



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Γνώση συστάσεων εθνικού διατροφικού οδηγού για ενήλικες
από επαγγελματίες υγείας**

Σωτηρία Κατή

Βιοχημικός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σγάντζος Μάρκος : Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας – Ιστορίας της Ιατρικής
του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Επιβλέπων Καθηγητής

Παφίλη Ζωή: RD, PhD Κλινικός Διαιτολόγος Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο
Ευαγγελισμός" Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Καψωριτάκης Ανδρέας: Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας του Τμήματος
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ



Knowledge of national nutrition guide recommendations for adults by health professionals



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ευχαριστίες.....	4
2. Περίληψη.....	5
3. Εισαγωγή.....	9
4. Σκοπός Ερευνητικής Μελέτης	16
5. Υλικά και Μέθοδοι.....	17
5.1.Συλλογή Δεδομένων.....	17
5.2.Επιλογή τεχνικής συλλογής δεδομένων	18
5.3.Μέθοδοι Συλλογής Δεδομένων.....	18
5.4.Σχεδιασμός Ερωτηματολογίων.....	18
5.5.Κωδικοποίηση	19
5.6.Φόρμα Ερωτηματολογίου.....	19
5.7.Εμφάνιση Ερωτηματολογίου.....	19
5.8.Ερωτηματολόγιο Γνώσης Εθνικών Διατροφικών Συστάσεων	21
6. Πειραματικό Μέρος.....	35
6.1.Προφίλ Ερωτώμενων.....	35
6.2.Συστάσεις για Κατανάλωση Τροφίμων Από Υγιή Άτομα.....	42
6.2.1. Συστάσεις για Κατανάλωση Λαχανικών Από Υγιή Άτομα.....	44
6.2.2.Συστάσεις για Κατανάλωση Φρούτων Από Υγιή Άτομα.....	45
6.2.3.Συστάσεις για Κατανάλωση Δημητριακών Από Υγιή Άτομα.....	46
6.2.4.Συστάσεις για Κατανάλωση Πατάτας Από Υγιή Άτομα.....	47
6.2.5.Συστάσεις για Κατανάλωση Γάλακτος και Γαλακτοκομικών Από Υγιή Άτομα.....	48
6.2.6. Συστάσεις για Κατανάλωση Κόκκινου Κρέατος Από Υγιή Άτομα	50
6.2.7. Συστάσεις για Κατανάλωση Λευκού Κρέατος Από Υγιή Άτομα	50
6.2.8.Συστάσεις για Κατανάλωση Επεξεργασμένου Κρέατος Από Υγιή Άτομα.....	51
6.2.9. Συστάσεις για Κατανάλωση Αυγών Από Υγιή Άτομα.....	52
6.2.10. Συστάσεις για Κατανάλωση Ψαριών και Θαλασσινών Από Υγιή Άτομα.....	53
6.2.11. Συστάσεις για Κατανάλωση Οσπρίων Από Υγιή Άτομα.....	55
6.2.12. Συστάσεις για Κατανάλωση Προστιθέμενων Ελαίων, Λιπών, Ξηρών Καρπών Από Υγιή Άτομα.....	56
6.2.13. Συστάσεις για Κατανάλωση Υγρών Από Υγιή Άτομα.....	56
6.2.14.Συστάσεις για Κατανάλωση Οινοπνευματωδών Ποτών Από Υγιή Άτομα.....	57
6.2.15. Συστάσεις για Κατανάλωση Αλατιού Από Υγιή Άτομα.....	58
6.2.16. Συστάσεις για Κατανάλωση Γλυκών Από Υγιή Άτομα.....	59
6.2.17.Συστάσεις για Κατανάλωση Υδατανθράκων % της Συνολικής Ημερήσιας Ενεργειακής Δαπάνης.....	60
6.2.18.Συστάσεις για Κατανάλωση Λίπους % της Συνολικής Ημερήσιας Ενεργειακής Πρόληψης.....	61
6.2.19. Συστάσεις για Κατανάλωση Πρωτεϊνών % της Συνολικής Ημερήσιας Ενεργειακής Πρόληψης.....	62

6.3. Συστάσεις Άσκησης.....	63
6.3.1. Απόψεις για το Κολύμπι ως Μορφή Άσκησης.....	64
6.3.2. Απόψεις για το Τρέξιμο ως Μορφή Άσκησης.....	65
6.3.3. Απόψεις για το Push – Ups ως Μορφή Άσκησης.....	66
6.3.4. Απόψεις για το Γρήγορο Περπάτημα Μορφή Άσκησης.....	67
6.3.5. Απόψεις για την Ποδηλασία Μορφή Άσκησης.....	68
6.3.6. Απόψεις για τα Βάρη Μορφή Άσκησης.....	69
6.4. Κατανάλωση Διαφόρων Κατηγοριών Τροφίμων.....	70
7. Συζήτηση	87
8. Βιβλιογραφία.....	89

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη μου στους καθηγητές μου κ. Σγάντζο Μάρκο επιβλέπων της διπλωματικής μου εργασίας, τον κ Καψωριτάκη Ανδρέα μέλος της τριμελούς επιτροπής και την κα Παφίλη Ζωή (η οποία ήταν το δεξί μου χέρι από την αρχή μέχρι το τέλος αυτής της μελέτης) μέλος της τριμελούς επιτροπής, όχι μόνο τη σημαντική συμβολή τους καθ' όλη την πορεία της εκπόνησης της παρούσης διπλωματικής αλλά και γιατί πέρα από τις γνώσεις, μου δίδαξαν υπομονή και κατανόηση. Με οδήγησαν στην αντίληψη και συνειδητοποίηση της δεοντολογίας, της μεθόδου και της ανθρωπιστικής ευθύνης για κάθε είδος έρευνας. Στάθηκαν αρωγοί σε πνευματικό και συναισθηματικό επίπεδο (σ' αυτό το μορφωτικό μου εγχείρημα), και με την πολύτιμη βοήθεια τους μπόρεσα να ξεπεράσω κάθε σκόπελο που συνάντησα με πείσμα και ωριμότητα. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και του Κουτλιμπάνειου και Τριανταφύλλειου Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για τη συνεργασία και την υπομονή τους κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής μου μελέτης. Τέλος ευχαριστώ θερμά όσους ήταν δίπλα μου αυτό το διάστημα, για την υπομονή και τη στήριξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξειδίκευση στον τρόπο ζωής (lifestyle medicine, LM) αποτελεί αναδυόμενο τομέα, ιδίως για τους οικογενειακούς γιατρούς και τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς οι χρόνιες μη μεταδιδόμενες πολυπαραγοντικές νόσοι όπως η καρδιαγγειακή νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο καρκίνος, η χρόνια πνευμονοπάθεια και ο διαβήτης είναι οι κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.

Το μεγαλύτερο μέρος του κλινικού έργου της επόμενης γενιάς PCPs προβλέπεται ότι θα επικεντρωθεί στην πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών και την εκπαίδευση στην LM ως μέρος της ειδικότητας. Σύμφωνα με μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ειδικευόμενοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είχαν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με θέματα τρόπου ζωής και χαμηλή αίσθηση ικανότητας για συζήτηση πάνω σ' αυτό το θέμα. Η οικογενειακή ιατρική επίσης δεν περιλαμβάνει ολοκληρωμένα μαθήματα LM. Στην ακόλουθη διπλωματική εργασία έχει γίνει μια βιβλιογραφική έρευνα για το τι έχει μελετηθεί σε άλλες χώρες για αυτό το φαινόμενο, αλλά και που βρίσκεται η Ελλάδα όσον αφορά τη γνώση του Εθνικού Διατροφικού Οδηγού. Στην Ελλάδα, η διάρκεια των προπτυχιακών μαθημάτων σε θέματα διατροφής είναι 26 ώρες διαλέξεων στις σχολές που τα παρέχουν. Οι ώρες αυτών των μαθημάτων είναι ελάχιστες και θα πρέπει όποιος ενδιαφέρεται να συμβουλευεί τους ασθενείς σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση να καταρτιστεί, συμμετέχοντας ο ίδιος με επιπλέον ώρες επιμορφωτικών σεμιναρίων, ώστε να έχει αυτή τη δυνατότητα. Οι Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί και τα κείμενα επιστημονικής τεκμηρίωσης που τους συνοδεύουν αποτελούν μια έγκυρη πηγή αναφοράς για διατροφικές συστάσεις για τον Ελληνικό πληθυσμό και απευθύνονται τόσο σε επαγγελματίες υγείας όσο και στο ευρύ κοινό. Με εγκύκλιο που απευθύνεται, εκτός των άλλων, σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας συστήνει τη χρήση και ευρεία διάχυση των αναφερόμενων διατροφικών συστάσεων ώστε να γίνει επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας καθώς και άλλων στελεχών αρμόδιων υπηρεσιών στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα που απασχολούνται σε δομές και υπηρεσίες σχετικές με την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση σε θέματα υιοθέτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη, αφορά ερωτήσεις ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο γνωστός είναι ο ΕΔΟ από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό δυστυχώς, το 63,93% των ερωτώμενων

υποστηρίζει ότι δεν γνωρίζει ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες, ενώ το 36,07% γνωρίζει ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες. Όπως διαπιστώθηκε σε αυτή τη μελέτη ακόμη και τα άτομα που γνώριζαν την ύπαρξη του ΕΔΟ , δεν γνώριζαν τις συστάσεις που δίνει όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των ενηλίκων. Επίσης, στο ερώτημα αν τηρεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τις οδηγίες του ΕΔΟ για πρόληψη - βελτίωση της δικής τους υγείας, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό αδιαφορία και για τη δική τους συμμόρφωση στις οδηγίες του ΕΔΟ. Εν κατακλείδι για να γίνει ο ΕΔΟ μέρος της ζωής του ιατρικού δυναμικού και κατά συνέπεια και των ασθενών τους , χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια από το υπουργείο υγείας και τους ενδιαμέσους φορείς.

Abstract

The lifestyle medicine (LM) is an emerging field, especially for family doctors and primary care physicians (PCPs), as chronic non-communicable multifactorial diseases such as cardiovascular disease, stroke, cancer, chronic lung disease and diabetes that are the main causes of death worldwide.

A large part of the clinical work of the next generation of PCPs is predicted to focus on chronic disease prevention and management as well as LM training as part of their specialty. Many studies have shown that primary health care specialists have limited knowledge of lifestyle issues and their ability to discuss this issue is low. Family medicine also does not include comprehensive LM courses. In the following dissertation, a bibliographic research has been done on what has been studied in other countries about this phenomenon and the knowledge of the National Nutrition Guide (NNG) in Greece was also investigated.

In Greece, the duration of the undergraduate courses in nutrition is 26 hours of lectures in the departments that include relative courses. The hours of these courses are minimal and if somebody is interested in advising patients on nutrition and exercise, he should be trained by taking part in additional training sessions in order to have this ability. The National Nutrition Guides and the scientific accompanying documents are a valid source of references for nutritional recommendations for the Greek population and are addressed to both health professionals and the general public. Through an official statement, addressed to all Nursing Institutions in Greece, the Hellenic Ministry of Health recommends the use and dissemination of the nutritional recommendations to educate health professionals as well as other relevant public and private sector staff members who are employed in structures and services related to awareness raising and support on issues of adopting healthy eating habits.

The questionnaire used for this study involves questions related to the knowledge of NNG by medical and nursing staff. Unfortunately, 63.93% of respondents claim that they do not know the existence of a national dietary guide for adults, while only 36.07% know that there is a national dietary guide for adults. As it was found in this study, even those who knew the existence of the NNG were unaware of the including recommendations regarding adult eating habits. Moreover, the answers in the question

of whether the medical and nursing staff follows the NNG guidelines for improving their own health showed that a large number of the participants display indifference and negligence towards their own compliance with the NNG guidelines.

In conclusion, in order to make the NNG a part of the life of medical staff and consequently their patients, more effort is needed by the Ministry of Health and intermediaries.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάλυση των Εθνικών Διατροφικών Οδηγών (ΕΔΟ) δείχνει ότι οι διατροφικοί παράγοντες είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που υπονομεύουν την υγεία και την ευημερία σε κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.). Αναγνωρίζεται ότι η δυσθρεψία, συμπεριλαμβανομένων των ελλείψεων στα θρεπτικά συστατικά, του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας, καθώς και των μη μεταδοτικών ασθενειών (NCD) που οφείλονται στην ανθυγιεινή διατροφή, έχουν υψηλό κοινωνικό και οικονομικό κόστος για τα άτομα και τις οικογένειές τους. Ειδικότερα, το υπερβολικό σωματικό βάρος (δείκτης μάζας σώματος > 25 kg / m²), η υπερβολική κατανάλωση ενέργειας, τα κορεσμένα λίπη, τα trans-λιπαρά, η ζάχαρη και το αλάτι, καθώς και η χαμηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και δημητριακών αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία των ενηλίκων (Agostoni et al., 2009).

Ειδικότερα, η αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας έχει αναφερθεί σε πολλές χώρες της Ε.Ε. τις τελευταίες δεκαετίες. Τα στατιστικά στοιχεία είναι ανησυχητικά: σε 46 χώρες (που αντιπροσωπεύουν το 87% της Ε.Ε.), πάνω από το 50% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και σε πολλές από αυτές τις χώρες το ποσοστό είναι κοντά στο 70% του ενήλικου πληθυσμού. Σύμφωνα με στοιχεία του αποθετηρίου δεδομένων του Παγκόσμιου Παρατηρητηρίου Υγείας (WHO Global Health Observatory), 57,4% των ενηλίκων ηλικίας ≥ 20 ετών (και τα δύο φύλα) είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν σε θάνατο περίπου 320.000 ανδρών και γυναικών σε 20 χώρες της Δυτικής Ευρώπης κάθε χρόνο. Η κατάσταση στις χώρες του ανατολικού τμήματος της Περιφέρειας είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, δεδομένης της ταχύτητας με την οποία τα ποσοστά των παιδιών και των εφήβων πλησιάζουν τα άτομα που βρίσκονται στο δυτικό τμήμα της περιοχής και το γεγονός ότι τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων σε ορισμένα μέρη της Ανατολικής Ευρώπης έχουν αυξηθεί σε τριπλάσιο βαθμό από το 1980. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι επίσης πολύ διαδεδομένα μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, ιδιαίτερα στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Τα παιδιά των λιγότερο μορφωμένων γονέων επηρεάζονται περισσότερο και το πρόβλημα εξακολουθεί να έχει τον μεγαλύτερο αντίκτυπο μεταξύ

των μειονεκτουσών ομάδων της κοινωνίας (Alwan et al., 2010). Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι, πάνω από τα δύο τρίτα των Αμερικανών ενηλίκων είναι υπέρβαροι. Σε ποσοστό 35% περίπου θεωρούνται παχύσαρκοι (δείκτης μάζας σώματος $>30 \text{ kg/m}^2$). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη βοηθά στην αντιμετώπιση αυτής της επιδημίας με εξετάσεις και καταγραφή της παχυσαρκίας, παρέχοντας συμβουλές για τη μείωση του σωματικού βάρους, τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα στους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους ασθενείς. Παρ' όλο που υπάρχουν αρκετές κατευθυντήριες οδηγίες και αυξάνονται τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι συμβουλές των γιατρών μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς για να χάσουν βάρος, η παροχή συμβουλών σχετικά με το βάρος κατά τη διάρκεια επισκέψεων σε ιατρεία εκτός νοσοκομείων, πραγματοποιείται σε μέτρια ποσοστά και σπάνια είναι ευθυγραμμισμένη με τις συνιστώμενες μεθόδους για την υποστήριξη της αλλαγής συμπεριφοράς. Μελέτες που εξετάζουν τα προβλήματα που κάνουν αναποτελεσματική τη συμβουλευτική για το βάρος στην πρωτοβάθμια φροντίδα, υποδηλώνουν ότι οι γιατροί αισθάνονται ότι δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι και αναφέρουν έλλειψη χρόνου και ανεπαρκή αυτο-αποτελεσματικότητα για να παρέχουν συμβουλές για τη διαχείριση του σωματικού βάρους. Επιπρόσθετα, οι γιατροί μπορεί να έχουν αρνητική στάση απέναντι στους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς και την ικανότητά τους να διατηρήσουν την αλλαγή που επιθυμούν, στάση η οποία μπορεί να εμποδίσει την παροχή συμβουλών (Smith et al., 2015).

Για περισσότερο από έναν αιώνα, οι επαγγελματίες υγείας έχουν παράσχει διατροφική καθοδήγηση με στόχο την αύξηση της κατανάλωσης ορισμένων θρεπτικών συστατικών και ομάδων τροφίμων, ωστόσο η συμμόρφωση παραμένει φτωχή. Τα ευρήματά των Smith και συνεργατών δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικά κενά στην ετοιμότητα των ειδικευμένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη γιατρών να παρέχουν τέτοια συμβουλευτική. Είναι αναγκαία επιπλέον εκπαίδευση ή αυξημένη έμφαση στην παχυσαρκία, τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, για να ενισχυθούν οι δεξιότητες των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για την παροχή αποτελεσματικής συμβουλευτικής και την πρόληψη των κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με την παχυσαρκία. Μελέτες δείχνουν ότι μόνον οι μισοί από τους αποφοίτους, ειδικευμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εκτιμούν ότι είναι «πολύ προετοιμασμένοι» για να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση (Smith et al., 2015).

Ένας νέος γιατρός θα έπρεπε να είναι σίγουρος όταν δίνει τις βασικές συμβουλές και φροντίδα για τις πιο συχνές και θανατηφόρες ασθένειες. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Αριστείας για την Υγεία και τη Φροντίδα (The National Institute for Health and Care Excellence), η παρέμβαση πρώτης γραμμής για τον διαβήτη, την παχυσαρκία και την υψηλή χοληστερόλη είναι να δοθούν συμβουλές για τον τρόπο ζωής. Όμως, αυτή η φράση είναι τόσο ασαφής που αφήνεται στους γιατρούς και τους ασθενείς να την ορίσουν και, ενδεχομένως, να την αγνοήσουν (Womersley and Ripullone, 2017).

Το 2008 και το 2009, πάνω από το 75% των νέων Αμερικανών γιατρών θεωρούσαν τον εαυτό τους ανεπαρκώς εκπαιδευμένο για να συμβουλεύουν τους ασθενείς σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Η εικόνα είναι παρόμοια στη Βρετανία: το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council) απαιτεί από τους φοιτητές της ιατρικής να κατανοήσουν τον ρόλο της διατροφής στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Σε διεθνές επίπεδο, αυτές οι γνώσεις απουσιάζουν από την ιατρική εκπαίδευση. Μόνο το 27% των Αμερικανικών ιατρικών σχολών παρείχε το συμφωνημένο ελάχιστο των 25 ωρών διατροφικής εκπαίδευσης το 2008. Μια πρόσφατη μελέτη σε ιατρικές σχολές της Ευρώπης ήταν ελαφρώς πιο αισιόδοξη, υποδηλώνοντας ότι η διατροφική εκπαίδευση απαιτούνταν στο 68,8% των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων που ερωτήθηκαν, με μέσο όρο 23,68 ώρες διδασκαλίας. Η επιστήμη της διατροφής δεν θεωρείται επαρκή στα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής. Οι διαιτητικές παρεμβάσεις θεωρούνται ότι βρίσκονται εκτός της βασικής τεκμηρίωσης, επιστημονικά ασαφείς και ότι ανήκουν στην αρμοδιότητα των διαιτολόγων, παρά των γιατρών. Οι φοιτητές της ιατρικής ακούνε αρχικά για τη διατροφή στα μαθήματα βιοχημείας, σχετικά με συγκεκριμένες οδούς μεταβολισμού, που αντλούνται από τους μηχανισμούς της νόσου ή τις εμπειρίες των ασθενών. Σε μεταγενέστερα έτη φοίτησης στις κλινικές, οι λεπτομέρειες της υγιεινής διατροφής, οι τρόποι να εκτιμηθεί η δυσθρεψία ή οι συγκεκριμένες απαιτήσεις σε τρόφιμα για συγκεκριμένες ασθένειες σε νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης ή φροντίδας ηλικιωμένων, αναφέρονται χωρίς να δίνεται έμφαση (Womersley and Ripullone, 2017).

Το να γνωρίζουμε ακριβώς τι εννοούμε με τη «βελτίωση της διατροφής και του τρόπου ζωής των ασθενών» θα επέτρεπε στους γιατρούς να επικεντρωθούν στον τρόπο με τον οποίο συμβουλεύουν τους ασθενείς, να εξατομικεύουν σε σχέση με

συννοσηρότητες, με το πολιτισμικό υπόβαθρο των ασθενών και τον χαρακτήρα τους. Ενώ ο κεντρικός στόχος δεν πρέπει να είναι η εξοικονόμηση χρημάτων, εάν οι γιατροί του ΕΣΥ γίνουν πιο αποτελεσματικοί στην παροχή συμβουλών σχετικά με τον τρόπο ζωής, θα δημιουργούνταν μια ευκαιρία πρόληψης των ασθενειών σε εντυπωσιακή κλίμακα και έτσι θα εξοικονομούνταν χρήματα. Στη Βρετανία, οι γιατροί μπορούν να δικαιολογήσουν την παραπομπή ενός ασθενούς σε διαιτολόγο μόνο εάν ο ασθενής αντιμετωπίζει σοβαρούς κινδύνους ή επακόλουθα από ασθένεια που σχετίζεται με τη διατροφή. Επομένως, οι συμβουλές των ειδικών διατροφολόγων στο Βρετανικό ΕΣΥ είναι εξ ορισμού παρεμβατικές. Αποτελούν απάντηση στην παθογένεια, παρά μια προληπτική ενέργεια για τη δημιουργία και διατήρηση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Παρά το γεγονός ότι το βάρος είναι ένας τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου ως προς την πρόωγη νοσηρότητα και θνησιμότητα, ο τρόπος με τον οποίο το Βρετανικό ΕΣΥ είναι δομημένο και η εκπαίδευση που παρέχεται στους μαθητές και τους νέους γιατρούς, υπονομεύει αυτή την ευκαιρία για αλλαγή (Womersley and Ripullone, 2017).

Η διεθνής έρευνα της πολιτικής για την υγεία (The International Health Policy Survey) σε 11 δυτικές χώρες, διαπίστωσε προφανείς ελλείψεις ως προς τον προσανατολισμό της υγειονομικής περίθαλψης σε ζητήματα τρόπου ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Μια μελέτη μεταξύ 2000 ευρωπαίων γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, έδειξε σημαντικά κενά γνώσης των ιατρών για συστάσεις που βασίζονται σε τεκμήρια, για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Για παράδειγμα, το 86% των γιατρών αναγνώρισε ότι πρέπει να συμβουλευθούν έναν καπνιστή να εγκαταλείψει το κάπνισμα, αλλά μόνο το 61% το έκανε (Jerdén et al., 2018). Επιπλέον, η μελέτη EUROPREVIEW έδειξε ότι περίπου οι μισοί από τους ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα ανέφεραν ότι δεν είχαν συζητήσει για τον τρόπο ζωής τους με τους θεράποντες γιατρούς τους. Διαπιστώθηκαν επίσης μεγάλες διαφορές στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών μεταξύ χωρών και περιφερειών (Jerdén et al., 2018).

Το πιο ορατό παράδειγμα μέχρι σήμερα είναι η εκστρατεία για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες εκπαίδευσης στη διατροφή, οι άνδρες, οι γυναίκες και τα παιδιά εξακολουθούν να απέχουν πολύ από τη συνιστώμενη πρόσληψη. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του 2015 του ΕΔΟ, τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους

ασθενείς η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, τα όσπρια όπως τα φασόλια, καθώς και τα δημητριακά ολικής αλέσεως και τα λιπαρά και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα υπολείπονται. Το χάσμα μεταξύ συστάσεων και συμμόρφωσης δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, λαμβάνοντας υπόψη τα πολλά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Schooling et al., 2006). Η διατροφική υποστήριξη κατατάσσεται σε χαμηλά επίπεδα στον κατάλογο των προτεραιοτήτων θεραπείας και αξιολόγησης. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τον υψηλό επιπολασμό δυσθεψίας και ανεπαρκούς διατροφικής θεραπείας μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών. Η ανεπαρκής διατροφή, ο μεταβολισμός που διαφοροποιείται εξαιτίας του φλεγμονώδους στρες και οι χρόνιες ασθένειες, εκτός από την ανεπαρκή θεραπεία με θρεπτικά συστατικά, προκαλούν κακές συνθήκες διατροφής. Η ελλιπής διατροφή έχει σοβαρές συνέπειες, όπως είναι η αυξημένη νοσηρότητα και η θνησιμότητα, η οποία είναι παράλογη, αφού σε πολλές περιπτώσεις ο υποσιτισμός μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Ο διαγνωστικός έλεγχος και η παρέμβαση έχουν μεγάλη σημασία για όλους τους ασθενείς και ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται δέχονται διάφορες δαπανηρές ιατρικές πράξεις, χειρουργικές επεμβάσεις και χορήγηση φαρμάκων, ενώ η επαρκής θεραπεία, με διατροφή και υγρά, συχνά παραμελείται. Ειδικά πρότυπα διατροφής αναπτύχθηκαν από την Αμερικανική Εταιρεία Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition, ASPEN), για να χρησιμοποιηθούν από την Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανώσεων Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCA-HO), μια οργάνωση που μελετά την ποιότητα της περίθαλψης στα περισσότερα Αμερικανικά νοσοκομεία. Παρόμοια πρότυπα αναπτύχθηκαν αργότερα από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού, (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN), και υποστηρίζονται επίσης από ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρώπης (Mowe et al., 2006).

Τα πρότυπα ESPEN επικεντρώνονται στα ακόλουθα:

- έλεγχος όλων των ασθενών κατά την εισαγωγή,
- αξιολόγηση των ασθενών με ιδιαίτερα προβλήματα,
- συνταγογράφηση διατροφικής παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένων σημειώσεων στους φακέλους των ασθενών,

- παρακολούθηση της επίδρασης της διατροφικής παρέμβασης στον ασθενή κατά την παραμονή στο νοσοκομείο,
- ανταλλαγή πληροφοριών για τη διατροφική φροντίδα με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.

Τα διατροφικά πρότυπα παρέχουν μια οδό για τη βελτίωση της ανεπαρκούς διατροφικής αγωγής στα νοσοκομεία, όπως συμβαίνει σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Μια μελέτη προτύπων διατροφής στη Δανία, σε γιατρούς και νοσηλεύτριες, έδειξε μεγάλη διαφορά μεταξύ προτύπων και κλινικής πρακτικής και το συμπέρασμα που διατύπωσαν οι ερευνητές ήταν ότι τα κύρια εμπόδια ήταν η έλλειψη προτεραιότητας, η έλλειψη γνώσεων και η έλλειψη ενδιαφέροντος. Αυτό διαπιστώθηκε επίσης σε μια Αμερικανική μελέτη που έδειξε έλλειψη ενδιαφέροντος για τη διατροφική θεραπεία. Στη Δανία και τη Σουηδία έχουν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Και οι δύο χώρες διαθέτουν εθνικές επαγγελματικές ενώσεις κλινικής διατροφής και εστιάζουν στον υποσιτισμό στο νοσοκομείο. Μέσω συναντήσεων σε εθνικό επίπεδο, της συνεργασίας για τη δημιουργία εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών και της προαγωγής των διατροφικών πρωτοβουλιών, οι εθνικές ενώσεις πιθανότατα αυξάνουν το ενδιαφέρον για τη διατροφική φροντίδα μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών, αλλά και στελεχών που ασχολούνται με τη διασφάλιση της ποιότητας (Mowe et al., 2006).

Οι Vetter και συνεργάτες προτείνουν ότι οι γνώσεις και οι συμβουλευτικές ικανότητες των ειδικευόμενων γιατρών μπορούν να βελτιωθούν με την εξεύρεση χρόνου για την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, δίνοντας έμφαση στη διάρκεια της φοίτησης στις κλινικές και στη διάρκεια της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Με δεδομένη την τάση προς μια διατροφική παρέμβαση βάσει επισκέψεων στο ιδιωτικό ιατρείο, η εκπαίδευση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να είναι το καταλληλότερο αντικείμενο στα προγράμματα σπουδών για να ενσωματωθούν σ' αυτό μαθήματα διατροφής. Καθώς οι φοιτητές και οι ειδικευόμενοι έχουν σημαντικά μεγαλύτερη επαφή με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτού του μέρους της εκπαίδευσής τους, θα αξιοποιήσουν τις ευκαιρίες για άσκηση και περαιτέρω ανάπτυξη δεξιοτήτων σε θέματα διατροφής (Vetter et al., 2008).

Επειδή η διατροφή τις περισσότερες φορές δεν αρκεί από μόνη της για να εξασφαλίσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, είναι σημαντικό να εξεταστεί η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Εάν επικεντρωθεί σε υγιεινές συμπεριφορές που θα έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην υγεία των

καταναλωτών, είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να ληφθεί υπόψη η διαίτα χωρίς να ληφθεί υπόψη η σωματική δραστηριότητα. Παρότι δίδεται έμφαση στα τρόφιμα, η σωματική δραστηριότητα θα πρέπει να τονιστεί ως συμπλήρωμα στην προσέγγιση της συνολικής διαίτας. Ο διαχωρισμός της καθοδήγησης σε θέματα διατροφής και καθοδήγησης για τη σωματική άσκηση οδήγησε μέχρι στιγμής σε σύγχυση μεταξύ των μηνυμάτων που διαδίδονται. Ένας τρόπος για να αποφευχθεί η αποσύνδεση είναι να ενισχυθούν οι δεσμοί μεταξύ των κυβερνητικών ομάδων που εργάζονται σε διαιτητικές κατευθυντήριες γραμμές και εκείνων που εργάζονται σε κατευθυντήριες γραμμές για τη σωματική άσκηση. Οι στόχοι για την ανάπτυξη της διατροφικής παιδείας συνιστώσα της διαιτητικής καθοδήγησης είναι υψηλές, μερικοί μάλιστα λένε μη ρεαλιστικές. Θα πρέπει να είναι απλή και ολοκληρωμένη, αλλά υπάρχει μια πολυπλοκότητα στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων που πρέπει να ληφθούν υπόψη, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνεται υπόψη η σωματική δραστηριότητα. Οι κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να είναι συνεπείς, ωστόσο, υπάρχουν επιστημονικές εξελίξεις που εμφανίζονται συνεχώς, οι οποίες περιπλέκουν τη διαδικασία και πρέπει να αναπτυχθούν κατά τρόπο ώστε να αποφεύγονται οι ακούσιες διατροφικές και υγειονομικές συνέπειες. Οι γιατροί συχνά δεν συμβουλεύουν τους ασθενείς σχετικά με συμπεριφορές που ωφελούν την υγεία. Παρ' όλο που παρουσιάζουν θετικές αντιλήψεις σχετικά με τη σημασία των συμπεριφορών ως μέρος της υγείας των ασθενών, έχουν εντοπιστεί αρκετά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης χρόνου από μέρους των γιατρών, έλλειψη κατάλληλης αμοιβής και κατάρτισης. Ωστόσο, μετά την εκπαίδευση των γιατρών στην ιατρική του τρόπου ζωής (lifestyle medicine, LM), γενικά έχουν αναφερθεί αύξηση της παροχής συμβουλών και βελτιωμένα αποτελέσματα για τον ασθενή. Μελέτες έχουν δείξει ότι στο Ισραήλ, μόνο το 10% του ενήλικου πληθυσμού τηρεί τις κατευθυντήριες οδηγίες για αερόβια γυμναστική, ενώ το 26% κάνει υγιεινή διατροφή. Ένα μονοετές πρόγραμμα πιστοποίησης στην ιατρική του τρόπου ζωής, θα μπορούσε να έχει θετικό αντίκτυπο στον τρόπο δουλειάς των οικογενειακών γιατρών και να αυξήσει την εμπιστοσύνη στην ανάλογη συνταγογράφηση, καθώς και σε συμπεριφορές που ωφελούν την υγεία (Polak et al., 2016).

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην Ελλάδα για πρώτη φορά το 2014 εκδόθηκαν Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί (Σουφλέρη, Μαυρή., 2014) με συστάσεις για όλες τις ηλικιακές ομάδες (βρέφη, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και άτομα άνω των 65 ετών). (Σουφλέρη, Μαυρή., 2014) Οι ΕΔΟ έχουν υιοθετηθεί από το Υπουργείου Υγείας, έχουν διανεμηθεί σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας ενώ συστήνεται η χρήση και η ευρεία διάχυσή τους με σκοπό την επιμόρφωση όλων των επαγγελματιών υγείας για ενημέρωση σε θέματα υιοθέτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών. (εγκύκλιος ΑΔΑ:Ψ68Α465ΦΥΟ-Γ7Φ). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αποσαφηνίσει κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Νοσοκομεία γνωρίζουν τόσο την ύπαρξη όσο και τις συστάσεις του ΕΔΟ για ενήλικες ώστε να παρέχουν κατάλληλες διατροφικές συστάσεις. Επίσης στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση της συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας με τις συστάσεις του ΕΔΟ για ενήλικες και κατά πόσο οι διατροφικές συνήθειές τους συσχετίζονται με τις διατροφικές συστάσεις προς τα άτομα που παρακολουθούν.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι άνθρωποι διεξάγουν έρευνες προκειμένου να διερευνήσουν θέματα κατά τρόπο συστηματικό αυξάνοντας έτσι τη γνώση τους. Ανεξάρτητα ωστόσο του σκοπού μιας έρευνας και των σχετικών ερωτήσεων θα πρέπει να συλλεχθούν δεδομένα για να απαντηθούν οι ερωτήσεις. Εάν συλλεχθούν και αναλυθούν δεδομένα από κάθε δυνατή περίπτωση ή ομάδα μελών αυτό ονομάζεται απογραφή, η οποία δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί στην πλειοψηφία των ερευνητικών περιπτώσεων για πρακτικούς και οικονομικούς λόγους. Αντίθετα οι τεχνικές δειγματοληψίας αποτελούν μεθοδολογία, η οποία επιτρέπει τη μείωση της ποσότητας των δεδομένων που χρειάζονται να συλλεχθούν θεωρώντας δεδομένα μόνο από ένα υποσύνολο των περιπτώσεων που εξετάζονται. Μολονότι υπάρχει πλούσια εμπειρία και μεγάλη βιβλιογραφία για τη συλλογή δεδομένων, ωστόσο δεν έχει αναπτυχθεί αντίστοιχη θεωρητική βάση όπως πχ της δειγματοληψίας.

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δεδομένα: Οι πληροφορίες που συλλέγει ο ερευνητής από τα στοιχεία (άτομα) του δείγματος.

Όργανο: Το μέσο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιεί ο ερευνητής (ερωτηματολόγιο,...)

Χαρακτηριστικά:

- **Δομή:** Η συλλογή των ίδιων πληροφοριών πραγματοποιείται με προκαθορισμένο και συγκρίσιμο τρόπο.
- **Αντικειμενικότητα:** Απαιτείται όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα ενώ ο βαθμός της εξαρτάται από το είδος της μελέτης.

- Ποσοτικοποίηση: Στη στατιστική ανάλυση τα δεδομένα συλλέγονται και ποσοτικοποιούνται με συγκεκριμένους τρόπους. Στην ποιοτική ανάλυση η συλλογή δεδομένων πραγματοποιείται σε μορφή διηγηματική.
- Αντιδραστικότητα: Η ποιότητα των δεδομένων επηρεάζεται από το βαθμό επίγνωσης των ατόμων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα ή μελέτη.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Περιορισμοί: τίθενται στους πόρους (ανθρώπινους και οικονομικούς), στο διαθέσιμο χρόνο και στο μέγεθος του δείγματος.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι απαντήσεις που δίνονται στα ερωτήματα των ερευνών δεν είναι πάντοτε ακριβείς. Τα σφάλματα που τις συνοδεύουν μπορεί να οφείλονται σε σκοπιμότητα (πχ ιδιότητες που έχουν επαγγελματικό ή προσωπικό χαρακτήρα). Η ύπαρξη των σφαλμάτων ελέγχεται με ειδικές διαδικασίες έτσι ώστε πολλά από αυτά επισημαίνονται και εξαλείφονται ή περιορίζονται. Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων για μια ομάδα ανθρώπων μπορούν να ταξινομηθούν κατά πολλούς τρόπους. Η συνηθέστερη κατηγοριοποίηση είναι η ακόλουθη:

1. Μέθοδος άμεσης παρατήρησης
2. Μέθοδος προσωπικής συνέντευξης
3. Μέθοδος τηλεφωνικής συνέντευξης
4. Αποστολή ερωτηματολογίου ταχυδρομικά
5. Χρήση δευτερογενών πηγών (αρχεία, δημοσιεύσεις κλπ)

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Μέθοδος Προσωπικής Συνέντευξης.

Ως υλικό για την παρούσα ερευνητική μελέτη έχει χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο ο σχεδιασμός του οποίου αποτελεί τη μικρογραφία του εθνικού διατροφικού οδηγού.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Η αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων που συλλέγονται και ο ρυθμός ανταπόκρισης που επιτυγχάνεται εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το σχεδιασμό των ερωτήσεων, τη δομή του ερωτηματολογίου ερωτηματολογίου και την εφαρμογή του

πιλοτικού τεστ. Όταν σχεδιάζονται οι επί μέρους ερωτήσεις οι ερευνητές πραγματοποιούν ένα από τα ακόλουθα :

- Υιοθετούν ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλα ερωτηματολόγια
- Προσαρμόζουν ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλα ερωτηματολόγια
- Αναπτύσσουν τις δικές τους ερωτήσεις.

Αρχικά θα πρέπει να γίνει θεώρηση του τύπου των ερωτήσεων και των λέξεων που θα χρησιμοποιηθούν και στη συνέχεια τη θέση που θα εμφανισθούν στο ερωτηματολόγιο. Σαφείς διατυπώσεις και κατανοητές λέξεις βελτιώνουν την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Στα περισσότερα ερωτηματολόγια χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων. Οι ανοικτές ερωτήσεις επιτρέπουν σε κάποιον να απαντήσει κατά το δικό του τρόπο. Οι κλειστές ερωτήσεις επιτρέπουν να επιλέξει κάποιος από ένα αριθμό εναλλακτικών.

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Συνήθως τα συλλεχθέντα δεδομένα εισάγονται για ανάλυση σε υπολογιστή οπότε χρειάζεται να κωδικοποιηθούν τα στοιχεία πριν την εισαγωγή. Για ποσοτικές ερωτήσεις οι πραγματικοί αριθμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν κώδικες. Για άλλες ερωτήσεις θα χρειασθεί να εκπονηθεί ένα σχέδιο κωδικοποίησης.

ΦΟΡΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Όταν κατασκευάζεται το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να δαπανηθεί κάποιος χρόνος για τη διάταξη και τη ροή των ερωτήσεων, τα οποία θα πρέπει να έχουν κάποια λογική προς τον ερωτώμενο. Χρήσιμες ερωτήσεις που μπορούν να συμπεριληφθούν για το σκοπό αυτό είναι οι λεγόμενες ερωτήσεις φίλτρου (διχοτομικές ερωτήσεις) ενώ θα πρέπει να αποφεύγονται οι αόριστες ερωτήσεις, οι ειδικής ορολογίας και εξεζητημένων φράσεων, οι καθοδηγητικές και οι προσωπικές ερωτήσεις.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η εμφάνιση του ερωτηματολογίου θα πρέπει να είναι ελκυστική ώστε να ενθαρρύνει τον ερωτώμενο να το συμπληρώσει και να το επιστρέψει. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου επηρεάζει το ρυθμό ανταπόκρισης. Το κατάλληλο μέγεθος εξαρτάται από τον πληθυσμό και τους σκοπούς της έρευνας. Όσο πιο ειδικός

εμφανίζεται ο πληθυσμός και σχετικός με τους σκοπούς της έρευνας τόσο πιο μακροσκελές θα πρέπει να είναι το ερωτηματολόγιο. Μολονότι ο γενικός κανόνας υποδεικνύει ότι τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι όσο γίνεται πιο συνοπτικά, ωστόσο για αυτοδιαχειριζόμενα ερωτηματολόγια ένα καλό μέγεθος είναι 5 έως 8 Α4 σελίδες. Τηλεφωνικά ερωτηματολόγια μπορούν να διαρκούν το πολύ 10-15 λεπτά ενώ δομημένα ερωτηματολόγια μπορούν να διαρκούν στους δρόμους λίγα λεπτά και σε ένα άνετο περιβάλλον πολύ περισσότερο. Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι ακόμη και τα ερωτηματολόγια που σχεδιάζονται με σωστές προδιαγραφές δεν είναι βέβαιο ότι φθάνουν τα επιθυμητά όρια αποτελεσματικότητας. Για το λόγο αυτό διεξάγεται συνήθως ανιχνευτική δειγματοληπτική έρευνα (pilot survey) με σκοπό τη δοκιμή της καταλληλότητας και τη βελτίωση του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια, υπήρξε επικοινωνία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας και συγκεκριμένα της Θεσσαλίας. Ζητήθηκε η άδεια ώστε να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο από τους επαγγελματίες υγείας και να επιτευχθεί συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου με τη μορφή συνέντευξης. Η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης είναι μία από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μεθόδους συλλογής πληροφοριών. Πρωταρχικό έργο του συνεντεύκτη είναι να επισημάνει τις μονάδες του δείγματος ή του πληθυσμού που πρέπει να συναντήσει. Μετά τον εντοπισμό κάθε μονάδας ο συνεντεύκτης πρέπει να εξασφαλίσει την επιθυμητή συνεργασία. Για το σκοπό αυτό πρέπει να δηλώσει ποιός είναι και ποιούς εκπροσωπεί, να εξηγήσει σύντομα τους σκοπούς της έρευνας, να επιδείξει κατάλληλα έγγραφα αν χρειάζεται και να συνεργασθεί με το κατάλληλο προσωπικό. Έχει παρατηρηθεί ότι τα ερωτώμενα πρόσωπα δέχονται κατά κανόνα να συνεργασθούν πρόθυμα εάν ο συνεντεύκτης τους το ζητήσει με ευγένεια και ειλικρίνεια. Μία ενημερωτική επικοινωνία (επιστολή ή τηλέφωνο) πριν τη συνέντευξη διευκολύνει σημαντικά την όλη διαδικασία. Η υποβολή των ερωτήσεων θεωρείται τέχνη και πρέπει να γίνεται με τη φραστική διατύπωση και τη σειρά που έχουν καθορίσει οι σχεδιαστές της έρευνας. Ο τρόπος διατύπωσης και ο τονισμός των λέξεων μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά τον ερωτώμενο.

Ακολούθως, έγινε συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ανά νοσηλευτικό ίδρυμα και καταμετρήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων. Επίσης, οι απαντήσεις διαχωρίστηκαν με βάση το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα κ.α. (με σκοπό να επιτευχθεί μεγαλύτερη ακρίβεια στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της

ερευνητικής εργασίας). Τέλος, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση ώστε να διαπιστωθεί αν έχει απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε στην αρχή της ερευνητικής εργασίας. Κάτωθι παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και απαντημένες τις ερωτήσεις του πρώτου μέρους με βάση τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό (ΕΔΟ). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά τις διατροφικές συνήθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κάτι που καθιστά τις απαντήσεις που έχουν δοθεί καθαρά υποκειμενικές.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΗΣ ΕΘΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ

ΑΑ:

Ημερομηνία:

Φύλο:

Έτος γέννησης:

Ύψος:

Βάρος:

Ειδικότητα (γιατρός, νοσηλεύτης):

Έτος κτήσης ειδικότητας (για γιατρούς):

Έτος κτήσης βασικού πτυχίου:

Είδος πτυχίου (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ):

Μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών (MSc, PhD):

Έτος κτήσης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών:

Ερωτήσεις

1. Γνωρίζετε ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες;

A. ΝΑΙ

B. ΟΧΙ

2. Αν ναι από πού;

Ποιες από τις παρακάτω συστάσεις θεωρείτε ότι είναι σωστές όσον αφορά την κατανάλωση των διάφορων κατηγοριών τροφίμων από υγιή άτομα; (κυκλώστε 1 σωστή απάντηση)

3. Λαχανικά (1 μερίδα : 150 -200g μαγειρεμένα ή ωμά)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

4. Φρούτα (1 μερίδα : 120 -200g πχ ένα μήλο, ½ ποτήρι 125ml φρέσκο χυμό κ.α.)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

5. Δημητριακά (1 μερίδα: 1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένο ρύζι/ ζυμαρικά κ.α.)

A. 3-5 μερίδες/ημέρα

B. 5-8 μερίδες/ημέρα

Γ. 8-11 μερίδες/ημέρα

Δ. 11-15 μερίδες/ημέρα

E. 15-18 μερίδες/ημέρα

6. Πατάτες/εβδομάδα (1 μερίδα: 1 πατάτα μαγειρεμένη, 120-150g)

A. Περίπου 1 μερίδα/εβδομάδα

B. Περίπου 2 μερίδες/εβδομάδα

Γ. Περίπου 3 μερίδες/εβδομάδα

Δ. Περίπου 4 μερίδες/εβδομάδα

E. Περίπου 5 μερίδες/εβδομάδα

7. Γάλα & Γαλακτοκομικά (1 μερίδα: 1 ποτήρι γάλα, 1 γιαούρτι, 30g σκληρό τυρί κ.α.)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

8. Κόκκινο κρέας (1 μερίδα: 120-150g μαγειρεμένο)

A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα

B. Μέχρι 2 μερίδες/εβδομάδα

Γ. Μέχρι 3 μερίδες/εβδομάδα

Δ. Μέχρι 4 μερίδες/εβδομάδα

E. Μέχρι 5 μερίδες/εβδομάδα

9. Λευκό κρέας (1 μερίδα: 120-150g μαγειρεμένο)

A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα

B. 1- 2 μερίδες/εβδομάδα

Γ. 2-3 μερίδες/εβδομάδα

Δ. 3-4 μερίδες/εβδομάδα

E. 4-5 μερίδες/εβδομάδα

10. Επεξεργασμένο κρέας (1 μερίδα: 20-30 g, 1 φέτα επεξεργασμένου κρέατος)

- A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. Μέχρι 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. Μέχρι 3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. Μέχρι 4 μερίδες/εβδομάδα
- E. Μέχρι 5 μερίδες/εβδομάδα

11. Αυγά (1 μερίδα: 1 αυγό)

- A. Μέχρι 1 /εβδομάδα
- B. Μέχρι 2 /εβδομάδα
- Γ. Μέχρι 3 /εβδομάδα
- Δ. Μέχρι 4 /εβδομάδα
- E. Μέχρι 5 /εβδομάδα

12. Ψάρια & Θαλασσινά (1 μερίδα: 150 g μαγειρεμένο)

- A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. 1- 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. 2-3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. 3-4 μερίδες/εβδομάδα
- E. 4-5 μερίδες/εβδομάδα

13. Όσπρια (1 μερίδα: 150-200 g ή 1 φλιτζάνι μαγειρεμένα στραγγισμένα)

- A. Τουλάχιστον 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. Τουλάχιστον 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. Τουλάχιστον 3 μερίδες/εβδομάδα**
- Δ. Τουλάχιστον 4 μερίδες/εβδομάδα
- E. Τουλάχιστον 5 μερίδες/εβδομάδα

14. Προστιθέμενα λίπη, έλαια, ελιές, ξηροί καρποί (1 μερίδα: 1 κουταλιά της σούπας έλαια ή λίπη, 10-12 ελιές, μια χούφτα ξηροί καρποί)

- A. 3-4 μερίδες/ημέρα
- B. 4-5 μερίδες/ημέρα**
- Γ. 5-6 μερίδες/ημέρα
- Δ. 6-7 μερίδες/ημέρα
- E. 7-8 μερίδες/ημέρα

15. Υγρά (νερό, τσάι, καφές κ.α.)

- A. 6-8 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 4-6 θα είναι νερό)
- B. 8-10 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 6-8 θα είναι νερό)**
- Γ. 10-12 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 8-10 θα είναι νερό)
- Δ. 12-14 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 10-12 θα είναι νερό)

16. Οινοπνευματώδη ποτά

- A. Κάθε μέρα 1 ποτό για άντρες και γυναίκες

Β. Κάθε μέρα 2 ποτά για άντρες και γυναίκες

Γ. Προαιρετικά έως 1 ποτό/ημέρα για άντρες και γυναίκες

Δ. Προαιρετικά έως 2 ποτά/ημέρα για άντρες και γυναίκες

Ε. Προαιρετικά έως 2 ποτά/ημέρα για άντρες και 1 ποτό/ημέρα για γυναίκες

17. Αλάτι (1 κουταλάκι του γλυκού 5g μαγειρικό αλάτι περιέχει περίπου 2.300 mg Νατρίου)

Α. Λιγότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.

Β. Περισσότερο από ένα κουταλάκι του γλυκού την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.

18. Γλυκά

Α. Λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα την εβδομάδα

Β. Περισσότερο από 1 μερίδα την εβδομάδα

19. Κατανάλωση υδατανθράκων % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Α. 20-30 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Β. 30-40 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Γ. 40 – 60 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Δ. 35 -75 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Ε. 40-75 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

ΣΤ. Άλλο

20. Κατανάλωση λίπους % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

A. 10-35 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

B. 15- 40 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Γ. 20-45% επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Δ. 25-50 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

E. 30-55 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

ΣΤ. Άλλο

21. Κατανάλωση πρωτεϊνών % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

A. 3-10 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

B. 5- 12 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Γ. 6-18 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

Δ. 8-35 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

E. 10-35 % επί της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

ΣΤ. Άλλο

22. Συστάσεις άσκησης

A. Χαμηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά/ημέρα

B. Μέτριας έντασης άσκηση 30 λεπτά/ημέρα

Γ. Υψηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά/ημέρα

Δ. χαμηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά 3-4 φορές/εβδομάδα

Ε. Μέτριας έντασης άσκηση 30 λεπτά 3-4 φορές/εβδομάδα

ΣΤ. Υψηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά 3-4 φορές/εβδομάδα

Z. Ανάλογα με τον τύπο του ασθενή και τη νόσο

23. Γνωρίζετε τί μορφή άσκησης είναι τα ακόλουθα (αερόβια ή αναερόβια, χαμηλής ή μέτριας ή υψηλής έντασης)

ΚΟΛΥΜΠΗ ...αερόβια - μέτριας έντασης.....

ΤΡΕΞΙΜΟ...αερόβια – υψηλής έντασης.....

PUSH-UPS.....αναερόβια – υψηλής έντασης

ΓΡΗΓΟΡΟ ΠΕΡΙΠΑΤΗΜΑαερόβια – μέτριας έντασης

ΠΟΔΗΛΑΣΙΑαερόβια – υψηλής έντασης

ΒΑΡΗ.....αναερόβια – υψηλής έντασης

24. Δίνετε διατροφικές οδηγίες στους ασθενείς σας;

A. ΝΑΙ

B. ΟΧΙ

25. Αν ναι από πού αντλείτε τις πληροφορίες;

Εσείς πόσο συχνά καταναλώνετε:

26. Λαχανικά (1 μερίδα : 150 -200g μαγειρεμένα ή ωμά)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

27. Φρούτα (1 μερίδα : 120 -200g πχ ένα μήλο, ½ ποτήρι 125ml φρέσκο χυμό κ.α.)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

28. Δημητριακά (1 μερίδα: 1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένο ρύζι/ ζυμαρικά κ.α.)

A. 3-5 μερίδες/ημέρα

B. 5-8 μερίδες/ημέρα

Γ. 8-11 μερίδες/ημέρα

Δ. 11-15 μερίδες/ημέρα

E. 15-18 μερίδες/ημέρα

29. Πατάτες/εβδομάδα (1 μερίδα: 1 πατάτα μαγειρεμένη, 120-150g)

A. Περίπου 1 μερίδα/εβδομάδα

B. Περίπου 2 μερίδες/εβδομάδα

Γ. Περίπου 3 μερίδες/εβδομάδα

Δ. Περίπου 4 μερίδες/εβδομάδα

E. Περίπου 5 μερίδες/εβδομάδα

30. Γάλα & Γαλακτοκομικά (1 μερίδα: 1 ποτήρι γάλα, 1 γιαούρτι, 30g σκληρό τυρί κ.α.)

A. 1 μερίδα/ημέρα

B. 2 μερίδες/ημέρα

Γ. 3 μερίδες/ημέρα

Δ. 4 μερίδες/ημέρα

E. 5 μερίδες/ημέρα

31. Κόκκινο κρέας (1 μερίδα: 120-150g μαγειρεμένο)

A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα

B. Μέχρι 2 μερίδες/εβδομάδα

Γ. Μέχρι 3 μερίδες/εβδομάδα

Δ. Μέχρι 4 μερίδες/εβδομάδα

E. Μέχρι 5 μερίδες/εβδομάδα

32. Λευκό κρέας (1 μερίδα: 120-150g μαγειρεμένο)

- A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. 1- 2 μερίδα/εβδομάδα
- Γ. 2-3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. 3-4 μερίδες/εβδομάδα
- E. 4-5 μερίδες/εβδομάδα

33. Επεξεργασμένο κρέας (1 μερίδα: 20-30 g, 1 φέτα επεξεργασμένου κρέατος)

- A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. Μέχρι 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. Μέχρι 3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. Μέχρι 4 μερίδες/εβδομάδα
- E. Μέχρι 5 μερίδες/εβδομάδα

34. Αυγά (1 μερίδα: 1 αυγό)

- A. Μέχρι 1 /εβδομάδα
- B. Μέχρι 2 /εβδομάδα
- Γ. Μέχρι 3 /εβδομάδα
- Δ. Μέχρι 4 /εβδομάδα
- E. Μέχρι 5 /εβδομάδα

35. Ψάρια & Θαλασσινά (1 μερίδα: 150 g μαγειρεμένο)

- A. Μέχρι 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. 1- 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. 2-3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. 3-4 μερίδες/εβδομάδα
- E. 4-5 μερίδες/εβδομάδα

36. Όσπρια (1 μερίδα: 150-200 g ή 1 φλιτζάνι μαγειρεμένα στραγγισμένα)

- A. Τουλάχιστον 1 μερίδα/εβδομάδα
- B. Τουλάχιστον 2 μερίδες/εβδομάδα
- Γ. Τουλάχιστον 3 μερίδες/εβδομάδα
- Δ. Τουλάχιστον 4 μερίδες/εβδομάδα
- E. Τουλάχιστον 5 μερίδες/εβδομάδα

37. Προστιθέμενα λίπη, έλαια, ελιές, ξηροί καρποί (1 μερίδα: 1 κουταλιά της σούπας έλαια ή λίπη, 10-12 ελιές, μια χούφτα ξηροί καρποί)

- A. 3-4 μερίδες/ημέρα
- B. 4-5 μερίδες/ημέρα
- Γ. 5-6 μερίδες/ημέρα
- Δ. 6-7 μερίδες/ημέρα
- E. 7-8 μερίδες/ημέρα

38. Υγρά (νερό, τσάι, καφές κ.α.)

- A. 6-8 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 4-6 θα είναι νερό)
- B. 8-10 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 6-8 θα είναι νερό)
- Γ. 10-12 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 8-10 θα είναι νερό)
- Δ. 12-14 ποτήρια υγρών/ημέρα (εκ των οποίων 10-12 θα είναι νερό)

39. Οινοπνευματώδη ποτά

- A. Κάθε μέρα 1 ποτό για άντρες και γυναίκες
- B. Κάθε μέρα 2 ποτά για άντρες και γυναίκες
- Γ. Προαιρετικά έως 1 ποτό/ημέρα για άντρες και γυναίκες
- Δ. Προαιρετικά έως 2 ποτά/ημέρα για άντρες και γυναίκες
- E. Προαιρετικά έως 2 ποτά/ημέρα για άντρες και 1 ποτό/ημέρα για γυναίκες

40. Αλάτι (1 κουταλάκι του γλυκού 5g μαγειρικό αλάτι περιέχει περίπου 2.300 mg Νατρίου)

- A. Λιγότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.
- B. Περισσότερο από ένα κουταλάκι του γλυκού την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.

41. Γλυκά

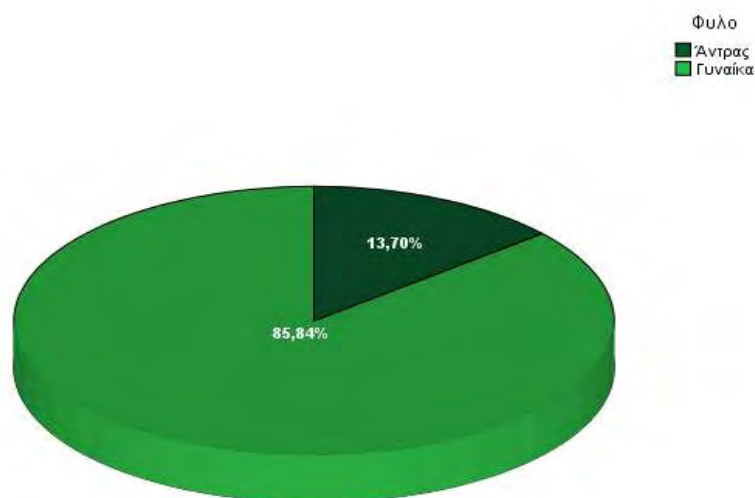
- A. Λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα την εβδομάδα
- B. Περισσότερο από 1 μερίδα την εβδομάδα

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΦΙΛ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 219 άτομα που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα 1, το 85,64% των ερωτώμενων είναι γυναίκες και το 13,70% είναι άντρες.

Διάγραμμα 1: Φύλο



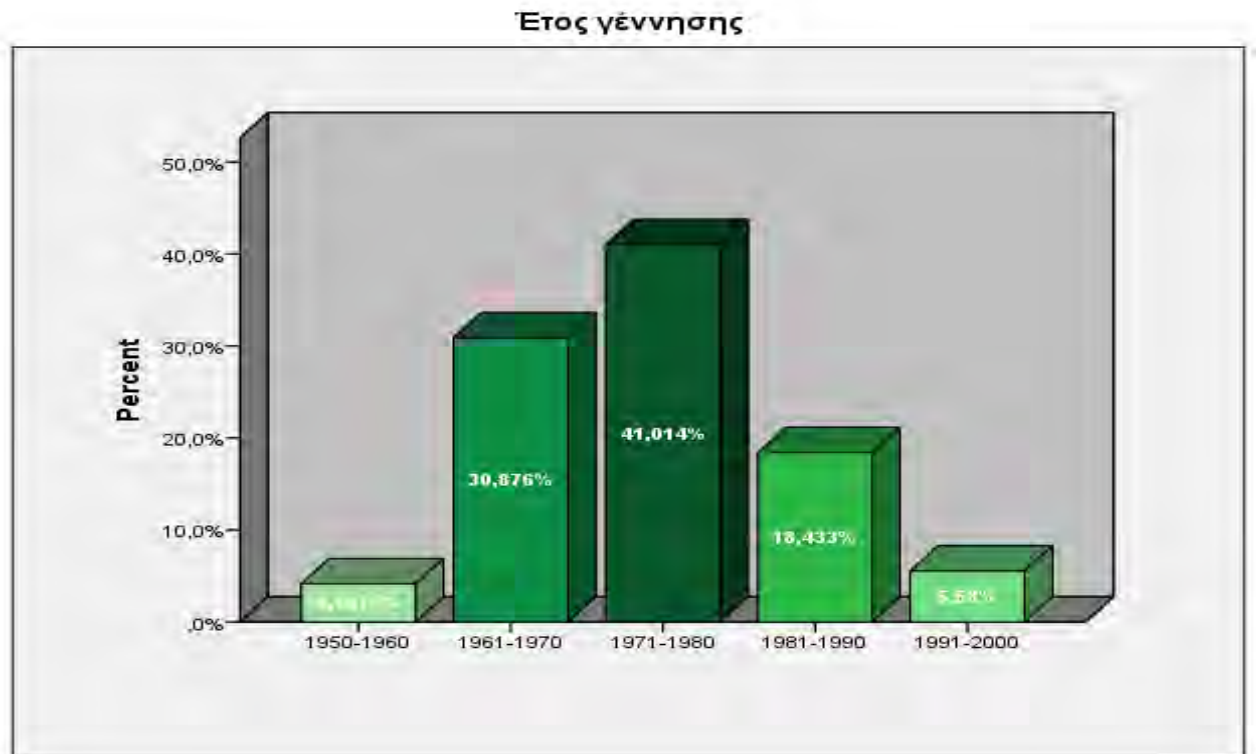
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2, το 41,01% των ερωτώμενων έχουν γεννηθεί κατά τα έτη 1971-1980, το 30,87% έχουν γεννηθεί κατά τα έτη 1961-1970, το 18,43% έχουν γεννηθεί κατά τα έτη 1981-1990, ενώ το 5,53% έχουν γεννηθεί κατά τα έτη 1991-2000 και το 4,14% έχουν γεννηθεί κατά τα έτη 1950-1960.

Στο διάγραμμα 3, φαίνεται ότι το 53,27% έχουν ύψος από 1,61 έως 1,70, το 21,49% έχουν ύψος από 1,50 έως 1,60 εκατοστά, το 17,29% έχουν ύψος από 1,71 έως 1,80, το 7,47% έχουν ύψος από 1,81 έως 1,90 και το 0,46% έχουν ύψος πάνω από 1,91.

Στο διάγραμμα 4, φαίνεται ότι το 32,07% των ερωτώμενων έχουν βάρος από 61 έως 70 κιλά, το 23,58% έχουν βάρους από 51 έως 60 ετών, το 20,75% έχουν

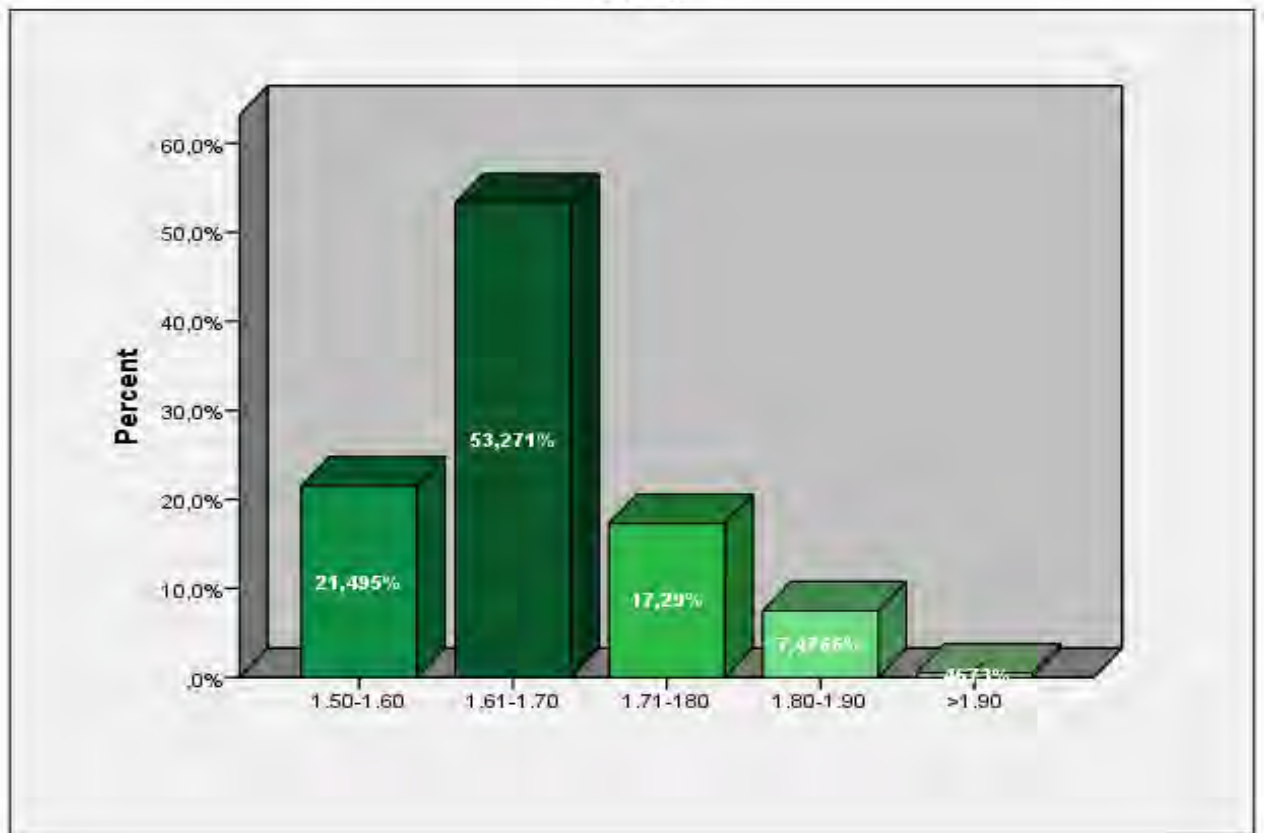
βάρος από 71 έως 80 ετών, το 8,01% έχουν βάρος από 81 έως 90 κιλά, το 5,66% έχουν βάρος από 91 έως 100 κιλά, το 4,24% έχουν βάρος από 101 έως 110 κιλά, το 4,24% έχουν βάρος λιγότερο από 50 κιλά και το 1,41% έχουν βάρος πάνω από 111 κιλά.

Διάγραμμα 2: Έτος γέννησης



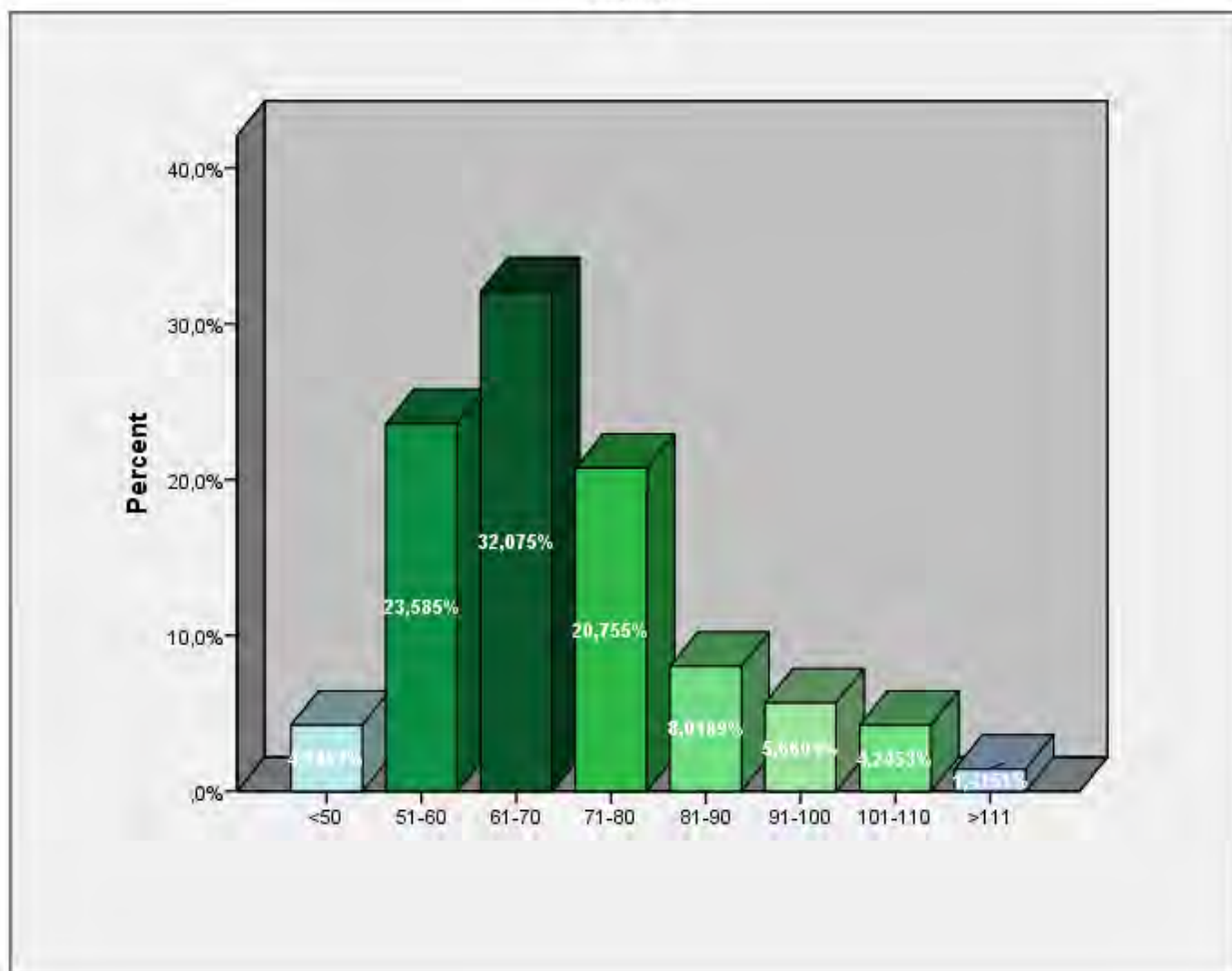
Διάγραμμα 3: Ύψος

Ύψος



Διάγραμμα 4: Βάρος

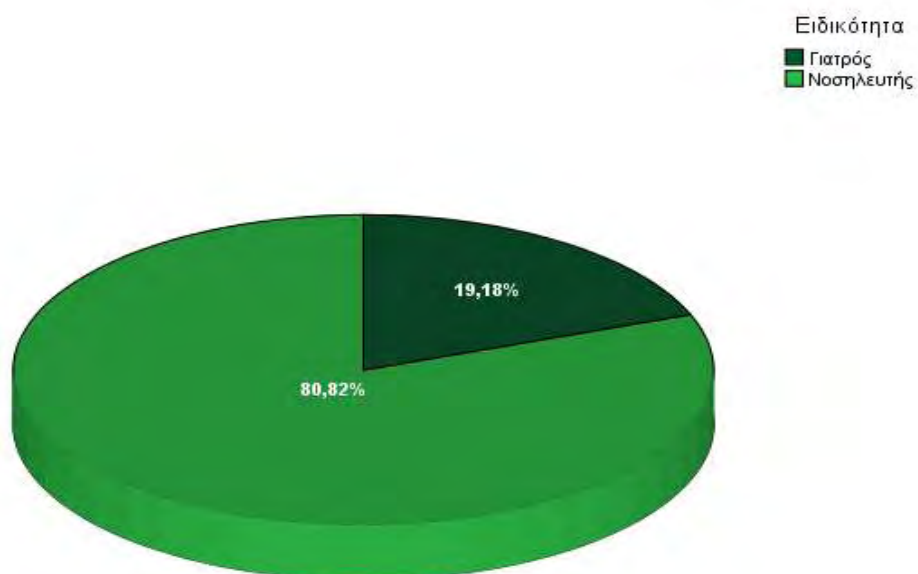
Βάρος



Όσο αφορά την ειδικότητα, φαίνεται ότι το 80,82% των ερωτώμενων είναι νοσηλευτές και το 19,18% είναι γιατροί (Διάγραμμα 5).

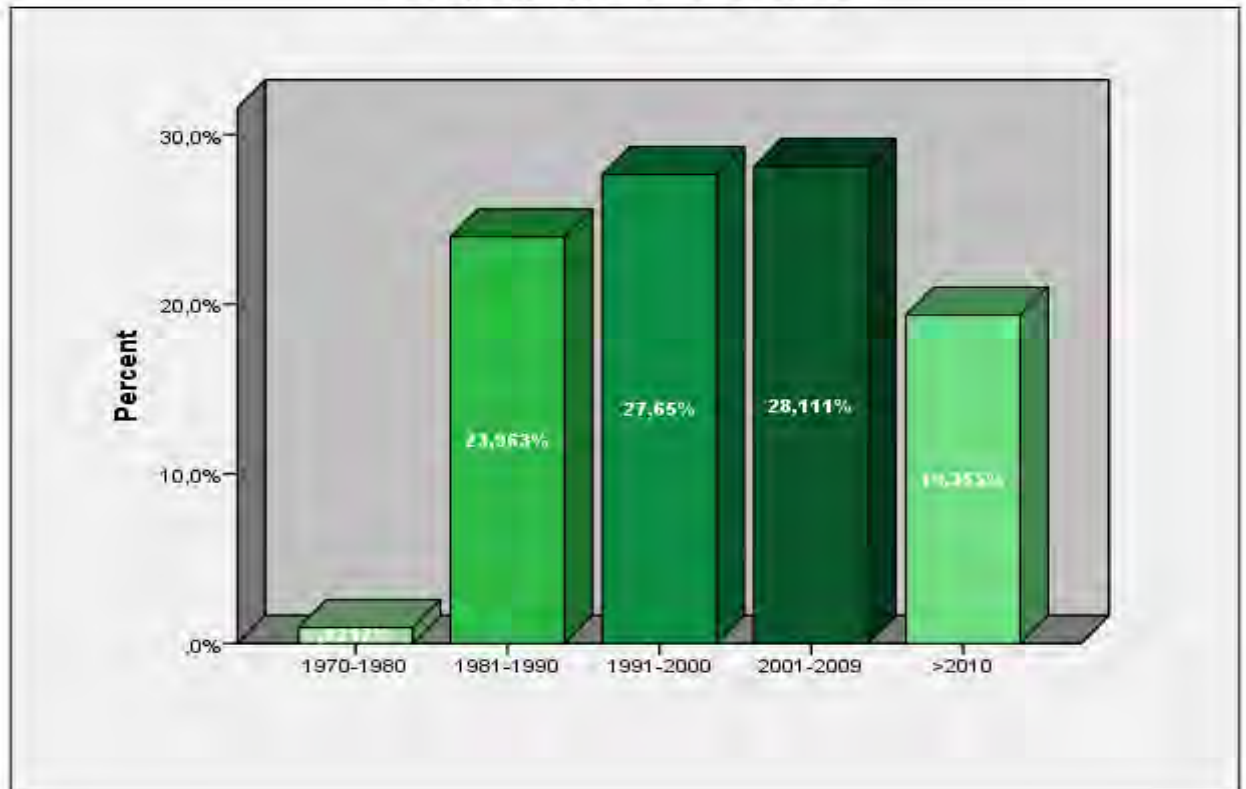
Στο διάγραμμα 6, φαίνεται ότι το 28,11% των ερωτώμενων έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους κατά τα έτη 2001-2009, το 27,65% των ερωτώμενων έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους κατά τα έτη 1991-2000, το 23,96% των ερωτώμενων έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους κατά τα έτη 1981-1990, το 19,35% έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους μετά το 2010 και το 0,92% έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους από το 1970 έως το 1980.

Διάγραμμα 5: Ειδικότητα



Διάγραμμα 6: Έτος κτήσης πτυχίου

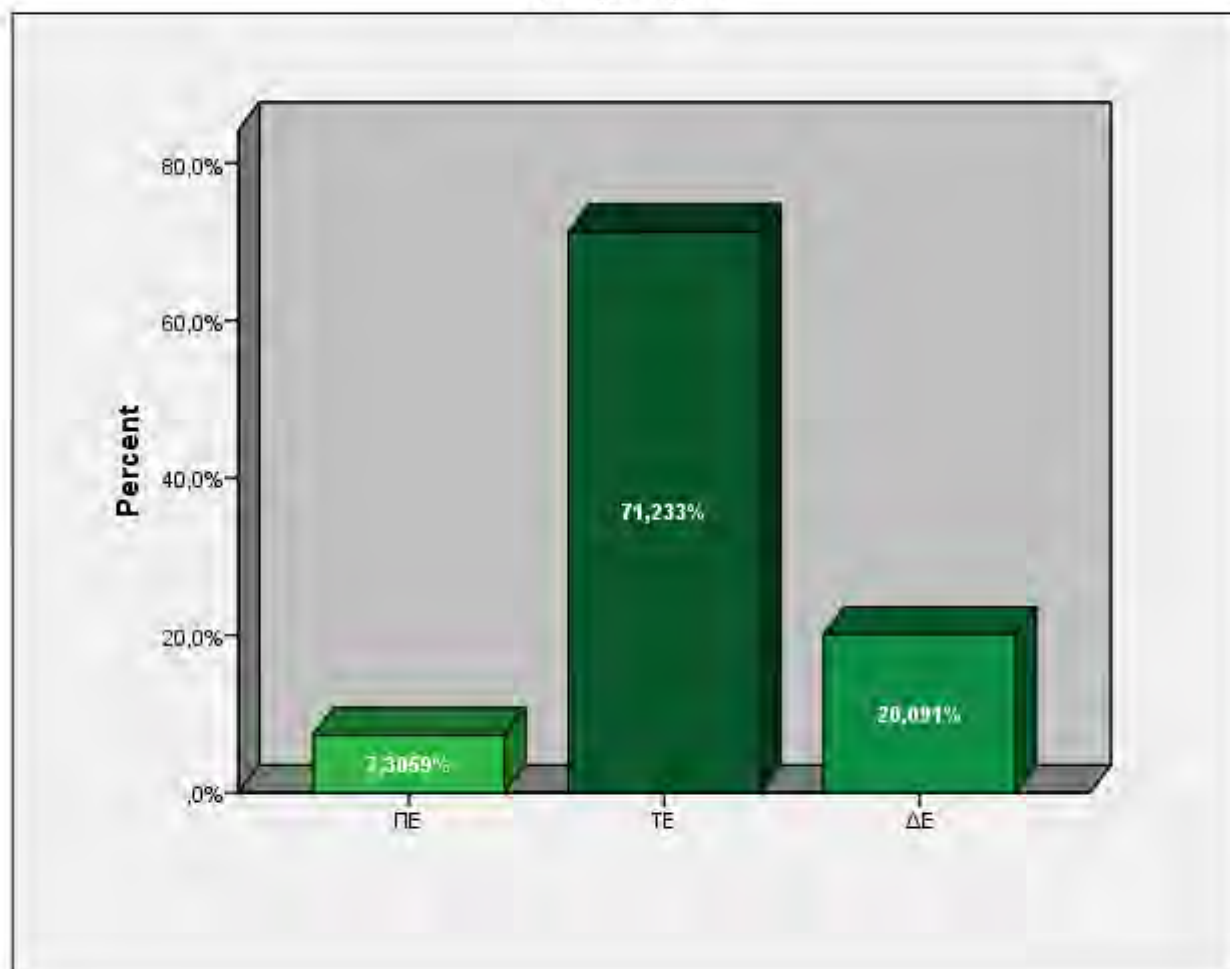
Έτος κτήσης βασικού πτυχίου



Τέλος, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7, το 71,23% των ερωτώμενων έχουν πτυχίο τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 20,09% έχουν πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 7,30% έχουν πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Διάγραμμα 7: Είδος πτυχίου

Είδος πτυχίου

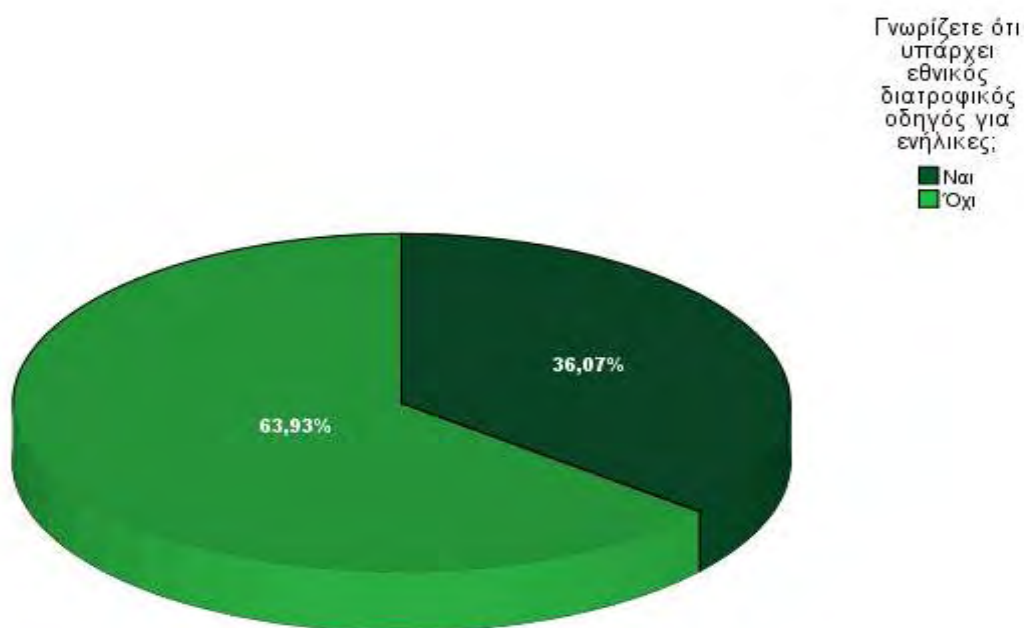


Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι κάποιοι από τους ερωτώμενους έχουν μεταπτυχιακά διπλώματος ειδίκευσης και έχουν αποκτήσει το μεταπτυχιακό τους δίπλωμα κατά την τελευταία δεκαετία κυρίως.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΑΠΟ ΥΓΙΗ ΑΤΟΜΑ

Αρχικά ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν σχετικά με το εάν γνωρίζουν ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες. Όπως φαίνεται λοιπόν στο διάγραμμα 8, το 63,93% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι δεν γνωρίζει ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες, ενώ το 36,07% γνωρίζει ότι υπάρχει εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες. Επιπλέον εκείνοι που απάντησαν ότι γνωρίζουν για την ύπαρξη διατροφικού οδηγού, υποστήριξαν ότι γνωρίζουν για αυτόν από το διαδίκτυο, από τα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών που έχουν παρακολουθήσει, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, από διατροφολόγους, από τις πρωτοβάθμιες υγείας, από περιοδικά υγείας και από συναδέλφους.

Διάγραμμα 8: Ενημέρωση για την ύπαρξη διατροφικού οδηγού



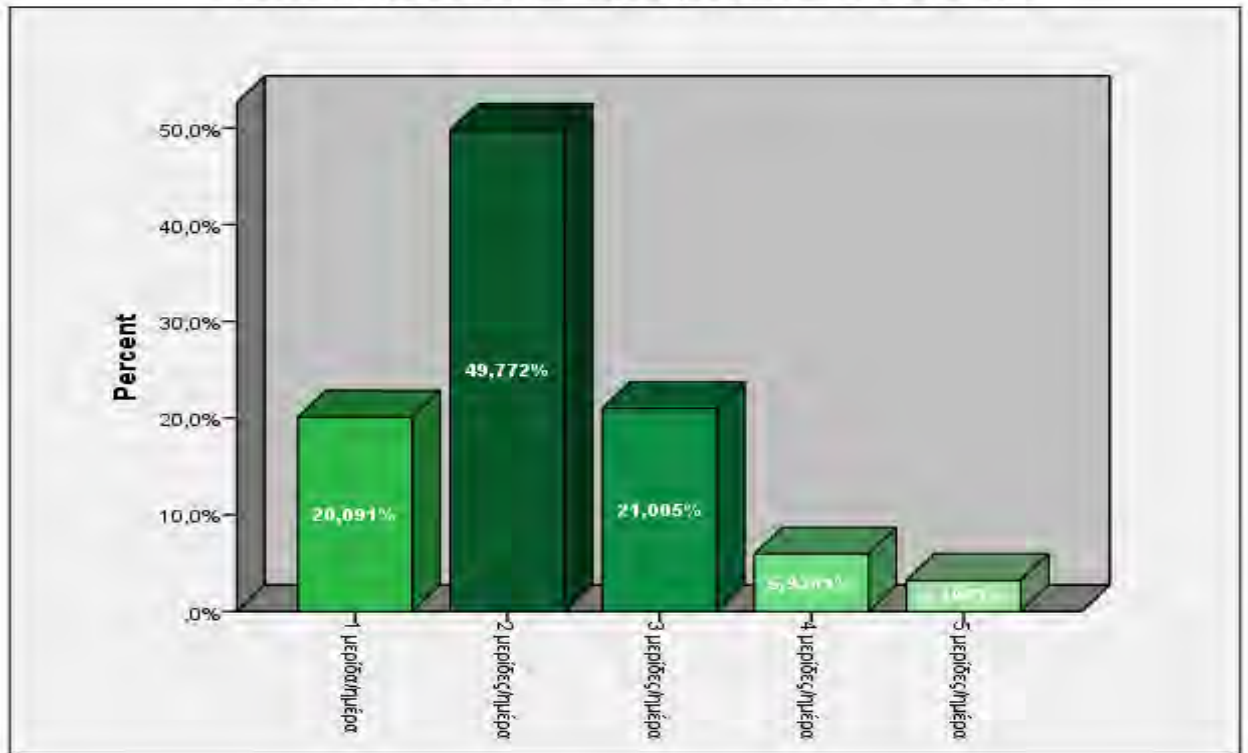
Στην συνέχεια ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν σχετικά με τις συστάσεις που παρέχουν για την κατανάλωση των διάφορων κατηγοριών τροφίμων από υγιή άτομα.

Η κατανάλωση λαχανικών όσον αφορά τον ΕΔΟ είναι 4 μερίδες την ημέρα. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 9, οι συστάσεις για κατανάλωση λαχανικών από υγιή άτομα είναι 2 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 49,77%, το 21,00% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση λαχανικών θα πρέπει να είναι 3 μερίδες την ημέρα, το 20,09% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται 1 μερίδα λαχανικών ανά ημέρα, το 5,93% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 4 μερίδες λαχανικών την ημέρα και το 3,19% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 5 μερίδες λαχανικών ανά ημέρα.

Στο διάγραμμα 10, έχουμε τις συστάσεις κατανάλωσης φρούτων όπου σύμφωνα με τον ΕΔΟ είναι 3 μερίδες ημερησίως και φαίνεται ότι μόνο το 10% απάντησε σωστά σύμφωνα με το συγκεκριμένο διάγραμμα. Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι οι συστάσεις για κατανάλωση φρούτων από υγιή άτομα είναι 2 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 48,58%, το 28,76% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση φρούτων θα πρέπει να είναι 3 μερίδες την ημέρα, το 10,04% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται 1 μερίδα φρούτων ανά ημέρα, το 6,84% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 4 μερίδες φρούτων την ημέρα και το 5,47% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 5 μερίδες φρούτων ανά ημέρα.

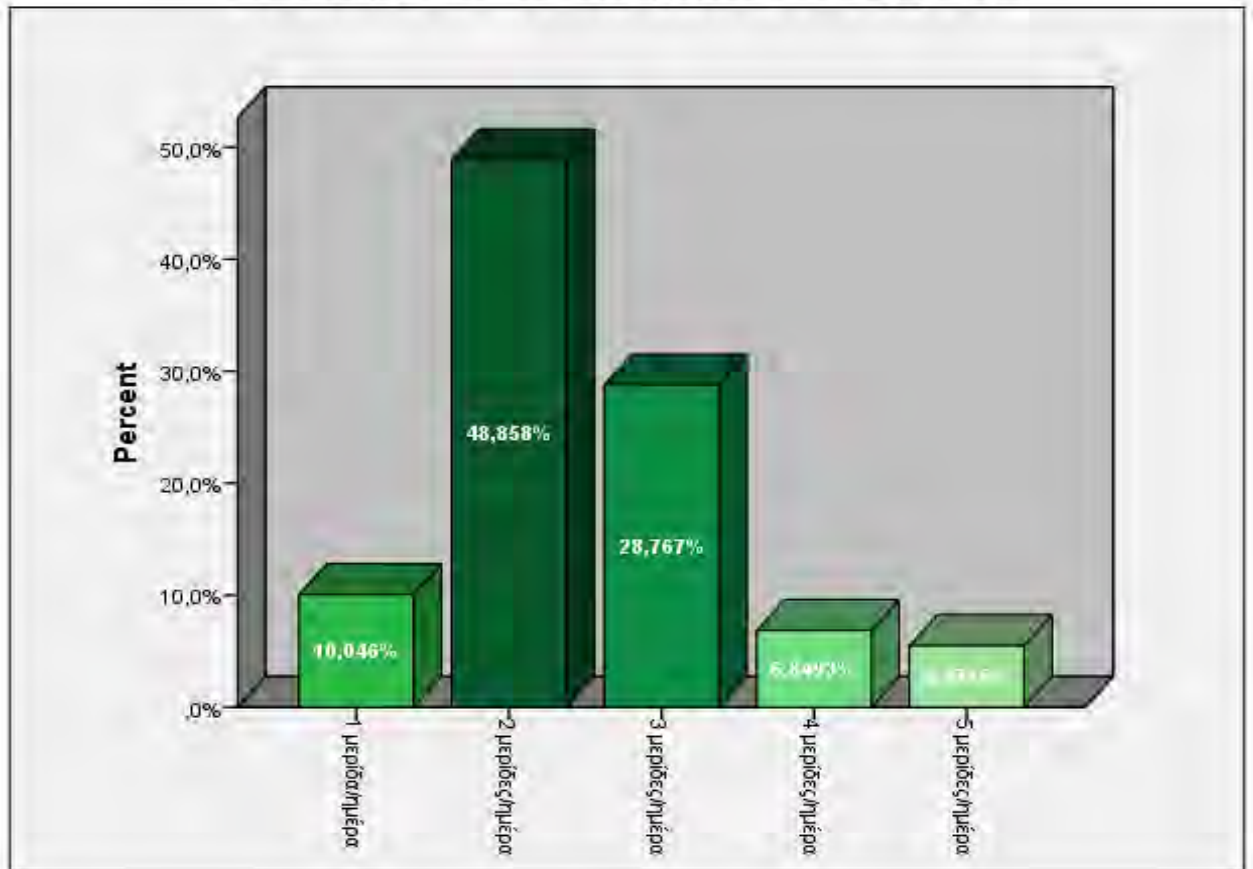
Διάγραμμα 9: Συστάσεις για κατανάλωση λαχανικών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση λαχανικών από υγιή άτομα



Διάγραμμα 10: Συστάσεις για κατανάλωση φρούτων από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση φρούτων από υγιή άτομα



Σύμφωνα με τον ΕΔΟ οι συστάσεις για κατανάλωση δημητριακών είναι 5 με 8 μερίδες ημερησίως. Στο διάγραμμα 11 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση δημητριακών από υγιή άτομα είναι 3 με 5 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 86,30%, το 10,50% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση δημητριακών θα πρέπει να είναι 5 με 8 μερίδες την ημέρα και το 2,73% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 8 με 11 μερίδες δημητριακών ανά ημέρα.

Επιπλέον, στο διάγραμμα 12 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση πατάτας από υγιή άτομα, οι οποίες είναι σύμφωνα με τον ΕΔΟ 3 μερίδες εβδομαδιαίως, και οι ερωτηθέντες απάντησαν 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 47,48%, το 27,85% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση πατάτας περίπου 1 μερίδα την εβδομάδα, το 21,46% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 3 μερίδες πατάτας ανά εβδομάδα, το 2,73% υποστηρίζει ότι θα

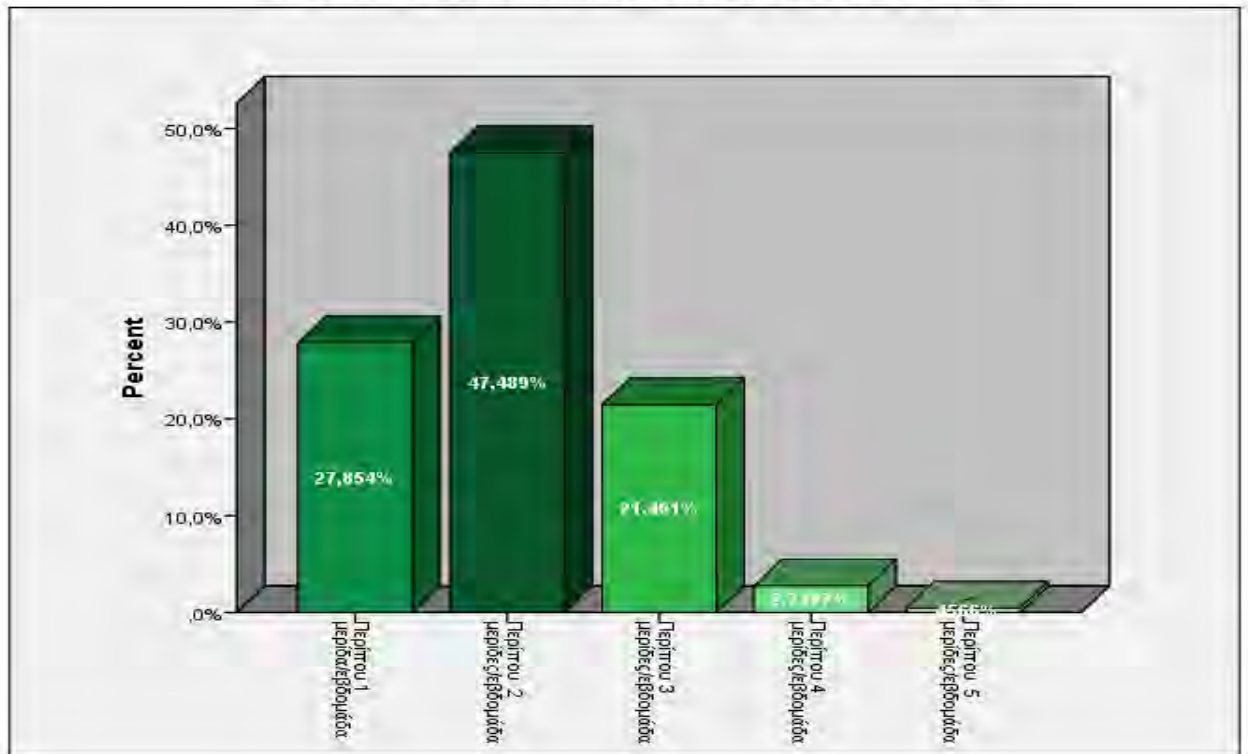
πρέπει να καταναλώνονται 4 μερίδες πατάτας την εβδομάδα και το 0,45% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 5 μερίδες πατάτας ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 11: Συστάσεις για κατανάλωση δημητριακών από υγιή άτομα



Διάγραμμα 12: Συστάσεις για κατανάλωση πατάτας από υγιή άτομα

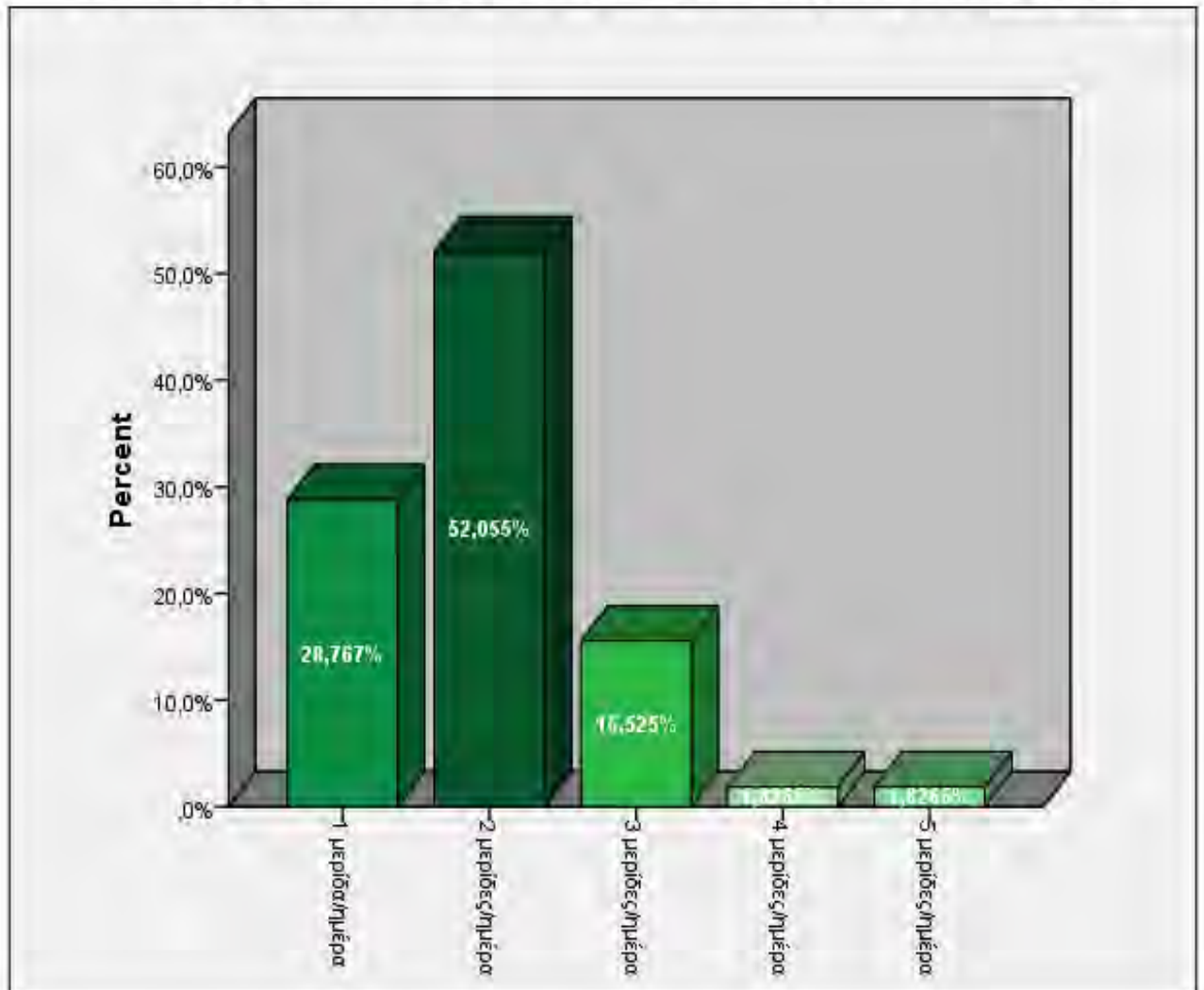
Συστάσεις για κατανάλωση πατάτας από υγιή άτομα



Οι συστάσεις για κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών από υγιή άτομα σύμφωνα με τον ΕΔΟ είναι 2 μερίδες. Στο διάγραμμα 13 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών από υγιή άτομα είναι 2 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 52,05%, το 28,76% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών θα πρέπει να είναι περίπου 1 μερίδα την ημέρα, το 15,52% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 3 μερίδες γαλακτοκομικών ανά ημέρα, το 1,82% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 4 μερίδες γαλακτοκομικών την ημέρα και το 1,82% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 5 μερίδες γαλακτοκομικών ανά ημέρα.

Διάγραμμα 13: Συστάσεις για κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών από υγιή άτομα



Οι συστάσεις για κατανάλωση κόκκινου κρέατος σύμφωνα με τον ΕΔΟ από υγιή άτομα είναι μέχρι 1 μερίδα εβδομαδιαίως. Στο διάγραμμα 14 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση κόκκινου κρέατος από υγιή άτομα είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 59,36%, το 31,05% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος θα πρέπει να είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 8,21% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 3 μερίδες κόκκινου κρέατος ανά εβδομάδα και το 0,91% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες κόκκινου κρέατος ανά εβδομάδα.

Οι συστάσεις για κατανάλωση λευκού κρέατος σύμφωνα με τον ΕΔΟ, από υγιή άτομα, είναι 1 με 2 μερίδες την εβδομάδα. Στο διάγραμμα 15 φαίνεται ότι οι

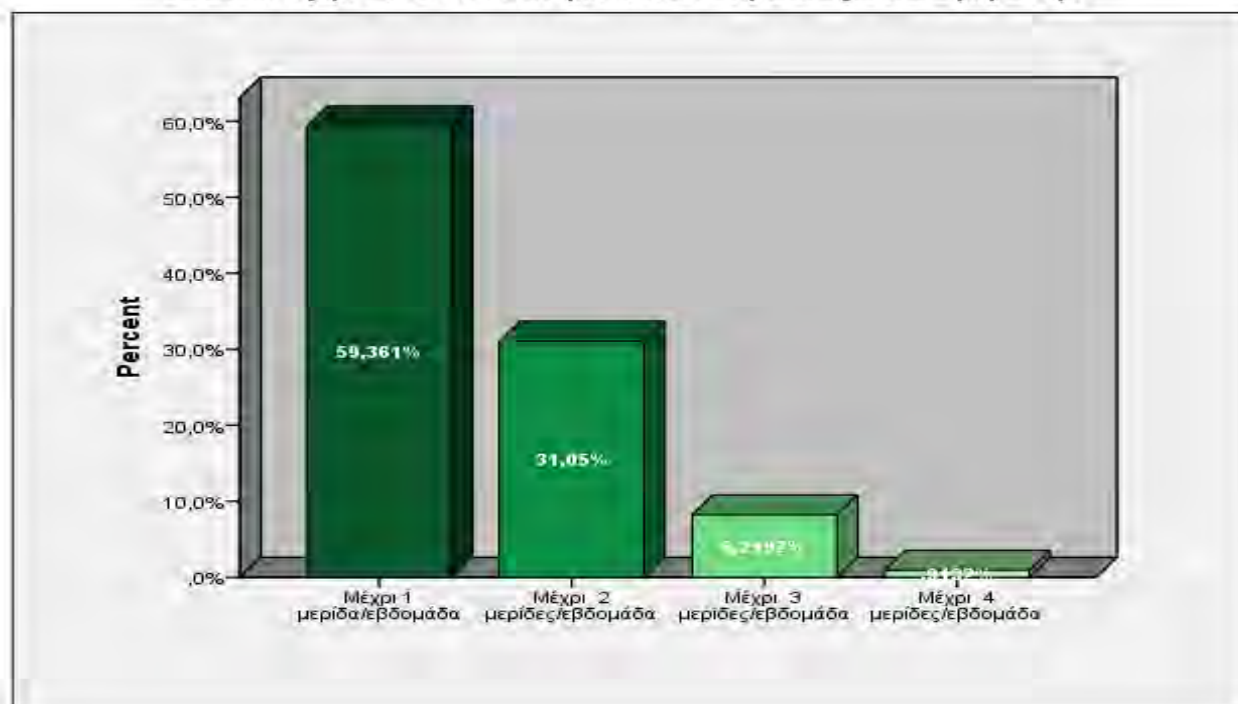
συστάσεις για κατανάλωση λευκού κρέατος από υγιή άτομα είναι 1 με 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 51,60%, το 28,31% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση λευκού κρέατος θα πρέπει να είναι περίπου 2 με 3 μερίδες την εβδομάδα, το 12,79% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 1 μερίδα λευκού κρέατος την εβδομάδα, το 6,39% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 3 με 4 μερίδες λευκού κρέατος την εβδομάδα και το 0,39% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 4 με 5 μερίδες λευκού κρέατος ανά εβδομάδα.

Οι συστάσεις για κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος από υγιή άτομα, με βάση τον ΕΔΟ είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα. Στο διάγραμμα 16 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος από υγιή άτομα είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 72,60%, το 19,63% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος θα πρέπει να είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 4,56% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 3 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος την εβδομάδα, το 2,28% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος την εβδομάδα και το 0,39% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 5 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος ανά εβδομάδα.

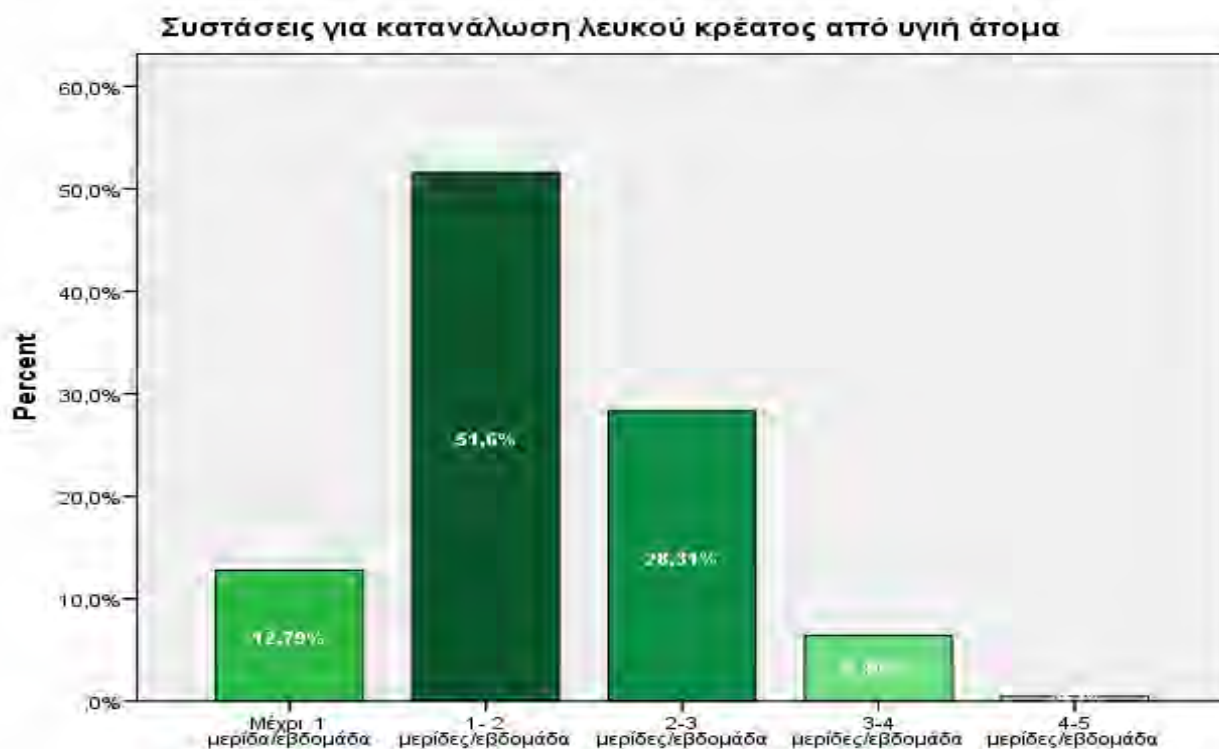
Οι συστάσεις για κατανάλωση αυγών από υγιή άτομα είναι σύμφωνα με τον ΕΔΟ μέχρι 4 μερίδες την εβδομάδα. Στο διάγραμμα 17 φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση αυγών από υγιή άτομα είναι μέχρι 3 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 39,26%, το 22,37% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση αυγών θα πρέπει να είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 17,35% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες αυγών την εβδομάδα, το 15,98% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 5 μερίδες αυγών την εβδομάδα και το 5,02% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 1 μερίδα αυγών ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 14:Συστάσεις για κατανάλωση κόκκινου κρέατος από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση κόκκινου κρέατος από υγιή άτομα



Διάγραμμα 15: Συστάσεις για κατανάλωση λευκού κρέατος από υγιή άτομα

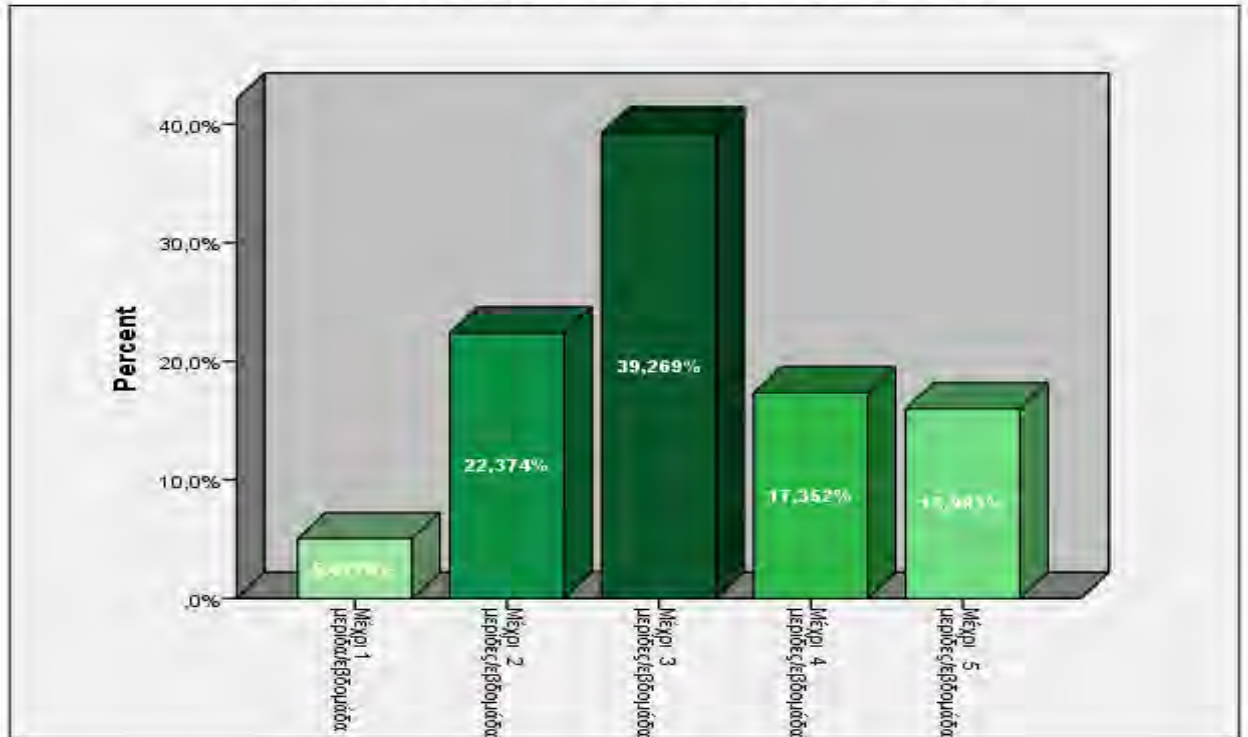


Διάγραμμα 16: Συστάσεις για κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος από υγιή άτομα



Διάγραμμα 17: Συστάσεις για κατανάλωση αυγών από υγιή άτομα

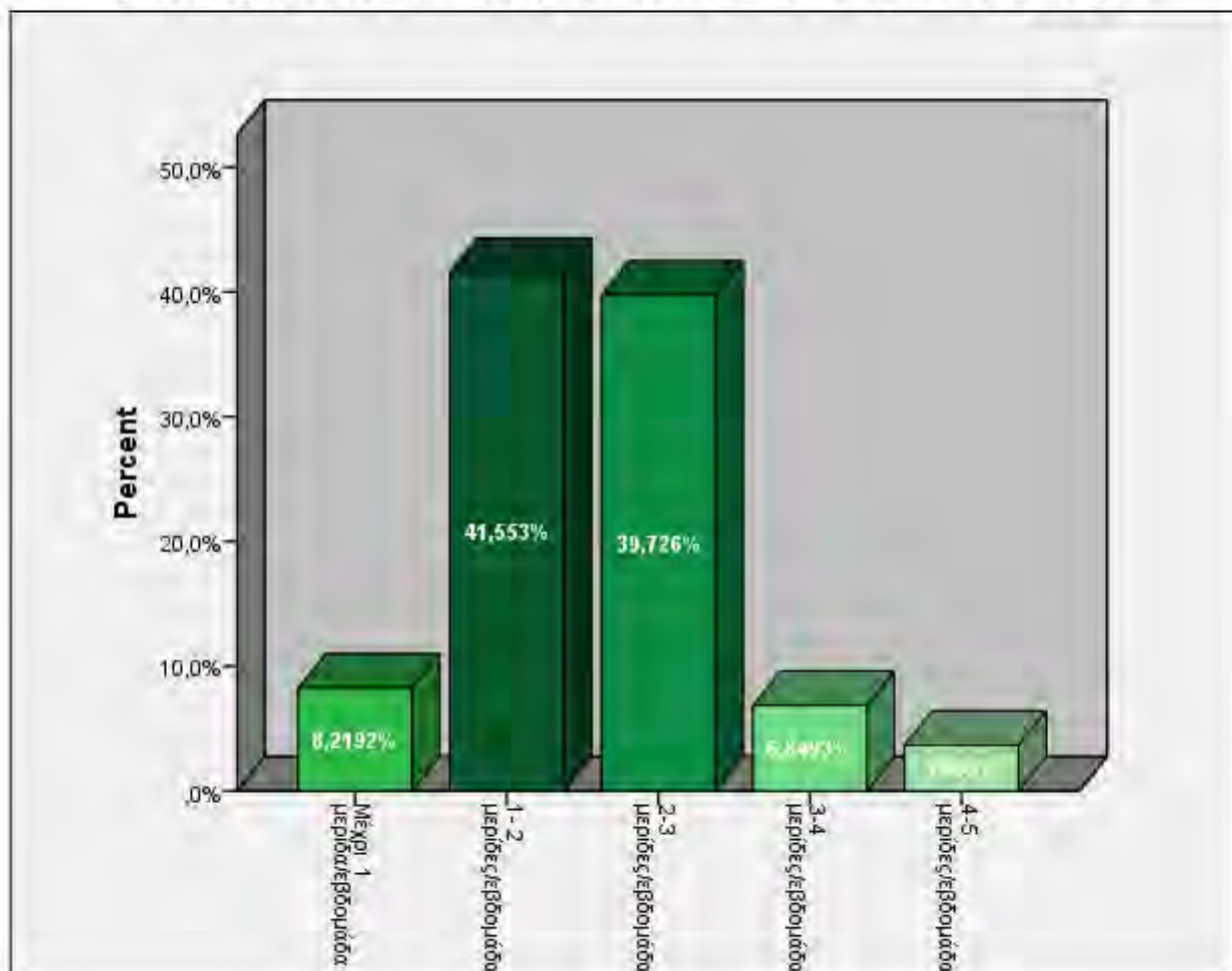
Συστάσεις για κατανάλωση ααγών από υγιή άτομα



Οι συστάσεις για κατανάλωση ψαριών και θαλασσιών, σύμφωνα με τον ΕΔΟ, από υγιή άτομα είναι 2 με 3 μερίδες εβδομαδιαίως. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 18, φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση ψαριών και θαλασσιών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι μέχρι 1 με 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 41,55%, το 39,72% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση ψαριών και θαλασσιών θα πρέπει να είναι μέχρι 2 με 3 μερίδες την εβδομάδα, το 8,21% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται μέχρι 1 μερίδα ψαριών και θαλασσιών την εβδομάδα, το 6,84% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται από 3 με 4 μερίδες ψαριών και θαλασσιών την εβδομάδα και το 3,65% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 4 με 5 μερίδες ψαριών και θαλασσιών ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 18: Συστάσεις για κατανάλωση ψαριών και θαλασσιών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών από υγιή άτομα



Οι συστάσεις για κατανάλωση οσπρίων, με βάση τον ΕΔΟ, από υγιή άτομα είναι τουλάχιστον 3 μερίδες εβδομαδιαίως. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 19, φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση οσπρίων από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 58,44%, το 21,46% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση οσπρίων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 μερίδες την εβδομάδα, το 15,98% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται τουλάχιστον 1 μερίδα οσπρίων την εβδομάδα, το 3,65% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται τουλάχιστον 4 μερίδες οσπρίων την εβδομάδα και το 0,45% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται τουλάχιστον 5 μερίδες οσπρίων ανά εβδομάδα.

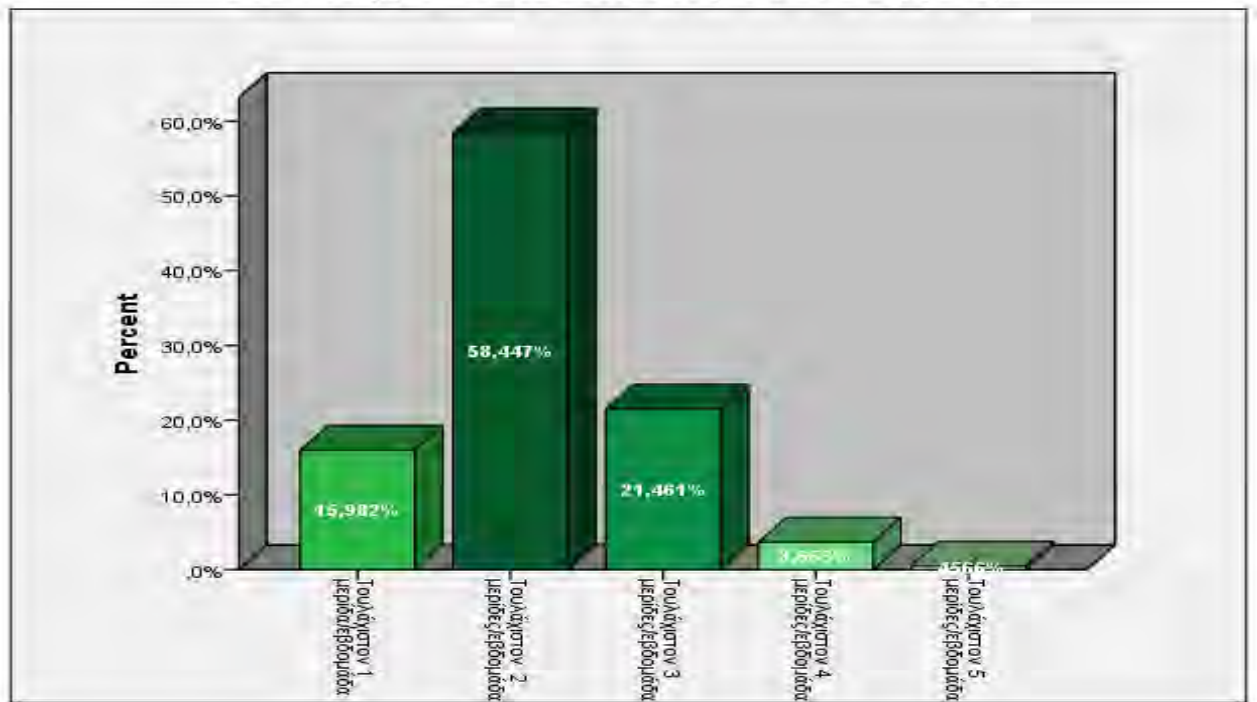
Οι συστάσεις για κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών από υγιή άτομα είναι σύμφωνα με τον ΕΔΟ 4 με 5 μερίδες ημερησίως. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 20, φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι 3 με 4 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 82,65%, το 12,79% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση ο προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι 4 με 5 μερίδες την ημέρα, το 2,28% υποστηρίζει ότι η κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι 5 με 6 μερίδες την ημέρα, το 1,32% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 6 με 7 μερίδες προστιθέμενων λιπών την ημέρα και το 0,45% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 7 με 8 μερίδες προστιθέμενων λιπών, ελαίων και ξηρών καρπών ανά ημέρα.

Οι συστάσεις για κατανάλωση υγρών από υγιή άτομα σύμφωνα με τον ΕΔΟ είναι 8 με 10 ποτήρια την ημέρα. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 21, φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση υγρών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι 8 με 10 ποτήρια την ημέρα σε ποσοστό 46,11%, το 29,68% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση υγρών θα πρέπει να είναι 10 με 12 ποτήρια την ημέρα, το 13,24% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται 12 με 14 ποτήρια την ημέρα και το 10,95% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται τουλάχιστον 6 με 8 ποτήρια την ημέρα.

Οι συστάσεις για κατανάλωση οινοπνευματωδών από υγιή άτομα είναι σύμφωνα με τον ΕΔΟ προαιρετικά έως 2 ποτά ημερησίως. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 22, φαίνεται ότι οι συστάσεις για κατανάλωση οινοπνευματωδών από υγιή άτομα θα πρέπει να είναι προαιρετικά έως 1 ποτό την ημέρα για άντρες και γυναίκες με ποσοστό 72,14%, το 9,58% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών θα πρέπει να είναι 1 ποτό κάθε μέρα για άντρες και γυναίκες, το 9,58% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται προαιρετικά 2 για άντρες και 1 ποτήρι για γυναίκες, το 3,65% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται κάθε μέρα 2 ποτά για άντρες και γυναίκες και το 3,19% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνονται προαιρετικά έως 2 ποτά για τους άντρες και 1 για τις γυναίκες κάθε μέρα.

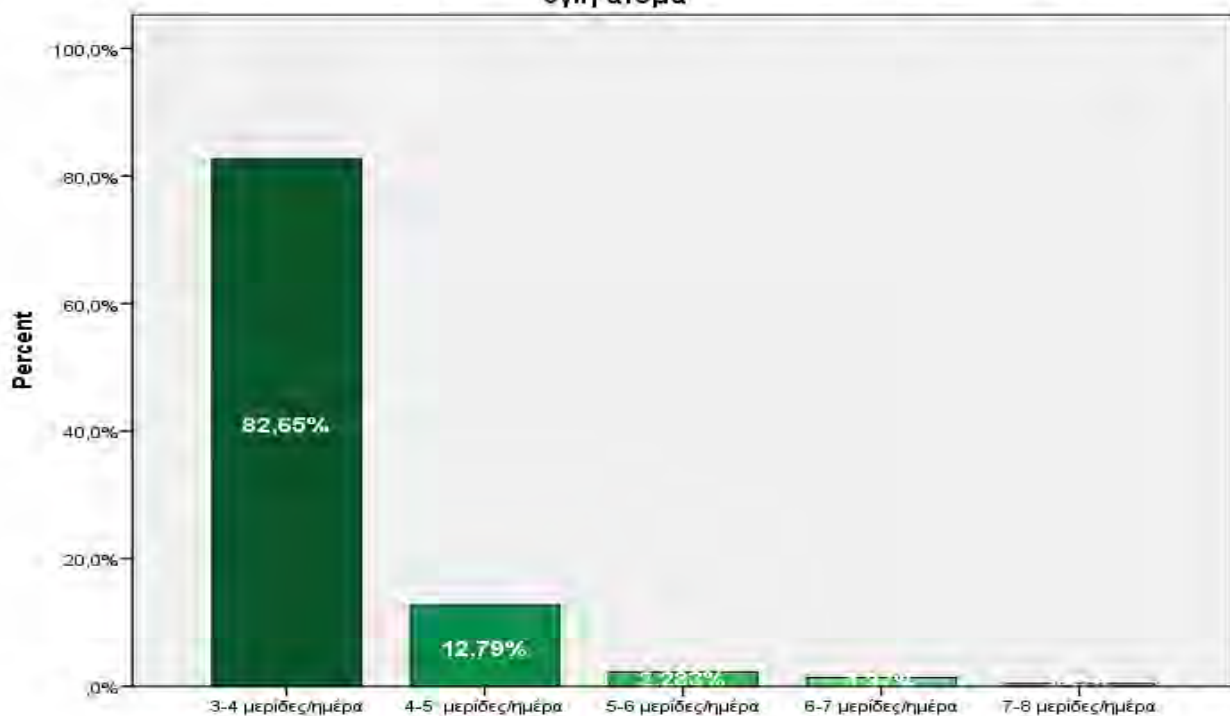
Διάγραμμα 19: Συστάσεις για κατανάλωση οσπρίων από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση οσπρίων από υγιή άτομα



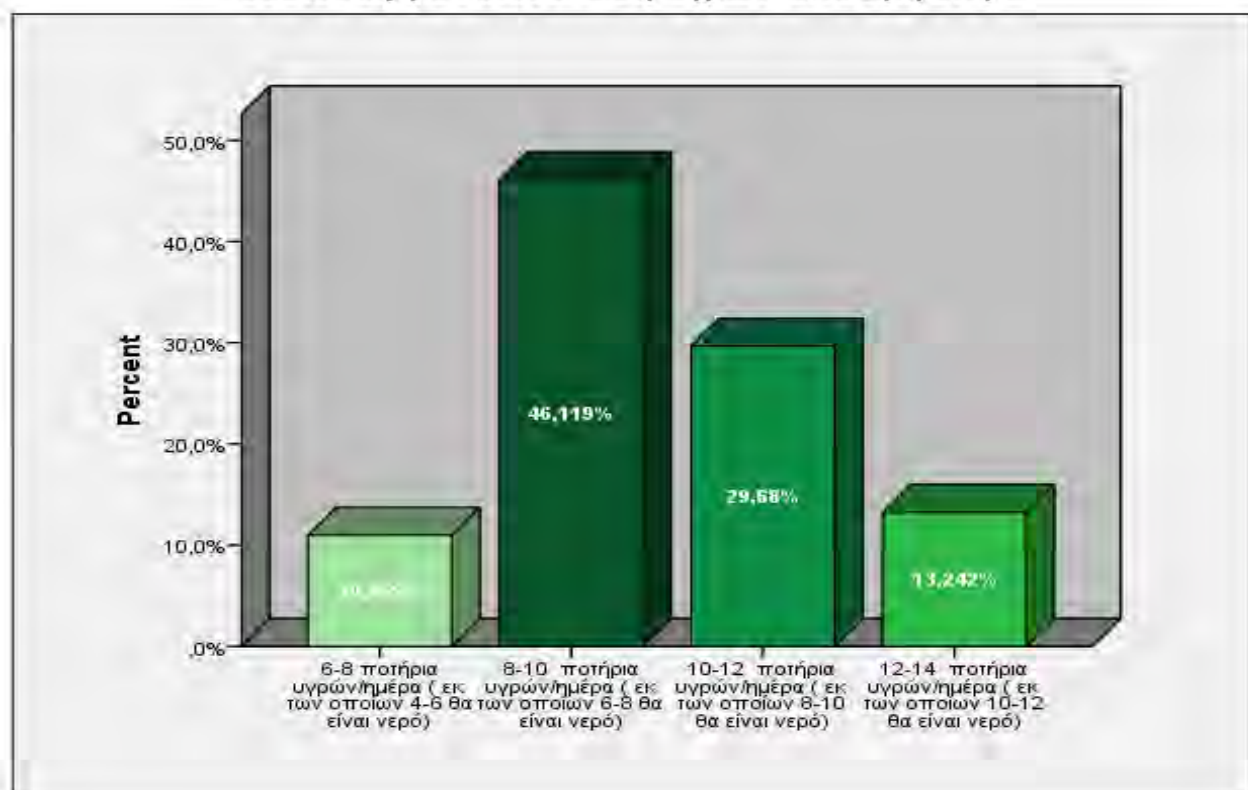
Διάγραμμα 20: Συστάσεις για κατανάλωση προστιθέμενων ελαίων, ελιών και ξηρών καρπών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ελιών, ξηρών καρπών από υγιή άτομα

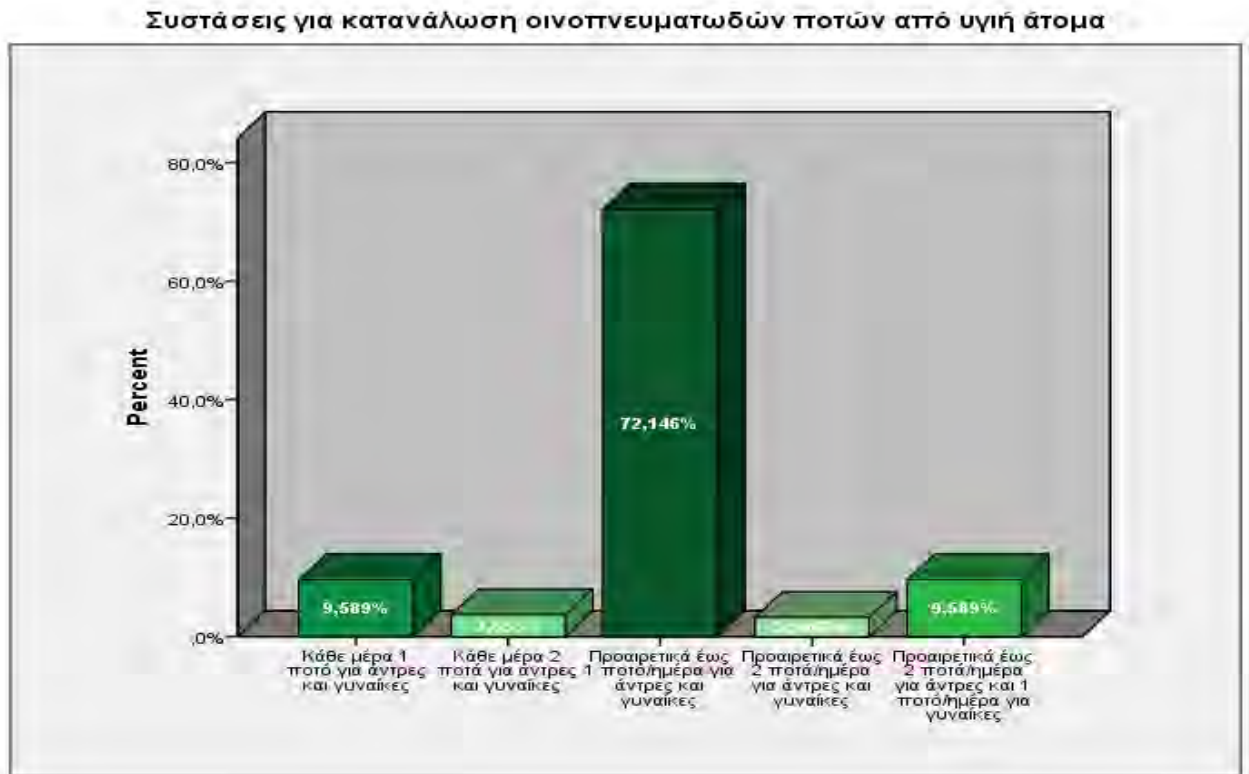


Διάγραμμα 21: Συστάσεις για κατανάλωση υγρών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση υγρών από υγιή άτομα

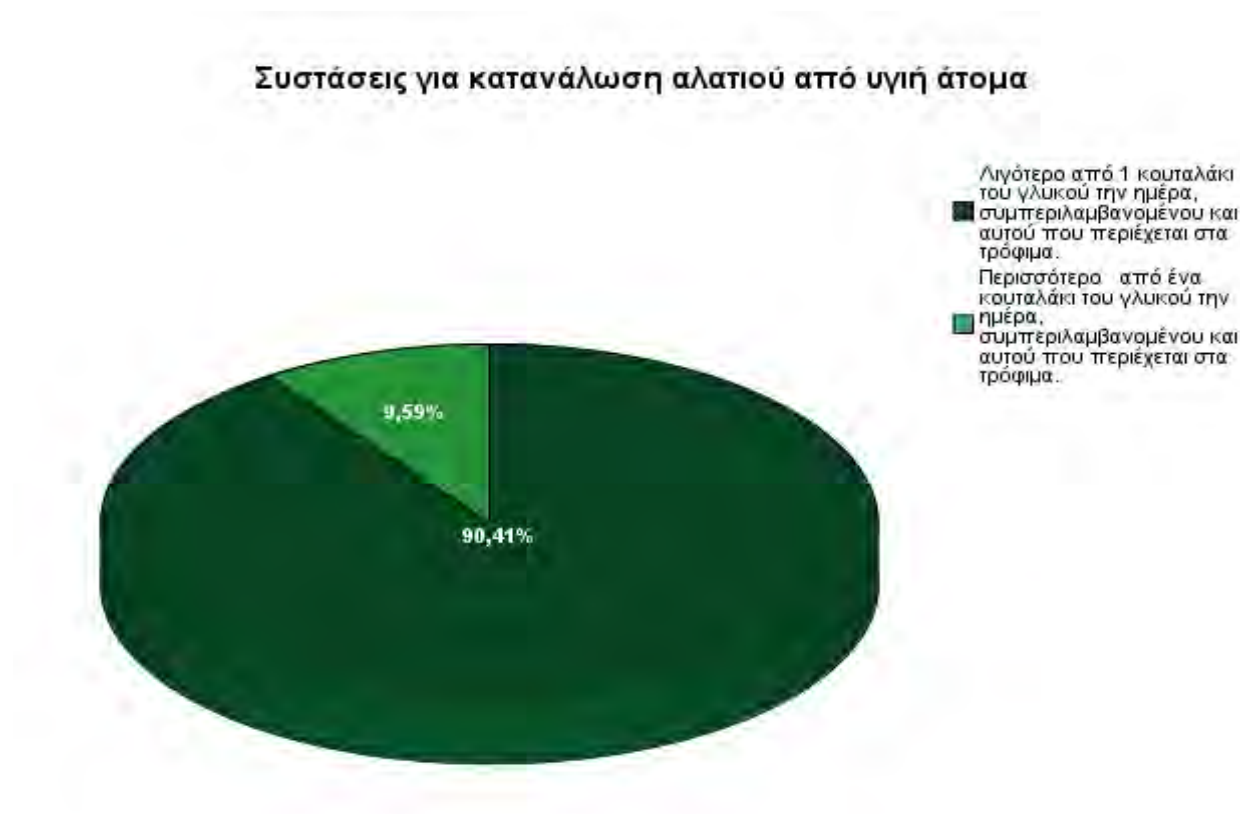


Διάγραμμα 22: Συστάσεις για κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από υγιή άτομα



Οι συστάσεις σύμφωνα με τον ΕΔΟ για κατανάλωση αλατιού από υγιή άτομα είναι λιγότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού ημερησίως. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 23, το 90,41% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται λιγότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα, ενώ το 9,59% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται περισσότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.

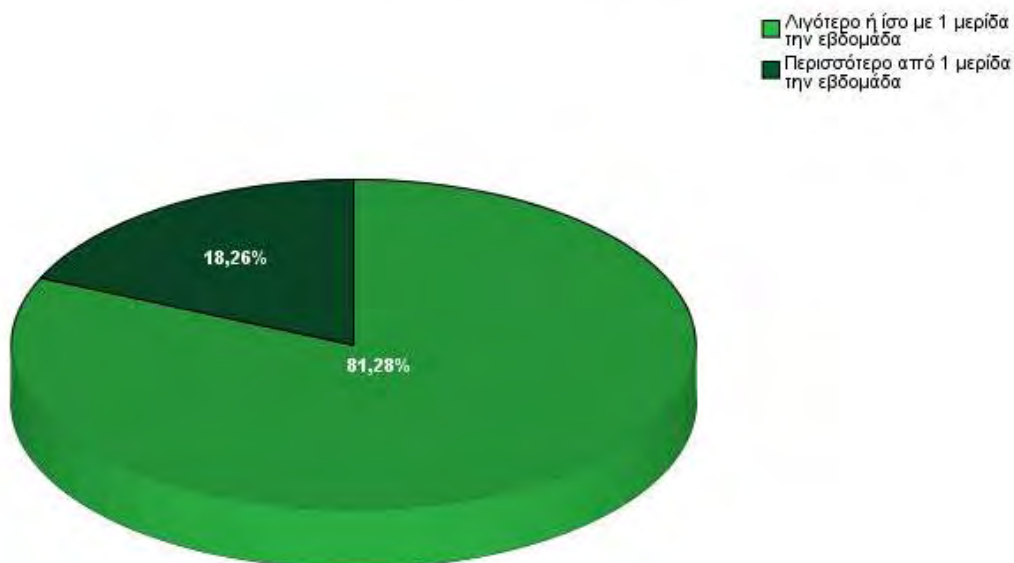
Διάγραμμα 23: Συστάσεις για κατανάλωση αλατιού από υγιή άτομα



Επίσης, οι συστάσεις για κατανάλωση γλυκών σύμφωνα με τον ΕΔΟ από υγιή άτομα είναι λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα την εβδομάδα. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 24, το 81,28% των ερωτώμενων υποστήριξε ότι θα πρέπει να καταναλώνεται λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα γλυκών την εβδομάδα και το 18,26% των ερωτώμενων υποστήριξε ότι θα πρέπει να καταναλώνεται περισσότερο από 1 μερίδα την εβδομάδα.

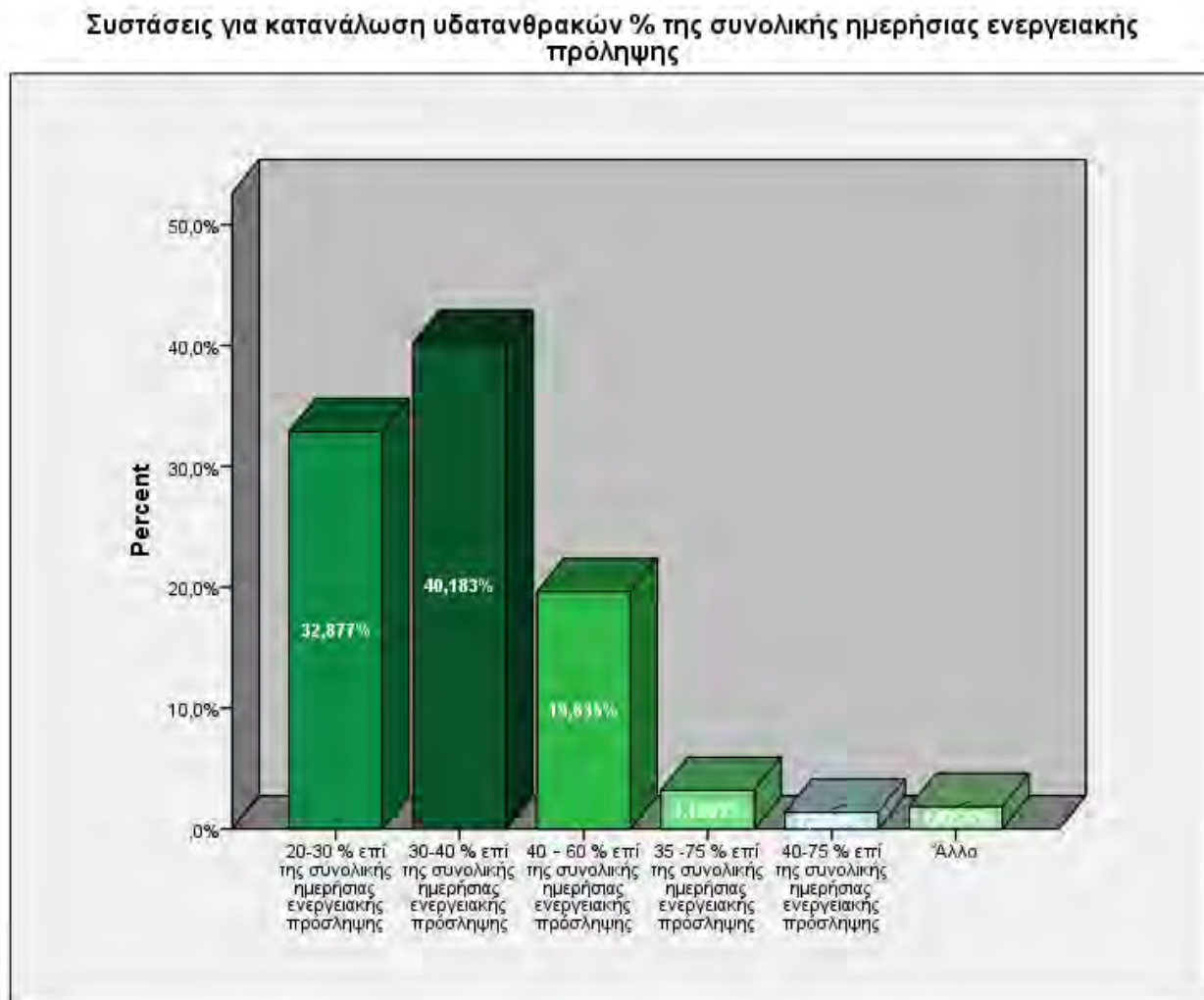
Διάγραμμα 24: Συστάσεις για κατανάλωση γλυκών από υγιή άτομα

Συστάσεις για κατανάλωση γλυκών από υγιή άτομα



Οι συστάσεις για κατανάλωση υδατανθράκων, σύμφωνα με τον ΕΔΟ, από υγιή άτομα είναι 40-75% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 25, οι συστάσεις για την κατανάλωση υδατανθράκων σε ποσοστό της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης είναι σε ποσοστό 40,18% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 30-40% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 32,87% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 20-30% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 19,63% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 40-60% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 3,19% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 35-75% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 1,36% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 40-75% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και το 1,82% απάντησε άλλο.

Διάγραμμα 25: Συστάσεις για κατανάλωση υδατανθράκων % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

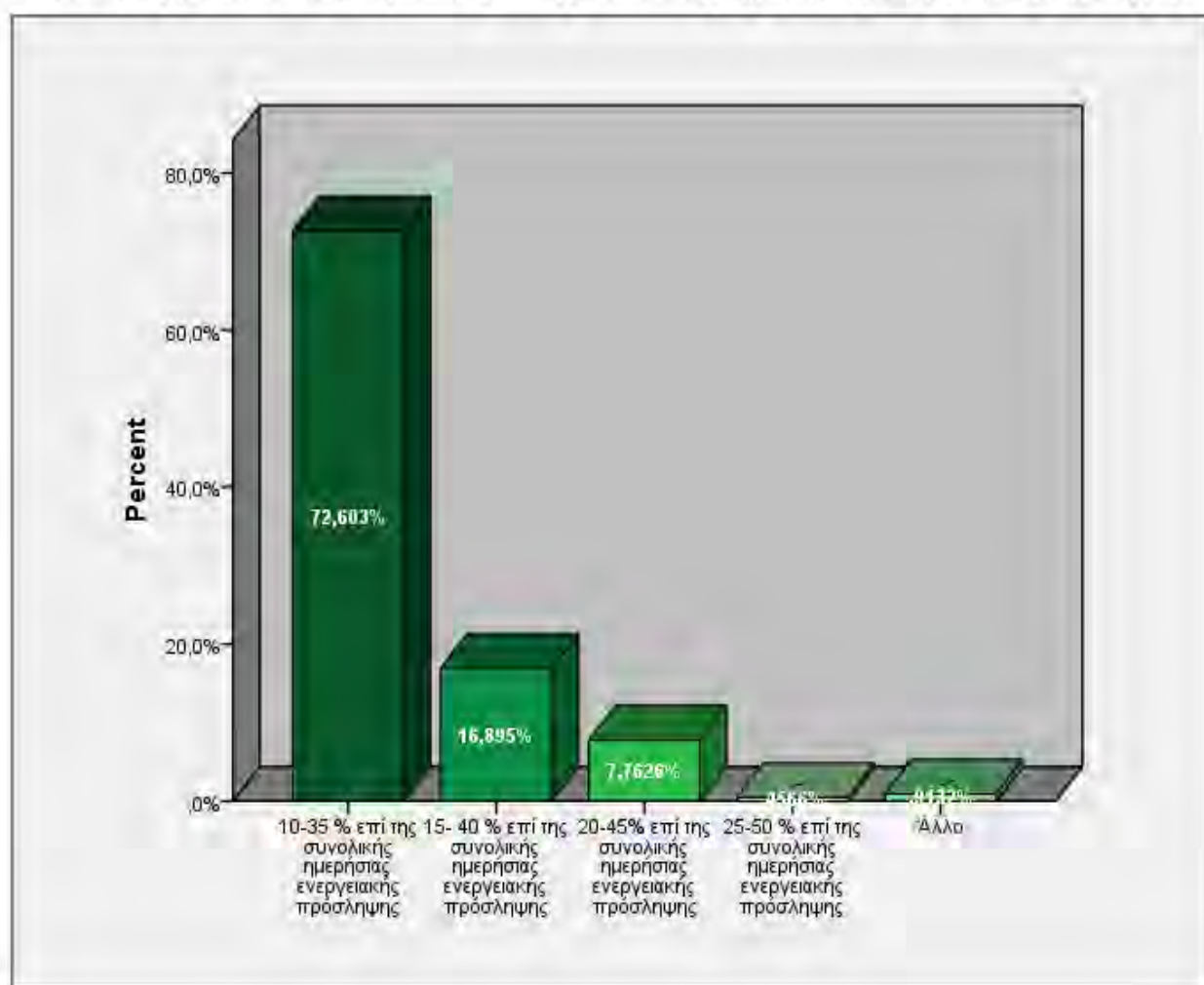


Οι συστάσεις για την κατανάλωση λίπους, σύμφωνα με τον ΕΔΟ, θα πρέπει να είναι το 15-40% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 26, οι συστάσεις για την κατανάλωση λίπους σε ποσοστό της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης είναι σε ποσοστό 72,60% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 10-35% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 16,89% ότι τα λίπη θα πρέπει να αποτελούν το 15-40% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 7,76% ότι τα λίπη θα πρέπει να αποτελούν το 20-45% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής

πρόσληψης, σε ποσοστό 0,45% ότι τα λίπη θα πρέπει να αποτελούν το 25-50% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και το 0,91% απάντησε άλλο.

Διάγραμμα 26: Συστάσεις για κατανάλωση λίπους % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης

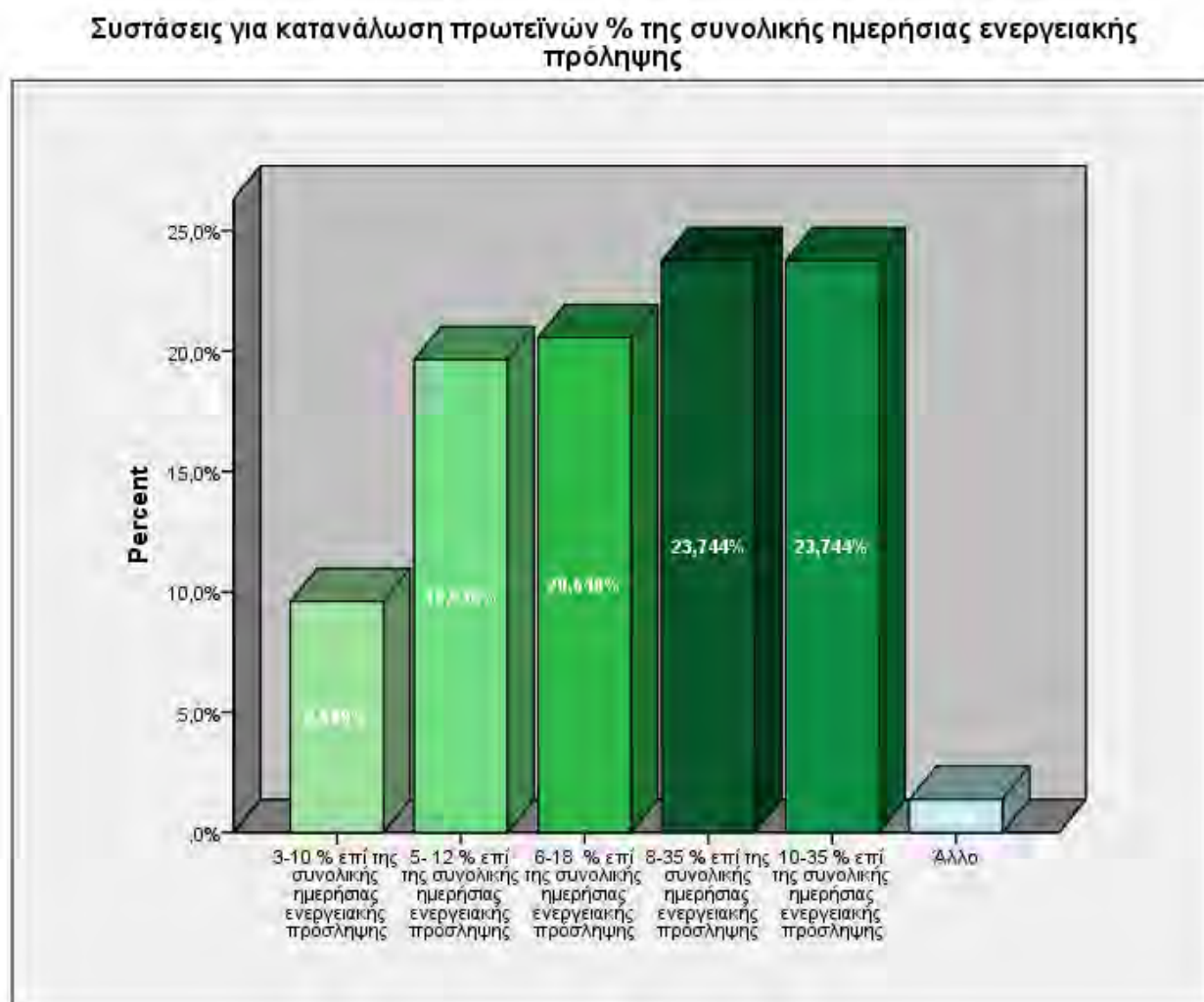
Συστάσεις για κατανάλωση λίπους % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης



Οι συστάσεις για την κατανάλωση πρωτεϊνών, σύμφωνα με τον ΕΔΟ, θα πρέπει να αποτελούν το 8-35% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 27, οι συστάσεις για την κατανάλωση πρωτεϊνών σε ποσοστό της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης είναι σε ποσοστό 23,74%

ότι οι πρωτεΐνες θα πρέπει να αποτελούν το 10-35% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 23,74% ότι οι πρωτεΐνες θα πρέπει να αποτελούν το 8-35% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 20,54% ότι οι πρωτεΐνες θα πρέπει να αποτελούν το 6-18% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 19,63% ότι οι πρωτεΐνες θα πρέπει να αποτελούν το 5-12% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, σε ποσοστό 9,58% ότι οι υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν το 3-10% της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και το 1,36% απάντησε άλλο.

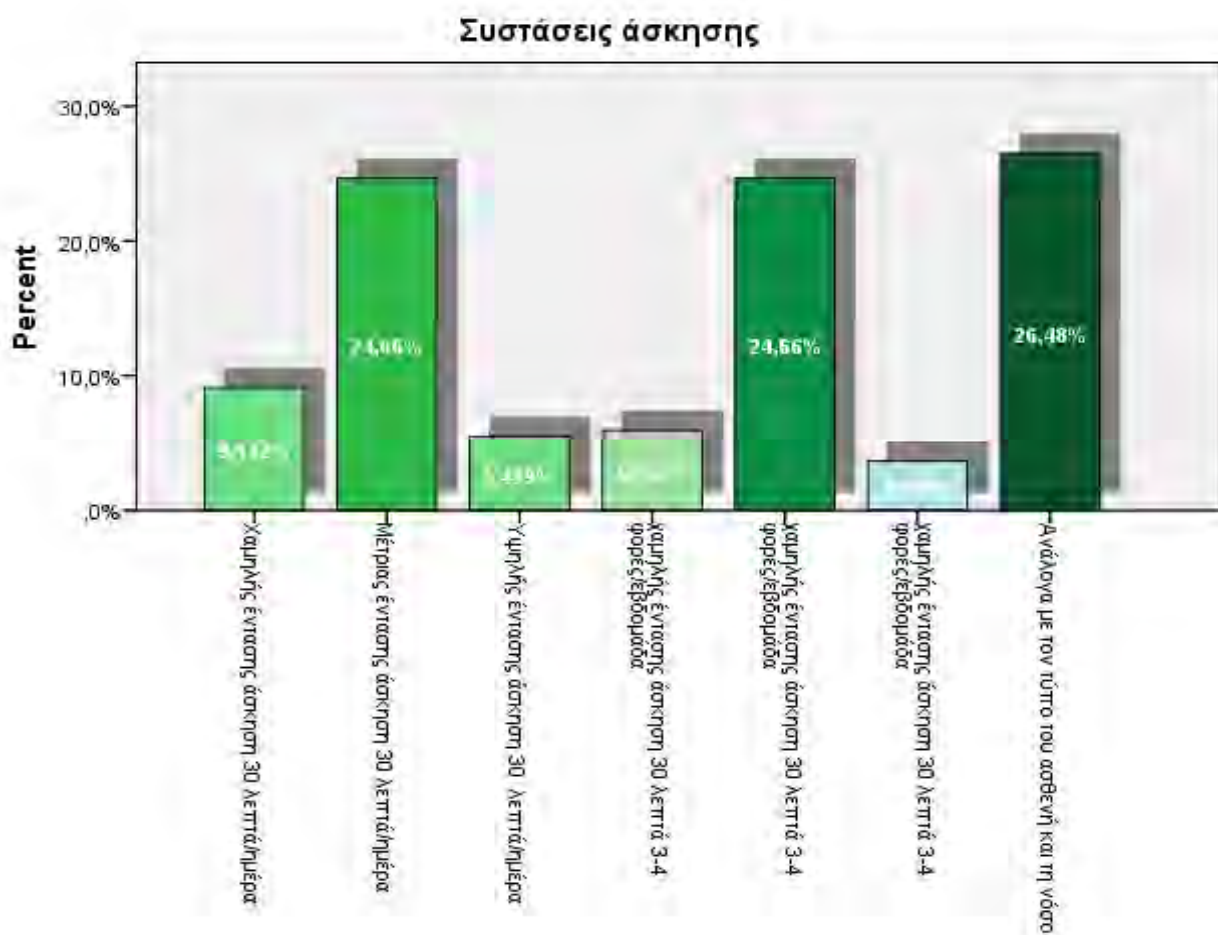
Διάγραμμα 27: Συστάσεις για κατανάλωση πρωτεϊνών % της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης



Επιπροσθέτως, οι συστάσεις για άσκηση με βάση τον ΕΔΟ είναι ανάλογα με τον τύπο και τη νόσο του ατόμου. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 28, το 26,48% των

ερωτώμενων υποστηρίζει ότι οι συστάσεις τους για άσκηση διαμορφώνονται ανάλογα με τον τύπο και την νόσο του ασθενή, το 24,66% συστήνει μέτριας έντασης άσκηση 30 λεπτά για 3 με 4 φορές την εβδομάδα, το 24,66% συστήνει μέτριας έντασης άσκηση 30 λεπτά την ημέρα, το 9,13% συστήνει χαμηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά την ημέρα, το 5,93% συστήνει υψηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά 3 με 4 φορές την εβδομάδα, το 5,47% συστήνει υψηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά την ημέρα και το 3,65% συστήνει υψηλής έντασης άσκηση 30 λεπτά για 3 με 4 φορές την εβδομάδα.

Διάγραμμα 28: Συστάσεις άσκησης



Σύμφωνα με τον ΕΔΟ το κολύμπι είναι αερόβια και μέτριας έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 29, το 30,27% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι το

κολύμπι είναι μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 22,47% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 18,80% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 5,04% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 1,37% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης και το 0,91% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης.

Σύμφωνα με τον ΕΔΟ το τρέξιμο είναι αερόβια και μέτριας έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 30, το 43,11% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι το τρέξιμο είναι μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 19,72% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 13,76% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 1,37% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης και το 0,45% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης.

Διάγραμμα 29: Κολύμπι ως μορφή άσκησης



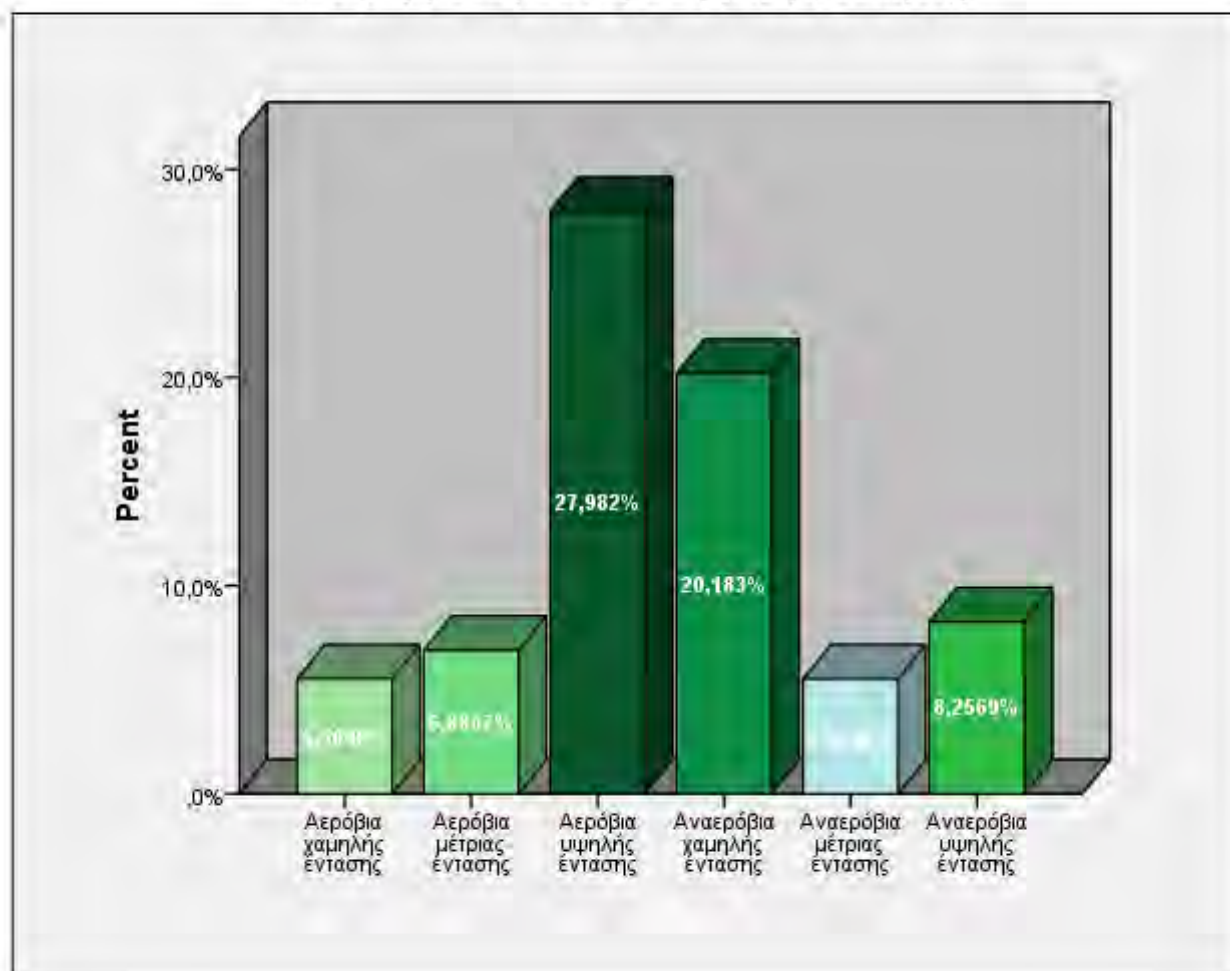
Διάγραμμα 30: Τρέξιμο ως μορφή άσκησης



Σύμφωνα με τον ΕΔΟ το pushups είναι αναερόβια και υψηλής έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 31, το 27,98% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι τα push ups είναι μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 20,18% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 8,25% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 6,88% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 5,50% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης και το 5,50% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης.

Διάγραμμα 31: Push-ups ως μορφή άσκησης

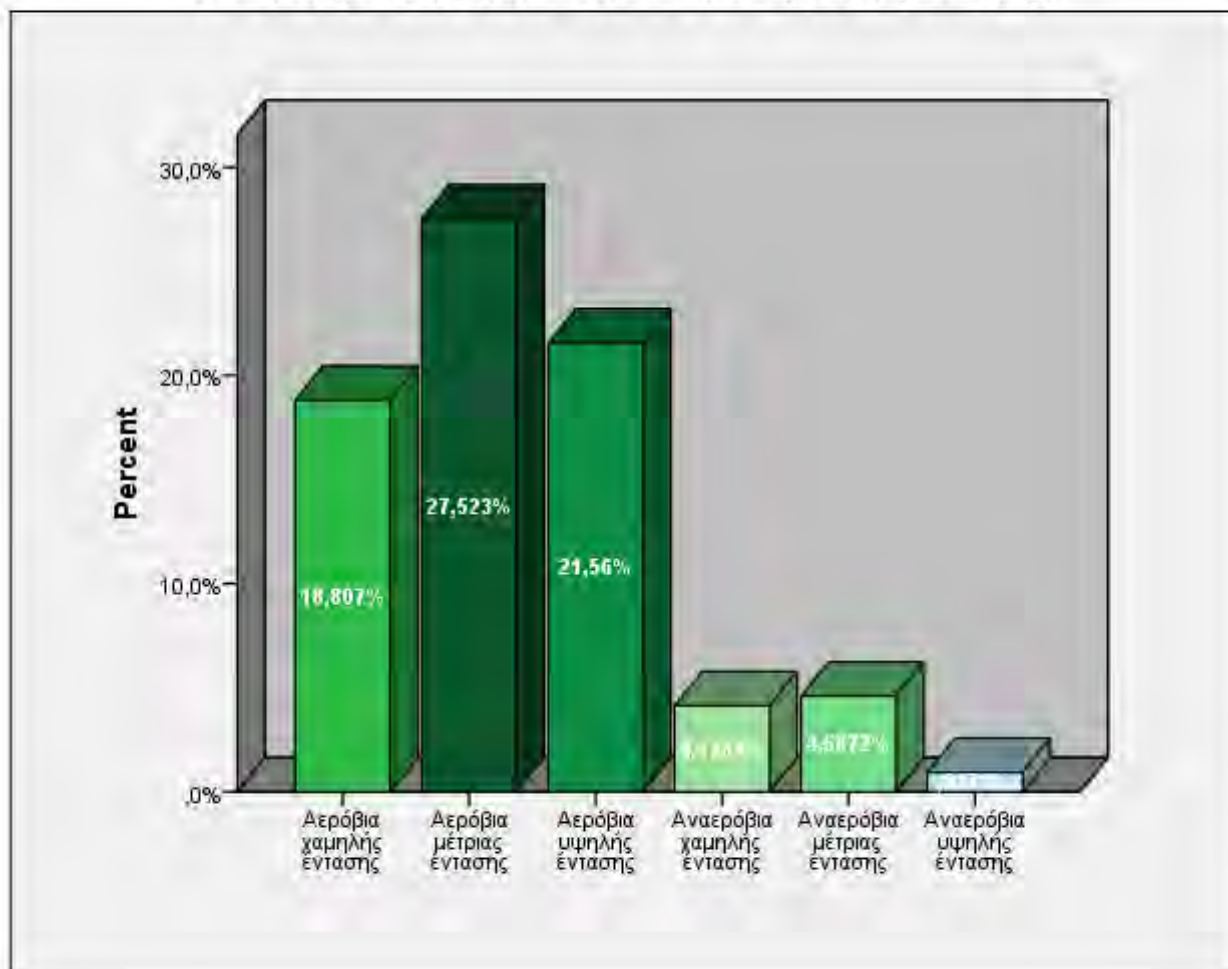
Απόψεις για τα push-ups ως μορφή άσκησης



Σύμφωνα με τον ΕΔΟ το γρήγορο περπάτημα είναι αερόβια και μέτριας έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 32, το 27,52% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι το γρήγορο περπάτημα είναι μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 21,56% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 18,80% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 4,58% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 4,12% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης και το 0,91% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης.

Διάγραμμα 32: Γρήγορο περπάτημα ως μορφή άσκησης

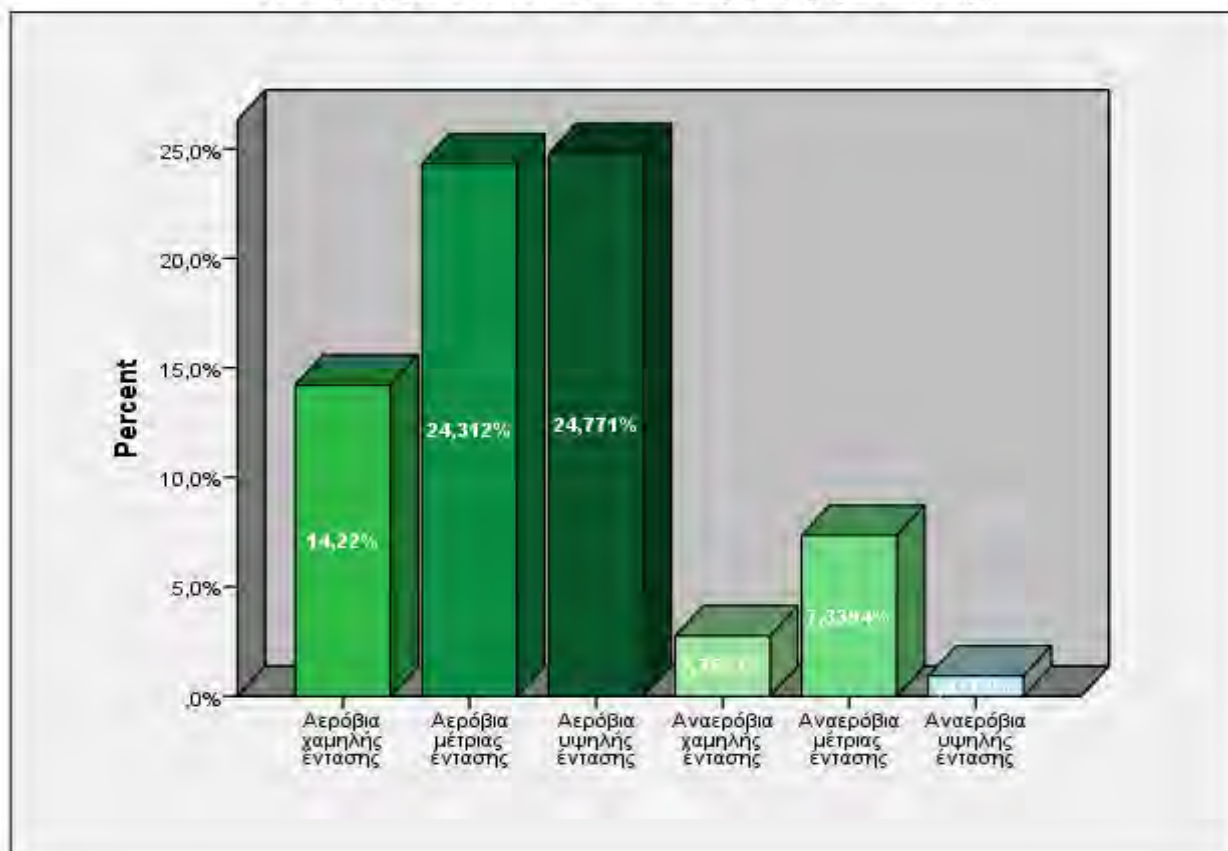
Απόψεις για το γρήγορο περπάτημα ως μορφή άσκησης



Σύμφωνα με τον ΕΔΟ η ποδηλασία είναι αερόβια και μέτριας έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 33, το 24,77% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η ποδηλασία είναι μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 24,31% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 14,22% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 7,33% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 2,75% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης και το 0,91% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης.

Διάγραμμα 33: Ποδηλασία ως μορφή άσκησης

Απόψεις για την ποδηλασία ως μορφή άσκησης

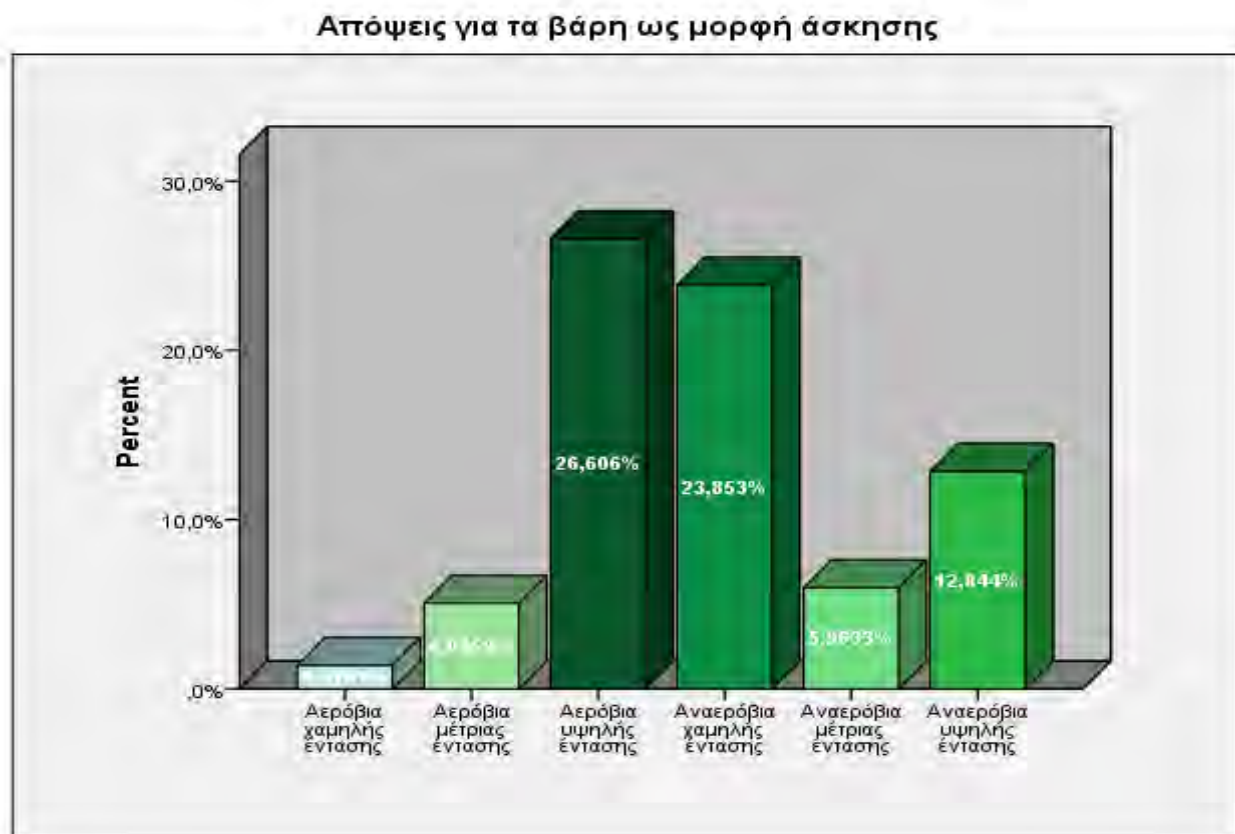


Σύμφωνα με τον ΕΔΟ τα βάρη είναι αναερόβια και υψηλής έντασης άσκηση. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 34, το 26,60% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι τα βάρη είναι μια αερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 23,85% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης, το 12,84% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης υψηλής έντασης, το 5,96% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αναερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης, το 5,04% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης μέτριας έντασης και το 1,37% υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια αερόβια μορφή άσκησης χαμηλής έντασης.

Επιπλέον, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 35, το 66,21% υποστηρίζει ότι δεν δίνει διατροφικές οδηγίες στους ασθενείς του, ενώ το 33,79% υποστηρίζει ότι δίνει διατροφικές οδηγίες στους ασθενείς. Οι πηγές ενημέρωσης τους για τις πληροφορίες είναι το διαδίκτυο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την εκπαίδευση τους, την εμπειρία τους, από το πρωτόκολλο, από διατροφολόγους, από συνεργασία με γιατρούς, από τα

ενημερωτικά έντυπα, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και από τις κατευθυντήριες οδηγίες.

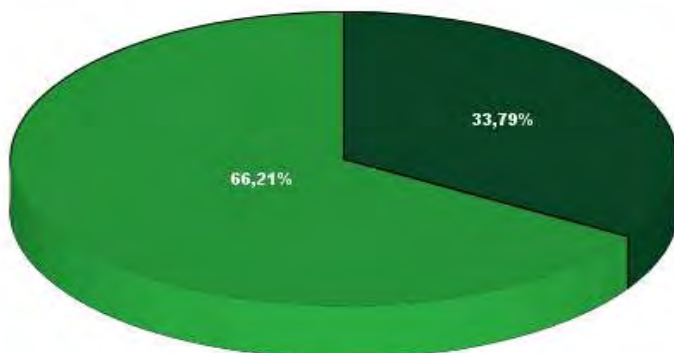
Διάγραμμα 34: Βάρη ως μορφή άσκησης



Διάγραμμα 35: Δίνετε διατροφικές οδηγίες στους ασθενείς σας;

Δίνετε διατροφικές οδηγίες στους ασθενείς σας;

■ Ναι
■ Όχι



ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Στην παραπάνω ενότητα παρουσιάστηκαν οι συστάσεις των ερωτώμενων προς τους ασθενείς τους σχετικά με την διατροφική τους καθημερινότητα. Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την κατανάλωση τους σε διάφορες ομάδες τροφίμων.

Όπως φαίνεται λοιπόν στο διάγραμμα 36, η κατανάλωση λαχανικών από τους ερωτώμενους είναι 1 μερίδα την ημέρα σε ποσοστό 56,62%, το 34,24% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση λαχανικών είναι 2 μερίδες την ημέρα, το 5,93% υποστηρίζει ότι καταναλώνεται 3 μερίδες λαχανικών ανά ημέρα, το 2,73% υποστηρίζει ότι καταναλώνουν 4 μερίδες λαχανικών την ημέρα και το 0,45% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 5 μερίδες λαχανικών ανά ημέρα.

Στο διάγραμμα 37, φαίνεται ότι η κατανάλωση φρούτων από τους ερωτώμενους είναι 1 μερίδα την ημέρα σε ποσοστό 44,74%, το 34,70% των ερωτώμενων υποστηρίζει η κατανάλωση φρούτων τους είναι 2 μερίδες την ημέρα, το

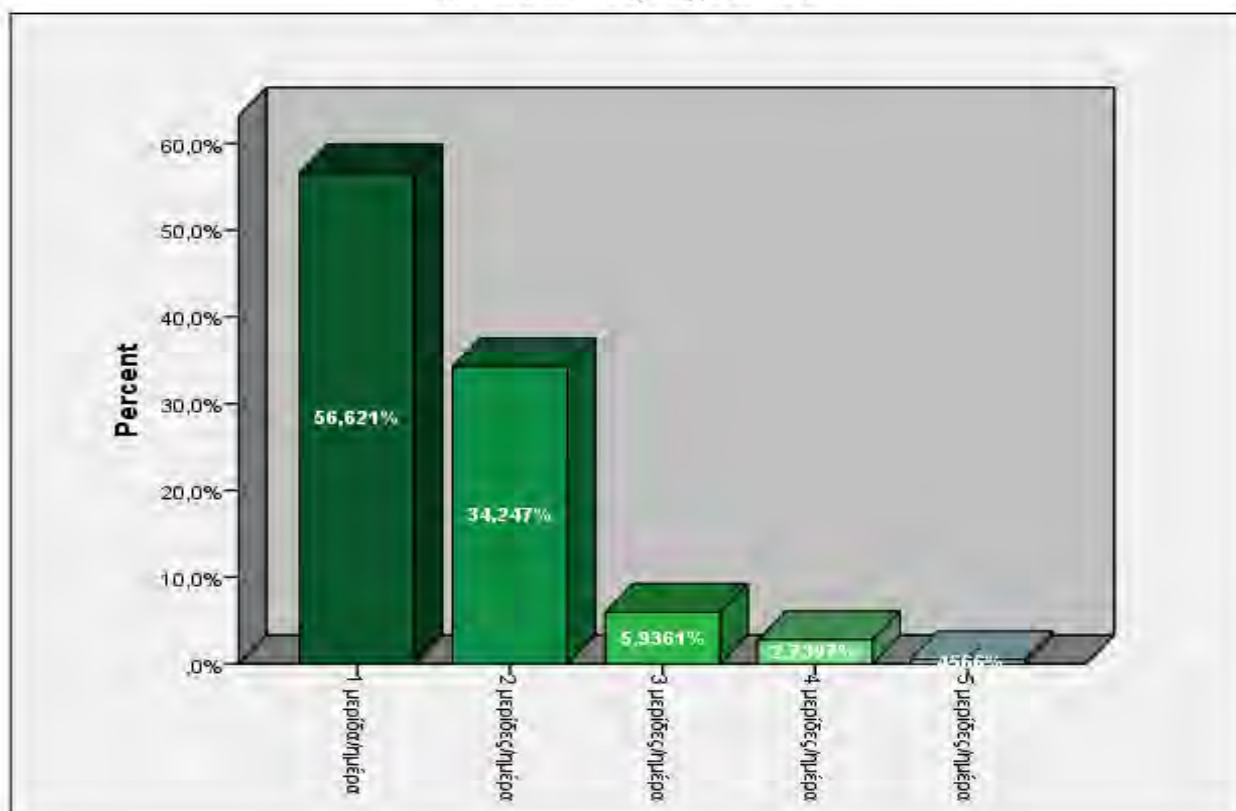
10,95% υποστηρίζει ότι θα καταναλώνονται 3 μερίδες φρούτων ανά ημέρα, το 5,47% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 4 μερίδες φρούτων την ημέρα και το 4,10% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 5 μερίδες φρούτων ανά ημέρα.

Στο διάγραμμα 38 φαίνεται ότι η κατανάλωση δημητριακών από τους ερωτώμενους είναι 3 με 5 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 90,41%, το 7,30% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση δημητριακών είναι 5 με 8 μερίδες την ημέρα και το 1,82% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 8 με 11 μερίδες δημητριακών ανά ημέρα.

Επιπλέον, στο διάγραμμα 39 φαίνεται ότι η κατανάλωση πατάτας από τους ερωτώμενους είναι περίπου 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 41,55%, το 35,61% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση πατάτας είναι περίπου 2 μερίδες την εβδομάδα, το 15,06% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 3 μερίδες πατάτας ανά εβδομάδα, το 5,93% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 4 μερίδες πατάτας την εβδομάδα και το 1,82% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 5 μερίδες πατάτας ανά εβδομάδα.

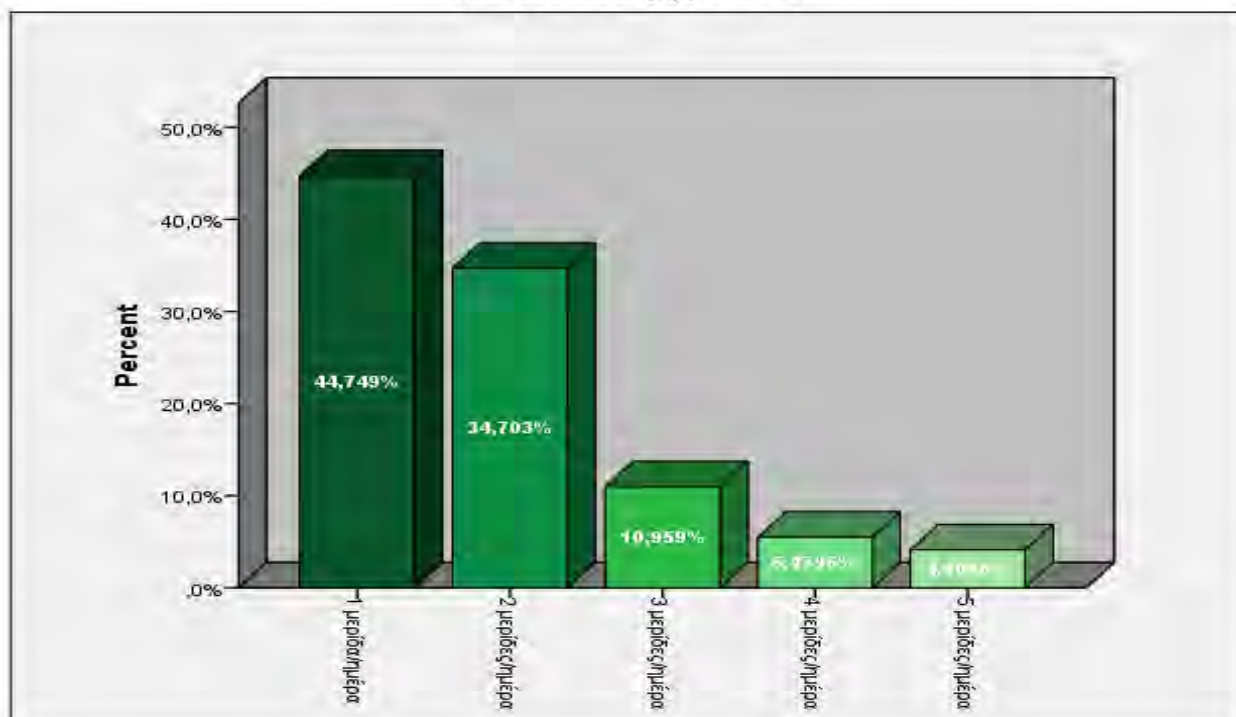
Διάγραμμα 36: Κατανάλωση λαχανικών

Κατανάλωση λαχανικών



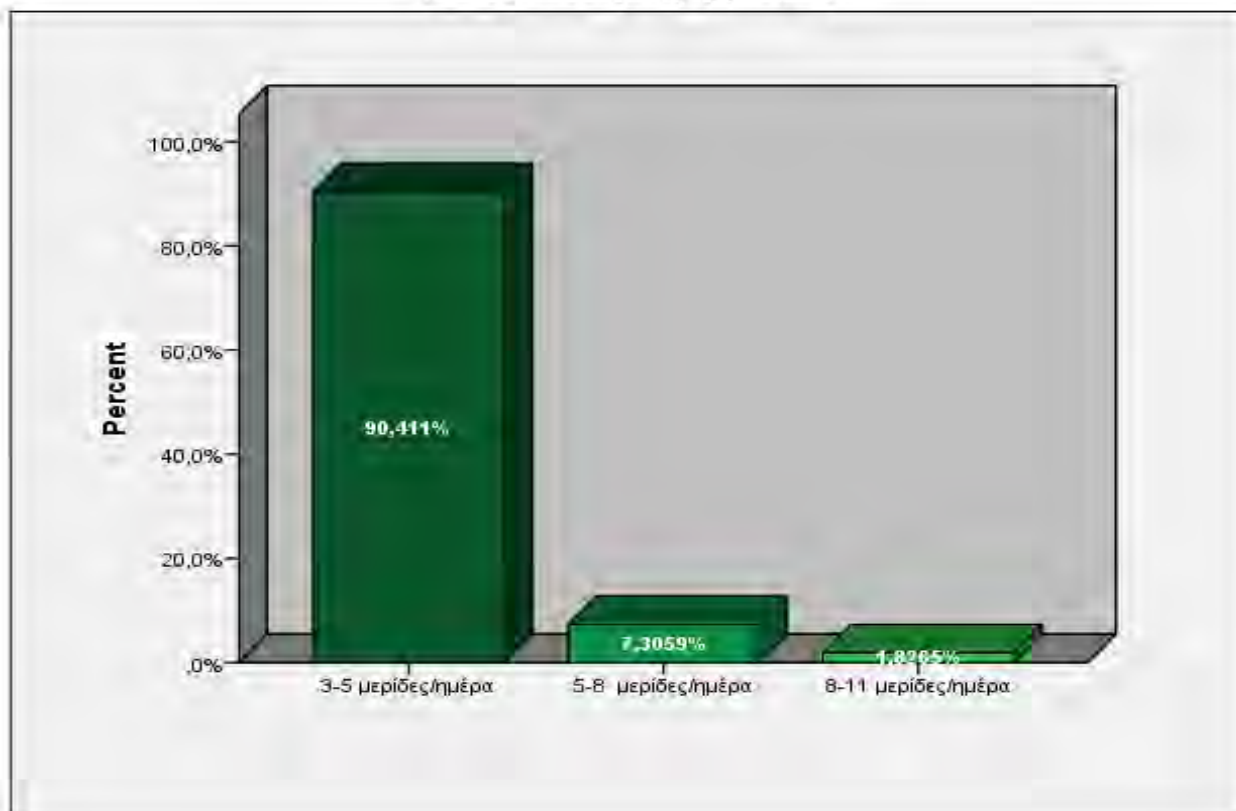
Διάγραμμα 37: Κατανάλωση φρούτων

Κατανάλωση φρούτων

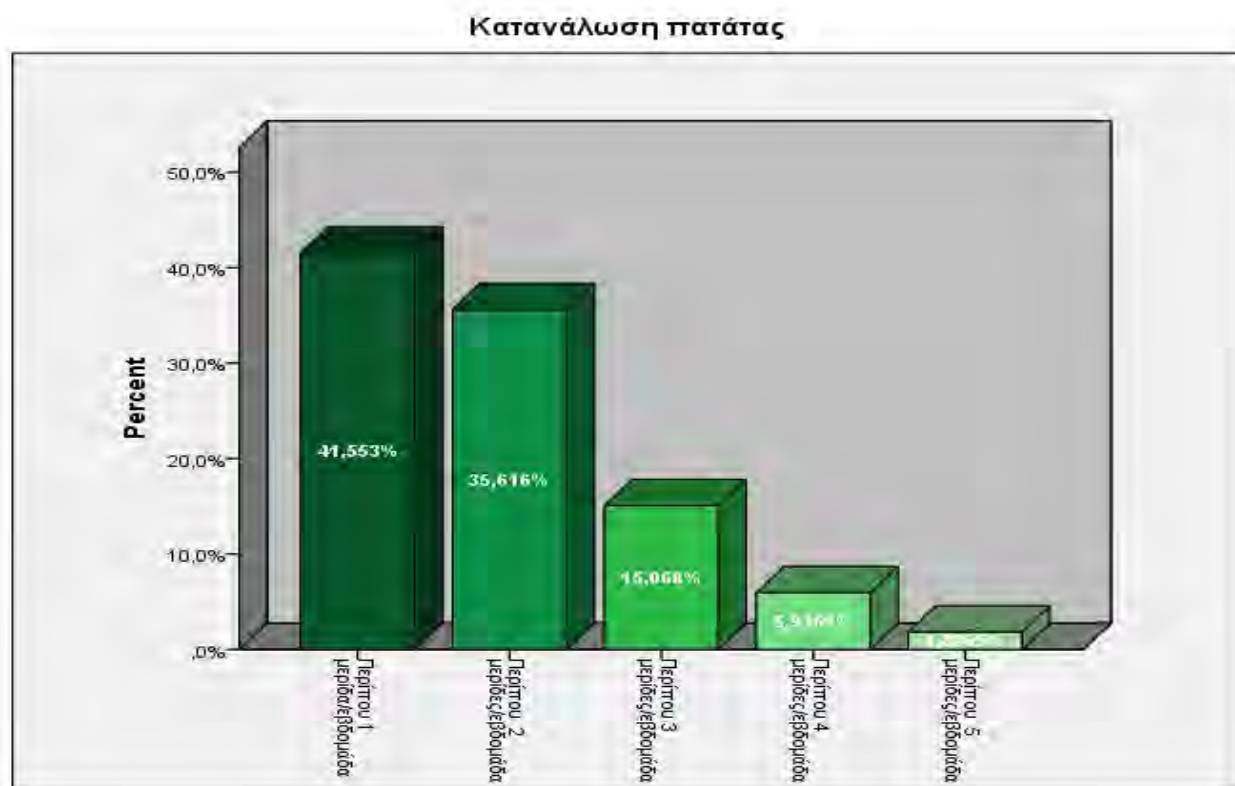


Διάγραμμα 38: Κατανάλωση δημητριακών

Κατανάλωση δημητριακών



Διάγραμμα 39: Κατανάλωση πατάτας

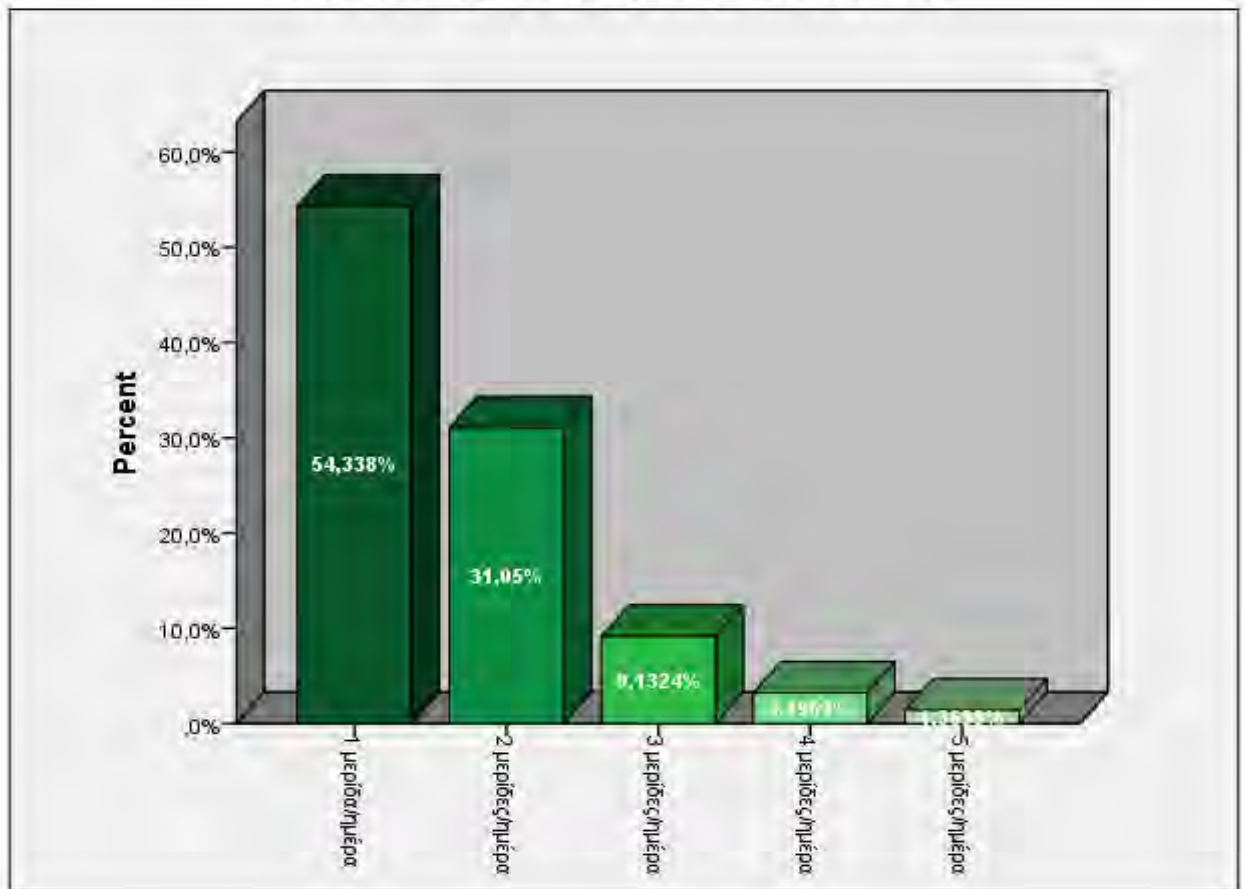


Στο διάγραμμα 40 φαίνεται ότι η κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών από τους ερωτώμενους είναι 1 μερίδα την ημέρα σε ποσοστό 54,33%, το 31,05% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών είναι περίπου 2 μερίδες την ημέρα, το 9,13% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 3 μερίδες γαλακτοκομικών ανά ημέρα, το 3,19% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 4 μερίδες γαλακτοκομικών την ημέρα και το 1,16% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 5 μερίδες γαλακτοκομικών ανά ημέρα.

Στο διάγραμμα 41 φαίνεται ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος από τους ερωτώμενους είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 44,74%, το 40,18% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 10,95% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 3 μερίδες κόκκινου κρέατος ανά εβδομάδα, το 2,28 υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 5 μέχρι μερίδες κόκκινου κρέατος και το 1,36% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες κόκκινου κρέατος ανά εβδομάδα.

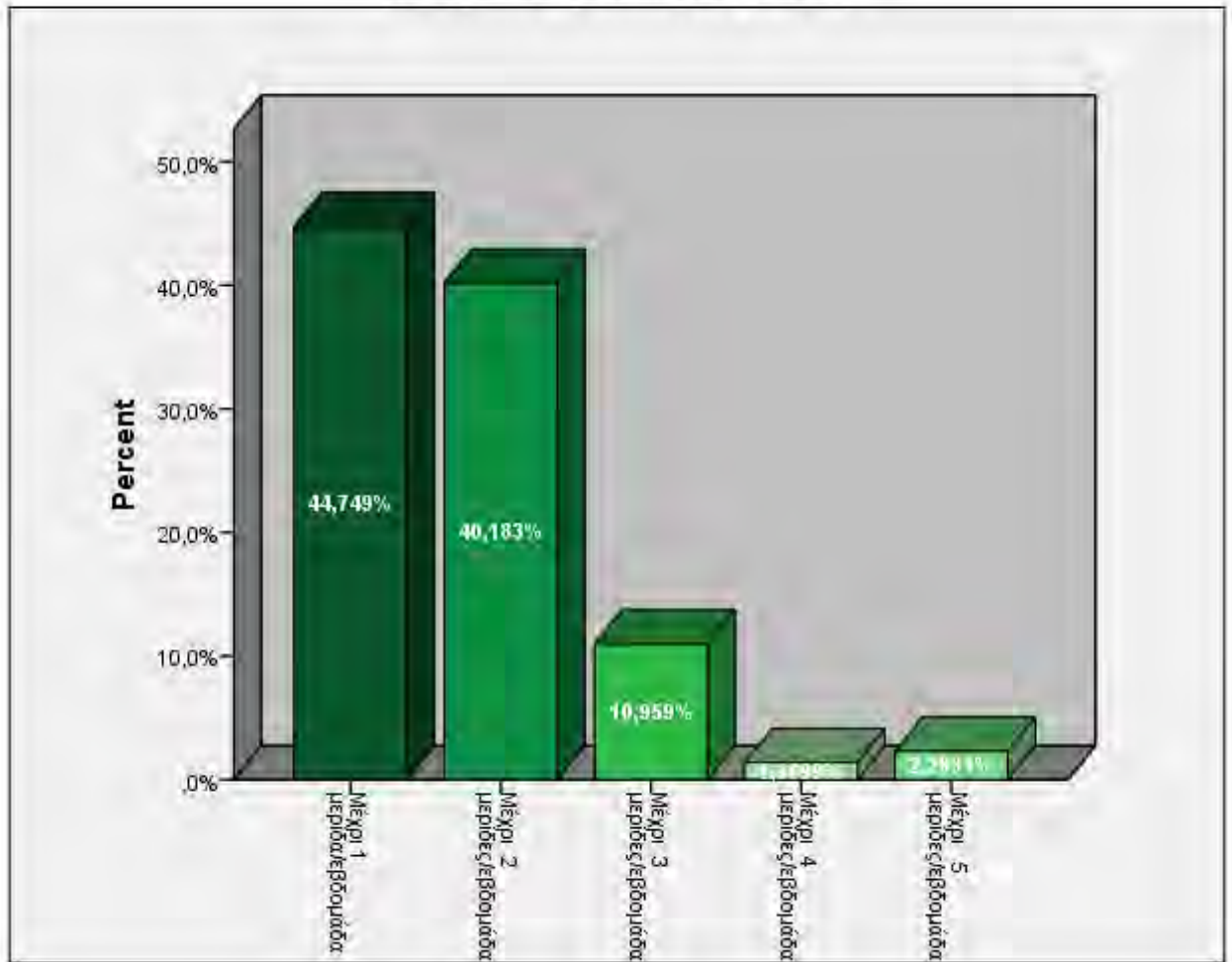
Διάγραμμα 40: Κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών

Κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών



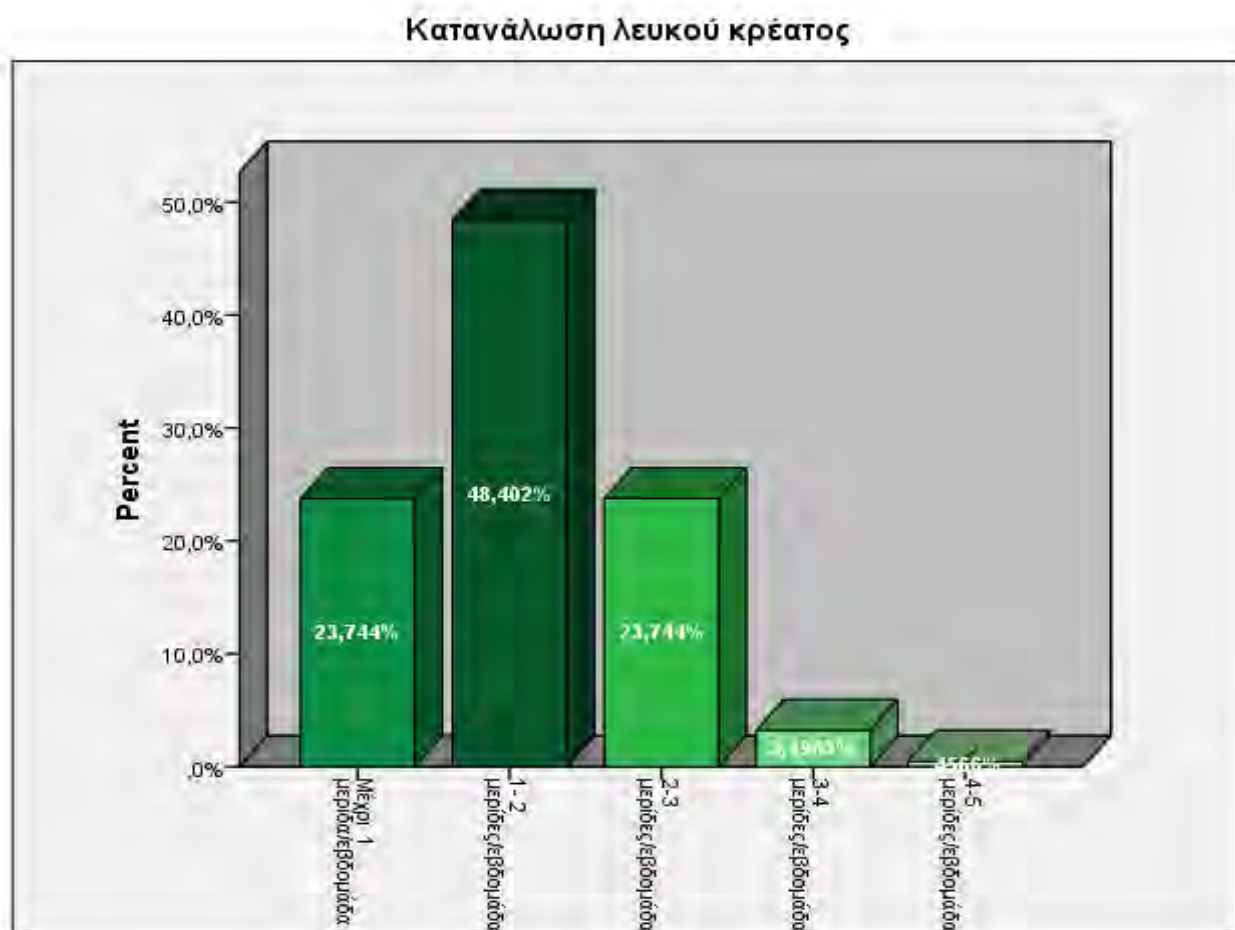
Διάγραμμα 41: Κατανάλωση κόκκινου κρέατος

Κατανάλωση κόκκινου κρέατος



Στο διάγραμμα 42 φαίνεται ότι η κατανάλωση λευκού κρέατος από υγιή άτομα είναι 1 με 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 48,40%, το 23,74% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση λευκού κρέατος είναι περίπου 2 με 3 μερίδες την εβδομάδα, το 23,74% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 1 μερίδα λευκού κρέατος την εβδομάδα, το 3,19% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 3 με 4 μερίδες λευκού κρέατος την εβδομάδα και το 0,45% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 4 με 5 μερίδες λευκού κρέατος ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 42: Κατανάλωση λευκού κρέατος

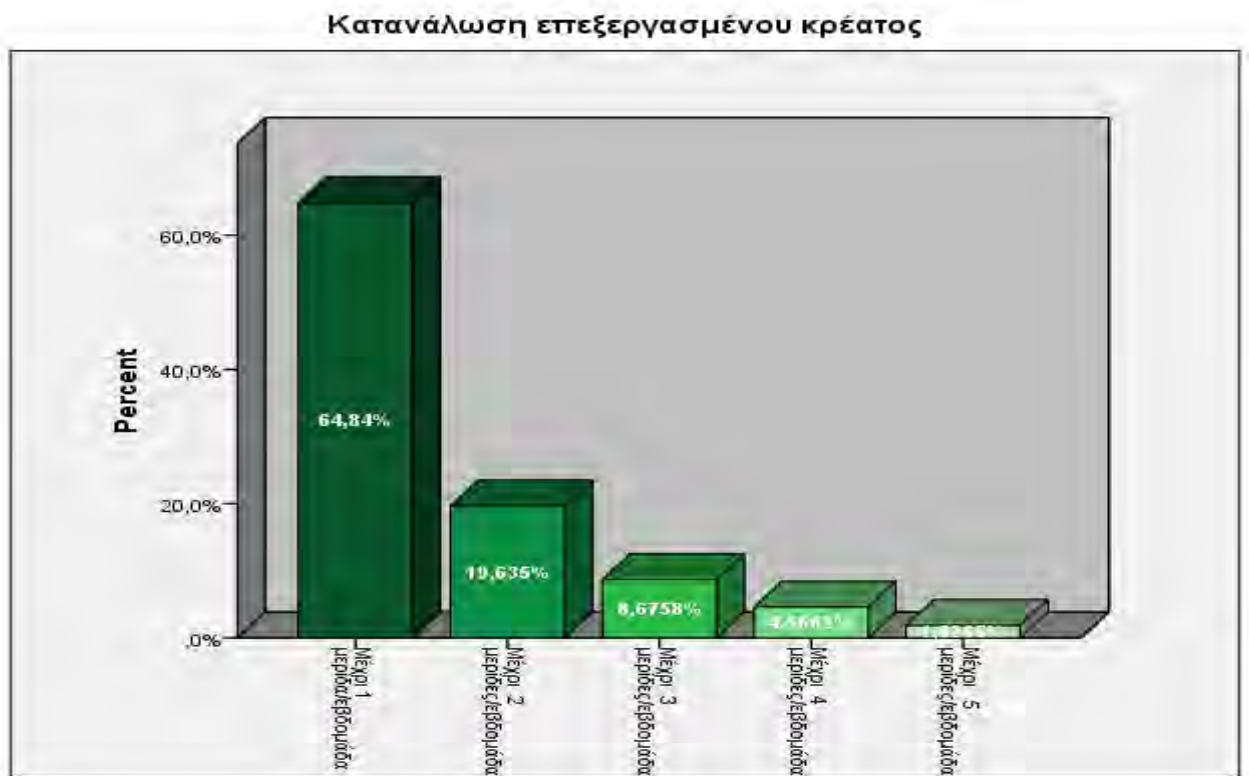


Στο διάγραμμα 43 φαίνεται ότι η κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος από τους ερωτώμενους είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 64,84%, το 19,63% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 8,67% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 3 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος την εβδομάδα, το 4,56% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος την εβδομάδα και το 1,82% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 5 μερίδες επεξεργασμένου κρέατος ανά εβδομάδα.

Στο διάγραμμα 44 φαίνεται ότι η κατανάλωση αυγών από τους ερωτώμενους είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 33,79%, το 27,85% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση αυγών είναι μέχρι 2 μερίδες την εβδομάδα, το 26,02% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 1 μερίδα αυγών την εβδομάδα, το 8,21%

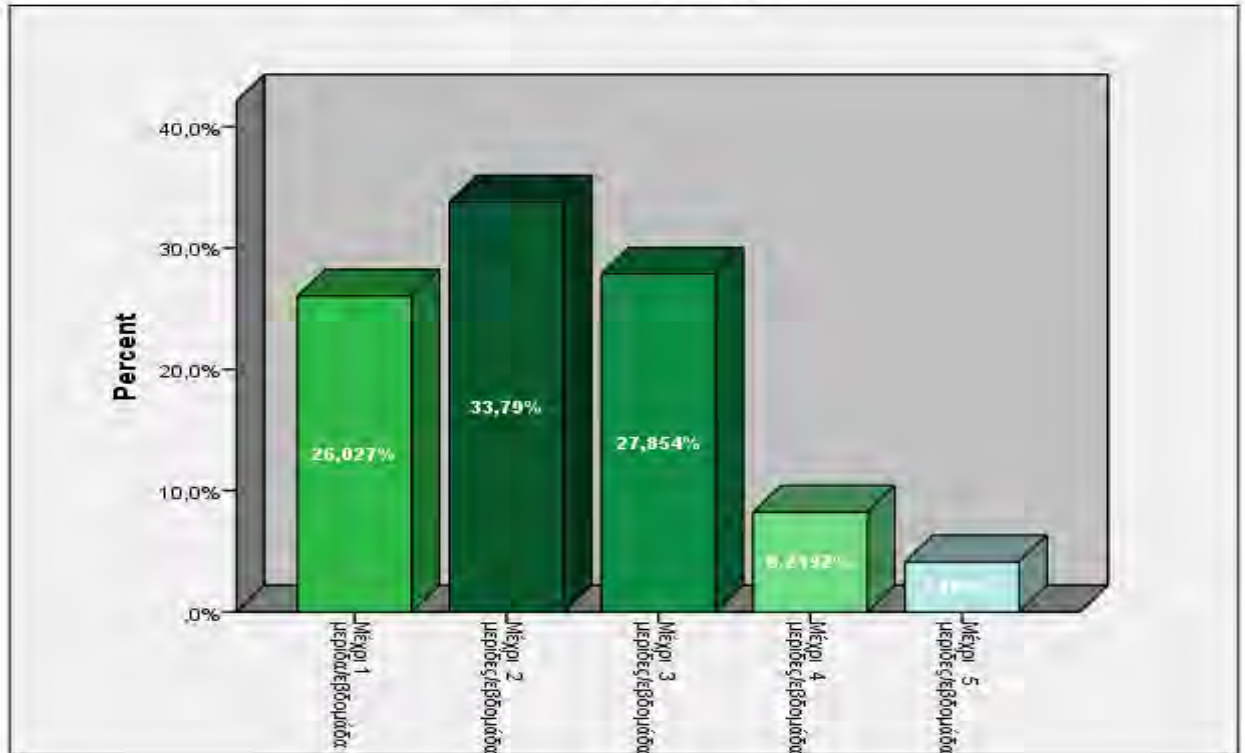
υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 4 μερίδες αυγών την εβδομάδα και το 4,10% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται μέχρι 5 μερίδες αυγών ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 43: Κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος



Διάγραμμα 44: Κατανάλωση αυγών

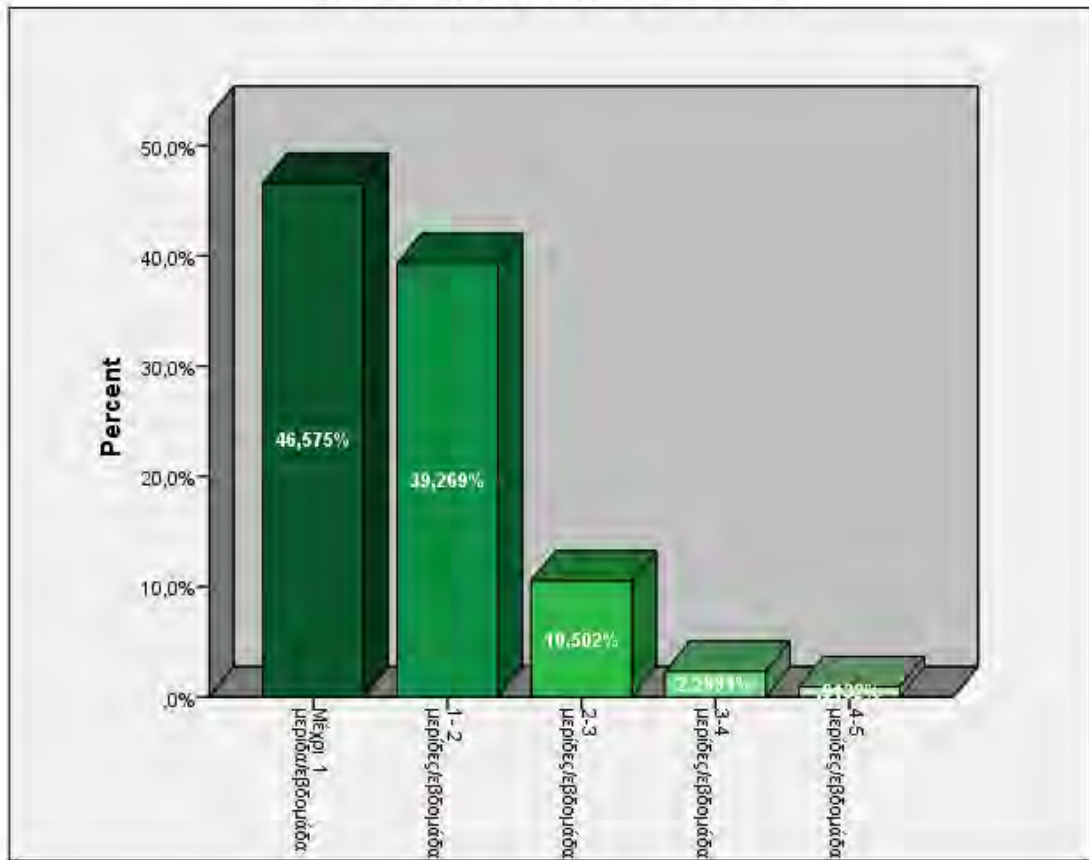
Κατανάλωση αυγών



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 45, φαίνεται ότι η κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών από τους ερωτώμενους είναι μέχρι 1 μερίδα την εβδομάδα σε ποσοστό 46,57%, το 39,26% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών είναι μέχρι 1 με 2 μερίδες την εβδομάδα, το 10,50% υποστηρίζει ότι θα καταναλώνονται περίπου 2 με 3 μερίδες ψαριών και θαλασσινών την εβδομάδα, το 2,28% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται από 3 με 4 μερίδες ψαριών και θαλασσινών την εβδομάδα και το 0,91% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 4 με 5 μερίδες ψαριών και θαλασσινών ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 45: Κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών

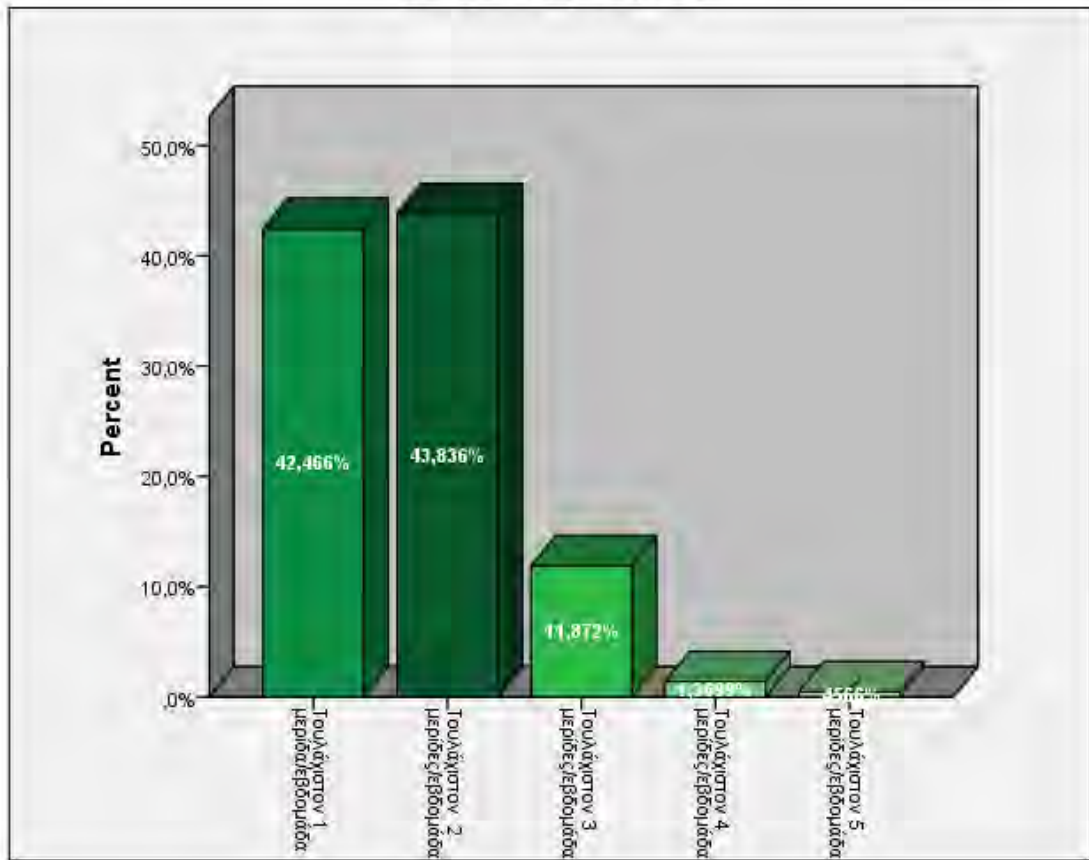
Κατανάλωση φαριών και θαλασσινών



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 46, φαίνεται ότι η κατανάλωση οσπρίων από τους ερωτώμενους είναι τουλάχιστον 2 μερίδες την εβδομάδα σε ποσοστό 43,83%, το 42,46% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση οσπρίων είναι τουλάχιστον 1 μερίδα την εβδομάδα, το 11,87% υποστηρίζει ότι καταναλώνεται τουλάχιστον 3 μερίδες οσπρίων την εβδομάδα, το 1,36% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται τουλάχιστον 4 μερίδες οσπρίων την εβδομάδα και το 0,45% υποστηρίζει ότι να καταναλώνονται τουλάχιστον 5 μερίδες οσπρίων ανά εβδομάδα.

Διάγραμμα 46: Κατανάλωση οσπρίων

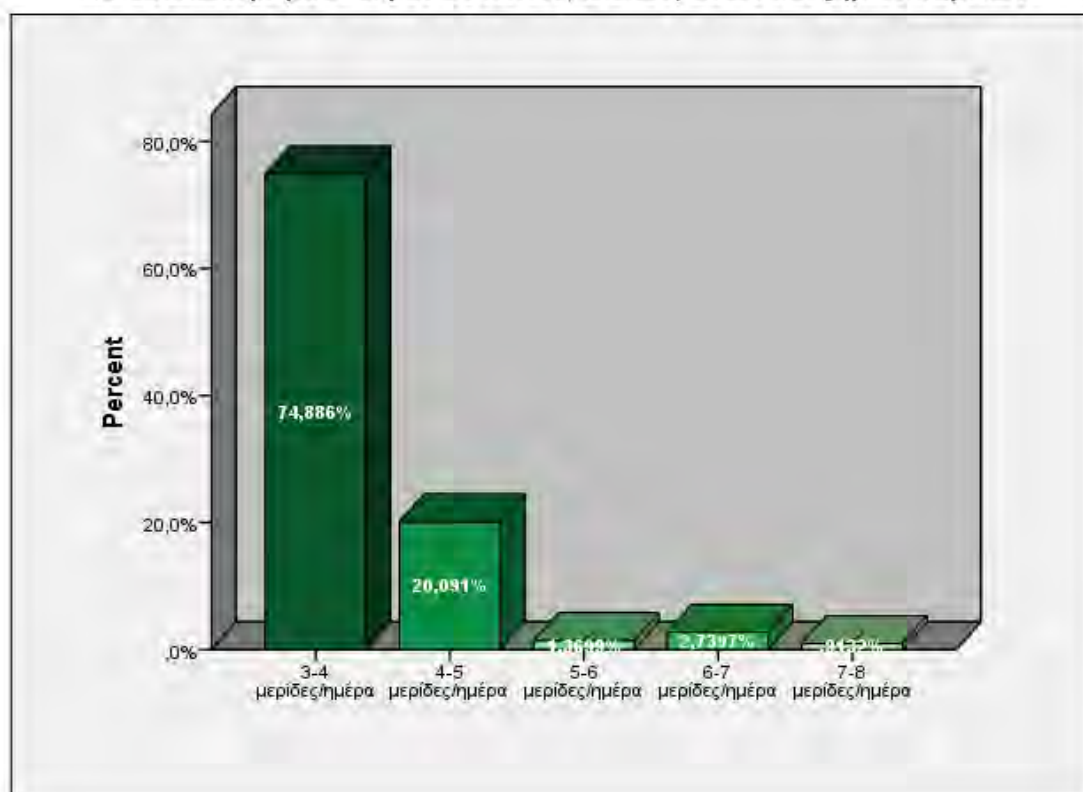
Κατανάλωση οσπρίων



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 47, φαίνεται ότι η κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών από τους ερωτώμενους είναι 3 με 4 μερίδες την ημέρα σε ποσοστό 74,88%, το 20,09% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών είναι 4 με 5 μερίδες την ημέρα, το 1,36% υποστηρίζει ότι η κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ξηρών καρπών είναι 5 με 6 μερίδες την ημέρα, το 2,73% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 6 με 7 μερίδες προστιθέμενων λιπών την ημέρα και το 0,91% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 7 με 8 μερίδες προστιθέμενων λιπών, ελαίων και ξηρών καρπών ανά ημέρα.

Διάγραμμα 47: Κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ελιών και ξηρών καρπών

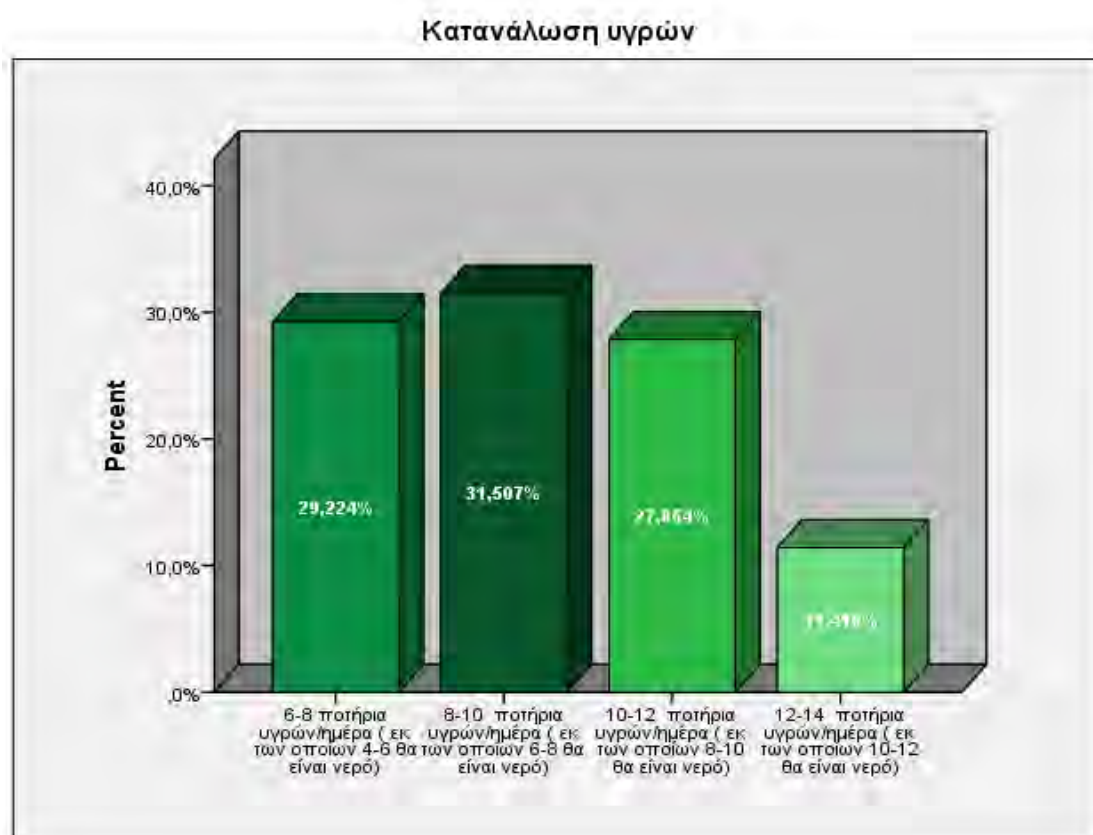
Κατανάλωση προστιθέμενων λιπών, ελαίων, ελιών και ξηρών καρπών



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 48, φαίνεται ότι η κατανάλωση υγρών από τους ερωτώμενους είναι 8 με 10 ποτήρια την ημέρα σε ποσοστό 31,50%, το 29,22% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση υγρών είναι 6 με 8 ποτήρια την ημέρα, το 27,85% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται 10 με 12 ποτήρια την ημέρα και το 11,41% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται τουλάχιστον 12 με 14 ποτήρια την ημέρα.

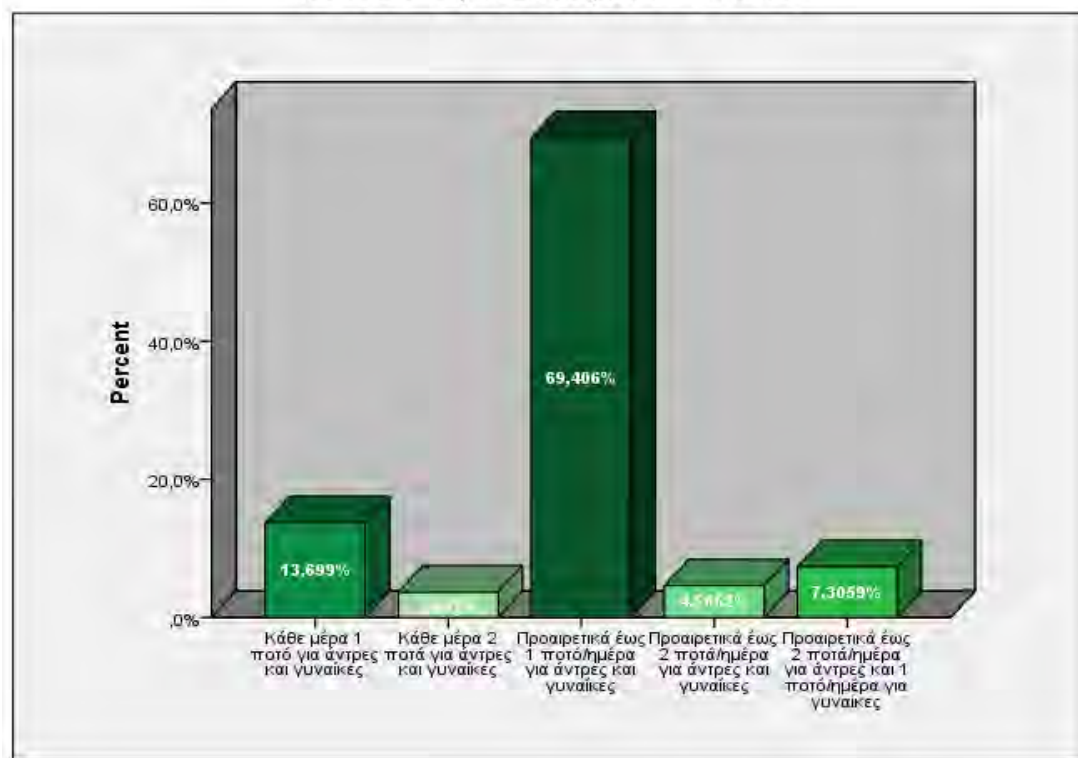
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 49, φαίνεται ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τους ερωτώμενους είναι προαιρετικά έως 1 ποτό την ημέρα για άντρες και γυναίκες με ποσοστό 69,40%, το 13,69% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είναι 1 ποτό κάθε μέρα για άντρες και γυναίκες, το 7,30% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται προαιρετικά 2 για άντρες και 1 ποτήρι για γυναίκες, το 4,56% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται κάθε μέρα 2 ποτά για άντρες και γυναίκες και το 3,65% υποστηρίζει ότι καταναλώνονται κάθε μέρα 2 ποτά για άντρες και γυναίκες.

Διάγραμμα 48: Κατανάλωση υγρών



Διάγραμμα 49: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών

Κατανάλωση οινόπνευματων ποτών

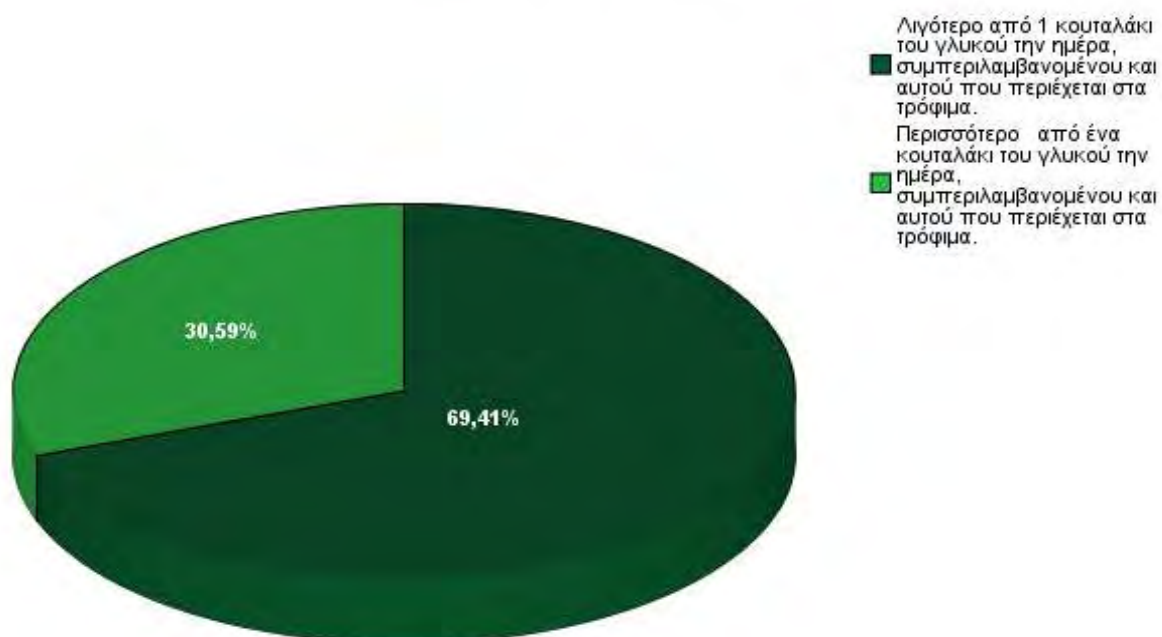


Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 50, το 69,41% των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι καταναλώνεται λιγότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα, ενώ το 30,59% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται περισσότερο από 1 κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα.

Επίσης, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 51, το 59,36% των ερωτώμενων υποστήριξε ότι καταναλώνεται λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα γλυκών την εβδομάδα και το 40,18% των ερωτώμενων υποστήριξε ότι θα πρέπει να καταναλώνεται περισσότερο από 1 μερίδα την εβδομάδα.

Διάγραμμα 50: Κατανάλωση αλατιού

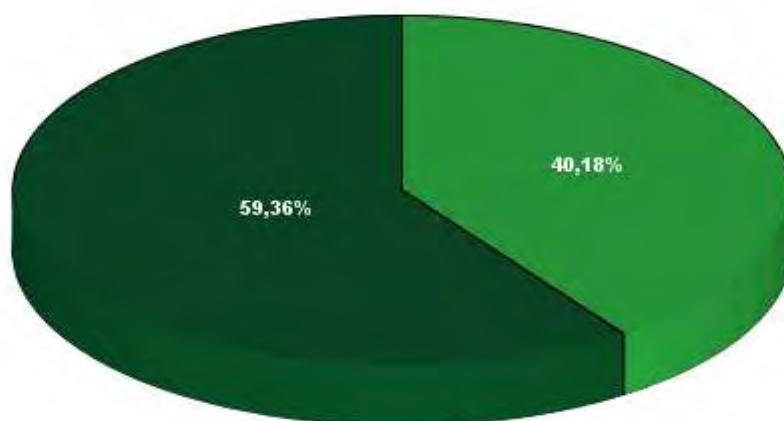
Κατανάλωση αλατιού



Διάγραμμα 51: Κατανάλωση γλυκών

Κατανάλωση γλυκών

- Λιγότερο ή ίσο με 1 μερίδα την εβδομάδα
- Περισσότερο από 1 μερίδα την εβδομάδα



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αρχικά συγκρίνοντας διάφορες μελέτες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και της Αμερικής διαπιστώθηκε ότι η υπερβολική κατανάλωση ενέργειας, τα κορεσμένα λίπη, τα trans-λιπαρά, η ζάχαρη και το αλάτι, καθώς και η χαμηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και δημητριακών αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία των ενηλίκων και οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας. Ειδικότερα πάνω από το 50% των ενηλίκων της Ε.Ε. είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε θάνατο περίπου 320.000 άντρες και γυναίκες της Δυτικής Ευρώπης το χρόνο. Το ίδιο ισχύει και για τις χώρες της Αμερικής καθώς πάνω από τα δύο τρίτα των Αμερικανών ενηλίκων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Επίσης μελέτες που αφορούν το Αμερικανικό ιατρικό προσωπικό αποδεικνύουν ότι είναι απροετοίμαστοι να συμβουλευσουν τους ασθενείς σχετικά με την με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Παρόμοια αποτελέσματα έχουμε και στις ερευνητικές μελέτες που αφορούν Ευρωπαϊκό ιατρικό προσωπικό. Οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν ότι θα έπρεπε να παραπέμπονται οι ασθενείς σε διαιτολόγο ή να υπάρχει πλήρης επιμόρφωση των ιατρών, ώστε να συμβουλευουν εκείνοι τους ασθενείς.

Επιπλέον, με το πέρας αυτής της μελέτης διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν πολλές ελλείψεις σε σχολές υγείας όσον αφορά τη γνωστοποίηση και την τήρηση του ΕΔΟ. Έτσι θεωρείται απαραίτητο να υπάρξουν μαθήματα διατροφής ολοκληρωμένου προγράμματος, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να εξέλθουν από τις σχολές έτοιμοι να αναλάβουν τη διατροφική καθοδήγηση του εκάστοτε ασθενή.

Η Ελλάδα έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια την προσπάθεια ώστε οι επαγγελματίες υγείας να ενημερωθούν πλήρως και συμβάλουν όσο το δυνατόν περισσότερο στη διάδοση του ΕΔΟ. Σε σύγκριση με άλλες χώρες δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες ώστε να υπάρξει μια ξεκάθαρη άποψη για την τήρηση του ΕΔΟ. Η Μελέτη που πραγματοποιήθηκε δείχνει ότι ως χώρα η αναγνώριση τού ΕΔΟ βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, αλλά αναγνωρίζονται οι γνωστικές ελλείψεις και υπάρχει διάθεση και επιθυμία βελτίωσης της διατροφικής συμπεριφοράς. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν ακολουθούν τις συστάσεις του διατροφικού οδηγού ακόμη και όταν δηλώνουν ότι είναι γνώστες του ΕΔΟ.

Στη συγκεκριμένη μελέτη υπήρξαν αρκετές δυσκολίες στη συλλογή των

ερωτηματολογίων καθώς οι επαγγελματίες υγείας δεν διέθεταν χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω φόρτου εργασίας. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ενδεχομένως η πίεση λόγω φόρτου εργασίας τους εμποδίζει ώστε να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στον εκάστοτε ασθενή για να επιλέξουν εξατομικευμένη διατροφή προς όφελος του.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας είναι πολύ σημαντικά και μπορούν να συμβάλλουν στην διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν έχουν γνώση για τον εθνικό διατροφικό οδηγό για τους ενήλικες. Ωστόσο, οι συστάσεις που κάνουν στους ασθενείς τους είναι σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, δηλαδή επαρκείς ποσότητες φρούτων και λαχανικών, και μικρές ποσότητες δημητριακών, πατάτας, γαλακτοκομικών. Από την άλλη πλευρά, συνίσταται ελάχιστη ποσότητας κατανάλωσης κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, ενώ οι συστάσεις είναι πιο ελαστικές στην κατανάλωση του λευκού κρέατος. Οι συστάσεις επίσης για την κατανάλωση αυγών είναι μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ συνίσταται η συχνή κατανάλωση ψαριών και οσπρίων κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Υψηλές είναι οι συστάσεις επίσης για την κατανάλωση νερού, ενώ ιδιαίτερα αυστηρές είναι οι συστάσεις για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, αλατιού και γλυκών.

Φαίνεται επίσης από τις απαντήσεις, ότι οι συστάσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα ταυτίζονται με την προσωπική τους κατανάλωση. Αρχικά, οι ερωτώμενοι απάντησαν σχεδόν τις ίδιες απαντήσεις ως προς την κατανάλωση των εκάστοτε διατροφικών ομάδων με μικρές αποκλίσεις. Αυτό μας οδηγεί στην εξαγωγή του συμπεράσματος ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ισορροπημένα, αφού γνωρίζουν τι είναι καλό για την υγεία τους, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ο φόβος μεροληψίας προς τους ασθενείς τους.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι μορφές άσκησης που πρότειναν οι ερωτώμενοι για τους ασθενείς τους, ήταν μεγαλύτερης έντασης σε σχέση με την δική τους μορφή άσκησης. Βέβαια, η κάθε μορφή άσκησης εξαρτάται από την υγεία και τις ανάγκες του ατόμου, επομένως αυτό κρίνεται υποκειμενικό.

Σε επόμενες έρευνες λοιπόν προτείνεται η διεξαγωγή ενός πειράματος παρακολούθησης ασθενών, υγιών ανθρώπων, γιατρών και νοσηλευτών ως προς την διατροφική τους συμπεριφορά για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μέσω αυτού και με την ταυτόχρονη διεξαγωγή της έρευνας μέσω ερωτηματολογίων, θα φαίνεται ο τρόπος που διαμορφώνονται οι συστάσεις και η προσωπική τους κατανάλωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112–125.
- Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d’Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet.* 2010;376(9755):1861–1868.
- Andreyeva T, Luedicke J, Henderson KE, Tripp AS. Grocery store beverage choices by participants in federal food assistance and nutrition programs. *Am J Prev Med.* 2012;43(4):411– 418.
- Andreyeva T, Luedicke J. Federal food package revisions: effects on purchases of whole-grain products. *Am J Prev Med.* 2013;45(4):422–429.
- Bos, C.; Lans, I.; van Rijnsoever, F.; van Trijp, H. Consumer acceptance of population-level intervention strategies for healthy food choices: The role of perceived effectiveness and perceived fairness. *Nutrients* 2015, 7, 7842–7862
- Boyland EJ, Harrold JA, Dovey TM, Allison M, Dobson S, Jacobs MC, et al. Food choice and overconsumption: effect of a premium sports celebrity endorser. *J Pediatr.* 2013;163(2):339– 343.
- Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Corker C, Cuddy J, Evans D, et al. Food commercials increase preference for energy-dense foods, particularly in children who watch more television. *Pediatrics.* 2011;128(1):e93–e100.
- Bucher T, Collins C, Rollo ME et al. (2016) Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *Br J Nutr* 115, 2252–2263.
- Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: a retrospective summary. *Appetite.* 2013;62:209–215.
- Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. Overweight and obesity in infants and preschool children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev.* 2010;11(5):389–398

- Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010;376(9754):1775–1784.
- Centers for Disease Control and Prevention. Trends in intake of energy and macronutrientsVUnited States, 1971Y2000. *MMWR Weekly*. 2004;5(4):80Y82.
- Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Dalton, M.; Hollingworth, S.; Blundell, J.; Finlayson, G. Weak satiety responsiveness is a reliable trait associated with hedonic risk factors for overeating among women. *Nutrients* 2015, 7, 7421–7436
- Deci, E.L.; Ryan, R.M. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol. Inq.* 2000, 11, 227–268.
- Deliens, T.; Clarys, P.; de Bourdeaudhuij, I.; Deforche, B. Correlates of university students’ soft and energy drink consumption according to gender and residency. *Nutrients* 2015, 7, 6550–6566
- Dimmock, J.; Guelfi, K.; West, J.; Masih, T.; Jackson, B. Does motivation for exercise influence post-exercise snacking behavior? *Nutrients* 2015, 7, 4804–4816
- General Accounting Office. Fruits and vegetables: enhanced federal efforts to increase consumption could yield health benefits [GAO-02-657].
- Hardcastle, S.; Blake, N. Influences underlying family food choice in mothers from an economically disadvantaged community. *Eat. Behav.* 2015. in press.
- Jacobs D, Steffen L. Nutrients, foods, and dietary patterns as exposures in research: a framework for food synergy. *Am J Clin Nutr.* 2003;78(3 suppl): 508SY513S.
- Marantz P, Bird E, Alderman M. A call for higher standards of evidence for dietary guidelines. *Am J Prev Med.* 2008;34(3):234Y240.
- Marshall J, Chen Z. Diet and health risk: risk patterns and disease-specific associations. *Am J Clin Nutr.* 1999; 69(suppl):1351SY1356S.
- Matjasko JL, Cawley J, Baker-Goering MM et al. (2016) Applying behavioral economics to public health policy: illustrative examples and promising directions. *Am J Preventive Med* 50, S13–S19.
- Miller R, Sales A, Kopjar B, Fihn S, Bryson C. Adherence to heart-healthy behaviors in a sample of the population. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(2):1Y15.

- Miller, L.M.S.; Cassady, D.; Applegate, E.; Beckett, L.; Wilson, M.; Gibson, T.; Ellwood, K. Relationships among food label use, motivation, and dietary quality. *Nutrients* 2015, 7, 1068–1080
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr.* 2006 Jun;25(3):524-32. Epub 2006 May 15.
- Polak R, Shani M, Dacey M, Tzuk-Onn A, Dagan I, Malatskey L. Family physicians prescribing lifestyle medicine: feasibility of a national training programme. *Postgrad Med J.* 2016 Jun;92(1088):312-7. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133586. Epub 2016 Jan 21.
- Ragaert P., Verbeke W., Devlieghere F., Debevere J., Consumer perception and choice of minimally processed vegetables and packaged fruit. *Food Qual. Prefer.*, 2004, 15, 259–270.
- Reisch LA & Sunstein CR (2016) Do Europeans like nudges? *J Judgment Decision Making* 11, 310-325.
- Sarmugam, R.; Worsley, A. Dietary behaviours, impulsivity and food involvement: Identification of three consumer segments. *Nutrients* 2015, 7, 8036–8057
- Schiöth, H.; Ferriday, D.; Davies, S.; Benedict, C.; Elmståhl, H.; Brunstrom, J.; Hogenkamp, P. Are you sure? Confidence about the satiating capacity of a food affects subsequent food intake. *Nutrients* 2015, 7, 5088–5097.
- Schooling C, Ho S, Leung G, et al. Diet synergies and mortality-a population-based case-control study of 32,462 Hong Kong Chinese older adults. *Int J Epidemiol.* 2006;35(2):418Y426.
- Smith S, Seeholzer EL, Gullett H, et al. Primary Care Residents' Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Perceived Professional Norms Regarding Obesity, Nutrition, and Physical Activity Counseling. *J Grad Med Educ.* 2015;7(3):388-94.
- Sunstein CR (2016b) The council of psychological advisers. *Ann Rev Psychol* 67, 713-737.
- Tran N, Barraij L, Mink P, McNamara D. Total dietary and egg cholesterol contribution to coronary heart disease risk relative to other dietary and modifiable risk factors. *FASEB J.* 2008;22:Ib784.

- Tsai AG, Histon T, Kyle TK, Rubenstein N, Donahoo WT. Evidence of a gap in understanding obesity among physicians. *Obes Sci Pract.* 2018;4(1):46-51. Published 2018 Jan 12. doi:10.1002/osp4.146
- Urala N., Lähteenmäki L., Attitudes behind consumers' willingness to use functional foods. *Food Qual. Prefer.*, 2004, 15, 793–803.
- Tsai AG, Histon T, Kyle TK, Rubenstein N, Donahoo WT. Evidence of a gap in understanding obesity among physicians. *Obes Sci Pract.* 2018;4(1):46-51. Published 2018 Jan 12. doi:10.1002/osp4.146
- Wilson AL, Buckley E, Buckley JD et al. (2016) Nudging healthier food and beverage choices through salience and priming. Evidence from a systematic review. *Food Quality and Preference*,
- Womersley K, Ripullone K. Medical schools should be prioritising nutrition and lifestyle education. *BMJ.* 2017 Oct 26;359:j4861. doi: 10.1136/bmj.j4861.