



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΓΙΑΝΤΣΙΔΟΥ ΙΩΑΝΝΑ Α.Μ. 3681



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΚΑΡΑΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
1.1 Διατροφικές συνήθειες ενηλίκων.....	3
1.1.1 Διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα	3
1.1.2 Διατροφικές συνήθειες στην Ευρώπη.....	5
1.1.3 Διατροφικές συνήθειες στην Αμερική.....	6
1.1.4 Κατανάλωση πρωινού γεύματος	8
1.1.5 Οικογενειακά γεύματα.....	9
1.1.6 Κατανάλωση fast food	9
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες	10
1.2.1 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	10
1.2.2 Οικογενειακοί παράγοντες.....	12
1.2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	12
1.3 Μεσογειακή Διατροφή.....	14
1.3.1 Ορισμός της Μεσογειακής Διατροφής	14
1.3.2 Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής.....	15
1.3.3 Τρόφιμα στα οποία βασίζεται η Μεσογειακή Διατροφή.....	20
1.3.4 Η Μεσογειακή Διατροφή στη σύγχρονη εποχή.....	23
1.3.5 Η Μεσογειακή Διατροφή στη σύγχρονη Ελλάδα.....	24
1.4 Οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής.....	24
1.4.1 Μεσογειακή Διατροφή και μακροζωία.....	25
1.4.2 Μεσογειακή Διατροφή και μεταβολικό σύνδρομο	25
1.4.3 Μεσογειακή Διατροφή και παχυσαρκία.....	27
1.4.4 Μεσογειακή Διατροφή και καρδιαγγειακά	28
1.4.5 Μεσογειακή Διατροφή και διαβήτης.....	29
1.4.6 Μεσογειακή Διατροφή και καρκίνος.....	30
1.4.7 Μεσογειακή Διατροφή και νευροεκφυλιστικές ασθένειες	31
2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	32
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33
3.1 Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	33
3.2 Περιγραφή του δείγματος.....	33

3.3 Τρόπος συλλογής ερωτηματολογίων.....	34
3.4 Στατιστική ανάλυση.....	34
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	35
4.2 Σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος	37
4.3 Ανάλυση των δεδομένων	42
4.3.1 Αποτελέσματα συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων	42
4.3.2 Στατιστική ανάλυση	45
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	61
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	62
7.1 Ερωτηματολόγιο μελέτης.....	62
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η ανεπαρκής σωματική άσκηση που επικρατεί στη σύγχρονη εποχή σε σχεδόν όλες τις βιομηχανοποιημένες χώρες ευθύνεται για τα υψηλά ποσοστά τόσο της παχυσαρκίας όσο και άλλων χρόνιων ασθενειών. Στοιχεία από πολλές μελέτες έχουν αποδείξει τον προστατευτικό ρόλο της Μεσογειακής Διατροφής στην αύξηση του βάρους, στο διαβήτη τύπου 2, στις καρδιαγγειακές παθήσεις και σε άλλες χρόνιες ασθένειες. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι διατροφικές συνήθειες των ενηλίκων στη σημερινή εποχή αποκλίνουν ολοένα και περισσότερο από το μεσογειακό διατροφικό πρότυπο.

Στην παρούσα μελέτη αναλύονται οι ευεργετικές επιδράσεις της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία του ανθρώπου και παρουσιάζονται τα τρόφιμα που αποτελούν την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής. Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών των ενηλίκων, η οποία περιλαμβάνει την καταγραφή της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και την καταγραφή ορισμένων διατροφικών συνηθειών όπως η κατανάλωση πρωινού γεύματος, η κατανάλωση fast food και άλλων διατροφικών συνηθειών. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να μετρήσει σε δείγμα Ελλήνων ενηλίκων, κατά πόσο ακολουθούνται οι συστάσεις για την κατανάλωση ορισμένων ομάδων τροφίμων όπως αυτές ορίζονται από το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής.

Το δείγμα αποτελείται από 160 άτομα, 124 γυναίκες και 36 άντρες ηλικίας από 18 έως 62 ετών. Για την καταγραφή των διατροφικών τους συνηθειών οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και σε κάποιες βασικές ερωτήσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα του δείγματος δεν ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών, οσπρίων και καρπών, γαλακτοκομικών, μόνο και πολύ-ακόρεστων λιπαρών και κόκκινου κρέατος, ενώ αντίθετα ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση πουλερικών και αλκοόλ όπως αυτές ορίζονται από το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής.

Λέξεις κλειδιά: Μεσογειακή διατροφή, διατροφικές συνήθειες, ενήλικες, Ελλάδα

ABSTRACT

Bad eating habits and inadequate physical activity in modern times in almost all industrialized countries are responsible for the high rates of both, obesity and other chronic diseases. Data from many studies have demonstrated the protective role of the Mediterranean diet in weight gain, type 2 diabetes, cardiovascular disease and other chronic diseases. This study analyzes the beneficial effects of the Mediterranean diet on human health and presents the nutrients that form the pyramid of the Mediterranean diet. Recent studies have shown that adults eating habits nowadays are increasingly diverging from the Mediterranean dietary pattern.

The aim of this study has been to measure whether the recommendations for the consumption of certain food groups as defined by the Mediterranean Diet Standard are followed. For this purpose, the eating habits of adults have been recorded, which include frequency of food consumption and other dietary habits such as eating breakfast, eating fast food etc.

The sample has been consisted of 160 Greek people, 124 women and 36 men aged 18 to 62. To record their eating habits, participants were asked to respond to a food frequency questionnaire (ffq) and some key questions. The results of the survey showed that the participants did not follow the recommendations for the consumption of fruits, vegetables, cereals, legumes and nuts, dairy, monounsaturated and polyunsaturated fat and red meat, but they followed the recommendations for poultry and alcohol as defined by the Mediterranean Dietary Pattern.

Keywords: Mediterranean diet, eating habits, adults, Greece

1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Διατροφικές συνήθειες ενήλικων

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η κακή ποιότητα της διατροφής συμβάλλει σε αυξημένο κίνδυνο χρόνιων ασθενειών, όπως είναι τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης τύπου 2 και κάποιες μορφές καρκίνου. Παρόλο που η ποιότητα της διατροφής γενικά αυξάνεται με την ηλικία, παρατηρείται συχνά μείωση κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου από την εφηβεία μέχρι την ενηλικίωση. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ορισμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με τα τρόφιμα και αναπτύσσονται από νεαρούς ενήλικες συμπεριλαμβανομένων των ακανόνιστων γευμάτων, την παράκαμψη γευμάτων, τα συχνά σνακ, και την κατανάλωση τυποποιημένων γευμάτων, όπως τα έτοιμα εκτός σπιτιού γεύματα ή τα γεύματα εστιατορίου, συχνά συνδέονται με κακής ποιότητας διατροφή. Μια πρόσθετη ανησυχία είναι ότι αυτές οι αρνητικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται στα πρώτα στάδια της ζωής είναι πιθανό να ακολουθήσουν και μετέπειτα, έχοντας μακροπρόθεσμο αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων (Thorpe, Keast, Kestin, McNaughton, & Riddell, 2013).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής μας έχει μπερδέψει και έτσι έχουμε χάσει τις βάσεις μας όσον αφορά τη διατροφή. Μια διατροφή υψηλής ποιότητας βασίζεται σε μια ποικιλία τροφίμων, κυρίως από φυτικές πηγές και τρόφιμα που έχουν υποστεί περιορισμένη επεξεργασία, το κλασικό πρότυπο διατροφής που εφαρμόστηκε από τους Έλληνες και άλλους Μεσογειακούς πληθυσμούς. Η ισορροπημένη πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών είναι σπάνια και τα επεξεργασμένα τρόφιμα τα οποία εμπλουτίζονται με ζάχαρη ή αλάτι, ή και με τα δύο, έχουν γίνει κύρια συστατικά της δίαιτας μας. Τα μέσα σωματικά βάρη των ενηλίκων και όλο και περισσότερο των παιδιών αυξήθηκαν ως αποτέλεσμα της υπερβολικής κατανάλωσης θερμίδων σε συνδυασμό με παρατεταμένες περιόδους φυσικής αδράνειας. Σε ορισμένα έθνη αυτό το πρόβλημα είχε αρνητικό αντίκτυπο στα ποσοστά μακροζωίας του πληθυσμού λόγω της αύξησης των ποσοστών θνησιμότητας που σχετίζονται με μεταβολικές ασθένειες. (Anderson & Nieman, 2016)

1.1.1 Διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα

Όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, η ελληνική παραδοσιακή διατροφή, που είναι μια παραλλαγή της Μεσογειακής διατροφής έχει απασχολήσει τους επιστήμονες εδώ και

χρόνια, ως διατροφικό μοντέλο που προάγει την υγεία. Είναι πλούσια σε όσπρια, ψάρι, λαχανικά, φρούτα, δημητριακά και ελαιόλαδο, ενώ το κρέας τρώγεται σπάνια. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα η ελληνική παραδοσιακή διατροφή ακολουθείται κυρίως από τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ο νεότερος πληθυσμός, από την άλλη πλευρά, υιοθετεί μια πιο «δυτικοποιημένη» διατροφή σε συνδυασμό με έναν λιγότερο σωματικά ενεργό τρόπο ζωής.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης το Σεπτέμβριο του 2004 σχετικά με τις διατροφικές και υγιεινές συνήθειες των φοιτητών συμμετείχαν συνολικά 300 φοιτητές, 141 άντρες και 159 γυναίκες. Παρόλο που οι γυναίκες φοιτήτριες είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο βαθμολογίας σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες από ότι οι άνδρες φοιτητές δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου των φοιτητών και των γνώσεων τους για τα υγιεινά τρόφιμα. Συνολικά το 17,1% των μαθητών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι εκ των οποίων 58,8% ήταν άνδρες και 41,2% γυναίκες. Οι άντρες κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών ασκούσαν τακτικά (> 2 ώρες/ εβδομάδα). Οι φοιτητές της ιατρικής είχαν σημαντικά καλύτερη γνώση της υγιεινής διατροφής από τους άλλους φοιτητές αλλά δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της σχολής. Στη μελέτη βρέθηκε επίσης ότι οι γυναίκες παρόλο που ασκούσαν λιγότερο τακτικά από τους άντρες χαρακτηρίστηκαν από μεγαλύτερη προσπάθεια να ακολουθήσουν μια υγιεινή διατροφή, με χαμηλά λιπαρά και χαμηλότερη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο ποσοστό υπέρβαρο/ παχυσαρκίας γεγονός που σχετίζεται με μια πιο υγιεινή διατροφή. (Tirodimos, Georgounia, Savvala, Karanika, & Noukari, 2009)

Πρόσφατες έρευνες στην Ελλάδα έδειξαν πως οι διατροφικές συνήθειες παιδιών και εφήβων έχουν αλλάξει και παρατηρείται απομάκρυνση από τη Μεσογειακή διατροφή. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 3 σχολεία της Χαλκιδικής σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων από το Μάιο μέχρι τον Ιούνιο του 2008, όπου συμμετείχαν συνολικά 350 μαθητές, 161 αγόρια και 189 κορίτσια ηλικίας 12-18 ετών, βρέθηκε ότι αν και η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι η Μεσογειακή διατροφή δε φαίνεται να την ακολουθεί. Τα δεδομένα υποδεικνύουν χαμηλή με μέτρια τήρηση του μεσογειακού πρότυπου διατροφής καθώς επίσης και ότι παρόλο που έφηβοι είναι καλά ενημερωμένοι σε σχέση με τη μεσογειακή διατροφή δε μεταφράζουν αυτές τις γνώσεις στην καθημερινότητα τους. Επιπρόσθετα οι ανησυχίες για το σωματικό βάρος, η διαίτα, η γνώση των τροφίμων, ο γονικός έλεγχος, η εκπαίδευση των μητέρων, τα οικογενειακά γεύματα, το φαγητό με τους συνομηλίκους, η

ηλικία και το φύλο είναι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές των Ελλήνων εφήβων. Παρά το γεγονός ότι ορισμένες παραδόσεις παραμένουν ισχυρές στις αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, η παγκοσμιοποίηση φαίνεται να τις διαβρώνει και να οδηγεί σε τροποποιήσεις τροφίμων που δεν είναι συμβατές με την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και την υγιεινή διατροφή. (Bargiota, Delizona, Tsitouras, & Koukoulis, 2013)

1.1.2 Διατροφικές συνήθειες στην Ευρώπη

Παρά το θρεπτικό τους υπόβαθρο, οι διατροφικές συνήθειες του μεσογειακού πληθυσμού έχουν επιδεινωθεί τις τελευταίες δεκαετίες ως αποτέλεσμα της αυξημένης κατανάλωσης ζωικών προϊόντων και της μειωμένης πρόσληψης δημητριακών, φρούτων, λαχανικών και οσπρίων. Επιπλέον οι αλλαγές στον τρόπο ζωής παγκοσμίως έχουν οδηγήσει τους καταναλωτές σε ριψοκίνδυνες διατροφικές συνήθειες λόγω της κατανάλωσης τροφίμων τα οποία προετοιμάζονται μαζικά, εκ των προτέρων, και δεν αποθηκεύονται σωστά. (Bagordo, Grassi, Serio, Idolo, & De Donno, 2013)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πανεπιστήμιο της Ιταλίας βρέθηκε ότι οι διατροφικές συνήθειες των νέων δεν ακολουθούν τις εθνικές συστάσεις αφού λιγότερο από το 50% των φοιτητών τρώνε τουλάχιστον 1 μερίδα φρούτων ανά ημέρα και λιγότερο από 1 στους 4 τρώει τουλάχιστον 2 μερίδες λαχανικών ανά ημέρα. Επιπλέον, λιγότερο από το 10% των φοιτητών τρώνε κατά μέσο όρο 5 φορές την ημέρα και περισσότερο από 1 στους 3 δεν έχουν τακτικά πρωινό κάθε πρωί. (Teleman, de Waure, Soffiani, Poscia, & Di Pietro, 2015)

Στη Γερμανία πραγματοποιήθηκε έρευνα σχετικά με την κατανάλωση τροφίμων από ενήλικες και έφηβους που ζουν στη Γερμανία και από συγκεκριμένες υποομάδες (φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση), η οποία βασίστηκε στο ιστορικό κατανάλωσης τροφίμων των συμμετεχόντων και διεξήχθη στη Γερμανία μεταξύ Νοεμβρίου 2005 και Ιανουαρίου 2007. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 14-80 ετών, γερμανόφωνοι, που ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά. Από τους 15371 συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη σχετικά με το ιστορικό διατροφής, 7093 ήταν άνδρες (46,1%) και 8278 γυναίκες (53,9%). Η μέση ηλικία ήταν 46,3 έτη για τους άνδρες και 46,1 έτη για τις γυναίκες. Ο πληθυσμός των ενηλίκων ανδρών και γυναικών ήταν κατά μέσο όρο υπέρβαροι (BMI 25 kg / m²) και σχεδόν το 30% των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές. Περίπου ένα τέταρτο των συμμετεχόντων είχαν ολοκληρώσει την

τριτοβάθμια εκπαίδευση (12 ή 13 χρόνια σχολικής εκπαίδευσης) και πάνω από το ήμισυ απασχολούνται σε κάποια εργασία.

Η 2^η εθνική γερμανική διατροφική έρευνα ως αντιπροσωπευτικό δείγμα του γερμανικού πληθυσμού έδειξε ότι η κατανάλωση τροφίμων φυτικής προέλευσης είναι σημαντικά χαμηλότερη από τις τιμές που συστήνει η γερμανική διατροφική εταιρεία, ενώ η κατανάλωση προϊόντων ζωικής προέλευσης υπερβαίνει τις συνιστώμενες τιμές. Για παράδειγμα η κατανάλωση λαχανικών ήταν λίγο περισσότερο από το μισό του συνιστώμενου ποσού, ενώ μόνο το ένα έβδομο των συμμετεχόντων εκπλήρωσε τις κατευθυντήριες γραμμές. Η κατανάλωση κρέατος, προϊόντων κρέατος και λουκάνικων μεταξύ των ανδρών ήταν κατά δύο τρίτα υψηλότερη από την ανώτερη περιοχή των κατευθυντήριων γραμμών. Ωστόσο, στη Γερμανία η κατανάλωση λαχανικών ήταν περισσότερο από ένα τρίτο υψηλότερη από αυτή: στη Βελγική Έρευνα για την κατανάλωση τροφίμων (2004), στη γαλλική εθνική έρευνα Κατανάλωσης Τροφίμων 2006-7, στη Φινλανδική Έρευνα Findiet 2007 και στην Ολλανδική Εθνική Έρευνα κατανάλωσης τροφίμων (2007-10). Τα στοιχεία της ιταλικής Εθνικής Έρευνας για την Κατανάλωση Τροφίμων (2005-6) και της Εθνικής Έρευνας Διατροφής του Ηνωμένου Βασιλείου (2008-9) έδειξαν συγκρίσιμη κατανάλωση λαχανικών για τον ενήλικο πληθυσμό. Επιπλέον, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Φινλανδία η μέση κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος ήταν περισσότερο από 1,5 φορές υψηλότερη από ότι στη Γερμανία, ενώ στις άλλες προαναφερθείσες ευρωπαϊκές χώρες παρόμοιες ποσότητες κρέατος καταναλώθηκαν. Επιπλέον, για ορισμένες ομάδες τροφίμων η ευρωπαϊκή σύγκριση αποκάλυψε την υψηλότερη κατανάλωση στη Γερμανία. Γενικότερα οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τείνουν να κάνουν πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές και τα τρόφιμα που καταναλώνουν είναι πιο κοντά στις διατροφικές οδηγίες. Η κατανάλωση των περισσότερων ομάδων τροφίμων στη Γερμανία, είναι συγκρίσιμη με την κατανάλωση σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ η κατανάλωση ψωμιού, χυμών φρούτων και μπύρας είναι υψηλότερη στη Γερμανία. (Heuer, Krems , Moon , Brombach, & Hoffmann, 2015)

1.1.3 Διατροφικές συνήθειες στην Αμερική

Περισσότεροι Αμερικανοί είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι από ποτέ άλλοτε. Ωστόσο οι κύριες αιτίες της παχυσαρκίας και το υπερβάλλον βάρος δεν είναι καλά κατανοητά. Ένας δυνητικός παράγοντας είναι η κατανάλωση γευμάτων εστιατορίου. Η θρεπτική ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνονται εκτός σπιτιού είναι σημαντικά φτωχότερη από αυτή των τροφίμων που προετοιμάζονται στο σπίτι, παρέχοντας περισσότερο

λίπος, κορεσμένα λιπαρά, χοληστερόλη και νάτριο και λιγότερες φυτικές ίνες και ασβέστιο. (McCrory, Fuss, Hays, Vinken, Greenberg, & Roberts , 1999)

Οι αμερικάνικες δίαιτες έχουν μετατοπιστεί προς τη μείωση της θρεπτικής αξίας με λιγότερο από το 20% να συναντά τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA) για μια υγιεινή διατροφή συμπεριλαμβανομένων των φρούτων, των λαχανικών, των προϊόντων ολικής άλεσης και των γαλακτοκομικών με χαμηλή λιποπεριεκτικότητα. Οι Αμερικανοί καταναλωτές ολοένα και περισσότερο καταναλώνουν τρόφιμα εκτός σπιτιού π.χ σε fast food, καφετέριες και εστιατόρια με αποτέλεσμα να δαπανούν λιγότερο χρόνο στην προετοιμασία φαγητού. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι για τα παιδιά, η μίση από την ενέργεια από τα fast food καταναλώνεται στο σπίτι, γεγονός που αποδεικνύει πως ακόμη και τα φαγητά που καταναλώνονται εντός σπιτιού δεν είναι απαραίτητα σπιτικά μαγειρεμένα. Η έλλειψη χρόνου αναφέρεται ως το κύριο εμπόδιο για την παρασκευή θρεπτικών γευμάτων, ωθώντας τους ανθρώπους να “αγοράσουν” χρόνο μέσω της αγοράς βολικών τροφίμων που συχνά πωλούνται έτοιμα για κατανάλωση ή απαιτούν ελάχιστη προετοιμασία. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σχετικά με την κατανάλωση φαγητού και το χρόνο προετοιμασίας του βρέθηκε αύξηση στην κατανάλωση φαγητού εκτός σπιτιού από το 1965-1966 μέχρι το 2007-2008. Ο συνολικός χρόνος που ξοδεύεται στην προετοιμασία του φαγητού έχει μειωθεί, καθώς λιγότεροι άνθρωποι μαγειρεύουν την ημέρα και όσοι μαγειρεύουν ξοδεύουν όλο και λιγότερο χρόνο. (Smith, Ng, & Popkin, 2013)

Από την άλλη μεριά, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε ώστε να εξεταστούν τα διαιτητικά πρότυπα, τα τρόφιμα και τα θρεπτικά συστατικά που καταναλώνονται από τους ενήλικες των ΗΠΑ συμμετείχαν ενήλικες ηλικίας 20 ετών και άνω, έχοντας συμπληρώσει τουλάχιστον μία έγκυρη διατροφική ανάκληση 24ώρου. Με βάση τα εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα που συλλέχθηκαν μεταξύ 1999-2000 και 2011-2012 πολλές πτυχές της αμερικάνικης διατροφής φαίνεται να έχουν βελτιωθεί. Το εκτιμώμενο ποσοστό των αμερικανών ενηλίκων με χαμηλής ποιότητας διατροφή μειώθηκε από 55,9% σε 45,6% και το ποσοστό των ατόμων με μέτρια ποιότητα διατροφής αυξήθηκε από 43,5% σε 52,9%. Οι αλλαγές αυτές οφείλονταν σε μεγάλο βαθμό στην αυξημένη κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης και στη μειωμένη κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών. Περαιτέρω βελτιώσεις αποδόθηκαν στην αύξηση της κατανάλωσης ξηρών καρπών, σπόρων, οσπρίων, ολόκληρων φρούτων και γιαουρτιού και στη μείωση της κατανάλωσης πατάτας και ραφιναρισμένων κόκκων. Σύμφωνα με αυτές τις τάσεις, οι ενήλικες των ΗΠΑ αύξησαν την πρόσληψη σε διαιτητικές ίνες, ασβέστιο, πρωτεΐνες , πολυακόρεστα λιπαρά και ω-3 λιπαρά

μειώνοντας παράλληλα την πρόσληψη προστιθέμενων σακχάρων και το σύνολο των υδατανθράκων. (Rehm, Peñalvo, Afshin, & Mozaffarian, 2016)

1.1.4 Κατανάλωση πρωινού γεύματος

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το πρωινό αποτελεί σημαντικό μέρος μιας υγιεινής διατροφής και αποτελεσματική μέθοδο για την επίτευξη και διατήρηση ενός υγιούς βάρους. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν συνδέσει την παράληψη του πρωινού γεύματος με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, ενώ η κατανάλωση του συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο αύξησης του σωματικού βάρους. (Brikou, Zannidou, Karforoulou, Anastasiou, & Yannakoulia, 2016)

Το πρωινό γεύμα δικαίως έχει κερδίσει τον τίτλο του πιο σημαντικού γεύματος της ημέρας, παρόλα αυτά είναι το γεύμα που συχνότερα παραλείπουμε. Μια πρόσφατη ανασκόπηση στη βιβλιογραφία σχετικά με τις συνήθειες του πρωινού γεύματος και της διατροφής, έδειξε ότι η παράλειψη του πρωινού είναι εξαιρετικά διαδεδομένη στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη, σε ποσοστό 10% έως 30%. Όσον αφορά την ενεργειακή του συνεισφορά, το πρωινό παρέχει ένα υψηλότερο ποσοστό μικροθρεπτικών συστατικών από άλλα γεύματα που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έρευνες έχουν δείξει πως τα παιδιά που παραλείπουν το πρωινό έχουν μειωμένη πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών σε σχέση με τα παιδιά που καταναλώνουν τακτικά πρωινό, και πως αυτά τα χαμηλά επίπεδα πρόσληψης δεν αντισταθμίζονται από τα άλλα γεύματα. (AFFENITO, 2007)

Ωστόσο, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η παράλειψη του πρωινού γεύματος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία και ότι η κατανάλωση του συνδέεται αντιστρόφως με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την κατανάλωση πρωινού, το ΔΜΣ, τη φυσική δραστηριότητα και τη φυσική κατάσταση υποστηρίχθηκε ότι τα άτομα που καταναλώνουν πρωινό έχουν μικρότερο ΔΜΣ και καλύτερο έλεγχο βάρους μακροπρόθεσμα. Σε άλλη μελέτη αναφέρθηκε ότι οι συμμετέχοντες που κατανάλωσαν πρωινό χαμηλό σε ενέργεια, είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη ενέργειας κατά το μεσημεριανό γεύμα σε σύγκριση με αυτούς που κατανάλωσαν πρωινό υψηλό σε ενέργεια, ενώ παρατηρήθηκε μεγαλύτερη κατανάλωση ανθυγιεινών σνακ σε εφήβους που παραλείπουν το πρωινό. Σε άλλες έρευνες αναφέρθηκε ότι αυτοί που παρέλειπαν το πρωινό συμμετείχαν λιγότερο στις ασκήσεις και είχαν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με αυτούς που κατανάλωναν πρωινό. Τέλος

υποστηρίχθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που καταναλώνουν πρωινό ασκούνταν περισσότερο από 3 φορές/ εβδομάδα. (Halsey, Huber, Low, Ibeawuchi, Woodruff, & Reeves, 2011)

1.1.5 Οικογενειακά γεύματα

Τα οικογενειακά γεύματα είναι μια σημαντική δραστηριότητα που μπορεί να επηρεάσει τη διαιτητική πρόσληψη και κατ'επέκταση την υγεία των ατόμων. (Sobal & Hanson , 2011) Έρευνες έδειξαν ότι τα συχνά οικογενειακά γεύματα σχετίζονται με βελτιωμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών σε έφηβους και ενήλικες και με λιγότερες διατροφικές διαταραχές στους εφήβους. (Boutelle, Fulkerson, Neumark-Sztainer, Story, & French, 2006) Μελέτες που έγιναν σε ενήλικες σχετικά με τα οικογενειακά γεύματα και σε διαφορετικά έθνη αναφέρουν πως το 46% έως το 70% των οικογενειών τρώνε καθημερινά ένα κυρίως γεύμα μαζί. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 και συμμετείχαν συνολικά 1000 άτομα, ενήλικες των ΗΠΑ, βρέθηκε ότι το 53% των συμμετεχόντων έτρωγε οικογενειακά γεύματα 7 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, το 33% από 3 έως 6 φορές την εβδομάδα και το 14,6% από 0 έως 2 φορές την εβδομάδα. (Sobal & Hanson , 2011) Τα οικογενειακά γεύματα ήταν συχνότερα στα νοικοκυριά όπου ο νοικοκύρης ήταν μεγαλύτερος σε ηλικία. Τα νεαρότερα νοικοκυριά ήταν πιθανό να έχουν 2 ή λιγότερα οικογενειακά γεύματα την εβδομάδα. (Newman, Tumin , Andridge, & Anderson , 2015)

1.1.6 Κατανάλωση fast food

Τα τρόφιμα που διατίθενται σε καταστήματα fast food γίνονται ολοένα και περισσότερο σημαντικό κομμάτι της δίαιτας, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ. Ο αριθμός των καταστημάτων αυτών έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 30 χρόνια στη Βόρεια Αμερική, σε μικρότερο βαθμό, και στην Ευρώπη. Τα προϊόντα fast food χαρακτηρίζονται από υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα, υψηλή ενεργειακή πυκνότητα και μεγάλο μέγεθος μερίδας. Στον πληθυσμό των ΗΠΑ, περίπου το 1/3 της προσλαμβανόμενης ενέργειας προέρχεται από την κατανάλωση fast food. Σε έρευνα που έγινε στο Μίσιγκαν μεταξύ ενηλίκων ηλικίας 18 έως 64 ετών βρέθηκε ότι το 80% αυτών επισκέπτονταν εστιατόρια fast food τουλάχιστον 1 φορά το μήνα και το 28% κατανάλωνε fast food αρκετά τακτικά. (Anderson, Rafferty, Lyon-Callo, Fussman, & Imes, 2011) Έρευνα που έγινε το 2000 στην Ισπανία, όπου συμμετείχαν συνολικά 2930 άτομα ηλικίας 25 έως 74 ετών αναφέρει ότι το 10,1% του πληθυσμού κατανάλωνε

fast food τουλάχιστον 1 φορά το μήνα. Παρόλα αυτά μόλις το 1,1% κατανάλωνε fast food τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα. Η κατανάλωση fast food μειωνόταν σημαντικά όσο αυξανόταν η ηλικία. Γι αυτό δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι γενικά, η κατανάλωση ενέργειας από το fast food διέφερε σημαντικά μεταξύ των ΗΠΑ και του σημερινού Μεσογειακού πληθυσμού. (Schroeder, Fito, & Covas, 2007)

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες

1.2.1 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η ποιότητα της διατροφής επηρεάζεται όχι μόνο από το φύλο και την ηλικία, αλλά και από την απασχόληση, την εκπαίδευση και τα επίπεδα εισοδήματος, δηλαδή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή την κοινωνική τάξη. Οι πιο μειονεκτικές ομάδες πάσχουν από υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, διαβήτη, καρδιαγγειακών παθήσεων και οστεοπόρωσης. Όσο πιο εύπορες είναι οι ομάδες του πληθυσμού τόσο πιο υγιείς είναι λόγω της κατανάλωσης υψηλής ποιότητας τροφίμων. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι πιθανό να επηρεάσει όλες τις πτυχές του ενεργειακού ισοζυγίου, από την πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα μέχρι τις ευκαιρίες για σωματική άσκηση.

Οι περισσότερες μελέτες σημείωσαν ότι η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης σχετίζεται με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ η κατανάλωση ραφιναρισμένων δημητριακών (λευκό ψωμί), ζυμαρικών και ρυζιού σχετίστηκαν με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι ομάδες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν πιο πιθανό να καταναλώνουν φρέσκα φρούτα και λαχανικά, όχι μόνο σε μεγαλύτερες ποσότητες αλλά και σε μεγαλύτερη ποικιλία. Μια πρόσφατη μετά-ανάλυση μελετών από 7 ευρωπαϊκές χώρες έδειξε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν σταθερά υψηλότερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις απ ότι στις χαμηλότερες. Στην Ολλανδία οι γυναίκες με επίπεδο βασικής εκπαίδευσης ήταν 3 φορές πιθανότερο να καταναλώνουν χαμηλές ποσότητες φρούτων σε σχέση με τις πιο μορφωμένες γυναίκες. Έρευνες σε σχέση με τον προϋπολογισμό των τροφίμων ανέφεραν ότι σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ουγγαρία και η Πολωνία οι ομάδες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά. Οι χώρες αυτές είχαν επίσης μεγάλο ποσοστό κατανάλωσης εγχώριων τροφίμων.

Σε μεγάλο αριθμό μελετών, η κατανάλωση άπαχου κρέατος, ψαριών και θαλασσινών ήταν συνδεδεμένη με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών κρεάτων, κονσερβοποιημένων ψαριών και τηγανιτών προϊόντων. Όσον αφορά την κατανάλωση μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών οι ομάδες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν σταθερά υψηλότερη πρόσληψη βιταμινών, μετάλλων και φυτικών ινών σε σχέση με τις ομάδες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες είχαν επίσης μικρότερες προσλήψεις βιταμίνης C, β-καροτίνης και φολικού οξέος. Από την άλλη μεριά δεν υπήρξε ιδιαίτερη διαφορά στην πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών και στις δύο ομάδες.

Οι τιμές των τροφίμων

Δεν αποτελεί έκπληξη, ότι η χαμηλού κόστους δίαιτες είναι λιγότερο υγιεινές ενώ οι θρεπτικές διατροφικές συνήθειες συνδέονται με υψηλότερο κόστος. Το κόστος των τροφίμων αποτελεί εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικά συνηθειών. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε με βάση το Αμερικάνικο Υπουργείο Γεωργίας ανέφερε ότι το κόστος αντικατάστασης με υγιεινότερα τρόφιμα μπορεί να φτάσει έως 35-40% του προϋπολογισμού μιας αμερικάνικης οικογένειας χαμηλού εισοδήματος. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το κόστος των τροφίμων αποτελεί εμπόδιο στη μείωση της πρόσληψης λίπους και στην αύξηση της κατανάλωσης ψαριών, προϊόντων ολικής άλεσης, φρούτων και λαχανικών. Αρκετές μελέτες έχουν τονίσει ότι οι προϋπολογισμοί που έχουν τα φτωχά νοικοκυριά είναι ανεπαρκείς ώστε να αποκτήσουν μια ισορροπημένη διατροφή. Η φτώχεια μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή διαιτών χαμηλού κόστους που είναι πλούσια σε ενέργεια, σάκχαρα και προστιθέμενα λίπη.

Η πρόσβαση στα τρόφιμα

Η εύκολη πρόσβαση σε σούπερ μάρκετ συνδέθηκε με υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών ακόμη και σε πληθυσμό χαμηλότερου εισοδήματος στις ΗΠΑ. Το να ζεις σε γειτονίες με χαμηλότερα εισοδήματα έχει συσχετιστεί με την χαμηλότερη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ψαριών. Η ποιότητα των τροφίμων ήταν άμεσα επηρεασμένη από την ευκολία πρόσβασης σε ένα σούπερ μάρκετ καθώς και από τη διαθεσιμότητα και την ποικιλία υγιεινών τροφίμων στα γειτονικά καταστήματα.

(Darmon & Drewnowski, 2008)

1.2.2 Οικογενειακοί Παράγοντες

Αρκετές είναι οι μελέτες που δείχνουν ότι η διατροφική συμπεριφορά ενός παιδιού επηρεάζεται έντονα από το οικογενειακό περιβάλλον. Αποτελέσματα έρευνας σχετικά με τη συμπεριφορά των οικογενειακών προτύπων αναφέρουν ότι οι διατροφικές συμπεριφορές των ίδιων των γονιών και οι πρακτικές που χρησιμοποιούν επηρεάζουν την ανάπτυξη των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών. Οι γονείς δημιουργούν περιβάλλοντα για τα παιδιά τα οποία, είτε προωθούν την ανάπτυξη υγιεινής διατροφής και βάρους, είτε προάγουν το υπερβολικό βάρος και τη διαταραγμένη διατροφή. Επιπλέον διαμορφώνουν τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού όχι μόνο μέσω των τροφίμων που είναι διαθέσιμα προς τα παιδιά αλλά και μέσω του δικού τους τρόπου διατροφής, τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων και τις πρακτικές που χρησιμοποιούν ώστε να ταΐσουν το παιδί. Είναι γεγονός ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των προτιμήσεων και την ενεργειακή πρόσληψη των παιδιών, με έρευνα να δείχνει ότι ορισμένες πρακτικές που χρησιμοποιούνται από τους γονείς όπως π.χ η άσκηση υπερβολικού ελέγχου στο τι θα φάει και πόσο θα φάει το παιδί, μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη ενός υπέρβαρου παιδιού. Μία πρόσφατη έρευνα περιγράφει τις δύο πτυχές του ελέγχου: **περιορισμός**, που συνεπάγεται τον περιορισμό της πρόσβασης των παιδιών σε ανθυγιεινές τροφές και τον περιορισμό της συνολικής ποσότητας τροφής και **πίεση**, η οποία συνεπάγεται την πίεση των παιδιών να τρώνε υγιεινά τρόφιμα, κυρίως φρούτα και λαχανικά, και πίεση ώστε να τρώνε περισσότερο φαγητό. Οι γονείς συνήθως χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό αυτών των μεθόδων, ώστε να έχουν επιθυμητά αποτελέσματα. Για παράδειγμα πιέζουν το παιδί να φάει υγιεινά τρόφιμα χρησιμοποιώντας ανταμοιβές ή δωροδοκίες όπως ζαχαρώδη σνακ, τα οποία έτσι και αλλιώς είναι απαγορευμένα. Η πίεση των παιδιών να τρώνε φαίνεται πως είναι αντιπαραγωγική μέθοδος, αφού μειώνει την ικανότητα των παιδιών να διαχειριστούν την ενεργειακή τους πρόσληψη. Μια περαιτέρω έρευνα έχει συνδέσει την «πίεση στο φαγητό» με μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε 5χρονα κορίτσια. (Scaglioni, Salvioni, & Galimberti, 2008)

1.2.3 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Στρες

Το άγχος και η καθημερινή ταλαιπωρία φαίνεται να αυξάνουν την ανάγκη για κατανάλωση σνακ, ιδίως για τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη παχυσαρκίας. Οι συναισθηματικά

τροφόμενοι άνθρωποι φαίνεται να υπερκαταναλώνουν φαγητό κάτω από καταστάσεις πίεσης σε σχέση με τους μη συναισθηματικά τρεφόμενους. Επιπλέον, μεταξύ των πρώτων, η λαχτάρα για φαγητό και η κατανάλωση τροφίμων με αυξημένους υδατάνθρακες και λιπαρά αυξάνει, ως απάντηση στο στρες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε αξιολογήθηκε η σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και διατροφικής συμπεριφοράς σε 90 εργαζόμενους και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υψηλό εργασιακό άγχος συνδέεται με αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, κορεσμένου λίπους και ζάχαρης σε σχέση με τους εργαζόμενους που είχαν χαμηλότερο εργασιακό άγχος. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι το υψηλό και χαμηλό άγχος καθορίστηκε από τις ώρες εργασίας και όχι από συγκεκριμένους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό άγχος. Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η πλειοψηφία των ατόμων τείνουν να αλλάζουν τη διατροφική τους συμπεριφορά όταν αγχώνονται, με το 80% των ανθρώπων να μεταβάλλει τη διατροφική του πρόσληψη, είτε αυξάνοντας, είτε μειώνοντας την. Είναι αποδεδειγμένο ότι τα άτομα που έχουν “συγκρατημένη” διατροφική συμπεριφορά, είναι πιο επιρρεπή σε αγχώδεις καταστάσεις που σχετίζονται με το φαγητό, καθώς και πιο ευαίσθητα στις επιβλαβείς επιδράσεις του στρες στη διατροφική συμπεριφορά π.χ υπερκατανάλωση τροφής. Σε μια μελέτη αναφέρθηκε ότι το 71% των γυναικών που αύξαναν την πρόσληψη τροφής όταν αισθάνονταν αγχωμένες, ανήκαν στην κατηγορία των “συγκρατημένων” διατροφικά ατόμων, σε αντίθεση με το 35% των γυναικών, που δεν άλλαξε τη διατροφική του συμπεριφορά, ούτε μείωσε την πρόσληψη τροφής ανταποκρινόμενο στο στρες.

Διάθεση

Η πρόσληψη τροφής μπορεί να έχει αξιοσημείωτη επίδραση στη διάθεση των ατόμων, καθώς τα περισσότερα άτομα έχουν τις δικές τους διατροφικές συνήθειες, οι οποίες σχετίζονται με τη διάθεση όπως για παράδειγμα ένα φλιτζάνι καφέ το πρωί για να ξυπνήσει ή να τρώει γλυκά για να μειώσει το άγχος. Οι συναισθηματικές καταστάσεις μπορεί να έχουν επιπτώσεις στη διατροφική συμπεριφορά και να οδηγήσουν σε υπερκατανάλωση ή σε μειωμένη πρόσληψη τροφής. Έχουν γίνει αρκετές ανασκοπήσεις μελετών σχετικά με τη συναισθηματική κατανάλωση σε σχέση με το βάρος και όλες σχεδόν οι μελέτες έχουν αντιμετωπίσει αρνητικά συναισθήματα όπως η κατάθλιψη και ο φόβος, συγκρίνοντας πως αντιδρούν τα παχύσαρκα και τα φυσιολογικού βάρους άτομα σε αυτές τις καταστάσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν σχετική υπερκατανάλωση τροφής από τα παχύσαρκα άτομα κατά τη διάρκεια αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων. Σε μελέτη που διεξήχθη με ερωτηματολόγια για άτομα με χαμηλό βάρος, φυσιολογικό βάρος και παχύσαρκα, σημειώθηκε ότι τα άτομα που ανήκαν στην κατηγορία των υπέρβαρων έτρωγαν

περισσότερο από τις υπόλοιπες ομάδες όταν αντιμετώπιζαν αρνητικά συναισθήματα, ενώ τα άτομα με χαμηλό βάρος ανέφεραν ότι τρώνε περισσότερο όταν βίωναν θετικά συναισθήματα και καταστάσεις. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα άτομα με χαμηλό βάρος, έτρωγαν λιγότερο κάτω από αρνητικές καταστάσεις, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στο να είναι λιποβαρή (Scott & Johnstone, 2012)

1.3 Μεσογειακή διατροφή

1.3.1 Ορισμός της Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα διατροφικό μοντέλο που εκτιμάται παγκοσμίως ότι ανήκει στον πολιτιστικό, ιστορικό, κοινωνικό, εδαφικό και περιβαλλοντικό χώρο και συνδέεται στενά με τον τρόπο ζωής των λαών της Μεσογείου κατά τη διάρκεια της ιστορίας τους. Η Μεσογειακή Διατροφή, που είναι γνωστή ως διατροφικό μοντέλο, βελτιώνει την ποιότητα και την ασφάλεια των τροφίμων και τη σύνδεση τους με τον τόπο προέλευσης τους. Προσφέρει μια απλή κουζίνα, πλούσια σε φαντασία και γεύσεις, αξιοποιώντας πλήρως όλες τις πτυχές μιας υγιεινής διατροφής. (ALTOMARE, et al., 2013) Η εποχικότητα, η βιοποικιλότητα και η κατανάλωση παραδοσιακών και τοπικών προϊόντων διατροφής είναι επίσης σημαντικό στοιχείο της Μεσογειακής διατροφής. (Castro-Quezada, Román-Viñas, & Serra-Majem, 2014)

Η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ξηρών καρπών, οσπρίων και μη επεξεργασμένων δημητριακών, μέτρια κατανάλωση ψαριών και πουλερικών τα οποία καταναλώνονται εβδομαδιαία με μεγαλύτερη έμφαση στα ψάρια, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος, και καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων σε χαμηλές προς μέτριες ποσότητες. (Kyriacou, Evans, Economides, & Kyriacou, 2015) Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι συνήθης στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή αλλά σε μέτρια ποσότητα και στη μορφή του κρασιού, κυρίως κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Η κατανάλωση λιπιδίων μπορεί να είναι υψηλή (κοντά ή πάνω από 40% της συνολικής ενέργειας) όπως στην Ελλάδα ή μέτρια (περίπου το 30% της συνολικής ενέργειας) όπως στην Ιταλία, αλλά, σε όλες τις περιπτώσεις κύρια πηγή πρόσληψης λίπους είναι το ελαιόλαδο, το οποίο είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά. (Trichoroulou, et al., 2014) Η Μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει επίσης υψηλή κατανάλωση φυτικών ινών, τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες και αντιοξειδωτικές ενώσεις, οι οποίες μπορούν να δράσουν από κοινού και

να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία. Η Μεσογειακή διατροφή συνδέεται με χαμηλότερη θνησιμότητα απ όλες τις αιτίες και σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη τύπου 2, ορισμένα είδη καρκίνου και νευροεκφυλιστικές ασθένειες. (Castro-Quezada, Román-Viñas, & Serra-Majem, 2014)

Πολλές είναι οι μελέτες που επιβεβαιώνουν τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής στην υγεία. Μια τέτοια μελέτη είναι και η μελέτη των επτά χωρών η οποία ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και αφορούσε μεσογειακές και μη χώρες (Ελλάδα, ΗΠΑ, Γιουγκοσλαβία, Φινλανδία, Ιταλία, Ολλανδία και Ιαπωνία). Η μελέτη των επτά χωρών σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ της διατροφής και των καρδιαγγειακών παθήσεων σε σχέση με τα λιπαρά οξέα που προσλαμβάνουμε από τη διατροφή. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι ο πληθυσμός της Κρήτης παρουσίαζε τα χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου, ακολουθούμενος από τον πληθυσμό της Ιαπωνίας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα χαμηλά αυτά ποσοστά οφείλονται στην υψηλή πρόσληψη ελαιολάδου και στη χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών της Μεσογειακής Διατροφής. Οι δύο πληθυσμοί με τα χαμηλότερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου στην μελέτη των επτά χωρών είχαν υψηλότερη πρόσληψη α-λινολενικού οξέος. Οι Ιάπωνες το έπαιρναν από το έλαιο κράμβης και το σογιέλαιο και ο πληθυσμός της Κρήτης από τα φασόλια, τα άγρια φυτά, τα καρύδια και τα σύκα. (Simopoulos, 2001)

1.3.2 Η Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Το 1992, το Υπουργείο Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών ανέφερε διατροφικές συστάσεις για τον αμερικανικό πληθυσμό με τη μορφή πυραμίδας, βοηθώντας τους ανθρώπους να κάνουν σωστές διατροφικές επιλογές με στόχο τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων ασθενειών. Οι αυξανόμενες επιστημονικές αποδείξεις ότι η Μεσογειακή διατροφή προστατεύει από τη στεφανιαία νόσο, κάποιες μορφές καρκίνου και άλλες χρόνιες ασθένειες και ότι εγγυάται τη μακροζωία στους ενήλικες οδήγησε ορισμένους επιστήμονες να αντιπροσωπεύσουν αυτό το σχήμα διατροφής ως πυραμίδα, τη γνώστη πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής. Η επιτυχία αυτού του γεωμετρικού σχήματος στον τομέα της διατροφής οφείλεται πιθανώς στην ικανότητά του να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα και την ποσότητα πρόσληψης τροφής και ταυτόχρονα να αντιπροσωπεύει μια υγιεινή διατροφή. Με την πάροδο των ετών, οι μεσογειακές χώρες, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιταλία, επεξεργάστηκαν μερικές μεσογειακές διατροφικές πυραμίδες, δίνοντας στους πληθυσμούς τους διατροφικές συμβουλές, την κληρονομιά και τα επιστημονικά στοιχεία για την πρόληψη

χρόνιων ασθενειών και την προώθηση της μακροζωίας. (D'Alessandro & De Pergola, 2014)

Ο τελικός σχεδιασμός της μεσογειακής πυραμίδας σήμερα, η οποία αντικατοπτρίζει τις μεταβολές που υφίσταται η Μεσογειακή διατροφή στις μεσογειακές κοινωνίες, αναπτύχθηκε από την Επιτροπή του Διεθνούς Επιστημονικού Ιδρύματος της Μεσογειακής διατροφής. Η νέα πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής παρέχει βασικά στοιχεία για την επιλογή των τροφίμων, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, αναφέροντας τις σχετικές αναλογίες και τη συχνότητα κατανάλωσης των μερίδων των κύριων ομάδων τροφίμων που αποτελούν το μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Το πρότυπο περιλαμβάνει όλες τις ομάδες τροφίμων μαζί με επαρκείς συχνότητες και ποσότητες κατανάλωσης. Η μεγάλη ποικιλία τροφίμων στη Μεσογειακή διατροφή ελαχιστοποιεί την πιθανότητα εμφάνισης ελλείψεων κάποιας θρεπτικής ουσίας. Στην πραγματικότητα, η υψηλή προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, έχει συνδεθεί με καλύτερο θρεπτικό προφίλ και με χαμηλότερη συχνότητας εμφάνισης ατόμων με ανεπάρκειες μικροθρεπτικών συστατικών σε σύγκριση με άλλα διατροφικά πρότυπα όπως είναι το δυτικό. (Bach-Faig, et al., 2011).

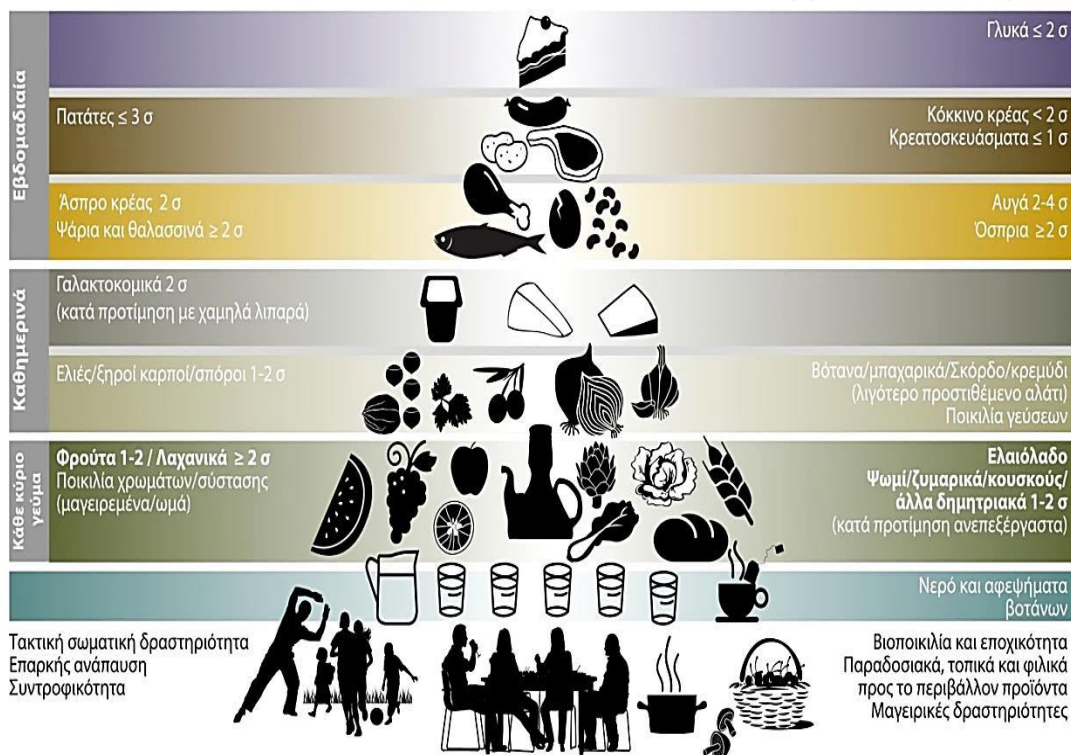
Μεσογειακή διατροφή: ένας τρόπος ζωής για το σήμερα

Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες

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



Κατανάλωση κρασιού με μέτρο, σεβόμενοι τις κοινωνικές πεποιθήσεις



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea
Η διαίτηση της πυραμίδας δεν έχει περιορισμούς, συνιστάται η διανομή της.

Έκδοση 2010

σ=σερβίρισμα



ICAF
International Commission on the Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Prevenición con Dieta Mediterránea



Στη βάση της διατροφικής πυραμίδας βρίσκονται τα τρόφιμα που πρέπει να διατηρούν τη διατροφή και να παρέχουν τη μεγαλύτερη πρόσληψη ενέργειας και στο πάνω μέρος τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες όπως τα ζωικής προέλευσης τρόφιμα ή και τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε σάκχαρα και λίπη, τα οποία θα πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο ή να αφήνονται για ειδικές περιστάσεις. (Bach-Faig, et al., 2011)

Στη διατροφική πυραμίδα δίνονται συχνότητες κατανάλωσης ομάδων τροφίμων σε σερβιρίσματα και όχι σε γραμμάρια, γιατί οι περισσότεροι καταναλωτές λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Έτσι λοιπόν ένα σερβίρισμα αντιστοιχεί περίπου σε:

- 1 φέτα ψωμί ολικής άλεσης, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένο ρύζι ή ζυμαρικά ολικής άλεσης, ½ φλιτζάνι πατάτες, 1 φλιτζάνι ωμά λαχανικά ή ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα,

1 μικρό φρούτο ή ½ φλιτζάνι χυμό φρούτων, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα όσπρια, 1 φλιτζάνι αποβουτυρωμένο γάλα ή άπαχο γιαούρτι, 90gr μαγειρεμένα πουλερικά ή ψάρι, 1 κουταλάκι γλυκού ελαιόλαδο. (uwhealth.org/nutrition)

Η πυραμίδα έχει καθιερώσει ημερήσιες, εβδομαδιαίες και περιστασιακές διατροφικές οδηγίες, έτσι ώστε να ακολουθηθεί μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή.

Καθημερινά:

Τα 3 κυρίως γεύματα θα πρέπει να περιέχουν τρία βασικά στοιχεία, τα οποία θα πρέπει να βρεθούν καθ όλη τη διάρκεια της μέρας:

- **Σιτηρά.** Μία ή δύο μερίδες ανά γεύμα με τη μορφή ψωμιού, ζυμαρικών, ρυζιού, κουσκούς και άλλων, κατά προτίμηση μη επεξεργασμένα, δεδομένου ότι ορισμένα πολύτιμα θρεπτικά συστατικά (μαγνήσιο, φώσφορο κ.λπ.) και ίνες μπορούν να χαθούν κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας.
- **Λαχανικά.** Βρίσκονται κυρίως στο μεσημεριανό και το δείπνο. Συστήνεται η κατανάλωση περισσότερο από δύο μερίδες ανά γεύμα, τουλάχιστον μία από τις μερίδες να είναι ωμή. Η ποικιλία χρωμάτων και υφών στα λαχανικά προσφέρει μια ποικιλία αντιοξειδωτικών και προστατευτικών ενώσεων.
- **Φρούτα.** Μία ή δύο μερίδες ανά γεύμα. Θα πρέπει να επιλέγονται ως το πιο συχνό επιδόρπιο.

Γαλακτοκομικά: είναι προτιμότερη η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων με χαμηλή λιποπεριεκτικότητα και γαλακτοκομικών που έχουν υποστεί ζύμωση. Συμβάλλουν στην υγεία των οστών, αλλά μπορεί να αποτελέσουν σημαντική πηγή κορεσμένων λιπαρών.

Το ελαιόλαδο βρίσκεται στο κέντρο της πυραμίδας. Θα πρέπει να είναι η κύρια πηγή διατροφικών λιπιδίων λόγω της υψηλής διατροφικής του ποιότητας (ιδιαίτερα το εξαιρετικά παρθένο). Η μοναδική σύνθεση του δίνει υψηλή αντίσταση στις θερμοκρασίες μαγειρέματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως dressing σε σαλάτες. Τα **μπαχαρικά**, τα **βότανα**, το σκόρδο και τα κρεμμύδια είναι ένας καλός τρόπος για να εισαγάγετε μια ποικιλία γεύσεων και γευσιγνωσίας στα πιάτα και να συνεισφέρετε στη μείωση της προσθήκης αλατιού. Οι ελιές, οι ξηροί καρποί και οι σπόροι είναι καλές πηγές λιπιδίων, πρωτεϊνών, βιταμινών, ανόργανων ουσιών και φυτικών ινών. Μια λογική κατανάλωση ελιών, ξηρών καρπών και σπόρων (όπως μια χούφτα) είναι μια υγιεινή επιλογή σνακ. Μια μέτρια κατανάλωση **κρασιού** (ένα ποτήρι για τις γυναίκες και δύο για τους άντρες, ως γενική αναφορά) κατά τη διάρκεια των γευμάτων συνίσταται.

Εβδομαδιαία:

Θα πρέπει να καταναλώνεται μια ποικιλία φυτικών και ζωικών πρωτεϊνών. Τα παραδοσιακά μεσογειακά πιάτα δεν περιέχουν πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης ως κύριο συστατικό αλλά ως γευστική επιλογή.

- Τα ψάρια (δύο ή περισσότερες μερίδες), το λευκό κρέας (δύο μερίδες) και τα αυγά (δύο έως τέσσερις μερίδες) αποτελούν καλές πηγές ζωικών πρωτεϊνών. Τα ψάρια και τα οστρακοειδή είναι επίσης μια καλή πηγή υγιεινών πρωτεϊνών και λιπιδίων
- Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος (λιγότερο από δύο μερίδες, κατά προτίμηση άπαχο) και επεξεργασμένου κρέατος (λιγότερο από μία μερίδα) πρέπει να είναι σε μικρότερη ποσότητα και συχνότητα.
- Ο συνδυασμός των οσπρίων (περισσότερο από δύο μερίδες) και των δημητριακών είναι μια πολύ καλή πηγή πρωτεϊνών και λιπιδίων. Οι πατάτες επίσης περιλαμβάνονται σε αυτή την ομάδα, καθώς αποτελούν μέρος πολλών παραδοσιακών συνταγών με κρέας και ψάρι (τρεις ή λιγότερες μερίδες ανά εβδομάδα, κατά προτίμηση φρέσκες πατάτες).

Περιστασιακά:

Στην κορυφή της πυραμίδας παρουσιάζονται τα ανθυγιεινά πλούσια σε λίπη και σάκχαρα τρόφιμα (γλυκά). Η ζάχαρη, οι καραμέλες, τα γλυκά και τα ποτά όπως οι χυμοί φρούτων και τα αναψυκτικά, πρέπει να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες και να αφήνονται για ειδικές περιστάσεις.

Μια από τις καινοτομίες της πυραμίδας, πέρα από τις ποσότητες και τις συχνότητες κατανάλωσης, είναι η ενσωμάτωση του τρόπου ζωής και των πολιτισμικών στοιχείων. Πράγματι η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η διατήρηση των πολιτιστικών στοιχείων του τόπου πρέπει να ληφθούν υπόψη έτσι ώστε να αποκτηθούν όλα τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής. Αυτά τα στοιχεία είναι:

Μετριοπάθεια: το μέγεθος των μερίδων θα πρέπει να βασίζεται στη λιτότητα, προσαρμόζοντας τις ενεργειακές ανάγκες στους σύγχρονους καθιστικούς τρόπους ζωής.

Μαγείρεμα: το μαγείρεμα να είναι μια σημαντική δραστηριότητα λαμβάνοντας το σωστό χρόνο και χώρο. Το μαγείρεμα μπορεί να είναι χαλαρωτικό, διασκεδαστικό και μπορεί να γίνει με την οικογένεια, τους φίλους και τους αγαπημένους.

Η εποχικότητα, η βιοποικιλότητα, η φιλικότητα προς το περιβάλλον, τα παραδοσιακά και τα τοπικά προϊόντα διατροφής παρουσιάζονται στο κάτω μέρος

της πυραμίδα για να τονίσουν πώς η νέα αναθεωρημένη σύγχρονη μεσογειακή διατροφή είναι συμβατή με την ανάπτυξη μιας βιώσιμης διατροφής μοντέλο για τις σημερινές και τις μελλοντικές μεσογειακές γενιές. Η προτίμηση για εποχιακά, φρέσκα και ελάχιστα επεξεργασμένα τρόφιμα μεγιστοποιεί το περιεχόμενο των προστατευτικών θρεπτικών συστατικών και των ουσιών στη διατροφή.

Δραστηριότητα: Η τακτική σωματική άσκηση μέτριας φυσικής δραστηριότητας (τουλάχιστον 30 λεπτά καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας) αποτελεί βασικό συμπλήρωμα της διατροφής για την εξισορρόπηση της πρόσληψης ενέργειας, για υγιή διατήρηση του σωματικού βάρους και για πολλά άλλα οφέλη για την υγεία. Το περπάτημα, η χρήση της σκάλας αντί του ασανσέρ, οι οικιακές εργασίες είναι απλοί και εύκολοι τρόποι άσκησης. Επιπλέον οι δραστηριότητες αναψυχής σε εξωτερικούς χώρους και κατά προτίμηση με άλλα άτομα κάνει πιο ευχάριστη την άσκηση και ενισχύει το αίσθημα της ομαδικότητας. (Bach-Faig, et al., 2011)

1.3.3 Τρόφιμα στα οποία βασίζεται η Μεσογειακή Διατροφή

ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ

Η ομάδα των δημητριακών περιλαμβάνει τα ζυμαρικά, το ρύζι, το ψωμί, το καλαμπόκι, το κριθάρι, τη σίκαλη, τη βρώμη και τις πατάτες. Τα δημητριακά πρέπει να βρίσκονται σε καθημερινή βάση στη διατροφή μας και κατά προτίμηση στη μη επεξεργασμένη τους μορφή, ώστε να είναι πλουσιότερα σε φυτικές ίνες. Θα πρέπει να καταναλώνονται αρκετές μερίδες δημητριακών, αφού αποτελούν την πιο σημαντική πηγή αμύλου, που χρησιμοποιείται εύκολα σαν πηγή ενέργειας από το σώμα μας. Για παράδειγμα 120γρ. ωμών ζυμαρικών παρέχουν 427 θερμίδες. Επιπλέον, ορισμένα από αυτά τα τρόφιμα περιέχουν βιταμίνες της ομάδας Β και μια δίκαιη ποσότητα πρωτεϊνών.

ΦΡΟΥΤΑ-ΛΑΧΑΝΙΚΑ

Τα φρούτα και τα λαχανικά πρέπει να είναι εποχιακά και όσο το δυνατόν πιο φρέσκα. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουν την καλύτερη ποιότητα και γεύση. Επιπλέον αποτελούν σημαντική πηγή βιταμινών όπως Α και C και μετάλλων όπως το κάλιο. Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντική πηγή αντιοξειδωτικών τα οποία ασκούν προστατευτική δράση για τον οργανισμό, και νερού το οποίο μπορεί να φτάσει και το 95% του βάρους τους (καρπούζι). Τέλος αποτελούν καλή πηγή φυτικών ινών, που

βοηθούν με τη σειρά τους στην καλή εντερική λειτουργία και στη συγκράτηση της χοληστερόλης και της γλυκόζης στο αίμα σε καλά επίπεδα. Για αυτούς τους λόγους τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό να βρίσκονται σε αφθονία στην καθημερινή διατροφή. (ALTOMARE, et al., 2013)

ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

Οι αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ενώσεις στο εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο περιλαμβάνουν τοκοφερόλες, καροτενοειδή και πολυφαινόλες. Οι πολυφαινόλες είναι ιδιαίτερα σημαντικές λόγω του αριθμού, της ποικιλομορφίας και των ιδιαίτερων ιδιοτήτων τους. Τα οφέλη για την υγεία του ελαιολάδου έχουν εξεταστεί εκτενώς. Σε σύγκριση με τα ελαιόλαδα με χαμηλές συγκεντρώσεις πολυφαινόλης, οι περισσότερες κλινικές μελέτες κατέδειξαν ότι τα ελαιόλαδα που περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις πολυφαινόλης είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη μείωση των φλεγμονωδών βιοδεικτών, καλύτερη προστασία της χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας (LDL-χοληστερόλης) από την οξείδωση και μεγαλύτερες μειώσεις σε ισοπροστάνες. Οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες των πολυφαινολών συμβάλλουν στη μείωση των καρδιαγγειακών και ορισμένων μορφών καρκίνου, εμποδίζοντας την οξείδωση της LDL και την εξουδετέρωση των ελεύθερων ριζών αντίστοιχα.

Οι επιτραπέζιες ελιές είναι εξαιρετικά πλούσιες πηγές αντιοξειδωτικών πολυφαινολών. Για τους περισσότερους τύπους ελιών, οι κύριες πολυφαινόλες είναι η ολευροπεΐνη και η υδροξυτυροσόλη. Σε μία μελέτη, τα επίπεδα υδροξυτυροσόλης εκτιμήθηκαν ότι είναι 250-760 mg / kg σε ελιές καλαμών, 170-510 mg / kg σε πράσινες ελιές ισπανικού τύπου και 100-340 mg / kg σε ελληνικού στυλ μαύρες ελιές. Έτσι, μια ελιά της Καλαμάτας (4 g σάρκας) παρέχει περίπου 1 - 3 mg υδροξυτυροσόλης.

ΞΗΡΟΙ ΚΑΡΠΟΙ

Οι ξηροί καρποί αποτελούν βασικό συστατικό της Μεσογειακής διατροφής και έχουν σημαντικά οφέλη για την υγεία. Αποτελούν πλούσια πηγή ακόρεστων λιπαρών οξέων, πρωτεϊνών, αργινίνης, φυτικών ινών, μετάλλων και βιταμινών όπως τοκοφερόλες, φολικό οξύ, μαγνήσιο και ασβέστιο. Οι ξηροί καρποί είναι επίσης εξαιρετικές πηγές αντιοξειδωτικών με μερικούς από αυτούς να έχουν υψηλά επίπεδα προανθοκυανινιδίων και υδρολυμένων ταννινών. (Hoffman & Gerber, 2015)

ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Η ομάδα των γαλακτοκομικών περιλαμβάνει το γάλα, το γιαούρτι, το τυρί και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Αυτή η ομάδα τροφίμων παρέχει στον οργανισμό ασβέστιο σε μορφή εξαιρετικά βιοδιαθέσιμη. Επιπλέον τα τρόφιμα αυτής της ομάδας περιέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας και ορισμένες βιταμίνες (B2 και A). Το ασβέστιο στο γάλα είναι το σημαντικότερο θρεπτικό συστατικό με την ιδιαιτερότητα να απορροφάται καλύτερα και να χρησιμοποιείται από τον οργανισμό. Το γάλα περιέχει περισσότερο από 1g ασβέστιο, ανά λίτρο, ενώ το τυρί ανάλογα με την τεχνοτροπία παρασκευής περιέχει αρκετά περισσότερα ποσοστά ασβεστίου με αποτέλεσμα στα σκληρά τυριά η ποσότητα ασβεστίου να είναι 10 φορές υψηλότερη από αυτή του γάλακτος ίσου βάρους. Εκτός από το ασβέστιο τα γαλακτοκομικά προϊόντα παρέχουν στον οργανισμό πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας με πιο αντιπροσωπευτική την καζεΐνη (πρωτεΐνη του γάλακτος) και τη γαλακτοαλβουμίνη που συνθέτουν το 3,5%. Έτσι λοιπόν η κατανάλωση γάλακτος είναι ο πιο άμεσος τρόπος για να γίνουν τα θρεπτικά συστατικά χαρακτηριστικά της ομάδας αυτής, η οποία αντιπροσωπεύεται επάξια από την κατανάλωση τυριού και γιαουρτιού σε περιπτώσεις δυσανεξίας στη λακτόζη, λόγω έλλειψης ή απουσίας του εντερικού ενζύμου λακτάση, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διάσπαση της λακτόζης στις δύο ενώσεις γαλακτόζη και γλυκόζη.

ΚΡΕΑΣ, ΨΑΡΙ ΚΑΙ ΑΥΓΑ

Το κρέας θεωρείται ένα τρόφιμο αναντικατάστατο λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς του σε πρωτεΐνες (από 15 έως 25%) υψηλής βιολογικής αξίας, ικανό να παράγει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα για την πρωτεϊνική σύνθεση σε βέλτιστες ποσότητες. Παρέχει επίσης στον οργανισμό βιταμίνες του συμπλέγματος B και ιχνοστοιχεία, κυρίως σίδηρο, ψευδάργυρο και χαλκό. Παρόλα αυτά υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τροφίμων στην ομάδα του κρέατος. Μεταξύ των κρεατικών καλό είναι να προτιμούνται τα άπαχα βοοειδή και χοιρινά, το λευκό κρέας και τα ψαριά και να μετριάζεται η κατανάλωση λιπαρών κρεάτων και λουκάνικων. Το κόκκινο κρέας θα πρέπει να καταναλώνεται λίγες φορές το μήνα. Κάθε τρόφιμο ζωικής προέλευσης είτε είναι νωπό, είτε διατηρείται στο ψυγείο ή στην κατάψυξη περιέχει βιταμίνες όπως θειαμίνη, νιασίνη, βιταμίνη B12, η οποία προέρχεται εξ ολοκλήρου από τρόφιμα ζωικής προέλευσης. Επιπλέον ορισμένα τρόφιμα αυτής της ομάδας παρέχουν στον οργανισμό ποσότητες άλλων μετάλλων όπως ιώδιο (ψάρια) και λιποδιαλυτές βιταμίνες (A,D) που τις

συναντάμε κυρίως στο συκώτι. Τα αυγά πρέπει να υπάρχουν στη διατροφή μας μερικές φορές την εβδομάδα με την κατανάλωση τους σε υγιή άτομα να περιορίζεται στις 2-3 φορές την εβδομάδα. (ALTOMARE, et al., 2013)

1.3.4 Η Μεσογειακή Διατροφή στην σύγχρονη εποχή

Σήμερα οι βιομηχανοποιημένες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από αύξηση της πρόσληψης ενέργειας, μείωση της ενεργειακής δαπάνης, αύξηση των κορεσμένων, ω-6 και trans λιπαρών και μείωση των ω-3 λιπαρών οξέων, μείωση της πρόσληψης σύνθετων υδατανθράκων και φυτικών ινών και αύξηση στην πρόσληψη επεξεργασμένων δημητριακών, μείωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών καθώς και μείωση στην πρόσληψη πρωτεΐνης, αντιοξειδωτικών και ασβεστίου. Επιπλέον ο λόγος ω-6 προς ω-3 έχει αλλάξει άρδην καθώς είναι 16,74:1 ενώ θα έπρεπε να είναι 2-1:1. (Simopoulos, 2001)

Είναι γεγονός ότι οι πληθυσμοί της Μεσογείου αποκλίνουν από τις παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες. Σε πρόσφατη έκθεση στην οποία συμπεριλήφθηκαν μελέτες με μεγάλη πληθυσμιακή κάλυψη, τα άτομα στην περιοχή της Μεσογείου ανέφεραν υψηλότερη πρόσληψη κόκκινου κρέατος και κορεσμένων λιπαρών οξέων και μειωμένη κατανάλωση φυτικών προϊόντων σε σύγκριση με τους ευρωπαίους ομόλογους τους. Περαιτέρω δημοσιεύσεις οι οποίες παρουσιάζουν τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες με την πάροδο του χρόνου των πληθυσμών που συμμετείχαν στη μελέτη των επτά χωρών αναφέρουν ότι οι μεσογειακοί λαοί ολοένα και περισσότερο εγκαταλείπουν τις παραδοσιακές διατροφικές τους επιλογές. Η απομάκρυνση αυτή οφείλεται τόσο στην παγκοσμιοποίηση που ευνοεί το μαζικό εφοδιασμό με επεξεργασμένα τρόφιμα, όσο και στην βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην Ευρώπη που καθιστά τα τρόφιμα πιο οικονομικά και ιδίως τα ζωικής προέλευσης. Τα τρόφιμα με τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά και τη λιγότερη ενέργεια τείνουν να είναι πιο ακριβά και όταν ο προϋπολογισμός του νοικοκυριού ελαττώνεται τα τρόφιμα που απομακρύνονται πρώτα από τη διατροφή είναι τα πιο δαπανηρά όπως τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα μη επεξεργασμένα δημητριακά, το ελαιόλαδο και τα ψάρια. Το τίμημα που πληρώνει η Μεσόγειος είναι μεγάλο όχι μόνο γιατί οι δυτικοποιημένες δίαιτες που ακολουθούν οι νέοι στις περιοχές αυτές έχουν συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και διαφόρων παθήσεων όπως στη Βόρεια Ευρώπη και στις ΗΠΑ, αλλά και επειδή αυτές οι επιλογές των τροφίμων δεν μπορούν να στηρίξουν μια οικολογικά βιώσιμη ανάπτυξη με τον τρόπο που η Μεσογειακή διατροφή κάνει. (Trichoroulou, 2015)

1.3.5 Μεσογειακή διατροφή στη σύγχρονη Ελλάδα

Μελέτες αναφέρουν μέτρια προσκόλληση του Ελληνικού και Κυπριακού πληθυσμού στη Μεσογειακή διατροφή. Αποτελέσματα μελετών έδειξαν χαμηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή από το νεότερο πληθυσμό. Οι παραπάνω αλλαγές στη διατροφή του ελληνικού πληθυσμού αντανακλούν τη μετάβαση από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή σε μια πιο δυτικοποιημένη διατροφή γεγονός που εξηγεί την παρατηρούμενη επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού. (Kyriacou, Evans, Economidis, & Kyriacou, 2015) Έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των κατοίκων των νησιών σε Ελλάδα και Ισπανία αναφέρει ότι η κατανάλωση κρέατος έχει αυξηθεί δραματικά και στις δύο αυτές μεσογειακές χώρες σε σχέση με παλαιότερα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι Έλληνες νησιώτες (57% προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή) δεν ακολουθούν στο μέγιστο τη Μεσογειακή διατροφή, παρόλο που τα φυσικά σύνορα των μεσογειακών νησιών ενδείκνυνται για την διατήρηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι η Μεσογειακή διατροφή δεν είναι τόσο διαδεδομένη. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα, οι οποίες αναφέρουν την απομάκρυνση των νεότερων πληθυσμών από το μεσογειακό πρότυπο διατροφής και τη μεγαλύτερη προσήλωση σε αυτό από άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. (Romaguera, Bamia, Pons, Tur, & Trichopoulou, 2008)

1.4 Οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής

Πολλές μελέτες επισημαίνουν τα πιθανά οφέλη που έχει στην υγεία η προσκόλληση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής, μέσω της μείωσης των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση μη μεταδοτικών ασθενειών όπως το μεταβολικό σύνδρομο, ο διαβήτης τύπου 2, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ορισμένα είδη καρκίνου, η κατάθλιψη και οι ψυχικές διαταραχές. Τα δεδομένα από αναλυτικές και πειραματικές μελέτες δείχνουν μια σχέση μεταξύ του μειωμένου κινδύνου εμφάνισης αυτών των ασθενειών και του μεσογειακού πρότυπου διατροφής. (Donini, Serra-Majem, Bullo, Gil, & Salas-Salvado, 2015) Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει μια συσχέτιση μεταξύ της μεσογειακής διατροφής και της μακροζωίας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, αποδείχθηκε ότι μια μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με σημαντική βελτίωση της κατάστασης της υγείας, γεγονός που φαίνεται από τη μείωση της συνολικής θνησιμότητας κατά 9%, της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα

κατά 9%, της θνησιμότητας από καρκίνο κατά 6% και την εμφάνιση της νόσου Parkinson και Alzheimer κατά 13%. (Azzini, et al., 2011)

Οι κυριότεροι μηχανισμοί στους οποίους στηρίζονται τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής είναι οι αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές ιδιότητες αυτής της διατροφής. Η Μεσογειακή διατροφή έχει προταθεί για την προστασία των ατόμων από το οξειδωτικό στρες, καθώς σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα οξειδωτικών μορίων στο αίμα και με την υψηλότερη αντιοξειδωτική ικανότητα του αίματος. (Yannakoulia, Kontogianni, & Scarmeas, 2014)

1.4.1 Μεσογειακή διατροφή και μακροζωία

Οι διατροφικές συνήθειες και οι μεταβολικοί παράγοντες (ιδιαίτερα το αυξημένο σπλαχνικό λίπος και τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης) παίζουν σημαντικό ρόλο στην κυτταρική γήρανση. Αρκετές μελέτες σχετικά με την επιβίωση του πληθυσμού έχουν δείξει ότι μια διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, ψάρια και τρόφιμα χαμηλών λιπαρών, σχετίζεται με υψηλότερη επιβίωση και μειωμένη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών. Τα άτομα που ακολουθούν την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές μεγαλύτερη διάρκεια ζωής. Μια άλλη μελέτη επιβεβαιώνει ότι η μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή σε ηλικιωμένους στις ΗΠΑ και το Ισραήλ, συνδέεται με καλύτερες γνωστικές και φυσικές λειτουργίες. Σε μια ελληνική πληθυσμιακή μελέτη, αποδείχθηκε ότι η μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με μείωση της συνολικής θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 25%. Σε μια έρευνα 6,5 ετών όπου συμμετείχαν 41.358 Ισπανοί ενήλικες, οι συγγραφείς έδειξαν ότι η υψηλή πρόσληψη φρέσκων φρούτων και λαχανικών συνδέεται με μειωμένη θνησιμότητα, πιθανότατα λόγω της υψηλής συγκέντρωσης σε βιταμίνη C, προβιταμίνη A, καροτενοειδή και λυκοπένιο, γεγονός που εξηγείται από την αντιοξειδωτική τους δράση. Η Μεσογειακή διατροφή, πτωχή σε ζάχαρη και ζωικές πρωτεΐνες, φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο των ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία, προωθώντας την επιτυχημένη γήρανση και τη μακροζωία. (Daniele, et al., 2016)

1.4.2 ΜΔ και μεταβολικό σύνδρομο

Τόσο η παχυσαρκία όσο και το μεταβολικό σύνδρομο έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελώντας ένα κοινό πρόβλημα υγείας λόγω του

υψηλού κόστους νοσηλείας, το κόστος της θεραπείας και την υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής. (Daniele, et al., 2016)

Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί ένα σύμπλεγμα τριών ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την καρδιά όπως η κεντρική παχυσαρκία, η υπέρταση, η υπερτριγλυκεριδαιμία, η χαμηλή HDL και η υπεργλυκαιμία. Το μεταβολικό σύνδρομο αυξάνει τις πιθανότητες του ατόμου να αναπτύξει διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακή νόσο, μια κατάσταση που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το 25% των ενηλίκων παγκοσμίως έχουν μεταβολικό σύνδρομο, ποσοστό που αυξάνεται με την ηλικία, ειδικά μεταξύ των γυναικών, καθιστώντας το ένα σημαντικό θέμα υγείας. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο τρόπος ζωής όπως η αυξημένη σωματική άσκηση, η προσκόλληση σε μια υγιεινή διατροφή και η απώλεια βάρους σχετίζονται με μειωμένη εμφάνιση μεταβολικού συνδρόμου. Η Μεσογειακή διατροφή αναγνωρίζεται ως ένα από τα πιο υγιεινά πρότυπα διατροφής καθώς έχει δείξει οφέλη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο αλλά έχει βοηθήσει στην πρόληψη και την θεραπεία διαφόρων καταστάσεων όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και το μεταβολικό σύνδρομο. (Babio, et al., 2014)

Σε μια σύγχρονη μελέτη 578 ενηλίκων από τα Κανάρια Νησιά, δε βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή και της επικράτησης του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο άλλες μελέτες οι οποίες έχουν αναλύσει αυτή τη σχέση υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση του μεσογειακού τρόπου διατροφής στο μεταβολικό σύνδρομο. Σε μια τέτοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (μελέτη ΑΤΤΙCΑ), όπου συμμετείχαν 1128 άνδρες και 1154 γυναίκες, αποδείχθηκε ότι η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής σχετίστηκε με 20% χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, τη φυσική κατάσταση, τα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα και την αρτηριακή πίεση. Μόνο δύο κλινικές δοκιμές έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής στο μεταβολικό σύνδρομο. Σε μια άλλη μελέτη αποδείχθηκε ότι μία μεσογειακού τύπου διατροφή φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση του επιπολασμού του μεταβολικού συνδρόμου και του καρδιαγγειακού κινδύνου (δόθηκαν οδηγίες για αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης δημητριακών ολικής, φρούτων, λαχανικών, καρπών και ελαιολάδου). Στο τέλος των 2 ετών παρακολούθησης το 44% των ασθενών στην ομάδα παρέμβασης παρουσίαζε ακόμα χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου σε σύγκριση με το 87% των ασθενών στην ομάδα ελέγχου οι οποίοι έλαβαν δίαιτα με ποσοστό λίπους χαμηλότερο του 30% για καρδιοπροστασία. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε 51% μείωση του κινδύνου για μεταβολικό σύνδρομο λόγω της παρέμβασης της Μεσογειακής διατροφής. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η

κατανάλωση ενέργειας μειώθηκε μετά την παρέμβαση της Μεσογειακής διατροφής στην ομάδα παρέμβασης, επιπλέον επιτεύχθηκε μείωση βάρους. Συνοπτικά, αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι ένα υγιές διατροφικό πρότυπο που χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, ξηρών καρπών, ελαιολάδου, όσπριων και ψαριών, μέτρια κατανάλωση αλκοόλ και χαμηλή κατανάλωση κόκκινο κρέατος, επεξεργασμένου κρέατος, υδατανθράκων και γαλακτοκομικών προϊόντων με αυξημένη λιποπεριεκτικότητα είναι ωφέλιμο για άτομα που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου ή για άτομα που έχουν ήδη μεταβολικό σύνδρομο. (Babio, Bullo, & Salas-Salvado, 2009)

1.4.3 Μεσογειακή διατροφή και παχυσαρκία

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία φαίνεται να κυριαρχούν παγκοσμίως καθώς ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι στον κόσμο είναι υπέρβαροι και περίπου 300 εκατομμύρια θεωρούνται παχύσαρκοι. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι το 2030 περίπου δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι θα είναι υπέρβαροι και 1,12 δις παχύσαρκοι. Δεδομένης της επικράτησης του φαινομένου, η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με ισχυρό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας, την οικονομία και την ποιότητα ζωής. (Daniele, et al., 2016) Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία μεταξύ ενηλίκων αντρών και γυναικών βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας ήταν υψηλότερη σε γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερο κόκκινο κρέας και χαμηλότερη στους άντρες που κατανάλωναν περισσότερα δημητριακά. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή μέσω της χαμηλότερης ενεργειακής πυκνότητας, της υψηλότερης κατανάλωσης φυτικών ινών από φρούτα, λαχανικά και δημητριακά και της μειωμένης πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών συμβάλει στη μείωση της εμφάνισης παχυσαρκίας σε ενήλικες. (Mendez, et al., 2006)

Στη μελέτη PREDIMED βρέθηκε ότι η μεσογειακή διατροφή εμπλουτισμένη με εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο έχει την πιο ευεργετική επίδραση στην κεντρική παχυσαρκία σε σύγκριση με μια δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά. (Babio, et al., 2014) Τέλος η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποδείχθηκε ότι προστατεύει από την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία. Σε μια μελέτη υγείας, οι συμμετέχοντες με τη μεγαλύτερη αύξηση στην πρόσληψη φρούτων και λαχανικών είχαν 24% χαμηλότερο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι σε σχέση με αυτούς που είχαν τη μεγαλύτερη μείωση στην πρόσληψη φρούτων και λαχανικών. (Babio, Bullo, & Salas-Salvado, 2009)

1.4.4 Μεσογειακή διατροφή και καρδιαγγειακά

Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου έχει εξετασθεί εκτενώς και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις της επίδρασης των διαιτητικών παραγόντων στην αθηρογένεση τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσω της επίδρασης στους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου όπως το λιπιδαιμικό προφίλ, η αρτηριακή πίεση και η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα. Παρά τις ευεργετικές επιδράσεις της Μεσογειακής διατροφής υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ειδικών σε θέματα διατροφής λόγω της υψηλής περιεκτικότητας της Μεσογειακής διατροφής σε λιπαρά (έως και >40% της συνολικής πρόσληψης ενέργειας), η οποία βρίσκεται σε σύγκρουση με τη συνηθισμένη σύσταση να ακολουθείται μια δίαιτα χαμηλών λιπαρών ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες για εμφάνιση παχυσαρκίας, υπερβολικό βάρος και στεφανιαίας νόσου. (García-Fernández, Rico-Cabanas, Rosgaard, Estruch, & Bach-Faig, 2014)

Η ιδέα ότι η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου προτάθηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1950. Έκτοτε έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές δοκιμές και μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρουν τη σχέση της Μεσογειακής διατροφής και της χαμηλότερης εμφάνισης καρδιαγγειακών. Το 1994 και το 1999, στη Lyon Heart Study, σε μια μελέτη ορόσημο που πραγματοποιήθηκε σε επιζώντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου, δοκιμάστηκε ένα μεσογειακό πρότυπο διατροφής, εμπλουτισμένο με α-λινολενικό οξύ αλλά όχι ελαιόλαδο έναντι μιας διατροφής ελέγχου και παρατηρήθηκε ισχυρή προστασία από την υποτροπιάζουσα στεφανιαία νόσο. Το 2003 μια επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα έδειξε μια ισχυρή αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και του κινδύνου για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Κατά την περίοδο 2011-2012 πολλές έρευνες έδειξαν ότι ακόμη και οι μη μεσογειακοί πληθυσμοί μπορούν να ωφεληθούν από τη μακροπρόθεσμη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. (Lorgeril, 2013)

Τέλος η μελέτη PREDIMED που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, σε μεσογειακό πληθυσμό, έδειξε για πρώτη φορά σε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή ότι η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί προστασία έναντι στις καρδιαγγειακές παθήσεις και επιβεβαιώνεται ότι επηρεάζει ωφέλιμα τους κλασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των ατόμων με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο μια Μεσογειακή διατροφή εμπλουτισμένη με εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο ή ξηρούς καρπούς μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβάντων κατά 30%. (Ros, et al., 2014)

1.4.5 Μεσογειακή διατροφή και Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας που απειλεί να φτάσει σε επίπεδα πανδημίας μέχρι το 2030. Όπως έχουν δείξει αρκετές δοκιμές, η αυξημένη σωματική δραστηριότητα και η απώλεια βάρους είναι αποτελεσματικές προσεγγίσεις για τον έλεγχο και την πρόληψη του ΣΔ τύπου 2 (ΣΔ2). Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται πως η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί ασπίδα έναντι της ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη. Η Μεσογειακή διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά και φτωχή σε κορεσμένα βελτιώνει το προφίλ των λιπιδίων και το γλυκαιμικό έλεγχο σε άτομα με διαβήτη.

Σε μια μεγάλη προοπτική μελέτη, μεταξύ των συμμετεχόντων με την υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, υπήρξε υψηλός επιπολασμός σημαντικών παραγόντων κινδύνου για διαβήτη όπως, η μεγαλύτερη ηλικία, ο υψηλός ΔΜΣ, το οικογενειακό ιστορικό για διαβήτη και το προσωπικό ιστορικό υπέρτασης και το υψηλότερο ποσοστό πρώην καπνιστών. Επομένως θα περίμενε κανείς να υπάρχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης ΣΔ μεταξύ αυτών των ατόμων. Ωστόσο οι συμμετέχοντες αυτοί λόγω της μεγαλύτερης προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή, είχαν χαμηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση ΣΔ, γεγονός που υποδηλώνει ότι η Μεσογειακή διατροφή μπορεί να έχει σημαντικές δυνατότητες στην πρόληψη του ΣΔ. Επιπλέον, σε προηγούμενη μελέτη μεταξύ επιζώντων από έμφραγμα του μυοκαρδίου, αναφέρθηκε ότι η μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με μείωση του κινδύνου για ΣΔ2. Δυο μελέτες έχουν δείξει ότι το παρθένο ελαιόλαδο προστατεύει από την αντίσταση στην ινσουλίνη. Το ελαιόλαδο είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και μια δίαιτα πλούσια σε αυτά είναι ευεργετική μεταξύ των ατόμων με διαβήτη και μπορεί να βελτιώσει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και το προφίλ των λιπιδίων συγκριτικά με τις δίαιτες που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες. (Martinez-Gonzalez, et al., 2008)

Ο μοναδικός συνδυασμός τροφίμων και θρεπτικών συστατικών που συμπεριλαμβάνονται στη Μεσογειακή διατροφή είναι ιδιαίτερα ευεργετικός για την πρόληψη και θεραπεία του ΣΔ2. Επιπλέον, σύμφωνα με κλινικές ενδείξεις, η υψηλή πρόσληψη διαιτητικών ινών και αντιοξειδωτικών καθώς και η υψηλή κατανάλωση τροφίμων που συμπεριλαμβάνουν αυτές τις ενώσεις, όπως φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής άλεσης, όσπρια, σχετίζονται με βελτιωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη, βελτιωμένη ικανότητα έκκρισης παγκρεατικών β-κυττάρων και μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ2. (Georgoulis, Kontogianni, & Yiannakouris, 2014)

1.4.6 Μεσογειακή διατροφή και καρκίνος

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, μελέτες παρατήρησης επισημαίνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου είναι χαμηλότερη στις χώρες της Μεσογείου σε σύγκριση με τις Βόρειες χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή σχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρκίνο. Λαμβάνοντας υπόψη τα συστατικά της Μεσογειακής διατροφής, φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποιο μεμονωμένο συστατικό ή κατηγορία τροφίμων το οποίο να οφείλεται για τις ευεργετικές ιδιότητες της Μεσογειακής διατροφής, αντιθέτως οι ευεργετικές αυτές επιδράσεις φαίνεται να προκύπτουν από το συνδυασμό των τροφίμων που απαρτίζουν τη Μεσογειακή διατροφή. (Schwingshackl & Hoffmann, 2015)

Με βάση τα δημοσιευμένα δεδομένα μελέτης, πάνω από το 25% του καρκίνου του ορθού, το 15% του καρκίνου του μαστού, το 10% του καρκίνου του προστάτη, του παγκρέατος και του ενδομητρίου θα μπορούσαν να προληφθούν εάν οι πληθυσμοί των χωρών υψηλού εισοδήματος υιοθετούσαν την παραδοσιακή υγιεινή μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον, η μεσογειακή διατροφή μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους, το οποίο αποτελεί προτεραιότητα στην πρόληψη του καρκίνου. Η Μεσογειακή διατροφή έχει δείξει μια σειρά προστατευτικών παραγόντων όπως η ισορροπημένη αναλογία των βασικών λιπαρών οξέων ω-6/ω-3, υψηλές ποσότητες φυτικών ινών, αντιοξειδωτικών (ιδιαίτερα πολυφαινόλες από το ελαιόλαδο και το κρασί) και βιταμινών E, B και C ουσίες που έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. (Giacosa, et al., 2013)

Ο ευεργετικός ρόλος της Μεσογειακής διατροφής αποδείχθηκε σε μια μεγάλη μελέτη ελέγχου στην Ιταλία, όπου σύμφωνα με τους συγγραφείς, η ισχυρή προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή μείωσε το κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Η κατανάλωση τροφίμων ολικής άλεσης πάνω από 4 φορές την εβδομάδα, μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου κατά 40%, ενώ η πρόσληψη μη αμυλούχων λαχανικών και φρούτων μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του οισοφάγου, του στομάχου, του λάρυγγα και του στόματος. (Daniele, et al., 2016)

Εκτιμήσεις από επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το 25% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού θα μπορούσε να προληφθεί με την υιοθέτηση ενός μεσογειακού τύπου διατροφής σε σύγκριση με τη χαρακτηριστική δυτική διατροφή. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη με 2.396 Ασιάτισσες γυναίκες της Αμερικής ηλικίας 25 έως 74 ετών, ένα μεσογειακό διατροφικό πρότυπο σχετίστηκε με 35% χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο

του μαστού. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο για 935 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, μεταξύ γυναικών ηλικίας 40 έως 70 ετών φανερώθηκε η προστατευτική σχέση της Μεσογειακής διατροφής χαρακτηριζόμενη από υψηλή πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και ψαριού. Τα προστατευτικά αποτελέσματα της Μεσογειακής διατροφής κατά του καρκίνου του μαστού έχουν συσχετιστεί με τη μειωμένη κυκλοφορία των οιστρογόνων και την αυξημένη πρόσληψη καροτενοειδών τα οποία είναι γνωστό ότι μειώνουν το οξειδωτικό στρες. Από την άλλη πλευρά, μια μελέτη από τη Γαλλία με 1.359 γυναίκες που περιελάμβανε 437 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού δεν ανέφερε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. (Romagnolo & Selmin, 2017)

1.4.7 Μεσογειακή διατροφή και νευροεκφυλιστικές ασθένειες

Οι ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία επηρεάζουν τον εγκέφαλο και το νευρομυϊκό σύστημα, όπως το Alzheimer και το Parkinson και διάφορες μορφές άνοιας που κυμαίνονται από ήπιες γνωστικές έως την αγγειακή άνοια. Το Alzheimer αντιπροσωπεύει περίπου το 70% του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας σε ηλικιωμένους ανθρώπους. Η μεγαλύτερη προσήλωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής έχει συσχετιστεί με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης Alzheimer. Συγκριτικά με τη Δυτική διατροφή που είναι πλούσια σε ω6 πολυακόρεστα λιπαρά, κορεσμένα λιπαρά και κρέατα, η αφθονία των ψαριών, των δημητριακών, των φρούτων και των λαχανικών που χαρακτηρίζουν τη Μεσογειακή διατροφή μπορεί να είναι προστατευτική έναντι της νόσου του Parkinson και της αδυναμίας. Το ιχθυέλαιο και η μέτρια κατανάλωση κρασιού έχει συνδεθεί με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης Alzheimer σε μελέτες παρατήρησης. Τέλος, προοπτικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω υποστήριξαν μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της τήρησης της Μεσογειακής διατροφής και τη γνωστική υποβάθμιση σε ηλικιωμένα άτομα. (Romagnolo & Selmin, 2017).

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών Ελλήνων ενηλίκων, η συσχέτιση αυτών με το διατροφικό πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής και στη συνέχεια η διερεύνηση του κατά πόσο ακολουθούνται ή όχι οι συστάσεις για την κατανάλωση συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων όπως αυτές ορίζονται από τη Μεσογειακή Διατροφή.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν βασικές ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες όπως η κατανάλωση πρωινού γεύματος, η χρήση ή όχι δίαιτας στο παρελθόν και άλλες ερωτήσεις, οι οποίες προέκυψαν ύστερα από τροποποίηση του ερωτηματολογίου του NuvoLi (2015). Επίσης χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκε και ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων για τη διατροφική αξιολόγηση των συμμετεχόντων. Για όλα τα τρόφιμα οι απαντήσεις διαβαθμίζονταν στις εξής κατηγορίες:

- 6+φορές/μέρα,
- 4-5 φορές/μέρα,
- 2-3 φορές/μέρα,
- 1 φορά/μέρα,
- 5-6 φορές/εβδομάδα,
- 2-4 φορές/εβδομάδα,
- 1 φορά/εβδομάδα,
- 2-3 φορές/μήνα,
- 1 φορά/μήνα,
- λίγες φορές το χρόνο ή
- καθόλου

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε μέσω της πλατφόρμας Google drive και είχε ως στόχο να μετρήσει κατά πόσο ακολουθούνται οι διατροφικές συστάσεις όπως αυτές ορίζονται από τη Μεσογειακή Διατροφή.

3.2 Περιγραφή του δείγματος

Για την εφαρμογή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε τυχαίοποιημένο δείγμα που αποτελούνταν από 168 ερωτηθέντες στους οποίους τα ερωτηματολόγια δόθηκαν μέσω διαδικτύου. Από τα 168 ερωτηματολόγια, στη μελέτη συμπεριλήφθησαν τα 160, καθώς εξαιρέθηκαν τα 8 λόγω ασαφειών και ελλιπών απαντήσεων. Από τους 160 ενήλικες συμμετέχοντες οι 36 ήταν άντρες και οι 124 γυναίκες, Έλληνες που ζουν στην Ελλάδα. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως τον Φεβρουάριο του 2018. Η πλειοψηφία του δείγματος προερχόταν από τη

Βόρειο Ελλάδα και συγκεκριμένα από τη Θεσσαλονίκη (36%) και από την Κομοτηνή (27%) ενώ το ηλικιακό εύρος του δείγματος κυμαίνονταν από 18 έως 62 ετών χωρίς να έχει οριοθετηθεί ανώτατο ηλικιακό όριο.

3.3 Τρόπος συλλογής ερωτηματολογίων

Όπως προαναφέρθηκε τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μέσω του διαδικτύου και συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες χωρίς την παρουσία της υποφαινόμενης ερευνήτριας, αφού πρώτα είχαν δοθεί γραπτώς εντός του ερωτηματολογίου οδηγίες για την εύκολη και σωστή συμπλήρωση τους.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Η συλλογή και η ομαδοποίηση των δεδομένων, καθώς και η εξαγωγή γραφημάτων, έγινε μέσω του υπολογιστικού προγράμματος Microsoft® Office Excel 2016. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS® 24. Σε πρώτο στάδιο κωδικοποιήθηκαν όλες οι μετρήσεις και απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Οι κωδικοποιημένες απαντήσεις καταχωρήθηκαν σε βάση δεδομένων με τη χρήση του προγράμματος, εξήχθησαν οι πίνακες συχνοτήτων και έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής σε κάθε ένα από αυτούς για την καλύτερη κατανόηση τους. Τόσο το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων και τη συχνότητα γευμάτων όσο και το ημερολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων που χρησιμοποιήθηκαν, δεν έφεραν συνεχείς μεταβλητές παρά μόνο κατηγορικές. Οι κατηγορικές αυτές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτος αριθμός (ποσοστιαία αναλογία).

Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισεων μεμονωμένων μεταβλητών, οι οποίοι ενδέχεται να οδηγήσουν στην εξαγωγή ωφέλιμων αποτελεσμάτων για τη διερεύνηση των βασικών προβληματισμών και ερωτημάτων της έρευνας. Για τον έλεγχο των συσχέτισεων μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα Pearson Chi-Square. Οι διαφορές και συσχέτισεις θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές όταν η τιμή του p ήταν <0.05 .

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, σε σύνολο 160 ερωτηθέντων, οι 36 ήταν άντρες (23%) και οι 124 γυναίκες (78%). Η κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 και στο Σχήμα 1.

Πίνακας 1: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση το φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Άντρες	36	23%
Γυναίκες	124	78%
Σύνολο	160	100%

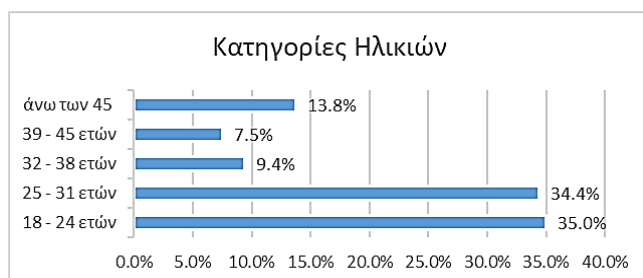


Σχήμα 1: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, το συνολικό εύρος χωρίστηκε σε 5 ηλικιακές ομάδες. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων συναντάται στην ηλικιακή ομάδα 18 - 24 ετών (35%), ενώ επίσης μεγάλο ποσοστό του δείγματος ανήκει στην κατηγορία 25 – 31 ετών (34.4%). Το μικρότερο ποσοστό συμμετοχής προέκυψε για τις ηλικίες 32 – 38 και 39 – 45 ετών (9.4% και 7.5%, αντίστοιχα). Αναλυτική παρουσίαση της ηλικιακής κατανομής του δείγματος φαίνεται στον Πίνακα 2 και ποσοστιαία κατανομή στο Σχήμα 2.

Πίνακας 2: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την ηλικία

Κατηγορίες Ηλικιών	Συχνότητα	Ποσοστό
18 - 24 ετών	56	35.0%
25 - 31 ετών	55	34.4%
32 - 38 ετών	15	9.4%
39 - 45 ετών	12	7.5%
άνω των 45	22	13.8%
Σύνολο	160	100%

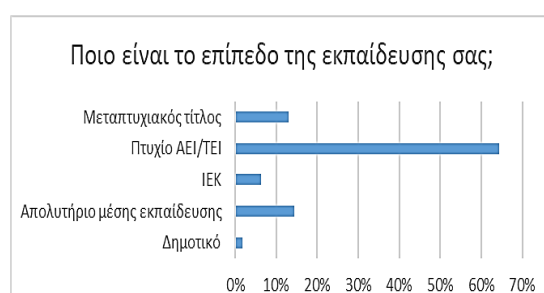


Σχήμα 2: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την ηλικία

Ως προς τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το 64% φαίνεται να έχει λάβει πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ και το 64.4% απάντησε πως εργάζεται. Το 2% του δείγματος φαίνεται πως έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό ενώ το 13% φαίνεται πως έχει μεταπτυχιακό τίτλο. Επιπλέον, το 33.1% των ερωτηθέντων δήλωσε πως έχει εισόδημα <500€, ενώ το 16.3% δεν θέλησε να απαντήσει. Η αναλυτική απεικόνιση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος απεικονίζεται στους Πίνακες 3, 4 και 5 και τα Σχήματα 3, 4 και 5.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο Εκπαίδευσης

Ποιο είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης σας;	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημοτικό	3	2%
Απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης	23	14%
ΙΕΚ	10	6%
Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	103	64%
Μεταπτυχιακός τίτλος	21	13%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ως προς την εργασία

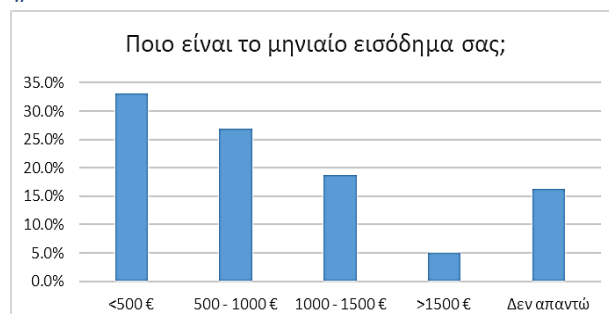
Εργάζεστε;	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	103	64.4%
Όχι	57	35.6%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς την εργασία

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος με βάση το μηνιαίο εισόδημα

Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας;	Συχνότητα	Ποσοστό
<500 €	53	33.1%
500 - 1000 €	43	26.9%
1000 - 1500 €	30	18.8%
>1500 €	8	5.0%
Δεν απαντώ	26	16.3%
Σύνολο	160	100%



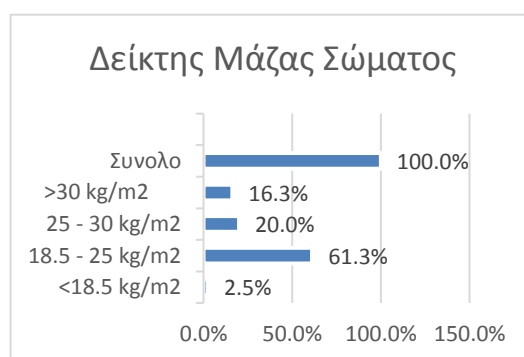
Σχήμα 5: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το εισόδημα

4.2 Σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ως προς το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το 61.3% του δείγματος βρέθηκε εντός των φυσιολογικών ορίων (18.5 – 25 kg/m²), το 2.5% του δείγματος είχε χαμηλό ΔΜΣ (<18,5 kg/m²) το 20% άνηκε στην κατηγορία υπέρβαρος (25 – 30 kg/m²) και το 16.3% είχε υψηλό ΔΜΣ (>30 kg/m²) και άνηκε στην κατηγορία παχύσαρκος. Ο ΔΜΣ προέκυψε κατά δήλωση των ερωτηθέντων ύστερα από τη συλλογή των στοιχείων που οι ίδιοι δήλωσαν για το βάρος και το ύψος τους και όχι κατόπιν μετρήσεων. Η κατανομή του δείγματος με βάση το ΔΜΣ παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 6 και ποσοστιαία στο Σχήμα 6.

Πίνακας 6: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση το ΔΜΣ

ΔΜΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
<18.5 kg/m ²	4	2.5%
18.5 - 25 kg/m ²	98	61.3%
25 - 30 kg/m ²	32	20.0%
>30 kg/m ²	26	16.3%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το ΔΜΣ

Το 73.8% του δείγματος απάντησε αρνητικά στην ερώτηση «Ζείτε Μόνος;» και το 60.6% απάντησε θετικά στην ερώτηση «Μαγειρεύετε εσείς στο σπίτι;». Αναλυτική παρουσίαση του δείγματος ως προς τις απαντήσεις που έδωσαν στις 2 αυτές ερωτήσεις οι ερωτηθέντες απεικονίζεται στους Πίνακες 7 και 8 και τα Σχήματα 7 και 8.

Πίνακας 7: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την απάντησή τους στην ερώτηση «Ζείτε Μόνος;»

Ζείτε Μόνος;	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	42	26.3%
Όχι	118	73.8%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 7: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την απάντησή τους στην ερώτηση «Ζείτε Μόνος;»

Πίνακας 8: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την απάντησή τους στην ερώτηση «Μαγειρεύετε εσείς στο σπίτι;»

Μαγειρεύετε εσείς στο σπίτι;	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	97	60.6%
Όχι	55	34.4%
Μερικές φορές	8	5.0%
Σύνολο	160	100%

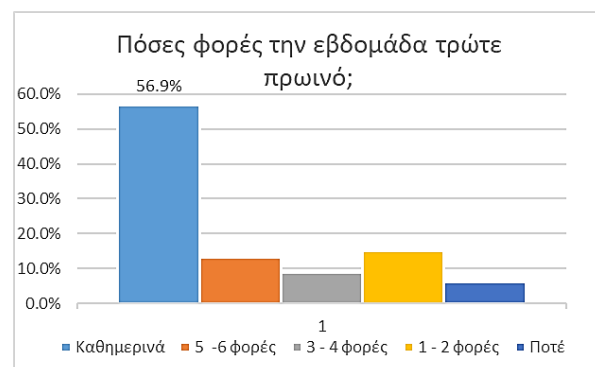


Σχήμα 8: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος βάση την απάντησή τους στην ερώτηση «Μαγειρεύετε εσείς στο σπίτι;»

Ως προς τις ερωτήσεις που αφορούσαν την εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης πρωινού και δεκατιανού γεύματος, το 56.9% και το 24.4% του δείγματος απάντησε πως τα δυο αυτά γεύματα καταναλώνονται σε καθημερινή βάση, αντίστοιχα, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε πως καταναλώνει δεκατιανό 1 – 2 φορές την εβδομάδα (25%). Αναλυτικά τα δεδομένα παρουσιάζονται στους Πίνακες 9 και 10 και στα Σχήματα 9 και 10.

Πίνακας 9: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση πρωινού γεύματος

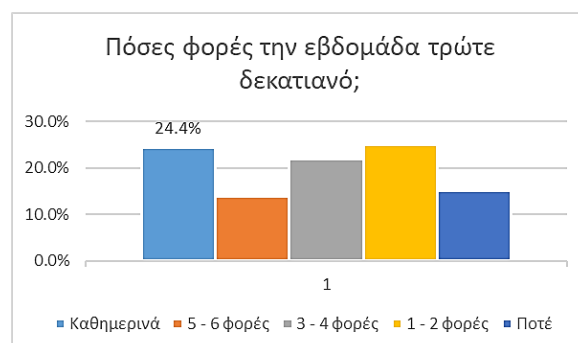
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πρωινό;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθημερινά	91	56.9%
5 -6 φορές	21	13.1%
3 - 4 φορές	14	8.8%
1 - 2 φορές	24	15.0%
Ποτέ	10	6.3%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 9: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση πρωινού γεύματος

Πίνακας 10: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση δεκατιανού γεύματος

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δεκατιανό;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθημερινά	39	24.4%
5 - 6 φορές	22	13.8%
3 - 4 φορές	35	21.9%
1 - 2 φορές	40	25.0%
Ποτέ	24	15.0%
Σύνολο	160	100%

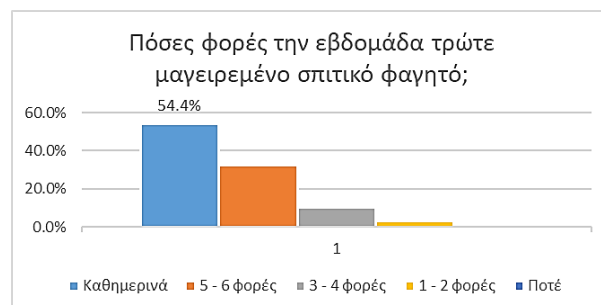


Σχήμα 10: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση δεκατιανού γεύματος

Επίσης το 54.4% του δείγματος απάντησε πως σε εβδομαδιαίο επίπεδο καταναλώνει καθημερινά σπιτικό φαγητό και το 37.5% καταναλώνει επίσης καθημερινά βραδινό γεύμα στο σπίτι. Αναλυτικά τα δεδομένα για την εβδομαδιαία κατανάλωση σπιτικού φαγητού και βραδινού γεύματος στο σπίτι, παρουσιάζονται στους Πίνακες 11 και 12 και τα Σχήματα 11 και 12.

Πίνακας 11: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση μαγειρεμένου σπιτικού φαγητού

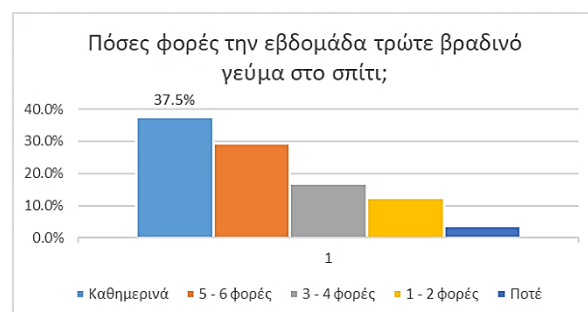
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαγειρεμένο σπιτικό φαγητό;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθημερινά	87	54.4%
5 - 6 φορές	52	32.5%
3 - 4 φορές	16	10.0%
1 - 2 φορές	5	3.1%
Ποτέ	0	0.0%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 11: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση μαγειρεμένου σπιτικού φαγητού

Πίνακας 12: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση βραδινού γεύματος στο σπίτι

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βραδινό γεύμα στο σπίτι;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθημερινά	60	37.5%
5 - 6 φορές	47	29.4%
3 - 4 φορές	27	16.9%
1 - 2 φορές	20	12.5%
Ποτέ	6	3.8%
Σύνολο	160	100%

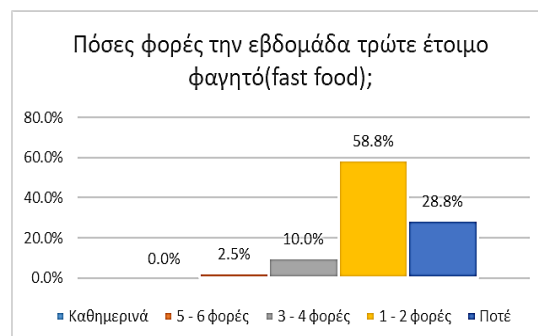


Σχήμα 12: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση βραδινού γεύματος στο σπίτι

Ως προς την εβδομαδιαία κατανάλωση έτοιμου φαγητού (fast-food), το 2.5% του δείγματος ανέφερε πως καταφεύγει 5 – 6 φορές την εβδομάδα στην κατανάλωση επιλογών fast-food και το 58.8% ανέφερε πως καταναλώνει 1 – 2 φορές την εβδομάδα γεύμα αυτού του είδους. Λεπτομερώς αναφέρεται η κατανομή του δείγματος ως προς την εβδομαδιαία κατανάλωση έτοιμου φαγητού στον Πίνακα 13 και το Σχήμα 13.

Πίνακας 13: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση έτοιμου φαγητού (fast food)

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έτοιμο φαγητό (fast food);	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθημερινά	0	0.0%
5 - 6 φορές	4	2.5%
3 - 4 φορές	16	10.0%
1 - 2 φορές	94	58.8%
Ποτέ	46	28.8%
Σύνολο	160	100%

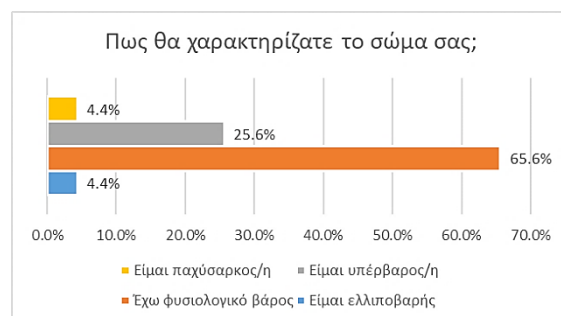


Σχήμα 13: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση έτοιμου φαγητού (fast food)

Όταν οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν «Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;», το 65.6% του δείγματος δήλωσε πως το βάρος του είναι φυσιολογικό και ένα 4.4% δήλωσε πως είναι παχύσαρκοι. Το 4.4% που προέκυψε στην κατηγορία «είμαι παχύσαρκος/η» έρχεται σε αντίθεση με κάποια δεδομένα του πίνακα 6, όπου το 16.3% των ερωτηθέντων βρέθηκαν να είναι παχύσαρκοι, γεγονός που δείχνει ότι κάποιοι εξ αυτών δε φαίνεται να αναγνωρίζουν ότι είναι παχύσαρκοι. Η περιγραφική και σχηματική αναπαράσταση του δείγματος ως προς την ερώτηση «Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;» φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 14 και το Σχήμα 14.

Πίνακας 14: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την απάντηση στην ερώτηση «Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;»

Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;	Συχνότητα	Ποσοστό
Είμαι ελλιπιοβαρής	7	4.4%
Έχω φυσιολογικό βάρος	105	65.6%
Είμαι υπέρβαρος/η	41	25.6%
Είμαι παχύσαρκος/η	7	4.4%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 14: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την απάντηση στην ερώτηση «Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;»

Το 55.6% του δείγματος φαίνεται να έχει «καλή» όρεξη και το 29.4% χαρακτήρισε ως «εξαιρετική» την όρεξή του. Αναλυτικά η κατανομή του δείγματος για την ερώτηση «Πως θα χαρακτηρίζατε την όρεξή σας;» απεικονίζονται στον Πίνακα 15 και το Σχήμα 15.

Πίνακας 15: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την όρεξή τους

Πως θα περιγράφατε την όρεξή σας;	Συχνότητα	Ποσοστό
Εξαιρετική	47	29.4%
Καλή	89	55.6%
Μέτρια	21	13.1%
Φτωχή	3	1.9%
Δεν πεινάω ποτέ	0	0.0%
Σύνολο	160	100%

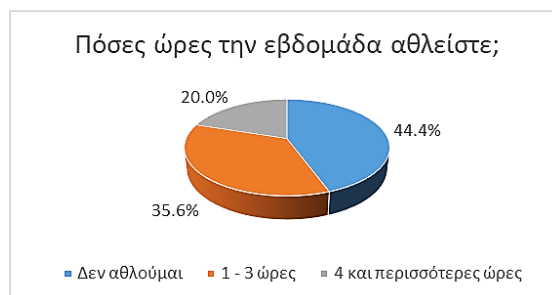


Σχήμα 15: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την όρεξή τους

Ως προς την εβδομαδιαία φυσική δραστηριότητα, το 44.4% του δείγματος δήλωσε πως δεν αθλείται καθόλου μέσα στην εβδομάδα και το 20% ανέφερε πως αθλείται >4 ώρες εβδομαδιαίως. Λεπτομερής απεικόνιση των απαντήσεων για την εβδομαδιαία άσκηση φαίνεται στον Πίνακα 16 και το Σχήμα 16.

Πίνακας 16: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την εβδομαδιαία συχνότητα φυσικής δραστηριότητας

Πόσες ώρες την εβδομάδα αθλείστε;	Συχνότητα	Ποσοστό
Δεν αθλούμαι	71	44.4%
1 - 3 ώρες	57	35.6%
4 και περισσότερες ώρες	32	20.0%
Σύνολο	160	100%

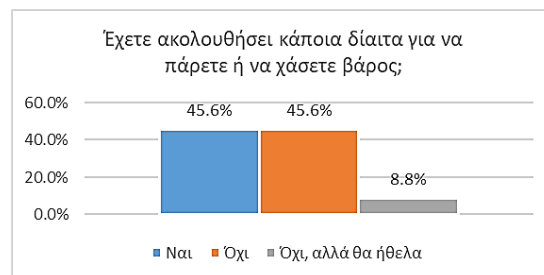


Σχήμα 16: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την εβδομαδιαία συχνότητα φυσικής δραστηριότητας

Σχετικά με το αν το δείγμα έχει ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν, βρέθηκε πως το 45.6% απάντησε τόσο θετικά όσο και αρνητικά, ενώ το 8.8% απάντησε πως δεν έχει ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν, αλλά θα ήθελε. Λεπτομερώς η κατανομή του δείγματος για τη συγκεκριμένη ερώτηση φαίνεται στον Πίνακα 17 και το Σχήμα 17.

Πίνακας 17: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν έχει ακολουθήσει δίαιτα για απώλεια βάρους στο παρελθόν

Έχετε ακολουθήσει κάποια δίαιτα για να πάρετε ή να χάσετε βάρος;	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	73	45.6%
Όχι	73	45.6%
Όχι, αλλά θα ήθελα	14	8.8%
Σύνολο	160	100%



Σχήμα 17: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με το εάν έχει ακολουθήσει δίαιτα για απώλεια βάρους στο παρελθόν

4.3 Ανάλυση των δεδομένων

4.3.1 Αποτελέσματα συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων

Με βάση τα περιγραφικά δεδομένα που προέκυψαν από το ημερολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων που δόθηκε στους συμμετέχοντες, προέκυψε πως το δείγμα που συμμετείχε στη μελέτη δεν ακολουθεί τις συστάσεις κατανάλωσης των παρακάτω ομάδων τροφίμων, όπως ορίζονται από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής:

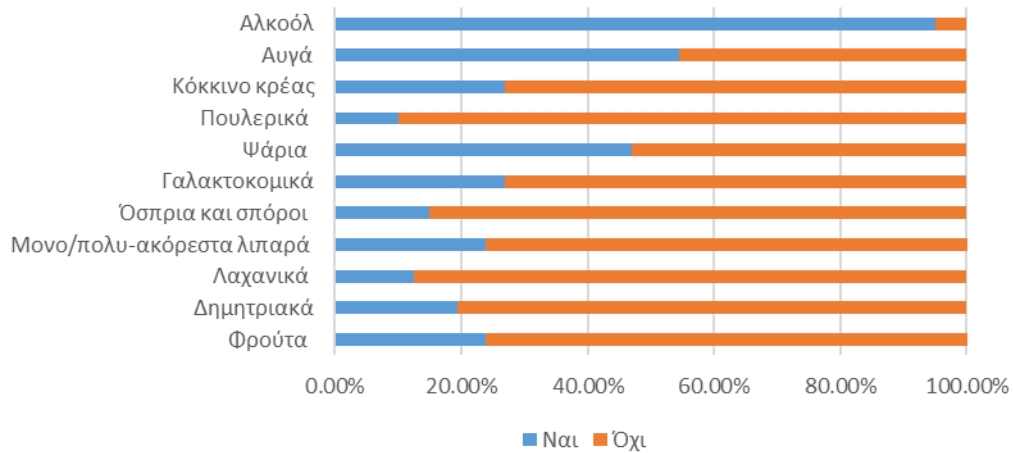
- Φρούτα (2 - 4 μερίδες/ημέρα)
- Δημητριακά (4 - 6 μερίδες/ημέρα)
- Λαχανικά (4 - 8 μερίδες/ημέρα)
- μόνο/πολύ-ακόρεστα λιπαρά οξέα (4 - 6 μερίδες/ημέρα)
- όσπρια και ξηροί καρποί (1 - 3 μερίδες/ημέρα)
- γαλακτοκομικά προϊόντα (1 - 3 μερίδες/ημέρα)
- κόκκινο κρέας (3 - 4 μερίδες/μήνα)

ενώ αντίθετα, φαίνεται πως το δείγμα ακολουθεί τις συστάσεις κατανάλωσης πουλερικών (1 - 3 μερίδες/εβδομάδα) και αλκοολούχων ποτών (1 ποτήρι/ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες), όπως επίσης ορίζονται από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Ως προς την κατανάλωση ψαριών (2 - 3 μερίδες/εβδομάδα) και αυγών (έως 4/εβδομάδα), υπάρχει ασάφεια, λόγω των παρόμοιων ποσοστών που προέκυψαν μετά την ανάλυση. Η αναλυτική απεικόνιση των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις 11 κατηγορίες τροφίμων και τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής, απεικονίζεται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος με βάση τις διατροφικές του συνήθειες και τις συστάσεις κατανάλωσης διαφόρων ομάδων τροφίμων, όπως ορίζονται από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής

Ομάδα τροφίμων	Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής	
	Ναι	Όχι
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	38	122
	23.8%	76.3%
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	31	129
	19.4%	80.6%
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	20	140
	12.5%	87.5%
Μόνο/Πόλυ- ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	38	122
	23.8%	76.3%
Όσπρια και σπόροι (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	24	136
	15.0%	85.0%
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	43	117
	26.9%	73.1%
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	75	85
	46.9%	53.1%
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	144	16
	90.0%	10.0%
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	43	117
	26.9%	73.1%
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	87	73
	54.4%	45.6%
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	152	8
	95%	5%

Διατροφικές συνήθειες ως προς ομάδες τροφίμων και πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής



Από τον Πίνακα 18 προκύπτει ότι το 76.3% και το 80.6% του δείγματος δεν ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση φρούτων και δημητριακών αντίστοιχα ενώ μόνο το 23.8% και το 19.4% αντίστοιχα φαίνεται να ακολουθεί αυτές τις συστάσεις. Επιπλέον το 87.5%, το 76.3% και το 85% εμφάνισαν αρνητική σχέση με τις συστάσεις για κατανάλωση λαχανικών, μόνο και πολύ-ακόρεστων λιπαρών και οσπρίων/καρπών αντίστοιχα. Το ίδιο ισχύει και για την κατανάλωση γαλακτοκομικών και κόκκινου κρέατος όπου το 73.1% του δείγματος φαίνεται πως δεν ακολουθεί τις συστάσεις για τις δύο αυτές κατηγορίες τροφίμων όπως ορίζονται από το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής. Σε αντίθεση με τα παραπάνω το 90% του δείγματος τηρεί τις συστάσεις που ορίζονται για την κατανάλωση πουλερικών ενώ όσον αφορά την κατανάλωση ψαριών και αυγών υπάρχει μια ασάφεια λόγω των παρόμοιων ποσοστών που προέκυψαν (ψάρια: 46.9% Ναι, 53.1% Όχι, αυγά 54.4% Ναι, 45.6% Όχι). Τέλος όσον αφορά το αλκοόλ αξίζει να σημειωθεί ότι το 95% των ερωτηθέντων ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ ενώ μόλις το 5% δεν τις ακολουθεί.

4.3.2 Στατιστική ανάλυση

Η αρχική στατιστική ανάλυση αφορά τη σχέση μεταξύ των κατηγοριών του ΔΜΣ και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, τη συχνότητα γευμάτων και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στον **Πίνακα 19** φαίνονται αναλυτικά όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι που διενεργήθηκαν. Με βάση τα αποτελέσματα φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και του φύλου ($p=0.002$), της ηλικίας ($p=0.015$), της εβδομαδιαίας κατανάλωσης πρωινού ($p=0.000$), της εβδομαδιαίας κατανάλωσης έτοιμου φαγητού τύπου fast-food ($p=0.000$), της εβδομαδιαίας ενασχόλησης με κάποια φυσική δραστηριότητα ($p=0.004$) και της εκπαίδευσης ($p=0.030$). οι επιπλέον έλεγχοι που διενεργήθηκαν δεν έβγαλαν κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 19: Σχέση του ΔΜΣ με τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικών καθώς και τη συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων του δείγματος

Δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικών καθώς και συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων	BMI p-value
Φύλο	0.002
Ηλικία	0.015
Ζείτε μόνος/η;	0.460
Μαγειρεύετε εσείς;	0.840
Πρωινό/εβδομάδα	0.000
Δεκατιανό/εβδομάδα	0.198
Σπιτικό φαγητό/εβδομάδα	0.673
Βραδινό γεύμα στο σπίτι/εβδομάδα	0.236
Έτοιμο φαγητό/εβδομάδα	0.000
Όρεξη	0.099
Φυσική Δραστηριότητα/εβδομάδα	0.004
Δίαιτα στο παρελθόν	0.298
Εργασία	0.693
Εκπαίδευση	0.030
Μισθός	0.419

Από τον πίνακα 19 προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και του φύλου, δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν φυσιολογικό ΔΜΣ ($18,5-25 \text{ kg/m}^2$). Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του ΔΜΣ υπάρχει επίσης στατιστικά σημαντική σχέση καθώς το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος που είναι συγκεντρωμένο στις ηλικίες 18 - 24 (25,6%) και 25 - 31 (29,9%) παρουσιάζει φυσιολογικό ΔΜΣ. Άλλη μια μεταβλητή που φαίνεται να συνδέεται με το ΔΜΣ είναι η κατανάλωση πρωινού γεύματος, όπου προκύπτει πως το 37,5% του δείγματος που τρώει καθημερινά πρωινό έχει και

φυσιολογικό ΔΜΣ (18,5-25 kg/m²). Επιπλέον το 43,1% του δείγματος που καταναλώνει έτοιμο φαγητό (fast food) 1 - 2 φορές την εβδομάδα παρουσιάζει επίσης ΔΜΣ μέσα στα φυσιολογικά όρια. Όσον αφορά την ενασχόληση με κάποια φυσική δραστηριότητα, το 25,6% των ατόμων που αθλούνται 1 - 3 ώρες την εβδομάδα φαίνεται να έχουν φυσιολογικό ΔΜΣ, ενώ μόλις το 15% του δείγματος που αθλείται >4 ώρες την εβδομάδα παρουσιάζει φυσιολογικό ΔΜΣ. Τέλος βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και του επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς το 40% του δείγματος με πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ, φαίνεται πως έχει και φυσιολογικό ΔΜΣ.

Επιπλέον στατιστικοί έλεγχοι διενεργήθηκαν για να ελεγχθεί η σχέση που μπορεί να έχουν οι διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων όπως ορίστηκαν από τις Συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής (ΣΜΔ) για συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων, με άλλες μεταβλητές.

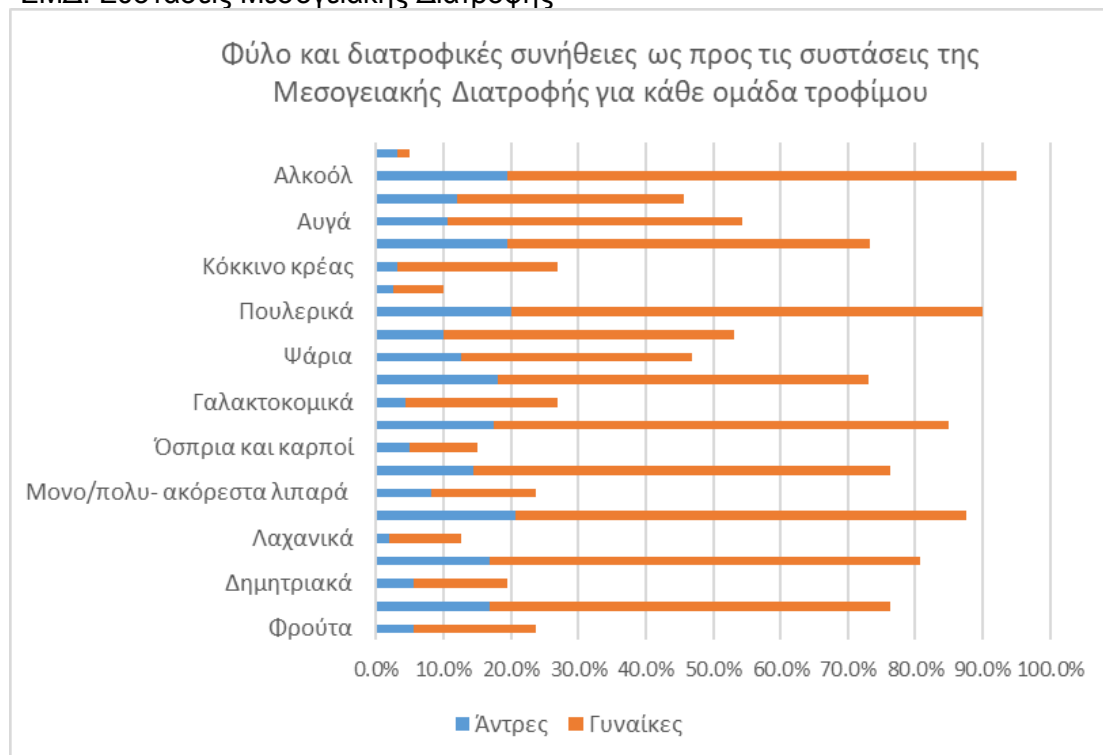
Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ομάδας των αλκοολούχων ποτών και του φύλου ($p=0.015$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20: Σχέση μεταξύ του φύλου και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδα τροφίμων	ΣΜΔ*	Φύλο		p-value
		Άντρες	Γυναίκες	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	9 5.6%	29 18.1%	1.000
	Όχι	27 16.9%	95 59.4%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	9 5.6%	22 13.8%	0.344
	Όχι	27 16.9%	102 63.8%	
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	3 1.9%	17 10.6%	0.569
	Όχι	33 20.6%	107 66.9%	
Μονο/πολυ- ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	13 8.1%	25 15.5%	0.073
	Όχι	23 14.4%	99 61.9%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	8 5%	16 10%	0.188
	Όχι	28 17.5%	108 67.5%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	7 4.4%	36 22.5%	0.292
	Όχι	29	88	

		18.1%	55%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	20 12.5%	55 34.4%	0.259
	Όχι	16 10%	69 43.1%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	32 20%	112 70%	0.759
	Όχι	4 2.5%	12 7.5%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	5 3.1%	38 23.8%	0.055
	Όχι	31 19.4%	86 53.8%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	17 10.6%	70 43.8%	0.348
	Όχι	19 11.9%	54 33.8%	
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	31 19.4%	121 75.6%	0.015
	Όχι	5 3.1%	3 1.9%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής



Από τον πίνακα 20 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το οποίο αποτελείται από γυναίκες δε φαίνεται να ακολουθεί τις συστάσεις όπως αυτές ορίζονται από το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής για τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά, τα μόνο και πολύ-ακόρεστα λιπαρά, τα γαλακτοκομικά, το κόκκινο

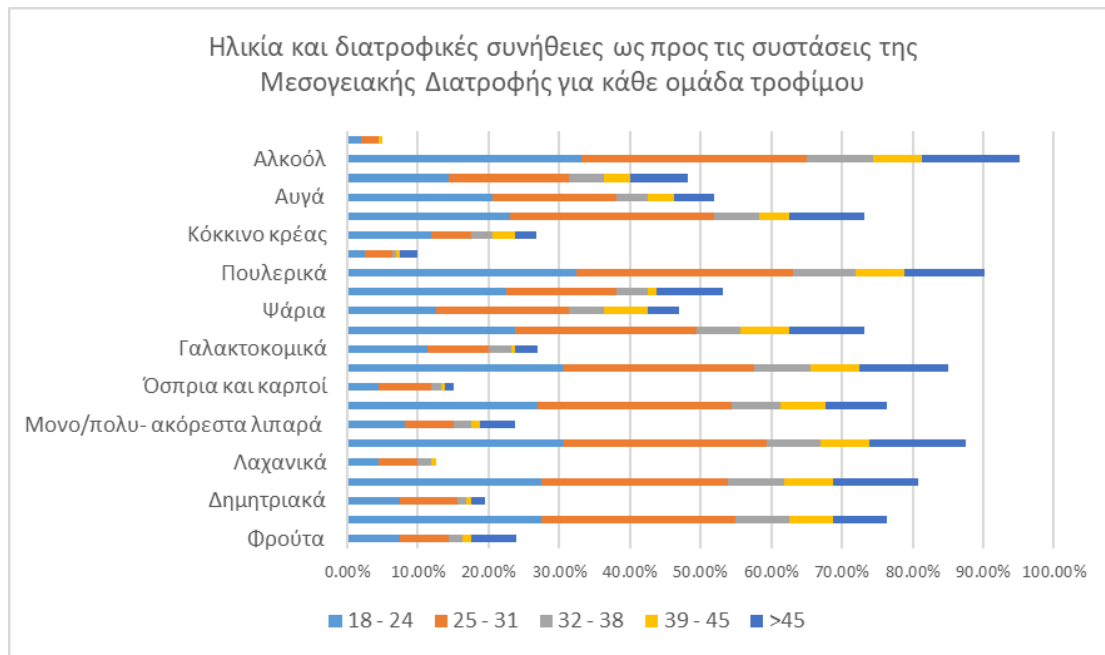
κρέας και τα όσπρια/καρπούς, ενώ φαίνεται να ακολουθεί τις συστάσεις για τα πουλερικά και το αλκοόλ. Πιο αναλυτικά, παρατηρήθηκε ότι από τις 124 γυναίκες οι 95 (59,4%) δεν ακολουθούν τις συστάσεις για τα φρούτα, ενώ οι μόλις οι 29 (18,1%) τις ακολουθούν. Από τους 36 άντρες, οι 27 (16,9%) δεν ακολουθούν αυτές τις συστάσεις ενώ μόλις 9 (5,6%) τις ακολουθούν. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 63,8%, το 66,9% ,το 61,9% και το 55% των γυναικών δεν ακολουθεί τις συστάσεις για τα λαχανικά, δημητριακά, μόνο και πολύ-ακόρεστα λιπαρά και γαλακτοκομικά αντίστοιχα ενώ όσον αφορά τους άντρες το 16,9%, το 20,6%, το 14,4% και το 18,1% αυτών δεν ακολουθεί τις συστάσεις για τις παραπάνω ομάδες τροφίμων αντίστοιχα. Επιπλέον το 67,5% και το 53,8% των γυναικών δεν ακολουθεί τις συστάσεις για τα όσπρια/καρπούς και το κόκκινο κρέας αντίστοιχα, ενώ από τους άντρες το 17,5% και το 19,4% αντίστοιχα φαίνεται να μην ακολουθεί αυτές τις συστάσεις. Όσον αφορά τις συστάσεις κατανάλωσης πουλερικών φαίνεται πως το 70% των γυναικών και το 20% των αντρών ακολουθούν αυτές τις συστάσεις. Τέλος βρέθηκε πως τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ, αφού το 75,6% των γυναικών φαίνεται να καταναλώνει 1 ποτήρι/ημέρα και το 19,4% των αντρών 2 ποτήρια/ημέρα.

Επιπλέον, η ανάλυση της σχέση μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών και των διατροφικών συνηθειών ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής (Πίνακας 21), έδειξε πως η **κατανάλωση ψαριών με βάση το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής διαφέρει στατιστικά σημαντικά με τις κατηγορίες ηλικίας** ($p=0.011$). Δε βρέθηκε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 21: Σχέση μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδες Τροφίμων	ΣΜΔ*	Κατηγορίες Ηλικίας (έτη)					p-value
		18 - 24	25 - 31	32 - 38	39 - 45	>45	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	12 7.5%	11 6.9%	3 1.9%	2 1.3%	10 6.3%	0.194
	Όχι	44 27.5%	44 27.5%	12 7.5%	10 6.3%	12 7.5%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	12 7.5%	13 8.1%	2 1.3%	1 0.6%	3 1.9%	0.748
	Όχι	44 27.5%	42 26.3%	13 8.1%	11 6.9%	19 11.9%	
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	7 4.4%	9 5.6%	3 1.9%	1 0.6%	0 0.0%	0.229
	Όχι	49 30.6%	46 28.8%	12 7.5%	11 6.9%	22 13.8%	
Μόνο/πολύ-ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	13 8.1%	11 6.9%	4 2.5%	2 1.3%	8 5%	0.609
	Όχι	43 26.9%	44 27.5%	11 6.9%	10 6.3%	14 8.8%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	7 4.4%	12 7.5%	2 1.3%	1 0.6%	2 1.3%	0.604
	Όχι	49 30.6%	43 26.9%	13 8.1%	11 6.9%	20 12.5%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	18 11.3%	14 8.8%	5 3.1%	1 0.6%	5 3.1%	0.509
	Όχι	38 23.8%	41 25.6%	10 6.3%	11 6.9%	17 10.6%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	20 12.5%	30 18.8%	8 5.0%	10 6.3%	7 4.4%	0.011
	Όχι	36 22.5%	25 15.6%	7 4.4%	2 1.3%	15 9.4%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	52 32.5%	49 30.6%	14 8.8%	11 6.9%	18 11.3%	0.680
	Όχι	4 2.5%	6 3.8%	1 0.6%	1 0.6%	4 2.5%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	19 11.9%	9 5.6%	5 3.1%	5 3.1%	5 3.1%	0.150
	Όχι	37 23.1%	46 28.8%	10 6.3%	7 4.4%	17 10.6%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	33 20.6%	28 17.5%	7 4.4%	6 3.8%	13 5.6%	0.852
	Όχι	23 14.4%	27 16.9%	8 5.0%	6 3.8%	9 8.1%	
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	53 33.1%	51 31.9%	15 9.4%	11 6.9%	22 13.8%	0.605
	Όχι	3 1.9%	4 2.5%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής



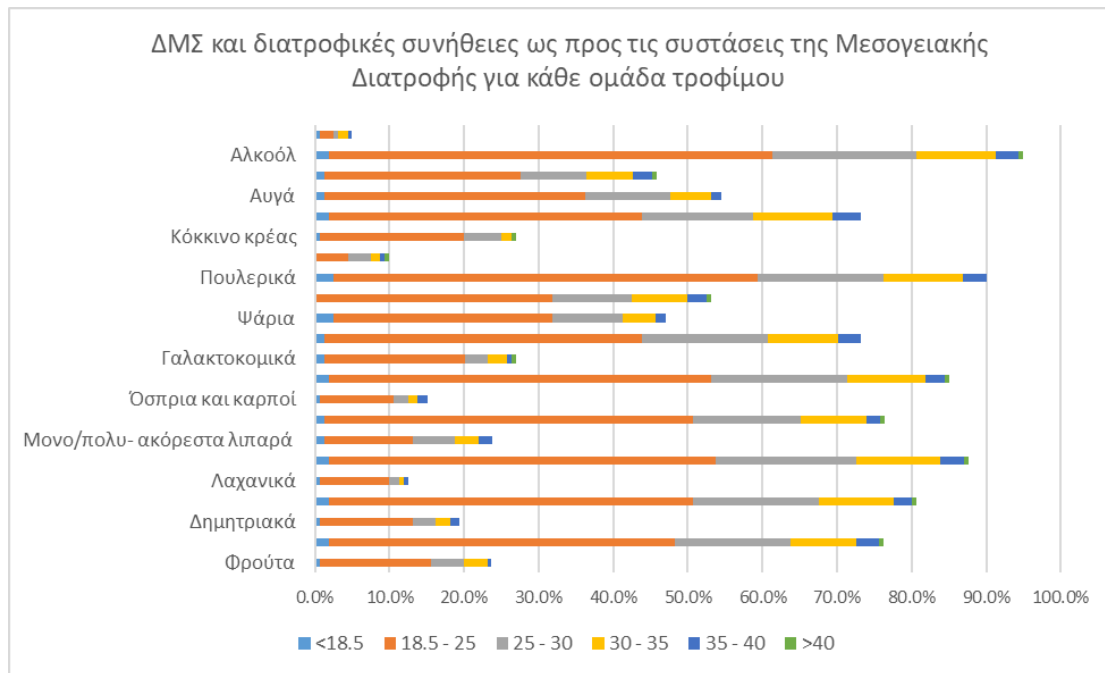
Από τον πίνακα 21 προκύπτει ότι οι νεαρότερες ηλικίες (18 - 24 ετών και 25 - 31 ετών) είναι αυτές που δεν ακολουθούν τις συστάσεις για τα φρούτα λαχανικά, δημητριακά, μόνο και πολύ-ακόρεστα λιπαρά, όσπρια/καρποί, γαλακτοκομικά και κόκκινο κρέας. Όσον αφορά τα ψάρια, όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της κατανάλωσης τους και της ηλικίας, παρατηρήθηκε ότι στην ηλικιακή ομάδα 18 - 24 το 22,5% του δείγματος δεν ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση ψαριών ενώ ούτε το 15,6% του δείγματος που ανήκει στις ηλικίες 25 - 31 φαίνεται να τις ακολουθεί σε σύγκριση με το 1,3% του δείγματος που βρίσκεται στο ηλικιακό εύρος 39 - 45 και επίσης δεν ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση ψαριών (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα), γεγονός που μας δείχνει ότι η κατανάλωση ψαριών δεν προτιμάται από τις νεαρότερες ηλικίες. Όσον αφορά τις συστάσεις για την κατανάλωση πουλερικών και αλκοόλ, παρατηρήθηκε ότι όλες οι ηλικιακές ομάδες ακολουθούν τις συστάσεις αυτές.

Όσον αφορά τις κατηγορίες ΔΜΣ στις οποίες χωρίστηκαν οι συμμετέχοντες με βάση το βάρος και το ύψος που δήλωσαν, φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ αυτών και το αν ακολουθεί ή όχι το δείγμα τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδες τροφίμων	ΣΜ Δ*	Κατηγορίες ΔΜΣ (kg/m ²)						p-value
		<18.5	18.5 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	>40	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	1 0.6%	24 15.0%	7 4.4%	5 3.1%	1 0.6%	0 0.0%	0.995
	Όχι	3 1.9%	74 46.3%	25 15.6%	14 8.8%	5 3.1%	1 0.6%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	1 0.6%	20 12.5%	5 3.1%	3 1.9%	2 1.3%	0 0.0%	0.813
	Όχι	3 1.9%	78 48.8%	27 16.9%	16 10.0%	4 2.5%	1 0.6%	
Λαχανικά (4–8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	1 0.6%	15 9.4%	2 1.3%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	0.449
	Όχι	3 1.9%	83 51.9%	30 18.8%	18 11.3%	5 3.1%	1 0.6%	
Μόνο/πολύ-ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	2 1.3%	19 11.9%	9 5.6%	5 3.1%	3 1.9%	0 0.0%	0.262
	Όχι	2 1.3%	79 49.4%	23 14.4%	14 8.8%	3 1.9%	1 0.6%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	1 0.6%	16 10.0%	3 1.9%	2 1.3%	2 1.3%	0 0.0%	0.496
	Όχι	3 1.9%	82 51.3%	29 18.1%	17 10.6%	4 2.5%	1 0.6%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	2 1.3%	30 18.8%	5 3.1%	4 2.5%	1 0.6%	1 0.6%	0.189
	Όχι	2 1.3%	68 42.5%	27 16.9%	15 9.4%	5 3.1%	0 0.0%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	4 2.5%	47 29.4%	15 9.4%	7 4.4%	2 1.3%	0 0.0%	0.249
	Όχι	0 0.0%	51 31.9%	17 10.6%	12 7.5%	4 2.5%	1 0.6%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	4 2.5%	91 56.9%	27 16.9%	17 10.6%	5 3.1%	0 0.0%	0.109
	Όχι	0 0.0%	7 4.4%	5 3.1%	2 1.3%	1 0.6%	1 0.6%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	1 0.6%	31 19.4%	8 5.0%	2 1.3%	0 0.0%	1 0.6%	0.115
	Όχι	3 1.9%	67 41.9%	24 15.0%	17 10.6%	6 3.8%	0 0.0%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	2 1.3%	56 35.0%	18 11.3%	9 5.6%	2 1.3%	0 0.0%	0.730
	Όχι	2 1.3%	42 26.3%	14 8.8%	10 6.3%	4 2.5%	1 0.6%	
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	3 1.9%	95 59.4%	31 19.4%	17 10.6%	5 3.1%	1 0.6%	0.095
	Όχι	1 0.6%	3 1.9%	1 0.6%	2 1.3%	1 0.6%	0 0.0%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής



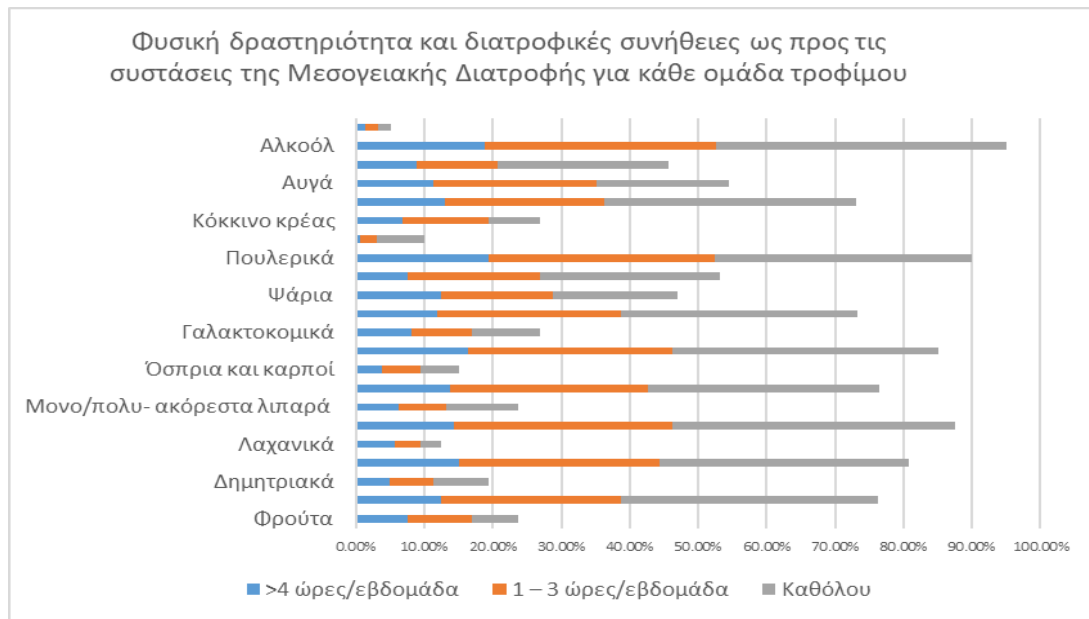
Στον πίνακα 22 φαίνεται ότι το 46,3%, το 48,8% και το 51,9% του δείγματος που παρουσιάζει ΔΜΣ εντός των φυσιολογικών ορίων (18,5-25 kg/m²) δε φαίνεται να τηρεί τις προτεινόμενες συστάσεις για τα φρούτα, τα δημητριακά και τα λαχανικά αντίστοιχα. Το ίδιο συμβαίνει και με την κατανάλωση μόνο και πολύ- ακόρεστων λιπαρών, όσπριων και καρπών, γαλακτοκομικών και κόκκινου κρέατος όπου το 49,4%, το 51,3%, το 42,5% και το 41,9% αντίστοιχα που παρουσιάζει ΔΜΣ φυσιολογικό δε φαίνεται να ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση των παραπάνω ομάδων τροφίμων. Από την άλλη μεριά παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που έχει φυσιολογικό ΔΜΣ φαίνεται να ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση πουλερικών (1 - 3 μερίδες/εβδομάδα) και αλκοόλ (1 ποτήρι/ημέρα για γυναίκες, 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες) σε ποσοστό 56,9% και 59,4% αντίστοιχα. Όσον αφορά την κατανάλωση ψαριών και αυγών τα ποσοστά είναι παρόμοια στο αν ακολουθούνται ή όχι οι προτεινόμενες συστάσεις. Το ίδιο συμβαίνει και με τις υπόλοιπες κατηγορίες του ΔΜΣ (ελλιποβαρής, υπέρβαροι, παχύσαρκοι) όπου δεν τηρούνται οι συστάσεις για τα φρούτα, δημητριακά, λαχανικά, όσπρια, μόνο και πολύ- ακόρεστα λιπαρά, γαλακτοκομικά και κόκκινο κρέας ενώ ακολουθούνται οι προτεινόμενες συστάσεις για την κατανάλωση πουλερικών και αλκοόλ με τα ποσοστά να διαφοροποιούνται σε όλες τις ομάδες τροφίμων.

Μετά την ανάλυση της εβδομαδιαίας συχνότητας φυσικής δραστηριότητας, προέκυψε πως αυτή διαφέρει στατιστικά σημαντικά στις συστάσεις που αφορούν την κατανάλωση **λαχανικών** ($p=0.014$), **κόκκινου κρέατος** ($p=0.038$) και **αυγών** ($p=0.035$).

Πίνακας 23: Σχέση μεταξύ της συχνότητας φυσικής δραστηριότητας και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδα Τροφίμων	ΣΜΔ	Φυσική Δραστηριότητα			p-value
		>4 ώρες/εβδομάδα	1 – 3 ώρες/εβδομάδα	Καθόλου	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	12 7.5%	15 9.4%	11 6.9%	0.051
	Όχι	20 12.5%	42 26.3%	60 37.5%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	8 5.0%	10 6.3%	13 8.1%	0.681
	Όχι	24 15.0%	47 29.4%	58 36.3%	
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	9 5.6%	6 3.8%	5 3.1%	0.014
	Όχι	23 14.4%	51 31.9%	66 41.3%	
Μόνο/πολύ- ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	10 6.3%	11 6.9%	17 10.6%	0.453
	Όχι	22 13.8%	46 28.8%	54 33.8%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	6 3.8%	9 5.6%	9 5.6%	0.681
	Όχι	26 16.3%	48 30.0%	62 38.8%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	13 8.1%	14 8.8%	16 10.0%	0.154
	Όχι	19 11.9%	43 26.9%	55 34.4%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	20 12.5%	26 16.3%	29 18.1%	0.120
	Όχι	12 7.5%	31 19.4%	42 26.3%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	31 19.4%	53 33.1%	60 37.5%	0.124
	Όχι	1 0.6%	4 2.5%	11 6.9%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	11 6.9%	20 12.5%	12 7.5%	0.038
	Όχι	21 13.1%	37 23.1%	59 36.9%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	18 11.3%	38 23.8%	31 19.4%	0.035
	Όχι	14 8.8%	19 11.9%	40 25.0%	
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	30 18.8%	54 33.8%	68 42.5%	0.898
	Όχι	2 1.3%	3 1.9%	3 1.9%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής



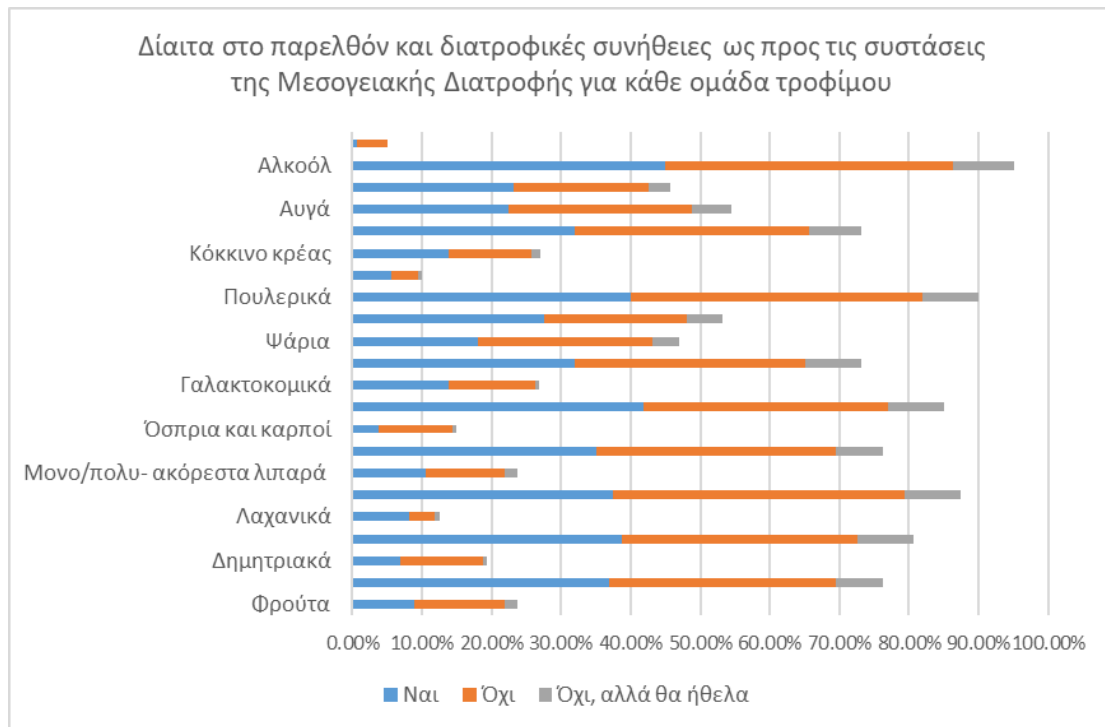
Στον πίνακα 23 παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συχνότητας φυσικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης λαχανικών ($p=0.014$). Παρατηρήθηκε ότι το 41,3% του δείγματος που δεν αθλείται καθόλου δεν ακολουθεί τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής για την κατανάλωση λαχανικών (4 - 8 μερίδες/ημέρα). Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και με τις άλλες δύο κατηγορίες φυσικής δραστηριότητας όπου το 31,9% του δείγματος που αθλείται 1-3 ώρες/εβδομάδα δεν τηρεί τις συστάσεις για την κατανάλωση λαχανικών και το 14,4% του δείγματος που αθλείται >4 ώρες/εβδομάδα δεν ακολουθεί επίσης αυτές τις συστάσεις. Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος ($p=0.038$) όπου παρατηρήθηκε ότι το 36,9% του δείγματος που δεν ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση κόκκινου κρέατος (3 - 4 μερίδες/μήνα) δεν αθλείται καθόλου. Επιπλέον το 23,1% και το 13,1% του δείγματος που αθλούνται 1 - 3 ώρες/εβδομάδα και >4 ώρες αντίστοιχα φαίνεται πως δεν ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση κόκκινου κρέατος. Τέλος βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και μεταξύ της κατανάλωσης αυγών και της φυσικής δραστηριότητας ($p=0.035$) με το 25% του δείγματος που δεν ακολουθεί τις προτεινόμενες συστάσεις για την κατανάλωση αυγών, να μην αθλείται καθόλου, ενώ το 23,8% και 11,3% του δείγματος που αθλούνται 1 - 3 ώρες/εβδομάδα και >4 ώρες/εβδομάδα αντίστοιχα να ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση αυγών.

Εν συνεχεία, η προσκόλληση στις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής που αφορούν την κατανάλωση οσπρίων και καρπών, προέκυψε πως εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0.031$) με όσα δήλωσαν οι ερωτηθέντες για χρήση ή όχι δίαιτας για απώλεια βάρους στο παρελθόν.

Πίνακας 24: Σχέση μεταξύ της χρήσης ή όχι διαίτας στο παρελθόν και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδα Τροφίμων	ΣΜΔ *	Δίαιτα στο παρελθόν			p-value
		Ναι	Όχι	Όχι, αλλά θα ήθελα	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	14 8.8%	21 13.1%	3 1.9%	0.415
	Όχι	59 36.9%	52 32.5%	11 6.9%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	11 6.9%	19 11.9%	1 0.6%	0.158
	Όχι	62 38.8%	54 33.8%	13 8.1%	
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	13 8.1%	6 3.8%	1 0.6%	0.196
	Όχι	60 37.5%	67 41.9%	13 8.1%	
Μόνο/πολύ- ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	17 10.6%	18 11.3%	3 1.9%	1.000
	Όχι	56 35.0%	55 34.4%	11 6.9%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	6 3.8%	17 10.6%	1 0.6%	0.031
	Όχι	67 41.9%	56 35.0%	13 8.1%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	22 13.8%	20 12.5%	1 0.6%	0.202
	Όχι	51 31.9%	53 33.1%	13 8.1%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	29 18.1%	40 25.0%	6 3.8%	0.198
	Όχι	44 27.5%	33 20.6%	8 5.0%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	64 40.0%	67 41.9%	13 8.1%	0.789
	Όχι	9 5.6%	6 3.8%	1 0.6%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	22 13.8%	19 11.9%	2 1.3%	0.517
	Όχι	51 31.9%	54 33.8%	12 7.5%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	36 22.5%	42 26.3%	9 5.6%	0.467
	Όχι	37 23.1%	31 19.4%	5 3.1%	
Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	72 45.0%	66 41.3%	14 8.8%	0.084
	Όχι	1 0.6%	7 4.4%	0 0.0%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής



Στον πίνακα 24 παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της χρήσης ή όχι δίαιτας στο παρελθόν και της κατανάλωσης οσπρίων και καρπών ($p=0.031$) με το 41,9% του δείγματος που έχει ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν να μην τηρεί τις συστάσεις για την κατανάλωση οσπρίων και καρπών. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 36,9% του δείγματος που έχει κάνει δίαιτα στο παρελθόν δεν ακολουθεί τις συστάσεις για την κατανάλωση φρούτων, ενώ αντίθετα το 41,9% του δείγματος που **δεν** έχει κάνει δίαιτα στο παρελθόν φαίνεται να μην ακολουθεί τις συστάσεις κατανάλωσης για τα λαχανικά. Το ίδιο ισχύει και με την κατανάλωση γαλακτοκομικών με το 33,1% του δείγματος που **δεν** έχει κάνει δίαιτα στο παρελθόν να μην ακολουθεί τις συστάσεις για τα γαλακτοκομικά, ενώ όσον αφορά την κατανάλωση ψαριών και αυγών παρατηρήθηκε ότι το 27,5% και το 23,1% του δείγματος αντίστοιχα που έχει ακολουθήσει δίαιτα στο παρελθόν δεν τηρεί τις συστάσεις για τις δύο αυτές ομάδες τροφίμων, ενώ το 25% και το 26,3% του δείγματος αντίστοιχα που **δεν** έχει ακολουθήσει δίαιτα στο παρελθόν φαίνεται να καταναλώνει 2 – 3 μερίδες ψαριών/εβδομάδα και έως 4 αυγά/εβδομάδα αντίστοιχα σύμφωνα με τις συστάσεις της ΜΔ. Τέλος από τον πίνακα 24 παρατηρούμε ότι ακολουθούνται οι συστάσεις κατανάλωσης πουλερικών και αλκοόλ και από αυτούς που έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν, και από αυτούς που δεν έχουν ακολουθήσει και από αυτούς που δεν έχουν ακολουθήσει αλλά θα ήθελαν.

Τέλος, η σύγκριση των συστάσεων και της μηνιαίας μισθοδοσίας που δήλωσαν οι συμμετέχοντες, έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των συστάσεων που

αφορούν τα **φρούτα** ($p=0.010$), τα **όσπρια** και τους **καρπούς** ($p=0.025$) και το **αλκοόλ** ($p=0.010$).

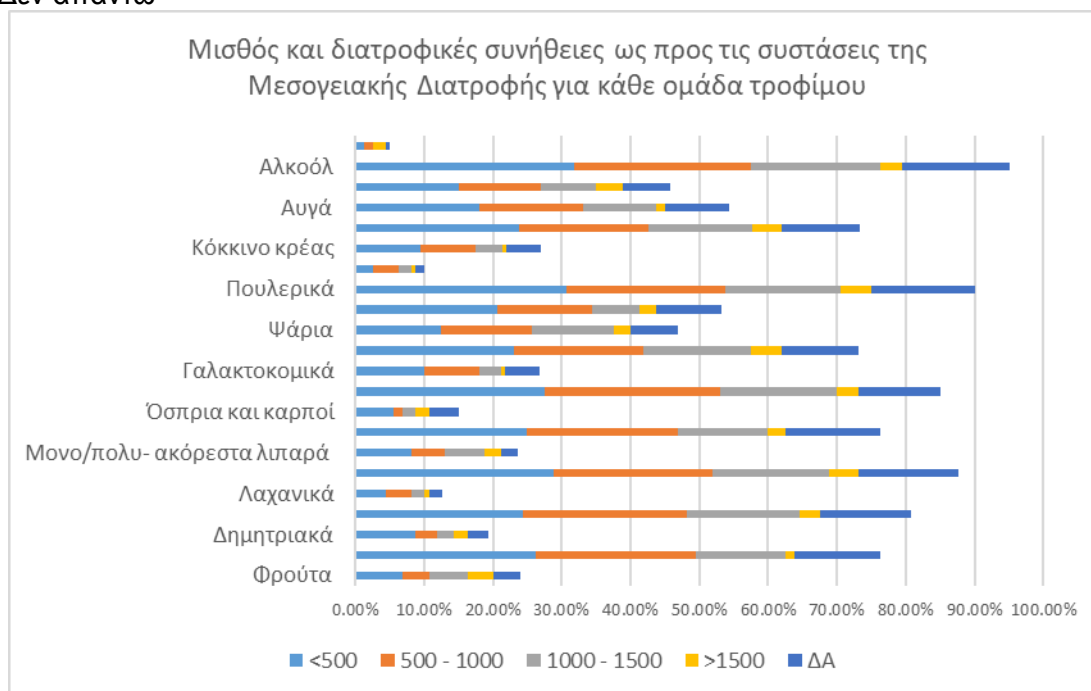
Πίνακας 25: Σχέση μεταξύ της μηνιαίας μισθοδοσίας και των διατροφικών συνηθειών του δείγματος ως προς τις συστάσεις της Μεσογειακής Διατροφής για κάθε ομάδα τροφίμου

Ομάδες τροφίμων	ΣΜΔ*	Μηνιαίος Μισθός (€)					p-value
		<500	500 - 1000	1000 - 1500	>1500	ΔΑ**	
Φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα)	Ναι	11 6.9%	6 3.8%	9 5.6%	6 3.8%	6 3.8%	0.010
	Όχι	42 26.3%	37 23.1%	21 13.1%	2 1.3%	20 12.5%	
Δημητριακά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	14 8.8%	5 3.1%	4 2.5%	3 1.9%	5 3.1%	0.202
	Όχι	39 24.4%	38 23.8%	26 16.3%	5 3.1%	21 13.1%	
Λαχανικά (4 – 8 μερίδες/ημέρα)	Ναι	7 4.4%	6 3.8%	3 1.9%	1 0.6%	3 1.9%	0.989
	Όχι	46 28.8%	37 23.1%	27 16.9%	7 4.4%	23 14.4%	
Μόνο/πολύ-ακόρεστα λιπαρά (4 – 6 μερίδες/ημέρα)	Ναι	13 8.1%	8 5.0%	9 5.6%	4 2.5%	4 2.5%	0.267
	Όχι	40 25.0%	35 21.9%	21 13.1%	4 2.5%	22 13.8%	
Όσπρια και καρποί (1 – 3 μερίδες/ημέρα)	Ναι	9 5.6%	2 1.3%	3 1.9%	3 1.9%	7 4.4%	0.025
	Όχι	44 27.5%	41 25.6%	27 16.9%	5 3.1%	19 11.9%	
Γαλακτοκομικά (1 – 3 μερίδες/μέρα)	Ναι	16 10.0%	13 8.1%	5 3.1%	1 0.6%	8 5.0%	0.616
	Όχι	37 23.1%	30 18.8%	25 15.6%	7 4.4%	18 11.3%	
Ψάρια (2 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	20 12.5%	21 13.1%	19 11.9%	4 2.5%	11 6.9%	0.252
	Όχι	33 20.6%	22 13.8%	11 6.9%	4 2.5%	15 9.4%	
Πουλερικά (1 – 3 μερίδες/εβδομάδα)	Ναι	49 30.6%	37 23.1%	27 16.9%	7 4.4%	24 15.0%	0.808
	Όχι	4 2.5%	6 3.8%	3 1.9%	1 0.6%	2 1.3%	
Κόκκινο κρέας (3 – 4 μερίδες/μήνα)	Ναι	15 9.4%	13 8.1%	6 3.8%	1 0.6%	8 5.0%	0.765
	Όχι	38 23.8%	30 18.8%	24 15.0%	7 4.4%	18 11.3%	
Αυγά (έως 4/εβδομάδα)	Ναι	29 18.1%	24 15.0%	17 10.6%	2 1.3%	15 9.4%	0.583
	Όχι	24 15.0%	19 11.9%	13 8.1%	6 3.8%	11 6.9%	

Αλκοόλ (1 ποτήρι/ ημέρα για γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για άντρες)	Ναι	51 31.9%	41 25.6%	30 18.8%	5 3.1%	25 15.6%	0.010
	Όχι	2 1.3%	2 1.3%	0 0.0%	3 1.9%	1 0.6%	

*ΣΜΔ: Συστάσεις Μεσογειακής Διατροφής

**ΔΑ: Δεν απαντώ



Τέλος από τον πίνακα 25 προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μηνιαίας μισθοδοσίας και των συστάσεων για την κατανάλωση φρούτων ($p=0.010$). Παρατηρήθηκε λοιπόν πως το 26,3% του δείγματος που δεν ακολουθεί τις συστάσεις για τα φρούτα (2 – 4 μερίδες/ημέρα) παρουσιάζει χαμηλό μηνιαίο μισθό (<500 ευρώ), σε σύγκριση με το 1,3% του δείγματος που δεν ακολουθεί τις συστάσεις αυτές αλλά παίρνει μηνιαίο μισθό >1500 ευρώ. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε και μεταξύ των συστάσεων για τα όσπρια και τους καρπούς σε σχέση με το μηνιαίο μισθό ($p=0.025$). Παρατηρήθηκε και εδώ πως μόνο το 5,6% του δείγματος που είναι χαμηλόμισθοι (<500ευρώ) ακολουθεί τις συστάσεις για τα όσπρια και τους καρπούς (1 – 3 μερίδες/ημέρα), ενώ το 27,5% του δείγματος που είναι χαμηλόμισθοι δεν ακολουθεί αυτές τις συστάσεις σε αντίθεση με το 3,1% του δείγματος που είναι υψηλόμισθοι (>1500 ευρώ) και δεν ακολουθεί τις παραπάνω συστάσεις. Τέλος παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος και της κατανάλωσης αλκοόλ ($p=0.010$) με το 31,9% του δείγματος με μισθό <500 ευρώ να ακολουθεί τις συστάσεις για το αλκοόλ σε σύγκριση με το 3,1% του δείγματος με μισθό >1500 ευρώ το οποίο επίσης ακολουθεί τις συστάσεις κατανάλωσης για το αλκοόλ όπως αυτές ορίζονται από το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αρχικά παρατηρήθηκε πως το δείγμα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα δεν ακολουθεί τις συστάσεις κατανάλωσης για τις περισσότερες ομάδες τροφίμων (φρούτα, δημητριακά, λαχανικά, μόνο και πολύ-ακόρεστα λιπαρά, όσπρια και καρπούς, γαλακτοκομικά, κόκκινο κρέας) όπως αυτές ορίζονται από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Παρατηρήθηκε επίσης πως το δείγμα δεν είναι ομοιογενές καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του αποτελείται από γυναίκες (78%). Επιπλέον το 35% και το 34,4% του δείγματος φαίνεται να είναι νεαρής ηλικίας (18 – 24 και 25 – 31 ετών αντίστοιχα) και τυχαίνει να παρουσιάζει και φυσιολογικό ΔΜΣ. Τα παραπάνω στοιχεία μας δείχνουν ότι το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε κυρίως από μικρές ηλικίες και έτσι προκύπτει ότι η χρήση του διαδικτύου γίνεται από τις μικρότερες ηλικίες. Όσον αφορά το ΔΜΣ που βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι οι νεαρότερες γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την εμφάνιση και τη διατροφή τους. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που καταναλώνει καθημερινά πρωινό γεύμα παρουσιάζει και φυσιολογικό ΔΜΣ, ενώ κάτι αντίστοιχο βρέθηκε και από την κατανάλωση fast food, όπου φάνηκε ότι το 43,1% των συμμετεχόντων που καταναλώνει γεύματα εκτός σπιτιού 1-2 φορές την εβδομάδα παρουσιάζει φυσιολογικό ΔΜΣ. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 26,3% του δείγματος που αθλείται 1 – 3 ώρες/εβδομάδα παρουσιάζει φυσιολογικό ΔΜΣ σε αντίθεση με το 15% του δείγματος που αθλείται > 4 ώρες/εβδομάδα και παρουσιάζει φυσιολογικό ΔΜΣ. Το ποσοστό αυτό δε φαίνεται να είναι ιδανικό για όσους αθλούνται. Όσον αφορά την κατανάλωση ψαριού, βρέθηκε πως όσοι δεν ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση του ανήκουν σε μικρές ηλικίες. Μέσα από αυτό συμπεραίνουμε ότι οι νέοι και κυρίως οι φοιτητές δεν καταναλώνουν ψαριά γιατί είναι ακριβά αλλά και χρονοβόρα ώστε να μαγειρευτούν κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από την πρόσφατη έρευνα των Theodoridis et al. τα αποτελέσματα της οποίας δείχνουν ότι η πλειοψηφία των Ελλήνων φοιτητών έχει εγκαταλείψει την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, υιοθετώντας έναν λιγότερο υγιεινό τρόπο διατροφής υπό την παρουσία οικονομικών περιορισμών. (Theodoridis, et al., 2018) Από τον πίνακα 23 προέκυψε επίσης ότι όσοι δεν αθλούνται δεν ακολουθούν τις συστάσεις κατανάλωσης για τα λαχανικά, το κόκκινο κρέας και τα αυγά, γεγονός που μας δείχνει ότι ενδεχομένως όσοι δεν αθλούνται δεν ακολουθούν το πρότυπο της ΜΔ. Επιπλέον παρατηρήσαμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν καταναλώνει τις συνιστώμενες

μερίδες φρούτων, οσπρίων και καρπών και έχει χαμηλό μισθό. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στο ότι τα φρούτα και οι καρποί είναι ακριβά και οι χαμηλόμισθοι δεν έχουν μεγάλη πρόσβαση σε αυτά. Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα με χαμηλό μισθό ακολουθούν τις συστάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ, παρόλο που η έλλειψη εισοδήματος αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για εξόδους. Τέλος παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που έχει κάνει δίαιτα στο παρελθόν δεν καταναλώνει τις συνιστώμενες μερίδες φρούτων, λαχανικών, δημητριακών κλπ, ενώ κανονικά θα έπρεπε να ακολουθεί καλύτερα τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, εύκολα συμπεραίνει κανείς ότι οι νεότεροι άνθρωποι απομακρύνονται ολοένα και περισσότερο από το παραδοσιακό Μεσογειακό διατροφικό μοντέλο, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην οικονομική κρίση που πλήττει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια περισσότερο από άλλες χώρες, καθιστώντας ορισμένα τρόφιμα όπως φρούτα, καρποί, κρέας, ψάρια που απαρτίζουν τη Μεσογειακή Διατροφή πολυτέλεια για κάποιους. Έτσι λόγω έλλειψης οικονομικής άνεσης μεγάλη μερίδα του πληθυσμού στρέφεται στην υιοθέτηση μη υγιεινών διατροφικών επιλογών (π.χ fast food). Από την άλλη μεριά η απομάκρυνση των Ελλήνων από τη Μεσογειακή διατροφή μπορεί να οφείλεται και στη βιομηχανοποίηση της τροφής η οποία κατέχει πρωταρχικό ρόλο στη σύγχρονη κοινωνία, η οποία αν μη τι άλλο χαρακτηρίζεται από γρήγορους ρυθμούς ζωής. Έτσι λοιπόν η πλειοψηφία των ανθρώπων δεν έχει την άνεση του χρόνου να ψωνίσει και να μαγειρέψει υγιεινά και ευφάνταστα γεύματα, καταφεύγοντας δυστυχώς στην εύκολη λύση των επεξεργασμένων και τυποποιημένων προϊόντων.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί Πολιτιστική Κληρονομιά για την ανθρωπότητα κρίνεται επιτακτική ανάγκη η λήψη μέτρων για τη διασφάλιση της. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί από διάφορους κοινωνικούς φορείς όπως τα ΜΜΕ τα οποία πρέπει να προβάλουν τη σημαντικότητα της Μεσογειακής διατροφής στην υγεία του ανθρώπου. Επίσης μέσω της εκπαίδευσης με την διοργάνωση ομιλιών και ημερίδων σχετικά με τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής στα σχολεία αλλά και την κινητοποίηση των επιστημόνων υγείας. Τέλος η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στην υιοθέτηση διατροφικών συμπεριφορών, μέσω των γονέων οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά τους μέσα από τις δικές τους διατροφικές επιλογές, ώστε να τους εξασφαλίσουν έναν υγιή τρόπο ζωής.

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας αφορά την φυσική δραστηριότητα και το πόσες ώρες την εβδομάδα αθλούνται οι συμμετέχοντες, όπου δεν ορίστηκε ένταση και χρόνος.

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

7.1 Ερωτηματολόγιο μελέτης

Θέμα: Διατροφικές συνήθειες ενηλίκων σε σχέση με τη Μεσογειακή Διατροφή.

(Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της πτυχιακής μου εργασίας και είναι ανώνυμο. Τα στοιχεία τα οποία δίνετε είναι εμπιστευτικά και δε θα χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς)

Παρακαλώ συμπληρώστε τα κενά, σημειώστε με "x" στο αντίστοιχο κουτάκι και κυκλώστε αντίστοιχα τις επιλογές σας για κάθε ερώτηση, τα ζητούμενα στο ακόλουθο ερωτηματολόγιο:

Φύλο	Άντρας	Γυναίκα

Ηλικία:

Σωματικό βάρος(kg):

Ύψος (m):

Τόπος διαμονής:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις.
(κυκλώστε μια ΜΟΝΟ απάντηση σε κάθε ερώτηση)

1. Ζείτε μόνος/η;

α. Ναι

β. Όχι

2. μαγειρεύετε εσείς στο σπίτι;

α. Ναι

β. Όχι (αν η απάντηση είναι όχι συμπληρώστε ποιος)

.....

3. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πρωινό;

α. καθημερινά β. 5-6 φορές γ. 3-4 φορές δ. 1-2 φορές ε. Δεν τρώω πρωινό

5. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δεκατιανό;

α. Καθημερινά β. 5-6 φορές γ. 3-4 φορές δ. 1-2 φορές ε. Ποτέ

6. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σπιτικό μαγειρεμένο φαγητό;

α. Καθημερινά β. 5-6 φορές γ. 3-4 φορές δ. 1-2 φορές ε. Ποτέ

7. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βραδινό γεύμα στο σπίτι;

α. Καθημερινά β. 5-6 φορές γ. 3-4 φορές δ. 1-2 φορές ε. Ποτέ

8. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έτοιμο φαγητό (fast food);

α. Καθημερινά β. 5-6 φορές γ. 3-4 φορές δ. 1-2 φορές ε. Ποτέ

9. Πως θα χαρακτηρίζατε το σώμα σας;

α. είμαι ελλιποβαρής

γ. έχω φυσιολογικό βάρος

δ. είμαι υπέρβαρος/η

ε. είμαι παχύσαρκος

10. Πως θα περιγράφατε την όρεξη σας;

α. δεν πεινάω ποτέ

- β. η όρεξη μου είναι φτωχή
- γ. η όρεξη μου είναι μέτρια
- δ. η όρεξη μου είναι καλή
- ε. η όρεξη μου είναι εξαιρετική

11. Πόσες ώρες την εβδομάδα αθλείστε;
- α. δεν αθλούμαι/απουσία φυσικής δραστηριότητας
 - β. από 1 έως 3 ώρες
 - γ. 4 ή και περισσότερες ώρες

12. Έχετε ακολουθήσει κάποια δίαιτα για να χάσετε ή να πάρετε βάρος;
- α. Ναι
 - β. Όχι
 - γ. Όχι, αλλά θα ήθελα

13. Εργάζεστε;
- A. ναι
 - B. όχι

14. Είδος εκπαίδευσης/κατάρτισης:
- A. μεταπτυχιακός τίτλος
 - B. πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (τριτοβάθμια εκπ.)
 - Γ. ΙΕΚ (μεταδευτεροβάθμια εκπ.)
 - Γ. Απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης (δευτεροβάθμια εκπ.)
 - Δ. Δημοτικό (πρωτοβάθμια εκπ.)

15. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας;
- A. <500 ευρώ
 - B. 500-1000 ευρώ
 - Γ. 1000-1500 ευρώ
 - Δ. >1500 ευρώ
 - E. δεν απαντώ

Ερωτηματολόγιο συχνοτήτων κατανάλωσης τροφίμων.

(όπου φλ= φλιτζάνι, κ.γ= κουταλάκι του γλυκού, κ.σ= κουταλιά σούπας, 30γρ= 1 σπιρτόκουτο, 90γρ= 1 παλάμη, 1 κεσεδάκι= 200γρ)

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων										
	6+ φορές/μέρα	4-5 φορές/μέρα	2-3 φορές/μέρα	1 φορά/ ημέρα	5-6 φορές/εβδομάδα	2-4 φορές/εβδομάδα	1 φορά/εβδομάδα	2-3 φορές/μήνα	1 φορά/μήνα	Λίγες φορές το χρόνο ή καθόλου
Ψωμί άσπρο (1 φέτα,30γρ)										
Ψωμί ολικής αλέσεως (1 φέτα,30γρ)										
Δημητριακά πρωινού-Ολικής άλεσης (1/2 φλ)										
Δημητριακά πρωινού-άλλα (cornflakes, με μέλι κ.α)(1/2 φλ.)										

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AFFENITO, S. G. (2007, April). Breakfast: A Missed Opportunity. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*, pp. 565-569.
2. ALTOMARE, R., CACCIABAUDO, F., DAMIANO, G., PALUMBO, V., GIOVIALE, M., BELLAVIA, M., et al. (2013, May). The Mediterranean Diet: A History of Health. *Iranian J Public Health*, 42(5), pp. 449-457.
3. Anderson, B., Rafferty, A. P., Lyon-Callo, S., Fussman, C., & Imes, G. (2011, July). Fast-Food Consumption and Obesity Among Michigan Adults. *Preventing Chronic Disease*, 8(4), p. A71.
4. Anderson, J. J., & Nieman, D. (2016, October 14). Diet Quality—The Greeks Had It Right! *nutrients*, 8(10), p. 636.
5. Azzini, E., Polito, A., Fumagalli, A., Intorre, F., Venneria, E., Durazzo, A., et al. (2011, November 16). Mediterranean Diet Effect: an Italian picture. *Nutrition Journal*, 10, p. 125.
6. Babio, N., Bullo, M., & Salas-Salvado, J. (2009, September). Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. *Public Health Nutrition*, 12(9A), pp. 1607–1617.
7. Babio, N., Toledo, E., Estruch, R., Ros, E., Martínez-González, M. A., Castañer, O., et al. (2014, November 18). Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREDIMED randomized trial. *CMAJ*, 186(17), pp. 649-657.
8. Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., et al. (2011, December 13). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A), pp. 2274-2284.
9. Bagordo, F., Grassi, T., Serio, F., Idolo, A., & De Donno, A. (2013). Dietary habits and health among university students living at or away from home in southern Italy. *Journal of Food and Nutrition Research*, 52(3), pp. 164-171.
10. Bargiota, A., Delizona, M., Tsitouras, A., & Koukoulis, G. N. (2013, March 7). Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. *HORMONES*, 12(2), pp. 246-253.
11. Boutelle, K. N., Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & French, S. A. (2006, February 13). Fast food for family meals: relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. *Public Health Nutrition*, 10(1), pp. 16-23.

12. Brikou, D., Zannidou, D., Karfopoulou, E., Anastasiou, C. A., & Yannakoulia, M. (2016, March 21). Breakfast consumption and weight-loss maintenance: results from the MedWeight study. *British Journal of Nutrition*, *115*, pp. 2246–2251.
13. Castro-Quezada, I., Román-Viñas, B., & Serra-Majem, L. (2014, January 3). The Mediterranean Diet and Nutritional Adequacy: A Review. *Nutrients*, *6*, pp. 231-248.
14. D'Alessandro, A., & De Pergola, G. (2014, October 16). Mediterranean Diet Pyramid: A Proposal for Italian People. *Nutrients*, *6*(10), pp. 4302-4316.
15. Daniele, N. D., Noce, A., Vidiri, M., Moriconi, E., Marrone, G., Annicchiarico-Petruzzelli, M., et al. (2016, November 26). Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity. *Oncotarget*, *8*(5), pp. 8947-8979.
16. Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008, May). Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*, *87*(5), pp. 1107-1117.
17. Donini, L. M., Serra-Majem, L., Bullo, M., Gil, A., & Salas-Salvado, J. (2015). The Mediterranean diet: culture, health and science. *British Journal of Nutrition*, *113*, pp. 1-3.
18. García-Fernández, E., Rico-Cabanas, L., Rosgaard, N., Estruch, R., & Bach-Faig, A. (2014, September 4). Mediterranean Diet and Cardiometabolic Risk: A Review. *Nutrients*, *6*, pp. 3474-3500.
19. Georgoulis, M., Kontogianni, M. D., & Yiannakouris, N. (2014, April 4). Mediterranean Diet and Diabetes: Prevention and Treatment. *Nutrients*, *6*, pp. 1406-1423.
20. Giacosa, A., Barale, R., Bavaresco, L., Gatenby, P., Gerbie, V., Janssens, J., et al. (2013, January 1). Cancer prevention in Europe: the Mediterranean diet as a protective choice. *European Journal of Cancer Prevention*, *22*, pp. 90–95.
21. Halsey, L. G., Huber, J. W., Low, T., Ibeawuchi, C., Woodruff, P., & Reeves, S. (2011, June 23). Does consuming breakfast influence activity levels? An experiment into the effect of breakfast consumption on eating habits and energy expenditure. *Public Health Nutrition*, *15*(2), pp. 238-245.
22. Heuer, T., Krems, C., Moon, K., Brombach, C., & Hoffmann, I. (2015, April 13). Food consumption of adults in Germany: results of the German National Nutrition Survey II based on diet history interviews. *British Journal of Nutrition*, *113*, pp. 1603-1614.
23. Hoffman, R., & Gerber, M. (2015, September 7). Food Processing and the Mediterranean Diet. *Nutrients*, *7*, pp. 7925-7964.

24. Kyriacou, A., Evans, J., Economides, N., & Kyriacou, A. (2015, June 30). Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 25(6), pp. 1012-1018.
25. Lorgeril, M. d. (2013, December). Mediterranean Diet and Cardiovascular Disease: Historical Perspective and Latest Evidence. *Current Atherosclerosis Reports*, 15, p. 370.
26. Martinez-Gonzalez, M., de la Fuente-Arrillaga, C., Nunez-Cordoba, J., Basterra-Gortari, F., Beunza, J., Vazquez, Z., et al. (2008, June 12). Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ*, 336, pp. 1348-1354.
27. McCrory, M. A., Fuss, P., Hays, N., Vinken, A., Greenberg, A., & Roberts, S. (1999). Overeating in America: Association between Restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obesity Research*, 7(6).
28. Mendez, M. A., Popkin, B. M., Jakszyn, P., Berenguer, A., Tormo, M., Sanchez, M., και συν. (2006, November 1). Adherence to a Mediterranean Diet Is Associated with Reduced 3-Y Incidence of obesity. *The Journal of Nutrition*, 136, σσ. 2934–2938.
29. Newman, S. L., Tumin, R., Andridge, R., & Anderson, S. E. (2015, December 4). Family Meal Frequency and Association with Household Food Availability in United States Multi-Person Households: National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2010. *PLoS ONE*, 10(12).
30. Nuvoli, G. (2015, February 10). Family meal frequency, weight status and healthy management in children, young adults and seniors. A study in Sardinia, Italy. *Appetite*, 89, pp. 160-166.
31. Rehm, C. D., Peñalvo, J. L., Afshin, A., & Mozaffarian, D. (2016, June 21). Dietary Intake Among US Adults, 1999-2012. *JAMA*, 315(23), pp. 2542-2553.
32. Romagnolo, D. F., & Selmin, O. I. (2017, September). Mediterranean Diet and Prevention of Chronic Diseases. *Nutrition Today*, 52(5), pp. 208–222.
33. Romaguera, D., Bamia, C., Pons, A., Tur, J. A., & Trichopoulou, A. (2008, October 7). Food patterns and Mediterranean diet in western and eastern Mediterranean islands. *Public Health Nutrition*, 12(8), pp. 1174–1181.
34. Ros, E., Martínez-González, M. A., Estruch, R., Salas-Salvadó, J., Fitó, M., Martínez, J. A., et al. (2014, May 6). Mediterranean Diet and Cardiovascular Health: Teachings of the PREDIMED Study. *Advances in Nutrition*, 5(3), pp. 330S–336S.
35. Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(1), pp. 22-25.

36. Schroeder, H., Fito, M., & Covas, M. (2007, May 24). Association of fast food consumption with energy intake, diet quality, body mass index and the risk of obesity in a representative Mediterranean population. *British Journal of Nutrition*, 98, pp. 1274-1280.
37. Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2015, September 23). Does a Mediterranean-Type Diet Reduce Cancer Risk? *Current Nutrition Reports*, 5, pp. 9–17.
38. Scott, C., & Johnstone, A. M. (2012, April 21). Stress and Eating Behaviour: Implications for Obesity. *Obesity Facts*, 5, pp. 277-287.
39. Simopoulos, A. P. (2001). The Mediterranean Diets: What Is So Special about the Diet of Greece? The Scientific Evidence. *The Journal of Nutrition*, 131, pp. 3065-3073.
40. Smith, L. P., Ng, S., & Popkin, B. M. (2013). Trends in Us home food preparation and consumption: analysis of national nutrition surveys and time use studies from 1965-1966 to 2007-2008. *Nutrition Journal*, 12, p. 45.
41. Sobal, J., & Hanson, K. (2011, February 28). Family meals and body weight in US adults. *Public Health Nutrition*, 14(9), pp. 1555-1562.
42. Teleman, A. A., de Waure, C., Soffiani, V., Poscia, A., & Di Pietro, M. (2015). Nutritional habits in Italian university students. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 51(2), pp. 99-105.
43. Theodoridis, X., Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Papadopoulou, S. E., Agorastou, T., Gkika, I., et al. (2018, May). Food insecurity and Mediterranean diet adherence among Greek university students. *NMCD*, 28(5), pp. 477-485.
44. Thorpe, M. G., Keast, R., Kestin, M., McNaughton, S., & Riddell, L. (2013, July 18). Diet quality in young adults and its association with food-related behaviours. *Public Health Nutrition*, 17(8), σσ. 1767-1775.
45. Tirodimos, I., Georgouvia, I., Savvala, T.-N., Karanika, E., & Noukari, D. (2009, May). Healthy lifestyle habits among Greek university students: differences by sex and faculty of study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(8), pp. 722-728.
46. Trichopoulou, A. (2015). Nutrition and health: the Mediterranean diet paradigm. In A. Meybeck, S. Redfern, F. Paoletti, & C. Strassner, *Assessing sustainable diets within the sustainability of food systems. Mediterranean diet, organic food: new challenges. Proceedings of the FAO-CREA-FQH International workshop* (pp. 163-166). Rome: FAO.
47. Trichopoulou, A., Martínez-González, M. A., Tong, T. Y., Forouhi, N. G., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., et al. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine*, 12, p. 112.

48. Yannakoulia, M., Kontogianni, M., & Scarmeas, N. (2014, October 18). Cognitive health and Mediterranean Diet: Just diet or lifestyle pattern? *Ageing Research Reviews*, 20, pp. 74-78.

Ηλεκτρονικές πηγές

1. <https://www.uwhealth.org/healthfacts/nutrition/410.html>