ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Γνώσεις και αντιλήψεις παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων

Γούργουλη Βασιλική
Τελειόφοιτη Τμήματος ΕΔΔ



Τριμελής επιτροπή

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος
Αναπληρωτής Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής

Παναγιωτάκος Δημοσθένης
Αναπληρωτής καθηγητής στη Βιοστατιστική-Επιδημιολογία της Διατροφής
Διευθυντής Μεταπτυχιακών Σπουδών

Γιαννακούλια Μαρία
Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς

Επιμέλεια

Γούργουλη Βασιλική
Τελειόφοιτη Τμήματος ΕΔΔ

Επιβλέποντες Διδάσκοντες

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος
Αναπληρωτής Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής

Παναγιωτάκος Δημοσθένης
Αναπληρωτής καθηγητής στη Βιοστατιστική-Επιδημιολογία της Διατροφής
Διευθυντής Μεταπτυχιακών Σπουδών



Αθήνα 2012

Ευχαριστώ θερμά
όλους τους ανθρώπους που με στήριξαν τα τελευταία χρόνια,
την οικογένειά μου, τον Δημήτρη, την αδερφή μου και τους φίλους μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ....8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ....8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ....8
1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ....11
1.1 Στεφανιαία νόσος: 11
1.2 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: 11
1.3 Ρευματική καρδιοπάθεια: 11
1.4 Συγγενής Καρδιοπάθεια: 11
1.5 Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής:....12
1.6 Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή:....12
1.7 Περιφερική αρτηριοπάθεια:....12
1.8 Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα:....12
2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ....13
2.1 Ευρώπη....13
2.2 Αμερική....14
2.3 Ελλάδα....14
3.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ....16
3.1 Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Γυναίκες....18
4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ....20
4.1 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου....21
4.1.1 Υπέρταση....21
4.1.2 Υπερλιπιδαιμία....21
4.1.3 Κάπνισμα....22
4.1.4 Παθητικό Κάπνισμα....23
4.1.5 Καθιστική ζωή....24
4.1.6 Διαβήτης Τύπου ΙΙ....24
4.1.7 Διατροφή....25
4.1.8 Κοινωνική τάξη....26
4.1.9 Αλκοόλ....26
4.1.10 Φάρμακα....26
4.1.11 Υπερτροφία αριστερής κοιλίας....26
4.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες - με κίνδυνο ή επίπτωση μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες....27
4.2.1 Παράγοντες κινδύνου αποκλειστικά για γυναίκες....27
4.3 Μη Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου....28
4.3.1 Ηλικία....28
4.3.2 Οικογενειακό Ιστορικό....28
4.3.3 Εθνικότητα....28
5.1 ΣΚΟΠΟΣ....29
5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ....29
5.2.1 Δείγμα....29
5.2.2 Ερωτηματολόγιο....29
1. Κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία....30

2. Αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες.....31
3. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.....32
4. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή.....34
6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 35
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....108

ABSTRACT

Zweck

In dieser Studie untersuchten wir die Wahrnehmung und das Wissen der allgemeinen Bevölkerung zu kardiovaskulären Risikofaktoren, durch die Fokussierung auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Methodik

Die Einschätzung der Wahrnehmungen von der griechischen Gesellschaft mit Fragebögen , die in vier Bereichen unterteilt wurden : Sozio-ökonomische und individuelle Daten, Wahrnehmungen von klinischen Faktoren, Wahrnehmung der Faktoren in Bezug auf Lebensstil, und schließlich, Wahrnehmung der Faktoren in Bezug auf Ernährung. Angesichts einer randomisierten Stichprobe von 9119 Personen im Alter 18-69 Jahre, aus verschiedenen Teilen Griechenlands.

Ergebnisse

Es bestand ein signifikanter Unterschied im Wissen und die Wahrnehmung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen. Insbesondere zeigte sich, dass Frauen besser die Risiko - Faktoren kennen als Männer.. Mehr Männer als Frauen wissen, dass die häufigste Erkrankung in der Bevölkerung die Herz-Kreislauf-Erkrankung ist. Beide Geschlechter glauben, dass der wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Belastung die schlechte Ernährung ist. Die meisten Frauen glauben, dass die Hauptursache eines Todes in der Bevölkerung Krebs ist, während Männer die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den ersten Platz setzten. Die Mehrheit beider Geschlechter wissen, dass Rauchen und Passivrauchen ein Faktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist, mit einem höheren Prozentsatz der richtigen Antworten der Frauen. Schließlich unter Bezugnahme auf die Risikofaktoren, die mit Ernährung verbunden sind, beobachten wir, dass die Mehrheit beider Geschlechter wissen, dass schlechte Ernährungsgewohnheiten ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind , mit mehreren richtigen Antworten, der Frauen. Die Ergebnisse sind im einzelnen in der speziellen Stelle

interpretiert.

Abschluss

Diese Arbeit führt uns zu dem Ergebnis:

In Bezug auf das Geschlecht, wissen Frauen mehr als Männer über die Faktoren Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das ergibt sicht wahrscheinlich auf die Rolle die die Frauen in der Familie spielen. Sie sind diejenigen, die die Mahlzeiten des Tages vertigstellen, im Super markt einkaufen und sind somit verantwortlich für die Fütterung der ganzen Familie. Die Frauen wissen mehr weil sie sich informieren entweder im Gespräch mit anderen Hausfrauen oder von den Nachrichten. Die Männer sagten in den meisten Fällen ihre Unwissenheit aus. Bemerkenswert sind einige Ideen, die von beiden Geschlechtern getragen werden. . Die Frage, “welche ist die häufigste Erkrankung“, antwortete die Mehrheit der Frauen Krebs, im Gegensatz zu Männern, die zu Recht argumentiert haben, dass es die Herz-Kreislauf-Erkrankung ist. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass die Männer, einem regelmäßigen Gesundheits-Check zusagten, aber selbst nicht dieser Empfehlung folgen. Die Kombination aus optimaler Ernährung und körperlicher Aktivität kann vorbeugend sein,. nicht nur von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch für viele andere Krankheiten. Obwohl das Objekt dieser Studie die Unterschiede zwischen Männern und Frauen war, müssen wir die Tatsache nicht ignorieren, dass ein großer Prozentsatz unserer Gesellschaft, nicht weiss dass letztendlich das Sprichwort "du bist was du isst " gilt.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος "καρδιαγγειακές παθήσεις" καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δυσλειτουργιών των αρτηρίων.Η κατάληξη των παθήσεων αυτών δεν είναι πάντοτε μοιραία, καθώς θεωρούνται θεραπεύσιμες και σε πολλές περιπτώσεις αποτρέψιμες. Η συχνότερη εκδήλωσή τους είναι η στεφανιαία νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο και η περιφερική αγγειοπάθεια. Τα αίτια αυτών των παθήσεων ποικίλουν. Το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια, η ανθυγιεινή διατροφή καθώς και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι κάποια από αυτά. Αξίζει να σημειωθεί πως οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι κυρίως αποτέλεσμα του τρόπου ζωής. Καθήκον όλων προς αποφυγήν τους είναι η συνειδητοποίηση του κινδύνου ή /και των συμπτωμάτων, αλλά προ πάντων η λήψη μέτρων αποφυγής, διότι και σε αυτήν την περίπτωση ισχύει το ρητό: "Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη".

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκαν οι αντιλήψεις και οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου εστιάζοντας στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Μεθοδολογία

Η αποτίμηση των αντιλήψεων πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια της Ελληνικής Εταιρίας Αθηρωσκλήρωσης, τα οποία ήταν χωρισμένα σε τέσσερις τομείς: Τα κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία, τις αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες, τις αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, και τέλος, τις αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με την διατροφή. Δόθηκαν σε τυχαιοποιημένο δείγμα 9119 ατόμων με όριο

ηλικίας 18-69 έτη, από διάφορα μέρη της Ελλάδος.

Αποτελέσματα

Βρέθηκε σημαντική διαφορά των γνώσεων καθώς και των αντιλήψεων των παραγόντων κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, στους άνδρες και στις γυναίκες. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι γυναίκες γνωρίζουν καλύτερα τους παράγοντες για εμφάνιση καρδιαγειακής νόσου, σε σχέση με τους άντρες. Επίσης, άγνοια σε πολλά ερωτήματα δήλωσαν περισσότεροι άντρες από ότι γυναίκες. Όσο αφορά το ετήσιο τσεκ απ φαίνεται οι γυναίκες να φροντίζουν την υγιεία τους περισσότερο από ότι οι άντρες, παρ' 'ολο που και οι ίδιοι θεωρούν πως είναι απαραίτητος ο ετήσιος έλεγχος, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο. Περισσότεροι άντρες από ότι γυναίκες γνωρίζουν πως η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Και τα δυο φύλα πιστεύουν πως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών είναι το άγχος και έπειτα η κακή διατροφή με υψηλότερο ποσοστό αυτό των ανδρών. Οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως η σημαντικότερη αιτία θανάτου στον πληθυσμό, είναι ο καρκίνος, ενώ οι άντρες βάζουν τα καρδιαγγειακά σε πρώτη θέση. Στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία και των δυο φύλων γνωρίζει ότι το κάπνισμα, αλλά και το παθητικό κάπνισμα αποτελεί παράγοντα καρδιαγγειακής νόσου, με υψηλότερο ποσοστό ορθών απαντήσεων αυτών των γυναικών. Τέλος αναφερόμενοι στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την διατροφή, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία και των δυο φύλων γνωρίζουν πως οι κακές διατροφικές συνήθειες αποτελούν παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, με περισσότερες ορθές απαντήσεις, αυτές των γυναικών. Τα αποτελέσματα ερμηνεύονται αναλυτικότερα στο ειδικό μέρος.

Συμπέρασμα

Η παρούσα εργασία μας οδηγεί στο συμπέρασμα οτι: Όσο αφορά το φύλο, οι γυναίκες γνωρίζουν περισσότερα απ' ότι οι άντρες σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και με τη

διατροφή ως παράγοντα. Η εικόνα αυτή που σχηματίζεται οφείλεται πιθανά στο ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι γυναίκες εντός τις οικογένειας. Είναι αυτές οι οποίες θα φροντίσουν τα γεύματα της ημέρας, τα ψώνια της εβδομάδος και έτσι είναι υπεύθυνες για τη διατροφή ολόκληρης της οικογένειας. Αναγνωρίζοντας αυτόν το ρόλο αποκτούν όλο και περισσότερες γνώσεις, είτε διαβάζοντας προς ενημέρωσή τους είτε συνομιλώντας με άλλες νοικοκυρές ή παρακολουθώντας ενημερωτικές εκπομπές. Οι άντρες από την άλλη δηλώνουν σε περισσότερες περιπτώσεις την άγνοιά τους. Πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει την καλύτερη γνώση των γυναικών, των οποίων το ποσοστό άγνοιας είναι σημαντικά μικρότερο. Αξιοσημείωτες είναι και κάποιες αντιλήψεις οι οποίες υποστηρίζονται από τα δύο φύλα. Ενώ οι γυναίκες 'γνωρίζουν' περισσότερα, δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις συστάσεις των γιατρών σχετικά με το θέμα. Επίσης,στο ερώτημα, ποια είναι η συχνότερη νόσος, η πλειονότητα των γυναικών απάντησε ο καρκίνος, σε αντίθεση με τους άντρες που πολύ σωστά υποστήριξαν ότι είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι, οι άντρες, παρότι δήλωσαν πως τα τακτικά τσεκ απ είναι απαραίτητα, οι ίδιοι τους δεν ακολουθούν τη σύσταση αυτή. Και αυτό δείχνει πως οι γυναίκες είναι πιο συνειδητοποιημένες στο θέμα της πρόληψης. Η σωστή διατροφή οπωσδήποτε αποτελεί για τις γυναίκες μέσο πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο παράγοντας 'σωματική άσκηση' ωστόσο, φαίνεται να υποστηρίζεται περισσότερο από τους άνδρες. Η χρυσή τομή αυτών αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης. Ο συνδιασμός της βέλτιστης διατροφής και της σωματικής άσκησης είναι δυνατόν να προφυλάσει, όχι μόνο από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και από πολλές άλλες παθήσεις. Προς αυτήν την κατεύθυνση έχουν να γίνουν ακόμη μεγάλα βήματα, καθώς, παρότι το αντικείμενο της παρούσης εργασίας ήταν οι διαφορές των γνώσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι, μεγάλο ποσοστό της κοινωνίας μας, δεν γνωρίζει ότι τελικά “είμαστε ότι τρώμε”.

1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών. Προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και κατηγοριοποιούνται στις εξής μορφές:

1.1 Στεφανιαία νόσος:

Αιτία αποτελέι η στένωση των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων) που αιματώνουν τον καρδιακό μυ. Κύριος παράγοντας είναι η εναπόθεση λίπους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών.

1.2 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο:

Πρόκειται για τη διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας. Μπορεί να προκληθεί είτε από διακοπή της αιματικής ροής του εγκεφάλου (ισχαιμικό επεισόδιο), είτε από ρήξη των εγκεφαλικών αγγείων (αιμορραγικό επεισόδιο).

1.3 Ρευματική καρδιοπάθεια:

Προκαλείται από προσβολή από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. Όταν αυτή δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά προκαλείται καταστροφή του καρδιακού μυ και των βαλβίδων της καρδιάς, μιλώντας πια για ρευματική καρδιοπάθεια (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

1.4 Συγγενής Καρδιοπάθεια:

Με τον όρο "Συγγενής Καρδιοπάθεια" αναφερόμαστε σε ανωμαλίες των καρδιαγγειακών δομών όπως τα μεσοκοιλιακά ή μεσοκολπικά ελλείμματα, ανωμαλίες των βαλβίδων, ανωμαλίες των καρδιακών κοιλοτήτων κτλ. Οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες (σύνδρομο Down), είτε

σε παράγοντες όπως η πρόσληψη αλκοόλ και φαρμάκων (θαλιδομίδη, βαρφαρίνη) ή η χαμηλή πρόσληψη φολικού οξέος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά), συγγενική σχέση εξ' αίματος μεταξύ των γονέων κτλ. (Chun 2006).

1.5 Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής:

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η διάταση και ρήξη της αορτής. Παρατηρείται σε περιπτώσεις προχωρημένης ηλικίας, μακροχρόνιας υψηλής αρτηριακής πίεσης, σε παράγοντες που προκαλούν λοιμώξεις και φλεγμονές, όπως επίσης λόγω του συνδρόμου Marfan (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

1.6 Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή:

Πρόκειται για απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων με θρόμβους, οι οποίοι μπορεί να αποσπαστούν και μέσω της κυκλοφορίας να καταλήξουν στον πνεύμονα. Παράγοντες που μπορούν να αποτελέσουν αιτία είναι: χειρουργικές επεμβάσεις, παχυσαρκία, κακοήθειες, κύηση, λήψη αντισυλληπτικών θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης κ.ά. (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

1.7 Περιφερική αρτηριοπάθεια:

Αναφέρεται στη νόσο των περιφερικών αγγείων που αρδεύουν τα άνω και κάτω άκρα.

1.8 Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα:

Αρτηριακή υπέρταση, όγκοι καρδιάς, εγκεφαλικά ανευρύσματα, δυσλειτουργία του καρδιακού μυ (καρδιομυοπάθεια και βαλβιδοπάθειες).Σημειώνεται ότι η στεφανιαία νόσος καθώς και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελούν τις συχνότερες μορφές καρδιαγγειακής νόσου.

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

2.1 Ευρώπη

Σύμφωνα με τα Ευρωπαικά στατιστικά δεδομένα καρδιαγγειακής νόσου του 2008., (EUCVD statistics 2008) η καρδιαγγειακή νόσος (CVD) αποτελεί αίτιο θανάτου σε πάνω από 4,3 εκατομμυρίων περιπτώσεων στην Ευρώπη και πάνω από 2,0 εκατομμυρίων εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) Συνολικά το 2008 προκλήθηκαν περίπου 17,3 εκατομμύρια θάνατοι. Αριθμός που ολοένα και αυξάνεται. Μέχρι το 2030, υπολογίζονται περίπου 23,6 θάνατοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) κατέχουν ομάδες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.Ο αριθμός αυτός ισοδυναμεί σχεδόν με το ήμισυ όλων των θανάτων στα κράτη της Ευρώπης (48%) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (41%). Στην Ελλάδα εκτιμήθηκε ότι οι αντίστοιχοι θάνατοι είναι 110 ανά 100.000 άτομα, οι πλειονότητα των οποίων αναφέρεται στο αντρικό φύλο.Χώρες όπως η Γαλλία, η Ολλανδία και η Ισπανία παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα. Τα ποσοστά θανάτου από στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο είναι γενικά υψηλότερα στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης από ό,τι στη Βόρεια, Νότια και Δυτική Ευρώπη.Η θνησιμότητα σε CVD, η συχνότητα εμφάνισης και η επίπτωση θανάτων, εμπίπτουν στις πιο Βόρειες, Νότιες και Δυτικές χώρες της Ευρώπης. Ενώ στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, εμφανίζονται σε χαμηλότερα ποσοστά, αλλά αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων.Το κάπνισμα σαν παράγοντας σκοτώνει ετησίως πάνω από 1,2 εκατομμύρια ανθρώπους στην Ευρώπη (450.000 από CVD) και περίπου 650.000 στην ΕΕ (από 185.000 CVD). Στην Ευρώπη τα ποσοστά θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο, εξαιτίας του καπνίσματος αυξήθηκαν κατά 13% μεταξύ των ετών 1990 και 2000.Το κάπνισμα έχει μειωθεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά ο ρυθμός της πτώσης είναι πλέον αργός. Οι γυναίκες καπνίζουν πλέον σχεδόν όσο και οι άνδρες σε πολλές χώρες της Ευρώπης και τα κορίτσια καπνίζουν συχνά περισσότερο από τα αγόρια.Όσο αφορά τις διατροφικές συνήθειες, αυτές εντός τις Ευρώπης παρουσίαζαν διαφορές, οι οποίες ωστόσο συγκλίνουν.Γενικά οι συνήθειες ως προς την διατροφή, βελτιώθηκαν περισσότερο στην Βόρεια και Δυτική Ευρώπη και λιγότερο στην Νότια, την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη.Τα ποσοστά της φυσικής δραστηριότητας, είναι πολύ χαμηλά σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες σε αντίθεση με τα ποσοστά παχυσαρκίας που αυξάνονται συνεχώς,

σε ολόκληρη την Ευρώπη, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.Πάνω από 48 εκατομμύρια ενήλικες στην Ευρώπη και 23 εκατομμύρια ενήλικες στην ΕΕ έχουν διαβήτη και ο επιπολασμός της αυξάνεται. Τα CVD εκτιμάται ότι κοστίζουν στην οικονομία της ΕΕ συνολικά € 192 000 000 000 το χρόνο. Από οικονομικής άποψης το συνολικό κόστος της καρδιαγγειακής νόσου στην ΕΕ, περίπου το 57% οφείλεται στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το 21% οφείλεται σε απώλεια παραγωγικότητας και το 22% οφείλεται στην άτυπη φροντίδα των ατόμων με καρδιαγγειακή νόσο.

2.2 Αμερική

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι καρδιακές παθήσεις αποτελούν στην Αμερική αίτιο θανάτου σε περισσότερες περιπτώσεις ετησίως απ ότι ο καρκίνος. Είναι η νούμερο ένα αιτία θανάτου και αναπηρίας στις Ηνωμένες Πολιτείες και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Μια μεγάλη ιστολογική μελέτη (Pday) έδειξε ότι η αγγειακή βλάβη έχει την αρχή της στην εφηβεία, συμπεραίνοντας έτσι ότι η πρόληψή της χρειάζεται από την παιδική ηλικία.

2.3 Ελλάδα

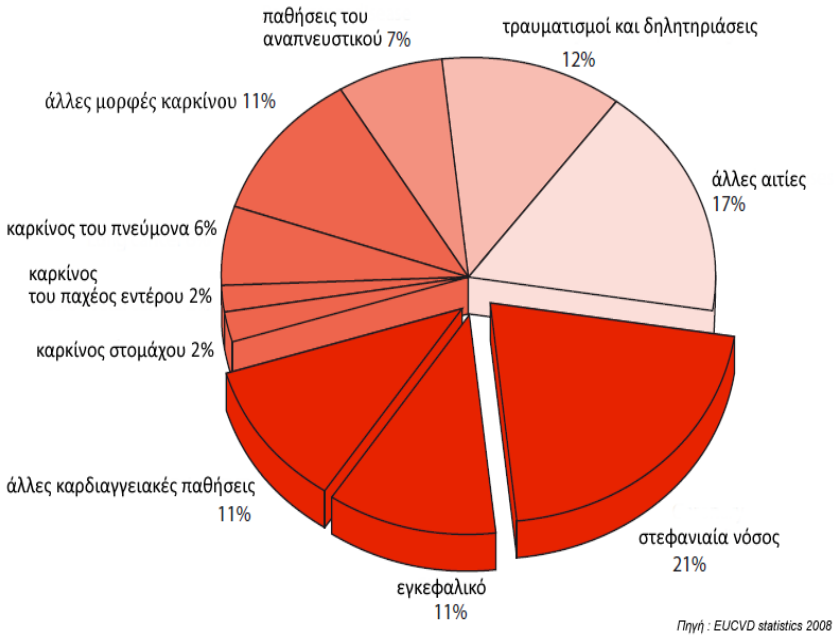
Η θνησιμότητα κατά την ηλικία, τη δεκαετία του 1960 στην Ελλάδα ήταν η χαμηλότερη στην Ευρώπη. Σημείωσε διαχρονικά, σημαντική αύξηση μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και στη συνέχεια αισθητή μείωση. Η μείωση ήταν μεγαλύτερη όσον αφορά στην προτυποποιημένη θνησιμότητα από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, ενώ η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια φαίνεται διαχρονικά περισσότερο σταθερή, με τάσεις μείωσης μόλις τα δύο τελευταία χρόνια. Συμαπεραίνουμε, την ύπαρξη υψηλής θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια ήδη από τις ηλικίες 45-59 ετών, καθώς και η σημαντική θνησιμότητα από την ίδια νόσο στην ηλικία των 30-44 ετών. Την περίοδο 1970-2004, η αύξηση της θνησιμότητας στη χώρα μας έφτασε 27,8%, έναντι μείωσης μεταξύ 42% και 69,3% των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Επικεντρώνοντας μόνο στις ηλικίες κάτω των 65 ετών η Ελλάδα το 2004, παρουσίαζε πλέον την

υψηλότερη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στη Δυτική Ευρώπη, διπλάσια από την αντίστοιχη των μεσογειακών και των περισσότερων άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Σε ότι αφορά στη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, η Ελλάδα έχει μέση θνησιμότητα σε σχέση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η οποία εντούτοις είναι υψηλότερη από όλες τις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε αντίθεση με ότι συνέβη στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα αύξηση. Σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα , η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει έναν ιδιαίτερα υψηλό δείκτη θνησιμότητας από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, χαμηλότερο μόνο από τον αντίστοιχο της Πορτογαλίας.

3.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

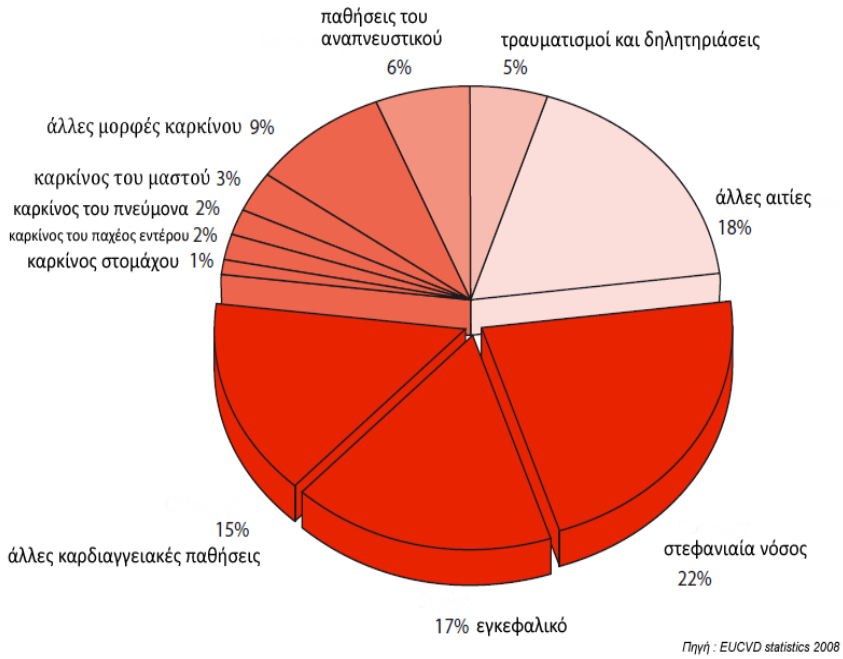
Σχεδόν οι μισοί (48%) του συνόλου θάνατοι προκαλούνται από καρδιαγγειακή νόσο (54% των θανάτων στις γυναίκες και το 43% των θανάτων στους άνδρες). Οι κύριες μορφές της CVD είναι η στεφανιαία νόσος (CHD) και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Ακριβώς κάτω από το ήμισυ όλων των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο είναι από στεφανιαία νόσο και σχεδόν το ένα τρίτο είναι από εγκεφαλικό επεισόδιο (Πίνακας 1.1, σχήματα 1.1α και 1.1β). Η CVD είναι επίσης η κύρια αιτία θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), που αντιπροσωπεύουν άνω του 2,0 εκατ. ευρώθανάτους κάθε χρόνο. Σχεδόν οι μισοί (42%) του συνόλου των θανάτων στην ΕΕ (45% των θανάτων στις γυναίκες και 38%θανάτων στους άνδρες) είναι από καρδιαγγειακή νόσο - ελαφρώς μικρότερη από ό, τι για την Ευρώπη ως σύνολο. Πάνω από το ένα τρίτο των θανάτων από CVD είναι από CHD και μόλις πάνω από το ένα τέταρτο είναι από εγκεφαλικό επεισόδιο (Πίνακας 1.1).

ΣΧΗΜΑ 1.1α Θάνατοι ανά αιτία, στους άνδρες, στην Ευρώπη



Πηγή : EUCVD statistics 2008

ΣΧΗΜΑ 1.1β Θάνατοι ανά αιτία, στις γυναίκες, στην Ευρώπη



Η στεφανιαία νόσος από μόνη της είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου στην ΕΕ: αντιπροσωπεύει πάνω από 741.000 θανάτους στην ΕΕ κάθε χρόνο. Περίπου ένας στους έξι άνδρες (16%) και πάνω από μία στις επτά γυναίκες (15%) πεθαίνουν από την ασθένεια (Πίνακας 1.1).

Το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στην Ευρώπη: περίπου 1,24 εκατομμύρια θανάτοι κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Πάνω από μία στις έξι γυναίκες (17%) και ένας στους δέκα άνδρες (11%) πεθαίνουν από τη νόσο (Πίνακας 1.1)

Το εγκεφαλικό επεισόδιο από μόνο του είναι επίσης η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στην ΕΕ: μόλις πάνω από 508.000 θανάτοι στην ΕΕ κάθε χρόνο. Περίπου ένας στους δέκα άνδρες (9%) και ένας στους οκτώ γυναίκες (12%) πεθαίνουν από την ασθένεια (Πίνακας 1.1).

Η CVD είναι η κύρια αιτία θανάτου για τις γυναίκες σε όλες τις 48 χώρες της Ευρώπης για τις οποίες έχουμε στοιχεία θνησιμότητας και είναι η κύρια αιτία θανάτου για τους άνδρες σε όλες αυτές τις χώρες εκτός από τη Γαλλία, την Ολλανδία και την Ισπανία. Προκαλεί περισσότερο από το 50% των θανάτων στις γυναίκες σε 25 χώρες. Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε

ορισμένες νότιες και Χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Ελλάδα. Στους άντρες προκαλεί περισσότερο από το 50% των θανάτων σε οκτώ χώρες: Στην Αρμενία, το Αζερμπαϊτζάν, τη Βουλγαρία, τη Γεωργία, τη Σερβία , το Μαυροβούνιο, τη Ρουμανία και την Ουκρανία (Πίνακας 1.1).

Η CVD είναι η κύρια αιτία θανάτου για τις γυναίκες σε όλες τις 27 χώρες της ΕΕ και είναι η κύρια αιτία θανάτου για τους άνδρες σε όλες αυτές τις χώρες με εξαίρεση τη Γαλλία, τις κάτω χώρες και την Ισπανία. Για τους άνδρες που ζουν στις χώρες της ΕΕ η καρδιαγγειακή νόσος προκαλεί θανάτους περίπου στο 62% του πληθυσμού της Βουλγαρίας και 26% της Γαλλίας και για τις γυναίκες περίπου 71% στον πληθυσμό της Βουλγαρίας και 31% της Γαλλίας (Πίνακας 1,1).

3.1 Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Γυναίκες

Μια παρανόηση σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι η εντύπωση ότι αποτελούν πρωτίστως νόσημα των μεσηλίκων ανδρών. Στην πραγματικότητα τα καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζουν τόσες γυναίκες, όσους και άνδρες. Πολλές γυναίκες επίσης πιστεύουν ότι κινδυνεύουν περισσότερο από τον καρκίνο παρά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μία πρόσφατη μελέτη με δεδομένα της Eurostat, έδειξε ότι οι Ελληνίδες βρίσκονται στη δεύτερη θέση όσο αφορά στους θανάτους από καρδιαγγειακά στις γυναίκες ηλικίας 45-74, για το 2000 με συχνότητα 50-92 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Αντίθετα, χώρες που κάποτε έπονταν της Ελλάδας στην καρδιαγγειακή υγεία, όπως η Γαλλία και η Ισπανία, σήμερα εμφανίζουν μόνο 0-28 θανάτους ανά 100.000 άτομα. Οι παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι εφάμιλλοι για τους άνδρες και τις γυναίκες, αλλά ο καπνός είναι περισσότερο επικίνδυνος για τις γυναίκες. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων αποτελούν σημαντικό παράγοντα αθηροσκλήρωσης στις νέες γυναίκες, αλλά όχι στους νέους άνδρες. Η εμμηνόπαυση δεν έχει άμεση επίδραση, αλλά η ορμονοθεραπεία υποκατάστασης αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επίσης, όσον αφορά στο γυναικείο πληθυσμό και ιδιαίτερα στις νεότερες γυναίκες, γίνεται υποδιάγνωση της νόσου. Στις ανεπτυγμένες χώρες οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να αποταθούν σε ειδικό καρδιολόγο, να νοσηλευθούν για καρδιαγγειακή νόσο, να λάβουν φαρμακοθεραπεία ή επεμβατική θεραπεία, να προβούν στη διενέργεια δοκιμασίας

κοπώσεως ή ηλεκτροκαρδιογραφικής μελέτης. Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να εισέλθουν στο σύστημα υγείας με τη διάγνωση ενός δεύτερου καρδιακού επεισοδίου (WHO 2003). Μετά το πρώτο επεισόδιο οι γυναίκες παραμένουν στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και η περίοδος αποκατάστασής τους είναι μεγαλύτερη. Περισσότερη έρευνα απαιτείται στον τομέα αυτό για να κατανοήσουμε σε μεγαλύτερο βαθμό τις διαφορές αυτές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη θεραπευτική ανταπόκριση.

4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Σύμφωνα με την WHF, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου με τον υψηλότερο επιπολασμό σε όλο τον κόσμο είναι, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση), η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία, η σωματική αδράνεια, και η ανθυγιεινή διατροφή.Δεν θα αναπτυχθεί κατ 'ανάγκη καρδιαγγειακή νόσο εάν έχει κανείς έναν παράγοντα κινδύνου. Με την αύξηση των παραγόντων κινδύνου όμως, αυξάνεται παράλληλα και η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου.

Τροποποιήσιμοι	Άλλοι Τροποποιήσιμοι	Μη Τροποποιήσιμοι	Νεότεροι Παράγοντες
Αρτηριακή υπέρταση	Χαμηλό,κοινωνικο οικονομικό επίπεδο	Ηλικία και Φύλο	Ομοκυστιναιμία
Υπερλιπιδαιμία	Διαταραχές ψυχικήςυγείας	Κληρονομικότητα	Φλεγμονή
Κάπνισμα	Ψυχολογικό στρες	Εθνικότητα	Διαταραχές πηκτικότητας
Παχυσαρκία	Κατάχρηση αλκοόλ		
Μη υγιεινή διατροφή	Φαρμακευτική αγωγή π.χ. αντισυλληπτικά		
Σακχαρώδης διαβήτης			
Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας			

4.1 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

4.1.1 Υπέρταση

Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία οι τιμές της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι υψηλότερες από 140 mmHg και/ή οι τιμές της διαστολικής είναι υψηλότερες από 90 mmHg. Η υπέρταση είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο. Επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στην καρδιακή προσβολή. Μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί επιτυχώς, αν διαγνωστεί και ρυθμιστεί με την κατάλληλη αγωγή. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., υπολογίζεται ότι περισσότερα από το 50% των καρδιαγγειακών επεισοδίων και περίπου το 75% των αγγειακών εγκεφαλικών προκαλούνται εξαιτίας αρτηριακής υπέρτασης (US Department of Health and Human Services 2004). Η αρτηριακή υπέρταση συνήθως συνυπάρχει με άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, γεγονός που συμβάλει στη μεγέθυνση του καρδιαγγειακού κινδύνου.Η αρτηριακή πίεση συνήθως αυξάνει με την ηλικία, εκτός από περιπτώσεις χαμηλής πρόσληψης άλατος, συστηματικής σωματικής άσκησης και ικανοποιητικού ελέγχου του σωματικού βάρους. Επίσης αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου σε υπέρβαρα άτομα. Η αντιμετώπισή της συνδέεται με μείωση κατά 35-40% του κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και κατά 16% μείωση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου (Collins 1990). Η αντιμετώπισή της αρτηριακής υπέρτασης επιβάλλει αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως απώλεια βάρους και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, μείωση στην πρόσληψη άλατος και στην κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς και συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή.

4.1.2 Υπερλιπιδαιμία

Τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα, όπως η υψηλή ολική χοληστερόλη, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, τα υψηλά επίπεδα της LDL ή τα χαμηλά επίπεδα της HDL αυξάνουν τον

κίνδυνο καρδιακής νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου. Η υγιεινή διατροφή,η άσκηση και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή αφενός μπορεί να τροποποιήσει το λιπιδαιμικό προφίλ και αφετέρου να μειώσει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Όπως διατυπώνεται σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, το πρόβλημα αφορά τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, παρόλο που οι γυναίκες προεμμηνοπαυσιακά έχουν συνολικά μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, διότι προστατεύονται από τα οιστρογόνα τα οποία προκαλούν αύξηση της HDL. Η εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς (πρωτοπαθής), φαρμακευτικούς και διατροφικούς παράγοντες. Κατά κύριο λόγο όμως συνδέεται με τη διατροφή. Ο οργανισμός μπορεί να συνθέσει χοληστερόλη ή μπορεί να την προσλάβει από τις τροφές κυρίως ζωικής προέλευσης π.χ. κρέας, ψάρι, κοτόπουλο και αυγό. Η αυξημένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών, ζωικής κυρίως προέλευσης, οδηγεί σε αύξηση της χοληστερόλης, ενώ τα πολυακόρεστα, τα οποία περιέχονται στα ψάρια και στις φυτικές τροφές, οδηγούν σε μείωση της χοληστερόλης. Τα μονοακόρεστα (κύρια πηγή των οποίων είναι το ελαιόλαδο), καθώς και τα ω-3 λιπαρά οξέα που υπάρχουν στα ψάρια, επιφέρουν μείωση του επιπέδου της ολικής χοληστερόλης, έχουν θετική επίπτωση στο επίπεδο της HDL και έχουν προστατευτική επίδραση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά δεν περιέχουν χοληστερόλη. Σύμφωνα με την μελέτη «ATTICA» (Pitsavos et al. 2003) βρέθηκε ότι το 46% των ανδρών και το 40% των γυναικών έχουν τιμές ολικής χοληστερόλης άνω του 200mg/dl.

4.1.3 Κάπνισμα

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα υψηλός αν η έναρξη του καπνίσματος έγινε σε νεαρή ηλικία, και όταν ο αριθμός των τσιγάρων είναι αυξημένος. Το παθητικό κάπνισμα είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Η χρήση καπνού αποτελεί αίτιο καρδιακής προσβολής σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα και όχι μόνο σε ηλικιωμένους.Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη . Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15-20% των

θανάτων από τη νόσο. Το κάπνισμα, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές.Ο κίνδυνος αυξάνει δραματικά όταν η έναρξη του καπνίσματος γίνεται πριν από την ηλικία των 16 ετών (Kawachi et al. 1993), επίσης ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα (Wilhelmsen 1998). Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, όπως έχει φανεί από μελέτες, ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου διπλασιάζεται στις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν 3-5 τσιγάρα ημερησίως, ενώ στους άνδρες διπλασιάζεται στα 6-9 τσιγάρα ημερησίως. Να σημειωθεί, ότι η επίδραση του τσιγάρου στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών είναι μεγαλύτερη αν συνυπάρχει υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης (Howard et al. 1998).

4.1.4 Παθητικό Κάπνισμα

Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25-30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές (US Department of Health and Human Services 2004). Υπολογίστηκε ότι το 2002 έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος 80.000 άνθρωποι, εκ των οποίων οι 32.000 εξαιτίας καρδιαγγειακής νόσου (European Cardiovascular Disease Statistics 2008).

Συνοψίζοντας:

• Το κάπνισμα αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνουπκαρδιαγγειακών νοσημάτων.

• Το παθητικό κάπνισμα συσχετίζεται επίσης με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

•Δρα συνεργικά με τους υπόλοιπους παράγοντες.

4.1.5 Καθιστική ζωή

Η χαμηλή σωματική δραστηριότητα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 50%. Η παχυσαρκία αποτελεί μείζονα κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο και προδιαθέτει την εμφάνιση διαβήτη, ο οποίος αποτελεί επίσης, έναν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο.Η βιομηχανοποίηση, η αστικοποίηση και η ευρεία χρήση των μηχανοκίνητων μέσων μεταφοράς έχουν οδηγήσει σε ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας, ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε τέτοιο βαθμό ώστε πλέον το 60% του πληθυσμού παγκοσμίως να μην ασκείται επαρκώς (Atlasof Heart Disease and Stroke 2004).Υπάρχει πληθώρα στοιχείων που υποστηρίζουν ότι η συστηματική φυσική άσκηση συμβάλει στην πρόληψη, ακόμη και στη θεραπεία καρδιαγγειακών και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Παρόλα αυτά, 250.000 θάνατοι ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες θα μπορούσαν να αποφευχθούν με τη συστηματική και σωστή φυσική άσκηση. Σε παγκόσμια κλίμακα η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ευθύνεται για 1.9 εκατομμύρια θανάτους εκ των οποίων το 20% αποδίδονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).Η πιο φθηνή θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η άσκηση. Πέραν των άλλων, αποβαίνει θεραπευτική για αρρυθμίες, έκτακτες συστολές ή ταχυκαρδίες.

4.1.6 Διαβήτης Τύπου ΙΙ

Ο διαβήτης είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο. Η παρουσία του διαβήτη, διπλασιάζει σε ένα άτομο την πιθανότητα για καρδιαγγειακή νόσο. Αν δεν ρυθμίζεται ο διαβήτης, τότε είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν καρδιαγγειακές παθήσεις σε νεαρότερη ηλικία από τους άλλους ανθρώπους και θα είναι πιο καταστροφικές. Η ύπαρξη διαβήτη Τύπου ΙΙ ακυρώνει την προστατευτική δράση των οιστρογόνων στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων να αυξάνεται σημαντικά.

4.1.7 Διατροφή

Στην αναφορά του Π.Ο.Υ. το 2002, αναφέρεται ότι το 4% του συνολικού φορτίου νοσηρότητας στις ανεπτυγμένες χώρες οφείλεται στη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών(<600gr/ ημερησίως) και από αυτό το ποσοστό το 30% σχετίζεται με στεφανιαία νόσο και 20% με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (WHO 2002). Στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τροφίμων (FAO) δείχνουν ότι τα τελευταία 30 έτη η κατανάλωση λιπιδίων σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει παραμείνει η ίδια σε αντίθεση με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η οποία αυξήθηκε σε περιοχές της βόρειας και δυτικής Ευρώπης. Αντιθέτως στη νότια και ανατολική Ευρώπη, κράτη που παραδοσιακά είχαν χαμηλή κατανάλωση λιπιδίων, σήμερα παρουσιάζουν αύξηση, ενώ η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών παραμένει σταθερή ή ακόμη και μειώνεται (WHO 2003). Σύμφωνα με τα πορίσματα των μελετών «Cardio» 2000 σε δείγμα 2.100 ατόμων (Pitsavos et al.2002) και «ATTICA» σε δείγμα 3.200 ατόμων (Pitsavos et al. 2003) της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών:

• Η μεσογειακή δίαιτα δρα ευεργετικά ακόμη και στους βαρείς καπνιστές, στους διαβητικούς και στους υπερτασικούς, ενώ χάνει τον προστατευτικό της ρόλο αν συνυπάρχουν έντονο ψυχοκοινωνικό άγχος και ένας τουλάχιστον κλασικός παράγοντας κινδύνου.

• Η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει αποδειχθεί ότι ευνοεί, τη συνολική υγεία του ανθρώπου. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνες, φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία και χιλιάδες άλλες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, που όταν όλα μαζί προσφέρονται στον οργανισμό, δρουν σε συνέργεια και προάγουν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο διαφόρων ασθενειών. Η μεσογειακή, δηλαδή η ελληνική διατροφή, καθώς και η μεγάλη αγροτική μας παραγωγή σε φρούτα και λαχανικά, αποτελούν δύο σημαντικά επιπλέον στοιχεία, που κατατάσσουν τη χώρα μας πρώτη στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

4.1.8 Κοινωνική τάξη

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αντανακλούν δυστυχώς πάντοτε τις ανισότητες υγείας που παρατηρούνται σε μια κοινωνία. Η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου παραδοσιακά ήταν μεγαλύτερη στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, καθώς η νόσος λόγω ακριβώς των αιτιολογικών παραγόντων θεωρείται «νόσος της ευμάρειας». Το 80% των καρδιαγγειακών επεισοδίων συμβαίνουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα εμφράγματα στη χώρα μας επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο στο Ιπποκράτειο και σε άλλα πέντε περιφερειακά νοσοκομεία, (Καλαμάτας, Χαλκίδας, Λαμίας, Καρδίτσας και Ζακύνθου), η συντριπτική πλειονότητα είχε μέσο όρο σπουδών τα 7,5 χρόνια (απόφοιτοι δημοτικού) (Pitsavos et al. 2003).

Σε πολλά κράτη, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες έχουν λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε παροχές πρώτης ανάγκης, όπως αυτές της εκπαίδευσης, της εργασίας, της οικογένειας και της ιατρικής περίθαλψης.

4.1.9 Αλκοόλ

Καταναλώνοντας ένα έως δύο ποτά την ημέρα αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε μείωση κατά 30% στις καρδιακές παθήσεις, αλλά πάνω από αυτό το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ θα βλάψει τον καρδιακό μυ. (WHO 2004)

4.1.10 Φάρμακα

Ορισμένα φάρμακα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων, όπως το αντισυλληπτικό χάπι και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT).

4.1.11 Υπερτροφία αριστερής κοιλίας

Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (LVH) είναι ένας παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή

θνησιμότητα.

4.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες - με κίνδυνο ή επίπτωση μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες

• Χρήση καπνού (υψηλότερος κίνδυνος).

• Υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (υψηλότερος κίνδυνος).

• Διαβήτης (μεγαλύτερη επίπτωση).

• Παχυσαρκία (μεγαλύτερη επίπτωση).

4.2.1 Παράγοντες κινδύνου αποκλειστικά για γυναίκες

• Αντισυλληπτική αγωγή.

• Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

• Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

• Ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος στην αρχή κάθε έμμηνου κύκλου.

Η ορμονική θεραπεία αποκατάστασης αποτελεί αποκλειστικό και πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το γυναικείο φύλο.

4.3 Μη Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

4.3.1 Ηλικία

Η ηλικία αποτελεί παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Ο κίνδυνος εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου διπλασιάζεται κάθε δεκαετία μετά την ηλικία των 55 ετών.

4.3.2 Οικογενειακό Ιστορικό

Το οικογενειακό ιστορικό για καρδιαγγειακή νόσο υποδεικνύει τον κίνδυνο. . Εάν ένας συγγενής πρώτου βαθμού εμφάνισε στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 55 ετών (για άνδρες) ή 65 ετών (για μια γυναίκα) αυξάνεται ο κίνδυνος ανάλογα με το φύλο σημαντικά. Ένας άνδρας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιοπάθειας από ό, τι οι προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση όμως, ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιοπάθειας σε μια γυναίκα, είναι παρόμοιος με τους άνδρες.

4.3.3 Εθνικότητα

Η καταγωγή ενός ανθρώπου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, παίζει ένα ρόλο. Οι άνθρωποι αφρικανικής ή ασιατικής καταγωγής βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με άλλες φυλετικές ομάδες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη, η παρουσίαση και η αξιολόγηση, των γνώσεων και αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού, σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Στην παρούσα εργασία, αναλύονται εκτενέστερα οι διαφορές γνώσεων καθώς και αντιλήψεων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.2.1 Δείγμα

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με ειδικά ερωτηματολόγια, που δόθηκαν σε τυχαιοποιημένο δείγμα 9119 ατόμων με όριο ηλικίας 18-69 έτη, από διάφορα μέρη της Ελλάδος.

5.2.2 Ερωτηματολόγιο

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, ήταν χωρισμένα σε 4 τομείς:

1. Κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία
2. Αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες
3. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής
4. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με την διατροφή

1. Κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία

Στον τομέα αυτό συλλέχτηκαν οι εξής πληροφορίες:

- **Κ1.** Η ηλικία σε έτη
- **Κ2.** Το φύλο σε αριθμό (1 για άνδρες – 2 για γυναίκες)
- **Κ3.** Το μορφωτικό επίπεδο (σε έτη σπουδών)
- **Κ4.** Το ετήσιο ατομικό εισόδημα (κυκλώνοντας μία απάντηση)
- **Κ5.** Ιδιόκτητη κατοικία (κυκλώνοντας την απάντηση ναι – όχι)
- **Κ6.** Επάγγελμα (κυκλώνοντας την απάντηση)
- **Κ7.** Βάρος (σε κιλά)
- **Κ8.** Ύψος (σε μέτρα)
- **Κ9.** Οικογενειακή κατάσταση (κυκλώνοντας την απάντηση)

Ιατρικό Ιστορικό

- **Κ10.** Υπέρταση (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ11.** Σακχαρώδης Διαβήτης (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ12.** Δισλιπιδαιμία (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ13.** Στεφανιαία νόσος (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ14.** Άλλη καρδιαγγειακή νόσος (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ15.** Οικογενειακό Ιστορικό (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ16.** Καπνιστής τώρα (απαντώντας με ναι – όχι)
- **Κ17.** # Τσιγάρων/ ημέρα &έτη (γράφοντας τον αντίστοιχο αριθμό)
- **Κ18.** έτη διακοπής (γράφοντας τον αντίστοιχο αριθμό)

2. Αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες

- **ΠΚ1.** Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την χοληστερίνη; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ2.** Ποιά είναι η "καλή" χοληστερίνη; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ3.** Ποιό είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη; κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ4.** Ποιό είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ5.** Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ6.** Ποιό είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την αρτηριακή πίεση; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ7.** Πιστεύετε πως τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεσή σας; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ8.** Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδιά σας, την πίεσή σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ9.** Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ10 .**Ποιά είναι σημαντικότερη αιτία θανάτου; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ11.** Ποιά είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ12.** Ποιός κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΠΚ13.** Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη καρδιαγγειακών; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [αρκετά])

- **ΠΚ14.** Πιστεύετε ότι τροποποίση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαειακής νόσου;
(κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [πολύ])

3. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής

- **ΤΖ1.** Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΤΖ2.** Πιστεύετε οτι το *παθητικό κάπνισμα* είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **ΤΖ3.** Πιστεύετε ότι το κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;
(απαντώντας με ναι – όχι)

- **ΤΖ4.** Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;
(κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [εύκολα] έως 4 [δύσκολα])

- **ΤΖ5.** Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά; (απαντώντας με ναι – όχι)

- **ΤΖ6.** Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;
(απαντώντας με ναι – όχι)

- **TZ7.** Πιστεύετε ότι καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **TZ8.** Ποιάς έντασης άσκηση επιφέρει μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [ελαφρά] έως 4 [πολύ έντονη])

- **TZ9.** Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [εύκολα] έως 4 [δύσκολα])

- **TZ10.** Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [μπορεί])

- **TZ11.** Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;
  (απαντώντας με ναι – όχι)

- **TZ12.** Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/ διασκέδασης; (απαντώντας με ναι – όχι)

4. Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή

- **Δ1.** Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **Δ2.** Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κινδυνο; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [μπορεί])

- **Δ3.** Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [μπορεί])

- **Δ4.** Πιστεύετε ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. Βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [μπορεί])

- **Δ5.** Πόσο γνωρίζετε για την σχέση των τροφίμων με την υγεία;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [αρκετά])

- **Δ6.** Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας; (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **Δ7.** Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;
  (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [αρκετά])

- **Δ8.** Ποιό το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;
  (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **Δ9.** Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από…
  (κυκλώνοντας την απάντηση)

- **Δ10.** Ποιός είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;
  (κυκλώνοντας την απάντηση)

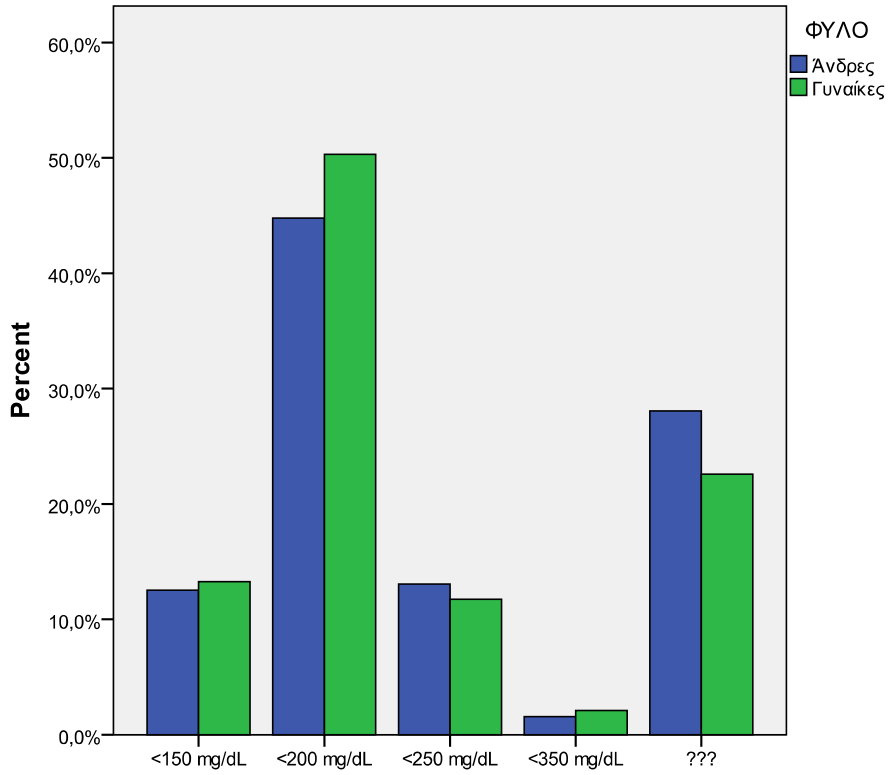
6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ανάλυση των απαντήσεων κάθε ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Τα αποτελέσματα δείχνουν τις διαφορές των αντιλήψεων και γνώσεων των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη» ανά φύλο.

ΠΚ1. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	<150 mg/dL	N	498	678	1176
		%	12,5%	13,3%	12,9%
	<200 mg/dL	N	1781	2572	4353
		%	44,8%	50,3%	47,9%
	<250 mg/dL	N	519	600	1119
		%	13,1%	11,7%	12,3%
	<350 mg/dL	N	62	107	169
		%	1,6%	2,1%	1,9%
	???	N	1116	1155	2271
		%	28,1%	22,6%	25,0%
		Σύνολο	3976	5112	9088
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «ποιο είναι το επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη» είναι στατιστικά σημαντικές (P <0,0001).

Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση των φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη.



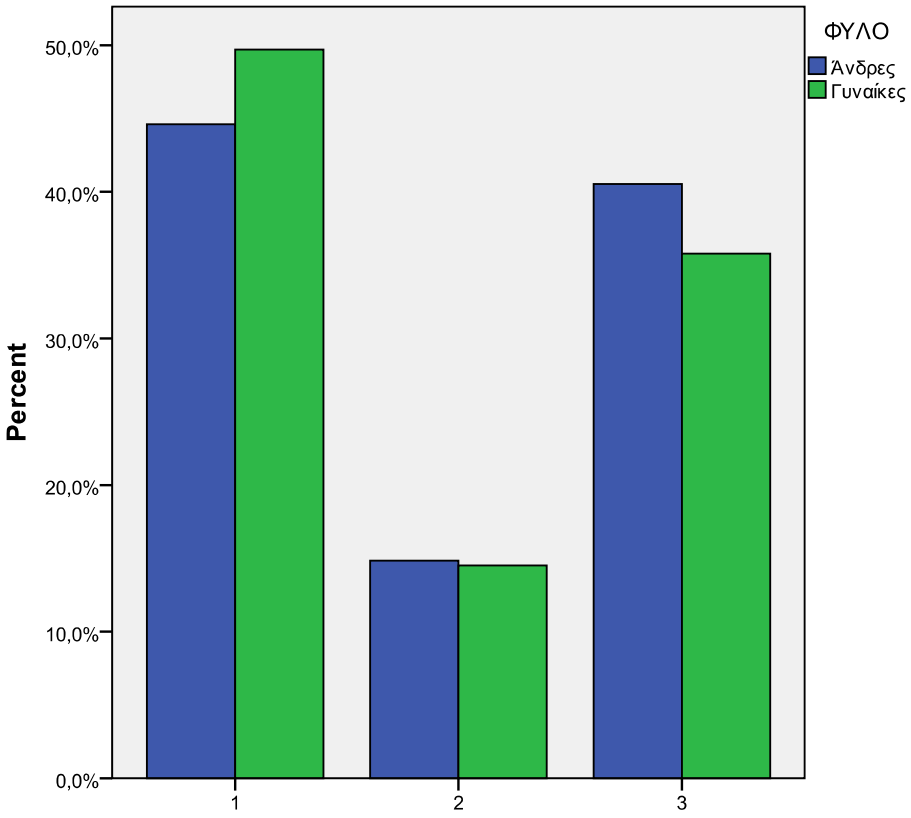
ΠΚ1. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη;

Το 44,8% των ανδρών απάντησε σωστά (<200 mg/dL) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 50,3%. Επίσης, άγνοια στο ερώτημα «ποιο είναι το επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη » δήλωσαν το 28,1% των ανδρών και το 22,6% των γυναικών, ποσοστό το οποίο δείχνει, πως οι γυναίκες γνωρίζουν καλύτερα τα επίπεδα φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη σε σχέση με τους άντρες.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Ποια είναι η ‘‘καλή χοληστερίνη;» ανά φύλο.

ΠΚ2. Ποια είναι η “καλή” χοληστερίνη;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1	N	1774	2537	4311
		%	44,6%	49,7%	47,5%
	2	N	590	741	1331
		%	14,8%	14,5%	14,7%
	3	N	1612	1827	3439
		%	40,5%	35,8%	37,9%
		Σύνολο	3976	5105	9081
		%	100,0%	100,0%	100,00%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποια είναι η ‘‘καλή χοληστερίνη» είναι στατιστικά σημαντικές (P <0,0001). Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση της ‘‘καλής” χοληστερίνης. Το 44,6% των ανδρών απάντησε σωστά (HDL) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 49,7%.

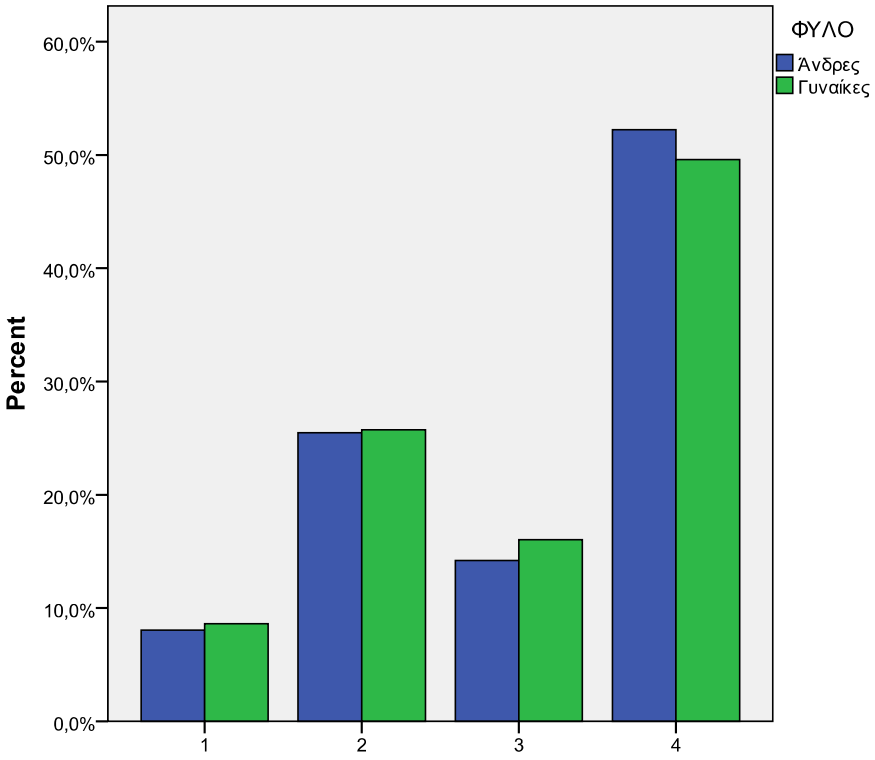


ΠΚ2. Ποια είναι η "καλή" χοληστερίνη;

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη;» ανά φύλο.

ΠΚ3. Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1	N	320	438	758
		%	8,1%	8,6%	8,4%
	2	N	1011	1307	2318
		%	25,5%	25,7%	25,6%
	3	N	563	814	1377
		%	14,2%	16,0%	15,2%
	4	N	2072	2518	4590
		%	52,2%	49,6%	50,8%
		Σύνολο	3966	5077	9043
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χολστερίνη;» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,031 <0,05). Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση των κατώτερων φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη. Το 25,5% των ανδρών απάντησε σωστά (40 mg/dL) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 25,7%. Επίσης, άγνοια στο ερώτημα «ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χολστερίνη» δήλωσαν το 52,2% των ανδρών και το 49,6% των γυναικών. Από τα παραπάνω αποτελέσματα συμπεραίνουμε πως οι γυναίκες γνωρίζουν καλύτερα το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη από ότι οι άντρες.

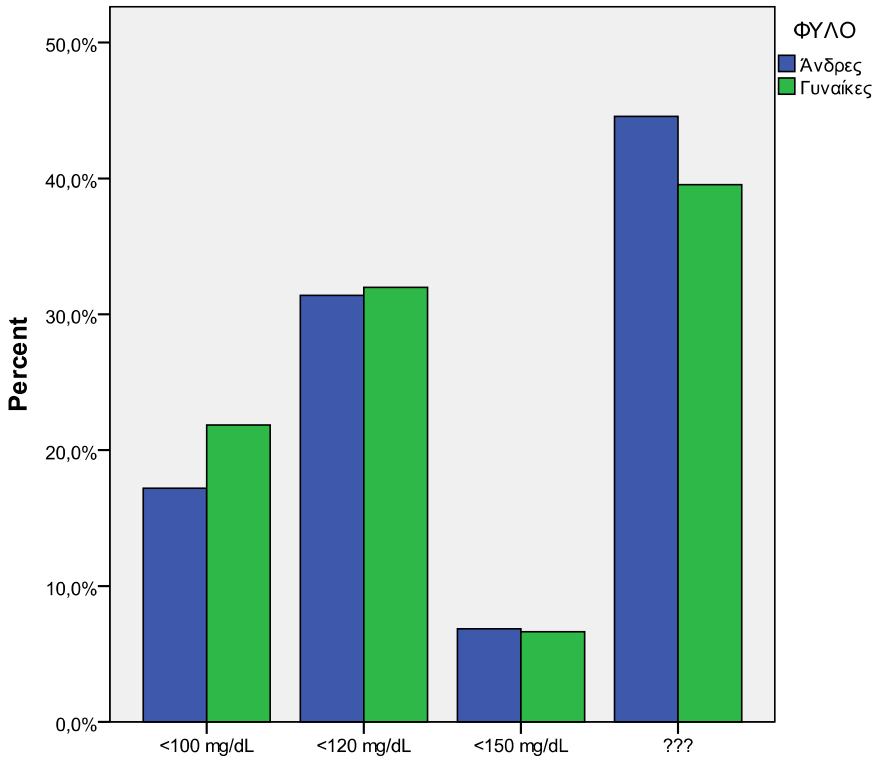


ΠΚ3. Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την "καλή" χοληστερίνη;

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη;» ανά φύλο.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη» είναι στατιστικά σημαντικές (P <0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση του ανώτερου επιπέδου φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη.
Το 31,4% των ανδρών απάντησε σωστά (<120mg/dL) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 32%.

ΠΚ4. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 <100 mg/dL	N	684	1115	1799
		%	17,2%	21,8%	19,8%
	2 <120 mg/dL	N	1247	1632	2879
		%	31,4%	32,0%	31,7%
	3	N	272	339	611
	<150 mg/dL	%	6,80%	6,6%	6,7%
	4	N	1171	2018	3789
	???	%	44,6%	39,5%	41,7%
		Σύνολο	3974	5104	9078
		%	100,0%	100,0%	100,00%

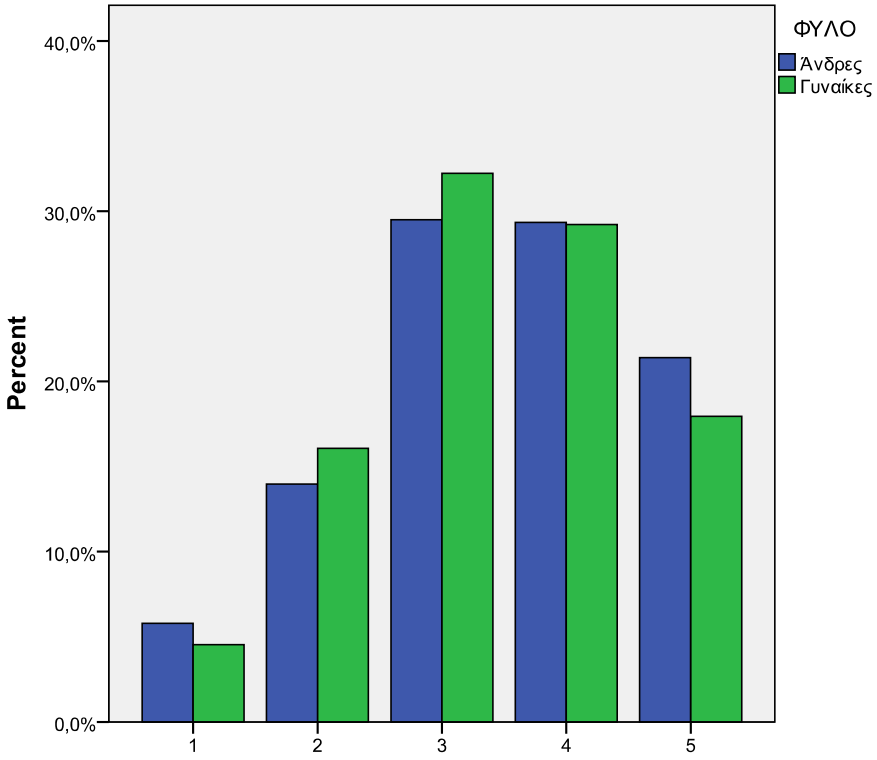


ΠΚ4. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη;

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας» ανά φύλο.

ΠΚ5. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1	N	229	231	460
		%	5,8	4,5	5,1%
	2	N	552	819	1371
		%	14,0%	16,1%	15,2%
	3	N	1166	1641	2807
		%	29,5%	32,2%	31,0%
	4	N	1160	1488	2648
		%	29,3%	29,2%	29,3%
	5		846	914	1760
			21,4%	17,9%	19,50%
		Σύνολο	3953	5093	9046
		%	100,0%	100,0%	100,00%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας» είναι στατιστικά σημαντικές (P <0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη. Το 29,5 των ανδρών απάντησε (ναι μέχρι 20%) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 32,2%. Επίσης άγνοια στο ερώτημα δήλωσαν περισσότεροι άντρες με ποσοστό 21,4% έναντι των γυναικών με ποσοστό 17,9%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερες γνώσεις σχετικά με το αν τα φάρμακα μειώνουν τα επίπεδα χοληστερίνης.

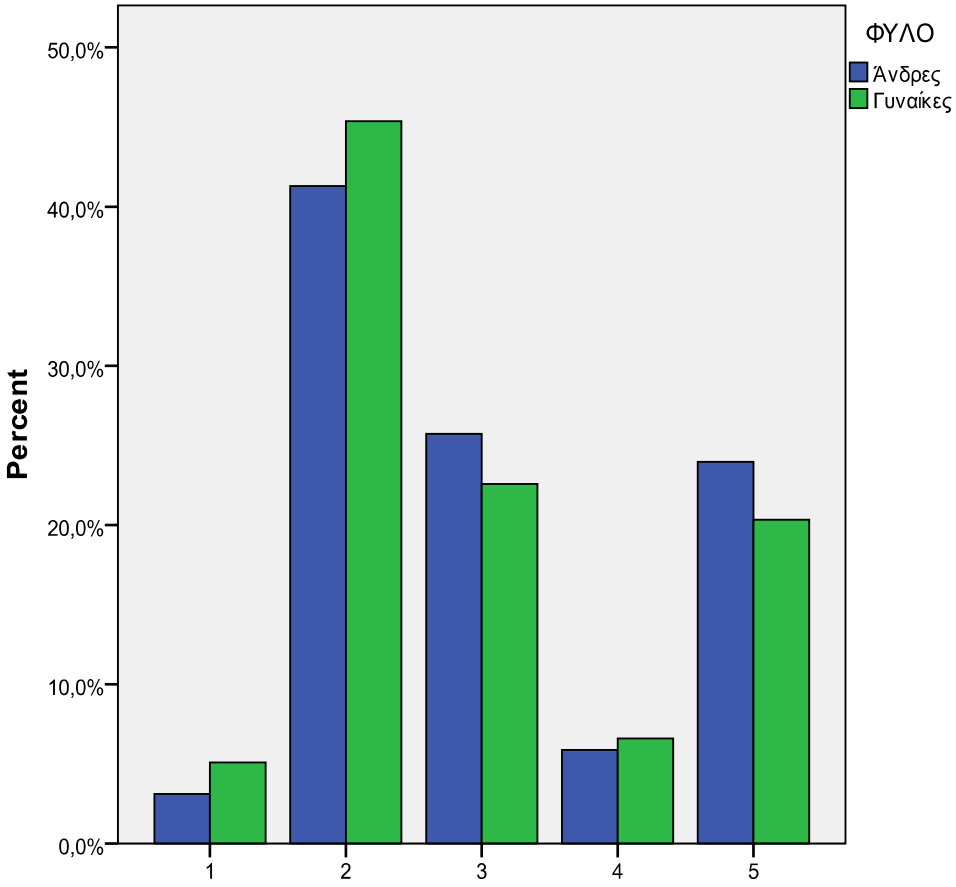


ΠΚ5. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας;

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεση σας» ανά φύλο.

ΠΚ6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεση σας;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1	N	124	260	384
		%	3,1%	5,1%	4,2%
	2	N	1638	2311	3949
		%	41,3%	45,4%	43,6%
	3	N	1021	1151	2172
		%	25,7%	22,6%	24,0%
	4	N	233	336	569
		%	5,9%	6,6%	6,3%
	5		951	1036	1987
			24,0%	20,3%	21,9%
		Σύνολο	3967	5094	9061
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεση σας;» είναι στατιστικά σημαντικές (P <0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση του ανώτερου φυσιολογικού επιπέδου για την πίεση.. Το 41,3 των ανδρών απάντησε σωστά (120/80mg/dL) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 45,4%. Επίσης άγνοια στο ερώτημα δήλωσαν περισσότεροι άντρες με ποσοστό 24% έναντι των γυναικών με ποσοστό 20.3%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερες γνώσεις σχετικά με τις φυσιολογικές τιμές των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης σε σχέση με τους άντρες.



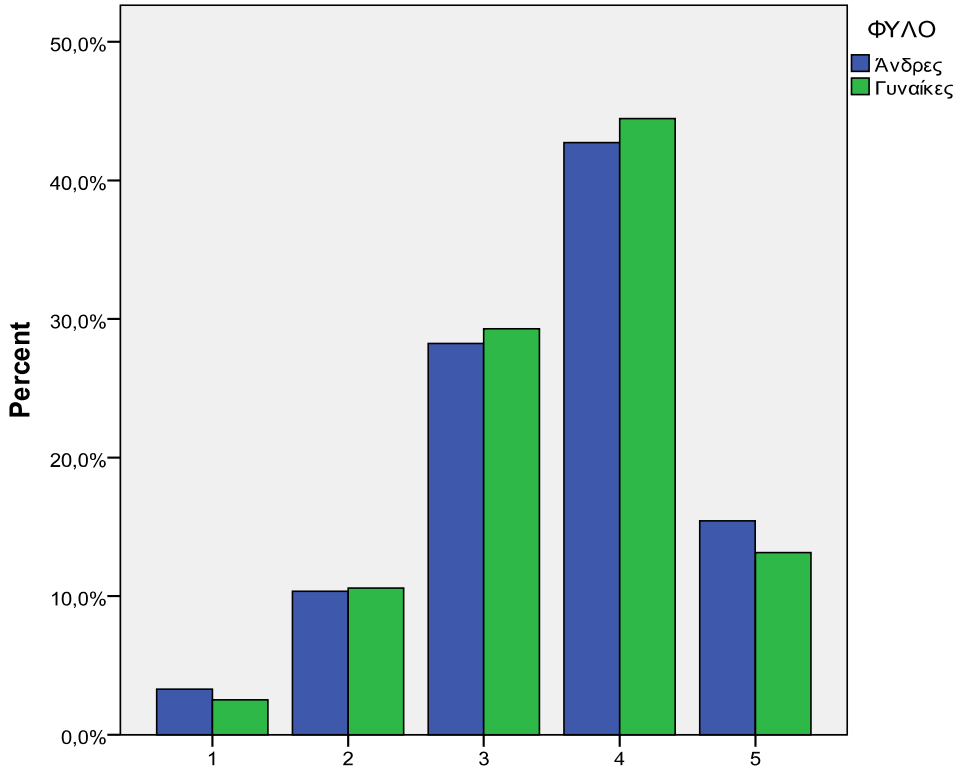
ΠΚ6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεση σας;

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεση σας;» ανά φύλο.

ΠΚ7. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεση σας;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1	N	130	128	258
		%	3,3%	2,5%	2,8%
	2	N	411	539	950
		%	10,3%	10,6%	10,5%
	3	N	1121	1492	2613
		%	28,2%	29,3%	28,8%
	4	N	1697	2264	3961
		%	42,7%	44,5%	43,7%
	5		613	669	1282
			15,4%	13,1%	14,1%
		Σύνολο	3972	5092	9064
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεση σας» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,004 <0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι τα φάρμακα μειώνουν την αρτηριακή πίεση. Το 42,7 των ανδρών απάντησε με "ναι πολύ" ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 44,5%. Επίσης άγνοια στο ερώτημα δήλωσαν περισσότεροι άντρες με ποσοστό 15,4% έναντι των γυναικών με ποσοστό 13,1%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερες γνώσεις σχετικά με το αν μειώνουν τα φάρμακα την αρτριακή πίεση.

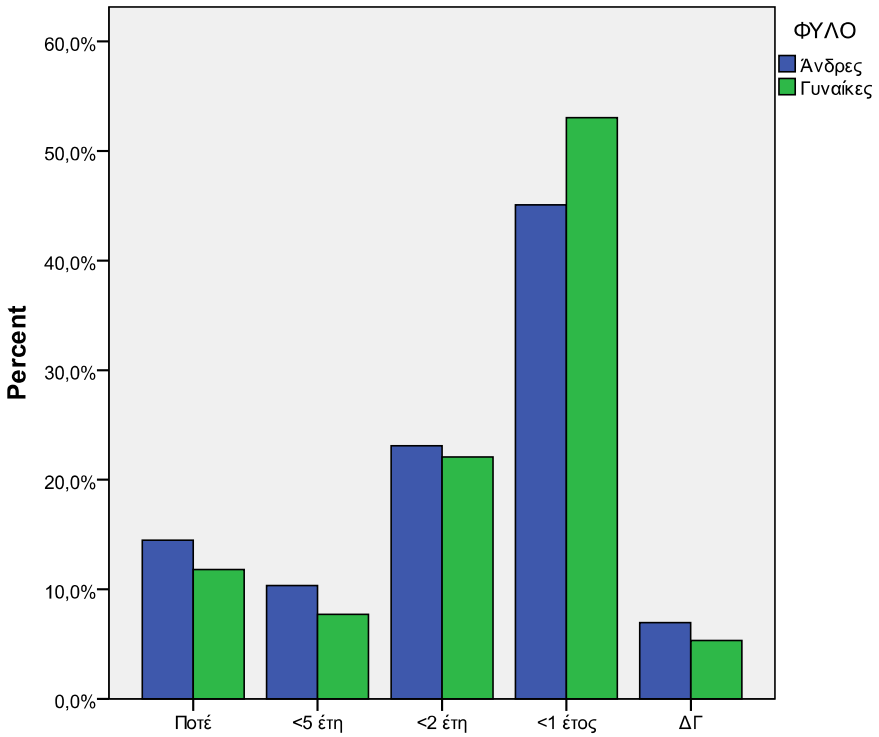


ΠΚ7. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεση σας;

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια σας, την πίεση σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες;» ανά φύλο.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια σας, την πίεση σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το πότε πραγματοποιήθηκε το τελευταίο τους check-up.Το 45,1 των ανδρών απάντησε με (μέσα στο τελευταίο έτος) αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 53%. Άγνοια στο ερώτημα δήλωσαν περισσότεροι άντρες με ποσοστό 7% έναντι των γυναικών με ποσοστό 5,3%. Επίσης με "ποτέ" απαντήσανε το 14,5% των αντρών και το 11,8% των γυναικών. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευαισθητοποιημένες και πραγματοποιούν συχνότερα ετήσιο check-up για την πρόληψη της υγείας τους σε σχέση με τους άντρες.

ΠΚ8. Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια σας, την πίεση σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Ποτέ	N	575	605	1180
		%	14,5%	11,8%	13,0%
	2 <5 έτη	N	410	395	805
		%	10,3%	7,7%	8,9%
	3 <2 έτη	N	917	1131	2048
		%	23,1%	22,1%	22,5%
	4 <1 έτος	N	1789	2715	4504
		%	45,1%	53,0%	49,6%
	5 ΔΓ		276	272	548
			7,0%	5,3%	6,0%
		Σύνολο	3967	5118	9085
		%	100,0%	100,0%	100,0%

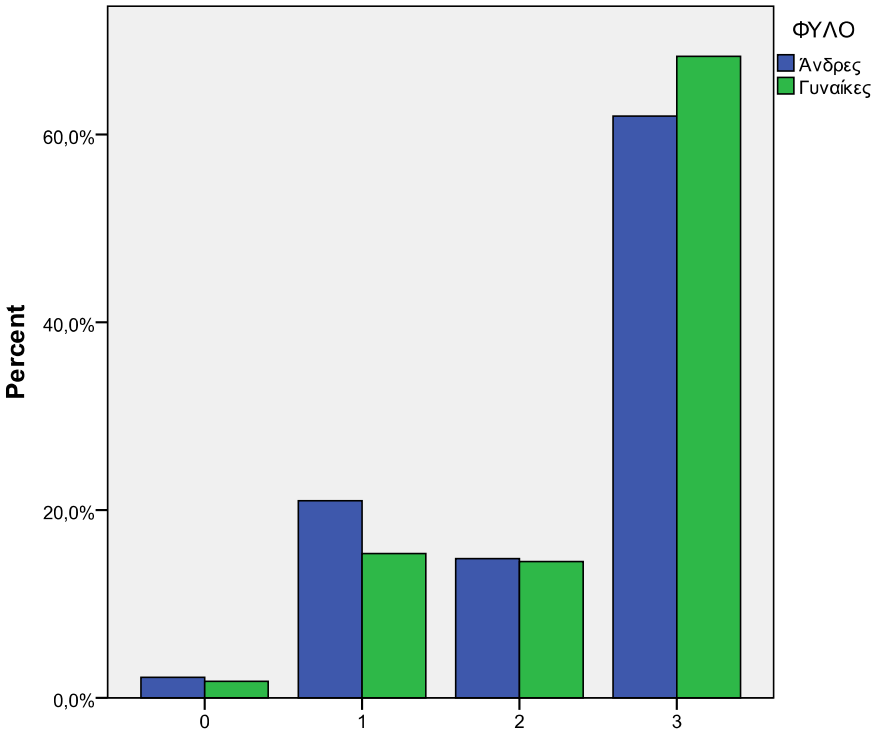


ΠΚ8. Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια σας, την πίεση σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες;

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;» ανά φύλο.

ΠΚ9. Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	84	88	172
		%	2,2%	1,8%	1,9%
	1 <50 ετών	N	804	770	1574
		%	21,0%	15,4%	17,8%
	2 Ιστορικό	N	568	728	1296
		%	14,8%	14,5%	14,7%
	3 Ναι	N	2373	3422	5795
		%	62,0%	68,3%	65,6%
		Σύνολο	3829	5008	8837
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το αν πρέπει όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας , να κάνουν ετήσιο check-up. .Το 62% των ανδρών απάντησε με (ναι σε κάθε περίπτωση) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 68,3%. Όχι στο ερώτημα δήλωσαν περισσότεροι άντρες με ποσοστό 2,2% έναντι των γυναικών με ποσοστό 1,8%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι πρέπει να πραματοποιείται ετήσιο check-up ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία, σε σχέση με τους άντρες.

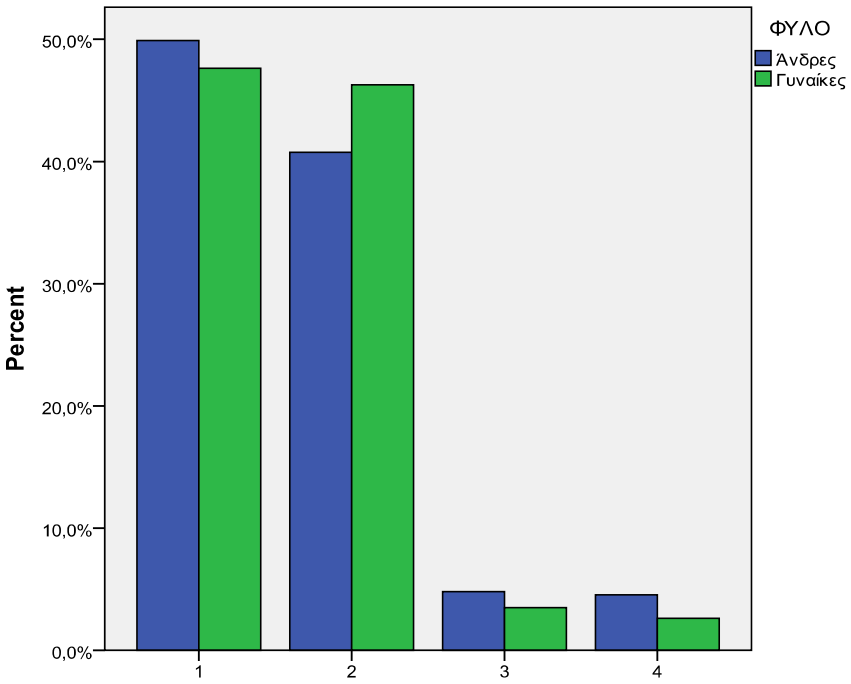


ΠΚ9. Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου;» ανά φύλο.

ΠΚ10. Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καρδιαγγειακά	N	1982	2432	4414
		%	49,9%	47,6%	48,6%
	2 Καρκίνος	N	1619	2363	3982
		%	40,8%	46,3%	43,9%
	3 HIV	N	191	178	369
		%	4,8%	3,5%	4,1%
	4 Άλλη	N	180	134	314
		%	4,5%	2,6%	3,5%
		Σύνολο	3972	5107	9079
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη της σημαντικότερης αιτίας θανάτου. .Το 49,9 των ανδρών απάντησε σωστά (καρδιαγειακά) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 47,6%. Αντίθετα οι περισσότερες γυναίκες (46,3%) πιστεύουν πως η σημαντικότερη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος, σε σχέση με τους άντρες που αποτελούν το 40,8%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότεροι άντρες γνωρίζουν πως η σημαντικότερη αιτία θανάτου ειναι τα καρδιαγγειακά σε σχέση με τις γυναίκες.

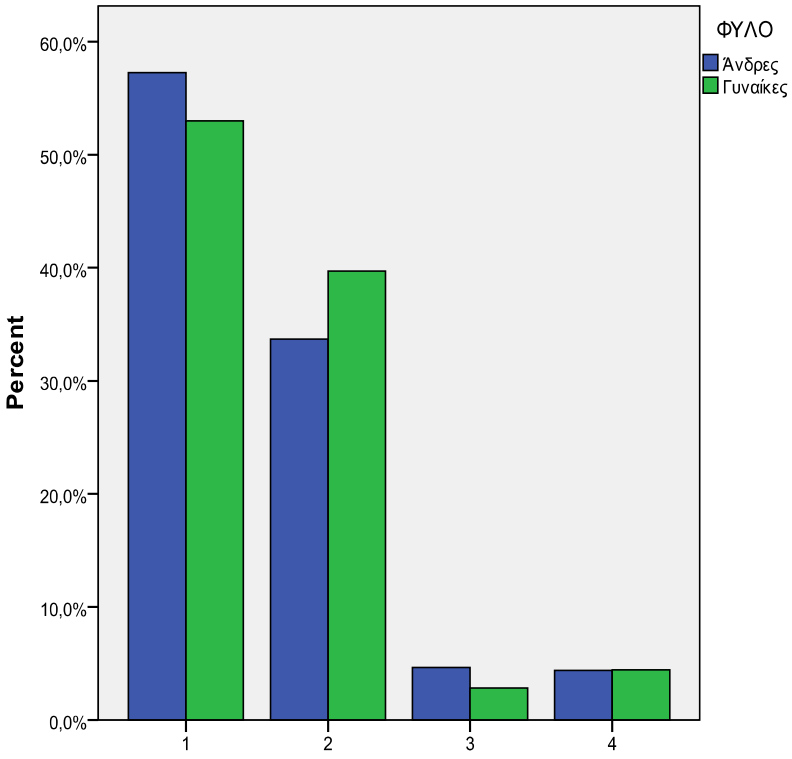


ΠΚ10. Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου (επιλέξτε μόνο μια);

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;» ανά φύλο.

ΠΚ11. Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καρδιαγγειακά	N	2274	2706	4980
		%	57,3%	53,0%	54,9%
	2 Καρκίνος	N	1338	2028	3366
		%	33,7%	39,7%	37,1%
	3 HIV	N	185	145	330
		%	4,7%	2,8%	3,6%
	4 Άλλη	N	175	227	402
		%	4,4%	4,4%	4,4%
		Σύνολο	3972	5106	9078
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη της συχνότερης νόσου στον πληθυσμό. .Το 57,3των ανδρών απάντησε σωστά (καρδιαγειακά) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 53%. Αντίθετα οι περισσότερες γυναίκες (39,7%) πιστεύουν πως η σημαντικότερη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος, σε σχέση με τους άντρες που αποτελούν το 33,7%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότεροι άντρες γνωρίζουν πως η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό ειναι τα καρδιαγγειακά σε σχέση με τις γυναίκες.



ΠΚ11. Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;

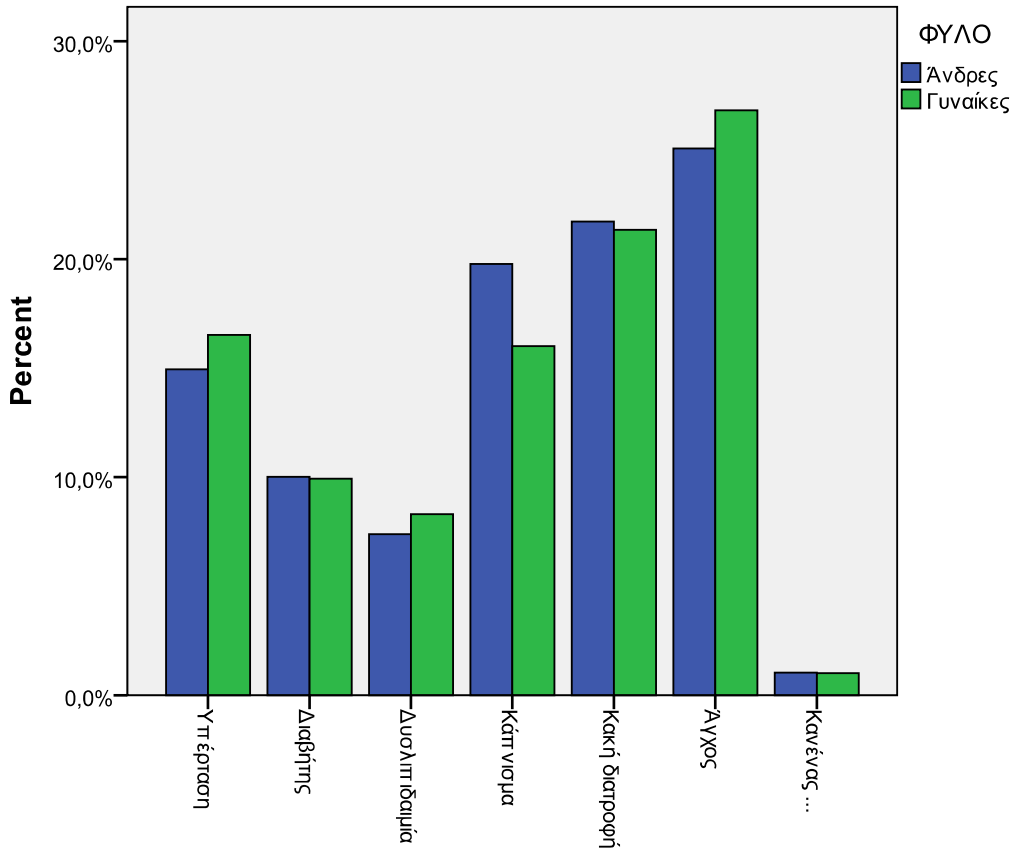
Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου;» ανά φύλο.

ΠΚ12. Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Υπέρταση	N	591	842	1433
		%	15,0%	16,5%	15,8%
	2 Διαβήτης	N	396	506	902
		%	10,0%	9,9%	10,0%
	3 Δυσλιπιδαιμία	N	292	423	715
		%	7,4%	8,3%	7,9%
	4 Κάπνισμα	N	782	816	1598
		%	19,8%	16,0%	17,7%
	5 Κακή Διατροφή	N	859	1088	1947
		%	21,7%	21,4%	21,5%
	6 Άγχος	N	991	1367	2358
		%	25,1%	26,8%	26,1%
	7 Κανένας	N	41	52	93
		%	1,0%	1,0%	1,0%
		Σύνολο	3952	5094	9046
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την γνώση του σμαντικότερου παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά. .Το 21,7 των ανδρών απάντησε σωστά (κακή διατροφή) ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 21,4%. Αντίθετα οι περισσότερες γυναίκες (26,8%) πιστεύουν πως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου είναι το άγχος, σε σχέση με τους άντρες που αποτελούν το 25,1%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι

περισσότεροι άντρες γνωρίζουν τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά σε σχέση με τις γυναίκες.

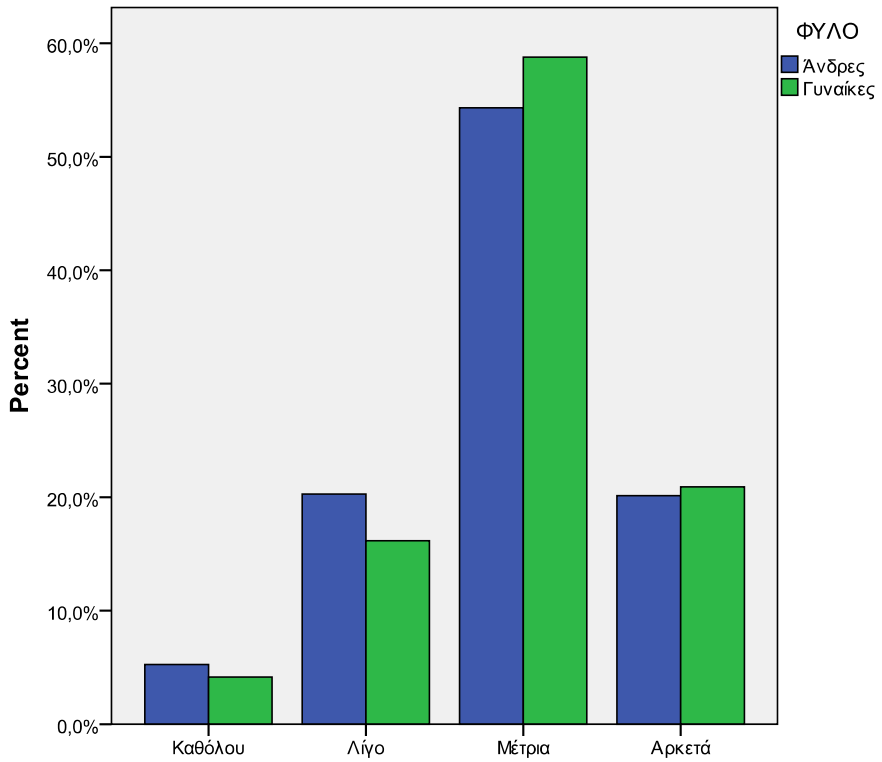


ΠΚ12. Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου (επιλέξτε μόνο έναν);

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;» ανά φύλο.

ΠΚ13. Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	209	211	420
		%	5,3%	4,1%	4,6%
	2 Λίγο	N	805	824	1629
		%	20,3%	16,2%	18,0%
	3 Μέτρια	N	2156	2998	5154
		%	54,3%	58,8%	56,8%
	4 Αρκετά	N	799	1067	1866
		%	20,1%	20,9%	20,6%
		Σύνολο	3969	5100	9069
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την κατανόηση των συστάσεων για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το 20,1 των ανδρών απάντησε πως κατανοεί (αρκετά) τις συστάσεις των ειδικών για την πρόληψη ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 20,9%. Αντίθετα οι περισσότερες γυναίκες (58,8%) δήλωσαν πως κατανοούν (μέτρια) τις συστάσεις των ειδικών για την πρόληψη των καρδιαγειακών, σε σχέση με τους άντρες που αποτελούν το 54,3%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότεροι άντρες κατανοούν καλύτερα τις συστάσεις των ειδικών για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με τις γυναίκες.

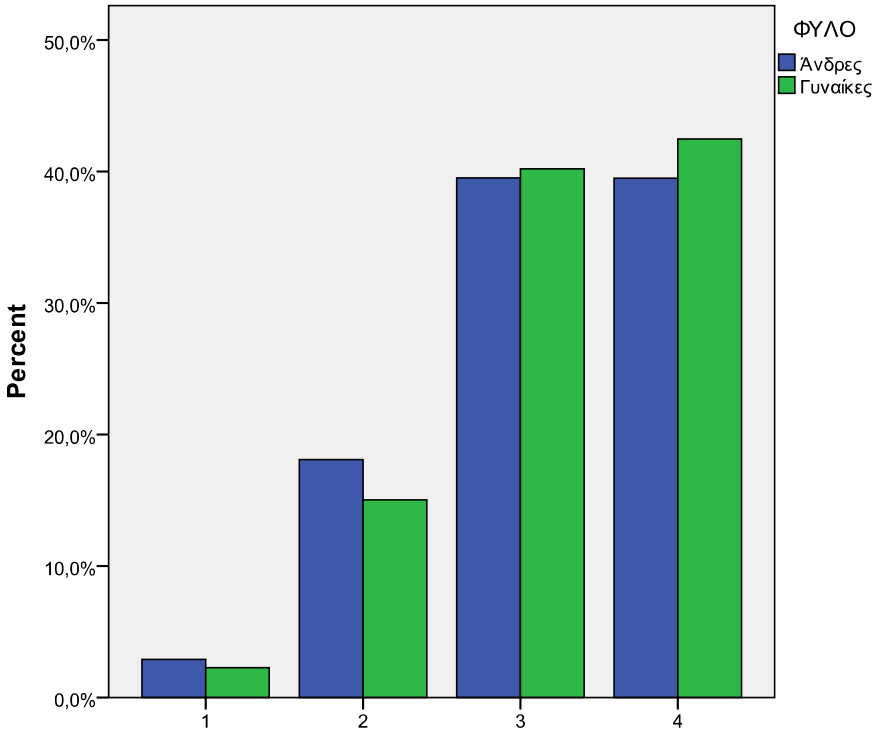


ΠΚ13. Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;» ανά φύλο.

ΠΚ14. Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	115	116	231
		%	2,9%	2,3%	2,5%
	2 Λίγο	N	718	768	1486
		%	18,1%	15,0%	16,4%
	3 Μέτρια	N	1569	2053	3622
		%	39,5%	40,2%	39,9%
	4 Αρκετά	N	1568	2169	3737
		%	39,5%	42,5%	41,2%
		Σύνολο	3970	5106	9076
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;» είναι στατιστικά σημαντικές ($P<0,0001$). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Το 39,5 των ανδρών απάντησε πως η τροποποίση των παραόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει (αρκετά) τον κίνδυνο καρδιαγειακής νόσου ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 42,5%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως η τροποίηση των παραγόντων κινδύνου μπορούν να μειώσουν ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαειακής νόσου σε σχέση με τους άντρες.

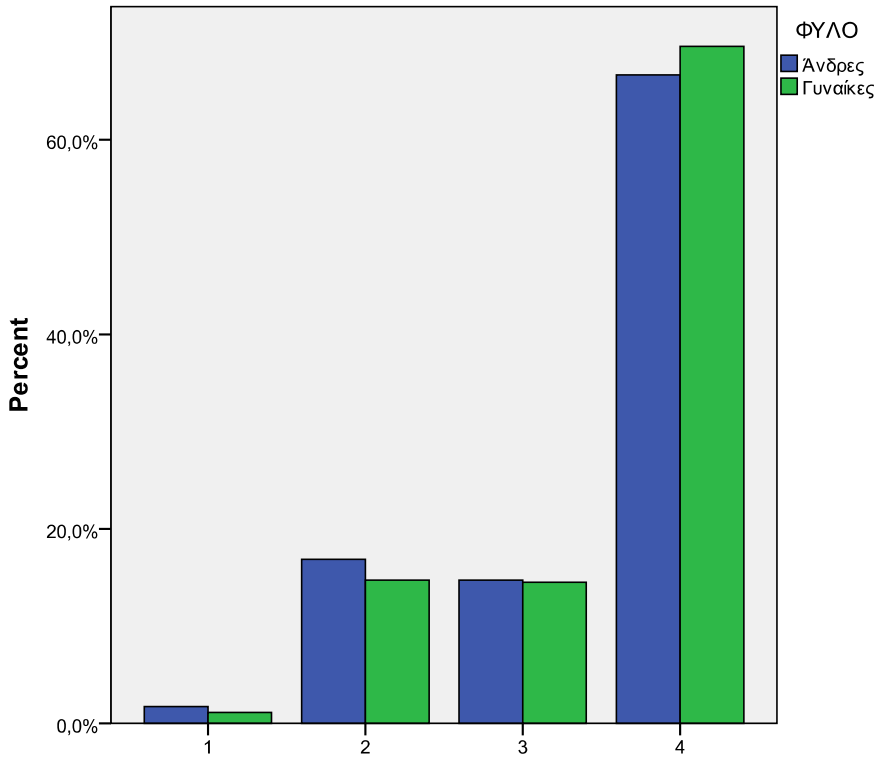


ΠΚ14. Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» ανά φύλο.

TZ1. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Όχι	N	69	58	127
		%	1,7%	1,1%	1,4%
	2 Ναι αλλά έχει υπερεκτιμηθεί	N	670	755	1425
		%	16,9%	14,7%	15,7%
	3 Δεν είμαι σίγουρος	N	585	744	1329
		%	14,7%	14,5%	14,6%
	4 Ναι Αναμφισβήτητα	N	2648	3564	6212
		%	66,7%	69,6%	68,3%
		Σύνολο	3972	5121	9093
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,002 <0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 66,7 των ανδρών απάντησε πως το κάπνισμα αποτελεί (αναμφισβήτητα) παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 69,6%. Επίσης το 16,9% των αντρών και το 14,7% των γυναικών θεωρούν πως έχει υπερεκτιμηθεί το κάπνισμα ως παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευαισθητοποιημένες στο θέμα του καπνίσματος και την συσχέτισή του, ως παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, από ότι οι άντρες.

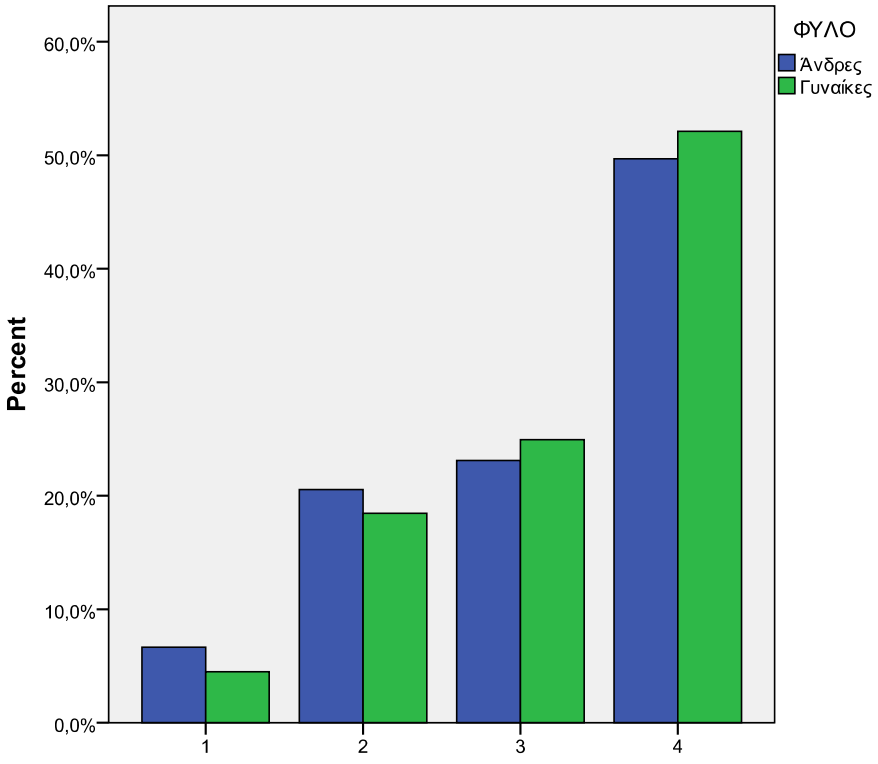


TZ1. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι το *παθητικό* κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» ανά φύλο.

TZ2. Πιστεύετε ότι το *παθητικό* κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Όχι	N	259	223	482
		%	6,7%	4,5%	5,4%
	2 Ναι αλλά έχει υπερεκτιμηθεί	N	799	917	1716
		%	20,5%	18,5%	19,4%
	3 Δεν είμαι σίγουρος	N	899	1239	2138
		%	23,1%	24,9%	24,1%
	4 Ναι Αναμφισβήτητα	N	1932	2589	4521
		%	49,7%	52,1%	51,0%
		Σύνολο	3889	4968	8857
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι το *παθητικό* κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» είναι στατιστικά σημαντικές ($P<0,0001$). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 49,7 των ανδρών απάντησε πως το παθητικό κάπνισμα αποτελεί (αναμφισβήτητα) παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 52,1%. Επίσης το 20,5% των αντρών και το 18,5% των γυναικών θεωρούν πως έχει υπερεκτιμηθεί το παθητικό κάπνισμα ως παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευαισθητοποιημένες στο θέμα του παθητικού καπνίσματος και την συσχέτισή του, ως παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, από ότι οι άντρες.

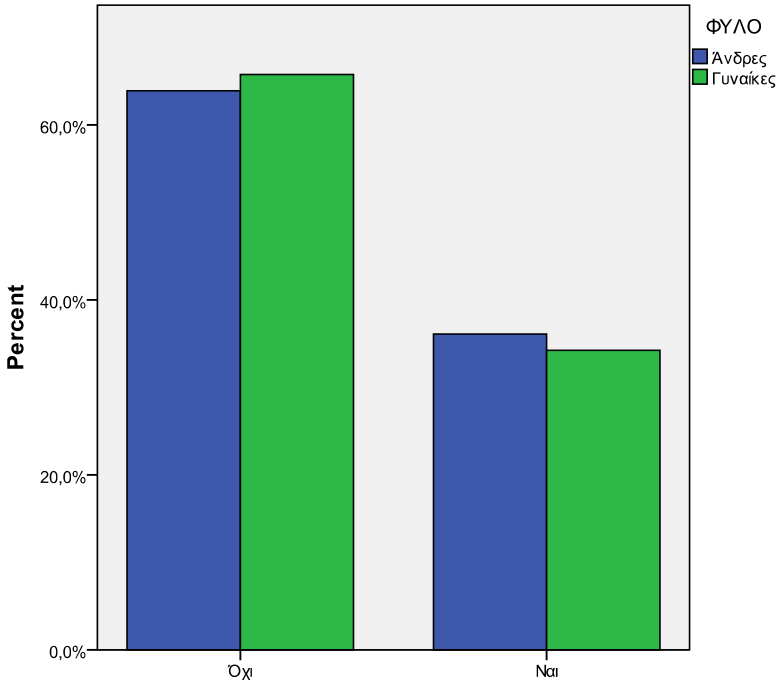


TZ2. Πιστεύετε ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές ...

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;» ανά φύλο.

TZ3. Πιστεύετε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	2534	3351	5885
		%	63,9%	65,8%	65,0%
	1 Ναι	N	1431	1744	3175
		%	36,1%	34,2%	35,0%
		Σύνολο	3965	5095	9060
		%	100,0 %	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;» δεν είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,065 >0,05). Συγκεκριμένα, δεν φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει. Το 63,9 των ανδρών απάντησε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 65,8%. Οι διαφορές αυτές ωστόσο, δεν είναι στατιστικά σημαντικές για να μπορέσουμε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα σχετικά με την διαφορετικότητα των αντιλήψεων των δύο φύλων πάνω στο θέμα αυτό. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι στην πλειοψηφία τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες, φαίνεται να έχουν επίγνωση, ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου.

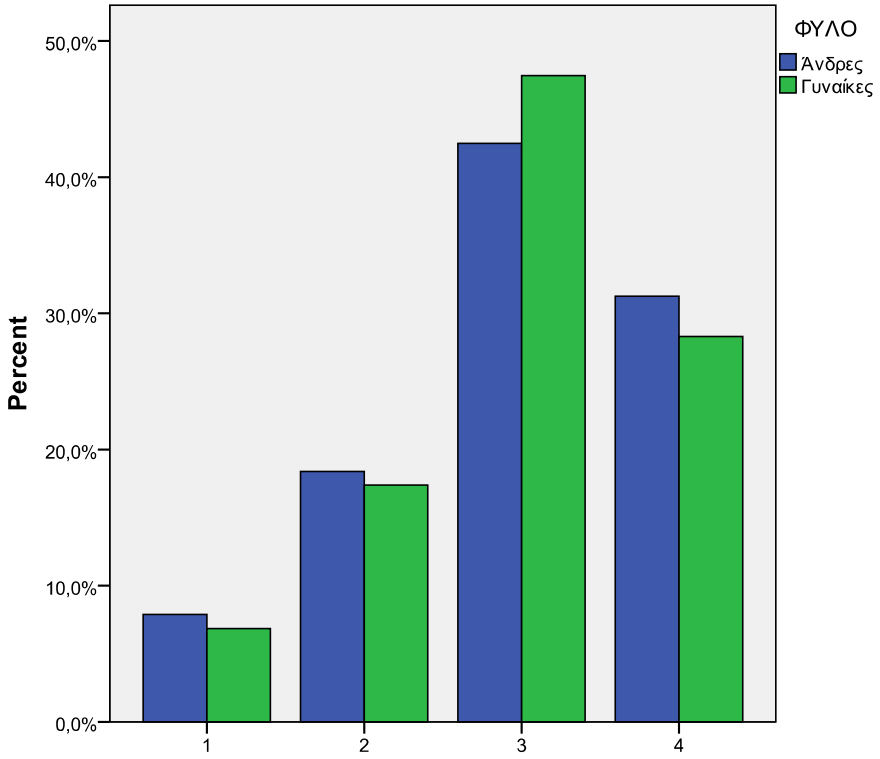


TZ3. Πιστεύετε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;» ανά φύλο.

ΤΖ4. Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Πολύ Εύκολα	N	304	336	640
		%	7,9%	6,8%	7,3%
	2 Εύκολα	N	709	855	1564
		%	18,4%	17,4%	17,8%
	3 Μέτρια	N	1639	2333	3972
		%	42,5%	47,5%	45,3%
	4 Δύσκολα	N	1206	1391	2597
		%	31,3%	28,3%	29,6%
		Σύνολο	3858	4915	8773
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα εύκολα ή δύκολα. Το 42,5 των ανδρών απάντησε (3.μέτρια) ότι ένας καπνιστής μπορεί να κόψει το κάπνισμα, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 47,5%. Επίσης το 31,3% των ανδρών πιστεύει ότι ένας καπνιστής είναι δύσκολο να κόψει το κάπνισμα έναντι των γυναικών που αποτέλεσαν το 28,3%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι άντρες πιστεύουν πως ένας καπνιστής δύσκολα κόβει το κάπνισμα, σε σχέση με τις γυναίκες που το χαρακτήρισαν ως μέτρια. Αξίζει να σημειωθεί πως οι πλειοψηφεία και των δυο φύλων θεωρεί την διακοπή του καπνίσματος για έναν καπνιστή δύσκολη υπόθεση.



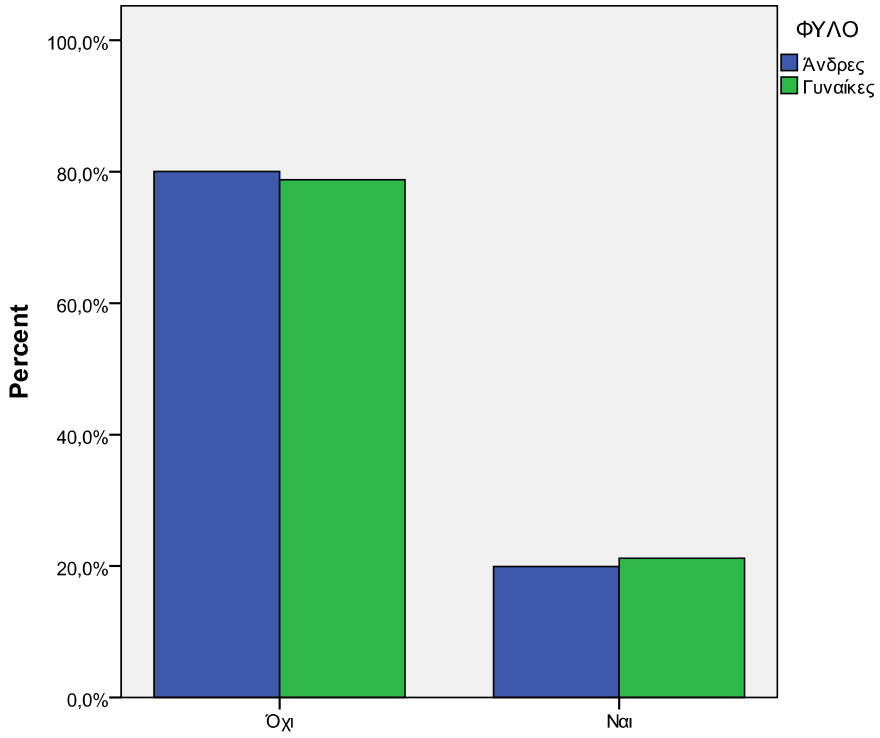
TZ4. Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;» ανά φύλο.

TZ5. Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	3151	3993	7144
		%	80,1%	78,8%	79,4%
	1 Ναι	N	784	1073	1857
		Σύνολο	19,9%	21,2%	20,6%
		%	3935	5066	9001
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;» δεν είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,144 > 0,05). Συγκεκριμένα, δεν φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά. Το 80,1 των ανδρών απάντησε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 78,8%. Οι διαφορές αυτές ωστόσο, δεν είναι στατιστικά σημαντικές για να μπορέσουμε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα σχετικά με την διαφορετικότητα των αντιλήψεων των δύο φύλων πάνω στο θέμα αυτό. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι στην πλειοψηφία τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες, πιστεύουν ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι αποτελεσματικά.

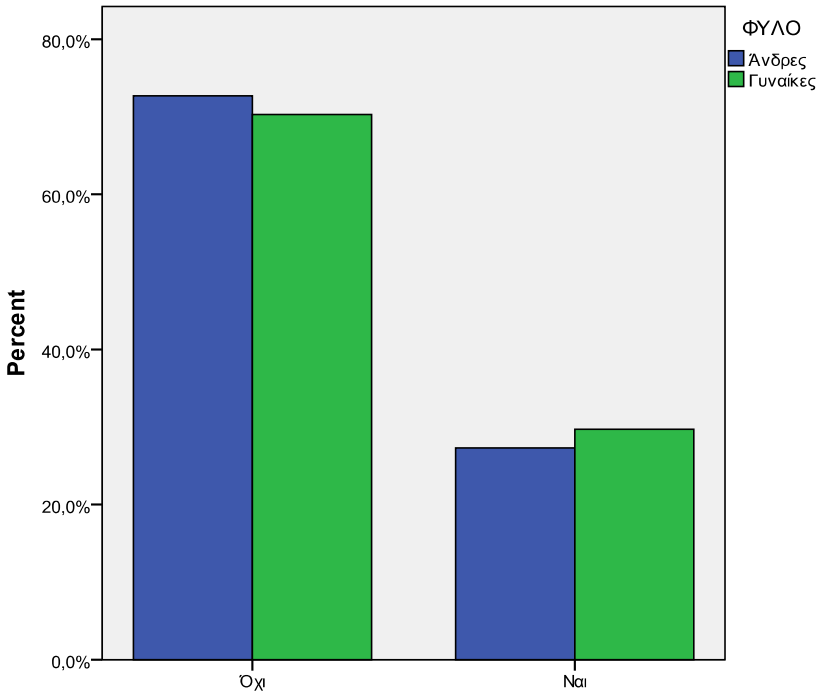


TZ5. Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;» ανά φύλο.

TZ6. Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	2842	3551	6393
		%	72,7%	70,3%	71,3%
	1 Ναι	N	1068	1501	2569
		Σύνολο	27,3%	29,7%	28,7%
		%	3910	5052	8962
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;» είναι στατιστικά σημαντικές (P= 0,013 < 0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά. Το 72,7 των ανδρών απάντησε ότι τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 70,3%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι άντρες πιστεύουν ότι τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι αποτελεσματικά, από ότι γυναίκες.



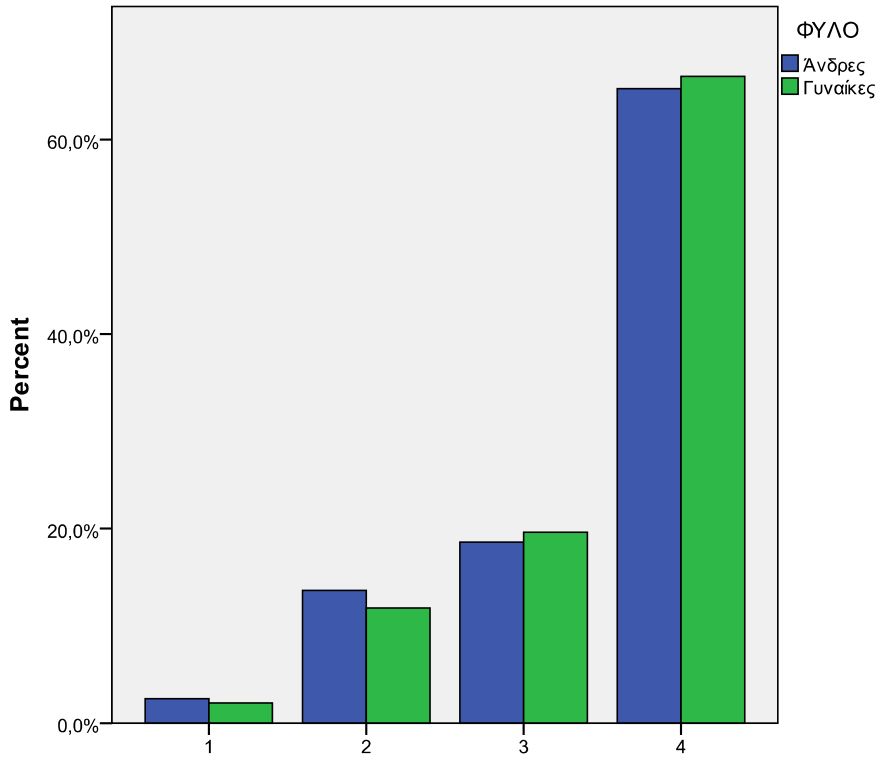
ΤΖ6. Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» ανά φύλο.

TZ7. Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	99	105	204
		%	2,5%	2,1%	2,2%
	2 Ναι αλλά εχει υπερεκτιμηθεί	N	541	604	1145
		%	13,7%	11,8%	12,6%
	3 Ναι αλλα δεν είμαι σίγουρος	N	737	1001	1738
		%	18,6%	19,6%	19,2%
	4 Ναι αναμφισβήτητα	N	2585	3395	5980
		%	65,2%	66,5%	66,0%
		Σύνολο	3962	5105	9067
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,023 < 0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις.Το 65,2% των ανδρών απάντησε ότι η καθιστική ζωή αποτελεί αναμφισβήτητα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 66,5%. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι η καθιστική ζωή αποτελεί αναμφισβήτητα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, από ότι άντρες.

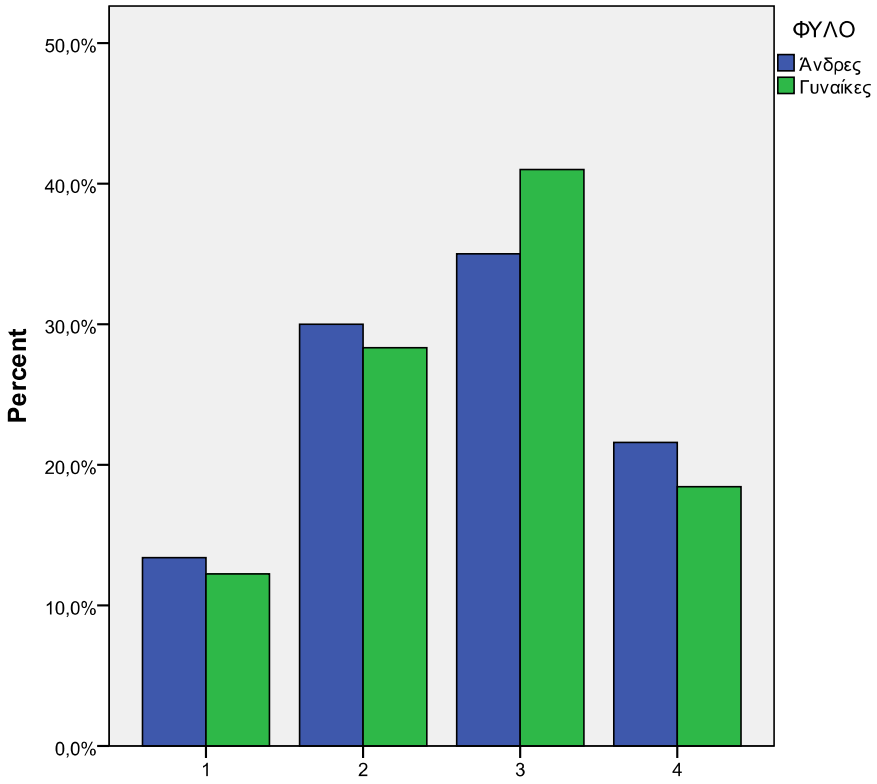


TZ7. Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές ...

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;» ανά φύλο.

TZ9. Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Πολύ δύσκολα	N	525	619	1144
		%	13,4%	12,2%	12,7%
	2 Δύσκολα	N	1176	1433	2609
		%	30,0%	28,3%	29,1%
	3 Έυκολα	N	1372	2074	3446
		%	35,0%	41,0%	38,4%
	4 Πολύ έυκολα	N	846	933	1779
		%	21,6%	18,4%	19,8%
		Σύνολο	3919	5059	8978
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το ερώτημα : Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε; Το 35% των ανδρών απάντησε ότι βρίσκει εύκολα χώρους για να αθληθεί, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 41%. Αντίστοιχα το 30% των ανδρών και το 28,3% των γυναικών βρίσκει δύσκολα χώρους για να αθληθεί. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι βρίσκουν εύκολα χώρους να αθληθούν, από ότι άντρες.



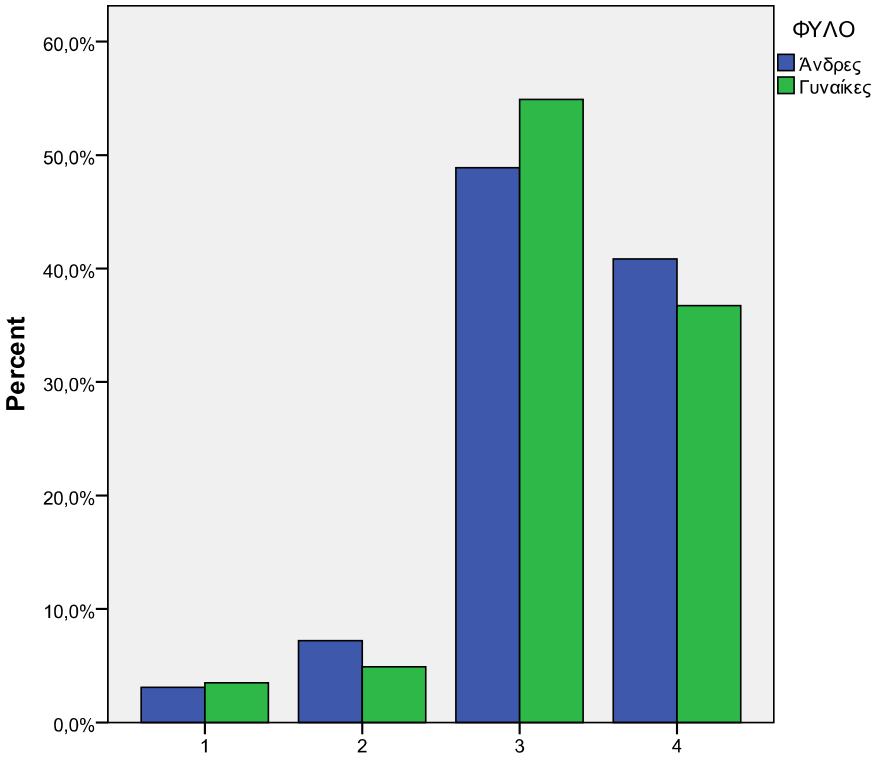
TZ9. Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;» ανά φύλο.

TZ10. Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	119	173	292
		%	3,1%	3,5%	3,3%
	2 Λίγο	N	278	242	520
		%	7,2%	4,9%	5,9%
	3 Μέτρια	N	1889	2719	4608
		%	48,9%	54,9%	52,3%
	4 Μπορεί	N	1578	1819	3397
		%	40,8%	36,7%	38,5%
		Σύνολο	3864	4953	8817
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το 48,9% των ανδρών απάντησε μέτρια ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 54,9%. Αντίστοιχα το 40,8% των αντρών απάντσε ότι μπορεί σε σχέση με τις γυναίκες που αποτέλεσαν το 36,7%. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως περισσότεροι άντρες πιστεύουν ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο από ότι γυναίκες.

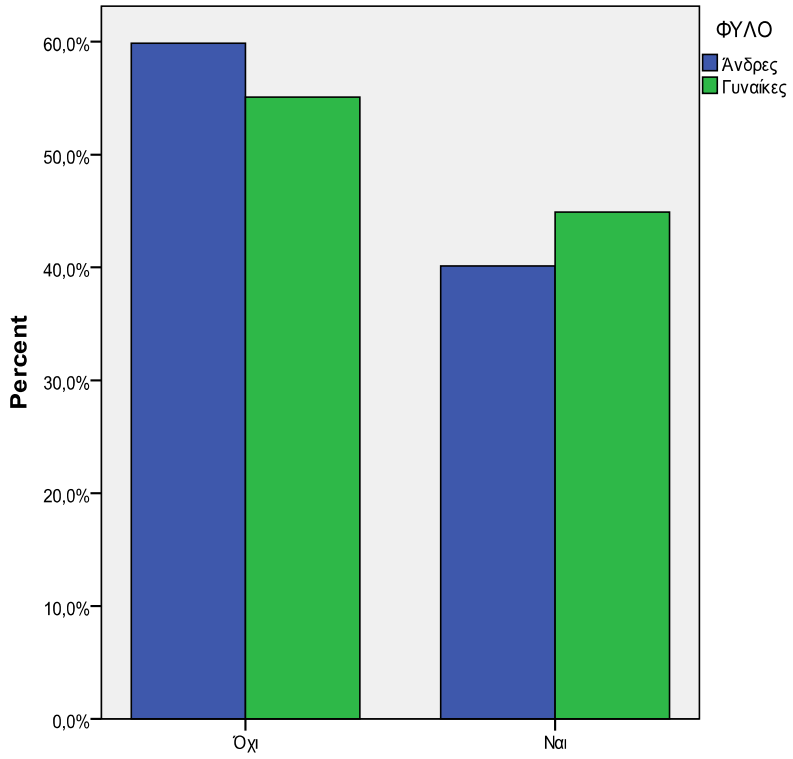


TZ10. Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνος;

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;» ανά φύλο.

TZ11. Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	2370	2806	5176
		%	59,9%	55,1%	57,2%
	1 Ναι	N	1588	2288	3876
		%	40,1%	44,9%	42,8%
		Σύνολο	3958	5094	9052
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι έχουν επηρεαστεί οι επιλογές τους για διασκέδαση από το καπνιστικό περιβάλλον. Το 59,9% των ανδρών απάντησε όχι ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 55,1.Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως στους περισσότερους άντρες δεν έχουν επηρεαστεί οι επιλογές τους για διασκέδαση από το καπνιστικό περιβάλλον από ότι στις γυναίκες. Επίσης φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό και των δυο φύλων φαίνεται να μην έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές τους για διασκέδση.

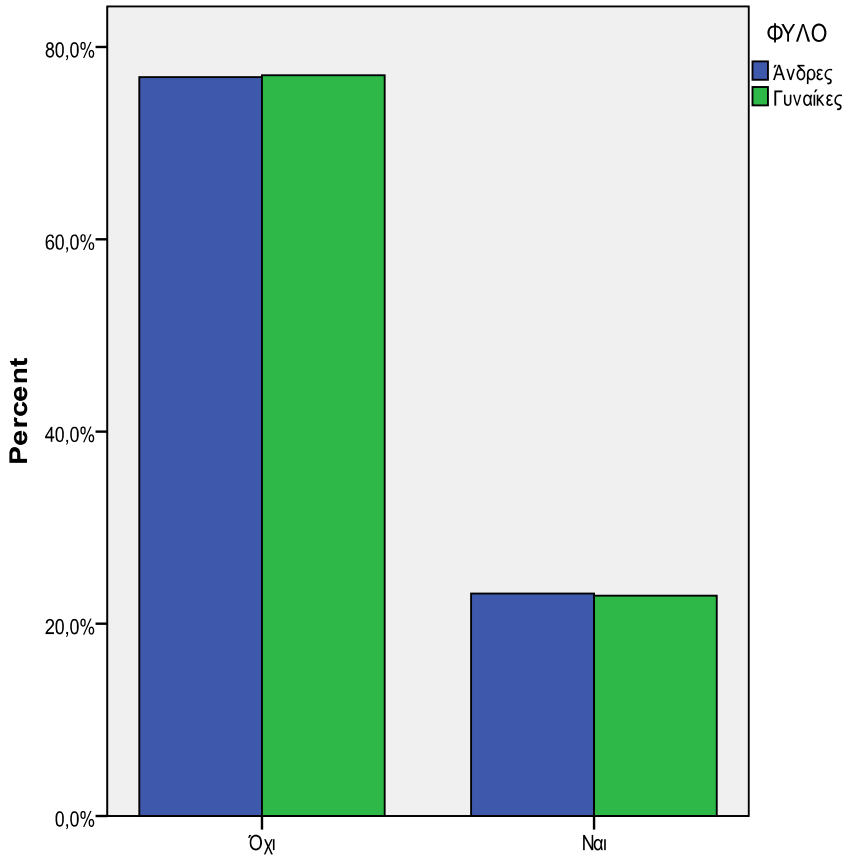


TZ11. Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;» ανά φύλο.

TZ12. Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	0 Όχι	N	3043	3921	6964
		%	76,9%	77,1%	77,0%
	1 Ναι	N	916	1167	2083
		%	23,1%	22,9%	23,0%
		Σύνολο	3959	5088	9047
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;» δεν είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,822 > 0,05). Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης .Το 76,9% των ανδρών απάντησε όχι ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 77,1. Παρατηρούμε ότι πλειοψηφία και των δυο φύλων, πιστεύει πως δεν υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να εξαγάγουμε κάποιο συμπέρασμα καθώς προαναφέραμε πως τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.



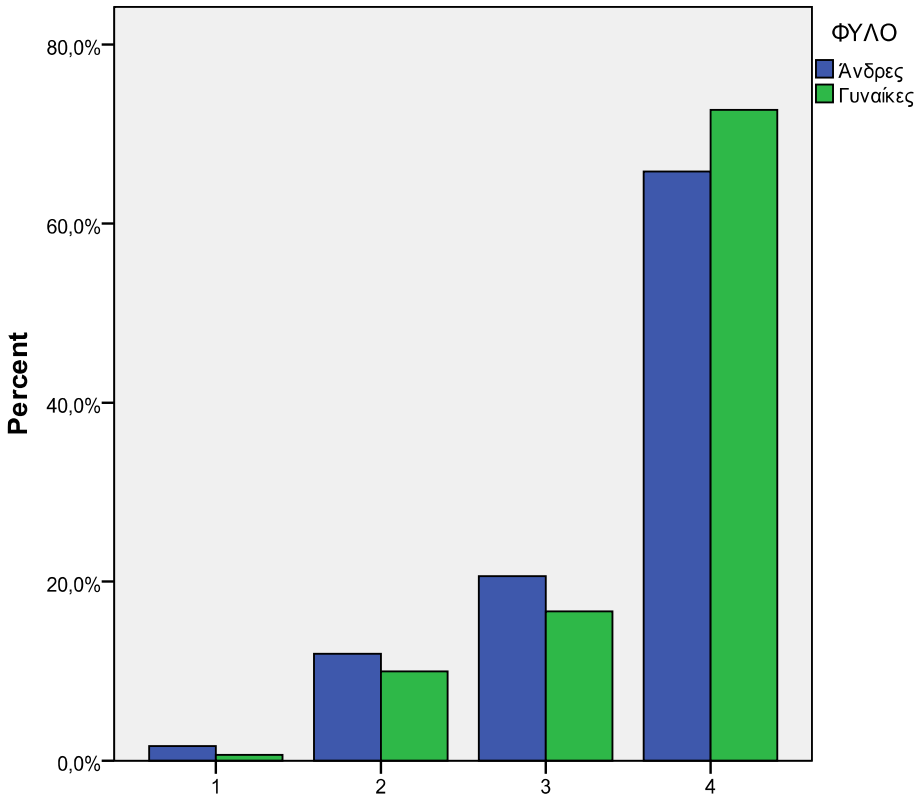
TZ12. Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» ανά φύλο.

Δ1. Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	64	33	97
		%	1,6%	,6%	1,1%
	2 Ναι αλλά εχει υπερεκτιμηθεί	N	473	509	982
		%	11,9%	10,0%	10,8%
	3 Ναι αλλα δεν είμαι σίγουρος	N	817	850	1667
		%	20,6%	16,7%	18,4%
	4 Ναι αναμφισβήτητα	N	2607	3707	6314
		%	65,8%	72,7%	69,7%
		Σύνολο	3961	5099	9060
		%	100,0%	100,0%	100,00%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 65,8% των ανδρών απάντησε ναι αναμφισβήτητα ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 72,7%. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι οι κακές διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις από ότι άντρες. Επίσης φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό και των δυο φύλων φαίνεται να συσχετίζει τις κακές διατροφικές συνήθειες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

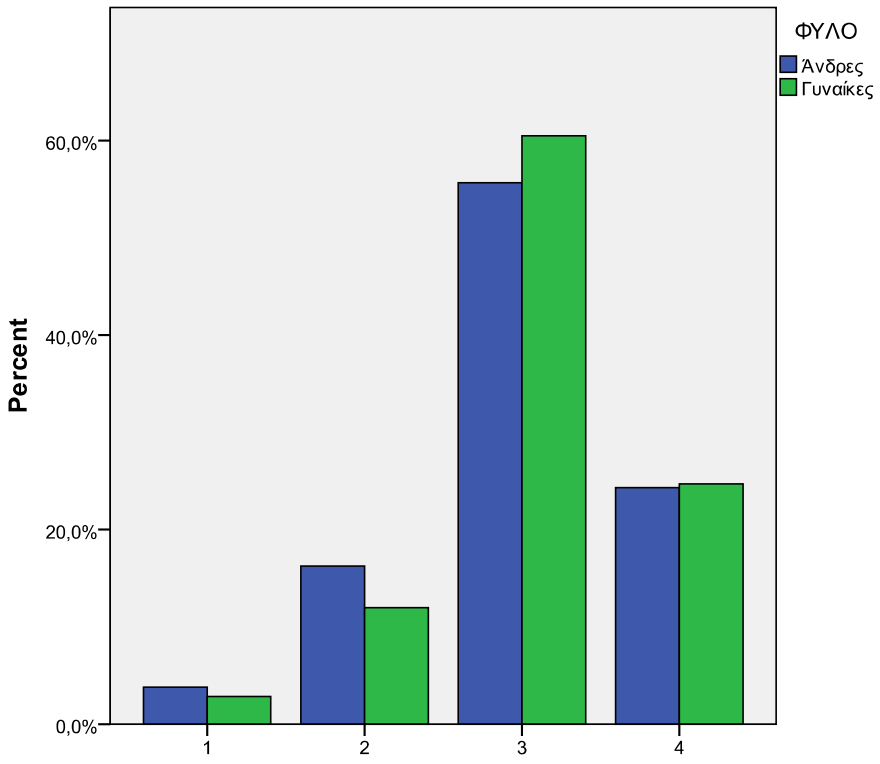


Δ1. Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» ανά φύλο.

Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	150	144	294
		%	3,8%	2,8%	3,2%
	2 Λίγο	N	644	611	1255
		%	16,2%	12,0%	13,8%
	3 Μέτρια	N	2208	3087	5295
		%	55,7%	60,5%	58,4%
	4 Μπορεί	N	964	1260	2224
		%	24,3%	24,7%	24,5%
		Σύνολο	3966	5102	9068
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» είναι στατιστικά σημαντικές ($P<0,0001$). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το 55,7% των ανδρών απάντησε μέτρια ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 60,5%. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει μέτρια τον καρδιαγγειακό κίνδυνο από ότι άντρες. Αξίζει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία και των δυο φύλων τήνει στις απαντήσεις 3 έως 4. Δηλαδή, ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.



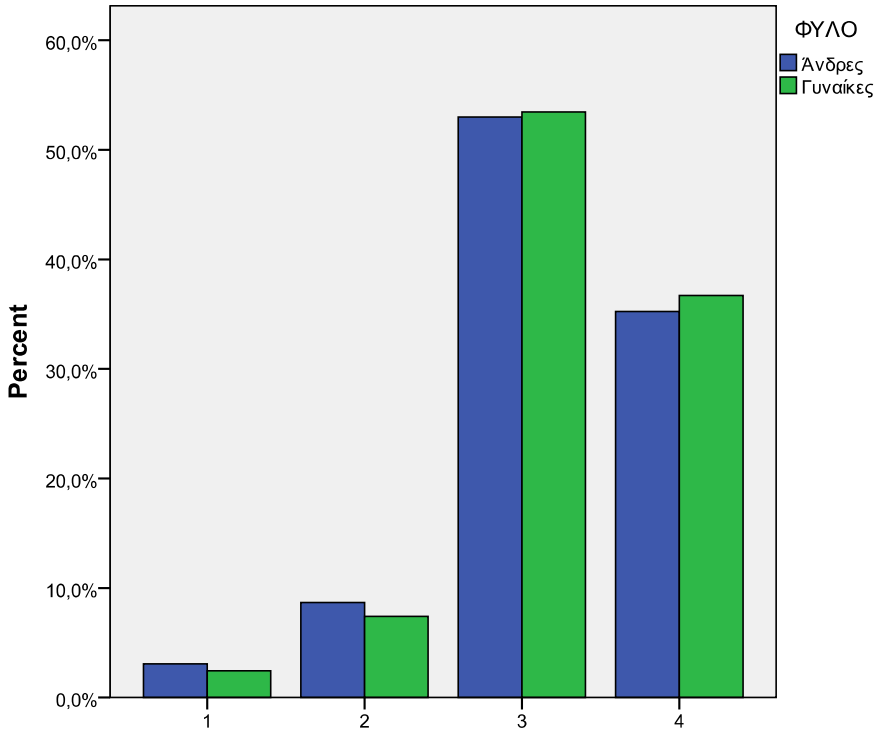
Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας …

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» ανά φύλο.

Δ3. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	122	124	246
		%	3,1%	2,4%	2,7%
	2 Λίγο	N	344	378	722
		%	8,7%	7,4%	8,0%
	3 Μέτρια	N	2102	2730	4832
		%	53,0%	53,5%	53,3%
	4 Μπορεί	N	1398	1874	3272
		%	35,2%	36,7%	36,1%
		Σύνολο	3966	5106	9072
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,025 <0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.Το 53% των ανδρών απάντησε μέτρια ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 53,5%.Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει μέτρια τον καρδιαγγειακό κίνδυνο από ότι άντρες. Αξίζει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία και των δυο φύλων τήνει στις απαντήσεις 3 έως 4. Δηλαδή, ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

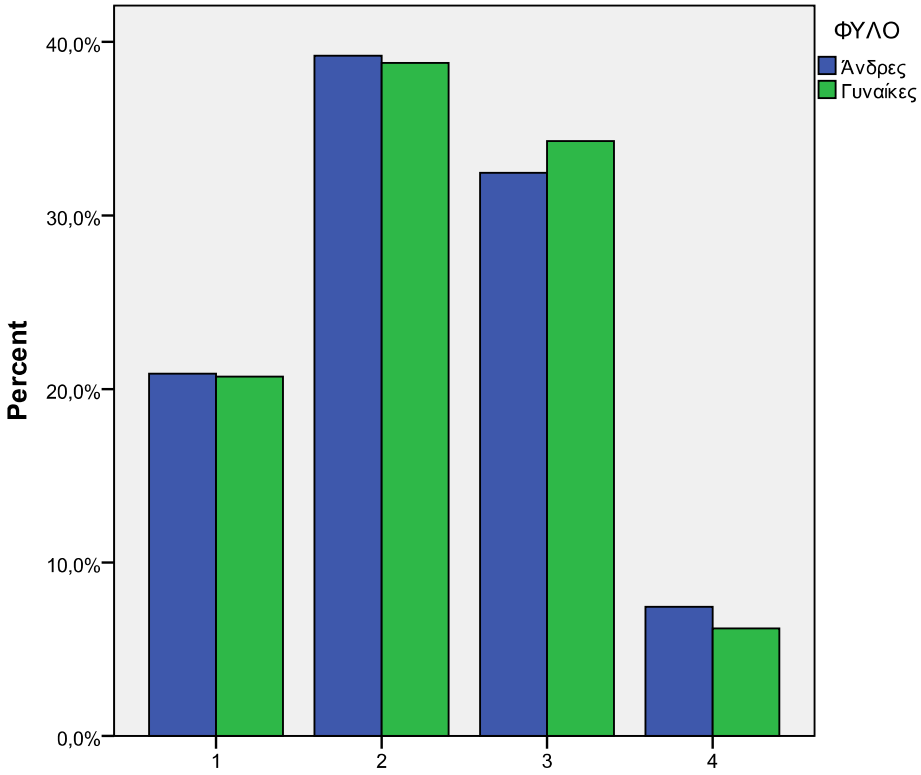


Δ3. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» ανά φύλο.

Δ4. Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	827	1054	1881
		%	20,9%	20,7%	20,8%
	2 Λίγο	N	1553	1975	3528
		%	39,2%	38,8%	39,0%
	3 Μέτρια	N	1286	1745	3031
		%	32,5%	34,3%	33,5%
	4 Μπορεί	N	295	316	611
		%	7,4%	6,2%	6,8%
		Σύνολο	3961	5090	9051
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;» δεν είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,060 <0,05). Συγκεκριμένα, δεν φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το 39,2% των ανδρών απάντησε λίγο ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 38,8%. Παρατηρούμε ότι πλειοψηφία και των δυο φύλων, πιστεύει πως τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν μέτρια έως λίγο τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να εξαγάγουμε κάποιο συμπέρασμα καθώς προαναφέραμε πως τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

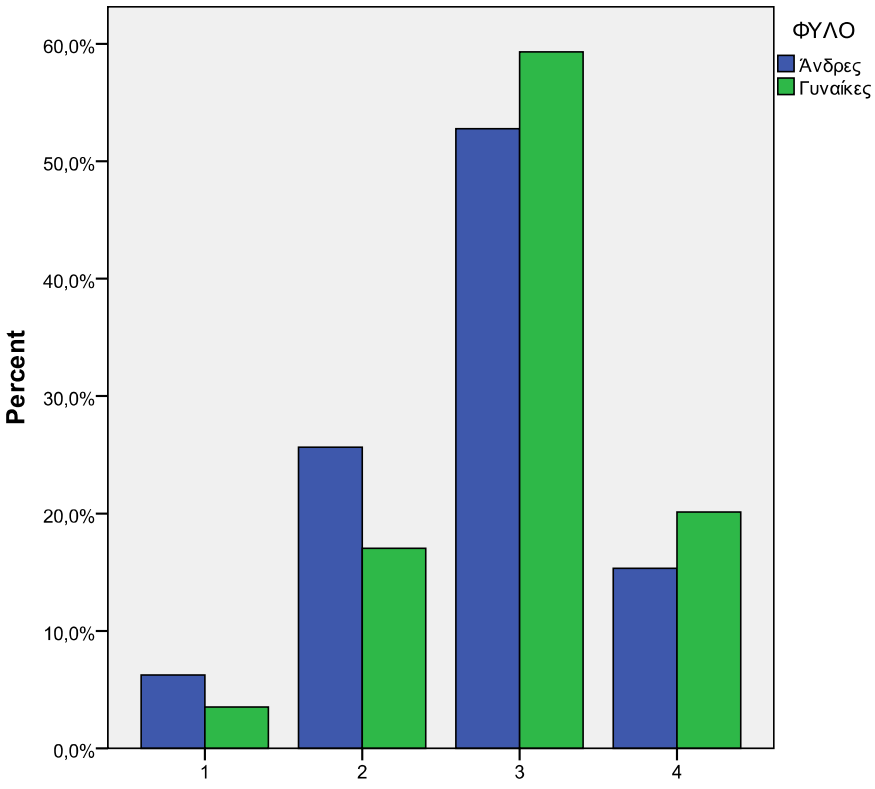


Δ4. Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π. χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για την διατροφή;» ανά φύλο.

Δ5. Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για την διατροφή;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	248	180	428
		%	6,2%	3,5%	4,7%
	2 Λίγο	N	1018	870	1888
		%	25,6%	17,0%	20,8%
	3 Μέτρια	N	2096	3031	5127
		%	52,8%	59,3%	56,5%
	4 Αρκετά	N	609	1029	1638
		%	15,3%	20,1%	18,0%
		Σύνολο	3971	5110	9081
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για την διατροφή;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το πόσο πιστεύουν ότι γνωρίζουν για την διατροφή. Το 52,8% των ανδρών απάντησε μέτρια ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 59,3%.Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει μέτρια τον καρδιαγγειακό κίνδυνο από ότι άντρες. Αξίζει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των γυναικών πιστεύει ότι γνωρίσει για την διατροφή μέτρια έως αρκετά ενώ οι άντρες μέτρια έως λίγα.

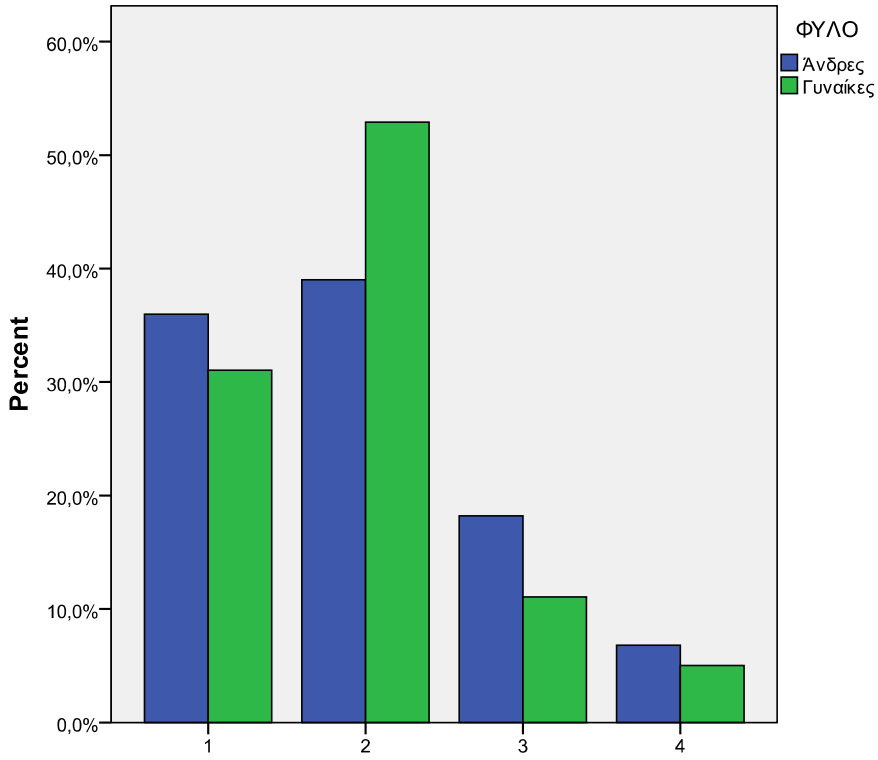


Δ5. Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για την …

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.;» ανά φύλο.

Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Όχι	N	1422	1580	3002
		%	36,0%	31,0%	33,2%
	2 Μεσογειακή	N	1541	2693	4234
		%	39,0%	52,9%	46,8%
	3 Δυτικού τύπου	N	719	563	1282
		%	18,2%	11,1%	14,2%
	4 Άλλη	N	269	255	524
		%	6,8%	5,0%	5,8%
		Σύνολο	3951	5091	9042
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το αν εφαρμόζουν κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό τους. Το 39% των ανδρών απάντησε μεσογειακή ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 52,9%. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες εφαρμόζουν το πρότυπο της μεσογειακή διατροφής από ότι οι άντρες.

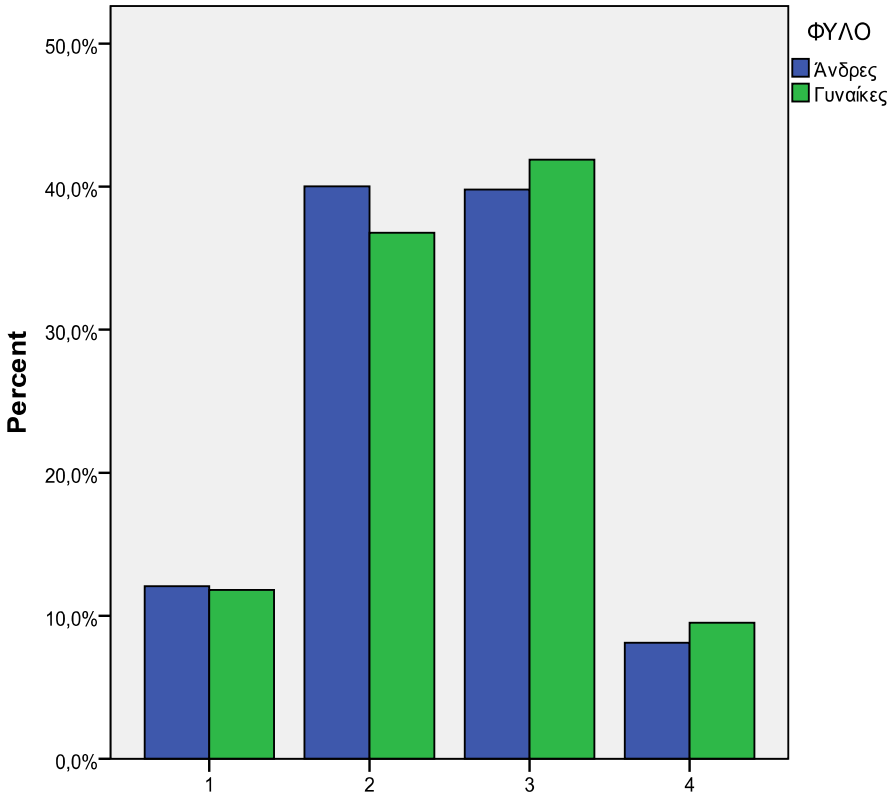


Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο.;» ανά φύλο.

Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Καθόλου	N	476	601	1077
		%	12,1%	11,8%	11,9%
	2 Λίγο	N	1578	1870	3448
		%	40,0%	36,8%	38,2%
	3 Μέτρια	N	1569	2130	3699
		%	39,8%	41,9%	41,0%
	4 Αρκετά	N	320	484	804
		%	8,1%	9,5%	8,9%
		Σύνολο	3943	5085	9028
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο.;» είναι στατιστικά σημαντικές (P=0,004 <0,05). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το αν πιστεύουν ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το 40% των ανδρών απάντησε λίγο ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 36,8%. Αντίθετα το 41,9% των γυναικών απάντησε μέτρια και ενώ οι άντρες αποτέλεσαν το 39,8%.Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακόκίνδυνο μέτρια, ενώ οι άντρες λίγο.

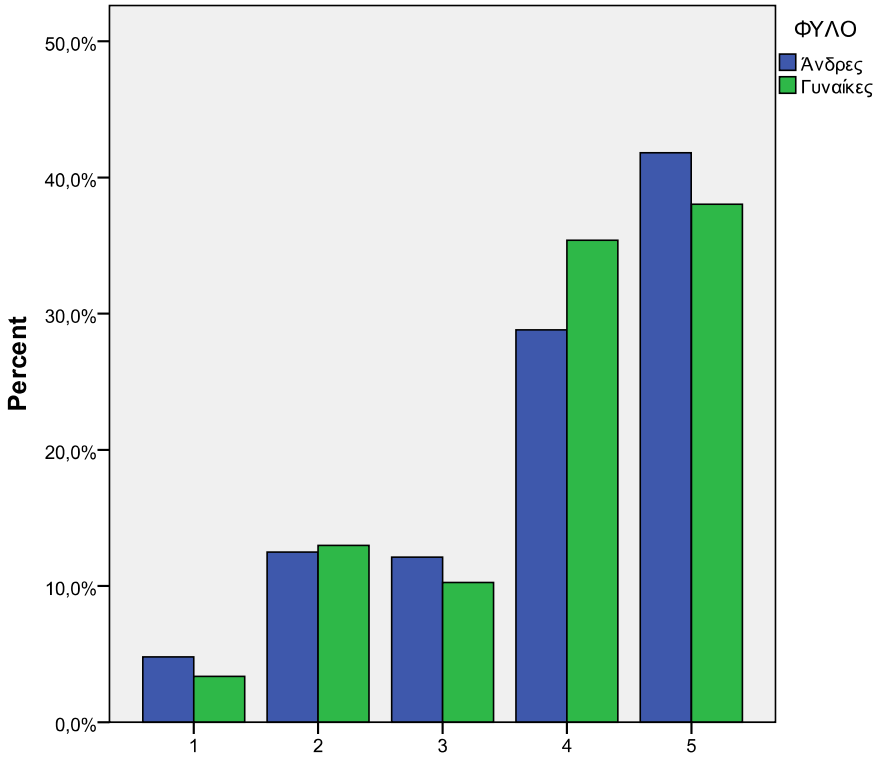


Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση «Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;» ανά φύλο.

Δ8. Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Μονοακόρεστα	N	190	171	361
		%	4,8%	3,4%	4,0%
	2 Φυτικές Ίνες	N	495	661	1156
		%	12,5%	13,0%	12,8%
	3 Αντειοξειδωτικά	N	480	522	1002
		%	12,1%	10,2%	11,1%
	4 Μικρά και Συχνά Γεύματα	N	1142	1802	2944
		%	28,8%	35,4%	32,5%
	5 Ποικιλία τροφών	N	1658	1937	3595
		%	41,8%	38,0%	39,7%
		Σύνολο	3965	5093	9058
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής.;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το ποιό πιστεύουν ότι είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής. Το 41,8% των ανδρών απάντησε ότι η ποικιλία τροφών είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 38%. Αντίθετα το 35,4% των γυναικών απάντησε ότι τα μικρά και συχνά γεύματα είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής ενώ οι άντρες αποτέλεσαν το 28,8%.

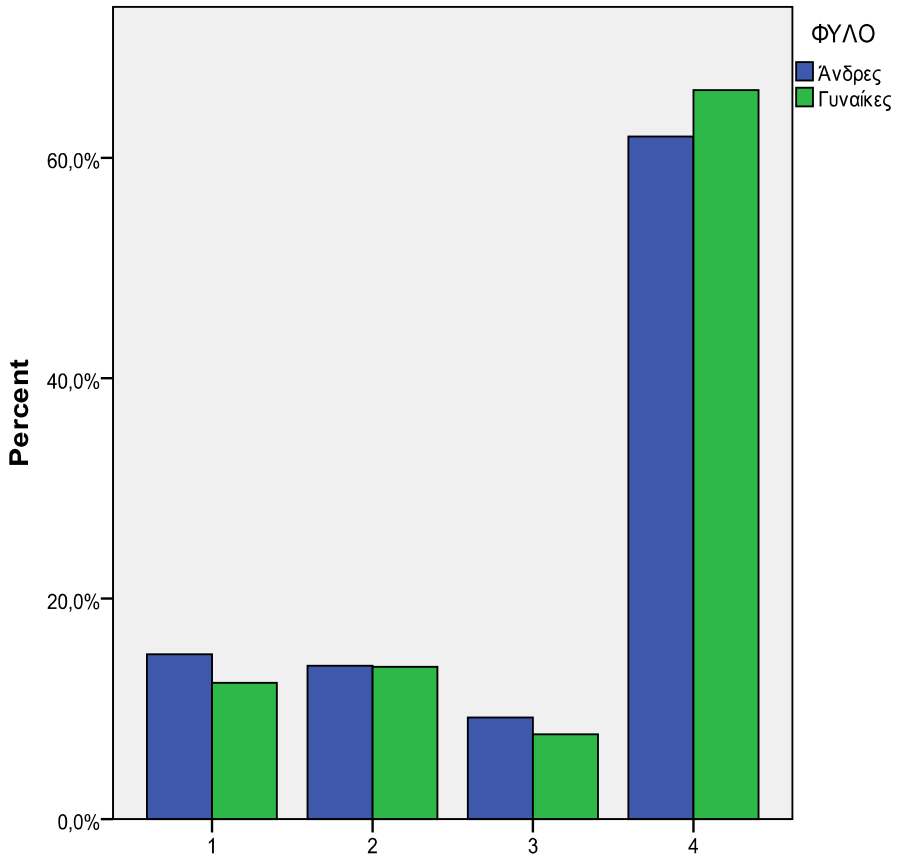


Δ8. Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Πού πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων;» ανά φύλο.

Δ9. Που πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Σούπερ Μάρκετ	N	592	632	1224
		%	14,9%	12,4%	13,5%
	2 Λαϊκή	N	551	706	1257
		%	13,9%	13,8%	13,9%
	3 Μικρά εμπορικά	N	365	392	757
		%	9,2%	7,7%	8,3%
	4 Από δική σας παραγωγή	N	2452	3379	5831
		%	61,9%	66,1%	64,3%
		Σύνολο	3960	5109	9069
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Που πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με το που πιστεύουν ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων.Το 61,9% των ανδρών απάντησε από δική του ή φιλική παραωγή ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 66,1 %. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων είναι από δική τους ή φιλική παραγωγή, ενώ οι άντρες θεωρούν το σούπερ μάρκετ πιο ασφαλή αγορά με ποσοστό 14,9% έναντι των γυναικών που αποτέλεσαν το 12,4%.

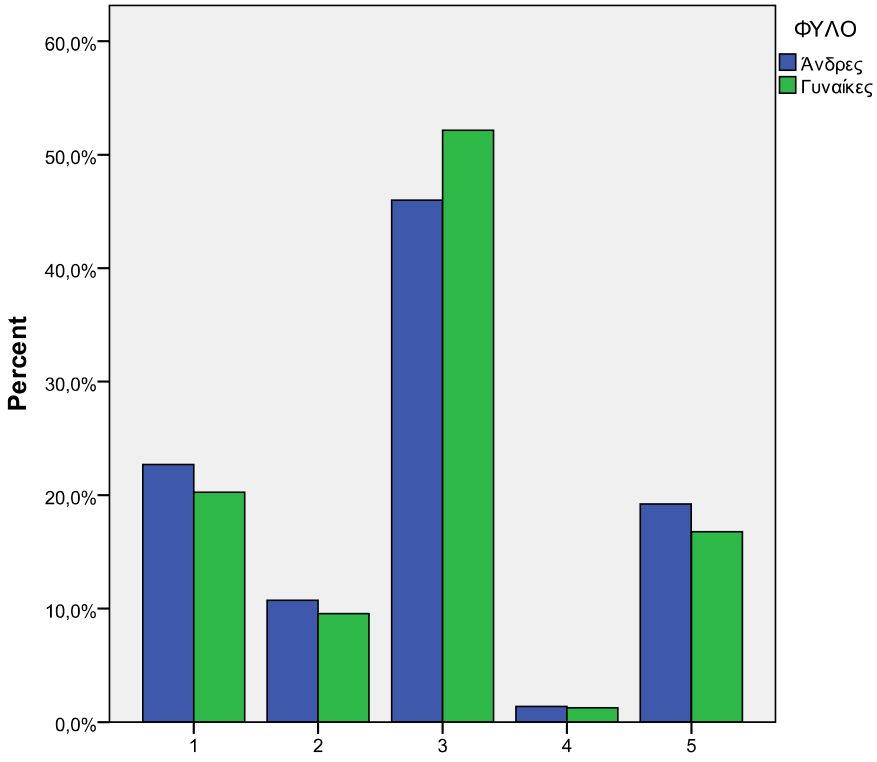


Δ9. Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με την ερώτηση « Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;» ανά φύλο.

Δ10. Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
	1 Αλάτι	N	22,7%	20,3%	21,3%
		%	420	475	895
	2 Ζάχαρη	N	10,7%	9,5%	10,1%
		%	1803	2595	4398
	3 Κορεσμένα λίπη	N	46,0%	52,2%	49,4%
		%	54	62	116
	4 Άμυλο	N	1,4%	1,2%	1,3%
		%	753	835	1588
	5 Αλκοόλ		19,2%	16,8%	17,9%
			3919	4975	8894
		Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%
		%	22,7%	20,3%	21,3%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο ερώτημα «Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;» είναι στατιστικά σημαντικές (P<0,0001). Συγκεκριμένα, υπάρχει εξάρτηση του φύλου με την άποψη ποιος είναι ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος. Το 46% των ανδρών απάντησε από τα κορεσμένα λίπη, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες είναι το 52,2 %. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως τα κορεσμένα λιπαρά είναι ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος, ενώ οι άντρες θεωρούν το αλάτι σημαντικότερο διατροφικό κίνδυνο με ποσοστό 22,7% έναντι των γυναικών που αποτέλεσαν το 20,3%.



Δ10. Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασιζόμενοι στην έρευνα συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες γνωρίζουν περισσότερα απ' ότι οι άντρες σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτό οφείλεται πιθανά στο ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι γυναίκες εντός τις οικογένειας. Είναι αυτές οι οποίες θα φροντίσουν τα γεύματα της ημέρας, τα ψώνια της εβδομάδος και έτσι είναι υπεύθυνες για τη διατροφή ολόκληρης της οικογένειας. Αναγνωρίζοντας αυτόν το ρόλο αποκτούν όλο και περισσότερες γνώσεις, είτε διαβάζοντας προς ενημέρωσή τους είτε συνομιλώντας με άλλες νοικοκυρές ή παρακολουθώντας ενημερωτικές εκπομπές. Οι άντρες από την άλλη δηλώνουν σε περισσότερες περιπτώσεις την άγνοιά τους. Πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει την καλύτερη γνώση των γυναικών, των οποίων το ποσοστό άγνοιας είναι σημαντικά μικρότερο. Επίσης,στο ερώτημα, ποια είναι η συχνότερη νόσος, η πλειονότητα των γυναικών απάντησε ο καρκίνος, σε αντίθεση με τους άντρες που πολύ σωστά υποστήριξαν ότι είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι, οι άντρες, παρότι δήλωσαν πως τα τακτικά τσεκ απ είναι απαραίτητα, οι ίδιοι τους δεν ακολουθούν τη σύσταση αυτή. Και αυτό δείχνει πως οι γυναίκες είναι πιο συνειδητοποιημένες στο θέμα της πρόληψης. Η σωστή διατροφή οπωσδήποτε αποτελεί για τις γυναίκες μέσο πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η χρυσή τομή αυτών αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης. Ο συνδιασμός της βέλτιστης διατροφής και της σωματικής άσκησης είναι δυνατόν να προφυλάσει, όχι μόνο από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και από πολλές άλλες παθήσεις. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, καλό θα ήταν να κατευθυνθούμε προς την εξατομικευμένη και ξεχωριστή ως προς το φύλο συμβουλευτική σε κάθε ασθενή, αλλά και την στοχευμέη ενημέρωση-εκπαίδευση των ευπαθών ομάδων σχετικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακούς κινδύνου. Προς αυτήν την κατεύθυνση έχουν να γίνουν ακόμη μεγάλα βήματα, καθώς, παρότι το αντικείμενο της παρούσης εργασίας ήταν οι διαφορές των γνώσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι, μεγάλο ποσοστό της κοινωνίας μας, δεν γνωρίζει ότι τελικά “είμαστε ότι τρώμε”.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 Συνολικός αριθμός των θανάτων ανά αιτία και φύλο στην Ευρώπη

	Year	All causes	Coronary heart disease	Stroke	Other CVD	Stomach cancer	Colo-rectal cancer	Lung cancer	Breast cancer	Other cancer	Respiratory disease	Injuries and poisoning	All other causes
ΓΥΝΑΙΚΕΣ													
Albania	2004	7,799	1,065	1,661	1,501	138	41	150	138	544	396	310	1,855
Armenia	2002	12,461	4,193	2,563	617	138	178	137	457	958	489	247	2,484
Austria	2006	39,438	8,052	3,608	7,759	491	1,119	1,077	1,563	4,712	2,182	1,442	7,633
Azerbaijan	2002	22,121	8,609	2,914	1,917	432	158	183	410	1,404	1,446	447	4,191
Belarus	2001	66,630	26,335	11,768	2,628	1,241	1,207	392	1,272	3,863	1,928	3,441	12,575
Belgium	1997	51,912	5,256	5,801	9,866	499	1,627	1,145	2,416	6,118	4,447	2,238	12,499
Bulgaria	2005	52,613	7,897	11,715	17,590	629	1,097	667	1,293	3,772	1,679	945	5,329
Croatia	2005	25,724	5,129	4,781	4,776	330	749	569	922	2,620	1,363	928	3,537
Cyprus	2005	2,390	266	255	527	9	33	48	87	248	169	169	789
Czech Republic	2005	53,866	12,037	8,780	9,765	541	1,783	1,400	1,916	6,826	2,803	2,043	5,972
Denmark	2001	29,735	4,434	2,941	3,458	179	1,068	1,508	1,333	3,629	2,797	1,263	7,145
Estonia	2005	8,482	2,644	1,446	1,063	150	210	144	242	796	142	383	1,262
Finland	2005	23,786	5,812	2,669	1,936	240	544	540	827	2,924	1,022	1,298	5,974
France	2005	261,633	17,842	20,076	43,407	1,867	7,958	6,127	11,466	33,608	17,269	15,366	86,647
Georgia	2001	19,770	8,158	5,381	1,571	224	191	166	535	954	412	206	1,972
Germany	2005	441,672	76,638	42,332	96,120	5,090	13,843	11,871	17,454	51,076	28,411	12,687	86,150
Greece	2005	49,476	4,706	9,952	11,192	600	993	950	1,790	5,644	3,855	923	8,971
Hungary	2005	65,951	19,334	8,720	10,248	738	2,095	2,294	2,085	6,269	2,778	2,548	8,842
Iceland	2005	893	143	85	92	14	26	56	31	97	96	38	215
Ireland	2006	13,368	2,119	1,136	1,478	133	396	650	667	1,868	2,133	383	2,405
Israel	1999	18,455	2,699	1,260	1,969	193	607	249	918	2,234	1,296	646	6,284
Italy	2002	281,094	36,035	39,350	36,087	4,686	8,072	6,685	11,309	36,073	13,324	10,667	56,806
Kazakhstan	2002	65,787	19,385	11,577	8,036	1,074	795	683	1,317	4,807	3,475	4,558	10,110
Kyrgyzstan	2002	15,986	4,492	3,477	813	197	129	93	204	784	1,780	713	3,304
Latvia	2005	16,177	4,565	3,833	1,495	228	382	212	400	1,396	258	787	2,621
Lithuania	2005	20,415	8,099	3,400	1,589	337	463	225	582	2,008	513	1,235	1,964
Luxembourg	2005	1,861	184	202	419	14	62	63	62	209	130	73	443
Macedonia, TFYR	2006	8,630	780	1,936	2,707	123	143	132	252	705	295	177	1,380
Malta	2005	1,554	348	196	185	15	43	17	71	166	116	45	352
Moldova	2002	20,335	8,932	3,735	532	190	269	149	434	1,059	972	770	3,293
Netherlands	2005	70,040	5,712	6,294	10,571	566	2,333	3,092	3,301	8,813	7,010	2,273	20,075
Norway	2004	21,232	3,212	2,287	3,070	164	780	749	694	2,513	1,783	1,002	4,978
Poland	2005	171,499	22,757	22,310	43,905	1,955	4,500	5,123	5,112	22,655	7,481	6,152	29,549
Portugal	2005	52,086	4,051	9,168	7,021	965	1,463	652	1,479	4,744	5,160	1,260	16,123
Romania	2005	123,640	26,633	30,635	28,513	1,215	2,100	1,771	3,169	10,236	5,040	3,223	11,105
Russian Federation	2002	1,082,488	309,463	301,951	103,681	17,483	19,520	8,625	21,873	64,539	28,439	75,241	131,673
San Marino	2000	83	4	7	27	2	3	3	5	10	6	0	16
Serbia and Montenegro	2000	56,422	5,613	10,644	18,163	520	921	972	1,600	4,555	2,124	1,243	10,067
Slovakia	2005	25,324	8,201	2,375	5,087	318	720	386	707	2,757	1,328	676	2,769
Slovenia	2005	9,412	1,010	981	2,362	147	317	279	389	1,167	641	462	1,657
Spain	2005	185,586	17,125	20,139	31,901	2,132	5,462	2,540	5,727	20,036	19,906	5,104	55,514
Sweden	2004	46,891	8,298	5,379	6,780	357	1,289	1,507	1,572	5,790	2,902	1,941	11,067
Switzerland	2004	31,189	4,595	2,457	5,511	219	761	874	1,579	3,746	1,780	1,394	8,473
Tajikistan	2001	12,485	2,429	801	2,491	175	33	45	102	513	1,772	566	3,558
Turkmenistan	1998	13,179	3,247	730	2,971	102	64	46	100	578	1,989	736	2,596
Ukraine	2002	369,526	168,579	65,305	29,715	4,497	5,692	2,625	7,954	20,088	9,048	16,013	40,010
United Kingdom	2005	305,551	44,876	33,829	28,085	2,152	7,464	14,194	12,434	37,706	44,662	7,963	70,186
Uzbekistan	2000	64,804	21,451	9,788	6,645	519	229	279	696	2,939	7,217	2,739	12,302
European Union		2,406,606	355,196	299,378	438,606	26,168	67,465	65,135	89,484	281,333	180,277	83,642	519,922
Total Europe		4,341,791	963,404	744,550	637,852	54,148	99,932	82,444	130,746	400,765	248,264	194,964	784,722

Notes: *No national mortality data available for Andorra, Bosnia and Herzegovina, Monaco and Turkey.*

Source: *World Health Organization (2007) www.who.int/healthinfo/statistics/mortitable1.cfm*
Eurostat (2007) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,33076682,1090_33076764&_dad=portal&_schema=PORTAL

Πηγή : EUCVD statistics 2008

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 Συνολικός αριθμός των θανάτων ανά αιτία και φύλο στην Ευρώπη

Year	All causes	Coron / heart disease	Stroke	Other CVD	Stomach cancer	Colo-rectal cancer	Lung cancer	Breast cancer	Other cancer	Respiratory disease	Injuries and poisoning	All other causes
ΑΝΔΡΕΣ												
Albania 2004	9,949	1,593	1,521	1,583	233	60	507	13	894	557	905	2,083
Armenia 2002	13,093	4,292	1,810	512	267	159	743	0	1,196	931	824	2,319
Austria 2006	34,757	6,908	2,103	4,159	525	1,230	2,465	24	3,850	2,219	2,769	6,505
Azerbaijan 2002	24,405	9,112	2,282	1,661	656	164	656	17	1,779	1,754	1,422	4,902
Belarus 2001	73,649	24,324	8,206	3,475	1,725	1,097	3,312	0	5,349	4,587	13,198	8,376
Belgium 1997	51,888	6,723	3,652	6,636	644	1,532	6,029	17	7,847	6,225	4,034	8,509
Bulgaria 2005	60,761	9,836	10,657	17,217	970	1,429	3,224	31	4,665	2,790	2,986	6,936
Croatia 2005	26,066	4,819	3,373	3,151	556	998	2,300	10	3,566	1,817	1,950	3,526
Cyprus 2005	2,835	447	176	443	18	38	139	0	359	195	269	751
Czech Republic 2005	94,072	11,320	5,808	7,435	755	2,463	4,436	23	7,890	3,237	4,333	6,362
Denmark 2001	27,877	4,832	2,129	3,079	237	1,024	2,029	16	4,428	2,542	1,815	5,746
Estonia 2005	8,834	2,268	888	922	163	203	546	1	1,024	331	1,276	1,212
Finland 2005	23,965	5,916	1,792	1,639	301	505	1,438	1	3,273	1,445	2,997	4,658
France 2005	276,553	21,300	14,844	33,413	3,177	8,856	23,467	203	54,454	18,365	23,399	73,075
Georgia 2001	19,569	7,518	4,323	1,386	266	205	659	0	1,036	528	1,139	2,509
Germany 2005	388,554	72,003	24,786	55,483	6,211	13,696	30,347	245	61,569	29,133	20,358	74,521
Greece 2005	55,030	7,878	7,226	8,534	780	1,132	5,352	29	8,669	4,337	3,101	7,992
Hungary 2005	69,781	17,519	8,240	8,027	1,520	2,666	5,836	24	7,828	3,724	5,442	10,845
Iceland 2005	944	193	65	78	17	25	75	1	169	83	66	170
Ireland 2006	14,111	2,741	767	1,421	192	558	1,033	7	2,364	1,845	909	2,274
Israel 1999	18,836	3,100	1,013	1,596	270	592	869	11	2,571	1,386	1,446	5,982
Italy 2002	279,296	39,345	26,545	39,836	6,266	9,164	27,512	101	46,998	20,617	16,026	46,886
Kazakhstan 2002	82,913	19,788	8,664	8,027	1,520	666	2,985	0	5,009	6,310	16,135	13,809
Kyrgyzstan 2002	19,249	4,178	2,909	913	352	116	345	3	775	2,366	2,905	4,387
Latvia 2005	16,632	4,403	2,217	1,563	318	316	961	3	1,609	667	2,440	2,133
Lithuania 2005	23,384	6,930	2,010	1,775	431	465	1,279	6	2,252	1,223	4,314	2,679
Luxembourg 2005	1,735	216	122	258	23	52	152	0	281	144	138	349
Macedonia, TFYR 2006	10,000	1,300	1,722	2,487	242	186	714	7	887	396	476	1,583
Malta 2005	1,576	414	130	115	23	47	112	0	205	189	72	269
Moldova 2002	21,518	7,129	2,864	527	296	319	594	6	1,485	1,721	2,723	3,814
Netherlands 2005	66,362	7,631	4,032	9,110	963	2,267	6,549	21	11,441	7,305	3,070	13,973
Norway 2004	20,025	3,557	1,541	2,195	244	806	1,211	3	3,325	1,711	1,553	3,879
Poland 2005	196,786	27,016	16,702	35,537	3,562	4,959	18,104	51	24,375	11,066	19,211	36,203
Portugal 2005	55,753	4,586	7,112	4,783	1,463	1,856	2,947	19	7,136	6,139	3,297	16,413
Romania 2005	138,461	28,012	25,249	23,955	2,516	2,557	8,266	49	12,693	8,311	9,818	17,033
Russian Federation 2002	1,249,784	308,708	183,890	100,578	23,812	15,866	47,620	229	73,386	72,564	264,055	159,176
San Marino 2000	105	3	9	30	8	2	10	0	22	5	5	11
Serbia and Montenegro 2000	61,656	7,763	8,616	15,188	904	1,276	3,586	31	5,795	3,191	3,401	11,905
Slovakia 2005	28,151	7,064	1,946	4,458	419	1,052	1,901	8	3,526	1,786	2,456	3,533
Slovenia 2005	9,413	1,128	728	1,439	209	335	855	0	1,408	758	973	1,580
Spain 2005	201,769	22,188	14,611	20,943	3,549	7,472	18,178	65	31,578	27,183	11,798	44,204
Sweden 2004	44,194	9,673	3,696	5,228	476	1,257	1,878	10	7,721	2,945	3,175	8,235
Switzerland 2004	28,991	4,603	1,626	3,659	311	848	2,022	9	5,260	2,068	2,147	6,438
Tajikistan 2001	14,252	2,718	836	2,483	236	43	75	0	570	1,910	1,065	4,316
Turkmenistan 1998	16,517	3,648	626	2,861	167	40	151	0	722	2,543	1,842	3,917
Ukraine 2002	385,285	136,312	42,226	23,168	7,090	5,925	14,829	0	25,614	22,777	60,298	47,106
United Kingdom 2005	277,309	36,337	21,899	21,706	3,527	8,633	20,098	92	47,414	36,737	12,648	48,198
Uzbekistan 2000	70,794	19,210	7,402	6,891	808	232	740	0	3,154	8,489	7,941	15,927
European Union	2,409,861	386,637	208,787	319,356	38,749	75,566	195,056	1,037	368,603	201,685	163,290	451,095
Total Europe	4,577,539	960,632	494,188	801,640	78,682	105,205	279,136	1,386	511,421	339,154	548,640	757,355

Πηγή : EUCVD statistics 2008

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Sex Differences in Risk Factors for Cardiovascular Disease: The PERU MIGRANT Study
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320626/pdf/pone.0035127.pdf

2.WHO Cardiovascular disease risk factors

http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/

3.Gender Differences in Heart Disease: Nation's No. 1 Killer Kills Differently
http://www.huffingtonpost.com/glenn-d-braunstein-md/gender-differences-in-hea_b_773366.html

4.Sex Differences in Coronary Heart Disease
Why Are Women So Superior? The 1995 Ancel Keys Lecture
http://circ.ahajournals.org/content/95/1/252.full

5.Heart Health: Top Differences Between Men and Women
www.cncahealth.com/health-info/general/heart-health-differences-men-women.htm

6.Gender differences in scientific knowledge and attitudes toward science: Reply to Hayes and Tariq
http://pus.sagepub.com/content/10/4/427.extract

7.Gender Differences in Knowledge, Attitudes, and Beliefs About Heart Disease
http://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(07)00080-1/abstract

8.Πρόληψη Καρδιαγγειακών Νοσημάτων
http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=511

9.World Health Organization. The Atlas of Heart Disease and Stroke (2004)
www.who.int/cardiovascular_diseases/en/

www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/

www.who.int/features/qa/27/en/index.html

10. Αντώνιος Ζαμπέλας, Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή με στοιχεία Παθολογίας, τόμος 1 Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

11.Gender Differences on the Risk Evaluation of Acute Coronary Syndromes: The CARDIO 2000 Study
Christina Chrysohoou, MD, PhD;1 Demosthenes B. Panagiotakos, Msc, PhD; Christos Pitsavos, MD, PhD; Peter Kokkinos, MD, PhD;2 Nick Marinakis, MD;1 Christodoulos Stefanidis, MD, PhD;1 Pavlos K. Toutouzas, MD, PhD1

12. ΙΔΡΥΜΑ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ,www.iad.gr

13. Παναγιωτάκος Δ, Κουρλαμπά Γεωργία. Επιδημιολογία των παραγόντων κινδύνου στην Ελλάδα, Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία 2005

14.Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Chrysochoou, C. & Stefanidis, C. (2003) Epidemiology of Cardiovascular risk Factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study.

15.www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/lower-risk/risk-factors.htm

cardiovascres.oxfordjournals.org/content/53/3/538.full

16.www.gendermedjournal.com/article/S1550-8579(12)00070-8/pdf

17. *www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/index.htm*

18. European Cardiovascular Disease Statistics 2008 *, British Heart Foundation http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html*

19. Heart disease and stroke statistics—2009

20. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 27(5), 793-802, 2010 - Ερευνητική εργασία*
http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19297

21..*Journal of Women's Health*

http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.1998.7.711

National Diabetes Information Clearinghouse, 2005

22. American Heart Association: Heart Disease and Stroke Statistics-2008 Update. AHA, Dallas, Teas, 2008

23.M. E. Mendelson and R.H. Karas – Science 2005 308:1583

24. Εθνικό σχέδιο δράσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα 2008-2012. Υπουργείο Υγείας και Εθνικής Αλληλεγγύης

25. WHO report 2010 office for Europe, Denmark

26. Pitsavos, C., Panagiotakos, D.B., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Papaioannou, I., Stefanidis, C. &
Toutouzas P.K. (2002) The benefits from Mediterranean diet on the risk of developing acute

coronary syndromes, in hypercholesterolic subjects: a case-control study (CARDIO2000). Coron

27. BARENGO nc, Hu g, Lakka TA, Pekkarinen H, Nissinen A, Tuomilehto J. Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and woman in Finland. Eur Heart J 2004;25:2204-11

28. Franzosi MG. Dhould we continue use BMI as cardiovaskular risk factor? Lancet. 2006;368:624-625

29. D Panagiotakos, M Sitara, C Pitsavow, C Stefanidis. Estimating the 10-year Risk of Cardiovascular Disease and its Economic Consequences, by the Level of Adherence to the Mediterranean Diet: The ATTICA Study, J Med Food 10 (2) 2007, 239-243

30. Andrikopoulos, G., Pipilis, A., Goudevenos, J., Tzeis, S., Kaetalis, A., Oikonomou, K., Karvounis, C., Mantas, J., Kyrpizidis, C., Gotsis, A., Paschalidi, m., Tsaknakis, T., Pyrgakis, V., Manolis, A.S., Boudoulas, H., Vardas, P.E., Stefanadis, C.I.& Lenakis, J. (2007) HELIOS Study Investigators: Epidemiological characteristics, management and early outcome of acute myocardial infarction in Greece: the Hellenic Infarction Observation Study. Hellenic J Cardiol. 4, pp.27-30

31. Walker C, Reamy BV (April 2009). " Diets for cardiovascular disease prevention: what is the evidence?" Am Fam Physician 79 (7): 571-8

32. "Vitamins and minerals: not for cancer or cardiovascular prevention". Prescrire Int 19 (108): 182. August 2010