

A still life illustration featuring a window with a decorative leaded glass pattern. The window looks out onto a bright, hazy landscape. In the foreground, there is a wooden table with various items: a mortar and pestle with green herbs, a red bell pepper, a yellow pepper mill, a glass pitcher, a bowl of fruit including apples and oranges, and some loose fruit like lemons and grapes. The overall color palette is warm, dominated by yellows, oranges, and browns.

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**ΘΕΜΑ: Διαιτητικές συνήθειες
νεαρών ατόμων
με "ορθορεξική" συμπεριφορά**

**ΕΠΙΓΡΟΠΗ: Γιαννακούλα Μ.
Ματάλα Α.-Λ.
Κασσωτάκη Αικ.**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Καρλή Αργυρώ
ΑΜ: 20064**

**ΠΤΥ
ΚΑΡ**

ΑΘΗΝΑ 2004

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Αρ. Κτιμ:

Αρ. Εισαγ:

13-568

Κωδ. Εγγραφής:

23406

Ταξινόμ. Αριθμ:

ΠΤΥ ΧΑΡ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ιστορική αναδρομή	σελ.	3 - 5
2. Μεσογειακή διαίτα	"	6 - 8
3. Μεσογειακή πυραμίδα διατροφής	"	9 - 29
4. Παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή	"	30 - 31
5. Μεσογειακή διατροφή και υγεία	"	32 - 40
6. «Ορθορεξία»	"	41 - 46
7. Σκοπός μελέτης	"	47
8. Μεθοδολογία	"	48 - 52
9. Αποτελέσματα	"	53 - 64
10. Συζήτηση	"	65-75
11. Επίλογος	"	76-77
12. Βιβλιογραφία	"	78-90
13. Παράρτημα	"	91

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εξασφάλιση τροφής απασχόλησε τον άνθρωπο από της εμφανίσεώς του στη γη (Γαλανός, 2001). Κύρια φροντίδα του πρωτόγονου ανθρώπου, σε όλη τη ζωή του, ήταν, όπως είναι γνωστό, η εξασφάλιση επαρκούς τροφής. Ελάχιστα ενδιαφερόταν για την ποιοτική της σύσταση, επειδή δε μπορούσε να αναγνωρίσει τις λεπτές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των συστατικών της τροφής του και της καλής υγείας και ευεξίας. Με την πάροδο των ετών άρχισε να αντιλαμβάνεται υποτυπωδώς τη σημασία της ποιοτικής σύστασης της τροφής και επεδίωκε την ποιοτική της βελτίωση, βασιζόμενος, είτε σε προσωπικές του εμπειρίες, είτε στις εμπειρίες των άλλων.

Η ποιοτική αυτή βελτίωση της τροφής αναφερόταν κυρίως στη αναζήτηση τροφής, που περιείχε ορισμένα θρεπτικά συστατικά, η έλλειψη των οποίων προκαλούσε ειδικές ασθένειες, που καλούνται «στερητικές ασθένειες» και οφείλονται στην έλλειψη ενός ή περισσότερων συστατικών από την τροφή. Οι σχετικές εμπειρίες αυξάνονταν με την πάροδο των αιώνων, χωρίς, όμως, να αποκτώνται και τα αντίστοιχα επιστημονικά δεδομένα.

Τα προβλήματα της σωστής διατροφής και της εξασφαλίσεως υγιεινής τροφής απασχολούν σήμερα περισσότερο από κάθε άλλη φορά τον άνθρωπο, ο οποίος καταβάλλει πολλές προσπάθειες για την αύξηση παραγωγής τροφίμων και για την κάλυψη των αναγκών της διαρκούς αυξανόμενης και πεινώσας ανθρωπότητας. Η τροφή καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού και παρέχει τα

κατάλληλα υλικά για την κατασκευή και επισκευή των ιστών του, καθώς και για τη συνεχή παραγωγή ορμονών και ενζύμων.

Συνεπώς, ο άνθρωπος εξαρτάται κατ' απόλυτο τρόπο από την τροφή του, επειδή με αυτή οικοδομεί τα κύτταρα του οργανισμού του και τα διατηρεί σε καλή κατάσταση καθ' όλη του τη διάρκεια της ζωής του.

Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι γνωρίζουν την πρωταρχική σημασία της τροφής για την υγεία και την ευεξία του οργανισμού. Η υγεία, αλλά και η νόσος είναι καταστάσεις που δεν οφείλονται ποτέ σε ένα και μόνο παράγοντα (Μούρτογλου et al, 2002). Οι κύριες ομάδες παραγόντων που επιδρούν σε αυτό που «είμαστε», αλλά και σε αυτό που θα «γίνουμε» είναι η κληρονομικότητα και το περιβάλλον.

Η διατροφή βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας των παραγόντων που ευνοούν την υγεία και τη μακροβιότητα. Λέγεται χαρακτηριστικά από μερικούς «είμαστε ό τι τρώμε», ενώ άλλοι υποστηρίζουν «είμαστε ό τι γεννιόμαστε». Η πραγματικότητα, όμως, φαίνεται ότι είναι λίγο διαφορετική. «είμαστε ό τι επιτρέπει το περιβάλλον να εκφράσει το γονιδιακό μας υπόστρωμα».

Η υγιεινή διατροφή επιτρέπει να εκφραστούν τα καλά στοιχεία της κληρονομικότητάς μας και παράλληλα καταστέλλει την έκφραση των νοσογόνων γονιδίων. Πιο συγκεκριμένα, από τη δεκαετία του 1940, ένα από τα διατροφικά μοντέλα-πρότυπα υγιεινής διατροφής που είναι αποτέλεσμα πολλών μελετών, είναι η Μεσογειακή Δίαιτα (Mediterranean Diet). Σήμερα έχει διευκρινισθεί, ότι η Μεσογειακή Δίαιτα δεν αποτελεί ένα ομοιογενές διατροφικό μοντέλο για όλους

τους λαούς της Μεσογείου, λόγω διαφορετικού πολιτισμού, παραδόσεων και διατροφικών συνηθειών. Παρ' όλες, όμως, τις εμφανείς διαφορές υπάρχουν κάποια κοινά διατροφικά χαρακτηριστικά στις περισσότερες, αν όχι, σε όλες τις Μεσογειακές χώρες. Αυτά είναι η κατανάλωση λιπών και ελαίων με σχετικά χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, μικρή σε πολυακόρεστα και υψηλή σε μονοακόρεστα (ελαιόλαδο), η λήψη τροφής χαμηλής περιεκτικότητας σε ζωϊκής πρωτεΐνες, ενώ υψηλή σε υδατάνθρακες, φυτικές και οσπριοειδείς ίνες.

Πολλές προσπάθειες και μελέτες έγιναν προκειμένου να μελετηθούν οι επιδράσεις της Μεσογειακής διατροφής στον τομέα της υγείας. Ποιο ήταν το συμπέρασμα; Η Μεσογειακή Δίαιτα αποτελεί πρότυπο διατροφής και διαιτητικών συνηθειών. Επομένως, ξεκινά η παρότρυνση και η ενθάρρυνση των βιομηχανοποιημένων και περισσότερο αναπτυγμένων χωρών για την κατανάλωση όλο και μεγαλύτερων ποσοτήτων φυτικών τροφών, ελαιολάδου και μικρότερη κατανάλωση ζωϊκών τροφών υψηλών σε κορεσμένο λίπος για μεγαλύτερη προαγωγή της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

2. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Τι εννοούμε όταν χρησιμοποιούμε τον όρο «Μεσογειακή Διατροφή»; Ο παραπάνω όρος αναφέρεται σε διαιτητικά πρότυπα-μοντέλα παρόμοια με εκείνα της Κρήτης του 1960 και των άλλων περιοχών της Μεσογείου, όπου το ελαιόλαδο θεωρείται η κύρια πηγή λίπους (Nestle, 1995).

Η Κρήτη έχει μια από τις αρχαιότερες και πιο εύγευστες γαστριμαργικές παραδόσεις στον κόσμο, μια παράδοση γεύσεων, αρωμάτων, υλικών και τεχνοτροπιών, που ξεκινά από τα προϊστορικά χρόνια και φθάνει μέχρι σήμερα (www.heraklion-city.gr).

Στη διεθνή επιστημονική κοινότητα γίνεται συνεχώς συζήτηση για την αναζήτηση της ιδανικής διαίτας, η οποία συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας. Μέσα από αυτές τις αναζητήσεις ολοένα και περισσότερο γίνεται λόγος για την περίφημη Μεσογειακή Δίαιτα και την υπεροχή της σε σχέση με άλλες γαστρονομικές παραδόσεις. Αναλυτικότερα, η πρώτη συστηματική προσπάθεια να διερευνηθεί η διαιτική πρόσληψη στην περιοχή της Μεσογείου έλαβε χώρα λίγο μετά το τέλος του δεύτερου Παγκοσμίου πολέμου (Nestle, 1995). Το 1948, αναφέρθηκε από την κυβέρνηση της Ελλάδας η ανάγκη να βελτιωθούν οι μεταπολεμικές οικονομικές, κοινωνικές και υγιεινολογικές συνθήκες. Γι' αυτό το λόγο, προσκλήθηκε το ίδρυμα Rockefeller να αναλάβει μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη στο νησί της Κρήτης σχετικά με το πως θα αναβαθμισθεί το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού σε αυτή την περιοχή. Αργότερα, παρόλες τις

πληροφορίες που απέδωσε η μελέτη του Rockefeller, νέα ενδιαφέροντα δεδομένα προέκυψαν από τη μελέτη του Ancel Keys (Nestle, 1995). Το 1952, λοιπόν, εντυπωσιασμένος ο A. Keys από τα χαμηλά ποσοστά των στεφανιαίων νόσων που παρουσιάζονταν στην περιοχή της Κρήτης, ξεκίνησε, με μία ομάδα συνεργατών, μια σειρά ερευνών διατροφής σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου σε επτά διαφορετικές χώρες (μελέτη των επτά χωρών). Από τότε και για μια εικοσαετία, ο Keys και η ομάδα του συγκεκριμενοποίησαν διαιτητικούς και άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιακές ασθένειες μέσω μιας μεγάλης μελέτης (περίπου 13.000 μεσήλικες άνδρες από 7 διαφορετικές χώρες). Τα ολοκληρωμένα αποτελέσματα της «Μελέτης των επτά Χωρών», παρέχουν ισχυρές επιδημιολογικές αποδείξεις για τις επιδράσεις των λιπών και των ποικίλων λιπαρών οξέων στη συγκέντρωση της χοληστερόλης του αίματος και γενικότερα στις καρδιοαγγειακές παθήσεις. Το 1993, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και η Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard παρουσίασαν τη λεγόμενη πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής (Willett et al, 1995) αποδεικνύοντας επιστημονικά, ότι η διατροφή των λαών της Μεσογείου, πλούσια σε λαχανικά, όσπρια, φρούτα και δημητριακά σε συνδυασμό με το κρασί και με βασική πηγή λίπους το ελαιόλαδο, συντελεί στη διατήρηση της καλής υγείας και τη μακροζωία.

Ποιο είναι, όμως, το μυστικό της Κρητικής διατροφής; Η απάντηση είναι, ότι οι Κρητικοί τρέφονται με τα προϊόντα που παράγει η γη τους, δηλαδή τρώνε άφθονα κηπευτικά, χόρτα και λαχανικά,

όσπρια και φρούτα, αδρά επεξεργασμένα δημητριακά, αρωματίζουν το φαγητό τους με μυρωδικά, ενώ, σχεδόν πάντα, το συνοδεύουν με συγκεκριμένη και όχι αόριστη ποσότητα κρασιού από τα τοπικά αμπέλια (Giugliano, 2000). Άλλο χαρακτηριστικό είναι η ποικιλία των πιάτων, ενώ σημαντικό διατροφικό στοιχείο αποτελεί το ελαιόλαδο.

Η Μεσογειακή Δίαιτα μπορεί να θεωρηθεί, χωρίς ακριβώς να είναι, μια χορτοφαγική δίαιτα. Από τη μία οδηγεί σε προαγωγή της υγείας με τις ωφέλιμες επιδράσεις που έχει μια τέτοια δίαιτα, ενώ από την άλλη αποκλείει τις ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών (π.χ Β12), που οι προηγούμενες προκαλούν. Με αυτόν τον τρόπο οδηγεί σε προστασία του ανθρώπινου οργανισμού έναντι χρόνιων ασθενειών με την ποικιλία των φυτικών τροφών που περιέχει, όπως, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά, ξηρούς καρπούς, ελαιόλαδο και κρασί (Nestle, 1995). Παράλληλα, οι παραπάνω φυτικές τροφές είναι αυτές που περιλαμβάνουν βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φυτικές ίνες, αντιοξειδωτικά στοιχεία και πολυφαινόλες, που σε συνδυασμό με τη καθημερινή φυσική δραστηριότητα, οδηγούν σε μακροζωία.

Είναι, λοιπόν, σίγουρο, ότι η άριστη υγεία των Κρητικών οφείλεται στην παραδοσιακή διατροφή τους. Μια διατροφή, στην οποία αξίζει να στρέψουμε το ενδιαφέρον μας και να την ακολουθήσουμε.

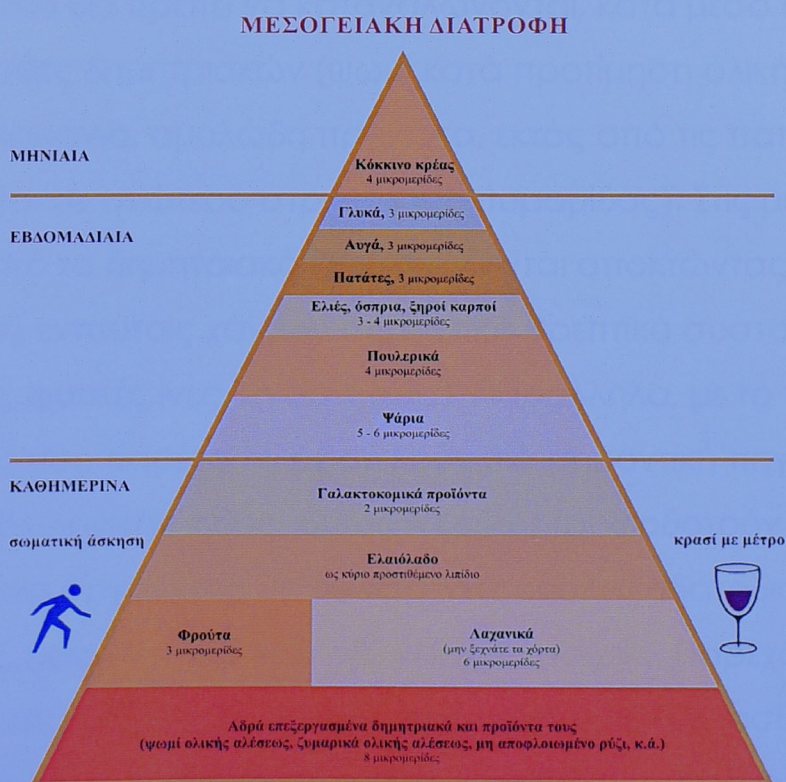
3. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Πολύ συχνά οι διατροφικές οδηγίες απεικονίζονται με τη μορφή τριγώνου ή πυραμίδας, η βάση της οποίας περιέχει τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια, με τα υπόλοιπα τρόφιμα να καταλαμβάνουν τις ενδιάμεσες θέσεις (www.nut.uoa.gr).

Στη διατροφική πυραμίδα δίνονται συχνότητες κατανάλωσης και όχι ακριβείς ποσότητες σε γραμμάρια, γιατί οι περισσότεροι καταναλωτές σκέφτονται με αυτόν τον τρόπο, όταν πρόκειται για τρόφιμα που καταναλώνουν. Η αναφορά σε συχνότητες κατανάλωσης, όμως, υπονοεί την ύπαρξη πρότυπης μικρομερίδας ή σερβιρίσματος κατά το αγγλοσαξονικό «serving», πολλαπλάσια της οποίας θα πρέπει να καταναλώνονται. Αυτές οι μικρομερίδες ονομάζονται, επίσης, και διατροφικά ισοδύναμα (όταν αναφερόμαστε σε τρόφιμα της ίδιας προέλευσης ή σύνθεσης). Ένα σύνολο περίπου 22-23 μικρομερίδων πρέπει να καταναλώνονται ημερησίως σε 5-6 γεύματα. Σε πολύ αδρή προσέγγιση, μία μικρομερίδα είναι περίπου το μισό της μερίδας, όπως καθορίζεται με τις Ελληνικές αγορανομικές διατάξεις, δηλαδή, περίπου, το μισό της μερίδας εστιατορίου. Έτσι, μία μικρομερίδα αδρά αντιστοιχεί σε:

- μία φέτα ψωμί (25γρ.)
- 100γρ. πατάτες
- μισό φλυτζάνι του τσαγιού (δηλαδή 50-60γρ.) μαγειρεμένου ρυζιού ή ζυμαρικών

- ένα φλυτζάνι τσαγιού ωμά φυλλώδη λαχανικά ή μισό φλυτζάνι από τα υπόλοιπα λαχανικά ψιλοκομμένα (δηλαδή 100γρ.) από τα περισσότερα λαχανικά)
- ένα μήλο (80γρ.), μια μπανάνα (60γρ.), ένα πορτοκάλι (100γρ.), 200γρ. πεπόνι ή καρπούζι, 30γρ. σταφύλι
- ένα φλυτζάνι του τσαγιού γάλα ή γιαούρτι
- 30γρ. τυριού
- 1 αβγό
- περίπου 60γρ. μαγειρεμένου άπαχου κρέατος ή ψαριού
 - ένα φλυτζάνι τσαγιού (δηλαδή 100γρ.) μαγειρεμένων ξηρών φασολιών.



Μία μικρομερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που καθορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις

Θυμηθείτε επίσης:

- πίνετε άφθονο νερό
- αποφύγετε το αλάτι' χρησιμοποιείτε μυρωδικά (ρίγανη, βασιλικό, θυμάρι, κ.λπ.) στη θέση του

Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Φυτικές τροφές

❖ Δημητριακά

Τα αδρά επεξεργασμένα δημητριακά βρίσκονται στη βάση της Μεσογειακής Πυραμίδας, αποτελούν τη βασική πηγή ενέργειας στην καθημερινή μας διατροφή, ενώ, ταυτόχρονα, πρόκειται για την ομάδα τροφίμων που καταναλώνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε όλο τον κόσμο (Nanos, et al, 2001).

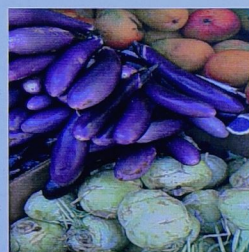


Καθημερινά θα πρέπει να καταναλώνονται, κατά μέσο όρο, 8 μικρομερίδες δημητριακών (ψωμί κατά προτίμηση ολικής αλέσεως, ρύζι, μακαρόνια, αμυλώδη προϊόντα, εκτός από τις πατάτες που βρίσκονται σε ανώτερο στρώμα της πυραμίδας). Στις μέρες μας, πολλά από τα δημητριακά επεξεργάζονται αποκτώντας καλύτερη όψη και γεύση, εντούτοις χάνουν σημαντικά θρεπτικά συστατικά (όπως βιταμίνες, φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία). Παράλληλα, με το ποσό της ενέργειας που παρέχουν, αποτελούν μια σημαντική πηγή πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, όπως η ζωϊκή. Τροφοδοτούν τον ανθρώπινο οργανισμό με φυτικές ίνες, κυρίως υδατοδιαλυτές, βιταμίνες, μέταλλα, φυλλικό οξύ και ιχνοστοιχεία. Παρέχουν ποικιλία στα γεύματα και βοηθούν στην πρόληψη ποικίλων ασθενειών. Μία πρόσφατη έρευνα (Iowa Woman's Health Study) ασχολήθηκε με τις διατροφικές συνήθειες 35.000 μεταεμμηνοπαυσιακών γυναικών στην

Αμερική για 10 χρόνια και κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν 9 μερίδες μη επεξεργασμένων δημητριακών την εβδομάδα έχουν 30% μικρότερη πιθανότητα να νοσήσουν από καρδιοαγγειακή πάθηση σε σχέση με αυτές που λαμβάνουν 1½ μερίδα/εβδομάδα (Wolk, 1999). Επιπλέον, οι φυτικές ίνες, που τα δημητριακά περιέχουν, βοηθούν στην καλή λειτουργία του εντέρου και μειώνουν τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο αυτού, ενώ προλαμβάνουν τη στεφανιαία νόσο και τις επιπτώσεις αυτής στην υγεία (Kushi, 1995). Τέλος, διατροφή υψηλή σε διαιτικές ίνες επηρεάζει θετικά την πίεση του αίματος και την τιμή της γλυκόζης ορού, ενώ παράλληλα μειώνει τη συγκέντρωση της χοληστερόλης στο αίμα (Kushi, 1995).

❖ Φρούτα – Λαχανικά

Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Συνίσταται η κατανάλωση περίπου έξι μικρομερίδων λαχανικών και τριών μικρομερίδων φρούτων κατά μέσο όρο. Δεν υπάρχει κίνδυνος από την υπερβολική κατανάλωση, αρκεί η πρόσληψη να μην υπερβαίνει το ποσό της συνολικής καθημερινής ενέργειας.



Αναλυτικότερα, τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν σημαντικές πηγές μετάλλων και ιχνοστοιχείων, ιδιαίτερα καλίου, μαγνησίου, σιδήρου και ασβεστίου (Nanos, et al, 2001). Η περιεκτικότητα του καλίου σε αυτές τις ομάδες τροφίμων κυμαίνεται μεταξύ 60-600mgr/100gr βάρους, ενώ τα άλλα στοιχεία παρουσιάζονται σε μικρότερες ποσότητες.

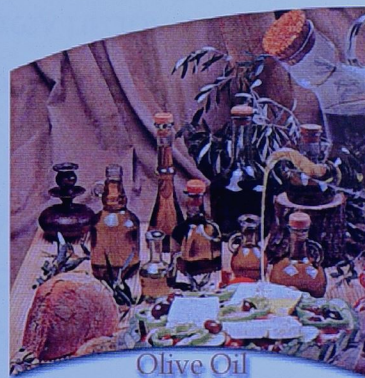
Ένα, επίσης, διατροφικό πλεονέκτημα των φρούτων και των λαχανικών είναι ότι περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις βιταμινών (ιδιαίτερα βιταμίνης Α – στη μορφή β-καροτενίου – και βιταμίνης C), σε συνδυασμό με σχετικά λίγες θερμίδες και μικρό ποσό λίπους. Τα καρότα αποτελούν μια εξαιρετική πηγή βιταμίνης Α, ακολουθούμενα από το σπανάκι, τα κοκκινογούλια και το σέλινο. Καλές πηγές βιταμίνης C είναι τα ακτινίδια, τα εσπεριδοειδή, το πιπέρι, οι φράουλες και οι ντομάτες. Η βιταμίνη Ε, γνωστή για την αντιοξειδωτική της δράση, περιέχεται σε υψηλές ποσότητες στους ξηρούς καρπούς, το ελαιόλαδο και κάποια λαχανικά. Η βιταμίνη Κ, γνωστή για την αντιπηκτική της δράση, βρίσκεται στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Επιπλέον, στις φυτικές αυτές τροφές περιέχονται μέτριες ή μικρές ποσότητες θειαμίνης (Β1), ενώ τα δημητριακά και τα όσπρια αποτελούν πλούσιες πηγές Β1. Παράλληλα, τα πράσινα λαχανικά είναι ιδιαίτερα πλούσια σε ριβοφλαβίνη (Β2), ακολουθούμενα από τα δημητριακά, όσπρια, ξηρούς καρπούς, αμυλώδη λαχανικά και φρούτα. Οι πατάτες περιέχουν 1,3-3,2mg νιασίνη (Β3) 100γρ. Τέλος, το φυλλικό οξύ είναι μια απαραίτητη και με σπουδαίο ρόλο για τον οργανισμό, βιταμίνη, που περιέχεται σε πράσινα φυλλώδη λαχανικά.

Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν τον προστατευτικό ρόλο των φρούτων και των λαχανικών έναντι του καρκίνου διαφόρων μορφών π.χ μαστού, εντέρου, προστάτη, στομαχίου κ.α. Βασικά, οι αντικαρκινικοί παράγοντες που βρίσκονται στα παραπάνω τρόφιμα συμπεριλαμβάνουν τα καροτενοειδή, τις βιταμίνες C και Ε, τις διαιτικές ίνες, το σέλινο, τα φλαβονοειδή, τις φαινόλες και τις στερόλες

(Tavanii, et al, 1995). Ταυτόχρονα, το ποσό των διαιτητικών ινών, που οι φυτικές τροφές παρέχουν, μειώνει τον κίνδυνο καρδιοαγγειακών παθήσεων και ρυθμίζει τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα (Kushi, et al, 1995). Άλλες έρευνες απέδειξαν τις επιδράσεις των αντιοξειδωτικών ουσιών στην πρόληψη της γήρανσης και στην αθηροσκλήρυνση (Kushi, et al, 1995), ενώ υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τον ρόλο του καλίου στη ρύθμιση της πίεσης του αίματος. Τέλος, το φυλλικό οξύ συσχετίζεται με τη μείωση των επιπέδων ομοκυστεΐνης στο αίμα, ισχυρού παράγοντα για πρόκληση καρδιακού επεισοδίου (Selhub, et al, 1993).

❖ Ελαιόλαδο

Η Μεσογειακή Δίαιτα περιλαμβάνει ως βασικό έλαιο το ελαιόλαδο. Η παραδοσιακή κρητική διατροφή συστήνει μάλιστα το 40% της συνολικής καθημερινής ενέργειας να καλύπτεται από έλαια και λίπη· το μεγαλύτερο, δε, ποσοστό αυτών να είναι το ελαιόλαδο.



Όπως είναι γνωστό, τα έλαια και τα λίπη, τα οποία είναι είτε ζωϊκής είτε φυτικής προέλευσης, αποτελούν απαραίτητα διατροφικά στοιχεία για τον άνθρωπο. Βέβαια, έρευνες έχουν δείξει πως το ελαιόλαδο είναι σαφώς προτιμότερο από τα ζωϊκά λίπη – έλαια, αλλά ακόμα και από τα υπόλοιπα φυτικά έλαια.

Αναλυτικότερα, το λάδι που παράγεται από το παραδοσιακό μας δέντρο, την ελιά, είναι το μόνο που προέρχεται απ'ευθείας από το χυμό ενός καρπού, διατηρώντας έτσι όλα τα ζωντανά συστατικά του

καρπού – γευστικά, αρωματικά. Περιέχει μεγάλες ποσότητες μονοακόρεστων λιπαρών οξέων, ενώ η περιεκτικότητά του σε κορεσμένα είναι μικρή. Παράλληλα, αποτελεί βασική πηγή αντιοξειδωτικής βιταμίνης E (Willett, et al, 1995). Οι λόγοι που το θεωρούν καταλληλότερο ως διατροφικό στοιχείο από τα υπόλοιπα έλαια είναι οι παρακάτω:

- Το ελαιϊκό οξύ (βασικό συστατικό του ελαιολάδου) προσφέρει αντιθρομβωτική προστασία στον οργανισμό έναντι των κορεσμένων λιπαρών οξέων (Ulbricht, et al, 1991). Επιδρά αποφασιστικά στην αθηροσκλήρυνση και τις καρδιακές παθήσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των επτά χωρών, οι λαοί με τα μικρότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων ήταν εκείνοι των μεσογειακών χωρών, που τρέφονται με ελαιόλαδο (Έλληνες, Δαλματοί, Ιταλοί του Νότου), (Ferro-Luzzi, et al, 1995). Τα γενικότερα, δε, συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι πράγματι η διατροφή με λιπαρές πλούσια σε ακόρεστα λιπαρά οξέα μειώνει την αναλογία της χοληστερόλης στο αίμα και το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στα αρτηριακά τοιχώματα, που εξελίσσονται σε θρόμβους και προκαλούν τα γνωστά εμφράγματα της στεφανιαίας ή του μυοκαρδίου. Και αυτό, γιατί το ελαιόλαδο πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, προστατεύει τον οργανισμό από την οξείδωση των LDLs, βασικό παράγοντα κινδύνου αθηροσκλήρυνσης και στεφανιαίας νόσου (Willett, et al, 1995).
- Έρευνες έχουν δείξει πως τα trans λιπαρά οξέα, όπως τα κορεσμένα, αυξάνουν την LDL – χοληστερόλη, ενώ μειώνουν την HDL

– χοληστερόλη, χωρίς, όμως, να αυξάνει και την LDL, μειώνοντας, έτσι, την πιθανότητα εμφράγματος (Mensink, et al, 1987).

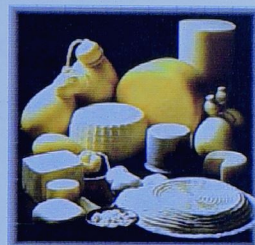
- Επί πλέον το ελαιόλαδο είναι φορέας των πολύτιμων λιποδιαλυτικών συστατικών. Τα καροτένια, προδρομικές ουσίες της βιταμίνης Α, είναι τέτοια συστατικά, όπως και η βιταμίνη Ε (που, εκτός από τη γνωστή αντιοξειδωτική της δράση, λέγεται και αντιστρωτική), ενώ, παράλληλα ο βιολογικός τους ρόλος συνδέεται και με την αναπαραγωγική ικανότητα.
- Το ελαιόλαδο έχει το φυσιολογικό πλεονέκτημα να χωνεύεται και να απορροφάται γρήγορα, λόγω των αυξημένων εκκρίσεων της χολής, της παγκρεατικής αμυλάσης, της λίπασης και λόγω εκκρίσεως της χολοκυστοκινίνης. Έχει, επίσης, κλινική χρησιμότητα σε θεραπείες έλκους, όπως αποδείχθηκε από τη μείωση του μεγέθους του γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού έλκους και της αυξημένης δραστηριότητας (3^ο Διεθνές Συνέδριο ελαιολάδου).
- Με την ευεργετική επίδραση που έχει στο πάγκρεας, το ελαιόλαδο είναι καλύτερα ανεκτό από όλα τα άλλα λιπαρά από τους διαβητικούς και ακόμα από άτομα με νευροφυτικές διαταραχές (3^ο Διεθνές Συνέδριο για τη βιολογική αξία του ελαιολάδου).
- Όλες οι λιπαρές ουσίες, όταν μαγειρεύονται, παθαίνουν αλλοιώσεις, περισσότερες όταν τηγανίζονται, λόγω της υψηλής θερμοκρασίας που αναπτύσσεται. Η επίδραση της τελευταίας με την παρουσία του ατμοσφαιρικού αέρα προκαλεί τον πολυμερισμό, δηλαδή την οξείδωση και το σχηματισμό υπεροξειδίων, που είναι τοξικά για τον οργανισμό. Οι καινούργιες χημικές ενώσεις, που

σχηματίζονται, προκαλούν βλάβες στο στομάχι, στο συκώτι, στα νεφρά και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Το ελαιόλαδο, όμως, χάρη στην υψηλή περιεκτικότητα σε ελαϊκό οξύ, ακόμα και όταν τηγανίζεται, δεν παθαίνει αλλοιώσεις που μπορούν να έχουν φανερές επιπτώσεις στη υγεία του ανθρώπου.

Συμπερασματικά, καταλαβαίνουμε τη σπουδαιότητα του ελαιολάδου στη διατροφή μας και κατ' επέκταση το ρόλο του στη μακροζωία. Η κατανάλωσή του, σε καθημερινή βάση, έναντι των ζωικών και των υπόλοιπων φυτικών ελαίων, αυξάνεται, πλέον, και στον υπόλοιπο κόσμο, αφού όλοι αναγνωρίζουν τη μεγάλη διατροφική του αξία και τις σημαντικές επιπτώσεις αυτού στη υγεία.

ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

❖ Γάλα



Το γάλα είναι η μόνη ολοκληρωμένη τροφή για τα νεογέννητα θηλαστικά. Αυτό, βέβαια, αναφέρεται και στο ανθρώπινο γένος· μετά, όμως, από τους πρώτους μήνες ζωής το γάλα δεν είναι αρκετό για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες ενός παιδιού. Παρόλα αυτά συνεχίζει να αποτελεί μια εξαιρετική τροφή, όχι μόνο για τα παιδιά, αλλά και για άτομα κάθε ηλικίας, διότι παρέχει σημαντικές ποσότητες πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, ασβεστίου, φωσφόρου και ορισμένων βιταμινών (Mantis, 2001). Επιπλέον, το λίπος του και οι υδατάνθρακες που περιέχει αγγίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις καθημερινές αποκτήσεις. Έτσι, 1lt γάλακτος μπορεί να ικανοποιήσει το 50% των καθημερινών πρωτεϊνικών αναγκών, 100% του ασβεστίου και του φωσφόρου, το 40% της βιταμίνης Α και το 60% της ριβοφλαβίνης.

Αναλυτικότερα, οι πρωτεΐνες του γάλακτος ανταποκρίνονται πολύ καλά στις ανθρώπινες απαιτήσεις και γι' αυτό θεωρούνται υψηλής ποιότητας. Έχουν, βέβαια, υψηλή συγκέντρωση σε απαραίτητα αμινοξέα.

Το ελαϊκό οξύ αποτελεί το κυρίαρχο ακόρεστο λιπαρό οξύ (29%). Το λινολεϊκό (3%) και το αραχιδονικό οξύ (0,5%), με τη σειρά τους, αποτελούν απαραίτητα λιπαρά οξέα, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφή. Παρόλα αυτά το γάλα δε μπορεί να θεωρηθεί ως μια τροφή πλούσια σε απαραίτητα λιπαρά οξέα. Παράλληλα, το λίπος του γάλακτος περιέχει φωσφολιπίδια, τα οποία παίζουν ζωτικό

και σημαντικό ρόλο στον ανθρώπινο οργανισμό (λειτουργία κυτταρικών μεμβρανών, πήξη αίματος, κεντρικό νευρικό σύστημα). Τέλος, το λίπος του γάλακτος περιέχει χοληστερόλη, συστατικό με σπουδαίο ρόλο στο ανθρώπινο σώμα, αλλά, ταυτόχρονα και παράγοντας υπεύθυνος για αθηροσκλήρωση.

Η λακτόλη, που το γάλα περιέχει, αντιπροσωπεύει το 1/3 των θερμίδων, που παρέχονται από αυτό. Βελτιώνει την απορρόφηση ασβεστίου καθώς, επίσης, βοηθά στο μεταβολισμό του ασβεστίου.

Ακόμα, το γάλα είναι πλούσιο σε μέταλλα, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Συγκεκριμένα, το αγελαδινό γάλα είναι πλούσιο σε νάτριο, κάλιο και χλώριο και μάλιστα σε υψηλότερες συγκεντρώσεις από ότι στο ανθρώπινο γάλα. Παράλληλα, το πρώτο αποτελεί μια καλή πηγή ασβεστίου και φωσφόρου. Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και στη νότια Αμερική, το γάλα και τα υπόλοιπα γαλακτοκομικά προϊόντα καλύπτουν το 50% - 70% της ολικής πρόσληψης ασβεστίου. Από τα υπόλοιπα στοιχεία αξίζει να αναφερθεί η συγκέντρωση του ψευδάργυρου. Υπολογίζεται, ότι από την πρόσληψη γάλακτος και γενικότερα την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων καλύπτεται το 15% - 25% των καθημερινών αναγκών του μετάλλου αυτού. Τέλος, το γάλα αποτελεί καλή πηγή βιταμίνης Α, ριβοφλαβίνης και θειαμίνης. Έτσι, 1lt γάλακτος μπορεί να καλύψει το 30% - 60% των καθημερινών αναγκών των ενηλίκων.

❖ Τυρί

Το τυρί είναι πλούσιο σε βιταμίνες, αλλά και τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες, λίπος και μέταλλα. Η ενεργειακή και διατροφική του αξία

είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή του γάλακτος και καλύτερη από εκείνη πολλών τροφών.

Αναλυτικότερα, το τυρί είναι πλούσιο σε λιποδιαλυτές βιταμίνες, αλλά συγκρατεί μικρότερα ποσά υδατοδιαλυτών βιταμινών της ομάδας Β. Επίσης, αποτελεί σημαντική πηγή πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας. Από τα μέταλλα, το ασβέστιο και ο φώσφορος βρίσκονται στο τυρί σε υψηλές συγκεντρώσεις, ενώ υπάρχει και χλώριο σε συγκέντρωση 2% - 4% λόγω προσθήκης αλατιού.

❖ Γιαούρτι

Η διατροφική αξία του γιαουρτιού βασίζεται στη χαμηλή σύνθεση του γάλακτος, από το οποίο παρασκευάζεται. Οι πρωτεΐνες που περιέχονται στο γιαούρτι είναι υψηλής βιολογικής αξίας, υψηλότερης από αυτές του τυριού. Ο μόνος υδατάνθρακας είναι η λακτόζη. Επίσης, το γιαούρτι περιέχει όλα τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία που υπάρχουν στο γάλα, αλλά το ασβέστιό του απορροφάται καλύτερα από το έντερο και σε μικρότερο χρόνο. Γενικότερα, πέπτεται ευκολότερα και στη μισή ώρα από ότι το γάλα.

Τέλος, στο γιαούρτι οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β χρησιμοποιούνται από τα βακτήρια του γαλακτικού οξέος. Έτσι, το φυλλικό οξύ, το παντοθενικό οξύ, Β12 και η χολίνη αυξάνονται (> 50%), ενώ το φυλλικό οξύ και η χολίνη αυξάνονται (> 100%) οφειλόμενο στο βακτηριακό μεταβολισμό. Όμως, το 100% της βιταμίνης C και το 10% - 20% της θειαμίνης απενεργοποιούνται από τη θερμότητα κατά τη διάρκεια της παρασκευής γιαουρτιού.

Το τυρί, λοιπόν, και το γιαούρτι αποτελούν βασικές τροφές της Μεσογειακής Δίαιτας, δημοφιλή για τη γεύση τους και την ποικιλία των υποπροϊόντων τους. Το γάλα, όμως, το βούτυρο και η κρέμα δεν καταναλώνονται ευρέως. Σύμφωνα, με το πρότυπο της «Μεσογειακής Πυραμίδας» συνίστανται 2-3 μικρομερίδες γαλακτοκομικών ημερησίως, αφού πρόκειται για πλούσιες πηγές ασβεστίου και υψηλής ποιότητας πρωτεϊνών. Η πρόσληψη ασβεστίου βοηθά στη μείωση του κινδύνου της οστεοπόρωσης, των καταγμάτων, του καρκίνου του εντέρου και της υψηλής πίεσης του αίματος (Kushi, et al, 1995). Από την άλλη πλευρά, όμως, το λίπος που εμπεριέχεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι κορεσμένο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος εμφράγματος. Γι' αυτό, λοιπόν, το λόγο το πρότυπο υγιεινής διατροφής προτείνει 2-3 μικρομερίδες γαλακτοκομικών ανά ημέρα για να ισορροπήσει τα αντίθετα αποτελέσματα (Willett, et al, 1995).

Αναλυτικότερα, το ασβέστιο αποτελεί πρωταρχικό συστατικό των οστών και είναι απαραίτητη μια κατάλληλη θετική ισορροπία αυτού έως την ηλικία των 30 ετών, που τα οστά αυξάνονται. Μέχρι τότε απαιτούνται υψηλές συγκεντρώσεις ασβεστίου στον οργανισμό, ενώ μετά την πάροδο ετών μειώνονται. Τα αποθέματα ασβεστίου αυξάνουν την οστική πυκνότητα σε ενήλικες αν και απορροφούν τελικά συγκεκριμένη ποσότητα όσο μεγάλη κι αν είναι αυτή που προσλαμβάνουν (Dawson – Hughes, 1991). Έρευνα έδειξε πως συνδυασμός βιταμίνης D και ασβεστίου μειώνει τον κίνδυνο καταγμάτων σε ηλικιωμένους (Choruy, et al, 1992). Μάλιστα, υψηλή

πρόσληψη γάλακτος αυξάνει την οστική πυκνότητα για κάποια χρονική περίοδο, αλλά μακρόχρονες επιδράσεις στα οστά και στον κίνδυνο κατάγματος δεν έχουν αποδειχθεί (Baran, et al, 1990) (Keamey, Giovannucci, Rium, et al, 1994).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία της ανάλυσης των παρατηρήσεων της NHANES (Couran, et al, 1984), που δηλώνουν πιθανή προστατευτική επίδραση της πρόσληψης ασβεστίου στην πίεση του αίματος. Από τότε έχουν ακολουθήσει πολλές μελέτες για τη συσχέτιση του ασβεστίου και της πίεσης του αίματος, αλλά τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Για παράδειγμα, μια μετά – ανάλυση αυτών των δεδομένων απέδειξε μείωση στη συστολική πίεση κατά 1,8mmHg, ενώ δεν υπήρξε μείωση στη διαστολική πίεση (Culter, et al, 1990). Όμως, επειδή αυτά τα πειράματα γίνονταν σε ομάδες που κατανάλωναν την κατάλληλη διαιτητική καθημερινή πρόσληψη Ca, οι επιστήμονες δε μπορούν να συμπεράνουν για την επίδραση των επιπλέον ποσοτήτων ασβεστίου στη ρύθμιση της πίεσης του αίματος (Kushi, et al, 1995).

Τέλος, σε μια διεθνή έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, ο Kushi (Kushi, 1980) και οι συνεργάτες του συμπέραναν πως τα μεγαλύτερα ποσοστά κινδύνου εμφανίστηκαν στη Φιλανδία, όπου οι τοπικές δίαιτες χαρακτηρίζονταν από ασυνήθιστα ποσοστά γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων στην καθημερινή διατροφή. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα πριέχουν περισσότερα κορεσμένα λίπη από άλλες ζωϊκές τροφές, με αποτέλεσμα να αυξάνουν την LDL χοληστερόλη σε μεγάλο βαθμό

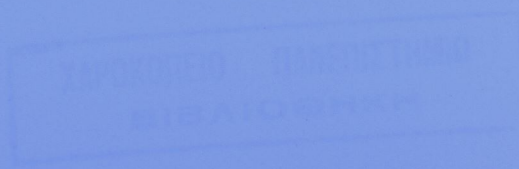
(Dense, et al, 1991).Επομένως, όταν καταναλώνονται σε υψηλές ποσότητες είναι πιθανό να προκαλούν θρομβώσεις (Artaud – Wild, et al, 1993). Γι' αυτό, λοιπόν, η σχετικά χαμηλή πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων που η Μεσογειακή Δίαιτα συστήνει, οδηγεί σε προαγωγή της υγείας και κατ' επέκταση σε μακροζωία.

Η χημείωση, όμως, υπάρχουν και άλλοι συστατικοί σε μικρό βαθμό, χωρίς να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφή.

Συγκεκριμένα, οι πρωτεΐνες του κρέατος είναι υψηλής βιολογικής αξίας και περιέχουν σημαντικές ποσότητες από απαραίτητα αμινοξέα (Georghiades 2001). Τα τελευταία είναι σπουδαίως απαραίτητα για το ανθρώπινο σώμα και ειδικότερα για το νευρικό σύστημα. Οι κύριοι υδατάνθρακες του κρέατος είναι το γλυκογόνο, η γλυκόζη και οι ενδιάμεσες τες. Το σύνολό τους αντιπροσωπεύει το 1% του ολικού βάρους του κρέατος. Παράλληλα, τα λίπη του είναι σημαντικό συστατικό μιας ισορροπημένης διαίτης. Παρέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και βοηθούν στη απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, E και K. Τέλος, το κρέας περιέχει σημαντικές ποσότητες βιταμινών, ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ποσότητα στη βιταμίνη E που δρά ως αντιοξειδωτικό.

Παρακάτω, παρατίθενται οι ανάγκες, οι απαιτήσεις ενός ατόμου που καλύπτονται από συγκεκριμένη ποσότητα κρέατος.

Η 100 γρ. μέσοχρίστος κρέας παρέχουν σε έναν ενήλικα το 23% των καθημερινών απαιτήσεων σε θρεμίνη, 17% σε ριβοφλαβίνη, 140% σε B12 και 20% σε B6.



ΚΡΕΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ



Τα βασικά συστατικά των μυϊκών ιστών είναι νερό (65% - 80%), πρωτεΐνες (16% - 22%) λίπη και υδατάνθρακες (περίπου 1%), μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Βέβαια, υπάρχουν και άλλα συστατικά σε μικρό βαθμό, χωρίς να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφή.

Συγκεκριμένα, οι πρωτεΐνες του κρέατος είναι υψηλής βιολογικής αξίας και περιέχουν σημαντικές ποσότητες από απαραίτητα αμινοξέα (Georgakis, 2001). Τα τελευταία είναι απολύτως απαραίτητα για το ανθρώπινο σώμα και ειδικότερα για το νευρικό σύστημα. Οι κύριοι υδατάνθρακες του κρέατος είναι το γλυκογόνο, η γλυκόζη και τα ενδιάμεσά τους. Το σύνολό τους αντιπροσωπεύει το 1% του ολικού βάρους του κρέατος. Παράλληλα, τα λίπη του είναι σημαντικά συστατικά μιας ισορροπημένης διαίτας. Παρέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και βοηθούν στη απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε και Κ. Τέλος, το κρέας περιέχει σημαντικές ποσότητες βιταμινών. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ποσότητα στη βιταμίνης Ε που δρά ως αντιοξειδωτικό.

Παρακάτω, παρατίθενται οι ανάγκες σε βιταμίνες ενός ατόμου που καλύπτονται από συγκεκριμένη ποσότητα κρέατος:

➤ 100 γρ. μοσχαρίσιου κρέατος παρέχουν σε έναν ενήλικα το 23% των καθημερινών απαιτήσεων σε θειαμίνη, 17% σε ριβοφλαβίνη, 140% σε Β12 και 20% σε Β6.

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

- 100 γρ. χοιρινού κρέατος παρέχουν σε έναν ενήλικα το 53% των καθημερινών απαιτήσεων σε θειαμίνη, 24% σε ριβοφλαβίνη, 35% σε B1, 35% σε B12, 28,8% σε νιασίνη και 17% σε B6.

Επίσης, το κρέας περιέχει μέταλλα και ιχνοστοιχεία σε αξιόλογες ποσότητες, που σε ποσότητα κρέατος 100 γρ. είναι οι ακόλουθες:

- Ασβέστιο (13 mg), φώσφορος (200 mg), μαγνήσιο (22 mg), κάλιο (350 mg).
- Χαλκός (13 mg), κοβάλτιο (0,032 – 0,110 mg), σίδηρος (0,41 – 360 mg), ψευδάργυρος (0,3 mg), φθόριο (0,10 mg).

Εκτός, βέβαια, από τα προαναφερόμενα συστατικά, το κρέας περιλαμβάνει διάφορα ένζυμα, ορμόνες και οργανικά οξέα σε μικρότερες ποσότητες.

Η Μεσογειακή, λοιπόν, διατροφή προτείνει 4 μερίδες κόκκινου κρέατος το μήνα, τοποθετώντας, έτσι, το κρέας στο ανώτερο επίπεδο της πυραμίδας. Το κρέας δε περιέχει διαιτητικές ίνες, ενώ περιλαμβάνει ελάχιστες αντιοξειδωτικές ουσίες. Όπως, έχει ήδη αναφερθεί στη μελέτη των επτά χωρών (Menotti, et al, 1999), τα ζωικά τρόφιμα σχετίζονται άμεσα με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επίσης, επιδημιολογικές έρευνες (Kushi, et al, 1995) έδειξαν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που καταναλώνουν καθημερινά κόκκινο κρέας είχαν 60% μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από στεφανιαία νόσο, από ότι εκείνοι που καταναλώνουν λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα. Μία τρίτη μελέτη κατέληξε στα συμπεράσματα ότι εκείνοι που καταναλώνουν περιστασιακά κόκκινο κρέας είχαν 20% μικρότερη πιθανότητα να νοσήσουν από καρδιαγγειακό ισχαιμικό επεισόδιο από

εκείνους που καταναλώνουν συχνά, αυτοί που τρώνε ψάρι έχουν 34% μικρότερη πιθανότητα, ενώ οι χορτοφάγοι έχουν 26% μικρότερη πιθανότητα (Key, et al, 1999).

Αθηρωσκληρωτικές επιδράσεις του κόκκινου κρέατος έχουν συσχετιστεί με το υψηλό ποσοστό χοληστερόλης και τα μακράς αλύσσου κορεσμένα λιπαρά οξέα, που αυτό περιέχει (Kushi, et al, 1995). Η μελέτη CARDIA (Slattery, et al, 1991) σε νεαρούς ενήλικες έδειξε, ότι τα άτομα που καταναλώνουν κόκκινο κρέας και κοτόπουλο λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα έχουν μικρότερες συγκεντρώσεις στο αίμα τους ολικής χοληστερόλης, LDL και τριγλυκεριδίων από αυτούς που τα καταναλώνουν περισσότερο συχνά. Έτσι, όταν προστέθηκαν μέτριες ποσότητες χοιρινού σε χορτοφαγική διαίτα, τα άτομα αυτά που ακολούθησαν την παραπάνω διατροφή αντιμετώπισαν ποικίλλα προβλήματα, όπως αύξηση της χοληστερόλης του αίματος, της LDL – χοληστερόλης και αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Sacks, et al, 1981).

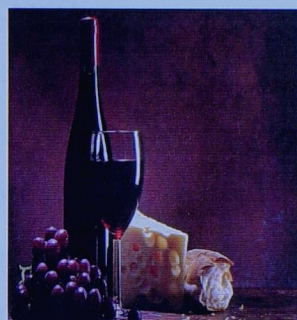
Παρόλο, όμως, που το κρέας βρίσκεται στο ανώτερο επίπεδο της Μεσογειακής Πυραμίδας, το ψάρι και τα πουλερικά βρίσκονται στα ενδιάμεσα. Επιδημιολογικές, λοιπόν, έρευνες έχουν δείξει, πως τα άτομα που ακολουθούν διατροφή πλούσια σε ψάρια έχουν μικρότερη πιθανότητα να νοσήσουν από καρδιοαγγειακό επεισόδιο, απ' ότι εκείνα που καταναλώνουν ζωικά τρόφιμα, πλούσια σε καρεσμένα λίπη (Kromhout, et al, 1985). Ο Danglous, et al (1997) αναφέρει ότι η κατανάλωση ψαριού μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, μετά από πέντε σχετικές επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποίησε.

Επίσης, αποδείχθηκε ότι τα λιπαρά ψάρια μειώνουν τη θνησιμότητα σε άνδρες μετά από καρδιακό επεισόδιο περίπου 29% κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων ετών (Burr, et al, 1989). Κι αυτό, γιατί αποτελούν σημαντική πηγή ω-3 λιπαρών οξέων. Η κατανάλωση, λοιπόν, ψαριών, σε καθημερινή βάση ή καλύτερα 6 φορές / εβδομάδα μειώνει τον κίνδυνο εμφράγματος (Burr, et al, 1989). Επίσης, η μελέτη του Tornaritis, et al (1995) αναφέρει ότι οκτώ είδη ψαριών στη Μεσόγειο αποτελούν πλούσια πηγή ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφέστατη η ένδειξη και προτροπή της Μεσογειακής διατροφής για 4-6 μικρομερίδες ψαριού / εβδομάδα, 3 μικρομερίδες κοτόπουλου / εβδομάδα και 4 μικρομερίδες κόκκινου κρέατος / μήνα.

ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ

Είναι ευρέως αποδεκτή η προσφορά κυρίως του κρασιού στον τομέα της υγείας, λόγω του υψηλού ποσοστού των πολυφαινολών που περιέχει. Ανάμεσα στη μεγάλη κατηγορία των φλαβονοειδών, η βασική ομάδα αυτών που βρίσκονται στο λευκό κρασί είναι οι φλαβονόλες, ενώ στο κόκκινο κρασί οι ανθοκυανίνες (Yannakoulia, et al, 2001).



Στην Ελλάδα, λοιπόν, το παρασοδιακό αυτό ποτό το συστήνουν για τη θεραπεία του διαβήτη, της αθηροσκλήρωσης, της υπέρτασης, του καρκίνου και γενικότερα το κρασί βοηθά στη διατήρηση της καλής υγείας και της μακροζωίας (Wahlquist, et al, 1991).

Επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ένα μεγάλο αριθμό θετικών επιδράσεων του κρασιού στην πρόληψη ασθενειών (Wahlquist, et al, 1991). Η προστατευτική του δράση έναντι καρδιαγγειακών ασθενειών έχει πολλαπλώς μελετηθεί. Η προστασία που το κρασί προσφέρει σε αυτού του είδους τις ασθένειες οφείλεται στο γεγονός ότι περιέχει αιθανόλη (η πρόσληψη αλκοόλ αυξάνει τη συγκέντρωση της HDL στο αίμα) και ειδικότερα στις αντιοξειδωτικές και αντιθρομβωτικές ιδιότητες των φλαβονοειδών και των άλλων φαινολικών συστατικών (Soleas, et al, 1999), (Mauley, et al, 1997), (Goldbeng, et al, 1995).

Μηχανισμοί σχετικά, με το πως η πρόληψη αλκοόλ μπορεί να συσχετίζεται με τον καρκίνο δεν έχουν σαφώς διευκρινισθεί. Το αλκοόλ επιδρά στο μεταβολισμό των στεροειδών- ορμονών, στα επίπεδα

τους στο αίμα και στη διαθεσιμότητά τους (Ferraroni, et al, 1998). Αυτή είναι μια πιθανή εξήγηση για τη δράση των ορμονικά συσχετιζόμενων νεοπλασμάτων, όπως ο καρκίνος του στήθους. Επιπλέον, έρευνες πραγματοποιούνται για να διευκρινισθούν οι υπεύθυνοι μηχανισμοί της δράσης του αλκοόλ και η σπουδαιότητα των διαφορετικών τύπων και ποσών των αλκοολούχων ποτών στην πρόκληση ή πρόληψη του καρκίνου (Ferraroni, et al, 1998).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το κρασί μόνο σε ποσότητες κατανάλωσης 1-2 ποτήρια / ημέρα επιδρά θετικά στην υγεία. Στις χώρες, λοιπόν, της Μεσογείου, τόσο το λευκό, όσο και το κόκκινο κρασί, αποτελεί συνοδευτικό συμπλήρωμα των γευμάτων, ενώ ταυτόχρονα προτιμάται μακράν από τα υπόλοιπα αλκοολούχα ποτά (Trichoroulou, et al, 1995).

4. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ο όρος «παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή» έχει συγκεκριμένο περιεχόμενο. Χρησιμοποιείται για να καθορίσει τις διατροφικές συνήθειες που χαρακτηρίζουν ορισμένες περιοχές της Μεσογείου στις αρχές της δεκαετίας του '60, όπως είναι η Κρήτη, ορισμένα μέρη της υπόλοιπης Ελλάδας και η νότια Ιταλία (Nestle, 1995).

Η επιλογή αυτού του χρόνου και των συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών βασίζεται σε τρεις συνιστώσες:

- Ο μέσος όρος ζωής των πληθυσμών αυτών σε εκείνες τις περιοχές ήταν από τους υψηλότερους σε παγκόσμιο επίπεδο. Η συχνότητα εκδήλωσης καρδιακών νοσημάτων ορισμένων μορφών καρκίνου και άλλων χρόνιων παθήσεων που σχετίζονται με τη διατροφή ήταν από τις χαμηλότερες παγκοσμίως στις αρχές της δεκαετίας του '60, παρά τις περιορισμένες ιατρικές υπηρεσίες (Δήλωση Κοινής Αποδοχής 2000, Διεθνές συνέδριο 2000 για τη Μεσογειακή διατροφή).
- Τα υπάρχοντα στοιχεία για τη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση διαφόρων ειδών τροφής στην περιοχή της Μεσογείου επισημαίνουν τύπους διατροφής με αρκετά κοινά χαρακτηριστικά.
- Τα είδη διατροφής που έχουν αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά έχουν συσχετισθεί με χαμηλές συχνότητες εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών και υψηλού μέσου όρου ζωής, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες ανά τον κόσμο.

Παραλλαγές της Μεσογειακής δίαιτας υπάεχουν σε διάφορες περιοχές της Μεσογείου, όπως σε ορισμένα μέρη της Γαλλίας, στην Ισπανία, σε άλλες περιοχές της Ιταλίας, στο Λίβανο, στο Μαρόκο,

στην Πορτογαλία, στη Συρία, Τουρκία, Τυνησία και αλλού· δεν έχουν, όμως, μελετηθεί λεπτομερώς. Έτσι, ο γενικός όρος «Μεσογειακή διατροφή» αναφέρεται συγκεκριμένα στις διατροφικές συνήθειες που αποκτώνται στις ζώνες καλλιέργειας της ελιάς στην περιοχή της Μεσογείου στη δεκαετία του '60.

Η Μεσογειακή, λοιπόν, διατροφή αποτελεί παράδοση αιώνων και συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας σε άριστη κατάσταση, προσφέρει τέρψη και αίσθηση ευεξίας και απαρτίζει ένα ζωτικό κομμάτι της παγκόσμιας συλλογικής πολιτιστικής κληρονομιάς.



5. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

A. Μεσογειακή δίαιτα και μακροζωία

Πολλαπλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι η «Μεσογειακή Διατροφή» σχετίζεται άμεσα με τη μακροζωία ή μειώνει τη θνησιμότητα που προκαλείται από ποικίλλες αιτίες.

Οι πλυθησμοί γύρω από τη Μεσόγειο, κυρίως οι Έλληνες και οι Ιταλοί, έχουν το υψηλότερο μέσο όρο ζωής στον κόσμο και βρίσκονται στα χαμηλότερα ποσοστά σε μερικές μορφές καρκίνου και χρόνιες παθήσεις συσχετιζόμενες με τη διατροφή (Harman, 1956). Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη (Gjonca, et al, 1997), η θνησιμότητα των ενηλίκων στην Αλβανία, μια Μεσογειακή χώρα, είναι παρόμοια με αυτή των υπολοίπων Μεσιγειακών χωρών. Μάλιστα, μια τοπική μελέτη, σε αυτή τη χώρα, το 1978 έδειξε, ότι η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη στο νότιο τμήμα της χώρας, όπου υπήρχε μεγαλύτερη παραγωγή και κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιολάδου. Τέλος, στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των επτά χωρών, μετά από 25 χρόνια έρευνας, όπου αποδείχθηκε ότι μεταξύ 16 χωρών, η Ελλάδα και η Ιταλία είχαν τα χαμηλότερα είπεδα θνησιμότητας (Hertog, et al, 1995) με αντίστοιχα ποσοστά 35,3% και 43,3% (Dontas, 1998).

Αναλυτικότερα, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πως τα διατροφικά συστατικά της Μεσογειακής Δίαιτας, όπως το ελαιόλαδο, οι βιταμίνες, τα φλαβονοειδή, οι πολυφαινόλες και τα αντιοξειδωτικά που περιέχουν τα μυρωδά, μπορούν να εμποδίσουν το σχηματισμό ελεύθερων ριζών, προστατεύοντας, με αυτόν τον τρόπο,

το DNA (Mamalakos, et al, 2001). Ειδικότερα, όλες οι λιπαρές ουσίες όταν θερμαίνονται παθαίνουν αλλοιώσεις. Η επίδραση της υψηλής θερμοκρασίας σε συνδιασμό με την παρουσία ατμοσφαιρικού αέρα προκαλούν τον πολυμερισμό, δηλαδή την οξείδωση και τον σχηματισμό των υπεροξειδίων, που είναι τοξικά για τον οργανισμό. Το ελαιόλαδο, όμως, χάρη στη μεγάλη περιεκτικότητά σε ελαϊκό οξύ δεν υφίσταται αλλοιώσεις (Durak, et al, 1999).

Επιπλέον, συστατικά των τροφών της Μεσογειακής Δίαιτας, όπως οι βιταμίνες E, C και A και τα β-καροτένια, έχουν ευεργετικές επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα (Meydani, et al, 1995), (Meydani, et al, 1993), (Beharica, et al, 1997). Αξιόλογα, επίσης, είναι και τα αποτελέσματα ερευνών που δείχναν ότι κάποια συστατικά των βοτάνων και των μυρωδικών ασκούν αντιμικροβιακή και αντιική δράση. Έτσι, λοιπόν, προατατεύουν τον οργανισμό, κατά κάποιο τρόπο, από το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Tabak, et al, 1996) και από άλλα μικρόβια, όπως είναι η E. Coli και ο μύκητας Candida albicans (Hammer, et al, 1999).

B. Μεσογειακή Δίαιτα και Σακχαρώδης Διαβήτης και Παχυσαρκία

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι δίαιτες υψηλές σε λίπη σχετίζονται με την αυξημένη ινσουλινοαντίσταση σε πειραματόζωα (Pan, et al, 1994), κυρίως αυτές που είναι πλούσιες σε κορεσμένα λίπη. Αντίθετα, τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα θεωρούνται ουδέτερα ή ακόμα και θεραπευτικά, ενώ τα στοιχεία για την επίδραση των μονοακόρεστων λιπαρών οξέων στην ινσουλινοαντίσταση και την παχυσαρκία βρίσκονται σε διαμάχη (Starlien, et al, 1997). Εντούτοις, αν και δεν

υπάρχουν στοιχεία για την πρόληψη του διαβήτη στη μελέτη των επτά χωρών, είναι αξιοσημείωτο το πως στην Κρήτη που η διατροφή είναι πλούσια σε λίπος και βασικά σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, η παχυσαρκία είναι σπάνια (Kromhout, et al, 1995). Αυτό μπορεί να είναι μια ένδειξη για το ότι τα κορεσμένα λίπη είναι κύριος παράγοντας για το ξεκίνημα της ινσουλινοαντίστασης και κατ' επέκταση του διαβήτη τύπου II σε συνδυασμό με την υψηλή ενεργειακή πρόσληψη και τον αντίστοιχο τρόπο ζωής.

Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι η πρόσληψη ψαριών μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιοαγγειακές παθήσεις (Norday, 1996). Αυτή η θετική επίδραση οφείλεται στο γεγονός ότι τα ψάρια είναι μια τροφή πλούσια σε ω -3 λιπαρά οξέα {κυρίως EPA (C20:5 ω -3) και DHA (C20:6 ω -3)}, γνωστά για την αντι-αθηροσκληρυντική τους και αντιθρομβωτική τους δράση. Στη μελέτη «Zutphen» (Kromhout, 1996) παρατηρήθηκε, ότι η συστηματική κατανάλωση περίπου 30γρ. ψαριού / ημέρα για πάνω από 25 χρόνια προκάλεσε μείωση των τριγλυκεριδίων στο αίμα. Όπως, όμως, είναι γνωστό η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II επηρεάζεται από την τιμή των τριγλυκεριδίων στον οργανισμό. Η κατανάλωση, λοιπόν, ψαριών βοηθά στην πρόληψη και θεραπεία του διαβήτη τύπου II, αφού προκαλεί πτώση των TG και της LDL-χοληστερόλης στο αίμα, παράγοντες που οδηγούν σε σακχαρώδη διαβήτη.

Τέλος, από παλιά, έρευνες (Fuessl, et al, 1987) έχουν αποδείξει, ότι 15γρ. υδατοδιαλυτών ινών / ημέρα οδηγούν σε μείωση γλυκόζης

ορού, όπως, επίσης και σε μείωση της LDL-χοληστερόλης σε διαβητικούς τύπου II. Υπάρχουν δύο είδη διαιτικών ινών:

α) οι διαλυτές διαιτικές ίνες, και

β) οι μη διαλυτές (αδιάλυτες) φυτικές ίνες.

Οι διαλυτές είναι αυτές που έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στα επίπεδα γλυκόζης και λιπιδίων του αίματος (Mann, et al, 1992).

Τροφές πλούσιες σε αυτού του είδους τις διαιτικές ίνες, όπως τα όσπρια και κάποια φρούτα (συχνά στη Μεσογειακή διατροφή) βελτιώνουν το γλυκαιμικό δείκτη και μειώνουν τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης στο πλάσμα, χωρίς, όμως, να μειώνουν την τιμή των τριγλυκεριδίων του αίματος (Mann, 1992).

Το βασικό, λοιπόν, μήνυμα, τόσο για τη ρύθμιση του διαβήτη, όσο και για την πρόληψη της παχυσαρκίας είναι: «έλεγχος του βάρους, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αποφυγή της καθιστικής ζωής». Η παχυσαρκία, πολλές φορές, οδηγεί σε σακχαρώδη διαβητη τύπου II. Επομένως, η πρόσληψη βάρους μπορεί να ελεγχθεί και να αποφευχθεί με την ισορρόπηση της πρόσληψης και καύσης θερμίδων, μέσω υγιεινής διατροφής (Μεσογειακή Διατροφή) και μέσω αύξησης της σωματικής δραστηριότητας (που η Μεσογειακή Διατροφή προτείνει σε καθημερινή βάση).

Γ. Μεσογειακή Δίαιτα και Καρδιοαγγειακά νοσήματα

Η μεσογειακή Δίαιτα έγινε ευρέως γνωστή γύρω στο 1970 μέσω της Μελέτης των επτά χωρών. Αυτή η έρευνα ξεκίνησε το 1960 και συνέκρινε τα καρδιοαγγειακά περιστατικά σε σχέση με τον τρόπο

ζωής των πληθυσμών από επτά διαφορετικές χώρες: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ολλανδία, Φιλανδία, Ιαπωνία, Γιουγκοσλαβία, Ιταλία και Ελλάδα. Το βασικότερο εύρημα αυτής της μελέτης ήταν, ότι ο Ελληνικός πληθυσμός της Κρήτης είχε τα μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο σε σχέση με τους άλλους πληθυσμούς. Επίσης, αποδείχθηκε, ότι οι Κρητικοί είχαν μικρότερες τιμές στη χοληστερόλη πλάσματος από τους Αμερικάνους, συμπέρασμα που οδήγησε στην πρόβλεψη, ότι αυτή η τιμή επηρεάζει τον αριθμό των καρδιαγγειακών περιστατικών στις δύο αυτές χώρες (Keys, 1970). Όμως, παρόλο που οι Κρητικοί είχαν υψηλότερη τιμή χοληστερόλης πλάσματος από τους Ιταλούς και τους Γιουγκοσλάβους, σε αυτή τη μελέτη, τα επίπεδα θνησιμότητας από στεφανιαία επεισόδια στο νησί παρέμειναν χαμηλότερα και μετά από 25 χρόνια από την αρχή της έρευνας (Kromhout, et al, 1995). Επιπλέον, αναφέρθηκε, ότι οκίνδυνος εμφράγματος ποικίλλει από χώρα σε χώρα αναφερόμενοι σε άτομα με παρόμοιες τιμές χοληστερόλης πλάσματος (Verschuren, et al, 1995).

Εξηγώντας το παραπάνω παράδοξο θα λέγαμε, ότι η βασική διαφορά στις διαιτικές συνήθειες μεταξύ Κρητών και των άλλων Ευρωπαίων δεν ήταν στη συνολική πρόσληψη λίπους, αλλά στη σύνθεση της δίαιτας από λιπαρά οξέα. Ειδικότερα, στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, τη βασική πηγή λίπους αποτελεί το ελαιόλαδο, ένα φυτικό λίπος, πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και κυρίως σε ελαϊκό οξύ. Το ελαιόλαδο έχει θετικές επιδράσεις στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, γιατί μειώνει τα ποσοστά της

ανάπτυξης της αθηρωματικής πλάκας και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει το σχηματισμό θρόμβου.

Μια έρευνα (Mattson, et al, 1985) συνέκρινε τα αποτελέσματα των κορεσμένων, μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στα επίπεδα λιπιδίων του πλάσματος και έδειξε, ότι τα άλλα έχουν και μια LDL-χοληστερόλη όσο και τα PUFA, αλλά έχουν και μια επιπλέον θετική επίδραση: μειώνουν την HDL-χοληστερόλη λιγότερο από τα PUFA. Τέλος, το ελαιόλαδο έχει θετικές επιδράσεις κατά της οξείδωσης της LDL-χοληστερόλης. Παρατηρήθηκε, ότι τα PUFA αυξάνουν την οξείδωση της LDL συγκρινόμενα με τα MUFA (πλούσιο σε αυτού του είδους τα λιπαρά οξέα είναι το ελαιόλαδο, όπως προαναφέρθηκε) (Rearen, et al, 1993), (Khoo, et al, 1991). Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη οξείδωση της LDL είναι η παρουσία των αντιοξειδωτικών, όπως της βιταμίνης E και των πολυφαινόλων. Το ελαιόλαδο δεν είναι μόνο πλούσιο σε MUFA, αλλά περιέχει και βιταμίνη E και φαινολικά συστατικά, όπως τα φλαβονοειδή, που μειώνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση καρδιοαγγειακού νοσημάτος (Stampfer, et al, 1993).

Επίσης, βασικά συστατικά της Μεσογειακής Δίαιτας αποτελούν τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια, τα οποία συμβάλλουν στα χαμηλά ποσοστά της ανάπτυξης καρδιοαγγειακών νοσημάτων (Ness, et al, 1997). Η πεποίθηση ότι αυτού του είδους οι τροφές (φρούτα, λαχανικά) συμβάλλουν θετικά στη μείωση της θνησιμότητας, οφείλεται στο γεγονός ότι περιέχουν διαιτικές ίνες και αντιοξειδωτικά στοιχεία τα οποία μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου των

στεφανιαίων νόσων (Singh, et al, 1993). Παράλληλα, και τα όσπρια αποτελούν καλές πηγές υδατοδιαλυτών ινών (όπως τα φασόλια) με αποτέλεσμα τη μείωση της τιμής χοληστερόλης πλάσματος (Kushi, et al, 1999).

Επιπλέον, όπως έχει ήδη αναφερθεί στη μελέτη των επτά χωρών (Menotti, et al, 1999) οι ζωϊκές τροφές σχετίζονται άμεσα με τα καρδιοαγγειακά νοσήματα. Γι' αυτό, λοιπόν, η Μεσογειακή διατροφή προτείνει 4 φορές / μήνα κόκκινο κρέας, ενώ συνιστά σε μεγαλύτερες ποσότητες ψάρι (6 μικρομερίδες / εβδομάδα), κοτόπουλο (4 μικρομερίδες / εβδομάδα) και αβγά (3 μικρομερίδες / εβδομάδα). Το ψάρι περιέχει τα απαραίτητα για τον ανθρώπινο οργανισμό ω-3 λιπαρά οξέα, τα οποία σχετίζονται με τη μείωση των στεφανιαίων νόσων, όταν καταναλώνονται συχνά σε ημερήσια ή σε εβδομαδιαία βάση.

Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα αποτελούν απαραίτητο συμπλήρωμα της καθημερινής διατροφής, σύμφωνα με τη Μεσογειακή Πυραμίδα. Σύμφωνα με την τελευταία συνίστανται 2 μικρομερίδες / ημέρα, αφού αποτελούν βασικές πηγές ασβεστίου και υψηλής ποιότητας πρωτεΐνης. Από την άλλη, όμως, το λίπος που περιέχεται σε αυτή την ομάδα τροφίμων είναι υψηλό σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, τα οποία είναι υπεύθυνα για αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (Report on Health and Social subjects, 1995).

Τέλος, στις Μεσογειακές χώρες, το κρασί αποτελεί συμπλήρωμα των γευμάτων. Η μέτρια, λοιπόν, κατανάλωσή του (1-2 ποτήρια / ημέρα) οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας από καρδιοαγγειακά

νοσήματα (Rimm, et al, 1996), που οφείλεται στη σύστασή του από φαινόλες και φλαβονοειδή γνωστά για την αντιοξειδωτική τους δράση.

Δ. Μεσογειακή Δίαιτα και καρκίνος

Μέχρι τώρα αναφέρθηκαν οι ωφέλειες της Μεσογειακής διαίτας στην πρόληψη από καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες χρόνιες ασθένειες. Πρόσφατα, υπάρχει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον για τις πιθανές προστατευτικές ιδιότητες της Μεσογειακής διατροφής έναντι του καρκίνου. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζουν τη θετική επίδραση των φρούτων και λαχανικών στην πρόληψη του καρκίνου (Tavani, et al, 1995), (La Vecchia, et al, 1998), (Levi, 1999).

Αναλυτικότερα, υπάρχει έντονη πεποίθηση ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών προστατεύει από τον καρκίνο του στομάχου, του οισοφάγου, του λάρυγγα και των πνευμόνων (World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997). Υψηλή κατανάλωση λαχανικών φαίνεται να προλαμβάνει τον καρκίνο του εντέρου, του προστάτη, των νεφρών και του συκωτιού, ενώ υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομητρίου, του παγκρέατος, του στήθους, του λάρυγγα, του θυρεοειδή (World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997).

Επιπλέον, πολλές εξηγήσεις έχουν δοθεί για την αντικαρκινική δράση του ελαιολάδου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο λιπιδαιμικό προφίλ του, τα μονοακόρεστα, δηλαδή, λιπαρά οξέα και ιδίως το ελαϊκό οξύ, το οποίο είναι και το πιο ανθεκτικό στην οξείδωση από τα

πολυακόρεστα. Η περιεκτικότητά του σε βιταμίνη Ε, φλαβονοειδή και πολυφαινόλες το κατατάσσουν υψηλά στο βάθρο των παραγόντων, που προστατεύουν τον ανθρώπινο οργανισμό από τον καρκίνο. Τέλος, το ελαιόλαδο περιέχει ωφέλιμα για την υγεία του ανθρώπου συστατικά, όπως το σκουαλένιο και η β-σιτοστερόλη (Hakim, 1998), (Trichoroulou, et al, 1998).

Παράλληλα με τα παραπάνω, η υψηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος αυξάνει τον καρκίνο του εντέρου και πιθανώς τον καρκίνο του παγκρέατος, του στήθους, του προστάτη και των νεφρών (World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997). Τα ψάρια και τα έλαια αυτών (ω-3 λιπαρά οξέα) δείχνουν να προστατεύουν από τον καρκίνο του εντέρου, του στήθους και του προστάτη σε πειραματόζωα (Takahashi, et al, 1997). Σε ανθρώπινο επίπεδο δεν είναι ακόμα ξεκαθαρισμένο, αν η κατανάλωση ψαριών βοηθά στη μείωση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο, ή απλά πρόκειται για ένα σημαντικό υποκατάστατο αντί του κόκκινου κρέατος (World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997). Γι' αυτό, λοιπόν, η Μεσογειακή διατροφή προτείνει ζωϊκές τροφές σε μικρή ποσότητα. Η χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος σε αντιπαράθεση με την υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών και οσπρίων προάγει την υγιεινή διατροφή και προλαμβάνει από διάφορες μορφές καρκίνου (Levi, 1999).

6. «ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ»

Αρκετοί από τους ανθρώπους γνωρίζουν τη σημασία που έχει η διατροφή για την υγεία και προσπαθούν να τρέφονται «υγιεινά».

Ανάμεσα στους πολλαπλούς παράγοντες που επιδρούν στις διαιτητικές επιλογές, οι διατροφικές γνώσεις και τα πιστεύω σχετικά με τις τροφές και την υγεία είναι σημαντικοί παράγοντες, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό (Thomas, 1991). Η αυξανόμενη γνώση για το διαιτητικό περιεχόμενο των τροφών καθώς, επίσης, και η αυξανόμενη ανησυχία για τη στενή σχέση διατροφής-υγείας οδηγεί σε περισσότερο «υγιεινές» επιλογές τροφίμων.

Πολλές, λοιπόν, εκστρατείες (δημόσιες και ιδιωτικές) επιτάσσουν στροφή προς την υιοθέτηση όσο το δυνατόν πιο υγιεινών συνθηκών διατροφής. Καθημερινά όλοι βομβαρδίζονται από πληθώρα πληροφοριών για το τι είναι «καλό» και το τι είναι «κακό» σε σχέση με το φαγητό (www.eufic.org). Αυτή η εστίαση όσον αφορά τα «καλά» και «κακά» τρόφιμα και η πρόθεση που αρκετοί έχουν να τρώνε σωστά και υγιεινά μπορεί ν' αποτελέσει το πρόσχημα, πίσω από το οποίο, όμως, κρύβεται μια διατροφική διαταραχή. Αρκετές φορές, η προσπάθεια να υιοθετήσουμε ένα σωστό διατροφικό πλάνο σχετίζεται μ' ένα κοινό αρχικό στόχο: την απώλεια βάρους. Κάπου, εκεί, λοιπόν χάνεται το μέτρο με αποτέλεσμα να προκύπτουν οι γνωστές διατροφικές διαταραχές.

Οι μέχρι τώρα πιο διαδεδομένες διαταραχές λήψης τροφής είναι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, οι οποίες εμφανίζονται συχνά και ταλαιπωρούν μια αρκετά μεγάλη μερίδα του πληθυσμού.

Πρόσφατες παρατηρήσεις (www.orthorexia.com) καταλήγουν στην περιγραφή και μιας νέας διατροφικής διαταραχής, η ύπαρξη της οποίας δεν είναι πάντα σε φανερή μορφή : πρόκειται για την «ορθορεξία». Όπως φανερώνει το όνομα της σύνθετης αυτής λέξης (ορθός και όρεξη) δηλώνεται η εμμονή με τη σωστή διατροφή (www.eufic.org). Παρόλο, που κάτι τέτοιο πιθανό ν' ακούγεται οξύμωρο, στην πραγματικότητα η υπερβολική ενασχόληση με την ορθή και σωστή διατροφή μπορεί να εξελιχθεί σε αληθινή ψυχολογική διαταραχή.

Αναλυτικότερα, μια καλή συνήθεια είναι πιθανό να μετατραπεί σε βασικό πρόβλημα. Υπάρχουν όρια που διαχωρίζουν την προτίμηση από την εμμονή. Όταν ο άνθρωπος ξεπεράσει το μέτρο και επιτρέψει σε μια προτίμησή του ή συνήθεια του να πάρει κυρίαρχο ρόλο στη ζωή του, τότε λέμε ότι η συνήθεια αυτή έχει μετατραπεί σε εμμονή. Με αυτόν τον τρόπο μεγάλο μέρος της πνευματικής και σωματικής δραστηριότητας του ατόμου καταλαμβάνεται από αυτήν την συνήθεια.

Ο Δρ. Steven Bratman είναι αυτός που επινόησε τον όρο «ορθορεξία» και πρεσβεύει, ότι οι ιδέες περί υγιεινής διατροφής μπορούν εύκολα να εξελιχθούν σε ψυχολογική διαταραχή, βασανιστική όχι μόνο για το ίδιο το άτομο, αλλά και για τον περίγυρο του (www.orthorexia.com). Επιστημονικές έρευνες σχετικά με το θέμα δεν υπάρχουν, με αποτέλεσμα να στηριζόμαστε στις αναφορές μόνο του Δρ. Bratman.

Σύμφωνα, με τις δηλώσεις των περισσότερων ατόμων το πρόβλημά τους αθώα και ανώδυνα από μια αρχική επιθυμία να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Έτσι, υιοθέτησαν μια ισορροπημένη δίαιτα με έμφαση στην ποιότητα, σαφείς προτιμήσεις σε

ορισμένα προϊόντα (π.χ. φρούτα και λαχανικά) και παράλληλη αποφυγή άλλων (π.χ. κατεργασμένων σνακς). Άλλωστε, εδώ βρίσκεται και η διαφορά σε σχέση με τους ανορεξικούς και βουλιμικούς ασθενείς (www.obesidad.net). Αυτοί ασχολούνται και ανησυχούν για την ποσότητα του φαγητού, ενώ οι «ορθορεξικοί» έχουν εμμονή με την ποιότητα της τροφής.

Ταυτόχρονα, τα «ορθορεξικά» άτομα αρχίζουν να ενδιαφέρονται για την καταγωγή των τροφίμων που καταναλώνουν. Ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός των γευμάτων τους καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους (www.dolfzine.com). Το άτομο αρχίζει ν' ανησυχεί για τις διατροφικές του συνήθειες και ν' αναλώνεται σε σκέψεις γύρω από αυτές. Η ανησυχία, λοιπόν, αποκτά κυρίαρχο ρόλο στη ζωή τους.

Συμπερασματικά, η «ορθορεξία» αποτελεί μια διατροφική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από εμμονή για συγκεκριμένες τροφές ή ομάδες τροφίμων και για τις οποίες, το άτομο πιστεύει, ότι είναι βλαβερές για την υγεία του και κατά συνέπεια πρέπει ν' απομακρυνθούν από την καθημερινή του διατροφή (www.obesidad.net).

• Ψυχολογικό προφίλ ατόμου που πάσχει από «ορθορεξία»

Αρχικά, το πρόβλημα «ορθορεξίας» επηρεάζει και άντρες και γυναίκες. Βέβαια, οι γνώμες διίστανται σε ποια από τις δύο κατηγορίες ανήκει το μεγαλύτερο ποσοστό. Σύμφωνα, με μια πρόσφατη ανακοίνωση (Donini, et al, 2004) το μεγαλύτερο μέρος των «ορθορεξικών» ατόμων ανήκει στους άνδρες (11,3%), αντί του 3,9% που αναφέρεται στις γυναίκες με συμπτώματα «ορθορεξίας». Συνήθως,

Το άτομο αισθάνεται θύμα των συνθηκών και των καταστάσεων, ευάλωτο και επιρρεπές σε κάθε είδους εξωτερικό κίνδυνο. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου το εσωτερικό άγχος του ατόμου επηρεάζει τη ζωή του και εκδηλώνεται στον έλεγχο του φαγητού και κατά συνέπεια του εαυτού του. Η κοινωνική του και προσωπική του ζωή προκαλεί άγχος. Το άτομο, λοιπόν, προσπαθεί να το ελέγξει εκδηλώνοντας τις συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες.

Η προσπάθεια αυτή ν' ασκήσει έλεγχο και ισορροπία στη ζωή μέσα από το φαγητό καταλήγει να γίνεται έμμονη ιδέα και να ταλαιπωρεί το πρόσωπο αυτό. Παράλληλα, τα συγκεκριμένα άτομα ταλαιπωρούνται, συγχρόνως, από τις βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία τους, που δημιουργεί η έμμονη αυτής της υγιεινής διατροφής. Η δίαιτα αυτή συμβάλλει σ' ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, που ξεκινά από ένα ενοχλητικό κρυολόγημα και είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρότερες καταστάσεις, όπως μια αναιμία ή ακόμα και σε καρκίνο (www.obesidad.net). Καταναλώνοντας, λοιπόν, συγκεκριμένα είδη τροφίμων τα άτομα αυτά οδηγούνται σε ανεπαρκή πρόσληψη βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων και τελικά υποφέρουν από αβιταμινώσεις, αλλαγές στη πίεση του αίματος, καρκίνο, οστεοπόρωση, σκλήρυνση των αρτηριών και γενικότερα μια ποικιλία συμπτωμάτων, ιδιαίτερα αξιοπρόσεχτων και σημαντικής βαρύτητας για την υγεία τους.

Τελικά, πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ της υγιεινής διατροφής και της αρχής που αυτή μετατρέπεται σε έμμονη. Η μετριότητα είναι το κλειδί. Ποικιλία στις τροφικές επιλογές με τέτοιο τρόπο που ν' αρμόζει στον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου. Η «σωστή»

πρόκειται για άτομα που έχουν ανάγκη να ασκούν έλεγχο στη ζωή τους.

Η σύντομη ψυχολογική ευεξία και ευχαρίστηση που αντλεί το άτομο από το κυνήγι του υγιεινού φαγητού δίνει γρήγορα τη θέση της στην ανησυχία για το αν η επιλογή ήταν όντως σωστή και για το ποια θα πρέπει να είναι η επόμενη διατροφική επιλογή τους.

Η περίοδος ενοχών και ο αυτοβασανισμός καταλαμβάνουν πολύ μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής τους ζωής απ' ό τι η πρόσκαιρη ικανοποίηση. Τα άτομα κυνηγά συνεχώς το «ορθό» και προσπαθεί να παραβγεί σ' ένα αγώνα δρόμου με τον ίδιο του τον εαυτό. Αν και η έννοια της αυτοτιμωρίας είναι παρούσα στη κατάσταση του «ορθορεξικού», η επιβολή του «σωστού» στον εαυτό του είναι ακόμα εντονότερη.

Τα άτομα με συμπτώματα «ορθορεξίας» κρατούν ημερολόγιο-συνήθως νοερά- του τι τρώνε. Τηρούν απαρέγκλιτα τους κανόνες διατροφής, που έχουν θέση αυξάνοντας συνεχώς το βαθμό δυσκολίας αυτών.

Η έλλειψη σιγουριάς για την ποιότητα του φαγητού τους συχνά αντανakλά μια γενικότερη έλλειψη σιγουριάς για όλη τους τη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Αυτού του είδους τα άτομα έχουν υποχονδριακές τάσεις, ασχολούνται υπερβολικά με την υγεία τους και ανησυχούν διαρκώς για πιθανά σωματικά συμπτώματα που πιθανό εκδηλώσουν. Συχνά, πάσχουν από ψυχοσωματικές ασθένειες και ταλαιπωρούνται από την πιθανότητα του ότι μπορεί να πάθουν κάτι, το οποίο ενδεχομένως μπορούν να προλάβουν με την προϋπόθεση ότι τηρούν μια σωστή και απαρέγκλιτη διατροφή.

και «υγιεινή» διατροφή έχει θετική επίδραση στην υγεία όταν, όμως, δε μειώνει τη διασκέδαση της ζωής και δεν επιδρά αρνητικά στις κοινωνικές σχέσεις.

Η συγκεκριμένη τρέφουσα πράγματι αποβήκε να γινε μέλησος τις διατητικές συνηθείας και τρυφύχουνα παρρηγέρους διατητικής συμπεριφοράς νεαράν σιόρων (ωρητών που θεωρούν ότι ακολουθούν υγιεινό τρόπο διατροφής).

Το συγκεκριμένο θα διερευνηθούν το παρόκατο. «Το αν και πώς σιόρος που υιοθετούν «ορθορεξική» συμπεριφορά (και θεωρούν ότι ακολουθούν υγιεινό τρόπο σίτησης) φανερώνουν τις σιότσας της Μισογυνικής δίαιτας, η οποία στις μέρες μας αναγνωρίζεται ως πρότυπο διατροφικών συνηθειών.

«Η συσχέτιση της υιοθέτησης της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς με παρρηγέρους διατητικής συμπεριφοράς, όπως η κατανάλωση μολογκών, υγιεινών και light προϊόντων, η κατανάλωση έτοιμου φαγητού και συμπληρωμάτων διατροφής, η εφημέρωση σε θέματα διατροφής και η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατισματος

7. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να μελετήσει τις διαιτητικές συνήθειες και ταυτόχρονα παραμέτρους διαιτητικής συμπεριφοράς νεαρών ατόμων (φοιτητών που θεωρούν ότι ακολουθούν υγιεινό τρόπο διατροφής).

Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθούν τα παρακάτω:

- Το αν και πόσο άτομα που υιοθετούν «ορθορεξική» συμπεριφορά (και θεωρούν ότι ακολουθούν υγιεινό τρόπο σίτισης), εφαρμόζουν τις συστάσεις της Μεσογειακής διαίτας, η οποία στις μέρες μας αναγνωρίζεται ως πρότυπο διατροφικών συνηθειών.
- Η συσχέτιση της υιοθέτησης της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς με παραμέτρους διαιτητικής συμπεριφοράς, όπως η κατανάλωση βιολογικών, υγιεινών και light προϊόντων, η κατανάλωση έτοιμου φαγητού και συμπληρωμάτων διατροφής, η ενημέρωση σε θέματα διατροφής και η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος.

8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα αυτή μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης σε 104 φοιτητές του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου Αθηνών, ηλικίας 18-26 ετών, και σε φοιτητές άλλων πανεπιστημιακών σχολών, ασχέτων με το αντικείμενο της διατροφής. Εκτός από τα παραπάνω ερωτηματολόγια, οι φοιτητές κατέγραψαν το φύλο, το ύψος, το βάρος και την ηλικία τους, ενώ συμπλήρωσαν και επιλεγμένα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια, τα οποία, όμως, δεν αποτέλεσαν αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

■ Ερωτηματολόγια αξιολόγησης

♦ Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης στάσεων και συνηθειών σχετικά με την υιοθέτηση «υγιεινής» διατροφής (βλ. Παράρτημα).

Στο παραπάνω ερωτηματολόγιο αναφέρονται διαιτητικοί παράμετροι που υποδηλώνουν τις «φανατικά υγιεινές» διατροφικές συνήθειες, όπως αν κάποιος καταναλώνει light, βιολογικά και προϊόντα υγιεινής διατροφής, επισκέπτεται καταστήματα υγιεινής διατροφής, παίρνει συμπληρώματα διατροφής, μαγειρεύει σπίτι, παραγγέλνει φαγητό από έξω ή τρώει έξω, διαβάζει τις ετικέτες των τροφίμων, ενημερώνεται με θέματα διατροφής και ασχολείται με δίαιτες. Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις και η αντίστοιχη βαθμολογία ήταν η εξής:

- ❖ Ποτέ-(0)
- ❖ Σπάνια-(1)
- ❖ Μερικές φορές-(2)
- ❖ Συχνά-(3)

- ❖ Πολύ συχνά-(4)

- ❖ Πάντα-(5)

- ◆Ερωτηματολόγιο ένδειξης υιοθέτησης «ορθορεξικής» συμπεριφοράς (βλ. Παράρτημα).

Ένα επιπλέον ερωτηματολόγιο αξιολόγησης αποτελεί εκείνο που δημοσίευσε πρώτος ο Δρ. Bratman (www.orthorexia.com) και το οποίο χρησιμοποιείται ως κριτήριο στη διάγνωση μιας νέας διατροφικής διαταραχής, της «ορθορεξίας». Το παραπάνω τροποποιήθηκε σε σχέση με την αρχική του μορφή όσον αφορά τη γενική βαθμολογία και την κλίμακα των απαντήσεων. Αναλυτικότερα, οι πιθανές απαντήσεις στις επιμέρους ερωτήσεις ήταν «ποτέ-σπάνια», «μερικές φορές-συχνά», «πολύ συχνά-πάντα» (σε αντίθεση με το «ναι-όχι» στην αρχική μορφή) και η αντίστοιχη βαθμολογία είναι:

- ❖ Ποτέ ή σπάνια-(0)

- ❖ μερικές φορές ή συχνά-(1)

- ❖ Πολύ συχνά ή πάντα-(2)

Όταν το άθροισμα είναι μικρότερο του 8 θεωρούμε ότι το άτομο αυτό δε πάσχει από «ορθορεξία», ενώ όταν το σκορ είναι ίσο ή μεγαλύτερο του 8, τότε το συγκεκριμένο άτομο χαρακτηρίζεται από «ορθορεξική συμπεριφορά».

- ◆Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί τροποποίηση εκείνου του Willett et al, 1985 (βλ. Παράρτημα). Από το συγκεκριμένο υπολογίστηκαν:

ι) Οι μερίδες, όπως αυτές ορίζονται στο FFQ ανά ημέρα στις διάφορες κατηγορίες τροφίμων, που είναι: γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε

λιπαρά, πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα και χυμοί φρούτων, λαχανικά, όσπρια, κρέας, αλλαντικά, fast foods, δημητριακά-αρτοσκευάσματα, γλυκά και ροφήματα (νερό, καφέ με καφεΐνη, καφέ χωρίς καφεΐνη, τσάι, αναψυκτικά, αναψυκτικά light, αλκοολούχα ποτά).

Οι πιθανές απαντήσεις στις επιμέρους ερωτήσεις ήταν: 6+ φορές/ημέρα,

4-6 φορές/ημέρα, 2-3 φορές/ημέρα, 1 φορά/ημέρα, 5-6 φορές/εβδομάδα,

2-4 φορές/εβδομάδα, 1 φορά/εβδομάδα, 1-3 φορές/μήνα, λίγες φορές το χρόνο-ποτέ. Όλες οι απαντήσεις ανάχθηκαν σε μερίδες ανά ημέρα.

ii) Οι μικρομερίδες σύμφωνα με τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής, όπως αυτές φαίνονται στη Μεσογειακή πυραμίδα. Αναλυτικότερα, υπολογίζονται σε καθημερινή βάση οι μικρομερίδες αδρών επεξεργασμένων δημητριακών, φρούτων, λαχανικών, ελαιολάδου και γαλακτοκομικών· σε εβδομαδιαία βάση υπολογίζονται οι μικρομερίδες ψαριών, πουλερικών, οσπρίων, ξηρών καρπών, πατατών, αβγών και γλυκών, ενώ σε μηνιαία βάση υπολογίζεται το κρέας. Ανάλογα με τον αριθμό των μικρομερίδων κάθε κατηγορία-ομάδα τροφίμων βαθμολογείται αντίστοιχα. Έτσι, λοιπόν, ισχύει:

❖ <u>Δημητριακά</u>	έως 2,67 μ/μερίδες-έως 5,34 μ/μερίδες->5,34 μ/μερίδες		
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Φρούτα</u>	έως 1 μ/μερίδα	-έως 2 μ/μερίδες	- έως 3 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Λαχανικά</u>	έως 2 μ/μερίδες	-έως 4 μ/μερίδες	- έως 6 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Ελαιόλαδο</u>	«να» στην κατανάλωση	-	«όχι» στην κατανάλωση
	↓		↓
	3 βαθμοί		1 βαθμός
❖ <u>Γαλακτοκομικά</u>	έως 0,67 μ/μερίδες-έως 1,33 μ/μερίδες->1,33μ/μερίδες		
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Ψάρια</u>	έως 2 μ/μερίδες	-έως 4 μ/μερίδες	-έως 6 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Πουλερικά</u>	≤ 4 μ/μερίδες	-	> 4 μ/μερίδες
	↓		↓
	3 βαθμοί		1 βαθμός
❖ <u>Όσπρια/ Ξηροί καρποί</u>	έως 1 μ/μερίδα	-έως 2 μ/μερίδα	-έως 3 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Πατάτες</u>	έως 1 μ/μερίδα	-έως 2 μ/μερίδα	-έως 3 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί

❖ <u>Αβγά</u>	έως 1 μ/μερίδα	-έως 2 μ/μερίδα	-έως 3 μ/μερίδες
	↓	↓	↓
	1 βαθμός	2 βαθμοί	3 βαθμοί
❖ <u>Γλυκά</u>	≤ 3 μ/μερίδες	-	> 3 μ/μερίδες
	↓		↓
	3 βαθμοί		1 βαθμός
❖ <u>Κόκκινο κρέας</u>	≤ 4 μ/μερίδες	-	> 4 μ/μερίδες
	↓		↓
	3 βαθμοί		1 βαθμός

Από το άθροισμα των βαθμών των παραπάνω ομάδων-τροφίμων προκύπτει το σκορ, που υποδηλώνει το κατά πόσο τα άτομα υιοθετούν το πρότυπο της Μεσογειακής διαίτας.

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα μας, όπως προαναφέραμε στη μεθοδολογία, αποτελείται από 104 άτομα, εκ των οποίων το 79% το αποτελούν κορίτσια, ενώ το 21% αποτελείται από αγόρια. Από τα κορίτσια το 92,7% ήταν φυσιολογικά, όσον αφορά το BMI τους (δηλαδή $BMI < 25 \text{ kgr/m}^2$), ενώ από το σύνολο των αγοριών το 68,2% ήταν υπέρβαρα (δηλαδή $BMI \geq 25 \text{ kgr/m}^2$). Επίσης, το ποσοστό των «ορθορεξικών» κοριτσιών ήταν 52,44%, ενώ το ποσοστό των «ορθορεξικών» αγοριών ήταν 27,27%. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι τα κορίτσια με χαρακτηριστικά «ορθορεξίας» υπερτερούν έναντι των αντίστοιχων αγοριών.

Από τη σύγκριση των δύο κατηγοριών του φύλου (αγόρια-κορίτσια) με τις μερίδες που καταναλώνουν από τις διάφορες ομάδες τροφίμων ανά ημέρα, προκύπτουν τ' ακόλουθα αποτελέσματα:

Πίνακας 1: Σύγκριση (T-test) μεταξύ φύλου (αγόρια-κορίτσια) και μερίδων ανά ημέρα

	Γυναίκες	Άνδρες	p
Γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	1.5065±1.7852	1,2700±1,1206	0,557
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	1,1377±1,4924	1,0164±0,9824	0,719
Φρούτα (μερίδες ανά ημέρα)	2,0921±1,6660	1,3564±0,6276	0,002
Λαχανικά (μερίδες ανά ημέρα)	2,4130±2,2104	1,0232±0,7538	0,000
Όσπρια (μερίδες ανά ημέρα)	0,1921±0,1414	0,1468±0,1103	0,117
Κρέας, κοτόπουλο, ψάρι, αβγά (μερίδες ανά ημέρα)	0,8543±0,6159	0,9145±0,6020	0,683
Σουβλάκια, χάμπουργκερ, πίτσα, χοτ ντογκς (μερίδες ανά ημέρα)	0,3851±0,4642	0,5382±0,2578	0,141
Αλλαντικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,2784±0,3292	0,3991±0,3815	0,143
Ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, Πατάτες (μερίδες ανά ημέρα)	3,4240±2,5539	3,0195±2,5108	0,509
Γλυκά (μερίδες ανά ημέρα)	0,8707±2,6565	0,5982±0,6754	0,635
Νερό, καφές (και ντεκαφεϊνέ) (μερίδες ανά ημέρα)	5,3349±2,5092	5,6109±3,2435	0,668
Τσάι (μερίδες ανά ημέρα)	0,2429±0,5045	0,3050±0,3871	0,593
Αναψυκτικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,2629±0,3948	0,5545±0,7093	0,076
Αναψυκτικά light (μερίδες ανά ημέρα)	0,3306±0,6255	0,8732±1,3000	0,070
Αλκοόλ (μερίδες ανά ημέρα)	0,7832±2,7323	0,6500±0,6750	0,822
Μυρωδικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,84±0,37	0,73±0,46	0,287

Πίνακας 2: Συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman των μερίδων ανά ημέρα και της υιοθέτησης «ορθορεξικής» συμπεριφοράς.

	Συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman	p
Γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	0,306	0,002
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	-0,132	0,180
Φρούτα (μερίδες ανά ημέρα)	0,245	0,012
Λαχανικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,336	0,000
Όσπρια (μερίδες ανά ημέρα)	0,289	0,003
Κρέας,κοτόπουλο,ψάρι,αβγά (μερίδες ανά ημέρα)	0,074	0,452
Σουβλάκια,χάμπουργκερ, πίτσα,χοτ ντογκς (μερίδες ανά ημέρα)	-0,093	0,347
Αλλαντικά (μερίδες ανά ημέρα)	-0,159	0,106
Ψωμί,μακαρόνια,ρύζι, Πατάτες (μερίδες ανά ημέρα)	-0,249	0,011
Γλυκά (μερίδες ανά ημέρα)	-0,164	0,096
Νερό,καφές (και ντεκαφεϊνέ) (μερίδες ανά ημέρα)	-0,127	0,200
Τσάι (μερίδες ανά ημέρα)	0,106	0,284
Αναψυκτικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,029	0,766
Αναψυκτικά light (μερίδες ανά ημέρα)	0,067	0,498
Αλκοόλ (μερίδες ανά ημέρα)	0,019	0,850
Μυρωδικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,008	0,940

Παρατηρείται θετική συσχέτιση, στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$), μεταξύ της υιοθέτησης της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς και της κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλά σε λιπαρά ($r=0,306$, $p=0,002$), φρούτων ($r=0,245$, $p=0,012$), λαχανικών ($r=0,336$, $p < 0,01$) και οσπρίων ($r=0,336$, $p=0,003$).

Επιπλέον, από τον παραπάνω πίνακα, φαίνεται η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της υιοθέτησης της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς και της κατανάλωσης αμυλούχων τροφών, όπως το ψωμί, τα μακαρόνια, το ρύζι, οι πατάτες ($r= -0,249$, $p=0,11$). Τέλος, φαίνονται οι αρνητικές συσχετίσεις αυτών των ατόμων με τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, τα γλυκά, τα αλλαντικά, τον καφέ και τα fast foods (οι συσχετίσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές). Από τη σύγκριση των «ορθορεξικών» και των μη «ορθορεξικών» τύπων σε σχέση με τις μερίδες ανά ημέρα προκύπτουν αποτελέσματα τα οποία παρατίθενται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Σύγκριση «φυσιολογικών» - «ορθορεξικών» σε μερίδες τροφίμων ανά ημέρα

	Φυσιολογικοί(0-7)	Ορθορεξικοί(>8)	p
Γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	0,9667±1,0053	2,0061±2,0561	0,002
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (μερίδες ανά ημέρα)	1,3202±1,5646	0,8784±1,1518	0,102
Φρούτα (μερίδες ανά ημέρα)	1,7476±1,3949	2,1484±1,6661	0,185
Λαχανικά (μερίδες ανά ημέρα)	1,7275±1,9332	2,5586±2,1480	0,040
Όσπρια (μερίδες ανά ημέρα)	0,1485±0,1129	0,2206±0,1506	0,008
Κρέας,κοτόπουλο,ψάρι,αβγά (μερίδες ανά ημέρα)	0,8407±0,5735	0,8965±0,6544	0,644
Σουβλάκια,χάμπουργκερ, πίτσα,χοτ ντογκς (μερίδες ανά ημέρα)	0,4204±0,3232	0,4143±0,5326	0,943
Αλλαντικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,3189±0,3346	0,2871±0,3541	0,639
Ψωμί,μακαρόνια,ρύζι, Πατάτες (μερίδες ανά ημέρα)	3,6478±2,1862	2,9912±2,8660	0,189
Γλυκά (μερίδες ανά ημέρα)	0,7287±0,7500	0,9078±3,3890	0,704
Νερό,καφές (και ντεκαφεϊνέ) (μερίδες ανά ημέρα)	6,0236±2,3759	4,6857±2,8173	0,011
Τσάι (μερίδες ανά ημέρα)	0,2942±0,4662	0,2133±0,4983	0,394
Αναψυκτικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,4171±0,6237	0,2208±0,2353	0,034
Αναψυκτικά light (μερίδες ανά ημέρα)	0,6211±1,0943	0,2482±0,2296	0,018
Αλκοόλ (μερίδες ανά ημέρα)	0,5135±0,9265	1,0261±3,4199	0,288
Μυρωδικά (μερίδες ανά ημέρα)	0,78±0,42	0,86±0,35	0,321

Μετά από την εφαρμογή του T-test μεταξύ των δύο κατηγοριών συμπεραίνουμε πως οι «ορθορεξικοί» καταναλώνουν σε μεγαλύτερη ποσότητα σε σχέση με τους «φυσιολογικούς» γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λίπος ($2,0061 \pm 2,0561$ μερίδες/ημέρα $> 0,9667 \pm 1,0053$ μερίδες/ημέρα, $p=0,002$), λαχανικά ($2,5586 \pm 2,1480$ μερίδες/ημέρα $> 1,7275 \pm 1,9332$ μερίδες/ημέρα, $p=0,040$) και όσπρια ($0,2206 \pm 1,1506$ μερίδες/ημέρα $> 0,1485 \pm 0,1129$ μερίδες/ημέρα, $p=0,008$).

Αντίθετα, οι «φυσιολογικοί» καταναλώνουν περισσότερο ροφήματα (νερό, καφέ, ντεκαφεϊνέ καφέ) ($6,0236 \pm 2,3759$ μερίδες/ημέρα $> 4,6857 \pm 2,8173$ μερίδες/ημέρα, $p=0,011$), αναψυκτικά ($0,4171 \pm 0,6237$ μερίδες/ημέρα $> 0,2208 \pm 0,2353$ μερίδες/ημέρα, $p=0,034$) και αναψυκτικά τύπου light ($0,6211 \pm 1,0943$ μερίδες/ημέρα $> 0,2482 \pm 0,2896$ μερίδες/ημέρα, $p=0,018$).

Παράλληλα, μεταξύ ατόμων που διαθέτουν χαρακτηριστικά «ορθορεξίας» («ορθορεξικοί» τύποι) και αυτών που δεν παρουσιάζουν κάποια τέτοια γνωρίσματα («φυσιολογικοί» τύποι) δεν υπάρχει διαφορά ως προς την εμμονή τους με το πρότυπο της Μεσογειακής Δίαιτας (Mann-Whitney $U=1341,500$, $p=0,969$). Επίσης, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και του σκορ υιοθέτησης της Μεσογειακής δίαιτας ($r=-0,126$, $p=0,203$), με αποτέλεσμα να μη διαφέρει το παραπάνω σκορ είτε πρόκειται για

άτομα φυσιολογικού βάρους, είτε πρόκειται για υπέρβαρους (Mann-Whitney $U=802,000$, $p=0,970$).

Ταυτόχρονα, έγιναν κάποιες συγκρίσεις μεταξύ «ορθορεξικών» και «φυσιολογικών» ατόμων σχετικά με τις μικρομερίδες της προτύπου Μεσογειακής διατροφής (Μεσογειακή πυραμίδα) σε όλες τις ομάδεςτροφίμων σε καθημερινή, εβδομαδιαία, ή μηνιαία βάση αντιστοίχως. Έτσι, προκύπτει ο παρακάτω πίνακας:

Πίνακας 4: Σύγκριση «φυσιολογικών» - «ορθορεξικών» με μικρομερίδες τροφίμων, σύμφωνα με το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφικής πυραμίδας.

	Φυσιολογικοί(0-7)	Ορθορεξικοί(>8)	p
Αδρά επεξεργασμένα Δημητριακά (μικρομερίδες ανά ημέρα)	3,1865±2,1043	2,6090±2,6699	0,221
Φρούτα (μικρομερίδες ανά ημέρα)	2,5980±2,6636	2,8163±2,1823	0,601
Λαχανικά (μικρομερίδες ανά ημέρα)	1,7275±1,9332	2,5610±2,1491	0,040
Ελαιόλαδο (μικρομερίδες ανά ημέρα)	0,78±0,42	0,94±0,24	0,020
Γαλακτοκομικά (μικρομερίδες ανά ημέρα)	2,2862±4,7760	2,8641±2,3761	0,160
Ψάρια (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	1,8431±3,5612	2,1912±1,9480	0,545
Πουλερικά (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	3,2060±3,8439	2,7116±2,0572	0,424
Όσπρια,ξηροί καρποί (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	1,4042±1,0135	1,4761±1,4021	0,763
Πατάτες (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	3,3455±2,1771	3,1453±6,3363	0,826
Αβγά (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	0,8189±0,8836	1,4490±1,5983	0,017
Γλυκά (μικρομερίδες ανά εβδομάδα)	7,0740±6,3990	8,0412±23,6182	0,771
Κόκκινο κρέας (μικρομερίδες ανά μήνα)	16,4213±11,7904	16,0306±17,9541	0,896
Med score	0,2389±3,39	0,2384±3,20	0,969

Απ' ότι φαίνεται, τα άτομα με «ορθορεξική» συμπεριφορά προσεγγίζουν περισσότερο σε σχέση με αυτά που δεν παρουσιάζουν τέτοια χαρακτηριστικά, τον αριθμό των προτύπων μικρομερίδων λαχανικών ($2,5610 \pm 2,1491$ μικρομερίδες/ημέρα $> 1,7275 \pm 1,9332$ μικρομερίδες/ημέρα $p=0,040$), ελαιολάδου ($0,94 \pm 0,24$ μικρομερίδες/ημέρα $> 0,78 \pm 0,42$ μικρομερίδες/ημέρα, $p=0,020$) και αβγών ($1,4490 \pm 1,5983$ μικρομερίδες/εβδομάδα $> 0,8189 \pm 0,8836$ μικρομερίδες/εβδομάδα, $p=0,017$).

Για να μελετηθεί η επίδραση των διαφόρων τροφίμων στο σκορ υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση και συγκεκριμένα ανάλυση παλινδρόμησης κατά βήματα. Βρέθηκε, ότι η κατανάλωση λαχανικών, οσπρίων, αμυλούχων τροφίμων, φρούτων και πλήρων γαλακτοκομικών προϊόντων εξηγούν το 49% της διακύμανσης του σκορ υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας (για τα λαχανικά: $\text{Partial-}r=0,39$, $p < 0,01$, για τα όσπρια: $\text{Partial-}r=0,23$, $p=0,004$, για τα αμυλούχα: $\text{Partial-}r=0,27$, $p=0,006$, για τα φρούτα: $\text{Partial-}r=0,23$, $p=0,023$, για τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα $\text{Partial-}r=0,20$, $p=0,04$).

Από τη σύγκριση των παραμέτρων της διαιτητικής συμπεριφοράς, (όπως η κατανάλωση light, βιολογικών και υγιεινών προϊόντων, έτοιμου φαγητού, η ενημέρωση με θέματα διατροφής, η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος κτλ.) με το σκορ της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής προκύπτει το εξής

αποτέλεσμα: Αυτοί που επισκέπτονται καταστήματα υγιεινής διατροφής από ποτέ-μερικές φορές είναι περισσότερο «οπαδοί» της μεσογειακής διατροφής ($U=24,24\pm 3,20$) από εκείνους που τα επισκέπτονται από συχνά έως πάντα ($U=22,63\pm 3,32$, $p=0,023$).

Τέλος, έγιναν κάποιες διαπιστώσεις όσον αφορά τις διαιτητικές συνήθειες και προτιμήσεις των ατόμων με «ορθορεξικά» χαρακτηριστικά και μελετήθηκαν κάποιες παράμετροι της διαιτητικής τους συμπεριφοράς. Προκύπτουν, λοιπόν, τα εξής:

- Μεταξύ αυτών των ατόμων που αγοράζουν από συχνά έως και πάντα προϊόντα light, το 70,2% είναι «ορθορεξικοί», ενώ το 29,8% είναι «φυσιολογικοί» ($\chi^2=18,36$, $p < 0,01$).
- Μεταξύ αυτών των ατόμων που καταναλώνουν συχνά βιολογικά προϊόντα το 80,8% είναι «ορθορεξικοί», ενώ το 19,2% είναι «φυσιολογικοί» ($\chi^2=16,510$, $p=0,001$).
- Μεταξύ αυτών των ατόμων που επισκέπτονται από συχνά έως και πάντα καταστήματα υγιεινής διατροφής το 83,3% είναι «ορθορεξικοί», ενώ το 16,7% είναι «φυσιολογικοί» ($\chi^2=16,475$, $p < 0,01$).
- Μεταξύ αυτών που αγοράζουν απο' συχνά μέχρι πάντα προϊόντα υγιεινής διατροφής το 66,7% είναι άτομα με «ορθορεξικά» χαρακτηριστικά, ενώ το 33,3% είναι άτομα που δε παρουσιάζουν τέτοια γνώρισμα ($\chi^2=10,808$, $p=0,001$).
- Μεταξύ εκείνων των ατόμων που λαμβάνουν συμπληρώματα διατροφής από συχνά έως και πάντα, το 76,5% πάσχουν από

«ορθορεξία», ενώ το 23,5% δεν έχουν κάποιο τέτοιου είδους πρόβλημα ($\chi^2=7,028$, $p=0,008$).

- Από αυτούς που παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω από ποτέ έως και μερικές φορές το 46,5% είναι «φυσιολογικοί», ενώ το 53,5% είναι «ορθορεξικοί» ($\chi^2=8,099$, $p=0,004$).
- Μεταξύ αυτών των ατόμων που διαβάζουν τις ετικέτες των τροφίμων από συχνά έως και πάντα το 55,1% είναι «ορθορεξικοί», ενώ το 44,9% είναι «φυσιολογικοί» ($\chi^2=8,040$, $p=0,005$).
- Από εκείνα τα άτομα που ενημερώνονται με θέματα σχετικά με διατροφή από ποτέ έως και μερικές φορές το 76,9% είναι «φυσιολογικοί», ενώ το 23,1% αυτών έχουν πρόβλημα «ορθορεξικής» συμπεριφοράς ($\chi^2=8,040$, $p=0,005$).
- Μεταξύ των ατόμων που ασχολούνται από συχνά έως και πάντα με δίαιτες αδυνατίσματος ή «υγιεινής» διατροφής το 71,1% είναι «ορθορεξικοί», ενώ το 28,9% είναι «φυσιολογικοί» ($\chi^2=18,330$, $p < 0,01$).

10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η «ορθορεξία» αποτελεί μια νεοεμφανιζόμενη διατροφική διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται, όχι μόνο, με την κατανάλωση «υγιεινών» και «σωστών» τροφών, αλλά και σαν εμμονή με αυτού του είδους τις τροφές.

Ιδιαίτερα εντυπωσιακό είναι το συνολικό ποσοστό των «ορθορεξικών» ατόμων (αγοριών και κοριτσιών) στο δείγμα που ανάγεται στο 47%. Οι ελάχιστες μελέτες, που έχουν γίνει από το Δρ. Bratman και κάποιους άλλους ερευνητές (Donini, et. al, 2004) δεν έχουν καταλήξει σε σαφή αποτελέσματα σχετικά με το αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, στα ποσοστά εμφάνισης των χαρακτηριστικών της «ορθορεξίας». Η παρούσα, όμως, μελέτη δείχνει πως το ποσοστό των «ορθορεξικών» κοριτσιών είναι σαφώς μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των αγοριών. Ειδικότερα, στα κορίτσια το 50% περίπου, παρουσιάζει «ορθορεξική» συμπεριφορά και ταυτόχρονα το 92,7% του συνόλου των κοριτσιών έχει φυσιολογικό BMI ($< 25\text{kg}/\text{m}^2$). Αυτό το συμπέρασμα δικαιολογείται και από τη μέχρι τώρα βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει, ότι τα άτομα που ασχολούνται με την «υγιεινή» διατροφή και προσέχουν το καθημερινό τους διαιτολόγιο έχουν φυσιολογικό βάρος ή μικρό ποσοστό είναι ελλειποβαρές (Young, et al, 2001).

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα αποδεικνύουν, πως οι γυναίκες υπερτερούν των ανδρών όσον αφορά τα ποσοστά εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών (όπως ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία). Εντούτοις, παρατηρείται,

τελευταία, μια αύξηση του αριθμού των ανδρών που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα (Kjelsas, et al, 2003). Έχει βρεθεί πως το 10-25% των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές είναι αγόρια (Woodside, et al, 2001). Οι γυναίκες, όμως, είναι αυτές που κρατούν τα «ηνία» του τίτλου.

Αναλυτικότερα, έρευνες έδειξαν πως οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εσωστρέφεια, η αυστηρότητα, η υπακοή, η νευρικότητα και τελειομανία (Kjelsas, et al, 2003). Παράλληλα, η δυσαρέσκεια της εικόνας τους σώματος πολλών κοριτσιών οδηγεί σε αυτού του είδους τις παθολογικές καταστάσεις. Αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι παρουσιάζεται υψηλή συχνότητα ατόμων με διατροφικές διαταραχές σε αυτές τις ομάδες, στις οποίες δίνεται μεγάλη έμφαση στην απόκτηση και διατήρηση ενός λεπτού και «ιδανικού» σώματος (π.χ. χορεύτριες, μοντέλα, αθλήτριες) (Furnham, et al, 2002).

Η σχέση μεταξύ της δυσαρέσκειας του σώματος και των διατροφικών διαταραχών δεν είναι εντελώς σαφής στους άνδρες (Furnham, et al, 2002). Τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν διαφορά μεταξύ των ανδρών-γυναικών όσον αφορά το είδος της δυσαρέσκειας. Οι άνδρες επιθυμούν ν' αποκτήσουν σώμα σε σχήμα-V, με έμφαση στους δικεφάλους, στο στήθος και στους ώμους, ενώ οι γυναίκες επιθυμούν να είναι λεπτές και κομψές, περιορίζοντας όσο είναι δυνατό το πάχος στους γλουτούς και στους μηρούς. Οι τελευταίες δυσανασχετούν περισσότερο με το σώμα τους, θεωρώντας συνεχώς ότι είναι υπέρβαρες, χωρίς, όμως, αυτό να

ισχύει. Οι άνδρες, λοιπόν, προσπαθούν να πάρουν βάρος, προκειμένου να γίνουν μυώδεις και να πετύχουν το ιδανικό σώμα. Αντίθετα, αυτής της κατηγορίας οι γυναίκες επιχειρούν σε καθημερινή βάση να χάνουν βάρος, καλύπτοντας, έτσι, τα πρότυπα που προβάλλει η «βιομηχανία» της μόδας. Με αυτόν τον τρόπο, ικανοποιείται η αυτοεκτίμηση και το γόητρό τους. Στους άνδρες, όμως, η χαμηλή αυτοεκτίμηση που προκύπτει από τη δυσαρέσκεια του σώματός τους βρέθηκε ότι έχει μικρότερη σχέση από αυτή των γυναικών. Αυτό, λοιπόν, εξηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό κοριτσιών με διατροφικές διαταραχές. Επομένως είναι πιθανό και τα κορίτσια με «ορθορεξικά» χαρακτηριστικά να «υποφέρουν» από αυτού του είδους τις ανασφάλειες και τις εμμονές, αφού, ήδη, κυριαρχούνται από τη «μανία» για σωστή και υγιεινή διατροφή.

Αναλυτικότερα, αποδεικνύεται από την παρούσα έρευνα η θετική συσχέτιση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλά σε λιπαρά και η αρνητική συσχέτιση των αμυλούχων τροφών, με την υιοθέτηση της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς.

Γενικότερα, ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (π.χ. ψυχογενή ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία) αποφεύγουν τις αμυλούχες τροφές (Crisp 1965, Hurst, et.al, 1997), μια στάση που ορίζεται ως «υδατανθρακοφοβία» (Drewnowski, et. al, 1988). Παράλληλα, δείχνουν απέχθεια προς τα λιπαρά προϊόντα και ακολουθούν μια διατροφή χαμηλή σε λίπος (Drewnowski, et. al, 1988, Fernstrom, et. al, 1994, Moreinas-Vonela, et. al, 1989, Schebendach, et. al, 1997). Θεωρούν τα αμυλούχα πλούσια σε ενέργεια κι όχι μόνο τα

περιορίζουν αλλά και τ' αποφεύγουν. Η «ορθορεξική» συμπεριφορά σχετίζεται θετικά με τα light γαλακτοκομικά προϊόντα, αφού τα τελευταία είναι χαμηλά σε λιπος. Επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι αυτού του είδους η συμπεριφορά ακολουθεί κάποια πρότυπα διατροφής που συμπίπτουν μ' εκείνα των ατόμων που πάσχουν από άλλες διατροφικές διαταραχές, όπως η ψυχογενής ανορεξία.

Ενώ, όμως, οι ανορεξικοί και βουλιμικοί ασθενείς ασχολούνται κυρίως με την ποσότητα του φαγητού, οι «ορθορεξικοί» έχουν εμμονή με την ποιότητα της τροφής. Κατηγοριοποιούν τα τρόφιμα σε «καλά» και «κακά», προτιμούν φανερά κάποια προϊόντα (π.χ φρούτα και λαχανικά) και ταυτόχρονα αποφεύγουν κάποια άλλα (π.χ. κατεργασμένα σνακς). Με αυτόν τον τρόπο, θεωρούν οι ίδιοι, πως βελτιώνουν τις διατροφικές τους συνήθειες και τελικά υιοθετούν μια ισορροπημένη και «υγιεινή» διατροφή. Το τελευταίο διαψεύδεται από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης. Και αυτό, γιατί φαίνεται, ότι η υιοθέτηση της «ορθορεξικής» συμπεριφοράς δε σχετίζεται με τις αρχές της Μεσογειακής δίαιτας, η οποία αποτελεί, στις μέρες μας, το πρότυπο «υγιεινής» διατροφής. Είναι, πλέον, φανερό, ότι τα άτομα με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά ακολουθούν δικά τους πρότυπα διατροφής. Ορίζουν οι ίδιοι τις ομάδες τροφίμων που έχουν θετικές επιδράσεις στην υγεία, αποκτούν εμμονή γι' αυτές, χάνοντας, έτσι, την αίσθηση του μέτρου και της ισορροπίας. Αντίθετα, απορρίπτουν κάποιες άλλες τροφές από το καθημερινό τους διαιτολόγιο και μετά από κάποιο χρονικό διάστημα οδηγούνται στην «ορθορεξία».

Αποκτούν, με αυτόν τον τρόπο, τον έλεγχο της δικής τους ζωής, ταυτοποιούν τη διαιτητική τους συμπεριφορά στα δικά τους πιστεύω, ενώ οποιαδήποτε άλλη διατροφική συνήθεια είναι λανθασμένη.

Παρ' όλα αυτά, οι «ορθορεξικοί» φαίνεται να προσεγγίζουν περισσότερο το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφικής πυραμίδας σε σχέση με τους μη «ορθορεξικούς» σε τρεις κατηγορίες τροφίμων: στα λαχανικά, στα ελαιόλαδο και στα αβγά. Και οι τρεις αυτές τροφές αποτελούν βασικά συστατικά της Μεσογειακής διαίτας με τα λαχανικά και το ελαιόλαδο να βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας. Εντούτοις, όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ενδεικτικές ομάδες τροφίμων που φαίνεται να ερμηνεύουν τη βαθμολογία στη κλίμακα υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα αμυλούχα και τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα. Επομένως, επιβεβαιώνεται το παραπάνω συμπέρασμα που αναφέρει ότι τα άτομα με χαρακτηριστικά «ορθορεξίας» ακολουθούν ένα δικό τους τρόπο «υγιεινής» διατροφής, που τυγχάνει σε αρκετά σημεία να συμπίπτει με το παγκόσμιο καθιερωμένο πρότυπο της Κρητικής παραδοσιακής κουζίνας, όχι όμως σε όλα. Επιλεκτικά καταναλώνουν τις τροφές που θεωρούν ότι προωθούν την υγεία, ενώ αγνοούν άλλες. Ανάλογα, λοιπόν, με το τι θεωρούν αυτοί «καλές» τροφές για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας προτιμούν τα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά, τα λαχανικά, τα όσπρια περισσότερο από τους μη «ορθορεξικούς». Το τελευταίο ισχύει γενικότερα για τα άτομα που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές, τα οποία δείχνουν μια απέχθεια ως προς το κορεσμένο

λίπος(κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά) (Hoerr, et al, 2002). Θεωρούν ότι καταναλώνοντας τροφές χαμηλές σε λίπος προωθούν την υγεία, προλαμβάνοντας την παχυσαρκία και περιορίζοντας τις συσχετιζόμενες με τη διατροφή ασθένειες (Sandrai, et al, 2000). Αντί των κορεσμένων λιπών προτιμούν τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, όπως το ελαιόλαδο, σε συνδυασμό με τους ξηρούς καρπούς, τα όσπρια και τα λαχανικά (Vaz, et al, 1998). Παράλληλα, όσον αφορά τα υγρά, όπως το νερό, το καφέ, τα αναψυκτικά (light και μη) οι «ορθορεξικοί» δείχνουν μια μικρότερη προτίμηση απ' ότι οι «φυσιολογικοί». Σε αυτό το σημείο, επισημαίνεται μια διαφορά σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από τις άλλες διατροφικές διαταραχές (π.χ. ψυχογενή ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία) (Sours, 1983). Τα τελευταία καταναλώνουν ιδιαίτερα μεγάλες ποσότητες καφέ και αναψυκτικών light. Αποφεύγουν, με αυτόν τον τρόπο, το φαγητό έχοντας την ψευδαίσθηση ότι δεν πεινούν.

Η συσχέτιση της «ορθορεξίας» με παραμέτρους της διαιτητικής συμπεριφοράς δείχνει, ότι οι «ορθορεξικοί» αγοράζουν συχνότερα προϊόντα light, βιολογικά προϊόντα και προϊόντα υγιεινής διατροφής σε σχέση με τους μη «ορθορεξικούς». Το συμπέρασμα είναι αναμενόμενο, αφού αυτού του είδους τα άτομα έχουν παθολογική εμμονή με την υγιεινή διατροφή. Το άγχος τους περιστρέφεται γύρω από τον τρόπο που θα εφαρμόσουν και θα διατηρήσουν τις υγιεινές συνθήκες ζωής. Επισκέπτονται, σχεδόν πάντα, καταστήματα υγιεινής διατροφής και αγοράζουν συμπληρώματα με την πεποίθηση, ότι θα τους δώσουν τ' απαραίτητα μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά.

Έρευνα έδειξε, ότι η χρησιμοποίηση συμπληρωμάτων σχετίζεται με τις γνώσεις πάνω σε θέματα διατροφής και με το οικονομικό επίπεδο των ατόμων (Connera, et al, 2001). Τα πρώτα προστατεύουν τον οργανισμό από ποικίλλες ασθένειες, γεγονός που παροτρύνει τους «ορθορεξικούς» να τα δοκιμάσουν, προκειμένου να αποφύγουν την σωματική και ψυχική ταλαιπωρία που μια αρρώστια θα τους επιφέρει. Βέβαια, δυνατή επιρροή ασκούν τα μέσα ενημέρωσης (βιβλία, περιοδικά, τηλεόραση), από τα οποία ενημερώνονται οι «ορθορεξικοί» και γενικότερα όσοι πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, σχετικά με θέματα διατροφής και δίαιτες αδυνατίσματος.

Στα πλαίσια της ενημέρωσης των ατόμων με «ορθορεξικά» χαρακτηριστικά περιλαμβάνεται και η συχνή ανάγνωση των ετικετών των τροφίμων.

Τέλος, τα παραπάνω άτομα παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω σπανιότερα σε σχέση με τους μη «ορθορεξικούς». Αντίθετα, μαγειρεύουν μόνοι τους, ακολουθώντας ένα καλά οργανωμένο καθημερινό πρόγραμμα, όσον αφορά τ' αναλώσιμα τρόφιμα, αλλά και τον τρόπο μαγειρέματος. Έτσι, αποφεύγουν τη μεγάλη πρόσληψη ενέργειας και λίπους, ενώ δε ξεφεύγουν από το πρότυπο της υγιεινής διατροφής που πρεσβεύουν. Μελέτες έδειξαν, ότι η κατανάλωση fast foods συνδέεται με αυξημένη πρόσληψη ενέργειας και λίπους, με κατανάλωση ανθρακούχων αναψυκτικών και χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (French, et al, 2001, Paeratakul, et al, 2003, Neumark-Sztainer, et al, 1997). Αυτά τα στοιχεία συμφωνούν με τα νέα δεδομένα, αφού τα άτομα με «ορθορεξική» συμπεριφορά

χαρακτηρίζονται από την απέχθεια προς την υψηλή καθημερινή ενεργειακή πρόσληψη και πρόσληψη λίπους, ενώ, αντίθετα αρέσκονται σε χορτοφαγικές δίαιτες. Επίσης, τα έτοιμα φαγητά συσχετίζονται αρνητικά με την κατανάλωση συμπληρωμάτων διατροφής (Ishihara, et al, 2003). Τα τελευταία βρίσκουν μεγαλύτερη εφαρμογή σε γυναίκες φυσιολογικού βάρους, που καταναλώνουν υψηλές ποσότητες φρούτων και λαχανικών (Gunther, et al, 2004, Lyle, et al, 1998). Θεωρείται, λοιπόν, ότι εξασφαλίζουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής με σαφείς και ακριβείς προσλήψεις συστατικών, γεγονός που αποτελεί στόχο ζωής για τα «ορθορεξικά» άτομα (Kirk, et al, 1999, Yu, et al, 2003).

Τόσο η χρησιμοποίηση συμπληρωμάτων διατροφής, όσο και ανάγνωση των ετικετών των προϊόντων προϋποθέτουν διατροφικές γνώσεις (Miller, et al, 2004, Jordan, et al, 2004). Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι γυναίκες (80%) (Reide, et al, 1994), που ασχολούνται με τη βελτίωση των διαιτητικών τους συνηθειών, γνωρίζοντας τις επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία (Legault, et al, 2004). Έτσι, προσλαμβάνουν σε καθημερινή βάση πολλές διαιτητικές ίνες, αποφεύγουν το λίπος και προτιμούν τα light προϊόντα (Kreuter, et al, 1997, Cullum, et al, 1997, Neuhouser, et al, 1999).

Εντούτοις, παρόλη την πληροφόρηση, τα άτομα με «ορθορεξική» συμπεριφορά εξακολουθούν να τηρούν ένα δικό τους πρότυπο «υγιεινής» διατροφής, που δε συμφωνεί σε όλα τα σημεία με τους κανόνες της Μεσογειακής διαίτας (καθοερωμένο, πλέον, πρότυπο υγιεινής διατροφής). Αυτό, πιθανό, να οφείλεται, στο ότι η ενημέρωση

αυτών των προσώπων δε γίνεται από πηγές επιστημονικά τεκμηριωμένες, αλλά από απλά περιοδικά και βιβλία που δεν αποτελούν δείγματα αξιοπιστίας.

Τέλος, από την παρούσα μελέτη προέκυψαν κι άλλα ενδιαφέροντα αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα η διαφοροποίηση των δύο φύλων στην κατανάλωση ορισμένων ομάδων τροφίμων. Αναλυτικότερα, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών, όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Ελάχιστοι άνδρες γνωρίζουν την απαιτούμενη καθημερινή πρόσληψη αυτών των τροφών ή και γενικότερα άλλων ομάδων τροφίμων (Baker, et al, 2003). Παράλληλα, μικρότερος είναι και ο αριθμός αυτών που έχουν γνώσεις σχετικά με τη διατροφή ή αυτών που γνωρίζουν τη σχέση μεταξύ καθημερινής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και προστασίας της ανθρώπινης υγείας από ποικίλλες ασθένειες (Baker, et al, 2003). Υπάρχουν διάφορες ερμηνείες για τη «φτωχότερη» γνώση των ανδρών σχετικά με τη διατροφή. Οι γυναίκες είναι αυτές που κατά κύριο λόγο επισκέπτονται τα καταστήματα διατροφής (π.χ τα supermarkets), ή ενημερώνονται από αντίστοιχα περιοδικά (Baker, et al, 2003). Είναι πιθανό, η πρόσφατη έκδοση και διάδοση όλο και περισσότερων αντρικών περιοδικών σχετικά με την υγεία και η αναφορά αυτών των θεμάτων από τα μέσα ενημέρωσης, να δώσει μεγαλύτερη έμφαση στο τομέα της διατροφής και για τους άνδρες και ν' αποτελέσει μια αλλαγή στη μέχρι τώρα δεδομένη κατάσταση. Πάντως αποτελεί, πλέον, γεγονός, ότι οι διατροφικές γνώσεις

επηρεάζουν τη διαιτητική πρόσληψη, αφού γνώση και συμπεριφορά είναι έννοιες άρρηκτα δεμένες (Logue, 1991).

Επιπλέον, μια επιδημιολογική μελέτη της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Μινεσότα (Perry, et al, 2001) αναφέρει, ότι η ομάδα των γυναικών που καταναλώνει περισσότερα φρούτα και λαχανικά είναι δυσареστημένη από την εικόνα του σώματός της, ενώ, αρκετές φορές, επιδίδεται σε δίαιτες αδυνατίσματος. Περισσότερα κορίτσια απ' ό,τι αγόρια αισθάνονται ένοχα για το φαγητό, μερικές φορές τρώνε από πλήξη, ενώ προσπαθούν να επιλέξουν τρόφιμα που είναι «καλά» και περιέχουν χαμηλό ποσοστό λίπους (Nowak, et al, 1996). Σημαντικό στοιχείο της παραπάνω έρευνας είναι ότι οι κοπέλες αυτές παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές και κατ' επέκταση ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Θεωρούν ότι ακολουθούν έναν «υγιεινό» τρόπο ζωής, χωρίς αυτό ουσιαστικά να συμβαίνει. Μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά αποδίδει στον οργανισμό υψηλές ποσότητες βιταμινών, ενώ μειώνει αισθητά το συνολικό προσλαμβανόμενο λίπος. Εντούτοις, δε μπορεί να καλύψει τις πλήρεις διατροφικές απαιτήσεις, αν δε συνοδεύεται από τις άλλες ομάδες τροφίμων.

Όπως, λοιπόν, προαναφέρθηκε, οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Από τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα η «ορθορεξία» αποτελεί μια τέτοιου είδους διαταραχή. Επομένως, είναι πολύ λογικό να σχετίζεται κι αυτή με την παραπάνω ομάδα τροφίμων.

Συμπερασματικά, τα άτομα με χαρακτηριστικά «ορθορεξίας» προτιμούν συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων, ενώ απορρίπτουν κάποιες άλλες. Δημιουργούν ένα δικό τους πρότυπο διατροφής, το οποίο συμπίπτει σε κάποια σημεία με αυτό της Μεσογειακής διαίτας. Παράλληλα, εμφανίζουν αρκετές ομοιότητες με τα άτομα που πάσχουν από γενικότερες διατροφικές διαταραχές. Στην εποχή μας τα κρούσματα αυτών των παθολογικών καταστάσεων συνεχώς και αυξάνονται, επισημαίνοντας σε όλους τη βαρύτητα του συγκεκριμένου προβλήματος.

11. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική «ορθορεξία» θα πρέπει να καταλάβουν ότι κάθε δίαιτα ή σύστημα διατροφής που καταπιέζει σε ψυχολογικό επίπεδο είναι επικίνδυνο. Ολόκληρη η ζωή δεν είναι ένα μενού. Γι' αυτό :

- Μέτρο και ποικιλία

Τα συγκεκριμένα άτομα οφείλουν να κατανοήσουν την ουσία του μέτρου, έτσι ώστε να μη φοβούνται ότι χωρίς το διαιτητικό πρόγραμμα θα καταφύγουν σε υπερβολές. Τίποτα δεν είναι βλαβερό, όταν καταναλώνεται με μέτρο. Πρέπει ν' απολαμβάνει ο καθένας ότι του αρέσει, χωρίς να αισθάνεται ενοχές γι' αυτό. Είναι σημαντικό να νιώθει κανείς ότι μπορεί να ελέγξει το φαγητό, χωρίς να τον ελέγχει εκείνο. Ο χρυσός κανόνας είναι: «Όποιος πεινάει τρώει και σταματάει όταν χορταίνει». Έτσι, προλαμβάνονται καταστάσεις, χωρίς να δημιουργούνται προβλήματα παχυσαρκίας, αλλά αποφεύγονται και καταστάσεις διατροφικών διαταραχών.

- Καθοδήγηση και συμβουλές ειδικού

Κάθε σκεπτόμενος άνθρωπος οφείλει να μην ασπάζεται διαιτητικά προγράμματα, χωρίς συμβουλή ειδικού. Οποιοδήποτε διαιτολόγιο που εξαιρεί ομάδες δε πρέπει ν' ακολουθείται, χωρίς ένας διαιτολόγος να προτείνει ταυτόχρονα πηγές, οι οποίες θα εξασφαλίσουν τα θρεπτικά συστατικά που έχει ανάγκη ο ανθρώπινος οργανισμός.

- Ας ξεχαστεί για λίγο το φαγητό

Η ζωή δε πρέπει να περιστρέφεται γύρω από το φαγητό, αλλά, αντίθετα, να προσανατολίζεται σε ποικίλλα ενδιαφέροντα.

Μετά από αυτή τη μελέτη οφείλουμε να συνειδητοποιήσουμε το μεγάλο αριθμό και να αναλογιστούμε το γεγονός της «ύπουλης» ύπαρξης αυτής της διατροφικής διαταραχής. Κρίνεται, επομένως, απαραίτητη η ενημέρωση του κοινού και ενεργοποίηση κάθε σχετικού επιστήμονα, προκειμένου να προληφθεί το πρόβλημα της «ορθορεξίας» που στα αρχικά, κυρίως, στάδια δεν είναι και τόσο εμφανές. Η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση σχετικά με θέματα διατροφής πιθανώς αποτρέψει τα άτομα αυτά, αφού, πλέον, συνειδητοποιήσουν ότι η υγιεινή διατροφή έχει θετικές επιδράσεις στην υγεία, χωρίς, όμως, να μετριάζει τη χαρά της ζωής ή τις σχέσεις με τους συνανθρώπους. Το μυστικό είναι το μέτρο. Αλλαγές, λοιπόν, στις τροφικές επιλογές με τέτοιο τρόπο, ώστε ν' αρμόζουν στις προτιμήσεις και στο στυλ ζωής του κάθε ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Artaud – Wild SM, Conners SL, Sexton G, Connor WE.
 "Differences in coronary mortality can be explained by differences in cholesterol and saturated fat intakes in 40 countries but not in France and Finland", A paradox Circulation, 1993, 88: 2771-9.
2. Baker A. H., Wardle J.
 "Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults", Appetite, 2003 Jun., 40 (3): 269-75
3. Baran D., Sorensen A., Grimes J., et al.
 "Dietary modification with dairy product for preventing vertebral bone loss in premenopausal women: a three year prospective study", J. Clin Endocrinol Metab, 1990, 70: 264-70.
4. Bastick RM, Potter JO, Sellers TA, McKenzie DR, Kushi LH, Folsom AR.
 "Relation of calcium, vitamin D and dairy food intake to incidence of colon cancer in older women", Am J. Epidemiol, 1993, 137: 1302-17.
5. Beharka A., Redican S., Leka L., et al.
 "Vitamin E status and immune function, Methods", Enzymol, 282, 247, 1997.
6. Burr M., Gilbert J., Holliday R., et al.
 "Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial reinfarction", Diet and Reinfarction Trial (DART), Lancet, 8666, 757, 1989.
7. Chapuy M.C., Arluf ME, Duboeuf F., et al.
 "Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women", N. Eng. J. Med, 1992, 327: 1637-42.
8. Conner M., Kirk L. F. S., Janet E., et al.
 "Why do women use dietary supplements? The use of the theory of planned behavior to explore beliefs about their use", Social Sc. And Medicine, February 2001, 52 (4): 621-633.

9. Crisp A. H.

"Some aspects of the evolution, presentation and follow - up of anorexia nervosa", Proc. R. Soc. Med. 58: 814, 1965.

10. Γαλανός Σ. Δημήτριος

"Ιστορική αναδρομή (ΒΙΒΛΙΟ: Η διατροφή μας σήμερα), ΑΘΗΝΑ 2001.

11. Georgakis A. Sp.

"Meat and Meat Products (BOOK: The Mediterranean Diet: Constituents and Health Promotion), 2001.

12. Giugliano D., Sedge M., Stampfer M. J., et al.

"Long - term effect of dietary fiber and decreased risk of coronary heart disease among woman". The Journal of the Am, Med. Association 281: 1988-2004, 1999.

13. Gjonca A. and Bobac M.

"Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle?". Lancet, 350, 1815, 1997.

14. Golberg D. M., Hahn S. E., Parkes J. G.

"Beyond alcohol: beverage consumption and cardiovascular mortality". Clin Chim. Acta 237, 155, 1995.

15. Gunther S., Potterson R. E., Kristal A. R., et al.

"Demographic and health - related correlates of herbal and specialty supplement use", J. Am. Diet Assoc., 2004 Jan., 104 (1): 27-34.

16. Denke MA, Grundy SM.

"Effects of fats high in ctearic acid on lipid and lipoprotein concetrations in men". Am J. Clin Nytr., 1991, 54: 1036-40.

17. Δήλωση Κοινής Αποδοχής 2000, Διεθνές Συμέδριο 2000 για τη Μεσογειακή Διατροφή.

18. 3ο Διεθνές Συμέδριο για βιολογική αξία ελαιολάδου.

19. Dariglus M., Stamler J., Orenchia A., Liu K., et al.
"Fish consumption and the 30-year risk of fatal myocardial infarction", *New Eng. J. Med.* 336 (15), 1046, 1997.
20. Donini L. M., Marsilli D., Giaziani M. P., et al.
"Orthorexia nerrosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon", *Eating W. Disorders* 9: 151-157, 2004.
21. Dontas A. S., Menotti A., Aravanis C., et al.
"Comparative total mortality in 25 years in Italian and Greek middle - aged rural man", *J. Epidemial. Comm. Health*, 52, 638, 1998.
22. Drewnowski A., Pierce B., Halmi K. A.
"Eat aversion in eating disorders", *Appetite*, 1988 Apr., 10 (2): 119-31.
23. Durak I., Yalcin S., Kacmaz M., et al.
"High - temprature effects on artioxidant systems and toxic product formation in nutritional oils", *J. Toxical Environ Health*, 57, 585, 1999.
24. Fernstrom M. H., et al.
"Twenty - four hour intake in patients with anorexia nervosa and in healthy control subjects", *Biol. Psychiatry*, 36: 696, 1994.
25. Ferraroni M., Decarli A., Fraceshi S., et al.
"Alcohol consumption and risk of breast cancer: a multi - centre Italian case - control study", *Eur. J. Cancer* 34, 1403, 1998.
26. Ferro - Luzzi A., Francesco Branca.
"Mediterranean Diet, Italian - style: prototype of a health diet", *Am. J. Cl. Nutr.*, 1995, 61 (suppl): 13385-13455.
27. French S. A., Story M., Neumark - Sztainer D., et al.
"Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables", *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2001 Dec., 25 (12): 1823-33.

28. Fuessl H. S., Williams G., Andrian T. E., et al.

"Guar sprinkled on food: effects on glycaemic control, plasma lipids and gut hormones in non - insulin - dependent diabetic patients", *Diabetic, Med.* 463, 1987.

29. Furnham A., Badmin N., Sneade I.

"Body image dissatisfaction: Gender differences in eating Attitudes, Self-esteem, and Reasons for Exercise", *The Journal of Psychology*, 2002, 136(6), 581-596.

30. Hakim I.

"Mediterranean diets and cancer prevention", *Arch. Intern. Med.* 158, 1169, 1998.

31. Hamman D.

"Ageing: Theory based on free radical and radiation chemistry", *J. Gerontol*, 11, 298, 1956.

32. Hammer K. A., Carson C. F., Riley T. R.

"Antimicrobial activity of essential oils and other plants extracts", *J. Appl. Microbial.*, 86, 985, 1999.

33. Herdog M. G. L., Kromhout D., Aravanis C., et al.

"Flavonoid intake and long - term risk of coronary heart disease and cancer in the Seven Countries Study", *Arch. Intern. Med.* 155, 381, 1995.

34. Hurst P. S., et al.

"Teeth, vomiting and diet: A Study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients", *Postgrad Med. J.*, 53: 298, 1977.

35. Ishihara J., Sobue T., Yamamoto S., et al.

"Demographics, lifestyles, health characteristics and dietary intake among dietary supplement users in Japan", *Int. J. Epidemiol*, 2003 Aug., 32 (4): 546-53.

36. Jordan Lin C. T., Lee J. Y., Yen S. T.

"Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels?", *Soc. Sci. Med.*, 2004 Nov., 59 (9): 1955-67.

37. Katan M. B., Zock P. L., Mensink R. P.
"Dietary oils, serum lipoproteins and coronary heart disease", *Am. J. Cl. Nutrition*, 1995, 61 (suppl): 13685-735.
38. Key T., Fraser G., Thorogood M., Appleby P., Beral V., Reeves G., Burr M., et al.
"Mortality in vegetarians and non - vegetarians: detailed findings from a collaborative analysis of % prospective studies", *Am. J. Cl. Nutr.*, 70 (suppl), 5165, 1999.
39. Keys A.
"Coronary heart disease in seven countries", *Circulation*, 41 (suppl 1), 1, 1970.
40. Khoo J. C., Steinberg D., Witztum J. L.
"Feasibility of using oleate - rich diet to reduce the susceptibility of LDL to oxidative modification in humans", *Am. J. Cl. Nutr.*, 54, 701, 1991.
41. Kirk S. F., Cade J. E., Barrett J. H., et al.
"Diet and lifestyle characteristics associated with dietary supplements use in woman", *Public Health Nutr.*, 1999 Mar., 2 (1): 69-73.
42. Kjelsas E., Augestad B.,
"Gender, eating behavior, and personality characteristics in psysically active students". *Scand. J. Med. Sports* 2004, 14, 258-268
43. Kreuter M. W., Brennan L. K., Scharff D. P., et al.
"Do nutrition label readers eat healthier diets?", *Behavioral corellation of adults' use food labels*, *Am. J. Prev. Med.*, 1997 Jul. - Aug., 13 (4): 277-83.
44. Kromhout D., Bosschieter E. B. and Coulnader C. L.
"The inverse relation between fish consumpti and 20 - year mortality from coronary heart disease", *New Eng. J. Med.*, 312, 1205, 1985.
45. Kromhout D., Katan M. B., Havekes L., et al.
"The effects of 26 years habitual fish consumption on serum lipid and lipoprotein levels (The Zutphen Study)", *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.*, 6, 65, 1996.

46. Kromhout D., Menotti A., Bloemberg B., et al.
"Dietary saturated and trans fatty acids and cholesterol and 25 – year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study", *Prer. Med.*, 24, 308, 1995.
47. Kushi L., Lenart E. and Willett W.
"Health implications of Mediterranean diets in light of contemporary knowledge 2. Meat, wine, fats and oils", *Am. Cl. Nutr.*, 61 (suppl), 14165, 1995.
48. Kushi L. H., Lenart E. B., Willett W. C.
"Health implications of Mediterranean diets in light of contemporary knowledge 1. Plant foods and diary products", *Am. 1 Cl. Nutr.*, 1995, 61 (suppl): 14075-155.
49. Kushi L. H., Meyer K. A., Jacobs D. R.
"Cereals, legumes and chronic disease risk reduction: eridence from epidemiologic studies", *Am. J. Cl. Nutr.*, 70 (suppl) 4515, 1999.
50. La Vecchia C., Javani A.
"Fruits and vegetable and human cancer", *Eur. J. Cancer Prevent*, 7, 3, 1998.
51. Legault L., Brandt M. B., Mc Cabe N., et al.
"2000 – 2001 food label and package survey: an update on prevalence nutrition labeling and claims on processed, packaged foods", *J. Am. Diet Assoc.*, 2004 Jun., 104 (6): 952-8.
52. Levi F.
"Cancer prevention: epidemiology and perspectives", *Eur. J. Cancer*, 35, 1046, 1999.
53. Logue AD.
"The psychology of eating and drinking: An introduction", New York: WH FREEMAN AND COMPANY, 1991.

54. Lyle B. J., Mares – Perlman J. A., Klein B. E., et al.
"Supplement users differ from nonusers in demographic, lifestyle, dietary and health characteristics", *J. Nutr.*, 1998 Dec., 128 (12): 2355-62.
55. Maalej N., Demrow H. S., Slane P. R., et al.
"Antitrombotic effects of flavonoids in red wine", *A CS Symp, Series 661*, Am. Chem. Society, Washington, DC, 1997, pp. 247.
56. Mamalakis G., Kafatos A.
"Mediterranean Diet and Longevity (BOOK: The Mediterranean Diet: Constituents and Health Promotion)", 1999.
57. Mann J. I., Lewis – Barned N. J.
"Dietary management of diabetes mellitus in Europe and North America, in *International Textbook of Diabetes Mellitus*", Volume 1, John Wiley and Sons, Chichester, 1992, 685.
58. Mantis J. A.
"Milk and Dairy Products (BOOK: The Mediterranean Diet: Constituents and Health Promotion)", 2001.
59. Mattson F., Grundy S.
"Comparison of effects of dietary saturated, monounsaturated and polyunsaturated fatty acids on plasma lipids and lipoprotein in man", *J. Lipid Res.*, 26, 194, 1985.
60. McCarron D. A., Morris C. D., Henry H. J., Stanton J. L.
"Blood pressure and nutrient intake in the United States", *Science* 1984, 224: 1392-8.
61. McCullum C., Achterberg C. L.
"Food shopping and label use behavior among high – school – aged adolescents", *Adolescence*, 1997 Spring, 32 (125): 181-97.

62. Menotti A., Kromhout D., Blackburn H., Fidanza F., Buzina R. and Nissinen A.
"Food intake patterns and 25 – year mortality from coronary heart disease: cross – cultural correlations in the Seven Countries Study", Eur. J. Epidemiol, 15, 507, 1999.
63. Mensink R. P., Katan M. B.
"Effect of monounsaturated fatty acids versus complex carbohydrates on high – density lipoproteins in healthy men and woman", Lancet 1987, 1: 122-5.
64. Meydani S. N.
"Vitamin / mineral supplementation, the aging immune response and the risk of infection", Nutr. Rev., 51, 106, 1993.
65. Meydani S. N., Hayek M. G.
"Vitamin E and aging immune response", Clin Geriatr. Med., 11, 567, 1995.
66. Miller C. K., Russel T.
"Knowledge of dietary supplement label information among female supplement users", Patient Educ. Couns. 2004 Mar, 52 (3): 291-6.
67. Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ.
"Διατροφή από το σήμερα για αύριο", Τόμος Ι, ΑΘΗΝΑ 2001.
68. Ness A. R., Powles J. W.
"Fruit and vegetables and cardiovascular disease: a review", Int. J. Epidemiol, 26, 1, 1997.
69. Nestle M.
"Mediterranean diets: historical and research overview", Am. J. Cl. Nutr, 1995, 61 (suppl): 13135-13205.
70. Neuhouser M. L., Kristal A. R., Patterson R. E.
"Use of food nutrition labels is associated with lower fat intake", J. Am. Diet Assoc., 1999 Jan., 99 (1): 45-53.

71. Neumark – Sztainer D., Story M., Resnick M. D., et al.
"Adolescent vegetarians. A behavioral profile of a school – based population in Minnesota", Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 1997 Aug, 151 (8): 833-8.
72. Nonos D. G., Gerasopoulos G. D.
"Fruits, vegetables, legumes and grains (BOOK: The Mediterranean Diet: Constituents and Health Promotion), 2001.
73. Nordskyott A.
"Fish consumption and cardiovascular disease", A reappraisal. Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. 6, 103, 1996.
74. Nowak M., Speare R.
"Gender differences in food – related cancers, beliefs and behaviors north Queens land adolescents", J. Paediatr Child Health, 1996 Oct., 32 (5): 424-7.
75. Paerakatal S., Ferdinand D. P., Champagne C. M., Ryan D. H., et al.
"Fast – food consumption among us adults and children: dietary nutrient intake profile", J. Am. Diet Assoc., 2003 Oct., 103 (10): 1332-8.
76. Pan D. A., Hulbert A. J., Starlien L. H.
"Dietary fats membrane phospholipids and obesity", J. Nutr., 124, 1555, 1994.
77. Perry CL., McGuire MT., Neumark-Sztainer D., et al
"Characteristics of vegetarian in adolescents in a multiethnic urban population", J. Adolesc. Health, 2001 Dec, 29(6), 406-16.
78. Reaven P., Parthasarathym S., Grasse B. J., et al.
"Effects of oleate – rich and linoleate – rich diets on the susceptibility of low – density lipoprotein to oxidative modification in mildly hypercholesterolemic subjects", J. Cl. Invest., 91, 668, 1993.

79. Reid D. J., Hendricks S. M.
"Consumer understanding and use of fat and cholesterol information on food labels", *Can J. Public Health*, 1994 Sep. – Oct., 85 (5): 334-7.
80. Rimm E., Ellinson C.
"Alcohol in the Mediterranean diet", *Am. J. Cl. Nutr.*, 61 (suppl), 13785, 1996.
81. Sacks F. M. and Donner A.
"Effects of ingestion of meat and plasma cholesterol of vegetarians", *J. Am. Med. Assoc.*, 246, 640, 1981.
82. Schebendach J., et al.
"Nutrient quality of diets of adolescents with anorexia nervosa", *J. Adolesc. Health*, 20: 151, 1997.
83. Selhub J., Jacques P. F., Wilson P. W. F., Rush D., Rosenberg I. H.
"Vitamin status and intake as primary determinants of homocysteinemia in an elderly population", *JAMA*, 1993, 270: 2693-8.
84. Singh R. B., Niaz M. A., Ghosh S., et al.
"Effects on mortality and reinfarction of adding fruits and vegetables to a prudent diet in the Indian experiment of infarct survival", *J. Am. Coll Nutr.*, 12, 255, 1993.
85. Slattery M. L., Jacobs D. R., Hilner J. E., Caas B. J., Van Horn L., Bragg C., Manolias T. A., Kushi L. H. and Liv K.
"Meta consumption and its association with other diet and health factors in young adults: The CARDIA Study", *Am. J. Cl. Nutr.*, 54, 930, 1991.
86. Soleas G. J., Diamantis E. P., Goldberg D. M.
"Wine as a biological fluid: history, production and role in disease prevention", *J. Cl. Lab. Anal.*, 11, 287, 1997.
87. Sours J. A.

"Case reports of anorexia nervosa and caffeinism", Am. J. Psychiatry, 1983 Feb., 140 (2): 235-6.

88. Stampfer M., Hennekens C., Manson J. E., et al.

"Vitamin E consumption and the risk of coronary disease in woman", New Engl. J. Med., 328, 1444, 1993.

89. Starlien L. H., Kriketos A. D., Jenkins A. B., et al.

"Does dietary fat influence insulin action?", Ann. N. Y. Acad. Sci., 827, 287, 1997.

90. Steinmetz L. A., Potter J. D., Folsam A. R.

"Vegetables, fruit and lung cancer risk in the Iowa Woman's Health Study", Cancer Res, 1993, 53: 536-43.

91. Tabak M., Arman R., Potasman I., et al.

"In vitro inhibition of Helicobacter pylori by extracts of thyme", J. Appl. Microbiol., 86, 985, 1999.

92. Tavani A., La Vecchia A.

"Fruit and vegetable consumption and cancer risk in a Mediterranean population", Am. J. Cl. Nutr., 61 (suppl), 13785, 1996.

93. Tavani A., La Vecchia C.

"Fruit and vegetable consumption and cancer risk in a Med. population", Am. J. Cl. Nutr. 1995, 61 (suppl): 13745-75.

94. Tornaritis M., Peraki E., Georguli M., et al.

"Fatty acid composition and total fat content of eight species of Mediterranean fish", Intern. J. food Sci. Nutr., 45, 135, 1995.

95. Trichopoulou A., Kouris - Blazos A., Vassilakou T., et al.

"Diet and survival of elderly Greeks: A link to the past", Am. J. Cl. Nutr., 61 (suppl), 13465, 1995.

96. Trichopoulou A., Lagiou P., Papas A. M.
"Mediterranean diet: are antioxidant central to its benefits? In: Antioxidant Status, Diet, Nutrition and Health", Papas A. CRC Press, Boca Raton, FL, 1998, Chap. 6.
97. Ulbricht T. L., Southgate D. A.
"Coronary heart disease: seven dietary factors", Lancet 1991; 338: 985-92.
98. Verschuren W. M., Jacobs D. R., Bloemberg B. P., et al.
"Serum total cholesterol and long term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty - five year follow - up of the Seven Countries Study", J. Am. Med. Assoc., 274, 131, 1995.
99. Wahlquist M., Kouris - Blazas A., Polyxronopoulos E.
"The wisdom of the Greek cuisine and way of life", Age Nutr., 2, 163, 1991.
100. Willett C. W., Sacks F., Trichopoulou A., et al.
"Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating", Am. J. Cl. Nutr., 1995, 61 (suppl): 1402S-1406S.
101. Wolk A., Manson J. E., Stampfer M. J., et al.
"Long - term effect of dietary fiber and decreased risk of coronary heart disease among woman", The Journal of the Am. Med. Association 281: 1988-2004, 1999.
102. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, 1997.
103. www. anred. com: "Anorexia nervosa and related eating disorders".
104. www. dolfsite. com: "Orthorexia - Healthy eating may be hazardous to your health. (Sintons).
105. www. nut. uoa. gr: "Διατροφικές οδηγίες σε ενήλικες"
106. www. obesidad. nef: "Orthorexia".
107. www. orthorexia. com: "The orthorexia home page".

108. Yannakoulia M., Kouris – Blazas A., Polychronopoulos E.
“The wisdom of the Greek cuisine and way of life”. *Age Nutr.* 2, 163, 1991
109. Young E. M., Fors S. W.
“Factors related to the eating habits of students in grades 9 – 12 ages”, *J. Sch. Health*, 2001 Dec., 71 (10): 483-8.
110. Yu S. M., Kogan M. D., Huang Z. J.
“Vitamin – mineral supplement use among US woman”, 2000, *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 2003 Summer, 58 (3): 157-64.

Διαιτητικές συνήθειες
νεαρών ατόμων με
"ορθορξία"...

ΠΤΥ ΧΑΡ

13.568

23406

**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



* 1 3 5 6 8 *