



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**«Γνώσεις και αντιλήψεις για τη διατροφή σε
σχέση με γεωγραφική μεταβλητότητα και φύλο»**

Στέλλα Κατσιβέλη

Τελειόφοιτη Τμήματος Επιστήμης Διατροφής & Διαιτολογίας



Τριμελής Επιτροπή

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος

Αναπληρωτής Καθηγητής Διαιτολογίας-Διατροφής και Προληπτικής Ιατρικής

Παναγιωτάκος Δημοσθένης

*Καθηγητής Βιοστατιστικής-Επιδημιολογίας της Διατροφής
Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας και Αγωγής*

Γιαννακούλια Μαρία

Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς

Αθήνα 2014

*Ευχαριστώ θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές μου, κ.
Πολυχρονόπουλο Ευάγγελο και κ. Παναγιωτάκο Δημοσθένη για τη
βοήθεια που μου προσέφεραν στην προετοιμασία της πτυχιακής μου
μελέτης, καθώς και όλους τους ανθρώπους που με στήριξαν αυτά τα
χρόνια. Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία ειδικά στην οικογένειά
μου, τη Μάνθα, τη Μαρία, τον Κώστα και τη Χαρά.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
----------------	---

ABSTRACT	7
----------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
----------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	9
--	---

1.1 Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα	9
---	---

1.1.1 Ευρώπη	11
--------------------	----

1.1.2 Αμερική	14
---------------------	----

1.1.3 Ελλάδα	15
--------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	16
--	----

2.1 Ανατομία καρδιαγγειακού συστήματος	16
--	----

2.1.1 Καρδιά	16
--------------------	----

2.1.2 Κυκλοφορικό σύστημα	16
---------------------------------	----

2.2 Ταξινόμηση καρδιαγγειακών νοσημάτων	17
---	----

2.2.1 Στεφανιαία νόσος	17
------------------------------	----

2.2.2 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	17
---	----

2.2.3 Ανεύρυσμα αορτής	18
------------------------------	----

2.2.4 Διαχωρισμός αορτής	18
--------------------------------	----

2.2.5 Ρευματική καρδιοπάθεια	19
------------------------------------	----

2.2.6 Συγγενής καρδιοπάθεια	19
-----------------------------------	----

2.2.7 Περιφερική αρτηριοπάθεια	20
--------------------------------------	----

2.2.8 Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος	20
--	----

2.2.9 Άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα	20
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	21
---	----

3.1 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	22
---	----

3.1.1 Ηλικία	22
--------------------	----

3.1.2 Φύλο	22
------------------	----

3.1.3 Οικογενειακό ιστορικό/ Κληρονομικότητα	23
--	----

3.1.4 Εθνικότητα/ Φυλή	23
3.1.5 Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	24
3.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	25
3.2.1 Κάπνισμα	25
3.2.2 Καθιστική Ζωή	26
3.2.3 Παχυσαρκία	26

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη, η παρουσίαση και η αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τους διατροφικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και ο προσδιορισμός της διακύμανσης αυτών τόσο ανάμεσα στα δύο φύλα όσο και στις διάφορες περιοχές της Ελλάδος.

Μεθοδολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τυχαία επιλεγμένα 10.141 ενήλικα άτομα από επτά περιοχές της Ελλάδας (Αττική, Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, Μακεδονία, Πελοπόννησος, Κρήτη, Νησιά Αιγαίου) (άνδρες 47,1% ηλικίας $38,3 \pm 15,5$ έτη, γυναίκες 52,9% ηλικίας $39,4 \pm 14,0$ έτη). Οι αναλύσεις βασίστηκαν σε δεδομένα, τα οποία συλλέχθηκαν το διάστημα από το 2006 έως το 2013. Χρησιμοποιήθηκαν αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια τα οποία, συμπληρώνονταν ανώνυμα από τους συμμετέχοντες. Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν ερωτήσεις για κοινωνικο-οικονομικά και άλλα δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου που προκαλούν την καρδιαγγειακή νόσο, αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή. Έπειτα χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS (έκδοση 20) για να ελεγχθεί η συσχέτιση του φύλου και του τόπου διαμονής με τις γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με τη διατροφή και την επίδρασή της στον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Αποτελέσματα/ Συμπεράσματα

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γνώσεων και αντιλήψεων, των δύο φύλων, σχετικά με τη διατροφή και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στις περιοχές της Ελλάδας, που εξετάστηκαν. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες από τους άνδρες στο ζήτημα της ανθυγιεινής διατροφής ως παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου,

στα ωφέλη του ελαιολάδου, στο ρόλο των συμπληρωμάτων διατροφής στον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Αντίθετα, οι άνδρες φαίνεται να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες ορθές αντιλήψεις για τη δράση των φυτικών στερολών και της θετικής τους συσχέτισης με τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, για τα σημαντικότερα συστατικά που αποτελούν μια υγιεινή διατροφή και για την ασφαλέστερη αγορά τροφίμων. Όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, προκύπτει ότι δεν υπάρχει εξάρτηση με το φύλο. Ωστόσο, παρά τις διαφορές που παρατηρήθηκαν στα δύο φύλα, είναι σημαντικό το μέρος του πληθυσμού σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας με λανθασμένες αντιλήψεις ή και παντελή άγνοια σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων, που ελλοχεύουν στη διατροφή. ΣτοχοΛ Μν στη γειαά π δος οΛ

ABSTRACT

Purpose

The purpose of this study is the examination, presentation and evaluation of the Greek population's knowledge and beliefs on nutrition risk factors for cardiovascular diseases, and the identification of variation between the two sexes among different regions of Greece.

Methods

The study included 10,141 randomly selected adults from seven sites in Greece (Attica, Epirus and Western Greece, Central Greece / Thessaly, Macedonia, Peloponnese, Crete, Aegean Islands) (47.1% men aged $38,3 \pm 15,5$ years, women 52.9% aged $39,4 \pm 14,0$ years). The analyses were based on data that were collected during the period from 2006 to 2013. Were used self-administered questionnaires which were completed anonymously by the participants. The questionnaires included questions about sociocultural-economic and other demographic characteristics, medical history, perceptions of clinical risk factors that cause cardiovascular disease, perceptions of factors related to lifestyle and perceptions of the factors associated with the diet. Then, the statistical program IBM SPSS (version 20) was used to investigate the association of sex with the knowledge and beliefs on nutrition and its effects on cardiovascular risk among the different regions of Greece.

Results/ Conclusions

The statistical analysis of the data showed significant difference between knowledge and perceptions of gender on diet and cardiovascular risk in the examined regions of Greece. More specifically, the results show that women are more knowledgeable than men on the issues of unhealthy diet as a factor in cardiovascular disease, the benefits of olive oil, the role of nutritional supplements in cardiovascular risk. In contrast, men seem to have correct perceptions, in a greater degree than women, about the action of plant sterols and their positive correlation with lower cardiovascular risk, the major components of a healthy diet and the safer food market. Regarding the consumption of fruits and

vegetables, seems that there is no dependence on the sex. However, despite the differences observed in both sexes, there is an important part of the population in all regions of Greece with misperceptions or no knowledge about the risk factors of cardiovascular diseases, which is connected with the nutrition. Targeted education groups and especially those with the most risk, will have the best results for general population's information.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος “καρδιαγγειακά νοσήματα” αφορά ένα ευρύ φάσμα δυσλειτουργιών των αγγείων και της καρδιάς. Οι παθήσεις της καρδιάς είναι επικύνδυνες για την υγεία και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αποβούν μοιραίες, ωστόσο, θεωρούνται θεραπεύσιμες και άλλοτε αποτρέψιμες. Πρέπει να σημειωθεί πως τα καρδιαγγειακά είναι κυρίως αποτέλεσμα του τρόπου ζωής, και γι’ αυτό το λόγο τίθενται σοβαρά ερωτήματα για τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου των νοσημάτων αυτών. Είναι χρέος όλων τόσο για την πρόληψη όσο για την αντιμετώπιση, η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση, η συνειδητοποίηση του κινδύνου και η λήψη αποφάσεων και μέτρων. Ας μην ξεχνάμε, πως η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

1.1 Πακόσμια επιδημιολογικά δεδομένα

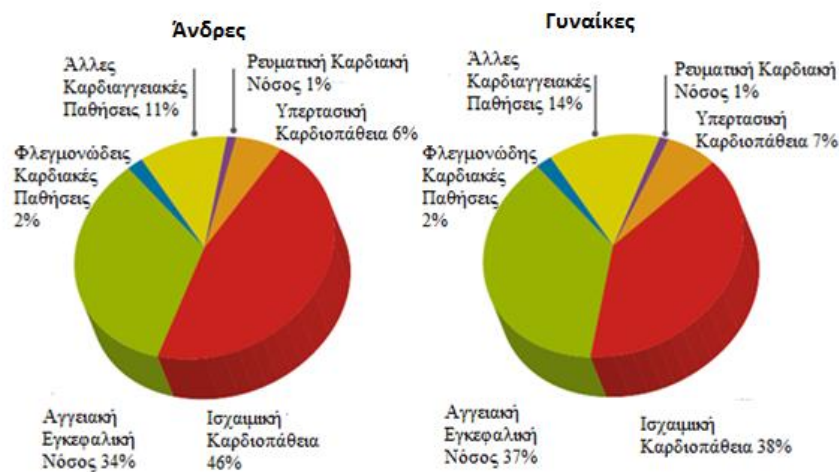
Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι μη μεταδιδόμενες ασθένειες και αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως (εικόνα 1.1.1) [1]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα ποσοστά θνησιμότητας, λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων, είναι παρόμοια μεταξύ ανδρών και γυναικών (εικόνα 1.1.2). Το 2004 οι θάνατοι που οφείλονταν σε ισχαιμική καρδιοπάθεια και αγγειακή εγκεφαλική νόσο άγγιζαν τα 7,2 και 5,5 εκατομμύρια αντίστοιχα και αντιπροσώπευαν το 22% των συνολικών θανάτων παγκοσμίως [2]. Υπολογίζεται ότι το 2008 17,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακά, αριθμός που αντιστοιχεί στο 30% των συνολικών θανάτων παγκοσμίως. Οι περισσότεροι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις (περίπου το 80%) εμφανίζονται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, με τη συχνότητα να είναι παρόμοια μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ακόμα, όπως προαναφέρθηκε, τα καρδιαγγειακά είναι η κύρια

αιτία θανάτου παγκοσμίως και σύμφωνα με μελέτες αναμένεται ο αριθμός να ξεπεράσει τα 23,0 εκατομμύρια έως το 2030. [1]

Εικόνα 1.1.1: Κατανομή κυρίτερων αιτιών θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Πηγή: Mendis et al. 2011 (Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, Geneva)



Εικόνα 1.1.2: Κατανομή θανάτων λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων σε άνδρες και γυναίκες. Πηγή: Mendis et al. 2011 (Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, Geneva)



1.1.1 Ευρώπη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2013) και τα Ευρωπαϊκά Στατιστικά Δεδομένα Καρδιαγγειακής Νόσου του 2012 (EUCVD STATISTICS 2012), ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει με ταχείς ρυθμούς. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 5 χρόνια από το 1980 και έπειτα και το 2010 έφτασε κατά μέσο όρο τα 76 έτη, ενώ το 2050 αναμένεται μια επιπλέον προσαύξησή του στα 81 έτη. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα ο πληθυσμός να φτάνει σε τέτοια ηλικία, στην οποία να είναι πιο ευάλωτος σε καρδιαγγειακές παθήσεις. [1], [3]

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες (εικόνα 1.1.1.1) και είναι υπεύθυνα για σχεδόν 4,1 εκατομμύρια θανάτους ετησίως στην Ευρώπη (46% όλων των θανάτων). Σχεδόν, 1,8 εκατομμύρια αυτών των θανάτων οφείλονται σε στεφανιαία νόσο και 1,1 εκατομμύρια σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σύμφωνα με πιο πρόσφατα δεδομένα, η στεφανιαία νόσος είναι υπεύθυνη για μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στις γυναίκες (51%) από ότι στους άνδρες (42%), ενώ παρατηρείται αύξηση του ποσοστού στις γυναίκες με την πάροδο της ηλικίας. [1], [3]

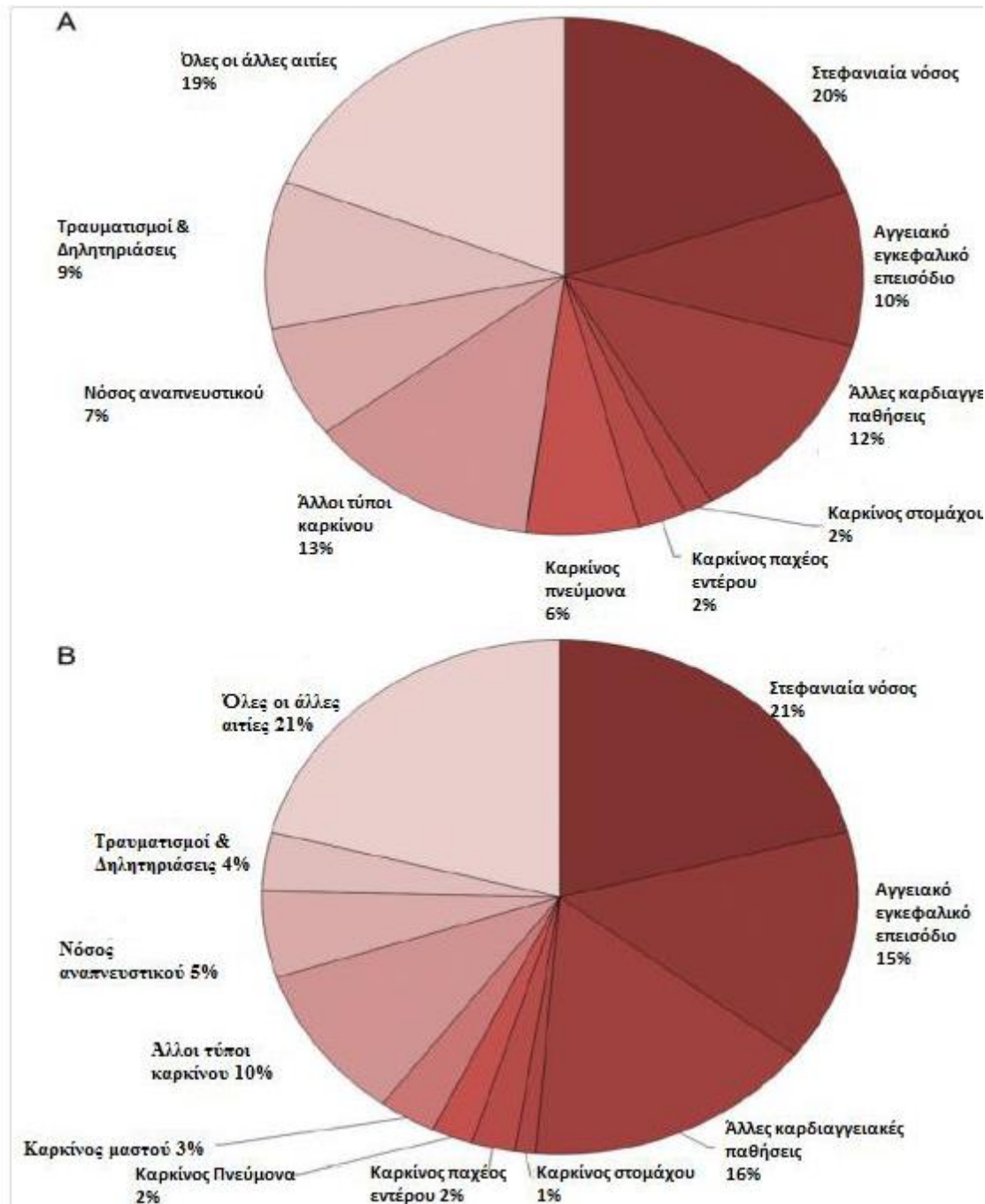
Το ποσοστό θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Ειδικότερα, τα ποσοστά θανάτου λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι χαμηλά σε Ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες το προσδόκιμο ζωής είναι σχετικά υψηλό και υψηλά σε αυτές με μικρότερο μέσο προσδόκιμο ζωής. Αναλυτικότερα, τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και για τα δύο φύλα τα κατέχουν το Ισραήλ, η Γαλλία, η Ισπανία και η Ολλανδία με συνολικό αριθμό θανάτων 175 ανά 100.000 άνδρες και 115 ανά 100.000 γυναίκες. Αντίθετα, στη Ρωσική Ομοσπονδία τα ποσοστά αυτά ξεπερνούν τους 900 θανάτους ανά 100.000 άνδρες και στο Ουσμπεκιστάν υπερβαίνουν τους 600 ανά 100.000 γυναίκες. Τα ποσοστά θανάτου από στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο είναι γενικά υψηλότερα στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης από ό,τι στη Βόρεια, Νότια και Δυτική Ευρώπη. [3]

Όσον αφορά το συνολικό ποσοστό νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό σύστημα υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2000 αντιστοιχούσε στα 2.234 περιστατικά ανά 100.000 άτομα, ενώ το 2010 παρατηρήθηκε μια σταθεροποίηση στα 2.500 περιστατικά ανά 100.000 άτομα. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση του ποσοστού των θανάτων

από καρδιαγγειακά και συγκεκριμένα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης η συνολική θνησιμότητα φτάνει τα 831 περιστατικά ανά 100.000 άτομα το 2010. Ωστόσο, η τάση αυτή δεν φαίνεται να παρατηρείται στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. [1]

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα καρδιαγγειακά φαίνεται να ευθύνονται για πάνω από 2,0 εκατομμύρια θανάτους το 2012. Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά φαίνεται να έχουν μειωθεί στο 30% και στα δύο φύλα τις τελευταίες δεκαετίες. Μεταξύ των ετών 1985-1989 και 2000-2004 η θνησιμότητα των γυναικών μειώθηκε κατά $\frac{1}{4}$ και των ανδρών κατά $\frac{1}{3}$. [3]

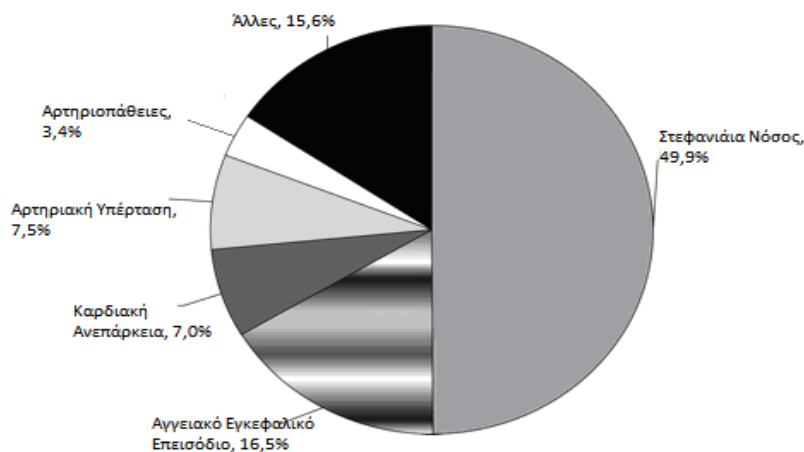
Εικόνα 1.1.1.1: Κατανομή θανάτων από οποιαδήποτε αιτία στην Ευρώπη (δεν συμπεριλαμβάνεται η Ανδόρα) σε Α) Άνδρες και Β) Γυναίκες. Πηγή: WHO Mortality Database 2013



1.1.2 Αμερική

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου στην Αμερική και το 2008 το συνολικό ποσοστό των θανάτων που αποδίδονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 244,8 ανά 100.000 [1]. Από το 1998 έως το 2008, το ποσοστό θανάτου που αποδίδεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα μειώθηκαν 30,6% [1]. Δεδομένα θνησιμότητας για το 2008 δείχνουν ότι τα καρδιαγγειακά αντιπροσώπευαν το 32,8% (811.940) όλων των 2.471.984 θανάτων, ή 1 στους 3 θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες [4]. Με βάση τα στοιχεία αυτά, το 2008 περισσότεροι από 2.200 Αμερικανοί πεθαίνουν από καρδιαγγειακή νόσο κάθε μέρα, ενώ σχεδόν 150.000 Αμερικανοί που πεθαίνουν από καρδιαγγειακή νόσο ήταν νεότεροι των 65 ετών. Η στεφανιαία νόσος προκαλεί 1 στους 6 θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες [5]. Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι 785.000 Αμερικανοί θα νοσήσουν για πρώτη φορά λόγω στεφανιαίας νόσου και περίπου 795.000 άνθρωποι βιώνουν ένα νέο ή υποτροπιάζον εγκεφαλικό επεισόδιο. Στοιχεία θνησιμότητας από το 2008 δείχνουν ότι το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι υπεύθυνο για 1 από κάθε 18 θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες [6]. (Εικόνα 1.1.2.1)

Εικόνα 1.1.2.1: Κατανομή των θανάτων οφειλόμενοι σε καρδιαγγειακές παθήσεις. Η Στεφανιαία Νόσος είναι η πρώτη αιτία θανάτου (49,9%) από καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο η δεύτερη (16,5%). Πηγή: American Heart Association, Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update



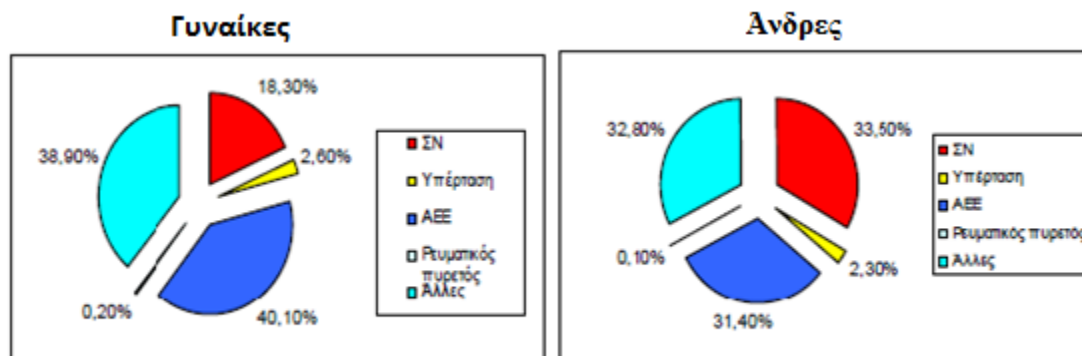
1.1.3 Ελλάδα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και των δύο φύλων και στην Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια των ετών 1971 έως 2001 οι θάνατοι οφειλόμενοι σε καρδιαγγειακές παθήσεις αυξήθηκαν κατά 117% και όσον αφορά τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο η Ελλάδα ήταν η μοναδική χώρα στην οποία το ποσοστό της αυξήθηκε μεταξύ των ετών 1970 έως 1990 [7].

Δεδομένα για την Ελλάδα το έτος 1998 αναφέρουν ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου στον ελληνικό πληθυσμό σε σχέση με την ηλικία και το φύλο ήταν περίπου 110 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, εκ των οποίων οι 79 αφορούσαν άνδρες και οι 31 γυναίκες [8]. Σύμφωνα με τη μελέτη ΑΤΤΙCΑ, κατά τη χρονική περίοδο 2001-2006, ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους κατοίκους της Αττικής, αυξήθηκε κατά 15,2% στους άνδρες και κατά 9,2% στις γυναίκες. Η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους άνδρες ήταν 11% και στις γυναίκες 6,1%, ενώ 1,6% από αυτά τα περιστατικά ήταν θανατηφόρα. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου ήταν το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τέλος, το 2009 σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, ο επιπολασμός του εμφράγματος του μυοκαρδίου ήταν 1,45%, της στεφανιαίας νόσου 2,17% και της καρδιακής ανεπάρκειας 2,09%. Από τα στοιχεία αυτά είναι φανερό, ότι ο Ελληνικός πληθυσμός με την πάροδο των χρόνων ανήκει στους υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα πληθυσμούς. [9]

Εικόνα 1.1.3.1: Ποσοστά θανάτων λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα το 2001.
Πηγή: Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία 2005, Γεωργία Κουρλαμπά



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

2.1 Ανατομία καρδιαγγειακού συστήματος

Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι ένα δίκτυο, του οποίου η λειτουργία εξυπηρετεί δύο βασικούς σκοπούς: Ο ένας είναι η απελευθέρωση οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών σε όλα τα κύτταρα των οργάνων του ανθρώπινου σώματος και ο άλλος η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού από τους ιστούς με σκοπό τη διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού. Τα βασικά μέρη του καρδιαγγειακού συστήματος είναι η καρδιά και το κυκλοφορικό σύστημα, το οποίο αποτελείται από πολλά μεγάλου και μικρού εύρους αγγεία (αρτηρίες, φλέβες, τριχοειδή) που μεταφέρουν το αίμα σε όλο το σώμα. [10]

2.1.1 Καρδιά

Η καρδιά είναι το κεντρικό όργανο του καρδιαγγειακού συστήματος. Είναι μια μυϊκή αντλία η οποία βρίσκεται μέσα στην κοιλότητα του θώρακα, ανάμεσα στο δεξιό και αριστερό πνεύμονα, ακριβώς πίσω και αριστερά από το στήρνο και τροφοδοτεί συνεχώς το σώμα με οξυγόνο και άλλες απαραίτητες, για τον οργανισμό, θρεπτικές ουσίες. [11]

2.1.2 Κυκλοφορικό σύστημα

Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από αιμοφόρα αγγεία, τα οποία διοχετεύουν το αίμα της καρδιάς σε όλα τα σημεία του σώματος. Υπάρχουν τρεις τύποι αιμοφόρων αγγείων. Οι αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα από την καρδιά προς την περιφέρεια, τις φλέβες που επαναφέρουν το αίμα από τους περιφερικούς ιστούς στην καρδιά και τα τριχοειδή τα οποία παρεμβάλλονται μεταξύ αρτηριών και φλεβών και επιτρέπουν την ανταλλαγή ουσιών μεταξύ των φλεβών και των ιστών. [11]

2.2 Ταξινόμηση καρδιαγγειακών νοσημάτων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα καρδιαγγειακά νοσήματα αφορούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία [1]. Ως καρδιαγγειακή νόσος αναφέρονται [12] :

- Στεφανιαία Νόσος
- Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
- Ανεύρυσμα αορτής
- Διαχωρισμός αορτής
- Ρευματική καρδιοπάθεια
- Συγγενής καρδιοπάθεια
- Περιφερική αρτηριοπάθεια
- Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος

2.2.1 Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία καρδιακή νόσος είναι η στένωση ή απόφραξη στεφανιαίων αρτηριών λόγω αθηρωμάτωσης. Αθηροσκλήρωση ή αθηρωμάτωση είναι η συσσώρευση χοληστερόλης και λιπαρών οξέων στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών. Ως αποτέλεσμα είναι η μειωμένη παροχή οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στους ιστούς της καρδιάς. Για το σχηματισμό των αθηρωματικών πλακών ευθύνεται κυρίως το λίπος της διατροφής, το οποίο εναποτίθεται στα τοιχώματα των αρτηριών λόγω της υπερβολικής κατανάλωσής του. Αυτή η σταδιακή συσσώρευση μπορεί να προκαλέσει στένωση ή απόφραξη των αγγείων. Η ρήξη της αθηρωματικής πλάκας και ο σχηματισμός θρόμβου προκαλεί σοβαρή βλάβη και ολική απόφραξη της αρτηρίας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα η παροχή οξυγόνου στην καρδιά να σταματήσει πλήρως. [13], [14]

2.2.2 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια βλάβη, η οποία προκαλείται από διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας. Υπάρχουν 3 κατηγορίες [15]:

- Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: Όταν η αιματική ροή του εγκεφάλου διακόπτεται λόγω θρόμβου σε ένα αγγείο που έχει υποστεί βλάβη λόγω αθηρωμάτωσης.

- Εμβολή: Όταν η αιματική ροή του εγκεφάλου αποφράζεται λόγω θρόμβου που δημιουργείται σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος (συνήθως καρδιά).
- Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο: Όταν ένα αγγείο του εγκεφάλου διαρρηγνύεται επιτρέποντας στο αίμα να διαφύγει στο εσωτερικό του εγκεφαλικού.

2.2.3 Ανεύρυσμα αορτής

Το ανεύρυσμα αορτής είναι η διόγκωση μιας εξασθενημένης περιοχής της αορτής. Η αορτή είναι το μεγαλύτερο αιμοφόρο αγγείο, το οποίο τροφοδοτεί με αίμα τον οργανισμό και εκτείνεται από την καρδιά μέσω του θώρακα ως την κοιλιακή χώρα. Επειδή η αορτή είναι ο κύριος προμηθευτής του αίματος σε όλο το σώμα, αν ένα ανεύρυσμα της αορτής σπάσει μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα αιμορραγία. Τα περισσότερα ανευρύσματα της αορτής έχουν αργή ανάπτυξη και δεν οδηγούνται σε ρήξη αλλά αν είναι μεγάλα ή ταχέως αναπτυσσόμενα, η πιθανότητα για ρήξη είναι μεγαλύτερη. Τα ανευρύσματα της αορτής μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος της αορτής, αλλά τα περισσότερα ανευρίσκονται στην κοιλιακή χώρα και ονομάζονται ανευρύσματα κοιλιακής αορτής ενώ αυτά που ανευρίσκονται στο θώρακα καλούνται ανευρύσματα θωρακικής αορτής [16].

2.2.4 Διαχωρισμός αορτής

Η αορτή αποτελείται από τρεις χειτόνες, τον έξω, τον μέσο και τον έσω. Ο διαχωρισμός της αορτής είναι μία πάθηση κατά την οποία σκίζεται ο έσω χιτώνας του τοιχώματος με αποτέλεσμα να εισέλθει με πίεση αίμα στο μέσο χιτώνα. Δημιουργείται έτσι ένας νέος αυλός στον οποίο κυκλοφορεί επίσης αίμα και λέγεται ψευδής αυλός. Ο ψευδής και ο αληθής αυλός χωρίζονται από ένα λεπτό τοίχωμα ενδοθηλίου. Ο διαχωρισμός μπορεί να επεκταθεί κατά μήκος της αορτής και να προχωρήσει εντός των αορτικών κλάδων. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο αορτικός διαχωρισμός ξεκινάει από ένα σκίσιμο του έσω χιτώνα το οποίο ονομάζεται σημείο εισόδου. Το σκίσιμο είναι συνήθως εγκάρσιο και αφορά τουλάχιστον το μισό της αορτικής περιμέτρου. Η επανείσοδος του αίματος στον αληθή αυλό γίνεται σε διάφορα σημεία-συνήθως στην έκφυση παράπλευρων αρτηριών [16].

2.2.5 Ρευματική καρδιοπάθεια

Ο ρευματικός πυρετός είναι μία φλεγμονώδης πάθηση, που συνήθως ακολουθεί τις στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις (που οφείλονται στο μικρόβιο β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α) του λαιμού στα παιδιά και στους νέους ενήλικες. Η ρευματική καρδιοπάθεια αναφέρεται στην καταστροφή του καρδιακού μυός και των βαλβίδων της καρδιάς λόγω της άνοσης αντίδρασης προς τη λοίμωξη από τον συγκεκριμένο στρεπτόκοκκο, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά. Σε μεγαλύτερη συχνότητα προσβάλλεται η μητροειδής βαλβίδα, ενώ βλάβες μπορεί να προκληθούν στις αρθρώσεις και στα αγγεία. [17]

2.2.6 Συγγενής καρδιοπάθεια

Η λέξη «συγγενής» σημαίνει «εκ γενετής». Ο όρος «συγγενής καρδιοπάθεια» χρησιμοποιείται για να δηλώσουμε την καρδιακή ανωμαλία της διάπλασης της καρδιάς ή των αγγείων. Η συγγενής καρδιοπάθεια δημιουργείται όταν η καρδιά ή και τα αγγεία που βρίσκονται κοντά στην καρδιά δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής. Τα αίτια αυτής της ασθένειας δεν είναι γνωστά. Σπάνια έχουν κατηγορηθεί κάποιες λοιμώξεις που μπορεί να περάσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. ερυθρά). Πιθανόν να ευθύνεται και η κληρονομικότητα, αφού σε μια οικογένεια μπορεί να είναι παραπάνω από ένα παιδί με συγγενή καρδιοπάθεια. Επίσης, σε ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζεται και στα παιδιά που γεννιούνται με σύνδρομο Down. Κατηγορίες συγγενών καρδιοπαθειών [18], [19]:

- Στένωση ισθμού αορτής
- Στένωση και ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας
- Στένωση και ανεπάρκεια πνευμονικής βαλβίδας
- Ανοικτός βοτάλειος πόρος
- Διαφραγματικά ελλείματα (μεσοκολπικά, κολποκοιλιακά, μεσοκοιλιακά)
- Μονήρης κοιλία
- Αρτηριακός κώνος
- Τετραλογία Fallot

- Μετάθεση των μεγάλων αγγείων
- Ανωμαλίες στις συνδέσεις της καρδιάς
- Ανώμαλη εκβολή πνευμονικών φλεβών
- Ανωμαλία Ebstein
- Σύνδρομο Marfan

2.2.7 Περιφερική αρτηριοπάθεια

Η περιφερική αρτηριοπάθεια είναι η νόσος των περιφερικών αγγείων, τα οποία λόγω βλάβης στη μορφολογία ή στη λειτουργία τους, δεν αιματώνουν επαρκώς τα άνω και κάτω άκρα. Κύριο αίτιό της είναι η αθηροσκλήρωση, ενώ συχνά συμπτώματά της είναι πόνοι και κράμπες στα άκρα, αίσθημα κόπωσης στα πόδια, δυσκολία στη βάρδια και αλλαγές στο χρώμα του δέρματος. Σε περίπτωση που η κυκλοφορία στο άκρο εμποδίζεται ολοκληρωτικά, είναι πιθανό να προκληθεί γάγγραινα και απώλεια του άκρου. [19]

2.2.8 Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος

Πρόκειται για τη νόσο που προκαλείται λόγω απόφραξης του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων από θρόμβους (εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση), οι οποίοι μπορούν να αποσπαστούν και μέσω της κυκλοφορίας να καταλήξουν στον πνεύμονα (πνευμονική εμβολή). Παράγοντες κινδύνου της πάθησης είναι πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις, παχυσαρκία, καρκίνος, προηγούμενο επεισόδιο φλεβικού θρόμβου, κύηση ή πρόσφατος τοκετός, λήψη αντισυλληπτικών ή θεραπεία ορμονικών διαταραχών. [19]

2.2.9 Άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα

Άλλες μορφές καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι οι καρδιομυοπάθειες που αφορούν δυσλειτουργίες του καρδιακού μυός, οι όγκοι καρδιάς, τα εγκεφαλικά ανευρύσματα και η αρτηριακή υπέρταση, η οποία θα αναλυθεί στο πλαίσιο των παραγόντων κινδύνου. [12], [19]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2011 ως παράγοντας κινδύνου ορίζεται κάθε γεγονός ή χαρακτηριστικό, το οποίο προηγείται ή συνυπάρχει με την εμφάνιση της νόσου [20]. Οι παράγοντες κινδύνου, που θα αναλυθούν, καλύπτουν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό όλα τα νοσήματα που προαναφέρθηκαν. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες [21] (Πίνακας 3.1):

- Οι τροποποιήσιμοι, οι οποίοι μπορούν να διορθωθούν με τροποποίηση του τρόπου ζωής ή/και με φαρμακευτική αγωγή.
- Μη τροποποιήσιμοι, οι οποίοι αποτελούν φυσικά χαρακτηριστικά του ατόμου, δεν καθορίζονται κατά βούληση και δεν μπορούν να μεταβληθούν, ελεγχθούν ή θεραπευθούν.

Πίνακας 3.1: Κατάταξη παραγόντων κινδύνου

ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ	ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ
Ηλικία	Κάπνισμα
Φύλο	Παχυσαρκία
Κληρονομικότητα/ Οικογενειακό Ιστορικό	Αρτηριακή Υπέρταση
Φυλή/ Εθνικότητα	Σακχαρώδης Διαβήτης
	Υπερλιπιδαιμία
	Αρτηριακή Υπέρταση
	Ανθυγιεινή Διατροφή
	Καθιστική Ζωή/ Μειωμένη
	Φυσική Δραστηριότητα
	Κατάχρηση Αλκοόλ
	Άγχος – Κατάθλιψη
	Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
	Φαρμακευτική αγωγή

3.1 Μη τροποποιησιμοι παράγοντες κινδύνου

3.1.1 Ηλικία

Είναι σαφές ότι με την αύξηση της ηλικίας, η αλλοίωση των αιμοφόρων αγγείων και ο εκφυλισμός του καρδιαγγειακού συστήματος είναι αναπόφευκτα, ενώ η νοσηρότητα και θνησιμότητα φαίνεται να αυξάνουν. Συνεπώς, η αύξηση της ηλικίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Καθώς η συσσώρευση του λίπους στο τοίχωμα των αρτηριών δρα αθροιστικά στο ανθρώπινο σώμα, είναι εμφανές γιατί η ηλικία θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου [22]. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία το 82% των ασθενών με καρδιαγγειακή πάθηση είναι άτομα άνω των 65 ετών. Ακόμα, άνδρες μεγαλύτεροι από 45 ετών και γυναίκες μεγαλύτερες από 55 ετών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου [6]. Στη μελέτη CARDIO 2000, τα στατιστικά στοιχεία έδειξαν πως οι γυναίκες βιώνουν το πρώτο τους οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε αρκετά μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι οι άνδρες [23].

3.1.2 Φύλο

Το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, καθώς οι άνδρες παρουσιάζουν τόσο μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων από τις γυναίκες όσο και εμφάνιση καρδιαγγειακής θνησιμότητας νωρίτερα από τις γυναίκες κατά 10 έως 15 έτη [3]. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε απουσία της δράσης οιστρογόνων, των γυναικείων ορμονών, για τη μείωση των επιπέδων της LDL, καθώς τα οιστρογόνα πιστεύεται ότι αυξάνουν τον αριθμό των υποδοχέων της LDL στο ήπαρ. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο μετά την εμμηνόπαυση αυξάνεται δραματικά ο κίνδυνος για τις γυναίκες. Ακόμα όμως και μετά την εμμηνόπαυση τα ποσοστά θνησιμότητας των ανδρών παραμένουν υψηλότερα. Επίσης, ορισμένοι παράγοντες κινδύνου φαίνεται να επηρεάζουν διαφορετικά τα δύο φύλα. [22], [24]

Σύμφωνα με τη μελέτη CARDIO 2000, στην Ελλάδα οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τους άνδρες, επιβεβαιώνοντας την προστατευτική δράση των οιστρογόνων στην πρόιμη εμφάνιση της νόσου. Επιπλέον, η

καθυστέρηση εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες κατά 5 με 15 έτη σε σχέση με τους άνδρες, επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη . [23]

3.1.3 Οικογενειακό ιστορικό / Κληρονομικότητα

Το οικογενειακό ιστορικό παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και είναι ένας ισχυρός, ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου [25]. Βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό με συγγενείς πάσχοντες από καρδιαγγειακές ασθένειες αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου, κυρίως εάν οι συγγενείς είναι πρώτου βαθμού και εμφάνισαν τη νόσο σε ηλικία μικρότερη από 55 ετών για άνδρες και 65 ετών για γυναίκες [12]. Παράλληλα με αυτό, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν και οι παράγοντες κινδύνου στους οποίους εκτίθεται κάθε άτομο, το οποίο εμφανίζει καρδιαγγειακή νόσο. Ακόμα, σύμφωνα με τη μελέτη CARDIO 2000, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση καρδιακών παθήσεων στα άτομα με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό και για τα δύο φύλα [23].

3.1.4 Εθνικότητα / Φυλή

Η εθνικότητα φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Ανάλογα με τη φυλή του ατόμου διαφοροποιείται ο κίνδυνος για κάποια πάθηση του καρδιαγγειακού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι Αφρικανοί παρουσιάζουν το μικρότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ενώ οι Ευρωπαίοι το μεγαλύτερο (και για τους άνδρες και για τις γυναίκες) σε σύνολο 6 περιοχών (Αφρική, Αμερική, Ευρώπη, Ανατολική Ευρώπη, νοτιοανατολική Ασία και περιοχές Δυτικού Ειρηνικού) [1].

3.1.5 Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο

Πριν το 1980, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι παράγοντες κινδύνου εμφανίζονταν πιο συχνά στα υψηλά κοινωνικά στρώματα των ανεπτυγμένων χωρών. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες το ποσοστό αυτό στις αναπτυγμένες χώρες έχει αρχίσει να παρουσιάζει μείωση. Αντίθετα, φαίνεται πως τα άτομα χαμηλής-μεσαίας κοινωνικής τάξης παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου [26].

Η μη ελεγχόμενη παγκοσμιοποίηση και η αστικοποίηση είναι ένας βασικός λόγος για την εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [12]. Διαφημίσεις σε αναπτυσσόμενες χώρες επηρεάζουν τον πληθυσμό για να καταναλώνει έτοιμο φαγητό και να καπνίζει. Παράλληλα, ο πληθυσμός αυτός δεν είναι πληροφορημένος για τις επιπτώσεις των συνηθειών αυτών, ενώ η μη ελεγχόμενη αστικοποίηση οδηγεί σε μείωση υγιεινών επιλογών στη διατροφή, έλλειψη χώρων για φυσική δραστηριότητα και μόλυνση της ατμόσφαιρας. Σε πολλά κράτη, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη έχουν λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε παροχές πρώτης ανάγκης, όπως αυτές της εκπαίδευσης, της εργασίας, της οικογένειας και της ιατρικής περίθαλψης. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ το τεράστιο άμεσο και έμμεσο κόστος της νόσου, επιβαρύνει σημαντικά την οικονομική κατάσταση της μέσης οικογένειας οδηγώντας πολλά άτομα σε δυσχερέστερη οικονομική κατάσταση [12].

Στην Ελλάδα, τα εμφράγματα επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο στο Ιπποκράτειο και σε άλλα πέντε περιφερειακά νοσοκομεία, (Καλαμάτας, Χαλκίδας, Λαμίας, Καρδίτσας και Ζακύνθου), η συντριπτική πλειονότητα είχε μέσο όρο σπουδών τα 7,5 χρόνια (απόφοιτοι δημοτικού). [27]

3.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

3.2.1 Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2011 το 31% των Ευρωπαίων καπνίζουν ενώ το ποσοστό της Αφρικής για τους καπνιστές είναι 10%, όπου είναι αντίστοιχα το υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό [12]. Στον Ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με την μελέτη ATTICA το 47,4% των ενηλίκων ανδρών και το 39,6% των ενηλίκων γυναικών είναι καπνιστές [45]. Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι άνδρες που ήταν καπνιστές είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κάποιων δεικτών φλεγμονής από αυτούς που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, ενώ για τις γυναίκες μόνο τα επίπεδα των λευκών αιμοσφαιρίων και της C αντιδρώσας πρωτεΐνης ήταν υψηλότερα στις νυν καπνίστριες. Επίσης, βρέθηκε ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί αύξηση στους δείκτες φλεγμονής. Τα επίπεδα των δεικτών φλεγμονής συνδέθηκαν με τα χρόνια παθητικού καπνίσματος.

Συγκεκριμένα, το κάπνισμα [10]:

- μειώνει τη ποσότητα οξυγόνου που μεταφέρεται με το αίμα και έτσι δυσκολεύει το έργο της καρδιάς αυξάνοντας τον καρδιαγγειακό παλμό
- αυξάνει την αρτηριακή πίεση, μειώνει την HDL χοληστερόλη, αυξάνει τη πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη και ταυτόχρονα μειώνει τη σωματική αντοχή σε φυσική δραστηριότητα
- αυξάνει 2 έως 4 φορές τη πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου λόγω ανακοπής
- αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών
- αποτελεί παράγοντα κινδύνου ακόμα και όταν πρόκειται για παθητικό κάπνισμα

Υπολογίζεται ότι το 2002 στην Ευρωπαϊκή Ένωση 80.000 θάνατοι οφείλονταν στο παθητικό κάπνισμα, ενώ πάνω από 32.000 άτομα πέθαναν λόγω καρδιαγγειακής νόσου [3]. Σύμφωνα με τη μελέτη CARDIO 2000 86% των Ελλήνων ασθενών και 56% των μαρτύρων ήταν εκτεθειμένοι στον καπνό τσιγάρου για τουλάχιστον μισή ώρα την ημέρα,

ανεξάρτητα των καπνιστικών τους συνηθειών. Ακόμα, η καθημερινή έκθεση των μη καπνιστών έδειξε να αυξάνει κατά 47-56 % το σχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου [23].

3.2.2 Καθιστική ζωή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 2011, πάνω από το 60 % του παγκόσμιου πληθυσμού δεν ασκείται επαρκώς. Τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά στις ανεπτυγμένες χώρες, συγκεκριμένα στην Αμερική και στην περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου. Κύριος λόγος είναι η χρήση οχημάτων, ηλεκτρικών συσκευών και γενικότερα του αυτοματοποιημένου τρόπου ζωής [12], [26].

Σύμφωνα με τη μελέτη ATTICA στην Ελλάδα το 58% και 61,2% στους ενήλικες, άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, παρουσιάζει ανεπαρκή επίπεδα σωματικής δραστηριότητας [27]. Επίσης, στη μελέτη CARDIO 2000 φάνηκε ότι η υιοθέτηση χαμηλών προς μέτριων επιπέδων άσκησης, από ρυθμισμένους υπερτασικούς, ακόμα και αν ληφθεί υπόψη η επίδραση των άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και πιθανών συγχυτικών δρα αρνητικά στην εμφάνιση ΚΝ [28].

3.2.3 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι κλινική κατάσταση στην οποία η υπερβολική αποθήκευση λίπους μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων [29]. Ταυτόχρονα, είναι επικίνδυνη και δευτερογενώς, καθώς είναι βασικό αίτιο της ανάπτυξης των περισσότερων παραγόντων κινδύνου (αυξάνει την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, μειώνει την HDL χοληστερόλη και ευθύνεται για την εμφάνιση διαβήτη) [30].

Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το πηλίκο δηλαδή του σωματικού βάρους σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα. Σύμφωνα με το ΔΜΣ (kg/m²) ο γενικός πληθυσμός κατηγοριοποιείται ως εξής (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1997):

- *Ελλιποβαρής*: $\Delta\text{ΜΣ} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- *Φυσιολογικού βάρους*: $\Delta\text{ΜΣ} = 18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$
- *Υπέρβαρος*: $\Delta\text{ΜΣ} = 25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ (αυξημένος κίνδυνος για ΣΔ τύπου II, υπέρταση, καρδιαγγειακά)
- *Παχύσαρκος τάξης I*: $\Delta\text{ΜΣ} = 30,0\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$ (υψηλός κίνδυνος για ΣΔ τύπου II, υπέρταση, καρδιαγγειακά)
- *Παχύσαρκος τάξης II*: $\Delta\text{ΜΣ} = 35,0\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$ (πολύ υψηλός κίνδυνος για ΣΔ τύπου II, υπέρταση, καρδιαγγειακά)
- *Παχύσαρκος τάξης III*: $\Delta\text{ΜΣ} = >40 \text{ kg/m}^2$ (πάρα πολύ υψηλός κίνδυνος για ΣΔ τύπου II, υπέρταση, καρδιαγγειακά)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011) πάνω από 400 εκατομμύρια ενήλικες παγκοσμίως είχαν $\Delta\text{ΜΣ} > 30 \text{ kg/m}^2$, γεγονός που κατατάσσει την παχυσαρκία στους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου. Σε αρκετές χώρες του κόσμου και πιο συγκεκριμένα στις αναπτυγμένες, η παχυσαρκία αποτελεί μάλιστα και ως κύριοι παράγοντες για τη ραγδαία αυτή αύξηση της παχυσαρκίας θεωρούνται η συνεχής αύξηση του μεγέθους των μερίδων και η μείωση της φυσικής δραστηριότητας [12].

Σύμφωνα με τη μελέτη ATTICA στην Ελλάδα το 31% των ανδρών και 15% των γυναικών είναι παχύσαρκοι [27]. Στην Αμερική, το 35% του ενήλικου πληθυσμού είναι παχύσαρκοι σύμφωνα με τον NHLBI [31], ενώ η μελέτη NHANES III έδειξε επιπλέον, ότι το 6.3% του ενήλικου πληθυσμού έχουν $\Delta\text{ΜΣ} > 40 \text{ kg/m}^2$ [32].

3.2.4 Αρτηριακή υπέρταση

Αρτηριακή υπέρταση είναι η κατάσταση στην οποία η πίεση του αίματος στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων είναι αυξημένη πέραν του φυσιολογικού και οι τιμές της Συστολικής Πίεσης (Σ.Π.) είναι μεγαλύτερες από 140mm/Hg, ενώ της Διαστολικής Πίεσης (Δ.Π.) μεγαλύτερες από 90mm/Hg [12], [33]. Η υπέρταση συμπεριλαμβάνεται στις νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παράγοντα

κινδύνου για την εμφάνισή τους. Η αυξημένη αυτή πίεση είναι υπεύθυνη για την καταστροφή των αγγείων μακροπρόθεσμα και για βλάβες σε διάφορα όργανα του σώματος όπως η καρδιά και τα νεφρά [10]. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τα όρια για τις φυσιολογικές και μη τιμές Συστολικής και Διαστολικής Πίεσης.

Πίνακας 3.2.4.1: Φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης

	Συστολική Πίεση (mmHg)	Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	Διαστολική Πίεση (mmHg)
Ιδανικές τιμές	≤ 120		≤80
Φυσιολογικές τιμές	121-129		81-85
Οριακά φυσιολογικές τιμές	130-139		86-89

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχεδόν το 30% των ενηλίκων παγκοσμίως πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση [12]. Έτσι, είναι φανερό ότι η υπέρταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσο, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια και αγγειακή εγκεφαλική νόσο) και είναι υπεύθυνη για το 50% των καρδιαγγειακών ασθενειών παγκοσμίως. Σύμφωνα με τη μελέτη ATTICA, ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης στη χώρα μας σε ενήλικα άτομα ήταν 36,7% για τους άνδρες και 23,7% για τις γυναίκες [27]. Ακόμα, σύμφωνα με δεδομένα της μελέτης CARDIO 2000 οι υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης διπλασιάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου [23].

Παρόλο που η υπέρταση συνυπάρχει με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία και η παχυσαρκία και συμβάλει στην αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, αποτελεί και ανεξάρτητο παράγοντα σε υπέρβαρα άτομα. Για την πρόσληψη αλλά και ρύθμισή της ερευνητικά δεδομένα προτείνουν [34], [35], [36]:

- μείωση της πρόσληψης νατρίου και αύξησης του καλίου
- περιορισμό ή και διακοπή του καπνίσματος
- μείωση της πρόσληψης αλκοόλ (<2 ποτά ημερησίως)
- υγιεινή διατροφή σύμφωνα με τα πρότυπα της δίαιτας D.A.S.H
- αύξηση της φυσικής δραστηριότητας

- μείωση του στρες
- φαρμακευτική αντιμετώπιση

3.2.5 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια μεταβολική νόσος, η οποία οφείλεται σε αυξημένη συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία), λόγω μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης ή μειωμένης απόκρισης του οργανισμού στην ινσουλίνη. Οι καρδιαγγειακές ασθένειες είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου σε διαβητικούς ασθενείς. Η μακροπρόθεσμα αυξημένη συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα ευθύνεται για βλάβες στα τοιχώματα των αγγείων όπως και σε όργανα του ασθενούς, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Ο διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση και κατατάσσεται στους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι οι εξής [30], [37]:

1. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I (ινσουλινοεξαρτώμενος) : απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης
2. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II : ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης ή ελαττωμένη ευαισθησία του οργανισμού σε αυτή
3. Διαβήτης Κύησης : εμφανίζεται κατά την εγκυμοσύνη (συνήθως την 24^η εβδομάδα)

Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη το 2008 ανερχόταν στο 10% του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ την ίδια χρονιά 1.300.000 άτομα υπολογίζεται ότι πέθαναν λόγω του ΣΔ [12]. Σύμφωνα με τη μελέτη ATTICA, ο επιπολασμός για τους ενήλικες Έλληνες ήταν 7,9 % για τους άνδρες και 6,0 % για τις γυναίκες. Παράλληλα, φαίνεται ότι τα ποσοστά των δύο φύλων αυξάνονται για ηλικίες των 55 ετών και άνω [32].

Είναι σημαντικό ότι η παρουσία του σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να διπλασιάσει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Ενώ, εάν ο διαβήτης παραμένει αρρύθμιστος τότε η πιθανότητα αυξάνεται περαιτέρω και έχει καταστροφικές συνέπειες. Η ινσουλινοαντοχή, το στάδιο που προηγείται της έναρξης του σακχαρώδους διαβήτη, συνοδεύεται και από άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. δυσλιπιδαιμία, υπέρταση) για τα

καρδιαγγειακά νοσήματα τότε θεωρείται ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν μεταβολικό σύνδρομο [30]. Τα αυξημένα επίπεδα της ινσουλίνης, που εκκρίνονται λόγω της ινσουλινοαντοχής που εμφανίζουν τα άτομα αυτά βοηθούν στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης ενώ παρεμποδίζουν την απομάκρυνση της χοληστερόλης από τα αγγεία και ευνοούν την εναπόθεση της στις αρτηριακές πλάκες [30]. Δεδομένα της μελέτης CARDIO 2000 έδειξαν ότι η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη σχετίζεται με τριπλασιασμό του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στους άνδρες και τετραπλασιασμό στις γυναίκες [23].

3.2.6 Υπερλιπιδαιμία

Οι παθήσεις της καρδιάς είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με ένα κακό λιπιδαιμικό προφίλ. Η υπερλιπιδαιμία είναι η κατάσταση κατά την οποία τα λιπίδια του αίματος είναι αυξημένα. Τα πιο σημαντικά λιπίδια του οργανισμού είναι τα τριγλυκερίδια (TG), η χοληστερόλη (CHOL) καθώς και οι λιποπρωτεΐνες (ειδικές πρωτεΐνες στις οποίες συνδέονται και κυκλοφορούν η χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια) χαμηλής (LDL, Low Density Lipoproteins) και υψηλής (HDL, High Density Lipoproteins) πυκνότητας. Έτσι, ένα κακό λιπιδαιμικό προφίλ αφορά σε αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης (Total CHOL) και LDL και παράλληλα μειωμένες τιμές HDL και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Η υπερλιπιδαιμία δεν έχει κάποια ιδιαίτερα συμπτώματα, ωστόσο είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση και την επιτάχυνση αθηροσκλήρωσης, με αποτέλεσμα μεταξύ άλλων και την εκδήλωση ή επιδείνωση της στεφανιαίας νόσου [30].

Σε ένα υγιές άτομο οι τιμές ολικής χοληστερόλης στο αίμα θα πρέπει να είναι λιγότερο από 200mg/dL, της LDL λιγότερο από 130mg/dL, ενώ η συγκέντρωση της HDL θα πρέπει να ξεπερνά τα 40 mg/dL για τους άνδρες και τα 50 mg/dL για τις γυναίκες. Το επίπεδο των τριγλυκεριδίων στο αίμα δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 200mg/dL. Αξίζει να αναφερθεί πως υψηλές τιμές HDL είναι θετικό εύρημα, καθώς σηματοδοτεί μικρότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο, μιας και οι υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες βοηθούν στη μεταφορά της περίσσειας της χοληστερόλης από το αίμα στο ήπαρ. Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι φυσιολογικές τιμές των λιπιδίων [38].

Πίνακας 3.2.6.1: Φυσιολογικές τιμές λιπιδίων

	Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	Τριγλυκερίδια (mg/dL)	LDL- χοληστερόλη (mg/dL)	HDL- χοληστερόλη (mg/dL)
Ιδανικές τιμές	<200	<200	<100	>40(άνδρες) >50(γυναίκες)
Οριακά υψηλές τιμές	200-239	200-239	100-129 σχεδόν φυσιολογική 130-159 οριακά υψηλή	
Υψηλές τιμές	≥240	≥400	≥160	≥ 60

Οι υψηλές τιμές λιπιδίων στο αίμα (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια και LDL-χοληστερόλη) αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αναφέρεται ότι το ένα τρίτο των περιστατικών στεφανιαίας νόσου παγκοσμίως οφείλεται σε αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης στο πλάσμα [16]. Το 2009 το 39% των ενήλικων ατόμων είχαν αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης [16]. Έχει υπολογιστεί ότι η μείωση κατά 10% της χοληστερόλης ορού μπορεί να μειώσει κατά 50% τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο σε άντρα 40 ετών [12]. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της υπερλιπιδαιμίας σύμφωνα με δεδομένα της μελέτης ATTICA είναι 39,8% για τους άνδρες και 35,3% για τις γυναίκες [32]. Ενώ τα ποσοστά φαίνονται να αυξάνονται σε ηλικίες μεγαλύτερες από τα 35 για τους άνδρες και 45 για τις γυναίκες [32]. Επιπλέον, η υπερλιπιδαιμία φαίνεται να είναι υπεύθυνη για την αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου κατά 3,4 φορές, όπως προκύπτει από τη μελέτη CARDIO 2000 [23].

Η βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ φαίνεται να επηρεάζει θετικά και να συμβάλει στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου [39].

3.2.7 Ανθυγιεινή διατροφή

Η ανθυγιεινή διατροφή αποτελεί και αυτή σημαντικό τροποποιησιμο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αναλυτικότερα, η διατροφή η οποία βασίζεται σε διατροφικές επιλογές που είναι πολύ υψηλές σε ενέργεια, κορεσμένα και trans λιπαρά, νάτριο και χαμηλές σε φρούτα και λαχανικά φυτικές ίνες και ψαριού συσχετίζεται θετικά με την παρουσίαση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η επίδραση της διατροφής φαίνεται να γίνεται μέσω της επιρροής που έχει στις τιμές των λιπιδίων του ορού, της αρτηριακής πίεσης, του σακχαρώδους διαβήτη και της παχυσαρκίας [26], [39].

Είναι πολλά τα συστατικά της τροφής τα οποία πρέπει να περιορίζονται ή και να αποφεύγονται μιας και επιβαρύνουν τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα και συνεπώς αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων της καρδιάς. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών επιβεβαιώνει ότι ένα διατροφικό σχήμα πλούσιο σε φρούτα, λαχανικά, προϊόντα ολικής άλεσης και φτωχό σε κορεσμένο λίπος έχει προστατευτική δράση ενάντια σε καρδιαγγειακές ασθένειες. Έτσι, με σωστές διατροφικές συνήθειες τα καρδιαγγειακά μπορούν τόσο να προληφθούν όσο και να αντιμετωπιστούν.

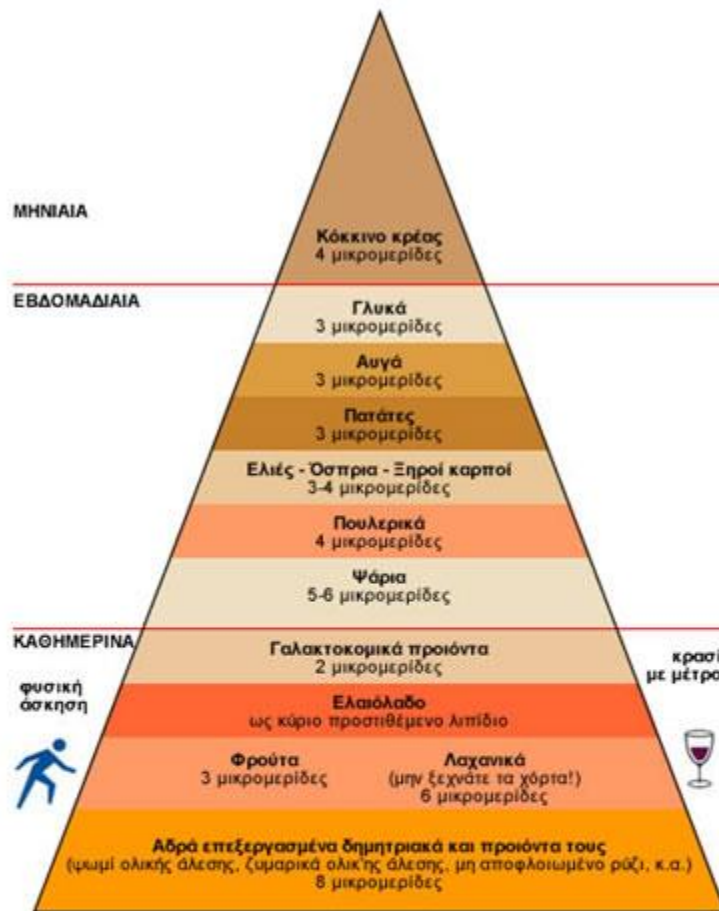
Σχετικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αναφέρεται το έτος 2009 το 2,8% των συνολικών θανάτων αποδιδόταν σε μειωμένη κατανάλωσή τους [26]. Στην αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2004, αναφέρεται ότι το 4% του συνολικού φορτίου νοσηρότητας στις ανεπτυγμένες χώρες οφείλεται στη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (<600gr/ ημερησίως) και από αυτό το ποσοστό το 30% σχετίζεται με στεφανιαία νόσο και το 20% με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεδομένα από την ευρωπαϊκή στατιστική για τα καρδιαγγειακά το 2012 (European Cardiovascular Disease Statistics, 2012) δείχνουν ότι, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει αυξηθεί σε ολόκληρη την Ευρώπη, ενώ η πρόσληψη ζωικού λίπους παραμένει στα ίδια επίπεδα τις τελευταίες δεκαετίες [3]. Ειδικότερα, το 30% του πληθυσμού φαίνεται να καταναλώνει καθημερινά φρούτα και λαχανικά, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτού ήταν γυναίκες. Η Σλοβενία έρχεται πρώτη σε κατανάλωση φρούτων, ενώ η Βουλγαρία τελευταία. Σε ότι αφορά την πρόσληψη λαχανικών το Βέλγιο βρίσκεται στη πρώτη θέση, ενώ η Μάλτα παρουσιάζει τη χαμηλότερη.

Σχετικά με την πρόσληψη αλατιού αναφέρεται ότι μπορεί να περιορίσει την καρδιαγγειακή νόσο, όταν η ημερήσια κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 5 γραμμάρια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2011. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η κατανάλωση σε παγκόσμιο επίπεδο ανέρχεται σε 9-12 γραμμάρια. Αυτή η διαπίστωση οδηγεί στην πεποίθηση ότι η μείωση της πρόσληψης αλατιού θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και υπέρτασης [26].

Σχετικά με την κατανάλωση λιπιδίων, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τροφίμων, τα τελευταία 30 έτη η κατανάλωση λιπιδίων σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει παραμείνει η ίδια. Ωστόσο, σε κράτη της νότιας και ανατολικής Ευρώπης έχει παρουσιαστεί αύξηση στη κατανάλωση λιπιδίων, παρόλο που παραδοσιακά είχαν χαμηλή κατανάλωση λιπιδίων [40].

Το διατροφικό μοντέλο που ακολουθεί τη Μεσογειακή Διατροφή και τον σκελετό της Διατροφικής Πυραμίδας, φαίνεται εδώ και χρόνια ερευνών να έχει προστατευτική δράση στην υγεία της καρδιάς. Σύμφωνα με τους επιστήμονες υγείας, σήμερα έχει σαφείς συστάσεις και μορφή.

Εικόνα 3.2.7.1: Μεσογειακή Διατροφική Πυραμίδα Πηγή:Ανώτατο Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας



Μία μερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που ορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις

Θυμηθείτε επίσης:

- πίνετε άφθονο νερό
- αποφεύγετε το αλάτι, χρησιμοποιείτε μυρωδικά (ρίγανη, βασιλικό, θυμάρι, κλπ) στη θέση του

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

Οι μελέτες CARDIO 2000 σε δείγμα 2.100 ατόμων και ATTICA σε δείγμα 3.200 ατόμων της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών έδειξαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή δρα ευεργετικά ακόμη και στους χρόνιους καπνιστές, στους διαβητικούς και στους υπέρτασικούς, ενώ χάνει τον προστατευτικό της ρόλο αν συνυπάρχουν έντονο ψυχοκοινωνικό άγχος και ένας τουλάχιστον κλασικός παράγοντας κινδύνου (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, ηλικία, φύλο, κάπνισμα) [23], [27]. Επιπλέον, φαίνεται ότι η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών προάγει την υγεία. Επιπλέον, η μελέτη EPIC έδειξε ότι η αύξηση κατά 2/9 στο σκορ της Μεσογειακής Διατροφής επιφέρει μείωση κατά 25% της ολικής θνησιμότητας και κατά 33% της καρδιαγγειακής θνησιμότητας, ανεξαρτήτως φύλου, μορφωτικού επιπέδου, καπνιστικών συνηθειών, ΔΜΣ και επιπέδου φυσικής δραστηριότητας [41].

Τα χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής [38]:

- Αυξημένη πρόσληψη οσπρίων
- Αυξημένη πρόσληψη δημητριακών και ψωμιού
- Αυξημένη πρόσληψη ελαιόλαδου
- Αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών
- Αυξημένη πρόσληψη ψαριού
- Μέτρια πρόσληψη πουλερικών
- Μειωμένη πρόσληψη κρέατος
- Μέτρια πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων
- Μέτρια πρόσληψη αλκοόλ (κόκκινο κρασί)

Σύμφωνα με τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής γίνεται παρακάτω ανάλυση των συστατικών της που αποτελούν κίνδυνο για την υγεία της καρδιάς ή συμβάλουν στην προστασία της [38].

ΛΙΠΟΣ

Το λίπος δεν πρέπει να ξεπερνά το 25-35% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και ειδικότερα του κορεσμένου λίπους δεν πρέπει να υπερβαίνει το 7-10%. Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα είναι το κύριο συστατικό της τροφής που επηρεάζει τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης. Πηγές κορεσμένου λίπους είναι προϊόντα ζωικής προέλευσης (λίπος κρέατος, πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, ζωικό βούτυρο). Η αντικατάσταση του κορεσμένου λίπους από πολυακόρεστα και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα φαίνεται πολύ ωφέλιμη για τον οργανισμό και την υγεία της καρδιάς. Στα πολυακόρεστα ανήκουν τα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει και είναι απαραίτητο να προσλαμβάνονται μέσω της διατροφής. Οι συστάσεις για αυτή την κατηγορία λιπαρών οξέων είναι 0,65-1,2 γραμμάρια ημερησίως και πηγές αποτελούν τα λιπαρά ψάρια, τα φυτικά έλαια, ο λιναρόσπορος, οι ξηροί καρποί και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα βρίσκονται στο ελαιόλαδο και στους ξηρούς καρπούς και είναι με τη σειρά τους πολύ ωφέλιμα για την υγεία της καρδιάς, καθώς μειώνουν την LDL-χοληστερόλη χωρίς να επηρεάζουν την HDL-χοληστερόλη. Ακόμα διαθέτουν αντιοξειδωτική δράση η οποία προλαμβάνει τη φθορά των αρτηριών από την LDL-χοληστερόλη.

ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

Αναφέρθηκε προηγουμένως ότι το ελαιόλαδο αποτελεί σημαντική πηγή μονοακόρεστων λιπαρών οξέων, τα οποία ωφελούν τον οργανισμό και προασπίζουν την υγεία της καρδιάς. Αξίζει να αναλυθεί διεξοδικά η σημαντική θέση του ελαιόλαδου στην Μεσογειακή Διατροφή και η σπουδαία θρεπτική αξία του. Τα συστατικά του στα οποία αποδίδεται η ευεργετική του δράση είναι τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και οι φαινόλες. Σ' αυτό το σημείο να διευκρινιστεί ότι αναφερόμαστε στο παρθένο ελαιόλαδο και στο extra παρθένο ελαιόλαδο. Οι ενώσεις αυτές εκτός από αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση, προσδίδουν στο ελαιόλαδο την καρδιοπροστατευτική δράση στην οποία αναφερόμαστε.

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Πάνω από το μισό (50-60%) της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης θα πρέπει να προέρχεται από την κατανάλωση υδατανθράκων, κυρίως σύνθετων (δημητριακά, τρόφιμα και προϊόντα ολικής άλεσης, όσπρια). Η πρόσληψη υδατανθράκων από πηγές πλούσιες σε φυτικές ίνες έχει προστατευτική δράση για την υγεία της καρδιάς. Οι υδατοδιαλυτές φυτικές ίνες προερχόμενες από όσπρια, βρώμη και φρούτα, φαίνεται να έχουν στις τιμές της LDL και της ολικής χοληστερόλης. Ειδικότερα, αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών της τάξης των 5-10 γρ, ημερησίως φαίνεται να ρίχνει τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης κατά 5%. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην πρόσληψη απλών υδατανθράκων, καθώς μπορεί να προκληθεί μείωση της HDL-χοληστερόλης εάν είναι υψηλή.

ΦΡΟΥΤΑ και ΛΑΧΑΝΙΚΑ

Συστήνεται η κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών ημερησίως, καθώς φαίνεται να προσφέρουν σημαντικά οφέλη στον οργανισμό χάρη στην αντιοξειδωτική τους δράση. Παράλληλα, αποτελούν σημαντικές πηγές φυτικών ινών και διατροφικές επιλογές χαμηλές σε θερμίδες.

ΦΥΤΙΚΕΣ ΣΤΕΡΟΛΕΣ/ΣΤΑΝΟΛΕΣ

Τα τελευταία 50 χρόνια έρευνες έδειξαν ότι οι φυτικές στερόλες ή αλλιώς φυτοστερόλες και οι φυτικές στανόλες ή φυτοστανόλες μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της ολικής και LDL-χοληστερόλης στο αίμα. Ο τρόπος δράσης τους έγκειται στο ότι εμποδίζουν την απορρόφηση της χοληστερόλης από το έντερο κατά ένα ποσοστό. Οι φυτοστερόλες βρίσκονται σε μικρές ποσότητες σε πολλά φρούτα και λαχανικά αλλά και σε ξηρούς καρπούς, σπόρους και σε ορισμένα φυτικά έλαια. Οι φυτοστανόλες βρίσκονται σε παρόμοια τρόφιμα σε μικρές ποσότητες. Όπως φαίνεται οι φυτικές πηγές στερολών/ στανολών δεν περιέχουν επαρκή ποσότητα καθώς οι ενώσεις αυτές περιέχονται σε μικρή ποσότητα, υπάρχουν σήμερα μεγάλη γκάμα τροφίμων εμπλουτισμένα σε φυτοστερόλες και φυτοστανόλες. Τα τρόφιμα αυτά είναι εγκεκριμένα από το 1999 σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και μπορούν να καταναλώνονται με

ασφάλεια από όσους θέλουν να μειώσουν τη χοληστερίνη τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι πρόσληψη 2-3 γραμμαρίων καθημερινά μπορεί να μειώσει τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης κατά 6-15%.

NATΡΙΟ

Συστήνεται στο πλαίσιο μια υγιεινής διατροφής, με πρότυπο τη Μεσογειακή Πυραμίδα, ο περιορισμός της πρόσληψης νατρίου τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης και του καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι γενικές συστάσεις για την κατανάλωση νατρίου είναι 2400-3000mg ημερησίως.

3.2.8 Αλκοόλ

Η μικρή έως μέτρια πρόσληψη αλκοόλ φαίνεται να μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Μέτρια πρόσληψη αλκοόλ αναφέρεται σε ημερήσια κατανάλωση 1 αλκοολούχου ποτού για τις γυναίκες και 2 για τους άνδρες [20]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η προαναφερθείσα πρόσληψη φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 30%, καθώς συμβάλει στην αύξηση της HDL-χοληστερόλης και έχει αντιθρομβωτική δράση, ενώ παράλληλα μειώνει την αρτηριακή πίεση [12].

Ωστόσο, να αναφερθεί ότι, το όφελος της κατανάλωσης αλκοόλ παρατηρείται μόνο σε ενήλικες μέσης ηλικίας και όχι σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Ακόμα πρέπει να τονιστεί ότι, η συστηματική κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών. Το 2004 οι θάνατοι που οφείλονταν στην κατανάλωση αλκοόλ ήταν παγκοσμίως 2.500.000, το 3.8% των συνολικών [12]. Οι επιπτώσεις μια αυξημένης κατανάλωσης είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, των τριγλυκεριδίων, ενώ μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και μυοκαρδιοπάθειες [10]. Σύμφωνα με το μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής συστήνεται η κατανάλωση κόκκινου κρασιού ως επιλογή αλκοολούχου ποτού.

3.2.9 Άγχος και κατάθλιψη

Το στρες αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες και για τις νόσους της καρδιάς. Έχει φανεί ότι αυξημένα επίπεδα άγχους οδηγούν στην αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και μάλιστα διάφορες παθοφυσιολογικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι, οξείες και χρόνιες μορφές ψυχοκοινωνικού στρες συμβάλουν στην παθογένεια της αθηροσκλήρωσης. Το οξείας μορφής στρες, μπορεί να έχει διάφορες επιπτώσεις σχετιζόμενες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Από την άλλη το χρόνιο άγχος και οι συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, φαίνεται ότι προάγουν την αθηροσκλήρωση και κατ' επέκταση την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, μέσω του άξονα υπερδιέγερσης υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων [42]. Σε μελέτη που συμμετείχαν 389 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 65 ετών, φάνηκε ότι υπήρχε μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά. Συγκεκριμένα, 25% των συμμετεχόντων με σημάδια σοβαρής κατάθλιψης, είχαν περισσότερο από τρεις παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου[43].

3.3 Νεότεροι παράγοντες κινδύνου

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί κάποιες άλλες παράμετροι που μπορεί να εμφανίσουν παθογενετική σημασία για την εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος. Μερικοί από αυτούς είναι [34], [44]:

- Υπερτροφία της αριστερής κοιλίας
- Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης
- Υπερτριγλυκεριδαιμία
- Αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης α
- Οξειδωτικό stress
- Υπερπηκτικότητα και μειωμένη δραστηριότητα του ινωδολυτικού μηχανισμού

- Δείκτες της φλεγμονής (π.χ. C-αντιδρώσα πρωτεΐνη)
- Λοιμώδεις παράγοντες

3.4 Συνδυασμός παραγόντων κινδύνου

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων πολλαπλασιάζεται όταν συνυπάρχουν ταυτόχρονα πολλοί παράγοντες κινδύνου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη, η παρουσίαση και η αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τη διατροφή και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και ο προσδιορισμός της διακύμανσης αυτών τόσο ανάμεσα στα δύο φύλα όσο και στις διάφορες περιοχές της Ελλάδος. Οι κακές διατροφικές συνήθειες είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και μεγάλο φάσμα ερευνών έχει δείξει ότι ο κόσμος συνήθως έχει ελλιπή ή εντελώς λανθασμένη αντίληψη γι' αυτούς τους παράγοντες. Ως εκ τούτου, είναι πολύ σημαντικό να μελετηθεί κατά πόσο ο πληθυσμός έχει τη σωστή αντίληψη για τη σωστή διατροφή και εάν γνωρίζει τη σημασία της τροποποίησης των διατροφικών συνηθειών στην πρόληψη και αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης, η οποία διεξάγεται από την ομάδα εργασίας Επιδημιολογίας και Πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης και έχει ξεκινήσει από το 2006. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

4.2 Μεθοδολογία

4.2.1 Δείγμα

Κατά τη χρονική περίοδο 2006-2014 επιλέχθηκαν τυχαία 10141 ενήλικα άτομα, που κατοικούν σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας για να συμπληρώσουν ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο. Το 47,1% ήταν άνδρες ($n=4777$) με μέσο όρο ηλικίας $38,3 \pm 15,5$ έτη και το 52,9% γυναίκες ($n=5364$) μέσο όρο ηλικίας $39,4 \pm 14,0$ έτη. Οι περιοχές της δειγματοληψίας ήταν: Αττική (38,3%), Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα (13,0%), Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία (12,4%), Μακεδονία (18,4%), Πελοπόννησος (10,0%), Κρήτη (3,0%) και Νησιά Αιγαίου (4,9%). Η κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον τόπο διαμονής φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 4.2.1.1: Κατανομή δείγματος βάσει περιοχής διαμονής και φύλου

Περιοχή Διαμονής	Άνδρες	Γυναίκες	Ποσοστό του συνολικού δείγματος
Αττική	50,7%	49,3%	38,3%
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	53,4%	46,6%	13,0%
Στερεά Ελλάδα/Θεσσαλία	31,9%	68,1%	12,4%
Μακεδονία	46,4%	53,6%	18,4%
Πελοπόννησος	49,3%	50,7%	10,0%
Κρήτη	49,8%	50,2%	3,0%
Νησιά Αιγαίου	37,3%	62,7%	4,9%

4.2.2 Ερωτηματολόγιο

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη απαντήθηκαν ανώνυμα από τα άτομα που συμμετείχαν και έπειτα δόθηκε στο καθένα ένας αριθμητικός κωδικός. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κλειστού τύπου ερωτήσεις χωρισμένες σε κατηγορίες:

- Κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία (δημογραφικά στοιχεία και ιατρικό ιστορικό)
- Αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου
- Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής
- Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή

Στα κοινωνικο-οικονομικά και ατομικά στοιχεία περιλαμβάνονταν οι εξής ερωτήσεις:

- K1. Η ηλικία σε έτη
- K2. Το φύλο κωδικοποιημένο ως 1.για άνδρες , 2.για γυναίκες
- K3. Το μορφωτικό επίπεδο (σε έτη σπουδών)
- K4. Το ετήσιο ατομικό εισόδημα (1.<10000€, 2.10001-20000€, 3.20001-40000€, 4.>40000€)
- K5. Ιδιόκτητη κατοικία (απατώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K6. Επάγγελμα (1.δημόσιος υπάλληλος, 2.ιδιωτικός υπάλληλος, 3.ελεύθερος επαγγελματίας, 4. ημιαπασχολούμενος, 4.άνεργος/ η)
- K7. Βάρος (σε κιλά)
- K8. Ύψος (σε μέτρα)

Ιατρικό Ιστορικό

- K9. Οικογενειακή κατάσταση (1.άγαμος, 2.έγγαμος, 3.διαζευγμένος, 4.χήρος)
- K10. Υπέρταση (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)

- K11. Σακχαρώδης Διαβήτης (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K12. Δυσλιπιδαιμία (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K13. Στεφανιαία νόσος (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K14. Άλλη καρδιαγγειακή νόσος (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K15. Οικογενειακό Ιστορικό (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K16. Καπνιστής τώρα (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- K17. # Τσιγάρων/ ημέρα & έτη (γράφοντας τον αντίστοιχο αριθμό)
- K18. έτη διακοπής (γράφοντας τον αντίστοιχο αριθμό)

Η ύπαρξη ή όχι παχυσαρκίας καθορίστηκε μέσω του ΔΜΣ ($>29,9 \text{ kg/m}^2$), σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1997).

Στις αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονταν οι εξής ερωτήσεις:

- ΠΚ1. Ποιο θεωρείτε το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερόλη; (1. $<150 \text{ mg/dL}$, 2. $150\text{-}200\text{mg/dL}$, 3. $200\text{-}250\text{mg/dL}$, 4. $250\text{-}350\text{mg/dL}$, 5. δε γνωρίζω).
- ΠΚ2. Ποια είναι η «καλή» χοληστερόλη; (1.HDL, 2.LDL, 3.δεν γνωρίζω)
- ΠΚ3. Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την «καλή» χοληστερόλη;(1. 20mg/dL , 2. 40mg/dL , 3. 50mg/dL , 4.δεν γνωρίζω).
- ΠΚ4. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών γλυκόζης; (1. 100mg/dL , 2. 120mg/dL , 3. 150mg/dL , 4.δεν γνωρίζω).
- ΠΚ5. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τη χοληστερίνης σας; (1.όχι, 2.ναι, μέχρι 5%, 3.ναι, μέχρι 20%, 4.ναι, πολύ, 5.δεν γνωρίζω).

- ΠΚ6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την αρτηριακή πίεση; (1.100/70mmHg, 2.120/80mmHg, 3.140/90mmHg, 4.160/80mmHg, 5.δεν γνωρίζω).
- ΠΚ7. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεσή σας; (1.όχι, 2.ναι, μέχρι 5%, 3.ναι, μέχρι 20%, 4.ναι, πολύ, 5.δεν γνωρίζω).
- ΠΚ8. Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια, την πίεση και άλλους βιοχημικούς δείκτες (1.Ποτέ, 2.πριν 5 έτη, 3.πριν 2 έτη, 4.πριν 1 έτος, 5.δεν γνωρίζω).
- ΠΚ9. Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up; (0.όχι, 1.ναι, αν είναι >50 ετών, 2.ναι, αν έχουν οικογενειακό ιστορικό, 3.ναι, σε κάθε περίπτωση).
- ΠΚ10. Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου; (1.καρδιαγγειακά, 2.καρκίνος, 3.HIV, 4.άλλη).
- ΠΚ11. Ποια νόσος είναι η συχνότερη στον πληθυσμό; (1.καρδιαγγειακά, 2.καρκίνο;, 3.HIV, 4.άλλη).
- ΠΚ12. Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος παράγοντας; Κινδύνου; (1.υπέρταση, 2.διαβήτης, 3.δυσλιπιδαιμία, 4.καπνίσμα, 5.κακή διατροφή, 6.άγχος και 7. κανένας).
- ΠΚ13. Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη καρδιαγγειακών; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [αρκετά]).
- ΠΚ14. Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [πολύ]).

Στις αντιλήψεις για τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το τρόπο ζωής περιλαμβάνονταν οι εξής ερωτήσεις:

- TZ1. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [Όχι, καθόλου] έως 4 [Ναι, αναμφισβήτητα])
- TZ2. Πιστεύετε ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για Καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [Όχι, καθόλου] έως 4 [Ναι, αναμφισβήτητα])
- TZ3. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει; (απαντώντας με 1.Ναι –2.Όχι)
- TZ4. Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [εύκολα] έως 4 [δύσκολα])
- TZ5. Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά; (απαντώντας με 1.Ναι , 2.Όχι)
- TZ6. Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά; (απαντώντας με 1.Ναι , 2.Όχι)
- TZ7. Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [Όχι, καθόλου] έως 4 [Ναι, αναμφισβήτητα])
- TZ8. Ποιας έντασης άσκηση επιφέρει μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [ελαφρά] έως 4 [πολύ έντονη])
- TZ9. Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [εύκολα] έως 4 [δύσκολα])
- TZ10. Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο; (κυκλώνοντας τον αριθμό της κλίμακας 1 [καθόλου] έως 4 [μπορεί])

- TZ11. Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;(απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)
- TZ12. Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/ διασκέδασης; (απαντώντας με 1.Ναι, 2.Οχι)

Στις αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή περιλαμβάνονταν οι εξής ερωτήσεις:

- Δ1. Πιστεύετε ότι οι “κακές” διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: 1.όχι καθόλου, 2.ναι αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους, 3.ναι αλλά δεν είμαι σίγουρος/η, 4.ναι αναμφισβήτητα. Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις «ναι αλλά δεν είμαι σίγουρος/ η» ή/και «ναι αναμφισβήτητα», καθώς η ανθυγιεινή διατροφή έχει αποδειχτεί σημαντικός παράγοντας για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από 1 (καθόλου) έως 4 (μπορεί). Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις 3 ή/και 4, καθώς το ελαιολάδο μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Δ3. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από 1 (καθόλου) έως 4 (μπορεί). Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις 3 ή/και 4, καθώς τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Δ4. Πιστεύετε ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από 1 (καθόλου) έως 4 (μπορεί). Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις 1 ή/και 2, καθώς τα συμπληρώματα διατροφής δε μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Δ5. Πόσο γνωρίζετε για την σχέση των τροφίμων με την υγεία; Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 4 (αρκετά). Σωστές

- θεωρήθηκαν οι απαντήσεις 3 ή/και 4, δηλαδή η ύπαρξη γνώσεων σχετικά με τη σχέση της διατροφής με την υγεία.
- Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας; Η έκτη ερώτηση αξιολογούσε ποιο πρότυπο διατροφής εφαρμόζουν στο νοικοκυριό τους οι ερωτηθέντες. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν μεικτή, μεσογειακή κουζίνα, δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας), άλλη. Σωστή απάντηση θεωρήθηκε το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής.
 - Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 4 (αρκετά). Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις 3 ή/και 4, καθώς οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
 - Δ8. Ποιό το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής; Οι πιθανές απαντήσεις: τα μονο-ακόρεστα λιπαρά, οι φυτικές ίνες, οι αντιοξειδωτικές ουσίες, τα μικρά και συχνά γεύματα και η ποικιλία τροφών. Ως σωστές απαντήσεις θεωρήθηκαν τα μονο-ακόρεστα λιπαρά, οι φυτικές ίνες και οι αντιοξειδωτικές ουσίες.
 - Δ9. Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από... Οι πιθανές απαντήσεις ήταν τα σούπερ μάρκετ, η λαϊκή, τα μικρά εμπορικά της γειτονιάς και η δική τους ή φιλική παραγωγή. Καθώς το σούπερ μάρκετ αποτελεί το ασφαλέστερο μέρος για την αγορά προϊόντων λόγω της τυποποίησης και των ελέγχων που διεξάγονται, αυτή θεωρήθηκε και ως σωστή απάντηση.
 - Δ10. Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος; Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: αλάτι, ζάχαρη, κορεσμένα λίπη, άμυλο, αλκοόλ. Ως σωστές απαντήσεις θεωρήθηκαν το αλάτι και τα κορεσμένα λίπη, που αποτελούν τους σημαντικότερους διατροφικούς κινδύνους ως τώρα.

Οι αντιλήψεις των ατόμων για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή αξιολογήθηκαν με βάση τις παραπάνω 10 ειδικές ερωτήσεις. Όσον αφορά στην κωδικοποίηση των απαντήσεων, αυτή έγινε σύμφωνα με τις υπάρχουσες γνώσεις για τη σχέση της διατροφής και τους διάφορους διατροφικούς παράγοντες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σωστές θεωρήθηκαν οι απαντήσεις που ήταν σύμφωνες με τις υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με τη σχέση της διατροφής και τους διάφορους διατροφικούς παράγοντες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η κωδικοποίηση αυτή κάνει δυνατή την εφαρμογή της ανάλυσης σε κύριες συνιστώσες για την ανάδειξη προτύπων μεταξύ των συμμετεχόντων. Οι ποιοτικές (κατηγορικές) μεταβλητές όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κατάσταση απασχόλησης και οι απαντήσεις τόσο των κλειστών ερωτήσεων όσο και των ερωτήσεων με διαβαθμισμένες επιλογές (π.χ. καθόλου [1],...αρκετά [4]), κωδικοποιήθηκαν αριθμητικά. Οι ποσοτικές απαντήσεις σε ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής κωδικοποιήθηκαν επίσης αριθμητικά έτσι ώστε να γίνουν ποιοτικές μεταβλητές.

4.2.3 Στατιστική ανάλυση μεταβλητών

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS (έκδοση 20). Έχοντας δύο κατηγορικές μεταβλητές (φύλο και περιοχή διαμονής), ως στατιστικό κριτήριο για την διερεύνηση πιθανής εξάρτησης τους χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 του Pearson (Pearson's chi-square test). Η χρήση αυτής της στατιστικής συνάρτησης ήταν απαραίτητη, καθώς το μέγεθος του δείγματος είναι μεγάλο. Για να υπολογιστεί το στατιστικό κριτήριο και η αντίστοιχη πιθανότητα απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης H_0 , η οποία υποθέτει ανεξαρτησία των δύο κατηγορικών μεταβλητών, ορίστηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0,05. Οι τιμές του Pearson Chi-Square συγκρίνονται με το επίπεδο σημαντικότητας που ορίστηκε και κατ'αυτόν τον τρόπο καταδεικνύεται η στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων των αναλύσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 Στατιστική ανάλυση και παρουσίαση αποτελεσμάτων

Όπως αναφέρθηκε, σκοπός αυτής της πτυχιακής μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τη διατροφή, επομένως οι ερωτήσεις που μας απασχολούν είναι οι δέκα της κατηγορίας: «Αντιλήψεις για τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη διατροφή». Οι απαντήσεις που ελήφθησαν για κάθε ερώτηση, εξετάζονται βάσει περιοχής διαμονής και φύλου.

Στον Πίνακα 5.1.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε ότι οι «κακές» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Πίνακας 5.1.1: Δ1. Πιστεύετε ότι οι "κακές" διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Όχι, καθόλου	N	35	17	52
		%	1,8%	0,9%	1,3%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	241	215	456
		%	12,3%	11,3%	11,8%
	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	421	390	811
		%	21,5%	20,5%	21,0%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	1264	1285	2549
		%	64,5%	67,4%	65,9%
Sig. (χ^2)= 0,040< 0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Όχι, καθόλου	N	8	3	11
		%	1,1%	0,5%	0,8%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	81	60	141
		%	11,6%	9,8%	10,8%

	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	140	100	240
		%	20,1%	16,4%	18,4%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	467	448	915
		%	67,1%	73,3%	70,0%
Sig. (χ²)= 0,073>0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Όχι, καθόλου	N	4	0	4
		%	1,0%	0,0%	0,3%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	37	64	101
		%	9,3%	7,5%	8,1%
	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	85	115	200
		%	21,4%	13,5%	16,0%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	272	673	945
		%	68,3%	79,0%	75,6%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Μακεδονία	Όχι, καθόλου	N	6	5	11
		%	0,7%	0,5%	0,6%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	106	81	187
		%	12,4%	8,1%	10,1%
	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	156	143	299
		%	18,2%	14,4%	16,1%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	590	766	1356
		%	68,8%	77,0%	73,2%
Sig. (χ²)= 0,001<0,05					
Πελοπόννησος	Όχι, καθόλου	N	8	2	10
		%	1,6%	0,4%	1,0%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	47	47	94
		%	9,5%	9,2%	9,4%
	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	82	59	141
		%	16,5%	11,6%	14,0%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	359	401	760
		%	72,4%	78,8%	75,6%
Sig. (χ²)= 0,023<0,05					
Κρήτη	Όχι, καθόλου	N	11	5	16
		%	7,1%	3,2%	5,2%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από	N	24	24	48
		%	15,6%	15,5%	15,5%

	τους διαιτολόγους				
	Ναι, αλλά δεν είμαι	N	40	23	63
	πολύ σίγουρος/η	%	26,0%	14,8%	20,4%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	79	103	182
	%	51,3%	66,5%	58,9%	
Sig. (χ ²)= 0,019<0,05					
Νησιά Αιγαίου	Όχι, καθόλου	N	3	1	4
		%	1,6%	0,3%	0,8%
	Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους	N	16	30	46
		%	8,7%	9,8%	9,4%
	Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η	N	34	47	81
		%	18,6%	15,3%	16,5%
	Ναι, αναμφισβήτητα	N	130	229	359
		%	71,0%	74,6%	73,3%
Sig. (χ ²)= 0,322>0,05					

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα οι απόψεις σχετικά με το ερώτημα, αν η ανθυγιεινή διατροφή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, στην Αττική, τη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, τη Μακεδονία, την Πελοπόννησο και την Κρήτη φαίνεται να υπάρχει εξάρτηση του φύλου σχετικά με την άποψη ότι οι “κακές” διατροφικές συνήθειες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις ($p<0,05$) και οι διαφορές στα δύο φύλα είναι στατιστικά σημαντικές.

Αναλυτικότερα, το ποσοστό των γυναικών (Αττική 67,4%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 79,0%, Μακεδονία 77,0%, Πελοπόννησος 78,8%, Κρήτη 66,5%) που έχει τη σωστή αντίληψη για τη σχέση των διατροφικών συνηθειών με τα καρδιαγγειακά είναι μεγαλύτερο από εκείνο των αντρών (64,5%, 68,3%, 68,8%, 72,4%, 51,3% αντίστοιχα). Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες στη Στερεά Ελλάδα γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της διατροφής στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ στην Κρήτη στο μικρότερο. Όσον αφορά τους άνδρες, φαίνεται ότι σε όλες τις περιοχές γνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό τη σωστή απάντηση έναντι των γυναικών, ενώ στην Πελοπόννησο

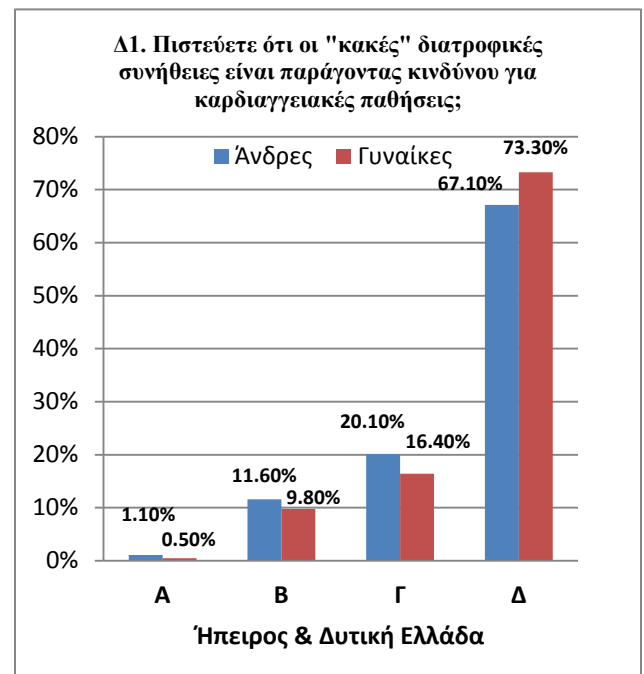
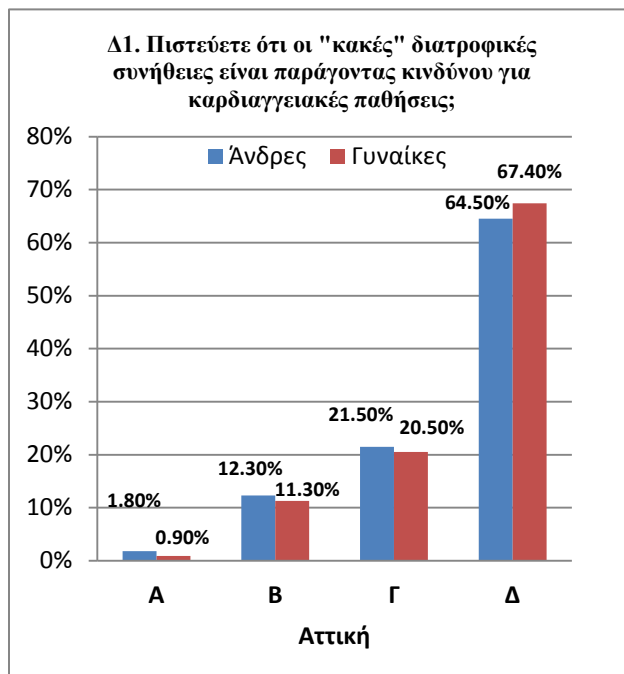
έχουν μεγαλύτερη επίγνωση σε σχέση με την Κρήτη όπου το ποσοστό τους είναι εμφανώς μικρότερο.

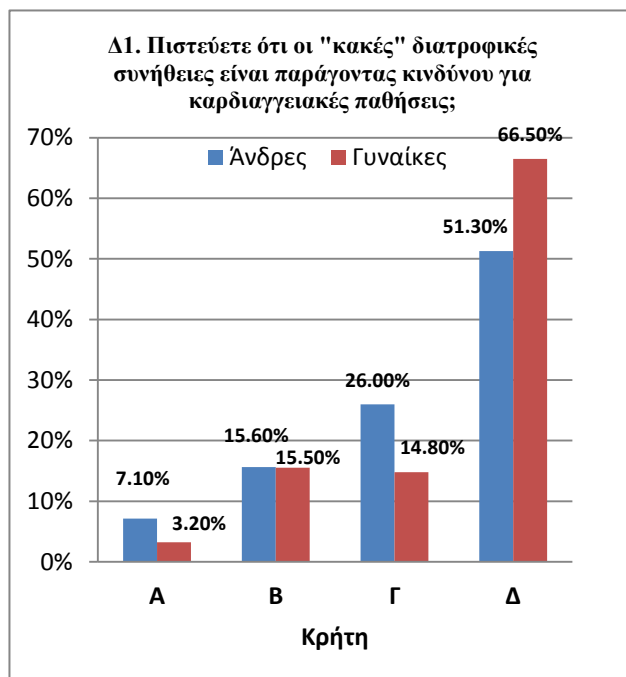
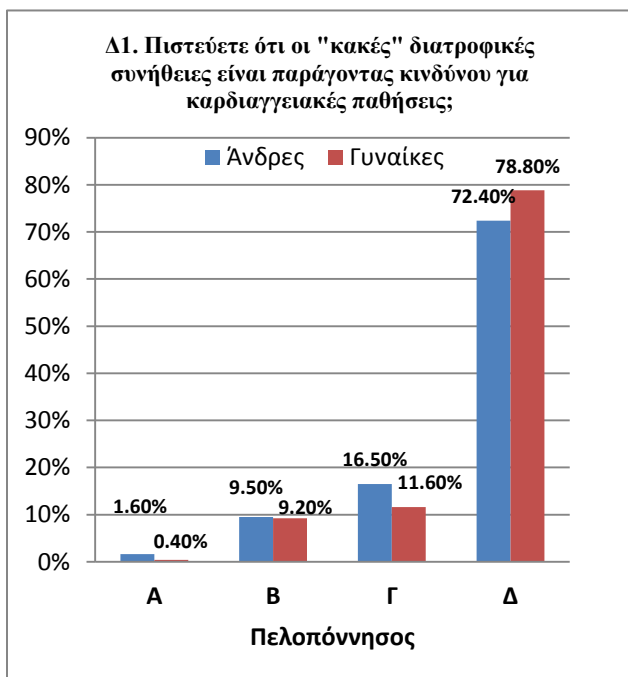
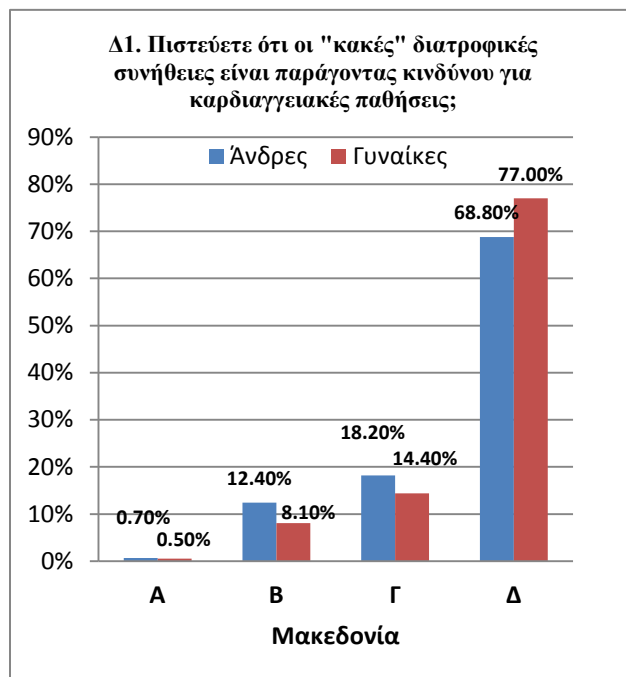
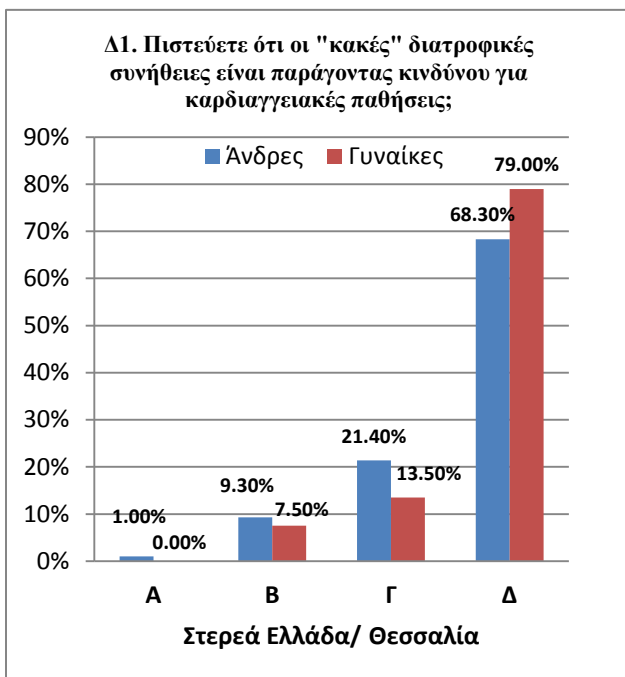
Από τον ίδιο πίνακα παρατηρείται ότι, υπάρχουν άτομα, τα οποία πιστεύουν στην θετική συσχέτιση της ανθυγιεινής διατροφής με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, ωστόσο είναι επιφυλακτικά. Συγκεκριμένα φαίνεται οι άνδρες (Αττική 21,5%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 21,4%, Μακεδονία 18,2%, Πελοπόννησος 16,5% και Κρήτη 26,0%) να συμφωνούν με την άποψη ωστόσο δεν είναι πολύ σίγουροι σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες (20,5%, 13,5%, 14,5%, 11,6% 14,8%). Ο ενδοιασμός των γυναικών φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στην Αττική και ο μικρότερος στην Πελοπόννησο, ενώ για τους άνδρες φαίνεται ότι στην Κρήτη οι άνδρες αμφιβάλλουν περισσότερο και στην Πελοπόννησο λιγότερο.

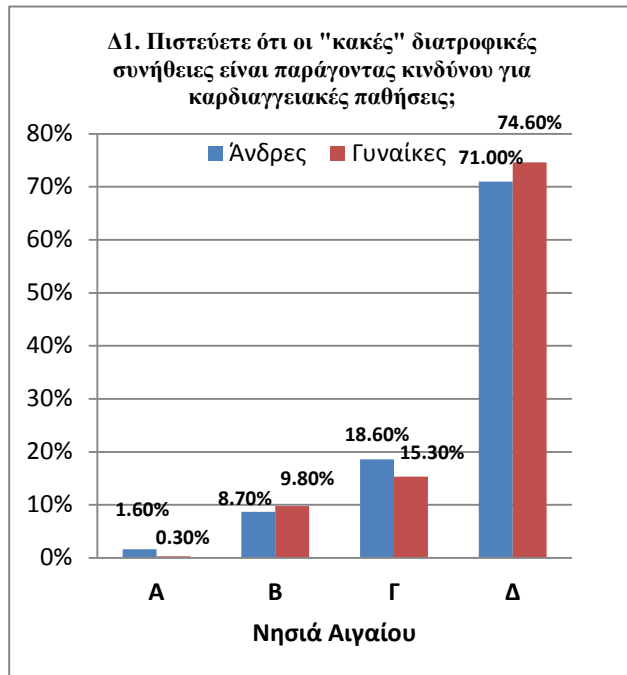
Όσον αφορά την άποψη ότι η “κακή” διατροφή είναι παράγοντας κινδύνου, αλλά οι διατολόγοι την υπερεκτιμούν, φαίνεται ότι την υποστηρίζουν περισσότερο οι άνδρες (Αττική 12,3%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 9,3%, Μακεδονία 12,4%, Πελοπόννησος 9,5% και Κρήτη 15,6%) από ότι οι γυναίκες (Αττική 11,3%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 7,5%, Μακεδονία 8,1%, Πελοπόννησος 9,2% και Κρήτη 15,5%). Ακόμα, αξίζει να σημειωθεί ότι στην Κρήτη παρατηρούνται τα μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών και γυναικών που υιοθετούν αυτή την αντίληψη.

Αξίζει να γίνει σχολιασμός του ποσοστού των συμμετεχόντων που αγνοούν πλήρως την επίδραση των διατροφικών συνηθειών στην υγεία. Ακόμα μία φορά παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών (Αττική 1,8%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 1,0%, Μακεδονία 0,7%, Πελοπόννησος 1,6% και Κρήτη 7,1%) να διαφωνούν με την άποψη ότι η “κακή” διατροφή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά σε σχέση με τις γυναίκες (Αττική 0,9%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία 0,0%, Μακεδονία 0,5%, Πελοπόννησος 0,4% και Κρήτη 3,2%). Μάλιστα, στην Κρήτη παρατηρούνται τα μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών και γυναικών με άγνοια στο ρόλο της διατροφής, ενώ στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία καμία γυναίκα δεν υιοθετεί αυτή την άποψη.

Όσον αφορά την Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και τα Νησιά Αιγαίου, πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p>0,05$). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι δεν υπάρχει εξάρτηση του φύλου και της άποψης ότι η “κακή” διατροφή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 67,1% των ανδρών και το 73,3% των γυναικών στην Ήπειρο & τη Δυτική Ελλάδα, καθώς και το 71,0% και το 74,6% αντίστοιχα στα νησιά Αιγαίου φαίνεται να συμφωνούν με την άποψη αυτή. Πατηρούμε ότι, η πλειοψηφία και των δύο φύλων έχει επίγνωση των συνεπειών της “κακής” διατροφής στην εμφάνιση καρδιαγγειακών, ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά για να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα.







Απαντήσεις

- Α: Όχι, καθόλου
- Β: Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους
- Γ: Ναι, αλλά δεν είμαι και πολύ σίγουρος/η
- Δ: Ναι, αναμφισβήτητα

Στον Πίνακα 5.1.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Πίνακας 5.1.2: Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Καθόλου	N	84	65	149
		%	4,3%	3,4%	3,8%
	Λίγο	N	390	282	672
		%	19,9%	14,8%	17,3%
	Αρκετά	N	1069	1113	2182
		%	54,4%	58,3%	56,3%
	Πολύ	N	421	450	871
		%	21,4%	23,6%	22,5%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Καθόλου	N	31	21	52
		%	4,5%	3,4%	4,0%
	Λίγο	N	95	52	147
		%	13,7%	8,5%	11,3%
	Αρκετά	N	394	375	769
		%	56,7%	61,6%	59,0%
	Πολύ	N	175	161	336
		%	25,2%	26,4%	25,8%
Sig. (χ²)= 0,019<0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Καθόλου	N	4	10	14
		%	1,0%	1,2%	1,1%
	Λίγο	N	47	71	118
		%	11,8%	8,3%	9,4%
	Αρκετά	N	233	542	775
		%	58,4%	63,7%	62,0%
	Πολύ	N	115	228	343
		%	28,8%	26,8%	27,4%
Sig. (χ²)= 0,164>0,05					

Μακεδονία	Καθόλου	N	23	22	45
		%	2,7%	2,2%	2,4%
	Λίγο	N	136	83	219
		%	15,8%	8,4%	11,8%
	Αρκετά	N	473	604	1077
		%	54,9%	60,8%	58,1%
	Πολύ	N	229	284	513
		%	26,6%	28,6%	27,7%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Πελοπόννησος	Καθόλου	N	19	19	38
		%	3,8%	3,7%	3,8%
	Λίγο	N	88	61	149
		%	17,8%	11,9%	14,8%
	Αρκετά	N	267	297	564
		%	54,0%	58,0%	56,1%
	Πολύ	N	120	135	255
		%	24,3%	26,4%	25,3%
Sig. (χ²)= 0,070>0,05					
Κρήτη	Καθόλου	N	16	16	32
		%	10,4%	10,3%	10,4%
	Λίγο	N	43	36	79
		%	27,9%	23,2%	25,6%
	Αρκετά	N	68	90	158
		%	44,2%	58,1%	51,1%
	Πολύ	N	27	13	40
		%	17,5%	8,4%	12,9%
Sig. (χ²)= 0,035<0,05					
Νησιά Αιγαίου	Καθόλου	N	1	8	9
		%	,5%	2,6%	1,8%
	Λίγο	N	23	34	57
		%	12,6%	11,1%	11,7%
	Αρκετά	N	116	183	299
		%	63,7%	59,6%	61,1%
	Πολύ	N	42	82	124
		%	23,1%	26,7%	25,4%
Sig. (χ²)= 0,286>0,05					

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, υπάρχει διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ανά περιοχή σχετικά με την επίδραση του ελαιολάδου στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

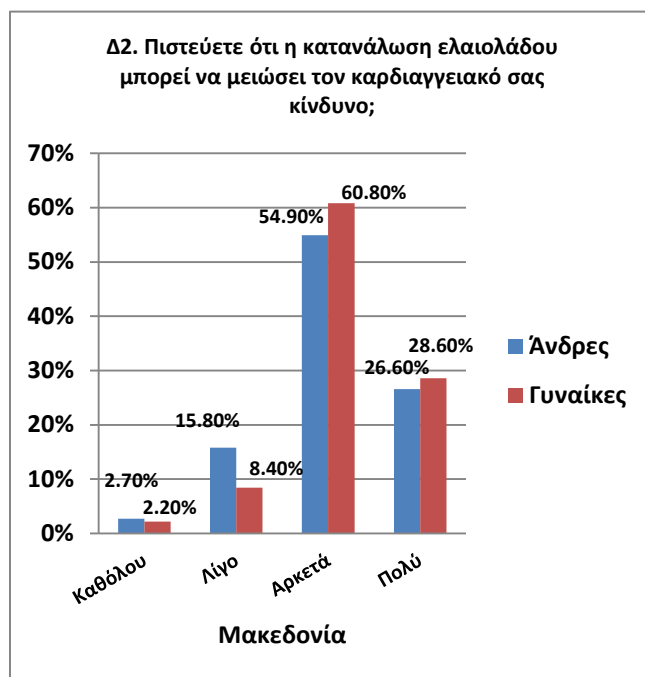
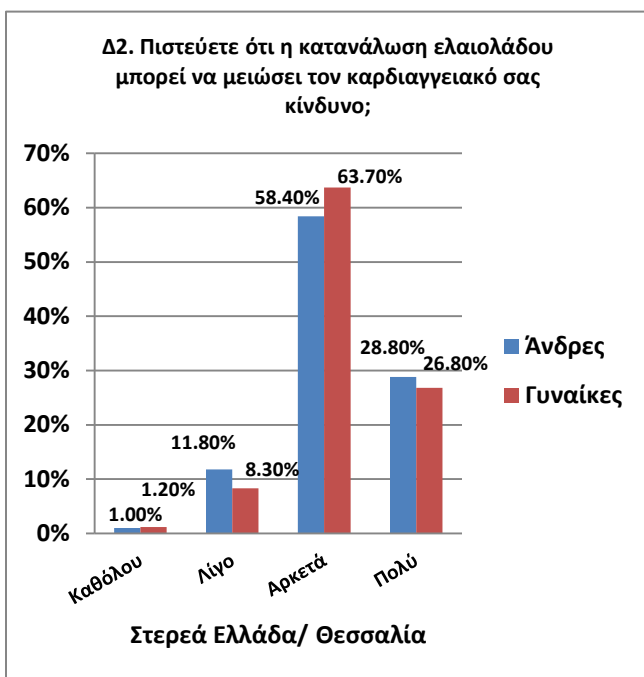
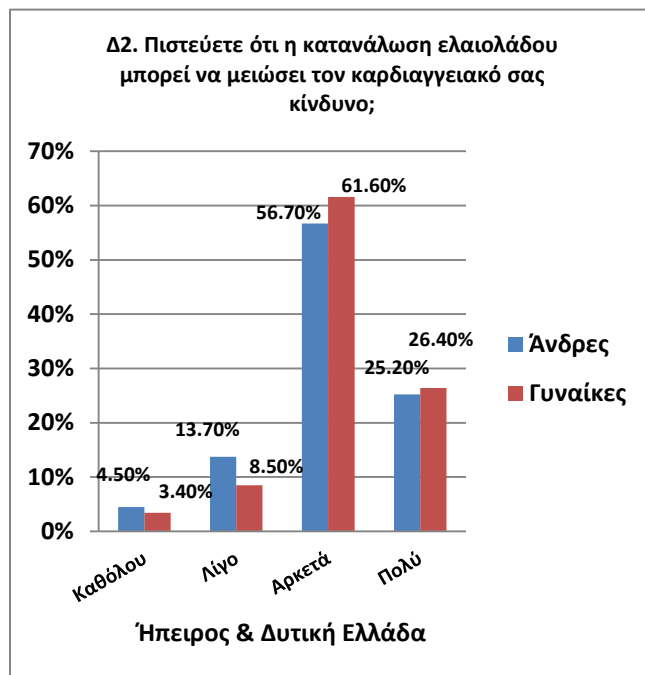
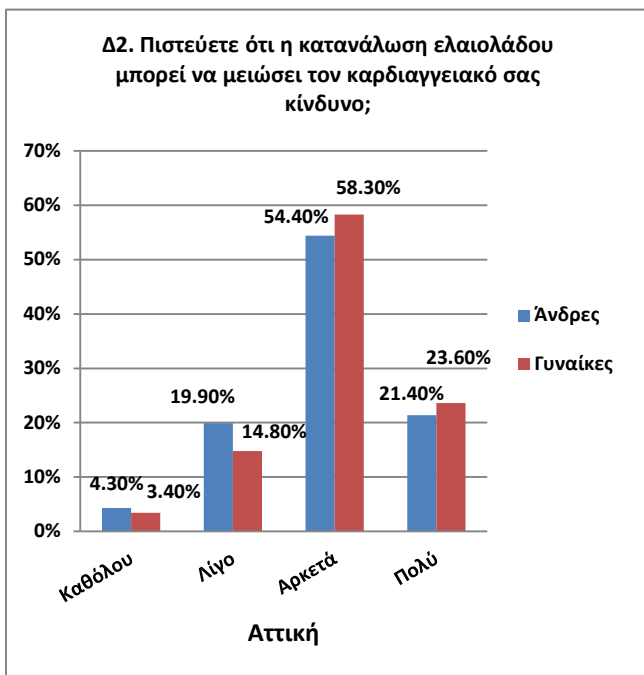
Από τα παραπάνω δεδομένα φαίνεται να υιοθετείται περισσότερο και στα δύο φύλα η ορθή άποψη ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αρκετά. Ωστόσο, οι γυναίκες στην Αττική, στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, στη Μακεδονία και στην Κρήτη παρατηρείται να συμφωνούν με την αντίληψη αυτή σε μεγαλύτερο βαθμό (58,3%, 61,7%, 60,8%, 58,1% αντίστοιχα) από ότι οι άνδρες (54,4%, 56,7%, 54,9%, 44,2%). Γυναίκες και άνδρες στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά (61,7% και 56,7% αντίστοιχα) και στην Κρήτη τα μικρότερα (58,1% και 44,2% αντίστοιχα).

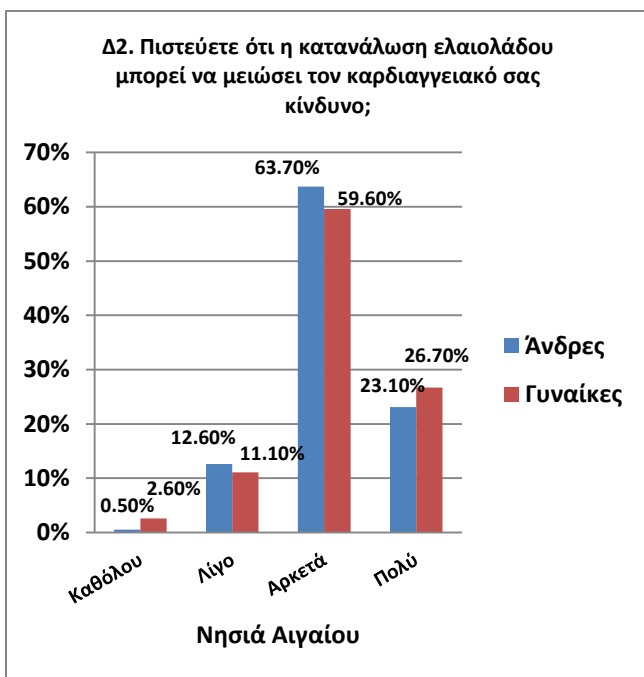
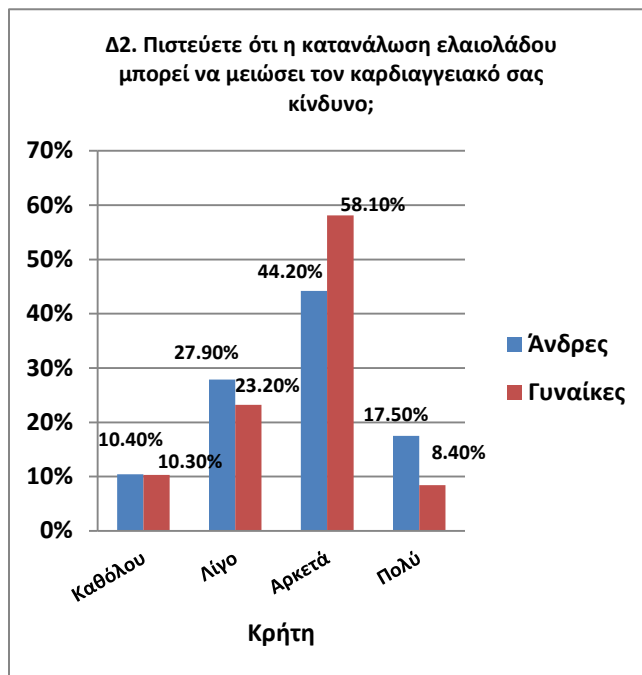
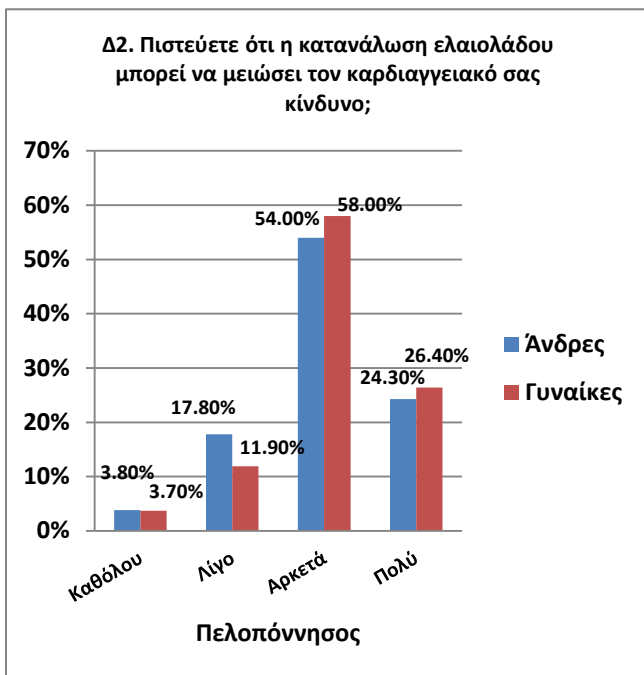
Την άποψη ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει πολύ τον καρδιαγγειακό κίνδυνο φαίνεται να την υιοθετούν περισσότερο οι γυναίκες στην Αττική, στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και στη Μακεδονία (23,6%, 26,4%, 28,6% αντίστοιχα) σε σχέση με τους άνδρες (21,4%, 25,2%, 26,6% αντίστοιχα). Ωστόσο, αυτό φαίνεται να μην ισχύει στην Κρήτη, όπου το ποσοστό των ανδρών που συμφωνεί είναι 17,5% έναντι του 8,4% των γυναικών.

Σημαντικά είναι και τα ποσοστά των συμμετεχόνων που δήλωσαν ότι το ελαιόλαδο παίζει μικρό ρόλο στην πρόληψη των καρδιαγγειακών. Αναλυτικότερα, την αντίληψη αυτή φαίνεται να την υιοθετούν περισσότερο οι άνδρες στις ίδιες περιοχές (19,9%, 13,7%, 15,8%, 27,9% αντίστοιχα) σε σχέση με τις γυναίκες (14,8%, 8,5%, 8,4%, 23,2% αντίστοιχα). Αξιοσημείωτο είναι ότι, στην Κρήτη η άποψη αυτή είναι επικρατέστερη και στα δύο φύλα αυτής που υποστηρίζει ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει πολύ τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ακόμα, διαφορές παρατηρούνται στα δύο φύλα και για την άποψη ότι το ελαιόλαδο δεν ασκεί καμία δράση στην προστασία της καρδιάς. Οι άνδρες αγνοούν σε μεγαλύτερο βαθμό (Αττική 4,3%, Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα 4,5%, Μακεδονία 2,7%) τα ωφέλη του ελαιολάδου στις προαναφερθείσες περιοχές από ότι οι γυναίκες (3,4%, 3,4%, 2,2% αντίστοιχα). Οι άνδρες και οι γυναίκες στην Κρήτη φαίνεται να διαφωνούν με την αντίληψη ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο περισσότερο από ότι στις υπόλοιπες περιοχές (10,4% και 10,3% αντίστοιχα).

Τέλος, όσον αφορά την Στερεά Ελλάδα/Θεσσαλία, την Πελοπόννησο και τα Νησιά Αιγαίου οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p>0,05$). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι δεν υπάρχει εξάρτηση του φύλου και της άποψης ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και καθώς τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, δεν μπορούμε να τα ερμηνεύσουμε και να εξάγουμε συμπεράσματα. Ωστόσο, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών (63,7%, 58% και 59,6% αντίστοιχα) και των ανδρών (58,4%, 54% και 63,7% αντίστοιχα) συμφωνούν με την άποψη ότι το ελαιόλαδο μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αρκετά.





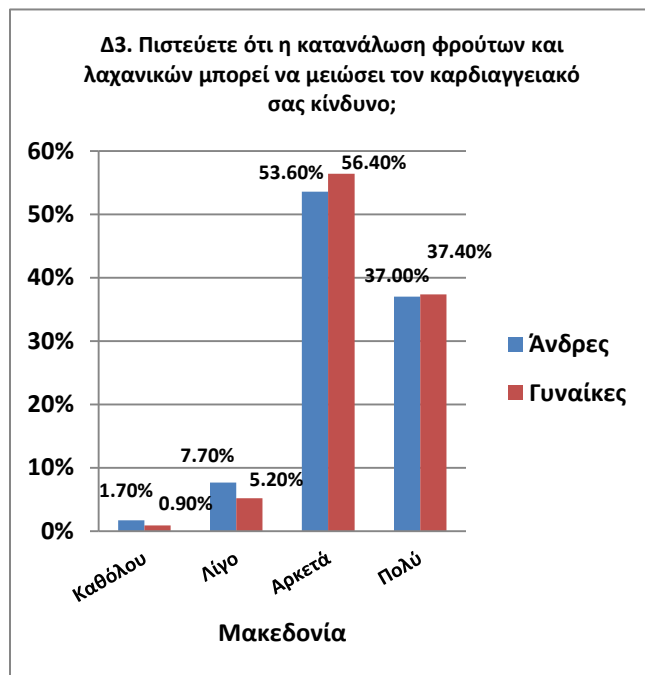
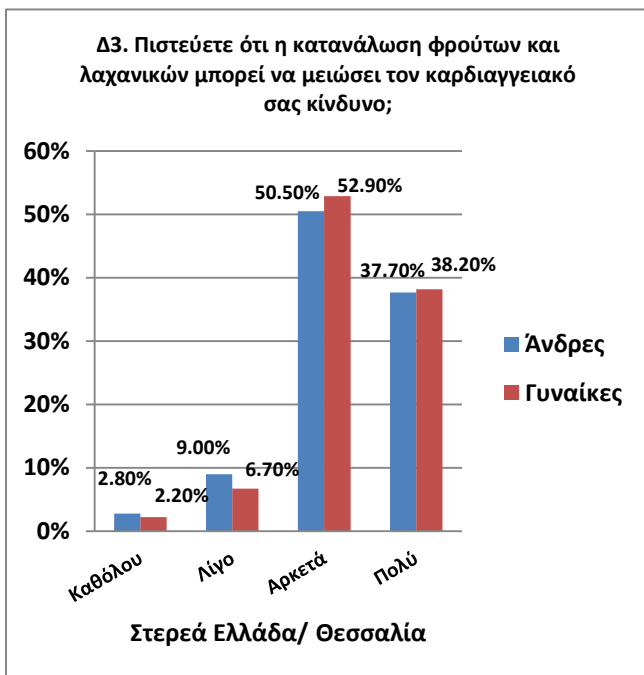
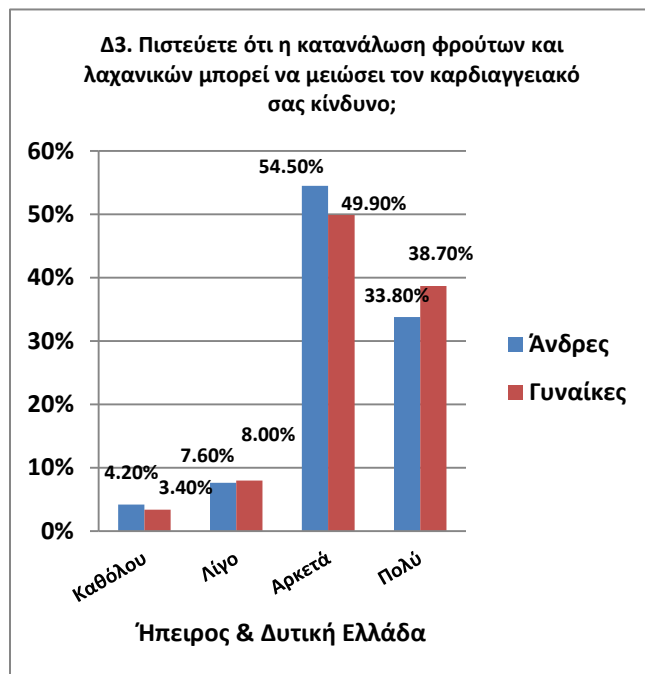
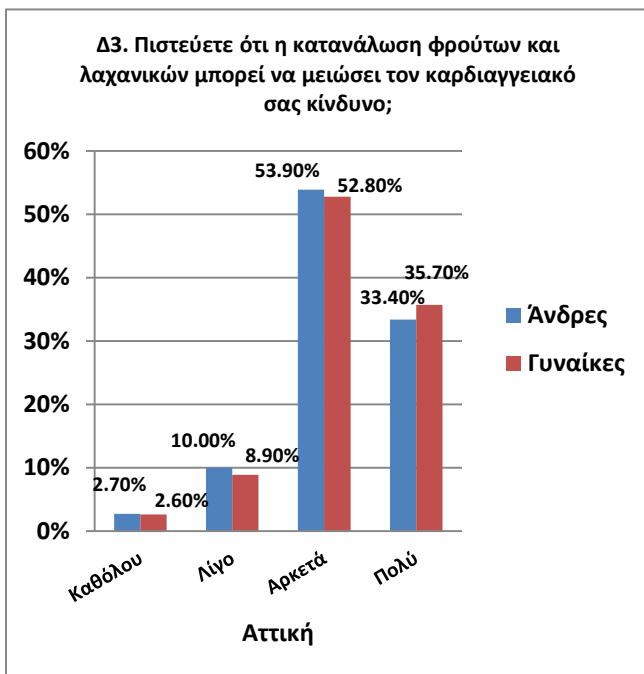
Στον Πίνακα 5.1.3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

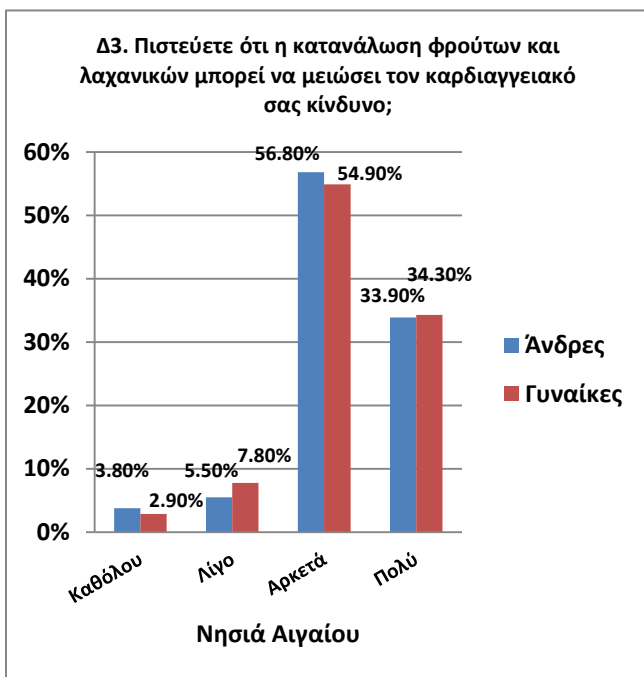
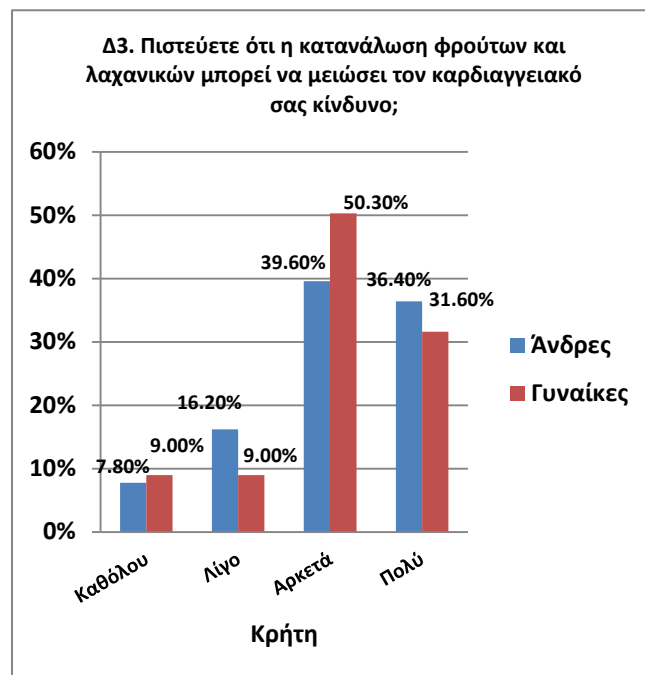
Πίνακας 5.1.3: Δ3. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Καθόλου	N	54	50	104
		%	2,7%	2,6%	2,7%
	Λίγο	N	196	170	366
		%	10,0%	8,9%	9,5%
	Αρκετά	N	1059	1007	2066
		%	53,9%	52,8%	53,3%
	Πολύ	N	655	682	1337
		%	33,4%	35,7%	34,5%
Sig. (χ²)= 0,380>0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Καθόλου	N	29	21	50
		%	4,2%	3,4%	3,8%
	Λίγο	N	53	49	102
		%	7,6%	8,0%	7,8%
	Αρκετά	N	379	306	685
		%	54,5%	49,9%	52,3%
	Πολύ	N	235	237	472
		%	33,8%	38,7%	36,1%
Sig. (χ²)= 0,264>0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Καθόλου	N	11	19	30
		%	2,8%	2,2%	2,4%
	Λίγο	N	36	57	93
		%	9,0%	6,7%	7,4%
	Αρκετά	N	201	451	652
		%	50,5%	52,9%	52,1%
	Πολύ	N	150	326	476
		%	37,7%	38,2%	38,0%
Sig. (χ²)= 0,444>0,05					
Μακεδονία	Καθόλου	N	15	9	24
		%	1,7%	0,9%	1,3%
	Λίγο	N	66	52	118
		%	7,7%	5,2%	6,4%

	Αρκετά	N	461	562	1023
		%	53,6%	56,4%	55,1%
	Πολύ	N	318	373	691
		%	37,0%	37,4%	37,2%
Sig. (χ²)= 0,055>0,05					
Πελοπόννησος	Καθόλου	N	8	8	16
		%	1,6%	1,6%	1,6%
	Λίγο	N	37	28	65
		%	7,5%	5,5%	6,5%
	Αρκετά	N	248	247	495
		%	50,1%	48,3%	49,2%
	Πολύ	N	202	228	430
		%	40,8%	44,6%	42,7%
Sig. (χ²)= 0,463>0,05					
Κρήτη	Καθόλου	N	12	14	26
		%	7,8%	9,0%	8,4%
	Λίγο	N	25	14	39
		%	16,2%	9,0%	12,6%
	Αρκετά	N	61	78	139
		%	39,6%	50,3%	45,0%
	Πολύ	N	56	49	105
		%	36,4%	31,6%	34,0%
Sig. (χ²)= 0,122>0,05					
Νησιά Αιγαίου	Καθόλου	N	7	9	16
		%	3,8%	2,9%	3,3%
	Λίγο	N	10	24	34
		%	5,5%	7,8%	7,0%
	Αρκετά	N	104	168	272
		%	56,8%	54,9%	55,6%
	Πολύ	N	62	105	167
		%	33,9%	34,3%	34,2%
Sig. (χ²)= 0,732>0,05					

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται, ότι τα αποτελέσματα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p>0,05$). Από αυτό συμπεραίνουμε ότι, δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ φύλου και της άποψης ότι τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Παρατηρείται ότι, η πλειοψηφία των γυναικών στην Αττική, στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, στη Μακεδονία, στην Πελοπόννησο, στην Κρήτη και στα νησιά Αιγαίου (52,8%, 49,9%, 52,9%, 56,4%, 48,3%, 50,3% και 54,9% αντίστοιχα) και η πλειοψηφία των ανδρών (53,9%, 54,4%, 50,5%, 53,6%, 50,1%, 39,6% και 56,8% αντίστοιχα) υιοθετούν την άποψη ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει αρκετά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι αποδεδειγμένα η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών υπάρχει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού που διαφωνεί πλήρως με αυτό. Τα ποσοστά για τους άνδρες ανέρχονται στο 2,5% στην Αττική, 4,2% στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, 2,8% στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, 1,7% στη Μακεδονία, 1,6% στην Πελοπόννησο, 7,8% στην Κρήτη και 3,8% στα νησιά του Αιγαίου. Για τις γυναίκες στις αντίστοιχες περιοχές είναι 2,6%, 3,4%, 2,2%, 0,9%, 1,6%, 9,0%, 2,9%. Οι διαφορές αυτές ωστόσο, δεν είναι στατιστικά σημαντικές για να μπορέσουμε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα σχετικά με την διαφορετικότητα των αντιλήψεων των δύο φύλων πάνω στο θέμα αυτό.





Στον Πίνακα 5.1.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

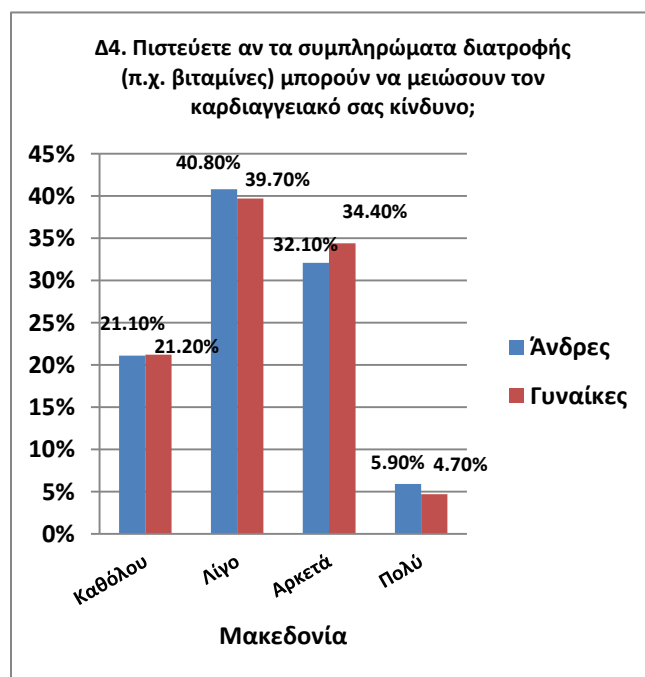
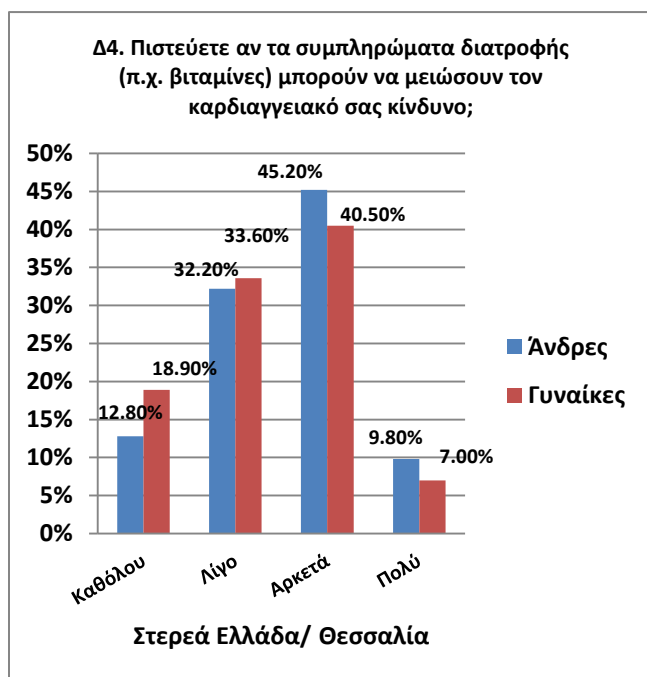
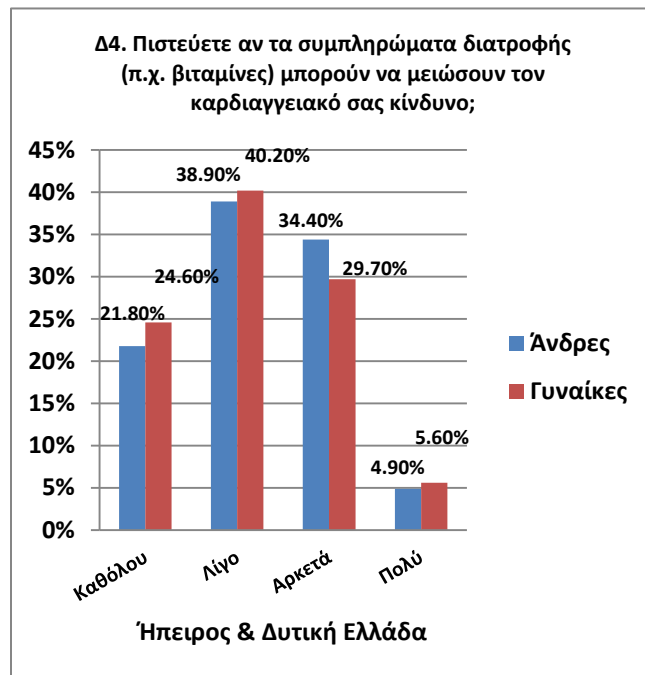
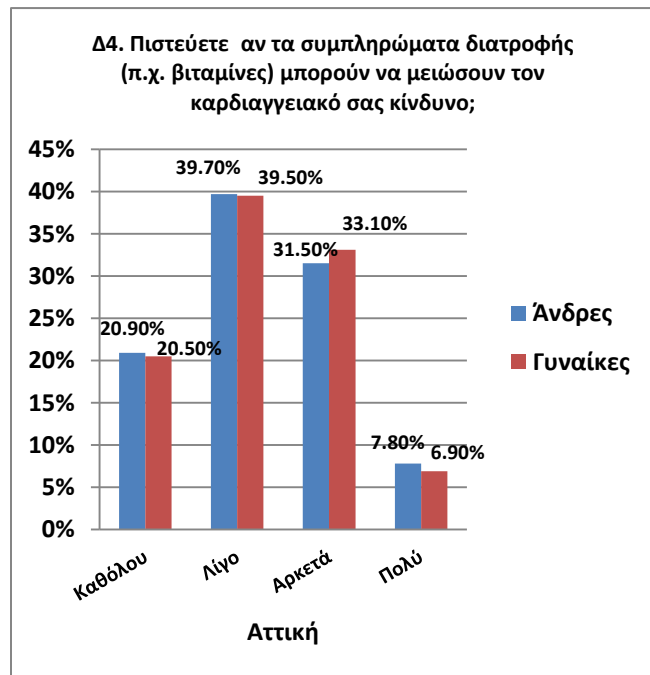
Πίνακας 5.1.4: Δ4. Πιστεύετε αν τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Καθόλου	N	410	390	800
		%	20,9%	20,5%	20,7%
	Λίγο	N	779	753	1532
		%	39,7%	39,5%	39,6%
	Αρκετά	N	619	630	1249
		%	31,5%	33,1%	32,3%
	Πολύ	N	154	132	286
		%	7,8%	6,9%	7,4%
Sig. (χ^2)= 0,595>0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Καθόλου	N	151	150	301
		%	21,8%	24,6%	23,1%
	Λίγο	N	269	245	514
		%	38,9%	40,2%	39,5%
	Αρκετά	N	238	181	419
		%	34,4%	29,7%	32,2%
	Πολύ	N	34	34	68
		%	4,9%	5,6%	5,2%
Sig. (χ^2)= 0,292>0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Καθόλου	N	51	160	211
		%	12,8%	18,9%	17,0%
	Λίγο	N	128	284	412
		%	32,2%	33,6%	33,1%
	Αρκετά	N	180	343	523
		%	45,2%	40,5%	42,0%
	Πολύ	N	39	59	98
		%	9,8%	7,0%	7,9%
Sig. (χ^2)= 0,017<0,05					
Μακεδονία	Καθόλου	N	182	211	393
		%	21,1%	21,2%	21,2%
	Λίγο	N	352	395	747
		%	40,8%	39,7%	40,2%

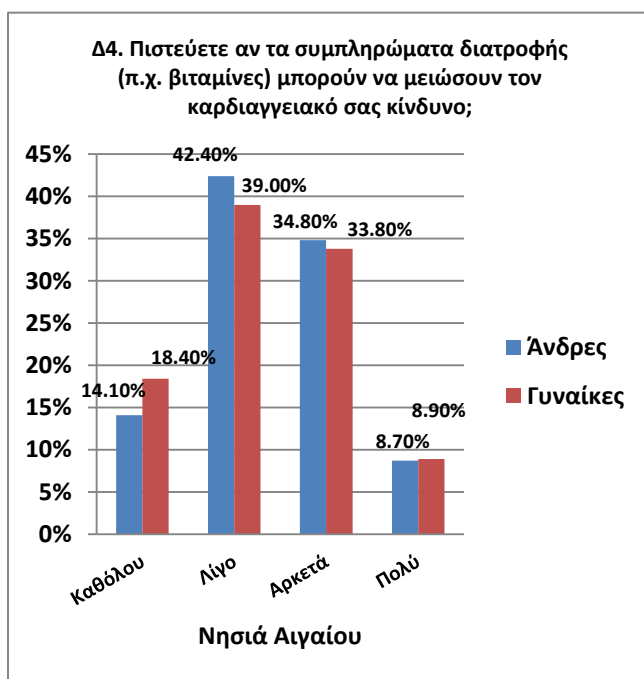
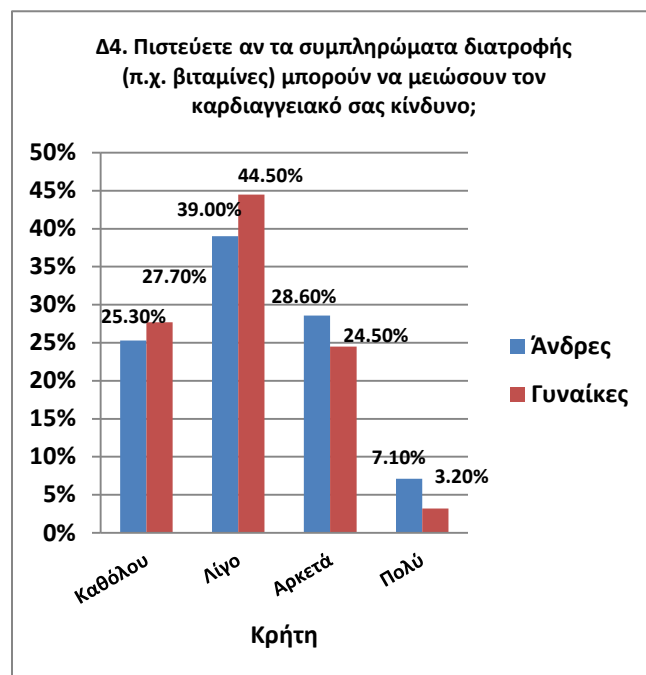
	Αρκετά	N	277	343	620
		%	32,1%	34,4%	33,4%
	Πολύ	N	51	47	98
		%	5,9%	4,7%	5,3%
Sig. (x²)= 0,542>0,05					
Πελοπόννησος	Καθόλου	N	112	115	227
		%	22,7%	22,6%	22,7%
	Λίγο	N	188	203	391
		%	38,1%	39,9%	39,0%
	Αρκετά	N	152	161	313
		%	30,8%	31,6%	31,2%
	Πολύ	N	41	30	71
		%	8,3%	5,9%	7,1%
Sig. (x²)= 0,508>0,05					
Κρήτη	Καθόλου	N	39	43	82
		%	25,3%	27,7%	26,5%
	Λίγο	N	60	69	129
		%	39,0%	44,5%	41,7%
	Αρκετά	N	44	38	82
		%	28,6%	24,5%	26,5%
	Πολύ	N	11	5	16
		%	7,1%	3,2%	5,2%
Sig. (x²)= 0,320>0,05					
Νησιά Αιγαίου	Καθόλου	N	26	56	82
		%	14,1%	18,4%	16,8%
	Λίγο	N	78	119	197
		%	42,4%	39,0%	40,3%
	Αρκετά	N	64	103	167
		%	34,8%	33,8%	34,2%
	Πολύ	N	16	27	43
		%	8,7%	8,9%	8,8%
Sig. (x²)= 0,662>0,05					

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα έχουμε μόνο για την περιοχή της Στερεάς Ελλάδας/ Θεσσαλίας ($p=0,017 < 0,05$). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι παρόλο που είναι λανθασμένη η επικρατέστερη γνώμη και για τα δύο φύλα είναι ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αρκετά. Αναλυτικότερα, οι άνδρες υποστηρίζουν αυτή την άποψη σε μεγαλύτερο ποσοστό (45,2%) από ότι οι γυναίκες (40,5%). Ωστόσο πολλοί είναι και εκείνοι που θεωρούν ότι η επίδραση των συμπληρωμάτων στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι μικρή, με τις γυναίκες να την υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό (33,6%) από ότι οι άνδρες (32,2%).

Αξιοσημείωτο είναι πως, τα μικρότερα ποσοστά και για τα δύο φύλα τα συγκεντρώνει η αντίληψη ότι τα συμπληρώματα βοηθούν πολύ στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, με εκείνα των ανδρών (9,8%) να ξεπερνούν των γυναικών (7,0%). Ακόμα, σε ότι αφορά την ορθή αντίληψη, οι γυναίκες στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό (18,9%) ότι τα συμπληρώματα διατροφής δεν παίζουν κανένα ρόλο στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με τους άνδρες (12,8%).

Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας, τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p>0,05$). Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση του φύλου και της άποψης ότι τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην Αττική, Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, Μακεδονία, Πελοπόννησο, Κρήτη και στα νησιά του Αιγαίου φαίνεται να επικρατεί η αντίληψη ότι τα συμπληρώματα διατροφής συμβάλουν στην μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο λίγο (άνδρες: 39,7%, 38,9%, 40,8%, 38,1%, 39,0%, 42,4% αντίστοιχα και γυναίκες: 39,5%, 40,2%, 39,7%, 39,9%, 44,5%, 39,0% αντίστοιχα), ενώ εκείνη που συμφωνεί με το ότι τα συμπληρώματα συμβάλουν αρκετά έρχεται δεύτερη σε όλες τις περιοχές και για τα δύο φύλα. Αξίζει να σχολιάσουμε το γεγονός ότι σε αυτές τις περιοχές τα ποσοστά και των δύο φύλων που διαφωνούν με τη συμβολή των συμπληρωμάτων στη μείωση του κινδύνου είναι σε όλες τις περιοχές υψηλότερα σε σχέση με εκείνων που τη θεωρούν αρκετή. Οι διαφορές αυτές, ωστόσο, δεν είναι στατιστικά σημαντικές για να μπορέσουμε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα σχετικά με την διαφορετικότητα των αντιλήψεων των δύο φύλων πάνω στο θέμα αυτό.





Στον Πίνακα 5.1.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για τη διατροφή;

Πίνακας 5.1.5: Δ5. Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για τη διατροφή;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Καθόλου	N	131	78	209
		%	6,7%	4,1%	5,4%
	Λίγο	N	542	403	945
		%	27,6%	21,1%	24,4%
	Αρκετά	N	977	1043	2020
		%	49,7%	54,5%	52,1%
	Πολύ	N	315	389	704
		%	16,0%	20,3%	18,2%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Καθόλου	N	48	26	74
		%	6,9%	4,2%	5,6%
	Λίγο	N	164	113	277
		%	23,5%	18,4%	21,1%
	Αρκετά	N	391	345	736
		%	56,0%	56,1%	56,1%
	Πολύ	N	95	131	226
		%	13,6%	21,3%	17,2%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Καθόλου	N	31	39	70
		%	7,8%	4,6%	5,6%
	Λίγο	N	94	146	240
		%	23,5%	17,1%	19,2%
	Αρκετά	N	225	525	750
		%	56,3%	61,6%	59,9%
	Πολύ	N	50	142	192
		%	12,5%	16,7%	15,3%
Sig. (χ²)= 0,002<0,05					
Μακεδονία	Καθόλου	N	38	14	52
		%	4,4%	1,4%	2,8%
	Λίγο	N	226	103	329
		%	26,2%	10,3%	17,7%
	Αρκετά	N	464	664	1128
		%			

		%	53,9%	66,6%	60,7%
	Πολύ	N	133	216	349
		%	15,4%	21,7%	18,8%
Sig. (x²)= 0,000<0,0001					
Πελοπόννησος	Καθόλου	N	29	13	42
		%	5,9%	2,6%	4,2%
	Λίγο	N	123	89	212
		%	24,9%	17,5%	21,1%
	Αρκετά	N	270	293	563
		%	54,7%	57,6%	56,1%
	Πολύ	N	72	114	186
		%	14,6%	22,4%	18,5%
Sig. (x²)= 0,000<0,0001					
Κρήτη	Καθόλου	N	10	6	16
		%	6,5%	3,9%	5,2%
	Λίγο	N	45	23	68
		%	29,4%	14,8%	22,1%
	Αρκετά	N	63	81	144
		%	41,2%	52,3%	46,8%
	Πολύ	N	35	45	80
		%	22,9%	29,0%	26,0%
Sig. (x²)= 0,009<0,05					
Νησιά Αιγαίου	Καθόλου	N	13	8	21
		%	7,1%	2,6%	4,3%
	Λίγο	N	50	59	109
		%	27,2%	19,3%	22,2%
	Αρκετά	N	103	180	283
		%	56,0%	58,8%	57,8%
	Πολύ	N	18	59	77
		%	9,8%	19,3%	15,7%
Sig. (x²)= 0,002<0,05					

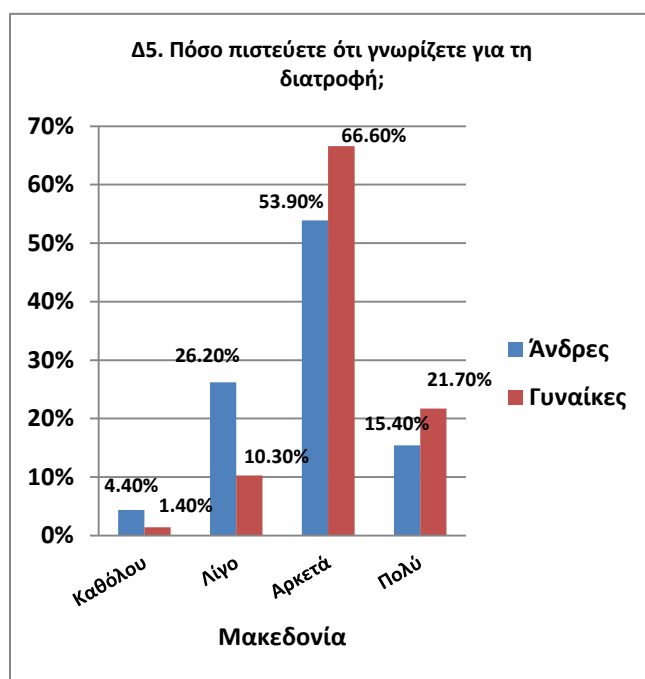
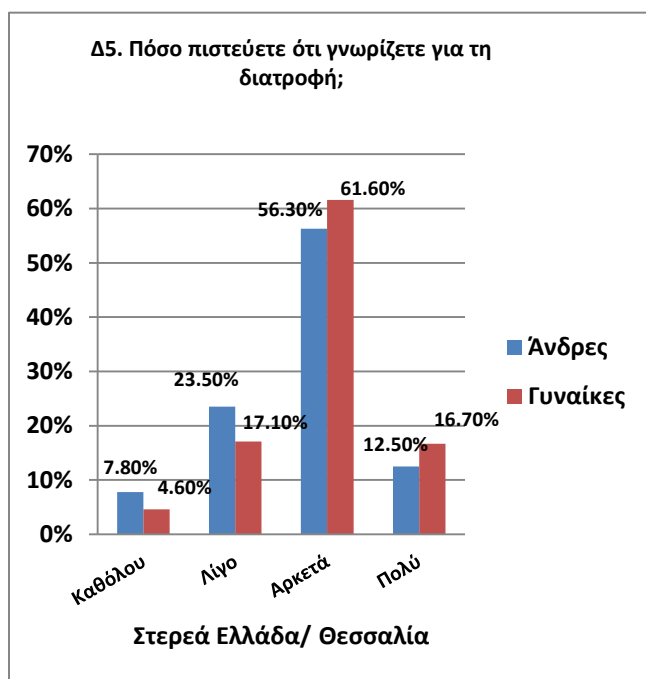
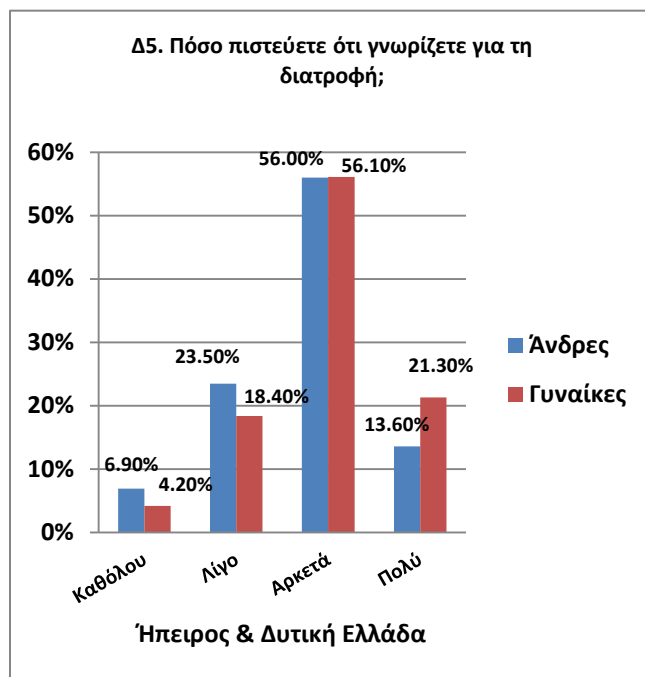
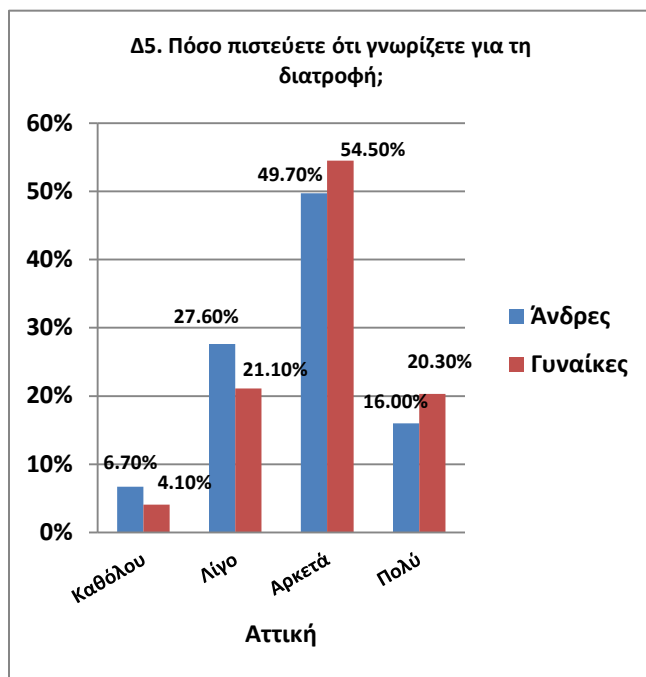
Όσον αφορά την ερώτηση περί αυτο-αξιολόγησης των συμμετεχόντων για τις γνώσεις τους πάνω στη διατροφή, τα αποτελέσματα της μελέτης είναι στατιστικά σημαντικά ($p < 0,05$ σε όλες τις περιοχές) και φαίνεται να υπάρχει αλληλεπίδραση του φύλου πάνω σε αυτό το ζήτημα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας που εξετάστηκαν, με τις γυναίκες να παρουσιάζονται πιο σίγουρες από τους άνδρες για τις γνώσεις τους.

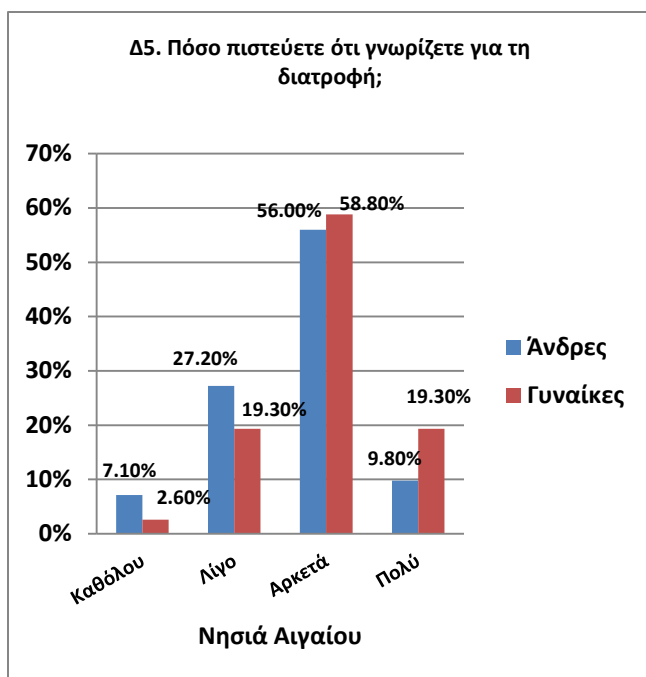
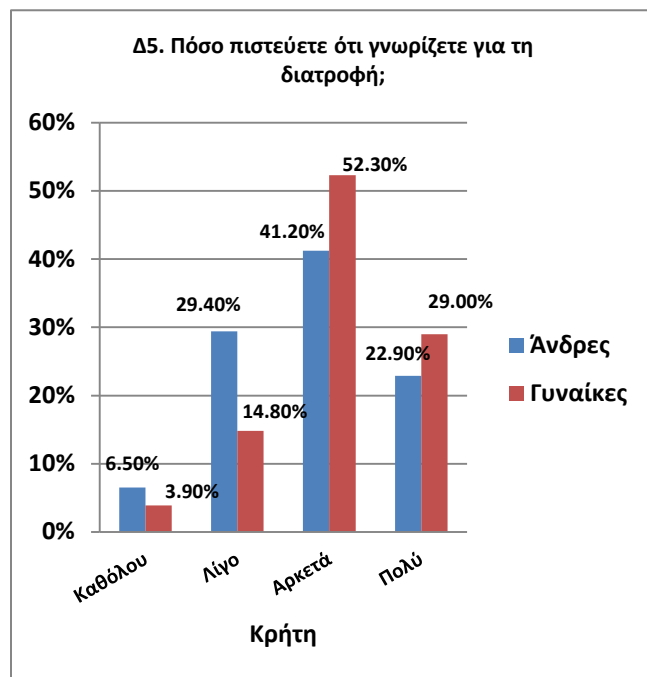
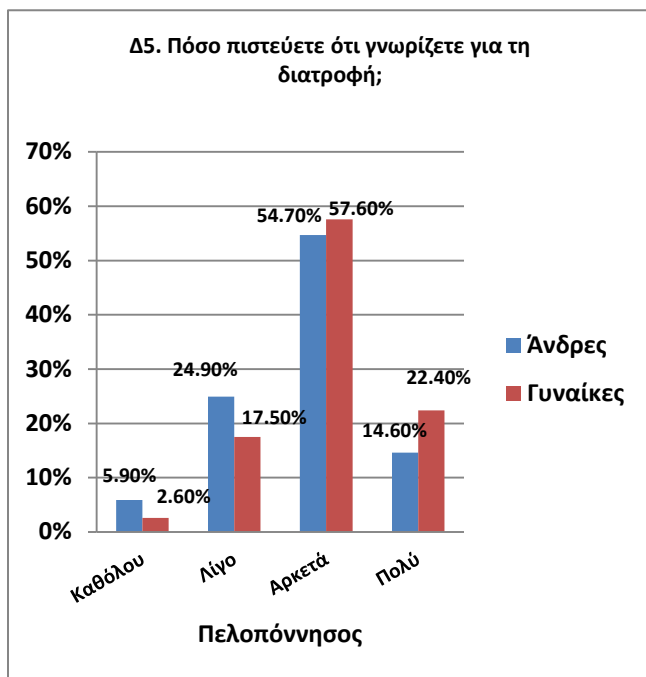
Αναλυτικότερα, σε όλες τις περιοχές φαίνεται να επικρατεί και στα δύο φύλα η πεποίθηση ότι γνωρίζουν αρκετά για τη σχέση της διατροφής με τα καρδιαγγειακά με τις γυναίκες να είναι περισσότερες από τους άνδρες. Συγκεκριμένα τα ποσοστά των γυναικών για Αττική, Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, Μακεδονία, Πελοπόννησο, Κρήτη και στα νησιά του Αιγαίου είναι 54,5%, 56,1%, 61,6 %, 66,6%, 57,6%, 52,3%, 58,8% αντίστοιχα και εκείνα των ανδρών 49,7%, 56,0%, 56,3%, 53,9%, 54,7%, 41,2%, 56,0%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο σίγουρες ότι γνωρίζουν αρκετά περί διατροφής στη Μακεδονία, ενώ οι άνδρες στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και στα νησιά του Αιγαίου. Στην Κρήτη παρουσιάζονται τα μικρότερα ποσοστά και για τα δύο φύλα.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει ένα μέρος του πληθυσμού, το οποίο δεν γνωρίζει τίποτα για τη διατροφή και την επίδρασή της στην υγεία, με τις γυναίκες για ακόμα μία φορά να έχουν καλύτερη επίγνωση. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των ανδρών, που δεν γνωρίζουν καθόλου περί διατροφής είναι μεγαλύτερα σε όλες τις περιοχές σε σχέση με εκείνα των γυναικών. Στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία οι άνδρες δε γνωρίζουν τίποτα για τη διατροφή στο μεγαλύτερο ποσοστό (7,8%), ενώ οι γυναίκες στη Μακεδονία φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη επίγνωση από όλα τα άλλα μέρη της Ελλάδας (1,4% δεν γνωρίζει καθόλου για τη διατροφή).

Σε ότι αφορά τις απαντήσεις για λίγη ή πολύ γνώση πάνω στη διατροφή εδώ παρουσιάζεται μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Αναλυτικά, σε όλες τις περιοχές φαίνεται οι άνδρες που υποστηρίζουν ότι γνωρίζουν λίγο περί διατροφής να είναι περισσότεροι από εκείνους που γνωρίζουν πολύ. Σε αντίθεση, οι γυναίκες, οι οποίες θεωρούν ότι γνωρίζουν πολύ σχετικά με τη διατροφή στην Ήπειρο (21,3%), στη Μακεδονία (21,7%), στην Πελοπόννησο (22,4%) και στην Κρήτη (29,0%), είναι περισσότερες από εκείνες που έχουν λίγη γνώση στις ίδιες περιοχές

(18,4%, 10,3%, 17,5%, 14,8% αντίστοιχα). Τέλος, ο αριθμός των γυναικών, με λίγη ή πολύ γνώση πάνω σε διατροφικά θέματα στη Κρήτη, είναι ίσος (19,3%).





Στον Πίνακα 5.1.6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας;

Πίνακας 5.1.6: Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	690	565	1255
		%	35,3%	29,7%	32,6%
	Μεσογειακή κουζίνα	N	760	985	1745
		%	38,9%	51,8%	45,3%
	Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)	N	329	227	556
		%	16,8%	11,9%	14,4%
	Άλλη	N	174	124	298
		%	8,9%	6,5%	7,7%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	258	191	449
		%	37,1%	31,4%	34,4%
	Μεσογειακή κουζίνα	N	276	321	597
		%	39,7%	52,8%	45,8%
	Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)	N	124	68	192
		%	17,8%	11,2%	14,7%
	Άλλη	N	38	28	66
		%	5,5%	4,6%	5,1%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	145	257	402
		%	36,4%	30,3%	32,2%
	Μεσογειακή κουζίνα	N	160	445	605
		%	40,2%	52,4%	48,5%
	Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)	N	68	114	182
		%	17,1%	13,4%	14,6%
	Άλλη	N	25	33	58
		%	6,3%	3,9%	4,7%
Sig. (χ²)= 0,001<0,05					
Μακεδονία	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	308	278	586
		%	35,9%	27,9%	31,6%
	Μεσογειακή κουζίνα	N	360	628	988
		%	42,0%	63,1%	53,3%
	Δυτικού τύπου (αυξημένο	N	146	62	208
		%	17,7%	6,1%	11,9%

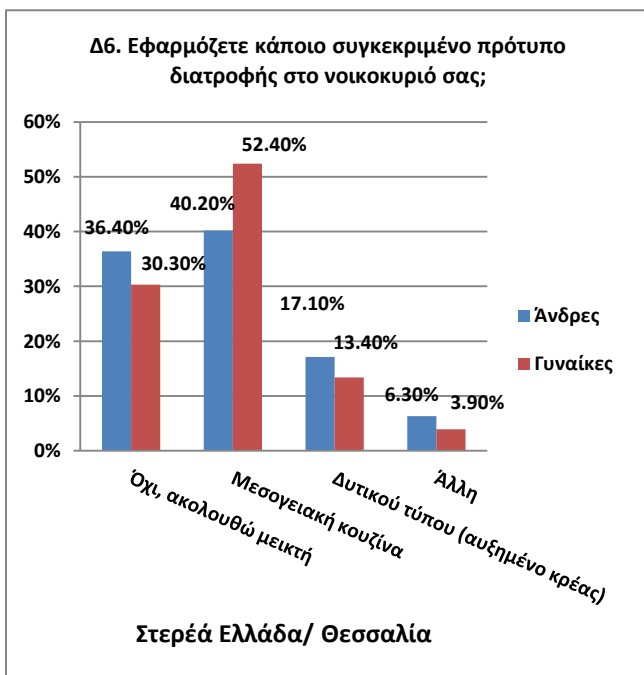
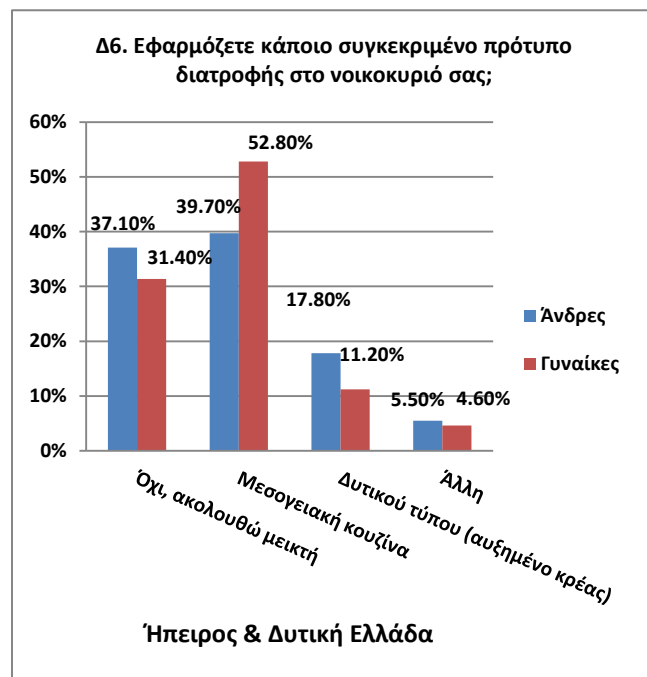
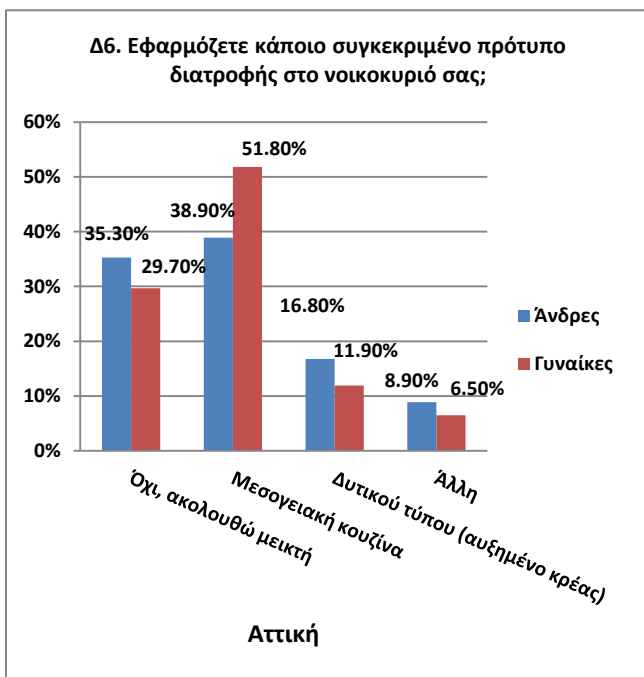
κρέας)		%	17,0%	6,2%	11,2%
Άλλη		N	44	28	72
		%	5,1%	2,8%	3,9%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Πελοπόννησος	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	190	167	357
		%	38,5%	32,8%	35,6%
Μεσογειακή κουζίνα		N	187	261	448
		%	37,9%	51,3%	44,7%
Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)		N	89	59	148
		%	18,0%	11,6%	14,8%
Άλλη		N	28	22	50
		%	5,7%	4,3%	5,0%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Κρήτη	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	66	52	118
		%	42,9%	33,8%	38,3%
Μεσογειακή κουζίνα		N	43	72	115
		%	27,9%	46,8%	37,3%
Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)		N	23	17	40
		%	14,9%	11,0%	13,0%
Άλλη		N	22	13	35
		%	14,3%	8,4%	11,4%
Sig. (χ²)= 0,007<0,05					
Νησιά Αιγαίου	Όχι, ακολουθώ μεικτή	N	82	88	170
		%	44,6%	28,5%	34,5%
Μεσογειακή κουζίνα		N	68	162	230
		%	37,0%	52,4%	46,7%
Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας)		N	30	40	70
		%	16,3%	12,9%	14,2%
Άλλη		N	4	19	23
		%	2,2%	6,1%	4,7%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					

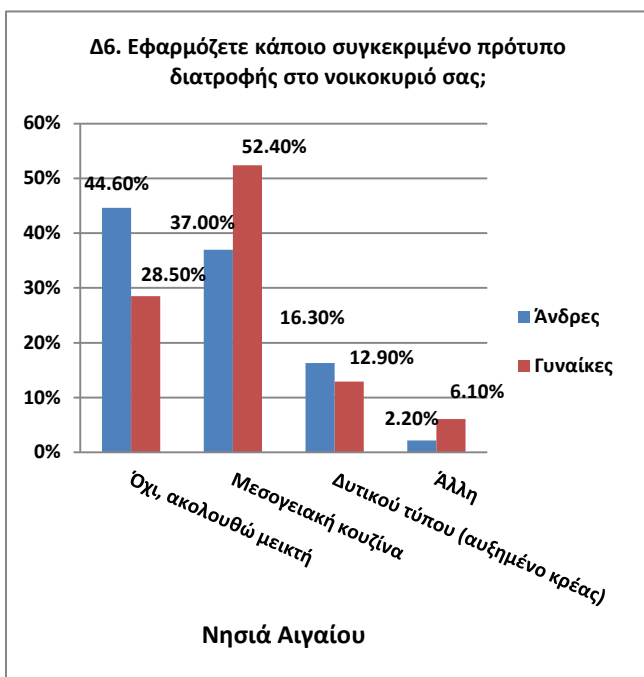
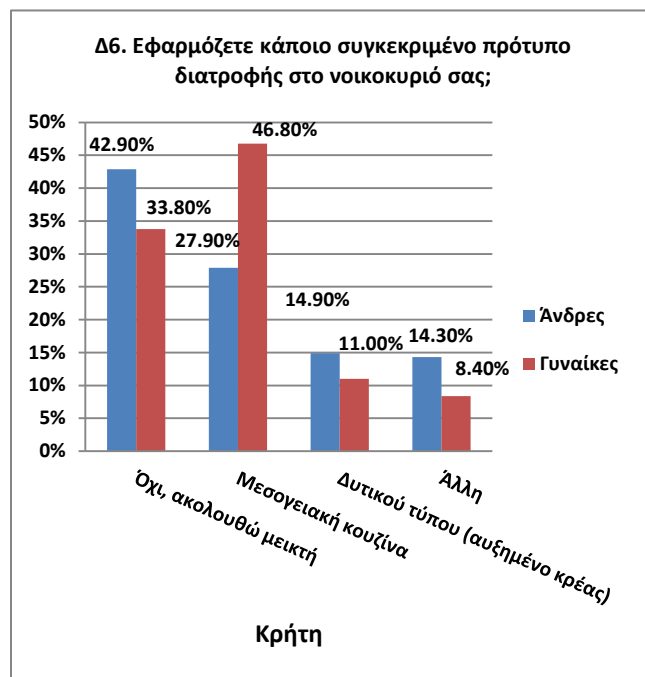
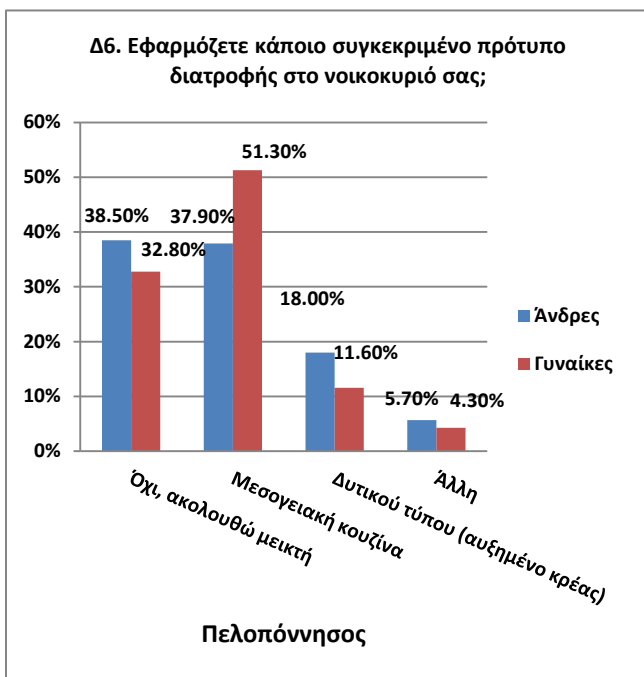
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι τα διατροφικά πρότυπα διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας και μάλιστα υπάρχει σημαντική εξάρτηση του φύλου και της επιλογής διατροφικού προτύπου σε όλες της περιοχές ($p < 0,05$).

Ειδικότερα, φαίνεται σε όλες τις περιοχές οι γυναίκες να στρέφονται περισσότερο στη Μεσογειακή Διατροφή (Αττική: 51,8%, Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα: 52,8%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία: 52,4%, Μακεδονία: 63,1%, Πελοπόννησος: 51,3%, Κρήτη 46,8%, νησιά Αιγαίου: 52,4%) από ότι οι άνδρες (38,9%, 39,7%, 40,2%, 42,0%, 37,9%, 27,9%, 37,0% αντίστοιχα), ενώ η μεικτή διατροφή για τις γυναίκες όλων των περιοχών είναι δεύτερη επιλογή. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των γυναικών (63,1%) στην Μακεδονία που επιλέγει τη Μεσογειακή διατροφή. Όσον αφορά τους άνδρες η επιλογή του διατροφικού προτύπου διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των ανδρών που στρέφονται στη Μεσογειακή διατροφή είναι μικρότερα στην Πελοπόννησο, στην Κρήτη και στα Νησιά Αιγαίου, όπου παρατηρείται σαν πρώτη επιλογή η μεικτή διατροφή (38,5%, 42,9% και 44,6% αντίστοιχα).

Σχετικά με την κατανάλωση κρέατος και προϊόντων του, παρατηρείται ότι περισσότεροι άνδρες (Αττική: 16,8%, Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα: 17,8%, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία: 17,1%, Μακεδονία: 17,0%, Πελοπόννησος: 18,0%, Κρήτη 14,9%, νησιά Αιγαίου: 16,3%) σε όλες τις περιοχές ακολουθούν Δυτικού τύπου διατροφή σε σχέση με τις γυναίκες (11,9%, 11,2%, 13,4%, 6,2%, 11,6%, 11,0%, 12,9% αντίστοιχα). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες της Μακεδονίας ακολουθούν μια δυτικού τύπου διατροφή στο μικρότερο ποσοστό (6,2%) τόσο σε σχέση με τις γυναίκες όσο και με τους άνδρες όλων των λοιπών περιοχών της Ελλάδας.

Τέλος, υπάρχει και ένα μικρότερο μέρος του πληθυσμού της Ελλάδας που ακολουθεί κάποιο άλλο διατροφικό πρότυπο, διαφορετικό όσων αναφέρθηκαν. Οι άνδρες όλων των περιοχών ακολουθούν ένα διαφορετικού τύπου πρότυπο σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι γυναίκες.





Στον Πίνακα 5.1.7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Πίνακας 5.1.7: Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Καθόλου	N	248	194	442
		%	12,7%	10,2%	11,5%
	Λίγο	N	791	683	1474
		%	40,5%	35,9%	38,2%
	Αρκετά	N	746	797	1543
		%	38,2%	41,9%	40,0%
	Πολύ	N	167	230	397
		%	8,6%	12,1%	10,3%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Καθόλου	N	91	89	180
		%	13,2%	14,6%	13,8%
	Λίγο	N	293	240	533
		%	42,5%	39,3%	41,0%
	Αρκετά	N	254	227	481
		%	36,8%	37,2%	37,0%
	Πολύ	N	52	54	106
		%	7,5%	8,9%	8,2%
Sig. (χ²)= 0,587>0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Καθόλου	N	42	86	128
		%	10,6%	10,1%	10,3%
	Λίγο	N	149	300	449
		%	37,5%	35,3%	36,0%
	Αρκετά	N	144	360	504
		%	36,3%	42,4%	40,4%
	Πολύ	N	62	104	166
		%	15,6%	12,2%	13,3%
Sig. (χ²)= 0,156>0,05					
Μακεδονία	Καθόλου	N	96	146	242
		%	11,2%	14,7%	13,1%
	Λίγο	N	343	389	732
		%	39,9%	39,2%	39,5%

	Αρκετά	N	370	425	795
		%	43,0%	42,8%	42,9%
	Πολύ	N	51	32	83
		%	5,9%	3,2%	4,5%
Sig. (χ²)= 0,007<0,05					
Πελοπόννησος ;	Καθόλου	N	74	64	138
		%	15,1%	12,6%	13,8%
	Λίγο	N	189	174	363
		%	38,5%	34,2%	36,3%
	Αρκετά	N	192	227	419
		%	39,1%	44,6%	41,9%
	Πολύ	N	36	44	80
		%	7,3%	8,6%	8,0%
Sig. (χ²)= 0,191>0,05					
Κρήτη	Καθόλου	N	29	21	50
		%	18,8%	13,5%	16,2%
	Λίγο	N	58	60	118
		%	37,7%	38,7%	38,2%
	Αρκετά	N	53	58	111
		%	34,4%	37,4%	35,9%
	Πολύ	N	14	16	30
		%	9,1%	10,3%	9,7%
Sig. (χ²)= 0,644>0,05					
Νησιά Αιγαίου	Καθόλου	N	22	38	60
		%	12,2%	12,5%	12,4%
	Λίγο	N	67	97	164
		%	37,0%	32,0%	33,9%
	Αρκετά	N	73	135	208
		%	40,3%	44,6%	43,0%
	Πολύ	N	19	33	52
		%	10,5%	10,9%	10,7%
Sig. (χ²)= 0,720>0,05					

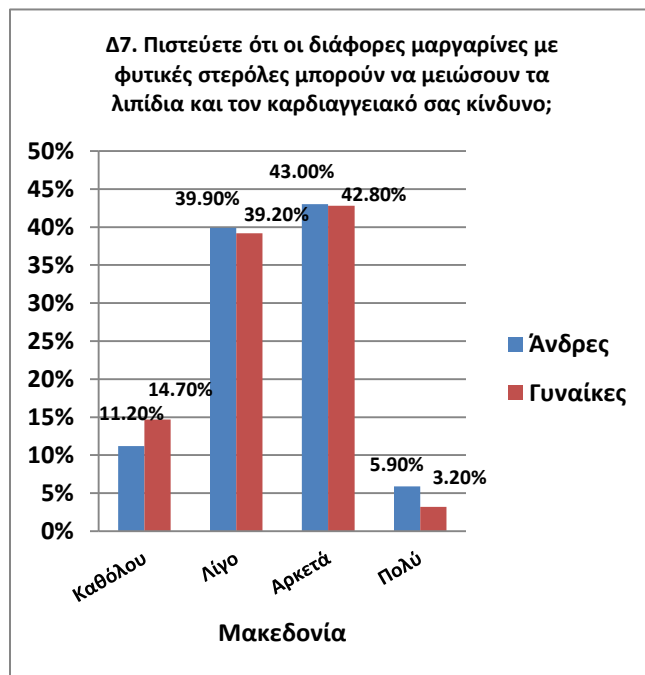
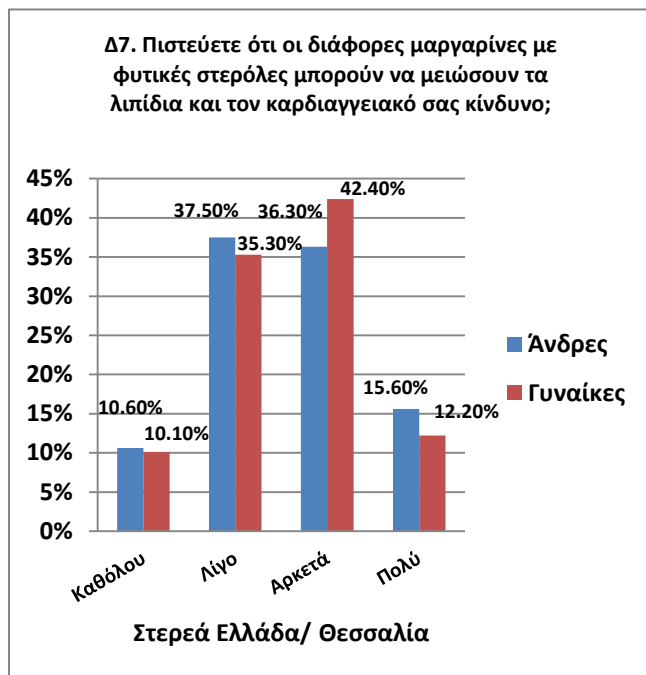
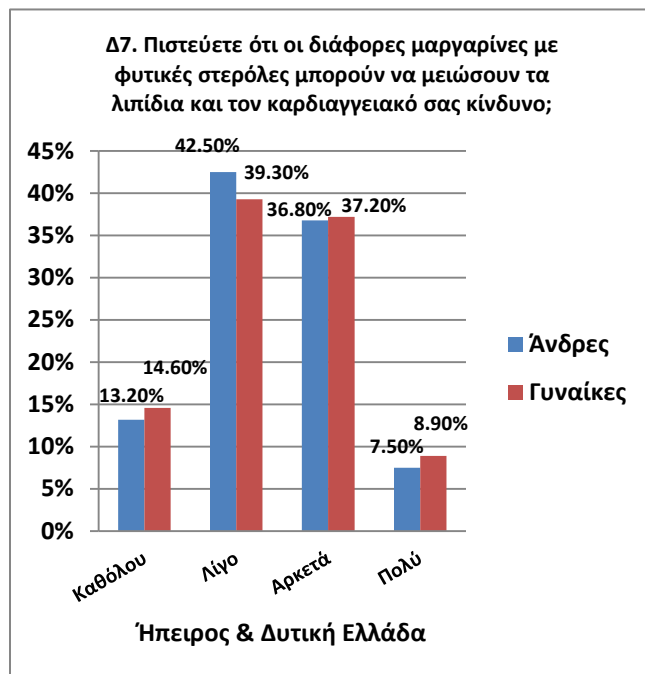
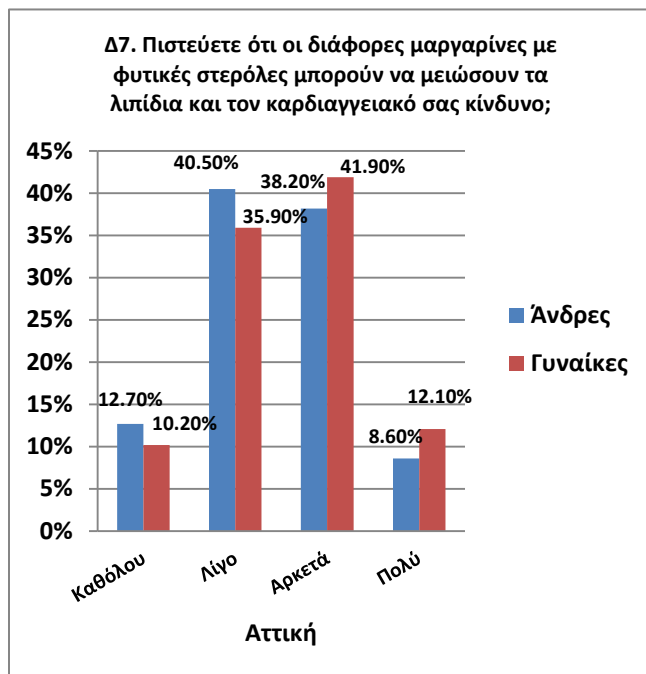
Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα λειτουργικά τρόφιμα, όπως οι μαργαρίνες χαμηλών λιπαρών εμπλουτισμένες με φυτικές στερόλες, μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, περιορίζοντας έτσι τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα από διάφορες περιοχές της Ελλάδας για τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε αυτό το ζήτημα. Στο ερώτημα για το αν οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο για την περιοχή της Αττικής ($p < 0,0001$) και της Μακεδονίας ($p = 0,007 < 0,05$), στις οποίες φαίνεται να αλληλεπιδρά το φύλο με την άποψη αυτή.

Όσον αφορά την άποψη ότι οι φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αρκετά, φαίνεται να είναι η επικρατέστερη τόσο για τις γυναίκες στην Αττική (41,9%) και στη Μακεδονία (42,8%) όσο και για τους άνδρες στη Μακεδονία (43,0%). Οι άνδρες στην Αττική (40,5%) από την άλλη πλευρά, φαίνεται να υιοθετούν περισσότερο την άποψη ότι οι φυτικές στερόλες προστατεύουν την υγεία της καρδιάς λίγο και λιγότερο εκείνη που υποστηρίζει αρκετά (38,2%).

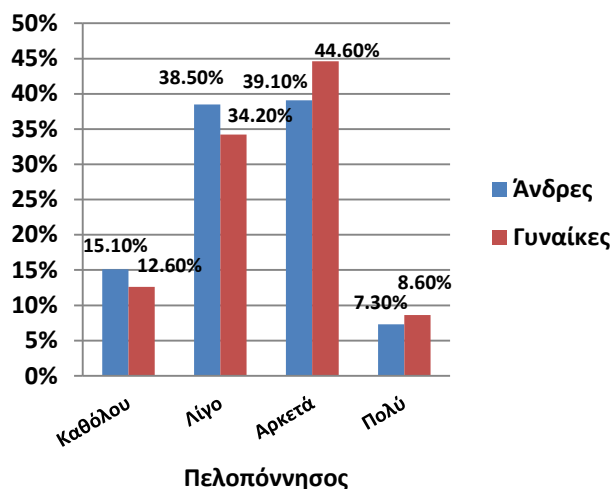
Σχετικά με την αυξημένη θετική επίδραση των μαργαρίνων με φυτικές στερόλες στην προστασία της καρδιάς, παρατηρείται ότι και τα δύο φύλα σ' αυτές τις περιοχές υιοθετούν στο μικρότερο βαθμό την άποψη αυτή, με μία εξαίρεση στην περίπτωση των γυναικών της Αττικής, όπου η άποψη αυτή υπερτερεί αυτής που διαφωνεί απόλυτα. Οι γυναίκες (12,1%) και οι άνδρες (8,6%) στην Αττική πιστεύουν ότι οι μαργαρίνες αυτές μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο πολύ, περισσότερο από ότι στην Μακεδονία (3,2% και 5,9% αντίστοιχα).

Ακόμα, παρόλη την αποδεδειγμένη θετική επίδραση των λειτουργικών αυτών τροφίμων, υπάρχει μια μερίδα του πληθυσμού που αγνοεί τα οφέλη τους στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου. Συγκεκριμένα, συγκρίνοντας τις δύο περιοχές φαίνεται ότι οι γυναίκες στην Αττική (10,2%) είναι περισσότερο ενημερωμένες από τις γυναίκες στη Μακεδονία (14,7%) και οι άνδρες στη Μακεδονία (11,2%) περισσότερο ενημερωμένοι από τους άνδρες στην Αττική (12,7%). Από την άλλη πλευρά, συγκρίνοντας τα δύο φύλα, προκύπτει ότι οι γυναίκες στην Αττική έχουν μεγαλύτερη επίγνωση από τους άνδρες, αλλά στη Μακεδονία οι άνδρες υπερτερούν των γυναικών.

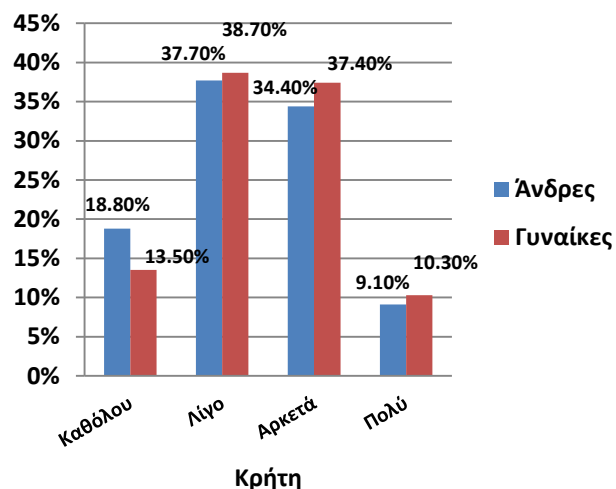
Τέλος, σε ότι αφορά τις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας, τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p>0,05$), γεγονός που δείχνει ότι δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ φύλου και του ζητήματος που αναλύεται και γι' αυτό δεν μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τις διαφορές των αντιλήψεων στα δύο φύλα.



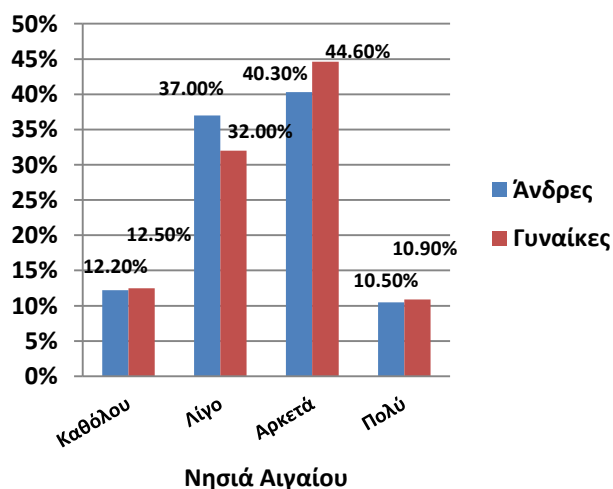
Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;



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



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



Στον Πίνακα 5.1.8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;

Πίνακας 5.1.8: Δ8. Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	108	87	195
		%	5,5%	4,6%	5,0%
	Φυτικές ίνες	N	240	261	501
		%	12,2%	13,7%	12,9%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	239	237	476
		%	12,1%	12,4%	12,3%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	603	622	1225
		%	30,6%	32,6%	31,6%
Ποικιλία τροφών	N	778	702	1480	
	%	39,5%	36,8%	38,2%	
Sig. (χ²)= 0,168>0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	36	18	54
		%	5,2%	3,0%	4,1%
	Φυτικές ίνες	N	105	92	197
		%	15,1%	15,1%	15,1%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	65	47	112
		%	9,4%	7,7%	8,6%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	201	235	436
		%	28,9%	38,6%	33,4%
Ποικιλία τροφών	N	288	217	505	
	%	41,4%	35,6%	38,7%	
Sig. (χ²)= 0,002<0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	11	22	33
		%	2,8%	2,6%	2,6%
	Φυτικές ίνες	N	36	105	141
		%	9,1%	12,4%	11,3%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	38	76	114
		%	9,6%	8,9%	9,1%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	145	309	454
		%	36,5%	36,4%	36,4%
Ποικιλία τροφών	N	167	338	505	
	%	42,1%	39,8%	40,5%	

Sig. (χ²)= 0,543>0,05					
Μακεδονία	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	40	27	67
		%	4,6%	2,7%	3,6%
	Φυτικές ίνες	N	94	88	182
		%	10,9%	8,9%	9,8%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	77	84	161
		%	8,9%	8,5%	8,7%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	238	357	595
		%	27,6%	35,9%	32,1%
Ποικιλία τροφών	N	412	438	850	
	%	47,9%	44,1%	45,8%	
Sig. (χ²)= 0,001<0,05					
Πελοπόννησος	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	16	13	29
		%	3,3%	2,6%	2,9%
	Φυτικές ίνες	N	66	76	142
		%	13,4%	15,0%	14,2%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	75	69	144
		%	15,2%	13,7%	14,4%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	132	161	293
		%	26,8%	31,9%	29,4%
Ποικιλία τροφών	N	203	186	389	
	%	41,3%	36,8%	39,0%	
Sig. (χ²)= 0,318>0,05					
Κρήτη	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	9	11	20
		%	5,8%	7,1%	6,5%
	Φυτικές ίνες	N	16	28	44
		%	10,4%	18,2%	14,3%
	Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	28	12	40
		%	18,2%	7,8%	13,0%
	Μικρά και συχνά γεύματα	N	38	42	80
		%	24,7%	27,3%	26,0%
Ποικιλία τροφών	N	63	61	124	
	%	40,9%	39,6%	40,3%	
Sig. (χ²)= 0,039<0,05					
Νησιά Αιγαίου	Μονο-ακόρεστα λιπαρά	N	6	12	18
		%	3,3%	3,9%	3,7%
	Φυτικές ίνες	N	20	40	60
		%	11,0%	12,9%	12,2%

Αντιοξειδωτικές ουσίες	N	16	33	49
	%	8,8%	10,7%	10,0%
Μικρά και συχνά γεύματα	N	55	111	166
	%	30,2%	35,9%	33,8%
Ποικιλία τροφών	N	85	113	198
	%	46,7%	36,6%	40,3%
Sig. (χ^2)= 0,298>0,05				

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ερώτηση για το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής. Όπως παρατηρείται, η ύπαρξη συσχέτισης φύλου και συστατικού υγιεινής διατροφής εμφανίζεται μόνο στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα ($p=0,002<0,05$), στη Μακεδονία ($p=0,001<0,05$) και στην Κρήτη ($p=0,039<0,05$).

Η ποικιλία τροφίμων αποτελεί το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής και για τα δύο φύλα των περιοχών αυτών, με εξαίρεση τις γυναίκες της Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας (38,6%), οι οποίες σαν πρωταρχικό συστατικό θεωρούν τα μικρά και συχνά γεύματα. Αναλυτικότερα, οι άνδρες στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, στη Μακεδονία και στην Κρήτη (41,4%, 47,9% και 40,9% αντίστοιχα) είναι περισσότεροι από τις γυναίκες στις ίδιες περιοχές (35,6%, 44,1%, 39,6%) , που υποστηρίζουν ότι η ποικιλία τροφών προστατεύει την υγεία της καρδιάς.

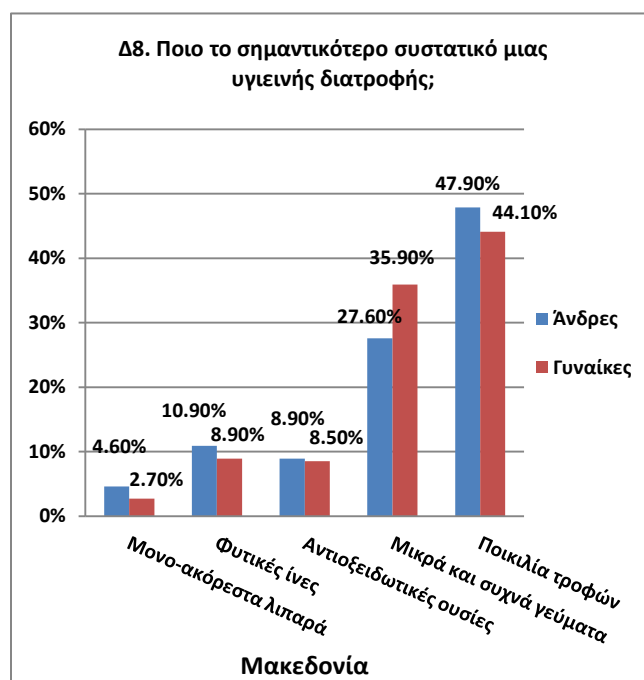
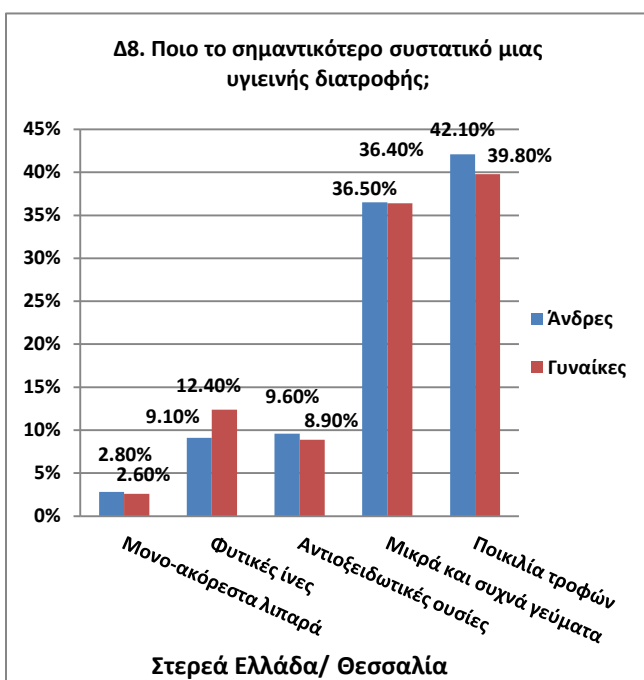
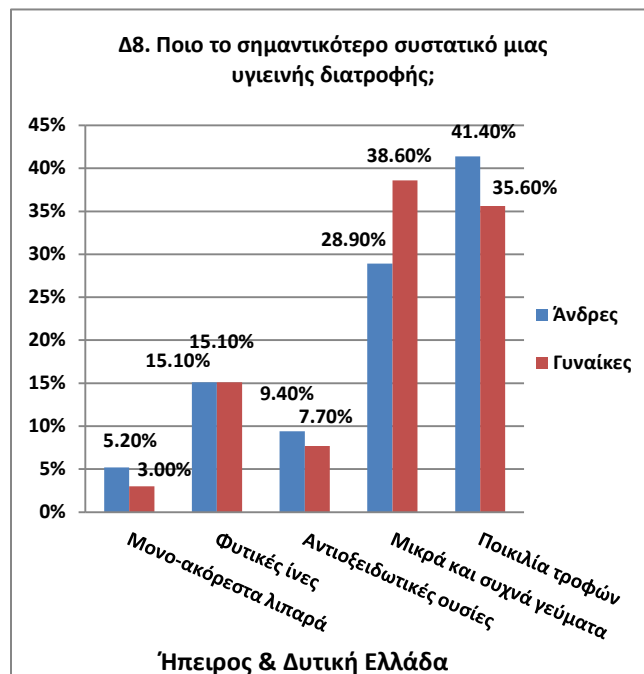
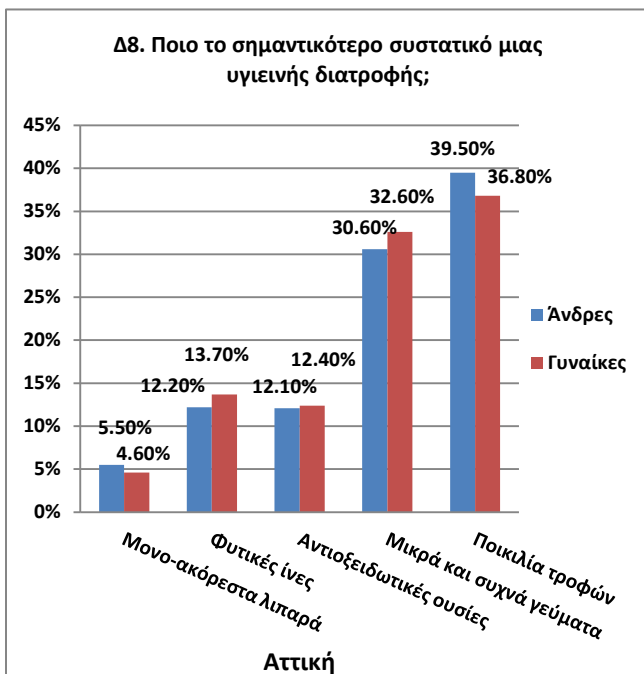
Δεύτερο συστατικό διατροφής σε σειρά σημασίας για την υγεία της καρδιάς έρχεται η επιλογή για τα μικρά & συχνά γεύματα για τα δύο φύλα σε όλες τις περιοχές. Σημειώνεται, ότι στην περιοχή της Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας οι γυναίκες θεωρούν τα μικρά και συχνά γεύματα το σημαντικότερο. Συγκεκριμένα, φαίνεται οι γυναίκες (Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα: 38,6%, Μακεδονία: 35,9%, Κρήτη: 27,3%) να υιοθετούν περισσότερο αυτή την αντίληψη από τους άνδρες σε όλες τις περιοχές (28,9%, 27,6% και 24,7% αντίστοιχα).

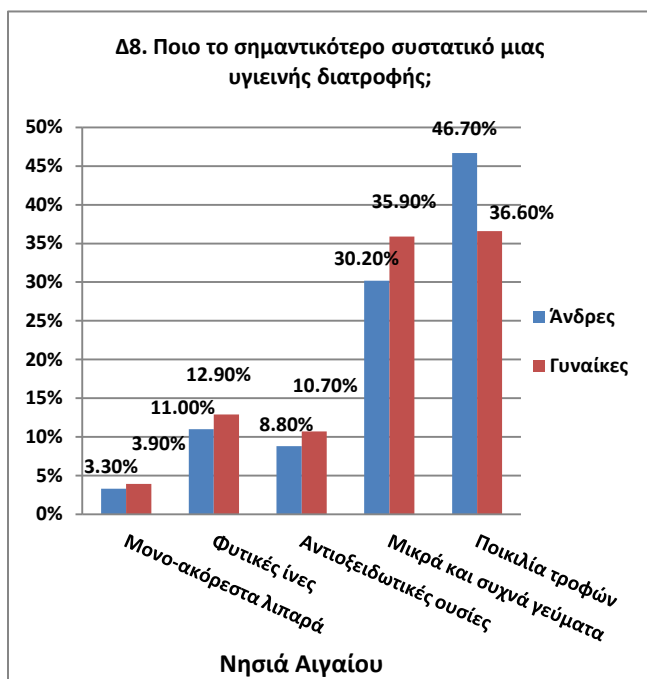
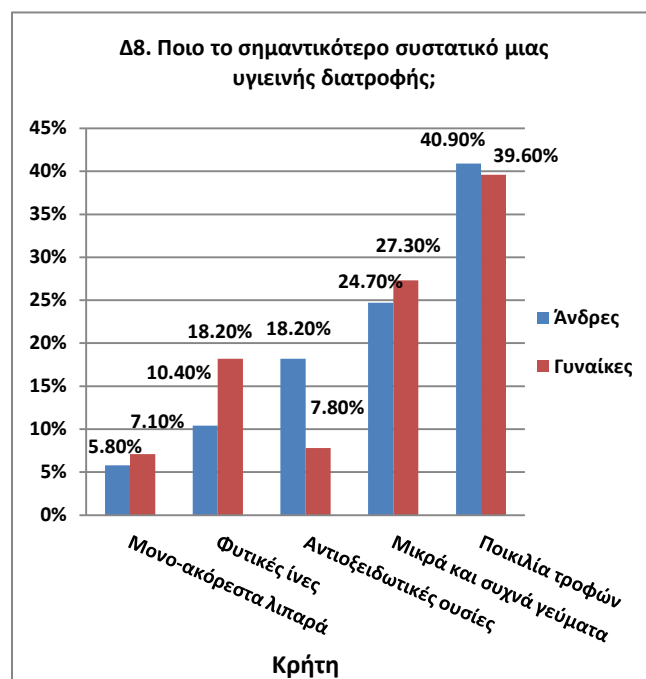
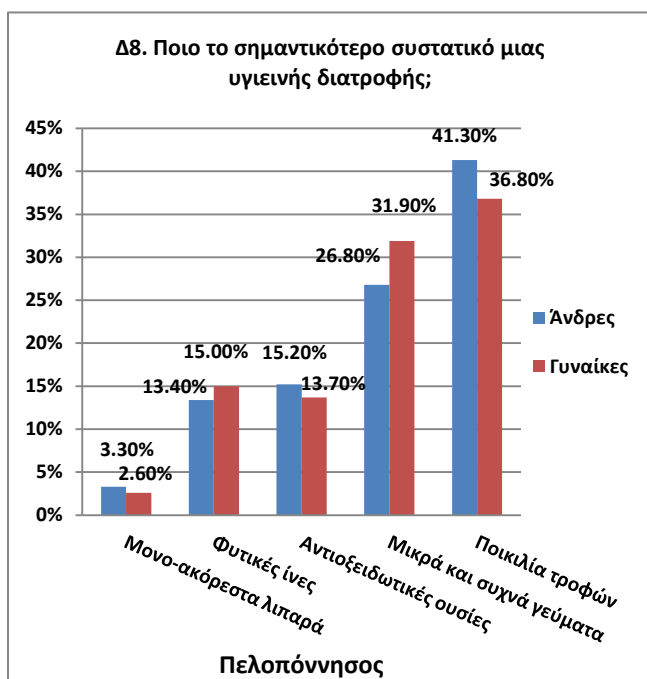
Σε ότι αφορά τα υπόλοιπα συστατικά (φυτικές ίνες, αντιοξειδωτικά και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα) τα ποσοστά τους είναι εμφανώς μικρότερα, γεγονός που δείχνει ότι είναι μεγάλο το ποσοστό του πληθυσμού και των δύο φύλων που κατέχει λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τα σημαντικά συστατικά των υγιεινών γευμάτων. Οι φυτικές ίνες θεωρούνται σημαντικό συστατικό για το 15,1% των γυναικών και των

ανδρών στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα. Στη Μακεδονία είναι περισσότεροι οι άνδρες (10,9%) από τις γυναίκες (8,9%) που έχουν αυτή την αντίληψη, ενώ στην Κρήτη παρατηρείται το αντίθετο (γυναίκες: 18,2% , άνδρες: 10,4%). Τα αντιοξειδωτικά, παρομοίως, συγκεντρώνουν μικρά ποσοστά σε όλες τις περιοχές και όπως φαίνεται είναι περισσότεροι οι άνδρες (Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα: 9,4%, Μακεδονία: 8,9%, Κρήτη: 18,2%) από τις γυναίκες (7,7%, 8,5% και 7,8% αντίστοιχα) που πιστεύουν ότι αποτελούν σημαντικό διατροφικό συστατικό για την υγεία της καρδιάς.

Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, παρόλο που βρίσκονται σε αφθονία στο ελαιόλαδο και έχουν σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, συγκεντρώνουν τα μικρότερα ποσοστά και από τα δύο φύλα σε όλες τις περιοχές.

Στις υπόλοιπες περιοχές Αττική, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, Πελοπόννησος και νησιά Αιγαίου φαίνεται το φύλο να μην επηρεάζει το ερώτημα για το σημαντικότερο συστατικό της διατροφής σε σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις ($p>0,05$). Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, γεγονός που δείχνει τη μη ύπαρξη εξάρτησης φύλου με το ζήτημα που πραγματεύεται. Ωστόσο φαίνεται βάσει των ποσοστών, η ποικιλία των τροφών να αποτελεί το σημαντικότερο συστατικό και τα μικρά και συχνά γεύματα το αμέσως επόμενο, γεγονός που δείχνει την ελλιπή ενημέρωση και γνώση των ατόμων ανεξαρτήτως φύλου για τα ωφέλη των φυτικών ινών, μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και αντιοξειδωτικών στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.





Στον Πίνακα 5.1.9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από;

Πίνακας 5.1.9: Δ9. Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	332	292	624
		%	16,9%	15,3%	16,1%
	από τη λαϊκή	N	294	263	557
		%	15,0%	13,7%	14,4%
	από τα μικρά εμπορικά	N	186	183	369
		%	9,5%	9,6%	9,5%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	1150	1175	2325
		%	58,6%	61,4%	60,0%
Sig. (χ²)= 0,265>0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	91	77	168
		%	13,1%	12,6%	12,9%
	από τη λαϊκή	N	68	86	154
		%	9,8%	14,0%	11,8%
	από τα μικρά εμπορικά	N	63	39	102
		%	9,1%	6,4%	7,8%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	472	411	883
		%	68,0%	67,0%	67,6%
Sig. (χ²)= 0,043<0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	48	89	137
		%	12,1%	10,4%	11,0%
	από τη λαϊκή	N	55	129	184
		%	13,8%	15,1%	14,7%
	από τα μικρά εμπορικά	N	46	79	125
		%	11,6%	9,3%	10,0%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	249	556	805
		%	62,6%	65,2%	64,3%
Sig. (χ²)= 0,442>0,05					
Μακεδονία	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	151	102	253
		%	17,6%	10,2%	13,6%
	από τη λαϊκή	N	121	136	257
		%	14,1%	13,6%	13,8%
	από τα μικρά εμπορικά	N	77	63	140
		%	9,0%	6,3%	7,5%

από δική σας ή φιλική παραγωγή		N	510	696	1206
		%	59,4%	69,8%	65,0%
Sig. (χ²)= 0,000<0,0001					
Πελοπόννησος	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	51	53	104
		%	10,3%	10,4%	10,4%
	από τη λαϊκή	N	61	70	131
		%	12,3%	13,8%	13,0%
	από τα μικρά εμπορικά	N	34	23	57
		%	6,9%	4,5%	5,7%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	350	362	712
		%	70,6%	71,3%	70,9%
Sig. (χ²)= 0,417>0,05					
Κρήτη	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	32	24	56
		%	20,9%	15,5%	18,2%
	από τη λαϊκή	N	18	22	40
		%	11,8%	14,2%	13,0%
	από τα μικρά εμπορικά	N	26	15	41
		%	17,0%	9,7%	13,3%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	77	94	171
		%	50,3%	60,6%	55,5%
Sig. (χ²)= 0,104>0,05					
Νησιά Αιγαίου	Από τα Σούπερ Μάρκετ	N	23	43	66
		%	12,6%	14,1%	13,5%
	από τη λαϊκή	N	20	39	59
		%	10,9%	12,7%	12,1%
	από τα μικρά εμπορικά	N	17	31	48
		%	9,3%	10,1%	9,8%
	από δική σας ή φιλική παραγωγή	N	123	193	316
		%	67,2%	63,1%	64,6%
Sig. (χ²)= 0,829>0,05					

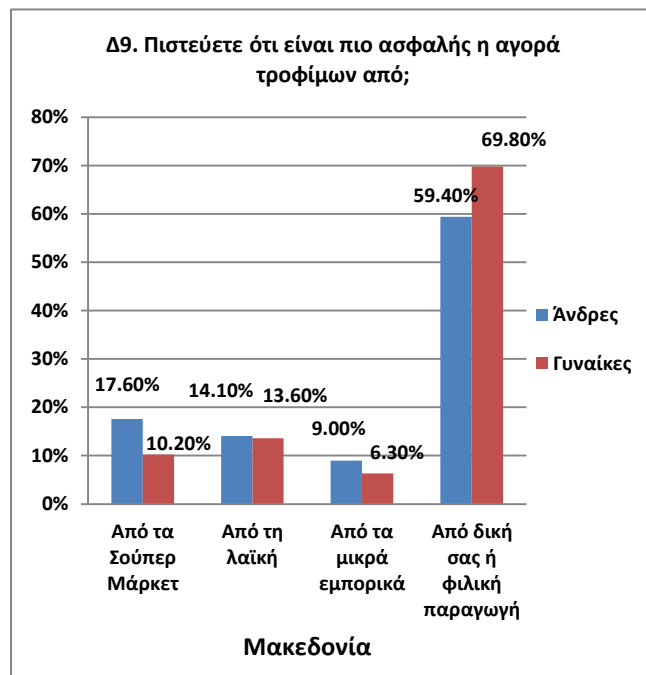
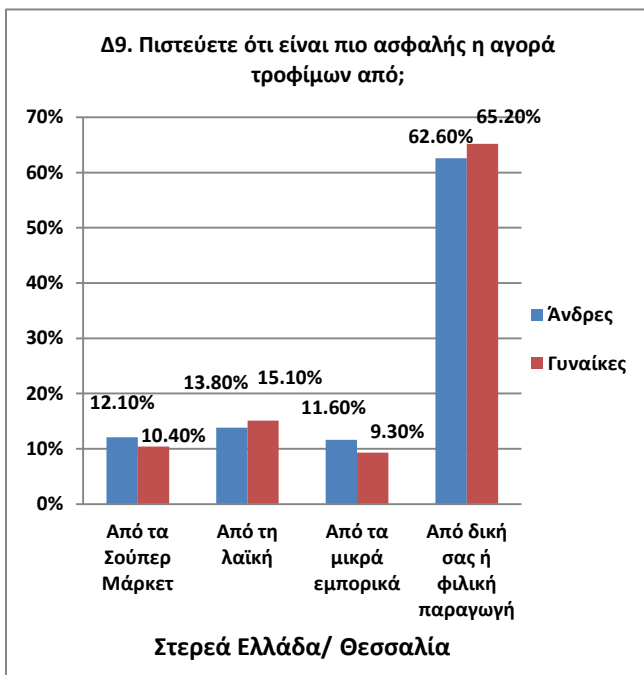
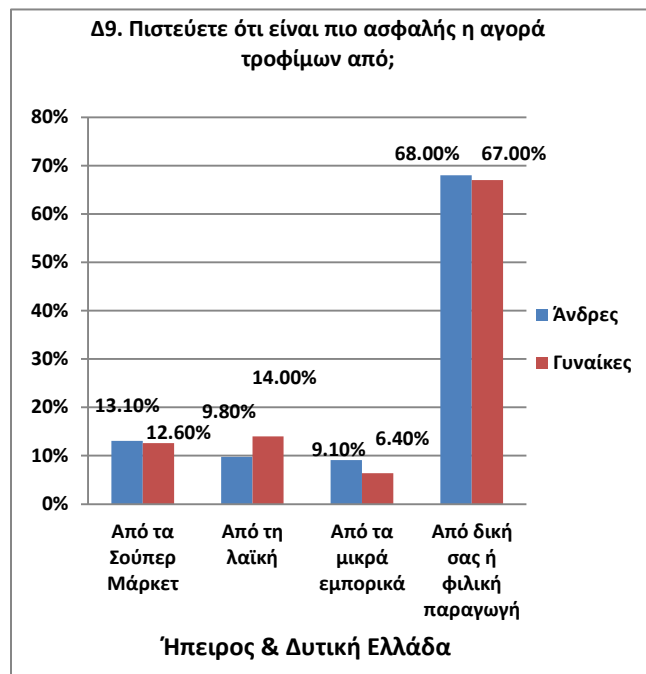
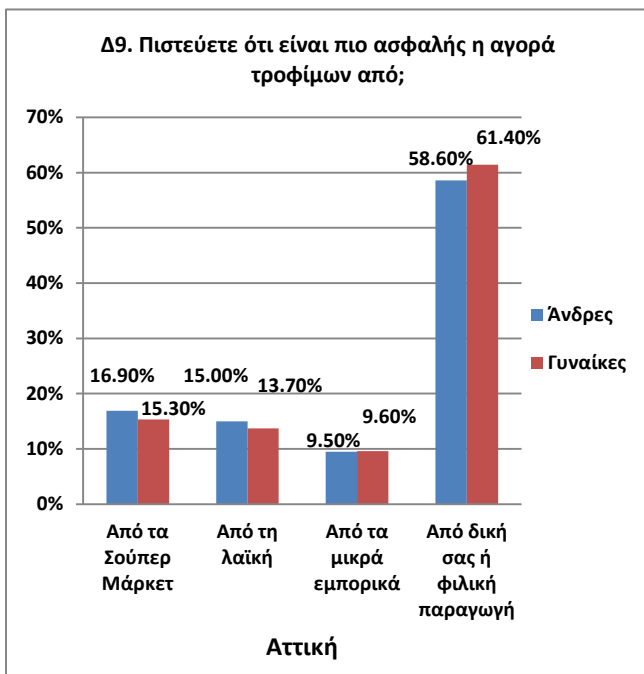
Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ερώτημα για την πιο ασφαλή αγορά τροφίμων και όπως φαίνεται στατιστικά σημαντικά είναι μόνο εκείνα της Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας ($p=0,043<0,05$) και της Μακεδονίας ($p<0,0001$). Συνεπώς στις περιοχές αυτές υπάρχει αλληλεπίδραση του φύλου στο ποια θεωρείται ασφαλέστερη αγορά τροφίμων.

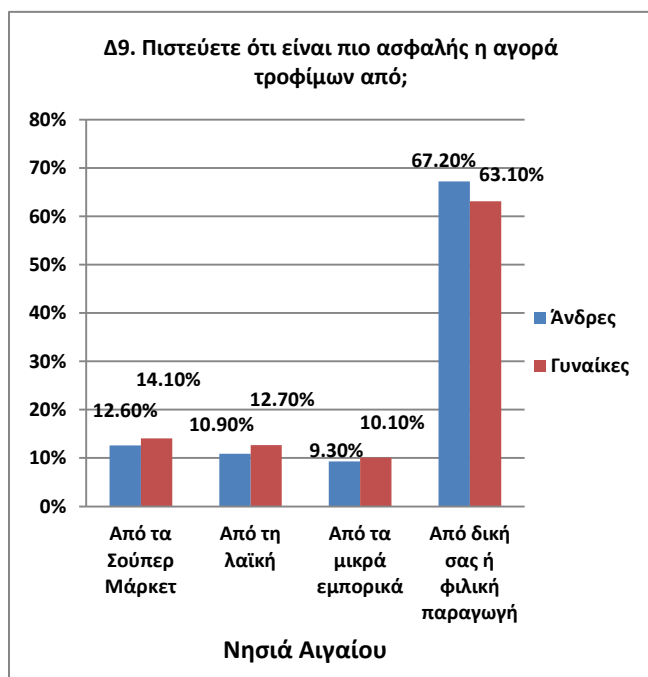
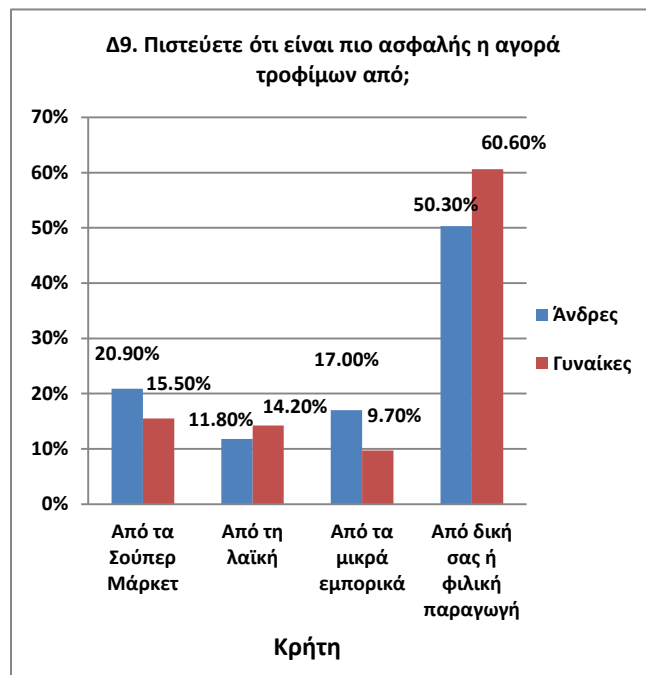
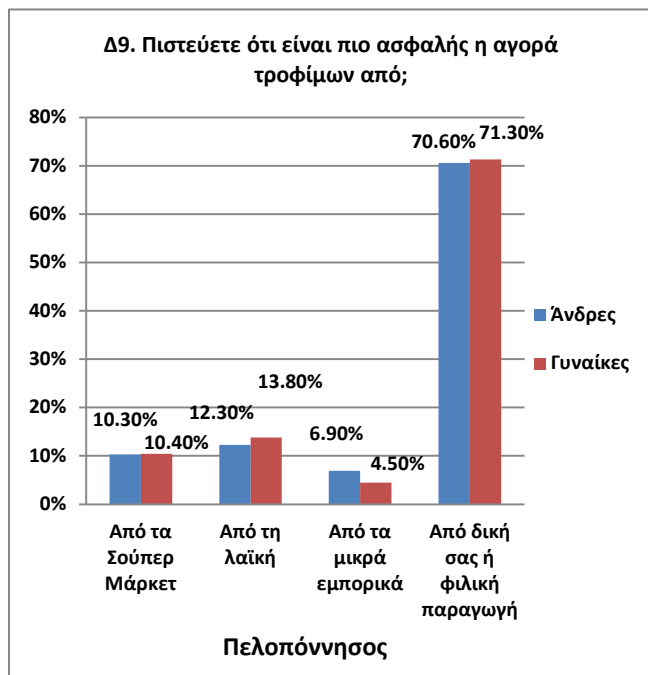
Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι και στις δύο περιοχές και τα δύο φύλα συμφωνούν ακράδαντα πως θα προτιμούσαν να έχουν τη δική τους παραγωγή ή να αγοράζαν τρόφιμα από κάποιο φίλο. Συγκεκριμένα, στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα οι άνδρες (68,0%) σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες (67,0%), ενώ στη Μακεδονία οι γυναίκες (69,8%) πολύ περισσότερο από τους άνδρες (59,4%).

Στη συνέχεια παρατηρείται ότι οι άνδρες στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και στη Μακεδονία (13,1%, 17,6% αντίστοιχα) θα προτιμούσαν να αγοράζουν τρόφιμα από super market περισσότερο από ότι οι γυναίκες (12,6%, 10,2% αντίστοιχα). Αντίθετα, οι γυναίκες στις δύο περιοχές αυτές φαίνεται να θεωρούν πιο ασφαλή, σε σχέση με τους άνδρες, την αγορά τροφίμων από τη λαϊκή αγορά παρά από super market. Ειδικότερα, το 14,0% στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και το 13,6% στη Μακεδονία των γυναικών συμφωνούν με αυτό.

Τέλος, είναι φανερό ότι η αγορά τροφίμων από μικρά εμπορικά θεωρείται ασφαλέστερη από το μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού στις δύο περιοχές αυτές. Οι γυναίκες από τη μία και στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και στη Μακεδονία φαίνεται να είναι πιο επιφυλακτικές με τα μικρά εμπορικά (6,4% και 6,3% αντίστοιχα), σε σχέση με τους άνδρες (9,1% και 9,0% αντίστοιχα).

Όσον αφορά τις λοιπές περιοχές που εξετάστηκαν, τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p>0,05$), γεγονός που δηλώνει ότι δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου στο ζήτημα αυτό, συνεπώς δεν μπορούμε να εξαγάγουμε συμπεράσματα για τις διαφορές των απόψεων στα δύο φύλα.





Στον Πίνακα 5.1.10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ερώτηση: Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;

Πίνακας 5.1.10: Δ10. Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;					
Περιοχή διαμονής			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			Άνδρες	Γυναίκες	
Αττική	Αλάτι	N	354	341	695
		%	18,2%	18,3%	18,3%
	Ζάχαρη	N	228	224	452
		%	11,7%	12,0%	11,9%
	Κορεσμένα λίπη	N	912	944	1856
		%	47,0%	50,7%	48,8%
	Άμυλο	N	27	36	63
		%	1,4%	1,9%	1,7%
	Αλκοόλ	N	421	317	738
		%	21,7%	17,0%	19,4%
Sig. (χ ²)= 0,005<0,05					
Ήπειρος & Δυτική Ελλάδα	Αλάτι	N	155	136	291
		%	22,4%	22,7%	22,6%
	Ζάχαρη	N	83	80	163
		%	12,0%	13,4%	12,6%
	Κορεσμένα λίπη	N	317	280	597
		%	45,9%	46,8%	46,3%
	Άμυλο	N	8	8	16
		%	1,2%	1,3%	1,2%
	Αλκοόλ	N	128	94	222
		%	18,5%	15,7%	17,2%
Sig. (χ ²)= 0,718>0,05					
Στερεά Ελλάδα / Θεσσαλία	Αλάτι	N	99	165	264
		%	26,9%	20,3%	22,4%
	Ζάχαρη	N	23	48	71
		%	6,3%	5,9%	6,0%
	Κορεσμένα λίπη	N	171	482	653
		%	46,5%	59,3%	55,3%
	Άμυλο	N	2	3	5
		%	0,5%	0,4%	0,4%
	Αλκοόλ	N	73	115	188
		%	19,8%	14,1%	15,9%

Sig. (χ²)= 0,001<0,05					
Μακεδονία	Αλάτι	N	266	265	531
		%	31,0%	26,7%	28,7%
	Ζάχαρη	N	97	86	183
		%	11,3%	8,7%	9,9%
	Κορεσμένα λίπη	N	350	481	831
		%	40,8%	48,4%	44,9%
	Άμυλο	N	9	7	16
		%	1,1%	0,7%	0,9%
	Αλκοόλ	N	135	155	290
		%	15,8%	15,6%	15,7%
Sig. (χ²)= 0,012<0,05					
Πελοπόννησος	Αλάτι	N	90	83	173
		%	18,2%	16,3%	17,3%
	Ζάχαρη	N	46	42	88
		%	9,3%	8,3%	8,8%
	Κορεσμένα λίπη	N	234	281	515
		%	47,4%	55,3%	51,4%
	Άμυλο	N	6	8	14
		%	1,2%	1,6%	1,4%
	Αλκοόλ	N	118	94	212
		%	23,9%	18,5%	21,2%
Sig. (χ²)= 0,109>0,05					
Κρήτη	Αλάτι	N	28	23	51
		%	18,2%	14,8%	16,5%
	Ζάχαρη	N	12	9	21
		%	7,8%	5,8%	6,8%
	Κορεσμένα λίπη	N	51	71	122
		%	33,1%	45,8%	39,5%
	Άμυλο	N	14	6	20
		%	9,1%	3,9%	6,5%
	Αλκοόλ	N	49	46	95
		%	31,8%	29,7%	30,7%
Sig. (χ²)= 0,112>0,05					
Νησιά Αιγαίου ;	Αλάτι	N	31	58	89
		%	17,0%	19,5%	18,6%
	Ζάχαρη	N	10	24	34
		%	5,5%	8,1%	7,1%

Κορεσμένα λίπη	N	100	171	271
	%	54,9%	57,6%	56,6%
Άμυλο	N	2	5	7
	%	1,1%	1,7%	1,5%
Αλκοόλ	N	39	39	78
	%	21,4%	13,1%	16,3%
Sig. (χ^2)= 0,158>0,05				

Στον παραπάνω πίνακα συνοψίζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τον σημαντικότερο διατροφικό κίνδυνο. Στις περιοχές της Αττικής ($p=0,005<0,05$), της Στερεάς Ελλάδας/ Θεσσαλίας ($p=0,001<0,05$) και της Μακεδονίας ($p=0,012<0,05$) τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά, γεγονός που δείχνει την ύπαρξη συσχέτισης του φύλου και αντίληψης σχετικά με το σημαντικότερο διατροφικό κίνδυνο. Γενικά, φαίνεται τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες των τριών περιοχών της Ελλάδας, τα κορεσμένα λιπαρά οξέα να αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, προκύπτει ότι οι γυναίκες στην Αττική (50,7%), τη Στερέα Ελλάδα/Θεσσαλία (59,3%) και τη Μακεδονία (48,4%) να ενοχοποιούν τα κορεσμένα λιπαρά περισσότερο από τους άνδρες (47,0%, 46,5%, 40,8%).

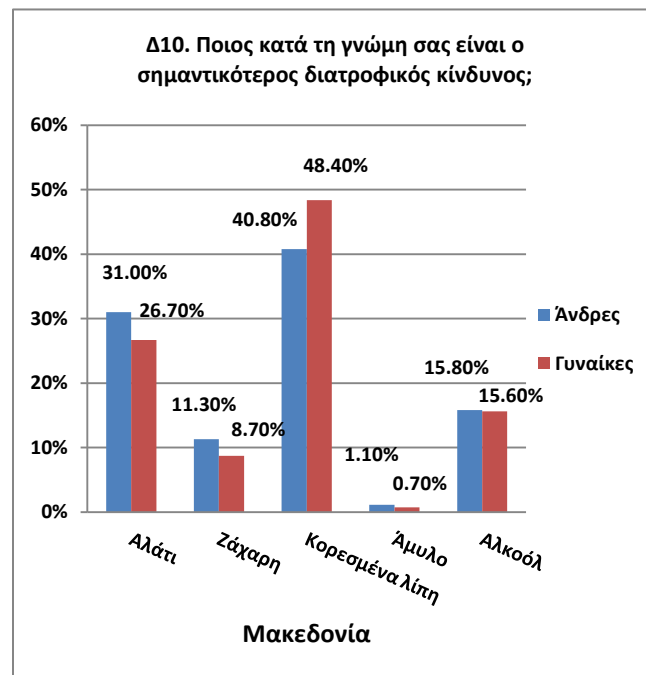
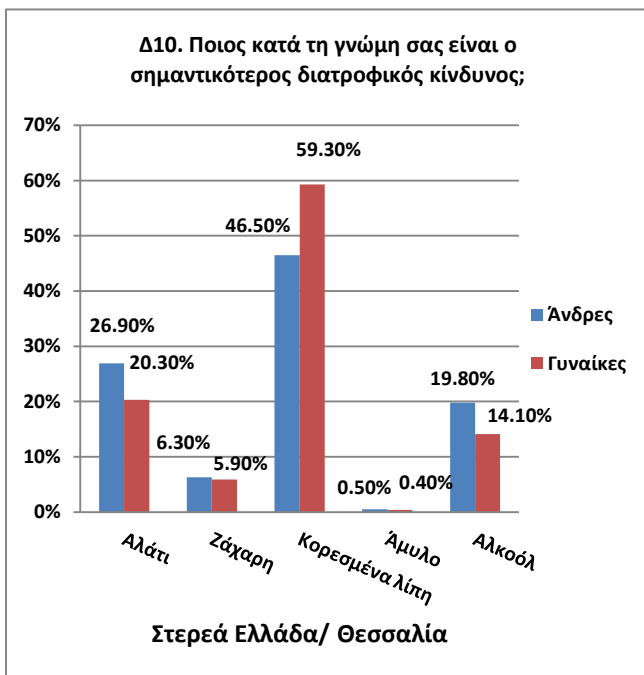
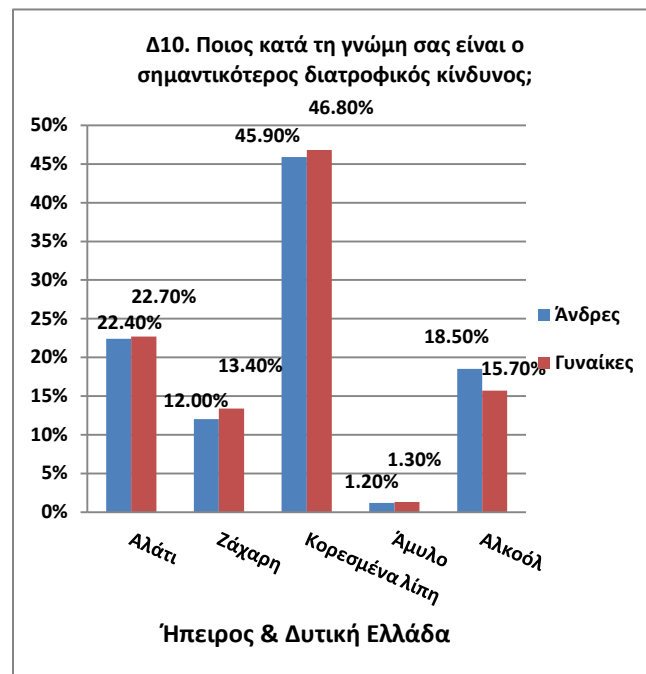
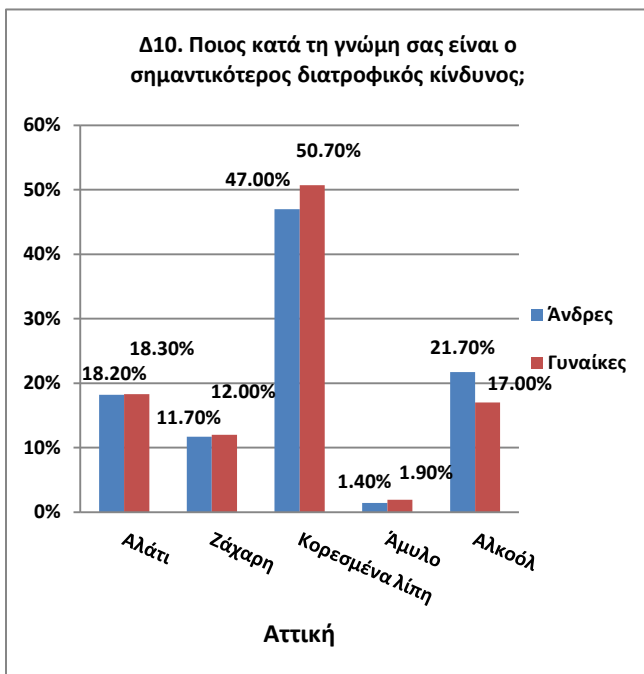
Όσον αφορά το αλάτι και το αλκοόλ, φαίνεται ότι ενοχοποιούνται από τα άτομα της μελέτης σε μικρότερο βαθμό από τα κορεσμένα λιπαρά, αλλά εξίσου σημαντικό. Αναλυτικότερα, οι άνδρες στην Αττική πιστεύουν ότι το αλκοόλ (21,7%) είναι σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου από ότι το αλάτι (18,2%), σε αντίθεση με τις γυναίκες (αλάτι: 18,3%, αλκοόλ: 17,0%). Στη Στερέα Ελλάδα και στη Μακεδονία το αλάτι είναι ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα από ότι το αλκοόλ. Οι άνδρες φοβούνται το αλάτι (26,9% και 31% αντίστοιχα) σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες (20,3% και 26,7% αντίστοιχα). Το ίδιο συμβαίνει και για το αλκοόλ, αφού το ποσοστό των ανδρών στη Στερέα Ελλάδα (19,8%) και στη Μακεδονία (15,8%) είναι μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών (14,1% και 15,6% αντίστοιχα).

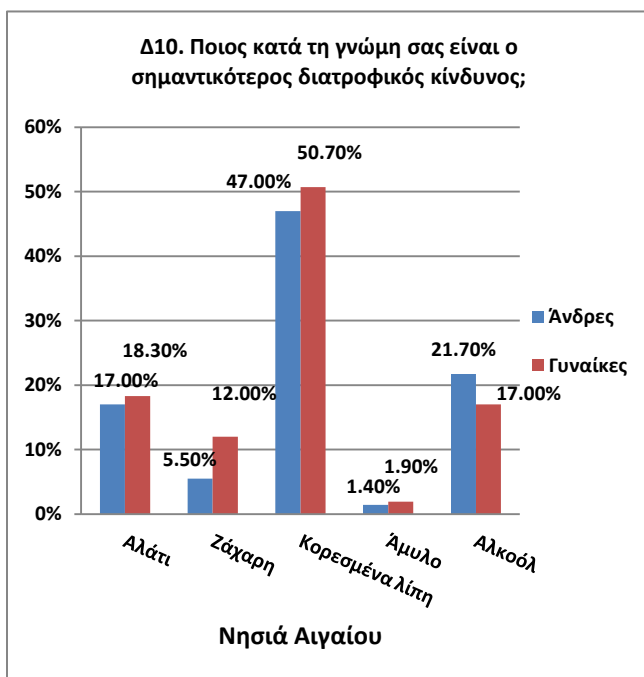
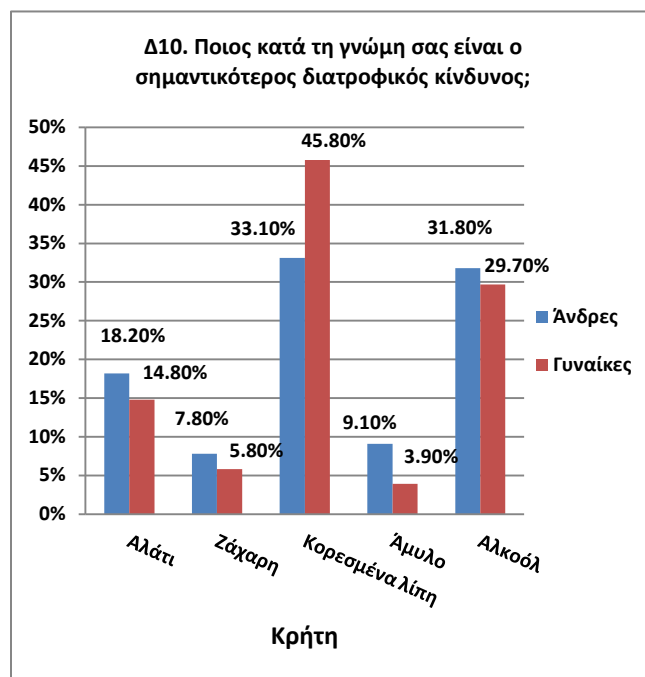
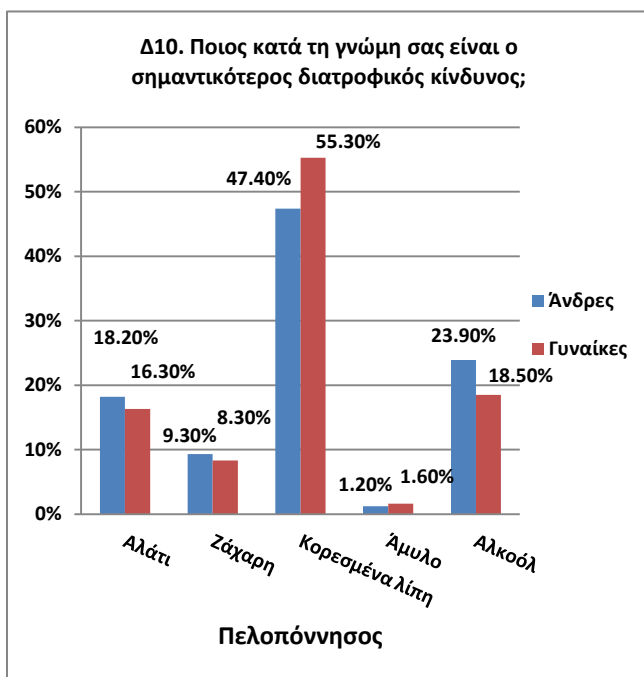
Η ζάχαρη φαίνεται να ανησυχεί ένα πολύ μικρότερο κομμάτι του πληθυσμού. Οι άνδρες στην Αττική (11,7%) και στη Μακεδονία (11,3%) φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο από ότι στη Στερέα Ελλάδα/ Θεσσαλία (6,3%). Ενώ, οι γυναίκες στην Αττική παρατηρείται να θεωρούν τη ζάχαρη ως παράγοντα κινδύνου σχεδόν όσο και οι

άνδρες (12%), ενώ στη Στερεά Ελλάδα και στη Μακεδονία σε μικρότερο βαθμό (5,9% και 8,7% αντίστοιχα).

Τέλος, είναι φανερό ότι το άμυλο σαν διατροφικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων απασχολεί ένα ελάχιστο εύρος πληθυσμού στις περιοχές που εξετάστηκαν.

Όσον αφορά τις λοιπές περιοχές που εξετάστηκαν, τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p>0,05$), γεγονός που δηλώνει ότι δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου στο ζήτημα αυτό, συνεπώς δεν μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τις διαφορές των απόψεων στα δύο φύλα.





5.2 Συμπεράσματα- Συζήτηση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η οποία πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS (έκδοση 20), έδειξε πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις γνώσεις και αντιλήψεις των δύο φύλων στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας σχετικά με τη διατροφή και τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα δείχνουν, ότι παρά το αποδεδειγμένο γεγονός ότι η ανθυγιεινή διατροφή σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών, φαίνεται ότι οι άνδρες την υποτιμούν περισσότερο από τις γυναίκες στην Αττική, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία, Μακεδονία, Πελοπόννησο και Κρήτη. Μάλιστα οι άνδρες και οι γυναίκες στην Κρήτη φαίνεται να είναι οι λιγότερο ενημερωμένοι.

Επιπλέον, ο προληπτικός ρόλος του ελαιολάδου, το οποίο είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και αντιοξειδωτικά, φαίνεται να είναι κατανοητός στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και ειδικότερα στις γυναίκες. Οι άνδρες στη Αττική, Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, Μακεδονία και Κρήτη φαίνεται να αγνοούν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες τα οφέλη του ελαιολάδου για την πρόληψη των καρδιαγγειακών. Ειδικότερα και για τα δύο φύλα προκύπτει ότι η Κρήτη είναι η λιγότερο ενημερωμένη.

Η έρευνα έδειξε ότι δεν υπάρχει εξάρτηση του φύλου και του ζητήματος που αφορά την επίδραση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στην υγεία της καρδιάς σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας που εξετάστηκαν. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλες τις περιοχές επικρατεί η αντίληψη ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αρκετά έως πολύ, γεγονός που ταυτίζεται με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών. Παρ' όλα αυτά, φαίνεται ότι στην Κρήτη η ενημέρωση είναι ανεπαρκής σε σχέση με τα υπόλοιπα μέρη της Ελλάδας.

Σχετικά με τη σχέση των συμπληρωμάτων διατροφής και καρδιαγγειακού κινδύνου προέκυψε, ότι το μεγαλύτερο ποσοτό του πληθυσμού λανθασμένα πιστεύει ότι τα πρώτα μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Παράλληλα, η εξάρτηση μεταξύ αυτού του ζητήματος και του φύλου φαίνεται να υπάρχει μόνο στην Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία. Αναλυτικότερα, οι άνδρες φαίνεται να είναι λιγότερο ενημερωμένοι από τις γυναίκες, καθώς υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα συμπληρώματα μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Όσον αφορά την ερώτηση περί αυτοξιολόγησης των γνώσεων για τη διατροφή, από τη μελέτη φάνηκε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού υποστηρίζει ότι κατέχει αρκετές, με τις γυναίκες σε όλες τις περιοχές να δηλώνουν περισσότερο ενημερωμένες από ότι οι άνδρες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες στη Μακεδονία και άνδρες στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα έχουν τη μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για τις γνώσεις τους πάνω στη διατροφή, ενώ στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία προκύπτει η μεγαλύτερη άγνοια σε διατροφικά θέματα και για τα δύο φύλα.

Η Μεσογειακή Διατροφή αποδεδειγμένα μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, γεγονός που φαίνεται να γνωρίζει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, με τις γυναίκες να επιλέγουν την Μεσογειακή κουζίνα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άνδρες. Μάλιστα, οι γυναίκες της Μακεδονίας και οι άνδρες της Στερεάς Ελλάδας/ Θεσσαλίας φαίνεται να υιοθετούν το Μεσογειακό Πρότυπο στο μεγαλύτερο βαθμό. Παράλληλα, ανησυχητικά είναι τα ποσοστά του πληθυσμού, για τα οποία η κατανάλωση κρέατος είναι αυξημένη. Συγκεκριμένα, οι άνδρες σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες φαίνεται να υιοθετούν το Δυτικό πρότυπο διατροφής και ειδικότερα στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και στην Πελοπόννησο.

Όταν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες η γνώμη τους για τις μαργαρίνες με φυτικές στερόλες, φάνηκε ότι οι άνδρες στην Μακεδονία είναι πιο ενημερωμένοι για τα ωφέλη τους στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, από ότι οι γυναίκες. Αντίθετα, στην Αττική προέκυψε ότι οι γυναίκες γνώριζαν καλύτερα. Ωστόσο, παρ'όλη την αποδεδειγμένη δράση των φυτικών στερολών στη βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ, υπάρχει σημαντική μερίδα του πληθυσμού που την αγνοεί.

Στην παρούσα μελέτη, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να πουν ποιο συστατικό πιστεύουν ότι είναι πιο ωφέλιμο για την υγεία της καρδιάς και φάνηκε ότι απουσία ενημέρωσης ήταν σημαντική, καθώς τα μονοακόρεστα λιπαρά, οι φυτικές ίνες και τα αντιοξειδωτικά συγκέντρωσαν τα μικρότερα ποσοστά. Μάλιστα, οι γυναίκες στην Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα, Μακεδονία και Κρήτη σ'αυτή την περίπτωση παρατηρήθηκε, ότι είναι περισσότερο ανενημέρωτες από ότι οι άνδρες. Αυτή η έλλειψη γνώσεων για τα συστατικά των τροφών, που είναι ωφέλιμα για την υγεία της καρδιάς, οφείλεται πιθανόν στη σύγκριση με άλλες χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία και στη σχετικά ισχυρότερη προαγωγή της υγείας ως προς τον έλεγχο των δύο τελευταίων.

Ακόμα, αποκαλύφθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει εμπιστοσύνη στα super market για την ασφαλή αγορά τροφίμων, παρόλο που αυτά αποτελούν την ασφαλέστερη επιλογή αγοράς, αφού εφαρμόζουν σύστημα διασφάλισης και ποιοτικό έλεγχο. Σ' αυτή την περίπτωση, προέκυψε ότι οι άνδρες στη Ήπειρο & Δυτική Ελλάδα και Μακεδονία γνώριζαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα super market αποτελούν την ασφαλέστερη επιλογή από ότι οι γυναίκες.

Τέλος, σχετικά με το ποιο διατροφικό συστατικό αποτελεί παράγοντα κινδύνου, προέκυψε ότι, πληθυσμός ορθά ενοχοποιεί τα κορεσμένα λίπη σε μεγαλύτερο βαθμό και το αλάτι σε μικρότερο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παράλληλα, οι γυναίκες στην Αττική, Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία και Μακεδονία φαίνεται να είναι περισσότερο ενημερωμένες γι' αυτό το ζήτημα σε σχέση με τους άνδρες. Αξίζει να αναφερθεί, ότι στη Στερεά Ελλάδα/ Θεσσαλία τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες κατέχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις ορθές αντιλήψεις, λιγότερο στη Μακεδονία και ακόμα λιγότερο στην Αττική.

Είναι εμφανές, ότι ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού γνωρίζει τους διατροφικούς κινδύνους για την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών, και ένα εξίσου σημαντικό είναι είτε ελλιπώς είτε λανθασμένα ενημερωμένο. Οι ελλείψεις παρουσιάζονται σε σημαντικό βαθμό και στα δύο φύλλα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας, γι' αυτό η ενημέρωση από τους ιατρούς, διαιτολόγους και ΜΜΕ θα πρέπει να είναι επαρκής και κατανοητή, κατάλληλα προσαρμοσμένη και εξατομικευμένη ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται.

Περιορισμοί της έρευνας

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έχει ξεκινήσει από το 2006 που σημαίνει ότι τα παλαιότερα δεδομένα είναι πιθανόν να μην ανταποκρίνονται στη σημερινή πραγματικότητα, δεδομένης και της μεγάλης κοινωνικοοικονομικής αλλαγής που έχει συμβεί τα τελευταία 4 χρόνια στην Ελλάδα. Συνεπώς υπάρχει μια πιθανότητα σφάλματος καθώς δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε κατά πόσο έχουν αλλάξει οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των αρχικών εθελοντών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Word Health Organization Fact sheet N°317 Updated March 2013
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
2. *Επιδημιολογία των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως*, Γεωργία Κουρλαμπά, MSc, *Βιοστατιστικός*
3. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
4. American Heart Association: Cardiovascular disease statistics
www.americanheart.org/presenter.jhtml?indentifier=4478
5. Million Hearts: Strategies to Reduce the Prevalence of Leading Cardiovascular Disease Risk Factors — United States, 2011
6. AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update. A Report From the American Heart Association
7. *Επιδημιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα*. Γεωργία Κουρλαμπά, MSc, *Βιοστατιστικός*
8. *Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Οξεία στεφανιαία σύνδρομα*, Χ.Η. Πίτσαβος, Δ.Β. Παναγιωτάκος, Χ.Ι. Στεφανάδης Εκδόσεις Κωστάκη, Αθήνα 2004
9. ΕΣΥΕ - <http://www.statistics.gr/anaz.asp> (26/04/2014)
10. *Καρδιολογία* Τούτουζας Π.Κ. Εκδοση Γ' Μ.Γ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1999: 276-292
11. *Φυσιολογία του Ανθρώπου – Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού* (Τόμος II), Vander A., Sherman J., Luciano D., Τσακόπουλος Μ. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ν. Γελαδάς, Μ. Τσακόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα
12. Global Atlas on Cardiovascular disease prevention and control
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Coronary_heart_disease (15/05/2014)
14. http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/index.htm (15/05/2014)

15. <http://en.wikipedia.org/wiki/Stroke> (15/05/2014)
16. The Atlas of Heart Disease and Stroke (WHO)
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_01_types.pdf
(07/06/2014)
17. http://www.incardiology.gr/pathiseis_ka/ka_.htm (07/06/2014)
18. Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
<http://www.onasseio.gr/Medicine/default.asp?menuid=04&inc=sugeniskardio>
(20/05/2014)
19. <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/heart-disease/different-heart-diseases/> (20/05/2014)
20. *Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Οξεία στεφανιαία σύνδρομα*,
X.H Πιτσαβός, Δ.Β Παναγιωτάκος, X.I Στεφανάδης. Εκδόσεις Κωστάκη, Αθήνα
2004
21. European Heart Health Charter <http://www.heartcharter.org/download/Greek.pdf>
(3/06/2014)
22. National Library of Medicine
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000106.htm>
(09/06/2014)
23. *Cardiovascular Epidemiology: CARDIO 2000 Study. Risk Stratification and Primary Prevention of Acute Coronary Syndromes in Greece*. Christos H. Pitsavos, Demosthenes B. Panagiotakos, Αθήνα 2003
24. Better Health Channel
http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Heart_disease_your_risk-factors_explained (03/06/2014)
25. Dawber TR. The Framingham Study; The epidemiology of atherosclerosis disease. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980
26. Global Health Risk, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, WHO 2009.
27. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysohou C, Stefanadis C. 2003. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. BMC Public Health, 3:32.

28. Chrysoshoou C, Pitsavos C, Panagiotakos DB, Kokkinos P, Stefanadis C, Toutouzas PK. The association between physical activity and the development of acute coronary syndromes in treated and untreated hypertensive subjects. *J Clin Hypert* 2003 (greenwich); 5: 115-120
29. <http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity> (17/05/2014)
30. *Καρδιομεταβολικός Κίνδυνος: Σακχαρώδης Διαβήτης, Καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, Μεταβολικό Σύνδρομο, Αθηρωμάτωση*. Δρ Αντρέας Μελιδώνης. Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος
31. National Heart Lung and Blood Institute. The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults
32. D Panagiotakos, M Sitara, C Pitsavos, and C Stefanadis. Estimating the 10-Year Risk of Cardiovascular Disease and Its Economic Consequences, by the Level of Adherence to the Mediterranean Diet: The ATTICA Study, *J Med Food* 10 (2) 2007, 239-243
33. <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypertension> (22/05/2014)
34. World Heart Federation
<http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/> (22/05/2014)
35. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, Newman WP, 3rd, Tracy RE & Wattigney WA (1998) Association between multiple Cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study *Nengl J Med* 338, 1650-1656
36. Black HR (1992) Cardiovascular Risk Factors. In *Heart Book*. USA: Yale University School of Medicine
37. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία
<http://www.ede.gr/wp-content/uploads/2012/odigies.pdf> (03/06/2014)
38. *Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή, με στοιχεία Παθολογίας* (Τόμος Ι), Αντώνιος Ζαμπέλας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
39. National Cholesterol Education Program. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult

Treatment Panel III)

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atglance.htm>

40. Food and Agriculture Organization of the United Nations <http://www.fao.org>
41. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, et al. 2003. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, 348:2599–608
42. Jin Cho J. Stress and cardiovascular disease. *J Korean Med Assoc* 2013; **56** (6): 462-470
43. Panagiotakos D.B., Kinlaw M., Papaerakleous N., Papoutsou S., Toutouzas P., Polychronopoulos E. Depressive symptomatology and the prevalence of cardiovascular risk factors among older men and women from Cyprus; the MEDIS (Mediterranean Islands Elderly) epidemiological study. *Journal of Clinical Nursing* 2008; **17**: 688-695.
44. APXEIA EΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 27(5), 793-802, 2010 - Ερευνητική εργασία <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19297> (09/06/2014)
45. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohooou C, Skoumas J, Masoura C, Toutouzas P&Stefanadis C (2004) Effect of exposure to secondhand smoke on markers of inflammation: the ATTICA study. *Am J Med* 116,145-150