



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Διατροφικές Συνήθειες Ηλικιωμένων Αρκάδων

Πτυχιακή εργασία

Σουρμελή Θάλεια

Αθήνα, 23 Φεβρουαρίου 2017



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος (Επιβλέπων)

**Αναπληρωτής Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Επιστήμης
Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο**

Παναγιωτάκος Δημοσθένης

**Καθηγητής Βιοστατιστικής-Επιδημιολογίας της Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης
Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο**

Ματάλα Αντωνία-Λήδα

**Καθηγήτρια Ανθρωπολογίας της Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-
Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο**

Εγώ, η Σουρμελή Θάλεια δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
- 2) Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τόσο τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ευάγγελο Πολυχρονόπουλο, χωρίς τη βοήθεια του οποίου δεν θα μπορούσα να εκπληρώσω την πτυχιακή μου εργασία, όσο και τους συνεπιβλέποντες καθηγητές μου κύριο Δημοσθένη Παναγιωτάκο και κυρία Αντωνία-Λήδα Ματάλα. Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τους φίλους και την οικογενειά μου για τη συμπαράστασή τους.

Περίληψη	6
Abstact	7
Κατάλογος σχημάτων:.....	8
Κατάλογος Πινάκων:	8
Κατάλογος Εικόνων:.....	8
Εισαγωγή:.....	9
Ορισμός τρίτης ηλικίας:.....	10
Επιδημιολογικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία:	11
Κύρια προβλήματα της Τρίτης ηλικίας:	14
Καρδιαγγειακά νοσήματα:	15
Καρκίνος.....	18
Άνοια & νόσος Alzheimers	21
Κατάθλιψη	23
Ανορεξία:.....	23
Διατροφικές συστάσεις στην τρίτη ηλικία:.....	26
My plate:.....	27
Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί	28
Συστάσεις σε Επίπεδο Θρεπτικών Συστατικών:.....	28
Συστάσεις σε επίπεδο ομάδων τροφίμων:.....	30
Ο ρόλος της πρωτεΐνης στην υγεία του ηλικιωμένου:	32
Διατροφικές Συνήθειες Ηλικιωμένων.....	35
Σε επίπεδο μακροθρεπτικών συστατικών:	36
Σε επίπεδο μικροθρεπτικών συστατικών:.....	37
Σε επίπεδο ομάδων τροφίμων:	37
Medis	38
Πελοπόννησος:.....	39
Μάνη:.....	40
Αρκαδία:.....	42
Αρκαδικά προϊόντα:.....	43
Νότια Κυνουρία – Τσακωνιά.....	45
Συμπεράσματα- Περιορισμοί :.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	48
Βιβλιογραφία:.....	52

Περίληψη

Σκοπός: Οι διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της Ελλάδας έχουν μελετηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια με στόχο τη συσχέτισή τους με διάφορους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων κατοίκων της Πελοποννήσου, και συγκεκριμένα της Αρκαδίας, να συσχετισθούν με τη γενικότερη υγεία των κατοίκων, και να συγκριθούν με τις αντίστοιχες άλλων περιοχών της Ελλάδας. Αντικείμενο: Το αντικείμενο της εργασίας ήταν η αναζήτηση και η ανασκόπηση δημοσιευμένων μελετών με θέμα τη διατροφή των ηλικιωμένων Αρκάδων. Ακόμη, η επικοινωνία με κατοίκους αλλά και η αναζήτηση πληροφοριών από λαογραφικές πηγές για τη διερεύνηση των συνηθειών του πληθυσμού της μελέτης στο παρελθόν κρίθηκε αναγκαία. Αποτελέσματα: Η διατροφή των κατοίκων της Αρκαδίας ακολουθεί σε μεγάλο βαθμό το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής. Η αρκαδική κουζίνα είναι αποτέλεσμα εμπειρίας που έχει συσσωρευθεί και μεταφέρεται από γενιά σε γενιά. Το διαιτολόγιο απαρτίζεται κυρίως από τρόφιμα που παράγει η γη. Οι ηλικιωμένοι κάτοικοι ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με την καλλιέργεια προϊόντων σε οικιακό επίπεδο και, μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνουν την αυτάρκεια του νοικοκυριού. Γενικά, φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι κάτοικοι της Αρκαδίας διάγουν τη ζωή τους με καλή υγεία, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα και με κοινό χαρακτηριστικό την ενασχόληση με τη φύση. Τα προϊόντα που παράγονται στην περιοχή, έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, και σε πολλές περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως προϊόντα προστατευόμενης ονομασίας προέλευσης. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των προϊόντων αυτών έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην διατήρηση της υγείας των κατοίκων. Περιορισμοί: Οι διατροφικές συνήθειες των Αρκάδων δεν έχουν μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό στο παρελθόν. Χρειάζεται να στραφεί το ενδιαφέρον των ερευνών προς περαιτέρω διερεύνηση του αντικειμένου αυτού για να εξαχθούν περισσότερα συμπεράσματα.

Abstact

Objective: The eating habits of the Greek people have been extensively studied during the recent years with a view to their association with various health indicators of the population. The purpose of this study was to investigate the dietary habits of elderly residents of the Peloponnese, and in particular, of Arcadia, to correlate them with their overall health, and compare them with those of other regions of Greece. The object of the study was to search and review published studies on the diet of elderly Arcadians. Moreover, the communication with residents and the research for dietary information in folklore sources was considered necessary. Results: The diet of the Arcadian inhabitants follows the model of the Mediterranean Diet. The Arcadian cuisine is a result of experience accumulated and transferred from generation to generation. The diet consists of rural products. Residents mostly consume products produced by themselves, and, in many cases, they achieve self-sufficiency of their household. Overall, it appeared that the elderly residents of Arcadia lead their life in good health. This is also due to the specific characteristics of the products that are produced in the region, which are often characterized as protected designation of origin products. Limitations: The eating habits of the Arcadians have not been studied greatly in the past. Further research must be done in order to draw comprehensive conclusions.

Κατάλογος Σχημάτων:

Σχήμα 1: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 60 ετών και πάνω ανά περιοχή. (United nations , 2015)	11
Σχήμα 2: Η παραπάνω πυραμίδα πληθυσμού δείχνει την κατανομή του ελληνικού πληθυσμού σε ηλικιακές ομάδες για άνδρες και γυναίκες. (Central Intelligence Agency, 2016)	13

Κατάλογος Πινάκων:

Πίνακας 1 Κατάταξη ατόμων με βάση την κατάσταση θρέψης	25
Πίνακας 2 Δείκτης θρέψης (ΔΘ) σε σχέση με διάφορα χαρακτηριστικά	25
Πίνακας 3 Συστάσεις της EFSA για τις ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. (EFSA, 2013)	29
Πίνακας 4 Συστάσεις ηλικιωμένων σε ενέργεια και μακροθρεπτικά συστατικά, (EFSA 2010a,b ,2012).....	29
Πίνακας 5 Διατροφικές Συστάσεις σε Επίπεδο Τροφίμων	32
Πίνακας 6 Πρακτικές οδηγίες για ιδανική πρωτεϊνική πρόσληψη και άσκηση για ενήλικες άνω των 65 ετών.....	33
Πίνακας 7 Παράγοντες κινδύνου οδηγούν σε μειωμένη πρωτεϊνική πρόσληψη στους ηλικιωμένους.....	35

Κατάλογος Εικόνων:

Εικόνα 1 MyPlate for Older Adults, 2016	28
Εικόνα 2 Ο 'δεκάλογος' της υγιεινής διατροφής	31
Εικόνα 3 Αφίσα από τη γιορτή κάστανου	51
Εικόνα 4 Αφίσα από τη γιορτή μελιτζάνας	51

Εισαγωγή:

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την οικονομική ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα ενός τόπου είναι η υγιής γήρανση του πληθυσμού. Ιδίως μάλιστα σε μια εποχή όπως η σημερινή που ο πληθυσμός γηράσκει με ταχύτατους ρυθμούς. Ως 'υγιής γήρανση ορίζεται από πολλούς η διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του, και αποτελεί προτεραιότητα για την Ευρώπη του 2020. Έχει φανεί πως η ενασχόληση των ατόμων άνω των 65 ετών με την παραγωγική διαδικασία, ακόμη και αν αυτή είναι μη αμοιβώμενη, σχετίζεται με την 'υγιή γήρανση του πληθυσμού'.

Ο ρόλος των διατροφικών συνηθειών σε σχέση με την επίτευξη της υγιούς γήρανσης έχει μελετηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και έχει αποδειχθεί η συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην κατανάλωση συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων, όπως είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής άλεσης, αλλά και στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών προτύπων, όπως είναι η Μεσογειακή διατροφή, με τη μείωση της νοσηρότητας και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. (Tyrovolas et al., 2014) Μια διατροφή που χαρακτηρίζεται από υπερβολική πρόσληψη ενέργειας και θετικό ενεργειακό ισοζύγιο φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής. (Tyrovolas et al., 2015).

Η ποικιλία των προϊόντων που, απλόχερα, προσφέρει η αρκαδική γη στους κατοίκους της στοιχειοθετεί ένα, απλό στη βάση του, ολοκληρωμένο διατροφικό πρότυπο το οποίο πρέπει να μελετηθεί εκτενέστερα. Ο καθηγητής κος Κώστας Βέμμος μελέτησε τον πληθυσμό της Αρκαδίας αναφορικά με κάποια καρδιαγγειακά προβλήματα. Συγκεκριμένα, μελέτησε τη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου και τη θνητότητα σε άνδρες και γυναίκες στην Αρκαδία. Ένα χρόνο μετά την πρώτη μελέτη διεξήχθη συμπληρωματική έρευνα με στόχο τη διερεύνηση του ποσοστού των θανάτων 1 χρόνο μετά την εμφάνιση του πρώτου εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά (Vemmos et al., 1999 & 2000) Περισσότερες μελέτες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των κατοίκων της Αρκαδίας είναι σημαντικό να διεξαχθούν δεδομένου ότι τα λαογραφικά στοιχεία και οι μαρτυρίες των κατοίκων υποδεικνύουν πως το διατροφικό πρότυπο που ακολουθούν οι Αρκάδες έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα.

Ορισμός τρίτης ηλικίας:

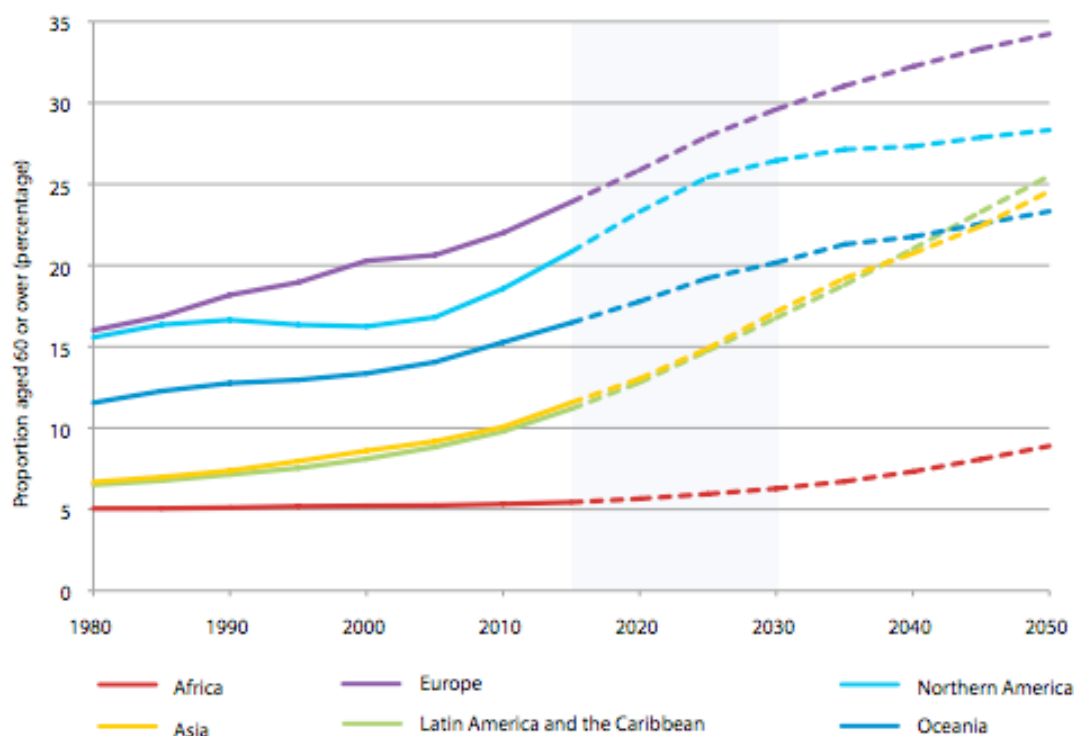
Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ευρέως χρησιμοποιούμενοι ορισμοί του γήρατος, δεν υπάρχει γενική συμφωνία σχετικά με το ποιά είναι η ηλικία που σηματοδοτεί ότι ένα άτομο είναι ηλικιωμένο. Η κοινή χρήση ενός χρονολογικού ορόσημου που θα στοιχειοθετεί το κατώφλι του γήρατος προϋποθέτει την ύπαρξη ισοδυναμίας μεταξύ ημερολογιακής και βιολογικής ηλικίας, κάτι, που όπως είναι ευρέως αποδεκτό, πολλές φορές δεν ισχύει.

Συμβατικά, ως 'ηλικιωμένος' θεωρείται κάποιος που έχει ξεπεράσει την ηλικία των 65 ετών, ενώ τα άτομα ηλικίας 65 έως 74 αναφέρονται ως 'νέοι ηλικιωμένοι', τα άτομα με ηλικία των 75-84 ετών ως 'μεσαία ηλικιωμένοι' και τα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών ως 'μεγαλύτεροι ηλικιωμένοι.' (Zizza, Ellison, & Wernette, 2009) Ωστόσο, τα αποδεικτικά στοιχεία στα οποία βασίζεται ο ορισμός αυτός είναι άγνωστα. Λέγεται ότι προέρχεται από το 19^ο αιώνα, όπου ο πρίγκιπας Μπίσμαρκ, καγκελάριος της Γερμανικής Αυτοκρατορίας επέλεξε τα 65 έτη ως την ηλικία κατά την οποία οι πολίτες της Γερμανίας θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο εθνικό σχέδιο συντάξεων. Ο Μπίσμαρκ επέλεξε τη συγκεκριμένη ηλικία αναμένοντας πως οι περισσότεροι άνθρωποι θα έχουν πεθάνει πριν φτάσουν στην ηλικία αυτή. (Orimo et al., 2006) Γενικά, οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν αποδεχτεί την ηλικία των 65 ετών ως την αρχή της τρίτης ηλικίας, που ταυτίζεται με την ηλικία κατά την οποία ένα άτομο γίνεται, σύμφωνα με το νόμο, επιλέξιμο για συνταξιοδοτικές παροχές. Το πρότυπο αυτό, όμως, όπως πολλά πρότυπα της δυτικής κοινωνίας, δεν ανταποκρίνεται στην κατάσταση η οποία αντιπροσωπεύει χώρες της Αφρικής. Εάν πρέπει να αναπτυχθεί ένας ρεαλιστικός ορισμός για την ηλικία έναρξης του γήρατος στην Αφρική, τότε θα είναι τα 50 ή τα 55 έτη, κάτι που όμως είναι κάπως αυθαίρετο και δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στη συγκρισιμότητα των δεδομένων μεταξύ των εθνών. (WHO, 2016)

Στην πραγματικότητα, το γήρας σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται να ξεκινάει στο σημείο που, πλέον, η ενεργός συμβολή του ατόμου στην κοινωνία δεν είναι πλέον δυνατή. (Randel, German, Ewing, & Staff, 1999) Η διαδικασία της γήρανσης βέβαια, δεν είναι όμοια σε όλους τους πληθυσμούς, λόγω γενετικών διαφορών, διαφορετικού τρόπου ζωής και γενικότερης κατάστασης υγείας. (Singh & Bajorek, 2014).

Επιδημιολογικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία:

Τα τελευταία χρόνια, η ραγδαία πρόοδος της ιατρικής έχει οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής παγκοσμίως. Μάλιστα, ο αριθμός των ατόμων με ηλικία άνω των 60 ετών, αναμένεται να διπλασιαστεί από το 2015 μέχρι το 2050 από περίπου 12% σε 22% του πληθυσμού. Μέχρι το 2050 ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 θα ξεπερνάει τον αριθμό των παιδιών κάτω των 5 ετών. (WHO, 2016) Ίσως να θεωρούσαμε πως αυτό το φαινόμενο θα ήταν πιο εμφανές στις ανεπτυγμένες χώρες, τα δεδομένα όμως δείχνουν πως ακόμη και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων σχεδόν διπλασιάστηκε από το 2000 έως το 2015, από 2.4 σε 4.8 εκατομμύρια άτομα άνω των 80 ετών. Μάλιστα, στα επόμενα 15 χρόνια, ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί περισσότερο στις χώρες τις λατινικής Αμερικής, στην Καραϊβική, και, ακολούθως, στην Ασία και στην Αφρική. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015)



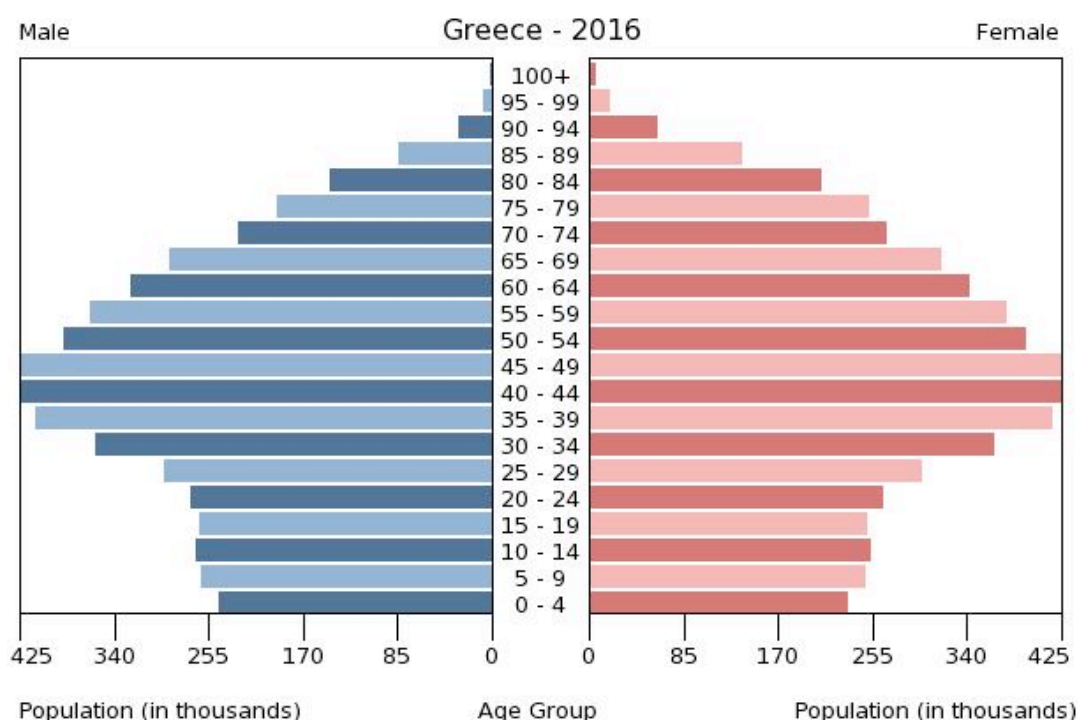
Σχήμα 1: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 60 ετών και πάνω ανά περιοχή. (United nations , 2015)

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, το μέσο προσδόκιμο ζωής παγκοσμίως το 2015 ήταν τα 71,4 έτη. (WHO, 2016a) Στην Ευρώπη είναι τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 81 για τις γυναίκες (Population Reference Bureau, 2016) και στην Ελλάδα ανέρχεται στα 80.5 έτη, και, συγκεκριμένα, οι άνδρες ξεπερνούν τα 77 και οι γυναίκες τα 83 έτη ζωής. Αυτά τα δεδομένα φέρνουν την Ελλάδα στην 35^η θέση με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής παγκοσμίως. Στην

πρώτη θέση της λίστας βρίσκεται το Μονακό (89,5 έτη) και ακολουθούν Σιγκαπούρη και Ιαπωνία. Χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, όπως είναι φυσικό, παρατηρείται σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως το Αφγανιστάν με 51,3 έτη, η Σομαλία με 52,4 έτη, η Νηγηρία με 53,4 έτη και άλλες. Τόσο η μεγάλη εγκληματικότητα που επιτραπεί στις συγκεκριμένες χώρες, όσο και οι εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης, ή έλλειψη νερού, φαγητού και φαρμάκων έχουν οδηγήσει σε αυτό το φαινόμενο. Ωστόσο, με την είσοδο της ιατρικής σε μεγαλύτερο βαθμό σε αυτές τις κοινωνίες το φαινόμενο αυτό τείνει να εξαλειφθεί.

Στην περιοχή της Αρκαδίας, από το 1991 ακόμη, παρατηρήθηκε πως οι κάτοικοι ζούσαν περισσότερο. Σε μελέτη που έγινε στην περιοχή της Αρκαδίας με στόχο τη μελέτη των καρδιαγγειακών νοσημάτων στον πληθυσμό, βρέθηκε πως το 21% των κατοίκων είχε ηλικία >65 ετών, ποσοστό αρκετά αυξημένο εαν ληφθεί υπόψη ότι η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα αντιπροσώπευε το 14% του πληθυσμού της χώρας. (Vemmos et al., 1999)

Άμεση αιτία της γήρανσης του πληθυσμού είναι η μείωση της γονιμότητας. Στον Ελληνικό πληθυσμό παρατηρείται ένας μέσος όρος ηλικίας 44.2 ετών που κατατάσσει την Ελλάδα στην 7^η θέση παγκοσμίως. Το ποσοστό γεννήσεων στη Ελλάδα είναι 8,5 γέννες ανά 1000 άτομα, που φέρνει την Ελλάδα στην θέση 204 παγκοσμίως, μια ιδιαίτερα χαμηλή θέση που αντανακλά την ένταση του δημογραφικού προβλήματος. (Central Intelligence Agency, 2016) (WHO, 2016b)



Σχήμα 2: Η παραπάνω πυραμίδα πληθυσμού δείχνει την κατανομή του ελληνικού πληθυσμού σε ηλικιακές ομάδες για άνδρες και γυναίκες. (Central Intelligence Agency, 2016)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως τα έτη υγιούς ζωής, δηλαδή τα χρόνια που ένα άτομο, κατά τη γέννησή του αναμένεται να ζήσει σε υγιή κατάσταση στην Ελλάδα, είναι περίπου 64 έτη για τους άνδρες και 65 για τις γυναίκες. Η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, τόσο σχετικά με το προσδόκιμο ζωής όσο και με τα έτη υγιούς ζωής είναι ευνοϊκή για τις γυναίκες στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης αλλά το χάσμα που υπάρχει τείνει να μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Αν και έχουν διατυπωθεί πολλές βιολογικές υποθέσεις για την εξήγηση του φαινομένου αυτού, φαίνεται όμως πως οι καθοριστικοί παράγοντες δεν είναι αμιγώς βιολογικοί, αλλά εμπλέκονται και τροποποιήσιμοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, στις ανεπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα έχει θεωρηθεί ως μια από τις κύριες αιτίες της διαφοράς στη θνησιμότητα μεταξύ των δύο φύλων και έχει βρεθεί ότι οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες. Ο αριθμός των ετών υγιούς ζωής είναι αρκετά μικρότερος από τον αριθμό που αντιπροσωπεύει το προσδόκιμο ζωής. (Eurostat, 2014) Αυτό από μόνο του μας δείχνει πως η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί ένα από τα κύρια ζητήματα που αντιμετωπίζουν τα διεθνή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικός ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ανάπτυξη μιας πιο θετικής σχέσης που θα βοηθήσει στην κάλυψη των αναγκών του μοναδικού αυτού πληθυσμού. (Van Oyen et al., 2012) (Leon, 2011) (Lovell, 2006)

Όπως είναι γνωστό, η γήρανση συνοδεύεται από βαθμιαία επιδείνωση των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών. Ιδανικό θεωρείται το γήρας όταν η νοσηρότητα και οι αναπηρίες συμπυκνώνονται σε βραχύ χρονικό διάστημα πριν το θάνατο. Το ποσοτό μείωσης της λειτουργικής ικανότητας καθορίζεται από μια σειρά παραγάντες, κάποιοι από τους οποίους εξαρτώνται από τις συνήθειες και συμπεριφορές των ατόμων αυτών κατά την νεότερη ζωή τους. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κάπνιζε υπερβολικά, κατανάλωνε πολύ μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και φαγητού, ζούσε καθιστική ζωή και έκανε χρήση τοξικών ουσιών, θα αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα υγείας κατά την υπερήλικη ζωή του από ένα άτομο που γυμναζόταν, πρόσεχε ιδιαίτερα τη διατροφή του και δεν έκανε υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ.

Η σχέση της διατροφής με τις διαδικασίες της γήρανσης και την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων είναι πια αδιαμφισβήτη. Μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς με μεγάλο προσδόκιμο επιβίωσης και υψηλά ποσοστά υπερανόβιων ατόμων έχουν δείξει ότι τα κοινά χαρακτηριστικά των πληθυσμών αυτών είναι η λιτή διατροφή και η αυξημένη σωματική δραστηριότητα. (Λάππα, 2005) Στη μελέτη Medis, διαπιστώθηκε πως η διακοπή του καπνίσματος με την αύξηση της ηλικίας και ο μεσημεριανός ύπνος ήταν χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού. (Tourlouki et al., 2010)

Κύρια προβλήματα της Τρίτης ηλικίας:

Η πρόοδος της ιατρικής έχει βοηθήσει τους ανθρώπους να ζούν περισσότερο ακόμη και στις φτωχότερες χώρες, όμως αυτό δεν φαίνεται να είναι αρκετό όπως λέει η Δρ Margaret Chan, γενική διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Αυτό που πρέπει να διασφαλιστεί είναι πως η ζωή αυτά τα επιπλέον χρόνια θα διάγεται με υγεία, θα είναι ουσιαστική και αξιοπρεπής. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι ευνοϊκή για κάθε ηλικιωμένο άνθρωπο ανεξάρτητα αλλά και για σύνολο της κοινωνίας.

Σε αντίθεση με τις ευρέως διαδεδομένες υποθέσεις, η παγκόσμια έκθεση για τη γήρανση και την υγεία το 2015 διαπίστωσε πως υπάρχουν λιγιστά στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι τα προστιθέμενα χρόνια ζωής βιώνονται με την καλύτερη υγεία σε σχέση με τα αντίστοιχα χρόνια προηγούμενων γενεών. Δυστυχώς, τα 70 δεν είναι τα νέα 60, όπως αναφέρει ο Δρ John Beard, διευθυντής του Τμήματος Γήρανσης και Πορείας Ζωής του ΠΟΥ, αλλά θα μπορούσαν, και θα έπρεπε να είναι. (WHO, 2015)

Στις ανεπτυγμένες χώρες οι συχνότερη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ακόμη και στις μη ανεπτυγμένες χώρες, και ιδίως στις αστικές περιοχές, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι τείνουν να μην πεθαίνουν από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, αλλά από μη μεταδοτικές ασθένειες όπως οι καρδιοπάθειες, ο καρκίνος και ο διαβήτης. Για παράδειγμα σε μελέτη που διεξήχθη στην Γκαμπόν, φάνηκε πως ένα ποσοστό 18,4% των ανδρών και 20,9% των γυναικών με ηλικία μεγαλύτερη των 70 ετών, όπως και το 16% των ανδρών και γυναικών 60-69 ετών, αντιμετωπίζουν κάποιο νόσημα της καρδιάς. (WHO, 2007) (Ngoungou et al., 2012)

Τα χρόνια νοσήματα, όχι μόνο συντομεύουν το χρόνο της ζωής μας, αλλά χειροτερεύουν την ποιότητά της, ακόμη και κάτω από τα ανεκτά όρια. Ο προληπτικός έλεγχος δίνει τη δυνατότητα διάγνωσης πολλών ασθενειών σε αρχικό στάδιο και μπορεί να συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στο να γίνει η επιβίωσή μας με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες ζωής. Καθίσταται, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης επαρκούς μέριμνας και καθοδήγησης ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι ηλικιωμένοι θα μπορούν να διατηρήσουν την υγεία τους και να αποτελούν δραστήρια μέλη του κοινωνικού συνόλου και όχι μια παραγκωνισμένη ηλικιακή ομάδα. (Μπεσμπέας, 2002)

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε κάποια από τα συχνότερα προβλήματα που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία τόσο στην Ελλάδα όσο και στον υπόλοιπο κόσμο.

Καρδιαγγειακά νοσήματα:

Είναι γνωστό, πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη συχνότερη μορφή ασθένειας στα ηλικιωμένα άτομα στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Ο όρος καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνει την υπέρταση, την καρδιακή ανεπάρκεια, τη στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, συγγενείς καρδιοπάθειες και μυοκαρδιοπάθειες. (World Health Organization, World Heart Federation, & World Stroke Organization, 2011)

Η γήρανση είναι συνδεδεμένη με δομικές και λειτουργικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα. Καθώς αυξάνει η ηλικία, οι μεγάλες αρτηρίες διαστέλλονται και σκληραίνουν και η πλήρωση της καρδιάς με αίμα γίνεται βραδύτερα. Τα τοιχώματα των αρτηριών γίνονται παχύτερα και λιγότερο ελαστικά. Οι αρτηρίες δεν ανταποκρίνονται τόσο καλά στις μεταβολές της ποσότητας του αίματος που περνάει μέσα από αυτές, όπως στους νεότερους ανθρώπους και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η αρτηριακή πίεση να είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους. Παρά την ύπαρξη αυτών των αλλαγών, μια φυσιολογική ηλικιωμένη καρδιά λειτουργεί καλά. Στην ηρεμία, οι διαφορές ανάμεσα στη νεαρή και στην ηλικιωμένη καρδιά είναι μικρές. Οι διαφορές αυτές εντείνονται όταν απαιτείται περισσότερο έργο από την καρδιά, όπως, για

παράδειγμα, σε περίπτωση ασθένειας ή έντονης άσκησης. (Tahvanainen et al., 2009) (Merck, 2007)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εκτιμάται πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία θανάτου των ανδρών στις ηλικίες 35-55 ετών αλλά και μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου γυναικών στις χώρες του δυτικού πολιτισμού. Το 2012, εκτιμάται πως 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακά νοσήματα, νούμερο που αντιστοιχεί στο 31% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Από αυτούς τους θανάτους, τα 7,4 εκατομμύρια υπολογίζεται ότι οφείλονταν σε στεφανιαία νόσο και 6,7 εκατομμύρια σε εγκεφαλικό επεισόδιο. (WHO, 2016) Δεδομένα που δημοσιεύθηκαν το 2016 στο European Heart Journal, δείχνουν ότι στην Ευρώπη (53 κράτη-μέλη), τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκάλεσαν πάνω από 4 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, δηλαδή 45% όλων των θανάτων.

Η προσπάθεια που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη και τη θεραπεία της ασθένειας οδήγησε σε μεγάλη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων σε μια σειρά χωρών, και μάλιστα, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, ο καρκίνος ξεπέρασε τα καρδιαγγειακά νοσήματα ως πρώτη αιτία θανάτου σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Παρόλο που έχουμε δει πρόοδο σε όλη την Ευρώπη στην πρόληψη και τη θεραπεία της καρδιαγγειακής νόσου, η πρόοδος αυτή δεν είναι συνεπής σε ολόκληρη την ήπειρο. Η υψηλότερη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθεί να βρίσκεται στην ανατολική Ευρώπη και στις μη Ευρωπαϊκές χώρες. (Townsend et al., 2016)

Το 2011, η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρία δημιούργησε ένα σύνολο από στρατηγικούς στόχους για να καθοδηγήσει τις οργανωτικές προτεραιότητες της τρέχουσας δεκαετίας σε σχέση με τη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας των πολιτών. Ο απώτερος στόχος είναι, μέχρι το 2020, να βελτιωθεί κατά 20% η καρδιαγγειακή υγεία όλων των Αμερικανών και να μειωθεί κατά 20% το ποσοστό θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα και εγκεφαλικό επεισόδιο. (Lloyd-Jones et al., 2010) Μαζί με τους στόχους αυτούς εισάγεται μια νέα έννοια της καρδιαγγειακής υγείας, που χαρακτηρίζεται από 7 παραμέτρους ('Life's Simple 7') που συμπεριλαμβάνουν συμπεριφορές του ατόμου αλλά και δείκτες υγείας. Τονίζεται ότι οι πολίτες πρέπει να ζούν μια υγιέστερη ζωή απόφευγοντας το κάπνισμα και τα καπνικά προϊόντα, υιοθετώντας ένα υγιεινό πρότυπο διατροφής, ασχολούμενοι καθημερινά με κάποια

φυσική δραστηριότητα, και διατηρώντας το δείκτη μάζας σώματος, τη χοληστερόλη, την αρτηριακή πίεση και τη γλυκόζη σε υγιή επίπεδα. (American Heart Association, 2014)(Benjamin et al., 2017) Η ιδανική καρδιαγγειακή υγεία ορίζεται από την απουσία κλινικά έκδηλης καρδιαγγειακής νόσου, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη παρουσία των βέλτιστων επιπέδων και των επτά χαρακτηριστικών που αναφέρθηκαν παραπάνω. Από τότε που η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρία θέσπισε τους στόχους αυτούς, πολλές ανεξάρτητες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη σημαντικότητα των 7 παραμέτρων που τονίζονται στην έννοια της καρδιαγγειακής υγείας τόσο στον Αμερικάνικο όσο και σε άλλους πληθυσμούς. (Graciani, García-Esquinas, López-García, Banegas, & Rodríguez-Artalejo, 2016) (Shay, Gooding, Murillo, & Foraker, 2015) (Younus et al., 2016)

Σε μελέτη που διεξήχθη στην περιοχή της Αρκαδίας, μια περιοχή που ο πληθυσμός είναι κυρίως αγροτικός και τρέφεται με μεσογειακά πρότυπα, με σκοπό να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας του πρώτου εγκεφαλικού επεισοδίου σε ένα πληθυσμό με ένα τυπικό, μεσογειακό τρόπο ζωής διατυπώθηκαν τα εξής συμπεράσματα:

- Το ποσοστό επίπτωσης της καρδιαγγειακής νόσου και στα δύο φύλα είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό άλλων μελετών που έχουν διεξαχθεί στην Ευρώπη, και σε ολόκληρο τον κόσμο.
- Τα αποτελέσματα όσον αφορά στην κατανομή των τύπων εγκεφαλικού επεισοδίου και το ποσοστό θνησιμότητας από αυτό φαίνεται να είναι αντίστοιχα με αυτά άλλων βιομηχανικών χωρών. (Vemmos et al., 1999)
- Η θνησιμότητα ένα χρόνο μετά την εμφάνιση του πρώτου εγκεφαλικού επεισοδίου στην Αρκαδία είναι παρόμοια με εκείνη άλλων βιομηχανικών χωρών. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που τη θνησιμότητα είναι η αυξημένη ηλικία, η σοβαρότητα του πρώτου επεισοδίου και η κολπική μαρμαρυγή. (Vemmos et al., 2000)
- Το γυναικείο φύλο, ο διαβήτης και η ύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση αφασίας έπειτα από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μελέτη προσέφερε μια ποσοτική εκτίμηση του προβλήματος εμφάνισης αφασίας και προτείνει ότι ο ρόλος του διαβήτη μπορεί να είναι πιο σημαντικός από ότι είχε εκτιμηθεί στο παρελθόν. (Kyrozi et al., 2009)

Η μεσογειακή διατροφή έχει συσχετιστεί με μειωμένη επίπτωση και θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Μάλιστα, δεδομένα πρόσφατης μετα-ανάλυσης προοπτικών

μελετών έδειξαν ότι η αύξηση κατά 2 βαθμούς στη βαθμολογία (σκορ) της μεσογειακής διατροφής σχετίζεται με 10% μείωση στην επίπτωση ή θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και 29% μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. (Psaltopoulou et al., 2013) (Sofi, Abbate, Gensini, & Casini, 2010)

Η μελέτη ασθενών-μαρτύρων Cardio 2000 που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2000-2001 έδειξε ότι η αυξημένη κατανάλωση φρούτων ή λαχανικών συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι η μέτρια κατανάλωση ψαριού (<150 γρ/εβδομάδα) σχετίζεται με 38% μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε σχέση με τα άτομα που δεν καταναλώνουν ψάρι. Τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα σε σύγκριση με μια αυξημένη κατανάλωση ψαριού. (>150 γρ) (Panagiotakos et al., 2003) (Panagiotakos et al., 2005)

Καρκίνος

Με τη γήρανση του πληθυσμού, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ολοένα και αυξάνεται. (WHO, 2013) Παρόλο που οι ασθένειες της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων ευθύνονται για το θάνατο των περισσότερων ανθρώπων στον κόσμο, ο καρκίνος έχει πλέον ξεπεράσει τα καρδιαγγειακά νοσήματα ως κύρια αιτία θανάτου σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες. Οι χώρες αυτές είναι: το Βέλγιο, η Δανία, η Γαλλία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Και επίσης η Νορβηγία και το Ισραήλ που δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή ένωση. Στη Γαλλία, που ήταν η πρώτη χώρα στην οποία ο καρκίνος ξεπέρασε τα καρδιαγγειακά νοσήματα ως κύρια αιτία θανάτου στους άνδρες, το 2011, 92.375 άνδρες πέθαναν από καρκίνο και 64.659 από καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην Ισπανία, που ήταν η δεύτερη χώρα που παρατηρήθηκε αυτό το φαινόμενο, το 2013, 67.711 άνδρες έχασαν τη ζωή του εξαιτίας του καρκίνου και 53.487 λόγω κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος. Όσον αφορά στις γυναίκες, ο καρκίνος ως αιτία θανάτου υπερσχύει των καρδιαγγειακών νοσημάτων στη Δανία και το Ισραήλ. (European Society of Cardiology, 2016)

Η Ευρώπη χαρακτηρίζεται από εντυπωσιακές γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση καρκίνου. Υπολογίζεται πως το 2012 είχαμε περίπου 3.5 εκατομμύρια κρούσματα καρκίνου και 1.9 εκατομμύρια θανάτους λόγω του καρκίνου στην Ευρώπη. Ο καρκίνος του

πνεύμονα είναι η κύρια αιτία θανάτου στους άνδρες σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, και ο καρκίνος του μαστού κυριαρχεί στις γυναίκες. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου πριν την ηλικία των 75 ετών στην Ελλάδα είναι 16%. (The cancer Atlas, 2012 & 2017)

Στα επόμενα χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης διαγνωσμένων με καρκίνο ηλικιωμένων στην Ευρώπη, αλλά και σε όλο τον κόσμο, θα αυξηθεί. Οι προκλήσεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου συνεχώς μεγαλώνουν λόγω του αυξημένου αριθμού ασθενών, και των ιδιαίτερων αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία, όπως οι αλλαγές στο μεταβολισμό τα συνοδά νοσήματα. Η ηλικία είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου λόγω της διάρκειας της καρκινογένεσης, της ευπάθειας των γερασμένων ιστών στα περιβαλλοντικά καρκινογόνα, και άλλων σωματικών αλλαγών που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ηλικία μπορεί ακόμη και να επηράσει τη βιολογία του καρκίνου, κάνοντας ορισμένους όγκους περισσότερο επιθετικούς (καρκίνος των ωοθηκών) και άλλους πιο νωχελικούς (καρκίνος μαστού). (Balducci, 2006)

Στην πραγματικότητα, το 60% των ανθρώπων που έχουν καρκίνο είναι 65 ετών ή μεγαλύτεροι και μάλιστα, τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούν το 70% των θανάτων από καρκίνο. Σε σύγκριση με το 1950, η θνητότητα από τον καρκίνο έχει μειωθεί για ασθενείς κάτω των 65 ετών, ενώ έχει παραμείνει σταθερή για τους πιο ηλικιωμένους. Απαιτείται βελτίωση της αντιμετώπισης του καρκίνου μέσω αποτελεσματικής πρόληψης και επαρκούς θεραπείας. (American Cancer Society, International Agency for Research on Cancer, & Union for International Cancer Control, 2017) (Berger et al., 2006)

Έχει βρεθεί ότι ο η συχνότητα εμφάνισης και η πρόκληση θανάτου από καρκίνο σε άτομα άνω των 90 ετών ήταν κατά 3 φορές μειωμένη και μάλιστα, σε άτομα άνω των 100 ετών, άγγιζε το 0-4%. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει πως ο καρκίνος στους υπερήλικες εμφανίζεται σε σπάνιες περιπτώσεις και εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς. (Pavlidis et al., 2012)

Τα δεδομένα για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ελπιδοφόρα. Η μελέτη EPIC έδειξε ότι μέχρι και το ένα τρίτο των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών της Μεσογείου (και συγκεκριμένα της Ιταλίας) που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού θα μπορούσε να αποφευχθεί με αλλαγές στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής. Στη συγκεκριμένη μελέτη, 15.010

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρήχαν πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής τους. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν το ρόλο της φυσικής δραστηριότητας, του δείκτη μάζας σώματος και της κατανάλωσης αλκοόλ στη διαμόρφωση του μετεμμηνοπαυσιακού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και υποστηρίζουν τα πιθανά οφέλη που μπορεί να προέλθουν από την τροποποίηση αυτών των παραγόντων του τρόπου ζωής. (Masala et al., 2016)

Σύμφωνα με τα δεδομένα από τη μελέτη EPIC, η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Στην Ελλάδα, η αύξηση κατά 2 βαθμούς στο σκορ προσήλωσης στη μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με 12% μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. (Benetou et al., 2008) Οι βιολογικοί μηχανισμοί για την πρόληψη του καρκίνου και σχετίζονται με τη μεσογειακή διατροφή έχουν σχέση με την ευνοϊκή επίδραση μιας ισορροπημένης αναλογίας ανάμεσα στα ωμέγα-6 και ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας φυτικών ινών, αντιοξειδωτικών και πολυφαινόλων που βρίσκονται στα φρούτα, τα λαχανικά, το ελαιόλαδο και το κρασί. Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει και ένα 'μεσογειακό τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ', δηλαδή τακτική, μέτρια κατανάλωση κρασιού, κυρίως, με το φαγητό. Αυτό το μοτίβο κατανάλωσης αυξάνει τη μακροζωία, σε αντίθεση με τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ που συσχετίζεται με καρκίνο του πεπτικού, του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, του ήπατος και του μαστού. (Giacosa et al., 2013)

Στόχος για την πρόληψη του καρκίνου στην Ευρώπη θα παραμείνει μια υγιεινή διατροφή, ο έλεγχος της παχυσαρκίας και η μείωση του καπνίσματος. Ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου επικεντρώνεται σε ενέργειες που μπορούν να βοηθήσουν τους πολίτες στην επιτυχή πρόληψη του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό, όμως, απαιτείται να γίνουν κάποιες επιμέρους δράσεις που θα υποστηρίζονται από την κυβέρνηση και την πολιτεία. Ο ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου αποτελείται από τις εξής οδηγίες προς τους πολίτες:

1. Μην καπνίζετε και μην χρησιμοποιείτε καπνικά προϊόντα.
2. Απαγορεύστε το κάπνισμα στο χώρο σας και στηρίξτε την πολιτική απαγόρευσής του στο χώρο εργασίας σας.
3. Διατηρήστε το ιδανικό σωματικό βάρος.
4. Περιορίστε την καθιστική ζωή και εντάξτε την άσκηση στην καθημερινότητά σας.

5. Υιοθετήστε υγιεινή διατροφή: Τρώτε προϊόντα ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά και όσπρια. Περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε ζάχαρη, λιπαρά και αλάτι, όπως και το κόκκινο ή επεξεργασμένο κρέας.
6. Περιορίστε την πρόσληψη αλκοολούχων ποτών.
7. Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο. Χρησιμοποιείτε μέσα προστασίας από τον ήλιο και αποφύγετε τη χρήση προϊόντων μαυρίσματος.
8. Προστατευθείτε από καρκινογόνες ουσίες στον τόπο εργασίας ακολουθώντας τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας.
9. Εξετάστε αν εκτίθεστε σε ακτινοβολία από φυσικά υψηλά επίπεδα ραδονίου στο σπίτι σας και λάβετε μέτρα για να τα μειώσετε.
10. Για τις γυναίκες: Ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η ορμονοθεραπεία της εμμηνόπαυσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ορισμένων μορφών καρκίνου.
11. Διασφαλίστε τη συμμετοχή των παιδιών σας σε προγράμματα εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β και του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (για τα κορίτσια).
12. Λάβετε μέρος σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του εντέρου, του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. (International Agency for Research on Cancer & European commission, 2016)

Άνοια & νόσος Alzheimers

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο το οποίο οφείλεται σε εγκεφαλική πάθηση, συνήθως χρόνια και προοδευτική, χαρακτηριζόμενη από διαταραχές πολυάριθμων ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών όπως η μνήμη, η σύλληψη ιδεών, ο προσανατολισμός, η ικανότητα μάθησης, ο λόγος και η κρίση. Η συνείδηση δεν επηρεάζεται. Οι νοητικές διαταραχές συνοδεύονται συνήθως (και μερικές φορές προηγούνται) από αποδιοργάνωση του συγκινησιακού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. Η άνοια παρατηρείται στη νόσο Alzheimer, σε εγκεφαλική αγγειακή νόσο, και σε άλλες περιπτώσεις ασθενειών που επηρεάζουν τον εγκέφαλο κατά κύριο λόγο ή δευτερευόντως. (WHO, ICD-10, 2016)

Αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές διαταραχές που προσβάλλουν ηλικιωμένα άτομα. Η ευρωπαϊκή εταιρία νόσου Alzheimer εκτιμά πως ο αριθμός των ατόμων με άνοια

στην Ελλάδα το 2012 ήταν 201.766 άτομα, αυτό αντιπροσωπεύει το 1,77% του πληθυσμού. Ο αριθμός αυτός, ως ποσοστό του πληθυσμού είναι ελαφρώς μεγαλύτερος από το 1,55% που αποτελεί το μέσο όρο στην Ευρώπη. (Alzheimer Europe, 2014)

Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υποσιτισμού εξαιτίας διάφορων διατροφικών προβλημάτων. Μελετάται ιδιαίτερα το ποιές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές για τη διατήρηση της διατροφικής πρόσληψης σε ικανοποιητικό επίπεδο. Ακόμη, διερευνάται το κατά πόσο η συμπληρωματική χορήγηση ενέργειας ή και συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών μπορεί να αποτρέψει την περαιτέρω εξασθένηση των γνωσιακών λειτουργιών. (Volkert et al., 2015)

Η τήρηση μιας μεσογειακού τύπου διατροφής έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο διαφόρων ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία συμπεριλαμβανομένης της άνοιας. Σε μελέτη που διεξήχθη σε 674 άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 80,1 έτη, βρέθηκε πως η τήρηση μεσογειακής διατροφής σχετίστηκε με μικρότερη ατροφία του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα συγκρίσιμο με 5 χρόνια γήρανσης του πληθυσμού. Υψηλότερη πρόσληψη ψαριών και χαμηλότερη κατανάλωση κρέατος ίσως είναι από τα βασικά στοιχεία που κάνουν την συγκεκριμένη διατροφή να έχει θετική επίδραση στη δομή του εγκεφάλου. (Gu et al., 2015) Σε μια άλλη έρευνα, στην οποία έγινε συστηματική ανασκόπηση 12 δημοσιευμένων εργασιών που εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ μεσογειακής διατροφής και γνωσιακής λειτουργίας ή άνοιας, βρέθηκε πως σε 9 από τις 12 εργασίες, η υψηλότερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με καλύτερη γνωσιακή λειτουργία, χαμηλότερα ποσοστά νοητικής έκπτωσης και μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης νόσου Αλτσχάιμερ. (Lourida et al., 2013) Κάποια από τα τρόφιμα που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου Αλτσχάιμερ είναι τα επεξεργασμένα τυριά και κρέατα και τα λευκά σιτηρά. Από την άλλη, τρόφιμα που ενισχύουν τη μνήμη σε ηλικιωμένα άτομα είναι τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, ο σολωμός, το εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο, το ψυχρής-πίεσης παρθένο λάδι καρύδας, ο καφές και η σοκολάτα. (Wegerer, 2014)

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη διαταραχή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (WHO, 2009) με ποσοστό που κυμαίνεται από 11%-16%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους οίκους ευγηρίας φτάνει το 35%. Μετά την ηλικία των 70-85 ετών, η συχνότητα εμφάνισης και ο επιπολασμός της κατάθλιψης διπλασιάζονται. (Αργυρόπουλος, 2016) Η κατάθλιψη συνδέεται με διατροφικές ανεπάρκειες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των ανθρώπων με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (German et al., 2010)

Σε μελέτη που διεξήχθη σε ΚΑΠΗ της Τρίπολης, μελετήθηκαν 139 άτομα, εκ των οποίων 62 ήταν γυναίκες και 77 άνδρες με ηλικία άνω των 60 ετών και μέσο όρο ηλικίας τα 76 έτη και βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Το 53,3% των συμμετεχόντων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης εκ των οποίων το 43,2% εκτιμήθηκε ότι πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη, και το 10,1% από σοβαρή κατάθλιψη.

Η επίδραση της κατάθλιψης στην ευεξία και τη λειτουργικότητα του έχει εξομοιωθεί με αυτή των χρόνιων παθήσεων όπως η στεφανιαία νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια νεφρική νόσος. (Rush, 2007) Επίσης η νοσηρότητα και η θνητότητα των παραπάνω νοσημάτων αυξάνουν ακόμα περισσότερο με τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η ανορεξία είναι κυρίαρχο σύμπτωμα της κατάθλιψης, με αποτέλεσμα τη μείωση του σωματικού βάρους, αν και έχει παρατηρηθεί και αυξημένη όρεξη και αύξηση του σωματικού βάρους στον ίδιο πάσχοντα. (Αργυρόπουλος, 2016) Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους μη πάσχοντες, εν μέρει επειδή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αυτοχειρία. (Alboni et al., 2008)

Ανορεξία:

Γενικευμένη μείωση στην ενεργειακή και πρωτεϊνική πρόσληψη εμφανίζεται στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Αυτό οφείλεται συχνά σε κάποια υποκείμενη ασθένεια, σε πιθανή αλλαγή γεύσης και προτιμήσεων σε τρόφιμα αλλά και σε προβλήματα στην οδοντοστοιχία. (Morley, 2010)

Η ανορεξία στους ηλικιωμένους μπορεί να οδηγήσει σε σαρκοπενία, και αυτή, με τη σειρά της, να έχει διάφορα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των ηλικιωμένων. Η ανορεξία μπορεί να προκληθεί λόγω κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων, προβλημάτων μάσησης, δυσκολίας στην κατάποση, λόγω κάποιας οξείας ή χρόνιας νόσου. Ακόμη η ανορεξία είναι συχνό φαινόμενο σε άτομα που ζουν μόνα στο σπίτι, ζουν σε κάποιο οίκο ευγηρίας ή είναι καθηλωμένοι στο κρεβάτι ή σε αναπηρικό αμαξίδιο. Η ανορεξία κατά τη γήρανση συσχετίζεται με πολλαπλά σύνδρομα και επιπτώσεις που λαμβάνουν χώρα όταν η συσσώρευση προβλημάτων υγείας σε διαφορετικά συστήματα του οργανισμού κάνει τους γηραιότερους πιο ευπαθείς σε εσωτερικούς και εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες. (Landi et al., 2016)

Ο υποσιτισμός είναι ένα συχνό και σοβαρό πρόβλημα στους ηλικιωμένους. Ως υποσιτισμός καθορίζεται η διατροφική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή κατανάλωση τροφής, έλλειψη όρεξης, απώλεια μυϊκής μάζας και απώλεια σωματικού βάρους. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει παρέμβαση, το ηλικιωμένο άτομο ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας και σε μειωμένη ποιότητα ζωής. Ο υποσιτισμός στα ηλικιωμένα άτομα είναι μια έννοια που περιλαμβάνει φυσιολογικά και ψυχολογικά στοιχεία. Συνήθως συνυπάρχει με την απώλεια, την εξάρτηση, τη μοναξιά, τις χρόνιες ασθένειες και μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας, ακόμη και θνητότητας. (Brownie, 2006) (Πλεξίδα et al., 2015)

Σε μελέτη που έγινε με στόχο την ανίχνευση του κινδύνου υποσιτισμού σε άτομα τρίτης ηλικίας που διαβιούν ελεύθερα στο Δημοτικό Διαμέρισμα της Αττικής, έγινε υπολογισμός του ποσοστού των ηλικιωμένων που υποσιτίζονταν ή βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και η σκιαγράφηση των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 120 ηλικιωμένα άτομα, 49 ήταν άνδρες και 71 γυναίκες που ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ή επισκεύθηκαν τα δημοτικά ιατρεία. Στη συσχέτιση του δείκτη θρέψης με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την ιδιοκατοίκηση και τη συγκατοίκηση.

Κατάσταση θρέψης	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Καλή θρέψη, Δείκτης Θρέψης ($\Delta\Theta$) >23.5	70	58,3
Κίνδυνος υποσιτισμού, $17 \leq \Delta\Theta \leq 23,5$	43	35,8

Υποσιτισμός, ΔΘ < 17	7	5,8
Σύνολο	120	100,0

Πίνακας 1 Κατάταξη ατόμων με βάση την κατάσταση θρέψης

Μεταβλητή	Μέσος ΔΘ
Οικονομική κατάσταση	
Κακή	21,54
Μέτρια	23,38
Καλή	25,75
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος(η)	26,00
Παντρεμένος(η)	23,98
Διαζευγμένος(η)	23,41
Χήρος(α)	22,23
Μορφωτικό επίπεδο	
Κανένα	20,16
Δημοτικό	23,62
Γυμνάσιο	24,31
Γενικό λύκειο	26,00
ΑΕΙ/ΤΕΙ	27,00
Μεταπτυχιακό	27,50
Υπερταση	
Ναι	22,55
Όχι	24,22
Οικιακές εργασίες	
Ναι	23,44
Όχι	22,90

Πίνακας 2 Δείκτης θρέψης (ΔΘ) σε σχέση με διάφορα χαρακτηριστικά

Διατροφικές Συνήθειες Ηλικιωμένων Αρκάδων, Σουρμελή Θάλεια

Με βάση το δείκτη θρέψης, περισσότερο από το μισό δείγμα των ηλικιωμένων βρισκόταν σε καλή κατάσταση θρέψης, το 35,8% ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8% ήταν σε κατάσταση υποσιτισμού. Το ποσοστό των ατόμων που βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού αλλά και των ήδη υποσιτισμένων ατόμων ήταν αρκετά υψηλό, αν λάβουμε υπ' όψιν ότι το δείγμα της έρευνας προήλθε από ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό ηλικιωμένων που δεν ήταν ούτε τρόφιμοι γηροκομείου ή ιδρυμάτων, ούτε νοσηλευόμενοι. Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την οικονομική κατάσταση. Φαίνεται πως τα άτομα με υψηλότερο δείκτη θρέψης βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση. Επιπλέον, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, οι χήροι(ες) και οι διαζευγμένοι(ες) εμφάνισαν χαμηλότερο δείκτη θρέψης σε σύγκριση με τους έγγαμους και άγαμους. (Πλεξίδα et al., 2015)

Διατροφικές συστάσεις στην τρίτη ηλικία:

Κατά τη γήρανση, συντελούνται στο ενήλικο σώμα διάφορες φυσιολογικές αλλαγές οι οποίες αντανακλώνται στις διατροφικές ανάγκες των ατόμων. Η γήρανση σχετίζεται με μια γενικότερη επιβράδυνση των σωματικών λειτουργιών. Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί ότι, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης πολλές παθολογικές καταστάσεις που παλαιότερα θεωρείτο ότι οφείλονταν στη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης συνδέονται τελικά με την αδράνεια και διάφορες εκφυλιστικές παθήσεις που σχετίζονται με την ηλικία. Η μεταβολική ικανότητα των ηλικιωμένων και η φυσική τους δραστηριότητα μειώνονται, και, ως επακόλουθο, μειώνονται και οι θερμιδικές τους ανάγκες. Ωστόσο, οι ανάγκες σε μικροθρεπτικά συστατικά παραμένουν ίδιες ή αυξάνονται σε ορισμένες περιπτώσεις.

Η γεύση και η όσφρηση μειώνονται με την ηλικία. Περίπου το 25% των ηλικιωμένων εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στην αντίληψη τουλάχιστον μιας από τις βασικές γεύσεις. Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζεται από τη γήρανση είναι η κινητικότητα του εντέρου και η απορρόφηση ορισμένων θρεπτικών συστατικών η οποία μπορεί να μειωθεί. Έτσι, είναι σημαντικό να καλύπτονται οι ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά, ενώ ταυτόχρονα η πρόσληψη τροφής πρέπει να συνεχίσει να αποτελεί μια από τις καθημερινές απολαύσεις της ζωής. (Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί, 2014)

Η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα ασθενειών ή να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση και οι καρδιοπάθειες, ασθένειες δηλαδή που εμφανίζονται πολύ συχνότερα σε ηλικιωμένους παρά σε νεότερους ενήλικες.

My plate:

Με γνώμονα τις ξεχωριστές ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερη ηλικίας, οι επιστήμονες διατροφής από το ερευνητικό κέντρο διατροφής στη γήρανση του Tufts University στη Βοστώνη εισήγαγαν το 2016 το ενημερωμένο “MyPlate for Older Adults”. Το ανανεωμένο εικονίδιο, δίνει έμφαση στις διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων υπό το πρίσμα των νέων Διατροφικών Οδηγιών για την Αμερική.

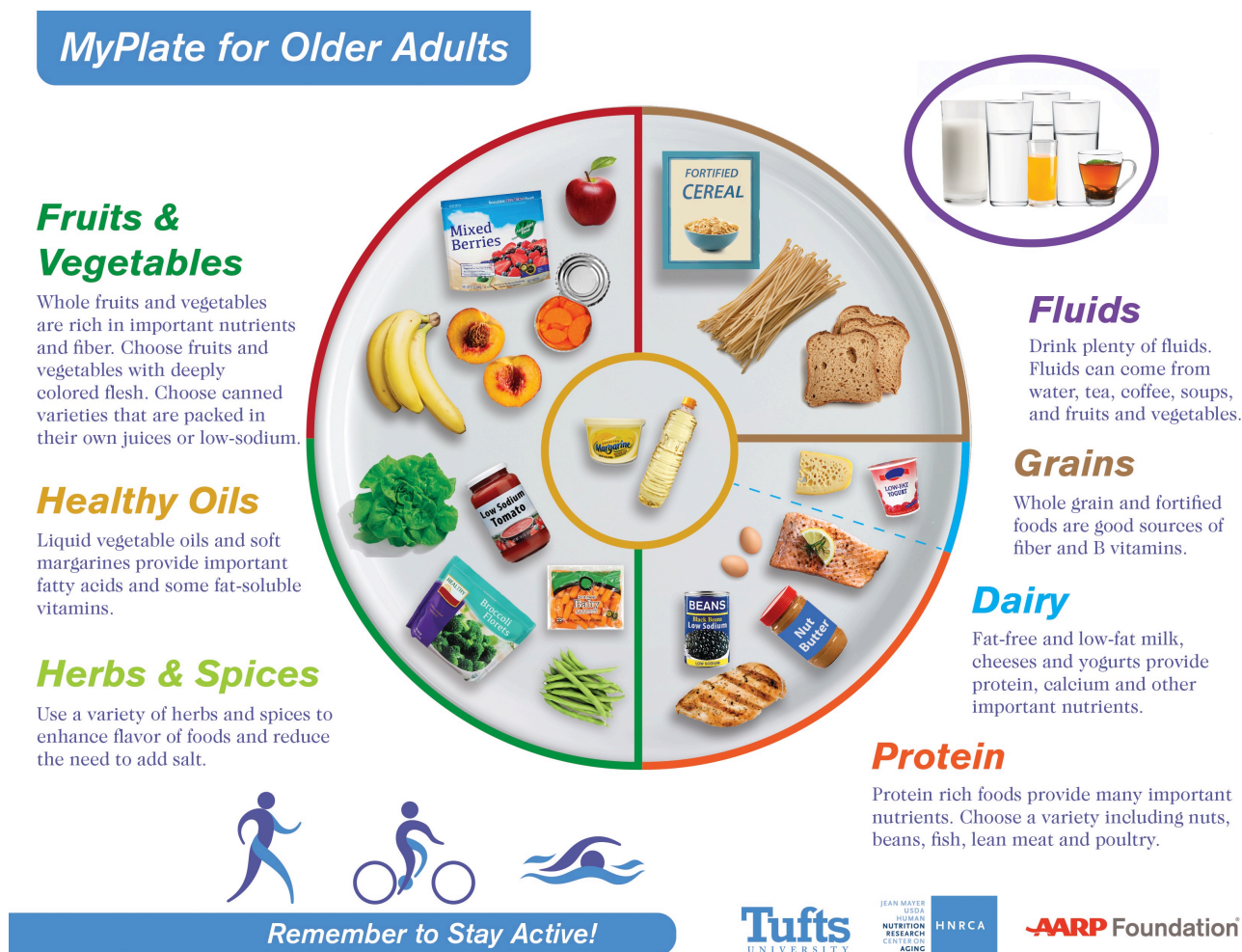
Το νέο “MyPlate for Older Adults” απεικονίζει ένα πολύχρωμο πιάτο με εικόνες με σκοπό να ενθαρρύνει τους ηλικιωμένους να ακολουθήσουν ένα υγιεινό πρότυπο διατροφής που ενισχύεται από μια μέτρια σωματική δραστηριότητα. Το πιάτο απαρτίζεται κατά 50% από φρούτα και λαχανικά. Συμπεριλαμβάνονται εικόνες από κατεψυγμένα λαχανικά, καθώς και κονσέρβες χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι και ζάχαρη διότι είναι πολύ εύκολα προσβάσιμα, οικονομικά, και έχουν μεγάλη διάρκεια ζωής. Πολλά φρούτα και λαχανικά σε αυτές τις μορφές διατηρούν τα θρεπτικά τους συστατικά όπως τα αντίστοιχα φρέσκα. Το 25% καταλαμβάνεται από σιτηρά, τα περισσότερα από τα οποία είναι ολικής άλεσης το άλλο 25% τρόφιμα υψηλά σε πρωτεΐνη, όπως ξηροί καρποί, ψάρι, πουλερικά, άπαχο κρέας και χαμηλά σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα.

Η τρίτη ηλικία είναι επιρρεπής στην εμφάνιση αφυδάτωσης ιδίως τις περιόδους που η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι αυξημένη λόγω της μειωμένης αίσθησης δίψας που έχουν οι ηλικιωμένοι. Γι’ αυτό το λόγο συστήνεται η άφθονη κατανάλωση υγρών όπως νερό, τσάι, καφές, σούπα.

Ακόμη, ιδιαίτερης σημασίας για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της ευζωίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και για τη μείωση του ρίσκου εμφάνισης ασθενειών είναι η

υιοθέτηση συστηματικής φυσικής δραστηριότητας όπως το τρέξιμο, η κολύμβηση και το περπάτημα.

Τέλος, συστήνεται η κατανάλωση μαλακής μαργαρίνης και φυτικών ελαίων που παρέχουν σημαντικά λιπαρά οξέα και λιποδιαλυτές βιταμίνες αλλά και η χρήση μπαχαρικών και καρυκευμάτων στο φαγητό που βελτιώνουν τη γεύση και μειώνουν την ανάγκη προσθήκης αλατιού (Tufts University Nutrition Scientists, 2016).



Εικόνα 1 MyPlate for Older Adults, 2016

Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί

Συστάσεις σε Επίπεδο Θρεπτικών Συστατικών:

Οι διατροφικές ή διαιτητικές τιμές αναφοράς αποτελούν μια ομάδα τιμών που αφορούν στην πρόσληψη ενός θρεπτικού συστατικού έτσι ώστε να αποφευχθεί η ανεπάρκεια ή υπερκατανάλωσή του, να καλυφθούν οι ανάγκες του οργανισμού, αλλά και να προληφθούν χρόνια νοσήματα. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούν να χρησιμοποιούν τις Διατροφικές Τιμές Αναφοράς που προτείνονται από την Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων (EFSA). Στο συμβουλευτικό σώμα της EFSA, στην Ελλάδα εκπροσωπείται από τον Ενιαίο Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ).

Φύλο	Ηλικία	Ενέργεια ¹	Σχόλια
Άνδρες	60-69	2.017-2.305	Για PAL=1,4-1,6. Οι θερμιδικές ανάγκες μειώνονται σημαντικά στα 60-69 έτη, ενώ δεν διαφέρουν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 60-69 & 70-79.
	70-79	1.984-2.267	
Γυναίκες	61-74	1.628-1.861	
	70-79	1.614-1.844	

1: Μέση απαίτηση σε ενέργεια. Το επίπεδο πρόσληψης που είναι επαρκές για τον μισό αριθμό ατόμων ενός πληθυσμού, δεδομένου ότι η πρόσληψη του συγκεκριμένου θρεπτικού συστατικού στον πληθυσμό ακολουθεί κανονική κατανομή.

Πίνακας 3 Συστάσεις της EFSA για τις ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. (EFSA, 2013)

Υδατάνθρακες, % της προσλαμβανόμενης ενέργειας	Πρωτεΐνες γραμμάρια/κιλό σωμ.βάρους/ημέρα	Λιπίδια % Ε	Κορεσμένα λιπίδια	Διαιτητικές ίνες, γρ./ημ
45-60	0,83	20-35	Η χαμηλότερη δυνατή πρόσληψη	25

Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού, το επίπεδο πρόσληψης ενός θρεπτικού συστατικού που είναι επαρκές για όλα σχεδόν τα άτομα ενός πληθυσμού.

Πίνακας 4 Συστάσεις ηλικιωμένων σε ενέργεια και μακροθρεπτικά συστατικά, (EFSA 2010a,b ,2012)

Οι ενεργειακές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι χαμηλότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες των ενηλίκων. Σύμφωνα με τις συστάσεις της EFSA αλλά και άλλων φορέων υγείας και οργανισμών φαίνεται ότι:

- Για τους άνδρες ηλικίας 60-75 ετών με μέτρια φυσική δραστηριότητα, η ενεργειακή πρόσληψη κυμαίνεται από 2.000-2.400 θερμίδες και για τις γυναίκες από 1.600-1.900 θερμίδες.
- Για τους άνδρες άνω των 75 ετών η ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη κυμαίνεται από 1.700-2.200 θερμίδες και στις γυναίκες από 1.500 έως 1.800 θερμίδες.

Επειδή οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερες ανάγκες σε ενέργεια από τους, σαν γενική σύσταση προτείνεται να διατηρούν σχετικά υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν τη θερμιδική τους πρόσληψη.

Όσον αφορά στις ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας σε μακροθρεπτικά συστατικά, δεν διαφέρουν ιδιαίτερα σε σχέση με τις αντίστοιχες των ενηλίκων. Τέλος, οι συστάσεις για βιταμίνες στα υγιή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι, σε γενικές γραμμές όμοιες με αυτές των ενηλίκων.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη για τους υδατάνθρακες είναι η ελάχιστη επαρκής για τη διατήρηση της εγκεφαλικής λειτουργίας στους ενήλικες. Τα μονοακόρεστα και τα κορεσμένα λιπαρά οξέα καθώς και η χοληστερόλη θεωρείται πως δεν παίζουν ρόλο στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών και, ως εκ τούτου, δεν είναι απαραίτητα στο διαιτολόγιο (National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging, 2014).

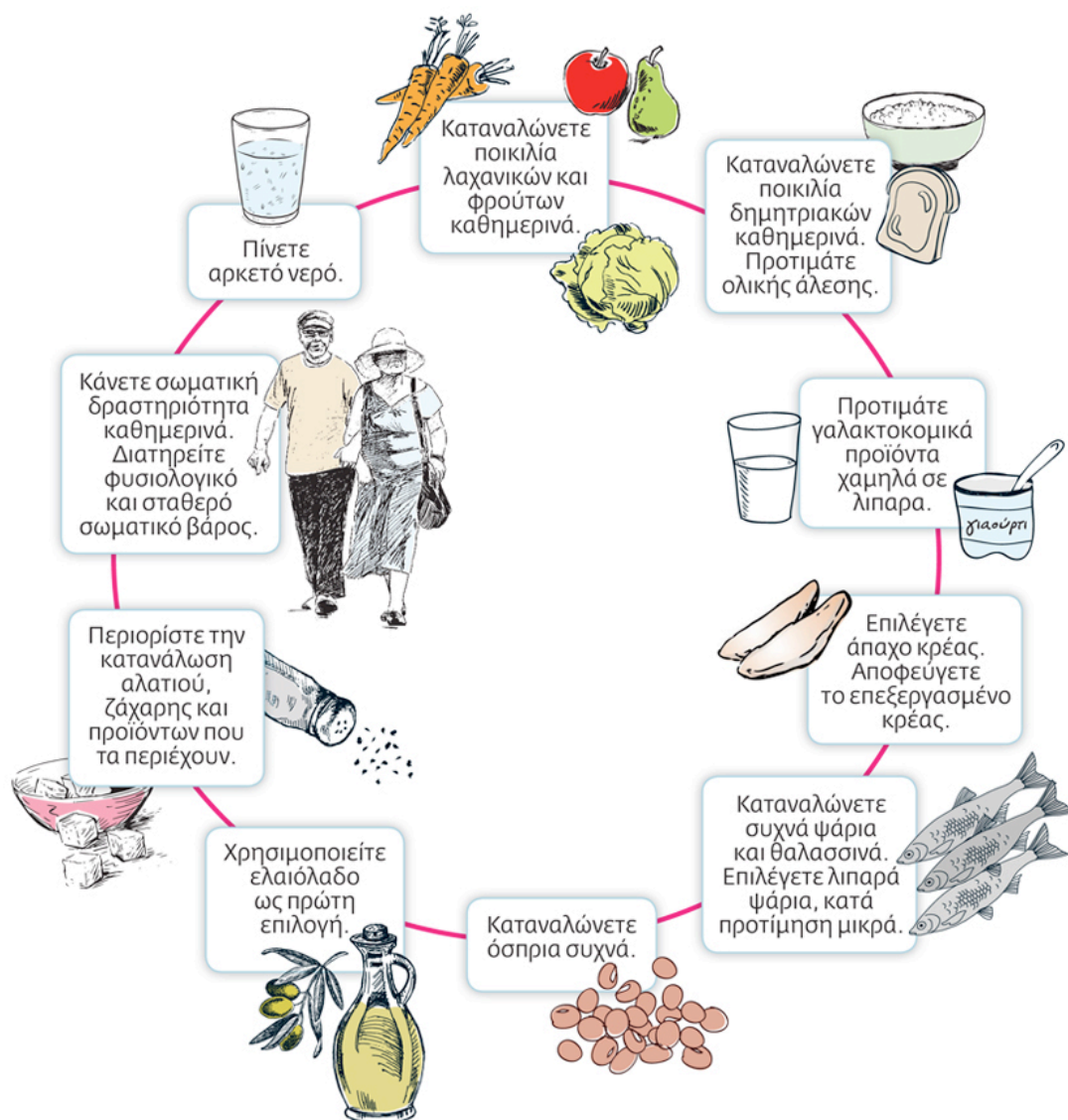
Συστάσεις σε επίπεδο ομάδων τροφίμων:

Ο Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω απευθύνεται σε υγιείς ενήλικες και έχει στόχο να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει το κοινό σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Οι συστάσεις που ανφέρονται στον Διατροφικό Οδηγό έχουν τη βάση τους στην ελληνική παραδοσιακή διατροφή και στοχεύουν στο να μπορέσουμε να την υιοθετήσουμε και να την εντάξουμε στην καθημερινότητά μας. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα, λόγω της εμπειρίας τους, γνωρίζουν καλύτερα και ακολουθούν περισσότερο τα πρότυπα της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής.

Τα κεντρικά μηνύματα που παρουσιάζονται στον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό συνοψίζονται στον 'Δεκάλογο' της υγιεινής διατροφής και αφορούν στα τρόφιμα που συνίσταται να καταναλώνουμε τόσο καθημερινά (π.χ. λαχανικά) όσο και σε εβδομαδιαία βάση

(π.χ. όσπρια) , στα τρόφιμα που συνίσταται να περιορίσουμε (π.χ. αλάτι) αλλά και σε συνήθειες που δεν πρέπει να παραλείπουμε (π.χ. φυσική δραστηριότητα).

Δεν πρέπει να παραλειφθεί το γεγονός ότι συστάσεις αυτές δεν αποτελούν μια εξατομικευμένη δίαιτα αλλά μια σειρά από οδηγίες για ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή. Ακόμη, τονίζεται ότι, για να υπάρξουν τα μέγιστα δυνατά οφέλη για την υγεία, οι συστάσεις πρέπει να ακολουθούνται στο σύνολό τους και όχι μεμονωμένα.



Εικόνα 2 Ο 'δεκάλογος' της υγιεινής διατροφής

Τα άτομα επιλέγουν για τη διατροφή τους τρόφιμα και όχι θρεπτικά συστατικά. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο η δημιουργία των διατροφικών συστάσεων να γίνεται σε επίπεδο τροφίμων. Έτσι οι συστάσεις είναι πολύ περισσότερο κατανοητές από τα άτομα στα οποία αυτές απευθύνονται. Παρακάτω παρουσιάζονται περιληπτικά οι διατροφικές συστάσεις όπως αυτές απεικονίζονται στον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό.

Ομάδα τροφίμων	Σύσταση
Λαχανικά	4 μερίδες/ημέρα
Φρούτα	3 μερίδες/ημέρα
Δημητριακά και πατάτες	5-7 μερίδες/ημερα, εκ των οποίων πατάτες περίπου 3 μερίδες την εβδομάδα
Γαλά & γαλακτοκομικά	3 μερίδες/ημέρα
Κόκκινο & λευκό κρέας	2-3 μερίδες/εβδομάδα
Αυγά	έως 4/εβδομάδα
Ψάρια & θαλασσινά	2-3 μερίδες/εβδομάδα
Όσπρια	Τουλάχιστον 3 μερίδες/εβδομάδα
Προστιθέμενα λίπη, έλαια, ελιές και ξηροί καρποί	3-5 μερίδες/ημέρα
Υγρά	8-10 ποτήρια υγρών την ημέρα (εκ των οποίων τα 6-8 να είναι νερό)
Οινοπνευματώδη ποτά	2 ποτά/ημέρα για τους άνδρες 1 ποτό/ημέρα για τις γυναίκες

Πίνακας 5 Διατροφικές Συστάσεις σε Επίπεδο Τροφίμων

Ο ρόλος της πρωτεΐνης στην υγεία του ηλικιωμένου:

Η πρωτεΐνη αποτελεί ένα μακροθρεπτικό συστατικό απαραίτητο για την ανάπτυξη, τη μυϊκή λειτουργία, την ανοσία και τη γενικότερη ιστική λειτουργία. Η ανάγκη επαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης είναι ιδιαίτερα σημαντική για να αποφευχθεί η μείωση του ρυθμού απώλειας μυϊκής μάζας. (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014) Η απόκλιση από την ιδανική ποσότητα κατανάλωσης πρωτεΐνης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να επηρεάσει τη σωματική λειτουργία και, γενικότερα, την κατάσταση υγείας τους. (Volpi et al., 2012)

Η φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης σχετίζεται με σταδιακή και προοδευτική μείωση της μυϊκής μάζας, μυϊκής δύναμης και αντοχής, μια κατάσταση που ονομάζεται σαρκοπενία. Τέτοιες επιπτώσεις θεωρούνται ως αναπόφευκτες κατά τη διαδικασία της

γήρανσης. Ωστόσο, η παραπάνω υπόθεση τείνει να αμφισβητείται τα τελευταία χρόνια, διότι έχει φανεί πως η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία, η μειωμένη ινσουλινοευαισθησία και η ελλιπής αντοχή σχετίζονται, τουλάχιστον μερικώς, με την καθιστική ζωή, την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και την αύξηση λιπώδους ιστού περισσότερο από ότι με τη διαδικασία της γήρανσης. Η συστηματική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην ομαλοποίηση κάποιων, σχετικών με το γήρας, μιτοχονδριακών δυσλειτουργιών, οδηγώντας στην βελτίωση της μυϊκής λειτουργίας. Ο συνδυασμός σωστής διατροφής με άσκηση θεωρείται ιδανικός για τη βέλτιστη μυϊκή λειτουργία.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα νέα δεδομένα με στόχο τη δημιουργία συστάσεων που θα βοηθήσουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας να διατηρήσουν τη μυϊκή δύναμη και λειτουργικότητά τους, η Ευρωπαϊκή Εταιρία για την Κλινική Διατροφή και το Μεταβολισμό (ESPEN) διοργάνωσε, το Νοέμβριο του 2013, διημερίδα με θέμα 'Πρωτεϊνικές Ανάγκες Ηλικιωμένων'. Στόχος ήταν η σύνταξη πρακτικών οδηγιών για τους επιστήμονες με σκοπό να μπορούν να καθοδηγούν σωστά τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Συστάσεις

Για υγιείς ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συστήνεται διαιτολόγιο που προσδίδει 1.0-1.2 γραμμάρια πρωτεΐνης/ κιλό σωματικού βάρους/ ημέρα

Για ορισμένους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν πάσχουν από οξείες ή χρόνιες ασθένειες, προτείνεται κατανάλωση 1.2-1.5 γραμμαρίων πρωτεΐνης/ κιλό σωματικού βάρους/ ημέρα, με ακόμη μεγαλύτερη σύσταση για άτομα με σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό.

Προτείνουμε καθημερινή σωματική δραστηριότητα για τους μεγαλύτερους ενήλικες, για όσο χρονικό διάστημα η δραστηριότητα είναι δυνατή. Επίσης συστήνεται άσκηση με αντιστάσεις, όταν είναι εφικτό, ως μέρος ενός συνολικού σχήματος γυμναστικής.

Πίνακας 6 Πρακτικές οδηγίες για ιδανική πρωτεϊνική πρόσληψη και άσκηση για ενήλικες άνω των 65 ετών.

Πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι οι τρέχουσες συστάσεις κατανάλωσης πρωτεΐνης στους ηλικιωμένους ίσως να μην είναι επαρκείς για τη διατήρηση της λειτουργικότητας και τη βέλτιστη κατάσταση υγείας στα άτομα αυτά.

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ενήλικες έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τους παράγοντες κινδύνου για μη ιδανική κατανάλωση πρωτεΐνης ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τις επιπτώσεις αυτής.

Παράγοντες κινδύνου	Αιτίες και επιπτώσεις
Μειωμένες ενεργειακές απαιτήσεις	Ενώ οι ηλικιωμένοι έχουν τις ίδιες ανάγκες σε πρωτεΐνη με τους νεότερους ενήλικες, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων καταναλώνει αντίστοιχο ποσοστό της ενέργειας από πρωτεΐνη με τους νεότερους. Και, αφού, στην τρίτη ηλικία οι ενεργειακές ανάγκες μειώνονται, σταδιακά, ελαττώνεται και η πρόσληψη σε πρωτεΐνη (Fulgoni, 2008).
Έλλειψη σωματικής ανεξαρτησίας	Οι ηλικιωμένοι πολλές φορές δεν μπορούν οι ίδιοι να φροντίσουν τον εαυτό τους και να προετοιμάσουν τα γεύματά τους, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην πρόσληψη πρωτεΐνης. Το 20% των ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι τους και έχουν δυσκολίες στο να φροντίζουν τον εαυτό τους, έχουν πρόσληψη πρωτεΐνης λιγότερη από τη συνιστώμενη. (Locher, Ritchie, Roth, Sen, Vickers, & Vailas, 2009). Ακόμη, στην Ευρώπη έχει φανεί πως έως και 10% των ηλικιωμένων που ζούν αυτόνομα και το 35% των ηλικιωμένων σε ιδρύματα δεν καταφέρνουν να καλύψουν την εκτιμώμενη μέση απαίτηση σε πρωτεΐνη για τη διατήρηση της μυϊκής ακεραιότητας (Tieland, Borgonjen-Van den Berg, van Loon, & de Groot, 2012).
Ανορεξία	Συνολική μείωση στην ενεργειακή και πρωτεϊνική πρόσληψη, κύριως λόγω κάποιας υποκείμενης νόσου, αλλαγών στην όρεξη και στις προτιμήσεις αλλά και προβλημάτων στην οδοντική και στοματική υγεία. (Donini et al., 2008) (Morley, 2010a)
Αλλαγή στις διατροφικές προτιμήσεις	Η επιθυμία για κατανάλωση τροφίμων υψηλών σε πρωτεΐνη είναι πιθανόν να μειωθεί με την αύξηση της ηλικίας, οδηγώντας στη μείωση της πρόσληψης πρωτεΐνης σε σχέση με την πρόσληψη υδατάνθρακων και λιπαρών. Αυτό έχει ως

	αποτέλεσμα, η χαμηλή πρόσληψη πρωτεΐνης να συνυπάρχει με φυσιολογική ή αυξημένη ενεργειακή κατανάλωση. (Toffanello et al., 2010) (Morley, 2010b)
Διατροφική ανασφάλεια	Η περιορισμένη ή αμφίβολη διαθεσιμότητα σε επαρκή διατροφικά και ασφαλή τρόφιμα, η περιορισμένη ή αμφίβολη δυνατότητα απόκτησης των τροφίμων με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους σχετίζεται με ανεπαρκή διατροφή και κακή υγεία. Περίπου 4 εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας 60 ετών και άνω και 8% των νοικοκυριών που περιλαμβάνουν ένα τέτοιο άτομο έχουν βιώσει διατροφική ανασφάλεια. Παραδόξως, το πρόβλημα αυτό συνδέεται με την παχυσαρκία αλλά και με την κακής ποιότητας διατροφή, την έλλειψη πρωτεΐνης και άλλων θρεπτικών συστατικών. Σχετίζεται ακόμη με την κατάθλιψη, τους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες και τον διαβήτη. (Ziliak & Gundersen, 2011) (Brewer et al., 2010)

Πίνακας 7 Παράγοντες κινδύνου οδηγούν σε μειωμένη πρωτεϊνική πρόσληψη στους ηλικιωμένους

Διατροφικές Συνήθειες Ηλικιωμένων

Οι φυσιολογικές αλλαγές που υφίσταται το ανθρώπινο σώμα κατά τη διαδικασία της γήρανσης είναι ίδιες για κάθε φυλή και επηρεάζονται από γεωγραφικά και επίκτητα χαρακτηριστικά. Οι διαφορές, λοιπόν, που εμφανίζονται στους δείκτες υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα οφείλονται, κατά το μεγαλύτερο βαθμό, σε διαφορετικά διατροφικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά των ατόμων.

Τα δεδομένα για την πρόσληψη ενέργειας, μακροθρεπτικών συστατικών αλλά και συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων στον ηλικιωμένο πληθυσμό της Ελλάδας προέρχονται από μια σειρά αξιολογών επιδημιολογικών μελετών. Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα δεδομένα που προέρχονται από τις μελέτες EPIC, MEDIS, GHRAS, Velestino και Ikaria και θα συγκριθούν με τις προτεινόμενες συστάσεις της Ευρωπαϊκής Αρχής για την Ασφάλεια Τροφίμων (EFSA). (Νάσκα, Ορφανός, Χλόπισιος, & Τριχοπούλου, 2005) (Katsiardanis et al., 2013) (Kanoni & Dedousis, 2008) (Yannakoulia et al., 2011) (Panagiotakos et al., 2011)

Σε επίπεδο μακροθρεπτικών συστατικών:

	Είδος μελέτης	Άτομα/ ηλικία	Αποτελέσματα							
			Ενέργεια		Υδατάνθρακες		Πρωτεΐνη		Λιπίδια	
			(θερμίδες/ημέρα)		(%Ε)		(%Ε)		(%Ε)	
			Αν.	Γυν.	Αν.	Γυν.	Αν.	Γυν.	Αν.	Γυν.
EPIC	Προοπτική- επιδημιολογική	3.998 /	2.167	1.798	39	41	14	14	44	46
		65-74 ετών								
		455 /	2.001	1.726	37	42	14	14	44	45
		>75 ετών								
MEDIS	Συγχρονική- επιδημιολογική	597 /	2.212	1.942	49,1	48,8	15,1	14,7	34	34,
		65-100								7
Icaria study	Συγχρονική- επιδημιολογική	187 /	1.425	1.087	-	-	-	-	-	-
		>80 ετών								

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί, η μέση θερμιδική πρόσληψη των ανδρών ξεπερνάει τις 2000 θερμίδες ανά ημέρα, με εξαίρεση τη μελέτη Icaria, που η πρόσληψη είναι αρκετά πιο χαμηλή (1400 θερμίδες ημερησίως για τους άνδρες). Οι τιμές αυτές είναι αντίστοιχες των συστάσεων της EFSA για άτομα με σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης. Στις γυναίκες η μέση ημερήσια πρόσληψη σε θερμίδες κυμαίνεται από 1.600 έως 2.400 θερμίδες/ημέρα και είναι ελαφρά μεγαλύτερη από τις συστάσεις της EFSA.

Η πρόσληψη υδατανθράκων κυμαίνεται από 40%-65% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης (ΗΕΠ) και συμβαδίζει με της συστάσεις της EFSA. Στη μελέτη EPIC, ωστόσο, φαίνεται πως η πρόσληψη σε υδατάνθρακες είναι χαμηλότερη από την προτεινόμενη. Και στην πρόσληψη των πρωτεϊνών, τα αποτελέσματα των ερευνών συμβαδίζουν με τις Ευρωπαϊκές συστάσεις και κυμαίνονται από 12% έως 15% της ΗΕΠ.

Η πρόσληψη λιπιδίων κυμαίνεται από 12% έως 15% της ΗΕΠ και ξεπερνάει τις συστάσεις της EFSA. Πιο συγκεκριμένα, η πρόσληψη του κορεσμένου λίπους είναι 8%-13% και είναι ελαφρά αυξημένη εάν ληφθεί υπ' όψιν ότι η πλειονότητα των οργανισμών συνιστά μια πρόσληψη 8-10%.

Με βάση τα δεδομένα από τη μελέτη EPIC για τους ενήλικες ηλικίας 65-74 ετών, η πρόσληψη σε διαιτητικές ίνες είναι στα συνιστώμενα επίπεδα. Οι άνδρες φαίνεται να έχουν υψηλότερη μέση πρόσληψη σε σχέση με τις γυναίκες, 25 γρ/ημέρα οι άνδρες και 18γρ/ημέρα οι γυναίκες. (Cust et al., 2009)

Σε επίπεδο μικροθρεπτικών συστατικών:

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός της Ελλάδας φαίνεται να έχει επαρκή πρόσληψη όσον αφορά στις βιταμίνες B₁, B₆, B₁₂, E και C. Στις βιταμίνες A, D, B₂ ηλικιωμένοι εμφάνισαν ανεπαρκή πρόσληψη σε σχέση με τις συστάσεις. Στα ανόργανα στοιχεία η πρόσληψη ήταν επαρκής, και, μάλιστα, η πρόσληψη φωσφόρου και σιδήρου ξεπερνά τη συνιστώμενη. (Jenab et al., 2009)

Σε επίπεδο ομάδων τροφίμων:

Η κατανάλωση δημητριακών είναι χαμηλή σε σχέση με την προτεινόμενη και στα δύο φύλλα και μειώνεται ακόμη περισσότερο στα άτομα άνω των 80 ετών. Η πρόσληψη οσπρίων είναι ελαφρά χαμηλότερη σε σχέση με τις συστάσεις, με εξαίρεση τη μελέτη EPIC στην οποία φαίνεται πως η πρόσληψη είναι αρκετά χαμηλή (<1 μερίδα/ εβδομάδα). Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος είναι αρκετά πιο αυξημένη από τις συστάσεις και φτάνει στο επίπεδο των συστάσεων στα άτομα ηλικίας >80 ετών. Η κατανάλωση ψαριών φάνηκε να είναι εντός των συστάσεων στις μελέτες MEDIS και Ikaria, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε νησιά. Στις μελέτες EPIC και Velestino, που πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς της ηπειρωτικής Ελλάδας, η κατανάλωση ήταν χαμηλότερη. Η κατανάλωση φρούτων, ιδίως στις γυναίκες, είναι υψηλή στα άτομα κάτω των 80 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες η πρόσληψη μειώνεται σε λιγότερο από 1 μερίδα την ημέρα. Η πρόσληψη λαχανικών είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα και για τα δύο φύλα, με εξαίρεση τη μελέτη Ikaria που η πρόσληψη στα άτομα άνω των 80 ετών

μειώνεται αισθητά. Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων είναι υψηλότερη από τις συστάσεις και η κατανάλωση αυγών είναι χαμηλότερη. Η χρήση ελαιολάδου φαίνεται να είναι καθημερινή σε όλες τις ηλικίες και η πρόσληψη λίπους είναι μέσα στα συνιστώμενα επίπεδα. (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014) (Τριχοπούλου, Γναρδέλλης, & Πολυχρονόπουλος, 1996)

Όσον αφορά στην υιοθέτηση του προτύπου της μεσογειακής διατροφής από τον πληθυσμό, σε δημοσίευση που έγινε στο πλαίσιο της μελέτης Medis, βρέθηκε ότι το ποσοστό υιοθέτησης του συγκεκριμένου διατροφικού προτύπου ήταν 61%. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 1190 ηλικιωμένα άτομα, και το ποσοστό προσκόλλησης ήταν μέτριο. Τα άτομα που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές είχαν μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με αυτά που ζούσαν σε αστικές. (Tyrovolas et al., 2009)

Περισσότερες μελέτες σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών πρέπει να πραγματοποιηθούν να μπορέσουμε να εξάγουμε πιο ολοκληρωμένα συμπεράσματα σχετικά με τις συνήθειες των ατόμων που εμπίπτουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

Medis

Η επιδημιολογική μελέτη Medis διεξήχθη από το 2005 έως το 2014 σε μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων ανδρών 75 ± 7 ετών και γυναικών 74 ± 7 ετών από 21 νησιά της Μεσογείου, καθώς και σε ένα δείγμα 295 ατόμων από τη Μάνη. Όλοι οι συμμετέχοντες δεν είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή δεικτών υγείας, η μελέτη της επίδρασης της Μεσογειακής διατροφής, διατροφικών συμπεριφορών, αλλά και γενικότερα του τρόπου ζωής στην κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων και η καταγραφή του υγειονομικού συστήματος στην περιοχή που διεξήχθη η μελέτη και η συσχέτισή του με τους μετρούμενους δείκτες υγείας.

Από την ανάλυση των στοιχείων της μελέτης έχει φανεί ότι η λιτότητα στη διατροφή, αλλά και γενικότερα στον τρόπο ζωής σε συνδυασμό με την κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων είναι από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των μακρόβιων συμμετεχόντων στην μελέτη Medis. Οι μακρόβιοι ηλικιωμένοι παραμένουν προσκολλημένοι στη διατροφική παράδοση που δημιούργησαν οι πρόγονοί τους σύμφωνα με το περιβάλλον, τη θρησκεία και τα έθιμά

τους η οποία είναι βασισμένη στο ελαιόλαδο και στα προϊόντα της γης. Επίσης, δεν πρέπει να παραλειφθεί το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα άτομα έχουν ιδιαίτερα αυξημένη σωματική δραστηριότητα, δεδομένου ότι διανύουν περπατώντας τις περισσότερες διαδρομές που είναι απαραίτητες στην καθημερινότητά τους και ασχολούνται μέχρι προχωρημένη ηλικία με χειρωνακτικές εργασίες. (Tourlouki et al., 2009)

Πελοπόννησος:

Η πελοποννησιακή γαστρονομία εντάσσεται ολοκληρωτικά στη Μεσογειακή Διατροφή κάτι που είναι εμφανές και από την πληθώρα των τοπικών προϊόντων που παράγονται στην περιοχή. Ενδεικτικά κάποια προϊόντα που παραδοσιακά παράγονται στην Πελοπόννησο και είναι χαρακτηριστικά δείγματα Μεσογειακής Διατροφής είναι η σταφίδα, η τσακωνική μελιτζάνα, το μέλι, το πελοποννησιακό ελαιόλαδο, η ελιά καλαμάτας, αλλά και πολλά φρούτα και καρποί, όπως τα εσπεριδοειδή, μήλα, καρύδια και αμύγδαλα.

Η επικράτεια της Πελοποννήσου αποτελεί το δεύτερο μεγαλύτερο κέντρο θερμοκηπιακών καλλιεργειών της χώρας, μετά την Κρήτη. Οι κυριότερες είναι αυτές της πιπεριάς και της ντομάτας. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, αναπτύσσεται σταδιακά η παραγωγή πατάτας της Αρκαδίας και της Μεσσηνίας. Μια ακόμη βιομηχανία που αναπτύσσεται ραγδαία στην Πελοπόννησο είναι αυτή της βιολογικής γεωργίας. Όλο και περισσότεροι παραγωγοί χρησιμοποιούν φυσικούς παράγοντες για την προφύλαξη από τα έντομα και τη λίπανση των προϊόντων τους. Έτσι, τόσο η αμπελουργία όσο και η ελαιουργία τείνουν να ενταχθούν στο σύνολό τους στη βιολογική γεωργία.

Κατά τη χρονική περίοδο 2006-2014 επιλέχθηκαν τυχαία 10141 ενήλικα άτομα που κατοικούν σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας για να συμπληρώσουν ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η παρουσίαση και η αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τους διατροφικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, αλλά και ο προσδιορισμός της διακύμανσης αυτών τόσο ανάμεσα στα δύο φύλα όσο και στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Το 10% των συμμετεχόντων προερχόταν από την Πελοπόννησο. Όσον αφορά στα

αποτελέσματα των συμμετεχόντων από την Πελοπόννησο, φάνηκε πως οι γυναίκες, με ποσοστό 78,8% έχουν πιο σωστή αντίληψη για τη σχέση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών με τα καρδιαγγειακά νοσήματα συγκριτικά με τους άνδρες που είχαν ποσοστό 72,4%. Ακόμη, φάνηκε πως οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο ποσοστό προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (51,3%) σε σχέση με τους άνδρες (37,9%). (Κατσιβέλη, 2014)

Μάνη:

Η περιοχή της Μάνης, και ιδίως της Ανατολικής Μάνης, έχει ιδιαίτερες μορφολογικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Οι Μανιάτες δείχνουν ιδιαίτερο σεβασμό στις παραδόσεις που κληρονόμησαν από τους προγόνους τους. Η διατροφή των μανιατών ήταν λιτή, βασισμένη στα προϊόντα της γής, με το ελαιόλαδο να κατέχει κυρίαρχη θέση στην καθημερινή μαγειρική.

Στο πλαίσιο της μελέτης Medis, κατά το έτος 2014, πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία στην οποία συμπεριλήφθηκαν 295 άτομα, 157 άνδρες ηλικίας 75 ± 7 ετών και 138 γυναίκες 74 ± 7 ετών. Τα δεδομένα που συλλάχθηκαν οδήγησαν στα συμπεράσματα που θα αναφερθούν παρακάτω.

Το προσδόκιμο επιβίωσης των μανιατών βρέθηκε πως είναι 80,7 έτη. Σοβαρό πρόβλημα στον πληθυσμό της Μάνης που μελετήθηκε φάνηκε πως αποτελεί η παχυσαρκία η οποία άγγιζε το 21% στους άνδρες και το 32% στις γυναίκες. Επίσης πολύ υψηλό ήταν το ποσοστό των ατόμων που εμφανίζουν κεντρικού τύπου παχυσαρκία η οποία ενοχοποιείται ακόμη περισσότερο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Στον ειδικό δείκτη υγιούς γήρανσης που υπολογίστηκε στην παρούσα έρευνα, οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από τη Μάνη έλαβαν μέση τιμή 2,5/5 σε αντίθεση με τους κατοίκους των νησιών που συμμετείχαν στη μελέτη οι οποίοι έλαβαν μέση τιμή 3,6/5. Αυτό προκύπτει κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα παχυσαρκίας και καθιστικής ζωής, καθώς επίσης και από τα μειωμένα επίπεδα κοινωνικότητας και συντροφικότητας. Τα άτομα που βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στον δείκτη αυτό φαίνεται να έχουν υψηλότερη προσκόλληση στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, ελεγχόμενα περιορισμένη ενεργειακή πρόσληψη

και αυξημένη σωματική δραστηριότητα, αλλά και μικρότερο συνολικό φορτίο καρδιαγγειακής νοσηρότητας. (Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 2015).

Η σωματική δραστηριότητα είναι αναμφισβήτητα ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την καρδιαγγειακή λειτουργία που όμως φθίνει με την πάροδο της ηλικίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης στην περιοχή της Μάνης έδειξαν πως τα ποσοστά της καθιστικής ζωής ήταν 86% σε αντίθεση με το αρκετά χαμηλότερο 54% που βρέθηκε στις νησιωτικές περιοχές της μελέτης κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τα ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας.

Όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της Μάνης, βρέθηκε πως ο βαθμός προσκόλλησης στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή ήταν 56%, πιο συγκεκριμένα, 58% για τους άνδρες και 52% για τις γυναίκες. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους κατοίκους των νησιών ήταν 65%.

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό της υγείας των ηλικιωμένων αποτελούν οι ψυχικές παθήσεις, με την κατάθλιψη να κρατά εξέχουσα θέση σε αυτές. Ένα ποσοστό 1-5% των ηλικιωμένων εμφανίζουν σοβαρή κλινική διαταραχή. Στη μελέτη Medis, δεν βρέθηκε μεγάλη διαφορρά στα ποσοστά κατάθλιψης ανάμεσα στους κατοίκους των νησιών και αυτών της ηπειρωτικής χώρας. Στην περιοχή της Μάνης τα ποσοστά της σοβαρής κατάθλιψης ήταν 3,7% στους άνδρες και 4% στις γυναίκες. Ωστόσο, τα ποσοστά της μέτριας κατάθλιψης ήταν πολύ χαμηλότερα στη Μάνη από ότι στις υπόλοιπες περιοχές. Στην παρακάτω εικόνα φαίνονται τα ποσοστά κατάθλιψης σε άνδρες και γυναίκες της περιοχής της Μάνης, και των υπόλοιπων περιοχών της έρευνας. Χαμηλά επίσης ήταν και τα ποσοστά που αναδεικνύουν την κοινωνικότητα και συντροφικότητα των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στη μελέτη. Μόλις το 12% των ανδρών και το 16% των γυναικών ανέφεραν συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες σε αντίθεση με το 39% των ανδρών και το 36% των γυναικών των υπολοίπων περιοχών. Ακόμη, το 78% των ανδρών και 73% των γυναικών δήλωσαν πως δεν βρίσκονται σε εβδομαδιαία βάση με την υπόλοιπη οικογένεια. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις υπόλοιπες περιοχές είναι αρκετά μικρότερο, 41% στους άνδρες και 48% στις γυναίκες.

Οι κάτοικοι της Μάνης, σε αντίθεση με τους κατοίκους των νησιών, έχουν καλύτερη υγεία όσον αφορά στους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπρόσθετα, οι κάτοικοι

της Μάνης έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης στη φαρμακευτική φροντίδα σε σύγκριση με τους κατοίκους των νησιών. Από την άλλη μεριά, οι κάτοικοι των νησιών φαίνεται πως έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, όπως φαίνεται από τα υψηλά ποσοστά στους δείκτες καλής γήρανσης. Αυτό αποδίδεται στο διαφορετικό τρόπο ζωής (Anargiros Mariolis, 2016).

Αρκαδία:

Η Αρκαδία είναι νομός της Ελλάδας που βρίσκεται στο κέντρικό και ανατολικό τμήμα της Πελοποννήσου. Αποτελεί μια από τις πιο αξιόλογες περιοχές της Ελλάδας από άποψη ιστορίας και αρχαιολογικού ενδιαφέροντος. Οι Αρκάδες θεωρούνται οι αρχαιότεροι κάτοικοι της Πελοποννήσου. Το κλίμα στην Αρκαδία είναι κατά κύριο λόγο ορεινό και η παραδοσιακή κουζίνα στην περιοχή σχετίζεται, όπως είναι φυσικό, με το κρύο κλίμα και την αγροτική οικονομία. Η αρκαδική κουζίνα μπορεί να περιγραφεί ως δημώδης. Οι διατροφικές συνήθειες των κατοίκων έχουν επηρεαστεί από τη γεωγραφία, την ποιότητα του εδάφους, την εξέλιξη της τεχνολογίας καθώς και από το βιοτικό επίπεδο των κατοίκων. (Ευθυμιοπούλου, 2005)

Από τα παλαιότερα χρόνια, η διατροφή στην περιοχή ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την ορεινή ελληνική ύπαιθρο, ενώ υπήρχαν πολλές ομοιότητες με τη διατροφή της Πελοποννήσου γενικότερα. (Alexopoulos, 2006) Ο πληθυσμός είναι κυρίως αγροτικός και καταναλώνει σε μεγάλο βαθμό προϊόντα όπως το ελαιόλαδο, τα φρούτα, τα λαχανικά και άλλα τρόφιμα που περιέχουν φυτικές ίνες, δηλαδή ακολουθούν το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής. Είναι γνωστό ότι οι πληθυσμοί που ακολουθούν τέτοιου είδους διατροφικά πρότυπα εμφανίζουν χαμηλή στεφανιαία και περιφερική αθηροσκληρωτική νόσο. Επιπλέον, είναι πιθανό η συγκεκριμένη δίαιτα να βοηθά στην πρόληψη εμφάνισης δευτρογενών επιπλοκών μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού επεισοδίου (Vemmos, et al., 1999).

Όπως υποστηρίζουν ηλικιωμένοι κάτοικοι της Αρκαδίας, δεδομένα και βασικά προϊόντα της διατροφής ήταν τα κηπευτικά, τα χόρτα, τα λαχανικά, ο τραχανάς, οι χυλοπίτες, τα λαζάνια, τα όσπρια, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα αυγά και τα πουλερικά. Το λάδι δεν ήταν πάντα διαθέσιμο. Παρ' όλο που υπήρχαν περιοχές με ελαιώνες στην Αρκαδία, το λάδι

δεν επαρκούσε πάντα για να καλύψει τις ανάγκες όλων των περιοχών και έτσι, ελλείψει του λαδιού, χρησιμοποιούσαν λίπος. Όσον αφορά στο κρέας, η διαθεσιμότητα του δεν ήταν πάντα σταθερή, η κτηνοτροφική οικονομία των ορεινών χωριών εξασφάλιζε ποιοτικό κατσικίσιο και αρνίσιο κρέας. Υπήρχαν βέβαια και εποχές όπου το κρέας ήταν δυσεύρετο όπως επίσης υπήρχαν περιοχές μη κτηνοτροφικές όπου το αποτελούσε ακριβό είδος. Έτσι, το χοιρινό κρέας, το οποίο συχνά διατηρούνταν και ως παστό αποτελούσε μια λύση η οποία έχει εξελιχθεί σε παραδοσιακό τοπικό έδεσμα. Ο καγιανάς με παστό και ντομάτα είναι ένα πιάτο που παραδοσιακά συναντά κανείς στην Αρκαδία. Το ψωμί ήταν επίσης διαδεδομένο στα χωριά, όπου παρασκευαζόταν στους τοπικούς παραδοσιακούς φούρνους από σιτάλευρο, το οποίο συχνά ήταν αναμεμειγμένο με πίτουρο. Τις περιόδους που το ψωμί ήταν δυσεύρετο, τη θέση του καταλάμβανε η μπομπότα. Παραδοσιακοί φούρνοι λειτουργούν ακόμη σε πολλά χωριά και στην Τρίπολη.

Η διατροφή στην Αρκαδία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό δείγμα Μεσογειακής Διατροφής οποία έχει αναγνωριστεί ως Άυλη Πολιτιστική Κληρονομιά της Ανθρωπότητας από την Unesco. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι στη Βυτίνα, λειτουργεί το Εθνικό Κέντρο Μεσογειακής Διατροφής που σκοπό έχει την προβολή και τη διάδοση της Μεσογειακής Διατροφής και τα ευεργετικά αποτελέσματα αυτής στην υγεία. Το Κέντρο Μεσογειακής Διατροφής ασχολείται με την οργάνωση εκδηλώσεων, σπουδών και προγραμμάτων κατάρτισης, με την ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων, την εκπόνηση μελετών, την πιστοποίηση της ποιότητας παραδοσιακών προϊόντων καθώς και με την προώθηση αντιπροσωπευτικών προϊόντων μεσογειακής διατροφής.

Αρκαδικά προϊόντα:

Κάθε πόλη και χωριό της Αρκαδίας έχει τη δική του γαστρονομική παράδοση. Η βάση τους είναι, κοινή, τα μοναδικά αρκαδικά προϊόντα. Η αυτάρκεια ήταν πάντοτε κύριο χαρακτηριστικό των νοικοκυριών στην Αρκαδία. Κάθε οικογένεια παρήγαγε προϊόντα ώστε να κάλυπτε τις ανάγκες του νοικοκυριού όλο το χρόνο. Σήμερα, μερικά μόνο από τα παραδοσιακά προϊόντα που παράγονται με αγνά υλικά στην Αρκαδία είναι τα παραδοσιακά ζυμαρικά και χυλοπίτες, ο τραχανάς, ξινός ή γλυκός, μέλι από το Μαίναλο, αλλαντικά, γαλακτοκομικά & τυροκομικά προϊόντα και διάφορα γλυκά όπως πο δίπλες, οι τηγανίτες και ο χαλβάς.

Ελαιόλαδο:

Ιδιαίτερο κεφάλαιο στην Αρκαδική διατροφή αποτελεί το Αρκαδικό ελαιόλαδο. Ένα εξαιρετικής ποιότητας ελαιόλαδο που παράγεται από συγκεκριμένη ποικιλία ελιάς, με τοπική ονομασία 'Χωραίτικη'. Η εν λόγω ποικιλία ελιάς καλλιεργείται στη Γορτυνία από τα χωριά της Καρύταινας μέχρι την περιοχή της Θέλπουσας και Κοντοβάζαινας στην Αρκαδία αλλά και σε κάποια τμήματα της Ορεινής Ολυμπίας και το ελαιόλαδο που παράγεται έχει ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την πικρή του γεύση. Το συγκεκριμένο ελαιόλαδο διαθέτει σε μεγάλο ποσοστό την ουσία 'ελαιοακάνθη' η οποία διαθέτει μια σειρά από φαρμακευτικές ιδιότητες. Έχει αναφερθεί ότι η αντιφλεγμονώδης δράση της δρα ενάντια σε εκφυλικές νόσους των αρθρώσεων, νευρο-εκφυλιστικών ασθενειών και συγκεκριμένων μορφών καρκίνου. (Parkinson & Keast, 2014)

Μέλι βανίλια:

Μια σπάνια ποικιλία μελιού, που εξάγεται από το Κεφαλληνιακό έλατο του Μαινάλου, χρησιμοποιείται για την παραγωγή μελιού. Είναι, και αυτό, ένα προϊόν προστατευόμενης ονομασίας προέλευσης, το οποίο έχει βραβευθεί για την ιδιαίτερη γεύση του. Διακρίνεται για το ιδιαίτερο κεχριμπαρένιο χρώμα του, που θυμίζει λιωμένη καραμέλα, και για το γεγονός ότι είναι λιγότερο γλυκό από άλλους τύπους μελιού κι έτσι δεν κρυσταλλώνει ποτέ.

Τραχανάς και χυλοπίτες:

Αυτά τα ζυμαρικά δεν έλλειπαν ποτέ από ένα παραδοσιακό Αρκαδικό σπίτι καθώς κάθε οικογένεια παρασκεύαζε τα δικά της χρησιμοποιώντας φρέσκο γάλα, αλεύρι και αυγά.

Κρασί

Η γη της Μαντινείας δίνει εκλεκτές ποικιλίες σταφυλιού, ξακουστές από την αρχαιότητα ακόμη. Η παράδοση της οινοποιίας συνεχίζεται από σύγχρονους οινοποιούς

Διατροφικές Συνήθειες Ηλικιωμένων Αρκάδων, Σουρμελή Θάλεια

παράγοντας το κρασί της Μαντίνειας, το οποίο αποτελεί ένα εξαιρετικής ποιότητας προϊόν το οποίο εξάγεται σε μεγάλο βαθμό σε απαιτητικές αγορές του εξωτερικού.

Αρκαδικά γλυκά:

Οι πληθώρα καρπών που παράγεται στα εύφορα αρκαδικά εδάφη (κάστανα, μήλα, καρύδια, κεράσια, κυδώνια κ.α.) χρησιμοποιούνται με ιδιαίτερη τέχνη για την παραγωγή γλυκών. Τα γλυκά κουταλιού και τα γλυκά ταψιού έχουν μεγάλη παράδοση στην περιοχή. Γλυκά όπως η γαλόπιτα, οι εργολάβοι και η μουσταλευριά φτιάχνονται στην Αρκαδία ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως πολλούς αιώνες πριν.

Νότια Κυνουρία – Τσακωνιά

Ο δήμος Νότιας Κυνουρίας βρίσκεται στο νότιο-ανατολικό τμήμα του Νομού Αρκαδίας. Αποτελείται από 16 πόλεις και χωριά με εξαιρετικά ποικίλη τοπογραφία, γεγονός που στοιχειοθετεί το ενδιαφέρον και πολυμορφικό φυσικό περιβάλλον της. Πρωτεύουσά της είναι η πόλη του Λεωνιδίου, η οποία βρίσκεται σε μια μικρή, αλλά ιδιαίτερα παραγωγική πεδιάδα. Οι τσάκωνες είναι άμεσοι απόγονοι των Δωριέων. Οι κύριες ασχολίες των κατοίκων ήταν ανέκαθεν η γεωργία, η ναυσιπλοία και το εμπόριο. Η νότια Κυνουρία και ιδίως η Τσακωνιά, έχουν μια από τις αρχαιότερες και πιο εύγευστες γαστριμαργικές παραδόσεις στην Ελλάδα. (Zarokosta & Koutsouris, 2014)

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα αυξάνεται το ενδιαφέρον και η συζήτηση σχετικά με την ιδανική διατροφή για την προαγωγή της υγείας. Η διατροφή στην περιοχή του δήμου Νότιας Κυνουρίας αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά και ποιοτικά δείγματα μεσογειακής διατροφής. Διαπιστώνεται ότι οι κάτοικοι της Νότιας Κυνουρίας και, ειδικότερα της Τσακωνιάς, έχουν χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας και αρκετά χαμηλά ποσοστά θνητότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο. Η μακρωζία των Αρκάδων ήταν χαρακτηριστική ακόμη από την αρχαιότητα. Μάλιστα, σύμφωνα με κείμενο του Ιώσηπου Μοισιόδακα, το 1800 οι κάτοικοι της Τσακωνιάς, και ιδιαίτερα οι άνδρες, ζούσαν 100 χρόνια, για λόγους άγνωστους για την εποχή. (Κιτρομηλίδης, 2004)

Όσο η επιστήμη και η τεχνολογία εξελίσσονται, είναι εμφανές ότι η υγιεινή διατροφή και η επαρκής φυσική δραστηριότητα, που εξασφαλίζεται στο έπακρον μέσα από τη ζωή στην επαρχία, και ιδίως με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη γεωργία έχουν μεγάλη σημασία στη διασφάλιση της υγείας. Οι κάτοικοι της Νότιας Κυνουρίας τρέφονταν, και συνεχίζουν να τρέφονται με τα προϊόντα που παράγει η γη τους. Δηλαδή με κηπευτικά προϊόντα, χόρτα, λαχανικά, όσπρια και φρούτα. Τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται είναι πάντα εδώδιμα και εποχιακά. Οι Τσακώνες αρωματίζουν το φαγητό τους με βότανα και φυτά από τον Πάρνωνα και την πεδινή περιοχή τους, όπως ρίγανη, θυμάρι, θρούμπι και βασιλικό. Τα βότανα, χρησιμοποιούνται επίσης σε μεγάλο βαθμό στην παρασκευή αφεψημάτων. Το κρέας προέρχεται τις περισσότερες φορές από αίγες και πουλερικά και, κατά τη διάρκεια του χειμώνα, και από χοιρινό. Οι αίγες ήταν, και είναι ακόμη και σήμερα, ελευθέρως βοσκής. Το φαγητό παραδοσιακά συνοδεύεται με τόπικο κρασί και ψωμί, το οποίο, παραδοσιακά, είναι ζυμωτό και περιέχει αλεύρι από σιτάρι. Κύρια γλυκαντική ουσία που χρησιμοποιούν οι κάτοικοι της περιοχής είναι το θυμαρίσιο μέλι. Από τα σημαντικότερα διατροφικά στοιχεία της διατροφής των Τσακώνων είναι το ελαιόλαδο, το οποίο αποτελεί την κύρια πηγή λίπους, και απομακρύνει από τη διατροφή το βούτυρο ή τα υπόλοιπα είδη λαδιού. Η ελιά, μάλιστα, υπήρχε στην περιοχή από το 4.000π.χ.

Το κατ' εξοχήν τοπικό προϊόν της περιοχής είναι η Τσακωνική μελιτζάνα του Λεωνιδίου. Το φυτό κατά πάσα πιθανότητα ήρθε στην Ελλάδα το 12^ο-13^ο αιώνα από την Ασία και έκτοτε αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής. (Σιώρα, 2002) Καλλιεργείται σε μεγάλο βαθμό στην περιοχή σε συμβατικές και βιολογικές καλλιέργειες. Η Τσακωνική μελιτζάνα είναι η μόνη μελιτζάνα που έχει γλυκιά γεύση και αυτό, προφανώς, σχετίζεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εδάφους στο οποίο καλλιεργείται. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελιτζάνα έχει καταχωρηθεί ως προϊόν προστατευόμενης ονομασίας προέλευσης και καλλιεργείται μόνο σε 10 εκτάρια. Μόνο οι παραγωγοί του Λεωνιδίου που τηρούν της προδιαγραφές παραγωγής δικαιούνται να χρησιμοποιούν την κατοχυρωμένη ονομασία του προϊόντος. Αποτελεί προτεραιότητα των τοπικών φορέων και η καθιέρωση της περιοχής αυτής ως τουριστικού προορισμού μέσω της αξιοποίησης των τοπικών πόρων. Στο πλαίσιο αυτό, διοργανώνεται ετησίως η Γιορτή της Τσακωνικής Μελιτζάνας. Συμβεβλημένη με τη ντόπια αγροτική παραγωγή, αλλά και με το αρκαδικό καολαίρι, λαβάνει χώρα το τελευταίο δεαήμερο του Αυγούστου από το Δήμο Λεωνιδίου. Στη γιορτή παρουσιάζονται δεκάδες διαφορετικά εδέσματα με βάση την Τσακωνική μελιτζάνα και τιμώνται οι παραγωγοί που

συνέβαλαν στη διάδοση του προϊόντος αυτού στην Ελλάδα και το εξωτερικό. (Α. Koraka, 2010 & 2013)

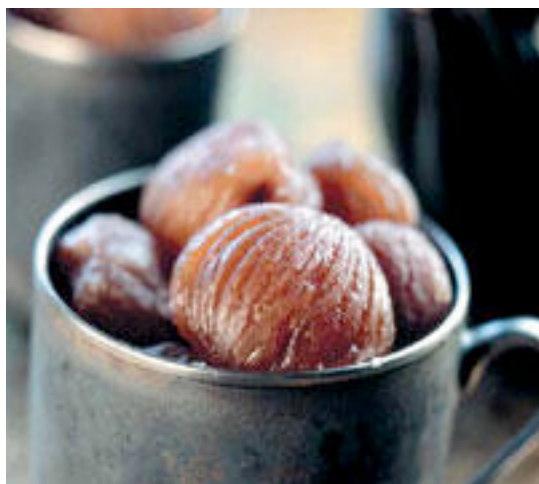
Συμπεράσματα- Περιορισμοί :

Σκοπός της παρούσας ερασίας ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των ηλικιωμένων κατοίκων της Πελοποννήσου και πιο συγκεκριμένα της Αρκαδίας. Οι διατροφικές επιλογές των κατοίκων στη συγκεκριμένη περιοχή δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα. Ωστόσο, παρά τη μικρή διαθεσιμότητα επιστημονικών μελετών, διαπιστώθηκε, πως η Αρκαδική διατροφή αποτελεί ένα χαρακτηριστικό δείγμα της Μεσογειακής Διατροφής. Χαρακτηριστικό ενός αρκαδικού σπιτιού είναι η αυτάρκεια. Ακόμη και στις μέρες μας οι ηλικιωμένοι κάτοικοι της Αρκαδίας τρέφονται ως επί το πλείστον με τρόφιμα που παράγουν οι ίδιοι. Η διατροφή των κατοίκων στην Αρκαδία έχει πολλά κοινά με την Κρητική διατροφή. Μάλιστα, οι Αρκάδες θεωρούνται συγγενικός λαός με τους Κρητικούς. Η ύπαρξη της αρχαίας Αρκαδίας στο νησί της Κρήτης έχει αποδειχθεί μέσω αρχαιολογικών ευρημάτων. Πιθανολογείται πως οι Αρκάδες μεταφέρθηκαν στην Κρήτη το 12^ο αιώνα π.Χ. από τη Πελοπόννησο. Ακόμη και σήμερα οι Αρκάδες έχουν πολλά κοινά στοιχεία στις παραδόσεις και τη διατροφή τους με τους κατοίκους της Κρήτης. Η πληθώρα των παραδοσιακών προϊόντων που παράγονται στην Αρκαδία καταδεικνύει την ποικιλομορφία στην διατροφή των κατοίκων και την αγάπη που έχουν προς τη γη και τα προϊόντα που αυτή παράγει. Η γαστρονομία στην Αρκαδία μαγεύει με την απλότητα και την καθαρότητά της. Χαρακτηριστικό είναι η διαχρονικότητά της, μιας και τα ίδια εδέσματα που μπορεί να γευτεί ένας ταξιδιώτης στη σύγχρονη εποχή αν επισκευθεί ένα αρκαδικό χωριό είναι τα ίδια με αυτά που γευόνταν οι μυσταγωγοί του Διονύσου και ο Πausanίας στις ολονύκτιες τελετές τους. Είναι πάντως αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι αξίζει να στρέψουμε το ενδιαφέρον μας προς τη διατροφή των Αρκάδων, να γνωρίσουμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της και να ανακαλύψουμε τα οφέλη της.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παραδοσιακές Αρκαδικές Συνταγές:

Γλυκό κουταλιού με κάστανο



ΥΛΙΚΑ

- 800 γρ. Κάστανα
- 3 λίτρα νερό
- 100 γρ. αλάτι
- 1 κουταλάκι του γλυκού ξινό
- 1 κιλό ζάχαρη
- 500 γρ. νερό
- Φλούδα ενός λεμονιού
- 2 βανίλιες

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Πλένουμε τα κάστανα και τα βράζουμε με το νερό και το αλάτι για 30 λεπτά και τα σουρώνουμε. Τα καθαρίζουμε από τον εξωτερικό και εσωτερικό φλοιό. Σε βαθιά κατσαρόλα ρίχνουμε 500 γρ. νερό και προσθέτουμε την ζάχαρη, τη φλούδα λεμονιού και τα αφήνουμε να βράσουν καλά μέχρι σχεδόν να δέσει σε σιρόπι. Στη συνέχεια ρίχνουμε τα κάστανα και το ξινό και τα αφήνουμε να βράσουν για 1 λεπτό. Τα σβήνουμε και τα αφήνουμε να κρυώσουν. Την άλλη μέρα επαναλαμβάνουμε τη διαδικασία βρασίματος για 1 λεπτό πάλι, ρίχνοντας και τη βανίλια προς το τέλος. Όταν κρυώσει το τοποθετούμε σε βάζα.

Γαλατόπιτα ή Γαλόπιτα



ΥΛΙΚΑ

- 3 λίτρα γάλα
- 1 ½ ποτήρι ζάχαρη
- 1 ποτήρι σιμιγδάλι χοντρό
- 180 γρ. βούτυρο φρέσκο
- 4 αυγά
- 2 βανίλιες
- Κανέλα σε σκόνη
- Ζάχαρη άχνη (για πασπάλισμα)

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Βάζουμε το γάλα σε μία κατσαρόλα να βράσει. Λίγο πριν πάρει βράση, ρίχνουμε τη ζάχαρη και το βούτυρο ανακατεύοντας καλά μέχρι να λιώσει η ζάχαρη. Στη συνέχεια και μόλις πάρουν βράση, προσθέτουμε το σιμιγδάλι και τις βανίλιες και ανακατεύουμε διαρκώς μέχρι το μίγμα να γίνει κρέμα. Σβήνουμε τη φωτιά και συνεχίζουμε το ανακάτεμα, μέχρι να πήξει η κρέμα. Μόλις η κρέμα μας κρυώσει λίγο, προσθέτουμε τα αυγά, αφού πρώτα τα έχουμε χτυπήσει και ανακατεύουμε μέχρι τα υλικά να ενσωματωθούν. Στη συνέχεια, βάζουμε την κρέμα σε βουτυρωμένο ταψί και ψήνουμε στους 180°C, για περίπου 30 λεπτά μέχρι να ροδίσει. Μόλις η γαλατόπιτα μας κρυώσει, πασπαλίζουμε με άχνη ζάχαρη και κανέλα.

- Η γαλατόπιτα πρωτοτυπεί στο ότι είναι “ανοιχτή”, έχει δηλαδή φύλλα μόνο από κάτω και γίνεται συνήθως όταν η νοικοκυρά έχει άφθονο γάλα.

Καγιανός με χοιρινό παστό



ΥΛΙΚΑ

- 2 κουτ. σούπας ελαιόλαδο
- 1 κιλό ντομάτες ώριμες
- 5 αβγά
- 180 γρ. κρέας χοιρινό παστό
- αλάτι, πιπέρι (προαιρετικά)
- 1 κουτ. σούπας μαϊντανό ψιλοκομμένο

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Περνάμε τις ντομάτες από το μπλέντερ και ρίχνουμε το ελαιόλαδο σε βαθύ τηγάνι. Μόλις κάψει, ρίχνουμε την ντομάτα, χαμηλώνουμε τη φωτιά και μόλις πάρει βράση, ρίχνουμε το παστό χοιρινό κομμένο σε κομμάτια. Ανακατεύουμε και αφήνουμε να σιγοβράσει. Χτυπάμε τα αβγά καλά με το σύρμα και τα ρίχνουμε στο τηγάνι. Ανακατεύουμε σιγά σιγά μέχρι να δέσουν όλα τα υλικά και να ψηθούν τα αβγά. Αποσύρουμε το τηγάνι από τη φωτιά, πασπαλίζουμε με μαϊντανό και σερβίρουμε αμέσως.

Πηγές: *ΑΓΑΠΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ* από το χωριό Μάρκου της Ορεινής Αρκαδίας, Συνταγές με κάστανο για γλυκό από το χωριό ΚΑΣΤΑΝΙΤΣΑ, νομός Αρκαδίας.

Φωτογραφίες:

www.kastanitsa.gr

info@kastanitsa.gr

ΚΑΣΤΑΝΙΤΣΑ

ΑΡΚΑΔΙΑΣ

ΓΙΟΡΤΗ ΚΑΣΤΑΝΟΥ 2016

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΣΤΑΝΙΤΣΑΣ

Προβολές ταινιών σχετικά με την προστατευόμενη περιοχή του Πάρνανα. Συναγήσεις επισκεπτών στο Κ.Π.Ε. και στην Έκθεση Παραδοσιακών Επαγγελμάτων.

Ενημερώσεις για τις ευεργετικές ιδιότητες του Κάστανου από μεγάλες εταιρείες στο χώρο των Καλλυντικών και των Φυσιικών Προϊόντων αλλά και για τις δυνατότητες που δημιουργούνται μέσω των αγροτικών συνεταιρισμών.

ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΓΙΟΡΤΗΣ (Πλατεία Πεσόντα Σ. Κουρούνη, Θέση «Μάνα») Χορευτικοί σύλλογοι με τις φορεσιές τους θα μας παρουσιάσουν παραδοσιακούς χορούς από όλη την Ελλάδα

Οι νυκτοκοιφές του χωριού θα μας παρουσιάσουν Φαγητά και Γλυκά με βάση το Κάστανو.

Παιδικό εργαστήρι για την απασχόληση των μικρών μας φίλων με υλικά από το δάσος.

Άθονο ταίπουρο και κρασί συνοδευόμενα από ψητά ή βραστά κάστανια και άλλα παραδοσιακά πιάτα από το Σύλλογο μας σε συμβολικές τιμές.

Παρασκευή 28
& Σάββατο 29
Οκτωβρίου

ΜΕ ΤΟ ΚΑΛΟ ΝΑ ΜΟΛΕΤΕ ΤΑ ΓΙΟΡΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΕΝΕ

Διοργάνωση:

Χορηγοί - Άρραγοι:



Εικόνα 3 Αφίσα από τη γιορτή κάστανου

25 Αυγούστου 2012
Πλάκα Λεωνιδίου
August 25th, 2012, Plaka Leonidiou

15th Γιορτή Τσακωνικής Μελιτζάνας ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ
15th Celebration of the Tsakonian Aubergine

Ο Δήμος Νότιας Κυνουρίας θέλοντας να προβάλλει και να αναδείξει την Τσακωνική Μελιτζάνα Λεωνιδίου, το ιδιαίτερο αυτό προϊόν που καλλιεργείται στο Λεωνίδιο και έχει ως προϊόν Προστατευόμενη Ονομασία Προέλευσης (ΠΟΠ), αλλά και να τιμήσει τους αγρότες που συνεχίζουν να ασχολούνται με την καλλιέργειά της, διοργανώνει κάθε χρόνο, τον Αύγουστο, τη Γιορτή της Τσακωνικής Μελιτζάνας Λεωνιδίου.

Σας προσκαλούμε όλους στη μεγάλη αυτή γιορτή, για να τιμήσουμε τις παραδόσεις μας, τη φύση και τη μαγειρική τέχνη, στην Πλάκα Λεωνιδίου, με παραδοσιακούς χορούς, διαγωνισμό γεωσιγνωσίας, χορό και τραγούδι από τον Γιώργο Δαλιάνη και την ορχήστρα του, με παραδοσιακό, λαϊκό και έντεχνο πρόγραμμα. Γευτείτε και απολαύστε τοπικά εδέσματα με βάση την Τσακωνική Μελιτζάνα Λεωνιδίου!

Καοὺρ ἐκάνατε
Welcome Καλὼς ἤλθατε

The Municipality of South Kynouria wanting to promote and highlight this particular local product, growing in Leonidio that has been designated as a product of Protected Designation of Origin (PDO), but also to honour the farmers who continue to be engaged in its cultivation, organizes Every year in August, the Feast of Tsakonian Eggplant of Leonidio.

We invite you in this great festival, to honour our traditions, nature and the art of cooking, at Plaka the port of Leonidio.

The festival will include traditional dancing, a cooking competition and lot of music!

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ: ΔΗΜΟΣ ΝΟΤΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΤΕΣ: ΦΟΡΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΛΕΩΝΙΔΙΟΥ, ΕΛΛΗΝΙΣΤΙΚΗ ΖΑΧΕΥΡΟΠΟΛΙΣ, ΜΟΡΕΑΣ

Εικόνα 4 Αφίσα από τη γιορτή μελιτζάνας

Βιβλιογραφία:

- Alboni, P., Favaron, E., Paparella, N., Sciammarella, M., & Pedaci, M. (2008). Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death? *Journal of Cardiovascular Medicine*, 9(4), 356–362. doi:10.2459/jcm.0b013e3282785240
- Alexopoulos, C. (2006, March 20). Αρκαδικές Παραδοσιακές Συνταγές - Διατροφή και παραδοσιακή κουζίνα στην Αρκαδία, Δικτυακός τόπος ΑΡΚΑΔΙΑ, Δικτ. Τόπος ΑΡΚΑΔΙΑ, <http://arcadia.Ceid.Upatras.Gr>. Retrieved December 8, 2016, from Διατροφή και παραδοσιακή κουζίνα στην Αρκαδία, <http://arcadia.ceid.upatras.gr/arkadia/culture/recipes/index.htm>
- Alzheimer Europe. (2014, February 24). Greece, 2013: The prevalence of dementia in Europe. Retrieved February 1, 2017, from Alzheimer Europe, <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Greece>
- American Cancer Society, International Agency for Research on Cancer, & Union for International Cancer Control. (2017). Cancer in Europe. Retrieved February 9, 2017, from The Cancer Atlas, <http://canceratlas.cancer.org/>
- American Heart Association. (2014). Life's Simple 7. Retrieved February 6, 2017, from My Life Check, <http://mylifecheck.heart.org/mobile/simple7.aspx>
- American Society of Clinical Oncology. (2016, October 10). Aging and cancer. Retrieved February 15, 2017, from Cancer.Net, <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/older-adults/aging-and-cancer>
- Balducci, L. (2006). Management of cancer in the elderly. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 20(2), 135–43. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16562648>
- Benetou, V., Trichopoulou, A., Orfanos, P., Naska, A., Lagiou, P., Boffetta, P., & Trichopoulos, D. (2008). Conformity to traditional Mediterranean diet and cancer incidence: The Greek EPIC cohort. *British Journal of Cancer*, 99(1), 191–195. doi:10.1038/sj.bjc.6604418
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke Statistics—2017 update: A report from the American heart association. *AHA Statistical Update*. doi:10.1161/CIR.0000000000000485
- Berger, N. A., Savvides, P., Koroukian, S. M., Kahana, E. F., Deimling, G. T., Rose, J. H., ... Miller, R. H. (2006). Cancer in the elderly. *TRANSACTIONS OF THE AMERICAN CLINICAL AND CLIMATOLOGICAL ASSOCIATION*, 117, 147–156. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1500929/pdf/tacca117000147.pdf>
- Brewer, D. P., Catlett, C. S., Porter, K. N., Lee, J. S., Hausman, D. B., Reddy, S., & Johnson, M. A. (2010). Physical limitations contribute to food insecurity and the food Insecurity–Obesity paradox in older adults at senior centers in Georgia. *Journal of Nutrition For the Elderly*, 29(2), 150–169. doi:10.1080/01639361003772343

Brownie, S. (2006). *Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?* *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110–118. doi:10.1111/j.1440-172x.2006.00557.x

Central Intelligence Agency. (2016). *The world Factbook*. Retrieved January 31, 2017, from Central Intelligence Agency, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>

Cust, A. E., Skilton, M. R., van Bakel, M. M. E., Halkjær, J., Olsen, A., Agnoli, C., ... Slimani, N. (2009). *Total dietary carbohydrate, sugar, starch and fibre intakes in the European prospective investigation into cancer and nutrition*. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, S37–S60. doi:10.1038/ejcn.2009.74

Darviri, C., Fouka, G., Gnardellis, C., Artemiadis, A. K., Tigani, X., & Alexopoulos, E. C. (2012). *Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: A cross-sectional study in Greece*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(12), 943–954. doi:10.3390/ijerph9030943

Donini, L. M., Savina, C., Piredda, M., Cucinotta, D., Fiorito, A., Inelmen, E. M., ... Cannella, C. (2008). *Senile anorexia in acute-ward and rehabilitation settings*. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(8), 511–517. doi:10.1007/bf02983203

EFSA, Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2010a). *Scientific opinion on dietary reference values for carbohydrates and dietary fibre*. *EFSA Journal*, 8(3), . doi:10.2903/j.efsa.2010.1462

EFSA, Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2010b). *Scientific opinion on dietary reference values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, transfatty acids, and cholesterol*. *EFSA Journal*, 8(3), . doi:10.2903/j.efsa.2010.1461

EFSA, Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2012). *Scientific opinion on dietary reference values for protein*. *EFSA Journal*, 10(2), 2557. doi:10.2903/j.efsa.2012.2557

EFSA, Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2013). *Scientific opinion on dietary reference values for energy*. *EFSA Journal*, 11(1), 3005. doi:10.2903/j.efsa.2013.3005

European Society of Cardiology (ESC). (2016). *Cancer overtakes heart disease as the main cause of death in 12 European countries*. Retrieved February 17, 2017, from Science Daily, <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/08/160814190952.htm>

Eurostat. (2014). *Eurostat - tables, graphs and maps interface (TGM) table*. Retrieved February 1, 2017, from <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en>

Fulgoni, V. L. (2008). Current protein intake in America: Analysis of the national health and nutrition examination survey, 2003–2004. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1554–1557. Retrieved from <http://ajcn.nutrition.org/content/87/5/1554S.long>

Garlichs, C. (2015). Epidemiology of coronary heart disease in the elderly. In *Interventional Cardiology in the Elderly* (pp. 1–12). doi:10.1007/978-3-319-21142-8_1

German, L., Kahana, C., Rosenfeld, V., Zabrowsky, I., Wiezer, Z., Fraser, D., & Shahar, D. R. (2010). Depressive symptoms are associated with food insufficiency and nutritional deficiencies in poor community-dwelling elderly people. *The journal of nutrition, health & aging*, 15(1), 3–8. doi:10.1007/s12603-010-0285-5

Giacosa, A., Barale, R., Bavaresco, L., Gatenby, P., Gerbi, V., Janssens, J., ... Rondanelli, M. (2013). Cancer prevention in Europe. *European Journal of Cancer Prevention*, 22(1), 90–95. doi:10.1097/cej.0b013e328354d2d7

Graciani, A., García-Esquinas, E., López-García, E., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2016). Ideal cardiovascular health and risk of Frailty in older adults. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 9(3), 239–245. doi:10.1161/circoutcomes.115.002294

Gu, Y., Brickman, A. M., Stern, Y., Habeck, C. G., Razlighi, Q. R., Luchsinger, J. A., ... Scarmeas, N. (2015). Mediterranean diet and brain structure in a multiethnic elderly cohort. *Neurology*, 85(20), 1744–1751. doi:10.1212/WNL.0000000000002121

International Agency for Research on Cancer (IARC), & European commission. (2016). European code against cancer : 12 ways to reduce your cancer risk. Retrieved from <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

Jenab, M., Salvini, S., van Gils, C. H., Brustad, M., Shakya-Shrestha, S., Buijsse, B., ... Slimani, N. (2009). Dietary intakes of retinol, β -carotene, vitamin D and vitamin E in the European prospective investigation into cancer and nutrition cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, S150–S178. doi:10.1038/ejcn.2009.79

Kanoni, S., & Dedousis, G. V. (2008). Design and descriptive characteristics of the GHRAS: The Greek health Randomized aging study. *Medical Science Monitor*, 14(4), 204–212. Retrieved from <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/850298>

Katsiardanis, K., Diamantaras, A.-A., Dessypris, N., Michelakos, T., Anastasiou, A., Katsiardani, K.-P., ... Petridou, E. T. (2013). Cognitive impairment and dietary habits among elders: The Velestino study. *Journal of Medicinal Food*, 16(4), 343–350. doi:10.1089/jmf.2012.0225

Koraka, A. (2010, November). Local agrifood products and territorial development: the difficult coordination between tradition and institutional protection. the case of Tsakonian eggplant (PDO). In T. Anthopoulou (Ed.), *Sustainable agriculture and food production: adaptations to a changing social, economic and institutional environment*, 11th biannual conference of the Hellenic Association of Agricultural Economists. Thessaloniki, Greece. Retrieved from <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20123213660>

- Koraka, A. (2013). "L'aubergine tsakonike d'AOP de Léonidio". Une production identitaire perdant sa valeur économique. Retrieved from <http://om.ciheam.org/om/pdf/a104/00006847.pdf>
- Kyrozis, A., Potagas, C., Ghika, A., Tsimpouris, P. K., Virvidaki, E. S., & Vemmos, K. N. (2009). Incidence and predictors of post-stroke aphasia: The Arcadia stroke registry. *European Journal of Neurology*, 16(6), 733–739. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02580.x
- Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A., Ortolani, E., Saveria, G., ... Marzetti, E. (2016). Anorexia of aging: Risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients*, 8(2), 69. doi:10.3390/nu8020069
- Leon, D. A. (2011). Trends in European life expectancy: A salutary view. *International Journal of Epidemiology*, 40(2), 271–277. doi:10.1093/ije/dyr061
- Lloyd-Jones, D. M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L. J., Van Horn, L., ... Rosamond, W. D. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American heart association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation*, 121(4), 586–613. doi:10.1161/circulationaha.109.192703
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Sen, B., Vickers, K. S., & Vailas, L. I. (2009). Food choice among homebound older adults: Motivations and perceived barriers. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(8), 659–664. doi:10.1007/s12603-009-0194-7
- Lourida, I., Soni, M., Thompson-Coon, J., Purandare, N., Lang, I. A., Ukoumunne, O. C., & Llewellyn, D. J. (2013). Mediterranean diet, cognitive function, and dementia. *Epidemiology*, 24(4), 479–489. doi:10.1097/ede.0b013e3182944410
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22–26. doi:10.1016/j.jvn.2005.11.001
- Mariolis, A., Foscolou, A., Tyrovolas, S., Piscopo, S., Valacchi, G., Tsakountakis, N., ... Panagiotakos, D. (2016). Successful aging among elders living in the Mani continental region vs. Insular areas of the Mediterranean: The MEDIS study. *Aging and Disease*, 7(3), 285–294. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898925/>
- Marosi, C., & Köller, M. (2016). Challenge of cancer in the elderly. *ESMO Open*, 1(3), e000020. doi:10.1136/esmoopen-2015-000020
- Masala, G., Bendinelli, B., Assedi, M., Occhini, D., Zanna, I., Sieri, S., ... Palli, D. (2016). Up to one-third of breast cancer cases in post-menopausal Mediterranean women might be avoided by modifying lifestyle habits: The EPIC Italy study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 161(2), 311–320. doi:10.1007/s10549-016-4047-x
- Merck Εγχειρίδιο, Η υγεία στην 3η ηλικία (2007). . Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Morley, J. E. (2010a). Anorexia, weight loss, and Frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(4), 225–228. doi:10.1016/j.jamda.2010.02.005
- Morley, J. E. (2010b). Nutrition and the aging male. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(2), 287–299. doi:10.1016/j.cger.2010.02.008
- Ngoungou, E. B., Aboyans, V., Kouna, P., Makandja, R., Eke Nzenge, J. E., Allogho, C. N., ... Lacroix, P. (2012). Prevalence of cardiovascular disease in Gabon: A population study. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 105(2), 77–83. doi:10.1016/j.acvd.2011.12.005
- Ntaios, G., Manios, E., Synetou, M., Savvari, P., Vemmou, A., Koromboki, E., ... Vemmos, K. (2012). Prevalence of atrial fibrillation in Greece: The Arcadia rural study on Atrial fibrillation. *Acta cardiologica*, 67(1), 65–9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455091>
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly.” *Geriatrics and Gerontology International*, 6(3), 149–158. doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x
- Panagiotakos, D. B., Chrysohoou, C., Siasos, G., Zisimos, K., Skoumas, J., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2011). Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: The Ikaria study. *Cardiology Research and Practice*, 2011, 1–7. doi:10.4061/2011/679187
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Kokkinos, P., Chrysohoou, C., Vavuranakis, M., Stefanadis, C., & Toutouzas, P. (2003). Consumption of fruits and vegetables in relation to the risk of developing acute coronary syndromes; the CARDIO2000 case-control study. *Nutrition Journal*, 2(1), . doi:10.1186/1475-2891-2-2
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Zampelas, A., Chrysohoou, C., Griffin, B. A., Stefanadis, C., & Toutouzas, P. (2005). Fish consumption and the risk of developing acute coronary syndromes: The CARDIO2000 study. *International Journal of Cardiology*, 102(3), 403–409. doi:10.1016/j.ijcard.2004.05.043
- Parkinson, L., & Keast, R. (2014). Oleocanthal, a phenolic derived from virgin Olive Oil: A review of the beneficial effects on inflammatory disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 15(7), 12323–12334. doi:10.3390/ijms150712323
- Pavlidis, N., Stanta, G., & Audisio, R. A. (2012). Cancer prevalence and mortality in centenarians: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 83(1), 145–152. doi:10.1016/j.critrevonc.2011.09.007
- Population Reference Bureau. (2016). 2016 WORLD POPULATION DATA SHEET. Retrieved from <http://www.prb.org/pdf16/prb-wpds2016-web-2016.pdf>

- Psaltopoulou, T., Sergentanis, T. N., Panagiotakos, D. B., Sergentanis, I. N., Kosti, R., & Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Annals of Neurology*, 74(4), 580–591. doi:10.1002/ana.23944
- Randel, J., German, T., Ewing, D., & Staff, H. I. (1999). *The ageing and development report: Poverty, independence and the world's older people*. London: Earthscan.
- Rush, A. (2007). The varied clinical presentations of major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Supplement 8, 10–4. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/17640152>
- Shay, C. M., Gooding, H. S., Murillo, R., & Foraker, R. (2015). Understanding and improving cardiovascular health: An update on the American heart association's concept of cardiovascular health. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(1), 41–49. doi:10.1016/j.pcad.2015.05.003
- Singh, S., & Bajorek, B. (2014). Defining “elderly” in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy Practice*, 12(4), 489. Retrieved from <http://europepmc.org/articles/pmc4282767>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis¹. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189–1196. doi:10.3945/ajcn.2010.29673
- Tahvanainen, A., Leskinen, M., Koskela, J., Ilveskoski, E., Nordhausen, K., Oja, H., ... Pörsti, I. (2009). Ageing and cardiovascular responses to head-up tilt in healthy subjects. *Atherosclerosis*, 207(2), 445–451. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2009.06.001
- Tieland, M., Borgonjen-Van den Berg, K. J., van Loon, L. J. C., & de Groot, L. C. P. G. M. (2011). Dietary protein intake in community-dwelling, frail, and institutionalized elderly people: Scope for improvement. *European Journal of Nutrition*, 51(2), 173–179. doi:10.1007/s00394-011-0203-6
- Toffanello, E. D., Inelmen, E. M., Minicuci, N., Campigotto, F., Sergi, G., Coin, A., ... Manzato, E. (2010). Ten-year trends in dietary intake, health status and mortality rates in free-living elderly people. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(4), 259–264. doi:10.1007/s12603-010-0058-1
- Tourlouki, E., Polychronopoulos, E., Zeimbekis, A., Tsakountakis, N., Bountziouka, V., Lioliou, E., ... Panagiotakos, D. B. (2009). The 'secrets' of the long lives in Mediterranean islands: The MEDIS study. *The European Journal of Public Health*, 20(6), 659–664. doi:10.1093/eurpub/ckp192
- Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *European Heart Journal*, 37(42), ehv334. doi:10.1093/eurheartj/ehv334

- Tufts. (2016, March 7). Tufts university nutrition scientists provide updated MyPlate for older adults. Retrieved December 8, 2016, from <http://now.tufts.edu/news-releases/tufts-university-nutrition-scientists-provide-updated-myplate-older-adults#sthash.ptfAsbFU.dpuf>
- Tyrovolas, S., Polychronopoulos, E., Bountziouka, V., Zeimbekis, A., Tsiligiani, I., Papoutsou, S., ... Panagiotakos, D. B. (2009). Level of adherence to the Mediterranean diet among elderly individuals living in Mediterranean islands: Nutritional report from the Medis study. *Ecology of Food and Nutrition*, 48(1), 76–87. doi:10.1080/03670240802577390
- Tyrovolas, S., Haro, J. M., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., Tsakountakis, N., ... Panagiotakos, D. (2014). Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: A k-dimensional approach within the multi-national MEDIS study. *Experimental Gerontology*, 60, 57–63. doi:10.1016/j.exger.2014.09.010
- Tyrovolas, S., Haro, J. M., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., Makri, K., ... Panagiotakos, D. (2015). The role of energy balance in successful aging among elderly individuals. *Journal of Aging and Health*, 27(8), 1375–1391. doi:10.1177/0898264315583053
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). World Population Ageing 2015 - Highlights. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Highlights.pdf
- Van Oyen, H., Nusselder, W., Jagger, C., Kolip, P., Cambois, E., & Robine, J.-M. (2012). Gender differences in healthy life years within the EU: An exploration of the “health–survival” paradox. *International Journal of Public Health*, 58(1), 143–155. doi:10.1007/s00038-012-0361-1
- Vemmos, K. N., Bots, M. L., Tsibouris, P. K., Zis, V. P., Grobbee, D. E., Stranjalis, G. S., & Stamatiopoulos, S. (1999). Stroke incidence and case fatality in southern Greece: The Arcadia stroke registry. *Stroke*, 30(2), 363–370. doi:10.1161/01.str.30.2.363
- Vemmos, K. N., Bots, M. L., Tsibouris, P. K., Zis, V. P., Takis, C. E., Grobbee, D. E., & Stamatiopoulos, S. (2000). Prognosis of stroke in the south of Greece: 1 year mortality, functional outcome and its determinants: The Arcadia stroke registry. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 69(5), 595–600. doi:10.1136/jnnp.69.5.595
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., ... Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073. doi:10.1016/j.clnu.2015.09.004
- Volpi, E., Campbell, W. W., Dwyer, J. T., Johnson, M. A., Jensen, G. L., Morley, J. E., & Wolfe, R. R. (2012). Is the optimal level of protein intake for older adults greater than the recommended dietary allowance? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(6), 677–681. doi:10.1093/gerona/gls229

Wegerer, J. (2014, January 2). *Nutrition and dementia: Foods that increase Alzheimer's risks*. Retrieved February 6, 2017, from Nutrition & Health Infographics, <http://www.alzheimers.net/2014-01-02/foods-that-induce-memory-loss/>

WHO. (2007). *THE TOP TEN CAUSES OF DEATH THE TEN LEADING CAUSES OF DEATH BY BROAD INCOME GROUP 2002*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>

WHO. (2015, October 1). *WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050; Major societal changes required*. Retrieved January 31, 2017, from World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>

WHO. (2016a, October 20). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. Retrieved January 31, 2017, from World Health Organization, <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WHO. (2016b, September 12). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved January 31, 2017, from World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

WHO. (2017, January 27). *The top 10 causes of death*. Retrieved January 30, 2017, from World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

World Health Organization. (2016, February 1). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Retrieved January 30, 2017, from ICD-10 Version:2016, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

World Health Organization. (2016, February 2). *Ageing and health*. Retrieved January 31, 2017, from World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

World Health Organization. (2016a, May 19). *Life expectancy*. Retrieved January 31, 2017, from World Health Organization, http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

World Health Organization. (2016b). *Life expectancy at birth (years), 2000-2105. Both sexes: 2015*. Retrieved January 30, 2017, from World Health Organization, http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2013). *Leading causes of death in Europe: Fact sheet*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185215/Leading-causes-of-death-in-Europe-Fact-Sheet.pdf

World Health Organization, World Heart Federation, & World Stroke Organization. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Retrieved from http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/images/CVD_Health/Global_CVD_Atlas.pdf

- Yannakoulia, M., Tyrovolas, S., Pounis, G., Zeimbekis, A., Anastasiou, F., Bountziouka, V., ... Panagiotakos, D. (2011). Correlates of low dietary energy reporting in free-living elderly: The MEDIS study. *Maturitas*, 69(1), 63–68. doi:10.1016/j.maturitas.2011.01.016
- Younus, A., Aneni, E. C., Spatz, E. S., Osondu, C. U., Roberson, L., Ogunmoroti, O., ... Nasir, K. (2016). A systematic review of the prevalence and outcomes of ideal cardiovascular health in US and non-US populations. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(5), 649–670. doi:10.1016/j.mayocp.2016.01.019
- Zarokosta, H., & Koutsouris, A. (2014). Local stakeholders' participation in (sustainable) tourism development: The case of the south kynouria municipality, Greece. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais (Portuguese Review of Regional Studies)*, 36(2), 35–42. Retrieved from https://digitalis.uc.pt/en/artigo/local_stakeholders_participation_sustainable_tourism_development_case_south_kynouria
- Ziliak, J. P., & Gundersen, C. (2011). Food insecurity among older adults. Retrieved from http://www.aarp.org/content/dam/aarp/aarp_foundation/pdf_2011/AARPFoundation_Hunger_Report_2011.pdf
- Zizza, C. A., Ellison, K. J., & Wernette, C. M. (2009). Total water Intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(4), 481–486. doi:10.1093/gerona/gln045
- Αγροδιατροφική Σύμπραξη Περιφέρειας Πελοποννήσου. (2017). Διατροφή / Αγροτουρισμός.
- Αργυρόπουλος, Κ. (2016). Επιπολασμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία στην Πάτρα και Τρίπολη (PHD thesis). Retrieved from Νημερτής, το ιδρυματικό αποθετήριο του Πανεπιστημίου Πατρών
- Ευθυμιοπούλου, Β. (2005). Η διαμόρφωση του αρκαδικού γευστικού ιδιώματος. Retrieved January 30, 2016, from Α' Παγκόσμιο Διαδικτυακό Παναρκαδικό Συνέδριο, <http://www.conference.arcadians.gr/index.php?itemid=26&catid=2>
- Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής (2014α). Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, Επιστημονική Τεκμηρίωση
- Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής (2014b). Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω
- Κατσιβέλη, Σ. (2014). Γνώσεις και αντιλήψεις για τη διατροφή σε σχέση με γεωγραφική μεταβλητότητα και φύλο. Retrieved from <http://estia.hua.gr/browse.html?params.id=14847>
- Κιτρομηλίδης, Π. Μ. (2004). Ιώσηπος Μοισιόδαξ. Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης.
- Μπεσμπέας, Σ. Σ. (2002). Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων Φθοράς. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Νάσκα, Α., Ορφανός, Φ., Χλόπσιος, Ι., & Τριχοπούλου, Α. (2005). Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων. Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3), 259–262. Retrieved from <http://www.mednet.gr/archives/2005-3/pdf/259.pdf>

Παραδοσιακή Κουζίνα της Αρκαδίας. (2016, November). Retrieved from Αρκαδικό Βήμα, <http://arkadika-proionta.blogspot.gr/2016/11/blog-post.html>

Πλεξίδα, Α., Βασιλάκου, Τ., Καμπά, Ε., Φασόη, Γ., Κελέση, Μ., Ζυγά, Σ., ... Πελοποννήσου, Π. (2015). Assessment of the nutritional index of the elderly in an open care center and correlation with their socioeconomic status and health indicators. ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE, 32(325), 622. Retrieved from <http://www.mednet.gr/archives/2015-5/pdf/622.pdf>

Σιώρα, Δ. (2002). Τσακωνιά : μια ιδιόζουσα πολιτισμική κοινότητα : στοιχεία και παραδόσεις (MSC THESIS). Retrieved from Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly

Στατιστικά Στοιχεία για τον καρκίνο τρίτης ηλικίας. Retrieved February 15, 2017, from http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/special_groups_with_cancer_/cancerandolderpeople/statistics_cancer_older_people/

Συνταγές με κάστανο για γλυκό. (2011, April 4). Retrieved February 8, 2017, from ΚΑΣΤΑΝΙΤΣΑ, νομός Αρκαδίας, <http://www.kastanitsa.gr/index.php#>

Τριχοπούλου, Α., Γναρδέλλης, Χ., & Πολυχρονόπουλος, Ε. (1996). ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (ΚΑΠΗ). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Διατροφής - Ελληνική Εταιρία Διατροφής και Τροφίμων.

Φούντζηλας, Γ. (2006). Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου (2η Έκδοση ed.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ, Παναγιωτάκος, Δ., & Πολυχρονόπουλος, Ε. (2015). ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΝΗ. Retrieved from <http://www.anatolikimani.gov.gr/files/items/2/2217/medis.pdf>

Χατζησταύρου, Μ. (2013). ΑΓΑΠΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ από το χωριό Μάρκου της Ορεινής Αρκαδίας (2η Έκδοση ed.). Σύλλογος Απανταχού Μαρκιωτών.