

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ (ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Επιλογή τροφίμων και συσχέτιση με την Μεσογειακή Διατροφή
κατοίκων από την περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας

Ιωάννα Μουζακίτη ΑΜ: 2135

Επιβλέπουσα: Ειρήνη Σφακιανάκη

ΣΗΤΕΙΑ, Νοέμβριος 2019

HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SCIENCES OF NUTRITION & DIETETICS

THESIS

for the Undergraduate Degree

Food Choice and Relationship with Mediterranean Diet of Residents
from Arilla Magoulades Corfu

EDITORS: Ioanna Mouzakiti:

SUPERVISOR: Eirini Sfakianaki

SITIA November 2019

*Ιωάννα Μουζακίτη, Επιλογή τροφίμων και συσχέτιση με την Μεσογειακή
Διατροφή κατοίκων από την περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας*

Στην οικογένεια μου

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας: είναι να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων στην περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας. Ειδικότερα μελετώνται τα επίπεδα συμμόρφωσης τους με την μεσογειακή διατροφή, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και διαμορφώνουν τις διατροφικές τους συνήθειες. **Μεθοδολογία:** Για την διερεύνηση των επιπέδων προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Mediterranean Diet Score, ενώ για την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε το Food Choice Questionnaire (FCQ). **Αποτέλεσμα:** Η έρευνα διεξήχθη σε ένα δείγμα 78 κατοίκων της περιοχής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής ήταν μέτρια στην πλειοψηφία των κατοίκων του δείγματος. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι παράγοντες που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν περισσότερο την επιλογή τροφίμων ήταν η υγεία, τα αισθητηριακά χαρακτηριστικά, η σύσταση τροφίμου, η ευκολία, η διαθεσιμότητα, η τιμή και ο έλεγχος του βάρους. **Συμπέρασμα:** Η ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή και των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, έδειξε ότι τα άτομα που επηρεάζονται στην επιλογή τροφίμων περισσότερο από την υγεία, τον έλεγχο του βάρους και την ελκυστικότητα, ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι λίγο περισσότερο από 1 στους 2 συμμετέχοντες του δείγματος είχαν φυσιολογικό βάρος. Λαμβάνοντας υπόψη τα καλά τεκμηριωμένα οφέλη για την υγεία από την τήρηση του προτύπου μεσογειακής διατροφής, είναι σημαντικό οι αρχές δημόσιας υγείας της χώρας, να αναλάβουν δράσεις ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα προσκόλλησης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής.

Λέξεις κλειδιά: Μεσογειακή διατροφή, επιλογή τροφίμων, προσκόλληση, πρότυπα διατροφής, Αρίλλας Μαγουλάδων Κέρκυρας.

Abstract

The purpose of the present study: is to investigate the eating habits of residents in Arillas Magoulades area of Corfu. In particular, their levels of compliance with the Mediterranean diet are studied, as well as the factors that influence food choices and shape their eating habits. **Methodology:** The Mediterranean Diet Score was used to investigate levels of adherence to the Mediterranean diet, while the Food Choice Questionnaire (FCQ) was used to investigate the factors that influence participants' choice of foods. **Results:** The survey was conducted on a sample of 78 residents in the area. The results showed that compliance levels in the Mediterranean diet were moderate in the majority of the sample population. Women showed higher levels of adherence to the Mediterranean diet compared to men. The factors that were found to most influence food choice were health, sensory characteristics, physical content, convenience, availability, price and weight control. **Abstract:** Analysis of the association between adherence to Mediterranean diet and factors affecting food choice showed that individuals who were more influenced by food choice than health, weight control, and sensory attraction were more likely to have higher levels of attachment in the Mediterranean diet. This finding is justified by the fact that just over 1 in 2 participants in the sample had normal weight. Given the well-documented health benefits of adhering to the Mediterranean diet standard, it is important that the country's public health authorities take action to increase adherence to the Mediterranean dietary pattern.

Keywords: Mediterranean diet, food selection, adherence, dietary patterns, Arillas Magoulades Corfu

Περιεχόμενα

Περίληψη4

Abstract5

Περιεχόμενα6

Κατάλογος Πινάκων8

Κατάλογος Διαγραμμάτων9

Συνομογραφίες και ακρωνύμια10

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ11

Εισαγωγή11

1. Διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα13

1.1. Η διατροφή των Ελλήνων –ιστορικό πλαίσιο13

1.2. Μεσογειακή διατροφή15

1.2.1. Ορισμός μεσογειακής διατροφής15

1.2.2. Συστατικά μεσογειακής διατροφής17

1.2.3. Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής19

1.3. Τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής27

2. Διατροφές συνήθειες και επιλογές31

2.1. Διατροφικές συνήθειες31

2.2. Διατροφικές Επιλογές34

2.3. Διατροφικά Πρότυπα και Διατροφικές Συνήθειες36

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων39

3. Δείκτες Αξιολόγησης της προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή49

3.1. Δείκτης Μεσογειακής Διατροφής (Mediterranean Diet Score)49

3.2. Βαθμολογία Μεσογειακής Διατροφής aMED51

| | |
|--|----|
| 3.3. Κλίμακα Μεσογειακής Διατροφής MEDAS | 52 |
| 3.4. Δείκτης Μεσογειακής Διατροφής | 55 |
| 3.5. Δείκτης MAI (Mediterranean Adequacy Index) | 53 |
| 3.6. Δείκτης KIDMED | 54 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 56 |
| 1. Μεθοδολογία | 56 |
| 1.1. Σκοπός έρευνας | 56 |
| 1.2. Ερευνητικά ερωτήματα | 56 |
| 1.3. Μεθοδολογία έρευνας | 57 |
| 1.4. Εργαλείο Συλλογής δεδομένων | 57 |
| 1.5. Δείγμα έρευνας και περιοχή μελέτης | 57 |
| 1.6. Ερευνητικές διαδικασίες | 58 |
| 1.7. Ανάλυση δεδομένων | 58 |
| 2. Αποτελέσματα έρευνας | 60 |
| 2.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος | 60 |
| 2.2. Σωματομετρικά στοιχεία δείγματος | 62 |
| 2.3. Αποτελέσματα υιοθέτησης μεσογειακής δίαιτας | 63 |
| 2.4. Αποτελέσματα παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων | 66 |
| 2.5. Διαφοροποίηση ως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά | 68 |
| 2.6. Συσχέτιση παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής | 74 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 76 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 79 |
| Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 80 |
| Βιβλιογραφία | 81 |
| Παράρτημα | 93 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| Πίνακας 4.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος..... | 61 |
| Πίνακας 4.2. Σωματομετρικά στοιχεία δείγματος | 62 |
| Πίνακας 4.3. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις του εργαλείου The Mediterranean Diet Score | 64 |
| Πίνακας 4.4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις του εργαλείου FCQ αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων..... | 67 |
| Πίνακας 4.5. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ αντρών και γυναικών | 69 |
| Πίνακας 4.6. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων | 71 |
| Πίνακας 4.7. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων | 73 |
| Πίνακας 4.8. Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson μεταξύ του MDIET και των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων | 75 |

Κατάλογος Διαγραμμάτων

| | |
|--|----|
| Διάγραμμα 4.1. Κατανομή κατηγορίας BMI στο δείγμα | 63 |
| Διάγραμμα 4.2. Κατανομή του σκορ για το εργαλείο MDIET..... | 65 |
| Διάγραμμα 4.3. Αποτελέσματα συμμόρφωσης στην μεσογειακή διαίτα βάση του σκορ του εργαλείου MDIET | 66 |
| Διάγραμμα 4.4. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων | 68 |
| Διάγραμμα 4.5. Αποτελέσματα συμμόρφωσης στην μεσογειακή διαίτα βάση του σκορ του εργαλείου MDIET ως προς το φύλο | 70 |
| Διάγραμμα 4.6. Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία | 72 |
| Διάγραμμα 4.7. Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο | 74 |

Συντομογραφίες και ακρωνύμια

| | |
|----------|--|
| DASH | Dietary Approaches to Stop Hypertension. |
| EUFIC | European Food Information Council, |
| FAO | Food and Agriculture Organization |
| FCQ | Food Choice Questionnaire |
| MDF | Mediterranean Diet Foundation - |
| MEDAS | Mediterranean Diet Adherence Screener |
| MSD | Mediterranean-style diet |
| PREDIMED | Prevención con Dieta Mediterránea |
| WHO | World Health Organization |
| MIA | Mediterranean Adequacy Index |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Οι διατροφικές συνήθειες, συνίστανται στις επιλογές τροφίμων για κατανάλωση από τα άτομα στην καθημερινή τους ζωή και μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ατόμων ή των πολιτισμών, με βάση τις προσωπικές προτιμήσεις οι οποίες καθοδηγούνται και επηρεάζονται από παράγοντες όπως τα αισθητήρια χαρακτηριστικά των τροφίμων, οι προσδοκίες και οι νοοτροπίες που σχετίζονται με τα τρόφιμα, οι ισχυρισμοί υγείας, το κόστος των τροφίμων, οι ηθικές ανησυχίες και η διάθεση. Στο πλαίσιο αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι ένα σύνολο κοινωνικών, πολιτιστικών και οικονομικών παραγόντων συμβάλλει στην ανάπτυξη, διατήρηση και αλλαγή των διατροφικών προτύπων των ατόμων (Fotopoulos et al., 2009).

Σε κάθε περίπτωση, οι διαιτητικές επιλογές μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιεινές για τα μεμονωμένα άτομα. Σήμερα είναι γνωστό ότι οι διατροφικές συνήθειες και οι επιλογές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής, την υγεία και τη μακροζωία. Η υγιεινή διατροφή, η οποία περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά, δημητριακά, νερό, χαμηλά λιπαρά, γαλακτοκομικά προϊόντα κ.λπ. έχει συσχετιστεί ευρέως με μεγαλύτερα επίπεδα κατανάλωσης θρεπτικών ουσιών και μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης (Panagiotakos et al., 2007).

Ειδικότερα η Μεσογειακή διατροφή, δηλαδή το μοντέλο διατροφής, που ακολουθούν οι λαοί στις μεσογειακές χώρες, έχει συνδεθεί με μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας, σημαντικές βελτιώσεις στα επίπεδα των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (Wildmer et al., 2015) και αυξημένο προσδόκιμο ζωής (Martinez-Gonzalez & Martin-Calvo, 2016) λόγω της χαμηλής της περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη και ταυτόχρονα λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες και φυτικές ίνες (Martínez-González et al., 2015). Δεδομένου των θετικών αυτών οφελών, που η μεσογειακή διατροφή έχει δείχθει ότι έχει, αρκετές έρευνες έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν το επίπεδο προσκόλλησης σε αυτό το πρότυπο, συνάμα με τους παράγοντες που παρακινούν τα άτομα να ακολουθούν αυτό το πρότυπο διατροφής.

Δεδομένου ότι η Ελλάδα είναι μια μεσογειακή χώρα, πολλές έρευνες έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν το επίπεδο προσκόλλησης σε αυτό το πρότυπο διατροφής. Για παράδειγμα οι Trichoroulou et al., (2003), έδειξαν ότι η μεγαλύτερη προσκόλληση -στην μεσογειακή διατροφή, συνδέεται με σημαντική μείωση της θνησιμότητας μεταξύ εφήβων, ενώ οι Kontogianni et al., (2008), βρήκαν χαμηλά επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή μεταξύ παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα, τα οποία συσχετίστηκαν με διάφορους παράγοντες, όπως οι πολλές ώρες καθιστικών δραστηριοτήτων και η υψηλή συχνότητα κατανάλωσης φαγητού. Πιο πρόσφατα οι Papadaki & Mavrikaki (2015), βρήκαν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή μεταξύ εφήβων που διέμεναν σε μικρότερες πληθυσμιακά περιοχές της Αττικής, σε σύγκριση με έφηβους που διέμεναν στην πρωτεύουσα.

Τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών, υποδεικνύουν αρχικά ότι η μέχρι σήμερα έρευνα στον τομέα αυτό έχει επικεντρωθεί στους πληθυσμούς των εφήβων, και λιγότερο στον γενικό πληθυσμό, ενώ από την άλλη, αναφέρονται διαφορές στα επίπεδα προσκόλλησης που έχουν καταγράψει οι διαφορετικές έρευνες. Ένας από τους παράγοντες που φαίνεται να σχετίζεται με τα επίπεδα προσκόλλησης είναι και η περιοχή διαμονής, υποδεικνύοντας ότι τα επίπεδα προσκόλλησης μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών περιοχών στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο των παραπάνω ερευνητικών κενών, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων ηλικίας 18-65 ετών στην περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, και συγκεκριμένα τα επίπεδα προσκόλλησης τους στην μεσογειακή διατροφή, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, διαμορφώνοντας τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της περιοχής.

1. Διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα

1.1. Η διατροφή των Ελλήνων –ιστορικό πλαίσιο

Οι διατροφικές συνήθειες των αρχαίων Ελλήνων αναπτύχθηκαν μετά από μια βαθιά και λεπτομερή μελέτη των αναγκών του σώματος και του πνεύματος. Η διατροφή τους, η οποία ήταν ένα σημαντικό μέρος του φιλοσοφικού τους οράματος, βασίστηκε σε κανόνες που συνδύαζαν την απόλαυση με την ευημερία. Η ελληνική διατροφή και κουζίνα έχει μια μαγειρική παράδοση περίπου 4.000 χρόνων και αποτελεί μέρος της ιστορίας και του πολιτισμού της Ελλάδας. Η ελληνική μαγειρική, ήταν ιστορικά προάγγελος της δυτικής κουζίνας, και είχε επιρροή, μέσω της αρχαίας Ρώμης, σε όλη την Ευρώπη και πέραν αυτής (Laudan, 2008; Greek Cookbook, 2018).

Οι αρχαίοι Έλληνες και ιδιαίτερα οι Αθηναίοι, ξεκινούσαν την ημέρα τους με ένα πολύ λιτό γεύμα, το οποίο περιλάμβανε ψωμί κριθαριού βουτηγμένο στο κρασί. Μερικές φορές προσέθεταν ελιές και σύκα. Πιο συχνά, ωστόσο, το πρωινό τους περιοριζόταν σε ένα βραστό ποτό κριθαριού με αρώματα μέντας ή θυμάρι, τα οποία πίστευαν ότι είχαν θεραπευτικές ιδιότητες. Η ώρα του δείπνου για τους αρχαίους Έλληνες ήταν διαφορετική από αυτή των σύγχρονων Ελλήνων. Το βραδινό ήταν το κύριο γεύμα των αρχαίων Ελλήνων, το οποίο γινόταν αυστηρά μετά το ηλιοβασίλεμα και ήταν ιδιαίτερα πλούσιο. Συνοδευόταν από επιδόρπια, τα οποία περιλάμβαναν φρέσκα ή αποξηραμένα φρούτα, κυρίως σύκα, καρύδια, σταφύλια ή γλυκά μελιού. Το μεσημέρι έτρωγαν ψάρια, όσπρια ή σνακ όπως ψωμί, τυρί, ελιές, αυγά, καρπούς και φρούτα (Esid, 2012).

Ένα φαγητό που δεν έλειπε ποτέ από το τραπέζι στην αρχαία Ελλάδα ήταν το κρέας. Η κατανάλωση κρέατος, ακόμη και σε καθημερινή βάση, δεν θεωρήθηκε καθόλου επιβλαβής για το σώμα. Οι αρχαίοι έδειξαν ιδιαίτερη προτίμηση στο χοιρινό και το βόειο κρέας, ενώ σπάνια έτρωγαν κατσίκες και αρνιά. Τα θαλασσινά και τα

οστρακοειδή ήταν επίσης αγαπημένες τροφές των αρχαίων Ελλήνων, αλλά κυρίως προσιτές στους πλουσιότερους. Προτιμούσαν την τσιπούρα, τις σαρδέλες, τα φημισμένα χέλια της λίμνης Κωπαΐδας και τα ψάρια από τον Ελλήσποντο και τη Μαύρη Θάλασσα. Τα όσπρια, όπως τα φασόλια, οι φακές, τα ρεβίθια, τα μπιζέλια και τα πικάντικα φασόλια, περιλαμβάνονταν σχεδόν καθημερινά στο μενού των αρχαίων Ελλήνων. Επίσης, τα λαχανικά και τα φρέσκα βότανα ήταν σχεδόν πάντα στο τραπέζι, όπως οι βολβοί, το μαρούλι, τα μπιζέλια, οι αγκινάρες, το σέλινο, το άνηθο και ο δυόσμος (Dalby & Dalby, 2017).

Όσον αφορά τις μεθόδους μαγειρέματος, τα περισσότερα τρόφιμα ψήνονταν στον φούρνο ή βράζονταν με διάφορα λαχανικά και μπαχαρικά. Τα καρυκεύματα και τα μπαχαρικά που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν άνηθο, βασιλικό, μέντα, θυμάρι, κάρδαμο, κόλιανδρο, κάπαρη, κουκουνάρι και εισαγόμενο πιπέρι. Για τους αρχαίους Έλληνες ήταν σημαντικό να τρώνε με παρέα. Τα δείπνα τους ήταν επίσης ένας τρόπος κοινωνικοποίησης και ο χρόνος του δείπνου ήταν στενά συνδεδεμένος όχι μόνο με την γαστρονομία αλλά και με τους κοινωνικούς τρόπους και τις δραστηριότητες. Κάθε γεύμα συνοδευόταν από κρασί. Οι αρχαίοι Έλληνες γενικά κατανάλωναν μεγάλη ποικιλία τροφών, αλλά σε πολύ μικρές ποσότητες. Ο στόχος ενός γεύματος ήταν να ευχαριστήσει τον ουρανίσκο και όχι να γεμίσει το στομάχι (Dalby & Dalby, 2017).

Γενικά η διατροφή των Ελλήνων στην αρχαιότητα και μετέπειτα χαρακτηριζόταν από την λιτότητα της και βασιζόταν στην «Μεσογειακή τριάδα», δηλαδή το σιτάρι, το ελαιόλαδο και το κρασί. Αυτή η τάση στην ελληνική διατροφή συνεχίστηκε στη ρωμαϊκή και την οθωμανική εποχή και άλλαξε αρκετά πρόσφατα όταν η τεχνολογική πρόοδος έκανε το κρέας διαθέσιμο. Ο οίνος και το ελαιόλαδο αποτελούσαν πάντοτε ένα κεντρικό κομμάτι αυτού και η εξάπλωση των σταφυλιών και των ελαιόδεντρων στη Μεσόγειο και πιο μακριά συσχετίζεται με τον ελληνικό αποικισμό (Renfrew & Cherry, 1972).

Παρατηρείται ότι η διατροφή των Ελλήνων ιστορικά, παρουσιάζει πολλά όμοια στοιχεία με το σύγχρονο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής. Πράγματι οι ρίζες της Μεσογειακής διατροφής βρίσκονται στον τρόπο διατροφής των αρχαίων και μεταγενέστερων λαών της Μεσογείου, μεταξύ τους και των Ελλήνων. Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα διατροφικό μοντέλο που συνδέεται στενά με τον τρόπο ζωής των

μεσογειακών λαών σε όλη την ιστορία τους. Ο αγγλικός όρος της λέξης διατροφή (στην Μεσογειακή διατροφή), δηλαδή το «diet» προέρχεται από την ελληνική λέξη «δίαιτα» (Altomare et al., 2013).

1.2. Μεσογειακή διατροφή

1.2.1. Ορισμός μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή διατροφή συνιστά ένα πρότυπο διατροφής, το οποίο ακολουθείται μεταξύ των ανθρώπων που ζουν κατά μήκος των ακτών της Μεσογείου, περιλαμβάνοντας μια περιοχή που εκτείνεται από την Ισπανία και την Πορτογαλία, στην Γαλλία, την Ιταλία, την Ελλάδα και την Τουρκία. Ως εκ τούτου δεν υπάρχει ένα ενιαίο πρότυπο μεσογειακής διατροφής, αλλά διατροφικά πρότυπα που παρουσιάζουν κάποια καθορισμένα χαρακτηριστικά, ανάλογα με την περιοχή (Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018).

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια, που έχει χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες από γιατρούς, ερευνητές, διατροφολόγους, διαιτολόγους και εμπειρογνώμονες από διάφορους τομείς, παρόλο που δεν υπάρχει σαφής συναίνεση ως προς τον ορισμό της (Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018). Ως ένα πρότυπο υγιεινής διατροφής, η μεσογειακή διατροφή χρονολογείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1960, όταν ο Ancel Keys και οι συνεργάτες του, ταξίδεψαν στις χώρες του Ευρωπαϊκού νότου, προκειμένου να διερευνήσουν την συσχέτιση μεταξύ του μεσογειακού τρόπου διατροφής και των καρδιαγγειακών νόσων (Keys et al., 1985).

Η παραπάνω έρευνα αυτή αποκάλυψε όχι μόνο την σύνδεση μεταξύ των παραγόντων, αλλά αποτέλεσε και μια βασική πηγή πληροφοριών για τις παραδοσιακές μεσογειακές δίαιτες στη δεκαετία του 1960 και του 1970. Σε αυτό το πλαίσιο, η Μεσογειακή Διατροφή ορίστηκε ως η διατροφική συμπεριφορά που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα και στη Νότια Ιταλία στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960, μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου, όπου τότε η κουλτούρα του γρήγορου φαγητού δεν είχε ακόμη εισβάλει στην περιοχή (Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, 2015).

Έκτοτε ο ορισμός της μεσογειακής διατροφής έχει εξελιχθεί και σήμερα υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τον ορισμό ενός τρόπου διατροφής, συμπεριλαμβανομένων των γενικών περιγραφών των συστατικών της μεσογειακής διατροφής και των διατροφικών πυραμίδων. Για παράδειγμα οι Trichorouli & Lagiou (1997), όρισαν την μεσογειακή διατροφή ως τα διατροφικά πρότυπα που απαντώνται στις περιοχές καλλιέργειας της ελιάς, στην λεκάνη της Μεσογείου πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 1960.

Σύμφωνα με τους Donini et al., (2015) ο ορισμός αυτός συνδυάζει στοιχεία της διατροφής, της ιστορίας, του πολιτισμού και του περιβάλλοντος και συνεπάγεται ένα κοινό πρότυπο διατροφής στις μεσογειακές χώρες. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι υπάρχουν εντούτοις σημαντικές διαφορές στα τυπικά προϊόντα, στις καλλιέργειες τροφίμων, στις παραδόσεις και στα γεωγραφικά και οικολογικά περιβάλλοντα μεταξύ των περιφερειών της Μεσογείου. Ως εκ τούτου δεν υπάρχει μια ενιαία μεσογειακή διατροφή, καθώς υπάρχουν μεγάλες διαφορές στις παραδοσιακές διατροφικές συνήθειες των λαών από χώρες που συνορεύουν με τη Μεσόγειο Θάλασσα, δηλαδή την Ιταλία, την Ελλάδα, τη Γαλλία, την Ισπανία, τη Βόρεια Αφρική και την Ανατολική λεκάνη της Μεσογείου. Ακόμη και οι διατροφικές πρακτικές στην ίδια χώρα μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Παρά τις διαφορές αυτές, ωστόσο, το ελαιόλαδο είχε πάντα κεντρική θέση στην διατροφή όλων των μεσογειακών χωρών και περιφερειών (Donini et al., 2015; Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018).

Σύμφωνα με τους Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, (2015), οι οποίοι έκαναν μια πρόσφατη ανασκόπηση των ορισμών της Μεσογειακής διατροφής, αναφέρεται ότι οι διάφοροι ορισμοί περιλαμβάνουν συστάσεις για την υψηλή πρόσληψη εξαιρετικά παρθένου ελαιόλαδου, λαχανικών συμπεριλαμβανομένων των φυλλωδών πράσινων λαχανικών, των φρούτων, των δημητριακών, των καρπών με κέλυφος και των οσπρίων, και για την μέτρια πρόσληψη ψαριών και άλλων κρεάτων, γαλακτοκομικών προϊόντων και ερυθρού οίνου, καθώς και αυγών και γλυκών. Κάθε περιγραφή παρέχει μια ένδειξη της συχνότητας κατανάλωσης αυτών των τροφών. Οι περισσότερες συστάσεις και ορισμοί δεν έχουν συγκεκριμένες προτάσεις για τον αριθμό των μερίδων ή το μέγεθος των μερίδων και δεν καθορίζουν τις ποσότητες προσθέτων στη διατροφή, όπως σάλτσες, καρυκεύματα, τσάι, καφέ, αλάτι, ζάχαρη ή μέλι.

Κάποιοι ορισμοί, όπως αυτοί των Willett et al., (1995) και των Panagiotakos, Pitsavos & Stefanadis (2006), κάνουν περιγραφές των παραδοσιακών πρακτικών παρασκευής τροφίμων, όπως η προσθήκη του ελαιόλαδου στα λαχανικά και τα όσπρια, η κατανάλωση των φρούτων ως επιδόρπια ή σνακ και η πρόσληψη κόκκινου κρέατος να γίνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή έχει ευνοηθεί από την κατανάλωση τοπικά ανεπτυγμένων, εποχιακά φρέσκων και ελάχιστα επεξεργασμένων τροφίμων (Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, 2015).

1.2.2. Συστατικά μεσογειακής διατροφής

Παρά τους διαφορετικούς ορισμούς, οι γενικές περιγραφές των μεσογειακών διατροφών είναι παρόμοιες μεταξύ των δημοσιεύσεων, δίνοντας έμφαση στα ίδια βασικά διατροφικά στοιχεία, τα οποία είναι (Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018):

- [1] Λαχανικά και φρούτα, τα οποία είναι σημαντικές πηγές μεταλλικών στοιχείων, βιταμινών, αντιοξειδωτικών και φυτικών ινών. Επιπλέον, τα οφέλη από την κατανάλωσή τους ενισχύονται, εάν μαγειρεύονται με ελαιόλαδο. Άλλες υγιεινές επιλογές λαχανικών είναι οι ωμές τροφές όπως οι σαλάτες λαχανικών και φρούτων.
- [2] Σπόροι. Η θρεπτική σύνθεση των σπόρων μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την ποικιλία και τις συνθήκες ανάπτυξης του περιβάλλοντος. Γενικά, οι σπόροι δημητριακών έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, είναι καλές πηγές πρωτεϊνών και παρέχουν ποικίλες ποσότητες ινών, βιταμινών και μετάλλων. Τα προϊόντα δημητριακών θα πρέπει να περιέχουν δημητριακά ολικής αλέσεως, συμπεριλαμβανομένου του σιταριού, της βρώμης, του ρυζιού, της σίκαλης, του κριθαριού και του καλαμποκιού. Οι κόκκοι πρέπει επίσης να καταναλώνονται σε ελάχιστα επεξεργασμένες μορφές.
- [3] Ελιές και ελαιόλαδο. Εξ ορισμού, το ελαιόλαδο αποτελεί κεντρικό στοιχείο της διατροφής των χωρών που περιβάλλουν τη Μεσόγειο Θάλασσα. Αυτός ο τύπος φυτικού ελαίου έχει μια ιδιόμορφη σύνθεση λιπαρών οξέων (με μεγάλο ποσοστό μονοακόρεστων λιπαρών οξέων- κυρίως ελαϊκό οξύ - και σχετικά

χαμηλή αναλογία κορεσμένων λιπαρών) και επίσης περιέχει άλλες δευτερεύουσες ενώσεις (τοκοφερόλες και καροτενοειδή μεταξύ άλλων) με αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Το ελαιόλαδο είναι η κύρια πηγή διατροφικού λίπους που χρησιμοποιείται για σαλάτες και λαχανικά, καθώς και για το μαγείρεμα και το ψήσιμο.

- [4] Ξηροί καρποί με κέλυφος, όσπρια και σπόροι. Όλα αυτά τα τρόφιμα περιέχουν βιταμίνες και μέταλλα. Τα καρύδια και οι σπόροι παρέχουν επίσης υγιή μονοακόρεστα και πολυακόρεστα φυτικά έλαια καθώς και πρωτεΐνες. Τα όσπρια, τα οποία περιλαμβάνουν τα φασόλια, τις φακές και άλλα περιέχουν επίσης άπαχη πρωτεΐνη.
- [5] Τα ψάρια και τα οστρακοειδή προτιμώνται έναντι του κρέατος στην παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, αν και η ποσότητα των ψαριών που καταναλώνονται ποικίλλει ευρέως μεταξύ και εντός των μεσογειακών χωρών. Αυτή η ομάδα τροφίμων είναι μια σημαντική πηγή υγιεινών πρωτεϊνών και ωμέγα-3 λιπαρών οξέων.
- [6] Τυρί και γιαούρτι. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, από μια ποικιλία ζώων, κυρίως με τη μορφή γιαουρτιού και τυριού, καταναλώνονται σε χαμηλές έως μέτριες ποσότητες. Τα αυγά είναι μια εξαιρετική πηγή πρωτεΐνης υψηλής ποιότητας και περιέχουν επίσης μια σειρά από υγιεινά θρεπτικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένων της βιταμίνης Β και των πρωτεϊνών.
- [7] Κρέας. Γενικά, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και μεταποιημένων κρεάτων είναι χαμηλότερη στον πληθυσμό της Μεσογείου από την κατανάλωση λευκού κρέατος, παρά το γεγονός ότι το κόκκινο κρέας αποτελεί καλή πηγή ζωικής πρωτεΐνης.
- [8] Κρασί. Η μέτρια κατανάλωση κρασιού στο πλαίσιο των γευμάτων είναι μια μακρόχρονη παράδοση στη λεκάνη της Μεσογείου, με εξαίρεση τους ισλαμιστές πληθυσμούς αυτής της περιοχής.
- [9] Τα βότανα και τα μπαχαρικά προσθέτουν γεύσεις και αρώματα στα τρόφιμα, μειώνοντας ταυτόχρονα την ανάγκη προσθήκης αλατιού ή λίπους κατά το μαγείρεμα. Τα βότανα και τα μπαχαρικά είναι πολύ κοινά στη μεσογειακή κουζίνα και περιέχουν διάφορες αντιοξειδωτικές ουσίες που προάγουν την υγεία.

1.2.3. Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής

Οι συνιστώμενοι αριθμοί μερίδων για κάθε μια από τις παραπάνω ομάδες τροφίμων παρουσιάζονται σε μια διατροφική πυραμίδα. Οι διατροφικές πυραμίδες θεωρούνται ένας χρήσιμος τρόπος για να παρουσιαστούν οι βασικές αρχές μιας δίαιτας, περιλαμβάνοντας συστάσεις για τις κατά προσέγγιση, ποσότητες των ομάδων τροφίμων, δηλαδή για τα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες (Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, 2015).

Ιστορικά, η πρώτη πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής, δημοσιεύτηκε το 1995, στο πλαίσιο της Διεθνούς Διάσκεψης για τη Διατροφή της Μεσογείου (International Conference on the Diets of the Mediterranean) που διοργάνωσε η Oldways Conservation & Exchange Trust, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και ο Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (FAO) σε συνεργασία με την Σχολή Δημόσιας Υγείας ΤΗ Harvard Chan (Willett et al., 1995). Ένας στόχος της ομάδας των διεθνών εμπειρογνομόνων ήταν η ανάπτυξη μιας πυραμίδας, η οποία θα συνοψίζει τα βασικά συστατικά των μεσογειακών διατροφών που καταναλώθηκαν κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μισού αιώνα. Ωστόσο αυτή η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, δεν διευκρινίζει τη σχετική συχνότητα πρόσληψης τροφών ή το ποσοστό ενέργειας που λαμβάνεται από αυτές, σε αντίθεση με τις πιο πρόσφατα ανεπτυγμένες πυραμίδες μεσογειακής διατροφής. Διαιρείται σε τρία επίπεδα συνιστώμενης κατανάλωσης (Willett et al., 1995):

- [1] Καθημερινή κατανάλωση δημητριακών και των παραγώγων τους, πατατών, φρούτων, λαχανικών, οσπρίων και ξηρών καρπών, ελαιόλαδου, τυριού και γιαουρτιού
- [2] Κατανάλωση μερικές φορές την εβδομάδα ψαριών, πουλερικών, αυγών και γλυκών
- [3] Κατανάλωση μερικές φορές το μήνα, κόκκινου κρέατος.

Η μέτρια κατανάλωση κρασιού, αλλά και η μέτρια σωματική δραστηριότητα προτάθηκαν επίσης ως δύο βασικοί παράγοντες του τρόπου ζωής που ήταν χαρακτηριστικοί για τις μεσογειακές περιοχές στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην πυραμίδα. Επιπλέον, ορισμένοι παράγοντες του τρόπου ζωής θεωρήθηκαν πολλοί σημαντικοί, όπως τα προσεκτικά μαγειρεμένα φαγητά, τα γεύματα σε φιλικό περιβάλλον, τα μακρά γεύματα και η χαλάρωση μετά τα γεύματα (Willett et al., 1995).

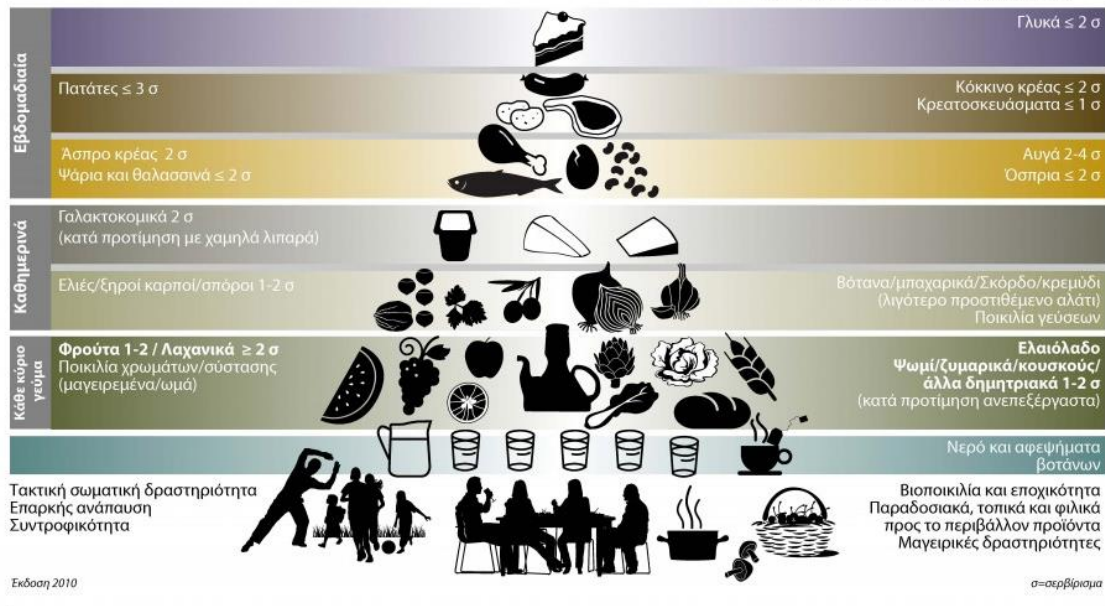
Πιο πρόσφατα η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής που προτάθηκε από το Ίδρυμα Μεσογειακής Διατροφής (Mediterranean Diet Foundation - MDF), έχει κερδίσει μεγάλη αποδοχή. Πιο αναλυτικά, το Ίδρυμα Μεσογειακής Διατροφής σε συνεργασία με το Φόρουμ για τις μεσογειακές διατροφικές κουλτούρες, το Κέντρο Διεθνών Διασκέψεων Αγρονομικών Μεσογειακών Ερευνών, το Ινστιτούτο Διεθνούς Παιδαγωγικής Κουλτούρας Alimentari Mediterranee, το Πανεπιστήμιο Sapienza της Ρώμης, το Εβραϊκό Πανεπιστήμιο της Ιερουσαλήμ και την Διεθνή Επιτροπή της Ανθρωπολογίας της Διατροφής, συνεργάστηκαν για την ανάπτυξη μιας αναθεωρημένης πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής, μεταξύ των ετών 2009 και 2010, βασιζόμενοι στα τελευταία επιστημονικά στοιχεία για τη διατροφή και την υγεία. Αυτές οι νέες συστάσεις, είναι προσαρμοσμένες σε έναν νέο τρόπο ζωής και παρουσιάζουν τις ποσότητες των τροφίμων, αλλά και την συχνότητα κατανάλωσης για τις ομάδες τροφίμων. Μια μεγάλη ποικιλία τροφίμων στη διατροφή ελαχιστοποιεί την πιθανότητα ανεπαρκειών μιας συγκεκριμένης θρεπτικής ουσίας (Bach-Faig et al., 2011). Η πυραμίδα απεικονίζεται στην Εικόνα 2.1.

Μεσογειακή διατροφή: ένας τρόπος ζωής για το σήμερα
Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες

Σερβίρισμα (σ): μικρότερο της τυπικής μερίδας εστιατορίου, ποικίλει ανά τρόφιμο



Κατανάλωση κρασιού με μέτρο, σεβόμενοι τις κοινωνικές πεποιθήσεις



Εικόνα 2.1. Πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής

Πηγή: Nutrineews (n.d.)

Η γραφική απεικόνιση ακολουθεί το προηγούμενο πρότυπο, δηλαδή στην βάση βρίσκονται τα είδη διατροφής, τα οποία προσφέρουν υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη και αυτά που θα πρέπει να καταναλώνονται περισσότερο συχνά και στα ανώτερα επίπεδα, τοποθετούνται τα τρόφιμα, τα οποία θα πρέπει να καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες, όπως οι τροφές ζωικής προέλευσης ή / και πλούσιες σε σάκχαρα και τα λίπη που πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο, ενώ μερικές από αυτές θα πρέπει να καταναλώνονται σε ειδικές περιπτώσεις (Bach-Faig et al., 2011; Donini et al., 2015).

Αναλυτικότερα, η πυραμίδα θεσπίζει ημερήσιες, εβδομαδιαίες και περιστασιακές οδηγίες διατροφής, ώστε τα άτομα να ακολουθούν μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή. Οι βασικές συστάσεις που περιλαμβάνονται σε αυτήν την πυραμίδα σε σχέση με την καθημερινή κατανάλωση (κατώτερο μέρος πυραμίδας) είναι (Bach-Faig et al., 2011; Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018) :

1) η διατροφή πρέπει να χωρίζεται σε τρία κύρια γεύματα και να περιέχει τρία βασικά τρόφιμα, τα οποία είναι τα δημητριακά, τα λαχανικά και τα φρούτα. Για τα

δημητριακά συστήνονται μία ή δύο μερίδες ανά γεύμα με τη μορφή ψωμιού, ζυμαρικών, ρυζιού, κουσκούς και άλλων. Θα πρέπει να προτιμούνται ολόκληροι κόκκοι, δεδομένου ότι η επεξεργασία απομακρύνει τις ίνες και ορισμένα πολύτιμα θρεπτικά συστατικά, όπως το μαγνήσιο, ο σίδηρος, οι βιταμίνες, κ.α. Για τα λαχανικά συστήνονται δύο ή περισσότερες μερίδες ανά γεύμα και προκειμένου να διασφαλιστεί η καθημερινή πρόσληψη βιταμινών και ανόργανων ουσιών, πρέπει τουλάχιστον μία από τις μερίδες να καταναλώνεται ωμή. Για τα φρούτα συστήνεται επίσης μία ή δύο μερίδες ανά γεύμα, ως το πρώτης επιλογής επιδόρπιο. Η έννοια της ποικιλίας χρωμάτων και υφών επισημαίνεται, στην περίπτωση των οπωροκηπευτικών, προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγάλη ποικιλία στην πρόσληψη αντιοξειδωτικών και προστατευτικών ενώσεων.

2) η ημερήσια πρόσληψη νερού θα πρέπει να είναι 1,5-2 λίτρα, το οποίο αντιστοιχεί σε 6-8 ποτήρια. Η ενυδάτωση του οργανισμού είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ισορροπίας των σωματικών υγρών, αν και πάντα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες των ανθρώπων, ανάλογα με την ηλικία, την σωματική δραστηριότητα, τις καιρικές συνθήκες, κ.α. Συστήνεται η ελεύθερη κατανάλωση πόσιμου ή εμφιαλωμένου νερού. Πρόσθετα μπορούν να καταναλωθούν υγρά και ποτά χωρίς ζάχαρη και τσάι.

3) να καταναλώνονται λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα, όπως γιαούρτι και τυρί. Ωστόσο τα γαλακτοκομικά προϊόντα πρέπει να καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες (δύο μερίδες την ημέρα), και να προτιμούνται αυτά που έχουν χαμηλά επίπεδα σε λιπαρά.

4) το ελαιόλαδο να είναι η κύρια πηγή λίπους στη διατροφή. Δεδομένης της αντοχής του στις υψηλές θερμοκρασίες συνιστάται για το μαγείρεμα, ενώ επίσης μπορεί να καταναλώνεται και ωμό σε σαλάτες.

5) τα μπαχαρικά, τα βότανα, τα κρεμμύδια και το σκόρδο να χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της γεύσης και της γευσιγνωσίας της διατροφής, αποφεύγοντας ή αντικαθιστώντας το αλάτι. Συνιστούν επίσης καλές πηγές μικροθρεπτικών συστατικών και αντιοξειδωτικών ενώσεων.

6) οι ελιές, οι ξηροί καρποί και οι σπόροι μπορούν να καταναλωθούν ως υγιεινές επιλογές σνακ, καθώς είναι πλούσιες πηγές υγρών λιπιδίων, πρωτεϊνών, βιταμινών,

μετάλλων και φυτικών ινών. Συστήνεται μια λογική ποσότητα κατανάλωσης, όπως μια χούφτα.

7) να γίνεται μέτρια κατανάλωση κρασιού και άλλων ποτών που έχουν υποστεί ζύμωση κατά τη διάρκεια των γευμάτων (ένα ποτήρι ανά ημέρα για τις γυναίκες και δύο για τους άνδρες), λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις.

Στα ενδιάμεσα επίπεδα της πυραμίδας υπάρχουν τρόφιμα και ομάδες τροφίμων, μιας ποικιλίας φυτικών και ζωικών πρωτεϊνών, οι οποίες συνίσταται να καταναλώνονται σε εβδομαδιαία βάση. Αυτές περιλαμβάνουν (Bach-Faig et al., 2011; Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018):

1) τα όσπρια, για τα οποία συστήνεται κατανάλωση περισσότερες από δύο μερίδες. Ειδικότερα, ο συνδυασμός οσπρίων και των δημητριακών είναι μια καλή πηγή φυτικών πρωτεϊνών και λιπιδίων και θα πρέπει να θεωρούνται ως εναλλακτικές λύσεις για την κατανάλωση κρέατος.

2) τις πατάτες. Συστήνονται τρεις ή λιγότερες μερίδες την εβδομάδα και κατά προτίμηση να είναι φρέσκες, καθώς αποτελούν μέρος πολλών παραδοσιακών συνταγών με κρέας και ψάρι. Συστήνεται ωστόσο να καταναλώνονται με μετριοπάθεια, καθώς έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και να αποφεύγεται η προετοιμασία τους μέσω του τηγανίσματος.

3) τα ψάρια και το λευκό κρέας. Αναλυτικότερα για τα ψάρια και τα οστρακοειδή συστήνονται δύο ή περισσότερες μερίδες εβδομαδιαίως, για το λευκό κρέας συστήνονται δύο μερίδες εβδομαδιαίως και για τα αυγά συστήνονται δύο έως τέσσερις μερίδες εβδομαδιαίως, ανεξάρτητα από το αν θα καταναλωθούν μεμονωμένα ή ως συστατικό κάποιου φαγητού. Τα ψάρια και τα οστρακοειδή είναι μια καλή πηγή υγιεινών πρωτεϊνών και λιπιδίων και συστήνεται να υπάρχει ποικιλία. Το λευκό κρέας αποτελεί μια καλή πηγή άπαχου πρωτεΐνης, χωρίς υψηλά επίπεδα κορεσμένου λίπους, τα οποία υπάρχουν σε μερικά κόκκινα κρέατα.

4) το κόκκινο κρέας και τα μεταποιημένα κρέατα. Συστήνεται κατανάλωση που δεν θα ξεπερνά τις δύο μερίδες, καθώς και τα άπαχα τμήματα. Για τα μεταποιημένα κρέατα, η κατανάλωση θα πρέπει να περιορίζεται σε λιγότερο από μια μερίδα την εβδομάδα.

Στην κορυφή της πυραμίδας υπάρχει μια ενιαία κατηγορία, τα γλυκά, στα οποία περιλαμβάνονται η ζάχαρη, οι καραμέλες, τα γλυκά, οι χυμοί φρούτων και τα αναψυκτικά. Όλα αυτά τα τρόφιμα πρέπει να καταναλώνονται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (Bach-Faig et al., 2011; Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018).

Μαζί με τις συστάσεις σχετικά με την αναλογία και τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων, η ενσωμάτωση των πολιτιστικών στοιχείων και των στοιχείων του τρόπου ζωής. Τα στοιχεία αυτά, τα οποία αποτελούν ένα στοιχείο καινοτομίας στην πυραμίδα, βασίζονται μεταξύ άλλων, στο γεγονός ότι η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή είναι μια κληρονομιά χιλιετιών ανθρώπων, πολιτισμών και τροφίμων σε όλες τις χώρες της λεκάνης της Μεσογείου και έχει αποτελέσει την βάση των διατροφικών συνηθειών κατά τον εικοστό αιώνα σε όλες τις χώρες της περιοχής, με βάση τα γεωργικά και αγροτικά μοντέλα της Μεσογείου. Ως εκ τούτου η διατήρηση των πολιτιστικών στοιχείων που προτείνονται στην πυραμίδα, ενισχύουν τα οφέλη που τα άτομα μπορούν να αποκομίσουν από την μεσογειακή διατροφή και παράλληλα βοηθούν στην διατήρηση της πολιτιστικής κληρονομιάς. Τα στοιχεία αυτά αφορούν (Bach-Faig et al., 2011; Sanchez-Villegas & Zazpe, 2018):

1) τις μέτριες μερίδες και τις μερίδες οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις ενεργειακές απαιτήσεις των ατόμων, με σκοπό την πρόληψη της παχυσαρκίας. Τα τρόφιμα που βρίσκονται στα κατώτερα μέρη της πυραμίδας συστήνεται να καταναλώνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες και συχνότερα, καθώς περιέχουν μέτρια επίπεδα ενέργειας, ενώ αντίθετα τα τρόφιμα προς τα υψηλότερα επίπεδα της πυραμίδας συνίσταται να καταναλώνονται σε μικρότερες ή περιορισμένες ποσότητες και με μικρότερη συχνότητα, λόγω της υψηλής τους περιεκτικότητας σε λίπη και ζάχαρη. Παράλληλα το μέγεθος των μερίδων πρέπει να αντικατοπτρίζει τις τοπικές συνήθειες κάθε περιοχής

2) η αποφυγή των μεταποιημένων γευμάτων και η προτίμηση του μαγειρέματος του φαγητού, είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να είναι χαλαρωτική και διασκεδαστική. Η ανάπτυξη μαγειρικών δραστηριοτήτων, καθώς και σχετικές ασχολίες, όπως η οργάνωση της κουζίνας και του οικιακού χώρου και άλλες τεχνικές που σχετίζονται με τα τρόφιμα είναι βασικές για την κοινωνική αναπαραγωγή της ταυτότητας κάθε συγκεκριμένης κουλτούρας. Ως εκ τούτου στην πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, τονίζεται η αφιέρωση αρκετού χρόνου και χώρου για τέτοιες

μαγειρικές δραστηριότητες, λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο τους στα καθημερινά γεύματα, τις γιορτές και τα θρησκευτικά φεστιβάλ σε κάθε πολιτισμό.

3) η προτίμηση για εποχιακά, φρέσκα και ελάχιστα επεξεργασμένα τρόφιμα συμβάλλει στη μεγιστοποίηση του θρεπτικού περιεχομένου των προστατευτικών θρεπτικών ουσιών στη διατροφή. Δεδομένου ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής μπορεί να μειώσει τον διαθέσιμο χρόνο που τα άτομα έχουν στην διάθεση τους για να ασχοληθούν με το μαγείρεμα των γευμάτων, η κατανάλωση φρέσκων τροφίμων αντικαθίσταται από τα μεταποιημένα τρόφιμα. Ωστόσο, η πρόοδος στη σύγχρονη τεχνολογία ελαχιστοποιεί την απώλεια θρεπτικών συστατικών και προσφέρει υγιείς εναλλακτικές λύσεις. Ειδικά στην περίπτωση των νωπών προϊόντων, διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη θρεπτική τους αξία, όπως οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι καλλιέργειας, η ωριμότητα και η διαχείριση κατά τη συγκομιδή, οι συνθήκες αποθήκευσης, κ.α.

4) η προτίμηση για παραδοσιακά, τοπικά και φιλικά προς το περιβάλλον προϊόντα βιολογικής ποικιλίας. Τα στοιχεία αυτά είναι σημαντικά για την διατήρηση των μεσογειακών τοπίων και της θάλασσας και υποδεικνύουν ότι η μεσογειακή διατροφή πρέπει να γίνει κατανοητή όχι μόνο ως σύνολο τροφίμων, αλλά και ως ένα πολιτιστικό μοντέλο που ενσωματώνει ολόκληρη την τροφική αλυσίδα, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο επιλέγονται, παράγονται, μεταποιούνται και διανέμονται τα τρόφιμα στους καταναλωτές.

5) η πτυχή της κοινωνικοποίησης. Τα γεύματα έχουν μια σημαντική πολιτιστική και κοινωνική αξία και θεωρούνται ως ένα κοινωνικό γεγονός. Το φαγητό γύρω από το τραπέζι, μαζί με την οικογένεια και τους φίλους, είναι πολιτιστικές παραδόσεις που πρέπει να διατηρηθούν, ενώ η γνώση της τεχνικής του μαγειρέματος θα πρέπει να μεταδίδεται από γενιά σε γενιά. Όλα τα παραπάνω στοιχεία ενισχύουν την κοινωνικότητα, την επικοινωνία καθώς και την ταυτότητα των κοινοτήτων. Παράλληλα, η ευχαρίστηση που συνδέεται με τα γεύματα, μπορεί να επηρεάσει θετικά τις συμπεριφορές διατροφής, βελτιώνοντας έτσι τα επίπεδα υγείας.

6) η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα μπορούν να ενισχύσουν κατά πολύ τα οφέλη από την μεσογειακή διατροφή. Η τακτική άσκηση μέτριας έντασης, για τουλάχιστον 30 λεπτά καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, είναι βασικό

συμπληρωματικό στοιχείο μιας υγιεινής διατροφής και βοηθά στην εξισορρόπηση της πρόσληψης ενέργειας, στην διατήρηση του κανονικού βάρους και την πρόληψη της παχυσαρκίας, ενώ παράλληλα έχει και πολλά άλλα οφέλη για την υγεία. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να αφορά είτε σε κάποιο άθλημα ή δραστηριότητα, όπως ο χορός ή το ποδόσφαιρο, είτε σε πιο απλά είδη άσκησης, όπως το περπάτημα γενικά ή η προτίμηση του περπατήματος έναντι της χρήσης μέσων μετακίνησης, η χρήση σκαλοπατιών αντί του ανελκυστήρα, οι οικιακές εργασίες, η κηπουρική κ.α. Η φυσική δραστηριότητα σε εξωτερικούς χώρους με την παρέα φίλων μπορεί να κάνει την άσκηση πιο ευχάριστη. Η ανάπαυση κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά και ο καλός νυχτερινός ύπνος αποτελούν επίσης μέρος ενός υγιούς και ισορροπημένου τρόπου ζωής.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι σήμερα έχουν προταθεί και άλλες πυραμίδες μεσογειακής διατροφής. Η πρώτη πυραμίδα μεσογειακής διατροφής, η οποία προτάθηκε από την Oldway's Preservation and Trust, έχει πλέον αναθεωρηθεί από το 2009 (Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, 2015), ενώ υπάρχουν επίσης και οι Διατροφικές Οδηγίες για Ενήλικες στην Ελλάδα, οι οποίες έχουν εκδοθεί από το 1999 (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, 1999).

Οι Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, (2015), οι οποίοι σύγκριναν τις προαναφερόμενες πυραμίδες μεσογειακής διατροφής, δηλαδή τις συστάσεις του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, την πυραμίδα μεσογειακής διατροφής της Oldway's Preservation and Trust και την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής του Ιδρύματος Μεσογειακής Διατροφής που παρουσιάστηκε παραπάνω, βρήκαν ότι σε γενικές γραμμές η γενική δομή των πυραμίδων είναι παρόμοια, όπως επίσης και η τοποθέτηση των βασικών ομάδων τροφίμων στα επίπεδα της πυραμίδας. Ωστόσο οι πυραμίδες διαφέρουν στις συστάσεις τους για τα λαχανικά και τα φρούτα, τους ξηρούς καρπούς και τα όσπρια, τα ψάρια / θαλασσινά και τα πουλερικά. Για παράδειγμα οι συστάσεις για την κατανάλωση λαχανικών κυμαίνονται από κατανάλωση σε κάθε γεύμα (στην πυραμίδα της Oldway's Preservation and Trust) έως την κατανάλωση τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα (πυραμίδα του Ιδρύματος Μεσογειακής Διατροφής) (Davis, Bryan, Hodgson & Murphy, 2015).

Πρόσφατα, οι D'Alessandro, Lampignano & De Pergola (2019) εξετάζοντας τα τελευταία επιστημονικά στοιχεία για την μεσογειακή διατροφή και τις ποσότητες των μερίδων, μετέβαλαν επίσης τις προτεινόμενες ποσότητες τροφίμων στην πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής που έχει προταθεί από τις αρχές στην Ιταλία (Mediterranean Diet Pyramid for Italian People- MDPPI). Η πυραμίδα MDPPI αποτελεί μια τροποποιημένη έκδοση της Πυραμίδας της Σύγχρονης Μεσογειακής Διατροφής που παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια της τρίτης διάσκεψης του Διεθνούς Διαπανεπιστημιακού Κέντρου Μελετών Μεσογειακών Τροφίμων (CIISCAM) στην Πάρμα της Ιταλίας στις 3 Νοεμβρίου 2009. Στην MDPPI, το βασικό σημείο διαφοροποίησης είναι ο διαχωρισμός των δημητριακών σε δύο ομάδες. Οι τροφές που παράγονται από δημητριακά ολικής αλέσεως, βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας και τα τρόφιμα που προέρχονται από εκλεπτυσμένο αλεύρι, τα οποία βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας μαζί με άλλα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται με μετριοπάθεια. Η παρουσία στην βάση της πυραμίδας, ψωμιού, σιταριού ολικής αλέσεως και μαλακού ψωμιού σιταριού είναι αξιοσημείωτη, επειδή τυπικά χρησιμοποιήθηκε στη Νικοτέρα (Ιταλία) στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και πιθανώς και στην Κρήτη και την Κέρκυρα. Οι εξευγενισμένες τροφές με δημητριακά τοποθετούνται στην κορυφή της πυραμίδας για τις πιθανές δυσμενείς καρδιο-μεταβολικές επιδράσεις τους (D'Alessandro, Lampignano & De Pergola, 2019).

1.3. Τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής

Μετά την αρχική έρευνα του Ancel Keys για την μεσογειακή διατροφή, πολλοί ερευνητές έσπευσαν να διερευνήσουν τα οφέλη για την ανθρώπινη υγεία από την συμμόρφωση σε αυτό το πρότυπο διατροφής. Στην πραγματικότητα, ένας μεγάλος όγκος μελετών υψηλής ποιότητας, οι οποίες έχουν διεξαχθεί τα τελευταία 25 χρόνια, έχουν δείξει σταθερά ότι η Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να είναι ένα από τα πιο υγιεινά διατροφικά πρότυπα στον κόσμο και θα μπορούσε να είναι η πιο πιθανή εξήγηση για την αυξημένα επίπεδα μακροζωίας και τη χαμηλή καρδιαγγειακή θνησιμότητα που καταγράφεται στις μεσογειακές χώρες.

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας στον τομέα αυτό έχει επικεντρωθεί στην σύνδεση μεταξύ της μεσογειακής διατροφής και των καρδιαγγειακών νόσων. Η μελέτη SUN,

ήταν μια προοπτική μελέτη κοόρτης που διεξήχθη στην Ισπανία, στην οποία συμμετείχαν 3.609 άτομα, αρχικά χωρίς καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι η υψηλότερη προσκόλληση στην Μεσογειακή Διατροφή (βαθμολογία 6 σύμφωνα με την κλίμακα MDS) σχετίστηκε με χαμηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο, κατά 59%. Για κάθε αύξηση κατά 2 μονάδες στη βαθμολογία της κλίμακας MDS, η προσαρμοσμένη σχετική μείωση του κινδύνου ήταν 20% για την καρδιαγγειακή νόσο και 26% για την στεφανιαία νόσο (Martínez-González et al., 2011).

Η μελέτη EPIC- Spain, είναι επίσης μια από τις μεγαλύτερες μελέτες κοόρτης στον κόσμο, στην οποία έλαβαν μέρος από μισό εκατομμύριο συμμετέχοντες από 10 ευρωπαϊκές, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για σχεδόν 15 χρόνια. Η έρευνα αυτή εξέτασε τη σχέση μεταξύ της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή και του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νόσων. Μετά την παρακολούθηση 41.078 συμμετεχόντων για περίπου 10.4 χρόνια, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα υψηλά επίπεδα τήρησης της μεσογειακής διατροφής σχετίστηκαν με σημαντική μείωση του κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου κατά 40%. Η αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με σημαντική μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου κατά 6% (Buckland et al., 2009).

Παρόμοια η μελέτη EPIC-Greece βρήκαν σημαντικά μειωμένη θνησιμότητα λόγω στεφανιαίας νόσου (25% για τις γυναίκες και 19% για τους άνδρες), η οποία συνδέθηκε με την αύξηση της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, έτσι όπως αυτή αξιολογήθηκε από τον δείκτη MDS (Dilis et al., 2012).

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε επίσης και η μελέτη EPIC – Netherland (Hoevenaar-Blom et al., 2012). Η ίδια ομάδα ερευνητών, σε μεταγενέστερη μελέτη σε ένα σύνολο 7.769 ατόμων, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για 12 χρόνια, βρήκαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, έτσι όπως αυτά αξιολογήθηκαν με τον δείκτη MDS, συνδέθηκαν με 23% χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νόσων και με 35% χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο (Hoevenaar-Blom et al., 2014).

Παρομοίως στην μελέτη HAPIEE, η οποία έγινε σε 19.333 άτομα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, μια αύξηση κατά 2,2 βαθμούς στην προσκόλληση στην

μεσογειακή διατροφή (δείκτης MSD) βρέθηκε ότι σχετίστηκε αντιστρόφως με την θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και από καρδιαγγειακές νόσους. Αντίθετα τα μικρότερα επίπεδα προσκόλλησης συνδέθηκαν με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νόσων και εγκεφαλικού επεισοδίου (Stefler et al., 2017).

Επιπλέον, σε πολλές μελέτες, η μεσογειακή διατροφή έχει σχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο. Στην μελέτη EPIC –Italy, η οποία έγινε σε 31.000 άτομα, τα οποία παρακολούθηθηκαν για μια περίοδο 11 ετών, οι Masala et al., (2012) βρήκαν αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης όλων των λαχανικών και του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Η συνολική διερεύνηση όλων των μελετών EPIC από τους Couto et al., (2011) (142.605 άνδρες και 335.873 γυναίκες) έδειξε ότι στο 4,7% των γυναικών με καρκίνο και στο 2,4% των ανδρών με καρκίνο, η ασθένεια θα μπορούσε να αποφευχθεί αν οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή.

Η μεσογειακή διατροφή έχει επίσης συνδεθεί με διατήρηση του σωματικού βάρους, αλλά και μείωση του σωματικού βάρους και πρόληψη της παχυσαρκίας. Οι Romaguera et al., (2009) οι οποίοι διερεύνησαν την συσχέτιση μεταξύ της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή και σε μια σειρά από δείκτες παχυσαρκίας (ΔΜΣ, περιφέρεια μέσης), σε ένα δείγμα 497.308 ατόμων ηλικίας 25 έως 70 ετών, βρήκαν ότι η περιφέρεια της μέσης ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους άνδρες και τις γυναίκες με υψηλότερη προσήλωση στην μεσογειακή διατροφή για ένα δεδομένο ΔΜΣ.

Στην μελέτη DIRECT, στην οποία έλαβαν μέρος 322 ασθενείς με μέτρια παχυσαρκία, δείχθηκε ότι η επαρκής προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή, είχε ως αποτέλεσμα μια πιο ευνοϊκή κατάσταση υγείας, με βάση το λιπιδαιμικό προφίλ, την πίεση του αίματος και τα επίπεδα γλυκόζης, ειδικά σε άτομα με διαβήτη και σε σύγκριση με μια δίαιτα με χαμηλά επίπεδα υδατανθράκων (Ben-Avraham et al., 2009). Η μεσογειακή διατροφή έχει επίσης συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα λίπους στην κοιλιά, τόσο σε παιδιά, όσο και σε ενήλικες (Magriplis et al., 2019).

Πολλές άλλες έρευνες έχουν επίσης δείξει τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής σε άλλους τομείς της υγείας. Μιας μετα-ανάλυση 50 μελετών από τους Kastorini et al.,

(2011) διαπίστωσε ότι η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή σχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου, με χαμηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων και γλυκόζης στο αίμα, με βελτιωμένα επίπεδα συστολικής και διαστολικής πίεσης και με υψηλότερα επίπεδα λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL).

Αν και οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η μεσογειακή διατροφή ευνοεί την ανθρώπινη υγεία δεν είναι καλά γνωστοί μέχρι σήμερα, οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι πέντε σημαντικότερες προσαρμογές που προκαλούνται από την μεσογειακή διατροφή είναι: (α) η μείωση των λιπιδίων, (β) η προστασία από το οξειδωτικό στρες, η φλεγμονή και η συσσώρευση αιμοπεταλίων, (γ) η τροποποίηση ορμονών και αυξητικών παραγόντων στην παθογένεση του καρκίνου, δ) η αναστολή των οδών αντίχνευσης θρεπτικών συστατικών μέσω ειδικού περιορισμού αμινοξέων, και ε) η παραγωγή μεσολαβούμενων μικροβιοτόπων από μεταβολίτες που επηρεάζουν τη μεταβολική υγεία (Tosti et al., 2017).

2. Διατροφές συνήθειες και επιλογές

2.1. Διατροφικές συνήθειες

Τα τρόφιμα διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη ζωή των καταναλωτών. Είναι η πηγή της διατροφής και των ηδονικών εμπειριών, εξυπηρετούν μια κοινωνική και πολιτιστική λειτουργία και έχουν σημαντική οικονομική σημασία, δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος του οικογενειακού προϋπολογισμού διατίθεται για την αγορά τροφίμων (Steenkamp, 1993).

Οι διατροφικές συνήθειες (eating habits) είναι ένας πολύπλευρος όρος. Η πολύπλοκη και μεταβλητή φύση των διατροφικών συνηθειών αποδεικνύεται από την ύπαρξη των πολλών ορισμών, που τους έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα. Οι διατροφικές συνήθειες έχουν οριστεί ως ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν και καταναλώνουν τρόφιμα, ως απόκριση στις κοινωνικές και πολιτιστικές πιέσεις (Khan & Hackler, 1981). Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, οι διατροφικές συνήθειες είναι ο τρόπος με τον οποίο τα μεμονωμένα άτομα ή ομάδες επιλέγουν, καταναλώνουν και χρησιμοποιούν τα τρόφιμα (Stewart & Amerine, 2012).

Σύμφωνα με τους Meiselman και Bell (2003), και έναν πιο πλήρη ορισμό, οι διατροφικές συνήθειες αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και στάσεων που σχετίζονται με το φαγητό, όπως οι στάσεις απέναντι στα τρόφιμα, η αποδοχή των τροφίμων, η επιλογή τροφίμων, η κατανάλωση των τροφίμων και η απόρριψη των τροφίμων. Οι έννοιες αυτές, με την σειρά που είναι καταγεγραμμένες, θεωρείται ότι έχουν μια καθορισμένη χρονική ακολουθία, η οποία στην ουσία ξεκινά από την διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στα τρόφιμα, οι οποίες διαμορφώνουν την επιλογή των τροφών από τα άτομα, καταλήγοντας τελικά στην κατανάλωση των τροφίμων ή στην απόρριψη τους.

Οι στάσεις (food attitudes) σχετίζονται με το εάν οι άνθρωποι τρώνε, τι τρώνε και πόσο τρώνε. Σύμφωνα με τους Macías και Glasauer (2014), οι στάσεις είναι

συναισθηματικές, παρακινητικές, αντιληπτές και γνωστικές πεποιθήσεις που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά ή την πρακτική ενός ατόμου απέναντι στην διατροφή και τα τρόφιμα. Η διατροφική συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται από τα συναισθήματα, τα κίνητρα, τις αντιλήψεις και τις σκέψεις του. Οι στάσεις επηρεάζουν τη μελλοντική συμπεριφορά ανεξάρτητα από τη γνώση του ατόμου και μπορούν να εξηγήσουν, γιατί ένα άτομο υιοθετεί μια πρακτική και όχι άλλες εναλλακτικές.

Οι προτιμήσεις των τροφίμων και η ανάπτυξη στάσεων απέναντι στα τρόφιμα περιλαμβάνουν το στοιχείο της μάθησης, επειδή οι άνθρωποι τείνουν να τρώνε ό,τι γνωρίζουν. Έτσι, η διατροφική εμπειρία ξεκινάει την ανάπτυξη της στάσης. Οι διατροφικές συνήθειες, όταν διαμορφωθούν και γίνουν αποδεκτές, γίνονται μέρος του εαυτού των ατόμων και μια μορφή ατομικής έκφρασης, ακριβώς όπως οι συνήθειες ανάγνωσης ή οι συνήθειες περιποίησης του εαυτού (Khan & Hackler, 1981).

Οι στάσεις μπορεί να είναι μακροχρόνιες και βραχυπρόθεσμες. Οι μακροχρόνιες στάσεις ονομάζονται επίσης γνωρίσματα ή χαρακτηριστικά (traits), τα οποία αντιπροσωπεύουν τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων και τείνουν να είναι σταθερές ανεξάρτητα από τις καταστάσεις. Οι προσδοκίες είναι οι αντιλήψεις ότι τα προϊόντα της διατροφής θα έχουν κάποιες αισθητικές ιδιότητες σε ορισμένα επίπεδα έντασης ή, γενικότερα, οι πεποιθήσεις ότι τα προϊόντα της διατροφής θα είναι ή δεν θα είναι αρεστά από τα άτομα σε κάποιο βαθμό (Meiselman και Bell, 2003).

Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί διάφορα μέτρα ή κλίμακες για την αξιολόγηση των στάσεων απέναντι τα τρόφιμα. Οι κλίμακες αυτές εφαρμόζονται προκειμένου να διερευνηθεί ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις και πως οι στάσεις με την σειρά τους επηρεάζουν τις συμπεριφορές διατροφής. Οι στάσεις αξιολογούνται στην ουσία, ζητώντας από τους ερωτηθέντες να κρίνουν εάν έχουν θετική ή αρνητική τάση προς ένα πρόβλημα υγείας ή διατροφής, μια ιδανική ή επιθυμητή πρακτική που σχετίζεται με τη διατροφή, συγκεκριμένες προτιμήσεις για τρόφιμα, ταμπού για συγκεκριμένα τρόφιμα και άλλα. Παραδείγματα αυτών περιλαμβάνουν η κλίμακα Variety Seeking Tendency Scale (VARSEEK) η οποία αξιολογεί την εγγενή τάση των ανθρώπων να αναζητούν ποικιλία στην διατροφή τους (Beldona, Moreo & Das Mundhra, 2010) και η κλίμακα Food Neophobia Scale (FNS), η οποία αποτελεί ένα μέτρο για την αξιολόγηση της αποφυγής δοκιμής νέων τροφίμων στα οποία τα άτομα

δεν έχουν εκτεθεί ξανά στο παρελθόν (Fernández-Ruiz, Claret & Chaya, 2013). Ένα άλλο παράδειγμα είναι η κλίμακα Restrained Eating Scale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire, η οποία αξιολογεί την τάση διατροφικής συγκράτησης ή διατροφικού περιορισμού (Cebolla et al., 2014).

Η αποδοχή τροφίμων μπορεί να οριστεί ευρέως ως το επίπεδο της αρέσκειας ενός προϊόντος διατροφής (Meiselman και Bell, 2003). Σύμφωνα με τους MacFie & Meiselman (2012), πρόκειται για μια φαινομενολογική εμπειρία, που κατηγοριοποιείται καλύτερα ως αίσθημα, συναίσθημα ή διάθεση με καθοριστικό ευχάριστο ή δυσάρεστο χαρακτήρα.

Σύμφωνα με τους Khan & Hackler (1981, σ. 129) η αποδοχή τροφίμων βασίζεται στις διατροφικές συνήθειες και μπορεί απλά να οριστεί ως «κατανάλωση» ή ως «κατανάλωση με ευχαρίστηση». Σύμφωνα με τους ίδιους, η αποδοχή τροφίμων ορίζεται επίσης ως μια σύνθετη αντίδραση που καθορίζεται από τις φυσιολογικές, ψυχολογικές, βιοχημικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και αισθητικές αντιδράσεις των ατόμων, οι οποίες αναπτύσσονται σε ένα πολύπλοκο πλαίσιο φυλής, θρησκείας, παράδοσης, οικονομικής κατάστασης και περιβαλλοντικών συνθηκών.

Ο βαθμός στον οποίο σε ένα άτομο αρέσει ένα προϊόν διατροφής είναι ένας σημαντικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την επιλογή και την κατανάλωση τροφίμων, δηλαδή τις διατροφικές συνήθειες. Ωστόσο, παρά τις πολλές μελέτες σχετικά με την αποδοχή των τροφίμων, πολύ λίγες έχουν δείξει ισχυρή σχέση μεταξύ της αποδοχής τροφίμων και της επιλογής τροφίμων, αλλά και με την κατανάλωση τροφίμων (Meiselman, 2006).

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση τροφίμων και η επιλογή τροφίμων είναι εξαιρετικά πολύπλοκες συμπεριφορές και υπάρχουν πολλοί παράγοντες (μεταβλητές) που τις επηρεάζουν. Η αποδοχή τροφίμων είναι μόνο μία από αυτές τις μεταβλητές, παρόλο που είναι πιθανώς μία από τις πιο ισχυρές. Ένας άλλος λόγος είναι ότι η κατανάλωση τροφίμων και η επιλογή τροφίμων δεν είναι πάντα λογικές συμπεριφορές. Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι δεν ξοδεύουν μεγάλο χρόνο στο να σκεφτούν τι θα καταναλώσουν και πολλοί άλλοι παράγοντες (διαθεσιμότητα χρόνου και προϊόντος) μπορεί να είναι πιο σημαντικοί στην επιλογή τροφίμων. Έτσι, από μόνη της, η αποδοχή τροφίμων είναι απλώς ένα μέτρο του βαθμού στον οποίο στα

άτομα αρέσει ένα φαγητό, και όχι ένας παράγοντας πρόβλεψη επιλογής ή κατανάλωσης. Σε συνδυασμό με μέτρα άλλων μεταβλητών, η αποδοχή τροφίμων, αποτελεί μέρος ενός συνόλου παραγόντων, οι οποίες λειτουργούν από κοινού για τον έλεγχο των διατροφικών συνηθειών (Meiselman, 2006; MacFie & Meiselman, 2012). Η αποδοχή των τροφίμων οδηγεί σε προτιμήσεις για τρόφιμα, οι οποίες βασίζονται στην επιλογή των ειδών διατροφής από τις διαθέσιμες επιλογές μεταξύ των αποδεκτών τροφών (Meiselman, 2006).

2.2. Διατροφικές Επιλογές

Η επιλογή τροφίμων, στην συνέχεια, είναι μια πολύπλοκη έννοια αλλά και μια ακόμα πιο πολύπλοκη διαδικασία. Εννοιολογικά, σύμφωνα με τον Murcott (1998) η επιλογή μπορεί να αναφέρεται στην πράξη της επιλογής, στην εκδήλωση προτίμησης μεταξύ ενός συνόλου πραγμάτων, σε ένα επιλεγμένο αντικείμενο ή σε μια εναλλακτική λύση. Η επιλογή τροφίμων αναφέρεται με απλά λόγια στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αποφασίζουν ποια τρόφιμα θα αγοράσουν και ποια θα καταναλώσουν.

Οι Sobal, Bisogni, Devine & Jastran (2006) αναφέρουν ότι η επιλογή τροφίμων περιλαμβάνει την επιλογή-διαλογή και την κατανάλωση τροφίμων, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως τι τρώνε οι άνθρωποι (προτιμήσεις), πότε τρώνε, πού τρώνε και με ποιον τρώνε, καθώς και άλλες πτυχές της συμπεριφοράς τροφίμων και διατροφικές συμπεριφορές.

Σύμφωνα με τον Rozin (2007) η επιλογή τροφίμων μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα πλαίσια, όπως σε καταστήματα αγοράς τροφίμων, στο σπίτι κατά την διάρκεια των γευμάτων ή σε άλλους εξωτερικούς ή εσωτερικούς χώρους όπου υπάρχουν διαθέσιμα τρόφιμα, όπως τα εστιατόρια. Η δοκιμή τροφίμων μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις, να είναι δυνατή πριν την επιλογή, αλλά και ανάλογα με την κατάσταση, τα άτομα μπορεί επίσης να μην έχουν την δυνατότητα να κάνουν επιλογές. Ως εκ τούτου η επιλογή απαιτεί την ύπαρξη ενός συνόλου διαθέσιμων τροφίμων, από το οποίο τα άτομα θα επιλέξουν αυτά που θέλουν να καταναλώσουν.

Ως διαδικασία, η επιλογή τροφίμων είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο (Sobal & Bisogni, 2009), καθώς επηρεάζεται τόσο από τις φυσιολογικές όσο και από

τις ψυχοκοινωνικές παρορμήσεις (Sobal, Bisogni, & Jastran, 2014). Μπορεί να είναι μια συνειδητή ή/και ασυνείδητη διαδικασία, επηρεάζεται από εσωτερικές και εξωτερικές (δηλαδή κοινωνικές) δυνάμεις και μέχρι σήμερα έχει προσεγγιστεί θεωρητικά από πολλούς ερευνητές στους τομείς της ψυχολογίας, της οικονομίας, της καταναλωτικής συμπεριφοράς, της κοινωνιολογίας, της δημόσιας υγείας και των νευροεπιστημών, σε μια προσπάθεια να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα κάνουν επιλογές τροφίμων (Neacsu, McBey & Johnstone, 2017).

Οι επιλογές τροφίμων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις συμβολικές, οικονομικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής εκφράζοντας προτιμήσεις, ταυτότητες και πολιτιστικές σημασίες. Οι επιλογές τροφίμων είναι σημαντικές επειδή δημιουργούν καταναλωτική ζήτηση για προμηθευτές στο σύστημα τροφίμων οι οποίοι παράγουν, επεξεργάζονται και διανέμουν τρόφιμα (Sobal, Khan & Bisogni, 1998). Οι επιλογές τροφίμων καθορίζουν επίσης ποιες θρεπτικές ή άλλες ουσίες εισέρχονται στο σώμα, επηρεάζοντας ακολούθως την υγεία, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Sobal, Bisogni, Devine & Jastran, 2006).

Η κατανάλωση τροφίμων είναι επίσης ένα βασικό συστατικό χαρακτηριστικό των διατροφικών συνηθειών, το οποίο ακολουθεί την επιλογή τροφίμων. Η κατανάλωση τροφίμων ορίζεται ως η συνολική ποσότητα τροφίμων που καταναλώνεται από τα άτομα (Nicklas, Baranowski, Cullen & Berenson, 2001). Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα, τα οποία παρουσιάζουν τους διάφορους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση τροφίμων.

Ένα από τα πρώτα και αυτό που έχει μεγάλη επιρροή είναι αυτό το οποίο προτάθηκε από τον Pilgrim (1957), στο οποίο η κατανάλωση τροφίμων εξαρτάται από την αντίληψη. Σύμφωνα με το μοντέλο, η αντίληψη των τροφίμων είναι συνάρτηση τριών παραγόντων:

- 1) των φυσιολογικών επιδράσεων των τροφίμων,
- 2) της αντίληψης των αισθητήριων χαρακτηριστικών των τροφίμων και
- 3) των επιδράσεων του περιβάλλοντος.

Ο ερευνητής υποθέτει ότι αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζοντας την κατανάλωση τροφίμων. Το μοντέλο του Pilgrim (1957) αποτέλεσε την βάση για την ανάπτυξη πολλών άλλων μοντέλων για τους

καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς κατανάλωσης τροφίμων (π.χ. Shepherd 1990).

Η απόρριψη τροφίμων ή η διάθεση των τροφίμων είναι αυτά τα οποία, ενώ έχουν επιλεγθεί, δεν καταναλώνονται τελικά και απορρίπτονται. Το θέμα της απόρριψης τροφίμων έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στους τομείς της κοινωνιολογίας και της οικονομίας. Ωστόσο στον τομέα των διατροφικών συνηθειών η απόρριψη τροφίμων χρησιμοποιείται ως ένα μέτρο για να αξιολογηθεί η κατανάλωση τροφίμων, αλλά και η αποδοχή τροφίμων (Meiselman & Bell, 2003).

Μια ακόμα έννοια, η οποία είναι σχετική με τις διατροφικές συνήθειες, είναι τα πρότυπα διατροφής ή διατροφικά πρότυπα (dietary patterns). Ένα διατροφικό πρότυπο ορίζεται ως η ποσότητα, η ποικιλία ή ο συνδυασμός διαφόρων τροφίμων και ποτών σε μια δίαιτα και η συνήθης συχνότητα της κατανάλωσης τους (Sanchez-Villegas & Martinez-Lapiscina, 2018).

Ένα διατροφικό πρότυπο που έχει προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον, είναι το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής, το οποίο αναφέρεται στην διατροφή που ακολουθούν οι λαοί των Ευρωπαϊκών χωρών γύρω από τη Μεσόγειο Θάλασσα (Karampola & Makedou, 2014). Το πρότυπο αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

2.3. Διατροφικά Πρότυπα και Διατροφικές Συνήθειες

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει μια ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση για τα υπάρχοντα διατροφικά πρότυπα. Για παράδειγμα, οι Le & Sabaté (2014) πρότειναν μια ταξινόμηση για τα διατροφικά πρότυπα, η οποία βασίζεται στην αποδοχή της κατανάλωσης κρέατος στην διατροφή, προτείνοντας την ύπαρξη τριών διαφορετικών διατροφικών προτύπων και των αντίστοιχων υπο-ομάδων τους. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, το πρώτο διατροφικό πρότυπο είναι η μη-φυτοφαγία (μη-χορτοφαγία), η οποία χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση κρέατος και παραγωγών τους, με συχνότητα κατανάλωσης πάνω από μια φορά την εβδομάδα (Tonstad et al, 2013).

Το δεύτερο διατροφικό πρότυπο είναι η ημι-φυτοφαγία (ημι-χορτοφαγία) η οποία χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση κρέατος και παραγωγών τους, με συχνότητα κατανάλωσης λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και περισσότερο από μια φορά τον μήνα.

Το τρίτο διατροφικό πρότυπο είναι η φυτοφαγία (ή χορτοφαγία), στην οποία υπάρχουν διάφορες ομάδες διατροφικών προτύπων, όπως η λάκτο-φυτοφαγία, όπου τα άτομα καταναλώνουν γαλακτοκομικά προϊόντα αλλά όχι αυγά, η ωο-φυτοφαγία όπου τα άτομα καταναλώνουν αυγά, αλλά όχι γαλακτοκομικά προϊόντα, η ωο-λακτο-φυτοφαγία όπου τα άτομα καταναλώνουν ζωικά / γαλακτοκομικά προϊόντα όπως αυγά, γάλα και μέλι, η vegan διατροφή όπου τα άτομα αποκλείουν από την διατροφή οποιοδήποτε είδος κρέατος (κόκκινο κρέας, ψάρια, πουλερικά) και τα παράγωγα τους (Le & Sabaté, 2014).

Πέραν των παραπάνω, εντοπίζονται μια πληθώρα άλλων διατροφικών προτύπων, όπως η φρουτοφαγία, η φυτοφαγία Jain, οι μακροβιοτικές διατροφές, η διατροφή Sattvic, και πολλά άλλα (Tonstad et al, 2013).

Ακόμα ένα κριτήριο που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την ταξινόμηση των διατροφικών προτύπων, είναι η περιοχή κατανάλωσης. Για παράδειγμα το Δυτικό πρότυπο διατροφής ή η Δυτική διατροφή, είναι ένα πρότυπο διατροφής, το οποίο διαμορφώθηκε έπειτα από την ανάλυση των βασικών ή συνήθων συστατικών διατροφής των πληθυσμών στις Ηνωμένες Πολιτείες και χαρακτηρίζεται από υψηλότερα επίπεδα πρόσληψης κόκκινου και μεταποιημένου κρέατος, βουτύρου, γαλακτοκομικών προϊόντων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, αυγά, ραφινρισμένους κόκκους, λευκές πατάτες, τηγανισμένες πατάτες και ποτά υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη (Hu, 2002; Naja et al., 2015).

Τα πρότυπα διατροφής έχουν λάβει μεγάλο ενδιαφέρον στην βιβλιογραφία λόγω της σύνδεσης τους με το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού. Παραδοσιακά, η σύνδεση μεταξύ της διατροφής και της υγείας, έχει μελετηθεί στο πλαίσιο μεμονωμένων θρεπτικών συστατικών ή τροφίμων και της επίδρασης τους στην υγεία, όπως για παράδειγμα η σύνδεση μεταξύ της πρόσληψης της βιταμίνης E και της πρόληψης των καρδιαγγειακών νόσων (Tucker, 2010).

Η συσχέτιση μεταξύ διαίτας και της υγείας στηρίζεται σε μια αλληλεξαρτώμενη σχέση μεταξύ των διατροφικών προτύπων, των τροφίμων και των συστατικών των τροφίμων, συμπεριλαμβανομένων των θρεπτικών ουσιών. Οι δίαιτες αποτελούνται από τρόφιμα, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούνται από θρεπτικά συστατικά και άλλα συστατικά τροφίμων. Ενώ η κατανάλωση τροφίμων είναι απαραίτητη για την υγεία, η υποστήριξη του ανθρώπινου φυσιολογικού συστήματος βασίζεται στις ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά. Η ανεπαρκής κατανάλωση βιταμινών μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκειες και η υπερκατανάλωση μακροθρεπτικών συστατικών μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία, συνεπώς τόσο οι θετικές, όσο και οι αρνητικές επιδράσεις είναι σημαντικές (Tapsell et al., 2016).

Ωστόσο πλέον, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας έχει πλέον εστιάσει στα διατροφικά πρότυπα και στην επίδραση τους στην ανθρώπινη υγεία, δεδομένου ότι οι άνθρωποι δεν προσλαμβάνουν μεμονωμένα θρεπτικά συστατικά από τρόφιμα, αλλά καταναλώνουν έναν συνδυασμό τροφίμων που περιέχουν πολλαπλές θρεπτικές ουσίες. Από την άλλη τα τρόφιμα και τα σχετικά θρεπτικά συστατικά τους είναι γνωστό ότι έχουν συνδυαστικές επιδράσεις, περιπλέκοντας την αντίδραση της επίδρασης ενός μόνο τροφίμου ή θρεπτικού συστατικού. Η ταυτοποίηση ενός τρόπου διατροφής μπορεί να αποκαλύψει μια ισχυρότερη σύνδεση με έναν συγκεκριμένο δείκτη υγείας και μπορεί να επιτρέψει μια πληρέστερη και ολοκληρωμένη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο καταναλώνονται τα θρεπτικά συστατικά (Boushey et al., 2017).

Για παράδειγμα, ορισμένα διατροφικά πρότυπα, όπως η Μεσογειακή διατροφή, η χορτοφαγική διατροφή και οι διατροφικές προσεγγίσεις για την πρόληψη ανάπτυξης υπέρτασης (DASH), έχουν σχετιστεί με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, καθώς και με άλλα οφέλη για την υγεία (Tucker, 2010).

Οι χρόνιες παθήσεις, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο καρκίνος και ο διαβήτης, αντιπροσωπεύουν σήμερα το 70% της θνησιμότητας και 58% της νοσηρότητας παγκοσμίως, με κύρια αιτία θανάτου την ισχαιμική καρδιοπάθεια, ακολουθούμενη από το εγκεφαλικό επεισόδιο. Αυτό το μεταβαλλόμενο παράδειγμα οφείλεται εν μέρει στις μεταβολές στο περιβάλλον των τροφίμων. Οι διαιτητικοί καθοριστικοί παράγοντες αυτών των ασθενειών διαφέρουν από εκείνους του υποσιτισμού και των ανεπαρκειών θρεπτικών ουσιών που προκύπτουν από την ανεπαρκή πρόσληψη ή την

απορρόφηση συγκεκριμένης θρεπτικής ουσίας. Κατά συνέπεια, οι έρευνες για τις ασθένειες αυτές ξεπέρασαν την προσέγγιση που βασίζεται σε μία θρεπτική ουσία, εστιάζοντας σε τρόφιμα και ομάδες τροφίμων και, πιο πρόσφατα στην αξιολόγηση της επίδρασης της συνολικής διατροφής (Tapsell et al., 2016).

Τα διατροφικά πρότυπα, καθώς και τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με την επίδραση τους στην υγεία, συχνά χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό κατευθυντήριων διαιτητικών οδηγιών. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη διατροφή αποτελούν μέσα πολιτικής της δημόσιας υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διατροφή είναι δηλώσεις που βοηθούν τους πληθυσμούς στην επιλογή τροφίμων που 1) παρέχουν τη βέλτιστη πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και 2) συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο μη μεταδοτικών ασθενειών. Τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές έχουν μια ευρεία βάση, αλλά επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης τροφίμων και της πρόληψης ασθενειών. Από αυτή τη βάση δεδομένων, τα μοντέλα διατροφής μπορούν να κατασκευαστούν και να μεταφραστούν σε εργαλεία καθοδήγησης τροφής, συμπεριλαμβανομένων των διαγραμματικών παραστάσεων, όπως οι πυραμίδες (Stok et al., 2018).

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή τροφίμων από τα άτομα. Αυτοί έχουν προταθεί τόσο μέσα από θεωρητικά μοντέλα, όσο και μέσα από εμπειρικές μελέτες σε διάφορους πληθυσμούς.

Σε θεωρητικό επίπεδο, ένα από τα πρώτα μοντέλα που προτάθηκαν για την επιλογή τροφίμων και τους παράγοντες που την επηρεάζουν ήταν το Εννοιολογικό Μοντέλο Επιλογής Τροφίμων (Conceptual model of food choice) από τους Furst et al., (1996), το οποίο υποδεικνύει ότι τρία βασικά στοιχεία εμπλέκονται στην επιλογή τροφίμων, τα οποία είναι η πορεία της ζωής, οι επιρροές και το προσωπικό σύστημα. Η πορεία της ζωής περιλαμβάνει τους προσωπικούς ρόλους και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και

φυσικά περιβάλλοντα στα οποία εκτίθεται ένα άτομο. Η πορεία της ζωής δημιουργεί ένα σύνολο επιδράσεων - ιδανικά, προσωπικούς παράγοντες, πόρους, κοινωνικό πλαίσιο και περιβάλλον τροφίμων - που ενημερώνουν και διαμορφώνουν τα προσωπικά συστήματα των ανθρώπων. Η διαδικασία αυτή, μπορεί να λαμβάνει χώρα, τόσο σκόπιμα, όσο και αυθόρμητα (Furst et al., 1996).

Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στην πορεία της ζωής είναι οι παρελθούσες επιρροές των προσωπικών εμπειριών, οι τρέχουσες προσδοκίες για μελλοντικά γεγονότα (π.χ. ανατροφή, χαρακτηριστικά μιας ηλικίας ή γενιάς, ρόλοι του παρελθόντος της ζωής που επηρέασαν τη σχέση των ερωτηθέντων με τα τρόφιμα, κ.α.). Στην συνέχεια, οι επιρροές ενισχύουν, αλληλεπιδρούν και ανταγωνίζονται μεταξύ τους και περιλαμβάνουν:

1) τις ιδέες (προσδοκίες, πρότυπα, ελπίδες και πεποιθήσεις που είναι σημεία αναφοράς και σύγκρισης, με τα οποία οι άνθρωποι κρίνουν και αξιολογούν τις επιλογές των τροφίμων),

2) τους προσωπικούς παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν την συμπάθεια ή αντιπάθεια σε μεμονωμένα τρόφιμα, την ευχαρίστηση από τα τρόφιμα, την σύνδεση των τροφίμων με ιδιαίτερους συμβολισμούς (π.χ. θρησκεία), τα συναισθήματα και τις διαθέσεις κατά την επιλογή, το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, τις αισθητηριακές προτιμήσεις (π.χ. γεύση, οσμή, κ.α.), τις προτιμήσεις για συγκεκριμένα τρόφιμα ή τύπους τροφίμων και την αποστροφή και τους φυσιολογικούς παράγοντες όπως η αλλεργική αντίδραση και η πείνα,

3) τους πόρους, όπως τα χρήματα, τον εξοπλισμό (π.χ. για την αποθήκευση τροφίμων), τις δεξιότητες χειρισμού των τροφίμων και τις γνώσεις,

4) το κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο αναφέρεται στην φύση των διαπροσωπικών σχέσεων, για παράδειγμα μέσα στην οικογένεια, όπου η μητέρα ή οι γονείς προσπαθούν να διαμορφώσουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους,

5) το πλαίσιο των τροφίμων, το οποίο αναφέρεται στο κοινωνικό κλίμα του χώρου επιλογής, τους ειδικούς παράγοντες προσφοράς τροφίμων στο περιβάλλον, την διαθεσιμότητα των τροφίμων, κ.α.. Το πλαίσιο των τροφίμων μπορεί να προσφέρει εκτεταμένες ή περιορισμένες δυνατότητες επιλογής ή να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα που επηρεάζει τη διαδικασία επιλογής τροφίμων. Τέλος στο προσωπικό

σύστημα περιλαμβάνονται οι αισθητηριακές αντιλήψεις, οι οικονομικές θεωρήσεις, η άνεση, η υγεία και η διατροφή, η διαχείριση των σχέσεων και η ποιότητα των τροφίμων (Furst et al., 1996).

Το οικονομικό μοντέλο της κατανάλωσης τροφίμων έχει επίσης προταθεί, εδώ και αρκετά χρόνια. Οι οικονομολόγοι αναφέρουν ότι τα άτομα προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν τη χρησιμότητα (ή ικανοποίηση) τους από αγαθά που τους αρέσουν ή που προτιμούν, ενώ παράλληλα υπόκεινται σε οικονομικούς περιορισμούς, λόγω του εισοδήματος τους και των τιμών των τροφίμων και άλλων αγαθών. Η ζήτηση ή η αγορά τροφίμων είναι συνάρτηση του εισοδήματος και των τιμών, καθώς και των προτιμήσεων και γούστων (Drewnowski, 2012).

Πιο πρόσφατα, οι Rose et al., (2010) το επέκτειναν ώστε να περιλαμβάνει επίσης την πολιτιστική επιρροή και τις πολιτιστικές συνήθειες. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα γούστα και οι προτιμήσεις θα μπορούσαν να βασίζονται σε πολιτισμικές συνήθειες διατροφής που σχετίζονται με συγκεκριμένες εθνολογικές ομάδες ή θα μπορούσαν να βασίζονται στη γνώση και την ανησυχία του καταναλωτή σχετικά με τη διατροφή και τα αποτελέσματα της υγείας. Η διαθεσιμότητα των τροφίμων στο κατάστημα, συμπεριλαμβανομένου του χώρου αποθήκευσης και η τοποθέτηση των τροφίμων, καθώς και η διαφήμιση, μπορούν να επηρεάσουν τις προτιμήσεις των καταναλωτών.

Στην πράξη πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τους παράγοντες που συνδέονται με την επιλογή τροφίμων. Σύμφωνα με τον EUFIC (2006) οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διαχωριστούν ευρέως στους βιολογικούς, στους οικονομικούς, στους φυσικούς, στους κοινωνικούς, στους ψυχολογικούς και στους παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις γνώσεις.

Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την πείνα, την όρεξη και την γεύση των τροφίμων. Η πείνα και ο κορεσμός είναι αποτέλεσμα σύνθετων φυσιολογικών διεργασιών. Μετά από συγκεκριμένα σήματα (π.χ. εξάντληση θρεπτικών συστατικών στο αίμα, κενό στομάχι), δημιουργείται η αίσθηση της πείνας και δημιουργείται η ανάγκη για φαγητό. Καθώς τα άτομα τρώνε επέρχεται κορεσμός. Η ισορροπία ανάμεσα στην πείνα, την τόνωση της όρεξης και την πρόσληψη τροφής, την ικανοποίηση της όρεξης και τον κορεσμό, ελέγχεται από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα διάφορα μακρο-θρεπτικά συστατικά, όπως οι υδατάνθρακες, οι

πρωτεΐνες, τα λίπη, παράγουν επίσης σήματα κορεσμού με διαφορετική ισχύ. Οι δίαιτες χαμηλής ενεργειακής πυκνότητας προκαλούν επίσης μεγαλύτερο κορεσμό από τις δίαιτες υψηλής ενεργειακής πυκνότητας (Stubs et al., 1996; EUFIC, 2006).

Είναι επίσης γνωστό ότι πολλά τρόφιμα δεν θεωρούνται μόνο πηγή τροφής, αλλά καταναλώνονται συχνά για την αξία της ευχαρίστησης που προσδίδουν. Η φρεσκάδα ενός τροφίμου είναι ανάλογη της ευχαρίστησης που συναντά κάποιος όταν τρώει ένα συγκεκριμένο φαγητό, όπως και η γεύση. Για παράδειγμα, τα γλυκά και τα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τρόφιμα προσφέρουν μια αισθητική ερεθιστικότητα, η οποία είναι γνωστή ως «ανταπόκριση απόλαυσης», και η οποία διαμεσολαβείται από μηχανισμούς του εγκεφάλου (EUFIC, 2006).

Οι άνθρωποι διαθέτουν επίσης ενσωματωμένους βιολογικά καθορισμένους αισθητηριακούς μηχανισμούς κορεσμού, μέσω των οποίων κουράζονται από μια γεύση και μετακινούνται σε άλλες σε σύντομο χρονικό διάστημα, όπως κατά την κατανάλωση ενός γεύματος. Ένας τέτοιος μηχανισμός έχει πιθανώς προσαρμοστική αξία για τον άνθρωπο, επειδή εξασφαλίζει ότι τα άτομα τρώνε μια ποικιλία διαφορετικών γεύσεων και έτσι λαμβάνουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται από αυτά τα τρόφιμα (González et al., 2018).

Μελέτες αποκαλύπτουν επίσης ότι για τους ενήλικες, η ποικιλία των διαθέσιμων τροφίμων επηρεάζει το μέγεθος του γεύματος, καθώς η μεγαλύτερη ποικιλία διεγείρει την μεγαλύτερη πρόσληψη. Και πάλι, αυτός ο μηχανισμός μπορεί να ήταν πολύ χρήσιμος σε μια κατάσταση σπάνιας προσφοράς τροφίμων. Ωστόσο, στο σύγχρονο περιβάλλον τροφίμων, η ποικιλία που υπάρχει στα γεύματα λόγω της ευρείας ποικιλίας των διαθέσιμων τροφίμων μπορεί να συμβάλει στην υπέρβαση του σωματικού βάρους (González et al., 2018).

Πολλοί παράγοντες του οικονομικού περιβάλλοντος επηρεάζουν επίσης τις επιλογές τροφίμων και τις διατροφικές πρακτικές, μεταξύ των οποίων είναι η τιμή των τροφίμων και το εισόδημα. Η οικονομική θεωρία υποθέτει ότι οι σχετικές διαφορές στις τιμές μπορούν να εξηγήσουν μερικώς τις διαφορές μεταξύ των ατόμων όσον αφορά τις επιλογές τροφίμων και τις διατροφικές τους συμπεριφορές. Οι μεταποιημένες τροφές με προστιθέμενα λίπη και ζάχαρη, είναι φθηνότερες στην παρασκευή, τη μεταφορά και την αποθήκευσή τους, σε σύγκριση με τα αλλοιώσιμα

κρέατα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα φρέσκα προϊόντα. Αντίθετα οι ζωικές πρωτεϊνικές πηγές μπορεί να κοστίζουν 5 έως 10 φορές περισσότερο ανά θερμίδα, ενώ τα φρούτα και τα λαχανικά (με κάποιες εξαιρέσεις) μπορεί να κοστίζουν περίπου 50 έως 100 φορές περισσότερο ανά θερμίδα (Drewnowski et al., 2004).

Το αν το κόστος ενός τροφίμου θα λειτουργήσει περιοριστικά για την επιλογή του εξαρτάται ουσιαστικά από το εισόδημα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ατόμου. Σύμφωνα με μια έρευνα, οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν μόνο περίπου το 10% του διαθέσιμου εισοδήματός τους σε τρόφιμα που παρασκευάζονται και καταναλώνονται στο σπίτι, έναντι του 15% στην Ευρώπη και την Ιαπωνία. Τα άτομα με ανώτερο εισόδημα στις Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν περισσότερα χρήματα για τα τρόφιμα, αλλά ένα μικρότερο ποσοστό του εισοδήματός τους - περίπου 8%. Τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα κάνουν εξοικονόμηση αγοράζοντας φθηνότερα τρόφιμα (π.χ. σε εκπτώσεις) (Seale, Regmi, & Bernstein 2003).

Οι Green et al., (2013) οι οποίοι διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση για την μελέτη της επίδρασης της αύξησης των τιμών των τροφίμων στην κατανάλωση τροφίμων σε 162 χώρες, διαπίστωσαν ότι στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, η αύξηση της τιμής των σιτηρών κατά 1% οδήγησε σε μείωση της κατανάλωσης κατά 0,61%. Αντίθετα, στις χώρες υψηλού εισοδήματος, βρήκαν μείωση κατά 0,43%. Η επίπτωση της ποσοστιαίας αύξησης της τιμής του κρέατος, ενός προϊόντος υψηλότερης αξίας, έδειξε μεγαλύτερη απόκριση στις τιμές: -0,78 για τις χώρες χαμηλού εισοδήματος και -0,60 για τις χώρες υψηλού εισοδήματος.

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, οι Muhammad et al., (2017) βρήκαν ότι η αύξηση του εισοδήματος είναι πιθανό να προκαλέσει αύξηση της πρόσληψης κρέατος και ποτών και να έχει ελάχιστη ή καθόλου επίδραση στην πρόσληψη λαχανικών, εκτός από τα φρούτα. Για τους καρπούς με κέλυφος, τους σπόρους, τα φασόλια και τα όσπρια, η αύξηση του εισοδήματος συνδέθηκε στην πραγματικότητα με μειώσεις στην πρόσληψη. Ομοίως οι Loopstra & Tarasuk (2013), διερεύνησαν την μεταβολή στο εισόδημα, την απασχόληση και την καλή διαβίωση των νοικοκυριών σε σχέση με τη μεταβολή της σοβαρότητας της επισιτιστικής ανασφάλειας σε ένα δείγμα 331 οικογενειών. Ο ερευνητής βρήκαν ότι οι βελτιώσεις στο εισόδημα και στην

απασχόληση σχετίστηκαν με τη βελτίωση των εμπειριών των οικογενειών όσον αφορά την επισιτιστική ανασφάλεια.

Αυτοί είναι και οι λόγοι για τους οποίους οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος έχουν μεγαλύτερη τάση να καταναλώνουν μη ισορροπημένες διατροφές και ιδιαίτερα να έχουν χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (Muhammad et al., 2017). Το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται επίσης να έχει έναν συνεισφέρων ρόλο σε όλα τα παραπάνω. Εξετάζοντας τα νοικοκυριά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Darmon και Drewnowski (2008) διαπίστωσαν ότι η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το επάγγελμα, την εκπαίδευση και το εισόδημα, επηρέασε θετικά τις υγιεινές επιλογές διατροφής.

Το παραπάνω εύρημα εξηγείται από το γεγονός ότι τα περισσότερα μορφωμένα άτομα μπορεί να είναι σε θέση να αποκτήσουν, να επεξεργαστούν, να ερμηνεύσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες που θα τους επιτρέψουν να γίνουν πιο υγιείς. Μπορεί επίσης να είναι πιο προνοητικοί και αισιόδοξοι για το μέλλον τους και έτσι να είναι περισσότερο πρόθυμοι να αναζητήσουν πληροφορίες για την βελτίωση της υγείας τους (Gundersen et al., 2011).

Στην συνέχεια οι φυσικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων είναι η διαθεσιμότητα των τροφίμων και η προσβασιμότητα. Η διαθεσιμότητα μπορεί να περιγραφεί ως μια σειρά επιλογών διατροφής που υπάρχουν στο σύστημα τροφίμων, οι οποίες είναι αποδεκτές και προσιτές. Η προσβασιμότητα μπορεί να θεωρηθεί ως η άμεση διαθεσιμότητα, αναφερόμενη στην ετοιμότητα και την ευκολία ενός τροφίμου να μαγειρευτεί, στην εύκολη συσκευασία του ώστε να μπορεί να καταναλωθεί οπουδήποτε ή στην δυνατότητα αποθήκευσης του για κάποιο χρονικό διάστημα χωρίς αλλοίωση (Cullen et al., 2003).

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι αυτό που είναι διαθέσιμο, αυτό καταναλώνεται. Για παράδειγμα η διαθεσιμότητα πιο υγιεινών επιλογών στα καταστήματα τροφίμων της γειτονιάς, όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά ή το χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γάλα, κάνει πιο πιθανό αυτά τα τρόφιμα να είναι πιο διαθέσιμα στα σπίτια, γεγονός που με τη σειρά του, σχετίζεται με κατανάλωση υψηλότερης ποιότητας τροφίμων (Morland, Wing, & Diez Roux 2002). Παρομοίως έχει βρεθεί ότι η

διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των φρούτων και των λαχανικών στο σπίτι και το σχολείο, ενισχύουν την κατανάλωσή τους από τα παιδιά (Cullen et al., 2003).

Η προσβασιμότητα εξαρτάται επίσης από το πού βρίσκονται οι φυσικές πηγές τροφίμων. Τα σούπερ μάρκετ, όπου διατίθεται ένα ευρύ φάσμα τροφίμων, μπορεί να απαιτούν σημαντικούς χρόνους μετακίνησης ώστε τα άτομα να έχουν πρόσβαση σε μια ποικιλία τροφίμων. Αυτό περιορίζει την προσβασιμότητα σε τρόφιμα για πολλούς ανθρώπους, όπως οι ηλικιωμένοι που δεν είναι πλέον σε θέση να οδηγήσουν ή άτομα με χαμηλότερο εισόδημα χωρίς αυτοκίνητα. Οι τύποι τροφίμων που είναι άμεσα διαθέσιμοι στα τοπικά καταστήματα παντοπωλείων, στα μικρά καταστήματα και στα εστιατόρια εντός μιας δεδομένης κοινότητας εξαρτώνται από τα πιθανά κέρδη, τη ζήτηση και τις κατάλληλες εγκαταστάσεις αποθήκευσης και ψύξης. Ως εκ τούτου, ορισμένα τρόφιμα που είναι πολύ σημαντικά για την υγεία, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, μπορεί να μην είναι εύκολα προσβάσιμα ή να είναι διαθέσιμα μόνο με υψηλότερο κόστος. Μέσα στο σπίτι, η προσβασιμότητα σημαίνει ότι ένα λαχανικό δεν είναι μόνο διαθέσιμο στο ψυγείο, αλλά είναι ήδη κομμένο και έτοιμο για κατανάλωση ή ότι το φρούτο είναι πλυμένο και έτοιμο για κατανάλωση (Contento, 2008).

Διάφοροι κοινωνικοί λόγοι επηρεάζουν επίσης την επιλογή τροφίμων. Το κοινωνικό περιβάλλον για παράδειγμα μέσα στο οποίο καταναλώνεται το φαγητό επηρεάζει τα τρόφιμα που θα καταναλωθούν. Τα περισσότερα φαγητά καταναλώνονται παρουσία άλλων ανθρώπων. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι θετικό ή αρνητικό όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, εν μέρει επειδή η οικογένεια και οι φίλοι χρησιμεύουν ως μοντέλα επιρροής. Για παράδειγμα το φαγητό με φίλους μπορεί να διαρκέσει περισσότερο χρόνο και να οδηγήσει σε κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας τροφίμων. Η κατανάλωση φαγητών με φίλους έχει δείχθει ότι από την μία, μπορεί να οδηγήσει σε κατανάλωση τροφών με υψηλότερα λιπαρά, αλλά και σε πίεση προς άλλα άτομα να δοκιμάσουν νέα τρόφιμα που είναι υγιεινά (Higgs & Thomas, 2016).

Οι κοινωνικές επιρροές στο πλαίσιο αυτό γίνονται πολύ σημαντικές. Οι κοινωνικές επιρροές στην πρόσληψη τροφής αναφέρονται στην επίδραση που έχουν ένα ή περισσότερα άτομα στη διατροφική συμπεριφορά των άλλων, είτε άμεσα (αγοράζοντας φαγητό), είτε έμμεσα (μαθαίνοντας από τη συμπεριφορά του ομότιμου), είτε συνειδητά (μεταφορά πεποιθήσεων), είτε υποσυνείδητα. Ακόμα και

όταν κάποιος τρώει μόνος του, η επιλογή των τροφίμων επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες επειδή οι συμπεριφορές και οι συνήθειες αναπτύσσονται μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλους (Higgs, 2015).

Επιπρόσθετα, εντός των κοινωνιών, όλα τα άτομα συμμετέχουν σε ένα δίκτυο κοινωνικών σχέσεων, η έκταση και η πυκνότητα του οποίου ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Αυτά τα δίκτυα περιλαμβάνουν την οικογένεια, τους συνομηλίκους, τους συναδέλφους, κ.α.. Σε μία παλαιότερη μελέτη, βρέθηκε ότι οι επιλογές των τροφίμων ήταν 94% παρόμοιες μεταξύ των συζύγων, 76% έως 87% παρόμοιες μεταξύ των εφήβων και των γονέων τους και 19% παρόμοιες μεταξύ των εφήβων και των συνομηλίκων τους (Feunekes et al., 1998).

Οι επιλογές τροφίμων και τα τρόφιμα επηρεάζονται επίσης από την ανάγκη διαπραγμάτευσης με άλλους στην οικογένεια για το τι πρέπει να αγοράσουν ή να τρώνε. Η διαχείριση των κοινωνικών σχέσεων σε αυτά τα πολυάριθμα περιβάλλοντα παίζουν σημαντικό ρόλο σε ό, τι τρώνε οι άνθρωποι (Higgs & Thomas, 2016).

Η κοινωνική στήριξη μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στις επιλογές των τροφίμων και στην υγιεινή διατροφική αλλαγή. Η κοινωνική στήριξη από την οικογένεια και από τους συναδέλφους έχει συνδεθεί θετικά με τη βελτίωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και με το προπαρασκευαστικό στάδιο βελτίωσης των διατροφικών συνηθειών. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει την προαγωγή της υγείας, βοηθώντας τα άτομα να είναι πιο ικανά και αυτό-αποτελεσματικά (Sorensen et al., 1998).

Οι πολιτιστικές πρακτικές έχουν επίσης σημαντικό αντίκτυπο στις επιλογές των τροφίμων και στις πρακτικές διατροφής, ακόμη και σε σύγχρονες πολυεθνικές κοινωνίες όπου διατίθενται πολλά διαφορετικά είδη κουζίνας και τροφίμων. Ο πολιτισμός έχει περιγραφεί ως η γνώση, οι παραδόσεις, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και τα πρότυπα συμπεριφοράς που αναπτύσσονται, μαθαίνονται, μοιράζονται και μεταδίδονται από μέλη μιας ομάδας. Το φαγητό και ο τρόπος κατανάλωσης του, διαφέρει μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών. Τα άτομα που έχουν μεταναστεύσει σε άλλες χώρες, διατηρούν ορισμένες από τις πολιτιστικές τους πρακτικές σε διαφορετικό βαθμό και οι παραδόσεις αυτές επηρεάζουν τα πρότυπα κατανάλωσης. Οι πολιτισμικές επιρροές οδηγούν στη διαφορά στην συνήθη κατανάλωση ορισμένων

τροφίμων και στις παραδόσεις παρασκευής και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε περιορισμούς κατανάλωσης, όπως ο αποκλεισμός του κρέατος και του γάλακτος από τη διατροφή (Contento, 2008).

Στην συνέχεια, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί επίσης να ασκήσουν επιρροή στην επιλογή τροφίμων. Το άγχος για παράδειγμα μπορεί να επηρεάσει την επιλογή και κατανάλωση τροφίμων με πολλούς τρόπους. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, το άγχος είναι ένας παράγοντας που αναστέλλει την όρεξη, επηρεάζοντας τη μείωση της πρόσληψης τροφής από άτομα που βρίσκονται υπό την επιρροή του. Άλλοι ερευνητές έχουν παρουσιάσει τελείως διαφορετικά αποτελέσματα δείχνοντας ότι το άγχος θα μπορούσε να συμβάλει άμεσα στην αύξηση της ποσότητας των καταναλωθέντων τροφίμων (Koster, 2009). Έχει δειχθεί επίσης ότι η λειτουργία του ατόμου υπό συνθήκες ισχυρού ή χρόνιου στρες, συμβάλει στην αύξηση της κατανάλωσης σνακ σε αντικατάσταση των κανονικών γευμάτων (Grajek et al., 2015).

Η διάθεση και τα συναισθήματα επηρεάζουν επίσης την κατανάλωση τροφίμων. Η διατροφική συμπεριφορά των ανθρώπων αλλάζει ανάλογα με τη συναισθηματική τους κατάσταση (άγχος, θυμός, χαρά, κατάθλιψη, θλίψη κ.λπ.). Η επίδραση του φαγητού στη διάθεση σχετίζεται εν μέρει με τη στάση απέναντι σε συγκεκριμένα τρόφιμα. Η αμφιλεγόμενη σχέση με το φαγητό, όπως για παράδειγμα η επιθυμία για την κατανάλωση τροφής που είναι γνωστό ότι είναι ανθυγιεινή, είναι μια κατάσταση που βιώνουν πολλά άτομα. Τα άτομα με μεγαλύτερη αυτοσυγκράτηση, αλλά και οι γυναίκες έχει βρεθεί ότι αναφέρουν πιο συχνά συναισθήματα ενοχής όταν τρώνε, ενώ δεν πρέπει. Οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να εμπλακούν σε συναισθηματικό φαγητό, σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι αναφορές της επιθυμίας για φαγητό είναι επίσης πιο συχνές στην προεμμηνορροϊκή φάση, μια περίοδος όπου η συνολική πρόσληψη τροφής αυξάνεται και παρατηρείται μια παράλληλη μεταβολή του βασικού μεταβολικού ρυθμού (Contento, 2008).

Η προηγούμενη εμπειρία με τα τρόφιμα είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση τροφίμων. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται φυσιολογικά μετά την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων, μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στις προτιμήσεις των τροφίμων. Εάν το φαγητό ακολουθείται από αρνητικά αποτελέσματα, όπως μια αίσθηση ναυτίας, ακολουθεί μια κλιμακούμενη απόσυρση από την κατανάλωση της συγκεκριμένης τροφής. Μια εφάπαξ εμπειρία

ασθένειας μετά την κατανάλωση ενός τροφίμου μπορεί επίσης να απομακρύνει τα άτομα από αυτό το φαγητό (Leng et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, οι προτιμήσεις για τα τρόφιμα αναπτύσσονται συνήθως πιο αργά μέσω μιας διαδικασίας μάθησης ή προετοιμασίας, όπου η επανειλημμένη κατανάλωση ενός φαγητού ή η εξοικείωση με την κατανάλωση του ακολουθείται από ευχάριστα αποτελέσματα όπως ένα αίσθημα πληρότητας ή κορεσμού. Το «πάγωμα» των προτιμήσεων για τα τρόφιμα συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου, αλλά η πρώιμη εμπειρία με τα τρόφιμα και το φαγητό είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη των τρόπων κατανάλωσης, τόσο από άποψη του τρόπου κατανάλωσης όσο και από την ποσότητα που καταναλώνεται. Η εμπειρία με τα τρόφιμα επηρεάζει την ανάπτυξη των τρόπων κατανάλωσης των παιδιών και των ενηλίκων με διάφορους τρόπους (Leng et al., 2017).

Τέλος, οι άνθρωποι αναπτύσσουν επίσης αντιλήψεις, προσδοκίες και συναισθήματα σχετικά με τα τρόφιμα. Αυτές οι αντιλήψεις, οι συμπεριφορές, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι προσωπικές έννοιες είναι όλοι, ισχυροί καθοριστικοί παράγοντες της επιλογής των τροφίμων και της διατροφικής συμπεριφοράς. Οι επιλογές τροφίμων και οι διατροφικές πρακτικές των ατόμων επηρεάζονται από μια ποικιλία προσωπικών παραγόντων, όπως οι πεποιθήσεις για το τι θα αποκομίσουν από την κατανάλωση τους. Τα άτομα, ανάλογα με τις προτιμήσεις τους θέλουν τα τρόφιμα να είναι νόστιμα, βολικά, οικονομικά, γεμάτα και οικεία. Οι επιλογές για τρόφιμα μπορούν να καθοριστούν από τις προσωπικές έννοιες που αποδίδουν σε αυτά ή τις πρακτικές κατανάλωσης των τροφίμων, όπως για παράδειγμα ότι η κατανάλωση σούπας γίνεται όταν κάποιος είναι άρρωστος (Contento, 2008).

3. Δείκτες Αξιολόγησης της προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής αναγνωρίζεται ευρέως ως μια υγιής, συνετή διατροφή και η υψηλή προσκόλληση σε αυτή έχει συνδεθεί με τη βελτίωση της υγείας και τον μειωμένο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων. Η διατήρηση της παραδοσιακής διατροφικής κληρονομιάς της λεκάνης της Μεσογείου έχει αναφερθεί ως αποτελεσματική, βιώσιμη και οικονομικά βιώσιμη μέθοδος για την προώθηση της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, διάφορα μέτρα έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα τα οποία μπορούν να αξιολογήσουν την συμμόρφωση στο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής (Bamia et al., 2017; Vilarnau et al., 2018).

3.1. Δείκτης Μεσογειακής Διατροφής (Mediterranean Diet Score)

Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα είναι ο Δείκτης Μεσογειακής Διατροφής (Mediterranean Diet Score) που αναπτύχθηκε από τους Trichopoulos et al. (2003). Ο δείκτης περιλαμβάνει εννέα συστατικά, τα οποία είναι τα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα, οι ξηροί καρποί, τα δημητριακά, τα ψάρια και τα θαλασσινά, το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, η μέτρια πρόσληψη αλκοόλ και η αναλογία μονοακόρεστων λιπαρών οξέων προς τα κορεσμένα λιπαρά οξέα. Στο δείκτη αυτό λαμβάνεται αρχικά ένας βαθμός, εάν υπάρχει κατανάλωση ή αν η κατανάλωση υπερβαίνει το μέσο όρο των έξι συστατικών σε συνάρτηση με το παραδοσιακό μεσογειακό διαιτολόγιο (λαχανικά, φρούτα, όσπρια, ψάρια / θαλασσινά,

δημητριακά και μονοακόρεστα προς κορεσμένα λιπαρά οξέα). Λαμβάνεται επίσης ένας βαθμός εάν η πρόσληψη κρέατος ή προϊόντων κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων είναι κάτω από την μέση τιμή. Για την αιθανόλη, λαμβάνεται ένας βαθμός, μόνο για μέτριες ποσότητες πρόσληψης (5-25 g/d για τις γυναίκες ή 10-50 g/d για τους άνδρες). Ως εκ τούτου, η βαθμολογία, η οποία λαμβάνεται μέσω του δείκτη, είναι το ανώτερο 9 βαθμοί, το οποίο αντανακλά τη μέγιστη προσκόλληση και το ελάχιστο 0 βαθμοί, το οποίο σημαίνει καθόλου προσκόλληση (Trichoroulou et al., 2003).

Διάφορες έρευνες τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα, έχουν χρησιμοποιήσει των ως δείκτη για να αξιολογήσουν τα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Συγκεκριμένα οι Van Diepen et al., (2011), χρησιμοποιώντας τον δείκτη MSD σε ένα δείγμα 100 φοιτητών διαιτολογίας από την Ολλανδία και σε ένα δείγμα 85 φοιτητών στην Θεσσαλονίκη, βρήκαν ότι τα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή ήταν μέτρια και για τις δύο ομάδες φοιτητών, ωστόσο ήταν υψηλότερα μεταξύ των Ολλανδών φοιτητών (27.5 ± 3.9), σε σύγκριση με τους Έλληνες (26.1 ± 3.4).

Σε μια άλλη έρευνα στην Ελλάδα, οι Katsiardanis et al., (2013) μελέτησαν μεταξύ άλλων τα επίπεδα συμμόρφωσης με την μεσογειακή διατροφή σε ένα δείγμα 557 ηλικιωμένων (> 65 ετών), σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας, χρησιμοποιώντας τον δείκτη Med Diet Score. Η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή ήταν μέτρια (μέση τιμή Med Diet Score $34,1 \pm 3,25$ στους άνδρες και $35,1 \pm 2,48$ στις γυναίκες).

Παρομοίως οι Chrysohoou et al., (2011), μελετώντας ένα δείγμα 537 ηλικιωμένων με την χρήση του Med Diet Score (μελέτη IKARIA) βρήκαν ότι τα επίπεδα συμμόρφωσης ήταν μέτρια προς καλά για το 64% του δείγματος, ενώ η πλειονότητα των συμμετεχόντων (δηλαδή το 80%) ανέφερε ότι έχουν τις ίδιες διατροφικές συνήθειες τουλάχιστον κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας.

Πιο πρόσφατα οι Benetou et al., (2018) στην έρευνα CHANCES μελέτησαν τα επίπεδα συμμόρφωσης στην μεσογειακή διατροφή, σε ένα δείγμα 140.775 ενηλίκων άνω των 60 ετών από την Ελλάδα, την Σουηδία και τις ΗΠΑ, και βρήκαν ότι το 40% έδειξε μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης και το 32% μικρά επίπεδα συμμόρφωσης.

Σε ένα δείγμα 116 Ελλήνων μέσης ηλικίας 40 ετών από την Αθήνα, οι Mitsou et al., (2017) βρήκαν ότι το 40% του δείγματος έδειξαν υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην μεσογειακή διατροφή, το 31% έδειξαν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης και το 29% μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης.

Μια μελέτη που έγινε στον γενικό πληθυσμό, από τους Filippidis et al., (2011) εξέτασε ένα δείγμα 1005 ατόμων ηλικίας 18-99 ετών, με την χρήση ενός γενικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή αυξήθηκε με την αύξηση της ηλικίας. Η κατανάλωση πατάτας, δημητριακών και γαλακτοκομικών προϊόντων ήταν μεγαλύτερη για τα νεότερα άτομα και ότι η κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών ήταν μεγαλύτερη στα ηλικιωμένα άτομα. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση γλυκών, κόκκινου κρέατος, πουλερικών, αυγών και σνακ βρέθηκε ότι μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση οι Kyriacou et al., (2015) μελέτησαν και αξιολόγησαν 18 ερευνητικές μελέτες που είχαν γίνει μέχρι το 2013 σε πληθυσμούς στην Ελλάδα και στην Κύπρο σχετικά με τα επίπεδα συμμόρφωσης με την μεσογειακή διατροφή. Το κύριο αποτέλεσμα που ήταν συνεπές μεταξύ όλων των μελετών ήταν τα μέτρια επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Επίσης το μεγαλύτερο μέρος των μελετών δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές ούτε με βάση το φύλο, ούτε με βάση την ηλικία.

3.2. Βαθμολογία Μεσογειακής Διατροφής aMED

Ένα άλλο μέτρο που έχει αναπτυχθεί είναι η εναλλακτική βαθμολογία της Μεσογειακής Διατροφής (aMED) η οποία αναπτύχθηκε από το Τμήμα Διατροφής του Χάρβαρντ και βασίζεται στον δείκτη της Μεσογειακής Διατροφής, που αναπτύχθηκε από τους Trichopoulou et al. (2003). Η αρχική κλίμακα τροποποιήθηκε εξαιρώντας τα προϊόντα πατάτας από την ομάδα λαχανικών, χωρίζοντας τα φρούτα και τους ξηρούς καρπούς σε δύο ομάδες, εξαιρώντας την ομάδα των γαλακτοκομικών προϊόντων ως συστατικό της βαθμολογίας, και περιλαμβάνοντας τα προϊόντα ολικής αλέσεως μόνο ως πηγές δημητριακών, το κόκκινο και το επεξεργασμένο κρέας στην ομάδα κρέατος και της ανάθεσης 1 βαθμού για πρόληψη αλκοόλ μεταξύ 5 -15 g/d για τις γυναίκες

και 10 - 15g /d για τους άνδρες. Ως εκ τούτου λαμβάνεται ένας βαθμός, εάν η πρόσληψη είναι πάνω από τον μέσο όρο για τα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα, τους ξηρούς καρπούς, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα ψάρια και ο λόγος μονοακόρεστων προς κορεσμένα λιπαρά οξέα και ένας βαθμός, όταν η πρόσληψη κόκκινου και μεταποιημένου κρέατος είναι κάτω από τον μέσο όρο. Επιπλέον, η πρόσληψη αλκοόλ 5-15 g/d για τις γυναίκες και 10-15 g/d για τους άνδρες συνεισφέρει ακόμα έναν βαθμό. Μια υψηλότερη βαθμολογία αντιπροσωπεύει μια υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή, με μια κλίμακα σκορ μεταξύ 0 και 9, όπως και με τον αρχικό δείκτη (Fung et al., 2009).

3.3. Κλίμακα Μεσογειακής Διατροφής MEDAS

Ένα ακόμα μέτρο είναι η κλίμακα 14 σημείων MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), η οποία αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε στη δοκιμή PREDIMED, μια δοκιμή παρέμβασης διατροφής για την πρωτογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων και 2 ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες πρόσληψης τροφής που θεωρούνται χαρακτηριστικές της ισπανικής μεσογειακής διατροφής. Κάθε ερώτηση λαμβάνει βαθμολογία 0 ή 1. Η τελική βαθμολογία στον δείκτη PREDIMED κυμαίνεται από 0 έως 14 (Schröder et al., 2011).

3.4. Δείκτης Μεσογειακής Διατροφής 55

Ο δείκτης Μεσογειακής Διατροφής 55 (MD55) έχει επίσης αναπτυχθεί από τους Panagiotakos et al. (2006) στο πλαίσιο της μελέτης Greek-ATTICA. Στον δείκτη αυτό χρησιμοποιούνται 11 βασικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής (μη επεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, πατάτες, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρι, κόκκινο κρέας, πουλερικά, γαλακτοκομικά προϊόντα και αλκοόλ). Για την κατανάλωση τροφών που φέρονται ότι πλησιάζουν αυτό το πρότυπο, οι βαθμολογίες 0, 1, 2, 3, 4 και 5 καθορίζονται σύμφωνα με τη συχνότητα κατανάλωσης των συμμετεχόντων (καμία κατανάλωση, σπάνια, συχνή, πολύ συχνή, εβδομαδιαία και καθημερινή). Για την κατανάλωση τροφίμων που θεωρείται ότι απέχουν πολύ από

αυτό το πρότυπο, τα αποτελέσματα βαθμολογούνται σε αντίστροφη κλίμακα. Ειδικά για το αλκοόλ, λαμβάνεται η βαθμολογία 5 για κατανάλωση μικρότερη από 300 ml / d, η βαθμολογία 0 για κατανάλωση μεγαλύτερη από 700 ml / d και σκορ από 1 μέχρι 4 για την κατανάλωση αλκοόλ 300-400, 400-500, 500-600 και 600-700 ml / d, αντίστοιχα. Η τελική βαθμολογία που μπορεί να λάβει κάποιος είναι από 0 έως 55.

3.5. Δείκτης MAI (Mediterranean Adequacy Index)

Τέλος ο δείκτης MAI (Mediterranean Adequacy Index) προτάθηκε από τους Alberti-Fidanza et al. (2004). Η βαθμολογία στον δείκτη αυτό λαμβάνεται διαιρώντας το άθροισμα του ποσοστού της συνολικής ενέργειας από τις τυπικές μεσογειακές ομάδες τροφίμων, με το άθροισμα του ποσοστού της συνολικής ενέργειας από τις μη τυπικές μεσογειακές ομάδες τροφίμων. Τυπικές μεσογειακές τροφές είναι το ψωμί, τα δημητριακά, τα όσπρια, οι πατάτες, τα λαχανικά, τα φρούτα, τα ψάρια, το κόκκινο κρασί και τα φυτικά έλαια. Μη τυπικές μεσογειακές ομάδες τροφίμων είναι το γάλα, το τυρί, το κρέας, τα αυγά, τα ζωικά λίπη και οι μαργαρίνες, τα γλυκά, τα κέικ, οι πίτες, τα μπισκότα και η ζάχαρη.

Μετά την αποκάλυψη των πρώτων ευρημάτων σχετικά με τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής για την υγεία, το ενδιαφέρον για αυτό το διατροφικό πρότυπο αυξήθηκε. Οι Trichoroulou et al., (2003) είχαν αναφέρει ότι η μεσογειακή διατροφή ήταν το βασικό διατροφικό πρότυπο στις χώρες της Μεσογείου κατά την διάρκεια των δεκαετιών του 50 και του 60, ωστόσο η τήρηση της άρχισε να μειώνεται σταδιακά με την πάροδο των ετών λόγω της εξάπλωσης των Δυτικών προτύπων διατροφής, όπως της κουλτούρας του γρήγορου φαγητού.

Κάθε ένα από τα παραπάνω μέτρα, έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες, που αξιολογούν την συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή. Μια πολύ πρόσφατη έρευνα από τους Vilarnau et al., (2018), ανέλυσε τις παγκόσμιες τάσεις τήρησης της μεσογειακής διατροφής, μεταξύ των περιόδων 1961-1965, 2000-2003 και 2004-2011. Ο Δείκτης Μεσογειακής Επάρκειας (MAI) υπολογίστηκε για 41 επιλεγμένες χώρες χρησιμοποιώντας τους μέσους όρους διαθέσιμης ενεργειακής πρόσληψης για διάφορες ομάδες τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε πολλές χώρες, η τήρηση της μεσογειακής διατροφής μειώθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών 1961-65 και 2000-

03, ενώ από το 2004 έως το 2011 υπήρξε σταθεροποίηση στην τήρηση και μάλιστα αύξηση μεταξύ 16 χωρών. Από τη δεκαετία του 1960 έως την ημερομηνία διεξαγωγής της μελέτης, οι σημαντικότερες αλλαγές στην πρόσληψη ενέργειας ήταν η μείωση των πηγών υδατανθράκων, που σχετίστηκαν με την αύξηση των πηγών λίπους, ιδιαίτερα ζωικής προέλευσης. Ως αποτέλεσμα, το ποσοστό θερμίδων από μη Μεσογειακές διατροφές είχε αυξηθεί. Παρόλα αυτά, οι τιμές του δείκτη MAI στις μεσογειακές χώρες της Ευρώπης, ήταν σταθερά υψηλότερες από αυτές των υποομάδων χωρών της Βόρειας Ευρώπης και της Κεντρικής Ευρώπης καθ' όλη τη διάρκεια των τριών χρονικών περιόδων που μελετήθηκαν. Αν και η διαθεσιμότητα των περισσότερων μεσογειακών τροφίμων είχε αυξηθεί, η διαθεσιμότητα των μη μεσογειακών τροφίμων, κυρίως των φυτικών ελαίων, της ζάχαρης, των γλυκαντικών και του κρέατος, θεωρήθηκε ότι μπορεί να είχε συμβάλει στην επιδείνωση του μοτίβου τήρησης της μεσογειακής διατροφής. Στην έρευνα αυτή, η Ελλάδα έδειξε τη μεγαλύτερη μείωση βαθμολογιών MAI με την πτώση της, στην κατάταξη από την πρώτη στην δέκατη θέση από τη δεκαετία του 1960. Ωστόσο, από τη δεύτερη έως την τρίτη περίοδο μελέτης, η βαθμολογία μειώθηκε ελαφρά και φαίνεται ότι σταθεροποιήθηκε (Vilarnau et al., 2018).

3.6. Δείκτης KIDMED

Δεδομένου ότι η Ελλάδα είναι μια μεσογειακή χώρα, υπάρχει ενδιαφέρον για την αξιολόγηση του ποσοστού προσκόλλησης των Ελλήνων στο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής. Ένα μέρος των ερευνών αυτών έχουν γίνει σε παιδιά και εφήβους και στο σύνολο τους, τουλάχιστον οι πιο πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ένα μέτριο επίπεδο προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Αναλυτικότερα, οι Kontogianni et al., (2008), μελετώντας ένα δείγμα παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα, ηλικίας 3-18 ετών, χρησιμοποιώντας τον δείκτη KIDMED βρήκαν ότι μόνο 1 στα 10 παιδιά, και λιγότεροι από 1 στους 10 εφήβους είχαν υψηλές βαθμολογίες στον δείκτη KIDMED, υποδεικνύοντας ένα χαμηλό επίπεδο συμμόρφωσης με την μεσογειακή διατροφή για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Μια πιο πρόσφατη έρευνα που έγινε σε 359 εφήβους ηλικίας 13-16 ετών στην περιοχή της Αθήνας και των Δωδεκανήσων, με την χρήση του ερωτηματολογίου

KIDMED, έδειξε ότι η συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή ήταν χαμηλή για το 12,25% των εφήβων, μέτρια για το 54,3% των εφήβων και υψηλή για το 33,42% των εφήβων (Costarelli, Koretsi & Georgitsogianni, 2013).

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε επίσης σε ένα δείγμα 25 εφήβων στο νησί της Κρήτης, με την χρήση του ερωτηματολογίου KIDMED, η συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή βρέθηκε να είναι μέτρια, χωρίς να εντοπίζονται διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών (Lydakakis et al., 2012).

Ομοίως, οι Farajian et al., (2011) στην μελέτη GRECO που αξιολόγησαν συνολικά 4786 παιδιά, βρήκαν ότι μόνο το 4,3% του δείγματος είχε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ανέφερε μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης. Τα παιδιά που ζούσαν σε αστικές περιοχές ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν χαμηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης σε σύγκριση με τα παιδιά σε ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές.

Οι Arvaniti et al., (2011), στην μελέτη PANACEA μελέτησαν ένα δείγμα 700 παιδιών, ηλικίας 10-12 ετών, στην περιοχή της Αθήνας, με την χρήση του ερωτηματολογίου KIDMED. Επίσης βρέθηκαν μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, τόσο για τα αγόρια (4.8 ± 1.9), όσο και για τα κορίτσια (4.8 ± 2).

Πιο πρόσφατα οι Papadaki & Mavrikaki (2015), βρήκαν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή μεταξύ εφήβων που διέμεναν σε μικρότερες πληθυσμιακά περιοχές της Αττικής, σε σύγκριση με έφηβους που διέμεναν στην πρωτεύουσα.

Συνολικά η πλειοψηφία των παραπάνω μελετών δείχνει ένα μέτριο επίπεδο συμμόρφωσης στην μεσογειακή διατροφή για τους Έλληνες, αν και κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι ενδεχομένως η συμμόρφωση μπορεί να είναι μεγαλύτερη σε κατοίκους σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, σε σύγκριση με όσους κατοικούν σε αστικές περιοχές.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

1.1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων στην περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας και συγκεκριμένα τα επίπεδα συμμόρφωσης τους με την μεσογειακή διατροφή, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, διαμορφώνοντας τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της περιοχής.

1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τον σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής:

- [1] Η διερεύνηση των επιπέδων προσκόλλησης των κατοίκων στην περιοχή της Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, στην μεσογειακή διατροφή
- [2] Η διερεύνηση των επιπέδων διαιτητικής πρόσληψης, των κατοίκων στην περιοχή της Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, σε συνάρτηση με την συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή
- [3] Η διερεύνηση των κινήτρων των κατοίκων στην περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, τα οποία επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνουν

1.3. Μεθοδολογία έρευνας

Η εμπειρική έρευνα είναι πρωτογενής και ακολούθησε την ποιοτική προσέγγιση, δεδομένου ότι σκοπός είναι να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες ενός συνόλου ατόμων. (Bach et al., 2006; Martínez-González et al., 2012; Vilarnau et al., 2018).

1.4. Εργαλείο Συλλογής δεδομένων

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο αξιόπιστα ερωτηματολόγια – δείκτες διατροφής, τα οποία έχουν αντληθεί από προηγούμενες έρευνες, προσδίδοντας στην αξιοπιστία της παρούσας εμπειρικής έρευνας. Πιο αναλυτικά για την διερεύνηση της συμμόρφωσης με την μεσογειακή διατροφή χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Mediterranean Diet Score από την έρευνα των Pangiotakos et al., (2007), ο οποίος αξιολογεί την συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων κατηγοριών τροφίμων της προηγούμενης εβδομάδας, καθώς και την συχνότητα της διαιτητικής πρόσληψης για συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων.

Για την διερεύνηση των κινήτρων, τα οποία επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε το Food Choice Questionnaire (FCQ), το οποίο αντλήθηκε από την έρευνα των Fotopoulos et al., (2009). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις, τα οποία συνιστούν κίνητρα που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων που καταναλώνονται. Και τα δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα παρατίθενται στο Παράρτημα.

1.5. Δείγμα έρευνας και περιοχή μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη στην περιοχή Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας. Το δείγμα αποτελείται από 78 κατοίκους της περιοχής και επιλέχθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία. Κατά την επιλογή του δείγματος δεν τέθηκαν περιορισμοί ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των κατοίκων.

Ο Αρίλλας είναι περιοχή που βρίσκεται στο βόρειοδυτικό τμήμα του νησιού της Κέρκυρας και ανήκει στη δημοτική περιοχή Μαγουλάδων. Απέχει 38 χλμ. από το κέντρο της Κέρκυρας. Στην περιοχή κατοικούν περίπου 450-500 κάτοικοι. Ιστορικά,

η περιοχή ξεκίνησε να κατοικείται από την δεκαετία του 1850-70. Κατά τη διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, υπήρχαν περίπου 10 οικογένειες στο περιβάλλον του Αρίλλα. Μετά το τέλος του πολέμου ο πληθυσμός περαιτέρω, λόγω της μετανάστευσης των νέων στο εξωτερικό (Kourkoulos, 2009). Γύρω στο 1950 έγιναν τα πρώτα σημαντικά έργα, όπως η κατασκευή δρόμων και σχολείου. Ο Αρίλλας είναι μια τουριστική περιοχή (Ιστορικά Στοιχεία, 2009). Οι πρώτες τουριστικές υποδομές άρχισαν να κατασκευάζονται το 1973 και η ανέγερση τουριστικών καταλυμάτων εντάθηκε μετά το 1980, καθώς το εισόδημα των κατοίκων από τον τουρισμό άρχισε να αυξάνεται. Η οικονομία της περιοχής σήμερα στηρίζεται κυρίως από τον τουρισμό (Kourkoulos, 2009).

1.6. Ερευνητικές διαδικασίες

Οι κάτοικοι της περιοχής προσεγγίστηκαν αυτοπροσώπως από την ερευνήτρια και ερωτήθηκαν αν ήθελαν να λάβουν μέρος σε αυτή, αφού πρώτα τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη και σε κανένα μέρος του ερωτηματολογίου δεν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν προσωπικά στοιχεία, εκτός από τα βασικά δημογραφικά. Όλοι οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν από την ερευνήτρια, ότι τα δεδομένα που θα παράσχουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τον σκοπό της παρούσας έρευνας και όχι για άλλους σκοπούς. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επί τόπου τα ερωτηματολόγια και τα παρέδωσαν στην ερευνήτρια.

1.7. Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, περάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS όπου και αναλύθηκαν. Περιγραφικά μέτρα στατιστικής (μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη – μέγιστη τιμή) χρησιμοποιήθηκαν για την

παρουσίαση των δεδομένων. Για την μελέτη της συσχέτισης μεταξύ της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test για τη σύγκριση 2 ανεξάρτητων ομάδων και η ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA) για τη σύγκριση 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο που έπεται. Ο συντελεστής Pearson χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη της συσχέτισης μεταξύ της τήρησης της μεσογειακής διατροφής και της επιλογής τροφίμων.

2. Αποτελέσματα έρευνας

2.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στον Πίνακα 4.1 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Από τους 78 συμμετέχοντες οι 45 (57.7%) ήταν γυναίκες και οι 33 (42.3%) ήταν άντρες. Τα αποτελέσματα αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος έδειξαν ότι το 33.3% (26) ήταν ηλικίας έως 25 ετών, το 11.5% (9) ήταν ηλικίας 26 έως 35 των, το 25.6% (20) ήταν ηλικίας 36 έως 45 ετών, το 14.1% (11) ήταν ηλικίας 46 έως 55 ετών και το 15.4% (12) ήταν ηλικίας άνω των 56 ετών.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (53.8%) και μικρότερη συμμετοχή παρατηρήθηκε από ελεύθερους (32.1%), διαζευγμένους (3.8%) και δεσμευμένους που διαμένουν με το σύντροφο τους (10.3%). Τα αποτελέσματα σχετικά με τον αριθμό των ατόμων στην οικογένεια έδειξαν ότι το 44.9% των οικογενειών απαρτιζόταν από 4 άτομα και το 20.5% από περισσότερα από 4 άτομα. Επιπρόσθετα, προέκυψε ότι στο 44.9% των περιπτώσεων οι συμμετέχοντες δεν είχαν παιδιά ενώ το 20.5% είχαν παιδιά άνω των 17 ετών και το υπόλοιπο 34.6% είχαν παιδιά ηλικίας κάτω των 17 ετών.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων έδειξαν ότι υπήρχε ισοδύναμη συμμετοχή από απόφοιτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (32.9%), δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (38.2%) και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (28.9%). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι το 41% των συμμετεχόντων εργαζόντουσαν σε θέση πλήρους απασχόλησης, το 23.1% εργαζόντουσαν σε θέση μερικής απασχόλησης και το 12.8% εργαζόντουσαν σε θέση αυτό-απασχόλησης. Επιπρόσθετα, υπήρχε συμμετοχή από άτομα που ασχολούνταν με οικιακά (7.7%), συνταξιούχους (9%) και άτομα που δήλωσαν ότι ασχολούνταν με άλλες εργασίες (6.4%).

Τέλος, από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων προέκυψε ότι το 29.5% των συμμετεχόντων είχαν εισόδημα έως 1000 ευρώ, το 23.1% των συμμετεχόντων είχαν εισόδημα από 1000 έως 1500 ευρώ, το 12.8% των συμμετεχόντων είχαν εισόδημα

από 1500 έως 2000 ευρώ και το 15.4% είχαν εισόδημα πάνω από 2000 ευρώ. Επίσης το 19.2% των συμμετεχόντων δεν θέλησαν να απαντήσουν σε αυτήν την ερώτηση.

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

| | | v | % |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------|------|
| Φύλο | Άντρας | 33 | 42.3 |
| | Γυναίκα | 45 | 57.7 |
| Ηλικία | Έως 25 | 26 | 33.3 |
| | 26-35 | 9 | 11.5 |
| | 36-45 | 20 | 25.6 |
| | 46-55 | 11 | 14.1 |
| | 56 και άνω | 12 | 15.4 |
| | Οικογενειακή κατάσταση | Παντρεμένος/-η | 42 |
| | Ελεύθερος/-η | 25 | 32.1 |
| | Διαζευγμένος/-η – χήρος/-α | 3 | 3.8 |
| | Μένω με σύντροφο | 8 | 10.3 |
| Άτομα στην οικογένεια | 1 | 8 | 10.3 |
| | 2 | 8 | 10.3 |
| | 3 | 11 | 14.1 |
| | 4 | 35 | 44.9 |
| | >4 | 16 | 20.5 |
| | Παιδιά σε ηλικία | Όχι | 35 |
| 1-2 ετών | | 6 | 7.7 |
| 3-8 ετών | | 11 | 14.1 |
| 9-12 ετών | | 2 | 2.6 |
| 13-17 ετών | | 8 | 10.3 |
| Άνω των 17 ετών | | 16 | 20.5 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | 25 | 32.9 |
| | Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 29 | 38.2 |
| | Τριτοβάθμια εκπαίδευση | 22 | 28.9 |
| Κατάσταση εργασίας | Πλήρης απασχόληση | 32 | 41.0 |
| | Μερική απασχόληση | 18 | 23.1 |
| | Αυτό - απασχόληση | 10 | 12.8 |
| | Οικιακά | 6 | 7.7 |
| | Συνταξιούχος | 7 | 9.0 |
| | Άλλο | 5 | 6.4 |
| Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού, (ευρώ) | Έως 1000 | 23 | 29.5 |
| | 1000-1500 | 18 | 23.1 |
| | 1500-2000 | 10 | 12.8 |
| | Άνω των 2000 | 12 | 15.4 |
| | Δεν γνωρίζω/ Καμία απάντηση | 15 | 19.2 |

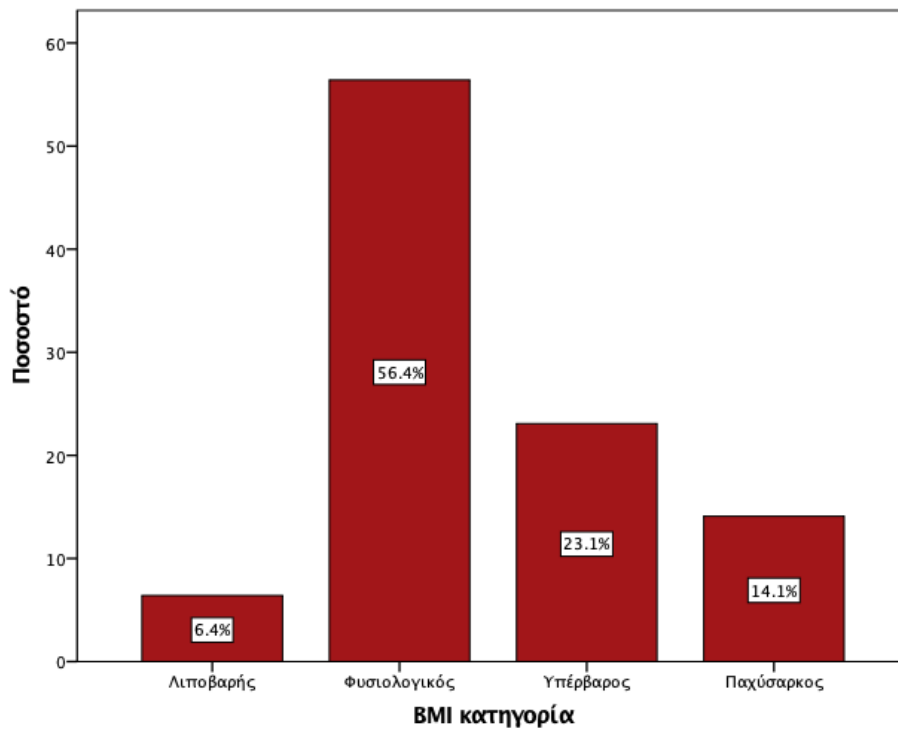
2.2. Σωματομετρικά στοιχεία δείγματος

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα ανάλογα με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το μέσο βάρος των 78 συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν ίσο με 72.48 (τ.α.=16.92) κιλά με εύρος τιμών από 45 κιλά έως 120 κιλά. Το μέσο ύψος των 78 συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν ίσο με 1.7 (τ.α.=0.09) μέτρα με εύρος τιμών από 1.5 μέτρα έως 1.96 μέτρα. Τέλος, το μέσο BMI ισούταν με 24.74 (τ.α.=4.52) με εύρος τιμών από 16.73 έως 37.55.

Πίνακας 4.2. Σωματομετρικά στοιχεία δείγματος

| | Μέση τιμή (μ.τ.) | Τυπική απόκλιση (τ.α.) | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|---------------|------------------------|------------------------------|----------|---------|
| Βάρος (σε kg) | 72.48 | 16.92 | 45.00 | 120.00 |
| Ύψος (σε m) | 1.70 | .09 | 1.50 | 1.96 |
| BMI | 24.74 | 4.52 | 16.73 | 37.55 |

Τα αποτελέσματα της ταξινόμησης των συμμετεχόντων βάση του δείκτη BMI δίνονται στο Διάγραμμα 4.1 από όπου και προκύπτει ότι το 56.4% (n=44) άνηκαν στην φυσιολογική κατηγορία ενώ το 23.1% (n=18) των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και το 14.1% (n=11) ήταν παχύσαρκοι. Επιπλέον, 5 (6.4%) συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν ως ελλιποβαρείς,



Διάγραμμα 4.1. Κατανομή κατηγορίας BMI στο δείγμα

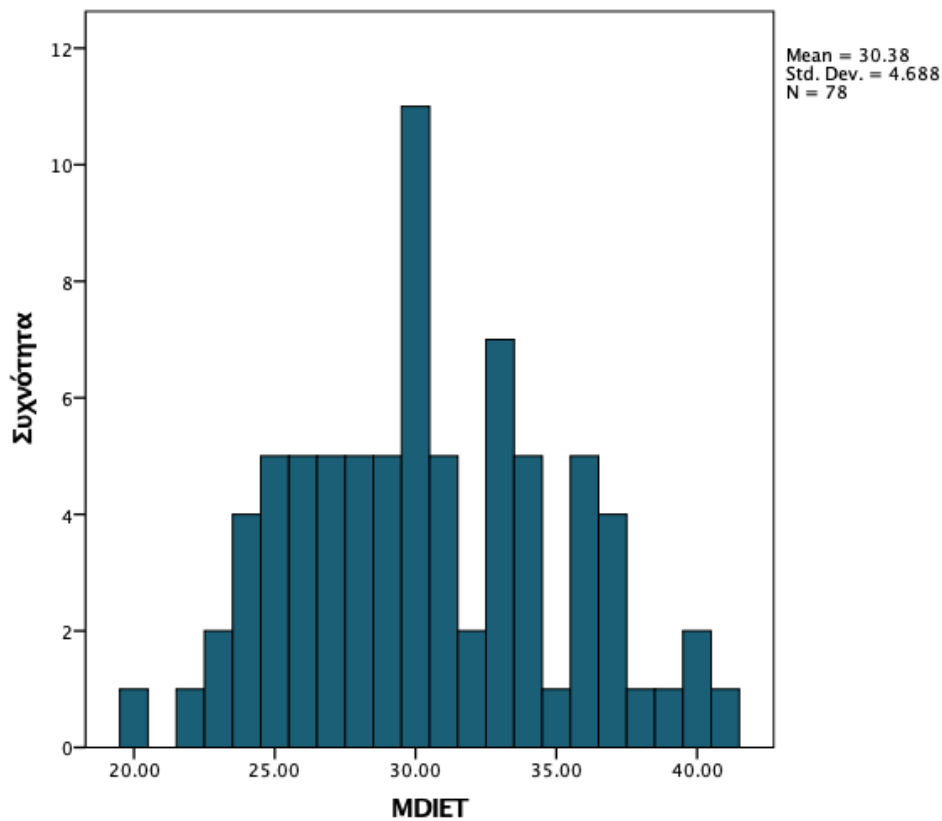
2.3. Αποτελέσματα υιοθέτησης μεσογειακής διαίτας

Στην επόμενη ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν την υιοθέτηση της μεσογειακής διαίτας. Στον Πίνακα 4.3 δίνονται τα περιγραφικά αποτελέσματα ανά ερώτηση του εργαλείου The Mediterranean Diet Score. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων καταναλώνει μη επεξεργασμένα δημητριακά ολικής άλεσης από 1 έως 12 φορές την εβδομάδα ($n=43$, 55.2%), πατάτες από 1 έως 4 φορές την εβδομάδα ($n=36$, 46.2%), φρούτα από 5 έως 15 φορές την εβδομάδα ($n=48$, 61.5%), λαχανικά 7 με 12 φορές την εβδομάδα ($n=32$, 41%), όσπρια 1 με 2 φορές την εβδομάδα ($n=32$, 41%), ψάρι 1 έως 4 φορές την εβδομάδα ($n=50$, 64.1%), κόκκινο κρέας και προϊόντα του 6 με 10 φορές την εβδομάδα ($n=38$, 48.8%), πουλερικά περισσότερες από 9 φορές την εβδομάδα ($n=48$, 61.5%) και πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα περισσότερες από 29 φορές την εβδομάδα ($n=46$, 58.9%). Επιπλέον η πλειοψηφία του δείγματος χρησιμοποιούν ελαιόλαδα καθημερινά ($n=54$, 69.2%)

Πίνακας 4.3. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις του εργαλείου The Mediterranean Diet Score

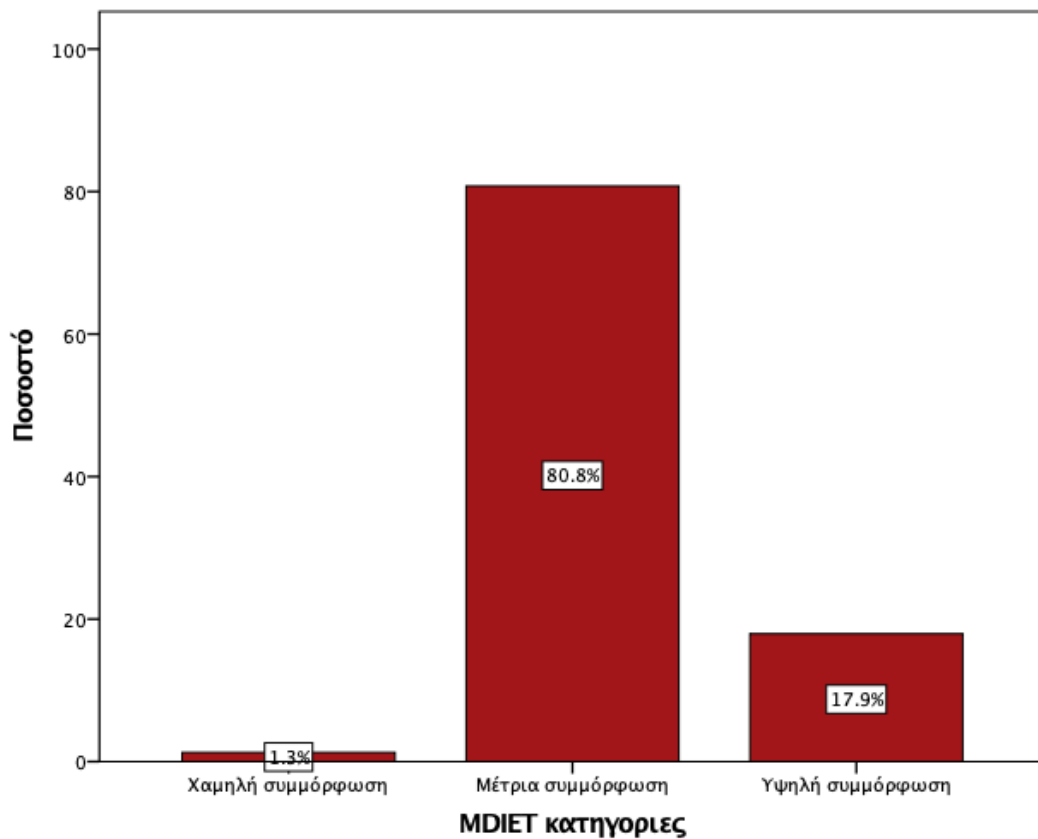
| Πόσο συχνά καταναλώσατε | Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδα /εβδομάδα ή καθορισμένα διαφορετικά | | | | | | |
|---|---|------------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|--------------------------|
| | Ποτέ | 1-6 | 7-12 | 13-18 | 19-31 | >32 | |
| Μη επεξεργασμένα δημητριακά ολικής άλεσης (ψωμί, μακαρόνια, κα) | 9 (11.5%) | 25 (32.1%) | 18 (23.1%) | 11 (14.1%) | 11 (14.1%) | 4 (5.1%) | |
| Πατάτες | 2 (2.6%) | 36 (46.2%) | 27 (34.6%) | 5 (6.4%) | 4 (5.1%) | 4 (5.1%) | |
| Φρούτα | 3 (3.8%) | 11 (14.1%) | 20 (25.6%) | 28 (35.9%) | 7 (9.0%) | 9 (11.5%) | |
| Λαχανικά | 3 (3.8%) | 14 (17.9%) | 32 (41.0%) | 18 (23.1%) | 6 (7.7%) | 5 (6.4%) | |
| Οσπρια | 4 (5.1%) | 17 (21.8%) | 32 (41%) | 21 (26.9%) | 2 (2.6%) | 2 (2.6%) | |
| Ψάρι | 7 (9.0%) | 15 (19.2%) | 27 (34.6%) | 23 (29.5%) | 3 (3.8%) | 3 (3.8%) | |
| Κόκκινο κρέας και προϊόντα | 4 (5.1%) | 11 (14.1%) | 18 (23.1%) | 14 (17.9%) | 24 (30.8%) | 7 (9.0%) | |
| Πουλερικά | 5 (6.4%) | 2 (2.6%) | 10 (12.8%) | 13 (16.7%) | 26 (33.3%) | 22 (28.2%) | |
| Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα | 5 (6.4%) | 6 (7.7%) | 5 (6.4%) | 16 (20.5%) | 20 (25.6%) | 26 (33.3%) | |
| Χρήση ελαιολάδου σε μαγείρεμα φορές ανά εβδομάδα | 0 (0.0%) | σπάνια (2.6%) | <1 (1.3%) | 1 (1.3%) | 10 (12.8%) | 11 (14.1%) | καθημερινά 54 (69.2%) |
| Αλκοολούχα ποτά / ημέρα 100ml → 12gr αιθανόλης | 14 (17.9%) | 4 (5.1%) | 11 (14.1%) | 11 (14.1%) | 11 (14.1%) | >700 ή 0 27 (34.6%) | |

Τα αποτελέσματα αναφορικά με τον συνολικό δείκτη αξιολόγησης της υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής δίνονται στο Διάγραμμα 4.2. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση τιμή στην κλίμακα The Mediterranean Diet Score ήταν ίση με 30.38 (τ.α.=4.69) με εύρος τιμών από 20 έως 41.



Διάγραμμα 4.2. Κατανομή του σκορ για το εργαλείο MDIET

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.3 δίνονται τα ευρήματα ανάλογα με την κατάταξη των συμμετεχόντων στα τρία επίπεδα συμμόρφωσης στη μεσογειακή διαίτα. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος εκφράζει μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης ($n=63$, 80.8%) ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 17.9% ($n=14$) εκφράζει υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης. Τέλος, μόλις 1 (1.3%) συμμετέχοντες είχε χαμηλή συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή.



Διάγραμμα 4.3. Αποτελέσματα συμμόρφωσης στην μεσογειακή δίαιτα βάση του σκορ του εργαλείου MDIET

2.4. Αποτελέσματα παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων

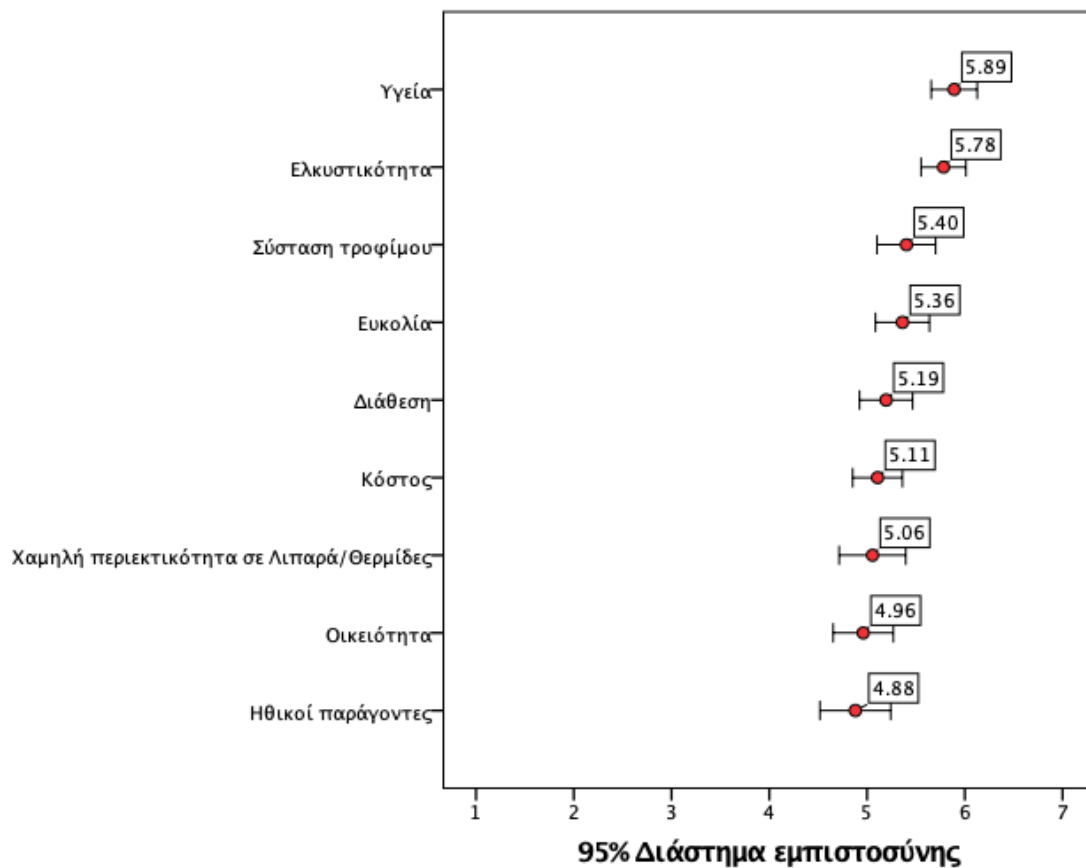
Στην επόμενη ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν τους παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων σύμφωνα με το εργαλείο FCQ. Στον Πίνακα 4.4 δίνονται τα περιγραφικά αποτελέσματα ανά διάσταση του εργαλείου FCQ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται αρκετά από παράγοντες που αφορούν την υγεία ($\mu.τ.=5.89\pm 1.04$), την ελκυστικότητα ($\mu.τ.=5.78\pm 1.01$), τη σύσταση τροφίμου ($\mu.τ.=5.4\pm 1.32$), την ευκολία ($\mu.τ.=5.36\pm 1.22$) τη διάθεση ($\mu.τ.=5.19\pm 1.20$), την τιμή ($\mu.τ.=5.11\pm 1.12$) και τον έλεγχο βάρους ($\mu.τ.=5.06\pm 1.51$). Σε αυτές τις διαστάσεις η μέση τιμή ήταν μεταξύ του 5 και του 6. Επιπρόσθετα, σε αρκετό βαθμό οι συμμετέχοντες επηρεάζονται στην

επιλογή τροφίμων από την οικειότητα ($\mu.τ.=4.96\pm 1.36$) και την Ηθικοί παράγοντες ($\mu.τ.=4.88\pm 1.61$).

Πίνακας 4.4. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις του εργαλείου FCQ αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων

| | Μέση τιμή ($\mu.τ.$) | Τυπική απόκλιση ($\tau.α.$) |
|--|------------------------|-------------------------------|
| Υγεία | 5.89 | 1.04 |
| Διάθεση | 5.19 | 1.20 |
| Ευκολία | 5.36 | 1.22 |
| Ελκυστικότητα | 5.78 | 1.01 |
| Σύσταση τροφίμου | 5.40 | 1.32 |
| Κόστος | 5.11 | 1.12 |
| Χαμηλή περιεκτικότητα σε Λιπαρά/θερμίδες | 5.06 | 1.51 |
| Οικειότητα | 4.96 | 1.36 |
| Ηθικοί παράγοντες | 4.88 | 1.61 |

Τα αποτελέσματα του Πίνακα 4.4 παρουσιάζονται και σε διαγραμματική μορφή στο Διάγραμμα 4.4.



Διάγραμμα 4.4. Μέση τιμή και 95% διάστημα εμπιστοσύνης αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων

2.5. Διαφοροποίηση ως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

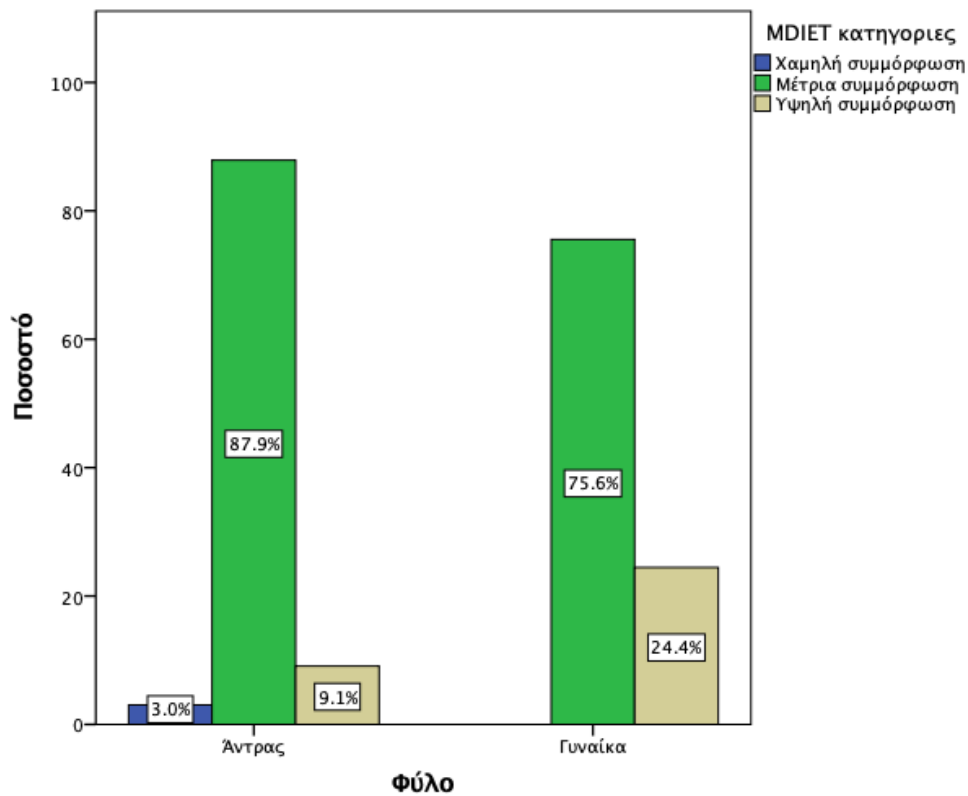
Με χρήση των ελέγχων t-test για σύγκριση 2 ανεξάρτητων ομάδων και τα ανάλυσης διακύμανσης (one-way ANOVA) για τη σύγκριση 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό την διερεύνηση της ύπαρξης σημαντικών διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στον Πίνακα 4.5 παρουσιάζονται τα ευρήματα του ελέγχου t-test για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των αντρών και των γυναικών. Από την ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μόνο στο σκορ της διάστασης του MDIET, $t(76)=-3.428$, $p=0.001<0.05$. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες ($\mu.τ.=31.84\pm 4.08$) έχουν

υψηλότερη συμμόρφωση στην μεσογειακή διαίτα, σε σύγκριση με τους άντρες (μ.τ.=28.39±4.78).

Πίνακας 4.5. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ αντρών και γυναικών

| | Φύλο | | | | t | p |
|---|--------|------|---------|------|--------|-------|
| | Άντρας | | Γυναίκα | | | |
| | μ.τ. | τ.α. | μ.τ. | τ.α. | | |
| MDIET | 28.39 | 4.78 | 31.84 | 4.08 | -3.428 | 0.001 |
| Υγεία | 5.81 | 1.29 | 5.95 | .83 | -0.598 | 0.552 |
| Διάθεση | 5.11 | 1.29 | 5.26 | 1.15 | -0.521 | 0.604 |
| Ευκολία | 5.23 | 1.24 | 5.46 | 1.22 | -0.785 | 0.435 |
| Ελκυστικότητα | 5.89 | .98 | 5.70 | 1.04 | 0.832 | 0.408 |
| Σύσταση τροφίμου | 5.46 | 1.47 | 5.36 | 1.21 | 0.355 | 0.724 |
| Τιμή | 4.98 | 1.17 | 5.20 | 1.09 | -0.849 | 0.399 |
| Χαμηλή περιεκτικότητα σε Λιπαρά/θερμίδες | 4.88 | 1.49 | 5.19 | 1.54 | -0.882 | 0.381 |
| Οικειότητα | 5.23 | 1.32 | 4.76 | 1.36 | 1.535 | 0.129 |
| Ηθικοί παράγοντες | 4.97 | 1.54 | 4.81 | 1.67 | 0.418 | 0.677 |

Τα αποτελέσματα ως προς το φύλο για την κατηγοριοποίηση του MDIET παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.4. Από την ανάλυση προέκυψε ότι το ποσοστό των γυναικών που υιοθετούν σε μεγάλο βαθμό τη μεσογειακή διαίτα ισούται με 24.4% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες είναι ίσο με 9.1%.



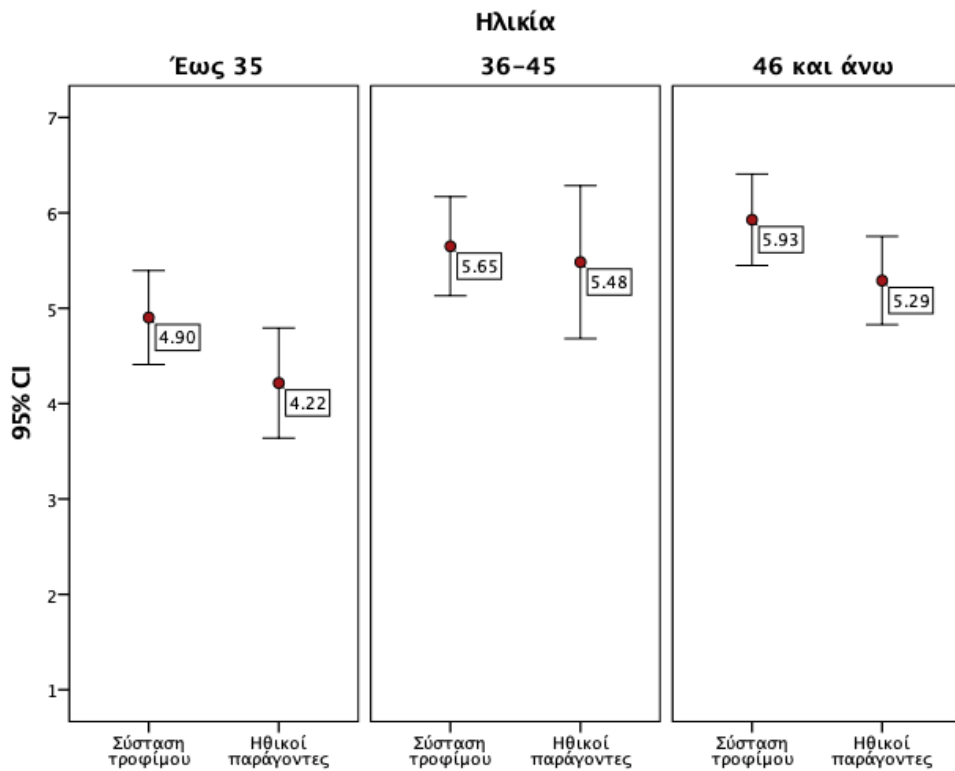
Διάγραμμα 4.5. Αποτελέσματα συμμόρφωσης στην μεσογειακή δίαιτα βάσει του σκορ του εργαλείου MDIET ως προς το φύλο

Στον Πίνακα 4.6 παρουσιάζονται τα ευρήματα του ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Από την ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στον παράγοντα Σύσταση τροφίμου, $F=5.111$, $p=0.008<0.05$ και στον παράγοντα Ηθικοί παράγοντες, $F=5.229$, $p=0.007<0.05$. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι είναι ηλικίας 36 έως 45 ετών ($\mu.τ.=5.65\pm 1.11$) και ηλικίας άνω των 46 ετών ($\mu.τ.=5.93\pm 1.11$) λαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπόψη στην επιλογή τροφίμων τη σύσταση τροφίμου σε σύγκριση με όσους είναι έως 35 ετών ($\mu.τ.=4.9\pm 1.41$). Παρόμοια, όσοι είναι ηλικίας 36 έως 45 ετών ($\mu.τ.=5.48\pm 1.72$) και ηλικίας άνω των 46 ετών ($\mu.τ.=5.29\pm 1.07$) λαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπόψη στην επιλογή τροφίμων τους ηθικούς παράγοντες σε σύγκριση με όσους είναι έως 35 ετών ($\mu.τ.=4.27\pm 1.66$).

Πίνακας 4.6. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων

| | Ηλικία | | | | | | F | p |
|---|--------|------|-------|------|------------|------|-------|-------|
| | Έως 35 | | 36-45 | | 46 και άνω | | | |
| | μ.τ. | τ.α. | μ.τ. | τ.α. | μ.τ. | τ.α. | | |
| MDIET | 29.43 | 4.85 | 31.15 | 4.67 | 31.17 | 4.38 | 1.332 | 0.270 |
| Υγεία | 5.67 | 1.08 | 5.94 | 1.30 | 6.19 | .63 | 1.800 | 0.172 |
| Διάθεση | 4.92 | 1.14 | 5.30 | 1.37 | 5.52 | 1.09 | 1.887 | 0.159 |
| Ευκολία | 5.14 | 1.33 | 5.39 | 1.11 | 5.68 | 1.12 | 1.418 | 0.249 |
| Ελκυστικότητα | 5.57 | 1.15 | 6.10 | .89 | 5.83 | .84 | 1.793 | 0.173 |
| Σύσταση τροφίμου | 4.90 | 1.41 | 5.65 | 1.11 | 5.93 | 1.11 | 5.111 | 0.008 |
| Κόστος | 4.77 | 1.13 | 5.32 | .96 | 5.42 | 1.15 | 2.867 | 0.063 |
| Χαμηλή περιεκτικότητα σε Λιπαρά/θερμίδες | 4.78 | 1.57 | 5.35 | 1.83 | 5.22 | 1.05 | 1.088 | 0.342 |
| Οικειότητα | 4.72 | 1.43 | 5.10 | 1.44 | 5.20 | 1.15 | 1.030 | 0.362 |
| Ηθικοί παράγοντες | 4.27 | 1.66 | 5.48 | 1.72 | 5.29 | 1.07 | 5.229 | 0.007 |

Τα αποτελέσματα ως προς την ηλικία για τη σύσταση τροφίμου και τους ηθικούς παράγοντες παρουσιάζονται και διαγραμματικά στο Διάγραμμα 4.6.



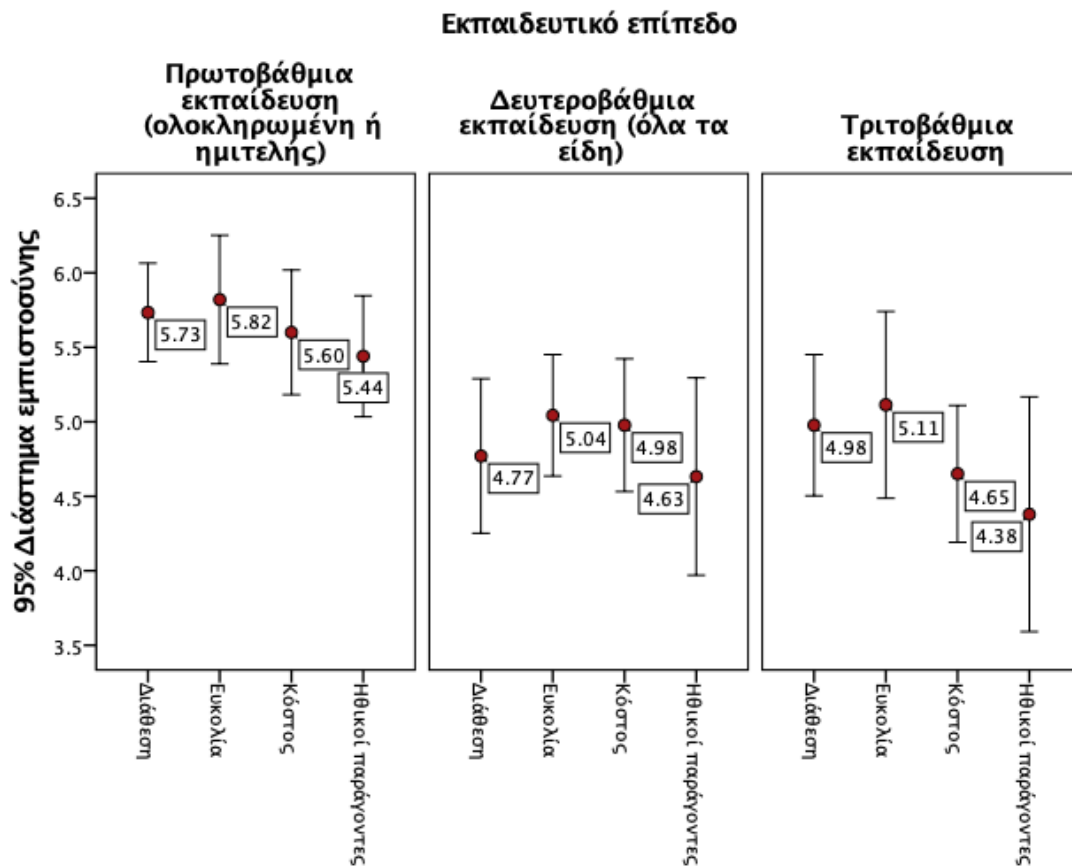
Διάγραμμα 4.6. Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία

Στον Πίνακα 4.7 παρουσιάζονται τα ευρήματα του ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων. Από την ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στον παράγοντα διάθεση, $F=5.329$, $p=0.007<0.05$, στον παράγοντα ευκολία, $F=3.241$, $p=0.038<0.05$, στον παράγοντα τιμή, $F=4.714$, $p=0.012<0.05$ και στον παράγοντα ηθικοί παράγοντες, $F=3.119$, $p=0.049<0.05$. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης λαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπόψη στην επιλογή τροφίμων τη διάθεση, την ευκολία, την τιμή και τους ηθικούς παράγοντες σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 4.7. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων

| | Εκπαιδευτικό επίπεδο | | | | | | F | p |
|---|----------------------|------|---------------|------|-------------|------|-------|-------|
| | Πρωτοβάθμια | | Δευτεροβάθμια | | Τριτοβάθμια | | | |
| | μ.τ. | τ.α. | μ.τ. | τ.α. | μ.τ. | τ.α. | | |
| MDIET | 31.08 | 3.95 | 29.72 | 4.68 | 30.77 | 5.57 | 0.611 | 0.545 |
| Υγεία | 6.21 | .66 | 5.56 | 1.27 | 5.88 | .99 | 2.764 | 0.070 |
| Διάθεση | 5.73 | .80 | 4.77 | 1.36 | 4.98 | 1.07 | 5.329 | 0.007 |
| Ευκολία | 5.82 | 1.04 | 5.04 | 1.07 | 5.11 | 1.41 | 3.421 | 0.038 |
| Ελκυστικότητα | 5.91 | .84 | 5.75 | .89 | 5.57 | 1.31 | 0.666 | 0.517 |
| Σύσταση τροφίμου | 5.81 | 1.18 | 5.16 | 1.36 | 5.10 | 1.31 | 2.337 | 0.104 |
| Κόστος | 5.60 | 1.01 | 4.98 | 1.17 | 4.65 | 1.01 | 4.714 | 0.012 |
| Χαμηλή περιεκτικότητα σε Λιπαρά/θερμίδες | 5.45 | 1.16 | 4.99 | 1.83 | 4.61 | 1.35 | 1.886 | 0.159 |
| Οικειότητα | 5.04 | 1.30 | 5.01 | 1.37 | 4.60 | 1.32 | 0.757 | 0.473 |
| Ηθικοί παράγοντες | 5.44 | .98 | 4.63 | 1.74 | 4.38 | 1.78 | 3.119 | 0.049 |

Τα αποτελέσματα ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο για τις διαστάσεις που παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά παρουσιάζονται και διαγραμματικά στο Διάγραμμα 4.7.



Διάγραμμα 4.7. Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

2.6. Συσχέτιση παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής

Στην τελευταία ενότητα διερευνήθηκε η συσχέτιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής. Στον Πίνακα 4.7 παρουσιάζονται τα ευρήματα του συντελεστή συσχέτιση Pearson από όπου και προκύπτει ότι η υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τους παράγοντες υγεία, $r=0.321$, $p=0.04 < 0.05$, ελκυστικότητα, $r=0.223$, $p=0.049 < 0.05$ και έλεγχο βάρους, $r=0.348$, $p=0.002 < 0.05$. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι όσο περισσότερο υιοθετούν μεσογειακή διατροφή τόσο περισσότερο λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, την ελκυστικότητα και τον έλεγχο βάρους.

Πίνακας 4.8. Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson μεταξύ του MDIET και των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων

| | | MDIET |
|--|-----------|--------|
| Υγεία | Pearson r | .321** |
| | p | .004 |
| | N | 78 |
| Διάθεση | Pearson r | .103 |
| | p | .370 |
| | N | 78 |
| Ευκολία | Pearson r | .090 |
| | p | .435 |
| | N | 78 |
| Ελκυστικότητα | Pearson r | .223 |
| | p | .049 |
| | N | 78 |
| Σύσταση τροφίμου | Pearson r | .202 |
| | p | .078 |
| | N | 77 |
| Κόστος | Pearson r | .212 |
| | p | .065 |
| | N | 77 |
| Χαμηλή περιεκτικότητα σε Λιπαρά/θερμίδες | Pearson r | .348** |
| | p | .002 |
| | N | 78 |
| Οικειότητα | Pearson r | -.061 |
| | p | .596 |
| | N | 77 |
| Ηθικοί παράγοντες | Pearson r | .127 |
| | p | .268 |
| | N | 78 |

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων στον Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, δίνοντας έμφαση στα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, καθώς και στους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και διαμορφώνουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή μπορεί να έχει πολλά οφέλη για την υγεία, ωστόσο οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τα επίπεδα προσκόλλησης στους μεσογειακούς λαούς είναι μειωμένα σε σύγκριση με δύο δεκαετίες πριν, κυρίως λόγω της διάδοσης του Δυτικού προτύπου διατροφής (Trichoroulou et al., 2003).

Τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας έδειξαν αρχικά ότι τα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, έτσι όπως αυτά αξιολογήθηκαν από τον δείκτη The Mediterranean Diet Score, ήταν μέτρια στην πλειοψηφία των κατοίκων του δείγματος και μόλις 1 στους 5 κατοίκους ανέφεραν υψηλά επίπεδα προσκόλλησης.

Αυτό επιβεβαιώνεται από αρκετές προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, τόσο σε μεγαλύτερες αστικές περιοχές (Filippidis et al., 2011; Kyriacou et al., 2015), όσο και σε αγροτικές περιοχές (Katsiardanis et al., 2013). Ωστόσο, μια προηγούμενη έρευνα η οποία έγινε σε νησιωτική περιοχή (Chrysohoou et al., 2011), και η οποία χρησιμοποίησε το ίδιο εργαλείο για την αξιολόγηση της προσκόλλησης, βρήκε ότι οι κάτοικοι είχαν υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην μεσογειακή διατροφή, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά του δείγματος, μεταξύ των ερευνών, καθώς η έρευνα των Chrysohoou et al., (2011) είχε γίνει μόνο σε ηλικιωμένους, ενώ η παρούσα έρευνα έγινε σε άτομα από όλες τις ηλικίες. Ωστόσο ακόμα και έτσι, η παρούσα έρευνα δεν εντόπισε συσχέτιση στην προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή με βάση την ηλικιακά ομάδα.

Παράλληλα, σε αντίθεση με τα ευρήματα των περισσότερων προηγούμενων μελετών (Kyriacou et al., 2015), η έρευνα αυτή βρήκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Συνεπώς δεν μπορεί

να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα, σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή, επηρεάζεται από παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία και το είδος της περιοχής κατοικίας (αγροτική, νησιωτική ή αστική). Οι παράγοντες αυτοί είναι αναγκαίο να διερευνηθούν περισσότερο μελλοντικά. Ωστόσο μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα, ότι τα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή παραμένουν σε μέτρια επίπεδα στην Ελλάδα.

Σε ότι αφορά την επιλογή τροφίμων και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία αξιολογήθηκαν με βάση τον δείκτη FCQ, έδειξαν ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες ήταν η υγεία, η διάθεση, η ευκολία, η ελκυστικότητα, η σύσταση του τροφίμου, το κόστος, η χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά-θερμίδες, η οικειότητα και οι ηθικοί παράγοντες. Τα αποτελέσματα αυτά, συμπίπτουν με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών (Furst et al., 1996; González et al., 2018; Higgs & Thomas, 2016).

Η οικειότητα και οι ηθικές ανησυχίες ήταν παράγοντες που αναφέρθηκαν λιγότερο συχνά από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Ωστόσο οι ηθικές ανησυχίες και το Σύσταση τροφίμου ως παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων αναφέρθηκαν συχνότερα από όσους ήταν άνω των 36 ετών, συγκριτικά με όσους ήταν κάτω των 36 ετών. Επίσης η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε ότι όσοι είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης λαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπόψη στην επιλογή τροφίμων τη διάθεση, την ευκολία, την τιμή και τους ηθικούς παράγοντες σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή και των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, έδειξε ότι τα άτομα που επηρεάζονται στην επιλογή τροφίμων περισσότερο από την υγεία, τον έλεγχο του βάρους και την ελκυστικότητα, ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή.

Το εύρημα αυτό δεν προκαλεί εντύπωση, καθώς όχι μόνο έχει επιβεβαιωθεί από πολλές προηγούμενες έρευνες, αλλά και επειδή είναι γνωστό ότι η μεσογειακή διατροφή έχει πολλαπλά οφέλη για την υγεία και μπορεί να συνεισφέρει στην απώλεια ή στην διατήρηση του βάρους (Martínez-González et al., 2011; Dilis et al., 2012; Hoevenaar-Blom et al., 2014; Masala et al., 2012; Kastorini et al., 2011). Το

εύρημα αυτό μπορεί επίσης να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι λίγο περισσότερο από 1 στους 2 συμμετέχοντες του δείγματος είχαν φυσιολογικό βάρος, και 1 στους 5 ήταν υπέρβαροι, ενώ οι υπόλοιποι ήταν παχύσαρκοι και ένα μικρό ποσοστό ήταν ελλιποβαρείς. Είναι γνωστό ότι η μεσογειακή διατροφή ευνοεί την υγεία των ανθρώπων, συμβάλλοντας στην μείωση των λιπιδίων, στην προστασία από το οξειδωτικό στρες και την φλεγμονή και μπορεί να συμβάλλει στην διατήρηση του βάρους (Tosti et al., 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή μελέτησε τα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή των κατοίκων στην περιοχή του Αρίλλα Μαγουλάδων Κέρκυρας, τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων και την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της τήρησης του μεσογειακού προτύπου διατροφής και των παραγόντων επιλογής τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή παραμένει σε μέτρια επίπεδα, με τις γυναίκες να επιτυγχάνουν ένα υψηλότερο επίπεδο προσκόλλησης σε σύγκριση με τους άνδρες, και ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων των κατοίκων ήταν η υγεία, η διάθεση, η ευκολία, η ελκυστικότητα, η σύσταση του τροφίμου και το κόστος.

Τα άτομα τα οποία επηρεάζονται στην επιλογή τροφίμων περισσότερο από την υγεία, τον έλεγχο του βάρους και την ελκυστικότητα, ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν περισσότερες ανησυχίες για την υγεία τους και τα άτομα τα οποία ενδιαφέρονται περισσότερο για τον έλεγχο του βάρους τους, ήταν πιο πιθανό να ακολουθούν το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής.

Λαμβάνοντας υπόψη τα καλά τεκμηριωμένα οφέλη για την υγεία, από την τήρηση του προτύπου μεσογειακής διατροφής, καθώς και το γεγονός ότι ο παχύσαρκος και υπέρβαρος πληθυσμός αυξάνεται, τα στοιχεία που προκύπτουν τόσο από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όσο και από την παρούσα εμπειρική έρευνα, ότι η προσκόλληση ακολουθεί μια καθοδική πορεία με το χρόνο και πλέον έχει φτάσει σε μέτρια επίπεδα, είναι ανησυχητικά. Η βελτίωση της δημόσιας υγείας, μέσα από την μείωση της επικράτησης των ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή θα πρέπει να αποτελεί από τις πιο σημαντικές προτεραιότητες των αρχών υγείας. Είναι σημαντικό να ληφθούν μέτρα από τις αρχές υγείας της χώρας, προκειμένου να αντιστραφεί αυτή η τάση μείωσης της συμμόρφωσης στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής.

Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα αντιμετωπίζει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι είναι αναγκαίο να αναφερθούν. Αρχικά αν και το δείγμα της έρευνας είναι αντιπροσωπευτικό για την περιοχή η οποία μελετήθηκε, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον γενικό πληθυσμό.

Ένας δεύτερος περιορισμός της μελέτης είναι ότι τα δεδομένα που αποκτήθηκαν για την προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή, συλλέχθηκαν μέσω της αυτό-αναφοράς των συμμετεχόντων και, κατά συνέπεια υπόκεινται σε κίνδυνο μεροληψίας (π.χ. υποεκτίμηση / υπερεκτίμηση συχνότητας –ποσότητας πρόσληψης τροφής, μεροληψία κοινωνικής επιθυμίας).

Μελλοντικές έρευνες είναι αναγκαίο να γίνουν σε μεγαλύτερα δείγματα στην Ελλάδα, ώστε να αποτυπωθεί μια γενική εικόνα, όχι μόνο των επιπέδων προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, αλλά και για να μελετηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων, το οποίο είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί λίγο στην ελληνική βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία

- Alberti-Fidanza, A., & Fidanza, F. (2004). Mediterranean adequacy index of Italian diets. *Public health nutrition*, 7(7), 937-941.
- Altomare, R., Cacciabauda, F., Damiano, G., Palumbo, V. D., Gioviale, M. C., Bellavia, M. & Monte, A. I. L. (2013). The mediterranean diet: a history of health. *Iranian journal of public health*, 42(5), 449.
- Arvaniti, F., Priftis, K. N., Papadimitriou, A., Papadopoulos, M., Roma, E., Kapsokefalou, M. & Panagiotakos, D. B. (2011). Adherence to the Mediterranean type of diet is associated with lower prevalence of asthma symptoms, among 10–12 years old children: the PANACEA study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 22(3), 283-289.
- Bach, A., Serra-Majem, L., Carrasco, J. L., Roman, B., Ngo, J., Bertomeu, I., & Obrador, B. (2006). The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public health nutrition*, 9(1a), 132-146.
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S. & Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public health nutrition*, 14(12A), 2274-2284.
- Bamia, C., Martimianaki, G., Kritikou, M., & Trichopoulou, A. (2017). Indexes for assessing adherence to a Mediterranean diet from data measured through brief questionnaires: Issues raised from the analysis of a Greek population study. *Current developments in nutrition*, 1(3), e000075.
- Beldona, S., Moreo, A. P., & Das Mundhra, G. (2010). The role of involvement and variety-seeking in eating out behaviors. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(3), 433-444.
- Ben-Avraham, S., Harman-Boehm, I., Schwarzfuchs, D., & Shai, I. (2009). Dietary strategies for patients with type 2 diabetes in the era of multi-approaches;

- review and results from the Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT). *Diabetes research and clinical practice*, 86, S41-S48.
- Benetou, V., Orfanos, P., Feskanich, D., Michaëlsson, K., Pettersson-Kymmer, U., Byberg, L., ... & de Groot, L. M. (2018). Mediterranean diet and hip fracture incidence among older adults: the CHANCES project. *Osteoporosis International*, 29(7), 1591-1599.
- Boushey, C. J., Abed, B., Corpuz, G., & Spoden, M. D. (2017). Dietary Patterns: What's in a Name?. *Nutrition Today*, 52(3), 137-142.
- Buckland, G., González, C. A., Agudo, A., Vilardell, M., Berenguer, A., Amiano, P., & Chirilaque, M. D. (2009). Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *American journal of epidemiology*, 170(12), 1518-1529.
- Cebolla, A., Barrada, J. R., Van Strien, T., Oliver, E., & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64.
- Chrysohoou, C., Skoumas, J., Pitsavos, C., Masoura, C., Siasos, G., Galiatsatos, N., Mamatas, S. (2011). Long-term adherence to the Mediterranean diet reduces the prevalence of hyperuricaemia in elderly individuals, without known cardiovascular disease: the Ikaria study. *Maturitas*, 70(1), 58-64.
- Contento, I. R. (2008). Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 17(S1), 176-179.
- Costarelli, V., Koretsi, E., & Georgitsogianni, E. (2013). Health-related quality of life of Greek adolescents: the role of the Mediterranean diet. *Quality of life research*, 22(5), 951-956.
- Couto, E., Boffetta, P., Lagiou, P., Ferrari, P., Buckland, G., Overvad, K., ... & Boutron-Ruault, M. C. (2011). Mediterranean dietary pattern and cancer risk in the EPIC cohort. *British journal of cancer*, 104(9), 149
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Owens, E., Marsh, T., Rittenberry, L., & De Moor, C. (2003). Availability, accessibility, and preferences for fruit, 100% fruit juice,

- and vegetables influence children's dietary behavior. *Health Education & Behavior*, 30(5), 615-626.
- D'Alessandro, A., Lampignano, L., & De Pergola, G. (2019). Mediterranean Diet Pyramid: A Proposal for Italian People. A Systematic Review of Prospective Studies to Derive Serving Sizes. *Nutrients*, 11(6), 1296.
- Dalby, A., & Dalby, R. (2017). *Gifts of the Gods: A History of Food in Greece*. Reaktion Books.
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality?. *The American journal of clinical nutrition*, 87(5), 1107-1117.
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., & Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean diet; a literature review. *Nutrients*, 7(11), 9139-9153.
- Dilis, V., Katsoulis, M., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Naska, A., & Trichopoulou, A. (2012). Mediterranean diet and CHD: the Greek European prospective investigation into cancer and nutrition cohort. *British Journal of Nutrition*, 108(4), 699-709.
- Donini, L. M., Serra-Majem, L., Bulló, M., Gil, Á., & Salas-Salvadó, J. (2015). The Mediterranean diet: culture, health and science. *British Journal of Nutrition*, 113(S2), S1-S3.
- Drewnowski, A. (2012). The economics of food choice behavior: why poverty and obesity are linked. In *Obesity Treatment and Prevention: New Directions* (Vol. 73, pp. 95-112). Karger Publishers.
- Drewnowski, A., Darmon, N., & Briend, A. (2004). Replacing fats and sweets with vegetables and fruits—a question of cost. *American journal of public health*, 94(9), 1555-1559.
- Essid, M. Y. (2012). . History of Mediterranean food. In *MediTERRA 2012 (english)* (pp. 51-69). Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G. D., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., & Zampelas, A. (2011). Very high childhood obesity prevalence and

- low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis*, 217(2), 525-530.
- Fernández-Ruiz, V., Claret, A., & Chaya, C. (2013). Testing a Spanish-version of the food neophobia scale. *Food Quality and Preference*, 28(1), 222-225.
- Fotopoulos, C., Krystallis, A., Vassallo, M., & Pagiaslis, A. (2009). Food Choice Questionnaire (FCQ) revisited. Suggestions for the development of an enhanced general food motivation model. *Appetite*, 52(1), 199-208.
- Fung, T. T., Rexrode, K. M., Mantzoros, C. S., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2009). Mediterranean diet and incidence and mortality of coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*, 119(8), 1093.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Falk, L. W. (1996). Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite*, 26(3), 247-266.
- Garcia-Marcos, L., Castro-Rodriguez, J. A., Weinmayr, G., Panagiotakos, D. B., Priftis, K. N., & Nagel, G. (2013). Influence of Mediterranean diet on asthma in children: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 24(4), 330-338.
- González, A., Recio, S. A., Sánchez, J., Gil, M., & de Brugada, I. (2018). Effect of exposure to similar flavours in sensory specific satiety: Implications for eating behaviour. *Appetite*, 127, 289-295.
- Grajek, M., Kryska, S., Bielaszka, A., Kiciak, A., & Kardas, M. (2015). Psychosocial opinions on determinants of food choices.
- Greek Cookbook (2018). Greek Cookbook: Traditional Greek Recipes Made Easy.
- Green, R., Cornelsen, L., Dangour, A. D., Turner, R., Shankar, B., Mazzocchi, M., & Smith, R. D. (2013). The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. *Bmj*, 346, f3703.
- Gundersen, C., Kreider, B., & Pepper, J. (2011). The economics of food insecurity in the United States. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 33(3), 281-303.
- Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviours. *Appetite*, 86, 38-44.

- Higgs, S., & Thomas, J. (2016). Social influences on eating. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 9, 1-6.
- Hoevenaar-Blom, M. P., Nooyens, A. C., Kromhout, D., Spijkerman, A. M., Beulens, J. W., Van Der Schouw, Y. T., ... & Verschuren, W. M. (2012). Mediterranean style diet and 12-year incidence of cardiovascular diseases: the EPIC-NL cohort study. *PLoS One*, 7(9), e45458.
- Hoevenaar-Blom, M. P., Spijkerman, A. M., Boshuizen, H. C., Boer, J. M., Kromhout, D., & Verschuren, W. M. (2014). Effect of using repeated measurements of a Mediterranean style diet on the strength of the association with cardiovascular disease during 12 years: the Doetinchem Cohort Study. *European journal of nutrition*, 53(5), 1209-1215.
- Hu, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current opinion in lipidology*, 13(1), 3-9.
- Ιστορικά στοιχεία (2009). Διαθέσιμο από <https://arillas.gr/index.php/istorika-stoixeia.html>
- Karampola, M., & Makedou, K. (2014). Mediterranean vs. western dietary patterns: preventing and treating obesity and other diseases. *Aristotle University Medical Journal*, 41(2), 13-19.
- Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2011). The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(11), 1299-1313.
- Katsiardanis, K., Diamantaras, A. A., Dessypris, N., Michelakos, T., Anastasiou, A., Katsiardani, K. P., ... & Petridou, E. T. (2013). Cognitive impairment and dietary habits among elders: the Velestino Study. *Journal of medicinal food*, 16(4), 343-350.

- Keys, A., Mienotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., ... & Kromhout, D. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American journal of epidemiology*, 124(6), 903-915.
- Khan, M. A., & Hackler, L. R. (1981). Evaluation of food selection patterns and preferences. *Critical Reviews In Food Science & Nutrition*, 15(2), 129-153.
- Kontogianni, M. D., Vidra, N., Farmaki, A. E., Koinaki, S., Belogianni, K., Sofrona, S., & Yannakoulia, M. (2008). Adherence rates to the Mediterranean diet are low in a representative sample of Greek children and adolescents. *The Journal of nutrition*, 138(10), 1951-1956.
- Köster, E. P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food quality and preference*, 20(2), 70-82.
- Kourkoulos D. (2009). Arillas history. Διαθέσιμο από <https://www.arillas.com/history-of-arillas>
- Kyriacou, A., Evans, J. M., Economides, N., & Kyriacou, A. (2015). Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1012-1018.
- Laudan, R. (2008). *Food and Nutrition/Editorial Advisers, Dayle Hayes, Rachel Laudan* (Vol. 5). Marshall Cavendish.
- Le, L., & Sabaté, J. (2014). Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts. *Nutrients*, 6(6), 2131-2147.
- Leng, G., Adan, R. A., Belot, M., Brunstrom, J. M., De Graaf, K., Dickson, S. L., ... & Reisch, L. A. (2017). The determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 316-327.
- Loopstra, R., & Tarasuk, V. (2013). Severity of household food insecurity is sensitive to change in household income and employment status among low-income families. *The Journal of nutrition*, 143(8), 1316-1323.
- Lydakis, C., Stefanaki, E., Stefanaki, S., Thalassinou, E., Kavousanaki, M., & Lydaki, D. (2012). Correlation of blood pressure, obesity, and adherence to the

- Mediterranean diet with indices of arterial stiffness in children. *European journal of pediatrics*, 171(9), 1373-1382.
- MacFie, H. J. H., & Meiselman, H. L. (2012). *Food choice, acceptance and consumption*. Springer Science & Business Media.
- Macías Y., Glasauer P. (2014). Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations
- Magriplis, E., Andreou, E., & Zampelas, A. (2019). The Mediterranean Diet: What It Is and Its Effect on Abdominal Obesity. In *Nutrition in the Prevention and Treatment of Abdominal Obesity* (pp. 281-299). Academic Press.
- Martinez-Gonzalez, M. A., & Martin-Calvo, N. (2016). Mediterranean diet and life expectancy; beyond olive oil, fruits and vegetables. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 19(6), 401.
- Martínez-González, M. A., García-López, M., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., Martínez-Lapiscina, E. H., Delgado-Rodríguez, M. & Beunza, J. J. (2011). Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: a Spanish cohort. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 21(4), 237-244.
- Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., Corella, D., Fitó, M., Ros, E., & Predimed Investigators. (2015). Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED study. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(1), 50-60.
- Masala, G., Assedi, M., Bendinelli, B., Ermini, I., Sieri, S., Gioni, S., ... & Tumino, R. (2012). Fruit and vegetables consumption and breast cancer risk: the EPIC Italy study. *Breast cancer research and treatment*, 132(3), 1127-1136.
- Meiselman H.L., Bell R. (2003). Eating Habits. In B.Caballero (eds). *Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition*. 2nd edition. (pp. 1963-1968). Academic Press
- Meiselman, H. L. (2006). The role of context in food choice, food acceptance and food consumption. *Frontiers in Nutritional Science*, 3, 179.

- Mitsou, E. K., Kakali, A., Antonopoulou, S., Mountzouris, K. C., Yannakoulia, M., Panagiotakos, D. B., & Kyriacou, A. (2017). Adherence to the Mediterranean diet is associated with the gut microbiota pattern and gastrointestinal characteristics in an adult population. *British Journal of Nutrition*, 117(12), 1645-1655.
- Morland, K., Wing, S., Roux, A. D., & Poole, C. (2002). Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American journal of preventive medicine*, 22(1), 23-29.
- Muhammad, A., D'Souza, A., Meade, B., Micha, R., & Mozaffarian, D. (2017). *The influence of income and prices on global dietary patterns by country, age, and gender* (No. 1477-2017-581).
- Murcott, A. (ed.) (1998) *The Nation's Diet: The Social Science of Food Choice*. Addison Wesley Longman, New York.
- Naja, F., Hwalla, N., Itani, L., Karam, S., Sibai, A. M., & Nasreddine, L. (2015). A Western dietary pattern is associated with overweight and obesity in a national sample of Lebanese adolescents (13–19 years): a cross-sectional study. *British Journal of Nutrition*, 114(11), 1909-1919.
- Neacsu, M., McBey, D., & Johnstone, A. M. (2017). Meat reduction and plant-based food: Replacement of meat: Nutritional, health, and social aspects. In R. Nadathur, J. Wanasundara & L. Scanlin (eds). *Sustainable protein sources* (pp. 359-375). Academic Press.
- Nicklas, T. A., Baranowski, T., Cullen, K. W., & Berenson, G. (2001). Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, 20(6), 599-608.
- Nutrinews (n.d.). *Η πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής άλλαξε!*. Διαθέσιμο από <http://www.nutrinews.gr/%CE%B7-%CF%80%CF%85%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%AF%CE%B4%CE%B1-%CE%BC%CE%B5%CF%83%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE>

[%B1%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE%CF%82-%CE%AC%CE%BB%CE%BB/](#)

Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2006). Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 16(8), 559-568.

Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Arvaniti, F., & Stefanadis, C. (2007). Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Preventive medicine*, 44(4), 335-340.

Papadaki, S., & Mavrikaki, E. (2015). Greek adolescents and the Mediterranean diet: factors affecting quality and adherence. *Nutrition*, 31(2), 345-349.

Pilgrim, F.J. (1957), "The Components of Food Acceptance and Their Measurement," *American Journal of Clinical Nutrition*, 5, 171-175

Renfrew, C., & Cherry, J. (1972). The emergence of civilisation: the Cyclades and the Aegean in the third millennium BC.

Romaguera, D., Norat, T., Mouw, T., May, A. M., Bamia, C., Slimani, N., ... & Rinaldi, S. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *The Journal of nutrition*, 139(9), 1728-1737.

Rose, D., Bodor, J. N., Hutchinson, P. L., & Swalm, C. M. (2010). The importance of a multi-dimensional approach for studying the links between food access and consumption. *The Journal of nutrition*, 140(6), 1170-1174.

Rozin, P. (2007). Food choice: an introduction. *Understanding consumers of food products*, 3-29.

Sanchez-Villegas, A., & Martinez-Lapiscina, E. H. (2018). A healthy diet for your heart and your brain. In A. Sanchez-Villegas & A. Sánchez-Tainta (eds). *The*

Prevention of Cardiovascular Disease Through the Mediterranean Diet (pp169-197). Academic Press

Sanchez-Villegas, A., & Zazpe, I. (2018). A healthy-eating model called mediterranean diet. In A. Sánchez-Villegas & A. Sánchez-Tainta (eds). The Prevention of Cardiovascular Disease Through the Mediterranean Diet (pp. 1-24). Academic Press

Schröder H, F. M., & Estruch, R. (2011). Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*, 141, 1140-5.

Seale Jr, J. L., Regmi, A., & Bernstein, J. (2003). *International evidence on food consumption patterns* (No. 1488-2016-123508).

Shepherd, R. (1990), "Overview of Factors Influencing Food Choice," in Proceedings of the 12th British Nutrition Foundation Annual Conference, ed. M. Ashwell, London (UK): BNF, 12-30.

Sobal, J., & Bisogni, C. A. (2009). Constructing food choice decisions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(suppl_1), s37-s46.

Sobal, J., & Bisogni, C. A. (2009). Constructing food choice decisions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(suppl_1), s37-s46.

Sobal, J., Bisogni, C. A., & Jastran, M. (2014). Food choice is multifaceted, contextual, dynamic, multilevel, integrated, and diverse. *Mind, Brain, and Education*, 8(1), 6-12.

Sobal, J., Bisogni, C. A., Devine, C. M., & Jastran, M. (2006). A conceptual model of the food choice process over the life course. *Frontiers in Nutritional Science*, 3, 1.

Sobal, J., Khan, L. K., & Bisogni, C. (1998). A conceptual model of the food and nutrition system. *Social Science & Medicine*, 47(7), 853-863.

Sorensen, G., Stoddard, A., & Macario, E. (1998). Social support and readiness to make dietary changes. *Health Education & Behavior*, 25(5), 586-598.

- Steenkamp, J. B. E. (1993). Food consumption behavior. *ACR European Advances*.
- Stefler, D., Malyutina, S., Kubinova, R., Pajak, A., Peasey, A., Pikhart, H., ... & Bobak, M. (2017). Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. *European journal of nutrition*, 56(1), 421-429.
- Stefler, D., Malyutina, S., Kubinova, R., Pajak, A., Peasey, A., Pikhart, H., ... & Bobak, M. (2017). Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. *European journal of nutrition*, 56(1), 421-429.
- Stewart, G. F., & Amerine, M. A. (2012). *Introduction to food science and technology*. Elsevier.
- Stok, F. M., Renner, B., Allan, J., Boeing, H., Ensenauer, R., Issanchou, S., ... & Stelmach-Mardas, M. (2018). Dietary behavior: An interdisciplinary conceptual analysis and taxonomy. *Frontiers in psychology*, 9.
- Stubbs, R. J., Johnstone, A. M., & Harbron, C. G. (1996). Breakfasts high in protein, fat or carbohydrate: effect on within-day appetite and energy balance. *European journal of clinical nutrition*, 50(7), 409-417.
- Tapsell, L. C., Neale, E. P., Satija, A., & Hu, F. B. (2016). Foods, nutrients, and dietary patterns: interconnections and implications for dietary guidelines. *Advances in Nutrition*, 7(3), 445-454.
- Tonstad, S., Stewart, K., Oda, K., Batech, M., Herring, R. P., & Fraser, G. E. (2013). Vegetarian diets and incidence of diabetes in the Adventist Health Study-2. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 23(4), 292-299.
- Tosti, V., Bertozzi, B., & Fontana, L. (2017). Health benefits of the mediterranean diet: metabolic and molecular mechanisms. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(3), 318-326.
- Trichopoulou, A., & Lagiou, P. (1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutrition reviews*, 55(11), 383-389.

- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608.
- Tucker, K. L. (2010). Dietary patterns, approaches, and multicultural perspective. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 35(2), 211-218.
- Van Diepen, S., Scholten, A. M., Korobili, C., Kyrli, D., Tsigga, M., Van Dieijen, T., ... & Grammatikopoulou, M. G. (2011). Greater Mediterranean diet adherence is observed in Dutch compared with Greek university students. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 21(7), 534-540.
- Vilarnau, C., Stracker, D. M., Funtikov, A., da Silva, R., Estruch, R., & Bach-Faig, A. (2018). Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. *European journal of clinical nutrition*, 1.
- Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 128(3), 229-238.
- Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American journal of clinical nutrition*, 61(6), 1402S-1406S.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, (1999). Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 16 (6), 615-625

Παράρτημα

A. Ατομικά Στοιχεία

1) Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

2) Ηλικία

<25

26-35

36-45

46-55

≥56

3) Βάρος _____

4) Ύψος _____

5) Οικογενειακή κατάσταση

Παντρεμένος/-η

Ελεύθερος/-η

Διαζευγμένος/-η – χήρος/-α

Μένω με σύντροφο

6) Άτομα στην οικογένεια

1

2

3

4

>4

7) Παιδιά σε ηλικία

Όχι

1-2 ετών

3-8 ετών

9-12 ετών

13-17 ετών

> 17 ετών

8) Τόπος διαμονής

9) Επίπεδο Εκπαίδευσης

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (ολοκληρωμένη ή ημιτελής)

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (όλα τα είδη)

Τριτοβάθμια εκπαίδευση

10) Κατάσταση εργασίας

Πλήρης απασχόληση

Μερική απασχόληση

Αυτό - απασχόληση

Οικιακά

Συνταξιούχος

Άλλη _____

11) Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού, (ευρώ)

<1000

1000-1500

1500-2000

> 2000

Δεν γνωρίζω/καμία

απάντηση

B. Ερωτηματολόγιο Επιλογής Τροφίμων Food Choice Questionnaire (FCQ)

Είναι σημαντικό για σένα τα τρόφιμα που καταναλώνεις σε μια τυπική ημέρα να είναι:

| | Καθόλου 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Πολύ σημαντικό 7 |
|--|--------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 1. Εύκολα στην προετοιμασία | | | | | | | |
| 2. Να μην περιέχουν πρόσθετα | | | | | | | |
| 3. Να έχουν χαμηλή θερμιδική αξία | | | | | | | |
| 4. Να είναι γευστικά | | | | | | | |
| 5. Να περιέχει φυσικά συστατικά | | | | | | | |
| 6. Να μην είναι ακριβά | | | | | | | |
| 7. Να έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά | | | | | | | |
| 8. Να είναι οικεία | | | | | | | |
| 9. Να έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και ακατέργαστα υλικά | | | | | | | |
| 10. Να είναι θρεπτικά | | | | | | | |
| 11. Να διατίθενται εύκολα σε καταστήματα και σουπερ μάρκετ | | | | | | | |
| 12. Να έχει καλή σχέση ποιότητας και τιμής | | | | | | | |
| 13. Να φτιάχνει τη διάθεση | | | | | | | |
| 14. Να μυρίζει ωραία | | | | | | | |
| 15. Να μπορεί να μαγειρευτεί πολύ απλά | | | | | | | |
| 16. Να με βοηθάει να αντιμετωπίζω το άγχος | | | | | | | |
| 17. Να με βοηθάει να ελέγξω το βάρος μου | | | | | | | |
| 18. Να έχει ευχάριστη υφή | | | | | | | |
| 19. Να είναι συσκευασμένο με τρόπο φιλικό προς το περιβάλλον | | | | | | | |
| 20. Έρχεται από χώρες που εγκρίνω πολιτικά | | | | | | | |
| 21. Να είναι σαν το φαγητό που έτρωγα όταν ήμουν παιδί | | | | | | | |
| 22. Περιέχει πολλές βιταμίνες και μέταλλα | | | | | | | |
| 23. Να μην περιέχουν τεχνητές ουσίες | | | | | | | |
| 24. Μου κρατά ξύπνιος / συναγερμός | | | | | | | |
| 25. Φαίνεται ωραίο | | | | | | | |
| 26. Με βοηθά να χαλαρώσω | | | | | | | |
| 27. Είναι υψηλό σε πρωτεΐνες | | | | | | | |
| 28. Δεν έχει χρόνο να προετοιμαστεί | | | | | | | |
| 29. Με κρατάει υγιές | | | | | | | |
| 30. Είναι καλό για το δέρμα μου / δόντια / μαλλιά / νύχια κλπ. | | | | | | | |
| 31. Με κάνει να νιώθω καλά | | | | | | | |
| 32. Έχει σαφώς επισημανθεί η χώρα προέλευσης | | | | | | | |
| 33. Είναι αυτό που τρώω συνήθως | | | | | | | |
| 34. Με βοηθά να αντιμετωπίζω τη ζωή | | | | | | | |
| 35. Μπορεί να αγοραστεί σε καταστήματα κοντά στο οποίο ζουν ή εργάζονται | | | | | | | |
| 36. Είναι φτηνό | | | | | | | |

Γ. Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης (The Mediterranean Diet Score)

| Κατηγορία Τροφίμων | Συχνότητα Κατανάλωσης (Μερίδες/Εβδομάδα) | | | | | |
|--|--|---------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| | Ποτέ (0) | 1-6 (1) | 7-12 (2) | 13-18 (3) | 19-31 (4) | >32 (5) |
| 1. Προϊόντα ολικής αλέσεως (ολικής αλέσεως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι) (1 φέτα ή 1 φλιτζάνι) | Ποτέ (0) | 1-6 (1) | 7-12 (2) | 13-18 (3) | 19-31 (4) | >32 (5) |
| 2. Πατάτες (1 μικρή μερίδα) | Ποτέ (0) | 1-4 (1) | 5-8 (2) | 9-12 (3) | 13-18 (4) | >18 (5) |
| 3. Φρούτα και χυμούς (1 μερίδα: μικρά φρούτα κεράσια, φράουλες σταφύλια – 1 φλιτζάνι ή μεσαία φρούτα - μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι -1 μέτριο ή μεγάλα - πεπόνι, καρπούζι -1 φέτα ή 1 ποτήρι χυμό) | Ποτέ (0) | 1-4 (1) | 5-8 (2) | 9-15 (3) | 16-21 (4) | >22 (5) |
| 4. Λαχανικά και σαλάτες (1 φλιτζάνι ωμά ή βρασμένα) | Ποτέ (0) | 1-6 (1) | 7-12 (2) | 13-20 (3) | 21-32 (4) | >33 (5) |
| 5. Όσπρια (1 φλιτζάνι) | Ποτέ (0) | <1 (1) | 1-2 (2) | 3-4 (3) | 5-6 (4) | >6 (5) |
| 6. Ψάρι και σούπες (120 γρ. ή 1 πιάτο) | Ποτέ (0) | <1 (1) | 1-2 (2) | 3-4 (3) | 5-6 (4) | >6 (5) |
| 7. Κόκκινο κρέας και παράγωγα προϊόντα (120γρ.) | ≤1 (5) | 2-3 (4) | 4-5 (3) | 6-7 (2) | 8-10 (1) | >10 (0) |
| 8. Πουλερικά (120 γρ.) | ≤3 (5) | 4-5 (4) | 5-6 (3) | 7-8 (2) | 9-10 (1) | >10 (0) |
| 9. Πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα) (1 ποτήρι ή 1 κεσεδάκι ή 40 γρ. τυρί) | ≤10 (5) | 11-15 (4) | 16-20 (3) | 21-28 (2) | 29-30 (1) | >30 (0) |
| 10. Χρήση ελαιολάδου στο μαγείρεμα (1 κουτ. σούπας) | Ποτέ (0) | Σπάνια (1) | <1 (2) | 1-3 (3) | 3-5 (4) | Καθημερινά (5) |
| 11. Αλκοολούχα ποτά (1 μερίδα ποτού: 120 ml κρασί ή 300 ml μπύρα ή 40 ml ούισκι, βότκα, τζιν, ούζο = 12 gr αιθανόλης) | <300 (5) | 300 (4) | 400 (3) | 500 (2) | 600 (1) | >700 ή 0 (0) |

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.