

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**« Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΟΣΟΝ  
ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ  
ΝΕΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 18-30 ΕΤΩΝ»**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**  
**ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ:**

**MSC ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΤΣΕΛΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**  
**ΤΣΙΡΩΝΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**  
**ΦΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΣΕΛ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4-5

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Στεφανιαία νόσος.....	7
1.2 Ορισμός στεφανιαίας νόσου.....	7-8
1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου.....	8
1.3.1 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου.....	8
1.3.1.1 Ηλικία και φύλο.....	9
1.3.1.2 Οικογενειακό ιστορικό.....	9
1.3.2 Τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου.....	10
1.3.2.1 Κάπνισμα.....	10-12
1.3.2.2 Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης.....	12
1.3.2.3 Υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων.....	12-13
1.3.2.4 Αρτηριακή υπέρταση.....	13-14
1.3.2.5 Αθηρωμάτωση.....	14-15
1.3.2.6 Έλλειψη άσκησης.....	15
1.3.2.7 Σακχαρώδης Διαβήτης.....	15-16
1.3.2.8 Παχυσαρκία.....	16-17
1.3.2.9 Διατροφή.....	17-18
1.3.2.10 Ψυχολογικοί παράγοντες- Στρες.....	18
1.3.2.11 Χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων.....	18-19
1.3.2.12 Οιστρογόνα.....	19
1.3.2.13 Μαλακό νερό.....	19
1.3.2.14 Κοινωνική τάξη.....	19

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Διατροφή- Ορισμός.....	20
2.2 Το αντικείμενο της επιστήμης της διατροφής.....	20
2.3 Διατροφή και τρόπος ζωής.....	20-21
2.3.1 Θρεπτικές ουσίες.....	21-23
2.3.2 Συμπληρωματικές ουσίες.....	23
2.4 Ιδανικό βάρος και άσκηση.....	23-26

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Χοληστερόλη και καρδιά.....	27
3.2 Πηγές της χοληστερόλης.....	27
3.3 Καλή και κακή χοληστερόλη.....	27-28
3.4 Τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα.....	28
3.5 Οι βλαπτικές συνέπειες της κακής χοληστερόλης στην καρδιά.....	28-29
3.6 Τρόποι μείωσης της χοληστερόλης.....	29
3.7 Τριγλυκερίδια εχθρός της καρδιάς.....	30
3.8 Διαιτητικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη χοληστερόλη.....	30-32
3.8.1 Αλκοόλ.....	32-33
3.8.2 Φυτικές ίνες.....	33
3.8.3 Καφές.....	33-34
3.8.4 Ιχθυέλαιο.....	34
3.8.5 Βιταμίνες.....	34-35
3.8.6 Σκληρό νερό.....	35
3.8.7 Αλάτι.....	35
3.8.8 Ζάχαρη.....	35-36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η Διατροφή ως παράγοντας κινδύνου της στεφανιαίας νόσου.....	37
4.2 Συμβουλές συνδυασμού τροφίμων από την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής για μια ισορροπημένη διατροφή.....	38
4.3 Μεσογειακή διατροφή και στεφανιαία νόσος.....	38-40

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Διεξαγωγή της έρευνας.....	42
5.2 Σκοπός.....	42
5.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα.....	42
5.4 Ερευνητικά ερωτήματα.....	42-43
5.5 Περιγραφή μεθοδολογίας έρευνας.....	43
5.6 Δείγμα έρευνας.....	43
5.7 Χρονική περίοδος έρευνας.....	43
5.8 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία.....	43-44
5.9 Τεχνικές συλλογής δεδομένων.....	44
5.9.1 Ερωτηματολόγιο.....	44
5.9.2 Στόχοι του ερωτηματολογίου ως εργαλείου της έρευνας.....	44
5.9.3 Ανάπτυξη του ερωτηματολογίου.....	44-45
5.9.4 Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων.....	45
5.9.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία.....	45

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Αποτελέσματα έρευνας.....	47
6.2 Ανάλυση δεδομένων της έρευνας.....	48-144
6.3 Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	145-148
6.4 Προτάσεις.....	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	150
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	151-154
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	155-157

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια εφαρμογών κα Φιδάνη Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθεια της καθώς και επίσης και τους συμφοιτητές από τα Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας και Ιωαννίνων για την βοήθεια τους στην διεξαγωγή της έρευνας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και σκοτώνουν περισσότερο σε σύγκριση με όλες τις άλλες αιτίες θανάτου. Κάθε χρόνο χάνονται περισσότερες από 50.000 ζωές. Μια από τις πιο ανησυχητικές παρατηρήσεις των τελευταίων ετών είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που αφορά πλέον και τους νέους. Συγκεκριμένα βάσει των επιδημιολογικών δεδομένων το 17% των περιστατικών στους άντρες και το 1% των περιστατικών στις γυναίκες αφορούν γυναίκες 39 ετών , ενώ πολλαπλάσιοι είναι οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 50 ετών που εκδηλώνουν έμφραγμα. Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων , που έχουν υποστεί καρδιαγγειακό νόσημα, υποβαθμίζεται και το κοινωνικό και το οικονομικό κόστος μεγαλώνει .

Στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου. Όσο περισσότερους παράγοντες κινδύνου έχει ένα άτομο τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει ένα καρδιαγγειακό νόσημα . Ο τρόπος ζωής παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το έμφραγμα μπορεί στις περισσότερες των περιπτώσεων να προληφθεί αρκεί ο κάθε άνθρωπος να είναι ευαισθητοποιημένος στην κατεύθυνση της υγιεινής διατροφής και του υγιεινού τρόπου ζωής. Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων αφού επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα, την αρτηριακή πίεση, το σάκχαρο του αίματος και το σωματικό βάρος. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην μεσογειακή διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λίπη, καθώς και σε όσπρια , φρούτα , χόρτα και λαχανικά. Η μεσογειακή διατροφή φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης εμφραγμάτων. Επιπλέον η κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων φαίνεται ότι δρα προστατευτικά στην καρδιά . Η ισορροπημένη διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της αθηρωμάτωσης που αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία της στεφανιαίας νόσου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαθεσιμότητα των τροφίμων επηρέαζε ανέκαθεν την ανθρώπινη ύπαρξη. Οι διατροφικές ελλείψεις παραμένουν βασικοί παράγοντες διαμόρφωσης του νοσολογικού φάσματος σε πολλές πληθυσμιακές χώρες, όμως, η έκφραση της κακής διατροφής έχει αλλάξει. Γνωστές διατροφικές ελλείψεις εξακολουθούν να πλήττουν τμήματα του πληθυσμού και νέα σύνδρομα διατροφικών ελλείψεων συνεχίζουν να ανακαλύπτονται ( π.χ έλλειψη φυλλικού οξέως σε σχέση με την ανεγκεφαλία; και τη δισχίδη ράχη). Οι περισσότερες διατροφοεξαρτώμενες παθολογικές καταστάσεις, ανάγονται σε διατροφικές υπερβολές ή ποιοτικές παρεκκλίσεις που εμφανίζονται στους ενήλικες αλλά και στους νέους με τη μορφή συχνών χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα . Μέχρι το τέλος του 2<sup>ου</sup> Παγκόσμιου Πολέμου, η Ελλάδα είχε πολλά προβλήματα που εξακολουθούν να είναι κοινά στις αναπτυσσόμενες χώρες, Από το 1950, όμως, η οικονομική ανάπτυξη συνοδεύτηκε από τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας και την αύξηση της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου. Ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος και ορισμένοι παράγοντες της αστικοποίησης συνέβαλαν στις δυσμενείς τάσεις σχετικά με τη νοσηρότητα των ενηλίκων . Αναγνωρίζεται, όλο και περισσότερο ότι βασικός παράγοντας που επηρεάζει τις τάσεις αυτές είναι η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ενός μεγάλου και συνεχώς αυξανόμενου τμήματος του Ελληνικού πληθυσμού, το οποίο απομακρύνεται από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή υιοθετώντας δυτικές διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής. Κατά συνέπεια, η εισαγωγή και εφαρμογή διατροφικών συστάσεων απασχολεί τόσο τους επιστήμονες της διατροφής και της δημόσιας υγείας όσο και το ευρύτερο κοινό.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια .

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη φύση της στεφανιαίας νόσου και στους προδιαθεσικούς της παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι διακρίνονται σε μη τροποποιήσιμοι (ηλικία, φύλο και οικογενειακό ιστορικό) και τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων, αθηρωμάτωση, έλλειψη άσκησης, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, διατροφή, ψυχολογικοί παράγοντες-στρες, χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, οιστρογόνα, λιποπρωτεΐνη, μαλακό νερό και κοινωνική τάξη) για την υγεία της καρδιάς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο αντικείμενο της επιστήμης της διατροφής, στη διατροφή και τον τρόπο ζωής, στις απαραίτητες θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες για τον ανθρώπινο οργανισμό καθώς και στο ιδανικό σωματικό βάρος και στην καθημερινή άσκηση.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην χοληστερόλη. Αναφέρονται οι πηγές της χοληστερόλης, πως ρυθμίζονται τα επίπεδά της στο αίμα και πως μπορούν να μειωθούν, καθώς και ποιοι διαιτητικοί παράγοντες (αλκοόλ, φυτικές ίνες, καφές, ιχθυέλαιο, βιταμίνες, σκληρό νερό, αλάτι και ζάχαρη) την επηρεάζουν. Τέλος γίνεται διαχωρισμός καλής και κακής χοληστερόλης και αναφορά στα τριγλυκερίδια που θεωρούνται εχθρός της καρδιάς.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην συμβολή της μεσογειακής διατροφής ως παράγοντα πρόληψης της στεφανιαίας νόσου. Επίσης δίνονται συμβουλές συνδυασμού τροφίμων από την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής για μια ισορροπημένη καθημερινή διατροφή.

Τα τέσσερα αυτά κεφάλαια αποτελούν το πρώτο μέρος της εργασίας μας. Στο δεύτερο μέρος ανήκουν το πέμπτο και το έκτο κεφάλαιο όπου αποτελούν το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας.

Συγκεκριμένα, στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται η διεξαγωγή της έρευνας, ο σκοπός της, τα προσδοκώμενα αποτελέσματά της, τα ερευνητικά ερωτήματα, η μεθοδολογία της, το δείγμα της, η χρονική περίοδος, οι δυσκολίες και οι περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία, οι τεχνικές συλλογής των δεδομένων, το ερωτηματολόγιο, οι στόχοι του ερωτηματολογίου ως εργαλείου της έρευνας, η διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων, καθώς και η εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε πίνακες και σε ραβδογράμματα.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να καταγραφούν οι διαιτητικές συνήθειες των νέων ηλικίας 18-30 ετών και να αναφερθούν τα ευεργετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.



# ***ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ***

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 Στεφανιαία νόσος

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι υπεύθυνα για 5.3 εκατομμύρια θανάτους τιμή που αντιστοιχεί στο 47% όλων των θανάτων, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες οι θάνατοι ανέρχονται σε 4.2 εκατομμύρια που αντιστοιχούν στο 11%. Στις Η.Π.Α τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται περισσότερο από οτιδήποτε άλλη αιτία για την απώλεια ζωής πριν την ηλικία των 65 χρόνων.

Στην Ελλάδα 30.000 περίπου άτομα το χρόνο πεθαίνουν αιφνίδια από καρδιαγγειακές νόσους, ενώ χιλιάδες άλλα αναγκάζονται να περιορίσουν σημαντικά τα καθημερινές τους δραστηριότητες ή να συνταξιοδοτηθούν. Είναι κατανοητό πόσο σοβαρές είναι οι οικονομικές και ανθρώπινες επιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου. Βέβαια οι οικονομικές απώλειες δεν υπολογίζουν τον ανθρώπινο πόνο, τόσο των ίδιων των θυμάτων όσο και με τους συγγενείς τους. Επομένως είναι επιτακτική η συνηθιστοποίηση των συνεπειών της από όλους, αφού είναι μια από τις μεγαλύτερες επιδημίες που έχει να αντιμετωπίσει το ανθρώπινο γένος παγκοσμίως. Σήμερα όλοι συμφωνούν ότι η καλύτερη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψη της μέσω της κατανόησης του ρόλου και φυσικά του ελέγχου των προδιαθεσικών παραγόντων, εκείνων δηλαδή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που η παρουσία τους προμηνύει την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη της νόσου.

Η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή με σκοπό τη διατήρηση της χοληστερόλης στα φυσιολογικά του επίπεδα, η σωματική άσκηση, καθώς και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε μερικές χώρες, όπου τα προγράμματα πρόληψης έτυχαν γενικής αποδοχής και εφαρμογής (π.χ στις Η.Π.Α). Ένας άλλος λόγος που καθιστά επιτακτική την ανάγκη πρόληψης της στεφανιαίας νόσου είναι το ότι η αντιμετώπισή της, αφού αποπλεύσει είναι επώδυνη, πολυδάπανη και πολλές φορές δυστυχώς χωρίς αποτέλεσμα. Αυτό συμβαίνει γιατί οι επεμβατικές πράξεις όπως είναι η εγχείρηση και η αγγειοπλαστική δεν θεραπεύουν, απλώς τροποποιούν την εξέλιξη της. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

### 1.2 Ορισμός στεφανιαίας νόσου

Η απόφραξη ενός ή περισσοτέρων κλάδων των στεφανιαίων αρτηριών στερεί μερικώς ή τελείως μια περιοχή του μυοκαρδίου από την αιμάτωση της. Εκτός από τις σπάνιες περιπτώσεις της εμβολής των στεφανιαίων, του διαχωριστικού ανευρύσματος και της οζώδους περιαρτηρίτιδας, η απόφραξη οφείλεται στην ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στον έσω χιτώνα των αρτηριών. Αυτές παρεisdύουν μέσα στον αυλό του αγγείου παρεμποδίζοντας την αιματική ροή. Ρήξη πλακών μέσα στον αυλό, ο σχηματισμός θρόμβου πάνω στις πλάκες μπορεί γρήγορα να προκαλέσει έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η μερική απόφραξη των αγγείων προκαλεί συμπτώματα μέχρις ώτου η στένωση είναι αρκετά μεγάλη πάνω από τα 2/5 του αυλού, ώστε να καθιστά το μυοκάρδιο υποξικό στη διάρκεια κόπωσης, στηθάγχη. Η πλήρης απόφραξη προκαλεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πολλαπλά μικρά ή μεγάλα έμφρακτα προκαλούν εκτεταμένη ίνωση του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα την ελάττωση της λειτουργικότητας των κοιλίων. (A.Read, D.W. Barritt, R. Langton Hewer, 1984)

### **1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου**

Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές διεξοδικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει προσωπικά χαρακτηριστικά και συνήθειες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου είναι ισχυρότεροι από τους άλλους. Ενισχύουν όμως ο ένας τον άλλο: όσοι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου υπάρχουν, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να αναπτυχθεί στεφανιαία νόσος. Κάποιους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η ηλικία ή το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, δεν μπορούν να ελεγχθούν. Άλλοι, όμως, μπορούν να ελεγχθούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Η επίδραση ορισμένων παραγόντων κινδύνου είναι σαφώς μελετημένη, ενώ η επίδραση άλλων εξακολουθεί να βρίσκεται υπό μελέτη.

#### **1.3.1 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου**

Υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και οι οποίοι δεν μπορούν να ελεγχθούν, όμως αυτοί είναι λίγοι συγκριτικά με εκείνους που μπορούν να αποφευχθούν. Αν και δεν μπορούν να ελεγχθούν οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου, μπορούν ωστόσο να μειωθούν οι επιπτώσεις τους, αντιμετωπίζοντας τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αποφευχθούν. (Στεφανάδης, 2004)

### **1.3.1.1 Ηλικία και φύλο**

Η στεφανιαία νόσος, όπως και πολλές άλλες ασθένειες, εμφανίζονται πιο συχνά καθώς περνούν τα χρόνια. Αυτή τη στιγμή σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, το 50% των περιπτώσεων εμφράγματος εκδηλώνονται σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών και οι αριθμοί αυτοί αυξάνονται καθώς αυξάνεται η μέση ηλικία του πληθυσμού. Είναι χαρακτηριστικό ότι η στεφανιαία νόσος, στις ηλικίες κάτω των 55 ετών, είναι πολύ πιο συχνή στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Αυτό οφείλεται στο ότι πριν την εμμηνόπαυση (την περίοδο της ζωής κατά την οποία οι γυναίκες παύουν να έχουν έμμηνο ρύση), οι γυναίκες σπανίως παθαίνουν έμφραγμα. Μετά την εμμηνόπαυση, η στεφανιαία νόσος γίνεται πιο συχνή και σταδιακά η αναλογία των γυναικών που νοσούν εξισώνεται με αυτή των αντρών, για να εξισωθεί σχεδόν πλήρως στις ηλικίες άνω των 75 ετών. Ο ακριβής λόγος για τον οποίο οι γυναίκες είναι προστατευμένες από τη στεφανιαία νόσο πριν από την εμμηνόπαυση δεν είναι γνωστός με βεβαιότητα φαίνεται, όμως ότι σχετίζεται με τις ορμόνες που παύουν να παράγονται όταν σταματήσει η έμμηνο ρύση. Τώρα πια, που πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, ορισμένα στοιχεία δείχνουν πως οι ορμόνες μπορεί να τις προστατεύουν από το έμφραγμα. Έτσι, πολλοί γιατροί συνιστούν την ορμονοθεραπεία γι' αυτό το λόγο καθώς και για πολλούς άλλους. (Στεφανάδης, 2004, Davidson, 2000)

### **1.3.1.2 Οικογενειακό ιστορικό**

Ερευνητές της μελέτης Framingham heart study μιας μακροχρόνιας μελέτης παρατήρησης εκτιμούν ότι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρδιοπάθειας αυξάνει τον κίνδυνο ενός ατόμου κατά 25% περίπου. Συγκριτικά ο κίνδυνος από το οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας αντιστοιχεί στο ένα δέκατο περίπου του κινδύνου από το κάπνισμα. Επιπλέον, οποιοδήποτε οικογενειακό ιστορικό δεν είναι εξίσου επιβαρυντικό. Απαιτείται ισχυρό ιστορικό (για παράδειγμα, πατέρας ή αδελφός που προσβλήθηκε πριν από την ηλικία των 55 ετών ή μητέρα ή αδελφή που εκδηλώθηκε τη νόσο πριν από την ηλικία των 65 ετών) για να αυξηθεί ο κίνδυνος καρδιοπάθειας. Πολλοί άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, έχουν πρώιμα σημεία της νόσου, όπως βλάβη των αρτηριών, ήδη από την εφηβεία. Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρία συνιστά ότι πλέον όλοι θα πρέπει να υποβάλλονται σε εξετάσεις για την έγκαιρη ανίχνευση παραγόντων για στεφανιαία νόσο στην ηλικία των 20. Εάν κάποιος έχει οικογενειακό ιστορικό είναι σημαντικό να

αναγνωρίσει ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση και η αυξημένη χοληστερόλη και να υιοθετήσει από μικρή ηλικία έναν τρόπο ζωής υγιεινό για την καρδιά.

### **1.3.2 Τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου**

Ευτυχώς οι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο μπορεί να τροποποιηθούν ή να αποφευχθούν. Πολλοί από αυτούς είναι βλαβερές συνήθειες όπως το κάπνισμα και η έλλειψη άσκησης. Άλλοι, όπως η υψηλή χοληστερόλη του αίματος και η παχυσαρκία, αποτελούν συνέπειες βλαβερών συνηθειών. Κάποιοι παράγοντες είναι θεραπεύσιμοι νόσοι όπως η κατάθλιψη και η υψηλή αρτηριακή πίεση. Άλλοι αφορούν στις συνθήκες ζωής, όπως η κοινωνική απομόνωση και το άγχος, οι οποίες μπορεί να τροποποιηθούν σε κάποιο βαθμό. Ο έλεγχος των παραγόντων αυτών στο μέτρο του δυνατού μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου κατά ένα τρόπο ή και περισσότερο. (Στεφανιάδης, 2004)

#### **1.3.2.1 Κάπνισμα**

Υπάρχουν συντριπτικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και ότι η παραπάνω συσχέτιση είναι ευθέως ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των καρδιαγγειακών θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα. Εκτός όμως από τις καρδιαγγειακές παθήσεις το κάπνισμα ενοχοποιείται και για πολλές άλλες νοσηρές καταστάσεις, όπως η χρόνια πνευμονοπάθεια, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος διάφορων οργάνων. Επισημαίνεται ότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από το κάπνισμα δεν περιορίζονται μόνο στους ενεργητικούς καπνιστές. Ακόμη και η παθητική εισπνοή του καπνού συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων, σε σχέση με τα άτομα που δεν εκτίθενται σε καπνό. Η παραπάνω διαπίστωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά γονιών που καπνίζουν. Επιπρόσθετα, το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη έχει σαφώς πλέον αποδειχθεί ότι δεν προκαλεί ελάττωση των συνδεδόμενων με το κάπνισμα κινδύνων. Το κάπνισμα πίπας ή πούρων φαίνεται να συνδυάζεται με συγκριτικά μικρότερο αλλά σαφή κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Με ποιους όμως μηχανισμούς το κάπνισμα επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία; Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού:

α)αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο,

β)το μονοξειδίο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανταγωνίζεται τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, περιλαμβανόμενο και του μυοκαρδίου.

γ)προκαλεί «υπερπηκτική» κατάσταση , με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό.

δ)προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων , όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL- χοληστερόλης και

ε)το κάπνισμα όπως και η υπερλιπιδαιμία έχουν συσχετισθεί με αιφνίδιο θάνατο.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται ότι σε κάθε περίπτωση η διακοπή του καπνίσματος είναι επιβεβλημένη. Ωστόσο, αν και πολλές φορές υπάρχει ισχυρή θέληση από μέρους των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα , αυτό δεν καθίσταται συχνά δυνατόν, γιατί το ίδιο το κάπνισμα δημιουργεί εθισμό και εξάρτηση που ενίοτε σε «βαρείς» καπνιστές μπορεί να προκαλέσει μέχρι και στερητικά συμπτώματα. Επειδή, όμως η διακοπή του καπνίσματος, ειδικά σε άτομα που έχουν εκδηλώσει στεφανιαία νόσο είναι ζωτικής σημασίας , αποτελεί ευθύνη του καρδιολόγου να ενημερώσει τον ασθενή για τις καταστροφικές επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, ο ίδιος ο ασθενής χρησιμοποιώντας ορισμένα απλά τεχνάσματα μπορεί να φθάσει στο παρακάτω στόχο. Συγκεκριμένα, ο κάθε καπνιστής που αποβλέπει στη διακοπή του καπνίσματος πρέπει:

-να περιορίσει τις συνήθειες που έχουν συνοδευθεί με το κάπνισμα, π.χ τον πρωινό καφέ

-να επιχειρήσει αλλαγή του ρυθμού και του τρόπου ζωής. Η γυμναστική , η ένταση της οποίας σε καρδιοπαθείς καθορίζεται απαραίτητα από τον θεράποντα καρδιολόγο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά.

-να αποφεύγει να μεταφέρει στις μετακινήσεις του τσιγάρα.

-να συζητά την πρόοδο του με προσφιλή του πρόσωπα.

-τέλος, εάν τα παραπάνω μέτρα αποτύχουν , να συζητήσει με τον θεράποντα ιατρό την πιθανότητα θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη , η οποία διατίθεται σε μορφή τσίχλας και σε μορφή αυτοκόλλητων διαδερμικής χορήγησης. Έχει αποδειχθεί ότι η υποκατάσταση περιορίζει τα συμπτώματα στέρησης και αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος. Έχει αποδειχθεί ότι η υποκατάσταση περιορίζει τα συμπτώματα στέρησης και αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του

καπνίσματος. Επιπρόσθετα, ο κάθε καπνιστής οφείλει να λαμβάνει υπόψη ότι σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε τσιγάρο αφαιρεί 14 λεπτά περίπου ζωής και ότι μετά από τρία χρόνια απόλυτης αποχής από το κάπνισμα ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου εξομοιώνεται με εκείνον των μη καπνιστών .(Χανιώτης,2002,www.iatronet. gr)

### **1.3.2.2Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης**

Οι τιμές χοληστερόλης είναι εξίσου σημαντικές για τους νέους , τους ενήλικες όσο και για τους πιο ηλικιωμένους . Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, οι άντρες με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης στις ηλικίες 18-39 ετών εμφάνιζαν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με άντρες που στην ίδια ηλικία είχαν φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης . Η βελτίωση των επιπέδων χοληστερόλης μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία. Εφόσον διατηρείται , κάθε μείωση κατά 1% της ολικής χοληστερόλης μπορεί να επιφέρει μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου κατά 2%-3%. Ενώ η ολική χοληστερόλη είναι σημαντική, είναι ακόμα πιο σημαντικό να εξετάζονται οι τιμές των διαφόρων μορφών χοληστερόλης, ειδικά της LDL και της HDL. Η LDL ονομάζεται συχνά «κακή» χοληστερόλη, διότι υψηλές τιμές της αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό. Η HDL , από την άλλη , ονομάζεται συχνά «καλή» χοληστερόλη, διότι υψηλές τιμές της μειώνουν τον κίνδυνο. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες τιμές χοληστερόλης που εγγυώνται ότι θα αναπτυχθεί ή δεν θα αναπτυχθεί η στεφανιαία νόσος. Ωστόσο, η LDL είναι σαφώς το πιο σημαντικό από τα λιπίδια του αίματος σε σχέση με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Έτσι η μείωση της αυξημένης LDL θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας. Στοιχεία από δεκάδες μελέτες δείχνουν ότι η πιθανότητα να πάθει κάποιος έμφραγμα του μυοκαρδίου, πέφτει κατά 20%-30% για κάθε μείωση της LDL χοληστερόλης στο 10%. Τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης, μπορούν να ελαττωθούν με τον περιορισμό της διατροφικής πρόσληψης κορεσμένων λιπών και χοληστερόλης με την κατανάλωση περισσότερων ινών και την τακτική άσκηση. Όταν οι αλλαγές αυτές στον τρόπο ζωής δεν είναι επαρκείς για να επιτευχθεί ο στόχος, συνιστάται η λήψη φαρμάκων που μειώνουν την χοληστερόλη.(Κρεμαστινος,2005)

### **1.3.2.3Υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων**

Η κύρια μορφή αποθηκευμένου λίπους, τόσο στις τροφές που καταναλώνονται, όσο και στον λιπώδη ιστό του σώματος, είναι τα τριγλυκερίδια . Το χυλομικρό, το μεγαλύτερο και λιγότερο πυκνό από τα σωματίδια των λιποπρωτεϊνών , μεταφέρει τα περισσότερα από τα τριγλυκερίδια στην κυκλοφορία του αίματος. Τα τελευταία χρόνια τα τριγλυκερίδια έχουν καθιερωθεί σαφώς ως δείκτης στεφανιαίας νόσου. Συχνά τα άτομα με χαμηλή HDL χοληστερόλη έχουν επίσης υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων και ο συνδυασμός αυτός φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Οι νέες οδηγίες υπογραμμίζουν τη σημασία των τριγλυκεριδίων συνιστώντας τη χρήση του λιπιδαιμικού προφίλ νηστείας ( το οποίο ονομάζεται και πλήρες λιπιδαιμικό προφίλ ή ανάλυση των λιποπρωτεϊνών ) και τη μείωση της ανώτερης φυσιολογικής τιμής για τα τριγλυκερίδια από 200mg/dl. Συχνά, τα τριγλυκερίδια μπορούν να μειωθούν με τη χρήση των ίδιων βημάτων που βοηθούν και στην ελάττωση της LDL χοληστερόλης, με μια υγιεινή διατροφή , συχνότερη άσκηση εάν είναι απαραίτητο, με τη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων.(Στεφανάδης, 2004)

#### **1.3.2.4 Αρτηριακή υπέρταση**

Ο όρος « πίεση αίματος» αναφέρεται στην πίεση που έχει το αίμα μέσα στις αρτηρίες που το μεταφέρουν από την καρδιά σε όλο το σώμα. Η αρτηριακή πίεση μετριέται σε δύο τιμές, την υψηλότερη που ονομάζεται συστολική και την χαμηλότερη που ονομάζεται διαστολική. Η συστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών κατά τη διάρκεια της συστολής (σύσπασης) της καρδιάς , ενώ η διαστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών μεταξύ δυο κτύπων, κατά τη χαλάρωση της καρδιάς. Η αρτηριακή πίεση ενός ατόμου δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται συνεχώς από λεπτό σε λεπτό εξαρτώμενη από τη σωματική δραστηριότητα κυρίως, αλλά και από την περίοδο της ημέρας. Η συστολική αρτηριακή πίεση στους ενήλικες είναι καλό να βρίσκεται κάτω από 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, ενώ η διαστολική κάτω από 90 χιλιοστά. Αρτηριακή υπέρταση υπάρχει, όταν είτε η συστολική αρτηριακή πίεση , είτε η διαστολική , είτε και οι δύο, εμφανίζονται σε επανειλημμένες μετρήσεις μεγαλύτερες των προαναφερθέντων ορίων. Επισημαίνεται ότι, το αίτιο το οποίο προκάλεσε την αρτηριακή υπέρταση αναγνωρίζεται σε λιγότερο από 5% των ασθενών . Στο υπόλοιπο 95% δεν αναγνωρίζεται κάποια υποκείμενη αιτία , παρά τον εκτεταμένο έλεγχο και στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει ιδιοπαθής υπέρταση.



Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μία πολύ συχνή πάθηση στις αναπτυγμένες χώρες , σε ορισμένες από τις οποίες απαντάται σε ποσοστό 20-30% του ενήλικου πληθυσμού. Σε μεγάλες μελέτες έχει βρεθεί ότι τα υπερτασικά άτομα έχουν από τρεις έως έξι φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο) σε σχέση με τους μη υπερτασικούς. Η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης γίνεται με τη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων και επιφέρει μείωση κατά 15% περίπου των καρδιακών επεισοδίων. Δυστυχώς όμως η αρτηριακή υπέρταση ενοχοποιείται για βλάβες και σε άλλα όργανα , όπως οι νεφροί και τα μάτια , καθώς και για τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται πάντα υπό την αυστηρή επίβλεψη και καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού, διότι η σημαντική μείωση της πίεσης μπορεί να έχει δυσμενή επίδραση στον οργανισμό. Σε ότι αφορά την αντιμετώπιση της υπέρτασης δεν πρέπει να λησμονούνται τα απλά υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, όπως η απώλεια του σωματικού βάρους και η μειωμένη πρόσληψη μαγειρικού αλάτος με τις τροφές, που μπορούν , ειδικά σε ήπιες μορφές υπέρτασης, από μόνες τους να επιτύχουν ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης. Σε βαρύτερες μορφές υπέρτασης ο θεράπων ιατρός μπορεί κατά περίπτωση να επιλέξει κάποιο από τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν. Επισημαίνεται ότι στους υπερτασικούς, εφόσον επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, δεν απαιτείται αποχή από την άθληση. Τέλος θεωρείται πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι από το σύνολο των μεγάλων κλινικών μελετών έχει αποδειχθεί ότι οι υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης συνδυάζονται αντιστρόφως ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής .(Davidson, 2000,[www.health.gr](http://www.health.gr))

### **1.3.2.5 Αθηρωμάτωση**

Η αθηρωμάτωση είναι η πάθηση του αγγειακού συστήματος. Η αθηρωμάτωση προκαλεί συμπτώματα, λόγω ελάττωσης της ροής του αίματος , θρομβωτικής αποφράξεως , εξέλκωσης της αθηρωματικής πλάκας με περιφερική εμβολή . Οι πλάκες προκαλούν ήπια έως σοβαρή ανωμαλία του τοιχώματος του αγγείου. Σημαντική αθηρωμάτωση απαντάται συχνά στα σημεία διακλάδωσης και σε συγκεκριμένες ανατομικές θέσεις , όπως στις στεφανιαίες αρτηρίες ,στο διχασμό της καρωτίδας , στην κοιλιακή αορτή και στις αρτηρίες των κάτω άκρων . Ορισμένοι

παράγοντες κινδύνου που έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση αθηρογέννησης είναι:

α)Γενετικοί παράγοντες (οικογενειακό ιστορικό, αντρικό φύλο, και συγγενείς μεταβολικές διαταραχές )

β)Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ( κοινωνική δραστηριότητα)

γ) Τρόπος ζωής (καθιστική και κάπνισμα)

δ)Κατάσταση υγείας( υπέρταση, διαβήτης, καρδιακές ανωμαλίες, υπερλιπιδαιμία)

ε)Διατροφή(κεκορεσμένα λίπη, παχυσαρκία, αυγά, λεύκωμα ζωικής προελεύσεως, καφές και το μυγενοποιημένο γάλα που περιέχει ξάνθινο- οξειδάση).(Μουρίκης, Χατζηιωάννου ,2003)

### **1.3.2.6 Έλλειψη άσκησης**

Η καθιστική ζωή είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου. Επειδή αυξάνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου σχεδόν στο διπλάσιο , η έλλειψη άσκησης είναι σχεδόν τόσο επικίνδυνη όσο και το κάπνισμα , τα παθολογικά επίπεδα χοληστερόλης και η υπέρταση. Ευτυχώς, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ακόμα και μετρίου βαθμού άσκηση μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τα στεφανιαία συμβάντα. Τα οφέλη από την τακτική αερόβια άσκηση είναι σημαντικά. Η αερόβια άσκηση περιορίζει τον καρδιακό κίνδυνο, ελαττώνοντας την LDL και αυξάνοντας την HDL χοληστερόλη, μειώνοντας την αρτηριακή πίεση , το σωματικό λίπος , το σάκχαρο του αίματος , το ψυχικό stress και περιορίζοντας την πιθανότητα σχηματισμού θρόμβου. Η άσκηση ενισχύει επίσης τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, η οποία αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργική ικανότητα και τη δύναμη του οργανισμού. Ποτέ δεν είναι αργά να αρχίσει κάποιος. Υγιή άτομα που αρχίζουν να ασκούνται μετά την ηλικία των 45 ετών μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο θανάτου κατά 23% , ενώ ασθενείς που έχουν ήδη υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορούν να κάνουν αεροβική άσκηση υπό ιατρική παρακολούθηση ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο ενός ακόμη εμφράγματος κατά 25%.( Στεφανάδης, 2004)

### **1.3.2.7 Σακχαρώδης διαβήτης**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση που απαντάται σε συχνότητα 5% περίπου στον γενικό πληθυσμό. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι το αυξημένο σάκχαρο στο αίμα που οφείλεται σε αδυναμία των κυττάρων των πασχόντων να το απορροφήσουν. Ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο είναι δύο φορές

μεγαλύτερος στους διαβητικούς άντρες και περισσότερο από τρεις φορές μεγαλύτερος στις διαβητικές γυναίκες σε σχέση με τους συνομήλικους μη διαβητικούς. Σε τι οφείλεται όμως ο αυξημένος κίνδυνος των διαβητικών ασθενών? Η απάντηση είναι πως στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν :

-αρτηριακή υπέρταση

-μειωμένη HDL- χοληστερόλη σε συνδυασμό με αυξημένα τριγλυκερίδια

-παχυσαρκία και

- «υπερπηκτική» κατάσταση, η οποία προδιαθέτει αγγειακές θρομβώσεις.

Παρόλο όμως που ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί αναμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου σε ότι αφορά την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου, δεν έχει αποδειχθεί από το σύνολο των μελετών ότι η αποκατάσταση των τιμών του σακχάρου αίματος στους διαβητικούς συνοδεύεται απαραίτητα και από τη μείωση ποσοστού εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα , υπάρχει διαφωνία στο γεγονός ότι η επιμελής ρύθμιση του διαβήτη προστατεύει από την εμφάνιση των άλλων επιπλοκών του διαβήτη, όπως αμφιβληστροπάθεια και η νεφροπάθεια. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι στους διαβητικούς δεν υπάρχουν μόνο οι μεγάλες αρτηρίες, αλλά και τα μικρότερα αγγεία , τα οποία δεν απεικονίζονται με τη στεφανιογραφία. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ο οποίος είναι ιδιαίτερα δυσμενής στις γυναίκες. Πράγματι, από τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών προέκυψε ότι στις διαβητικές γυναίκες η στεφανιαία νόσος , όταν εκδηλωθεί , έχει ταχύτερη εξέλιξη από ότι στους διαβητικούς άντρες. Επίσης, ότι το έμφραγμα συνοδεύεται από ανεξήγητα μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών και θνησιμότητας στις διαβητικές γυναίκες. Από την παραπάνω αναφορά καθίσταται σαφές ότι στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συνολικά και αποτελεσματικά.([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), [www.health.gr](http://www.health.gr))

### **1.3.2.8 Παχυσαρκία**

Θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση στην οποία συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα λίπους κάτω από το δέρμα , αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος. Οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στους φυσιολογικούς ενήλικες το λίπος κυμαίνεται μεταξύ του 12% και 20% του συνολικού βάρους του σώματος. Όταν χρησιμοποιείται το βάρος του σώματος ως δείκτης παχυσαρκίας, είναι ακριβέστερο να υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος {βάρους σε

κιλά/(ανάστημα σε μέτρα)<sup>2</sup>} και να συγκρίνεται με τα τοπικά πρότυπα από ειδικούς πίνακες. Στα παχύσαρκα άτομα ο δείκτης μάζας σώματος είναι μεγαλύτερος του 30%(από 25-30το άτομο θεωρείται υπέρβαρο ). Από κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι άντρες έχουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο , ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες 2,5 φορές . Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, ο οποίος αυξάνεται περαιτέρω λόγω συχνής συνύπαρξης υπερλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης.([www.health.gr](http://www.health.gr))

### **1.3.2.9Διατροφή**

Όταν γίνεται αναφορά στον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, ισχύει η φράση «είναι κανείς ότι τρώει». Μια κακή διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη, trans λιπαρά οξέα (μερικώς υδρογονωμένα λίπη ή έλαια), χοληστερόλη, επεξεργασμένους υδρογονάνθρακες και θερμίδες- μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο. Αντίθετα, μία υγιεινή διατροφή – χαμηλή σε αυτά τα στοιχεία και πλούσια σε φρούτα ,λαχανικά και σιτηρά- μπορεί να προστατεύει από την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Η σωστή διατροφή επηρεάζει καταλυτικά πολλούς από τους άλλους παράγοντες κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο, όπως οι υψηλές τιμές χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία. Σχεδόν όλοι μπορούν να ωφεληθούν από μια σωστή διατροφή για την υγεία της καρδιάς . Θα πρέπει να γνωρίζουν , ωστόσο, ότι ενώ κάποιες τροφές όπως τα παράγωγα της σόγιας και τα δημητριακά , παρουσιάζονται με ταμπέλες που γράφουν «υγιεινές για την καρδιά», δεν υπάρχει τροφή που να αποτρέπει ή να θεραπεύει τη στεφανιαία νόσο. Αντ' αυτού, δεκαετίες ερευνών έχουν καταλήξει σε μία βάση για ορισμένες γενικές οδηγίες, οι οποίες εάν ακολουθηθούν μπορούν να έχουν μεγάλη επίδραση στη λειτουργία της καρδιάς, όπως:

- Αύξηση στην ποικιλία φρούτων, λαχανικών , σιτηρών ολικής αλέσεως. προϊόντων με χαμηλά ή καθόλου λιπαρά, ψαριών , οσπρίων, πουλερικών και άπαχου κρέατος που καταναλώνει κανείς.
- Προσαρμογή στην πρόσληψη της ενέργειας σύμφωνα με τις ανάγκες του καθενός .
- Περιορισμός των τροφών που είναι πλούσιες σε κορεσμένα λίπη, σε trans λιπαρά και χοληστερόλη, αντικαθιστώντας αυτές με πολυακόρεστα ή μονοακόρεστα λίπη που βρίσκονται στα λαχανικά, τα ψάρια, τα όσπρια ή τους ξηρούς καρπούς.
- Περιορισμός του αλάτος.

-Κατανάλωση οινόπνεύματος με μέτρο

-Διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, περιορίζοντας τις πλούσιες σε θερμίδες τροφές με μικρή διατροφική αξία.( Στεφανάδης, 2004)

### **1.3.2.10 Ψυχολογικοί παράγοντες- στρες**

Πολλοί άνθρωποι που έχουν πάθει έμφραγμα επισημαίνουν ότι το στρες είναι μία από τις αιτίες, αλλά η σχέση μεταξύ των δύο είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδειχθεί επιστημονικά. Έχει τεκμηριωθεί ότι ορισμένοι παράγοντες, όπως η αιφνίδια απρόσμενη άσκηση και οι ακραίες συναισθηματικές εμπειρίες, μπορεί να επιφέρουν ένα έμφραγμα, αλλά πρόκειται για σχετικά σπάνια φαινόμενα . Στην πραγματικότητα, οι περιπτώσεις εμφραγμάτων στους πολίτες μειώνονται σε εποχές έντονου κοινωνικού και στρατιωτικού στρες (όπως συνέβαινε κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο). Οι ειδικοί πιστεύουν ακόμα ότι ορισμένοι τύποι προσωπικότητας σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου από τους άλλους. Η σύγχρονη τεχνολογία μας δίνει τη δυνατότητα να κάνουμε μέσα σε μία ώρα όσα οι προηγούμενες γενιές θα χρειαζόταν ημέρες για να διεκπεραιώσουν. Η πίεση που νιώθει κανείς όταν αναλαμβάνει περισσότερα απ' όσα μπορεί να χειριστεί και όταν θέτει ελάχιστα ρεαλιστικούς στόχους , δημιούργησε την ιδέα του τύπου A προσωπικότητας- του αεικίνητου ανθρώπου(συνήθως άντρα), που δυσκολεύεται να χαλαρώσει, που απορροφάται από τη δουλειά του εις βάρος των προσωπικών του σχέσεων και ο οποίος κινδυνεύει , τελικά, να καταρρεύσει. Ο άνθρωπος αυτός θεωρείται ότι έχει διπλάσιες πιθανότητες αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τον «χαλαρωμένο» συνάδελφό του, που έχει τύπου B προσωπικότητα . Η θεωρία που συσχετίζει τη στεφανιαία νόσο και τη στρεσογόνο προσωπικότητα ήταν κάποτε της μόδας, και πολλές προσπάθειες έγιναν για να πεισθούν οι εργασιομανείς να χαλαρώσουν. Η σύγχρονη έρευνα , όμως, δεν κατόρθωσε να επιβεβαιώσει τα παλαιότερα ευρήματα και το να προσπαθεί κάποιος να αλλάξει σημαντικά την προσωπικότητά του πιθανώς δεν θα τον ωφελήσει ιδιαίτερα – αν και κάθε σημαντική αρρώστια είναι μια ευκαιρία για να τεθούν εκ νέου οι προτεραιότητες της ζωής.(Davidson, 2000)

### **1.3.2.11 Χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων**

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου παρουσιάζεται αυξημένος στις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, ειδικά όταν είναι παχύσαρκες και καπνίστριες. Στις

περιπτώσεις αυτές αυξάνεται η πηκτικότητα του αίματος και επιταχύνεται η αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Μεταξύ των παρενεργειών που προκαλούνται από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων συμπεριλαμβάνεται και η αρτηριακή υπέρταση. Έχει διαπιστωθεί ότι η αρτηριακή πίεση αυξάνεται κατά 10-15 χιλιοστά στήλης υδραργύρου σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων για 2-3 χρόνια. (Χανιώτης, 2002, [www.health.gr](http://www.health.gr))

#### **1.3.2.12 Οιστρογόνα**

Τα οιστρογόνα θεωρούνται ότι ανήκουν στους προστατευτικούς παράγοντες όσον αφορά την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης. Πιστεύεται ότι η ελάττωση της στάθμης των οιστρογόνων συσχετίζεται με την ανάπτυξη και την εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης μετά την εμμηνόπαυση. (Κρεμαστινός, 2006)

#### **1.3.2.13 Μαλακό νερό**

Το μαλακό νερό με κάποιο άγνωστο τρόπο φαίνεται ότι κάνει τα άτομα πιο ευαίσθητα στη στεφανιαία νόσο.

#### **1.3.2.14 Κοινωνική τάξη**

Αυτή επηρεάζει άλλους παράγοντες, όπως είναι η διατροφή, το κάπνισμα και η σωματική άσκηση. (Read και συν., 1984)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Διατροφή-ορισμός

Ο ανθρώπινος οργανισμός και κάθε ζωικός οργανισμός για να ζήσει, να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει χρειάζεται να προσλαμβάνει συνέχεια θρεπτικά συστατικά με τη μορφή τροφής τα οποία θα βοηθήσουν να παράγει έργο και θα του εξασφαλίσουν την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του. Η διαδικασία της πρόσληψης και της αφομοίωσης από τον ανθρώπινο οργανισμό του θρεπτικού αυτού συστατικού λέγεται διατροφή.(www. dietologoi. gr)

### 2.2 Το αντικείμενο της επιστήμης της διατροφής

Η επιστήμη της διατροφής διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην πρόσληψη της τροφής και τις φυσιολογικές λειτουργίες των ζωντανών οργανισμών. Το αντικείμενο της επιστήμης της διατροφής περιλαμβάνει τη μελέτη των απαιτήσεων του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά, της απελευθέρωσης ενέργειας, της σύνθεσης των μορίων που είναι απαραίτητα για τη συντήρηση, ανάπτυξη και αναπαραγωγή καθώς επίσης, και την απέκκριση άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό. Περιλαμβάνει επίσης, τη μελέτη της διαιτητικής πρόσληψης και του προσδιορισμού των βέλτιστων προσλήψεων σε θρεπτικά συστατικά. Ένας ευρύτερος ορισμός της επιστήμης της διατροφής του ανθρώπου περιλαμβάνει και τη μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε σχέση με την τροφική επιλογή.

Σήμερα μεγάλο μέρος των ενδιαφερόντων της επιστήμης της διατροφής έχει στραφεί στη μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στη δίαιτα και την αναλογία των χρόνιων νοσημάτων. Είναι γενικά αποδεκτό σήμερα, ότι η διατροφή αποτελεί κρίσιμο παράγοντα σε κάθε προσπάθεια πρόληψης χρόνιων νοσημάτων και βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Για να προσδιοριστούν οι διατροφικές παράμετροι που σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων, απαραίτητη είναι και η κατανόηση των γενετικών παραγόντων που προδιαθέτουν σε νόσο καθώς και το πώς αυτοί αλληλεπιδρούν με τη δίαιτα, πώς επηρεάζουν τις διατροφικές απαιτήσεις και τις μεταβολικές λειτουργίες γενικότερα.(Ματάλα, 2000)

### 2.3 Διατροφή και τρόπος ζωής

Στις σύγχρονες κοινωνίες και στον αστικό τρόπο διαβίωσης υπάρχουν πολλά θέματα για τα οποία πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση και προσωπική άποψη, θέματα τα

οποία σε παλαιότερες εποχές ήταν αυτονόητα ή δεν αφορούσαν καθόλου τον πολύ κόσμο.

Η διατροφή, το τι, πως και πόσο πρέπει να τρώει κανείς, η ποιότητα ή η θερμιδική αξία των τροφών δεν ενδιέφερε καθόλου, ούτε είχε ιδιαίτερη σημασία για τον άνθρωπο του χωριού, ή της πόλης πριν 30 ή 50 χρόνια. Τότε το κύριο πρόβλημα ήταν συχνά αν είχαν να φάνε την επόμενη μέρα ή τι θα έκαναν ένα βαρύ χειμώνα. Ήταν δηλαδή κυρίως πρόβλημα επάρκειας των τροφίμων και επιβίωσης. Τώρα όμως το κύριο πρόβλημα διατροφής είναι η υπερκατανάλωση, η κακή ή λάθος διατροφή και το πόσο ευθύνεται για την κακή υγεία, τις ασθένειες και τον πρόωρο θάνατο.

Η διατροφή καθορίζει, εν πολλοίς, αν βαδίζει κανείς στο δρόμο της υγείας και της ευεξίας ή της αρρώστιας. Από το πιάτο κρίνεται όχι μόνο η σωματική κατάσταση του καθενός αλλά και η διανοητική και η ψυχική. Το πώς και γιατί τρώει κανείς απαιτεί σκέψη και κριτική στάση καθώς μία κατ' εξοχήν φυσική λειτουργία έχει μετατραπεί – για το 1/3 του πληθυσμού του πλανήτη – σε κοινωνική εκδήλωση κατανάλωσης βιομηχανικών προϊόντων, καθιστώντας αναγκαίο τον επαναπροσδιορισμό των κανόνων. Δε θα πρέπει να ξεχνάει κανείς, ότι το τι τρώει καθορίζεται από πάρα πολλούς παράγοντες μερικούς μόνο από τους οποίους μπορεί να επηρεάσει ή να αλλάξει άμεσα. Τέτοιοι είναι: Το που κατοικεί (σε παραθαλάσσια πόλη, σε βουνό), τι υπάρχει στην αγορά, πόσο κοστίζει, πως διαφημίζεται, πως διασκεδάζει, πόσο χρόνο της ζωής του αφιερώνει στο φαγητό, κ.ά.

Ας επισημανθούν επίσης δύο σημαντικά προβλήματα έλλειψης επαρκούς πολιτικής συνολικά στην Ελλάδα στα θέματα ενημέρωσης και προώθησης της σωστής διατροφής. Α: Ενώ είναι θαλασσινή χώρα, δεν έχει επαρκή παραγωγή ψαριών, δεν διαφημίζεται καθόλου η ωφελιμότητα και η υπεροχή του ψαριού σε σχέση με το κρέας, καταναλώνεται πολύ λίγο ψάρι το οποίο είναι και ακριβό και συνήθως εισάγονται κατεψυγμένα ή και φρέσκα ψάρια, Β: Ενώ περισεύει η παραγωγή φρούτων και είναι δύσκολη η εξαγωγή τους, δεν καταναλώνονται αρκετά φρούτα, που συχνά είναι ακριβά και ακόμα καταναλώνονται εισαγόμενα (μπανάνες και άλλα). ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

### **2.3.1 Θρεπτικές ουσίες**

Στις θρεπτικές ουσίες ανήκουν τρεις μεγάλες ομάδες χημικών ουσιών:

Οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, τα λίπη και τα λιποειδή. Οι συμπληρωματικές ουσίες είναι χημικές ουσίες που παρ' όλο ότι στερούνται δυναμικής ενέργειας,



συμμετέχουν στις διάφορες διεργασίες του οργανισμού κατά την ανταλλαγή της ύλης. Στην ομάδα αυτή ουσιών ανήκουν βασικά τα ανόργανα άλατα , οι βιταμίνες και η κυτταρίνη. Στις θρεπτικές ουσίες περιλαμβάνονται τα σάκχαρα ή υδατάνθρακες , τα λιπίδια και οι πρωτεΐνες ή λευκώματα. Οι **υδατάνθρακες** αποτελούν , κυρίως , την καύσιμη ύλη του οργανισμού για την παραγωγή ενέργειας , όμως συμβάλλουν στην φυσιολογική πορεία και άλλων λειτουργιών του , όπως π.χ. στο μεταβολισμό των λιπών. Οι υδατάνθρακες καλύπτουν κατά 60% τις ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε θερμίδες. Τα λιπίδια χρησιμεύουν , εκτός των άλλων λειτουργιών τους και ως καύσιμη ύλη. Αυτά συμμετέχουν μέσω των απαραίτητων λιπαρών οξέων δηλαδή αυτών που δεν συντίθενται στο σώμα και κατά συνέπεια πρέπει να προσλαμβάνονται με τις τροφές, και των άλλων ουσιών που χαρακτηρίζονται ως λιπίδια, στη δομή των κυτταρικών μεμβρανών, στη σύνθεση ορισμένων ουσιών π.χ ορμονών. Τα λιπίδια περιέχουν το 25-30% των θερμίδων που καταναλίσκονται. η ποσότητα τους που προσλαμβάνεται ημερησίως πρέπει να φτάνει περίπου τα 60g από τα οποία τα 20g αφορούν ζωικά λίπη και τα 40g φυτικά λίπη και έλαια.

Οι **πρωτεΐνες** χρησιμεύουν για τη δόμηση των κυττάρων και των ιστών και την πραγματοποίηση διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού( ένζυμα, οσμωτικότητα αίματος κτλ). Οι δομικοί λίθοι των πρωτεϊνών είναι 20 αμινοξέα , πολλά από τα οποία πρέπει να προσλαμβάνονται με τις τροφές, γιατί δεν συντίθεται στον οργανισμό-απαραίτητα αμινοξέα ή συντίθεται σε μη επαρκείς ποσότητες ημιαπαραίτητα αμινοξέα. Οι ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε πρωτεΐνες είναι περίπου 0,8g. ανά kg σωματικού βάρους.

Τα **λίπη** αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση της ζωής. Παρέχουν ενέργεια , συμπληρώνουν τα λιπαρά οξέα , που είναι απαραίτητα για τις χημικές αντιδράσεις του οργανισμού, μεταφέρουν τις λιποδιαλυτές βιταμίνες (A,D,E,K) και δίνουν ευχάριστη γεύση στο φαγητό . Το αποθηκευμένο λίπος σε φυσιολογικά επίπεδα χρησιμεύει στη ρύθμιση της θερμοκρασίας , προστατεύει τα όργανα και ρυθμίζει τις ορμόνες . Πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ του λίπους που παίρνουμε από τις τροφές και των λιπιδίων που βρίσκονται στο λιπώδη ιστό ή κυκλοφορούν στο αίμα. Υπερβολικές θερμίδες από πρωτεΐνη ή υδατάνθρακες μπορεί να μετατραπούν σε λίπος από τον οργανισμό και να αποθηκευτούν . Το ποσοστό λίπους διαρρέει από άτομο σε άτομο και μπορεί να είναι διπλάσιο από το ελάχιστο απαιτούμενο( 7% για τους άντρες και 12% για τις γυναίκες). ( Κατσιλάμπρος, 1987).

Η χοληστερόλη αποτελεί μία από τις δύο σημαντικότερες κατηγορίες των τροφικών λιπών. Η απορρόφηση της χοληστερόλης ποικίλει από άτομο σε άτομο. Πολλά άτομα που καταναλώνουν τροφές με υψηλά ποσοστά χοληστερόλης, ενδέχεται να αναπτύξουν και υψηλά επίπεδα ορού, ενώ τα άτομα που ακολουθούν δίαιτα σε χαμηλή χοληστερόλη παρουσιάζουν λιγότερες καρδιαγγειακές νόσους. Η χοληστερόλη σχετίζεται στατιστικά με την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.

Η LDL (κακή χοληστερόλη) λιποπρωτεΐνη που μεταφέρει το 65% της κυκλοφορούμενης χοληστερόλης, πιστεύεται ότι τη μεταφέρει στα κύτταρα και τα υψηλά επίπεδα αυτής σχετίζονται με την αθηροσκλήρυνση (Virgil Brown, 1995).

Σχετικά με τη σχέση υπερλιπιδαιμίας και στεφανιαίας νόσου έχει βρεθεί ότι η μείωση της ολικής χοληστερόλης κατά 1% μειώνεται κατά 2% την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Σε περίπτωση αυξημένων ποσοτήτων ολικής χοληστερόλης στον ορό και χοληστερόλης LDL, συνιστάται η μείωση ή μείωση τους με ειδική δίαιτα ή φαρμακευτική αγωγή. Άτομα με αυξημένη ολική χοληστερόλη > 500mg/dl εμφανίζουν εκτεταμένη αρτηριοσκλήρυνση (Κατσιλάμπρος, 1987 Πλέσσας 1998)

Τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα στις συγκεντρώσεις της χοληστερόλης στον ορό παρουσιάζει η επίδραση των λιπιδίων της τροφής, το διαιτητικό λίπος το κεκορεσμένο λίπος και η χοληστερόλη κατά μια χαμηλή αναλογία πολυακόρεστου προς κεκορεσμένου λίπους αυξάνουν τα επίπεδα χοληστερόλης στον ορό. Αντίθετα οι φυτικές ίνες, η νιασίνη καθώς και η αυξημένη κατανάλωση θερμίδων ελαττώνουν τις συγκεντρώσεις της χοληστερόλης (Κατσιλάμπρος, 1987)

### **2.3.2 Συμπληρωματικές ουσίες**

Αυτές περιλαμβάνουν τα ανόργανα άλατα, (ανόργανα στοιχεία), τις βιταμίνες, το ύδωρ και την κυτταρίνη (υδατάνθρακας μη διασπώμενος στον ανθρώπινο οργανισμό). Οι ουσίες αυτές είναι απαραίτητες για τις διεργασίες του μεταβολισμού (βιομετατροπές ενδογενών, αλλά εξωγενών ουσιών) και δεν αποτελούν πηγή ενέργειας. Οι συμπληρωματικές ουσίες μαζί με τους υδατάνθρακες, τα λιπίδια και τις πρωτεΐνες θεωρούνται από άποψη διατροφής σαν τα επτά θαύματα του κόσμου. (Ματάλα, 2000)

### **2.4 Ιδανικό βάρος και άσκηση**

Ένας βασικός κανόνας της διατροφής είναι να υπάρχει μια καθημερινή ποικιλία ώστε να παίρνει κανείς όλα τα είδη των θρεπτικών συστατικών σε μια σωστή αναλογία όπως 60-65 % υδατάνθρακες, 20-25% λιπίδια και 15% πρωτεΐνες. Κάθε ένα γραμμάριο των κύριων συστατικών δίδει 4 θερμίδες για τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες και 9 θερμίδες για τα λιπίδια. Η ημερήσια πρόσληψη πρέπει να είναι 2.700-2.400 θερμίδες για γυναίκες αναλόγως του είδους της εργασίας χειρονακτικής και μη. Αυτό δείχνει τη σημασία του ισοζυγίου των καύσεων στον ανθρώπινο οργανισμό, ότι δηλαδή τρώει κανείς ή παίρνει θερμίδες που καταναλώνονται κατά την εργασία και όλες τις δραστηριότητες του και υπάρχει μια ισορροπία – ισοζύγιο σε αυτά ημερησίως. Καθιστική ζωή σημαίνει, όχι αρκετή καύση θερμίδων, διαταραχή ισοζυγίου και παχυσαρκία λόγω αποθήκευσης, ως λίπους αυτού που περισσεύει. Έχει αποδειχθεί ότι όλοι οι υπερωνόβιοι λαοί έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά: Την σκληρή χειρονακτική εργασία και την λιτή και «φτωχή» διατροφή. Ο άνθρωπος καταναλώνει καθημερινά τρόφιμα και όχι θρεπτικά συστατικά γι' αυτό έγινε μια ομαδοποίηση των τροφίμων που έχουν κοινά χαρακτηριστικά ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή δύο απλών κανόνων:

1: Η αντικατάσταση των τροφίμων της ίδιας ομάδας

2: Πρέπει κάθε μέρα να παίρνει κανείς ένα τρόφιμο από κάθε ομάδα τροφίμων, που είναι οι εξής:

-Ομάδα του κρέατος (κρέας, ψάρι, αυγό)

-Ομάδα του γάλακτος (γαλακτοκομικά προϊόντα)

-Ομάδα λιπιδίων (λάδι, σπορέλαια, βούτυρο, λίπος)

-Ομάδα ψωμιού(ψωμί, όσπρια, δημητριακά)

-Ομάδα λαχανικών και φρούτων.( [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφή είναι:

- ♦ **Κληρονομικές επιρροές** κάνουν το σώμα και το νου δυνατό σε μερικές περιοχές και αδύναμο σε άλλες. Για παράδειγμα μερικοί μπορούν να έχουν γερό πεπτικό σύστημα και να είναι ικανοί να ανέχονται όλους τους τύπους δύσκολων συνδυασμών. Άλλοι μπορεί να έχουν ευαίσθητη πέψη και θα πρέπει επομένως να προσέχουν πολύ τι τρώνε και πως συνδυάζουν τις τροφές για να αποφεύγουν τα προβλήματα.
- ♦ Ανάλογα με την **ηλικία του ατόμου**, θα χρειαστούν διαφορετικές ποσότητες από τα διάφορα τρόφιμα. Τα παιδιά χρειάζονται περισσότερο γάλα, ασβέστιο, πρωτεΐνες ενώ οι ενήλικοι χρειάζονται πολύ λιγότερα. Σώματα που βρίσκονται

στην ανάπτυξη τους χρειάζονται περισσότερη τροφή από αυτά που είδη έχουν τελείως αναπτυχθεί.

- ◆ Το **φύλο** επίσης του ατόμου είναι ένας άλλος παράγοντας. Οι γυναίκες π.χ χρειάζονται περισσότερο σίδηρο, ιδίως κατά τους μήνες της εγκυμοσύνης
- ◆ Ακόμη και η **γεωγραφική περιοχή** όπου ζει κανείς πρέπει να ληφθεί υπόψη. Κάθε περιβάλλον εφοδιάζει με τις θρεπτικές ουσίες που είναι απαραίτητες για μια υγιεινή ζωή σ' εκείνη την περιοχή. Για παράδειγμα , οι Εσκιμώοι δεν χρειάζονται να τρώνε φρούτα, κι εκείνοι που ζούνε στους τροπικούς δεν θα μπορούσαν να ανεχτούν το γάλα εύκολα.
- ◆ Οι κατάλληλες τροφές θα ποικίλουν ανάλογα με την **εποχή**. Η φύση εφοδιάζει τον άνθρωπο κάθε εποχή με ότι κατάλληλο. Τα πορτοκάλια είναι για να τρώγονται το χειμώνα, που ωριμάζουν. Το καρπούζι είναι για το καλοκαίρι. Τα λαχανικά και τα φρούτα δεν θα πρέπει να συντηρούνται ή να μεταφέρονται εκτός εποχής. Το χειμώνα είναι απαραίτητα περισσότερα δημητριακά, γαλακτερά και τροφές που δίνουν θερμότητα, ενώ το καλοκαίρι ο οργανισμός χρειάζεται περισσότερα φρούτα και λαχανικά .
- ◆ Κάθε **επαγγελματική δραστηριότητα** απαιτεί διαφορετικές ανάγκες διατροφής. Ένας σκληρά εργαζόμενος χειρονακτικής εργασίας θα χρειαστεί τροφές που δίνουν πολλές θερμίδες, όπως τα δημητριακά και τα φασόλια και ίσως και λίγο ψάρι, κρέας ή κοτόπουλο. Ακόμη αν η δουλειά που κάνει το άτομο απαιτεί μια συμπεριφορά επιθετική, όπως όταν κανείς πολεμάει θα χρειαστεί περισσότερο κρέας. Εκείνοι που ζουν μια καθιστική ζωή εργαζόμενοι σ' ένα γραφείο, χωρίς πολλή σωματική άσκηση, θ' αρρώστιασαν και θα πάχαιναν αν ακολουθούσαν την ίδια δίαιτα μ' έναν πολεμιστή. Αυτοί, χρειάζονται μια ελαφρότερη δίαιτα, σε ποιότητα και ποσότητα.
- ◆ Το **είδος του χαρακτήρα και η συμπεριφορά** ενός ατόμου θα υπαγορεύσει τον τύπο της δίαιτας που θα' ναι καλύτερη γι' αυτόν. Εκείνοι που έχουν μια φιλόδοξη και επιθετική φύση θα χρειαστούν περισσότερο κρέας και μπαχαρικά για να εκπληρώσουν τις ανάγκες που δημιουργούνται από τον τρόπο ζωής που κάνουν. Εκείνοι που έχουν ένα χαρακτήρα οκνηρό, καταθληπτικό κι αρνητικό θα προτιμήσουν πολυκαιρισμένες, συντηρημένες και επεξεργασμένες τροφές με πολλή ζάχαρη. Εκείνοι που ενδιαφέρονται για την

υγεία, αυτοβελτίωση και πνευματική τελείωση θα προτιμήσουν φυσικά πλήρεις τροφές, φρέσκες τροφές.(Townsend, 1999)

Επίσης, η παχυσαρκία υποβάλλει την καρδιά μας σε ένα επιπλέον φορτίο. Ακόμα και κατά την ανάπαυση ένα υπέρβαρο σώμα επιβαρύνει κατά πολύ την καρδιακή λειτουργία, γιατί χρειάζεται περισσότερο οξυγόνο. Σύμφωνα με τις στατιστικές:

-Η πιθανότητα καρδιακής προσβολής και θανάτου από καρδιακές παθήσεις είναι πολύ μεγαλύτερη ανάμεσα σε παχύσαρκους και σε ανθρώπους που έχουν φυσιολογικό βάρος.

-Οι υπέρβαροι είναι πιο πιθανό να πάσχουν από υπέρταση και συχνά έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, καταστάσεις όπου αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις. Οι στατιστικές δείχνουν ότι έχουμε πτώση της αρτηριακής πίεσης με την απώλεια βάρους, ακόμα και λίγων κιλών , και ότι η πίεση παραμένει φυσιολογική εφόσον δεν ξαναπάρουμε τα πρόσθετα κιλά. Επιπλέον, η απώλεια βάρους ενισχύει την δράση των αντιυπερτασικών φαρμάκων και διευκολύνει τον έλεγχο των άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και δυσλιπιδαιμία.

Μερικές φορές η απώλεια βάρους μπορεί να είναι η μόνη απαιτούμενη θεραπεία για την πτώση της πίεσης. Τα ανορεκτικά φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, γιατί πολλά από αυτά αυξάνουν την αρτηριακή πίεση. Οι κακές διατροφικές συνήθειες αποτελούν την πιο συνηθισμένη αιτία παχυσαρκίας. Οι συνήθειες αυτές δύσκολα μπορούν να αλλάξουν , ιδίως αν δεν υπάρξει βοήθεια από γιατρούς και διαιτολόγους .(www.dietologoi. gr)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Χοληστερόλη και καρδιά

Η χοληστερόλη είναι ένα λιπίδιο, μια οργανική ένωση με βασικό ρόλο στη λειτουργία των κυττάρων . Στον ανθρώπινο οργανισμό εκτός από τα κύτταρα κυκλοφορεί στο αίμα. Η χοληστερόλη που υπάρχει στον οργανισμό προέρχεται από δύο πηγές: την τροφή και το ήπαρ , το οποίο έχει την ικανότητα να χρησιμοποιεί άλλες ουσίες για να παρασκευάσει τη δική του χοληστερόλη. Το ίδιο όργανο απομακρύνει την ουσία αυτή με την κυκλοφορία του αίματος.

### 3.2 Πηγές της χοληστερόλης

Η χοληστερόλη υπάρχει σε όλες τις ζωικές τροφές , αλλά σε αυξημένες ποσότητες βρίσκεται στα παρακάτω: κρέας (κυρίως στα εντόσθια όπως το συκώτι), πουλερικά, γαλακτοκομικά, θαλασσινά. Αντίθετα οι φυτικές τροφές δεν έχουν χοληστερόλη. (Κρεμαστινός, 2006, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

### 3.3 Καλή και κακή χοληστερόλη

Όταν ένα γεύμα τελειώσει, οι τροφές φτάνουν σταδιακά στο έντερο όπου αρχίζει η απορρόφηση τους. Τα λιπίδια μεταξύ των οποίων και η χοληστερόλη μόλις απορροφηθούν από το έντερο «πακετάρονται» μαζί με πρωτεΐνες σε μικρά σφαιρίδια που διοχετεύονται στο αίμα . Η επεξεργασία αυτή είναι απαραίτητη, γιατί, όπως και το λάδι δεν διαλύεται μέσα στο νερό, έτσι και τα λιπίδια δεν θα μπορούσαν να διαλυθούν στο αίμα. Κατόπιν αυτά τα «πακετάκια» από λίπη και πρωτεΐνες φτάνουν στο ήπαρ, όπου υφίστανται νέα επεξεργασία και παίρνουν νέες μορφές, ώστε στη συνέχεια μέσω του αίματος να φτάσουν σε διάφορα όργανα του σώματος. Τα συμπλέγματα από λιπίδια και πρωτεΐνες ονομάζονται λιποπρωτεΐνες. Η χοληστερόλη έπειτα από το ήπαρ μεταφέρεται στο αίμα είτε με τις υψηλής πυκνότητας (High Density Lipoproteins- HDL) είτε με της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες με τη σειρά τους διασπώνται στις χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (Low Density Lipoproteins- LDL). Όταν λοιπόν στο βιοχημικό εργαστήριο μετράει κανείς τη συγκεντρώση της χοληστερόλης στο αίμα , μετράει αφενός τη συνολική της συγκέντρωση και αφετέρου τη συγκέντρωση της HDL αλλά και τις LDL. Διάφορες έρευνες που έχουν γίνει για την σχέση των επιπέδων της ουσίας αυτής στο αίμα και την εμφάνιση καρδιακών παθήσεων, έδειξαν ότι όταν οι τιμές τις HDL είναι

αυξημένες, δρά προστατευτικά για την καρδιά , ενώ αντίθετα οι υψηλές τιμές της LDL συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Έτσι επικράτησε η ορολογία «καλή» χοληστερόλη για την HDL και «κακή» χοληστερόλη για την LDL.(Κρεμαστινός, 2006, [www. iatronet. gr](http://www.iatronet.gr))

### **3.4 Τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα.**

Οι υψηλές συγκεντρώσεις χοληστερόλης στο αίμα είναι αποτέλεσμα διαιτητικών αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις και γενετικών παραγόντων . Απόδειξη ότι και γενετικοί παράγοντες σχετίζονται με τη χοληστερόλη είναι οικογένειες στις οποίες χωρίς άλλον προφανή λόγω παρατηρούνται σε όλα τα μέλη υψηλές τιμές της ουσίας αυτής. Έχουν μάλιστα εντοπιστεί συγκεκριμένα γονίδια που ευθύνονται γι' αυτές τις παθήσεις. Από την άλλη, έχει μεγάλη σημασία το είδος των λιπαρών που καταναλώνονται με τις διάφορες τροφές. Ως γνωστόν τα λίπη διακρίνονται ανάλογα με τη χημική τους δομή σε κορεσμένα , μονοακόρεστα και πολυακόρεστα. Η κατανάλωση τροφών πλουσίων σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη οδηγεί σε μεγάλη αύξηση της LDL χοληστερόλης στο αίμα διότι επηρεάζουν το ήπαρ, μειώνοντας την ικανότητα του να απομακρύνει την LDL από αυτό.([www. iatronet. gr](http://www.iatronet.gr))

### **3.5 Οι βλαπτικές συνέπειες της κακής χοληστερόλης στην καρδιά.**

Η LDL έχει την ιδιότητα να εναποθέτει χοληστερόλη στα τοιχώματα των αγγείων. Με αυτόν τον τρόπο ξεκινά η διαδικασία της αθηροσκλήρωσης , με τελικό αποτέλεσμα την απόφραξη των αγγείων λόγω του σχηματισμού των αθηρωματικών πλακών στα τοιχώματα των αγγείων. Η απόφραξη των αγγείων οδηγεί σε διαταραχή της αιμάτωσης συγκεκριμένων περιοχών του σώματος, και όταν αφορά τα αγγεία της καρδιάς εκδηλώνεται με πόνο παίρνοντας τη μορφή στηθάγχης ή εμφράγματος. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως αθηροσκλήρυνση. Σύμφωνα με τις οδηγίες της αμερικανικής καρδιολογικής εταιρίας, οι φυσιολογικές τιμές της χοληστερόλης κυμαίνεται σε επίπεδα χαμηλότερα των 200mg/dl. Ωστόσο, δεν αρκεί αυτή η παράμετρος διότι σημαντικό ρόλο παίζει και η αναλογία «καλής» και «κακής» χοληστερόλης δηλαδή, ο αθηρωματικός δείκτης. Ο αθηρωματικός δείκτης είναι το κλάσμα που στον αριθμητή του έχει τη συγκέντρωση της ολικής χοληστερόλης στο αίμα , ενώ στον παρανομαστή την HDL χοληστερόλη. Το κλάσμα αυτό ποσοτικοποιεί την αναλογία που αναφέραμε παραπάνω και όσο πιο μικρές τιμές παίρνει τόσο πιο θετικά είναι τα μηνύματα για την κατάσταση της καρδιάς, που σημαίνει ότι από την

ολική χοληστερόλη ένα σημαντικό μέρος αποτελεί η «καλή» HDL. Οι φυσιολογικές τιμές του αθηρωματικού δείκτη είναι μικρότερες από 4,5, αν και οι ιδανικές τιμές είναι το 2 με 3. ( Κρεμαστινός, 2006, [www.iatronet. gr](http://www.iatronet.gr) )

### **3.6 Τρόποι μείωσης της χοληστερόλης**

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο στόχος της όποιας θεραπείας δεν είναι μόνο η ελάττωση των τιμών της ολικής χοληστερόλης, αλλά και η αύξηση της HDL. Σύμφωνα με μελέτες, ακόμα και μικρές αυξήσεις στις τιμές της HDL της τάξης του 1mg/dl οδηγούν σε σημαντική μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Στόχο αποτελεί η αύξηση των επιπέδων της HDL πάνω από 35mg/dl για τους άντρες και 45mg/dl για τις γυναίκες. Για να πετύχει κανείς τους στόχους του χρειάζονται μικρές αλλά ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής του, όπως:

- Συστηματική άσκηση (ενδείκνυται ακόμα και για απλό βάδισμα για 60 λεπτά καθημερινά)

- Μείωση σωματικού βάρους

- Διακοπή του καπνίσματος ( παρατηρείται αύξηση της HDL , μετά τη διακοπή του καπνίσματος)

- Αποφυγή των λιπαρών τροφών όπως το αρνί , χοιρινό, κακάο, γαλακτοκομικά με όλα τα λιπαρά , αλλά και την κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων υδατανθράκων, διότι η περίσσεια μετατρέπεται στον οργανισμό σε λίπος.

- Προτίμηση ελαιόλαδου σε σχέση με άλλα λιπαρά και αποφυγή των τσιγαρισμένων τροφών.

- Κατανάλωση οσπρίων τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.

- Η κατανάλωση μικρής ποσότητας οινοπνεύματος ( ένα ποτηράκι του κρασιού την ημέρα) φαίνεται ότι βοηθά στην αύξηση της HDL . Προσοχή, όμως γιατί μεγαλύτερες ποσότητες μπορεί να έχουν αρνητικά αποτελέσματα. Εάν τα συγκεκριμένα μέτρα εφαρμοστούν σωστά και για εύλογο χρονικό διάστημα , τότε οι γιατροί χορηγούν φαρμακευτικά σκευάσματα που βοηθούν στην ρύθμιση των επιπέδων της χοληστερόλης. Οι πιο γνωστές κατηγορίες αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων είναι οι στατίνες και οι φιβράτες. Τα φάρμακα αυτά, ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται μόνο με συνταγή γιατρού και μόνο εφόσον αυτός το κρίνει απαραίτητο, διότι η κατηγορία αυτή φαρμάκων έχει παρενέργειες, με κυριότερες τις βλάβες που ενδέχεται να προκαλέσουν στο ήπαρ.(Κρεμαστινός, 2005,[www.iatronet. gr](http://www.iatronet.gr))



### **3.7 Τριγλυκερίδια εχθρός της καρδιά**

Η Εθνική Εταιρία λιπιδίων των ΗΠΑ διαπιστώνει, ύστερα από έρευνα της, ότι οι άνθρωποι δεν είναι απλώς ενημερωμένοι για το τι είναι τα τριγλυκερίδια και πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν για τη ζωή τους. Πόσοι άραγε γνωρίζουν σήμερα στην Ελλάδα ότι όταν τα τριγλυκερίδια στο αίμα είναι υψηλότερα των 200mg% τότε ο κίνδυνος για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου διπλασιάζεται σε σχέση με εκείνον που έχει τριγλυκερίδια χαμηλότερα των 200mg%. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν η καλή χοληστερίνη είναι μικρότερη των 400mg% , τότε ο κίνδυνος για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και των επιπλοκών της (π.χ έμφραγμα του μυοκαρδίου κ.τ.λ) τετραπλασιάζεται. Εν συνεχεία , η Εταιρία λιπιδίων των Ηνωμένων Πολιτειών διαπιστώνει ότι περί τα 100 εκατομμύρια Αμερικανοί, δηλαδή το 1/3 του πληθυσμού της χώρας αυτής διαβιώνει με τιμές τριγλυκεριδίων υψηλότερες των 200mg%, ως αποτέλεσμα κυρίως των ανθυγιεινών συνθηκών διατροφής του πληθυσμού. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι η αύξηση των τριγλυκεριδίων στις γυναίκες έχει περισσότερες επιπτώσεις συγκριτικά με τους άντρες. Η αύξηση των καρδιαγγειακών συμβάντων (έμφραγμα ή αιφνίδιος θάνατος) είναι 2,5 φορές περισσότερο στις γυναίκες με ψηλά τριγλυκερίδια σε σχέση με τους άντρες.

Τα ερωτήματα , όμως, που χρειάζονται απάντηση για τον μη γιατρό πολίτη, είναι το τι ακριβώς είναι τα τριγλυκερίδια και ποια η φυσιολογική τους τιμή. Τα τριγλυκερίδια ανήκουν στην κατηγορία των λιπών (λιπίδια). Αυξάνουν οι τιμές τους στο αίμα , ή από την πρόσληψη λιπαρών τροφών ή παράγονται από τον ίδιο τον οργανισμό. Αποτελούν μέρος των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας και ιδιαίτερα της (κακής χοληστερίνης). Οι φυσιολογικές τιμές των τριγλυκεριδίων σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα , θεωρούνται οι τιμές που είναι μικρότερες των 150mg%. Οι αυξημένες τιμές των τριγλυκεριδίων είναι πιο καταστροφικές προκαλώντας αθηροσκλήρωση των αρτηριών και στεφανιαία νόσο σε διαβητικούς ασθενείς με ινσουλινοκατοχή. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένες τιμές λιπιδίων στο αίμα ύστερα από κάθε γεύμα Τέτοιοι συνήθως ασθενείς είναι οι διαβητικοί παχύσαρκοι, οι οποίοι είναι επιρρεπείς σε οξεία παγκρεατίτιδα.

( Κρεμαστινός, 2006, [www. iatronet, gr](http://www.iatronet.gr) )

### **3.8 Διαιτητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την χοληστερόλη**

Η πρόσληψη λίπους με τις τροφές έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Από μελέτες έχει βρεθεί ότι στην Κίνα και την Ασία έχει διπλασιαστεί και τριπλασιαστεί η

πρόσληψη λίπους τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η κύρια πηγή ενέργειας της διατροφής στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες είναι τα φυτικά έλαια , αυξάνεται ωστόσο και η πρόσληψη ζωικού λίπους από 8% των συνολικών θερμίδων που ήταν το 1960, σε 13% το 1990. Όσον αφορά στην ποιότητα του λίπους σημασία έχει το είδος του λίπους και όχι το συνολικό ποσό του , ως παράγοντας κινδύνου για τις χρόνιες ασθένειες, όπως είναι εκτός από την καρδιαγγειακή ασθένεια , ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος μαστού στις γυναίκες , η παχυσαρκία, η οστεοπόρωση , η οστεοαρθρίτιδα κ.τ.λ.

Υπεύθυνες για την υγεία είναι οι τροφές , που είναι πλούσιες σε ζωικό λίπος και πρωτεΐνες. Σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί , ότι διαφορετικά είδη κορεσμένων λιπαρών οξέων έχουν διαφορετικό αποτέλεσμα στα λιπίδια του πλάσματος και στα επίπεδα της λιποπρωτεΐνης. Ειδικότερα τα κορεσμένα λιπαρά οξέα με 12 – 16 άτομα άνθρακα τείνουν να αυξήσουν τα συνολικά επίπεδα της χοληστερόλης στο πλάσμα και της LDL χοληστερόλης. Ενώ, αντίθετα το στεατικό οξύ δεν έχει επίδραση στην αύξηση της χοληστερόλης και θα μπορεί μάλιστα να μειώσει την HDL χοληστερόλη κυρίως στις γυναίκες, αυξάνοντας τη συγκέντρωση της λιποπρωτεΐνης Α.

Μελέτες έχουν δείξει τον αντίστροφο συσχετισμό μεταξύ της πρόσληψης μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και καρδιαγγειακής νόσου. Τα ελαικό οξύ έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην αθηροσκλήρωση και τη θρόμβωση. Αυτό φαίνεται από τη χαμηλή θνησιμότητα στη νότια Ευρώπη, στην οποία ακολουθούν τη μεσογειακή διαίτα, η οποία χαρακτηρίζεται από διατροφή με υψηλό ποσοστό μονοακόρεστων λιπαρών οξέων. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει έναν αντίστροφο συσχετισμό μεταξύ πρόσληψης μονοακόρεστων λιπαρών οξέων κυρίως του λινολεικού , και της καρδιαγγειακής ασθένειας. Επίσης βρέθηκε ότι τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα έχουν την πιο δυνατή επίδραση στη μείωση της χοληστερόλης και έχουν σημαντικά αποτελέσματα στη λιπαιμία μετά το φαγητό. Μελέτες σχετικές με τη διατροφή ασθενών με στεφανιαία νόσο έδειξαν , ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν αυξημένες συγκεντρώσεις αθηρωματογόνων λιποπρωτεϊνών και χοληστερόλης στο πλάσμα. Παράλληλα κατανάλωναν τροφές πλούσιες σε ζωικά λευκώματα , λίπος και θερμίδες . Επειδή τα λευκώματα μπορεί να μετατραπούν στον οργανισμό σε αποθηκευτικό λίπος , τέτοιες τροφές είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μεταβολές στη σύσταση των ιστών σε λιπίδια και σε εξευγενισμένους υδατάνθρακες. Έχει βρεθεί ότι μειώνεται σημαντικά η ποσότητα των αθηρωματογόνων λιποπρωτεϊνών και της χοληστερόλης όταν α) ελαττώνεται η συνολική ποσότητα

πρόσληψης λίπους, ώστε αυτό να αποτελεί μόνο το 10% των ημερήσιων αναγκών σε θερμίδες αντί του πολύ συνηθισμένου 30% χωρίς τη μεταβολή στη σύνθεση του σε λιπαρά οξέα ή β) όταν αυξάνεται η περιεκτικότητα του λίπους σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ώστε αυτά να αντιπροσωπεύουν το 20% των θερμίδων έναντι του 40% της συνήθους διατροφής διατηρώντας σταθερή την ποσότητα του προσλαμβανόμενου λίπους και των θερμίδων. Μολονότι τα κορεσμένα λιπαρά οξέα από τη διατροφή, μπορεί να έχουν την πιο σημαντική επίδραση στη χοληστερόλη του αίματος, υπάρχει μια πληθώρα τροφών που αυξάνουν ή μειώνουν τα επίπεδα των λιπιδίων.(Πλέσσας, 1998) Μεταξύ αυτών είναι τα παρακάτω:

**3.8.1 Αλκοόλ:** Αν και η αλκοόλη δεν περιέχει λίπη, η χοληστερόλη, η κατανάλωση της παρέχει υψηλό ποσοστό θερμίδων. Διεγείροντας τη σύνθεση των τριγλυκεριδίων στο ήπαρ, η αλκοόλη αυξάνει την παραγωγή της LDL ή της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης, κύτταρα τα οποία μεταφέρουν τριγλυκερίδια. Όταν καταναλώνεται σε μέτριες ποσότητες, 1- 2 ποτήρια την ημέρα, το αλκοόλ φαίνεται να έχει μικρή επίδραση στην LDL, ενώ σε πολλούς ανθρώπους αυξάνει την HDL. Γενικά υπάρχει μια σύγχυση σχετικά με την επίδραση του αλκοόλ στην υγεία. Ως γνωστόν το αλκοόλ έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: είναι πηγή ενέργειας, έχει ψυχοδραστικές ιδιότητες, και τοπικές επιδράσεις. Ο καταναλωτής επιλέγει το για ποιους λόγους θα το χρησιμοποιήσει. Οι συνέπειες του αλκοόλ στην υγεία εξαρτώνται από τη συχνότητα της κατανάλωσης, τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής π.χ το κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα και τέλος από το γενετικό υπόστρωμα. Ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί ή θετική ή η αρνητική επίδραση του αλκοόλ σε ορισμένα νοσήματα, όπως: η αθηροσκλήρυνση, στο σακχαρώδη διαβήτη, στην παχυσαρκία, στο μεταβολικό σύνδρομο και πρέπει να αποσαφηνιστεί ο ρόλος του στην παθογένεση των σύγχρονων ασθενειών.

Επίσης πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα του αλκοόλ δεν οφείλονται στο κόκκινο κρασί αλλά ισχύουν για κάθε τύπο κρασιού. Αντίθετα απ' άλλες μελέτες έχει βρεθεί η λήψη κόκκινου κρασιού κατά τη διάρκεια του φαγητού με υψηλή ποσότητα λίπους μειώνει το οξειδωτικό στρες. παράλληλα όμως δεν τροποποιεί τη λιπαιμία. Επιπλέον η χρήση αλκοόλ εξασθενεί την δράση των αντιυπερτασικών φαρμάκων, ενώ η διακοπή της χρήσης του οδηγεί σε εξαφάνιση της επίδρασης του στην αρτηριακή πίεση, σε διάστημα 1-2 εβδομάδων. Οι υπερτασικοί άντρες δεν πρέπει να καταναλώνουν περισσότερα από 20-30g

αιθανόλης και 10-20g οι γυναίκες ημερησίως. Παρατηρήθηκε ότι άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ μπορεί να παρουσιάσουν ταχεία άνοδο της αρτηριακής πίεσης , όταν διακόψουν απότομα τη χρήση του.( Κατσιλάμπρος, 2004 Virgil Brown και συν, 1995)

**3.8.2Φυτικές ίνες:** Αυτές είναι γνωστό ότι λαμβανόμενες με την τροφή ενδέχεται να μειώσουν την χοληστερόλη . Το αποτέλεσμα αυτό ποικίλλει και εξαρτάται από τον τύπο των ινών που καταναλώνονται. Οι ίνες μόνο από το εξωτερικό στρώμα των δημητριακών δεν μειώνουν τη χοληστερόλη του αίματος ή δεν αυξάνουν την απέκκριση της. Έτσι πολλοί άνθρωποι καταναλώνουν τροφές πλούσιες από πίτουρα δημητριακών ή συμπληρώματα ινών έχοντας την εσφαλμένη αντίληψη ότι αυτά μειώνουν τον παράγοντα κινδύνου κάποιας καρδιαγγειακής νόσου. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν , ότι η κατανάλωση δημητριακών ινών σε άτομα ηλικίας άνω των 65 χρονών σχετίζεται με τον χαμηλότερο κίνδυνο συχνότητας στεφανιαίας νόσου, προτρέποντας έτσι τα άτομα της τρίτης ηλικίας να αυξήσουν την κατανάλωση τους. Τα ευεργετικά αποτελέσματα των φυτικών ινών και γενικά η εφαρμογή μεσογειακής διαίτας σε άτομα 70-90 ετών , σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν γίνει , φαίνεται ότι μπορεί να μειώνει τη θνησιμότητα απ' όλες τις αιτίες περισσότερο από 50%. Αντίθετα μερικές ίνες όπως η πηκτίνη , οι ίνες από τα φασόλια , τα μπιζέλια και άλλα όσπρια μπορούν να μειώσουν τη χοληστερόλη του αίματος χωρίς να γνωρίσουμε το πώς επιτυγχάνετε αυτό .Πολλοί ωστόσο υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση ολόκληρων δημητριακών , φρούτων και χορταρικών έχει ευεργετικά αποτελέσματα και έτσι μειώνεται η θνησιμότητα από τη στεφανιαία νόσο. (Virgil Brown και συν. 1995)

**3.8.3Καφές:** Ο ρόλος του καφέ στην καρδιαγγειακή νόσο δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως . Αρκετές μελέτες έχουν εκπονηθεί πάνω σ' αυτό το θέμα. Μερικές απ' αυτές αναφέρουν ότι η κατανάλωση πάνω από 5 φλιτζάνια καφέ ημερησίως στους άντρες σχετίζεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Σε μια ερευνητική εργασία , που αφορούσε την κατανάλωση καφέ παρακολουθήθηκαν άντρες για 25 χρόνια και βρέθηκε ότι η πρόσληψη καφέ πάνω από 5 φλιτζάνια ημερησίως σχετίζεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Μερικοί ερευνητές δε συμφωνούν με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης και αναφέρουν ότι υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες, όπως το κάπνισμα , η υψηλή αρτηριακή πίεση και η παχυσαρκία. Η σχέση καφέ και η αύξηση χοληστερόλης του αίματος έχει αποδειχθεί καλύτερα. Από

σχετικές έρευνες βρέθηκε ότι άτομα τα οποία έπιναν περισσότερο από δυο φλιτζάνια καφέ την ημέρα είχαν υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης από άτομα που δεν έπιναν καθόλου καφέ και έπιναν τσάι ή κόκα κόλα, στα οποία επίσης υπάρχει καφεΐνη. Έτσι οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι πιθανόν για την αύξηση χοληστερόλης στα άτομα που καταναλώνουν καφέ να είναι υπεύθυνα άλλα στοιχεία που περιέχονται στον καφέ. Άλλη μελέτη αναφέρει, ότι η αύξηση της χοληστερόλης και ειδικά της HDL, σχετίζεται με την αύξηση της προσλαμβανόμενης καφεΐνης από τον καφέ. Επίσης σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες βρέθηκε ότι δεν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της κατανάλωσης καφέ και αρτηριακής πίεσης. (Harponen και συν, 2004)

**3.8.4 Ιχθυέλαιο:** Η πρόσληψη ιχθυελαίων , που παράγονται από τα ψάρια του γλυκού νερού , όπως είναι ο σολομός και ο βακαλάος παρέχει τη δυνατότητα να μειωθεί η χοληστερόλη. Αυτά τα έλαια είναι πλούσια σε περιεκτικότητα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα που είναι πολυακόρεστα λίπη και τα οποία μπορούν να μειώσουν τα τριγλυκερίδια του αίματος , αν ληφθούν σε μεγάλες ποσότητες. Επίσης μειώνουν την τάση του αίματος για θρόμβωση. Αντίθετα όμως με την άποψη του λαού δε μειώνουν την LDL χοληστερόλη. Η άποψη αυτή περιήλθε από παρατηρήσεις όπως π.χ Εσκιμώοι, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες παχιών ψαριών και παρουσιάζουν μικρή συχνότητα καρδιακών επεισοδίων έστω και αν η δίαιτα τους είναι υψηλή σε λίπος και χοληστερόλη. Άλλες μελέτες έχουν δείξει , ότι παρατηρείται μια μείωση στη συχνότητα καρδιακών προσβολών στα άτομα που τρώνε ψάρι. Οι μελέτες αυτές όμως δεν έχουν κάνει ακριβές το αν μείωση αυτή οφείλεται στο λίπος των ψαριών ή σε στοιχεία που υπάρχουν σε ολόκληρο το ψάρι. Το βέβαιο είναι ότι τα ω3 λιπαρά οξέα χρησιμοποιούνται στη σύνθεση των εικοσανοειδών , που είναι ουσίες ζωτικής σημασίας και ρυθμίζουν πολλές λειτουργίες του σώματος. Τα ω-3 λιπαρά οξέα συντελούν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και αποτρέπουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων , που συχνά αποφράσσουν τα αιμοφόρα αγγεία της καρδιάς με αποτέλεσμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μια μελέτη υποστηρίζει ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα των ω-3 λιπαρών οξέων επιτυγχάνονται με κατανάλωση 30g ημερησίως ή με ένα γεύμα ψαριού εβδομαδιαίως. (Μαγκλάρα - Κατσιλάμπρου, 1997)

**3.8.5 Βιταμίνες:** Έχει βρεθεί από μελέτες ότι οριακές ελλείψεις βιταμίνης B6 είναι πιθανόν να ευθύνονται για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε ευρύτατα στρώματα του πληθυσμού βιομηχανοποιημένων κοινωνιών καθώς και για θρομβολυτικά

επεισόδια που παρουσιάζουν οι έγκυες ή οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια από το στόμα. Η υπόθεση όμως αυτή χρειάζεται πειραματική επαλήθευση. Άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν , χωρίς αυτό να είναι τεκμηριωμένο, ότι η χρήση βιταμινών E και C καθώς και συμπληρωμάτων διατροφής που περιέχουν νιασίνη μειώνουν το επίπεδο της LDL χοληστερόλης στο αίμα . Όσον αφορά στη βιταμίνη E τα οφέλη της συνίσταται στην αποτελεσματική της δράση και πρόληψη της αθηροσκλήρυνσης. Ο ρόλος των αντιοξειδωτικών βιταμινών που προέρχονται από τη διατροφή και όχι από τα συμπληρώματα διατροφής σχετίζεται αντίστροφα με τον κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα σε μεταμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η βιταμίνη E που ανήκει στην κατηγορία αυτή υπάρχει άφθονη στα φυτικά έλαια , το ελαιόλαδο, τους σπόρους στα καρύδια, και γενικά στους ξηρούς καρπούς και τα όσπρια. (Virgil Brown και συν. , 1995)

**3.8.6Σκληρό νερό:** Αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ότι η ποιότητα του νερού διαδραματίζει κάποιο ρόλο στη συχνότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Όσο περισσότερο ανθρακικό ασβέστιο περιέχει το πόσιμο νερό , τόσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Έτσι για τα σκληρά νερά, που περιέχουν περισσότερο από 75mg/L ανθρακικό μαγνήσιο ή ασβέστιο ή τα ισοδύναμα τους, έχει βρεθεί ότι η κατανάλωση τους σχετίζεται με τη μειωμένη συχνότητα περιστατικών καρδιαγγειακών παθήσεων, δεν είναι όμως ακόμα γνωστή η σημασία αυτής της συσχέτισης.( Κατσιλάμπρος, 1987)

**3.8.7Αλάτι:** Ο περιορισμός του αλατιού επιβάλλεται σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Το αλάτι έχει την ιδιότητα να κατακρατεί νερό και έτσι να αυξάνεται ο όγκος του αίματος με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η καρδιά αναγκάζεται να δουλέψει περισσότερο για να κυκλοφορήσει τον επιπλέον όγκο του αίματος και να διατηρήσει την αρτηριακή πίεση. Έτσι η μείωση της πρόσληψης του, μειώνει την αρτηριακή πίεση και διευκολύνει το έργο της καρδιάς , των αγγείων και των νεφρών . Η αυξημένη πρόσληψη αλατιού έχει βρεθεί ότι είναι στενά συνδεδεμένη με έναν αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου στους υπέρβαρους ενήλικες. ( Virgin Brown και συν. , 1995)

**3.8.8Ζάχαρη:** είναι η συνηθέστερη προσθήκη σε πολλά φαγητά . Αποτελεί μια ομάδα υδατοδιαλυτών υδατανθράκων, που όπως όλοι οι υδατάνθρακες αποτελείται από

άτιμα άνθρακα , οξυγόνου και υδρογόνου. Ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσης της ζάχαρης , όλοι οι εύπεπτοι υδαάνθρακες μετατρέπονται από τον οργανισμό σε γλυκόζη , που είναι η κυριότερη πηγή της κυτταρικής ενέργειας . Οι θεωρίες που αφορούν στη σχέση μεταξύ της πρόσληψης της ζάχαρης και της ασθένειας , είναι άφθονες . Μία δίαιτα υψηλή σε ζάχαρη δεν προτείνεται , κυρίως αν τα γλυκά υποκαθιστούν άλλες θρεπτικές ουσίες . Η ζάχαρη περιέχει θερμίδες και αποτελεί πηγή ενέργειας , στερείται όμως άλλων στοιχείων, όπως βιταμινών και μετάλλων. Γι' αυτό λέγεται ότι η ζάχαρη παρέχει «άδειες θερμίδες» και τίποτα άλλο απ' όσα αποτελούν τη σωστή διατροφή. Μολονότι , δεν υπάρχει προτεινόμενη ημερήσια δόση ζάχαρης , εντούτοις από μελέτες αναφέρεται , ότι η προστιθέμενη ζάχαρη δεν πρέπει να παρέχει περισσότερο από το 10% των απαιτούμενων καθημερινών θερμίδων . Στο παρελθόν υπήρχαν πολλοί ισχυρισμοί ότι η ζάχαρη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανακοπή , οι έρευνες όμως δεν κατάφεραν , να το επιβεβαιώσουν . Από μελέτες που έγιναν σε ζώα βρέθηκε, ότι η πολυκοσανόλη , που είναι μείγμα από αλειφατικές αλκοόλες και προέρχεται από την ακατέργαστη ζάχαρη σακχαροκάλαμου , όταν δίδεται σε ποσότητα 5-20mg ημερησίως , μειώνει τη συνολική χοληστερόλη και την LDL λιποπρωτεΐνη κατά 13-23% και 19-30% αντίστοιχα , ενώ αυξάνει την HDL από 8-29%. Επίσης βελτιώνει το προφίλ των λιπιδίων μειώνοντας τη βιοσύνθεση της ηπατικής χοληστερόλης . Πιστεύεται , ότι η πολυκοσανόλη είναι μια πολλά υποσχόμενη πηγή στην πρόληψη και θεραπεία της καρδιακής ασθένειας , αλλά τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να επιβεβαιωθούν εργαστηριακά . (Virgin Brown και συν. , 1995 )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Η διατροφή ως παράγοντας πρόληψης της στεφανιαίας νόσου.

Προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι απαραίτητο να μειωθούν οι πρωτεΐνες και κυρίως οι ζωικές και να αυξηθούν οι πρωτεΐνες που προέρχονται από το φυτικό βασίλειο. Συγκεκριμένα ένα διατροφικό σχήμα περιλαμβάνει στην καθημερινή πρακτική τροφές από τα πρότυπα μεσογειακής διατροφής.

-Προτίμηση προϊόντων χαμηλά σε ζάχαρη. Περιορισμός στην κατανάλωση απλών , ραφινρισμένων ζαχάρων από γλυκά, αναψυκτικά, χυμούς, νέκταρ, μέλι και μαρμελάδες. Τα τρόφιμα αυτά θα πρέπει να εντάσσονται αραιά στη διατροφή.

-Προτίμηση γαλακτοκομικών ημιπάχων προϊόντων με 1-2% λιπαρά (γάλα, γιαούρτι). Τα ολόπαχα προϊόντα είναι πλούσια σε επιβαρυντικά κορεσμένα λιπαρά.

-Αποφυγή τροφίμων υψηλά σε αλάτι , όπως αλμυρά σνακ, αλατισμένους ξηρούς καρπούς , παστά, αλλαντικά, αλμυρά τυριά και επεξεργασμένα τρόφιμα

-Κατανάλωση καθημερινά τουλάχιστον 5 μικρομερίδων από φρούτα και λαχανικά. Αποφυγή χυμών , κατανάλωση φρέσκων λαχανικών, προτίμηση νερού και αποφυγή αναψυκτικών με κάθε γεύμα.

-Το ελαιόλαδο πρέπει να είναι ο βασικός τύπος λίπους που καταναλώνεται .Αποφυγή σπορέλαιων ,βουτύρου και κορεσμένων λιπαρών ,από ζωικές κυρίως τροφές. Προτίμηση λιπαρών ψαριών, που είναι πηγές των ωφέλιμων λιπαρών οξέων.

-Κατανάλωση δημητριακών ολικής αλέσεως και τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες. Πηγές υδατανθρακών , όπως πατάτες, ζυμαρικά , ρύζι και όσπρια πρέπει να υπάρχουν στο διαιτολόγιο καθημερινά, μαγειρεμένα όμως με λίγο προστιθέμενο λίπος.

-Περιορισμός στην κατανάλωση του αλκοόλ στα 1-2 ποτήρια την ημέρα.

-Οι υγιείς ενήλικες (πλην των εγκύων) δεν χρειάζονται διατροφικά συμπληρώματα.

-Τακτική άσκηση. Τριάντα λεπτά εντατικό περπάτημα την ημέρα είναι αρκετά για τη διατήρηση του ιδανικού βάρους, και των φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.

-Τα υποθερμιδικά (light) προϊόντα δεν αποτελούν υποκατάστατο της φυσικής άσκησης για τον έλεγχο της παχυσαρκίας. Επιπλέον, η κατανάλωση τους σε μεγάλες ποσότητες έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους.(Κρεμαστινός, 2005,www. iatronet. gr)



#### **4.2 Συμβουλές συνδυασμού τροφίμων από την πυραμίδα της μεσογειακή διατροφής για μια ισορροπημένη καθημερινή διατροφή.**

- Για τη διατήρηση της οξεαλκαλικής ισορροπίας του οργανισμού, το 50% - 60% των τροφών που περιλαμβάνει το καθημερινό διαιτολόγιο, πρέπει να προέρχονται από ωμές τροφές όπως φρούτα και λαχανικά. Τα φρούτα και τα λαχανικά δεν πρέπει να είναι πολύ ώριμα ή πολύ άγουρα ή προϊόντα θερμοκηπίου και γενικά «εκτός εποχής».

-Το πρωινό πρέπει να περιλαμβάνει αρκετά φρέσκα φρούτα, το μεσημεριανό κάθε είδους ωμά λαχανικά και φυτικές τροφές(μακαρόνια, ρύζι, όσπρια)και το βραδινό πρωτεϊνούχες τροφές όπως το ψάρι , το κοτόπουλο και τα ωμά λαχανικά. Για ενδιάμεσα γεύματα προτείνονται φρούτα, τυρί, και άπαχο γιαούρτι.

-Τα φρέσκα φρούτα τρώγονται μόνο με άδειο στομάχι . Δεν τρώγονται ποτέ μετά το φαγητό. Μπορούν να συνδυαστούν στο ίδιο γεύμα φρούτα και γαλακτοκομικά προϊόντα.

- Οι πατάτες , το ρύζι και τα μακαρόνια δεν πρέπει να συνδυάζονται με κρέας και γενικά με τροφές που περιέχουν ζωικές πρωτεΐνες.

-Τα ωμά καρότα μπορούν να συνδυάζουν κάθε τροφή ( εκτός από τα φρούτα). Τα βραστά όμως καρότα δεν συνδυάζονται με κρέας.

-Τα γλυκά και γενικά τα προϊόντα που περιέχουν ζάχαρη πρέπει γενικά να αποφεύγονται .

-Οι αμυλούχες τροφές και γενικά οι τροφές που χαρακτηρίζονται ως «υδατάνθρακες» συνδυάζονται με κάθε είδους λαχανικά . Η μίξη διαφόρων φυτικών τροφών μπορεί να κάνει το γεύμα πιο πλήρες(παράδειγμα ρύζι + αρακάς+ ωμά καρότα ).

-Οι πρωτεϊνούχες τροφές δεν συνδυάζονται με λιπαρές τροφές . Οι πρωτεϊνούχες τροφές έχουν από μόνες τους αρκετά λίπη.

-Οι πρωτεϊνούχες τροφές συνδυάζονται μόνον με ωμά λαχανικά .

-Τρία κανονικά γεύματα καθημερινά είναι απαραίτητα για τον οργανισμό, όχι υπερβολικά, αλλά με τη σωστή αναλογία όλων των ομάδων τροφίμων

-Το τελευταίο γεύμα της ημέρας πρέπει να καταναλώνεται τρεις ώρες πριν το φαγητό.  
(www. Fitnesslogic. gr)

#### **4.3 Μεσογειακή διατροφή και στεφανιαία νόσος**

Ως « Μεσογειακή Διατροφή» αναφέρεται ένα είδος διατροφής που χαρακτηρίζεται από χαμηλή κατανάλωση λίπους και ιδιαίτερα κορεσμένων λιπαρών οξέων , και

αντίθετα από υψηλή κατανάλωση υδατανθρακών , που βρίσκονται ιδιαίτερα στα σιτηρά και τα προϊόντα τους (δημητριακά, ρύζι, ψωμί και μακαρόνια), στα φρούτα , στα λαχανικά, στο γάλα και στα γαλακτομικά. Η μεσογειακή διατροφή είναι επίσης πλούσια σε βιταμίνες , ενώ η κύρια μορφή λίπους χρησιμοποιείται από το ελαιόλαδο. Η διατροφή αυτή ονομάστηκε έτσι γιατί χρησιμοποιείται από τους ευρωπαϊούς λαούς της Μεσογείου, δηλαδή, Ισπανία, Αλβανία, Ιταλία, πρώην Γιουγκοσλαβία και Ελλάδα. Σύμφωνα με στατιστικές που έχουν γίνει σε αυτές τις πέντε χώρες, δείχνουν ότι αυτό το είδος της διατροφής οδηγεί σε χαμηλά ποσοστά εκφυλιστικών ασθενειών. Πολυετείς έρευνες έχουν αποδείξει ότι η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται ως ο πλέον υγιεινός τρόπος διατροφής αφού προστατεύει από καρδιακές προσβολές, καρκίνου παχέως εντέρου , παχυσαρκία κ.α.

Η διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου , ιδιαίτερα αυτού που ζει στις μεγάλες πόλεις, ξεφεύγει σιγά-σιγά από το Μεσογειακό μοντέλο και χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση , μεγάλων ποσοτήτων φαγητού που περιέχουν πολλά λίπη και ελάχιστες φυτικές ίνες.

Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα τη μεσογειακή δίαιτα ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς , φέρουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν το μικρότερο σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστό θνησιμότητας (θανάτων) από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι επιστήμονες άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάρισε και χαρίζει στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά ποσοστά καλής υγείας. Γρήγορα φάνηκε ότι πρόκειται για μια ιστορία που χάνεται στα βάθη του χρόνου. Η κρητική διατροφή ξεκινά από πολύ παλιά, ακόμη και πριν από τη νεολιθική εποχή. Από τα ευρήματα των αρχαιολογικών ανασκαφών φαίνεται πως οι αρχαίοι Κρήτες ,οι Μινωίτες , κατανάλωναν τα ίδια σχεδόν προϊόντα που καταναλώνει και ο σημερινός Κρητικός. Στα ανάκτορα της Μινωικής εποχής βρέθηκαν μεγάλα πιθάρια για το λάδι της ελιάς , τους δημητριακούς καρπούς τα όσπρια και το μέλι. Και στις διάφορες εικονογραφημένες μαρτυρίες βλέπουμε τον απίθανο κόσμο των κρητικών φυτών και βοτάνων. Καθώς περνούσαν οι αιώνες, η κρητική κουζίνα συγκέντρωνε τη γνώση και την εμπειρία που μεταδιδόταν από γενιά σε γενιά. Στα βυζαντινά χρόνια οι Κρητικοί διατηρούν τις συνήθειές τους και μέσα στους αιώνες φτάνουμε στο σήμερα. Τα τελευταία χρόνια , μετά την αναγνώριση του ευεργετικού αποτελέσματος της «Κρητικής δίαιτας»., κάποιοι επιστημονικοί κύκλοι άλλαξαν το όνομα σε «μεσογειακή

δίαιτα»με προφανείς οικονομικούς σκοπούς. Όμως για να μην υπάρχει περιορισμός στον όρο «κρητική διατροφή» αναφέρεται ότι ο Πλάτων στην «Πολιτεία» συνιστά στους νέους λιτή διατροφή από ψωμί, ελιές, τυρί, βολβούς και λάχανα. Την ίδια εποχή που όλος ο κόσμος εστερείτο αισθητικής στο θέμα της διατροφής και δεν έδινε σημασία στην γεύση, οι Έλληνες χρησιμοποιούσαν 70 είδη ψωμιού.(www. Wikipedia. gr)

Η μεσογειακή διατροφή είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και περιλαμβάνει ζυμαρικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι και πατάτες, πουλερικά και ψάρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, μερικά πολύ λίγο επεξεργασμένα εποχιακά τρόφιμα και ελάχιστο κρέας. Περιλαμβάνει, όμως, δυο βασικά συστατικά: το ελαιόλαδο που είναι η κύρια πηγή λίπους και το κρασί. Η ημερήσια πρόσληψη γαλακτοκομικών γίνεται κυρίως με τη μορφή τυριού ή γιαουρτιού. Το πιο συνηθισμένο επιδόρπιο είναι τα φρούτα εποχής. Τα γλυκά καταναλώνονται λίγες φορές την εβδομάδα, ενώ πολλές φορές τη θέση της ζάχαρης παίρνει το μέλι. Το κόκκινο κρέας είναι σχεδόν απαγορευμένο και καταναλώνεται λίγες φορές το μήνα και σε μικρές ποσότητες, σε αντίθεση με το κοτόπουλο και το ψάρι που καταναλώνεται κάθε εβδομάδα. Τέλος πολύ συχνή είναι και η κατανάλωση κρασιού (ένα ή δύο ποτήρια κρασί κάθε μέρα).

Γενικά, το αποτέλεσμα της μεσογειακής δίαιτας σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικών μελετών είναι, ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου από 8-45%. Επίσης αναφέρεται ότι η τήρηση της παραδοσιακής δίαιτας του ελληνικού πληθυσμού σχετίζεται με μια σημαντική μείωση της θνησιμότητας. Η μεσογειακή διατροφή συμβάλλει σημαντικά στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Σε μια εκτεταμένη έρευνα στην οποία μελετήθηκαν ασθενείς, που ανάρρωναν από έμφραγμα του μυοκαρδίου και ακολούθησαν την Κρητική μεσογειακή διατροφή, βρέθηκε ότι μειώθηκαν πάνω από 70% όλα τα καρδιαγγειακά επεισόδια και οι καρδιακοί θάνατοι σε σχέση με την ομάδα ασθενών που ακολούθησαν κάποια άλλη διατροφή. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η εφαρμογή της μεσογειακής δίαιτας μπορεί να ελαττώσει το σωματικό βάρος και να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη HDL και στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων. (www. Nut uoa. gr)

# ***ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ***

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **5.1 Διεξαγωγή της έρευνας**

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία υλοποίησης της έρευνας. Συγκεκριμένα περιγράφονται ο σκοπός, οι στόχοι, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, τα ερευνητικά ερωτήματα, το εργαλείο συλλογής των δεδομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας.

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται στη διεθνή βιβλιογραφία όλο και περισσότερο η συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου σε νέους 18-30 ετών.

### **5.2 Σκοπός**

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να καταγράψει τις διαιτητικές συνήθειες των νέων ηλικίας 18- 30 ετών και να παρουσιάσει τη συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Ειδικότερα, η έρευνα μας στοχεύει να :

- καταγράψει τις διαιτητικές συνήθειες των νέων ηλικίας 18-30 ετών
- καταγράψει το επίπεδο γνώσεων σε σχέση με την μεσογειακή διατροφή των νέων ηλικίας 18-30 ετών
- αποδείξει τη συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

### **5.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα**

Κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Στο χώρο της νοσηλευτικής έχουν γίνει αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες. Στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται η ανάγκη τροποποίησης του καθημερινού διαιτολογίου προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κυρίως στα νέα άτομα. Η βελτίωση της ποιότητας του καθημερινού διαιτολογίου της μεσογειακής διατροφής αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

### **5.4 Ερευνητικά ερωτήματα**

Από την βιβλιογραφική επισκόπηση του πρώτου μέρους, από το σκοπό και τους στόχους της έρευνας διαμορφώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται:

-με την γνώση των νέων ηλικίας 18-30 ετών

-με την επιλογή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

### **5.5 Περιγραφή μεθοδολογία έρευνας**

Η έρευνα προσεγγίστηκε ποσοτικά. Η προσέγγιση μέσα από την εμπειρική περιγραφική μέθοδο (περιγραφική στατιστική) , χρησιμοποιεί το ερωτηματολόγιο για τη συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων.

(Cohen Manon 1997, Φίλιας 1996, Κυριαζή 1999)

### **5.6 Δείγμα έρευνας**

Πηγή άντλησης πληροφοριών αποτέλεσαν 100νέοι σπουδαστές νοσηλευτικής (n=100) ηλικίας 18-30 ετών από το Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας και από το Α.Τ.Ε.Ι Ιωαννίνων. Το δείγμα μας αποτελείται από ομοιογενή πληθυσμό. Είναι όλοι σπουδαστές της νοσηλευτικής. Τόσο το Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας τόσο και το Α.Τ.Ε.Ι Ιωαννίνων επιλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή. Όπως δε αναφέρει η Σαχίνη - Καρδάση (2004) στη δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται οποιαδήποτε διαθέσιμη ομάδα. Βέβαια στη δειγματοληψία ευκολίας το δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται (Polit κ Hungler,1997) ωστόσο η ομοιογένεια του πληθυσμού ελαττώνει το λάθος της έρευνας.

### **5.7 Χρονική περίοδος έρευνας**

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας έγινε στα μέσα του μηνός Μαρτίου του 2008 σε χρόνο και τόπο που είχε καθοριστεί.

### **5.8 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία**

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, οι κυριότερες δυσκολίες που εντοπίστηκαν ήταν :

- Η παρουσία των ερευνητών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, γεγονός που δημιούργησε υπόνοιες ελέγχου. Ωστόσο κρίθηκε απαραίτητη ώστε να αποσαφηνιστούν απορίες ερωτηθέντων.
- Η απουσία πολλών ερωτηθέντων στον καθορισμένο τόπο και χρόνο, γεγονός που δημιούργησε κάποιου βαθμού καθυστέρηση για λόγους οικονομικούς.
- Η επέκταση της έρευνας και σε άλλα Α.Τ.Ε.Ι (Ιωαννίνων) για λόγους οικονομικούς.

Παρά τους παραπάνω προβληματισμούς ωστόσο καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια υπερβάσης των δυσκολιών, ώστε με τους κατάλληλους μεθοδολογικούς αναπροσανατολισμούς τα αποτελέσματα να είναι ικανοποιητικά.

## **5.9 Τεχνικές συλλογής δεδομένων**

### **5.9.1 Ερωτηματολόγιο**

Σε αυτή την έρευνα το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ως η μοναδική πηγή συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα. ( Βαμβούκας ,1990) . Η έρευνα με ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα μέσο ανίχνευσης , το οποίο προσφέρεται για μελέτες εύκολες , μετρήσιμες και διαχρονικά συγκρίσιμες(Bell 2001, Κυριαζή ,1999).

### **5.9.2 Στόχοι του ερωτηματολογίου ως εργαλείου της έρευνας**

Στην έρευνα μας το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται προκειμένου να διαπιστώσουμε:

- ◆ Τις διαιτητικές συνήθειες των νέων ηλικίας 18- 30 ετών .
- ◆ Το επίπεδο γνώσεων των νέων ηλικίας 18-30 ετών .
- ◆ Τη συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

### **5.9.3 Ανάπτυξη του ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο για να καταστεί σημαντικό εργαλείο στηρίχτηκε στον τρόπο διατύπωσης των ερευνητικών ερωτημάτων που περιγράφηκαν στη φάση δόμησης της έρευνας και στους απορρέοντες στόχους της σύνταξής τους. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο για τη διασφάλιση της αμεροληψίας (Cohen and Mahion 1997). Αποτελείται από 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στις απαντήσεις κλειστού τύπου η απάντηση είναι δεδομένη και προσφέρεται για στατιστική ανάλυση και στη συνέχεια για αξιοποίηση του αποτελέσματος στην πράξη (Κυριαζή, 1999), προς όφελος του επιπέδου γνώσεων των νέων ηλικίας 18- 30 ετών όσον αφορά την συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Οι πληροφορίες που αναζητούνται σε κάθε ερώτηση ταξινομούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν το θέμα της ερώτησης. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε επιτόπου και συμπληρώθηκε παρουσία των ερευνητών με πρόθεση να εξασφαλιστούν

διευκρινήσεις και επεξηγήσεις του σκοπού της έρευνας και να ενισχυθεί η αξιοπιστία των συλλεγόμενων δεδομένων.

#### **5.9.4 Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων-Στατιστική ανάλυση**

Μετά την συγκέντρωση των δεδομένων μέσω του ερωτηματολογίου ακολούθησε η κωδικοποίηση, η ανάλυση και η ερμηνεία τους, δηλαδή μία γενική , περιγραφική στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Σημασία έχει η κωδικοποίηση να γίνεται με κάποια αρχή και συνέπεια , ώστε να μην αμφισβητείται η εγκυρότητα (Κυριαζή , 1999). Μετά την ανάλυση των δεδομένων θα αξιοποιηθούν οι πληροφορίες και ευελπιστούμε ότι θα εφαρμοστούν στην πράξη. Η ανάλυση και η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS -13.0 που χρησιμοποιούνται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.τ.λ. Οι δραστηριότητες του ξεκινούν μετά από τη συλλογή δεδομένων , τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα . Για να επιτευχθούν τα παραπάνω ακολουθείται μία συγκεκριμένη διαδικασία ή οποία συμπεριλαμβάνει :

- ◆ Καταχώρηση των δεδομένων στον Η/Υ.
- ◆ Έλεγχο των δεδομένων
- ◆ Διενέργεια στατιστικών ελέγχων
- ◆ Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (Πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας για στατιστικές συγκρίσεις)
- ◆ Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό  $P < 0,05$  για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων.

#### **5.9.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία**

Για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας της έρευνας πρέπει να κατοχυρώνεται βιβλιογραφικά η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ερευνητικής διαδικασίας. Με τον όρο εγκυρότητα εννοούμε την αλήθεια , τον βαθμό στην οποία μία άποψη, μία θέση παρουσιάζει με ακρίβεια τα φαινόμενα στα οποία αναφέρεται. Μετρά εκείνα τα χαρακτηριστικά, τα οποία επιθυμεί να μετρήσει ο ερευνητής και δίνει πληροφορίες σχετικές με ερωτήσεις που καλύπτει αποκλειστικά τη θεωρητική έννοια , για την οποία παρασκευάστηκε ( Berd and συν.1999).



Η χρήση του ερωτηματολογίου εκφράζει την εγκυρότητα , διότι αποτελείται από συγκεκριμένες απαντήσεις. Η συνέπεια και η ακρίβεια με την οποία μια απάντηση κωδικοποιείται παίζει αποφασιστικό ρόλο στην έκβαση της ανάλυσης των δεδομένων και φυσικά στην εγκυρότητα των πορισμάτων της. Η αξιοπιστία ενισχύεται με τη στατιστική συσχέτιση, λόγω του ερωτηματολογίου και την ομοιογένεια των απαντήσεων σε διαφορετικές ερωτήσεις της ίδιας κλίμακας μέτρησης (Κυριαζή, 1999). Η διασφάλιση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας εξασφαλίστηκε από την αμεροληψία των ερευνητών , από τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, την παροχή άμεσων διευκρινίσεων, την αισθητική εμφάνιση του ερωτηματολογίου, τη σαφή διατύπωση των ερωτήσεων, τον τρόπο συλλογής δεδομένων ως προς τον χρόνο (30'), την εξασφάλιση της ανωνυμίας, την προσεκτική σύνταξη (Cohen and Manion 1997, Κυριαζή 1999) .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Αποτελέσματα έρευνας

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται αναλυτικά υπό μορφή πινάκων στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους. Κάθε στήλη δίνει την συχνότητα, το ποσοστό επί τοις εκατό, το συνολικό ποσοστό επί τοις εκατό. Στο τέλος αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- Το μέγεθος του δείγματος ανά απάντηση.
- Το συνολικό ποσοστό του δείγματος επί τοις εκατό αντιστοίχως.
- Την πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας.

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα  $P < 0,05$ . Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των ερωτηθέντων ήταν το chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία αναλύονται στη συζήτηση.

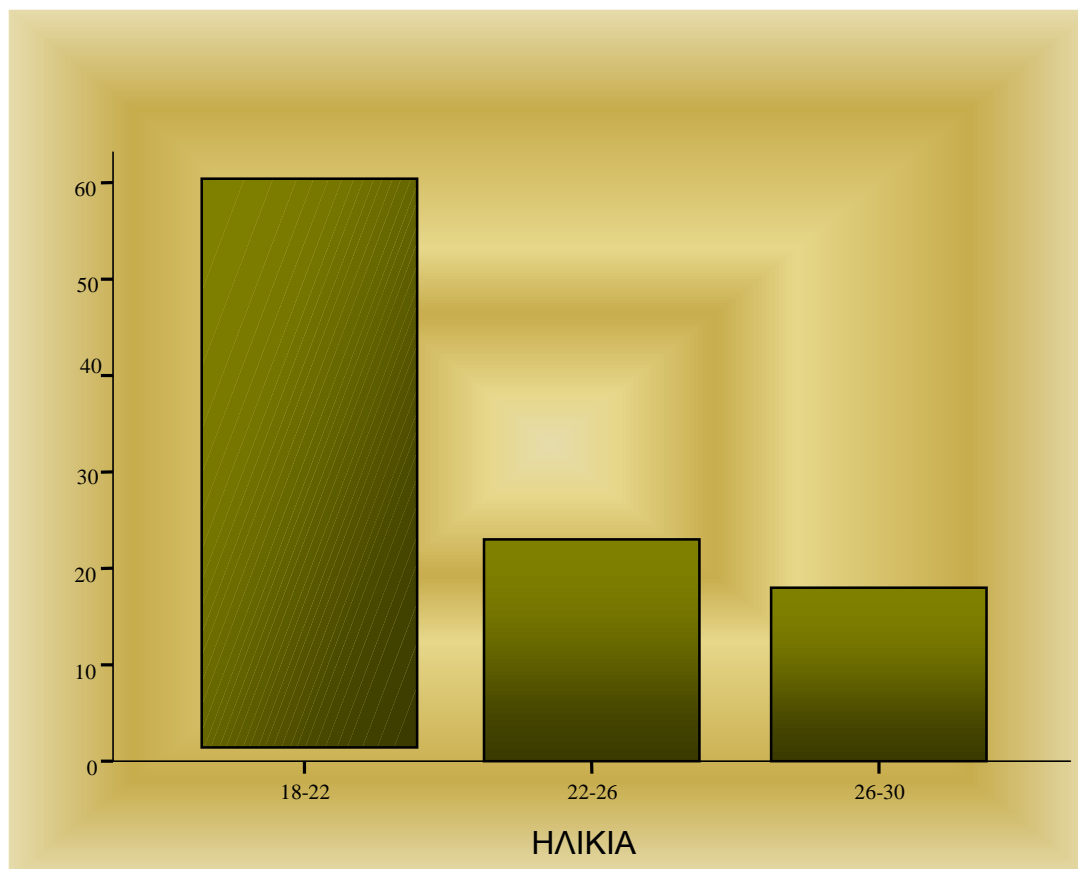
## 6.2 Ανάλυση Δεδομένων

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων , αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	18-22	59	59,0	59,0	59,0
	22-26	23	23,0	23,0	82,0
	26-30	18	18,0	18,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

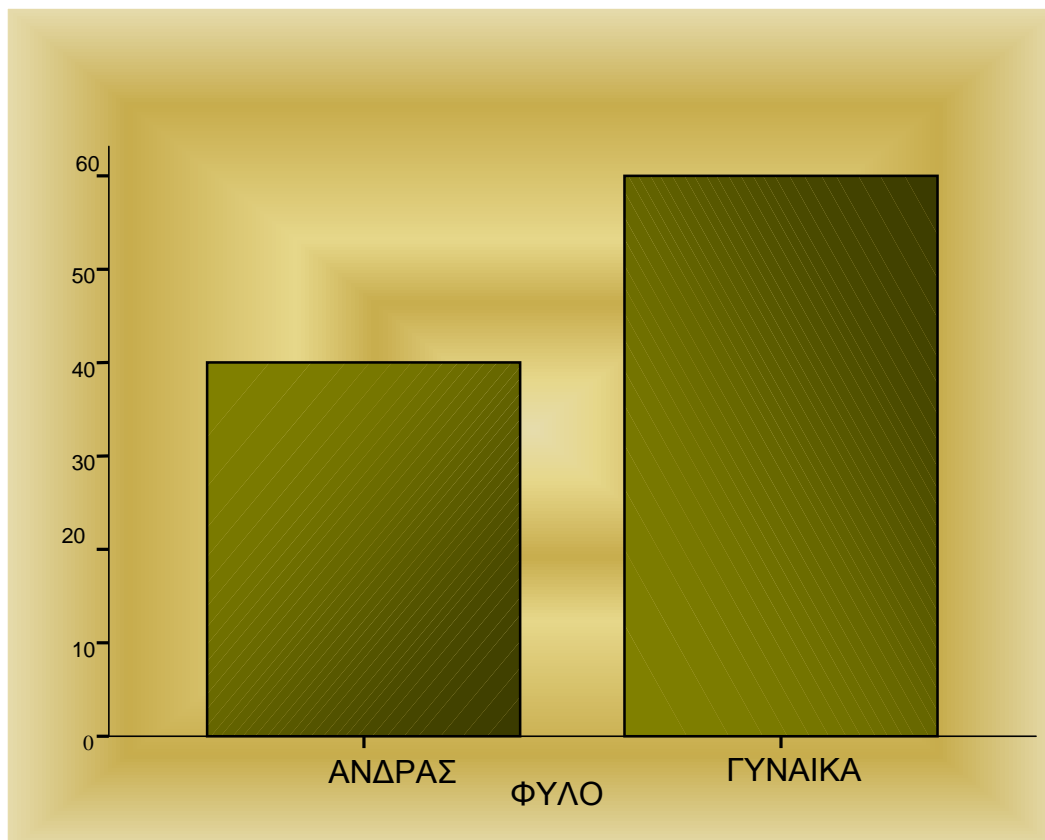
Οι περισσότεροι σπουδαστές των τμημάτων Νοσηλευτικής στο Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και Ιωαννίνων ήταν ηλικίας 18-22 ετών.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΑΝΔΡΑΣ	40	40,0	40,0	40,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	60	60,0	60,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

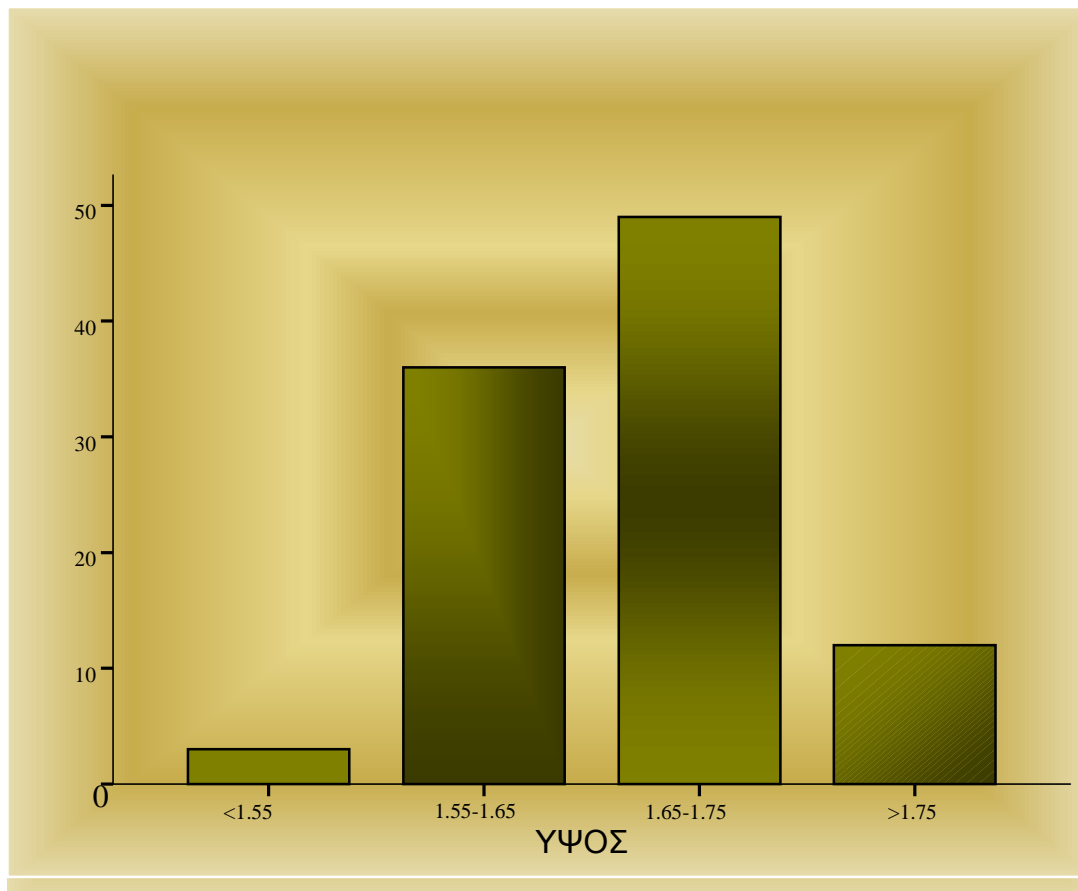
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες . Αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι το επάγγελμα της Νοσηλευτικής προτιμάται στην πλειοψηφία του από το γυναικείο φύλο.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος τους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	<1.55	3	3,0	3,0	3,0
	1.55- 1.65	36	36,0	36,0	39,0
	1.65- 1.75	49	49,0	49,0	88,0
	>1.75	12	12,0	12,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

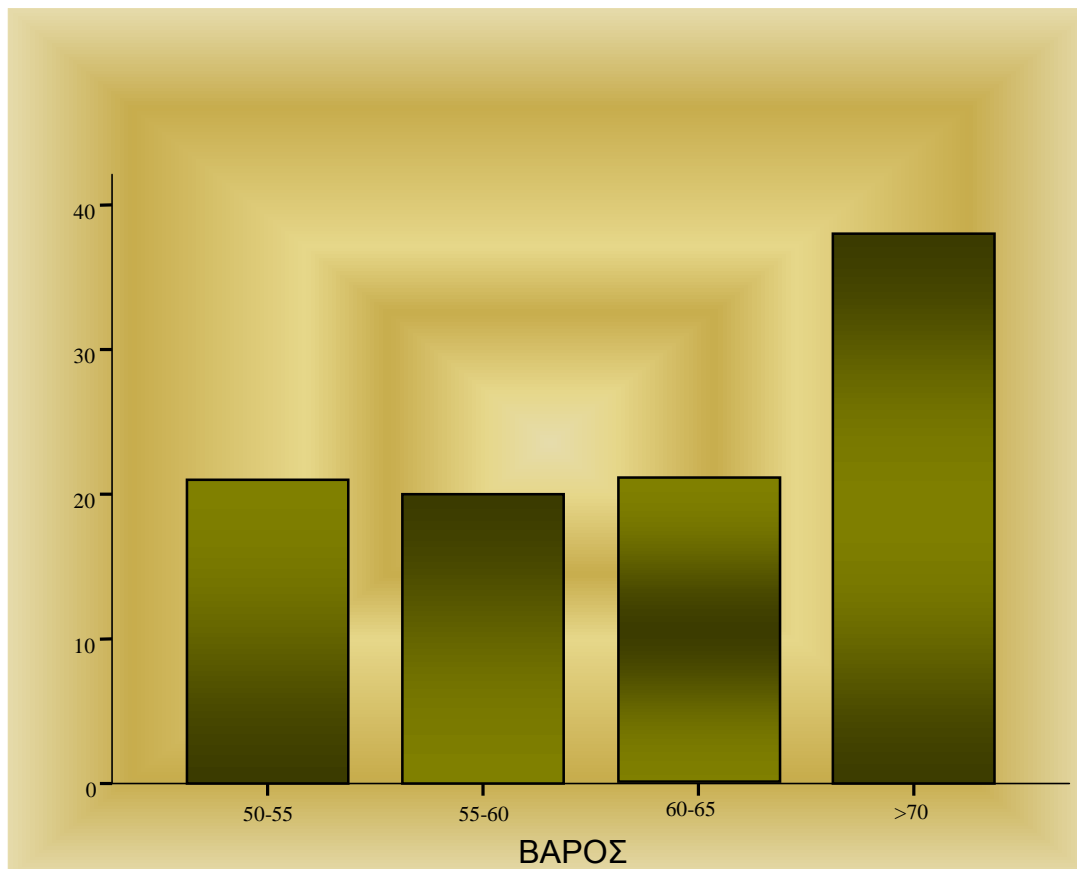
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν ύψος 1.65-1.75 και αν σκεφτούμε ότι οι περισσότεροι ήταν γυναίκες είναι απόλυτα φυσιολογικό.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βάρος τους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	50-55	21	21,0	21,0	21,0
	55-60	20	20,0	20,0	41,0
	60-65	21	21,0	21,0	62,0
	>70	38	38,0	38,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

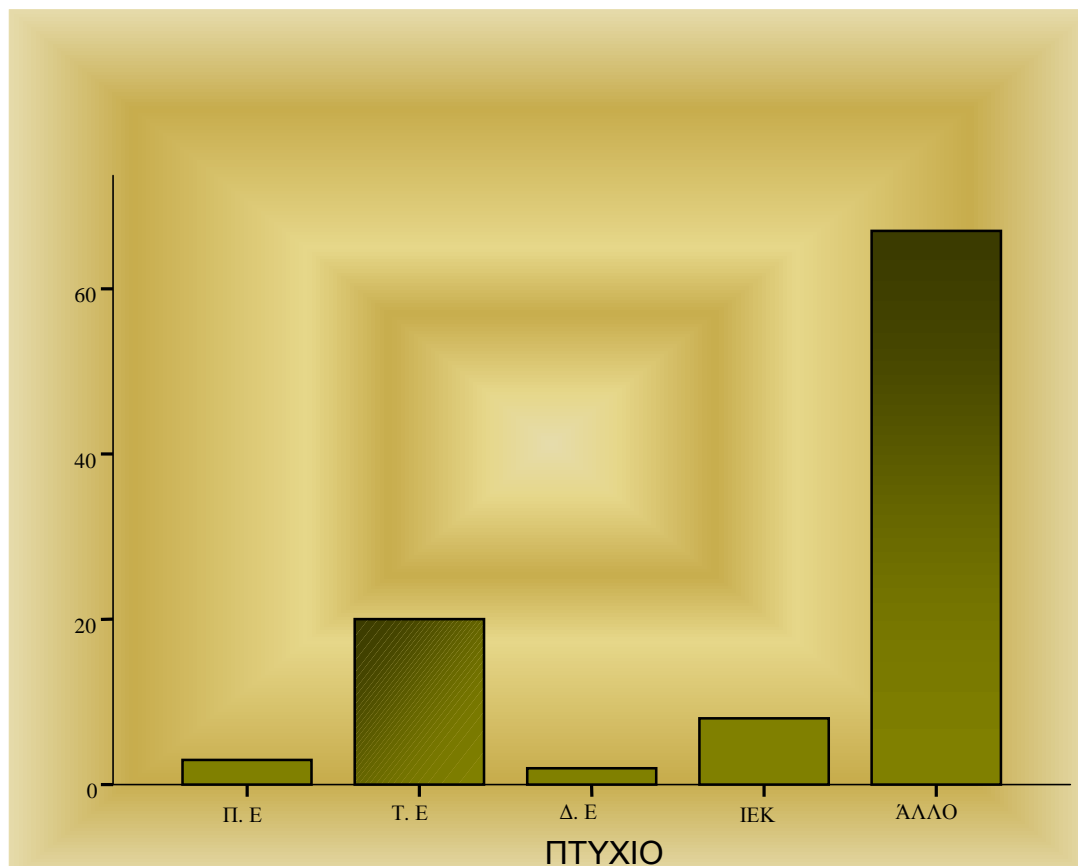
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν βάρος μεγαλύτερο των 70 κιλών και αν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι είχαν ύψος 1.65-1.75 σημαίνει ότι ξεπερνούν το ιδανικό βάρος που θα έπρεπε να έχουν.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι πτυχίο έχουν.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	Π.Ε	3	3,0	3,0	3,0
	Τ.Ε	20	20,0	20,0	23,0
	Δ.Ε	2	2,0	2,0	25,0
	ΙΕΚ	8	8,0	8,0	33,0
	ΑΛΛΟ	67	67,0	67,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

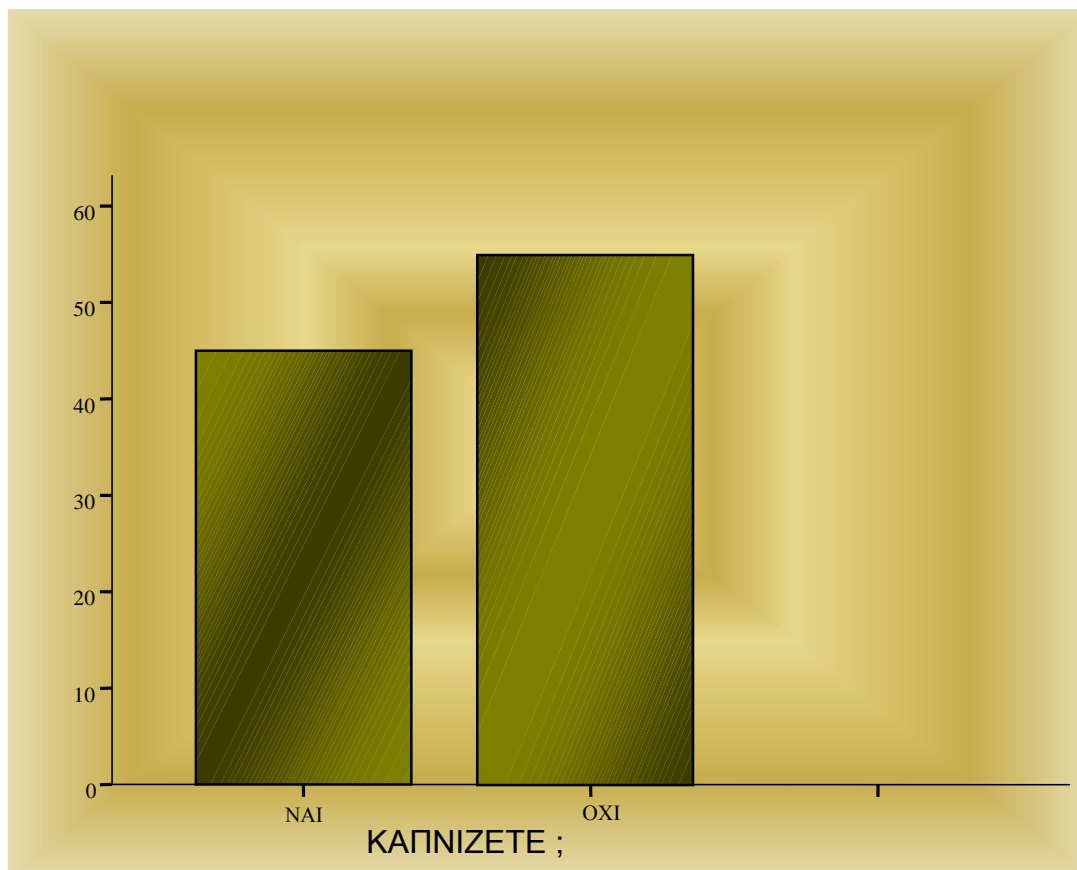
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα εργασία απάντησαν ότι έχουν άλλο πτυχίο από αυτά που αναφέρουμε και αυτό ερμηνεύετε από το γεγονός ότι είναι ακόμη σπουδαστές στα τμήματα Νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και Ιωαννίνων.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	45	45,0	45,0	45,0
	ΟΧΙ	55	55,0	55,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν καπνίζουν.





Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν καπνίζουν ανάλογα με το φύλο τους.

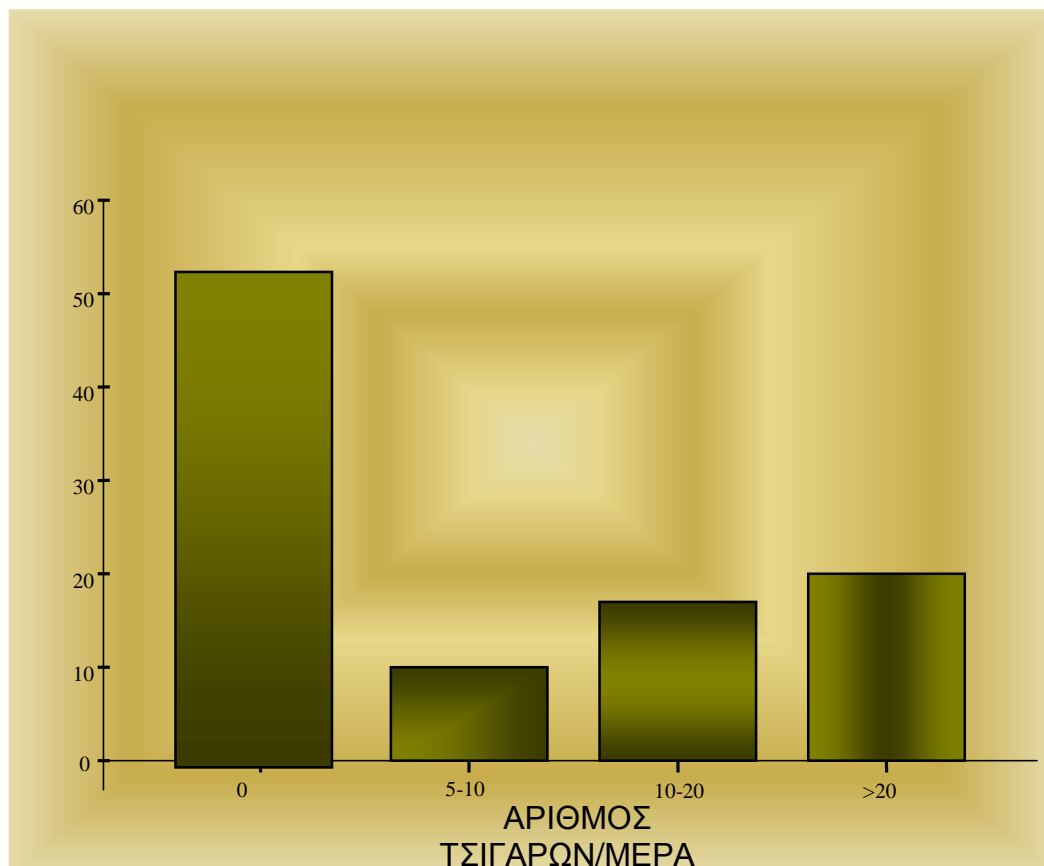
	Κάπνισμα	
Φύλο	$\chi^2$	0,411
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο κάπνισμα και το φύλο των ερωτηθέντων με P (0,000).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	55	55,0	55,0	55,0
5-10	10	10,0	10,0	65,0
10-20	17	17,0	17,0	82,0
>20	18	18,0	18,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν καπνίζουν ημερησίως και αν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι δεν καπνίζουν είναι απόλυτα φυσιολογικό.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το κάπνισμα και των αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

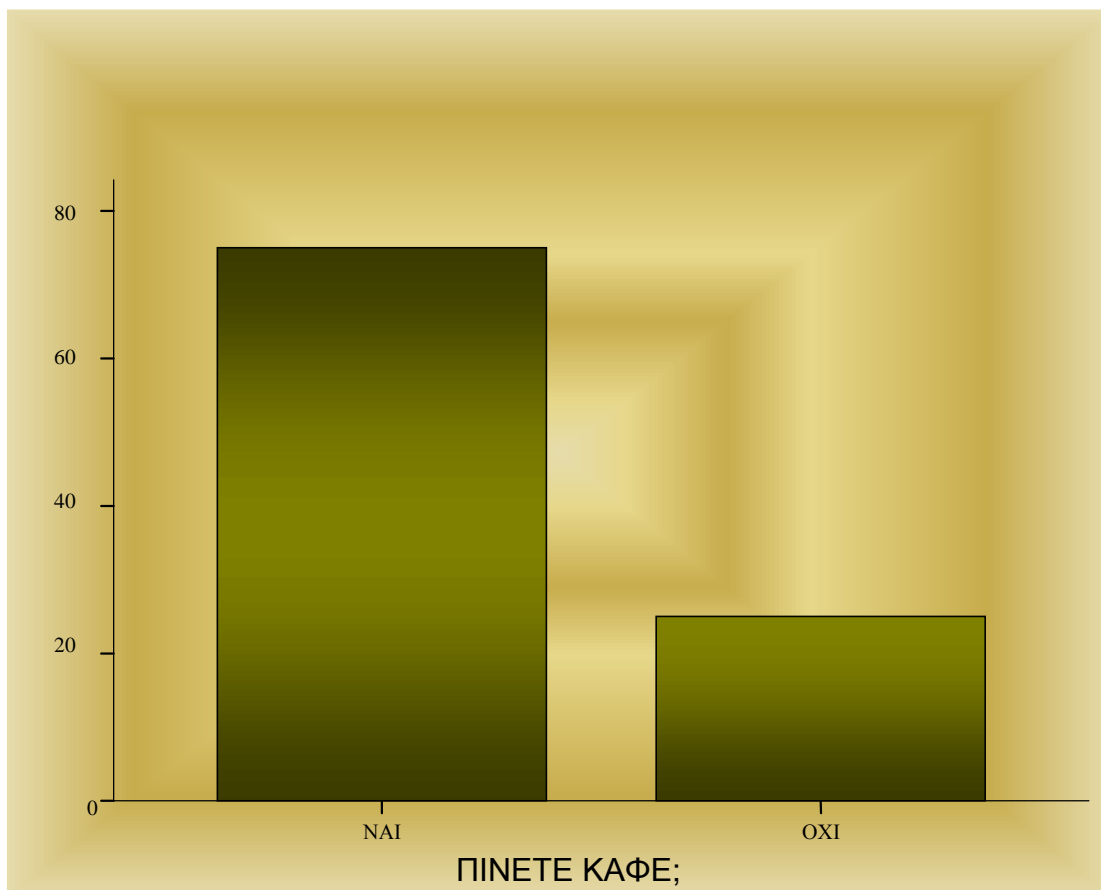
	Κάπνισμα	
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως	$\chi^2$	0,843
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο κάπνισμα και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως με  $P=0,000$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πίνουν καφέ.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	75	75,0	75,0	75,0
	ΟΧΙ	25	25,0	25,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

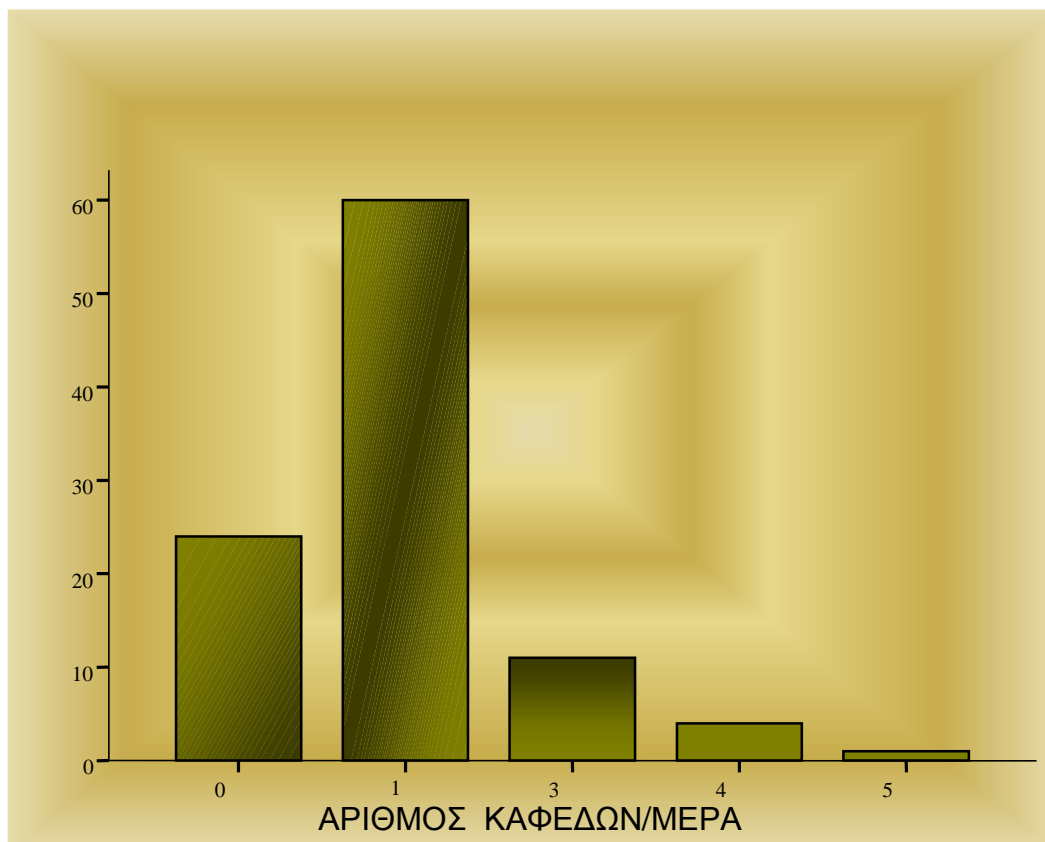
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν καφέ.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσους καφέδες πίνουν ημερησίως.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα 0	24	24,0	24,0	24,0
1	60	60,0	60,0	84,0
2	11	11,0	11,0	95,0
3	4	4,0	4,0	99,0
4	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι πίνουν 1 καφέ ημερησίως.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ημερήσια κατανάλωση καφέ ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν .

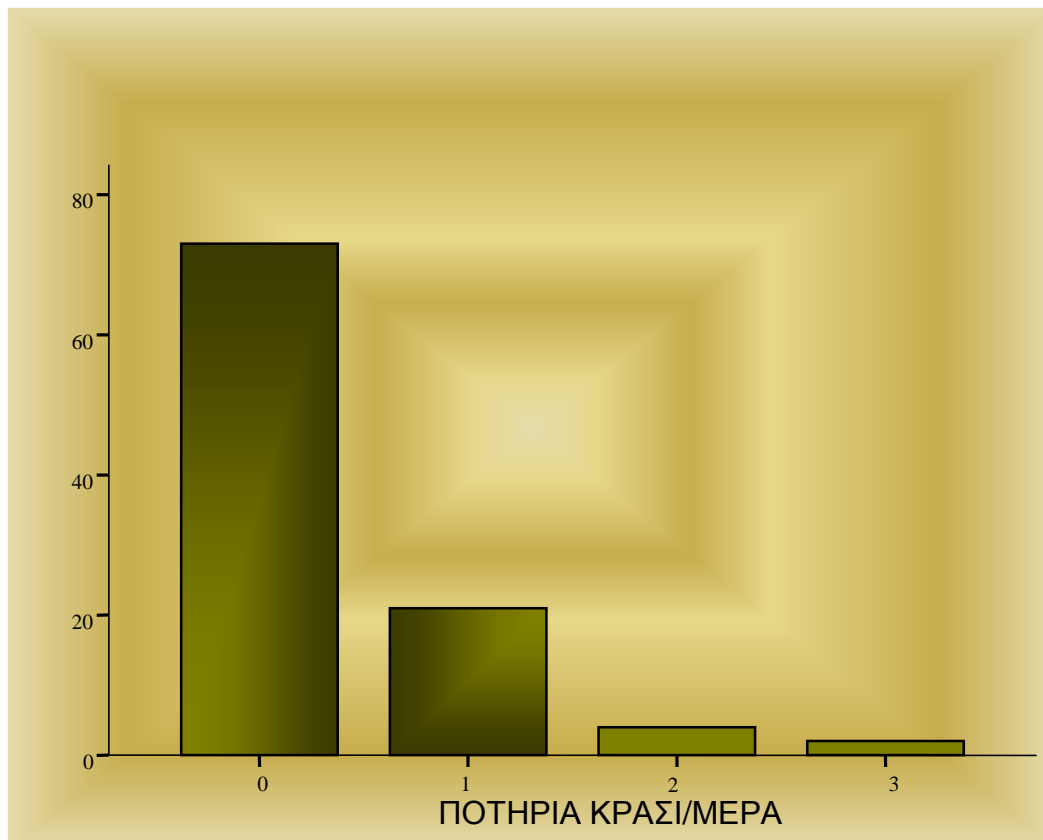
	Αριθμός καφέδων ημερησίως	
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως	$\chi^2$	0,528
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των καφέδων που καταναλώνουν και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως με  $P=0,000$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα ποτήρια κρασί καταναλώνουν ημερησίως.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	73	73,0	73,0	73,0
1	21	21,0	21,0	94,0
2	4	4,0	4,0	98,0
3	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν πίνουν κανένα ποτήρι κρασί ημερησίως.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πόσα ποτήρια κρασί καταναλώνουν ημερησίως ανάλογα με την ηλικία τους.

	Ημερήσια κατανάλωση κρασιού (ποτήρια)	
Ηλικία	$\chi^2$	0,401
	P	0,000

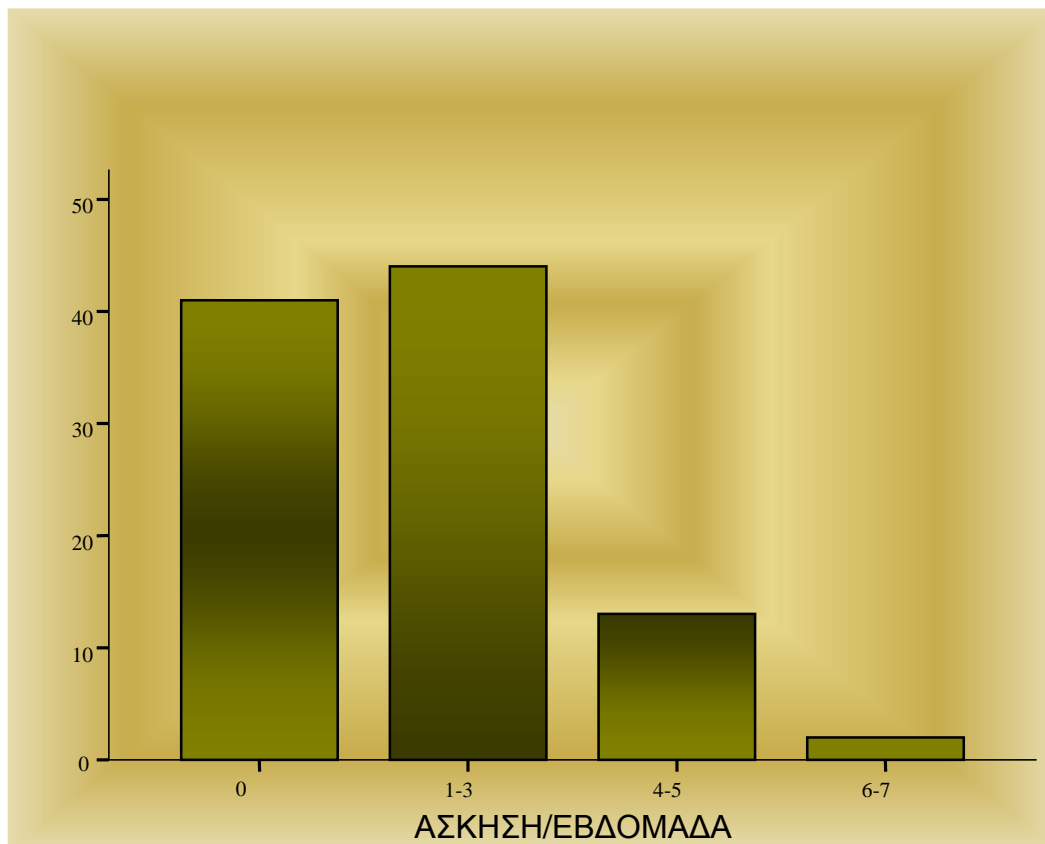
Υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα ανάμεσα στην ημερήσια κατανάλωση κρασιού σε ποτήρια σε σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων με  $P=0,000$ .



**ΠΙΝΑΚΑΣ 9:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσες φορές ασκούνται εβδομαδιαίως.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	41	41,0	41,0	41,0
1-3	44	44,0	44,0	85,0
4-5	13	13,0	13,0	98,0
6-7	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

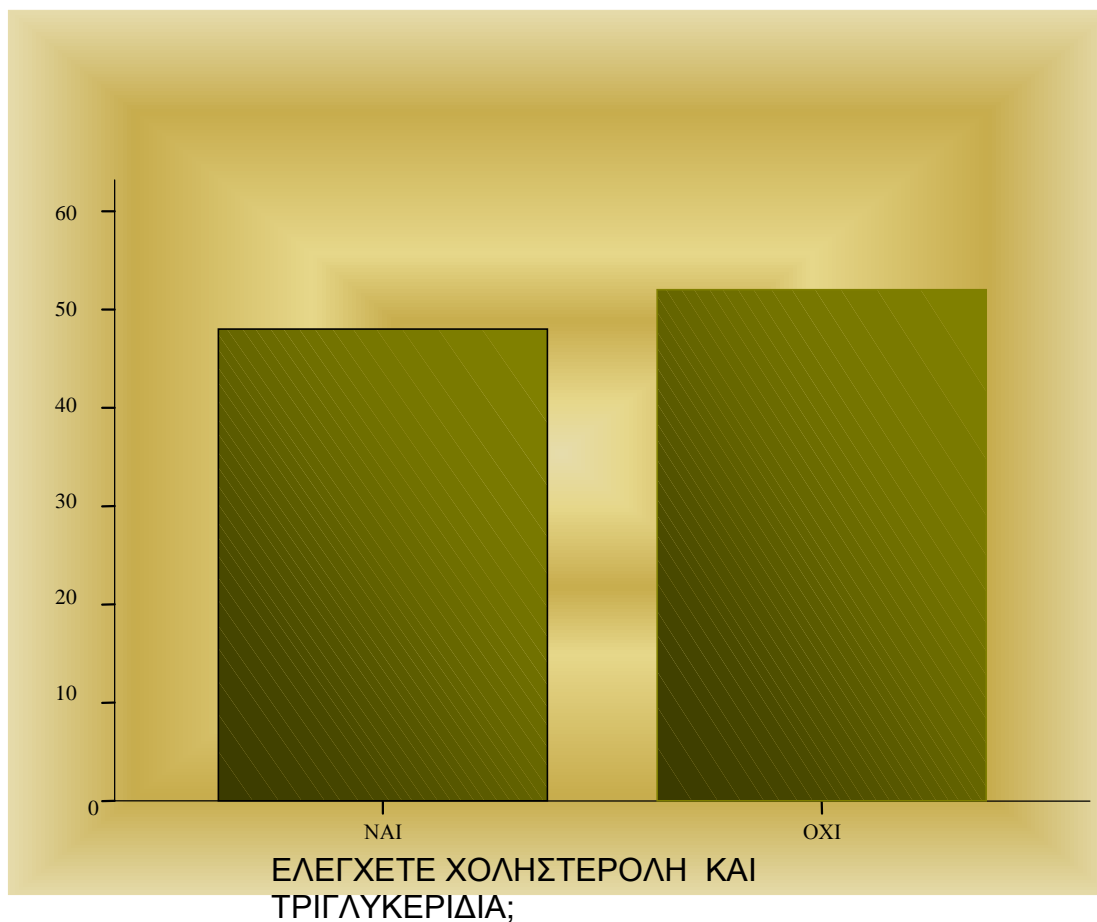
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ασκούνται 1-3 φορές την εβδομάδα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 10:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ελέγχουν τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	48	48,0	48,0	48,0
	ΟΧΙ	52	52,0	52,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

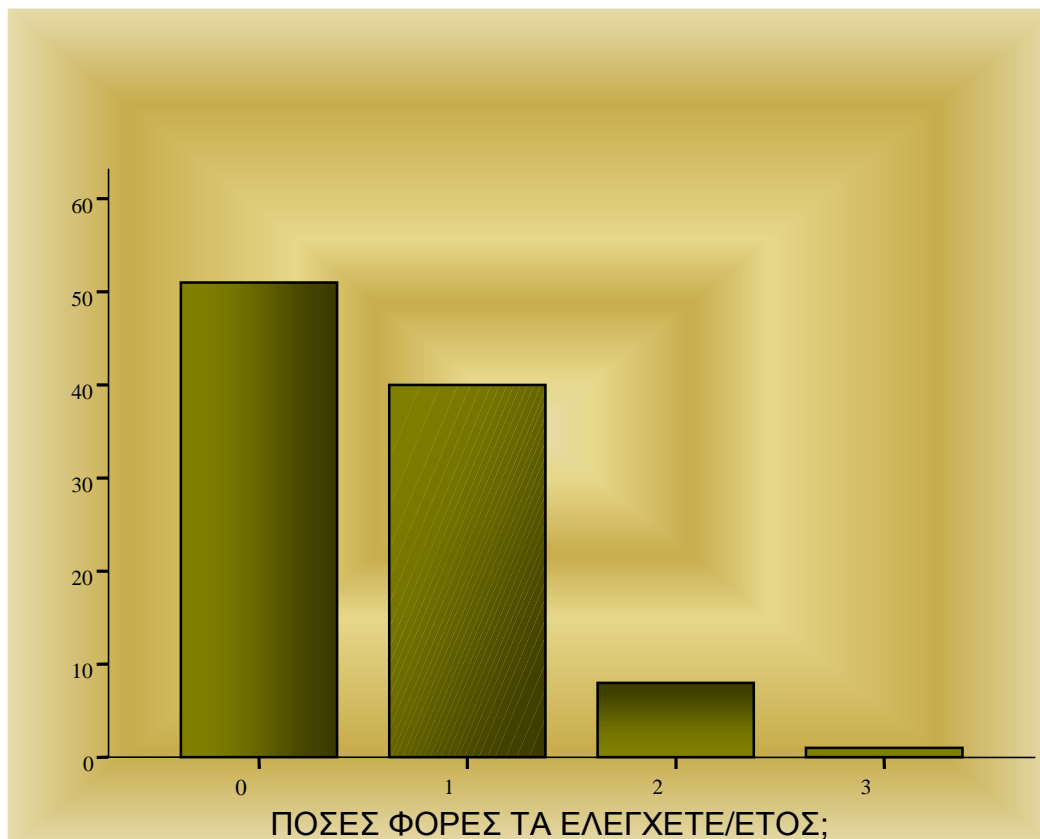
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν ελέγχουν τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 10.1:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσες φορές το χρόνο ελέγχουν τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	52	52,0	52,0	52,0
1	39	39,0	39,0	91,0
2	8	8,0	8,0	99,0
3	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν ελέγχουν καμία φορά το χρόνο τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα και αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό σε σχέση με την προηγούμενη ερώτηση.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 11:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από :

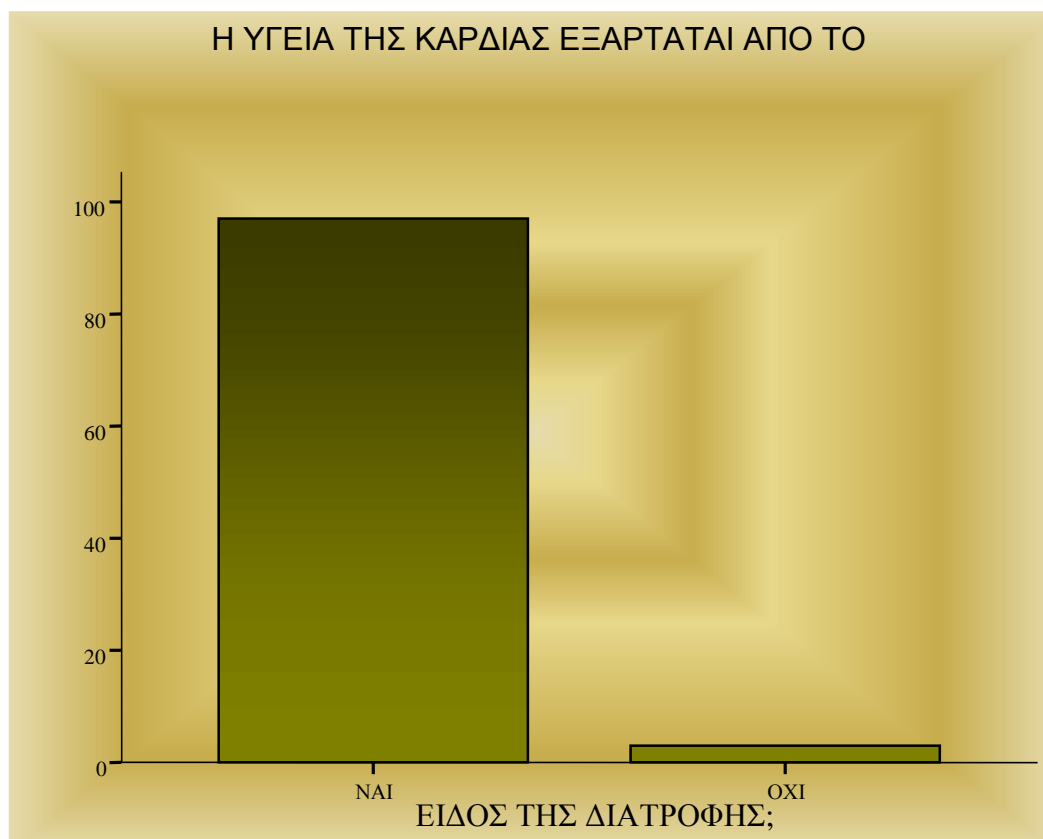
**ΥΓΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.1:** Το είδος της διατροφής.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	97	97,0	97,0	97,0
	ΟΧΙ	3	3,0	3,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από το είδος της διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.2:** Την καθημερινή σωματική άσκηση.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	94	94,0	94,0	94,0
	ΟΧΙ	6	6,0	6,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

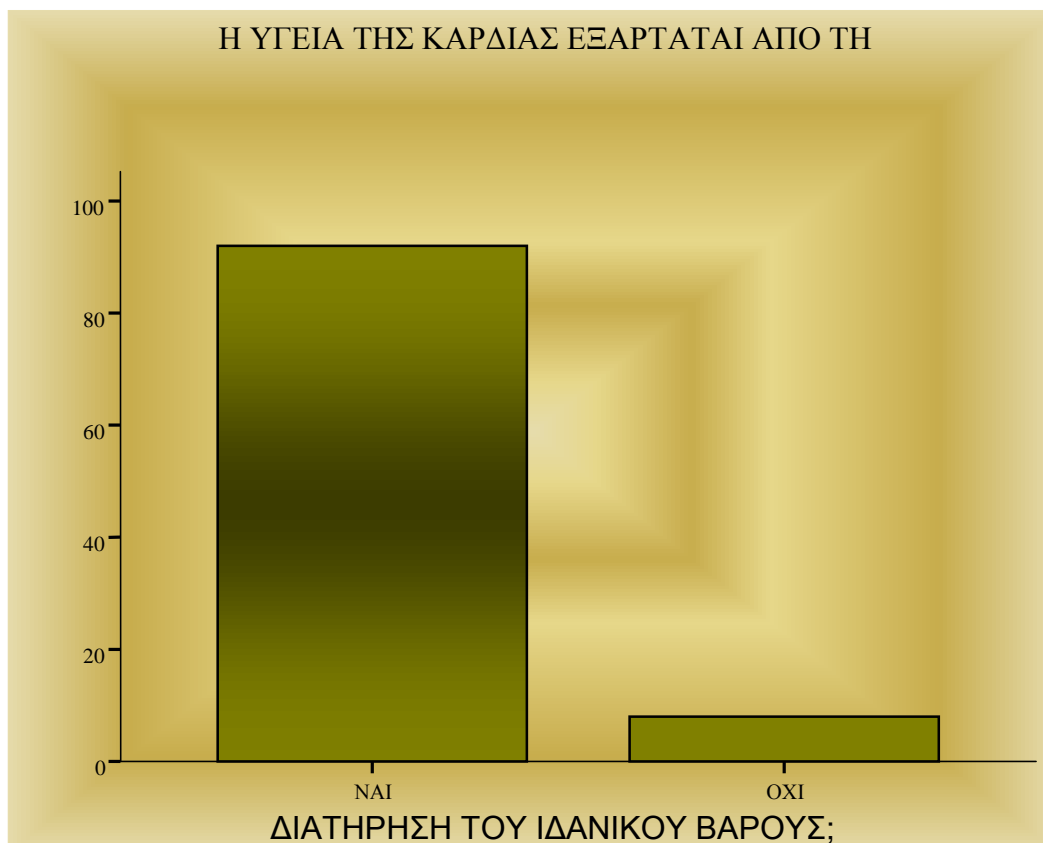
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από την καθημερινή σωματική άσκηση.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.3:** Τη διατήρηση του ιδανικού βάρους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	92	92,0	92,0	92,0
	ΟΧΙ	8	8,0	8,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από την διατήρηση του ιδανικού βάρους.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση του ιδανικού βάρους ανάλογα με το σωματικό τους βάρος.

	Σωματικό βάρος	
Η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση του ιδανικού βάρους.	$\chi^2$	0,318
	P	0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν αν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση του ιδανικού βάρους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.4:** Τη μη χρήση καπνού.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	87	87,0	87,0	87,0
	ΟΧΙ	13	13,0	13,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη μη χρήση καπνού.

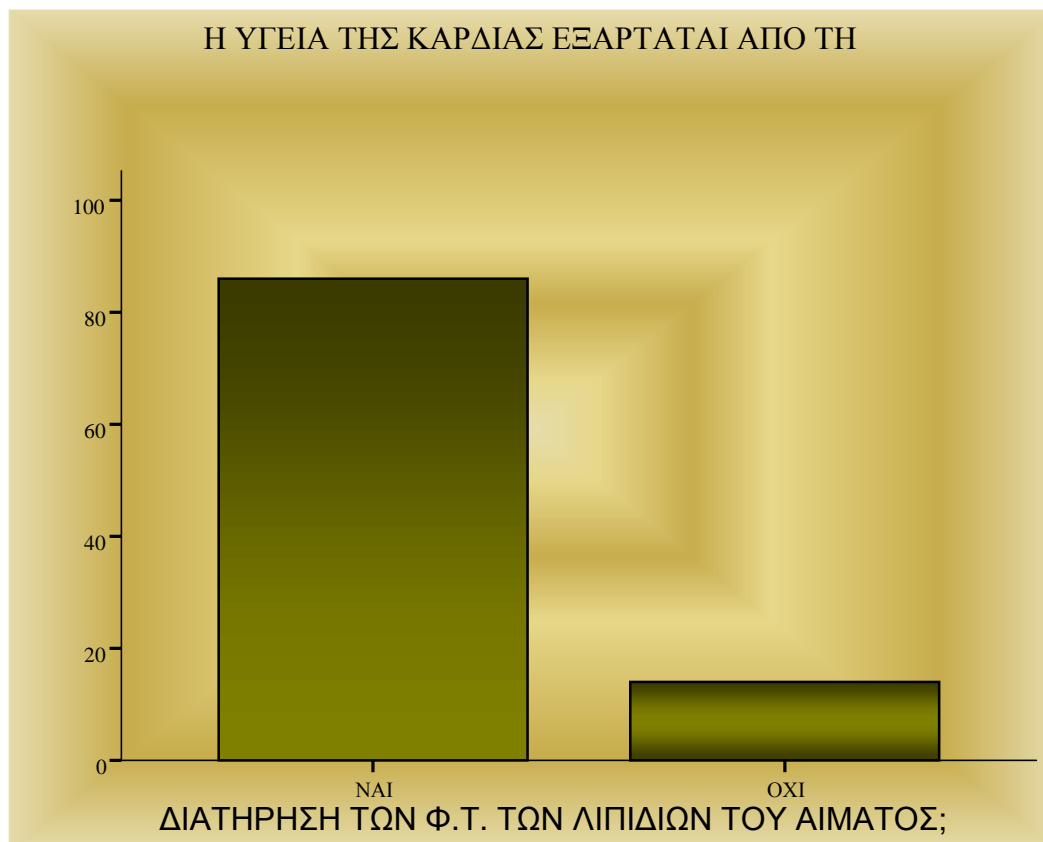




**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.5:** Τη διατήρηση σε φυσιολογικά επίπεδα των τιμών των λιπιδίων στο αίμα.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	86	86,0	86,0	86,0
	ΟΧΙ	14	14,0	14,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση σε φυσιολογικά επίπεδα των τιμών των λιπιδίων στο αίμα.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση των φυσιολογικών τιμών των λιπιδίων στο αίμα ανάλογα με το σωματικό τους Βάρος.

	Σωματικό βάρος	
Η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση των φυσιολογικών τιμών των λιπιδίων στο αίμα.	$\chi^2$	0,263
	P	0,008

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση των φυσιολογικών τιμών των λιπιδίων στο αίμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιες θεωρούν ότι είναι οι επιπτώσεις της κακής διατροφής από τα παρακάτω:

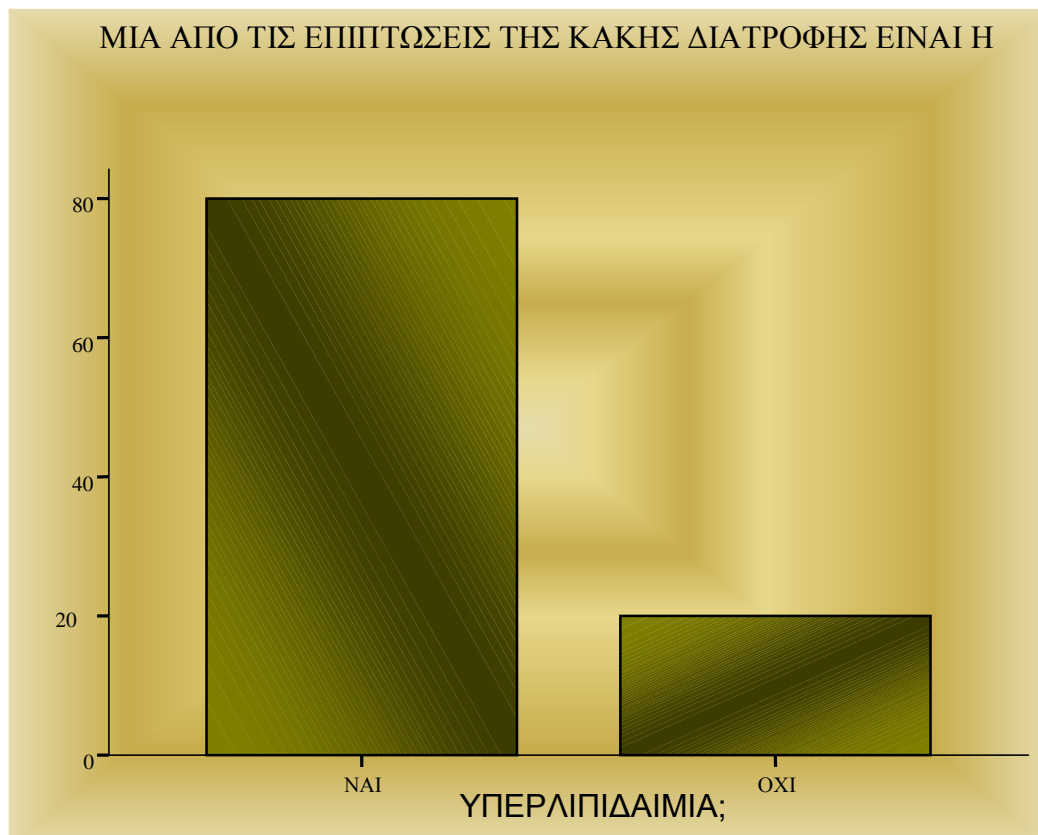
**ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.1:** Υπερλιπιδαιμία

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	80	80,0	80,0	80,0
	ΟΧΙ	20	20,0	20,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

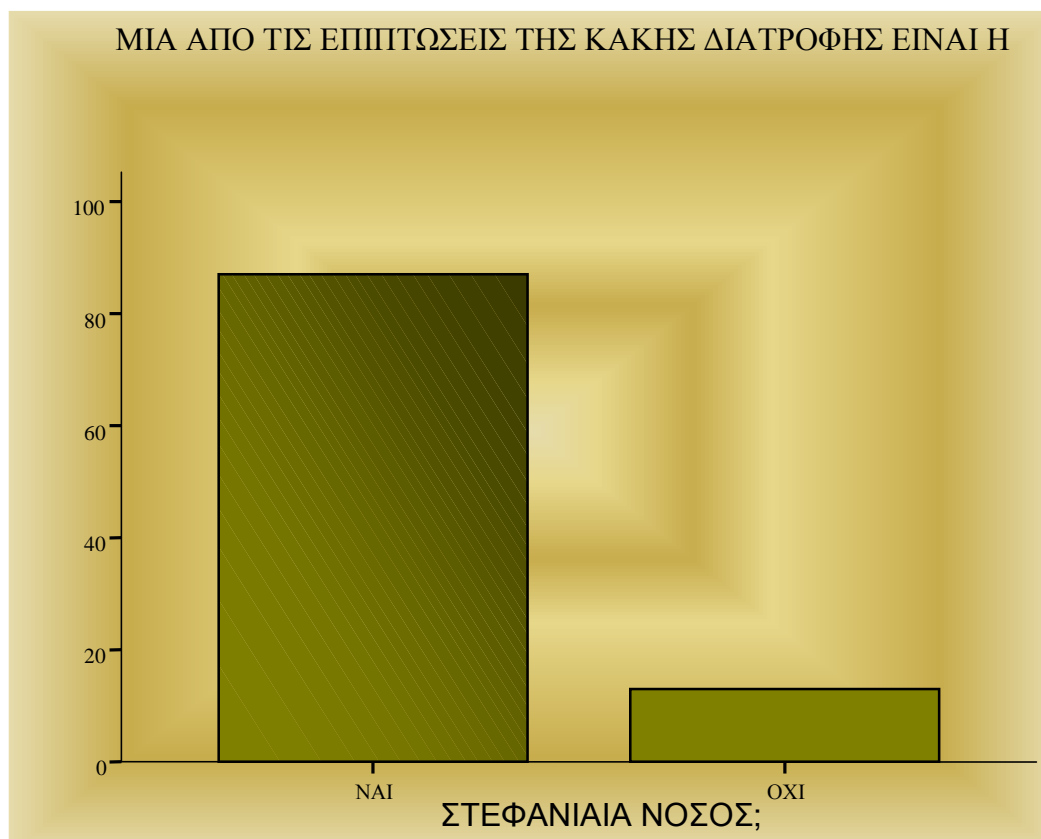
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπερλιπιδαιμία είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.2:** Στεφανιαία νόσος

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	87	87,0	87,0	87,0
	ΟΧΙ	13	13,0	13,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η στεφανιαία νόσος είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος ανάλογα με την ηλικία τους.

	Ηλικία	
Μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος.	$\chi^2$	0,294
	P	0,003

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος.

Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος ανάλογα με το αν καπνίζουν και ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

	Κάπνισμα	
Μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος.	$\chi^2$	0,330
	P	0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σχέση με το αν θεωρούν ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι με  $P=0,001$ .

	Αριθμός τσιγάρων ημερησίως	
Μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος.	$\chi^2$	0,328
	P	0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν θεωρούν ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως με  $P=0,001$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.3:** Αθηρωσκλήρυνση.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	51	51,0	51,0	51,0
	ΟΧΙ	49	49,0	49,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η αθηρωσκλήρυνση είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.4:** Παχυσαρκία.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	96	96,0	96,0	96,0
	ΟΧΙ	4	4,0	4,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

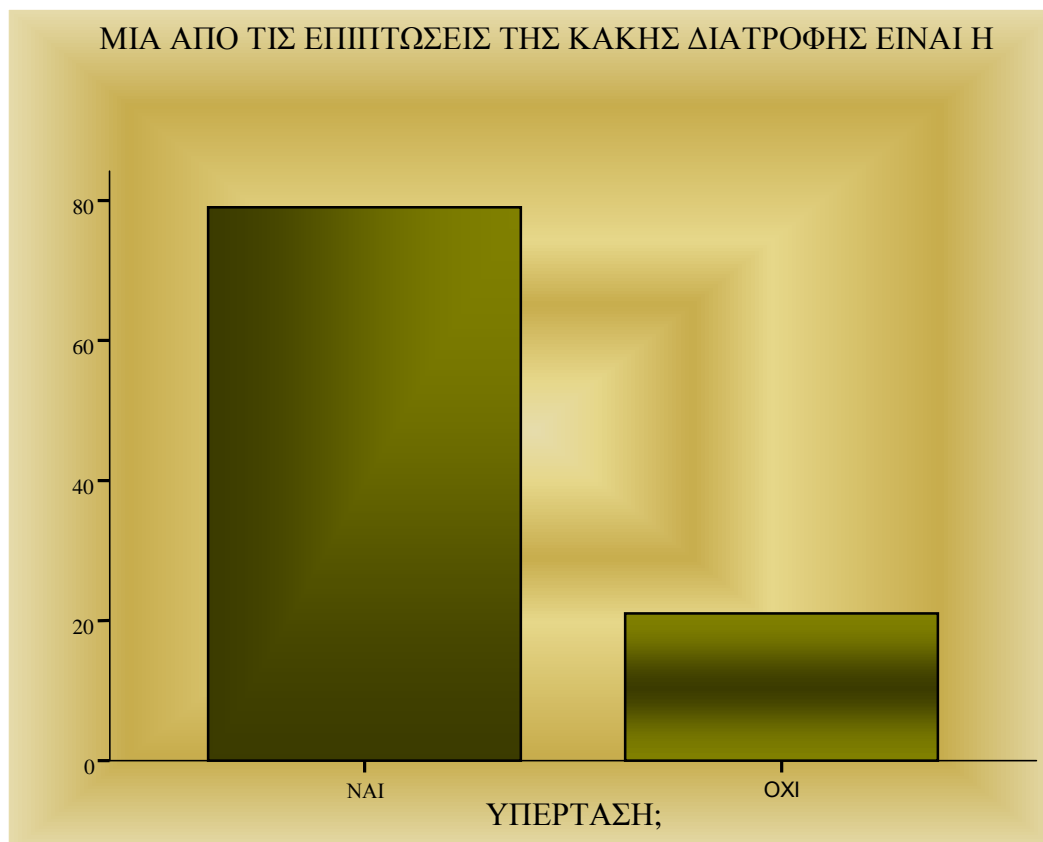
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι η παχυσαρκία είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 12.5: Υπέρταση

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	79	79,0	79,0	79,0
	ΟΧΙ	21	21,0	21,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπέρταση είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.

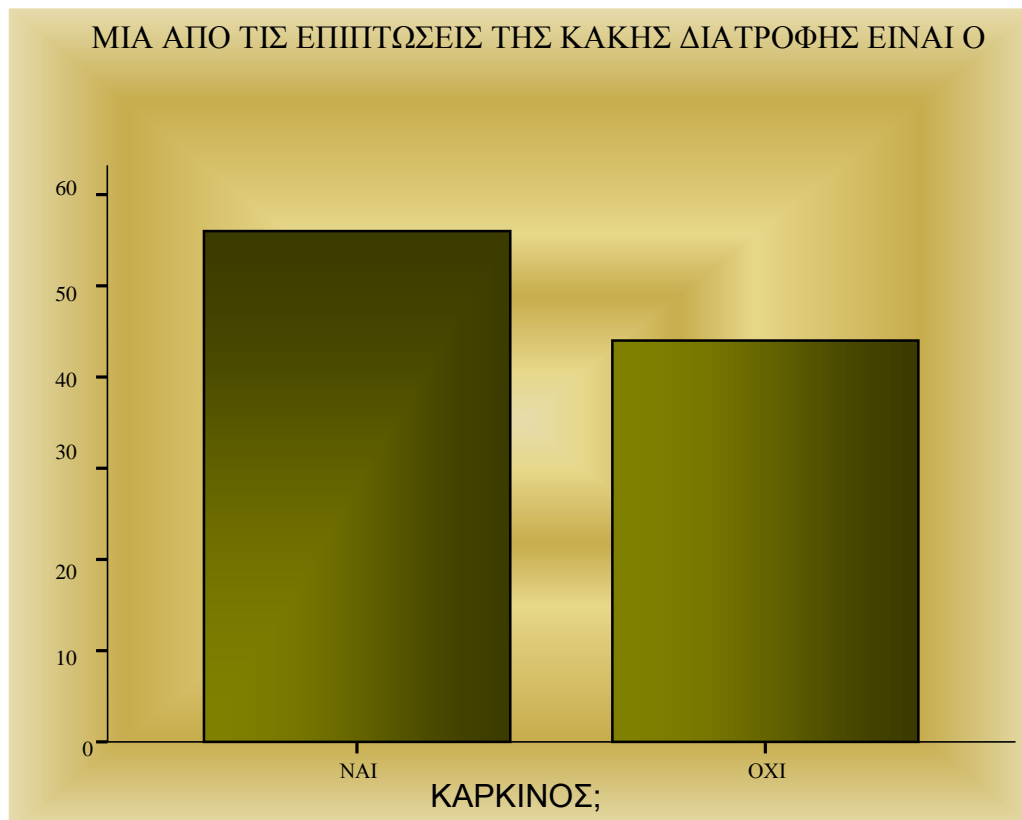




**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.6:** Καρκίνος

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	56	56,0	56,0	56,0
	ΟΧΙ	44	44,0	44,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

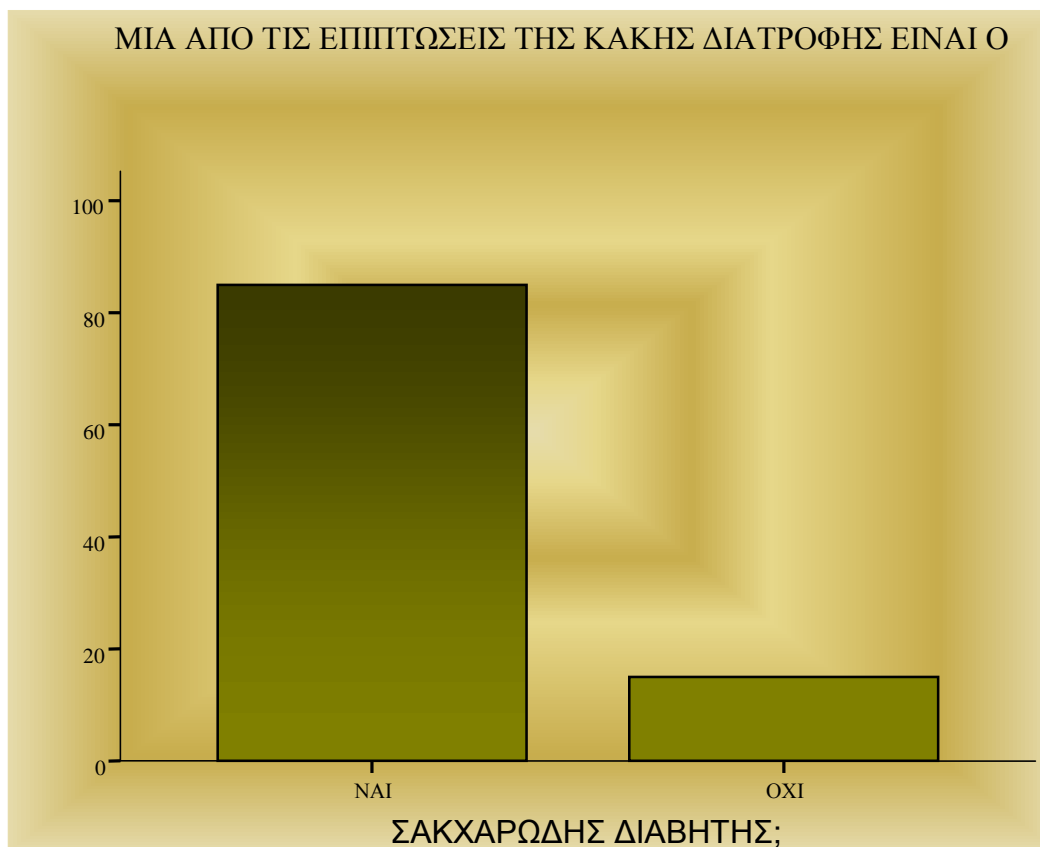
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο καρκίνος είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής .



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.7:** Σακχαρώδης Διαβήτης.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	85	85,0	85,0	85,0
	ΟΧΙ	15	15,0	15,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

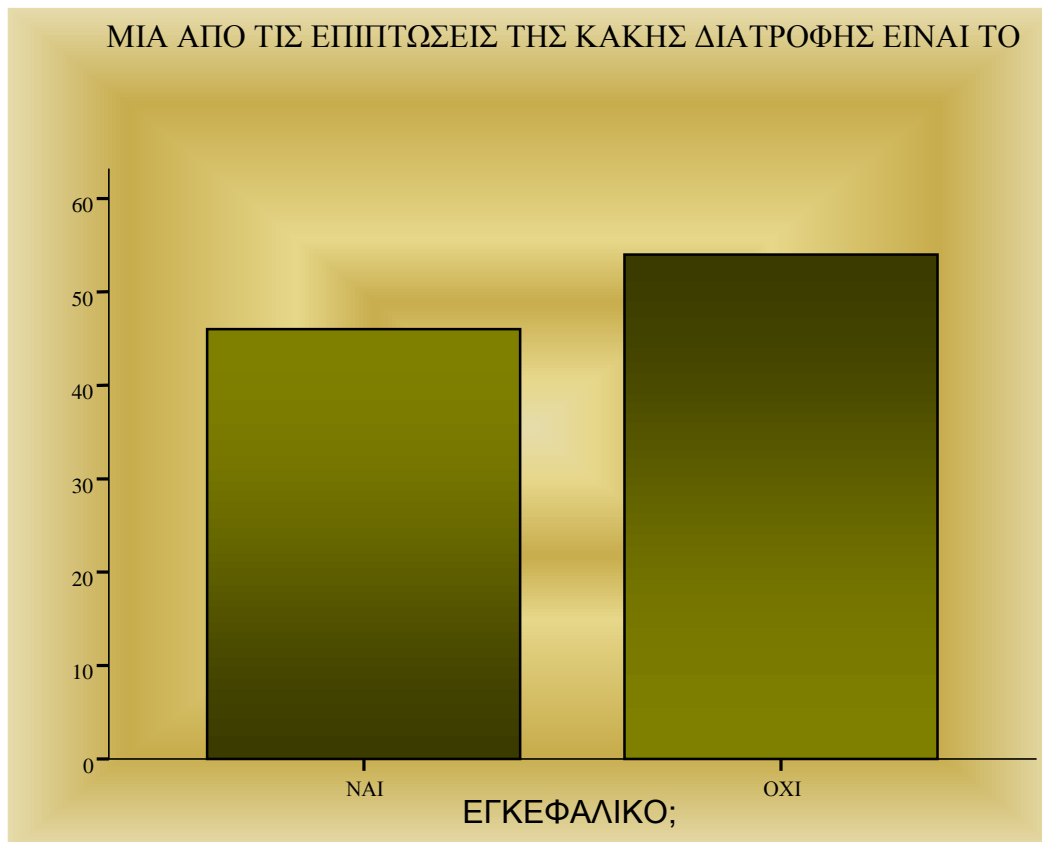
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.8:** Εγκεφαλικό.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	46	46,0	46,0	46,0
	ΟΧΙ	54	54,0	54,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το εγκεφαλικό δεν είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι προϊόντα καταναλώνουν, τα οποία έχουν ως κύρια πηγή λίπους τα παρακάτω:

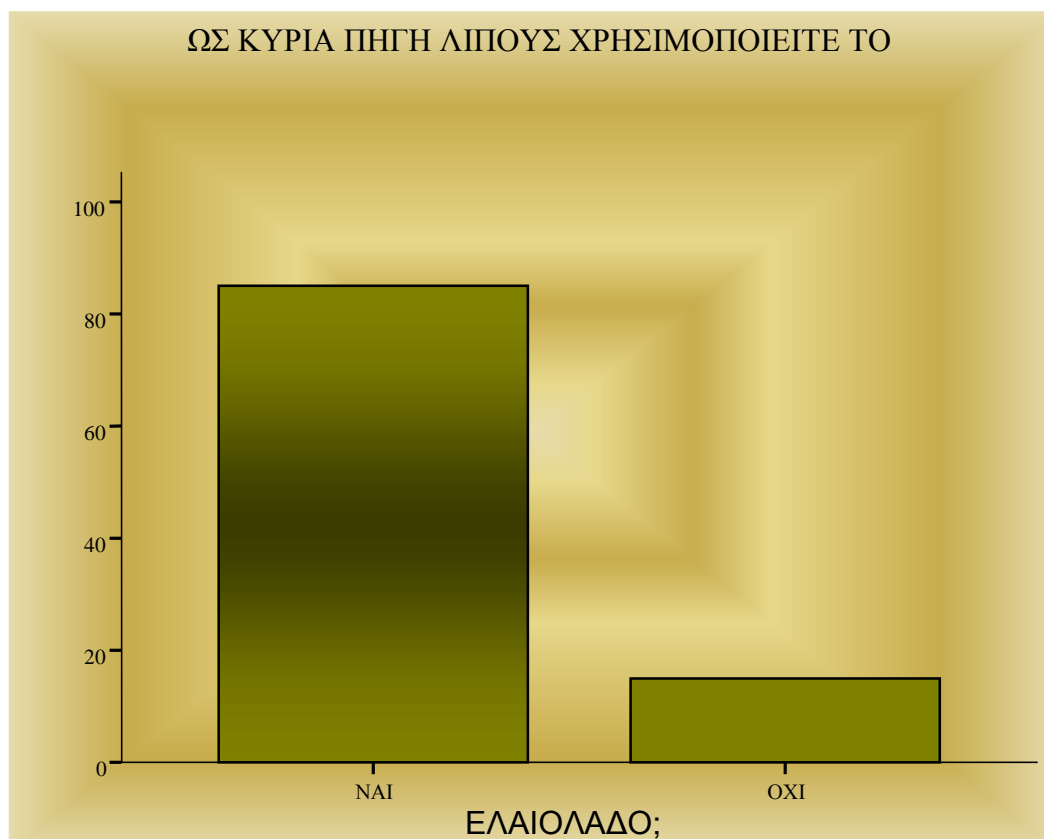
**ΠΗΓΗ ΛΙΠΟΥΣ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.1:** Ελαιόλαδο.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	85	85,0	85,0	85,0
	ΟΧΙ	15	15,0	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

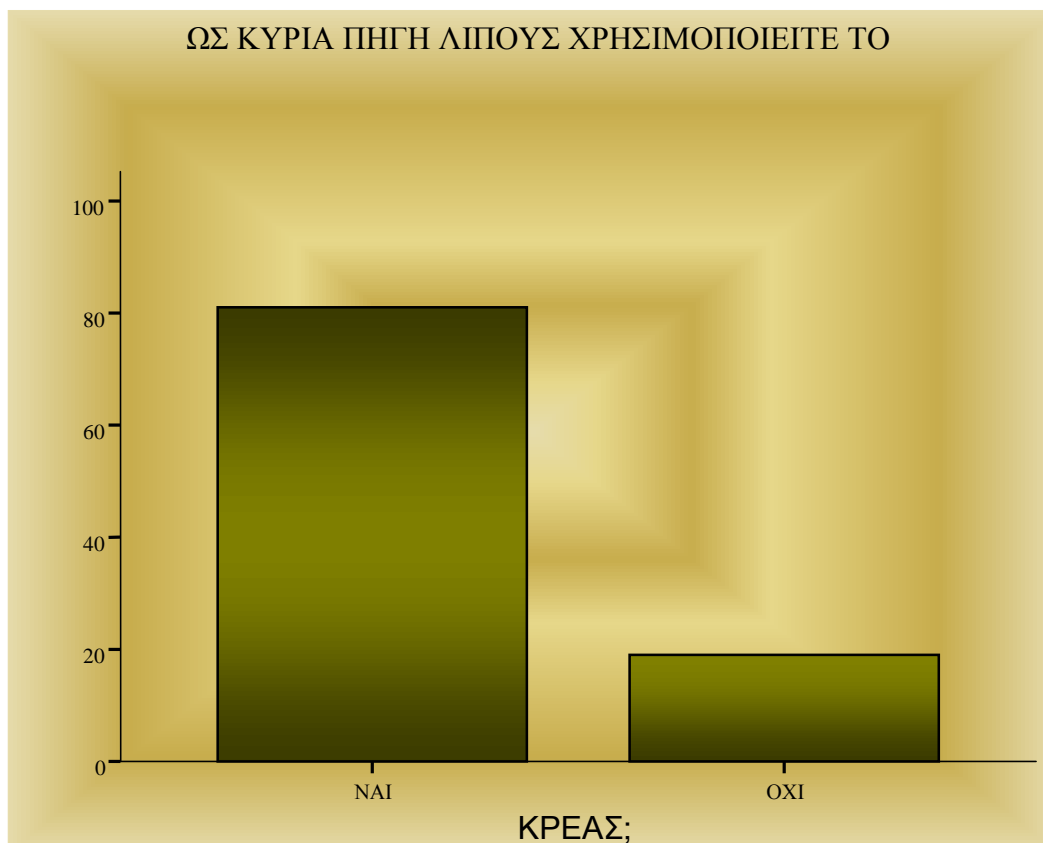
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούν το ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λίπους.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.2:** Κρέας.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	81	81,0	81,0	81,0
	ΟΧΙ	19	19,0	19,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

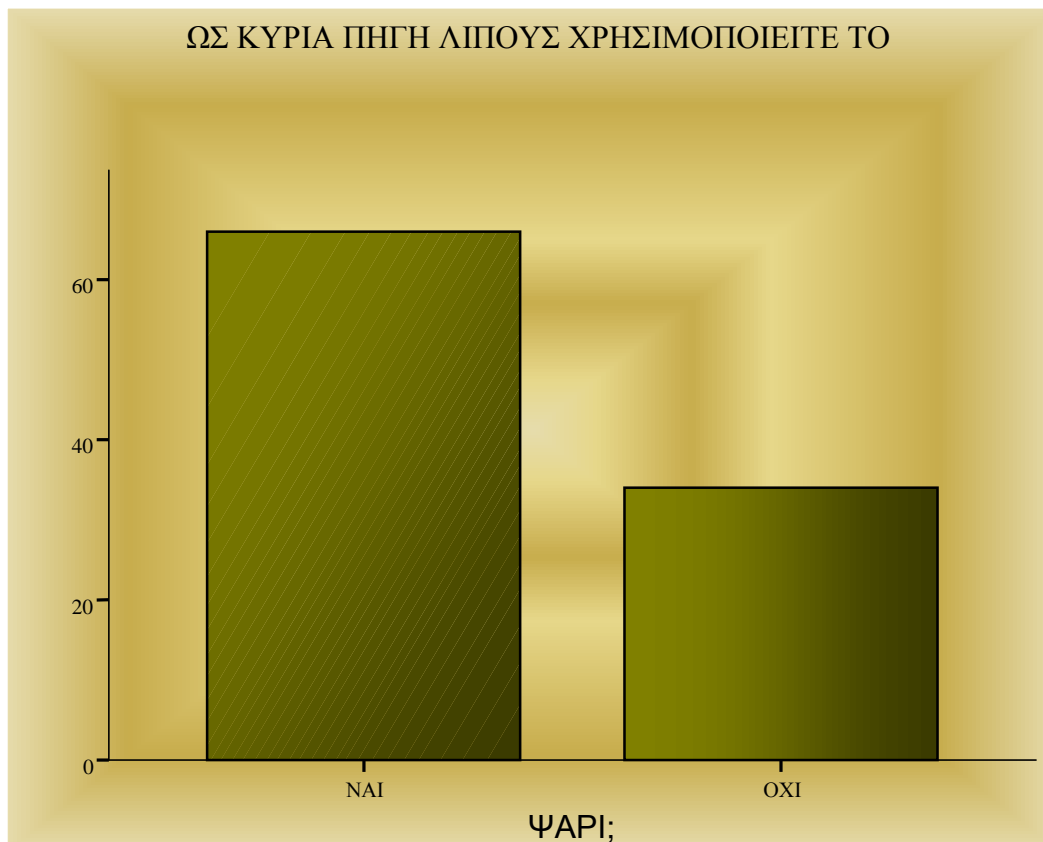
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούν το κρέας ως κύρια πηγή λίπους.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.3: Ψάρι.**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	66	66,0	66,0	66,0
	ΟΧΙ	34	34,0	34,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούν το ψάρι ως κύρια πηγή λίπους.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα λίπη που καταναλώνουν που έχουν ως κύρια πηγή λίπους το ψάρι ανάλογα με την ηλικία τους.

	Ηλικία	
Κατανάλωση ψαριού ως κύρια πηγή λίπους.	$\chi^2$	0,301
	P	0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην κατανάλωση ψαριού ως κύρια πηγή λίπους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.4:** Κοτόπουλο.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	85	85,0	85,0	85,0
	ΟΧΙ	15	15,0	15,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ως κύρια πηγή λίπους το κοτόπουλο.

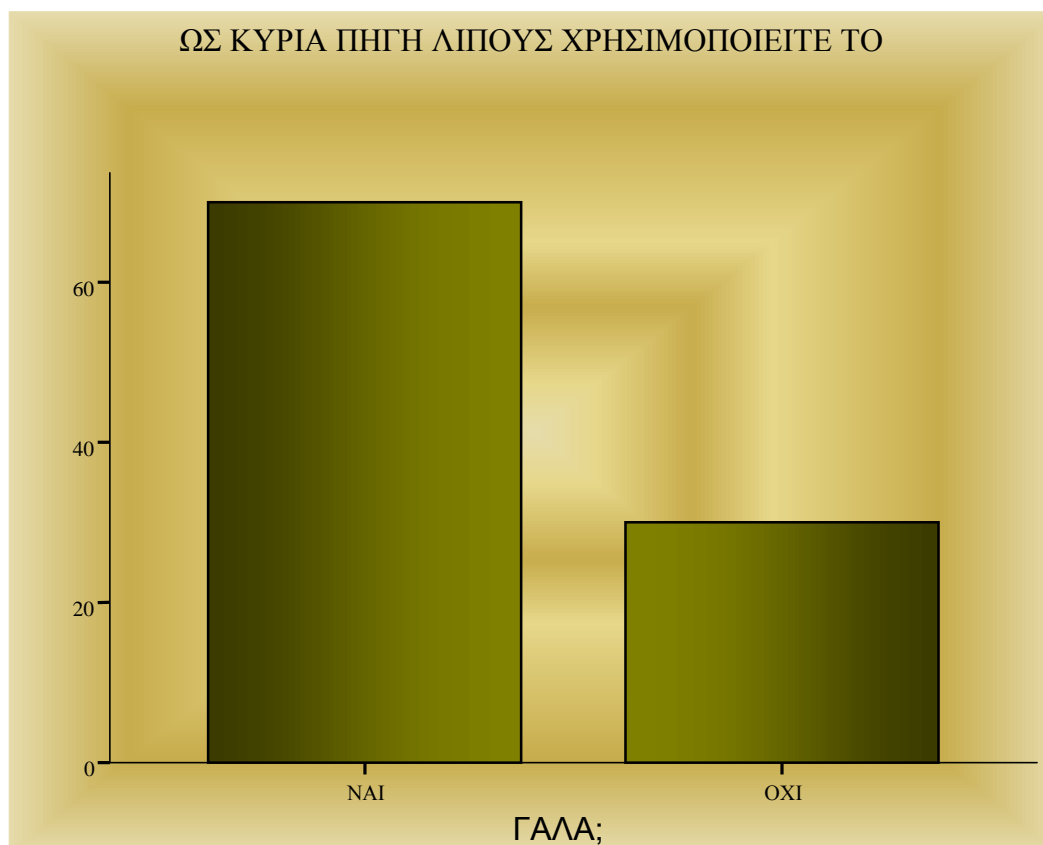




**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.5:** Γάλα και τα προϊόντα του.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	70	70,0	70,0	70,0
	ΟΧΙ	30	30,0	30,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ως κύρια πηγή λίπους το γάλα και τα προϊόντα του.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.6:** Σπορέλαιο.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	34	34,0	34,0	34,0
	ΟΧΙ	66	66,0	66,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

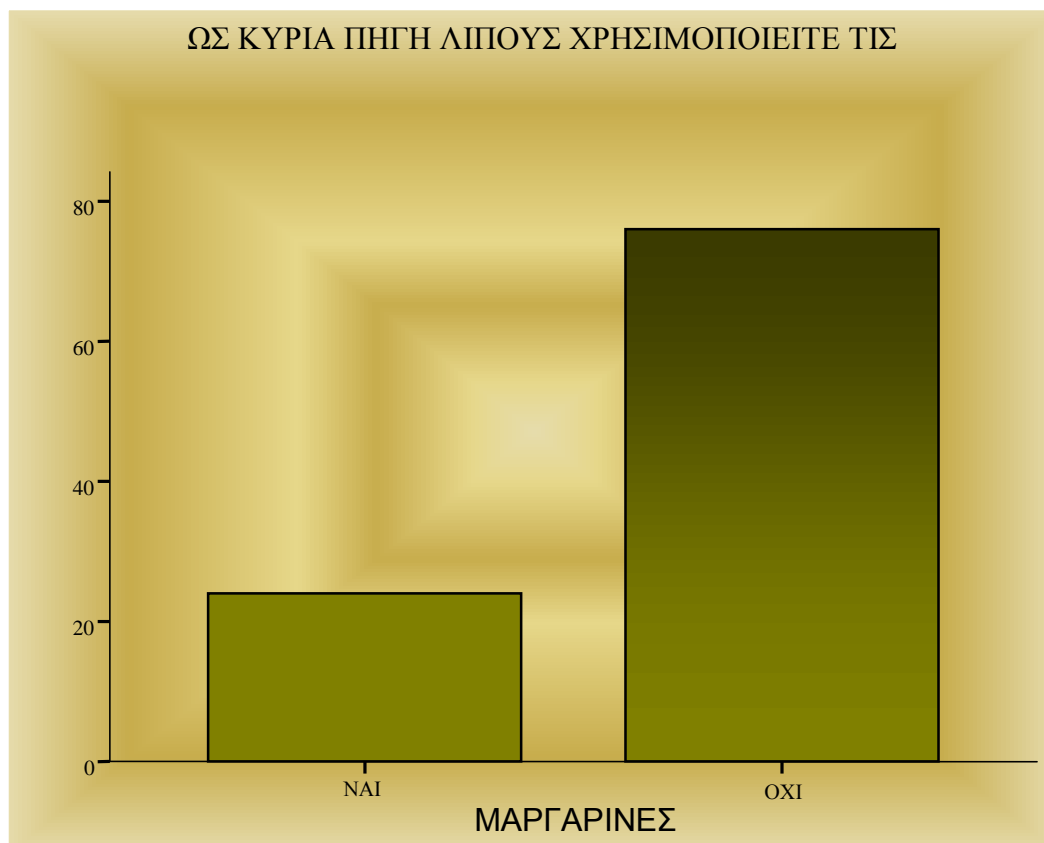
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν το σπορέλαιο ως κύρια πηγή λίπους.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.7:** Μαργαρίνες.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	24	24,0	24,0	24,0
	ΟΧΙ	76	76,0	76,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν τις μαργαρίνες ως κύρια πηγή λίπους.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα λίπη που καταναλώνουν που έχουν ως κύρια πηγή λίπους τις μαργαρίνες ανάλογα με την ηλικία τους.

	Ηλικία	
Κατανάλωση μαργαρινών ως κύρια πηγή λίπους.	$\chi^2$	0,357
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην κατανάλωση μαργαρινών ως κύρια πηγή λίπους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εβδομαδιαία κατανάλωση τροφών σε ζυμαρικά ,φρούτα, λαχανικά, ψάρια, κρέας, κοτόπουλο, και προϊόντα ολικής αλέσεως αναλυτικά στο καθένα.

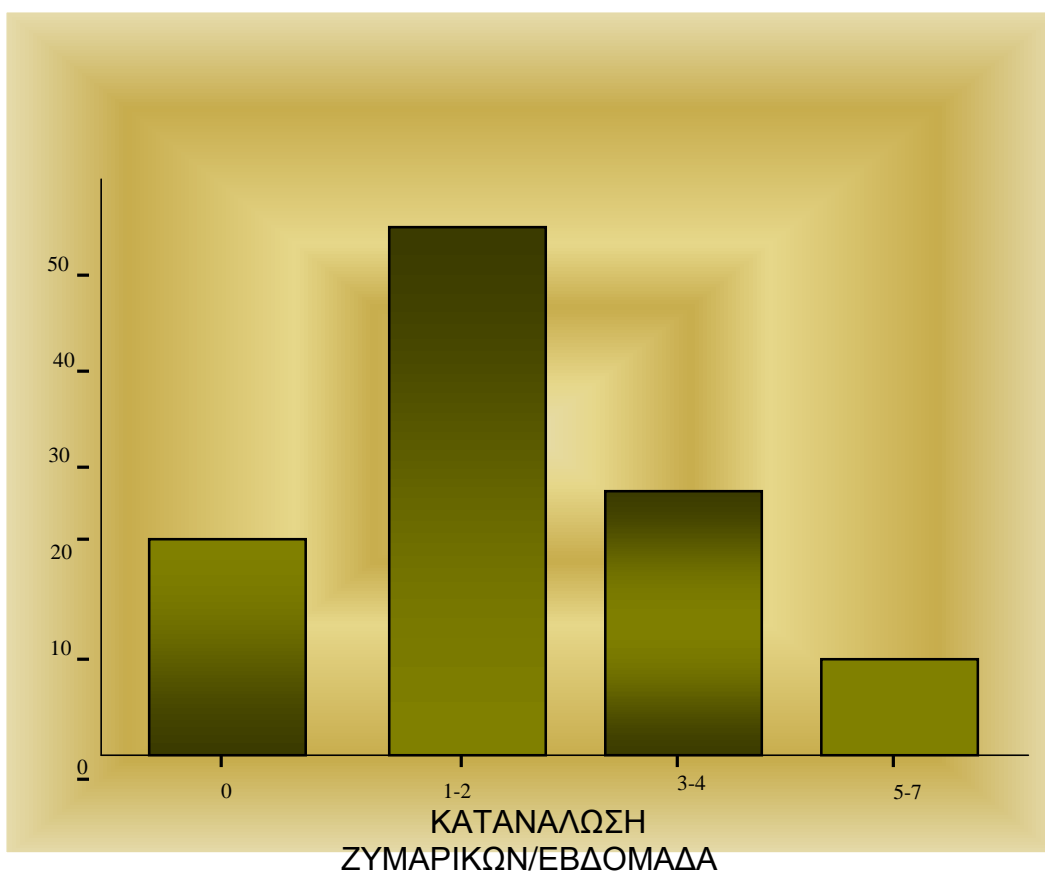
#### ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1:** Ζυμαρικά.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	0	20	20,0	20,0	20,0
	1-2	48	48,0	48,0	68,0
	3-4	24	24,0	24,0	92,0
	5-7	8	8,0	8,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

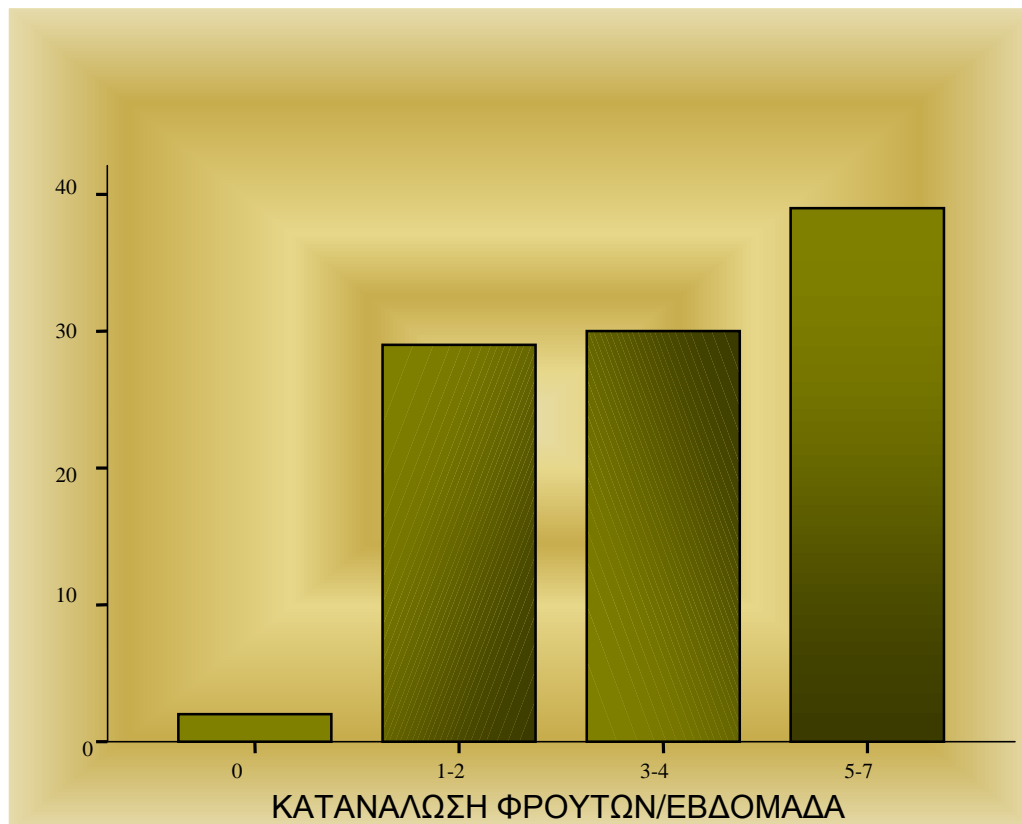
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν 1- 2 φορές την εβδομάδα



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.2:** Φρούτα

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	2	2,0	2,0	2,0
1-2	29	29,0	29,0	31,0
3-4	30	30,0	30,0	61,0
5-7	39	39,0	39,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν σχεδόν όλη την εβδομάδα φρούτα .



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν φρούτα ανάλογα με την ηλικία τους.

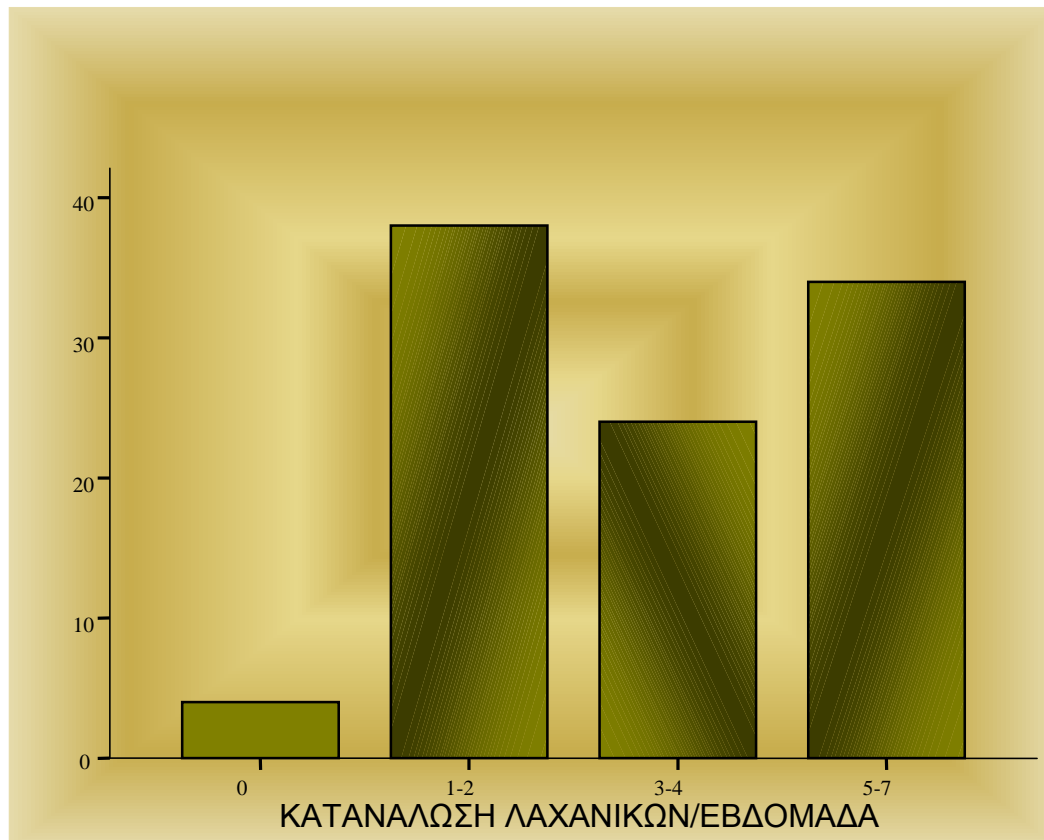
	Ηλικία	
Εβδομαδιαία κατανάλωση φρούτων.	$\chi^2$	0,274
	P	0,006

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εβδομαδιαία κατανάλωση φρούτων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.3:** Λαχανικά.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	4	4,0	4,0	4,0
1-2	38	38,0	38,0	42,0
3-4	24	24,0	24,0	66,0
5-7	34	34,0	34,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν 1-2 φερές την εβδομάδα λαχανικά.





Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν λαχανικά ανάλογα με την ηλικία τους.

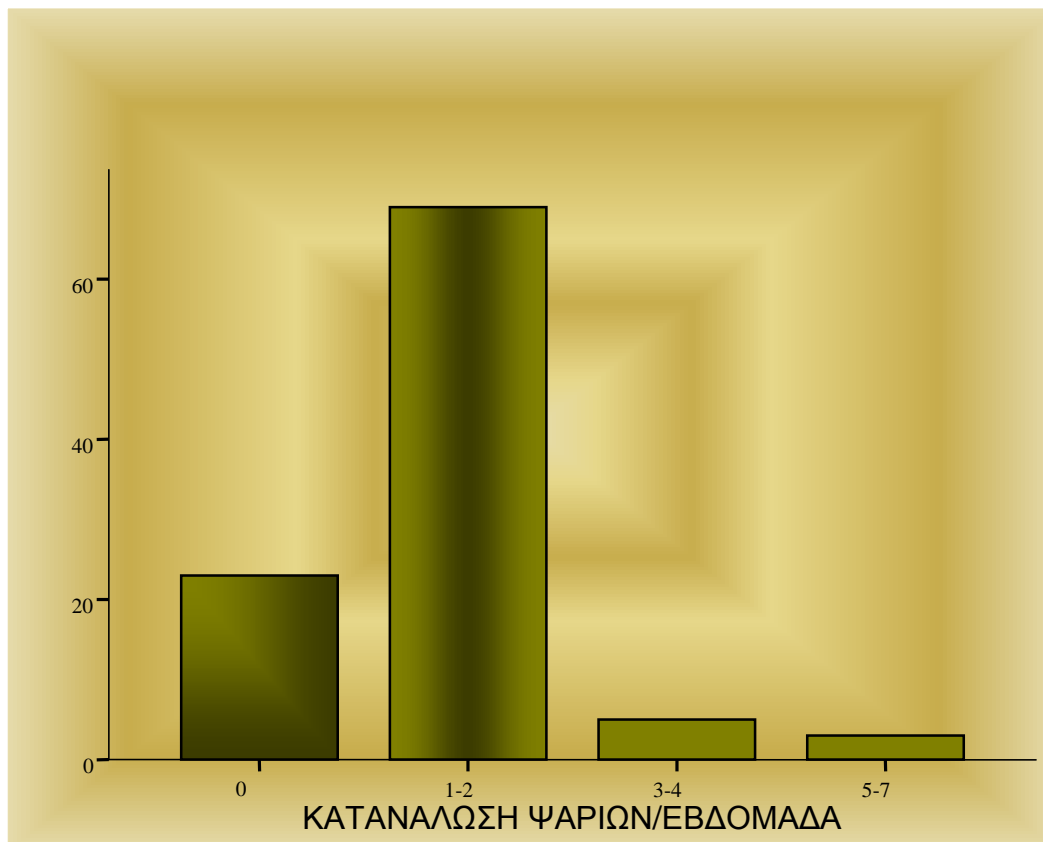
	Ηλικία	
Εβδομαδιαία κατανάλωση λαχανικά.	$\chi^2$	0,334
	P	0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εβδομαδιαία κατανάλωση λαχανικών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.4:** Ψάρια.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	23	23,0	23,0	23,0
1-2	69	69,0	69,0	92,0
3-4	5	5,0	5,0	97,0
5-7	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

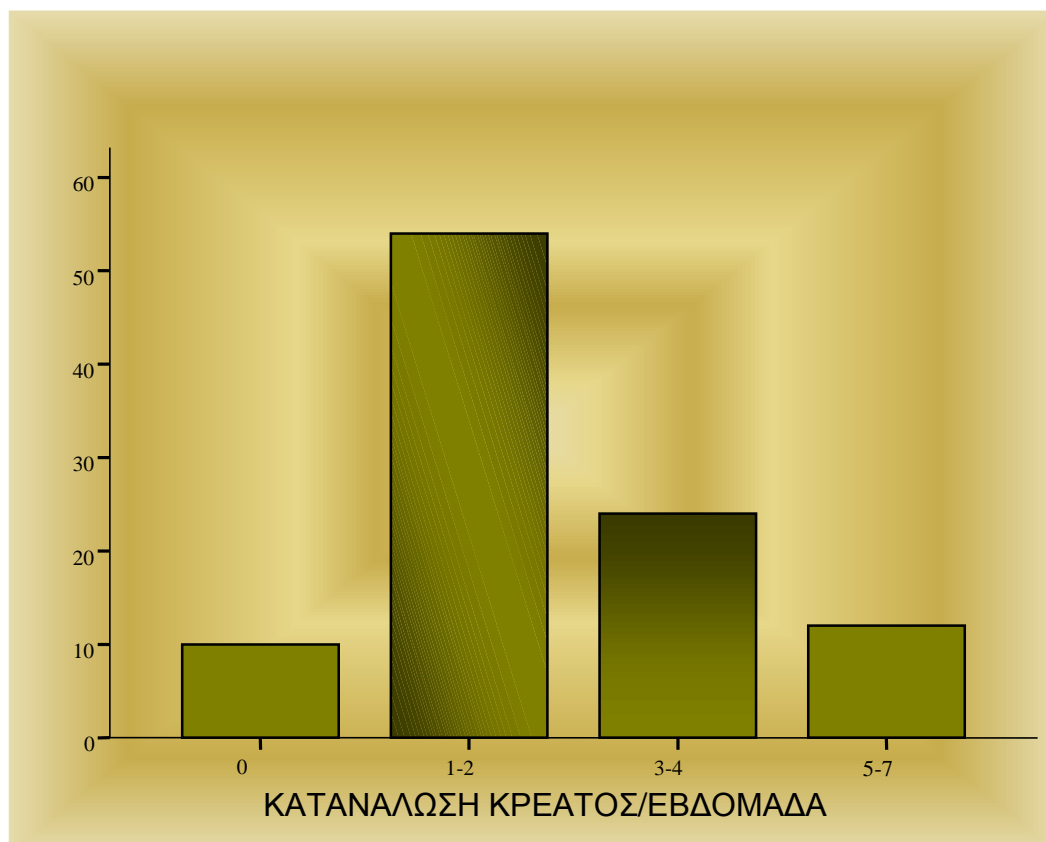
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν 1- 2 φορές την εβδομάδα ψάρια.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.5:** Κρέας

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	10	10,0	10,0	10,0
1-2	54	54,0	54,0	64,0
3-4	24	24,0	24,0	88,0
5-7	12	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

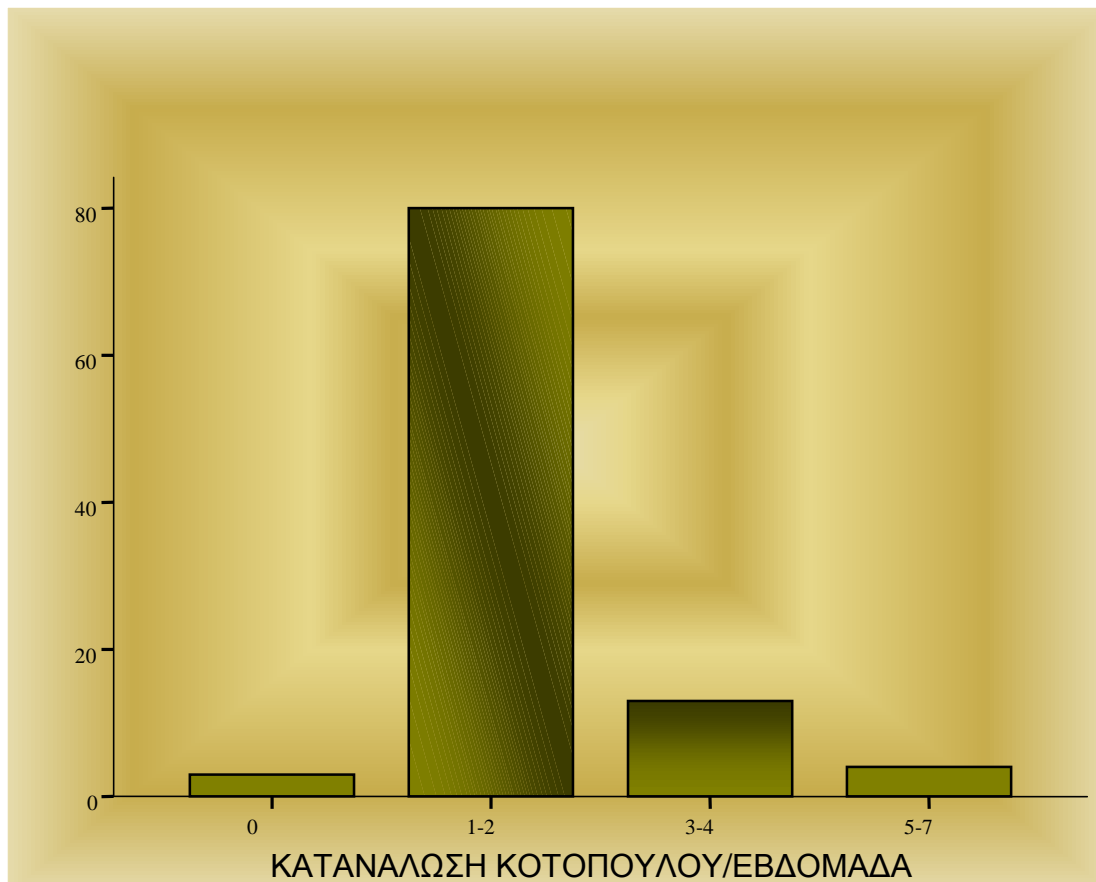
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν 1- 2 φορές την εβδομάδα κρέας.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.6:** Κοτόπουλο.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	3	3,0	3,0	3,0
1-2	80	80,0	80,0	83,0
3-4	13	13,0	13,0	96,0
5-7	4	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι καταναλώνουν 1-2 φορές την εβδομάδα κοτόπουλο.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.7:** Προϊόντα ολικής αλέσεως.

	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα 0	52	52,0	52,0	52,0
1-2	17	17,0	17,0	69,0
3-4	9	9,0	9,0	78,0
5-7	22	22,0	22,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν καταναλώνουν κατά τη διάρκεια της εβδομάδας προϊόντα ολικής αλέσεως.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν προϊόντα ολικής αλέσεως ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους.

	Ηλικία	
Εβδομαδιαία κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.	$\chi^2$	0,365
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εβδομαδιαία κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.

	Φύλο	
Εβδομαδιαία κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.	$\chi^2$	0,508
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και στην εβδομαδιαία κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προτίμηση τους σε γεύματα εκτός σπιτιού όπως Pizza, Σάντουιτς, Πίτες,, Κοτόπουλο, Κρέας, Ψάρι, Σαλάτες εποχής.

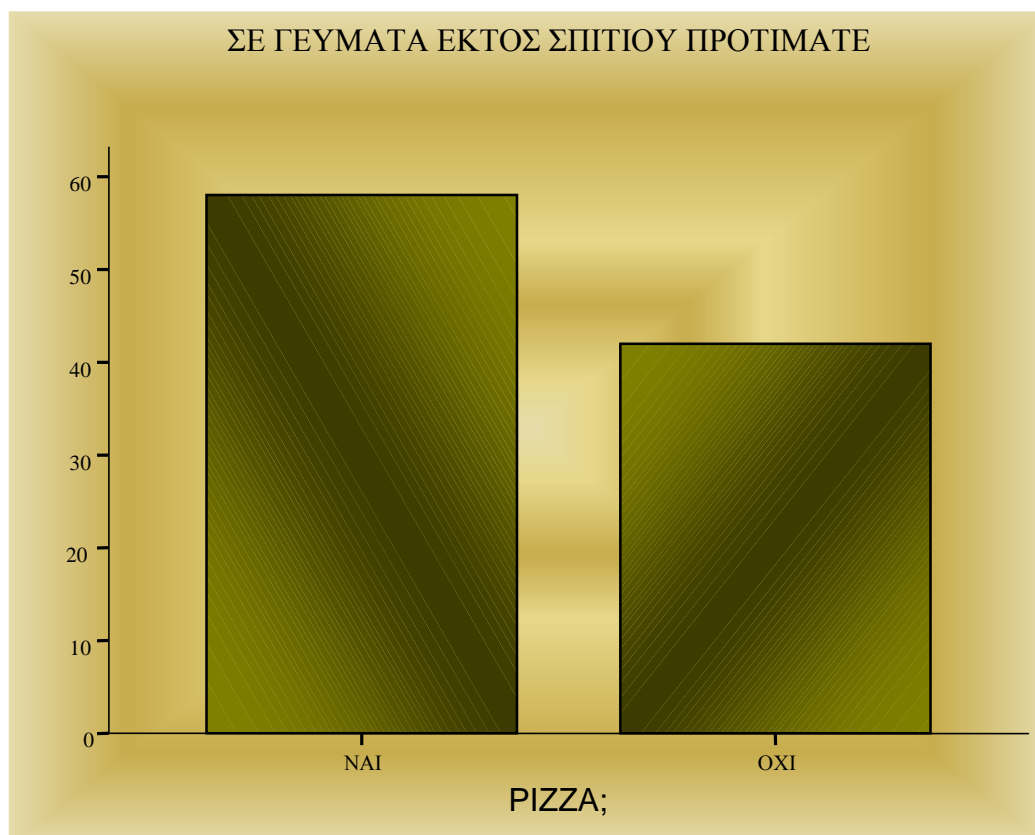
#### ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΕΚΤΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ

Δείγμα	Σύνολο	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
		100	100,0

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 15.1: Pizza

Δείγμα	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο	Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
				58	58,0	58,0	58,0
				42	42,0	42,0	100,0
				100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι προτιμούν pizza όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.2:** Σάντουιτς

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	67	67,0	67,0	67,0
	ΟΧΙ	33	33,0	33,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι προτιμούν να τρώνε σάντουιτς όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.

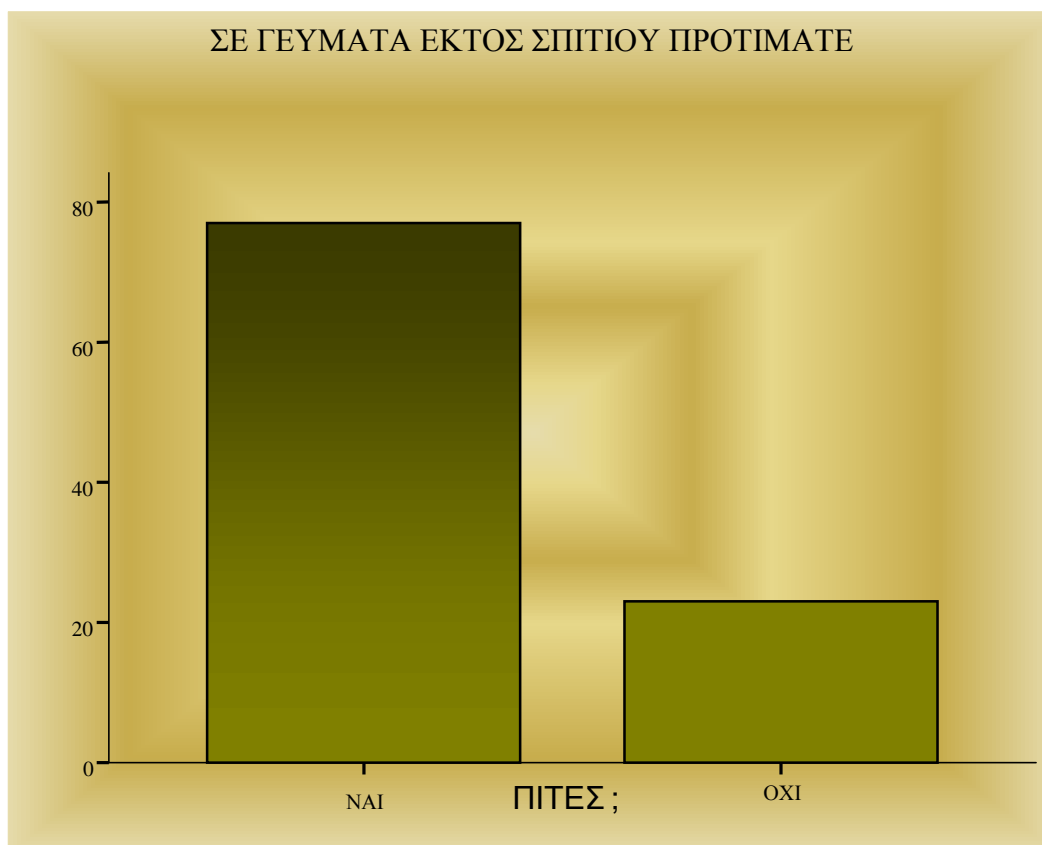




### ΠΙΝΑΚΑΣ 15.3: Πίτες

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	77	77,0	77,0	77,0
	ΟΧΙ	23	23,0	23,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

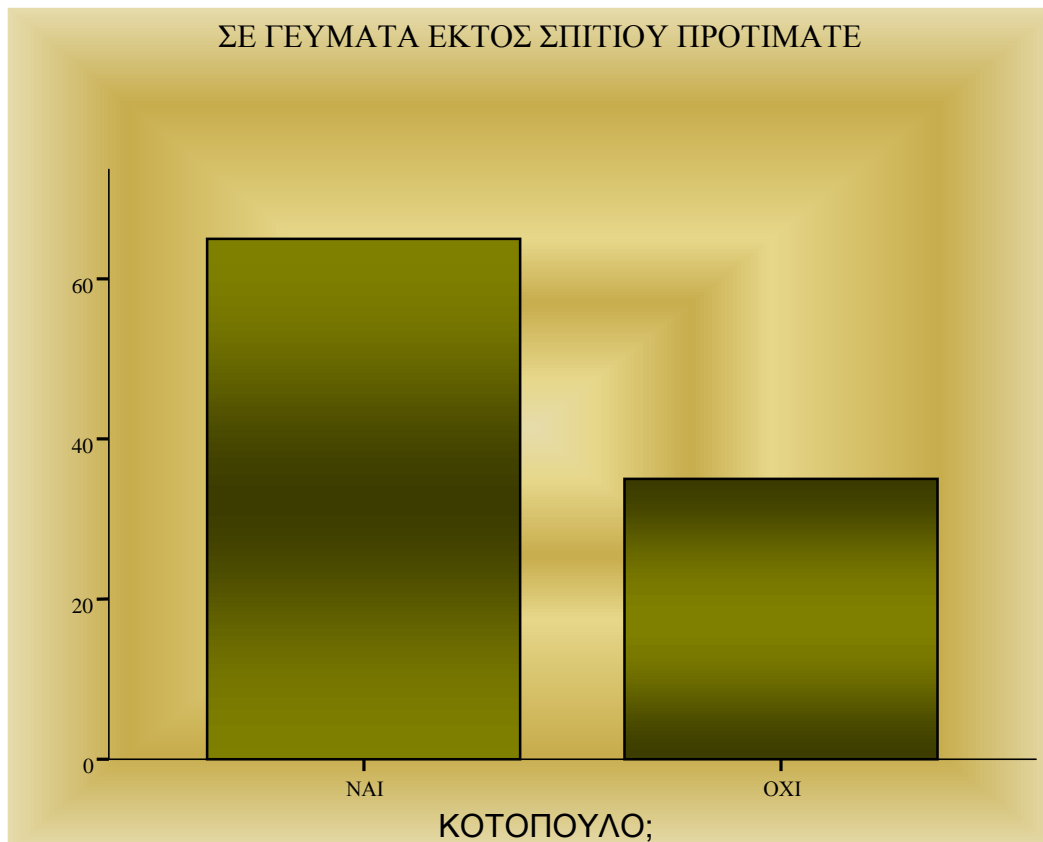
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτιμούν να τρώνε πίτες όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.4:** Κοτόπουλο.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	65	65,0	65,0	65,0
	ΟΧΙ	35	35,0	35,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

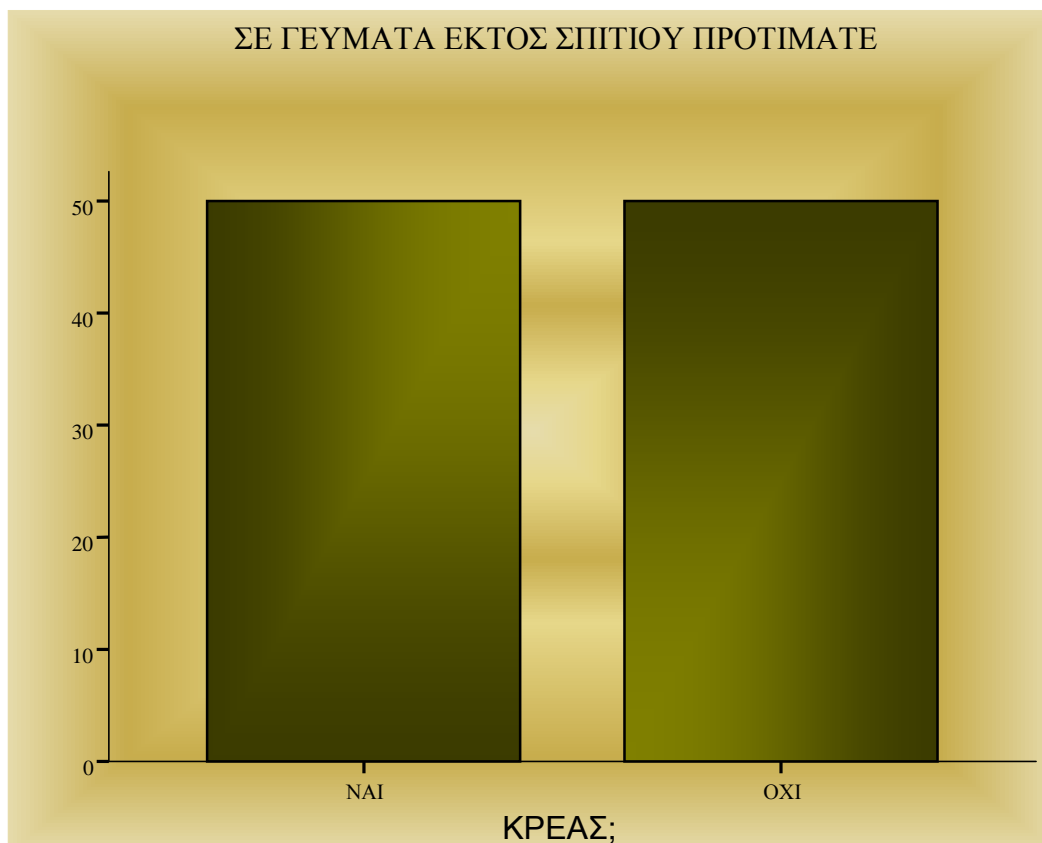
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι προτιμούν το κοτόπουλο όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.5:** Κρέας.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	50	50,0	50,0	50,0
	ΟΧΙ	50	50,0	50,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι μισοί ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτιμούν το κρέας όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού και οι άλλοι μισοί δεν το προτιμούν όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προτίμηση τους στην κατανάλωση κρέατος όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού όταν ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους.

	Ηλικία	
Προτίμηση στο κρέας	$\chi^2$	0,348
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην προτίμηση τους στην κατανάλωση κρέατος όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.

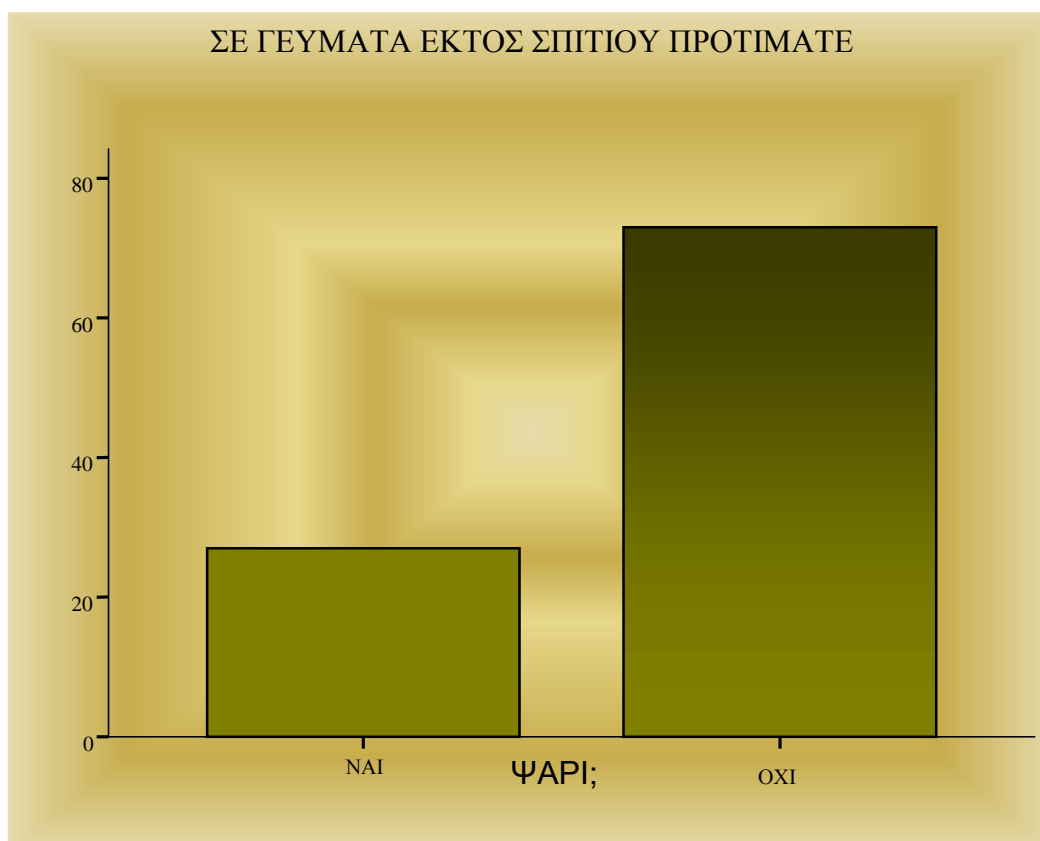
	Φύλο	
Προτίμηση στο κρέας	$\chi^2$	0,367
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και στην προτίμηση τους στην κατανάλωση κρέατος ανάλογα με το φύλο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.6:** Ψάρι.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	27	27,0	27,0	27,0
	ΟΧΙ	73	73,0	73,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν προτιμούν το ψάρι όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προτίμηση τους στην κατανάλωση ψαριού όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού όταν ανάλογα με την ηλικία τους.

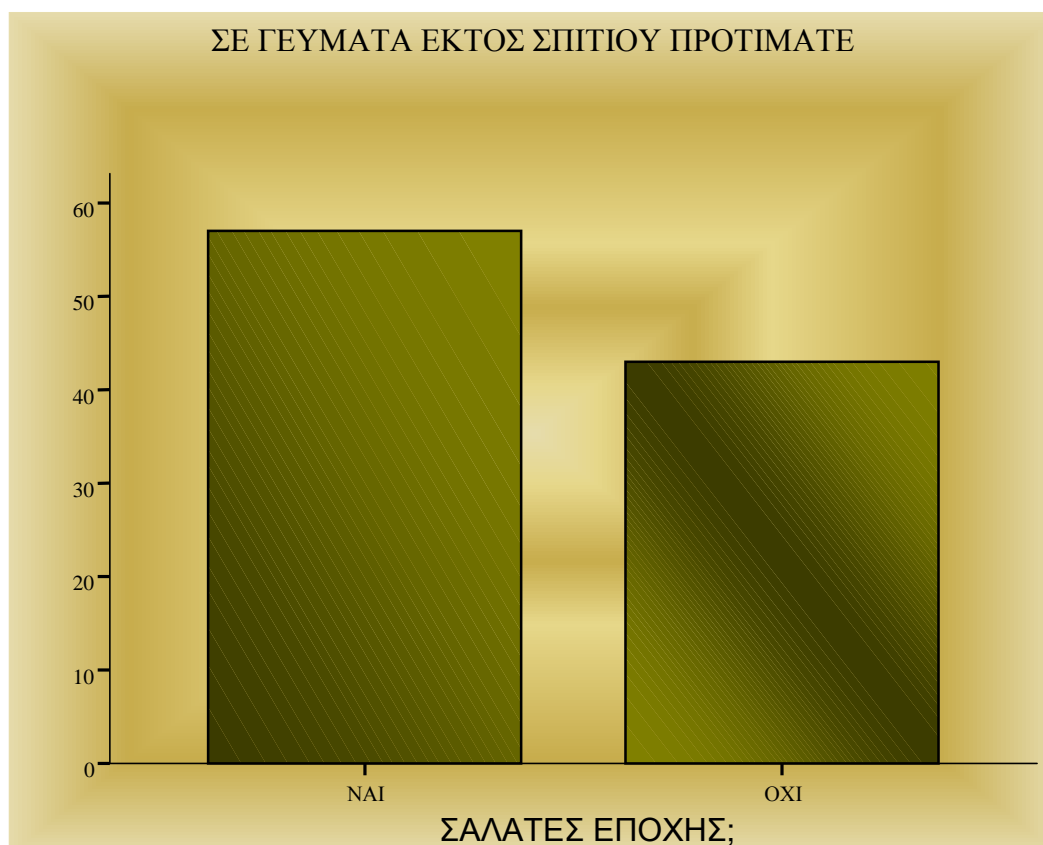
	Ηλικία	
Προτίμηση στο ψάρι	$\chi^2$	0,408
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην προτίμηση τους στην κατανάλωση ψαριού όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.7:** Σαλάτες εποχής.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	57	57,0	57,0	57,0
	ΟΧΙ	43	43,0	43,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού προτιμούν τις σαλάτες εποχής.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν προτιμούν να καταναλώνουν σαλάτες εποχής κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους εκτός σπιτιού ανάλογα με την ηλικία τους.

	Ηλικία	
Προτίμηση σε σαλάτες εποχής.	$\chi^2$	0,348
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην προτίμηση τους σε σαλάτες εποχής όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16:** Κατανομή των απαντήσεων 100ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιες θεωρούν ότι είναι οι γνώσεις τους για τη μεσογειακή διατροφή από τα παρακάτω:

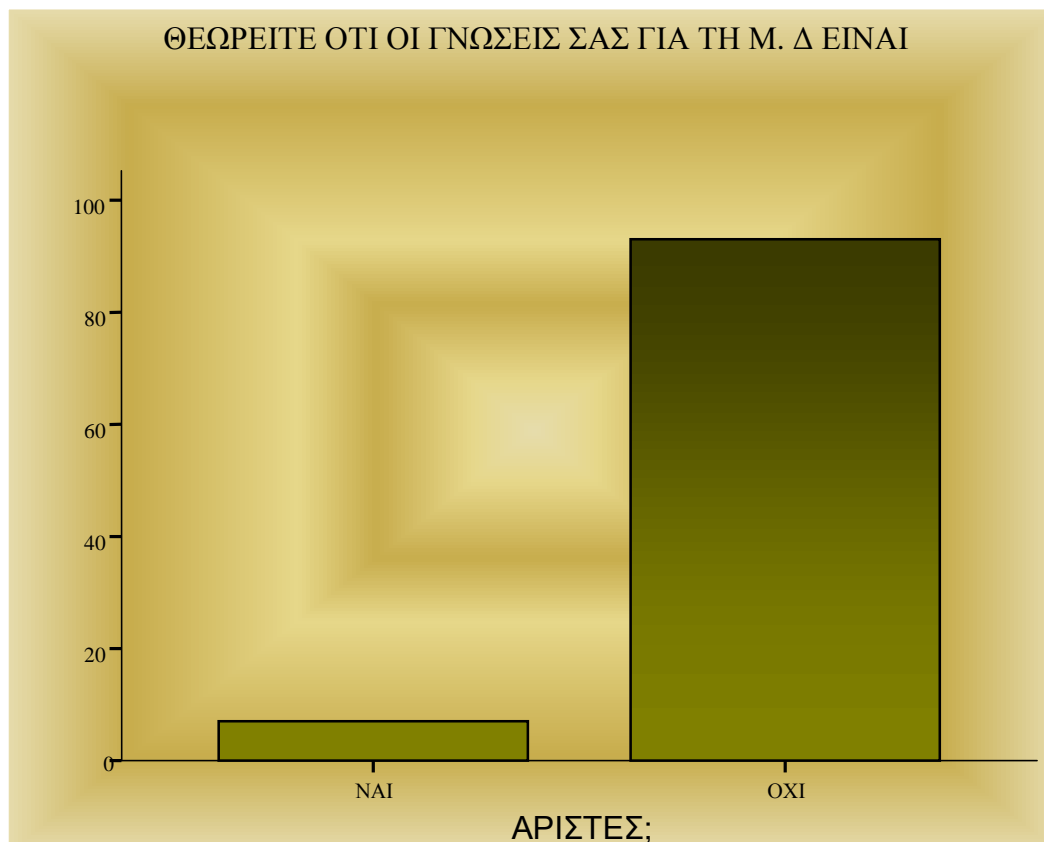
**ΓΝΩΣΕΙΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1:** Άριστες

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	7	7,0	7,0	7,0
	ΟΧΙ	93	93,0	93,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

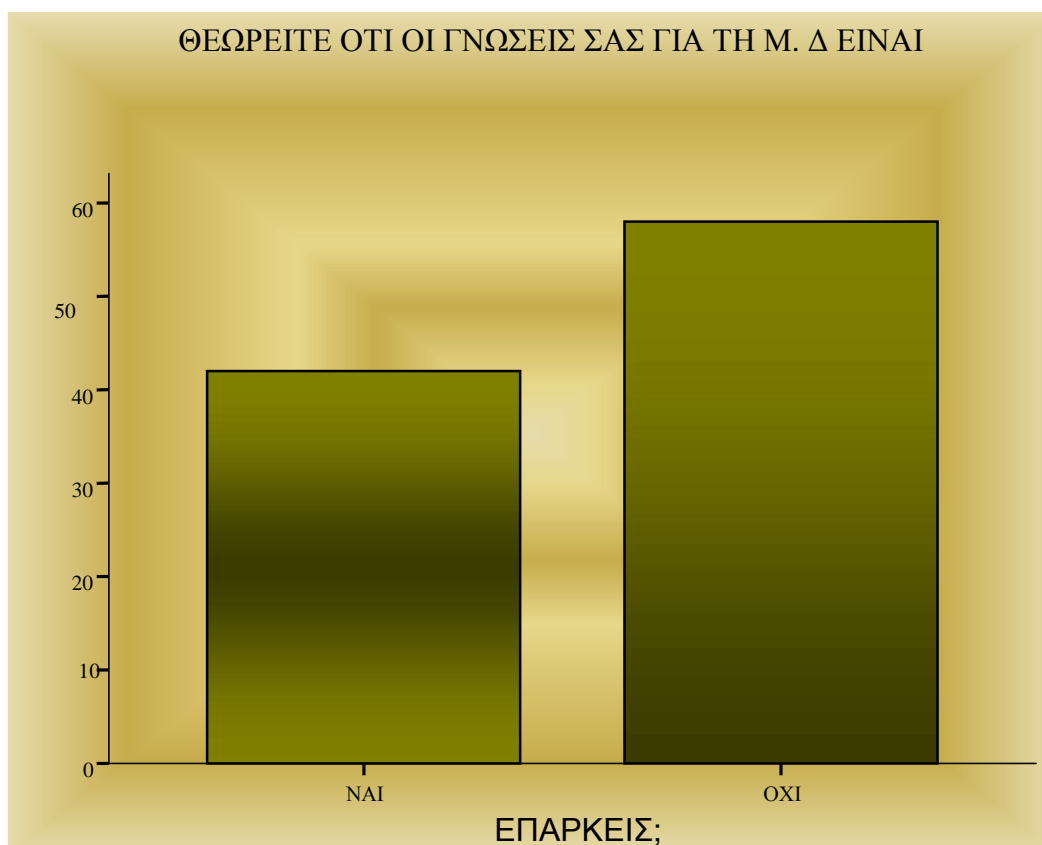
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι γνώσεις τους για τη Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι άριστες .



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.2:** Επαρκείς

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	42	42,0	42,0	42,0
	ΟΧΙ	58	58,0	58,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

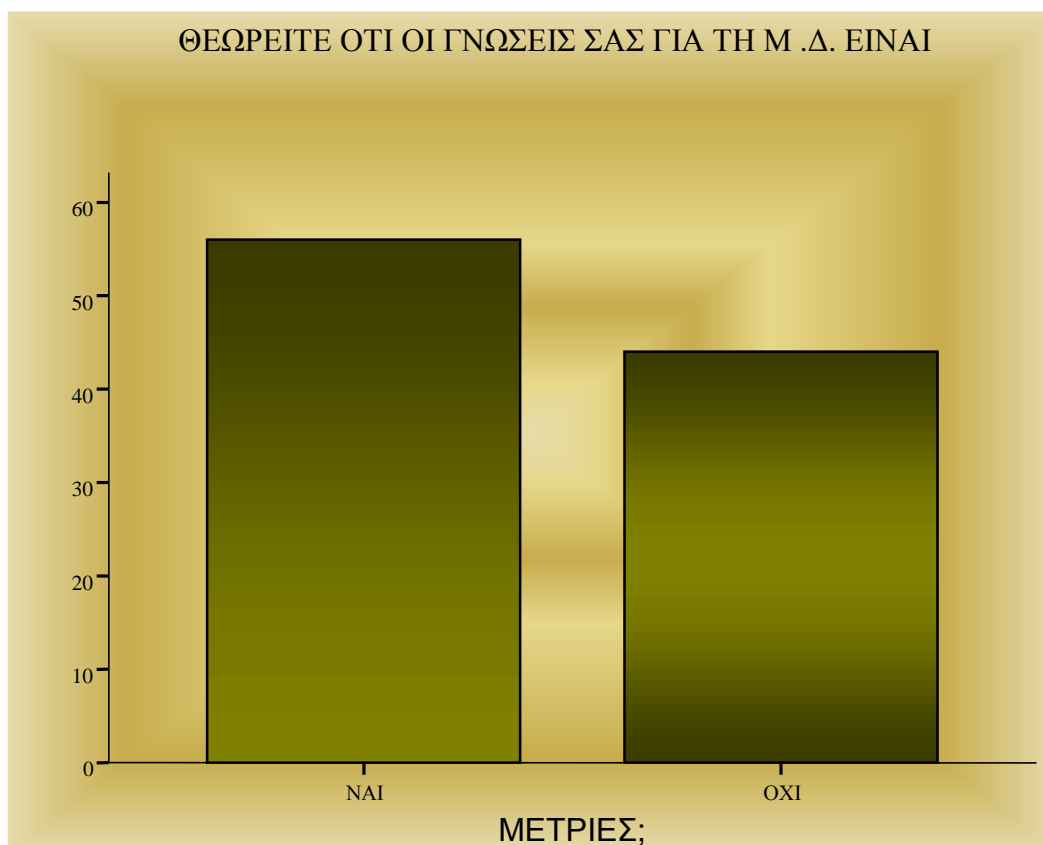
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι γνώσεις τους για τη Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι επαρκείς.



### ΠΙΝΑΚΑΣ 16.3:Μέτριες.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	56	56,0	56,0	56,0
	ΟΧΙ	44	44,0	44,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

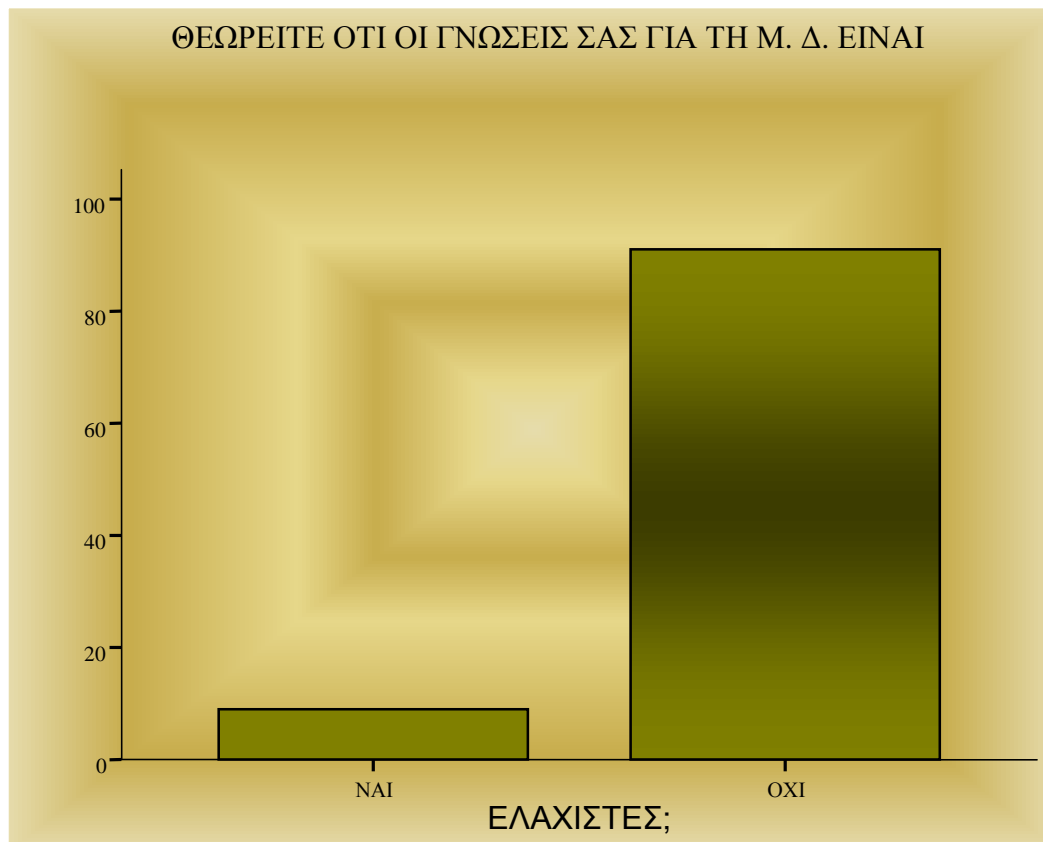
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι γνώσεις τους για τη μεσογειακή Διατροφή είναι επαρκείς.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.4:** Ελάχιστες.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	9	9,0	9,0	9,0
	ΟΧΙ	91	91,0	91,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

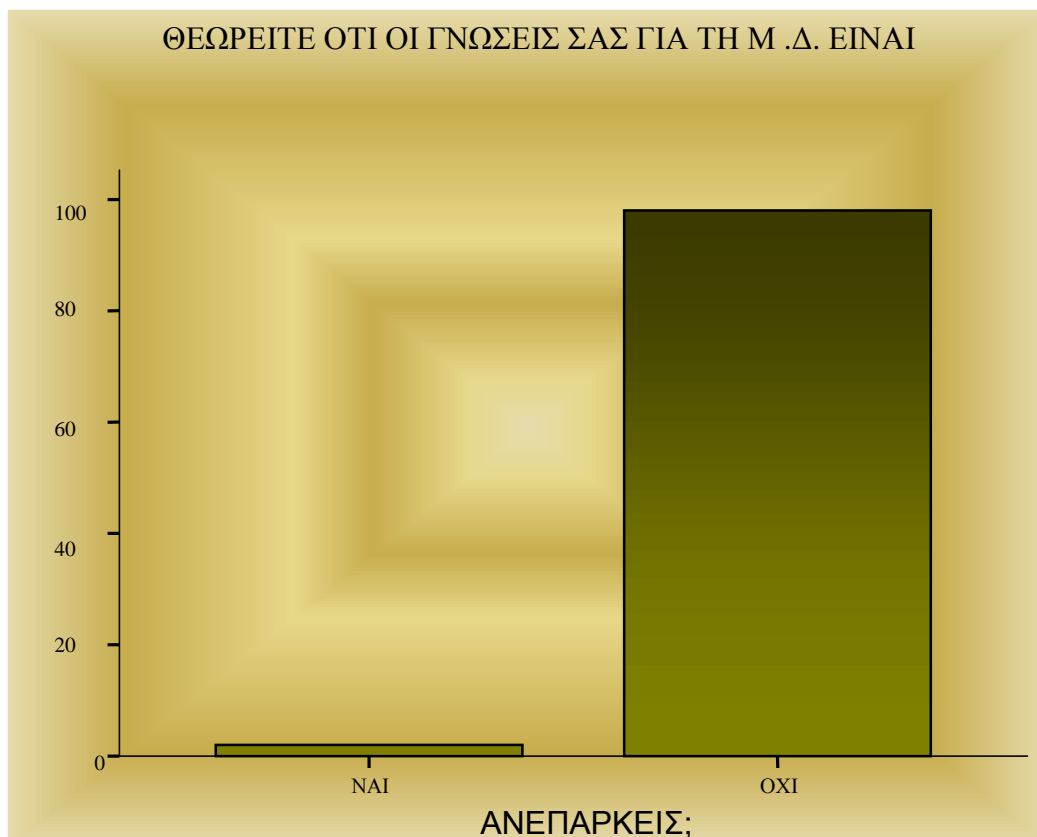
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι ότι οι γνώσεις τους για τη Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι ελάχιστες.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.5:** Ανεπαρκείς

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	2	2,0	2,0	2,0
	ΟΧΙ	98	98,0	98,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι γνώσεις τους για τη Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι ανεπαρκείς.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 17:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης τους σχετικά με τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής.

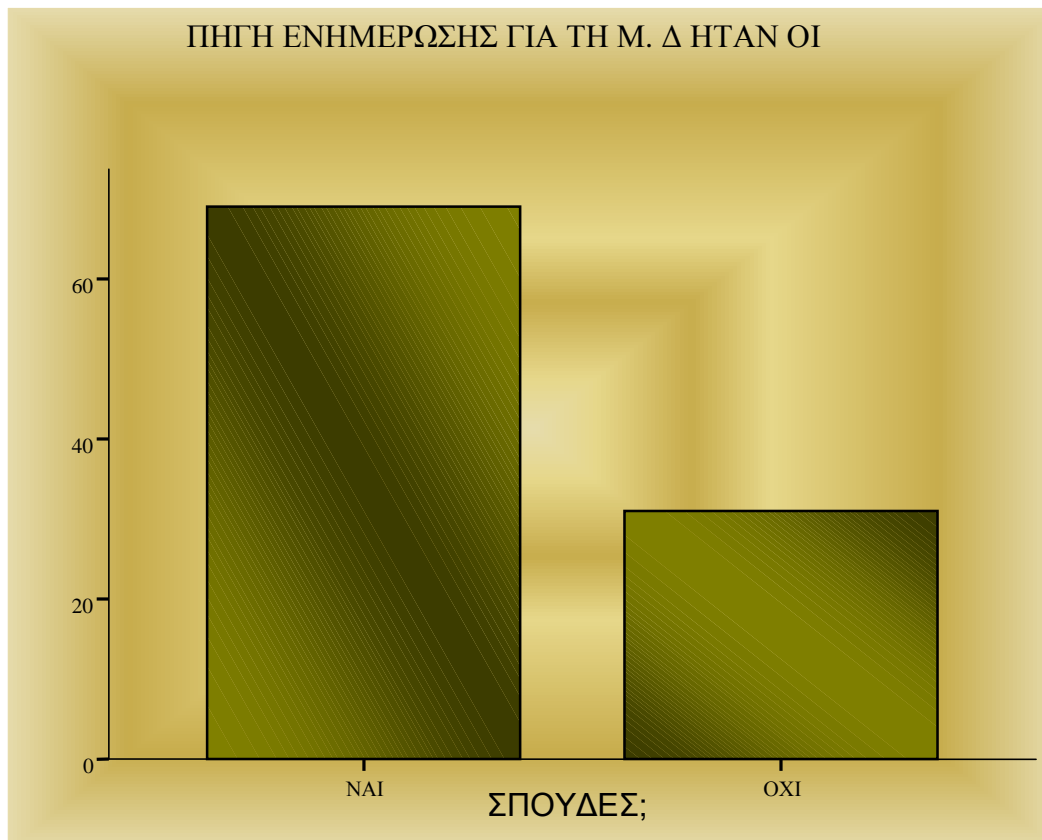
**ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.1:** Από τις σπουδές σας.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	69	69,0	69,0	69,0
	ΟΧΙ	31	31,0	31,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η ενημερώθηκαν από τις σπουδές τους για τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής .



**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.2:** Από το οικογενειακό περιβάλλον.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ\_ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	64	64,0	64,0	64,0
	ΟΧΙ	36	36,0	36,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

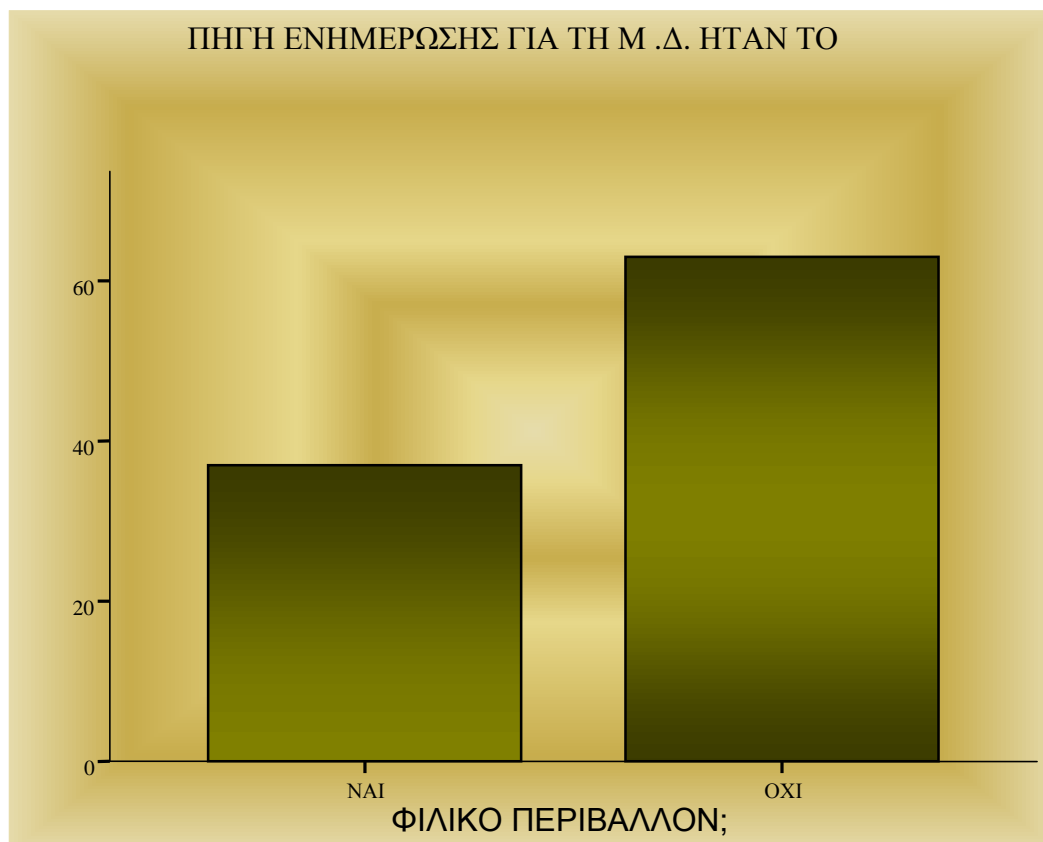
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ενημερώθηκαν από το οικογενειακό περιβάλλον για τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία .



**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.3:** Από το φιλικό περιβάλλον.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	37	37,0	37,0	37,0
	ΟΧΙ	63	63,0	63,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν ενημερώθηκαν από το φιλικό περιβάλλον για τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής.

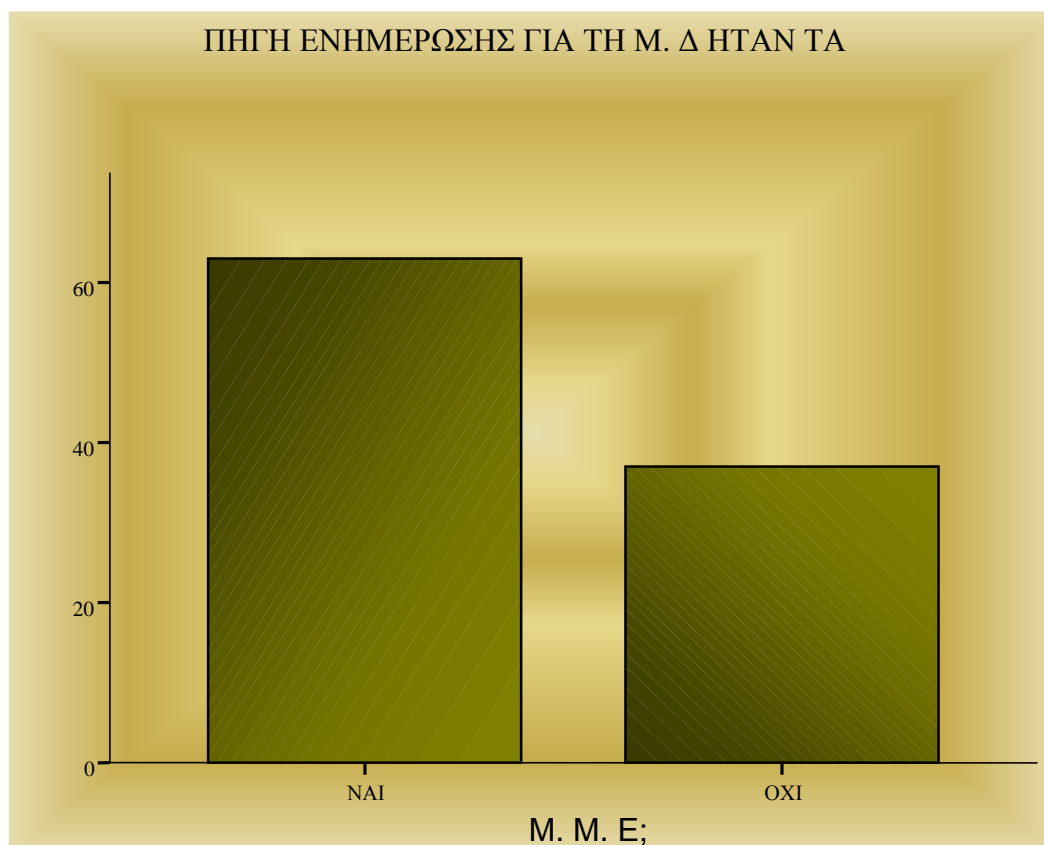




**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.4:** Από τα Μ. Μ. Ε.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	63	63,0	63,0	63,0
	ΟΧΙ	37	37,0	37,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

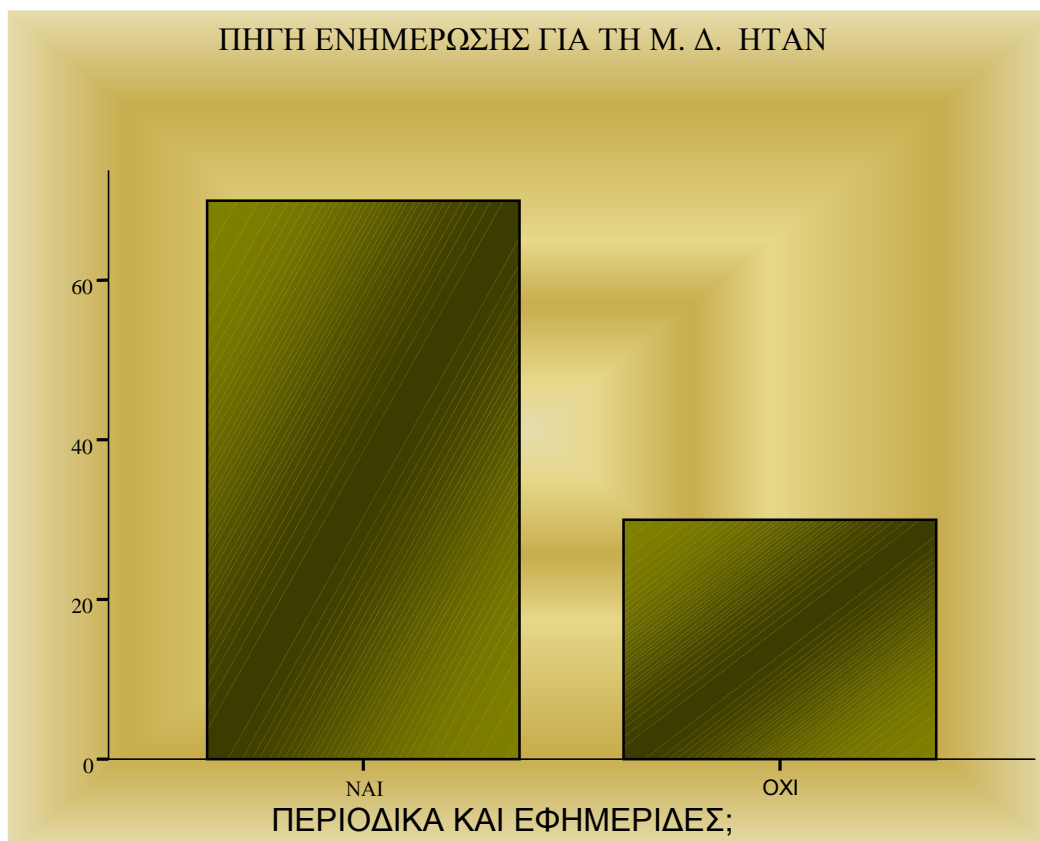
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι ενημερώθηκαν από τα Μ.Μ.Ε για τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.5:** Από περιοδικά και εφημερίδες.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	70	70,0	70,0	70,0
	ΟΧΙ	30	30,0	30,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ενημερώθηκαν από περιοδικά και εφημερίδες για τα ευεργετικά αποτελέσματα της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 18:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σχετικά με το τι πιστεύουν ότι χαρακτηρίζεται η Μεσογειακή Διατροφή από τα παρακάτω:

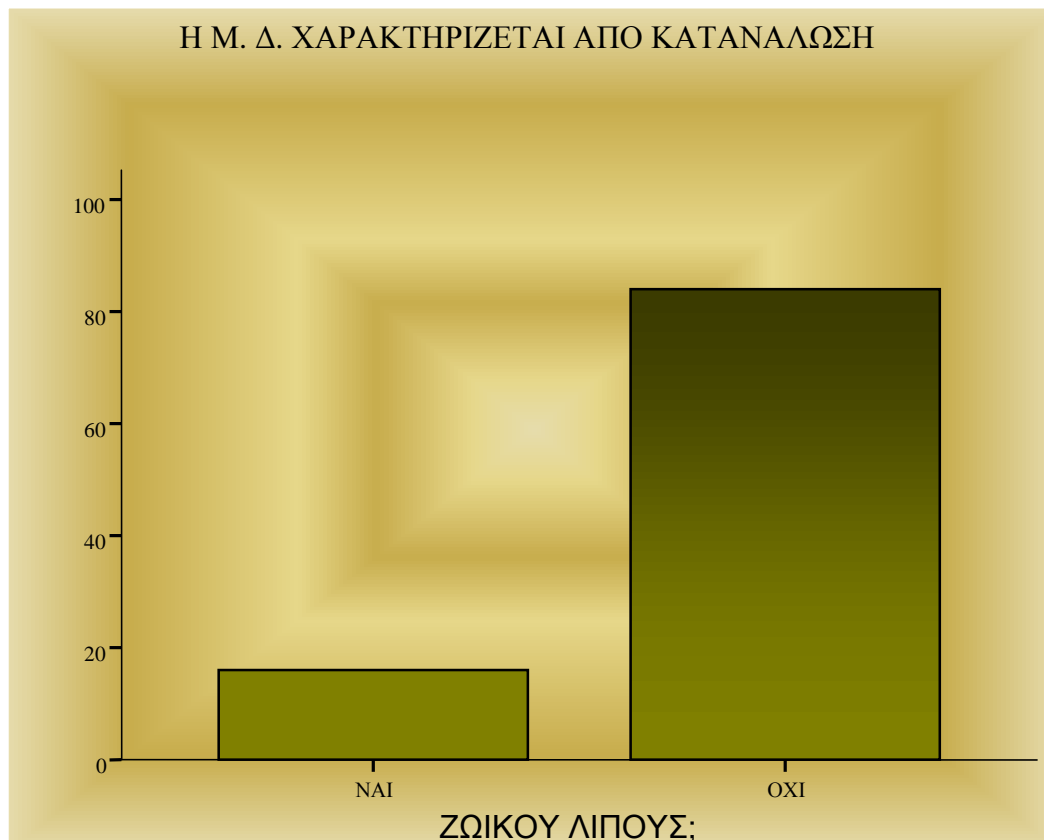
**Η Μ.Δ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.1:** Από κατανάλωση ζωικού λίπους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	16	16,0	16,0	16,0
	ΟΧΙ	84	84,0	84,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή δεν χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση ζωικού λίπους.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.2:** Από την κατανάλωση φυτικού λίπους.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	70	70,0	70,0	70,0
	ΟΧΙ	30	30,0	30,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση φυτικού λίπους.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από κατανάλωση φυτικού λίπους ανάλογα με το φύλο και με το σωματικό τους βάρος .

	Φύλο	
Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση φυτικού λίπους.	$\chi^2$	0,312
	P	0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή πιστεύουν ότι χαρακτηρίζεται από κατανάλωση φυτικού λίπους.

	Σωματικό βάρος	
Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση φυτικού λίπους.	$\chi^2$	0,370
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή πιστεύουν ότι χαρακτηρίζεται από κατανάλωση φυτικού λίπους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.3:** Από κατανάλωση υδατανθράκων.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	79	79,0	79,0	79,0
	ΟΧΙ	21	21,0	21,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι καταναλωτές στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση υδατανθράκων.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από κατανάλωση υδατανθράκων ανάλογα με την ηλικία τους .

	Ηλικία.	
Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση υδατανθράκων.	$\chi^2$	0,360
	P	0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή πιστεύουν ότι χαρακτηρίζεται από κατανάλωση υδατανθράκων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.4:** Από την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	96	96,0	96,0	96,0
	ΟΧΙ	4	4,0	4,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.



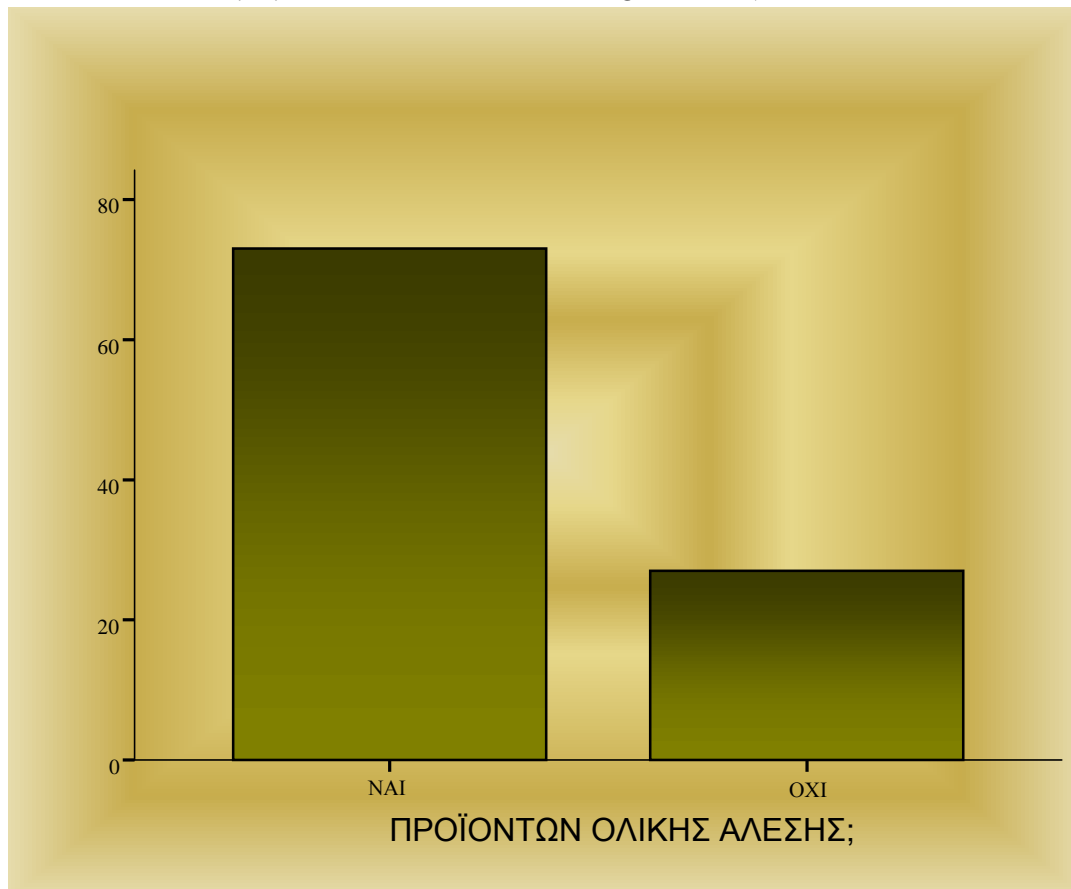


**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.5:** Από την κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	73	73,0	73,0	73,0
	ΟΧΙ	27	27,0	27,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση προϊόντων ολικής αλέσεως.

#### Η Μ. Δ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ



**ΠΙΝΑΚΑΣ 19:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων στο κατά πόσο πιστεύουν ότι η μεσογειακή διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από τα παρακάτω:

**Η Μ.Δ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΑΠΟ**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.1:**Καρδιακές προσβολές.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	95	95,0	95,0	95,0
	ΟΧΙ	5	5,0	5,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

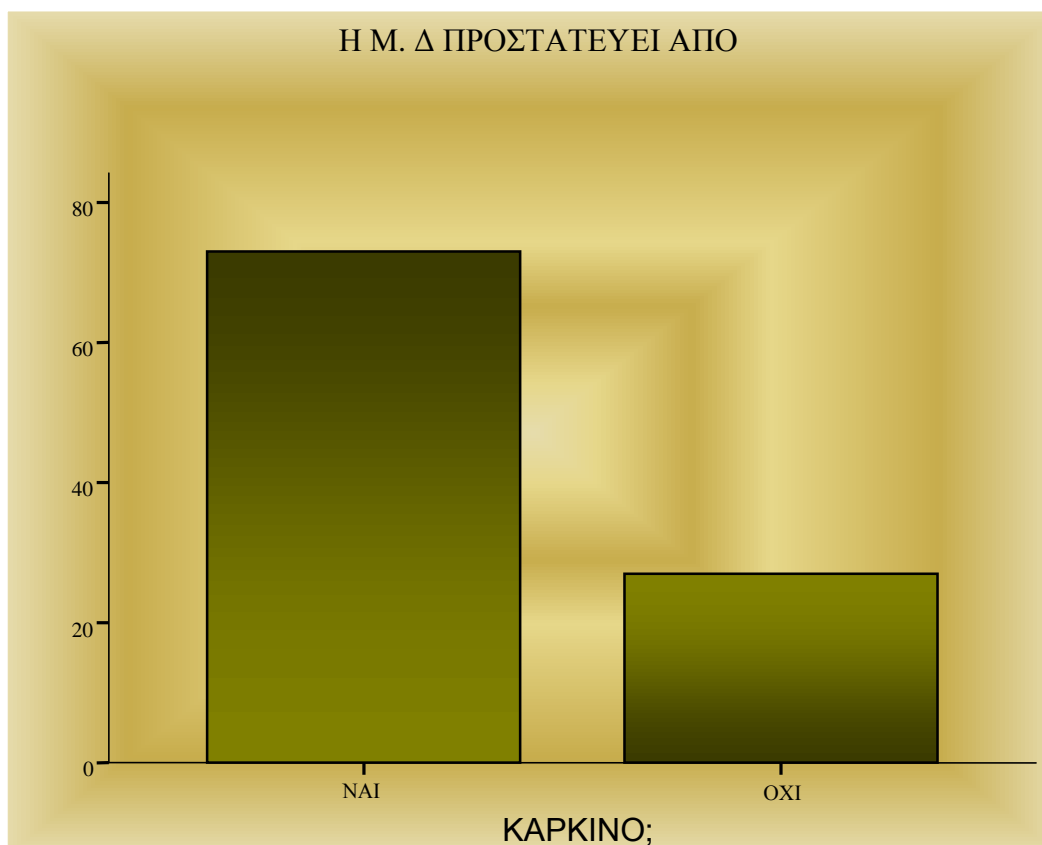
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από καρδιακές προσβολές.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 19.2: Καρκίνο

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	73	73,0	73,0	73,0
	ΟΧΙ	27	27,0	27,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από τον καρκίνο.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από τον καρκίνο ανάλογα με την ηλικία τους .

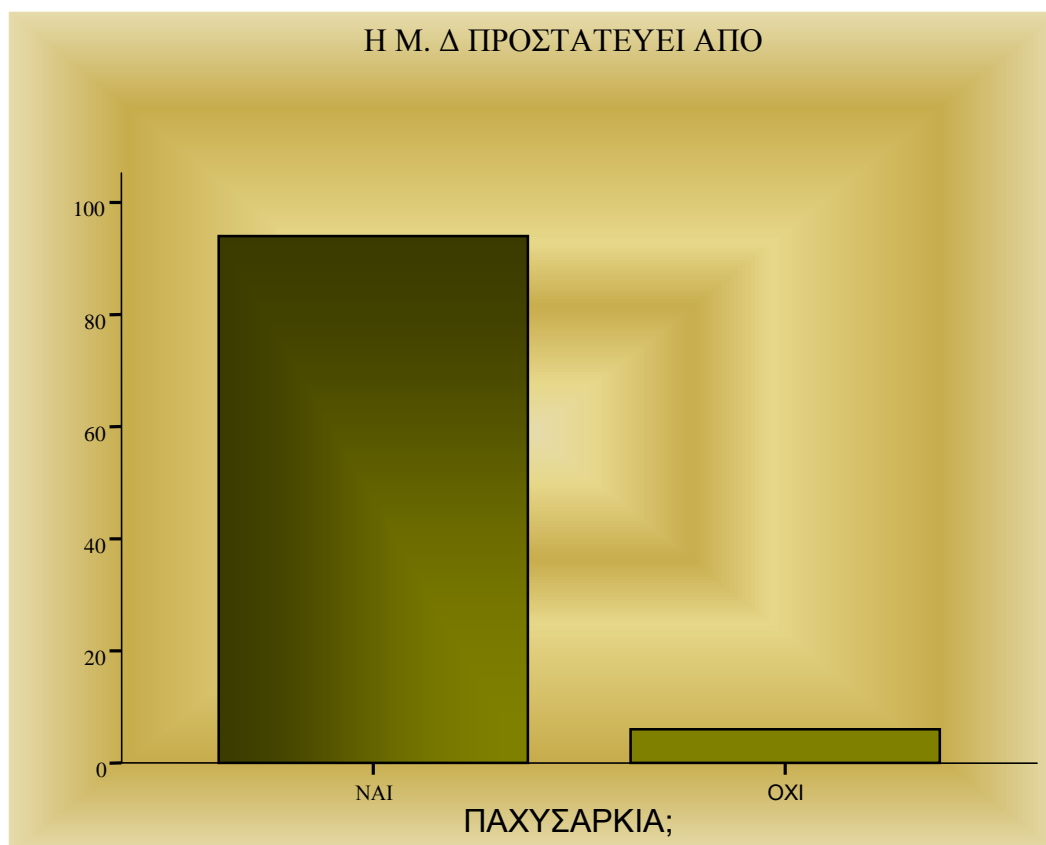
	Ηλικία.	
Η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από τον καρκίνο.	$\chi^2$	0,288
	P	0,004

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από τον καρκίνο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.3:** Παχυσαρκία.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	94	94,0	94,0	94,0
	ΟΧΙ	6	6,0	6,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την παχυσαρκία.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από την παχυσαρκία ανάλογα με το σωματικό τους βάρος .

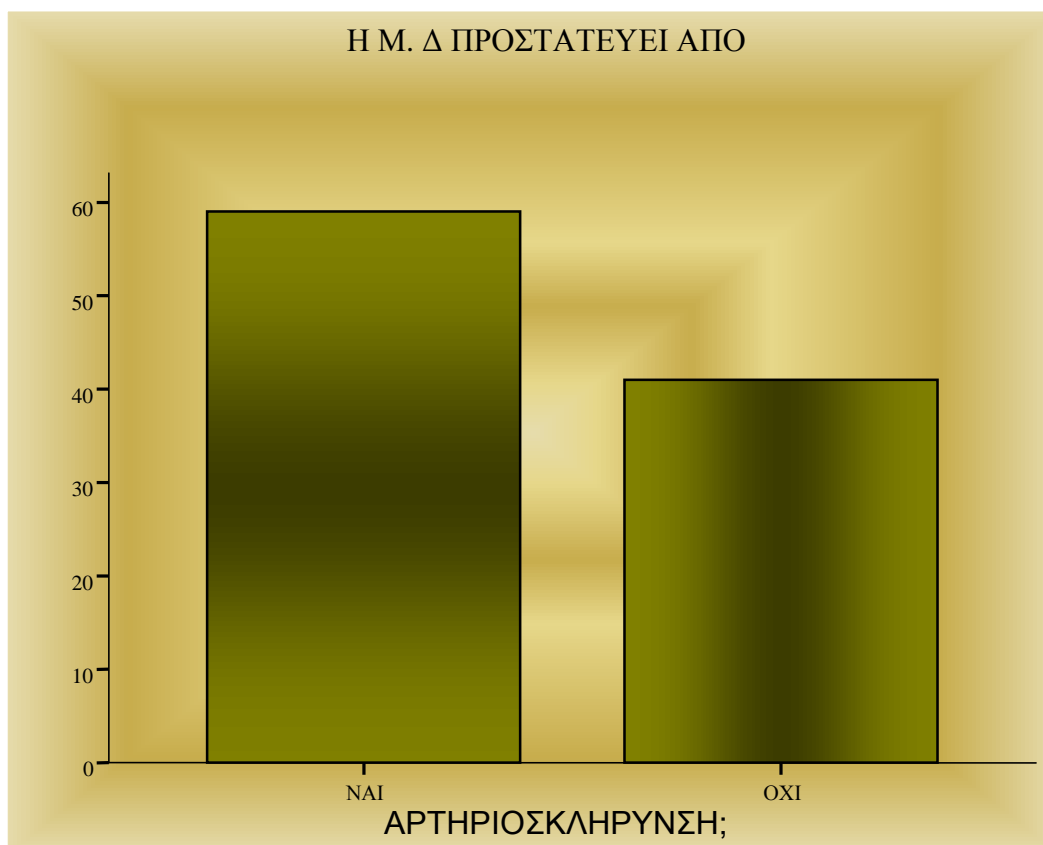
	Σωματικό βάρος	
Η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την παχυσαρκία	$\chi^2$	0,309
	P	0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από την παχυσαρκία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.4:** Αρτηριοσκλήρυνση.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	59	59,0	59,0	59,0
	ΟΧΙ	41	41,0	41,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

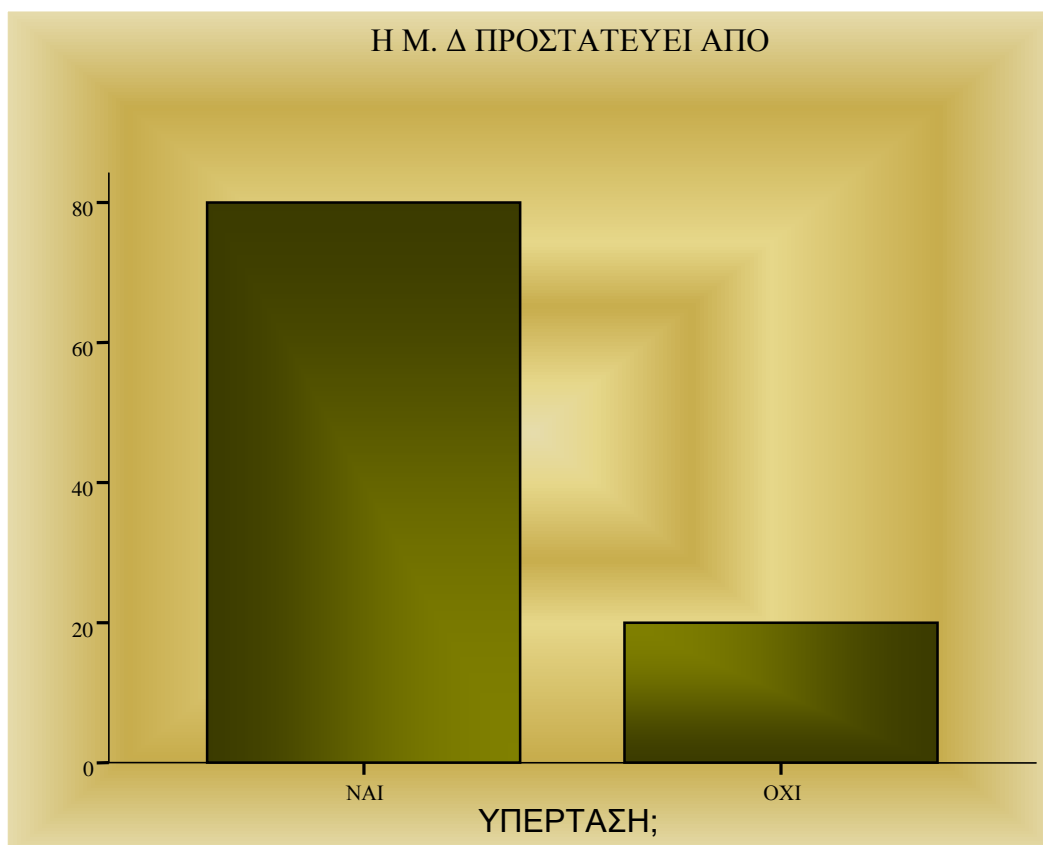
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την αρτηριοσκλήρυνση.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.5:** Υπέρταση.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	80	80,0	80,0	80,0
	ΟΧΙ	20	20,0	20,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την εμφάνιση υπέρτασης.

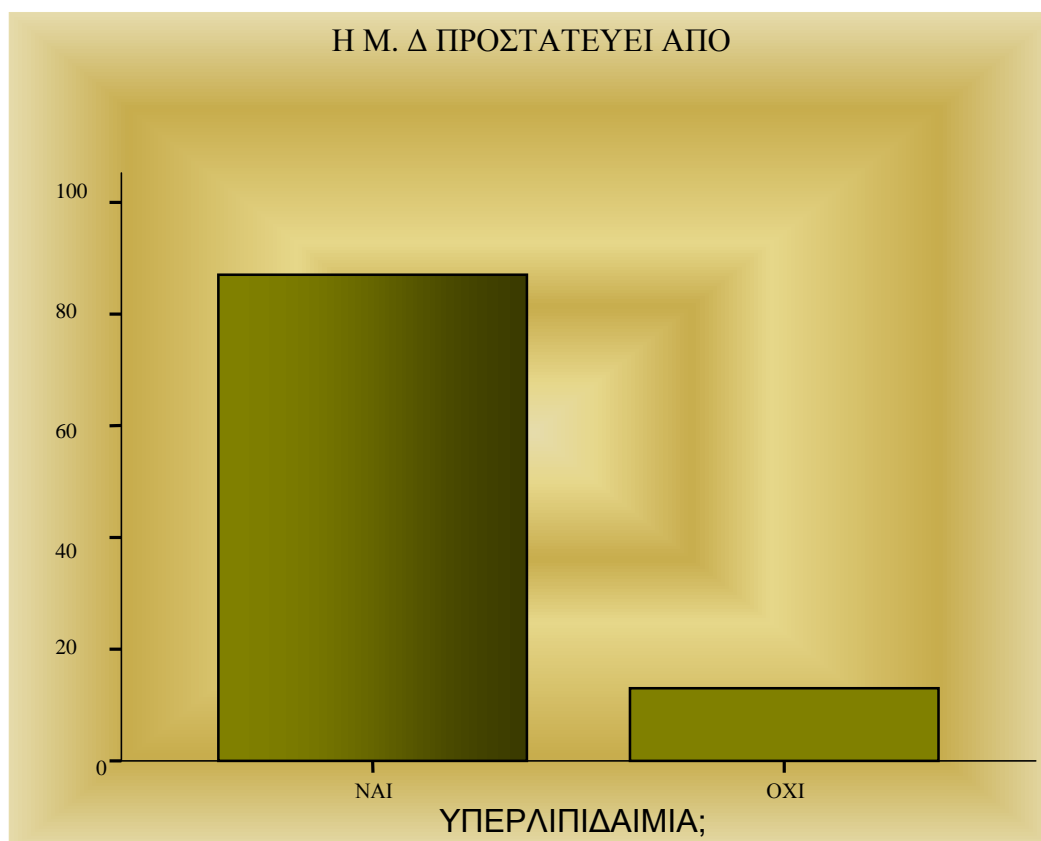




**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.6:** Υπερλιπιδαιμία.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	87	87,0	87,0	87,0
	ΟΧΙ	13	13,0	13,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από την υπερλιπιδαιμία ανάλογα με το σωματικό τους βάρος .

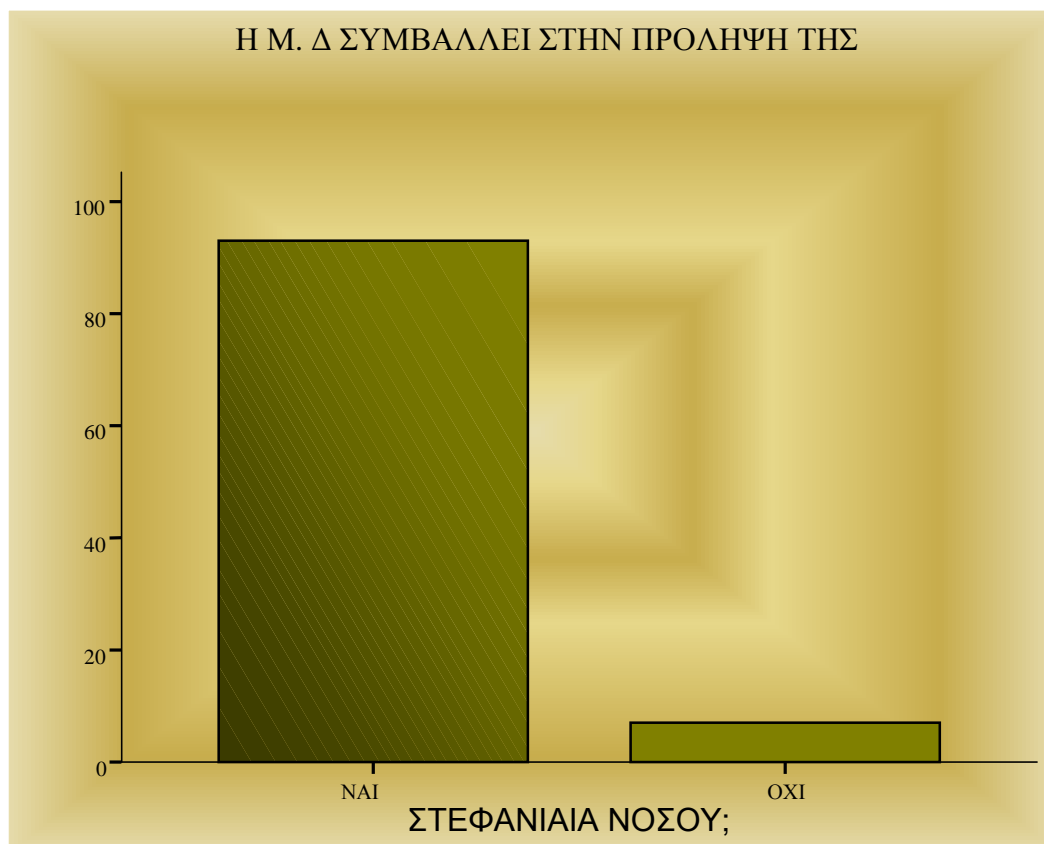
	Σωματικό βάρος	
Η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την υπερλιπιδαιμία.	$\chi^2$	0,303
	P	0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει τους ανθρώπους από την υπερλιπιδαιμία..

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η χρήση της Μεσογειακής Διατροφής συμβάλλει στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	93	93,0	93,0	93,0
	ΟΧΙ	7	7,0	7,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η χρήση της Μεσογειακής Διατροφής συμβάλλει στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιοι

πιστεύουν ότι είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες της στεφανιαίας νόσου από τους παρακάτω:

**ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ Σ.Ν.**

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό
Δείγμα	Σύνολο	100	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.1:** Σακχαρώδης Διαβήτης.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	67	67,0	67,0	67,0
	ΟΧΙ	33	33,0	33,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

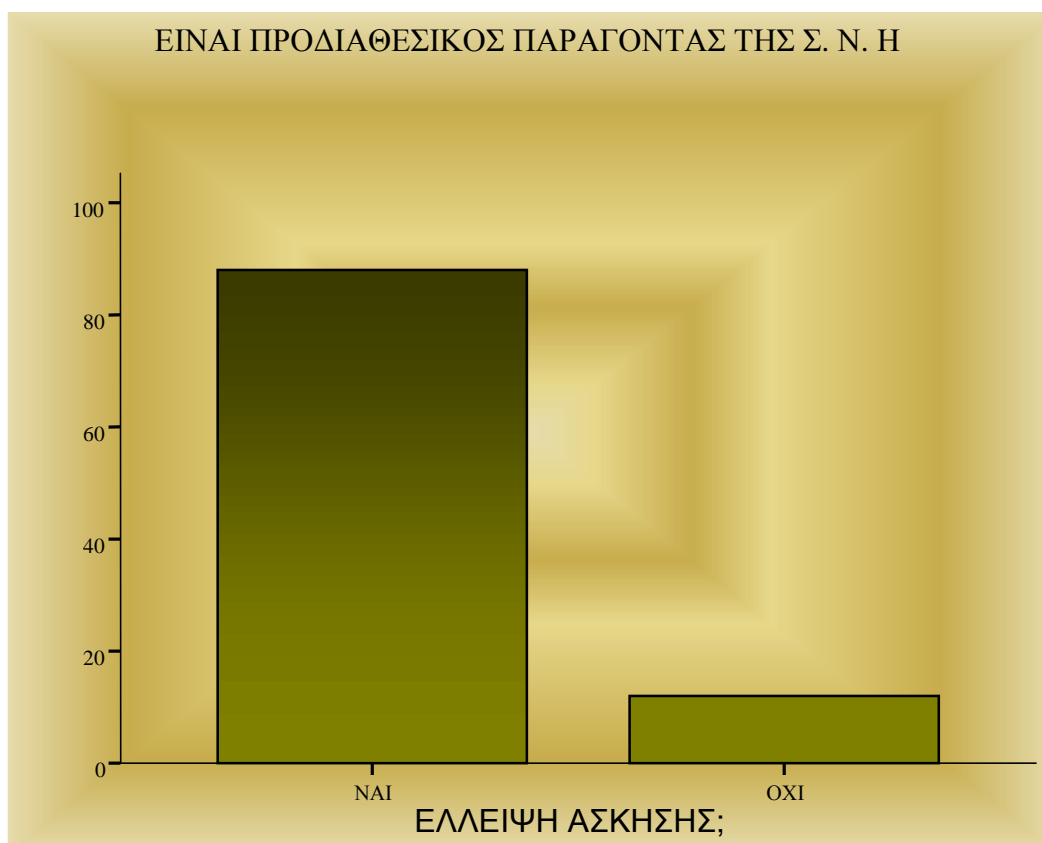
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.2:** Έλλειψη άσκησης.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	88	88,0	88,0	88,0
	ΟΧΙ	12	12,0	12,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η έλλειψη άσκησης είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η

έλλειψη άσκησης ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους .

	Ηλικία	
Έλλειψη άσκησης ως προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου	$\chi^2$	0,281
	P	0,005

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η έλλειψη άσκησης ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.

	Φύλο	
Έλλειψη άσκησης ως προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου	$\chi^2$	0,302
	P	0,002

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η έλλειψη άσκησης ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοις εκατό	Δείγμα τοις εκατό	Συγκέντρωση τοις εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	74	74,0	74,0	74,0
	ΟΧΙ	26	26,0	26,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπερλιπιδαιμία είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η

υπερλιπιδαιμία ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου ανάλογα με την ηλικία τους, αν καπνίζουν ή όχι και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως .

	Ηλικία	
Υπερλιπιδαιμία ως προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου	$\chi^2$	0,274
	P	0,006

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η υπερλιπιδαιμία ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.

	Κάπνισμα	
Υπερλιπιδαιμία ως προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου	$\chi^2$	0,329
	P	0,001

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στους ερωτηθέντες που καπνίζουν και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η υπερλιπιδαιμία ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.

	Αριθμός τσιγάρων ημερησίως	
Υπερλιπιδαιμία ως προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου	$\chi^2$	0,336
	P	0,001

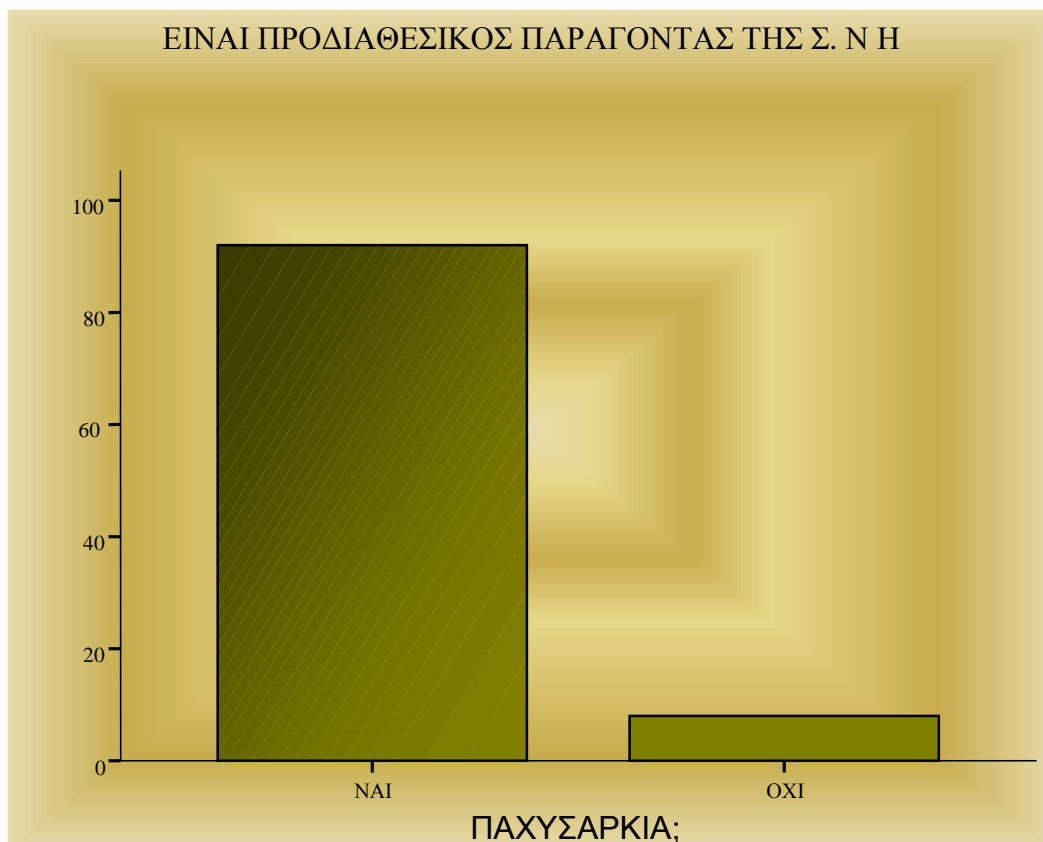
Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά αφού  $P < 0,05$  ανάμεσα στους ερωτηθέντες και σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η υπερλιπιδαιμία ανήκει στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.4:** Παχυσαρκία.



		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	92	92,0	92,0	92,0
	ΟΧΙ	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο		100	100,0	100,0	

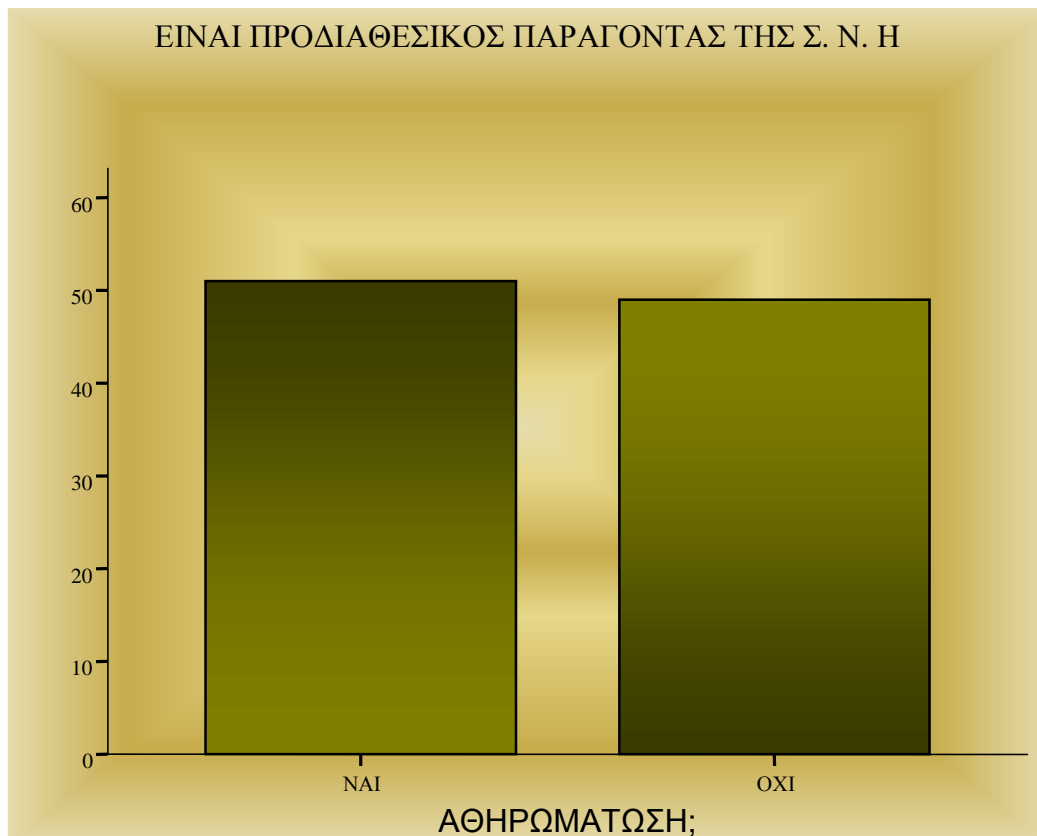
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η παχυσαρκία είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.5:** Αθηρωμάτωση.

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	51	51,0	51,0	51,0
	ΟΧΙ	49	49,0	49,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

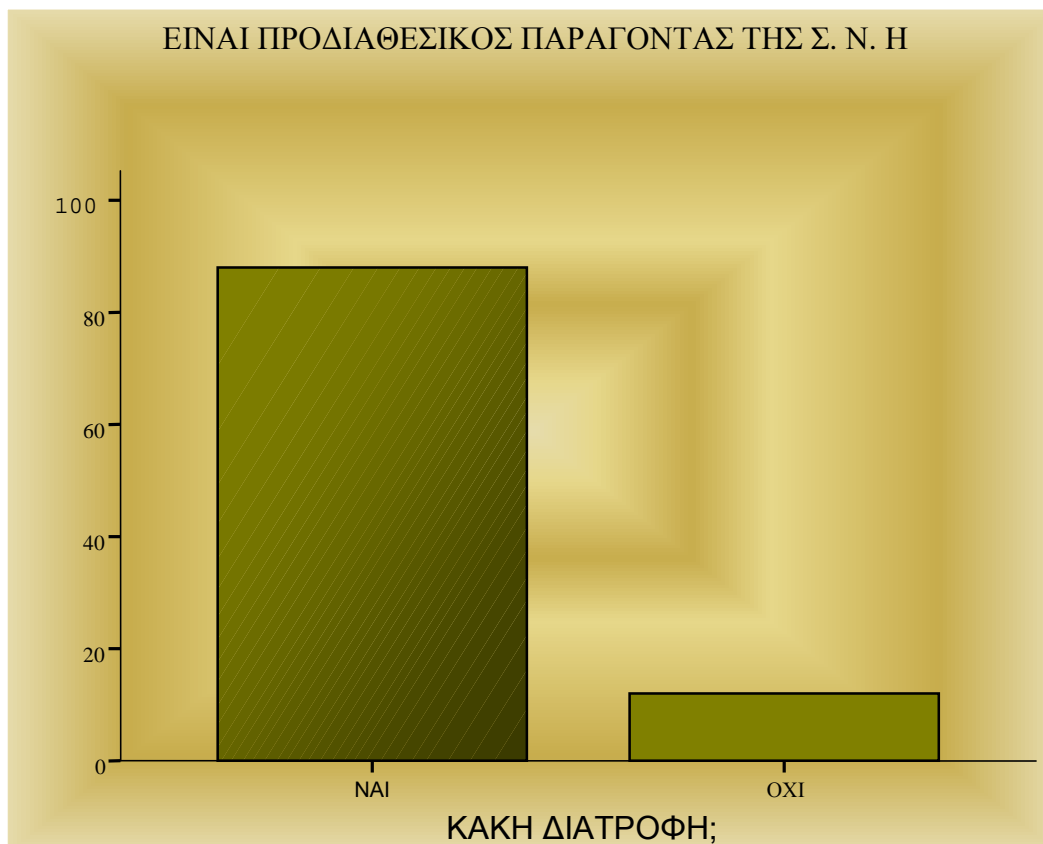
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η αθηρωμάτωση είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.6:** Κακή Διατροφή

		Συχνότητα	Συχνότητα τοίς εκατό	Δείγμα τοίς εκατό	Συγκέντρωση τοίς εκατό
Δείγμα	ΝΑΙ	88	88,0	88,0	88,0
	ΟΧΙ	12	12,0	12,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η κακή διατροφή είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου.



### 6.3 Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η παραπάνω έρευνα βασίζεται σ' ένα σύνολο 100 ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν στους φοιτητές της νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ( υποκείμενα) ήταν γυναίκες (60%), ηλικίας 18-22 ετών (59%), ύψους 1.65cm-1.75cm (49%) και βάρους >70Kgr (38%). Το επάγγελμα της νοσηλευτικής προτιμάται περισσότερο από το γυναικείο πληθυσμό. Το βάρος τους σε σχέση με το ύψος τους είναι πολύ μεγαλύτερο, δεν αγγίζει τα όρια του ιδανικού, παρόλο που στο επίκεντρο των νεαρών γυναικών είναι η διατήρηση του ιδανικού βάρους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67%) δεν έχει πτυχίο Π.Ε, Τ.Ε, Δ.Ε ή Ι.Ε.Κ, γεγονός απόλυτα φυσιολογικό, αφού είναι ακόμη σπουδαστές στα τμήματα της νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και Ιωαννίνων.

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν καπνίζουν σε ποσοστό 55%, ενώ το υπόλοιπο 45% απάντησε ότι καπνίζει. Από αυτούς το 10% απάντησε, ότι καπνίζει 5-10 τσιγάρα ημερησίως, το 17% 10-20, ενώ το 18% περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως. Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο κάπνισμα ανάλογα με το φύλο των ερωτηθέντων, με  $P=0.000$ , γεγονός που αποδεικνύει, ότι οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες. Επίσης, όσο πιο πολύ καπνίζουν, τόσο αυξάνεται ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως, με  $P=0.000$ .

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (75%) πίνει καφέ, από τους οποίους το 60% πίνει έναν καφέ ημερησίως.

Προκύπτει, ότι όσο περισσότερους καφέδες πίνουν ημερησίως, τόσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζουν, με  $P=0.000$ .

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (73%) δεν πίνει κανένα ποτήρι κρασί την ημέρα, που σημαίνει, ότι δεν ακολουθεί τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής, η οποία συστήνει 1 ποτήρι κρασί ημερησίως. Αυτό όμως, διαμορφώνεται με βάση την ηλικία τους, αφού όσο περισσότερο μεγαλώνουν, τόσο περισσότερο προτιμούν να πίνουν κρασί καθημερινά, με  $P=0.000$ .

Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (44%) ασκούνται 1-3 φορές την εβδομάδα, ενώ το 41% δεν ασκείται καθόλου.

Το 52% των ερωτηθέντων δεν ελέγχει τα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα, ενώ από αυτούς που τα ελέγχουν, μόνο το 39% κάνει έλεγχο 1 φορά το χρόνο.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν, ότι θεωρούν πως η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από: το είδος της διατροφής (97%), την καθημερινή σωματική άσκηση (94%), τη διατήρηση του ιδανικού βάρους (92%), τη μη χρήση καπνού (87%), καθώς και τη διατήρηση σε φυσιολογικά επίπεδα των τιμών των λιπιδίων στο αίμα σε ποσοστό (80%).

Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που έχουν μεγαλύτερο σωματικό βάρος από το ιδανικό, πιστεύουν ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από τη διατήρηση του ιδανικού βάρους και των φυσιολογικών τιμών των λιπιδίων στο αίμα, με  $P < 0.005$ .

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι οι επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι: η υπερλιπιδαιμία (80%), η στεφανιαία νόσος (87%), η αθηροσκλήρυνση (51%), η παχυσαρκία (96%), η υπέρταση (79%), ο καρκίνος (56%), ο σακχαρώδης διαβήτης (85%) και τέλος το εγκεφαλικό με ποσοστό 46%. Από τα παραπάνω μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι, μόνο οι μισοί νέοι γνωρίζουν, ότι μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η αθηροσκλήρυνση, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό (46%) πιστεύει, ότι το εγκεφαλικό είναι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής, το οποίο, όμως, δεν ισχύει. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία από τους ερωτηθέντες γνωρίζουν καλύτερα ότι μια από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος, με  $P < 0,05$ . Επίσης, αυτοί που καπνίζουν, και μάλιστα ένα μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως, μάλλον αγνοούν ότι μία από τις επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι η στεφανιαία νόσος, με  $P < 0,05$ , που συμπίπτει με το γεγονός ότι, δεν έχουν μάθει να εφαρμόζουν στην καθημερινή τους ζωή υγιεινές συνήθειες, που έχουν ως πρότυπο τη Μεσογειακή Διατροφή.

Το 48% των νέων καταναλώνουν ζυμαρικά 1-2 φορές την εβδομάδα, το 24% 3-4, το 8% 5-7 φορές, ενώ το 20% καμία. Επίσης, η εβδομαδιαία κατανάλωση σε φρούτα αντιστοιχεί σε 1-2 φορές του 29%, 3-4 φορές του 30% και 5-7 φορές του 39% των νέων, ενώ μόλις το 2% των ερωτηθέντων απάντησε, ότι δεν καταναλώνει καθόλου φρούτα εβδομαδιαίως. Ωστόσο, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο περισσότερα φρούτα καταναλώνουν εβδομαδιαίως, με  $P < 0,05$ .

Το 38% των νέων καταναλώνει λαχανικά 1-2 φορές την εβδομάδα, το 24% 3-4 και το 34% 5-7 φορές, και μόλις το 4% δεν καταναλώνει καθόλου λαχανικά εβδομαδιαίως. Ωστόσο, όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο περισσότερα λαχανικά καταναλώνουν εβδομαδιαίως, με  $P < 0,05$ .

Το 69% των νέων καταναλώνει ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ το 23% δεν καταναλώνει καθόλου.

Όσο αφορά το κρέας, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (54%) το καταναλώνουν 1-2 φορές την εβδομάδα, το 24% 3-4 και το 12% 5-7 φορές, ενώ το 10% καμία.

Το 80% των νέων, που είναι ένα πολύ υψηλό ποσοστό, καταναλώνει κοτόπουλο 1-2 φορές την εβδομάδα.

Το 52% των νέων δεν καταναλώνει καθόλου προϊόντα ολικής άλεσης εβδομαδιαίως, ενώ η κατανάλωσή τους αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και είναι γεγονός ότι προτιμώνται περισσότερο από το γυναικείο φύλο, αφού είναι περισσότερο συνειδητοποιημένες στο θέμα διατήρησης του ιδανικού τους βάρους, με  $P=0,000$ .

Το 58% των νέων προτιμά την pizza, όταν γευματίζει εκτός σπιτιού, το 67% σάντουιτς, το 77% πίτες και το 65% κοτόπουλο.

Οι μισοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν, ότι προτιμούν το κρέας, όταν γευματίζουν εκτός σπιτιού, ενώ οι άλλοι μισοί όχι, γεγονός το οποίο σχετίζεται με την ηλικία και το φύλο τους, με  $P<0,05$ . Η πλειοψηφία των νέων (73%) δεν επιλέγει το ψάρι σε γεύματα εκτός σπιτιού, ενώ αυτοί που το προτιμούν είναι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, γεγονός το οποίο οφείλεται στο ότι ίσως γνωρίζουν καλύτερα τις ευεργετικές του ιδιότητες ( $\omega 3$ - $\omega 6$  λιπαρά οξέα), με  $P<0,05$ .

Το 57% των νέων προτιμά τις σαλάτες εποχής σε γεύματα εκτός σπιτιού, ενώ όσο μεγαλώνει η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο περισσότερο τις προτιμούν σε αυτού του είδους τα γεύματα, με  $P<0,05$ .

Το 56% των νέων θεωρεί ότι οι γνώσεις του για τη μεσογειακή διατροφή είναι μέτριες, το 42% επαρκείς, το 9% ελάχιστες, το 7% άριστες και μόλις το 2% ανεπαρκείς.

Όσο αφορά την πηγή ενημέρωσης των νέων σχετικά με τα ευεργετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διατροφής στην υγεία απάντησαν, ότι οι γνώσεις τους προέρχονται από: Τις σπουδές τους (69%) γεγονός που επηρεάζει θετικά τους νέους, το οικογενειακό περιβάλλον τους (64%), το φιλικό περιβάλλον τους (37%), τα ΜΜΕ (63%) και τέλος από περιοδικά και εφημερίδες (70%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση φυτικού λίπους (70%), υδατανθράκων (79%), φρούτων και λαχανικών (96%), προϊόντων ολικής αλέσεως (73%), ενώ μόνο το (16%) από την κατανάλωση ζωικού λίπους.

Απ' ότι φαίνεται, όσο περισσότερο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο περισσότερο πιστεύουν ότι η μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται απ' την κατανάλωση υδατανθράκων, με  $P<0,05$ .

Η πλειοψηφία των νέων πιστεύει ότι η μεσογειακή διατροφή προστατεύει τους ανθρώπου από: Καρδιακές προσβολές (95%), Καρκίνο (73%) ,παχυσαρκία (94%), αρτηριοσκλήρυνση (59%), υπέρταση (80%),Υπερλιπιδαιμία (87%), ενώ όλοι σχεδόν οι νέοι (93%) πιστεύουν, ότι η μεσογειακή διατροφή συμβάλλει στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Ακόμα, η πλειοψηφία των νέων πιστεύει, ότι στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου ανήκουν: ο σακχαρώδης διαβήτης (67%), η έλλειψη άσκησης (88%), η υπερλιπιδαιμία (74%), η παχυσαρκία (92%), η αθηρωμάτωση (51%) και τέλος η κακή διατροφή ( 88%). Ωστόσο, τόσο η παχυσαρκία όσο και η έλλειψη σωματικής άσκησης προβληματίζει τους νέους..

Όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, τόσο περισσότερο πιστεύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από καρκίνο, με  $P<0,05$ .

Τέλος, όσο μεγαλύτεροι είναι οι ερωτηθέντες σε ηλικία, τόσο αυξάνονται οι γνώσεις τους σχετικά με το γεγονός, ότι η έλλειψη σωματικής άσκησης και η υπερλιπιδαιμία ανήκουν στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου, με  $P<0,05$ .

## Προτάσεις

Κατά την άποψη μας οι παράγοντες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν και να ευαισθητοποιήσουν τους σπουδαστές της νοσηλευτικής για τη χρήση της μεσογειακής διατροφής είναι :

- Συνεχής ενημέρωση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους για τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής .

- Αποφυγή όλων των προδιαθεσικών παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.

- Συνεχής προληπτικός έλεγχος από την ηλικία των 18 ετών.



# ***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ***

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε νέους ηλικίας 18-30 ετών . Αποτελείται από 21ερωτήσεις τις οποίες θα θέλαμε να απαντήσετε με απόλυτη ειλικρίνεια προκειμένου να μας βοηθήσετε στην ερευνητική μας εργασία με θέμα: « Η συμβολή της μεσογειακής διατροφής όσον αφορά την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου σε νέους ηλικίας 18-30 ετών». Ευχαριστούμε για την βοήθεια σας.

1. Ηλικία: 18-22 |  
22-26 |  
26-30 |

2. Φύλο: Άντρας | Γυναίκα |

3. Ύψος: <1.55cm |  
1.55-1.65cm |  
1.65-1.75cm |  
>1.75cm |

4. Βάρος: 50-55 Kgr |  
55-60 Kgr |  
60-65 Kgr |  
>70 Kgr |

5. Έχετε πτυχίο: Π. Ε | , Τ. Ε | , Δ. Ε | , ΙΕΚ | , Άλλο |

6. Καπνίζετε;  
ΝΑΙ | ΟΧΙ |

6.1 Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως; .....

7. Πίνετε καφέ;  
ΝΑΙ | ΟΧΙ |

7.1 Αν ναι πόσους καφέδες ημερησίως; .....

8. Πόσα ποτήρια κρασί καταναλώνεται ημερησίως ; .....

9. Πόσες φορές ασκείστε εβδομαδιαίως; .....

10. Ελέγχετε τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα ;

ΝΑΙ | ΟΧΙ |

10.1 Αν ναι, πόσες φορές το χρόνο; .....

11. Θεωρείται ότι η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από:

Το είδος της διατροφής ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Την καθημερινή σωματική άσκηση ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Τη διατήρηση ιδανικού βάρους ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Τη μη χρήση καπνού ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Τη διατήρηση σε φυσιολογικά επίπεδα των τιμών λιπιδίων στο αίμα

ΝΑΙ | ΟΧΙ |

12. Ποιες από τις παρακάτω θεωρείτε ότι είναι οι επιπτώσεις της κακής διατροφής;

Η υπερλιπιδαιμία ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Η στεφανιαία νόσος ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Η αθηροσκλήρυνση ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Η παχυσαρκία ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Η υπέρταση ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Ο καρκίνος ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Ο σακχαρώδης διαβήτης ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Το εγκεφαλικό ΝΑΙ | ΟΧΙ |

13. Καταναλώνετε λίπη που έχουν κύρια πηγή λίπους:

Το ελαιόλαδο ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Το κρέας ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Το ψάρι ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Το κοτόπουλο ΝΑΙ | ΟΧΙ |

Το γάλα και τα προϊόντα του	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Το σπορέλαιο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Τις μαργαρίνες	ΝΑΙ	ΟΧΙ

14. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνεται:

- Ζυμαρικά .....
- Φρούτα .....
- Λαχανικά .....
- Ψάρια .....
- Κρέας .....
- Κοτόπουλο .....
- Προϊόντα ολικής αλέσεως .....

15. Όταν τρώτε εκτός σπιτιού προτιμάτε;

Pizza	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σάντουιτς	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πίτες	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κοτόπουλο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κρέας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ψάρι	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σαλάτες εποχής	ΝΑΙ	ΟΧΙ

16. Θεωρείται ότι οι γνώσεις σας για τη μεσογειακή Διατροφή είναι:

Άριστες	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Επαρκείς	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέτριες	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελάχιστες	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ανεπαρκείς	ΝΑΙ	ΟΧΙ

17. Από πού ενημερωθήκατε για τα ευεργετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διατροφής στην υγεία;

Από τις σπουδές σας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Από το οικογενειακό περιβάλλον	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Από το φιλικό περιβάλλον	ΝΑΙ	ΟΧΙ



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βαμβούκας Μ., (1990) *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία*. Έκδοση 5<sup>η</sup>, Αθήνα: Παρισιανός. Στο Φιδάνη- Κούτσιου Α., (2006) *Διερεύνηση των επιμορφωτικών Αναγκών των εκπαιδευτικών Νοσηλευτών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις δεξιότητες της εκπαίδευσης των ενηλίκων*: Διπλωματική εργασία, Πάτρα: Ε.Α.Π.

Κατσιλάμπρος Ν., (2004) *Κλινική Διατροφή*. Αθήνα: Βήτα.

Κατσιλάμπρος Ν., (1987) *Διατροφή στην κλινική Πράξη*, Αθήνα: Παρισιανός.

Κρεμαστινός Δ., *Αντιμετωπίστε την υψηλή χοληστερόλη*. Εφημερίδα Έθνος. Πέμπτη 13 Ιανουαρίου 2005.

Κρεμαστινός Δ., (2006) *Οικογενειακή Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια: Η καρδιά*. Επιμέλεια: Δ. Θ. Κρεμαστινός, Αθήνα: ΙΕΜ

Κυριαζή Ν., (1999) *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των Τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Στο Φιδάνη- Κούτσιου Α., (2006), *Διερεύνηση των επιμορφωτικών Αναγκών των Εκπαιδευτικών Νοσηλευτών του τμήματος της Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις δεξιότητες της Εκπαίδευσης Ενηλίκων*: Διπλωματική Εργασία, Πάτρα: Ε.Α.Π

Μαγκλαρά- Κατσιλάμπρου, Τσαρούχα Α., Κουρσουμπά Θ., Λάππα Ε., (1997) *Διαιτολογία*, Αθήνα: Βήτα.

Ματαλά Α., (2000) *Σημειώσεις του μαθήματος: Εισαγωγή στην επιστήμη της Διατροφής*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Μουρίκης Δ., Χατζηγιάννου Α., (2003) *Αγγειακή και Επεμβατική Ακτινολογία*, Αθήνα: Βήτα.

Πλέσσας Σ., (1998) *Διαιτητική του ανθρώπου*, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα: Φαρμάκων – Τύπος.

Σαχίνη- Καρδάση, Α.,(2004).*Μεθοδολογία έρευνας- εφαρμογή στο χώρο της υγείας* . Αθήνα: Βήτα.

Στεφανάδης Χ., *Υγιής καρδιά , προλαμβάνοντας τη στεφανιαία νόσο*. Εφημερίδα Έθνος. Πέμπτη 25 Νοεμβρίου 2004.

Φίλιας Β.,(1996) *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*, Β' Έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα. Στο Φιδάνη-Κούτσιου Α. , (2006), *Διερεύνηση των Επιμορφωτικών Αναγκών των Εκπαιδευτών Νοσηλευτών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις δεξιότητες της εκπαίδευσης Ενηλίκων*: Διπλωματική εργασία, Πάτρα :Ε.Α.Π

Χανιώτης Φ., Χανιώτης Δ.,(2002) *Νοσολογία – Παθολογία*, Αθήνα : Λίτσας

Read A., Barrit D.W., Langton Mewer R., (1984) *Σύγχρονη Παθολογία*. Εκδόσεις Λίτσας.

Bell J., (2001) *Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας* : Οδηγός για φοιτητές και υποψήφιους διδάκτορες, Αθήνα : Gutenberg. Στο Φιδάνη-Κούτσιου Α.,(2006), *Διερεύνηση των Επιμορφωτικών Αναγκών των Εκπαιδευτών Νοσηλευτών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις δεξιότητες της εκπαίδευσης Ενηλίκων* :Διπλωματική Εργασία, Πάτρα :Ε.Α.Π

Berd M., Hammersley M., Gomm R., Woods P., (1999) *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη* : Εγχειρίδιο μελέτης. Μετάφραση :Ευφροσύνη Φράγκου. Στο Φιδάνη-Κούτσιου Α., (2006) , *Διερεύνηση των Επιμορφωτικών Αναγκών των Εκπαιδευτών Νοσηλευτών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις δεξιότητες της εκπαίδευσης Ενηλίκων* : Διπλωματική Εργασία, Πάτρα :Ε.Α.Π.

Cohen L., Manion L., (1997) *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Μετάφραση: Χ. Μητσοπούλου, Μ. Φιλοπούλου. Αθήνα: Έκφραση. Στο Φιδάνη Κούτσιου Α., (2006)

Διερεύνηση των Επιμορφωτικών Αναγκών των εκπαιδευτικών Νοσηλευτών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στις Δεξιότητες Της Εκπαίδευσης Ενηλίκων: Διπλωματική Εργασία, Πάτρα: Ε.Α.Π.

Davidson C., (2000) Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός: στεφανιαία νόσος. Επιμέλεια: Κατσικοπούλου Μαρία., Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Happonen P., Voutilainen S., Salonen JT. Coffee drinking is dose-dependently related to the risk of acute coronary events in middle- aged men. J Nutr. 2004 sep; 134(9): 2381-6.

Polit, I., Hungler, P., (1997) *Nursing Research* :methods appraisal and utilization.4 ed. Lippincott, Philadelphia.

Towned C., with A Rof., (1999) Υγιεινή Διατροφή και Θεραπεία, Δίαιτες. Έκτη έκδοση, Αθήνα: Ελληνική Διαιτητική.

Virgil Brown, W., Smith D. Nutrition and Heart Disease. In Total Nutrition Herbert V., and Subak- Shape G ed Martins Griffin. New York 1995.

[www. Dietologoi. gr](http://www.Dietologoi.gr) (21/5/08)

[www. Fitnesslogic. gr](http://www.Fitnesslogic.gr) (21/5/08)

[www. Health. gr](http://www.Health.gr) (23/5/08)

[www. latronet. gr](http://www.latronet.gr) (23/5/08)

[www. Nut. uoa. gr](http://www.Nut.uoa.gr) (23/5/08)

[www. Wikipedia. gr](http://www.Wikipedia.gr) (23/5/08)



