

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**«Διατροφικές συνήθειες των
ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών
της Κύπρου, σε σχέση με δημογραφικά,
κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΑΝΝΑΣ ΠΟΛΥΣΤΥΠΙΩΤΗ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2005

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

- Ευάγγελος Πολυχρονόπουλος, *επίκουρος καθηγητής* (επιβλέπον)
- Αντώνης Ζαμπέλας, *επίκουρος καθηγητής*
- Δημοσθένης Παναγιωτάκος, *λέκτορας*

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	7
1.1. Αριθμητικά δεδομένα για τους ηλικιωμένους σήμερα.....	8
1.2. Η κατάσταση των ηλικιωμένων στην Κύπρο.....	10
1.3. Προβλήματα ηλικιωμένων.....	11
1.3.1. Καρδιοπάθειες.....	11
1.3.2. Οστεοπόρωση	12
1.3.3. Παχυσαρκία	12
1.3.4. Λιποσαρκία – Ασιτία	12
1.3.5. Σακχαρώδης Διαβήτης	12
1.3.6. Δυσκοιλιότητα	12
1.4. Φυσιολογικές αλλαγές και διατροφική κατάσταση κατά τη γήρανση	13
1.5. Αλλαγές των διατροφικών συνηθειών λόγω απώλειας δοντιών.....	16
1.6. Διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων	16
1.7. Συμπληρώματα διατροφής και τρίτη ηλικία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	22
2.1. Οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων σε διάφορες χώρες ...	22
2.1.1. Ισραήλ	23
2.1.2. Νότια Αμερική	23
2.1.3. Ιταλία	23
2.1.4. Γαλλία	24
2.1.5. Ουκρανία	24
2.1.6. Ελλάδα	25
2.2. Υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και ηλικιωμένοι	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	28
3.1. Μεσογειακή διατροφή και ηλικιωμένοι	28
3.2. Μεσογειακή διατροφή: παράγοντες τρόπου ζωής και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους Ευρωπαίους άντρες και γυναίκες	31
3.3. Σκοπός της μελέτης	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
4.1. Το δείγμα της μελέτης	35
4.2. Διαιτητική αξιολόγηση	36
4.3. Άλλες συνήθειες του τρόπου ζωής	37
4.4. «Ο δείκτης υγείας», άσκηση, διατροφή, κάπνισμα και ψυχολογική κατάσταση	37
4.5. Δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά	38
4.6. Στατιστική ανάλυση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	40
5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	40
5.2. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά	42

5.3. Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	43
5.4. Οικονομική κατάσταση	46
5.5. Σωματική άσκηση	48
5.6. Καπνιστικές συνήθειες	52
5.7. Διατροφικές συνήθειες	57
5.8. Ψυχολογική αξιολόγηση	72
5.9. Κλινικό ιστορικό	73
5.10. Συσχέτιση μεταξύ διατροφικών συνηθειών, κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών	85
5.11. Λιπίδια αίματος και υγιής τρόπος ζωής	87
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ	89
6.1. Επιδημιολογία των λιπιδίων αίματος των ηλικιωμένων	89
6.2. Περιορισμοί της μελέτης	92
6.3. Συμπεράσματα	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	97

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν στη διεξαγωγή αυτής της πτυχιακής εργασίας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους: κ. Ευάγγελο Πολυχρονόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, και κ. Δημοσθένη Παναγιωτάκο, Λέκτορα ιδίου τμήματος του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, για την πολύτιμη βοήθειά τους σε όλα τα στάδια της διεξαγωγής της εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ ξεχωριστά τον κ. Ανδρέα Χριστοφή, για τη διαρκή βοήθεια και κατανόηση που επέδειξε σε όλη τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων και της συγγραφής της εργασίας. Ευχαριστώ ακόμη τον κ. Μιχάλη Τορναρίτη, πρόεδρο του Ιδρύματος «Υγεία του Παιδιού» στην Κύπρο, που πρόθυμα με βοηθούσε κάθε φορά που υπήρχε ανάγκη. Επίσης, εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στους μαθητές μου, από το Περιφερειακό Δημοτικό Σχολείο Πάχνας, για την πρόθυμη βοήθεια που προσέφεραν στην πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους ηλικιωμένους που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας μου, χωρίς τη συμμετοχή των οποίων η παρούσα μελέτη δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την αποτίμηση των διατροφικών συνηθειών δείγματος ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών από την Κύπρο, καθώς επίσης και τη σχέση του βαθμού τήρησης της Μεσογειακής διατροφής με διάφορα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στη μελέτη αυτή, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2004 και 2005, συμμετείχαν 53 άνδρες και 97 γυναίκες, ηλικίας 65 μέχρι 100 ετών από διάφορες περιοχές της Κύπρου. Δημιουργήθηκε ένα διατροφικό σκορ με βάση την πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής, που κυμαινόταν από 0-55, και το οποίο αξιολόγησε το βαθμό τήρησης της Μεσογειακής διατροφής από τους συμμετέχοντες. Έπειτα υπολογίστηκε ένας «δείκτης υγείας», ο οποίος κυμαινόταν από 0 – 4 και που αξιολόγησε τέσσερις συνήθειες του τρόπου ζωής: (α) καπνιστικές συνήθειες, (β) κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, (γ) σωματική δραστηριότητα και (δ) τήρηση της Μεσογειακής διατροφής. Το 65% των συμμετεχόντων είχαν υπερχοληστερολαιμία, το 59% υπέρταση, το 47% ήταν παχύσαρκοι και το 22% είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, το 32% των συμμετεχόντων δήλωσαν κάποια σωματική δραστηριότητα σε εβδομαδιαία βάση, το 5% ήταν καπνιστές, ενώ το 4% είχαν σταματήσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Τέλος, το 8% των συμμετεχόντων φάνηκε να καταναλώνει οينوπνευματώδη ποτά σε καθημερινή βάση. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της υπερχοληστερολαιμίας και των καπνιστικών συνηθειών (odds ratio = 4.3, $p = 0.03$), ενώ μια αντίστροφη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ υπερχοληστερολαιμίας, κατανάλωσης οينوπνεύματος (odds ratio = 0.3, $p = 0.04$) και τήρησης της μεσογειακής διατροφής (odds ratio = 0.77, $p = 0.02$), αφού λήφθηκε υπόψη η ηλικία, το φύλο, και άλλοι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες. Επίσης βρέθηκε αντίστροφη σχέση μεταξύ του «δείκτη υγείας» και του επιπολασμού της υπερχοληστερολαιμίας ($p = 0.06$) και του σακχαρώδη διαβήτη ($p = 0.04$). Συμπερασματικά, η τήρηση του μεσογειακού τύπου διατροφής συνδέεται με μειωμένες πιθανότητες για ανάπτυξη υπερχοληστερολαιμίας και σακχαρώδη διαβήτη, σε ηλικιωμένα άτομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ότι τρώει κανείς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την υγεία του. Μια λαϊκή ρήση λέει ότι «είμαστε ό τι τρώμε». Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της Ιατρικής, αναγνωρίζοντας την αξία της διατροφής και τη δύναμη της τροφής στην ενίσχυση της υγείας, δήλωσε ότι ο άνθρωπος πρέπει να έχει την τροφή του για φάρμακο και για φάρμακο την τροφή του. Τα τρόφιμα που τρώμε περιέχουν διάφορες θρεπτικές ουσίες που βοηθούν στη συντήρηση της ζωής, παρέχουν ενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό, προάγουν την ανάπτυξη και ρυθμίζουν τις μεταβολικές διεργασίες. Με μια υγιεινή και σωστή διατροφή οι υποστηρικτικές για τη ζωή ιδιότητες των θρεπτικών και άλλων ουσιών που βρίσκονται στα τρόφιμα βελτιστοποιούνται (Williams, 2003).

Τα «καταναλωτικά» διατροφικά νοσήματα σήμερα ενδημούν. Συγκλίνουσες ενδείξεις από επιδημιολογικές, κλινικές και πειραματικές έρευνες, ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για ένα μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των ανεπτυγμένων χωρών, μεταξύ των οποίων αρκετές κακοήθειες νεοπλασίες, καρδιαγγειακά νοσήματα και στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (Τριχόπουλος, Καλαποθάκη & Πετρίδου, 2000).

Υπάρχουν σημαντικά ευρήματα όσον αφορά το ρόλο της διατροφής στην υγεία. Ανασκόπηση των ευρημάτων αυτών έχει γίνει σε μια δημοσίευση του Εθνικού Συμβουλίου Ερευνών των ΗΠΑ το 1989, ενώ τα νεότερα ευρήματα συνοψίζονται σε πολλές πρόσφατες δημοσιεύσεις. Σημαντική ερευνητική δραστηριότητα έχει αναπτυχθεί και στην Ελλάδα, αρχικά από τους Έλληνες συνεργάτες της μελέτης των Επτά Χωρών που συντονίστηκε από τον Α. Keys και αργότερα από πολλές ερευνητικές ομάδες που εργάζονται μέχρι και σήμερα στην επιδημιολογία των νεοπλασιών, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των παιδιατρικών νοσημάτων (Τριχόπουλος, Καλαποθάκη & Πετρίδου, 2000).

Η σχέση τροφίμων, διατροφής και υγείας βρίσκεται αυτή την περίοδο υπό διερεύνηση. Η τρόπος διατροφής των ανθρώπων του σύγχρονου πολιτισμού τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει σχεδόν ριζικά. Η κατανάλωση φαγητού από τα φάστ φούντ έχει πάρει τη θέση του σπιτικού φαγητού. Τα περισσότερα γεύματα της ημέρας λαμβάνονται έξω από το σπίτι. Οι καταναλωτές γνωρίζουν την ανάγκη για έναν υγιή τρόπο ζωής και ενθαρρύνονται να ακολουθήσουν τις βελτιωμένες συνήθειες κατανάλωσης για να αποφύγουν "τις λεγόμενες ασθένειες της ευημερίας", όπως οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, η παχυσαρκία, ο καρκίνος και ο διαβήτης τύπου 2 (Harwell και συν., 2005).

Μια παγκόσμια επιδημία χρόνιων παθήσεων που σχετίζονται με τη διατροφή έχει κάνει αισθητή την παρουσία της τα τελευταία χρόνια. Στην Αγγλία οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας έχουν τριπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια και η τάση αυτή προβλέπεται να συνεχιστεί. Η ανάγκη για μια αλλαγή στη διατροφή και σε άλλους παράγοντες του τρόπου ζωής και για την κατεύθυνση και τους στόχους για αυτήν την αλλαγή θεωρείται επείγουσας σημασίας. Τα στοιχεία για το πώς αυτή η αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί δεν είναι σίγουρα. Έχει καθοριστεί ότι οι διαδικασίες ασθενειών αρχίζουν στην παιδική ηλικία. Τα πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι διατροφικές συνήθειες

επίσης καθιερώνονται στην παιδική ηλικία αλλά ότι αυτές οι συνήθειες είναι υποκείμενες στην αλλαγή (Adamson & Mathers, 2004).

Οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών σχετικά με θέματα υγείας έχουν παραγάγει πολλή γνώση αναφορικά με τα ανησυχητικά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των ανεπτυγμένων χωρών, αλλά δεν έχουν πετύχει μέχρι στιγμής να δώσουν βιώσιμες επεμβάσεις που θα λύσουν το πρόβλημα (Burgess και συν., 2005).

Με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, πολλά έθνη αναπτύσσουν και εφαρμόζουν υγιείς πολιτικές γήρανσης για να προωθήσουν την ποιότητα καθώς επίσης και τα έτη υγιούς ζωής. Για να διευρυνθεί η βάση των στοιχείων που αφορούν στη χάραξη μιας τέτοιας πολιτικής πρέπει να συνοψιστούν τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με τους συμπεριφοριστικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγιούς γήρανσης. Οι μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1985 και 2003 και οι οποίες εξέθεσαν τις στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων βασικών γραμμών και της υγιούς έκβασης της γήρανσης προσδιορίστηκαν από μια συστηματική αναζήτηση των ιατρικών, ψυχολογικών, κοινωνιολογικών, και γεροντολογικών βάσεων δεδομένων. Οκτώ μελέτες ικανοποίησαν τα κριτήρια αναζήτησης. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου μεταξύ των συμπεριφοριστικών καθοριστικών παραγόντων περιέλαβαν την κατάσταση καπνίσματος, το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, το δείκτη μάζας σώματος (BMI), τη διατροφή, την κατανάλωση οινοπνεύματος και τις πρακτικές υγείας (Peel και συν., 2005).

Βάση αυτών των συμπερασμάτων, οι αποτελεσματικές υγιείς πολιτικές γήρανσης πρέπει να ενισχύσουν τις ευκαιρίες πέρα από τη διάρκεια ζωής για την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου του τρόπου ζωής. Οι προσπάθειες να τυποποιηθούν οι έννοιες και η ορολογία θα διευκολύνουν την περαιτέρω ερευνητική δραστηριότητα σε αυτήν την σημαντική περιοχή (Peel και συν., 2005).

1.1. Αριθμητικά δεδομένα για τους ηλικιωμένους σήμερα

Οι ηλικιωμένοι συνεχίζουν να αντιπροσωπεύουν μια από τις πληθυσμιακές ομάδες των ανεπτυγμένων χωρών που αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς. Η ηλικία των 65 ετών είναι αυτή που συνήθως χρησιμοποιείται ως όριο για το διαχωρισμό του ενήλικα από τον ηλικιωμένο.

Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αποτελούν το 15% του πληθυσμού των δυτικών ευρωπαϊκών χωρών, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί από 19% σε 26% μέχρι το 2025 (Elia, 2001). Συγκεκριμένα ο αριθμός των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ αναμένεται ότι μέχρι το 2030 θα φτάσει τα 69.4 εκατομμύρια (Janet και συν., 2000).

Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, αναμένεται να διπλασιαστεί σε αναλογία του παγκόσμιου πληθυσμού και ίσως ακόμα να τριπλασιαστεί στα επόμενα 50 χρόνια. Το τμήμα πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών υπολόγισε ότι η ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων κατά το 1999 αντιπροσώπευε το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού, ποσοστό που μεταφράζεται σε 600 εκατομμύρια ανθρώπους. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία αναμένεται ότι αυτή η αναλογία, μέχρι το 2025, θα αυξηθεί σε ποσοστό 20% του παγκόσμιου πληθυσμού και θα περιλαμβάνει περισσότερα από 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους (Tucker και συν., 2001).

Αυτή τη στιγμή, μόνο η Ευρώπη και η Ιαπωνία έχουν πληθυσμούς ηλικιωμένων με ποσοστό μικρότερο του 20%. Στην Ευρώπη το 22% των κατοίκων είναι άνω των 60 ετών και το ποσοστό αυτό φαίνεται ότι μέχρι το 2020 θα αυξηθεί σε 27% (Ζαμπέλας, 2003). Μέχρι το 2025, σχεδόν όλες οι χώρες, με εξαίρεση το μεγαλύτερο μέρος της Αφρικής, υπολογίζεται ότι θα έχουν υπερβεί αυτό το ποσοστό. Επιπλέον ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω, προβλέπεται ότι θα υπερτριπλασιαστεί (Tucker και συν., 2001).

Αυτές οι αλλαγές θα είναι πιο δραματικές στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η μετάβαση μεταξύ των ηλικιακών δομών γίνεται με ταχύτατους ρυθμούς. Συγχρόνως, υπάρχουν στοιχεία μιας χαρακτηριστικής ακολουθίας αλλαγών που θα επέλθουν στη διατροφή, καθώς και μιας μείωσης στη σωματική δραστηριότητα που θα οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές. Η διατροφή αναμένεται ότι θα αυξηθεί σε λίπη, ραφιναρισμένες τροφές και ζωικά προϊόντα, ενώ θα είναι χαμηλότερη σε φυτικές ίνες, συμβάλλοντας έτσι στη ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Tucker και συν., 2001).

Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών, εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού. Ένας από τους κύριους λόγους για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, τη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και της διατροφής.

Στην Κύπρο, 70000 περίπου άτομα, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 11.0% του πληθυσμού, ανήκουν στην ομάδα ηλικιών άνω των 65 ετών. Εξ αυτών τα 30000 περίπου άτομα ανήκουν στην ομάδα ηλικιών άνω των 75 ετών. Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 75 ετών θα αυξηθεί ταχύτατα και αναμένεται ότι το 2028 θα ανέλθει στο 7.6% (Πρακτικά Συνεδρίας της "Βουλής των Γερόντων", 1999).

Το προσδοκώμενο όριο επιβίωσης στην Κύπρο ανέρχεται στους άνδρες στα 75.3 χρόνια και στις γυναίκες στα 79.8 χρόνια. Στην ηλικία των 65 ετών αναμένεται ότι ο άνδρας θα ζήσει κατά μέσο όρο ακόμη 16.3 χρόνια, ενώ η γυναίκα θα ζήσει ακόμη 18,6 χρόνια (Πρακτικά Συνεδρίας της "Βουλής των Γερόντων", 1999).

Η διάρκεια ζωής του ανθρώπου φαίνεται να έχει αυξηθεί, αλλά δεν είναι γνωστό αν τα προστιθέμενα χρόνια είναι καλής ποιότητας και χωρίς ασθένειες. Ενώ μέχρι το 1900 οι κύριες αιτίες θανάτου ήταν η πνευμονία και η ελονοσία, σήμερα οι τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στις δυτικές κοινωνίες είναι τα καρδιαγγειακά, τα εγκεφαλικά και οι νεοπλασίες (Ζαμπέλας, 2003).

Οι γεωγραφικές διαφορές και το φύλο επηρεάζουν τη θνησιμότητα των ηλικιωμένων. Έρευνα που έγινε σε ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν σε δώδεκα ευρωπαϊκές πόλεις, κατέδειξε ότι οι άνδρες είχαν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας συγκριτικά με τις γυναίκες. Παρόλα αυτά όμως οι γεωγραφικές διαφορές ήταν εμφανέστερες στην έρευνα αυτή. Οι ηλικιωμένοι της Ανατολικής Ευρώπης (Πολωνοί) είχαν το υψηλότερο μέσο ποσοστό κινδύνου, ενώ εκείνοι της Νότιας Ευρώπης (Γάλλοι, Ελβετοί, Ιταλοί, Ισπανοί, Πορτογάλοι) είχαν χαμηλότερα μέσα ποσοστά κινδύνου. Οι ηλικιωμένοι τέλος της Νότιας Ευρώπης (Δανοί, Ολλανδοί, Βέλγοι) είχαν ενδιάμεσα ποσοστά κινδύνου (Amorim και συν., 2002).

Οι παράγοντες από την άλλη, που αυξάνουν τη θνητότητα είναι το φύλο, το κάπνισμα, η απουσία ή η πολύ μικρή φυσική δραστηριότητα, η παρέκκλιση από το μέτριο βάρος σε σχέση με το ύψος και η μη τακτική λήψη προγεύματος. Οι παράγοντες αυτοί είναι ανεξάρτητοι από την ηλικία, τη φυλή και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου (Karlan και συν., 1987).

Όπως αναφέρθηκε και αρχικά ο αριθμός των ηλικιωμένων ανθρώπων αυξάνεται παγκοσμίως με γοργούς ρυθμούς. Περισσότεροι από 580 εκατομμύρια άνθρωποι είναι πάνω από 60 ετών και ο αριθμός αυτός αναμένεται να ανέλθει μέχρι το 2020 σε 1000 εκατομμύρια (Knoors και συν., 2004).

Με την αύξηση της υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής, οι κύριες αιτίες θανάτου έχουν εντυπωσιακά μετατοπιστεί από τις μολυσματικές ασθένειες, σε μη μεταδοτικές ασθένειες πλέον, και από τους νεότερους στους ηλικιωμένους. Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, το 75% περίπου των θανάτων των ηλικιωμένων ατόμων οφείλεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο (Knoors και συν., 2004). Ανεξάρτητα από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, η διατροφή και ο τρόπος ζωής επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων (Knoors και συν., 2004). Εξαιτίας της αθροιστικής επίδρασης ορισμένων δυσμενών παραγόντων κατά τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα ηλικιωμένα άτομα να υιοθετήσουν πρακτικές διατροφής και συγκεκριμένο τρόπο ζωής που να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο θανάτου από νοσηρότητα και να μεγιστοποιεί τις προοπτικές για μια υγιή γήρανση (Knoors και συν., 2004). Τα διαιτητικά σχέδια και άλλοι τροποποιησιμοι παράγοντες αναφορικά με τον τρόπο ζωής, συνδέονται με τη θνησιμότητα από αιτίες όπως, οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος. Μέχρι στιγμής λίγες μελέτες έχουν ερευνήσει τη συνδυασμένη επίδραση της διατροφής και άλλων παραγόντων του τρόπου ζωής. (Knoors και συν., 2004).

1.2. Η κατάσταση των ηλικιωμένων στην Κύπρο

Στην Κύπρο τα κυριότερα προβλήματα υγείας είναι οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης, ο καρκίνος και η παχυσαρκία που σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την διατροφή και κυρίως τον υπερσιτισμό. Η σύγχρονη διατροφή του Κύπριου καταναλωτή χαρακτηρίζεται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κορεσμένου λίπους (ζωικού λίπους), αφού η ημερήσια ποσότητα λίπους στην διατροφή του υπερβαίνει το 40%, ενώ η συνιστώμενη ποσότητα είναι 30%. Επίσης, υπάρχει υπερκατανάλωση φαγητών με «άδειες θερμίδες» (τροφίμα με αυξημένες θερμίδες χωρίς καμιά θρεπτική αξία), απλών υδατανθράκων (γλυκών, αρτοποιημάτων), έτοιμων φαγητών και ορεκτικών, καθώς και μειωμένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και οσπρίων, τα οποία είναι πλούσια σε σύνθετους υδατάνθρακες, φυτικές ίνες, ορισμένες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία (Ανδρέου, 2005).

Η διατροφή του Κύπριου καταναλωτή μπορεί να είναι παράδειγμα κακής θρέψης, υπερσιτισμού αλλά και υποσιτισμού για λόγους κυρίως ανεξάρτητους από την φτώχεια ή την πείνα. Στην Κύπρο μπορεί να μην υπάρχει ουσιαστικό πρόβλημα πείνας αλλά η κακή διατροφή οφείλεται κυρίως σε περιβαλλοντικούς λόγους: συνεχόμενα ωράρια εργασίας, πολλές ώρες εκτός σπιτιού, περισσότερες γυναίκες στο εργατικό δυναμικό, πολλές ώρες φροντιστηρίων των παιδιών, πρότυπα για σωματικό βάρος από τα ΜΜΕ (μοντέλα, τραγουδιστές), γεύματα εκτός σπιτιού, εισβολή των fast foods στην ζωή των Κυπρίων, προώθηση κακών

διατροφικών συνηθειών από τα ΜΜΕ για προώθηση τροφίμων ή την απόκτηση του ιδανικού βάρους, αναγκαιότητα των φτηνών–λιπαρών–έτοιμων επιλογών για βιοποριστικούς λόγους (Ανδρέου, 2005).

Καθώς περνούν τα χρόνια, η κοινωνία μας γίνεται μια κοινωνία ηλικιωμένων με αποτέλεσμα να αυξάνονται και τα προβλήματα υγείας. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι υποφέρουν πολύ περισσότερο από λανθασμένη διατροφή συγκριτικά με οποιανδήποτε άλλη ομάδα ανθρώπων. Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η άτακτη λήψη τροφών έχουν σαν αποτέλεσμα την έλλειψη διαφόρων βιταμινών, ανόργανων αλάτων και ιχνοστοιχείων στο δαιτολόγιο των ηλικιωμένων (Μιχαηλίδου, 2004).

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν τις ίδιες θρεπτικές ανάγκες σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, μέταλλα/ ιχνοστοιχεία και νερό, όπως και τα πιο νεαρά άτομα, μόνο που τις χρειάζονται σε διαφορετικές ποσότητες. Μερικά από τα συστατικά που χρειάζονται περισσότερη προσοχή στη διατροφή των ηλικιωμένων είναι η πρωτεΐνη, οι βιταμίνες Α, Δ και C, το φυλικό οξύ, η βιταμίνη Β12, το ασβέστιο, το σίδηρο, ο ψευδάργυρος, το νερό, αλλά και οι φυτικές ίνες (Μιχαηλίδου, 2004).

1.3. Προβλήματα ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν συχνότερα σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες προβλήματα υγείας. Τα βασικότερα και πιο συχνά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:

1.3.1.Καρδιοπάθειες

Παράγοντες που συντείνουν σε καρδιοπάθεια περιλαμβάνουν τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων του αίματος (ψηλή χοληστερόλη και ψηλά τριγλυκερίδια στο αίμα) και την υπέρταση. Για να μειωθούν η ψηλή χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια πρέπει να αποφεύγονται τα λιπαρά φαγητά, ειδικά το ζωικό (ορατό) λίπος, τα πολλά κόκκινα κρέατα και τα παράγωγά τους (σαλάμι, ζαμπόν, μπέικον και άλλα ολόπαχα αλλαντικά), το περιττό λίπος από τα κρέατα και τα πουλερικά, τα ολόπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα, το βούτυρο, η μαγιονέζα και άλλα. Πρέπει να συμπεριληφθούν περισσότερα όσπρια και ψάρια στο δαιτολόγιο και να προτιμηθούν τα άπαχα ή με μειωμένα λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα, τα φρούτα και τα λαχανικά. Πρέπει επίσης να χρησιμοποιούνται πιο υγιεινές μέθοδοι μαγειρέματος όπως η σχάρα, ο ατμός και ο φούρνος, χωρίς την επιπρόσθετη χρήση λίπους. Όσον αφορά την αντιμετώπιση της υπέρτασης του αίματος πρέπει να περιοριστεί το επιτραπέζιο αλάτι, οι ζωμοί κρέατος και λαχανικών, οι κονσέρβες, τα αλλαντικά, τα ξιδάτα σε άλμη και γενικά ότι περιέχει πολύ αλάτι. Φυσικά η άσκηση παίζει πολύ σημαντικό και θετικό ρόλο στην ελάττωση της χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης (Μιχαηλίδου, 2004).

1.3.2.Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση συνήθως εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες, και χαρακτηρίζεται από απώλεια αλάτων και ασβεστίου από τον σκελετό, με αποτέλεσμα τα κόκαλα να γίνονται λεπτά και εύθραυστα. Γι αυτό και το δαιτολόγιο του ηλικιωμένου πρέπει να περιέχει αρκετές ποσότητες ασβεστίου και πιο λίγες ποσότητες καφεΐνης (καφέ, αναψυκτικά τύπου κόλα, μαύρο τσάι), νατρίου (αλάτι, κονσέρβες, αλλαντικά) και αλκοόλ. Η καλύτερη πηγή ασβεστίου είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα (γάλα, γιαούρτι, τυρί, χαλούμι), περιέχεται όμως

σε μικρότερες ποσότητες και σε μερικά λαχανικά όπως το σπανάκι, το μαϊντανό, την αγκινάρα, τα φασόλια, το μπρόκολο, στις σαρδέλες, στα ξηρά σύκα και στα αμύγδαλα. Ο τρόπος ζωής παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της οστεοπόρωσης. Το κάπνισμα και η έλλειψη άσκησης είναι αρνητικοί παράγοντες. Η μείωση των οιστρογόνων στις γυναίκες είναι επίσης ένας ακόμα λόγος για την εμφάνιση και την εξέλιξη της οστεοπόρωσης (Μιχαηλίδου, 2004).

1.3.3. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία εμφανίζεται σε αρκετούς ηλικιωμένους λόγω του μειωμένου Βασικού Μεταβολικού Ρυθμού του σώματος που επέρχεται με την πάροδο της ηλικίας, αλλά και της μειωμένης κινητικότητας. Πρέπει λοιπόν να μειωθούν οι θερμίδες στο διαιτολόγιο των ηλικιωμένων και να αυξηθεί η φυσική δραστηριότητα (Μιχαηλίδου, 2004).

1.3.4. Λιποσαρκία-Ασιτία

Σε πολλούς ηλικιωμένους παρατηρείται το φαινόμενο της λιποσαρκίας, λόγω της μειωμένης όρεξης για φαγητό, από διάφορους παράγοντες, όπως η μοναξιά, οι ασθένειες, τα ψυχολογικά προβλήματα ή λόγω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως η αλλαγή διατροφικών συνηθειών σε γηροκομία ή νοσοκομεία, ή λόγω του μειωμένου εισοδήματος. Η ασιτία και κακή διατροφή καταλήγει σε ελλείψεις πρωτεΐνης, ασβεστίου, σιδήρου και διαφόρων βιταμινών. Για αυτό και σε τέτοιες περιπτώσεις έκτος από προσεκτικά σχεδιασμένα διαιτολόγια, τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται και συμπληρώματα βιταμινών και αλάτων, αν όχι και ενέργειας (Μιχαηλίδου Δ, 2004).

1.3.5. Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο διαβήτης της τρίτης ηλικίας πολλές φορές οφείλεται στη παχυσαρκία και στη κακή διατροφή και άλλες φορές στην κληρονομικότητα. Αν κάποιο άτομο πάσχει από διαβήτη, η λήψη ζάχαρης, γλυκών, αναψυκτικών και γενικά οποιασδήποτε τροφής που περιέχει ζάχαρη πρέπει να περιοριστεί στο ελάχιστο, οι θερμίδες πρέπει να μειωθούν για χάσιμο βάρους, ειδικότερα αν το πρόβλημα είναι η παχυσαρκία και οι φυτικές ίνες να αυξηθούν. (Μιχαηλίδου, 2004).

1.3.6. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα επέρχεται σαν αποτέλεσμα της μειωμένης κινητικότητας των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και της μειωμένης λήψης φυτικών ινών και υγρών. Οι φυτικές ίνες βοηθούν στην καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας και του καρκίνου του εντέρου, αλλά και άλλων ειδών καρκίνου. Καλές πηγές φυτικών ινών είναι τα δημητριακά και τα ψωμιά ολικής άλεσης (δημητριακά προγεύματος τύπου Bran, μαύρο ή πιτυρούχο ψωμί), το πλιγούρι, τα όσπρια, τα φρούτα και τα λαχανικά. Όλες αυτές οι τροφές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διατροφή του ηλικιωμένου ατόμου (Μιχαηλίδου, 2004).

1.4. Φυσιολογικές αλλαγές και διατροφική κατάσταση κατά τη γήρανση

Κατά τη γήρανση συμβαίνουν πολλές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που επηρεάζουν αρνητικά τη διατροφική κατάσταση (Ζαμπέλας, 2003). Σημαντικότερη θεωρείται η μειωμένη λήψη τροφής που μπορεί να είναι αποτέλεσμα μειωμένης πείνας, αλλά και πρόωρου κορεσμού που οφείλεται πιθανόν στη χαλάρωση του στομάχου. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη τροφής είναι η τεχνητή οδοντοστοιχία, που δυσκολεύει τη μάσηση, καθώς και οι αλλαγές στις τροφικές προτιμήσεις και στην όσφρηση, που περιορίζουν το είδος και την ποσότητα της τροφής. Επιπλέον, η συχνή χρήση φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρεξης και σε μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών (Donini και συν., 2003). Όλοι οι παραπάνω παράγοντες, καθώς και πολλοί άλλοι σύμφωνα με το Ζαμπέλα (2003) αναφέρονται αναλυτικά πιο κάτω. Καταρχάς η ελάττωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού οδηγεί σε ελάττωση των καθημερινών θερμιδικών αναγκών, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα αύξησης του βάρους και τη δημιουργία παχυσαρκίας. Μετά την ηλικία των 60 ετών το σωματικό βάρος και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ, ή BMI) αρχίζουν να μειώνονται, ενώ παρατηρείται αύξηση του ποσοστού του ενδογαστρικού λίπους. Κατά τη γήρανση η μυϊκή μάζα αντικαθίσταται από το λιπώδη ιστό, γι αυτό και οι ηλικιωμένοι τείνουν να έχουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό λίπους από τα νεότερα άτομα με το ίδιο ΔΜΣ. Παρουσιάζουν επίσης μια αύξηση στο ποσοστό του σπλαχνικού και κοιλιακού λίπους. Η αύξηση αυτή του ενδογαστρικού λίπους σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και στα νεότερα και στα ηλικιωμένα άτομα, αν και το υπερβολικό λίπος μπορεί να έχει μικρότερη επίδραση στη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τους νέους. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι η απώλεια βάρους στους ηλικιωμένους μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα από το διαβήτη, την αρθρίτιδα, τα καρδιαγγειακά και να βελτιώσει την ευημερία του ατόμου (Elia, 2001).

Η ελαττωμένη αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης σ' αυτή την ηλικία, έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, την πρόκληση ανορεξίας και την αυξημένη κατανάλωση άλατος και ζάχαρης.

Η κακή όραση, ιδιαίτερα σε χαμηλό φωτισμό, προκαλεί δυσκολίες στην αγορά ή στην προετοιμασία του φαγητού, αλλά και σε δυσκολίες στη σίτιση.

Η περιοδοντίτιδα, που ταλαιπωρεί ποσοστό περίπου 80% των ηλικιωμένων, προκαλώντας ενοχλήσεις και απώλειες δοντιών, δημιουργεί δυσκολίες στη σίτιση και περιορίζει τις τροφικές επιλογές των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι είναι αναγκασμένοι να αποφεύγουν συχνά τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια, λόγω δυσκολίας στη μάσηση. Οι τροφές αυτές αντικαθίστανται με μαλακότερες, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι φτωχές σε θερμίδες, με αποτέλεσμα την πρόκληση αύξησης ή απώλειας βάρους, καθώς και δυσκοιλιότητας.

Η ελαττωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος, πεψίνης και χολής, οδηγεί σε μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου, πρωτεϊνών, λιπιδίων, λιποδιαλυτών βιταμινών και βιταμίνης B12.

Το αυξημένο ποσοστό δυσανεξίας στη λακτόζη που παρατηρείται στους ηλικιωμένους, προκαλεί μείωση στην κατανάλωση γάλακτος, οδηγώντας σε μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά συμβάλλει στην οστεοπόρωση.

Η ελαττωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, δημιουργεί δυσκοιλιότητα που μπορεί να προκαλέσει ανορεξία, αιμορροΐδες και εκκολπωμάτωση.

Η αυξημένη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων που παρατηρείται στην ηλικία αυτή, οδηγεί σε ανορεξία και απαιτεί ειδική δίαιτα, νοσηλεία ή εξετάσεις που μπορεί να εμποδίσουν την πρόσληψη τροφής.

Η συχνή χρήση φαρμάκων ή και συνδυασμού πολλών φαρμάκων, δημιουργεί πιθανότητα ανορεξίας, ελαττωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών, δυσκοιλιότητα, παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων.

Η μειωμένη κινητικότητα και αδυναμία, δημιουργεί δυσκολία στην αγορά και την προετοιμασία τροφής, ειδικά για τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, καθώς και για τα γαλακτοκομικά που είναι και ογκώδη και βαριά στην μεταφορά τους.

Η έλλειψη κοινωνικότητας και η μοναξιά που είναι εμφανής στους περισσότερους ηλικιωμένους, δημιουργεί απάθεια για τα φαγητά, οδηγώντας πολλές φορές σε αύξηση στην κατανάλωση του οινοπνεύματος και του καπνίσματος. Επιπλέον η σύγχυση, αλλά και η απώλεια μνήμης που παρατηρείται κατά τη γήρανση, δημιουργεί πολλές φορές αιτία, ώστε να ξεχάσει ο ηλικιωμένος να λάβει κάποιο γεύμα ή να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες τροφής.

Τέλος οι αλλαγές του εισοδήματος των ηλικιωμένων φαίνεται να περιορίζουν τις διαιτητικές του επιλογές, καθώς αποφεύγεται η αγορά ακριβών τροφών, λόγω οικονομικής δυσχέρειας (Ζαμπέλας, 2003).

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η κύρια ανησυχία για τους ηλικιωμένους είναι η απώλεια της όρεξης και η μειωμένη πρόσληψη τροφής. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην μειωμένη λήψη τροφής στην τρίτη ηλικία είναι η ένδεια, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η κατάθλιψη (Donini και συν., 2003).

Οι αλλαγές που παρουσιάζονται στη σύνθεση του σώματος των ηλικιωμένων, αλλά και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, μειώνουν τις ενεργειακές ανάγκες και την καθημερινή λήψη ενέργειας. Ειδικά τα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα είναι αυτά που διατρέχουν ένα αυξημένο κίνδυνο, λόγω της κακής θρεπτικής τους κατάστασης, που τους κάνει ακόμα πιο ευάλωτους στις διάφορες ασθένειες. Στους ευπαθείς ηλικιωμένους ανθρώπους η ανάγκη σε ενέργεια μειώνεται ακόμα περισσότερο (Staveren, 2003).

Μια άλλη ουσιαστική αλλαγή που παρατηρείται κατά τη γήρανση είναι η ανορεξία που οδηγεί σε υποσιτισμό των ηλικιωμένων. Μια μέτρια απώλεια βάρους θεωρείται φυσιολογικό φαινόμενο κατά τη διαδικασία της γήρανσης. Το 40% των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζουν μέτρια ή έντονη απίσχνανση, ως αποτέλεσμα μιας βραδείας, εξελικτικής διαδικασίας που συμβαδίζει με τη μείωση της όρεξης με την πάροδο της ηλικίας. Άτομα που έχουν χάσει πάνω από 15% του ιδεώδους βάρους τους χαρακτηρίζονται ως πάσχοντα από έντονη μυϊκή ατροφία, τη γνωστή σαρκοπενία (Ζαμπέλας, 2003).

Ο υποσιτισμός στους ηλικιωμένους είναι δυστυχώς πάρα πολύ κοινός, ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες. Ο πρωτεϊνικός ενεργειακός υποσιτισμός επιφέρει σημαντικό κόστος στο άτομο, τις οικογένειες, τις κοινότητες και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Visvanathan, 2003).

Ο υποσιτισμός των ηλικιωμένων αποτελεί μια σφαιρική κρίση που αναμένεται να επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου. Έχει αποδειχθεί ότι σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ιαπωνία και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και πιο εποικοδομητικά. Αυτή τη στιγμή σχεδόν το 44% της υγιούς πληθυσμού των ηλικιωμένων των αναπτυσσόμενων χωρών διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού. Είναι λοιπόν σαφές ότι με τη γήρανση του πληθυσμού, η επικράτηση του πρωτεϊνικού ενεργειακού υποσιτισμού (PEM) αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο (Visvanathan, 2003).

Η παθοφυσιολογία του πρωτεϊνικού ενεργειακού υποσιτισμού εστιάζεται:

- Στην ανορεξία της γήρανσης, τη φυσιολογική δηλαδή μείωση της όρεξης και πρόσληψης τροφής, που ίσως να οφείλεται και σε μείωση της αίσθησης της όσφρησης και της γεύσης και στην επιβράδυνση της γαστρικής εκκένωσης.
- Στη σαρκοπενία, που οφείλεται στη μείωση της μυϊκής μάζας, που προέρχεται από τους σκελετικούς μύες.
- Στην μειωμένη έκκριση αυξητικής ορμόνης και άλλων στεροειδών ορμονών, όπως ανδρογόνα και οιστρογόνα, που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της σαρκοπενίας.
- Στα μειωμένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, που προκαλούν μεγάλη πτώση στο μέγεθος και τη δύναμη των μυών, ακόμη και με επαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης και ενέργειας.
- Στην κοινωνική απομόνωση, που όχι μόνο οδηγεί σε μειωμένη θρεπτική εισαγωγή, αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει στην κατάθλιψη, που μπορεί στην συνέχεια να οδηγήσει σε περισσότερες θρεπτικές ανεπάρκειες (Visvanathan, 2003).

Ο υποσιτισμός στους ηλικιωμένους είναι ένα σοβαρό, σφαιρικό πρόβλημα που συνεχώς αυξάνεται. Είναι για τους ηλικιωμένους ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο, που φέρνει πολλές δυσμενείς συνέπειες στην υγεία τους (Visvanathan, 2003).

Έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, έδειξαν πως όταν η πρόσληψη ενέργειας πέφτει κάτω από ένα επίπεδο, θα πρέπει να υιοθετηθεί μια διατροφή που θα περιλαμβάνει ικανοποιητικές ποσότητες ανόργανων αλάτων και υδροδιαλυτών βιταμινών. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η καθημερινή πρόσληψη βιταμινών του συμπλέγματος Β και της βιταμίνης C, που στους ηλικιωμένους παρουσιάζονται σε ανεπαρκείς ποσότητες. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε ακινησία, αλλά και οι ηλικιωμένοι που είναι μεγαλύτεροι των 75 ετών, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπάρκεια σε βιταμίνη Δ. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι μια επαρκής και ισορροπημένη διατροφή στην τρίτη ηλικία είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να αποτρέψουν την ευπαθή υγεία των ηλικιωμένων (Staveren, 2003).

Η ανορεξία της γήρανσης, που οδηγεί σε θρεπτικές ανεπάρκειες, αποτελεί το πιο κοινό σύνδρομο στους ηλικιωμένους ανθρώπους και μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των οργανικών λειτουργιών και να επιταχύνει τη γήρανση. Η έγκαιρη ανίχνευση του υποσιτισμού και η αντιμετώπισή του είτε μέσω των συμπληρωμάτων διατροφής είτε μέσω μιας επαρκούς διατροφής θεωρείται αναγκαία (Staveren, 2003).

1.5. Αλλαγές των διατροφικών συνηθειών λόγω απώλειας δοντιών

Σε ένα ουσιαστικό αριθμό ηλικιωμένων ατόμων η δυνατότητα μάσησης της τροφής, εξαρτάται από τη στοματική κατάσταση της υγείας τους. Με την πάροδο της ηλικίας, ως γνωστό, αυξάνονται οι απώλειες δοντιών. Στην Ευρώπη, οι απώλειες δοντιών στους ηλικιωμένους, ανέρχονται στο 12.8% του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Ιταλία, στο 60% στη Δανία, στο 65.4% στις Κάτω Χώρες και στο 69.6% στην Ισλανδία (Walls & Steele, 2004, Morais και συν., 2003). Τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να προσαρμόσουν τη διατροφή τους στις μεμονωμένες λειτουργικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη μάσηση, στο ψώνισμα και στο μαγείρεμα, με μονότονη κατανάλωση τροφίμων και κατά συνέπεια με ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών (Bartalli και συν., 2003). Τα ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν σημαντικές απώλειες δοντιών, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στη μάσηση, καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες πρωτεΐνης, φυτικών ινών, ασβεστίου, μη αιμικού σιδήρου, βιταμίνης Α, φυλικού οξέος, αλλά και μαγνησίου. Η απώλεια δοντιών στα ηλικιωμένα άτομα αποτελεί σημαντικό παράγοντα αυξημένης θνησιμότητας στην τρίτη ηλικία, αφού οδηγεί σε εξάντληση του οργανισμού, λόγω της μειωμένης πρόσληψης θρεπτικών ουσιών (Morais και συν., 2003, Bartalli και συν., 2003). Οι ηλικιωμένοι προσαρμόζονται στην απώλεια δοντιών με αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών. Η διατροφή τους χαρακτηρίζεται από χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, αλλά και κρέατος. Οι αλλαγμένες διατροφικές τους συνήθειες απεικονίζονται στις αιματολογικές τους αναλύσεις. Η λευκωματίνη ορού παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα (Walls & Steele, 2004, Morais και συν., 2003).

Η λευκωματίνη ορού παρουσιάζεται ως δείκτης καλής γενικά υγείας και θρεπτικής κατάστασης και τα χαμηλά επίπεδα του δείκτη αυτού, συνδέονται με μια υψηλότερη επικράτηση του καρκίνου, των καρδιαγγειακών παθήσεων και της θνησιμότητας (Morais και συν., 2003).

Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, λόγω της απώλειας δοντιών στην τρίτη ηλικία, οδηγεί σε ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 στο 15% των ηλικιωμένων. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 συνδέεται και με αιματολογικές ασθένειες, όπως η μεγαλοβλαστική αναιμία, η καταστολή του μυελού των οστών, αλλά και με νευρολογικές ασθένειες, όπως η νευροπάθεια (Morais και συν., 2003).

Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να διατρέξουν κίνδυνο για μια μη ισορροπημένη διατροφή, λόγω της απώλειας δοντιών, γι αυτό και είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι ικανότητες που θεωρούνται σημαντικές με τη συμπεριφορά κατανάλωσης για να αποτραπούν προβλήματα σχετικά με τη διατροφή. Κατά συνέπεια αν το ηλικιωμένο άτομο έχει κοινωνική υποστήριξη για την αγορά και την προετοιμασία του φαγητού του, τότε μπορεί να διατηρήσει μια ποικίλη και ισορροπημένη διατροφή (Bartalli και συν., 2003).

1.6. Διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν από θρεπτικής απόψεως την πιο ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού μιας χώρας. Οι κυβερνήσεις σε συνεργασία με άλλα συμβαλλόμενα μέρη, πρέπει να προωθήσουν τη φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα. Η ανάγκη να καθοριστούν οι θρεπτικές ανάγκες των ηλικιωμένων και

να προσδιοριστούν οι παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στη διαιτητική τους πρόσληψη και τη θρεπτική τους απορρόφηση θεωρούνται ιδιάζουσας σημασίας (Tucker & Buranapin, 2001).

Οι πρόσφατες έρευνες των τελευταίων δεκαετιών στους ηλικιωμένους πληθυσμούς των αναπτυγμένων χωρών, έχουν τεκμηριώσει τη θρεπτική ευπάθεια των ηλικιωμένων ατόμων, ακόμη και κάτω από σχετικά εύπορες συνθήκες ζωής (Tucker & Buranapin, 2001).

Αν και η συνολική λήψη ενέργειας μειώνεται με την ηλικία, οι απαιτήσεις για θρεπτικές ουσίες αυξάνονται. Είναι επομένως δυσκολότερο για τους ηλικιωμένους απ' ό,τι για τους νεώτερους ενήλικες να καλύψουν τις θρεπτικές τους απαιτήσεις, γι αυτό και η επιλογή τροφίμων υψηλής θρεπτικής και βιολογικής αξίας γίνεται ακόμη μεγαλύτερης σπουδαιότητας (Tucker & Buranapin, 2001).

Οι προτεινόμενες ποσότητες πρόσληψης πρωτεΐνης ημερησίως είναι κατά μέσο όρο 63 γραμ. για τους άνδρες και 50 γραμ. για τις γυναίκες. Το 12-14% των ημερησίως προσλαμβανόμενων θερμίδων πρέπει να προέρχεται από πρωτεΐνες. Η πρόσληψη υψηλής ποσότητας πρωτεΐνης πρέπει να αποφεύγεται καθώς είναι βλαβερή, γιατί αυξάνει την απέκκριση ασβεστίου στα ούρα και επηρεάζει με τον τρόπο αυτό τη λειτουργία των νεφρών και του ήπατος. Το πιο σημαντικό στην τρίτη ηλικία είναι να επιλέγονται τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, όπως το κρέας, τα αυγά, το γάλα, τα φιστίκια, τα αμύγδαλα, ο αρακάς, τα όσπρια και το ψωμί (Ζαμπέλας, 2003).

Όσον αφορά τις απαιτήσεις σε υδατάνθρακες αυτοί πρέπει να αποτελούν το 55-60% των ημερήσιων θερμίδων που προσλαμβάνονται, ενώ το 45-50% των θερμίδων αυτών πρέπει να προέρχονται από σύνθετους υδατάνθρακες και φυσικά σάκχαρα που βρίσκονται στα φρούτα και λαχανικά (Ζαμπέλας, 2003).

Κατά τη γήρανση τα επίπεδα χοληστερόλης ορού αυξάνονται, καθώς αυξάνεται και το ποσοστό λίπους του σώματος τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Επιπλέον η απελευθέρωση ελεύθερων λιπαρών οξέων παρουσιάζεται μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τα νεώτερα άτομα (Ζαμπέλας, 2003).

Το διαιτητικό λίπος διακρίνεται σε κορεσμένο και ακόρεστο. Το κορεσμένο προέρχεται από ζωικές τροφές, ενώ το ακόρεστο λίπος προέρχεται από φυτά. Η μελέτη των Επτά Χωρών διερεύνησε το ρόλο των μονοακόρεστων λιπαρών στην καρδιαγγειακή νόσο και εισηγείται ότι δίαιτες πλούσιες σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα ελαττώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης ορού. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι η αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων τύπου trans συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Ζαμπέλας, 2003).

Οι ανάγκες σε βιταμίνες αυξάνονται με την πάροδο της ηλικίας. Η απορρόφηση της βιταμίνης Α αυξάνεται με την ηλικία, ενώ μειώνεται η πρόσληψή της από το ήπαρ. Συνίσταται οι περισσότερες από τις ανάγκες σε βιταμίνη Α, να προέρχονται από φρούτα και λαχανικά που είναι πλούσια σε καροτίνη. Αναφορικά με τη βιταμίνη Δ συνίσταται αύξηση της συνιστώμενης ημερήσιας πρόσληψης, εξαιτίας του γεγονότος ότι πολλοί ηλικιωμένοι παρουσιάζουν έλλειψη της βιταμίνης αυτής, που οδηγεί σε μειωμένη

απορρόφηση ασβεστίου και αυξάνει τον κίνδυνο μείωσης της οστικής πυκνότητας που οδηγεί σε οστεοπόρωση (Ζαμπέλας, 2003).

Τα επίπεδα των βιταμινών του συμπλέγματος Β μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας, για αυτό κι όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι χαμηλή, είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρώματος (Ζαμπέλας, 2003).

Οι ανάγκες σε βιταμίνη C διαφέρουν στους ηλικιωμένους άνδρες σε σύγκριση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν ανάγκη από 150 mg βιταμίνης C, ενώ οι ηλικιωμένες γυναίκες 75 με 80 mg της βιταμίνης αυτής ημερησίως. Η διαφορά αυτή μεταξύ ανδρών και γυναικών οφείλεται στη μεγαλύτερη άλιπτο μάζα των ανδρών. Συνίσταται στους ηλικιωμένους η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, για την πρόσληψη της συνιστώμενης ημερήσιας ποσότητας (Ζαμπέλας, 2003).

Το ασβέστιο όπως και η βιταμίνη Δ, για την οποία έγινε λόγος προηγουμένως, είναι θρεπτικές ουσίες ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τους ηλικιωμένους πληθυσμούς. Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας με την ηλικία, οδηγεί σε μειωμένη απορρόφηση του ασβεστίου και επιταχύνει την οστεοπόρωση. Οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες, συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης C, της βιταμίνης E και διαφόρων φυτοχημικών ουσιών, είναι σημαντικές στη προστασία του οργανισμού των ηλικιωμένων, έναντι ορισμένων οξειδωτικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος, ο καταρράκτης και η νόσος Alzheimer. Η βιταμίνη E έχει αποδειχθεί επίσης να είναι αποτελεσματική στην προώθηση της άνοσης λειτουργίας εναντίον των μολύνσεων (Tucker & Buranapin, 2001).

Η υπάρχουσα γνώση για τη διατροφή και τη γήρανση προτείνει ότι η διατροφή έχει τη δύναμη να ασκεί ουσιαστικό αντίκτυπο στην υγεία και τη λειτουργία του οργανισμού των ηλικιωμένων ατόμων. Η προσπάθεια για βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των ηλικιωμένων πρέπει να εστιαστεί στην αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως. Η ποικιλία στη διατροφή και η μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε θρεπτικές ουσίες θεωρούνται απαραίτητες (Tucker & Buranapin, 2001). Μεγάλης σημασίας για την τρίτη ηλικία θεωρείται η κατανάλωση λειτουργικών τροφίμων.

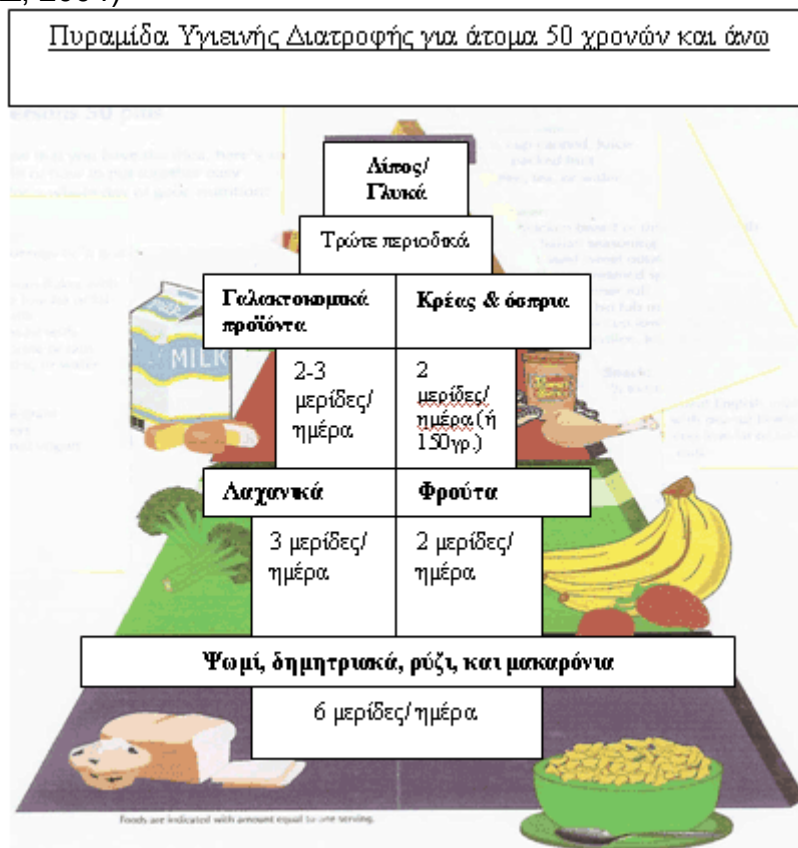
Με τον όρο λειτουργικά τρόφιμα εννοούμε τα υγιεινά τρόφιμα ή τα συστατικά των τροφίμων που έχουν ένα πιθανό όφελος υγείας πέρα από την περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά συστατικά, όταν καταναλώνονται σε χαρακτηριστικές ποσότητες, ως τμήμα μιας ποικίλης διατροφής. Επιπλέον έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες με τη δυνατότητα να παρεμποδίσουν την οξειδωτική καταστροφή των κυττάρων και των ιστών που οδηγούν στις εκφυλιστικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση (Shatenstein και συν., 2001).

Ως λειτουργικά τρόφιμα μπορούν να θεωρηθούν τα δημητριακά ολικής αλέσεως, το σκόρδο, η σόγια, που θεωρούνται ότι μπορούν να μειώσουν το κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων και του καρκίνου, τα καροτενοειδή, λόγω των αντιοξειδωτικών ουσιών που περιέχουν, οι ντομάτες, που χάρη στο λυκοπένιο που περιέχουν προστατεύουν από τα καρδιαγγειακά και τον καρκίνο, το τσάι, που εξαιτίας της μεγάλης του περιεκτικότητας σε πολυφαινόλες προστατεύει από τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, οι φυτικές ίνες, καθώς και τα φρούτα και τα λαχανικά, που συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο καρκίνου (Shatenstein και συν., 2001).

Ο Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου, προτείνει τον παρακάτω πίνακα με τις συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες διαφόρων θρεπτικών ουσιών για άτομα από 50 ετών και άνω καθώς και την πυραμίδα διατροφής που ακολουθεί.

Ηλικία	Φυλικό οξύ (μg DFE)	Βιταμίνη Δ (μg)	Ασβέστιο (mg)	Θερμίδες (kcal)	Πρωτεΐνες (gr)	Βιταμίνη B6 (mg)	Βιταμίνη Γ (mg)	Σίδηρος (mg)
Γυναίκες								
51-70	400	10	1200	1600-1900	50	1,5	60	10
>70	400	15	1200	1600	50	1,5	60	10
Ανδρες								
51-70	400	10	1200	1800-2300	63	1,7	60	10
>70	400	15	1200	1800	63	1,7	60	10

(Μιχαηλίδου Δ, 2004)



(Μιχαηλίδου Δ, 2004)

1.7. Συμπληρώματα διατροφής και τρίτη ηλικία

Ο αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων ανθρώπων, ηλικίας άνω των 65 ετών, είναι εξαιρετικά ετερογενής όσον αφορά την ασθένεια και την υγεία. Κατά συνέπεια αυτό οδηγεί σε διαφορετικές θρεπτικές ανάγκες και σε ποικιλία στην κατανάλωση τροφίμων (Staveren, 2003). Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο

επιρρεπής στις διατροφικές ανεπάρκειες, οι οποίες ευθύνονται για τα πολλά λειτουργικά προβλήματα που προκαλούν. Οι ανεπάρκειες αυτές οφείλονται σε αλλαγές στις θρεπτικές ανάγκες και απαιτήσεις του ηλικιωμένου οργανισμού, σε αλλαγές στην αίσθηση της προτίμησης, σε αλλαγές στη συνθετική και μεταβολική λειτουργία, στην κοινωνική απομόνωση, την ένδεια και τη μοναξιά (Bunouir και συν., 2001).

Ένας περιορισμένος αριθμός παρεμβατικών μελετών, συμπεριλαμβανομένων των ολλανδικών, έχει καταδείξει μια θετική επίδραση στη θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων από τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής. Ωστόσο η βελτίωση στις φυσικές και διανοητικές λειτουργίες, ως αποτέλεσμα των συμπληρωμάτων, είναι λιγότερο σαφής (Staveren, 2003).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Χιλή απέδειξε ότι η μέση πρόσληψη πρωτεΐνης από τους ηλικιωμένους ήταν κάτω από τη συνιστώμενη ποσότητα που προτείνεται για τους υγιείς νέους ενήλικες. Επιπλέον η πρόσληψη των περισσότερων μικροτροφικών ουσιών ήταν κάτω από τις συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί με επιτυχία σε διάφορες χώρες προγράμματα για συμπλήρωση της διατροφής. Κάποια από τα προγράμματα αυτά αφορούσαν αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης κατά 40-50% που θεωρείται αποτελεσματική για τη βελτίωση του βάρους και των επιπέδων λευκωματίνης ορού (Bunouir και συν., 2001).

Μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στις Κάτω Χώρες, έδειξε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό ευπαθών υπερηλίκων, η διατροφή ήταν από θρεπτικής απόψεως κάτω από την ημερήσια σύσταση και ότι ένα πρόγραμμα με συμπληρώματα διατροφής, διάρκειας 17 εβδομάδων, βελτίωσε το δείκτη διατροφής των υπερηλίκων, ειδικότερα στα επίπεδα των βιταμινών στο αίμα (Bunouir και συν., 2001).

Κάποιες άλλες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν, όπως η CHAOS με τη χορήγηση βιταμίνης E και η GISSI με την α-τοκεφερόλη, δεν απέδειξαν ότι τα συμπληρώματα διατροφής έχουν κάποια ευεργετική επίδραση στον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Ζαμπέλας, 2003).

Ένα πρόβλημα που δημιουργείται με τη χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής είναι νόθευση ορισμένων από αυτά με άλλα επιβλαβή συστατικά ή η αλληλεπίδρασή τους με άλλη φαρμακευτική αγωγή, που συνήθως λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι και που συνήθως προκαλεί παρενέργειες. Ιδιαίτερα τα θερμιδικά παράγωγα, όπως η εφεδρίνη ή η καφεΐνη είναι δυνητικά επιβλαβή. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, περισσότεροι από 5000 άνθρωποι το χρόνο εμφανίζουν παρενέργειες από τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής (Ζαμπέλας, 2003).

Μεταξύ των πολλών αλλαγών στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων, η έλλειψη σωματικής άσκησης και φυσικής δραστηριότητας, είναι ένας από τους σημαντικότερους προάγγελους της ανικανότητας των ηλικιωμένων. Μια καλή παροχή πρωτεϊνών είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της μυϊκής μάζας και για τη βελτίωση της μυϊκής λειτουργίας. Επιπλέον, η προσπάθεια για ενδυνάμωση των άκρων των ηλικιωμένων, βελτιώνει τη λειτουργία, το μέγεθος, την κινητικότητα των μυών και μειώνει την αστάθεια στο βηματισμό (Bunouir και συν., 2001).

Η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών έχει θεωρηθεί ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας. Ιδιαίτερα το ασβέστιο είναι κέντρο ενδιαφέροντος, λόγω του γνωστού βιολογικού ρόλου του για τη συντήρηση των οστών. Αν και τα συμπληρώματα ασβεστίου θεωρούνται

ευεργετικά για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης στην τρίτη ηλικία, καμία ωστόσο επιδημιολογική μελέτη δεν έχει αποδείξει ότι μια υψηλότερη πρόσληψη ασβεστίου δρα προστατευτικά έναντι στα οστεοπορωτικά σπασίματα των οστών (Kato και συν., 2000).

Τα σπασίματα οστών αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ. Τα ετήσια περιστατικά οστεοπορωτικών σπασιμάτων ανέρχονται σε 1,3 εκατομμύρια. Ο κίνδυνος των οστεοπορωτικών σπασιμάτων είναι για τις γυναίκες τρεις φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τους άνδρες και αυξάνεται γρήγορα μετά την εμμηνόπαυση. Τα πιο ευάλωτα σημεία για οστεοπορωτικά σπασίματα είναι το ισχίο, ο καρπός και η σπονδυλική στήλη (Kato και συν., 2000).

Οι θρεπτικές ανάγκες για την οστική υγεία μπορούν εύκολα να ικανοποιηθούν από μια διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε φρούτα και λαχανικά, με επαρκή πρωτεΐνη (μέτρια ζωική πρωτεΐνη) και επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης Δ, μέσω της κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων, με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά ή μέσω της κατανάλωσης τροφίμων εμπλουτισμένων με ασβέστιο. Για τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν ανεπάρκειες στην πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης Δ μέσω της διατροφής, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμινών. Στα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν μειωμένη απορροφητικότητα βιταμινών και μετάλλων και στους αλκοολικούς μπορεί να παρουσιαστεί η ανάγκη να δοθούν και συμπληρώματα μαγνησίου (Nieves, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες σε ηλικιωμένους

2.1. Οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων σε διάφορες χώρες

Οι διατροφικές συνήθειες, η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και οι διαδικασίες της γήρανσης είναι αλληλένδετες και ιδιαίτερα σημαντικές για τους ηλικιωμένους. Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους οφείλεται κατά κύριο λόγο στη φτωχή ή οριακή θρεπτική πρόσληψη. Ως επαρκής θρεπτική πρόσληψη θεωρείται η κατανάλωση της μέσης απαίτησης των θρεπτικών ουσιών (Marshall και συν., 2001).

Επειδή η διατροφή μπορεί να έχει μια έντονη επίδραση στους ηλικιωμένους, είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, ένας δείκτης της ποιότητας της διατροφής. Ένας τέτοιος δείκτης πρέπει να βασίζεται στην κατανάλωση τροφών απ' όλες τις ομάδες, στην πρόσληψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών ουσιών και την ποικιλία στη διατροφή, η οποία αυξάνει τη θρεπτική πρόσληψη, και μπορεί παράλληλα να είναι ένας από τους πιο κατάλληλους δείκτες της ποιότητας διατροφής στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, που εξαιτίας της χρήσης φαρμάκων για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων έχουν αυξημένες θρεπτικές απαιτήσεις (Marshall και συν., 2001).

Οι ηλικιωμένοι, ως γνωστό, έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από τους νέους. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαιτητική συμπεριφορά των ηλικιωμένων ανθρώπων είναι όπως προαναφέρθηκε, φυσιολογικοί (μείωση των αισθητηρίων της γεύσης και της όσφρησης, χρόνια λήψη φαρμάκων, οδοντογναθικά προβλήματα), ψυχολογικοί (απομόνωση, κατάθλιψη, μοναξιά, αποστροφή από τα φαγητά) και κοινωνικο-οικονομικοί (οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, απόσταση από τα καταστήματα τροφίμων) (Ζαμπέλας, 2003). Τα χαρακτηριστικά της κατανάλωσης των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν τη ψηλότερη συχνότητα κατανάλωσης παραδοσιακών εθνικών τροφίμων, μικρότερες μερίδες και συστηματικά τρία γεύματα ημερησίως (Shahar και συν., 2003).

Η πιο κοινή μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών των ατόμων είναι τα ερωτηματολόγια συχνότητας τροφίμων. Στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια αυτά επικυρώνονται με τη χρησιμοποίηση τμηματικών αναλύσεων εικοσιτετραώρου (Shahar και συν., 2003).

Ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων θεωρείται κατάλληλο για τη λήψη των συνηθισμένων μακροπρόθεσμων διαιτητικών πληροφοριών από τους ενήλικους, ιδιαίτερα όπου ο στόχος είναι να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της κατάστασης της υγείας (Shatenstein και συν., 2001).

Παρακάτω παρουσιάζονται μελέτες που έγιναν κατά καιρούς σε διάφορες χώρες, με στόχο να διαπιστωθούν οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων και οι θρεπτικές ανεπάρκειες που παρουσιάζουν.

2.1.1. Ισραήλ

Ένα τυχαίο δείγμα 377 Εβραίων του Νότιου Ισραήλ, ηλικίας 65 ετών και άνω, πέρασε από συνέντευξη, αναφορικά με τις διαιτητικές του συνήθειες, μέσω της χρησιμοποίησης ενός ερωτηματολογίου ανάκλησης 24ώρου και με πρόσθετες ερωτήσεις που εξέταζαν συνήθειες υγείας και κατανάλωσης. Από την ίδια συνέντευξη πέρασαν και 769 άτομα ηλικίας 35 ετών (Shahar και συν., 2003).

Από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι οι ηλικιωμένοι αυτής της ηλικίας παρουσιάζουν ελλείψεις όσον αφορά τον ψευδάργυρο, το μαγνήσιο, τη βιταμίνη Ε και την πρωτεΐνη, σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα μεγέθη μερίδας φαγητού των περισσότερων ηλικιωμένων ήταν μικρότερα από αυτά που προβλέπει το Ισραηλινό Υπουργείο Υγείας (Shahar και συν., 2003).

2.1.2. Νότια Αμερική

Στη Νοτιοδυτική Αμερική έγινε μια έρευνα στην οποία έλαβαν μέρος 1740 υγιή άτομα, ηλικίας 51 έως 85 ετών. Ο σκοπός της μελέτης αυτή ήταν να συγκριθεί η διατροφή των ατόμων του δείγματος με τις διαιτητικές συστάσεις αναφοράς (DRIs) και τις πυραμίδες τροφίμων (Foote και συν., 2000).

Η μελέτη αυτή αποτελούσε μια διατομική αξιολόγηση των διαιτητικών συνηθειών και χρησιμοποίησε ως εργαλείο, ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων (Foote και συν., 2000).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, το σύνολο του πληθυσμού που μελετήθηκε υπερέβηκε κατά μέσο όρο τα συνιστώμενα επίπεδα κρέατος και πρωτεϊνών. Αντίθετα, παρά τα υψηλά επίπεδα χρήσης συμπληρωμάτων, οι προσλήψεις βιταμίνης Δ και Ε, φυλικού οξέος και ασβεστίου, βρίσκονταν για το 60% του δείγματος, κάτω από τις συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες. Από την άλλη, με βάση την πυραμίδα διατροφής, φάνηκε ότι λιγότερο από το 10% του δείγματος της μελέτης κατανάλωνε τις συνιστώμενες μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων και δημητριακών σε καθημερινή βάση (Foote και συν., 2000).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προτείνουν την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση των ηλικιωμένων στην επιλογή τροφίμων μεγάλης θρεπτικής αξίας και από τις πέντε ομάδες τροφίμων της πυραμίδας τροφών (Foote και συν., 2000).

2.1.3. Ιταλία

Συνολικά 847 άντρες και 1465 γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω, αγροτικών περιοχών της βόρειας και νότιας Ιταλίας, αποτέλεσαν δείγμα της μελέτης, σκοπός της οποίας ήταν να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων Ιταλών, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες αυτές (Correa και συν., 2003).

Οι διαιτητικές πληροφορίες συλλέχθηκαν με τη βοήθεια ενός ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας τροφίμων. Για να αξιολογηθούν οι διατροφικές συνήθειες λήφθηκαν υπόψη, διάφορες βιοκοινωνικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, ο τύπος κατοικίας, ο τύπος οικογένειας, το μορφωτικό επίπεδο, η σωματική δραστηριότητα και ο βαθμός ανικανότητας (Correa και συν., 2003).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων Ιταλών της Βόρειας Ιταλίας, φάνηκε να παρουσιάζει μια

ανεπαρκή πρόσληψη ουσιαστικών θρεπτικών συστατικών, όπως λιπαρά οξέα, ασβέστιο, κάλιο, ψευδάργυρο, σίδηρο, θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, καροτίνη και βιταμίνες Α, Δ και Ε. Αξιοπρόσεκτη ήταν η υψηλή πρόσληψη λίπους, ζάχαρης, βιταμίνης C και η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος. Επιπλέον η πρόσληψη νατρίου ήταν πάρα πολύ υψηλή και η πρόσληψη βιταμίνης Δ ήταν γενικά ανεπαρκής. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι της Νότιας Ιταλίας, παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ελαιολάδου και ψαριών (Correa και συν., 2003).

Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι οι διαιτητικές συνήθειες των ηλικιωμένων Ιταλών που ζουν σε αγροτικές περιοχές συνδυάζουν πολλά από τα στοιχεία της Μεσογειακής διατροφής, αλλά και της διατροφής του δυτικού κόσμου.

2.1.4. Γαλλία

Ένα σύνολο 9250 κατοίκων ηλικίας 65 ετών και άνω, από τρεις γαλλικές πόλεις, πέρασαν από συνέντευξη αναφορικά με τις διατροφικές τους συνήθειες με ένα συνοπτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων, που περιλάμβανε επίσης και την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Οι διαιτητικές συνήθειες των αντρών και των γυναικών συγκρίθηκαν ξεχωριστά για κάθε κοινωνικοδημογραφικό παράγοντα (Larrieu και συν., 2004).

Οι γυναίκες παρουσίασαν μια κανονικότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και μια μικρότερη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα του δείγματος φάνηκε να καταναλώνουν το κρέας, τα ψάρια, τα δημητριακά, τα ωμά λαχανικά και τα όσπρια λιγότερο τακτικά. Η κατανάλωση των παραπάνω τροφίμων ήταν συνάρτηση του επιπέδου εκπαίδευσης. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που διέμεναν μόνοι τους καταλάωναν τα τρόφιμα αυτά λιγότερο συχνά (Larrieu και συν., 2004).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι οι διαιτητικές συνήθειες των ηλικιωμένων μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με διάφορους παράγοντες. Ο προσδιορισμός των παραγόντων αυτών είναι σημαντικός για μελλοντικές αναλυτικές μελέτες σχετικά με τη διατροφή και την υγεία των ηλικιωμένων.

Λαμβάνοντας υπόψη τις διαιτητικές συστάσεις που συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους για μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, οι ηλικιωμένοι που διαμένουν μόνοι τους, καθώς και τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν έλλειψη βιταμινών και μετάλλων, γι αυτό και θα πρέπει να ενθαρρυνθούν ώστε να τρώνε ισορροπημένα γεύματα (Larrieu και συν., 2004).

2.1.5. Ουκρανία

Στην Ουκρανία πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ετών 1970-2001 μια συγκριτική ανάλυση των πραγματικών δεικτών διατροφής και υγείας, περιλαμβάνοντας 2950 άτομα ηλικίας 60-89 ετών. Η έρευνα αυτή απέδειξε ότι το 15% των ηλικιωμένων στην Ουκρανία παρουσίαζαν πρωτεϊνοενεργειακό υποσιτισμό. Επιπλέον παρουσιάστηκε μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, εξαιτίας του φτωχού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ανθρώπων αυτής της ηλικίας στην Ουκρανία, αλλά και λόγω των ηλικιακών αλλαγών που συμβαίνουν στο πεπτικό σύστημα των ηλικιωμένων (Grigoren, 2003).

2.1.6. Ελλάδα

Υπάρχει εκτενής επιστημονική βιβλιογραφία αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της διατροφής και της θνησιμότητας από τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, των διάφορων τύπων καρκίνου και διαφόρων άλλων ασθενειών. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν γίνει μέχρι τώρα στον ελληνικό χώρο, με αποτελέσματα παρόμοια με άλλων ερευνητών, σε διάφορα μέρη του κόσμου. Καμία αναλυτική επιδημιολογική μελέτη ωστόσο, δεν έχει τεκμηριώσει κάποια συσχέτιση μεταξύ ενός καθορισμένου διαιτητικού σχεδίου και μιας γενικής επιβίωσης (Trichoroulou και συν., 1995).

Για να αξιολογηθεί ο ρόλος της διατροφής στη γενική επιβίωση των ηλικιωμένων, συλλέχθηκαν στοιχεία από τρία αγροτικά ελληνικά χωριά, που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες 183 ηλικιωμένων ατόμων. Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής, ήταν η διερεύνηση της υπόθεσης από Έλληνες ερευνητές ότι η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, που ακόμα ακολουθείται ευρέως στα αγροτικά μέρη της Ελλάδας, έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία και τη γενική επιβίωση (Trichoroulou και συν., 1995).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Οκτωβρίου 1988 και Ιουνίου 1990. Κατά την περίοδο αυτή, οι ερευνητές κατέγραψαν τις διαιτητικές συνήθειες των 183 ηλικιωμένων (70 ετών και άνω) για μια περίοδο ενός έτους, με τη χρησιμοποίηση ενός επικυρωμένου εκτενούς ημιποσοτικού ερωτηματολογίου σχετικά με τη συχνότητα τροφίμων. Λήφθηκε επίσης υπόψη αν οι ηλικιωμένοι ήταν καπνιστές ή όχι. Μεταξύ Απριλίου 1993 και Ιανουαρίου 1994, οι ερευνητές ξαναεπισκέφθηκαν τα τρία χωριά, με σκοπό να εξακριβωθεί η ακριβής ημερομηνία θανάτου των 53 ηλικιωμένων που απεβίωσαν και να επιβεβαιωθεί η επιβίωση των υπολοίπων 129. Η αιτία θανάτου για τους 53 επιβίωσαντες δε μελετήθηκε (Trichoroulou και συν., 1995).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, φάνηκε ότι η παραλλαγή της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής είναι χαμηλή σε κορεσμένο λίπος, υψηλή σε ακόρεστο λίπος (λόγω της μεγάλης κατανάλωσης ελαιολάδου), υψηλή σε σύνθετους υδατάνθρακες (από τα δημητριακά ολικής αλέσεως και τα όσπρια) και υψηλή σε φυτικές ίνες, εξαιτίας της κατανάλωσης πολλών φρούτων και λαχανικών. Η συνολική πρόσληψη λίπους παρουσιάστηκε ψηλή, αλλά με αναλογία ακόρεστου προς κορεσμένο 2:1. Η κατανάλωση γάλακτος παρουσιάστηκε μάλλον χαμηλή, αλλά η κατανάλωση τυριού και γιαουρτιού ήταν μεγαλύτερη, ειδικότερα του τυριού φέτα. Το κρασί φάνηκε να καταναλώνεται με μετριοπάθεια και σχεδόν πάντα κατά τη διάρκεια των γευμάτων (Trichoroulou και συν., 1995).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης παρέχουν στοιχεία ότι κατά κανόνα, μια διατροφή βασισμένη στην ελληνική εκδοχή της μεσογειακής διατροφής, επιδρά ευνοϊκά στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής των ηλικιωμένων. Τα περισσότερα στοιχεία του αποτελέσματος της διατροφής στην παρούσα μελέτη, είχαν ενδεχομένως ευεργετικές επιρροές, όσον αφορά τις κύριες αιτίες της γενικής θνησιμότητας. Τα επιμέρους όμως στοιχεία του αποτελέσματος της διατροφής εντούτοις, παρουσίασαν ασήμαντη συσχέτιση με την επιβίωση, ενώ το γενικό αποτέλεσμα είχε μια ουσιαστική και σημαντική επίδραση (Trichoroulou και συν., 1995).

Δεδομένου ότι η εστίαση της μελέτης αυτής ήταν η επιβίωση πέρα από την ηλικία των 70 ετών, μπορεί να υποστηριχτεί ότι τα αποτελέσματά που προαναφέρθηκαν ισχύουν αυστηρά σε αυτήν την «επιζούσα ομάδα» των ηλικιωμένων ανθρώπων (Trichoroulou και συν., 1995).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1989 στην Ελλάδα από την Τριχοπούλου και συν. και στην οποία συμμετείχαν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω τα οποία ήταν μέλη των ΚΑΠΗ, διαπιστώθηκε ότι οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων ηλικιωμένων είναι συμβατές με την ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών λιπαρών ήταν πολύ περιορισμένη (λιγότερο από 20%) και η κατανάλωση αυγών συνετή. Η «ιερή τριάδα» της Μεσογειακής διατροφής ψωμί-λάδι-κρασί εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τους ηλικιωμένους. Μόνο το 7% φάνηκε να μην καταναλώνει ελαιόλαδο και το 57% φάνηκε να καταναλώνει ψωμί επί καθημερινής βάσεως (Trichoroulou και συν., 1996).

Στατιστικές επιβίωσης από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχουν τεκμηριώσει τη μακροχρόνια επιβίωση των ανθρώπων στις ευρωπαϊκές μεσογειακές χώρες, παρά την υψηλή επικράτηση του καπνίσματος σε αυτούς τους πληθυσμούς και του χάσματος των υγειονομικών υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες σ' αυτούς (Trichoroulou και συν., 1995).

2.2. Υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και ηλικιωμένοι

Οι λιποπρωτεΐνες είναι μακρομόρια που μεταφέρουν τη χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια διαμέσου της ροής του αίματος στον ανθρώπινο οργανισμό. Η συγκέντρωση και η έκκριση των λιποπρωτεϊνών γίνονται στο ήπαρ και στο λεπτό έντερο, αλλά πολλοί σχηματισμοί και τροποποιήσεις εμφανίζονται και στο πλάσμα του αίματος. Τα επίπεδα όμως χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων ρυθμίζονται και από τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις στο μεταβολισμό των λιπιδίων, αλλά και από γενετικούς παράγοντες. Οι ανωμαλίες στο σύστημα μεταφοράς των λιποπρωτεϊνών μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ενός ατόμου για αθηροσκλήρωση (Ginsberg, 1994).

Τα επίπεδα χοληστερόλης ορού αυξάνονται μέχρι την ηλικία των 65 ετών περίπου, καθώς αυξάνεται και το ποσοστό λίπους, τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες. Ο κύριος παράγοντας που καθορίζει τα επίπεδα χοληστερόλης είναι ο ρυθμός της ενδογενούς σύνθεσης και η ρύθμιση αυτής της διαδικασίας από τους υποδοχείς της LDL χοληστερόλης, δηλαδή της χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης. Η υπερχοληστερολαιμία, η αυξημένη LDL χοληστερόλη και η μειωμένη HDL χοληστερόλη, έχουν αναγνωρισθεί ως σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση νέων στεφανιαίων επεισοδίων σε ηλικιωμένα άτομα (Ζαμπέλας, 2003).

Λίγες επιδημιολογικές μελέτες έχουν μέχρι στιγμής αξιολογήσει τα επίπεδα λιπιδίων αίματος στην τρίτη ηλικία. Η μελέτη Attica απέδειξε ότι το 48% των ανδρών και το 55% των γυναικών, ηλικίας 50 ετών και άνω, είχαν επίπεδα ολικής χοληστερόλης μεγαλύτερα από 200 mg/dl. Από τη μελέτη EPICARDIAN (Gabriel και συν., 2004), φάνηκε ότι το 68% των ηλικιωμένων Ισπανών παρουσίαζε υπερχοληστερολαιμία, ενώ το 30% από αυτούς βρίσκονταν κάτω από φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με τη μελέτη NHANES III το 50% περίπου των λευκών ενήλικων ανδρών και γυναικών στις ΗΠΑ είχε επίπεδα ολικής χοληστερόλης αίματος πάνω από 200 mg/dl. Επίσης σύμφωνα με τους Costa και συν. (2003), διαπιστώθηκε ότι στη Πορτογαλία τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης > 200 mg/dl μεταξύ των ηλικιωμένων ανθρώπων ανέρχονταν στο 57% του εξεταζόμενου πληθυσμού.

Όπως απέδειξε η μελέτη τους η επικράτηση της υπερχοληστερολαιμίας στην Πορτογαλία ήταν υψηλότερη από αυτήν της αρτηριακής πίεσης.

Σύμφωνα με τη μελέτη Framingham (Wilson και συν., 1998) που διήρκεσε 12 έτη και περιέλαβε 2748 συμμετέχοντες, ηλικίας 50 ως 79 ετών, φάνηκε ότι τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης υψηλής πυκνότητας (HDL χοληστερόλη) συνδέθηκαν με αυξημένη θνησιμότητα. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η HDL χοληστερόλη είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακών νοσημάτων και στα δύο φύλα, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τον Kirby (1991).

Η θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας θεωρείται μεγάλης σπουδαιότητας, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μια αύξηση της ολικής χοληστερόλης ορού κατά 10mg/dl ή μια ανάλογη μείωση της HDL χοληστερόλης οδηγεί σε σημαντική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίου επεισοδίου σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών (Ζαμπέλας, 2003).

Μια καλή φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας, είναι οι στατίνες. Εντούτοις τα ευνοϊκά αποτελέσματα των στατίνων στην υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL χοληστερόλη), στην ολική χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια είναι μετριότερα (Davidson και συν., 2002). Σύμφωνα με τη μελέτη CARDIO2000 (Pitsavos και συν., 2002), η υιοθέτηση μιας διατροφής μεσογειακού τύπου από υπερχοληστερολαιμικούς ανθρώπους φαίνεται να ενισχύει τα οφέλη μιας φαρμακευτικής αγωγής με στατίνες στα επίπεδα λιπιδίων και να μειώνει τον κίνδυνο ενός οξέος καρδιακού συνδρόμου.

Τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής στα επίπεδα των λιπιδίων επιχείρησε να αξιολογήσει η μελέτη Lyon (de Lorgeril και συν., 1999), εξετάζοντας εάν αυτού του είδους η διατροφή μπορεί να μειώσει το ποσοστό επανάληψης μετά από ένα πρώτο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η μελέτη Lyon κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προστατευτική επίδραση ενός μεσογειακού τύπου διατροφής διατηρήθηκε μέχρι και 4 χρόνια μετά από το πρώτο έμφραγμα. Περισσότερα για τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής αναφέρονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

Η Μεσογειακή διατροφή

3.1. Μεσογειακή διατροφή και ηλικιωμένοι

Οι διάφορες περιοχές της Μεσογείου διαθέτουν ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες με αρκετά κοινά στοιχεία, όπως το σταφύλι, η ελιά, το σιτάρι και τα παράγωγά τους. Χαρακτηριστικά στις Μεσογειακές χώρες, για παραδοσιακούς λόγους που έχουν σχέση με τη γεωγραφία, το κλίμα και τη γεωργία, οι άνθρωποι προσάρμοσαν τη διατροφή τους, με αποτέλεσμα αυτή να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε ζωικά λίπη (Τριχοπούλου και συν., 2003).

Η Μεσογειακή Διατροφή αντικατοπτρίζει τις τυπικές διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της Νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα της Ελλάδας. Βασίζεται στην απλή παρασκευή γευστικών πιάτων χάρη στη μεγάλη ποικιλία προϊόντων που παράγονται στην περιοχή (Συνέδριο αφιερωμένο στην Παραδοσιακή Μεσογειακή Δίαιτα, 2005).

Μία μορφή μεσογειακής διατροφής, πλούσια σε λαχανικά, σαλατικά, όσπρια, φρούτα και ελαιόλαδο, φαίνεται να μειώνει δραστικά τον κίνδυνο πρόωγου θανάτου. Ο γνωστός καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ στις ΗΠΑ, Δημήτριος Τριχόπουλος και οι γιατροί συνεργάτες του, βρήκαν ότι οι άνθρωποι που ακολούθησαν πιστά το μεσογειακό τρόπο διατροφής και διαβίωσης είχαν πολύ λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από οποιαδήποτε αιτία, περιλαμβανομένων των κύριων ασθενειών, που είναι η καρδιοπάθεια και ο καρκίνος (Συνέδριο αφιερωμένο στην Παραδοσιακή Μεσογειακή Δίαιτα, 2005).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που ζουν σε περιοχές της Μεσογείου, τείνουν να ζουν περισσότερο από τους Βορειοαμερικανούς και τους ανθρώπους της Βόρειας Ευρώπης, και η τελευταία αυτή έρευνα προσθέτει περαιτέρω αποδείξεις στη θεωρία ότι οι μεσογειακοί λαοί καταφέρνουν να έχουν μακροζωία, χάρη στον τρόπο διατροφής που ακολουθούν. Παρόλο που τα οφέλη της παραδοσιακής μεσογειακής δίαιτας είναι τεκμηριωμένα με επιστημονικά δεδομένα και στοιχεία, σε πολλές χώρες κοντά στη Μεσόγειο, περιλαμβανομένης της Ελλάδας, οι διατροφικές συνήθειες αλλάζουν και οι περισσότεροι άνθρωποι υιοθετούν τα δυτικά διαιτολόγια γεμάτα με τροφές ευκολίας, με φαστ φουντ, με κορεσμένα λίπη και με ραφιναρισμένους υδατάνθρακες. «Ορατό» αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών στη διατροφή αποτελεί η δραματική αύξηση της παχυσαρκίας στην Ελλάδα (Συνέδριο αφιερωμένο στην Παραδοσιακή Μεσογειακή Δίαιτα, 2005).

Σύμφωνα με τον καθηγητή Αντώνη Καφάτο (2005) το 1960, οι μεσήλικες αγρότες στην Κρήτη ήταν λιτοδίαιτοι. Παρόλα αυτά η κλινική εικόνα των ανδρών ηλικίας 60-70 ετών της περιοχής αυτής απείχε από τον υποσιτισμό. «Στη διεθνή επιστημονική κοινότητα» γίνεται πολλή συζήτηση και αναζητείται ιδανική δίαιτα για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Η παραδοσιακή δίαιτα των Κρητών από αρχαιότερων χρόνων φαίνεται να συγκεντρώνει τα χαρακτηριστικά εκείνα που την καθιστούν άριστη, όπως είχε δείξει η μελέτη των 7 χωρών, που άρχισε το 1960 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

Από τη μελέτη αυτή, η οποία περιελάμβανε τη διαχρονική παρακολούθηση μιας ομάδας 700 περίπου ανδρών αγροτικής περιοχής της Κρήτης, φάνηκε ότι ο πληθυσμός αυτός είχε τους λιγότερους θανάτους από έμφραγμα της καρδιάς και διάφορες μορφές καρκίνου σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Ο πληθυσμός της Κρήτης ήταν ο μακροβιότερος σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες (Καφάτος, 2005).

Χαρακτηριστικό ήταν το γεγονός ότι το 1991, που ο Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης ανέλαβε την επανεξέταση των ηλικιωμένων κατά το 31ο έτος της μελέτης, οι επιζώντες στην Κρήτη αποτελούσαν το 50% περίπου του αρχικού πληθυσμού, ενώ στη Φινλανδία δεν υπήρχαν επιζώντες (Καφάτος, 2005)!

Η έρευνα των Επτά Χωρών κατέδειξε ότι η ελληνικού τύπου Μεσογειακή δίαιτα είναι η κύρια αιτία της μεγάλης μακροβιότητας που παρατηρήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς και της μειωμένης εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης και διαταραχής στην ανοχή της γλυκόζης σε σχέση με άλλες χώρες της συγκεκριμένης μελέτης (Ζαμπέλας, 2003).

Η άριστη υγεία και μακροζωία των Κρητικών αποδίδεται στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή τους. Η διατροφή αυτή ήταν απλή και περιελάμβανε κυρίως το ελαιόλαδο που έδινε το ένα τρίτο περίπου της ημερήσιας ενέργειας σε κάθε άτομο, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας προερχόταν από δημητριακά, κυρίως ψωμί, όσπρια, λαχανικά, φρούτα και σπανιότερα σε μικρές ποσότητες από αυγά, τυρί, γάλα, κρέας, ψάρι και λίγο κόκκινο κρασί σε κάθε γεύμα. Η απλή αυτή παραδοσιακή δίαιτα της Κρήτης έχει αλλοιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως από τις νεότερες γενιές. Τα αποτελέσματα είναι πολύ δυσάρεστα για την υγεία του πληθυσμού και οι πρόωροι θάνατοι από εμφράγματα και κακοήγη νεοπλασμάτα έχουν πάρει επιδημικές διαστάσεις (Καφάτος, 2005).

Τα χαρακτηριστικά της ελληνικής παραλλαγής της Μεσογειακής διαίτας περιλαμβάνουν:

- μεγάλη κατανάλωση λιπιδίων (σε ποσοστό 40-43% των θερμίδων), τα περισσότερα των οποίων προέρχονται από το μονοακόρεστο ελαιικό οξύ του ελαιολάδου, σε αναλογία μονοακόρεστων λιπών προς κορεσμένα > 2.
- μεγάλη κατανάλωση ψωμιού ολικής αλέσεως κυρίως, φρούτων και λαχανικών.
- μέτρια ημερήσια κατανάλωση πρωτεϊνών, το 85% των οποίων είναι φυτικής προέλευσης.
- μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος σε κάθε γεύμα.

Συγκεκριμένα η ελληνική παραλλαγή της Μεσογειακής διαίτας παρουσιάζεται με τη μορφή πυραμίδας. Η βάση της πυραμίδας περιλαμβάνει τρόφιμα καθημερινής κατανάλωσης, όπως το ψωμί, τα ζυμαρικά, το ρύζι, το πλιγούρι, τα δημητριακά προγεύματος. Επιπλέον, τα λαχανικά, τα φρούτα, αλλά και οι ξηροί καρποί συνίσταται να καταναλώνονται σε καθημερινή βάση, με προσοχή στις αμυλώδεις τροφές. Το ελαιόλαδο βρίσκεται πιο ψηλά στην πυραμίδα, ενώ τέλος το τυρί και το γιαούρτι συνίσταται να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες καθημερινά. Λίγες φορές την εβδομάδα συνίσταται η κατανάλωση ψαριών, πουλερικών και αυγών, ενώ η κατανάλωση κόκκινου κρέατος 1-2 φορές το μήνα. Το κρασί επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες σε κάθε γεύμα (Ζαμπέλας, 2003).

Η ελληνικού τύπου μεσογειακή διαίτα όπως προαναφέρθηκε είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση τροφών χαμηλών σε κορεσμένα λιπαρά οξέα μειώνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ παράλληλα η κατανάλωση ελαιολάδου αυξάνει την HDL χοληστερόλη και μειώνει την LDL χοληστερόλη. Το ψάρι επίσης, που περιλαμβάνεται σε εβδομαδιαία βάση στη Μεσογειακή διαίτα, είναι πλούσιο σε ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, τα οποία μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Ζαμπέλας, 2003).

Η μεσογειακή διαίτα, καθώς είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και κατ'επέκταση σε φυτικές ίνες και έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε αλάτι, έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Συμπερασματικά φαίνεται ότι ακόμα και στους ηλικιωμένους, η διαίτα αυτή είναι ευεργετική για τη υγεία (Ζαμπέλας, 2003).

Τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής είναι ιδιαίτερα εμφανή στις περιόδους της ορθόδοξης χριστιανικής νηστείας, μια που η νηστεία αποτελεί μια εκδοχή της μεσογειακής διαίτας. Η νηστεία ως εθελοντική αποχή από κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα πολλών θρησκειών, με οφέλη υγείας που έχουν προσελκύσει το επιστημονικό ενδιαφέρον (Sarri και συν., 2003).

Η ορθόδοξη χριστιανική θρησκεία προτείνει 120-200 μέρες νηστείας ετησίως. Οι πιστοί ενθαρρύνονται να αποφεύγουν το ελαιόλαδο, το κρέας, τα ψάρια, το γάλα, το αυγό και τα γαλακτοκομικά προϊόντα κάθε Τετάρτη και Παρασκευή καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Επιπλέον υπάρχουν τρεις κύριες περίοδοι νηστείας, συνολικά 40 μέρες που προηγούνται των Χριστουγέννων, 48 μέρες που προηγούνται του Πάσχα και 15 μέρες που προηγούνται της γιορτής της Κοιμήσεως της Θεοτόκου τον Αύγουστο. Οι περίοδοι νηστείας της ορθόδοξης ελληνικής θρησκείας αποτελούν μια παραλλαγή φυτοφαγικής διατροφής στην οποία περιλαμβάνονται επίσης τα ψάρια και τα θαλασσινά (Sarri και συν., 2003).

Η παραλλαγή της φυτοφαγίας που παρατηρείται κατά τη διάρκεια των περιόδων νηστείας από τους Ορθόδοξους Χριστιανούς με μια διατροφή που περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ξηρούς καρπούς, ελιές, ψωμί, ελαιόλαδο και θαλασσινά, αποτελεί ένα τύπο της αποκαλούμενης μεσογειακής διατροφής (Sarri και συν., 2003).

Η μακροζωία και η άριστη κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της Κρήτης έχουν αποδοθεί στον τρόπο ζωής και τις διαιτητικές συνήθειές του. Καμία μελέτη μέχρι σήμερα δεν έχει εστιαστεί στις ευεργετικές επιδράσεις της ελληνικής ορθόδοξης χριστιανικής νηστείας στις λιποπρωτεΐνες και την παχυσαρκία. Η νηστεία χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα κορεσμένου λίπους, υψηλά επίπεδα φυτικών ινών και φυλικού οξέος και από μεγάλη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Sarri και συν., 2003).

Κατά την περίοδο 2000-2001 πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο της Κρήτης, μια έρευνα με τη συμμετοχή εκατόν είκοσι ελλήνων ορθοδόξων χριστιανών. Οι εξήντα από αυτούς νήστεψαν τακτικά σε όλες τις περιόδους νηστείας και υπόλοιποι εξήντα αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι τρεις σημαντικότερες περίοδοι νηστείας που λήφθηκαν υπόψη στη μελέτη ήταν οι σαράντα ημέρες των Χριστουγέννων, οι 48 μέρες πριν την μεγάλη εορτή του Πάσχα και οι 15 μέρες του Αυγούστου. Έγιναν συνολικά έξι μετρήσεις, που περιλάμβαναν αιματολογικές αναλύσεις πριν και μετά τη νηστεία, αναλύσεις

λιποπρωτεϊνών ορού, συμπλήρωση ερωτηματολογίων και ανθρωπομετρικές μετρήσεις (Sarri και συν., 2003).

Κατά τη διάρκεια της νηστείας παρατηρήθηκε μείωση στη λήψη ενέργειας αλλά και στην πρόσληψη ασβεστίου. Από την άλλη όμως παρατηρήθηκε αύξηση στην πρόσληψη φυτικών ινών και φυλικού οξέος, λόγω της μεγάλης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (Sarri και συν., 2003).

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν στα επίπεδα χοληστερόλης, στο τέλος της νηστείας, στα άτομα που αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε κατά 12.5% μείωση στην ολική χοληστερόλη, 15.9% στην LDL χοληστερόλη και 1.5% μείωση στο δείκτη μάζας σώματος. Τέλος, η αναλογία LDL προς HDL ήταν χαμηλότερη στην πειραματική ομάδα, ενώ η αλλαγή στην HDL χοληστερόλη δεν ήταν σημαντική. Στην ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάστηκε καμία αλλαγή (Sarri και συν., 2003).

3.2. Μεσογειακή διατροφή, παράγοντες τρόπου ζωής και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους Ευρωπαίους άντρες και γυναίκες

Οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής συνδέονται με τη θνησιμότητα που προέρχεται από διάφορες αιτίες, όπως οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος. Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει μέχρι στιγμής τη συνδυασμένη επίδραση της διατροφής και διαφόρων παραγόντων του τρόπου ζωής σε σχέση με τη θνησιμότητα (Knoops και συν., 2004).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το 1988-2000 (μελέτη HALE) είχε ως στόχο να ερευνήσει την ενιαία και συνδυασμένη επίδραση της Μεσογειακής διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας, της μέτριας κατανάλωσης οινοπνεύματος και της απουσίας καπνίσματος, σε σχέση με τη θνησιμότητα των ηλικιωμένων από τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος 1507 φαινομενικά υγιής άντρες και 832 γυναίκες ηλικίας από 70 μέχρι 90 ετών, κάτοικοι έντεκα Ευρωπαϊκών χωρών (Knoops και συν., 2004).

Όταν η έρευνα επαναλήφθηκε, διαπιστώθηκε ότι 935 συμμετέχοντες είχαν πεθάνει: 371 από καρδιαγγειακά νοσήματα, 233 από καρκίνο, 146 από διάφορες άλλες αιτίες και 186 από άγνωστη αιτία (Knoops και συν., 2004).

Διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που υιοθέτησαν τη μεσογειακή διατροφή και επέδειξαν εμμονή σ' αυτήν, σε συνδυασμό με τη μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, τη φυσική δραστηριότητα και την απουσία καπνίσματος, παρουσίασαν ένα χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, μέχρι και 50%, απ' όλες τις αιτίες που προαναφέρθηκαν (Knoops και συν., 2004).

Η έρευνα HALE περιέλαβε συμμετέχοντες από την Ευρώπη αναφορικά με τη διατροφή στην τρίτη ηλικία. Στην έρευνα αυτή προστέθηκαν άλλες δύο μελέτες, η SENECA και η FINE, μελέτες που εξετάστηκαν από το 1988 μέχρι το 1991 και επανεξετάζονταν για 10 χρόνια (American Medical Association, 2004).

Τη μελέτη SENECA, που άρχισε το 1988, αποτέλεσε ένα τυχαίο δείγμα ατόμων από απόψεως φύλου και ηλικίας, που είχαν γεννηθεί μεταξύ των ετών

1913 και 1918, σε 19 ευρωπαϊκές πόλεις (American Medical Association, 2004).

Τη μελέτη FINE, αποτέλεσαν επιζώντες των πέντε ομάδων της έρευνας των Επτά Χωρών. Η μελέτη αυτή που άρχισε το 1984 και συνεχίστηκε ως το 2000, περιέλαβε άτομα που γεννήθηκαν στο διάστημα 1900-1920, ηλικίας 70-90 ετών. Έντεκα έρευνες επαναλήφθηκαν κατά τα έτη 1994-1995 και 1999-2000. Τα ποσοστά ανταπόκρισης κατά την περίοδο 1989-1991 ήταν 92% για τις Φινλανδικές ομάδες, 74% για τις ολλανδικές ομάδες και 76% για τις ιταλικές ομάδες. Ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, καρδιακές παθήσεις, καρκίνο και διαβήτη, αποκλείστηκαν από την έρευνα, λόγω αυξημένης θνησιμότητας. Ο μέσος χρόνος επανάληψης των μελετών SENECA και η FINE ήταν τα 10 έτη (American Medical Association, 2004).

Και στις δύο μελέτες περιλήφθηκαν στοιχεία κατανάλωσης τροφίμων, τα οποία συλλέχθηκαν από εκπαιδευμένους διαιτολόγους με τη χρήση μιας ιστορικής διαιτητικής μεθόδου. Η μέθοδος αυτή παρείχε πληροφορίες για τη συνήθη κατανάλωση τροφίμων των συμμετεχόντων ένα μήνα πριν τη συνέντευξη που αφορούσε τη μελέτη SENECA και δύο έως τέσσερις εβδομάδες πριν τη συνέντευξη της μελέτης FINE (American Medical Association, 2004).

Πληροφορίες αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τον επιπολασμό των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων, του διαβήτη, του καρκίνου και άλλων νοσημάτων, τη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων, θεωρήθηκαν σημαντικές και συλλέχθηκαν με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου (American Medical Association, 2004).

Για την αξιολόγηση της συσχέτισης της διατροφής και παραγόντων του τρόπου ζωής με τη θνησιμότητα, καθορίστηκε μια ομάδα χαμηλού κινδύνου για τη διατροφή και των παραγόντων του τρόπου ζωής. Ως ομάδα χαμηλού κινδύνου ορίστηκε για τη διαιτητική πρόσληψη, αυτή που είχε ένα σκορ τουλάχιστον 4, σε μια προτεινόμενη τροποποιημένη παραλλαγή της Μεσογειακής διατροφής. Η διατροφή αυτή περιλάμβανε 8 συστατικά: αναλογία ακόρεστου προς κορεσμένου λίπους, όσπρια, ξηρούς καρπούς, δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, πατάτες, κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα και ψάρια. Ομάδα χαμηλού κινδύνου στην κατανάλωση οινοπνεύματος ορίστηκε εκείνη που περιλάμβανε άτομα που κατανάλωναν περισσότερο από 0 γραμμάρια οινοπνεύματος ημερησίως. Ως άτομα χαμηλού κινδύνου στο κάπνισμα θεωρήθηκαν αυτά που δεν είχαν καπνίσει ποτέ και άτομα που είχαν σταματήσει το κάπνισμα για περισσότερο από 15 χρόνια (American Medical Association, 2004).

Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών απέδειξαν ότι μια δεκάχρονη υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής που περιλαμβάνει μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και απουσία καπνίσματος, οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από διάφορες αιτίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος (American Medical Association, 2004).

Τα αποτελέσματα αυτής της πανευρωπαϊκής μελέτης ήταν η μεγάλη ποικιλομορφία που παρουσίαζε στα διαιτητικά σχέδια και σε παράγοντες του τρόπου ζωής, το μεγάλο μέγεθος του δείγματος, αλλά και οι μετρήσεις πολλών πιθανών συγχυτικών παραγόντων. Ακόμη και η σχέση διατροφής,

παραγόντων τρόπου ζωής και θνησιμότητας θεωρήθηκε σε όλες τις αναλύσεις ως συγχυτικός παράγοντας (American Medical Association, 2004).

Σε αυτή τη μελέτη αποδείχθηκε επίσης ότι το 60-64% της θνησιμότητας συνδέθηκε με την έλλειψη εμμονής σε αυτό το χαμηλού κινδύνου σχέδιο διατροφής και υγείας. Αυτό υποστηρίζει την υπόθεση ότι οι συμμετέχοντες που ακολουθούν ένα μεσογειακό τύπο διατροφής και υιοθετούν ένα υγιή τρόπο ζωής παρουσιάζουν μειωμένες πιθανότητες να πεθάνουν από όλες τις αιτίες, ακόμα και στις ηλικίες 70 με 90 ετών. Εντούτοις, μια μεσογειακή διατροφή, πλούσια σε φυτικές τροφές, σε συνδυασμό με την απουσία καπνίσματος, την περιορισμένη κατανάλωση οινόπνευματος και τριάντα λεπτά τουλάχιστον σωματικής δραστηριότητας ημερησίως, συνδέεται με ένα χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας, ακόμα και στα γηρατειά (American Medical Association, 2004).

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες και τα κλινικά χαρακτηριστικά των Κύπριων ηλικιωμένων ατόμων υπάρχει κενό στη σύγχρονη βιβλιογραφία, αφού στην Κύπρο δεν έχουν γίνει μέχρι στιγμής κάποιες μελέτες που θα μπορούσαν να δώσουν μια εικόνα για το τι συμβαίνει με τους ηλικιωμένους, όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες, τη γενική τους επιβίωση και τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητάς τους.

3.3. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αποτιμήσει τις διατροφικές συνήθειες ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών από την Κύπρο, και να συσχετίσει τις συνήθειες αυτές με δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Μεθοδολογία της μελέτης

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν και να επισημανθούν οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ατόμων της Κύπρου. Η μελέτη αυτή, που αποτελεί μια έρευνα αναφορικά με τη διατροφή και την υγεία, πραγματοποιήθηκε σε διάφορες περιοχές της Κύπρου αστικές και αγροτικές:

- Άρσος,
- Λεμεσό,
- Πάχνα,
- Πάφο,
- Έμπα,
- Καλλέπια,
- Γεροσκήπου.

Κάποιες από τις περιοχές αυτές φαίνονται στον χάρτη που ακολουθεί.



4.1. Το δείγμα της μελέτης

Από το Νοέμβριο του 2004 μέχρι το Μάιο του 2005, 188 άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 65 ετών και άνω και χωρίς οποιαδήποτε κλινικό ιστορικό καρδιαγγειακής πάθησης, επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Από αυτούς, οι 53 άνδρες και οι 97 γυναίκες έδωσαν συγκατάθεσή για συμμετοχή (ποσοστό συμμετοχής 80%). Οι άνθρωποι που ζουν στα ιδρύματα (γηροκομεία) αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και πολυσταδιακή ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, σύμφωνα με τον πληθυσμό της κάθε περιοχής. Όλοι οι συμμετέχοντες πέρασαν από συνέντευξη με τη χρησιμοποίηση ενός τυποποιημένου ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα).

4.1.1. Ανάλυση στατιστικής ισχύος

Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν επαρκής για να αξιολογήσει τις τυποποιημένες διαφορές της τάξης του 20% ($\pm 5\%$) μεταξύ των διερευνούμενων παραμέτρων επιτυγχάνοντας στατιστική ισχύ $> 0,80$ σε επίπεδο σημαντικότητας $< 0,05$.

4.2. Διατροφική αξιολόγηση

Μετρήθηκε η κατανάλωση 15 ομάδων τροφίμων ως μέσος όρος ανά εβδομάδα, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, μέσω ενός ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας τροφίμων (Trichopoulos, 2003). Η συχνότητα της κατανάλωσης ποσοτικοποιήθηκε κατά προσέγγιση, ανάλογα με το πόσες φορές το μήνα καταναλώθηκε το κάθε τρόφιμο. Η κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων υπολογίστηκε με βάση την ημερήσια πρόσληψη αιθανόλης, σε ποτήρια κρασιού (100 ml ή 12gr αιθανόλης). Κατόπιν αναπτύξαμε ένα διατροφικό σκορ σύμφωνα με το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής που αποτελείται από:

(α) καθημερινή κατανάλωση: από μη επεξεργασμένα δημητριακά και τα προϊόντα τους (ψωμί ολικής αλέσεως, ζυμαρικά, καστανό ρύζι, κ.λ.π), λαχανικά (2 - 3 μερίδες την ημέρα), φρούτα (6 μερίδες την ημέρα), ελαιόλαδο (ως το κύριο προστιθέμενο λιπίδιο) και γαλακτοκομικά τα προϊόντα (1 - 2 μερίδες την ημέρα),

(β) εβδομαδιαία κατανάλωση: από ψάρια (4 -5 μερίδες την εβδομάδα), πουλερικά (3 - 4 μερίδες την εβδομάδα), ελιές, όσπρια, και ξηρούς καρπούς (3 μερίδες την εβδομάδα), πατάτες, αυγά και γλυκά (3 - 4 μερίδες την εβδομάδα) και

(γ) τη μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος και προϊόντων κρέατος (4 - 5 μερίδες την εβδομάδα).

Ειδικότερα, για την κατανάλωση τροφίμων που είναι κοντά στο διατροφικό μοντέλο της Μεσογειακής διατροφής ορίσαμε ως αποτέλεσμα 0 τη σπάνια ή τη μη κατανάλωση, ως αποτέλεσμα 1 την κατανάλωση 1-4 φορές το μήνα, ως αποτέλεσμα 2 την κατανάλωση 5-8 φορές, ως αποτέλεσμα 3 την κατανάλωση 9-12 φορές το μήνα, ως αποτέλεσμα 4 την κατανάλωση 13-18 φορές το μήνα και ως αποτέλεσμα 5, τη σχεδόν καθημερινή κατανάλωση. Αφ' ετέρου, για την κατανάλωση τροφίμων που είναι μακριά από αυτήν την παραδοσιακή διατροφή, όπως το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, ορίσαμε τα αντίθετα αποτελέσματα (δηλαδή 0 για τη σχεδόν καθημερινή κατανάλωση και 5 για τη σπάνια ή τη μη κατανάλωση). Οι υψηλότερες τιμές του προτεινόμενου σκορ δείχνουν την τήρηση στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή (που χαρακτηρίζεται επίσης από μέτρια κατανάλωση λίπους και υψηλή αναλογία ακόρεστου προς κορεσμένο λίπος).

4.3. Άλλες συνήθειες του τρόπου ζωής

Για να αξιολογήσουμε την κατάσταση σωματικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων στην έρευνα, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, χρησιμοποιήσαμε μια τροποποιημένη σύντομη έκδοση ενός αυτοαναφερόμενου ερωτηματολογίου, του λεγόμενου διεθνούς ερωτηματολογίου σωματικής δραστηριότητας (IPAQ) για ηλικιωμένους (Craig et al, 2003). Με βάση αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογήσαμε τη συχνότητα (φορές ανά εβδομάδα), τη διάρκεια (λεπτά ανά φορά) και την ένταση του αθλήματος ή τη σχετική με το επάγγελμα σωματική δραστηριότητα. Οι συμμετέχοντες που δεν ανέφεραν οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητες θεωρήθηκαν ως στατικοί. Για το υπόλοιπο των συμμετεχόντων υπολογίσαμε ένα συνδυασμένο αποτέλεσμα με τον πολλαπλασιασμό της εβδομαδιαίας συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης της σωματικής δραστηριότητας. Το ανώτατο όριο του αποτελέσματος, ταξινομήσε τους συμμετέχοντες ως "ιδιαίτερα" φυσικά ενεργούς, το μέσο όριο αποτελέσματος τους ταξινομήσε ως "συγκρατημένα" ενεργούς και το χαμηλότερο όριο αποτελέσματος τους ταξινομήσε ως "χαμηλά" φυσικά ενεργούς.

Τέλος, όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες, ως τρέχοντες καπνιστές ορίστηκαν εκείνοι που κάπνιζαν τουλάχιστον ένα τσιγάρο ανά ημέρα ή σταμάτησαν το κάπνισμα τσιγάρων κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών. Ως πρώην καπνιστές ορίστηκαν εκείνοι που είχαν σταματήσει το κάπνισμα για περισσότερα από ένα έτη προηγουμένως. Οι υπόλοιποι ορίστηκαν ως μη καπνιστές ή οι σπάνιοι καπνιστές.

4.4. «Ο δείκτης υγείας», άσκηση, διατροφή, κάπνισμα και ψυχολογική κατάσταση

Για να αξιολογήσουμε την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων αναπτύξαμε το «δείκτη υγείας» χρησιμοποιώντας τις διατροφικές συνήθειες, τις καπνιστικές συνήθειες και την κατάσταση σωματικής δραστηριότητας. Ειδικότερα,

- οι συμμετέχοντες που είχαν αποτέλεσμα διατροφής μεγαλύτερο από τη διάμεσο (36 μονάδες και για τα δύο φύλα) είχαν τιμή στο δείκτη υγείας ίσο με 1, ενώ οι υπόλοιποι είχαν τιμή ίση με 0.
- Αναφορικά με την πρόσληψη αλκοολούχων ποτών ορίσαμε στο δείκτη υγείας την τιμή 1 για την κατανάλωση τριών ή λιγότερων ποτηριών κρασιού ανά ημέρα και την τιμή 0 για τη μη κατανάλωση ή την κατανάλωση περισσότερων από τρία ποτήρια κρασιού ανά ημέρα, σύμφωνα με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής.
- Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα στο δείκτη υγείας, ορίσαμε την τιμή 1 για εκείνους που δήλωσαν έστω και ελαφρά σωματική άσκηση και την τιμή 0 στους υπόλοιπους.
- Έχουμε ορίσει επίσης την τιμή 1 στο αποτέλεσμα του δείκτη υγείας σε εκείνους που ταξινομήθηκαν ως μη καπνιστές ή έχουν σταματήσει το κάπνισμα για τουλάχιστον 15 έτη και την τιμή 0 σε εκείνους που ταξινομήθηκαν ως νυν ή πρώην καπνιστές.

Κατόπιν υπολογίσαμε το δείκτη υγιούς τρόπου ζωής, αθροίζοντας τα αποτελέσματα των ατόμων, όσον αφορά τη διατροφή, την πρόσληψη

οινοπνεύματος, το κάπνισμα και την άσκηση. Κατά συνέπεια, αναπτύχθηκε ένας δείκτης από 0 έως 4.

Τέλος, αξιολογήσαμε την ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων με την εξητάβαθμη κλίμακα (0 – 60) κατάθλιψης του Center of Epidemiological Studies Depression scale (Radloff, 1977). Όσοι από τους ηλικιωμένους με τις απαντήσεις που έδωσαν συγκέντρωσαν από 0-20 βαθμούς θεωρήθηκαν φυσιολογικοί. Όσοι συγκέντρωσαν από 20-40 βαθμούς θεωρήθηκαν ως άτομα που παρουσίαζαν μέτριας μορφής κατάθλιψη, ενώ οι συμμετέχοντες που είχαν συγκεντρώσει περισσότερους από 40 βαθμούς θεωρήθηκαν ως άτομα με κατάθλιψη.

4.5. Δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης περιέλαβε επίσης και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως

- την ηλικία,
- το φύλο,
- την οικονομική κατάσταση (μέσο ετήσιο εισόδημα κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριών ετών) και
- το μορφωτικό επίπεδο. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων (ως προσδιοριστικός παράγοντας της κοινωνικής θέσης) μετρήθηκε με βάση τα έτη σχολικής φοίτησης.

Υπολογίστηκε επίσης ο δείκτης μάζας σώματος ως το βάρος (σε κιλά) διαιρεμένο με το ύψος στο τετράγωνο. Η παχυσαρκία ορίστηκε ως ο δείκτης μάζας σώματος $> 29,9 \text{ kg/m}^2$. Ως υπερχοληστερολαιμικό ορίστηκε το άτομο που παρουσίαζε συνολικό επίπεδο χοληστερόλης ορού μεγαλύτερο από 200 mg/dl ή που χρησιμοποιούσε αντιυπερλιπιδιμικά φάρμακα σύμφωνα με το βιβλιάριο υγείας του. Επιπλέον, καταγράψαμε από το ιατρικό αρχείο των συμμετεχόντων τις μονάδες λιποπρωτεΐνης υψηλής και χαμηλής πυκνότητας (HDL, LDL), την ολική χοληστερόλη και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων.

Όσον αφορά την υπέρταση οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι τα επίπεδα της πίεσης του αίματος τους σε τακτικές μετρήσεις από ιατρό ήταν μεγαλύτερα ή ίσα με 140/90 mm Hg ή βρίσκονταν κάτω από αντιυπερτασική θεραπεία ταξινομήθηκαν ως υπερτασικοί. Τέλος, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν επίπεδα γλυκόζης αίματος $> 125 \text{ mg/dl}$ ή ανέφεραν τη χρήση δισκίων ή ινσουλίνης, θεωρήθηκαν διαβητικοί.

4.6. Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως η μέση τιμή $\pm$ σταθερή απόκλιση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες. Οι συσχετισμοί μεταξύ των συνεχών μεταβλητών και των διαφόρων κατηγορικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων αξιολογήθηκαν μέσω της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA), μετά από έλεγχο της ισότητας των διασπορών (homoscedacity) και κανονικότητας της συνεχούς μεταβλητής με τα κριτήρια Levene και Shapiro – Wilk, αντίστοιχα. Λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων εφαρμόσαμε τον κανόνα του

Bonferroni για να διορθώσουμε για την αύξηση του σφάλματος τύπου I. Οι σχέσεις μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών αξιολογήθηκαν με την χρήση του ελέγχου χ^2 . Οι σχέσεις μεταξύ των συνεχών μεταβλητών εξετάστηκαν με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Η πολλαπλή λογαριθμιστική ανάλυση παλινδρόμησης αξιολόγησε τη σχέση του «δείκτη υγείας» καθώς και των συνιστωσών του στην πιθανότητα ύπαρξης διαφόρων κλινικών χαρακτηριστικών. Όλοι οι στατιστικοί υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό SPSS έκδοση 12.0 (SPSS Inc, Σικάγο, IL, ΗΠΑ) και παρουσιάζονται αναλυτικά σε πίνακες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°:

Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος της μελέτης

5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το φύλο. Όπως παρατηρούμε τα 53 από τα 150 άτομα του δείγματος ήταν άντρες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 35,3% του δείγματος και τα 97 άτομα ήταν γυναίκες (ποσοστό 64,7%).

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το φύλο

	Συχνότητα	%
Άντρες	53	35.3
Γυναίκες	97	64.7
Σύνολο	150	100.0

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες ήταν σχεδόν διπλάσιες από τους άντρες του δείγματος.

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την ηλικία.

Άντρες	79±8
Γυναίκες	75±7

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με τον πίνακα η ηλικία των αντρών του δείγματος ήταν 79±8 (μέση τιμή ± τυπική απόκλιση) και των γυναικών 75±7.

Πίνακας 3: Συνοπτικές τιμές της μεταβλητής «ηλικία».

Δείγμα	Μικρότερη	Μεγαλύτερη	Μέσος	Διάμεσος	Επικρατούσα τιμή	Τυπική απόκλιση
150	65.00	100.00	76.5	75.0	75.0	7.8

Ο Πίνακας 3 συνοψίζει τις τιμές της μεταβλητής «ηλικία» με διάφορα περιγραφικά στατιστικά μέτρα, όπως είναι ο μέσος όρος, η διάμεσος, η επικρατούσα τιμή, η τυπική απόκλιση κ.ά. Όπως παρατηρούμε η μικρότερη ηλικία ήταν τα 65 έτη και η μεγαλύτερη τα 100 έτη. Ο μέσος όρος της ηλικίας στα 150 άτομα, ήταν 76,58 και διάμεσος του πληθυσμού η ηλικία των 75 ετών. Επικρατούσα τιμή, δηλαδή η τιμή η οποία παρουσιάστηκε τις περισσότερες φορές στο δείγμα ήταν η ηλικία των 75 ετών και τυπική απόκλιση του δείγματος ήταν η τιμή 7.83. Αυτό σημαίνει ότι το 68,27% του δείγματος έχουν ηλικία από 68-84 ετών.

Πίνακας 4. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κάθε ηλικία ξεχωριστά κατά φύλο.			80	7	4.7
			81	4	2.7
			82	7	4.7
			83	3	2.0
	Συχνότητα	%	84	1	0.7
65 έτη	7	4.7	85	5	3.3
66	2	1.3	86	5	3.3
67	9	6.0	87	2	1.3
68	11	7.3	88	1	0.7
69	4	2.7	89	2	1.3
70	5	3.3	90	1	0.7
71	3	2.0	91	3	2.0
72	8	5.3	92	2	1.3
73	7	4.7	93	3	2.0
74	5	3.3	96	1	0.7
75	19	12.7	97	1	0.7
76	8	5.3	100	1	0.7
77	3	2.0	Σύνολο	150	100.0
78	6	4.0			
79	4	2.7			

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κάθε ηλικία ξεχωριστά. Όπως παρατηρούμε η μικρότερη ηλικία είναι αυτή των 65 ετών και η μεγαλύτερη αυτή των 100 ετών. Η πιο συχνά εμφανιζόμενη ηλικία στο δείγμα είναι η ηλικία των 75 ετών, ενώ οι ηλικίες των 94, 95, 98 και 99 ετών απουσιάζουν από το δείγμα.

Πίνακας 5. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή

	Συχνότητα	%
Άρσος	40	26.6
Έμπα	1	0.7
Καλλέπια	1	0.7
Λεμεσός	43	28.7
Πάχνα	30	20.0
Πάφος	3	2.0
Γεροσκήπου	32	21.3
Σύνολο	150	100.0

Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή.

	Συχνότητα	%
Αγροτική περιοχή	72	48.0
Αστική περιοχή	78	52.0
Σύνολο	150	100.0

Οι Πίνακες 5 και 6 παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Όπως παρατηρούμε το δείγμα

προερχόταν και από αστικές (52%) και από αγροτικές περιοχές (48%). Στις αστικές περιοχές περιλαμβάνονται η Λεμεσός, η Πάφος και η Γεροσκήπου, ενώ ως αγροτικές περιοχές θεωρούνται το Άρσος, η Πάχνα, η Έμπα και η Καλλέπια. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (28,7%) προερχόταν από τη Λεμεσό, ενώ ένα επίσης μεγάλο ποσοστό του δείγματος (26,6%) προερχόταν από το χωριό Άρσος που βρίσκεται στην επαρχία Λεμεσού. Τα μικρότερα ποσοστά του δείγματος (0,7%) προέρχονται από την Έμπα (ημιαστική περιοχή) και την Καλλέπια, που είναι χωριό της επαρχίας Πάφου.

Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν ζουν οι γονείς ή όχι.

	Συχνότητα	%
Δεν ζουν ή ζει μόνο ο ένας	149	99.3
Ζουν και οι δύο	1	0.7
Σύνολο	150	100.0

Στον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι μόνο 1 άτομο (0,7%) από το δείγμα έχει και τους δύο γονείς εν ζωή. Ποσοστό 99, 3% ανέφερε ότι οι γονείς του δεν ζουν ή ότι μόνο ο ένας εκ των δύο γονέων ζει.

5.2. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει περιγραφικά τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ανδρών και γυναικών της μελέτης. Όπως παρατηρούμε δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο βάρος όσον αφορά τη δήλωση και τη μέτρηση, τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες του δείγματος. Πιο μεγάλες όμως διαφορές παρατηρούνται μεταξύ της δήλωσης και της μέτρησης του ύψους και στα δύο φύλα.

Πίνακας 8. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (δηλωθέντα και μετρήσιμα)

	Δηλωθέν		Μέτρηση	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Βάρος (Kg)	75±10	70±10	76±11	69±14
Ύψος (cm)	170±5	155±4	162±7	151±6
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)			29±4	30±6
Παχυσαρκία	-	-	34%	53%
Περιφέρεια μέσης (cm)			107±9	103±14
Περιφέρεια ισχίου (cm)			105±15	111±17
Περιφέρεια βραχίονα (cm)			30±13	31±7
Δερματική πτυχή τρικεφάλου (mm)			15±5	22±8
Σωματικό βάρος πατέρα	74±9	72±8		
Σωματικό βάρος μητέρας	70±14	64±17		

Ο δείκτης μάζας σώματος δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (κυμαίνεται γύρω στο 30), όμως σύμφωνα με τον πίνακα, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας σε σύγκριση με τους άνδρες ($p = 0.02$)

Επιχειρώντας μια διερεύνηση του παράγοντα παχυσαρκία σε σχέση με την υπέρταση, το διαβήτη τύπου 2 και την υπερχοληστερολαιμία προέκυψαν οι ακόλουθες διαπιστώσεις:

- Μεταξύ παχυσαρκίας και υπέρτασης φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.04$).
- Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 παρουσιάζονται ως ανεξάρτητες μεταβλητές ($p=0.20$).
- Μεταξύ παχυσαρκίας και υπερχοληστερολαιμίας φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση ($p=0.06$)

Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν είναι αριστερόχειρες ή όχι.

	Συχνότητα	%
Όχι	150	100.0
Ναι	0	0
Σύνολο	150	100.0

Ο Πίνακας 9 δείχνει ότι ολόκληρο το δείγμα αποτελούν δεξιόχειρες ηλικιωμένοι.

5.3. Κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση.

Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν είναι συνταξιούχοι.

	Συχνότητα	%
Άντρες	52	98
Γυναίκες	96	99

Σύμφωνα με τον πίνακα το 98% των αντρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν συνταξιούχοι με αντίστοιχο ποσοστό γυναικών το 99%.

Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη συνταξιοδότησης.

	Μέσος όρος ετών
Άντρες	16.00
Γυναίκες	10.75

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα έτη συνταξιοδότησης. Σύμφωνα με τον πίνακα ο μέσος όρος ετών συνταξιοδότησης για τους άντρες είναι τα 16 χρόνια και για τις γυναίκες τα 11 περίπου χρόνια. Η ηλικία συνταξιοδότησης στην Κύπρο είναι για τους άντρες τα 63 έτη και για τις γυναίκες τα 65.

Το είδος του επαγγέλματος του δείγματος δηλώθηκε βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας (1: χειρωνακτική, ..., 4: πνευματική εργασία) και παρουσιάζεται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη δυσκολία του επαγγέλματος

	Συχνότητα	%
1.00	38	25.3
2.00	51	34.0
3.00	58	38.7
4.00	3	2.0
Σύνολο	150	100.0

Παρατηρούμε ότι μόνο το 2% του δείγματος ασκούσαν στο παρελθόν πνευματική εργασία.. Από το 25,3% που δήλωσαν ότι η εργασία που ασκούσαν ήταν χειρωνακτικής φύσεως, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ήταν αμπελουργοί ή ότι ασχολούνταν με γεωργικές εργασίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν ότι ασκούσαν ήπιας έντασης επάγγελμα.

Πίνακας 13. Έτη σπουδών.

Δείγμα	150
Μέσος	4.69
Επικρατούσα τιμή	6.00

Πίνακας 14. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη σπουδών.

	Συχνότητα	%
0	11	7.3
1	8	5.3
2	12	8.0
3	13	8.7
4	11	7.3
5	22	14.7
6	60	40.0
7	4	2.7
8	3	2.0
9	1	0.7
10	1	0.7
12	4	2.7
> 12	0	0.0
Σύνολο	150	100.0

Οι Πίνακες 13 και 14 παρουσιάζουν το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος της μελέτης. Όπως παρατηρούμε το 40% των ηλικιωμένων έχουν τελειώσει το Δημοτικό, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό παρακολούθησε μόνο τις πρώτες τάξεις

του Δημοτικού Σχολείου. Τέλος πολύ μικρός είναι ο αριθμός των ατόμων που φαίνεται να συνέχισαν τις σπουδές τους μετά το Δημοτικό.

Τα έτη σπουδών ως προσδιοριστικός παράγοντας του κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου εξετάστηκαν σε σχέση με την ανάπτυξη υπέρτασης, διαβήτη τύπου 2 και υπερχοληστερολαιμίας. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ετών σπουδών και υπέρτασης ($p=0.97$), αλλά ούτε και μεταξύ ετών σπουδών και διαβήτη τύπου 2 ($p=0.14$). Επιπλέον φάνηκε ότι μεταξύ ετών σπουδών και υπερχοληστερολαιμίας επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση ($p=0.61$).

Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση κατά φύλο.

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
Άγαμος	0	2	2
Έγγαμος	48	52	100
Διαζευγμένος	0	4	4
Χήρος	5	39	44
Σύνολο	53	97	150

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Παρατηρούμε ότι το 66,7% των ηλικιωμένων είναι έγγαμοι, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (29,3%) είναι χήροι, η πλειοψηφία των οποίων είναι γυναίκες.

Πίνακας 16. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό μελών ανά νοικοκυριό.

	Συχνότητα	%
1	40	26.7
2	94	62.7
3	13	8.7
4	2	1.3
> 4	1	0.7
Σύνολο	150	100.0

Πίνακας 17. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό μελών ανά νοικοκυριό κατά φύλο.

Μέλη:	1	2	3	4	>4	Σύνολο
Άντρας	2	44	5	2	0	53
Γυναίκα	38	50	8	0	1	97
Σύνολο	40	94	13	2	1	150

Οι Πίνακες 16 και 17 παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό μελών ανά νοικοκυριό. Η πλειοψηφία του δείγματος (62,7%) δήλωσαν ότι μένουν με άλλο ένα άτομο, που τις περισσότερες φορές είναι ο/ η σύζυγος. Σε ποσοστό 26,7% οι ηλικιωμένοι του δείγματος ανέφεραν ότι αποτελούν το μοναδικό μέλος του νοικοκυριού τους, διαμένουν δηλαδή μόνοι τους. Η συντριπτική πλειοψηφία του ποσοστού αυτού είναι γυναίκες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 20.

Πίνακας 18. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό παιδιών ανά νοικοκυριό.

	Συχνότητα	%
0	13	8.7
1	6	4.0
2	40	26.7
3	36	24.0
4	34	22.7
5	7	4.7
6	10	6.7
7	1	0.7
9	2	1.3
12	1	0.7
Σύνολο	150	100.0

Στον Πίνακα 18 φαίνεται ο αριθμός παιδιών του δείγματος ανά νοικοκυριό. Σύμφωνα με τον πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος της μελέτης έχει από 2 έως 4 παιδιά. Ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν έχει παιδιά, ενώ παρατηρούμε ότι μια από τις ηλικιωμένες ανέφερε ότι έχει 12 παιδιά, μια άλλη 7 και δύο άλλες ότι γέννησαν 9 παιδιά.

5.4. Οικονομική κατάσταση

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος ανάλογα το μέσο ετήσιο ατομικό εισόδημα των τελευταίων 3 ετών.

Πίνακας 19. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το μέσο ετήσιο ατομικό εισόδημα των τελευταίων 3 ετών

	Συχνότητα	%
<12000€ ετησίως	150	100.0
12-18000€ ετησίως	0	0
18-24000€ ετησίως	0	0
>24000€ ετησίως	0	0
Σύνολο	150	100.0

Όπως παρατηρούμε το 100% του δείγματος έχει μέσες ετήσιες αποδοχές <12000€. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελούν συνταξιούχοι που το εισόδημά τους προέρχεται αποκλειστικά από τη μικρή μηνιαία σύνταξη που παίρνουν. Η μεταβλητή «ετήσιο ατομικό εισόδημα» μετά από έλεγχο που έγινε δε φάνηκε να επηρεάζει τις μεταβλητές «υπέρταση», «διαβήτης» και «υπερχοληστερολαιμία».

Πίνακας 20. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό αυτοκινήτων στην οικογένεια

	Συχνότητα	%
0	95	63.3
1	51	34.0
2	3	2.0
4	1	0.7
Σύνολο	150	100.0

Στον Πίνακα 20 φαίνεται ο αριθμός των αυτοκινήτων που έχουν οι ηλικιωμένοι στην οικογένεια. Από τα στοιχεία του πίνακα παρατηρούμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (63,3%) δεν έχει καθόλου αυτοκίνητο, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (34%) δήλωσε ότι έχει 1 αυτοκίνητο στην οικογένεια.

Πίνακας 21. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό δωματίων στο σπίτι.

	Συχνότητα	%
1	3	2.0
2	16	10.7
3	33	22.0
4	48	32.0
5	26	17.3
6	15	10.0
7	5	3.3
8	4	2.7
Σύνολο	150	100.0

Ο Πίνακας 21 δείχνει τον αριθμό δωματίων που έχουν οι ηλικιωμένοι του δείγματος στο σπίτι τους. Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 1/3 περίπου των ηλικιωμένων της μελέτης (32%), ανέφεραν ότι το σπίτι τους αποτελείται από 4 δωμάτια, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (22%) ανέφεραν ότι το σπίτι τους έχει 3 δωμάτια. Μπορούμε να πούμε συνοπτικά ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος της μελέτης έχει σπίτι, το οποίο αποτελείται από 3 μέχρι 5 δωμάτια.

Πίνακας 22. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν έχουν ή όχι ιδιόκτητη κατοικία.

	Συχνότητα	%
Όχι	27	18.0
Ναι	123	82.0
Σύνολο	150	100.0

Ο Πίνακας 22 παρουσιάζει αναλυτικά πόσα άτομα της μελέτης έχουν ή όχι ιδιόκτητη κατοικία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, το 82% του δείγματος έχουν ιδιόκτητη κατοικία. Το 18% που ανέφεραν ότι δεν έχουν ιδιόκτητη

κατοικία, αποτελούν πρόσφυγες της Βόρειας Κύπρου που διαμένουν από το 1974 σε κυβερνητικούς προσφυγικούς συνοικισμούς.

5.5. Σωματική άσκηση

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζεται η συχνότητα με την οποία ασκείται το δείγμα της μελέτης.

Πίνακας 23. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συχνότητα άσκησης σε μια βδομάδα (%)

		1-2	3-5 φορές	>5 φορές	Σύνολο
	Καθόλου	φορές			
Αντρας	20.7	1.3	3.3	10.0	35.3
Γυναίκα	48.7	2.7	5.3	8.0	64.7
Σύνολο	69.4	4.0	8.6	18.0	100.0

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δήλωσε ότι δεν ασκείται καθόλου κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, ενώ το 1/5 περίπου του δείγματος ανέφερε ότι ασκείται περισσότερο από πέντε φορές την βδομάδα.

Ο Πίνακας 24 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν είναι φυσικά ενεργοί ή όχι.

Πίνακας 24. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν είναι φυσικά ενεργοί (%).

	Καθιστική ζωή	Άσκηση	Σύνολο
Αντρας	20.0	15.3	35.3
Γυναίκα	48.0	16.7	64.7
Σύνολο	68.0	32.0	100.0

Σύμφωνα με τα αριθμητικά δεδομένα του πίνακα βλέπουμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (68%) αποτελείται από στατικά άτομα και το 32% του δείγματος από φυσικά ενεργά άτομα. Επιχειρώντας μια συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας, διαβήτη τύπου 2 και υπερχοληστερολαιμίας διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά θετική συσχέτιση με $p=0.91$, $p=0.61$ και $p=0.98$ αντίστοιχα.

Πίνακας 25. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι το βάδισμα ή το τρέξιμο ή η ποδηλασία(%)

Φύλο	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	2.2	45.7	47.8
Γυναίκα	10.9	41.3	52.2
Σύνολο	13.0	87.0	100.0

Ο Πίνακας 25 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι το βάδισμα ή το τρέξιμο ή η ποδηλασία. Παρατηρούμε ότι από τους ηλικιωμένους που δήλωσαν ότι ασκούνται σε εβδομαδιαία βάση, το 13% ανέφεραν ότι ασκούνται με βάδισμα,

είτε γιατί ακολουθούν ιατρικές οδηγίες για μείωση της χοληστερόλης, είτε για να αυξήσουν την κινητική τους δραστηριότητα, που όπως ανέφεραν είναι απαραίτητη γιατί αντιμετωπίζουν προβλήματα οστεοπόρωσης.

Πίνακας 26. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι το κολύμπι (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	47.8	0	47.8
Γυναίκα	50.0	2.2	52.2
Σύνολο	97.8	2.2	100.0

Ο Πίνακας 26 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι το κολύμπι. Σύμφωνα με τον πίνακα μόνο μια γυναίκα (2.2% των φυσικά ενεργών γυναικών) συνηθίζει να χρησιμοποιεί ως άσκηση το κολύμπι, κατά τους καλοκαιρινούς μόνο μήνες.

Πίνακας 27. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι η άρση βαρών (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	37.0	10.9	47.8
Γυναίκα	47.8	4.3	52.2
Σύνολο	84.8	15.2	100.0

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι η άρση βαρών. Λέγοντας άρση βαρών εννοούμε στην περίπτωση αυτή, των ηλικιωμένων του δείγματος, τις γεωργικές και αμπελουργικές εργασίες, που απαιτούν αυξημένη μυϊκή δύναμη. Όπως φαίνεται στον πίνακα το 15,2% των 46 φυσικά ενεργών ηλικιωμένων εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να ασχολείται με τα χωράφια και τα αμπέλια του, ασκώντας έτσι το σώμα του.

Πίνακας 28. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν η εβδομαδιαία τους άσκηση είναι οι ασκήσεις φυσιοθεραπείας.

	Ναι	Σύνολο
Άντρας	0.7	0.7
Γυναίκα	2.6	2.6
Σύνολο	3.3	3.3

Στον Πίνακα 28 παρατηρούμε ότι το 3.3% των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν ως εβδομαδιαία άσκηση τις ασκήσεις που τους έδειξαν σε φυσιοθεραπευτήριο για κάποιο μυϊκό πρόβλημα που αντιμετώπιζαν στο πρόσφατο παρελθόν.

Πίνακας 29.1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη μέση διάρκεια άσκησης τη φορά (σε λεπτά) (%).

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
2	2.2	0	2.2
5	0	6.5	6.5
10	4.3	6.5	10.8
15	4.3	2.2	6.5
20	6.5	4.3	10.9
25	2.2	2.2	4.4
30	8.7	19.6	28.3
45	2.2	4.3	6.5
60	6.5	6.5	13
120	4.3	0	4.3
150	4.3	0	4.3
180	2.2	0	2.2
Σύνολο	47.8	52.2	100

Πίνακας 29.2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη μέση διάρκεια άσκησης τη φορά (σε λεπτά).

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Διάρκεια άσκησης	46	2.0	180.0	40.5	40.6

Οι Πίνακες 29.1. και 29.2. παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη μέση διάρκεια άσκησης τη φορά (σε λεπτά). Σύμφωνα με τους πιο πάνω πίνακες η απάντηση που δόθηκε τις περισσότερες φορές από τους ηλικιωμένους είναι ότι ασκούνται για 30 λεπτά κάθε φορά. Η μικρότερη χρονική διάρκεια που αναφέρθηκε είναι τα 2 λεπτά και η μεγαλύτερη τα 180 λεπτά (δύο ώρες).

Πίνακας 30.1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα χρόνια σωματικής άσκησης (συνοπτικός πίνακας).

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Χρόνια σωματικής άσκησης	44	1.0	75.0	21.6	25.8

Πίνακας 30.2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με χρόνια σωματικής άσκησης (αναλυτικός πίνακας) (%).

Χρόνια	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
1	2.2	6.5	8.7
2	4.3	8.7	13.0
3	4.3	10.9	15.2
5	2.2	0	2.2
6	4.3	4.3	8.6
7	2.2	0	2.2
8	2.2	2.2	4.3
10	4.3	2.2	6.5
15	0	4.3	4.3
20	0	4.3	4.3
25	2.2	0	2.2
30	2.2	0	2.2
50	8.7	0	8.7
60	4.3	4.3	8.6
70	2.2	2.2	4.3
72	0	2.2	2.2
75	4.3	0	4.3
Σύνολο	48.7	52.2	100.0

Οι Πίνακες 30.1. και 30.2. παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα χρόνια σωματικής άσκησης. Η μικρότερη χρονική περίοδος που αναφέρθηκε ήταν ο 1 χρόνος, ενώ η μεγαλύτερη ήταν τα 75 χρόνια.

Πίνακας 31. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη το καθημερινό περπάτημα για τις συνήθειες ασχολίες (σε λεπτά) (%).

Διάρκεια σε λεπτά	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
0	6.7	21.3	28.0
5	0.7	2.0	2.7
10	8.7	8.7	17.3
14	0.7	0	0.7
15	7.3	7.3	14.7
20	4.7	11.3	16.0
25	1.3	2.7	4.0
30	4.0	6.0	10.0
40	0	0.7	0.7
45	0.7	2.0	2.7
60	0	3.0	2.0
120	0.7	0.7	1.3
Σύνολο	35.3	64.7	100.0

Στον Πίνακα 31 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη το καθημερινό περπάτημα για τις συνήθειες ασχολίες (σε λεπτά). Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτει ότι το 28% των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν περπατούν καθόλου καθημερινά. Από το

υπόλοιπο 72% των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία δήλωσε ότι περπατούν 10, 15 και 20 λεπτά ημερησίως.

5.6. Καπνιστικές συνήθειες

Ο Πίνακας 32 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι. Τα στοιχεία του πίνακα δείχνουν ότι μόνο το 5% των συμμετεχόντων εξακολουθούν να καπνίζουν μέχρι σήμερα, ποσοστό που αποτελείται μόνο από άντρες.

Πίνακας 32. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι (%).

Κάπνισμα (τώρα)	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	30.3	5.0	53.3
Γυναίκα	64.7	0	64.7
Σύνολο	95.0	5.0	100.0

Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και υπέρτασης διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει θετική συσχέτιση ($p=0.71$). Το ίδιο φάνηκε να συμβαίνει και μεταξύ καπνίσματος και διαβήτη τύπου 2 ($p=0.08$). Όσον αφορά στη σχέση καπνίσματος και υπερχοληστερολαιμίας φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση ($p=0.03$).

Πίνακας 33. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα (προσεγγιστικά κατά μέσο όρο).

Αρ. τσιγάρων / ημέρα	< 20	-35	- 40	> 45	Σύνολο
Άντρας	3	1	1	1	6
Σύνολο	3	1	1	1	6

Ο Πίνακας 33 παρουσιάζει την κατανομή των 6 καπνιστών της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα, προσεγγιστικά κατά μέσο όρο. Οι 3 από τους 6 άντρες καπνιστές της μελέτης καπνίζουν 20 τσιγάρα ημερησίως, ενώ οι υπόλοιποι 3 καπνίζουν 35, 40 και 45 τσιγάρα ημερησίως.

Πίνακας 34. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το είδος των τσιγάρων.

	Ελαφρά	Βαριά- άφιλτρα	Καπνός- πούρο	Σύνολο
Άντρας	6	0	0	6
Σύνολο	6	0	0	6

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το είδος των τσιγάρων που καπνίζουν. Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι και οι 6 ηλικιωμένοι καπνίζουν ελαφρά τσιγάρα.

Πίνακας 35. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη καπνίσματος.

	Άντρας	Σύνολο
< 42	1	1
- 45	1	1
- 48	1	1
- 50	1	1
- 59	1	1
> 75	1	1
Σύνολο	6	6

Ο Πίνακας 35 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη καπνίσματος. Ένα ς από τους 6 ηλικιωμένους άντρες δήλωσε ότι καπνίζει 42 χρόνια, κάποιος άλλος 45 χρόνια, ένας 48 χρόνια, κάποιος 50 χρόνια, ένας 59 χρόνια και ο τελευταίος τέλος ανέφερε ότι καπνίζει εδώ και 75 χρόνια.

Πίνακας 36. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν κάπνιζαν ή όχι στο παρελθόν (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	15.3	17.4	32.6
Γυναίκα	66.7	0.7	67.4
Σύνολο	81.9	18.1	100.0

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες του παρελθόντος, ανάλογα δηλαδή με το αν κάπνιζαν ή όχι στο παρελθόν. Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι το 18.1% του δείγματος ήταν στο παρελθόν καπνιστές. Όπως αναμένετο η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει καπνίσει ποτέ, ομοίως με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν. (1996).

Πίνακας 37.1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη από σήμερα, διακοπής του καπνίσματος.

Δείγμα	26
Μέσος	25.2
Διάμεσος	20.0
Επικρατούσα τιμή	40.0

Πίνακας 37.2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη από σήμερα, διακοπής του καπνίσματος.

	Συχνότητα	%
1 μήνας	1	0.7
1	1	0.7
4	1	0.7
8	3	2.0
12	2	1.3
15	1	0.7
16	1	0.7
17	1	0.7
18	1	0.7
20	2	1.3
26	1	0.7
30	2	1.3
40	5	3.3
47	1	0.7
50	1	0.7
55	1	0.7
60	1	0.7
Σύνολο	26	17.3
Μη καπνιστές	124	82.7
Σύνολο	150	100.0

Οι Πίνακες 37.1. και 37.2. παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα έτη διακοπής του καπνίσματος. Από τους 26 πρώην καπνιστές οι περισσότεροι δήλωσαν ότι σταμάτησαν το κάπνισμα εδώ και 40 χρόνια. Η μικρότερη χρονική περίοδος που αναφέρθηκε ήταν ένας μήνας και η μεγαλύτερη τα 60 χρόνια.

Πίνακας 38. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες (%).

	Καπνιστές	Μη καπνιστές	Σύνολο
Αντρας	10.0	25.3	35.3
Γυναίκα	0.7	64.0	64.7
Σύνολο	10.7	89.3	100.0

Στον Πίνακα 38 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες. Σύμφωνα με τον πίνακα η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από πρώην καπνιστές, μη καπνιστές ή οι σπάνια καπνιστές. Οι τρέχοντες καπνιστές αποτελούν μια μικρή μόνο μειοψηφία του δείγματος.

Πίνακας 39. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα αίτια διακοπής του καπνίσματος (%).

	Πρόληψη	Ιατρικές οδηγίες	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Άντρας	42.3	46.2	7.7	96.2
Γυναίκα	3.8	0	0	3.8
Σύνολο	46.1	46.2	7.7	100.0

Στον Πίνακα 39 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τα αίτια διακοπής του καπνίσματος. Παρατηρούμε ότι από τους 26 πρώην καπνιστές, ποσοστό της τάξεως του 46.1% δήλωσαν ότι διέκοψαν το κάπνισμα για προληπτικούς λόγους, το 46.2% για οικονομικούς λόγους και το υπόλοιπο 7.7% λόγω ιατρικών οδηγιών.

Πίνακας 40. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το κάπνισμα συντρόφου (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	48.0	0	48.0
Γυναίκα	44.0	8.0	52.0
Σύνολο	92.0	8.0	100.0

Ο Πίνακας 40 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζει ή όχι ο/ η σύντροφος. Σύμφωνα με τον πίνακα από τους 100 έγγαμους ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα, μόνο 8 γυναίκες δήλωσαν ότι καπνίζει ο σύντροφός του, αριθμός που αντιστοιχεί στο 8% των έγγαμων γυναικών.

Πίνακας 41. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το κάπνισμα των γονέων

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	0	14.3	14.3
Γυναίκα	85.7	0	85.7
Σύνολο	85.7	14.3	100.0

Ο Πίνακας 41 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι οι γονείς. Από τους 7 ηλικιωμένους που απάντησαν και των οποίων οι γονείς είναι εν ζωή, μόνο ο ένας (14.3%) δήλωσε ότι οι γονείς του καπνίζουν.

Πίνακας 42. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το κάπνισμα των παιδιών (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	19.9	16.2	36.0
Γυναίκα	30.1	33.8	64.0
Σύνολο	50.0	50.0	100.0

Στον Πίνακα 42 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι τα παιδιά τους. Από τους 136 ηλικιωμένους

που δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, το 50% ανέφεραν ότι τα παιδιά τους καπνίζουν.

Πίνακας 43. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι οι συγγάτοικοί τους (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	43.8	0	43.8
Γυναίκα	43.8	12.5	56.3
Σύνολο	87.5	12.5	100.0

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι οι συγγάτοικοί τους. Από τα 16 άτομα που διαμένουν με συγγάτοικο (αλλοδαπή οικιακή βοηθό) μόνο το 12.5% δήλωσαν ότι οι συγγάτοικοί τους καπνίζουν.

Πίνακας 44. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν πιστεύουν στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	4.9	30.8	35.7
Γυναίκα	6.3	58.0	64.3
Σύνολο	11.2	88.8	100.0

Ο Πίνακας 44 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν πιστεύουν στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι από τους 143 που απάντησαν, το 88.8% πιστεύουν ότι το κάπνισμα έχει βλαβερές συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία. Την άποψη αυτή φαίνεται να ενστερνίζονται τόσο οι άντρες, όσο και οι γυναίκες.

Πίνακας 45. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη σύνδεση του καπνίσματος με την καρδιαγγειακή νόσο (%).

	Άμεσα	Έμμεσα	Όχι	Σύνολο
Άντρας	3.6	28.8	4.3	36.7
Γυναίκα	3.6	57.6	2.2	63.3
Σύνολο	7.2	86.3	6.5	100.0

Στον Πίνακα 45 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι το κάπνισμα συνδέεται με την καρδιαγγειακή νόσο. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 139 ηλικιωμένοι εκ των οποίων ποσοστό της τάξεως του 6.5% ανέφερε ότι το κάπνισμα δεν συνδέεται με προβλήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 93.5% δήλωσε το αντίθετο. Από αυτούς το 7.2% πιστεύει ότι το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με την καρδιαγγειακή νόσο, ενώ το 86.3% ότι συνδέεται έμμεσα.

Πίνακας 46. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη σύνδεση του καπνίσματος με διάφορες μορφές καρκίνου (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	3.9	32.8	36.7
Γυναίκα	7.0	56.3	63.3
Σύνολο	10.9	89.1	100.0

Ο Πίνακας 46 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την άποψη των ηλικιωμένων αν το κάπνισμα συνδέεται με διάφορες μορφές καρκίνου. Από τους 128 που εξέφρασαν άποψη για το συγκεκριμένο θέμα, το 89.1% απάντησε θετικά.

Πίνακας 47. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν πείθει η αντικαπνιστική εκστρατεία (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	18.2	18.9	37.1
Γυναίκα	25.0	37.9	62.9
Σύνολο	43.2	56.8	100.0

Στον Πίνακα 47 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν πείθει ή όχι η αντικαπνιστική εκστρατεία διαφόρων φορέων. Σύμφωνα με τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι οι απόψεις διίστανται, αφού το 56.8% των ηλικιωμένων απάντησαν θετικά και το 43.2% αρνητικά. Ένα μικρός αριθμός του δείγματος 12%, δεν εξέφρασε άποψη στο συγκεκριμένο θέμα.

5.7. Διατροφικές συνήθειες

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένα ζευγάρι ηλικιωμένων καταναλώνει το ίδιο φαγητό, άρα ο τρόπος διατροφής τους είναι ο ίδιος.

Πίνακας 48. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κρέατος σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερινά	Σύνολο
Άντρας	0	0	0.7	16.7	17.3	0.7	35.3
Γυναίκα	0	0	0.7	30.0	34.0	0	64.7
Σύνολο	0	0	1.3	46.7	51.3	0.7	100.0

Ο Πίνακας 48 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κρέατος σε μια συνήθη εβδομάδα. Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα είναι εμφανές ότι το ½ περίπου των ηλικιωμένων καταναλώνουν κρέας 3-5 φορές την εβδομάδα και οι υπόλοιποι 1-2 φορές την εβδομάδα. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν. (1996), στην οποία φάνηκε ότι οι γυναίκες καταναλώνουν κρέας σπάνια ή ποτέ σε ποσοστό 26%, ενώ οι άντρες δεν

τρώνε μοσχάρι σε ποσοστό περίπου 17%. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος της παρούσας μελέτης καταναλώνει αρκετές φορές την εβδομάδα κρέας είναι θετικό, από την άποψη ότι το κρέας ενισχύει τα επίπεδα βιταμινών του συμπλέγματος Β, των οποίων οι ανάγκες είναι αυξημένες στην τρίτη ηλικία. Από την άλλη όμως, η κατανάλωση κρέατος περισσότερο από 1-2 φορές την εβδομάδα έρχεται σε αντίθεση με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής.

Πίνακας 49. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κρέατος σε μια συνήθη εβδομάδα (σκόρ κρέατος) (%).

	0	1	2	3	Σύνολο
Άντρας	0.7	17.3	16.7	0.7	35.3
Γυναίκα	0	34.0	30.0	0.7	64.7
Σύνολο	0.7	51.3	46.7	1.3	100.0

Ο Πίνακας 49 παρουσιάζει επίσης την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κρέατος σε μια συνήθη εβδομάδα. Για την κατανάλωση τροφίμων που είναι μακριά από αυτήν την παραδοσιακή διατροφή, όπως το κρέας και τα προϊόντα κρέατος το 0 αντιστοιχεί στη σχεδόν καθημερινή κατανάλωση και το 5 στη σπάνια ή τη μη κατανάλωση. Από τα δεδομένα του πιο πάνω πίνακα και σε συμφωνία με τον προηγούμενο πίνακα διαπιστώνουμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος καταναλώνει κρέας 3-5 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 50. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψαριού σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	1.3	4.0	16.7	12.0	1.3	0	35.3
Γυναίκα	2.7	6.0	34.0	21.3	0	0.7	64.7
Σύνολο	4.0	10.0	50.7	33.3	1.3	0.7	100.0

Ο Πίνακας 50 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψαριού σε μια συνήθη εβδομάδα. Τα στοιχεία του πίνακα αποδεικνύουν ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων καταναλώνει ψάρι 2-3 φορές το μήνα, ενώ το 1/3 περίπου του δείγματος καταναλώνει ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα. Το 4% των ηλικιωμένων δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν ποτέ ψάρι, είτε γιατί δεν τους αρέσει είτε λόγω αλλεργικών αντιδράσεων. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα της έρευνας της Τριχοπούλου και συν. (1996), όπου το 4.7% των ανδρών και το 6.3% γυναικών φάνηκε να μην τρώει καθόλου ψάρι. Σύμφωνα και πάλι με την Τριχοπούλου και συν., το 50% του δείγματος καταναλώνει ψάρι 1-6 φορές την εβδομάδα, σε αντίθεση με τους Κύπριους ηλικιωμένους που καταναλώνουν ψάρι πιο αραιά.

Πίνακας 51. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση χορταρικών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0	0.7	1.3	15.3	14.7	3.3	35.3
Γυναίκα	2.0	0	1.3	29.3	28.0	4.0	64.7
Σύνολο	2.0	0.7	2.7	44.7	42.7	7.3	100.0

Στον Πίνακα 51 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση χορταρικών σε μια συνήθη εβδομάδα. Παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις των ηλικιωμένων εστιάζονται στις επιλογές 1-2 φορές την εβδομάδα και 3-5 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 52. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση λαχανικών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0.7	0.7	0	5.3	12.0	16.7	35.3
Γυναίκα	0	0	0.7	10.7	30.0	23.3	64.7
Σύνολο	0.7	0.7	0.7	16.0	42.0	40.0	100.0

Στον Πίνακα 52 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση λαχανικών σε μια συνήθη εβδομάδα. Όπως δείχνουν τα δεδομένα του πίνακα, η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων καταναλώνει λαχανικά. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος καταναλώνει καθημερινά λαχανικά και περίπου ίσο ποσοστό του δείγματος καταναλώνει λαχανικά 3-5 φορές την εβδομάδα. Αρκετοί είναι επίσης και οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι καταναλώνουν με το φαγητό τους λαχανικά 1-2 φορές την εβδομάδα.

Από τα ευρήματα του Πίνακα 51 και 52 διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων καταναλώνει τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας χορταρικά και λαχανικά. Αυτό είναι ενθαρρυντικό αφού η κατανάλωση λαχανικών και χορταρικών συμβάλλει στην πρόσληψη της συνιστώμενης ημερήσιας ποσότητας σε φυλικό οξύ και σε βιταμίνη C και A. Η πρόσληψη βιταμίνης A, με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται από το ήπαρ, για αυτό και οι αυξημένες ανάγκες στη βιταμίνη αυτή μπορούν να καλυφθούν από την κατανάλωση άφθονων λαχανικών, ιδιαίτερα αυτών που είναι πλούσια σε καροτίνη.

Πίνακας 53. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση οσπρίων σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0	0	1.3	20.7	13.3	0	35.3
Γυναίκα	1.3	0	1.3	40.7	20.7	0.3	64.7
Σύνολο	1.3	0	2.7	61.3	34.0	0.3	100.0

Ο Πίνακας 53 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση οσπρίων σε μια συνήθη εβδομάδα. Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων, όπως φαίνεται στον πίνακα, καταναλώνουν όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ αρκετοί ήταν και οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι η κατανάλωση οσπρίων ανέρχεται στις 3-5 φορές την εβδομάδα. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τα προηγούμενα ευρήματα ότι η κατανάλωση κρέατος ανέρχεται για την πλειοψηφία των ηλικιωμένων σε 3-5 φορές την εβδομάδα και η κατανάλωση ψαριού σε 2-3 φορές το μήνα, αποδεικνύουν ότι η ημερήσια συνιστώμενη πρόσληψης πρωτεΐνης ίσως και να υπερκαλύπτεται, αφού οι προτεινόμενες ποσότητες πρόσληψης πρωτεΐνης ημερησίως είναι κατά μέσο όρο 63 γραμ. για τους άνδρες και 50 γραμ. για τις γυναίκες. Η υψηλή πρόσληψη πρωτεΐνης, όπως προαναφέρθηκε επηρεάζει τη νεφρική λειτουργία. Από την άλλη όμως η κατανάλωση κρέατος, ψαριού και οσπρίων είναι πολύ σημαντική για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, αφού η κατανάλωση τέτοιων τροφίμων που είναι ψηλής βιολογικής αξίας θεωρείται απαραίτητη για τους ηλικιωμένους.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όσον αφορά στην κατανάλωση οσπρίων έρχονται σε αντίθεση με αυτά της Τριχοπούλου και συν. όπου εκεί το 15,4% των ανδρών και το 20,2% των γυναικών καταναλώνουν τα όσπρια σπάνια ή ποτέ.

Πίνακας 54. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση δημητριακών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0	0.7	3.3	28.7	1.3	1.3	35.3
Γυναίκα	0	0	9.3	51.3	2.7	1.3	64.7
Σύνολο	0	0.7	12.7	80.0	4.0	2.7	100.0

Στον Πίνακα 54 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση δημητριακών σε μια συνήθη εβδομάδα. Είναι εμφανές ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος καταναλώνει δημητριακά 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ανέφερε ότι η κατανάλωση δημητριακών γίνεται 2-3 φορές το μήνα. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι ηλικιωμένοι δεν περιέλαβαν το ψωμί στον όρο δημητριακά, αφού υπήρχε άλλη ερώτηση αναφορικά με την κατανάλωση ψωμιού.

Πίνακας 55. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ζυμαρικών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0.7	0	8.7	25.3	0.7	0	35.3
Γυναίκα	0	0.7	16	46.0	2.0	0	64.7
Σύνολο	0.7	0.7	24.7	71.3	2.7	0	100.0

Ο Πίνακας 55 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ζυμαρικών σε μια συνήθη εβδομάδα. Το 71.3% του δείγματος καταναλώνουν ζυμαρικά 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων δήλωσε ότι καταναλώνουν ζυμαρικά 2-3 φορές το μήνα. Τα δεδομένα του Πίνακα 54 και 55 αποδεικνύουν «φαινομενικά» ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος δεν καταναλώνει σε καθημερινή βάση τις απαιτούμενες ανάγκες σε σύνθετους υδατάνθρακες, οι οποίοι πρέπει να αποτελούν το 45-50% των ημερήσιων θερμίδων που προσλαμβάνει ο ανθρώπινος οργανισμός. Αυτό βέβαια μπορεί να αντισταθμιστεί από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων δήλωσε ότι καταναλώνει καθημερινά ψωμί, που είναι μια πολύ καλή πηγή σύνθετων υδατανθράκων, αλλά και φρέσκα φρούτα που αποτελούνται από φυσικά σάκχαρα.

Πίνακας 56. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση πατατών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0	0.7	1.3	19.3	14.0	0	35.3
Γυναίκα	0	0	2.0	43.3	19.3	0	46.7
Σύνολο	0	0.7	3.3	62.7	33.3	0	100.0

Στον Πίνακα 56 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση πατατών σε μια συνήθη εβδομάδα. Παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων καταναλώνει τις πατάτες συστηματικά σε εβδομαδιαία βάση. Το 33.3% του δείγματος καταναλώνει τις πατάτες 3-5 φορές την εβδομάδα, ενώ το 62.7%, 1-2 φορές την εβδομάδα. Σπάνια ή καθόλου κατανάλωση πατατών δεν αναφέρθηκε από κανέναν ηλικιωμένο, σε αντίθεση με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν. (1996), όπου το 8,2% των ανδρών και το 10,7% των γυναικών ανέφεραν καθόλου ή σπάνια κατανάλωση.

Πίνακας 57. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση φρούτων σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ.	Σύνολο
Άντρας	0	0	0	0	4.7	30.7	35.3
Γυναίκα	0	0.7	0	0	5.3	58.7	64.7
Σύνολο	0	0.7	0	0	10.0	89.3	100.0

Ο Πίνακας 57 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση φρούτων σε μια συνήθη εβδομάδα. Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτει ότι σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος περιλαμβάνουν τα φρούτα στο καθημερινό τους διαιτολόγιο. Τα φρούτα, όπως και τα λαχανικά, είναι πλούσια σε φυσικά σάκχαρα, βιταμίνες και φυτικές ίνες. Η καθημερινή κατανάλωση φρούτων καλύπτει σχεδόν τις συνιστώμενες ημερήσιες ανάγκες των ηλικιωμένων σε βιταμίνες Α και C που παρουσιάζονται αυξημένες στην τρίτη ηλικία. Η μεγάλη επίσης περιεκτικότητα των φρούτων σε φυτικές ίνες τα καθιστά απαραίτητα στο καθημερινό διαιτολόγιο των ηλικιωμένων. Οι φυτικές ίνες, είναι σύνθετοι υδατάνθρακες και πέπτονται μερικώς. Έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν το ρυθμό πέψης των υδατανθράκων και της απορρόφησής τους από το πεπτικό σύστημα, γεγονός που βοηθά στο να διατηρούνται πιο σταθερά τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος (Ζαμπέλας, 2003). Οι φυτικές ίνες επίσης αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων και βοηθούν στην καλύτερη κένωση του εντέρου, στην πρόληψη της δυσκοιλιότητας και του καρκίνου του παχέως εντέρου.

Πίνακας 58. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση γλυκών σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ	Σύνολο
Άντρας	2.0	8.7	6.7	14.0	4.0	0	35.3
Γυναίκα	0.7	10.0	14.0	27.3	11.3	1.3	64.7
Σύνολο	2.7	18.7	20.7	41.3	15.3	1.3	100.0

Στον Πίνακα 58 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση γλυκών σε μια συνήθη εβδομάδα. Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις των ηλικιωμένων κατανέμονται σε όλες τις επιλογές. Η πλειοψηφία όμως των ηλικιωμένων του δείγματος (41.3%) φαίνεται να καταναλώνει γλυκά 1-2 φορές την εβδομάδα, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους στην μελέτη της Τριχοπούλου και συν. (1996), όπου το 40.7% των γυναικών και το 22,9% των ανδρών καταναλώνουν ζάχαρη σπάνια ή ποτέ.

Πίνακας 59. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση γλυκών σε μια συνήθη εβδομάδα (σκορ γλυκών)

	0	1	2	3	4	5	Σύνολο
Άντρας	0	4.0	14.0	6.7	8.7	2.0	35.3
Γυναίκα	1.3	11.3	27.3	14.0	10.0	0.7	64.7
Σύνολο	1.3	14.3	41.3	20.7	18.7	2.7	100.0

Στον Πίνακα 59 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση γλυκών σε μια συνήθη εβδομάδα (σκορ γλυκών). Τα δεδομένα του πίνακα επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα του Πίνακα 58, όπου φάνηκε ότι πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος φαίνεται να καταναλώνει γλυκά 1-2 φορές την εβδομάδα. Αυτό είναι θετικό από την άποψη ότι τα γλυκά αποτελούνται από επεξεργασμένα σάκχαρα, τα οποία δεν πρέπει να καταλαμβάνουν ποσοστό μεγαλύτερο από 10% των θερμίδων που προέρχονται από υδατάνθρακες.

Πίνακας 60. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ελαιολάδου σε μια συνήθη εβδομάδα (%).

	Ποτέ	Σπάνια	2-3 φορές / μήνα	1-2 φορές / εβδ.	3-5 φορές / εβδ.	Καθημερ	Σύνολο
Άντρας	0	0	0	0	6.0	29.3	35.3
Γυναίκα	0	0	0	0.7	12.0	52.0	64.7
Σύνολο	0	0	0	0.7	18.0	81.3	100.0

Στον Πίνακα 60 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ελαιολάδου σε μια συνήθη εβδομάδα. Από τα δεδομένα του πίνακα φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων καταναλώνει καθημερινά ελαιόλαδο, σε αντίθεση με τη μελέτη της Τριχοπούλου και συν. (1996), όπου μόνο το 36,3% και 27% των ανδρών και γυναικών αντίστοιχα το χρησιμοποιεί καθημερινά. Η κατανάλωση ελαιολάδου, όπως και στη μελέτη της Τριχοπούλου και συν. είναι μεγάλη συγκριτικά με την κατανάλωση σπορέλαιων. Σε αντίθεση όμως με τη μελέτη αυτή, όπου το 7% περίπου των ανδρών και γυναικών δεν καταναλίσκει ελαιόλαδο, στην παρούσα μελέτη το ποσοστό αυτό είναι 0%. Ελέγχοντας κατά πόσον υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατανάλωσης ελαιολάδου και υπερχοληστερολαιμίας διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει θετική συσχέτιση ($p=0.59$).

Πίνακας 61. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής (%).

	0	1	Σύνολο
Άντρας	12.7	22.7	35.3
Γυναίκα	29.3	35.3	64.7
Σύνολο	42.0	58.0	100.0

Ο Πίνακας 61 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής. Τα αριθμητικά δεδομένα του πίνακα αποδεικνύουν ότι το 58% του δείγματος των ηλικιωμένων ακολουθεί το διατροφικό σχέδιο της Μεσογειακής διατροφής. Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ Μεσογειακής διατροφής και υπερχοληστερολαιμίας καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά θετική συσχέτιση ($p=0.02$).

Πίνακας 62. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το σκορ Μεσογειακής διατροφής (%).

	Αντρας	Γυναίκα	Σύνολο
23	0	0.7	0.7
29	1.3	2.0	3.3
30	1.3	0	1.3
31	0.7	1.3	2.0
32	0	2.7	2.7
33	2.7	5.3	8.0
34	2.7	8.0	10.7
35	4.7	10.0	14.7
36	8.0	12.7	20.7
37	2.7	5.3	8.0
38	4.7	10.0	14.7
39	3.3	5.3	8.8
40	1.3	1.3	2.7
41	1.3	0	1.3
42	1.3	0.7	2.0
Σύνολο	35.3	64.7	100.0

Στον Πίνακα 62 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αριθμητικό σκορ Μεσογειακής διατροφής. Οι υψηλότερες τιμές του προτεινόμενου διαιτητικού αποτελέσματος (σκορ) δείχνουν την εμμονή στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή που χαρακτηρίζεται επίσης από μέτρια κατανάλωση λίπους και υψηλή αναλογία ακόρεστου προς κορεσμένου λίπους. Σύμφωνα με τον πίνακα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (20.7%) παρουσίασαν διαιτητικό αποτέλεσμα 36 μονάδων.

Πίνακας 63. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το συνηθισμένο μέγεθος μερίδας φαγητού (%).

	Μικρή	Κανονική (εστιατορίου)	Μεγάλη	Σύνολο
Αντρας	2.7	25.3	7.3	35.3
Γυναίκα	12.7	46.0	6.0	64.7
Σύνολο	15.4	71.3	13.3	100.0

Ο Πίνακας 63 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το συνηθισμένο μέγεθος μερίδας φαγητού. Τα 2/3 περίπου του δείγματος των ηλικιωμένων δήλωσαν ότι η μερίδα φαγητού τους είναι κανονικού μεγέθους. Το υπόλοιπο 1/3 κατανέμεται σχεδόν εξίσου στις άλλες δύο επιλογές.

Πίνακας 64. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψωμιού (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	0.7	34.7	35.3
Γυναίκα	1.3	63.3	64.7
Σύνολο	2.0	98.0	100.0

Ο Πίνακας 64 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψωμιού. Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτει ότι μόνο το 2% των ηλικιωμένων του δείγματος δεν καταναλώνει καθόλου ψωμί. Η έρευνα της Τριχοπούλου και συν. (1996) κατέδειξε ότι το 56,3% των ανδρών και το 58,6% των γυναικών καταναλίσκουν ψωμί καθημερινά. Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό αυτό είναι 98%.

Πίνακας 65. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση λευκού ψωμιού (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	10.2	25.2	35.3
Γυναίκα	17.0	47.6	64.6
Σύνολο	27.2	72.8	100.0

Στον Πίνακα 65 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση λευκού ψωμιού. Από το 98% των ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν ψωμί, το 72.8% απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν καταναλώνουν λευκό ψωμί.

Πίνακας 66. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψωμιού ολικής αλέσεως (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	23.1	12.2	35.4
Γυναίκα	46.3	18.4	64.6
Σύνολο	69.4	30.6	100.0

Στον Πίνακα 66 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ψωμιού ολικής αλέσεως. Σύμφωνα με τον πίνακα το ποσοστό των ατόμων που καταναλώνουν ψωμί ολικής αλέσεως είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που καταναλώνουν λευκό ψωμί.

Πίνακας 67. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση coca-cola ή άλλη cola (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	19.3	16.0	35.3
Γυναίκα	50.0	14.7	64.7
Σύνολο	69.3	30.7	100.0

Ο Πίνακας 67 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση coca-cola ή άλλη cola. Τα στοιχεία του πίνακα δείχνουν ότι το 1/3 περίπου του δείγματος καταναλώνει coca-cola ή άλλου είδους cola.

Πίνακας 68. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση sprite / 7 up / λεμονάδα, γκαζόζα (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	10.7	24.7	35.3
Γυναίκα	38.7	26.0	64.7
Σύνολο	49.3	50.7	100.0

Ο Πίνακας 68 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση sprite / 7 up / λεμονάδα, γκαζόζα. Είναι εμφανές ότι το 50% των ηλικιωμένων καταναλώνει sprite ή 7 up ή λεμονάδα ή γκαζόζα.

Πίνακας 69. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ανθρακούχων χυμών

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	32.0	3.3	35.3
Γυναίκα	61.3	3.3	64.7
Σύνολο	93.3	6.7	100.0

Ο Πίνακας 69 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση ανθρακούχων χυμών. Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα ένα πολύ μικρό ποσοστό (6.7%) του δείγματος καταναλώνει ανθρακούχους χυμούς.

Πίνακας 70. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση αναψυκτικών χωρίς ζάχαρη (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	26.0	9.3	35.3
Γυναίκα	52.7	12.0	64.7
Σύνολο	78.7	21.3	100.0

Ο Πίνακας 70 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση αναψυκτικών χωρίς ζάχαρη. Ποσοστό 21.3% δήλωσε ότι προτιμά να καταναλώνει αναψυκτικά χωρίς ζάχαρη, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς ανέφεραν ότι τα προτιμούν γιατί πιάσχουν από διαβήτη τύπου β.

Πίνακας 71. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό ποτηριών αναψυκτικού που καταναλώνονται καθημερινά (%).

	0	1/2	1	2	Σύνολο
Άντρας	30.0	0	4.7	0.7	35.3
Γυναίκα	58.0	0.7	6.0	0	64.7
Σύνολο	88.0	0.7	10.7	0.7	100.0

Ο Πίνακας 71 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό ποτηριών αναψυκτικού που καταναλώνονται καθημερινά. Από

τα αποτελέσματα του πίνακα προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν καταναλώνει καθημερινά αναψυκτικά. Από το 12.2% που ανέφεραν ότι καταναλώνουν καθημερινά αναψυκτικά, το 10.7% δήλωσαν ότι καταναλώνουν 1 ποτήρι ημερησίως.

Πίνακας 72. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού / εβδομάδα (%).

	Καθόλου	1 φορα/εβδ.	2 φορές/εβδ	3 φορές/εβδ	Σύνολο
Άντρας	33.3	0.7	0.7	0.7	35.3
Γυναίκα	60.7	4.0	0	0	64.7
Σύνολο	94.0	4.7	0.7	0.7	100.0

Στον Πίνακα 72 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού την εβδομάδα, είτε ως πρόγευμα, είτε ως γεύμα ή ως δείπνο (π.χ. από fast food). Σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν καθόλου έτοιμο φαγητό, γιατί προτιμούν το σπιτικό.

Πίνακας 73. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση φυτικών στερόλων στο καθημερινό φαγητό (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	33.3	2.0	35.3
Γυναίκα	57.3	7.3	64.7
Σύνολο	90.7	9.3	100.0

Στον Πίνακα 73 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση φυτικών στερόλων στο καθημερινό φαγητό. Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε από τον πίνακα, το ποσοστό των ατόμων που καταναλώνουν στο καθημερινό τους φαγητό φυτικές στερόλες είναι πολύ μικρό (9.3%).

Πίνακας 74. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση σπορέλαιου στο καθημερινό φαγητό (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	28.7	6.7	35.3
Γυναίκα	48.7	16.0	64.7
Σύνολο	77.3	22.7	100.0

Στον Πίνακα 74 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση σπορέλαιου στο καθημερινό φαγητό. Τα δεδομένα του πίνακα δείχνουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος δεν καταναλώνει στο καθημερινό φαγητό σπορέλαιο. Όπως δήλωσαν οι ηλικιωμένοι συνηθίζουν να μαγειρεύουν τα περισσότερα από τα φαγητά τους με ελαιόλαδο και έτσι η χρήση του σπορέλαιου στην καθημερινή τους διατροφή είναι τις περισσότερες φορές ανύπαρκτη.

Πίνακας 75. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση βουτύρου στο καθημερινό φαγητό (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	35.3	0	35.3
Γυναίκα	64.0	0.7	64.7
Σύνολο	99.3	0.7	100.0

Στον Πίνακα 75 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση βουτύρου στο καθημερινό φαγητό. Μόνο το 0.7% (1 ηλικιωμένη) δήλωσε ότι καταναλώνει βούτυρο στο ψωμί του, στο πρόγευμα συνήθως και όχι στο μαγείρεμα του φαγητού του.

Πίνακας 76. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση μαργαρίνης στο καθημερινό φαγητό (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	20.0	15.3	35.3
Γυναίκα	30.0	34.7	64.7
Σύνολο	50.0	50.0	100.0

Στον Πίνακα 76 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση μαργαρίνης στο καθημερινό φαγητό. Από τα στοιχεία του πίνακα διαπιστώνουμε ότι ακριβώς οι μισοί από τους ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα καταναλώνουν μαργαρίνη, ενώ οι άλλοι μισοί όχι. Όπως και στην περίπτωση του βουτύρου, οι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι καταναλώνουν μαργαρίνη, ως μέρος του προγεύματός τους.

Πίνακας 77. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το είδος γάλακτος ή γιαουρτιού που προτιμάται (%).

	Καθόλου κατανάλωση	Πλήρες	Χαμηλά λιπαρά	Χωρίς λιπαρά	Σύνολο
Αντρας	0	12.7	14.7	8.0	35.3
Γυναίκα	1.3	19.3	28.0	16.0	64.7
Σύνολο	1.3	32.0	42.7	24.0	100.0

Ο Πίνακας 77 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το είδος του γάλακτος ή του γιαουρτιού που προτιμάται. Το 1,3% (2 ηλικιωμένες) δήλωσε ότι δεν καταναλώνουν καθόλου γάλα, λόγω δυσανεξίας στην λακτόζη. Το 32% του δείγματος δήλωσαν ότι καταναλώνουν πλήρες γάλα, ενώ το 42.7% του δείγματος ανέφερε ότι προτιμούν να καταναλώνουν γάλα ή γιαούρτι με χαμηλά ή και χωρίς καθόλου λιπαρά, λόγω προβλημάτων υπερχοληστερολαιμίας που αντιμετωπίζουν. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν., η οποία κατέδειξε ότι το 89,2% των ανδρών και το 79,7% των γυναικών καταναλώνουν άπαχο γάλα σπάνια ή καθόλου, ενώ άπαχο γιαούρτι φάνηκε να καταναλώνει σπάνια ή ποτέ το 76% των γυναικών και το 87,1% των ανδρών.

Πίνακας 78. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση άσπρου τυριού (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	14.7	20.7	35.3
Γυναίκα	32.7	32.0	64.7
Σύνολο	47.3	52.7	100.0

Στον Πίνακα 78 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση άσπρου τυριού (χαλούμι και μυζήθρα). Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι το ½ περίπου των ηλικιωμένων προτιμούν να καταναλώνουν άσπρο τυρί, οι περισσότεροι χαλούμι, όπως ανέφεραν. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος προέρχεται από ορεινές περιοχές, στις οποίες ένα από τα βασικά επαγγέλματα είναι η κτηνοτροφία και η παραγωγή χαλουμιών, αλλά και από το γεγονός ότι το χαλούμι είναι ένα παραδοσιακό κυπριακό προϊόν.

Πίνακας 79. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κίτρινου τυριού (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	20.0	15.3	35.3
Γυναίκα	31.3	33.3	64.7
Σύνολο	51.3	48.7	100.0

Ο Πίνακας 79 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση κίτρινου τυριού. Τα αποτελέσματα, όπως και προηγουμένως, δείχνουν ότι οι και οι αρνητικές και οι θετικές απαντήσεις που δόθηκαν είναι περίπου ισάριθμες.

Πίνακας 80. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση τυριού με χαμηλά λιπαρά (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	30.0	5.3	35.3
Γυναίκα	52.0	12.7	64.7
Σύνολο	82.0	18.0	100.0

Στον Πίνακα 80 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κατανάλωση τυριού με χαμηλά λιπαρά. Από τα στοιχεία του πίνακα διαπιστώνουμε ότι λίγα είναι τα άτομα του δείγματος που καταναλώνουν τυρί με χαμηλά λιπαρά.

Πίνακας 81. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συστηματική κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	30.0	5.3	35.3
Γυναίκα	62.0	2.7	64.7
Σύνολο	92.0	8.0	100.0

Ο Πίνακας 81 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συστηματική κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών. Όπως

διαπιστώνουμε ένας πολύ μικρός αριθμός ηλικιωμένων (8%) καταναλώνει συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά. Ελέγξαμε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ κατανάλωσης οινοπνεύματος, υπέρτασης και υπερχοληστερολαιμίας. Τα αποτελέσματα του ελέγχου κατέδειξαν να μην υπάρχει κανενός είδους θετική συσχέτιση.

Πίνακας 82. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το δείκτη κατανάλωσης οινοπνεύματος (%).

	0	1	Σύνολο
Άντρας	30.0	5.3	35.3
Γυναίκα	62.0	2.7	64.7
Σύνολο	92.0	8.0	100.0

Ο Πίνακας 82 παρουσιάζει το δείκτη κατανάλωσης οινοπνεύματος. Ορίσαμε στο δείκτη αυτό την αξία 1 για την κατανάλωση τριών ή λιγότερων ποτηριών κρασιού ανά ημέρα και την αξία 0 για τη μη κατανάλωση ή την κατανάλωση περισσότερων από τρία ποτήρια κρασιού ανά ημέρα. Ο Πίνακας 85 επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα του Πίνακας 84 όπου φαίνεται πως η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος δεν καταναλώνει συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά. Ένας μικρό μόνο ποσοστό της τάξεως του 8% δήλωσε ότι καταναλώνει οινόπνευμα σε καθημερινή βάση (κυρίως κρασί). Σύμφωνα με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν. (1996) το 15,7% των ανδρών και το 5,5% των γυναικών δήλωσαν καθημερινή κατανάλωση κρασιού.

Πίνακας 83. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την ποσότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος σε ποτήρια ημερησίως (%).

	1	2	> = 3	Σύνολο
Άντρας	41.7	16.7	8.3	66.7
Γυναίκα	33.3	0	0	33.3
Σύνολο	75.0	16.7	8.3	100.0

Ο Πίνακας 83 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την ποσότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος σε ποτήρια ημερησίως. Από τα άτομα (8%) που καταναλώνουν συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι καταναλώνουν 1 ποτήρι την ημέρα, συνήθως κρασί ή ζιβανία (κυπριακό τσίπουρο).

Πίνακας 84. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση καφέ (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	4.7	30.7	35.3
Γυναίκα	6.7	58.0	64.7
Σύνολο	11.3	88.7	100.0

Στον Πίνακα 84 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση καφέ. Όπως διαπιστώνουμε η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος καταναλώνει καθημερινά καφέ.

Πίνακας 85. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον τύπο καφέ που προτιμάται (%).

	Ελληνικός	Νες/ capuccino	Φίλτρου	Σύνολο
Αντρας	31.6	3.0	0	34.6
Γυναίκα	63.2	2.3	0	65.4
Σύνολο	94.7	5.3	0	100.0

Ο Πίνακας 85 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τον τύπο καφέ που προτιμάται. Το 94.7% των 133 ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν καθημερινά καφέ, ανέφεραν ότι προτιμούν τον ελληνικό καφέ.

Πίνακας 86. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση καφέ σε φλιτζάνια (%).

	0-1	1-2	3-5	5+	Σύνολο
Αντρας	8.3	16.5	8.3	1.5	34.6
Γυναίκα	27.8	36.1	1.5	0	65.4
Σύνολο	36.1	52.6	9.8	1.5	100.0

Στον Πίνακα 86 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση καφέ σε φλιτζάνια. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι καταναλώνουν 1-2 φλιτζάνια καφέ την ημέρα, ενώ ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ότι καταναλώνει μέχρι ένα φλιτζάνι καφέ ημερησίως. Μικρό ήταν τέλος το ποσοστό των ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν περισσότερα από 2 φλιτζάνια καφέ την ημέρα. Μπορούμε να πούμε ότι τα πιο πάνω ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με την έρευνα της Τριχοπούλου και συν., στην οποία φάνηκε ότι το 1/2 περίπου των ηλικιωμένων καταναλώνει καφέ περισσότερες από μία φορές την ημέρα.

Πίνακας 87. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση τσαγιού (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	26.7	8.7	35.3
Γυναίκα	40.0	24.7	64.7
Σύνολο	66.7	33.3	100.0

Ο Πίνακας 87 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση τσαγιού. Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 1/3 περίπου των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, καταναλώνει το τσάι σε καθημερινή βάση.

Πίνακας 88. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση τσαγιού σε φλιτζάνια (%).

	0-1	1-2	3-5	5+	Σύνολο
Αντρας	16.0	4.0	6.0	0	26.0
Γυναίκα	44.0	22.0	8.0	0	74.0
Σύνολο	60.0	26.0	14.0	0	100.0

Στον Πίνακα 88 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την καθημερινή κατανάλωση τσαγιού σε φλιτζάνια. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι καθημερινά καταναλώνουν τσάι, περισσότεροι από τους μισούς (60%) ανέφεραν ότι καταναλώνουν μέχρι ένα φλιτζάνι ημερησίως, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (26%) 1-2 φλιτζάνια ημερησίως.

5.8. Ψυχολογική αξιολόγηση

Πίνακας 89.1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κλίμακα κατάθλιψης CES-D.

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
1	0.7	0	0.7
2	0	2.7	2.7
3	0.7	4.0	4.7
4	0.7	3.3	4.0
5	2.7	4.3	7.0
6	1.3	2.0	3.3
7	1.3	2.7	4.0
8	4.0	4.0	8.0
9	4.0	5.3	9.3
10	2.7	3.3	6.0
11	3.3	6.0	9.6
12	2.7	8.0	10.7
13	3.3	4.0	7.3
14	1.3	2.7	4.0
15	2.7	4.0	6.7
16	0.7	3.3	2.0
17	0.7	1.3	2.0
18	1.3	0.7	2.0
19	0.7	2.7	3.0
20	0.7	0.7	1.3
21	0	0.7	0.7
23	0	0.7	0.7
27	0	0.7	0.7
33	0	0.7	0.7
Σύνολο	53.3	64.77	100.0

Πίνακας 89.2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κλίμακα κατάθλιψης CES-D.

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
CES-D σκορ	150	1.00	33.00	10.87	5.13

Στους Πίνακες 89.1 και 89.2 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την κλίμακα κατάθλιψης CES-D. Η κλίμακα κατάθλιψης CES-D είναι εξηντάβαθμη. Άτομα που συγκεντρώνουν από 0-20 βαθμούς θεωρούνται φυσιολογικά, άτομα που συγκεντρώνουν από 20-40 βαθμούς θεωρούνται ότι παρουσιάζουν μέτρια κατάθλιψη, ενώ άτομα που συγκεντρώνουν περισσότερους από 60 βαθμούς θεωρούνται ως άτομα με κατάθλιψη. Σύμφωνα με του πίνακες διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από άτομα που συγκέντρωσαν λιγότερους από 20 βαθμούς, άρα δεν παρουσιάζουν καμία μορφή κατάθλιψης.

5.9. Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο Πίνακας 90 παρουσιάζει την κατανομή των γυναικών του δείγματος ανάλογα με τα χρόνια εμμηνόπαυσης.

Πίνακας 90. Κατανομή των γυναικών του δείγματος ανάλογα με τα χρόνια εμμηνόπαυσης.	
Δείγμα	97
Μέσος	26.99
Διάμεσος	27.00
Επικρατούσα τιμή	30.00

Σύμφωνα με τον πίνακα η μέση τιμή των χρόνων εμμηνόπαυσης των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν περίπου τα 27 χρόνια, ενώ η απάντηση που δόθηκε πιο συχνά από τις ηλικιωμένες του δείγματος ήταν τα 30 χρόνια.

Ο Πίνακας 91 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με αν έχουν υπέρταση.

Πίνακας 91. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με αν έχουν υπέρταση (%).			
	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	14.0	21.3	35.3
Γυναίκα	26.7	38.0	64.7
Σύνολο	40.7	59.3	100.0

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας (59,3%), σύμφωνα με τον πίνακα, πάσχει από υπέρταση, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ελέγχοντας αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ υπέρτασης και υπερχοληστερολαιμίας διαπιστώσαμε την απουσία θετικής συσχέτισης ($p=0.08$).

Πίνακας 92. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το ακολουθείται δίαιτα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	30.3	5.6	36.0
Γυναίκα	44.9	19.1	64.0
Σύνολο	75.3	24.7	100.0

Στον Πίνακα 92 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το ακολουθείται κάποια δίαιτα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Όπως είναι εμφανές από τον πίνακα λίγοι είναι οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα, η οποία όπως ανέφεραν εστιάζεται στην περιορισμένη κατανάλωση αλατιού.

Πίνακας 93.1. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια παρακολούθησης της δίαιτας για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (%).

	Αντρας	Γυναίκα	Σύνολο
3	0	18.2	18.2
4	4.5	0	4.5
5	0	4.5	4.5
9	0	4.5	4.5
10	0	13.6	13.6
11	0	4.5	4.5
12	4.5	13.6	18.2
13	0	4.5	4.5
18	4.5	4.5	9.1
20	4.5	4.5	9.1
23	4.5	0	4.5
30	0	4.5	4.5
Σύνολο	22.7	77.3	100.0

Πίνακας 93.2. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια παρακολούθησης της δίαιτας για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (συνολτικός πίνακας)

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Διάρκεια δίαιτας	22	3.00	30.00	11.86	7.25

Στους Πίνακες 93.1 και 93.2 φαίνονται τα χρόνια παρακολούθησης δίαιτας των 22 ηλικιωμένων (14.7%) που δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Η μικρότερη χρονική διάρκεια που αναφέρθηκε ήταν τα 3 χρόνια και η μεγαλύτερη τα 30 χρόνια. Σύμφωνα με τον Πίνακα 93.1 οι γυναίκες παρακολουθούν δίαιτα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους άντρες του δείγματος.

Πίνακας 94. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν λαμβάνονται φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	0	36.0	36.0
Γυναίκα	0	64.0	64.0
Σύνολο	0	100.0	100.0

Στον *Πίνακα 94* παρατηρούμε ότι και οι 89 ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι έχουν υπέρταση λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 95. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια λήψης φαρμάκων για την αντιμετώπιση της υπέρτασης.

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
1 μήνας	1	0	1
3 μήνες	1	2	3
1	1	2	3
2	0	5	5
3	1	7	8
4	3	5	8
5	4	4	8
6	2	3	5
7	0	2	2
8	4	0	4
9	0	2	2
10	3	11	14
11	0	1	1
12	2	5	7
13	0	1	1
14	1	0	1
15	3	1	4
16	1	0	1
18	1	2	3
20	3	3	6
23	1	0	1
30	0	1	1
Σύνολο	32	57	89

Ο *Πίνακας 95* αποτελεί τη συνέχεια του *Πίνακα 94* και μας ενημερώνει για τη διάρκεια λήψης φαρμάκων για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Διαπιστώνουμε και πάλι ότι οι γυναίκες είναι εκείνες που λαμβάνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα φάρμακα. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα φαίνεται να λαμβάνουν φάρμακα τα τελευταία δέκα χρόνια.

Πίνακας 96. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν τηρείται η φαρμακευτική αγωγή (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	1.1	34.8	36.0
Γυναίκα	0	64.0	64.0.1
Σύνολο	1.1	98.9	100.0

Στον *Πίνακα 96* παρατηρούμε ότι και οι 89 σχεδόν συμμετέχοντες τηρούν την φαρμακευτική τους αγωγή με μια μόνο εξαίρεση (1.1%).

Πίνακας 97. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	22.4	14.0	36.4
Γυναίκα	39.9	23.8	63.6
Σύνολο	62.2	37.8	100.0

Ο Πίνακας 97 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα ένα ποσοστό της τάξεως του 62.2% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι κάποιο άτομο από την οικογένειά τους είχε υπέρταση.

Πίνακας 98. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης πατέρα (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	28.2	8.5	36.6
Γυναίκα	52.8	10.6	63.4
Σύνολο	81.0	19.0	100.0

Πίνακας 99. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης μητέρας (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	31.7	4.9	36.6
Γυναίκα	49.3	14.1	63.4
Σύνολο	81.0	19.0	100.0

Πίνακας 100. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης αδελφού / ής (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	30.3	6.3	36.6
Γυναίκα	54.2	9.2	63.4
Σύνολο	84.5	15.5	100.0

Από τους Πίνακες 98, 99 και 100 διαπιστώνουμε ότι το 19% των 54 ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης, έχουν κληρονομική επιβάρυνση από τον πατέρα και ακριβώς ίδιο ποσοστό ηλικιωμένων από τη μητέρα. Τέλος το 15.5% ανέφεραν ότι υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης αδελφού / ής.

Πίνακας 101. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg) (%).

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
10	0.7	0	0.7
11	0.7	2.0	2.7
12	1.3	10.0	11.3
13	9.3	18.0	27.3
14	10.0	22.0	32.0
15	8.0	8.0	16.0
16	4.0	2.0	6.0
17	0.7	0.7	1.3
18	0	1.3	1.3
19	0.7	0	0.7
20	0	0.7	0.7
Σύνολο	35.3	64.7	100.0

Ο Πίνακας 101 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg), μετά από μέτρηση τους έγινε. Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων παρουσιάζει συστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg) γύρω στο 13-14, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 102. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg) (%).

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
5.00	0.7	0.7	1.3
6.00	0.7	0	0.7
7.00	4.7	7.3	12.0
8.00	22.0	42.0	64.0
9.00	6.7	14.0	20.7
10.00	0.7	0.7	1.3
Σύνολο	35.3	64.7	100.0

Ο Πίνακας 102 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg), μετά από μέτρηση που έγινε. Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος παρουσιάζει διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg) 8 και ένας μικρότερος αριθμός ηλικιωμένων διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg) 9.

Πίνακας 103. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	26.0	9.3	35.3
Γυναίκα	52.7	12.0	64.7
Σύνολο	78.7	21.3	100.0

Στον Πίνακα 103 παρατηρούμε το ποσοστό των ατόμων που έχουν σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2). Το ποσοστό είναι αρκετά μικρό και κυμαίνεται στο 21.3%. Διερευνώντας την ύπαρξη σημαντικής σχέσης μεταξύ διαβήτη

τύπου 2 και υπερχοληστερολαιμίας διαπιστώσαμε την απουσία θετικής συσχέτισης ($p=0.45$).

Πίνακας 104. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το ακολουθείται δίαιτα για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	15.6	28.1	43.8
Γυναίκα	18.8	37.5	56.3
Σύνολο	34.4	65.6	100.0

Στον Πίνακα 104 παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που έχουν σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2) ακολουθούν δίαιτα για την αντιμετώπιση του.

Πίνακας 105. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια παρακολούθησης δίαιτας για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
1	9.5	0	9.5
2	0	4.8	4.8
3	4.8	9.5	14.3
5	0	4.8	4.8
9	4.8	0	4.8
10	9.5	14.3	23.8
12	4.8	0	4.8
15	0	9.5	9.5
16	0	4.8	4.8
17	0	4.8	4.8
30	4.8	0	4.8
37	0	4.8	4.8
45	4.8	0	4.8
Σύνολο	42.9	57.1	100.0

Ο Πίνακας 105 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια παρακολούθησης δίαιτας για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2). Οι περισσότεροι από τους διαβητικούς ηλικιωμένους παρακολουθούν δίαιτα εδώ και μια δεκαετία.

Πίνακας 106. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη λήψη φαρμάκων για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	6.3	37.5	43.8
Γυναίκα	6.3	50.0	56.3
Σύνολο	12.5	87.5	100.0

Ο Πίνακας 106 παρουσιάζει τον αριθμό των ηλικιωμένων που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου

2). Είναι εμφανές ότι σχεδόν όλοι οι διαβητικοί ηλικιωμένοι, αντιμετωπίζουν το σακχαρώδη διαβήτη με τη λήψη φαρμάκων.

Πίνακας 107. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια λήψης φαρμάκων για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Αντρας	Γυναίκα	Σύνολο
1.00	7.1	3.6	10.7
2.00	0	3.6	3.6
5.00	3.6	14.3	17.9
6.00	3.6	0	3.6
8.00	3.6	0	3.6
9.00	3.6	0	3.6
10.00	7.1	10.7	17.9
12.00	3.6	0	3.6
15.00	0	7.1	7.1
16.00	0	7.1	7.1
17.00	0	3.6	3.6
27.00	3.6	0	3.6
29.00	3.6	0	3.6
30.00	3.6	3.6	7.1
37.00	0	3.6	3.6
Σύνολο	42.9	57.1	100.0

Στον Πίνακα 107 παρατηρούμε ότι οι πιο συχνά αναφερόμενες χρονικές διάρκειες λήψης φαρμάκων κατά του σακχαρώδους διαβήτη είναι τα 5 και 10 χρόνια.

Πίνακας 108. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την πρόσληψη ινσουλίνης για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	43.8	0	43.8
Γυναίκα	50.0	6.3	56.3
Σύνολο	93.8	6.3	100.0

Από τον Πίνακα 108 μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος (6.3%) προσλαμβάνει ινσουλίνη για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2).

Πίνακας 109. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Αντρας	0	42.9	42.9
Γυναίκα	0	57.1	57.1
Σύνολο	0	100.0	100.0

Στον Πίνακα 109 παρατηρούμε ότι όλοι οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι έχουν σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2), τηρούν τη φαρμακευτική τους αγωγή.

Πίνακας 110. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	32.8	4.0	36.8
Γυναίκα	49.6	13.6	63.2
Σύνολο	82.4	17.6	100.0

Ο Πίνακας 110 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2). Σύμφωνα με τον πίνακα μόνο το 83.3% των ηλικιωμένων μπόρεσαν να δώσουν απάντηση, εκ των οποίων το 17.6% απάντησαν θετικά.

Πίνακας 111. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) πατέρα (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	34.4	2.4	36.8
Γυναίκα	58.4	4.8	63.2
Σύνολο	92.8	7.2	100.0

Πίνακας 112. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) μητέρας (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	3.4	2.4	5.8
Γυναίκα	54.4	8.8	63.2
Σύνολο	88.8	11.2	100.0

Πίνακας 113. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2) αδελφού /ής (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	35.2	1.6	36.8
Γυναίκα	56.8	6.4	63.2
Σύνολο	92.0	8.0	100.0

Από τους Πίνακες 111, 112 και 113 διαπιστώνουμε ότι από το 17.6% των ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι έχουν κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (τύπου 2), οι περισσότεροι αναφέρουν ότι έχουν κληρονομική επιβάρυνση από τη μητέρα.

Πίνακας 114. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές της γλυκόζης.

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Τιμές γλυκόζης	74	60.00	350.00	130.36	56.61

Ο Πίνακας 114 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές της γλυκόζης. Το ½ των συμμετεχόντων της έρευνας δεν ήξερε τις τιμές γλυκόζης. Αυτοί που μπορούσαν να απαντήσουν με σιγουριά ήταν οι ηλικιωμένοι με σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2). Η ελάχιστη τιμή γλυκόζης που αναφέρθηκε ήταν 60 και η μέγιστη 350.

Πίνακας 115. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν γνωρίζει ότι παρουσιάζει αυξημένες τιμές χοληστερόλης (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	19.0	16.9	35.9
Γυναίκα	33.1	31.0	64.1
Σύνολο	35.0	65.0	100.0

Στον Πίνακα 115 παρατηρούμε το σύνολο και το ποσοστό των ατόμων που γνωρίζουν ότι παρουσιάζουν αυξημένες τιμές χοληστερόλης. Το 47.9% των συμμετεχόντων της έρευνας που απάντησαν στο ερώτημα αυτό δήλωσε ότι παρουσιάζει αυξημένες τιμές χοληστερόλης, γεγονός που αποδείκνυαν και βιοχημικές αιματολογικές τους εξετάσεις.

Πίνακας 116. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το ακολουθείται δίαιτα για την αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	20.6	14.7	35.3
Γυναίκα	29.4	35.3	64.7
Σύνολο	50.0	50.0	100.0

Ο Πίνακας 116 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το ακολουθείται κάποια δίαιτα για την αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης. Ποσοστό 50% του δείγματος απάντησε ότι ακολουθεί δίαιτα.

Πίνακας 117. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν λαμβάνονται φάρμακα για την αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης (%).

	Μη λήψη	Φιμπράτες	Φιμπράτες και στατίνες	Στατίνες	Σύνολο
Άντρας	21.3	0	0.7	13.3	35.3
Γυναίκα	46.7	0.7	0	17.3	64.7
Σύνολο	68.0	0.7	0.7	30.7	100.0

Στον *Πίνακα 117* παρατηρούμε ότι το 32% των ηλικιωμένων λαμβάνουν φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας καθώς και το είδος των φαρμάκων που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της. Οι στατίνες ήταν το φάρμακο που σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι λαμβάνουν για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Πίνακας 118. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη διάρκεια λήψης φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης (%).

χρόνια	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
3 μήνες	0	0.7	0.7
6 μήνες	0.7	2.7	3.3
1	0.7	0.7	1.3
2	0	1.3	1.3
3	2.0	4.0	6.0
4	1.3	0.7	2.0
5	4.0	4.0	8.0
6	0.7	0.7	1.3
9	0.7	0.7	1.3
10	1.3	2.7	4.0
11	0.7	0	0.7
15	0.7	0	0.7
20	1.3	0	1.3
Σύνολο	14.0	18.0	32.0

Από τον *Πίνακα 120* διαπιστώνουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός υπερχοληστερολαιμικών ηλικιωμένων ανέφεραν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης τα τελευταία 5 χρόνια.

Πίνακας 119. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη τήρηση φαρμακευτικής αγωγής (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	0	43.8	43.8
Γυναίκα	2.1	54.2	56.3
Σύνολο	2.1	97.9	100.0

Στον *Πίνακα 121* παρατηρούμε ότι όλοι σχεδόν οι υπερχοληστερολαιμικοί ηλικιωμένοι τηρούν την φαρμακευτική τους αγωγή με μία μόνο εξαίρεση.

Πίνακας 120. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την οριακή τιμή για την οποία η χοληστερόλη θεωρείται φυσιολογική (%).

	Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
100	0	5.0	5.0
120	1.7	0	1.7
140	0	1.7	1.7
145	1.7	0	1.7
150	0	8.3	8.3
160	0	1.7	1.7
170	1.7	1.7	3.3
175	1.7	0	1.7
185	1.7	0	1.7
200	15.0	38.3	53.3
210	0	1.7	1.7
220	1.7	13.3	15.0
250	1.7	1.7	3.3
Σύνολο	26.7	73.3	100.0

Ο Πίνακας 120 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με την οριακή τιμή για την οποία η χοληστερόλη θεωρείται φυσιολογική. Μόνο το 40% των συμμετεχόντων απάντησε. Από αυτούς το 53.3% θεωρούν ότι το ανώτατο όριο τιμής για την οποία η χοληστερόλη θεωρείται φυσιολογική είναι οι 200 μονάδες.

Πίνακας 121. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τη συχνότητα ελέγχου των λιπιδίων (%).

	Ποτέ	Σπάνια	1 φορά το εξάμηνο	1 φορά το τρίμηνο	Σύνολο
Άντρας	3.3	12.0	14.0	6.0	35.3
Γυναίκα	6.7	18.7	29.3	10.0	64.7
Σύνολο	10.0	30.7	43.3	16.0	100.0

Ο Πίνακας 121 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με συχνότητα ελέγχου των λιπιδίων. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ανέφερε ότι ελέγχει τα λιπίδια της μια φορά το εξάμηνο, ενώ αρκετοί ήταν και οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι προβαίνουν σπάνια (μία φορά το χρόνο) σε τέτοιο έλεγχο.

Πίνακας 122. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	31.7	4.2	35.8
Γυναίκα	60.8	3.3	64.2
Σύνολο	92.5	7.5	100.0

Στον Πίνακα 122 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας. Όπως παρατηρούμε δεν μπορούσαν όλοι οι ηλικιωμένοι να δώσουν

απάντηση στην ερώτηση αυτοί. Ένας πολύ μικρό ποσοστό συμμετεχόντων απάντησε θετικά.

Πίνακας 123. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας πατέρα (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	35.0	0.8	35.8
Γυναίκα	63.3	0.8	64.2
Σύνολο	98.3	1.7	100.0

Πίνακας 124. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας μητέρας (%).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	35.8	0	35.8
Γυναίκα	63.3	0.8	64.2
Σύνολο	99.2	0.8	100.0

Πίνακας 125. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με το αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας αδελφού /ής

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Άντρας	32.5	3.3	35.8
Γυναίκα	60.0	4.2	64.2
Σύνολο	92.5	7.5	100.0

Από τους Πίνακες 123, 124 και 125 διαπιστώνουμε ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος δεν μπορούν να ξέρουν αν οι γονείς τους αντιμετώπιζαν πρόβλημα υπερχοληστερολαιμίας. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι τα προηγούμενα χρόνια οι άνθρωποι δεν έλεγχαν ποτέ τα λιπίδια τους. Μπορούν όμως οι ηλικιωμένοι, σύμφωνα με τον Πίνακα 125 να απαντήσουν με μεγαλύτερη ευκολία για τα αδέρφια τους, αν και το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν θετικά είναι πολύ μικρό.

Πίνακας 126. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές ολικής χοληστερόλης (mg/dl)

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Τιμές ολικής χοληστερόλης	95	120.00	360.00	228.83	41.83

Στον Πίνακα 126 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές ολικής χοληστερόλης (mg/dl). Μόνο 95 από τους συμμετέχοντες είχαν αιματολογικές αναλύσεις στις οποίες μπορούσαμε να δούμε τις τιμές ολικής χοληστερόλης. Η ελάχιστη τιμή που εντοπίσαμε ήταν οι 120 μονάδες και η μέγιστη οι 360.

Πίνακας 127. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές HDL χοληστερόλης (mg/dl)

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Τιμές HDL Χοληστερόλης	41	34.00	94.00	53.68	12.33

Πίνακας 138. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές LDL χοληστερόλης (mg/dl)

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Τιμές LDL Χοληστερόλ.	41	84.00	235.00	142.83	29.50

Στους Πίνακες 127 και 128 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές HDL και LDL χοληστερόλης (mg/dl). Μόνο 41 ηλικιωμένοι είχαν εκτός από την ολική τους χοληστερόλη, αναλυτικά τις τιμές για την HDL και την LDL χοληστερόλη. Η ελάχιστη τιμή για την HDL χοληστερόλη ήταν οι 34 μονάδες και για την LDL χοληστερόλη οι 84 μονάδες. Η μέγιστη τιμή ήταν 94 και 235 μονάδες αντίστοιχα.

Πίνακας 129. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές τριγλυκεριδίων (mg/dl)

	Δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Τιμές τριγλυκεριδίων	84	-28.00	430.00	150.60	68.23

Ο Πίνακας 130 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις τιμές τριγλυκεριδίων (mg/dl). Οι ηλικιωμένοι που είχαν στις βιοχημικές τους εξετάσεις έλεγχο τριγλυκεριδίων ήταν 84 σε αριθμό. Η ελάχιστη τιμή τριγλυκεριδίων που παρατηρήθηκε ήταν οι 28 μονάδες και η μέγιστη οι 430 μονάδες.

5.10. Συσχέτιση μεταξύ διατροφικών συνηθειών, κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν διάφορες σχέσεις μεταξύ διατροφικών συνηθειών, κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Πιο ενδιαφέρουσα όμως αποδείχθηκε η σχέση των παραπάνω παραμέτρων με τη χοληστερόλη και παρουσιάζεται παρακάτω.

Ποσοστό της τάξεως του εξήντα πέντε τοις εκατό των συμμετεχόντων είχε υπερχοληστερολαιμία (60% των ανδρών και 68% των γυναικών, $p=0.34$). Τα συνολικά επίπεδα χοληστερόλης ορού ήταν για τους άνδρες 217 ± 38 mg/dl και για τις γυναίκες 234 ± 42 mg/dl ($p=0.046$). Επιπλέον, 16% των ανδρών και 42% των γυναικών παρουσίασαν επίπεδα χοληστερόλης μεγαλύτερα των 240 mg/dl ($p<0.001$). Η θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας

ήταν η ακόλουθη: 37% των ανδρών και 53% των γυναικών βρίσκονταν κάτω από ειδική δίαιτα ($p=0.19$), 81% των ανδρών και 63% των γυναικών ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή (στατίνες) ή/ και ειδική δίαιτα ($p=0.12$) και 8% των ανδρών και 7% των γυναικών δεν ακολουθούσαν καμία θεραπεία ($p=0.89$). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι 90 από τους 150 ηλικιωμένους (60%) ήταν ανενημέρωτοι αναφορικά με το ανώτατο όριο τιμών για το οποίο η χοληστερόλη θεωρείται φυσιολογική. Επιπλέον τα επίπεδα HDL χοληστερόλης ήταν για τους άνδρες 47 ± 9 mg/dl και για τις γυναίκες 57 ± 14 mg/dl ($p = 0.016$). Τα επίπεδα LDL χοληστερόλης ήταν 134 ± 19 mg/dl για τους ηλικιωμένους άνδρες και 146 ± 32 mg/dl για τις ηλικιωμένες γυναίκες ($p = 0.20$). Τα επίπεδα τριγλυκεριδίων ήταν 167 ± 75 mg/dl για τους άνδρες και 141 ± 62 mg/dl για τις γυναίκες ($p = 0.09$). Παρατηρήσαμε επίσης ότι 46% των ανδρών και 18% των γυναικών είχαν χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης HDL (<40 mg/dl), ενώ το 23% των ανδρών και το 27% των γυναικών είχαν υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης (>100 mg/dl). Υπήρχε επίσης μια ομάδα ατόμων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στους οποίους τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης ήταν φυσιολογικά, ενώ τα επίπεδα HDL χοληστερόλης ήταν χαμηλά. Στον πληθυσμό της παρούσας μελέτης, 27% των ανδρών και γυναικών που παρουσίαζαν φυσιολογικά επίπεδα ολικής χοληστερόλης (< 200 mg/dl) είχαν επίπεδα HDL χοληστερόλης χαμηλότερα από 35 και 45 mg/dl αντίστοιχα.

Μια θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της επικράτησης της υπερχοληστερολαιμίας και καπνίσματος ($p=0.03$), υπερχοληστερολαιμίας και υπέρτασης ($p=0.07$), υπερχοληστερολαιμίας και παχυσαρκίας ($p =0.06$), ενώ μια αντίστροφη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της υπερχοληστερολαιμίας και της κατανάλωσης οινοπνεύματος ($p=0.04$). Καμία συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ υπερχοληστερολαιμίας και οικονομικής κατάστασης ($p=0.46$), υπερχοληστερολαιμίας και σωματικής δραστηριότητας ($p=0.38$) και υπερχοληστερολαιμίας και παρουσίας διαβήτη ($p= 0.45$).

Είναι γνωστό ότι η ηλικία είναι ένας παράγοντας που συσχετίζεται με τα επίπεδα λιπιδίων του αίματος. Στη μελέτη μας, η ηλικία συνδέθηκε θετικά και σημαντικά με όλες τις μετρήσεις λιπιδίων αίματος τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Κατά συνέπεια η περαιτέρω ανάλυση επιβεβαίωσε τα προηγούμενα συμπεράσματα μεταξύ των δύο φύλων, μετά από προσαρμογή της ηλικίας και έλεγχο για άλλους πιθανούς παράγοντες σύγχυσης, σχετικούς με την ηλικία και το φύλο, όπως οι συνήθειες καπνίσματος, η κατάσταση σωματικής δραστηριότητας και οι διατροφικές συνήθειες.

Δεδομένου ότι στο παρελθόν διάφοροι ερευνητές θεώρησαν ότι υπάρχει κάποια επίδραση της κοινωνικής τάξης στα επίπεδα λιπιδίων του αίματος αξιολογήσαμε τα επίπεδα των λιπιδίων σε σχέση με τα έτη σχολικής φοίτησης των συμμετεχόντων, ως προσδιοριστικό παράγοντα του κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου. Μετά από έλεγχο διάφορων πιθανών συγχυτικών παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος, τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, το κάπνισμα και οι διατροφικές συνήθειες, διαπιστώσαμε ότι σε κανένα από τους συμμετέχοντες τα επίπεδα χοληστερόλης δεν παρουσίασαν μια συνεπή θετική συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο. Επιπλέον, καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των επιπέδων λιπιδίων του αίματος και του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Τέλος, στοχεύσαμε να αξιολογήσουμε τη συσχέτιση των λιπιδίων του αίματος όσον αφορά τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, το δείκτη μάζας

σώματος και τις συνήθειες καπνίσματος των συμμετεχόντων. Καμία σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των λιπιδίων του αίματος, της σωματικής δραστηριότητας, του δείκτη μάζας σώματος και των συνηθειών καπνίσματος, μετά από έλεγχο που έγινε για την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων.

5.11. Λιπίδια αίματος και υγιής τρόπος ζωής

Πρώτα αξιολογήσαμε την επίδραση της μεσογειακής διατροφής στα επίπεδα των λιπιδίων. Διαπιστώσαμε ότι μια μεγαλύτερη εμμονή στη μεσογειακού τύπου διατροφή συνδέθηκε με 23% χαμηλότερη πιθανότητα για δημιουργία υπερχοληστερολαιμίας (αναλογία πιθανοτήτων = 0.77, $p = 0.02$), μετά από έλεγχο αναφορικά με την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος, τις συνήθειες καπνίσματος και την κατάσταση σωματικής δραστηριότητας.

Κατόπιν στρέψαμε το ενδιαφέρον μας στους συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας και που είχαν επίσης υιοθετήσει τη μεσογειακή διατροφή. Διαπιστώσαμε ότι ο προαναφερθείς συνδυασμός συνδέθηκε με μια μείωση της τάξεως του 26% των συνολικών επιπέδων χοληστερόλης ορού ($p < 0.001$) και με μια μείωση 29% των επιπέδων χοληστερόλης LDL ($p = 0.001$), έναντι εκείνων που δεν ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή και ήταν μακριά από τη μεσογειακή διατροφή. Το εύρημα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού οι μειώσεις που παρατηρήθηκαν ήταν υψηλότερες από τις μειώσεις που επιτεύχθηκαν μόνο από τη διατροφή ή μόνο από τη φαρμακευτική αγωγή με στατίνες (p για την αλληλεπίδραση < 0.05). Η επίδραση αυτού του συνδυασμού (φαρμακευτικής αγωγής με στατίνες και Μεσογειακής δίαιτας) στα υπόλοιπα λιπίδια δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 130. Αποτελέσματα από τη λογιστική ανάλυση οπισθοδρόμησης που αξιολόγησε τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, την πρόσληψη οιοπνεύματος και το κάπνισμα (δείκτης υγείας) στην πιθανότητα ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας.

Δείκτης Υγείας # προστατευτικοί παράγοντες	OR (95% CI)	PAR (%)	P
0 (κατηγορία αναφοράς)	1.00		
1	0.33; 0.05 to 3.06	25	0.33
2	0.47; 0.22 to 0.97	20	0.01
3	0.20; 0.08 to 0.41	30	0.001
4	0.15; 0.07 to 0.29	31	0.001

OR = odds ratio (σχετικός λόγος), PAR = πληθυσμιακός σχετικός λόγος.

Οι μεταβλητές που εισήχθησαν επίσης στο πρότυπο ήταν: ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης, και σακχαρώδους διαβήτη.

Η συσχέτιση του «δείκτη υγείας» στην πιθανότητα ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας παρουσιάζεται στον πίνακα Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε η παρουσία δύο ή περισσότερων προστατευτικών παραγόντων (δηλαδή ο υγιής δείκτης να είναι > 1) φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο για υπερχοληστερολαιμία. Ο υπολογισμός του

αποδοτέου κινδύνου του πληθυσμού που παρουσιάστηκε από 20% σε 31% των υπερχοληστερολαιμικών ανθρώπων θα μπορούσε να αποτραπεί μέσω αυτού του σχεδίου υγιούς τρόπου ζωής. Εντούτοις, όταν αξιολογήσαμε τα συστατικά του «δείκτη υγείας» (μεσογειακή διατροφή, σωματική δραστηριότητα, μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος και αποχή από το κάπνισμα) στην ανάπτυξη της υπερχοληστερολαιμίας καμία σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε, εκτός από την εξαίρεση της μεσογειακής διατροφής που προαναφέρθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Συζήτηση

Σε αυτήν την εργασία αξιολογήσαμε τα επίπεδα λιπιδίων του αίματος σε ένα τυχαίο δείγμα ηλικιωμένων ανθρώπων από την Κύπρο, βασισμένο στον πληθυσμό. Παρατηρήσαμε ότι κατά προσέγγιση έξι από τους δέκα συμμετέχοντες είχαν υψηλά επίπεδα λιπιδίων αίματος. Αν και το τελευταίο εύρημα μπορεί να επηρεαστεί από την τήρηση φαρμακευτικής αγωγής και από άλλους συγχυτικούς παράγοντες, είναι μεγάλης σπουδαιότητας για τις στρατηγικές της δημόσιας υγείας στο μελετούμενο πληθυσμό.

Όσον αφορά τα διάφορα διαιτητικά χαρακτηριστικά, παρατηρήσαμε ότι η εμμονή στη μεσογειακή διατροφή οδήγησε σε μια σημαντική μείωση στην πιθανότητα ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας. Επιπλέον, αποκαλύψαμε τη συνδυασμένη επίδραση της μεσογειακής διατροφής με τη λήψη στατινών στην αντιμετώπιση των αυξημένων λιπιδίων του αίματος. Τέλος, διαπιστώσαμε ότι ένας υγιής τρόπος ζωής, συμπεριλαμβανομένης της εμμονής στη μεσογειακή διατροφή, της αποχής από το κάπνισμα και της σωματικής δραστηριότητας, ακόμη και στους ηλικιωμένους ανθρώπους, φαίνεται να συνδέεται με μια σημαντική μείωση της υπερχοληστερολαιμίας.

6.1. Επιδημιολογία των λιπιδίων αίματος των ηλικιωμένων

Υπάρχουν πολύ λίγες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν αξιολογήσει τα επίπεδα λιπιδίων αίματος στους ηλικιωμένους. Με βάση τη μελέτη Attica το 48% των ανδρών και το 55% των γυναικών, ηλικίας 50 ετών και άνω, είχαν υψηλά επίπεδα ολικής χοληστερόλης (> 200 mg/dl). Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στη Πορτογαλία (Costa και συν., 2003) διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης > 200 mg/dl μεταξύ των ηλικιωμένων ανθρώπων ανέρχονταν στο 57% του εξεταζόμενου πληθυσμού. Στη μελέτη EPICARDIAN (Gabriel και συν., 2004), οι ερευνητές ανέφεραν ότι η επικράτηση της υπερχοληστερολεμίας μεταξύ των ηλικιωμένων Ισπανών ήταν 68%, Επιπλέον, κατά προσέγγιση, το 50% των λευκών ενήλικων ανδρών και γυναικών στις ΗΠΑ είχε επίπεδα ολικής χοληστερόλης αίματος πάνω από 200 mg/dl, όπως αναφέρονται στη μελέτη (NHANES) III (1995). Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με τα συμπεράσματά μας, δεδομένου ότι παρατηρήσαμε πως 6 στους δέκα άνδρες και 7 στις δέκα γυναίκες είχαν υψηλά επίπεδα ολικής χοληστερόλης ορού. Οι μελέτες δείχνουν ότι ένα υψηλότερο ποσοστό των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες έχει συνολική χοληστερόλη αίματος 200 mg/dl ή υψηλότερη, αρχίζοντας στην ηλικία των 50 (Gotto, 1994, Ginseberg, 1994, Wilson, 1988) και το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώθηκε επίσης από τη μελέτη μας.

Σύμφωνα με τους Pitsavo και συν. (2002) η υπερχοληστερολαιμία έχει προσδιοριστεί ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη των στεφανιαίων αρτηριών. Οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (CHD) είναι πιο κοινές στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Με την πάροδο της ηλικίας τα αυξημένα ποσοστά στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων (CHD) εμφανίζονται και στα δύο φύλα, αν και τα ποσοστά των καρδιαγγειακών παθήσεων στις γυναίκες καθυστερούν περισσότερο σε σχέση με τους άντρες, περίπου μέχρι

και 10 χρόνια. Παρουσιάζεται όμως μια σημαντική αύξηση στο ποσοστό των καρδιαγγειακών παθήσεων στις γυναίκες μετά την ηλικία των 50 ετών. Οι λόγοι δεν είναι πλήρως κατανοητοί και αναμφισβήτητα είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Τα διατομικά στοιχεία από της μεγάλης κλίμακας μελέτες πληθυσμών προτείνουν ότι κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL χοληστερόλη) και τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης αυξάνονται περίπου κατά 15 με 25%. Επειδή αυτή η αύξηση είναι μεγαλύτερη από αυτήν που παρατηρείται στους άνδρες της ίδιας ηλικίας και προσεγγίζει πολύ αυτή που παρατηρείται στις γυναίκες μετά από υστερεκτομή, είναι πιθανό ότι τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες, τα οποία συνδέονται με την εμμηνόπαυση, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις δυσμενείς αλλαγές στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος και στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Όσον αφορά τη χοληστερόλη HDL υπάρχει ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών στοιχείων, που προτείνουν ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων, ειδικά στους ηλικιωμένους (Gotto,1994, Ginseberg,1994, Wilson,1988). Η μελέτη NHANES III (1995) ανέφερε ότι 18% των ανδρών μέσης ηλικίας και 6% των γυναικών μέσης ηλικίας είχαν επίπεδα χοληστερόλης HDL κάτω από 35 mg/dl. Στη μελέτη μας, 46% των ανδρών και 18% των γυναικών είχαν χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης. Τα αυξημένα ποσοστά μπορούν να αποδοθούν στη μεγάλη ηλικία που είχε το δείγμα μας.

Οι μελέτες προτείνουν ότι ακόμη και τα άτομα που έχουν κανονικά επίπεδα ολικής χοληστερόλης, ο κίνδυνος για έμφραγμα μυοκαρδίου είναι υψηλός, όταν η HDL χοληστερόλη είναι χαμηλή. Παρατηρήσαμε ότι 27% των ανδρών και των γυναικών, που είχαν επιθυμητά επίπεδα ολικής χοληστερόλης, είχε χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης. Το εύρημα αυτό μπορεί να υπογραμμίσει τη σημασία της αναλογίας της ολικής χοληστερόλης για την αξιολόγηση των λιπιδίων του αίματος και την πρόληψη της αρτηριοσκληρωτικής ασθένειας, σε επίπεδο πληθυσμών. Σύμφωνα με διάφορες παρατηρητικές και κλινικές μελέτες τα επίπεδα LDL χοληστερόλης 100 mg/dl ή μεγαλύτερα έχουν μια σημαντική συμβολή για την ανάπτυξη και την πρόοδο των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων (Gotto,1994).

Παρατηρήσαμε ότι 23% των ανδρών και 27% των γυναικών είχαν τα υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης (> 100 mg/dl). Στη μελέτη NHANES III αυτά τα ποσοστά ήταν 22% και 17%, αντίστοιχα. Πρόσφατα η μελέτη (ATP) III (2001) βάσισε τους στόχους έναρξης και θεραπείας για τη διαιτητική και φαρμακολογική θεραπεία στα επίπεδα LDL χοληστερόλης, στον αριθμό προϋπαρχόντων παραγόντων κινδύνου και σε προηγούμενα επεισόδια στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων. Σύμφωνα με αυτές τις οδηγίες άτομα χωρίς στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις και λιγότερο από δύο παράγοντες κινδύνου πρέπει να αρχίσουν τη διαιτητική θεραπεία όταν τα επίπεδα LDL χοληστερόλης είναι μεγαλύτερα από 160 mg/dl. Λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή επικράτηση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στον ηλικιωμένο πληθυσμό μας, φαίνεται ότι ένα ιδιαίτερο ποσοστό των ανδρών και των γυναικών πρέπει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, σχετικά με τα επίπεδα η μελέτη ATP III προτείνει ως ανώτατο όριο τα 150 mg/dl για τον καθορισμό των ανυψωμένων επιπέδων. Στην παρούσα μελέτη, περίπου ένα δεύτερο των ανδρών και των γυναικών είχε επίπεδα τριγλυκεριδίων 150 mg/dl ή υψηλότερα. Δυστυχώς, στοιχεία από ομάδες ηλικιωμένων άλλων χωρών

βασισμένες στον πληθυσμό, σχετικά με τα επίπεδα τριγλυκεριδίων δεν υπάρχουν κι αυτό καθιστά τις συγκρίσεις με τα συμπεράσματά μας δύσκολες. Εντούτοις, είναι αξιοσημείωτο ότι ένα ιδιαίτερο ποσοστό των ανδρών και των γυναικών διατρέχουν κίνδυνο λόγω των αυξημένων τριγλυκεριδίων στο αίμα τους.

Επιπλέον, παρατηρήσαμε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της επικράτησης της υπερχοληστερολαιμίας και των συνηθειών καπνίσματος, της υπέρτασης, και της παχυσαρκίας, ενώ καμία συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ της υπερχοληστερολαιμίας και της οικονομικής κατάστασης, της σωματικής δραστηριότητας και της παρουσίας διαβήτη. Η συσχέτιση μεταξύ της υπερχοληστερολαιμίας με άλλους παράγοντες νοσηρότητας έχει αναφερθεί ήδη σε άλλες μελέτες (1 – 5) . Αυτό το γεγονός κάνει την παρουσία των υψηλών επιπέδων αίματος μεγάλης σπουδαιότητας για τη δημόσια υγεία, και από αυτό προκύπτουν μέτρα για τη διαχείριση και τον έλεγχο της υπερχοληστερολαιμίας.

Όπως έχει προαναφερθεί οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν συνήθως τα λιπίδια του αίματος (Trichoroulou και συν., 2003). Κατά συνέπεια, αξιολογήσαμε τα επίπεδα λιπιδίων κάτω από το πρίσμα της υιοθέτησης ή όχι της μεσογειακής διατροφής. Αυτή η διατροφή σχετίζεται με τη μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, καθώς και της καρδιαγγειακής θνησιμότητας , λόγω της επίδρασής της στα επίπεδα της πίεσης του αίματος, του δείκτη μάζας σώματος, της συνάθροισης των αιμοπεταλίων, το ινωδογόνο του πλάσματος και άλλων αιματολογικών παραγόντων (8 – 10). Επίσης, έρευνα που έγινε μελετώντας δείγματα αίματος των ελλήνων εφήβων (Petridou και συν., 1995), οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το παραδοσιακό μεσογειακό σχέδιο διατροφής συνδέθηκε με ευνοϊκά επίπεδα λιπιδίων. Εντούτοις, τα οφέλη από αυτό το διατροφικό σχέδιο στα λιπίδια του αίματος έχουν αναφερθεί σπάνια στη βιβλιογραφία αναφορικά με την τρίτη ηλικία.

Στη μελέτη μας αποκαλύψαμε ότι η εμμονή στη μεσογειακή διατροφή συνδέεται με μια σημαντική μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας, μετά από έλεγχο διαφόρων πιθανών συγχυτικών παραγόντων. Κατά συνέπεια, βασισμένοι σ' αυτή την παρατήρηση θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε μια άλλη υπόθεση ενός παθοφυσιολογικού μηχανισμού, σύμφωνα με τον οποίο η μεσογειακή διατροφή μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, μέσω της μειωμένης διαδικασίας οξειδωσης.

Το συμπέρασμα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των μελετών HALE, FINE και SENECA, οι οποίες απέδειξαν ότι μια δεκάχρονη υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής, που περιλαμβάνει μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και απουσία καπνίσματος, οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από διάφορες αιτίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος (American Medical Association, 2004).

Επιπλέον, αποκαλύψαμε την πρόσθετη επίδραση της μεσογειακής διατροφής σε συνδυασμό με τη χορήγηση στατινών. Δεδομένου ότι τα επίπεδα δυσλιπιδαιμίας φαίνονται υψηλά στον πληθυσμό μας, το πιο πάνω εύρημα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη δημόσια υγεία. Εντούτοις, η χορήγηση στατινών θα μπορούσε να θεωρηθεί πιο ευεργετική στους ανθρώπους που

ήταν πιο κοντά στο μεσογειακό σχέδιο διατροφής, το οποίο δεν μπόρεσε να αξιολογηθεί από την παρούσα μελέτη.

Επιπρόσθετα, παρατηρήσαμε μια συσχέτιση μεταξύ του «δείκτη υγείας» και της πιθανότητας ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας. Ειδικότερα, η παρουσία δύο ή περισσότερων προστατευτικών παραγόντων (δηλαδή ο δείκτης υγείας > 1) συνδέεται με 53% χαμηλότερο κίνδυνο υπερχοληστερολαιμίας, ενώ το 20%-31% των υπερχοληστερολαιμικών ανθρώπων θα μπορούσε να θεραπευτεί, μέσω αυτού του υγιούς τρόπου ζωής. Είναι ενδιαφέρον ότι με εξαίρεση την μεσογειακή διατροφή, κανένα από τα άλλα συστατικά του «δείκτη υγείας» (σωματική δραστηριότητα, μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος και αποχή από το κάπνισμα) δεν συνδέθηκε με την επικράτηση της υπερχοληστερολαιμίας στους ηλικιωμένους του δείγματός μας.

6.2. Περιορισμοί της μελέτης

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι η παρέκταση των συμπερασμάτων μας στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται υπό διερεύνηση. Ένας από τους κύριους λόγους είναι το μέτριο ποσοστό συμμετοχής (68%), που είναι αποδεκτό για τον πληθυσμό στον οποίο βασίστηκε η παρούσα μελέτη, αλλά και η υπόθεση ότι ο τρόπος ζωής εκείνων που συμφώνησαν να συμμετέχουν θα μπορούσε να είναι διαφορετικός από τον τρόπο ζωής του υπόλοιπου πληθυσμού. Ένας άλλος περιορισμός είναι το διατομικό σχέδιο της μελέτης. Κατά συνέπεια τα οφέλη που παρατηρήθηκαν από τη μεσογειακή διατροφή στα οξειδωμένα επίπεδα της LDL χοληστερόλης, ή η επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στα επίπεδα της HDL χοληστερόλης πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω από τυχαίες κλινικές δοκιμές.

6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών παρουσιάζουν ανωμαλίες στα επίπεδα λιπιδίων του αίματος. Επιπλέον, παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η μεσογειακή διατροφή φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική, μη-φαρμακολογική, επέμβαση για την αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων λιπιδίων αίματος. Επιπλέον, ένας υγιής τρόπος ζωής που περιλαμβάνει την αποχή από το κάπνισμα και τη σωματική δραστηριότητα μαζί με τη μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος φαίνεται να είναι αποτελεσματικός στην πρόληψη της υπερχοληστερολαιμίας. Με βάση την πιθανότητα ότι η τροποποίηση των επιπέδων των λιπιδίων θα είναι ευεργετική, ειδικά, στους ηλικιωμένους που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο από στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, προτείνουμε ότι ο υγιής τρόπος ζωής που προαναφέρθηκε θεωρείται ουσιαστικός για αυτές τις ανωμαλίες και πρέπει να ακολουθηθεί από ενεργές και αποτελεσματικές επεμβάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Gotto AM Jr. Lipid and lipoprotein disorders. In: Pearson TA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Wilson M, eds. *Primer in Preventive Cardiology*. Dallas, Tex: *American Heart Association*; 1994: 107-129.
- [2] Ginsberg HN. Lipoprotein metabolism and its relationship to atherosclerosis. *Med Clin North Am* 1994;78:1-20.
- [3] Wilson PWF, Abbott RD, Castelli WP. High density lipoprotein cholesterol and mortality. *Arteriosclerosis* 1988;8:737-741.
- [4] Executive summary of the third report of the National Cholesterol Educational Program Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *JAMA* 2001; 285: 19: 2486-2497.
- [5] Kirby B. Lipoproteins in the elderly. *J Int Med Res*. 1991;19(6):425-32.
- [6] Davidson MH, Maki KC, Karp SK, Ingram KA. Management of hypercholesterolaemia in postmenopausal women. *Drugs Aging*. 2002;19(3):169-78.
- [7] Gran B. Major differences in cardiovascular risk indicators by educational status. Results from a population based screening program. *Scand J Soc Med* 1995;23:9-16.
- [8] Denke M. Cholesterol lowering diets. A review of evidence. *Arch Int Med* 1995; 155; 17-26.
- [9] Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist M, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, Vassilakou T, Lipworth L, Trichopoulos D. Diet and overall survival in elderly people. *Brit Med J* 1995; 311: 1457 – 1460.
- [10] de Lorgeril M., Salen, P., Martin J.-L., Monjaud I., Delaye J., Mamelle N., Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99: 779-785.
- [11] Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysoshoou C, Skoumas J, Papaioannou I, Stefanadis C, Toutouzas P. The effect of Mediterranean diet on the risk of the development of acute coronary syndromes in hypercholesterolemic people: a case-control study (CARDIO2000). *Coron Artery Dis*. 2002;13:295-300.
- [12] Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003;348:2599-2608.
- [13] Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, AinsworthBE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P: International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003, 35:1381-95.
- [14] Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*; 1: 385-401.
- [15] Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.

- [16] Katsouyanni K, Rimm EB, Gnardellis C, Trichopoulos D, Polychronopoulos E, Trichopoulou A. Reproducibility and relative validity of an extensive semi-quantitative food frequency questionnaire using dietary records and biochemical markers among Greek schoolteachers. *Int J Epidemiol* 1997;26:S118-S127.
- [17] Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-95.
- [18] ATTICA study.
- [19] Costa J, Borges M, Oliveira E, Gouveia M, Carneiro AV. Incidence and prevalence of hypercholesterolemia in Portugal: a systematic review. Part I. *Rev Port Cardiol* 2003;22:569-77.
- [20] Gabriel R, Saiz C, Susi R, Alonso M, Vega S, Lopez I, Cruz Cardenal MM, Gomez-Gerique JA, Porres A, Muniz J; EPICARDIAN Study. Epidemiology of lipid profile of the Spanish elderly population: the EPICARDIAN study. *Med Clin (Barc)* 2004;122:605-9.
- [21] Third report on Nutrition monitoring in the United States; vol I. Washington DC. Government Printing Office, 1995.
- [22] Petridou E, Malamou H, Doxiadis S, Pantelakis S, Kanellopoulou G, Toupadaki N, Trichopoulou A, Flytzani V, Trichopoulos D. Blood lipids in Greek adolescents and their relation to diet, obesity, and socioeconomic factors. *Ann Epidemiol* 1995;5:286-291.
- [23] Marinos E. Obesity in the Elderly. *Obesity Research* 2001;9:S244-S248.
- [24] Visvanathan R. Under-Nutrition in Older People: A Serious and Growing Global Problem! *J Postgrad Med* 2003;49(4):352-60.
- [25] Danit S, Drora F, Iris S, Hillel V. Development of a Food Frequency Questionnaire (FFQ) for an Elderly Population Based on a Population Survey. *J. Nutrition* 2003;133:3625-3629.
- [26] Foote A, Giuliano A, Harris R. Older Adults Need Guidance to Meet Nutritional Recommendations. *J Am Coll Nutr* 2000;19(5):628-40.
- [27] Correa L, Nicolosi A, Cristina S, Hauser WA, Pugliese P, Nappi G. Dietary and nutritional patterns in an elderly rural population in Northern and Southern Italy: (II). Nutritional profiles associated with food behaviours. *Eur J Clin Nutr* 2003;57(12):1522-9.
- [28] Larrieu S, Letenneur L, Berr C, Dartigues JF, Ritchie K, Alperovitch A, Tavernier B, Barberger-Gateau P. Sociodemographic differences in dietary habits in a population-based sample of elderly subjects: the 3C study. *J Nutr Health Aging*. 2004;8(6):497-502.
- [29] Grigorov IuG. Analysis of the nutrition of elderly people in Ukraine. *Vopr Pitan* 2003;72(5):3-7.
- [30] Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr* 2003;15(1):73-87.
- [31] Amorim-Cruz JA, Haveman-Nies A, Schlettwein-Gsell D, De Henauw S. Gender, cohort and geographical differences in 10-year mortality in elderly people living in 12 European towns. *J Nutr Health Aging* 2002;6(4):269-74.
- [32] Morais J, Heydecke G, Pawliuk J, Lund J.P, Feine J.S. The Effects of Mandibular Two-implant Overdentures on Nutrition in Elderly Edentulous Individuals. *J Dent Res* 2003;82(1):53-8.

- [33] Kato I, Toniolo P, Zeleniuch-Jacquotte A, Shore R, Koenig k, Arslan Akhmedkhanov A, Riboli E. Diet, smoking and anthropometric indices and postmenopausal bone fractures: a prospective study. *International Journal of Epidemiology* 2000;29:85-92
- [34] Marshall T, Stumbo P, Warren J, Xie X. Inadequate Nutrient Intakes Are Common and Are Associated with Low Diet Variety in Rural, Community-Dwelling Elderly. *Journal of Nutrition*. 2001;131:2192-2196.
- [35] Tucker K, Buranapin S. Nutrition and Aging in Developing Countries. *Journal of Nutrition*. 2001;131:2417S-2423S.
- [36] Kaplan GA, Seeman TE, Cohen RD, Knudsen LP, Guralnik J. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *Am J Public Health* 1987;77(7):818.
- [37] Shatenstein B , Payette H, Nadon S, Gray-Donald K, Members of the Division on Nutrition and Healthy Aging, Québec Network on Aging Research. An Approach for Evaluating Lifelong Intakes of Functional Foods in Elderly People. *J. Nutr.* 3003;133:2384-2391.
- [38] Bunout D , Barrera G, Pia de la Maza, Avendaño M, Gattas V, Petermann M and Hirsch S. The Impact of Nutritional Supplementation and Resistance Training on the Health Functioning of Free-Living Chilean Elders: Results of 18 Months of Follow-up. *Journal of Nutrition*.2001;131:2441S-2446S
- [39] Sarri KO, Linardakis MK, Bervanaki FN, Tzanakis NE, Kafatos AG. Greek Orthodox fasting rituals: a hidden characteristic of the Mediterranean diet of Crete. *Br J Nutr* 2004 Aug;92(2):277-84.
- [40] Trichopoulou A, Kouris-Blazos, Wahlqvist M, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, Vassilakou T, Lipworth L, Trichopoulos D. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ* 1995;311:1457-1460.
- [41] van Staveren WA, de Groot CP. Nutrition and health--vitamin supplementation and the vitality of the elderly. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003 Apr 19;147(16):748-52.
- [42] Kim T. B. Knoop K, M. de Groot L, Kromhout D, Perrin A, Moreiras-Varela O, Menotti A, van Staveren WA. Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE Project. *JAMA*. 2004;292(12):1433-1439.
- [43] Adamson AJ, Mathers JC. Effecting dietary change. *Proc Nutr Soc*. 2004;63(4):537-47.
- [44] Burgess CP, Johnston FH, Bowman DM, Whitehead PJ. Healthy country: healthy people? Exploring the health benefits of indigenous natural resource management. *Aust N Z J Public Health*. 2005;29(2):117-22.
- [45] Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med*. 2005;28(3):298-304.
- [46] Hartwell H, Symonds C. Catering for health: a review. *J R Soc Health*. 2005;125(3):113-6.
- [47] Τριχοπούλου Α, Γναρδέλλης Χ, Πολυχρονόπουλος Ε. Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας (ΚΑΠΗ). Αθήνα. 1996.
- [48] Williams M. Διατροφή: Υγεία, Ευρωστία και Αθλητική απόδοση.2003. Αθήνα:Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

- [49] Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε. Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία.2000. Αθήνα:Εκδόσεις Ζήτα.
- [50] Ζαμπέλας Α. Η διατροφή στα στάδια της ζωής. 2003. Αθήνα:Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- [51] Ανδρέου Ε. Ανακοίνωση του Σύνδεσμου Διαιτολόγων Κύπρου για την Παγκόσμια μέρα τροφίμων.2005.
<http://www.cydadiet.org/announcements07.htm>
- [52] Μιχαηλίδου Δ. Ανακοίνωση του Σύνδεσμου Διαιτολόγων Κύπρου για τα διατροφικά προβλήματα των ηλικιωμένων ανθρώπων. 2004.
<http://www.cydadiet.org/announcements37.htm>
- [53] Καφάτος Α. Κρητική Διατροφή - Μεσογειακή δίαιτα.2005.
<http://www.explorecrete.com/greek/cretandiet-gr.html>
- [54] Πρακτικά Συνεδρίας της «Βουλής των Γερόντων». Λευκωσία. 1999.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης:

Κωδικός αριθμός:						
Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου (ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ):						
A. Γενικά Στοιχεία						
Όνοματεπώνυμο (προαιρετικό)						
Περιοχή μόνιμης διαμονής (> 5 τελευταία έτη)						
☐ Αγροτική περιοχή ☐ Αστική περιοχή						
Διεύθυνση (Οδός, αριθμός, Πόλη, ΤΚ)						
Τηλέφωνο επικοινωνίας						
Έτος γέννησης						
Φύλο		1. Άνδρας 2. Γυναίκα				
Χρόνια εμμηνόπαυσης						
Η περίοδος σταμάτησε		☐ Φυσιολογικά ☐ Μετά από επέμβαση ☐ Λήψη φαρμάκων ☐ Άλλο				
Ζουν οι γονείς σας		☐ Ναι, ζουν και οι 2 Αν όχι, πόσα χρόνια έζησαν ... ☐ Πατέρας ☐ Μητέρα				
A1. Ανθρωπομετρικά στοιχεία						
	Δηλωθέν	Μέτρηση				
Βάρος (Kg)						
Ύψος (cm)						
Περιφέρεια μέσης (cm)						
Περιφέρεια ισχίου (cm)						
Δερματική πτυχή τρικεφάλου (mm)						
Περιφέρεια βραχίονα (cm)						
Σωματικό βάρος πατέρα						
Σωματικό βάρος μητέρας						
Αριστερόχειρας (ΝΑΙ / ΟΧΙ)						
A2. Κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο						
Επάγγελμα τα τελευταία 5 έτη...						
Επαγγελματική κατάσταση		Συνταξιούχος: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Έτη συνταξιοδότησης:				
Επάγγελμα						
Είδος επαγγέλματος	Χειρωνακτική εργασία	1	2	3	4	Πνευματική εργασία
(Βαθμολογείτε με ότι σας ταιριάζει καλύτερα)						
Έτη σπουδών (π.χ. 6 για Δημοτικό, 12 για Λύκειο, 16 για Α.Ε.Ι. κ.λ.π.)						
A2.1 Οικογενειακή κατάσταση						
Είστε ...	☐ Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Διαζευγμένος ☐ Χήρος					
Αριθμός μελών ανά νοικοκυριό						
A2.2 Οικονομική κατάσταση						

Μέσο ετήσιο ατομικό εισόδημα των τελευταίων 3 ετών		☐ < 12000 € ετησίως ☐ 12 – 18000 € ετησίως ☐ 18 – 24000 € ετησίως ☐ > 24000 € ετησίως		
Αριθμός αυτοκινήτων στην οικογένεια				
Αριθμός δωματίων στο σπίτι				
Κατοικείτε σε ιδιόκτητη κατοικία		1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ		
B. Τρόπος ζωής				
B1. Σωματική άσκηση				
Σε μια συνήθη εβδομάδα πόσες φορές γυμνάζεστε;	☐ Καθόλου ☐ 1 – 2 φορές / εβδομάδα ☐ 3 - 5 φορές / εβδομάδα ☐ > 5 φορές / εβδομάδα			
Είδος σωματικής άσκησης που προτιμάτε;	Βάδισμα ή τρέξιμο, ποδήλατο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Κολύμπι ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Χορός ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Άρση βαρών ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ομαδικά αθλήματα (π.χ. ποδόσφαιρο) ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Οργανωμένο γυμναστήριο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Μέση διάρκεια άσκησης την φορά (σε λεπτά)				
Χρόνια σωματικής άσκησης				
Πόσο περπατάτε καθημερινά για τις συνήθεις ασχολίες σας (σε λεπτά)				
B2. Καπνιστικές συνήθειες				
Κάπνισμα (τώρα)	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Αριθμός τσιγάρων / ημέρα (προσεγγιστικά κατά μέσο όρο)				
Είδος τσιγάρων	☐ Ελαφρά ☐ Βαριά – άφιλτρα ☐ Καπνός – πούρο			
Έτη καπνίσματος				
Κάπνισμα (στο παρελθόν)	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Διακοπή (έτη από σήμερα)				
Αίτια διακοπής	☐ Πρόληψη ☐ Ιατρικές οδηγίες ☐ Άλλο			
Καπνίζουν άλλα άτομα στο χώρο εργασίας σας;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Καπνίζουν άλλα άτομα του περιβάλλοντος σας;	Σύντροφος ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Γονείς ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Παιδιά ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Συγκάτοικοι ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Πιστεύετε στις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα συνδέεται με την καρδιαγγειακή νόσο;	☐ Άμεσα ☐ Έμμεσα ☐ ΟΧΙ			
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με διάφορες μορφές καρκίνου;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Σας πείθει η αντικαπνιστική εκστρατεία διαφόρων φορέων...	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
B3. Διατροφικές συνήθειες (το συμπληρώνουμε μόνο αν δεν έχει παραδώσει το πλήρες)				
Δηλώστε την κατανάλωση των παρακάτω τροφίμων σε μια συνήθη εβδομάδα σας:	Κρέας	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Ψάρι	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Χορταρικά	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Λαχανικά	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Όσπρια	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Δημητριακά	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Ζυμαρικά	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Πατάτες	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Φρούτα	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Γλυκά	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
	Ελαιόλαδο	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 2-3 φορές / μήνα ☐ 1-2 φορές / εβδ. ☐ 3-5 φορές / εβδ. ☐ καθημερινά		
Προσδιορίστε το συνηθισμένο μέγεθος μερίδας φαγητού...	Μικρή	Κανονική (εστιατορίου)	Μεγάλη	
Τρώτε ψωμί;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			

Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε...:	Λευκό ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ολικής αλέσεως ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Πίνετε αναψυκτικά ...	Coca-cola ή άλλη cola ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Sprite / 7 up / λεμονάδα, γκαζόζα ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ανθρακούχοι χυμοί ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Χωρίς ζάχαρη; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Πόσα ποτήρια αναψυκτικού την ημέρα (250 ml)	
Πόσα φορές τρώτε έτοιμο φαγητό την εβδομάδα, είτε ως πρόγευμα, είτε ως γεύμα ή ως δείπνο (π.χ. από fast food)	
Καταναλώνετε στο καθημερινό φαγητό σας...	Φυτικές στερόλες ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σπορέλαιο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Βούτυρο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Μαργαρίνη ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Το γάλα ή το γιαούρτι προτιμάτε να είναι:	☐ Πλήρες ☐ Χαμηλά λιπαρά ☐ Χωρίς λιπαρά
Το τυρί που προτιμάτε είναι:	Άσπρο: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Κίτρινο: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Χαμηλά λιπαρά: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Πίνετε συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά, σε τι ποσότητα <u>ημερησίως</u> :	☐ 0-1 ποτήρια κρασί (100 ml ή 12gr αιθανόλης) ☐ 1-2 ποτήρια κρασί ☐ 3-4 ποτήρια κρασί ☐ > 4 ποτήρια κρασί
Πίνετε <u>καθημερινά</u> καφέ;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Τύπος καφέ:	☐ Ελληνικός ☐ Νες / cappuccino ☐ Φίλτρου
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τότε πόσα φλιτζάνια πίνετε την ημέρα;	☐ 0-1 (60 gr καφεΐνης) ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 5+
Πίνετε <u>καθημερινά</u> τσάι;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τότε πόσα φλιτζάνια πίνετε την ημέρα;	☐ 0-1 (60 gr τείνης) ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 5+

B.4 Ψυχολογική αξιολόγηση (κλίμακα κατάθλιψης CES-D)

Επιλέξτε μια απάντηση που σας εκπροσωπεί καλύτερα (90 ημέρες). Πόσες ημέρες...	0 – 5 ημέρες	5 – 15 ημέρες	15 – 45 ημέρες	45 – 60 ημέρες	> 60 ημέρες
ΔΕΝ είσατε ικανοποιημένος από τους ρυθμούς της ζωής σας	0	1	2	3	4
Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε το βράδυ	0	1	2	3	4
Νοιώθετε να επωμίζεστε περισσότερες ευθύνες από όσες μπορείτε	0	1	2	3	4
Αισθάνεστε τους γύρω σας να σας εκτιμούν και να σας σέβονται	4	3	2	1	0
Ήσασταν ικανοποιημένος από τις κοινωνικές σας συναναστροφές	4	3	2	1	0
Ήσασταν ικανοποιημένος από τις επιδόσεις στη δουλειά σας	4	3	2	1	0
Αισθανόσασταν ελευθερία στην εργασία σας	4	3	2	1	0
Αισθανόσασταν η εργασία σας να διεισδύει στη προσωπική σας ζωή	0	1	2	3	4
Είχατε οικονομική ασφάλεια και σιγουριά από τη δουλειά σας	4	3	2	1	0
Η αμοιβή σας ήταν ικανοποιητική για την εργασία σας	4	3	2	1	0
Είχατε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας	4	3	2	1	0
Θα χαρακτηρίζατε την επικοινωνία με το σύντροφο σας ικανοποιητική	4	3	2	1	0
Πιέξετε στη σχέση σας	0	1	2	3	4
Μπορούσατε να στηρίζετε στην οικογένεια σας για κάποιο σας πρόβλημα	4	3	2	1	0
Το οικογενειακό σας περιβάλλον σας επηρέαζε στη λήψη αποφάσεων	0	1	2	3	4

Γ. Ιατρικό Ιστορικό και εργαστηριακές μετρήσεις.

Γ1. Έχετε υπέρταση;	☐ ΝΑΙ ☐ Όχι
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε ακολουθείτε:	Δίαιτα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Φάρμακα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν παίρνετε φάρμακα τότε ποιο είδος ?	β-αναστολείς ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ανταγωνιστές Ca ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ α- MEA ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Διουρητικά ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

άλλο		
Τηρείτε την φαρμακευτική σας αγωγή;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Κληρονομικό ιστορικό υπέρτασης;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Πατέρας	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Μητέρα	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Αδελφός / ή	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)		
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)		
Γ2. Έχετε σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2)	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε ακολουθείτε:	Δίαιτα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	Διάρκεια
	Δισκία: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	Διάρκεια
	Ινσουλίνη: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	Διάρκεια
Τηρείτε την φαρμακευτική σας αγωγή;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Κληρονομικό ιστορικό διαβήτη;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Πατέρας	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Μητέρα	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Αδελφός / ή	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Τιμές σακχάρου (mg/dl)		
Τιμές ινσουλίνης (mg/dl)		
Γ3. Έχετε αυξημένες τιμές χοληστερόλης;	☐ ΝΑΙ ☐ Όχι	
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε ακολουθείτε:	Δίαιτα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	Διάρκεια
	Φάρμακα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	Διάρκεια
Αν παίρνετε φάρμακα τότε ποιο είδος ?	στατίνες ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
	φιμπράτες ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Τηρείτε την φαρμακευτική σας αγωγή;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Μέχρι ποια τιμή χοληστερόλης θεωρείτε φυσιολογική;		
Ελέγχετε τα λιπίδια σας;	☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ 1 φορά το εξάμηνο ☐ 1 φορά το τρίμηνο	
Κληρονομικό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Πατέρας	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Μητέρα	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Αδελφός / ή	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
Τιμές ολικής χοληστερόλης (mg/dl)		
Τιμές HDL χοληστερόλης (mg/dl)		
Τιμές LDL χοληστερόλης (mg/dl)		
Τιμές τριγλυκεριδίων (mg/dl)		