



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Κριτήρια επιλογής τροφίμων και Μεσογειακή Διατροφή»

Κουζάλη Δήμητρα, AM 2316

Πυλαρινού Αικατερίνη-Ιωάννα, AM 2292

Σαμαρτζή Αικατερίνη, AM 2296

Επιβλέπουσα: Σφακιανάκη Ειρήνη, MSc

ΣΗΤΕΙΑ Νοέμβριος, 2020



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS SCIENCES

THESIS
for the Undergraduate Degree
« Food selection criteria and Mediterranean diet »

EDITORS: Kouzali Dimitra, YD 2316

Pylarinou Aikaterini-Ioanna, YD 2292

Samartzi Aikaterini, YD 2295

SUPERVISOR: Sfakianaki Eirini, MSc

SITIA November, 2020



**Επιστημών
Διατροφής &
Διαιτολογίας**

*Κουζάλη Δήμητρα, Πολαρινού Αικατερίνη-Ιωάννα, Σαμαρτζή Αικατερίνη,
«Κριτήρια επιλογής τροφίμων και Μεσογειακή Διατροφή»*

«Ευχαριστίες ή Αφιέρωση»



Περίληψη

Σκοπός της έρευνας: Ο σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές των ανθρώπων και του βαθμού συμμόρφωσης στη μεσογειακή διατροφή ανάλογα με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίηση της έρευνας μας, χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο της δειγματοληψίας που δόθηκαν ερωτηματολόγια FCQ και MedDietScore και μετέπειτα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS Statistics.

Αποτέλεσμα: Ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος το 58,4% ήταν γυναίκες και το 41,6% άνδρες. Το δείγμα χαρακτηρίστηκε φυσιολογικό με ποσοστό 60% σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι το 1,2 % είχε χαμηλή συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή, το 77,6% μέτρια συμμόρφωση και 21,2% υψηλή συμμόρφωση

Συμπέρασμα: Το δείγμα κατά πλειοψηφία παρουσίασε μέτρια συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή. Το συνολικό δείγμα είχε ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων το κόστος. Οι γυναίκες διαπιστώθηκε ότι έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο την υγεία ενώ οι άνδρες το κόστος, καθώς οι απαντήσεις των γυναικών υπερτερούν έναντι των ανδρών.

Λέξεις – Κλειδιά: Μεσογειακή διατροφή, κριτήρια επιλογής τροφίμων, ερωτηματολόγιο FCQ, MedDietScore, στατιστική ανάλυση.



Abstract

The purpose of this research project is to investigate the factors that determine people's food choices and whether there is compliance to the Mediterranean diet according to certain demographics.

Methodology: The process of doing our thesis is by the sampling method where FCQ and MedDietScore questionnaires were given and analyzed with SPSS Statistics.

Results: From the descriptive characteristics of the overall sample 58.4% were women and 41.6% were men. 60% of the total sample was normal weight. After statistical analysis of the data, it was found that 1.2% had low compliance with Mediterranean diet, 77.6% moderate compliance and 21.2% high compliance.

Conclusions: The majority of the sample showed moderate compliance with the Mediterranean diet. The overall sample had the most important food selection criterion the cost. Women were found to have health as the most important criterion while men had the cost. Women's responses are superior to those of men.

Keys Words: Mediterranean diet, food selection criteria, FCQ questionnaire, MedDietScore, statistical analysis.



Περιεχόμενα

Περίληψη	iv
Abstract	v
Περιεχόμενα.....	vi
Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων	ix
Κατάλογος Πινάκων	xi
Συνομογραφίες & Ακρωνύμια	xiii
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	1
Εισαγωγή	1
1. Επιστήμη της διατροφής.....	3
1.1. Εισαγωγή στη διατροφή	3
1.2. Διατροφή και υγεία.....	5
1.3. Διατροφικά πρότυπα.....	8
2. Επιλογή τροφίμων.....	11
2.1. Κατηγορίες τροφίμων και ο ρόλος τους στη διατροφή	11
2.1.1. Τα γαλακτοκομικά	11
2.1.2. Το κρέας.....	14
2.1.3. Τα φρούτα.....	16
2.1.4. Τα λαχανικά.....	17
2.1.5. Τα βασισμένα στη ζάχαρη προϊόντα	19
2.1.6. Το νερό.....	20
2.1.7. Τα θαλασσινά.....	21
2.2 Παράγοντες επιλογής τροφίμων	22
2.2. Αποτελέσματα διαφόρων ερευνών με τη χρήση του FCQ	24



3. Μεσογειακή διατροφή	26
3.1 Ορισμός Μεσογειακής διατροφής	26
3.2 Μεσογειακή διατροφή- Η ανάπτυξη και μελέτη της έννοιας.....	27
3.3 Χαρακτηριστικά μεσογειακής διατροφής.....	29
3.4 Ασθένειες και ο ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής στην επίτευξη της υγείας..	32
3.5 Mediterranean DietScore	43
3.6 Αποτελέσματα ερευνών και σύγκριση χωρών με το MedDietScore	43
4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των περιοχών της έρευνας	46
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του Δήμου Σητείας και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων.....	46
4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Λευκωσίας και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων	47
4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Σύρου και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων	48
<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	50
5. Ερευνητικό μέρος	50
5.1. Σκοπός Έρευνας.....	50
5.2. Υλικό, Μέθοδος και Πειραματικό Μέρος (ερευνητική διαδικασία)	50
5.3. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων.....	51
5.4. Ανάλυση Δεδομένων	53
6. Αποτελέσματα.....	55
6.1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	55
6.2. Αποτελέσματα Υιοθέτησης Μεσογειακής Διατροφής	61
6.3. Αποτελέσματα Παραγόντων που Επηρεάζουν την Επιλογή των Τροφίμων.....	66
6.4. Συσχετίσεις	79
7. Συζήτηση	82



7.1. Συμπεράσματα	87
7.2. Περιορισμοί Έρευνας	88
7.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	88
Βιβλιογραφία	90



Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων

Εικόνα 3-1 Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής	29
Γράφημα 2-1 Η κατανάλωση γαλακτοκομικών ανά χώρα της γης	12
Γράφημα 2-2 Η κατανομή της παραγωγής γαλακτοκομικών που δεν προέρχονται από αγελάδες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	13
Γράφημα 2-3 Η παγκόσμια αύξηση της κατανάλωσης κρέατος κατά τις τελευταίες δεκαετίες	15
Γράφημα 2-4 Η κατανάλωση φρούτων ανά χώρα της γης	17
Γράφημα 2-5 Η κατανάλωση λαχανικών ανά χώρα της γης	18
Γράφημα 2-6 Η κατανάλωση ζάχαρης ανά χώρα της γης	20
Γράφημα 2-7 Η κατανάλωση θαλασσιών ανά χώρα της γης.....	21
Γράφημα 3-1 Η μεταβολή των διατροφικών συμπεριφορών κατά μήκος της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους	30
Γράφημα 3-2 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες λαχανικών έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία.....	37
Γράφημα 3-3 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες φρούτων έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία	38
Γράφημα 3-4 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες κόκκινου κρέατος έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία	38
Γράφημα 3-5 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες ψαριών έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία	39



Γράφημα 3-6 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες τροφών ολικής άλεσης έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία	40
Γράφημα 6-1 Επίπεδο Εκπαίδευσης	59
Γράφημα 6-2 Κατάσταση Εργασίας	59
Γράφημα 6-3 Ποσοστό ΔΜΣ.....	60
Γράφημα 6-4 Αποτελέσματα Συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή	61



Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 6-1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	57
Πίνακας 6-2 Μέσος Όρος ΔΜΣ Ανάλογα με τον Τόπο Διαμονής.....	60
Πίνακας 6-3 Μέσος Όρος MedDietScore.....	62
Πίνακας 6-4 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Ερωτήσεις του MedDietScore ανά περιοχή.....	64
Πίνακας 6-5 Μέσος όρος MedDietScore Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης	65
Πίνακας 6-6 Μέσος Όρος MedDietScore και Κατάσταση Εργασίας.....	66
Πίνακας 6-7 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Φύλο	67
Πίνακας 6-8 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τον Τόπο Διαμονής	68
Πίνακας 6-9 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Οικογενειακή Κατάσταση	69
Πίνακας 6-10 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	71
Πίνακας 6-11 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Κατάσταση Εργασίας.....	72
Πίνακας 6-12 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τις Κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος.	74



Πίνακας 6-13 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Ηλικία....	75
Πίνακας 6-14 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα Νοικοκυριού.....	77
Πίνακας 6-15 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τις Κατηγορίες του MDS.....	79
Πίνακας 6-16 Συσχέτιση ΔΜΣ και MedDietScore με FCQ.....	81



Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

MD Mediterranean Diet

MDS Mediterranean Diet score

MEDIS MEDiterranean Islands Study

FCQ Food choice Questionnaire

DASH Dietary Approaches to Stop Hypertention

DNA Deoxyribonucleic Acid

HDL High-Density Lipoprotein

LDL Low-Density Lipoprotein

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

Μ.Ο. Μέσος όρος

Τ.Α. Τυπική απόκλιση

ΔΜΣ Δείκτης Μάζας Σώματος

ΔΕΠΥ Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας

ΣΔ Σακχαρώδης Διαβήτης



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται μια αύξηση της συχνότητας των χρόνιων νοσημάτων. Όπως υποστηρίζεται από την Παγκόσμια Μελέτη Φορτίου Ασθένειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο σύγχρονος άνθρωπος ζει μεν περισσότερα χρόνια εν σχέση με το παρελθόν, αλλά ζει και πολλά περισσότερα έτη της ζωής του με μια σοβαρή ανικανότητα ή αναπηρία (GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2015).

Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε δύο επιμέρους παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας αφορά τη βελτίωση των θεραπευτικών αντιμετώπισεων που παρέχουν τη δυνατότητα για επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης ασθενών με χρόνια νοσήματα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του καρκίνου η πρόοδος της χημειοθεραπείας οδήγησε σε μια σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών, οδηγώντας έτσι σε έναν μεγαλύτερο συνολικό αριθμό ασθενών (DeVita & Chu, 2008). Ο δεύτερος παράγοντας που ενοχοποιείται για την αύξηση του αριθμού των ατόμων με χρόνια νοσήματα είναι η υιοθέτηση δυνητικά νοσογόνων συμπεριφορών που δεν προάγουν την υγεία, όπως η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η καπνιστική συνήθεια και η μη υγιεινή διατροφή (Δαρβίρη, 2009).

Λόγω της διαπίστωσης των αρνητικών αυτών επιδράσεων στην υγεία των ανθρώπων, από το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα και ύστερα η διατροφή αποτέλεσε συστηματικά αντικείμενο επιστημονικής μελέτης. Μεταξύ των επιμέρους διατροφικών προτύπων που εξετάστηκαν, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας επικεντρώθηκε συγκεκριμένα στη μεσογειακή διατροφή, λόγω των θετικών επιδράσεων που έχει σε διάφορες πτυχές της ανθρώπινης υγείας (π.χ. καρδιαγγειακή) (Trichopoulou & Lagiou, 1997).

Αναμφίβολα, κεντρικό αντικείμενο εξέτασης έχει αποτελέσει ο λόγος για τον οποίο ο σύγχρονος άνθρωπος αναπτύσσει δυνητικά νοσογόνες συμπεριφορές υγείας και δεν συμμορφώνεται σε υγιή διατροφικά πρότυπα, παρά τον αυξημένο βαθμό επίγνωσης που πλέον υπάρχει για τις νοσογόνες επιδράσεις των ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία η μελέτη των παραγόντων που



παρεμποδίζουν την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, ώστε αυτοί εν συνεχεία να αποτελούν στόχο σχετικών παρεμβάσεων (Δαρβίρη, 2009). Στο πλαίσιο αυτό, στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συμμόρφωσης στην μεσογειακή διατροφή των ενήλικων ηλικίας 18-65 ετών, που ζουν σε Λευκωσία, Σητεία και Σύρο, καθώς και τα κριτήρια επιλογής των γευμάτων τους.



1. Επιστήμη της διατροφής

1.1. Εισαγωγή στη διατροφή

Η διατροφή έχει από αρχαιοτάτων χρόνων απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα ως προς τις επιδράσεις της, στην ανθρώπινη υγεία και ευεξία. Παράλληλα, διαχρονικά ο άνθρωπος έδειχνε προτίμηση προς συγκεκριμένες δίαιτες που συνδέονταν με θετικότερες εκβάσεις στην υγεία του, ενώ υπάρχουν στοιχεία που καταδεικνύουν την επίγνωση για τις επιδράσεις αυτές εδώ και αρκετές χιλιετίες. Ήδη από τη 5^η χιλιετία π.Χ. παρατηρείται μια τάση για δίαιτες με χαμηλή πρόσληψη κρέατος, ενώ μετά την εποχή του σιδήρου και ιδιαιτέρως στους αρχαϊκούς χρόνους διαμορφώνονται από τους αρχαίους Έλληνες πρώιμες θεωρίες για την επίδραση συγκεκριμένων διατροφικών επιλογών στην υγεία του ανθρώπου (Macko et al., 1999). Ο Πλάτωνας ανέδειξε τη σημασία της επίδρασης της διατροφής στον ανθρώπινο οργανισμό, θεωρώντας πως μια διατροφή με υψηλή πρόσληψη οσπρίων, φρούτων και δημητριακών με χαμηλή πρόσληψη κρασιού και κρέατος συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και στην πρόληψη της νοσηρότητας (Skiadas & Lascaratos, 2001). Μάλιστα, η συμβολή των αρχαίων Ελλήνων στη μελέτη των επιδράσεων της διατροφής και στη διαμόρφωση διατροφικών οδηγιών ήταν ιδιαίτερα καινοτόμος σύλληψη για την τότε εποχή, καθώς άλλοι εξίσου προηγμένου πολιτισμοί (π.χ. Κινέζοι) επέλεξαν τις τροφές με βάση τη συγκυριακή τους διαθεσιμότητα και όχι με στόχο την προαγωγή της υγείας (Chen & Xu, 1996).

Στον 20^ο αιώνα η συστηματική διερεύνηση των επιδράσεων της διατροφής στην ανθρώπινη υγεία και ευεξία οδήγησε στην ανάπτυξη των επιστημών της διατροφής. Έτσι, πλέον υπάρχει αυξημένη επίγνωση για τις επιδράσεις συγκεκριμένων διατροφικών συμπεριφορών στην υγεία του ανθρώπου, αλλά και δυνατότητα πραγματοποίησης των αναγκαίων παρεμβάσεων για τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών διατροφικών συμπεριφορών που προάγουν τη νοσηρότητα και αντικατάστασή τους από υγιέστερες διατροφικές συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (Δαρβίρη, 2009).



Αναμφίβολα, η διατροφή έχει μια κεντρική επίδραση στην υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η επίδραση αυτή υποστηρίζεται τόσο μέσω ερευνών της μοριακής βιολογίας, όσο και μέσω επιδημιολογικών αναλύσεων, που καταδεικνύουν την ισχυρότατη επίδραση της στον ανθρώπινο οργανισμό (Fontana & Partridge, 2015; Hertog et al., 1996). Η επίδραση αυτή δύναται να είναι τόσο θετική, όσο και αρνητική. Πιο συγκεκριμένα, αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων η επιστημονική έρευνα επικεντρώνεται στη διερεύνηση των νοσογόνων επιδράσεων της ανθυγιεινής διατροφής, η συμμόρφωση σε υγιή διατροφικά πρότυπα προάγει την υγεία και συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Δαρβίρη, 2009). Μάλιστα, αναλύσεις δειγμάτων ατόμων με ιδιαίτερα ασυνήθιστο προσδόκιμο ζωής, όπως οι αιωνόβιοι, συνηγορούν υπέρ της επίδρασης της διατροφής στη μακροζωία (Darviri et al., 2015).

Κατά παράδοξο τρόπο, η αύξηση της γνώσης του ανθρώπου για την επίδραση των διατροφικών συμπεριφορών στην υγεία δεν συνοδεύτηκε από υψηλότερη συμμόρφωση σε υγιή διατροφικά πρότυπα, παρά το αντίθετο. Πλέον, ο σύγχρονος άνθρωπος υιοθετεί ως επί το πλείστον ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές (π.χ. κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, δίαιτες υψηλές σε κατανάλωση κόκκινου κρέατος κ.α.), οι οποίες και πολλαπλασιάζουν το ρίσκο ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων (Laaskonen et al., 2001; Li et al., 2011; TeVelde et al., 2014). Αξίζει αναφοράς πως ενώ οι νοσογόνες διατροφικές συμπεριφορές εμφανίστηκαν αρχικώς στις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου (π.χ. Ηνωμένες Πολιτείες), η παγκοσμιοποίηση των πρακτικών των ανθρώπων οδήγησε και σε παγκοσμιοποίηση των διατροφικών συμπεριφορών, αφού κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές συναντώνται και σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (Mousavi et al., 2009; Pingali, 2007). Μάλιστα, σε χώρες όπου παραδοσιακά υπήρχαν υγιεινά διατροφικά πρότυπα, όπως η Ιαπωνία, επήλθε μια σταδιακή διάβρωση αυτών λόγω της υιοθέτησης των ανθυγιεινών δυτικού τύπου διατροφικών συμπεριφορών (Murakami et al., 2018).

Συνολικότερα, κατά τα τελευταία 10.000 έτη δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία σημαντική μεταβολή στο ανθρώπινο γονιδίωμα, η οποία να τροποποιεί σε σημαντικό βαθμό το ρίσκο του ανθρώπου για ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων. Έτσι, η βαρύτητα δίνεται στη μελέτη των τροποποιήσιμων συμπεριφορών από πλευράς του ίδιου του



ανθρώπου, όπως η διατροφή, συμπεριφορές που επεξηγούν ένα τεράστιο φάσμα της ανθρώπινης νοσηρότητας και θνησιμότητας (Simopoulos, 2001).

1.2. Διατροφή και υγεία

Μια κατηγορία νοσημάτων που έχουν εξεταστεί λεπτομερώς ως προς την επίδραση της διατροφής στην εμφάνισή τους είναι τα καρδιαγγειακά. Η επίδραση της διατροφής στην πιθανότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων μελετήθηκε κυρίως μετά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, ως απόρροια της αύξησης της γνώσης σχετικά με την επίδραση συγκεκριμένων τύπων διατροφής, συμπεριλαμβανομένης και της μεσογειακής, στην εμφάνιση νοσημάτων. Παράλληλα, κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο διαπιστώθηκε μια άρδην μεταβολή των διατροφικών συμπεριφορών του ανθρώπου (π.χ. τάση για κατανάλωση πρόχειρου φαγητού), η οποία συνδέθηκε με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Δαρβίρη, 2009). Έτσι, η τότε έρευνα επικεντρώθηκε στην επίδραση που έχουν διάφορα διατροφικά πρότυπα, με κυριότερα τη μεσογειακή διατροφή και τη διατροφή των κατοίκων της Okinawa, στην καρδιαγγειακή υγεία (Ziegler & Sidani, 2011).

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός διατροφικός παράγοντας που σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η αναλογία ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Με βιοχημικούς όρους, ένα λιπαρό οξύ αποτελεί ένα καρβοξυλικό οξύ με μια μακριά αλειφατική αλυσίδα, το οποίο μπορεί να είναι είτε κορεσμένο είτε ακόρεστο. Τα πιο κοινά λιπαρά οξέα έχουν ένα ζυγό αριθμό από άτομα άνθρακα, ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ του 12 και του 28. Τα λιπαρά οξέα συνήθως παράγονται είτε από τριγλυκερίδια είτε από φωσφολιπίδια. Τα ακόρεστα λιπαρά οξέα διακρίνονται από διπλούς δεσμούς άνθρακα, αντίθετα με τα κορεσμένα που δεν διακρίνονται από διπλούς δεσμούς. Επιπλέον, διαφοροποιούνται ως προς το μέγεθός τους, αφού υπάρχουν οξέα με λιγότερα από 6 άτομα άνθρακα, ανάμεσα στα 6 και στα 12, μεταξύ 13 και 21 και περισσότερα των 22 (Calder, 2015).

Μια κατηγορία λιπαρών οξέων που χρήζουν ιδιαίτερης αναφοράς είναι τα απαραίτητα λιπαρά οξέα, κατηγορία στην οποία εντάσσονται τα ω-3 και τα ω-6. Αυτά τα λιπαρά



οξέα αδυνατούν να παραχθούν από το ανθρώπινο σώμα και επομένως είναι αναγκαία η λήψη τους μέσα από την τροφή. Τα ω-3 αποτελούν πολυακόρεστα λιπαρά οξέα με ένα διπλό δεσμό στο τρίτο μόριο άνθρακα πριν το τέλος της αλυσίδας. Αυτά τα λιπαρά οξέα υποδιαιρούνται σε τρεις κεντρικές κατηγορίες: α) στο α-λινολεϊκό οξύ, που συναντάται στα φυτικά έλαια β) στο εικοσαπεντοϊκό οξύ γ) στο δοκοσαεξανεικό οξύ. Ως προς τα ω-6, αυτά αποτελούν μια κατηγορία λιπαρών οξέων με προφλεγμονώδεις και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, τα οποία διακρίνονται από έναν τελικό διπλό δεσμό άνθρακα στην έκτη από το τέλος θέση της αλυσίδας τους (Bolsover et al., 2004).

Η διατήρηση μιας συγκεκριμένης αναλογίας ω-6 προς ω-3 λιπαρών οξέων θεωρείται κεντρικής σημασίας για την καρδιαγγειακή υγεία, παρ' ότι συχνά ο σύγχρονος άνθρωπος καταναλώνει πολλαπλάσια ω-6 λιπαρά οξέα εν σχέση με τα ω-3, με αναλογίες ακόμα και 15 προς 1 να είναι συνηθισμένες στα ανεπτυγμένα δυτικά κράτη. Οι δυσπροσαρμοστικές αυτές διατροφικές συνήθειες προάγουν την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά και άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως οι νεοπλασίες. Αντιθέτως, ένας λόγος 4/1 θεωρείται πως προστατεύει τον άνθρωπο έναντι της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων και μειώνει το συνολικό κίνδυνο θνησιμότητας έως και κατά 70% (Simopoulos, 2000; 2002; 2008).

Αξίζει αναφοράς ότι πέραν της μελέτης της επίδρασης της διατροφής στην εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου, υπάρχει και μια ιδιαίτερα σημαντική συμβολή στην έκβαση αυτής. Πιο συγκεκριμένα, η αφετηρία της επίδρασης των πτωχών διατροφικών συμπεριφορών στην έκβαση της νόσου έχει την επίδρασή της ήδη από τη χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπου οι πτωχές διατροφικές συμπεριφορές προ του χειρουργείου αποτελούν παράγοντα που συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα επιπλοκών (Sannakkaki et al., 2018). Μετά το πέρας των χειρουργικών επεμβάσεων, η συμμόρφωση σε γενικότερα πρότυπα υγιεινής διατροφής έχει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου. Εδώ και δεκαετίες είναι γνωστή η ευεργετική επίδραση της συμμόρφωσης στη μεσογειακή διατροφή σε μετεγχειρητικούς ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, η οποία και συνδέεται με καλύτερη πρόγνωση της ασθένειας (DeLorgeril et al., 1999). Στο πλαίσιο αυτό, έχουν αναπτυχθεί δομημένα παρεμβατικά προγράμματα που απευθύνονται σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, ώστε να επιτυγχάνεται η αύξηση της συμμόρφωσής τους σε



υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές και η μείωση της θνησιμότητάς τους. Όπως μάλιστα διαπιστώνεται μέσω μιας σχετικής μετά-ανάλυσης της βιβλιογραφίας, η συμμετοχή των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σε τέτοιες παρεμβάσεις οδηγεί και σε μια μείωση του κίνδυνου θνησιμότητας κατά 7% (Ma et al., 2017). Μάλιστα, φαίνεται πως η αναπροσαρμογή των διατροφικών συνηθειών ακολουθείται από μια μείωση της αρτηριακής πίεσης των ασθενών με καρδιαγγειακά, τροποποιώντας κατ' αυτό τον τρόπο το ρίσκο θνησιμότητάς τους (Semlitsch et al., 2016).

Μια άλλη κατηγορία στην οποία η διατροφή έχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και πορεία των χρόνιων νοσημάτων είναι οι νεοπλασίες. Όπως επισημαίνει ο Blackadar (2016), η αιτιοπαθογένεια του καρκίνου είναι μάλλον πολυπαραγοντική, παρά αποδίδεται σε έναν και μόνο παράγοντα. Μεταξύ των επιμέρους παραγόντων, μια αδιαμφισβήτητη επίδραση στην ανάπτυξη του καρκίνου αποδίδεται στη διατροφή. Σύμφωνα με τους Key et al (2002), στη διατροφή μπορεί να αποδοθεί μια συμβολή της τάξης του 30% στην ανάπτυξη νεοπλασιών. Μάλιστα, όπως υποστηρίζουν, οι επιδράσεις της διατροφής είναι εντονότερες σε περιπτώσεις νεοπλασιών που αφορούν το γαστροοισοφαγικό σύστημα, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος του οισοφάγου.

Η διατροφή έχει σημαντική επίδραση και σε μορφές καρκίνου που δεν συνδέονται άμεσα με το γαστρεντερικό σύστημα, λόγω της ενίσχυσης ή αποδυνάμωσης των φυσικών μηχανισμών άμυνας του οργανισμού βάσει των διατροφικών συμπεριφορών. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα οι τροφές με αντιοξειδωτική δράση δρουν προληπτικά ως προς την εμφάνιση της νόσου λόγω του περιορισμού της επίδρασης των ελευθέρων ριζών, παρεμποδίζοντας έτσι τη διαδικασία της οξυγονογένεσης (DeStefani et al., 1999). Παρομοίως, η πρόσληψη των λεγόμενων λειτουργικών τροφών, δηλαδή τροφών πλούσιων σε λουτεΐνη και α-καροτένιο συνεπάγεται και μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα λόγω της περαιτέρω ενίσχυσης των φυσικών μηχανισμών άμυνας του οργανισμού (LeMarchand et al., 1995; Miachaud et al., 2000). Επιπλέον, η λήψη τροφών πλούσιων σε ω-3 λιπαρά οξέα επίσης συνεπάγεται προστατευτικές επιδράσεις έναντι της εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα (Takezaki et al., 2003), ενώ τροφές πλούσιες σε λίπη έχουν μια επιβαρυντική επίδραση στην πιθανότητα εμφάνισης της



νόσου (DeStefani et al., 1997). Καθίσταται επομένως μέσω του συγκεκριμένου παραδείγματος σαφές πως η διατροφή επιδρά τόσο στην πιθανότητα εμφάνισης μορφών καρκίνου που σχετίζονται άμεσα με το γαστρεντερικό σύστημα και εμπλέκονται ενεργά στις διαδικασίες πρόσληψης τροφής, όσο και με μορφές καρκίνου που φαινομενικά δεν έχουν κάποια σύνδεση με τις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων.

1.3. Διατροφικά πρότυπα

Οι διατροφικές συμπεριφορές συναντώνται με ορισμένα κοινά μοτίβα, που μας οδηγούν στη θεώρηση περί συγκεκριμένων διατροφικών προτύπων. Μετά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα μελετήθηκε συστηματικά μια σειρά κοινών διατροφικών πρακτικών σε κατοίκους χωρών της Μεσογείου, όπως η Ελλάδα και η Ιταλία. Οι πρακτικές αυτές ομαδοποιήθηκαν υπό το πρίσμα της «Μεσογειακής Διατροφής» (de Lorgeril&Salen, 2006). Οι κυριότερες αρχές της μεσογειακής διατροφής είναι οι κάτωθι (Trichoroulou&Lagiou, 1997):

1. Η αυξημένη πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων εν σχέση με τα ω-6
2. Η πρόσληψη των ω-6 λιπαρών οξέων κυρίως από τροφές ολικής άλεσης
3. Η πρόσληψη του λίπους κυρίως από το ελαιόλαδο
4. Η κατανάλωση αλκοόλης, συγκεκριμένα κρασιού, σε μέτρια επίπεδα
5. Η συχνή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών
6. Η συχνή κατανάλωση οσπρίων και δημητριακών
7. Η μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, κυρίως με τη μορφή τυριού χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος

Μια παρεμφερής με τη μεσογειακή διατροφή δίαιτα είναι αυτή των κατοίκων της νήσου Οκινάουα στην Ιαπωνία. Κεντρικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης δίαιτας είναι τα ακόλουθα (Miyagi et al., 2003):

1. Η υψηλή κατανάλωση λαχανικών
2. Η υψηλή κατανάλωση φασολιών
3. Η λήψη της πρωτεΐνης μέσω της σόγιας



4. Η χαμηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών
5. Η χαμηλή κατανάλωση κρέατος
6. Η μέτρια προς υψηλή κατανάλωση ψαριών

Κατά τους Willcox et al (2014), αυτές οι δύο δίαιτες προάγουν σε σημαντικό βαθμό την υγεία και περιορίζουν σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων. Ωστόσο, όπως επισημαίνουν, στις περισσότερες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου επικρατεί πλέον η δυτική τύπου διαίτα, η οποία σε συνδυασμό με μια γενικότερη μη συμμόρφωση σε συμπεριφορές υγείας (π.χ. απουσία φυσικής άσκησης) προωθεί την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της δυτικού τύπου διαίτας είναι τα ακόλουθα:

1. Η υψηλή πρόσληψη θερμίδων
2. Η υψηλή πρόσληψη κρέατος
3. Η αυξημένη πρόσληψη ζάχαρης
4. Η αυξημένη πρόσληψη αλατιού
5. Η τακτική κατανάλωση κόκκινου κρέατος
6. Ένας υψηλός λόγος ω-6 προς ω-3 λιπαρών οξέων
7. Η υψηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων
8. Η χαμηλή πρόσληψη φρούτων και φυτικών ινών

Με βάση τις ανάγκες του σύγχρονου δυτικού ανθρώπου, μια διαίτα που θεωρείται πως βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό σε σύμπλευση με τις ανάγκες του είναι η κετογονική. Η συγκεκριμένη διαίτα βασίζεται (Swink et al., 1997):

1. Στην αντικατάσταση της πρόσληψης υδατάνθρακα με την πρόσληψη λίπους
2. Στην αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών από το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα
3. Στην αυξημένη πρόσληψη ξηρών καρπών, σπόρων και φυτικών ελαίων
4. Στην απουσία πρόσληψης δημητριακών, οσπρίων, φρούτων και λαχανικών

Στόχος της συγκεκριμένης διαίτας είναι η μείωση του σωματικού βάρους μέσω της αντικατάστασης των υδατανθράκων με το λίπος. Έτσι, ο οργανισμός «διδάσκεται» να



χρησιμοποιεί το λίπος αντί των υδατανθράκων για τις ανάγκες του, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους (Swink et al., 1997).

Μια άλλη δίαιτα που συναντάται στο δυτικό κόσμο και επίσης στοχεύει στη μείωση του σωματικού βάρους αφορά τη διατροφή απουσία γλουτένης. Η απουσία γλουτένης οδηγεί σε μείωση του βάρους, αλλά και σε ορισμένα οφέλη για άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως η κοιλιοκάκη. Επομένως, η συγκεκριμένη δίαιτα οφείλει να αφορά περισσότερο άτομα με ένα συγκεκριμένο προφίλ νοσηρότητας, παρά το γενικό πληθυσμό (Saturni et al., 2010).

Μια επιπρόσθετη διατροφή που απευθύνεται συγκεκριμένα σε άτομα με χρόνια νοσήματα, αλλά χρησιμοποιείται και για προληπτικούς σκοπούς σε άτομα υψηλού κινδύνου, είναι η DASH. Η συγκεκριμένη δίαιτα βασίζεται σε υψηλή πρόσληψη ασβεστίου, καλίου και μαγνησίου, ώστε να αποφεύγονται οι νοσογόνες επιδράσεις του νατρίου στην καρδιαγγειακή υγεία. Παράλληλα, στη συγκεκριμένη δίαιτα δίνεται έμφαση στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, προϊόντων ολικής άλεσης, γαλακτοκομικών άνευ λιπαρών, ενώ αποφεύγεται η πρόσληψη επεξεργασμένων τροφών (Craddick et al., 2003; Willcox et al., 2014).



2. Επιλογή τροφίμων

2.1. Κατηγορίες τροφίμων και ο ρόλος τους στη διατροφή

2.1.1. Τα γαλακτοκομικά

Τα κυριότερα γαλακτοκομικά προϊόντα αφορούν (Park, 2018):

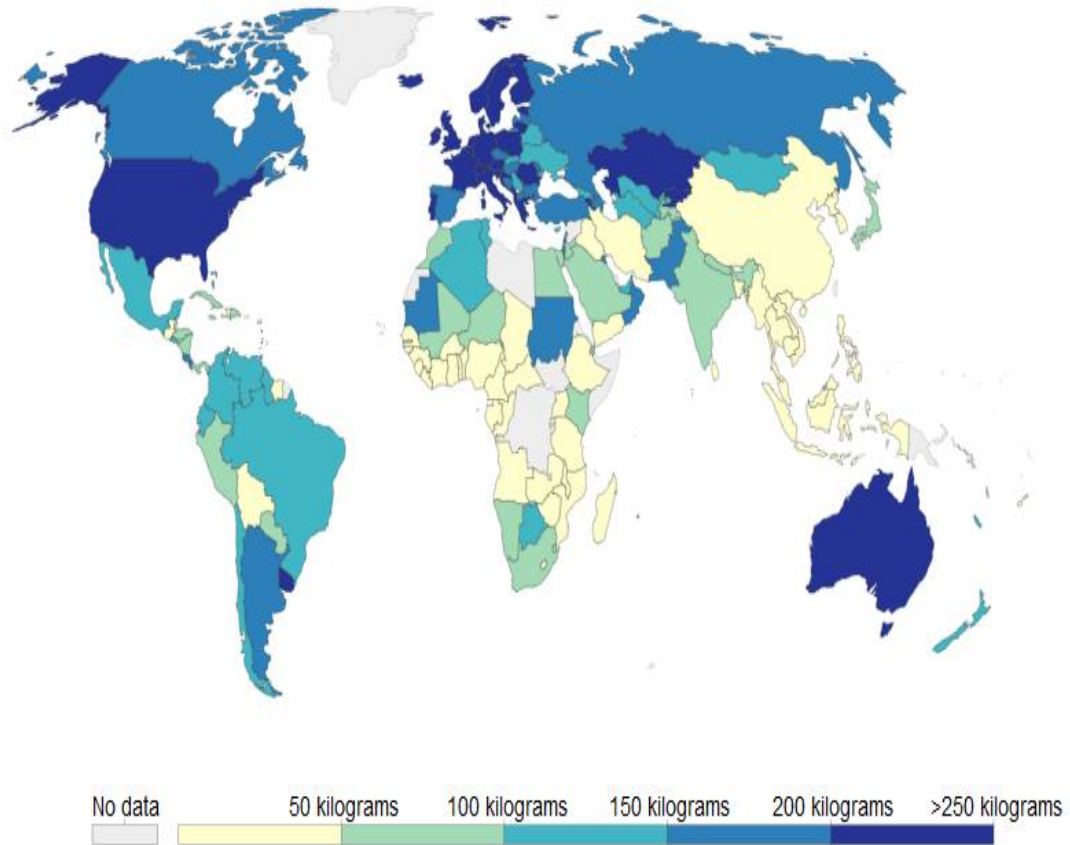
1. Το γάλα
2. Το βούτυρο
3. Το γιαούρτι
4. Το τυρί

Όπως υποστηρίζει ο Park (2018), η αξία και η σημασία των γαλακτοκομικών προϊόντων καταδεικνύεται από το ότι ο άνθρωπος κατά την πρώτη περίοδο της ζωής του μπορεί και επιβιώνει αποκλειστικά και μόνο καταναλώνοντας το γάλα της μητέρας του. Η δυνατότητα επιβίωσης μόνο με το γάλα οδηγεί επομένως στη διαπίστωση της πληρότητάς του ως διατροφικό προϊόν.

Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, με εξαίρεση το γάλα, χρειάζονται κάποια ελάχιστη μορφή επεξεργασίας για να παραχθούν, λόγος για τον οποίο δεν συναντώνται ταυτόχρονα με την εμφάνιση του ανθρώπινου είδους στη γη. Σύμφωνα με αρχαιολογικές μελέτες, τα προϊόντα αυτά χρησιμοποιούνταν ήδη από το 3.200 π.χ. στην Αίγυπτο, ενώ βάσει των ταξιδιών των Αιγυπτίων και των επισκέψεων άλλων λαών στην Αίγυπτο η χρήση των γαλακτοκομικών διαδόθηκε και σε άλλες περιοχές στη συνέχεια, όπως η Ελλάδα (Abou-Donia, 2008).

Σήμερα, τα γαλακτοκομικά συνιστούν μια ευρέως διαδεδομένη κατηγορία τροφίμων. Στο Γράφημα 2-1 παρατίθεται ο υπολογισμός των Ηνωμένων Εθνών για τη μέση κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων από κάθε χώρα το 2013. Όπως διαπιστώνεται και από το Γράφημα, η κατανάλωση είναι πιο υψηλή σε γενικές γραμμές στα

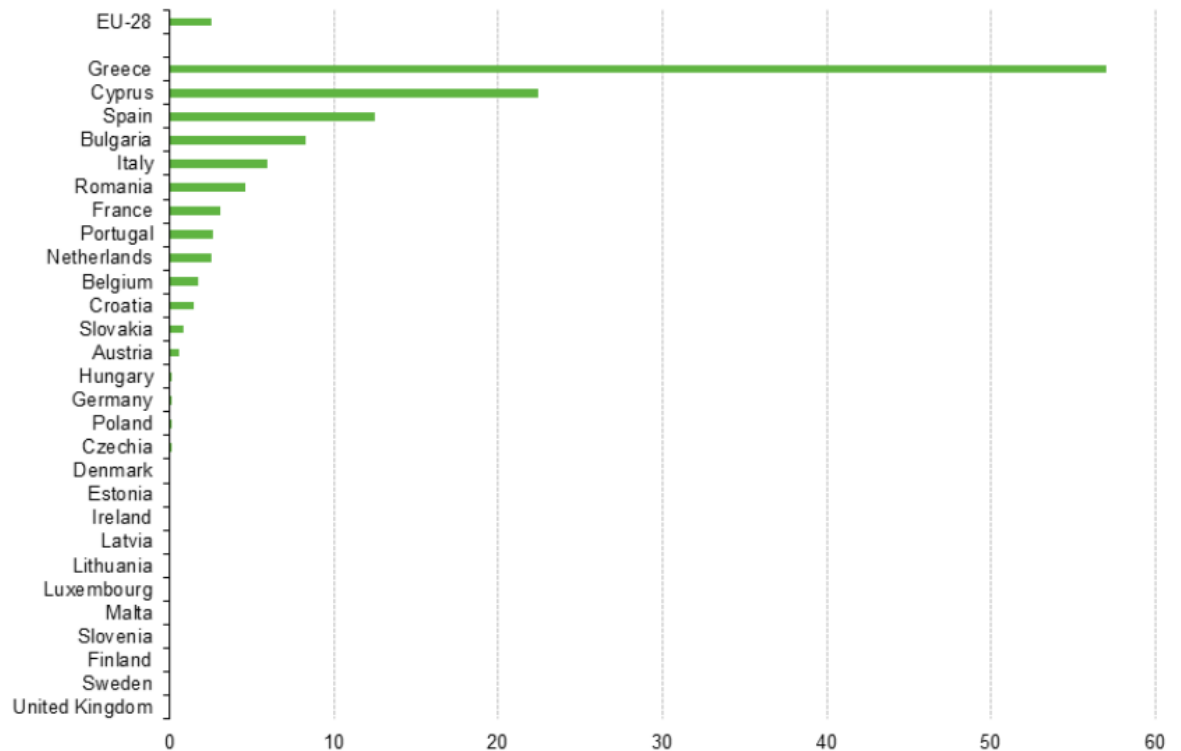
ανεπτυγμένα δυτικά κράτη. Η Ελλάδα εντάσσεται σε αυτή την κατηγορία, έχοντας την υψηλότερη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων.



Γράφημα 2-1 Η κατανάλωση γαλακτοκομικών ανά χώρα της γης

Προσαρμογή από: <https://ourworldindata.org/meat-production>

Σύμφωνα με τη Eurostat (2017), το 97% της παραγωγής γαλακτοκομικών στην Ευρώπη προέρχεται από τις αγελάδες, ενώ το 3% από άλλες πηγές. Στο Γράφημα 2-2 παρατίθεται η κατανομή ανά χώρα του υπόλοιπου 3% των λοιπών ζωικής προέλευσης γαλακτοκομικών προϊόντων. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, η Ελλάδα είναι με διαφορά η πρώτη χώρα σε αυτή την κατηγορία, παράγοντας σχεδόν το 60% της πανευρωπαϊκής παραγωγής γαλακτοκομικών που δεν προέρχονται από αγελάδες.



Γράφημα 2-2 Η κατανομή της παραγωγής γαλακτοκομικών που δεν προέρχονται από αγελάδες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Προσαρμογή από: Eurostat (2017)

Η αυξημένη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων συνεπάγεται ορισμένες αρνητικές επιδράσεις για την ανθρώπινη υγεία. Ένα μέρος από αυτές τις επιδράσεις αφορούν την υψηλή τους συγκέντρωση σε σίδηρο, σε μαγνήσιο και σε βιταμίνη D, οδηγώντας έτσι σε μειωμένη αντίσταση στην ινσουλίνη (Rice et al., 2011). Ωστόσο, σύμφωνα με μια σχετικά πρόσφατη μετά-ανάλυση επιδημιολογικών μελετών, φαίνεται πως υπάρχει μια προστατευτική επίδραση των γαλακτοκομικών προϊόντων έναντι της εμφάνισης διαβήτη τύπου II (Aune et al., 2013).

Μια άλλη κατηγορία μελετώμενων επιδράσεων αφορά τις νεοπλασίες. Μια επιπρόσθετη μετά-ανάλυση 19 επιμέρους προοπτικών μελετών εξέτασε το ρίσκο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε σχέση με τα επίπεδα κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκεκριμένη μετά-ανάλυση,



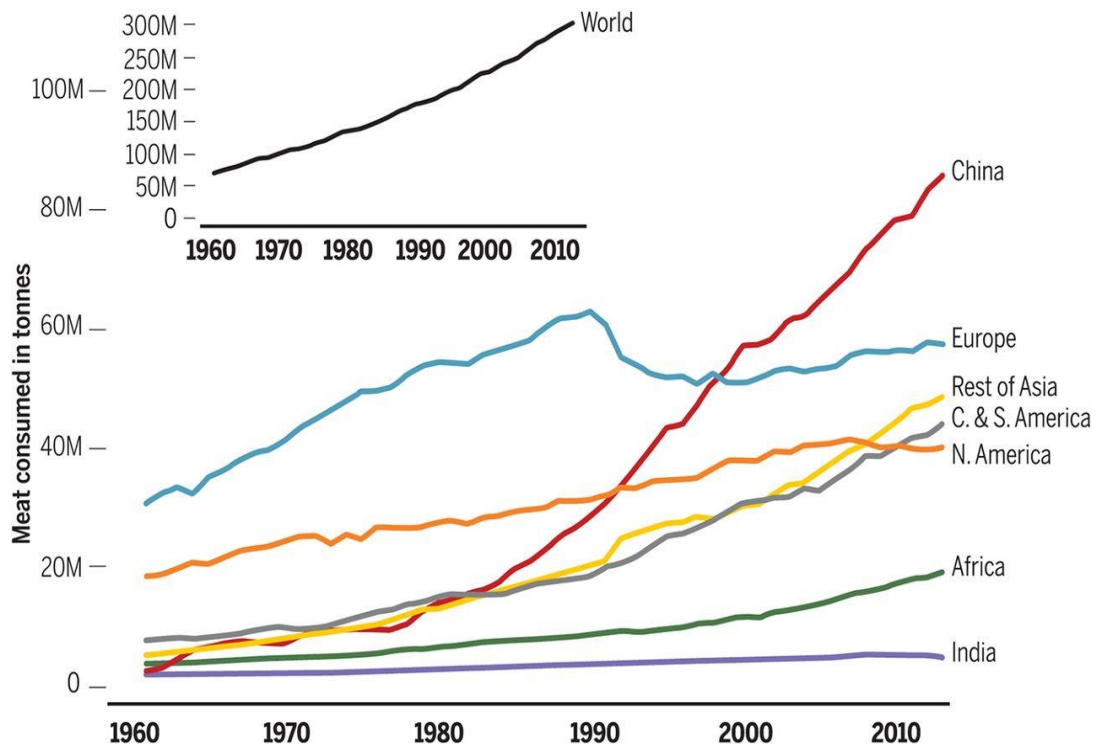
η κατανάλωση γάλατος έχει μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, κάτι που ωστόσο δεν ισχύει στην περίπτωση του τυριού (Aune et al., 2012).

Σε κάθε περίπτωση, η παραγωγή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων αναμένεται να μεταβληθεί ουσιωδώς στο μέλλον για δύο κύριους λόγους (Park, 2018). Ο πρώτος λόγος αφορά το ότι προωθούνται οι μη ζωικής φύσεως μορφές γαλακτοκομικών προϊόντων, ως μια νέα τάση των καταναλωτών. Ο δεύτερος λόγος αφορά το ότι η παραγωγή αγελάδων συνδέεται με αυξημένες παραγωγές διοξειδίου του άνθρακα και ως εκ τούτου η παραγωγή τους αναμένεται να περιοριστεί στο πλαίσιο ενεργειών για την προστασία του κλίματος. Κατά συνέπεια, φαίνεται πως η αγορά των γαλακτοκομικών προϊόντων αναμένεται να μετασχηματιστεί ουσιωδώς κατά τα επόμενα έτη.

2.1.2. Το κρέας

Το κρέας προσλαμβάνεται από μια πληθώρα διαφορετικών τροφών και καταναλώνεται επίσης από αρχαιοτάτων χρόνων. Η αυξημένη κατανάλωση κρέατος έχει αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού τη σύγχρονη εποχή για λόγους ηθικούς, περιβαλλοντικούς και υγείας, αφού συνδέεται, ιδίως το κόκκινο κρέας, με αυξημένη πιθανότητα για ανάπτυξη νεοπλασιών, κυρίως καρκίνου του παχέος εντέρου, και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Godfray et al., 2018).

Τον 20^ο αιώνα παρατηρήθηκε μια εκρηκτική άνοδος της παγκόσμιας κατανάλωσης κρέατος. Υπολογίζεται πως κατά τα τελευταία 50 έτη η παγκόσμια κατανάλωση κρέατος τετραπλασιάστηκε (Ritchie & Roser, 2019). Παρά μια μικρή υποχώρηση της ήδη αυξημένης κατανάλωσης στις Ευρωπαϊκές χώρες από το 1990 και ύστερα, η τάση αυτή παρατηρείται τόσο στην Ελλάδα, όσο και στις λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες, αφού το κρέας συνιστά διαχρονικά ένα από τα πιο βασικά συστατικά της διατροφής (European Commission, 2004). Μια παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου υπολογίζεται πως κάθε άνθρωπος καταναλώνει κατά μέσο όρο 128g/ ημέρα (Daniel et al., 2011).



Γράφημα 2-3 Η παγκόσμια αύξηση της κατανάλωσης κρέατος κατά τις τελευταίες δεκαετίες

Προσαρμογή από: Godfray et al (2018)

Παρά την κοινή παγκόσμια τάση για αύξηση της κατανάλωσης κρέατος, αυτή παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια σε διαφορετικές περιοχές της γης. Έτσι, ενώ στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες η κατανάλωση κρέατος αφορά κυρίως το χοιρινό και τα πρόβατα, σε χώρες της Μέσης Ανατολής, της Αφρικής και στην Ινδία η κατανάλωση αφορά κυρίως τις κατσίκες (Kearney, 2010).

Η προβληματική σχετικά με τις επιδράσεις της αυξημένης κατανάλωσης κρέατος στην υγεία έχει αναπτυχθεί κυρίως λόγω της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος. Παρά την ανάδειξη των αρνητικών επιδράσεων της αυξημένης κατανάλωσης κόκκινου κρέατος στην υγεία κατά τη δεκαετία του 1990, τα σχετικά ποσοστά κατανάλωσης κόκκινου κρέατος συνεχίζουν να παραμένουν υψηλά (Devine, 2003). Όπως διαπιστώνεται μέσα από σχετικές αναλύσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 58% της κατανάλωσης κρέατος αφορά το κόκκινο κρέας (Daniel et al., 2011). Ωστόσο, σε άλλες ανεπτυγμένες δυτικές χώρες με παρόμοια διατροφικά πρότυπα, όπως για παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο,



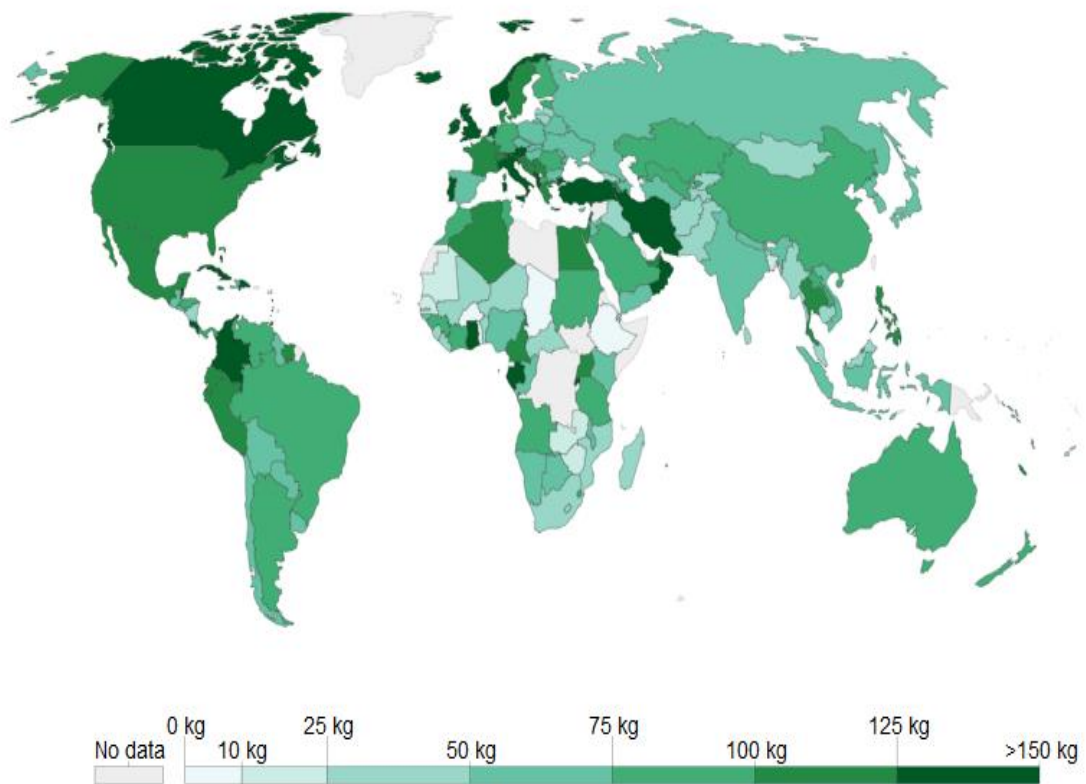
παρατηρείται μια σημαντικά χαμηλότερη κατανάλωση κόκκινου κρέατος βάσει της δημόσιας συνειδητοποίησης για τις αρνητικές του επιδράσεις στην υγεία (Kearney, 2010).

Ως προς το μέλλον, σύμφωνα με τους Henschion et al (2014) διαφαίνονται δύο κεντρικές τάσεις. Η πρώτη τάση αφορά την ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα στην ποιότητα, καθώς οι καταναλωτές φαίνεται πως τείνουν κατά τις τελευταίες δεκαετίες να πραγματοποιούν τις επιλογές τους με βάση την ποιότητα του κρέατος και όχι τόσο την τιμή του. Η δεύτερη τάση αφορά την αύξηση της παγκόσμιας ζήτησης για κρέας. Η τάση αυτή αποδίδεται, όπως υποστηρίζουν, στη «δυτικοποίηση» του κόσμου. Πιο συγκεκριμένα, οι χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου υιοθετούν προοδευτικά τα διατροφικά πρότυπα του δυτικού πολιτισμικού, πρότυπα που βασίζονται σε μια αυξημένη κατανάλωση κρέατος. Έτσι, η παγκοσμιοποίηση των δυνητικά αυτών νοσογόνων προτύπων διατροφής συμπεριλαμβάνει και μια τάση για ολοένα και μεγαλύτερη συμπερίληψη του κρέατος στη διατροφή.

2.1.3. Τα φρούτα

Η κατανάλωση φρούτων προκρίνεται ως ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους για την προαγωγή της υγείας μέσω της διατροφής, με ποικίλες και διαφορετικών ειδών μερίδες να είναι αναγκαίες ανά ημέρα για τη διατήρηση της ανθρώπινης υγείας και ευεξίας (Δαρβίρη, 2009). Σύμφωνα μάλιστα με τον Williamson (1996), η κατανάλωση τουλάχιστον πέντε μερίδων από φρούτα ή λαχανικά ανά ημέρα είναι επιβεβλημένη για τη διατήρηση της ανθρώπινης υγείας. Τα φρούτα συνεπάγονται μια ιδιαίτερα προστατευτική επίδραση έναντι της ανάπτυξης νεοπλασιών και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Gerber et al., 2002; Williamson, 1996). Κατά τον Wise (2000), οι επιδράσεις αυτές επεξηγούνται από την αντιοξειδωτική τους δράση, την προστασία του DNA από τις βλάβες, τη βελτίωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και τη ρύθμιση των ορμονών. Μάλιστα, οι Kaur & Kapoor (2001) υποστηρίζουν πως μέρος των ευεργετικών επιδράσεων των φρούτων στην ανθρώπινη υγεία μπορεί να επεξηγηθεί από μια επιβραδυντική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης.

Όπως διαπιστώνεται από το Γράφημα 2-4, η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε επιμέρους περιοχές της γης. Ένα σημείο άξιο αναφοράς είναι το ότι δεν παρατηρείται κάποια κεντρική τάση ή συσχέτιση με παράγοντες όπως το κατά κεφαλήν εισόδημα, με μόνη ίσως εξαίρεση την ιδιαίτερα χαμηλή κατανάλωση φρούτων σε χώρες της Αφρικής. Έτσι, φαίνεται μάλλον πως η κατανάλωση φρούτων είναι απόρροια της διαθεσιμότητας αυτών στο εκάστοτε κράτος και όχι κοινωνικών παραγόντων.



Γράφημα 2-4 Η κατανάλωση φρούτων ανά χώρα της γης

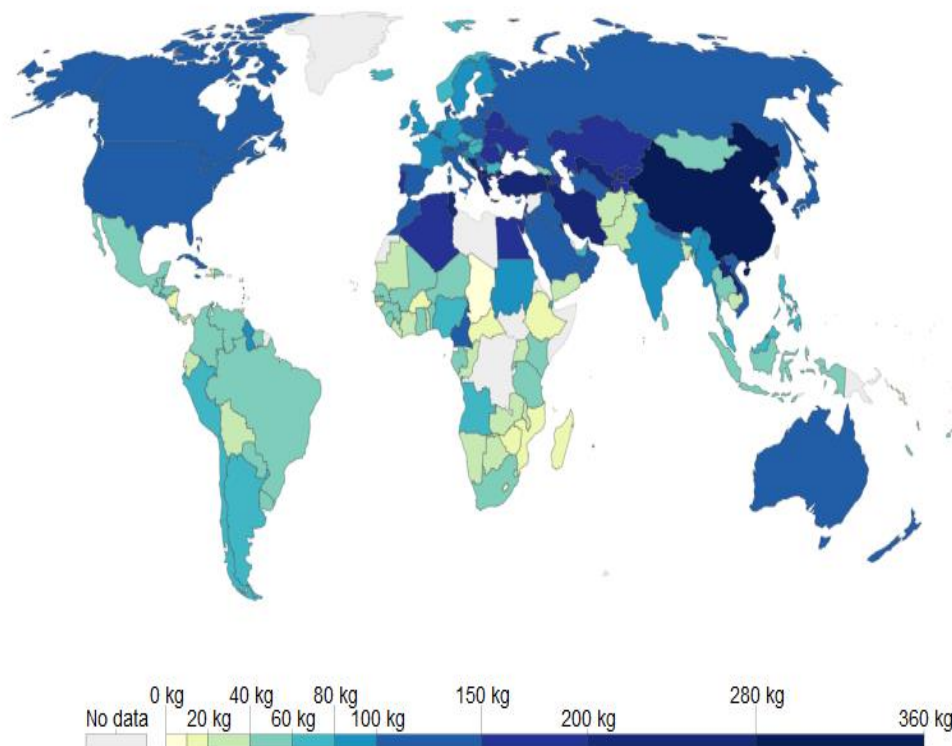
Προσαρμογή από: <https://ourworldindata.org/grapher/fruit-consumption-per-capita>

2.1.4. Τα λαχανικά

Όπως και στην περίπτωση των φρούτων, τα λαχανικά διακρίνονται από μια ιδιαίτερα έντονη αντιοξειδωτική δράση (Kaur & Karoor, 2001). Όπως υποστηρίζουν οι Slavin & Llyod (2012), η ευεργετική για την υγεία δράση των λαχανικών επεξηγείται από δύο μηχανισμούς. Ο πρώτος μηχανισμός έχει να κάνει πράγματι με την αντιοξειδωση και

τις άμεσες επιδράσεις στον οργανισμό. Ο δεύτερος μηχανισμός έχει να κάνει με τη μειωμένη συχνότητα παχυσαρκίας για όσους καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λαχανικών, καθώς προτιμώνται αντί άλλων τροφών που προάγουν την ανάπτυξη παχυσαρκίας. Έτσι, όπως αναφέρουν, μέσα από τους δύο αυτούς μηχανισμούς αποφεύγεται η ανάπτυξη χρόνιας νοσηρότητας. Για το λόγο αυτό, συνίσταται η κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων από λαχανικά (ή φρούτα) ανά ημέρα (Δαρβίρη, 2009).

Στο Γράφημα 2-5 παρουσιάζεται η κατανάλωση λαχανικών ανά χώρα. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, η κατανάλωση φαίνεται να είναι σχετικά υψηλή σε ανεπτυγμένες χώρες, όπως ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Αυστραλία και τα κράτη της Ευρώπης. Ωστόσο, η υψηλότερη κατανάλωση καταγράφεται σε ορισμένες περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπως η Κίνα και τα κράτη της Μέσης Ανατολής.



Γράφημα 2-5 Η κατανάλωση λαχανικών ανά χώρα της γης

Προσαρμογή από: <https://ourworldindata.org/grapher/fruit-consumption-per-capita>

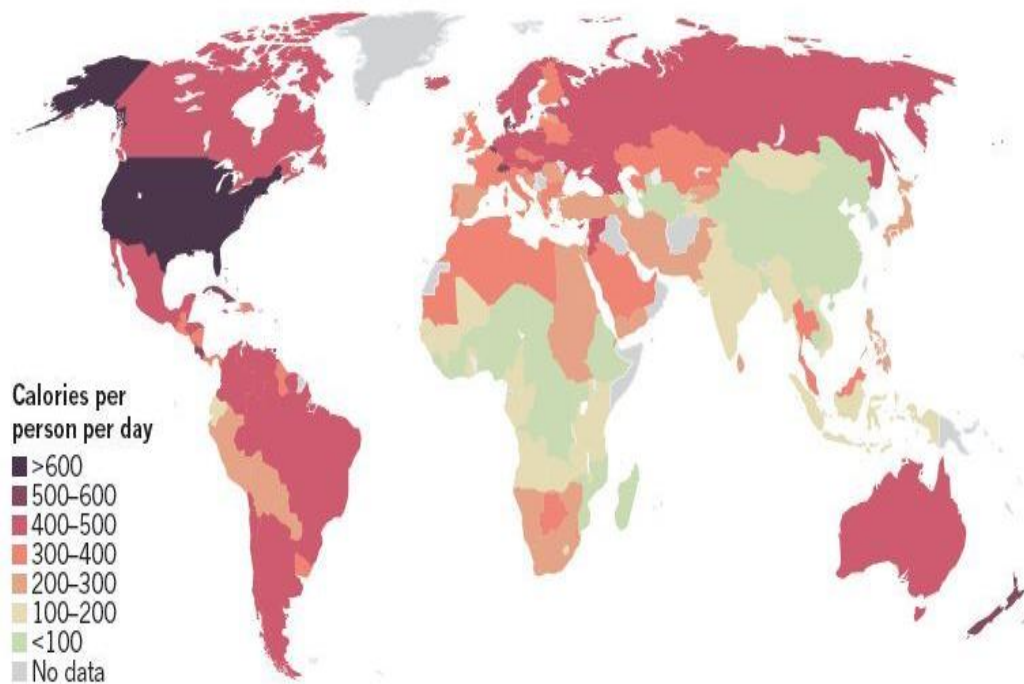


2.1.5. Τα βασισμένα στη ζάχαρη προϊόντα

Τα βασισμένα στη ζάχαρη προϊόντα συνιστούν μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία των κατοίκων των ανεπτυγμένων δυτικών κρατών (Lustig et al., 2012). Για το λόγο αυτό, διάφορα κράτη έχουν προχωρήσει σε ενέργειες υψηλής φορολόγησης των σχετικών προϊόντων, ώστε να περιορίζεται η κατανάλωσή τους (Brownell et al., 2009).

Τα προϊόντα με βάση τη ζάχαρη διακρίνονται συνδέονται με ένα μεγάλο φάσμα της ανθρώπινης νοσηρότητας. Πιο συγκεκριμένα, τα προϊόντα αυτά προάγουν την ανάπτυξη παχυσαρκίας, σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Malik et al., 2010). Επιπλέον, η αυξημένη κατανάλωση προϊόντων με βάση τη ζάχαρη συνδέεται με αυξημένο ρίσκο για ανάπτυξη νεοπλασιών, ιδίως καρκίνου του παχέος εντέρου και του παγκρέατος (Michaud et al., 2002; Slattery et al., 1997).

Στο Γράφημα 2-6 παρουσιάζεται η παγκόσμια κατανάλωση ζάχαρης. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, η υψηλότερη κατανάλωση αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Νέα Ζηλανδία, όπου ο μέσος κάτοικος καταναλώνει περισσότερες από 600 θερμίδες ανά ημέρα. Σε κάθε περίπτωση, στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου φαίνεται πως υπάρχουν τουλάχιστον μέτρια επίπεδα κατανάλωσης ζάχαρης



Γράφημα 2-6 Η κατανάλωση ζάχαρης ανά χώρα της γης

Προσαρμογή από:

<https://www.tumblr.com/privacy/consent?redirect=https%3A%2F%2Fwww.tumblr.com%2Ftagged%2Fsugar-consumption>

2.1.6. Το νερό

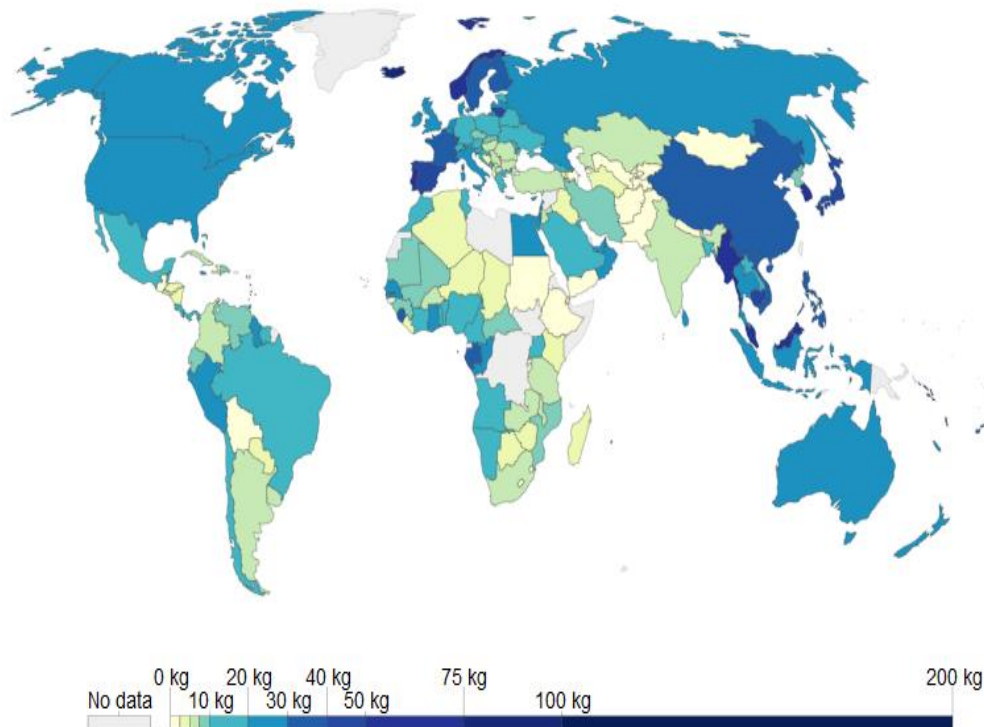
Αν και κατά πολλούς το νερό δεν συνιστά μια κατηγορία τροφίμων, άλλοι μελετητές υποστηρίζουν πως οφείλεται να αναλύεται ως μια σχετική κατηγορία λόγω του ότι αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της διατροφής του ανθρώπου και λόγω των ιδιαίτερα σημαντικών επιδράσεών τους στην ανθρώπινη υγεία (Δαρβίρη, 2009). Μάλιστα, η παγκόσμια βελτίωση της δημόσιας υγείας και η μείωση της συχνότητας των μεταδιδόμενων νοσημάτων αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας του νερού (Aschengrau & Seage, 2012).

Ακόμα και στον 21^ο αιώνα, όπου τα μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν τεθεί υπό έλεγχο σε σημαντικό βαθμό (Aschengrau & Seage, 2012), το νερό συνεχίζει να έχει επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία και ευεξία λόγω της σύνδεσής του με την ανθρώπινη νοσηρότητα. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια ανάλυση της κοορτής Adventist Health

Study στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου διαπιστώθηκε μια προστατευτική επίδραση της υψηλής κατανάλωσης νερού στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Chan et al., 2002). Μάλιστα, η κατανάλωση νερού χρησιμοποιείται και σε κλινικούς πληθυσμούς για την αποφυγή τυχόν παρενεργειών. Για παράδειγμα, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού η κατανάλωση νερού προκρίνεται ως ένας αποτελεσματικός τρόπος μείωσης του πονοκεφάλου λόγω της χημειοθεραπείας (Pelekasis et al., 2016).

2.1.7. Τα θαλασσινά

Η μέση κατανάλωση θαλασσινών ανά χώρα της γης παρατίθεται στο κάτωθι γράφημα. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, η κατανάλωση είναι ιδιαίτερα υψηλή σε χώρες όπως η Νορβηγία και η Ισλανδία, καθώς και σε ορισμένες χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές παρατηρείται μια χαμηλή κατανάλωση θαλασσινών.



Γράφημα 2-7 Η κατανάλωση θαλασσινών ανά χώρα της γης

Προσαρμογή από: <https://ourworldindata.org/seafood-production>



Σύμφωνα με τον Olsen (2004), οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση θαλασσινών ανά χώρα του κόσμου είναι πολυάριθμοι. Όπως αναφέρει, παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα των θαλασσινών, η τιμή και η ποιότητά τους σίγουρα επηρεάζουν την κατανάλωση. Ωστόσο, όπως επισημαίνει, υπάρχει και μια αδιαμφισβήτητη επίδραση παραγόντων που σχετίζονται με τις ευρύτερες κοινωνικές νόρμες, οι οποίοι και επηρεάζουν την κατανάλωση θαλασσινών.

Κατά τα επόμενα έτη αναμένεται μια αύξηση της παγκόσμιας κατανάλωσης θαλασσινών. Η αύξηση αυτή αναμένεται λόγω της αύξησης του παγκόσμιου εισοδήματος, ιδίως σε αναπτυσσόμενες οικονομίες, όπως αυτές της Ασίας. Έτσι, καθώς η κατανάλωση θαλασσινών είναι ως ένα βαθμό σχετιζόμενη με το διαθέσιμο εισόδημα, η παγκόσμια αύξηση του εισοδήματος που αναμένεται να επέλθει λόγω της ευημερίας κρατών του έως τώρα αναπτυσσόμενου κόσμου αναμένεται να οδηγήσει και σε μια διαρκή αύξηση της παγκόσμιας ζήτησης για θαλασσινά έως το 2050 (Chen, 2019). Σε κάθε περίπτωση, η αυξημένη αυτή ζήτηση οφείλει να ακολουθηθεί από στρατηγικές προστασίας της βιώσιμης ανάπτυξης της συγκεκριμένης αγοράς (Cheung, 2019).

2.2 Παράγοντες επιλογής τροφίμων

Οι παράγοντες επιλογής τροφίμων μπορούν να ομαδοποιηθούν σε ορισμένες κεντρικές κατηγορίες. Ένας πρώτος αδιαμφισβήτητος παράγοντας αφορά τη διαθεσιμότητα τροφίμων, η οποία διαμορφώνεται από τις κλιματολογικές συνθήκες της εκάστοτε περιοχής. Έτσι, τρόφιμα που βρίσκονται σε επάρκεια στην εκάστοτε περιοχή τείνουν να καταναλώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό (Skerratt, 1999).

Μια δεύτερη κατηγορία αφορά τις πολιτισμικές νόρμες, οι οποίες προδιαθέτουν την τάση για επιλογή συγκεκριμένων τροφίμων έναντι άλλων (Rozin, 1996). Για παράδειγμα, η συμμόρφωση των κατοίκων της Μεσογείου στη Μεσογειακή Διατροφή αναπτύχθηκε όχι μόνο βάση της διαθεσιμότητας των σχετικών τροφίμων, αλλά και ως μια πολιτισμική νόρμα των κατοίκων της περιοχής αυτής (Bach-Faig et al., 2011).



Ένας τρίτος παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή τροφίμων αφορά το διαθέσιμο εισόδημα. Τα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης στην υγιεινή διατροφή είναι μεγαλύτερα για τα άτομα κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Μάλιστα, η αδυναμία πρόσβασης στην υγιεινή διατροφή λόγω έλλειψης των αναγκαίων οικονομικών πόρων φαίνεται να επεξηγεί ως ένα βαθμό και τη διαφορά σε δείκτες υγείας μεταξύ ατόμων ανώτερων και κατώτερων οικονομικών τάξεων (Hough & Sosa, 2015).

Ένας τέταρτος σημαντικός παράγοντας αφορά την πληροφοριακή επίγνωση για τη σχέση της διατροφής με την υγεία. Πράγματι, οι επιλογές για ζητήματα διατροφής είναι ως ένα βαθμό κατευθυνόμενες από το βαθμό γνώσεων για τις επιδράσεις αυτών στην ανθρώπινη υγεία. Έτσι, άτομα με υψηλότερη γνώση τείνουν να προχωρούν σε πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές (Wardle et al., 2000).

Ένας πέμπτος παράγοντας αφορά τις παραμέτρους του ψυχισμού των ατόμων. Άτομα με μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα και με εσωτερική έδρα ελέγχου, δηλαδή με μεγαλύτερη πίστη πως οι συμπεριφορές τους συνδέονται με την έκβαση της υγείας τους, προχωρούν σε πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές (AbuSabha & Achterberg, 1997). Επιπλέον, παράγοντες όπως τα έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα οδηγούν και σε λιγότερο υγιεινές διατροφικές επιλογές (Liu et al., 2007).

Ένας έκτος παράγοντας ο οποίος οφείλει να μην παραβλέπεται αφορά τις αξίες των ατόμων και την ευρύτερη ιδεολογική τους τοποθέτηση. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική μελέτη στην Ολλανδία, όπου διαπιστώθηκε πως ο ισχυρότερα συνδεδεμένος με την επιλογή των βιολογικών τροφίμων παράγοντας είναι οι αξιακές τοποθετήσεις των ατόμων, καθώς η κατανάλωση βιολογικών τροφίμων φαίνεται να είναι σε μεγάλο βαθμό μια στάση ζωής (Schifferstein & Ophuis, 1998). Παρομοίως, η αποφυγή κατανάλωσης κρέατος φαίνεται πως αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό σε ιδεολογικούς παράγοντες (Fromberg, 1993).

Ένας έβδομος παράγοντας αφορά τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τον τρόπο με τον οποίο αυτές υπαγορεύουν συγκεκριμένα πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα η νηστεία προδιαθέτει σχετικώς την επιλογή τροφίμων των πιστών (Sarrì et al., 2004). Η νηστεία υπάρχει και σε άλλες θρησκείες, όπως ο μουσουλμανισμός (Azizi et al., 2002). Επιπλέον, σε διάφορες θρησκείες υπάρχει καθολική απαγόρευση τροφών από ζώα που θεωρούνται ιερά. Για παράδειγμα, στον



Ινδουισμό απαγορεύεται η κατανάλωση κρέατος αγελάδας (Jha, 2002). Συνεπώς, και οι θρησκευτικοί παράγοντες διαφοροποιούν την επιλογή τροφίμων.

Ένας ακόμα παράγοντας αφορά τη φυσική εμφάνιση των τροφίμων. Όπως διαπιστώνεται από διάφορες έρευνες, τρόφιμα που είναι πιο ελκυστικά από άποψη σχήματος και φυσικών χαρακτηριστικών τείνουν να καταναλώνονται και σε μεγαλύτερο βαθμό (Januszewska et al., 2011).

Τέλος, ένας αδιαμφισβήτητος παράγοντας που διαφοροποιεί την επιλογή τροφίμων αφορά τις κρατικές πολιτικές και παρεμβάσεις έναντι των τροφίμων, με κυριότερες τις ετικέτες που τοποθετούνται στα προϊόντα, οι οποίες και οδηγούν σε αυξημένη επίγνωση για τις ιδιότητες αυτές και σε συνακόλουθη μεταβολή της συμπεριφοράς προς πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές (Hawley et al., 2013).

2.2. Αποτελέσματα διαφόρων ερευνών με τη χρήση του FCQ

Με βάση το Food Choice Questionnaire (FCQ) έχουν διεξαχθεί διάφορες έρευνες σε διεθνές επίπεδο με στόχο την αποτύπωση των παραγόντων που ωθούν σε διαφορετικές μεταξύ τους διατροφικές επιλογές. Το FCQ συνιστά ένα ερωτηματολόγιο άμεσα συνδεδεμένο με τις πραγματικές συμπεριφορές κατά την επιλογή τροφίμων. Για παράδειγμα, η θεώρηση βάσει του FCQ πως οι επιλογές τροφίμων πραγματοποιούνται με βάση την επιδίωξη της υγείας οδηγεί και σε υψηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Ares & Gambaro, 2007).

Σε μια σχετική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο εξετάστηκε το κατά πόσο οι διατροφικές επιλογές διαφοροποιούνται βάσει των διαφορετικών τιμών στο FCQ. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, συμμετέχοντες που υιοθετούσαν δίαιτες με χαμηλή πρόσληψη κρέατος έθεταν ως πρώτη προτεραιότητα κατά την επιλογή των τροφών την επιδίωξη της υγείας μέσω της διατροφής. Παρομοίως, η χαμηλή κατανάλωση κρέατος συνδεόταν από μια ισχυρή πρόθεση για έλεγχο του σωματικού βάρους μέσω της διατροφής (Pollard et al., 1998).



Σε μια άλλη σχετική έρευνα στη Τζακάρτα της Ινδονησίας επιχειρήθηκε η εξέταση πιθανών διαφυλικών διαφορών κατά την επιλογή τροφίμων με βάση το FCQ. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκεκριμένη μελέτη, οι άντρες έτειναν σε μεγαλύτερο βαθμό εν σχέση με τις γυναίκες να επιλέγουν τρόφιμα με κριτήριο την επίτευξη της υγείας (Maulida et al., 2016). Ωστόσο, κάτι τέτοιο φαίνεται να παρατηρείται μόνο στις μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς οι άντρες νέοι σε ηλικία τείνουν, με βάση δεδομένα που προκύπτουν από τη χρήση του FCQ, να δίνουν μικρή σημασία στην προαγωγή της υγείας κατά την επιλογή τροφίμων (Mardon et al., 2015).

Σε μια άλλη μελέτη με τη χρήση του FCQ σε διαφορετικές χώρες επιχειρήθηκε η εξέταση του κατά πόσο οι παράγοντες που παρακινούν σε διατροφικές επιλογές διαφοροποιούνται ανάμεσα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συμμετέχοντες από το Βέλγιο, την Ουγγαρία, τη Ρουμανία και τις Φιλιππίνες. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, στις Ευρωπαϊκές χώρες η επιλογή τροφίμων πραγματοποιούταν σε μεγαλύτερο βαθμό με βάση την αισθητική πρόσληψη των τροφίμων, ενώ στις Φιλιππίνες με βάση την επιθυμία για επίτευξη της υγείας μέσω της διατροφής (Januszewska et al., 2011).



3. Μεσογειακή διατροφή

3.1 Ορισμός Μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων που ως κοινό χαρακτηριστικό τους έχουν το ότι ασχολούνται με τη δημόσια υγεία, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Δαρβίρη, 2009). Πράγματι, το ενδιαφέρον για τη Μεσογειακή Διατροφή αποδίδεται στις ιδιαίτερα θετικές επιδράσεις που συνεπάγεται για την ανθρώπινη υγεία, κυρίως την καρδιαγγειακή (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Αν και η Μεσογειακή Διατροφή μελετάται κυρίως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι διατροφικές πρακτικές που μελετώνται υπό το πρίσμα της Μεσογειακής Διατροφής συναντώνται στον ελλαδικό χώρο ήδη από τους αρχαίους χρόνους, όπως επίσης και στις περιοχές της σημερινής Ιταλίας (Altomare et al., 2013; Skiadas & Lascaratos, 2001). Παρ' όλα αυτά, η Μεσογειακή Διατροφή αποτέλεσε συστηματικά αντικείμενο έρευνας ως προς τις επιδράσεις της στην υγεία μετά τη δεκαετία του 1960 (Trichoroulou & Lagiου, 1997), κυρίως μετά τις διαπιστώσεις επιδημιολόγων περί του υψηλού προσδόκιμου ζωής και της χαμηλής συχνότητας καρδιαγγειακών νοσημάτων κατοίκων συγκεκριμένων περιοχών της μεσογείου (Simopoulos, 2001), αλλά και λόγω της συστηματικής ανάπτυξης της ελαιοκομίας στη μεταπολεμική Ελλάδα, που επέτρεψε την υψηλή συμμόρφωση των κατοίκων στο συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Η Μεσογειακή Διατροφή συνιστά μια οικογένεια κοινών διατροφικών συμπεριφορών (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Παρά τις σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ επιμέρους περιοχών που υιοθετούν αυτό το διατροφικό πρότυπο, τα κοινά στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής είναι τα παρακάτω (Farah et al., 2008; Trichoroulou & Lagiου, 1997):

1. Η υψηλή αναλογία των μονοακόρεστων προς τα κορεσμένα λιπαρά
2. Η μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων
3. Η χαμηλή κατανάλωση κρέατος
4. Η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών



5. Η υψηλή κατανάλωση οσπρίων και δημητριακών
6. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ

3.2 Μεσογειακή διατροφή- Η ανάπτυξη και μελέτη της έννοιας

Για την κατανόηση των επιδράσεων της Μεσογειακής Διατροφής είναι αναγκαία η μελέτη και η επισκόπηση, του πώς αυτή διατυπώθηκε από τους μελετητές της ανθρώπινης διατροφής, ως μια οικογένεια κοινών διατροφικών πρακτικών. Από μια σκοπιά ιστορική, υπάρχουν σημεία σταθμός στην εξέταση του ζητήματος της Μεσογειακής Διατροφής. Αν και στην κοινή γνώμη επικρατεί η θεώρηση πως ο πρώτος που διαπίστωσε τα ευεργετήματα της Μεσογειακής Διατροφής ήταν ο Keys μέσα από τη μελέτη των Επτά Κρατών, αυτό που πραγματοποιήθηκε ελάχιστα έτη νωρίτερα και συγκεκριμένα το 1948. Τη χρονιά εκείνη η Ελλάδα βρισκόταν στη δίνη του εμφυλίου, με παρεμβάσεις στο εσωτερικό της χώρας από πλευράς των δυτικών για ενίσχυση της επιρροής τους στη χώρα. Κατά την παραμονή τους στην Ελλάδα οι Αμερικανοί και συγκεκριμένα ερευνητές του ιδρύματος Rockefeller ενδιαφέρθηκαν ιδιαίτερα για τις διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων της Κρήτης. Ο Leland Albaugh, επιδημιολόγος της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας, εξέτασε 765 νοικοκυριά στην Κρήτη διαπιστώνοντας πως οι λιτές διατροφικές συνήθειες που επικρατούσαν ήταν ιδιαίτερα ευεργετικές για την υγεία των κατοίκων, οδηγώντας σε χαμηλά ποσοστά καρδιαγγειακής νοσηρότητας. Μάλιστα, ο Albaugh διέκρινε στοιχεία της διατροφικής όπως το ελαιόλαδο, τα δημητριακά ολικής άλεσης, οι ξηροί καρποί, τα όσπρια και τα ψάρια ως ιδιαίτερα δομικά στοιχεία του συγκεκριμένου διατροφικού προτύπου (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

Η επόμενη και πιο δημοφιλής επιστημονική έρευνα στο ζήτημα της Μεσογειακής Διατροφής αφορά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της Seven Countries Study, μιας έρευνας στην οποία συγκρίθηκαν κάτοικοι της Φιλανδίας, της Ελλάδας, της Ολλανδίας, των Ηνωμένων Πολιτειών, της Ιαπωνίας, της Ιταλίας και της Πρώην Γιουγκοσλαβίας ως προς την καρδιαγγειακή νοσηρότητα (Keys, 1970). Οι συμμετέχοντες της



συγκεκριμένης μελέτης (N=12.770) εξετάστηκαν αρχικώς ως προς μια πληθώρα παραμέτρων της υγείας τους (π.χ. δείκτης μάζας σώματος, προγενέστερα νοσήματα, επίπεδα φυσικής άσκησης κ.α.). Μετά από 5 έτη οι συμμετέχοντες παρακολουθήθηκαν εκ νέου, με στόχο τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα μεταξύ των κρατών. Όπως διαπιστώθηκε, η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Ιταλία και υψηλότερη σε άλλες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Η έρευνα αυτή οδήγησε μάλιστα στο παράδοξο της διαπίστωσης διαφορών χωρίς προφανή μεταξύ τους επεξήγηση (Keys, 1970). Η απουσία προφανούς επεξήγησης σηματοδότησε την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης των διατροφικών συμπεριφορών μεταξύ των επιμέρους αυτών περιοχών, καθώς θεωρήθηκε πως ενδεχομένως οι διατροφικές συνήθειες να είναι υπεύθυνες για αυτές τις φαινομενικά ανεξήγητες διαφορές (Simopoulos, 2001). Έτσι, ο Keys (1980) προχώρησε στη διατύπωση μιας θεωρίας με βάση την οποία οι διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων της Μεσογείου, τις οποίες ονόμασε «Μεσογειακή Διατροφή», ευθύνονται για τη μειωμένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα των κατοίκων των περιοχών αυτών.

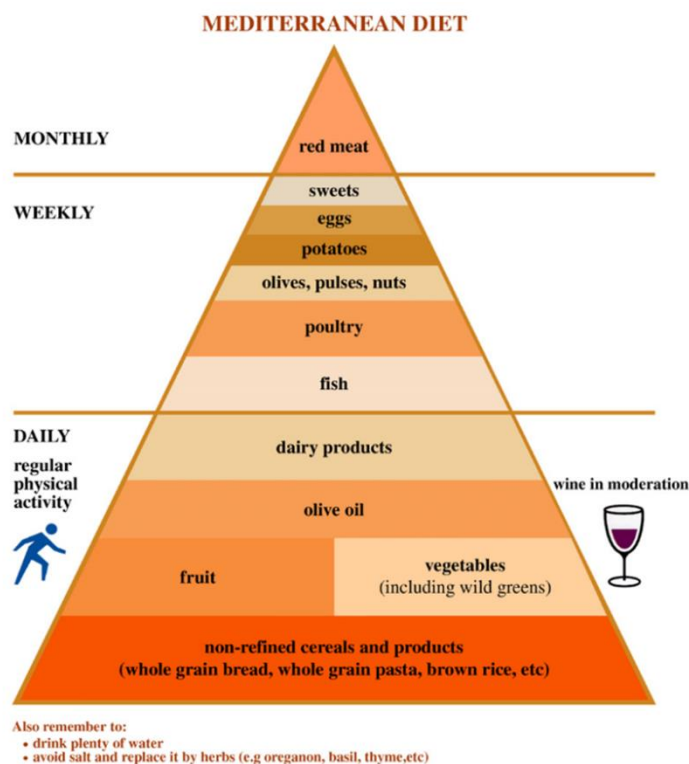
Μετά τη μελέτη των Επτά Χωρών, διάφοροι επαναστατικοί για την τότε περίοδο ιατροί θέλησαν να εξετάσουν το κατά πόσο η συμμόρφωση στο διατροφικό πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής συνδεόταν με ευεργετήματα για την υγεία των ασθενών που έπασχαν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Στο πλαίσιο αυτό, μελετητές σε διάφορες ανεπτυγμένες δυτικές χώρες, όπως η Γαλλία, ανέπτυξαν παρεμβατικά προγράμματα δομημένα επί της Μεσογειακής Διατροφής, διαπιστώνοντας μια σημαντική βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας των ασθενών τους μέσω αυτών (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Κατά τον τρόπο αυτό ισχυροποιήθηκε εντός της επιστημονικής κοινότητας η θεώρηση πως η Μεσογειακή Διατροφή συνδέεται με ευεργετήματα για την καρδιαγγειακή υγεία (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

Μετά την ισχυροποίηση των ευρημάτων τόσο ως προς την πρόληψη, όσο και ως προς την αντιμετώπιση των νοσημάτων μετά την εμφάνισή τους, η Μεσογειακή Διατροφή αποτέλεσε αντικείμενο εξέτασης διεθνών οργανισμών, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Έτσι, η κινητοποίηση διεθνών οργανισμών και επιστημονικών φορέων οδήγησε σε ένα ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη

Μεσογειακή Διατροφή και σε ακόμα πιο εντατική έρευνα, η οποία κορυφώθηκε κυρίως κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, τόσο από εγχώριους, όσο και από ξένους μελετητές (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

3.3 Χαρακτηριστικά μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή βασίζεται σε μια διατροφική πυραμίδα που καταδεικνύει τα τρόφιμα συνίσταται να καταναλώνονται σε επίπεδο ημέρας, εβδομάδας και μήνα. Έτσι, τα φρούτα, τα λαχανικά, το ελαιόλαδο και τα δημητριακά συνίσταται να καταναλώνονται καθημερινά. Στην εβδομαδιαία κατανάλωση συναντώνται επίσης σε υψηλές συχνότητες τα θαλασσινά, ενώ σπανιότερα συνίσταται η κατανάλωση αυγών και γλυκών. Τέλος, το κόκκινο κρέας πρέπει να αποφεύγεται και συνίσταται η κατανάλωσή του μόνο μία φορά το μήνα (Panagiotakos et al., 2006). Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής παρατίθεται και στην Εικόνα 3-1.



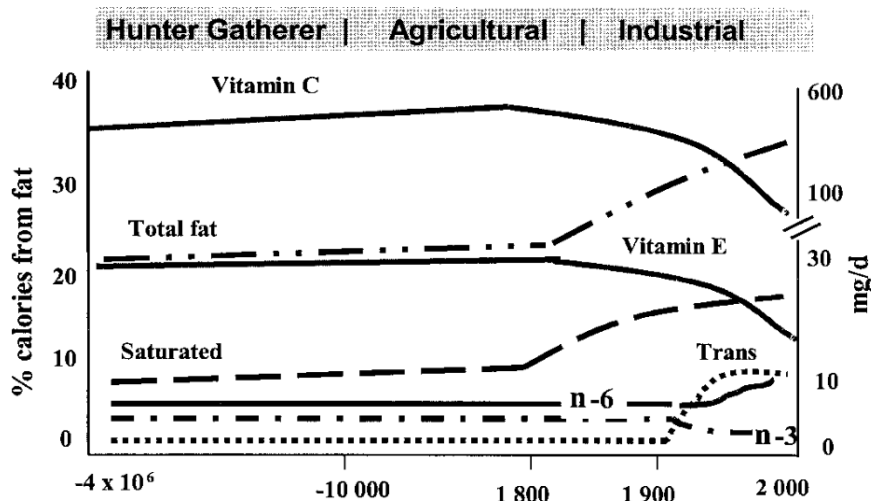
Εικόνα 3-1 Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

(Προσαρμογή από: Panagiotakos et al (2006))

Η συγκεκριμένη διατροφική πυραμίδα προτάθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ βάσει της μελέτης των διατροφικών συνηθειών των κατοίκων της Ελλάδας κατά τη δεκαετία του 1960 (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

Λόγω των ανωτέρω συνιστώμενων συχνοτήτων κατανάλωσης τροφίμων, η Μεσογειακή Διατροφή οδηγεί σε μια υψηλή αναλογία ω-3 προς ω-6 λιπαρών οξέων, που αγγίζει το λόγο 6/1. Η αναλογία αυτή θεωρείται μάλιστα ως κεντρικό χαρακτηριστικό της Μεσογειακής Διατροφής (Simopoulos, 2001).

Από μια σκοπιά ιστορική, η υψηλή πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων δεν παρατηρήθηκε για πρώτη φορά στους κατοίκους των περιοχών της Μεσογείου (π.χ. Κρήτη). Η αυξημένη πρόσληψη ω-3 ήταν διαρκής κατά την ιστορική πορεία εξέλιξης του ανθρώπινου είδους και διατηρήθηκε ως και την εκβιομηχάνιση της ανθρώπινης παραγωγής. Αντίθετα, στις βιομηχανικές κοινωνίες ο άνθρωπος αύξησε την πρόσληψη των ω-6 λιπαρών οξέων και περιόρισε την πρόσληψη των ω-3 λιπαρών οξέων. Οι κάτοικοι περιοχών της Μεσογείου διατήρησαν τις παλαιές αυτές διατροφικές πρακτικές και δεν συμμορφώθηκαν στα διατροφικά πρότυπα της βιομηχανικής περιόδου, οδηγώντας έτσι σε ένα σύνολο διατροφικών συμπεριφορών που μελετώνται υπό το πρίσμα της Μεσογειακής Διατροφής (Simopoulos, 2001).



Γράφημα 3-1 Η μεταβολή των διατροφικών συμπεριφορών κατά μήκος της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους

(Προσαρμογή από: Simopoulos (2001))



Η Μεσογειακή Διατροφή έχει εξελιχθεί μετά από τη διατύπωση του αρχικού προτεινόμενου μοντέλου του Keys. Η εξέλιξη της Μεσογειακής Διατροφής βασίστηκε στη μεταβολή ορισμένων εκ των βασικών της συστατικών ως απόρροια των ευρημάτων επιδημιολογικών και κλινικών μελετών, οι οποίες είχαν ως βασικό τους στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της με την ανθρώπινη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Έτσι, επιμέρους ευρήματα οδήγησαν και σε τροποποίηση συστατικών της Μεσογειακής Διατροφής (Estruch & Salas-Salvado, 2013). Επιπλέον, οι μεταβολές προωθήθηκαν με στόχο την αποτελεσματικότερη κάλυψη των μεταβαλλόμενων διατροφικών αναγκών του σύγχρονου ανθρώπου (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

Στις πιο νέες εκδοχές της Μεσογειακής Διατροφής, το ελαιόλαδο συνεχίζει να συνιστά την κυριότερη πηγή πρόσληψης λίπους. Οι αντιαθερογεννητικές ιδιότητες του ελαιόλαδου έχουν αποδοθεί στην υψηλή περιεκτικότητα σε ελαϊκό οξύ, αλλά κατά τα τελευταία χρόνια συγκλίνουσες ενδείξεις φανερώνουν πως οι πολυφαινόλες συμβάλλουν πολλαπλά στα οφέλη από την κατανάλωση ελαιόλαδου. Ελαιόλαδα που είναι κατώτερης ποιότητας παραγκωνίζονται επομένως από τις σύγχρονες τάσεις στη Μεσογειακή Διατροφή, αφού χάνουν τις αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές που συνεπάγονται για τον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπλέον, η κατανάλωση φαινολικών πλούσιων σε παρθένο λάδι μειώνει την αναλογία χοληστερόλης/HDL (Estruch & Salas-Salvado, 2013).

Μια άλλη προσθήκη της μεσογειακής διατροφής που προέκυψε κατόπιν ευρημάτων κλινικών μελετών αφορά την πιο αυξημένη πρόσληψη σε ψάρια πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, η οποία μειώνει σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος (Estruch & Salas-Salvado, 2013). Επίσης, θεωρείται ακόμα σημαντικότερη η πρόληψη των ω-6 λιπαρών οξέων μέσω των τροφών ολικής άλεσης, ώστε να πολλαπλασιάζονται τα ευεργετήματα για την υγεία (Slavin, 2004). Στην πραγματικότητα, η σύγχρονη Μεσογειακή Διατροφή δεν αποκλείει ούτε θεωρεί επιζήμια την πρόσληψη ω-6 λιπαρών οξέων, αρκεί αυτά να προσλαμβάνονται από τροφές ολικής άλεσης και να υπάρχει μια σημαντικά υψηλότερη κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων (Estruch & Salas-Salvado, 2013).

Ένα άλλο ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα στο οποίο έχουν επικεντρωθεί οι μελετητές της Μεσογειακής Διατροφής είναι αυτό της κατανάλωσης αλατιού. Στις νεότερες εκδοχές



της Μεσογειακής Διατροφής η κατανάλωση μειώνεται σχεδόν κατά 50%, στοχεύοντας έτσι σε μια αύξηση της προστατευτικής επίδρασης της συγκεκριμένης διατροφής έναντι της ανάπτυξης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος. Ωστόσο, ένας έντονος προβληματισμός έχει αναπτυχθεί σχετικά με το ότι οι ποσότητες αυτές συνεχίζουν να είναι ιδιαίτερα υψηλές και δυνητικά νοσογόνες για τον ανθρώπινο οργανισμό (Estruch & Salas-Salvado, 2013).

Τέλος, ένας ακόμα προβληματισμός της σύγχρονης Μεσογειακής Διατροφής αφορά την κατανάλωση κόκκινου κρασιού. Πιο συγκεκριμένα, τα ήπια επίπεδα κατανάλωσης κόκκινου κρασιού φαίνεται να συνεπάγονται ορισμένες ευεργετικές επιδράσεις για την καρδιαγγειακή υγεία. Ωστόσο, ακόμα και τα ήπια επίπεδα πρόσληψης αλκοόλ σχετίζονται αιτιακά με την ανάπτυξη άλλων νοσημάτων, λόγω μιας dose-response επίδρασης σε νοσήματα όπως ο καρκίνος (Estruch & Salas-Salvado, 2013). Επομένως, ένας ακόμα προβληματισμός της σύγχρονης Μεσογειακής Διατροφής αφορά την κατανάλωση κρασιού.

3.4 Ασθένειες και ο ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής στην επίτευξη της υγείας

Για την κατανόηση των επιδράσεων της Μεσογειακής Διατροφής είναι αναγκαία η διερεύνηση της επίδρασης αυτής στην ανθρώπινη υγεία, νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι επιδράσεις αυτές είναι υπεύθυνες και για τη δημοτικότητα της Μεσογειακής Διατροφής, καθώς κυριαρχεί στην κοινή γνώμη η θεώρηση πως έχει μια προστατευτική επίδραση έναντι της ανάπτυξης νοσημάτων (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

Αρχικώς, διάφορες έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση των επιμέρους τροφών, που μεταξύ των άλλων συναποτελούν τη Μεσογειακή Διατροφή, στην ανθρώπινη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι έρευνες αυτές αποτελούν ένα πεδίο σύγκλισης της δημόσιας υγείας με την επιστήμη της διατροφής, το οποίο ανέδειξε πρώτος ο Keys (1995). Όπως ανέφερε, ήδη από τις πρώτες του παρατηρήσεις κατά τη δεκαετία του 1950 διέκρινε μια ιδιαίτερα ισχυρή σχέση συγκεκριμένων διατροφικών συμπεριφορών



κατοίκων της Μεσογείου με την ανθρώπινη νοσηρότητα και θνησιμότητα, την οποία θεώρησε ότι όφειλε μέσω κατάλληλων μεθόδων να αποτυπώσει. Ως εκ τούτου, η ίδια η γέννηση της Μεσογειακής Διατροφής παρατηρήθηκε με αφετηρία την ισχυρότατη σύνδεσή της με την ανθρώπινη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Ένα πεδίο εξέτασης των σχετικών επιδράσεων αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μια σχετική μετά-ανάλυση 123 ανεξάρτητων μελετών, υπήρχε μια προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και συγκεκριμένα έναντι της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου για όσους κατανάλωναν συστηματικά τροφές ολικής άλεσης (R.R. 0.95) και ψάρια (R.R. 0.85). Αντίθετα, όσον αφορά τροφές όπως τα αυγά και το επεξεργασμένο κρέας, αυτά διαπιστώθηκε πως έχουν μια επιβαρυντική επίδραση στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (R.R. 1.16 και 1.27 αντίστοιχα) (Bechthold et al., 2019). Στο ίδιο μήκος κύματος, μια προγενέστερη μετά-ανάλυση κατέδειξε την προστατευτική επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής έναντι της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αφού άτομα με υψηλή συμμόρφωση σε αυτή έχουν 10% μικρότερη πιθανότητα καρδιαγγειακής θνησιμότητας (Sofi et al., 2010). Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα, φαίνεται πως οι επιμέρους τροφές που συναποτελούν τη Μεσογειακή Διατροφή συνεπάγονται μια ιδιαίτερα προστατευτική επίδραση για το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής εξαρτάται από το βαθμό συμμόρφωσης των ατόμων σε αυτή. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική μετά-ανάλυση 12 μελετών, στην οποία αναλύθηκε ένα δείγμα 1.574.299 ατόμων του γενικού πληθυσμού. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση, υπάρχει μια σχέση δοσολογίας-αποτελέσματος μεταξύ της Μεσογειακής Διατροφής και της καρδιαγγειακής υγείας, αφού όσο πιο έντονη η συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή, τόσο εντονότερες οι προστατευτικές επιδράσεις (Sofi et al., 2008).

Άλλες έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής μετά την έναρξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μια σχετική έρευνα που εξέτασε αυτές της επιδράσεις ήταν η Lyon Diet Heart Study. Στην έρευνα αυτή μελετήθηκαν ασθενείς που είχαν εμφανίσει έμφραγμα του μυοκαρδίου ως προς την καρδιαγγειακή τους υγεία μετά την έναρξη της νόσου. Οι ασθενείς της μελέτης εξετάστηκαν ως προς το βαθμό συμμόρφωσής τους στη Μεσογειακή Διατροφή. Στη μελέτη αυτή σχηματίστηκαν δύο



ομάδες, αυτή με την παραδοσιακή δυτικού τύπου διαίτα και αυτή με υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων οδήγησε στη διαπίστωση πως τα καρδιαγγειακά περιστατικά μετά την εμφάνιση της νόσου ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό λιγότερα για τους ασθενείς με υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή (deLorgeril et al., 1999).

Πέραν από την επιδημιολογικού χαρακτήρα αποτύπωση των ευεργετημάτων της Μεσογειακής διατροφής στην καρδιαγγειακή υγεία, είναι αναγκαία η διατύπωση ενός αιτιακού μηχανισμού που θα επεξηγεί το γιατί παρουσιάζονται οι διαφορές αυτές. Σύμφωνα με τους Panagiotakos et al (2006), οι επιδράσεις αυτές παρατηρούνται λόγω των ευεργετικών επιδράσεων των τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής στους διαμεσολαβητές της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται βελτίωση των τιμών της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης του αίματος και του δείκτη μάζας σώματος. Κατά τον τρόπο αυτό, η Μεσογειακή Διατροφή έχει μια ευεργετική επίδραση στους προνοσηρούς παράγοντες κινδύνου για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Παρά τα ανωτέρω, στην παρούσα έρευνα παρατηρούνται ορισμένα κενά ως προς το ρόλο της Μεσογειακής Διατροφής στη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας. Το κενό της έως τώρα βιβλιογραφίας έχει να κάνει με τη μεθοδολογία έρευνας που ακολουθείται από την πλειονότητα των μελετών που έχουν διεξαχθεί. Πιο συγκεκριμένα, στη συντριπτική πλειονότητα των μελετών εξετάζεται η επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής μέσω προοπτικών μελετών (longitudinal studies) και όχι μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (randomized control ledtrials). Παρ' όλα αυτά, η αποτύπωση των ευεργετημάτων της Μεσογειακής Διατροφής μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών είναι αναγκαία προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων για την κλινική πρακτική (Wildmer et al., 2015).

Ένα επιπρόσθετο νόσημα ως προς το οποίο έχει εξεταστεί η επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής είναι ο διαβήτης τύπου II (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική έρευνα σε δείγμα 13.380 υγιών ατόμων στην Ισπανία, που εξετάστηκαν μέσω προοπτικής παρακολούθησης ως προς την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, η μέτρια και η υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή είχαν προστατευτική



επίδραση έναντι της εμφάνισης της νόσου (R.R. 0.41 και 0.17 αντίστοιχα) (Martínez-González et al., 2008). Στην περίπτωση του διαβήτη τύπου II δεν έχει εξεταστεί μόνο η επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου, αλλά και στην εξέλιξη και πρόγνωση αυτής. Σύμφωνα με μια σχετική συστηματική ανασκόπηση πέντε επιμέρους τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, η υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή οδηγεί σε αποτελεσματικό γλυκαιμικό έλεγχο του διαβήτη τύπου II (Esposito et al., 2010). Μάλιστα, η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται ως μια από τις αποτελεσματικότερες δίαιτες για τη διαχείριση της συγκεκριμένης νόσου (Ley et al., 2014).

Αξίζει επίσης αναφοράς πως η επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής έχει εξεταστεί και εν σχέση με τον διαβήτη τύπου I. Όπως διαπιστώνεται μέσω μιας σχετικής μελέτης στην Ιταλία, παιδιά και έφηβοι με διαβήτη τύπου I που ακολούθησαν συστηματικά τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής οδηγήθηκαν σε σημαντική μείωση της LDL χοληστερόλης και της συνολικής χοληστερόλης (Cadario et al., 2012). Συνολικότερα, υποστηρίζεται πως η ανάπτυξη και η έκβαση του διαβήτη τύπου I εξαρτάται τόσο από γενετικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η διατροφή. Στο πλαίσιο αυτό, η συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματική προστασία έναντι της εμφάνισης διαβήτη τύπου I ακόμα και σε άτομα που έχουν ένα γενετικό ρίσκο για ανάπτυξη της νόσου (Muntoni & Muntoni, 1999).

Μια άλλη κατηγορία νοσημάτων που έχουν εξεταστεί εν σχέση με τη Μεσογειακή Διατροφή είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα, ιδιαίτερα η σκλήρυνση κατά πλάκας. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια μελέτη ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και μιας ομάδας υγιών ατόμων στο Ιράν (N=70 και 142 αντίστοιχα), οι οποίοι κατά τη χρονική στιγμή διάγνωσης της νόσου για τους ασθενείς εξετάστηκαν ως προς την έως τότε συμμόρφωσή τους στη Μεσογειακή Διατροφή. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι ασθενείς είχαν μικρότερη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή εν σχέση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, καταδεικνύοντας έτσι μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης της νόσου (Sedaghat et al., 2016). Παρομοίως, μια άλλη έρευνα στην Κροατία επίσης κατέληξε στην προστατευτική επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής έναντι της εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου (Materljan et al., 2009). Πέραν της εμφάνισης της νόσου, και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει μια ευεργετική επίδραση της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή στην



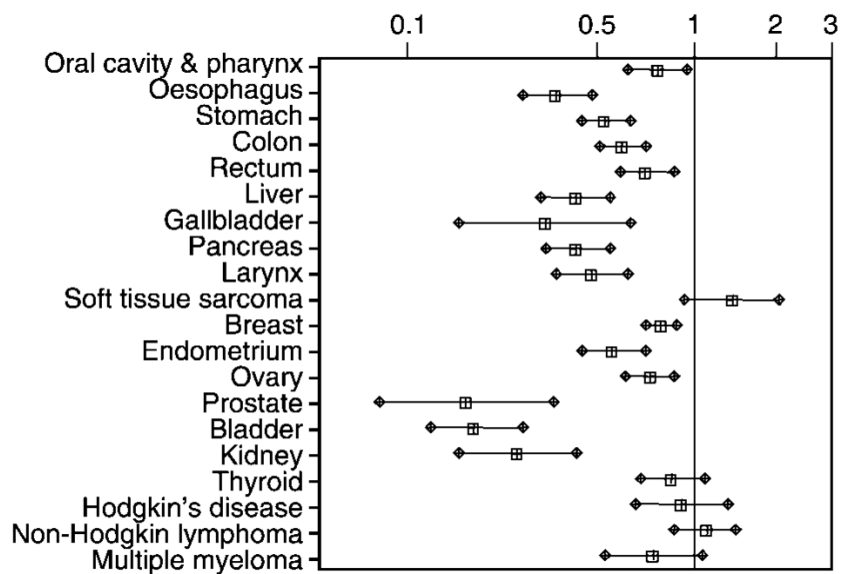
κλινική πορεία της νόσου, αφού ασθενείς με εντονότερη συμμόρφωση έχουν και χαμηλότερες τιμές ανικανότητας (Fitzgerald et al., 2018). Ωστόσο, και σε αυτή την περίπτωση η έλλειψη τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών οδηγεί σε απουσία δυνατότητας εξαγωγής μιας πιο αξιόπιστης συμπερασματολογίας για τις επιδράσεις της Μεσογειακής Διατροφής στην εμφάνιση και στην κλινική πορεία της συγκεκριμένης νόσου (Altowaijri et al., 2017).

Σε αντίθεση με την ανωτέρω τάση της έρευνας, στη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν εξεταστεί οι επιδράσεις μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών μετά την έναρξη της νόσου και όχι μέσω προοπτικών μελετών. Σύμφωνα με μια σχετική μετά-ανάλυση τεσσάρων παρεμβατικών μελετών, υπάρχει μια μείωση του πόνου των ασθενών μετά την εμφάνιση της νόσου. Παρ' όλα αυτά, δεν έχουν εξεταστεί οι επιδράσεις της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή ως προς την πρόληψη εμφάνισης της νόσου (Forsyth et al., 2018).

Ένα άλλο αυτοάνοσο νόσημα που έχει εξεταστεί εν σχέση με τη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή είναι η ψωρίαση. Στην περίπτωση της ψωρίασης, οι ασθενείς φαίνεται πως έχουν μικρότερη πιθανότητα συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή εν σχέση με το γενικό πληθυσμό, κάτι που με έμμεσο τρόπο καταδεικνύει την πιθανή επιβαρυντική επίδραση στην εμφάνιση της νόσου. Μετά την έναρξη της νόσου η Μεσογειακή Διατροφή φαίνεται πως έχει μια ευεργετική επίδραση στην κλινική πορεία της νόσου, αφού συνδέεται με μειωμένη ένταση συμπτωμάτων της (Barrea et al., 2015). Μάλιστα, λόγω της ευεργετικής αυτής επίδρασης έχει διατυπωθεί η θεώρηση πως η Μεσογειακή Διατροφή επιβραδύνει την εξέλιξη της συγκεκριμένης νόσου (Phan et al., 2018).

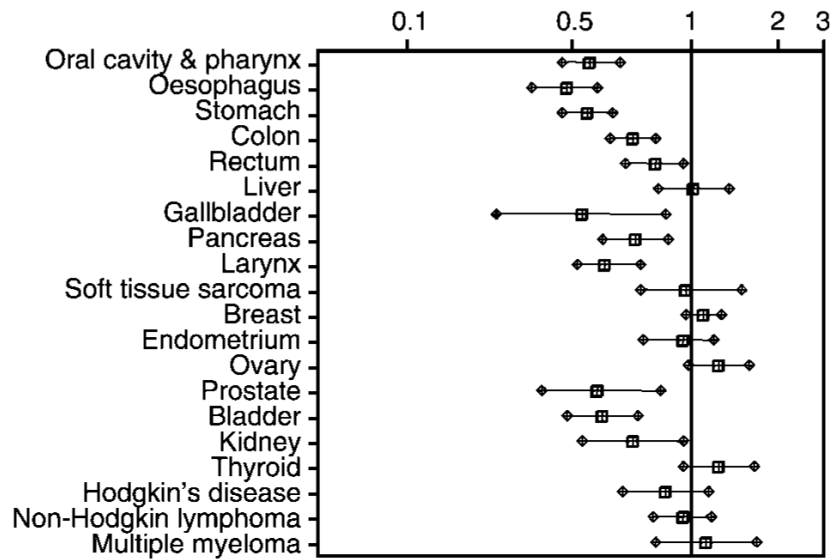
Μια άλλη οικογένεια νοσημάτων που έχουν εξεταστεί εν σχέση με τη Μεσογειακή Διατροφή είναι οι νεοπλασίες. Η μελέτη της σχέσης των νεοπλασιών με τη Μεσογειακή Διατροφή πραγματοποιήθηκε σε ένα επόμενο χρονικά και εξελικτικά στάδιο εν σχέση με τη διερεύνηση της επίδρασης στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Κεντρικής σημασίας για τη διερεύνηση αυτών των επιδράσεων είναι η μελέτη του LaVecchia (2004), σε δείγμα 12.000 ασθενών με νεοπλασίες και 10.000 υγιών μαρτύρων στην Ιταλία μεταξύ της περιόδου 1983-1998. Όπως θεώρησε, αναγκαία προϋπόθεση ήταν σε πρώτο στάδιο η διερεύνηση των επιδράσεων επιμέρους τροφίμων που συναποτελούν τη Μεσογειακή

Διατροφή στην πιθανότητα εμφάνισης νεοπλασιών. Στο Γράφημα 3-2 παρουσιάζεται η σχετική ανάλυση που πραγματοποιήσε για τη σχέση μιας πληθώρας νεοπλασιών με την κατανάλωση λαχανικών. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, η υψηλή κατανάλωση λαχανικών είχε ιδιαίτερα προστατευτικές επιδράσεις έναντι της εμφάνισης νεοπλασιών, ιδίως αυτών του γαστροεισοφαγικού συστήματος, αλλά και μορφών καρκίνου με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα (π.χ. παχέος εντέρου και μαστού).



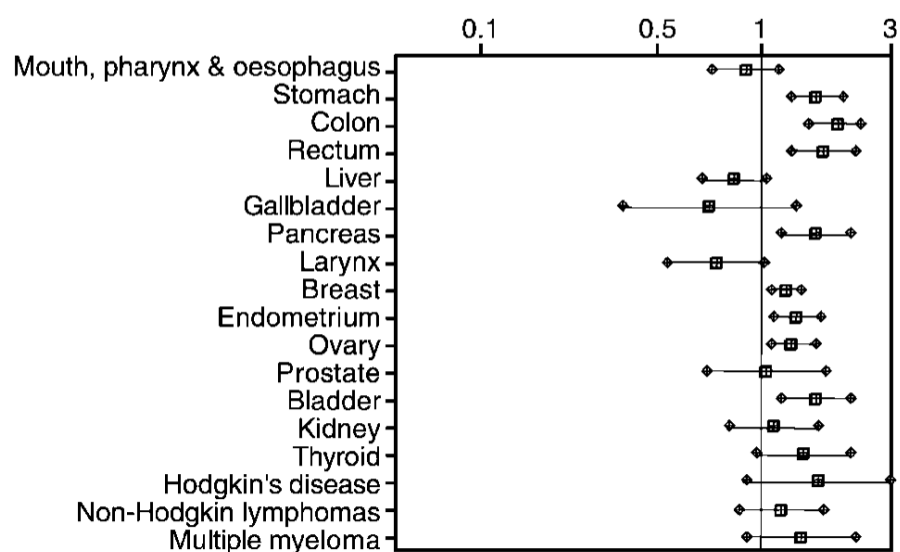
Γράφημα 3-2 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες λαχανικών έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία

Παρομοίως, στο Γράφημα 3-3 παρουσιάζεται η επίδραση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στην εμφάνιση νεοπλασιών στο εξεταζόμενο δείγμα. Και σε αυτή την περίπτωση διαπιστώθηκε πως στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα φρούτα είχαν μια ιδιαίτερα έντονη προστατευτική επίδραση (LaVecchia, 2004).



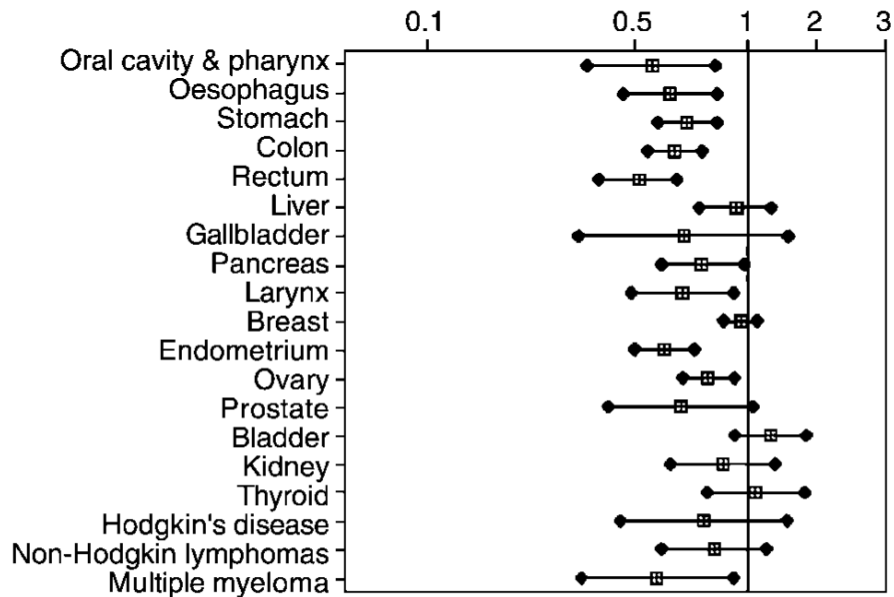
Γράφημα 3-3 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες φρούτων έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία

Στο Γράφημα 3-4 παρουσιάζεται η επίδραση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος στην εμφάνιση νεοπλασιών στο μελετώμενο δείγμα. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, υπήρχε μια έντονη επιβαρυντική επίδραση στην εμφάνιση νεοπλασιών, κάτι που παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των εξεταζόμενων τύπων καρκίνου (LaVecchia, 2004).



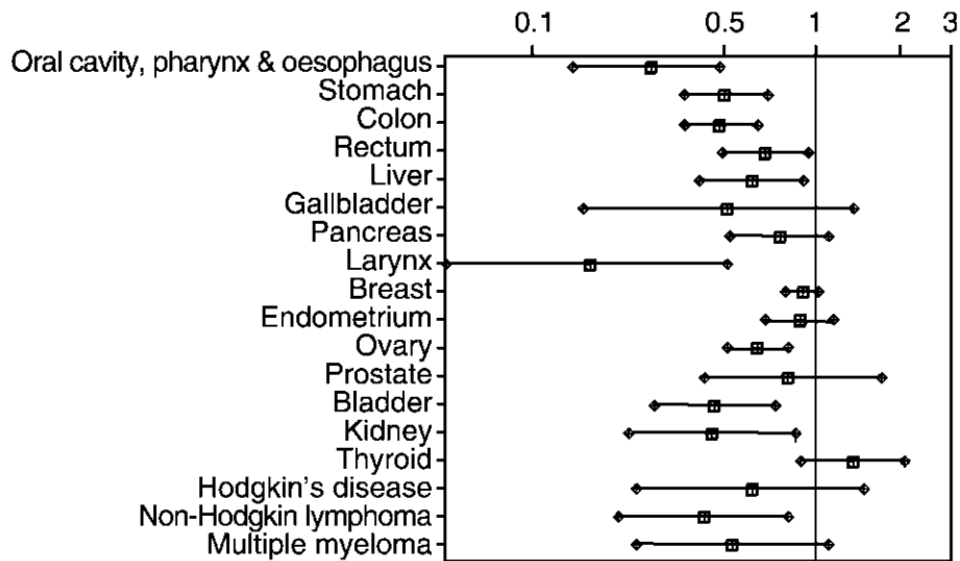
Γράφημα 3-4 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες κόκκινου κρέατος έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία

Στο Γράφημα 3-5 παρουσιάζεται η επίδραση των υψηλών ποσοτήτων ψαρικών στην πιθανότητα εμφάνισης συγκεκριμένων τύπων καρκίνου. Και σε αυτή την περίπτωση διαπιστώνεται μια ιδιαίτερα ευεργετική και προστατευτική επίδραση, μάλιστα σχεδόν για το σύνολο των σχετικών περιπτώσεων (LaVecchia, 2004).



Γράφημα 3-5 Η διαφορά όσων κατανάλωναν υψηλές ποσότητες ψαριών έναντι όσων κατανάλωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία

Στο Γράφημα 3-6 παρουσιάζεται η διαφοροποίηση της επίπτωσης διαφορετικών τύπων καρκίνου για το μελετώμενο δείγμα με βάση τα διαφορετικά επίπεδα κατανάλωσης τροφών ολικής άλεσης. Όπως διαπιστώνεται και από το γράφημα, και σε αυτή την περίπτωση υπήρχε μια ιδιαίτερα προστατευτική επίδραση των τροφών ολικής άλεσης στην εμφάνιση μιας πληθώρας διαφορετικών τύπων καρκίνου (LaVecchia, 2004).



Γράφημα 3-6 Η διαφορά όσων καταλάωναν υψηλές ποσότητες τροφών ολικής άλεσης έναντι όσων καταλάωναν χαμηλές στην εμφάνιση νεοπλασιών μεταξύ του 1983 και του 1998 στην Ιταλία

Με βάση τις πέντε αυτές κατηγορίες τροφίμων, υπήρχαν βάσιμα στοιχεία ώστε να υποστηριχθεί πως η συμμόρφωση των κατοίκων της περιοχής σε ένα ευρύτερο διατροφικό πρότυπο προαγωγής της υγείας, δηλαδή στη Μεσογειακή Διατροφή, αποτελεί και ένα πληρέστερο επεξηγηματικό μοντέλο για τις μελετώμενες επιδράσεις που καταγράφηκαν (LaVecchia, 2004).

Με αφετηρία αυτές τις παρατηρήσεις, μια πληθώρα διαφορετικών επιδημιολογικών μελετών εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στη Μεσογειακή Διατροφή και την επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο. Πλέον, φαίνεται πως υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα που μπορούν να υποστηρίξουν την εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας. Σύμφωνα με μια μετά-ανάλυση 21 προοπτικών ερευνών (N=1.368.736) και 12 ερευνών ασθενών-μαρτύρων (N=62.725), η Μεσογειακή Διατροφή συνδέεται όχι μόνο με προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης καρκίνου και της θνησιμότητας από επιμέρους τύπους νεοπλασιών (π.χ. στομάχου), κάτι που υποστηρίζεται και από την ανωτέρω έρευνα, αλλά με μια ευρύτερη προστατευτική επίδραση έναντι του συνολικού ρίσκου εμφάνισης νεοπλασιών και της συνολικής καρκινικής θνησιμότητας (Schwingshackl & Hoffmann, 2014).



Ένα άλλο νόσημα στην εμφάνιση του οποίου έχει επίδραση η Μεσογειακή Διατροφή είναι η νόσος του Alzheimer. Και σε αυτή την περίπτωση ως αφετηρία των σχετικών μελετών οφείλει να θεωρηθεί η διαπίστωση πως σε περιοχές με υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή (π.χ. Νότια Γαλλία) υπάρχει μια χαμηλότερη συχνότητα νευροεκφυλιστικών νοσημάτων (Panza et al., 2004). Στο πλαίσιο αυτό, μια σχετική συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που συμπεριέλαβε και ανέλυσε 12 μελέτες επιχείρησε να διερευνήσει το κατά πόσο η Μεσογειακή Διατροφή έχει πράγματι μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης της νόσου. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, οι 9 εκ των 12 ερευνών που αναλύθηκαν οδήγησαν στη διαπίστωση μιας προστατευτικής επίδρασης της Μεσογειακής Διατροφής έναντι της εμφάνισης της νόσου (Lourida et al., 2013). Μάλιστα, η Μεσογειακή Διατροφή έχει μια επιβραδυντική επίδραση στην πρόοδο από την ήπια γνωστική έκπτωση στα νευροεκφυλιστικά νοσήματα της τρίτης ηλικίας, οδηγώντας έτσι σε περισσότερα έτη απαλλαγμένα από ανικανότητα ακόμα και για τα άτομα στα οποία εν τέλει εμφανίζεται κάποια σχετική νόσος (Solfrizzi et al., 2011).

Τέλος, αξίζει αναφοράς πως η Μεσογειακή Διατροφή έχει μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης ψυχικών νοσημάτων. Έως τώρα έχουν καταγραφεί οι κάτωθι σχέσεις μεταξύ των επιπέδων συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή και των ψυχικών νοσημάτων:

1. Οι συναισθηματικές διαταραχές, με κυριότερη την κατάθλιψη, βασίζονται σε ανισορροπίες βιοχημικών δεικτών, όπως η έλλειψη βιταμίνης B¹² (Tiemeier et al., 2002). Καθώς στη Μεσογειακή Διατροφή υπάρχει μια υψηλή πρόσληψη B¹², χάρη στην υψηλή περιεκτικότητα των θαλασσινών, παρατηρείται μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης κατάθλιψης για όσους έχουν υψηλή συμμόρφωση (Sanchez-Villegas et al., 2006).
2. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), αφού παιδιά με υψηλό βαθμό συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή διακρίνονται από μειωμένο ρίσκο εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής (Ríos-Hernández et al., 2017). Μάλιστα, η Μεσογειακή Διατροφή προάγεται κατά τα τελευταία έτη ως μια συμπληρωματική μέθοδος που οφείλει να χρησιμοποιείται για την υποχώρηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Cagigal et al., 2019).



3. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, φαίνεται πως οι ασθενείς διακρίνονται από ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή, χωρίς ωστόσο να είναι σαφές αν αυτό παρατηρείται μετά την εμφάνιση της νόσου ή αν οι συγκεκριμένες διατροφικές επιλογές εμπλέκονται στον αιτιοπαθογενετικό μηχανισμό της νόσου (Dipasquale et al., 2013). Καθώς ωστόσο η χορήγηση ω-3 λιπαρών οξέων συνεπάγεται αποτελεσματικότερη διαχείριση της συμπτωματολογίας της νόσου, φαίνεται πως η Μεσογειακή Διατροφή οφείλει να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Joseph et al., 2017).
4. Ως προς τις αγχώδεις διαταραχές, οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται από χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή, κάτι που συνηγορεί υπέρ μιας επιβαρυντικής επίδρασης της απουσίας συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή στην αγχώδη συμπτωματολογία (Trovato et al., 2014).
5. Τέλος, παρ' ότι μέχρι στιγμής υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που να υποστηρίζουν αυτή την επίδραση, φαίνεται πως υπάρχει μια επιβαρυντική επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής (Lopresti & Jacka, 2015).

Συνολικότερα, οι επιδράσεις της Μεσογειακής Διατροφής οφείλουν να αποδοθούν σε ορισμένα βασικά της συστατικά, τα οποία έχουν μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης ενός μεγάλου φάσματος της ανθρώπινης νοσηρότητας, όπως υποστηρίζεται από ανεξάρτητες μεταξύ τους μελέτες (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Ως κυριότερο βασικό συστατικό οφείλει να θεωρηθεί το ελαιόλαδο, το οποίο αποτελείται από μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και είναι πλούσιο σε αντιοξειδωτικές ουσίες, οδηγώντας σε μείωση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης και σε αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης. Έτσι, η αυξημένη κατανάλωση μονοακόρεστων λιπαρών αντί των πολυακόρεστων καθιστά τις λιποπρωτεΐνες λιγότερο ευαίσθητες στην υπεροξειδωση και μειώνει τον κίνδυνο αρτηροσκλήρωσης. Επιπλέον, το ελαιόλαδο συμβάλλει στην έλεγχο της υπερτριγλυκεριδαιμίας, που σχετίζεται με το διαβήτη, δρώντας επίσης προστατευτικά έναντι της ανάπτυξης φλεμονώδους αντίδρασης. Έτσι, φαίνεται πως το ελαιόλαδο συνδέεται με ένα πλήθος από ευεργετικές επιδράσεις για την ανθρώπινη υγεία, επεξηγώντας σε μεγάλο βαθμό τα καταγεγραμμένα από



επιδημιολογικές μελέτες οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

3.5 Mediterranean DietScore

Μετά την ανάπτυξη της έννοιας της Μεσογειακής Διατροφής ήταν αναγκαία η ανάπτυξη κοινών εργαλείων μέτρησης που θα χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση των επιδράσεων αυτής αι για τη σύγκριση αποτελεσμάτων επιμέρους μελετών μεταξύ τους. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε το MedDietScore (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017). Το MedDietScore, στοχεύει στην εξακρίβωση του εάν τα άτομα έχουν υψηλή, μέτρια ή χαμηλή συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς. Αποτελείται από 11 κατηγορίες τροφίμων. Το συνολικό του σκορ έχει εύρος 0-20 (χαμηλή συμμόρφωση), 21-35 (μέτρια συμμόρφωση) και 36-55 (υψηλή συμμόρφωση) (Panagiotakos et al., 2007). Αξίζει αναφοράς πως το MedDietScore αναπτύχθηκε με βάση της διατροφική πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, όντας έτσι σε σύμπλευση με τις συνιστώμενες οδηγίες κατανάλωσης τροφών με βάση το συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

3.6 Αποτελέσματα ερευνών και σύγκριση χωρών με το MedDietScore

Μια κυρίαρχη πρόκληση για τις επιστήμες υγείας αφορά το συνδυασμό των μετρήσεων βιοχημικών δεικτών με αυτές ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Ο συνδυασμός αυτών των δύο δεικτών είναι καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να καταδεικνύεται η αξιοπιστία των αυτοαναφερόμενων μετρήσεων (Aschengrau & Seage, 2012). Στην περίπτωση του MedDietScore η αξιοπιστία των μετρήσεων καταδεικνύεται μέσω της ισχυρής συσχέτισης του σκορ αυτού με τα μη κορεσμένα λιπαρά οξέα, το λόγο των μη



κορεσμένων προς κορεσμένα λιπαρά οξέα, το δοκοσαεξανοϊκό οξύ και τα ω-3 λιπαρά οξέα. Αντίθετα, παρατηρείται μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο MedDietScore και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, τα κορεσμένα λιπαρά οξέα και τα συνολικά ω-6 λιπαρά οξέα (Panagiotakos et al., 2009). Παρομοίως, σε μια άλλη έρευνα με παρόμοια στόχευση διαπιστώθηκε πως οι τιμές της LDLχολιστερόλης ήταν χαμηλότερες για όσους είχαν υψηλές τιμές στο MedDietScore (Magriplis et al., 2019). Κατά συνέπεια, το MedDietScore φαίνεται να συνιστά ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή, αφού οι τιμές αυτού συσχετίζονται με τις βιοχημικές μετρήσεις που καταδεικνύουν την υψηλή συμμόρφωση.

Πέραν της συσχέτισης του MedDietScore με επιμέρους βιοχημικές μετρήσεις που είναι ενδεικτικές της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή, άλλες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση των τιμών του συγκεκριμένου εργαλείου με την παρουσία ή όχι χρόνιων νοσημάτων τα οποία θεωρείται ότι μπορούν να προληφθούν μέσω της Μεσογειακής Διατροφής. Ένα τέτοιο σχετικό νόσημα είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σε μια σχετική έρευνα στην Ελλάδα με δείγμα 234 ασθενείς και 250 υγιείς μάρτυρες εξετάστηκαν τα επίπεδα συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή, με στόχο τη διαπίστωση του κατά πόσο η συμμόρφωση επιδρά στην εμφάνιση ή όχι της νόσου. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι ασθενείς είχαν χαμηλότερες τιμές συμμόρφωσης εν σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, καταδεικνύοντας έτσι μια προστατευτική επίδραση της συμμόρφωσης, με βάση τις τιμές του MedDietScore, έναντι της εμφάνισης της νόσου (Λόγος Αναλογιών 0.87) (Kontou et al., 2011).

Σε μια άλλη μελέτη εξετάστηκε η επίδραση της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή στην πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκαν 1.514 άντρες και 1.528 γυναίκες της περιοχής της Αττικής. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν ως προς την κατάσταση της υγείας τους και τη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή το 2002 και εν συνεχεία επαναξιολογήθηκαν ως προς την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων μετά από μία δεκαετία. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι συμμετέχοντες με υψηλό βαθμό συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή είχαν και μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Panagiotakos et al., 2015).



Η χρήση του MedDietScore για τη μέτρηση της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή συναντάται και σε άλλες χώρες. Χαρακτηριστική είναι μια σχετική έρευνα στη Νότια Ιταλία στην οποία μελετήθηκε η σχέση των τιμών του MedDietScore με την παχυσαρκία, την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και την ύπαρξη υπέρτασης. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, τα άτομα με ιδιαίτερα υψηλή συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή είχαν και χαμηλότερη πιθανότητα για παχυσαρκία (Λόγος Αναλογιών 0.35), υπέρταση (Λόγος Αναλογιών 0.73) και σακχαρώδη διαβήτη (Λόγος Αναλογιών 0.43) (Grosso et al., 2014).

Συμπερασματικά, φαίνεται πως το MedDietScore συνιστά ένα εργαλείο μέτρησης συγκεκριμένα της συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή. Για την κατανόηση της σημασίας του MedDietScore και του ρόλου του στην επιδημιολογική και κλινική έρευνα είναι αναγκαία η επισκόπηση των μετρήσεων που χρησιμοποιούνταν προ της ανάπτυξης αυτού. Για παράδειγμα, στην ιδιαίτερα επιδραστική μελέτη του LaVecchia (2004) που αναφέρεται ανωτέρω, οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν ως προς την κατανάλωση των επιμέρους τροφών που συναποτελούν τη Μεσογειακή Διατροφή. Ως εκ τούτου, το MedDietScore οφείλει να θεωρηθεί ως μια μετάβαση της έρευνας στη μέτρηση της συνολικότερης υιοθέτησης των συμπεριφορών που συναποτελούν τη Μεσογειακή Διατροφή και όχι επιμέρους διατροφικών συμπεριφορών που μελετώνται υπό το πρίσμα διαφορετικών αλλά κοινών μεταξύ τους διατροφικών πρακτικών.



4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των περιοχών της έρευνας

Σε αυτή την ενότητα θα εξετάσουμε τόσο τους παράγοντες που συμβάλλουν στην υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής ως καθημερινή συνήθεια όσο και τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους, άμεσα ή έμμεσα, προκειμένου να επιλέξουν συγκεκριμένα είδη τροφίμων. Αρχικά, το σύνολο του πληθυσμού θα πρέπει να ταξινομηθεί σε υποκατηγορίες, λαμβάνοντας υπόψιν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την περιοχή διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο, το εργασιακό υπόβαθρο αλλά και το εισόδημα. Στη πραγματοποιηθείσα έρευνα, με το δείγμα να προσεγγίζει τα 485 άτομα, η οποία διεξήχθη στις περιοχές της Λευκωσίας, της Σητείας και της Σύρου, με διάρκεια τριών μηνών, πιο συγκεκριμένα τον Ιανουάριο, τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο του 2020, διαπιστώθηκαν ορισμένες πολύ σημαντικές ενδείξεις αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τις αντίστοιχες διατροφικές του συνήθειες.

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του Δήμου Σητείας και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων

Ο Δήμος Σητείας αποτελεί ένα δήμο της περιφέρειας της Κρήτης που προέκυψε βάσει συνένωσης των δήμων Σητείας, Ιτάνου και Λεύκης. Η έκταση είναι 633.222 τ.χλμ και ο πληθυσμός 19.029 κάτοικοι. Ο Δήμος Σητείας αποτελεί το δήμο που βρίσκεται στην ανατολικότερη περιοχή της Κρήτης στο νομό Λασιθίου. Στη Σητεία υπάρχουν πολλά αρχαιολογικά ευρήματα που καταδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο της περιοχής κατά την αρχαιοελληνική περίοδο, κάτι που διαπιστώνεται και από τη συνεχή αναφορά της περιοχής στην αρχαιοελληνική μυθολογία. Η Σητεία αποτέλεσε σημαντικό εμπορικό λιμάνι κατά την περίοδο του Βυζαντίου και εν συνεχεία κατά την Ενετική περίοδο. Η



Σητεία καταστράφηκε από σεισμό το 1.508 μ.χ., από επιδρομή πειρατών το 1.538 μ.χ., ενώ το 1651 μ.χ. οι Βενετοί κατέστρεψαν ολοκληρωτικά τη Σητεία για να μην την παραδώσουν στους Οθωμανούς. Η Σητεία ανοικοδομήθηκε προ της ένωσης της Κρήτης με την Ελλάδα, συγκεκριμένα το 1870.

Ιδιαίτερα διαφωτιστική ως προς τις διατροφικές συνήθειες των περιοχών του Δήμου Σητείας είναι μια σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους της περιοχής, καθώς και μιας ακόμα ορεινής περιοχής του Ηρακλείου. Όπως διαπιστώθηκε μέσα από την παρούσα έρευνα, σε γενικές γραμμές οι υπερήλικες των περιοχών αυτών ήταν αρκετά προσηλωμένοι στα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Ωστόσο, στην περίπτωση των ορεινών περιοχών του Ηρακλείου καταγράφηκε μια μεγαλύτερη προσήλωση στα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής εν σχέση με το Δήμο Σητείας, όπου παρατηρήθηκε μια μικρότερη προσήλωση στα διατροφικά πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής (Πανουργιά και Λερατάκη, 2017).

4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Λευκωσίας και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων

Η Λευκωσία αποτελεί την πρωτεύουσα της Κυπριακής Δημοκρατίας. Είναι χτισμένη στον Πεδιαίο ποταμό και σε αυτή ζουν 55.014, με 330.000 άτομα να κατοικούν στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή. Η Λευκωσία προέβαλε σημαντική αντίσταση κατά την εισβολή του 1974 με αποτέλεσμα την αποτυχία ολοκληρωτικής κατάληψης της πόλης από τους Τούρκους. Το βόρειο μέρος της Λευκωσίας βρίσκεται υπό τουρκική κατοχή μετά τη στρατιωτική εισβολή με αποτέλεσμα η Λευκωσία να είναι μοιρασμένη μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και του ψευδοκράτους. Ο διαχωρισμός των δύο τμημάτων πραγματοποιείται μέσω της λεγόμενης «Πράσινης Γραμμής», όπου και εδρεύουν οι δυνάμεις του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Κατά το παρελθόν η Λευκωσία βρέθηκε υπό την κατοχή των Φράγκων, των Ενετών, των Τούρκων και των Άγγλων. Η Λευκωσία διακρίνεται από ιδιαίτερα υψηλό βιοτικό επίπεδο και υπάρχει έντονη οικονομική δραστηριότητα στην πόλη, ιδίως ως προς τον τριτογενή τομέα της οικονομίας. Στην πόλη λειτουργούν συνολικά πέντε πανεπιστήμια.



Επί του παρόντος, ελάχιστες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση των διατροφικών συμπεριφορών των κατοίκων της Λευκωσίας. Για παράδειγμα, σε μια σχετική συγκριτική μελέτη κατοίκων της Λευκωσίας και του Λίβανου συγκρίθηκε το κατά πόσο η διατροφική τους συμπεριφορά επηρεάζεται από τις υφιστάμενες νόρμες σχετικά με την εικόνα σώματος, όπου διαπιστώθηκε λιγότερη έντονη επίδραση στους κατοίκους της Λευκωσίας εν σχέση με τους συμμετέχοντες από το Λίβανο (Zeeni et al., 2013).

Ως προς τη Μεσογειακή διατροφή, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες μελέτες που να έχουν επικεντρωθεί στις διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων της Λευκωσίας, παρά ευρύτερες έρευνες που έχουν εξετάσει τις διατροφικές συμπεριφορές κατοίκων της Λευκωσίας από κοινού με συμμετέχοντες από την υπόλοιπη Κύπρο. Σε αυτή την κατηγορία μπορεί να ενταχθεί μια έρευνα 1.140 παιδιών, στην οποία χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης των επιπέδων συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα, η συμμόρφωση ήταν ιδιαίτερα χαμηλή και μόλις ένα 6.7% του συνολικού δείγματος είχε υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης (Lazarou et al., 2009).

4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Σύρου και διατροφικές συμπεριφορές των κατοίκων

Η Σύρος αποτελεί ένα νησί των Κυκλάδων που έχει έκταση 84.069 τ.χλμ. Ο συνολικός πληθυσμός του νησιού είναι 21.390 άτομα, με πυκνότητα 254 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Από ιστορικής απόψεως, η Σύρος κατοικείται ήδη από την 3^η χιλιετία π.χ. Το βόρειο μέρος του νησιού είναι ορεινό και ιδιαίτερα αραιοκατοικημένο. Το νότιο μέρος είναι πεδινό και στο σημείο αυτό βρίσκονται τα περισσότερα χωριά. Το μέρος αυτό είναι μάλιστα ιδιαίτερα ανεπτυγμένο τουριστικά. Η Ερμούπολη, πρωτεύουσα του νησιού, βρίσκεται στο ανατολικό τμήμα του. Μετά την επανάσταση του 1821 η Σύρος κατοικήθηκε από πρόσφυγες από τα Ψαρά, τη Χίο, την Κρήτη και τη Μικρά Ασία.



Ιδιαίτερα διαφωτιστική ως προς τις διατροφικές συμπεριφορές και τους σχετικούς δείκτες υγείας των κατοίκων της Σύρου είναι μια σχετική ανάλυση της μελέτης MEDIS, στην οποία συγκρίθηκαν δεδομένα κατοίκων της Σύρου με αυτά κατοίκων άλλων νησιών του Αιγαίου. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των δεδομένων, η συχνότητα της υπέρτασης είναι 49% στη Σύρο, ενώ η μέση συχνότητα υπέρτασης για τα νησιά του Αιγίου κυμαίνεται στο 64%. Στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη, η μέση συχνότητα για τους κατοίκους του Αιγαίου είναι 26%, ενώ συγκεκριμένα για τους κατοίκους της Σύρου 27%. Ως προς την υπερχοληστερολαιμία, η σχετική συχνότητα είναι 49% για τα νησιά του Αιγαίου και μόλις 27% για τους κατοίκους της Σύρου. Με βάση τα ανωτέρω, θα μπορούσε να αναμένεται πως οι κάτοικοι της Σύρου έχουν εντονότερη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή και ως εκ τούτου διακρίνονται από λιγότερο συχνή υπερχοληστερολαιμία και υπέρταση. Ωστόσο, η συχνότητα έστω ήπιας συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή για τους κατοίκους της Σύρου διαπιστώθηκε πως είναι 43%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό είναι 55% για τα νησιά του Αιγαίου (Τυροβολάς και συν., 2010). Ως εκ τούτου, φαίνεται πως ο βαθμός συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή είναι χαμηλότερος για τους κατοίκους της Σύρου, κάτι που συνιστά ένα παράδοξο εύρημα σε αντιπαράβολή με τους καλύτερους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας που τους διακρίνουν.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Ερευνητικό μέρος

5.1. Σκοπός Έρευνας

Ο σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές των ανθρώπων και κατά πόσο υπάρχει συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

5.2. Υλικό, Μέθοδος και Πειραματικό Μέρος (ερευνητική διαδικασία)

Για να μπορέσουμε να πραγματοποιήσουμε αυτήν την έρευνα χρησιμοποιήσαμε αρχικά ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο το οποίο μας δίνει στοιχεία για το κάθε ένα άτομο ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα τα στοιχεία αυτά είναι το φύλο του κάθε ατόμου, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος), την οικογενειακή του κατάσταση, το πόσα άτομα υπάρχουν στην οικογένεια, εάν υπάρχουν παιδιά σε ηλικία μέχρι των 18 ετών, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατάσταση εργασίας, το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού.

Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο FCQ (ερωτηματολόγιο συχνότητας) 36 ερωτήσεων κλίμακας 7 σημείων.

Τέλος το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων βασισμένο στην μεσογειακή διατροφή, το λεγόμενο MedDietScore.

Έπειτα καθορίσαμε το δείγμα μας το οποίο ήταν από τρεις διαφορετικές περιοχές πιο συγκεκριμένα την περιοχή της Λευκωσίας, την περιοχή της Σητείας και την περιοχή της



Σύρου. Τα άτομα τα οποία επιλέξαμε ήταν άνω των 18ετών, ανήκαν στον υγιή πληθυσμό και δεν ήταν αθλητές (τυχαίο δείγμα).

Τα δεδομένα μας συλλέχθηκαν κατά την διάρκεια του Ιανουαρίου, του Φεβρουαρίου και του Μαρτίου εν έτη 2020.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή. Συλλέχθηκαν λοιπόν με αυτόν τον τρόπο τα ερωτηματολόγια από την κάθε περιοχή. Πιο συγκεκριμένα συλλέξαμε 485 ερωτηματολόγια στο σύνολο, 161 από Λευκωσία, 168 από Σητεία και 156 από Σύρο.

Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17,0 για να αναλύσουμε τα στοιχεία μας, όπως θα δούμε παρακάτω πολύ πιο αναλυτικά.

5.3. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο της παρούσης εργασίας εξετάζει το κατά πόσο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, έχουν υιοθετήσει την μεσογειακή διατροφή και τα κριτήρια επιλογή τροφίμων. Δημιουργήθηκε με σκοπό να έχει πληρότητα, όσο αυτό είναι δυνατό, και για το λόγο αυτό ενσωματώνει μια πληθώρα χαρακτηριστικών στοιχείων για να αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα με αντικειμενικότητα και εμπεριέχει ένα σύνολο χαρακτηριστικών, που καλύπτει αρκετές παραμέτρους.

Το δείγμα στο σύνολο του άνηκε τόσο σε αστικά περιβάλλοντα όσο και στην επαρχία. Δομικά, το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες.

Η πρώτη, εξετάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν σε αυτή, όπως είναι η περιοχή διαμονής, το φύλο, η ηλικία, το βάρος και το ύψος, το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος), την οικογενειακή κατάσταση, άτομα στην οικογένεια, παιδιά στην οικογένεια, επίπεδο εκπαίδευσης, κατάσταση εργασίας και μηνιαίος μισθός νοικοκυριού.

Η δεύτερη με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου επιλογής τροφίμων FCQ εξετάζει τον τρόπο που επιλέγει ένα άτομο τα τρόφιμα που καταναλώνει καθημερινά. Περιέχει 36 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν χαρακτηριστικά αναζήτησης, εμπειρίας και πίστης



που σχετίζονται με εγγενή και εξωγενή χαρακτηριστικά τροφίμων που παρακινούν τους καταναλωτές να κάνουν γενικές επιλογές τροφίμων (Panagiotakos et al., 2007). Οι ερωτηθέντες θα βαθμολογήσουν κάθε FCQ-στοιχείο (ερώτηση) για τις διατροφικές επιλογές τους, στην ερώτηση: << Είναι σημαντικό για εσένα τα τρόφιμα που καταναλώνεις σε μία τυπική ημέρα να είναι...>>, με μια 7-σημείων διπολική κλίμακα τύπου Likert με σημεία ως εξής: 1 = «εντελώς ασήμαντο», 2 = «ασήμαντο», 3 = «ελαφρώς ασήμαντο», 4 = «Ούτε ασήμαντο ούτε σημαντικό», 5 = «ελαφρώς σημαντικό», 6 = «σημαντικό», 7 = «πολύ σημαντικό». Το FCQ περιλαμβάνει εννέα παράγοντες, που περιέχουν τρία έως έξι στοιχεία: 1. «υγεία» (2,5,10,23,29,30) 2. «διάθεση» (16,34,26,24,13,31,) 3. «ευκολία» (1,15,28,35,11), 4. «Ελκυστικότητα» (14,25,18,4), 5. «σύσταση τρόφιμου» (7,22,27,9), 6 «κόστος» (6,36,12) 7. «έλεγχος βάρους» (3,17) 8. «οικειότητα» (33,8,21) και 9. «ηθικό παράγοντα» (20,32,19). (Panagiotakos et al., 2007). Αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μια διπολική κλίμακα 7 σημείων αντί για την αρχική μονοπολική 4-σημείων για δύο λόγους: πρώτον, να αυξηθεί ο αριθμός των επιλογών απόκρισης μέσα στα στοιχεία (δηλ. από 1 έως 7) και με τον τρόπο αυτό, τις δυνατότητες αύξησης της μεταβλητότητας της κλίμακας μέτρησης, (DeVellis, 1991) και δεύτερον, να ληφθεί υπόψη ενός κεντρικού ουδέτερου σημείου ως μέσο αποφυγής μιας αναγκαστικής προτίμησης εκ μέρους των ατόμων (DeVellis, 1991). Η επιλογή των τροφίμων είναι μια διαδικασία γνωστή για την πολυπλοκότητά της και, ως τέτοια, φυσικά απαιτεί σημαντικό αριθμό επιλογών απόκρισης που επιτρέπουν στους ερωτηθέντες μεγαλύτερο περιθώριο για να περιγράψουν το επίπεδο γνώμης τους.

Η τρίτη αφορά ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων βασισμένο στην μεσογειακή διατροφή το λεγόμενο MedDietScore. Έχουν επιλεγθεί εννέα κατηγορίες τροφίμων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα μη-ραφιναρισμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως δημητριακά και ζυμαρικά, μαύρο ρύζι, κ.τ.λ.), τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, οι πατάτες, τα ψάρια, το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, τα πουλερικά, τα πλήρη σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (όπως τυρί, γιαούρτι και γάλα), όπως επίσης το ελαιόλαδο και τα αλκοολούχα ποτά. Προσδιορίζει τη συχνότητα κατανάλωσης κάθε ομάδας τροφίμου η οποία ποσοτικά ορίζεται ως μερίδα ανά εβδομάδα, με εξαίρεση τα αλκοολούχα ποτά που η συχνότητα κατανάλωσης τους καθορίζεται ανά ημέρα. Το σκορ για κάθε ομάδα τροφίμων κυμαίνεται από 0 έως 5 ή αντίστροφα, γεγονός το οποίο



επηρεάζεται από τη θέση των τροφίμων στη μεσογειακή πυραμίδα. Αναλυτικότερα, για τα τρόφιμα τα οποία η κατανάλωσή τους συστήνεται σε καθημερινή βάση ή περισσότερες από 3 μερίδες την εβδομάδα (μη-ραφινάρισμα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρια και πατάτες), ορίστηκε το σκορ 0 όταν δεν καταναλώνονται καθόλου και το σκορ 1 έως 5 για τη σπάνια έως την καθημερινή κατανάλωση αντίστοιχα. Αντίθετα, στα τρόφιμα τα οποία η κατανάλωσή τους συστήνεται σπανιότερα ή και μηνιαία (το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, τα πουλερικά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα πλήρη σε λιπαρά), το σκορ κυμαίνεται σε μια αντίστροφη κλίμακα από το 5 ως το 0. Δηλαδή, το 5 δείχνει ότι υπάρχει πολύ σπάνια έως μηδενική κατανάλωση της συγκεκριμένης ομάδας τροφίμων και το 0 ότι υπάρχει σχεδόν καθημερινή κατανάλωση. Τέλος, το σκορ για το αλκοόλ κυμαίνεται από το 5 για την κατανάλωση 700 ml ανά ημέρα και το σκορ από 1 ως 4 για την κατανάλωση 600–700, 500–600, 400–500 και 300–400 ml ανά ημέρα αντίστοιχα (στα 100 ml συμπεριλαμβάνονται 12g συγκέντρωση αιθανόλης) (Panagiotakos et al., 2007). Πρέπει να αναφερθεί ότι αλκοολούχα ποτά σαν το κρασί έχουν τη συγκεκριμένη συγκέντρωση αιθανόλης (12%). Το συνολικό σκορ μπορεί να κυμαίνεται από το 0 έως το 55 και υψηλότερες τιμές του δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή.

Η επιλογή των τοποθεσιών που έγινε η δειγματοληψία έγινε με σκοπό να καλύψει όσο περισσότερο γίνεται το κοινωνικό-οικονομικό φάσμα, και με σκοπό η έρευνα να δείξει το κατά πόσο τα άτομα που συμμετείχαν σε αυτή έχουν υιοθετήσει την μεσογειακή διατροφή, ανεξαρτήτως αν ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο κοινωνικό ή δημογραφικό πλαίσιο.

5.4. Ανάλυση Δεδομένων

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows), ενώ οι διαφορές των μεταβλητών ανάμεσα στα δύο φύλα, αλλά και μεταξύ των ομάδων σύγκρισης βάσει των διατροφικών προσόντων μελετήθηκαν με τη χρήση του παραμετρικού Independent-Samples T test ή μη παραμετρικού Mann Whitney U, όπως και του Chi-square test for



association σε περίπτωση κατηγορικών μεταβλητών. Επίσης, για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν και δείκτες συσχέτισης Pearson και Spearman.



6. Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα μας χωρίζεται με βάση τριών διαφορετικών περιοχών με ποσοστό 33,2% για την περιοχή της Λευκωσίας, 34,6% για την περιοχή της Σητείας και 32,2% για την περιοχή της Σύρου, δηλαδή 161 άτομα από Λευκωσία, 168 άτομα από Σητεία και 156 από Σύρο, δηλαδή 485 άτομα στο σύνολο.

Στον Πίνακα 6-1 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Από τους 485 συμμετέχοντες το 58,4% είναι γυναίκες και το 41,6% είναι άνδρες. Τα αποτελέσματα για την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος έδειξαν ότι οι άνδρες 8,24% είναι παντρεμένοι και οι γυναίκες 14,8% αντίστοιχα, η πλειοψηφία έδειξε το 24,7% των ανδρών είναι ελεύθεροι και οι γυναίκες 32,3% αντίστοιχα, το 2,26% είναι διαζευγμένοι-χήροι για άνδρες και 2,06% για γυναίκες και το 6,39% των ανδρών μένει με σύντροφο και το 9,07% των γυναικών αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα σχετικά με τον αριθμό των ατόμων στην οικογένεια έδειξαν ότι το 8,04% των ανδρών και το 6,39% των γυναικών ανήκει στην κατηγορία ένα άτομο στην οικογένεια, το 5,36% των ανδρών και 7,42% των γυναικών ανήκει στην κατηγορία δύο ατόμων στην οικογένεια, το 7,83% των ανδρών και το 11,1% των γυναικών ανήκει στην κατηγορία τριών ατόμων στην οικογένεια, το 15,6% των ανδρών και το 21% των γυναικών ανήκει στην κατηγορία τεσσάρων ατόμων στην οικογένεια ενώ το 4,32% των ανδρών και το 12,3% των γυναικών ανήκει στην κατηγορία άνω των τεσσάρων ατόμων στην οικογένεια. Τα αποτελέσματα σχετικά την ηλικία των παιδιών στην οικογένεια έδειξαν ότι η πλειοψηφία του δείγματος ανδρών 31,3% και γυναικών 43,7% δεν έχουν παιδιά, το 1,44% των ανδρών και 3,09% των γυναικών έχουν παιδιά σε ηλικία 1-2 ετών, το 2,47% των ανδρών και 2,68% των γυναικών έχουν παιδιά σε ηλικία 3-8 ετών, το 1,64% των ανδρών και 1,64% των γυναικών έχουν παιδιά σε ηλικία 9-12 ετών ενώ το 3,71% των ανδρών και 6,39% των γυναικών έχουν παιδιά σε ηλικία 13-17 ετών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 3,09%



των ανδρών και 3,09% των γυναικών ανήκει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 8,24% των ανδρών και το 15,25% των γυναικών ανήκει στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό 30,3% των ανδρών και το 40% των γυναικών ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (Σχήμα 6-1).

Εν συνεχεία, από τα αποτελέσματα σχετικά με την εργασία, προέκυψε, ότι το 23,5% των ανδρών και 30,1% των γυναικών δηλώνει πλήρης απασχόληση, το 8,65% των ανδρών και 12,37% των γυναικών δηλώνει μερική απασχόληση, το 3,91% των γυναικών ασχολείται με οικιακά, το 1,64% των ανδρών και 1,03% των γυναικών είναι συνταξιούχοι ενώ το 0,82% των ανδρών και το 2,88% των γυναικών ασχολείται με κάτι άλλο.

Τέλος τα αποτελέσματα από το μηνιαίο εισόδημα έδειξαν ότι το 14,0% των ανδρών και το 25,7% των γυναικών έχει μηνιαίο εισόδημα χαμηλότερο από 1000€, το 12,1% των ανδρών και 12,1% των γυναικών έχει μηνιαίο εισόδημα 1000-1500€, το 5,56% των ανδρών και το 4,94% των γυναικών αγγίζει το εισόδημα των 1500-2000€, το 4,94% των ανδρών και το 5,15% των γυναικών έχει μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο των 2000€ ενώ το 4,94% των ανδρών και το 10,3% των γυναικών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν.

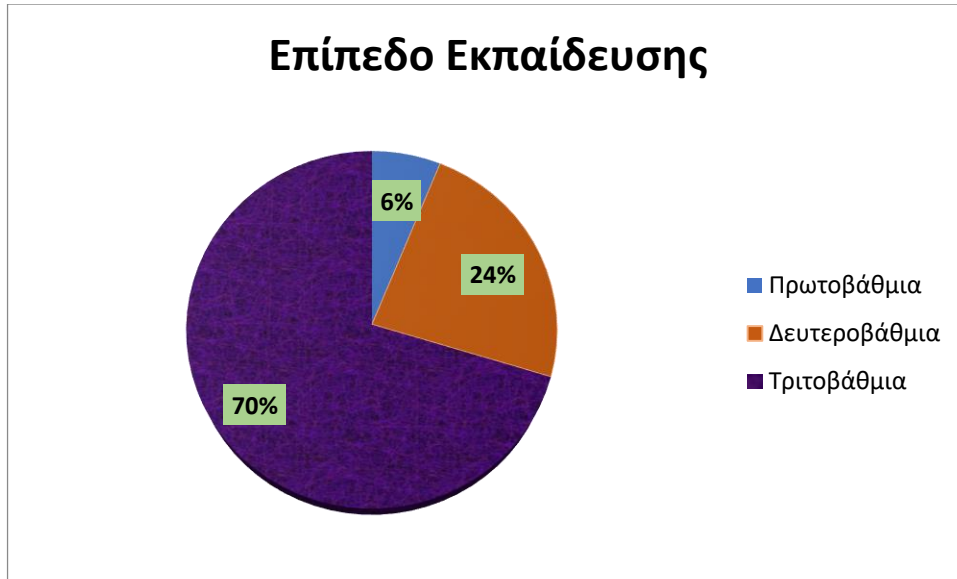


Πίνακας 6-1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

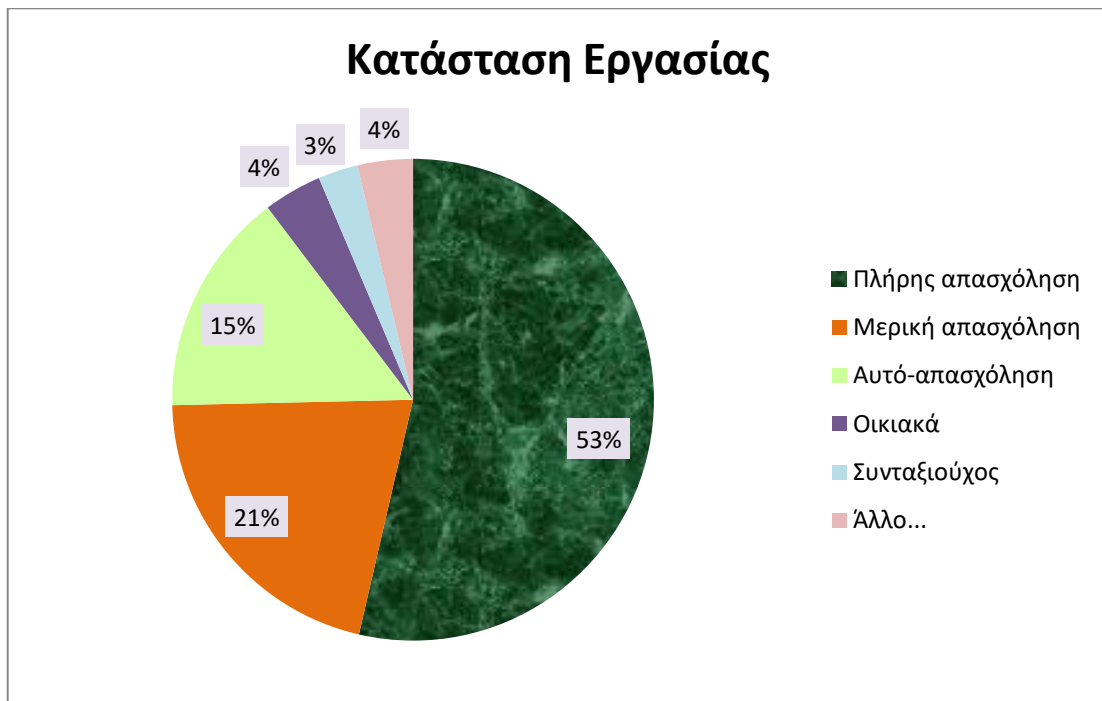
ΦΥΛΟ	ΛΕΥΚΩΣΙΑ		ΣΗΤΕΙΑ		ΣΥΡΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
	57 (35,4%)	104 (64,6%)	78 (46,4%)	90 (53,6%)	67 (42,9%)	89 (57,1%)	202 (41,6%)	283 (58,4%)
Total	161		168		156		485	
ΗΛΙΚΙΑ								
<25	21 (36,8%)	44 (42,3%)	26 (33,3%)	45 (50,0%)	23 (34,3%)	35 (39,3%)	70 (14,4%)	124 (25,6%)
26-35	18 (31,6%)	30 (28,8%)	35 (44,9%)	29 (32,2%)	23 (34,3%)	24 (27,0%)	76 (15,6%)	83 (17,1%)
36-45	9 (15,8%)	13 (12,5%)	10 (12,8%)	9 (10,0%)	13 (19,4%)	17 (19,1%)	32 (6,59%)	39 (8,04%)
46-55	5 (8,8%)	11 (10,6%)	6 (7,7%)	6 (6,7%)	6 (9,0%)	6 (9,0%)	17 (3,50%)	27 (5,56%)
>=56	4 (7,0%)	6 (5,8%)	1 (1,3%)	1 (1,1%)	2 (3,0%)	2 (3,0%)	7 (1,44%)	10 (2,06%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ								
Παντρεμένος/-η	15 (26,3%)	29 (27,9%)	6 (7,7%)	17 (18,9%)	19 (28,4%)	26 (29,2%)	40 (8,24%)	72 (14,8%)
Ελεύθερος/-η	26 (45,6%)	51 (49,0%)	56 (71,8%)	60 (66,7%)	38 (56,7%)	46 (51,7%)	120 (24,7%)	157 (32,3%)
Διαζευγμένος/-η	4 (7,0%)	7 (6,7%)	3 (3,8%)	2 (2,2%)	4 (6,0%)	1 (1,1%)	11 (2,26%)	10 (2,06%)
Μένω με σύντροφο	12 (21,1%)	17 (16,3%)	13 (16,7%)	11 (12,2%)	6 (9,0%)	16 (18,0%)	32 (6,39%)	44 (9,07%)
ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ								
1	8 (14,0%)	8 (7,7%)	24 (30,8%)	19 (21,1%)	7 (10,4%)	4 (4,5%)	39 (8,04%)	31 (6,39%)
2	8 (14,0%)	17 (16,3%)	14 (17,9%)	16 (17,8%)	4 (6,0%)	3 (3,4%)	26 (5,36%)	36 (7,42%)
3	19 (33,3%)	22 (21,2%)	9 (11,5%)	14 (15,6%)	10 (14,9%)	18 (20,2%)	38 (7,83%)	54 (11,1%)
4	14 (24,6%)	35 (33,7%)	21 (26,9%)	21 (23,3%)	41 (61,2%)	46 (51,7%)	76 (15,6%)	102 (21,0%)
>4	8 (14,0%)	22 (21,2%)	8 (10,3%)	20 (22,2%)	5 (7,5%)	18 (20,2%)	21 (4,32%)	60 (12,3%)
ΠΑΙΔΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ								
Όχι	41 (71,9%)	73 (70,2%)	68 (87,2%)	79 (87,8%)	43 (64,2%)	60 (67,4%)	152 (31,3%)	212 (43,7%)
1-2 ετών	2 (3,5%)	4 (3,8%)	-	5 (5,6%)	5 (7,5%)	6 (6,7%)	7 (1,44%)	15 (3,09%)



3-8 ετών	4 (7,0%)	9 (8,7%)	2 (2,6%)	1 (1,1%)	6 (9,0%)	3 (3,4%)	12 (2,47%)	13 (2,68%)
9-12 ετών	3 (5,3%)	3 (2,9%)	1 (1,3%)	-	4 (6,0%)	5 (5,6%)	8 (1,64%)	8 (1,64%)
13-17 ετών	7 (12,3%)	11 (10,6%)	4 (5,1%)	5 (5,6%)	7 (10,4%)	15 (16,9%)	18 (3,71%)	31 (6,39%)
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ								
Πρωτοβάθμια	5 (8,8%)	6 (5,8%)	7 (9,0%)	3 (3,3%)	3 (4,5%)	6 (6,7%)	15 (3,09%)	15 (3,09%)
Δευτεροβάθμια	5 (8,8%)	15 (14,45%)	18 (23,1%)	23 (25,6%)	17 (25,4%)	36 (40,4%)	40 (8,24%)	74 (15,25%)
Τριτοβάθμια	47 (82,5%)	83 (79,8%)	53 (67,9%)	64 (71,1%)	47 (70,1%)	47 (52,8%)	147 (30,3%)	194 (40,0%)
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ								
Πλήρης απασχόληση	42 (73,7%)	73 (70,2%)	43 (55,1%)	34 (37,8%)	29 (43,3%)	39 (43,8%)	114 (23,5%)	146 (30,1%)
Μερική απασχόληση	6 (10,5%)	13 (12,5%)	20 (25,6%)	26 (28,9%)	16 (23,9%)	21 (23,6%)	42 (8,65%)	60 (12,37%)
Αυτό-απασχόληση	7 (12,3%)	11 (10,6%)	11 (14,1%)	16 (17,8%)	16 (23,9%)	12 (13,5%)	34 (7,01%)	39 (8,04%)
Οικιακά	-	1 (1,0%)	-	8 (8,9%)	-	10 (11,2%)	-	19 (3,91%)
Συνταξιούχος	1 (1,8%)	3 (2,9%)	3 (3,8%)	-	4 (6,0%)	2 (2,2%)	8 (1,64%)	5 (1,03%)
Άλλο...	1 (1,8%)	3 (2,9%)	1 (1,8%)	6 (6,7%)	2 (3,0%)	5 (5,6%)	4 (0,82%)	14 (2,88%)
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ								
<1000	14 (24,6%)	28 (26,9%)	32 (41,0%)	51 (56,7%)	22 (32,8%)	46 (51,7%)	68 (14,0%)	125 (25,7%)
1000-1500	16 (18,1%)	30 (28,8%)	19 (24,4%)	8 (8,9%)	24 (35,8%)	21 (23,6%)	59 (12,1%)	59 (12,1%)
1500-2000	14 (24,6%)	14 (13,5%)	7 (9,0%)	9 (10,0%)	6 (9,0%)	1 (1,1%)	27 (5,56%)	24 (4,94%)
>2000	8 (14,0%)	22 (21,2%)	9 (11,5%)	3 (3,3%)	7 (10,4%)	-	24 (4,94%)	25 (5,15%)
Δεν γνωρίζω-καμία απάντηση	5 (8,8%)	10 (9,6%)	11 (14,1%)	19 (21,1%)	8 (11,9%)	21 (23,6%)	24 (4,94%)	50 (10,3%)



Γράφημα 6-1 Επίπεδο Εκπαίδευσης



Γράφημα 6-2 Κατάσταση Εργασίας

Ο μέσος όρος ΔΜΣ του συνολικού δείγματος είναι 24,31 kg/m² (φυσιολογικό). Πιο συγκεκριμένα όπως φαίνεται στο Πίνακα 6-2 για την Λευκωσία είναι 24,12kg/m² (φυσιολογικό), για την Σητεία είναι 24,85 kg/m² (φυσιολογικό) και τέλος για την Σύρο είναι 23,91 kg/m² (φυσιολογικό). Ως προς το ποσοστό όπως φαίνεται στο παρακάτω Σχήμα 6-3 το 60,34% του δείγματος ήταν φυσιολογικοί, το 27,32% είναι υπέρβαροι, το 9,5% είναι παχύσαρκοι και το 2,9% ελλιποβαρείς.



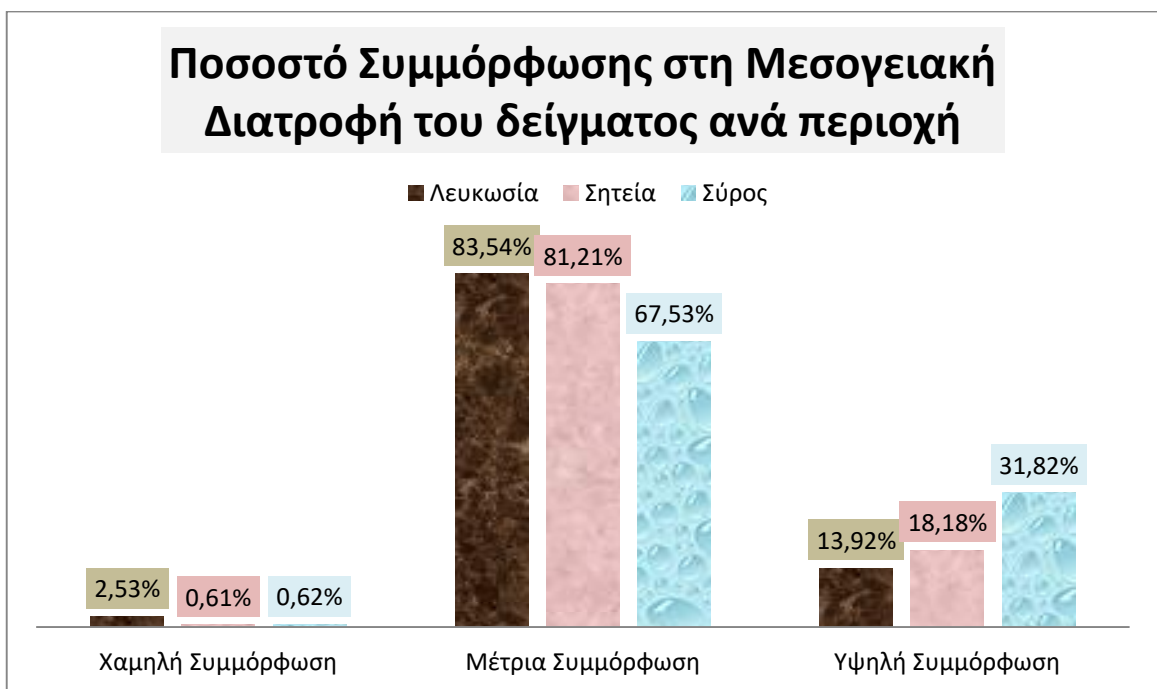
Γράφημα 6-3 Ποσοστό ΔΜΣ

Πίνακας 6-2 Μέσος Όρος ΔΜΣ Ανάλογα με τον Τόπο Διαμονής

Περιοχή	ΔΜΣ
Λευκωσία	24,12kg/m ²
Σητεία	24,85kg/m ²
Σύρος	23,91kg/m ²
Σύνολο	24,31kg/m ²

6.2. Αποτελέσματα Υιοθέτησης Μεσογειακής Διατροφής

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν την συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή. Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων βάσει του SCORE (Σχήμα 6-4), στα 485 άτομα διαπιστώθηκε ότι στη Λευκωσία το 2,53% έχει χαμηλή συμμόρφωση, το 83,54% έχει μέτρια συμμόρφωση και το 13,92% έχει υψηλή συμμόρφωση. Για την Σητεία διαπιστώθηκε ότι το 0,61% έχει χαμηλή συμμόρφωση, το 81,21% έχει μέτρια συμμόρφωση και το 13,92% έχει υψηλή συμμόρφωση. Τέλος για τη Σύρο διαπιστώθηκε ότι το 0,62% έχει χαμηλή συμμόρφωση, το 67,53% έχει μέτρια συμμόρφωση και το 31,82% έχει υψηλή συμμόρφωση.



Γράφημα 6-4 Αποτελέσματα Συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή



Στον Πίνακα 6-3 δίνονται τα αποτελέσματα (μέσος όρος) του Mediterranean Diet Score. Ο μέσος όρος του συνολικού δείγματος βάσει τύπου διαμονής βρέθηκε να είναι 31,73.

Πιο συγκεκριμένα ανά περιοχή, η Λευκωσία έχει συνολικό μέσο όρο 30,79, η Σητεία 31,36 και η Σύρος 33,08. Καθώς για το φύλο ο μέσος όρος του συνολικού δείγματος βρέθηκε να είναι 31,73 με τυπική απόκλιση 5,717. Οι άνδρες είχαν 32,57 και οι γυναίκες είχαν 31,12.

Πίνακας 6-3 Μέσος Όρος MedDietScore

Τύπος Διαμονής	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Λευκωσία	158	30,79	5,401
Σητεία	156	31,36	5,696
Σύρος	154	33,08	5,836
Σύνολο	477	31,73	5,717
Φύλο			
Άνδρας	200	32,57	5,787
Γυναίκα	277	31,12	5,597
Σύνολο	477	31,73	5,717

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων MedDietScore με τις επιλογές του δείγματος κατά πλειοψηφία έδειξαν τα εξής αποτελέσματα όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6-4:

- Χρήση ελαιόλαδου σε καθημερινή βάση: 50,93% του δείγματος από την περιοχή της Λευκωσίας, 71,43% από Σητεία και 70,51% από Σύρο.
- Κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών ολικής αλέσεως: 1-6 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 52,80% από Λευκωσία, το 48,21% από Σητεία και το 35,26% από Σύρο.
- Πατάτες: 1-4 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 59,63% του δείγματος από Λευκωσία, το 70,66% από Σητεία και το 50% από Σύρο.
- Φρούτα και Χυμούς: 5-8 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωσε το 39,75% του δείγματος από Λευκωσία και το 26,45% από Σύρο, ενώ το 32,74% του δείγματος από Σητεία κατανάλωσε 1-4 μερίδες/εβδομάδα.



- Λαχανικά και Σαλάτες: 1-6μερίδες/εβδομάδα κατανάλωσε το 34,78% από Λευκωσία και 34,13% από Σητεία ενώ το 42,31% από Σύρο κατανάλωσε 7-12 μερίδες/εβδομάδα.
- Όσπρια: 1-2μερίδες/εβδομάδα κατανάλωσε το 46,25% από Λευκωσία, το 47,31% από Σητεία και το 44,87% από Σύρο.
- Ψάρι και σούπες: 1-2 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 69,56% από Λευκωσία, το 79,76% από Σητεία και το 68,59% από Σύρο.
- Κόκκινο κρέας και προϊόντα του: 2-3 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 37,89% από Λευκωσία, το 45,24% από Σητεία και το 37,18% από Σύρο.
- Πουλερικά: ≤ 3 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 28,75% από Λευκωσία, το 42,51% από Σητεία και το 35,26% από Σύρο.
- Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα: ≤ 10 μερίδες/εβδομάδα κατανάλωνε το 53,13% από Λευκωσία, το 42,26% από Σητεία και το 54,19% από Σύρο.
- Αλκοολούχα ποτά/ημέρα, 100ml ποτού=12gr αιθανόλης: < 300 ml/ημέρα κατανάλωνε το 34,16% από Λευκωσία, το 51,79% από Σητεία και το 26,28% από Σύρο.

Σύμφωνα με την μεσογειακή πυραμίδα, η οποία προσδιόρισε την συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων ημερησίως, παρατηρούμε με βάση τα αποτελέσματα του δείγματος ότι ενώ υπήρχε σωστή κατανάλωση πουλερικών, πλήρης γαλακτοκομικών, πατάτας, και ελαιολάδου υπήρχε ελαφρώς αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος 2-3/εβδομάδα (4 μικρομερίδες/εβδομάδα) και μειωμένη κατανάλωση στα επεξεργασμένα δημητριακά 1-6/εβδομάδα (8 μικρομερίδες/ημέρα), φρούτα (3 μικρομερίδες/ημέρα), όσπρια 1-2/εβδομάδα (3-4 μερίδες/εβδομάδα), λαχανικά 1-6/εβδομάδα (6 μικρομερίδες/ημέρα) και ψάρι 1-2/εβδομάδα (5-6 μικρομερίδες/εβδομάδα).

*Η μικρομερίδα αντιστοιχεί στο μισό της μερίδας που καθορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις.

Βάση αυτής της ανάλυσης επιβεβαιώνεται και η μέτρια συμμόρφωση του δείγματος στην μεσογειακή διατροφή.



Πίνακας 6-4 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Ερωτήσεις του MedDietScore ανά περιοχή

<u>Πόσο συχνά καταναλώσατε</u>	<u>Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδα/εβδομάδα ή καθορισμένα)</u>						
		Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>36
Προϊόντα ολικής αλέσεως(ψωμί,ρύζι,μακαρόνια)	Λευκωσία	14,91%	52,80%	19,88%	7,45%	3,72%	1,24%
	Σητεία	9,52%	48,21%	25,60%	11,90%	3,57%	1,19%
	Σύρος	14,74%	35,26%	28,21%	14,10%	7,05%	0,64%
		Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Πατάτες	Λευκωσία	12,42%	59,63%	18,01%	6,21%	3,72%	0
	Σητεία	6,58%	70,66%	16,77%	2,99%	2,39%	0,59%
	Σύρος	6,41%	50%	25,64%	13,46%	3,84%	0,64%
		Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
Φρούτα και χυμούς	Λευκωσία	6,83%	31,68%	39,75%	14,91%	4,96%	1,86%
	Σητεία	0,59%	32,74%	27,38%	19,05%	14,88%	5,35%
	Σύρος	0,64%	20%	26,45%	28,39%	14,84%	9,67%
		Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
Λαχανικά και σαλάτες	Λευκωσία	4,96%	34,78%	25,47%	22,36%	8,07%	4,34%
	Σητεία	1,79%	34,13%	32,93%	19,76%	9,58%	1,79%
	Σύρος	0	22,44%	42,31%	21,15%	10,90%	3,20%
		Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Όσπρια	Λευκωσία	6,87%	21,25%	46,25%	21,25%	3,12%	1,25%
	Σητεία	3,59%	16,17%	47,31%	26,35%	5,98%	0,59%
	Σύρος	3,86%	5,12%	44,87%	29,49%	12,82%	3,84%
		Ποτέ	1-2	3-4	5-6	>6	
Ψάρι και σούπες	Λευκωσία	6,21%	69,56%	20,50%	1,24%	2,48%	
	Σητεία	4,16%	79,76%	12,50%	2,97%	0,59%	
	Σύρος	12,18%	68,59%	16,67%	1,28%	1,28%	
		>=1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
Κόκκινο κρέας και παράγωγα προϊόντα	Λευκωσία	24,22%	37,89%	22,98%	14,29%	0,62%	0
	Σητεία	25,60%	45,24%	12,50%	8,33%	5,95%	2,38%
	Σύρος	32,69%	37,18%	17,95%	7,05%	4,48%	0,64%
		≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
Πουλερικά	Λευκωσία	28,75%	25%	20%	16,25%	7,50%	2,50%
	Σητεία	42,51%	32,93%	10,18%	8,98%	2,99%	2,39%
	Σύρος	35,26%	29,49%	14,10%	11,54%	8,33%	1,28%
		≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
Πλήρης γαλακτοκομικά	Λευκωσία	53,13%	31,88%	10%	2,50%	1,25%	1,25%



προϊόντα(τυρί,γιαούρτι,γάλα)	Σητεία	42,26%	26,79%	14,88%	11,31%	4,76%	0
	Σύρος	54,19%	27,10%	10,32%	5,80%	1,93%	0,64%
		Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Καθημερινά
Ελαιόλαδο στο μαγείρεμα	Λευκωσία	0,62%	6,83%	8,69%	19,25%	13,66%	50,93%
	Σητεία	0	1,19%	1,19%	12,50%	13,69%	71,43%
	Σύρος	0	5,12%	3,20%	8,97%	12,18%	70,51%
		<300	300	400	500	600	>700 ή 0
Αλκοολούχα ποτά/ημέρα 100ml ->12 γρ αιθανόλης	Λευκωσία	34,16%	18,01%	14,29%	11,18%	7,45%	14,91%
	Σητεία	51,79%	14,29%	11,31%	9,52%	4,76%	8,33%
	Σύρος	26,28%	21,79%	17,95%	10,90%	6,41%	16,67%

Στο Πίνακα 6-5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του MedDietScore σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Συνολικά ο μέσος όρος είναι $31,73 \pm 5,717$. Πιο συγκεκριμένα για $n=29$ άτομα που ανήκουν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν 31,86 σκορ, για $n=112$ άτομα που ανήκουν στην δευτεροβάθμια έχουν 32,5 σκορ και για $n=336$ άτομα που ανήκουν στην τριτοβάθμια έχουν σκορ 31,46. Και οι τρεις κατηγορίες ανήκουν στη μέτρια συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή.

Πίνακας 6-5 Μέσος όρος MedDietScore Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Πρωτοβάθμια	31,86	6,993
Δευτεροβάθμια	32,5	5,372
Τριτοβάθμια	31,46	5,701

Στον Πίνακα 6-6 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι του DietScore σε σχέση με την κατάσταση εργασίας. Ο συνολικός μέσος όρος είναι $29,16 \pm 3,068$. Πιο αναλυτικά για $n=340$ άτομα με πλήρης απασχόληση είχαν μέσο όρο 29,56, για $n=21$ άτομα με μερική απασχόληση είχαν 29,81 μέσο όρο, για $n=33$ άτομα με αυτό-απασχόληση είχαν μέσο όρο 27,91, για $n=51$ άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά είχαν μέσο όρο 28,90 και για $n=155$ άτομα που ήταν συνταξιούχοι είχαν 28,55 μέσο όρο. Όλες οι κατηγορίες ανήκουν στην μέτρια συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή.

Πίνακας 6-6 Μέσος Όρος MedDietScore και Κατάσταση Εργασίας

Κατάσταση εργασίας	N	Μέσος όρος	Τυπική απλόκλιση
Πλήρης απασχόληση	257	31,25	5,71
Μερική απασχόληση	101	31,87	5,419
Αυτο-απασχόληση	69	32,66	5,484
Οικιακά	19	31,63	6,184
Συνταξιούχος	13	35,46	7,838
Άλλο...	18	31,55	4,425
Σύνολο	477	31,731	5,717

6.3. Αποτελέσματα Παραγόντων που Επηρεάζουν την Επιλογή των Τροφίμων

Στην επόμενη ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων σύμφωνα με το εργαλείο FCQ. Στον Πίνακα 6-7 δίνονται τα περιγραφικά αποτελέσματα ανά διάσταση του εργαλείου FCQ. Αναφορικά με το FCQ (ερωτηματολόγιο επιλογής τροφίμων) το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει στην ερώτηση «είναι σημαντικό για εσένα τα τρόφιμα που καταναλώνεις σε μία τυπική ημέρα να είναι...» με 36 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε 9 βασικές κατηγορίες σε κλίμακα 7-σημείων: 1 = «εντελώς ασήμαντο», 2 = «ασήμαντο», 3 = «ελαφρώς ασήμαντο», 4 = «Ούτε ασήμαντο ούτε σημαντικό», 5 = «ελαφρώς σημαντικό», 6 = «σημαντικό», 7 = «πολύ σημαντικό». Όσον αφορά τα αποτελέσματα του FCQ φάνηκε ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα κατατάσσουν τις 9 κατηγορίες με την εξής σειρά.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο την ομάδα της ευκολίας με $4,64 \pm 1,58$, την υγεία με $4,86 \pm 1,6$, τη σύσταση τροφίμου με $4,45 \pm 1,62$, την διάθεση με $3,96 \pm 1,64$, την ελκυστικότητα με $4,59 \pm 1,57$, το κόστος με $4,98 \pm 1,73$, τον έλεγχο βάρους με $4,2 \pm 1,76$, την οικειότητα με $3,85 \pm 1,63$ και τέλος τον ηθικό παράγοντα με $3,69 \pm 1,86$.

Στον Πίνακα 6-9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα ευρήματα που αφορούν τα κριτήρια επιλογής τροφίμων ανάλογα με το φύλο. Οι γυναίκες του δείγματος φαίνεται να υπερτερούν σε κάθε κατηγορία έναντι των ανδρών αλλά όχι κατά πολύ. Την υψηλότερη τιμή και για τα δύο φύλα την είχε η ομάδα 'Κόστος', 'Υγεία', 'Ευκολία' και 'Ελκυστικότητα' ενώ την χαμηλότερη τιμή την είχε η ομάδα 'ηθικός παράγοντας'.

Πίνακας 6-7 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Φύλο

Φύλο		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,484	0	0,004	0,004	0,061	0,033	0	0,732	0,079
Άνδρας	Μέσος Όρος	4,57	4,61	4,21	3,71	4,44	4,81	3,81	3,81	3,51
	N	202	202	202	202	202	202	202	202	202
	Τυπική Απόκλιση	1,652	1,588	1,602	1,637	1,579	1,733	1,633	1,598	1,801
Γυναίκα	Μέσος Όρος	4,7	5,04	4,63	4,13	4,7	5,1	4,48	3,87	3,82
	N	283	283	283	283	283	283	283	283	283
	Τυπική Απόκλιση	1,539	1,586	1,614	1,636	1,566	1,726	1,8	1,667	1,903
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,587	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865

Στον παρακάτω πίνακα 6-8, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των αποτελεσμάτων ανάλογα με τον τόπο διαμονής. Η Λευκωσία είχε ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων την 'Ευκολία' με τιμή $5 \pm 1,58$, η Σητεία είχε το 'κόστος' με τιμή $4,35 \pm 1,69$ και η Σύρος είχε το 'κόστος' με τιμή $5,46 \pm 1,53$. Πιο συγκεκριμένα σε σχέση με τις άλλες περιοχές, η Σύρος παρουσίασε τον μεγαλύτερο μέσο όρο στις ομάδες 'υγεία' με μέσο όρο $5,22 \pm 1,34$, και 'ελκυστικότητα' με τιμή $4,82 \pm 1,36$ και 'σύσταση τροφίμου' με τιμή $4,76 \pm 1,42$. Η Λευκωσία παρουσίασε την μεγαλύτερη τιμή στις ομάδες 'Υγεία'



με τιμή $5 \pm 1,58$ και 'Διάθεση' με μέσο όρο $4,37 \pm 1,59$. Και τέλος η Σητεία δεν παρουσίασε μεγαλύτερες τιμές σε καμία ομάδα τροφίμου σε σχέση με τις άλλες δύο περιοχές.

Πίνακας 6-8 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τον Τόπο Διαμονής

Τόπος Διαμονής		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0	0,003	0,032	0	0,094	0	0,008	0,677	0
Λευκωσία	Μέσος Όρος	5	4,88	4,4	4,37	4,61	5,17	4,3	3,91	3,16
	N	161	161	161	161	161	161	161	161	161
	Τυπική Απόκλιση	1,59	1,559	1,642	1,591	1,554	1,769	1,777	1,656	1,946
Σητεία	Μέσος Όρος	4,19	1,5	4,23	3,78	4,36	4,35	3,87	3,76	3,62
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168
	Τυπική Απόκλιση	1,65	1,779	1,73	1,717	1,749	1,697	1,77	1,7	1,794
Σύρος	Μέσος Όρος	4,77	5,22	4,76	3,73	4,82	5,46	4,47	3,88	4,311
	N	156	156	156	156	156	156	156	156	156
	Τυπική Απόκλιση	1,4	1,345	1,427	1,558	1,36	1,53	1,679	1,55	1,677
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,59	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865

Στον παρακάτω πίνακα 6-9 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των επιμέρους εννέα κατηγοριών του FCQ ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Οι ελεύθεροι, οι



διαζευγμένοι/χήροι και όσοι μένουν με σύντροφο είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων το 'κόστος' με τιμή $4,92 \pm 1,76$, $5,21 \pm 1,97$, $4,82 \pm 1,71$ αντίστοιχα, ενώ οι παντρεμένοι είχαν την 'υγεία' με τιμή $5,2 \pm 1,47$. Πιο αναλυτικά τα άτομα που δήλωσαν παντρεμένοι παρουσίασαν έχουν το μεγαλύτερο μέσο όρο στις ομάδες 'υγεία' 'σύσταση τροφίμου' με μέσο όρο $4,74 \pm 1,53$, 'ελκυστικότητα' με τιμή $4,93 \pm 1,47$ και 'ηθικό παράγοντα' με μέσο όρο $4,21 \pm 1,7$. Τα άτομα τα οποία δήλωσαν διαζευγμένοι/χήροι είχαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες τις υπόλοιπες ομάδες. Πιο αναλυτικά στην ομάδα 'ευκολία' με μέσο όρο $5,17 \pm 1,86$, 'διάθεση' με τιμή $4,71 \pm 1,63$ το 'κόστος' με μέσο όρο $5,21 \pm 1,97$, τον 'έλεγχο βάρους' με τιμή $4,61 \pm 1,99$ και την 'οικειότητα' με μέσο όρο $4,5 \pm 1$.

Πίνακας 6-9 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,11	0,019	0,12	0,009	0,027	0,332	0,079	0,006	0,004
Παντρεμένος/-η	Μέσος Όρος	4,74	5,2	4,74	4,2	4,93	5,19	4,44	4,1	4,21
	N	112	112	112	112	112	112	112	112	112
	Τυπική Απόκλιση	1,5	1,47	1,53	1,667	1,479	1,625	1,607	1,618	1,911
Ελεύθερος/-η	Μέσος Όρος	4,63	4,74	4,39	3,9	4,52	4,92	4,18	3,81	3,54
	N	277	277	277	277	277	277	277	277	277
	Τυπική Απόκλιση	1,6	1,629	1,655	1,653	1,618	1,762	1,797	1,649	1,837
Διαζευγμένος/-η-χήρος/-α	Μέσος Όρος	5,17	5,17	4,54	4,71	4,79	5,21	4,61	4,58	4
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21



	Τυπική Απόκλιση	1,87	1,757	1,704	1,633	1,698	1,972	1,99	1,816	2,25
Μένω με σύντροφο	Μέσος Όρος	4,39	4,71	4,25	3,58	4,31	4,82	3,82	3,4	3,38
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
	Τυπική Απόκλιση	1,56	1,574	1,569	1,507	1,454	1,715	1,736	1,451	1,648
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,59	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865

Στον Πίνακα 6-10 παραθέτονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τους μέσους όρους των κατηγοριών του FCQ ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Το δείγμα είναι χωρισμένο σε τρεις κατηγορίες στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση με N=30 στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση με N=114 και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση με N=341. Τα άτομα που είχαν τελειώσει δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' με τιμή $5,35 \pm 1,51$ και $4,92 \pm 1,73$ αντίστοιχα. σε αντίθεση με τα άτομα που είχαν τελειώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'ελκυστικότητα' με τιμή $4,22 \pm 2,11$. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν μεγάλες τιμές στις ομάδες 'ευκολία' 'υγεία' 'ελκυστικότητα' και 'κόστος' με τιμές $4,67 \pm 1,57$, $1,85 \pm 1,69$, $4,52 \pm 1,54$ και $4,92 \pm 1,73$ αντίστοιχα. Τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες τις ομάδες.



Πίνακας 6-10 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του Εργαλείου FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο Εκπαίδευσης		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,38	0,066	0,32	0,878	0,063	0,015	0,291	0,211	0,001
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Μέσος Όρος	4,1	4,14	4	3,97	4,22	4,16	3,76	3,86	3,77
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Τυπική Απόκλιση	1,95	1,907	1,903	2,149	2,115	2,166	1,955	2,008	2,081
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Μέσος Όρος	<u>4,71</u>	<u>5,06</u>	<u>4,63</u>	<u>4,03</u>	<u>4,92</u>	<u>5,35</u>	<u>4,35</u>	<u>4,1</u>	<u>4,26</u>
	N	114	114	114	114	114	114	114	114	114
	Τυπική Απόκλιση	1,5	1,489	1,482	1,628	1,461	1,511	1,677	1,74	1,669
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	Μέσος Όρος	4,67	4,85	4,43	3,93	4,52	4,92	4,19	3,76	3,49
	N	341	341	341	341	341	341	341	341	341
	Τυπική Απόκλιση	1,58	1,592	1,634	1,609	1,545	1,734	1,77	1,561	1,873
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,59	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865

Στον πίνακα 6-11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με των επιμέρους κατηγοριών του FCQ ανάλογα με την κατάσταση εργασίας. Το δείγμα μας χωρίζεται σε έξι κατηγορίες ανάλογα με το είδος εργασίας που δήλωναν. Τα άτομα που δήλωσαν πλήρης απασχόληση, μερική απασχόληση, αυτό-απασχόληση και οικιακά είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το ‘κόστος’ με τιμές $4,95 \pm 1,82$, $4,88 \pm 1,78$, $5,21 \pm 1,41$ και $5,44 \pm 1,62$ αντίστοιχα, ενώ οι συνταξιούχοι και τα άτομα που δήλωσαν άλλο.. είχαν την ‘υγεία’ με τιμές $5,66 \pm 0,88$ και $4,5 \pm 1,75$ αντίστοιχα. Τα άτομα που δήλωσαν πλήρης απασχόληση και αυτό απασχόληση είχαν μεγάλες τιμές στις ομάδες ‘ευκολία’ με μέσο όρο $4,7 \pm 1,62$, ‘υγεία’ με τιμή $4,86 \pm 1,62$, $4,93 \pm 1,4$ και ‘ελκυστικότητα’ με μέσο όρο $4,58 \pm 1,58$, $4,69 \pm 1,33$ αντίστοιχα. Τα άτομα που ήταν συνταξιούχοι παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες σχεδόν τις ομάδες εκτός από το κόστος. Πιο αναλυτικά στην ομάδα ‘ευκολία’ με τιμές $5 \pm 0,82$, στην ‘υγεία’ με μέσο όρο $5,66 \pm 0,88$, στην ‘σύσταση τροφίμου’ με τιμές $5,4 \pm 0,86$, στην ‘διάθεση’ με μέσο όρο $4,7 \pm 1,8$, στην ‘ελκυστικότητα’ με τιμές $5,5 \pm 1,2$ στον ‘έλεγχο βάρους’ με μέσο όρο $4,57 \pm 1,39$, στην ‘οικειότητα’ με τιμές $5,33 \pm 1,16$ και στον ‘ηθικό παράγοντα’ $5,38 \pm 1,07$. Και τέλος τα άτομα που δήλωσαν πως ασχολούνται με τα οικιακά είχαν τις μεγαλύτερες τιμές στην ομάδα του κόστους με μέσο όρο $5,44 \pm 1,62$.

Πίνακας 6-11 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Κατάσταση Εργασίας.

Κατάσταση Εργασίας		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,803	0,291	0,137	0,118	0,163	0,247	0,847	0,004	0,004
Πλήρης Απασχόληση	Μέσος Όρος	4,7	4,86	4,42	4,06	4,58	4,95	4,23	3,87	3,53
	N	260	260	260	260	260	260	260	260	260
	Τυπική Απόκλιση	1,623	1,624	1,632	1,624	1,582	1,82	1,747	1,596	1,903
Μερική Απασχόληση	Μέσος Όρος	4,45	4,67	4,4	3,84	4,42	4,88	4,13	3,7	3,64



ληση	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102
	Τυπική Απόκλιση	1,673	1,684	1,756	1,744	1,738	1,789	1,912	1,709	1,846
Αυτό-απασχό-ληση	Μέσος Όρος	4,71	4,93	4,48	3,65	4,69	5,21	4,21	3,76	3,9
	N	73	73	73	73	73	73	73	73	73
	Τυπική Απόκλιση	1,47	1,4	1,421	1,562	1,334	1,411	1,685	1,674	1,746
Οικιακά	Μέσος Όρος	4,55	5,32	4,96	4,28	5,03	<u>5,44</u>	4,42	4,31	4,5
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	19
	Τυπική Απόκλιση	1,426	1,486	1,546	1,58	1,397	1,623	1,609	1,664	1,645
Συνταξι-ούχος	Μέσος Όρος	<u>5</u>	<u>5,66</u>	<u>5,4</u>	<u>4,7</u>	<u>5,5</u>	5,34	<u>4,57</u>	<u>5,33</u>	<u>5,38</u>
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Τυπική Απόκλιση	0,824	0,881	0,863	1,801	1,207	0,98	1,397	1,162	1,078
Άλλο...	Μέσος Όρος	4,48	4,5	3,87	3,53	4,2	4,16	3,72	3,09	3,33
	N	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Τυπική Απόκλιση	1,65	1,855	1,693	1,549	1,641	1,671	1,88	1,312	1,836
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,587	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865



Στον πίνακα 6-12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με των επιμέρους κατηγοριών του FCQ ανάλογα με τις κατηγορίες ΔΜΣ. Το δείγμα μας χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το είδος με το δείκτη μάζας σώματός τους. Τα άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες ελλιποβαρές και φυσιολογικό έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο την ομάδα 'υγεία' με τιμές $4,77 \pm 1,81$ και $4,98 \pm 1,57$ αντίστοιχα. Τα υπέρβαρα άτομα έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' με μέσο όρο $4,79 \pm 1,72$. Ενώ τα παχύσαρκα άτομα είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'ελκυστικότητα' με τιμές $4,81 \pm 1,64$. Τα φυσιολογικά άτομα είχαν μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες 'ευκολία' με τιμές $4,73 \pm 1,56$, στην 'υγεία' με μέσο όρο $4,98 \pm 1,57$, στην 'σύσταση τροφίμου' με τιμές $4,58 \pm 1,63$, στην 'διάθεση' καθώς και τα παχύσαρκα άτομα με τιμές $4,06 \pm 1,62$ και $4,06 \pm 1,79$ αντίστοιχα, στο 'κόστος' με μέσο όρο $5,11 \pm 1,71$ και στην ομάδα 'έλεγχος βάρους' με τιμές $4,34 \pm 1,8$. Τα παχύσαρκα άτομα είχαν τις μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες 'διάθεση' και 'ελκυστικότητα' όπως αναφέρθηκε και παραπάνω καθώς και στην ομάδα 'οικειότητα' με μέσο όρο $4,1 \pm 1,74$. Τέλος τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα ελλιποβαρές είχαν τις μεγαλύτερες τιμές στην ομάδα 'ηθικός παράγοντας' με μέσο όρο $4,14 \pm 2,14$.

Πίνακας 6-12 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τις Κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος.

Κατηγορίες ΔΜΣ		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
Ελλιποβαρές	Μέσος Όρος	4,41	4,77	4,28	3,41	4,26	4,67	3,35	3,4	<u>4,14</u>
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Τυπική Απόκλιση	1,92	1,81	1,83	2,03	1,84	1,825	2,088	1,803	2,143
Φυσιολογικό	Μέσος Όρος	4,73	4,98	4,58	<u>4,06</u>	4,69	5,11	<u>4,34</u>	3,84	3,69
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	291
	Τυπική Απόκλιση	1,563	1,57	1,636	1,628	1,575	1,718	1,809	1,625	1,855
Υπέρβαρο	Μέσος Όρος	4,54	4,72	4,27	3,73	4,33	4,79	4,05	3,8	3,56
	N	132	132	132	132	132	132	132	132	132



	Τυπική Απόκλιση	1,579	1,587	1,524	1,57	1,498	1,722	1,511	1,61	1,859
Παχύσαρκο	Μέσος Όρος	4,46	4,47	4,21	<u>4,06</u>	<u>4,81</u>	4,72	4,02	<u>4,1</u>	3,82
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46
	Τυπική Απόκλιση	1,695	1,72	1,684	1,795	1,646	1,818	1,94	1,747	1,902
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,95	4,59	4,98	4,2	3,84	3,68
	N	483	483	483	483	483	483	483	483	483
	Τυπική Απόκλιση	1,59	1,601	1,619	1,645	1,574	1,735	1,76	1,637	1,866

Στον Πίνακα 6-13 παραθέτονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τους μέσους όρους των κατηγοριών του FCQ ανάλογα με την ηλικία. Για τις ηλικίες >25 και 26-35 το σημαντικότερο κριτήριο είναι το κόστος με μέσους όρους $4,81 \pm 1,77$ και $5,05 \pm 1,7$ αντίστοιχα. Για τις ηλικίες 36-45 σημαντικότερο κριτήριο είναι η 'υγεία' με τιμές $5,1 \pm 1,52$ και το 'κόστος' με τιμές $5,1 \pm 1,72$. Ενώ οι ηλικιακές ομάδες 45-55 και ≥ 56 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την υγεία με μέσους όρους $5,11 \pm 1,62$ και $5,79 \pm 0,76$ αντίστοιχα. Τέλος τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία ≥ 56 εμφάνισαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες τις ομάδες. Πιο αναλυτικά στην ομάδα 'ευκολία' με τιμές $5,3 \pm 1,14$, στην 'υγεία' με μέσο όρο $5,79 \pm 0,76$, στην 'σύσταση τροφίμου' με τιμές $5,19 \pm 1,25$, στην 'διάθεση' με μέσο όρο $5,29 \pm 1,29$, στην 'ελκυστικότητα' με τιμές $5,29 \pm 1,32$, στο 'κόστος' με μέσο όρο $5,41 \pm 1,21$, στον 'έλεγχο βάρους' με τιμές $4,82 \pm 1,46$, στην 'οικειότητα' με μέσο όρο $5,23 \pm 1,4$ και στον 'ηθικό παράγοντα' με τιμές $4,52 \pm 2$.

Πίνακας 6-13 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με την Ηλικία.

Ηλικία		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,156	0,005	0,067	0,004	0,025	0,539	0,066	0,003	0
<25	Μέσος Όρος	4,48	4,6	4,26	3,76	4,33	4,81	3,92	3,64	3,18



	N	194	194	194	194	194	194	194	194	194
	Τυπική Απόκλιση	1,555	1,634	1,662	1,629	1,613	1,778	1,782	1,585	1,707
26-35	Μέσος Όρος	<u>4,79</u>	4,89	4,46	3,99	4,7	5,05	4,35	3,84	3,78
	N	159	159	159	159	159	159	159	159	159
	Τυπική Απόκλιση	1,631	1,598	1,644	1,598	1,557	1,703	1,771	1,677	1,89
36-45	Μέσος Όρος	4,65	5,1	4,63	3,94	4,76	5,1	4,37	3,9	4,3
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
	Τυπική Απόκλιση	1,549	1,52	1,435	1,734	1,512	1,725	1,747	1,562	1,751
46-55	Μέσος Όρος	4,55	5,11	4,71	4,25	4,8	5,07	4,4	4,16	4,27
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44
	Τυπική Απόκλιση	1,717	1,629	1,667	1,668	1,527	1,823	1,646	1,672	1,978
>=56	Μέσος Όρος	<u>5,3</u>	<u>5,79</u>	<u>5,19</u>	<u>5,29</u>	<u>5,29</u>	<u>5,41</u>	<u>4,82</u>	<u>5,23</u>	<u>4,52</u>
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	Τυπική Απόκλιση	1,144	0,769	1,257	1,298	1,329	1,214	1,467	1,403	2,088
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,587	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865



Στον Πίνακα 6-14 παραθέτονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τους μέσους όρους των κατηγοριών του FCQ ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού. Όσοι είχαν εισόδημα <1000 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το κόστος με μέσους όρους $5,01 \pm 1,75$. Εκείνοι που είχαν εισόδημα 1000-1500 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία' με τιμές $5,16 \pm 1,52$. Όσοι είχαν εισόδημα 1500-2000 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το κόστος με μέσους όρους $5,25 \pm 1,55$. Ενώ όσοι είχαν εισόδημα >2000 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την οικειότητα με μέσους όρους $5,02 \pm 1,55$. Τα άτομα που είχαν μηνιαίο εισόδημα 1000-1500 εμφάνισαν τις μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες ευκολία, υγεία, ελκυστικότητα και ηθικό παράγοντα. Πιο αναλυτικά στην ομάδα 'ευκολία' με τιμές $4,9 \pm 1,50$, στην 'υγεία' με μέσο όρο $5,16 \pm 1,52$, στην 'ελκυστικότητα' με τιμές $4,72 \pm 1,51$, και στον 'ηθικό παράγοντα' με τιμές $3,85 \pm 1,94$. Τα άτομα που είχαν εισόδημα 1500-2000 εμφάνισαν τις μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες σύσταση τροφίμου, διάθεση, κόστος και έλεγχος βάρους. Πιο αναλυτικά στην ομάδα 'σύσταση τροφίμου' με τιμές $54,78 \pm 1,42$, στην 'διάθεση' με μέσο όρο $4,34 \pm 1,56$, στο 'κόστος' με μέσο όρο $5,41 \pm 1,21$, στον 'έλεγχο βάρους' με τιμές $4,82 \pm 1,46$.

Πίνακας 6-14 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με το Μηνιαίο Εισόδημα Νοικοκυριού.

Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού, (ευρώ)		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
	ρ	0,094	0,071	0,076	0,047	0,671	0,036	0,022	0,164	0,565
<1000	Μέσος Όρος	4,55	4,71	4,38	3,99	4,58	5,01	4,11	3,89	3,76
	N	193	193	193	193	193	193	193	193	193
	Τυπική Απόκλιση	1,596	1,623	1,656	1,711	1,627	1,751	1,782	1,675	1,847
1000-1500	Μέσος Όρος	4,9	5,16	4,72	3,97	4,72	5,22	4,55	3,9	3,85
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118
	Τυπική Απόκλιση	1,503	1,52	1,514	1,59	1,519	1,664	1,743	1,646	1,941



1500-2000	Μέσος Όρος	4,83	5,13	4,78	4,34	4,62	5,25	4,57	4	3,58
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Τυπική Απόκλιση	1,322	1,34	1,425	1,56	1,512	1,556	1,569	1,39	2,008
>2000	Μέσος Όρος	4,76	4,86	4,07	4,08	4,64	4,65	3,87	4,02	3,46
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
	Τυπική Απόκλιση	1,712	1,57	1,583	1,601	1,62	1,794	1,644	1,553	1,835
Δεν γνωρίζω / καμία απάντηση	Μέσος Όρος	4,27	4,58	4,25	3,5	4,37	4,53	3,87	3,43	3,47
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
	Τυπική Απόκλιση	1,717	1,776	1,769	1,601	1,551	1,792	1,842	1,707	1,712
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,64	4,86	4,45	3,96	4,59	4,98	4,2	3,85	3,69
	N	485	485	485	485	485	485	485	485	485
	Τυπική Απόκλιση	1,587	1,6	1,62	1,648	1,575	1,733	1,761	1,637	1,865

Στον τελευταίο πίνακα 6-15 αυτής της υποενότητας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με των επιμέρους κατηγοριών του FCQ ανάλογα με τις κατηγορίες MDS. Τα άτομα που έχουν χαμηλή συμμόρφωση και μέτρια συμμόρφωση έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' με μέσο όρο $5,25 \pm 1,99$ και $4,96 \pm 1,71$ αντίστοιχα. Τα άτομα με υψηλή συμμόρφωση έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία' με μέσο όρο $5,03 \pm 1,55$. Τα άτομα με χαμηλή συμμόρφωση εμφάνισαν τις μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες 'ευκολία' με τιμές $5 \pm 1,9$ και 'κόστος' όπως προαναφέρθηκε. Τα άτομα με μέτρια συμμόρφωση παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές στην ομάδα 'διάθεση' με μέσο όρο $4 \pm 1,65$. Τα άτομα με υψηλή συμμόρφωση παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες 'υγεία' με τιμές $5,03 \pm 1,55$, στην 'σύσταση τροφίμου' με μέσο όρο $4,73 \pm 1,58$, στην 'ελκυστικότητα' με τιμές $4,69 \pm 1,56$, στον 'έλεγχο βάρους' με μέσο όρο $4,43 \pm 1,81$, στην 'οικειότητα' με τιμές $3,93 \pm 1,69$ και στον 'ηθικό παράγοντα' με μέσο όρο $4,15 \pm 1,81$.

Πίνακας 6-15 Περιγραφικά Αποτελέσματα για τις Διαστάσεις του FCQ Αναφορικά με τους Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Τροφίμων Ανάλογα με τις Κατηγορίες του MDS.

Κατηγορίες MDS		Ευκολία	Υγεία	Σύσταση Τροφίμου	Διάθεση	Ελκυστικότητα	Κόστος	Έλεγχος Βάρους	Οικειότητα	Ηθικός Παράγοντας
Χαμηλή συμμόρφωση	Μέσος Όρος	<u>5</u>	4,44	3,54	3,88	4,58	<u>5,25</u>	3,58	3	3,16
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Τυπική Απόκλιση	1,905	1,848	1,478	1,25	1,693	1,993	2,416	1,49	1,602
Μέτρια συμμόρφωση	Μέσος Όρος	4,67	4,82	4,39	<u>4</u>	4,57	4,96	4,16	3,85	3,57
	N	370	370	370	370	370	370	370	370	370
	Τυπική Απόκλιση	1,585	1,606	1,624	1,654	1,575	1,715	1,737	1,625	1,872
Υψηλή συμμόρφωση	Μέσος Όρος	4,6	<u>5,03</u>	<u>4,73</u>	3,85	<u>4,69</u>	5,02	<u>4,43</u>	<u>3,93</u>	<u>4,15</u>
	N	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	Τυπική Απόκλιση	1,58	1,55	1,581	1,637	1,568	1,768	1,815	1,691	1,818
ΣΥΝΟΛΟ	Μέσος Όρος	4,66	4,86	4,45	3,97	4,6	4,98	4,21	3,86	3,69
	N	477	477	477	477	477	477	477	477	477
	Τυπική Απόκλιση	1,585	1,598	1,62	1,645	1,572	1,727	1,763	1,637	1,87

6.4. Συσχετίσεις

Στην τελευταία ενότητα διερευνήθηκε η συσχέτιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής. Από τον έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε μη κανονική κατανομή οπότε πραγματοποιήθηκε το αντίστοιχο Test Kruskal-Wallis. Στον Πίνακα 19. παρουσιάζονται τα ευρήματα του συντελεστή συσχέτισης με τη χρήση των ελέγχων t-test για σύγκριση δύο ανεξάρτητων ομάδων και της ανάλυσης διακύμανσης (Test Kruskal-Wallis) για σύγκριση τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων, όπως πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης.



Από την ανάλυση προκύπτει ότι το DietScore παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση με την σύσταση σώματος με $r = 0,127$ και $p = 0,005$ καθώς παρουσίασε απλή συσχέτιση με τον ηθικό παράγοντα $r = 0,105$ και $p = 0,022$.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος παρουσίασε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την υγεία $r = -0,130$ και $p = 0,004$, επίσης παρουσίασε αρνητική απλή συσχέτιση με την σύσταση τροφίμου $r = -0,104$ και $p = 0,022$.

Η κατηγορία ευκολία έχει ισχυρή συσχέτιση με την υγεία $r = 0,701$ και $p = 0 (<0,01)$ και ισχυρή συσχέτιση με τη σύσταση τρόφιμου, τη διάθεση, την ελκυστικότητα, το κόστος, τον έλεγχο βάρους, την οικειότητα, και τον ηθικό παράγοντα.

Η υγεία παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση ($p <0,01$) με την ευκολία, τη σύσταση τρόφιμου, τη διάθεση, την ελκυστικότητα, το κόστος, τον έλεγχο βάρους, την οικειότητα, και τον ηθικό παράγοντα.

Η σύσταση τρόφιμου συσχετίζεται ισχυρά με τη διάθεση, την ελκυστικότητα, το κόστος, τον έλεγχο βάρους, την οικειότητα, και τον ηθικό παράγοντα.

Η ελκυστικότητα, το κόστος, ο έλεγχος βάρους, η οικειότητα και ο ηθικός παράγοντας παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση $p = 0$ ($p <0,01$) με όλες τις ομάδες του FCQ.

Πίνακας 6-16 Συσχέτιση ΔΜΣ και MedDietScore με FCQ

		ΔΜΣ	MDS	Ευκο- λία	Υγεία	Σύστα- ση Τροφί- μου	Διάθε- ση	Ελυστικ ότητα	Κόστος	Έλεγ- χος Βάρους	Οικειό- τητα	Ηθικός Παράγ οντας
ΔΜΣ	Correlation Coefficient	1	0,066	-0,058	-,130**	-,104*	-0,067	-0,064	-0,073	-0,084	0,051	-0,057
	ρ	.	0,152	0,203	0,004	0,022	0,143	0,162	0,11	0,066	0,265	0,211
MDScore	Correlation Coefficient	0,066	1	-0,081	0,073	,127**	-0,031	-0,04	0,032	0,05	-0,03	,105*
	ρ	0,152	.	0,078	0,11	0,005	0,503	0,386	0,48	0,272	0,507	0,022
Ευκολία	Correlation Coefficient	-0,058	-0,081	1	,701**	,596**	,662**	,737**	,672**	,597**	,684**	,484**
	ρ	0,203	0,078	.	0	0	0	0	0	0	0	0
Υγεία	Correlation Coefficient	-,130**	0,073	,701**	1	,869**	,681**	,718**	,634**	,754**	,622**	,678**
	ρ	0,004	0,11	0	.	0	0	0	0	0	0	0
Σύσταση τροφίμο υ	Correlation Coefficient	-,104*	,127**	,596**	,869**	1	,649**	,663**	,583**	,798**	,628**	,657**
	ρ	0,022	0,005	0	0	.	0	0	0	0	0	0
Διάθεση	Correlation Coefficient	-0,067	-0,031	,662**	,681**	,649**	1	,724**	,529**	,647**	,681**	,507**
	ρ	0,143	0,503	0	0	0	.	0	0	0	0	0
Ελυστικ ότητα	Correlation Coefficient	-0,064	-0,04	,737**	,718**	,663**	,724**	1	,591**	,636**	,765**	,668**
	ρ	0,162	0,386	0	0	0	0	.	0	0	0	0
Κόστος	Correlation Coefficient	-0,073	0,032	,672**	,634**	,583**	,529**	,591**	1	,572**	,527**	,396**
	ρ	0,11	0,48	0	0	0	0	0	.	0	0	0
Έλεγχος Βάρους	Correlation Coefficient	-0,084	0,05	,597**	,754**	,798**	,647**	,636**	,572**	1	,592**	,565**
	ρ	0,066	0,272	0	0	0	0	0	0	.	0	0
Οικειότη τα	Correlation Coefficient	0,051	-0,03	,684**	,622**	,628**	,681**	,765**	,527**	,592**	1	,625**
	ρ	0,265	0,507	0	0	0	0	0	0	0	.	0
Ηθικός Παράγον τας	Correlation Coefficient	-0,057	,105*	,484**	,678**	,657**	,507**	,668**	,396**	,565**	,625**	1
	ρ	0,211	0,022	0	0	0	0	0	0	0	0	.



7. Συζήτηση

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του ελλαδικού χώρου και πιο συγκεκριμένα στην περιοχή της Λευκωσίας, Σητείας και Σύρου, προέκυψαν κάποια συμπεράσματα αναφορικά με το προφίλ του δείγματος, την συμμόρφωσή τους ως προς την μεσογειακή διατροφή και τα κριτήρια επιλογής τροφίμων. Το δείγμα αποτελείται από 485 άτομα εκ των οποίων τα 194 ήταν κάτω των 25, τα 159 ήταν 26-35, τα 71 ήταν 36-45, τα 44 ήταν 46-55 και τέλος τα 17 ήταν ≥ 56 ετών.

Ο μέσος όρος του ΔΜΣ του συνολικού δείγματος (485 άτομα) είναι $24,31 \text{ kg/m}^2$ (φυσιολογικό). Πιο συγκεκριμένα το 60% του δείγματος ήταν φυσιολογικοί, το 27% ήταν υπέρβαροι, το 10% ήταν παχύσαρκοι και το 3% ήταν ελλιποβαρές. Σύμφωνα με το WHO 2004, το ΔΜΣ χωρίζεται στις εξής κατηγορίες: $<18,5 \text{ kg/m}^2$ (ελλιποβαρείς), από $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ (φυσιολογικοί) από $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ (υπέρβαροι) και από $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ (παχύσαρκοι). Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το επίπεδο των διατροφικών γνώσεων ήταν σταθερά υψηλό σε όλο το δείγμα κάτι που δείχνει ότι το υπέρβαρο άτομα που ανησυχούν για το βάρος τους μπορεί να έχουν ζητήσει πληροφορίες και συμβουλές και, επομένως, να έχουν καταστεί πιο μορφωμένα από την άποψη της γνώσης της διατροφής. Επίσης, τα ελλιποβαρή ή τα φυσιολογικού βάρους άτομα μπορεί να παρουσιάζουν ένα ενδιαφέρον για την διατροφή τους και να ζητήσουν πληροφορίες σχετικά με την υγιεινή διατροφή (για διατήρηση του βάρους τους) η οποία επηρέασε τα αποτελέσματα της διατροφικής τους γνώσης (O'Brien & Davies, 2006).

Πιο αναλυτικά για την περιοχή της Λευκωσίας είναι $24,12 \text{ kg/m}^2$ (φυσιολογικοί), για την περιοχή της Σητείας είναι $24,85 \text{ kg/m}^2$ (φυσιολογικοί) και για την περιοχή της Σύρου είναι $23,91 \text{ kg/m}^2$ (φυσιολογικοί). Το χαμηλότερο ΔΜΣ το είχε η περιοχή της Σύρου.

Το δείγμα αποτελούνταν από 58,4% γυναίκες και 41,6% άνδρες. Στα αποτελέσματα παρατηρήσαμε αρχικά ότι ο αριθμός των γυναικών ήταν μεγαλύτερος από αυτός των ανδρών. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει λόγω του ότι έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι γενικά πιο στοχαστικές όσον αφορά τα τρόφιμα και τα θέματα υγείας όπως έχει αναφερθεί . (Guine P. F. Raquel, 2020)



Στην συνέχεια είναι άξιο να αναφέρουμε ότι σε ένα τυχαίο δείγμα 485 ατόμων οι 364 συμμετέχοντες δεν είχαν παιδιά στην οικογένεια.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ανήκουν σε υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πιο συγκεκριμένα το 70% του συνολικού δείγματος (485 άτομα) ανήκαν στη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν μεγαλύτερες τιμές στις ομάδες διάθεσης, ευκολία, σύσταση τροφίμου, κόστος, οικειότητα και ηθικό παράγοντα. Ενώ τα άτομα που είχαν τελειώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε να υπερτερούν στις ομάδες υγεία, ελκυστικότητα και έλεγχος βάρους μια θεωρία αναφέρει ότι η εκπαίδευση κάνει τους ανθρώπους να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση στην επιλογή τροφίμου, με αποτέλεσμα να επιλέγουν πιο υγιεινά φαγητά. (Steptoe & Wardle, 1999)

Το δείγμα προερχόταν από διαφορετικές περιοχές, την Λευκωσία, την Σητεία και την Σύρο. Σύμφωνα με τον τόπο διαμονής η περιοχή της Λευκωσίας παρουσίασε την μεγαλύτερη τιμή στις ομάδες ευκολία, διάθεση και οικειότητα. Στην περιοχή της Σητείας το δείγμα δεν είχε μεγαλύτερη τιμή σε καμία ομάδα. και τέλος η περιοχή της Σύρου είχε την μεγαλύτερη τιμή στις ομάδες υγεία, σύσταση τροφίμου, ελκυστικότητα, κόστος, έλεγχος βάρους και ηθικός παράγοντας. Σύμφωνα με το μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού όσοι είχαν εισόδημα <1000 ευρώ φάνηκε να έχουν ως σημαντικότερο κριτήριο το κόστος ενώ όσοι είχαν εισόδημα >2000 ευρώ είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την υγεία. Όπως φάνηκε από μια παρόμοια έρευνα που επίσης αναφέρει πως οι υψηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες εκτιμούσαν περισσότερο τον παράγοντα υγείας στην επιλογή τροφίμου. Ενώ οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες φάνηκε ότι εκτιμούσαν περισσότερο το κόστος στη επιλογή τους. (Kamphuis et. al, 2015).

Σύμφωνα με την ηλικία όσοι ήταν <25 και 26-35 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το κόστος. Όσοι ήταν 36-45 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία' και το 'κόστος'. Ενώ οι ηλικιακές ομάδες 45-55 και ≥ 56 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την υγεία. Σύμφωνα με έρευνες η ηλικία έχει αποδειχθεί ότι είναι μια σημαντική μεταβλητή στην επιλογή τροφίμου. Ερωτηθέντες μεγαλύτεροι των 35 ετών ανησυχούσαν περισσότερο για την υγεία τους ενώ ερωτηθέντες 35-54 ετών ήταν πιο ενήμεροι για διατροφικά ζητήματα. Επίσης Τα μεγαλύτερα άτομα είναι πιθανότερο να ανησυχούν για την υγεία τους. (Chambers et. al, 2008).



MedDietScore: ο μέσος όρος του δείκτη MedDietScore του συνολικού δείγματος ισούται με $31,73 \pm 5,717$. Πιο συγκεκριμένα για τις γυναίκες; $31,12 \pm 5,597$ και για τους άνδρες $32,57 \pm 5,787$ (μέτρια συμμόρφωση στην Μεσογειακή Διατροφή). Πιο αναλυτικά ανά τόπο διαμονής η ανάλυση έδειξε τα εξής:

Λευκωσία: $30,79 \pm 5,401$

Σητεία: $31,36 \pm 5,696$

Σύρος: $33,08 \pm 5,836$

Η Σύρος είχε τον μεγαλύτερο μέσο όρο.

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

Σύμφωνα με την μεσογειακή πυραμίδα, η οποία προσδιόρισε την συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων ημερησίως, παρατηρούμε με βάση τα αποτελέσματα του δείγματος ότι ενώ υπήρχε σωστή κατανάλωση πουλερικών, πλήρης γαλακτοκομικών, πατάτας, και ελαιολάδου υπήρχε αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος 2-3/εβδομάδα (4 μικρομερίδες/μήνα) και μειωμένη κατανάλωση στα επεξεργασμένα δημητριακά 1-6/εβδομάδα (8 μικρομερίδες/ημέρα), φρούτα (3 μικρομερίδες/ημέρα), όσπρια 1-2/εβδομάδα (3-4 μερίδες/εβδομάδα), λαχανικά 1-6/εβδομάδα (6 μικρομερίδες/ημέρα) και ψάρι 1-2/εβδομάδα (5-6 μικρομερίδες/εβδομάδα).

Συγκεκριμένα όσο αφορά το κόκκινο κρέας είναι εξαιρετικά προτιμώμενο είδος διατροφής λόγω της ενέργειας, της μακροθρεπτικής ουσίας (δηλαδή της πρωτεΐνης και του λίπους) και της περιεκτικότητας σε αλάτι, των θρεπτικών χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην γεύση και τον κορεσμό. (Kouvari et. al, 2016)



Η συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή στο σύνολο του δείγματος ήταν μέτρια. Η μέτρια συμμόρφωση στην μεσογειακή διατροφή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι προσωπικές προτιμήσεις των συμμετεχόντων είναι ένας επιπλέον παράγοντας που λειτούργησε ανασταλτικά, αφού μπορεί να μην ταυτίζονται πλήρως με τα τρόφιμα που απαρτίζουν την μεσογειακή διατροφή. Για παράδειγμα τα άτομα που προτιμούν να καταναλώνουν κόκκινο κρέας, αναμένεται να προσαρμόσουν έναν γενικά ανθυγιεινό τρόπο ζωής που συνοδεύεται με λιγότερο συχνή λήψη φυτικών ειδών (π.χ. φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως) και πιο συχνή κατανάλωση ζυμαρικών, γλυκών και γενικά εύγευστων τροφίμων (Kouvari et. al, 2016)

Παρόμοια αποτελέσματα με τα δικά μας βρέθηκαν σε μια έρευνα που αποκάλυψε ότι οι διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα τείνουν να αποκλίνουν από το παραδοσιακό μεσογειακό διατροφικό πρότυπο και να μοιάζουν με εκείνες των δυτικοποιημένων χωρών που χαρακτηρίζονται από υψηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και χαμηλή κατανάλωση ψαριών, λαχανικών, φρούτων, γαλακτοκομικών προϊόντων και ολικής αλέσεως . Επίσης Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη μείωση της κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων, τα οποία για αυτούς είναι ακριβά, όπως τα ψάρια (Arvaniti et. al, 2006)

Όσο αφορά τα αποτελέσματα το FCQ(ερωτηματολόγιο επιλογής τροφίμων), φάνηκε ότι η επιλογή των τροφίμων καθορίζεται και εξαρτάται από πολύπλοκους παράγοντες οι οποίοι αλλάζουν καθημερινά, ανάλογα με τον τρόπο ζωής και τα γεγονότα που συμβαίνουν και μας επηρεάζουν συνεχώς. Πιο συγκεκριμένα το κόστος φαίνεται να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα επιλογής τροφίμου αφού παρουσίασε τον μεγαλύτερο μέσο όρο στο συνολικό δείγμα (485 άτομα) με τιμή $4,98 \pm 1,73$. Στην συνέχεια ακολουθεί η υγεία με $4,86 \pm 1,6$ και η ευκολία με $4,64 \pm 1,58$ στη μέση της λίστας εμφανίζεται η σύσταση του τροφίμου με $4,45 \pm 1,62$, ενώ στο τέλος της λίστας βλέπουμε την οικειότητα $3,85 \pm 1,63$ και τον ηθικό παράγοντα με $3,96 \pm 1,86$.

Τα αποτελέσματα αυτά φάνηκαν να είναι παρόμοια με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 4 χώρες. Η έρευνά αυτή δείχνει ότι η υγεία, η ευκολία και η τιμή είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την επιλογή τροφίμου στο Βέλγιο, την Ουγγαρία και τη Ρουμανία. Καθώς και ότι η οικειότητα και η ηθική



ανησυχία ήταν τα λιγότερο σημαντικά κίνητρα κατά την επιλογή τροφίμου. (Januszevska Renata, 2011).

Αξίζει να σημειώσουμε στην συνέχεια, την ύπαρξη συσχέτισης του φύλου με το FCQ. Βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση $p < 0,01$ του φύλου (άνδρα- γυναίκα) με την υγεία, την διάθεση, τη σύσταση τροφίμου και τον έλεγχο βάρους και απλή συσχέτιση $p < 0,05$ με το κόστος. Αυτό επιβεβαιώνεται από παλιότερες έρευνες που δείχνουν ότι το ποσοστό των γυναικών ως προς την αγορά, αλλά και την παρασκευή, τροφίμων ήταν μεγαλύτερο έναντι των ανδρών και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι γυναίκες φροντίζουν εκτός από τη διατροφή τους και τις διατροφικές επιλογές και την υγεία της οικογένειάς τους (Devine et al., 1991; Donkin et al., 1998).

Τα άτομα που δήλωσαν πλήρης απασχόληση, μερική απασχόληση, αυτό-απασχόληση και οικιακά είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' με τιμές $4,95 \pm 1,82$, $4,88 \pm 1,78$, $5,21 \pm 1,41$ και $5,44 \pm 1,62$ αντίστοιχα, ενώ οι συνταξιούχοι και τα άτομα που δήλωσαν άλλο.. είχαν την 'υγεία' με τιμές $5,66 \pm 0,88$ και $4,5 \pm 1,75$ αντίστοιχα. Τα άτομα που ήταν συνταξιούχοι παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες σχεδόν τις ομάδες εκτός από το κόστος. . Και τέλος τα άτομα που δήλωσαν πως ασχολούνται με τα οικιακά είχαν τις μεγαλύτερες τιμές στην ομάδα του κόστους με μέσο όρο $5,44 \pm 1,62$. Σύμφωνα με μια έρευνα φάνηκε ότι οι συνταξιούχοι τείνουν να υιοθετούν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, κυρίως για να αποτρέψουν περαιτέρω προβλήματα υγείας (Helldanet.al,2011).

FCQ (ερωτηματολόγιο επιλογής τροφίμων): όσον αφορά τα αποτελέσματα του FCQ φάνηκε ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα κατατάσσουν 9 κατηγορίες με την εξής σειρά:

1. 'κόστος' με μέσο όρο $4,98 \pm 1,73$ **σημαντικό**
2. 'υγεία' με μέσο όρο $4,86 \pm 1,6$ **σημαντικό**
3. 'ευκολία' με μέσο όρο $4,64 \pm 1,58$ **σημαντικό**
4. 'έλκυστικότητα' με μέσο όρο $4,59 \pm 1,57$ **ελαφρώς σημαντικό**
5. 'σύσταση τροφίμου' με μέσο όρο $4,45 \pm 1,62$ **ελαφρώς σημαντικό**
6. 'έλεγχος βάρους' με μέσο όρο $4,20 \pm 1,76$ **ελαφρώς σημαντικό**
7. 'διάθεση' με μέσο όρο $3,96 \pm 1,64$ **ούτε ασήμαντο ούτε σημαντικό**
8. 'οικειότητα' με μέσο όρο $3,85 \pm 1,63$ **ούτε ασήμαντο ούτε σημαντικό**



9. 'ηθικό παράγοντα' με μέσο όρο $3,69 \pm 1,86$ ελαφρώς ασήμαντο

7.1. Συμπεράσματα

- Το συνολικό δείγμα χαρακτηρίστηκε φυσιολογικό με ποσοστό 60% σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζα Σώματος.
- Το δείγμα είχε μέτρια συμμόρφωση στην Μεσογειακή Διατροφή (MedDietScore).
- Η Σύρος εμφάνισε το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλής συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή της τάξης του 32% σε σχέση με τις άλλες δύο περιοχές, όπου η Σητεία εμφάνισε 18% και η Λευκωσία 14%.
- Το δείγμα είχε ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων το 'κόστος'.
- Οι γυναίκες είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμου την 'υγεία', ενώ οι άνδρες το 'κόστος'. Ο μέσος όρος όλων των κριτηρίων (9) του FCQ για τις γυναίκες ήταν μεγαλύτερος έναντι των ανδρών.
- Η Λευκωσία είχε ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων το 'κόστος' την 'ευκολία', την 'υγεία' και την 'έλκυστικότητα'. Η Σητεία είχε ως σημαντικότερο κριτήριο την 'έλκυστικότητα' και το 'κόστος' και την 'σύσταση τροφίμου'. Η Σύρος είχε ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος', την 'υγεία', την 'έλκυστικότητα', την 'ευκολία' και την 'σύσταση τροφίμου'.
- Τα άτομα που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο επιλογής τροφίμων το 'κόστος'. Ενώ τα άτομα που είχαν τελειώσει πρωτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε να υπερτερούν στην ομάδα 'έλκυστικότητα'.
- Τα άτομα που ήταν συνταξιούχοι παρουσίασαν τις μεγαλύτερες τιμές σε όλες σχεδόν τις ομάδες εκτός από το κόστος, με σημαντικότερα κριτήρια την 'υγεία' και τη 'σύσταση τροφίμου', τον 'ηθικό παράγοντα'.
- Τα άτομα που δήλωσαν πλήρης απασχόληση και αυτό-απασχόληση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος', την 'υγεία', την 'ευκολία' και την 'έλκυστικότητα'. Τα άτομα που δήλωσαν μερική απασχόληση είχαν το 'κόστος'



και την 'ελκυστικότητα'. Τα άτομα που ασχολούνταν με τα οικιακά είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' την 'υγεία' και την 'σύσταση τροφίμου'.

- Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία ελλιποβαρές ΔΜΣ είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία' και το 'κόστος'. Τα άτομα που ήταν φυσιολογικά και υπέρβαρα είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' την 'υγεία' και την 'ευκολία'. Ενώ τα παχύσαρκα άτομα είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'ελκυστικότητα', το 'κόστος' και την 'ευκολία'.
- Τα άτομα που είχαν χαμηλή και μέτρια συμμόρφωση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το 'κόστος' ενώ τα άτομα με υψηλή συμμόρφωση είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία'.
- Τα άτομα που ήταν κάτω των 35 ετών είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο το κόστος ενώ άτομα άνω των 35 είχαν ως σημαντικότερο κριτήριο την 'υγεία'.

7.2. Περιορισμοί Έρευνας

Η έρευνα υπόκειται σε κάποιους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Στην συγκεκριμένη έρευνα ένα περιορισμός ήταν το ότι δεν είχαμε την πλήρη πρόσβαση της αντικειμενικότητας και τα εργαλεία τα οποία θα θέλαμε όπως μία ζυγαριά ακριβείας και ένα αναστημόμετρο. Επομένως δεν γνωρίζουμε εάν το βάρος και το ύψος του καθενός είναι το σωστό, αφού υπήρχαν αρκετά άτομα τα οποία δεν είχαν ακριβή εικόνα, τόσο για το βάρος τους, όσο και για το ύψος τους. Πιθανόν τα ερωτηθέντα άτομα να μην ήταν ειλικρινή όσο αφορά τις απαντήσεις τους, λόγω το ότι ήθελαν να κρύψουν κάποια λάθος διατροφική συμπεριφορά.

7.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σε μία μελλοντική έρευνα στην οποία θα εξετάζεται τη Συμμόρφωση στην Μεσογειακή Διατροφή και τα κριτήρια επιλογής τροφίμων, θα προτείναμε να χρησιμοποιηθεί μία



ζυγαριά ακριβείας με ένα αναστημόμετρο για να υπάρχουν πιο ακριβή στοιχεία και ακόμα να γίνει ανάλυση σώματος η οποία θα δείχνει το σωματικό λίπος, έτσι ώστε να υπήρχε μία πιο ακριβής αξιολόγηση.



Βιβλιογραφία

- Abou-Donia, S. A. (2008). Origin, history and manufacturing process of Egyptian dairy products: An overview. *Alexandria Journal of Food Science and Technology*, 5(1), 51-62.
- AbuSabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition-and health-related behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- 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.
- Altowajiri, G., Fryman, A., & Yadav, V. (2017). Dietary interventions and multiple sclerosis. *Current neurology and neuroscience reports*, 17(3), 28.
- Ares, G., & Gambaro, A. (2008). Food choice and food consumption frequency for Uruguayan consumers. *International journal of food sciences and nutrition*, 59(3), 211-223.
- Arvaniti Fotini, P. D. (2006). Dietary habits in a Greek sample of men and women: The ATTICA Study. *Central European journal of public health*, 74-77
- Aune, D., Lau, R., Chan, D. S. M., Vieira, R., Greenwood, D. C., Kampman, E., & Norat, T. (2012). Dairy products and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Annals of oncology*, 23(1), 37-45.
- Aune, D., Norat, T., Romundstad, P., & Vatten, L. J. (2013). Dairy products and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *The American journal of clinical nutrition*, 98(4), 1066-1083.
- Azizi, F. (2002). Research in Islamic fasting and health. *Annals of Saudi medicine*, 22(3-4), 186-191.
- 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.



- Barrea, L., Balato, N., Di Somma, C., Macchia, P. E., Napolitano, M., Savanelli, M. C., ... & Savastano, S. (2015). Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet?. *Journal of translational medicine*, 13(1), 18.
- Bechthold, A., Boeing, H., Schwedhelm, C., Hoffmann, G., Knüppel, S., Iqbal, K., ... & Schwingshackl, L. (2019). Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical reviews in food science and nutrition*, 59(7), 1071-1090.
- Blackadar, C. B. (2016). Historical review of the causes of cancer. *World journal of clinical oncology*, 7(1), 54.
- Bolsover, S., Hyams, J., Shephard, E., White, H., & Wiedemann, C. (2004). *Cell biology: A short course*. 2nd edition. Wiley and Sons Inc. Publication, p142.
- Cadario, F., Prodam, F., Pasqualicchio, S., Bellone, S., Bonsignori, I., Demarchi, I., ... & Bona, G. (2012). Lipid profile and nutritional intake in children and adolescents with type 1 diabetes improve after a structured dietician training to a Mediterranean-style diet. *Journal of endocrinological investigation*, 35(2), 160-168.
- Cagigal, C., Silva, T., Jesus, M., & Silva, C. (2019). Does Diet Affect the Symptoms of ADHD?. *Current pharmaceutical biotechnology*, 20(2), 130-136.
- Calder, P. C. (2015). Marine omega-3 fatty acids and inflammatory processes: effects, mechanisms and clinical relevance. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular and Cell Biology of Lipids*, 1851(4), 469-484.
- Chambers, S., Lobb, A., Butler, L. T., & Traill, W. B. (2008). The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *International Journal of Consumer Studies*
- Chan, J., Knutsen, S. F., Blix, G. G., Lee, J. W., & Fraser, G. E. (2002). Water, other fluids, and fatal coronary heart disease: the Adventist Health Study. *American journal of epidemiology*, 155(9), 827-833.



- Chen, J. D., & Xu, H. (1996). Historical development of Chinese dietary patterns and nutrition from the ancient to the modern society. *World review of nutrition and dietetics*, 79, 133-153.
- Chen, O. L. (2019). The big picture: future global seafood markets. In *Predicting Future Oceans* (pp. 241-248). Elsevier.
- Cheung, W. W. (2019). Predicting the future ocean: pathways to global ocean sustainability. In *Predicting Future Oceans* (pp. 3-15). Elsevier.
- Craddick, S. R., Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., & Swain, M. C. (2003). The DASH diet and blood pressure. *Current atherosclerosis reports*, 5(6), 484-491.
- Δαρβίρη, Χ. (2009). *Προαγωγή Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη: Αθήνα.
- Darviri, C., Pelekasis, P., Galanakis, M., & Tigani, X. (2015). Demographic and anthropometric variables related to longevity: results from a Greek Centenarians' study. *Journal of Basic and Applied Sciences*, 11, 381-388.
- de Lorgeril, M., & Salen, P. (2006). The Mediterranean-style diet for the prevention of cardiovascular diseases. *Public health nutrition*, 9(1a), 118-123.
- De Lorgeril, M., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Delaye, J., & Mamelle, N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99(6), 779-785.
- De Stefani, E., Boffetta, P., Deneo-Pellegrini, H., Mendilaharsu, M., Carzoglio, J. C., Ronco, A., & Olivera, L. (1999). Dietary antioxidants and lung cancer risk: a case-control study in Uruguay. *Nutrition and Cancer*, 34(1), 100-110.
- De Stefani, E., Fontham, E. T., Chen, V., Correa, P., Deneo-Pellegrini, H., Ronco, A., & Mendilaharsu, M. (1997). Fatty foods and the risk of lung cancer: A case-control study from Uruguay. *International journal of cancer*, 71(5), 760-766.
- DeVita, V. T., & Chu, E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer research*, 68(21), 8643-8653.



- Devine CM, Olson CM. Women's Dietary Prevention Motives: life stage influences. *Journal of Nutrition Education*.
- Devine, R. (2003). Meat consumption trends in the world an the European Union. *Productions Animales (France)*.
- Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P., & Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 197-207.
- Donkin AJM, Johnson AE, Morgan K, Neale RJ, Page RM, Silburn RL. Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham.
- Estruch, R., & Salas-Salvado, J. (2013). Towards an even healthier Mediterranean diet. *Nutrition, Metabolism and cardiovascular diseases*, 23(12), 1163-1166.
- Eurostat. (2019). Share of milk from animals other than cows. Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share of milk from animals other than cows_2017 \(%25 on total milk delivered to dairies\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_milk_from_animals_other_than_cows_2017_(%25_on_total_milk_delivered_to_dairies).png) Τελευταία πρόσβαση 13.12.2019
- Fagerli RA, Wandel M. Gender differences in opinions and practices with regard to a “healthy diet”. *Appetite*.
- Farah, R., & Glick, Y. (2008). Secrets of the Mediterranean diet. *Harefuah*, 147(5), 422-7.
- Fitzgerald, K. C., Tyry, T., Salter, A., Cofield, S. S., Cutter, G., Fox, R., & Marrie, R. A. (2018). Diet quality is associated with disability and symptom severity in multiple sclerosis. *Neurology*, 90(1), e1-e11.
- Fontana, L., & Partridge, L. (2015). Promoting health and longevity through diet: from model organisms to humans. *Cell*, 161(1), 106-118.
- Forsyth, C., Kouvari, M., D’Cunha, N. M., Georgousopoulou, E. N., Panagiotakos, D. B., Mellor, D. D., ... & Naumovski, N. (2018). The effects of the Mediterranean



- diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatology international*, 38(5), 737-747.
- Fromberg, P. M. (1993). Is vegetarianism a diet or an ideology?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 149(3), 269.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 385 (9963), 117-71.
- Gerber, M., Boutron-Ruault, M. C., Hercberg, S., Riboli, E., Scalbert, A., & Siess, M. H. (2002). Food and cancer: state of the art about the protective effect of fruits and vegetables. *Bulletin du Cancer*, 89(3), 293-312.
- Godfray, H. C. J., Aveyard, P., Garnett, T., Hall, J. W., Key, T. J., Lorimer, J., ... & Jebb, S. A. (2018). Meat consumption, health, and the environment. *Science*, 361(6399), eaam5324.
- Grosso, G., Pajak, A., Mistretta, A., Marventano, S., Raciti, T., Buscemi, S., ... & Galvano, F. (2014). Protective role of the Mediterranean diet on several cardiovascular risk factors: evidence from Sicily, southern Italy. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(4), 370-377.
- Guine P. F. Raquel, B. E.-B.-K.-M. (2020). Study about Food Choice Determinants According to Six Types of Conditioning Motivations in a Sample of 11,960 Participants. MDPI, 1-18.
- Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2013). The science on front-of-package food labels. *Public health nutrition*, 16(3), 430-439.
- Helldan, A., Lallukka, T., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2011). Changes in healthy food habits after transition to old age retirement. *The European Journal of Public Health*
- Hertog, M. G., Bueno-de-Mesquita, H. B., Fehily, A. M., Sweetnam, P. M., Elwood, P. C., & Kromhout, D. (1996). Fruit and vegetable consumption and cancer



- mortality in the Caerphilly Study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 5(9), 673-677.
- Hough, G., & Sosa, M. (2015). Food choice in low income populations—A review. *Food quality and preference*, 40, 334-342.
- Januszewska, R., Pieniak, Z., & Verbeke, W. (2011). Food choice questionnaire revisited in four countries. Does it still measure the same?. *Appetite*, 57(1), 94-98.
- Jha, D. N. (2002). *The myth of the holy cow*. Verso.
- Joseph, J., Depp, C., Shih, P. A. B., Cadenhead, K. S., & Schmid-Schönbein, G. (2017). Modified mediterranean diet for enrichment of short chain fatty acids: potential adjunctive therapeutic to target immune and metabolic dysfunction in schizophrenia?. *Frontiers in Neuroscience*, 11, 155.
- Kamphuis, C. B., de Bekker-Grob, E. W., & van Lenthe, F. J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition*.
- Kaur, C., & Kapoor, H. C. (2001). Antioxidants in fruits and vegetables—the millennium's health. *International journal of food science & technology*, 36(7), 703-725.
- Kearney, J. (2010). Food consumption trends and drivers. *Philosophical transactions of the royal society B: biological sciences*, 365(1554), 2793-2807.
- Keys, A. (1995). Mediterranean diet and public health: personal reflections. *The American journal of clinical nutrition*, 61(6), 1321S-1323S.
- Keys, A. (1980). *Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Kontou, N., Panagiotakos, D. B., Psaltopoulou, T., Soupos, N., Polychronopoulos, E., Xynopoulos, D., ... & Dimopoulos, M. A. (2011). Classification of the components of the MedDietScore in relation to colorectal cancer prevalence. *Journal of Clinical Oncology*, 29(15_suppl), 1593-1593.



- Kouvari, M., Tyrovolas, S., & Panagiotakos, D. B. (2016). Red meat consumption and healthy ageing: A review.
- Laaksonen, M., Prättälä, R., & Karisto, A. (2001). Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *The European Journal of Public Health, 11*(3), 294-300.
- Lamport L., (1994). *LaTeX: A Document Preparation System.*, Addison-Wesley Professional, 2nd Edition.
- Lazarou, C., Panagiotakos, D. B., & Matalas, A. L. (2009). Level of adherence to the Mediterranean diet among children from Cyprus: the CYKIDS study. *Public Health Nutrition, 12*(7), 991-1000.
- Le Marchand, L., Hankin, J. H., Bach, F., Kolonel, L. N., Wilkens, L. R., Stacewicz-Sapuntzakis, M., ... & Daniel, R. (1995). An ecological study of diet and lung cancer in the South Pacific. *International journal of cancer, 63*(1), 18-23.
- Li, C., Balluz, L. S., Okoro, C. A., Strine, T. W., Lin, J. M. S., Town, M., ... & Valluru, B. (2011). Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas—Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 60*(9), 1-249.
- Liu, C., Xie, B., Chou, C. P., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., ... & Johnson, C. A. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China Seven Cities. *Physiology & behavior, 92*(4), 748-754.
- Lopresti, A. L., & Jacka, F. N. (2015). Diet and bipolar disorder: a review of its relationship and potential therapeutic mechanisms of action. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21*(12), 733-739.
- Lourida, I., Soni, M., Thompson-Coon, J., Purandare, N., Lang, I. A., Ukoumunne, O. C., & Llewellyn, D. J. (2013). Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review. *Epidemiology, 24*(4), 479-489.
- Lustig, R. H., Schmidt, L. A., & Brindis, C. D. (2012). Public health: The toxic truth about sugar. *Nature, 482*(7383), 27.



- Ma, C., Avenell, A., Bolland, M., Hudson, J., Stewart, F., Robertson, C., ... & MacLennan, G. (2017). Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 359, j4849.
- Macko, S. A., Engel, M. H., Andrusevich, V., Lubec, G., O'Connell, T. C., & Hedges, R. E. (1999). Documenting the diet in ancient human populations through stable isotope analysis of hair. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 354(1379), 65-76.
- Magriplis, E., Panagiotakos, D., Mitsopoulou, A. V., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Dimakopoulos, I., ... & Roma, E. (2019). Prevalence of hyperlipidaemia in adults and its relation to the Mediterranean diet: the Hellenic National Nutrition and Health Survey (HNNHS). *European journal of preventive cardiology*, 2047487319866023.
- Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J. P., & Hu, F. B. (2010). Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation*, 121(11), 1356-1364.
- Mardon, J., Thiel, E., Laniau, M., Sijtsema, S., Zimmermann, K., & Barjolle, D. (2015). Motives underlying food consumption in the Western Balkans: consumers' profiles and public health strategies. *International journal of public health*, 60(5), 517-526.
- Materljan, E., Materljan, M., Materljan, B., Vlačić, H., Barićev-Novaković, Z., & Sepčić, J. (2009). Multiple sclerosis and cancers in Croatia—a possible protective role of the» Mediterranean diet «. *Collegium antropologicum*, 33(2), 539-545.
- Maulida, R., Nanishi, K., Green, J., Shibanuma, A., & Jimba, M. (2016). Food-choice motives of adolescents in Jakarta, Indonesia: the roles of gender and family income. *Public health nutrition*, 19(15), 2760-2768.
- Michaud, D. S., Feskanich, D., Rimm, E. B., Colditz, G. A., Speizer, F. E., Willett, W. C., & Giovannucci, E. (2000). Intake of specific carotenoids and risk of lung cancer in 2 prospective US cohorts. *The American journal of clinical nutrition*, 72(4), 990-997.



- Michaud, D. S., Liu, S., Giovannucci, E., Willett, W. C., Colditz, G. A., & Fuchs, C. S. (2002). Dietary sugar, glycemic load, and pancreatic cancer risk in a prospective study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(17), 1293-1300.
- Miyagi, S., Iwama, N., Kawabata, T., & Hasegawa, K. (2003). Longevity and diet in Okinawa, Japan: the past, present and future. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 15(1_suppl), S3-S9.
- Mousavi, S. M., Gouya, M. M., Ramazani, R., Davanlou, M., Hajsadeghi, N., & Seddighi, Z. (2009). Cancer incidence and mortality in Iran. *Annals of oncology*, 20(3), 556-563.
- Muntoni, S., & Muntoni, S. (1999). New insights into the epidemiology of type 1 diabetes in Mediterranean countries. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(2), 133-140.
- Murakami, K., Livingstone, M., & Sasaki, S. (2018). Thirteen-year trends in dietary patterns among Japanese adults in the National Health and Nutrition Survey 2003–2015: Continuous Westernization of the Japanese diet. *Nutrients*, 10(8), 994.
- O'Brien G., Davies M., 2006., Nutrition knowledge and body mass index, Health Education Research.
- Olsen, S. O. (2004). Antecedents of seafood consumption behavior: An overview. *Journal of aquatic food product technology*, 13(3), 79-91.
- Πανουργιά, Π., & Λερατάκη, Κ. (2017). *Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή στην Κρήτη σήμερα: Διατροφικές συνήθειες υπερηλίκων σε δύο περιοχές της Κρήτης*. ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πτυχιακή Εργασία.
- Panagiotakos, D. B., Georgousopoulou, E. N., Pitsavos, C., Chrysoshoou, C., Metaxa, V., Georgiopoulos, G. A., ... & ATTICA Study Group. (2015). Ten-year (2002–2012) cardiovascular disease incidence and all-cause mortality, in urban Greek population: the ATTICA Study. *International journal of cardiology*, 180, 178-184.



- Panagiotakos, D., Kalogeropoulos, N., Pitsavos, C., Roussinou, G., Palliou, K., Chrysohoou, C., & Stefanadis, C. (2009). Validation of the MedDietScore via the determination of plasma fatty acids. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 60(sup5), 168-180.
- 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.
- Panza, F., Solfrizzi, V., Colacicco, A. M., D'introno, A., Capurso, C., Torres, F., ... & Capurso, A. (2004). Mediterranean diet and cognitive decline. *Public health nutrition*, 7(7), 959-963.
- Park, Y. W. (2018). Recent Trend in the Dairy Industry. *J Adv Dairy Res*, 6, e134.
- Pelekasis, P., Zisi, G., Koumariou, A., Marioli, A., Chrousos, G., Syrigos, K., & Darviri, C. (2016). Forming a stress management and health promotion program for women undergoing chemotherapy for breast cancer: A pilot randomized controlled trial. *Integrative cancer therapies*, 15(2), 165-174.
- Phan, C., Touvier, M., Kesse-Guyot, E., Adjibade, M., Hercberg, S., Wolkenstein, P., ... & Sbidian, E. (2018). Association between Mediterranean anti-inflammatory dietary profile and severity of psoriasis: results from the NutriNet-Sante cohort. *JAMA dermatology*, 154(9), 1017-1024.
- Pingali, P. (2007). Westernization of Asian diets and the transformation of food systems: Implications for research and policy. *Food policy*, 32(3), 281-298.
- Ríos-Hernández, A., Alda, J. A., Farran-Codina, A., Ferreira-García, E., & Izquierdo-Pulido, M. (2017). The Mediterranean diet and ADHD in children and adolescents. *Pediatrics*, 139(2), e20162027.



- Rice, B. H., Cifelli, C. J., Pikosky, M. A., & Miller, G. D. (2011). Dairy components and risk factors for cardiometabolic syndrome: recent evidence and opportunities for future research. *Advances in nutrition*, 2(5), 396-407.
- Pollard, T. M., Steptoe, A. N. D. R. E. W., & Wardle, J. A. N. E. (1998). Motives underlying healthy eating: using the Food Choice Questionnaire to explain variation in dietary intake. *Journal of biosocial science*, 30(2), 165-179.
- Rozin, P. (1996). The socio-cultural context of eating and food choice. In *Food choice, acceptance and consumption* (pp. 83-104). Springer, Boston, MA.
- Sannakki, S., Sannakki, D., Echebarria, J. J., & Patteril, M. (2018). Preoperative assessment for cardiac surgery. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 19(7), 339-345.
- Sanchez-Villegas, A., Henriquez, P., Bes-Rastrollo, M., & Doreste, J. (2006). Mediterranean diet and depression. *Public health nutrition*, 9(8A), 1104-1109.
- Sarri, K. O., Linardakis, M. K., Bervanaki, F. N., Tzanakis, N. E., & Kafatos, A. G. (2004). Greek Orthodox fasting rituals: a hidden characteristic of the Mediterranean diet of Crete. *British Journal of Nutrition*, 92(2), 277-284.
- Saturni, L., Ferretti, G., & Bacchetti, T. (2010). The gluten-free diet: safety and nutritional quality. *Nutrients*, 2(1), 16-34.
- Schifferstein, H. N., & Ophuis, P. A. O. (1998). Health-related determinants of organic food consumption in the Netherlands. *Food quality and Preference*, 9(3), 119-133.
- Sedaghat, F., Jessri, M., Behrooz, M., Mirghotbi, M., & Rashidkhani, B. (2016). Mediterranean diet adherence and risk of multiple sclerosis: a case-control study. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 25(2), 377.
- Simopoulos, A. P. (2000). Human requirement for N-3 polyunsaturated fatty acids. *Poultry science*, 79(7), 961-970.
- Simopoulos, A. P. (2008). The importance of the omega-6/omega-3 fatty acid ratio in cardiovascular disease and other chronic diseases. *Experimental biology and medicine*, 233(6), 674-688.



- Simopoulos, A. P. (2002). The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 56(8), 365-379.
- Simopoulos, A. P. (2001). The Mediterranean diets: what is so special about the diet of Greece? The scientific evidence. *The Journal of nutrition*, 131(11), 3065S-3073S.
- Skerratt, S. (1999). Food availability and choice in rural Scotland: the impact of “place”. *British Food Journal*.
- Slavin, J. (2004). Whole grains and human health. *Nutrition research reviews*, 17(1), 99-110.
- Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2014). Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of cancer*, 135(8), 1884-1897.
- Semlitsch, T., Jeitler, K., Berghold, A., Horvath, K., Posch, N., Poggenburg, S., & Siebenhofer, A. (2016). Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Slattery, M. L., Benson, J., Berry, T. D., Duncan, D., Edwards, S. L., Caan, B. J., & Potter, J. D. (1997). Dietary sugar and colon cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 6(9), 677-685.
- Slavin, J. L., & Lloyd, B. (2012). Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in nutrition*, 3(4), 506-516.
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1189-1196.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *Bmj*, 337, a1344.
- Solfrizzi, V., Frisardi, V., Seripa, D., Logroscino, G., P Imbimbo, B., D'Onofrio, G., ... & Panza, F. (2011). Mediterranean diet in predementia and dementia syndromes. *Current Alzheimer Research*, 8(5), 520-542.



- Stephoe, A., & Wardle, J. (1999). Motivational factors as mediators of socioeconomic variations in dietary intake patterns. *Psychology & Health*, 14(3), 391–402.
- Swink, T. D., Vining, E. P., & Freeman, J. M. (1997). The ketogenic diet: 1997. *Advances in pediatrics*, 44, 297-329.
- Τυροβολάς, Σ., Μορένα, Μ., Χριστόπουλος, Η., Μπουντζιούκα, Β., Γκότσης, Ε., Πούνης, Γ., ... & Πολυχρονόπουλος, Ε. (2010). Γεωγραφική μεταβλητότητα παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και των διατροφικών συνηθειών ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών απο επιλεγμένα νησιά της Μεσογείου: Μελέτη MEDIS. *Πανελλήνια και Διεθνή Γεωγραφικά Συνέδρια, Συλλογή Πρακτικών*, 809-815.
- Takezaki, T., Inoue, M., Kataoka, H., Ikeda, S., Yoshida, M., Ohashi, Y., ... & Tominaga, S. (2003). Diet and lung cancer risk from a 14-year population-based prospective study in Japan: with special reference to fish consumption. *Nutrition and cancer*, 45(2), 160-167.
- Te Velde, S. J., Singh, A., Chinapaw, M., De Bourdeaudhuij, I., Jan, N., Kovacs, E., ... & Moreno, L. (2014). Energy balance related behaviour: personal, home-and friend-related factors among schoolchildren in Europe studied in the ENERGY-project. *PLoS One*, 9(11), e111775.
- Trichopoulou, A., & Lagiou, P. (1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutrition reviews*, 55(11), 383-389.
- Trovato, G., Catalano, D., Martines, G., Pace, P., & Trovato, F. (2014). Mediterranean diet: relationship with anxiety and depression. *Annals of neurology*, 75(4).
- Wardle, J., Parmenter, K., & Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34(3), 269-275.
- 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.



- Willcox, D. C., Scapagnini, G., & Willcox, B. J. (2014). Healthy aging diets other than the Mediterranean: a focus on the Okinawan diet. *Mechanisms of ageing and development, 136*, 148-162.
- Williamson, G. (1996). Protective effects of fruits and vegetables in the diet. *Nutrition & food science, 96*(1), 6-10.
- Wise, J. A. (2000). 11 Health Benefits of Fruits and Vegetables: The Protective Role of Phytonutrients. *Vegetables, fruits, and herbs in health promotion, 10*, 147.
- Word help - Getting started with Word 2016. (29 Αυγούστου 2016). Ανακτήθηκε από <https://support.office.com/en-us/word>
- Zeeni, N., Gharibeh, N., & Katsounari, I. (2013). The influence of sociocultural factors on the eating attitudes of Lebanese and Cypriot students: a cross-cultural study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*, 45-52.
- Ziegler, C. C., & Sidani, M. A. (2011). Diets for successful aging. *Clinics in geriatric medicine, 27*(4), 577-589.



Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

Πτυχιακής εργασίας

<<ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ
ΔΙΑΤΡΟΦΗ>>

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΥΖΑΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΥΛΑΡΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ-ΙΩΑΝΝΑ

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΨΗ: ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

Σητεία, 2020

Σημειώσεις προς τον συμμετέχοντα στην έρευνα

Το ερωτηματολόγιο θα μας βοηθήσουν να διαπιστώσουμε το επίπεδο συμμόρφωσης στην Μεσογειακή διατροφή και τα κριτήρια επιλογής τροφίμων. Επίσης, μέσα από την άντληση στοιχείων αναφορικά με τον τόπο διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατάσταση εργασίας, το μηνιαίο μισθό νοικοκυριού, την οικογενειακή κατάσταση, τα άτομα στην οικογένεια και τα παιδιά στην οικογένεια, θα εντοπίσουμε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ αυτών με τον διατροφικό δείκτη MedDietScore και τα κριτήρια επιλογής τροφίμου.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα αποτελέσματα της έρευνας από την στατιστική ανάλυση και επεξεργασία θα χρησιμοποιηθούν κατά αποκλειστικό τρόπο ώστε να βοηθήσουν στην διεξαγωγή των συμπερασμάτων της εργασίας μας και θα παραμείνουν εμπιστευτικά.

Το ερωτηματολόγιο εσωκλείει τρεις σημαντικές ενότητες:

1. Ενότητα 1. Δημογραφικά Στοιχεία
2. Ενότητα 2. Ερωτηματολόγιο Επιλογής Τροφίμων (FCQ)
3. Ενότητα 3. Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Τροφίμων (MedDietScore)

Η συμμετοχή σας στην έρευνα θεωρείται πολύ σημαντική.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων.



Ενότητα 1. Δημογραφικά Στοιχεία

Ατομικά Στοιχεία

1) Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

2) Ηλικία 1) <25

2) 26-35

3) 36-45

4) 46-55

5) >=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 κάτω των 18 ετών

1) Όχι

2) 1-2 ετών

3) 3-8 ετών

4) 9-12 ετών

5) 13-17 ετών

8) Τόπος διαμονής

1) Λευκωσία 2) Σητεία 3) Σύρος

9) Επίπεδο Εκπαίδευσης

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (ολοκληρωμένη ή ημιτελής)

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (όλα τα είδη)

Τριτοβάθμια εκπαίδευση

10) Κατάσταση εργασίας

Πλήρης απασχόληση

Μερική απασχόληση

Αυτό - απασχόληση

Πτυχιακή Εργασία

Πτυχιακή Εργασία



Οικιακά

Συνταξιούχος

Άλλο...

11) Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού, (ευρώ)

1)<1000

2)1000-1500

3)1500-2000

4)>2000

5)Δεν γνωρίζω/καμία απάντηση

Ενότητα 2. Ερωτηματολόγιο Επιλογής Τροφίμων (FCQ)

	Εντελώς ασήμαντο 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 σούπερ μάρκετ							
12. Να έχουν καλή σχέση ποιότητας τιμής							



13. Να μου φτιάχνουν τη διάθεση							
14. Να μυρίζουν ωραία							
15. Μπορεί να μαγειρευτεί πολύ απλά							
16. Με βοηθά να αντιμετωπίζω το άγχος							
17. Με βοηθά 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. Είναι σαν το φαγητό που έφαγα όταν ήμουν παιδί							

22. Περιέχει πολλές βιταμίνες και μέταλλα							
23. Να μην περιέχει τεχνητά συστατικά							
24. Να με κρατά ξύπνιο							
25. Να φαίνεται ωραίο							
26. Να με βοηθά να χαλαρώσω							
27. Να είναι υψηλό σε πρωτεΐνες							
28. Να μην χρειάζεται χρόνο να προετοιμασias							
29. Με κρατάει υγιή							
30. Είναι καλό για το δέρμα μου / δόντια / μαλλιά / νύχια κλπ.							
31. Να με κάνει να νιώθω καλά							
32. Να έχει σαφώς επισημανθεί η χώρα προέλευσης							
33. Να είναι αυτό που τρώω συνήθως							
34. Να με βοηθά να αντιμετωπίζω τη ζωή							
35. Να μπορεί να αγοραστεί σε καταστήματα κοντά στο οποίο ζω ή εργάζομαι							
36. Να είναι φτηνό							



Ενότητα 3. Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Τροφίμων (MedDietScore)

Κατηγορία Τροφίμων	Συχνότητα Κατανάλωσης (Μερίδες/Εβδομάδα)					
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
1. Μη ραφινάρισμα δημητριακά (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 μύρα 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.