



Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ  
ΣΥΧΝΑΖΟΥΝ ΣΤΑ ΚΑΦΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ.

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΑΝΔΥΛΑ ΜΑΡΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΜΟΥΡΓΕΛΑ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Κος ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΤΟΠΟΣ: ΠΑΤΡΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 12/9/2008



«Ω, καφέ, ποτό της δόξας του Θεού! Το απαράμιλλο άρωμά σου φέρνει στους ανθρώπους ευεξία και αρχοντιά. Όπου προσφέρεται καφές, υπάρχει μεγαλοσύνη, λαμπρότητα, φιλία και ευτυχία»  
*Abd al Kadir, 1587*

## **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

Ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή μας Κο Δετοράκη Ι. και το συνεργάτη του Κο Βανταράκη Α., την συνάδελφο και συμφοιτήτρια Στεφανοπούλου Ε. για την αμέριστη συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθειά τους σε κάθε τομέα της πτυχιακής μας. Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους ιδιοκτήτες καφενείων και τους θαμώνες που συμμετείχαν στην έρευνά μας και για τις πληροφορίες που μας έδωσαν.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.

Η μελέτη αυτή εξετάζει το προφίλ και τις συνήθειες των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία στην πόλη της Πάτρας δίνοντας έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτού (π.χ οικογενειακή, οικονομική επαγγελματική κατάσταση, υγεία, ελεύθερος χρόνος) και τις συνήθειες ως προς το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή.

Η μελέτη αυτή απαρτίζεται από δύο μέρη το βιβλιογραφικό όπου γίνεται αναφορά στο καφενείο και το ρόλο που διαδραματίζει από την αρχή της ύπαρξης του στην κοινωνία, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ενήλικων και ηλικιωμένων - οικογενειακή, επαγγελματική, οικονομική κατάσταση καθώς και τα χαρακτηριστικά της υγείας τους - όπως προκύπτουν από έρευνες στον γενικό πληθυσμό της χώρας σε προηγούμενες δεκαετίες. Επίσης γίνεται αναφορά στο κάπνισμα, το αλκοόλ και στη διατροφή και πως επιδρούν στην υγεία. Το βιβλιογραφικό μέρος τελειώνει με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ως προς το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, τον ελεύθερο χρόνο και την υγεία.

Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της μελέτης στο οποίο παρουσιάζεται η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Στο τέλος του ερευνητικού μέρους προτείνεται ο σχεδιασμός προγράμματος αγωγής υγείας όπου θα απευθύνεται στα άτομα που συχνάζουν στο καφενείο καθώς και την συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στο πρόγραμμα αυτό.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	4
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>ΣΕΛΙΔΑ</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
1) Εισαγωγή	9
1.1) Το Πρόβλημα	10
1.2) Σκοπός της μελέτης	11
1.3) Ορισμοί	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b>	
2.1) Εξάπλωση των καφενείων.	12
2.2) Το Καφενείο	14
2.3) Ο ρόλος των καφενείων στον πολιτικό, κοινωνικό και πνευματικό βίο της Νεότερης Ελλάδας.	19
2.3.1) Ο ρόλος των καφενείων στον πολιτικό βίο.	19
2.3.2) Ο ρόλος των καφενείων στον κοινωνικό βίο.	22
2.3.3) Ο ρόλος των καφενείων στον πνευματικό βίο	24
2.4) Τα σημαντικότερα και φημισμένα καφενεία	25
2.4.1) Καφενείο Το Πράσινο Δενδρί	25
2.4.2) Καφενείο Η Ωραία Ελλάς	25
2.4.3) Καφενείο Ζαχαράτος	27
2.4.4) Καφενείο Ο Μαύρος Γάτος	27
2.5) Παλαιά γνωστά καφενεία της Πάτρας	28

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΩΡΙΜΗΣ, ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.**

3.1) Εισαγωγή	30
3.2) Ωριμη και Μέση ηλικία	30
3.3) Ερευνητικά στοιχεία για το προφίλ των ενηλίκων	33
3.4) Προσέγγιση της τρίτης ηλικίας	35
3.5) Ανάγκες και προβλήματα των ηλικιωμένων	38
3.6) Η υγεία των ηλικιωμένων	40
3.6.1) Αισθητήρια όργανα	41
3.6.2) Καρδιαγγειακό Σύστημα – Παθήσεις	42
3.6.3) Κεντρικό Νευρικό Σύστημα – Παθήσεις	43
3.6.4) Μυοσκελετικό Σύστημα – Παθήσεις	45
3.6.5) Αναπνευστικό Σύστημα – Παθήσεις	45
3.6.6) Πεπτικό Σύστημα – Παθήσεις	46
3.6.7) Προβλήματα ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων	47
3.6.8) Χρήση φαρμάκων	48
3.7) Οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων	49
3.8) Μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων	50
3.9) Επαγγελματικό επίπεδο των ηλικιωμένων	51
3.10) Οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων	51
3.11) Ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων	52

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**

4.1) Τάσεις και συνήθειες στην καθημερινή διατροφή	54
4.2) Η διατροφή των ενηλίκων	65
4.3) Η διατροφή κατά τη μέση ενήλικη ζωή	65
4.4) Ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά	66
4.5) Διατροφικά συμπληρώματα για ενήλικες	68
4.6) Διατροφικές συστάσεις σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών	70
4.7) Διατροφικές συστάσεις σε επίπεδο τροφίμων	70
4.7.1) Διατροφικές οδηγίες για τους υγιείς Έλληνες ενήλικες	71

4.8) Πρόσληψη και κατανάλωση ενέργειας	77
4.9) Προβλήματα στην ενήλικη ζωή που σχετίζονται με την διατροφή	78
4.10) Συνήθειες που επηρεάζουν την υγεία και την διατροφική κατάσταση	84
4.11) Η διατροφή των ηλικιωμένων	87
4.12) Ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά κατά την τρίτη ηλικία	92
4.13) Δίαιτα για τους υπερήλικες	97

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

5.1) Κάπνισμα	99
5.2) Λόγοι που οδηγούν στο κάπνισμα	100
5.3) Το κάπνισμα ως συνήθεια και εξάρτηση	101
5.4) Κάπνισμα και προσωπικότητα	102
5.5) Τύποι καπνιστών	102
5.6) Παθητικό κάπνισμα και υγεία	105
5.7) Κάπνισμα και υγεία	107
5.8) Το κάπνισμα στην Ελλάδα.	109

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ**

6.1) Ιστορική αναδρομή	112
6.2) Παράγοντες που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ	114
6.3) Επιδημιολογία κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα	117
6.4) Οι ενέργειες του οίνοπνεύματος στον εγκέφαλο	117
6.5) Εκδηλώσεις και παθήσεις του αλκοολισμού	119
6.6) Σύνδρομο στέρησης οίνοπνεύματος	120
6.7) Οι διαστάσεις του αλκοολισμού	121
6.8) Θεραπευτικές ενδείξεις	122
6.9) Συμπερασματικά.	123

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

7.1) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με το κάπνισμα	124
7.2) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με το αλκοόλ	127
7.3) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με τη διατροφή	129
7.4) Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου – ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	130
7.5) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας	131

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

8.1) Σκοπός της έρευνας	134
8.2) Επιμέρους στόχοι	134
8.3) Ερευνητικά ερωτήματα	134
8.4) Ερευνητικές υποθέσεις	135
8.5) Ερευνητικό εργαλείο	136
8.6) Πληθυσμός	137
8.7) Δείγμα	137
8.8) Είδος δειγματοληψίας	137
8.9) Ενέργειες – χρονοδιάγραμμα	138
8.10) Αποτελέσματα της έρευνας	139
8.11) Συζήτηση – Συμπεράσματα	243
8.12) Πρόταση: Σχεδιασμός προγράμματος αγωγής υγείας – ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.	248
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	254
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Ερωτηματολόγιο	260



# Α΄ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1. Εισαγωγή

Μια βασική ανάγκη του ανθρώπου είναι η ανάγκη του να ανήκει σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο σε μία κοινωνική ομάδα. Αυτήν την ανάγκη την καλύπτει η τοπική κοινότητα. Στο βιβλίο του, ο Π. Σταθόπουλος «Κοινοτική Εργασία, Διαδικασία, Μέθοδοι και Τεχνικές Παρέμβασης.», επισημαίνει το ρόλο του καφενείου «που διαδραμάτισε και συνεχίζει να διαδραματίζει στην Ελλάδα ως κατ' εξοχήν χώρος επικοινωνίας και συζήτησης των τοπικών υποθέσεων της κοινότητας και όχι μόνο».

Από την αρχή της ύπαρξής τους τα καφενεία έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ζωή και την καθημερινότητα των ανθρώπων στον πολιτικό, κοινωνικό, προσωπικό και πνευματικό τομέα. Είναι για πολλούς, κυρίως άνδρες, το δεύτερο σπίτι τους που το επισκέπτονται σχεδόν σε καθημερινή βάση. Οι άνθρωποι που συχνάζουν στα καφενεία έχουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συνήθειες τις οποίες θα προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε. Συνήθειες που είναι τόσο γνωστές και καθημερινές σε όλους τους ανθρώπους που όμως δεν δίνεται ιδιαίτερη σημασία από τους ίδιους αλλά συνάμα είναι ιδιαίτερα σημαντικές γιατί χαρακτηρίζουν τον τρόπο και την ποιότητα της ζωής τους σε όλες τις εκφάνσεις.

Στη μελέτη αυτή θα γίνει προσπάθεια να περιγραφούν οι συνθήκες διαβίωσης αυτών των ανθρώπων στη πόλη της Πάτρας. Οικογένεια, εργασία, οικονομική κοινωνική κατάσταση, ψυχική και σωματική υγεία και υγιεινή (διατροφικές συνήθειες) είναι τα πλαίσια μέσα στα οποία επικεντρώνεται η μελέτη.

## 1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η καθημερινότητα για το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων απαιτεί σκληρή και επίπονη προσπάθεια για να αντεπεξέλθει κανείς σε αυτήν. Η πίεση στην εργασία, οικογενειακές και οι οικονομικές υποχρεώσεις καθώς και η ανάγκη των ατόμων αυτών για ψυχαγωγικές δραστηριότητες είναι από τις προσπάθειες που καλούνται οι περισσότεροι άνθρωποι να αναλάβουν στην καθημερινότητά τους.

Ένας χώρος πολλές φορές εκτόνωσης και χαλάρωσης από τις καθημερινές σκοτούρες είναι για πολλά άτομα κυρίως άνδρες μέσης και τρίτης ηλικίας το καφενείο.

Το καφενείο είναι στενά συνδεδεμένο με τη καθημερινή ζωή των ατόμων αυτών. Αποτελεί έναν χώρο όπου γίνεται η συναναστροφή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα, τις πεποιθήσεις και τις διαθέσεις τους. Συζητούν θέματα που μπορεί να έχουν προσωπικό ή γενικό χαρακτήρα ή να έχουν σχέση με την επίκαιρη ή πολιτική κατάσταση. Επίσης αποτελεί και χώρο ξεκούρασης όπου οι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι περνούν καθημερινά τον ελεύθερο χρόνο τους.

Παρόλο τον κοινωνικό χαρακτήρα του καφενείου, που είναι βοηθητικός στην ψυχολογία του ατόμου, οι συναναστροφές και συζητήσεις συνοδεύονται από κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου που συνήθως υπό συνθήκες κατάχρησης είναι επιβλαβές για την υγεία.

Μέσα από αυτή τη μελέτη θα προσπαθήσουμε να ανακαλύψουμε τις «προβληματικές» καθημερινές συνήθειες (κάπνισμα, διατροφή, αλκοόλ) που οδηγούν στην λεγόμενη «κακή υγεία» δημιουργώντας προβλήματα βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Μελετώντας τις συνήθειες του πληθυσμού των ατόμων που πηγαίνουν στο καφενείο και αναλύοντας τα αποτελέσματα που προκύπτουν μπορούμε να κατανοήσουμε τις στάσεις και τις συνήθειες των ατόμων αυτών, με βάση διάφορους παράγοντες.

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που θα προκύψουν θα μπορέσουν να αποτελέσουν ένα πειστικό στοιχείο σχετικά με την αναγκαιότητα αλλαγής του

τρόπου ζωής της πληθυσμιακής ομάδας που μελετάται και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην πρόταση δημιουργίας αναγκαίων υπηρεσιών – προγραμμάτων στην πόλη για την προαγωγή υγείας, στην πρόληψη ή και στη θεραπεία παραγόντων που αφορούν την υγεία.

## **1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.**

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί το προφίλ των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία

## **1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ.**

**Προφίλ:**είναι το σύνολο των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών (Λεξικό Μπαμπινιώτη σελ. 1822)

**Συνήθειες** είναι 1)η συμπεριφορά που επαναλαμβάνεται πανομοιότυπα χωρίς τις περισσότερες φορές να αποτελεί προϊόν συνειδητής πράξης ή να απασχολεί τη συνείδηση αυτού που την εκτελεί. 2)ο παγιωμένος τρόπος συμπεριφοράς που χαρακτηρίζει τα μέλη μεγαλύτερης ή μικρότερης ομάδας, χωρίς να έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, χωρίς η παραβίαση του να επιφέρει κυρώσεις. (Λεξικό Μπαμπινιώτη, σελ.1705)

**Καφενείο** είναι 1)το κατάστημα στο οποίο σερβίρουν κυρίως καφέ αλλά και αναψυκτικά, ποτά, γλυκά και όπου συχνά μπορεί κανείς να παίξει χαρτιά, τάβλι και γενικά να περάσει την ώρα του (παραδοσιακό καφενείο). 2)φιλολογικό καφενείο (παλιότερα) είναι το καφενείο ή άλλος χώρος στον οποίο συχνάζουν καλλιτέχνες και σχολιάζουν τα σύγχρονα πνευματικά θέματα(το γλωσσικά, αισθητικά και καλλιτεχνικά ζητήματα), κρίνουν τις νέες εκδόσεις, διαβάζουν νέα ανέκδοτα έργα τους και προγραμματίζουν δημόσιες εκδηλώσεις ή εκδόσεις. (Λεξικό Μπαμπινιώτη, σελ.875)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

#### 2.1 ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΦΕΝΕΙΩΝ.

Το καφενείο έχει την προέλευσή του από τη Μέκκα, όπου κατά τον 15<sup>ο</sup> αιώνα υπήρχαν οι «οίκοι του καφέ». Η παράδοσή του εξαπλώθηκε αρχικά στην Αίγυπτο και κατόπιν στην Τουρκία (καφενές) και, τελικά, μέσω της Βενετίας στην Ευρώπη. Το 1654 όμως είχε ήδη ανοίξει το πρώτο γαλλικό καφέ (café) στη Μασσαλία. Ο χαρακτηριστικός τύπος παρισινού καφενείου δημιουργήθηκε το 1702 από τον ιταλό Φραντζέσκο ντέι Κολτέλι στο Παρίσι, όπου σημείωσε μεγάλη επιτυχία. (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάrous Μπριτάννικα, 1988, 33ος τόμος, σελ. 51)

Προς τα τέλη της βασιλείας του Λουδοβίκου ΙΔ΄, στα παρισινά καφενεία σύχναζαν αστοί, ωραίες γυναίκες, αυλικοί, αξιωματούχοι, τυχοδιώκτες κ.λπ. Το 1716 υπήρχαν στο Παρίσι περισσότερα από 300 καφενεία, τόποι συνήθως πολιτικών και φιλολογικών συζητήσεων, τις οποίες απαγόρευσε λίγο αργότερα, στη διάρκεια της Αντιβασιλείας (1715 – 1723), ο καρδινάλιος Ντυπουά. Κατά την ίδια περίοδο, στην πλατεία του Παλαί Ρουαγιάλ ιδρύθηκε το Καφέ ντε λα Ρεζάνς (Καφενείο της Αντιβασιλείας), στο οποίο σύχναζαν κατά καιρούς προσωπικότητες, όπως Ζαν-Ζακ Ρουσσώ, ο Βοναπάρτης (του οποίου το τραπέζι διατηρείται εκεί μέχρι σήμερα), ο Λαφαγέτ, ο Αλφρέ ντε Μυσέ. (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάrous Μπριτάννικα, 1988, 33ος τόμος, σελ. 51)

Από το πρώτο μισό του 18<sup>ου</sup> αιώνα το γαλλικό καφενείο άρχισε να εκτοπίζει τα *καμπαρέ*. Στις παραμονές της Γαλλικής Επανάστασης και κατά τη διάρκειά της, ορισμένα καφενεία συγκέντρωναν το καθένα οπαδούς μιας ορισμένης πολιτικής μερίδας. Κατά τα μέσα περίπου του 19<sup>ου</sup> αιώνα, τα καφενεία της περιοχής του Παλαί Ρουαγιάλ, («Caveau», «le Valois», «le Lemblin») είχαν χάσει τη ζωνηρή τους κίνηση, που προσέλκυε τόσο τους Παρισινούς όσο και τους ξένους. Κατά τη Β΄ Αυτοκρατορία, φημισμένα καφενεία ήταν το «Café Anglais», το «Maison d'or» και το «Café Guerbois». Κατά την περίοδο της Γ΄ Γαλλικής Δημοκρατίας (1870 – 1940) γνώρισε ακμή στο Παρίσι ο τύπος του φιλολογικού – καλλιτεχνικού

καφενείου. Γνωστότερα του είδους είναι τα καφενεία «Aux Deux Magots », «Café de Flore», «Rotonde» και «Coupole». (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάρους Μπριτάννικα, 1988, 33ος τόμος, σελ. 51)

Στην Αγγλία, όπου το πρώτο καφενείο ιδρύθηκε από Έλληνα το 1652 και ονομαζόταν «Ελληνικόν Καφενείον», τα φιλολογικά καφενεία («The Turk's Head», «Old Cheshire Cheese») αποτελούσαν από τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα ένα είδος «αντιακαδημίας» απέναντι στις επίσημες ακαδημίες και στα άλλα «κλειστά» πνευματικά ιδρύματα. Καφενεία εμφανίστηκαν επίσης στη Γερμανία και την Ολλανδία από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα. (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάρους Μπριτάννικα, 33ος τόμος, σελ. 51)

Στην Ελλάδα, καφενεία υπήρχαν και πριν ακόμη από την Επανάσταση. Αμέσως μετά την εγκατάσταση της πρωτεύουσας του νεοσύστατου ελληνικού κράτους στο Ναύπλιο, άνοιξε το πρώτο καφενείο στην Αθήνα, στην Ιερά Οδό, με την επωνυμία «Το Πράσινο Δεντρί», από έναν Βαυαρό. Το 1840 άνοιξε το περιώνυμο στην ιστορία της νεότερης Ελλάδας καφενείο «Ωραία Ελλάς», στη διασταύρωση Ερμού-Αιόλου, που γρήγορα έγινε πολιτικό κέντρο της εποχής. Στο καφενείο αυτό εγκαινιάστηκε το πρώτο στην Ελλάδα σφαιριστήριο και εκεί άρχισε να λειτουργεί το πρώτο υποτυπώδες χρηματιστήριο. Η «Ωραία Ελλάς» έκλεισε το 1880, όταν άλλα καφενεία άρχισαν να προσελκύουν την πελατεία του, όπως, στην πλατεία Συντάγματος, το καφενείο Γιαννόπουλου και το καφενείο Κεραμά, στο οποίο σύχναζαν οι λόγιοι της εποχής, και, κοντά στην πλατεία Ομονοίας, το καφενείο του Χαύτα, που έδωσε την ονομασία του στη θέση Χαυτεία. (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάρους Μπριτάννικα, 1988, 33ος τόμος, σελ. 51)

Άλλα καφενεία που άσκησαν επίδραση στη διαμόρφωση της ελληνικής κοινωνικής ζωής και στις πολιτικές εξελίξεις ήταν το «Τίβολι», των «Γερόντων» και των «Ευφρονούντων» και από τα νεότερα, το καφενείο Ζαχαράτου στη πλατεία Συντάγματος. Τα περισσότερα από τα ιστορικά αυτά καφενεία έχασαν τον αρχικό χαρακτήρα τους και έγιναν σύγχρονα κέντρα. Μερικά όμως εξακολουθούν να διατηρούνται σε συνοικίες της Αθήνας και σε επαρχιακές πόλεις και κωμοπόλεις. (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λάρους Μπριτάννικα, 1988, 33ος τόμος, σελ. 51)

## 2.2. ΤΟ ΚΑΦΕΝΕΙΟ

Στο βιβλίο του Εμμανουήλ Παπαζαχαρίου «η Πιάτσα», εξετάζεται η κοινωνική λειτουργία του Καφενείου στην «αστική» και στη «λαϊκή» τους μορφή. Το καφενείο όπως έχει προαναφερθεί προέρχεται από τη Μέκκα και από κει η παράδοσή του διαδόθηκε στην Αίγυπτο, στη Συρία, στην Περσία. Στα πλαίσια του οθωμανικού κράτους το πρώτο καφενείο άνοιξε στην Κωνσταντινούπολη, μόλις έναν αιώνα μετά την άλωση το 1551 ή το 1555 κατά τον ιστορικό Αχμέτ αφέντη. Ο καφές, όπως και η ατμόσφαιρα του καφενείου, γνώρισαν απέκτησαν τόση αναγνώριση, που το καφενείο σαν εστία κοινωνική και σαν κοινωνικός θεσμός διαδόθηκε πολύ γρήγορα. Ένας χώρος συζήτησης και διαλεκτικής ήταν αναπόφευκτος ώστε να υπάρξει μια άκρη συνύπαρξης και συνεργασίας ανάμεσα στους υπαίθριους και τους αστούς κάτω από την αποτελεσματική διαίτησία της οθωμανικής εξουσίας. Έτσι γρήγορα τα καφενεία πολλαπλασιάστηκαν και την περίοδο 1574-1595 ήτανε γύρω στα 600. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Όμως ο ενθουσιασμός και η συρροή του κοινού στα καφενεία προκάλεσαν την αντίδραση του μουσουλμανικού και χριστιανικού κλήρου γιατί τα τζαμιά και οι εκκλησίες άδειαζαν. Οι αντιδράσεις αυτές οδήγησαν μέσα από διατάγματα του Σουλτάνου Μουράτ Γ' (1574-1595) στο κλείσιμο των καφενείων. Ο διάλογος είχε μπει σε λειτουργία και ο χώρος του καφενείου ήταν απαραίτητος για την ίδια την διαφύλαξη της οθωμανικής ισορροπίας και για την εξέλιξη για την εποχή του κοινωνικού συστήματος. Η απαγόρευση προκάλεσε την εξέγερση του λαού της Πόλης που ο Σουλτάνος αναγκάστηκε να υποχωρήσει. Έτσι ο Μουφτής (ερμηνευτής του Κορανίου για απόδοση δικαιοσύνης) της Κωνσταντινούπολης με θρησκευτικό ισλαμικό διάταγμα προέβλεπε ότι η χρήση του καφέ δεν είναι καθόλου αντίθετη με τον Ιερό νόμο, και ο Σουλτάνος με διάταγμά του επέτρεψε το άνοιγμα των καφενείων. Τον καιρό της βασιλείας του Σουλτάνου Μουράτ του Δ' (1623-1640) τα καφενεία ξαναέκλιναν. Άνοιξαν όμως οριστικά με το διάταγμα του Σουλτάνου Ιμπραήμ Α' (1640-1648). Το καφενείο διαδόθηκε σε όλες τις μεγάλες και ύστερα στις μικρές πόλεις της οθωμανικής επικράτειας. Εγκαταστάθηκε μέσα στο Παζάρι (Αγορά) που ήταν το κέντρο της πόλης του «οθωμανικού τύπου». (Παπαζαχαρίου, 1980)

Η κατανάλωση του καφέ και του καπνού, που τον πρόσφεραν στο ναργιλέ, στάθηκαν η πρόφαση, το άλλοθι, για να στηθεί σε αυτόν τον χώρο ομαδικής ζωής μία καινούργια παράδοση, που αντιστοιχούσε στην ανάγκη σύνθεσης ενός κοινού κώδικα συμπεριφοράς των κατοίκων της πόλης που πλήθαιναν όλο και περισσότερο, για να μπορούν να συνεννοηθούν και να συμβιώσουν οι διαφορετικής καταγωγής και παράδοσης κάτοικοι της πόλης. Οι αίθουσες των καφενείων έγιναν σταθεροί πόλοι έλξης, όπου φτιάχνονταν και αρχειοποιούνταν και διαδίδονταν οι παραδόσεις των λαϊκών στρωμάτων της πόλης. Εκεί οι τόποι συνάντησης των ανθρώπων του Παζαριού αλλά και των άλλων κατοίκων της πόλης, όπου εκτός από την πληροφόρηση πάνω στην επικαιρότητα της αγοράς, την πολιτική, την τοπική και την διεθνή, οι θαμώνες έβρισκαν, δημιουργούσαν και μάθαιναν έναν κοινό τρόπο κοινωνικής συμπεριφοράς και ζωής. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Στη λειτουργία του καφενείου ως κέντρου κοινωνικής και πολιτικής διαπαιδαγώγησης, σημαντικό ρόλο είχε το Θέατρο Σκιών, ο Καραγκιόζης, που στήνονταν εκεί. Οι ατέλειωτοι διάλογοι του Καραγκιόζη και του Χατζηαβάτη μάθαιναν τους θαμώνες του καφενείου την ευκολία της κοινής κουβέντας, τον αυθόρμητο σχεδιασμό που ξεπερνάει τις κατά συνθήκη εκφράσεις. Τους μάθαιναν να απαντούν ετοιμόλογα στις βρισιές, στις συκοφαντίες και στις ειρωνείες, τους μάθαιναν το λογοπαίγνιο και τη σάτιρα, το ισχυρότερο όπλο των αδυνάτων ενάντια στους δυνατούς και μαζί με αυτά την τέχνη του εμπορικού διαλόγου που περιέχει όλα τα παραπάνω. Αποκτώντας αυτή τη δεξιότητα, οι θαμώνες του καφενείου μάθαιναν σιγά σιγά να ξεπερνούν την επιφάνεια των κοινωνικών και πολιτικών φαινομένων, να ψάχνουν και να βρίσκουν τα κρυμμένα τους νοήματα, να παύουν να ταυτίζουν το αίτιο και το αποτέλεσμα όπως γίνεται στη προ-λογική σκέψη, να κάνουν προβλέψεις ύστερα από πραγματική αναλυτική διαδικασία και να μαντεύουν τις πραγματικές προθέσεις της εξουσίας. (Παπαζαχαρίου, 1980, σελ. 66)

Εκτός από τον Καραγκιόζη σημαντική επιρροή είχαν και οι «μερακλήδες», άτομα με μεγάλη γνώση της παράδοσης που έψαχναν να εμβαθύνουν σε όλους του τομείς της γνώσης, στη μουσική όπως και στη μηχανική, στη φιλοσοφία

όπως και στη μαγεία, και που έπαιζαν ρόλο πραγματικών δασκάλων και λαϊκών ηγετών. Αυτοί καθόρισαν και τα είδη των καφέδων, με τις τόσες παραλλαγές στο ψήσιμο και στις ποσότητες καφέ και ζάχαρης. (Παπαζαχαρίου, 1980, σελ.66)

Τον ίδιο καιρό το καφενείο είχε εγκατασταθεί στη Δυτική Ευρώπη. Το πρώτο καφενείο ιδρύθηκε το 1652 στο Λονδίνο. Ύστερα διαδόθηκε σε όλες τις μεγάλες ευρωπαϊκές πόλεις όπου χρησίμευε σαν εντευκτήριο της ανερχόμενης αστικής τάξης, ενώ στο Παρίσι πήρε έναν ιδιότυπο χαρακτήρα σαν εντευκτήριο της φοιτητικής νεολαίας και των καλλιτεχνών. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα το καφενείο επηρεάστηκε από την δυτικοευρωπαϊκή κουλτούρα και μεταφέρθηκε πίσω στην οθωμανική επικράτεια ως «αστικό καφενείο», αλλοιωμένο από τον ευρωπαϊκό ταξικό εκλεκτικισμό.

Παρά την ευρωπαϊκή του προέλευση, το αστικό καφενείο στις πόλεις του Οθωμανικού κράτους και στην Αθήνα, όπου εγκαταστάθηκε από την αρχή της εκλογής της σαν πρωτεύουσας του νεοσύστατου ελληνικού κράτους, δεν έκανε ταξική επιλογή του κοινού του. Η επιλογή δεν γινόταν με κριτήρια καταγωγής ή περιουσίας αλλά με κριτήρια μόρφωσης, τρόπων και γενικά συμπεριφοράς του ατόμου. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Το «αστικό» καφενείο δε βρισκόταν στο Παζάρι, το Παζάρι δεν ήταν το κέντρο της πόλης. Το κέντρο ήταν πλέον κοντά στα κτίρια όπου στεγαζόταν η κεντρική εξουσία του κράτους. Εκεί εγκαταστάθηκαν τα αστικά καφενεία και έγιναν τόποι συνάντησης των υπαλλήλων των κρατικών μηχανισμών, των επιχειρηματιών και των διανοούμενων ανακατεμένων με την σπουδάζουσα νεολαία. Παρόλα αυτά το Παζάρι συνέχισε να ελκύει το κοινό των Αθηνών και τα καφενεία του διατήρησαν την Οθωμανική παράδοση, συγκεντρώνοντας έμπορους, καταστηματάρχες, τεχνίτες, και απλούς εργάτες. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Το καφενείο έγινε έτσι ο εκφραστής της αντίθεσης που δημιουργήθηκε ανάμεσα στο Παζάρι και στο διοικητικό κέντρο, μιας αντίθεσης που δεν ήταν μόνο οικονομική αλλά και πολιτιστική. Τα καφενεία του παζαριού έμεναν τα κέντρα διάδοσης των παλιών παραδόσεων της πόλης του οθωμανικού τύπου και των τοπικών λαϊκών παραδόσεων, ενώ τα καφενεία του διοικητικού κέντρου έγιναν κέντρα διάδοσης των ευρωπαϊκών στοιχείων που προσπαθούσαν να



εισχωρήσουν στη ελληνική κοινωνία. Η αντίθεση άφησε πολλά σημάδια που επικράτησαν μέχρι σήμερα. Τους όρους «αγοραίος» και «λαϊκός» τους δημιούργησαν οι θαμώνες των αστικών καφενείων, ταυτόσημους με το «χυδαίος», το «μη εκλεπτυσμένος» και το «παρακατιανός». Από την άλλη, οι θαμώνες των καφενείων του Παζαριού έφτιαξαν τους όρους «φιόγκος», «τζιτζιφιόγκος» και «λελές», ταυτόσημους με το «ανίδεος από τη δουλειά και τη ζωή» και «λιγάκι γυναικωτός». (Παπαζαχαρίου, 1980)

Όταν η Αθήνα επεκτάθηκε και η κάθε συνοικία απέκτησε τη δική της Αγορά, δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της καθεμιάς τους καφενεία που συνέχισαν την παράδοση των καφενείων της κεντρικής αγοράς.

Οι επαρχιακές πόλεις, όσο κι αν προσπάθησαν να ευθυγραμμιστούν με την Αθήνα, σπάνια κατάφεραν να δημιουργήσουν καφενεία ανάλογα με του αθηναϊκού διοικητικού κέντρου. Τα καφενεία τους παρέμειναν καφενεία του Παζαριού, όπως και στα χωριά. Στα πλαίσια αυτών των «λαϊκών» καφενείων διατηρήθηκαν οι τοπικές παραδόσεις με την αυθόρμητη λειτουργία της στοματικής αρχειοθέτησης και διάδοσης που ερχότανε σε αντίθεση με την εκπαίδευση που παρείχε το σχολείο, κατευθυνόμενο από την ξενομανική πολιτιστική θεώρηση της κρατούσας αστικής εξουσίας. Γιαυτό το καφενείο, το παζαρίτικο λαϊκό καφενείο, χτυπήθηκε πολύ από τους εκπαιδευτικούς σαν κέντρο διαφθοράς. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Στα χωριά δεν διαδόθηκε το αστικό αλλά το λαϊκό καφενείο. Από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, στα κεφαλοχώρια στην αρχή και ύστερα και στα πιο μικρότερα χωριά, το καφενείο εγκαταστάθηκε και έγινε θεσμός. Εκεί όμως πήρε μια άλλη μορφή, διαφορετική, και απέκτησε μια αλλιώςτική λειτουργία από τη λειτουργία του παζαρίτικου και του αστικού καφενείου. Συνδέθηκε με την παραδοσιακή «σύναξη» των γερόντων. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Η «σύναξη» αυτή, που έπαιζε ανέκαθεν ρόλο διοικητικού συμβουλίου, δικαστηρίου, νομοθετικού σώματος και πληροφοριακού κέντρου κάθε κοινότητας, γινόταν σε ένα κυκλικό πολυγωνικό πεζούλι, στο προαύλιο της εκκλησίας ή κάτω από ένα πλατάνι στην πλατεία του χωριού. Το καφενείο διαδόθηκε στα χωριά και παράλληλα συγκάλυψε τη «σύναξη» των γερόντων, που το συγκεντρωτικό

κράτος τη χτύπησε με απαγόρευση, αφού την απογύμνωσε πρώτα από τα νομοθετικά και δικαστικά προνόμιά της που η οθωμανική εξουσία τα είχε σεβαστεί. Οι «γερόντοι», οι «προεστοί», μεταφέρθηκαν από το πεζούλι στο καφενείο και το έκαναν κέντρο και αρχηγείο τους γιατί εκεί κανένας δεν μπορούσε να τους να τους απαγορέψει τη συζήτηση. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Με την έλευση των αγροτών στη πρωτεύουσα και στις μεγάλες πόλεις, το καφενείο – σύναξη των γερόντων μεταφέρθηκε σε αυτές. Στην Αθήνα λ.χ. δημιουργήθηκαν πολλά επαρχιακά «στέκια», όπου συναντιόταν οι καταγόμενοι από την ίδια περιοχή όπου και έδρευε συνεχώς η «κουβέντα» των γερόντων. Αυτά τα επαρχιακά «στέκια», διαφορετικά από τα άλλα αστικά και λαϊκά καφενεία, ο μελετητής του εθνικού δικαίου Θόδωρος Θωμόπουλος τα ονομάζει «εθνοτοπικά εντευκτήρια». Και με τον καιρό ανάλογα με τα ειδικά επαγγέλματα που ασκούσαν οι επαρχιώτες της Αθήνας, τα «εθνοτοπικά εντευκτήρια» εξελίχθηκαν σε επαγγελματικά «στέκια», όπως παλαιότερα στα καφενεία του Παζαριού. Ύστερα, ο πληθυσμός της πόλης ανακατεύθηκε και πολύ λίγα καφενεία επαρχιακά «στέκια» απόμειναν έξω από τις γειτονιές με αμιγή πληθυσμό κοινής καταγωγής. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Από τα αστικά καφενεία εξαφανίστηκαν προοδευτικά οι μεγαλοεπιχειρηματίες και οι εισοδηματίες και μείνανε οι συνταξιούχοι των κρατικών υπηρεσιών και των ελεύθερων επαγγελματιών. Ένα μέρος από τους εισοδηματίες και επιχειρηματίες, επηρεασμένο από την δυτική πολιτιστική κουλτούρα, επάνδρωσε τα μπαρ, τις καφετέριες όπου προσέλκυαν το νέο σε ηλικία κοινό. (Παπαζαχαρίου, 1980)

Παρόλη την επίδραση των δυτικών πολιτιστικών στοιχείων μέσω του τύπου και της τηλεόρασης, το λαϊκό καφενείο συνεχίζει να διατηρεί ακόμα άθικτη ακόμα την παράδοση πολλών αξιών. Αποτελεί ακόμη χώρο και ατμόσφαιρα φόρτισης του διανοητικού και ψυχικού κόσμου του ατόμου, μαθαίνει, προσαρμόζεται όλο και περισσότερο στα επιτάγματα της καθημερινότητας. (Παπαζαχαρίου, 1980)

## **2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΑΦΕΝΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΙΚΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΒΙΟ ΤΗΣ ΝΕΟΤΕΡΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.**

Από συγγράμματα επιφανών Ελλήνων, που διαμόρφωσαν την νεοελληνική ιστορία της χώρας καταγράφουν τους χώρους των καφενείων ως τους βασικούς πυρήνες διαμόρφωσης του πολιτικού, κοινωνικού και πνευματικού βίου στην μετεπαναστατική Ελλάδα. (Χατζόπουλος, 2001, σελ. 11)

### **2.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΑΦΕΝΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΒΙΟ.**

Τα καφενεία, στα μετεπαναστατικά χρόνια θεωρούνταν ως αίθουσες λαϊκών κοινοβουλίων γιατί κάθε φορά που τα επισκέπτονταν οι θαμώνες ανέλυαν την πολιτική όχι μόνο της ελληνικής κυβέρνησης αλλά κατέκριναν τις πολιτικές που ακολουθούσαν οι κυβερνήσεις της Ευρώπης και επέκριναν τις πράξεις όλων των μεγάλων πολιτικών. (Παπακώστας, 2001)

Όσοι διημέρευαν στη Βουλή έσπευδαν στα αθηναϊκά καφενεία να μεταδώσουν όσες συζητήσεις είχαν προηγηθεί (στη Βουλή), οι οποίες επαναλαμβάνονταν στα καφενεία και σχολιάζονταν οι λόγοι των πολιτικών και εν τέλει διαμορφώνονταν η κοινή γνώμη. (Παπακώστας, 2001)

Επιπλέον τα καφενεία αποτελούσαν το βαρόμετρο της κοινής γνώμης γιατί οι αντιπρόσωποι όλων των πολιτικών κομμάτων (αγγλικό, γαλλικό, ρωσικό) αγόρευαν στους χώρους των καφενείων στη προσπάθειά τους να προωθήσουν τις θέσεις τους, να πείσουν και να κυνηγήσουν ψήφους από τους θαμώνες. (Χατζόπουλος, 2001)

Τα κέντρα αυτά έχουν κατά καιρούς επηρεάσει την πολιτική στην ιστορική της εξέλιξη. Πολλά πολιτικά γεγονότα, ανατροπές κυβερνήσεων, παραιτήσεις υπουργών είχαν την αρχή τους εκεί.

Την εποχή του Όθωνα εκατόν τριάντα χρόνια νωρίτερα, το 1862, ο Θ. Δηλιγιάννης, από τους πρωταγωνιστές της πολιτική ζωής, είχε διαβάσει σε καφενείο της οδού Σταδίου την προκήρυξη με την οποία καταργήθηκε η βασιλεία του Όθωνα. Τότε ήταν που η πλατεία Όθωνος μετονομάστηκε σε πλατεία Ομονοίας. (Χατζόπουλος, 2001)

Οι οθωνικοί κατέκριναν τα καφενεία γιατί τα θεωρούσαν ως χώρους όπου επινοούνταν και σχεδιάζονταν συνωμοσίες και σκευωρίες «πάσης κατά της βασιλείας αντιδράσεως» μέσα στα οποία «υπεσκάπτοντο αι βάσεις του θρόνου του Όθωνος». (Χατζόπουλος, 2001, σελ. 14)

Τον Ιούλιο του 1910 στα αθηναϊκά καφενεία κυρίαρχο θέμα συζήτησης ήταν αν το δικαίωμα ψήφου για τις γυναίκες πρέπει να δοθεί ή όχι. (Χατζόπουλος, 2001)

Το 1936, σε μία ομιλία του στη Θεσσαλονίκη ο δικτάτορας Ι. Μεταξάς είχε εκφράσει την οργή του για τις διαδόσεις που μετέφεραν οι πελάτες των καφενείων ό,τι κάποιος πολιτικός είχε πάει στην Κέρκυρα μεταμφιεσμένος έχοντας εντολή να ανατραπεί η κυβέρνηση, να σχηματίσει άλλη και να προκηρύξει εκλογές. Αυτές οι διαδόσεις είχαν επηρεάσει πολύ τον δικτάτορα ο οποίος αφού διέψευσε τα λεγόμενα αυτά είπε στο τέλος της ομιλίας του: « το σύστημα θα εξελιχθεί περαιτέρω... θέτοντας υπεράνω όλη την πατρίδα» θεωρώντας ότι έτσι κατατρόπωσε την παραεξουσία και του διαδοσείς των καφενείων. (Χατζόπουλος, 2001)

Στα χρόνια της δικτατορίας των συνταγματαρχών (1967 - 1974) ο αρχηγός τους Γ. Παπαδόπουλος απαγόρευσε τις συναθροίσεις πέραν των τριών ατόμων καταργώντας έτσι και τις συνωμοσίες των καφενείων. (Χατζόπουλος, 2001)

Ο πολιτικός ρόλος των καφενείων κυριαρχεί ακόμη και στις μέρες μας. Μεγάλες ξένες εφημερίδες προσφεύγουν στα καφενεία για να δουν τι γίνεται στην Ελλάδα. Η γερμανική εφημερίδα Stuttgarter Zeitung (20.5.1999) στις παραμονές των ευρωεκλογών του 1999 έγραψε στο άρθρο της:

*....Οι έρευνες επιβεβαιώνουν αυτό που ακούγεται και στις συζητήσεις στα καφενεία και στις ταβέρνες.... Η ευρωπαϊκή ένωση δεν βρίσκεται, αυτήν την εποχή, ψηλά ως θέμα ενασχόλησης στην Ελλάδα. (Χατζόπουλος, 2001, σελ 22)*

Οι πολιτικοί σε διάφορες συνεντεύξεις τους έχουν προσδώσει έναν αξιοσημείωτο ρόλο των καφενείων στην πολιτική ζωή της χώρας. Εκείνο της αναγνώρισης των ηγετών.

Ο βουλευτής του ΠΑ.ΣΟ.Κ Θεόδωρος Πάγκαλος είπε χαρακτηριστικά σε μία συνέντευξή του (Το Βήμα, 20.4.1997): « Γνωρίζω ένα καφενείο στην Αθήνα, στον τοίχο του οποίου έχω δει μια φωτογραφία του Σημίτη. Ο Σημίτης αρχίζει να γίνεται ηγέτης... Οι ηγέτες, όπως θα ξέρετε, κοσμούν πάντα τα λαϊκά καφενεία της χώρας». (Χατζόπουλος, 2001)

Επιπλέον είναι συχνό το φαινόμενο οι πολιτικοί στις δηλώσεις τους να παρομοιάζουν τις πολιτικές συζητήσεις και συμπεριφορά των συναδέλφων τους με τις πολιτικές συζητήσεις και συμπεριφορές που διαδραματίζονται στους χώρους των καφενείων. (Χατζόπουλος, 2001, σελ.22-23)

Διαχρονικός παραμένει ακόμη ο τρόπος για την συγκομιδή των ψήφων που είναι η νίκη στη ...μάχη των καφενείων.

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, ο πρόεδρος του ΔΗΚΚΙ Δημ. Τσοβόλας δεν ανακοίνωνε συνήθως το πρόγραμμα των επισκέψεών του στην επαρχία πήγαινε χωρίς προειδοποίηση και έκανε τις επαφές του στα καφενεία. (Χατζόπουλος, 2001)

Ενώ αρκετά καφενεία έχουν εκλείψει ο πολιτικός τους ρόλος δεν παύει να υφίσταται. Τα μπλε, τα πράσινα, τα κόκκινα καφενεία με τη μία ή την άλλη μορφή, αποτελούν το βαρόμετρο των πολιτικών εξελίξεων. Αυτό υποστηρίζουν πρωθυπουργοί, αρχηγοί κομμάτων, υπουργοί και άλλοι παράγοντες του δημόσιου βίου. (Χατζόπουλος, 2001)

### 2.3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΑΦΕΝΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΒΙΟ.

Το καφενείο συνδέεται στενά με τη ζωή του Νεοέλληνα. Ήταν – και για την επαρχία παραμένει ακόμη – ο χώρος στον οποίο γινόταν κατά τον αμεσότερο τρόπο η επικοινωνία των πολιτών μεταξύ τους και είχαν έτσι τη δυνατότητα να συζητούν κατά ομάδες, μικρές ή μεγάλες, για θέματα του ενδιαφέροντός τους. Οι συζητήσεις μπορεί να είχαν προσωπικό, πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό χαρακτήρα ή να αναφέρονταν στη σύγχρονη πολιτισμική κατάσταση. Ήταν επίσης το δημόσιο καταφύγιο ατόμων με μποέμικη ζωή και χώρος σχόλης για τους εργαζομένους. (Παπακώστας, 2001, σελ.33)

Εκεί, οι πολίτες είχαν τη δυνατότητα να ενημερώνονται γύρω από τη πολιτική κατάσταση και τις εξελίξεις, να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να προβάλλουν με ένταση μερικές φορές τις πεποιθήσεις τους. Είχαν την δυνατότητα να διαβάζουν τον ημερήσιο τύπο, να ψυχαγωγούνται παίζοντας τάβλι, ντόμινο, χαρτιά ή μπιλιάρδο. (Παπακώστας, 2001, σελ.33)

Ως ανδροκρατούμενος χώρος, το καφενείο αποτελούσε τόπο ευρέσεως εργασίας, μεσιτικού γραφείου, σύναψης εμπορικών συμφωνιών, οικονομικών συναλλαγών και πάσης φύσεως χρηματιστηριακών δραστηριοτήτων. (Παπακώστας, 2001, σελ.34)

Από την μετεπαναστατική εποχή στα καφενεία είχαν σχηματιστεί γωνιές, όπου συγκεντρώνονταν άτομα ίδιας περίπου ηλικίας, επαγγέλματος και πολιτικών πεποιθήσεων. Σύμφωνα με τον Γ. Παπακώστα (2001), οι παλαίμαχοι αγωνιστές συγκεντρώνονταν στο καφενείο η «Ωραία Ελλάς», στο οποίο εκκολάφθηκαν όλες οι αντιδράσεις κατά του Όθωνα, ενώ αργότερα, στο καφενείο «Ζαχαράτου», στο Σύνταγμα, οι συνταξιούχοι, οι πρώην και εν ενεργεία πολιτικοί, οι εμπορευόμενοι και χρηματιστές, οι δημοσιογράφοι και άλλοι θα δημιουργήσουν τους δικούς τους κύκλους. (σελ.37)

Το καφενείο είχε συνδεθεί πολύ με τη ζωή του νεοέλληνα, ώστε κάθε φορά που κάποιο γκρεμιζόταν οι διαμαρτυρίες ήταν έντονες. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, κάτι ανάλογο συνέβη με το καφενείο «Πανελλήνιον» και του «Ζαχαράτου», όταν το ένα κατεδαφίστηκε, ενώ το άλλο για ένα χρονικό διάστημα μετατράπηκε

σε κινηματογράφο. Πολύ συχνά επίσης τονιζόταν η ανάγκη ίδρυσης και άλλων καφενείων για να καλύπτονται οι ανάγκες του κοινού και παράλληλα επισημαινόταν ο κοινωνικός τους ρόλος. Θεωρήθηκε ότι σε αυτό συγκεντρώνεται η πείρα και η ώριμη σκέψη του ανθρώπου. (σελ.37)

Ο Ε. Π. Παπανούτσος, γράφει συγκεκριμένα για το ρόλο των καφενείων: *“Κάποτε αξίζει να γραφεί στα σοβαρά όχι στα αστεία, μία διατριβή για την ανεκτίμητη συμβολή του δικού μας «καφενείου» στην ψυχική υγεία του μεσογειακού ανθρώπου. Αρένα και θρίαμβος της «κοινωνικότητας» (της άμεσης και απρόσκοπτης «εξομολόγησης» προς γνωστούς και αγνώστους) το «καφενείο» δίνει την ευκαιρία να εκτονώνεται ο επαγγελματικά, πολιτικά, συναισθηματικά υπερφορτισμένος ψυχικός χώρος και να μην προσφέρει ευνοϊκό έδαφος στη νεύρωση και στην πλήξη”* (Χατζόπουλος, 2001, σελ. 24)

Τα καφενεία που βρίσκονταν σε κεντρικές πλατείες προσέφεραν θέαμα. Εκεί όπου οι θαμώνες στα καφενεδάκια της πλατείας είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν θεατρικές παραστάσεις, μουσικές συναυλίες, κινηματογράφο και άλλες εκδηλώσεις. (Χατζόπουλος, 2001, σελ.49)

Το καφενείο έχει αποκτήσει μία ιδιαίτερη κοινωνική αξία διότι έχει καθιερωθεί ως χώρος ανθρώπινων σχέσεων όπου πραγματεύονταν προσωπικές, κοινωνικές, επαγγελματικές υποθέσεις και συνεπώς ζητήματα που απασχολούσαν τη καθημερινή ζωή του ανθρώπου.

### 2.3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΑΦΕΝΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΒΙΟ.

Το αθηναϊκό καφενείο κατά καιρούς αποτέλεσε το χώρο συναντήσεως λογίων, λογοτεχνών και καλλιτεχνών και τα εν λόγω καφενεία έμειναν γνωστά ως «Φιλολογικά καφενεία». Αποτέλεσαν έτσι το χώρο ζυμώσεων, αναζητήσεων και διαμόρφωσης πνευματικών συνειδήσεων, ενώ σε πολλά από αυτά σχεδιάστηκαν εκδοτικά προγράμματα, διαβάστηκαν νέα έργα, σχηματίστηκαν σύλλογοι και αναπτύχθηκαν ποικίλες άλλες παρεμφερείς δραστηριότητες. (Παπακώστας, 2001, σελ. 40)

Αρκετά περιοδικά εκκολάφθηκαν μέσα στα καφενεία και κάποια από αυτά συνδέονται ευθέως με συγκεκριμένα καταστήματα και πρόσωπα. Όπως για παράδειγμα το περιοδικό «Τετράδιο» που δημιούργησαν άνθρωποι του πνεύματος σαν τον Ν. Βαλαωρίτη, Μ. Σαχτούρη και άλλους στο πατάρι του «Λουμίδη». Το 1936 συνομήλικοι ο Οδυσσέας Ελύτης και ο Νίκος Γκάτσος γνωρίστηκαν έγιναν φίλοι και «ίδρυσαν» μαζί το λογοτεχνικό καφενείο της γενιάς τους, το «Ηραίον». (Χατζόπουλος, 2001, σελ. 17-18)

Διάσημοι λογοτέχνες πολύ συχνά κατέφευγαν σε κάποιο καφενείο να μελετήσουν να γράψουν και να μνηθούν στις φιλολογικές συζητήσεις για τα λογοτεχνικά και ποιητικά τεκταινόμενα της εποχής. (Παπακώστας Γ., 2001, σελ. 38-39)

Τα καφενεία επίσης υπήρξαν χώροι, όπου οι νέοι φοιτητές και άλλοι, έρχονταν σε επαφή με τα ευρύτερα κοινωνικά στρώματα και κυρίως με τους λόγιους, λογοτέχνες και καλλιτέχνες η αναστροφή αυτή είχε αρκετά συχνά ευεργετικά αποτελέσματα, γιατί ή τους κέντριζε το ενδιαφέρον για την τέχνη ή αποδέσμευε τις λανθάνουσες προδιαθέσεις τους, οι οποίες έβρισκαν έτσι την κατάλληλη ευκαιρία να εκδηλωθούν. (Παπακώστας Γ., 2001, σελ. 41-46)

Τα φιλολογικά καφενεία αποτελούν πλέον πολιτισμική κληρονομιά αφού συνδέθηκαν με την ιστορία και εξέλιξη της λογοτεχνίας. Πρόκειται για χώρους που συνδέθηκαν με συγκεκριμένα πρόσωπα (Παπαδιαμάντης, Κονδυλάκης, Βάρναλης, Χατζιδάκις, Γκάτσος, Ελύτης), με γνωστά περιοδικά (Μαύρος Γάτος, Τα Νέα Γράμματα, Νέα Τέχνη, Τετράδιο, Ιππόκαμπος), με τάσεις και



τεχνοτροπίες (νεοσυμβολισμός, παλαμιστές ή καβαφιστές) και με τον έναν ή τον άλλο τρόπο σηματοδότησαν την ιστορία των γραμμάτων και του πολιτισμού της νεότερης Ελλάδας. (Παπακώστας, 2001)

## **2.4 ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΦΗΜΙΣΜΕΝΑ ΚΑΦΕΝΕΙΑ**

### **2.4.1 Καφενείο: Το πράσινο δενδρί.**

Το «Πράσινο Δενδρί» θεωρείται ο πρώτος συστηματικός κοινωνικός χώρος της Αθήνας. Ιδρύθηκε μετά την άφιξη του Όθωνα στην Αθήνα από ένα ζεύγος Γερμανών και αποτελούσε ένα είδος λέσχης, όπου κατέφυγαν ιδίως Βαυαροί που ήταν στην υπηρεσία του Όθωνα, άλλοι ξένοι και φραγκοφορεμένοι Έλληνες. (Παπακώστας, 2001, σελ. 121)

Βρισκόταν στην Ιερά Οδό, κοντά στην εκκλησία της Αγίας Τριάδος, και αποτελούνταν από τέσσερις χώρους: από το εστιατόριο, το μαγειρείο, την κυρίως αίθουσα και το αναγνωστήριο. Εκεί οι Έλληνες γεύτηκαν για πρώτη φορά και την μπίρα. (Παπακώστας, 2001, σελ. 121)

Στο χώρο αυτό σύχναζαν οι λόγιοι και οι λογοτέχνες της εποχής, όπως ο Αλέξ. Βυζάντιος, ο Δημήτρης. Παπαρρηγόπουλος, ο Αχ. Παράσχος κ.α. Στο άνετο περιβάλλον του αρκετοί λογοτέχνες έγραψαν ποιήματα, κάποια από τα οποία απαγγέληκαν εκεί. (Παπακώστας, 2001, σελ. 122)

### **2.4.2 Καφενείο: Η Ωραία Ελλάς.**

Το καφενείο «Ωραία Ελλάς» είναι από τους δημόσιους χώρους που διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην πολιτική και πνευματική ζωή της Αθήνας, δέσποσε για σαράντα ολόκληρα χρόνια. (Παπακώστας, 2001, σελ. 123)

Συνδέεται κυρίως με την περίοδο του Όθωνα και του Γεωργίου Α΄. Ιδρύθηκε το 1839. Βρισκόταν στη διασταύρωση των οδών Ερμού και Αιόλου και είχε είσοδο κι από τους δύο δρόμους. Ο χώρος του ήταν άνετος και εκτός από τα μαρμάρια τραπέζια οι γωνίες του καλύπτονταν από μαύρους ξύλινους καναπέδες όπου κατέφευγαν οι καπνίζοντες. Συνέχεια αυτής της κύριας αίθουσας υπήρχε κι ένας

άλλος χώρος όπου είχε εγκατασταθεί μπιλιάρδο στο οποίο έβρισκαν απασχόληση οι Ευρωπαίοι θαμώνες του καφενείου. (Παπακώστας, 2001)

Η «Ωραία Ελλάς» ήταν το πολυτελέστερο και το πιο άνετο καφενείο της εποχής. Καθώς μάλιστα βρισκόταν στη συμβολή των δύο κεντρικότερων δρόμων, σημείο που, καθώς γράφτηκε, «τετραχή» διαιρούσε τη πρωτεύουσα, συγκέντρωνε πλήθος κόσμου όλων των κοινωνικών τάξεων και κυρίως αγωνιστές του '21, πολιτευτές και λόγιους. Σύχναζαν επίσης εκεί ξένοι, κυρίως διπλωμάτες, περιηγητές, πρεσβευτές και άλλοι. Το πολυπόικλο αυτό κοινό αποτελούσε οιονεί μικρογραφία της σύγχρονης Αθήνας. Έτσι αποτέλεσε κέντρο πληροφόρησης, πολιτικών διεργασιών και συζητήσεων κι επίσης το χώρο που συνδέθηκε με επαναστατικές τάσεις και κινήματα. (Παπακώστας, 2001)

Στην «Ωραία Ελλάδα» μπορούσε κανείς να ενημερωθεί για την τρέχουσα πολιτική κατάσταση όχι μόνο την ελληνική αλλά και την ευρωπαϊκή, αφού δεν υπήρχαν ειδησεογραφικά πρακτορεία ούτε πρακτορεία εφημερίδων. Τα πολιτικά της εποχής κόμματα είχαν εκεί αντιπροσώπους τους, που παρακολουθούσαν τις πολιτικές συζητήσεις και ζυμώσεις σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Έτσι θεωρήθηκε ως η κεντρική διεύθυνση της εκκλησίας του λαού. (Παπακώστας, 2001)

Όπως προαναφέρθηκε το καφενείο η «Ωραία Ελλάς» άρχισε να λειτουργεί το 1839 και η λειτουργία του κράτησε σαράντα ολόκληρα χρόνια. Κατά την τελευταία δεκαετία, το 1872, η αίθουσα του μπιλιάρδου είχε μετατραπεί σε χρηματιστήριο και ύστερα από λίγο έπαψε να λειτουργεί και ως καφενείο πια. (Παπακώστας, 2001)

Αν ληφθούν υπόψιν δημοσιεύματα της εποχής, το κλείσιμο της «Ωραίας Ελλάς» θα προκάλεσε μεγάλες αντιδράσεις. Η εξαφάνιση του από τη ζωή της Αθήνας θεωρήθηκε βέβηλη πράξη, που υποδήλωνε έλλειψη σεβασμού προς την πόλη. (Παπακώστας, 2001, σελ. 131)

### **2.4.3 Καφενείο: Ο Ζαχαράτος.**

Το καφενείο του Ζαχαράτου ήταν από τα κεντρικότερα κέντρα της Αθήνας και έπαιξε ρόλο στην κοινωνική μας ζωή κυρίως συνδέεται στενά με την πολιτική κατάσταση της χώρας. Άνοιξε το Δεκέμβριο του 1888 στη περιοχή του Συντάγματος στο κεντρικότερο σημείο της πρωτεύουσας. Άνηκε στον ομώνυμο επιχειρηματία Σπ. Ζαχαράτο, ο οποίος διατηρούσε και άλλα ανάλογα καταστήματα στην περιοχή της Ομόνοιας. Η έναρξη λειτουργίας του αποτέλεσε σημαντικό γεγονός την εποχή εκείνη αφού είχε απασχολήσει σοβαρά τον τύπο. (Παπακώστας, 2001)

Στο καφενείο αυτό σύχναζαν αθηναίοι όλων των κοινωνικών στρωμάτων, το μεγαλύτερο μέρος των θαμώνων το αποτελούσαν συνταξιούχοι, υπάλληλοι και στρατιωτικοί, εμπορευόμενοι και κυρίως πολιτευόμενοι. Εκεί οι βουλευτές πραγματοποιούσαν συναντήσεις με τους ψηφοφόρους τους, οι οποίοι πολλές φορές κατέφθαναν από την επαρχία. (Παπακώστας, 2001)

Μάλιστα κάποιοι θαμώνες κυρίως παλαίμαχοι πολιτικοί και στρατιωτικοί είχαν δημιουργήσει κύκλους γνωστοί ως η «Γερουσία Ζαχαράτου» που οι συζητήσεις στρέφονταν γύρω από την πολιτική και είχαν την δυνατότητα να επηρεάζουν πολιτικούς κύκλους και να διαμορφώνουν την κοινή άποψη. Η λειτουργία του εν λόγω καφενείου διήρκησε περίπου επτά δεκαετίες. (Παπακώστας, 2001)

### **2.4.4 Καφενείο: Ο Μαύρος Γάτος.**

Το καφενείο ο «Μαύρος Γάτος» συνδέεται πολύ στενά με την πνευματική ζωή της Αθήνας, λόγω των ξεχωριστών δραστηριοτήτων που αναπτύχθηκαν σε αυτό. Δεν ήταν απλά ένας χώρος συναντήσεων λογοτεχνών και λόγιων, ήταν ταυτόχρονα κέντρο σχεδιασμού δραστηριοτήτων, εκκόλαψης εκδόσεως περιοδικών και προώθησής τους και ακόμη τόπος διεξαγωγής φιλολογικών συζητήσεων και διαλέξεων και μυστικών πολιτικών συναντήσεων και συσκέψεων. Όλα αυτά έδιναν την εντύπωση πνευματικού κέντρου και όχι καφενείου. (Παπακώστας, 2001, σελ. 243)

Έτσι από αυτό το καφενείο εκδόθηκαν και κυκλοφόρησαν πολλά περιοδικά όπως: *Η Νέα Τέχνη, Λογοτέχνης, Νέον Φως, Πυρσός, Ανθρωπότητα, Ελληνική*

*Ζωή, Λόγος, Βωμός* καθώς και το ομώνυμο προς το καφενείο περιοδικό ο *Μαύρος Γάτος*. Το περιεχόμενο των οποίων είχαν λογοτεχνικό χαρακτήρα όπως δημοσιεύσεις ποιημάτων ο ποιητής του *Κωστή Παλαμά* και αποσπάσματα από έργα ο προσκυνητής του *Βάρναλη*. (Παπακώστας, 2001)

Έχοντας τέτοιες δραστηριότητες έγιναν έντονες διεργασίες και ζυμώσεις στο καφενείο ώστε να καλλιεργηθεί πνεύμα συνεργασίας και συλλογικής συνείδησης, που οδήγησε στην απόκτηση επαγγελματικής συνείδησης και στην αντίληψη ότι κάθε έργο τέχνης είναι προϊόν εργασίας και μόχθου και δεν πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης από μέρους των εκδοτών. (Παπακώστας Γ., σελ. 259)

Ο «Μαύρος Γάτος» άρχισε να λειτουργεί στις αρχές του 1917, την περίοδο της πείνας (εποχή απαίσιου αποκλεισμού) και του μποεμισμού, και λειτούργησε ως το 1922 περίπου. (Παπακώστας, 2001)

## **2.5 ΠΑΛΑΙΑ ΓΝΩΣΤΑ ΚΑΦΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ.**

Ήδη προς το τέλος του 19ου αιώνα υπήρχαν καφενεία γνωστά για τις διάφορες κοινωνικές και πολιτισμικές του δραστηριότητες. Για παράδειγμα, το περίφημο καφενείο του «Μπελαγάμπα» που βρίσκονταν επί της συμβολής των οδών Όθωνος Αμαλίας και Φιλοποίμενος, το οποίο εκτός από καφενείο ήταν και «καφέ αμάν», δηλαδή καφενείο μουσικό. Ήταν όμως και θέατρο όπως αποδεικνύεται από τα γραφόμενα της εφημερίδας «Πελοπόννησος» της 13ης Δεκεμβρίου 1893 η οποία διαφήμιζε τα εξής: « *Εις το θέατρον του καφενείου Μπελαγάμπα παρασταθήσεται απόψε υπό του μελοδραματικού θιάσου η συγκινητική όπερα ‘Ο κώδων του ερημητηρίου’*». (Στιβανάκη, 2005)

Τη δεκαετία του 1920 οι ναυτικοί και όσοι εργάζονταν στο λιμάνι σύχναζαν στα καφενεία της παραλιακής οδού.

Στην παραλία υπήρχαν αρκετά καφενεία, «καφέ-αμάν» και «καφέ-σανταν». Μετά τη διασταύρωση του τραίνου με την οδό Νόρμαν ήταν τέσσερα ωραία καφενεία. Το πρώτο του Σαραντίνη από όπου πέρασαν γνωστοί καλλιτέχνες , ο

Τσιτσάνης, η Μπέλλου, ο Χιώτης. Το καφενείο του Βαζούρα με συγκροτήματα ελαφριάς μουσικής, το καφενείο του Λυγερού και έπειτα το καφενείο του Ζαφειράκου. Στα καφενεία γύρω από το λιμάνι σύχναζαν οι εργάτες, ενώ στο καφενείο το σημερινό του Αγγελόπουλου σύχναζαν οι πλούσιοι της εποχής.

(Στιβανάκη, 2005)

Άλλα καφενεία της εποχής γνωστά ήταν: το καφενείο Καρούσου, Λευκαδίτη Βανδώρου, Μπαρμπαλιά (του Ηλία Οικονομόπουλου), Γερασιμάκου, Θηνιάτη κ.α. Επίσης φημισμένα καφενεία ήταν το «Πάγκειον» που βρισκόταν στην Πλατεία Ολγας και τα καφενεία «Βυζαντινόν» και «Αίγλη» που ήταν στη περιοχή Προσφυγικά. (Στιβανάκη, 2005)

Στην Πάτρα (1940 – 1960) λειτούργησαν και καφενεία γνωστά ως θεατρικοί χώροι. Το «Θέατρο Εξέδρας» (1900-1950, μόλος Αγ. Νικολάου), καφενείο που λειτούργησε και ως θερινό θέατρο και κινηματογράφος. Υπήρξε πλέον από τους πιο βιωματικούς χώρους – το τέρμα περιπάτου – των Πατρινών επί της οδού Αγ. Νικολάου. Ως καφενείο κατεδαφίστηκε μαζί με τον Φάρο το 1973. (Στιβανάκη, 2005)

Άλλα καφενεία θέατρα που λειτούργησαν στην Πάτρα ήταν: το καφενείο «Ποταμιάνου» (1948) στην οδό Γερμανού, το καφενείο «Συντριβάνι» (γωνία Καλαβρύτων και Μαιζώνος), το καφενείο «Κουταβά» (απέναντι από τον κήπο του Σκαγιοπούλιου), το καφενείο «Μοσχονά» και το καφενείο «Ζαπάντη» (πλατεία Βουδ), τα παραλιακά καφενεία του «Μέμου» (1954) και του «Ζαφειρόπουλου» (1949) στη περιοχή Γλυφάδα, το εξοχικό καφενείο «Κουτσουμπελίτη» (Αρόη). Στα Προσφυγικά το καφενείο που λειτούργησε ως θέατρο ήταν το «Αλκαζάρ» πλατεία Ελευθερίας. Επίσης το καφενείο «Βυσσινιές» (όπου σήμερα το νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας), το καφενείο – θέατρο η «Δροσιά» (1952, οδός Γ. Παπανδρέου). (Στιβανάκη, 2005)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΩΡΙΜΗΣ, ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### 3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα καφενεία ως επί το πλείστον συχνάζουν κυρίως άντρες ενήλικες και ηλικιωμένοι. Σχετική βιβλιογραφία που να αναδεικνύει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού δεν υπάρχει. Έτσι είναι σημαντικό να ανατρέξουμε σε βιβλιογραφία και έρευνες που να αναφέρονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ενηλίκων και ηλικιωμένων του γενικού πληθυσμού της χώρας.

#### 3.2 ΩΡΙΜΗ ΚΑΙ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η ενήλικη ζωή διέρχεται από δύο ηλικιακές φάσεις του ανθρώπου. Την ώριμη ηλικία (νέο ενήλικα) και τη μέση ηλικία (ενήλικα).

Η ώριμη ηλικία αποτελεί το κατεξοχήν βουλευτικό στάδιο του ανθρώπου. Ο άνθρωπος αυτής της ηλικίας χαρακτηρίζεται από έντονη δράση και τον απασχολεί έντονα η πραγμάτωση του σχεδίου ζωής καθώς και η θεμελίωση του επόμενου σταδίου (π.χ δημιουργία περιουσίας, οικογένειας κ.τ.λ). (Κοσμόπουλος, 1980)

Στην ώριμη ηλικία το άτομο καλείται να αναλάβει τρεις βασικούς ρόλους: του επαγγελματία, του συζύγου και του γονιού. Είναι η ηλικία που απαιτεί ποικιλόμορφες προσαρμογές, περισσότερες από κάθε άλλη. Η επιτυχία στους νέους ρόλους εξαρτάται άμεσα από τις βάσεις που έχει ήδη αναλάβει. (Κοσμόπουλος, 1980)

Κατά τον Κοσμόπουλο (1980) τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ώριμης ηλικίας μπορούμε να πούμε πως είναι:

1. **η επαγγελματική και κοινωνική του αποκατάσταση** που τώρα αποσαφηνίζεται και σταθεροποιείται.
2. **η ηλικία για τον άλλον.** Στην περίοδο αρχίζει η ικανότητα του ανθρώπου να κάνει τον άλλον ευτυχισμένο και να ευτυχεί μέσα σε αυτή του την

προσπάθεια. Η συντροφική ετερόφυλη ή συζυγική σχέση σε πρώτη φάση και η γονεϊκή του ιδιότητα σε δεύτερη είναι τα πλαίσια στα οποία στηρίζεται αυτή του η προσπάθεια. Η αναπαραγωγική του ικανότητα βρίσκει τη δικαίωσή της μέσα στο ρόλο της πατρότητας ή της μητρότητας, και

- 3. η ηλικία του προβληματισμού.** Συνέχεια αισθάνεται ότι βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που πρέπει να λύσει. Τα προβλήματα είναι ποικίλα και εκτός από τον χώρο ζωής και εργασίας στον οποίο αναφέρονται εξαρτώνται από το είδος της ρεαλιστικής αυτοαποδοχής του. Επίσης διαφέρουν κατά ηλικίες και περιβάλλοντα ζωής. (σελ. 9)

Για να μπορέσει ο ώριμος άνθρωπος να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις χρειάζεται φυσικοκινητικές δυνατότητες, πνευματική ικανότητα και συναισθηματική ισορροπία. Παρότι πέρασε η περίοδος της φυσικής ακμής (20 χρόνια) η υγεία είναι περίφημη. Γι αυτό παρατηρούνται υπερβολές σε βάρος της κάτω από την πίεση των συνθηκών της ζωής ή μάλλον του άγχους της επιβίωσης ή της καριέρας. Η ικανότητα για μάθηση παραμένει και οι αλλαγές είναι δυνατές (κυρίως σε άτομα με περισσότερη μόρφωση). (Κοσμόπουλος, 1980, σελ. 10)

Η μέση ηλικία είναι η λεγόμενη β΄ φάση της ωριμότητας που αρχίζει από το τέλος της δεκαετίας των 40 και φθάνει στις αρχές της δεκαετίας των 60, όπου τα 64 με 65 έτη είναι το όριο συνταξιοδότησης των εργαζομένων. (Κοσμόπουλος, 1980, σελ. 23)

Κοινωνιολογικά, τα άτομα της μέσης ηλικίας φτάνουν στο ύψιστο σημείο της κοινωνικής τους επιτυχίας και της επαγγελματικής απόδοσης. Είναι τα άτομα που διοικούν τις υπόλοιπες ηλικίες. Ψυχολογικά πρόκειται για μια δύσκολη περίοδο ζωής καθώς είναι η τελευταία «μεταβατική» (η πρώτη είναι η εφηβική) ηλικία του ανθρώπου. (Κοσμόπουλος, 1980)

Σύμφωνα με τον Κοσμόπουλο (1980), το άτομο της ηλικίας αυτής πρέπει να προσαρμοστεί σε τέσσερις κυρίως χώρους: στις φυσιολογικές μεταβολές, στα νέα ενδιαφέροντα, στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή.

**Οι φυσιολογικές μεταβολές** οι οποίες μαρτυρούνται ήδη από την εμφάνισή του μεσήλικα. Τα μαλλιά γκριζώνουν ή εξαφανίζονται στο πίσω μέρος, στην

κορυφή του κεφαλιού. Το δέρμα με την εμφάνιση των ρυτίδων καθώς και τα μάτια χάνουν σιγά-σιγά τη νεανική τους λάμψη. Τα δόντια έχουν φθορές και παρουσιάζονται πολλές παθήσεις των οστών. Η δύναμη των αισθήσεων ελαττώνεται, ιδίως της όρασης και της ακοής. Οι παθήσεις της ηλικίας αυτής οφείλονται συνήθως στις φθορές των οργάνων και στη μη κανονική λειτουργία των οργανικών συστημάτων.

Έτσι έχουμε, αρτηριοσκληρώσεις, καρδιακές διαταραχές, κυκλοφοριακές ανωμαλίες κ.λ.π. Η φθορά και η κάμψη της μέσης ηλικίας εξελίσσεται με πολύ βραδύ ρυθμό. (σελ. 24 – 26)

**Τα νέα ενδιαφέροντα** κατά την περίοδο αυτή περιορίζονται. Οι αλλαγές απαιτούν προσαρμογή των ενδιαφερόντων. Το σπίτι σιγά – σιγά αδειάζει, τα παιδιά μεγάλωσαν, παντρεύονται και φεύγουν το ένα μετά το άλλο. Και τα δύο φύλα μετακινούνται σε περιοχές ενδιαφερόντων πιο ήσυχες (π.χ ενασχόληση με κάποιο χόμπι, μελέτη κ.α).

Στην ηλικία αυτή εμφανίζονται θρησκευτικά και κοινωνικά ενδιαφέροντα. Τα ενδιαφέροντα αυτά δεν είναι τόσο ευδιάκριτα, ιδίως στις γυναίκες. Τα άτομα της μέσης ηλικίας μπορεί να διαθέτουν περισσότερο χρόνο, από ότι παλαιότερα, για κοινωνικές συντροφιάς. Στην εκκλησία οι γυναίκες συνήθως βρίσκουν τις φιλενάδες τους, μαθαίνουν τα νέα και βρίσκουν αφορμή να επιδείξουν τα σύμβολά τους ενώ οι άντρες τις κοινωνικές τους ανάγκες τις ικανοποιούν στην εργασία και στα καφενεία. (σελ. 26 – 28)

**Η επαγγελματική ζωή** του μεσήλικα, ιδίως του άντρα, χαρακτηρίζεται από έντονη δραστηριότητα. Τον ενδιαφέρουν σε πρώτο στάδιο οι νέες κατακτήσεις και σε δεύτερο στάδιο η διατήρηση των κεκτημένων.

Ο μεσήλικας εργαζόμενος χειρώνακτας κινδυνεύει να χάσει τη θέση του λόγω των αντιλήψεων για τη χαμηλότερη αποδοτικότητα. Όμως ο κίνδυνος αυτός υποχωρεί εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των μεσηλικών εργαζομένων. Εργάζονται περισσότεροι μεσήλικες αφού αυξάνεται καθημερινά το ποσοστό των επιζώντων ατόμων μέσης ηλικίας. Στις Η.Π.Α π.χ το 1910 τα άτομα της ηλικίας αυτής έφταναν το 10%. Σήμερα υπολογίζονται περισσότερο από το 80%. Οι ειδικοί υποστηρίζουν πως το όριο της υποχρεωτικής συνταξιοδότησης



θα υποχωρήσει σημαντικά στις επόμενες δεκαετίες, σε σημείο που η διάθεση του ελεύθερου χρόνου να αποτελεί σημαντικό κοινωνικό και ψυχολογικό πρόβλημα από τώρα. (σελ. 28 – 30)

**Η οικογενειακή ζωή** του μεσήλικα χαρακτηρίζεται από την ανάγκη αναπροσαρμογής στην ή στον σύζυγο. Οι μακροχρόνιες συνήθειες κάνουν πιο δύσκολη την προσαρμογή της «αβόλευτης», όπως λέγεται συχνά, ηλικίας.

Η ανεξαρτησία των παιδιών και η απομάκρυνσή τους από το σπίτι προκαλεί συναισθήματα αχρηστίας, αποτυχίας κυρίως στη γυναίκα. Σε περίπτωση που η συμβίωση μεταξύ των συζύγων δεν δίνει το συναίσθημα της επιτυχίας στο γάμο τους, υπάρχει ο κίνδυνος του χωρισμού που ενισχύεται από την απουσία των παιδιών, που θα τους απομάκρυναν από τέτοιες λύσεις αν ήταν παρόν. (σελ. 30 - 31)

### **3.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.**

Από πανελλήνια έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών για την Υγεία και Ελληνική Κοινωνία (1988) είναι δυνατόν να αντλήσουμε πληροφορίες για τη ζωή των ελλήνων ενηλίκων, την οικογενειακή κατάσταση, το επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο, την εκπαίδευσή τους, τους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και τον ελεύθερο χρόνο τους.

Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου θεωρείται ότι επηρεάζει σημαντικά την ψυχοκοινωνική του κατάσταση και επομένως την υγεία του.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Κ.Κ.Ε το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 77,4% είναι έγγαμοι, το 20,1% άγαμοι, το 3,9% χήροι και το 1,1% διαζευγμένοι. Σε σύγκριση με αντίστοιχα στοιχεία του γενικού πληθυσμού (απογραφή 1971) για τις ομάδες ηλικιών 20 – 64 ετών, τα ποσοστά εμφανίζονται αρκετά αντιπροσωπευτικά εφόσον πλησιάζουν κατά πολύ το γενικό πληθυσμό. Από τη μελέτη των στοιχείων δεν φαίνεται ότι η καταγωγή (αστική, ημιαστική, αγροτική) επηρεάζει την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. (Ζάρναρη , Μαδιανός, 1988)

Όπως προκύπτει από την έρευνα του Ε.Κ.Κ.Ε ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων 45,1% ανήκει στο εργατικό επίπεδο που περιλαμβάνει εργάτες, τεχνίτες και

εργάτες γης χωρίς δική τους αγροτική εκμετάλλευση, το 26,7% ανήκει στο μεσαίο επίπεδο (υπάλληλοι γραφείου, έμποροι, βιοτέχνες), το 15,6% είναι αγρότες και το 9,4% ανήκει στο ανώτερο επίπεδο που περιλαμβάνει τους ελεύθερους επαγγελματίες, ανώτερα στελέχη ιδιωτικών και δημόσιων επιχειρήσεων και μεγαλοεπιχειρηματίες. (Ζάρναρη, Μαδιανός, 1988)

Το εισόδημα αυξάνεται ανάλογα με το μέγεθος οικισμού και του τύπου κατοικίας.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο η συγκεκριμένη έρευνα ανέδειξε 57,5% των ερωτώμενων να εμφανίζει εκπαίδευση στοιχειώδους επιπέδου (γυμνάσιο), από το οποίο το 39,8% κατέχει απολυτήριο δημοτικού. Μεταλυκειακές σπουδές δήλωσε το 11,3%. (Ζάρναρη, Μαδιανός, 1988)

Σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ενηλίκων τα τρία πρώτα σε συχνότητα νοσήματα που παρουσιάζουν οι ενήλικες είναι: 1) νοσήματα του πεπτικού συστήματος (έλκος κ.λ.π), 2) αρθροπάθειες και 3) καρδιοπάθεια. Ενώ η υποκειμενική εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας στους άνδρες σε ποσοστό 39% είναι γενικά καλή. (Ζάρναρης, Μαδιανός, 1988)

Η ψυχική υγεία των ενηλίκων ανδρών είναι καλύτερη από αυτή των γυναικών. Οι ηλικίες και στα δύο φύλα που πλήττονται από ψυχικές διαταραχές είναι 60 – 65 έτη. Στους άνδρες το ποσοστό αυτό φτάνει το 16,4%, ενώ στις γυναίκες το 34,4%. Επίσης επιρρεπείς στις ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη) είναι οι χήροι, οι διαζευγμένοι, οι διαμένοντες σε αστικές περιοχές (21%) καθώς επίσης και όσοι βρίσκονται σε χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. (Ζάρναρης, Μαδιανός, 1988)

Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου στη ζωή των ατόμων καλύπτει βασικές σωματικές, πνευματικές και ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες και επομένως παίζει βασικό ρόλο στη διατήρηση της καλής υγείας. (Ζάρναρης, Μαδιανός, 1988)

Σχετικά με τους τρόπους που διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους, πρώτη σε συχνότητα ασχολία που αναφέρεται από τους άνδρες είναι: i) η ψυχαγωγία στο σπίτι όπως διάβασμα, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.α (73,9%), ii) το καφενείο (46,1%), iii) οι φιλικές συγκεντρώσεις (29,2%), iv) περίπατος (27,7%) και v) το γήπεδο (19,5%). Για τις γυναίκες οι πέντε συχνότερα αναφερόμενες ασχολίες: i)

σπίτι (90,8%), ii) φιλικές συγκεντρώσεις (48,2%), iii) περίπατος – εκδρομές (22,2%), iv) σινεμά – θέατρο (11,3%) και v) ζαχαροπλαστείο (5,9%).(Ζάρναρης, Μαδιανός, 1988)

Η ηλικία από τα ευρήματα της έρευνας δεν φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ενήλικοι διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Οι άνδρες, σε όλες τις ηλικίες αναφέρουν εξ ίσου συχνά το σπίτι και το καφενείο. Στη συνέχεια οι νεώτεροι ενήλικοι (20 – 29 ετών) αναφέρουν πιο συχνά τις αθλητικές συγκεντρώσεις, ενώ οι μεγαλύτεροι τις φιλικές συγκεντρώσεις ή τους περιπάτους. Οι γυναίκες επίσης όλων των ηλικιών αναφέρουν βασικά τις ίδιες ασχολίες: σπίτι, φιλικές συγκεντρώσεις και περιπάτους ή εκδρομές. Οποσδήποτε όμως η αύξηση της ηλικίας, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες περιορίζει την ποικιλία των ασχολιών που προσφέρονται. Έτσι οι ηλικιωμένοι άνδρες περιορίζονται κυρίως στο σπίτι και στο καφενείο, ενώ οι ηλικιωμένες γυναίκες ακόμη περισσότερο παραμένουν στο σπίτι. (Ζάρναρης, Μαδιανός, 1988)

### **3.4 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Τα γηρατειά ή η Τρίτη Ηλικία είναι μια συνεχιζόμενη και εξελισσόμενη διαδικασία που αρχίζει σε διαφορετική στιγμή, εξελίσσεται με διαφορετικό ρυθμό και συνοδεύεται από διαφορετικές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές για τον κάθε άνθρωπο. Επομένως, κάθε επιστήμη ορίζει τα γηρατειά από τη δική της σκοπιά. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, Τόμος 8-9 σελ 4838)

Σύμφωνα με την Ήρα Έμκε – Πουλοπούλου (1999) μπορούμε να προσεγγίσουμε την Τρίτη ηλικία στις εξής έννοιες: χρονολογική ηλικία, βιολογική ηλικία, ψυχολογική ηλικία, κοινωνική ηλικία και ηλικία συνταξιοδότησης.

**Η χρονολογική ηλικία** μετριέται με τα χρόνια που περνούν από τη στιγμή της γέννησης. Αναφέρεται στο έτος γέννησης, εκφράζεται σε χρόνια ή χρόνια και μήνες ή χρόνια, μήνες και ημέρες. Στατιστικοί και δημογράφοι, λαμβάνουν υπ' όψιν σημαντικές στιγμές της ζωής: τη σχολική ηλικία, την ηλικία κατά τον γάμο, την ηλικία κατά την πρώτη γέννηση, τη ηλικία που θεωρείται κανονική για τη συνταξιοδότηση, την θανάτου. Η χρονολογική ηλικία είναι πολύ συχνά άσχετη με

τη βιολογική ηλικία και δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 22)

**Η βιολογική ηλικία** αφορά την μορφολογική εμφάνιση και τη λειτουργική απόδοση οργάνων και συστημάτων. Το βιολογικό ή λειτουργικό γήρας είναι κατάσταση εξατομικευμένη που δεν επέρχεται αιφνιδιαστικά και απότομα όταν συμπληρώνεται η προκαθορισμένη χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία διαφέρει: Α) Ανάλογα με τα άτομα. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια. Β) Ανάλογα με την εποχή. Σήμερα ο άνθρωπος βιολογικά έπαψε να έχει την ίδια ηλικία που είχε στην ίδια χρονολογική ηλικία στις αρχές του αιώνα. Π.χ. Ο Παπαδιαμάντης στη Φόνισσα γράφει: «πεντηκοντούτης γραία», ενώ σήμερα μια γυναίκα 50 ετών είναι ώριμη, μπορεί να φαίνεται σχετικά νέα, δεν είναι όμως γριά. Επομένως δεν υπάρχει σύμπτωση χρονολογικής και βιολογικής ηλικίας. Ένας λεπτός, ευθυτενής, εργαζόμενος και αισιόδοξος εβδομηντάρης αισθάνεται και φαίνεται νεότερος από έναν υπέρβαρο, αγχωμένο, κουρασμένο και απαισιόδοξο πενηντάρη. Ο εξαντλημένος, καταπονημένος, εργάτης δεν έχει τις ίδιες αντιδράσεις με κάποιον που έχει ακμαίες τις σωματικές του δυνάμεις μετά από 30 ή 35 χρόνια απασχόλησης σε γραφείο. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 22)

**Η κοινωνική ηλικία** έχει σχέση με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα τους και στην κοινωνία. Η κοινωνική ηλικία ενός ανθρώπου συνδέεται με τη χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία, αλλά δεν καθορίζεται τελείως από αυτές. Οι ευκαιρίες που προσφέρονται για επαγγελματική πρόοδο αποτελούν τον καλύτερο δείκτη κοινωνικής ηλικίας ενώ η περιθωριοποίηση επισπεύδει τη βιολογική γήρανση. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 22-23)

**Η ψυχολογική ηλικία** προσδιορίζεται από τη θέση των ατόμων σ' ένα πληθυσμό ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. Σημασία δεν έχει η αναπόφευκτη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά οι επιπτώσεις της στην προσαρμογή του ηλικιωμένου στο στενότερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 23)

**Ηλικία της συνταξιοδότησης.** Οι έννοιες ηλικιωμένοι και συνταξιούχοι δεν είναι ταυτόσημες και είναι λάθος να συνδέονται πάντοτε τα γηρατεία με τη συνταξιοδότηση. Υπάρχουν συνταξιούχοι που δεν είναι ηλικιωμένοι αλλά και ηλικιωμένοι που δεν λαμβάνουν σύνταξη. Συνεπώς η ηλικία συνταξιοδότησης δεν έχει σχέση με τη βιολογική ηλικία. Ο χρονικός προσδιορισμός των γηρατειών θεωρήθηκε απαραίτητος για την απονομή συντάξεων γήρατος. Από την άποψη νομοθεσίας και κοινωνικής προστασίας ο γεροντικός πληθυσμός θεωρείται ότι απαρτίζεται από όλα τα άτομα που έχουν υπερβεί το 65<sup>ο</sup> ή 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Δεν υπάρχει κανένα επιστημονικό κριτήριο για την συσχέτιση χρονολογικής ηλικίας και συνταξιοδότησης. Δεν υπάρχει απότομη φθορά στη σωματική ή ψυχολογική λειτουργία του ατόμου που κλείνει τα 65 του. Πολιτικοί και οικονομικοί λόγοι οδήγησαν στη θεσμοποίηση της συνταξιοδότησης με βάση την ηλικία. Οι περισσότεροι 65ηδες δεν είναι γέροι με την έννοια του σωματικού ή διανοητικού γήρατος. Αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση μπορούν να εργαστούν και μερικοί εργάζονται μέχρι το τέλος της ζωής τους. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 23-24)

Η Β. Neugarten διακρίνει τους νέους ηλικιωμένους (young old) και τους γέρους ηλικιωμένους (old old). Οι όροι δεν βασίζονται στην χρονολογική ηλικία αλλά στην υγεία και σε κοινωνικά χαρακτηριστικά. Ένας νέος ηλικιωμένος μπορεί να είναι 55 ή 85 ετών. Οι νέοι ηλικιωμένοι είναι υγιείς και δυνατοί, βρίσκονται σε σχετικά καλή οικονομική κατάσταση, είναι ενσωματωμένη στην οικογένεια και στην κοινωνία και δραστήριοι πολιτικά. Οι γέροι ηλικιωμένοι αποτελούν την ευάλωτη ομάδα που χρειάζεται ειδική φροντίδα. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 32)

Είναι φανερό ότι οποιοδήποτε κριτήριο ηλικίας είναι αυθαίρετο. Παρά την ύπαρξη μεγάλων κέντρων γεροντολογίας στον κόσμο δεν έχει δοθεί απάντηση στη βασική ερώτηση από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όρια τα 60, 65, 70, 75, 80 ή 85. Έλληνας επιστήμονας ορίζει το όριο αυτό σήμερα στα 65, παλαιότερα ήταν τα 60 και συζητείται για τα επόμενα έτη να είναι τα 70. Στις περισσότερες δημογραφικές μελέτες ως

ηλικιωμένοι ορίζονται οι 65 ετών και άνω. (Η. Έμκε – Πουλοπούλου,1999, σελ. 32)

### **3.5 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.**

Κάθε άνθρωπος για να επιβιώσει και να εξελιχθεί στην κοινωνία όπου βρίσκεται πρέπει να ικανοποιήσει μια σειρά από ανάγκες άλλες βασικές και άλλες δευτερεύουσες. Κατά τον Μάσλοου , οι ανθρώπινες ανάγκες ιεραρχούνται σε 5 κατηγορίες. Στη πρώτη κατηγορία τοποθετεί τις φυσιολογικές και βιολογικές ανάγκες οι οποίες συνίστανται στην ανάγκη του ανθρώπου για στέγαση, σίτιση, ρουχισμό κ.α. Στη δεύτερη κατηγορία αναφέρει την ανάγκη του ανθρώπου για προστασία και ασφάλεια. Την Τρίτη θέση της ιεραρχίας έχουν οι κοινωνικές ανάγκες οι οποίες αναφέρουν την ανάγκη «του ανήκειν» που αισθάνεται κάθε άνθρωπος της αποδοχής και της συνεργασίας. Στη τέταρτη κατηγορία αναφέρει τις ανάγκες του εγώ όπως για παράδειγμα η ανάγκη για αναγνώριση και σεβασμό και στην κορυφή της ιεραρχίας τοποθετεί την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης του ατόμου που συντελούν στην προσωπική του ολοκλήρωση. (Maslow A.H, 1997, σελ. 40)

Η κάθε μια από τις οποίες όμως άλλοτε υπερεκτιμάται και άλλοτε όχι, ανάλογα με την πραγματικότητα της κάθε κοινωνίας και την ομάδα των ανθρώπων στην οποία αναφέρονται.

Έτσι λοιπόν, από ξένες και ελληνικές έρευνες προκύπτει ότι οι έλληνες ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη εξασφάλισης εισοδήματος που να επαρκεί στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών. Μια ακόμη βασική ανάγκη των ηλικιωμένων είναι η εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, ρουχισμού και τροφής χωρίς «φιλανθρωπία». Ακόμη, έχουν την ανάγκη παραμονής στο σπίτι υποστηριζόμενοι από κατ' οίκον υπηρεσίες, προκειμένου να μην γίνονται βάρος στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Επίσης έχουν ανάγκη για ολοκληρωμένη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους. Σημαντική είναι η ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για απασχόληση και προσφορά τους στην κοινωνία, για νομική εξυπηρέτηση και

προστασία αλλά και ενημέρωση πάνω σε διάφορα θέματα που τους αφορούν. (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1994, σελ. 110)

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στην Τρίτη ηλικία συνδέονται συνήθως με τον τρόπο ζωής που είχαν αποκτήσει στις προηγούμενες φάσεις της ζωής τους. Όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία. Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι: Α) Η μοναξιά, η οποία συνδέεται με την απώλεια στενών συγγενών και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα, στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου. Β) Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Συνήθως οι ηλικιωμένοι έχουν μοναδικό πόρο ζωής τη σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Γ) Τα προβλήματα που δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες. Δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν. Ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα, π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο. Στ) Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια. Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες δεν επαρκούν για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Ζ) Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο. Στην Ελλάδα οι κατ' οίκον υπηρεσίες δεν επαρκούν, τα προγράμματα που υπάρχουν είναι πιλοτικά ή βρίσκονται στα πρώτα βήματά τους. Ο τομέας αυτός σήμερα καλύπτεται μόνο εν μέρει και με πολλές ελλείψεις, από την τοπική αυτοδιοίκηση μέσω των ΚΑΠΗ, των Βοήθεια στο σπίτι, από την εκκλησία και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Η) η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους: η κοινωνία συχνά βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος. Θ) Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων. Ι) η απώλεια αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου. (Πουλοπούλου, 1999)

Συνεπώς αυτό που προκύπτει από τα προαναφερθέντα εν ολίγοις επιβεβαιώνει ότι οι βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων δεν ικανοποιούνται και η ελληνική πραγματικότητα τείνει να τις υποτιμά.

### **3.6 Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.**

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογες με αυτών των ατόμων της μέσης ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και ότι έχουν μακρύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας. (Δαρδαβέσης, 1988, σελ. 35)

Κατά την Πουλοπούλου, η υγεία και ειδικότερα η κακή υγεία αποτελούν έννοιες που είναι δύσκολο να κατανοηθούν και να μετρηθούν. Τα περισσότερα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων προέρχονται από έρευνες και αφορούν απαντήσεις των ερωτώμενων για την αντίληψη που έχουν για την κατάσταση της υγείας τους για τα συμπτώματά της κ.α. Οι λίγες Ελληνικές έρευνες που έγιναν μετά το 1974 δείχνουν συνοπτικά ότι μια σχετικά μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων θεωρούν ότι η υγεία τους δεν είναι καλή. Μικρό σχετικά ποσοστό παραδέχεται ότι η υγεία του είναι καλή και το ποσοστό αυτό μειώνεται στις πολύ μεγάλες ηλικίες. Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι πάσχουν από περισσότερες από μία ασθένειες. Οι σημαντικότερες παθήσεις που αναφέρουν οι ηλικιωμένοι είναι οι καρδιακές, οι ρευματικές, οι πνευμονικές και οι πεπτικές. Τα ποσοστά αναπηρίας από ατύχημα ή χρόνια ασθένεια που επηρεάζει την καθημερινή ζωή είναι ιδιαίτερα ψηλά στις αγροτικές περιοχές. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις των κοινωνικο-οικονομικών ομάδων στο επίπεδο νοσηρότητας, με την αναφορά περισσότερων χρονίων ασθενειών, συμπτωμάτων ψυχοσωματικής υγείας και χαμηλότερης υποκειμενικής εκτίμησης του επιπέδου υγείας από τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες. (Πουλοπούλου, 1999, σελ. 240)



### 3.6.1 Αισθητήρια όργανα.

Τα ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζονται από γενική διαταραχή των αισθητηρίων οργάνων της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης.

Οι κυριότερες οφθαλμικές παθήσεις στους ηλικιωμένους είναι ο καταρράκτης και το γλαύκωμα. Τα άτομα που νοσούν από τον καταρράκτη δυσκολεύονται στο διάβασμα, στο να αναγνωρίσουν πρόσωπα ή αντικείμενα, να αυτοεξυπηρετηθούν και κινδυνεύουν να τυφλωθούν. Η γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδας αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία οπτικής βλάβης σε άτομα άνω των 50 ετών και την πρώτη αιτία τύφλωσης άνω των 60. Η συχνότητα του γλαυκώματος αυξάνει καθώς η ηλικία προχωρεί. (Δοντάς, 1981, σελ 80 – 81)

Πολλοί ηλικιωμένοι εμφανίζουν ενοχλήματα στην ακοή. Στην Τρίτη ηλικία σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) παρατηρείται σκλήρυνση του τύμπανου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου. Στους ηλικιωμένους μπορεί να παρουσιασθεί βαρηκοΐα διαφόρων βαθμών. (σελ. 145)

Η Έμκε-Πουλοπούλου (1999) τονίζει ότι γύρω στο 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας το 30% των ανθρώπων έχει αισθανθεί ίλιγγο τουλάχιστον μία φορά. Στο 80<sup>ο</sup> έτος τα 2/3 των ανδρών και το 1/3 των γυναικών παραπονιούνται για πολλές ζαλάδες. Η επίπτωση του ίλιγγου αυξάνει και συμβαδίζει με την βαρηκοΐα. (σελ. 178)

Η όσφρηση με το πέρασμα της ηλικίας μειώνεται με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να μην μπορεί να διακρίνει οικίες οσμές. Οι αλλαγές στην οσμή των ηλικιωμένων μπορεί να οφείλονται στα φυσιολογικά γηρατειά, στην ασθένεια ή και στην φαρμακοθεραπεία. (Δοντάς, 1981)

Πολλοί ηλικιωμένοι διαμαρτύρονται για διάφορες ενοχλήσεις που έχουν, όπως ρινική απόφραξη, ανοσμία, ρινορραγία. Βασικότεροι λόγοι ρινορραγίας στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας είναι οι κακώσεις της μύτης και του ρινικού διαφράγματος, οι φλεγμονές της μύτης, οι διαταραχές της πήξης του αίματος, η υπέρταση, η λήψη διάφορων φαρμάκων, η αρτηριοσκλήρυνση, η αναιμία, η νεφρική ανεπάρκεια και διάφορες καιρικές συνθήκες, όπως η ξηρασία, η υγρασία, ο καύσωνας. (Πουλοπούλου, 1999)

Μεταβολές παρατηρούνται όμως και στην φωνή με τη γήρανση του οργανισμού, π.χ. αλλαγή στην ένταση, στη χροιά, κτλ. Επίσης υπάρχουν

οργανικές και παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τα όργανα της φωνής, π.χ. όγκος, χρόνια λαρυγγίτιδα, κλπ σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. (Δ. Μπαλατσούρας, 1991)

Πέρα από τις ενοχλήσεις στα αισθητήρια όργανα οι ηλικιωμένοι προσβάλλονται και από νοσήματα που είναι επιζήμια για τη ζωή τους αφού σε αρκετές περιπτώσεις προκαλούν θάνατο. Οι ασθένειες αυτές φθείρουν τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Συνεπώς, παρακάτω θα αναφερθούμε σε συνηθισμένες ασθένειες των ηλικιωμένων στα διάφορα συστήματα ξεχωριστά.

### **3.6.2 Καρδιαγγειακό Σύστημα – Καρδιαγγειακές παθήσεις:**

Το καρδιαγγειακό σύστημα με το πέρασ της ηλικίας χαρακτηρίζεται από διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας. Η πιο συχνή και σταθερή αρρώστια στους ηλικιωμένους είναι η αρτηριοσκλήρυνση με διάφορες εκδηλώσεις εκτός από την αρτηριακή πίεση, όπως ζάλες, νεφρικές ή καρδιακές ανεπάρκειες κ.α και διάφορες επιπλοκές που η πιο συνηθισμένη είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο. (Δοντάς, 1981)

Η αρτηριακή πίεση πλήττει τους ηλικιωμένους. Η συχνότητα υπέρτασης είναι μεγαλύτερη σε άτομα άνω των 50 ετών. Η υπέρταση παρουσιάζεται χωρίς προειδοποιητικά συμπτώματα και συνήθως προκαλεί καταστροφικές συνέπειες. Οι επιπλοκές που επιφέρει είναι η στεφανιαία νόσος, καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο. Η συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων από την αρτηριακή πίεση παρατηρείται σε ηλικία άνω των 85. Οι γυναίκες άνω των 65 χρονών παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη θνησιμότητα από τους άνδρες. (Μπούφας, 1987)

Ο διαβήτης ωστόσο είναι συχνή νόσος στην τρίτη ηλικία με σημαντικές επιπτώσεις στα αγγεία. Η συχνότητα του διαβήτη αυξάνει απότομα μεταξύ 50 και 60 και αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. (Τζημουράκας, 1989)

Επίσης, με την πάροδο της ηλικίας, αυξάνονται και οι αρρυθμίες. Άλλες παθήσεις που εμφανίζονται σε πολλούς ηλικιωμένους είναι η ισχαιμική

καρδιοπάθεια η οποία ενοχοποιείται για την νοσηρότητα και θνησιμότητα στις ανεπτυγμένες χώρες, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου το οποίο παρομοίως ευθύνεται για πολλούς θανάτους. Το 10 με 15% των αρρώστων πεθαίνουν στο νοσοκομείο και ένα μεγάλο ποσοστό πεθαίνει μόλις αρχίσουν τα συμπτώματα πριν προλάβουν να μπουν στο νοσοκομείο. (Τζημουράκας, 1989)

Ελληνικές έρευνες, σχετικά με τις καρδιακές παθήσεις των ελληνικών ηλικιωμένων, συμπεραίνουν ότι:

- α) οι καρδιακές παθήσεις είναι πολύ συχνές στις μεγάλες ηλικίες.
- β) η άποψη ότι τα καρδιακά νοσήματα όπως έμφραγμα, στηθάγχη, εγκεφαλικά, αρτηριοσκλήρυνση, είναι ανδρικά νοσήματα άρχισε να καταρρέει στη δεκαετία του 1990. Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται στις γυναίκες.
- γ) οι αρρυθμίες γίνονται συχνότερες όσο αυξάνεται η ηλικία. Η στεφανιαία νόσος είναι συχνή στα γηρατειά.
- δ) κύριοι παράγοντες των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι η καρδιεμβολή, η υπέρταση και η ύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής.
- ε) η κολπική μαρμαρυγή σε υπερήλικες με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο είναι συχνός παράγοντας κινδύνου και η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία. (Πουλοπούλου, 1999)

### **3.6.3 Κεντρικό Νευρικό Σύστημα – Παθήσεις Κ.Ν.Σ.**

Κατά την ηλικία των 60 ετών ο άνθρωπος έχει χάσει ένα σημαντικό αριθμό κυττάρων. Όταν χάνονται τα νευρικά κύτταρα προκαλείται ατροφία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα το μέγεθος και το βάρος του να ελαττώνεται. Η μνήμη μεταβάλλεται και εξασθενεί. Κάποια απώλεια μνήμης είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο στο γηροντικό πληθυσμό. (Πουλοπούλου, 1999)

Οι συχνότερες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Α.Ε.Ε) και αποτελούν την συχνότερη αιτία θανάτου και αναπηρίας. Παρατηρείται μια μικρή υπεροχή των ανδρών. Αρκετοί επιβιώνουν, οι περισσότεροι με διαφόρων μορφών αναπηρίες. Οι περισσότεροι

που επιβιώνουν από Α.Ε.Ε έχουν μειωμένη δραστηριότητα και χαμηλή ποιότητα ζωής. (Πριάμη, 1997)

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, η συχνότητα των εγκεφαλικών επεισοδίων – ετησίως- ξεπερνά τα 250 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, γεγονός που οφείλεται τόσο για δεκάδες θανάτους όσο και για υψηλό ποσοστό επιζώντων ασθενών με βαριά όμως αναπηρία. Τα ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν το 83% όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία οφείλονται σε απόφραξη κάποιας αρτηρίας του εγκεφάλου από θρόμβους αίματος και έχουν τους ίδιους προδιαθεσικούς παράγοντες με τη στεφανιαία νόσο. (Ρουτσώνης, Ελευθεροτυπία, 30/09/1996)

Άλλη συχνή εγκεφαλική διαταραχή είναι η άνοια η οποία εκδηλώνεται στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς με διάφορα συμπτώματα ανάλογα με το άτομο και τις συνθήκες ζωής του. Οι πιο συχνές μορφές άνοιας είναι η νόσος του Αλτσχάιμερ (σε διάφορες μελέτες το 49% - 60% του συνόλου των ανοιών), η πολυεμφρακτική άνοια (20 – 32%), η νόσος του Πάρκινσον, η νόσος Kreutzfeldt – Jacob (γνωστή ως νόσος των τρελών αγελάδων) κ.α. Η άνοια γενικά δεν έχει πάντοτε σχέση με τα γηρατειά γιατί τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν στα 45 ή 50 χρόνια. Η γεροντική άνοια είναι συχνότερη στις πολύ μεγάλες ηλικίες, επομένως σχετίζεται με τη αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής. Υπολογίστηκε ότι έχουν άνοια το 1% περίπου των ατόμων 65 – 74 ετών, 19% μεταξύ 75 – 84 ετών και μέχρι το 47% των ατόμων πάνω από 85 ετών. Συνολικά σε ηλικίες πάνω από 65 4-5% πάσχει από άνοια σε βαθμό που να μην μπορούν να ζήσουν αυτόνομα. (Πουλοπούλου, 1999, σελ. 251)

Σύμφωνα με ελληνική μελέτη, το 1986 το 13% σε άτομα πάνω από 75 ετών και το 20% πάνω από 80 ετών πάσχει από κάποιο μορφή άνοιας. Τα ποσοστά αυτά ανέρχονται σε 100 – 200 χιλιάδες ηλικιωμένους. (Χατζηαντωνίου, 1991, σελ. 337)

#### **3.6.4 Μυοσκελετικό σύστημα – Παθήσεις:**

Οι αλλαγές στο μυοσκελετικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι αναπόφευκτες. Στα άτομα αυτά η μάζα των οστών μειώνεται λόγω της απώλειας του ασβεστίου και του φωσφόρου. Μετά την ηλικία των 60 ετών τα οστά γίνονται πιο αδύνατα και επιρρεπή σε κατάγματα. (Λυρίτης, 1985)

Οι πιο συχνές παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος είναι οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση και η οσφυαλγία. Οι τρεις αυτές παθήσεις είναι κατ' εξοχήν αναπηρικές. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 300 χιλιάδες ηλικιωμένοι πάσχουν από σοβαρές αρθρίτιδες. Η οσφυαλγία οφείλεται σε εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους. (Λυρίτης, 1985)

Η οστεοπόρωση μπορεί να εμφανιστεί και σε μεσήλικες. Από στατιστικές προκύπτει ότι η οστεοπόρωση αφορά το 1/3 των γυναικών ηλικίας 45-80 ετών και μπορεί να καθλώσει στο κρεβάτι το 16% του πληθυσμού ηλικίας 60+. (Λυρίτης, 1985)

#### **3.6.5 Αναπνευστικό σύστημα – Παθήσεις:**

Όπως και τα άλλα συστήματα του οργανισμού έτσι και το αναπνευστικό σύστημα με την πάροδο της ηλικίας αλλοιώνεται και μεταβάλλεται. Ωστόσο οι αλλαγές αυτές που οφείλονται καθαρά στην ηλικία δεν έχουν καθοριστεί.

Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν διαταραχές στη λειτουργία των πνευμόνων. Σε μερικούς δημιουργείται γεροντικό εμφύσημα. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις των πνευμόνων είναι αρκετά συχνές στους υπερήλικες, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται φυματιώδεις παθήσεις του πνεύμονα. Επίσης η πνευμονία είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη πάθηση αλλά και συχνά θανατηφόρα. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος παρατηρούνται συχνά κυρίως στους χειμερινούς μήνες. (Τζημουράκας, 1989)

Άλλη σοβαρή αλλοίωση του αναπνευστικού συστήματος είναι ο καρκίνος του πνεύμονα όπου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα γίνεται όλο και πιο έντονη. Η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα είναι ίδια τόσο στους ηλικιωμένους όσο

και στους μεσήλικες. Οι διαφορές όσον αφορά την εξέλιξη της νεοπλασματικής νόσου στα άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας είναι ανύπαρκτες. (Δοντάς, 1981)

### **3.6.6 Πεπτικό σύστημα – Παθήσεις:**

Στο πεπτικό σύστημα μεταβάλλεται η λειτουργία των οργάνων κατά την Τρίτη ηλικία. Οι μύες του φάρυγγα ατροφούν και εξαιτίας αυτού οι υπερήλικες δυσκολεύονται στην κατάποση. Τα νεύρα του στομάχου και του εντέρου εμφανίζουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Επίσης αλλοιώσεις εμφανίζονται στη λειτουργία του ήπατος, στο γαστρεντερικό σωλήνα. Η χοληδόχος κύστη ατονίζει και διευρύνεται στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται συχνά χολόλιθοι. (Μίχου, 1991)

Οι υπερήλικες συχνά παρουσιάζουν δυσφαγία, δηλαδή διαταραχή στην κατάποση με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ποιότητα της ζωής τους. Η δυσφαγία στην Τρίτη ηλικία προκαλείται σε πολλές περιπτώσεις από νευρολογικά αίτια, π.χ. μυασθένεια και προξενεί παράλληλα επιπτώσεις στην ψυχολογία του ηλικιωμένου. (Ηλιόπουλος, 1991)

Η Έμκε-Πουλοπούλου στο βιβλίο της «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες» τονίζει ότι τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος είναι από τις συνηθέστερες θανατηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις στις μεγάλες ηλικίες. Ειδικότερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου σημειώνει έξαρση στις μεγάλες ηλικίες, όπου αποτελεί το συχνότερο καρκίνο του πεπτικού συστήματος και τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες. Στις ηλικίες 65-69 ετών η σχέση ανδρών-γυναικών είναι 2 προς 1. Ο καρκίνος του στομάχου είναι ο συνηθέστερος στους υπερήλικες 80+. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος εμφανίζεται κυρίως στις ηλικίες 50-54 ετών με ελαττωμένη συχνότητα στις μεγαλύτερες αλλά και στις νεότερες ηλικίες. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας 65-75 ετών. (Πουλοπούλου, 1999, σελ. 255)

### 3.6.7 Προβλήματα ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία.

Κατά την Τρίτη ηλικία η ψυχική υγεία συνοδεύεται από επερχόμενες αλλαγές οι οποίες είναι η επιβράδυνση της σκέψης, η επιδείνωση της πρόσφατης μνήμης, αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, ανασφάλεια, κοινωνική απομόνωση και εξάρτηση. Οι αλλαγές αυτές οδηγούν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών που φέρνουν πιο γρήγορα το θάνατο. Η πιο συχνή ψυχική αναστάτωση της Τρίτης ηλικίας είναι η κατάθλιψη. (Χαϊδεμένος, 1990)

Ο ύπνος, μεταβάλλεται καθώς το άτομο γερνάει. Σε μελέτη της Αντικαρκινικής Εταιρείας των Η.Π.Α σε ένα εκατομμύριο άτομα, περίπου το 30% των γυναικών και το 14-16% των ανδρών άνω των 60 ετών παραπονέθηκαν για αϋπνία. Σημαντικό είναι η αϋπνία να διερευνάται και ως αποτέλεσμα ψυχολογικών αιτιών. (Πουλοπούλου, 1999)

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στις αναπτυγμένες χώρες τη δεκαετία του '80, το 15-40% των ατόμων πάνω από 65 ετών πάσχουν από κατάθλιψη. Τα υψηλότερα ποσοστά πνευματικών και ψυχικών διαταραχών παρατηρούνται στις πολύ μεγάλες ηλικίες. (Πουλοπούλου, 1999)

Από ελληνικές έρευνες σχετικά με την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων προκύπτει ότι:

- οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν καλή ψυχική υγεία και μερικοί παρουσιάζουν μέτριο, σοβαρό ή ελαφρό βαθμού ψυχικές διαταραχές.
- η πιο κοινή ψυχική πάθηση σωματικής αιτιολογίας είναι το οξύ οργανικό, ψυχοσύνδρομο ή οξεία συγχυτική κατάσταση ή οξύ παραλήρημα.
- άλλες καταστάσεις που προκαλούν έντονο ψυχοπαθολογικό πρόβλημα είναι οι συχνές μελαγχολίες της γεροντικής ηλικίας. (Δοντάς, 1981)

Οι Ζημιάρης, Βολίκας (1997) σε μια μελέτη που έκαναν σε 90 άτομα άνω των 60 ετών στην Ελληνική περιφέρεια δεικνύουν ότι το 45,5% των ατόμων αυτών πάσχουν από κατάθλιψη. Το 55,3% είναι γυναίκες. Το 34,2% είχε ηλικία 60-69, το 47,3% 70-79 και το 64,7% ήταν άνω των 80. Το 47,8% βρισκόνταν σε χηρεία και το 43,3% έγγαμοι. (σελ. 69)

Από αυτά τα ποσοστά διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων στην Ελληνική περιφέρεια είναι μεγάλο με υπεροχή των γυναικών. Το ποσοστό

καταθλιπτικού φαινομένου αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και τέλος οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας είναι πιο καταθλιπτικοί από τους έγγαμους. (Ζημιάρης, Βολίκας,1997)

### **3.6.8 Χρήση φαρμάκων**

Τα φάρμακα συμβάλλουν στη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων και την πρόληψη της ασθένειας όταν λαμβάνονται με υπόδειξη ιατρού και χρησιμοποιούνται με προσοχή.

Έρευνες στην Ελλάδα κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα: Α) στην Αθήνα το 54% των ανδρών και το 76% των γυναικών ηλικίας 65+ χρησιμοποιούν τακτικά φάρμακα. Μόνο το ένα τρίτο από αυτούς παίρνουν ένα μόνο σκεύασμα, οι υπόλοιποι χρησιμοποιούν τρία ή περισσότερα. Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι για τους άνδρες βελτιωτικά της λειτουργίας του εγκεφάλου, υπερτασικά, βρογχοδιασταλτικά, ηρεμιστικά, καρδιοτονωτικά και κολλύρια ενώ για τις γυναίκες πρώτα σε χρήση είναι τα αναλγητικά, αντιυπερτασικά, διουρητικά. Β) Έρευνα σε δύο χωριά της Ελλάδας έδειξε την ίδια συχνότητα χρήσης φαρμάκων στους άνδρες και μικρότερη στις γυναίκες. Τα χρησιμοποιούμενα σκευάσματα είναι απλής σύνθεσης και ένα ή δύο το πολύ κατ' άτομο. Γ) Έρευνα στην Πάτρα έδειξε ότι υπάρχει διαφοροποίηση στη φαρμακευτική κατανάλωση ανάλογα με δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την έκταση της υγειονομικής ανάγκης τους. Φορείς μεγαλύτερης κατανάλωσης συνταγογραφημένων φαρμάκων είναι ασθενείς πληθυσμιακές ομάδες, ανάμεσά τους και ηλικιωμένοι. (Πουλοπούλου, 1999)



### 3.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άντρες είναι έγγαμοι ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων διαζευγμένων και εκείνων που είναι σε διάσταση είναι χαμηλό. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά και εγγόνια. Ένα ποσοστό ηλικιωμένων όχι αμελητέο δεν είχε ποτέ ή δεν έχει πια παιδιά, περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες σε σύγκριση με ηλικιωμένους άνδρες. Ένα σχετικά σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχει παιδιά διότι δεν απέκτησαν ποτέ, τα παιδιά έχουν πεθάνει ή μεταναστεύσει. Από τους ηλικιωμένους που δήλωσαν ότι έχουν παιδιά οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έχουν δύο. Οι ηλικιωμένοι αγρότες έχουν περισσότερα παιδιά από τους συνομήλικούς τους αστούς. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών των ηλικιωμένων στις διάφορες περιοχές κάθε χώρας. Οι υπερήλικες 75+ έχουν περισσότερο παιδιά σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους (60-74 ετών). (Πουλοπούλου, 1999)

Άλλες επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι ζουν με το/τη σύζυγο. Περισσότεροι άνδρες συγκατοικούν με τις γυναίκες τους παρά γυναίκες με τους άνδρες τους. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός στην Ελλάδα ζει σε δικά του νοικοκυριά όσο και οι δύο σύζυγοι είναι ζωντανοί. Όταν ο ένας πεθάνει, είτε πηγαίνουν να ζήσουν μαζί ή κοντά σε ένα από τα παιδιά τους είτε εξακολουθούν να ζουν μόνοι στο δικό τους νοικοκυριό. Κάποιες έρευνες στην Ελλάδα δείχνουν μεγαλύτερα ποσοστά συγκατοίκησης ηλικιωμένων με τα παιδιά τους σε σύγκριση με τα ποσοστά που εμφανίζουν έρευνες σε άλλες χώρες. Το υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων που προτιμούν να ζουν με τα παιδιά τους περιλαμβάνει και εκείνους που επιθυμούν να ζουν πολύ κοντά στα παιδιά τους. Σε μερικές περιπτώσεις τα έγγαμα παιδιά φέρνουν στο σπίτι των γονέων τους, τους άνδρες ή τις γυναίκες τους ή φιλοξενούν τα παιδιά στο σπίτι τους το χήρο πατέρα ή τη χήρα μητέρα τους. Υπάρχουν κι άλλες περιπτώσεις όπου οι ηλικιωμένοι γονείς ζουν μαζί με τα άγαμα ή διαζευγμένα παιδιά τους. Οι περισσότεροι υπερήλικες (75+) ζουν με τα παιδιά τους ή με άλλους, σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. (Πουλοπούλου, 1999)

### **3.8 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από υψηλότερο αναφαλβητισμό και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τις νεότερες ομάδες ηλικιών. (Κ. Kinsella and C. Taeuber, 1993, pp. 66 – 69)

Έρευνες και μελέτες στην Ελλάδα έδειξαν ότι:

- α) οι ηλικιωμένοι έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, πολλοί δεν έχουν καμία εκπαίδευση και λίγοι είναι πτυχιούχοι. (Ε. Pitsiou, 1986)
- β) οι περισσότεροι μορφωμένοι ηλικιωμένοι είναι άνδρες.
- γ) το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνεται καθώς η ηλικία αυξάνεται. Η μείωση παρουσιάζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. (Αμηρά, Γεωργιάδη και Τεπέρογλου, 1986)

Στη μεγάλη πλειονότητα οι ειδικευμένοι ηλικιωμένοι εργάτες οφείλουν την δεξιοτεχνία τους στη μακρά τους πείρα. Δεν είχαν την ευκαιρία να φοιτήσουν σε επαγγελματικές σχολές. Πριν από λίγες δεκαετίες δεν είχε τεθεί το ζήτημα τεχνικής εκπαίδευσης των ηλικιωμένων ούτε υπήρχαν προγράμματα εκσυγχρονισμού των επαγγελματικών τους γνώσεων. (Β. Μάος, 1983)

Η ελληνική εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από ανισότητα ευκαιριών ανάμεσα στα δύο φύλα και κυρίως από ανισότητα που πλήττει τις μεγάλες ηλικίες. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί ο αριθμός των ατόμων μεγάλων ηλικιών που δεν αποφοίτησαν από το δημοτικό ενώ το 1929 ήταν υποχρεωτική η ελάχιστη φοίτηση στο δημοτικό. (Πουλοπούλου, 1999)

### **3.9 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Σύμφωνα με την Στατιστική Επετηρίδα του 1996, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι απασχολούνται στον πρωτογενή τομέα παραγωγής (γεωργοί, κτηνοτροφία κ.α) σε δεύτερη σειρά βρίσκονται όσοι απασχολούνται στον τομέα των υπηρεσιών ενώ στον τομέα της δευτερογενούς παραγωγής απασχολούνται οι λιγότεροι. Αρκετοί ηλικιωμένοι απασχολούνται στο χονδρικό και λιανικό εμπόριο, σε ξενοδοχεία, εστιατόρια και μερικοί σε δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών. Μικρή είναι η αντιπροσώπηση των μεγαλύτερης ηλικίας εργαζομένων σε επαγγέλματα «σύγχρονα» με καλές αμοιβές (π.χ τράπεζες, ασφάλειες). Η απασχόληση των ηλικιωμένων ανδρών στη βιομηχανία αφορά μικρό αριθμό. Ασήμαντος είναι ο αριθμός των ηλικιωμένων που απασχολούνται στην αλιεία και στα ορυχεία, ενώ στις κατασκευές δεν δουλεύουν άτομα άνω των 65 ετών. Στη εκπαίδευση και υγεία εργάζονται αρκετά ηλικιωμένα άτομα. (Πουλοπούλου, 1999)

### **3.10 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν εισοδήματα από κοινωνική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από εργασία, από ιδιωτική ασφάλιση, από αποταμιεύσεις, από περιουσία. Η σύνταξη είναι συνάρτηση της απασχόλησης που είχαν στην οικονομικά ενεργό ζωή τους και το ύψος της σηματοδοτεί καθοριστικά το βιοτικό επίπεδο των περισσότερων συνταξιούχων. Η ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο. (Πουλοπούλου, 1999)

Οι ηλικιωμένοι δικαιούνται περισσότερες παροχές σε είδος (κοινωνικές υπηρεσίες, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) από τους νεότερους αλλά αυτές οι παροχές δύσκολα θεωρούνται ως εισόδημα γιατί αντανακλούν πρόσθετες

ανάγκες και δεν παρέχουν την δυνατότητα για ανώτερο βιοτικό επίπεδο. (Πουλοπούλου, 1999)

Από ελληνικές έρευνες προκύπτει ότι:

α) το εισόδημα των ηλικιωμένων διαφέρει κατά περιοχές. Το εισόδημα του αστικού πληθυσμού είναι υψηλότερο από του ημιαστικού και του αγροτικού ηλικιωμένου πληθυσμού. Το 1974 το εισόδημα των ηλικιωμένων στις αστικές περιοχές ήταν 6.888, στις ημιαστικές 4.313 και στις αγροτικές 3.173 δραχμές. (Κανελλόπουλος, 1984)

β) η σύνταξη αποτελεί την πρωταρχική πηγή εισοδήματος. Η ελληνική έκθεση προς την παγκόσμια έκθεση του 1982 αναφέρει ότι η σύνταξη αποτελούσε πρωταρχική πηγή εισοδήματος για τους άνδρες (74,5%) και δεύτερη πηγή για τις γυναίκες (40,8%) για τις οποίες πρωταρχική πηγή εισοδήματος είναι η οικογένεια. Άλλη πηγή εσόδων είναι η προσωπική εργασία. Το ποσοστό που εργάζεται είναι μεγαλύτερο από εκείνο που παρουσιάζουν οι στατιστικές. Πολλοί εργάζονται με μερική ή πλήρη απασχόληση κατά παράβαση της νομοθεσίας που απαγορεύει τη λήψη σύνταξης και μισθού.

γ) τα εισοδήματα σημαντικής αναλογίας των ηλικιωμένων είναι ανεπαρκή για τη διαβίωσή τους. Στην Ελλάδα αρκετοί φορείς που ασφαλίζουν αρκετές ομάδες ασφαλισμένων δεν παρέχουν σύνταξη που να καλύπτει τις στοιχειώδεις ανάγκες τους. (E. Pitsiou, 1986)

### **3.11 ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Η κατάσταση της υγείας και η κινητικότητα των ηλικιωμένων προσδιορίζουν τη συμμετοχή σε εκδηλώσεις έξω από το σπίτι. Υπάρχουν διαφορές στη χρήση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων που ζουν στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές. Στις αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότερες ευκαιρίες για κοινωνική συμμετοχή και πολιτισμικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες: θέατρο, κινηματογράφο. Παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις

γυναίκες. Οι άνδρες αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία σε «χόμπι», ενώ οι γυναίκες ασχολούνται με το νοικοκυριό. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων στις πολιτισμικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις εξαρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι μορφωμένοι ηλικιωμένοι με πλατεία ενδιαφέροντα περνούν ευχάριστα γηρατειά. Το εισόδημα παίζει ρόλο στη συμμετοχή στις πολιτισμικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις. Ωστόσο σε όλες τις χώρες υπάρχουν δυνατότητες δωρεάν πρόσβασης σε διάφορες εκδηλώσεις π.χ στην Ελλάδα η εργατικά εστία προσφέρει δωρεάν εισιτήρια θεάτρου και οργανώνει εκδρομές. Οι ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες προσαρμόζονται καλύτερα μετά την συνταξιοδότηση διότι συχνά έχουν κάποιο «χόμπι». Σημασία έχει και το επάγγελμα πριν από τη συνταξιοδότηση. Περισσότεροι αυτοαπασχολούμενοι και διοικητικοί υπάλληλοι έχουν κάποια ευχάριστη ερασιτεχνική απασχόληση σε σύγκριση με τους χειρώνακτες. Τα έντυπα μέσα πληροφόρησης (εφημερίδες, περιοδικά και λοιπά έντυπα) δεν ενδιαφέρουν τους ηλικιωμένους με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τους 'από πολιτισμική άποψη μη προνομιούχους. (Πουλοπούλου, 1999)

Οι άνδρες αναζητούν περισσότερο τη συντροφιά, αφού τον ελεύθερο χρόνο τους τον περνούν εκτός σπιτιού. Αυτό αποδεικνύεται και από το βαθμό συμμετοχής τους στα ΚΑΠΗ όπου οι εγγεγραμμένοι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Οι άνδρες στο μεγαλύτερό τους ποσοστό δήλωσαν πως τον ελεύθερό χρόνο τους τον περνούν στο καφενείο, ενώ σημαντική θέση ανάμεσα στις προτιμήσεις τους κατέχουν οι περίπατοι και οι εκδρομές. Οι ηλικιωμένοι άνδρες της επαρχίας που συχνάζουν στο καφενείο παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό, ενώ οι άνδρες της πρωτεύουσας σε μεγάλο ποσοστό, εκφράζουν την προτίμησή τους για περίπατους και εκδρομές. Στις αστικές περιοχές παρά την ύπαρξη καφενείων σε όλες τις γειτονιές, οι ηλικιωμένοι δεν πηγαίνουν συχνά γιατί δεν γνωρίζονται με τους άλλους. (Πουλοπούλου, 1999)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ.**

#### **4.1 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Η διατροφή και οι διαιτητικές συνήθειες των πληθυσμών σ' όλον τον κόσμο αποτελούν σήμερα βασικά αντικείμενα ερευνών πολλών επιστημονικών κλάδων, τόσο την επιστημονική όσο και την εκλαϊκευμένη που συναντάται στην αρθρογραφία λαϊκών περιοδικών και εφημερίδων. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Μία από τις πρωταρχικές προϋποθέσεις για την επιβίωση είναι η λήψη επαρκούς και κατάλληλης τροφής και εξηγεί τη σημασία που δίδουν στα θέματα διατροφής οι διάφοροι κλάδοι των φυσικών επιστημών. Οι κοινωνικές διαστάσεις των θεμάτων που συνδέονται με τη διατροφή ενός λαού είναι τόσο σημαντικές ώστε και πολλοί κλάδοι των κοινωνικών επιστημών ν' ασχολούνται μ' αυτήν. Οι οικονομική επιστήμη απασχολείται με το σύστημα παραγωγής και τις μορφές κατανάλωσης ειδών διατροφής. Η κοινωνιολογία και η ψυχολογία ενδιαφέρονται για τη μελέτη των σχετικών θεμάτων, διότι η τροφή, εκτός από τη βιολογική αξία που έχει για έναν οργανισμό, έχει αποκτήσει και συμβολικές αξίες, κοινωνικής και ψυχολογικής σημασίας, οι οποίες, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, πολλές φορές υπερέχουν της σημασίας της τροφής ως μέσου επιβίωσης για τον ανθρώπινο οργανισμό και ωθούν τα άτομα να υιοθετούν συνήθειες διατροφής που στρέφονται εναντίον και αυτής της επιβίωσής τους. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Οι σωστές διαιτητικές συνήθειες έχουν αναγνωρισθεί ως βασικός παράγοντας, τόσο της προληπτικής υγιεινής όσο και της θεραπευτικής διαδικασίας. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Παλαιότερα το πρόβλημα της διατροφής αφορούσε κυρίως την επάρκεια τροφίμων, ποσοτικά και ποιοτικά, για ένα δεδομένο πληθυσμό. Σήμερα, με την εκτεταμένη μηχανοποίηση της γεωργίας και την εκβιομηχάνιση του δευτερογενούς τομέα παραγωγής ειδών διατροφής, τουλάχιστον στις

ανεπτυγμένες κοινωνίες, τα προβλήματα που συνδέονται με την εξασφάλιση υγιεινής διατροφής έχουν γίνει εξαιρετικά πολύπλοκα και δισεπίλυτα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Οι σημερινές ανεπτυγμένες κοινωνίες έχουν επενδύσει την τροφή ή ορισμένα είδη τροφής, με σημαντικές κοινωνικές και ψυχολογικές αξίες, οι οποίες ωθούν τα άτομα να καταναλίσκουν τρόφιμα, το είδος και οι ποσότητες των οποίων δημιουργούν κινδύνους για την υγεία. Οι αξίες αυτές είναι άμεσα συνδεδεμένες με τον τρόπο ζωής στις βιομηχανικές κοινωνίες. Η κατανάλωση «εξευγενισμένης» και εντατικά προετοιμασμένης τροφής (καρυκεύματα, κλπ) ή τυποποιημένης τροφής (κονσέρβες, κατεψυγμένα είδη) αποτελεί ένδειξη κοινωνικής ανόδου και εξυπηρετεί τον γρήγορο ρυθμό της σύγχρονης ζωής. Οι προτιμήσεις στρέφονται σε πλούσιες τροφές σε ζωικά λίπη και πρωτεΐνες που προσιδιάζουν σε μια εντατική ζωή, με μεγάλες ανάγκες ενέργειας. Οι τροφές συνοδεύονται από σημαντικές ποσότητες επεξεργασμένων ροφημάτων ή ποτών (καφές, οινόπνευματώδη, κ.λ.π) που εξυπηρετούν τους ίδιους στόχους. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Οι ανεπτυγμένες χώρες, του δυτικού κόσμου συνειδητοποίησαν τα προβλήματα αυτά και έχουν κάνει σοβαρές προσπάθειες για την εξουδετέρωση των αντιφάσεων αυτών της σύγχρονης κοινωνικής ζωής. Αποβλέπουν προς την κατεύθυνση της δημιουργίας κατάλληλων μηχανισμών, σε επίπεδο κοινωνίας, για την πρόληψη και την καταστολή ανεύθυνων ενεργειών στο όλο σύστημα της παραγωγής και της διάθεσης των ειδών διατροφής, όσο και προς την κατεύθυνση της διαφώτισης και της διαπαιδαγώγησης των ατόμων στους σωστούς τρόπους και τις συνήθειες διατροφής. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Στην Ελλάδα, οι σχετικές μελέτες σε θέματα διατροφής είναι ελάχιστες. Από τα στοιχεία που υπάρχουν προκύπτει ότι και στην Ελλάδα διαπιστώνονται οι ίδιες τάσεις με αυτές που σημειώθηκαν και σε άλλες εκβιομηχανισμένες χώρες. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αστικοποίηση συνοδεύονται από αλλαγές στους τρόπους διατροφής οι οποίες επιφέρουν βελτιώσεις στην ποσότητα και ποιότητα των προσλαμβανομένων θερμίδων, αλλά οδηγούν σημαντικά τμήματα

του πληθυσμού σε υπερκατανάλωση ειδών διατροφής που θεωρείται ότι εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Από ορισμένες μικρής έκτασης προπολεμικές έρευνες σε αγροτικές και εργατικές οικογένειες προκύπτει ότι προπολεμικά η κατανάλωση θερμίδων υπολειπόταν σημαντικά από τις αναγκαίες ποσότητες και η διατροφή ήταν φτωχή σε πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης. (Κανδάκης, 1965) Από παρόμοιες μελέτες του καθηγητή Γ. Αλιβιζάτου στις δεκαετίες 1950-1960 προκύπτει ότι η διατροφή είχε ήδη βελτιωθεί, ιδίως ποιοτικά, σημαντικά τη δεκαετία του 1960. (Αλιβιζάτος, 1970) (Κατουσέλλη, 1978)

Η ίδια εικόνα παρουσιάζεται και από τα στοιχεία που παρέχει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ, 1974-1975)

Σήμερα στην Ελλάδα δεν υπάρχουν βασικά προβλήματα υποσιτισμού. Ορισμένες μεμονωμένες περιπτώσεις που συναντώνται σποραδικά οφείλονται κυρίως σε άγνοια για την κατάλληλη διατροφή στη βρεφική και νηπιακή ηλικία, η οποία οδηγεί στην υποθρεψία. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Οι επιπτώσεις στην υγεία μακροχρόνιου υποσιτισμού είναι βέβαια σοβαρές. Ο υποσιτισμός ή η κακή θρέψη επίσης συνδέεται στενά με την ευαισθητοποίηση του οργανισμού στις λοιμώξεις, οι σοβαρές μορφές αβιταμινώσεων οδηγούν στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις της Ομάδας Εργασίας για την Υγεία, του ΚΕΠΕ, το 1976, «η σχετικά μεγάλη θνησιμότητα της Ελλάδας στις μικρές ηλικίες οφείλεται σε σημαντικό βαθμό σε λοιμώδη νοσήματα και αντανακλά την καθυστέρηση που υπάρχει σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού της χώρας μας στην υγιεινή της διατροφής, στην υγιεινολογική συνείδηση και στην οικονομική και πολιτισμική στάθμη.» (ΚΕΠΕ, 1976)

Η σταθερή βελτίωση της διατροφής του ελληνικού πληθυσμού έχει οδηγήσει σε αυξημένη κατανάλωση κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων, φρούτων, λαχανικών και λιπαρών. Συγχρόνως παρουσιάζεται αύξηση σε ροφήματα και ζαχαρώδη (ΕΣΥΕ, 1957-1978). Θρεπτικές ουσίες των οποίων η υπερκατανάλωση θεωρείται ότι ενθαρρύνει την εμφάνιση κυρίως καρδιαγγειακών παθήσεων είναι τα λίπη, οι ζωικές πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες. Είναι οι ουσίες



στην αυξημένη κατανάλωση των οποίων έχει οδηγήσει η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Έχουν επίσης κατηγορηθεί ότι συμβάλλουν και στην ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου. Έτσι, οι σύγχρονοι τρόποι διατροφής έχουν θεωρηθεί σαν βασικοί παράγοντες στην επικράτηση των σύγχρονων εκφυλιστικών νοσημάτων που θεωρούνται σαν οι βασικότεροι εχθροί της υγείας του σύγχρονου ανεπτυγμένου κόσμου.

### **Διαπιστώσεις από την παρούσα έρευνα**

Σ' αυτή την έρευνα διερευνήθηκαν ορισμένες συνήθειες των ερωτώμενων σε θέματα διατροφής από τις δικές τους υποκειμενικές γνώσεις και παρατηρήσεις. Δεν έγινε αντικειμενική μέτρηση των ποσοτήτων που λήφθηκαν ως τροφή σε καθορισμένα χρονικά όρια, ούτε των θρεπτικών ουσιών που περιείχαν οι τροφές αυτές. Οι περιορισμοί αυτοί υπαγορεύτηκαν από την μεθοδολογία που επιλέχθηκε και τη φύση της έρευνας της οποίας ο σκοπός ήταν η συλλογή πληροφοριών από τους ίδιους τους ερωτώμενους πάνω σε διάφορες πλευρές της ζωής τους, οι οποίες κρίθηκαν ότι έχουν σημαντική επίδραση στην προληπτική υγιεινή και τη διατήρηση της υγείας. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός του δείγματος ρωτήθηκε για τον ημερήσιο αριθμό γευμάτων που είχαν την εβδομάδα που προηγήθηκε της έρευνας, και για τα είδη τροφών που καταναλώθηκαν σε κάθε ένα από τα γεύματα αυτά. Ακόμη ρωτήθηκαν για την κατανάλωση ζάχαρης και για τη λήψη βιομηχανοποιημένων τροφών. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Ημερήσια γεύματα**

Το 98,5% των ερωτώμενων λαμβάνει τρία γεύματα ημερησίως: πρόγευμα, μεσημβρινό και βραδινό. Ελάχιστοι δεν λαμβάνουν πρόγευμα -1,5%- και βραδινό -1,1%. Σημαντικός αριθμός ερωτώμενων λαμβάνει κάποια τροφή σε μορφή ροφήματος στα ενδιάμεσα διαστήματα μεταξύ των κυρίων γευμάτων. Έτσι, το 82,3% των ερωτώμενων ανέφερε ότι παίρνει κάποιο αναψυκτικό το απόγευμα, ενώ το 68,2% τρώει κάτι πριν από το μεσημβρινό γεύμα στο διάστημα του πρωινού. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Παρατηρείται λοιπόν ότι η σημαντική πλειοψηφία του δείγματος λαμβάνει τροφή πολλές φορές την ημέρα, πράγμα που σημαίνει αυξημένο αριθμό θερμίδων. Οι πρόσθετες αυτές θερμίδες λαμβάνονται από άτομα που ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και κατοικούν τόσο σε αγροτικές όσο και αστικές περιοχές. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Τυπική Σύνθεση Προγεύματος**

Το συνηθισμένο πρόγευμα για τη μεγάλη πλειονότητα, τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, αποτελείται από καφέ και ή γάλα και δημητριακά. Άλλα είδη τροφών καταναλώνονται από πολύ μικρότερα ποσοστά ερωτώμενων. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο οι μισοί ερωτώμενοι ανέφεραν ότι πίνουν τακτικά γάλα στο πρόγευμα και ένας πολύ περιορισμένος αριθμός τρώει φρούτα ή πίνει χυμούς φρούτων, παρ' όλο ότι τόσο το γάλα όσο και τα φρούτα, λόγω των πρωτεϊνών και των βιταμινών που περιέχουν αντίστοιχα, αλλά και των γενικότερων ιδιοτήτων τους, είναι πολύ θρεπτικότερες και υγιεινότερες τροφές από τον καφέ. Η Ελλάδα έχει το πλεονέκτημα να παράγει ποικιλία φρούτων σε όλη τη διάρκεια του έτους. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Είναι παρατηρημένο ότι μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών παίρνει μεγαλύτερη ποικιλία τροφών στο πρόγευμα απ' ότι οι άνδρες. Ίσως είναι αποτέλεσμα του περισσότερο χρόνου που διαθέτουν για πρόγευμα οι μη εργαζόμενες γυναίκες, που είναι η πλειονότητα, απ' ότι οι άνδρες. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ερωτώμενων δεν φαίνεται να επηρεάζει τη σύνθεση του προγεύματος. Τα ανώτερα στρώματα (ανώτεροι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες) και οι αγρότες φαίνεται να πίνουν, σε μεγαλύτερα ποσοστά γάλα από τις άλλες κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες. Οι αγρότες τρώνε ένα πιο περιεκτικό πρόγευμα που συχνά περιέχει δημητριακά ή γαλακτοκομικά προϊόντα (ψωμί-τυρί), ενώ μεγαλύτερα ποσοστά από τις υπαλληλικές τάξεις, και ιδίως οι γυναίκες, καταναλώνουν φρούτα και χυμούς. Οι διαφορές αυτές οφείλονται στην επίδραση πολιτιστικών παραγόντων στις διαιτητικές συνήθειες των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, εφ' όσον το

θεωρούσε κανείς φυσικό οι κάτοικοι της υπαίθρου να καταναλώνουν πού περισσότερα φρούτα που παράγουν οι ίδιοι. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Τυπική Σύνθεση Μεσημβρινού Γεύματος**

Το τυπικό μεσημβρινό γεύμα και για τα δυο φύλα για όλες τις ηλικίες αποτελείται από κρέας, λαχανικά, πατάτες, φρούτα και ψωμί. Η κατανάλωση κρέατος εμφανίζεται υψηλή, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες στις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δήλωσε συχνότητα κατανάλωσης κρέατος 3-4 φορές την εβδομάδα. Ιδιαίτερα συχνή είναι η κατανάλωση πατάτας, το 1/3 των ερωτώμενων όλων των ηλικιών ανέφερε συχνότητα 3-4 φορές την εβδομάδα, ενώ η κατανάλωση λαχανικών και φρούτων είναι σχεδόν καθημερινή για την πλειονότητα των ερωτώμενων. Το ψωμί συνοδεύει καθημερινά το μεσημβρινό γεύμα του 90.0% των ανδρών και του 86,0% των γυναικών. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Αντίθετα η κατανάλωση ιχθυοειδών εμφανίζεται πολύ μικρότερη. Η πλειονότητα των ερωτώμενων αναφέρει ένα μόνο εβδομαδιαίο μεσημβρινό γεύμα με ψάρι, ενώ σημαντικά ποσοστά αναφέρουν ότι τρώνε ψάρι λιγότερο και από μία φορά την εβδομάδα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Η συχνότητα κατανάλωσης των υπολοίπων τροφών δεν υπερβαίνει για την πλειονότητα των ερωτώμενων τις 1-2 φορές την εβδομάδα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ερωτώμενων φαίνεται να παίζει ρόλο στη συχνότητα κατανάλωσης ορισμένων τροφών. Η κατανάλωση κρέατος αυξάνεται σημαντικά στα ανώτερα επαγγελματικά στρώματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Υπάρχει μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τους αγρότες. Μία πιθανή εξήγηση για τα φρούτα είναι ότι στις αγροτικές οικογένειες τα φρούτα δεν αποτελούν τμήμα συγκεκριμένων γευμάτων αλλά καταναλώνονται σε ενδιάμεσα χρονικά διαστήματα στη διάρκεια της ημέρας, ενώ η ερώτηση στην έρευνα αφορούσε μόνο συγκεκριμένα γεύματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Η σύνθεση των μεσημβρινών γευμάτων στη διάρκεια της εβδομάδας φαίνεται ικανοποιητική για όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Η κατανάλωση κρέατος σύμφωνα με τις επιταγές της σύγχρονης διαιτητικής εμφανίζεται υπερβολική, ιδιαίτερα για τα ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Η κατανάλωση ιχθυοειδών που θεωρείται υγιεινότερη τροφή εμφανίζεται χαμηλή. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Τυπική Σύνθεση Βραδινού Γεύματος**

Η σύνθεση του βραδινού γεύματος φαίνεται να είναι, για την πλειονότητα των ερωτώμενων πολύ πιο λιτή από ό,τι το μεσημβρινό γεύμα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ανάμεσα στα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα είναι διαδεδομένη η αντίληψη πως για λόγους υγείας είναι σκόπιμο το βραδινό γεύμα να είναι ελαφρότερο από το μεσημβρινό. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Στο βραδινό γεύμα έχουν τα γαλακτοκομικά προϊόντα (γιαούρτι, τυρί, γάλα, κλπ.) και τα φρούτα. Η προτίμηση αυτή αποτελεί μια επιπλέον ένδειξη ότι επιλέγουν για το βραδινό γεύμα τροφές με χαμηλό αριθμό θερμίδων. Το ψωμί εξακολουθεί να είναι τμήμα του βραδινού γεύματος για την πλειονότητα των ερωτώμενων, Η γενική προτίμηση για ελαφρότερες τροφές είναι ακόμα πιο τονισμένη στις μεγαλύτερες ηλικίες. Έτσι, η πλειονότητα των ερωτώμενων ηλικίας 50 ετών και άνω, αποφεύγει στο βραδινό γεύμα το κρέας, τα ψάρια, τα ζυμαρικά και τα όσπρια, ενώ επιλέγει γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα και λαχανικά. Οι ηλικιωμένες γυναίκες φαίνεται να αποφεύγουν το κρέας και τις τροφές που επηρεάζουν ιδιαίτερα το βάρος, όπως αμυλώδη και δημητριακά. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Οι αγρότες παρουσιάζουν κάποια μεγαλύτερη κατανάλωση κρέατος και άλλων τροφών στο βραδινό γεύμα από τα άλλα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Από τις προφορικές πληροφορίες που λήφθηκαν στη διάρκεια της έρευνας μια πιθανή εξήγηση είναι η αρκετά διαδεδομένη συνήθεια στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές να συχνάζει ο ανδρικός πληθυσμός τα βράδια σε ταβέρνες ή

καφενεΐα, όπου ο συνηθισμένος «μεζές» αποτελείται από κρέας. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Παρά τη γενική τάση για λιτότητα στο βραδινό γεύμα, ορισμένα τμήματα του πληθυσμού και ιδίως οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν σημαντική κατανάλωση κρέατος και στο βραδινό γεύμα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Όσον αφορά το είδος του κρέατος που προτιμάται περισσότερο, το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτώμενων -35,0%- ανέφερε ότι προτιμούν το βοδινό κρέας. Το 20,0% ανέφερε ότι προτιμούν εξ ίσου το βοδινό κρέας και τα πουλερικά και το 17,6% ότι καταναλώνουν εξ ίσου όλα τα είδη κρέατος. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Τα ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα σε κάποια μεγαλύτερη συχνότητα επιλέγουν το βοδινό κρέας. Οι εργάτες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους αναφέρουν το βοδινό κρέας και αγοράζουν πουλερικά συχνότερα από τα άλλα κοινωνικά στρώματα. Οι αγρότες αναφέρουν προτίμηση για κρέας αιγοπροβάτων σε διπλάσιο ποσοστό -19,0% από το γενικό ποσοστό -9,0%- του συνόλου των ερωτώμενων. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Συμπερασματικά η προτίμηση των καταναλωτών φαίνεται να στρέφεται βασικά στα είδη κρέατος που θεωρούνται από διαιτητικής πλευράς υγιεινότερα. Η μεγαλύτερη προτίμηση των αγροτών για το κρέας αιγοπροβάτων εξηγείται από την μεγαλύτερη ευχέρεια προμήθειας τέτοιου κρέατος στις αγροτικές περιοχές, λόγω εκτροφής τους από τους ίδιους. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Η πλειονότητα των ερωτώμενων σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα καταναλώνει κυρίως νωπό κρέας και ιχθυοειδή. Μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων σημειώνονται διαφορές στην κατανάλωση κατεψυγμένου κρέατος, π.χ. υψηλότερα ποσοστά εργατών αγοράζουν κατεψυγμένο κρέας. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Ενδιάμεσα Γεύματα**

Σημαντικός αριθμός ερωτώμενων δήλωσε ότι συνηθίζει να παίρνει κάποια τροφή και στα ενδιάμεσα χρονικά διαστήματα μεταξύ των κύριων γευμάτων.

Στο διάστημα του πρωινού συνηθίζονται κυρίως τα διάφορα αρτοκατασκευάσματα με τυρί (σάντουιτς, τυρόπιτες, κλπ) και ο καφές. Άλλες τροφές όπως αυγά, φρούτα, γαλακτοκομικά, κλπ, αναφέρονται από πολύ μικρά ποσοστά ερωτώμενων. Οι γυναίκες σε μικρότερα ποσοστά απ' ότι οι άνδρες αναφέρουν λήψη τροφής σε ενδιάμεσα γεύματα. Πιθανόν να οφείλεται στο αυξημένο ενδιαφέρον των γυναικών να διατηρούν το βάρος τους χαμηλό, αποφεύγοντας να τρώνε ενδιάμεσα στα κύρια γεύματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στο είδος τροφής που λαμβάνεται στη διάρκεια του πρωινού «κολατσιού». Το ρόφημα (καφές) συνηθίζεται περισσότερο από τα ανώτερα επαγγελματικά στρώματα, ενώ οι αγρότες και οι εργάτες προτιμούν κάποια ουσιαστικότερη τροφή. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Τις μεσημβρινές ώρες η μεγάλη πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι πίνουν καφέ, ανεξάρτητα από φύλο και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

### **Κατανάλωση Επεξεργασμένων Τροφών**

Η συχνή χρήση επεξεργασμένων τροφών έχει μεγάλη σημασία για την υγεία. Στην έρευνα που διεξήχθηκε ρωτήθηκαν οι ερωτώμενοι πόσο συχνά καταναλώνουν ορισμένα είδη τροφών, που θεωρούνται ευρείας κατανάλωσης. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Τα είδη αυτά και τα ποσοστά των ερωτώμενων που δήλωσαν «συχνή» κατανάλωση, είναι τα ακόλουθα:

<b><u>Είδος</u></b>	<b><u>% Καταναλωτών</u></b>
-Λεμονάδες – πορτοκαλάδες	55,5
-Παγωτά, πάστες, κλπ	31,0
-Coca-cola, κλπ	24,0
-Καραμέλες, σοκολάτες	11,5
-Γαριδάκια, πατατάκια, κλπ	5,5
-Κονσερβοποιημένα φαγητά	5,0

Σημαντική συχνότητα κατανάλωσης παρουσιάζουν τα διάφορα αναψυκτικά, ενώ κονσερβοποιημένες τροφές χρησιμοποιεί μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό ερωτώμενων. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Η μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης στα αναψυκτικά σημειώνεται στις νεαρές ηλικίες. Οι άνδρες πίνουν κυρίως υγρά αναψυκτικά, ενώ οι γυναίκες δείχνουν κάποια μεγαλύτερη προτίμηση στα γλυκίσματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Όσον αφορά το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η συχνότητα κατανάλωσης αυξάνεται όσο βελτιώνεται η κοινωνικο-οικονομική κατανάλωση των ερωτώμενων, εκτός από την ανώτερη επαγγελματική βαθμίδα, η οποία σημειώνει μικρότερη συχνότητα κατανάλωσης από τα μεσαία στρώματα. Οι γυναίκες σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα δηλώνουν κάποια αυξημένη προτίμηση στα γλυκίσματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

### **Κατανάλωση Ζάχαρης**

Η ζάχαρη είναι ένα άλλο είδος τροφής του οποίου η υπερβολική κατανάλωση στην επεξεργασμένη του μορφή θεωρείται βλαπτική για την υγεία. Η κατανάλωση επεξεργασμένης ζάχαρης παρουσιάζει συνεχή αύξηση και στην Ελλάδα, όπως δείχνουν τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και των Εθνικών Λογαριασμών (ΕΣΥΕ, 1974-1975 – Υπουργείο Συντονισμού, 1981). Στην παρούσα έρευνα ρώτησαν για την εβδομαδιαία κατανάλωση ζάχαρης στην οικογένεια του ερωτώμενου. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Το 67% των ερωτώμενων δήλωσε ότι καταναλώνουν στην οικογένειά τους ένα ή περισσότερα κιλά ζάχαρη την εβδομάδα. Φυσικά ο αριθμός των μελών της οικογένειας επηρεάζει το ύψος της κατανάλωσης και έτσι τα πολυμελή νοικοκυριά (5 και άνω μέλη) παρουσιάζουν σε αυξημένο ποσοστό εβδομαδιαία κατανάλωση ζάχαρης μεγαλύτερη του ενός κιλού. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Επιδρά σημαντικά στην κατανάλωση το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ερωτώμενων. Τα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα εμφανίζουν μεγαλύτερη κατανάλωση ζάχαρης από τα υψηλότερα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Ο μέσος αριθμός μελών νοικοκυριού δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων (από 4,2 στους αγρότες μέχρι 3,4 στους ανώτερους υπαλλήλους και ελεύθερους επαγγελματίες), γι' αυτό η διαφορά στην κατανάλωση οφείλεται στις διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες των διαφόρων κοινωνικών ομάδων και στον διαφορετικό βαθμό ευαισθητοποίησης ως προς τις επιπτώσεις της επεξεργασμένης ζάχαρης στην υγεία. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Συμπερασματικά:

Η διατροφή του πληθυσμού του δείγματος εμφανίζεται ικανοποιητική όσον αφορά τη λήψη επαρκούς αριθμού θερμίδων από όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Ωστόσο δημιουργεί ανησυχία για την επίδραση που ίσως έχουν οι ουσίες ορισμένων τροφών που υπερκαταναλώνονται από μερικές ομάδες πληθυσμού στην υγεία τους μακροχρόνια. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Υπάρχει υπερκατανάλωση στα ζωικά λευκώματα (κρέας) και στους υδατάνθρακες. Οι υδατάνθρακες θεωρούνται ιδιαίτερα βλαπτικοί διότι λαμβάνονται κυρίως σε επεξεργασμένη μορφή, όπως στα διάφορα αναψυκτικά, στα ποτά και στη ραφινρισμένη ζάχαρη, όπου η αφομοίωσή τους από τον οργανισμό γίνεται σε βάρος άλλων θρεπτικών στοιχείων του οργανισμού. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Αντίθετα, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών εμφανίζεται χαμηλή σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού, όπως οι αγρότες.

Οι τάσεις αυτές είναι συνέπεια της επικράτησης τρόπων ζωής που είναι συνυφασμένοι με την αστικοποίηση και την εκβιομηχάνιση και τις αξίες που οι κυρίαρχες αυτές μορφές της σύγχρονης κοινωνικής ζωής έχουν επιβάλει ειδικά στον τομέα της ενημέρωσης και της επιμόρφωσης του πληθυσμού για τις βλαπτικές επιπτώσεις που έχουν οι διαιτητικές αυτές τάσεις στην υγεία. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

Η υπερκατανάλωση τροφών που τα συστατικά τους έχουν βλαπτικές συνέπειες παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες, όπου πρέπει να γίνουν



προσπάθειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης πάνω στις υγιεινές συνήθειες διατροφής. (Ζάρναρη & Μαδιανός, 1988)

#### **4.2 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Μια καλή διατροφική κατάσταση θεωρείται βασική προϋπόθεση για ποιοτική ζωή, εφ' όσον συμμετέχει σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς μηχανισμούς. (Κανέλλου. Α, 2001)

Η διατροφή των ενηλίκων αποσκοπεί εκτός από τη διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών. Ο ρόλος της διατροφής έχει επεκταθεί και δεν θεωρείται μόνο τρόπος για να αποφευχθούν ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά, αλλά και μέσο άμυνας κατά των χρόνιων παθήσεων. Υπολογίζεται ότι το 50% της θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες θα μπορούσε να μειωθεί με αλλαγές στον τρόπο ζωής όπως στη διατροφή. Αναφέρεται ενδεικτικά ότι οι περιπτώσεις νεοπλασιών θα μπορούσαν να περιοριστούν κατά 20%, εάν ο πληθυσμός κατανάλωνε συστηματικά 5 τουλάχιστον μικρομερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Η σχέση μεταξύ διατροφής και πάθησης διαμορφώνεται από την ενήλικη ζωή, παρόλο που η εκδήλωση της ασθένειας συμβαίνει συνήθως στην 6<sup>η</sup> ή 7<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής. (Κανέλλου. Α, 2001)

#### **4.3 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΣΗ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ**

Ο προσδόκιμος χρόνος επιβίωσης έχει αυξηθεί τον τελευταίο αιώνα. Ο τρόπος ζωής, ο οποίος ενδέχεται να παρατείνει τα χρόνια ζωής, διακρίνεται από μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, συστηματική λήψη ισορροπημένων γευμάτων, έλεγχο του σωματικού βάρους, επαρκείς ώρες ύπνου, συστηματική σωματική άσκηση και αποχή από το κάπνισμα. (Ζαμπέλας, 2003)

Στο στάδιο αυτό της ζωής, τα σημαντικότερα κίνητρα για μια προσεγμένη διατροφή αποτελούν η προσπάθεια για προαγωγή της υγείας και για καθυστέρηση του γήρατος. (Ζαμπέλας, 2003)

Η σωματική ανάπτυξη έχει οριστικά πλέον ολοκληρωθεί στους ενήλικες, η άλιπη μάζα σώματος μειώνεται κατά 2-3% ανά δεκαετία και αναλογικά μειώνεται και ο βασικός μεταβολισμός. Τα παραπάνω προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους, σε περίπτωση που δεν αυξηθεί η σωματική δραστηριότητα ή δεν μειωθεί η ενεργειακή πρόσληψη. Η υπερβολική εναπόθεση σωματικού λίπους είναι συνυφασμένη με αρκετές χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των νεοπλασιών και του διαβήτη. (Ζαμπέλας, 2003)

Η νεότητα και η φυσική αντοχή μειώνονται σταδιακά. Όσοι ακολουθούσαν υγιεινό τρόπο ζωής διατηρούν συνήθως την υγεία τους. Όσοι δεν είχαν καλές συνήθειες εμφανίζουν συχνότερα χρόνια προβλήματα υγείας και για αυτούς θεωρείται ως πλέον επιτακτική ανάγκη η βελτίωση του τρόπου ζωής. Η δίαιτα θεωρείται γενικότερα ως μια από τις συνήθειες που βελτιώνεται ευκολότερα, έναντι άλλων. (Ζαμπέλας, 2003)

#### **4.4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ.**

Παρόλο που οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά δεν αλλάζουν από τη νεαρή στη μέση ενήλικη ζωή εντούτοις πρέπει να επισημανθούν ορισμένα θέματα:

##### **A) Ενέργεια:**

Για αποφυγή της εναπόθεσης λίπους, κατά τη διάρκεια της μέσης ενήλικης ζωής, προέχει το ενεργειακό ισοζύγιο μεταξύ της προσλαμβανόμενης τροφής και της φυσικής δραστηριότητας. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ακολουθούν τον δυτικό τύπο τρόπου ζωής, δεν πετυχαίνουν περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης, ούτε ακολουθούν τις συστάσεις για τουλάχιστον 150 λεπτά σωματικής άσκησης την εβδομάδα, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ανθρώπων. Η προσπάθεια αποδεικνύεται δύσκολη με το σημερινό τρόπο ζωής ο οποίος χαρακτηρίζεται από την οικονομική άνεση για άφθονη προμήθεια τροφής και την έλλειψη χρόνου για συστηματική σωματική

άσκηση. Η μέτρια σωματική άσκηση του νεαρού ενήλικα περιορίζεται συνήθως σε καθιστική ζωή στη μέση ενήλικη ζωή του. (Ζαμπέλας, 2003)

## **B) Βιταμίνες:**

Για τους μέσης ηλικίας ενήλικες δίνεται έμφαση στο ρόλο των αντιοξειδωτικών βιταμινών C και E για την πρόληψη και αντιμετώπιση κυρίως χρόνιων ασθενειών. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες «εξουδετερώνουν» τις ελεύθερες ρίζες, προλαμβάνοντας με τον τρόπο αυτό τη φθορά κυττάρων και ιστών, η οποία θα συνέβαλε στην εκδήλωση εκφυλιστικών παθήσεων. (Ζαμπέλας, 2003)

Η ωφέλιμη επίδραση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και καρπών δημητριακών, λαδιού και κρασιού στην αντιμετώπιση εκφυλιστικών παθήσεων έχει αποδοθεί και στις αντιοξειδωτικές ουσίες, τις οποίες παρέχουν στον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπλέον αναγνωρίζεται ο υποστηρικτικός ρόλος άλλων βιταμινών (όπως ριβοφλαβίνης) στην αντιοξειδωτική δράση, ενώ η σημασία της επαρκούς πρόσληψης των άλλων βιταμινών στη διατήρηση της υγείας είναι γνωστή. (Ζαμπέλας, 2003)

## **Βιταμίνη C**

Η δράση της θεωρείται σημαντική κατά των ελεύθερων ριζών της μολυσμένης ατμόσφαιρας και του καπνίσματος. Επίσης συμβάλλει στη μετατροπή της βιταμίνης E στην ενεργή της μορφή. (Ζαμπέλας, 2003)

Αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνη C διακρίνονται σε άτομα που υπόκεινται σε «βιολογικό» στρες, όπως με τη χρόνια λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη, βαρβιτουρικά, αντισυλληπτικά) και το κάπνισμα. Χαρακτηριστική είναι η διαφοροποίηση των συστάσεων μεταξύ καπνιστών και μη, συμπεριλαμβανομένων και των παθητικών καπνιστών. (Ζαμπέλας, 2003)

## **Βιταμίνη E**

Συμβάλλει πρωταρχικά στην άμυνα του οργανισμού κατά της οξειδωσης. Προστατεύει τα λιπίδια, καθώς και λιποδιαλυτές ουσίες, όπως τη βιταμίνη A, από

τη διαδικασία αυτή. Οι ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνη E καθορίζονται και από την πρόσληψη λιπιδίων. Καλές διαιτητικές πηγές της θεωρούνται τα φυτικά έλαια, οι σπόροι και η καρποί, η πιπεριά, η κολοκύθα, το πράσο και ορισμένα ψάρια. (Ζαμπέλας, 2003)

### **Γ) Μέταλλα:**

Για τα μέταλλα που συμμετέχουν στη δομή των οστών (ασβέστιο, φωσφόρο και μαγνήσιο), οι νεότερες διατροφικές συστάσεις καθορίστηκαν με κριτήριο τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης σχετικών χρόνιων νοσημάτων, όπως της οστεοπόρωσης. (Ζαμπέλας, 2003)

## **4.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**

Οι ειδικοί σε θέματα διατροφής παροτρύνουν τον πληθυσμό να προσλαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά από τις τροφές. Η χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, που περιέχουν βιταμίνες και μέταλλα, συστήνονται μόνο σε εξαιρέσεις. Με την κατάλληλη διατροφική αξιολόγηση εντοπίζονται αυτές οι εξαιρέσεις και ανάλογα χορηγούνται από ιατρούς διατροφικά συμπληρώματα. Οι συνηθέστερες εξαιρέσεις είναι οι εξής:

- όταν η ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη είναι συστηματικά χαμηλότερη των 1200 θερμίδων,
- όταν η δίαιτα είναι μονόπλευρη, δηλαδή αποτελείται από συγκεκριμένες τροφές, χωρίς ποικιλία,
- όταν τα άτομα πάσχουν από ασθένειες που επηρεάζουν την πρόσληψη, την απορρόφηση, το μεταβολισμό ή την αποβολή θρεπτικών συστατικών,
- όταν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή δρα αρνητικά στη βιοδιαθεσιμότητα ορισμένων θρεπτικών συστατικών,
- όταν ασθενείς πάσχουν από λοίμωξη ή τραύματα ή βρίσκονται σε μετεγχειρητικό στάδιο και έχουν αυξημένες μεταβολικές ανάγκες και

-όταν πρόκειται για αυστηρούς χορτοφάγους (Vegans), οι οποίοι εκτός του κρέατος δεν καταναλώνουν ούτε προϊόντα ζωικής προέλευσης (αυγό, γαλακτοκομικά, κ.α.). (Ζαμπέλας, 2003)

Εκτός των παραπάνω εξαιρέσεων, θεωρείται ότι η πλειοψηφία των ενηλίκων μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους με κατανάλωση καλής ποιότητας τροφής. Παρατηρείται ότι αρκετά άτομα δεν ακολουθούν μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή. Σε τέτοιες περιπτώσεις εγκυμονεί ο κίνδυνος, η χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων να δράσει αρνητικά στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, περιορίζοντας την όποια προσπάθεια για βελτίωση της διαίτας του. Δημιουργείται μια εσφαλμένη εντύπωση, ότι με τη λήψη συμπληρωμάτων καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά (αίσθημα επανάπαυσης). Επειδή παρατηρείται ανταγωνιστική δράση μεταξύ των μετάλλων, συχνά μειώνεται η βιοδιαθεσιμότητά τους και δεν απορροφώνται σε ικανοποιητικές ποσότητες. Ως παράδειγμα, σε συμπλήρωμα που περιέχει ασβέστιο, μαγνήσιο και σίδηρο μειώνεται η απορρόφηση και των τριών συστατικών. (Ζαμπέλας, 2003)

Ορισμένοι ενήλικες καταναλώνουν διατροφικά συμπληρώματα προληπτικά, για το ενδεχόμενο να μην καλύπτουν τις διατροφικές τους ανάγκες μέσω της τροφής ή ως επιπλέον πρόληψη κατά των ασθενειών. Η αλόγιστη λήψη διατροφικών συμπληρωμάτων εγκυμονεί κινδύνους, οι οποίοι μεγαλώνουν ανάλογα με την αύξηση της δοσολογίας. Η υπερδοσολογία μπορεί να αποβεί εξίσου επικίνδυνη όσο και η έλλειψη, ενώ τα όρια ανοχής διαφέρουν μεταξύ των ατόμων. (Ζαμπέλας, 2003)

Σε περίπτωση επιλογής διατροφικών συμπληρωμάτων, συστήνεται η περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά συστατικά να κυμαίνεται μεταξύ τιμών μικρότερων ή ίσων με των RDA (συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη).

Θεωρείται ότι η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής αποδίδει μόνο σε περιπτώσεις όπου η κανονική πρόσληψη μιας βιοδιαθέσιμης μορφής ενός θρεπτικού συστατικού είναι μικρότερη από την ποσότητα που θα πρόσφερε το μέγιστο όφελος από βιολογική σκοπιά. (Ζαμπέλας, 2003)

#### **4.6 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων μελετάται βάσει έγκυρων ερευνών, οι οποίες καταγράφουν τις διατροφικές συνήθειες υγιών ατόμων. Τέτοιες μελέτες συμβάλλουν στη διαπίστωση των συνιστώμενων ημερήσιων ποσοτήτων πρόσληψης για τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και την ενέργεια. Η καταγραφή συστάσεων σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών είναι χρήσιμη, γιατί επιτρέπει την ακριβή ταυτοποίηση των διατροφικών απαιτήσεων για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών και τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης διατροφικών ελλείψεων. (Ζαμπέλας, 2003)

Η δημιουργία ενός ενιαίου καταλόγου αναφοράς, όπου θα καταγράφονται οι συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες για τον πληθυσμό συμβάλλει μεταξύ άλλων:

- στη διατύπωση συστάσεων
- στην καλύτερη επισήμανση των τροφίμων
- στην κατάρτιση προγραμμάτων έρευνας.

#### **4.7 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (FOOD BASED DIETARY GUIDELINES - FBDG)**

Στην Ελλάδα έχουν δημοσιευτεί οι «Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα» από το Υπουργείο Υγείας. (<http://www.nut.-uoa.gr> του Πανεπιστημίου Αθηνών)

##### **4.7.1 Διατροφικές οδηγίες για υγιείς Έλληνες ενήλικες**

Στις ανεπτυγμένες χώρες οι περισσότερες διατροφοεξαρτώμενες παθολογικές καταστάσεις ανάγονται σε διατροφικές υπερβολές ή ποιοτικές παρεκκλίσεις και εμφανίζονται στους ενήλικες με τη μορφή συχνών χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασίες. Οι δυσμενείς τάσεις σχετικά με τη

νοσηρότητα των Ελλήνων θεωρείται ότι οφείλονται κυρίως στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, οι οποίες απομακρύνονται από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και πλησιάζουν σε δυτικού τύπου διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής. Οι διαφοροποιήσεις στη διατροφή που παρατηρούνται στις προτιμήσεις των Ελλήνων καταναλωτών τα τελευταία χρόνια μπορεί να συσχετίζονται με τα πιο κάτω:

- Η αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών τα τελευταία 30 χρόνια.
- Η αλματώδης πρόοδος στην Τεχνολογία.
- Η αλλαγή στις κοινωνικές συνθέσεις.
- Η αλλαγή στις συνήθειες της ζωής και της εργασίας.
- Η αστικοποίηση.
- Η διαφήμιση.
- Η πληροφόρηση για τη διατροφή και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Το εμπόριο των διαιτητικών συμβουλών.
- Το εμπόριο των διαιτητικών συμπληρωμάτων

Οι διατροφικές ανάγκες για τους Έλληνες συντάχθηκαν, με απόφαση του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου (ΑΕΕΣΥ) του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, από διακεκριμένη επιστημονική ομάδα και αναφέρονται σε υγιείς ενήλικες. (Κανέλλου, 2003)

Αυτή η επιστημονική ομάδα δίνει οδηγίες για τη σχέση κατανάλωσης τροφίμων και υγείας και επισημαίνει τα βασικά ευρήματα, τα οποία συσχετίζονται και με την Ελληνική πραγματικότητα.

### **1) Δημητριακά και πατάτες**

Τα αδρά επεξεργασμένα δημητριακά, όπως ψωμί, παξιμάδια ολικής άλεσης, αναποφλοιώτο ρύζι, αποτελούν καλή πηγή φυτικών ινών, μη αμυλούχοι πολυσακχαρίτες. Θεωρούνται επίσης σημαντικές πηγές άλλων θρεπτικών συστατικών, τα οποία συχνά απουσιάζουν από τη σημερινή δυτικού τύπου διατροφή, συμπεριλαμβανομένων των βιταμινών του συμπλέγματος Β, βιταμίνης Ε, σεληνίου, ψευδάργυρου, χαλκού και μαγνησίου. Περιέχουν επίσης

φυτοχημικές ουσίες όπως ενώσεις πολυφαινολών, οι οποίες μαζί με τις βιταμίνες και τα μέταλλα παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης ενδέχεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης εκκολπωμάτωσης ή δυσκοιλιότητας, καθώς και στεφανιαίας νόσου. Συστήνεται η καθημερινή κατανάλωση οκτώ μικρομερίδων δημητριακών και προϊόντων τους στις οποίες συμπεριλαμβάνεται το ψωμί. (Κανέλλου, 2003, σελ. 302)

Η ζύμωση και η παρασκευή του ψωμιού αυξάνουν τη γλυκαιμική δράση του αμύλου του. Το άμυλο των ζυμαρικών και των οσπρίων έχει μικρή και επιβραδυνόμενη γλυκαιμική δράση. (Κανέλλου, 2003, σελ.302)

Ο γλυκαιμικός δείκτης μετρά τη γλυκαιμική επίδραση των αμυλούχων τροφών και έχει σχέση με το ρυθμό της πέψης και με την περιεκτικότητα του τροφίμου σε άμυλο. Διαφορετικοί παράγοντες, οι οποίοι εξαρτώνται από τη σύνθεση του τροφίμου, επηρεάζουν τον γλυκαιμικό δείκτη. Κυριότεροι θεωρούνται η ποσότητα σε υδατάνθρακες, ο όγκος και το σχήμα της τροφής, η βιολογική προέλευση και ο βαθμός ευπεψίας του αμύλου, το είδος του υδατάνθρακα, η περιεκτικότητα σε λιπίδια, οι πρωτεΐνες και οι φυτικές ίνες, η οξύτητα, τα ανταγωνιστικά συστατικά (anti-nutrients), ο τρόπος παρασκευής / επεξεργασίας. Θεωρείται πολύ σημαντική η αλληλεπίδραση μεταξύ των συστατικών του γεύματος για τον προσδιορισμό του γλυκαιμικού δείκτη. Η ανάμειξη των τροφών μειώνει ελαφρά το γλυκαιμικό δείκτη, ενώ μια συντηρητική δόση κρασιού μειώνει τη μεταγευματική γλυκαιμική δράση. (Κανέλλου, 2003, σελ.302)

Ο γλυκαιμικός δείκτης ενός τροφίμου εκφράζεται με βάση την τιμή των 100, η οποία χαρακτηρίζει το τρόφιμο αναφοράς (γλυκόζη ή λευκό ψωμί). Ο γλυκαιμικός δείκτης με τρόφιμο αναφοράς τη γλυκόζη θεωρείται:

-υψηλός >70, -μέτριος 55-70, -χαμηλός <55. (Κανέλλου, 2003, σελ.302)

Άτομα που χαρακτηρίζονται από υπερτριγλυκεριδαιμία ενδέχεται να έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, μετά από μακροχρόνια κατανάλωση τροφίμων με χαμηλό ΓΔ (γλυκαιμικός δείκτης), βελτιώνοντας την ανοχή σε γλυκόζη, μειώνοντας την έκκριση ινσουλίνης και ελατώνοντας τα επίπεδα λιπιδίων του ορού. (Κανέλλου, 2003, σελ.302)



Το λευκό ψωμί και οι πατάτες έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Η κατανάλωση της πατάτας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2. Για το λόγο αυτό οι συστάσεις περιορίζουν την κατανάλωσή της σε τρεις μικρομερίδες την εβδομάδα. Η πατάτα παρέχει ποσοστό ενέργειας από πρωτεΐνες αντίστοιχο των σιτάρι και ρύζι και είναι καλή πηγή βιταμίνης C. (Κανέλλου, 2003, σελ.303)

## **2) Ζάχαρη και γλυκίσματα**

Η ζάχαρη προστίθεται στα αφεψήματα, περιέχεται στα φρούτα, στους χυμούς και στα αναψυκτικά, ενώ αποτελεί κύριο συστατικό των γλυκισμάτων. Συστήνεται να προτιμώνται τα ελληνικά γλυκίσματα που έχουν ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς, φρούτα και αλεύρι σε αντίθεση με το βούτυρο και την κρέμα γάλακτος στα «Ευρωπαϊκού» τύπου. Η κατανάλωση γλυκού πρέπει να περιορίζεται σε μια μικρομερίδα κάθε δεύτερη ημέρα. (Κανέλλου, 2003, σελ.304)

Όταν υπάρχει κατανάλωση ζάχαρης συχνά εμφανίζεται τερηδόνα. Στατιστικά σημαντικότερα θεωρούνται η φθορίωση του νερού και η κακή στοματική υγιεινή. Άτομα που καταναλώνουν συχνότερα ζάχαρη διακρίνονται από χαμηλότερο ΔΜΣ και όχι από παχυσαρκία όπως θα αναμένονταν. (Κανέλλου, 2003, σελ.304)

Ο γλυκαιμικός δείκτης των απλών σακχάρων είναι συγκρίσιμος με το άμυλο μαγειρεμένων τροφών.

## **3) Λαχανικά και φρούτα**

Τα λαχανικά και τα φρούτα προστατεύουν από την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και αρκετών μορφών καρκίνου, ίσως γιατί είναι αυξημένη η περιεκτικότητά τους σε φυτικές ίνες, φυλλικό οξύ, βιταμίνη C και E, β-καρωτίνη, άλλα καρωτενοειδή, πολυφαινόλες και φυτοοιστρογόνα. Παρέχουν μέταλλα, όπως κάλιο και ασβέστιο. Ψηλή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες διακρίνεται μεταξύ των λαχανικών στα χόρτα και στα μυρωδικά. Τα λαχανικά (ωμά ή βρασμένα) καταναλώνονται με ταυτόχρονη πρόσληψη ελαιολάδου. Συνιστάται η κατανάλωση έξι μικρομερίδων λαχανικών και τριών μερίδων φρούτων καθημερινά, κατά μέσο όρο. (Κανέλλου, 2003, σελ.304)

#### **4) Όσπρια**

Τα όσπρια χαρακτηρίζονται από αυξημένη διατροφική αξία, λόγω της σημαντικής τους περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες μέτριας βιολογικής αξίας και της χαμηλής περιεκτικότητας λιπιδίων. Διαθέτουν μερικά από τα υγιεινά χαρακτηριστικά των λαχανικών, ενώ καταναλώνονται και αυτά πάντα με ελαιόλαδο, το οποίο έχει ευεργετικές ιδιότητες, ενώ τους προσδίδει και νοστιμιά. (Κανέλλου, 2003, σελ.304)

Οι φυτικές ίνες που περιέχονται στα δημητριακά, τα όσπρια, τα λαχανικά και τα φρούτα επιδρούν ευνοϊκά στο λιπιδαιμικό προφίλ, στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και στην πρόληψη της εκκολπωματώσεως, καθώς και στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη. (Κανέλλου, 2003, σελ.304)

#### **5) Ξηροί καρποί**

Οι ξηροί καρποί έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και αρκετοί από αυτούς φαίνεται ότι έχουν υποχοληστερολαιμική δράση. Συγκαταλέγονται συχνά στην κατηγορία σπόρων, γιατί περιέχουν πολύ βιταμίνη E και φυτικές ίνες. Θεωρούνται από τις καλύτερες επιλογές για ενδιάμεσο γεύμα (snack), εάν δεν υπάρχει θετικό ενεργειακό ισοζύγιο. (Κανέλλου, 2003, σελ.305)

#### **6) Κρέας, ψάρι και αβγά**

Η πρόσληψη του κόκκινου κρέατος σχετίζεται σταθερά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, με άλλες μορφές καρκίνου καθώς και τη στεφανιαία νόσο. Το κρέας και τα αβγά περιέχουν ψηλές ποσότητες χοληστερόλης, κάτι που συστήνεται να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη, παρόλο που η διατροφική πρόσληψη χοληστερόλης επηρεάζει σε μικρό βαθμό τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Αποτελούν καλή πηγή σιδήρου και ψευδαργύρου και παρέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Το κρέας περιέχει βιταμίνες του συμπλέγματος B και σελήνιο. Η κατανάλωση πουλερικών, αβγών και κόκκινου κρέατος δεν θα πρέπει να ξεπερνά συνολικά τη μια μικρομερίδα την ημέρα. Ένα άτομο μπορεί να

καταναλώνει τρία αβγά την εβδομάδα και δυο μερίδες κρέας πουλερικών. (Κανέλλου, 2003, σελ.305)

Τα ψάρια και τα θαλασσινά θεωρείται ότι μειώνουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, γιατί περιέχουν μεγάλες ποσότητες ω-3 λιπαρών οξέων. Μπορούν να υποκαταστήσουν το κρέας και τα αυγά, όταν το επιτρέπουν οι συνθήκες, αλλά δεν πρέπει να καταναλώνονται λιγότερο από τρεις μερίδες ψάρι και θαλασσινά την εβδομάδα. Η μέτρια κατανάλωση αβγών και θαλασσινών θεωρείται ότι μπορεί να συμπεριληφθεί στις διατροφικές συστάσεις για υγιή άτομα, γιατί δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά το λιπιδαιμικό τους προφίλ, παρά την υψηλή περιεκτικότητά τους σε χοληστερόλη. Ακόμη και η κατανάλωση ενός αβγού ημερησίως θεωρείται απίθανο να επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος ή στεφανιαίας νόσου σε υγιή άτομα. (Κανέλλου, 2003, σελ.305)

## **7) Γαλακτοκομικά**

Οι συνέπειες στην υγεία από την υψηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων δεν έχουν οριστικά τεκμηριωθεί. Οι τροφές αυτές είναι πλούσιες σε ασβέστιο και περιέχουν πολλά κορεσμένα λιπίδια. Τα θεωρητικά πλεονεκτήματα από την κατανάλωση αποβουτυρωμένων γαλακτοκομικών δεν έχουν εμπειρικά τεκμηριωθεί. Δυο μικρομερίδες γαλακτοκομικών (γιαούρτι, τυρί, γάλα) την ημέρα αρκούν. (Κανέλλου, 2003, σελ.306)

## **8) Λιπίδια**

Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα συσχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο, τον καρκίνο του προστάτη, τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ίσως άλλες νεοπλασίες. Τα trans λιπαρά οξέα στις μαργαρίνες και σε αρκετά τυποποιημένα προϊόντα έχουν παρόμοιες βλαβερές ιδιότητες με τα κορεσμένα λιπαρά οξέα. Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (ελαιόλαδο) ελαττώνουν τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης χωρίς να μειώνουν τα επίπεδα της HDL, σε αντίθεση με τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (σπορέλαια) τα οποία ελαττώνουν LDL και HDL. Η υψηλή συγκέντρωση της LDL δρα προστατευτικά κατά της στεφανιαίας νόσου και της αθηρωμάτωσης γενικότερα. (Κανέλλου, 2003, σελ.306)

Το ελαιόλαδο, εκτός από την υψηλή περιεκτικότητά του σε μονοακόρεστα λιπαρά περιέχει και αντιοξειδωτικές ουσίες. Στη σύσταση αυτή πιθανώς να οφείλεται η ευνοϊκή του επίδραση. Δεν έχει παρατηρηθεί καμιά δυσμενής επίδραση του ελαιολάδου σε οποιοδήποτε χρόνιο νόσημα. Συστήνεται να χρησιμοποιείται ως το κύριο προστιθέμενο λιπίδιο στα ωμά και μαγειρεμένα φαγητά και σε όλους τους τρόπους παρασκευής της τροφής. (Κανέλλου, 2003, σελ.306)

Τα λιπίδια διευκολύνουν την αύξηση του σωματικού βάρους, τα δεδομένα όμως είναι ανεπαρκή, παρά τη δεδομένη υψηλή ενεργειακή τους πυκνότητα. Σε μια δίαιτα είναι σημαντικές η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και η μείωση της πρόσληψης θερμίδων οποιασδήποτε προέλευσης. Δεν συνιστάται η μείωση του ελαιολάδου, γιατί αυτό συνεπάγεται μείωση της κατανάλωσης λαχανικών και οσπρίων. (Κανέλλου, 2003, σελ.306)

### **9) Νερό και ποτά**

Το νερό είναι απαραίτητο και αποτελεί σημαντική πηγή απαραίτητων στοιχείων, όπως του ιωδίου και του φθορίου. Η επαρκής πρόσληψή του, ρυθμίζεται μέσω του αισθήματος της δίψας, ενώ οι ανάγκες σε νερό αυξάνουν, όταν είναι αυξημένη και η ενεργειακή πρόσληψη και κατανάλωση. Διαταραχές στο μηχανισμό ρύθμισης του αισθήματος της δίψας ενδέχεται να παρατηρηθούν στους ηλικιωμένους και σε παθολογικές καταστάσεις. Τα αναψυκτικά (ανθρακούχα και μη) περιέχουν πολλή ζάχαρη και χαρακτηρίζονται ως «κενές θερμίδες». Δεν παρέχει κανένα πλεονέκτημα η υποκατάσταση νερού με μη οινόπνευματώδη ποτά. Οι χυμοί των φρούτων έχουν ορισμένες από τις θετικές ιδιότητες των φρούτων. (Κανέλλου, 2003, σελ.306-307)

Η κατανάλωση οινόπνευματων ποτών συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου διαφόρων εντοπίσεων και δημιουργεί το κοινωνικό πρόβλημα του αλκοολισμού. Ταυτόχρονα το οινόπνευμα και ίσως και άλλα συστατικά των ποτών, προστατεύουν από την εκδήλωση καρδιοπαθειών. Συμπερασματικά οι οδηγίες καταλήγουν σε μια μέτρια κατανάλωση κρασιού (30 γραμ. Αιθυλικής αλκοόλης =

3 κρασοπότηρα) κατά τη διάρκεια γευμάτων για τους άντρες. (Κανέλλου, 2003, σελ.307)

Η ποικιλία στις επιλογές των τροφίμων ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης έλλειψης ενός θρεπτικού συστατικού, του οποίου οι βιολογικές ιδιότητες παραμένουν άγνωστες. Κανένα τρόφιμο δε θεωρείται βλαβερό για να αποκλειστεί εκ προοιμίου από το διαιτολόγιο, εκτός αν το άτομο έχει ευαισθησία στο συγκεκριμένο τρόφιμο. Όσα δεν συνιστώνται ιδιαίτερα (κρέας), θα πρέπει να καταναλώνονται σπανιότερα. (Κανέλλου, 2003, σελ.307)

Η Ευρωπαϊκή Επιστημονική Επιτροπή για τη διατροφή του ανθρώπου θεωρεί ότι οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων πρέπει να καλύπτουν τη μέση ανάγκη πρόσληψης (Average Requirement) για κάθε θρεπτικό συστατικό. Διαπιστώθηκε ότι οι διατροφικές οδηγίες για τους Έλληνες είναι απόλυτα συμβατές με τις Ευρωπαϊκές συστάσεις σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών. (Κανέλλου, 2003, σελ.307)

#### **4.8 ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ**

Πρωταρχικός στόχος των ενηλίκων είναι η διατήρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος σε τιμές ως 25 kg/m<sup>2</sup>. ΔΜΣ μικρότερος του 20 ενδέχεται να μην αποτελεί πλέον πλεονέκτημα. Η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη έχει ενοχοποιηθεί για αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, ενώ στην πραγματικότητα την υγεία επηρεάζουν αρνητικά η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία. Με δεδομένο ΔΜΣ, υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη συνδέεται με χαμηλότερη συνολική θνησιμότητα και ιδιαίτερα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Γίνεται αυτό λόγω αυξημένης ενεργειακής πρόσληψης που θα πρέπει να αντισταθμίζεται από αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, που επιτυγχάνεται με τη φυσική δραστηριότητα. Όταν ο ΔΜΣ αυξάνεται, επιβάλλεται η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, ενώ η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης δεν αποτελεί την πιο επιθυμητή επιλογή. (Κανέλλου, 2003, σελ.307)

Συστήνεται η τακτική φυσική δραστηριότητα, όπως ζωηρό βάδισμα, κολύμπι, χορός, ανέβασμα σκάλας, κηπουρική για 15-30 λεπτά την ημέρα, ακόμη και όταν ο ΔΜΣ παραμένει σταθερά κάτω των 25 kg/m<sup>2</sup>. (Κανέλλου, 2003, σελ.307)

#### **4.9 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η ιατρική έρευνα άρχισε σταδιακά να μετατοπίζεται από τη μελέτη των συμπτωμάτων που προκαλούνται από την ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών στη μελέτη των επιδράσεων της δίαιτας και των συνθηκών ζωής σε νοσήματα, όπως οι καρδιοπάθειες κι ο καρκίνος. Αυτού του είδους ασθένειες είναι αποτέλεσμα της υπερεπάρκειας τροφής και της μείωσης της φυσικής δραστηριότητας. Αυτά τα νοσήματα επηρεάζουν πλέον μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και αν εμφανισθούν δεν μπορούν να θεραπευθούν, παρά μόνο να ρυθμισθούν. (Ζαμπέλας, 2003)

Το κόστος για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων είναι πολύ μεγάλο. Εκτός από το ψυχολογικό κόστος του ίδιου του ασθενή και της οικογένειάς του, υπάρχει και το οικονομικό κόστος για κάθε πολιτεία. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων είναι η πρόληψή τους, μέσω αρχικά του προσδιορισμού των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης αυτών των νοσημάτων και έπειτα μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων υγείας που θα έχουν ως σκοπό τη μείωση αυτών των παραγόντων. (Towson, 1996)

#### **Αθηροσκλήρωση**

Η αθηροσκλήρωση και η στεφανιαία νόσος είναι οι κύριες αιτίες θανάτου στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Ο κίνδυνος είναι μικρός σε νεαρή ηλικία, αλλά μεγαλώνει όσο περνάνε τα χρόνια. Η αιτία της αθηροσκλήρωσης είναι η εναπόθεση λίπους στις αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα στην καρδιά. Η εναπόθεση λίπους αρχίζει από την παιδική ηλικία και μπορεί με την πάροδο του χρόνου να φράξει τον αυλό της αρτηρίας με αποτέλεσμα να διακοπεί η ροή του

αίματος. Η εναπόθεση λίπους οδηγεί σε τραυματισμό της αρτηρίας και σε στεφανιαία νόσο. Η στεφανιαία νόσος παρουσιάζεται σε μεσήλικες, ενώ η απόφραξη μίας αρτηρίας του εγκεφάλου, που οδηγεί σε εγκεφαλικό επεισόδιο, συνήθως συμβαίνει 10 με 20 χρόνια αργότερα. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.313)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης και στεφανιαίας νόσου είναι πολλοί και παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.314)

Ατομικά χαρακτηριστικά	Συνθήκες διαβίωσης	Ατομικά προβλήματα υγείας
Φύλο Ηλικία Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό	Άγχος Κάπνισμα Υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος Καθιστική ζωή Παχυσαρκία Διαιτητικές συνήθειες	Υπερλιπιδαιμίες Υπέρταση Σακχαρώδης διαβήτης

Όλες οι παρεμβάσεις, διαιτητικές ή φαρμακευτικές, στοχεύουν στη μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα, στη διακοπή του καπνίσματος, στη μείωση του σωματικού βάρους, στην ελάττωση της κατανάλωσης οινόπνευματος και στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.314)

Η διαιτητική αγωγή πρέπει να έχει ως στόχο:

- τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους,
- τη μείωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών (λιγότερο από 10% της προσλαμβανόμενης ενέργειας) και χοληστερόλης (λιγότερο από 300 mg την ημέρα), μέσω της μείωσης της πρόσληψης κυρίως προϊόντων ζωικής προέλευσης, και

-την αύξηση της πρόσληψης αντιοξειδωτικών και φυτικών ινών, μέσω της αύξησης στην πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, δημητριακών και οσπρίων.

Η πρόσληψη υδατανθράκων, κυρίως σύνθετων υδατανθράκων, πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ του 50 και 60% της προσλαμβανομένης ενέργειας. (Κανέλλου, 2003, σελ.314)

### **Υπέρταση**

Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου εμφάνισης κυρίως εγκεφαλικών επεισοδίων, αλλά και στεφανιαίας νόσου και προβλημάτων στους νεφρούς. Η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την υπέρταση, γι' αυτό κι όταν ένας παχύσαρκος ελαττώσει το σωματικό του βάρος, μέσω ενός συνδυασμού διαιτητικής αγωγής και αύξησης της φυσικής δραστηριότητας, η υπέρταση μειώνεται. Τα συστατικά της δίαιτας που ενδεχομένως επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση είναι το οινόπνευμα, το ασβέστιο, το νάτριο και το κάλιο. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.314)

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. Δεν γνωρίζουμε ακόμη ποια είναι η επίδραση των άλλων συστατικών της δίαιτας στην αρτηριακή πίεση. Η μείωση της πρόσληψης αλατιού σε λιγότερο από 6 γραμμάρια (2400 mg νάτριο) την ημέρα, όπως υποδεικνύουν οι σύγχρονες συστάσεις, μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση μόνο σε άτομα που είναι ευαίσθητα στο αλάτι. Το ασβέστιο έχει συσχετισθεί με την υπέρταση, αλλά υπάρχουν και μελέτες που δε δείχνουν κάτι τέτοιο. Απεναντίας, η αύξηση της πρόσληψης καλίου μπορεί να προστατέψει το άτομο έναντι της υπέρτασης. Ευεργετικά αποτελέσματα έχει και η αύξηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.315)

### **Σακχαρώδης διαβήτης**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα νόσημα που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, λόγω προβλημάτων στη σύνθεση ινσουλίνης από το



πάγκρεας (διαβήτης τύπου 1) ή στην ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη (διαβήτης τύπου 2). (Ζαμπέλας, 2003,σελ. 315)

Στην περίπτωση του διαβήτη τύπου 1, το πάγκρεας δε συνθέτει ινσουλίνη και επομένως ο διαβητικός χρειάζεται ενέσεις ινσουλίνης. Ο διαβήτης αυτός εμφανίζεται συνήθως κατά την παιδική ηλικία. Ο διαβήτης τύπου 2 εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 40 ετών και είναι πολύ συχνός στους παχύσαρκους. Η αντιμετώπιση αυτού του διαβήτη περιλαμβάνει μείωση του σωματικού βάρους και διαιτητική παρέμβαση. Παλαιότερα, οι άνθρωποι ελάμβαναν υδατάνθρακες σε ποσοστό 50-60% της προσλαμβανόμενης ενέργειας και λίπος κάτω από το 30%. Τώρα όμως μπορεί να φτάσει και το 40%, με την προϋπόθεση ότι η μισή να προέρχεται από μονοακόρεστα λιπαρά οξέα τα οποία περιέχει το ελαιόλαδο. Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας είναι πολύ σημαντική, επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. (Ζαμπέλας, 2003, σελ.315)

### **Καρκίνος**

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η μετατροπή ενός υγιούς και φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό συμβαίνει σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, στο φυσιολογικό κύτταρο συμβαίνει μια γενετική μεταβολή από μια καρκινογόνο ουσία, που δίνει τη δυνατότητα στο κύτταρο να πολλαπλασιαστεί ανεξέλεγκτα. Στο δεύτερο στάδιο, το μη φυσιολογικό κύτταρο πολλαπλασιάζεται και δημιουργεί τον καρκίνο. Στο τρίτο στάδιο, τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν υγιείς ιστούς και διαδίδονται στον οργανισμό. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

Πολλά συστατικά της τροφής μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, όπως τα λιπίδια, οι φυτικές ίνες, οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες E, C και A, καθώς και το β-καροτένιο. Η πιο ισχυρή επίδραση είναι αυτή των φυτικών ινών στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά και το ελαιόλαδο είναι καλές πηγές όλων των παραπάνω προστατευτικών θρεπτικών συστατικών. (Ζαμπέλας, 2003,σελ.316)

## Παχυσαρκία

Με τον υπολογισμό του ΔΜΣ μπορείς να μάθεις αν ένας άνθρωπος είναι παχύσαρκος.

Στη δεκαετία του '60, η παχυσαρκία ήταν σχεδόν άγνωστη στην Ελλάδα. Σήμερα, όμως, οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει και οι διαιτητικές συνήθειες έχουν «δυτικοποιηθεί». Συνεπάγεται αυξημένη πρόσληψη λίπους, ζάχαρης, αλατιού και ενέργειας. Αντίθετα, έχει μειωθεί η φυσική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας. Πρόσφατα παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα παχυσαρκίας είναι αυξημένη και στα παιδιά. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

Η παχυσαρκία είναι παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και διαβήτη τύπου 2, αυξάνει την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Προάγει και την εμφάνιση προβλημάτων στα οστά, όπως η οστεοαρθρίτιδα. Η θνησιμότητα αυξάνεται όταν το άτομο είναι υπέρβαρο και παχύσαρκο, ή λιποβαρές. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

Πολλοί παχύσαρκοι, προσπαθώντας να μειώσουν το σωματικό τους βάρος, ακολουθούν δίαιτες που είναι χαμηλές σε θερμίδες, πρωτεΐνη, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, με αποτέλεσμα η διατροφή τους να είναι φτωχή σε θρεπτικά συστατικά. Στις δίαιτες που είναι πολύ χαμηλές σε θερμίδες (500 έως 800 θερμίδες την ημέρα) ο ασθενής δεν αλλάζει τελικά τη διαιτητική του συμπεριφορά. Όμως όταν λήξει αυτή η περίοδος της σκληρής δίαιτας, συνήθως επιστρέφει στις παλιές του συνήθειες και αυξάνει το βάρος του. Κατά συνέπεια θα τον ωθήσει να ακολουθήσει ξανά μια ίδιου τύπου δίαιτα κι έτσι θα μειώνει και θα αυξάνει το βάρος του κατά διαστήματα, κάτι που είναι βλαβερό για την υγεία από το να παρέμενε σταθερά υπέρβαρος. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

Η πιο ενδεδειγμένη προσέγγιση για μείωση του βάρους πρέπει να περιλαμβάνει την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και τη σταδιακή μείωση της πρόσληψης ενέργειας από την τροφή, χωρίς όμως να επηρεάζεται η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών που δεν συνεισφέρουν στην ενέργεια. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

Είναι ενδεικτικό ότι μείωση του σωματικού βάρους κατά 10% που θα διατηρηθεί για το υπόλοιπο της ζωής, επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα από μια μεγάλη μείωση του σωματικού βάρους που δεν θα διαρκέσει πολύ. (Κανέλλου, 2003, σελ.316)

### **Οδηγίες για την σταδιακή μείωση του σωματικού βάρους**

-Ο παχύσαρκος χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να του την παρέχει ειδικός, αλλά και οι φίλοι του και η οικογένειά του. Πολλές φορές βοηθά και η συζήτηση με ανθρώπους που έχουν το ίδιο πρόβλημα.

-Ο παχύσαρκος πρέπει να αναπτύξει μια ισορροπημένη διαιτητική συμπεριφορά. Πολλές φορές οι άνθρωποι προσπαθούν να χάνουν γεύματα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Το ενδεδειγμένο είναι να υπάρχουν πάντα τρία βασικά γεύματα.

-Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας πρέπει να γίνει σταδιακά. Το περπάτημα είναι μια καλή αρχή και πρέπει να αρχίσει με μικρές περιόδους, ακόμα και μόνο 5 λεπτών.

-Η μείωση του λίπους από την τροφή πρέπει να γίνει σταδιακά και μετά από την πάροδο χρόνου η πρόσληψη να είναι μεταξύ του 20 και 30% της προσλαμβανομένης ενέργειας.

-Η σταδιακή μείωση του σωματικού βάρους πρέπει να γίνει με τη βοήθεια διαιτητικής αγωγής και φυσικής δραστηριότητας. Ακόμα κι αν το σωματικό βάρος μειωθεί αλλά δεν φτάσει στο ιδανικό, θα βοηθήσει στη μείωση της υπέρτασης και των επιπέδων χοληστερόλης και γλυκόζης. (Κανέλλου, 2003, σελ.317)

#### **4.10 ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

##### **Φυσική δραστηριότητα**

Η τακτική φυσική δραστηριότητα επηρεάζει ευεργετικά την υγεία με πολλούς τρόπους, όπως μέσω της βελτίωσης του ισοζυγίου ενέργειας, της σύστασης του σώματος, της καρδιακής λειτουργίας και των επιπέδων των λιπιδίων στην κυκλοφορία του αίματος. (Κανέλλου, 2003, σελ.317)

Μια από τις κυριότερες επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας αφορά στο ισοζύγιο ενέργειας και στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Αυξημένη φυσική δραστηριότητα σημαίνει αυξημένη ενεργειακή δαπάνη και επομένως η πρόσληψη ενέργειας από την τροφή μπορεί να είναι μεγαλύτερη και μαζί με αυτή να πραγματοποιείται η πρόσληψη σημαντικών θρεπτικών συστατικών, χωρίς να αυξάνεται το σωματικό βάρος. (Κανέλλου, 2003, σελ.317)

Η φυσική δραστηριότητα αυξάνει το μυϊκό ιστό και παρεμποδίζει τη μείωση της απώλειας μυϊκής μάζας με την ηλικία, ενώ μειώνει το σωματικό λίπος και ισχυροποιεί τα οστά, μέσω της διέγερσης της σύνθεσης και της παρεμπόδισης της αύξησης της οστικής απώλειας. (Κανέλλου, 2003, σελ.317)

Η τακτική φυσική δραστηριότητα μειώνει την εναπόθεση λίπους στις αρτηρίες, βελτιώνει τη λειτουργία της καρδιάς και μειώνει την αρτηριακή πίεση. Τα επίπεδα της χοληστερόλης στην κυκλοφορία του αίματος μειώνονται και βελτιώνεται η χρησιμοποίηση της γλυκόζης από τους ιστούς. Αποτέλεσμα αυτών να ελαττώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων. (Κανέλλου, 2003, σελ.318)

Ένας άνθρωπος που είναι συνηθισμένος στην καθιστική ζωή πρέπει, πριν αρχίσει οποιοδήποτε πρόγραμμα άσκησης, να προβεί σε ιατρικές εξετάσεις. Για να μην υπάρξουν μυοσκελετικοί τραυματισμοί, η αύξηση της έντασης της άσκησης πρέπει να είναι σταδιακή. Η άσκηση (αεροβικός χορός, ποδήλατο, γκολφ, τρέξιμο, κολύμπι, τένις, περπάτημα) για τη βελτίωση της λειτουργίας της καρδιάς απαιτεί αύξηση του καρδιακού ρυθμού στο 70% του μέγιστου (παλμοί:

220 μείον την ηλικία) και διατήρησή του για 20 τουλάχιστον λεπτά. (Κανέλλου, 2003, σελ.318)

### **Κάπνισμα**

Το κάπνισμα είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων ή της ουροδόχου κύστης, η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Το κάπνισμα επιταχύνει τη δημιουργία αθηροσκληρωτικής πλάκας και αυξάνει τον κίνδυνο που σχετίζεται με την υπερβολική κατανάλωση οξυγόνου, την υψηλή αρτηριακή πίεση και το σακχαρώδη διαβήτη. Στην ηλικία των 30 ετών, ένας άνθρωπος που καπνίζει 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα έχει προσδόκιμο ζωής 8 με 9 χρόνια μικρότερο από έναν συνομήλικό του που δεν καπνίζει. Δεν εξαφανίζεται ο κίνδυνος όταν κάποιος σταματήσει το κάπνισμα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου μειώνεται σημαντικά μέσα στα πρώτα λίγα χρόνια, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων μειώνεται σημαντικά σε 5 με 9 χρόνια. Παραμένει όμως πάντα διπλάσιος από αυτόν του μη καπνιστή, ακόμη και 20 χρόνια αργότερα. (Κανέλλου, 2003, σελ.318)

Η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών διαφέρει μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών. Οι καπνιστές συνήθως προσλαμβάνουν μικρότερη ποσότητα φυτικών ινών, βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων, ακόμα και όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι παρόμοια με των μη-καπνιστών. Οι ανάγκες των καπνιστών σε βιταμίνη C είναι μεγαλύτερες από αυτές των μη καπνιστών. Οι καπνιστές αποικοδομούν τη βιταμίνη C ταχύτερα και επομένως η πρόσληψη της από την τροφή πρέπει να είναι μεγαλύτερη για να διατηρηθούν τα φυσιολογικά επίπεδα της βιταμίνης στον οργανισμό. Έχει υπολογιστεί ότι οι καπνιστές πρέπει να προσλαμβάνουν 100 mg βιταμίνης C την ημέρα, ενώ οι μη καπνιστές περίπου 60 mg. (Κανέλλου, 2003, σελ.318)

### **Αλκοολισμός**

Η υπερβολική κατανάλωση οξυγόνου για μεγάλο χρονικό διάστημα βλάπτει σοβαρά την υγεία και έχει συσχετισθεί με αυξημένα επίπεδα

χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα, με υπέρταση και ηπατοπάθεια. Η συχνή κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλικών επεισοδίων και καρκίνου του στόματος και του οισοφάγου, ενώ αυξάνεται ο κίνδυνος του καρκίνου του μαστού, του ήπατος και του παγκρέατος. (Κανέλλου, 2003, σελ.319)

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αρνητικές επιπτώσεις στη διατροφική κατάσταση του ανθρώπου. Το οινόπνευμα προσδίδει ενέργεια (7 θερμίδες / γραμμάριο), ενώ δεν είναι θρεπτικό συστατικό. Όσο περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά πίνει ένας άνθρωπος, τόσο μικρότερη είναι η πρόσληψη τροφίμων που περιέχουν θρεπτικά συστατικά, γιατί ένα σημαντικό μέρος της ενέργειας προσλαμβάνεται από το οινόπνευμα. Το οινόπνευμα έχει αρνητική επίδραση στο μεταβολισμό των διάφορων θρεπτικών συστατικών στους ιστούς. Η μπύρα αυξάνει σε μεγάλο βαθμό την έκκριση οξέος στο στομάχι, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος για εμφάνιση έλκους στο στομάχι και τον οισοφάγο να είναι αυξημένος. Επιπλέον, το οινόπνευμα μειώνει την απορρόφηση, από τα εντερικά κύτταρα, πολλών θρεπτικών συστατικών, όπως οι βιταμίνες θειαμίνη, B6, B12, το φυλλικό οξύ και ο ψευδάργυρος. Τα νεφρά απεκκρίνουν αυξημένες ποσότητες μαγνησίου, ασβεστίου, καλίου και ψευδαργύρου. (Κανέλλου, 2003, σελ.319)

Τα ενδιάμεσα προϊόντα του οινοπνεύματος επηρεάζουν το μεταβολισμό της βιταμίνης B6, οδηγώντας σε ανεπάρκεια στη βιταμίνη αυτή κι έτσι οδηγεί σε μείωση της παραγωγής ερυθροκυττάρων. Το οινόπνευμα έχει σημαντική επίδραση και στο μεταβολισμό του φυλλικού οξέος. Μειώνει το φυλλικό οξύ από τους ιστούς που είναι εναποθηκευμένο, κυρίως από το συκώτι, με αποτέλεσμα τα επίπεδά του στο αίμα να αυξάνονται. Ο νεφρός απεκκρίνει την «περίσσεια», ενώ τα κύτταρα του εντέρου υπολειτουργούν εξαιτίας της ανεπάρκειας φυλλικού οξέος και της τοξικότητας που έχει προκαλέσει σε αυτά το οινόπνευμα, με αποτέλεσμα η απορρόφηση φυλλικού οξέος να μειώνεται σημαντικά. Η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος που προκαλείται κατ' αυτό τον τρόπο οδηγεί σε μείωση της σύνθεσης νέων κυττάρων, κυρίως στο έντερο και το αίμα. (Κανέλλου, 2003, σελ.319)

Η υπερκατανάλωση οιοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκειες στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, ικανές να προκαλέσουν την εμφάνιση ασθενειών που να προέρχονται από αυτές, όπως ο υποσιτισμός, η πελλάγρα, το σκορβούτο. Επομένως ο αλκοολικός χρειάζεται παρακολούθηση για να βελτιώσει τη διατροφική του κατάσταση, όταν αρχίσει ένα πρόγραμμα αποτοξίνωσης. (Κανέλλου, 2003, σελ.319)

#### **4.11 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Ο αυστηρά ατομικός τύπος δίαιτας παραμένει για την πλειονότητα των ηλικιωμένων, τυπικά όμοιος με εκείνον που καθιερώθηκε σε μια νεαρότερη ηλικία. Πολλοί είναι οι παράγοντες εκείνοι που συνεργούν με την πάροδο της ηλικίας, ώστε τελικά το ηλικιωμένο άτομο να οδηγείται συχνά σε διατροφική ανεπάρκεια. Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες παραγόντων που οδηγούν τους ενήλικους σε κάποιας μορφής ή βαθμού διατροφική ανεπάρκεια. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.94)

Τα πρωτοπαθή αίτια είναι α) **Άγνοια**. Αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες αιτίες, γιατί οι διατροφικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων έχουν διαμορφωθεί πριν από πολλά χρόνια, όταν οι γνώσεις γύρω από τη διατροφή ήταν ιδιαίτερα περιορισμένες, ενώ οι οικονομικές δυνατότητές τους πολύ λιγότερο ανθηρές. Οι χήροι εμφανίζουν μια εικόνα σαφέστατα πιο δραματική εξαιτίας της μερικής ή ακόμη και πλήρους άγνοιας, όχι μόνο για τον τρόπο παρασκευής φαγητών, αλλά και για τις διαφορετικές ανάγκες τους. β) **Κοινωνική απομόνωση**. Τα άτομα με το πέρασμα του χρόνου χάνουν προοδευτικά τα ποικίλα ενδιαφέροντά τους και πολύ συχνά αδιαφορούν για τον εαυτό τους και τη διατροφή τους. γ) **Φυσική ανικανότητα**. Ηλικιωμένα άτομα με ημιπληγία, αρθρίτιδες, μείωση της όρασης ή και καρδιοαναπνευστικές ανεπάρκειες είναι δύσκολο να αυτοεξυτηρηθούν. δ) **Διανοητικές διαταραχές** (σχιζοφρένεια, σύνδρομο κατάθλιψης, μαλάκυνση του εγκεφάλου). ε) **Ιατρογενείς**. Συχνά ορισμένες διατροφικές ανεπάρκειες οφείλονται σε εσφαλμένες διαιτητικές συμβουλές. στ) **Φτώχεια**. Οι δίαιτες που ακολουθούνται από τους συνταξιούχους οι οποίοι δεν έχουν επιπρόσθετους

οικονομικούς πόρους εκτός από τη σύνταξή τους, είναι μονότονες, άγευστες και άνοστες. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.94)

Τα δευτεροπαθή αίτια είναι α) **ψυχολογικά και οργανικά προβλήματα** οδηγούν στην πρώτη από τις δευτεροπαθείς αιτίες, την ελάττωση της όρεξης του ηλικιωμένου, που επιβαρύνεται και από την προοδευτική προσαρμογή του ατόμου σε μικρότερες μερίδες φαγητού και φτωχότερη ποιοτικά τροφή. β) **Ανεπαρκής μάσηση.** Η σχετικά κακή κατάσταση της οδοντοστοιχίας ή των δοντιών συχνά υποχρεώνει τους ηλικιωμένους στην επιλογή μαλακών τροφών, που κυρίως αποτελούνται από υδατάνθρακες. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να οδηγηθεί σε πρωτεϊνική ανεπάρκεια. γ) **Δυσασπορρόφηση.** Ήπιες μορφές δυσασπορρόφησης δεν είναι σπάνιες στους ηλικιωμένους και οφείλονται σε ισχαιμία του λεπτού εντέρου, στην ευαισθησία σε γλουτίνη, σε ενζυμική ανεπάρκεια, σε εκφυλιστικές βλάβες του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου ή και σε άλλες αιτίες. Η απορρόφηση των λιπών, των λιποδιαλυτών βιταμινών, του φολλικού οξέος και της βιταμίνης B12 είναι ιδιαίτερα μειωμένη στις μεγάλες ηλικίες. Γι' αυτό πρέπει να το λαμβάνουν υπόψη τους οι διαιτολόγοι και οι οικογενειακοί γιατροί που δίνουν δίαιτες στους ηλικιωμένους. δ) **Οινόπνευμα και φάρμακα.** Όταν η πρόσληψη του οινοπνεύματος είναι υψηλή, έχει ως συνέπεια ένα μέρος των θερμιδικών απαιτήσεων του ατόμου να καλύπτεται από την πηγή αυτή, αλλά ταυτόχρονα πρέπει να υπάρχει κάποια αντίστοιχη μείωση της ποσότητας άλλων θρεπτικών στοιχείων. Το ίδιο συμβαίνει και όταν ένας ηλικιωμένος πάρει άφθονα φάρμακα. ε) **Αυξημένες απαιτήσεις.** Ηλικιωμένα άτομα που είναι ακινητοποιημένα στο κρεβάτι από ημιπληγία ή άλλη πάθηση, με υπερπυρεξία σε κατάκλιση ή με φαρμακευτικά, μεταβολικά ή άλλα προβλήματα, εμφανίζουν συχνά αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Κι αυτό συνοδεύεται από καταβολισμό ιστικών πρωτεϊνών και ασθενική εμφάνιση τόσο του προσώπου και του σώματος όσο και των άλλων μελών του αρρώστου. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.95)



Πίνακας. Συνέπειες του γήρατος στη διατροφή. Από Moore MC. Διαιτολογία (επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης από: Μαγκλάρα-Κατσιλάμπρου, Τσαρούχη Α, Κουρσουμπά Θ, Λάππα Ε) έκδοση ΒΗΤΑ 1997.

Αλλαγές	Διατροφικές συνέπειες
Ελάττωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού κατά περίπου 2% ανά δεκαετία, μετά την ηλικία των τριάντα ετών.	-Οι καθημερινές θερμιδικές ανάγκες ελαττώνονται. Πιθανότητα αύξησης του βάρους και παχυσαρκίας.
Ελαττωμένη αίσθηση γεύσης και όσφρησης.	-Έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, ανορεξία. Αύξηση κατανάλωσης άλατος και ζάχαρης.
Κακή όραση, ειδικά σε χαμηλό φωτισμό.	-Δυσκολίες στην αγορά ή στην προετοιμασία του φαγητού, δυσκολία στη σίτιση.
Περιοδοντίτιδα (σε ποσοστό περίπου 80% των ηλικιωμένων) η οποία προκαλεί ενοχλήσεις και απώλειες δοντιών.	-Δυσκολίες στη σίτιση, περιορισμένες επιλογές τροφών. Συχνά αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και λαχανικά και τα πλούσια σε φυτικές ίνες όσπρια, τα οποία αντικαθίστανται με μαλακότερες, φτωχές σε θερμίδες τροφές. Μπορεί να προκληθεί αύξηση ή απώλεια βάρους, καθώς και δυσκοιλιότητα.
Ελαττωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος (που χρειάζεται για την απορρόφηση της βιταμίνης B12), πεψίνης (πρωτεολυτικό ένζυμο) και χολής (απαραίτητη για την απορρόφηση των λιπών).	-Μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου, πρωτεϊνών, λιπιδίων, λιποδιαλυτών βιταμινών, βιταμίνης B12.
Αυξημένο ποσοστό δυσανεξίας στη λακτόζη.	-Ελαττωμένη κατανάλωση γάλατος, χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά συμβάλλει στην οστεοπόρωση.

Ελαττωμένη κινητικότητα γαστρεντερικού συστήματος.	-Δυσκοιλιότητα που μπορεί να προκαλέσει Ανορεξία, αιμορροΐδες, εκκολπώματα.
Ελαττωμένο αίσθημα δίψας.	-Αφυδάτωση.
Ελαττωμένη ποσότητα νερού σώματος.	-Αφυδάτωση. Ελάττωση όγκου αίματος.
Αυξημένη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων.	-Ανορεξία, ανάγκη ειδικής δίαιτας, νοσηλείας ή ειδικών εξετάσεων που μπορεί να εμποδίσουν την πρόσληψη τροφής.
Συχνή χρήση φαρμάκων ή και συνδυασμού πολλών φαρμάκων.	-Πιθανότητα ανορεξίας, ελαττωμένης απορρόφησης θρεπτικών συστατικών, δυσκοιλιότητα, παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων.
Μειωμένη κινητικότητα, αδυναμία.	-Δυσκολία στην αγορά και προετοιμασία τροφής (ειδικά τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά καθώς και τα γαλακτοκομικά είναι ογκώδη και βαριά στη μεταφορά τους).
Αλλαγές εισοδήματος.	-Λόγω οικονομικής δυσχέρειας αποφεύγεται η αγορά ακριβών τροφών.
Έλλειψη κοινωνικότητας, μοναξιά.	-Απάθεια για φαγητά, αύξηση κατανάλωσης οινόπνευματος, κάπνισμα.
Επιρρέπεια στις διαφημίσεις τροφών και συμπληρωμάτων διατροφής που επιδεικνύουν βελτίωση από τις κακουχίες του γήρατος.	-Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων καταναλώνει συμπληρώματα διατροφής των οποίων η θρεπτική αξία είναι αμφιλεγόμενη και υπάρχει η πιθανότητα λήψης τοξικών ποσοτήτων βιταμινών Α και D.
Σύγχυση, απώλεια μνήμης.	-Πιθανότητα να ξεχάσει κάποιος τη λήψη γευμάτων ή να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες τροφής.

### **Αναπνευστικό σύστημα**

Το αναπνευστικό σύστημα γερνά ταχύτερα από κάθε άλλο και η λειτουργική μείωση του θέτει ένα ανώτερο όριο στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Στις ηλικίες άνω των 80 ετών παρατηρείται μια επιταχυνόμενη μείωση της κυψελιδοτριχοειδικής επιφάνειας και μειωμένη ελαστικότητα των κυψελίδων, με αποτέλεσμα η ανταλλαγή των αερίων να είναι επηρεασμένη. (Χρυσόχου, 2003, σελ.340)

Οι αναπνευστικές λοιμώξεις είναι εξαιρετικά συχνές στη μεγάλη ηλικία και αποτελούν νεκροτομικό εύρημα σε ποσοστό 50%. Η χρόνια βρογχίτιδα είναι από τις συνηθέστερες ασθένειες στη μεγάλη ηλικία και εμφανίζεται με συχνά επεισόδια εξάρσεως και υφέσεων αναπνευστικής δυσχέρειας με αυξανόμενες ποσότητες αποχρέμψεως σε κάθε κύμα. Το εμφύσημα είναι μια άλλη μορφή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας που προκαλεί αναπνευστική ανεπάρκεια οφειλόμενη σε μεγάλη ελάττωση της κυψελιδικής επιφάνειας, με συνοδό βρογχόσπασμο. Η πρόγνωση είναι πτωχή και ο θάνατος επέρχεται λόγω οξείας καρδιακής-αναπνευστικής ανεπάρκειας ή αρρυθμίας. (Χρυσόχου, 2003, σελ.340)

### **Αιματολογικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία**

Το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης και ο όγκος των ερυθρών παραμένουν σταθερά μετά την εφηβική ηλικία. Κάθε ελάττωση του αιματοκρίτη κάτω από 36% ή της αιμοσφαιρίνης κάτω από 12 mg/dl υποδηλώνει αναιμία. Δύσπνοια και ταχυκαρδία εμφανίζονται όταν η αιμοσφαιρίνη ελαττωθεί κάτω από επίπεδα 8 g/dl. Οι ηλικιωμένοι, καθώς έχουν περιορισμένη σωματική δραστηριότητα, μπορεί να έχουν σημαντική μείωση της αιμοσφαιρίνης κάτω από 7-8 mg/dl, χωρίς την αναμενόμενη συμπτωματολογία. Επειδή συνυπάρχουν υποπρωτεϊναιμία και περιφερική αγγειοπάθεια, η αναιμία συχνά συνοδεύεται από οίδημα άκρων, στηθάγχη ή διανοητική σύγχυση. Τα αίτια της αναιμίας στους ηλικιωμένους είναι: α) απώλεια αίματος (νεοπλάσματα πεπτικού συστήματος, πολύποδες, έλκος), β) γαστρική αχυλία από ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου (κυρίως σε γαστρεκτομηθέντα από ετών άτομα), γ) κακή απορρόφηση σιδήρου

και βιταμίνης B12, δ) κακή διατροφή, ε) χρόνια αιμόλυση (αυτοάνοσα νοσήματα, χρόνια λεμφογενής λευχαιμία), στ) μυελική απλασία ή δυσπλασία (φαρμακευτική παρενέργεια), ζ) μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης (χρόνια νεφρική ανεπάρκεια). (Χρυσόχου, 2003, σελ.341)

### **Καρκίνος στους ηλικιωμένους**

Τα επιδημιολογικά δεδομένα περιγράφουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κακοηθειών με την πάροδο της ηλικίας. Η συχνότητα του καρκίνου είναι 11 φορές μεγαλύτερη στα άτομα άνω των 65 ετών ως προς τα άτομα κάτω των 65 ετών. (Χρυσόχου, 2003, σελ.342)

Οι κακοήθειες συνοδεύονται από καρκινική καχεξία, που προκαλείται είτε από ουσίες που εκκρίνονται από τον ίδιο τον όγκο είτε ως αποτέλεσμα της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Η καχεξία είναι πιο συχνή σε καρκίνους του στομάχου και του παγκρέατος (83-87%), ενώ ακολουθεί το παχύ έντερο, ο προστάτης, ο πνεύμονας (48-61%). Η καχεξία δε σχετίζεται με τον ιστολογικό τύπο, τον βαθμό έκτασης της νόσου, το μέγεθος του όγκου ή την ηλικία του ασθενούς. Ίσως οφείλεται σε ελάττωση της πρόσληψης τροφής, σε ψυχολογικά προβλήματα, σε ναυτία από τη χημειοθεραπεία, σε αλλαγές στη γεύση, σε διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος και στην επίδραση κυτταροκινών (TNF-α, IL-1, IL-6, TNF-γ). (Χρυσόχου, 2003, σελ.342)

### **4.12 ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο Βασικός Μεταβολικός Ρυθμός των ατόμων ηλικίας 60 με 90 ετών είναι γύρω στις 1400 με 1800 θερμίδες την ημέρα, το 60-65% της ολικής ενέργειας που χρησιμοποιείται από ένα μέτρια ενεργητικό νεαρό ενήλικα. Ο μεταβολισμός των πρωτεϊνών θεωρείται ότι είναι το 15-25% του βασικού μεταβολικού ρυθμού. Με την ηλικία ο μεταβολισμός των πρωτεϊνών μειώνεται. (Χρυσόχου, 2003)

## Πρόσληψη και μεταβολισμός πρωτεϊνών

Η μείωση του ρυθμού σύνθεσης και αποδομής των πρωτεϊνών είναι από τα κύρια μεταβολικά χαρακτηριστικά της προχωρημένης ηλικίας.

Τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνια καταβολική νόσο (λοιμώξεις, νεοπλασίες) έχουν επιπρόσθετη ανάγκη 0,2 γραμ./κιλό βάρους. Οι νεφροπαθείς πρέπει να προσέχουν όταν παίρνουν υψηλές ποσότητες πρωτεϊνών, γιατί υπάρχει κίνδυνος για επιτάχυνση της νεφρικής ανεπάρκειας. (Χρυσοχόου, 2003, σελ.346)

Απαραίτητο είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας να κάνουν σωστή επιλογή τροφίμων που να περιέχουν πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας. Οι πλούσιες τροφές σε πρωτεΐνες είναι ο τόνος, η γαλοπούλα, το ψάρι, το μοσχαρίσιο κρέας, το γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, τα φιστίκια, ο αρακάς, τα φασόλια, οι φακές, τα αμύγδαλα και το ψωμί. Η ποιότητα της πρωτεΐνης είναι σημαντική. Οι πρωτεΐνες που περιέχουν απαραίτητα αμινοξέα είναι οι ολοκληρωμένες, ή υψηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνες. Τα αυγά, το κρέας και τα προϊόντα ζωικής προελεύσεως περιέχουν πρωτεΐνες, οι οποίες θεωρούνται ως οι υψηλότερης βιολογικής αξίας, γιατί περιέχουν αμινοξέα στην ποσότητα και στην αναλογία που είναι απαραίτητη για τον ανθρώπινο οργανισμό. (Χρυσοχόου, 2003, σελ.346)

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που έχουν προβλήματα στη στοματική κοιλότητα, δεν μπορούν εύκολα να μασήσουν με αποτέλεσμα η κατανάλωση κρέατος να είναι περιορισμένη. (Χρυσοχόου, 2003, σελ.347)

## Ιχνοστοιχεία

**Αλάτι:** Το χλωριούχο νάτριο είναι απαραίτητο για πολλές λειτουργίες του οργανισμού μας. Όμως δεν χρειαζόμαστε επιτραπέζιο αλάτι. Οι ημερήσιες ανάγκες σε αλάτι είναι 1,5 γραμμάρια, ενώ η μέση ημερήσια πρόσληψη, στη σημερινή κοινωνία, είναι 10 με 15 γραμμάρια. Η υπέρμετρη κατανάλωση αίματος προκαλεί υπέρταση (παθολογικά αυξημένη αρτηριακή πίεση) σε αρκετούς ανθρώπους ή επιδιδώνει προϋπάρχουσα υπέρταση. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.357)

**Κάλιο:** Το κάλιο, όπως και το νάτριο, έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων και στη γένεση του ερεθίσματος που προκαλεί τη συστολή της καρδιάς. Το κάλιο δεν το λαμβάνουμε σε μεγάλη ποσότητα. Το

κάλιο βοηθά τον οργανισμό μας να αποβάλλει την περίσσεια νατρίου. Έτσι, το κάλιο στη διατροφή μας βοηθά να διατηρούμε χαμηλή αρτηριακή πίεση ή να μειωθούν τα ήδη αυξημένα επίπεδα. Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι οι μπανάνες, καθώς και όλα τα φρούτα, τα λαχανικά, οι σπόροι και τα καρύδια (ανάλατα) (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.357)

**Σίδηρος:** Ο σίδηρος παίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό, την απόδοση και την υγεία. Σχετίζεται με τη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς, και με άλλες βιοχημικές αντιδράσεις που είναι υπεύθυνες για την παραγωγή ενέργειας. Ο σίδηρος απορροφάται από τον οργανισμό από τις τροφές που καταναλώνουμε. Σ' έναν υγιή άνθρωπο το ποσό σιδήρου που απορροφάται από δυο παράμετρους: α) τις ανάγκες του οργανισμού σε σίδηρο και β) το ποσό σιδήρου που υπάρχει στις τροφές που καταναλώνουμε. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Η εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας σε ηλικιωμένους ανθρώπους συμβαίνει λιγότερο συχνά απ' ότι στους νεότερους, ειδικότερα στις γυναίκες που μετά την εμμηνόπαυση σταματάει η απώλεια αίματος. Η απορρόφηση του σιδήρου γίνεται δυσκολότερα και επηρεάζεται από προβλήματα στις γαστρεντερικές εκκρίσεις. Το υδροχλωρικό οξύ είναι απαραίτητο για τη μετατροπή του τρισθενούς σιδήρου σε δισθενή, αντίδραση που είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του σιδήρου. Τα αντιόξινα, τα οποία αυξάνουν το γαστρικό pH και ορισμένα φάρμακα (π.χ. χολεστυραμίνη), τα οποία δεσμεύουν τον ανόργανο σίδηρο, μειώνουν τη συνολική πρόσληψη σιδήρου. Η υπερβολική αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών, για να βελτιωθεί η λειτουργία του εντέρου, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της απορρόφησης σιδήρου. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σιδηροπενικής αναιμίας είναι όσα: α) προσλαμβάνουν μειωμένη ποσότητα ενέργειας (θερμιδών) από την τροφή, β) παρουσιάζουν χρόνιες απώλειες αίματος λόγω πεπτικού έλκους, αιμορροϊδών ή μη-διαγνωσθέντος καρκίνου, γ) λαμβάνουν φάρμακα που μειώνουν την απορρόφηση σιδήρου ή προκαλούν απώλειες αίματος ή παρουσιάζουν μειωμένη απορρόφηση σιδήρου λόγω στομαχικών προβλημάτων. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Μετά την ηλικία των 50 ετών στους άνδρες και την εμμηνόπαυση στις γυναίκες αυξάνεται το ποσό του αποθηκευμένου σιδήρου. Στην ηλικία των 70 ετών, ο αποθηκευμένος σίδηρος είναι στα 800 mg στις γυναίκες (από 300 mg πριν την εμμηνόπαυση) και στα 1200 mg στους άνδρες. Οι ημερήσιες απώλειες με τη μορφή απολεπιστικών κυττάρων υπολογίζονται σε λιγότερες του 1,0 mg σε ηλικιωμένους άνδρες. Αυτή η απώλεια αντικαθίσταται με πρόσληψη 10 mg σιδήρου ημερησίως. Η απώλεια σιδήρου αυξάνεται σε παθολογικές καταστάσεις, όπως παρουσία πεπτικού έλκους, καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος και υπέρμετρης χρήσης ασπιρίνης. Η τυπική δίαιτα περιέχει περίπου 6 mg σιδήρου ανά 1000 θερμίδες. Όσοι καταναλώνουν περίπου 2000 θερμίδες καλύπτουν τις ημερήσιες ανάγκες τους σε σίδηρο. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Τροφές πλούσιες σε σίδηρο είναι το κρέας (κυρίως συκώτι, νεφρά και καρδιά), τα καρύδια, τα όσπρια, τα φυλλώδη πράσινα λαχανικά, τα οστρακοειδή και τα μαλάκια. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

**Ασβέστιο:** Ο μεταβολισμός του ασβεστίου έχει επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία των οργανικών συστημάτων. Για τη φυσιολογική απόδοση της καρδιάς και την ομαλή μεταβίβαση του νευρικού ερεθίσματος, τα επίπεδα του ορού σε ασβέστιο πρέπει να παραμένουν μέσα στα όρια των 9 με 11 mg/dl. Η μείωση των επιπέδων ασβεστίου ορού ή αύξηση των επιπέδων φωσφόρου διεγείρει την έκκριση της παραθορμόνης η οποία αποκαθιστά τα επίπεδα ασβεστίου με τους εξής τρόπους:

- 1) απελευθερώνοντας ασβέστιο από τα οστά,
- 2) αυξάνοντας την απορρόφηση ασβεστίου από το γαστρεντερικό σύστημα και
- 3) αυξάνοντας την επαναρρόφηση ασβεστίου στους νεφρούς. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Τα οιστρογόνα επιφέρουν ισορροπία στη δράση της παραθορμόνης στα οστά. Μετά την εμμηνόπαυση, με την πτώση των επιπέδων οιστρογόνων, τα οστά γίνονται ευαίσθητα στη δράση της παραθορμόνης και αυξάνεται η κινητοποίηση ασβεστίου από τα οστά. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Η ημερήσια προσλαμβανόμενη ποσότητα ασβεστίου από τις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες δεν έχει διευκρινισθεί. Για την αύξηση της οστικής

πυκνότητας σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες χρειάζονται τουλάχιστον 1000 mg ασβεστίου ημερησίως. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

**Ψευδάργυρο:** Συνήθως, η πρόσληψη ψευδαργύρου είναι μειωμένη στους ηλικιωμένους. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένας ηλικιωμένος άντρας που προσλαμβάνει 1800 θερμίδες ημερησίως, συνήθως καταναλώνει περίπου 10 mg ψευδαργύρου, ενώ μια γυναίκα που προσλαμβάνει 1300 θερμίδες καταναλώνει 7 mg ψευδαργύρου (60% της συνιστώμενης διαιτητικής πρόσληψης). (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου έχει συσχετισθεί με ανορεξία, διαταραχές της γεύσης, ανεπάρκεια T λεμφοκυττάρων, ανικανότητα και πτωχή επούλωση των τραυμάτων. Οι περισσότερες διαταραχές συμβαίνουν σε ηλικιωμένους, καθώς τα ηλικιωμένα άτομα καταναλώνουν λιγότερα από 229 μmol (RDA) ψευδαργύρου. Τα ηλικιωμένα άτομα σε ιδρύματα καταναλώνουν 53 με 81 μmol ημερησίως. Κάποιοι ερευνητές έχουν αναφερθεί στον ευεργετικό ρόλο του ψευδαργύρου στο ανοσολογικό σύστημα των ηλικιωμένων. Οι διαβητικοί, οι χρόνιοι αλκοολικοί και όσοι λαμβάνουν διουρητική αγωγή είναι πιο επιρρεπή στην αυξημένη αποβολή ψευδαργύρου στα ούρα. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.358)

Επιπλέον, πολλά φάρμακα επηρεάζουν την απορρόφηση και απέκκριση ψευδαργύρου και επιτείνουν το πρόβλημα (αντιόξινα, καθαρτικά, διουρητικά). Τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε ψευδάργυρο είναι το βοδινό, τα ψάρια και τα πουλερικά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.359)

**Σελήνιο:** Το σελήνιο ανήκει στο σύμπλεγμα της υπεροξειδάσης της γλουταθειόνης. Παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της οξειδωσης των λιπών και στο σχηματισμό ελευθέρων ριζών. Η καθημερινή πρόσληψη σεληνίου κυμαίνεται από 11 έως 5000 μg, ενώ το περισσότερο σελήνιο ανευρίσκεται στα δημητριακά, το κρέας και το ψάρι. Η έλλειψη σεληνίου φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση καρδιομυοπάθειας, δυσλειτουργίας των T και B λεμφοκυττάρων, καντιντίασης και αυξημένης επίπτωσης καρκίνου. Στους ενήλικες, τα συνιστώμενα ποσά ημερήσιας πρόσληψης ψευδαργύρου είναι 50 με 200 mg ημερησίως. Τα μέγιστα συνιστώμενα ποσά έχουν οριστεί στα 350 με 700 mg. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.359)



**Χρώμιο:** Το χρώμιο είναι απαραίτητο στοιχείο στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Ευοδώνει την επαφή της ινσουλίνης με τον υποδοχέα της στη κυτταρική μεμβράνη. Η προτεινόμενη ημερήσια ποσότητα είναι 50 με 200 mg. (Ζαμπέλας κ.ά., 2003, σελ.359)

#### **4.13 ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ**

Η δίαιτα των υπερηλικών εξαρτάται από τα ειδικά ή ιδιαίτερα προβλήματα που εμφανίζουν τα άτομα αυτά. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Μια ουδέτερη-ήπια δίαιτα για ηλικιωμένους, με στόχο την αποφυγή φλεγμονής και ερεθισμού του γαστρεντερικού συστήματος από συγκεκριμένες ομάδες τροφών, πρέπει να περιλαμβάνει: βραστά κρέατα, πουλερικά και ψάρια. Γαλακτοκομικά προϊόντα και τυρί φέτα. Φρούτα και λαχανικά σε κονσέρβια και κομπόστες. Δημητριακά και ψωμί από ραφιναρισμένα άλευρα. Βούτυρο, μαργαρίνη και ελαφριάς γεύσης μαγιονέζα. Αφεψήματα ελαφράς γεύσης και αντίδρασης. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται είναι τηγανιτές τροφές, ισχυρά καρυκεύματα, πολύ παλαιά ή καυτερά τυριά. Ξηροί καρποί, ωμά φρούτα και λαχανικά (εκτός από την ώριμη μπανάνα) και φρούτα με σκληρές ίνες, σπόρους και φλοιό. Ψωμί ολικής αλέσεως και ολικά δημητριακά. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών και ανόργανων στοιχείων-ιχνοστοιχείων, μάλλον θεωρείται απαραίτητη σε περιοριστικές δίαιτες. Ορισμένοι ερευνητές σε περιπτώσεις κολίτιδας, συνιστούν (σωστά) κατανάλωση τροφών που είναι πλούσιες σε άπεπτες φυτικές ίνες (λαχανικά με προοδευτική χορήγηση και μετά από συμβουλή γιατρού). (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Μια δίαιτα πλούσια σε θερμίδες, με στόχο την αύξηση του σωματικού βάρους και σωστή χρησιμοποίηση των πρωτεϊνών της διαίτας, ώστε να υπάρχει επαρκής επούλωση των πληγών, ενδείκνυται σε διαταραχές απορρόφησης, υποσιτισμό

και επεισόδια σπασμών από τραυματισμό, πείνα, εγχείρηση ή θεραπεία καρκίνου. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Τροφές που πρέπει να καταναλώνονται: Κρέατα, πουλερικά και ψάρια βρασμένα με λίγο βούτυρο, μαργαρίνη ή λάδι. Αυγά και σάλτσες παχιές. Ξηροί καρποί. Πλούσια γεύματα σε γάλα. Μαγειρεμένα λαχανικά με σάλτσες. Μέλι και ξερά φρούτα. Ψωμί και δημητριακά, παχιά γαλακτοκομικά προϊόντα, μαργαρίνη, μαρμελάδες και φυστικοβούτυρο. Παγωτά και γλυκά. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.96)

Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται είναι τροφές φτωχές σε θερμιδικό περιεχόμενο όπως άπαχα κρέατα, αποβουτυρωμένα τυροκομικά προϊόντα, άφθονα λαχανικά και φρούτα, καθώς και ολικά δημητριακά. (Δημοσιογραφικός Όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ.97)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### Η ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

#### 5.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα, η εισπνοή του καπνού των τσιγάρων, είναι μία από τις βλαβερές και μαζικές συνήθειες. Το 30 – 60% του ενεργού πληθυσμού καπνίζει στις περισσότερες χώρες. Η εισαγωγή του καπνού στην Ευρώπη έγινε το 1556 από τους εξερευνητές στη Γαλλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία μετά την ανακάλυψη του Νέου κόσμου. Οι ιδιότητες του έγιναν γνωστές από τον Γάλλο πρεσβευτή Ζαν Νικότ στον οποίο αποδίδεται και η επιστημονική του ονομασία *Nicotiana Tabacua*. Από κει με τους Πορτογάλους εξερευνητές μεταφέρθηκε σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα ο καπνός έφτασε στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα και καλλιεργήθηκε πρώτα στην Ξάνθη και μετά στην Μακεδονία. (Αβραμίδης, 1990)

Για τα πρώτα 250 χρόνια στην Ευρώπη, ο καπνός καπνιζόταν σε πίπες ή πούρα, μυριζόταν σαν πρέζα και μασιόταν. Το τσιγάρο, που είναι η πιο βλαβερή μορφή χρήσης του καπνού, κατασκευάστηκε για πρώτη φορά στην Βραζιλία. Στην Ευρώπη το τσιγάρο εμφανίστηκε στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο διαδόθηκε πολύ πρώτα στους άνδρες και μια εικοσαετία αργότερα στις γυναίκες. Σήμερα σε παγκόσμια κλίμακα αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του ανθρώπου. (Τζάφρη, Πήτερσον, Χοντσον, 1986)

## 5.2 ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό καπνιστών δεν έχουν συνειδητοποιήσει το μέγεθος και τη σημαντικότητα του κινδύνου κακής υγείας, αναπηρίας ή αιφνίδιου θανάτου. Επίσης λίγοι είναι αυτοί που αντιλαμβάνονται τους λόγους για τους οποίους ξεκίνησαν το κάπνισμα και γιατί δεν μπορούν να το διακόψουν, αν και 3 στους 4 καπνιστές έχουν προσπαθήσει ή το θέλουν σοβαρά. ( Αποστολόπουλος, 2003)

Οι λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους σε αυτή τη συνήθεια είναι πολλοί. Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα είδος αγχολυτικού, προσφέρει χαλάρωση από το στρες, διέξοδο σε στιγμές εκνευρισμού ή ψυχολογικής πίεσης, παρέα και απασχόληση σε στιγμές μοναξιάς ή υπερέντασης. ( Αποστολόπουλος, 2003)

Οι Τ. Τζαφρη, Ρ. Πητερσον, και Ρ. Χοντσον (1986) στο βιβλίο Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ αναφέρουν τους εξής έξι παράγοντες που οδηγούν τους ανθρώπους στο τσιγάρο: Σύμφωνα με μία γνωστή μελέτη, έξι παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν κυρίως τους καπνιστές στο να συνεχίζουν να καπνίζουν: ερεθισμός ( μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας), αισθητήριο – κινητικοί χειρισμοί ( η ικανοποίηση να αναλάβουν το τσιγάρο), ευχάριστη χαλάρωση ( ανταμείβοντας τον εαυτό τους με ένα τσιγάρο, όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις), συνήθεια (του καπνιστή δεν του λείπει το τσιγάρο όταν δεν υπάρχει αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι τον κάνει να αισθάνεται διαφορετικά), μείωση αρνητικών συναισθημάτων ( καπνίζουν για να αντεπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις), και εθισμός ( καπνίζουν για να εμποδίσουν τη δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας που δοκιμάζουν όταν τους λείπει το τσιγάρο). (σελ. 85)

Σύμφωνα με τους ίδιους τους καπνιστές η «μείωση της έντασης» και ο «εθισμός» φαίνονται να είναι οι πιο σημαντικοί από τους παραπάνω λόγους.

### 5.3 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Το κάπνισμα είναι μία καθημερινή συνήθεια που συνοδεύει πολλές θετικές καταστάσεις όπως ανάπαυση, χαλάρωση, απόλαυση, και τις ενισχύει ψυχολογικά ή και αρνητικές όπως αμηχανία, κούραση, εκνευρισμός, στρες. Άρα η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με ψυχολογικές παρορμήσεις που καθορίζονται και ενισχύονται από το κοινωνικό περιβάλλον. (Αποστολόπουλος, 2003)

Αν ένα άτομο καπνίζει δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα, επαναλαμβάνει το τελετουργικό του ανάμματος του τσιγάρου περίπου 18.000 φορές το χρόνο. Μετά από μία τέτοια εξάσκηση όλες οι κινήσεις γίνονται αυτόματα χωρίς σκέψη και προσχεδίασμα.

Συγχρόνως είναι μία *επίσημη φαρμακολογική εξάρτηση, λόγω της ύπαρξης της νικοτίνης στο τσιγάρο, που είναι ναρκωτική ουσία. Η νικοτίνη στη φαρμακολογία κατατάσσεται στα ναρκωτικά γιατί δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλεί εξάρτηση σωματική και ψυχική.* (Αποστολόπουλος, 2003)

**Εξάρτηση** είναι η ανάγκη ενός ατόμου να χρησιμοποιεί μία ουσία με σκοπό να ξαναιώσει την επίδρασή της στον οργανισμό ή να αποφύγει τις αρνητικές συνέπειες της έλλειψής της (σύνδρομο στέρησης). Μακροπρόθεσμα δημιουργεί και εθισμό, δηλαδή ανάγκη αύξησης της ημερήσιας δόσης για τη δημιουργία της ίδιας ψυχοσωματικής αντίδρασης και αποφυγή του συνδρόμου στέρησης. (Αποστολόπουλος, 2003)

Έτσι η έλλειψη του τσιγάρου προκαλεί μερικές φορές ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους και πολυφαγία. Η χρήση του προξενεί σοβαρό κίνδυνο στην υγεία, το μέγεθος του οποίου πολλοί αγνοούν αν και γνωρίζουν πόσο βλάπτει. (Αποστολόπουλος, 2003)

#### **5.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.**

Έχουν γίνει έρευνες με στόχο να συσχετισθεί το κάπνισμα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα ευρήματα έδειξαν πως η προσωπικότητα συνδέεται περισσότερο με τη βαρύτητα, τη διατήρηση και τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος και πολύ λιγότερο με την έναρξη του καπνίσματος. (Τζάφρη, Πήτερσον, Χότσον, 1980)

Το κύριο συσχετιζόμενο χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το κάπνισμα είναι η εξωστρέφεια. Η εξωστρέφεια είναι ο τύπος προσωπικότητας που επιδιώκει νέες εμπειρίες, είναι ριψοκίνδυνος, κοινωνικός, ανέμελος, εύκολος, παρορμητικός και πιθανά επιθετικός. Η σχέση εξωστρεφούς προσωπικότητας με το κάπνισμα προκύπτει από έρευνες που έγιναν σε διαφορετικές χώρες και σε διαφορετικές ηλικίες καπνιστών, χρησιμοποιώντας διάφορα ερωτηματολόγια προσωπικότητας. (Τζάφρη, Πήτερσον, Χότσον, 1980)

Οι καπνιστές έχουν την τάση να έχουν φίλους καπνιστές και είναι πολύ πιο πιθανό για ένα άτομο να καπνίζει εάν υπάρχει ένας γονιός ή αδελφός μέσα στην οικογένεια που καπνίζει. Οι καπνιστές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στην πράξη του καπνίσματος, η οικογένειά τους, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στα πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, συνήθως σημαίνει μικρότερη ροπή προς το κάπνισμα. Πίνουν περισσότερο καφέ, τσάι και οινοπνευματώδη ποτά από ότι οι μη καπνιστές. (Τζάφρη, Πήτερσον, Χότσον, 1980)

#### **5.5 ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ**

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (2005), γίνεται διαχωρισμός των καπνιστών ανάλογα με την συχνότητα και τον τρόπο της χρήσης του τσιγάρου. Έτσι λοιπόν υπάρχουν 4 τύποι καπνιστών.

1. **οι μη καπνίζοντες:** ο ακριβής αριθμός των ατόμων που δεν καπνίζουν είναι πολύ δύσκολο να εξακριβωθεί. Το πρόβλημα είναι ότι παρόλο που για οποιονδήποτε λόγο δεν κάνουν χρήση καπνού, εκτίθενται στον καπνό που εκπνέουν οι καπνιστές και στον καπνό που παράγεται στην άκρη του τσιγάρου. (σελ. 45)
2. **ευκαιριακός καπνιστής:** ευκαιριακοί καπνιστές είναι τα άτομα που καπνίζουν ένα μικρό αριθμό τσιγάρων 5 – 10 και μόνο σε ορισμένες καίριες συνθήκες. Συνήθως καπνίζουν ένα τσιγάρο μετά το φαΐ, ίσως για να απολαύσουν μια ήρεμη στιγμή ακούγοντας μουσική, όταν βρεθούν σε μία παρέα και λοιπά. Η χρήση του τσιγάρου γίνεται δηλαδή συνειδητά. Πολλοί από αυτούς μπορούν να καπνίζουν χωρίς να «ρουφάνε» τον καπνό στους πνεύμονες τους και είναι σε θέση να παραιτηθούν από το κάπνισμα όταν αυτό φαίνεται αναγκαίο, όταν π.χ τους ζητηθεί για κάποιο λόγο. Ο τύπος του ευκαιριακού καπνιστή είναι συνηθέστερος σε αυτούς που καπνίζουν πούρα και πίπες. Σε αυτούς το κάπνισμα διατηρεί τελετουργικό χαρακτήρα που προσθέτει στην ατμόσφαιρα στην οποία εισέρχονται. Αυτό βέβαια δεν ισχύει για αυτούς που καπνίζουν πούρα ή πίπα σε μια προσπάθεια να μειώσουν το μεγάλο αριθμό τσιγάρων που χρειάζονται. Οι ευκαιριακοί καπνιστές καπνίζουν μόνο λόγω μιας τάσης επίδειξης ή μιμητισμού. (σελ. 46).
3. **ο συνήθης ή εθισμένος τύπος:** ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι και ο συνηθέστερος. Είναι χαρακτηριστικό του τύπου αυτού ότι παραμένει συνήθως για όλη του τη ζωή σε μία σχετικά ανεκτή ποσότητα τσιγάρων την ημέρα ( συνήθως ένα πακέτο) χωρίς τάσεις αύξησης αυτής. Ο συνήθης καπνιστής είναι σε θέση να σταματήσει το κάπνισμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα όταν αυτό είναι αναγκαίο π.χ ασθένεια. Ο βαθμός εξάρτησης όμως γίνεται φανερός όταν θα πρέπει να παρθεί η απόφαση για μόνιμη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι πολύ μεγάλο ποσοστό των καπνιστών αυτού του τύπου δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μια τέτοια απόφαση και επανέρχεται αργά ή γρήγορα στις συνήθειες του. Ο συνήθης τύπος καπνιστή είναι που αρχίζει το

κάπνισμα σε σχετικά νεαρή ηλικία, παρακινούμενος από το περιβάλλον του ή διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, π.χ επίδειξη ανδρισμού, κάπνισμα των γονιών ή των φίλων κ.λπ. Στην ψυχολογία του ανήκουν συνήθως επιθυμίες ταύτισης με το περιβάλλον του, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε τελετουργικές πράξεις, παρουσιάζει συχνά ελαφρά ψυχοσωματικά προβλήματα και αισθάνεται ιδιαίτερα φορτισμένος κάτω από συνθήκες πίεσης π.χ στη δουλειά ή στο σπίτι. Συχνά υποφέρει από ελαφρά άγχη, καταθλιπτικές διακυμάνσεις του ψυχισμού του ή διακατέχεται από αίσθημα αβεβαιότητας. (σελ. 47)

4. **εξαρτημένος τύπος:** στον εξαρτημένο καπνιστή εμφανίζονται συμπτώματα όμοια με αυτά που εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις άλλων τοξικών ουσιών. Χαρακτηριστικά σημάδια είναι η τάση για αύξηση της συχνότητας καπνίσματος (αύξηση δόσης), απώλεια του ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος όπως και ατομικά και κοινωνικά επακόλουθα. Ο εξαρτημένος καπνιστής που καπνίζει σχεδόν πάντοτε τσιγάρα δεν είναι σε θέση ούτε καν να μειώσει την καθημερινή ποσότητα ακόμα και για μικρό χρονικό διάστημα. Οι εξαρτημένοι καπνιστές καπνίζουν συνήθως σε μορφή αλυσίδας, πολλές φορές ανάβουν το επόμενο τσιγάρο αμέσως μόλις τελειώσουν το προηγούμενο. Το κάπνισμα έχει πάρει έναν υποχρεωτικό χαρακτήρα και οι κινήσεις είναι σχεδόν αυτοπονημένες. Η χρήση του τσιγάρου έχει αποκτήσει μία ιδιαίτερη δυναμική – έχει αυτονομηθεί – και κυριαρχεί στη συμπεριφορά του εξαρτημένου. Στην περίπτωση αναγκαστικής διακοπής εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταφορά της εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες που ικανοποιούν συνήθως στοματικές επιθυμίες του καπνιστή ( π.χ γλυκά, καραμέλες κ.λπ) πράγμα που δείχνει ξεκάθαρα το πρόβλημα που έχουν τα άτομα αυτά στον τρόπο συμπεριφοράς. (σελ. 48).



## 5.6 ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Παθητικό ονομάζεται το κάπνισμα που γίνεται με την εισπνοή α) του καπνού που εκπνέουν αυτοί που καπνίζουν και β) εκείνον που παράγεται από τα αναμμένα τσιγάρα στα χέρια των καπνιστών ή στα τασάκια. Αυτό το δεύτερο είναι το «παράπλευρο ρεύμα» και περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση δηλητηριωδών συστατικών. Ο καπνός όμως αυτός αραιώνεται σε ένα μεγάλο όγκο αέρα και έτσι οι παθητικοί καπνιστές σε μικρότερη ποσότητα των βλαπτικών στοιχείων, σε ένα διαφορετικής ποιότητας αέρα από εκείνον που εισπνέει ο άμεσος καπνιστής με το «κύριο ρεύμα». Το «παράπλευρο ρεύμα» υπολογίζεται ότι αποτελεί περίπου το 85% του καπνού που υπάρχει σε ένα δωμάτιο όπου βρίσκονται άνθρωποι που καπνίζουν. (Αβραμίδης, 1990)

Σε ότι αφορά το μονοξειδίο του άνθρακα, η συγκέντρωσή του είναι 5% στο «κύριο ρεύμα» και το 10 – 15% στο «παράπλευρο ρεύμα». Η συγκέντρωσή του στον αέρα του δωματίου συνήθως υπερβαίνει το ανώτερο παραδεκτό όριο το οποίο είναι 9 μέρη στο εκατομμύριο για την ποιότητα του αέρα σε κλειστούς δημόσιους χώρους και αίθουσες συγκεντρώσεων. (Αβραμίδης, 1990)

Επίσης και τα επίπεδα νικοτίνης υπερβαίνουν τα ανώτερα ανεκτά όρια ή επιτρεπόμενα σε ένα βιοχημικό περιβάλλον. Με συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα πάνω από 30 μέρη στο εκατομμύριο, στον αέρα του περιβάλλοντος, το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα παθητικών καπνιστών για μια περίοδο 8 ωρών είναι ισοδύναμο με εκείνο των εθελουσίων καπνιστών που καπνίζουν 5 τσιγάρα. Σε ένα κλειστό αυτοκίνητο ή σε ένα κλειστό χώρο που παίζουν χαρτιά με τις ώρες, το μονοξειδίο του άνθρακα μπορεί να φτάσει μέχρι και το δεκαπλάσιο του ανεκτού ορίου. (Αβραμίδης, 1990)

Η συγκέντρωση νικοτίνης που απορροφάται από τους παθητικούς καπνιστές σε μία περίοδο 4 ωρών είναι ανάλογη με εκείνη των ελαφρών καπνιστών (1-10 τσιγάρα την ημέρα). (Αβραμίδης, 1990)

Η εισπνοή του καπνού σε κλειστό χώρο όπου καπνίζουν πολλοί και για μακρό χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει σε τέτοια επίπεδα ώστε να

αντιστοιχεί με το άμεσο κάπνισμα ακόμη και 15 τσιγάρων, ή 35 με φίλτρο στο ίδιο χρονικό διάστημα. (Αβραμίδης, 1990)

Οι ενήλικες παθητικοί καπνιστές πλέον ευαίσθητοι και ευπαθείς από τους εθελοντικούς καπνιστές, παρουσιάζουν: ερεθισμό στα μάτια (69%), κεφαλόπονο(33%), συμπτώματα από τη μύτη (33%) και βήχα (33%), επιβάρυνση αλλεργικών κρίσεων (τα άτομα με αλλεργική ευαισθησία του αναπνευστικού), σημαντική ελάττωση της αναπνευστικής ικανότητας τους (άτομα με βρογχικό άσθμα) και επιδείνωση της καταστάσεως τα άτομα με αναπνευστικά εν γένει προβλήματα. (Αβραμίδης, 1990).

Σύμφωνα με τον πρόεδρο της αντικαπνιστικής εταιρείας, Νικόλα Χούλη, το παθητικό κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για έναν αριθμό ασθενειών:

- Στεφανιαία νόσος, 30% περισσότερο σε μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές.
- Αύξηση έως και τρεις φορές του καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνίστριες, ο σύζυγος των οποίων είναι καπνιστής.
- Συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνο του φάρυγγα, του οισοφάγου, του στόματος, των νεφρών, του μαστού κ.λπ.
- Στους μη καπνιστές, ο καπνός ερεθίζει τα μάτια και τον επιπεφυκότα, προκαλεί ρινικά συμπτώματα, βήχα, κεφαλαλγίες και κρίσεις βρογχικού άσθματος.
- Το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις σε διάφορες κατηγορίες ατόμων: στις εγκύους μπορεί να προκαλέσει αποβολές, καθώς και πλήθος προβλημάτων στα παιδιά που θα γεννηθούν. Σε αυτά συγκαταλέγονται το μειωμένο σωματικό βάρος, αναπνευστικά προβλήματα, καθώς και ψυχοκοινωνική καθυστέρηση. Σε ηλικιωμένους και ειδικά σε άτομα με αναπνευστικά προβλήματα, μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή τους, ακόμα και να προκαλέσει κρίσεις άσθματος. (Health.in.gr/30-5-2001)

Ο πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας υποστήριξε μάλιστα ότι το παθητικό κάπνισμα σκοτώνει όσο και η ρύπανση.

Ο καθηγητής Καρδιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και διευθυντής του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, κ. Παύλος Τούτουζας, υποστηρίζει ότι η Ευρώπη δίνει τόση σημασία στην αντιμετώπιση του προβλήματος του καπνίσματος επειδή επιδημιολογικές μελέτες απέδειξαν ότι σε άνδρες 40-45 ετών το κάπνισμα αυξάνει από τρεις έως έξι φορές τον κίνδυνο εκδήλωσης θανατηφόρου καρδιακού επεισοδίου.(health.in.gr/30-5-2001).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Επίτροπο σε θέματα Υγείας Μάρκο Κυπριανού , το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για περισσότερους από 79.000 θανάτους ετησίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκ των οποίων οι 2.400 καταγράφονται στην Ελλάδα. ([www.skai.gr/29](http://www.skai.gr/29) -03- 07)

## 5.7 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί: «Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Σε όλα τα πακέτα τσιγάρων ακόμα και στις συσκευασίες καπνού αναγράφεται αυτή η ένδειξη με μεγάλα έντονα γράμματα. Όλοι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο αλλά δεν ξέρουν **πόσο**. Σύμφωνα με το περιοδικό Υγεία και Πρόληψη της εφημερίδας τα Νέα το 1993 στο άρθρο « Κόψτε το κάπνισμα τώρα!», σε κάθε 1000 νεαρούς καπνιστές 250 θα πεθάνουν πρόωρα – συνήθως στα 40 ή τα 50 τους χρόνια – από το τσιγάρο το οποίο θεωρούν ευχαρίστηση. (σελ. 279).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει σε ανακοίνωσή του ότι το κάπνισμα, ως καθημερινός τρόπος ζωής, είναι σήμερα υπεύθυνο για 1,2 εκατομμύρια θανάτους στην Ευρώπη. Ο αριθμός αυτός θα εξακολουθήσει να μεγαλώνει και υπολογίζεται ότι το 2020 θα φτάσει τα δύο εκατομμύρια, εάν δεν πάρουμε τα ανάλογα μέτρα.(health.in.gr/30-5-2001)

Οι Τ. Τζάφρη, Ρ. Πήτερσον, και Ρ. Χόντσον (1986) τονίζουν ότι η ανησυχία για τις νοσηρές επιπτώσεις του καπνίσματος άρχισε όταν οι επιστήμονες πανικοβλήθηκαν με την εντυπωσιακή αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Οι πρώτες έρευνες που έγιναν έδειξαν μια σαφή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο εμπειριστατωμένες μελέτες όχι μόνο επιβεβαίωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους

καπνιστές, αλλά αποκάλυψαν, ότι μόνο το 1/8 των επιπλέον θανάτων οφειλόταν σε καρκίνο του πνεύμονα. (σελ. 95).

Οι υπόλοιποι θάνατοι οφείλονταν σε παθήσεις της στεφανιαίας, σε χρόνιες πνευμονικές παθήσεις, και σε άλλες μορφές καρκίνου. Σύμφωνα με τον Αποστολόπουλο (2003) το 1/3 έως 1/4 του συνόλου των καρκίνων αποδίδονται στο κάπνισμα. (σελ. 77)

Ευρήματα από έρευνες δείχνουν ότι οι καπνιστές γενικά έχουν 70% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από αρρώστιες από τους μη καπνιστές. Οι καπνιστές παρουσιάζουν περισσότερες οξείες και χρόνιες παθήσεις από αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ κατά 14%. Το κάπνισμα είναι από τους σοβαρότερους παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρδιακές προσβολές. (Δημοσιογραφικός όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ. 281)

Υπάρχουν πολλά στοιχεία για τη σχέση καπνίσματος και καρκίνου του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών και του παγκρέατος. Οι καπνιστές πούρων ή πίπας διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο προσβολής από αυτές τις κακοήθεις νόσους, με τους καπνιστές του τσιγάρου. (Δημοσιογραφικός όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993).

Οι καπνιστές παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό χρόνιας βρογχίτιδας και πνευμονικού εμφυσήματος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το κόψιμο του καπνίσματος βελτιώνει αμέσως τη λειτουργία των πνευμόνων και ελαττώνει τις πιθανότητες θανάτου από βροχοπνευμονία.

Οι καπνιστές τσιγάρων παθαίνουν ευκολότερα έλκος από τους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος από πεπτικό έλκος είναι δύο φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές από τους μη καπνιστές. (Δημοσιογραφικός όμιλος Λαμπράκη, Τα Νέα, 1993, σελ. 281 – 282)

Όσον αφορά την ψυχική υγεία το κάπνισμα συσχετίζεται θετικά. Σε μελέτη που έγινε σε εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς βρέθηκε πως η επικράτηση του καπνίσματος είναι 1,6 υψηλότερη σε σύγκριση με αντίστοιχες ομάδες από το γενικό πληθυσμό. Πέρα από τη συσχέτιση του καπνίσματος με τις ψυχικές διαταραχές, το ίδιο το κάπνισμα θεωρείται ψυχική διαταραχή. (Gossop & Grant, 1994)

Όμως ενώ είναι γενικά παραδεκτό πως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η συστηματική χρήση ναρκωτικών είναι μορφές συμπεριφοράς που εντάσσονται στα πλαίσια της ψυχοπαθολογίας, δε θα μπορούσαμε να πούμε ότι ισχύει το ίδιο για την υπερβολική κατανάλωση καπνού. Οι πρώτες επιστημονικές αποδείξεις για τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα απόσυρσης από το κάπνισμα και για τον καπνό ως εξαρτητικής ουσίας παρουσιάστηκαν στις αρχές με μέσα της δεκαετίας του 1960, ενώ στα τέλη της περιγράφηκαν και οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αλλαγές κατά τη φάση της απόσυρσης. Όμως για πολλά χρόνια οι επιστήμονες αντιστάθηκαν στο να γίνει επίσημα παραδεκτό πως η κατάχρηση καπνού αποτελεί είδος ψυχικής διαταραχής, όπως εκείνη της κατάχρησης οινοπνεύματος και ναρκωτικών. Και αυτό επειδή το κάπνισμα είναι δεκτό σαν φυσιολογική συμπεριφορά από την κοινή γνώμη και από φόβο μήπως οι καπνιστές παραιτηθούν από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος επειδή θα νόμιζαν φοβερά δύσκολη την απεξάρτησή τους. Από το 1975 όμως άρχισε να αναγνωρίζεται το κάπνισμα σαν ψυχική διαταραχή. Η διαφορά της εξάρτησης από τον καπνό σε σύγκριση με τις άλλες ψυχότροπες ουσίες, (όπως οινοπνευματώδη – ναρκωτικά) είναι πως ο καπνός προκαλεί μόνο σωματικής υγείας πρόβλημα και όχι διαταραχή της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου. Σήμερα όχι μόνο έχει προσδιοριστεί το ευρύ φάσμα βλαπτικών επιπτώσεων του καπνίσματος στη σωματική υγεία, αλλά και ο καπνιστής ως άτομο που έχει επίγνωση των επιπτώσεων αυτών και παρ' όλα αυτά επιμένει στη χρήση καπνού, εντάσσεται σε ειδική ψυχοπαθολογική κατηγορία στα επίσημα διεθνή συστήματα κατάταξης των ψυχικών διαταραχών. (Gossop & Grant, 1994)

## **5.8 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

Σύμφωνα με πανελλήνια εμπειρική έρευνα του Ελληνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών για την Υγεία και Ελληνική Κοινωνία (1988), η πλειονότητα των ανδρών (64%) ανέφερε την καθημερινή χρήση τσιγάρων ενώ μόνο το (19%) των γυναικών του δείγματος καπνίζει με όμοια συχνότητα. Οι περισσότεροι άνδρες

καταναλώνουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα ενώ αντίθετα οι περισσότερες γυναίκες καταναλώνουν μέχρι 10 τσιγάρα. Ως αιτία καπνίσματος και τα δύο φύλα ανέφεραν τη «συνήθεια», με δεύτερη επιλογή την «ευχαρίστηση» ή ως «διέξοδο από προβλήματα» (Ζάρναρη, Μαδιανός, 1988, σελ. 317).

Η ηλικία έναρξης του καπνίσματος τοποθετείται, για το 80% των ανδρών και το 90% των γυναικών, πάνω από τα 16 χρόνια, αν και το 20% των ανδρών άρχισε να καπνίζει μεταξύ 12 και 16 χρόνων. Ο μεγαλύτερος αριθμός των εθισμένων καπνιστών ανδρών και γυναικών, δήλωσε ότι δεν μπορεί να «κόψει» το κάπνισμα, λόγω συνήθειας ή αδυναμίας και ένα 4,8% δεν πίστευε στους κινδύνους του καπνίσματος. (Ζάρναρη, Μαδιανός, 1988, σελ. 318).

Μετά από 20 περίπου χρόνια φαίνεται, από νέες έρευνες, ότι οι καπνιστικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού μάλλον έχουν αυξηθεί. Έτσι λοιπόν, κατά την έρευνα της ελληνικής αντικαπνιστικής εταιρείας η Ελλάδα:

- Είναι μία από τις πρώτες χώρες στην Ευρώπη σε σχετικό αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων.
- Πρόσφατα στοιχεία αναφέρουν ότι το 67% των καπνιστών είναι άνδρες, αλλά παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση των καπνιστριών.
- Με βάση παλαιότερες μελέτες, τα ποσοστά των καπνιστών κατανέμονται ως εξής: 15% άτομα έως 25 ετών, 15% μεταξύ 25 και 29 ετών, 30% μεταξύ 30 και 39 ετών και 40% είναι άνω των 40 ετών.
- Το 72,5% των καπνιστών καταναλώνει τσιγάρα με περιεκτικότητα σε πίσσα άνω των 10mg.
- Η Ελλάδα καταλαμβάνει διεθνώς την έβδομη θέση στη διαφημιστική δαπάνη για καπνό μετά τον Καναδά, τη Γαλλία, την Αυστραλία, τη Νορβηγία, τη Νέα Ζηλανδία και την Ιρλανδία. (health.in.gr/30-5-2001)

Οι Έλληνες καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα κατά κεφαλή από οποιοδήποτε άλλο κράτος, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. Πρόσφατα στοιχεία από το ERC, μία ομάδα έρευνας της αγοράς, δείχνουν πως οι Έλληνες καπνίζουν έναν μέσο όρο 3.000 τσιγάρων κατά κεφαλή το 2006 – περισσότερο από την FYROM, τη Ρωσία, την Τσεχία και την Ισπανία.

Σήμερα στην Ελλάδα δύο στους τρεις Έλληνες και μία στις τρεις Ελληνίδες καπνίζουν κάθε μέρα, ενώ ανησυχητικά είναι τα ποσοστά στους εφήβους και τις νέες γυναίκες.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, τα επόμενα χρόνια θα υπάρξουν μικρές μεταβολές στα πρότυπα κατανάλωσης στην Ελλάδα. Σε αυτό βοηθάει η ανεκτική νομοθεσία ελέγχου καπνίσματος, τα χαμηλά ποσοστά διακοπής και τα υψηλά ποσοστά χρήσης από νέους. ([www.iatronet.gr/](http://www.iatronet.gr/) 17-12-2007).

Το Euromonitor, μία εταιρεία ανάλυσης της διεθνούς αγοράς στην αναφορά της το 2005 τονίζει πως : 'Η τάση αναμένεται να παραμείνει αμετάβλητη, εφ' όσον οι Έλληνες διστάζουν να κόψουν το κάπνισμα. Οι προειδοποιήσεις υγείας δεν πτοούν τις ελληνικές συνήθειες καπνίσματος. Το κάπνισμα είναι στενά συνδεδεμένο με ελληνικές παραδόσεις, το κλίμα, και σε γενικές γραμμές, με τον ελληνικό τρόπο ζωής'!

Οι Εθνικές εκτιμήσεις εξάπλωσης καπνίσματος είναι περιορισμένες. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία που έχουν χρησιμοποιηθεί από τον Π.Ο.Υ., προέρχονται από μελέτη του 2000 (Κοκκέβη και συνεργάτες) και εκτιμά ότι η εξάπλωση του καπνίσματος σε ενήλικες ανέρχεται στο 37,6%.

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη η συνολική εξάπλωση αυξήθηκε από 34,8% το 1984, σε 37,6% το 1998, λόγω της απότομης αύξησης σε νέες γυναίκες ηλικίας 18 έως 24 ετών. Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, τα ποσοστά καπνίσματος αυξήθηκαν από 28,4% σε 35,7% κατά την περίοδο 1984 -1998. ([www.iatronet.gr/](http://www.iatronet.gr/) 17-12-2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

### Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

#### 6.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μια συνήθεια γνωστή ήδη από την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια αμπελιών στις χώρες της ανατολής γύρω στη 5<sup>η</sup> π.Χ χιλιετία. Στη συνέχεια διαδόθηκε στη Δύση από τις μεταναστευτικές ομάδες που έφθασαν στην Ευρώπη τη 3<sup>η</sup> π.χ χιλιετία. Η καταγωγή της αμπέλου και του οίνου δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη αφού δεν προέρχεται αμιγώς από την Ανατολή. Αντιθέτως βρίσκεται σχεδόν πάντα μεταξύ των φυτών της Ευρωπαϊκής χλωρίδας. (Μαρσέλος,1997)

Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι καλλιέργησαν την άμπελο και γνώρισαν πολύ νωρίς την τέχνη της παρασκευής του οίνου. Στη ζωή της Μεσογείου διαμορφώθηκε ο μεγάλος πνευματικός κύκλος του οίνου, ο οποίος περιλαμβάνει ποιητές, μουσικούς, γλύπτες, ζωγράφους, τεχνίτες. Για τους Αρχαίους Έλληνες ο οίνος είχε άμεση σχέση με το χαρακτήρα και τον πολιτισμό τους γι' αυτό και τον έπιναν με μέτρο. Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια μας παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τα σπουδαιότερα αμπελουργικά κέντρα της Ελλάδας. Ο Αισχύλος έγραφε τις τραγωδίες του μεθυσμένος, πράγμα για το οποίο τον κατηγορούσε ο Σοφοκλής. (Μαρσέλος,1997)

Ο οίνος που έπιναν οι Αρχαίοι Έλληνες ήταν πάντοτε κεκραμένος με νερό. Η κράση γινόταν μέσα σ' ένα μεγάλο αγγείο, τον κρατήρα. Άκρατος οίνος επιτρεπόταν στα συμπόσια και μόνο στην αρχή της πόσης. Στη διαρκή, μακράιωνη χρήση του προϊόντος της κράσης του οίνου οφείλεται η χρήση του ονόματος κρασί αντί του οίνου. (Μαρσέλος,1997)

Στα χρόνια της Βίβλου, οι άνθρωποι έπιναν κρασί όχι μόνο για προσωπική τους ευχαρίστηση αλλά και για λόγους διαιτητικούς και



φαρμακευτικούς. Στο Μεσαίωνα το αλκοόλ ήταν το απαραίτητο συστατικό όλων των εκδηλώσεων. Τα μοναστήρια μετατράπηκαν σε ένα είδος ταβέρνας όπου οι ταξιδιώτες απολάμβαναν τα καλά του σταφυλιού. (Μαρσέλος,1997)

Η κατανάλωση των ποτών που προέρχονται από απόσταξη εισάγεται στην Ευρώπη 1.000 χρόνια πριν, από την Ισπανία που ήταν υπό την κατοχή των Αράβων. Συγκεκριμένα, ένας Πέρσης γιατρός, ο Ραμσής, ανακαλύπτει την απόσταξη και ως εκ τούτου την παραγωγή ποτών με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη. (Μαρσέλος,1997)

Μετά το 16<sup>ο</sup> αιώνα, το πέρασμα από το σταφύλι στη βύνη και στη συνέχεια σε άλλους τρόπους απόσταξης συνοδεύεται με θλιβερές στιγμές της ανθρώπινης ιστορίας. Έτσι, στην Ολλανδία το φθινό ποτό τζιν χρησιμοποιείται από την εργατική τάξη και ως τροφή, επειδή έχει πολύ μεγάλη θρεπτική αξία. Η Αγγλία είχε γίνει γνωστή ως η χώρα των μπεκρήδων, ενώ τα μπέρμπον – δυνατό ουίσκι – μπαίνουν στην καθημερινή ζωή των Αμερικανών. Η κατανάλωση του αλκοόλ όμως στην Αμερική, ιδιαίτερα με την αύξηση του μεταναστευτικού ρεύματος, εξελίχθηκε σε τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα με αποτέλεσμα την ποτοαπαγόρευση του 1919 που κράτησε μέχρι το 1933. Βέβαια η ποτοαπαγόρευση μπορεί να μείωσε τους δείκτες κατανάλωσης αλκοόλ όπως και τα κοινωνικά προβλήματα που τη συνοδεύουν, αύξησε όμως την παράνομη εμπορία του αλκοόλ. Τελικά, όσοι ήθελαν να πιούν έπιναν και μάλιστα αλκοόλ αμφισβητούμενης ποιότητας. (Μαρσέλος,1997)

Κάπου εδώ τελειώνει η σύντομη καταγραφή της ιστορίας του αλκοόλ. Η έκταση της χρήσης του, οι τρόποι με τους οποίους έχει αντιμετωπιστεί ανά τους αιώνες, αλλά και όλα όσα έχουν γραφτεί γι' αυτή την «παράξενη» ουσία μαρτυρούν την αξία που της δίνουν οι άνθρωποι. Το αλκοόλ υπάρχει παντού, είναι μέρος της καθημερινής ζωής. (Μαρσέλος, 1997)

## 6.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Οι παράγοντες που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ είναι:

### **Κοινωνικοί παράγοντες:**

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνει την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων, όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων, το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. (Μαρσέλος,1997)

Επίσης, η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ είναι μια διάσταση που θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση « όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να «περάσει» στην παρανομία. Είναι γεγονός, όμως, ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμού αλκοολικών. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Requiognot έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941 – 1947, όταν η παραγωγή και κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Κάτι παρόμοιο συνέβη και στις ΗΠΑ κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης. (Μαρσέλος,1997)

Άλλοι παράγοντες εξάρτησης είναι ότι σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δε διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Παρατηρείται επίσης συχνά το

γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση – ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, φόβος απόρριψης για τη μη αποδοχή συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ. Εξάλλου, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ατόμων που έχουν πιέσει τον εαυτό τους να πιεί, παρ' όλο που τους είναι δυσάρεστο, απλά κ' μόνο για να μη θεωρηθούν «απροσάρμοστοι» όσον αφορά στους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς. (Μαρσέλος,1997)

Τέλος, πολλές φορές, η βραδινή ( π.χ καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία ( π.χ ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης. Επίσης, η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια ( π.χ ναυτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση ποτών – ιδιοκτήτες μπαρ, κάβας ή μπάρμαν – φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης όπως, στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι. Όσον αφορά στη ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση «Να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό» τα λέει όλα. (Μαρσέλος,1997)

### **Πολιτισμικοί Παράγοντες.**

Έχει παρατηρηθεί ότι σε χώρες όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, όπως η Ιρλανδία κ' οι ΗΠΑ παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού. Πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ, μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό. Σε χώρες τώρα όπως η Γαλλία και η Ιταλία όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη αντικοινωνική συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι σε κοινωνίες όπου για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύεται η χρήση του αλκοόλ. ( π.χ.

μουσουλμάνοι), δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. (Μαρσέλος,1997)

### **Βιολογικοί και Γενετικοί Παράγοντες.**

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού, μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμιά επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Βέβαια η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη και κάποιες φορές τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Παρ' όλα αυτά πολλοί ερευνητές καταλήγουν στο εξής συμπέρασμα. « ... ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...»(Μαρσέλος,1997)

### **6.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

Μεταξύ του 1975 και του 1980 υπήρξε μια απότομη αύξηση της κατανάλωσης από 5,3 στα 10,2 λίτρα ανά άτομο από τότε η κατανάλωση έπεσε για το 1996 στα 8,7 λίτρα. Η κατανάλωση της μπύρας αυξήθηκε κατακόρυφα και από αμελητέες ποσότητες που καταναλώνονταν στην χώρα το 1990, έφτασε στα 40 λίτρα ανά άτομο. Στην Ελλάδα σημειώνεται μια από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις «πυκνών ποτών», (τζιν, ούισκι, βότκα...), από όλη την Ευρώπη. (Τσαρούχας, 2000)

Δεν είναι επικίνδυνα όταν γίνεται χρήση συνετή, μετρημένη και σε κατάλληλες ώρες. Όμως από έλεγχο της Τροχαίας Αττικής με το αλκοτέστ, βρέθηκε ότι ο ένας στους πέντε οδηγούς αυτοκινήτων ιδιωτικής χρήσης οδηγούσε... «μεθυσμένος»!

Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 60% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων που αφορά σε οδηγούς οχημάτων υπό την επήρεια οινοπνεύματος (αλκοόλ) θα πρέπει να αντιστοιχεί και στη χώρα μας. (Καθημερινή, 11.8.1993)

### **6.4 ΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ**

Το οινόπνευμα χρησιμοποιήθηκε για την παρασκευή ευφραντικών ποτών από τους αρχαιότερους κιάλας χρόνους. Ρετσίνα και κρασί, στην πατρίδα μας ιδιαίτερα, υμνήθηκαν και τραγουδήθηκαν περισσότερο από οτιδήποτε άλλο. Τα οινοπνευματούχα τα χρησιμοποιεί ο άνθρωπος για να ξεχνά τα βάσανα, τις πίκρες και τους καημούς του. Αλλά και για να τραγουδά τις χαρές, τις επιτυχίες και τις νίκες του, στα γλέντια και στις διασκεδάσεις του. Το λίγο «κρασάκι» στα πλαίσια μιας συζήτησης, ή «ένα ουζάκι, για να τα πούνε», σπάνια επηρεάζει τη συμπεριφορά. (Αβραμίδης, 1994)

Οι ενέργειές του είναι ανάλογες με την περιεκτικότητα της ουσίας στο αίμα. Μέχρι 0.5% η διάθεση είναι καλή. Όμως από το 0.55% και πάνω, αρχίζουν οι εγκεφαλικές λειτουργικές διαταραχές που κυμαίνονται από την ελαφρά θόλωση του μυαλού, την εξασθένηση της μνήμης, την άμβλυνση της αντίληψης και της κρίσης, μέχρι τη νάρκωση και τον θάνατο από παράλυση του κέντρου της αναπνοής. Ήδη από το 1% ή 1.5% αρχίζει η μέθη. Και για τον μη συνηθισμένο

ενήλικο, η θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε 100-150 γρ. οινόπνευμα.(Αβραμίδης, 1994)

Η περιεκτικότητα του αίματος σε οινόπνευμα κατά τη λήψη από το στόμα, φθάνει στο μέγιστο ύψος σε μισή έως δύο ώρες και μειώνεται ύστερα από αρκετές ώρες με την καύση, που κατά 95-98% γίνεται στο συκώτι. Δρα στα ψυχικά κέντρα του εγκεφάλου και παρουσιάζονται ενέργειες με δόσεις 20-40 γρ., όταν οι τέτοιες ποσότητες μπουν γρήγορα στο αίμα, όπως συμβαίνει όταν πίνει κανείς πυκνά ποτά (ουίσκι, τζιν, βότκα, τσικουδιά, ρακί, κ.λ.π. ) με άδειο στομάχι και ανέρωτα. Ενώ οι ίδιες ποσότητες οινόπνευματος, όταν τρωει κανείς συγχρόνως , δεν «κτυπούν στο κεφάλι». Μπορεί λοιπόν να πει κάποιος 2-3 ποτηράκια κρασί ή μισό και ένα μπουκάλι μπύρα, λίγο-λίγο, όχι απότομα, τρώγοντας και πίνοντας, χωρίς να τον πειράζουν. Δεν ισχύει όμως αυτό για τον «πρωτάρη» και τον «αμάθευτο», για τον οποίο οι ποσότητες που μπορεί να πει ακίνδυνα είναι μικρότερες. (Αβραμίδης, 1994)

Σε άλλους το οινόπνευμα φτιάχνει τη διάθεση και τότε γίνονται εύθυμοι, χαίρονται, γελούν, χορεύουν και τραγουδούν. Σε άλλους όμως τη χαλά. Βρίζουν, κάνουν τον παλικαρά, καυγαδίζουν, βγάζουν τα απωθημένα τους και εκδηλώνουν τον κακό τους εαυτό. Και τότε είναι που μπορεί να ισχύει το του λαού : « τρελός είδε το μεθυσμένο κι έφυγε»! (Αβραμίδης, 1994)

Ο μεθυσμένος χάνει τον αυτοέλεγχο και ενεργεί χωρίς αναστολές, βγαίνει από τα πλαίσια που έχει χαράξει η λογική, ο ποινικός νόμος, η κοινωνία, η ηθική. Προχωρεί στην ικανοποίηση των οποιωνδήποτε ορέξεών του χωρίς επίγνωση των πράξεών του. (Αβραμίδης, 1994)

Το μεθύσι είναι η οξεία δηλητηρίαση με το οινόπνευμα, ενώ η χρόνια δηλητηρίαση οδηγεί στον αλκοολισμό που είναι η τυπική μορφή της τοξικομανίας και χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα αντίστασης στην εσωτερική παρόρμηση για όλο και περισσότερο οινόπνευμα. (Αβραμίδης, 1994)

Το οινόπνευμα, υπό τη μορφή των οινόπνευματούχων ποτών, με τον καιρό μπορεί να προκαλέσει εθισμό, εξάρτηση, καταναγκαστική χρήση και τοξικομανία, με έντονο το σύνδρομο στερήσεως . Κατατάσσεται δε στα «σκληρά» ναρκωτικά. (Αβραμίδης, 1994)

## 6.5 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα των αλκοολικών που πίνουν ισχυρά οινοπνευματώδη ποτά είναι οι πρωινοί εμετοί, αποτέλεσμα του οιδήματος του βλεννογόνου του στομάχου και της γαστρίτιδας. Η θρέψη τους χειροτερεύει, χάνουν βάρος, καταλήγουν να είναι ισχυροί και παρουσιάζουν διάφορα είδη αβιταμίνωσης. Αντίθετα, είναι παχιοί εκείνοι που χρησιμοποιούν αραιά οινοπνευματώδη. (Αβραμίδης, 1994)

Ειδικότερα:

1. Από ανεπάρκεια βιταμινών παρουσιάζονται εκδηλώσεις από το δέρμα (πελλάγρα), διαταραχές της όρασης, διάρροιες.
2. Καρδιοπάθεια Beri-Beri από έλλειψη βιταμίνης Β1 η αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια λόγω κατ' ευθείαν βλάβης επί του μεταβολισμού του μυοκαρδίου.
3. Κίρρωση του ήπατος με ύδρωπα ασκίτη, γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, παγκρεατίτιδα.
4. Διάφορες ασθένειες μπορεί να επιδεινωθούν από το οινόπνευμα.
5. Η μείωση της άμυνας και της αντίστασης του οργανισμού διευκολύνει την προσβολή από διάφορες ασθένειες, μεταξύ των οποίων και το Έιτς.
6. Αλκοολική διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου.
7. Σοβαρές οργανικές βλάβες στον εγκέφαλο, με προοδευτική μείωση των ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου και την δημιουργία ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. (Αβραμίδης, 1994)

Αναφέρονται απλώς:

1. Η πολυνευρίτιδα, η ψευδοεγκεφαλίτιδα, η αιμορραγική εγκεφαλίτιδα, η αιμορραγική ατροφία παρεγκεφαλίδας.
2. Αλκοολικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

3. Το παραλήρημα ζηλοτυπίας.
4. Αλκοολική ψυχωτική αντίδραση τύπου Korsakoff, που αποτελεί βαρύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, χαρακτηριζόμενο από διαταραχές της πρόσφατης μνήμης, μυθοπλασία, και σωρεία σωματικών και ψυχικών εκδηλώσεων.
5. Αλκοολική ψευδοπάρεση με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα και εικόνα που θυμίζει την προϊούσα γενική παράλυση.
6. Το τρομώδες παραλήρημα, σαν φαινόμενο στέρησης. (Αβραμίδης, 1994)

## **6.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ**

Τα συμπτώματα αρχίζουν με κάποια κινητική ανησυχία, φόβο, κατάθλιψη, ανήσυχο ύπνο και φθάνουν μέχρι το τρομώδες παραλήρημα ή οξεία αλκοολικά ψύχωση. Το άτομο τρέμει περισσότερο στα χέρια, στα χείλη και στη γλώσσα. Είναι κάθιδρο, παρουσιάζει ταχυκαρδία, επίπονη δυσκοιλιότητα και ελαφρό πυρετό. Το στόμα του είναι ξηρό από την αφυδάτωση και η γλώσσα βρώμικη. Δύσκολα αναγνωρίζει το περιβάλλον. Δεν μπορεί να αντιληφθεί και να εκτελέσει στοιχειώδεις εντολές. Υπάρχει κατάργηση της μνήμης σ' ό,τι αφορά τα πρόσφατα γεγονότα, διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χώρο, το χρόνο, το περιβάλλον. Μερικοί εκδηλώνουν επιθετικές διαθέσεις ή τάσεις αυτοκτονίας, ενώ άλλοι βασανίζονται από τρομακτικές ψευδαισθήσεις της αφής και της όρασης. (Αβραμίδης, 1994)

Η διάρκεια της κρίσης είναι από μερικές ώρες μέχρι ημέρες και μία κάποια από αυτές, μπορεί να αποβεί θανατηφόρα, ενώ κατά την εισβολή δεν μπορεί να προβλεφθεί η έκβασή της. (Αβραμίδης, 1994)



## 6.7 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Οι διαστάσεις του αλκοολισμού, διεθνώς, είναι τεράστιες και το οινόπνευμα αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σαν το ναρκωτικό με τις μεγαλύτερες και τις χειρότερες συνέπειες. Υπολογίζεται σαν περισσότερο βλαβερό και από την ηρωίνη, εφ' όσον η παρατεταμένη χρήση του προκαλεί σωματική, νευρολογική και ψυχιατρική επιβάρυνση σε τρομερά μεγάλη έκταση πληθυσμού, εξ' αιτίας της πολύ ευρείας χρήσης του. (Αβραμίδης, 1994)

Η κατάχρηση οινοπνευματωδών και ο αλκοολισμός προσλαμβάνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και, χρόνο με το χρόνο, τα στατιστικά δεδομένα παρουσιάζουν δυσμενέστερη την κατάσταση. Δεν φαίνεται δε να καταβάλλεται μια κάποια ουσιαστική προσπάθεια περιορισμού της κατανάλωσης του. Ίσως και διότι θεωρείται από πολλούς «μη χείρον» κακό. Όμως δεν είναι και... «βέλτιστον»! (Αβραμίδης, 1994)

Ο αλκοολισμός επεκτείνεται γρήγορα σε όλο και μικρότερες ηλικίες, ενώ η κοινωνία δεν φαίνεται να αντιδρά αποτελεσματικά, ίσως διότι δεν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, ίσως διότι δεν θέλει να αντιδράσει, από διάφορες σκοπιμότητες. Και δεν συγκινείται από τα γεγονότα. Θεωρείται δε ένα «τροχαίο» ατύχημα ή και δυστύχημα, ύστερα από «γλέντι», σαν να πρόκειται για το πιο «φυσικό» γεγονός του κόσμου. « Ε! ... παιδιά, βλέπεις, είναι... θα ήπιαν και λίγο παραπάνω». Και δεν «ιδρώνει το αυτί» κανενός. Τα ανάλογα ισχύουν και για το επίσημο Κράτος... Ενώ, οι βιομηχανίες οινοπνευματωδών, κυριολεκτικά, «μεθούν» από τα κέρδη! (Αβραμίδης, 1994)

Το 50% της παγκόσμιας παραγωγής που δηλώνεται επισήμως, καταναλώνεται στις χώρες της Ευρώπης. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει υπεύθυνη καταγραφή των περιπτώσεων αλκοολισμού ώστε : α) να γνωρίζουμε την έκταση του προβλήματος και, β) να παρακολουθούμε την περαιτέρω πορεία του. Μπορεί να έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια η κατανάλωση του κρασιού στο μισό περίπου (50%). Όμως, ο σημερινός Έλληνας έκανε «εθνικό ποτό»... το ούισκι, τη βότκα, το τζιν. Αυτά, κυρίως, προσφέρονται πιο συχνά από το «παραδοσιακό» ούζο, ακόμη και στα πιο απόμερα χωριά'. Επειδή οι νέοι μας, κυρίως, πίνουν

«ξεροσφύρι» τα πυκνά σε οινόπνευμα ποτά, υπολογίζεται ότι σε λίγα χρόνια ο αλκοολισμός στην πατρίδα μας θα προσλάβει πολύ μεγαλύτερες διαστάσεις. Η προσωπικότητα του αλκοολικού στους νέους διαμορφώνεται σε βραδύτερο χρονικό διάστημα απ' ότι στους ενήλικους, για τους οποίους κυμαίνεται από 12-15 χρόνια. Είναι δε και πολύ ανησυχητικό το ωράριο σημαντικού ποσοστού των νέων μας, οι οποίοι « πίνουν το βράδυ και κοιμούνται την ημέρα». (Αβραμίδης, 1994)

Στην πατρίδα μας τα οινόπνευμα ποτά διατίθενται ελεύθερα και μπορεί να τα προμηθευτεί ακόμη και ένα παιδί, οπουδήποτε και οποιαδήποτε ώρα. Στα σπίτια υπάρχει «μπαρ» ή και «κάβα» με ποτά, προσφέρονται δε στα παιδιά και από τους ίδιους τους γονείς έτσι... «για να μαθαίνουν» ή «για να γελάσουν αυτοί», με τους μορφασμούς που εκείνα θα κάνουν. Τα πολύ μικρά παιδιά καταναλώνουν τα γλυκά ποτά τα οποία βρίσκουν αφύλακτα ή εκτεθειμένα σε εύκολη προσπέλαση. Αυτά όμως τα γλυκούτσικα είναι περισσότερο επικίνδυνα διότι είναι πυκνότερα σε οινόπνευμα. (Αβραμίδης, 1994)

Κατά το χρονικό διάστημα από το 1989-1987 νοσηλεύθηκαν σε Νοσοκομεία για οξεία μέθη, 80 παιδιά ηλικίας 4-14 ετών. Είναι δε γεγονός ότι το οινόπνευμα «σκοτώνει». Και σκοτώνει πολλούς. Από «πολύφωτους αστέρες» του θεάματος, «ανθρώπους της πέννας», του «καβαλέτου», της πολιτικής και πάμπολλους άλλους «επώνυμους», μέχρι... στρατιές από «ανώνυμους»! (Αβραμίδης, 1994)

## **6.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**

Το οινόπνευμα έχει ελάχιστες θεραπευτικές ενδείξεις και αυτές όχι τόσο σημαντικές. Το αναφερόμενο από πολλούς ότι οι γιατροί συνιστούν ένα ούισκι το βράδυ, διότι κάνει καλό στην καρδιά, δεν αποδίδει την πραγματικότητα. Προέρχεται από το γεγονός ότι την εποχή της ποτοαπαγόρευσης, κατά την οποία δεν υπήρχαν τα σημερινά ηρεμιστικά και υπνωτικά, δινόταν το ούισκι από τα φαρμακεία με συνταγή. Σε παλιότερες ακόμη εποχές χρησιμοποιείτο το οινόπνευμα για να ναρκώνουν αυτούς στους οποίους έκαναν χειρουργικές επεμβάσεις. Θυμηθείτε ανάλογες εικόνες από καουμπόικα έργα, για αφαίρεση

μιας σφαίρας. Σήμερα όμως, για όλα αυτά έχουμε το κατάλληλο για κάθε περίπτωση φάρμακο. (Αβραμίδης, 1994)

## **6.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Το οινόπνευμα θα πρέπει να μένει στα πλαίσια του απλού ευφραντικού και του ήπιου καταπραϋντικού. Δεν πρέπει το «Θεϊκό αυτό δώρο», να γίνει κατάρα και συμφορά. Όταν χρησιμοποιείται με τη μορφή αραιών οινοπνευματούχων ποτών και σε μικρές ποσότητες δεν βλάπτει, αλλά «ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου» και καταπραϋνει. Κάτι τέτοιο παρουσιάζεται και σαν ανάγκη, σ' άλλους πιο συχνά και σ' άλλους αραιότερα, στην πολυτάραχη εποχή μας με τα τόσα βάσανα, τις πίκρες και τους καημούς, που κάποτε φαίνονται «σαν να μην έχουν τελειωμό» (Παπαδιαμάντης). Χρειάζεται ακόμη και για να έχει ο άνθρωπος μια ανάπαυλα έστω, για να μπορεί να ξαναγυρίζει και πάλι τον αγώνα του στη ζωή, αφού θα έχει λίγο ξαποστάσει. Η ακίνδυνη ικανοποίηση μιας τέτοιας ανάγκης, τότε, και τον αγώνα του αυτόν μπορεί να τον κάνει, ίσως, και αποτελεσματικότερο. Όμως, να μην ξεχνάμε ποτέ... «ολίγω οίνω χρώ» και «μή μεθύσκεσθε οίνω»... «εν ω εστίν ασωτία», όπως παραγγέλει η απ' αιώνων Σοφία! (Αβραμίδης, 1994)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.**

#### **7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.**

Η κοινωνική εργασία με άτομα εφαρμόζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς σε νοσοκομεία ή σε κέντρα υγείας, όπου πραγματοποιείται ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τους ανθρώπους που αποφάσισαν να διακόψουν τη συνήθεια του καπνίσματος να πραγματοποιήσουν την προσπάθειά τους σε συνδυασμό με την ιατρική βοήθεια που συνήθως παρέχεται.

Τα δύο συνηθέστερα προβλήματα του καπνιστή είναι η απόλαυση που του δίνει το κάπνισμα και το δυσάρεστο αίσθημα του στερητικού συνδρόμου. Πρέπει επομένως ο καπνιστής, να βρει κάτι που θα αντικαταστήσει την ευχαρίστηση και τη συνήθεια του καπνίσματος, όταν αποφασίσει να τη διακόψει. Γι αυτό ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζοντας διάφορες μεθόδους συμπεριφοράς, που πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση σε καπνιστές σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καπνιστή, προσπαθεί να ενισχύσει την επιθυμία του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα. Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός στηρίζει ψυχολογικά τον καπνιστή και τον βοηθάει να ξεπεράσει ομαλά το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται από τη διακοπή του καπνίσματος. (Μπιλάλης, 1997).

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να παρακολουθεί τα αποτελέσματα της θεραπείας για να διαπιστώσει το βαθμό επιτυχίας και τη διάρκειά της. Επίσης, πρέπει να συνεργάζεται με τον ειδικό γιατρό που παρακολουθεί τον καπνιστή, διότι ταυτοχρόνως με την ψυχολογική υποστήριξη οι περισσότεροι καπνιστές χρειάζονται και την ιατρική βοήθεια, όπου τους παρέχεται ειδικό χάπι, το οποίο βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος (Μπιλάλης, 1997).

Η κοινωνική εργασία με ομάδες εφαρμόζεται από κοινωνικούς λειτουργούς σε συνεργασία με ψυχολόγους, κυρίως σε δήμους όπου πραγματοποιούνται ομάδες διακοπής καπνίσματος.

Σύμφωνα, με τη Κα Αλεξανδρίδη Βάλια, κοινωνική λειτουργός του κοινωνικού τομέα του Δήμου Πατρών και την Κα Δημοπούλου Όλγα, ψυχολόγο του κοινωνικού τομέα του Δήμου Πατρών, το πρόγραμμα για τη διακοπή καπνίσματος αφορά τα άτομα που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα και από μόνα τους δεν έχουν τη δυνατότητα αυτή για διάφορους λόγους. Στο πρόγραμμα συμμετέχει και ο πνευμονολόγος Κος Χριστόπουλος Αντώνης, ο οποίος έχει εξειδικευτεί πάνω σε αυτό το θέμα και παρακολουθεί ιατρικά τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτό το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα λειτουργεί με μια νέα φιλοσοφία με βάση κάποια μοντέλα συμπεριφορικής προσέγγισης καθαρά ψυχολογικά, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα και να θεραπευτούν από αυτήν την συνήθεια, μέσα από μία ψυχολογική και συμβουλευτική διαδικασία.

Ο κοινωνικός λειτουργός με τον ψυχολόγο ακολουθούν κάποιους τρόπους, για να μπορέσουν μέσα στην ομάδα όλα τα άτομα να αλληλοβοηθηθούν και να αλληλοστηριχθούν μεταξύ τους, να εξωτερικεύσουν τις εμπειρίες τους, να μοιραστούν κάποια πράγματα που τους απασχολούν και μέσα από τον συντονισμό και την εμπύχωση των ειδικών, να καταφέρουν να μπουν στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Βασική προϋπόθεση στην όλη διαδικασία είναι το άτομο το ίδιο να θέλει να κόψει το κάπνισμα. Κάθε άτομο έχει τελείως διαφορετικό τρόπο καπνίσματος, έχει μια διαφορετική σχέση με το τσιγάρο. Ο καθένας καπνίζει για τους δικούς του λόγους, ο καθένας ξεκίνησε το τσιγάρο για διαφορετικό λόγο, ο καθένας έχει λιγότερη ή μεγαλύτερη εξάρτηση, άλλων η σχέση με το τσιγάρο είναι πιο σημαντική, άλλος τη θεωρεί πιο προβληματική ή αρρωστημένη και άλλος πιο αγχωτική. Γι αυτό, η αντιμετώπιση των συμμετεχόντων είναι ατομική και ομαδική.

Η απεξάρτηση είναι μια ολοκληρωμένη διαδικασία όπου το κάπνισμα όπου το κάπνισμα αντιμετωπίζεται ομαδικά και εξατομικευμένα. Μέσα από αυτές τις

ομαδικές συναντήσεις το κάθε άτομο βγάζει τη δική του εμπειρία, τη δική του σχέση, τον δικό του προβληματισμό, τη δική του ανησυχία αλλά και τα δικά του «θέλω» σχετικά με το τσιγάρο και το κάπνισμα. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, μέσα από αυτή τη διαδικασία προσπαθούν να ενισχύσουν αυτό το «θέλω», το οποίο μπορεί να μην είναι ακέραιο, και να ενισχύσουν την βούληση την πειθαρχία τον αυτοέλεγχο και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, ώστε να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του έναντι του τσιγάρου. Είναι πολύ σημαντικό, το άτομο που είναι εξαρτημένο από το κάπνισμα να αντιμετωπίζεται στην ολότητά του, σαν άνθρωπος με ψυχολογική εξάρτηση.

Η κοινωνική εργασία με την κοινότητα εφαρμόζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς κατά κύριο λόγο για την πρόληψη και μετά για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στους δήμους και τις κοινότητες οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να προγραμματίσουν εκδηλώσεις ομιλίες σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, ώστε να βοηθήσουν στην πρόληψη αλλά και στη διακοπή του καπνίσματος. Καλό είναι ενημερώνουν τους κατοίκους κάθε ηλικίας για τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα προβλήματα που δημιουργεί. Πρέπει να εστιάσουν περισσότερο την προσοχή τους στους νέους οι οποίοι είτε μόλις άρχισαν το κάπνισμα ή σκοπεύουν να γίνουν μελλοντικοί καπνιστές. Επίσης να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους για γυμναστικές ασκήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες, που είναι ασυμβίβαστες με το κάπνισμα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν επίσης τη δυνατότητα να μιλήσουν για το κάπνισμα με τους γονείς οι οποίοι έχουν παιδιά στην εφηβεία και να τους συμβουλέψουν σωστά, ώστε να προστατέψουν τα παιδιά τους από το παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα. (Μπιλάλης, 1997)

## **7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.**

Η κοινωνική εργασία στο τομέα της πρόληψης του αλκοολισμού έχει πολλά να προσφέρει. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχοντας στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης παρέχει την πείρα και τις γνώσεις του. Μπορεί κάλλιστα να οργανώσει μια σειρά ομιλιών και σεμιναρίων με θέμα την εξάρτηση από το αλκοόλ και πόσο επικίνδυνο είναι για την υγεία, καλώντας ειδικούς ομιλητές, προβάλλοντας ταινίες και προσκαλώντας πρώην αλκοολικούς, που θα συζητήσουν σχετικά με το πρόβλημα της εξάρτησης. (Θεοφίλου, 2007).

Για τον κοινωνικό λειτουργό η εκστρατεία ενάντια στη χρήση αλκοόλ πρέπει να συνδυάζεται με την γενικότερη προσπάθεια για την υγεία των ανθρώπων, το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής.

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα με τη συνεργασία των φορέων που υπάρχουν στο δήμο ή την κοινότητα. Σημαντική βοήθεια στην πρόληψη προσφέρεται όταν ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται σε επιχειρήσεις ή εργοστάσια, όπου μπορεί να οργανώσει ομαδικά προγράμματα που αφορούν τη χρήση αλκοόλ. Η στάση του είναι αποφασιστικής σημασίας σε ένα τέτοιο ευαίσθητο χώρο. (Θεοφίλου, 2007).

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας είναι η απόφαση του ίδιου του ατόμου να σταματήσει τη χρήση αλκοόλ και να απεξαρτηθεί. Το πρώτο βήμα της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η αναγνώριση του προβλήματος τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον θεραπευόμενο. Ο κοινωνικός λειτουργός προσεγγίζει την ιδιαίτερη προσωπικότητα του ασθενή και εντοπίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χρήστης, είτε ως συνέπειες της εξάρτησης, είτε ως προϋπάρχουσες του αλκοολισμού καταστάσεις. Παράλληλα, καταγράφει τις προσδοκίες του αλκοολικού ασθενή από την υπηρεσία και τον καθοδηγεί με την ενημέρωση ως προς την επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος. (Θεοφίλου, 2007).

Ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει την ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου ως προς το πρόβλημά του, τη σταθεροποίηση ή την ισχυροποίηση της απόφασής του για εμπλοκή και ένταξή του στη θεραπεία.

Ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει κυρίως:

1. να βοηθήσει τον αλκοολικό και τα μέλη της οικογένειάς του να δεχτούν την πραγματικότητα.
2. να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερόμενους να αποδεχτούν ότι ο αλκοολισμός είναι το πρωταρχικό είναι το πρωταρχικό πρόβλημα.
3. να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία τόσο στον αλκοολικό, όσο και στην οικογένεια.
4. να βοηθήσει τον εξαρτημένο να αισθανθεί αξιόλογο και ανθρώπινο όν.
5. να τον βοηθήσει να αφήσει την άρνηση και να αντικρίσει την πραγματικότητα.
6. να τον βοηθήσει να μάθει να ζει με έναν νέο τρόπο ζωής, εντελώς διαφορετικό δίχως υποκατάστατα και εξωτερικά στηρίγματα.

Συμπερασματικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι εξίσου σημαντικός με το ρόλο οποιουδήποτε άλλου ειδικού, όσον αφορά την αντιμετώπιση του αλκοολισμού και των συνεπειών του, τόσο προληπτικά όσο και διαγνωστικά. (Θεοφίλου, 2007).



### 7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.

Με τη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης και ενημέρωσης σχετικά με τη σωστή διατροφή ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να επηρεάσει θετικά και να οδηγήσει στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς.

Ο κοινωνικός λειτουργός στη κοινότητα μπορεί μέσα από προγράμματα και συνεργασία με άλλους φορείς και οργανώσεις να ενημερώνει τους πολίτες για τη σημαντικότητα της σωστής διατροφής και να συμβάλλει στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς τους. Μπορεί να συνεργαστεί με άλλους ειδικούς (διατροφολόγους, διαιτολόγους), ώστε να καταφέρει να λειτουργήσει προληπτικά ή ακόμα και θεραπευτικά π.χ σε περιπτώσεις παχυσαρκίας, και παράλληλα να προάγει ένα νέο τρόπο ζωής απαλλαγμένο από τις βλαβερές διατροφικές συνήθειες και την καθιστική ζωή. (Κατσιλάμπρος, 2004)

Σκοπός λοιπόν είναι να «εκπαιδεύουν» τα άτομα στο να διαφυλάξουν ή να υιοθετήσουν ένα σωστό και ωφέλιμο τρόπο ζωής και να προάγουν την υγεία τους μέσω της σωστής και υγιεινής διατροφής.

#### **7.4 ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.**

Βασικό ρόλο σε αυτόν τον τομέα έχει να διαδραματίσει ο Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης της εκάστοτε περιοχής. Ο νόμος 1416 του 1984 «για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τ.Α.», προβλέπει αρμοδιότητες παροχής υπηρεσιών για την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Συγκεκριμένα:

- Ø Ίδρυση νομικών προσώπων για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, όπως κέντρων ψυχαγωγίας και αναψυχής για τους ηλικιωμένους.
- Ø Ίδρυση και φροντίδα για τη λειτουργία πολιτιστικών και πνευματικών κέντρων, όπως βιβλιοθήκες, μουσεία, πινακοθήκες, φιλαρμονικές, θέατρα, ανάληψη της ευθύνης για επίσκεψη παραδοσιακών ή ιστορικών κτιρίων που παραχωρούνται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς ή φυσικά πρόσωπα για να χρησιμοποιηθούν για κοινωνικές λειτουργίες και σε συνεργασία με τους αρμόδιους δημόσιους φορείς συντήρηση και φροντίδα της λειτουργίας αρχαιολογικών και ιστορικών χώρων της περιοχής.
- Ø Προώθηση πολιτιστικών, ψυχαγωγικών και αθλητικών δραστηριοτήτων με την ίδρυση κέντρων διδασκαλίας μουσικής, χορού ζωγραφικής, αθλημάτων, σχολών γονέων, σχολών λαϊκής τέχνης και επαγγελματικού προσανατολισμού. (Δαουτόπουλος, 1995, σελ. 71 – 72).

Ο ρόλος, λοιπόν, του κοινωνικού λειτουργού στην Τ.Α, και αναφορικά με την ανάπτυξη μέσων αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου των πολιτών, επικεντρώνεται σε αυτόν τον καταλύτη, με στόχο την ενεργοποίηση, συνειδητοποίηση και κινητοποίηση των ενδιαφερομένων.

Προσφέρει υπηρεσίες διαμεσολάβησης ανάμεσα στους πολίτες και στα διάφορα όργανα της εξουσίας και μπορεί να αποτελέσει μέλος της διεπιστημονικής ομάδας κάνοντας προτάσεις για την υλοποίηση αναπτυξιακών προγραμμάτων.

## **7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Κατά το προεδρικό διάταγμα 891/1978 « περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών», καθορίζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, συμβάλλει στην πρόληψη ή αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας του ατόμου, ή οφείλονται στην προσωπικότητά του ή σε δυσμενείς καταστάσεις που επικρατούν στο περιβάλλον του και οι οποίες καθιστούν δυσχερή τη διάγνωση και θεραπεία του ατόμου. Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας συνίσταται αφενός στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, τόσο προς τον ασθενή, όσο και προς τους οικείους του, με στόχο την επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον. Οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας, αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή κέντρο ψυχικής υγείας. (Εκλογή, Αύγουστος 1988).

Στον τομέα της πρόληψης, ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από προγράμματα αγωγής υγείας προσπαθεί να επιτύχει την άμεση προσφορά στην προάσπιση υγείας του πληθυσμού καθώς και στη «διαφήμιση» για την αναγκαιότητα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι πολίτες πρέπει να πειστούν για τη σημασία της υγείας, γιατί αν αυτό δεν γίνει δεν πρόκειται να χρησιμοποιήσουν ποτέ τις διάφορες υπηρεσίες. Γι αυτό απαιτείται ο κοινωνικός προσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας, ώστε ο καταναλωτής να δεχτεί τη χρησιμότητα των υπηρεσιών πρόληψης, σε αντίθεση με κάποια άλλα αγαθά, τα οποία θέτουν σε

κίνδυνο την υγεία του και έχουν να κάνουν με κάποιες επιβλαβείς συνήθειες για τον οργανισμό του. (Κοινωνική Εργασία, τεύχος 18<sup>ο</sup>, 1990)

Η βασική απασχόληση του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι η άμεση καταστολή των προβλημάτων υγείας, αλλά η διαμόρφωση γνώμης για την αναγκαιότητα των υπηρεσιών και κυρίως η ενίσχυση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και αδυνατούν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τις κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις τους. Με αυτόν τον τρόπο, οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν στην αναστολή των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας, όταν βέβαια αναγνωρίζεται ο ρόλος τους και ακούγονται οι επικλήσεις τους. Και επειδή ο καλύτερος συνδυασμός παροχής υπηρεσιών είναι εκείνος, που συνδυάζει το χαμηλότερο δυνατό κόστος και την ποιότητα, συνειδητοποιείται ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα και η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού μέσα σε αυτή συμβάλλει αποφασιστικά στην προάσπιση της υγείας και του πληθυσμού. (Εκλογή, Δεκέμβριος 1980)

Όπως αναφέρει ο Ιατρίδης (1989), στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως είναι οργανωμένες στην Αμερική, επικρατεί ένα νέο πρότυπο παρέμβασης, το βιοψυχοκοινωνικό, στο οποίο ο κοινωνικός λειτουργός κατέχει την κεντρική θέση. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, η έλλειψη υγείας οφείλεται στην ανισορροπία που επικρατεί στο περιβάλλον του ατόμου και η δυσλειτουργία αυτή αντανακλά στη συναισθηματική κατάσταση του με τη μορφή του άγχους. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός αναζητά τα αίτια αυτής της κατάστασης στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και προσπαθεί να ενισχύσει την προσωπικότητα του, ώστε να καταπολεμήσει το άτομο τα παθογόνα στοιχεία και να επιτύχει υγιή προσαρμογή. (Κοινωνική Εργασία, τεύχος 14<sup>ο</sup>, 1989)

Το παραπάνω πρότυπο στην Αμερική έχει αντικαταστήσει την παραδοσιακή ιατρική αντιμετώπιση. Αυτό κατά κύριο λόγο συμβαίνει γιατί έχει αναγνωριστεί η κεντρική θέση που θα πρέπει να έχει το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας. Στην Ελλάδα αντίθετα, η κοινωνική εργασία μια δευτερογενή θέση στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η παρουσία του κοινωνικού

λειτουργού στον Ελλαδικό χώρο είναι εμφανή σε δύο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα κέντρα υγείας και τα κέντρα ψυχικής υγιεινής.

Στο θεραπευτικό κομμάτι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας είναι η υποστήριξη τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους προσφέροντας ενδο και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Πρέπει να έχει γνώση των ιατρικών διαδικασιών, καθώς και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνεπάγεται η θεραπεία. Τον αφορά η ιατρική περίθαλψη στο σπίτι, η εκπαίδευση κοινωνικής υγιεινής, η ψυχική υγεία, η κοινοτική ιατρική περίθαλψη. (Διεθνές Συνέδριο Σχολών Κοινωνικής Εργασίας,1972).

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

#### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.**

##### **8.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.**

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να καταγραφεί και να μελετηθεί το προφίλ και οι συνήθειες των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία, ώστε μέσω των αποτελεσμάτων να δούμε αν θα αναδειχθεί η αναγκαιότητα αλλαγής του καθημερινού τρόπου ζωής των ατόμων αυτών και κατ' επέκταση η αναγκαιότητα σχεδιασμού προγράμματος προαγωγής υγείας.

##### **8.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.**

1. Να καταγραφούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μελετάται.
2. Να καταγραφούν οι συνήθειες ως προς το κάπνισμα, τη διατροφή, το αλκοόλ.
3. Να καταγραφεί αν και σε ποιο βαθμό κρίνεται βάσει των αποτελεσμάτων αναγκαία η προσπάθεια αλλαγής των στάσεων του πληθυσμού που μελετάται και σχεδιασμού προγράμματος για την προαγωγή υγείας.

##### **8.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.**

1. Ποια είναι η ηλικία τους;
2. Ποια είναι η οικογενειακή τους κατάσταση;
3. Ποιο είναι το επαγγελματικό και μορφωτικό τους επίπεδο;

4. Ποια είναι η οικονομική τους κατάσταση;
5. Ποια είναι η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους;
6. Ποιο είναι το ποσοστό καπνιστών;
7. Πόσο χρονικό διάστημα καπνίζουν;
8. Πόσα τσιγάρα καταναλώνουν την ημέρα;
9. Ποιες είναι οι κοινωνικές τους δραστηριότητες;
10. Ποιες είναι οι διατροφικές τους συνήθειες;
11. Ποιο είναι το ποσοστό ατόμων που πίνουν οινοπνευματώδη ποτά;
12. Ποσότητα και συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών.
13. Τι κάνουν τον ελεύθερο χρόνο τους;

#### **8.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.**

1. Αν το προφίλ του πληθυσμού που ερευνάται επηρεάζει τις συνήθειες και την υγεία τους.
2. Αν θεωρούν τα ίδια τα άτομα ότι είναι υγιή με αντικειμενικά κριτήρια.
3. Αν τα ίδια τα άτομα θεωρούν ότι ακολουθούν μια υγιεινή συμπεριφορά.
4. Αν προκύπτει ανάγκη αλλαγής του τρόπου ζωής του πληθυσμού που μελετάται.
5. Αν η καθημερινότητα τους επηρεάζεται από την ύπαρξη ασθενειών.

## 8.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.

Ερωτηματολόγιο: Αποτελεί το μοναδικό μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Το ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα για μια συστηματική και μεθοδική διαχείριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, αφού η δομή και η μορφή των ερωτήσεων έχει διαμορφωθεί για το σκοπό αυτό. Τα δεδομένα μπορούν εύκολα να επεξεργαστούν και παράλληλα η ποσοτική αυτή μέθοδος αποτρέπει την εμφάνιση περιττών πληροφοριών, που δυσχεραίνουν την έρευνα και τα συμπεράσματά της. Τέλος, το ερωτηματολόγιο είναι ιδανικό για ανώνυμη έρευνα, δεν επιδιώκεται η συλλογή προσωπικών στοιχείων.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα χωρίζεται στους εξής άξονες:

Α' άξονας: Προφίλ των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία.

Β' άξονας: Συνήθειες καπνίσματος.

Γ' άξονας: Οικογενειακό background.

Δ' άξονας: Κοινωνικές δραστηριότητες.

Ε' άξονας: Διατροφή.

ΣΤ' άξονας: Αλκοόλ.

Ζ' άξονας: Υγεία.

Η' άξονας: Συμπεριφορά.

Θ' άξονας: Ψυχική υγεία.

Ι' άξονας: Ελεύθερος χρόνος.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου που διακρίνονται σε:

Α) Διχοτομικές ερωτήσεις.

Β) Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής

Γ) Ερωτήσεις διαβάθμισης.



## **8.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.**

Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι τα άτομα που συχνάζουν στα καφενεία στο Δήμο Πάτρας, δηλαδή σε καφενεία που βρίσκονται στο ανατολικό, αρκτικό, νότιο και κεντρικό δημοτικό διαμέρισμα.

## **8.7 ΔΕΙΓΜΑ.**

Για να προσδιορίσουμε το δείγμα μας βασιστήκαμε στο κατάλογο καφενείων που βρήκαμε από τον επαγγελματικό οδηγό Πάτρας καθώς ήταν δύσκολο να καθορίσουμε αριθμητικά το πληθυσμό των ατόμων που συχνάζουν σε αυτά. Από τον κατάλογο χωρίσαμε τα καφενεία ανά δημοτικό διαμέρισμα ούτως ώστε να είναι πιο εύκολη η διεξαγωγή της έρευνας σε ολόκληρο το δήμο.

## **8.8 ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ.**

Χρησιμοποιούμε δειγματοληψία πιθανοτήτων και συγκεκριμένα δειγματοληψία κατά δεσμίδες γιατί ο πληθυσμός που προσπαθούμε να μελετήσουμε είναι μεγάλος και πλατιά διασκορπισμένος, η λήψη ενός απλού τυχαίου δείγματος θέτει διοικητικά προβλήματα. Με τη δειγματοληψία κατά δεσμίδες μπορέσαμε να επιλέξουμε στην τύχη ένα συγκεκριμένο αριθμό καφενείων και υποβάλαμε τις ερωτήσεις σε όσους θαμώνες επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη έρευνά μας και πάντα με την συγκατάθεση του ιδιοκτήτη του καφενείου.

## 8.9 ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.

<b>Ενέργειες</b>	<b>Χρόνος</b>	<b>Άτομα</b>
Συλλογή ερωτηματολογίων	9 μήνες	3
Συλλογή Βιβλιογραφικών Δεδομένων.	6 μήνες	3

## 8.10 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Ερώτηση 1. Καφενείο/Περιοχή

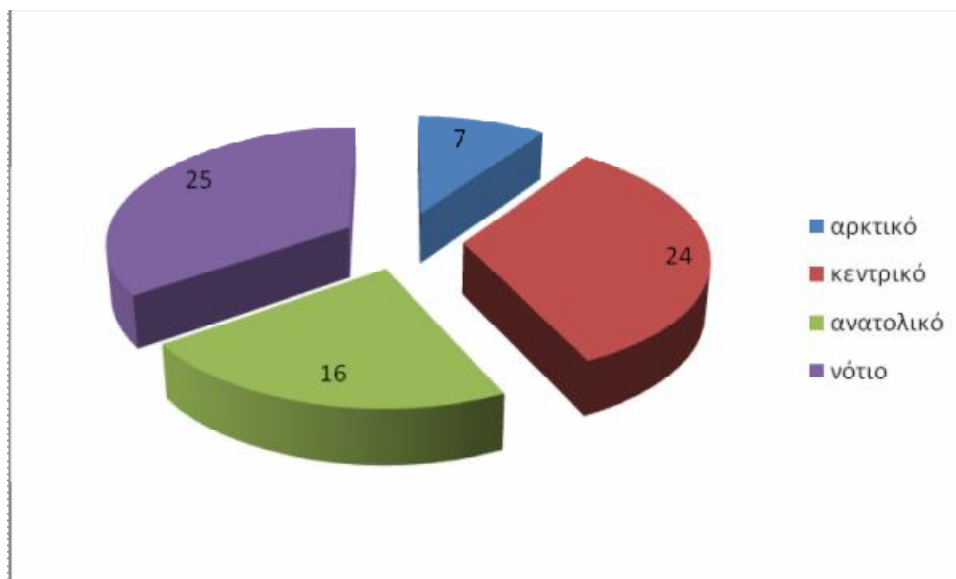
Πίνακας 1.

Περιοχές καφενεία	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Αγίας Σοφίας	10	2,8	2,8
Άγιος Διονύσιος	11	3,1	5,9
Γερμανού Άνω πόλη	5	1,4	7,4
Γούναρη αγ. Δημήτριος	3	0,8	8,2
Γούναρη Πλ. Μαρούδα	2	0,6	8,8
Προσφυγικά πλ. Ελευθερίας	2	0,6	9,3
Προσφυγικά Σμύρνης	7	2,0	11,3
Αγ. Ανδρέου	1	0,3	11,6
Αγ. Βαρβάρα	3	0,8	12,5
Αγ. Γεώργιος Λάγκουρας	8	2,3	14,7
Αγ. Τριάδος	4	1,1	15,9
Αγ.ανδρέου	1	0,3	16,1
Αγ.Ιωάννη Πράτσικα	10	2,8	19,0
Αγ.νεκταριος	4	1,1	20,1
Αγυιά	20	5,7	25,8
Άνω Πόλη-Αγ.Δημητρίου	6	1,7	27,5
Απ.Παύλου	11	3,1	30,6
Βλατερό	4	1,1	31,7
Βορείου Ηπείρου	9	2,5	34,3
Γερμανού-Αγ. Δημητρίου	1	0,3	34,6
Εγλυκάδα	10	2,8	37,4
Ζαρουχλέικα	21	5,9	43,3
Θεμιστοκλέους	2	0,6	43,9
Κανακάρη-Σαχτούρη	4	1,1	45,0
Καραϊσκάκη	6	1,7	46,7
ΚΕΤΧ-Σύνορα	12	3,4	50,1
Κορίνθου	1	0,3	50,4
Κορίνθου 489	4	1,1	51,6
Κουκουλι	8	2,3	53,8
Μαιζώνος	4	1,1	55,0
Ναυαρίνου	11	3,1	58,1
Παντανάσσης	8	2,3	60,3
Παπαφλέσσα	3	0,8	61,2
Περιβόλα	5	1,4	62,6
Πλ.Αγ.Λαύρας	12	3,4	66,0
Πλ.Αγ.Σοφίας	6	1,7	67,7
Πλ.Νόρμαν	18	5,1	72,8
Πλ.Τριών Ναυάρχων	10	2,8	75,6
Πλατεία Βούδη 1821	3	0,8	76,5
Ρήγα Φεραίου	2	0,6	77,1

Σκαγιοπούλειο	9	2,5	79,6
Ταραμπούρα	7	2,0	81,6
Τριανταίου- αγ. Τριάδας	4	1,1	82,7
Χαλκωματά	2	0,6	83,3
Ψαροφαι	8	2,3	85,6
Ψαχου	7	2,0	87,5
Ψάχου	25	7,1	94,6
Ψηλαλώνια	19	5,4	100,0
Σύνολο	353	100,0	

**Πίνακας 1.1**

Περιοχές καφεενεία	Αριθμός	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
<b>Αρκτικό</b>	<b>7</b>	<b>9,7</b>	<b>9,7</b>
<b>Κεντρικό</b>	<b>24</b>	<b>33,3</b>	<b>43</b>
<b>Ανατολικό</b>	<b>16</b>	<b>22,2</b>	<b>65,2</b>
<b>Νότιο</b>	<b>25</b>	<b>34,8</b>	<b>100,00</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	



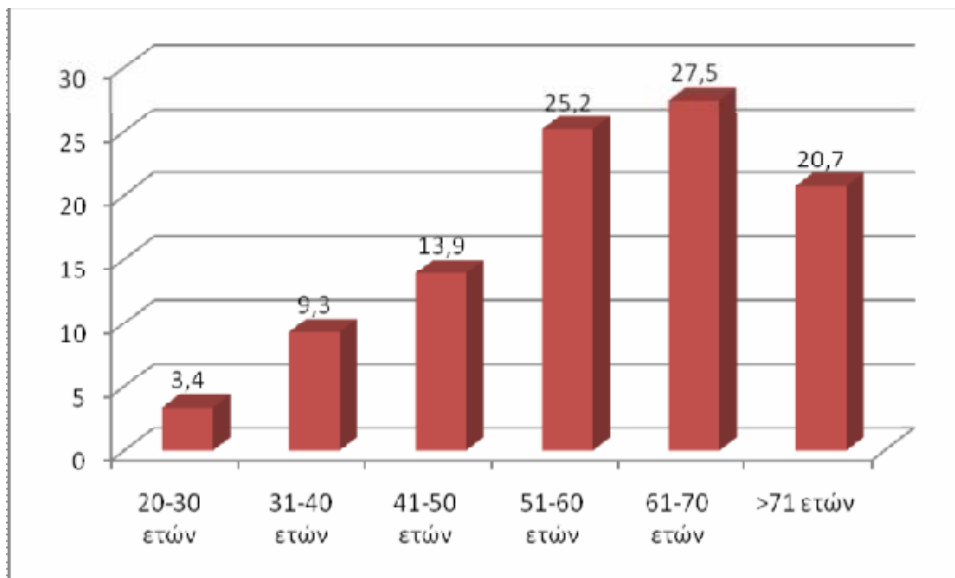
**Σχ.1**

Στον πιν 1.1 και στο σχ. 1 φαίνεται αντιληπτό ότι το σύνολο του δείγματος των καφενείων (72) επιλέχθηκε σε τέσσερα γεωγραφικά διαμερίσματα της πόλης της Πάτρας. Στο Αρκτικό γεωγραφικό διαμέρισμα, το οποίο εκτείνεται από την περιοχή της Αγίας Σοφίας μέχρι το Ρίο (Αγυιά, Αρόη, Τερψιθέα κ.α), επιλέχθηκαν 7 καφενεία. Στο Κεντρικό γεωγραφικό διαμέρισμα, το οποίο εκτείνεται από την περιοχή της Αγίας Σοφίας μέχρι την οδό Παπαφλέσσα, επιλέχθηκαν 24 καφενεία. Στο Ανατολικό γεωγραφικό διαμέρισμα το οποίο εκτείνεται από την πλ. Μαρούδα μέχρι την περιοχή της Εγλυκάδας, επιλέχθηκαν 16 καφενεία. Τέλος, στο Νότιο γεωγραφικό διαμέρισμα το οποίο εκτείνεται από την οδό Παπαφλέσσα μέχρι την περιοχή της Λεύκας, επιλέχθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας 25 καφενεία.

## Ερώτηση 2. Ηλικία των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία.

Πίνακας 2.

Ηλικία	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
20-30 ετών	12	3,4	3,4
31-40 ετών	33	9,3	12,7
41-50 ετών	49	13,9	26,6
51-60 ετών	89	25,2	51,8
61-70 ετών	97	27,5	79,3
>71 ετών	73	20,7	100,0
Σύνολο	353	100,0	



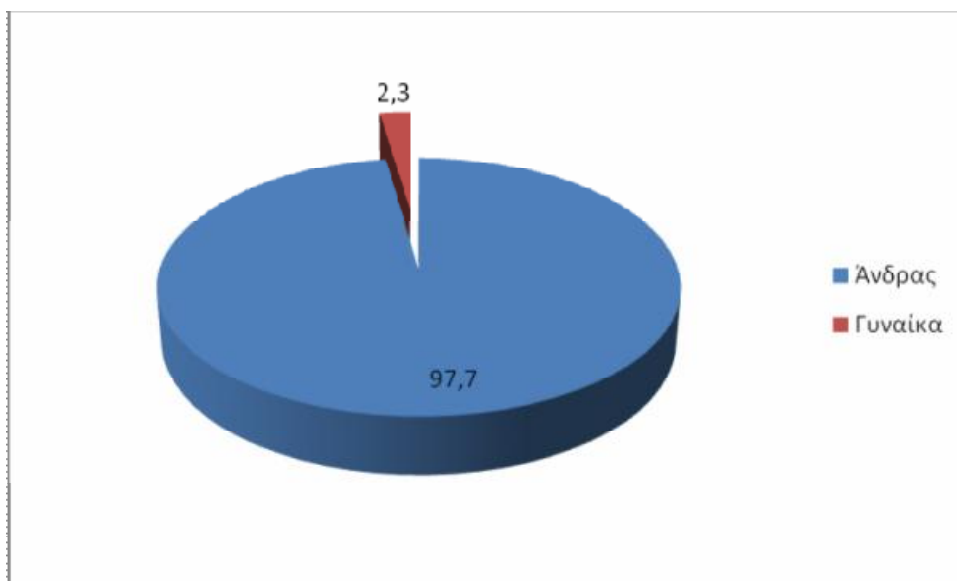
Σχ. 2

Από τον πιν.2 και σχ.2 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 27,5% των ερωτώμενων είναι 61 – 70 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 25,2% οι ερωτώμενοι που βρίσκονται στην ηλικία μεταξύ 51 –60 ετών. Το 20,7% αντιστοιχεί στην ηλικία 71 ετών και άνω. Το 13,9% των ερωτώμενων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41 –50. Οι ερωτώμενοι 31 – 40 ετών καλύπτουν το 9,3% του δείγματος και τελευταίοι ακολουθούν με ποσοστό 3,4% τα άτομα που είναι 20 με 30 ετών.

### Ερώτηση 3. Φύλο των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία.

Πίνακας 3.

Φύλο	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Άντρες	345	97,7	97,7
Γυναίκες	8	2,3	100,0
Σύνολο	353	100,0	



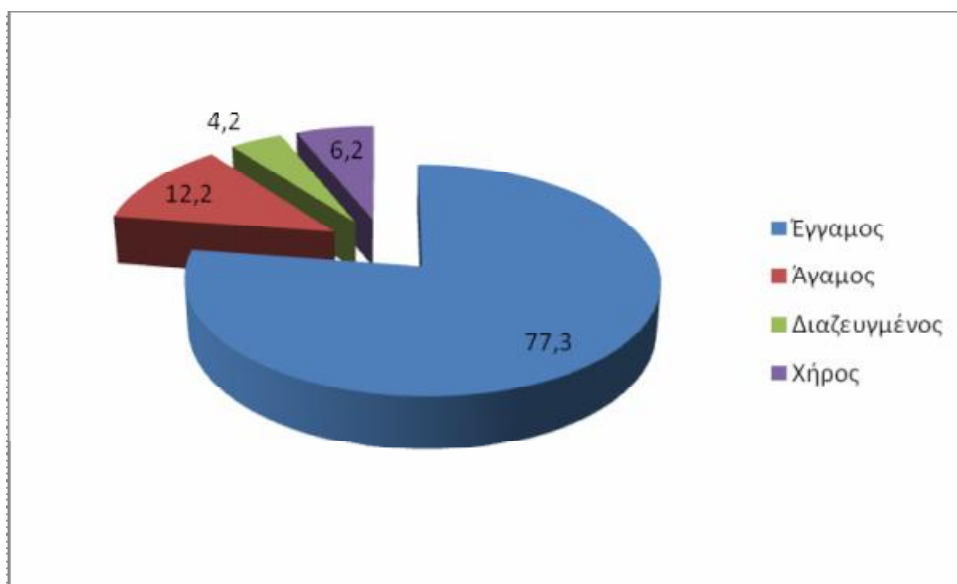
Σχ. 3

Στον πιν. 3 και σχ. 3 διαπιστώνουμε ότι το 97,7% των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία είναι άντρες ενώ το 2,3% γυναίκες.

#### Ερώτηση 4. Οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία.

Πίνακας 4.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Έγγαμος	273	77,3	77,3
Άγαμος	43	12,2	89,5
Διαζευγμένος	15	4,2	93,8
Χήρος	22	6,2	100,0
Σύνολο	353	100,0	



σχ.4

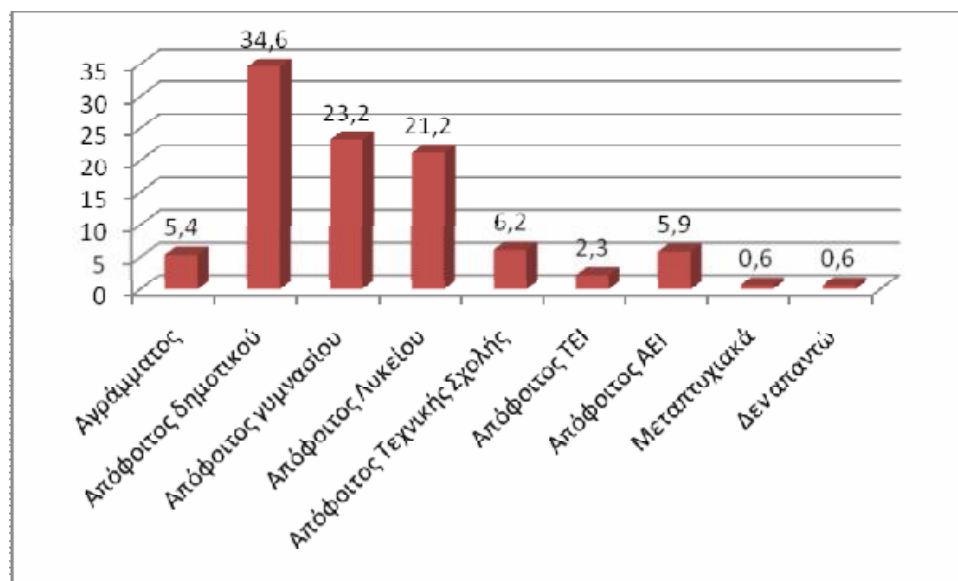
Από τα παραπάνω πιν.4 και σχ. 4 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 77,3% είναι έγγαμοι, το 12,2% άγαμοι, το 6,2% είναι σε κατάσταση χηρείας και τέλος το 4,2% είναι διαζευγμένοι.



## Ερώτηση 5. Μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία.

Πίνακας 5.

Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Αγράμματος	19	5,4	5,4
Απόφοιτος δημοτικού	122	34,6	39,9
Απόφοιτος γυμνασίου	82	23,2	63,2
Απόφοιτος Λυκείου	75	21,2	84,4
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	22	6,2	90,7
Απόφοιτος ΤΕΙ	8	2,3	92,9
Απόφοιτος ΑΕΙ	21	5,9	98,9
Μεταπτυχιακά	2	0,6	99,4
Δεν απαντώ	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



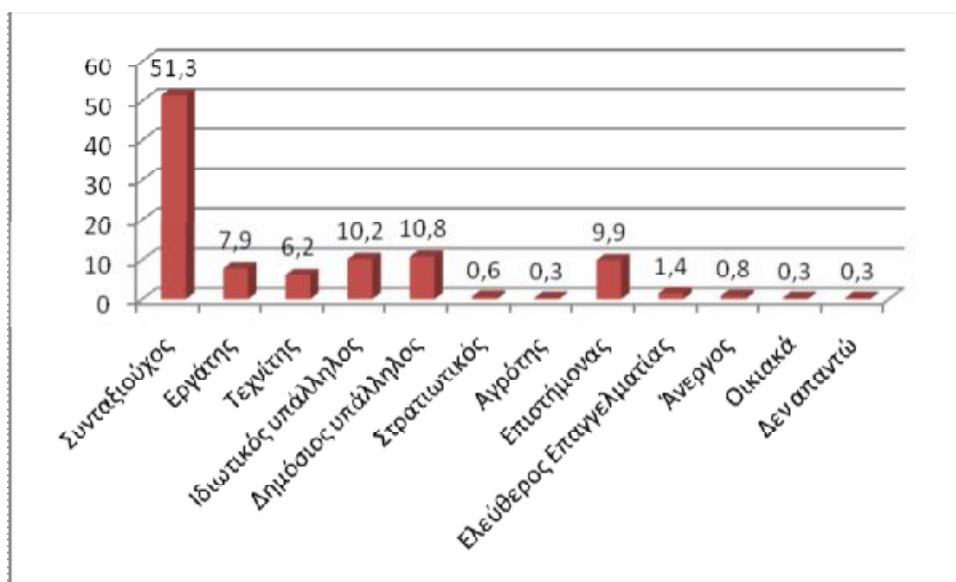
Σχ. 5

Στον πιν. 5 και σχ. 5 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 34,6% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 23,2% έχει τελειώσει το γυμνάσιο, ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου που συγκεντρώνουν ποσοστό 21,2%. Τεχνική σχολή έχει τελειώσει το 6,2% των ερωτώμενων. Ενώ μόλις το 5,9% και 2,3% του δείγματος είναι απόφοιτοι ανώτατης (ΑΕΙ) και ανώτερης (ΤΕΙ) εκπαίδευσης αντίστοιχα. Το 5,4% έχει δηλώσει ότι δεν έχει καμία εκπαίδευση. Πολύ χαμηλό ποσοστό 0,6% καταλαμβάνουν οι έχοντες μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

## Ερώτηση 6. Επάγγελμα των ατόμων που συχνάζουν στα καφεενεία.

Πίνακας 6.

Επάγγελμα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Συνταξιούχος	181	51,3	51,4
Εργάτης	28	7,9	59,4
Τεχνίτης	22	6,2	65,6
Ιδιωτικός υπάλληλος	36	10,2	75,9
Δημόσιος υπάλληλος	38	10,8	86,6
Στρατιωτικός	2	0,6	87,2
Αγρότης	1	0,3	87,5
Επιστήμονας	35	9,9	97,4
Ελεύθερος Επαγγελματίας	5	1,4	98,9
Άνεργος	3	0,8	99,7
Οικιακά	1	0,3	100,0
Δεν απαντώ	1	0,3	
	353	100,0	



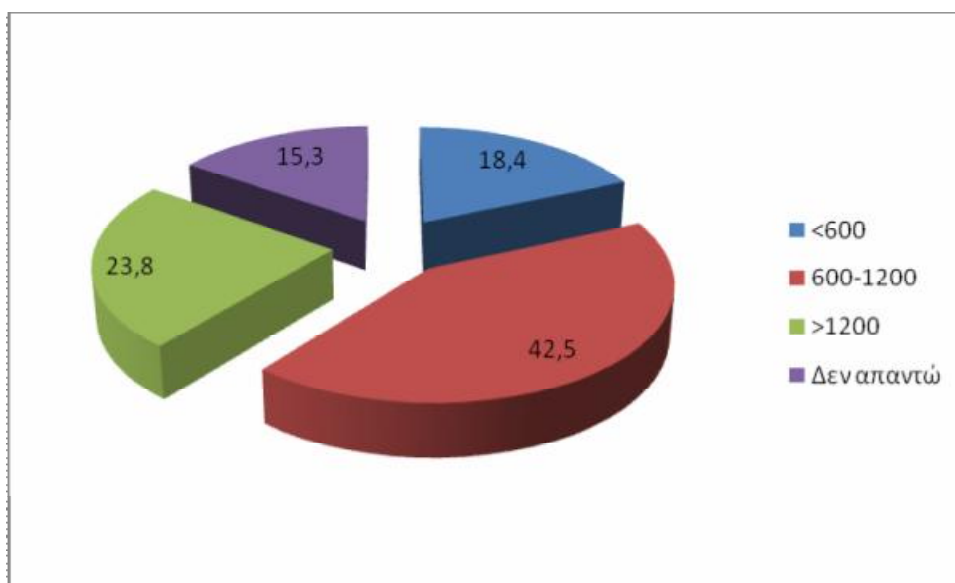
Σχ.6

Στον πιν.6 και σχ. 6 διαπιστώνεται ότι το 51,3% που ερωτήθηκαν είναι συνταξιούχοι. Ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό 10,8% και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 10,2%. Το 9,9% των ερωτηθέντων είναι επιστήμονες ενώ το 7,9% του δείγματος δήλωσαν εργάτες και το 6,2% τεχνίτες. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες συγκεντρώνουν μόλις το 1,4% του δείγματος. Άνεργοι δήλωσαν μόνο 3 που αντιστοιχούν στο 0,8% των ερωτηθέντων. Τέλος το 0,3% δήλωσε οικιακά.

## Ερώτηση 7. Μηνιαίο εισόδημα των ατόμων που συχνάζουν στα καφεενεία.

Πίνακας 7.

Μηνιαίο εισόδημα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
<600	65	18,4	18,5
600-1200	150	42,5	61,3
>1200	84	23,8	85,2
Δεν απαντώ	54	15,3	100,0
Σύνολο	353	100,0	



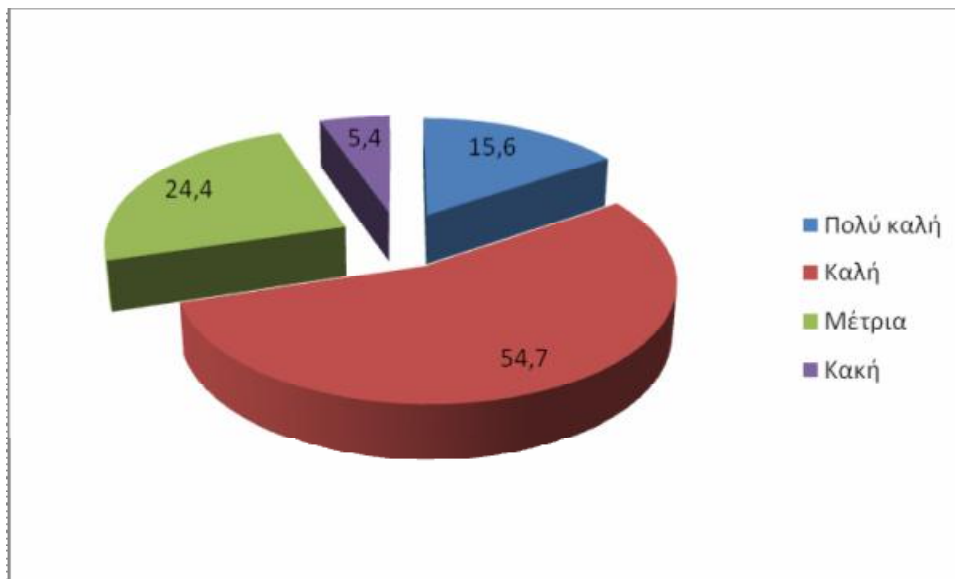
Σχ. 7

Από τον πιν. 7 και σχ. 7 προκύπτει ότι οι περισσότεροι (42,5%) από τους ερωτώμενους έχουν μέτριο εισόδημα, αμέσως μετά ακολουθούν οι ερωτηθέντες (23,8%) που δήλωσαν ότι το εισόδημά τους είναι υψηλό και ένα καθόλου ασήμαντο ποσοστό 18,4% που έχει χαμηλό εισόδημα. Το 15,3% του δείγματος δεν απάντησε.

## Ερώτηση 8. Εκτίμηση για το επίπεδο υγείας.

Πίνακας 8.

Η υγεία σας είναι:	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Πολύ καλή	55	15,6	15,6
Καλή	193	54,7	70,3
Μέτρια	86	24,4	94,6
Κακή	19	5,4	100,0
Σύνολο	353	100,0	



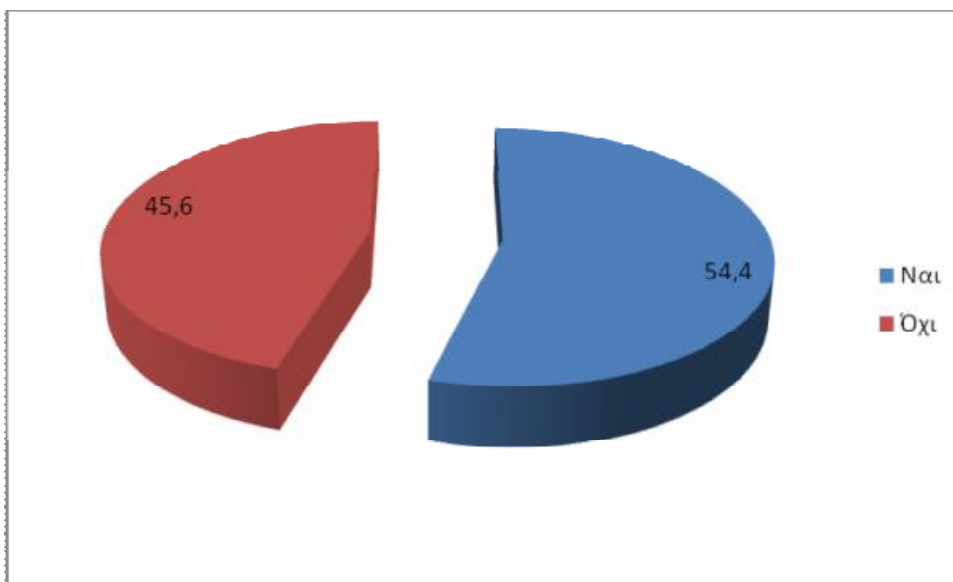
Σχ. 8

Στον πιν. 8 και το σχήμα 8 γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι που ερωτήθηκαν 54,7% εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι καλή. Εκτίμηση για μέτρια υγεία είχε το 24,4% του δείγματος, πολύ καλή υγεία δήλωσαν ότι έχουν τα άτομα που συγκεντρώνουν ποσοστό 15,6%. Τέλος κακή υγεία εκτιμάται από το 5,4% των ερωτηθέντων.

## Ερώτηση 9. Καπνίζετε;

Πίνακας 9.

Καπνίζετε;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	192	54,4	54,4
Όχι	161	45,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



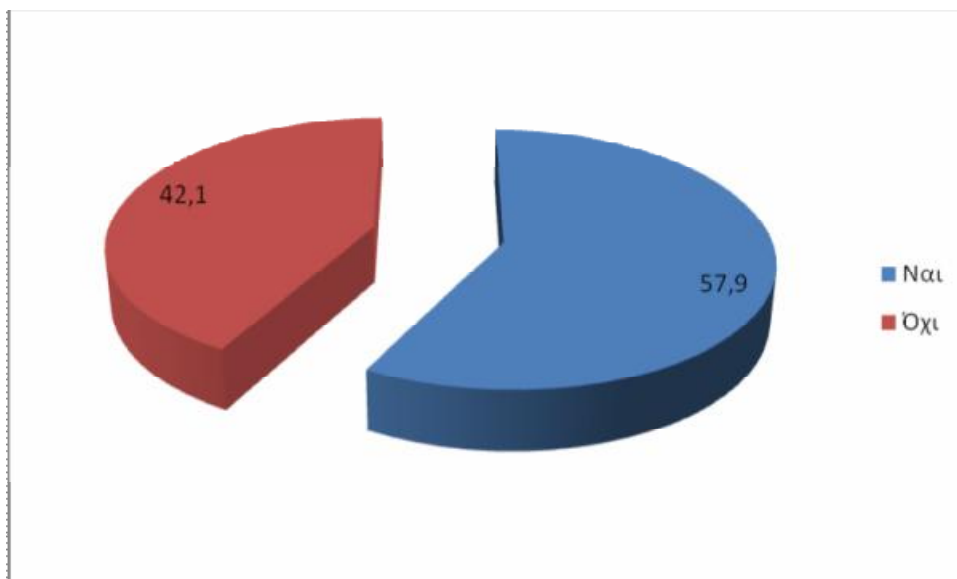
σχ. 9

Από τον πιν. 9 και το σχ. 9 προκύπτει ότι το 54,4% του δείγματος καπνίζει ενώ το 45,6% δεν καπνίζει.

## Ερώτηση 9.1 Υπήρξατε καπνιστής.

Πίνακας 9.1

Υπήρξατε καπνιστής;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	113	57,9	64,2
Όχι	62	42,1	99,4
Σύνολο	195	100,0	



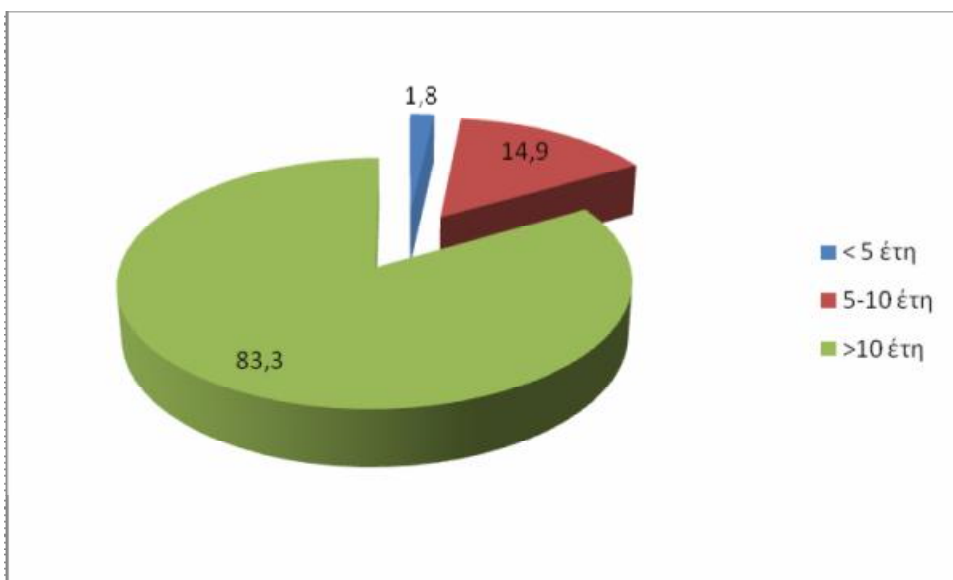
σχ. 9.1

Στον πιν. 9.1 και στο σχ. 9.1 φαίνεται ότι το 57,9% των ατόμων που δεν καπνίζουν δήλωσαν ότι παλαιότερα υπήρξαν καπνιστές ενώ το 42,1% δεν έχει καπνίσει ποτέ.

### Ερώτηση 10. Πόσα χρόνια καπνίζετε/ καπνίζατε;

Πίνακας 10.

Έτη καπνίσματος	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
< 5 έτη	5	1,8	1,7
5-10 έτη	43	14,9	16,7
>10 έτη	239	83,3	100,0
Σύνολο	287	100,0	



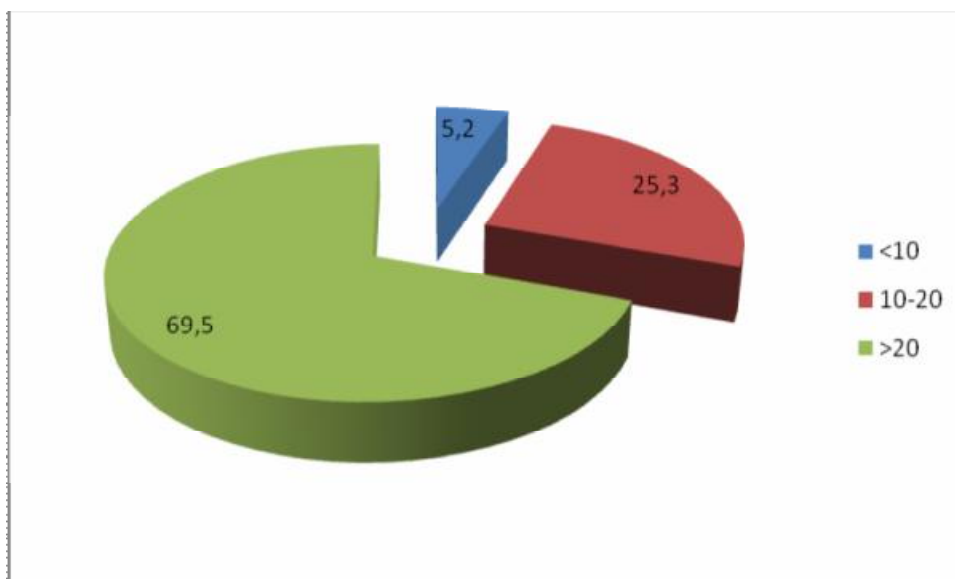
Σχ. 10

Στον πιν. 10 και στο σχ. 10 παρατηρείται ότι το 83,3% των ερωτώμενων καπνίζει ή έχει καπνίσει πάνω από δέκα έτη, το 14,9% καπνίζει ή έχει καπνίσει από 5 μέχρι 10 έτη και το 1,8% καπνίζει ή έχει καπνίσει λιγότερα από 5 χρόνια.

## Ερώτηση 11. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε/ καπνίζατε την ημέρα;

Πίνακας 11.

Ποσότητα τσιγάρων/ ημέρα;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
<10	15	5,2	5,2
10-20	72	25,3	30,4
>20	199	69,5	100,0
Σύνολο	286	100,0	
Σύνολο			



Σχ. 11

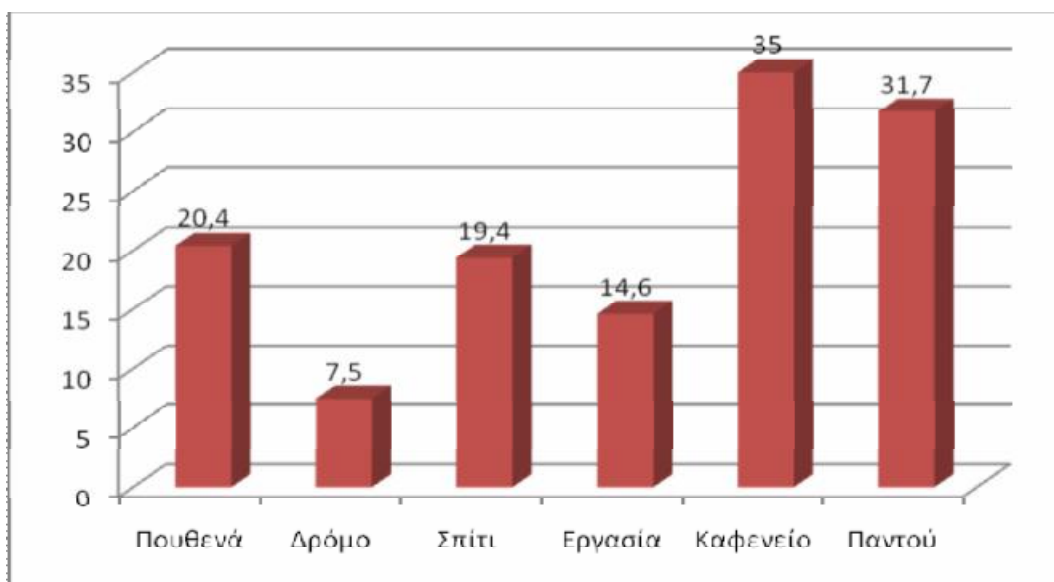
Σύμφωνα με τον πιν. 11 και το σχ. 11 το 69,5% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε παλαιότερα πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Στο 25,3% κατατάσσονται τα άτομα που καπνίζουν ή κάπνιζαν 10 με 20 τσιγάρα την ημέρα και το 5,2% δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα.



## Ερώτηση 12. Που συνήθως καπνίζετε ή καπνίζατε;

**Πίνακας 12.**

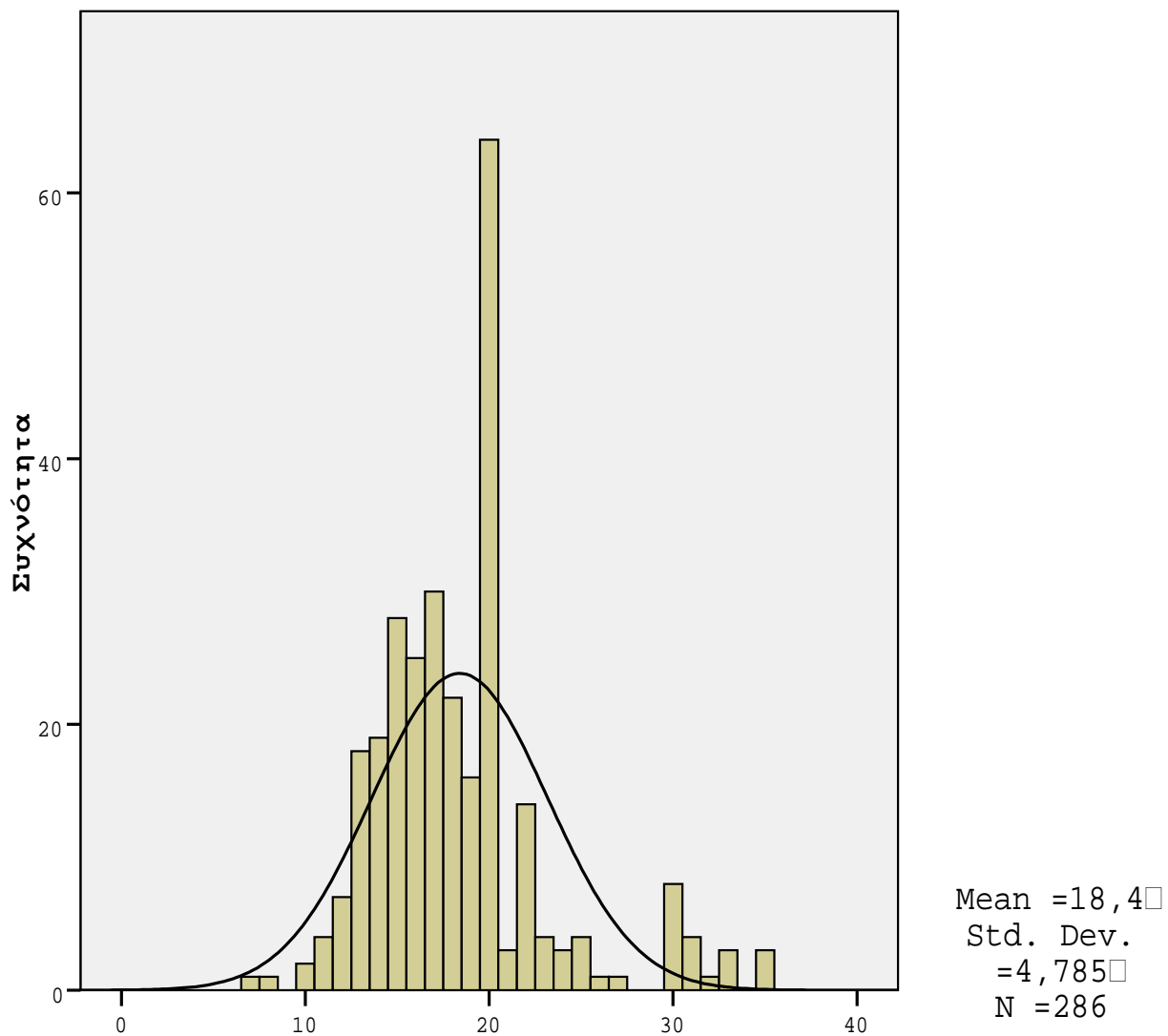
Που συνήθως καπνίζετε/καπνίζατε;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Πουθενά	72	20,4	20,4
Δρόμο	2	0,6	21,0
Δρόμο, Σπίτι, Καφενείο	10	2,8	23,8
Δρόμο, Σπίτι, Εργασία	3	0,8	24,6
Δρόμο, Καφενείο	3	0,8	25,5
Δρόμο, Καφενείο, Εργασία	9	2,5	28,0
Σπίτι	9	2,5	30,6
Σπίτι, Καφενείο	31	8,8	39,4
Σπίτι, Καφενείο, Εργασία	11	3,1	42,5
Σπίτι, Εργασία	5	1,4	43,9
Καφενείο	47	13,3	57,2
Καφενείο, Σπίτι	13	3,7	60,9
Εργασία	24	6,8	67,7
Παντού	112	31,7	99,4
Δεν απαντώ	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



**Σχ. 12**

Ο πίν. 12 και το σχ. 12 δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 35% συνηθίζει ή συνηθίζει να καπνίζει στο καφενείο. Το 31,7% συνηθίζει ή συνηθίζει να καπνίζει παντού. Το 19,4% καπνίζει ή κάπνιζε συνήθως στο σπίτι, το 14,6% στην εργασία και το 7,5% στο δρόμο. Το υπόλοιπο 20,4% δήλωσε ότι δεν καπνίζει πουθενά.

### Ερώτηση 13. Ηλικία που αρχίσατε το κάπνισμα.



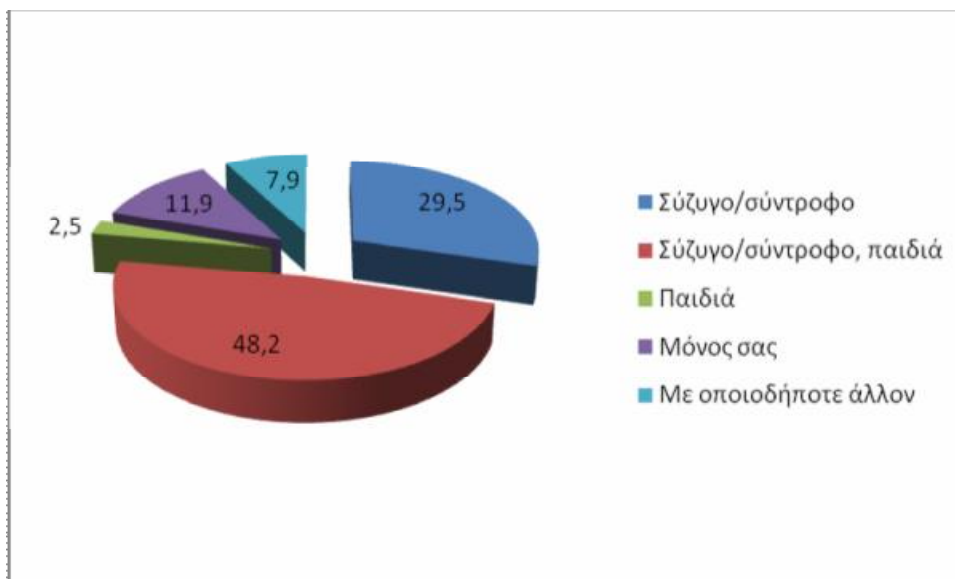
**Σχ.13**

Το σχήμα 13 δείχνει ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος των ερωτηθέντων είναι 18,4 έτη.

#### Ερώτηση 14. Με ποιο άτομο διαμένετε μαζί;

Πίνακας 14.

Με πιο άτομο διαμένετε μαζί;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Σύζυγο/σύντροφο	104	29,5	29,5
Σύζυγο/σύντροφο, παιδιά	170	48,2	77,3
Παιδιά	9	2,5	80,2
Μόνος σας	42	11,9	92,1
Με οποιοδήποτε άλλον	28	7,9	99,7
Σύνολο	353	100,0	



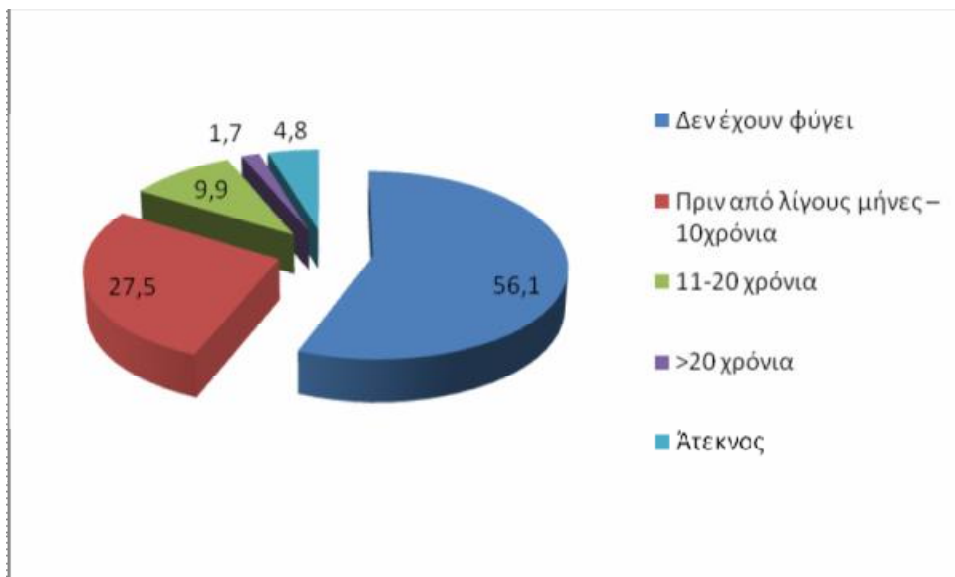
Σχ. 14

Από τον πιν. 14 και το σχ. 14 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 48,2% διαμένει μαζί με τον/την σύζυγο/σύντροφο και τα παιδιά. Στο 29,5% αντιστοιχούν τα άτομα που διαβιούν με τον/την σύζυγο/σύντροφο, στο 11,9% τα άτομα που μένουν μόνα τους, στο 7,9% τα άτομα που μένουν με κάποιο άλλο πρόσωπο. Το 2,5% του δείγματος δήλωσε ότι διαμένει με τα παιδιά.

**Ερώτηση 15. Αν τα παιδιά σας δεν διαμένουν μαζί σας, πότε έφυγαν τα παιδιά από το σπίτι;**

**Πίνακας 15.**

Πότε έφυγαν από το σπίτι;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν έχουν φύγει	198	56,1	56,1
Πριν από λίγους μήνες – 10χρόνια	97	27,5	83,6
11-20 χρόνια	35	9,9	93,5
>20 χρόνια	6	1,7	95,2
Άτεκνος	17	4,8	100,0
Σύνολο	353	100,0	



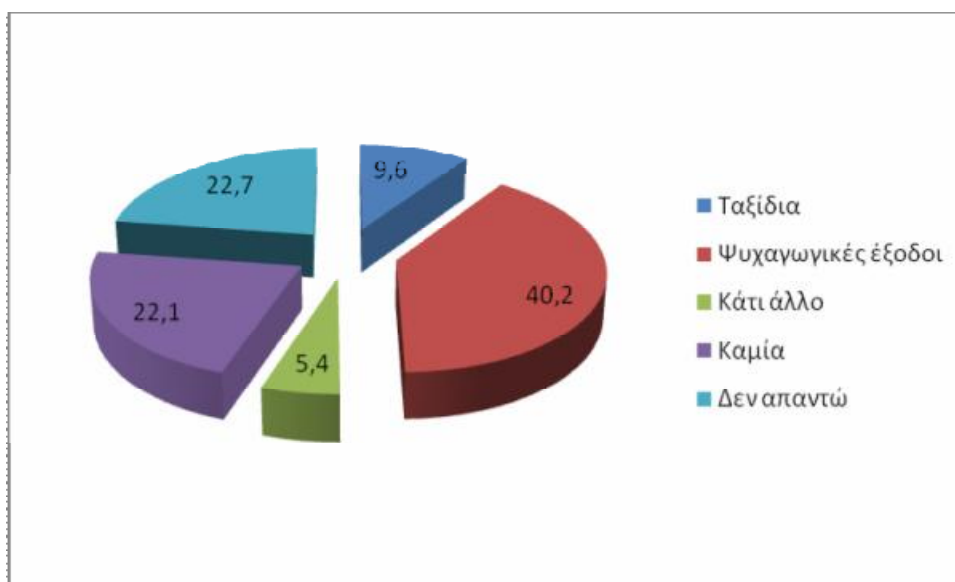
**Σχ. 15**

Από τα στοιχεία του πιν. 15 και του σχ.15 προκύπτει ότι τα παιδιά των περισσότερων ερωτώμενων 56,1% δεν έχουν φύγει από το σπίτι. Το 27,5% του δείγματος δήλωσε ότι τα παιδιά τους έχουν φύγει πριν λίγους μήνες έως 10 χρόνια. Το 9,9% των ερωτώμενων απάντησε ότι τα παιδιά έχουν φύγει πριν από 11 με 20 χρόνια από το σπίτι ενώ πάνω από 20 χρόνια δήλωσε το 1,7% του δείγματος. Το υπόλοιπο 4,8% δήλωσε ότι δεν έχει παιδιά.

**Ερώτηση 16. Ποιες από τις παρακάτω κοινωνικές δραστηριότητες πραγματοποιείτε;**

**Πίνακας 16.**

Κοινωνικές δραστηριότητες.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ταξίδια	34	9,6	9,6
Ψυχαγωγικές εξόδοι	142	40,2	49,8
Κάτι άλλο	19	5,4	55,2
Καμία	78	22,1	77,3
Δεν απαντώ	80	22,7	100,0
Σύνολο	353	100,0	



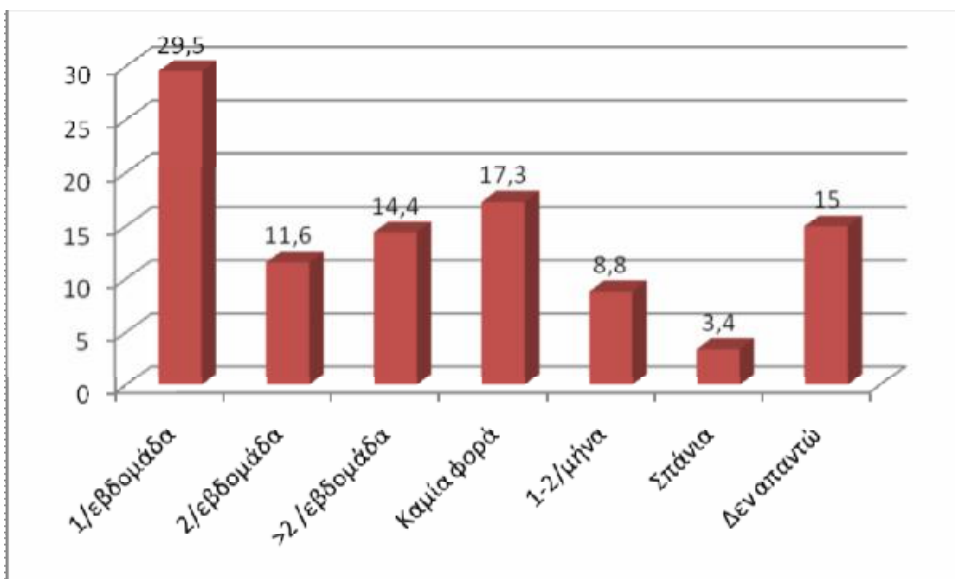
**Σχ. 16**

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία πιν. 16 και σχ. 16 παρατηρείται ότι το 40,2% του δείγματος πραγματοποιεί κοινές ψυχαγωγικές εξόδους (καφέ, φαγητό, θέατρο, κινηματογράφο), σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν πραγματοποιεί καμία από τις παραπάνω κοινωνικές δραστηριότητες (ταξίδια, ψυχαγωγικές εξόδους), το 9,6% δήλωσε ότι ταξιδεύει και το υπόλοιπο 22,7% του δείγματος δεν απάντησε.

## Ερώτηση 17. Πόσο συχνά κάνετε ψυχαγωγικές εξόδους;

Πίνακας 17.

Ψυχαγωγικές εξόδους;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
1/εβδομάδα	104	29,5	34,7
2/εβδομάδα	41	11,6	48,3
>2 /εβδομάδα	51	14,4	65,3
Καμία φορά	61	17,3	85,7
1-2/μήνα	31	8,8	96,0
Σπάνια	12	3,4	100,0
Δεν απαντώ	53	15,0	
Σύνολο	353	100,0	



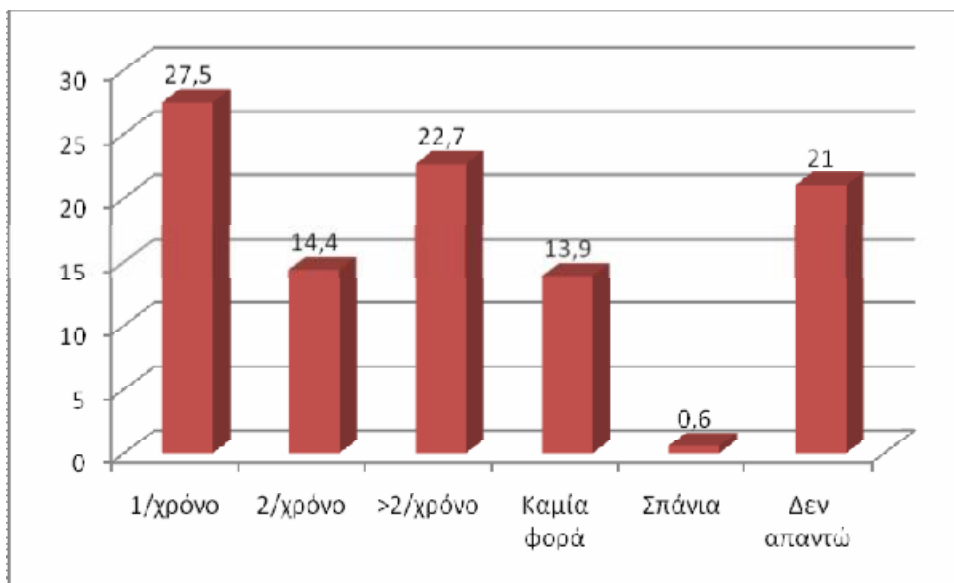
Σχ. 17

Ο πιν. 17 και το σχ. 17 δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 29,5% δήλωσε ότι μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιεί κοινές ψυχαγωγικές εξόδους. Ακολουθούν τα άτομα που απάντησαν ότι δεν κάνουν καμία φορά ψυχαγωγική έξοδο με ποσοστό 17,3%. Πάνω από 2 φορές την εβδομάδα δήλωσε το 14,4% του δείγματος ενώ το 11,6% απάντησε ότι 2 φορές την εβδομάδα συνηθίζει να πραγματοποιεί κοινές ψυχαγωγικές εξόδους. Το 8,8% βγαίνει έξω 1-2 φορές το μήνα και ένα μικρό ποσοστό 3,4% βγαίνει σπάνια. Τέλος το 15% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν.

## Ερώτηση 18. Πόσο συχνά πηγαίνετε ταξίδια;

Πίνακας 18.

Πόσο συχνά πηγαίνετε ταξίδια;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
1/χρόνο	97	27,5	34,8
2/χρόνο	51	14,4	53,0
>2/χρόνο	80	22,7	81,7
Καμία φορά	49	13,9	99,3
Σπάνια	2	0,6	100,0
Δεν απαντώ	74	21,0	
Σύνολο	353	100,0	



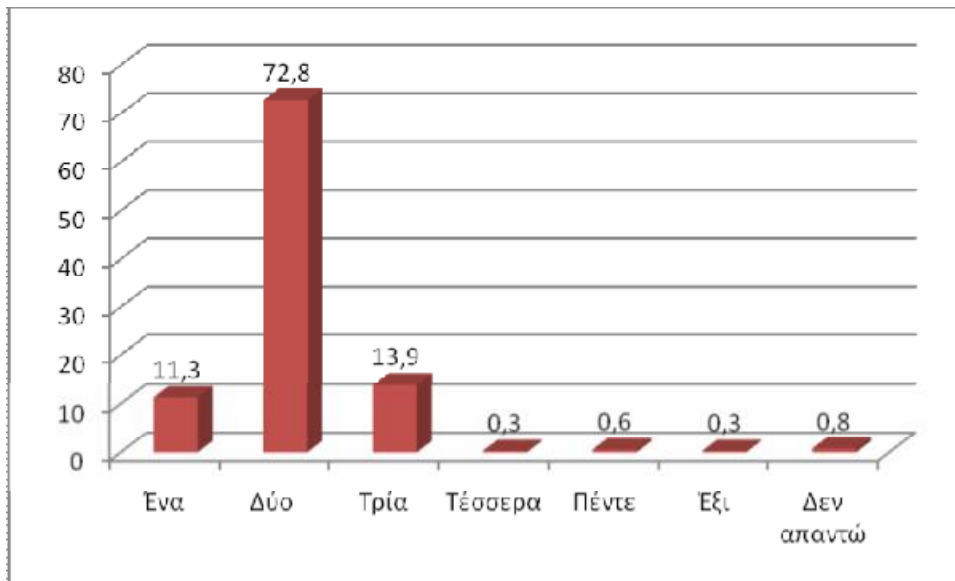
Σχ. 18

Από τον πιν. 18 και το σχ.18 προκύπτει ότι το 27,5% του δείγματος ταξιδεύει μία φορά το χρόνο, το 22,7% πραγματοποιεί ταξίδια πάνω από δύο φορές το χρόνο, δύο φορές το χρόνο δήλωσε ότι ταξιδεύει το 14,4% των ερωτώμενων. Δεν ταξιδεύει καμία φορά το 13,9% ενώ σπάνια δήλωσε το 0,6%. Το 21% του δείγματος δεν απάντησε.

## Ερώτηση 19. Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα;

Πίνακας 19.

Πόσα γεύματα/ ημέρα;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ένα	40	11,3	11,4
Δύο	257	72,8	84,9
Τρία	49	13,9	98,9
Τέσσερα	1	0,3	99,1
Πέντε	2	0,6	99,7
Έξι	1	0,3	100,0
Δεν απαντώ	3	0,8	
	353	100,0	



Σχ. 19

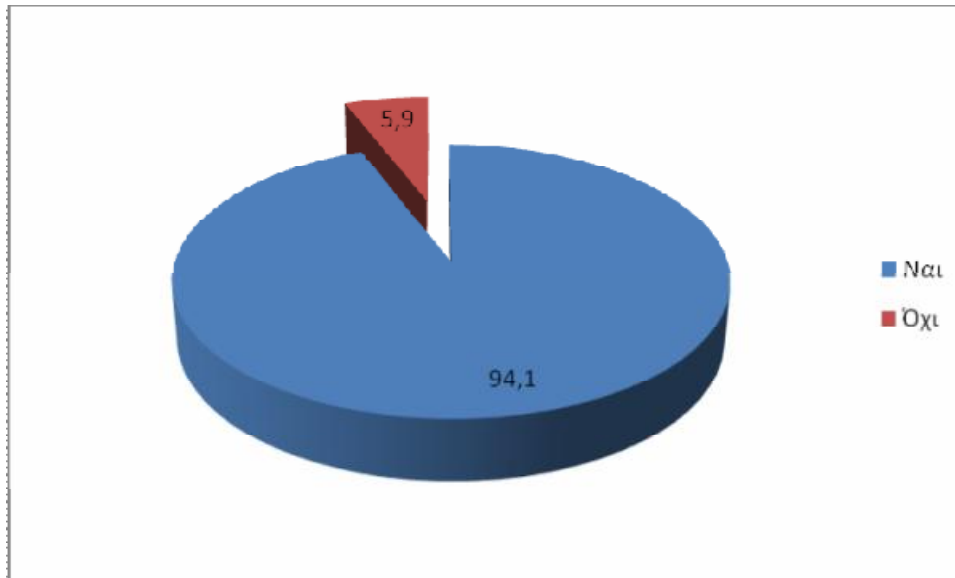
Από τα παραπάνω ευρήματα πιν. 19 και σχ. 19 προκύπτει ότι η πλειονότητα του δείγματος 72,8% λαμβάνει 2 γεύματα την ημέρα, τρία γευματα την ημέρα καταναλώνει το 13,9% των ερωτώμενων ενώ ένα γευμα καταναλώνει το 11,3% του δείγματος. Από 3 γευματα και πάνω την ημέρα καταναλώνει συνολικά το 1,2% του δείγματος. Το υπόλοιπο 0,8% δεν απάντησε.



## Ερώτηση 20. Παίρνετε πρωινό;

Πίνακας 20.

Παίρνετε πρωινό;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	332	94,1	94,1
Όχι	21	5,9	100,0
Σύνολο	353	100,0	



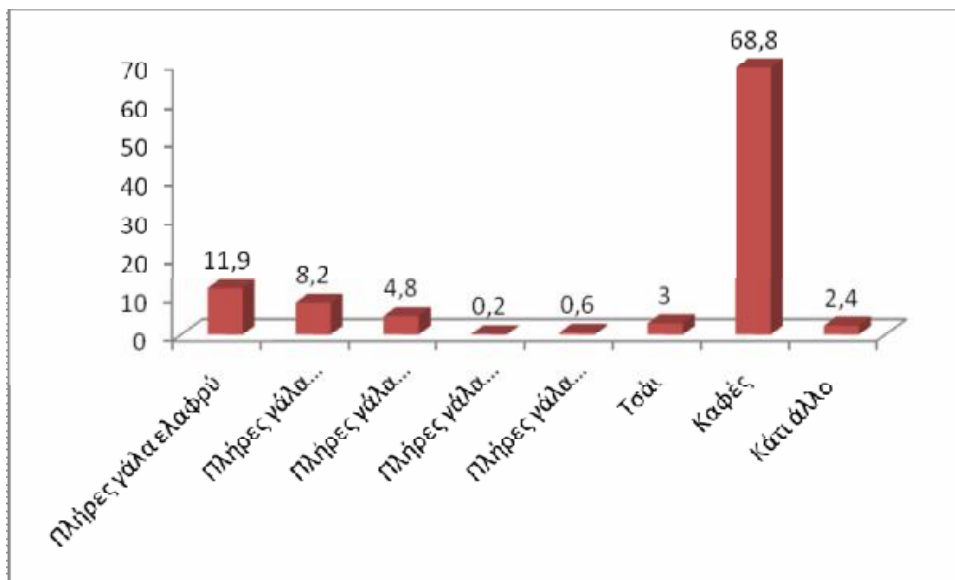
Σχ. 20

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία πιν. 20 και σχ. 20, το 94,1% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι παίρνουν πρωινό ενώ το 5,9% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει πρωινό.

## Ερώτηση 21. Τι παίρνετε για πρωινό;

Πίνακας 21

Τι παίρνετε για πρωινό;	Συχνότητα	Συχνότητα %
Πλήρες γάλα ελαφρύ	42	11,9
Πλήρες γάλα ελαφρύ+φρυγανιά	29	8,2
Πλήρες γάλα ελαφρύ+φρυγανιά+μέλι	17	4,8
Πλήρες γάλα ελαφρύ+φρυγανιά + Πορτοκαλάδα	1	0,2
Πλήρες γάλα ελαφρύ+φρυγανιά +πορτοκαλάδα+1φετα κέικ	3	0,6
Τσάι	15	3,0
Καφές	243	68,8
Κάτι άλλο	12	2,4
Σύνολο	353	100,0



Σχ. 21

Στον πιν. 21 και στο σχ.21 παρατηρείται ότι το 68,8% καταναλώνει για πρωινό καφέ, το 11,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι λαμβάνει για πρωινό πλήρες/ελαφρύ γάλα. Το 8,2% του δείγματος δήλωσε ότι το πρωί καταναλώνει πλήρες/ ελαφρύ γάλα με φρυγανιά ενώ 4,8% απάντησε ότι για πρωινό παίρνει πλήρες/ελαφρύ γάλα με φρυγανιά και μέλι. Το 0,2% των ερωτηθέντων στο πρωινό του διαιτολόγιο περιλαμβάνει πλήρες/ελαφρύ γάλα με φρυγανιά και πορτοκαλάδα ενώ το 0,6% περιλαμβάνει επίσης το ίδιο με το προηγούμενο προσθέτοντας και μια φέτα κεικ. Το 3% του δείγματος δήλωσε ότι το πρωί

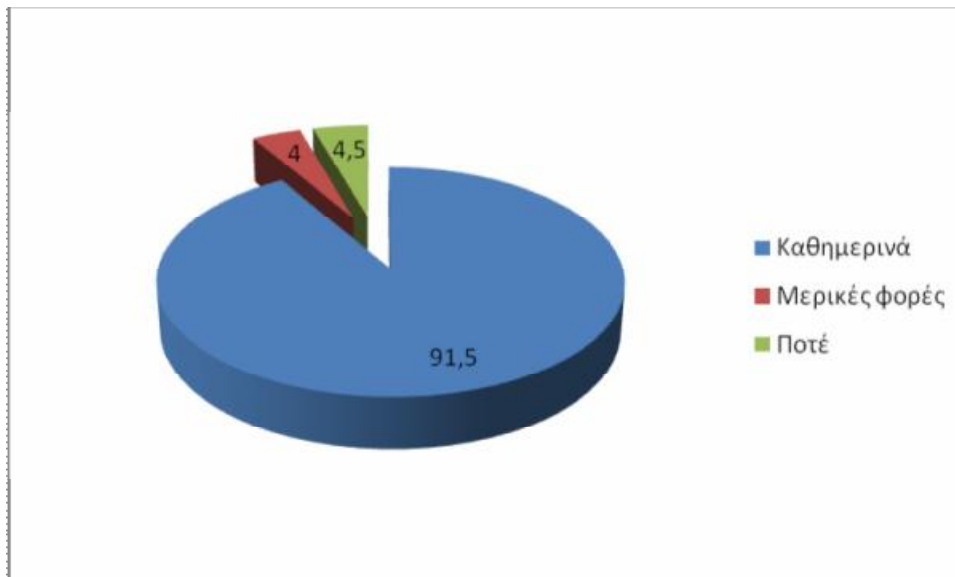
καταναλώνει τσάι και το υπόλοιπο 2,4% απάντησε ότι δεν καταναλώνει τίποτα από τα παραπάνω αλλά κάτι άλλο (π.χ το φαγητό της προηγούμενης μέρας.)

## Ερώτηση 22. Πόσο συχνά λαμβάνετε τα παρακάτω γεύματα;

### 22. α) Συχνότητα που λαμβάνετε πρωινό;

Πίνακας 22 α.

Πρωινό	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	323	91,5	91,5
Μερικές φορές	14	4,0	95,5
Ποτέ	16	4,5	100,0
Σύνολο	353	100,0	



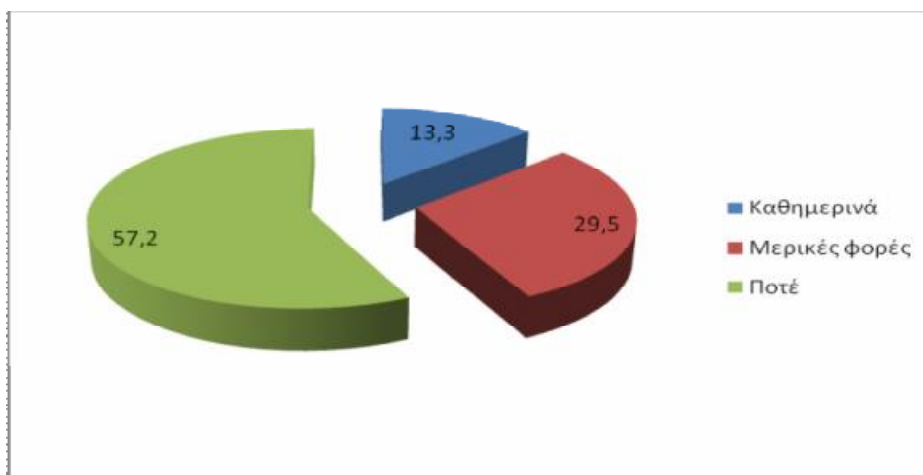
Σχ. 22α

Στον πίν. 22α και στο σχ. 22α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 91,5% λαμβάνει καθημερινά πρωινό γεύμα, το 4% παίρνει πρωινό γεύμα μερικές φορές ενώ το 4,5% δεν παίρνει πρωινό.

## 22. β) Συχνότητα που λαμβάνετε δεκατιανό;

Πίνακας 22 β.

Δεκατιανό	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	47	13,3	13,4
Μερικές φορές	104	29,5	42,9
Ποτέ	202	57,2	100,0
Σύνολο	353	100,0	



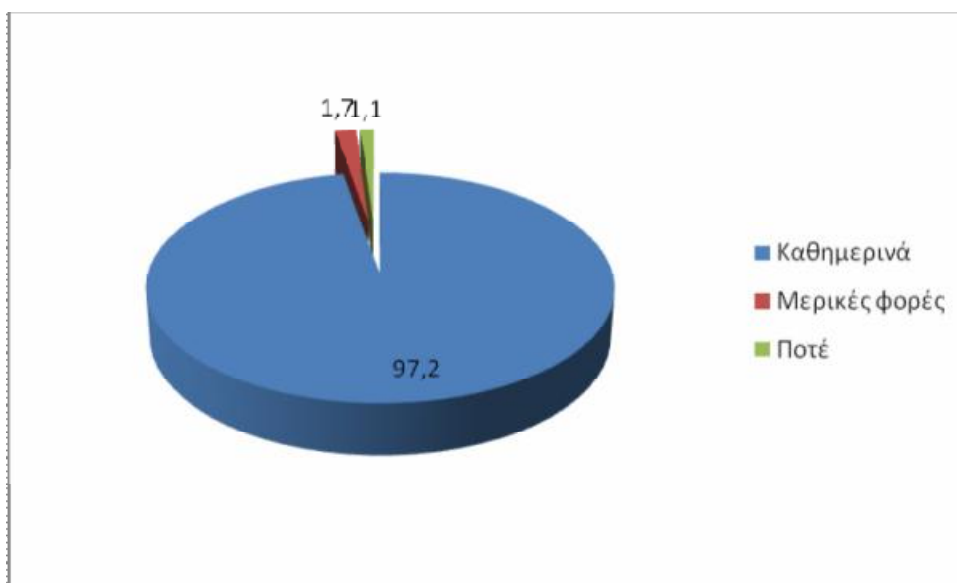
Σχ. 22β

Από τον πιν. 22β και σχ. 22β προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος 57,2% δεν παίρνει ποτέ δεκατιανό γεύμα ακολουθούν οι ερωτηθέντες που απάντησαν ότι μερικές φορές παίρνουν δεκατιανό γεύμα με ποσοστό 29,5% και καθημερινά καταναλώνει δεκατιανό το 13,3% του δείγματος.

## 22. γ) Πόσο συχνά λαμβάνετε μεσημεριανό;

Πίνακας 22 γ.

Μεσημεριανό;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	343	97,2	97,2
Μερικές φορές	6	1,7	98,9
Ποτέ	4	1,1	100,0
Σύνολο	353	100,0	



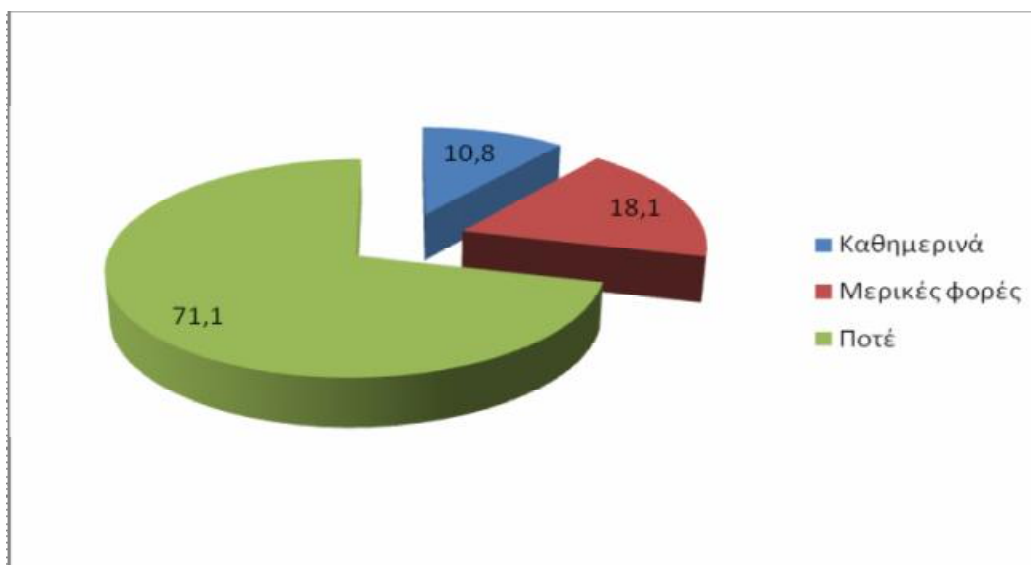
Σχ. 22γ

Στον πιν. 22γ και στο σχ 22γ φαίνεται ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού του δείγματος 97,2% λαμβάνει καθημερινά μεσημεριανό γεύμα. Το 1,7% δήλωσε ότι μερικές φορές παίρνει μεσημεριανό γεύμα ενώ το 1,1% των ερωτηθέντων δεν τρώει ποτέ το μεσημέρι.

## 22. δ) Πόσο συχνά λαμβάνετε απογευματινό;

Πίνακας 22 δ.

Απογευματινό.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	38	10,8	10,8
Μερικές φορές	64	18,1	28,9
Ποτέ	251	71,1	100,0
Σύνολοι	353	100,0	



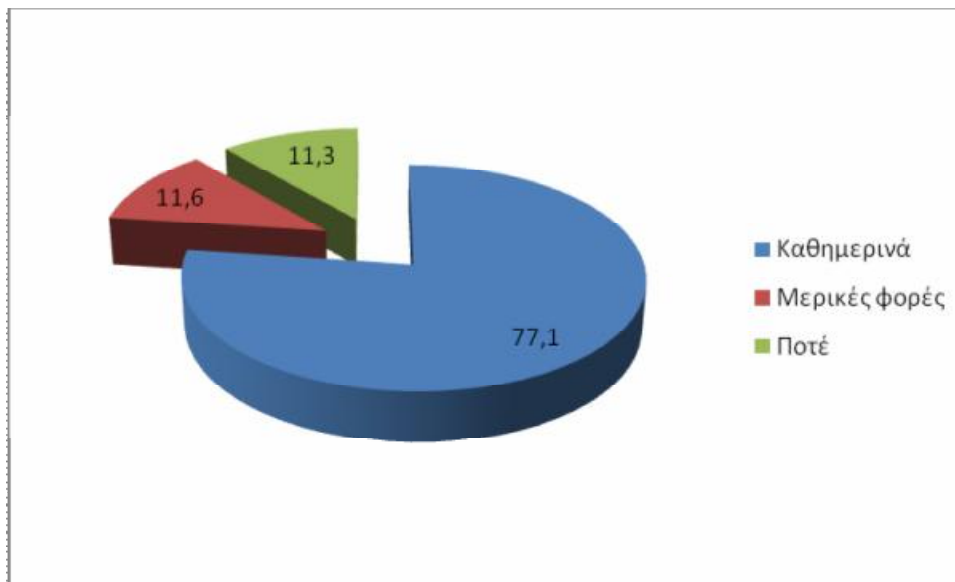
Σχ. 22δ

Ο πιν. 22δ και το σχ. 22δ δείχνει ότι στο δείγμα εκείνοι που δεν παίρνουν καθόλου απογευματινό γεύμα είναι 71,1%. Μερικές φορές δήλωσε ότι λαμβάνει απογευματινό γεύμα το 18,1% του δείγματος και τέλος 10,8% είναι εκείνοι που λαμβάνουν το απογευματινό γεύμα σε καθημερινή βάση.

## 22. ε) Πόσο συχνά λαμβάνετε βραδινό;

Πίνακας 22ε.

Βραδινό;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	272	77,1	77,1
Μερικές φορές	41	11,6	88,7
Ποτέ	40	11,3	100,0
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 22ε

Στον πιν. 22 ε παρατηρείται ότι το 77,1% παίρνει καθημερινά βραδινό γεύμα, το 11,6% του δείγματος δήλωσε ότι μερικές φορές λαμβάνει βραδινό και τέλος το 11,3% δεν τρώει ποτέ το βράδυ.

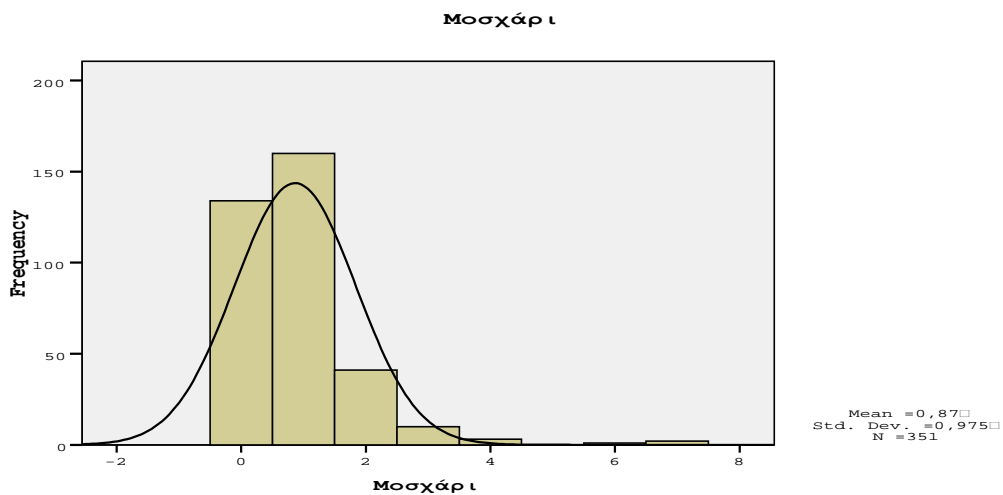
**Ερώτηση 23. Πόσο συχνά την εβδομάδα (0-7) τρώτε τα πιο κάτω τρόφιμα;**

**23. 1) Μοσχάρι**

**Πίνακας 23.1**

Μοσχάρι	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	134	38,0	38,2
1	160	45,3	83,8
2	41	11,6	95,4
3	10	2,8	98,3
4	3	0,8	99,1
6	1	0,3	99,4
7	2	0,6	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τον πίνακα 23.1 και το σχ. 23.1 φαίνεται ότι το 45,3% του δείγματος καταναλώνει μοσχάρι 1 φορά την εβδομάδα. Το 11,6% καταναλώνει 2 φορές την εβδομάδα, ενώ 3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 2,8% των ερωτηθέντων. Το 0,8% λαμβάνει μοσχάρι 4 φορές την εβδομάδα, το 0,3% 6 φορές και καθημερινά τρώει μοσχάρι το 0,6% του δείγματος. Τέλος το 38% του πληθυσμού του δείγματος δεν τρώει καθόλου μοσχάρι.



**σχ. 23.1**

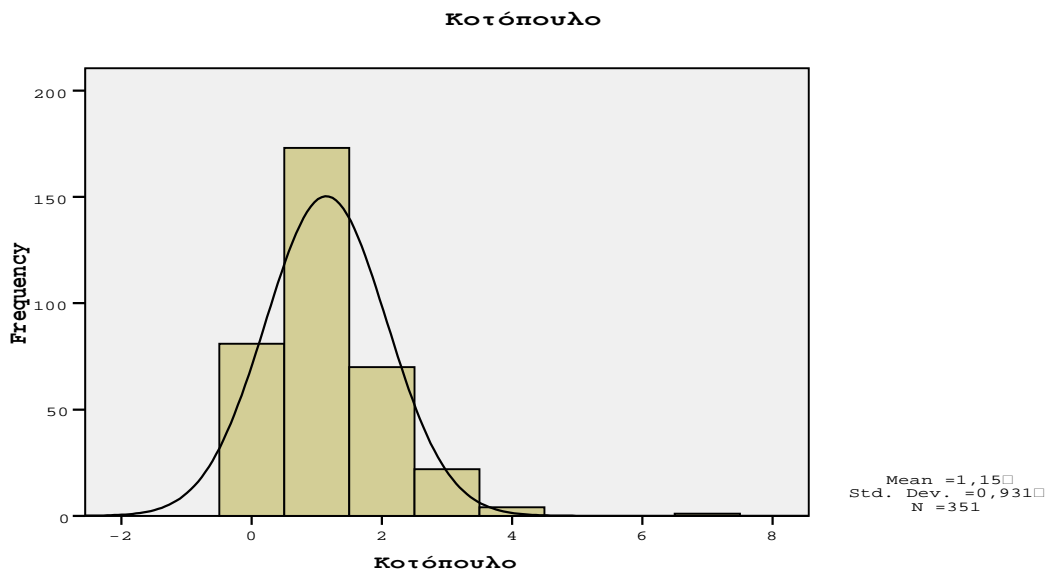


## 23. 2) Κοτόπουλο

Πίνακας 23.2

Κοτόπουλο	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	81	22,9	23,1
1	173	49,0	72,4
2	70	19,8	92,3
3	22	6,2	98,6
4	4	1,1	99,7
7	1	0,3	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τα παραπάνω στοιχεία (πιν. 23.2 και σχ. 23.2) προκύπτει ότι το 49% του δείγματος καταναλώνει κοτόπουλο 1 φορά την εβδομάδα, το 19,8% 2 φορές την εβδομάδα, το 6,2% 3 φορές, το 1,1% 4 φορές ενώ το 0,3% τρώει καθημερινά κοτόπουλο. Τέλος το 22,9% δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα.



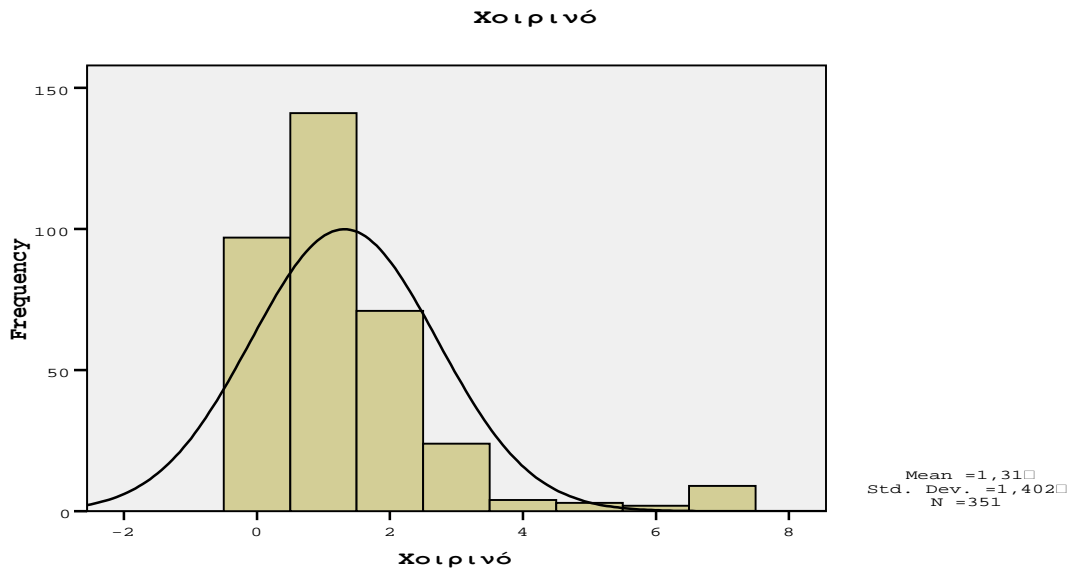
Σχ. 23.2

### 24.3) Χοιρινό

Πίνακας 24. 3

Χοιρινό	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	97	27,5	27,6
1	141	39,9	67,8
2	71	20,1	88,0
3	24	6,8	94,9
4	4	1,1	96,0
5	3	0,8	96,9
6	2	0,6	97,4
7	9	2,5	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Ο πιν. 23.3 και το σχ. 23.3 δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 39,9% των ερωτηθέντων τρώει μία φορά την εβδομάδα χοιρινό, ακολουθούν τα άτομα που τρώνε 2 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 20,1%. Τρεις φορές την εβδομάδα καταναλώνει χοιρινό κρέας το 6,8% του δείγματος, το 1,1% τέσσερις φορές, το 0,8% έξι φορές και το 2,5% επτά φορές την εβδομάδα. Το 27,5% δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα χοιρινό.



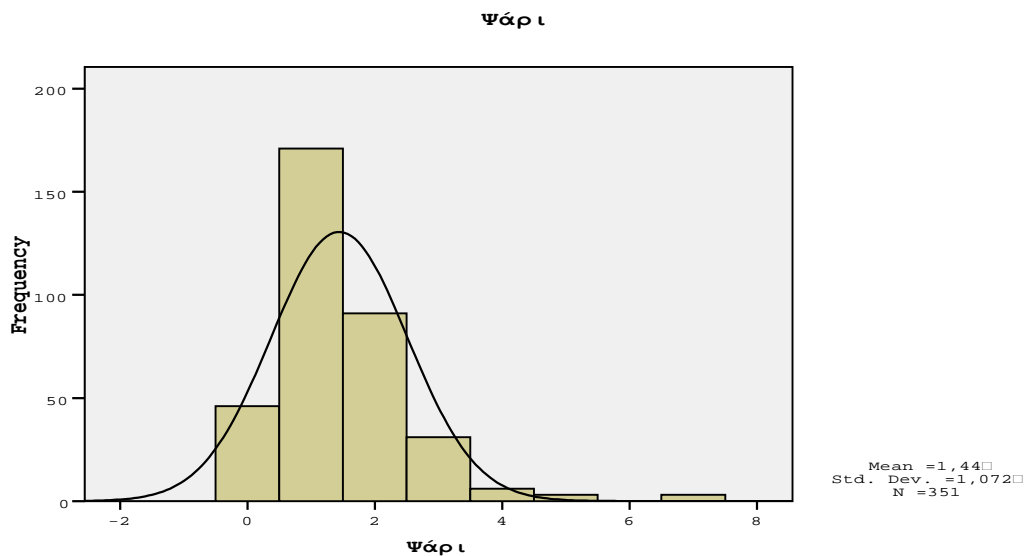
Σχ. 23.3

## 23. 4) Ψάρι

Πίνακας 23.4

Ψάρι	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	46	13,0	13,1
1	171	48,4	61,8
2	91	25,8	87,7
3	31	8,8	96,6
4	6	1,7	98,3
5	3	0,8	99,1
7	3	0,8	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τα στοιχεία του πιν. 23.4 και σχ.23.4 προκύπτει ότι το 48,4% των ερωτώμενων τρώνε μία φορά την εβδομάδα ψάρι, το 25,8% καταναλώνει δύο φορές, το 8,8% τρεις φορές και το 1,7% τέσσερις φορές. Πέντε φορές καταναλώνει το 0,8% ενώ επτά φορές την εβδομάδα ψάρι τρώει πάλι άλλο ένα 0,8% του δείγματος. Το υπόλοιπο 13% δεν τρώει καθόλου ψάρι.



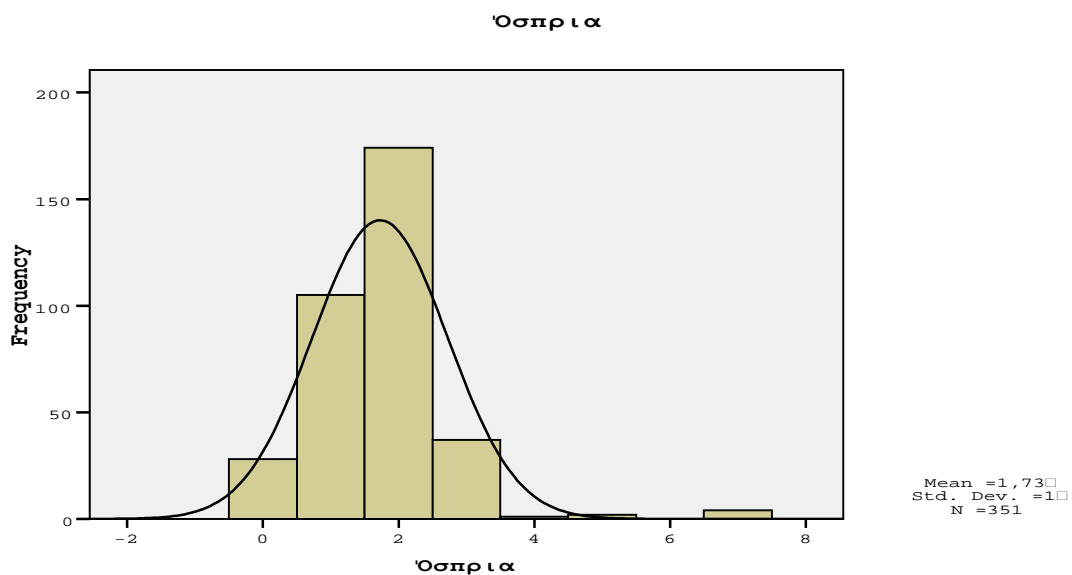
σχ. 23.4

## 23. 5) Όσπρια

Πίνακας 23. 5

Όσπρια	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	28	7,9	8,0
1	105	29,7	37,9
2	174	49,3	87,5
3	37	10,5	98,0
4	1	0,3	98,3
5	2	0,6	98,9
7	4	1,1	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Στον πιν. 23. 5 και στο σχ.23. 5 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 49,6% καταναλώνει 2 φορές την εβδομάδα όσπρια ενώ το 29,7% καταναλώνει μία φορά την εβδομάδα. Τρεις φορές την εβδομάδα τρώει όσπρια τουλάχιστον το 10,5% των ερωτώμενων. Το 1,1% καταναλώνει καθημερινά ενώ το 0,3% και το 0,6% του δείγματος καταναλώνει όσπρια τέσσερις και πέντε φορές αντίστοιχα. Τέλος το 7,9% των ερωτώμενων δεν τα τρώει καθόλου.



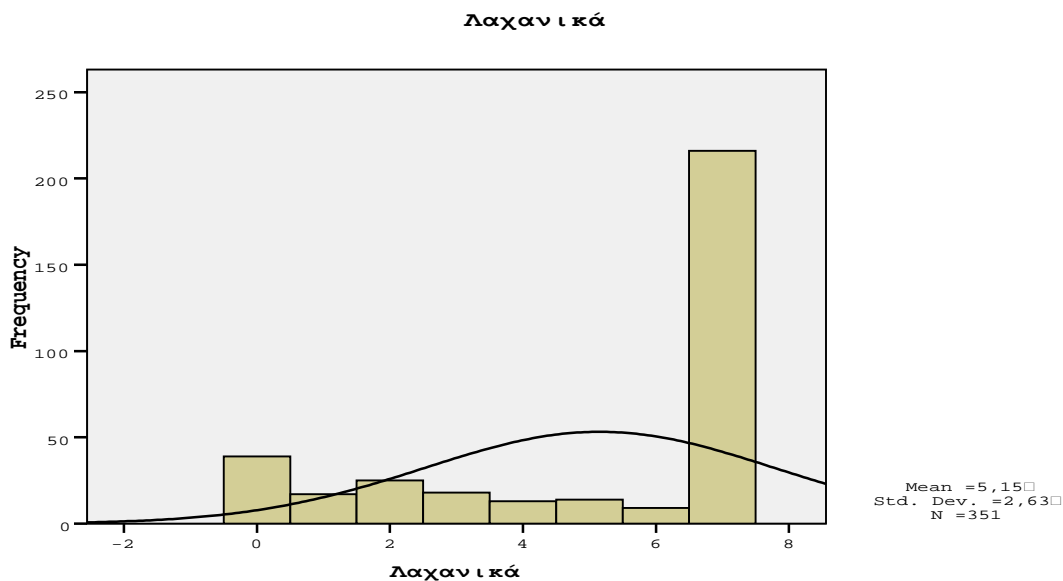
Σχ. 23. 5

## 23. 6) Λαχανικά

Πίνακας 23. 6

Λαχανικά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	39	11,0	11,1
1	17	4,8	16,0
2	25	7,1	23,1
3	18	5,1	28,2
4	13	3,7	31,9
5	14	4,0	35,9
6	9	2,5	38,5
7	216	61,2	100,0
Total	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Στον πίνακα 23.6 και στο σχ. 23. 6 φαίνεται ότι το 61,2% περιλαμβάνει καθημερινά στο διαιτολόγιό του λαχανικά ακολουθούν με ποσοστό 11% τα άτομα που δεν τρώνε καμία φορά την εβδομάδα. Το 7,1% των ερωτώμενων καταναλώνει 2 φορές την εβδομάδα λαχανικά, το 5,1% 3 φορές, το 4,8% μία φορά, το 4% πέντε φορές, το 3,7% τέσσερις φορές, και τέλος το 2,5% 6 φορές.



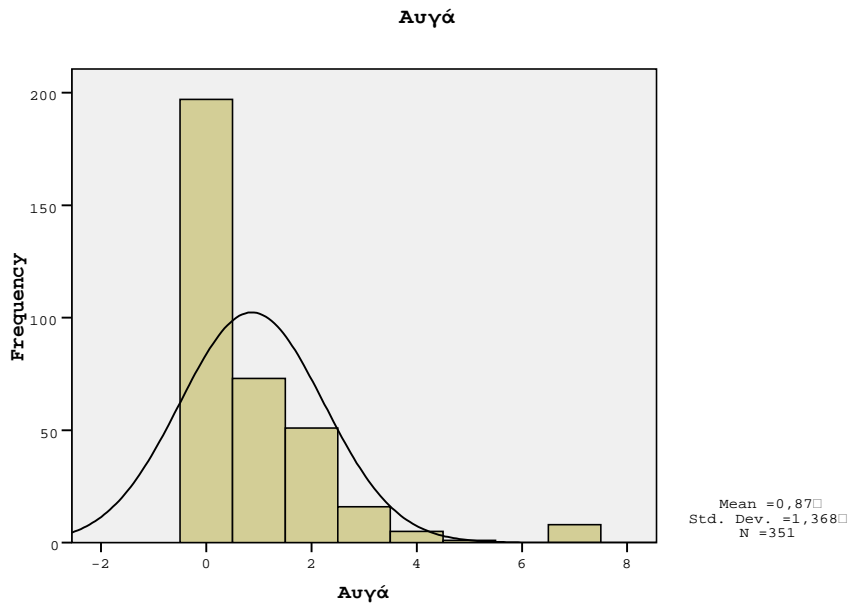
Σχ. 23.6

## 24. 7) Αυγά

Πίνακας 23. 7

Αυγά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	197	55,8	56,1
1	73	20,7	76,9
2	51	14,4	91,5
3	16	4,5	96,0
4	5	1,4	97,4
5	1	0,3	97,7
7	8	2,3	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τα παραπάνω στοιχεία (πιν. 23. 7 και σχ. 23. 7) προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό 55,8% δεν καταναλώνει καμία φορά την εβδομάδα αυγά. Το 20,7% τρώει μία φορά την εβδομάδα, το 14,4% δύο φορές, το 4,5% τρεις φορές, το 1,4% τέσσερις φορές, το 0,3% πέντε φορές. Το υπόλοιπο 2,3% του δείγματος τρώει καθημερινά αυγά.



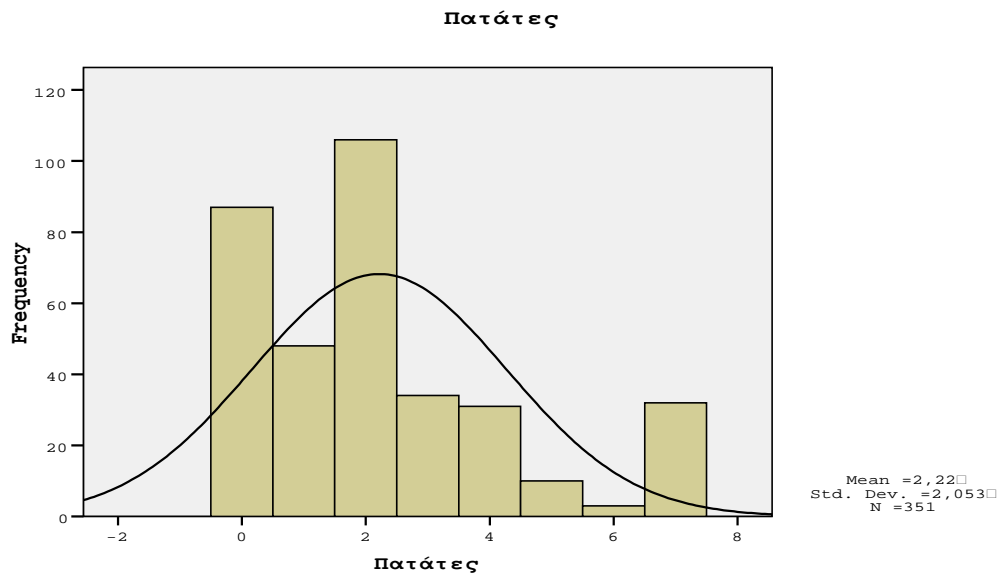
Σχ. 23. 7

## 23.8) Πατάτες

Πίνακας 23. 8

Πατάτες	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
0	87	24,6	24,8
1	48	13,6	38,5
2	106	30,0	68,7
3	34	9,6	78,3
4	31	8,8	87,2
5	10	2,8	90,0
6	3	0,8	90,9
7	32	9,1	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Στον πίν. 23. 8 και στο σχ. 23. 8 διαπιστώνεται ότι το 30% του δείγματος καταναλώνει 2 φορές την εβδομάδα πατάτες, το 13,6% μόλις μία φορά την εβδομάδα. Το 9,6% των ερωτηθέντων τρεις φορές, ενώ το 9,1% τρώει καθημερινά πατάτες. Τέσσερις φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 8,8%, πέντε φορές το 2,8% και 6 φορές το 0,8%. Το υπόλοιπο 24,6% του δείγματος δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα πατάτες.



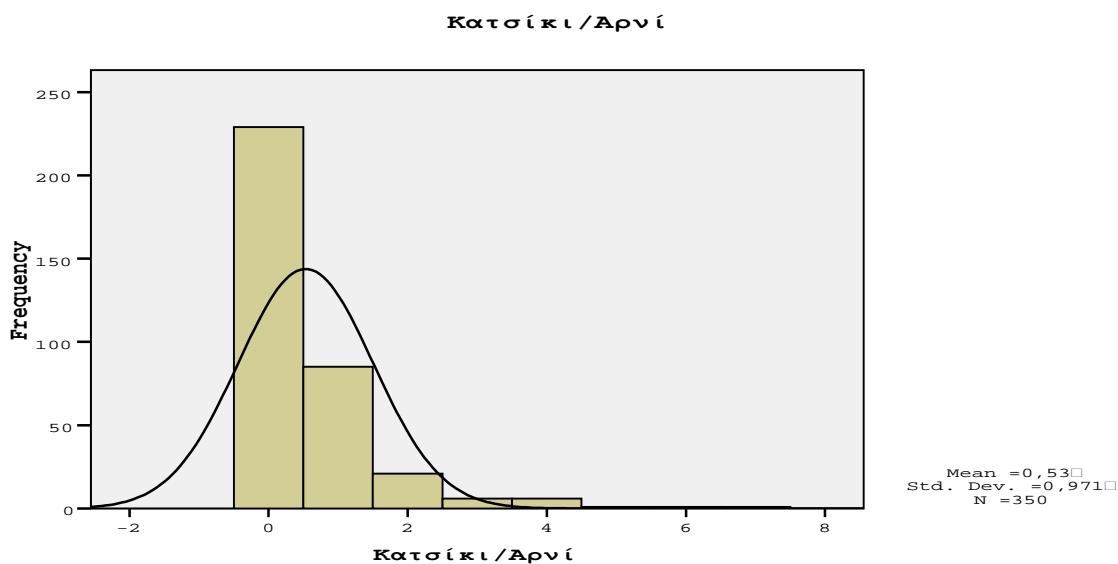
Σχ. 23. 8

## 23. 9) Κατσίκι/Αρνί

Πίνακας 23. 9

Κατσίκι/ αρνί	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό%
0	229	64,9	65,4
1	85	24,1	89,7
2	21	5,9	95,7
3	6	1,7	97,4
4	6	1,7	99,1
5	1	0,3	99,4
6	1	0,3	99,7
7	1	0,3	100,0
Σύνολο	350	99,2	
Σύνολο	353	100,0	

Από τα στοιχεία του πιν. 23.9 και του σχ. 23. 9 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 65,9% δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα κατσίκι/αρνί. Το 24,1% του δείγματος καταναλώνει κατσίκι ή αρνί μία φορά την εβδομάδα ενώ μόλις το 5,9% δύο φορές. Τρεις φορές καταναλώνει 1,7% του δείγματος ενώ επίσης άλλο 1,7% καταναλώνει κατσίκι/ αρνί τέσσερις φορές. Το υπόλοιπο 0,9% συμπεριλαμβάνει στη συγκεκριμένη τροφή στο διαιτολόγιό του από πέντε φορές μέχρι εφτά φορές την εβδομάδα.



Σχ. 23. 9

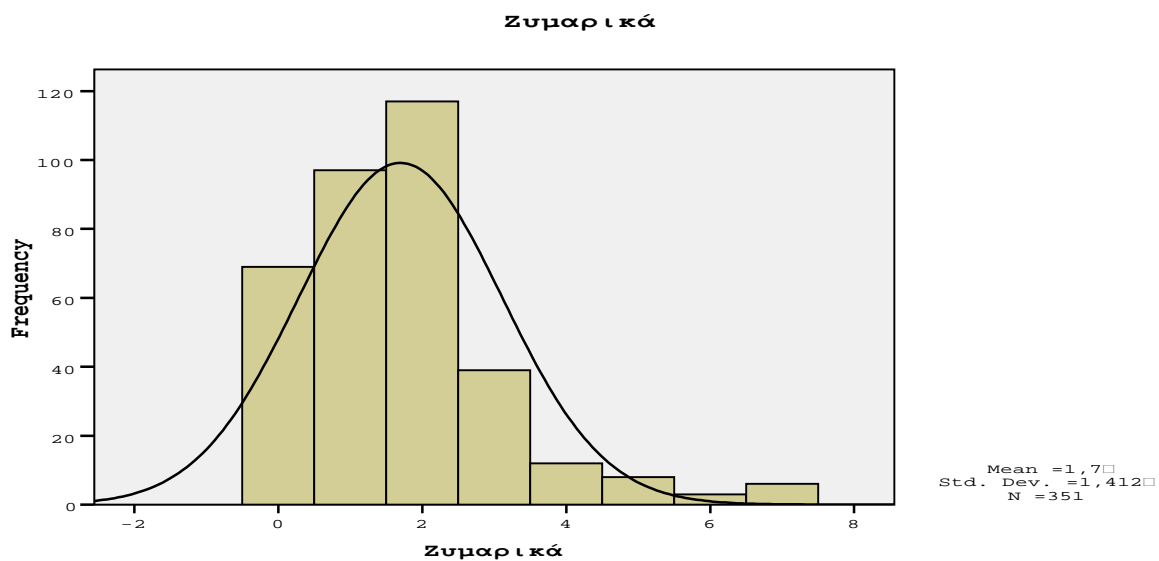


## 23. 10) Ζυμαρικά

Πίνακας 23. 10

Ζυμαρικά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
0	69	19,5	19,7
1	97	27,5	47,3
2	117	33,1	80,6
3	39	11,0	91,7
4	12	3,4	95,2
5	8	2,3	97,4
6	3	0,8	98,3
7	6	1,7	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τον πιν. 23. 10 και το σχ. 23. 10 προκύπτει ότι τουλάχιστον το 33,1% καταναλώνει ζυμαρικά δύο φορές την εβδομάδα, το 27,5% μία φορά ενώ το 19,5% του δείγματος δεν τρώει ζυμαρικά. Τρεις φορές συνηθίζει να καταναλώνει ζυμαρικά το 11% των ερωτώμενων, τέσσερις φορές το 3,4%, πέντε φορές το 2,3%, έξι φορές το 0,8% ενώ το υπόλοιπο 1,7% κάθε μέρα.



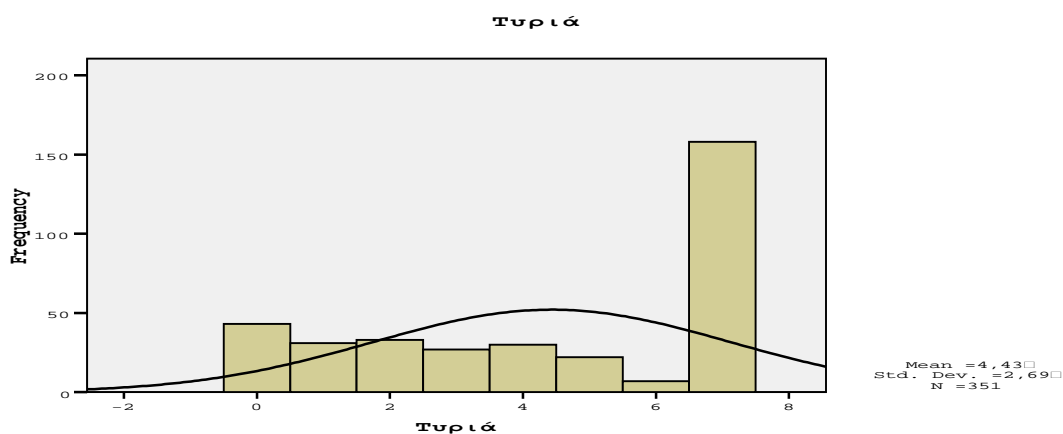
Σχ. 23. 10

## 23. 11) Τυριά

Πίνακας 23. 11

Τυριά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό%
0	43	12,2	12,3
1	31	8,8	21,1
2	33	9,3	30,5
3	27	7,6	38,2
4	30	8,5	46,7
5	22	6,2	53,0
6	7	2,0	55,0
7	158	44,8	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Με βάση τον πίν. 23. 11 και το σχ. 23. 11, το 44,8% των ερωτηθέντων συνηθίζει να τρώει καθημερινά τυρί ενώ το 12,2% δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα. Ακολουθούν με ποσοστό 9,3% τα άτομα που καταναλώνουν τυρί δύο φορές την εβδομάδα, τα άτομα που τρώνε μία φορά 8,8%, τα άτομα που συνηθίζουν να τρώνε τέσσερις φορές την εβδομάδα 8,5%, τα άτομα που τρώνε τυρί τρεις φορές την εβδομάδα 7,6%, τα άτομα που τρώνε πέντε φορές 6,2% και τέλος τα άτομα που τρώνε συνήθως έξι φορές την εβδομάδα.



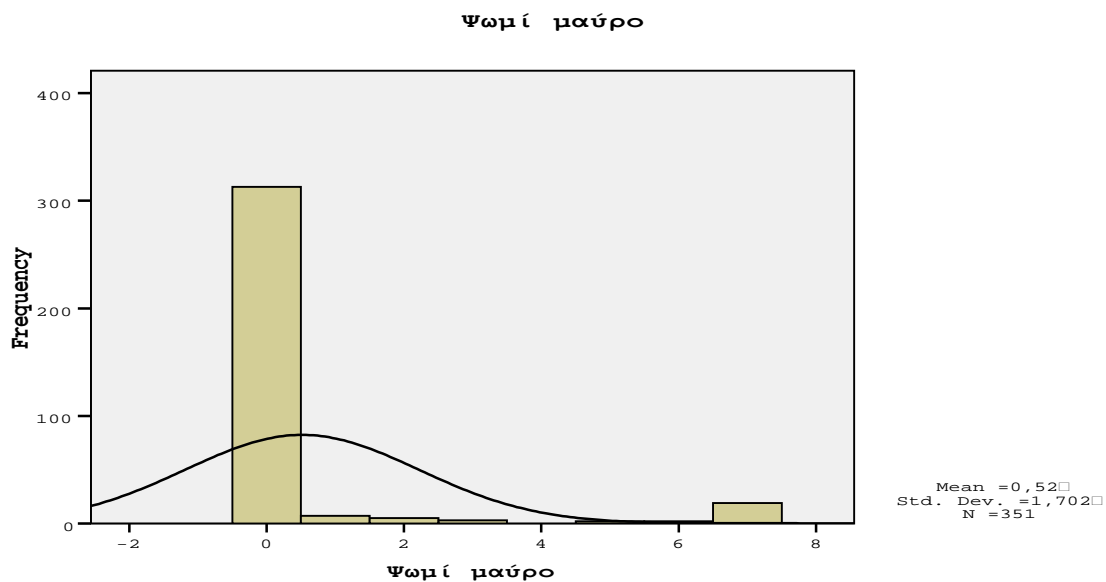
σχ. 23. 11

## 23. 12 ) Ψωμί μαύρο

Πίνακας 23. 12

Ψωμί μαύρο	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό%
0	313	88,7	89,2
1	7	2,0	91,2
2	5	1,4	92,6
3	3	0,8	93,4
5	2	0,6	94,0
6	2	0,6	94,6
7	19	5,4	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Στον πιν 23. 12 και στο σχ. 23. 12 φαίνεται ότι το 88,7% των ερωτώμενων δεν τρώει καμία φορά την εβδομάδα μαύρο ψωμί ενώ ένα μικρό ποσοστό 5,4% συνηθίζει να τρώει κάθε μέρα.



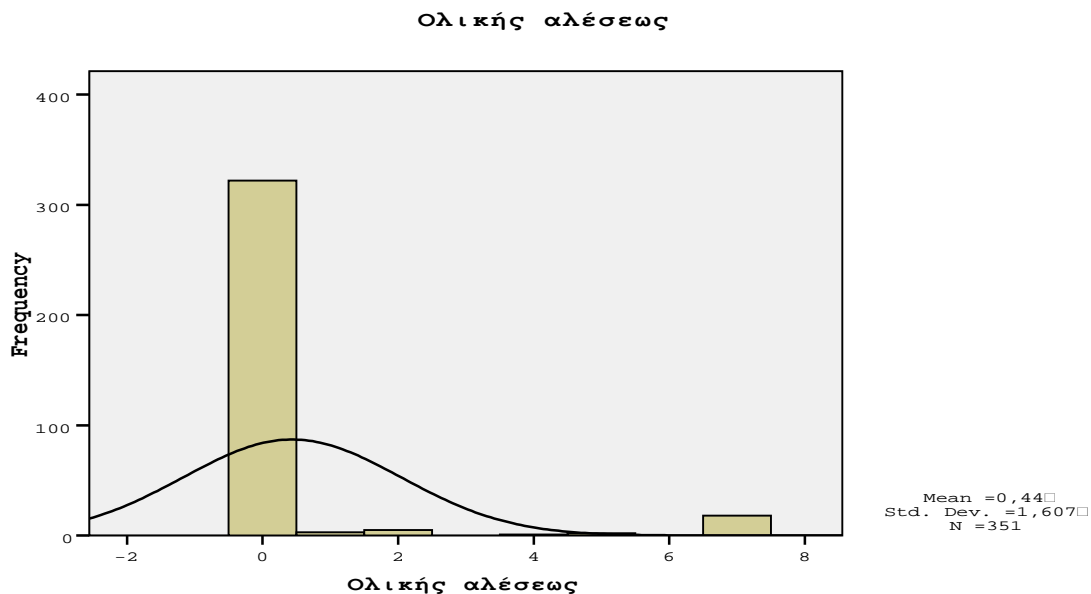
Σχ. 23. 12

### 23. 13) Ψωμί ολικής αλέσεως

Πίνακας 23. 13

Ψωμί ολικής αλέσεως	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
0	322	91,2	91,7
1	3	0,8	92,6
2	5	1,4	94,0
4	1	0,3	94,3
5	2	0,6	94,9
7	18	5,1	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τον πίνακα 23. 13 και το σχ. 23. 13 φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους 91,2% δεν τρώνε καμία φορά την εβδομάδα ψωμί ολικής αλέσεως. Ενώ μόνο το 5,1% τρώει καθημερινά αυτό το είδος ψωμιού. Το 0,8% το καταναλώνει μία φορά την εβδομάδα, το 1,4% δύο φορές, το 0,3% τέσσερις φορές και τέλος το 0,6% πέντε φορές την εβδομάδα.



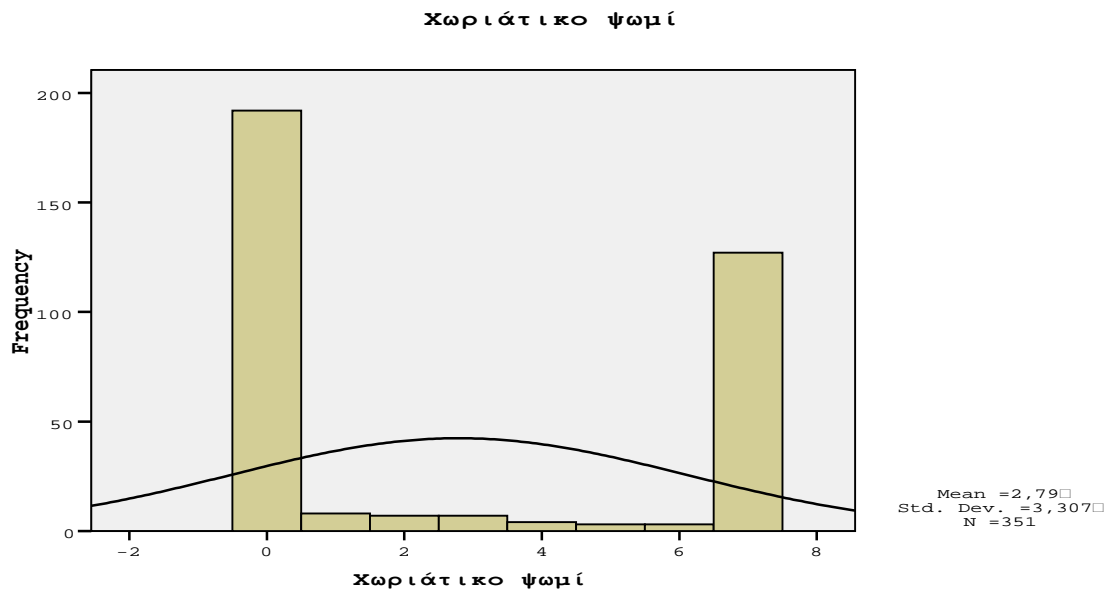
σχ. 23. 13

## 23. 14) Χωριάτικο ζυμωτό ψωμί

Πίνακας 23. 14

Χωριάτικο ζυμωτό ψωμί	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό%
0	192	54,4	54,7
1	8	2,3	57,0
2	7	2,0	59,0
3	7	2,0	61,0
4	4	1,1	62,1
5	3	0,8	63,0
6	3	0,8	63,8
7	127	36,0	100,0
Σύνολο	351	99,4	
Σύνολο	353	100,0	

Από τον παραπάνω πίνακα 23. 14 και σχ. 23. 14 προκύπτει ότι το 54,4% δεν τρώει καμιά φορά την εβδομάδα ενώ το 36% καταναλώνει καθημερινά χωριάτικο ζυμωτό ψωμί.



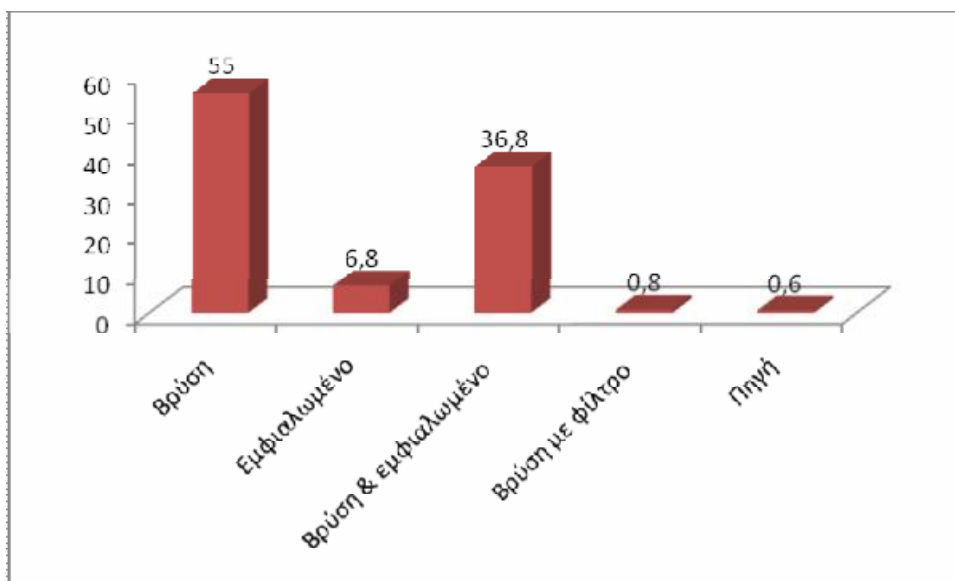
Σχ. 23. 14

## Ερώτηση 25. Πίνετε νερό από:

Πίνακας 25

Πίνετε νερό από:	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Βρύση	194	55,0	55,0
Εμφιαλωμένο	24	6,8	61,8
Βρύση & εμφιαλωμένο	130	36,8	98,6
Βρύση με φίλτρο	3	0,8	99,4
Πηγή	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Σύμφωνα με τον πιν 25 και το σχ. 25 οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους 55% πίνουν νερό από την βρύση ενώ το 6,8% πίνουν εμφιαλωμένο και το 36,8% πίνουν από την βρύση και εμφιαλωμένο. Το 0,8% του δείγματος καταναλώνει φιλτραρισμένο νερό και το υπόλοιπο 0,6% πίνει νερό από πηγή.



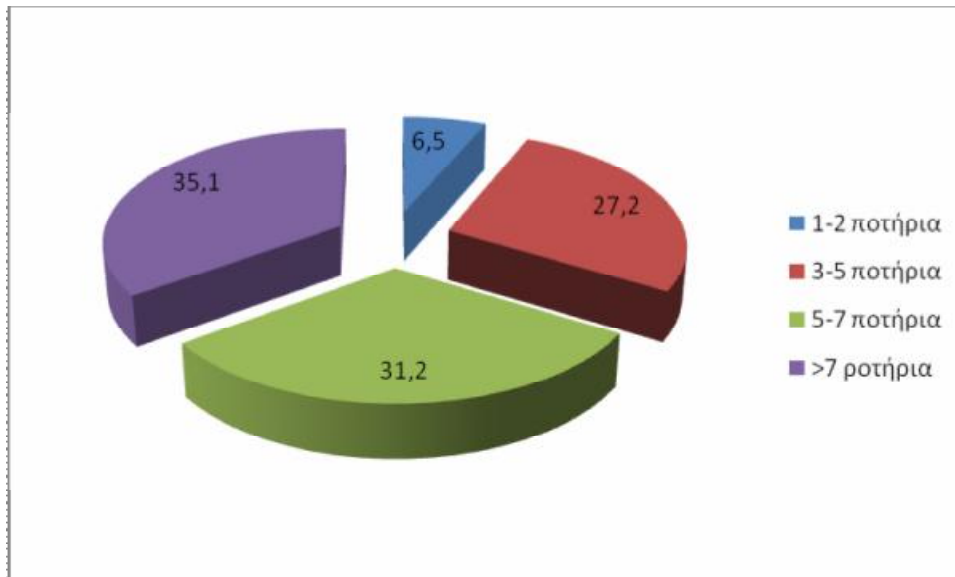
Σχ. 25

## Ερώτηση 26. Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;

Πίνακας 26.

Ποσότητα νερού την ημέρα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
1-2 ποτήρια	22	6,5	6,5
3-5 ποτήρια	96	27,2	33,7
5-7 ποτήρια	110	31,2	64,9
>7 ποτήρια	124	35,1	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Από τα στοιχεία του πιν. 26 και του σχ. 26 φαίνεται ότι το 35,1% του δείγματος καταναλώνουν πάνω από 7 ποτήρια νερό την ημέρα ακολουθεί το 31,2% των ερωτώμενων που πίνουν νερό από 5 – 7 ποτήρια την ημέρα, έπειτα το 27,2% που καταναλώνει 3 – 5 ποτήρια και τέλος το 6,5% που πίνει 1 – 2 ποτήρια νερό την ημέρα.



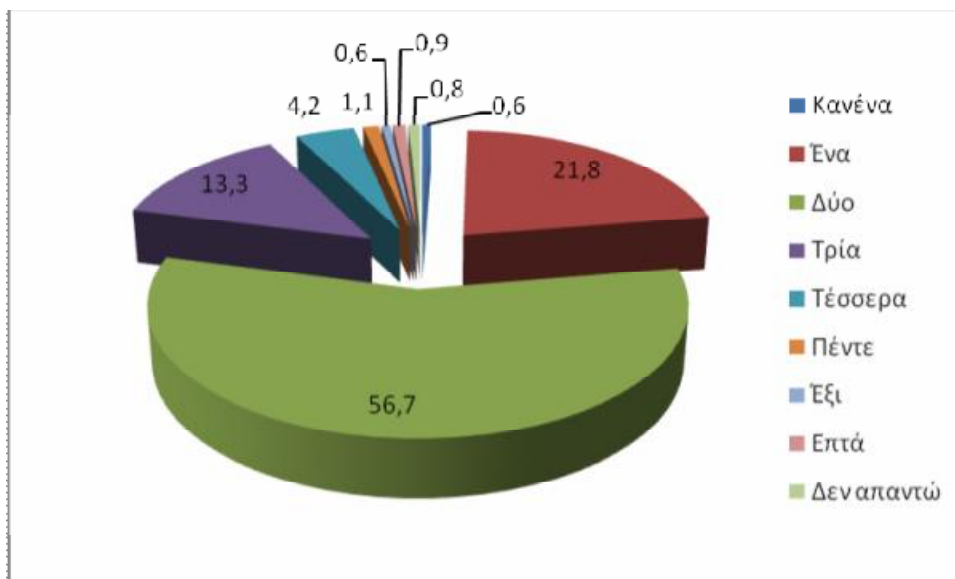
Σχ. 26

## Ερώτηση 27. Πόσους καφέδες πίνετε την ημέρα;

Πίνακας 27

Πόσους καφέδες την ημέρα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Κανένα	2	0,6	,6
1	77	21,8	22,6
2	200	56,7	79,7
3	47	13,3	93,1
4	15	4,2	97,4
5	4	1,1	98,6
6	2	0,6	99,1
7	3	0,9	100,0
Δεν απαντώ	3	0,8	
Σύνολο	353	100,0	

Με βάση τον πιν. 27 και το σχ. 27 το 56,7% συνηθίζει να πίνει δύο καφέδες την ημέρα, το 21,8% καταναλώνει μία φορά την ημέρα, το 13,3% του δείγματος πίνει τρεις καφέδες και το υπόλοιπο 2,6% από τέσσερις καφέδες και πάνω. Τέλος 0,6% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν πίνει καφέ.



Σχ. 27

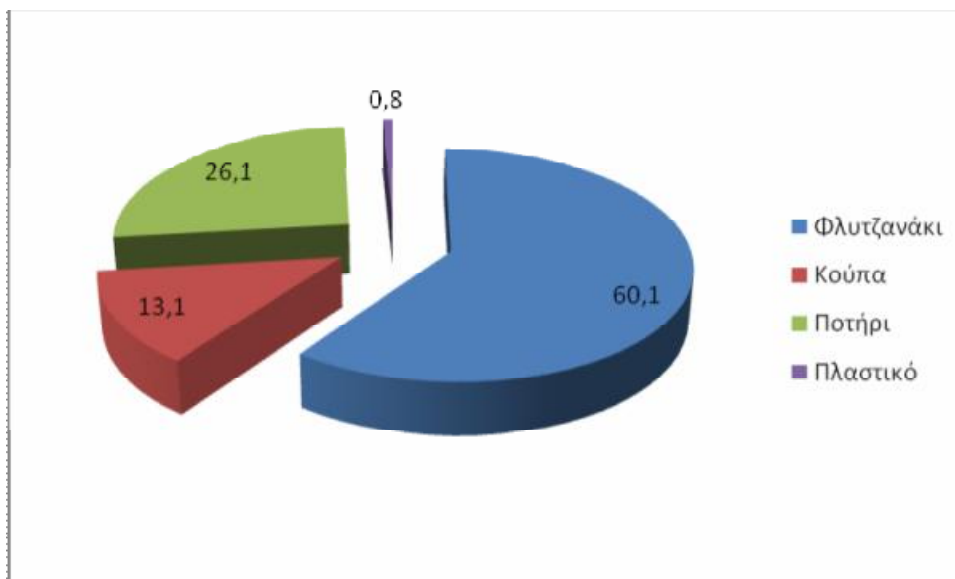


## Ερώτηση 28. Πίνετε τον καφέ σας σε;

Πίνακας 28

Ποσότητα καφέ	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Φλιτζανάκι	208	60,1	60,1
Κούπα	46	13,1	73,1
Ποτήρι	92	26,1	99,2
Πλαστικό	3	0,8	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Στον πιν 28. και στο σχ. 28 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 60,1% πίνει τον καφέ του σε φλιτζανάκι, ακολουθούν με ποσοστό 26,1% τα άτομα που πίνουν τον καφέ τους σε ποτήρι και με ποσοστό 13,1% τα άτομα που πίνουν τον καφέ τους σε κούπα. Το 0,8% ανέφερε ότι πίνει τον καφέ σε πλαστικό ποτήρι.



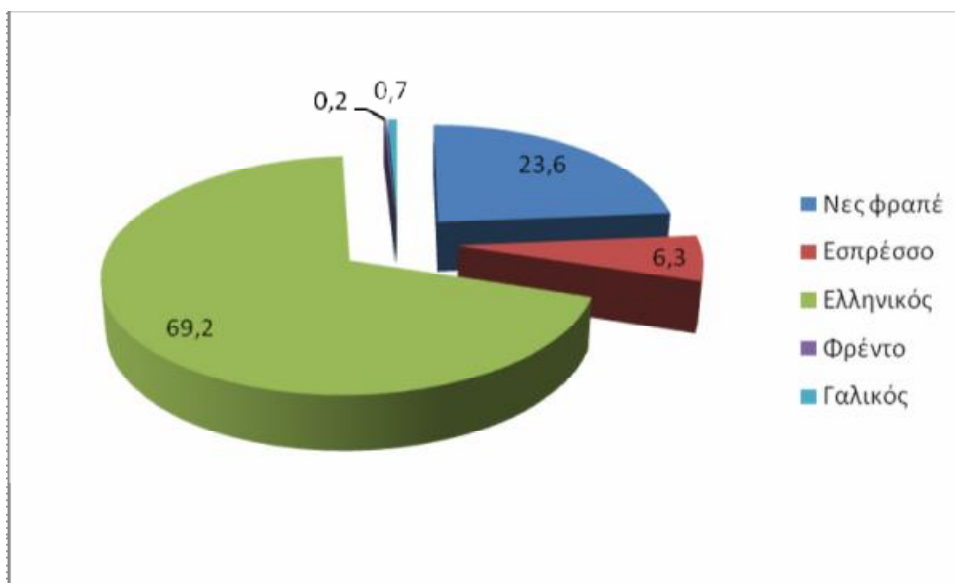
Σχ. 28

## Ερώτηση 29. Συνήθως τι καφέ πίνετε;

Πίνακας 29.

Είδος καφέ	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Νες φραπέ	83	23,6	23,5
Εσπρέσσο	22	6,3	29,5
Ελληνικός	244	69,2	98,6
Φρέντο	1	0,2	99,2
Γαλλικός	3	0,7	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Από τον πίν. 29 προκύπτει ότι το 69,2% του πληθυσμού του δείγματος προτιμάει τον ελληνικό καφέ ενώ το 23,6% τον νες/φραπέ καφέ. Το 6,3% των ερωτώμενων συνήθως πίνουν Εσπρέσσο. Φρέντο και γαλλικό καφέ πίνει το 0,2% και το 0,7% αντίστοιχα.



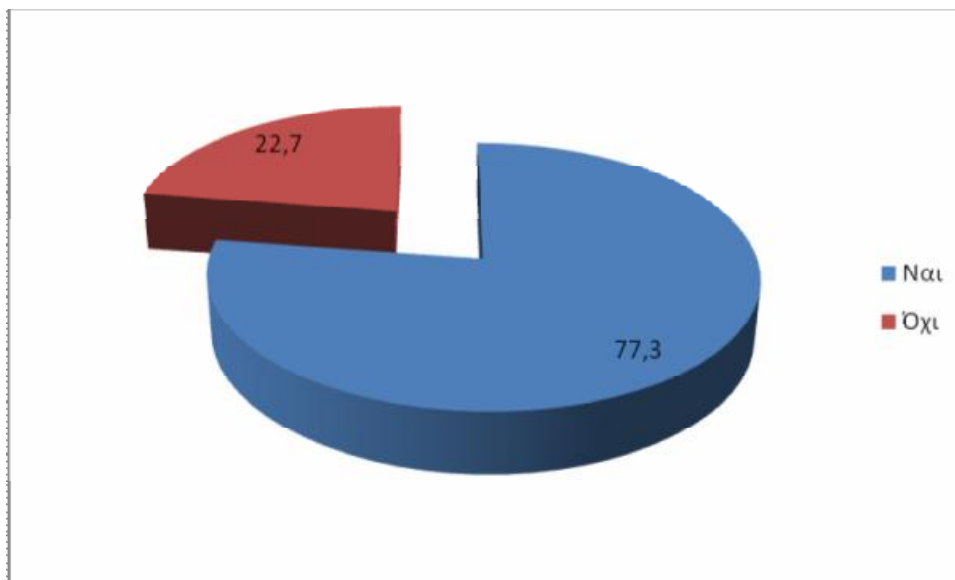
Σχ. 29

### Ερώτηση 30. Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά;

Πίνακας 30

Οινοπνευματώδη ποτά;	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Ναι	273	77,3	77,3
Όχι	80	22,7	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Από τον πιν. 30 και το σχ. 30 φαίνεται ότι το 77,3% των ερωτώμενων καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά και μόλις το 22,7% δεν πίνει οινοπνευματώδη ποτά.



Σχ. 30

**Ερώτηση 31 .α Ποια και από τα παρακάτω ποτά ήπιατε την περασμένη βδομάδα (Δευτέρα – Παρασκευή);**

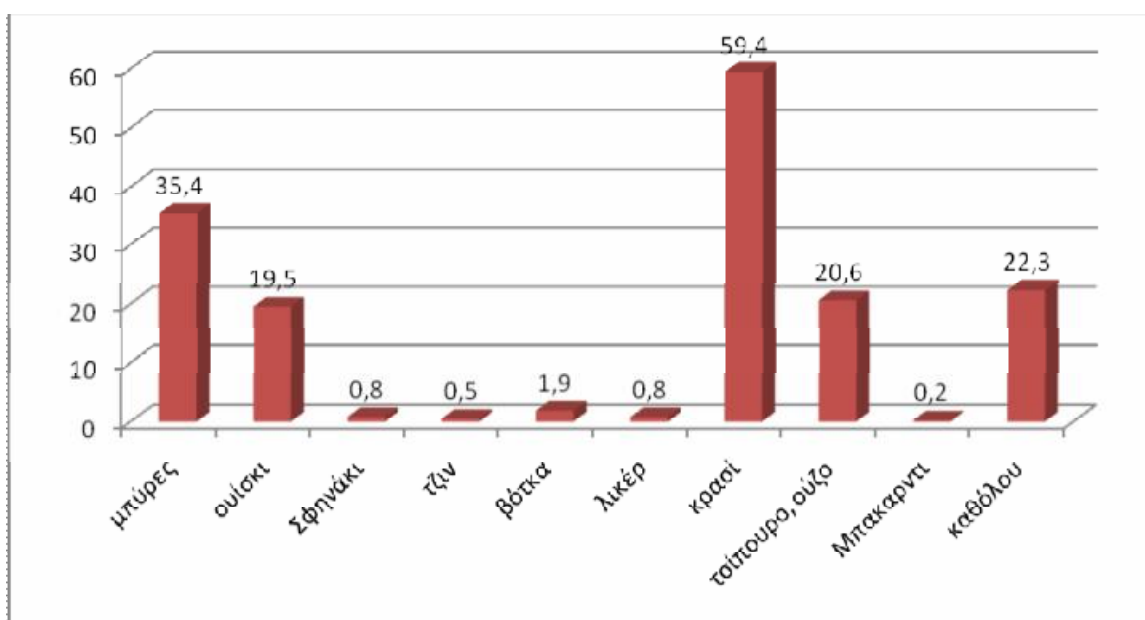
**Πίνακας 31. 1α**

Τι είδους ποτά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν πίνουν	79	22,4	22,4
1	20	5,7	28,0
1,2	10	2,8	30,9
1,2,3,5	2	0,6	31,4
1,2,7	4	1,1	32,6
1,2,7,8	12	3,4	36,0
1,4	1	0,3	36,3
1,5,7	1	0,3	36,5
1,6	1	0,3	36,8
1,7	44	12,5	49,3
1,7,8	21	5,9	55,2
1,8	8	2,3	57,5
1,9	1	0,3	57,8
2	9	2,5	60,3
2,3,7,8	1	0,3	60,6
2,4,7,8	1	0,3	60,9
2,5,7	2	0,6	61,5
2,7	21	5,9	67,4
2,7,8	6	1,7	69,1
2,8	1	0,3	69,4
5	1	0,3	69,7
5,7	1	0,3	70,0
6	2	0,6	70,5
7	81	22,9	93,5
7,8	16	4,5	98,0
8	7	2,0	100,0
Σύνολο	353	100,0	

**1:** Μπύρες, **2:** Ουίσκι, **3:** Σφηνάκι, **4:** Τζίν, **5:** Βότκα, **6:** Λικέρ, **7:** Κρασί, **8:** Ούζο/Τσίπουρο

Πίνακας 31. 2α

Είδος ποτού	Συχνότητα κατανάλωσης	Ποσοστά
Μπίρες	125	35,4%
Ουίσκι	69	19,5%
Σφηνάκι	3	0,8%
Τζιν	2	0,5%
Βότκα	7	1,9%
Λικέρ	3	0,8%
Κρασί	210	59,4%
τσίπουρο, ούζο	73	20,6%
Μπακαρντι	1	0,2%
Καθόλου	79	22,3%



Σχ. 31 α

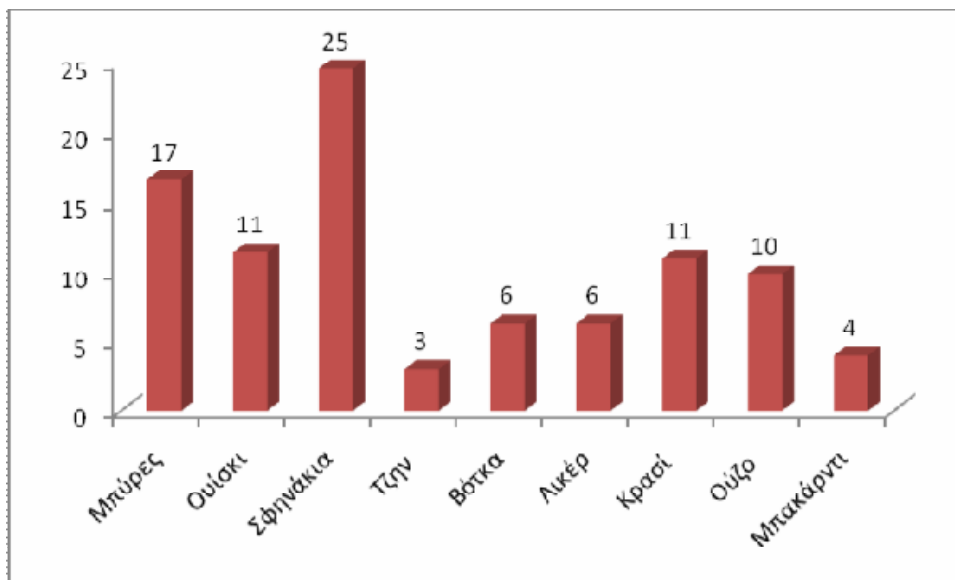
Στο πιν. 31.2α και στο σχ. 31 α γίνεται αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 59,4% την προηγούμενη εβδομάδα κατανάλωσαν κρασί. Το 35,4% του πληθυσμού του δείγματος έδωσε ιδιαίτερη προτίμηση στην κατανάλωση μπίρας, το 20,6% κατανάλωσε τσίπουρο ή ούζο, το 19,5% την προηγούμενη βδομάδα ήπια ουίσκι, το 1,9% βότκα, το 0,8% λικέρ, το 0,5% τζιν

ενώ επίσης άλλο ένα 0,8% δήλωσε ότι ήπια σφηνάκι. Τέλος το υπόλοιπο 22,3% δήλωσε ότι δεν είχε πει οινόπνευματόχο ποτό.

**Ερώτηση 31 β. Πόσα ποτήρια από τα παρακάτω ποτά ήπιατε την προηγούμενη βδομάδα (Δευτέρα – Κυριακή);**

**Πίνακας 31 β**

Είδος	Ποτήρια/ εβδομάδα
Μπύρες	17
Ουίσκι	11
Σφηνάκια	25
Τζιν	3
Βότκα	6
Λικέρ	6
Κρασί	11
Ούζο	10
Μπακάρντι	4



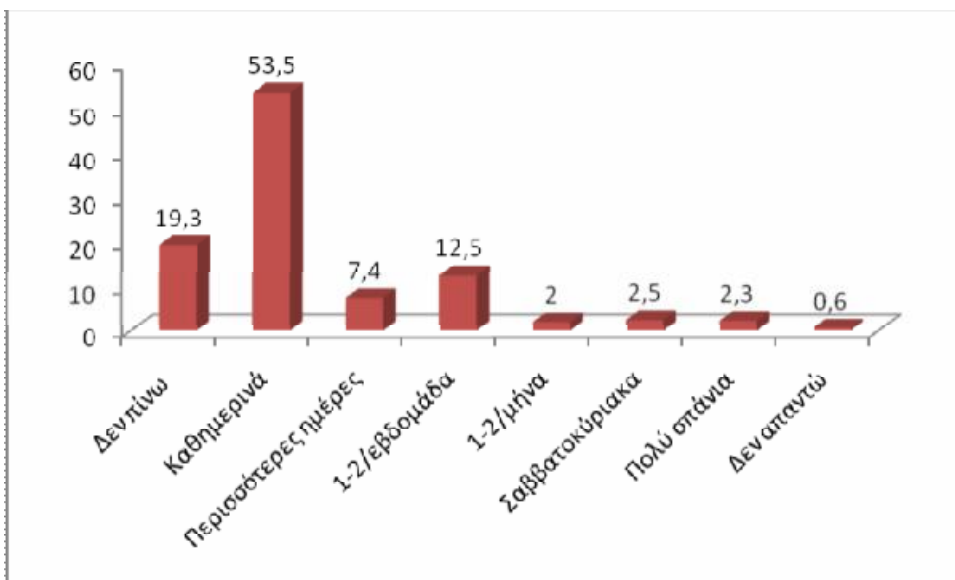
**Σχ. 31β**

Όπως δείχνει ο πιν. 31β και το σχ. 31β η μεγαλύτερη ποσότητα που καταναλώθηκε σε ποτήρια είναι το σφηνάκι (25 σφηνάκια την προηγούμενη βδομάδα) και ακολουθεί η μπύρα όπου την προηγούμενη εβδομάδα καταναλώθηκαν 17 ποτήρια μέσο όρο. Μικρότερη ποσότητα κατανάλωσης υπήρξε στο ποτό τζιν (3) και στο ποτό μπακάρντι (4).

### Ερώτηση 32. Πόσο συχνά πίνετε οινοπνευματώχα ποτά;

Πίνακας 32.

Πόσο συχνά / οινοπνευματώχα ποτά;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν πίνω	68	19,3	19,3
Καθημερινά	189	53,5	72,8
Περισσότερες ημέρες	26	7,4	80,2
1-2/εβδομάδα	44	12,5	92,6
1-2/μήνα	7	2,0	94,6
Σαββατοκύριακα	9	2,5	97,2
Πολύ σπάνια	8	2,3	99,4
Δεν απαντώ	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 32

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πιν. 32 και του σχ. 32 το 53,5% των ερωτώμενων πίνουν καθημερινά αλκοολούχα ποτά, το 7,4% πίνει τις περισσότερες μέρες, το 12,5% του δείγματος μία με δύο φορές την εβδομάδα ενώ το 2% του δείγματος μία με δύο φορές το μήνα. Τα άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά συνήθως το σαββατοκύριακο αντιστοιχούν στο 2,5% του δείγματος ενώ αυτοί που πίνουν σπάνια στο 2,3%. Το 19,3% του πληθυσμού του δείγματος δεν πίνει καθόλου.



### Ερώτηση 33. Που πίνετε συνήθως;

Πίνακας 33.

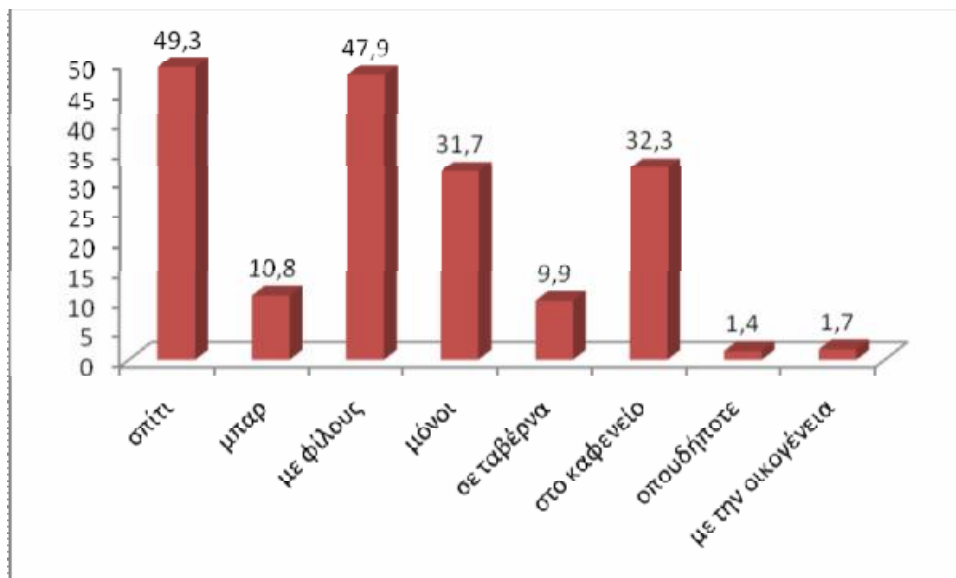
Που πίνετε συνήθως;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
	70	19,8	19,8
1	29	8,2	28,0
1,2	2	0,6	28,6
1,2,3	1	0,3	28,9
1,2,3,4	5	1,4	30,3
1,2,3,4,5	5	1,4	31,7
1,2,3,5,6	1	0,3	32,0
1,3	14	4,0	36,0
1,3,4	5	1,4	37,4
1,3,4,5	2	0,6	38,0
1,3,4,5,6	2	0,6	38,5
1,3,4,6	36	10,2	48,7
1,3,5,6	3	0,8	49,6
1,3,6	8	2,3	51,8
1,3,8	1	0,3	52,1
1,4	44	12,5	64,6
1,4,6	2	0,6	65,2
1,5	4	1,1	66,3
1,5,6	1	0,3	66,6
1,6	6	1,7	68,3
1,6,8	1	0,3	68,6
1,8	3	0,8	69,4
2	3	0,8	70,3
2,3	12	3,4	73,7
2,3,4	2	0,6	74,2
2,3,4,5	1	0,3	74,5
2,3,5	2	0,6	75,1
2,3,6	1	0,3	75,4
2,4	1	0,3	75,6
2,6	1	0,3	75,9
3	14	4,0	79,9
3,4	1	0,3	80,2
3,4,5,6	1	0,3	80,5
3,4,6	2	0,6	81,0
3,4,7	1	0,3	81,3
3,5	9	2,5	83,9
3,6	40	11,3	95,2
4	1	0,3	95,5
4,6	1	0,3	95,8
5	3	0,8	96,6
5,6	1	0,3	96,9

6	7	2,0	98,9
7	4	1,1	100,0
Σύνολο	353	100,0	

1: Στο σπίτι, 2: Στο μπαρ, 3: Με φίλους, 4: Μόνος/η μου, 5: Σε ταβέρνα, 6: Στο καφενείο, 7: Οπουδήποτε, 8: Με την οικογένεια

**Πίνακας 33.1**

Τόπος	Αριθμός	Ποσοστά
Σπίτι	174	49,3%
Μπαρ	38	10,8%
Με φίλους	169	47,9%
Μόνοι τους	112	31,7%
Ταβέρνα	35	9,9%
Στο καφενείο	114	32,3%
Όπου να ναι	5	1,4%
Με την οικογένεια	6	1,7%
Δεν απαντώ	77	21,8%



**Σχ. 33**

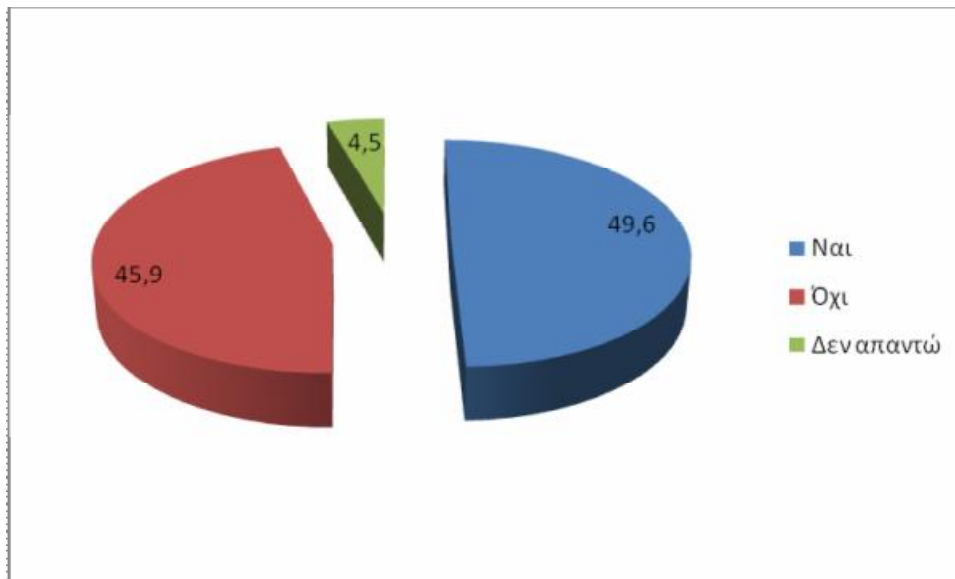
Στον παραπάνω πιν. 33. 1 και στο σχ. 33 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 49,3% πίνουν οινοπνευματώδη ποτά συνήθως σπίτι, το 10,8% στο μπαρ, το 9,9% στη ταβέρνα, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων στο καφενείο 32,3% ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό 1,4% δήλωσε ότι οπουδήποτε

μπορεί να πει. Το 47,9% του δείγματος δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά όταν βρίσκεται με φίλους, το 31,7% όταν είναι μόνοι ενώ τέλος το 1,7% συνηθίζει να πίνει με την οικογένεια.

### Ερώτηση 34. Έχετε μεθύσει ποτέ;

Πίνακας 34.

Έχετε μεθύσει ποτέ;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	175	49,6	51,9
Όχι	162	45,9	100,0
Δεν απαντώ	16	4,5	
Σύνολο	353	100,0	



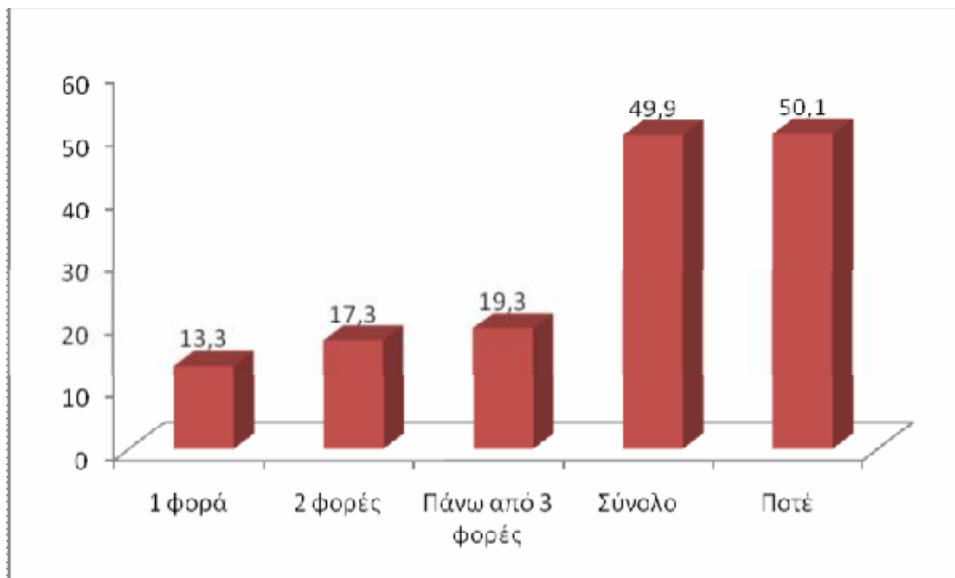
Σχ. 34

Από τον πιν.34 και το σχ.34 προκύπτει ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες 49,6% έχουν μεθύσει. Ακολουθούν με ποσοστό 45,9% τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν μεθύσει ποτέ στη ζωή τους. Το 4,5% του δείγματος δεν απάντησε.

### Ερώτηση 35. Εάν ναι πόσες φορές έχετε μεθύσει;

Πίνακας 35.

Πόσες φορές	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
1 φορά	47	13,3	26,7
2 φορές	61	17,3	61,4
Πάνω από 3 φορές	68	19,3	100,0
Σύνολο	176	49,9	
Ποτέ	177	50,1	
Σύνολο	353	100,0	



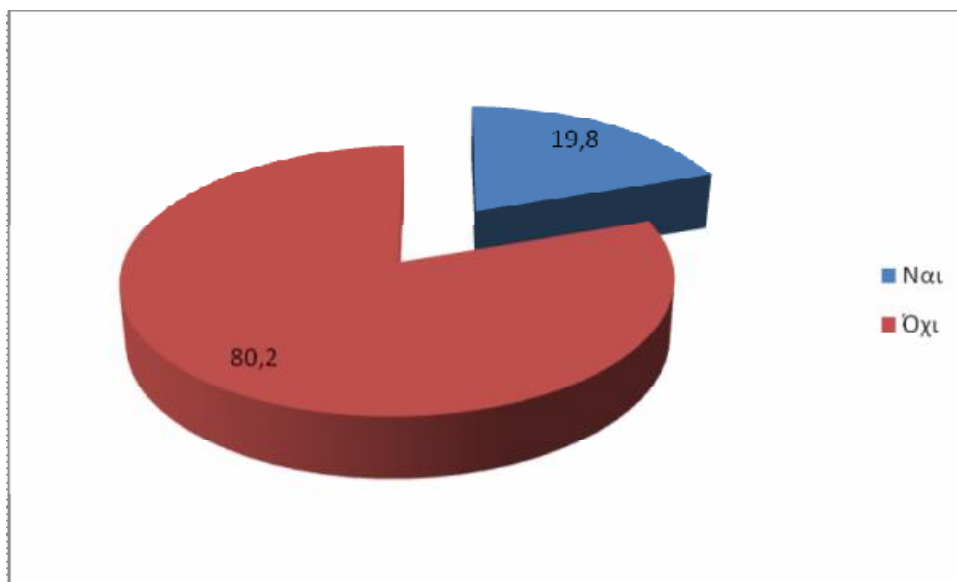
Σχ. 35

Όπως δείχνει ο πιν. 35 και το σχ. 35 από το συνολικό ποσοστό του δείγματος 49,9% που δήλωσε ότι έχει μεθύσει το 19,3% έχει μεθύσει πάνω από τρεις φορές στη ζωή του, το 17,3% έχει μεθύσει 2 φορές στη ζωή του ενώ το 13,3% μόνο μία φορά. Τέλος το υπόλοιπο 50,1% δήλωσε ότι δεν έχει μεθύσει ποτέ.

**Ερώτηση 36. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να υιοθετήσετε κάποια υγιεινή συμπεριφορά;**

**Πίνακας 36.**

Υγιεινή συμπεριφορά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	70	19,8	19,8
Όχι	283	80,2	100,0
Σύνολο	353	100,0	



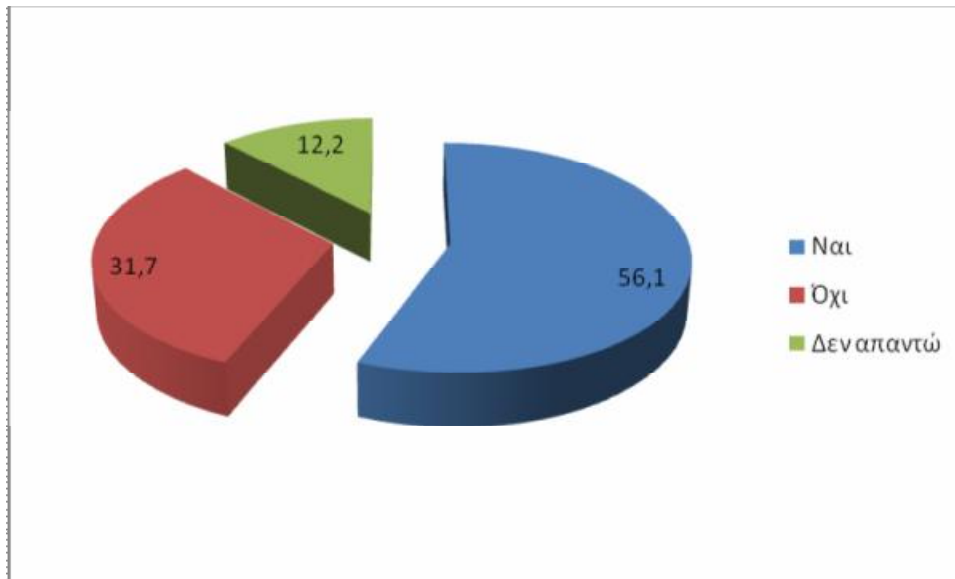
**Σχ. 36**

Όπως δείχνει ο πιν. 36 και το σχ. 36, το 80,2% του πληθυσμού του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει προσπαθήσει στο παρελθόν να υιοθετήσει κάποια υγιεινή συμπεριφορά έναντι του 19,8% των ερωτηθέντων που για κάποιο λόγο υιοθέτησε υγιεινή συμπεριφορά.

### Ερώτηση 37. Επισκέπτεστε τον γιατρό σας για ετήσιο τσεκ – απ;

Πίνακας 37.

Τσεκ - απ	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	198	56,1	63,9
Όχι	112	31,7	100,0
Δεν απαντώ	43	12,2	
Σύνολο	353	100,0	



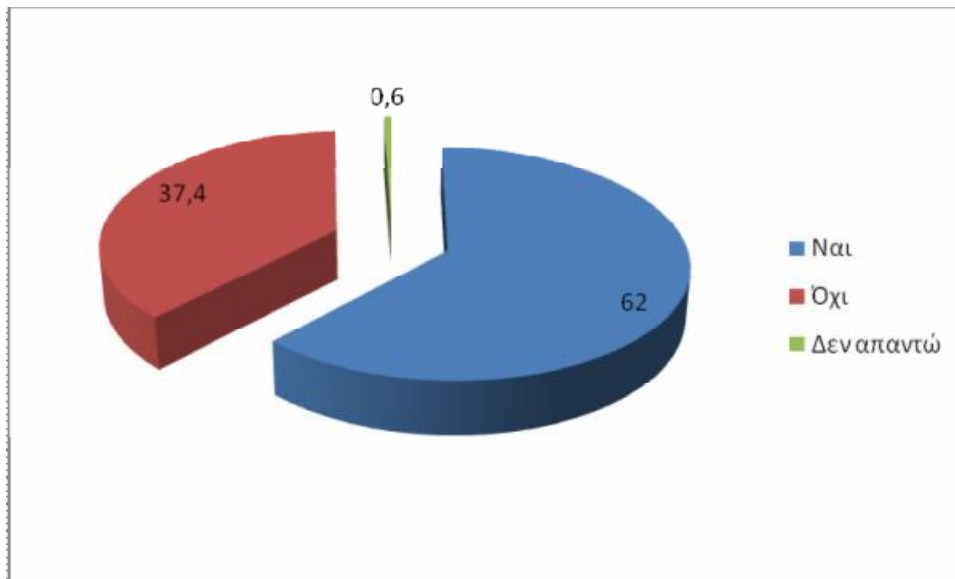
Σχ. 37

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πιν. 37 και του σχ. 37, το 56,1% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι πραγματοποιούν τις ετήσιες ιατρικές εξετάσεις έναντι του 31,7% που δήλωσαν ότι δεν επισκέπτονται το γιατρό τους για το ετήσιο τσεκ – απ. Ενώ το 12,2% του δείγματος δεν απάντησε.

### Ερώτηση 38.α Έχετε κάποια ασθένεια;

Πίνακας 38.α

Έχετε κάποια ασθένεια;	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Ναι	219	62,0	62,4
Όχι	132	37,4	100,0
Δεν απαντώ	2	0,6	
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 38α

Ο πιν. 38 α και το σχ. 38 α δείχνει ότι το 62% του δείγματος έχει κάποια ασθένεια ενώ το 37,4% απάντησε ότι δεν έχει. Το υπόλοιπο 0,6% δεν απάντησε.



## Ερώτηση 38 β. Από ποια ασθένεια πάσχετε;

Πίνακας 38. 1β

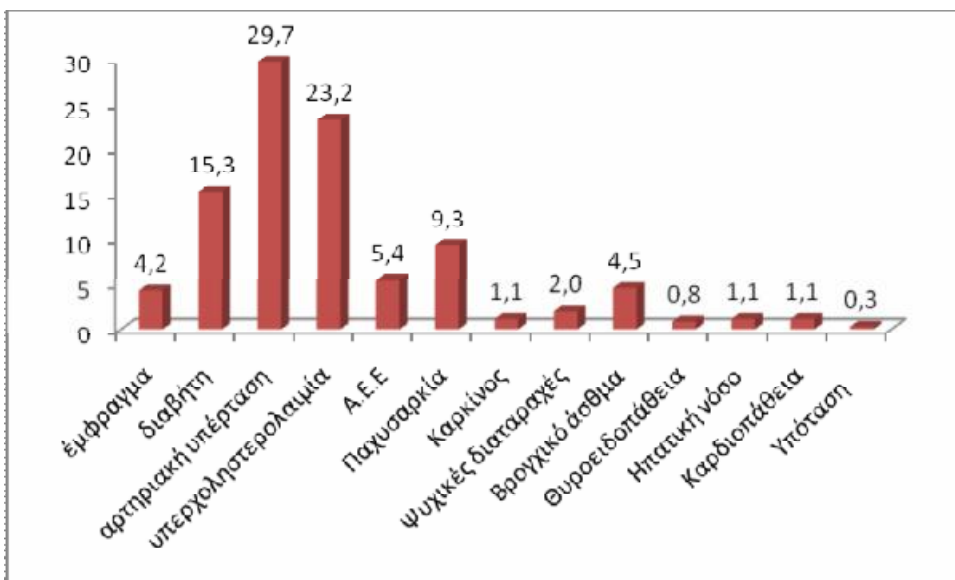
Από ποια ασθένεια πάσχετε;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν έχουν	137	38,8	38,8
1	8	2,3	41,1
1,2,4,5	1	0,3	41,4
1,3	2	0,6	41,9
1,3,4,6	1	0,3	42,2
1,3,5	2	0,6	42,8
1,4	1	0,3	43,1
10,11	1	0,3	43,3
11	7	2,0	45,3
11,14	1	0,3	45,6
14	2	0,6	46,2
15	1	0,3	46,5
2	16	4,5	51,0
2,11	3	0,8	51,8
2,3	13	3,7	55,5
2,3,10	1	0,3	55,8
2,3,4	6	1,7	57,5
2,3,4,5	1	0,3	57,8
2,3,4,6,13	2	0,6	58,4
2,4	6	1,7	60,1
2,5	1	0,3	60,3
2,6	2	0,6	60,9
3	35	9,9	70,8
3, 10	1	0,3	71,1
3,11	2	0,6	71,7
3,4	19	5,4	77,1
3,4,12	2	0,6	77,6
3,4,5	1	0,3	77,9
3,4,5, 10	1	0,3	78,2
3,4,6	4	1,1	79,3
3,5	3	0,8	80,2
3,5,10	1	0,3	80,5
3,5,6	1	0,3	80,7
3,6	4	1,1	81,9
3,9	3	0,8	82,7
4	30	8,5	91,2
4, 10	1	0,3	91,5
4,11	1	0,3	91,8
4,12	1	0,3	92,1
4,13	2	0,6	92,6
4,6	3	0,8	93,5

5	4	1,1	94,6
5,11	1	0,3	94,9
5,14	1	0,3	95,2
5,6	1	0,3	95,5
6	14	4,0	99,4
6, 10	1	0,3	99,7
9	1	0,3	100,0
Σύνολο	353	100,0	

1: Έμφραγμα, 2: Διαβήτης, 3: Αρτηριακή πίεση, 4: Υπερχοληστερολαιμία, 5: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 6: Παχυσαρκία, 7: Καρκίνος εντέρου, 8: Καρκίνος μαστού, 9: Καρκίνος (άλλος), 10: Ψυχικές διαταραχές, 11: Βρογχικό άσθμα, 12: Θυρεοειδοπάθεια, 13: Ηπατική νόσος, 14: Καρδιοπάθεια, 15: Υπόταση.

**Πίνακας 38. 2β**

<b>Ασθένειες</b>	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστά</b>
Έμφραγμα	15	4,2%
Διαβήτης	54	15,3%
Αρτηριακή υπέρταση	105	29,7%
Υπερχοληστερολαιμία	82	23,2%
A.E.E	19	5,4%
Παχυσαρκία	33	9,3%
Άλλος καρκίνος	4	1,1%
Ψυχικές διαταραχές	7	2,0%
Βρογχικό άσθμα	16	4,5%
Θυρεοειδοπάθεια	3	0,8%
Ηπατική νόσο	4	1,1%
Καρδιοπάθεια	4	1,1%
Υπόταση	1	0,3%



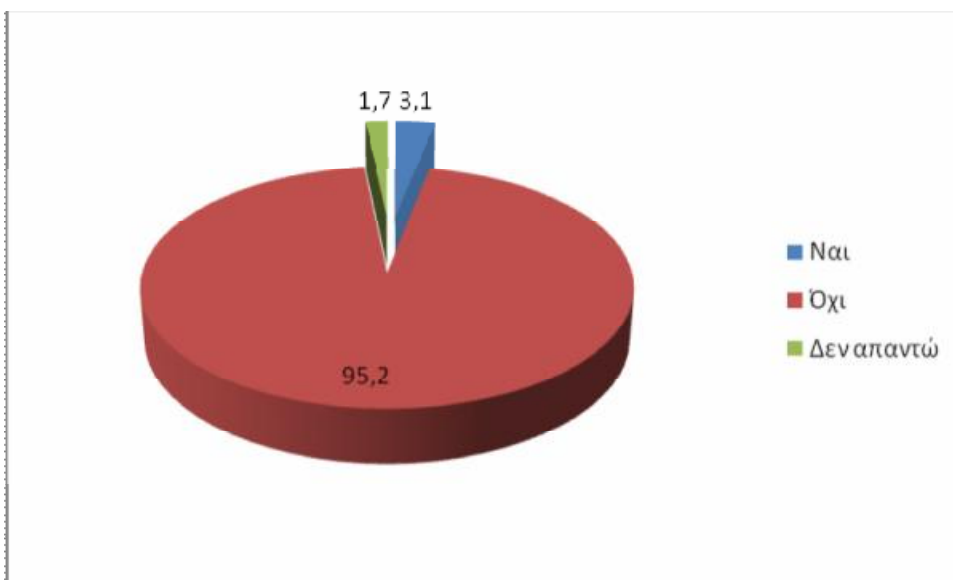
**Σχ. 38 β**

Σύμφωνα με τον πιν. 38. 2β και σχήμα 38 β το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 29,7% έχει αρτηριακή πίεση, το 23,2% έχει υψηλή χοληστερίνη, το 15,3% πάσχει από διαβήτη, το 9,3% πάσχει από παχυσαρκία. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο έχει υποστεί τουλάχιστον το 5,4% του δείγματος και το 4,2% έχει υποστεί έμφραγμα. Από βρογχικό άσθμα πάσχει το 4,5% των ερωτηθέντων, το 2% από ψυχικές διαταραχές, το 1,1% από καρκίνο, άλλο 1,1% πάσχει από κάποια ηπατική νόσο καθώς επίσης 1,1% έχει κάποια καρδιοπάθεια. Τέλος το υπόλοιπο 0,8% και 0,3% του δείγματος έχει θυροειδοπάθεια και υπόταση αντίστοιχα.

## Ερώτηση 39. Αναπηρία

Πίνακας 39.

Αναπηρία	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Ναι	11	3,1	3,2
Όχι	336	95,2	100,0
Δεν απαντώ	6	1,7	
Σύνολο	353	100,0	



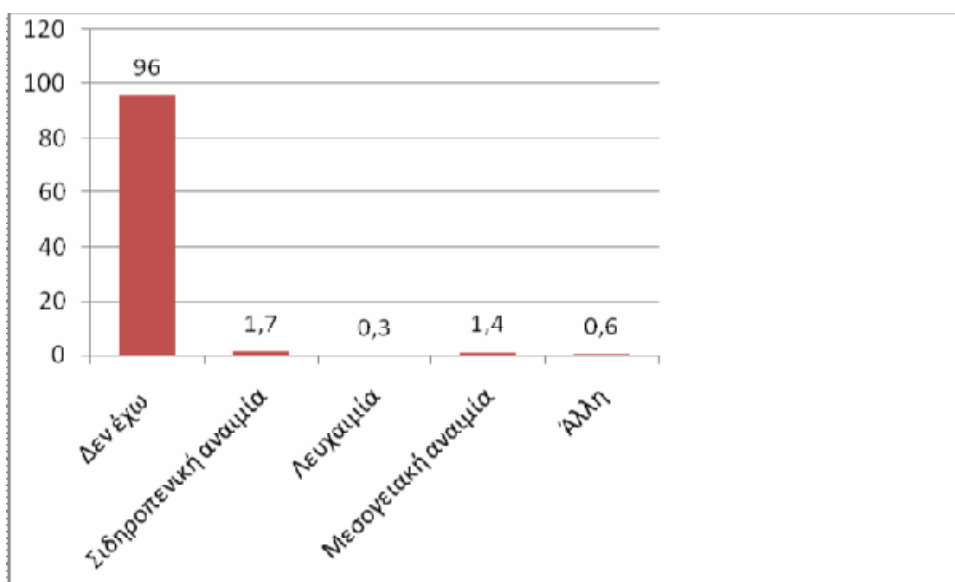
Σχ. 39

Στον πιν. 39 και στο σχ. 39 φαίνεται ότι το 95,2% του δείγματος δεν έχει κάποιου είδους αναπηρίας έναντι του 3,1% ενώ το 1,7% δεν απάντησε.

## Ερώτηση 40. Νοσήματα αίματος.

Πίνακας 40.

Νοσήματα αίματος	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν έχω	339	96,0	96,0
Σιδηροπενική αναιμία	6	1,7	97,7
Λευχαιμία	1	0,3	98,0
Μεσογειακή αναιμία	5	1,4	99,4
Άλλη	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



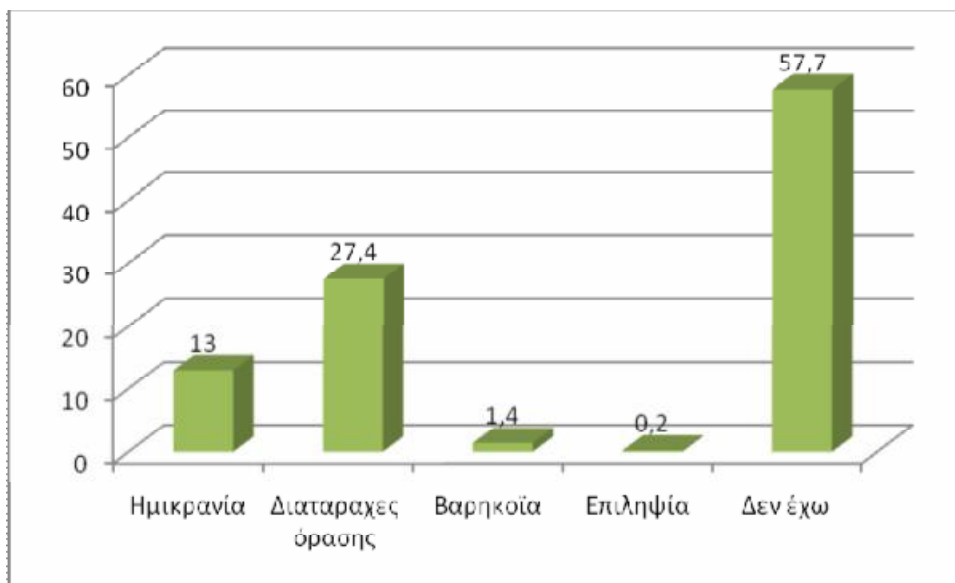
Σχ. 40

Όπως φαίνεται από τον πιν. 40 και το σχ. 40 η πλειοψηφία των ερωτώμενων με ποσοστό 96% δεν πάσχουν από κάποιο νόσημα του αίματος. Από το υπόλοιπο 4% του δείγματος το 1,7% πάσχει από σιδηροπενική αναιμία, το 0,3% από λευχαιμία, το 1,4% από μεσογειακή αναιμία και τέλος το 0,6% από κάποια άλλη πάθηση στο αίμα.

## Ερώτηση 41. Νοσήματα νευρικού συστήματος.

Πίνακας 41.

Νοσήματα νευρικού συστήματος	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν έχω	204	57.7	57,8
Ημικρανία	46	13	70,8
Διαταραχές όρασης	97	27.4	98,3
Βαρηκοΐα	5	1.4	99,7
Επιληψία	1	0.2	100,0
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 41

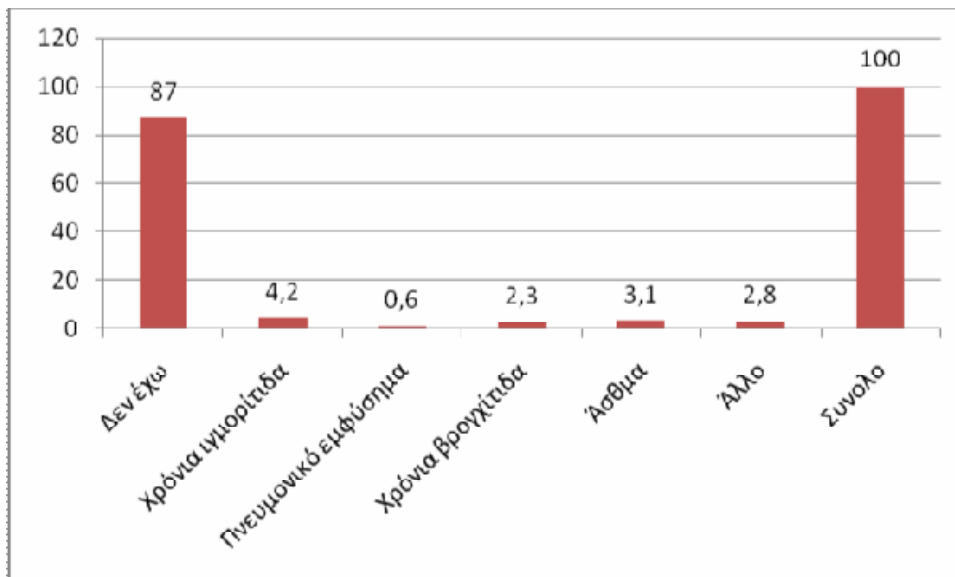
Από τον πιν. 41 και το σχήμα 41 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 57,7% δεν έχει κάποια νευρολογική πάθηση. Όμως το 27,4% των ερωτώμενων έχει διαταραχές όρασης, το 13% έχει ημικρανίες το 1,4% πάσχει από βαρηκοΐα και το υπόλοιπο 0,2% από επιληψία.

## Ερώτηση 42. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος.

Πίνακας 42.

Νοσήματα αναπνευστικού	Συχνότητα	Συχνότητα%	Αθροιστικό %
Χρόνια ιγμορίτιδα	307	87,0	87,0
Χρόνια βρογχίτιδα	15	4,2	91,2
Άσθμα	2	0,6	91,8
Άλλο	8	2,3	94,1
Σύνολο	11	3,1	97,2
	10	2,8	100,0
	353	100,0	

Στον πιν 42 και στο σχ. 42 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 87% δεν δήλωσε ότι έχει κάποια πάθηση στο αναπνευστικό σύστημα. Από το υπόλοιπο 13% το 4,2% δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια ιγμορίτιδα, το 0,6% από πνευμονικό εμφύσημα, το 2,3% από χρόνια βρογχίτιδα, το 3,1% από άσθμα και τέλος το 2,8% από άλλη αναπνευστική πάθηση.



Σχ. 42

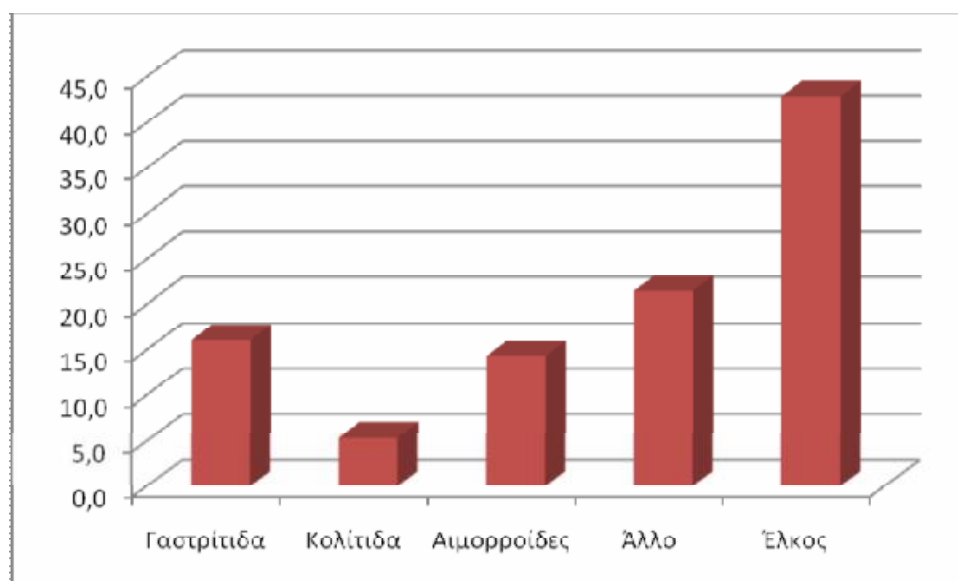
### Ερώτηση 43. Νοσήματα του πεπτικού συστήματος.

Πίνακας 43.α

Νοσήματα πεπτικού	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν απάντησαν	299	84,7	84,7
1	7	2,0	86,7
1,4	1	0,3	87,0
1,5	1	0,3	87,3
2	3	0,8	88,1
3	7	2,0	90,1
3,5	1	0,3	90,4
4	11	3,1	93,5
5	23	6,5	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Πίνακας 43.β

Νοσήματα πεπτικού	Αριθμός	Ποσοστά
1. Γαστρίτιδα	9	2,5%
2. Κολίτιδα	3	0,8%
3. Αιμορροΐδες	8	2,3%
4. Άλλο	12	3,4%
5. Έλκος	25	7,0%
6. Δεν απάντησαν	299	84,7%



Σχ. 43



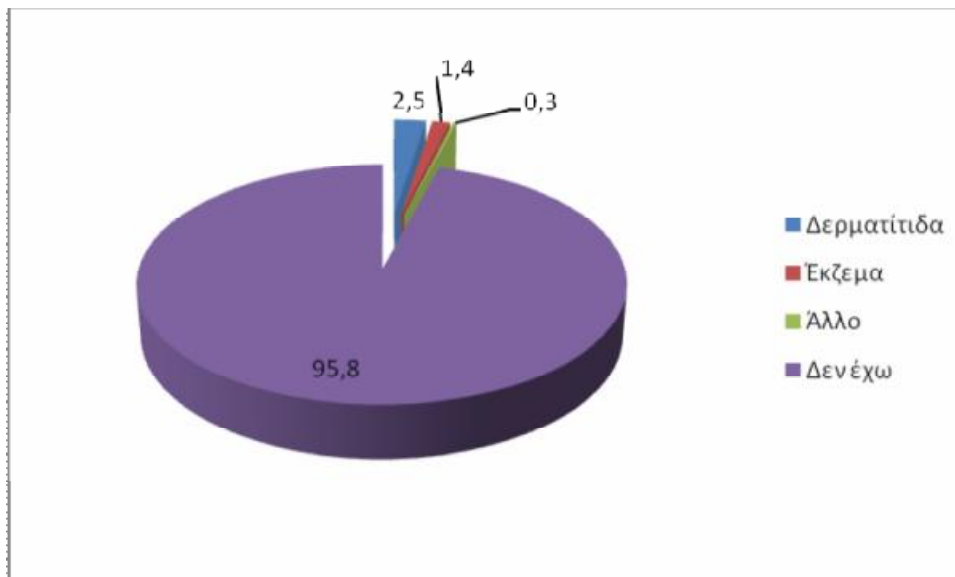
Από τον πιν. 43β και το σχ. 43 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 84,7% δεν έχει κάποια πάθηση του πεπτικού συστήματος. Από το υπόλοιπο 15,3% το 7% δήλωσε ότι πάσχει από έλκος, το 2,5% από γαστρίτιδα, το 2,3% έχει αιμορροΐδες, το 0,8% πάσχει από κολίτιδα και τέλος το 3,4% έχει κάποια άλλη ασθένεια του πεπτικού συστήματος.

#### Ερώτηση 44. Νοσήματα του δέρματος.

Πίνακας 44.

Νοσήματα δέρματος	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δερματίτιδα	9	2,5	60,0
Έκζεμα	5	1,4	93,3
Άλλο	1	0,3	100,0
Δεν έχω	338	95,8	
Σύνολο	353	100,0	

Από το πιν. 44 και το σχ. 44 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν πάσχει από κάποια δερματική πάθηση. Από το 4,2% των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν κάποια δερματική νόσο το 2,5% πάσχει από δερματίτιδα, το 1,4% από έκζεμα ενώ το 0,3% από κάποια άλλη δερματική νόσο.



Σχ. 44

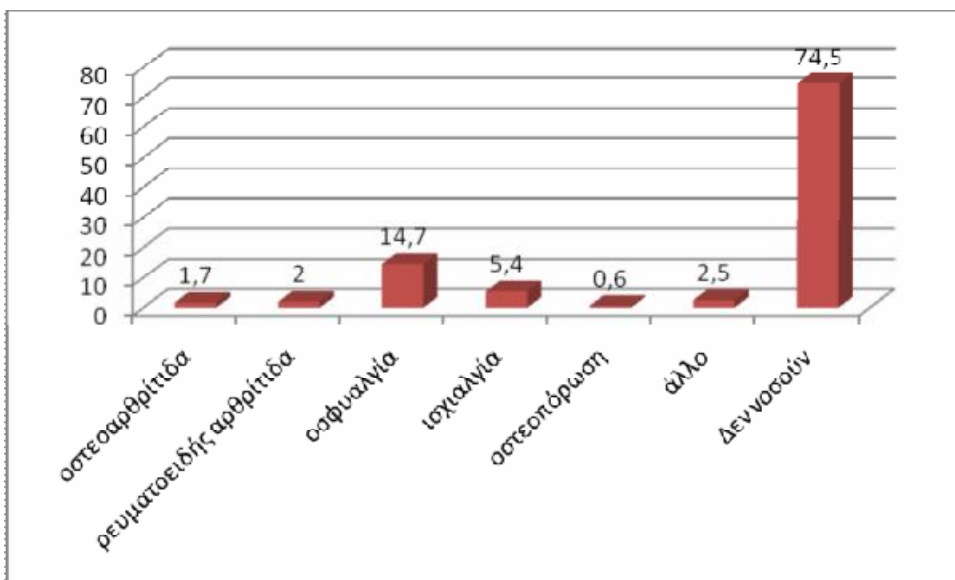
## Ερώτηση 45. Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος.

**Πίνακας 45**

Μυοσκελετικό σύστημα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν νοσούν	263	74,5	74,5
1	4	1,1	75,6
1,2	1	0,3	75,9
1,5	1	0,3	76,2
2	5	1,4	77,6
2,3	1	0,3	77,9
3	48	13,6	91,5
3,4	3	0,8	92,4
4	15	4,2	96,6
4,6	1	0,3	96,9
5	2	0,6	97,5
6	9	2,5	100,0
Σύνολο	353	100,0	

**Πίνακας 45. 1**

Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος.	Αριθμός	Ποσοστά
<b>1. οστεοαρθρίτιδα</b>	<b>6</b>	<b>1,7%</b>
<b>2. ρευματοειδής αρθρίτιδα</b>	<b>7</b>	<b>2,0%</b>
<b>3. οσφυαλγία</b>	<b>52</b>	<b>14,7%</b>
<b>4. ισχιαλγία</b>	<b>19</b>	<b>5,4%</b>
<b>5. οστεοπόρωση</b>	<b>2</b>	<b>0,6%</b>
<b>6. άλλο</b>	<b>9</b>	<b>2,5%</b>
<b>Δεν νοσούν</b>	<b>263</b>	<b>74,5%</b>



**Σχ.45**

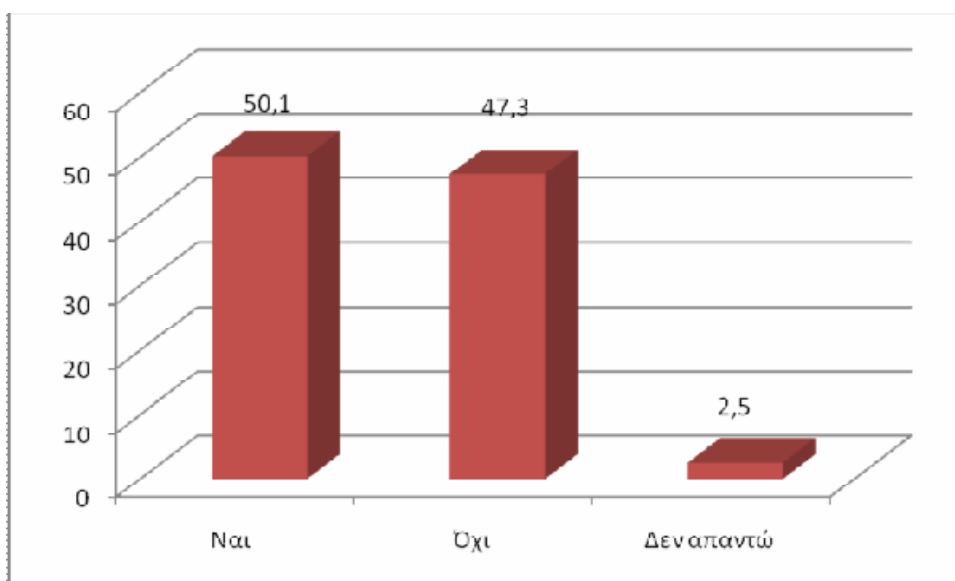
Από τα παραπάνω στοιχεία (πιν. 45, 45.1 και σχ. 45) προκύπτει ότι το 74,5% του πληθυσμού του δείγματος δεν νοσεί από κάποια ασθένεια του μυοσκελετικού συστήματος. Από το υπόλοιπο 25,5% το 14,7% δήλωσε ότι έχει οσφυαλγία, το 5,4% δήλωσε ότι πάσχει από ισχιαλγία, το 1,7% έχει οστεοαρθρίτιδα, το 2% ρευματοειδής αρθρίτιδα, το 0,6% οστεοπόρωση και τέλος το υπόλοιπο 2,5% απάντησε ότι έχει κάποια άλλη ασθένεια του μυοσκελετικού συστήματος.

### Ερώτηση 46 α. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή;

Πίνακας 46.

Φάρμακα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	177	50,1	51,5
Όχι	167	47,3	100,0
Δεν απαντώ	9	2,5	
Σύνολο	353	100,0	

Ο πιν 46 και το σχ. 46 δείχνουν ότι από το 97,5% των ατόμων που απάντησαν το 50,1% λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή ενώ το 47,3% δεν παίρνει φάρμακα. Το υπόλοιπο 2,5% του δείγματος δεν απάντησε.

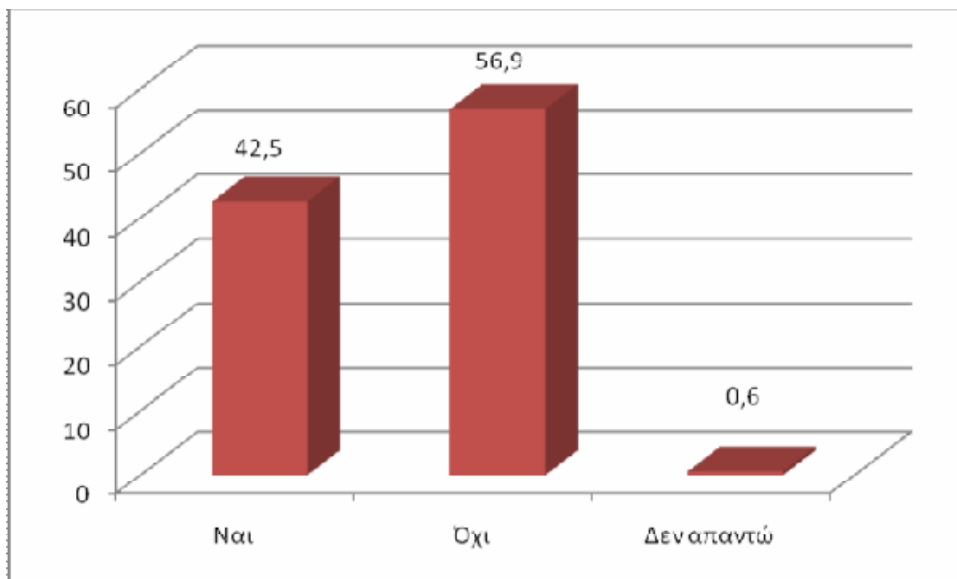


Σχ. 46

## Ερώτηση 47 α. Αισθάνεστε κακόκεφοι;

Πίνακας 47 α

Κακόκεφοι	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	150	42,5	42,6
Όχι	201	56,9	99,7
Δεν απαντώ	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



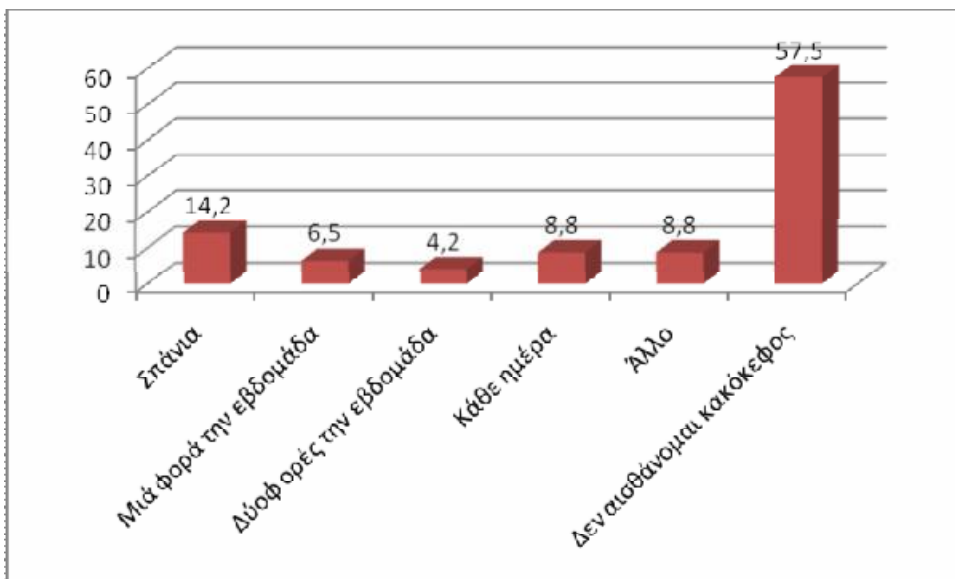
Σχ. 47 α

Στον πιν. 47 α και στο σχ. 47 α φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους με ποσοστό 56,9% δεν αισθάνονται κακόκεφοι ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι είναι κακόκεφοι με ποσοστό 42,5%. Το 0,6% δεν απάντησε.

### Ερώτηση 47 β. Αν ναι πόσο συχνά αισθάνεστε κακόκεφοι;

Πίνακας 47 β

Πόσο συχνά κακόκεφοι	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Σπάνια (1/μήνα)	50	14,2	33,3
Μία φορά την εβδομάδα	23	6,5	48,7
Δύο φορές την εβδομάδα	15	4,2	58,7
Κάθε ημέρα	31	8,8	79,3
Άλλο	31	8,8	100,0
Σύνολο	150	42,5	
Δεν αισθάνομαι κακόκεφος	203	57,5	
Σσύνολο	353	100,0	



Σχ. 47β

Από τον πιν. 47β και το σχ. 47β προκύπτει ότι το 14,7% των ερωτώμενων σπάνια αισθάνεται κακόκεφο, το 6,5% συνήθως έχει κακή διάθεση μία φορά την εβδομάδα, το 4,2% δύο φορές την εβδομάδα, το 8,8% κάθε μέρα και το υπόλοιπο 8,8% έδωσε άλλη απάντηση. 57,5% δεν αισθάνεται κακόκεφος.

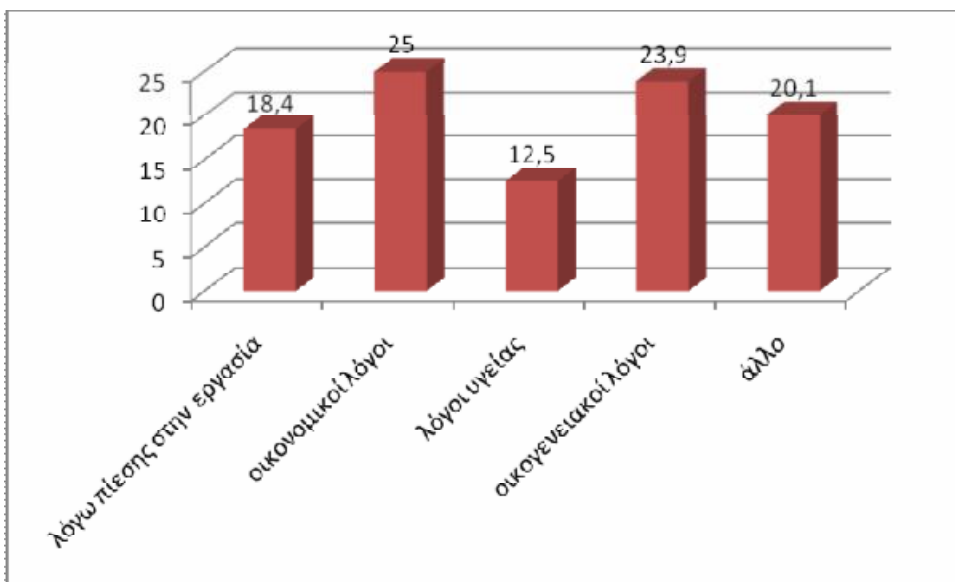
**Ερώτηση 48. Για ποιο λόγο αισθάνεστε κακόκεφοι;****Πίνακας 48**

Γιατί κακόκεφοι;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Όχι κακόκεφοι	206	58,4	58,4
1	20	5,7	64,0
1,2	6	1,7	65,7
1,2,3,4	1	0,3	66,0
1,2,4	6	1,7	67,7
1,4	1	0,3	68,0
2	25	7,1	75,1
2,3	4	1,1	76,2
2,3,4	1	0,3	76,5
2,4	3	0,8	77,3
3	11	3,1	80,5
3,4	6	1,7	82,2
4	26	7,4	89,5
5	37	10,5	100,0
Σύνολο	353	100,0	

**Πίνακας 48. 1**

Για ποιο λόγο κακόκεφοι	Αριθμός	Ποσοστά
1. Λόγω πίεσης στην εργασία	34	18,4%
2. Οικονομικοί λόγοι	46	25%
3. Λόγοι υγείας	23	12,5%
4. Οικογενειακοί λόγοι	44	23,9%
5. Άλλο	37	20,1%





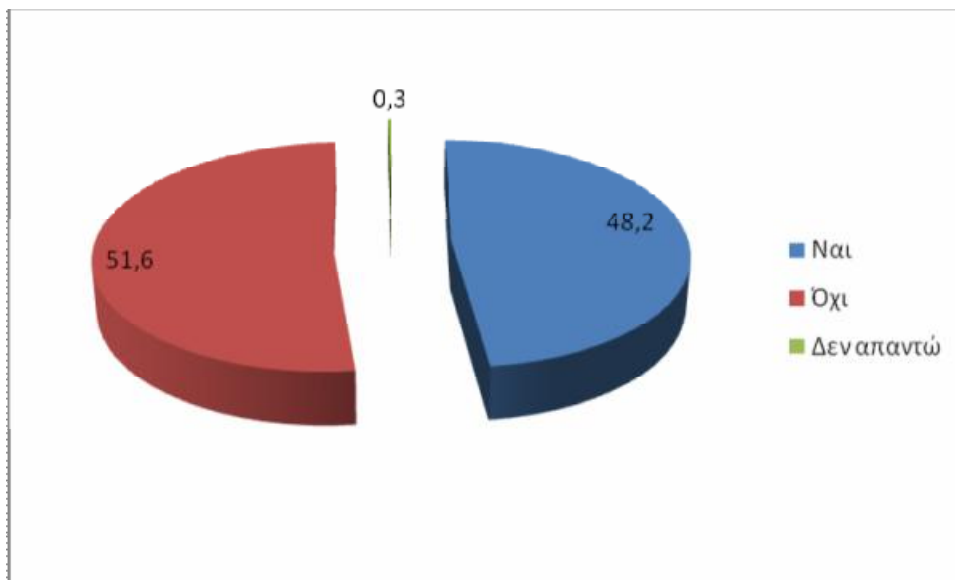
**Σχ. 48**

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στην ερώτηση για ποιο λόγο αισθάνεστε κακόκεφος, το 25% απάντησε για οικονομικούς λόγους, το 23,9% για οικογενειακούς λόγους, το 18,4% για επαγγελματικούς λόγους και τέλος 20,1% έδωσαν άλλη απάντηση.

## Ερώτηση 49 α. Αισθάνεστε ευερέθιστοι;

Πίνακας 49α

Ευερέθιστοι	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	170	48,2	48,3
Όχι	182	51,6	100,0
Δεν απαντώ	1	0,3	
Σύνολο	353	100,0	



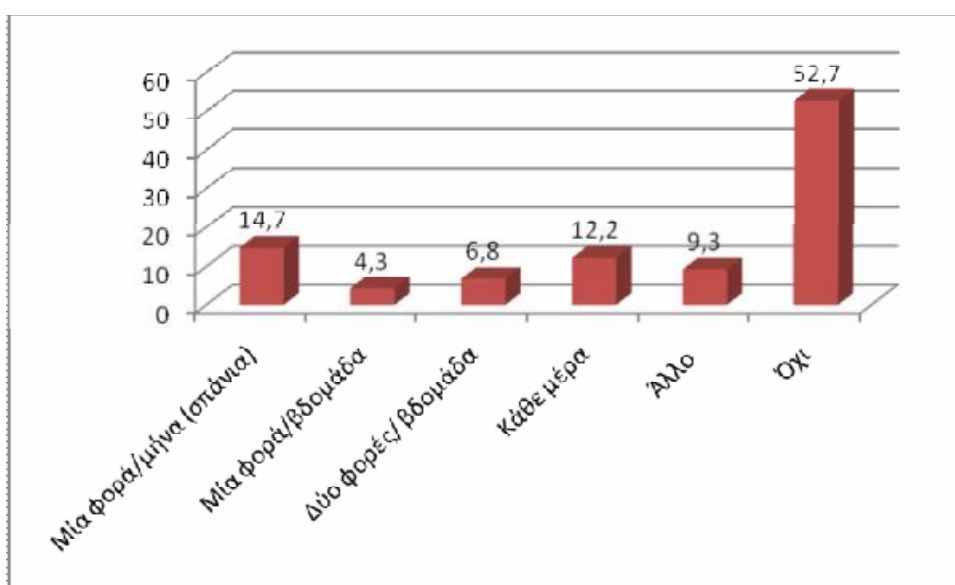
Σχ. 49 α

Στον πιν. 49 α και στο σχ. 49 α γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι δεν αισθάνονται ευερέθιστοι με ποσοστό 51,6% ενώ αρκετοί δήλωσαν ότι αισθάνονται ευερέθιστοι με ποσοστό 48,2%. Τέλος το 0,3% δεν απάντησε.

## Ερώτηση 49 β. Εάν ναι πόσο συχνά αισθάνεστε ευερέθιστοι;

Πίνακας 49β

Πόσο συχνά ευερέθιστοι:	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Μία φορά/μήνα (σπάνια)	52	14,7	31,1
Μία φορά/βδομάδα	15	4,3	40,1
Δύο φορές/ βδομάδα	24	6,8	54,5
Κάθε μέρα	43	12,2	80,2
Άλλο	33	9,3	100,0
Όχι	186	52,7	
Σύνολο	353	100,0	



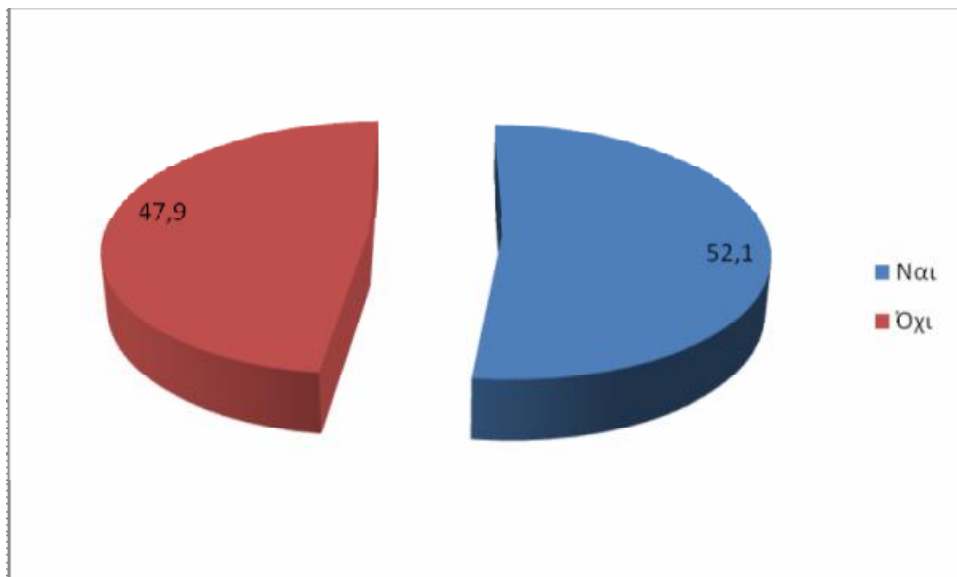
Σχ. 49β

Σύμφωνα με τον πιν. 49β και το σχ. 49β το 14,7% του δείγματος που απάντησε δήλωσε ότι σπάνια αισθάνεται ευερέθιστο ενώ καθημερινά απάντησε το 12,2%.

## Ερώτηση 51 α. Αισθάνεστε κουρασμένοι;

Πίνακας 51α

Κουρασμένοι;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	184	52,1	52,1
Όχι	169	47,9	100,0
Σύνολο	353	100,0	



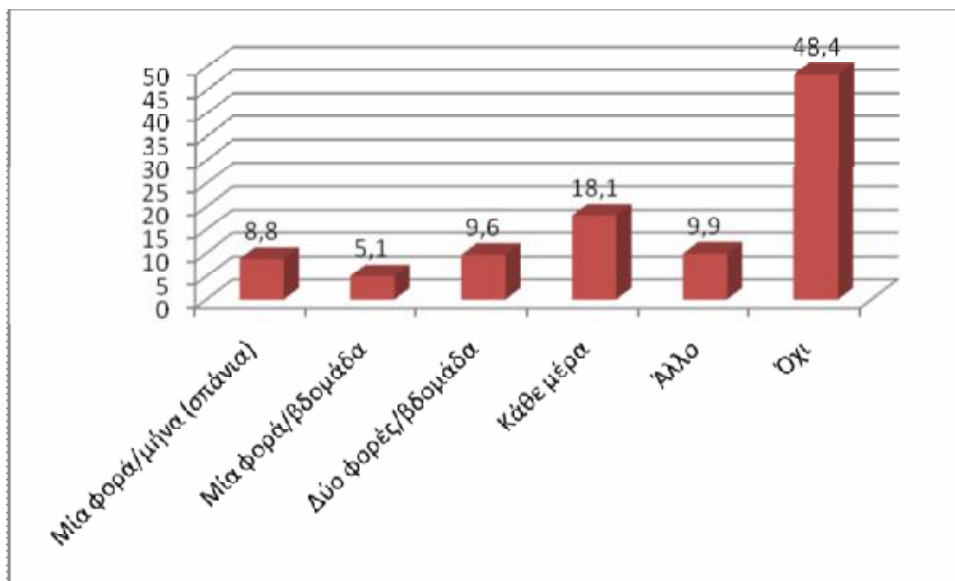
σχ. 51 α

Τα στοιχεία του πιν. 51 α και του σχ. 51 α δείχνουν ότι το 52,1% του δείγματος νιώθει κουρασμένο ενώ αντίθετα το 47,9% δεν αισθάνεται κουρασμένο.

### Ερώτηση 51 β. Αν ναι πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένοι;

Πίνακας 51 β

Πόσο συχνά κουρασμένοι;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Μία φορά/μήνα (σπάνια)	31	8,8	17,0
Μία φορά/βδομάδα	18	5,1	26,9
Δύο φορές/βδομάδα	34	9,6	45,6
Κάθε μέρα	64	18,1	80,8
Άλλο	35	9,9	100,0
Σύνολο	182	51,6	
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 51 β

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι από τα άτομα που νιώθουν κουρασμένοι οι περισσότεροι (18,1%) δήλωσαν ότι αισθάνονται καθημερινά κουρασμένοι.

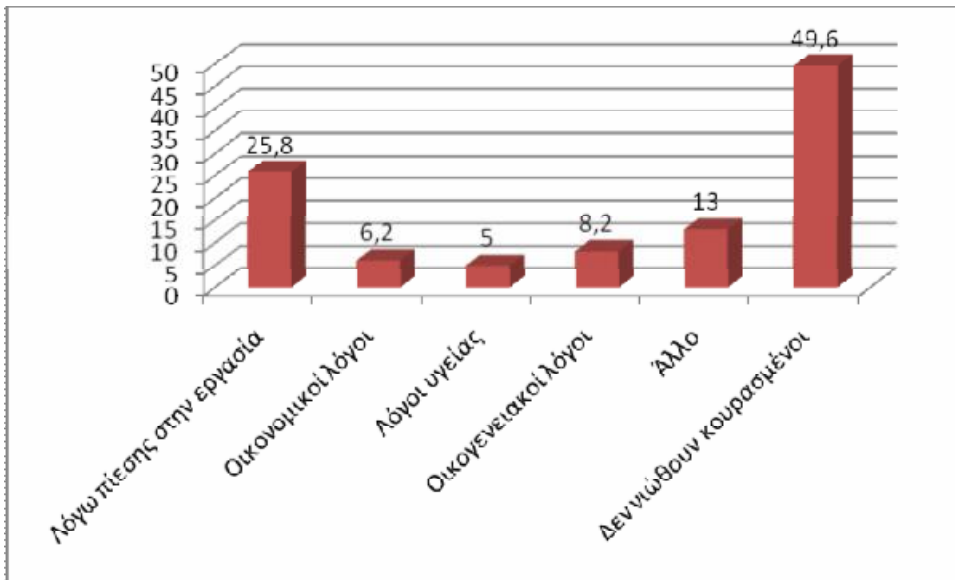
## Ερώτηση 52. Για ποιο λόγο αισθάνεστε κουρασμένοι;

Πίνακας 52

Γιατί κουρασμένοι;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν νιώθουν κουρασμένοι	175	49,6	49,6
1	76	21,5	71,1
1,2	7	2,0	73,1
1,2,3,4	1	0,3	73,4
1,2,4	2	0,6	73,9
1,4	4	1,1	75,1
1,5	1	0,3	75,4
2	6	1,7	77,1
2,4	4	1,1	78,2
2,5	2	0,6	78,8
3	14	4,0	82,7
3,4	2	0,6	83,3
3,5	1	0,3	83,6
4	16	4,5	88,1
5	42	11,9	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Πίνακας 52.1

Λόγοι που νιώθουν κουρασμένοι	Αριθμός	Ποσοστά
1. Λόγω πίεσης στην εργασία	91	25,8%
2. Οικονομικοί λόγοι	22	6,2%
3. Λόγοι υγείας	18	5,0%
4. Οικογενειακοί λόγοι	29	8,2%
5. Άλλο	46	13,0%
Δεν νιώθουν κουρασμένοι	175	49,6%



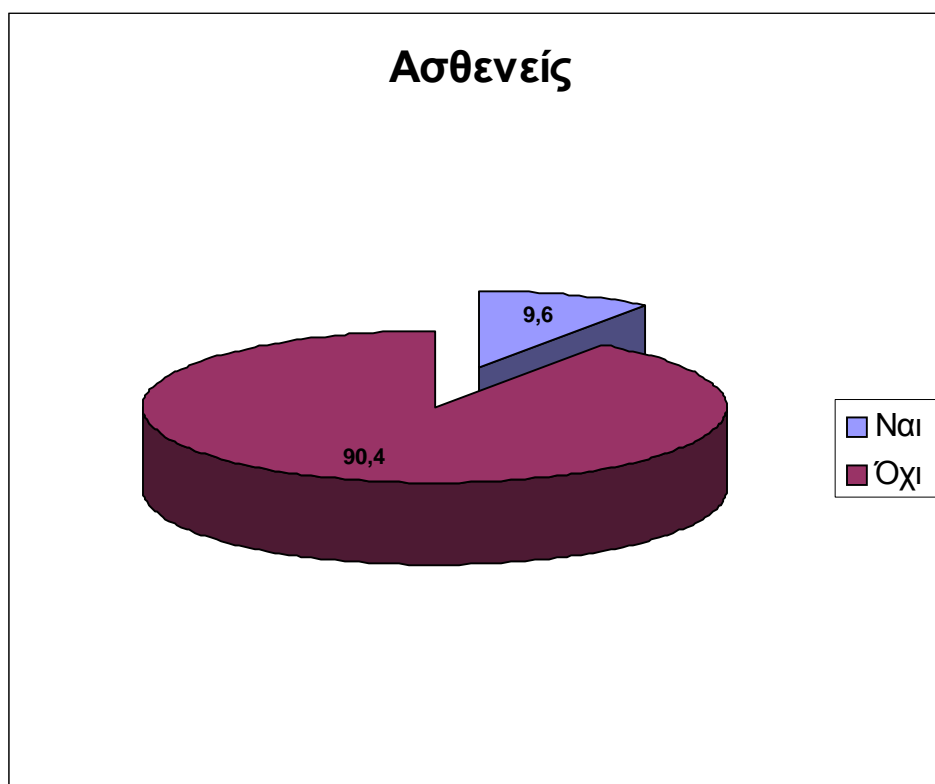
Σχ. 52

Στον πιν. 52 και σχ. 52 διαπιστώνεται ότι το 25,8% των ερωτηθέντων αισθάνονται κουρασμένοι εξαιτίας της πίεσης στην εργασία τους.

### Ερώτηση 53 α. Αισθάνεστε ασθενείς;

Πίνακας 53 α.

Ασθενείς	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	34	9,6	9,6
Όχι	319	90,4	100,0
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 53α

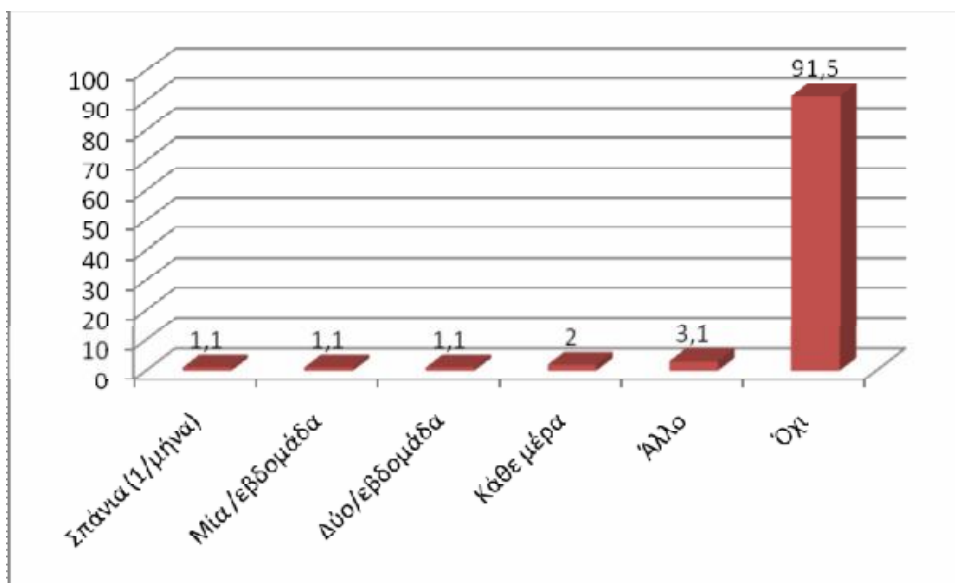
Σύμφωνα με τον πιν. 53 α και το σχ. 53 α από το σύνολο του δείγματος μόνο το 9,4% αισθάνεται ασθενής.



### Ερώτηση 53 β. Εάν ναι πόσο συχνά αισθάνεστε ασθενείς;

Πίνακας 53β

Πόσο συχνά	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Σπάνια (1/μήνα)	4	1,1	13,3
Μία /εβδομάδα	4	1,1	26,7
Δύο/εβδομάδα	4	1,1	40,0
Κάθε μέρα	7	2,0	63,3
Άλλο	11	3,1	100,0
Σύνολο	30	8,5	
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 53β

Στον πιν. 53 β και το σχ. 53 β φαίνεται ότι από τους ερωτώμενους που απάντησαν ότι νιώθουν ασθενείς το 2% έχει αυτή την αίσθηση καθημερινά ενώ το 3,1% των ερωτώμενων προσδιόρισε διαφορετικά την συχνότητα που νιώθουν αδυναμία

(π.χ μερικές φορές, συχνά κ.τ.λ).

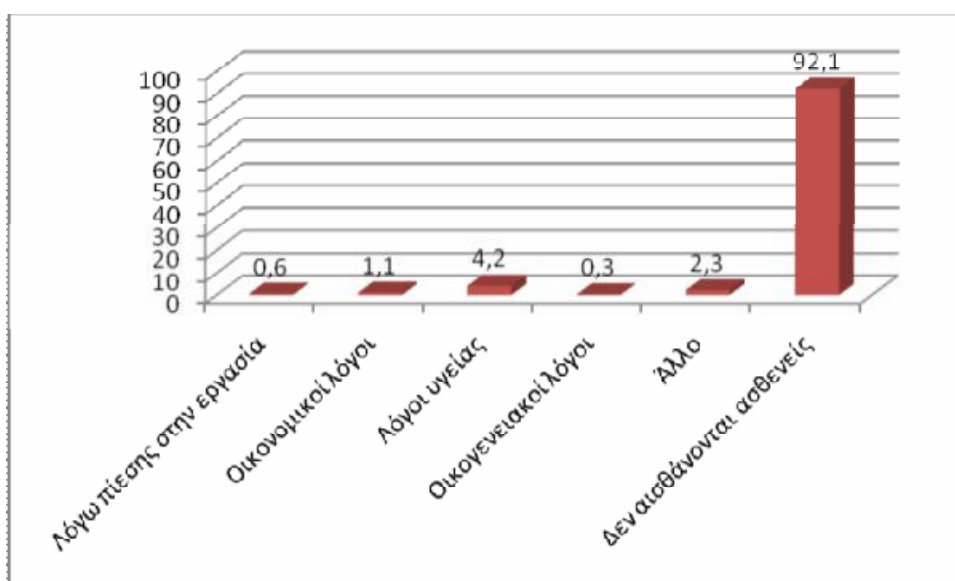
## Ερώτηση 54. Για ποιο λόγο αισθάνεστε ασθενείς;

Πίνακας 54

Γιατί ασθενείς;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
	325	92,1	92,1
1	2	0,6	92,6
2	2	0,6	93,2
2,3	2	0,6	93,8
3	12	3,4	97,2
3,5	1	0,3	97,5
4	1	0,3	97,7
5	8	2,3	100,0
Σύνολο	353	100,0	

Πίνακας 54. 1

Λόγοι που αισθάνονται ασθενείς	Αριθμός	Ποσοστά
1. Λόγω πίεσης στην εργασία	2	0,6%
2. Οικονομικοί λόγοι	4	1,1%
3. Λόγοι υγείας	15	4,2%
4. Οικογενειακοί λόγοι	1	0,3%
5. Άλλο	8	2,3%
Δεν αισθάνονται ασθενείς	325	92,1%



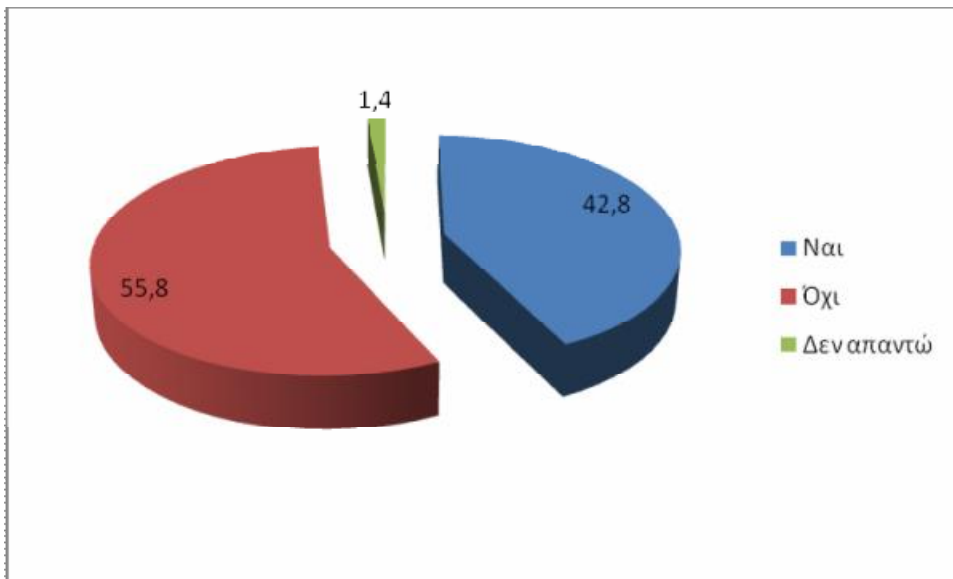
Σχ. 54

Από τον πιν. 54 και το σχ. 54 προκύπτει ότι το 4,2% των ατόμων που απάντησαν ότι νιώθουν ασθενείς αισθάνονται ασθενείς για λόγους υγείας.

**Ερώτηση 55. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για κάποια/ες από τις προαναφερθείσες παθήσεις;**

**Πίνακας 55**

Φαρμακευτική αγωγή.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ναι	151	42,8	43,4
Όχι	197	55,8	100,0
Σύνολο	348	98,6	
Δεν απαντώ	5	1,4	
Σύνολο	353	100,0	



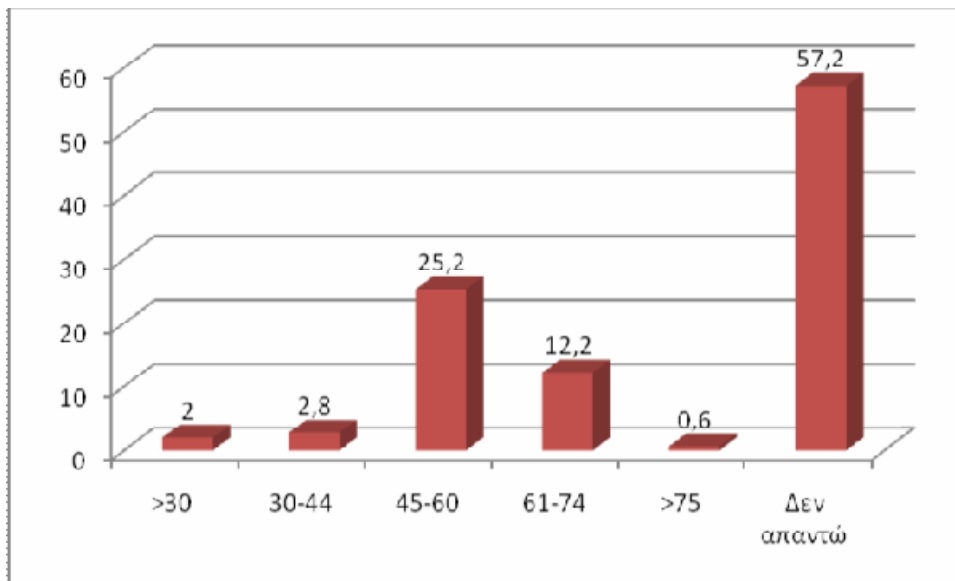
**Σχ. 55**

Από τον πιν. 55 και το σχ. 55 προκύπτει ότι το 55,8% του δείγματος λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τις παραπάνω παθήσεις ενώ το 42,8% απάντησε ότι δεν παίρνει φαρμακευτική αγωγή. Το υπόλοιπο 1,4% δεν απάντησε.

### Ερώτηση 56. Σε ποια ηλικία αρχίσατε την φαρμακευτική αγωγή;

Πίνακας 56

Σε ποια ηλικία φαρμακευτική αγωγή;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
>30	7	2,0	4,6
30-44	10	2,8	11,3
45-60	89	25,2	70,2
61-74	43	12,2	98,7
75>	2	0,6	100,0
Δεν απαντώ	202	57,2	
Σύνολο	353	100,0	



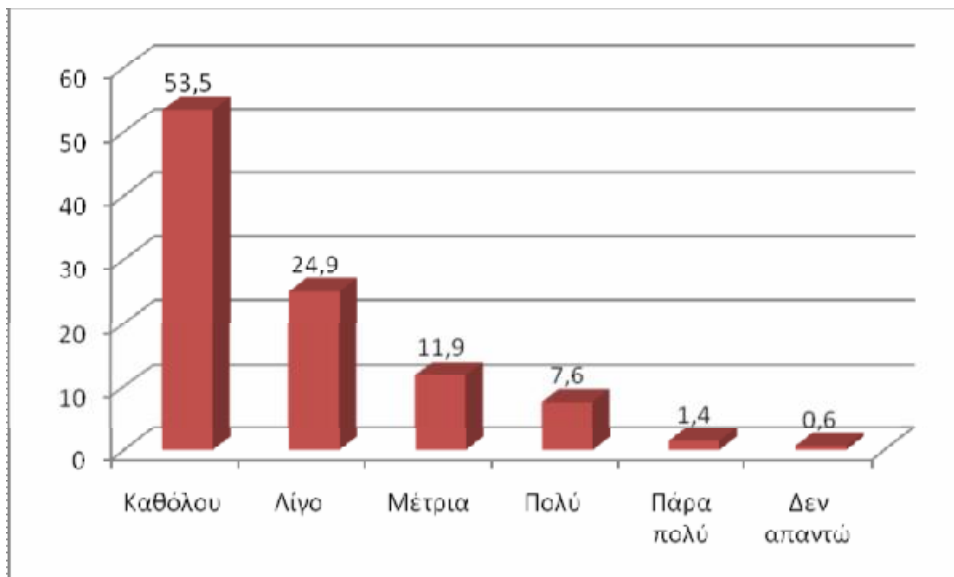
Σχ. 56

Όπως δείχνει ο πιν. 56 και το σχ. 56 το 25,2% ξεκίνησε να παίρνει φαρμακευτική αγωγή σε ηλικίες μεταξύ 45 – 60 ετών ενώ το 12,2% μεταξύ 61 – 74 ετών.

**Ερώτηση 57. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, σηκώνεστε νωρίς και νιώθετε κόπωση, κοιμάστε λίγο, δυσκολία στο να κοιμηθείτε);**

**Πίνακας 57**

Προβλήματα ύπνου;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	189	53,5	53,7
Λίγο	88	24,9	78,7
Μέτρια	42	11,9	90,6
Πολύ	27	7,6	98,3
Πάρα πολύ	5	1,4	99,7
Δεν απαντώ	2	0,6	
Σύνολο	353	100,0	



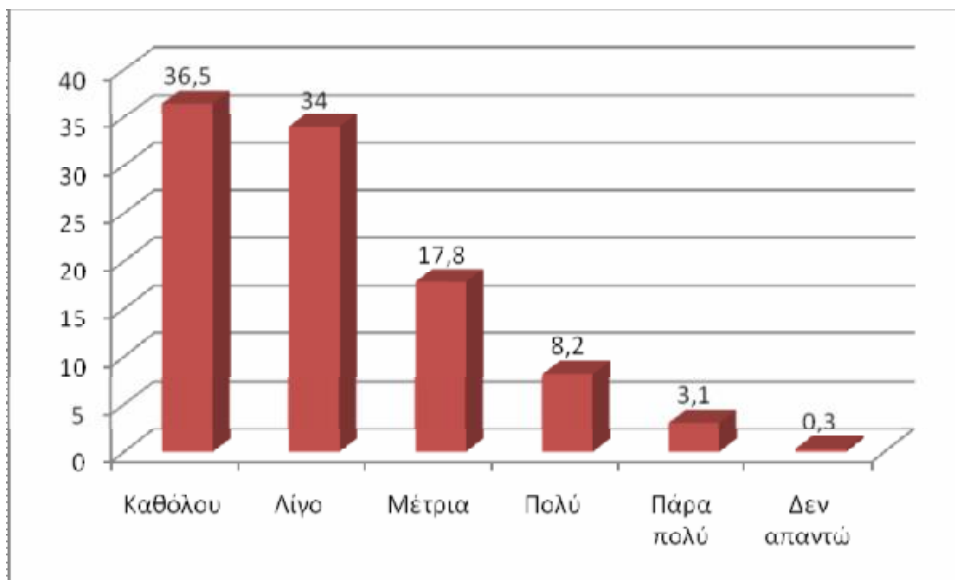
**Σχ. 57**

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι το 53,5% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα ύπνου. Το 24,9% του δείγματος απάντησε ότι λίγο αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου.

**Ερώτηση 58. Νιώθετε εκνευρισμό (επιθετικότητα, θυμό), συγχύζεστε για μικροπράγματα;**

**Πίνακας 58**

Νιώθετε εκνευρισμό;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	129	36,5	36,6
Λίγο	120	34,0	70,7
Μέτρια	63	17,8	88,6
Πολύ	29	8,2	96,9
Πάρα πολύ	11	3,1	100,0
Δεν απαντώ	1	0,3	
Σύνολο	353	100,0	



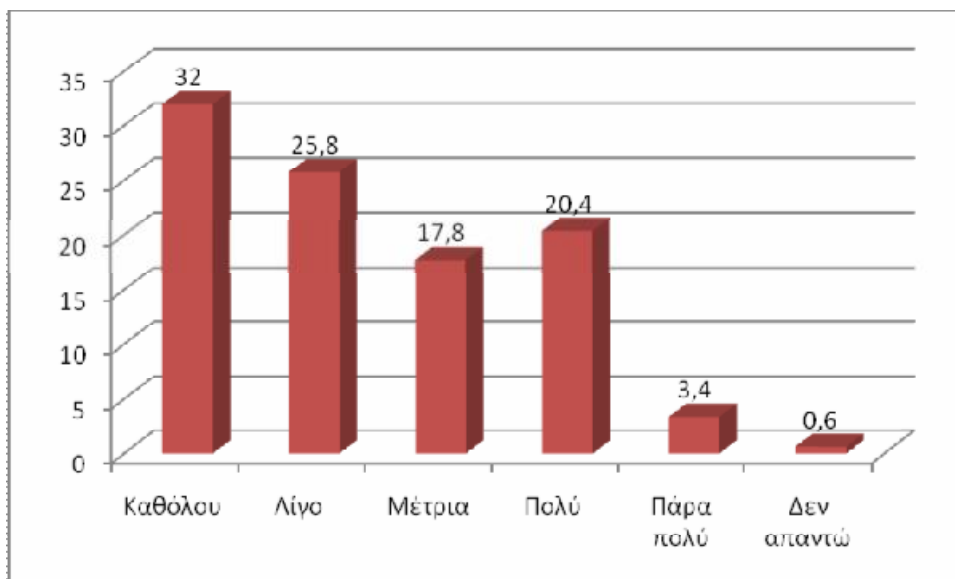
**Σχ. 58**

Στον πίν. 58 και στο σχ. 58 φαίνεται ότι από το σύνολο του δείγματος το 36,5% δεν νιώθει καθόλου εκνευρισμό, το 34% αισθάνεται λίγο εκνευρισμό και μέτρια το 17,8%.

### Ερώτηση 59. Αισθάνεστε άγχος (εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης);

Πίνακας 59

Αισθάνεστε άγχος;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	113	32,0	32,2
Λίγο	91	25,8	58,1
Μέτρια	63	17,8	76,1
Πολύ	72	20,4	96,6
Πάρα πολύ	12	3,4	100,0
Δεν απαντώ	2	0,6	
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 59

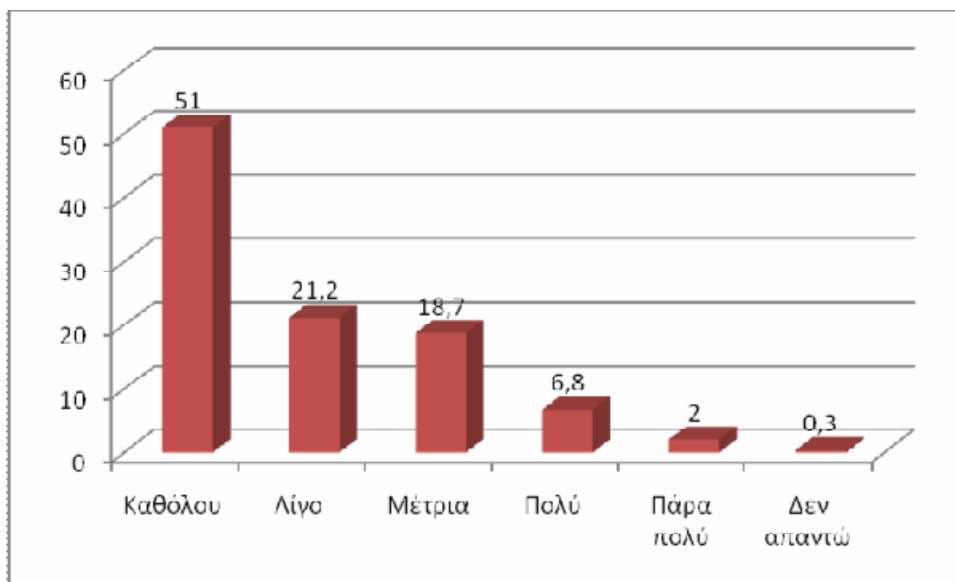
Σύμφωνα με τον πίν. 59 και το σχ. 59 το 32% του δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου άγχος, το 25,8% έχει λίγο άγχος ενώ το 20,4% απάντησε ότι έχει πολύ άγχος.



**Ερώτηση 60. Κατά πόσο έχει ελαττωθεί η μουσική σας δύναμη(αίσθηση αδυναμίας);**

**Πίνακας 60.**

Μείωση μουσικής δύναμης.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	180	51,0	51,1
Λίγο	75	21,2	72,4
Μέτρια	66	18,7	91,2
Πολύ	24	6,8	98,0
Πάρα πολύ	7	2,0	100,0
Δεν απαντώ	1	0,3	
Σύνολο	353	100,0	



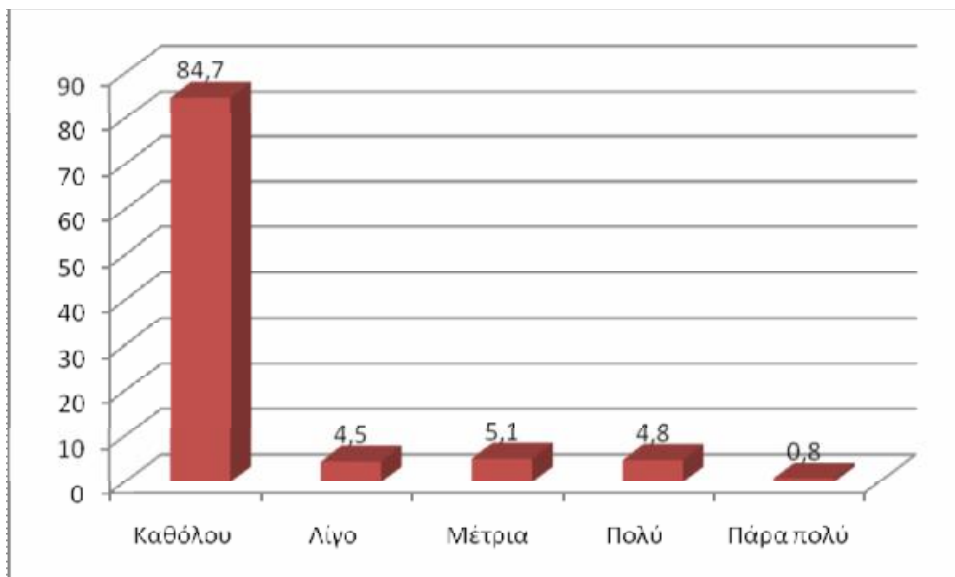
**Σχ. 60**

Από τον πίν. 60 και το σχ. 60 προκύπτει ότι τουλάχιστον το 51% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει μειωθεί καθόλου η μουσική του δύναμη, το 21,2% δήλωσε ότι έχει μειωθεί λίγο, το 18,7% απάντησε ότι μέτρια έχει μειωθεί η μουσική τους δύναμη ενώ μόλις το 6,8% ανέφερε ότι η μουσική τους δύναμη έχει μειωθεί πολύ.

**Ερώτηση 61. Αισθάνεστε κατάθλιψη (λυπημένος, μελαγχολικός, έτοιμος να βάλετε τα κλάματα);**

**Πίνακας 61**

Κατάθλιψη;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	299	84,7	84,7
Λίγο	16	4,5	89,2
Μέτρια	18	5,1	94,3
Πολύ	17	4,8	99,2
Πάρα πολύ	3	0,8	100,0
Σύνολο	353	100,0	



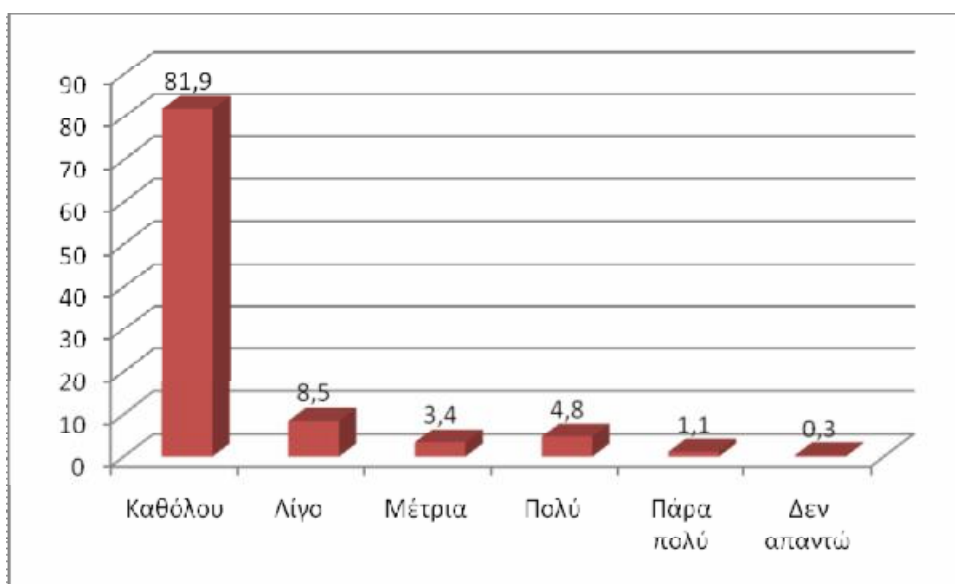
**Σχ. 61**

Από τον πιν. 61 και το σχ. 61 προκύπτει ότι το 84,7% του δείγματος δεν έχει καθόλου κατάθλιψη.

## Ερώτηση 62. Αισθάνεστε μοναξιά;

Πίνακας 62

Μοναξιά;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Καθόλου	289	81,9	82,1
Λίγο	30	8,5	90,6
Μέτρια	12	3,4	94,0
Πολύ	17	4,8	98,9
Πάρα πολύ	4	1,1	100,0
Δεν απαντώ	1	0,3	
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 62

Στον πιν. 62 και το σχ. 62 φαίνεται ότι το 81,9% δεν νιώθει καθόλου μοναξιά, ενώ μόλις το 4,8% αισθάνεται πολύ μοναξιά.

### Ερώτηση 63. Πως απασχολείτε τις ελεύθερες ώρες σας;

Πίνακας 63

Ελεύθερος χρόνος	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Δεν απάντησε	1	0,3	0,3
1	207	58,6	58,9
1,2	14	4,0	62,9
1,2,3	3	0,8	63,7
1,2,4	1	0,3	64,0
1,3	15	4,2	68,3
1,3,4	1	0,3	68,6
1,4	45	12,7	81,3
2	8	2,3	83,6
2,3	2	0,6	84,1
2,4	2	0,6	84,7
3	3	0,8	85,6
4	51	14,5	100,0
Σύνολο	353	100,0	

**1:** Με φίλους στο καφενείο, **2:** Με κάποιο χόμπι, **3:** Με τον αθλητισμό, **4:** Κάτι άλλο

Πίνακας 63.1

Ελεύθερος χρόνος	Αριθμός	Ποσοστά
<b>1. Με φίλους στο καφενείο</b>	<b>286</b>	<b>81%</b>
<b>2. Με κάποιο χόμπι</b>	<b>30</b>	<b>8,5%</b>
<b>3. Με τον αθλητισμό</b>	<b>24</b>	<b>6,8%</b>
<b>4. Κάτι άλλο</b>	<b>100</b>	<b>28,3%</b>
<b>Δεν απαντώ</b>	<b>1</b>	<b>0,3%</b>



σχ. 63

Από τα παραπάνω στοιχεία (πιν. 63 και σχ. 63) προκύπτει ότι το 81% του δείγματος ανέφερε ότι τις ελεύθερες ώρες τις περνά με φίλους στο καφενείο, το 8,5% δήλωσε ότι ασχολείται με κάποιο χόμπι, το 6,8% απάντησε ότι ασχολείται με τον αθλητισμό και τέλος το 28,3% κάνει κάποια άλλη δραστηριότητα τον ελεύθερο χρόνο.

## Ερώτηση 64. Το καφενείο της γειτονιάς σας το επισκέπτεστε γιατί;

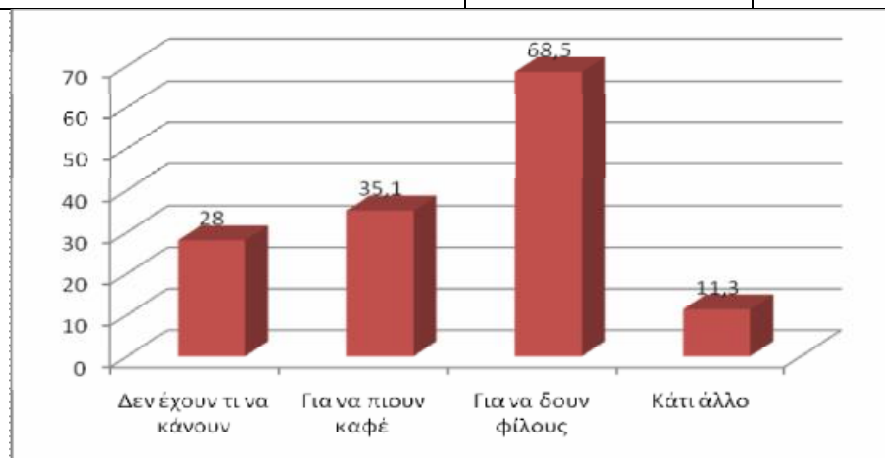
Πίνακας 64

Γιατί επισκέπτεστε το καφενείο της γειτονιάς σας;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Συχνότητα %
1	4	1,1	1,1
1,2	56	15,9	17,0
1,2,3	6	1,7	18,7
1,2,3,5	19	5,4	24,1
1,2,3,5	1	0,3	24,4
1,3	14	4,0	28,3
1,3,5	2	0,6	28,9
1,5	1	0,3	29,2
2	16	4,5	33,7
2,3	75	21,2	55,0
2,3,5	6	1,7	56,7
2,5	1	0,3	56,9
3	113	32,0	89,0
3,5	12	3,4	92,4
5	27	7,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	

1: Δεν έχετε τι άλλο να κάνετε, 2: Ερχόσαστε για να πιείτε καφέ, 3: Ερχόσαστε για να συναντήσετε φίλους, 5: Κάτι άλλο

Πίνακας 64.1

Γιατί πηγαίνετε στο καφενείο;	Αριθμός	Ποσοστά
1. Δεν έχουν τι να κάνουν	99	28%
2. Για να πιουν καφέ	124	35,1%
3. Για να δουν φίλους	242	68,5%
5. Κάτι άλλο	40	11,3%



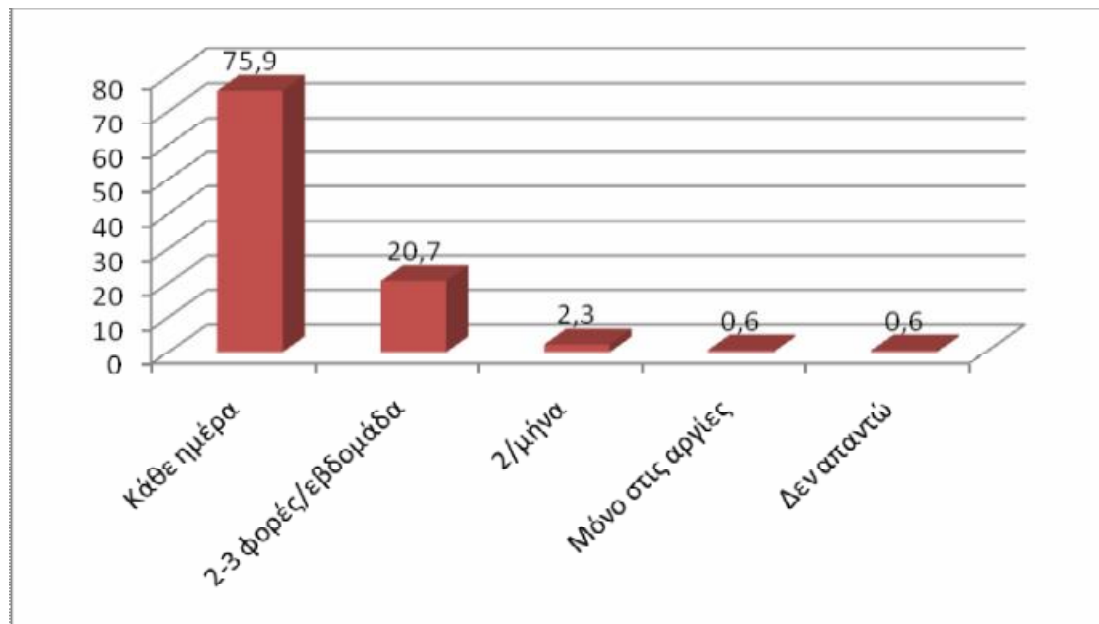
σχ.64

Όπως φαίνεται στον πίν. 64.1 και στο σχ. 64 το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος πηγαίνει στο καφενείο για να δει φίλους, το 35,1% για να πει καφέ και το 28% γιατί δεν έχουν τι να κάνουν.

## Ερώτηση 65. Πόσο συχνά πηγαίνετε στο καφενείο;

Πίνακας 65

Πόσο συχνά πηγαίνετε καφενείο;	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	268	75,9	75,6
2-3 φορές/εβδομάδα	73	20,7	96,6
2/μήνα	8	2,3	98,9
Μόνο στις αργίες	2	0,6	99,4
Δεν απαντώ	2	0,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	



Σχ. 65

Στον πιν.65 και στο σχ. 65 είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 75,9% πηγαίνει καθημερινά στο καφενείο ενώ το 20,7% πηγαίνει στο καφενείο 2 – 3 φορές την εβδομάδα.



## Ερώτηση 66. Όταν φεύγετε από το καφενείο αισθάνεστε;

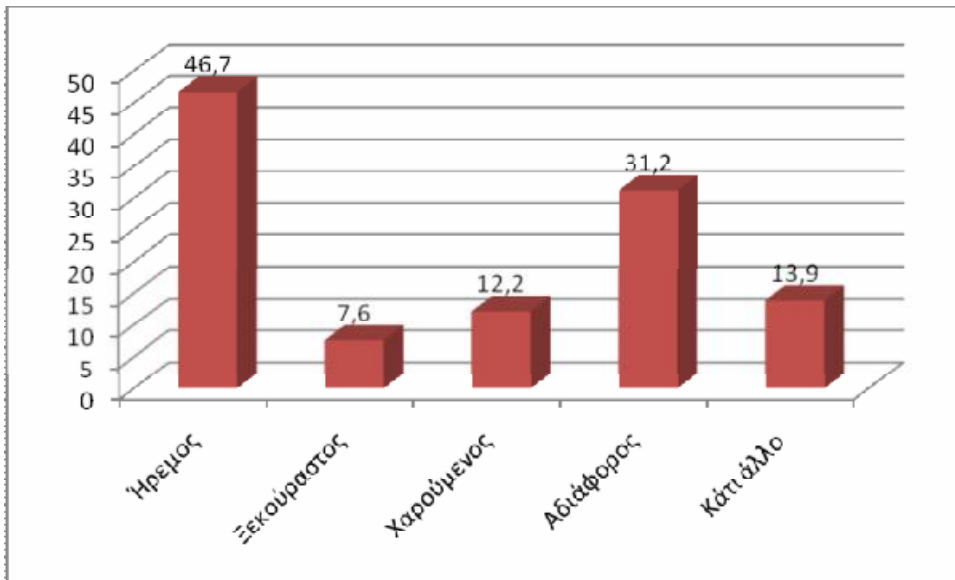
Πίνακας 66

Όταν φεύγετε από το καφενείο:	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
1	136	38,5	38,5
1,2	8	2,3	40,8
1,2,3	1	0,3	41,1
1,2,4	1	0,3	41,4
1,3	4	1,1	42,5
1,3,4	1	0,3	42,8
1,4	10	2,8	45,6
1,5	4	1,1	46,7
2	15	4,2	51,0
2,4	2	0,6	51,6
3	32	9,1	60,6
3,4	3	0,8	61,5
3,5	2	0,6	62,0
4	91	25,8	87,8
4,5	2	0,6	88,4
5	41	11,6	100,0
Σύνολο	353	100,0	

1: Ήρεμος, 2: Ξεκούραστος, 3: Χαρούμενος, 4: Αδιάφορος, 5: Κάτι άλλο

Πίνακας 66. 1

Όταν φεύγετε από το καφενείο νιώθετε:	Αριθμός	Ποσοστά
1. Ήρεμος	165	46,7%
2. Ξεκούραστος	27	7,6%
3. Χαρούμενος	43	12,2%
4. Αδιάφορος	110	31,2%
5. Κάτι άλλο	49	13,9%



**Σχ. 66**

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι το 46,7% των ερωτηθέντων νιώθει ήρεμο όταν φεύγει από το καφενείο, το 31,2% αισθάνεται αδιάφορο ενώ το 7,6% ξεκούραστο.

## 8.11 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Η έρευνα διεξήχθη από 5/2/2007 – 1/11/2007 και απάντησαν 353 άτομα σε δείγμα 72 καφενείων τα οποία προέρχονται από τα τέσσερα δημοτικά διαμερίσματα της Πάτρας. Συγκεκριμένα, από το κεντρικό δημοτικό διαμέρισμα προέρχεται το 33,4% των ερωτηθέντων (24 καφενεία), από το νότιο δημοτικό διαμέρισμα προέρχεται το 32,3% (25 καφενεία), το 13,6% προέρχεται από το αρκτικό διαμέρισμα και τέλος το 20,7% του δείγματος προέρχεται από το ανατολικό δημοτικό διαμέρισμα.

Από τα στοιχεία που μας έδωσε το δείγμα συμπεραίνουμε ότι οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνά μας είναι ως επί το πλείστον άνδρες σε ποσοστό 97,7% και ελάχιστες γυναίκες σε ποσοστό 2,3%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων βρίσκεται ηλικιακά στα όρια μέσης και τρίτης ηλικίας (73,4%). Πιο συγκεκριμένα, το 27,5% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 61 – 70 ετών, το 25,2% στην ηλικιακή ομάδα των 51 – 60 ετών και τέλος το 20,7% είναι από 71 ετών και άνω.

Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι με ποσοστό 77,3%. Το 12,2% των ατόμων που απάντησαν είναι άγαμοι, το 6,2% σε κατάσταση χηρείας ενώ το 4,2% διαζευγμένοι.

Σε γενικές γραμμές το επίπεδο μόρφωσης των ατόμων που ρωτήθηκαν είναι σχετικά χαμηλό καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό (34,2%) είναι απόφοιτοι δημοτικού. Το 23,2% είναι απόφοιτοι γυμνασίου. Απόφοιτοι λυκείου δήλωσε το 21,2% του δείγματος.

Τουλάχιστον 1 στους 2 είναι συνταξιούχος αφού το 51,3% ανέφερε ότι παίρνει σύνταξη και δεν εργάζεται. Το 21% δήλωσαν δημόσιοι (10,8%) και ιδιωτικοί (10,2%) υπάλληλοι ενώ μόλις το 9,9% απασχολούνται σε επιστημονικά επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι κ.τ.λ.). Οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι είναι εργάτες σε ποσοστό 7,9%, τεχνίτες σε ποσοστό 6,2%, ελεύθεροι επαγγελματίες σε ποσοστό 1,4%, στρατιωτικοί σε ποσοστό 0,6%, αγρότες σε ποσοστό 0,3%, άνεργοι σε ποσοστό 0,8% και οικιακά 0,3%.

Σύμφωνα με τα στοιχεία προκύπτει ότι η οικονομική κατάσταση για το 42, 5% είναι μέτρια. Το 23,8% έχει υψηλό εισόδημα ενώ ένα καθόλου ασήμαντο ποσοστό έχει χαμηλό εισόδημα. Επίσης ένα αξιόλογο ποσοστό 15,3% δεν απάντησε σε αυτήν την ερώτηση.

Στην πλειοψηφία τους (54,7%) τα άτομα που ρωτήσαμε θεωρούν ότι είναι υγιή. Το 24,4% πιστεύει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι μέτρια ενώ λίγοι είναι αυτοί (5,4%) που εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι κακή.

Το κάπνισμα για το 54,4% του δείγματος αποτελεί μία καθημερινή συνήθεια ενώ το 45,6% δεν καπνίζει. Από αυτούς που δεν καπνίζουν το 42,1% δεν είχε καπνίσει ποτέ ενώ το 57,9% υπήρξε καπνιστής στο παρελθόν.

Το 83,3% των ερωτηθέντων καπνίζει ή είχε καπνίσει στο παρελθόν πάνω από 10 έτη ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (16,7%) από 1 – 10 έτη. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 69,5% καπνίζει ή κάπνιζε παλαιότερα πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα ενώ το υπόλοιπο 30,5% καπνίζει ή κάπνιζε στο παρελθόν μέχρι 20 τσιγάρα την ημέρα. Το 35% των ερωτηθέντων συνηθίζει ή συνηθιζε να καπνίζει στο καφενείο, το 31,7% καπνίζει ή κάπνιζε παντού. Στο σπίτι κάπνιζε ή συνηθιζε να καπνίζει το 19,4% του δείγματος ενώ το 14,6% στην εργασία. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι 18,4 έτη.

Συμπερασματικά, όσον αφορά το κάπνισμα από τα ευρήματα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων καπνίζει πάνω από 10 έτη και η ποσότητα κατανάλωσης ανέρχεται πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Επίσης, οι περισσότεροι ασκούν αυτή την συνήθεια στο καφενείο.

Εν συνεχεία, από τα στοιχεία προκύπτει ότι οι περισσότεροι (48, 2%) από τους ερωτώμενους ζει μαζί με τον/την σύντροφο/σύζυγο και τα παιδιά. Ενώ το 29,5% μένει μόνο με τον/την σύντροφο/σύζυγο. Το 11,9% του δείγματος δήλωσε ότι ζει μόνο του, το 7,9% διαμένει με άλλο πρόσωπο και μόλις το 2,5% ζει μόνο με τα παιδιά.

Σε σχέση με τις κοινωνικές δραστηριότητες ένα μεγάλο μέρος (40,2%) του δείγματος απάντησε ότι πραγματοποιεί ψυχαγωγικές εξόδους ( καφέ, φαγητό, θέατρο, κινηματογράφο). Το 44,8% δεν ανέφερε ότι πραγματοποιεί ταξίδια ή εξόδους. Μόλις το 9,4% δήλωσε ότι ταξιδεύει.

Το 29,5% συνήθως πραγματοποιεί μία φορά την εβδομάδα ψυχαγωγική έξοδο ενώ το 17,3% του δείγματος καθόλου. Μια φορά το χρόνο συνηθίζει να ταξιδεύει τουλάχιστον το 27,5% και το 22,7% πραγματοποιεί ταξίδια πάνω από τρεις φορές το χρόνο ενώ αντίθετα το 13,9% ανέφερε ότι δεν ταξιδεύει καθόλου.

Επομένως, οι κοινωνικές δραστηριότητες για ένα μεγάλο ποσοστό είναι περιορισμένες που οφείλεται ενδεχομένως στο μειωμένο εισόδημα.

Αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (72,8%) συνήθως λαμβάνει δύο γεύματα την ημέρα μεσημεριανό και βραδινό. Από το 94,1% που δήλωσε ότι παίρνει καθημερινά πρωινό το 68,8% πίνει καφέ για πρωινό ενώ το υπόλοιπο λαμβάνει πλήρες πρωινό.

Στα κύρια καθημερινά τους γεύματα περιλαμβάνουν 1 – 3 φορές την εβδομάδα κρέας, καθημερινά σαλάτες και τυρί, και μόλις δύο φορές την εβδομάδα όσπρια. Το ψωμί της προτίμησής τους είναι το λευκό ενώ το μαύρο ή το ολικής αλέσεως το αποφεύγουν. Συνεπώς, από τα αποτελέσματα για τη διατροφή παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι δεν τρέφονται υγιεινά.

Οι περισσότεροι πίνουν πάνω από 7 ποτήρια νερό την ημέρα βοηθητικό για την υγεία τους.

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών είναι άλλη μία καθημερινή συνήθεια για το 77,3% του δείγματος. Συχνότερο αλκοολούχο ποτό κατανάλωσης είναι το κρασί και η μπύρα. Η μέση ποσότητα κατανάλωσης βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα βάσει των αποτελεσμάτων 17 ποτήρια την εβδομάδα μπύρα 11 ποτήρια την εβδομάδα κρασί και ούισκι και 10 ποτήρια την εβδομάδα ούζο/τσίπουρο. Η πλειονότητα συνηθίζει να πίνει αλκοόλ στο σπίτι και στο καφενείο μόνος του ή με φίλους. Πιο συγκεκριμένα, το 49,3% συνηθίζει να πίνει στο σπίτι και το 32% στο καφενείο. Το 47,9% δήλωσε ότι συνηθίζει να πίνει αλκοόλ με τους φίλους του και το 31,7% μόνο του.

Τουλάχιστον το 49,6% απάντησε ότι έχει μεθύσει από το οποίο το 19,3% πάνω από τρεις φορές στη ζωή του.

Το 80,2% θεωρούν ότι δεν προσπάθησαν να υιοθετήσουν κάποια υγιεινή συμπεριφορά γιατί πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται.

Ένας στους δύο επισκέπτεται κάθε χρόνο το γιατρό του για εξετάσεις.

Η κατάσταση της υγείας τους σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιητική καθώς το 62% του δείγματος πάσχει από κάποια/ες ασθένεια/ες. Η αρτηριακή πίεση (29,7%), η χοληστερολαιμία (23,2%) και ο διαβήτης (15,3%) είναι οι συχνότερες παθήσεις στο δείγμα που ερευνήσαμε. Επιπλέον άλλες ασθένειες λιγότερο συχνές ήταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το έμφραγμα, το βρογχικό άσθμα και η ψυχικές διαταραχές.

Από νοσήματα του αίματος πάσχει μόλις το 4% του δείγματος εκ του οποίου το 1,7% έχει σιδηροπενική αναιμία και το 1,4% μεσογειακή αναιμία και το 0,3% έχει λευχαιμία.

Νοσήματα του νευρικού συστήματος έχει το 42,3% του δείγματος από το οποίο το 27,4% έχει διαταραχές της όρασης, το 13% έχει ημικρανίες, το 1,4% πάσχει από βαρηκοΐα και το 0,2% από επιληψία.

Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος έχει το 13% των ερωτώμενων από το οποίο το 4,2% δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια ιγμορίτιδα, το 3,1% έχει άσθμα, το 2,3% χρόνια βρογχίτιδα και το 0,6% πνευμονικό εμφύσημα.

Μόλις το 15,3% πάσχει από ασθένειες του πεπτικού συστήματος από το οποίο το 7% έχει έλκος, το 2,5% έχει γαστρίτιδα, το 2,3% αιμορροΐδες.

Το 25,5% των ερωτώμενων έχει κάποια πάθηση του μυοσκελετικού συστήματος από το οποίο το 14,7% έχει οσφυαλγία, το 5,4% ισχιαλγία, το 2% ρευματοειδής αρθρίτιδα και το 0,6% οστεοπόρωση.

Από τα στοιχεία επιπλέον προκύπτει ότι τουλάχιστον ένας στους δύο παίρνει φαρμακευτική αγωγή.

Παρά την επιβαρυντική κατάσταση της υγείας τους οι περισσότεροι θεωρούν ότι είναι υγιείς. Άρα η εκτίμηση που έχουν για την κατάσταση της υγείας τους βασίζεται σε υποκειμενικά κριτήρια και όχι σε αντικειμενικά.

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο ζωής τους καθώς δεν αντιλαμβάνονται τους κινδύνους που κρύβουν για την υγεία οι καθημερινές τους συνήθειες. Επομένως το προφίλ φαίνεται να επηρεάζει ως ένα βαθμό τις συνήθειες.

Η ψυχολογική κατάσταση σε συνδυασμό με τους καθημερινούς παράγοντες για ένα σημαντικό μέρος του δείγματος δεν φαίνεται να είναι ικανοποιητική. Το 42,5% ανέφερε ότι αισθάνεται κακόκεφο. Κυριότεροι παράγοντες που συντελούν στο να είναι κακόκεφοι είναι κατά κύριο λόγο οι οικονομικοί (25%), οι οικογενειακοί (23,9%) και η πίεση στην εργασία (18,4%). Λιγότερο τους επηρεάζει ο παράγοντας της υγείας.

Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους (52,1%) αισθάνονται κουρασμένοι. Η πλειονότητα τους (25,8%) αποδίδει την κούραση που νιώθουν κυρίως στην πίεση της εργασίας. Άλλοι λόγοι που τους προκαλούν κούραση είναι τα οικογενειακά προβλήματα (8,2%) και οικονομικοί λόγοι (6,2%). Επίσης μόνο το 5% νιώθει κουρασμένο για λόγους υγείας.

Μόλις το 9,6% του δείγματος νιώθουν ασθενείς κυρίως για λόγους υγείας.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται ότι:

- Ø Το 46,5% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει προβλήματα ύπνου
- Ø Το 63,5% σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας νιώθει εκνευρισμό και συγχύζεται για μικροπράγματα.
- Ø Το 68% του δείγματος αισθάνεται άγχος κάτι που επιβαρύνει την ψυχική τους υγεία.
- Ø Ένας στους δύο θεωρούν ότι η μυϊκή τους δύναμη έχει ελαττωθεί.
- Ø Το 84,7% των ερωτώμενων δεν αισθάνεται κατάθλιψη.
- Ø Τέλος, το 81,9% δεν αισθάνεται μοναξιά.

Ο ελεύθερος χρόνος για το 81% των ερωτώμενων κυλάει με φίλους στο καφενείο. Μόνο το 8,5% ασχολείται με κάποιο χόμπι ενώ με τον αθλητισμό μόλις το 6,8%.

Η συναναστροφή και η επικοινωνία με τους φίλους είναι για το 68,5% ο κυριότερος λόγος για τον οποίο πηγαίνουν στο καφενείο. Ένα σημαντικό ποσοστό (28%) ανέφερε ότι πηγαίνει στο καφενείο γιατί δεν έχει τι να κάνει.

Τέλος, το 75,9% πηγαίνει καθημερινά στο καφενείο. Το καφενείο σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας φαίνεται να ηρεμεί το 46,7% του δείγματος. Το 31,2% δήλωσε ότι τους αφήνει αδιάφορους ενώ το 12,2% νιώθει χαρούμενο που φεύγει από το καφενείο. Ξεκούραστο φεύγει από το καφενείο μόλις το 7,6%.

Άρα, το καφενείο αποτελεί ένα μέσο επικοινωνίας στην μονότονη ζωή των μεγαλουπόλεων και αυτό βοηθά τους Έλληνες ηλικιωμένους να βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση.

#### **8.12 ΠΡΟΤΑΣΗ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.**

Μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων της έρευνας μπορούμε να προχωρήσουμε σε πρόταση για τη βελτίωση του τρόπου ζωής των ατόμων που συχνάζουν στο καφενείο. Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου είναι τα κύρια ζητήματα στα οποία θα επικεντρωθεί η πρότασή μας.

Η πρότασή μας είναι ο σχεδιασμός ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας το οποίο θα εντάσσεται στην αρμοδιότητα του κοινωνικού τομέα του δήμου Πάτρας. Κύριοι εκπρόσωποι του κοινωνικού τομέα που θα πρέπει να δραστηριοποιηθούν στην κοινότητα για αυτό το σκοπό είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί. Στα πλαίσια του σχεδιασμού ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ερευνήσει και να καταγράψει τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού. Πόσοι είναι εκείνοι που πηγαίνουν στα καφενεία; Ποια είναι η ηλικία τους; Ποια είναι η οικογενειακή, οικονομική και επαγγελματική τους κατάσταση; Ποιο το μορφωτικό τους επίπεδο; Ποιες είναι οι συνήθειές τους;

Στη δική μας μελέτη ήταν δύσκολο να καταγράψουμε τον ακριβή αριθμό των ατόμων που συχνάζουν στα καφενεία. Παρόλα αυτά όμως καταγράψαμε χαρακτηριστικά για την ηλικία, την οικογενειακή, επαγγελματική κατάσταση καθώς και τις συνήθειες.

Στη συνέχεια μετά την καταγραφή των χαρακτηριστικών πρέπει να προχωρήσει στην επισήμανση των αναγκών τους. Μέσα από την παραπάνω έρευνα μπορούν να επισημανθούν ανάγκες όπως:

- Ø Ενημέρωση και πληροφόρηση για το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή και τη σημασία τους για την υγεία.



- Ø Ενημέρωση για την πρόληψη και προάσπιση της υγείας τους.
- Ø Πληροφόρηση για τις υπάρχουσες υπηρεσίες στο Δήμο της Πάτρας.
- Ø Πληροφόρηση για το πώς αυτοί οι άνθρωποι μπορούν να αξιοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο τους μέσα από τις δημοτικές ψυχαγωγικές υπηρεσίες (φεστιβάλ, θέατρο, επίσκεψη σε μουσεία, αρχαιολογικούς χώρους κ.α).

Επόμενο βήμα στο σχεδιασμό του προγράμματος είναι να καθοριστούν οι στόχοι. Τι επιδιώκει ο κοινωνικός λειτουργός για την επιτυχία του προγράμματος; Οι στόχοι που θα μπορούσαμε να εστιάσουμε είναι:

- 1) Η ευαισθητοποίηση του κοινού
- 2) Παροχή γνώσεων
- 3) Αλλαγή αξιών
- 4) Αλλαγή απόψεων
- 5) Λήψη αποφάσεων
- 6) Αλλαγή στάσεων – συμπεριφοράς
- 7) Αλλαγή περιβάλλοντος. (Σώκου, 1994)

**1) Η ευαισθητοποίηση του κοινού.** Σε αυτό το στόχο πρέπει το κοινό (τα άτομα που συχνάζουν στο καφενείο) να συνειδητοποιήσει ότι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η κακή διατροφή είναι πρόβλημα. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος π.χ πληροφορώντας το κοινό ότι το τσιγάρο αφαιρεί κάθε 5 λεπτά κατά μέσο όρο από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του προβλήματος. (Σώκου, 1994)

**2) Παροχή γνώσεων.** Εδώ πρόκειται για την ενημέρωση για τις καθημερινές συνήθειες. Το να γνωρίζουν ότι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή διατροφή είναι επιβλαβές για την υγεία δεν αρκεί. Θα πρέπει να εξοπλιστούν με γνώσεις (π.χ πως επιδρά ο καπνός στο σώμα, ποια είναι η σωστή διατροφή και πως βοηθάει στην υγεία κ.τ.λ) που θα τους ενισχύσουν τη

βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση. (Σώκου, 1994)

- 3) **Ιεράρχηση αξιών.** Ο στόχος αυτός αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αυτά αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία για τη ζωή τους. (Σώκου, 1994)
- 4) **Αλλαγή απόψεων.** Ο στόχος αυτός αποτελεί την τροποποίηση κάποιων πεποιθήσεων για τα συγκεκριμένα ζητήματα (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή) της καθημερινής ζωής. Μία πεποίθηση είναι, με βάση τα αποτελέσματα, ότι δεν ακολουθήσαν υγιεινή συμπεριφορά επειδή δεν τους χρειάστηκε η οποία είναι λανθασμένη. Η υγιεινή συμπεριφορά είναι μέτρο πρόληψης και όχι θεραπείας. Όμως οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και τις πληροφορίες που παρέχονται αλλά και από την εκάστοτε ψυχολογική φόρτιση. (Σώκου, 1994)
- 5) **Λήψη αποφάσεων.** Η λήψη αποφάσεων στηρίζεται τόσο στην παροχή γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Ένα άτομο θα αποφασίσει να κόψει το τσιγάρο επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις σοβαρές συνέπειες. (Σώκου, 1994)
- 6) **Αλλαγή συμπεριφοράς.** Ο στόχος αυτός είναι πολύ βασικός στην επίτευξη του προγράμματος. Η λήψη της κατάλληλης απόφασης π.χ διακοπής καπνίσματος δεν οδηγεί πάντα στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν η υλοποίηση μιας τέτοιας απόφασης συναντά δυσκολίες (στερητικό σύνδρομο) παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι αυτό το πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να παρέχει την κατάλληλη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή το άτομο προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας τέτοιας αλλαγής. (Σώκου, 1994)

**7) Αλλαγή περιβάλλοντος.** Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν ένα άτομο περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται από διαφημίσεις τσιγάρων δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος. .(Σώκου, 1994)

Στη συνέχεια αφού έχουν καθοριστεί οι στόχοι θα πρέπει να αναζητηθούν οι πόροι και οι δυνατότητες για την επιτυχία του προγράμματος. Σε αυτό το κομμάτι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να γνωρίζει τις υπηρεσίες που υπάρχουν στην πόλη της Πάτρας ώστε να αναζητήσει την συνεργασία τους. Οι φορείς της πόλης που πιστεύουμε ότι θα μπορούσαν να συνεργαστούν στην εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος για τον πληθυσμό που συχνάζει στα καφενεία είναι:

- Ø Κ.Α.Π.Η
- Ø Ελληνικό κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και ερευνών.
- Ø Κίνηση «Πρόταση» Κέντρο πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Ø Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών – Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική όπου πραγματοποιείται ιατρείο διακοπής καπνίσματος.
- Ø Ειδικό Νοσοκομείο νοσημάτων Θώρακος – Πνευμονολογικό τμήμα όπου επίσης πραγματοποιείται ιατρείο διακοπής καπνίσματος.
- Ø Πανεπιστήμιο Πάτρας τμήμα Ιατρικής (πανεπιστημιακοί συνεργάτες ειδικούς σε θέματα Υγιεινής Προαγωγής Υγείας Πρόληψης νόσου, Ιατρική της κοινότητας και Διατροφή).
- Ø Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.
- Ø Αντικαπνιστικός Σύλλογος Πάτρας.
- Ø Δημοτική Επιχείρηση Πολιτιστικής Ανάπτυξης Πάτρας.
- Ø Πολιτιστικοί Σύλλογοι.

Σε αυτούς τους φορείς ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορεί να καλέσει ανθρώπινο δυναμικό επιστημονικά ειδικευμένο σε προγράμματα Αγωγής Υγείας. Το προσωπικό που προτείνουμε για αυτή την δυνατότητα είναι:

- Ø Γιατροί παθολόγοι

- Ø Γηρίατροι
- Ø Ψυχολόγοι
- Ø Επισκέπτες Υγείας με εξειδίκευση στις εξαρτησιογόνες ουσίες.
- Ø Κοινωνικοί λειτουργοί
- Ø Διαιτολόγοι – Διατροφολόγοι
- Ø Άτομα από την ομάδα στόχου
- Ø Εθελοντές

Ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τους παραπάνω φορείς μπορεί να εξασφαλίσει την υλικοτεχνική υποδομή. Για παράδειγμα, η Δημοτική Επιχείρηση Πολιτιστικής Ανάπτυξης Πάτρας καθώς και οι πολιτιστικοί σύλλογοι θα μπορούσαν να διαθέσουν χώρους όπου θα πραγματοποιούνται οι συναντήσεις των ατόμων αυτών με τους εκπαιδευτές, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (όπως χορούς, θεατρικές παραστάσεις), εκπαιδευτικά δρώμενα (όπως προβολή εκπομπών για το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή).

Το Κ.Α.Π.Η, οι πολιτιστικοί σύλλογοι και άλλοι θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν μέσα μεταφοράς κυρίως των ηλικιωμένων που δεν θα είναι σε θέση να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις από το σπίτι στο χώρο όπου θα γίνεται το πρόγραμμα.

Επίσης μέσω του εθελοντισμού είναι δυνατόν να αποφευχθεί το κόστος εφαρμογής του προγράμματος. Σε αυτόν το τομέα θα μπορούσαν να συμμετέχουν φοιτητές Ιατρικής από το πανεπιστήμιο και φοιτητές του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι της Πάτρας, οι οποίοι θα έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα Αγωγής υγείας και θα μπορούν να προσεγγίσουν τον πληθυσμό πηγαίνοντας στα καφενεία να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν τον πληθυσμό για το επικείμενο πρόγραμμα.

Όσο για την αμοιβή του επιστημονικού προσωπικού αρμόδιος θα είναι ο κοινωνικός τομέας του Δήμου της Πάτρας αφού θα έχει την ευθύνη για το πρόγραμμα.

Με την εξασφάλιση των πόρων για την εφαρμογή του προγράμματος αυτό που μένει είναι η μεθοδολογία. Έτσι λοιπόν ως προς την μεθοδολογία προτείνουμε:

Το πρόγραμμα να περιλαμβάνει εβδομαδιαίες απογευματινές συναντήσεις στους χώρους πολιτιστικών συλλόγων με συνοδεία ροφημάτων και γλυκισμάτων η οποία θα έχει ως στόχο την προσέλκυση του κοινού. Στις συναντήσεις θα πραγματοποιούνται πρώτα οι ομιλίες σε συνδυασμό με την προβολή ενημερωτικών βίντεο μικρής διάρκειας όπου θα διαρκούν για μία ώρα περίπου ώστε να μην προκαλέσουν ανία και έπειτα θα ακολουθεί η κατανάλωση ροφήματος και γλυκισμάτων. Στις ομιλίες, το εξειδικευμένο προσωπικό θα περιλαμβάνει επιστημονικά κριτήρια, με απόδοση σε γλώσσα προσιτή προς το κοινό, για να είναι αποτελεσματικές και να δέχονται ανταπόκριση για συζήτηση. Στο χώρο όπου θα παρευρίσκεται το κοινό θα υπάρχουν εθελοντές φοιτητές κοινωνικής εργασίας ή και ιατρικής όπου κατά τη διάρκεια των γλυκισμάτων και των αναψυκτικών θα προκαλούν συζητήσεις με τους ενδιαφερόμενους γύρω από θέματα που προϋπήρξαν στις ομιλίες.

Η διάρκεια του προγράμματος θα αποφασιστεί από κοινού με το ακροατήριο πόσες φορές θα γίνουν οι συναντήσεις. Επίσης και η επιλογή των θεμάτων θα συναποφασισθεί κατά σειρά προτεραιότητας με το κοινό κατόπιν προτάσεων του εκπαιδευτικού και επιστημονικού προσωπικού.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

- § Αλιβιζάτος, Γ., *Η Διαμόρφωση της Διατροφής κατά τον Εκβιομηχανισμό*, Αρχαία Υγιεινής, Αθήναι, Ιαν.-Ιούνιος 1970, 20ό έτος. Νο 1 και 2.
- § Αβραμίδης Αθανάσιος, (1990), *Κάπνισμα το άλλο νέφος μέσα μας*, Ακρίτας, Αθήνα.
- § Αβραμίδης Αθανάσιος, (1994), *Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών και με ελπίδα*, 3<sup>η</sup> έκδοση, Ακρίτας, Αθήνα.
- § Αμηρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α., (1986), *Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Υπουργείο Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- § Αποστολόπουλος Α, (2003), *Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι*, Σημειώσεις ΤΕΙ, Πάτρα.
- § Carrolynn E. Townsend,(1996), *Υγιεινή Διατροφή και θεραπευτικές δίαιτες Διαιτητική*, 6<sup>η</sup> έκδοση, Έλλην, Αθήνα.
- § Γερουκάλης Δ., *Μεθοδολογία Οργάνωσης και Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας*, Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 18<sup>ο</sup>,1990,σελ.42-51
- § Δαουτόπουλος Γ., (1995), *Κοινοτική – Τοπική Ανάπτυξη*, Αυτοέκδοση, Θεσσαλονίκη.
- § Δαρδαβέσης, (1988), *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Ελληνικά Γράμματα.
- § Δοντάς Α., (1981), *Η Τρίτη Ηλικία προβλήματα και δυνατότητες*, Παρισιανός, Αθήνα.
- § Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 33<sup>ος</sup> τόμος, Πάπυρος, 1988, Αθήνα.
- § Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, (1982), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, Ηνωμένα Έθνη, Αθήνα.
- § Έμκε – Πουλοπούλου, (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι – Παρόν, Παρελθόν και Μέλλον*, Έλλην, Αθήνα
- § ΕΣΥΕ, Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 1957-1958, 1963-1964, 1968-1969, 1974.

- § ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος, 1974-1975. Πίνακας 14,σελ 455.
- § Θεοφίλου Α., (2007), *Θεραπεία του αλκοολισμού*, Κοινωνική Εργασία Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, τεύχος 88, σελ.237-238.
- § Ζαμπέλας Α., (2003), *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- § Ζάρναρη Ο., Μαδιανός Μ., (1988), *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία – Εμπειρική Έρευνα σε Πανελλήνιο Δείγμα Πληθυσμού*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- § Ζημιάρης Β., Βολίκας Κ., (1997), *Επιδημιολογικά δεδομένα της κατάθλιψης των υπερηλίκων της περιφέρειας*, Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΓΕ, 11 – 13 Δεκεμβρίου, Αθήνα.
- § Ηλιόπουλος Π., Μπαλατσούρας Δ., Οικονόμου Κ., Παλαιολόγος Ι.,(1991), *Διαταραχές της φωνήσεως κατά την τρίτη ηλικία*, Πρακτικά 2ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΕ, 6-8 Ιουνίου, Αθήνα, σελ. 123 – 127.
- § Ιατρίδης Δ., *Κοινωνική Εργασία και Υγεία*, Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 14<sup>ο</sup>, 1989,σελ. 71 -89.
- § Κανελλόπουλος Κ., (1984), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα.
- § Κανδάκης, Ξενοφών, (1965), *Πρωτεϊνο-Θερμιδική Δυστροφία Παιδιών*, Αθήναι, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 17.
- § Κατουσέλλη, Αλίκη, «*Διατροφή και Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού*», ΕΚΚΕ, Αθήναι,1978. Αδημοσίευτη μελέτη στα πλαίσια της παρούσας έρευνας
- § Κατσιλάμπρος Ν., (2004), *Κλινική Διατροφή*, Βήτα, Αθήνα.
- § Κοσμόπουλος Α. Β., (1980), *Στοιχεία Ψυχολογίας και Ανθρωπαγωγικής της Ωριμης ηλικίας*, Πάτρα.
- § Kinsella K. and C. Taeuber, (1993), *An Aging World II*, Us Department of Commerce, Bureau of the Census, Washington.

- § Λυρίτης Γ., (1996), *Οστεοπόρωση*, Αθήνα.
- § Μάος Β., (1983), *Οι οικονομικές επιπτώσεις της Γήρανσης του πληθυσμού των παραγωγικών ηλικιών*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 49<sup>ο</sup> τεύχος, σελ. 3 -34.
- § Μαρσέλος. Μ, (1997), *Εξαρτησιογόνες ουσίες, Φαρμακολογία – Τοξικολογία – Ιστορία – Κοινωνιολογία – Νομοθεσία*, Ιατρική βιβλιοθήκη, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- § Μαρουλή Ε., *Τα επαγγέλματα υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη – Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού*, Περιοδικό Εκλογή, Δεκέμβριος 1980, σελ. 171 – 184.
- § Μίχου Τ., (1991), *Νοσηλευτική Ηλικιωμένων Ατόμων*, Αθήνα.
- § Μπαμπινιώτης, (2006), *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, Β΄ έκδοση, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.
- § Μπιλάλης Π., (1997), *Κάπνισμα και Υγεία*, Γ΄ έκδοση, Αθήνα.
- § Μπούφας Δ., (1987), *Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτικές εξελίξεις στο νόσημα του καρδιαγγειακού συστήματος των ηλικιωμένων*, Ιατρική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διήμερο Σεμινάριο για τους προϊσταμένους γιατρούς του ΙΚΑ, 9-10 Ιουνίου, Αθήνα, σελ. 38 – 43.
- § Ομάδα εργασίας για την Υγεία, «*Έκθεση Υγείας*», ΚΕΠΕ, Αθήνα, 1976, σελ 9.
- § Παπαγεωργίου Ε., (2005), *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*, Παρισιανός, Αθήνα.



- § Παπαζαχαρίου Ε., (1980), *Η Πιάτσα*, Κάκτος, Αθήνα.
- § Παπακώστας Γ., (2001), *Φιλολογικά σαλόνια και καφεενεία της Αθήνας*, Ζ΄ έκδοση, Πατάκη, Αθήνα.
- § Περρωτή Ε., *Η πρωτογενής φροντίδα για την υγεία-Μια θέση για τους κοινωνικούς λειτουργούς*, Περιοδικό Εκλογή, Αύγουστος 1988, σελ. 120 – 128.
- § Πριάμη Μ., (1997), *Νόσος Alzheimer – νοσηλευτικές παρεμβάσεις*, Εισήγηση στο 5<sup>ο</sup> Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΓΕ, 11 – 13 Δεκεμβρίου, Αθήνα.
- § Pitsiou E., (1986), *Lifestyle of older Athenians*, National Center of Social Research, Athens, Vol I, II.
- § Ρουτσώνης Δ., *Πρωτιά των εγκεφαλικών στις αιτίες αναπηρίας*, Ελευθεροτυπία, 30-09-1996.
- § Στιβανάκη Ε., (2005), *Όπερα, Θέατρο, Κινηματογράφος, Καραγκιόζης, Καρναβάλι, ΠΑΤΡΑ Από την Αρχαιότητα ως σήμερα*, Συλλογικός Τόμος, Κοτίνος, Αθήνα.
- § Σώκου Κ., (1994), *Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής Υγείας «Αλκοόλ και Ατύχημα»*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- § Τζημουράκας Α., (1989), *Γηριατρική*, Θεσσαλονίκη.
- § Υπουργείο Συντονισμού, *Προσωρινοί Εθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδος*, 1980, Αθήναι 1981, Πίνακας 24, σελ.91.

- § Χαϊδεμένος Α., (1990), *Η ψυχογηριατρική δίνει λύσεις στην τρίτη ηλικία. Σε μία εποχή που οι αντιθέσεις ηλικιωμένου και κοινωνίας οξύνονται.*, Καθημερινή, 18 Νοεμβρίου.
- § Χατζόπουλος Α. ,(2001), *Τα καφενεία του Ελληνισμού*, Κάκτος, Αθήνα.

**ΠΗΓΕΣ INTERNET:**

- Ø «Στοιχεία φωτιά για το κάπνισμα», available from: [www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=3597](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3597), updated:4/3/2008, cited:17/12/2007
- Ø «Θάνατοι και από παθητικό κάπνισμα», available from: [www.skai.gr/master\\_story.php?id=43692](http://www.skai.gr/master_story.php?id=43692), updated:8/4/2008, cited: 29/3/2007
- Ø Δεβερτζόγλου Γιάννης, «Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος:Το παθητικό κάπνισμα 3<sup>η</sup> αιτία θνησιμότητας», available from: [health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=32012](http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=32012), updated:12/6/2008, cited:30/5/2001

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Προφίλ ατόμων που συχνάζουν σε χώρους καφενείων

#### I. Προσωπικά στοιχεία

- 1) Νο: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_  
Καφενείο/Περιοχή: \_\_\_\_\_
- 2) Ηλικία: 20-30  (1) 31-40  (2) 41-50  (3) 51-60  (4) 61-70  (5) >71  (6)
- 3) Φύλο: Άνδρας  (1) Γυναίκα  (2)
- 4) Οικογενειακή κατάσταση:
- i) Έγγαμος  (1)
  - ii) Άγαμος  (2)
  - iii) Διαζευγμένος  (3)
  - iv) Χήρος  (4)
- 5) Μορφωτικό επίπεδο:
- α) Αγράμματος  (1)
  - β) Απόφοιτος Δημοτικού  (2)
  - γ) Απόφοιτος Γυμνασίου  (3)
  - δ) Απόφοιτος Λυκείου  (4)
  - ε) Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής ΤΕΛ/ΤΕΕ/ΙΕΚ  (5)
  - στ) Απόφοιτος ΤΕΙ  (6)
  - ζ) Απόφοιτος ΑΕΙ  (7)
  - η) Μεταπτυχιακά, Διδακτορικά  (8)
- 6) Επάγγελμα:
- α) Συνταξιούχος  (1)
  - β) Εργάτης  (2)
  - γ) Τεχνίτης  (3)
  - δ) Ιδιωτικός Υπάλληλος  (4)
  - ε) Δημόσιος Υπάλληλος  (5)
  - στ) Στρατιωτικός  (6)
  - ζ) Αγρότης  (7)
  - η) Επιστήμονας  (8)
  - ι) Ελεύθερος Επαγγελματίας  (9)
  - ια) Άνεργος  (10)
  - ιβ) Οικιακά  (11)
- 7) Μηναίο Εισόδημα: Χαμηλό (έως 599€)  Μέτριο (600-1199€)   
Υψηλό (άνω των 1200€)  Δεν απαντώ
- 8) Η υγεία σας είναι:
- α) Πολύ καλή  (1)
  - β) Καλή  (2)

- γ) Μέτρια  (3)  
 δ) Κακή  (4)
- 9) Καπνιστής 1.  ΝΑΙ 2.  ΟΧΙ
- 9.1) Υπήρξατε καπνιστής 1.  ΝΑΙ 2.  ΟΧΙ
- 10) Έτη καπνίσματος; 1.  Λιγότερα από 5 2.  5-10 έτη 3.  <10 έτη
- 11) Ποσότητα τσιγάρων/ημέρα: 1.  <10 2.  10-20 3.  >20
- 12) Που συνήθως καπνίζετε;  
 1. Στο δρόμο  2. Στο σπίτι  3. Στο καφενείο  4. Στην εργασία   
 5. παντού .
13. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να καπνίζετε; \_\_\_\_\_
- 14) Με ποιο από τα παρακάτω άτομα διαμένετε μαζί;  
 α) Σύζυγο/ σύντροφο  (1)  
 β) Σύζυγο/ σύντροφο και παιδιά  (2)  
 γ) Με τα παιδιά  (3)  
 δ) Μόνος σας  (4)  
 ε) Με οποιονδήποτε άλλον  (5)
- 15) Αν τα παιδιά σας δεν διαμένουν μαζί σας, πότε έφυγαν από το σπίτι;  
 α) Πριν από λίγους μήνες-10 χρόνια  (1)  
 β) Πριν από 11-20 χρόνια  (2)  
 γ) Περισσότερο από 20 χρόνια  (3)  
 δ) Άτεκνος  (4)
- 16) Ποιες από τις παρακάτω κοινωνικές δραστηριότητες πραγματοποιείτε;  
 α) Ταξίδια/ εκδρομές  (1)  
 β) Κοινές ψυχαγωγικές εξόδους (καφέ, φαγητό, θέατρο, κινηματογράφο)  (2)  
 γ) Αναφέρατε οτιδήποτε άλλο.....  (3)  
 δ) Καμία  (4)
- 17) Πόσο συχνά κάνετε ψυχαγωγικές εξόδους;  
 α) μία φορά την εβδομάδα  (1) β) δύο φορές την εβδομάδα  (2) γ)  
 περισσότερες φορές;  δ) καμία φορά  ε) 1-2 φορές το μήνα  στ) σπάνια
- 18) Πόσο συχνά πηγαίνετε ταξίδια ;  
 α) μία φορά το χρόνο  β) δύο φορές το χρόνο  γ) περισσότερες φορές;  καμία φορά  
  
 ε) σπάνια
- 19) Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα; 1. Ένα  2. Δύο  3. Τρία
- 20) Παίρνετε πρωινό;  
 1. Ναι  2. Όχι

21) Αν ναι τι τρώτε για πρωινό;

- Πλήρες γάλα ελαφρύ 1.   
Πλήρες γάλα + φρυγανιά ή ψωμί 2.   
Πλήρες γάλα + φρυγανιά με μέλι ή τοστ 3.   
Πλήρες γάλα + φρυγανιά + πορτοκάλι 4.   
Πλήρες γάλα + 1 ποτήρι χυμό πορτοκάλι + 1 φέτα κέικ 5.   
Τσάι 6.   
Καφές 7.   
Κάτι άλλο 8.

22) Πόσο συχνά παίρνετε τα παρακάτω γεύματα (μία απάντηση για κάθε γεύμα)

	1. Καθημερινά	2. Καμιά φορά	3. Ποτέ
A) Πρωινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Δεκατιανό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ) Μεσημεριανό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ) Απογευματινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Βραδινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Πόσο συχνά την εβδομάδα (0-7) τρώτε τα πιο κάτω τρόφιμα

- |              |                          |                 |                          |                    |                          |
|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. Μοσχάρι   | <input type="checkbox"/> | 7. Αυγά         | <input type="checkbox"/> |                    |                          |
| 2. Κοτόπουλο | <input type="checkbox"/> | 8. Πατάτες      | <input type="checkbox"/> | 13. Ψωμί μαύρο     | <input type="checkbox"/> |
| 3. Χοιρινό   | <input type="checkbox"/> | 9. Κατσίκι/αρνί | <input type="checkbox"/> | 14. Ψωμί λευκό     | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ψάρι      | <input type="checkbox"/> | 10. Ζυμαρικά    | <input type="checkbox"/> | 15. Ολικής αλέσεως | <input type="checkbox"/> |
| 5. Όσπρια    | <input type="checkbox"/> | 11. Τυριά       | <input type="checkbox"/> | 16. Χωριάτικο ψωμί | <input type="checkbox"/> |
| 6. Λαχανικά  | <input type="checkbox"/> | 12. Γλυκά       | <input type="checkbox"/> |                    |                          |

24) Πως σας αρέσουν τα φαγητά;

- |          |                             |              |                             |                     |                             |
|----------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Βραστά   | 1. <input type="checkbox"/> | Με ελαιόλαδο | 4. <input type="checkbox"/> |                     |                             |
| Τηγανητά | 2. <input type="checkbox"/> | Με βούτυρο   | 5. <input type="checkbox"/> | Κοκκινιστό          | 7. <input type="checkbox"/> |
| Σχάρας   | 3. <input type="checkbox"/> | Με σπορέλαιο | 6. <input type="checkbox"/> | όλα καμιά προτίμηση | 8. <input type="checkbox"/> |

25) Πίνετε νερό από την

- Βρύση 1.   
Εμφιαλωμένο 2.   
Και τα δύο 3.   
Φιλτραρισμένο(βρύση) 4.   
Από πηγή 5.

26) Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;

- 1-2 1.   
3-5 2.   
5-7 3.   
Άνω των 7 4.

27) Πόσους καφέδες πίνεις την ημέρα; \_\_\_\_\_

28) Πίνεις τον καφέ σου σε :

- Φλιτζανάκι 1.   
Κούπα 2.   
Ποτήρι 3.   
Πλαστικό 4.

29) Συνήθως τι καφέ πίνεις;

- Φραπέ/ Νες 1.   
Καπουτσίνο 2.   
Εσπρέσσο 3.   
Ελληνικό 4.   
Φρέντο 5.   
Γαλλικός 6.

30) Πίνεις οινοπνευματώδη ποτά:

- Ναι 1.  Όχι 2.

31.Α Ποια και πόσο από τα παρακάτω οινοπνευματώδη ήπιες την περασμένη εβδομάδα  
(Δευτέρα-Κυριακή)

1. Μπύρες \_\_\_\_\_ 2. Ουίσκι \_\_\_\_\_ 3. Σφηνάκι \_\_\_\_\_  
4. Τζιν \_\_\_\_\_ 5. Βότκα \_\_\_\_\_ 6. Λικέρ \_\_\_\_\_  
7. Κρασί \_\_\_\_\_ 8. Τσίπουρο/Ούζο \_\_\_\_\_ 9. μπακάρντι \_\_\_\_\_

32. Συνήθως πίνω:

- καθημερινά 1.  τις περισσότερες ημέρες 2.   
3. 1-2 φορές την εβδομάδα  4. 1-2 φορές το μήνα   
5. Σαββατοκύριακα  6. πολύ σπάνια

33. Πίνετε συνήθως :

- Στο σπίτι 1.  Με φίλους 3.   
Στα μπαρ 2.  Μόνος/η μου 4.   
Σε ταβέρνα 5.  στο καφενείο 6.   
Όπου να ναι 7.  με την οικογένεια 8.

34. Έχετε μεθύσει ποτέ:

- Ναι 1.  Όχι 2.

35. Εάν ναι πόσες φορές:

- Μια φορά 1.   
Δύο φορές 2.   
Πάνω από 5 φορές 3.

36. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να υιοθετήσετε κάποια υγιεινή συμπεριφορά;

1. ΝΑΙ  2. ΟΧΙ

Εάν ναι, ποια; \_\_\_\_\_

37. Επισκέπτεστε για ετήσιο τσεκ-απ το γιατρό σας;

1. ΝΑΙ  2. ΟΧΙ

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

38. Νοσήματα (Για τον ίδιο και συγγενείς Α΄ Βαθμού)

- 1. Έμφραγμα
- 2. Διαβήτης
- 3. Αρτηριακή Υπέρταση
- 4. Υπερχοληστερολαιμία
- 5. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
- 6. Παχυσαρκία
- 7. Καρκίνος εντέρου
- 8. Καρκίνος μαστού
- 9. Καρκίνος (άλλος)
- 10. Ψυχικές διαταραχές
- 11. Βρογχικό άσθμα
- 12. Θυρεοειδοπάθεια
- 13. Ηπατική νόσος
- 14. καρδιοπάθεια

ΝΑΙ  ΟΧΙ

15. υπόταση

39. Αναπηρίες 1. ΝΑΙ  2. ΟΧΙ

Εάν ναι, είδος αναπηρίας: \_\_\_\_\_

40. Νοσήματα αίματος

- αναίμια
- 1. Σιδηροπενική αναιμία
  - 2. Λευχαιμία
  - 3. Μεσογειακή
  - 4. Αιμορροφιλία
  - 5. κάτι άλλο

41. Νοσήματα νευρικού συστήματος

- 1. Ημικρανία
- 2. Διαταραχές όρασης
- 3. Βαρηκοΐα
- 4. Νόσος Parkinson
- 5. Σκλήρυνση κατά πλάκας
- 6. Επιληψία

42. Νοσήματα αναπνευστικού

- 1. Χρόνια ιγμορίτιδα
- 3. Χρόνια βρογχίτιδα



2. Πνευμονικό εμφύσημα       4. Άσθμα  
 5. Άλλο

43. Νοσήματα πεπτικού

1. Γαστρίτιδα      2. Κολίτιδα      3. Αιμορροΐδες      4. Άλλο  
5. Έλκος

44. Νοσήματα δέρματος

1. Δερματίτιδα   2.  Έκζεμα   3. Άλλο

45. Νοσήματα μυοσκελετικού

1. Οστεοαρθρίτιδα       2. Ρευματοειδής αρθρίτιδα  
 3. Οσφυαλγία               4. Ισχιαλγία  
 5. Οστεοπόρωση           6. Άλλο

46. Χρήση φαρμάκων

1. ΝΑΙ       2. ΟΧΙ

Εάν ναι, ποια και δοσολογίες:

47. Αισθάνεστε κακόκεφοι: 1. ΝΑΙ      2. ΟΧΙ

- Αν ναι πόσο συχνά: 1. Σπάνια (1/μήνα)      2. Μία φορά την εβδομάδα     
3. 2 φορές την εβδομάδα      4. Κάθε ημέρα     
5. Άλλο

48. Και για ποιο λόγο: 1. Λόγω πίεσης στην εργασία   2. Οικονομικοί   3. Λόγοι υγείας  
4. Οικογενειακοί λόγοι   5. Άλλο

---

49. Αισθάνεστε ευερέθιστοι: 1. ΝΑΙ      2. ΟΧΙ :

- Αν ναι πόσο συχνά: 1. Σπάνια (1/μήνα)      2. 1 φορά την εβδομάδα     
3. 2 φορές την εβδομάδα      4. Κάθε ημέρα     
5. Άλλο

50. Και για ποιο λόγο: 1. Λόγω πίεσης στην εργασία   2. Οικονομικοί   3. Λόγοι υγείας  
4. Οικογενειακοί λόγοι   5. Άλλο

---

51. Αισθάνεστε κουρασμένοι: 1. ΝΑΙ      2. ΟΧΙ :

- Αν ναι πόσο συχνά: 1. Σπάνια (1/μήνα)      2. 1 φορά την εβδομάδα     
3. 2 φορές την εβδομάδα      4. Κάθε ημέρα     
5. Άλλο

52. Και για ποιο λόγο: 1. Λόγω πίεσης στην εργασία 2. Οικονομικοί 3. Λόγοι υγείας 4. Οικογενειακοί λόγοι 5. Άλλο

53. Αισθάνεστε ασθενείς: 1. ΝΑΙ  2. ΟΧΙ :

Αν ναι πόσο συχνά: 1. Σπάνια (1/μήνα)  2. Μία φορά την εβδομάδα   
3. Δύο φορές την εβδομάδα  4. Κάθε ημέρα   
5. Άλλο

54. Και για ποιο λόγο: 1. Λόγω πίεσης στην εργασία 2. Οικονομικοί 3. Λόγοι υγείας  
4. Οικογενειακοί λόγοι 5. Άλλο \_\_\_\_\_

55. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για κάποια/ες από τις προαναφερθείσες παθήσεις;

Ναι  (1) Όχι  (2)

56. Σε ποια ηλικία αρχίσατε την φαρμακευτική αγωγή;  
>30  (1) 31-45  (2) 46-60  (3) 61-75  (4) 76<  (5)

57. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, σηκώνεστε νωρίς και νιώθετε κόπωση, κοιμάστε λίγο, δυσκολία στο να κοιμηθείτε);  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

58. Νιώθετε εκνευρισμό (επιθετικότητα, θυμό) , συγχύζεστε για μικροπράγματα;  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

59. Αισθάνεστε άγχος (εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης);  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

60. Κατά πόσο έχει ελαττωθεί η μυϊκή σας δύναμη (αίσθηση αδυναμίας);  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

61. Αισθάνεστε κατάθλιψη (λυπημένος, μελαγχολικός, έτοιμος να βάλετε τα κλάματα);  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

62. Αισθάνεστε μοναξιά (λυπημένος, μελαγχολικός, έτοιμος να βάλετε τα κλάματα);  
Καθόλου  (1) Λίγο  (2) Μέτρια  (3) Πολύ  (4) Πάρα πολύ  (5)

63. Πως απασχολείτε τις ελεύθερες ώρες σας;

Με φίλους στο καφενείο 1.

Με κάποιο χόμπυ 2.

Με τον αθλητισμό 3.

Κάτι άλλο 4.

Διευκρινίστε \_\_\_\_\_

64. Το καφενείο της γειτονιάς σας το επισκέπτεστε γιατί;
- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Δεν έχετε τι άλλο να κάνετε;         | 1. <input type="checkbox"/> |
| Ερχόσαστε για να πιείτε καφέ;        | 2. <input type="checkbox"/> |
| Ερχόσαστε για να συναντήσετε φίλους; | 3. <input type="checkbox"/> |
| Για να πιείτε το καφέ σας;           | 4. <input type="checkbox"/> |
| Κάτι άλλο                            | 5. <input type="checkbox"/> |
- Διευκρινίστε \_\_\_\_\_
65. Πόσο συχνά πηγαίνετε στο καφενείο;
- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| Κάθε μέρα              | 1. <input type="checkbox"/> |
| 2-3 φορές την εβδομάδα | 2. <input type="checkbox"/> |
| 2 φορές το μήνα        | 3. <input type="checkbox"/> |
| Μόνο στις αργίες       | 4. <input type="checkbox"/> |
66. Όταν φεύγετε από το καφενείο αισθάνεστε;
- |             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| Ήρεμος      | 1. <input type="checkbox"/> |
| Ξεκούραστος | 2. <input type="checkbox"/> |
| Χαρούμενος  | 3. <input type="checkbox"/> |
| Αδιάφορος   | 4. <input type="checkbox"/> |
| Κάτι άλλο   | 5. <input type="checkbox"/> |