



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΓΩΓΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ
(Medis)**

Πτυχιακή Εργασία

**Αλούρδας Κυριάκος – Γεώργιος
ΑΜ:20447**

Αθήνα 2017



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Πολυχρονόπουλος Ε. (Επιβλέπων καθηγητής)

Καθηγητής Διαιτολογίας – Διατροφής και Προληπτικής Ιατρικής, ΕΔΔ

Παναγιωτάκος Δημ.

Καθηγητής Βιοστατιστικής – Επιδημιολογίας της Διατροφής, ΕΔΔ

Ματάλα Αντ.

Καθηγήτρια Ανθρωπολογίας της Διατροφής, ΕΔΔ

Ο Αλούρδας Κυριάκος -Γεώργιος δηλώνω υπεύθυνα ότι

1. Είμαι κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής έρευνας και από όσο γνωρίζω η έρευνα μου δεν συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
2. Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της έρευνας μου να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε άλλο μέσο ή και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής έρευνας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Πολυχρονόπουλο Ευάγγελο για την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής έρευνας καθώς και τον κύριο Παναγιωτάκο Δημοσθένη για την κατανόηση και τις συμβουλές του όπως και την κυρία Ματάλα Αντωνία για τις γνώσεις που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου και τη συμμετοχή της στην τριμελή επιτροπή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα στα πλαίσια της MEDIS STUDY έχει ως στόχο την παρατήρηση και αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής των Ελλήνων της Διασποράς απογόνων των μόνιμων κατοίκων της ευρύτερης νησιωτικής περιοχής της Μεσογείου, σε περιοχές των ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλίας, βόρειας Ευρώπης, παραλίων της Μικράς Ασίας και Κωνσταντινούπολης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα έρευνα αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση με τη συγκέντρωση ευρημάτων από μελέτες στα πλαίσια της MEDIS STUDY και άλλων μελετών από το Pubmed/Scopus/Google Scholar. Τα αποτελέσματα αυτά αξιολογήθηκαν ανάλογα με τον τόπο διαμονής των ηλικιωμένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Μεσογειακή διατροφή υιοθετείται από τους Έλληνες της Διασποράς της ευρύτερης νησιωτικής περιοχής της Μεσογείου αλλά και σε περιοχές των ΗΠΑ, της Αυστραλίας, της Ευρώπης και της Μ. Ασίας. Οι Έλληνες της Διασποράς της ευρύτερης νησιωτικής περιοχής της Μεσογείου και οι έλληνες της Αυστραλίας έχουν τα λιγότερα προβλήματα υγείας ενώ οι Έλληνες μετανάστες στην Ευρώπη έχουν αφομοιωθεί περισσότερο με τις τοπικές διατροφικές συνήθειες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Μεσογειακή διατροφή είναι η λύση στην αντιμετώπιση και πρόληψη προβλημάτων υγείας (καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η υπέρταση, η αύξηση της χοληστερόλης αλλά και ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη) των ηλικιωμένων της Διασποράς παρά την καθιστική ζωή, την κατανάλωση καφέ και το κάπνισμα καθώς αυτά αντισταθμίζονται με την πρόσληψη ωφέλιμων θρεπτικών συστατικών που ορίζονται από τη Μεσογειακή διατροφή. Βασικοί παράγοντες είναι το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο, το μορφωτικό επίπεδο και οι προσωπικές αντιλήψεις καθώς και η πρόσβαση σε συγκεκριμένες τροφές και στις μονάδες φροντίδας υγείας.

Προτείνεται περαιτέρω μελέτη στους πληθυσμούς τρίτης ηλικίας Ελλήνων της Διασποράς σε περιοχές της Μ. Ασίας και συγκεκριμένα στην περιοχή της Κωνσταντινούπολης, καθώς επίσης και στην περιοχή του Tarpon Springs του Miami καθώς και στις 49 Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στον Καναδά με δεδομένη την έλλειψη δεδομένων στις περιοχές αυτές.

Λέξεις –κλειδιά : Μεσογειακή Διατροφή, Έλληνες της Διασποράς, MEDIS STUDY, καρδιαγγειακές παθήσεις

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of the present study , in the context of the MEDIS STUDY is to examine and evaluate the eating habits and the lifestyle of the Greeks of Diaspora, residents of the wider region of the Mediterranean Basin and also the observation and evaluation of dietary habits and lifestyle of the Greeks of the Diaspora in the US, Australia, Europe and Asia Minor.

METHOD: This study is a literature review collecting findings from studies in the context of the MEDIS STUDY and other studies which evaluated according to the place of residence for the elderly.

RESULTS: The Mediterranean Diet is adopted by the Greeks of Diaspora, residents of the wider region of the Mediterranean Basin and also by Greeks of the Diaspora in the US, Australia, Europe and Asia Minor. The Greeks of Diaspora, residents of the wider region of the Mediterranean Basin and the Greek immigrants in Australia have the least health problems while the Greek immigrants in Europe have been acculturated at a dietary level more than other immigrants.

CONCLUSIONS: The Mediterranean Diet appears to be the solution to combat and prevent health problems (cardiovascular diseases, diabetes, hypertension, increase of cholesterol, depression) of the Greeks of Diaspora despite the sedentary lifestyle, the coffee consumption on a daily basis as they counterweight with the nutrients intake according to The Mediterranean Diet. The socio-economic and educational background, the personal beliefs and the access to specific foods and to the health care institutions.

SUGGESTIONS: Due to the lack of data regarding the regions of M.Asia (Constantinople), Tarpon Springs, Miami and Africa, further research is suggested.

Keywords: Mediterranean Diet, Greeks of Diaspora, MEDIS STUDY, cardiovascular diseases

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ABSTRACT	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
1.1 Αλλαγές & Διατροφικές Ανάγκες Ατόμων της Τρίτης Ηλικίας	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
1.2 Εμπόδια στην Κάλυψη Διατροφικών Αναγκών στα Άτομα Τρίτης Ηλικίας & Συνέπειες	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.1 Ορισμός της Μεσογειακής Διατροφής	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2 Τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.3 Η Κατανάλωση Τροφής στο Μέλλον & η Μεσογειακή Διατροφή σε Παγκόσμιο Επίπεδο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.4 Η Μεσογειακή Διατροφή & οι Διατροφικές Συνήθειες Σήμερα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.5 Μεσογειακή Διατροφή & Θνησιμότητα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.7 Η Μεσογειακή Διατροφή & κάπνισμα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο - ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ (MEDIS –STUDY)	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.1 Τα Μυστικά της Μακροζωίας των Κατοίκων των Νησιωτικών περιοχών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.2 Κοινωνική & Οικονομική Κατάσταση, Τόπος Διαμονής & Διατροφικής Συνήθειες Κατοίκων των Νησιωτικών Περιοχών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3 Ο Ρόλος των Διατροφικών Συνηθειών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3.1 Κατανάλωση Ψαριών & Συχνότητα Ασθενειών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3.2 Κατανάλωση Κρέατος και η Επίδραση της	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3.3 Κατανάλωση Υγρών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.4 Καθημερινές Συνήθειες & Τρόπος Ζωής	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

3.5 Τόπος Διαμονής, Πρόσβαση στη Φροντίδα Υγείας & Ενημέρωση Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.1 Η Επίδραση της Μετανάστευσης στο Σωματικό Βάρος Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2 Οι Έλληνες της Διασποράς..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.1 Αυστραλία Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.2 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.3 Καναδάς..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.4 Ευρώπη Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.5 Μικρά Ασία Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρίτη ηλικία είναι η περίοδος του κύκλου ζωής όπου ξεκινά μετά την ηλικία των 65 ετών και έχει τις δικές της απαιτήσεις σχετικά με τη διατροφή, η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με την υγεία σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Η φάση της τρίτης ηλικίας αναφορικά με την διατροφή απαιτεί συγκεκριμένες διατροφικές επιλογές οι οποίες αποτελούν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης ασθενειών. Οι κυριότερες ασθένειες που κυριαρχούν στους πληθυσμούς της τρίτης ηλικίας είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η υπέρταση, η αύξηση της χοληστερίνης αλλά και ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη.

Πέρα όμως από τις διατροφικές επιλογές, ο τρόπος ζωής, οι καθημερινές συνήθειες, όπως αυτές του καπνίσματος, της νηστείας, της φυσικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης συγκεκριμένων υγρών, ο ΔΜΣ, είναι βασικοί παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν την υγεία στην τρίτη ηλικία. Πολλοί όμως είναι οι παράγοντες που εμποδίζουν τη κάλυψη των διατροφικών αναγκών, όπως η πρόσβαση στις μονάδες φροντίδας υγείας και αγοράς προϊόντων διατροφής, το κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο αλλά και οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων. Με δεδομένη λοιπόν την ανάγκη για υγιεινό τρόπο διατροφής, η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί βασική λύση για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Στη παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση (από Pubmed/Scopus/Google Scholar), αναλύονται οι διατροφικές ανάγκες της τρίτης ηλικίας και η αξία της Μεσογειακής διατροφής. Η ανάλυση των ευρημάτων των ερευνών που βασίζονται στη μελέτη MEDIS STUDY δίνει τη δυνατότητα να παρατηρηθούν και να αξιολογηθούν τα πλεονεκτήματα της διατροφής αλλά και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι μόνιμοι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής της

Μεσογείου σε συνάρτηση με τον τόπο διαμονής τους. Επιπλέον, στόχος είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των ηλικιωμένων Ελλήνων της Διασποράς σε παγκόσμιο επίπεδο σε σύγκριση κυρίως με τους γηγενείς πληθυσμούς.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θεωρούνται σημαντικά για την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων οι οποίοι αποτελούν μια ηλικιακή ομάδα με ιδιαίτερες ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Αλλαγές & Διατροφικές Ανάγκες Ατόμων της Τρίτης Ηλικίας

Οι διατροφικές ανάγκες, είναι σαφές, πως μεταβάλλονται ανάλογα με το στάδιο ζωής του ανθρώπου. Για την τρίτη ηλικία, οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με τις φυσιολογικές διαδικασίες γήρανσης, την κατάσταση της υγείας και τον τρόπο ζωής. Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης είναι σημαντική για την πρόληψη, τη διατήρηση της σταθερής κατάστασης χρόνιων ασθενειών. Γνωρίζοντας την αιτιολογία της μεταβολής των διατροφικών αναγκών και τις διατροφικές προτιμήσεις γίνεται κατανοητή η διατροφική κατάσταση του ατόμου¹.

Καθώς οι άνθρωποι προχωρούν προς το γήρας, λαμβάνουν χώρα πολλές μεταβολές οι οποίες επηρεάζουν την διατροφική τους κατάσταση. Η σαρκοπενία, δηλαδή η απώλεια της μυϊκής μάζας, ενδέχεται να οδηγήσει σε απόκτηση σωματικού λίπους γεγονός που γίνεται αντιληπτό από την απώλεια δύναμης, από την λειτουργική έκπτωση, την περιορισμένη αντοχή και την απώλεια υγρών. Οι αλλαγές στην οστική πυκνότητα είναι επίσης σημαντικές οδηγώντας σε οστεοπόρωση².

Πολλές αλλαγές παρατηρούνται και στο πεπτικό σύστημα. Η μειωμένη παραγωγή σιέλου, ξηροστομία, και η αλλαγές στην οδοντοστοιχία αλλάζουν την ικανότητα της μάσησης η οποία οδηγεί σε αλλαγές στις επιλογές τροφών. Επιπλέον, σημειώνεται μείωση της απέκκρισης των γαστρικών οξέων η οποία περιορίζει την απορρόφηση του σιδήρου και της βιταμίνης B12. Η περίσπαση, οι συσπάσεις των μυών του στομάχου, πραγματοποιούνται με πιο αργούς ρυθμούς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα δυσκοιλιότητας λόγω της περιορισμένης λήψης υγρών στο σώμα. Υπάρχει επίσης απορύθμιση της όρεξης που οδηγεί σε πρόωρο κορεσμό¹.

Οι μεταβολές στις αισθήσεις επηρεάζουν την όρεξη με πολλούς τρόπους. Η μειωμένη όραση κάνει τη διαδικασία της παρασκευής φαγητού μια δύσκολη διαδικασία καθώς επίσης και η απώλεια της γεύσης και της όσφρησης μειώνεται και δεν ελκύει τα άτομα στην τρίτη ηλικία προκειμένου να καταναλώνουν συγκεκριμένες τροφές. Ο καθιστικός τρόπος ζωής, η κοινωνική απομόνωση, η μοναξιά και η κατάθλιψη μπορούν να οδηγήσουν σε υποσιτισμό. Η φαρμακευτική αγωγή επηρεάζει την απορρόφηση των θρεπτικών στοιχείων και την γεύση. Η φτώχεια και οι γνωστικές ελλείψεις αποτελούν επίσης ζητήματα που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τις επιλογές τροφής³.

Οι συνολικές διατροφικές απαιτήσεις των ατόμων στην τρίτη ηλικία δεν αλλάζουν αλλά αυτό που μεταβάλλεται είναι η θερμιδική πρόσληψη λόγω της απώλειας της μυϊκής μάζας, ενώ η ανάγκη άλλων θρεπτικών συστατικών παραμένει η ίδια. Η απώλεια της μυϊκής μάζας ξεκινά από την ηλικία των 60 ετών και κορυφώνεται στο 75^ο έτος της ηλικίας του ατόμου⁴.

Το γεγονός αυτό κάνει τις τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά πιο σημαντικές για τα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία, πιο συγκεκριμένα, έχουν ανάγκη από μεγαλύτερη πρόσληψη στις βιταμίνες D, B12 και B6 καθώς και ασβέστιο. Η βιταμίνη B12 είναι απαραίτητη σε άτομα άνω των 50 ετών ως συμπλήρωμα λόγω της μειωμένης απορρόφησης. Η έλλειψη της βιταμίνης είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση κατάθλιψης, νευρολογικών διαταραχών και μακροκυτταρικής αναιμίας⁵.

Οι πρωτεΐνες είναι ένα θρεπτικό συστατικό το οποίο συχνά θεωρείται ότι αυξάνεται κατά το γήρας. Όμως αυτό δεν είναι απαραίτητο αν τα άτομα στην τρίτη ηλικία δεν λάβουν επιπλέον ποσότητες πρωτεϊνών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εκτεταμένη κατανάλωση πρωτεϊνών από τα άτομα της τρίτης ηλικίας σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου για την εμφάνιση πολλών ασθενειών⁶.

Εξαιτίας της μείωσης του βασικού μεταβολικού ρυθμού και της μειωμένης δραστηριότητας, τα άτομα της τρίτης ηλικίας χρειάζονται λιγότερη ενέργεια από τους πιο νεαρούς ενήλικες. Τα επίπεδα ενέργειας που απαιτούνται εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες αλλά σε γενικές γραμμές, οι απαιτήσεις σε ενέργεια μειώνονται. Στα άτομα τρίτης ηλικίας με μειωμένες απαιτήσεις σε ενέργεια υπάρχει ο κίνδυνος να μην ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του οργανισμού σε βιταμίνες και μέταλλα. Συνεπώς, η ποιότητα της διατροφής στα άτομα αυτά είναι

μεγάλης σημασίας για να αποφευχθούν ελλείψεις στα μικροθρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα⁷.

1.2 Εμπόδια στην Κάλυψη Διατροφικών Αναγκών στα Άτομα Τρίτης Ηλικίας & Συνέπειες

Τα ευρήματα αρκετών μελετών έχουν αναγνωρίσει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την ικανότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας να καλύψουν τις διατροφικές τους ανάγκες^{8,9}. Πέρα από τις αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως οι μεταβολές στις αισθήσεις και στην ικανότητα της μάσησης, οι οποίες και αυτές αποτελούν σημαντικά εμπόδια για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών, οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την διατροφή των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Η Scottish Health Survey, έρευνα σχετικά με την υγεία στην περιοχή της Σκωτίας, παρουσίασε σημαντικές διαφορές στην πρόσληψη τροφής σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες. Όσο πιο χαμηλό ήταν το εισόδημα της οικογένειας, τόσο μειωνόταν και η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθώς επίσης αυξανόταν και η κατανάλωση σνακ και επεξεργασμένου φαγητού σε καθημερινή βάση. Ο συγκεκριμένος τρόπος διατροφής είναι άμεσα συνυφασμένος με την αυξημένη συχνότητα περιπτώσεων παχυσαρκίας, καρδιαγγειακών νοσημάτων, υπέρτασης και κάποιων μορφών καρκίνου¹⁰.

Το Συμβούλιο Καταναλωτών της Ουαλίας (Welsh Consumer Council, 2006) κατέγραψε τρία βασικά χαρακτηριστικά της φτώχειας σχετικά με την τροφή, η οποία ορίζεται ως την ανικανότητα πρόσβασης σε υγιεινές και οικονομικές τροφές. Τα τρία αυτά χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα¹¹:

- Η πρόσβαση σε οικονομικές τροφές (affordability) η οποία σχετίζεται άμεσα με τα χαμηλά εισοδήματα.
- Η προσβασιμότητα η οποία σχετίζεται με την εγγύτητα και την ευκολία μετακίνησης σε καταστήματα με μεγάλη ποικιλία υγιεινών τροφών μια και τα μικρά καταστήματα έχουν περιορισμένο αριθμό και η έλλειψη τρόπου μετακίνησης.
- Η ανικανότητα παρασκευής γευμάτων ειδικά στους άνδρες τρίτης ηλικίας.

Άλλοι φυσικοί και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφής και κατά συνέπεια την διατροφική κατάσταση των ατόμων στην τρίτη ηλικία είναι ο τρόπος διαχείρισης του οικονομικού προϋπολογισμού τους, οι θρησκευτικές τους απόψεις, το μορφωτικό τους επίπεδο, οι ευκολίες στην παρασκευή γευμάτων, ο χρόνος, η κοινωνική απομόνωση, και οι προτιμήσεις σε πιο νεαρή ηλικία⁸.

Σημαντικό εμπόδιο της πρόσληψης τροφής είναι και οι διάφορες διαταραχές της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τα οποία περιλαμβάνουν την απάθεια, την ανορεξία και την άρνηση για μια πιο δραστήρια ζωή έχει ως συνέπεια την περιορισμένη πρόσληψη τροφής και υγρών¹². Ένας αριθμός θρεπτικών ουσιών έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέως. Τα χαμηλά επίπεδα αυτών, σε συνδυασμό με τη χαμηλή ομοκυστεΐνη (ένα αμινοξύ που βρίσκεται στο αίμα) έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η κακή διατροφική κατάσταση έχει αναφερθεί ως αιτία της κατάθλιψης αλλά υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις για να υποστηρίχτει αυτό¹³.

Η νόηση είναι η διαδικασία της σκέψης και της κατανόησης. Η γνωστική εξασθένηση αυξάνεται με την ηλικία και είναι αρκετά συχνή στα άτομα τρίτης ηλικίας. Κυμαίνεται από ήπια γνωστική εξασθένηση ως την άνοια. Είναι σαφές ότι όσο η γνωστική εξασθένηση προχωρά θα υπάρχει μια επακόλουθη επίδραση στη δυνατότητα του ατόμου για πλήρη συμμετοχή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Η Γνωστική δυσλειτουργία αποτελεί μια σημαντική αιτία αναπηρίας στην τρίτη ηλικία και ως εκ τούτου έχει αρνητικές συνέπειες για τη διατροφική κατάσταση¹⁴. Πολλές ελλείψεις σχετίζονται με την γνωστική δυσλειτουργία και κυρίως με τις βιταμίνες και τα αντιοξειδωτικά αλλά δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο αν αυτές οι ελλείψεις αποτελούν την αιτία ή τη συνέπεια της δυσλειτουργίας αυτής¹⁵.

Παρά το γεγονός ότι οι κλινικές μορφές άνοιας ποικίλουν, η επίδρασή τους στην πρόσληψη τροφής και στην διατροφική κατάσταση είναι η ίδια. Στα αρχικά στάδια, επηρεάζεται η πρόσβαση στην αγορά και την αποθήκευση τροφής ακόμα και στην ακούσια παράληψη γευμάτων καθώς και στην αλλαγή προτιμήσεων τροφής με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό¹⁵.

Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιθανό να έχουν παρενέργειες στην πρόληψη τροφής σχετικά με τις μεταβολές στην γεύση και την όσφρηση, στην δυσκοιλιότητα, την κόπωση και την ανορεξία¹⁶. Επίσης, πολλά φάρμακα αλληλεπιδρούν με τις τροφές και έχουν ως συνέπεια την μείωση απορρόφησης θρεπτικών συστατικών. Και οι δυο παραπάνω περιπτώσεις έχουν επίπτωση στην διατροφική κατάσταση των ατόμων η οποία δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο τα άτομα με δυσλειτουργίες στο γαστρεντερικό σωλήνα¹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

2.1 Ορισμός της Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται ως ένας από τους πιο υγιεινούς τρόπους διατροφής¹⁸. Η Μεσογειακή διατροφή βασίζεται στην συχνή και μεγάλης ποσότητας κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, οσπρίων και δημητριακών. Περιέχει επίσης τη μέτρια κατανάλωση ψαριών, οστρακοειδών, λευκού κρέατος, αβγών, και γαλακτοκομικών προϊόντων. Αντίθετα, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, επεξεργασμένου κρέατος και τροφών πλούσιες σε σάκχαρα και λίπη θα πρέπει να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες και όχι αρκετά συχνά. Στη Μεσογειακή διατροφή, η κύρια πηγή λιπιδίων είναι το ελαιόλαδο και θα πρέπει να καταναλώνεται επαρκής ποσότητα νερού καθώς και μέτρια ποσότητα κρασιού. Η εποχικότητα, η βιοποικιλία και η χρήση παραδοσιακών και τοπικών προϊόντων διατροφής είναι σημαντικά στοιχεία στη Μεσογειακή διατροφή. Επίσης, η Μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει και στοιχεία ποιοτικού τρόπου ζωής όπως η ευθυμία, οι γαστρονομικές δραστηριότητες, η σωματική άσκηση και η επαρκής ανάπαυση¹⁹.

Περιέχει επίσης ένα ευεργετικό προφίλ λιπαρών οξέων με υψηλή περιεκτικότητα σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα καθώς και τη συχνή κατανάλωση φυτικών ινών, χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, αντιφλεγμονώδεις δράσεις και αντιοξειδωτικά συστατικά τα οποία επιδρούν στην καλή κατάσταση της υγείας²⁰.

Η εύρεση ενός διατροφικού προτύπου που να καλύπτει διατροφικές ανάγκες ενός πληθυσμού αποτελεί προτεραιότητα για τον καθορισμό διατροφικών συστάσεων²¹. Ως διατροφική επάρκεια ορίζεται η επαρκής πρόσληψη απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που χρειάζονται για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις για βέλτιστη υγεία. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η πρόσληψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών μπορεί να είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη. Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της επάρκειας της πρόσληψης είναι : η πρόσληψη ασθενειών ανεπάρκειας και χρόνιων ασθενειών ή η μείωση του κινδύνου σχετικών ασθενειών, υποκλινικές συνθήκες διατροφικής υγείας όπως ορίζονται από βιοχημικά και λειτουργικά κριτήρια ή απαιτήσεις για την διατήρηση της φυσιολογικής ισορροπίας²².

Η διατροφική ανεπάρκεια προέρχεται από τη σύγκριση μεταξύ της απαίτησης σε θρεπτικά συστατικά και την πρόσληψη ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού. Εφόσον είναι αδύνατο να είναι γνωστή η πραγματική πρόσληψη και απαίτηση, η αξιολόγηση της επάρκειας της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών ενός ατόμου ή πληθυσμού βασίζεται στην εκτίμηση της επάρκειας²¹.

Η Μεσογειακή διατροφή είναι επαρκής σε ενέργεια, βιταμίνες και μέταλλα, τα οποία προέρχονται από τα λαχανικά και τα φρούτα, τα δημητριακά, του ξηρούς καρπούς το παρθένο ελαιόλαδο και το ψάρι τα οποία μειώνουν την πιθανότητα ανεπαρκούς πρόσληψης μικροθρεπτικών συστατικών, γεγονός που εξηγεί γιατί η ανεπάρκεια σε βιταμίνες της ομάδας Β (Β1, Β2, νιασίνη, Β6, φυλλικό οξύ και Β12) είναι σπάνια στη λεκάνη της Μεσογείου ενώ η πρόσληψη αντιοξειδωτικών βιταμινών (βιταμίνη Ε και C) και καροτενίου είναι ιδιαίτερα υψηλή²³.

2.2 Τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής

Η επίδραση της διατροφής στην υγεία του ανθρώπου έχει αξιολογηθεί μέσα από αναρίθμητες μελέτες οι οποίες ομόφωνα κατάληξαν στο γεγονός ότι η διατροφή επηρεάζει την υγεία ενός πληθυσμού²⁴. Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι η διατροφή συμβάλει στην πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών²⁵. Πολλές επίσης μελέτες έχουν καταλήξει στο κοινό συμπέρασμα ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των τροφών και των θρεπτικών στοιχείων ως διατροφικοί παράγοντες στην αιτιολογία των καρδιαγγειακών και νεοπλασματικών ασθενειών, του διαβήτη καθώς και του μεταβολικού συνδρόμου^{26,27}.

Η Μεσογειακή διατροφή εξακολουθεί να θεωρείται ένας ιδανικός τρόπος διατροφής με πολλά οφέλη. Πολλές είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα της πρόληψης του καρκίνου μέσω της Μεσογειακής διατροφής. Τα αρχικά ευρήματα της έρευνας «European Prospective Study into Cancer and Nutrition (EPIC) study» σε 349 άνδρες και γυναίκες χωρίς διάγνωση καρκίνου έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή τόσο περισσότερο μειώνονται οι πιθανότητες θανάτου^{28,29}. Παρόμοια ήταν και τα τελικά ευρήματα της ίδιας μελέτης σε δείγμα 142.605 ανδρών και 335.873 γυναικών όπου το 4.7% του καρκίνου σε άνδρες και το 2.4% σε γυναίκες θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν οι ασθενείς είχαν ακολουθήσει την μεσογειακή διατροφή³⁰.

Η μελέτη σε ασθματικούς ασθενείς, οι οποίοι μέσω της μεσογειακής διατροφής μπόρεσαν και έλεγξαν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους, αποδεικνύει την θετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής και στα πνευμονολογικά προβλήματα³¹.

Αναφορικά με την χρόνια νεφρική νόσο, η Μεσογειακή διατροφή παρουσιάζεται να μειώνει τα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης^{33,34}. Σε μια αναφορά από τη μελέτη PREDIMED, σε 785 συμμετέχοντες εφαρμόστηκαν 3 διατροφικές προσεγγίσεις: η μεσογειακή διατροφή με παρθένο ελαιόλαδο, η μεσογειακή διατροφή με ξηρούς καρπούς και μια δίαιτα χαμηλή σε λίπος για ένα χρόνο. Και οι τρεις αυτές προσεγγίσεις έφεραν θετικά αποτελέσματα στην λειτουργία των νεφρών³⁵.

Η μελέτη DIRECT (Dietary Intervention Randomized Controlled Trial) σε 332 παχύσαρκους ασθενείς απέδειξε ότι η μεσογειακή διατροφή βελτίωσε την διατροφική κατάσταση των ασθενών και μείωσε τις πιθανότητες για καρδιαγγειακά νοσήματα βελτιώνοντας τον αριθμό των λιπιδίων, μειώνοντας την αρτηριακή πίεση και γλυκόζη³⁶. Μελετητές σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες αξιολόγησαν την συσχέτιση μεταξύ της μεσογειακής διατροφής με δείκτες παχυσαρκίας όπως τον ΔΜΣ και την περιφέρεια μέσης σε 497.308 άτομα ηλικίας 25 έως 70 ετών. Η περιφέρεια μέσης ήταν λιγότερη στα άτομα που είχαν υιοθετήσει την μεσογειακή διατροφή και οδήγησε επίσης και στη βελτίωση της εξέλιξης του μεταβολικού συνδρόμου³⁷.

2.3 Η Κατανάλωση Τροφής στο Μέλλον & η Μεσογειακή Διατροφή σε Παγκόσμιο Επίπεδο

Τα παγκόσμια ζητήματα σχετικά με τις καλλιέργειες, την τροφή και τη διατροφή συνήθως σχετίζονται με αντιλήψεις για ελλείψεις τροφίμων σε σχέση με τον πληθυσμό³⁸. Στην πραγματικότητα όμως συμβαίνει το αντίθετο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατανάλωση τροφής (Kcal/άτομο/ημέρα ως μέσο όρο) γίνεται πιο πλούσια και ποικίλη παρά την εκτεταμένη αύξηση του πληθυσμού³⁹.

Σε χώρες όμως στην Αφρική και την Ασία τα επίπεδα κατανάλωσης τροφής παραμένουν σε τέτοιο επίπεδο ώστε να μην ικανοποιούνται οι διατροφικές τους ανάγκες⁴⁰. Η αύξηση του μέσου όρου κατανάλωσης τροφής αποτελεί κέρδος για τις αναπτυσσόμενες χώρες με κυρίαρχη την Κίνα. Πολλές από αυτές τις χώρες κατόρθωσαν να βελτιώσουν τα επίπεδα κατανάλωσης τροφής προσεγγίζοντας τα αντίστοιχα επίπεδα των βιομηχανικών χωρών και ειδικά με ζητήματα που σχετίζονται με τη διατροφή και την κατανάλωση λιπαρών τροφών πλούσιες σε ενέργεια, όπως τα κορεσμένα λίπη, τη ζάχαρη και το αλάτι, με χαμηλή περιεκτικότητα σε μη επεξεργασμένους υδατάνθρακες. Σε συνδυασμό με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, που σχετίζεται με την ταχύτατη αστικοποίηση, έχει παρατηρηθεί η αύξηση της εμφάνισης χρόνιων μη μεταδοτικών ασθενειών σχετικές με τη διατροφή. Σε πολλές χώρες οι οποίες υφίστανται αυτή τη μετάβαση, η παχυσαρκία και ο υποσιτισμός αποτελούν φαινόμενα σε διαφορετικές περιοχές του πλανήτη τα οποία δημιουργούν προβλήματα στην υγεία⁴¹.

Η μαζική βελτίωση στο μέσο όρο της κατανάλωσης τροφής (kcal/άτομο/ημέρα) στις αναπτυσσόμενες χώρες τις προηγούμενες τρεις δεκαετίες είναι προφανής. Τη δεκαετία του 1970, τα τρία τέταρτα του πληθυσμού από 2.6 δισεκατομμύρια ζούσαν με 2200kcal/άτομο/ημέρα. Η Ινδία και η Κίνα ανήκαν σε αυτές τις χώρες. Η κατάσταση αυτή άλλαξε δραστικά στο τέλος του αιώνα: μόνο το 12% από τον πληθυσμό των 4.7 δισεκατομμυρίων ζούσαν σε τέτοιες χώρες ενώ 50% του πληθυσμού σε χώρες με πάνω από 2.700kcal, από 4% τα προηγούμενα 30 χρόνια. Αυτή η πρόοδος στην κατανάλωση τροφής αφορά περισσότερο χώρες όπως την Ινδονησία, τη Βραζιλία, το Μεξικό και κυρίως τον Κίνα, και σε λιγότερο βαθμό την Νιγηρία, Ινδία, Αίγυπτο, Ιράν και άλλες³⁹.

Μόνο οι μισές από τις αναπτυσσόμενες χώρες είχαν στην διάθεση τους 50kg κρέατος ανά άτομο τρεις δεκαετίες πριν ενώ η πλειοψηφία του παγκόσμιου πληθυσμού (75% από Κίνα και Ινδία)

ζούσαν με την αναλογία των 10 kg ανά άτομο. Ακόμα και στην Κίνα η κατάσταση άλλαξε ριζικά στο τέλος του αιώνα όπου στην ίδια χώρα η αναλογία είναι 50kg ανά άτομο, γεγονός που δεν συνέβη στην Ινδία λόγω αποχής από την κατανάλωση κρέατος για θρησκευτικούς λόγους⁴².

Πολλές αλλαγές όμως πραγματοποιήθηκαν και σε μεμονωμένες χώρες. Για παράδειγμα, η κατανάλωση δημητριακών φτάνει τα 220-250kg/άτομο/έτος σε μερικές χώρες όπως η Αίγυπτος και το Μαρόκο ενώ σε άλλες όπως το Κονγκό και τη Ρουάντα η κατανάλωση είναι 40kg/άτομο/έτος όπου κύριες πηγές ενέργειας είναι οι ρίζες και οι κόνδυλοι. Η αύξηση αυτή φαίνεται ότι θα εξακολουθήσει. Όμως, οι μεταβολές αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η αύξηση του εισοδήματος παίζει σημαντικό ρόλο αλλά παράγοντες οικολογικοί, κοινωνικοί, θρησκευτικοί, δημογραφικοί, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την αστικοποίηση και την υγεία θα παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο³⁹.

Λαμβάνοντας υπόψη τις προοπτικές για την συνολική εξέλιξη, η οποία δεν είναι πολλά υποσχόμενη για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, και την παρουσία των παραγόντων που καθορίζουν τις διατροφικές αλλαγές, αναμένεται ότι οι χώρες θα εξακολουθήσουν να έχουν διαφορετικά διατροφικά προφίλ στο μέλλον, αν και οι διαφορές θα είναι λιγότερο έντονες από τις παρόντες. Σε ορισμένες χώρες, η πρόοδος δεν θα είναι επαρκής για να φέρει τα επίπεδα της αναμενόμενης κατανάλωσης ακόμα και σε διάστημα τριάντα ετών, έτσι ώστε να μειωθεί ο υποσιτισμός σε ανεκτά επίπεδα⁴³.

Μέσα από αυτή τη μετάβαση, οι χώρες που δεν θα διατρέχουν τον κίνδυνο έλλειψης τροφής, θα καλούνται να εντοπίσουν προβλήματα υγείας εφόσον ο επιπολασμός (prevalence) των χρόνιων μη μεταδιδόμενων ασθενειών που σχετίζονται με την διατροφή θα αυξηθεί ακόμα και πριν λυθούν τα προβλήματα που έχει προκαλέσει ο υποσιτισμός. Η προώθηση της Μεσογειακής διατροφής παρουσιάζεται να είναι η λύση για την άμβλυνση των ανεπιθύμητων συνεπειών της μετάβασης αυτής. Η αποτελεσματικότητα της Μεσογειακής διατροφής μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από τη διερεύνηση της στην περιοχή της Μεσογείου υπό συγκεκριμένες κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές και τις σχετικές αλλαγές με τη διατροφή τις τελευταίες δεκαετίες³⁹.

Η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή φαίνεται να μην είναι αποτελεσματική ακόμα και στον τόπο που «γεννήθηκε», την Ελλάδα. Με εξαίρεση την μεγάλη κατανάλωση του ελαιολάδου και

των φρέσκων λαχανικών και φρούτων, η κατανάλωση τροφής στην Ελλάδα έχει απομακρυνθεί κατά πολύ από το μοντέλο της Μεσογειακής διατροφής και θυμίζει τις διατροφικές συνήθειες στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Μεταβολές όπως η αστικοποίηση, το αυξημένο εισόδημα, τις αλλαγές στην βιομηχανία τροφίμων, η εξάπλωση των εστιατορίων γρήγορου φαγητού και η παγκοσμιοποίηση έχουν οδηγήσει στην αυξημένη κατανάλωση ζωικών προϊόντων, λιπιδίων διαφορετικών από αυτά του ελαιολάδου και σάκχαρων⁴⁴.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1960, η Ελλάδα είχε μέσο όρο κατανάλωσης 2900 kcal / άτομο/ημέρα με 29% να προέρχεται από λίπη (13% από ελαιόλαδο) και 43% από δημητριακά. Η κατανάλωση κρέατος ήταν 33kg/άτομο/έτος και η κατανάλωση ζάχαρης 18kg. Τρεις δεκαετίες αργότερα, η αναλογία kcal / άτομο/ημέρα έφτασε σε 3.700 και λίπη από 92 σε 152g/ημέρα δηλαδή το 36% των συνολικών θερμίδων (12% από το ελαιόλαδο). Η κατανάλωση κρέατος αυξήθηκε σε 88kg/άτομο/έτος και της ζάχαρης σε 32kg. Συνεπώς, η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες με υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας σε ευρωπαϊκό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο^{45,46}. Και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η κατάσταση είναι ίδια ειδικά σε Ισπανία και Ιταλία⁴⁷.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ένας μεγάλος αριθμός αναπτυσσόμενων χωρών μεταβάλλουν συνεχώς τις διατροφικές τους συνήθειες, γεγονός που θα βελτιώσει την ευημερία τους αλλά και θα αυξήσει τον κίνδυνο για την εμφάνιση χρόνιων μη μεταδιδόμενων ασθενειών που σχετίζονται με την διατροφή. Για αυτό το λόγο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προτείνει την *Παγκόσμια Στρατηγική στη Διατροφή, τη Φυσική Δραστηριότητα και Υγεία (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health)* η οποία αν εφαρμοστεί, μειώνει τις αρνητικές επιδράσεις των αλλαγών στη διατροφή αυξάνοντας τα οφέλη τους. Οι προτάσεις της στρατηγικής είναι βασισμένες στην Μεσογειακή διατροφή αυξάνοντας την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και την αντικατάσταση των μονοακόρεστων λιπαρών με άλλα λιπαρά⁴⁸.

Οι χώρες οι οποίες που εξάγουν μεσογειακά προϊόντα θα αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην παγκόσμια αγορά γεγονός που φαίνεται από την εκτεταμένη κατανάλωση ελαιολάδου και την αύξηση της εξαγωγής του σε χώρες που δεν έχουν παράδοση στην παραγωγή του όπως Βόρεια Αμερική, περιοχές της Ευρώπης μακριά από την λεκάνη της Μεσογείου, Ιαπωνία, Αυστραλία και Βραζιλία³⁹.

Η συνεχής ενημέρωση για το υψηλό κόστος που επιβάλλεται στις κοινωνίες από την εξάπλωση των ασθενειών σχετικές με τη διατροφή, αναφορικά με την ατομική πρόνοια υγείας και τις πιέσεις στα εθνικά συστήματα υγείας, αποτελεί αφορμή για την πρόταση στρατηγικών για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και για την αντιμετώπιση της πείνας και του υποσιτισμού στις χώρες με χαμηλά εισοδήματα προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση σε τροφή⁴⁹.

Η έννοια της προώθησης της Μεσογειακής διατροφής στηρίζεται όχι μόνο στα οφέλη σχετικά με την υγεία αλλά και στα οφέλη που εξασφαλίζει στην κοινωνία μέσα από τη διατήρηση του πολιτισμού, με την τοπική παραγωγή να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της, κατατάσσοντας την στην πρώτη θέση στις διατροφικές επιλογές³⁹

2.4 Η Μεσογειακή Διατροφή & οι Διατροφικές Συνήθειες Σήμερα

Παρά τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής, ακόμα και οι πληθυσμοί των μεσογειακών χωρών αλλάζουν τις διατροφικές μεσογειακές συνήθειες τους και περιλαμβάνουν στη διατροφή τους καθημερινά τροφές φτωχές σε θρεπτικά συστατικά όπως αναψυκτικά, γλυκά και αλμυρά σνακ και επεξεργασμένα είδη τροφής, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη βιταμινών Α και D σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμών⁵⁰.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανόμενης και της Ελλάδας, έχει δημοσιεύσει διατροφικές κατευθυντήριες γραμμές για τους πολίτες, οποίες έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά, όπως την αυξημένη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, και την μείωση της πρόσληψης λίπους και ειδικά του κορεσμένου λίπους, την αντικατάσταση του κόκκινου κρέατος με πουλερικά και ψάρι, την περιορισμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, σακχάρων και αλατιού αλλά και αλκοόλ⁵¹.

Στην Ελλάδα, οι διατροφικές κατευθυντήριες γραμμές δόθηκαν από το Υπουργείο Υγείας το 1999 και παραδόθηκαν στο κοινό με τη μορφή διατροφικής πυραμίδας που βασίζονται στο μοντέλο της Μεσογειακής διατροφής⁵².

Παρόλα αυτά, τα τελευταία σαράντα έτη, έχει επικρατήσει η άποψη ότι έχουν γίνει πολλές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων ανάμοιες με αυτές των προγόνων τους. Επιπλέον, πολλοί μελετητές έχουν σχετίσει τις αλλαγές αυτές με την αύξηση της εμφάνισης πολλών ασθενειών, όπως τις καρδιαγγειακές ασθένειες, την υπέρταση, το διαβήτη, την παχυσαρκία και ορισμένους τύπους καρκίνου⁵³.

Η επιδημιολογική μελέτη ATTICA⁵¹ πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αττικής για ένα περίπου έτος. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν από ειδικούς (καρδιολόγους, γενικούς παθολόγους, διαιτολόγους και νοσηλευτές) και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων και εργαστηριακών εξετάσεων. Οι συμμετέχοντες ήταν υγιείς και υιοθέτησαν το παρακάτω διαιτολόγιο.

- Καθημερινή κατανάλωση : δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο, 2 μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων.
- Εβδομαδιαία κατανάλωση: ψάρι, πουλερικά, πατάτες, ελιές, ξηρούς καρπούς, αβγά και γλυκά σε 3μερίδες/εβδομάδα.
- Μηνιαία κατανάλωση: κόκκινου κρέατος και συναφών προϊόντων.

Επίσης, προτάθηκε η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ, ειδικά κρασί, και μέτρια κατανάλωση λίπους. Σε συνδυασμό με τις παραπάνω επιλογές οι μελετητές υπολόγισαν μια διαιτητική κλίμακα η οποία αξιολόγησε την προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή για κάθε συμμετέχοντα.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η κατανάλωση του κόκκινου κρέατος ήταν αυξημένη καθώς και η ποιότητα γλυκών. Η κατανάλωση υδατανθράκων και λαχανικών ήταν χαμηλή. Τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι όμοια με τις μελέτες EPIC και 7 Countries Study⁵⁴.

Μια ακόμα πιο πρόσφατη μελέτη παρουσιάζει παρόμοια ευρήματα. Η μελέτη από τους Tourlouki και συνεργάτες (2013) σε πληθυσμούς των 12 νησιών της Μεσόγειου με στόχο την διερεύνηση των διατροφικών τους συνηθειών σε άνδρες και γυναίκες μέχρι 65 ετών. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι καθημερινές διατροφικές συνήθειες των κατοίκων των συγκεκριμένων περιοχών δεν περιείχαν την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και πράσινων τροφών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κάτοικοι της περιοχής της Κρήτης εμφάνισαν τη συχνότερη

κατανάλωση γρήγορου φαγητού και γλυκισμάτων. Η Μάλτα είχε την χαμηλότερη κατανάλωση σε ψάρι και λαχανικά⁵⁵.

2.5 Μεσογειακή Διατροφή & Θνησιμότητα

Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με την Μεσογειακή διατροφή και τον δείκτη θνησιμότητας (Mortality Rate) αναφορικά με πολλές ασθένειες που σχετίζονται με την διατροφή.

Το 2009 η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Trichopoulos και συνεργάτες, με τίτλο, «*Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study*» διερεύνησε την συσχέτιση του χαμηλού δείκτη θνησιμότητας (Mortality Rate) και της Μεσογειακής διατροφής σε ηλικιωμένους πολίτες ευρωπαϊκών χωρών. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με το χαμηλό δείκτη θνησιμότητας (Mortality Rate) ειδικά σε χώρες όπως η Ισπανία και η Ελλάδα⁵⁶.

Μια άλλη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία το 2000 με τίτλο «*Mediterranean diet and age with respect to overall survival in institutionalized, nonsmoking elderly people*» είχε ως στόχο να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της Μεσογειακής διατροφής και της ηλικίας σε σχέση με την θνησιμότητα σε σχέση με άλλες μεταβλητές όπως το φύλο, ο ΔΜΣ, τη φυσική δραστηριότητα, την αυτό-αξιολόγηση της υγείας και τη διατροφή.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 161 άτομα μη-καπνιστές κάτοικοι της Ισπανίας. Στη μελέτη, η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται άμεσα με την μείωση της θνησιμότητας σε συμμετέχοντες κάτω των 80 ετών⁵⁷.

Η μελέτη που διεξήχθη το 2004 από τον Knoops και συνεργάτες με τίτλο «*Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE Project*» στόχευε στην διερεύνηση στην επίδραση της Μεσογειακής διατροφής, σε συνδυασμό με την φυσική άσκηση, την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, την αποχή από το κάπνισμα και την επίδραση όλων αυτών στην θνησιμότητα σε άτομα της τρίτης ηλικίας στην Ευρώπη.

Η μελέτη (The Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe - HALE) περιείχε άτομα από την *Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerned Action –SENECA* και τη μελέτη *the Finland, Italy, the Netherlands, Elderly (FINE)*. Στο σύνολο, οι συμμετέχοντες ήταν 1507 υγιείς άνδρες και 832 γυναίκες, ηλικίας 70 έως 90 ετών σε 11 ευρωπαϊκές χώρες για τα έτη 1988 έως 2000. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής και ενός υγιεινού τρόπου ζωής μειώνουν το δείκτη θνησιμότητας (Mortality Rate) κατά 50%⁵⁸.

Μια σχετικά πιο πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 από τους Sjogren και συνεργάτες με τίτλο «*Mediterranean and carbohydrate-restricted diets and mortality among elderly men: a cohort study in Sweden*» διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και των συστάσεων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που βασίζεται στην Μεσογειακή διατροφή, στη διατροφή με περιορισμών πρόσληψη υδατανθράκων (carbohydrate-restricted -CR) και στον Δείκτη Υγιεινής Διατροφής (Healthy Diet Indicator - HDI), σε ανδρικό πληθυσμό στη Σουηδία.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι ο δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας αυξήθηκαν με την υιοθέτηση της διατροφής περιορισμένης σε πρόσληψη υδατανθράκων⁵⁹.

Αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν διερεύνησαν την συσχέτιση της Μεσογειακής διατροφής και της θνησιμότητας από καρδιοαγγειακές παθήσεις. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη με τίτλο «*Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study*» από τους Psaltopoulou και συνεργάτες το 2004 διερεύνησε την επίδραση της Μεσογειακής διατροφής και ειδικά της κατανάλωσης ελαιολάδου για την μείωση της αρτηριακής πίεσης και της θνησιμότητας από αυτή. Στη μελέτη, λήφθηκαν υπόψη, εκτός από τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης των συμμετεχόντων και ο τρόπος ζωής όπως και η γενική κλινική τους κατάσταση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται αντίστροφα με την συστολική και την διαστολική πίεση λόγω της κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων. Σε όλους τους συμμετέχοντες, η κατανάλωση ελαιολάδου και λαχανικών είχε ευεργετικά αποτελέσματα στην αρτηριακή πίεση του πληθυσμού που εξετάστηκε⁶⁰.

Η μελέτη με τίτλο «*The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease*» η οποία πραγματοποιήθηκε το 2014 από τους Lopez-Garcia και συνεργάτες είχε στόχο να αξιολογήσει την σχέση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και της θνησιμότητας από καρκίνο και καρδιαγγειακές ασθένειες σε γυναίκες και άνδρες με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Αυτή η μελέτη συμπεριέλαβε 6.137 άνδρες και 11.278 γυναίκες με έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, στηθάγχη, by-pass, και στεφανιαία αγγειοπλαστική. Η διατροφή για πρώτη φορά αξιολογήθηκε το 1986 για τους άνδρες και το 1980 για τις γυναίκες με ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ). Στη συνέχεια, η διατροφή αξιολογήθηκε ανά δύο με τέσσερα έτη. Η συνολική κατανάλωση υπολογίστηκε με όλα τα διαθέσιμα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια και τη διάγνωση των νοσημάτων στο τέλος της διαδικασίας το 2008. Το συμπέρασμα της παραπάνω έρευνας έδειξε ότι η μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με το χαμηλό δείκτη θνησιμότητας⁶¹.

Μια μελέτη που διεξήχθη το 2005 από τους Trichopoulou, Bamia και Trichopoulos, με τίτλο «*Mediterranean Diet and Survival Among Patients With Coronary Heart Disease in Greece*» με στόχο να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή και την επιβίωση των ατόμων με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο σε πληθυσμό 1302 Ελλήνων και Ελληνίδων. Πληροφορίες σχετικά με την συνηθισμένη πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους καταγράφηκε μέσα από ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε κατά 31% χωρίς να αναγνωρίζονται συγκεκριμένες τροφές ως υπεύθυνες για αυτό το αποτέλεσμα²⁸.

Μια άλλη πρόσφατη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε το 2013 από Tognon και συνεργάτες με

τίτλο «*The Mediterranean diet in relation to mortality and CVD: a Danish cohort study*» είχε στόχο να καθορίσει αν η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με την μείωση της συνολικής θνησιμότητας, τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων, και τη θνησιμότητα από τις ασθένειες αυτές σε πληθυσμό της Δανίας. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε 1849 άνδρες και γυναίκες που επιλέχθηκαν ως δείγμα το 1982-83 για την δανέζικη μελέτη MONICA (MONItoring trends and determinants of Cardiovascular disease), των οποίων η διατροφή αξιολογήθηκε από έγκυρη κλίμακα τροφίμων 7d.

Η τήρηση του Μεσογειακού τρόπου διατροφής υπολογίστηκε με τρεις διαφορετικές βαθμολογίες: μια βασισμένη σε κατάταξη με εξαίρεση τα συστατικά από διάφορα πιάτα και συνταγές, άλλη βασίζεται στην κατάταξη συμπεριλαμβανομένων των συστατικών και τρίτη η τελευταία βασίζεται σε μια παραλλαγή του τελευταίου, όπως κρασί αντί της πρόσληψης αλκοόλ. Στη μελέτη, η Μεσογειακή διατροφή παρουσιάστηκε να σχετίζεται αντίθετα με την συνολική θνησιμότητα και την θνησιμότητα από καρδιαγγειακές νόσους αλλά όχι με τη συχνότητα εγκεφαλικού επεισοδίου.

Το 2007 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη στα πλαίσια της EPIC Study με τίτλο «*Modified Mediterranean diet and survival after myocardial infarction: the EPIC-Elderly study*» από τους Trichoroulou και συνεργάτες. Σύμφωνα με την μελέτη, η Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με την χαμηλότερη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου και δυο τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξαν ότι η Μεσογειακή διατροφή μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Αυτές οι μελέτες, όμως, στηρίχθηκαν σε ένα σύνολο 100 θανάτων και αξιολόγησαν δίαιτες σε κλινικό περιβάλλον. Αξιολογήθηκε η συσχέτιση της τήρησης της τροποποιημένης Μεσογειακής διατροφής, όπου τα ακόρεστα αντικαταστάθηκαν με μονοακόρεστα, με την επιβίωση ατόμων στην τρίτη ηλικία που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μέσα από τη μελέτη «European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (EPIC) study». Η τήρηση της τροποποιημένης Μεσογειακής διατροφής αξιολογήθηκε με μια κλίμακα δέκα μονάδων²⁸.

Η αυξημένη τήρηση της τροποποιημένης Μεσογειακής διατροφής κατά δύο μονάδες συσχετίστηκε με 18% χαμηλότερη συνολική συχνότητα θνησιμότητας. Δεν υπήρχε σημαντική ετερογένεια από το φύλο, την ηλικία κατά την συμμετοχή, τη χώρα, παρόλο που η συσχέτιση είχε την τάση να είναι λιγότερο εμφανής στους βόρειο-ευρωπαίους. Οι συσχετίσεις μεταξύ ομάδων τροφής και της θνησιμότητας ήταν σχεδόν ανύπαρκτες. Σύμφωνα με την μελέτη, ένας

τρόπος διατροφής εμπνευσμένος από τη Μεσογειακή διατροφή που θα μπορούσε εύκολα να υιοθετηθεί από τους δυτικούς πληθυσμούς σχετίζεται με την σημαντική μείωση της συνολικής θνησιμότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί και η συμβολή της Μεσογειακής διατροφής σε μια άλλη πολύ συχνή νόσο, τη νόσο Alzheimer. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2007 από τους Scarmeia και συνεργάτες με τίτλο «*Mediterranean diet and Alzheimer disease mortality*» με στόχο την διερεύνηση της συσχέτισης της Μεσογειακής διατροφής και την θνησιμότητα των ατόμων με Alzheimer.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής δεν επηρεάζει θετικά μόνο τον κίνδυνο για τη νόσο Alzheimer αλλά και για την εξέλιξη της. Η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής σχετίζεται και με το χαμηλό δείκτη θνησιμότητας (mortality rate).

2.7 Η Μεσογειακή Διατροφή & κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και έχει διαπιστωθεί ότι είναι υπεύθυνο για ένα δισεκατομμύριο πρόωρους θανάτους στον αιώνα που διανύουμε ενώ παράλληλα το παθητικό κάπνισμα είναι μια εξίσου σημαντική απειλή για την δημόσια υγεία λόγω των καρκινογόνων ουσιών, των τοξινών και χημικών ουσιών⁶³. Έχει εκτιμηθεί ότι τουλάχιστον ένα δισεκατομμύριο ενήλικες είναι καπνιστές παγκοσμίως και τουλάχιστον 700 εκατομμύρια παιδιά είναι παθητικοί καπνιστές⁶⁴. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα θεωρείται ότι σχετίζεται με την αύξηση της συχνότητας των ασθενειών στα παιδιά και στους ενήλικες όπως το άσθμα, την ωτίτιδα, το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου στα νεογνά, τη δυσλειτουργία των αγγείων καθώς αυξάνει επίσης την προδιάθεση για καρδιαγγειακές ασθένειες και καρκίνο⁶⁵. Παρά το γεγονός ότι οι καρδιαγγειακές ασθένειες και οι χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων είναι το αποτέλεσμα μακροπρόθεσμων διαδικασιών, πρόσφατα στοιχεία έχουν δείξει ότι ακόμα και η σύντομη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα παρουσιάζεται να αυξάνει την πιθανότητα ενεργοποίησης των μηχανισμών που συμβάλουν στην αύξηση της πιθανότητας αυτής^{66, 67}.

Πιο συγκεκριμένα, το κάπνισμα μειώνει τα επίπεδα των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL) και αλλάζει τις αναλογίες μεταξύ των HDL και των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL), των HDL και των τριγλυκεριδίων (TG) και των HDL και των επιπέδων χοληστερίνης⁶⁸ (Bloomer, 2007). Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει καταγραφεί υπεροξείδωση των λιπιδίων σε πληθυσμούς νεαρών καπνιστών ακόμα και μετά τον έλεγχο της διατροφής τους ως αξιόπιστη ένδειξη του επιπέδου καπνίσματος⁶⁹.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω στοιχεία, έχει αποδειχθεί ότι η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής έχει ευεργετικές συνέπειες στα επίπεδα των οξειδωμένων LDL, το οποίο αποτελεί παράγοντα εξισορρόπησης των οξειδωμένων μορίων LDL που προκαλείται με την έκθεση στο κάπνισμα⁷⁰. Επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία έχουν αποδείξει ότι οι διατροφικές συνήθειες είναι σημαντικός παράγοντας της κυκλοφορίας των λιπιδίων⁷¹. Οι διαφορές στην πρόσληψη λιπαρών τροφών είναι προφανής όταν συγκρίνεται η Μεσογειακή διατροφή με έναν πιο Δυτικό τρόπο διατροφής. Παρόλο που το ποσοστό λίπους είναι παρόμοιο και στις δυο περιπτώσεις, διαφοροποιείται δραματικά σε σχέση με την ποιότητα, καθώς ο Μεσογειακός τρόπος διατροφής είναι πλούσιος σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα αλλά περιέχει χαμηλό αριθμό κορεσμένων λιπαρών με αποτέλεσμα να μειώνονται τα LDL αυξάνοντας τον αριθμό των λιπιδίων HDL⁵⁴.

Πολλές μελέτες, όπως η *Lyon Secondary Prevention Heart Study* σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, έχουν δείξει ότι η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής ήταν πιο ευεργετική, ως μέσο πρόληψης σε σύγκριση με τον τρόπο διατροφής που συστήνεται από American Heart Association και άλλες παρεμβάσεις⁷². Επιπλέον, το ελαιόλαδο είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, όπως αποδεικνύεται σε πολλές μελέτες^{53,73,23}, παίζει σημαντικό ρόλο στο Μεσογειακό τρόπο διατροφής όπου συμβάλει στην αύξηση των επιπέδων HDL.

Έχει επίσης αναφερθεί ότι ένας σημαντικός ρόλος της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής της Κρήτης σχετίζεται με την αναλογία ωμέγα-6/ωμέγα-3 λιπαρών οξέων σε 2-1:1⁷⁴, σε αντίθεση με την αναλογία σε δυτικούς πολιτισμούς όπου η αντίστοιχη αναλογία ω-6 / ω-3 είναι 15 για τη βόρεια Ευρώπη και 17 για τις ΗΠΑ⁷⁵. Τα ω-3 λιπαρά οξέα σχετίζονται με την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης υπέρτασης και της χαμηλής συστολικής πίεσης^{76,77}. Αυτές οι θετικές συνέπειες παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία συγκεκριμένων μηχανισμών, όπως η διαφοροποίηση της σύνθεσης και της λειτουργίας της κυτταρικής μεμβράνης, καθώς επίσης

συμβάλλουν και στην ταχύτητα αγωγής των νεύρων εξαιτίας της ενσωμάτωσης των ω-6 λιπαρών οξέων στην μεμβράνη των φωσφολιπιδίων⁷⁷.

Επιπλέον, η Μεσογειακή διατροφή της Κρήτης είναι πλούσια σε άγρια πράσινα χορταρικά τα οποία είναι βασική πηγή ω-3 λιπαρών οξέων και αντιοξειδωτικών^{78,79} τα οποία καταναλώνονται ευρέως κατά τη διάρκεια των νηστειών. Αυτή η περιοδική χορτοφαγική διατροφή παρατηρείται σε μια διάρκεια 180 ημερών νηστείας της Ελληνικής Ορθόδοξης Εκκλησίας η οποία έχει ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του προφίλ των λιπιδίων καθώς οι πιστοί καταγράφονται να έχουν λιγότερη πρόσληψη χοληστερόλης, συνολικού και κορεσμένου λίπους, πρωτεϊνών και ασβεστίου και υψηλότερη κατανάλωση φυτικών ινών, φυλλικού οξέος, σίδηρου και υδατανθράκων κατά τη διάρκεια της νηστείας σε σύγκριση με της περιόδους μη νηστείας⁸⁰.

Η συχνή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών οδηγεί στην αύξηση της πρόσληψης βιταμινών και αντιοξειδωτικών με επιπλέον προστατευτικές ιδιότητες. Τα οφέλη στην ανθρώπινη υγεία από τα αυξημένα επίπεδα αντιοξειδωτικών βιταμινών όπως η βιταμίνη C και η βίτα-καροτίνη, οι οποίες αναστέλλουν την οξειδωτική διαδικασία της LDL χοληστερόλης, διατηρούν την ενδοθηλιακή λειτουργία και εμποδίζουν την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρωσης και των καρδιοπαθειών⁸¹.

Τοξικολογικά και επιδημιολογικά στοιχεία υποστηρίζουν το γεγονός ότι η πρόσληψη λιπαρών οξέων μπορεί να μεταβάλει την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου σε πληθυσμούς που υιοθετούν την Μεσογειακή διατροφή^{74,82}. Τα ω-6 λιπαρά οξέα έχουν αποδειχτεί ότι κατέχουν ογκοκατασταλτικές ιδιότητες, όταν προσλαμβάνονται στην συνιστώμενη ποσότητα, ειδικά στις περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη, τον καρκίνο του στήθους και τον καρκίνο στο πάγκρεας^{83,84}. Επιπροσθέτως, τα ω-3 λιπαρά οξέα έχουν βρεθεί, σε δείγμα τρωκτικών, να μειώνουν την ανάπτυξη διαφόρων τύπου καρκίνου, όπως τον καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου, του στήθους και του προστάτη⁸⁵. Επιδημιολογικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η Μεσογειακή διατροφή έχει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη των αδενωμάτων του παχέος εντέρου σε πληθυσμό καπνιστών⁸⁶.

Η κατανάλωση κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, η οποία μειώνεται σε πληθυσμούς που υιοθετούν την Μεσογειακή διατροφή, φαίνεται να μην σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων. Αντίθετα, παρουσιάζεται να σχετίζεται έντονα με την ανάπτυξη

αδενο-καρκινωμάτων και καρκινωμάτων πλακωδών κυττάρων σε μη καπνιστές και καπνιστές⁸⁷. Αντιθέτως, έχει παρατηρηθεί μια διαφορετική αλληλεπίδραση μεταξύ των καπνιστών και μη καπνιστών σχετικά με τον ρόλο των φλαβονοειδών που σχετίζεται με τον καρκίνο του πνεύμονα σε καπνιστές αλλά όχι στους μη καπνιστές γεγονός το οποίο δείχνει τον προστατευτικό ρόλο τους κατά του καπνίσματος⁸⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ (MEDIS –STUDY)

3.1 Τα Μυστικά της Μακροζωίας των Κατοίκων των Νησιωτικών περιοχών

Είναι πλέον προφανές από πολλές κοινωνικο-δημογραφικές μελέτες ότι μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού μπορεί και επιβιώνει μέχρι και σε μεγάλη ηλικία δηλαδή πάνω από την εβδομηκοστή δεκαετία της ζωής τους. Ωστόσο, οι παράγοντες οι οποίοι προωθούν την επιβίωση και μετά την εβδομηκοστή ή ογδοηκοστή δεκαετία της ζωής των ατόμων παραμένουν ακόμα άγνωστοι. Συνεπώς, τίθεται το ερώτημα πως σχετικά με το ποιά είναι η φόρμουλα που επιτρέπει σε μερικούς ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς και πως εξασφαλίζουν την ευημερία και το μεγάλο προσδόκιμο ζωής. Βασικοί παράγοντες αποτελούν τα επιτεύγματα της ιατρικής τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της θνησιμότητας κατά τη γέννηση και η βελτίωση της διατροφής^{89,90}.

Είναι ξεκάθαρο ότι η μακροζωία είναι ένα φαινόμενο που καθορίζεται από πολλούς άμεσους παράγοντες όπως ο ύπνος, η συνήθεια του καπνίσματος, η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή αλλά και από έμμεσους παράγοντες όπως οι γνωστικοί και οι ψυχολογικοί⁹¹. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν φέρει στο φως στοιχεία τα οποία απαντούν στο ερώτημα για την μακροζωία και τους παράγοντες που επηρεάζουν. Για παράδειγμα στην μελέτη των Trichoroulou και συνεργατών⁹² (1995), οι επιδράσεις της Μεσογειακής διατροφής στην υγεία και στην επιβίωση 182 ηλικιωμένων από τρία ελληνικά χωριά στην οποία καταγράφηκε μείωση

στη συνολική θνησιμότητα σε ποσοστό 17% . Τα αποτελέσματα της μελέτης EPIC έδειξαν ότι η τροποποιημένη μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με την αύξηση της μακροζωίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό⁹³ .Μια ακόμα πιο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η μακροζωία σχετίζεται άμεσα με την σωματική δραστηριότητα και την συναισθηματική σταθερότητα καθώς επίσης αποτελεί προϊόν διάδρασης μεταξύ των φυσικών, κοινωνικών, συμπεριφορικών και δημογραφικών παραγόντων^{94,95} .

Με δεδομένο ότι το ζήτημα της μακροζωίας είναι αρκετά περίπλοκο θα πρέπει να μελετηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων και στην έκταση που οι παράγοντες αυτοί εμπλέκονται ως αιτίες και τρόποι πρόληψης των γηρατειών. Η μελέτη των Tourlouki και συνεργατών (2009)⁸⁹ διερευνά και αξιολογεί διάφορα κοινωνικό-δημογραφικά, ψυχολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής πληθυσμών νησιών της Κύπρου, της Μυτιλήνης, της Ζακύνθου, της Σαμοθράκης, της Λήμνου και των νησιών του Ιονίου σε πληθυσμό από 65 ετών και άνω, τονίζοντας παράλληλα την έννοια της μακροζωίας σε συγκεκριμένο ευρωπαϊκό πληθυσμό.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση γενετικών, περιβαλλοντικών, συμπεριφορικών και κλινικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν τη διάρκεια ζωής των πληθυσμών. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη δεν μπορεί πλήρως να εξηγήσει ποιοι παράγοντες είναι οι πιο σημαντικοί για την μακροζωία και την καλή υγεία των ανθρώπων στην περιοχή της Μεσογείου. Όμως παράγοντες όπως ο μεσημεριανός ύπνος, η διακοπή του καπνίσματος, η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι καταλυτικοί παράγοντες στην μακροζωία.

3.2 Κοινωνική & Οικονομική Κατάσταση, Τόπος Διαμονής & Διατροφικής Συνήθειες Κατοίκων των Νησιωτικών Περιοχών

Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, όπως ορίζεται από την έρευνα, την εκπαίδευση και το εισόδημα, έχει συσχετιστεί με τον βαθμό θνησιμότητας σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ασθένειες και ειδικά τις χρόνιες, γεγονός που έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με ανώτερο κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο έχουν καλύτερη υγεία⁹⁶. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία που τονίζουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης και της υγείας επηρεάζει όλα τα επίπεδα της κοινωνική και οικονομικής ιεραρχίας⁹⁷ .

Στις δυτικές κοινωνίες, οι καρδιαγγειακές ασθένειες έχει βρεθεί να είναι πιο συχνές σε πληθυσμούς με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο μετά τα μέσα του 20^{ου} αιώνα και αυτή η τάση αφορά την εμφάνιση της παχυσαρκίας, του διαβήτη, του εμφράγματος, του μεταβολικού συνδρόμου, της οστεοπόρωσης και μορφών καρκίνου^{98,99,100}.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα της διατροφής φαίνεται να εξαρτάται από κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, όπως το επάγγελμα, το εισόδημα και την εκπαίδευση^{101, 102,103}. Στις ανεπτυγμένες χώρες, πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο χαρακτηρίζεται από μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με το ανώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Αντίστοιχα, πολλές μελέτες στην περιοχή της Μεσογείου έχουν δείξει χαμηλά επίπεδα προσκόλλησης στη Μεσογειακή διαίτα στα άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, τα άτομα με ανώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο φαίνονται να καταναλώνουν άπαχο κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα και λαχανικά καθώς και φυτικές ίνες αλλά τα στοιχεία θεωρούνται ακόμα ελλιπή σε άλλες περιοχές και ειδικά για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων¹⁰⁴.

Στην μελέτη των Katsarou¹⁰⁵ και συνεργατών (2009) αποδείχθηκε ότι οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν στα ανατολικά νησιά της Μεσογείου με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο, καπνίζοντας σε αστικές περιοχές παρουσιάζουν λιγότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διατροφικές συνήθειες δεν φαίνονται να διαφοροποιούνται σύμφωνα με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των συμμετεχόντων με εξαίρεση την επιλογή του ψαριού και των λαχανικών. Επίσης, η υγεία τους επηρεάζεται από χρόνιες καρδιαγγειακές ασθένειες υπέρταση και διαβήτη.

Επίσης, η χαμηλή προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή οφείλεται και σε άλλους παράγοντες αναφορικά με τις ομάδες με μεσαίο και χαμηλό κοινωνικό υπόβαθρο όπως την χαμηλή αγοραστική ικανότητα των ηλικιωμένων σχετικά με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ψαριών. Αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των προϊόντων αν αυτά δεν είναι διαθέσιμα στις σχετικές περιοχές ή δεν καλλιεργούνται από τους ίδιους τους καταναλωτές. Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής παρουσιάζεται να βρίσκεται σε μεσαία επίπεδα άσχετα από το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο των ατόμων στο

δείγμα. Ωστόσο, σε σύγκριση με παλαιότερες μελέτες, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι τα άτομα που ζουν στα ελληνικά νησιά και στην Κύπρο υιοθετούν περισσότερο τη Μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με τα άτομα στη μέση ηλικία (μέσο όρο τα 50 έτη) που ζουν στην πρωτεύουσα⁹⁸.

Η διατροφή και οι διατροφικές συνήθειες εμφανίζονται να έχουν μια περίπλοκη σχέση με την γνωστική λειτουργία και τη μάθηση και ανάμεσα στις εκπαιδευτικές παραμέτρους οι οποίες επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες ακόμα και στην τρίτη ηλικία είναι η έλλειψη γνώσεων σχετικά με την διατροφή. Επίσης, το γεγονός ότι τα άτομα δεν δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την λήψη προληπτικών μέτρων αναφορικά με τη διατροφή, την έλλειψη γνώσεων και ενδιαφέροντος για την παρασκευή φαγητού καθώς επίσης και η λανθασμένη αντίληψη για το σωστό σωματικό βάρος αποτελούν παράγοντες κακών διατροφικών συνηθειών¹⁰¹.

Είναι λοιπόν σαφές ότι το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο σχετίζεται με υψηλά ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου. Σαφώς όμως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η παρουσία κλινικών καταστάσεων όπως η υπέρταση και ο διαβήτης και ειδικά όταν σε αυτές τις κλινικές καταστάσεις δίνεται προτεραιότητα στην αντιμετώπισή τους από τα ηλικιωμένα άτομα συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών προτάσεων. Μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο είναι το επάγγελμα αλλά θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η αναφορά του επαγγέλματος στα ηλικιωμένα άτομα σχετίζεται με τις επαγγελματικές του δεξιότητες¹⁰⁵.

3.3 Ο Ρόλος των Διατροφικών Συνηθειών

3.3.1 Κατανάλωση Ψαριών & Συχνότητα Ασθενειών

Η κατάθλιψη είναι μια πολύ συχνή ψυχική διαταραχή που αφορά το γενικό πληθυσμό και αποτελεί ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο επειδή σχετίζεται με δυσλειτουργίες του ατόμου στην καθημερινή ζωή, κακή συμμόρφωση με οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία ή παρεμβάσεις για την βελτίωση του τρόπου ζωής. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ως και 20% του γενικού πληθυσμού έχει νοσήσει από ήπια ή βαριά κατάθλιψη με ποσοστό 5% να ανήκει στην δεύτερη κατηγορία¹⁰⁶.

Ωστόσο, ο επιπολασμός της κατάθλιψης ποικίλει από χώρα σε χώρα παρόλο που μεγάλη συχνότητα περιστατικών καταγράφονται σε μεσήλικες και ηλικιωμένους σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς και στον ελληνικό πληθυσμό¹⁰⁷. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ενώ μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι έφηβοι και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ενήλικες. Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση της μακροζωίας σε όλο τον κόσμο, ο αριθμός των ηλικιωμένων σε κατάθλιψη αναμένονται να φτάνουν σε ανησυχητικές τιμές τα επόμενα χρόνια¹⁰⁸.

Πολλά μέτρα πρόληψης έχουν προταθεί τα προηγούμενα έτη όπως η κοινωνική στήριξη, η διαβίωση εκπαίδευση, και οι διατροφικές παρεμβάσεις. Αναφορικά με τον τρόπο διατροφής, η συμβολή των ωμέγα-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα στην εξέλιξη και στην διαχείριση της κατάθλιψης σε μεσήλικες έχει αναφερθεί σε αρκετές μελέτες. Ωστόσο, τα στοιχεία για τους ενήλικες σε μεγαλύτερη ηλικία είναι περιορισμένα^{109, 110}.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι ένα σημαντικό συστατικό της υγιεινής διατροφής είναι το ψάρι. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, πολλές επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμές έχουν αποδείξει τις ωφέλιμες επιδράσεις της κατανάλωσης ψαριού στην πρόληψη των μη μεταδιδόμενων ασθενειών όπως οι καρδιο-αγγειολογικές, νευρολογικές και ανοσολογικές παθήσεις, στο διαβήτη και τον καρκίνο^{51,111}.

Πιο συγκεκριμένα, έχει συσχετιστεί η μείωση των καρδιαγγειακών παθήσεων, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της κατάθλιψης με την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων. Επίσης, υπάρχει εξαιρετικό ενδιαφέρον στην χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων ωμέγα -3 λιπαρών οξέων σε άλλες ψυχιατρικές νόσους καθώς και για την πρόληψη της νόσου Alzheimer. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ορισμένα στοιχεία σχετικά με την έλλειψη σε ωμέγα-3 και τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, τα στοιχεία αυτά θεωρούνται περιορισμένα για τα ηλικιωμένα άτομα¹¹².

Η μελέτη που διεξήχθη το 2009 από την Bountziouka και συνεργάτες¹¹³ στα πλαίσια της μελέτης MEDIS σε δείγμα ηλικιωμένων ατόμων στα ελληνικά νησιά και την Κύπρο ρίχνει φως στην παραπάνω διαπίστωση. Στο τυχαίο δείγμα της παρούσας έρευνας συμμετείχαν άτομα ηλικίας από 65 έως 85+ ετών και από τα δύο φύλα χωρίς να πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα επίπεδα κατάθλιψης στο δείγμα μετρήθηκαν με την κλίμακα Geriatric Depression Scale (GDS) σε συντομευμένη μορφή. Για να εξασφαλίσουν πιο σίγουρα αποτελέσματα, οι ερευνητές έθεσαν

ερωτήματα σε οικεία πρόσωπα των συμμετεχόντων σχετικά με την ψυχολογική τους κατάσταση. Πέρα όμως από την ψυχολογική κατάσταση του δείγματος λήφθηκε υπόψη το οικονομικό επίπεδο των συμμετεχόντων, η τρόπος ζωής τους αναφορικά με την σωματική του άσκηση, το γεγονός αν είναι καπνιστές καθώς και η συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών και ποτών όπως ψάρι, κρέας, φρούτα, καφές τσάι κλπ.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα ηλικιωμένα άτομα του δείγματος – άνδρες και γυναίκες- παρουσίασαν ήπια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό περίπου 70%. Ένας μεγάλος αριθμός διατροφικών συνηθειών αξιολογήθηκαν και ένα από τα κυριότερα ευρήματα είναι ότι η μεγαλύτερη πρόσληψη ψαριών καταγράφηκε σε άτομα χωρίς (ή πολύ ελάχιστα) συμπτώματα κατάθλιψης. Και τα δυο φύλα παρουσιάζονται να καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες ψαριού με τους άνδρες να καταναλώνουν συχνότερα ψάρια και θαλασσινά.

Η μελέτη που διεξήχθη το 2007 από τον Panagiotakos¹¹⁴ και συνεργάτες εστίασε στη μακροχρόνια κατανάλωση ψαριών και στην επίδραση της σχετικά με την βελτίωση του λιπιδικού προφίλ και των επιπέδων της γλυκόζης σε ηλικιωμένα άτομα στα πλαίσια της έρευνας MEDIS. Στη μελέτη αυτή συμμετείχε ένα δείγμα 300 ατόμων, άνδρες και γυναίκες, από την Κύπρο τη Μυτιλήνη και τη Σαμοθράκη. Στο συγκεκριμένο δείγμα, μετρήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες και τα επίπεδα γλυκόζης, αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων. Εξήντα ένα τις εκατό από τους συμμετέχοντες κατεγράφησαν να καταναλώνουν ψάρι περίπου μια φορά την εβδομάδα για μια περίοδο κατά μέσο όρο τριάντα ετών.

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η αυξημένη κατανάλωση ψαριού σχετίζεται με την μείωση της συστολικής πίεσης, της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και την μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα ενώ η κατανάλωση ψαριού παρουσιάζεται να μην επηρεάζει τη διαστολική πίεση, την HDL και την LDL χοληστερίνη. Επίσης, τα άτομα τα οποία καταναλώνουν συχνά ψαριά είναι πιο δραστήρια αλλά με τις ίδιες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές και παχύσαρκοι. Το γεγονός της εμφάνισης της παχυσαρκίας, παρά την κατανάλωση ψαριών, εξηγείται από τους ερευνητές λόγω της μεγάλης ποσότητας ελαιολάδου που χρησιμοποιείται και λόγω της περιορισμένης κατανάλωσης φρούτων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι θετικά σχετικά με την κατανάλωση ψαριών και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας, οι ερευνητές

τονίζουν ότι θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών λόγω της περιεκτικότητας τους σε τοξίνες και ότι θα πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες που έχουν δοθεί από το US Food and Drug Administration, Center for Food Safety and Applied Nutrition, Office of Seafood.

3.3.2 Κατανάλωση Κρέατος και η Επίδραση της

Η πρόσληψη λίπους, οποιασδήποτε μορφής, όπως για παράδειγμα τα μονό - ακόρεστα λιπαρά, πολυακόρεστα και κορεσμένα λιπαρά οξέα, έχουν διερευνηθεί κατά πολύ σε σχέση με την ανθρώπινη υγεία. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχουν αναφέρει ότι η πρόσληψη χαμηλών λιπαρών και μεγάλης ποσότητας υδατανθράκων σχετίζεται με το μειωμένο κίνδυνο καρδιοαγγειακών παθήσεων, και ειδικά της στεφανιαίας νόσου. Αυτές οι παρατηρήσεις βασίζονται κυρίως σε μελέτες σε πληθυσμούς κατά τη δεκαετία 1960-1970 με χαμηλή κατανάλωση χαμηλής ποσότητας κορεσμένων και συνολικού λίπους και με χαμηλό κίνδυνο καρδιοαγγειακών παθήσεων⁷².

Είναι ήδη διαπιστωμένο ότι το κορεσμένο λίπος αυξάνει τα επίπεδα LDL ενώ οι υψηλοί υδατάνθρακες μειώνει τα επίπεδα HDL και αυξάνει τα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Τα επίπεδα των HDL και LDL έχουν άμεσα συσχετιστεί με τις καρδιοαγγειακές παθήσεις σε μεγάλο αριθμό ερευνών. Ωστόσο, τα ευρήματα των πιο πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών σχετικά με την πρόσληψη λίπους και της καρδιοαγγειακές παθήσεις, δεν συμφωνούν. Κάποιες μελέτες έχουν καταλήξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του λίπους και της εμφάνισης καρδιοαγγειακών παθήσεων¹¹⁵ ενώ άλλες μελέτες δεν μπόρεσαν να καταλήξουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα ειδικά όταν λήφθηκε υπόψη και η πρόσληψη ενέργειας¹¹⁶. Άλλες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της χοληστερόλης συνολικά και τα επίπεδα της LDL στον ανθρώπινο οργανισμό δεν είναι τόσο σημαντική όσο αυτή του κορεσμένου λίπους¹¹⁷.

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 από τον Polychronopoulos¹¹⁸ και συνεργάτες είχε στόχο την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της πρόσληψης λίπους και του κινδύνου εμφάνισης καρδιοαγγειακών παθήσεων σε γυναίκες και άνδρες άνω των 65 ετών σε κατοίκους των νησιών στη λεκάνη της Μεσογείου, στα πλαίσια της μελέτης MEDIS.

Στη μελέτη, οι ερευνητές έλαβαν υπόψη τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, οι παράγοντες του τρόπου ζωής όπως κάπνισμα, σωματική άσκηση και οι διατροφικές συνήθειες καθώς και άλλα βιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Αναφορικά με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής, το 57% των ανδρών και το 58% των γυναικών φαίνεται να ακολουθούν τον συγκεκριμένο τρόπο διατροφής, με το ελαιόλαδο να αποτελεί τη βασική πηγή λίπους στο δείγμα.

Οι άνδρες κατεγράφησαν να καταναλώνουν περισσότερη ποσότητα λίπους σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική κατανάλωση λίπους από κρέας σε αναλογία με την συνολική πρόσληψη ενέργειας σχετίζονται άμεσα με τους παράγοντες εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Αντιθέτως, η πρόσληψη λίπους από τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, όπως ζυμαρικά, όσπρια και πατάτες, δεν συσχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι συνήθειες όπως το κάπνισμα και η σωματική άσκηση δεν σχετίζονται με την πιθανότητα περαιτέρω κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Στη μελέτη, η αυξημένη εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων εξηγείται από τις μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες των τελευταίων δεκαετιών ως αποτέλεσμα της υιοθέτησης του δυτικού τρόπου ζωής σε όλους τους πληθυσμούς αναφορικά με την ηλικία. Στη μελέτη μόνο το 57% των ανδρών ακολουθούν τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής και έτσι δεν αποτελεί έκπληξη η συχνή εμφάνιση χοληστερίνης, παχυσαρκίας και υπέρτασης κυρίως στο γυναικείο φύλο. Στη μελέτη αξίζει να σημειωθεί ότι η συνολική πρόσληψη κρέατος δεν διαφοροποιείται από άλλα είδη τροφής σχετικά με την εμφάνιση περαιτέρω κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων. Πιθανόν η εναλλαγή κατανάλωσης ψαριού και κρέατος διευκολύνει την ισορροπία του οργανισμού.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με αυτή τη μελέτη MEDIS, η πρόσληψη λίπους από την κατανάλωση κρέατος σχετίζεται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Συνεπώς, το κρέας δεν αποτελεί σημαντικό συστατικό της διατροφής των κοινωνιών με δεδομένο ότι πολλές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα αυτό διερευνώντας την υιοθέτηση χορτοφαγικών τρόπων διατροφής ή την αποχή από το κρέας λόγω θρησκευτικών απόψεων. Φυσικά, το κρέας αποτελεί την κύρια πηγή πρωτεϊνών και κύρια πηγή λίπους αλλά η υπερβολική κατανάλωση του αποτελεί γενικό ζήτημα υγείας ειδικά στους

ηλικιωμένους. Έτσι, συστήνεται στη μελέτη η πρόσληψη περισσότερων φυτικών ινών και ξηρών καρπών για την αποφυγή και πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

3.3.3 Κατανάλωση Υγρών

Το τσάι αποτελεί βασικό ποτό σε πολλές χώρες του κόσμου. Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη τσαγιού, το πράσινο, το λευκό και δύο είδη μαύρου τσαγιού. Τα πιο σημαντικά οφέλη στον ανθρώπινο οργανισμό εντοπίζονται στο πράσινο τσάι¹¹⁹. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες απέδειξαν ότι το πράσινο τσάι μειώνει το κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα¹²⁰. Η θετική επίδραση του αποδίδεται στην παρουσία των πολυφαινόλων τα οποία αποτελούν αντιοξειδωτικές ουσίες για τον ανθρώπινο οργανισμό, γεγονός που βελτιώνει τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και μειώνει τον κίνδυνο εμφράγματος και στεφανιαίας νόσου¹²¹.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες που διερεύνησαν τις ευεργετικές ιδιότητες του τσαγιού είχαν ως δείγμα άτομα μέσης ηλικίας όπου ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων ήταν αρκετά περιορισμένος. Στα πλαίσια της έρευνας MEDIS που διεξήχθη το 2009 από τον Panagiotakos¹²² και συνεργάτες αξιολογήθηκε η συσχέτιση μεταξύ του τρόπου ζωής και της διατροφής και των ευεργετικών επιδράσεων του τσαγιού.

Το δείγμα της μελέτης ήταν ηλικίας από 65 έως 85+ ετών από νησιά του Β. Αιγαίου, του Ιονίου και την Κύπρο χωρίς καρδιαγγειακά προβλήματα. σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ο επιπολασμός του διαβήτη τύπου 2 ήταν σε ποσοστό 21% για τους άνδρες και 23% για τις γυναίκες. Περίπου το 55% των συμμετεχόντων κατανάλωναν τσάι τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και κυρίως πράσινο ή μαύρο. Η συνήθεια αυτή της κατανάλωσης τσαγιού στην συχνότητα ήταν συνήθεια των συμμετεχόντων για τα τελευταία 30 χρόνια.

Το κυριότερο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η μέση, μακροχρόνια κατανάλωση τσαγιού σχετίζεται σημαντικά με την μείωση των επιπέδων της γλυκόζης και κατά συνέπεια με την εμφάνιση διαβήτη ανεξάρτητα από άλλα κλινικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής.

Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας συνάδουν με αυτά μιας μελέτης που διεξήχθη το 2008 από τον Polychronopoulos¹²³ και συνεργάτες σε πιο συγκεκριμένο πληθυσμό. Σε περίπου 600 συμμετέχοντες από τα νησιά του Β. Αιγαίου και την Κύπρο ηλικίας 65 έως 100 ετών το τσάι παρουσιάζεται να μειώνει τα επίπεδα γλυκόζης.

Όσο αφορά στον καφέ, αποτελεί το δημοφιλέστερο ρόφημα σε όλο τον κόσμο. Η επίδραση του καφέ στην υγεία του ανθρώπου, ειδικά σχετικά με τις καρδιαγγειακές ασθένειες, έχει μελετηθεί εκτενώς με πολλά αμφιλεγόμενα αποτελέσματα²⁶. Μερικές από τις μελέτες ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης καφέ και της στεφανιαίας νόσου¹²⁴ ενώ άλλες μελέτες δεν απέδειξαν τη συσχέτιση αυτή¹²⁵.

Πολλές μελέτες ανέφεραν πως η μέτρια κατανάλωση καφέ σχετίζεται με χαμηλή πίεση και χαμηλά επίπεδα χοληστερίνης καθώς και με την μείωση του κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης και διαβήτη. Όλα αυτά τα δεδομένα βασίζονται κυρίως σε μεσήλικες όπου η επιβάρυνση των ασθενειών είναι χαμηλή, ενώ στους ηλικιωμένους η επιβάρυνση των ασθενειών είναι υψηλή και η διατροφική κατάσταση και οι διατροφικές ανάγκες σχετίζονται με τις βιολογικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές καθώς και σχετικά με την ενημέρωση για την κατανάλωση καφέ η οποία είναι σπάνια¹²⁶.

Επιπλέον, επιδημιολογικές μελέτες οι οποίες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης καφέ σε διάφορες ποσότητες και τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη στους ηλικιωμένους είναι περιορισμένες. Για αυτό το λόγο, στα πλαίσια της μελέτης MEDIS πραγματοποιήθηκε μελέτη το 2007 από τον Panagiotakos¹²⁷ και συνεργάτες με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης καφέ και τα επίπεδα γλυκόζης και την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2. Το δείγμα της έρευνας ήταν ηλικίας από 65 έως 85+ ετών από νησιά του Β. Αιγαίου, του Ιονίου την Κύπρο, και την Κρήτη.

Ο διαβήτης τύπου 2 στο συγκεκριμένο δείγμα ήταν 19.9% για τους άνδρες και 20.1% για τις γυναίκες. Η συνήθεια της κατανάλωσης του καφέ αναφέρθηκε 85% για τους άνδρες και 82% για τις γυναίκες. Σε ποσοστό 90% του δείγματος κατανάλωναν ελληνικό καφέ και η συνήθεια της κατανάλωσης αυτής ήταν συνεχής για 30 χρόνια τουλάχιστον. Οι πλειοψηφία των ανδρών είναι καπνιστές και έχουν διαφορετικό τρόπο ζωής και οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο.

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα με μέτρια κατανάλωση καφέ παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα γλυκόζης σε σύγκριση με τα άτομα που δεν κατανάλωναν καθόλου καφέ ή σε σύγκριση με τα άτομα που η κατανάλωση καφέ ήταν υπερβολική. Ομοίως, η εμφάνιση διαβήτη ήταν χαμηλότερη στην μέτρια κατανάλωση καφέ σε σύγκριση με την μη κατανάλωση ή την σπάνια κατανάλωση καφέ. Επιπλέον, η κατανάλωση καφέ παρουσιάζεται να συσχετίζεται με την BMI και την παχυσαρκία. Επιπροσθέτως, η επίδραση της κατανάλωσης καφέ στα επίπεδα της γλυκόζης ήταν σημαντική μόνο στα άτομα που δεν καταναλώνουν τσάι. Η κατανάλωση τσαγιού παρουσιάζεται να καλύπτει την επίδραση της κατανάλωσης καφέ σχετικά με τα επίπεδα γλυκόζης.

Όσο αφορά το αλκοόλ, η σχέση μεταξύ της εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και της κατανάλωσης αλκοόλ είναι περίπλοκη και δεν είναι πλήρως κατανοητή. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ δεν σχετίζεται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου¹²⁸.

Με δεδομένο ότι η μακροχρόνια επίδραση του αλκοόλ στην αρτηριακή πίεση και ειδικά σε ομάδες ηλικιωμένων δεν είχε ερευνηθεί η μελέτη που διεξήχθη το 2007 από τον Panagiotakos¹²⁹ και συνεργάτες, στα πλαίσια της έρευνας MEDIS φέρνει στο φως σημαντικά ευρήματα. Ο πληθυσμός που συμμετείχε ήταν 65 ετών (και τα δύο φύλα) και άνω στην περιοχή του Β. Αιγαίου και της Κύπρου.

Το πιο σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι η μακροχρόνια, μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα συστολικής και διαστολικής πίεσης, της αρτηριακής πίεσης και του παλμούς σε σύγκριση με την μη κατανάλωση αλκοόλ ενώ η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει δραματικά τα προαναφερόμενα.

3.4 Καθημερινές Συνήθειες & Τρόπος Ζωής

Πολλές είναι οι μελέτες οι οποίες εστίασαν στη διερεύνηση του καπνίσματος και την συσχέτιση του με την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού. Μια μελέτη η οποία διεξήχθη το 2008 από τον

Vardavas¹³⁰ και συνεργάτες στα πλαίσια της έρευνας MESSARA στην ομώνυμη περιοχή της Κρήτης σε αγροτικό πληθυσμό σε άτομα έως και 79 ετών.

Στην παρούσα μελέτη ο επιπολασμός του καπνίσματος έφθανε το 29% όπου η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών ήταν άνδρες. Άλλες μεταβλητές που ελήφθησαν υπόψη ήταν η φυσική δραστηριότητα, η συχνότητα και η ποσότητα των τσιγάρων, η παχυσαρκία και οι μέρες νηστείας ανά έτος. Οι καπνιστές εμφανίζονται να έχουν χαμηλότερη καθημερινή πρόσληψη βιταμίνης C, φυτικών ινών, φρούτων και λαχανικών σε σύγκριση με τους μη καπνιστές ενώ η βιταμίνη B1 βρέθηκε σε υψηλότερα επίπεδα στους καπνιστές. Σημαντική διαφορά ανάμεσα σε καπνιστές και μη, δεν είχαν τα επίπεδα βιταμίνης E, A, B2, B12 και τα επίπεδα του φυλλικού οξέος.

Παρά το γεγονός ότι είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα σχετίζεται με την εμφάνιση διαβήτη, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία στο ρόλο που διαδραματίζει το παθητικό κάπνισμα στην εμφάνιση του διαβήτη. Στα πλαίσια της μελέτης MEDIS πραγματοποιήθηκε μια έρευνα το 2010 από τους Polychronopoulos¹¹⁸ και συνεργάτες η οποία διερεύνησε την επίδραση της μακροχρόνιας έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στην εμφάνιση του διαβήτη σε ηλικιωμένα άτομα που κατοικούν στα νησιά της Μεσογείου.

Στη μελέτη συμμετείχαν 1190 άτομα ηλικίας 65 έως 100 ετών. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε μη καπνιστές σχετίζεται με την εμφάνιση διαβήτη σε ποσοστό 63% ενώ το ποσοστό είναι λιγότερο αναφορικά με το κάπνισμα ή τον συνδυασμό παθητικού και ενεργητικού καπνίσματος.

3.5 Τόπος Διαμονής, Πρόσβαση στη Φροντίδα Υγείας & Ενημέρωση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών αυξάνεται με πολύ γοργούς ρυθμούς σε αναλογία με οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Σε πολλές χώρες, ο ηλικιωμένος πληθυσμός, πάνω από τα 80 έτη, είναι ο πιο γρήγορα αυξανόμενος πληθυσμός¹³³. Τα προγράμματα παρέμβασης για την μείωση κινδύνου των χρόνιων ασθενειών έχουν εστιάσει στους νεότερους ηλικιακά πληθυσμούς. Ωστόσο, πολλές μελέτες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στους ηλικιωμένους λόγω του ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί και συνεπώς ο

ηλικιωμένος πληθυσμός αυξάνεται και τα έξοδα σχετικά με την ιατρική τους φροντίδα αυξάνονται και αυτά ομοίως λόγω της συχνής εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών¹³⁴.

Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής στην πρόληψη και στον έλεγχο της θνησιμότητας, πρόωρης και μη, εξ αιτίας των μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, έχει πλέον παγιωθεί από τις επιδημιολογικές μελέτες κατά τις τελευταίες τουλάχιστον τρεις δεκαετίες¹³⁵. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομάδα πληθυσμού με ειδικές διατροφικές ανάγκες. Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για το φαγητό εξαιτίας της κακής μάσησης, δυσκολίες στην παρασκευή φαγητού και καθώς και λόγω οικονομικών προβλημάτων¹³⁶.

Η βελτίωση της διατροφής αποτελεί βασικό στοιχείο για τη δημόσια υγεία όπου η εφαρμογή βασίζεται στην υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής με στόχο την αποφυγή του δυτικού τρόπου ζωής και διατροφής. Συνεπώς, τα προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης είναι πολύ σημαντικά παρά το γεγονός ότι ο ρόλος των υπηρεσιών διατροφής δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί. Οι υπηρεσίες διατροφής, ειδικά για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων, θα πρέπει να βασίζονται στο σχεδιασμό ειδικών προγραμμάτων τα οποία θα παρέχουν έλεγχο στη διατροφή, εκπαίδευση, θεραπεία μέσω της διατροφής και διαχείριση φροντίδας υγείας μέσα από τη διατροφή. Επιπλέον, σύμφωνα με τους διεθνείς διατροφικούς οργανισμούς, η προαγωγή της υγιούς γήρανσης απαιτεί την παρουσία διατροφικών υπηρεσιών και την πληρότητα σε προσωπικό και υποδομή. Ομοίως, η εκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή είναι τρόπος βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους¹³⁷.

Η μελέτη που διεξήχθη το 2011 από τους Tyrovolas και Polychronopoulos¹³⁸ με σκοπό να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες σχετικά με την εμφάνιση κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων σε μεσήλικες και ηλικιωμένους σε νησιά της Μεσογείου. Η περιοχή αυτή επιλέχθηκε ως πιο απομονωμένη περιοχή σε σχέση με πιο κεντρικές περιοχές οι οποίες θεωρητικά έχουν καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες σχετικά με την διατροφή.

Τα ευρήματα της μελέτης συσχέτισαν απόλυτα την Μεσογειακή διατροφή με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων στο συγκεκριμένο πληθυσμό λόγω της προσαρμογής τους σε ένα πιο δυτικό τρόπο ζωής και διατροφής παρά το γεγονός ότι ως ένα σημείο οι ηλικιωμένοι διατηρούν τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής. Όσο αφορά την ενημέρωση, οι υπεύθυνοι θα πρέπει να εντατικοποιήσουν τις προσπάθειες τους για την προώθηση της υγιεινής διατροφής για

να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. Η ενίσχυση των υπηρεσιών διατροφής θα βελτιώσει τον τρόπο διατροφής και συνιστάται η εκπαίδευση σε επίπεδο τοπικό για καλύτερα αποτελέσματα.

Ο τύπος διαμονής παρουσιάζεται σε πολλές μελέτες να επηρεάζει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την εμφάνιση ασθενειών. Η διαμονή σε μεγάλο υψόμετρο έχει μελετηθεί αρκετά ως παράγοντας στην ανθρώπινη υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι το μεγάλο υψόμετρο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά πολλές ασθένειες ειδικά τις πνευμονολογικές και αυτές που έχουν σχέση με το κυκλοφορικό¹³⁹ ή ακόμα και θετικά αναφορικά με το διαβήτη και την υπέρταση¹⁴⁰. Πολλές μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η υπέρταση μειώνεται σε κατοίκους μεγάλων υψομέτρων ομοίως και τα επίπεδα χοληστερίνης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι κοινά για όλες τις μελέτες. Πέρα από το γεγονός ότι το υψόμετρο επηρεάζει την υγεία, αποτελεί και παράγοντα του μεταβολικού συνδρόμου και λόγω της έλλειψης πρόσβασης στην φροντίδα υγείας¹⁴¹.

Μια άλλη μελέτη η οποία διεξήχθη το 2011 από τον Tyronolas¹⁴² και συνεργάτες διερεύνησε την συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου σε ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν σε μεγάλο υψόμετρο και την πρόσβαση στην φροντίδα υγείας. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι κάτοικοι της Μάλτας, της Κύπρου, των Κυκλάδων, του Βορείου και Ανατολικού Αιγαίου αλλά και των Ιονίων Νήσων. Στην μελέτη ελήφθησαν υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ο τρόπος ζωής τους και τα κλινικά τους χαρακτηριστικά.

Βασικά ευρήματα της έρευνας είναι ότι οι κάτοικοι σε μεγάλο υψόμετρο παρουσίασαν μεγαλύτερη συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου σε σύγκριση με τους κατοίκους σε χαμηλότερο υψόμετρο. Επίσης, οι κάτοικοι σε χαμηλότερο υψόμετρο παρουσιάζονται να επισκέπτονται πιο συχνά τα κέντρα υγείας σε σύγκριση με τους κατοίκους που ζουν σε μεγαλύτερο υψόμετρο. Σημαντικό εύρημα είναι επίσης πως τα κέντρα υγείας που βρίσκονται σε πιο απομακρυσμένες περιοχές είναι πιο ανοργάνωτα με περιορισμένο προσωπικό γεγονός που αποθαρρύνει τους κάτοικους να επισκέπτονται τα κέντρα αυτά για τις συχνές εξετάσεις τους. Οι κάτοικοι σε μεγαλύτερο υψόμετρο παρουσιάζονται να είναι πιο παχύσαρκοι, με μεγαλύτερη BMI και συνεπώς πάσχουν από το μεταβολικό σύνδρομο. Ταυτόχρονα, έχουν λιγότερο κεντρικό λίπος σε σύγκριση με τους κατοίκους των χαμηλότερων υψομέτρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ

4.1 Η Επίδραση της Μετανάστευσης στο Σωματικό Βάρος

Υπάρχει αρκετό ενδιαφέρον τα τελευταία έτη για τη σχέση μεταξύ της μετανάστευσης και της κατανάλωσης τροφής. Η τροφή και τα ποτά παίζουν σημαντικό ρόλο στην διατήρηση των κοινωνικών και πολιτισμικών σχέσεων μεταξύ των μεταναστών. Μέσα στο χρόνο, η κατανάλωση τροφής ανάμεσα στους μετανάστες έχει την τάση να μεταβάλλεται εξαιτίας της αφομοίωσης και της έλλειψης διαθεσιμότητας τροφών από την χώρα τους¹⁴³.

Έχει παρατηρηθεί μια συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής ενσωμάτωσης και της ενσωμάτωσης των μεταναστών στην χώρα φιλοξενίας. Η μετανάστευση οδηγεί σε μεταβολές σχετικά με την ποιότητα της τροφής που καταναλώνεται και τον τρόπο παρασκευής φαγητού. Οι μετανάστες είναι πιο επιρρεπείς στη κατανάλωση γρήγορης τροφής ενώ η κατανάλωση βασικών ειδών διατροφής όπως ρύζι και καλαμπόκι παραμένει αμετάβλητη. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες στους μετανάστες περιλαμβάνουν την διαθεσιμότητα των τροφών, το εισόδημα, τις πεποιθήσεις σχετικά με τις τροφές, η θρησκεία, η γνώση της γλώσσας της χώρας, αλλά και η γενιά και η ηλικία των μεταναστών¹⁴⁴.

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η αρχική κατάσταση της υγείας των μεταναστών είναι καλύτερη από αυτή του πληθυσμού της χώρας που τους φιλοξενεί. Αυτό είναι το φαινόμενο που ονομάζεται «το φαινόμενο του υγιή μετανάστη» (“healthy

immigrant effect”). Ωστόσο, αυτό το φαινόμενο συχνά εξαφανίζεται με το πέρας του χρόνου διαμονής στη νέα περιοχή. Από την άλλη πλευρά, συγκριτικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μετά τη μετανάστευση ο κίνδυνος για την εμφάνιση ασθενειών οι οποίες σχετίζονται με την παχυσαρκία μεταβάλλεται με το πέρας του χρόνου.

Στοιχεία από μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ δείχνουν ότι ο ΔΜΣ είναι χαμηλότερος σε μετανάστες που έχουν μόλις εισέλθει στη χώρα σε σύγκριση με τον υπάρχοντα αμερικανικό πληθυσμό. Ωστόσο ο ΔΜΣ έχει την τάση να αυξάνεται καθώς ο χρόνος παραμονής στη νέα χώρα περνά, πλησιάζοντας τα επίπεδα του αμερικανικού πληθυσμού¹⁴⁵. Το ίδιο φαινόμενο καταγράφεται μια σε άλλες χώρες όπως ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Ευρώπη¹⁴⁶.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι μελέτες σχετικά με το φαινόμενο σε άλλες χώρες είναι αρκετά σπάνιες. Τέσσερις στις πέντε μελέτες εστιάζουν στην παχυσαρκία του πληθυσμού των μεταναστών στην περιοχή των ΗΠΑ. Η βιβλιογραφική μελέτη της Goulaou¹⁴⁷ και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε το 2015 έχει επιλέξει στοιχεία από χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, το Ισραήλ, τη Γαλλία, τη Νορβηγία, το Λουξεμβούργο, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι Ισπανόφωνοι (Λατινοαμερικάνοι) είναι ο πληθυσμός που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη τάση για διαβήτη και παχυσαρκία. Ενώ οι Ασιάτες είναι ο πληθυσμός που αφομοιώνεται λιγότερο σε σχέση με τη διατροφή. Οι Ευρωπαίοι μετανάστες (Καυκάσιοι) έχουν την τάση να έχουν λιγότερο ΔΜΣ με το πέρασμα του χρόνου λόγω του ότι γνωρίζουν περισσότερο τη γλώσσα και συνεπώς έχουν καλύτερη πρόσβαση στα είδη διατροφής. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με μελέτες, οι Έλληνες μετανάστες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα στην εμφάνιση της παχυσαρκίας σε σύγκριση με τους αντίστοιχους πληθυσμούς στην Ελλάδα, παρά την προσκόλληση τους στην Μεσογειακή διατροφή.

Σύμφωνα με τη μελέτη, η μετανάστευση περιλαμβάνει πολλές μεταβολές στον τρόπο ζωής, της κουλτούρας και του κοινωνικού και οικονομικού υπόβαθρου των μεταναστών σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό όχι μόνο στους μετανάστες αλλά και στον υπάρχον πληθυσμό μιας χώρας. Οι μεταβολές αυτές είναι παράγοντες που επηρεάζουν το σωματικό βάρος και συνεπώς την υγεία των μεταναστών.

4.2 Οι Έλληνες της Διασποράς

4.2.1 Αυστραλία

Η μετανάστευση των Ελλήνων στην Αυστραλία χρονολογείται μεταξύ του 1945 και το 1982 με την πλειοψηφία των μεταναστών να εγκαθίστανται στην πόλη της Μελβούρνης. Από τα πρώτα χρόνια της εγκατάστασης τους στην Αυστραλία, οι Έλληνες ίδρυσαν σχολεία, εκκλησίες, κοινότητες και οργανισμούς και 50 χρόνια αργότερα αποτελούν τον ηλικιωμένο πληθυσμό μεταναστών στο χώρο αυτό¹⁴⁸. Μελέτες σχετικά με τους Έλληνες της Αυστραλίας δείχνουν ότι ο πληθυσμός αυτός κατάφερε να διατηρήσει τις πολιτισμικές τους συνήθειες και να συνεχίζουν να υιοθετούν την παραδοσιακή κουζίνα¹⁴⁹.

Στα πλαίσια της μελέτης MEDIS στην περιοχή της Αυστραλίας μελετήθηκε και αξιολογήθηκε η σχέση μεταξύ των καρδιαγγειακών νοσημάτων και της Μεσογειακής διατροφής σε πληθυσμό ηλικιωμένων Ελλήνων της Αυστραλίας, από Κύπρο και Κρήτη, προκειμένου να δοθεί μια εξήγηση σχετικά με το συνεχές χαμηλό επίπεδο θνησιμότητας από στεφανιαία νοσήματα. Στη

μελέτη ελήφθησαν υπόψη μεταβλητές όπως οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες, οι κοινωνικές δραστηριότητες, οι διατροφικές συνήθειες αλλά και κλινικά χαρακτηριστικά όπως ο ΔΜΣ, τα επίπεδα χοληστερίνης και η εμφάνιση διαβήτη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ο ηλικιωμένος πληθυσμός των Ελλήνων μεταναστών στην Αυστραλία παρουσιάζονται να υιοθετούν την μεσογειακή διατροφή παρά το γεγονός πως το συγκεκριμένο δείγμα έχει μεταναστεύσει πριν 50 χρόνια στην περιοχή της Αυστραλίας. Η χαμηλή εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, σχετίζεται με τους οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς, την θρησκεία και την νηστεία. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που απαρτίζουν το δείγμα όπως η εξωστρέφεια, η φυσική δραστηριότητα και η αποχή από το κάπνισμα. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι δεν κατεγράφησαν φαινόμενα σοβαρής κατάθλιψης στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Πάνω από 70% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι οι ίδιοι καλλιεργούν τομάτες, φυλλώδη λαχανικά, βότανα και ελιές στους κήπους τους και η κατανάλωση οσπρίων είναι σημαντική απόδειξη της προσκόλλησης τους στη μεσογειακή διατροφή. Ωστόσο τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι αυξημένα ομοίως και αυτά του διαβήτη¹⁵⁰.

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, οι πληθυσμοί των μεταναστών της Ελλάδας και της Ιταλίας έχουν μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας ίδια με αυτά των Αγγλο-Κελτών αλλά οι πρώτοι ζουν περισσότερο εξαιτίας του τρόπου παρασκευής του φαγητού και της αποχής από το κάπνισμα¹⁵¹.

Η μελέτη που διεξήχθη σε ηλικιωμένους Έλληνες μετανάστες στην περιοχή της Αυστραλίας και πληθυσμό της Ελλάδας από την περιοχή των Σπάτων Αττικής, από την Kouris-Blazos¹⁵² και συνεργάτες το 1996. Η περιοχή των Σπάτων επιλέχθηκε επειδή η παραδοσιακή διατροφή διατηρείται από την κοινότητα και μπορεί να αποτελέσει υποκατάστατο των διατροφικών συνηθειών στην Ελλάδα πριν την μετανάστευση του δείγματος στην Αυστραλία στη δεκαετία του 1960.

Οι Έλληνες της Αυστραλίας παρουσιάζονται να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες κρέατος σε σχέση με τον ελληνικό πληθυσμό. Η ποσότητα ενέργειας που καταναλώνεται είναι ίδια και στους δύο πληθυσμούς. Οι Έλληνες μετανάστες καταναλώνουν λιγότερο ελαιόλαδο ενώ η κατανάλωση υδατανθράκων είναι μεγαλύτερη από των κατοίκων στην ελληνική περιοχή. Όσο

αφορά στη θνησιμότητα, στους Έλληνες της Αυστραλίας τα ποσοστά είναι χαμηλότερα και ειδικά από καρκίνο ενώ η θνησιμότητα από στεφανιαία νοσήματα είναι πιο συχνή. Το δείγμα των Ελλήνων από την περιοχή των Σπάτων παρουσιάζεται να είναι πιο υγιές αναφορικά με το λιπιδικό του προφίλ και το ανοσοποιητικό του. Οι Έλληνες της Αυστραλίας παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα σιδήρου αλλά και συσσώρευση λίπους στην κοιλιακή χώρα.

Επίσης έχουν καταγραφεί μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας (mortality rate) των Ελλήνων της Αυστραλίας από καρδιαγγειακές ασθένειες γεγονός που αποδίδεται στην φροντίδα υγείας και σε προσωπικά χαρακτηριστικά¹⁵³.

Σε γενικές γραμμές, η πρώτη γενιά Ελλήνων της Αυστραλίας, παρά το γεγονός ότι παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις συνεχίζουν να έχουν 35% χαμηλότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τους γηγενείς Αυστραλούς, γεγονός που καταγράφεται για τουλάχιστον 30 χρόνια. Αυτό το φαινόμενο ονομάστηκε «το παράδοξο των Ελλήνων μεταναστών» και αποδίδεται στην κατανάλωση προστατευτικών τροφών με βάση τη μεσογειακή διατροφή¹⁵⁴.

4.2.2 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Οι πρώτοι Έλληνες οι οποίοι αποφάσισαν να μεταναστεύσουν στις ΗΠΑ στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Οι περισσότεροι ήταν αγρότες οι οποίοι υπέφεραν από τη φτώχεια και την ασταθή οικονομική κατάσταση. Με την έλευση του 20^{ου} αιώνα η μετανάστευση ήταν η μοναδική λύση για τους Έλληνες που δεν είχαν ακόμα και τροφή για να θρέψουν τις οικογένειες τους. παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες της Αμερικής εξαπλώθηκαν σε όλες τις πολιτείες, παραπάνω από το ένα τρίτο εγκαταστάθηκε βορειοανατολικά. Η Μασαχουσέτη και το New Hampshire έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό Ελλήνων μεταναστών. Οι πέντε Πολιτείες με τον μεγαλύτερο αριθμό Ελλήνων είναι η Νέα Υόρκη, η Καλιφόρνια, το Illinois, η Μασαχουσέτη και η Φλόριδα. Οι Έλληνες μετανάστες ομαδοποιήθηκαν στις πόλεις που διέμεναν και ειδικά στη Νέα Υόρκη, στη Βοστώνη και στο Σικάγο. Λίγες ελληνικές πόλεις έχουν απομείνει όπως αυτή στην Αστόρια, στο Ντιτρόιτ και στο Μίσιγκαν¹⁵⁵.

Τα στοιχεία σχετικά με τη διατροφή των Ελλήνων της Αμερικής είναι πολύ περιορισμένα παρά το γεγονός ότι έχει μελετηθεί το φαινόμενο της μετανάστευσης από Έλληνες στην Αμερική σε

κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Μια εκτεταμένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1962 από τη Valassi¹⁵⁶ προσθέτοντας κάποια μηδαμινά στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων της Αμερικής τονίζοντας την υιοθέτηση νέων διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων μεταναστών στην Αμερική καθώς όμως και την μερική προσκόλληση τους στη Μεσογειακή διατροφή και τον τρόπο παρασκευής των φαγητών. Οι μετανάστες πρώτης γενιάς εμφανίζονται να ακολουθούν περισσότερο τα έθιμα και τις διατροφικές συνήθειες που ορίζει η Μεσογειακή διατροφή σε σχέση με την δεύτερη γενιά και ακόμα περισσότερο σε αναλογία με τους μετανάστες της τρίτης γενιάς.

Σε γενικές γραμμές, η πρόσληψη τροφής για τους έλληνες μετανάστες στην Αμερική ήταν παραπάνω από μια συνήθεια και βασιζόταν στις συνήθειες που επέβαλε το τελετουργικό της Ορθόδοξης Εκκλησίας, όπως για παράδειγμα τα γλυκά ως έθιμα, τα οποία ακολουθούνταν πάντα με την πρωτοβουλία και την παρέμβαση των γυναικών¹⁵⁶.

Μια πρόσφατη μελέτη των Freedman και Grivetti¹⁵⁷ που διεξήχθη το 2010 διερεύνησε τις διαιτητικές συνήθειες των γυναικών ελληνίδων μεταναστριών πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς. Στη μελέτη, σημαντικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες έπαιξαν η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο. Η μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες μετανάστριες πρώτης γενιάς καταναλώνουν λιγότερο ψωμί και δημητριακά βασισμένες στην πεποίθηση ότι η κατανάλωση αυτή θα μειώσει το βάρος του εμβρύου. Αντιθέτως, οι μετανάστριες δεύτερης και τρίτης γενιάς αύξησαν την κατανάλωση αυτή. Σε γενικές γραμμές, οι διατροφικές συνήθειες των Ελληνίδων μεταναστριών στην Αμερική μεταβλήθηκαν παράλληλα με τις αλλαγές που επήλθαν από γενιά σε γενιά σχετικά με το τι θεωρείτο διατροφικά ωφέλιμο και τι όχι ειδικά σε περιόδους εγκυμοσύνης και θηλασμού.

4.2.3 Καναδάς

Η μετανάστευση των Ελλήνων στον Καναδά ξεκίνησε στις αρχές του 19^{ου} αιώνα κυρίως από κατοίκους των νησιών Κρήτη, Σύρος και Σκόπελος, καθώς και από την Πελοπόννησο ειδικά από τις φτωχικές επαρχίες της Αρκαδίας και της Λακωνίας. Η πλειοψηφία των ατόμων εγκαταστάθηκε στο Μόντρεαλ το 1843. Ωστόσο, το 1871 μόνο 39 άτομα με ελληνική καταγωγή ήταν γνωστό ότι ζούσε στον Καναδά. Η ελληνική μετανάστευση, η οποία ήταν σποραδική πριν το 1900, αυξήθηκε σημαντικά στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ως αποτέλεσμα της φτώχειας, των

πολέμων και των πολιτικών αναταραχών. Το 2006 κατεγράφησαν 242.685 Έλληνες μετανάστες στην περιοχή του Καναδά. Ωστόσο, τα νούμερα αυτά δεν περιλαμβάνουν απαραίτητα τους έλληνες εκείνους γεννήθηκαν σε άλλες χώρες όπως Κύπρος, Αίγυπτος, Τουρκία και τις Βαλκανικές χώρες και αναγνωρίζουν τους εαυτούς τους ως Έλληνες. Οι Έλληνες μετανάστες στον Καναδά αμφιβάλουν για τη διατήρηση του ελληνικού πολιτισμού πάρα τις προσπάθειες τους¹⁵⁸.

Ομοίως με την περίπτωση των ΗΠΑ, οι μελέτες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες είναι περιορισμένες. Κοινό εύρημα των μελετών είναι ότι οι υγεία των Ελλήνων, αλλά και των άλλων μεταναστών, είναι σε καλύτερη κατάσταση από αυτή των γηγενών Καναδών. Όμως, οι Έλληνες μετανάστες πάσχουν από αυξημένη πίεση γεγονός που είναι ανεξάρτητο από τις διατροφικές συνήθειες τους. Καθώς επίσης οι αφομοίωση των μεταναστών σχετίζεται με την μεταβολή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής¹⁵⁹.

Επίσης, μια μελέτη ανάμεσα σε ενήλικες έλληνες και ιταλούς μετανάστες στον Καναδά, οι οποίοι είναι κάτοικοι σε σημαντική μητροπολιτική περιοχή της ανατολικής πλευράς του Καναδά, παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την κατανάλωση παραδοσιακών τροφών και αρνητική συσχέτιση στη κατανάλωση σνακ και γρήγορου φαγητού δυτικού τύπου ενώ το φαινόμενο της αφομοίωσης στη νέα χώρα δεν έχει επίδραση στην επιλογή τροφής των μεταναστών¹⁶⁰.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα αυτά είναι σχεδόν όμοια με αυτά των μελετών για τους έλληνες μετανάστες των ΗΠΑ.

4.2.4 Ευρώπη

Γερμανία

Οι Έλληνες μετανάστες στη Γερμανία έχουν δημιουργήσει μια πολύ σημαντική κοινότητα 400,000 περίπου ατόμων σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2014. Οι πρώτοι Έλληνες κατέφθασαν στην Γερμανία από το 1700 όταν η Οθωμανική Αυτοκρατορία άνοιξε τα σύνορα της. Ενώ πολλοί Έλληνες κατέφθασαν κυρίως στην Βαυαρία ως σπουδαστές.

Σύμφωνα με τα ευρήματα μελετών, οι μετανάστες στην Γερμανία έχουν αφομοιωθεί αρκετά με την χώρα σε διατροφικό επίπεδο και έχουν προσαρμόσει τις διατροφικές τους συνήθειες με αυτές των ντόπιων Γερμανών παραλλάσσοντας ακόμα και κάποια γεύματα δημιουργώντας συνδυασμούς δημιουργώντας μια κουζίνα διακρατικού χαρακτήρα γεγονός που συμβαίνει κυρίως στα εστιατόρια¹⁶¹. Αναφορικά με τις συνήθειες των Ελλήνων μεταναστών στη Γερμανία, το κάπνισμα βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο περίπου 46-52%¹⁶².

Σουηδία

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1997 σε μετανάστες Ευρωπαίους στην Σουηδία συμπεριλαμβανομένων και των Ελλήνων, με σκοπό να αναλυθεί η σχέση ανάμεσα στη χώρα γέννησης, παράγοντας προσαρμοσμένος με άλλες κοινωνικές μεταβλητές, και η συνολική θνησιμότητα από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και της στεφανιαίας καρδιακής νόσου (CHD). Οι μετανάστες από την Νότια και Ανατολική Ευρώπη δεν είχαν αιτία θανάτου παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και της στεφανιαίας καρδιακής νόσου (CHD). Ενώ οι ντόπιοι Σουηδοί παρουσίασαν μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας από τέτοιες ασθένειες¹⁶³.

Μελέτη που διεξήχθη το 2000 σε μετανάστριες όλων των εθνικοτήτων στη Σουηδία με σκοπό να συγκρίνει τον επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με τις ιθαγενείς Σουηδέζες και να εξετάσει αν το γεγονός αυτό σχετίζεται με την ποσότητα του σωματικού λίπους. Οι Έλληνες και όλοι οι λαοί από την Νότια Ευρώπη έχουν τον ίδιο ΔΜΣ με τους λαούς από τις Σκανδιναβικές χώρες και χρόνο διαμονής τα 21 έτη. Σε γενικές γραμμές, η συσχέτιση των ψυχιατρικών παραγόντων και της παχυσαρκίας δεν είναι ίδια για όλες τις χώρες γεγονός που οφείλεται από τον συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων¹⁶⁴.

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη το ίδιο έτος για να διερευνηθούν οι διαφορές στην παχυσαρκία μεταξύ των Ευρωπαίων μεταναστών και των γηγενών Σουηδών, και ειδικά με εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ φύλου και της επίδρασης του χρόνου από τη μετανάστευση. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η παχυσαρκία είναι πιο συχνή στους μετανάστες, συμπεριλαμβανομένων και των Ελλήνων, πρώτης γενιάς¹⁶⁵.

Τέλος, μια μελέτη το 2000 εστιάζει το ενδιαφέρον της στις καρδιαγγειακές νόσους. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται η σχέση μεταξύ μετανάστευσης, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και οι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (CVD). Σύμφωνα με τη μελέτη, αφού ελήφθησαν υπόψη η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο, εντοπίστηκαν μεγάλες διαφορές στην φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και ΔΜΣ στην περίπτωση των ηλικιωμένων μεταναστών από Ν. Ευρώπη οι οποίοι κατά μεγάλο ποσοστό από καρδιαγγειακές ασθένειες λόγω των παραπάνω συνηθειών¹⁶⁶.

Βρετανία

Η έρευνα που διεξήχθη το 1988 είναι ενδεικτική για τη μελέτη της ψυχιατρικής νοσηρότητας μεταξύ των Ελλήνων- Κυπρίων μεταναστών στο Λονδίνο και να διερευνήσει κατά πόσον τα πρότυπα νοσηρότητας τους μοιάζουν με αυτά των γηγενών Ελλήνων που διαμένουν στην Ελλάδα ή εκείνων των γηγενών Βρετανών με δεδομένο ότι σε πολλές από τις ασθένειες αυτές όπως η κατάθλιψη σχετίζονται με τη διατροφή.

Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, ο επιπολασμός (prevalence) των ψυχιατρικών διαταραχών είναι συχνότερος στους Έλληνες και Κυπρίους από ότι στο γηγενή πληθυσμό οι οποίες προέρχονται από το στρες λόγω της μετανάστευσης και της απώλειας που ένιωσαν αφήνοντας την πατρίδα τους. Επίσης ο βαθμός των ψυχικών διαταραχών διαφοροποιείται από τον τρόπο διατροφής και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες¹⁶⁷.

4.2.5 Μικρά Ασία

Οι Έλληνες της Μικράς Ασίας φτάνουν σήμερα τους περίπου 5000 ομογενείς με φθίνουσα όμως τάση. Οι γηγενείς ασχολούνται με την ελληνική κοινότητα ενώ οι υπήκοοι της Ελλάδας δραστηριοποιούνται σε διάφορους τομείς όπως στην εκπαίδευση, στις επιχειρήσεις και στην ιατρική. Από το 2010 έχει παρατηρηθεί αύξηση του ελληνικού στοιχείου από μετανάστες Έλληνες εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, το 2015 οι Έλληνες μετανάστες στην Κωνσταντινούπολη έφτασαν περίπου τους 5.000¹⁶⁸.

Μια μελέτη που διεξήχθη το 2016 από την Grammatikopoulou και συνεργάτες διερεύνησε την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής και την συγκέντρωση λίπους στο σώμα στους Έλληνες

μετανάστες που ζουν στην Κωνσταντινούπολη σε σύγκριση με πληθυσμό που ζει στην περιοχή της Αθήνας. Στη μελέτη, ο βαθμός της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής είναι περίπου η ίδια ενώ η αφομοίωση των μεταναστών σε διατροφικό επίπεδο πραγματοποιείται σε πολύ αργό βαθμό¹⁶⁹.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι στην περιοχή της Κωνσταντινούπολης τις τελευταίες δεκαετίες αναβιώνει η συνήθεια του street food δηλαδή του φαγητού του δρόμου ή αλλιώς του γρήγορου φαγητού όπως το 17^ο και το 18^ο αιώνα. Παρά το γεγονός ότι στους δρόμους της Κωνσταντινούπολης πωλούνται παραδοσιακά προϊόντα όπως το κεμπάπ και το σουβλάκι, η επιρροή της Δύσης είναι φανερή επίσης δεν περιορίζεται μόνο σε τροφές αλλά και σε ποτά όπως τσάι και το παραδοσιακό σαλέπι¹⁷⁰.

Οι λόγοι που οδηγούν σε αυτή την επιλογή είναι ο δυτικός τρόπος ζωής και το γεγονός ότι αποτελεί οικονομική επιλογή. Η διατροφική αξία της επιλογής αυτής δεν είναι και η καλύτερη προκαλώντας τα αναμενόμενα προβλήματα υγείας και την έντονη παρουσία παχυσαρκίας¹⁷¹.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ευρήματα, η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής αποτελεί λύση για την αντιμετώπιση και πρόληψη προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία.

Τα κυριότερα προβλήματα που παρουσιάζονται είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης και η κατάθλιψη και σε λιγότερο ποσοστό, ο καρκίνος. Οι Έλληνες της Μεσογείου αλλά και στις υπόλοιπες χώρες αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα και στην ίδια περίπου συχνότητα.

Πιο αναλυτικά, οι ηλικιωμένοι που υιοθετούν τη Μεσογειακή διατροφή έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Επίσης, παρά το γεγονός ότι το κάπνισμα και ο καθιστικός τρόπος ζωής είναι

σημαντικοί παράγοντες μείωσης της μακροζωίας, το προσδόκιμο ζωής δεν επηρεάζεται σημαντικά από αυτούς τους δύο παράγοντες.

Σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζουν άλλοι παράγοντες όπως το μορφωτικό, το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο των ατόμων καθώς και η πρόσβαση σε συγκεκριμένες τροφές και η πρόσβαση στις μονάδες φροντίδας υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο «χαλαρός» τρόπος ζωής χωρίς ιδιαίτερες εξωτερικές πιέσεις και άγχος, ο οποίος καταγράφεται κυρίως στους Έλληνες μετανάστες της Αυστραλίας και η οικογενειακή κατάσταση είναι σημαντικοί παράγοντες της διατήρησης της καλής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

Σημαντικό επίσης εύρημα είναι επίσης η κατανάλωση ψαριών και τσαγιού και η υιοθέτηση των νηστειών με βάση το Χριστιανορθόδοξο τελετουργικό, μειώνουν την εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων και του διαβήτη. Επιπλέον, σημαντικό είναι το γεγονός ότι το κάπνισμα και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τις παθήσεις αυτές.

Σημαντικά στοιχεία από τους ηλικιωμένους Έλληνες της διασποράς εκτός της λεκάνης της Μεσογείου, είναι ότι οι Έλληνες της Αυστραλίας είναι αυτοί που έχουν την καλύτερη φυσική δραστηριότητα και τη μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με τα ευρήματα των μελετών για τους Έλληνες της Αμερικής.

Οι υπόλοιποι Έλληνες της Διασποράς έχουν αφομοιωθεί περισσότερο από τη χώρα που διαμένουν σε διατροφικό επίπεδο γεγονός που εξηγείται με την περιορισμένη διαθεσιμότητα προϊόντων αλλά και του Δυτικού τρόπου ζωής που οδηγεί σε επιλογές πιο επιβλαβείς για την υγεία. Κοινό εύρημα από όλες τις μελέτες είναι ότι η κατάσταση της σωματικής υγείας των ηλικιωμένων Ελλήνων της Διασποράς είναι καλύτερη σε σύγκριση με αυτή των γηγενών πληθυσμών στην ίδια ηλικία με εξαίρεση την εμφάνιση άγχους σε κάποιες περιπτώσεις στην Ευρώπη.

Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα στον τρόπο ζωής και διατροφής των Ελλήνων της διασποράς που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, κρίνεται σημαντική με δεδομένο ότι τα στοιχεία είναι σχετικά περιορισμένα, όπως αυτά που αφορούν την περιοχή της Μ. Ασίας (Κωνσταντινούπολη, ΗΠΑ, Καναδά) όπου τα στοιχεία είναι σχεδόν ανύπαρκτα.

Συμπερασματικά, γίνεται σαφές ότι το θαύμα της Μεσογειακής διατροφής εξακολουθεί να υφίσταται επιφέροντας σημαντικά οφέλη στην σωματική και ψυχική υγεία ακόμα και στους πληθυσμούς της τρίτης ηλικίας, και οι επιρροές της είναι κοινές σε παγκόσμιο επίπεδο αν αυτή δεν εμποδιστεί από παράγοντες όπως το κόστος των προϊόντων, την παρασκευή γευμάτων, τη διαθεσιμότητα των προϊόντων και την πρόσβαση στα προϊόντα καθώς και η ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής.

Τα ελάχιστα δεδομένα τα οποία αφορούν συγκεκριμένες περιοχές δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ολοκληρωμένων συμπερασμάτων. Συνεπώς, η ανάγκη για περαιτέρω επέκταση της έρευνας στα πλαίσια της MEDIS STUDY σχετίζεται με τη διερεύνηση συγκεκριμένων περιοχών όπως αυτών της Κωνσταντινούπολης, της περιοχής Tarpon Springs στο Miami, όπου εκεί έχουν εγκατασταθεί Έλληνες της Καλύμνου, και 49 πολιτειών των ΗΠΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Culross, B (2008) Nutrition: Meeting the Needs of the Elderly. *Gerontology Update* 2008, ARNNetwork
2. Tabloski, P. A. (2006). Nutrition and aging. In P. A. Tabloski, *Gerontological Nursing*. Up Saddle, NJ: Prentice Hall
3. Finch, S., Doyle, W., Lowe, C., Bates, C.J., Prentice, A., Smithers, G., and Clarke, P.C. (1998) Report of the Diet and Nutrition Survey. National Diet and Nutrition Survey: People Aged 65 Years and Over. London. *The Stationery Office*, Vol. 1.

4. Kyle, U.G., Genton, L., Hans, D., Karsegard, L., Slosman, D.O. and Pichard C. (2001) Age-related differences in fat-free mass, skeletal muscle, body cell mass and fat mass between 18 and 94 years. *European Journal of Clinical Nutrition*. 55:663 – 672
5. Landers, K.A., Hunter, GR., Wetzstein, C.J. Bamman, M.M. and Weinsier, RL. (2001) The interrelationship among muscle mass, strength, and the ability to perform physical tasks of daily living in younger and older women. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*. 56(10):B443-8.
6. DH- Department of Health Committee on Medical Aspects of Food Policy (1991) Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom. *Report of Health and Social Subjects* 41. London. HMSO.
7. McNeill, G., Vyvyan, J., Peace, H., McKie, L., Seymour, G., Hendry, J. and MacPherson, I. (2002) Predictors of micronutrient status in men and women over 75 years old living in the community. *British Journal of Nutrition*. 88:555–561.
8. Schenker, S. (2003) Undernutrition in the UK. *Nutrition Bulletin*. 28(1):87-120.
9. Denny, A (2008) An overview of the role of diet during the ageing process. *British Journal of Community Nursing*. Vol.13, No. 2, pp58-67.
10. Scottish Executive (2003) *The Scottish Health Survey*. Edinburgh. Scottish Executive
11. Welsh Consumer Council (2006) *Food poverty and older people*. Cardiff. Welsh Consumer Council
12. NHS (2009) *Choices: Your health your choice* Available from URL: <http://www.nhs.uk/Conditions/Depression/Pages/Symptoms.aspx>
13. Rogers, P.J. (2001) A healthy body, a healthy mind: long-term impact of diet on mood and cognitive function. *Proceedings of the Nutrition Society*. 60:135–143.
14. Park, H.L., O'Connell, J.E., Thomson, R.G. (2003) A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18(12):1121-3
15. Del Parigi, A., Panza, F., Capurso, C. and Solfrizzi V. (2006) Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Research Bulletin*. 69(1):1-19
16. Brownie, S. (2006) Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*. 12(2):110-118.
17. Genser, D. (2008) Food and drug interaction: consequences for the nutrition/health status. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 52(s1):29-32.

- 18 Willett, W.C.; Sacks, F.; Trichopoulou, A.; Drescher, G.; Ferro-Luzzi, A.; Helsing, E.; Trichopoulos, D. (1995) Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy eating. *Am. J. Clin. Nutr.* 61, 1402–1406
19. Bach-Faig, A.; Berry, E.M.; Lairon, D.; Reguant, J.; Trichopoulou, A.; Dernini, S.; Medina, F.X.; Battino, M.; Belahsen, R.; Miranda, G.; et al. (2011) Mediterranean diet foundation expert group. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr.* 14, 2274–2784.
20. Pitsavos, C.; Panagiotakos, D.B.; Tzima, N.; Chrysoshoou, C.; Economou, M.; Zampelas, A.; Stefanadis, C. (2005) Adherence to the Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults: The ATTICA study. *Am. J. Clin. Nutr.* 82, 694–699.
21. Román-Viñas, B.; Serra-Majem, L.; Ribas-Barba, L.; Ngo, J.; García-Álvarez, A.; Wijnhoven, T.M.; Tabacchi, G.; Branca, F.; de Vries, J.; de Groot, L.C. (2009) Overview of methods used to evaluate the adequacy of nutrient intakes for individuals and populations. *Br. J. Nutr.* 101, 6–11
22. Dhonukshe-Rutten, R.A.; Bouwman, J.; Brown, K.A.; Cavelaars, A.E.; Collings, R.; Grammatikaki, E.; de Groot, L.C.; Gurinovic, M.; Harvey, L.J.; Hermoso, M.; et al. (2013) EURRECA-Evidence-based methodology for deriving micronutrient recommendations. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 53, 999–104
23. Serra-Majem L, Ngo de la Cruz J, Ribas L, Salleras L. (2003) Mediterranean Diet and Health: Is all the Secret in Olive Oil? *Path Haem Thromb.* 33(5-6): 461-5
24. Bhupathiraju SN, Tucker KL. (2011) Coronary heart disease prevention: nutrients, foods, and dietary patterns. *Clin Chim Acta.* 412(17-18):1493-1514.
25. Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. (2004) The joint WHO FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutr.* 7(1A):245-250.
26. Sofi F. (2009) The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows. *Curr Opin Cardiol.* 24(5):442-446.
27. Sherzai A, Heim LT, Boothby C & Sherzai AD. (2012) Stroke, food groups, and dietary patterns: a systematic review. *Nutr Rev.* 70(8):423-435.
28. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. (2009) Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 338:b2337.

29. Dilis V, Katsoulis M, Lagiou P, Trichopoulos D, Naska A, Trichopoulou A. (2012) Mediterranean diet and CHD: the Greek European prospective investigation into cancer and nutrition cohort. *Br J Nutr*. 108(4):699-709
30. Couto E, Boffetta P, Lagiou P, et al. (2011) Mediterranean dietary pattern and cancer risk in the EPIC cohort. *Br J Cancer*. 104(9):1493-1499
31. Barros R, Moreira A, Fonseca J, et al. (2008) Adherence to the Mediterranean diet and fresh fruit intake are associated with improved asthma control. *Allergy*. 63(7):917-923
32. Chatzi L, Mendez M, Garcia R, et al. (2012) Mediterranean diet adherence during pregnancy and fetal growth: INMA (Spain) and RHEA (Greece) mother-child cohort studies. *Br J Nutr*. 107(1):135-145
33. Chrysochoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, et al. (2010) Adherence to the Mediterranean diet is associated with renal function among healthy adults: the ATTICA study. *J Ren Nutr*. 20(3):176-184.
34. Vernaglion, L. (2009) The Mediterranean diet: a matter of history, tradition, culture and health. *J Nephrol*. 22(suppl 14): 149-158
35. Di'az-Lo'pez A, Bullo' M, Marti'nez-Gonza'lez MA ', et al. (2012) Effects of Mediterranean diets on kidney function: a report from the PREDIMED trial. *Am J Kidney Dis*. 60(3):380-389.
36. Ben- Avraham S, Harman-Boehm I, Schwarzfuchs D, Shai I.(2009) Dietary strategies for patients with type 2 diabetes in the era of multi-approaches; review and results from the dietary intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT). *Diabetes Res Clin Pract*. 86(suppl 1):41-52
37. Romaguera D, Norat T, Mouw T, et al. (2009) Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *J Nutr*. 139(9):1728-1737
38. Brown L. (1996) *Tough Choices: Facing the Challenge of Food Scarcity*. New York: WW Norton,
39. Alexandratos N (2006) The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutrition*: 9(1A), 111–117
40. Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2004) *The State of Food Insecurity in the World*. Rome: FAO.
41. World Health Organization. (2003) Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. Report of a JointWHO/FAO Expert Consultation. WHO *Technical Report Series* 916. Geneva. WHO, 2003

42. Dhillon A.(2002) *India has no beef with fast-food chains: the country has adapted American fare to satisfy its own taste– spicy and vegetarian*. Financial Times, 23 March 2002
43. Bruinsma J, (ed.) (2003) *World Agriculture: Towards 2015/30, an FAO Perspective*. London/Rome: Earthscan/FAO.
44. International Consensus Statement Dietary Fat, (2000) *The Mediterranean Diet, and Lifelong Good Health 2000, International Conference on the Mediterranean Diet*, Royal College of Physicians, London, 13–14 January 2000 (http://europa.eu.int/comm/agriculture/prom/olive/medinfo/uk_ie/consensus/index.htm)
45. International Obesity Task Force. (2005) *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health– Briefing Paper. Prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity*, Brussels 15 March 2005 (<http://www.ionf.org/media/euobesity3.pdf>)
46. Moschandreas J, Kafatos A. (1999) Food and nutrient intakes of Greek (Cretan) adults: recent data for food-based dietary guidelines in Greece. *British Journal of Nutrition*. 81(Suppl. 2): S71–6.
47. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance,(2003) OECD Indicators 2003. Paris: OECD, 2003
48. World Health Organization.(2003) *Process for a WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO, 2003
49. Schmidhuber J & Shetty P. (2005) *The nutrition transition to 2030, why developing countries are likely to bear the major burden*. Plenary paper presented at the 97th Seminar of the European Association of Agricultural Economists, University of Reading, England, 21–22 April 2005 (<http://www.fao.org/es/esd/gstudies.htm>)
50. Serra-Majem, L.; Ribas, L.; Pérez-Rodrigo, C.; García-Closas, R.; Peña-Quintana, L.; Aranceta, J. (2002) Factors associated to nutrient intake among children and adolescents: Results from the EnKid study. *Ann. Nutr. Metab.* 46, 31–38
51. Arvaniti, F, Panagiotakos, D, Pitsavos, C , Zampelas, A, & Stefanadis, C (2006) Dietary Habits in a Greek sample of men and women: The Attica Study. *Cent Eur J Publ Health*. 14 (2): 74–77
52. Ministry of Health and Welfare of Greece.(1999) Dietary guidelines for adults in Greece. *Arch Hellenic Med*. 16(5):516–24

53. Kafatos AG, Verhagen H, Moschandreas J, Apostolaki I, Van Westerop J.(2000) Mediterranean diet of Crete: foods and nutrient content. *J Am Diet Assoc.* 100:1487-149
54. Kromhout D, Keys A, Aravanis C, Buzina R, Fidanza F, Giampaoli S, et al. (1989) Food consumption patterns in the 1960's in seven countries. *Am J Clin Nutr.* 49(5):889–94.
55. Terracciano A, Lo "ckenhoff C, Zonderman A, et al. (2008) Personality predictors of longevity: activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosom Med* 70:621–7.
56. Trichopoulou A, et.al. (2005) Modified Mediterranean diet and survival: EPIC – elderly prospective cohort-study. *BMJ.* doi: 10.1136/bmj.38415.644155.8
57. Lasheras, C, Fernandez, A, & Patterson, A (2000) Mediterranean diet and age with respect to overall survival in institutionalized, nonsmoking elderly people *Am J Clin Nutr* , 71:987–92.
58. Knoop, K et., al. (2004) Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE Project. *JAMA*, September 22/29, Vol 292, No. 12
59. Sjogren, P, Becker, Warensjo, Eva & Olsson, E, Byberg, E, Gustafsson, I, Karlstrom, B & Cederholm, T (2010) Mediterranean and carbohydrate-restricted diets and mortality among elderly men: a cohort study in Sweden. *Clin Nutr*, 92:967–74.
60. Psaltopoulou, T, Naska, A, Orfanos, P, Trichopoulos, D, Mountokalakis, T & Trichopoulou, A (2004) Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition(EPIC) study. *Am J Clin Nutr.* 80:1012–18.
61. Lopez-Garcia, E, Rodriguez-Artalejo, F, Y Li, T, Fung, T, Li, S, Willett, W, Rimm, E & Hu, F (2014) The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*, 99:172–80.
62. Mackay J, & Eriksen, (2006) O. *The tobacco atlas*, 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society.
63. WHO (1999a)*Report on tobacco smoke and child health: consultation report*. WHO: Geneva, Switzerland
64. WHO (1999) Consultation report. World Health Organization Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. WHO: Geneva, Switzerland. http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report

65. Kosecik M, Erel O, Sevinc E, Selek S. (2005) Increased oxidative stress in children exposed to passive smoking. *Int J Cardiol.* 100, 61-64
66. Metsios GS, Flouris AD, Jamurtas AZ, et al. (2007) A brief exposure to moderate passive smoke increases metabolism and thyroid hormone secretion. *J Clin Endocrinol Metab.* 92:208-211.
67. Flouris AD, Metsios GS, Carrillo AE, et al. (2009) Acute and Short-Term Effects of Secondhand Smoke on Lung Function and Cytokine Production. *Am J Respir Crit Care Med* In Press
68. Bloomer , RJ. (2007) Decreased blood antioxidant capacity and increased lipid peroxidation in young cigarette smokers compared to non-smokers: Impact of dietary intake. *Nutr J.* 6:39
69. Panagiotakos D, Pitsavos C, Chrysoshoou C, et al.(2004) Effect of exposure to secondhand smoke on markers of inflammation: the ATTICA study. *Am J Med.* 116:145-150
70. Fitó M, Guxens M, Corella D, et al. (2007) Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 167(11):1195-20
71. Booker CS, & Mann JI. (2008) Trans fatty acids and cardiovascular health: translation of the evidence base. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 18(6):448-56.
72. Erkkilä A, de Mello VD, Risérus U, Laaksonen DE. (2008) Dietary fatty acids and cardiovascular disease: an epidemiological approach. *Prog Lipid Res.* 47(3):172-87
73. Ferro-Luzzi A, James W & Kafatos A. (2002) The high fat Greek diet: A recipe for all? *Eur J Clin Nutr.* 56:796-809
74. Simopoulos A. (1998) Overview of evolutionary aspects of ω -3 fatty acids in the diet. In Simopoulos A (Ed). *The return of the ω -3 fatty acids into the food supply: I land-based animal food products and their health effects.* World Rev Nutr Diet. 83. 1-11
75. Sanders T, Oakley F, Miller G, Mitropoulos K, Crook D, Oliver M. (1997) Influence of n-6 versus n-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Diets Low in Saturated Fatty Acids on Plasma Lipoproteins and Hemostatic Factors Arter, *Thromb Vasc Biol.* 17:3449-3460.
76. Riediger ND, Othman RA, Suh M, Moghadasian MH. (2009) A systemic review of the roles of n-3 fatty acids in health and disease . *J Am Diet Assoc.* 109(4):668-79
77. Colussi G, Catena C, Baroselli S, Nadalini E, Lapenna R, Chiuch A, Sechi LA.(2007) Omega-3 fatty acids: from biochemistry to their clinical use in the prevention of cardiovascular disease. *Recent Pat Cardiovasc Drug Discov.* 2(1):13-25

78. Vardavas C, Majchrzak D, Wagner K-H, Elmadfa I & Kafatos A. (2006a) Lipid analysis of wild Cretan greens. *Food Chem.* 99 (4): 822-834
79. Vardavas, C, Lionis,C, Polychronopoulos, E, Zeimbekis,A, Bountziouka,V, Stravopodis, P, Metallinos,G, Panagiotakos, G (2010) The Role of Passive Smoking on the Prevalence of II Diabetes Mellitus Among Elderly Men and Women Living in Mediterranean Islands. The MEDIS Study. *Diabetic Medicine* , 27(2):242-243
80. Sarri, K, Linardakis M, Bervanaki F, Tzanakis NE, & Kafatos AG. (2004) Greek Orthodox fasting rituals: a hidden characteristic of the Mediterranean diet of Crete. *Br J Nutr.* 92:277-284.
81. Akhilender, N (2003) Vitamin C in human health and disease is still a mystery. An overview. *Nutr J*, 2:7
82. Xia SH, Wang J & Kang JX. (2005) Decreased n-6/n-3 fatty acid ratio reduces the invasive potential of human lung cancer cells by down-regulation of cell adhesion/invasion-related genes. *Carcinogenesis.* 26(4):779-84.
83. Menendez JA, Ropero S, Lupu R, Colomer R. (2004) Omega-6 polyunsaturated fatty acid gamma-linolenic acid (18:3n-6) enhances docetaxel (Taxotere) cytotoxicity in human breast carcinoma cells: Relationship to lipid peroxidation and HER-2/neu expression. *Oncology Reports.* 11(6): 1241-52.
84. Agombar A, Cooper AJ, & Johnson CD. (2004) An aqueous formulation of gamma-linolenic acid with antiproliferative action on human pancreatic cancer cell lines. *Anticancer Drugs.* 15 (2): 157-60
85. Hardman, WE. (2004) N-3 fatty acids and cancer therapy. *J Nutr.* 134 (12 Suppl): 3427-3430
86. Dixon LB, Subar AF, Peters U, et al. (2007) Adherence to the USDA Food Guide, DASH Eating Plan, and Mediterranean dietary pattern reduces risk of colorectal adenoma. *J Nutr.* 137(11):2443-50.
87. Lam TK, Cross AJ, Consonni D, et al. (2009) Intakes of red meat, processed meat, and meat mutagens increase lung cancer risk. *Cancer Res.* 69(3):932-9.
88. Cui Y, Morgenstern H, Greenland S, et al. (2008) Dietary flavonoid intake and lung cancer--a populationbased case-control study. *Cancer.* 112(10):2241-8

89. Tzourlouki, E, et.al. (2009) The 'secrets' of the long lives in Mediterranean islands: the MEDIS study. *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 6, 659–664
90. Cohen JE. (2003) Human population: the next half century. *Science*. 302:1172–5.
91. Reddy S. (2002) Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions determinants dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutr*. 5:231–7
92. Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, et al. (1995) Diet and overall survival in elderly people. *Br Med J*. 311:1457–6
93. Trichopoulou A, et.al. (2005) Modified Mediterranean diet and survival: EPIC – elderly prospective cohort-study. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.38415.644155.8
94. Terracciano A, Lönnchenhoff C, Zonderman A, et al. (2008) Personality predictors of longevity: activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosom Med* 70:621–7.
95. Dupre M, Liu G, Gu D.(2008) Predictors of longevity: evidence from the oldest old in China. *Am J Public Health*. 98:1203–9.
96. Adler NE, Boyce T, Chesney MA et al. (1994) Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist* 49, 15–24
97. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337, 1387–1393
98. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysoshoou C et al. (2008) Dietary habits mediate the relationship between socioeconomic status and CVD factors among healthy adults: the ATTICA study. *Public Health Nutr* 11, 1342–1349
99. Nordstrom KC, Diez Roux VA, Jackson AS et al. (2004) The association of personal and neighbourhood socioeconomic indicators with subclinical cardiovascular disease in an elderly cohort. The cardiovascular health study. *Soc Sci Med* 59, 2139–214
100. Melchior M, Goldberg M, Krieger N et al. (2005) Occupational class, occupational mobility and cancer incidence among middle-aged men and women: a prospective study of the French GAZEL cohort. *Cancer Causes Control* 16, 515–524.
101. Darmon N & Drewnowski A (2008) Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 87, 1107–1117
102. Vlismas K, Stavrinos V & Panagiotakos DB (2009) Socioeconomic status, dietary habits and health-related outcomes in various parts of the world: a review. *Cent Eur J Public Health* 17, 55–63.

103. Mishra G, Ball K, Arbuckle J & Crawford D (2002) Dietary patterns of Australian adults and their association with socioeconomic status: results from the 1995 National Nutrition Survey. *Eur J Clin Nutr* 56, 687–693.
104. Panagiotakos, D G Kourlaba, G , A Zeimbekis A , Toutouzas, P & Polychronopoulos, E (2007) The J-shape association of alcohol consumption on blood pressure levels, in elderly people from Mediterranean Islands(MEDIS epidemiological study). *Journal of Human Hypertension* ,21, 585–587
105. Katsarou, A et.al., (2009) Socio-economic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study. *Public Health Nutrition*: 13(10), 1614–1621
106. Adamek, M. E., & Slater, G. Y. (2008). Depression and anxiety. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 153-189.
107. Psaltopoulou, T., Kyrozi, A., Stathopoulos, P., Trichopoulos, D., Vassilopoulos, D., & Trichopoulou, A. (2008). Diet, physical activity and cognitive impairment among elders: The EPIC-Greece cohort (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition). *Public Health Nutrition*, 11, 1054-1062
108. Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Norman, P., Jamrozik, K., & Flicker, L. (2008). Homocysteine and depression in later life. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1286-1294
109. Owen, C., Rees, A. M., & Parker, G. (2008). The role of fatty acids in the development and treatment of mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 19-24.
110. Sontrop, J., & Campbell, M. K. (2006). N-3 polyunsaturated fatty acids and depression: A review of the evidence and a methodological critique. *Preventive Medicine*, 42(1), 4-13
111. Assisi, A., Banzi, R., Buonocore, C., Capasso, F., Di Muzio, V., Michelacci, F., et al. (2006). Fish oil and mental health: The role of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in cognitive development and neurological disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 319-336.
112. Martin, C. M. (2008). N-3 fatty acids: Proven benefit or just a “fish story”? *Consultant Pharmacist*, 23, 217-221
113. Bountziouka, V et.al. (2009) Long-Term Fish Intake Is Associated With Less Severe Depressive Symptoms Among Elderly Men and Women - The MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) Epidemiological Study *Journal of Aging and Health*. 21,6

114. Panagiotakos D, Bountziouka V, Zeimbekis A et al. (2007) Food pattern analysis and prevalence of cardiovascular disease risk factors among elderly people from Mediterranean islands. *J Med Food* 10, 615–62
115. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willett WC: (1996) Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *BMJ* 313:84-90.
116. Das UN & Puskás LG(2009) Transgenic fat-1 mouse as a model to study the pathophysiology of cardiovascular, neurological and psychiatric disorders. *Lipids Health Dis*, 8:61.
117. Grundy SM, Barrett-Connor E, Rudel LL, Miettinen T, Spector AA (1988) Workshop on the impact of dietary cholesterol on plasma lipoproteins and atherogenesis. *Arteriosclerosis*, 8:95-101.
118. Polychronopoulos, E ,et.al., (2010) Dietary meat fats and burden of cardiovascular disease risk factors, in the elderly: a report from the MEDIS study. *Lipids in Health and Disease*, 9:30
119. Cabrera C, Artacho R, Giménez R. (2006) Beneficial effects of green tea-a review. *J Am Coll Nutr* 25:79-99.
120. Zaveri NT. (2006) Green tea and its polyphenolic catechins: medicinal uses in cancer and noncancer applications. *Life Sci*. 78:2073-80
121. Yang YC, Lu FH, Wu JS, Wu CH, Chang CJ. (2004) The protective effect of habitual tea consumption on hypertension. *Arch Intern Med*, 164:1534-4
122. Panagiotakos, D et.al (2009) Long-Term Tea Intake is Associated with Reduced Prevalence of (Type 2) Diabetes Mellitus among Elderly People from Mediterranean Islands: MEDIS Epidemiological Study. *Yonsei Med J*, 50(1):31 - 38,
123. Polychronopoulos, E , et.al., (2008) Effects of black and green tea consumption on blood glucose levels in non-obese elderly men and women from Mediterranean Islands (MEDIS epidemiological study) *Eur J Nutr*. 47: 10. doi:10.1007/s00394-007-0690-7
124. Klag MJ, Mead LA, La Croix AZ, Wang NY, Coresh J, Liang KY, Pearson TA, Levine DM. (1994) Coffee intake and coronary heart disease. *Ann Epidemiol*. 4:425-433

125. Cannon ME, Cooke CT, & McCarthy JS. (2001) Caffeine-induced cardiac arrhythmia: an unrecognized danger of healthfood products. *Med J Aust.* 174:520-521.
126. Happonen P, Voutilainen S & Salonen JT. (2004) Coffee drinking is dose-dependently related to the risk of acute coronary events in middle-aged men. *J Nutr.* 134:2381-2386
127. Panagiotakos, D et.al. (2007) Long-Term, Moderate Coffee Consumption is Associated With Lower Prevalence of Diabetes Mellitus Among Elderly Non- Tea Drinkers from the Mediterranean Islands (MEDIS Study). *The Review of Diabetic Studies.* Vol. 4, No. 2
128. Klatsky AL, Koplik S, Gunderson E, Kipp H, Friedman GD. (2006) Sequelae of systemic hypertension in alcohol abstainers, light drinkers, and heavy drinkers. *Am J Cardiol.* 98: 1063–1068.
129. Panagiotakos D, Bountziouka V, Zeimbekis A et al. (2007) Long-term fish intake is associated with better lipid profile, arterial blood pressure, and blood glucose levels in elderly people from Mediterranean islands (MEDIS epidemiological study) *Med Sci Monit*, 13(7): CR307-312
130. Vardavas C, Majchrzak D, Wagner K-H, Elmadfa I, & Kafatos A. (2008) The antioxidant and phyloquinone content of wildy grown greens in Crete. *Food Chem.* 99 (4): 835-843
131. Hayashino Y, Fukuhara S, Okamura T, Yamato H, Tanaka H, Tanaka T, Kadowaki T, Ueshima H; HIPOP-OHP Research Group. (2008) A prospective study of passive smoking and risk of diabetes in a cohort of workers: the High-Risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOPOHP) study. *Diabetes Care.* 31(4):732-4
132. WHO (2002) *Nutrition and Food Security Programme*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
133. Kinsella,K (2002) “Demographic dimensions of global aging,” *Journal of Family Issues*, vol. 21, no. 5, pp. 541–558.
134. Health, United States, (1999) *With Health and Aging Chartbook*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Md, USA,.
135. Kris-Etherton,P, Eckel,R, Howard,S, Jeor,S & Bazzarre, T (2001) “Lyon diet heart study: benefits of a Mediterraneanstyle, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I dietary pattern on cardiovascular disease,” *Circulation*, vol. 103, no. 13, pp. 1823–1825

136. Baker, H (2007) "Nutrition in the elderly: diet pitfalls and nutrition advice," *Geriatrics*, vol. 62, no. 10, pp. 24–26.
137. Kamp, B. J., Wellman, N. S. and Russell, N. S. (2010) "Position of the American dietetic association, American society for nutrition, and society for nutrition education: food and nutrition programs for community-residing older adults," *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 42, no. 2, pp. 72–82.
138. Tyrovolas, S & Polychronopoulos, E (2010) Lessons from Studies in Middle-Aged and Older Adults Living in Mediterranean Islands: The Role of Dietary Habits and Nutrition Services. SAGE-Hindawi Access to *Research Cardiology Research and Practice*. Volume 2011, Article ID 901651.
139. Peacock AJ. (2008) Medical problems of high altitude. *J R Coll Physicians Edinb*. 38:126-128.
140. Mohanna S, Baracco R, Seclen S. (2006) Lipid profile, waist circumference, and body mass index in a high altitude population. *High Alt Med Biol*. 7(3):245-255
141. Koutis AD, Lionis CD, Isacsson A, Jakobsson A, Fioretos M, Lindholm LH. (1992) Characteristics of the 'Metabolic Syndrome X' in a cardiovascular low risk population in Crete. *Eur Heart J*. 13:865-871
142. Tyrovolas, S et.al., (2011) Health Care Access and Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Elders Living in High-Altitude Areas of the Mediterranean Islands: The MEDIS Study. *The Review of Diabetic Studies*. Vol.8 No. 4
143. Méjean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, Delpeuch F, Maire B. (2008) Influence of acculturation among Tunisian migrants in France and their past/ present exposure to the home country on diet and physical activity. *Public Health Nutr*. 12: 832-41
144. Gilbert PA & Khokhar S. (2008) Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev*; 66:203-1
145. Argeseanu Cunningham S, Ruben JD, Narayan K MV. (2008) Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health Place*; 14:623-3
146. Oza-Frank R, Cunningham S. (2010) The weight of US residence among immigrants: a systematic review. *Obes Rev*; 11:271-80
147. Gulao, O, Santos, B & doCarmo, I (2015) The impact of migration on body weight: a review. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(2):229-245.

148. Avgoulas, M and Fanany, R (2012). Cultural Understanding of Health and Adjustment to Cardiovascular Disease among the Greek Elderly. *The International Journal of Aging and Society*. 1(4): 61-74.
149. Wahlqvist, ML. Kouris-Blazos, A. Trichopoulou, A and Polychronopoulos, E. (1991). The Wisdom of the Greek cuisine and Way of Life: Comparison of the Food and Health Beliefs of Elderly Greeks in Greece and Australia. *Age and Nutrition*. 2(3);163-173.
150. Darnos-Thodis, T. (2013) "Depressive Symptoms and the Prevalence of Cardiovascular Risk Factors among Greek Australians: Preliminary Findings from the Mediterranean Islands (MEDIS-Australia) Study" Athens: ATINER'S Conference Paper Series, No: PSY2013-0470.
151. O'Dea, K (2012) Kerin O'Dea: improving the health of Indigenous Australians. *The Lancet*, Vol 380
152. Kouris-Blazos, A , et.al., (1996) Health and Nutritional Status of Elderly Greek Migrants to Melbourne, Australia. *Age and Ageing*.25:177-189
153. Gray, L, Harding, S & Reid, A (2007) Evidence of divergence with duration of residence in circulatory disease mortality in migrants to Australia. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 550–554
154. Monos, Di. (1996) *The Greek Americans*. New York: Chelsea House.
155. Valassi, K (1962) Food Habits of Greek-Americans. *Am. J. Clin.* 11: 240-248.
156. Chantiles, V (1975) *The Food of Greece*. Avenel Books. New York.
157. Freedman, M & Grivetti, L (2010) Diet Patterns of First, Second and Third Generation Greek –American Women. *Ecology of Food and Nutrition* . DOI: 10.1080/03670244.1984.9990787
158. Chimbos, P (2013) Greeks. *Historica* Canada. <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/greeks/>
159. Koochek A, Mirmiran P, Azizi T, Padyab M, Johansson S, Karlstro ¨m B, Azizi F, Sundquist J. (2008) Is migration to Sweden associated with increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 15: 78–82.
160. Laroche M, Kim C, Tomiuk MA, Belisle D. (2005) Similarities in Italian and Greek multi-dimensional ethnic identity: some implications for food consumption. *Can J Admin Sc.* 22(2):143–67.

161. Martens, L (2000) *Eating Out: Social Differentiation, Consumption and Pleasure*. Cambridge
162. Hibell B et al. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs and The Pompidou Group at the Council of Europe
163. Sundquist, J. and Johansson, S.E. (1997) The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993. *International Journal of Epidemiology*, 26, 2, 279-87.
164. Rosmond, R., Nilsson, A. & Bjorntorp, P. (2000) Psychiatric ill health and distribution of body fat mass among female immigrants in Sweden. *Public Health*, 114, 45 - 51
165. Lahmann, P. et. al. (2000) Differences in body fat and central adiposity between Swedes and European Immigrants: The Malmo Diet and Cancer Study. *Obesity Research*, 8, 9, 620 - 631
166. Pudaric, S. et. al. (2000) Major risk factors for cardiovascular disease in elderly migrants in Sweden. *Ethnicity & Health*, 5 (2): 137-150
167. Mavreas, V.G. and Bebbington, P.E. (1988) Greeks, British Greek Cypriots and Londoners: a comparison of morbidity. *Psychological Medicine*, 18, 433-442.
168. Deal News Online (2016) Η κρίση σπρώχνει τους Έλληνες στην Κωνσταντινούπολη
169. Grammatikopoulou, M et.al., (2016) Similar Mediterranean diet adherence but greater central adiposity is observed among Greek diaspora adolescents living in Istanbul, compared to Athens. <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2016.1258043>
170. Bozi S (1994) Cookery of the Poli. Athens, *Asterismos*, 51, 58-63, 122-123
171. Abdussalam M & Käferstein FK(1993) Safety of street foods. *World Health Forum* 14:191-194.