

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας, Τεχνολογίας Τροφίμων & Διατροφής
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας



Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας στον Δήμο Θεσσαλονίκης

Φοιτήτριες: Καραγιαννοπούλου Ειρήνη (ΑΜ: 4061)

Καρασίμου Ειρήνη (ΑΜ: 3933)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μ.Γ.Γραμματικοπούλου
Θεσσαλονίκη

Έτος: 2018

Ευχαριστίες ή αναγνωρίσεις

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο για την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Αρχικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μας για την προθυμία και την υπομονή που κατέδειξαν κατά τη διάρκεια των ερωτήσεων και των μετρήσεων που ακολούθησαν. Ευχαριστούμε θερμά την κ. Μαρίζα Γραμματικοπούλου για την βοήθειά της στον σχεδιασμό και την συγγραφή της εργασίας. Τέλος, θα θέλαμε πολύ να ευχαριστήσουμε την οικογένεια και τους φίλους μας για την υπομονή και την εμπύχωση τους κατά τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας, καθώς και για ότι μας παρείχαν κατά τη διάρκεια της φοιτητικής μας ζωής.

Περίληψη

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η υγεία και η διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων της Δυτικής Θεσσαλονίκης.

Δείγμα/Μέθοδος : Η έρευνα βασίστηκε σε δείγμα μεγέθους 500 ατόμων κυρίως από ΚΑΠΗ της πόλης, άνω των 60 ετών. Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, λήψη διατροφικής ανάκλησης προηγούμενου 24ώρου, μέτρηση ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, και αρτηριακής πίεσης. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Μάρτιο έως τον Μάιο του 2018. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Spss Statistics 18,0. Για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το τεστ χι τετράγωνο (χ^2) ενώ για τον έλεγχο διαφοράς των μέσω τιμών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Independent Samples t-Test.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 500 άτομα εκ των οποίων οι 358 (71,6%) είναι άντρες και οι 142 (28,4%) γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως λίγοι παραπάνω από τους μισούς δηλαδή 288 άτομα (57,6%) έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση αυτής, ενώ το πρόβλημά τους σχετίζεται άμεσα με την διατροφή τους, όπως με την αυξημένη πρόσληψη αλατιού. Από αυτούς, οι 214 (59,8%) είναι άντρες και οι 74 (52,1%) είναι γυναίκες. Ορισμένοι πάσχουν και από άλλες ασθένειες όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία και καρδιαγγειακά, όμως τα ποσοστά αυτών είναι αρκετά μικρότερα από τους υπερτασικούς, ενώ η μέση τιμή του ΔΜΣ δείχνει πως το μεγαλύτερο ποσοστό είναι υπέρβαροι και στα όρια της παχυσαρκίας.

Συμπεράσματα: Μέσω της έρευνάς μας καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως παρόλο που ακολουθούν κυρίως μεσογειακή διατροφή και διατροφή DASH, χωρίς υπερχατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων, παρατηρούμε πως πολλοί πάσχουν από προβλήματα υγείας με σημαντικότερη την υπέρταση.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη ηλικία, υπέρταση, διατροφή, αλάτι, φαρμακευτική αγωγή.

Abstract

Aim: The purpose of this paper is to study the health and nutritional status of the elderly in Western Thessaloniki.

Subjects/Methods: The research was based on a sample of 500 individuals, mainly from the city's KAPI, over 60 years old. The methodology that was used, was that of completing questionnaires, taking a 24-hour nutritional recall, measuring anthropometric features, and blood pressure. The data was collected from March to May 2018. Data analysis was done using the Spss Statistics 18.0 statistical program. To test the correlation between qualitative variables, the non-square (χ^2) test was used while the Independent Samples t-Test method was used to test the difference in values.

Results: 500 individuals were surveyed, of which 358 (71,6%) were men and 142 (28,4%) were women. The results showed that slightly more than half, that 288 persons (57,6%), have elevated blood pressure and take medication for the treatment thereof, while the problem is directly related to their diet, such as increased salt uptake. Of these, 214 (59,8%) are men and 74 (52.1%) are women. Some suffer from other diseases such as diabetes, hypercholesterolemia and cardiovascular, but these rates are quite lower than hypertensive, while the average BMI shows that the highest percentage of them are overweight and close to obesity.

Conclusions: Through our research, we have come to the conclusion that although they mainly follow Mediterranean diet and DASH diet, without overconsumption of unhealthy food, we observe that many suffer from health problems, with hypertension to be one of the most important.

Key words: elderly, hypertension, diet, salt, medication.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή.....	Σελ.10
1.1. Εκπαίδευση.....	Σελ.13
1.2. Εργασία.....	Σελ.13
1.3. Συνταξιοδότηση.....	Σελ.13
1.4. Ψυχολογία ηλικιωμένων.....	Σελ.14
1.5. Αντιμετώπιση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλους λαούς.....	Σελ.15
1.6. Τρόπος ζωής.....	Σελ.16
1.6.1. Αλκοόλ.....	Σελ.16
1.6.2. Κάπνισμα.....	Σελ.17
1.7. Φάρμακα.....	Σελ.18
1.8. Άσκηση.....	Σελ.19
1.9. Διατροφή.....	Σελ.20
1.9.1. Νηστεία.....	Σελ.21
1.9.2. Παχυσαρκία.....	Σελ.23
1.9.3. Υποθρεψία.....	Σελ.23
1.9.4. Διατροφικές συστάσεις στους υπερήλικες.....	Σελ.24
1.9.5. Ιστορικό προηγούμενου 24ώρου.....	Σελ.26
1.10. Ασθένειες.....	Σελ.26
1.10.1. Καρδιαγγειακά.....	Σελ.27
1.10.2. Υπέρταση.....	Σελ.28
1.10.2.1. Νάτριο.....	Σελ.30
1.10.2.2. Κάλιο.....	Σελ.31
1.10.2.3. Ασβέστιο.....	Σελ.31
1.10.2.4. Μαγνήσιο.....	Σελ.31
1.10.2.5. Λιπίδια.....	Σελ.32
1.10.3. Στηθάγχη.....	Σελ.32
1.10.4. Έμφραγμα μυοκαρδίου.....	Σελ.32
1.10.5. Καρδιακή ανεπάρκεια.....	Σελ.33
1.10.6. Χοληστερόλη.....	Σελ.35
1.10.7. Παχυσαρκία.....	Σελ.36

1.10.8.	Θεραπευτικές αλλαγές στον τρόπο ζωής.....	Σελ.36
1.10.8.1.	Κορεσμένα λιπαρά οξέα.....	Σελ.37
1.10.8.2.	Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα.....	Σελ.38
1.10.8.3.	Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα.....	Σελ.38
1.10.8.4.	Ω-3 λιπαρά οξέα.....	Σελ.39
1.10.8.5.	Χοληστερόλη της διαίτας.....	Σελ.39
1.10.8.6.	Φυτικές ίνες.....	Σελ.39
1.10.8.7.	Αντιοξειδωτικά.....	Σελ.40
1.10.8.8.	Στανόλες και στερόλες.....	Σελ.40
1.10.8.9.	Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	Σελ.40
1.10.9.	Εγκεφαλικό επεισόδιο	Σελ.42
1.10.10.	Σακχαρώδης διαβήτης.....	Σελ.42
1.11.	Γνωστικά-λειτουργικά.....	Σελ.44
1.11.1.	Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες.....	Σελ.44
1.11.2.	Μνήμη.....	Σελ.45
1.11.3.	Συνείδηση.....	Σελ.46
1.11.4.	Νοητικές λειτουργίες.....	Σελ.46
1.11.5.	Άνοια.....	Σελ.46
1.11.6.	Νόσος Alzheimer.....	Σελ.47
1.12.	Κινητικά προβλήματα.....	Σελ.48
1.12.1.	Περιφερική νευροπάθεια.....	Σελ.49
1.12.2.	Πόνος.....	Σελ.51
1.12.3.	Νόσος του Parkinson.....	Σελ.52
1.12.4.	Πτώσεις.....	Σελ.53
2.	Μεθοδολογία.....	Σελ.53
2.1.	Δείγμα.....	Σελ.54
2.2.	Διατροφική πρόσληψη.....	Σελ.54
2.3.	Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	Σελ.55
2.4.	Ανθρωπομετρία.....	Σελ.55
2.5.	Στατιστική Ανάλυση.....	Σελ.55
3.	Αποτελέσματα.....	Σελ.56
4.	Συζήτηση.....	Σελ.107
5.	Συμπέρασμα.....	Σελ.114

6. Βιβλιογραφία.....	Σελ.115
----------------------	---------

Περιεχόμενα πινάκων και γραφημάτων

Πίνακας 1.	Κατανομή δείγματος κατά φύλο.....
Πίνακας 2.	Μορφωτικό επίπεδο κατά φύλο
Πίνακας 3.	Κάπνισμα κατά φύλο.....
Πίνακας 4.	Προσθήκη αλατιού κατά φύλο
Πίνακας 5.	Κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων κατά φύλο.....
Πίνακας 6.	Κατανάλωση αλατιού ή αλμυρής σάλτσας κατά φύλο.....
Πίνακας 7.	Σημαντικότητα μείωσης του αλατιού κατά φύλο
Πίνακας 8.	Γνώση προβλημάτων υγείας που προκαλεί το αλάτι κατά φύλο.....
Πίνακας 9.	Διάγνωση αυξημένης πίεσης κατά φύλο
Πίνακας 10.	Λήψη φαρμάκων για την πίεση κατά φύλο.....
Πίνακας 11.	Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο.....
Πίνακας 12.	Λήψη φαρμάκων για τον σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο.....
Πίνακας 13.	Λήψη ινσουλίνης κατά φύλο.....
Πίνακας 14.	Διάγνωση υψηλής χοληστερόλης ανά φύλο.....
Πίνακας 15.	Λήψη αγωγής για την χοληστερόλη κατά φύλο.....
Πίνακας 16.	Καρδιαγγειακά προβλήματα κατά φύλο
Πίνακας 17.	Λήψη ασπιρίνης κατά φύλο.....
Πίνακας 18.	Λήψη στατίνων κατά φύλο.....
Πίνακας 19.	Προτροπή για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά φύλο.....
Πίνακας 20.	Πρόταση για διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ή για απώλεια βάρους κατά φύλο.....
Πίνακας 21.	Μέση τιμή βάρους, ΔΜΣ, Περιμέτρου μέσης, Ηλικίας κατά φύλο.....
Πίνακας 22.	Διάμεσος συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ), Διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και παλμών κατά φύλο.....
Πίνακας 23.	Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας, υδατανθράκων, λίπους, πρωτεΐνης, κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης κατά φύλο.....
Πίνακας 24.	Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης Νατρίου, Καλίου και Αλκοόλ κατά φύλο.....
Πίνακας 25.	Μέση τιμή ημερήσιων γραμμαρίων φρούτων, λαχανικών, κρεάτων, ψαριών και γαλακτοκομικών κατά φύλο.....
Πίνακας 26.	Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά διάγνωση αυξημένης πίεσης.....

Πίνακας 27. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας καταναλώνεται ανά λήψη φαρμάκων για την πίεση.....

- Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος κατά φύλο
- Γράφημα 2. Μορφωτικό επίπεδο κατά φύλο.....
- Γράφημα 3. Κάπνισμα κατά φύλο
- Γράφημα 4. Προσθήκη αλατιού κατά φύλο
- Γράφημα 5. Κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων κατά φύλο.....
- Γράφημα 6. Κατανάλωση αλατιού ή αλμυρής σάλτσας κατά φύλο.....
- Γράφημα 7. Σημαντικότητα μείωσης του αλατιού κατά φύλο
- Γράφημα 8. Επίγνωση προβλημάτων υγείας που προκαλεί το αλάτι κατά φύλο.....
- Γράφημα 9. Διάγνωση αυξημένης πίεσης κατά φύλο
- Γράφημα 10. Λήψη φαρμάκων για την πίεση κατά φύλο.....
- Γράφημα 11. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο.....
- Γράφημα 12. Λήψη φαρμάκων για τον σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο.....
- Γράφημα 13. Λήψη ινσουλίνης κατά φύλο.....
- Γράφημα 14. Διάγνωση υψηλής χοληστερόλης ανά φύλο.....
- Γράφημα 15. Λήψη αγωγής για την χοληστερόλη κατά φύλο.....
- Γράφημα 16. Καρδιαγγειακά προβλήματα κατά φύλο
- Γράφημα 17. Λήψη ασπιρίνης κατά φύλο.....
- Γράφημα 18. Λήψη στατίνων κατά φύλο.....
- Γράφημα 19. Προτροπή για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά φύλο.....
- Γράφημα 20. Πρόταση για διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ή για απώλεια βάρους κατά φύλο.....
- Γράφημα 21. Μέση τιμή βάρους, ΔΜΣ, Περιμέτρου μέσης, Ηλικίας κατά φύλο.....
- Γράφημα 22. Μέση τιμή βάρους κατά φύλο.....
- Γράφημα 23. Μέση τιμή ΔΜΣ κατά φύλο.....
- Γράφημα 24. Μέση τιμή συστολικής πίεσης κατά φύλο.....
- Γράφημα 25. Μέση τιμή διαστολικής πίεσης κατά φύλο.....
- Γράφημα 26. Μέση τιμή παλμών κατά φύλο.....
- Γράφημα 27. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας κατά φύλο.....
- Γράφημα 28. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης υδατανθράκων-λιπών-πρωτεϊνών κατά φύλο.....
- Γράφημα 29. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών.....
- Γράφημα 30. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης χοληστερόλης.....
- Γράφημα 31. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης Νατρίου-καλίου κατά φύλο.....

- Γράφημα 32. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης αλκοόλ κατά φύλο.....
- Γράφημα 33. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων φρούτων.....
- Γράφημα 34. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων λαχανικών.....
- Γράφημα 35. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων κρεάτων.....
- Γράφημα 36. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων ψαριών.....
- Γράφημα 37. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων γαλακτοκομικών.....
- Γράφημα 38. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά διάγνωση αυξημένης πίεσης.....
- Γράφημα 39. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας καταναλώνεται ανά λήψη φαρμάκων για την πίεση.....

Συνομογραφίες

- ΔΑΠ: Διαστολική Αρτηριακή Πίεση
- ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος
- ΚΑΠΗ: Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων
- ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση
- CRP: C Αντιδρώσα Πρωτεΐνη
- DASH: Dietary Approach to Stop Hypertension – Δίαιτα Διακοπής της Υπέρτασης
- gr: Γραμμάρια
- HDL: ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΥΨΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ
- Kcal: Χιλιοθερμίδες
- LDL: ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ
- Mg: Μικρογραμμάρια
- mmHg: Χιλιοστά της Στήλης Υδραργύρου
- OGTT: Oral Glucose Tolerance Test ή Δοκιμασία Ανοχής στην Γλυκόζη
- Spss: Statistical Package for the Social Sciences
- VLDL ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ

1. Εισαγωγή

Η γεροντολογία, η μελέτη δηλαδή της φυσιολογικής γήρανσης, αποτελεί μια επιστήμη που περιλαμβάνει τη βιολογία, την ψυχολογία και την κοινωνιολογία. Η διατροφή στην γεροντολογία επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας, στην ελάττωση του κινδύνου και στην πρόληψη της εκδήλωσης νόσου στους μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες (Wellman NA, Kamp BA, 2014). Η γήρανση αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley et al., 1996). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Έτσι η χρονολογική ηλικία (η πραγματική ηλικία από τη γέννηση μέχρι τη χρονική στιγμή συγκεκριμένης αναφοράς), μπορεί να είναι είτε μεγαλύτερη είτε μικρότερη από τη βιολογική ηλικία (καθορίζεται από τη φυσιολογική και λειτουργική κατάσταση του οργανισμού). Στις τελευταίες δεκαετίες έχει διαπιστωθεί ότι οι βιολογικές αλλαγές που συνδέονται με την γήρανση, εμφανίζονται αργότερα απ' ό,τι στο παρελθόν, άρα η χρονολογική ηλικία μπορεί να είναι 10 χρόνια μπροστά από τη βιολογική ηλικία (Bennett & Ebrahim 1995, Fillit, 2010).

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να καταταχθούν στις εξής ηλικιακές υποομάδες:

- Η πρώτη υποομάδα αποτελείται από τους αποκαλούμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας από 60 ή 65 μέχρι 74 ετών. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε φόρμα, ενεργά και φροντίζουν μόνα τους τον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα.
- Η δεύτερη υποομάδα αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα προχωρημένης ηλικίας, από 75 μέχρι 84 ετών. Μετά από την ηλικία των 75 ετών η κατάσταση των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο εύθραυστη και χαρακτηρίζεται από σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένιση. Οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αυξάνουν. Τα ηλικιωμένα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.
- Η τρίτη υποομάδα αποτελείται από υπερήλικα άτομα άνω των 85 ετών που συνήθως είναι πολύ εύθραυστα και παρουσιάζουν σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένιση, τα οποία είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία. Τα ηλικιωμένα άτομα της τρίτης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τέταρτης ηλικίας (Ory et al., 2003, Sánchez Palacios et al., 2009).

Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους ηλικιωμένους άνδρες. Αυτό οφείλεται στις συνθήκες που επικρατούσαν τα προηγούμενα χρόνια (π.χ. πόλεμοι) και στον πιο ριψοκίνδυνο χαρακτήρα των ανδρών (π.χ. οι άνδρες ήταν πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα). Ο προσδόκιμος χρόνος ζωής, από τα 50 χρόνια που ήταν στο 1900, έφτασε στα 80 χρόνια για τις γυναίκες και 79 για τους άνδρες στις αναπτυγμένες χώρες. Η μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής, στη βελτίωση της τεχνολογίας, στη μείωση των ατυχημάτων και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (καλύτερο φαγητό, καθαρό πόσιμο νερό, καλύτερες συνθήκες εργασίας και υγιεινής) (Ory et al., 2003, Sánchez Palacios et al., 2009).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη γήρανση:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

(Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

Με τη γήρανση επέρχονται φυσιολογικά κάποιες αλλαγές. Η σύσταση του σώματος αλλάζει. Η λιπώδης μάζα και το σπλαχνικό λίπος αυξάνονται, ενώ η άλιπη μάζα σώματος ελαττώνεται. Η σαρκιοπενία, η σχετική με την ηλικία απώλεια μυϊκής μάζας, δύναμης και λειτουργίας, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής, ελαττώνοντας την κινητικότητά τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσεων και τροποποιώντας τον μεταβολικό ρυθμό (Raguso et al., 2006).

Επηρεάζεται επίσης η λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων. Η μείωσή τους επηρεάζει τις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άτομα 4^{ης} ηλικίας και έχει συνέπειες τόσο στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όσο και στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις. Τα προβλήματα της κινητικότητας και η μείωση της λειτουργίας των αισθητήριων οργάνων επηρεάζουν τους ηλικιωμένους σε σημείο που να μην μπορούν να πράττουν αποτελεσματικά τις δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους. Με τον όρο δραστηριότητες της καθημερινής ζωής

αναφέρονται η σίτιση, η μετακίνηση σε χώρους του σπιτιού και έξω από αυτό, το μπάνιο και η ατομική περιποίηση. Οι απαιτητικότερες καθημερινές δραστηριότητες είναι η χρήση τηλεφώνου, η μετακίνηση σε διαφορετικές περιοχές, τα ψώνια, η παρασκευή γευμάτων, οι ελαφριές δουλειές νοικοκυριού, η λήψη φαρμάκων, η διαχείριση χρημάτων. Άλλοι παράγοντες που μειώνουν τη λειτουργικότητα, αποτελούν το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η κατάχρηση αλκοόλ. Η μείωση της όρασης δυσκολεύει την ικανότητα του ηλικιωμένου για αυτόνομη διαβίωση, δηλαδή να φροντίζει το φαγητό του, το ντύσιμό του και τα ψώνια του. Η μείωση της αίσθησης της γεύσης επηρεάζει τη διατροφή αφού ελαχιστοποιείται η ευχαρίστηση από την κατανάλωση των τροφών. Η διατροφή επηρεάζεται επίσης από την απώλεια των δοντιών και από τις αλλαγές στην οικονομική κατάσταση και στην οικογενειακή δομή, που κάνουν τους ηλικιωμένους να ενδιαφέρονται λιγότερο για την παρασκευή και κατανάλωση πλήρων γευμάτων. Τα προβλήματα πέψης μπορεί να οδηγήσουν στην ελάττωση της ποσότητας και της ποιότητας της τροφής (Wellman NA, Kamp BA, 2014).

Οι γνωστικές λειτουργίες και ικανότητες, όπως η μνήμη, η σκέψη και η γλώσσα, υφίστανται μεταβολές και συγκεκριμένα, εκπίπτουν με την πρόοδο της ηλικίας. Επομένως, επηρεάζουν την επικοινωνία με τα ηλικιωμένα άτομα (Brodziak et al., 2013). Η νοητική λειτουργία μειώνεται από την ηλικία των 55-65 ετών στα άτομα που συνταξιοδοτούνται πρόωρα, υποστηρίζοντας ότι η δέσμευση στην παραγωγή με την εργασία προστατεύει τη νοητική κατάσταση (WHO 2011). Η μεγαλύτερη διάρκεια ζωής συσχετίζεται με τη χρόνια αναπηρία και διάφορες παθήσεις. Οι περισσότερες ασθένειες οφείλονται ή επηρεάζονται από τον τρόπο ζωής όπως είναι η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Παίζουν ρόλο επίσης ψυχολογικοί παράγοντες. Συχνότερη κατηγορία ασθενειών αποτελούν τα καρδιαγγειακά, δηλαδή η υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στηθάγχη, το έμφραγμα, και η υπερχοληστερολαιμία. Μια άλλη συχνά εμφανιζόμενη νόσος που σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Συνήθως οι διατροφικές επιλογές ενός ατόμου είναι ανάλογες με το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδό του κι αυτό φαίνεται να επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους.

1.1. Εκπαίδευση

Οι ηλικιωμένοι, όσον αφορά την εκπαίδευσή τους δεν αποτελούν έναν ομοιογενή πληθυσμό. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες περιοχές δηλαδή στην πόλη και στην ύπαιθρο, ανάμεσα στα δύο φύλα

καθώς οι γυναίκες βρίσκονταν σε μειονεκτικότερη θέση και ανάμεσα στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης τους οφείλεται στους εθνικούς διχασμούς και πολέμους, στην προσφυγιά και την γενικότερη φτώχεια που επικρατούσε (Πουλοπούλου Η.Ε, 2007).

1.2. Εργασία

Η εργασία και η επαγγελματική ζωή παίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της ταυτότητας του ατόμου και της ψυχολογικής του ευεξίας. Δουλειά σημαίνει οικονομική ανεξαρτησία, οικονομική ασφάλεια, και ζωή ανάλογη προς τις κοινωνικές προσδοκίες. Προσφέρει επίσης προσωπική ικανοποίηση, προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση, προσωπικές επιτεύξεις και προσφορά, καθώς και φίλιες. Με την αύξηση της ηλικίας επηρεάζεται η απόδοση του εργαζόμενου, κυρίως στις εργασίες όπου απαιτείται σωματική ικανότητα, αντιληπτική ή ψυχοκινητική ταχύτητα (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

1.3. Συνταξιοδότηση

Οι πολίτες κάθε χώρας μετά από κάποιο συγκεκριμένο όριο ηλικίας, απομακρύνονται υποχρεωτικά από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα και καθίστανται συνταξιούχοι. Η ηλικία με τη συμπλήρωση της οποίας αποκτάται το συνταξιοδοτικό δικαίωμα, διαφοροποιείται κατά ασφαλιστικό φορέα. Συνήθως το όριο για συνταξιοδότηση είναι στην ηλικία των 65 χρόνων. Ωστόσο μπορεί κάποιος να βγει στη σύνταξη είτε αργότερα είτε νωρίτερα ανάλογα με το επάγγελμα που ασκεί. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για συνταξιοδότηση είναι η υγεία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός εξαρτώμενων προσώπων), και τα χαρακτηριστικά της εργασίας (ελεύθερο επάγγελμα ή εξαρτημένη εργασία).

Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων σχετίζεται άμεσα με τη σύνταξή τους που συνήθως αποτελεί το μοναδικό τους εισόδημα. Το ποσό που λαμβάνουν μηνιαίως καθορίζεται από το επάγγελμα που ασκούσαν. Από αυτό προκύπτει πως το εισόδημα του αστικού πληθυσμού είναι μεγαλύτερο από του αγροτικού. Το ποσό της σύνταξης καθορίζεται επίσης από το φύλο του ατόμου, καθώς οι γυναίκες εργάζονταν λιγότερα χρόνια λόγω κοινωνικών στερεοτύπων αλλά και οικογενειακών υποχρεώσεων. Προσαρμόζονται όμως ευκολότερα στη συνταξιοδότηση απ' ότι οι άντρες που χρειάζονται περισσότερο χρόνο (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

1.4. Ψυχολογία ηλικιωμένων

Ο πληθυσμός που γηράσκει θα πρέπει να γίνεται αποδεκτός σαν αναπόσπαστο και λειτουργικό μέρος της κοινωνίας μας. Το κεφάλαιο αυτό της ζωής του ανθρώπου, μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως επιθυμητό, είτε ως τρομακτικό. Είναι βασικό το πώς ένα ηλικιωμένο άτομο αντιμετωπίζει το θέμα της ηλικίας του. Γηρατειά δε σημαίνουν απαραίτητα εξάρτηση και αδυναμία αυτονομίας. Όμως με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3ης και ιδιαίτερα της 4ης ηλικίας αντιμετωπίζει προβλήματα που μερικές φορές τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Στους ηλικιωμένους μπορεί να παρουσιαστούν διάφορες ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και άγχος οι οποίες όμως μπορεί να είναι συμπτώματα άλλων σωματικών ασθενειών.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική και σωματική υγεία του ατόμου:

- γνωστικοί (στάσεις, ιδέες, πεποιθήσεις)
- συναισθηματικοί (κατάθλιψη, άγχος)
- ψυχοκοινωνικοί (όπως η σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον)
- οικονομικοί
- περιβαλλοντικοί
- οικογενειακοί

(Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

Όλες οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι κοινωνικές αλλαγές, και ο σύγχρονος τρόπος ζωής, έφεραν στην επιφάνεια πολλά έντονα συναισθηματικά προβλήματα. Η απομάκρυνση από την παραγωγική εργασία με την συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει κοινωνική απομόνωση, μοναξιά, περιθωριοποίηση, απώλεια αυτονομίας, απόγνωση και γεροντική κατάθλιψη. Οι γυναίκες να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από τους άνδρες. Το κυριότερο σύμπτωμα είναι το συναίσθημα έντονης θλίψης, που δεν περνά. Επιπρόσθετα, αναφέρονται ανηδονία, δηλαδή έλλειψη ευχαρίστησης από οτιδήποτε, τάση για απομόνωση ή αποφυγή των άλλων, ανησυχία, ευερεθιστότητα, άγχος, δυσκολία στον ύπνο και πολύ πρωινό ξύπνημα, ανορεξία και απώλεια

βάρους (ή υπερφαγία και υπερβολική αύξηση του βάρους), αίσθημα κούρασης και έλλειψης ενεργητικότητας, απώλεια των ενδιαφερόντων, δυσκολία στη λήψη ακόμη και μη σημαντικών αποφάσεων, δυσκολία στην προσοχή και συγκέντρωση, σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, στα πόδια κ.τ.λ.), απώλεια αυτοπεποίθησης, αισθήματα ενοχής και τέλος, αυτοκτονικές σκέψεις. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η κοινωνική απομόνωση, η παρουσία σωματικής ασθένειας, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή. Μπορεί να σχετίζεται με εγκεφαλικά επεισόδια, Alzheimer, νόσο Πάρκινσον, σακχαρώδη διαβήτη. Κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί επίσης και από φάρμακα όπως γλυκοκορτενοειδή και ιντερφερόνη. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης εκτός από φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει ενεργητική συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες, με πρόγραμμα απασχόλησης το οποίο αποσκοπεί και στη νοητική ενδυνάμωση αλλά και στην ενίσχυση της κοινωνικότητας και τη δημιουργία νέων κοινωνικών δεσμών, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορεί να αισθανθεί χρήσιμος ξανά (Haggerty JJ Jr, Sickel MJ, 2016).

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό για την ψυχολογία των ηλικιωμένων φαινόμενο είναι το πένθος. Ο όρος πένθος αναφέρεται στην ψυχολογική ανταπόκριση, και ο όρος θρήνος στην κοινωνική έκφραση του πένθους. Μέσα στα συμπτώματα του πένθους που μπορούν να διαρκέσουν μήνες είναι η χαμηλή ενέργεια, η μείωση της όρεξης με συνοδό απώλεια βάρους και η αϋπνία. Είναι πολύ δύσκολο να οριστεί το όριο μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού πένθους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας στους συζύγους που πενθούν, όμως ο απόλυτος κίνδυνος παραμένει χαμηλός. Το πένθος μπορεί να οδηγήσει σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το πένθος και η κατάθλιψη έχουν κοινά συμπτώματα όπως μειωμένη ενεργητικότητα όρεξη και ύπνο (Hutto BR, 2016).

1.5. Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλους λαούς

Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από το κοινωνικό σύνολο ποικίλει ανά τον κόσμο. Στη χώρα μας, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής η Τρίτη ηλικία αποτελεί μια μεγάλη μερίδα του συνολικού πληθυσμού. Στο παρελθόν αντιμετωπιζόνταν ως το σημαντικότερο μέλος της οικογένειας και η γνώμη τους ήταν η επικρατέστερη όλων. Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος τους μέσα στην οικογένεια και γενικότερα στην κοινωνία φαίνεται να έχει αλλάξει. Πλέον η αντιμετώπισή τους είναι αμφίροπη. Από ένα μέρος της κοινωνίας αντιμετωπίζονται θετικά, ως χρήσιμα μέλη της, άξια σεβασμού και απαραίτητα για αυτήν λόγω της εμπειρίας και των γνώσεων τους, καθώς και των αγαθών που προσφέρουν στις οικογένειες τους και ιδιαίτερα στα εγγόνια τους.

Αντίθετα, από κάποιους αντιμετωπίζονται αρνητικά καθώς είναι μια φιλάσθενη ομάδα, συχνά εξαρτημένη από τρίτους λόγω της μειωμένης κινητικότητας και λειτουργικότητάς τους. Επιπλέον οι κακουχίες που έχουν περάσει έχουν επηρεάσει την ποιότητα του χαρακτήρα τους, κάνοντάς τους μίζερους, κακότερους και γκρινιαρήδες. Τα στερεότυπα αυτά που έχουν δημιουργηθεί, συχνά έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία των ηλικιωμένων οδηγώντας τους στην απομόνωση (Craig J. G, Baucum D, 2008).

Ίδια αντιμετώπιση έχουν και οι ηλικιωμένοι στις ΗΠΑ καθώς τα συγγενικά τους άτομα ανησυχούν και νιώθουν κάποιο καθήκον για αυτούς, αλλά θεωρούν πως οι ηλικιωμένοι έχουν κάποια ενοχλητικά χαρακτηριστικά όπως ότι είναι ανοϊκοί, ανιαροί και σωματικά ανίκανοι. Αντιθέτως στις ασιατικές χώρες εκτιμάται περισσότερο η σοφία των ηλικιωμένων. Τους σέβονται και τους τιμούν χάρη σε μια παράδοση γνωστή ως υιικής ευσέβειας. Αυτό συναντάται περισσότερο στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας καθώς αρχίζει να περιορίζεται η υιοθέτηση της παράδοσης από τις νέες γενεές. (Craig J. G, Baucum D, 2008).

1.6. Τρόπος ζωής

Οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ και ο λανθασμένος τρόπος ζωής, μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνιες διαταραχές.

1.6.1. Αλκοόλ

Το αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικές ενεργειακές προσλήψεις όταν λαμβάνεται επιπλέον της φυσιολογικής διατροφικής κατανάλωσης. Αποδίδει 7kcal/gr. Το αλκοόλ δεν περιέχει βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά και επηρεάζει αρνητικά τον μεταβολισμό κάποιων βιταμινών, λόγω χαμηλής απορρόφησης και αποθήκευσής τους. Μπορεί να προκαλέσει κίρρωση ήπατος, παγκρεατίτιδα, υπέρταση, υπεργλυκαιμία, κατάθλιψη, αϋπνία, εγκεφαλικό και αρρυθμίες. Με την κατανάλωσή του διεγείρεται η σύνθεση λίπους η οποία οδηγεί σε υψηλά επίπεδα VLDL στην κυκλοφορία. Στους πότες το ήπαρ αυξάνεται σε μέγεθος λόγω της συσσώρευσης υπερβολικού λίπους, οδηγώντας τελικά σε χρόνια φλεγμονή. Ακόμη, μειώνεται η παραγωγή ινσουλίνης και γλυκονογένεσης και μπορεί να συμβούν υπογλυκαιμικά επεισόδια, που είναι ικανά να οδηγήσουν σε λιποθυμία. Τέλος, η πρωτεϊνική σύνθεση μειώνεται. Σε όλα τα παραπάνω είναι πιο επιρρεπείς οι ηλικιωμένοι λόγω της εξασθένησης του οργανισμού τους από άλλες αρρώστιες (Barasi E.M, 2012). Από την άλλη, η μέτρια κατανάλωση κρασιού έχει

θετικά αποτελέσματα για την καρδιά και για τη μείωση της πίεσης, λόγω των αντιοξειδωτικών ουσιών του (Wellman NA, Kamp BA, 2014). Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Παρατηρήθηκε ότι οι άντρες πίνουν το διπλάσιο απ' τις γυναίκες, οι ανύπαντροι περισσότερο απ' τους παντρεμένους και οι άνθρωποι χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου περισσότερο απ' αυτούς που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση (Barasi E.M, 2012).

Η παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί στον αλκοολισμό. Μια κατάσταση που πέρα από τις σωματικές βλάβες, έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν τη φύση του εθισμού, ούτε έχουν πλήρη συνείδηση των συνεπειών που έχει η κατανάλωση αλκοόλ στην υγεία. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αλλαγές συμπεριφοράς, απομόνωση, παραίτηση, επιθετικότητα, κατάθλιψη και ευερεθιστικότητα, δημιουργώντας προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις και υποχρεώσεις. Αν το άτομο αποτυγχάνει να βοηθήσει τον εαυτό του και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του αλκοολισμού με τη βοήθεια του κοινωνικού του περιγύρου, τότε απευθύνεται στη βοήθεια ειδικών. Η θεραπεία μέσω της ιατρικής περιλαμβάνει τις Βεζοδιαζεπίνες που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της απόσυρσης και του κινδύνου επιληπτικών κρίσεων ή τρομώδους παραληρήματος, και την Θειαμίνη που χορηγείται παρεντερικά για να προληφθεί η ανάπτυξη εγκεφαλοπάθειας Wernicke ή η μόνιμη διαταραχή της μνήμης (σύνδρομο korsakoss) (Garbutt JC, Gwyther RE et al., 2016).

1.6.2. Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μία από τις κακές συνήθειες που ξεινά κατά τη νεότητα και προκαλεί επιπτώσεις στην υγεία με την πάροδο των χρόνων. Ασθένειες που εμφανίζονται λόγω του καπνίσματος προκαλούνται από τις πολυάριθμες βλαβερές ουσίες που βρίσκονται τσιγάρα. Η πίσσα είναι υπεύθυνη σε πολλές περιπτώσεις για διάφορους τύπους καρκίνου όπως του πνεύμονα, φάρυγγα, λάρυγγα, εντέρου, στομάχου, νεφρών κ.α. Επίσης προκαλεί αναπνευστικές παθήσεις όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το πνευμονικό εμφύσημα και καρδιαγγειακές παθήσεις όπως η αρτηριοσκληρωση και η υπέρταση. Η νικοτίνη αυξάνει την αρτηριακή πίεση μέσω της συσσώρευσης αιμοπεταλίων και προκαλεί θρόμβωση καθώς και καρκίνο. Το μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει την περιεκτικότητα σε οξυγονωμένο αίμα και ευθύνεται για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το κάπνισμα αφαιρεί 5 – 17 λεπτά της ζωής ενός ενεργητικού καπνιστή. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην υγεία του ατόμου, αν όχι την πλήρη αποκατάσταση του οργανισμού (Pronsky ZM, Crowe JP, 2014).

Πιο συγκεκριμένα:

- Σε 6 ώρες η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές.
- Στις 24 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα.
- Στις 48 ώρες δεν υπάρχει πλέον νικοτίνη στο σώμα.
- Σε 3-9 μήνες βελτιώνεται ο βήχας, η δύσπνοια και τα αναπνευστικά προβλήματα, καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται έως και 10%.
- Στα 5 χρόνια ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στο μισό του κινδύνου που διέτρεχε ένας καπνιστής.
- Στα 10 χρόνια ο κίνδυνος αυτός μειώνεται στα ίδια επίπεδα με αυτόν ενός μη καπνιστή. Είναι χαρακτηριστικό, ότι στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα, ενώ ο κίνδυνος στους καπνιστές είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερος από ό,τι τους μη καπνιστές.
- Μετά 10 - 15 χρόνια διακοπής είναι μόνο 5 φορές μεγαλύτερος και μετά από 15 - 20 χρόνια ελάχιστα μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές. Σε ό,τι αφορά τη στεφανιαία νόσο, συνολικά, η πιθανότητα προσβολής των πρώην καπνιστών είναι η μισή έναντι εκείνης των καπνιστών (Χατζόγλου X et al., 2009).

1.7. Φάρμακα

Η νοσηρότητα στην Τρίτη ηλικία είναι ένα μείζον πρόβλημα το οποίο για να αντιμετωπιστεί γίνεται η χρήση πολλών φαρμάκων, πράγμα που πολλές φορές έχει σημαντικότερες παρενέργειες στην υγεία τους παρά οφέλη. Το γήρας αλλάζει την φαρμακοκινητική που είναι η μελέτη της πορείας ενός φαρμάκου μέσα στο σώμα και αφορά την απορρόφηση, κατανομή μεταβολισμό και απέκκριση του φαρμάκου, την οποία επηρεάζουν η δυσθρεψία, η αφυδάτωση, η παρουσία νόσου, η γνωσιακή ή ενδοκρινής δυσλειτουργία και οι περιοριστικές δίαιτες. Ο όγκος κατανομής φαρμάκου στους ηλικιωμένους αλλάζει καθώς παρατηρείται μείωση της άλιπης μάζας σώματος και αύξηση του λίπους του σώματος η μείωση της μάζας και της ροής του αίματος στο ήπαρ και η ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας, που αυξάνουν τις πιθανότητες κινδύνου. Η συσσώρευση των

φαρμάκων στον λιπώδη ιστό αυξάνει τον χρόνο κάθαρσης από το σώμα και την τοξικότητά του. Είναι δύσκολη η αναγνώριση ενός προβλήματος πως οφείλεται στην ανεπιθύμητη δράση ενός φαρμάκου στους ηλικιωμένους και όχι στην γήρανση ή σε άλλα νοσήματα. Παρενέργειες όπως ζάλη, κεφαλαλγία, τρόμος, σύγχυση και δυσκοιλιότητα είναι κάποια από τα προβλήματα που είναι διφορούμενα και προκαλούν σύγχυση στους γιατρούς.

Τα φάρμακα μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την κατάσταση θρέψης. Αυτό συμβαίνει καθώς πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνοντας μια φαρμακευτική αγωγή, πιστεύουν πως καλύπτουν τις διατροφικές τους απαιτήσεις χωρίς να καταναλώνουν και τις απαραίτητες ποσότητες τροφίμων, κι έτσι παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα βιταμινών και άλλων στοιχείων. Τα φάρμακα μπορούν να αλληλοεπιδράσουν με θρεπτικά συστατικά κατά την απορρόφηση, τη χρησιμοποίησή τους από τον οργανισμό και την τελική απέκκριση. Κάποια παραδείγματα είναι η αλληλεπίδραση της βιταμίνης Κ με την βαρφαρίνη, του ασβεστίου και της βιταμίνης D με την αλενδρονάτη και του καλίου, νατρίου και μαγνησίου με τα διουρητικά της αγκύλης όπως η φουροσεμίδη (Lasix) καθώς και των πρωτεϊνών με τη λεβεντόπα σε ασθενείς με νόσο πάριρσον. Κάποιες φορές η διαταραχή μνήμης κάνει τους ηλικιωμένους να ξεχνάνε τη λήψη φαρμάκων τους, στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να παρέχεται η βοήθεια από συγγενικά άτομα είτε υπενθυμίζοντάς τους την ώρα λήψης φαρμάκων είτε τοποθετώντας τα σε ειδικές θήκες. Ακόμη, ορισμένοι θεωρούν πως μπορούν να σταματήσουν την θεραπεία τους χωρίς αυτό να είναι οδηγία του ιατρού τους (Pronsky ZM, Crowe JP, 2014).

1.8. Άσκηση

Η φυσική δραστηριότητα είναι αποδεδειγμένα ένας σημαντικός παράγοντας για την διατήρηση της υγείας σε όλα τα στάδια της ζωής του ανθρώπου. Επομένως, ακόμα και στην Τρίτη ηλικία είναι ένας παράγοντας διατήρησης της σωματικής και πνευματικής ευεξίας καθώς και της σωματικής υγείας. Η φυσική απόδοση του ανθρώπου κορυφώνεται στα 20 του χρόνια και από τότε αρχίζει η προοδευτική διαδικασία πτώσης της λειτουργικότητας των κυττάρων. Με την πάροδο των χρόνων μειώνονται τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, ενώ παράλληλα η καθιστική συμπεριφορά αυξάνεται. Η έλλειψη συντροφιάς, ενδιαφέροντος, γνώσης και ο φόβος τραυματισμού, είναι οι παράγοντες που αποτρέπουν το άτομο μεγαλώνοντας να ασχοληθεί με την άσκηση. Οι συστάσεις όμως που προτείνουν οι Διεθνείς Οργανισμοί Υγείας για τους ηλικιωμένους δεν διαφέρουν από τις συστάσεις που αφορούν τους ενήλικες. Πρόσφατη έρευνα απέδειξε πως η άσκηση μειώνει την αρτηριακή πίεση, το λίπος, βελτιώνει το καρδιοαναπνευστικό σύστημα κατά 50% και την αντίσταση στην ινσουλίνη. Αυξάνει επίσης την κινητικότητα των

αρθρώσεων, και την μυϊκή δύναμη και αντοχή. Η άσκηση, πέρα από την διατήρηση της καλής λειτουργίας του σώματος, βοηθά επίσης στην κοινωνικοποίηση και την ψυχολογία του ατόμου, την διάθεσή του, και γενικότερα την ποιότητα ζωής (Μάνιος Γ, 2007). Είναι ιδιαίτερα επωφελής για τους ηλικιωμένους διότι αυξάνει την οστική μάζα, προλαμβάνει τη δυσχέρεια κίνησης-βαδίσματος, καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα. Για τα άτομα τρίτης ηλικίας, η καλύτερη άσκηση είναι η καθημερινή βόλτα. Μελέτες καταδεικνύουν ότι οι άνθρωποι που παραμένουν σωματικά υγιείς και δραστήριοι μπορεί να έχουν εξίσου καλή επίδοση με ανθρώπους μικρότερης ηλικίας που δεν είναι σε καλή φυσική κατάσταση (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

1.9. Διατροφή

Η διατροφή αναμφισβήτητα αποτελεί ένα μέρος του τρόπου ζωής. Ανάλογα με την ποιότητά της έχει είτε ευεργετικές είτε καταστροφικές επιπτώσεις για την υγεία.

Η μεσογειακή διατροφή είναι ένα μοντέλο που προτείνεται για την επίτευξη της υγείας και της μακροζωίας. Ξεκίνησε με τη μελέτη των <<επτά χωρών>>. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 2-3 φορές μικρότερη στις μεσογειακές χώρες (Τσιλιγκιροπούλου-Φαχαντίδου Α, 2008).

Η μεσογειακή διατροφή είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι και πατάτες, πουλερικά και ψάρια, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα καθώς και ελαιόλαδο που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά. Σε μικρότερη ποσότητα, αραιότες φορές την εβδομάδα πρέπει να καταναλώνονται αυγά, ψάρια, πουλερικά και κρασί. Τέλος λίγες φορές τον μήνα η μεσογειακή διατροφή συνιστά το κόκκινο κρέας και τα γλυκά. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημά της είναι η σύνθεσή της σε λίπη, δηλαδή η σχέση μονοακόρεστων, κειορεσμένων και πολυακόρεστων πρέπει να είναι δύο προς ένα, και η σχέση ω-3 προς ω-6 πρέπει να είναι ένα προς ένα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι το λίπος της μεσογειακής διατροφής προέρχεται κυρίως από το ελαιόλαδο. Το ελαιόλαδο έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στα γαστρικά έλκη, στη χολολιθίαση, στη ρευματική αρθρίτιδα καθώς και στον διαβήτη.

Σε γενικές γραμμές τα άτομα της 3^{ης} ηλικίας διατρέφονται ακριβώς όπως ο υπόλοιπος πληθυσμός με μόνες διαφοροποιήσεις στην ποσότητα και την ποιοτική αναλογία των τροφίμων (Konrad Biesalski H, Grimm P, 2008). Μελέτες δείχνουν ότι παρουσιάζουν χαμηλές προσλήψεις ενέργειας, ολικού λίπους, διαιτητικών ινών, ασβεστίου, μαγνησίου,

ψευδαργύρου, χαλκού, φυλλικού οξέος και βιταμινών B12 , C, D, E. Οι διαιτητικές τους συνήθειες επηρεάζονται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Wellman NA, Kamp BA, 2014).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή στους υπερηλίκους :

- Χαμηλό εισόδημα-έλλειψη τροφίμων
- Απουσία ενημέρωσης για τη θρεπτική αξία των τροφίμων
- Δυσκολίες στη μετακίνηση για προμήθεια τροφίμων
- Δυσκολία στην προετοιμασία φαγητού
- Δυσκολίες μάσησης και κατάποσης
- Ανορεξία και γαστρεντερικές διαταραχές
- Παρουσία νόσου
- Λήψη πολλών φαρμακευτικών παρασκευασμάτων που επηρεάζουν τη γεύση και την όρεξη των υπερηλίκων
- Κατάσταση ψυχικής υγείας (πένθος εξάρτηση από αλκοόλ, άνοια)
- Θρησκεία-νηστεία
- Εθνικές μειονότητες
- Κοινωνική θέση (μοναξιά, επίπεδο ανεξαρτησίας, ενδιαφέρον για φαγητό)

Αλλαγές που συνδέονται με νόσους κ μπορεί να έχουν επίπτωση στην κατάσταση θρέψης:

- Μειωμένη κινητικότητα
- Ψυχολογικές ασθένειες
- Γνωστική λειτουργία

(Barasi E.M, 2012)

1.9.1. Νηστεία

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι γυναίκες ακολουθούν πιστά τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και υποχρεώσεις όπως η νηστεία. Η νηστεία όσον αφορά την Ορθόδοξη Χριστιανική εκκλησία προωθεί την αποχή από τρόφιμα ζωικής προέλευσης όπως το κρέας, το ψάρι, τα γαλακτοκομικά, και τα αυγά και την αύξηση κατανάλωσης δημητριακών, οσπρίων, θαλασσινών, φρούτων και λαχανικών. Η νηστεία ουσιαστικά είναι μία προσωρινή χορτοφαγική διαίτα με πολλά θετικά αποτελέσματα στην υγεία των ηλικιωμένων όπως η μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, των καρδιαγγειακών παθήσεων καθώς και στην μείωση και σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου. Αυτές οι θετικές εξελίξεις στην υγεία οφείλονται στην μειωμένη κατανάλωση κορεσμένου λίπους και την ταυτόχρονη αύξηση μονοακόρεστου λίπους από το ελαιόλαδο, το ταχίνι, τους ξηρούς καρπούς. Ακόμη, η αυξημένη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων αυξάνει την πρόσληψη αδιάλυτων φυτικών ινών που βοηθούν το πεπτικό σύστημα να λειτουργήσει σωστά και καταπολεμά την δυσκοιλιότητα. Τέλος, τα θαλασσινά παρέχουν αυξημένες ποσότητες σεληνίου, ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων βελτιώνοντας την καρδιακή και νευρική λειτουργία. Υπάρχουν όμως και τα αρνητικά της νηστείας εφόσον ο οργανισμός δεν καλύπτει όλα τα συστατικά που χρειάζεται όπως το ασβέστιο και κυρίως ο σίδηρος επειδή ο φυτικός σίδηρος δεν απορροφάτε από τον οργανισμό όπως ο ζωικός. Επομένως αν επιθυμεί κάποιος να νηστέψει, οφείλει να καλύψει τις απαιτήσεις του για να μην έχει διατροφικές ελλείψεις. Αν δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνο μέσω των τροφίμων τότε ίσως του χορηγηθούν συμπληρώματα διατροφής.

Οι θερμιδικές απαιτήσεις μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε μεταβολές βάρους, μεταβολές σύνθεσης του σώματος (περισσότερος λιπώδης ιστός), μείωση βασικού μεταβολισμού, μείωση φυσικής δραστηριότητας. Μετά το 25^ο έτος της ηλικίας οι θερμίδες μειώνονται κατά 7,5% κάθε δεκαετία. Οι ανάγκες όμως για βιταμίνες και ανόργανα άλατα παραμένουν αμετάβλητες και κυρίως για ασβέστιο και σίδηρο. Η συνιστώμενη αναλογία θερμιδογόνων θρεπτικών συστατικών του ημερήσιου σιτηρέσιου παραμένει η ίδια με αυτή του ενήλικου: 55% υδατάνθρακες, 30% λίπους, 15% πρωτεΐνη (0,8g πρωτεΐνων/kg σωματικού βάρους) (Τσιλιγιροπούλου -Φαχαντίδου Α, 2008). Με την πάροδο των χρόνων υποβαθμίζεται επίσης η ποιότητα των διαιτητικών συνηθειών. Παρατηρείται μείωση της πρόσληψης φρούτων, λαχανικών, γάλακτος και χυμών, με ταυτόχρονη αύξηση κατανάλωσης ανθρακούχων ποτών. Αν και υπάρχουν μικρότερες ενεργειακές απαιτήσεις, οι απαιτήσεις για κάποια μικροθρεπτικά συστατικά αυξάνονται (Μάνιος Γ, 2007).

Τόσο η υπερφαγία όσο και οι μη ισορροπημένες δίαιτες έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσθρεψίας, με συνέπεια την κακή υγεία. Η κακή διατροφή έχει επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό, γαστρεντερικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό σύστημα,

στη διανοητική λειτουργία. Μπορούν να προκληθούν παθήσεις όπως σιδηροπενική αναιμία από κατανάλωση τροφών φτωχών σε σίδηρο, υπέρταση από υπερβολική πρόσληψη αλατιού, και νοσογόνο παχυσαρκία από υπερβολική πρόσληψη αλατιού (Barasi E.M, 2012).

1.9.2 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, ενώ συμβάλλει στην ανάπτυξη πολλών χρόνιων νοσημάτων όπως ο διαβήτης τύπου 2, η καρδιαγγειακή νόσος, η υπέρταση, η αρθρίτιδα, η δυσλιπιδαιμία και ο καρκίνος. Συστήνεται η απώλεια βάρους για να διατηρήσουν την μυϊκή και την οστική μάζα. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής που είναι περισσότερο αποτελεσματικές είναι η διαίτα, η σωματική δραστηριότητα και η τροποποίηση της συμπεριφοράς. Είναι πολύ σημαντικό για ηλικιωμένο που ακολουθεί διαίτα χαμηλή σε ενέργεια να προσλαμβάνει επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών. Πιθανόν να χρειάζονται κάποιο συμπλήρωμα βιταμινών, ανόργανων στοιχείων, παράλληλα με κατάλληλη διατροφική εκπαίδευση (Wellman NA, Kamp BA, 2014).

1.9.3 Υποθρεψία

Σύνηθες φαινόμενο στην Τρίτη ηλικία αποτελεί η υποθρεψία, λόγω ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων όπως η μείωση της όρεξης ή η μειωμένη λειτουργία των αισθητήριων οργάνων. Αυτά είναι φαινόμενα που επέρχονται φυσιολογικά με την πάροδο του χρόνου. Οι σχετιζόμενες με την ηλικία μεταβολές των αισθήσεων της γεύσης, της όσφρησης και της αφής, μπορεί να οδηγήσουν σε ελάττωση της όρεξης, ακατάλληλες διατροφικές επιλογές και μειωμένη διατροφική πρόσληψη. Η γεύση εμφανίζει σημαντική βλάβη σε προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει μεταβολές μετά την ηλικία των 50. Στα 65, το 50% των ηλικιωμένων έχουν μειωμένη όσφρηση λόγω καπνίσματος. Οι συνέπειες των αλλοιώσεων αυτών είναι ότι οι ηλικιωμένοι δεν απολαμβάνουν το φαγητό, ως εκ τούτου χάνουν την όρεξή τους και δεν διατρέφονται σωστά. Ένα ακόμη πρόβλημα είναι η δυσγευσία και η υποσμία που αποδίδονται στην γήρανση αλλά και στα φάρμακα. Άλλα αίτια είναι η περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου, η εγκεφαλική βλάβη, ο διαβήτης, η υπέρταση, οι νευρολογικές διαταραχές όπως η νόσος του αλτσχάιμερ

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

και η νόσος του πάρκινσον, αλλά και η ανεπάρκεια ψευδαργύρου και νιασίνης. Έλκη στο στόμα, τερηδόνα, κακή στοματική και ρινική υγιεινή μπορούν να προκαλέσουν ελάττωση των αισθήσεων αυτών. Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται το όριο διέγερσης των αισθήσεων. Ο κίνδυνος που προκύπτει από την απώλεια των αισθήσεων αυτών είναι η τάση χρησιμοποίησης υπερβολικής ποσότητας μπαχαρικών, ιδιαίτερα αλατιού. Η κακή στοματική υγιεινή και η απώλεια δοντιών κάνουν δύσκολη την πρόσληψη ορισμένων τροφών και έτσι οι ηλικιωμένοι προτιμούν συχνά μαλακά τρόφιμα που δεν χρειάζονται μάσηση και αποφεύγουν τρόφιμα υψηλής θρεπτικής αξίας όπως δημητριακά ολικής άλεσης, κρέατα, φρούτα και λαχανικά. Επίσης η πολυφαρμακία, που είναι η πρόσληψη πέντε και παραπάνω συνταγογραφημένων φαρμάκων την ημέρα επηρεάζει επίσης την διατροφή προκαλώντας ξηροστομία. Επίσης αρνητική επίδραση στη διατροφή μπορεί να προκαλέσει η ελάττωση της αίσθησης της γεύσης και η παραγωγή σιέλου. Η δυσφαγία καθιστά επικίνδυνη και δύσκολη την μάσηση και την κατάποση. Κοινωνικά αίτια που προκαλούν υποθρεψία είναι η μοναχική διαβίωση, το ανεπαρκές εισόδημα, η έλλειψη μεταφορικού μέσου και οι περιορισμοί στην προμήθεια και παρασκευή των τροφίμων (Wellman NA, Kamp BA, 2014).

1.9.4. Διατροφικές συστάσεις στους υπερήλικες

Ενέργεια : Η πρόσληψη θερμίδων πρέπει να είναι 1800-2200 kcal. Οι διαιτητικές οδηγίες συνιστούν τα άτομα να επιλέγουν τρόφιμα υψηλής διατροφικής πυκνότητας που έχουν επαρκείς ποσότητες μικροθρεπτικών συστατικών.

Λίπη : 20-30% της συνολικής ενέργειας. Προτίμηση σε πολυακόρεστα και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Πηγές: φυτικά έλαια, λιπαρά ψάρια, ξηροί καρποί και σπόροι. Συνιστάται επίσης η πρόσληψη μέχρι 10% των θερμίδων από κορεσμένο λίπος, καθώς και η πρόσληψη της χοληστερόλης να είναι μικρότερη από 300mg. Σε περίπτωση αυξημένης χοληστερίνης οι τιμές αυτές είναι 7% και 200 mg αντιστοίχως.

Πρωτεΐνες : 15% της συνολικής ενέργειας. Απαραίτητη είναι η πρόσληψη των απαραίτητων αμινοξέων. Οι πρωτεϊνικές ανάγκες συνήθως δεν μεταβάλλονται με την πάροδο της ηλικίας, αντιθέτως η μεγαλύτερη ποσότητα πρωτεϊνών από τις συνιστώμενες, οδηγεί σε αύξηση της οστικής πυκνότητας. Η απορρόφηση πρωτεϊνών πιθανόν μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας οπότε χρειάζεται προσοχή γιατί η υπερβολική πρόσληψη σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επιβαρύνει τα νεφρά.

Υδατάνθρακες : 50-55% της συνολικής ενέργειας. Συνιστάται κυρίως η πρόσληψη σύνθετων υδατανθράκων που περιέχονται στα όσπρια, φρούτα, λαχανικά και στα προϊόντα ολικής άλεσης, που περιέχουν διαιτητικές ίνες, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

Είναι απαραίτητοι για την λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος και για την αναπλήρωση του μυϊκού γλυκογόνου που καταναλώνεται κατά την άσκηση.

Ασβέστιο : Συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη : 800mg. Η ελάττωση της πρόσληψης λόγω της μειωμένης ικανότητας απορρόφησης οδηγεί σε μείωση της οστικής μάζας και αυξάνει τον κίνδυνο για οστεοπόρωση. Καλές πηγές ασβεστίου είναι το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το μπρόκολο και τα κονσερβοποιημένα ψάρια.

Σίδηρος : Συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη : 15mg. Η μειωμένη πρόσληψη αυξάνει τον κίνδυνο σιδηροπενικής αναιμίας. Καλές πηγές είναι το συκώτι, το κόκκινο κρέας, το σπανάκι, οι φακές και οι ξηροί καρποί.

Βιταμίνες : Συστήγεται μέτρια αύξηση στην πρόσληψη θειαμίνης, ριβοφλαβίνης, και βιταμινών Α, D και C. Το φολικό οξύ είναι απαραίτητα για την επιβράδυνση της γήρανσης των κυττάρων. Συνιστώμενη πρόσληψη του είναι 0,4 mg ημερησίως. Πηγές είναι τα σκούρα πράσινα λαχανικά, τα δημητριακά πρωινού, τα ρεβίθια, το σπανάκι και το μπρόκολο.

Φυλικό οξύ: Είναι απαραίτητο για την ελάττωση των επιπέδων ομοκυστεΐνης, που είναι δείκτης κινδύνου για αθηροθρόμβωση, νόσο Alzheimer, και νόσο Parkinson. Για να αυξηθεί η ποσότητα του φυλλικού οξέος στα τρόφιμα εμπλουτίζονται με αυτό, ενώ συχνά χορηγούνται και συμπληρώματα στους ασθενείς.

Νάτριο : Η πρόσληψη νατρίου πρέπει να είναι μέχρι 2,4 gr/μέρα. Τα ηλικιωμένα άτομα κινδυνεύουν να αναπτύξουν υπνατριαιμία και υπερνατριαιμία. Το πρώτο λόγω κατακράτησης υγρών και το δεύτερο λόγω υπερβολικής πρόσληψης νατρίου και αφυδάτωσης.

Υγρά : 6-8 ποτήρια. νερού, χυμού ή γάλακτος την ημέρα. Η ημερήσια πρόσληψη υγρών, που γίνεται με την κατανάλωση νερού, χυμών, γάλατος, τσαγιού, χαμομηλιού, καφέ, φρούτων και λαχανικών, πρέπει να ανέρχεται σε ποσότητα τουλάχιστον 2000ml. Κίνδυνος αφυδάτωσης υπάρχει σε υψηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος και σε περιπτώσεις απορρόθμισης διαβήτη ή λήψης διουρητικών. Κίνδυνος ωστόσο εγκυμονεί και η υπερβολική κατανάλωση υγρών σε περιπτώσεις νεφρικής ή ηπατικής πάθησης και συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε μικρές ποσότητες και ιδιαίτερα πριν από τα γεύματα είναι επιτρεπτή γιατί συνεισφέρει στη βελτίωση της όρεξης και της διάθεσης των υπερηλίκων. Το κρασί περιέχει ρεσβερατρόλη, έναν αντιμυκητιασικό παράγοντα που υπάρχει στον φλοιό των σταφυλιών και έχει συσχετιστεί με αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης κατά 11-16%. Η συνεχής κατανάλωση όμως οινοπνευματωδών ποτών σε ποσότητες μεγαλύτερες των 60ml ανά 24ωρο και για διάστημα 3 ετών έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε εξάρτηση. Επιπλέον το

αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα των ολικών τριγλυκεριδίων και της HDL χοληστερόλης. Οι επιδράσεις του αλκοόλ στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων είναι δόσοεξαρτώμενες και είναι μεγαλύτερες σε άτομα με επίπεδα τριγλυκεριδίων πάνω από 150mg/dl.

Διατροφικό σχήμα που μπορεί να υιοθετηθεί/24ωρο : γαλακτοκομικά 2 ποτήρια, κρέας 120-150gr, λαχανικά 200-300gr, δημητριακά 2 μερίδες, φρούτα 200 gr. (Wellman NA, Kamp BA, 2014), (Γσιλιγκιροπούλου-Φαχαντίδου Α, 2008).

1.9.5. Ιστορικό προηγούμενου 24ώρου

Το διαιτολογικό ιστορικό προηγούμενου 24ώρου είναι μέθοδος υπολογισμού της ενεργειακής πρόσληψης από μνήμης. Είναι η γρηγορότερη μέθοδος στη λήψη διαιτολογικών στοιχείων που επιτρέπει την ποσοτική και ποιοτική καταγραφή των τροφίμων. Έτσι μπορούμε να έχουμε μια γενική εικόνα για τις διατροφικές συνήθειες. Για να είναι επιτυχής αυτή η μέθοδος πρέπει ο εξεταζόμενος να έχει καλή μνήμη. Η ποιότητα των δεδομένων εξαρτάται επίσης από της ευφυΐα, την διάθεση και την αντίληψη που έχει το άτομο για την ποσότητα και το είδος του τροφίμου. Συχνά συναντώνται δυσκολίες στην καταγραφή διατροφής των ηλικιωμένων, αφού ειδικότερα τα άτομα της τέταρτης ηλικίας έχουν προβλήματα μνήμης (Χασαπίδου Μ, 2008).

Οι σωματικές και μεταβολικές αλλαγές της γήρανσης μπορεί να δώσουν ανακριβή αποτελέσματα στις διατροφικές αξιολογήσεις. Ένα παράδειγμα είναι οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις (ύψος, βάρος, πάχος δερματικών πτυχών). Με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται το ποσοστό της λιπώδους μάζας, ενώ ελαττώνεται το ύψος ως αποτέλεσμα της συμπίεσης των σπονδύλων. Η ακριβής μέτρηση ύψους μπορεί να είναι δύσκολη στα άτομα που πιθανόν να μη μπορούν να σταθούν σε όρθια θέση, είναι κλινήρη ή φέρουν αλλοιώσεις σπονδυλικής στήλης όπως η κύφωση και στα άτομα με οστεοπόρωση. Ο ΔΜΣ που βασίζεται σε αμφισβητήσιμες μετρήσεις δεν θεωρείται ακριβής. Οι μετρήσεις σύστασης του σώματος πιθανόν να είναι εξίσου αναποτελεσματικές (Wellman NA, Kamp BA, 2014).

1.10. Ασθένειες

Οι παράγοντες του τρόπου ζωής όπως η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η ψυχολογία καθώς και η εθνικότητα και το φύλο, επηρεάζουν άμεσα την κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι επιρροές αυτές είναι υπεύθυνες για τη νοσηρότητα και θνησιμότητα της τρίτης ηλικίας, λόγω μιας σειράς ασθενειών που προκαλούν, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά και η υπέρταση που έχουν επιπλοκές ακόμα και στη κινητικότητα των ασθενών. Η νοσηρότητα αυξάνεται λόγω διαταραχών των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών, ιατρογενών προβλημάτων, ψυχολογικών και

ψυχιατρικών προβλημάτων, ακόμα και λόγω πτώσεων. Παράλληλα γίνεται πιο δύσκολη η αντιμετώπιση ασθενειών λόγω της μειωμένης ικανότητας του σώματος να αντιμετωπίσει την ψυχική πίεση που προκαλεί η ασθένεια.

1.10.1. Καρδιαγγειακά

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί το πρώτο αίτιο θανάτου που οφείλεται στην στηθάγχη, στο έμφραγμα μυοκαρδίου και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι μη αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου για τις καρδιαγγειακές ασθένειες είναι η γενετική προδιάθεση, το ανδρικό φύλο, η ηλικία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η εθνικότητα. Ενώ υπάρχουν και το κάπνισμα και η φυσική δραστηριότητα που είναι οι αναστρέψιμοι παράγοντες (Barasi E.M, 2012).

Πιο συγκεκριμένα στην Τρίτη ηλικία υπάρχουν κάποιοι επιπλέον παράγοντες που επιδρούν στην καρδιαγγειακή δομή και λειτουργία όπως :

- Αυξημένη αγγειακή ακαμψία
- Αυξημένη ακαμψία μυοκαρδίου
- Μειωμένη β αδρενεργική απόκριση
- Προβληματική μιτοχονδριακή παραγωγή ATP
- Μειωμένη απόκριση τασεοποδοχέων
- Προβληματική λειτουργία φλεβόκομβου
- Προβληματική λειτουργία ενδοθηλίου

Η διατροφή είναι ένας αναστρέψιμος παράγοντας που κυρίως προκαλεί στεφανιαία νόσο. Η διατροφή σαν παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης ΣΝ σχετίζεται κυρίως με υψηλή πρόσληψη θερμίδων, λιπών, και κορεσμένων λιπαρών οξέων. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο ή συμπτωματική καρδιαγγειακή νόσο βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων (Krummel DA, 2014).

Διαιτητικές συστάσεις για ελάττωση καρδιαγγειακού κινδύνου :

- εξισορροπίστε τη θερμιδική πρόσληψη με τη σωματική δραστηριότητα για να διατηρήσετε ένα υγιές σωματικό βάρος.

- Ακολουθείστε διαίτα πλούσια σε λαχανικά και φρούτα για αντιοξειδωτικά
- Επιλέξτε σιτηρά ολικής άλεσης και τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες
- Καταναλώστε παχιά ψάρια δύο φορές την εβδομάδα
- Επιλέξτε άπαχα κρέατα
- Επιλέξτε άπαχα , με 1% λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα
- Ελαχιστοποιήστε την πρόσληψη μερικώς υδρογονωμένων λιπών
- Ελαχιστοποιήστε την πρόσληψη ροφημάτων και τροφίμων που περιέχουν πρόσθετα σάκχαρα
- Παρασκευάστε τρόφιμα με ελάχιστο ή καθόλου αλάτι
- Μετριάστε την πρόσληψη αλκοόλ. Μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόσληψη αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα κόκκινου κρασιού, σε μικρή ποσότητα έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και την ελάττωση της θνησιμότητας (Krummel DA, 2014).

1.10.2. Υπέρταση

Υπέρταση είναι η εμμένουσα υψηλή αρτηριακή πίεση αίματος δηλαδή η πίεση που ασκείται ανά μονάδα επιφάνειας στα τοιχώματα των αρτηριών. Είναι η πιο κοινή αιτία ανατρεψίμων θανάτων (Couch SC, Krummel DA, 2014).

Η υπέρταση συχνά συνυπάρχει με άλλους αθηρογόνους παράγοντες, όπως είναι η δυσλιπιδαιμία, η υπεργλυκαιμία, η υπερινσουλιαιμία και η παχυσαρκία. Η υπέρταση έχει γενετικά όσο και περιβαλλοντικά αίτια, όπως η παχυσαρκία, η αυξημένη πρόσληψη άλατος και το στρες. Ανεξαρτήτως της συγκεκριμένης υποκείμενης αιτίας η αδυναμία των νεφρών να αποβάλλουν την περίσσεια νατρίου και να ρυθμίζουν έτσι τον όγκο του πλάσματος οδηγεί σε εμμένουσα άνοδο της αρτηριακής πίεσης (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

Ταξινόμηση της πίεσης κατά τη φάση χαλάρωσης :

- φυσιολογική : συστολική <120mmHg και διαστολική <80mmHg
- προ υπέρταση : συστολική 120-130 mmHg ή η διαστολική 80-89mmHg
- υπέρταση σταδίου 1: συστολική 140-159mmHg ή η διαστολική 90-99 mmHg

- υπέρταση σταδίου 2 : συστολική >160 mmHg ή η διαστολική >100mmHg

(Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

Πέρα από τα παραπάνω στάδια υπάρχουν και άλλες μορφές υπέρτασης όπως:

Η ασυμπτωματική υπέρταση που μπορεί να αποτελεί μια φάση που αποκαλείται κακοήθης ή επιταχυνόμενη υπέρταση. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλή συστολική και διαστολική πίεση, σοβαρή νευροαμφιβλιστροειδίτιδα, πρωτεϊνουρία, μικροσκοπική αιματουρία, νεφρική δυσλειτουργία, και μια ποικιλία συμπτωμάτων που αποδίδονται στην απόφραξη μικρών αρτηριών και αρτηριδίων, λόγω υπερπλαστικής ενδαρτηρίτιδας και ινώδους νέκρωσης (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

Νεφραγγειακή υπέρταση. Η υπέρταση από αθηροσκληρωση ή ινομυική δυσπλασία των νεφρικών αρτηριών προκαλείται από μείωση της πίεσης νεφρικής αιμάτωσης και καλείται νεφραγγειακή υπέρταση. Η μορφή αυτής της υπέρτασης είναι πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής. Η δευτεροπαθής υπέρταση εμφανίζεται συχνότερα στους ηλικιωμένους λόγω της μεγαλύτερης επίπτωσης της νεφρικής παρεγχυματικής νόσου και της αθηρωσκληρωτικής στένωσης των νεφρικών αρτηριών (Colindres RE, Grossman SH, 2016).

Η υπέρταση της λευκής ποδιάς συμβαίνει όταν μετράται η πίεση στο ιατρείο και υπερβαίνει σημαντικά τις αντίστοιχες μετρήσεις στο σπίτι. Συμβαίνει κυρίως στην Τρίτη ηλικία καθώς οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι στις αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης και γι' αυτό η μέτρηση πρέπει να γίνεται πάνω από μία φορά (Couch SC, Krummel DA, 2014).

Ο όρος <<υπέρταση ευαίσθητη στο αλάτι>> αναφέρεται στα άτομα με υπέρταση που δείχνουν μεγαλύτερη μείωση στην πίεση αίματος σαν απόκριση στη μειωμένη πρόσληψη νατρίου. Επίσης ο όρος <<υπέρταση που δεν επηρεάζεται από το αλάτι>> ή <<υπέρταση ανθεκτική στο αλάτι>> χρησιμοποιείται για τα άτομα με υπέρταση των οποίων πίεση αίματος δεν μεταβάλλεται σημαντικά με την μείωση στην πρόσληψη αλατιού. Τα άτομα που είναι πιο ευαίσθητα στις επιδράσεις του αλατιού-νατρίου είναι συνήθως άτομα μαύρα, παχύσαρκα, μέσης ηλικίας ή μεγαλύτερα, ή όσα έχουν διαβήτη, χρόνια νεφροπάθεια ή υπέρταση (Couch SC, Krummel DA, 2014).

Ο βασικότερος στόχος στη θεραπεία της υπέρτασης είναι η μείωση του κινδύνου της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Όταν η αρτηριακή πίεση είναι ελαφρώς αυξημένη ή στα ανώτερα φυσιολογικά όρια, χορηγείται αντιυπερτασική θεραπεία με στόχο την επάνοδο της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα. Οι χαμηλότερου κινδύνου ασθενείς μπορεί

να ωφεληθούν από τροποποίηση του τρόπου ζωής (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016). Οι ασθενείς με υπέρταση ή με προυπέρταση ή με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης θα πρέπει να χάσουν βάρος εάν είναι υπέρβαροι, να ασκούνται, να περιορίσουν την κατανάλωση αλκοόλ (συνιστούνται μέχρι 2 ποτά ημερησίως και 1 για τις γυναίκες), να διακόψουν το κάπνισμα και να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής, για να είναι πιο αποτελεσματική η θεραπεία. Η πιο επωφέλης διατροφική θεραπεία είναι η DASH (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

Το πρόγραμμα διατροφής DASH, δηλαδή μια διατροφή πλούσια σε φρούτα λαχανικά και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα με μειωμένα κορεσμένα λίπη και χαμηλή ποσότητα νατρίου. Οι αλλαγές αυτές στον τρόπο ζωής έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την αρτηριακή πίεση και την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή αλλά παράλληλα αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των αντιυπερτασικών φαρμάκων και επηρεάζουν ευνοϊκά τους υπόλοιπους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

1.10.2.1. Νάτριο

Η ανεπαρκής αιματική ροή στους νεφρούς οδηγεί σε έκκριση αλδοστερόνης και αντιδιουρητικής ορμόνης. Και οι δύο αυτές ορμόνες ενεργούν προς την κατεύθυνση διατήρησης υγρών. Η αλδοστερόνη προάγει την επαναρρόφηση του νατρίου και η αντιδιουρητική ορμόνη προάγει την διατήρηση του νερού στα άπω σωληνάκια των νεφρώνων. Έτσι το νάτριο και τα υγρά συσσωρεύονται στους ιστούς. Ακόμα και οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με ήπια καρδιακή ανεπάρκεια και χωρίς οίδημα μπορούν να παρακρατούν νάτριο και υγρά, εάν καταναλώνουν τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι. Δεν υπάρχει ομοφωνία για το βέλτιστο επίπεδο περιορισμού του νατρίου. Για τον υγιή ηλικιωμένο πληθυσμό (άνω των 71 ετών) η επαρκής πρόσληψη είναι 1200mg/ημέρα. Οι συστάσεις για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ποικίλουν από 1200-2400mg/ημέρα. Για τα άτομα που παίρνουν μεγάλες δόσεις Lasix (80 mg/ημέρα) η πρόσληψη νατρίου που συστήνεται είναι κάτω από 2gr/ημέρα, ώστε τα αποτελέσματα του διουρητικού να βελτιστοποιούνται. Μελέτες έχουν δείξει πως η μείωση του νατρίου με ή χωρίς απώλεια βάρους μπορεί να μειώσει την επίπτωση της υπέρτασης κατά 20%. Με βάση αυτά, πρέπει αν μειωθεί η πρόσληψη αλατιού σε 6 gr/μέρα, και η πρόσληψη νατρίου σε 2,4 gr/μέρα, και για εικίνους με υπέρταση να μειώσουν την πρόσληψη νατρίου σε 1,5 gr/μέρα Τρόφιμα με ζωική πρωτεΐνη όπως το γάλα, το τυρί, τα αυγά, το κρέας, τα πουλερικά και το ψάρι έχουν σχετικά υψηλό περιεχόμενο σε νάτριο επειδή το χλωριούχο νάτριο περιβάλλει τα ζωικά κύτταρα. Επειδή η μεγαλύτερη ποσότητα διαιτητικού

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

αλατιού προέρχεται από επεξεργασμένα τρόφιμα και από το φαγητό εκτός σπιτιού, αλλαγές στην προετοιμασία και την επεξεργασία του φαγητού μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν το στόχο αναφορικά με το νάτριο. Προτείνεται η ανάγνωση των ετικετών των τροφίμων για τον έλεγχο-μείωση πρόσληψης του αλατιού, και η χρήση εναλλακτικών καρυκευμάτων για την ικανοποίηση της γεύσης όπως είναι τα μπαχαρικά, τα βότανα και άλλα (χυμός λεμονιού, ξύδι). Τα επεξεργασμένα τρόφιμα και τα τρόφιμα στα εστιατόρια συνεισφέρουν κατά περίπου 80% στο καταναλισκόμενο νάτριο στις δίαιτες των Αμερικάνων. Το επόμενο 10% προέρχεται από το αλάτι που προστίθεται κατά το μαγείρεμα στο σπίτι ή στο τραπέζι. Το υπόλοιπο 10% είναι εκείνο που υπάρχει φυσικά (Couch SC, Krummel DA, 2014).

1.10.2.2. Κάλιο

Το διαιτητικό κάλιο και η αρτηριακή πίεση έχουν αντίστροφη σχέση. Κατά μέσο όρο μια μέση δόση 2,4γρ/ημέρα συμπληρωματικού καλίου, μείωσε τη συστολική πίεση και τη διαστολική κατά 4,4 και 2,5 mmHg αντίστοιχα σε υπερτασικά άτομα και κατά 1,8 και 1 mmHg αντίστοιχα στα άτομα με φυσιολογική πίεση. Η DASH διαίτα συνιστά 4,7γρ/ημέρα. Μια υψηλή πρόσληψη καλίου σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο για εγκεφαλικό (Couch SC, Krummel DA, 2014).

1.10.2.3. Ασβέστιο

Η υψηλή πρόσληψη ασβεστίου μέσω γαλακτοκομικών συγκριτικά με την αντίστοιχη πρόσληψη από μη γαλακτοκομικά προϊόντα έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη συχνότητα εγκεφαλικών. Τα πεπτίδια που προέρχονται από τις πρωτεΐνες γάλακτος, ειδικά από τα γαλακτοκομικά που έχουν υποστεί ζύμωση, έχει φανεί πως λειτουργούν σαν ένζυμα μετατροπής της αγγειοτενσίνης, μειώνοντας έτσι την αρτηριακή πίεση. Συνιστάται αντί για συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου, μία διαίτα πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και σε χαμηλής περιεκτικότητας λιπαρά γαλακτοκομικά. Συνιστάται πρόσληψη διαιτητικού ασβεστίου 1000-2000mg την ημέρα (Couch SC, Krummel DA, 2014).

1.10.2.4. Μαγνήσιο

Το διατροφικό μαγνήσιο σχετίζεται αντίστροφα με την αρτηριακή πίεση λειτουργώντας ως αγγειοδιαστολέας. Το μοντέλο της διαίτας DASH δίνει έμφαση στα τρόφιμα που είναι πλούσια σε μαγνήσιο, όπως τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, οι ξηροί καρποί και τα ολικής άλεσης προϊόντα (Couch SC, Krummel DA, 2014).

1.10.2.5. Λιπίδια

Η πρόσληψη του λίπους έχει μικρή επίπτωση στην αρτηριακή πίεση. Μελέτες έδειξαν πως η συμπληρωματική χορήγηση μεγάλων δόσεων ιχθυελίων, μπορεί να επιφέρει μέτρια μείωση στη συστολική και διαστολική πίεση ειδικά σε μεγάλα υπέρτασια άτομα. Τα πολυακόρεστα φαίνεται να επιδρούν θετικά στην αρτηριακή πίεση. Τα διατροφικά λίπη επηρεάζουν τα καρδιαγγειακά. Τα λιπαρά δεν επηρεάζουν άμεσα την αρτηριακή πίεση όμως μια διαίτα πλούσια σε ελαιόλαδο φάνηκε να οδηγεί σε μείωση τη ανάγκης για αντιυπερτασική αγωγή (Couch SC, Krummel DA, 2014).

Η φαρμακειακή θεραπεία ενδείκνυται εφόσον οι τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής και στην διατροφή δεν επαναφέρουν την αρτηριακή πίεση στα επιθυμητά επίπεδα.

Τα βασικά φάρμακα που χρησιμοποιούν είναι θειαζιδικά διουρητικά, οι β αδρενεργικοί αναστολείς, AMEA, αναστολείς τον υποδοχέων της αγγειοτενσίνης 2 (ARBs) και αναστολείς των διαύλων ασβεστίου. Τα θειαζιδικά διουρητικά βοηθούν στην πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ωστόσο στην σύγκριση με τους AMEA τους ARBs και τους ανταγωνιστές ασβεστίου, τα διουρητικά αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη διαβήτη. Τα αποτελέσματα της μελέτης ASCOT ενισχύουν τα δεδομένα από αρκετές προηγούμενες μελέτες, υποδηλώνοντας ότι οι β αποκλειστές είναι λιγότερο αποτελεσματικοί από τις υπόλοιπες θεραπείες στην πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων, κυρίως στο εγκεφαλικό επεισόδιο, στους ηλικιωμένους ασθενείς. Για να είναι πιο αποτελεσματική η θεραπεία όταν η υπέρταση συνυπάρχει και με άλλα νοσήματα επιλέγονται φάρμακα που δρουν θετικά για όλες τις ασθένειες ή δεν επηρεάζουν αρνητικά κάποια από αυτές (Colindres RE, Hinderliter AL, 2016).

1.10.3. Στηθάγχη

Η στηθάγχη είναι έντονος θωρακικός πόνος που εντοπίζεται στην προιάρδια περιοχή και αποτελεί την κυριότερη κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Εμφανίζεται συνήθως μετά από άσκηση, συναισθηματική φόρτιση ή έκθεση σε ψύχος και ανακουφίζεται με την ανάπαυση ή με νιτρογλυκερίνη. Η συνηθέστερη αιτία είναι η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών λόγω

αθηροσκλήρωσης. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται γενικά ως χρόνια σταθερή στηθάγχη, ασταθής στηθάγχη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

Στα πρώτα στάδια της νόσου, η αντιμετώπιση πρέπει να στηρίζεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής. Συστήνεται μείωση της πρόσληψης χοληστερόλης και των κορεσμένων λιπών, απώλεια βάρους, διακοπή καπνίσματος και αύξηση σωματικής δραστηριότητας. Στην περίπτωση που αυτές οι παρεμβάσεις είναι ανεπιτυχείς, τότε καταφεύγουν στην ιατρική. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να γίνει με χορήγηση ασπιρίνης, στατινών που ελαττώνουν τον κίνδυνο θανάτου σε ασθενείς που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, α-MEA, β-αποκλειστών, νιτρικών και αποκλειστών διαύλων ασβεστίου (Stouffer GA, 2016).

1.10.4. Έμφραγμα μυοκαρδίου

Είναι αποτέλεσμα της ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου στο μυοκάρδιο. Προκαλείται συνήθως από αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών. Τα συμπτώματα συνήθως είναι πόνος στο στήθος που συνήθως αντανάκλα προς τα χέρια, το λαιμό ή το σαγόνι ενώ σε ηλικιωμένους και διαβητικούς απαντώνται συχνά μη ειδικά συμπτώματα. Η ισχαιμία του μυοκαρδίου περιλαμβάνει το έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάπαυση του διαστήματος ST, που συνήθως έχουν πλήρη απόφραξη της αποφραχθείσας αρτηρίας στην αγγειογραφία από τον δημιουργηθέντα θρόμβο, και το έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάπαυση ST που έχουν μερική στένωση, ποικίλης βαρύτητας και την ασταθή στηθάγχη (Wang TY, Ohman EM, 2016).

1.10.5. Καρδιακή ανεπάρκεια

Στην καρδιακή ανεπάρκεια η καρδιά δεν μπορεί να παρέχει επαρκή αιματική ροή στον υπόλοιπο οργανισμό, με αποτέλεσμα συμπτώματα αδυναμίας, δύσπνοιας και κατακράτησης υγρών. Προκαλείται από δυσλειτουργία των μυών του μυοκαρδίου με επακόλουθη διάταση ή υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και νευροορμονική ενεργοποίηση. Είναι το συνηθέστερο αίτιο νοσηλείας για άτομα άνω των 65 ετών. Στους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται η αρτηριακή υπέρταση, η αθηροσκλήρωση, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι βαλβιδοπάθειες, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, η κατάχρηση αλκοόλ, το οικογενειακό ιστορικό μυοκαρδιοπάθειας, η άπνοια του ύπνου και το κάπνισμα. Μια μελέτη μεταξύ ατόμων 70-79 χρονών έδειξε ότι η περιφέρεια μέσης και το ποσοστό του σωματικού λίπους ήταν οι πιο ισχυροί προγνωστικοί

δείκτες για το ποια άτομα θα αναπτύξουν καρδιακή ανεπάρκεια. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία με διουρητικά κατά την έναρξη της αγωγής με έναν β-αποκλειστή και αύξηση της δόσης για την πρόληψη της υπερφόρτωσης με υγρά (Dupree CS, 2016).

Διατροφική αντιμετώπιση :

- Δίαιτα χαμηλή σε κορεσμένο λίπος , τρως λιπαρά , χοληστερόλη
- Διατροφή χαμηλή σε νάτριο <2γρ/ημέρα
- Αυξημένη χρήση προϊόντων ολικής, φρούτων, λαχανικών
- Περιορισμός υγρών σε δύο λίτρα την ημέρα
- Απώλεια ή διατήρηση του κατάλληλου βάρους
- Συμπληρώματα μαγνησίου και θειαμίνης
- Αύξηση άσκησης ανάλογα με ανοχή
- Αποφυγή καπνού και αλκοόλ

Αν δεν βοηθήσουν οι αλλαγές του τρόπου ζωής ακολουθεί

Ιατρική αντιμετώπιση :

- Αναστολείς του ενζύμου μετατροπής αγγειοτενσίνης
- Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης
- Αναστολείς αλδοστερόνης
- Β-αναστολείς
- Διγοξίνη
- Αγγειοδιασταλτικά
- Εμφυτεύσιμοι απινιδωτές
- Καρδιακή μεταμόσχευση

(Dupree CS, 2016).

Η καρδιακή μεταμόσχευση είναι η μόνη λύση για την ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η διατροφική υποστήριξη μετά την εγχείρηση είναι πολύ σημαντική για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Διατροφική υποστήριξη μετά τη μεταμόσχευση είναι η παροχή επαρκούς πρωτεΐνης και θερμίδων για την αντιμετώπιση του καταβολισμού, ο έλεγχος και η διόρθωση των ηλεκτρολυτών διαταραχών και η επίτευξη του βέλτιστου ελέγχου γλυκόζης αίματος. Η διατροφική πρόσληψη συνήθως διατηρείται με χρήση υγρών συμπληρωμάτων και τροφών υψηλής θερμιδικής πυκνότητας. Οι ασθενείς χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία και διατροφή για την μείωση των λιπιδίων. Οι στατίνες συστήνονται στην πρώιμη και μετεγχειρητική περίοδο. Οι στανόλες και στερόλες μειώνουν τη χοληστερόλη LDL καθώς και τις δόσεις από τις στατίνες (Dupree CS, 2016).

1.10.6. Χοληστερόλη

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο πλάσμα συμβάλλουν στην ανάπτυξη αρτηριοσκληρώσεως και αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτό είναι συνήθως το αποτέλεσμα της δράσης της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών του πλάσματος (LDL), οι οποίες φαίνεται ότι προάγουν την αθηρωμάτωση. Οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο τις συγκεντρώσεις της LDL σε σχέση με τους διαιτητικούς. Τα επίπεδα χοληστερίνης μπορεί να αυξηθούν με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής που περιέχουν κορεσμένα λίπη (Krummel DA, 2014).

Όσον αφορά την αθηροσκληρώση αρχικά παρατηρείται η συσσώρευση πλάκας (χοληστερόλης από τις χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες LDLs, ασβεστίου και ινόδους) στις μεγάλες και μέσες αρτηρίες. Η πλάκα αυτή μπορεί να αυξηθεί και να δημιουργήσει ισχαιμία είτε λόγω ανεπαρκούς ροής αίματος σε περίπτωση αυξημένων αναγκών για οξυγόνο, είτε λόγω ρήξης οπότε σχηματίζεται θρόμβος, ο οποίος αποφράσσει τον αυλό των αρτηριών. Το σημείο που δημιουργείται η πλάκα είναι το ενδοθήλιο του αρτηριακού τοιχώματος το οποίο γίνεται δυσλειτουργικό πριν αναπτυχθεί κάποιο αθήρωμα. Αυτή η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής νιτρικού οξειδίου. Η δυσλειτουργία είναι αναστρέψιμη. Παράγοντες που προκαλούν ενδοθηλιακή δυσλειτουργία είναι η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπερομοκυστεϊναιμία και οι δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένο λίπος και χοληστερόλη. Η αθηροσκληρώση των στεφανιαίων αρτηριών προκαλεί στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο. Η αθηροσκληρώση των εγκεφαλικών αρτηριών προκαλεί εγκεφαλικά επεισόδια και παροδικά ισχαιμικά εμφράγματα. Η

χοληστερόλη του οργανισμού και η πιθανότητα ανάπτυξης υπερχοληστερολαιμίας εξαρτάται από τις λιποπρωτείνες που χωρίζονται σε 4 κατηγορίες ανάλογα με τις ιδιότητες της καθεμιάς (Krummel DA, 2014).

ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ VLDL

Συντίθενται στο ήπαρ με στόχο την μεταφορά των ενδογενών τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης. Το σωματίδιο της είναι μη αθηρογόνο. Οι δίαιτες χορτοφαγίας και οι χαμηλές σε λίπος δίαιτες προκαλούν αύξηση του σχηματισμού μεγάλων σωματιδίων VLDL.

ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ LDL

Αποτελούν τον βασικό μεταφορέα χοληστερόλης στο αίμα και προέρχονται από τη διάσπαση των VLDL.

ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΥΨΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ HDL

Τα σωματίδιά τους περιέχουν περισσότερη ποσότητα πρωτεΐνης από οποιαδήποτε άλλη λιποπρωτεΐνη, γεγονός που καθορίζει τον μεταβολικό τους ρόλο ως αποθήκη των απολιποπρωτεϊνών, οι οποίες καθορίζουν το μεταβολισμό των λιπιδίων. Τα υψηλά επίπεδα της HDL σχετίζονται με μικρά επίπεδα χυλομικρών, υπολειμμάτων VLDL, μικρών, πυκνών LDL και κατά συνέπεια χαμηλότερο αθηροσκληρωτικό κίνδυνο. Δεδομένης της αντιστρόφως ανάλογης σχέσης μεταξύ της HDL και της ΣΝ, τα αυξημένα επίπεδα της HDL χοληστερόλης θεωρούνται πλέον ως αρνητικός παράγοντας κινδύνου, ενώ τα χαμηλά επίπεδα θεωρούνται ως θετικός παράγοντας κινδύνου για τη ΣΝ και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Για τον λόγο αυτό είναι γνωστή ως καλή χοληστερόλη. Οι βασικοί παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα της είναι η εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων, η εντατική άσκηση, η απώλεια του υπερβολικού σωματικού λίπους και η μέτρια πρόσληψη αλκοόλ (Krummel DA, 2014).

Η θρομβογεννητική τάση του αίματος αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης και την παρουσία διαβήτη. Ο πιο μελετημένος παράγοντας πρόληψης κινδύνου για την θρομβογένεση είναι η χρήση ασπιρίνης. 75mg ασπιρίνης/ημέρα είναι αποτελεσματικά για την ελάττωση της ολικής ΣΝ, του μη μοιραίου εμφράγματος του μυοκαρδίου και της στεφανιαίας αγγειακής νόσου, αν και δεν έδειξε αν η ποσότητα αυτή της ασπιρίνης να έχει κάποια επίδραση στην εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου ή στην καρδιακή θνησιμότητα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα της χοληστερόλης στον ορό είναι η ηλικία, οι υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένο λίπος και χοληστερόλη δίαιτες, ενδογενείς και εξωγενείς ορμόνες (αναβολικά στεροειδή, αντισυλληπτικά), φάρμακα (β-αναστολείς, διουρητικά θειαζίδης), το σωματικό βάρος-παχυσαρχία, η

ανοχή στη γλυκόζη, τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και άλλα νοσήματα (διαβήτης, παχυσαρκία, καρκίνος, θυροειδής (Krummel DA, 2014).

1.10.7. Παχυσαρκία

Η κατανομή του βάρους αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για την ΣΚΝ, την ανοχή στη γλυκόζη και τα επίπεδα λιπιδίων στον ορό. Η κεντρική παχυσαρκία παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τους δείκτες φλεγμονής. Έτσι συστήνεται η περίμετρος μέσης να είναι χαμηλότερη από 90 εκ. στις γυναίκες και 102 εκ. για τους άντρες. Μικρές απώλειες βάρους (5-10 κιλά) μπορούν να βελτιώσουν παράγοντες κινδύνου όπως η LDL χοληστερόλη, η HDL χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, την αυξημένη αρτηριακή πίεση, τη δυσανοχή στη γλυκόζη και τα επίπεδα της CRP, ακόμα και αν ο BMI εξακολουθεί να είναι ψηλός. Ωστόσο για την πλήρη αποκατάσταση της αγγειακής λειτουργίας δεν έχει γίνει ακόμη γνωστή η ποσότητα βάρους που θα πρέπει να χαθεί, ο απαιτούμενος χρόνος σταθεροποίησης του βάρους αυτού ή το ποσοστό βελτίωσης της ενδοθηλιακής λειτουργίας που εξασφαλίζει ελάττωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων (Krummel DA, 2014).

1.10.8. Θεραπευτικές αλλαγές στον τρόπο ζωής

Για την πρόληψη ή την θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας προτείνονται στους ασθενείς κάποιες διατροφικές συστάσεις. Οι συστάσεις για κορεσμένα λιπαρά οξέα είναι χαμηλότερες (<7% του συνόλου των θερμίδων) ενώ για το ολικό λίπος κυμαίνεται μεταξύ 25-35% των θερμίδων. Για τα άτομα με αντίσταση στην ινσουλίνη ή μεταβολικό σύνδρομο, συστήνεται 30-35% λίπος, με παράλληλη ελάττωση της πρόσληψης κορεσμένων και trans λιπαρών οξέων. Η πρόσληψη λίπους με έμφαση στα μονοακόρεστα και στα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μπορεί να προκαλέσει ελάττωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων και αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης. Εξίσου αποτελεσματική για την πρόληψη και θεραπεία ΣΝ είναι η δίαιτα DASH (Krummel DA, 2014).

Τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό, πέρα από την κληρονομικότητα, την σωματική δραστηριότητα και τον τρόπο ζωής, από τη διατροφή. Τα λιπαρά που καταναλώνονται καθημερινά συσσωρεύονται στον οργανισμό και ανεβάζουν τα επίπεδα χοληστερόλης και προκαλούν τα παραπάνω προβλήματα υγείας. Παρακάτω αναλύονται όλα τα είδη λιπαρών οξέων που υπάρχουν στη διατροφή (Krummel DA, 2014).

1.10.8.1. Κορεσμένα λιπαρά οξέα

Βασικές πηγές στη διατροφή είναι τα ζωικά τρόφιμα όπως το κρέας και τα γαλακτοκομικά. Επηρεάζουν τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης και την εξέλιξη της νόσου μέσω των λιπιδίων και των μηχανισμών της φλεγμονής και της θρόμβωσης. Τα σημαντικότερα κορεσμένα λιπαρά οξέα στη διατροφή είναι τα εξής :

Μυριστικό οξύ: είναι αυτό που έχει την μεγαλύτερη ικανότητα να προκαλεί υπερχοληστερολαιμία και αθηρωμάτωση. Βρίσκεται κυρίως στο βούτυρο, στο φοινικέλαιο και στην καρύδα.

Παλμιτικό οξύ: είναι το υπερχοληστερολαιμικό οξύ που αποτελεί το 60% της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών οξέων.

Προέρχεται κυρίως από τα ζωικά τρόφιμα.

Λαυρινικό οξύ: είναι το μοναδικό μέσης αλύσου κορεσμένο λιπαρό οξύ και βρίσκεται στο φοινικέλαιο και στο έλαιο καρύδας.

Από τα λίπη της δίαιτας αυτά που προκαλούν σε μεγαλύτερο βαθμό αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης είναι το palm kernel, το έλαιο καρύδας, τα φοινικέλαια, το λαρδί και το βούτυρο (Krummel DA, 2014).

1.10.8.2. Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα

Το πιο σύνηθες μονοακόρεστο λιπαρό οξύ είναι το ολεϊκό οξύ. Η προσθήκη του στη θέση υδατανθράκων έχει ως αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση των λιπιδίων στο αίμα. Το ολεϊκό οξύ, στα πλαίσια της μεσογειακής διατροφής, έχει αποδειχθεί ότι έχει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Η αντικατάσταση των κορεσμένων με μονοακόρεστα ελαττώνει τα επίπεδα της ολικής και της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στον ορό. Όταν αυξάνεται η πρόσληψη των μονοακόρεστων αλλά ταυτόχρονα και του ολικού λίπους η HDL χοληστερόλη δεν μεταβάλλεται ή αυξάνεται ελάχιστα. Αποδείχθηκε πρόσφατα ότι η μεσογειακή διατροφή ελαττώνει την επανεμφάνιση επεισοδίων ΣΝ κατά 50 έως 70%. Αυτό που χαρακτηρίζει τις δίαιτες των μεσογειακών χωρών είναι ότι η βασική πηγή λίπους είναι το ελαιόλαδο, που είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα. Η δίαιτα αποτελείται κυρίως από φρούτα, βολβούς, ξηρούς καρπούς και σπόρους. Μειώνεται η κατανάλωση κρέατος και η κατανάλωση αυγών περιορίζεται σε 0-4 φορές την εβδομάδα. Τα trans λιπαρά οξέα παράγονται μέσω της διαδικασίας της υδρογόνωσης, η οποία χρησιμοποιείται στη βιομηχανία τροφίμων για να αυξήσει το χρόνο διάρκειας ζωής των τροφίμων αλλά και για να στερεοποιήσει τις μαργαρίνες που παράγονται από τα έλαια. Συστήνεται η πρόσληψη των trans λιπαρών οξέων να μην

υπερβαίνει το 1% του συνόλου των θερμίδων (1-3γρ/ημέρα). Τα λιπαρά οξέα πρέπει να περιορίζονται γιατί αυξάνουν τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης και πιθανόν να προκαλούν φλεγμονή (Krummel DA, 2014).

1.10.8.3. Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα

Το απαραίτητο λινολεϊκό οξύ είναι το αφθονότερο πολυακόρεστο στη διατροφή. Η αντικατάσταση των υδατανθράκων με πολυακόρεστα στη δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων της LDL και HDL χοληστερόλης στον ορό. Όταν αντικαθίστανται τα κορεσμένα λιπαρά οξέα με πολυακόρεστα σε μία χαμηλή σε λίπος δίαιτα, επιτυγχάνεται ελάττωση των επιπέδων της LDL και HDL χοληστερόλης. Διπλάσια αποτελεσματικότητα για την ελάττωση των επιπέδων της χοληστερόλης έχει η μείωση των κορεσμένων παρά η αύξηση των πολυακόρεστων (Krummel DA, 2014).

1.10.8.4. Ω-3 λιπαρά οξέα

Τα βασικά είναι το : το εικοσαπενταενοϊκό οξύ και το δοσοσαεξαενοϊκο οξύ που είναι πλούσια σε ιχθυέλαια και ψάρια ωκεανών. Μελέτες δείχνουν πως η κατανάλωση ψαριών μειώνει τον κίνδυνο ΣΝ γ αυτό συνιστάται η αύξηση της κατανάλωσης ψαριών πλούσιων σε ω-3 λιπαρά οξέα (σολωμός, τόνος, σκουμπρί, σαρδέλες) τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Αν δεν είναι δυνατή η κατανάλωση ψαριών συνιστάται η πρόσληψη συμπληρωμάτων. Ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία χρειάζονται 2-4γρ και από τα δύο, για να επιτύχουν ικανοποιητική ελάττωση των λιπιδίων στο αίμα.

Το α-λινολενικό οξύ είναι ένα λιπαρό οξύ που περιέχεται στα λαχανικά και έχει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Μειώνονται τα επίπεδα CRP σε άντρες ασθενείς που καταναλώνουν 8γρ/ημέρα. Δεν παρατηρείται το ίδιο όταν χορηγείται μέσω συμπληρωμάτων. Τέλος συμμετέχουν στην πήξη του αίματος μέσω της τροποποίησης της σύνθεσης των προσταγλανδινών (Krummel DA, 2014).

1.10.8.5. Χοληστερόλη της δίαιτας

Η χοληστερόλη αυξάνει την ολική χοληστερόλη και την LDLχοληστερόλη. Η ημερήσια πρόσληψη της δεν πρέπει να ξεπερνά τα 200mg. Όταν η πρόσληψη της ξεπερνά τα 500mg/ημέρα, παρατηρούνται ελάχιστες αυξήσεις των επιπέδων της στο αίμα. Η επίδραση της δίαιτας στα επίπεδα της χοληστερόλης ποικίλει μεταξύ των ατόμων. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν χαμηλή

ανταπόκριση δηλαδή τα επίπεδα της χοληστερόλης στο πλάσμα τους δεν αυξάνουν μετά από πρόκληση χοληστερόλης στη διατροφή τους, ενώ άλλα άτομα έχουν έντονη ανταπόκριση (Krummel DA, 2014).

1.10.8.6. Φυτικές ίνες

Οι διατροφικές συστάσεις συνιστούν την πρόσληψη φυτικών ινών μέσω των φρούτων, λαχανικών, ολικής άλεσης σιτηρών και μειώνουν την LDL χοληστερόλη. Οι φυτικές ίνες μειώνουν την LDL χοληστερόλη με τους παρακάτω μηχανισμούς. Οι φυτικές ίνες δεσμεύουν τα χολικά οξέα, γεγονός που ελαττώνει τα επίπεδα της χοληστερόλης στον ορό καθώς αντικαθιστά τα χολικά οξέα. Επίσης τα βακτήρια στο παχύ έντερο προκαλούν ζύμωση των φυτικών ινών παράγοντας οξικό, προπιονικό και βουτυρικό οξύ τα οποία αναστέλλουν τη σύνθεση της χοληστερόλης. Οι αδιάλυτες φυτικές ίνες όπως η κυτταρίνη και η λιγνίνη δεν επηρεάζουν τα επίπεδα χοληστερόλης στον ορό. Προτείνεται καθημερινά η κατανάλωση 25-30g/ημέρα και από αυτά τα 6-10g πρέπει να είναι διαλυτές (Krummel DA, 2014).

1.10.8.7. Αντιοξειδωτικά

Επηρεάζουν την δυνατότητα οξείδωσης της LDL χοληστερόλης. Οι βιταμίνες C, E και το β-καροτένιο σε φυσιολογικά επίπεδα ασκούν αντιοξειδωτικό ρόλο στον οργανισμό. Τα τρόφιμα με μεγάλες συγκεντρώσεις κατεχινών έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν την αγγειακή αντιδραστικότητα. Τέτοια τρόφιμα είναι τα κόκκινα σταφύλια, το κόκκινο κρασί, το τσάι κυρίως το πράσινο, η σοκολάτα και το ελαιόλαδο. Τα τρόφιμα αυτά πρέπει να ενσωματώνονται σε κάθε δίαιτα που στοχεύει στην πρόληψη της ΣΝ (Krummel DA, 2014).

1.10.8.8. Στανόλες και στερόλες

Μειώνουν τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα. Οι ουσίες αυτές έχουν εστεροποιηθεί, δημιουργώντας τις μαργαρίνες. Η πρόσληψη 2-3g/ημέρα ελαττώνει τα επίπεδα της χοληστερόλης κατά 9-20%. Αυτό γίνεται μέσω της αναστολής απορρόφησης χοληστερόλης της διατροφής. (Krummel DA, 2014).

1.10.8.9. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία εξαρτάται από την κατηγορία κινδύνου στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και από τον στόχο που έχει τεθεί για τα επίπεδα της LDL.

Τα φάρμακα και οι ιατρικές παρεμβάσεις που ακολουθούν είναι οι παρακάτω.

- Δεσμευτικοί παράγοντες χολικών οξέων
- Αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης
- Νικοτινικό οξύ
- Φάρμακα που ελαττώνουν τα επίπεδα της LDL
- Φάρμακα που ελαττώνουν την αρτηριακή πίεση
- Φάρμακα για ρύθμιση της γλυκόζης
- Διαδερική στεφανιαία επέμβαση PCI
- Μπαλονάκι
- Stent
- Μόσχευμα για παράκαμψη της στεφανιαίας αρτηρίας CABG

(Krummel DA, 2014).

Τα τριγλυκερίδια είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΚΝ. Η υπερτριγλυκεριδαμία είναι μεταβολικό σύνδρομο. Τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και της HDL χοληστερόλης σχετίζονται αντίστροφα. Παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα τους είναι η διαίτα (χαμηλή σε λίπος και υψηλή σε επεξεργασμένους υδατάνθρακες), τα οιστρογόνα, το αλκοόλ, η παχυσαρκία, ο αρρυθμιστος διαβήτης, η χρόνια νεφρική και ηπατική νόσος. Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων που δείχνουν την φάση του ασθενούς είναι τα εξής:

Φυσιολογικά : <150 mg/dl

Οριακά: 150-199mg/dl

Υψηλά :200-499mg/dl

Πολύ υψηλά : >500mg/dl

(Krummel DA, 2014).

Θεραπεία υπεργλυκεριδαιμίας

- απώλεια βάρους στους υπέρβαρους ασθενείς
- εφαρμογή διαίτας χαμηλής σε κορεσμένο λίπος και χοληστερόλη
- την ελάττωση της πρόσληψης επεξεργασμένων υδατανθράκων
- την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας
- τη διακοπή του καπνίσματος
- τη ρύθμιση του διαβήτη όταν υπάρχει
- τον περιορισμό της πρόσληψης αλκοόλ
- φαρμακευτική θεραπεία όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, παρουσία υψηλών επιπέδων ολικής και χαμηλών επιπέδων HDL χοληστερόλης και όπου υπάρχει γενετική μορφή.

(Krummel DA, 2014).

1.10.9. Εγκεφαλικό επεισόδιο

Είναι μια νόσος αιφνίδιας έναρξης που προκαλεί βλάβη του εγκεφάλου λόγω απόφραξης ή ρήξης κάποιου εγκεφαλικού αγγείου. Τα εγκεφαλικά επεισόδια διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά. Τα συνήθη σημεία και συμπτώματα είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη αδυναμία ή αισθητική διαταραχή, χιαστί κινητικά ή αισθητικά ευρήματα, δυσαρθρία, ελλείμματα οπτικού πεδίου και διαταραχή επιπέδου συνείδησης. Τα τελευταία χρόνια η θεραπεία επικεντρώνεται στη χρήση ενδοφλέβιας θρομβολυτικής θεραπείας με ανασυνδιασμένο ενεργοποιητή ιστικού πλασμινογόνου. Η ακινησία που συνοδεύει τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να έχει ως επιπλοκές στην εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή. Η πρόληψη υποτροπιάζόντων εγκεφαλικών επεισοδίων θα πρέπει να ξεκινά με τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου. Η υπέρταση και ο διαβήτης θα πρέπει να ελέγχονται δραστικά. Οι στατίνες είναι μια λογική επιλογή για όλους τους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο που οφειλόταν σε αρτηριοσκληρωτική νόσο και συνιστώνται σε όλους τους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται να μην καπνίζουν. Οι περισσότεροι ασθενείς με μη καρδιοεμβολικά εγκεφαλικά επεισόδια θα πρέπει να ξεκινούν αντιαιμοπεταλική θεραπεία. Αποδεικτές αρχικές επιλογές είναι η

ασπιρίνη σε δόση 50-300 mg 1 φορά τη μέρα, ο συνδυασμός ασπιρίνης στα 25 mg και διπυριδαμόλης παρατεταμένης αποδέσμευσης στα 200 mg που χορηγείται 2 φορές τη μέρα, και η κλοπιδογρέλη σε δοσολογία 75 mg 1φορά τη μέρα. Ο συνδυασμός ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης χρησιμοποιείται συχνά στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα (Huang DY, Hinn AR, 2016).

1.10.10. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μεταβολική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι ο διαβήτης τύπου 1 και ο διαβήτης τύπου 2. Τα φυσιολογικά επίπεδα της γλυκόζης ορίζονται ως εξής:

- Νηστείας <100mg/dL
- 2 ώρες OGTT>200mg/dL
- Νηστείας 100-125mg/dL (διαταραχή γλυκόζης νηστείας)
- 2 ώρες OGTT 140-199mg/dL (δηλαδή διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη)

Όταν τα επίπεδα είναι λίγο πάνω από τα φυσιολογικά γίνεται λόγος για τον προδιαβήτη. Ο προδιαβήτης είναι μια κατάσταση μη φυσιολογικής ρύθμισης της γλυκόζης που συνδέεται με διπλάσιο περίπου κίνδυνο για την ανάπτυξη διαβήτη και με μέτρια αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου. Σε περίπτωση που είναι πολύ πάνω του φυσιολογικού τότε αναφέρονται οι 2 τύποι διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 ή ινσουλινοεξαρτώμενος, που αντιπροσωπεύει το 5-10% του διαβήτη και χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια ινσουλίνης λόγω αυτοάνοσης καταστροφής των β κυττάρων των νησιδίων του Langerhans που εκκρίνουν την ινσουλίνη. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα μιας προοδευτικής απώλειας της εκκριτικής ικανότητας για ινσουλίνη σε υπόβαθρο ινσουλινοαντίστασης. Ως ινσουλινοαντίσταση ορίζεται η ανεπαρκής απάντηση των μεταβολικών διεργασιών σε φυσιολογικές συγκεντρώσεις ινσουλίνης.

Για να προληφθεί η εξέλιξη του προδιαβήτη σε διαβήτη τύπου 2 η ιατρική διατροφική θεραπεία τονίζει τη σημασία του τρόπου ζωής, μέσω της ενίσχυσης της άσκησης και της προτροπής για διατροφικές επιλογές που προάγουν τη μέτρια απώλεια

βάρους. Σημαντική είναι η σταθερά-μέτρια πρόσληψη υδατανθράκων με έμφαση στα δημητριακά ολικής αλέσεως, στα λαχανικά και τα φρούτα σε συνδυασμό με χαμηλή πρόσληψη κορεσμένου και πολυακόρεστου λίπους και τακτική αερόβια άσκηση. (Buse JB, 2016).

Η αυξημένη πρόσληψη των πρωτεϊνών έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη ευαισθησία απέναντι στην ινσουλίνη ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος, και η ενισχυμένη πρόσληψη φυτικών ινών έχει συνδεθεί με βελτιωμένη ευαισθησία για την ινσουλίνη αλλά και βελτιωμένη ικανότητα έκκρισης επαρκούς ινσουλίνης για την αντιμετώπιση της αντίστασης στην ινσουλίνη. Αν και οι χαμηλές σε υδατάνθρακες δίαιτες φαίνονται μια λογική προσέγγιση για την μείωση της μεταγευματικής γλυκόζης, η Αμερικάνικη Ένωση Διατροφής τονίζει πως οι χαμηλές σε υδατάνθρακες δίαιτες (υδατάνθρακες < 130gr/ημέρα) δεν συστήνονται στη διαχείριση του διαβήτη (Franz MJ, 2014).

Όσον αφορά τα τη φαρμακευτική θεραπεία του διαβήτη αρχικά χορηγούνται χάπια όπως, μετφορμίνη, ινσουλίνη μακράς δράσης, ινσουλίνη ταχείας δράσης, σουλφονουλουρίες, γλιταζόνες, ρεπαγλιδίνη, νατεγλιδίνη, αναστολείς α-γλυκοσιδάσης, προαμιντιδία, εξενατίδη. Όταν σταματήσει να παράγει το πάγκρεας ινσουλίνη εξ ολοκλήρου τότε οι γιατροί συνιστούν την ινσουλίνη. Η θεραπεία της ινσουλίνης έχει παρενέργειες, μία από τις σημαντικότερες είναι τα επεισόδια υπογλυκαιμίας, τα οποία αντιμετωπίζονται με απλό υδατάνθρακα που απορροφάται γρήγορα από τον μεταβολισμό όπως το ζαχαρόνερο. Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει χρόνια πορεία και μπορεί να προκαλέσει μια σειρά σοβαρών επιπλοκών, όπως καρδιαγγειακή νόσο, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, βλάβες του αμφιβληστροειδούς, βλάβες των νεύρων κ.α. (Buse JB, 2016).

Αν και τόσο η ποσότητα όσο και ο τύπος των υδατανθράκων ενός τροφίμου επηρεάζουν τα επίπεδα γλυκόζης αίματος, ο έλεγχος των συνολικών γραμμαρίων υδατανθράκων, είτε μέσω μέτρησης των υδατανθράκων ή μέσω των ισοδυνάμων, εξακολουθεί να είναι το κλειδί για την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου. Κάτι ακόμη που επηρεάζει έναν σακχαροδιαβητικό είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Η ημερήσια πρόσληψη αλκοόλ πρέπει να περιορίζεται σε ένα ποτό ή λιγότερο για τις ενήλικες γυναίκες και στα δύο ή λιγότερο για τους ενήλικες άντρες. Τα μέτρια ποσά αλκοόλ που καταναλώνονται με το φαγητό έχουν ελάχιστο ή καθόλου αντίκτυπο στα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης. Κανένα τρόφιμο δεν πρέπει να αποκλειστεί λόγω του σιεπτικού της επαγόμενης από το αλκοόλ υπογλυκαιμίας και του γεγονότος ότι το αλκοόλ δεν απαιτεί ινσουλίνη για να μεταβολιστεί. Υπερβολική ποσότητα αλκοόλ σε συνεχή βάση συνεισφέρει στην υπεργλυκαιμία. Στους μεγαλύτερους ασθενείς η οξεία υπεργλυκαιμία και η αφυδάτωση μπορεί να οδηγήσουν σε μία σοβαρή επιπλοκή του διαβήτη, την υπεργλυκαιμική

υπερωσμωτική κατάσταση. Αυτοί οι ασθενείς έχουν πολύ υψηλό επίπεδο γλυκόζης αίματος με μέσο όρο 1000mg/dl χωρίς κετόνες. Οι ασθενείς υφίστανται σημαντική αφυδάτωση και η διανοητική κατάσταση συχνά ποικίλλει από ελαφριά σύγχυση σε παραισθήσεις ή κώμα. Έχουν επαρκή ινσουλίνη με την πρόληψη της λιπόλυσης και της κέτωσης. Η θεραπεία περιλαμβάνει την ενυδάτωση και μικρές δόσεις ινσουλίνης για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας (Franz MJ, 2014).

1.11. Γνωστικά-λειτουργικά

1.11.1. Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες

Εκτός από τις σωματικές αλλαγές, στους ηλικιωμένους εμφανίζονται διάφορες άλλες αλλαγές που έχουν να κάνουν με τη λειτουργία του γνωστικού συστήματος, του συστήματος δηλαδή που είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία και εφαρμογή της γνώσης. Το σύστημα αυτό που εδράζεται στον εγκέφαλο, επεξεργάζεται τις πληροφορίες που φτάνουν στον εγκέφαλο και είναι υπεύθυνο για τις βασικές νοητικές λειτουργίες της αντίληψης, μάθησης-μνήμης, και σκέψης. Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν, ή να πάρουν μια απόφαση. Οι γνωστικές μεταβολές οφείλονται στις μεταβολές του ΚΝΣ. Επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, κυρίως σε ό,τι αφορά την απώλεια των νευρώνων. Η σημαντική μείωσή τους στον ιππόκαμπο συνδέεται με τη βραχύχρονη μνήμη, η οποία εκπίπτει. Η απώλεια κυττάρων στην παρεγκεφαλίδα έχει επίπτωση στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων. Υπάρχει απώλεια κυττάρων στις αισθητήριες και κινητικές περιοχές του φλοιού. Υπάρχει σταθερότητα στις προμετωπιαίες περιοχές του φλοιού, επομένως δεν επηρεάζονται οι διαδικασίες αφηρημένης σκέψης, κρίσης και σχεδιασμού. Έτσι, στους ηλικιωμένους 65-84 ετών, παρατηρούνται ήπιες μεταβολές, ενώ στα άτομα τέταρτης ηλικίας 85+ ετών, παρατηρούνται δραματικές μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες. Όσο καλύτερη είναι η σωματική υγεία του ατόμου, και ιδιαίτερα η καρδιαγγειακή λειτουργία, τόσο μικρότερες είναι οι επιπτώσεις σε γνωστικό επίπεδο, μιας και διατηρείται η καλή λειτουργία του εγκεφάλου. Η σωματικά άσκηση αλλά και η εξάσκηση σε έργα νοητικά μπορούν να βελτιώσουν τη νοητική λειτουργία και το χρόνο αντίδρασης στους ηλικιωμένους (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

1.11.2. Μνήμη

Η μνήμη αναπτύσσεται και αλλάζει με την ηλικία, από τη γέννηση μέχρι τα γηρατειά. Ενώ όμως βελτιώνεται μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, στη συνέχεια αρχίζει να εμφανίζει κάμψη. Φαίνεται αυτό να το συνειδητοποιούν οι άνθρωποι και να παραπονιούνται για σχετικές δυσκολίες ή απώλειες προοδευτικά όλο και περισσότερο μετά τη μέση ηλικία. Στην πραγματικότητα οι μνημονικές απώλειες είναι χαρακτηριστικό των φυσιολογικών γηρατειών και δεν πρέπει να ταυτίζονται μόνο με τις ενδεχόμενες άνοιες, όπου είναι ιδιαίτερα εμφανείς (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α, 2008).

1.11.3. Συνείδηση

Η συνείδηση περιγράφει κατά πόσο ένα άτομο είναι σε εγρήγορση. Στα πρώτα στάδια επιδείνωσης της συνείδησης μπορούν να εμφανιστούν υποδεέστερες αλλαγές της νοητικής λειτουργίας όπως αποπροσανατολισμός, εξασθένηση της βραχυπρόθεσμης μνήμης και χαμηλή εγκεφαλική λειτουργία (Douglas G et al., 2012).

1.11.4. Νοητικές λειτουργίες

Οι περισσότερες νοητικές λειτουργίες φτάνουν στο απόγειό τους κατά τη νεαρή και μέση ηλικία, ακολουθεί μια περίοδος σταθερότητας μέχρι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας των 60 και μετά προοδευτική πτώση. Το μορφωτικό επίπεδο (όπως δηλώνεται από τα χρόνια εκπαίδευσης) και λιγότερο η κοινωνική τάξη και το εισόδημα, συσχετίζονται θετικά με τη νοημοσύνη. Η αισθητηριακή μείωση επηρεάζει την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών ενώ το μορφωτικό επίπεδο την αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη μέσω της γνώσης. Τα φάρμακα και η σωματική νοσηρότητα δε σχετίζονται σημαντικά με τη νοημοσύνη εκτός απ' την περίπτωση της άνοιας. Στην άνοια υπάρχει αρνητική συσχέτιση νοητικών επιδόσεων και βαρύτητας της ασθένειας (Douglas G et al., 2012).

1.11.5. Άνοια

Η άνοια είναι ένα επίκτητο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, που οδηγούν σε μειωμένη διανοητική ικανότητα και έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Παρατηρούνται επίσης λειτουργικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθήματος, και ποικίλες μορφές παραληρήματος. Τα ελλείμματα περιλαμβάνουν έκπτωση της βραχυχρόνιας μνήμης, διαταραχή του λόγου (αφασία) δυσκολία στον κινητικό σχεδιασμό (απραξία) δυσκολία στην κρίση, και στην αφηρημένη σκέψη. Αυτές οι διαταραχές επηρεάζουν τις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών. Η διάγνωση της άνοιας προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευρολογικές δοκιμασίες, και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών. Ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από γνωστικές διαταραχές και άνοια αυξάνεται συνεχώς. Οι συνηθέστερες μορφές άνοιας είναι η νόσος Αλτσχάιμερ, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σωματίδια Lewy, και οι άνοιες που σχετίζονται με αλκοόλ. Συνοδά χαρακτηριστικά της άνοιας είναι η κατάθλιψη, οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές του ύπνου. Πολλοί ασθενείς βρίσκονται σε προνοσηρό στάδιο άνοιας ενώ μόλις το 15% από αυτούς κάθε χρόνο θα προχωρήσουν σε εκδήλωση πλήρους ανοϊκού συνδρόμου. Κάποιοι άλλοι παραμένουν στάσιμοι ή βελτιώνονται πλήρως στην πορεία του χρόνου (Hill MA, 2016).

1.11.6. Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer (NA) είναι μία από τις συχνότερες μορφές άνοιας. Είναι προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεών του. Η συχνότητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία τόσο ώστε τα ποσοστά πασχόντων από την NA σε ηλικία πάνω από 85 ετών φτάνουν το 28-47%. Οι ασθενείς με αλτσχάιμερ τυπικά ζουν 8 έως 10 χρόνια μετά τη διάγνωση της νόσου, ενώ η διάγνωση γίνεται συχνά 3 με 4 χρόνια μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Ενδεχόμενοι προδιαθετικοί παράγοντες είναι το γυναικείο φύλο, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, κραιοεγκεφαλικές κατώσεις, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κατάθλιψη, το οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου Down, η νόσος του Parkinson, ο διαβήτης και η αγγειακή εγκεφαλοπάθεια (Γσολάκης M.K, 2011).

Η ΝΑ μπορεί να χωριστεί σε τρία κλινικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο της νόσου παρατηρούνται διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού ως προς το χρόνο και λιγότερο ως προς το χώρο, κατονομαστικές και κατασκευαστικές διαταραχές, καθώς επίσης και αδιαφορία. Στο δεύτερο στάδιο παρατηρούνται διαταραχές του λόγου, έντονες διαταραχές μνήμης και προσανατολισμού και γενικότερα είναι διαταραγμένες όλες οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο παρατηρείται ηχολαλία, παλιλαλία ή βωβότης. Η μνήμη, ο προσανατολισμός, και οι νοητικές λειτουργίες δεν μπορούν να ελεγχθούν. Υπάρχει ακράτεια και αρχίζουν να εκπίπτουν και οι κινητικές λειτουργίες. Με βάση κριτήρια βαρύτητας, μπορεί να διακρίνει κανείς τη ΝΑ σε :

- ήπια, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και τις κοινωνικές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή
- μέσης βαρύτητας, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική
- σοβαρή, όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη, διότι υπάρχει αδυναμία για διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής ή είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης. (Τσολάκης Μ.Κ, 2011).

Διαταραχές της ευπραξίας. Οι δυσκολίες με σύνθετες πράξεις είναι εκείνες που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ΝΑ. Παρουσιάζονται δυσκολίες στην προετοιμασία φαγητού, στο ντύσιμο καθώς και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες όπως δυσκολία στην οδήγηση στα πρώτα στάδια της νόσου. Στα τελευταία στάδια χρειάζεται βοήθεια στο μπάνιο και στο ντύσιμο. Αδυνατεί ακόμη και στην χρησιμοποίηση του μαχαιροπίρουνου. (Τσολάκης Μ.Κ, 2011).

Για την αντιμετώπιση του αλτσχάιμερ θεραπεία και πρόληψη αποτελούν οι αντιχολινεστεράσες (τακρίνη και ντονεπεζίλη), οι στρατηγικές γονιδιακής αναπλήρωσης, μεταμόσχευση ιστών, εμβόλια έναντι αμυλοειδούς, φάρμακα που παρεμποδίζουν την παθολογική αμυλοειδογένεση και ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου όπως η ρύθμιση υπέρτασης, διαβήτη και πρόληψη εγκεφαλικών. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν από μόνες τους ή σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή καλά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης που έγιναν στη Βραζιλία έδειξε ότι πρόγραμμα γυμναστικής, παιχνίδια, κοινωνική επαφή και καλά δομημένες δραστηριότητες είχαν καλά αποτελέσματα στην κατάθλιψη των ασθενών και τους βοήθησαν να χρησιμοποιούν καινούργιες στρατηγικές στις καθημερινές δραστηριότητες. Μία άλλη μελέτη στην Ιταλία

απέδειξε πως ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης της μνήμης βοηθούσε τους ανοϊκούς ασθενείς να σταθεροποιηθούν (Γσολάκης Μ.Κ, 2011).

1.12. Κινητικά προβλήματα

Εξαιτίας της γήρανσης επέρχονται μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα και στις αρθρώσεις, για τις οποίες ευθύνονται τόσο γενετικοί παράγοντες όσο και ο τρόπος ζωής. Σταδιακά, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής μεταβάλλεται η σύσταση του σώματος. Συγκεκριμένα, μειώνεται η μυϊκή δύναμη, επομένως μειώνεται η άλιπη μάζα του σώματος, με αποτέλεσμα την απώλεια της οστικής πυκνότητας. Η μείωση της μυϊκής δύναμης ξεκινά από την τρίτη δεκαετία της ζωής, παραμένει μικρή (15%) μέχρι την ηλικία των 50 ετών, επιταχύνεται δραματικά μετά τα 60 έτη και φτάνει στο 30-40% στα άτομα ηλικίας 70-80 ετών. Παρατηρείται μείωση 5-12% στην αντοχή των οστών από την ηλικία των 20 ετών και μετά. Εξαιτίας της απώλειας της οστικής μάζας, τα άτομα χάνουν ύψος. Η αντοχή επηρεάζεται από τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και τη διαίτα ενώ το αλκοόλ επηρεάζει την πυκνότητα οστών. Όσον αφορά στις αρθρώσεις, η ύψιστη λειτουργία τους συναντάται στην ηλικία των 20 και μετά η λειτουργία των αρθρώσεων φθίνει με ταχείς ρυθμούς. Η έρευνά μας έδειξε ότι ο ΔΜΣ και το βάρος σώματος αποτελούν παράγοντα κινδύνου για χαμηλότερες επιδόσεις στην κινητικότητα καθώς σύμφωνα με μελέτες, οι παχύσαρκοι άνθρωποι λόγω της αυξημένης λιπώδους μάζας αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη λειτουργικότητα των κάτω άκρων. Οι παραπάνω μεταβολές επηρεάζουν το βάδισμα και την ισορροπία. Αυτές οι μεταβολές μπορεί να είναι εκφράσεις φυσιολογικής γήρανσης, τις περισσότερες φορές όμως, αποτελούν συνέπεια πολλαπλών χρόνιων παθήσεων και πολυφαρμακίας, με αποτέλεσμα να έχουν δραματική επίδραση στη γενική υγεία του ηλικιωμένου, καθόσον συμβάλλουν στην αύξηση των πτώσεων και στους τραυματισμούς από αυτές. Οι διάφοροι πόνοι στη μέση και στα πόδια επιφέρουν περιορισμούς στην κινητικότητα, που επεκτείνονται επίσης στους περιορισμούς στη συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης με αποτέλεσμα την εξάρτηση από άλλα άτομα, και συχνά την κατάθλιψη, επειδή συμβάλλουν στη μείωση της ευχαρίστησης από τη ζωή (Γσολάκης Μ.Κ, 2011).



1.12.1. Περιφερική νευροπάθεια

Επηρεάζει κινητικά και αισθητικά νεύρα και προκαλεί αισθητική διαταραχή και μυϊκή αδυναμία συγκεκριμένης κατανομής. Κλινική εκδήλωση της νευροπάθειας συχνά έχει χαρακτηριστική κατανομή με τη μορφή κινητικής αδυναμίας, αισθητικής διαταραχής, ή δυσλειτουργίας του αυτόνομου. Η εντόπιση της νευρικής προσβολής είναι άπω και συμμετρική ή εγγύς και ασύμμετρη. Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η κινητική αδυναμία και η ατροφία των μυών που συνοδεύεται συχνά από δεσμιδώσεις. Η αδυναμία τυπικά ξεκινά από τα άκρα με πτώση του άκρου ποδιού, που μπορεί να κάνει τον ασθενή να πέφτει, ιδίως όταν βαδίζει σε ανώμαλο έδαφος, όταν διασχίζει κατώφλια και σε χαλιά. Μπορεί επίσης να εκδηλωθεί ως δυσκολία στις λεπτές κινήσεις των δακτύλων όπως αυτές που απαιτούνται για το άνοιγμα ενός βάζου ή το χειρισμό μικρών αντικειμένων (Howard JF Jr, Klein CM, 2016).

Διαταραχές κίνησης

- Βλάβες κατώτερου κινητικού νευρώνα. Αποτέλεσμα : Αδυναμία και εξασθένηση των νευρικών μυών, μειώνοντας τον τόνο, και μειωμένα ή απόντα αντανακλαστικά.
- Βλάβες ανώτερου κινητικού νευρώνα (Douglas G et al., 2012).

Τύποι κινητικής δυσλειτουργίας

- Παράλυση ή αδυναμία
- Βλάβη του συντονισμού
- Αλλαγές του τόνου και της στάσης (δυστονία)
- Αιούσιες κινήσεις (δυσκίνησια)
- Αλλαγές της ταχύτητας με την οποία γίνονται οι κινήσεις (υποκίνησια και βραδυκίνησια)

Απώλεια των ήδη μαθημένων κινήσεων (δυσπραξία) (=ανικανότητα εκτέλεσης μια κίνησης). (Douglas G et al., 2012).

Στάση και βάδιση-παθολογικά ευρήματα

- Αστάθεια με τα μάτια ανοικτά, είναι συχνή στις παρεγκεφαλιδικές διαταραχές.
- Αστάθεια που συμβαίνει μόνο ή επιδεινώνεται με τα μάτια κλειστά.
- Ημιπληγικό βάδισμα, λόγω μονόπλευρης βλάβης του ανώτερου κινητικού νευρώνα.
- Αμφοτερόπλευρη βλάβη του ανώτερου κινητικού νευρώνα οδηγεί σε προσαγωγή και των δύο ισχύων και ψαλιδωτή στάση και βάδιση.
- Η παρεγκεφαλική δυσλειτουργία οδηγεί σε ασταθές βάδισμα το οποίο καθιστά το βάδισμα σε ευθεία γραμμή αδύνατο.(Douglas G et al., 2012).

1.12.2. Πόνος

Η στάση του σώματος και ο τρόπος βάδισης μπορεί να αλλάξουν ανάλογα με τον πόνο που νιώθει το άτομο. Αναλγητικό βάδισμα είναι αυτό στο οποίο έχουν επέλθει αλλαγές για να μειωθεί ο πόνος. Οι επώδυνες καταστάσεις του κάτω άκρου συνήθως επιδεινώνονται όταν φέρει το βάρος του σώματος, γι αυτό ο ασθενής προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει τη φάση στήριξης σ' αυτήν την πλευρά. Αντίθετα, όταν η πηγή του πόνου βρίσκεται στη σπονδυλική στήλη τότε ελαχιστοποιούνται οι αξονικές στροφικές κινήσεις και το βάδισμα γίνεται αργό με μικρά βήματα. Οι ασθενείς με πόνο στο ισχίο μπορεί να γέρνουν προς την προσβεβλημένη πλευρά, επειδή έτσι μειώνεται η φόρτιση στην άρθρωση του ισχίου.

Άλλοι παράξενοι τρόποι βαδίσματος που δεν οφείλονται σε νευρολογικά σημεία μπορούν να σχετίζονται με νόσο Huntington, αλλά συνήθως οφείλονται σε μη οργανικές διαταραχές (Douglas G et al., 2012).

Η προσβολή των εγγύτερων κινητικών νεύρων συχνά εκδηλώνεται με δυσκολία στην ανάβαση και κατάβαση σκάλας ή με δυσκολία σε κινητικές δοκιμασίες κατά τις οποίες οι βραχίονες πρέπει να σηκωθούν πάνω από το κεφάλι του ασθενούς όπως γίνεται όταν χτενίζουμε τα μαλλιά μας ή όταν προσπαθούμε να φτάσουμε κάτι από ένα ράφι που βρίσκεται ψηλά. (Howard JF Jr, Klein CM, 2016).

Μία άπω συμμετρική διαταραχή της κινητικής και αισθητικής δυσλειτουργίας με συνοδό μείωση των διατακτικών αντανακλαστικών των μυών είναι η συνηθέστερη μορφή της άπω πολυνευροπάθειας. Αδυναμία και μυϊκή ατροφία κυριαρχούν στους άπω μύες των άκρων χεριών και ποδιών. Η απώλεια της αισθητικότητας και η απώλεια αντανακλαστικών ακολουθούν την κλασσική άπω συμμετρική κατανομή (Howard JF Jr, Klein CM, 2016).

Νευροπάθειες στις οποίες κυριαρχεί προσβολή του κινητικού συστήματος είναι το σύνδρομο Guillen-Barre, η πολυεστιακή κινητική νευροπάθεια, η διφθερίτιδα και η δηλητηρίαση από μόλυβδο. Αντιμετώπιση: διακοπή των δραστηριοτήτων που επιδεινώνουν ή προκαλούν τα συμπτώματα. Σε κάποιες περιπτώσεις χρειάζεται χειρουργική επέμβαση. Πολλές απ' τις μεταβολικές και τοξικές νευροπάθειες χρήζουν διόρθωσης του υποκείμενου προβλήματος (πχ αναπλήρωση B12). Στις σοβαρότερες μορφές νευροπάθειας χρειάζεται φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, και προσαρμοστικές συσκευές. (Howard JF Jr, Klein CM, 2016).

1.12.3. Νόσος του Parkinson

Ορίζεται ως μια χρόνια, προϊούσα νευροεκφυλιστική διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας που μπορεί να προκαλέσει σημαντική αναπηρία και πρόωμη θνησιμότητα αν μείνει χωρίς θεραπεία. Η νόσος του Parkinson χαρακτηρίζεται από βραδυκίνησια (επιβράδυνση κινητικής λειτουργίας, βήματα μικρά και συρόμενα, απώλεια εκφραστικότητας προσώπου), δυσκαμψία, τρόμος και διαταραχή βάρδισης (συρτό βάδισμα, κατάργηση της αιώρησης του βραχίονα κατά τη βάρδιση). Τουλάχιστον 2 από τα 3 των συμπτωμάτων θα πρέπει να είναι παρόντα για να γίνει η διάγνωση. Η δυσκαμψία συνεισφέρει στη γενικευμένη ακινητοποίηση και οδηγεί σε κεικαμμένη τάση του σώματος κατά την ορθοστάτηση και τη βάρδιση. Η πιθανότερη αιτία των κινητικών σημείων και συμπτωμάτων είναι η ανεπάρκεια ντοπαμίνης ή η δυσλειτουργία στα βασικά γάγγλια. Τα κινητικά συμπτώματα

αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά με την αναπλήρωση ντοπαμίνης και την εν τω βάθην διέγερση του εγκεφάλου (DBS). Με την λεβοντόπα (πρόδρομο μόριο της ντοπαμίνης) παρατηρούνται παρενέργειες όπως ορθοστατική υπόταση, σύγχυση, ψευδαισθήσεις, καρδιακές αρρυθμίες. Η DBS μπορεί να βελτιώσει τις διακυμάνσεις στην κινητικότητα και τις δυσκινησίες μειώνοντας τις απαιτούμενες δόσεις φαρμάκων που μπορούν να προκαλέσουν πολλές παρενέργειες. Υπάρχουν στοιχεία ότι η τακτική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο νόσου του Parkinson και βελτιώνει την μακροχρόνια ποιότητα ζωής στους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν. Το κάπνισμα παραδόξως έχει συσχετιστεί με μικρότερη επίπτωση της νόσου Parkinson (Huang X et al., 2016).

1.12.4. Πτώσεις

Είναι ένα συχνό και σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Ως πτώση ορίζεται όταν κάποιος καταλήγει ακούσια στο πάτωμα ή σε κάποιο χαμηλότερο επίπεδο. Περισσότερο από 35-40% των ατόμων άνω των 65 χρονών αναφέρουν πτώση κάθε χρόνο. Οι πτώσεις συνοδεύονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το 25% εκείνων που έπεσαν θα πεθάνουν μέσα σε 6 μήνες, το 60% θα εμφανίσουν περιορισμό κινητικότητας και το 25% θα μείνουν λειτουργικά περισσότερο εξαρτημένοι. Τα αίτια της πτώσης διακρίνονται σε ενδογενή όπως οι ιατρικές παθήσεις και οι φυσιολογικές επιπτώσεις που επιφέρει το γήρας και σε εξωγενή όπως τα φάρμακα ή το περιβάλλον. Παράγοντες όπως η αρθρίτιδα, τα συμπτώματα κατάθλιψης, η ορθοστατική υπόταση, οι διαταραχές στην όραση, η ισορροπία, η βάρδιση και η χρήση τεσσάρων ή παραπάνω φαρμάκων αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσης. Χάπια που σχετίζονται με τις πτώσεις είναι τα κατασταλτικά-υπνωτικά, βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσεως, νευροληπτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Η αντιμετώπιση των πτώσεων εξαρτάται από την πρόληψη των πτώσεων και τις επιπλοκές τους. Η γενική αίματος και ο βασικός βιοχημικός έλεγχος μπορεί να είναι χρήσιμοι για τον αποκλεισμό της αναιμίας, της αφυδάτωσης και της υπεργλυκαιμίας ως αίτια της πτώσης. Τα επίπεδα της βιταμίνης B12 και οι θυρεοειδικές ορμόνες μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό αναστρέψιμων προβλημάτων της βάρδισης και της ισορροπίας. Ακόμη για να γίνει πρόληψη των πτώσεων θα πρέπει να αξιολογηθεί η καταλληλότητα του οικιακού χώρου, των χαλιών, της σκάλας και των παπουτσιών. Η αξιολόγηση και θεραπεία της οστεοπόρωσης είναι σημαντική για την πρόληψη των καταγμάτων από την πτώση. Ακόμη, η χορήγηση αντιπηκτικών σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή είναι εξίσου σημαντική για την πρόληψη πτώσεων. Στρατηγικές παρέμβασης που αποδείχθηκαν αποτελεσματικές για την μείωση των πτώσεων είναι τα

προγράμματα εκπαίδευσης της ισορροπίας και της βάρδισης που επιβλέπονται από επαγγελματίες όπως είναι τα προγράμματα μυϊκής ενδυνάμωσης. Μελέτες αποδεικνύουν την ισχυρή σχέση ανάμεσα στην σωματική δραστηριότητα που στοχεύει στη διατήρηση της μυϊκής μάζας και τη μείωση των πτώσεων. Βοηθητικές συσκευές όπως μαστούνια και περιπατητήρες μπορεί να βοηθήσουν τη στήριξη βάρους και να παράσχουν καλύτερη ισορροπία αυξάνοντας τη βάση στήριξης του ασθενούς. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι βοηθητικών συσκευών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως οι περιπατητήρες με τρεις και τέσσερις τροχούς, που μπορεί να βελτιώσουν την ασφάλεια κατά την κίνηση χωρίς να περιορίσουν σημαντικά την ταχύτητα ή την κινητικότητα σε εξωτερικούς χώρους και διαφορετικά εδάφη (Erdem NF, 2016).

2.Μεθοδολογία

Σκοπός της εργασίας είναι η πλήρης και σωστή ανάπτυξη του θέματός της, γι αυτό και μελετήθηκε επαρκώς η ξένη και ελληνική βιβλιογραφία για την σύνταξή της καθώς και συναφή ερωτηματολόγια για την δημιουργία του χρησιμοποιούμενου. Πηγές αποτελούν τα εξής : WHO STEPS Instrument 20 (World Health Organization), Elderly Mobility Scale (EMS) και INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (IADL) (M.P. Lawton & E.M. Brody). Για τη συλλογή των στοιχείων συντάξαμε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 93 ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλών επιλογών. Για την διευκόλυνση των ερωτηθέντων, που λόγω ηλικίας πιθανόν να είχαν προβλήματα όρασης και αναλφαβητισμού, ήταν εμμέσως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, δηλαδή ως συνεντευκτές σημειώναμε τις απαντήσεις τους. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κοινωνικού, ιατρικού και διατροφικού περιεχομένου. Η έρευνα διήρκησε από τον Μάρτιο μέχρι τον Μάιο του 2018.

2.1.Δείγμα:

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 500 άτομα εκ των οποίων οι 358 ήταν άντρες και οι 142 γυναίκες. Ο αντρικός πληθυσμός επιλέχθηκε από ΚΑΠΗ και καφενεία και ο γυναικείος εξετάστηκε κυρίως σε σπίτια. Οι περιοχές απ τις οποίες προήλθε το δείγμα είναι η δυτική Θεσσαλονίκη (πχ. Αμπελόκηποι, Εύοσμος, Σταυρούπολη) και χωριά που ανήκουν στην ευρύτερη περιοχή της πόλης. (πχ. Ξηροχώρι, Άγιος Αθανάσιος). Το δείγμα αποτελείται από άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, δηλαδή από την ηλικία των 60 και άνω. Η υγεία των ηλικιωμένων που εξετάσαμε είναι σίγουρα καλύτερη από εκείνων που

βρίσκονται σε κέντρα αποκατάστασης εφόσον είναι περισσότερο αυτόνομοι. Δεν παύουν όμως και σε αυτούς να υπάρχουν προβλήματα υγείας όπως υπέρταση, καρδιαγγειακά, διαβήτης, αλλά και κινητικά προβλήματα.

Γενικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος ($MO \pm TA$ ή n) (N=500)

Φύλο (Άντρες/ Γυναίκες)	359/141
Ηλικία	73,4 \pm 8,5
Εκπαίδευση (χωρίς επίσημη εκπαίδευση/ Πρωτοβάθμια/Δευτεροβάθμια/Γριτοβάθμια)	105/239/154/1
Οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος/ Έγγαμος/ Διαζευγμένος/ Χήρος)	22/356/13/109

2.2. Διατροφική πρόσληψη:

Η διατροφική πρόσληψη καταγράφηκε με ανάκληση προηγούμενου 24ώρου και τα δεδομένα αναλύθηκαν στο FoodProcessor (ESHA). Οι ερωτήσεις έγιναν με βάση το ερωτηματολόγιο WHO STEPS Instrument 20με το οποίο γίνεται η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών, η πρόσληψη νατρίου και η διάγνωση νοσημάτων.

2.3. Κοινωνικά χαρακτηριστικά:

Για την καταγραφή των κοινωνικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις για τον τόπο διαμονής, την φυλετική ομάδα στην οποία ανήκουν, το επάγγελμά τους, την οικογενειακή τους κατάσταση και την εκπαίδευσή τους.

2.4. Ανθρωπομετρία:

Για τη μέτρηση του σωματικού βάρους χρησιμοποιήθηκε η ζυγαριά Beurer GS 202 της γερμανικής εταιρείας Beurer.

Το ύψος μετρήθηκε σε όρθια θέση με την βοήθεια φορητού αναστημόμετρου Science Technologies 364. Με τη χρήση μεζούρας μετρήθηκε η περιμετρος μέσης.

Πέρα απ' τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά μετρήθηκε και η αρτηριακή πίεση των ασθενών, συστολική, διαστολική, και παλμοί, χρησιμοποιώντας το πιεσόμετρο Omron M6 Comfort HEM-7000. Για μεγαλύτερη ακρίβεια έγιναν 3 διαδοχικές μετρήσεις τις πρωινές ώρες στο αριστερό χέρι σε καθιστή θέση και σε κατάσταση ηρεμίας.

2.5. Στατιστική Ανάλυση:

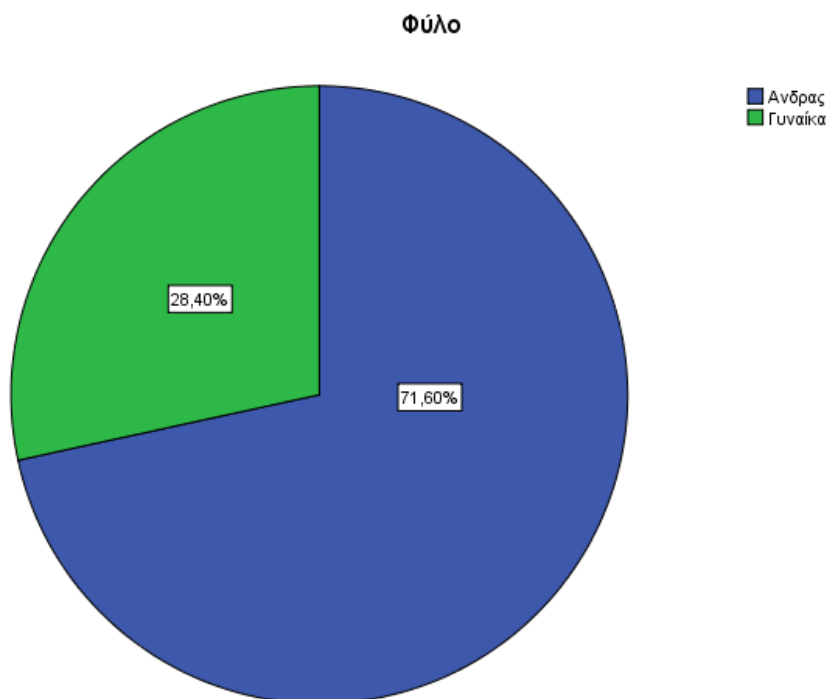
Αρχικά οι απαντήσεις των ερωτηθέντων καταχωρήθηκαν στο Microsoft office Excel. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Spss Statistics 18.0.

Για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το τεστ χι τετράγωνο (χ^2) ενώ για τον έλεγχο διαφοράς των μέσω τιμών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος **Independent Samples t-Test**. Το επίπεδο σημαντικότητας σε κάθε τεστ ήταν το 95%. Στη συνέχεια έγιναν οι γραφικές παραστάσεις και η περιγραφική στατιστική των αποτελεσμάτων. Με το χ^2 επιτυγχάνεται η εντόπιση της πιθανής σχέσης και των στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Το t-test χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων όρων δυο συνόλων τιμών που διαφέρουν όσον αφορά ένα χαρακτηριστικό.

3.Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος κατά φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άνδρας	358	71,6
Γυναίκα	142	28,4
Σύνολο	500	100,0



Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος κατά φύλο

Στον πίνακα 1 αναγράφονται τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Στο δείγμα συνολικά συμμετείχαν 500 άτομα, εκ των οποίων οι 358 ήταν άντρες (71.6%) και οι γυναίκες ήταν 142 (28,4%).

Πίνακας 2. Μορφωτικό επίπεδο κατά φύλο

Μορφωτικό επίπεδο		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Λιγότερο από Δημοτικό	Συχνότητα	73	33	106
	Ποσοστό κατά Φύλο	20,4%	23,2%	21,2%
Ολοκληρωμένο Δημοτικό	Συχνότητα	175	63	238
	Ποσοστό κατά Φύλο	48,9%	44,4%	47,6%
Ολοκληρωμένο Γυμνάσιο	Συχνότητα	23	4	27
	Ποσοστό κατά Φύλο	6,4%	2,8%	5,4%
Ολοκληρωμένο Λύκειο	Συχνότητα	87	42	129
	Ποσοστό κατά Φύλο	24,3%	29,6%	25,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500

	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%
--	-------------------	--------	--------	--------

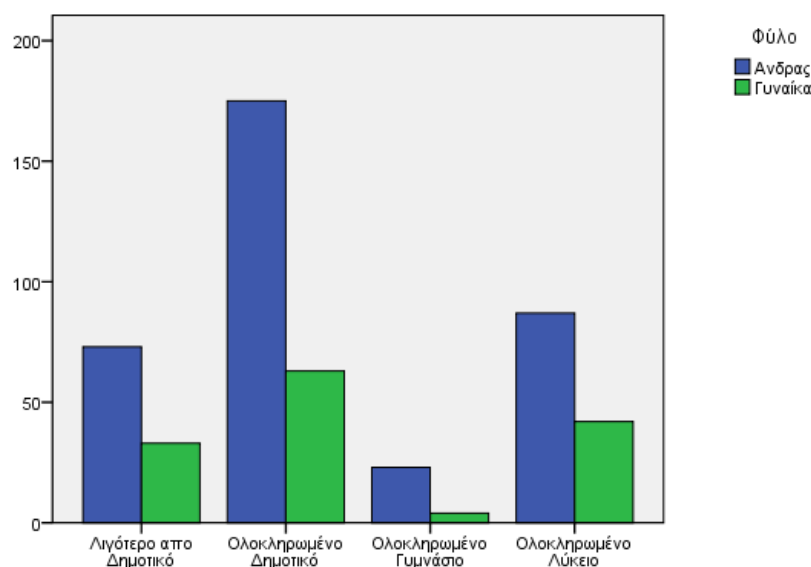
Στον πίνακα 2 αναγράφεται το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων συνολικά κατά φύλο. Το δημοτικό σχολείο δεν ολοκληρώθηκε από 106 άτομα του δείγματος (21,2%) εκ των οποίων οι 73 ήταν άντρες (20,4%) και 33 γυναίκες (23,2%). Το δημοτικό σχολείο ολοκληρώθηκε από τους 238 (47,6%) με 175 άντρες (48,9%) και 63 γυναίκες (44,4%). Στο γυμνάσιο φοίτησαν συνολικά μόλις 27 άτομα (5,4%) εκ των οποίων 23 άντρες (6,4%) και 4 γυναίκες (2,8%). Τέλος το λύκειο ολοκλήρωσαν 129 άτομα, 87 άντρες (24,3%) και 42 γυναίκες (29,6%).

Πίνακας 2. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,372 ^a	3	,224
Likelihood Ratio	4,677	3	,197
Linear-by-Linear Association	,145	1	,703
N of Valid Cases	500		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,67.



Γράφημα 2. Μορφωτικό επίπεδο κατά φύλο

Πίνακας 3. Κάπνισμα κατά φύλο

Κάπνισμα		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	119	27	146
	Ποσοστό κατά Φύλο	33,2%	19,0%	29,2%
Όχι	Συχνότητα	239	115	354
	Ποσοστό κατά Φύλο	66,8%	81,0%	70,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 3 αναγράφεται το ποσοστό των καπνιστών και των μη καπνιστών κατά φύλο. Από τους 146 καπνιστές (29,2%) οι 119 είναι άντρες (33,2%) και 27 είναι γυναίκες (19%). Οι μη καπνιστές αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό. Από τους 354 (70,8%) οι 239 είναι άντρες (66,8%) και οι 115 είναι γυναίκες (81%).

Πίνακας 3. Στατιστικό τεστ

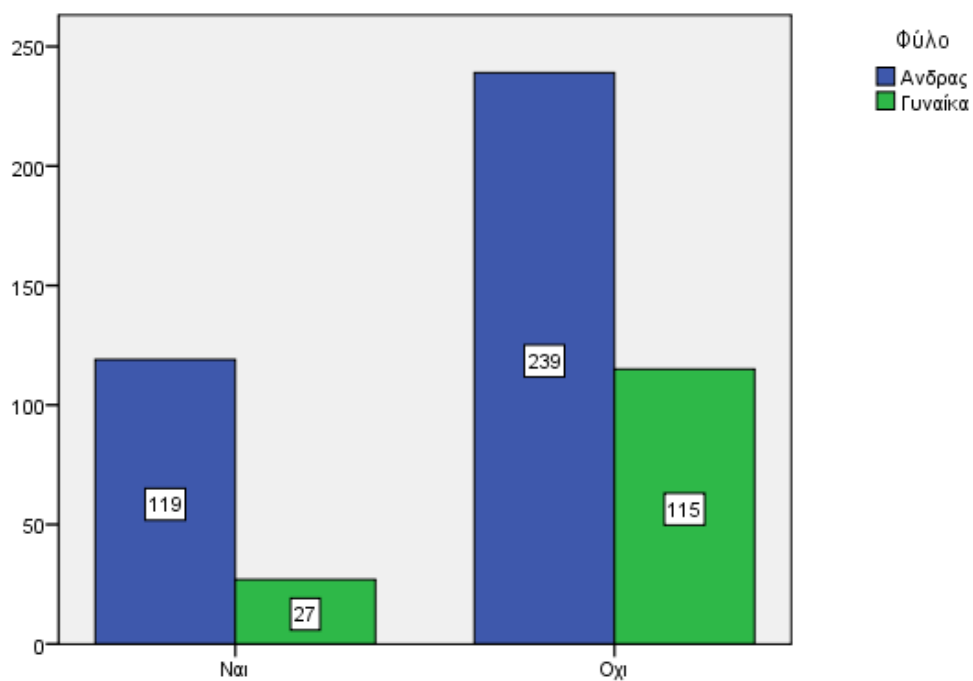
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,953 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	9,277	1	,002		
Likelihood Ratio	10,507	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	9,933	1	,002		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count 41,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και του φύλου, $p\text{-value}=0,002 < 0,050$.



Γράφημα 3. Κάπνισμα κατά φύλο

Πίνακας 4. Προσθήκη αλατιού κατά φύλο

Προσθήκη αλατιού		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πάντα	Συχνότητα	26	6	32
	Ποσοστό κατά Φύλο	7,3%	4,2%	6,4%
Συχνά	Συχνότητα	35	4	39
	Ποσοστό κατά Φύλο	9,8%	2,8%	7,8%
Μερικές φορές	Συχνότητα	76	21	97
	Ποσοστό κατά Φύλο	21,2%	14,8%	19,4%
Σπάνια	Συχνότητα	103	32	135
	Ποσοστό κατά Φύλο	28,8%	22,5%	27,0%
Ποτέ	Συχνότητα	118	79	197

	Ποσοστό κατά Φύλο	33,0%	55,6%	39,4%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 4 αναγράφεται η προσθήκη αλατιού κατά φύλο. Τα 32 άτομα (6,4%) απάντησαν πως προσθέτουν πάντα επιπλέον αλάτι στο γεύμα τους, εκ των οποίων οι 26 είναι άντρες (7,3%) και οι 6 είναι γυναίκες (4,2%). Τα 39 άτομα απάντησαν πως προσθέτουν συχνά αλάτι (7,8%), εκ των οποίων οι 35 είναι άντρες (9,8%) και οι 4 είναι γυναίκες (2,8%). Τα 97 άτομα (19,4%) απάντησαν πως προσθέτουν μερικές φορές επιπλέον αλάτι στο γεύμα τους, εκ των οποίων οι 76 είναι άντρες (21,2%) και οι 21 είναι γυναίκες (14,8%). Τα 135 άτομα (27,0%) απάντησαν πως προσθέτουν σπάνια επιπλέον αλάτι στο γεύμα τους, εκ των οποίων οι 103 είναι άντρες (28,8%) και οι 32 είναι γυναίκες (22,5%). Τέλος τα 197 άτομα (39,4%) απάντησαν πως δεν προσθέτουν ποτέ επιπλέον αλάτι στο γεύμα τους, εκ των οποίων οι 118 είναι άντρες (33,0%) και οι 79 είναι γυναίκες (55,6%).

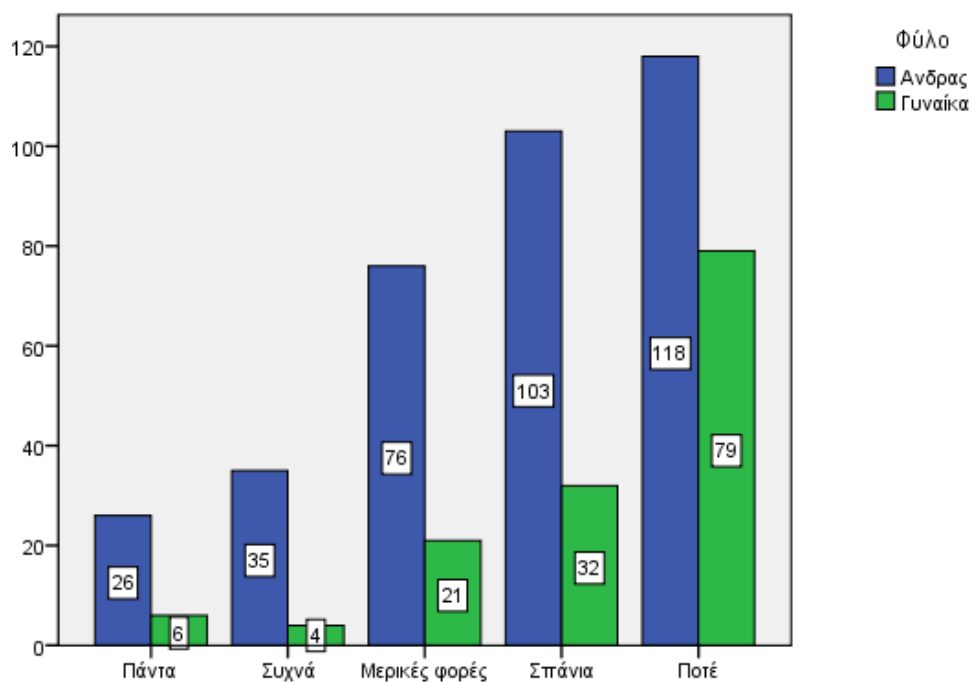
Πίνακας 4. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,682 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	25,470	4	,000
Linear-by-Linear Association	18,974	1	,000
N of Valid Cases	500		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,09.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της προσθήκης αλατιού και του φύλου, $p\text{-value}=0,000 < 0,050$.



Γράφημα 4. Προσθήκη αλατιού κατά φύλο

Πίνακας 5. Κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων κατά φύλο

Κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πάντα	Συχνότητα	15	5	20
	Ποσοστό κατά Φύλο	4,2%	3,5%	4,0%
Συχνά	Συχνότητα	62	19	81
	Ποσοστό κατά Φύλο	17,3%	13,4%	16,2%
Μερικές φορές	Συχνότητα	126	56	182
	Ποσοστό κατά Φύλο	35,2%	39,4%	36,4%
Σπάνια	Συχνότητα	103	48	151
	Ποσοστό κατά Φύλο	28,8%	33,8%	30,2%
Ποτέ	Συχνότητα	52	14	66
	Ποσοστό κατά Φύλο	14,5%	9,9%	13,2%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 5 αναγράφεται η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων κατά φύλο. Τα 20 άτομα (4,0%) απάντησαν πως καταναλώνουν πάντα επεξεργασμένα τρόφιμα, εκ των οποίων οι 15 είναι άντρες (4,2%) και οι 5 είναι γυναίκες (3,5%). Τα 81 άτομα απάντησαν πως καταναλώνουν συχνά επεξεργασμένα τρόφιμα (16,2%), εκ των οποίων οι 62 είναι άντρες (17,3%) και οι 19 είναι γυναίκες (13,4%). Τα 182 άτομα (36,4%) απάντησαν πως καταναλώνουν μερικές φορές επεξεργασμένα τρόφιμα, εκ των οποίων οι 126 είναι άντρες (35,2%) και οι 56 είναι γυναίκες (39,4%). Τα 151 άτομα (30,2%) απάντησαν πως καταναλώνουν σπάνια επεξεργασμένα τρόφιμα, εκ των οποίων οι 103 είναι άντρες (28,8%) και οι 48 είναι γυναίκες (33,8%). Τέλος τα 66 άτομα (13,2%) απάντησαν πως δεν καταναλώνουν ποτέ επεξεργασμένα τρόφιμα, εκ των οποίων οι 52 είναι άντρες (14,5%) και οι 14 είναι γυναίκες (9,9%).

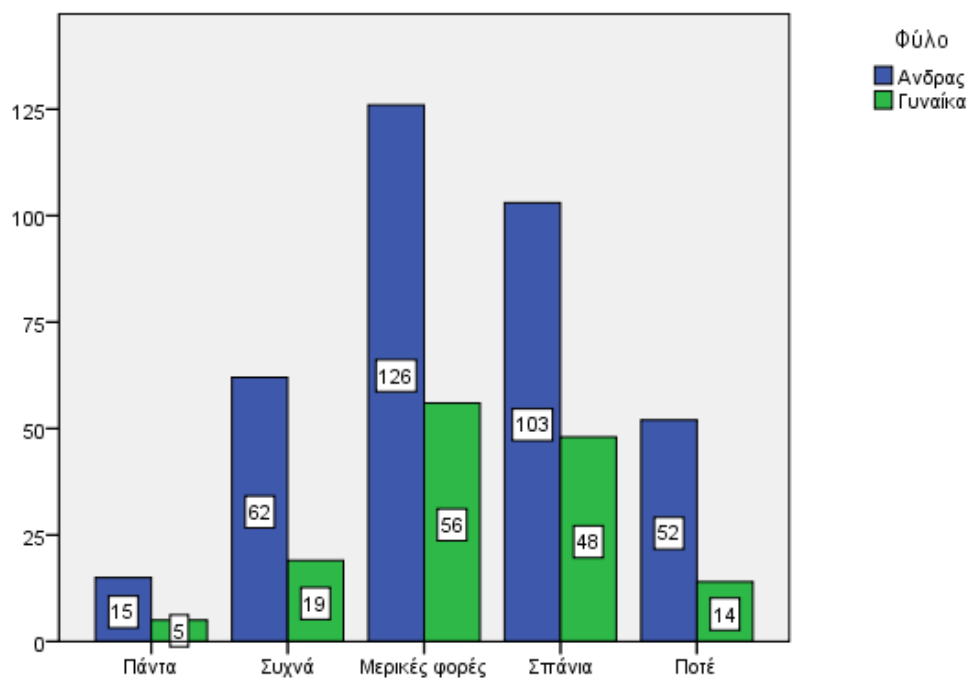
Πίνακας 5. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,119 ^a	4	,390
Likelihood Ratio	4,234	4	,375
Linear-by-Linear Association	,009	1	,923
N of Valid Cases	500		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,68.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,390>0,050$.



Γράφημα 5. Κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων κατά φύλο

Πίνακας 6. Κατανάλωση αλατιού ή αλμυρής σάλτσας κατά φύλο

Πόσο αλάτι ή αλμυρή σάλτσα καταναλώνετε		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πάρα πολύ	Συχνότητα	11	2	13
	Ποσοστό κατά Φύλο	3,1%	1,4%	2,6%
Πολύ	Συχνότητα	69	19	88
	Ποσοστό κατά Φύλο	19,3%	13,4%	17,6%
Σωστή ποσότητα	Συχνότητα	139	60	199
	Ποσοστό κατά Φύλο	38,8%	42,3%	39,8%
Πολύ λίγο	Συχνότητα	121	55	176
	Ποσοστό κατά Φύλο	33,8%	38,7%	35,2%
Πάρα πολύ λίγο	Συχνότητα	18	6	24
	Ποσοστό κατά Φύλο	5,0%	4,2%	4,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500

	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%
--	-------------------	--------	--------	--------

Στον πίνακα 6 αναγράφεται η προσωπική άποψη των ερωτηθέντων για το ποσό του αλατιού που καταναλώνουν. Τα 13 άτομα (2,6%) εκ των οποίων 11 άντρες (3,1%) και 2 γυναίκες (1,4%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πολύ αλάτι. Τα 88 άτομα (17,6%) εκ των οποίων 69 άντρες (19,3%) και 19 γυναίκες (13,4%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πολύ αλάτι. Τα 199 άτομα (39,8%) εκ των οποίων 139 άντρες (38,8%) και 60 γυναίκες (42,3%) πιστεύουν πως καταναλώνουν την σωστή ποσότητα αλατιού. Τα 176 άτομα (35,2%) εκ των οποίων 121 άντρες (33,8%) και 55 γυναίκες (38,7%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πολύ λίγο αλάτι. Τα 24 άτομα (4,8%) εκ των οποίων 18 άντρες (5,0%) και 6 γυναίκες (4,2%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πλύ λίγο αλάτι.

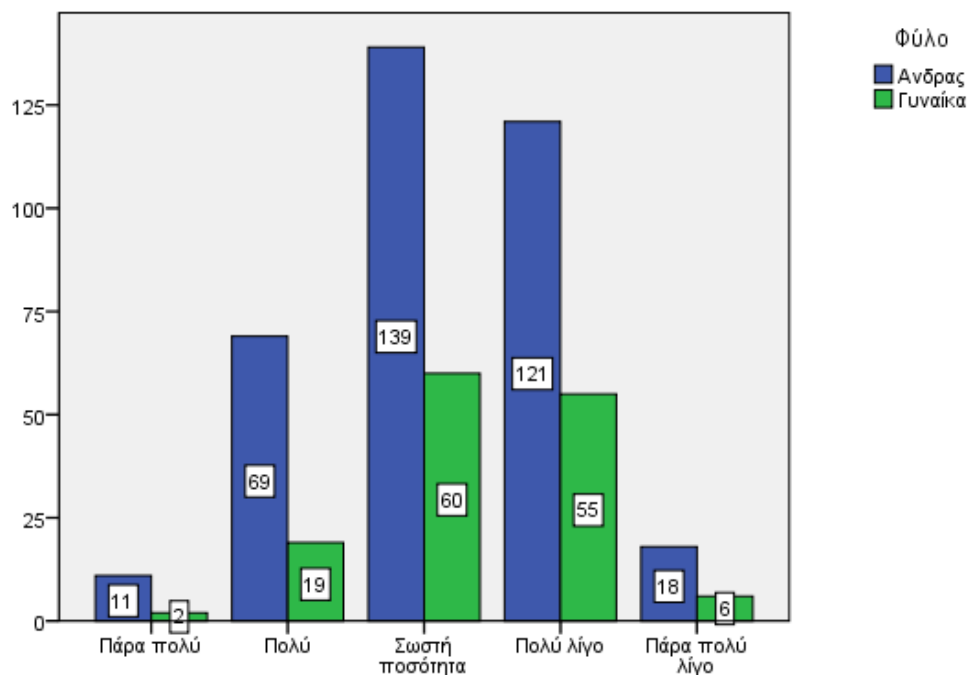
Πίνακας 6. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,229 ^a	4	,376
Likelihood Ratio	4,469	4	,346
Linear-by-Linear Association	2,061	1	,151
N of Valid Cases	500		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,69.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,376>0,050$.



Γράφημα 6. Κατανάλωση αλατιού ή αλμυρής σάλτσας κατά φύλο

Πίνακας 7. Σημαντικότητα μείωσης του αλατιού κατά φύλο

Πόσο σημαντική είναι η μείωση του αλατιού		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Πολύ σημαντική	Συχνότητα	94	39	133
	Ποσοστό κατά Φύλο	26,3%	27,5%	26,6%
Κάπως σημαντική	Συχνότητα	238	94	332
	Ποσοστό κατά Φύλο	66,5%	66,2%	66,4%
Καθόλου σημαντική	Συχνότητα	19	9	28
	Ποσοστό κατά Φύλο	5,3%	6,3%	5,6%
Δεν γνωρίζω	Συχνότητα	7	0	7
	Ποσοστό κατά Φύλο	2,0%	,0%	1,4%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 7 αναγράφεται η προσωπική άποψη του πληθυσμού για την σημαντικότητα της μείωσης του αλατιού για την υγεία τους. Τα 133 άτομα (26,6%) εκ των οποίων 94 άντρες (26,3%) και 39 γυναίκες (27,5%) πιστεύουν πως είναι πολύ σημαντικό να μειώσουν το αλάτι. Τα 332 άτομα (66,4%) εκ των οποίων 238 άντρες (66,5%) και 94 γυναίκες (66,2%) πιστεύουν πως είναι κάπως σημαντικό να μειώσουν το αλάτι. Τα 28 άτομα (5,6%) εκ των οποίων 19 άντρες (5,3%) και 9 γυναίκες (6,3%) πιστεύουν πως δεν είναι καθόλου σημαντικό να μειώσουν το αλάτι. Τα 7 άτομα (1,4%) εκ των οποίων όλοι είναι άντρες δεν γνωρίζουν αν είναι σημαντική η μείωση του αλατιού για την υγεία τους.

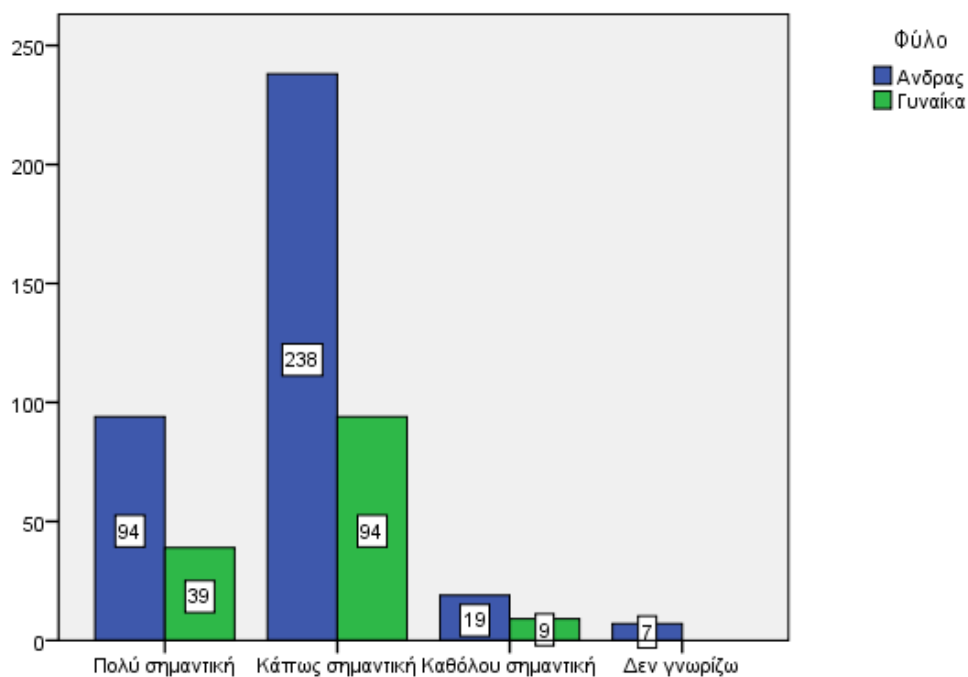
Πίνακας 7. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,026 ^a	3	,388
Likelihood Ratio	4,922	3	,178
Linear-by-Linear Association	,492	1	,483
N of Valid Cases	500		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,99.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,388>0,050$.



Γράφημα 7. Σημαντικότητα μείωσης του αλατιού κατά φύλο

Πίνακας 8. Επίγνωση προβλημάτων υγείας που προκαλεί το αλάτι κατά φύλο

Το αλάτι προκαλεί προβλήματα υγείας		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	329	138	467
	Ποσοστό κατά Φύλο	91,9%	97,2%	93,4%
Όχι	Συχνότητα	19	0	19
	Ποσοστό κατά Φύλο	5,3%	,0%	3,8%
Δεν γνωρίζω	Συχνότητα	10	4	14
	Ποσοστό κατά Φύλο	2,8%	2,8%	2,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 8 αναγράφεται αν γνωρίζουν πως το αλάτι προκαλεί προβλήματα στην υγεία τους. Τα 467 άτομα (93,4%) πιστεύουν πως προκαλεί προβλήματα υγείας, εκ των οποίων οι 329 (91,9%) είναι άντρες και οι 138 (97,2%) είναι γυναίκες. Τα 19 άτομα (3,8%) δεν πιστεύουν πως προκαλεί προβλήματα υγείας. Από αυτά όλοι είναι άντρες και αποτελούν το (5,3%). Τέλος 14 άτομα (2,8%) εκ των οποίων 10 άντρες (2,8%) και 4 γυναίκες (2,8%) δεν γνωρίζουν την συσχέτιση του αλατιού με την υγεία.

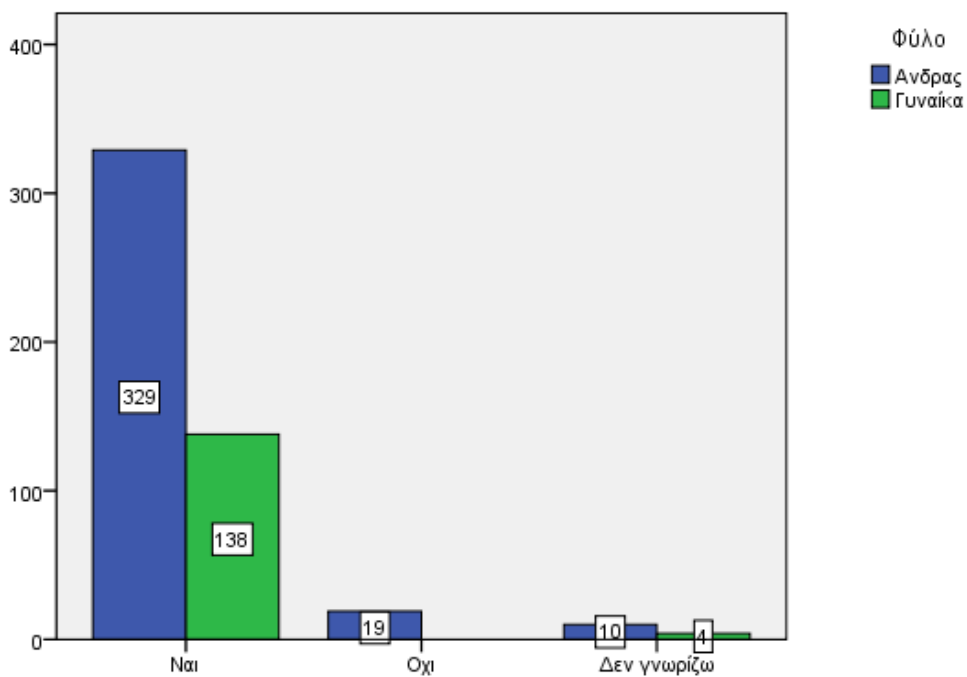
Πίνακας 8. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,840 ^a	2	,020
Likelihood Ratio	12,997	2	,002
Linear-by-Linear Association	1,989	1	,158
N of Valid Cases	500		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,98.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της γνώσης ότι το αλάτι προκαλεί προβλήματα υγείας και του φύλου, $p\text{-value}=0,020 < 0,050$.



Γράφημα 8. Επίγνωση προβλημάτων υγείας που προκαλεί το αλάτι κατά φύλο

Πίνακας 9. Διάγνωση αυξημένης πίεσης κατά φύλο

Διάγνωση αυξημένης πίεσης		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	214	74	288
	Ποσοστό κατά Φύλο	59,8%	52,1%	57,6%
Όχι	Συχνότητα	144	68	212
	Ποσοστό κατά Φύλο	40,2%	47,9%	42,4%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 9 αναγράφεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με αυξημένη αρτηριακή πίεση δηλαδή 288 άτομα (57,6%) εκ των οποίων οι 214 είναι άντρες (59,8%) και οι 74 είναι γυναίκες (52,1%). Οι υπόλοιποι 212 (42,4%) όπου οι 144 (40,2%) είναι άντρες και οι 68 (47,9%) είναι γυναίκες δεν πάσχουν από υπέρταση.

Πίνακας 9. Στατιστικό τεστ

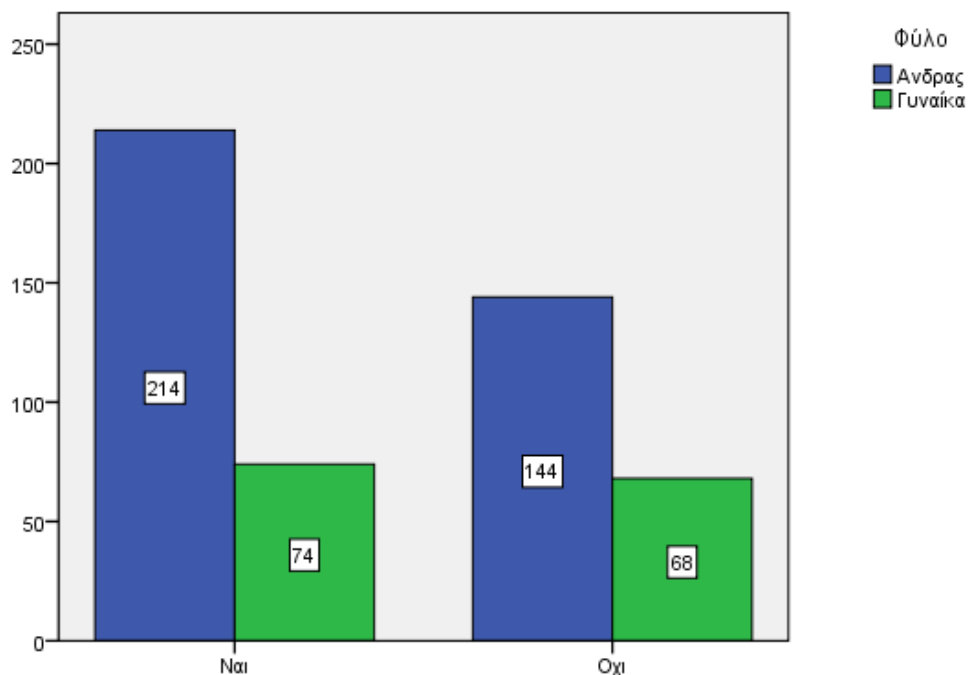
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,445 ^a	1	,118		
Continuity Correction ^b	2,141	1	,143		
Likelihood Ratio	2,432	1	,119		
Fisher's Exact Test				,132	,072
Linear-by-Linear Association	2,440	1	,118		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 60,21.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,525 > 0,050$.



Γράφημα 9. Διάγνωση αυξημένης πίεσης κατά φύλο

Πίνακας 10. Λήψη φαρμάκων για την πίεση κατά φύλο

Λήψη φαρμάκων για την πίεση		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	214	74	288
	Ποσοστό κατά Φύλο	59,8%	52,1%	57,6%
Όχι	Συχνότητα	144	68	212
	Ποσοστό κατά Φύλο	40,2%	47,9%	42,4%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 10 αναγράφεται το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν φάρμακα για την πίεση δηλαδή τα 288 άτομα (57,6%) που πάσχουν από υπέρταση λαμβάνουν και φαρμακευτική αγωγή. Από αυτά οι 214 είναι άντρες (59,8%) και οι 74 είναι γυναίκες (52,1%). Οι υπόλοιποι 212(42,4%) όπου οι 144 (40,2%) είναι άντρες και οι 68 (47,9%) είναι γυναίκες δεν πάσχουν από υπέρταση επομένως δεν τους χορηγούνται φάρμακα.

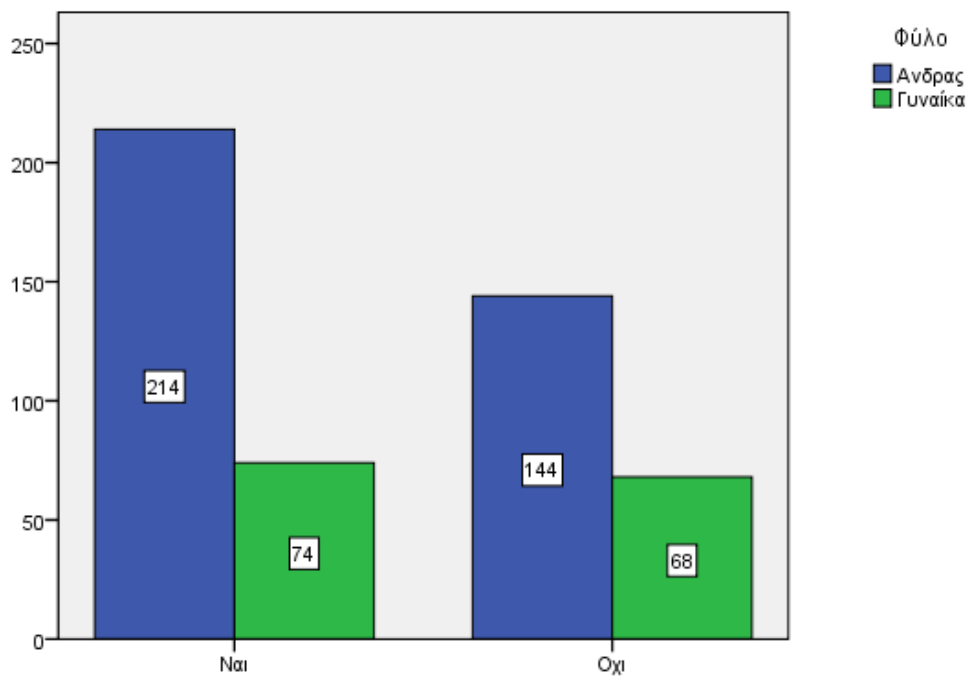
Πίνακας 10. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,445 ^a	1	,118		
Continuity Correction ^b	2,141	1	,143		
Likelihood Ratio	2,432	1	,119		
Fisher's Exact Test				,132	,072
Linear-by-Linear Association	2,440	1	,118		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 60,21.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,118 > 0,050$.



Γράφημα 10. Λήψη φαρμάκων για την πίεση κατά φύλο

Πίνακας 11. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο

Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	72	24	96
	Ποσοστό κατά Φύλο	20,1%	16,9%	19,2%
Όχι	Συχνότητα	286	118	404
	Ποσοστό κατά Φύλο	79,9%	83,1%	80,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 11 αναγράφονται τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Οι 96 (19,2%) είναι διαβητικοί εκ των οποίων οι 72 (20,1%) είναι άντρες και οι 24 (16,9%) είναι γυναίκες. Οι 404 (80,8%) όπου οι 286 (79,9%) είναι άντρες και οι 118 (83,1%) είναι γυναίκες δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

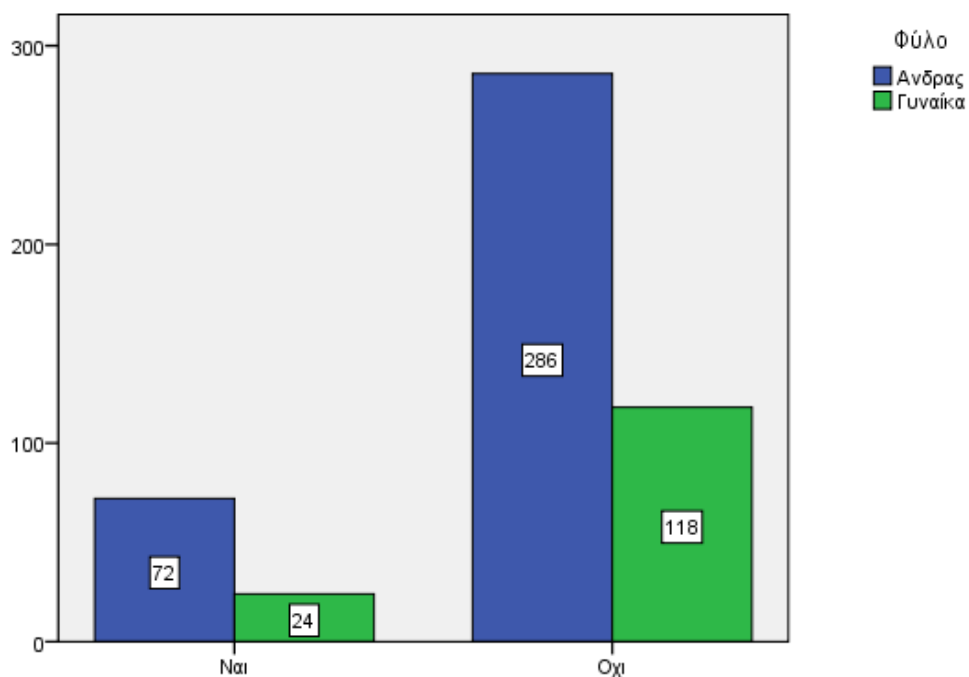
Πίνακας 11. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,675 ^a	1	,411		
Continuity Correction ^b	,484	1	,486		
Likelihood Ratio	,689	1	,407		
Fisher's Exact Test				,452	,245
Linear-by-Linear Association	,674	1	,412		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,411 > 0,050$.



Γράφημα 11. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο.

Πίνακας 12. Λήψη φαρμάκων για τον σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο

Φάρμακα για τον σακχαρώδη διαβήτη		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	65	24	89
	Ποσοστό κατά Φύλο	18,2%	16,9%	17,8%
Όχι	Συχνότητα	293	118	411
	Ποσοστό κατά Φύλο	81,8%	83,1%	82,2%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 12 αναγράφονται τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Οι 89 (17,8%) παίρνουν φάρμακα εκ των οποίων οι 65 (20,1%) είναι άντρες και οι 24 (16,9%) είναι γυναίκες. Οι 411 (82,2%) όπου οι 293 (81,8%) είναι άντρες και οι 118 (83,1%) είναι γυναίκες δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και επομένως δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 12. Στατιστικό τεστ

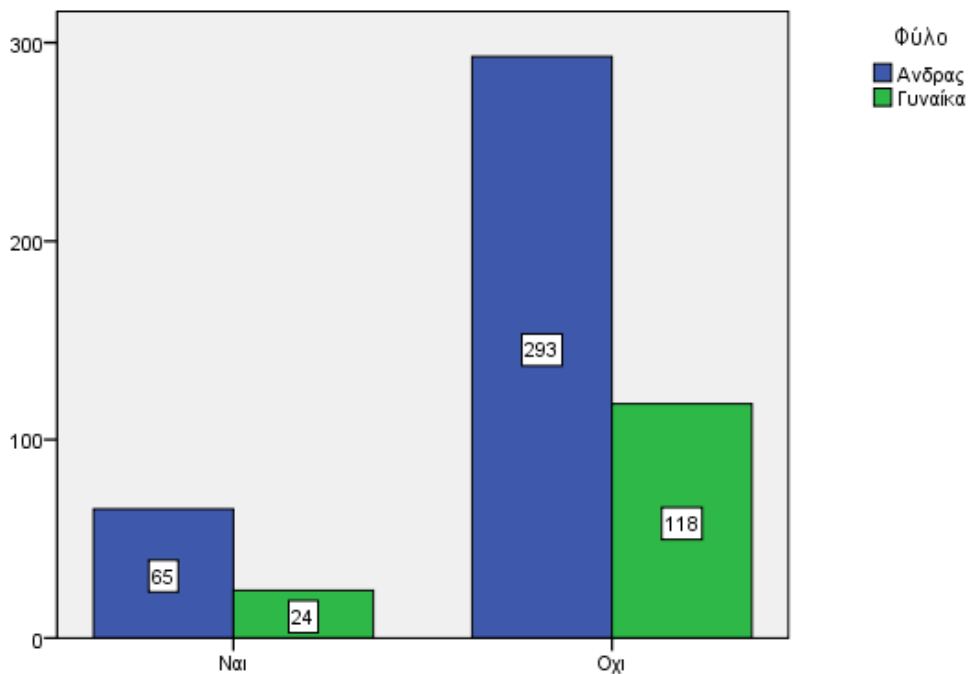
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,109 ^a	1	,741		
Continuity Correction ^b	,040	1	,841		
Likelihood Ratio	,110	1	,740		
Fisher's Exact Test				,796	,425
Linear-by-Linear Association	,109	1	,741		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,741 > 0,050$.



Γράφημα 12. Λήψη φαρμάκων για τον σακχαρώδη διαβήτη κατά φύλο

Πίνακας 13. Λήψη ινσουλίνης κατά φύλο

Λήψη ινσουλίνης		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	23	8	31
	Ποσοστό κατά Φύλο	6,4%	5,6%	6,2%
Όχι	Συχνότητα	335	134	469
	Ποσοστό κατά Φύλο	93,6%	94,4%	93,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 13 αναγράφονται τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και λαμβάνουν ινσουλίνη. Οι 31 (6,2%) λαμβάνουν ινσουλίνη εκ των οποίων οι 23 (6,4%) είναι άντρες και οι 8 (5,6%) είναι γυναίκες. Οι 469 (93,8%) όπου οι 335 (93,6%) είναι άντρες και οι 134 (94,4%) είναι γυναίκες δεν λαμβάνουν ινσουλίνη.

Πίνακας 13. Στατιστικό τεστ

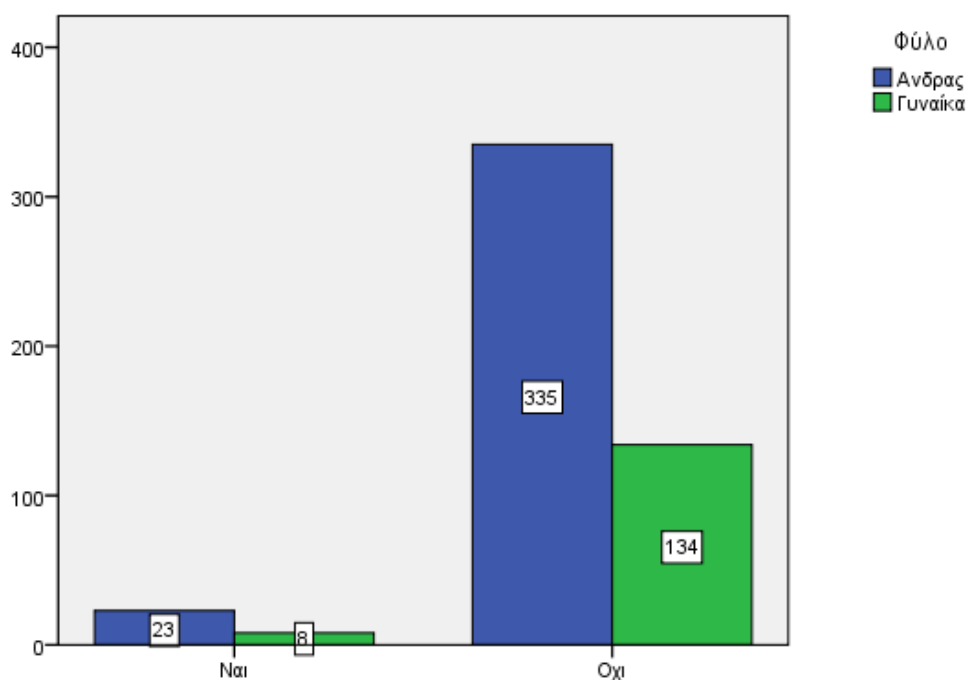
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,109 ^a	1	,741		
Continuity Correction ^b	,016	1	,901		
Likelihood Ratio	,111	1	,739		
Fisher's Exact Test				,839	,461
Linear-by-Linear Association	,109	1	,741		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,741 > 0,050$.



Γράφημα 13. Λήψη ινσουλίνης κατά φύλο

Πίνακας 14. Διάγνωση υψηλής χοληστερόλης ανά φύλο

Διάγνωση υψηλής χοληστερόλης		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	139	53	192
	Ποσοστό κατά Φύλο	38,8%	37,3%	38,4%
Όχι	Συχνότητα	219	89	308
	Ποσοστό κατά Φύλο	61,2%	62,7%	61,6%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 14 αναγράφονται τα άτομα που έχουν υψηλή χοληστερόλη. Οι 192 (38,4%) έχουν υψηλή χοληστερόλη, εκ των οποίων οι 139 είναι άντρες (38,8%) και οι 53 είναι γυναίκες (37,3%). Οι 308 (61,6%), όπου οι 219 (61,2%) είναι άντρες και οι 89 (72,7%) είναι γυναίκες, δεν έχουν υψηλή χοληστερόλη.

Πίνακας 14. Στατιστικό τεστ

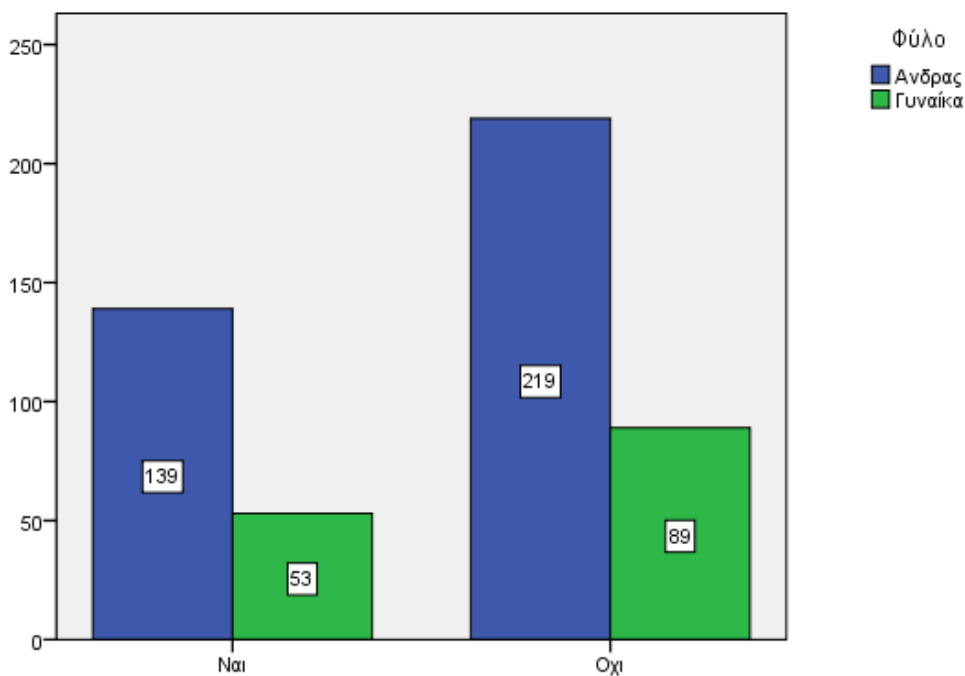
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,097 ^a	1	,755		
Continuity Correction ^b	,044	1	,834		
Likelihood Ratio	,097	1	,755		
Fisher's Exact Test				,838	,418
Linear-by-Linear Association	,097	1	,756		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 54,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,755>0,050$.



Γράφημα 14. Διάγνωση υψηλής χοληστερόλης κατά φύλο

Πίνακας 15. Λήψη αγωγής για την χοληστερόλη κατά φύλο

Αγωγή για την χοληστερόλη		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	129	51	180
	Ποσοστό κατά Φύλο	36,0%	35,9%	36,0%
Όχι	Συχνότητα	229	91	320
	Ποσοστό κατά Φύλο	64,0%	64,1%	64,0%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 15 αναγράφονται τα άτομα που έχουν υψηλή χοληστερόλη και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Οι 180 (36,0%) παίρνουν φάρμακα εκ των οποίων οι 129 (36,0%) είναι άντρες και οι 51 (35,9%) είναι γυναίκες. Οι (82,2%) όπου οι 229 (64,0%) είναι άντρες και οι 118 (61,1%) είναι γυναίκες, δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 15. Στατιστικό τεστ

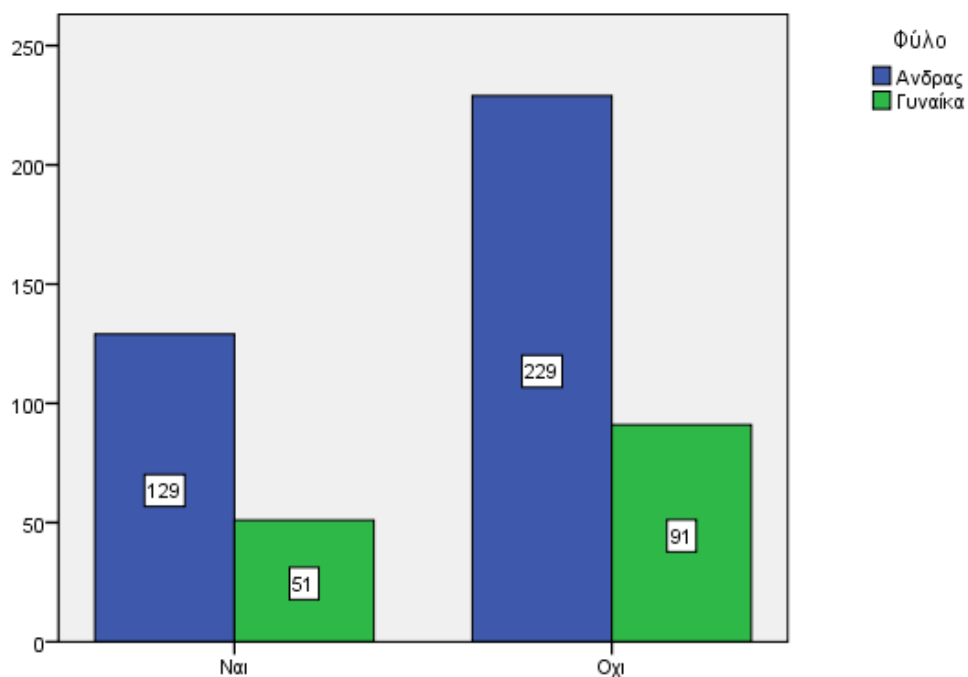
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^a	1	,980		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,980		
Fisher's Exact Test				1,000	,533
Linear-by-Linear Association	,001	1	,980		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,12.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,980>0,050$.



Γράφημα 15. Λήψη αγωγής για την χοληστερόλη κατά φύλο

Πίνακας 16. Καρδιαγγειακά προβλήματα κατά φύλο

Παρουσιάζετε Καρδιαγγειακά προβλήματα		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	85	26	111
	Ποσοστό κατά Φύλο	23,7%	18,3%	22,2%
Όχι	Συχνότητα	273	116	389
	Ποσοστό κατά Φύλο	76,3%	81,7%	77,8%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 16 αναγράφονται τα άτομα που έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι 111 (22,2%) έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα, εκ των οποίων οι είναι άντρες 85 (23,7%) και οι 26 είναι γυναίκες (18,3%). Οι 389 (77,8%), όπου οι 273 (76,3%) είναι άντρες και οι 116 (81,7%) είναι γυναίκες, δεν έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα.

Πίνακας 16. Στατιστικό τεστ

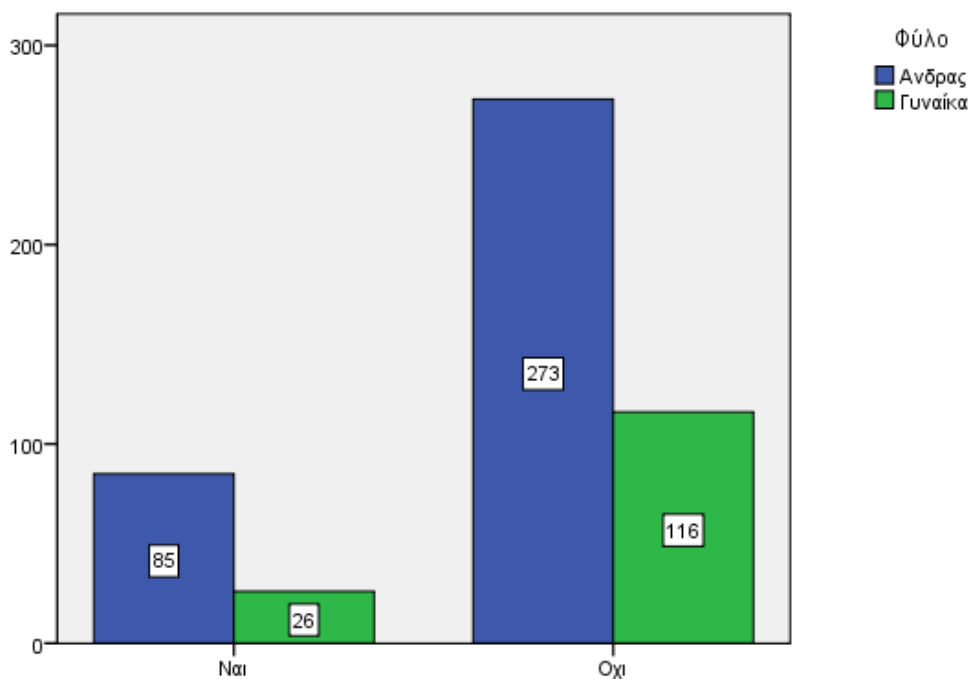
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,738 ^a	1	,187		
Continuity Correction ^b	1,437	1	,231		
Likelihood Ratio	1,787	1	,181		
Fisher's Exact Test				,233	,114
Linear-by-Linear Association	1,734	1	,188		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,52.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,187 > 0,050$.



Γράφημα 16. Καρδιαγγειακά προβλήματα κατά φύλο

Πίνακας 17. Λήψη ασπιρίνης κατά φύλο

Λαμβάνετε ασπιρίνη		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	83	24	107
	Ποσοστό κατά Φύλο	23,2%	16,9%	21,4%
Όχι	Συχνότητα	275	118	393
	Ποσοστό κατά Φύλο	76,8%	83,1%	78,6%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 17 αναγράφονται τα άτομα που λαμβάνουν ασπιρίνη για τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι 107 (21,4%), εκ των οποίων οι 83 (23,2) είναι άντρες και οι 24 (16,9%) είναι γυναίκες, λαμβάνουν ασπιρίνη. Οι 393 (78,6%), όπου οι 275 (76,8%) είναι άντρες και οι 118 (83,1%) είναι γυναίκες, δεν λαμβάνουν ασπιρίνη.

Πίνακας 17. Στατιστικό τεστ

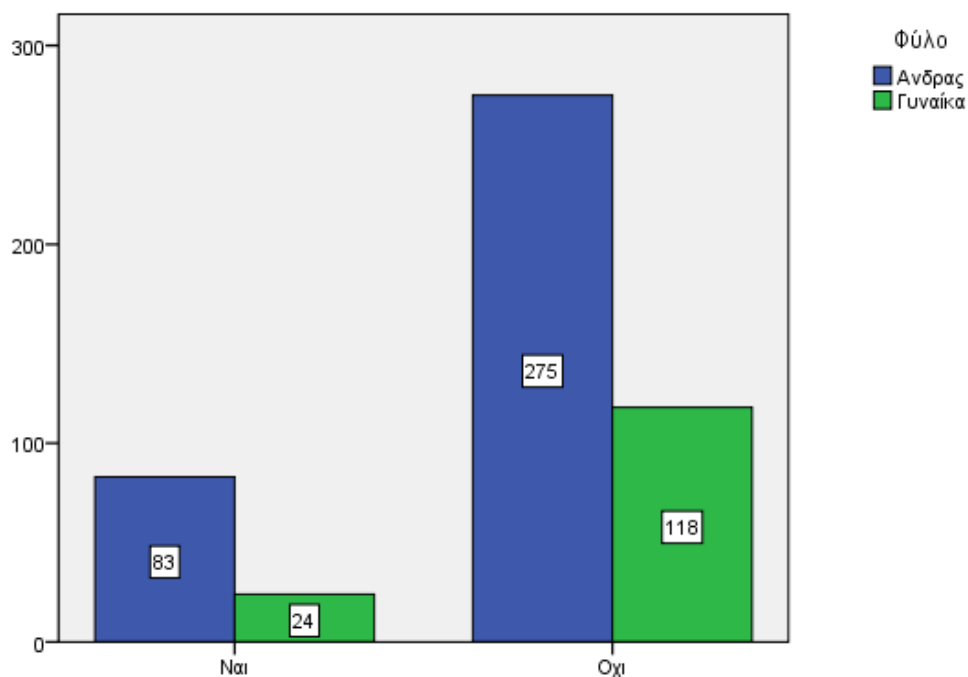
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,386 ^a	1	,122		
Continuity Correction ^b	2,027	1	,155		
Likelihood Ratio	2,472	1	,116		
Fisher's Exact Test				,147	,076
Linear-by-Linear Association	2,381	1	,123		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,39.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,122>0,050$.



Γράφημα 17. Λήψη ασπιρίνης κατά φύλο

Πίνακας 18. Λήψη στατίνων κατά φύλο

Λαμβάνετε στατίνες		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	87	26	113
	Ποσοστό κατά Φύλο	24,3%	18,3%	22,6%
Όχι	Συχνότητα	271	116	387
	Ποσοστό κατά Φύλο	75,7%	81,7%	77,4%
	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 18 αναγράφονται τα άτομα που λαμβάνουν στατίνες για τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι 113 (22,6%), εκ των οποίων οι 87 (24,3%) είναι άντρες και οι 26 (18,3%) είναι γυναίκες, λαμβάνουν στατίνες. Οι 387 (77,4%), όπου οι 271 (75,7%) είναι άντρες και οι 116 (81,7%) είναι γυναίκες, δεν λαμβάνουν στατίνες.

Πίνακας 18. Στατιστικό τεστ

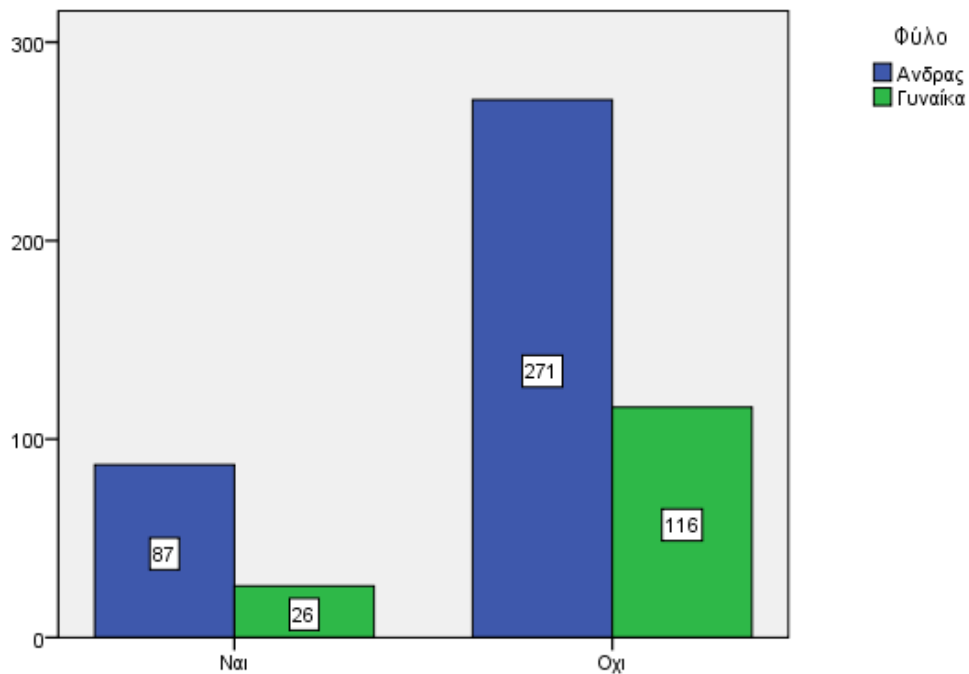
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,087 ^a	1	,149		
Continuity Correction ^b	1,758	1	,185		
Likelihood Ratio	2,152	1	,142		
Fisher's Exact Test				,157	,091
Linear-by-Linear Association	2,083	1	,149		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,149 > 0,050$.



Γράφημα 18. Λήψη στατινών κατά φύλο

Πίνακας 19. Προτροπή για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά φύλο

Σας έχουν πει να ξεκινήσετε ή να αυξήσετε την φυσική δραστηριότητα		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	261	107	368
	Ποσοστό κατά Φύλο	72,9%	75,4%	73,6%
Όχι	Συχνότητα	97	35	132
	Ποσοστό κατά Φύλο	27,1%	24,6%	26,4%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 19 αναγράφονται τα άτομα που τους έχει συμβουλέψει γιατρός να ξεκινήσουν ή να αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα. Τους 368 (73,6%), εκ των οποίων οι 261 (72,9%) είναι άντρες και οι 107 (75,4%) είναι γυναίκες, τους έχει συμβουλέψει γιατρός να ξεκινήσουν ή να αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα. Τους 132 (26,4%), όπου οι 97 (27,1%) είναι άντρες και οι 35 (24,6%) είναι γυναίκες, δεν τους έχει συμβουλέψει γιατρός να ξεκινήσουν ή να αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα.

Πίνακας 19. Στατιστικό τεστ

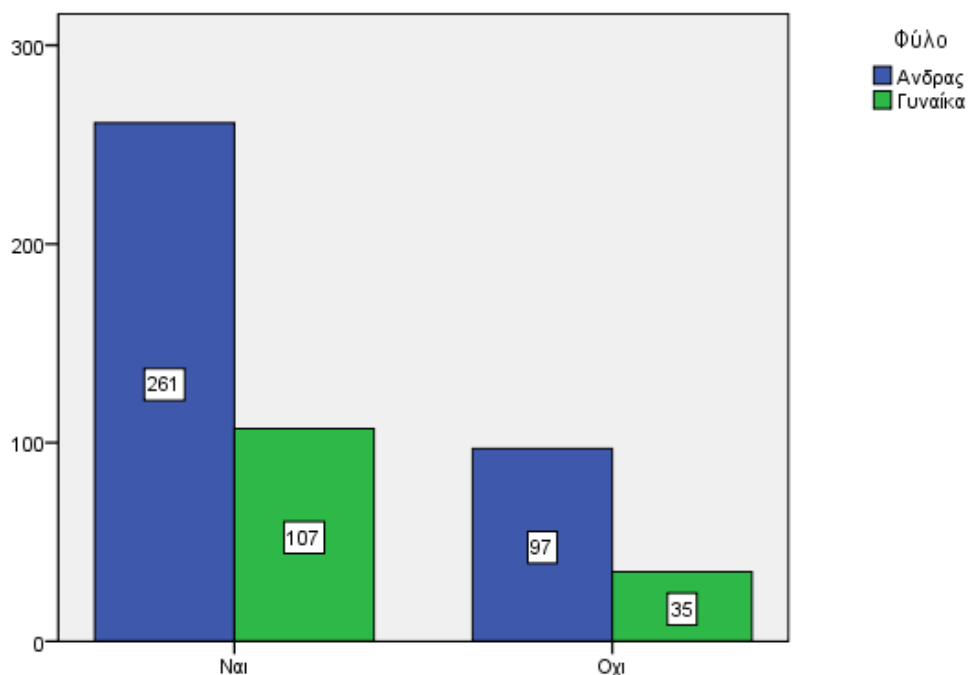
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,313 ^a	1	,576		
Continuity Correction ^b	,200	1	,655		
Likelihood Ratio	,316	1	,574		
Fisher's Exact Test				,653	,330
Linear-by-Linear Association	,313	1	,576		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,49.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,576>0,050$.



Γράφημα 19. Προτροπή για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά φύλο

Πίνακας 20. Πρόταση για διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ή για απώλεια βάρους κατά φύλο

Σας έχουν πει να διατηρήσετε ένα υγιές σωματικό βάρος ή να χάσετε βάρος		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Ναι	Συχνότητα	144	50	194
	Ποσοστό κατά Φύλο	40,2%	35,2%	38,8%
Όχι	Συχνότητα	214	92	306
	Ποσοστό κατά Φύλο	59,8%	64,8%	61,2%
Σύνολο	Συχνότητα	358	142	500
	Ποσοστό κατά Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 20 αναγράφονται τα άτομα που τους έχει συμβουλέψει γιατρός να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος ή να χάσουν βάρος. Τους 194 (38,8%), εκ των οποίων οι 144 (40,2%) είναι άντρες και οι 50 (35,2%) είναι γυναίκες, τους έχει συμβουλέψει γιατρός να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος ή να χάσουν βάρος. Τους 306 (61,2%), όπου οι 214 (59,8%) είναι άντρες και οι 92 (64,8%) είναι γυναίκες, δεν τους έχει συμβουλέψει γιατρός να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος ή να χάσουν βάρος.

Πίνακας 20. Στατιστικό τεστ

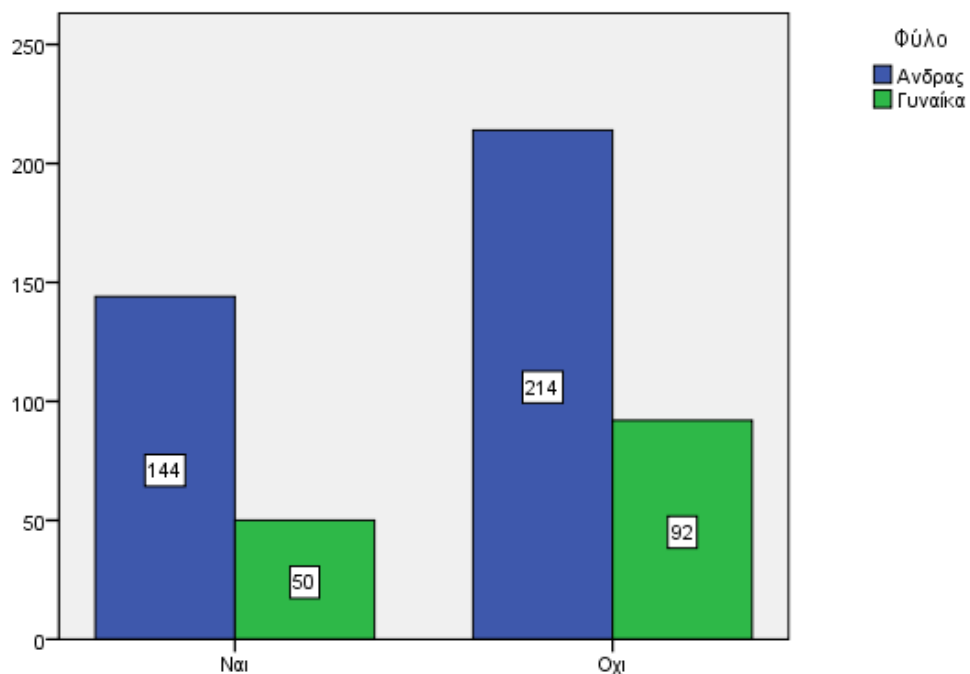
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,076 ^a	1	,300		
Continuity Correction ^b	,875	1	,350		
Likelihood Ratio	1,084	1	,298		
Fisher's Exact Test				,311	,175
Linear-by-Linear Association	1,074	1	,300		
N of Valid Cases	500				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 55,10.

b. Computed only for a 2x2 table

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $p\text{-value}=0,300 > 0,050$.



Γράφημα 20. Πρόταση για διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ή για απώλεια βάρους κατά φύλο

Πίνακας 21. Μέση τιμή βάρους, ΔΜΣ, Περιμέτρου μέσης, Ηλικίας κατά φύλο

	Άνδρας (n=358)	Γυναίκα (n=142)	Σύνολο(N=500)
Βάρος (kg)	85,84±14,79	73,26±14,49	82,27±15,75
ΔΜΣ (kg/m ²)	29,63±5,38	29,06±5,53	29,47±5,42
ΠΜ (cm)	107,61±12,19	98,72±15,83	105,09±13,90

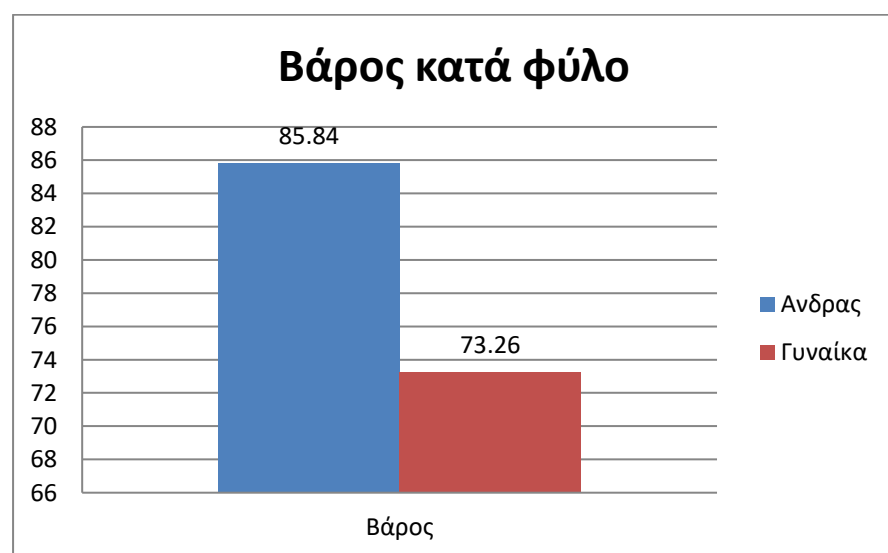
Στον πίνακα 21 αναγράφονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του βάρους, του Δείκτη Μάζας Σώματος και της Περιμέτρου μέσης. Στο συνολικό μας δείγμα ο μέσος όρος του βάρους είναι 82,27 κιλά με τυπική απόκλιση 15,75. Στους άντρες που είναι συνολικά 358 η μέση τιμή είναι 85,84 κιλά και η τυπική απόκλιση 14,79. Στις γυναίκες που είναι 142 ο μέσος όρος του βάρους είναι 73,26 κιλά και η τυπική απόκλιση 14,49. Ο δείκτης μάζας σώματος στο σύνολο μας έχει μέσο όρο 29,47 και τυπική απόκλιση 5,42 ενώ για τους άντρες είναι 29,63 με τυπική απόκλιση 5,38 και για τις γυναίκες 29,06 με τυπική απόκλιση 5,53. Τέλος όσον αφορά την περιμετρο μέσης στο συνολικό δείγμα μας φτάνει ο μέσος όρος στα 105,09 cm με τυπική απόκλιση 13,90. Στους άντρες η μέση τιμή είναι 107,61 και η τυπική απόκλιση 12,19 και στις γυναίκες 98,72 με τυπική απόκλιση 15,83.

Πίνακας 21. Στατιστικό τεστ

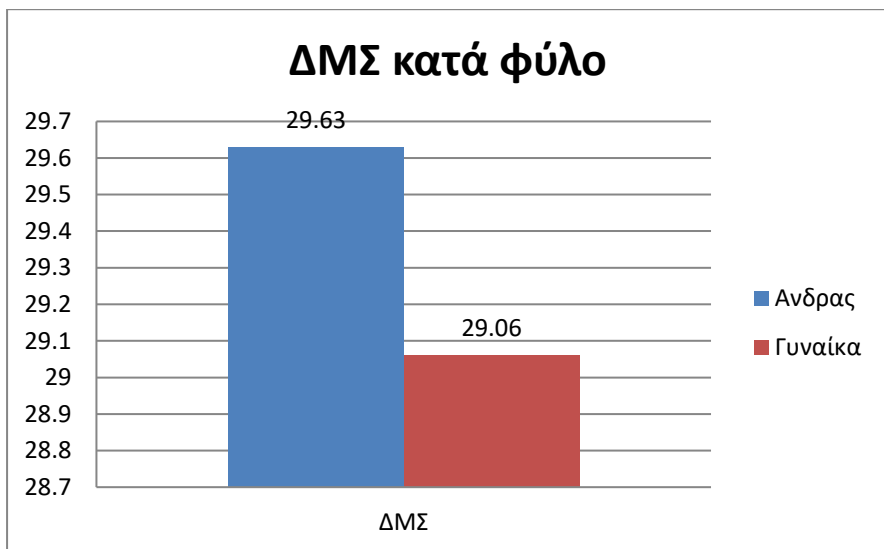
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Βάρος_kg	Equal variances assumed	,165	,685	8,629	498	,000	12,58302	1,45822	9,71800	15,44804
	Equal variances not assumed			8,704	263,666	,000	12,58302	1,44574	9,73636	15,42969
ΔΜΣ	Equal variances assumed	5,482	,020	1,070	498	,285	,57566	,53789	-,48116	1,63247
	Equal variances not assumed			1,058	252,753	,291	,57566	,54425	-,49619	1,64750
ΠΜ_cm	Equal variances assumed	14,824	,000	6,730	498	,000	8,89203	1,32118	6,29626	11,48779
	Equal variances not assumed			6,022	210,475	,000	8,89203	1,47662	5,98117	11,80288

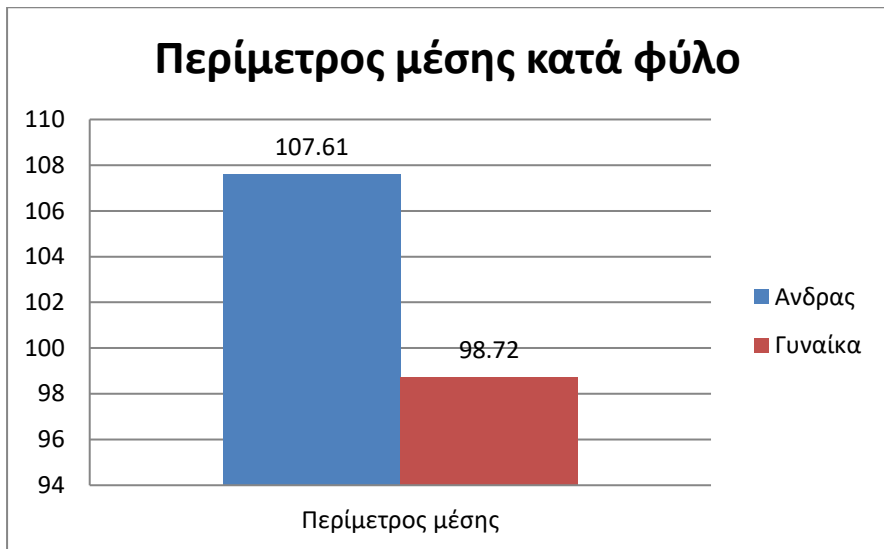
Από την στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο independent samples test προέκυψε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών του βάρους ανά φύλο $p\text{-value}=0,000 < 0,050$, μεταξύ των μέσων τιμών των περιμέτρων μέσης ανά φύλο $p\text{-value}=0,000 < 0,050$ και μεταξύ της μέσης τιμής της ηλικίας ανά φύλο. Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών του ΔΜΣ ανά φύλο $p\text{-value}=0,291 > 0,050$



Γράφημα 21. Μέση τιμή βάρους κατά φύλο



Γράφημα 22. Μέση τιμή ΔΜΣ κατά φύλο



Γράφημα 23. Μέση τιμή περιμέτρου μέσης κατά φύλο

Πίνακας 22. Διάμεσος συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ), Διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και παλμών κατά φύλο

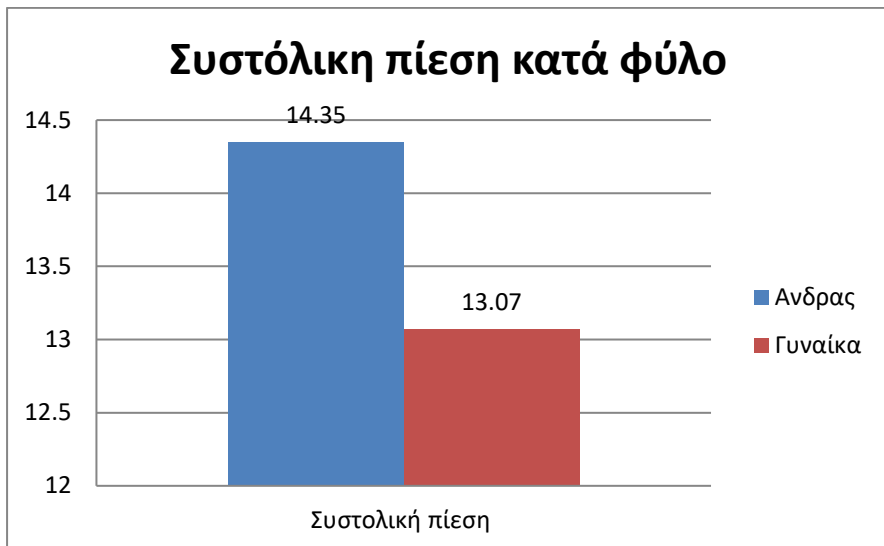
	Άνδρας (n=358)	Γυναίκα (n=142)	Σύνολο(N=500)
ΣΑΠ(mm Hg)	14,35±2,03	13,07±2,30	13,99±2,18
ΔΑΠ(mm Hg)	8,52±2,34	8,12±2,80	8,41±2,49
Παλμοί	73,80±12,44	72,89±11,10	73,54±12,07

Στον πίνακα 22 αναγράφονται η διάμεσος της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης και των παλμών κατά φύλο. Στο σύνολο του πληθυσμού η διάμεσος της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι 13,99(mmHg) , στους άντρες 14,35 (mmHg) και στις γυναίκες 13,07(mmHg). Στο σύνολο του πληθυσμού η διάμεσος της διαστολικής αρτηριακής πίεσης είναι 8,41(mmHg) , στους άντρες 8,52(mmHg) και στις γυναίκες 8,12(mmHg). Στο σύνολο του πληθυσμού η διάμεσος των παλμών είναι 73,54, στους άντρες 73,80 και στις γυναίκες 72,89.

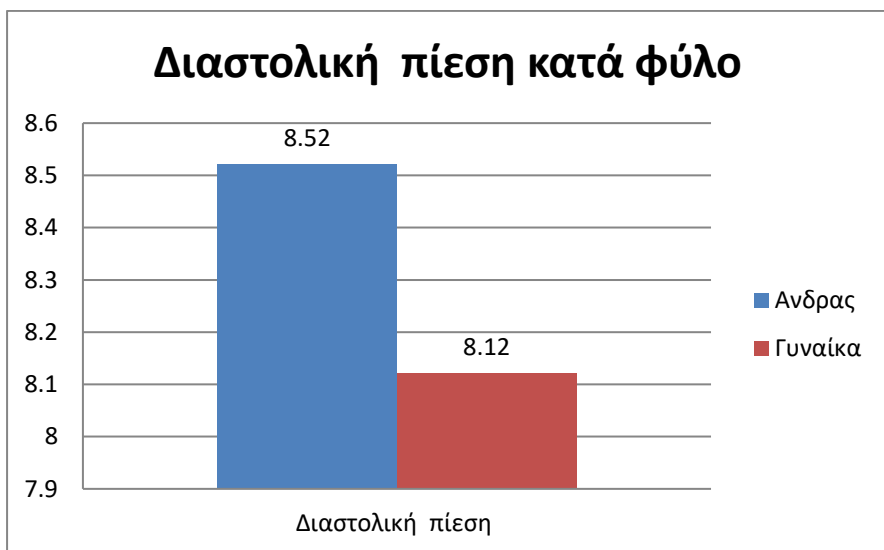
Πίνακας 22. Στατιστικό τεστ

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
ΣΑΠ_MO	Equal variances assumed	4,514	,034	6,129	498	,000	1,28132	,20907	,87056	1,69209	
	Equal variances not assumed			5,811	233,047	,000	1,28132	,22052	,84686	1,71578	
ΔΑΠ_MO	Equal variances assumed	,001	,974	1,586	462	,113	,40290	,25399	-,09622	,90202	
	Equal variances not assumed			1,472	214,450	,143	,40290	,27376	-,13671	,94250	
Παλμοί_MO	Equal variances assumed	1,457	,228	,764	498	,445	,91480	1,19750	-1,43797	3,26757	
	Equal variances not assumed			,802	288,164	,423	,91480	1,14018	-1,32933	3,15893	

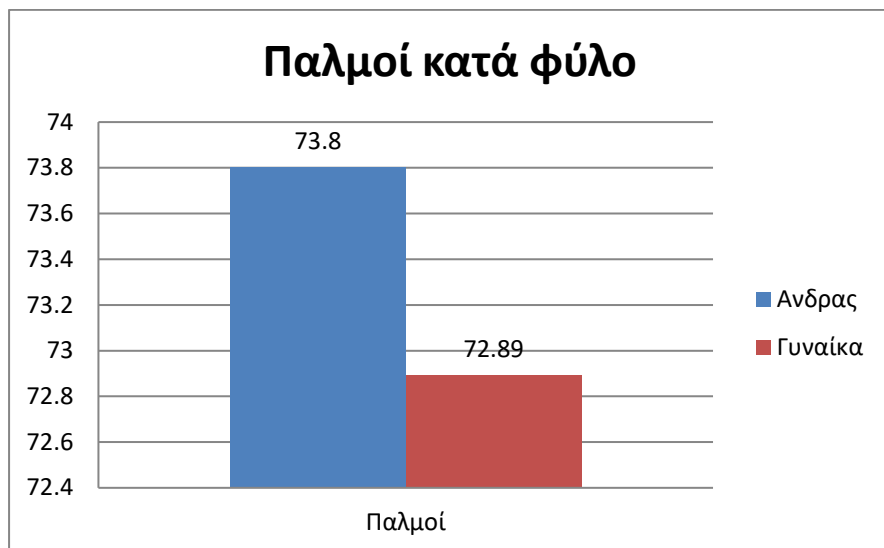
Από την στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο independent samples test προέκυψε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών της συστολικής αρτηριακής πίεσης ανά φύλο $p\text{-value}=0,000<0,050$. Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών της συστολικής αρτηριακής πίεσης και των παλμών ανά φύλο $p\text{-value}=0,113>0,050$ και $p\text{-value}=0,445>0,050$ αντίστοιχα.



Γράφημα 24. Μέση τιμή συστολικής πίεσης κατά φύλο



Γράφημα 25. Μέση τιμή διαστολικής πίεσης κατά φύλο



Γράφημα 26. Μέση τιμή παλμών κατά φύλο

Πίνακας 23. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας, υδατανθράκων, λίπους, πρωτεΐνης, κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης κατά φύλο.

	Άνδρας (n=358)	Γυναίκα (n=142)	Σύνολο(N=500)
Ενέργεια (kcal)	1806,43±701,61	1461,20±595,62	1708,38±690,43
Υδατάνθρακες (g)	198,89±92,12	168,23±85,57	190,18±91,28
Λίπος (g)	79,09±38,50	68,67±33,49	76,13±37,41
Πρωτεΐνη (g)	60,16±26,57	46,10±24,30	56,17±26,69
SFA (g)	22,20±12,44	18,84±12,16	21,24±12,44
Χοληστερόλη(mg)	184,15±66,16	150,21±75,70	174,51±69,44

Στο πίνακα 23 αναγράφονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας, των υδατανθράκων, του λίπους, της πρωτεΐνης, των κορεσμένων λιπαρών και της χοληστερόλης κατά φύλο. Αρχικά στο σύνολο του πληθυσμού η μέση τιμή της ενέργειας είναι 1708,38 kcal και η τυπική απόκλιση 690,43, η μέση τιμή των υδατανθράκων είναι 190,18gr με τυπική απόκλιση 91,28, η μέση τιμή του λίπους είναι 76,13gr με 37,41 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των πρωτεϊνών είναι 56,17 gr με τυπική απόκλιση 26,69. Τέλος τα κορεσμένα λιπαρά στο σύνολό του πληθυσμού είναι 21,24 gr με τυπική απόκλιση 12,44 και η χοληστερόλη έχει μέση τιμή 174,51mg και τυπική απόκλιση 69,44. Όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό η μέση τιμή της ενέργειας είναι 1806,43kcal και η τυπική απόκλιση 701,61, η μέση τιμή των υδατανθράκων είναι 198,89gr με τυπική απόκλιση 92,12, η μέση τιμή του λίπους είναι 79,09gr με 38,50 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των πρωτεϊνών είναι 60,16gr

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

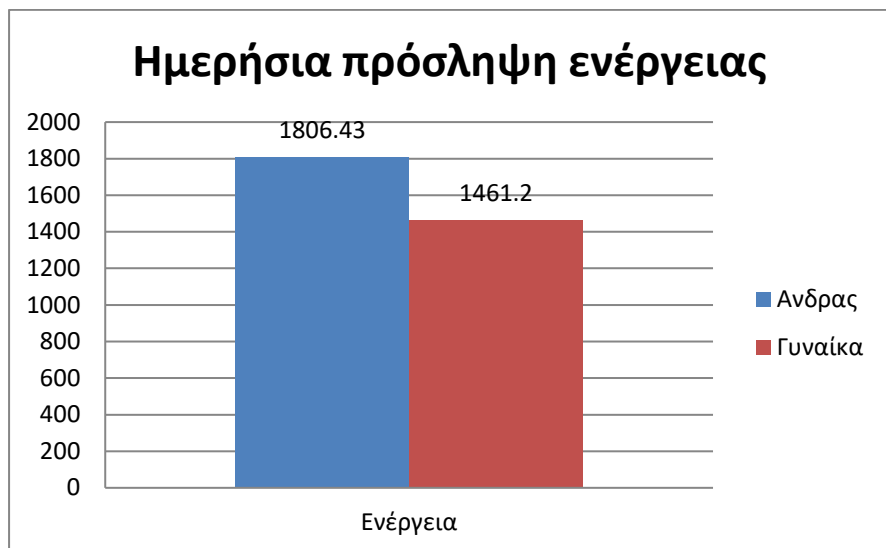
με τυπική απόκλιση 26,57. Τέλος τα κορεσμένα λιπαρά στο σύνολο του πληθυσμού είναι 22,20gr με τυπική απόκλιση 12,44 και η χοληστερόλη έχει μέση τιμή 184,15mg και τυπική απόκλιση 66,16. Όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό η μέση τιμή της ενέργειας είναι 1461,20kcal και η τυπική απόκλιση 595,62, η μέση τιμή των υδατανθράκων είναι 168,23gr με τυπική απόκλιση 85,57, η μέση τιμή του λίπους είναι 68,67gr με 33,49 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των πρωτεϊνών είναι 46,10gr με τυπική απόκλιση 24,30. Τέλος τα κορεσμένα λιπαρά στο σύνολο του πληθυσμού είναι 18,84gr με τυπική απόκλιση 12,16 και η χοληστερόλη έχει μέση τιμή 150,21mg και τυπική απόκλιση 75,70.

Πίνακας 23. Στατιστικό τεστ

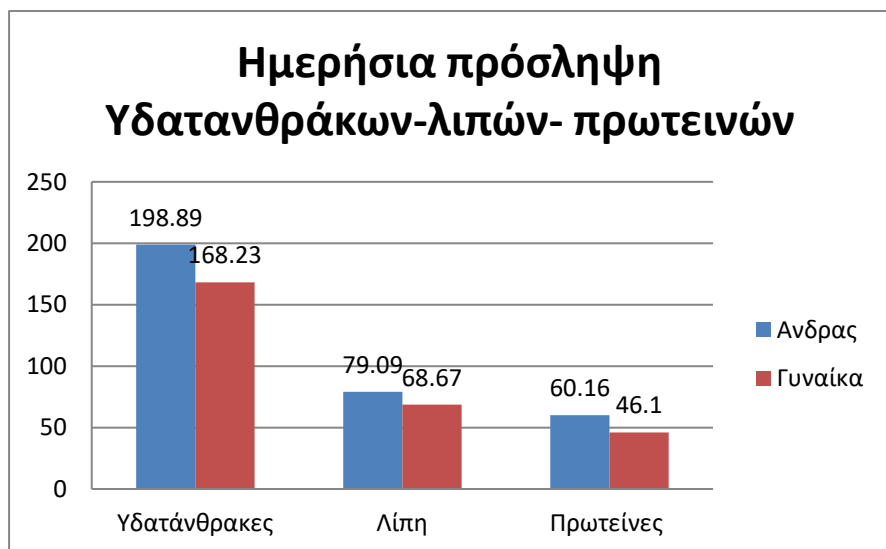
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ενέργεια_kcal	Equal variances assumed	8,694	,003	5,170	498	,000	345,22815	66,77349	214,03567	476,42063
	Equal variances not assumed			5,547	302,701	,000	345,22815	62,23610	222,75797	467,69833
Υδατάνθρακες_g	Equal variances assumed	3,064	,081	3,424	498	,001	30,66502	8,95653	13,06777	48,26227
	Equal variances not assumed			3,535	277,264	,000	30,66502	8,67585	13,58611	47,74393
Λίπος	Equal variances assumed	3,298	,070	2,826	498	,005	10,41101	3,68392	3,17307	17,64895
	Equal variances not assumed			3,001	295,494	,003	10,41101	3,46933	3,58328	17,23873
Πρωτεΐνη_g	Equal variances assumed	3,103	,079	5,462	498	,000	14,05587	2,57359	8,99944	19,11230
	Equal variances not assumed			5,676	281,442	,000	14,05587	2,47620	9,18164	18,93010
SFA_g	Equal variances assumed	,202	,654	2,740	498	,006	3,35970	1,22623	,95048	5,76891
	Equal variances not assumed			2,767	264,453	,006	3,35970	1,21402	,96931	5,75008
Χοληστερόλη_mg	Equal variances assumed	,490	,484	2,026	498	,043	33,94446	16,75203	1,03109	66,85784
	Equal variances not assumed			1,978	246,525	,049	33,94446	17,16158	,14245	67,74648

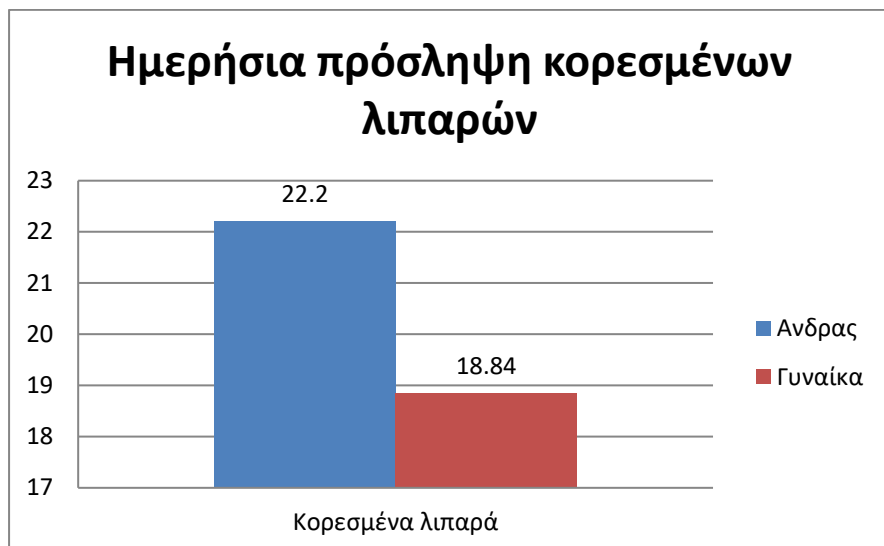
Από την στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο independent samples test προέκυψε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας κατά φύλο $p\text{-value}=0,000<0,050$, των ημερήσιας πρόσληψης υδατανθράκων ανά φύλο $p\text{-value}=0,001<0,050$, της ημερήσιας πρόσληψη λιπους ανά φύλο $p\text{-value}=0,005<0,050$, της ημερήσιας πρόσληψης πρωτεΐνης ανά φύλο $p\text{-value}=0,000<0,050$, της ημερήσιας πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών ανά φύλο $p\text{-value}=0,006<0,050$ και της ημερήσιας πρόσληψης χοληστερόλης ανά φύλο $p\text{-value}=0,043<0,050$



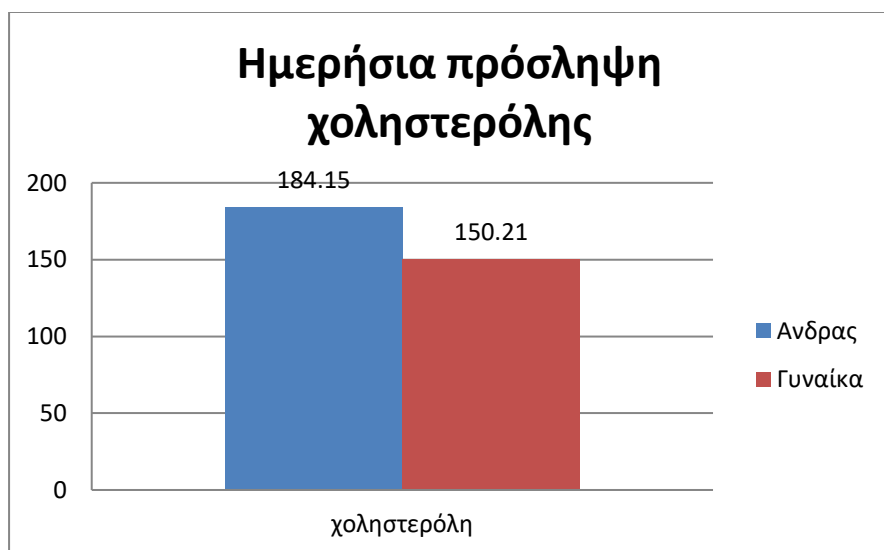
Γράφημα 27. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας κατά φύλο



Γράφημα 28. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης υδατανθράκων-λιπών-πρωτεϊνών κατά φύλο.



Γράφημα 29. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών



Γράφημα 30. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης χοληστερόλης.

Πίνακας 24. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης Νατρίου, Καλίου και Αλκοόλ κατά φύλο

	Άνδρας (n=358)	Γυναίκα (n=142)	Σύνολο(N=500)
Νάτριο_mg	2108,91±604,51	1823,59±759,06	2027,88±673,01
Κάλιο_mg	2241,11±750,87	1503,11±671,75	2599,52±710,31
Αλκοόλ	11,97±3,24	2,39±1,66	9,25±2,01

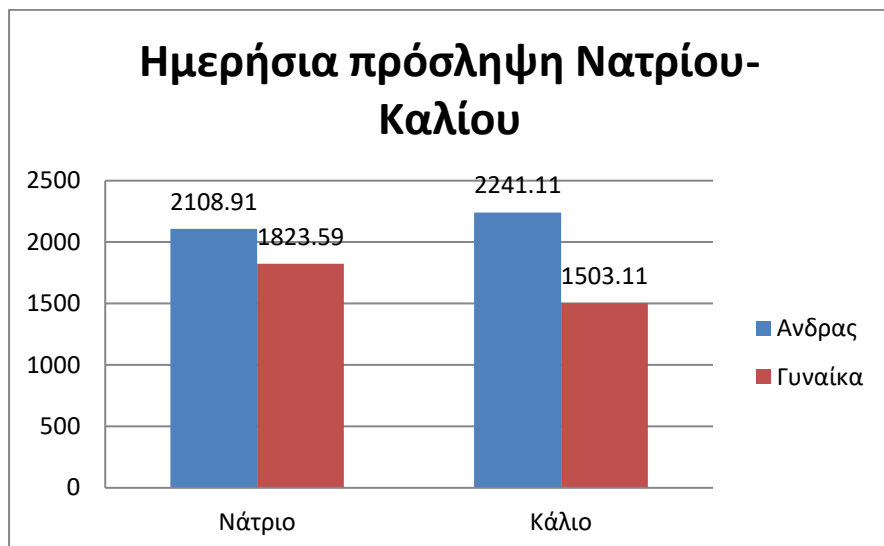
Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

Στον πίνακα 24 αναγράφονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της ημερήσιας πρόσληψης νατρίου, καλίου και αλκοόλ κατά φύλο. Αρχικά όσον αφορά το νάτριο το συνολικό δείγμα έχει μέση τιμή 2027,88mg και τυπική απόκλιση 673,01 mg. Οι άντρες έχουν μέση τιμή νατρίου 2108,91mg και τυπική απόκλιση 604,51mg και οι γυναίκες 1823,59mg και 759,06mg. Σχετικά με το κάλιο το συνολικό δείγμα έχει μέση τιμή 2599,52mg και τυπική απόκλιση 710,31 mg. Οι άντρες έχουν μέση τιμή καλίου 2241,11mg και τυπική απόκλιση 750,87mg και οι γυναίκες 1503,11mg και 671,75mg. Τέλος σε σχέση με το αλκοόλ η μέση τιμή του συνολικού πληθυσμού είναι 9,25ml και η τυπική απόκλιση είναι 2,01. Για τους άντρες η μέση τιμή είναι 11,97 και η τυπική απόκλιση είναι 3,24 ενώ για τις γυναίκες είναι 2,39 και η τυπική απόκλιση 1,66.

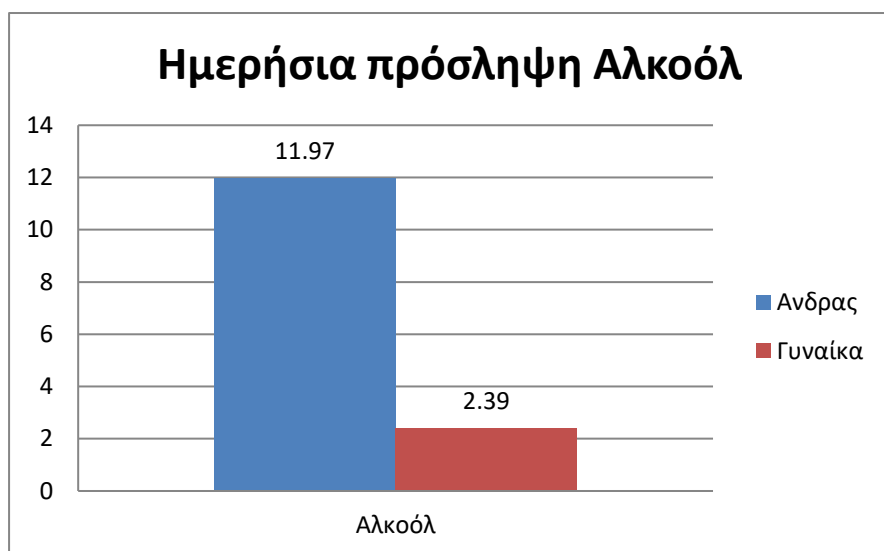
Πίνακας 24. Στατιστικό τεστ

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Νάτριο_mg	Equal variances assumed	,192	,661	1,038	498	,300	285,31749	274,99044	-254,96694	825,60193
	Equal variances not assumed			,955	220,937	,341	285,31749	298,70994	-303,36792	874,00290
Κάλιο_mg	Equal variances assumed	6,319	,012	-1,276	498	,203	-1261,99476	989,26777	-3205,64772	681,65819
	Equal variances not assumed			-,805	141,354	,422	-1261,99476	1567,88270	-4361,52418	1837,53465
Αλκοόλ	Equal variances assumed	27,408	,000	2,950	498	,003	9,58264	3,24863	3,19993	15,96535
	Equal variances not assumed			3,969	491,391	,000	9,58264	2,41453	4,83857	14,32671

Από την στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο independent samples test προέκυψε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών του αλκοόλ ανά φύλο $p\text{-value}=0,000 < 0,050$. Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών του Νατρίου και του Καλίου κατά φύλο $p\text{-value}=0,300 > 0,050$ και $p\text{-value}=0,422 > 0,050$ αντίστοιχα.



Γράφημα 31. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης Νατρίου-καλίου κατά φύλο



Γράφημα 32. Μέση τιμή ημερήσιας πρόσληψης αλκοόλ κατά φύλο

Πίνακας 25. Μέση τιμή ημερησίων γραμμαριών φρούτων, λαχανικών, κρεάτων, ψαριών και γαλακτοκομικών κατά φύλο

	Άνδρας (n=358)	Γυναίκα (n=142)	Σύνολο(N=500)
Σύνολο Φρούτων (g)	123,60±28,94	125,90±14,83	124,26±24,99
Σύνολο Λαχανικών (g)	220,79±77,78	190,39±78,57	212,16±78,36
Σύνολο Κρεάτων (g)	56,85±22,83	36,54±10,03	51,08±14,98
Σύνολο Ψαριών (g)	29,88±9,58	17,32±5,88	26,32±7,02
Σύνολο Γάλακτος Γιαουρτιού Τυριού (g)	197,13±73,84	166,94±60,70	188,56±67,84

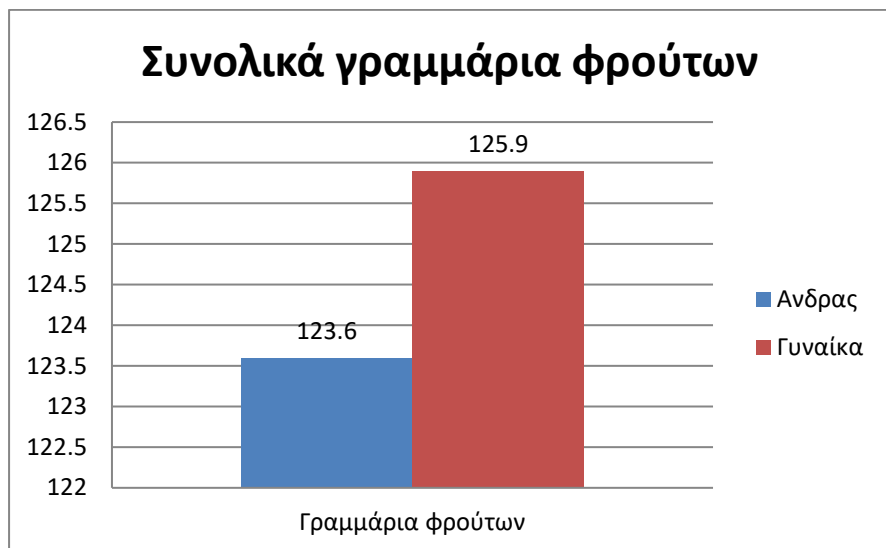
Στο πίνακα 25 αναγράφονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της ημερήσιας πρόσληψης γραμμαρίων των φρούτων, λαχανικών, κρεάτων, ψαριών και γαλακτοκομικών κατά φύλο. Αρχικά στο σύνολο του πληθυσμού η μέση τιμή των γραμμαρίων των φρούτων είναι 124,26gr και η τυπική απόκλιση 24,99, η μέση τιμή των γραμμαρίων των λαχανικών είναι 212,16gr με τυπική απόκλιση 78,36, η μέση τιμή των γραμμαρίων των κρεάτων είναι 51,08gr με 14,98 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των γραμμαρίων των ψαριών είναι 26,32gr με τυπική απόκλιση 7,02. Τέλος τα γραμμάκια των γαλακτοκομικών στο σύνολο του πληθυσμού είναι 188,56 gr με τυπική απόκλιση 67,84. Όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό η μέση τιμή των γραμμαρίων των φρούτων είναι 123,60gr και η τυπική απόκλιση 28,94, η μέση τιμή των γραμμαρίων των λαχανικών είναι 220,79gr με τυπική απόκλιση 78,78, η μέση τιμή των γραμμαρίων των κρεάτων είναι 56,85gr με 22,83 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των γραμμαρίων των ψαριών είναι 29,88gr με τυπική απόκλιση 9,58. Τέλος τα γραμμάκια των γαλακτοκομικών στο σύνολο του πληθυσμού είναι 197,13gr με τυπική απόκλιση 73,84. Όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό η μέση τιμή των γραμμαρίων των φρούτων είναι 125,90gr και η τυπική απόκλιση 14,83, η μέση τιμή των γραμμαρίων των λαχανικών είναι 190,39gr με τυπική απόκλιση 78,57, η μέση τιμή των γραμμαρίων των κρεάτων είναι 36,54gr με 10,03 τυπική απόκλιση και η μέση τιμή των γραμμαρίων των ψαριών είναι 17,32gr με τυπική απόκλιση 5,88. Τέλος τα γραμμάκια των γαλακτοκομικών στο σύνολο του πληθυσμού είναι 166,94gr με τυπική απόκλιση 60,70.

Πίνακας 25. Στατιστικό τεστ

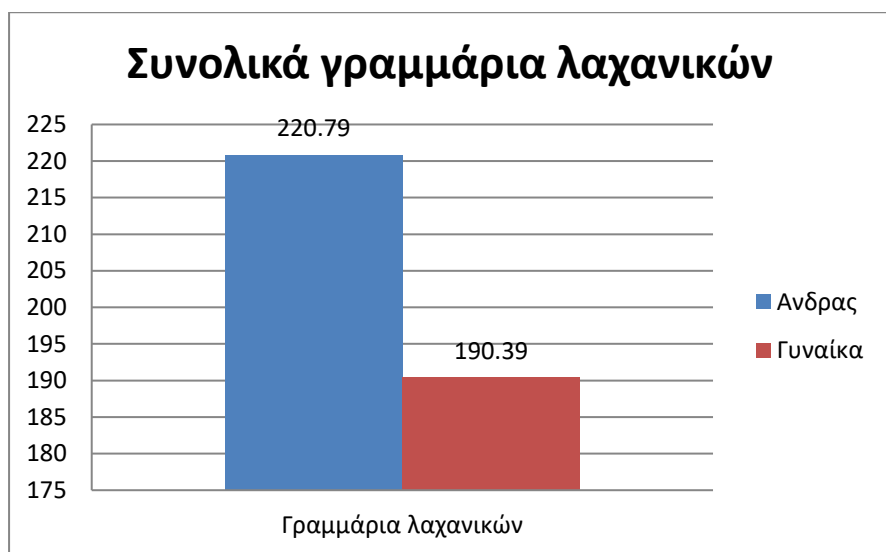
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Σύνολο_Φρούτων_g	Equal variances assumed	,687	,408	-,185	498	,853	-2,29839	12,40780	-26,67648	22,07970
	Equal variances not assumed			-,195	288,773	,846	-2,29839	11,80289	-25,52899	20,93220
Σύνολο_Λαχανικών_g	Equal variances assumed	,226	,635	1,722	498	,086	30,40465	17,65368	-4,28023	65,08953
	Equal variances not assumed			1,719	257,925	,087	30,40465	17,68731	-4,42527	65,23456
Σύνολο_Κρεάτων_g	Equal variances assumed	11,831	,001	2,950	498	,003	20,31954	6,88722	6,78794	33,85113
	Equal variances not assumed			3,205	311,703	,001	20,31954	6,34012	7,84470	32,79437
Σύνολο_Ψαριών_g	Equal variances assumed	11,257	,001	1,953	498	,051	12,55874	6,42986	-,07426	25,19174
	Equal variances not assumed			2,229	351,413	,026	12,55874	5,63491	1,47636	23,64112
Σύνολο_Γάλακτος_Γιαουρτιού_Τυριού_g	Equal variances assumed	,063	,802	1,541	498	,124	30,18966	19,59355	-8,30654	68,68587
	Equal variances not assumed			1,623	290,077	,106	30,18966	18,60150	-6,42135	66,80068

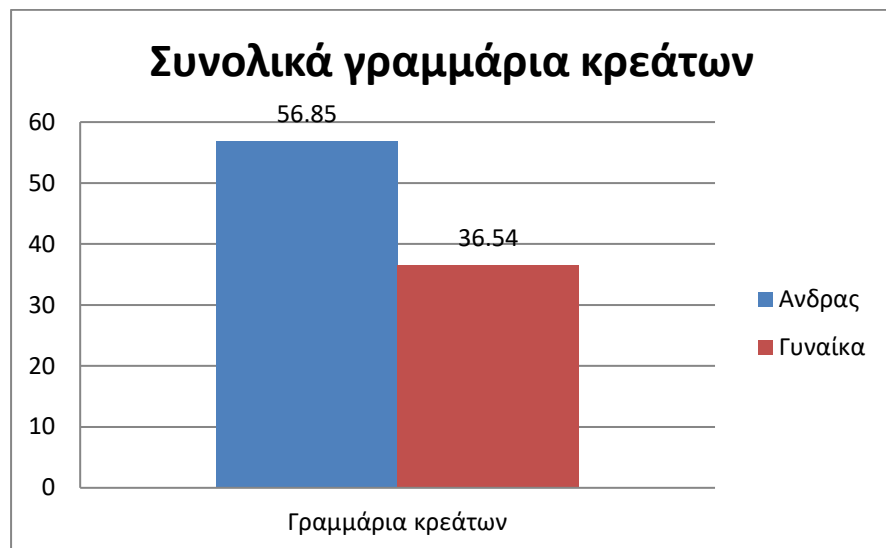
Από την στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο independent samples test προέκυψε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών των συνολικών γραμμαρίων κρέατος κατά φύλο $p\text{-value}=0,001 < 0,050$ και των συνολικών γραμμαρίων ψαριών ανά φύλο $p\text{-value}=0,026 < 0,050$. Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών των συνολικών γραμμαρίων φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών κατά φύλο $p\text{-value}=0,853 > 0,050$, $p\text{-value}=0,086 > 0,050$ και $p\text{-value}=0,124 > 0,050$ αντίστοιχα.



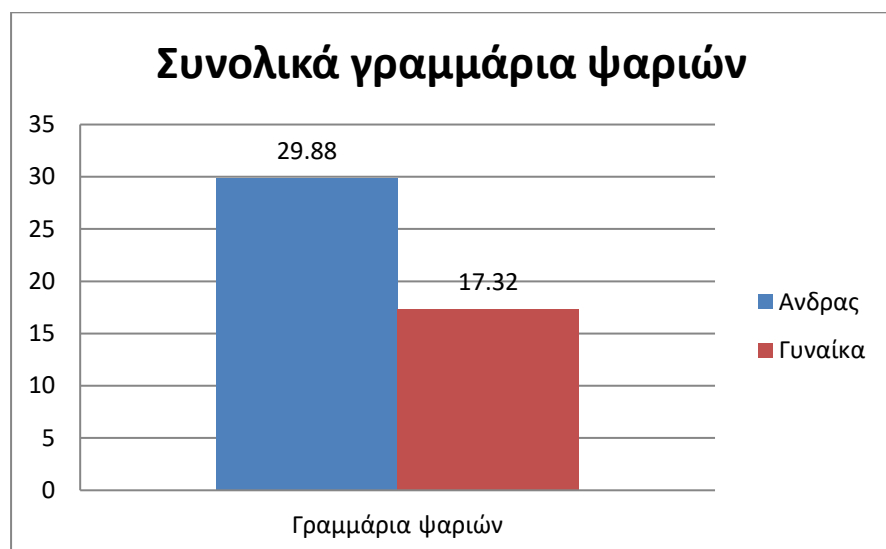
Γράφημα 33. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων φρούτων



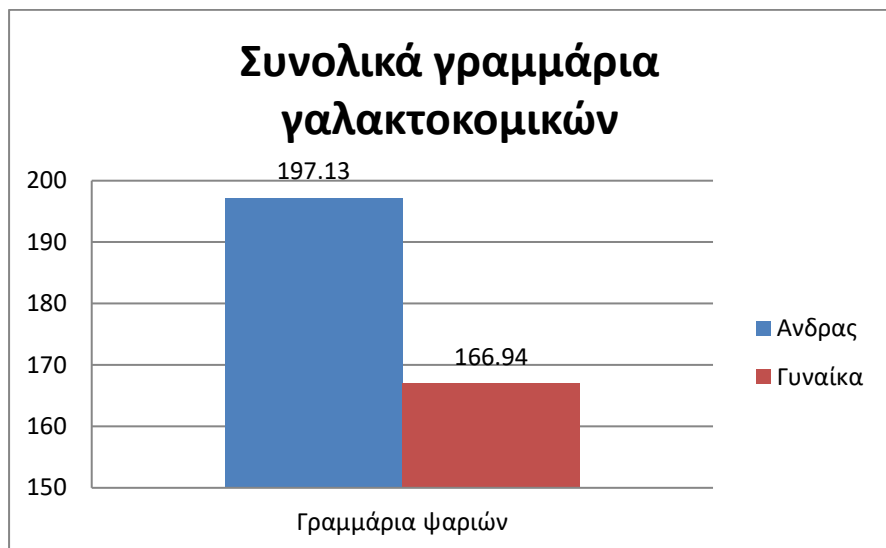
Γράφημα 34. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων λαχανικών



Γράφημα 35. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων κρεάτων



Γράφημα 36. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων ψαριών



Γράφημα 37. Μέση τιμή συνολικών γραμμαρίων γαλακτοκομικών

Πίνακας 26. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά διάγνωση αυξημένης πίεσης

Πόσο αλάτι ή αλμυρή σάλτσα καταναλώνετε		Αυξημένη πίεση		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Πάρα πολύ	Συχνότητα	4	9	13
	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. πίεσης	1,4%	4,2%	2,6%
Πολύ	Συχνότητα	54	34	88
	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. Πίεσης	18,8%	16,0%	17,6%
Σωστή ποσότητα	Συχνότητα	104	95	199
	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. πίεσης	36,1%	44,8%	39,8%
Πολύ λίγο	Συχνότητα	109	67	176

	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. πίεσης	37,8%	31,6%	35,2%
Πάρα πολύ λίγο	Συχνότητα	17	7	24
	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. πίεσης	5,9%	3,3%	4,8%
Σύνολο	Συχνότητα	288	212	500
	Ποσοστό ανά διάγνωση αυξ. πίεσης	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 26 αναγράφεται η συσχέτιση της ποσότητας του αλατιού που καταναλώνουν με την αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Συνολικά υπέρταση έχουν 288 άτομα. Από αυτά Τα 13 άτομα (2,6%) εκ των οποίων οι 4 (1,4%) έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση και οι 9 (4,2%) που έχουν κανονική πίεση πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πολύ αλάτι. Τα 88 άτομα (17,6%) εκ των οποίων 54 (18,8%) που έχουν υπέρταση και 34 (16,0%) που δεν έχουν, πιστεύουν πως καταναλώνουν πολύ αλάτι. Τα 199 άτομα (39,8%) εκ των οποίων 104(36,1%) έχουν ανεβασμένη αρτηριακή πίεση και 95 (44,8%) που δεν έχουν πιστεύουν πως καταναλώνουν την σωστή ποσότητα αλατιού. Τα 176 άτομα (35,2%) πιστεύουν πως καταναλώνουν μικρή ποσότητα αλατιού εκ των οποίων οι 109(37,8%) παρά την άποψη τους για μικρή κατανάλωση αλατιού έχουν ανεβασμένη πίεση ενώ οι 67 (31,6%) μη υπερτασικοί πιστεύουν και καταναλώνουν πολύ λίγο αλάτι . Τα 24 άτομα (4,8%) εκ των οποίων 17 (5,9% υπερτασικοί) και 7 (3,3%) μη υπερτασικοί πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πολύ λίγο αλάτι παρόλο που τα 17 άτομα τελικά έχουν πρόβλημα με την ανεβασμένη πίεση τους.

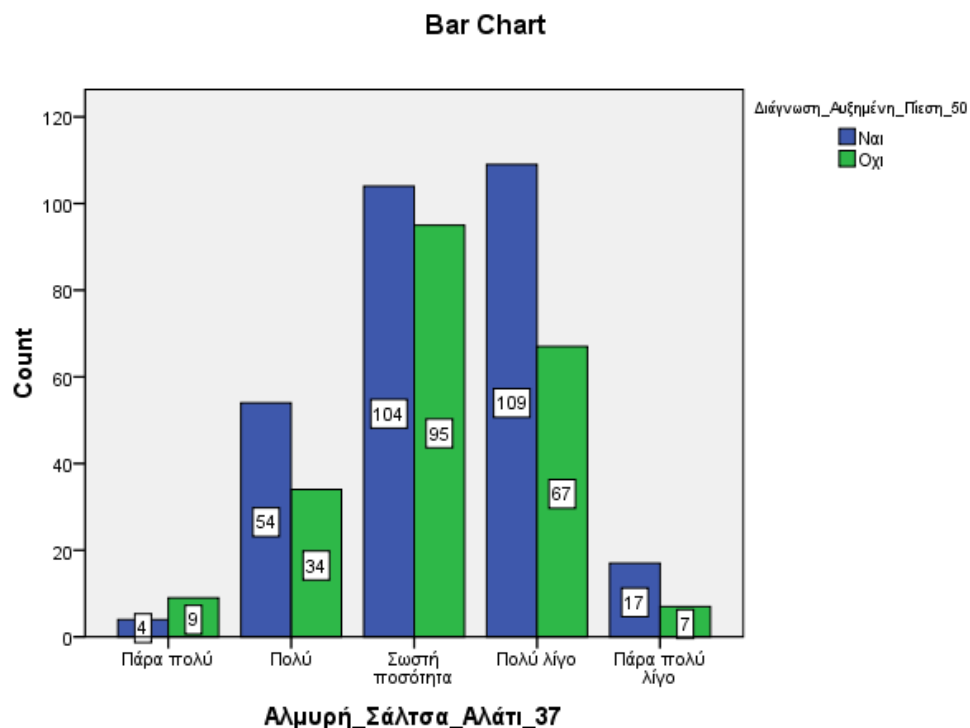
Πίνακας 26. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,738 ^a	4	,045
Likelihood Ratio	9,786	4	,044
Linear-by-Linear Association	3,279	1	,070
N of Valid Cases	500		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,51.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλατιού ή αλμυρής σάλτσας και της διάγνωσης αυξημένης αρτηριακής πίεσης, $p\text{-value}=0,045<0,050$.



Γράφημα 38. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά διάγνωση αυξημένης πίεσης

Πίνακας 27. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά λήψη φαρμάκων για την πίεση

Πόσο αλάτι ή αλμυρή σάλτσα καταναλώνετε		Λήψη φαρμάκων πίεσης		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Πάρα πολύ	Συχνότητα	4	9	13
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	1,4%	4,2%	2,6%
Πολύ	Συχνότητα	54	34	88
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	18,8%	16,0%	17,6%
Σωστή ποσότητα	Συχνότητα	104	95	199
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	36,1%	44,8%	39,8%

Πολύ λίγο	Συχνότητα	109	67	176
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	37,8%	31,6%	35,2%
Πάρα πολύ λίγο	Συχνότητα	17	7	24
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	5,9%	3,3%	4,8%
Σύνολο	Συχνότητα	288	212	500
	Ποσοστό ανά λήψη φαρμάκων πίεσης	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 27 αναγράφεται η συσχέτιση της ποσότητας του αλατιού που καταναλώνουν με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αυξημένη αρτηριακή πίεση. Τα 13 άτομα (2,6%) εκ των οποίων 4 υπερτασικοί που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (1,4%) και 9 μη υπερτασικοί (4,2%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πολύ αλάτι. Τα 88 άτομα (17,6%) εκ των οποίων 54 λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή (18,8%) και 34 όχι (16,0%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πολύ αλάτι. Τα 199 άτομα (39,8%) εκ των οποίων στα 104 άτομα χορηγείται θεραπεία (36,1%) και σε 95 όχι (44,8%) πιστεύουν πως καταναλώνουν την σωστή ποσότητα αλατιού. Τα 176 άτομα (35,2%) εκ των οποίων οι 109 υπό θεραπεία (37,8%) και οι 67 χωρίς (31,6%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πολύ λίγο αλάτι. Τα 24 άτομα (4,8%) εκ των οποίων 17 υπερτασικοί στους οποίους χορηγούνται φάρμακα (5,9%) και 7 υγιείς όσον αφορά την πίεση τους (3,3%) πιστεύουν πως καταναλώνουν πάρα πολύ λίγο αλάτι παρόλο που τελικά οι περισσότεροι από αυτούς έχουν πρόβλημα με την ανεβασμένη πίεση και παίρνουν αγωγή.

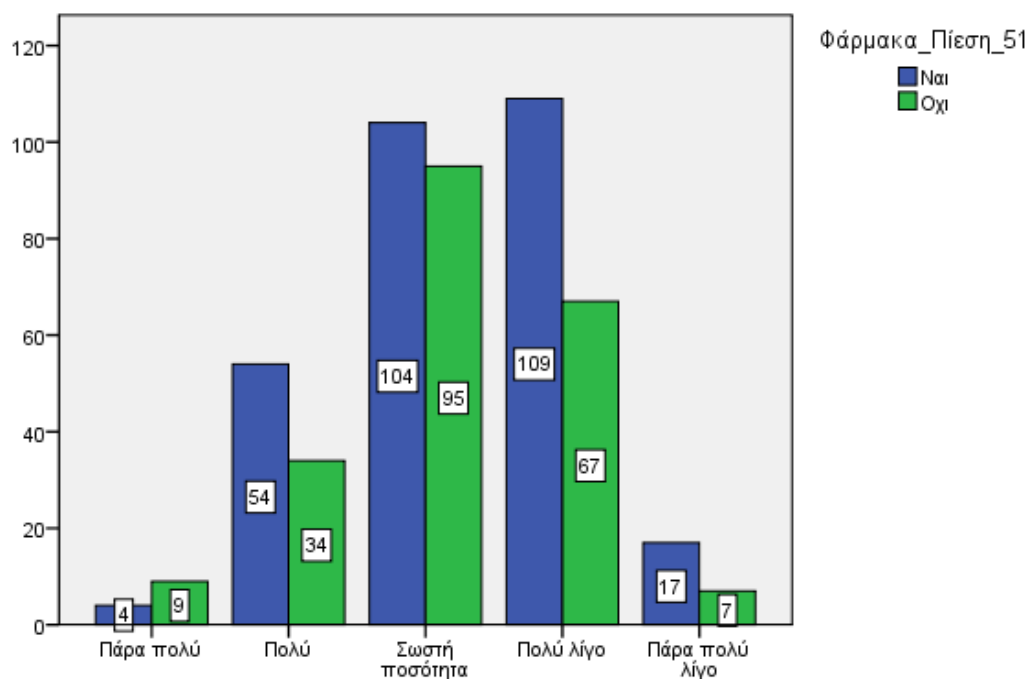
Πίνακας 27. Στατιστικό τεστ

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,738 ^a	4	,045
Likelihood Ratio	9,786	4	,044
Linear-by-Linear Association	3,279	1	,070
N of Valid Cases	500		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,51.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλατιού ή αλμυρής σάλτσας και της λήψης φαρμάκων για τη πίεση, $p\text{-value}=0,045 < 0,050$.



Γράφημα 39. Ποσότητα αλατιού ή αλμυρής σάλτσας που καταναλώνεται ανά λήψη φαρμάκων για την πίεση

4. Συζήτηση

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνήθηκαν η υγεία των ηλικιωμένων της Θεσσαλονίκης και η επίδρασή της από τον τρόπο ζωής και τις διατροφικές τους συνήθειες. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 500 άτομα εκ των οποίων οι 358 είναι άντρες και οι 142 γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως λίγοι παραπάνω από τους μισούς δηλαδή 288 άτομα έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση αυτής, ενώ το πρόβλημά τους σχετίζεται εν μέρει με την διατροφή τους όπως με την αυξημένη πρόσληψη αλατιού. Ορισμένοι πάσχουν και από άλλες ασθένειες όπως

σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία και καρδιαγγειακά, όμως τα ποσοστά αυτών είναι αρκετά μικρότερα από τους υπερτασικούς.

Στην συνέχεια, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό (47,6%) των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, το 25,8% έχει ολοκληρώσει το λύκειο, το 21,2% έχει φοιτήσει χωρίς να καταφέρει να ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο ενώ μόλις το 5,4% έχει φοιτήσει μέχρι το γυμνάσιο, με την σημερινή έννοια του. Το γεγονός της ελλιπής μόρφωσής τους οφείλεται στις δυσκολίες εκείνων των χρόνων λόγω των συγκυριών της χώρας, λόγω πολέμων, εμφυλίου και οικονομικών δυσχερειών. Σε αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στο Παλιούρι Χαλκιδικής όπου συμμετείχαν συνολικά 154 άτομα, από αυτούς τα 84 άτομα (54,4%) εκ των οποίων 60 άντρες (64,5%) και 24 γυναίκες (39,3%) δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού είχε φοιτήσει και ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, όπως και οι συμμετέχοντες της δικής μας έρευνας. Στην συνέχεια τα 61 άτομα (39,6%) είχαν φοιτήσει χωρίς να ολοκληρώσουν το δημοτικό. Από αυτά οι 24 (25,8%) ήταν άντρες και οι 37 (60,7%) ήταν γυναίκες. Αυτό δείχνει πως υπήρχε στο παρελθόν μεγαλύτερη δυσκολία για τις γυναίκες στην μόρφωση τους. Τέλος, 9 άτομα εκ των οποίων όλοι άντρες (5,8%) είχαν συνεχίσει τις σπουδές τους πέρα από το δημοτικό. (Triantafyllou A, 2010).

Επιπλέον, σχετικά με τον τρόπο ζωής, δηλαδή με το κάπνισμα, το αλκοόλ και τις διατροφικές συνήθειες, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: οι καπνιστές αποτελούν το 29,2% του γενικού πληθυσμού εκ των οποίων οι πλείστοι είναι άντρες καθώς το 81% των γυναικών είναι μη καπνίστριες. Σχετικά με το αλκοόλ, μεγαλύτερη ποσότητα καταναλώνουν οι άντρες παρά οι γυναίκες. Ο μικρότερος αριθμός των γυναικών οφείλεται στις κοινωνικές συνήθειες και τα στερεότυπα εκείνης της εποχής που η γυναίκα είχε την ιδιότητα της νοικοκυράς και δεν της επιτρεπόταν οι "κακές συνήθειες". Στην αντίστοιχη έρευνα που έγινε στο Παλιούρι Χαλκιδικής μόλις το 11,7% ήταν καπνιστές εκ των οποίων όλοι ήταν άντρες και σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ πιο συχνά μέσα στην εβδομάδα και μεγαλύτερη ποσότητα καταλάωναν οι άντρες αντίστοιχα. (Triantafyllou A, 2010).

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά τους προκύπτουν τα εξής: οι άντρες έχουν μεγαλύτερο βάρος και περίμετρο μέσης από τις γυναίκες. Στους άντρες η μέση τιμή είναι 107,61 και η τυπική απόκλιση 12,19 και στις γυναίκες 98,72 με τυπική απόκλιση 15,83. Η έρευνα στο Παλιούρι δείχνει πως η περιφέρεια μέσης στις γυναίκες ήταν 108 με τυπική απόκλιση 12.08 έναντι των ανδρών που ήταν 101.7 με τυπική απόκλιση 11.02. Και από τις δύο έρευνες

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό είχε κοιλιακή παχυσαρξία καθώς η μέση τιμή της περιφέρειας μέσης και στις δύο έρευνες είναι πάνω από 102 και 90 Cm που είναι το όριο για τους άντρες και τις γυναίκες αντίστοιχα. (Triantafyllou A, 2010). Ενώ ο δείκτης μάζας σώματος και των δύο φύλων είναι στο 29 που σημαίνει πως είναι υπέρβαροι οι πλείστοι και στα όρια της παχυσαρξίας πρώτου βαθμού. Στην αντίστοιχη έρευνα στο Παλιούρι όσον αφορά τον ΔΜΣ, το 14% ήταν φυσιολογικό, το 35% ήταν υπέρβαρο και το 51% ήταν παχύσαρκοι. Ο ΔΜΣ ήταν σημαντικά υψηλότερος στις γυναίκες από τους άνδρες 32,50 με τυπική απόκλιση 5,46 έναντι 28,94 με τυπική απόκλιση 4,04. (Triantafyllou A, 2010).

Όσον αφορά τις ενεργειακές προσλήψεις οι άντρες προσλαμβάνουν 300-400 θερμίδες παραπάνω από τις γυναίκες δηλαδή 1800 kcal σαν μέση τιμή. Μεγαλύτερη πρόσληψη έχουν επιπλέον στα μακροθρεπτικά συστατικά δηλαδή τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, κάτι το οποίο είναι αναμενόμενο καθώς οι ανάγκες ενός άντρα είναι περισσότερες. Αυτό συμβαίνει και στο νάτριο, το κάλιο, τα κορεσμένα λιπαρά και την χοληστερόλη, χωρίς όμως να είναι υπερβολικά μεγαλύτερη η πρόσληψη των αντρών και συγκεκριμένα σχετικά με το νάτριο η πρόσληψη και των δύο φύλων είναι στα 2,0 gr/μέρα. Πιο συγκεκριμένα για τον υγιή ηλικιωμένο πληθυσμό (άνω των 71 ετών) η επαρκής πρόσληψη είναι 1200mg/ημέρα όμως το επιτρεπτό όριο είναι 2,4 gr/μέρα, όμως εκείνοι με υπέρταση πρέπει να μειώσουν την πρόσληψη νατρίου σε 1,5 gr/μέρα. Ξεχωριστά σε κάθε κατηγορία τροφίμων παρατηρούμε πως οι άντρες έχουν αρκετά μεγαλύτερη πρόσληψη λαχανικών, γαλακτοκομικών, κρέατος και ψαριών, ενώ η μέση τιμή της κατανάλωσης των φρούτων από τις γυναίκες είναι ελάχιστα μεγαλύτερη από των ανδρών. Όμως παρατηρούμε πως τα γραμμάρια του κρέατος και των ψαριών είναι αρκετά λίγα, κάτι το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε έλλειψη πρωτεϊνών αν δεν ήταν αυξημένη η πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ αντίθετα η κατανάλωση λιπαρών είναι λίγο ανεβασμένη σε σχέση με τα υπόλοιπα μακροθρεπτικά συστατικά και τις θερμίδες που προσλαμβάνουν. Όσον αφορά τις ερωτήσεις για την κατανάλωση αλατιού και την γνώση του πώς επηρεάζει το αλάτι την υγεία μας δεν υπήρχε μεγάλη διαφορά στις απαντήσεις των δυο φύλων. Ήταν λίγο μεγαλύτερο το ποσοστό των ανδρών που κατανάλωνε παραπάνω αλάτι και επιπλέον στις γνώσεις για την επίδραση του αλατιού στην υγεία μας, οι γυναίκες ήταν λίγο καλύτερα ενημερωμένες για τα οφέλη της μείωσης κατανάλωσης αλατιού, γεγονός που οφείλεται στην μεγαλύτερη ενασχόληση των γυναικών με θέματα υγείας καθώς και μαγειρικής. Πολλοί από τους ερωτηθέντες ενώ πίστευαν πως καταναλώνουν σωστή ή ακόμα και χαμηλή ποσότητα αλατιού, είχαν αυξημένη αρτηριακή πίεση κάτι το οποίο δείχνει πως δεν γνωρίζουν την συσχέτιση της υγείας με το αλάτι και επίσης δεν μπορούν να υπολογίσουν σωστά την ποσότητα που

καταναλώνουν. Αυτό βέβαια προκύπτει και από την άγνοιά τους για τις κατάλληλες ποσότητες που μπορεί να λαμβάνει ημερησίως ο μέσος άνθρωπος καθώς και της ύπαρξης μεγάλων ποσοτήτων νατρίου μέσα στα επεξεργασμένα τρόφιμα.

Επίσης ένα πολύ σημαντικό μέρος της έρευνας είναι τα αποτελέσματα των μετρήσεων της αρτηριακής διαστολικής και συστολικής πίεσης και των παλμών. Το εύρος των τιμών της συστολικής πίεσης των ανδρών είναι 12 με 16 mmHg και των γυναικών 11 με 15 mmHg δηλαδή οι άντρες έχουν λίγο μεγαλύτερη πίεση. Όσον αφορά την διαστολική πίεση και τα δύο φύλα είχαν παρόμοιες τιμές 6 με 10 mmHg και παλμούς 60 με 85 αντίστοιχα. Από τους 358 άντρες οι 214 πάσχουν από υπέρταση και καταναλώνουν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση αυτής και αντίστοιχα οι 74 από τις 142 γυναίκες. Αποτελούν δηλαδή οι άντρες το 59,8% του πληθυσμού τους και οι γυναίκες το 52,1%. Στην έρευνα στο Παλιούρι η μέση τιμή της συστολικής πίεσης και της διαστολικής πίεσης ήταν 145,7 mmHg με τυπική απόκλιση 19,16 και 83,15 mmHg με τυπική απόκλιση 11,59 mmHg, αντίστοιχα. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών με συστολική πίεση 147,3 mmHg με τυπική απόκλιση 20,4 και την διαστολική 84,7 mmHg με τυπική απόκλιση 12,5 και των γυναικών 143,2 mmHg με τυπική απόκλιση 16,9 και 80,9 mmHg με τυπική απόκλιση 9,7 αντίστοιχα. Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 89%, το 88,2% των ανδρων έναντι του 90,2% των γυναικών. Από τον πληθυσμό των υπέρτασιων οι 89,1% λάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία και το 32,8% αυτών κατάφερε να ελέγχει μέσω της θεραπείας την αρτηριακή του πίεση. (Triantafyllou A, 2010).

Άλλη έρευνα δείχνει τις επιδράσεις μιας δίαιτας χαμηλού αλατιού στην απομονωμένη συστολική υπέρταση. Σ' αυτή την έρευνα συμμετείχαν συνολικά 126 υπέρτασιοι ασθενείς, 50-80 ετών οι οποίοι είχαν ήπια έως μέτρια υπέρταση δηλαδή η μέση τιμή της συστολικής πίεσης ήταν ≥ 140 mmHg και/ή της διαστολικής ήταν ≥ 90 mmHg. Χωρίστηκαν σε ομάδα 51 ατόμων που είχαν συστολική υπέρταση και μία ακόμα ομάδα 75 ατόμων που είχαν αρτηριακή υπέρταση. Στα μέλη κάθε ομάδας στη συνέχεια δόθηκαν δίαιτες με χαμηλή στην πρώτη ομάδα ή φυσιολογική αντιστοίχως στην δεύτερη ομάδα περιεκτικότητα σε αλάτι για 6 μήνες. Η πίεση τους μετρήθηκε κάθε 2 μήνες. Στο τέλος της μελέτης, η μέση συστολική αρτηριακή πίεση της πρώτης ομάδας είχε σημαντικά μειωθεί κατά 10,18 mm Hg σε σύγκριση με εκείνη της δεύτερης ομάδας, που μειώθηκε μόνο κατά 5,10 mmHg. Η μέση διαστολική αρτηριακή πίεση δεν είχε σημαντικές διαφορές και στις δύο ομάδες. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η συστολική πίεση των ασθενών με συστολική υπέρταση μειώθηκε σημαντικά με την παρέμβαση δίαιτας με χαμηλή ποσότητα νατρίου, ενώ ούτε η συστολική πίεση των υπέρτασιων ασθενών ούτε η διαστολική πίεση και των δύο ομάδων δεν μειώθηκαν παρομοίως, γεγονός που έδειξε ότι οι ασθενείς με συστολική υπέρταση ήταν πιο ευαίσθητοι στον περιορισμό του

αλατιού. Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές στη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων στις ομάδες αυτές. (Guo-Hong Yang et al, 2018)

Μία ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον πληθυσμό του Han και του πολυεθνικού πληθυσμού στο Diqing της επαρχίας Yunnan στην νοτιοδυτική Κίνα, εξέτασε τη σχέση μεταξύ των διατροφικών προτύπων και του κινδύνου υπέρτασης. Στην έρευνα συμμετείχαν 3591 άτομα και ο πληθυσμός της έρευνας χωρίστηκε με βάση την οικονομική θέση και την περιοχή που κατοικούσαν δηλαδή αν ήταν αστική ή αγροτική. Στις περιοχές αυτές εντοπίστηκαν τρεις βασικοί τύποι διατροφικών προτύπων. Ο πρώτος τύπος 'Grassland healthy' αποτελούνταν κυρίως από το γιαούρτι, τα προϊόντα σόγιας και τα αυγά. Ο δεύτερος τύπος 'Tuber and meat' χαρακτηρίζεται από υψηλή πρόσληψη βοδινού, αρνίσιου και χοιρινού κρέατος. Ο τρίτος τύπος 'Fruit and vegetable' συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με τα φρούτα και τα λαχανικά. Η συνολική επικράτηση της υπέρτασης μεταξύ του πληθυσμού του Han και του πολυεθνικού πληθυσμού στο Diqing της επαρχίας Yunnan ήταν 30,5%. Ο επιπολασμός της υπέρτασης τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες ήταν 32,0% και 29,5% αντίστοιχα. Το υγιές διατροφικό πρότυπο "Grassland healthy" συσχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο υπέρτασης, ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των άλλων δύο διατροφικών προτύπων και της υπέρτασης. Καθώς αυξήθηκε το διατροφικό πρότυπο "Grassland healthy", ο επιπολασμός της υπέρτασης μειώθηκε από 34,4% σε 28,4% στον ηλικιωμένο πληθυσμό. (Yuan Ruan et al, 2018).

Τέλος, στο World Journal of Cardiology δημοσιεύθηκε ένα άρθρο από την καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου του Ναυπλίου με έρευνες για την υπέρταση. Σύμφωνα με την έβδομη έκθεση της κοινής Εθνικής Επιτροπής για την Πρόληψη, Ανίχνευση, Αξιολόγηση και Θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης (JNC), η υπέρταση εμφανίζεται σε περισσότερα από τα δύο τρίτα των ατόμων μετά την ηλικία των 65. (Lionakis N et al, 2012)

Δεδομένα από τη μελέτη Framingham, σε άνδρες και γυναίκες δείχνουν ότι οι γυναίκες ηλικίας 55 ετών χωρίς υπέρταση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη υπέρτασης κατά τα 80 έτη κατά 93% και 91% αντίστοιχα. Με άλλα λόγια, περισσότερο από το 90% των ατόμων χωρίς υπέρταση σε ηλικία 55 ετών θα αναπτύξει κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης ζωής τους. Ο επιπολασμός της υπέρτασης είναι μικρότερος σε γυναίκες παρά σε άνδρες μέχρι τα 45 έτη, είναι παρόμοιος και στα δύο φύλα από 45 έως 64 ετών και είναι πολύ υψηλότερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες άνω των 65 ετών. Μετά την

ηλικία των 60 ετών, η πλειοψηφία των γυναικών πάσχει από το στάδιο 2 δηλαδή έχει συστολική πίεση ≥ 160 mmHg και διαστολική ≥ 100 mmHg και λαμβάνει αντιυπερτασική θεραπεία. (Lionakis N et al, 2012)

Τέσσερις τυχαιοποιημένες μελέτες αξιολόγησαν την άνοια ως αποτέλεσμα της θεραπείας της υπέρτασης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Στο σύστημα Syst-Eur και PROGRESS, η ενεργός θεραπεία συσχετίστηκε με μείωση της υπέρτασης κατά 50% και 19% στην εμφάνιση άνοιας αντίστοιχα. Επίσης στη δοκιμή HYVET-COG διαπιστώθηκε μη σημαντική μείωση κατά 14% της άνοιας με ενεργή θεραπεία έναντι του εικονικού φαρμάκου. Η δοκιμή HYVET ήταν μια τυχαιοποιημένη προοπτική δοκιμή 3845 ατόμων άνω των 80 ετών. Η μέση τιμή της πίεσης ήταν 173/91 mmHg. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε θεραπεία με διουρητικό ή εικονικό φάρμακο. Η ενεργός θεραπεία συνδέθηκε με ένα σημαντικό ποσοστό 30% μείωσης σχετικού κινδύνου σε θανατηφόρα και μη θανατηφόρα εγκεφαλικά επεισόδια, 39% με τη μείωση του θανάτου από εγκεφαλικό επεισόδιο. (Lionakis N et al, 2012).

Όσον αφορά την φαρμακευτική αντιμετώπιση, η δοκιμή JNC-7 συνιστά θειαζιδικό διουρητικό ως αρχική φαρμακευτική θεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλη κατηγορία. Τα θειαζιδικά διουρητικά ελέγχουν την υπέρταση παρεμποδίζοντας την επαναρρόφηση του νατρίου (Na^+) και ιόντων χλωρίου (Cl^-) από τους απομακρυσμένους σπειροειδείς σωληνίσκους στα νεφρά. Όταν απαιτούνται συνδυασμένες θεραπείες, συχνά για ασθενείς υψηλού κινδύνου, οι κατευθυντήριες γραμμές της JNC-7 υποδεικνύουν μια ισχυρή προτίμηση για ένα θειαζιδικό διουρητικό. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα αυτά δεν πρέπει να θέτουν υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα των διουρητικών για τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών επεισοδίων. (Lionakis N et al, 2012)

Παρόλο που οι β-αναστολείς έχουν χρησιμοποιηθεί για την υπέρταση στους ηλικιωμένους για χρόνια, τα αποδεικτικά στοιχεία για το όφελος δεν ήταν πειστικά. Δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες, η μελέτη LIFE και η μελέτη ASCOT έδειξαν υπεροχή ενός ανταγωνιστή υποδοχέα αγγειοτενσίνης και αντίστοιχως ενός αντιυπερτασικού σχήματος ενός ανταγωνιστή ασβεστίου που προστέθηκε περινδοπρίλη, σε σχέση με τη θεραπεία που ξεκίνησε με β-αναστολέα. Οι 2 μεγάλες δοκιμές επηρέασαν έντονα μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο β-αναστολέας δεν πρέπει να παραμείνει η πρώτη επιλογή στη θεραπεία της πρωτοπαθούς υπέρτασης. (Lionakis N et al, 2012)

Μια ακόμη αρρώστια που αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μπορεί να προκαλέσει πολλές επιπλοκές στην υγεία είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Από το δείγμα μας από διαβήτη πάσχει το 20,0% του ανδρικού πληθυσμού και το 17,0% του γυναικείου. Από τους 72 άνδρες λαμβάνουν χάπια οι 65 και από τις 24 γυναίκες όλες, ενώ ινσουλίνη λαμβάνουν 23 άντρες και 8 γυναίκες εκ των οποίων οι περισσότεροι από αυτούς λαμβάνουν ταυτόχρονα και φαρμακευτική αγωγή και ινσουλινοθεραπεία. Αντίστοιχα στον πληθυσμό της ερευνας στο Παλιούρι συνολικά σακχαρώδη διαβήτη είχαν 30 άτομα (19,5%) εκ των οποίων 16 άντρες (17,2%) και 14 γυναίκες (23,0%). (Triantafyllou A, 2010). Πολύ συνηθισμένο πρόβλημα με την πάροδο της ηλικίας και την ταυτόχρονη αύξηση του βάρους αποτελεί η υπερχοληστερολαιμία. Παρόμοια ποσοστά ατόμων που έχουν αυξημένη χοληστερόλη υπάρχουν και στον ανδρικό και στον γυναικείο πληθυσμό. Το 39,0% των ανδρών και το 37,0% των γυναικών έχουν υψηλή χοληστερόλη και φαρμακευτική αγωγή προσλαμβάνει το 36,0% των ανδρών και το 36,0% των γυναικών αντίστοιχα, δηλαδή υπάρχει ένα μικρό ποσοστό, 10 ανδρών και 2 γυναικών που δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα με ιατρική παρέμβαση. Αντίστοιχα στο Παλιούρι δυσλιπιδαιμικό προφίλ έχουν 29 άτομα (18,8%). Από αυτούς 15 είναι άντρες (16,1%) και 14 είναι γυναίκες (23,0%).(Triantafyllou A, 2010). Τέλος τα καρδιαγγειακά είναι ένα από τα προβλήματα που αγχώνει αρκετά την Τρίτη ηλικία. Κάποιο πρόβλημα με την καρδιά τους είχαν 85 άντρες και 26 γυναίκες δηλαδή το 1/5 του γενικού πληθυσμού της έρευνας. Από αυτούς πέρα από δύο άντρες και δύο γυναίκες, οι υπόλοιποι για την αντιμετώπιση του προβλήματος λάμβαναν ασπιρίνη ενώ σε όλους χορηγούνταν στατίνες. Στο Παλιούρι καρδιαγγειακό πρόβλημα είχαν 54 άτομα (35,1%) οι 34 (36,6%) άντρες και οι 20 (32,8%) γυναίκες. (Triantafyllou A, 2010).

Τέλος, καλό είναι να αναφερθούν και τα ποσοστά των ατόμων για το αν λάμβαναν συμβουλές για την μείωση του βάρους τους και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας από τους επιβλέποντες ιατρούς. Το 73% των ανδρών και το 75% των γυναικών παροτρύνθηκε από τους ιατρούς τους να ξεκινήσουν ή να αυξήσουν την φυσική τους δραστηριότητα και ιδιαίτερα το περπάτημα. Αυτό σχετίζεται και με την βελτίωση της υγείας αλλά και με την διατήρηση ενός υγιούς βάρους ή την απώλεια κάποιων κιλών. Στο 40,0% των ανδρών δηλαδή σε 144 άνδρες και στο 35,0% των γυναικών δηλαδή σε 50 γυναίκες έχει ζητηθεί να φροντίσουν το βάρος τους. Από την μία οι τροποποιήσεις του τρόπου ζωής μπορεί να είναι η μόνη θεραπεία που απαιτείται για την πρόληψη ή ακόμη και τη θεραπεία πιο ήπιων μορφών υπέρτασης στους ηλικιωμένους. Η μείωση βάρους έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση κατά 5-20 mmHg της συστολικής πίεσης ανά 10 κιλά, η διατροφική μείωση του νατρίου μειώνει αντίστοιχα 2-8 mmHg την συστολική πίεση, η σωματική δραστηριότητα κατά 4-9 mmHg, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ κατά

2-4 mmHg και τέλος η διαίτα DASH για τη διακοπή Υπέρτασης μειώνει κατά 8-14 mmHg την συστολική πίεση. (Lionakis N et all, 2012)

5. Συμπέρασμα

Από την έρευνα που διεξήχθη εν τέλει προκύπτει πως η διατροφή των ηλικιωμένων είναι αρκετά ισορροπημένη, πως δεν υπερχατανάλωνουν θερμίδες και θρεπτικά συστατικά, ενώ λαμβάνουν από όλες τις κατηγορίες τροφίμων. Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πως γνωρίζουν πώς είναι η κατάλληλη διατροφή για αυτούς καθώς και η σωστή ποσότητα αλατιού, η οποία δεν θα επηρεάζει την αρτηριακή τους πίεση, δηλαδή προκύπτει από τις διατροφικές τους συνήθειες πως ακολουθούν την μεσογειακή διατροφή και την διαίτα DASH. Όμως φαίνεται πως τα γραμμάρια κρέατος, ψαριών καθώς και φρούτων είναι λιγότερα από αυτά τα συνιστώμενα. Ενώ υπάρχει ποικιλία στην διατροφή τους, η ποσότητα που καταναλώνουν είναι μικρότερη από την επιθυμητή. Τα λιπαρά που καταναλώνουν είναι σχετικά υψηλά, πράγμα που θα έπρεπε να αποφεύγεται για να περιορίσουν τον κίνδυνο υπερχοληστερολαιμίας, καρδιαγγειακών καθώς και υπέρτασης. Βέβαια τα γραμμάρια χοληστερόλης είναι κάτω από το όριο και για τα δύο φύλα. Ορισμένοι όμως από τους ερωτηθέντες ενώ πίστευαν πως καταναλώνουν σωστή ή ακόμα και χαμηλή ποσότητα αλατιού, είχαν αυξημένη αρτηριακή πίεση κάτι το οποίο δείχνει πως δεν μπορούν να υπολογίσουν σωστά την ποσότητα που καταναλώνουν. Αυτό βέβαια προκύπτει και από την άγνοιά τους για τις κατάλληλες ποσότητες που μπορεί να λαμβάνει ημερησίως ο μέσος άνθρωπος καθώς και της ύπαρξης μεγάλων ποσοτήτων νατρίου μέσα στα επεξεργασμένα τρόφιμα. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί πως δεν είναι άμεσα συσχετισμένη η ποσότητα νατρίου που καταναλώνουν με την υπέρταση καθώς κάποιοι ενώ έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεσή καταναλώνουν μικρές ποσότητες νατρίου ή και το αντίθετο.

Επιπλέον δεν έχουν κακές συνήθειες όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς με την πάροδο των χρόνων τις αφήνουν στο παρελθόν. Παρόλα αυτά, ενώ ζουν με έναν υγιεινό τρόπο ζωής οι πλείστοι πάσχουν από κοιλιακή παχυσαρκία, είναι υπέρβαροι και παροτρύνονται από τους ιατρούς τους να μειώσουν το βάρος τους, καθώς και να αυξήσουν την φυσική τους δραστηριότητα. Η παχυσαρκία και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα οδηγούν στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας όπως η υπέρταση που είναι το πιο συχνό πρόβλημα υγείας στην Τρίτη και τέταρτη ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπερχοληστερολαιμία και τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Εκτός από ένα πολύ μικρό ποσοστό που δεν γνωρίζει πως έχει κάποια ασθένεια ή που δεν κάνει κάτι για να την αντιμετωπίσει είτε με την διατροφή είτε με φαρμακευτική αγωγή, στους υπόλοιπους χορηγούνται είτε

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

στατίνες είτε άλλου είδους αντιυπερτασική αγωγή καθώς και ινσουλίνη ή αντιδιαβητικά δισκία και προσέχουν την διατροφή τους. Άρα καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η Τρίτη ηλικία πλέον είναι καλά ενημερωμένη για την υγεία της και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της, κάτι το οποίο είναι πολύ ενθαρρυντικό και για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ηλικιωμένων.

6. Βιβλιογραφία

Barasi E.M. Η διατροφή μας με μια ματιά. 1st ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2007. Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε; 2012.

Bennett G, Ebrahim S. The Essentials of Health Care in Old Age. 2nd ed. London: Edward Arnold, Hodder Headline Group; 1995.

Brodziak A, Brewczyński A, Bajor G. Clinical significance of knowledge about the structure, function, and impairments of working memory. Med Sci Monit. 2013;19:327–38.

Buse JB. Διαβήτης και προδιαβήτης: διάγνωση και θεραπεία. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :251-258.

Buse JB. Πρόληψη και θεραπεία επιπλοκών διαβήτη. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 : 259-263.

Bynum DL, Busby-Whitehead MJ. Η υπέρταση στους ηλικιωμένους. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :1060-1063.

Bynum DL. Φαρμακευτική θεραπεία για τον ηλικιωμένο ασθενή. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :1049-1053.

Cauley, J A., Dorman, J. S., & Ganguli, M. Genetic and aging epidemiology. The merging of two disciplines. Neurologic Clinics 1996;14:467-475.

Colindres RE, Hinderliter AL. Υπέρταση. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :135-147.

Colindres RE, Grossman SH. Νεφρογενειακή υπέρταση. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :148-152.

Couch SC, Krummel DA. Ιατρική διατροφική θεραπεία για υπέρταση. In Mahan L.K, Escott -Stump S, (eds.) Krause's Θεραπευτική Διατροφή, 12nd ed. Philadelphia: Elsevier BV;2008. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 2014:214-222.

Craig J. G, Baucum D. Η ανάπτυξη Του Ανθρώπου, 9th ed. United States of America: Person Education Inc, 2002. Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ; 2008.

Cutler S.J., Grams A.E. Correlates of self-reported every-day memory problems. Journal of Gerontology : Social sciences 1988; 43:82-90.

Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's κλινική εξέταση 12nd ed. USA : CHURCHILL LIVINGSTONE. Elsevier BV;2009. 3rd ed Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε ;2012.

Dupree CS. Καρδιακή ανεπάρκεια. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :209-216.

Erdem NF. Πτώσεις. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2016 :1054-1059.

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

Fillit H, Rockwood K, Woodhouse K. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 7th ed. Philadelphia: Saunders imprint of Elsevier Inc; 2010.

Franz MJ. Ιατρική διατροφική θεραπεία για σακχαρώδη διαβήτη και υπογλυκαιμία μη διαβητικής αιτιολογίας. In Mahan L.K, Escott -Stump S, (eds.) Krause's Θεραπευτική Διατροφή, 12nd ed. Philadelphia: Elsevier BV; 2008. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 2014: 114-150.

Garbutt JC, Gwyther RE et al. Εξάρτηση και κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :1005-1012.

Guo-Hong Yang, Xin Zhou, Wen-Jie Ji, Jun-Xiang Liu, Jing Sun, Rui Shi, Tie-Min Jiang, Yu-Ming Li Effects of a low salt diet on isolated systolic hypertension. *MEDICINE* 2018 ; 97(14) :1-10.

Haggerty JJ Jr, Sickel MJ. Κατάθλιψη. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 : 981-985.

Hill MA. Άνοια. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :1068-1075.

Howard JF Jr, Klein CM. Περιφερική νευροπάθεια. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :731-738.

Huang DY, Hinn AR. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :747-752.

Huang X. Τρόμος. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :770-773.

Huang X, Jacobson PL, Mann JD. Νόσος του Parkinson. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :774-779.

Hutto BR. Πένθος. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :986-988.

Konrad Biesalski H, Grimm P. Εγχειρίδιο διατροφής. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2008. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Krummel DA. Ιατρική διατροφική θεραπεία για καρδιαγγειακή νόσο. In Mahan L.K, Escott -Stump S, (eds.) Krause's Θεραπευτική Διατροφή, 12nd ed. Philadelphia: Elsevier BV;2008. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 2014: 182-20.

Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World J Cardiol* 2012; 4(5): 135-147.

Ory M, Hoffman MK, Hawkins M, Sanner B, Mockenhaupt R. Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *Am J Prev Med.* 2003; 25(3 Suppl. 2):164–71.

Pronsky ZM, Crowe JP. Αξιολόγηση: αλληλεπιδράσεις τροφίμων-φαρμάκων. In Mahan L.K, Escott -Stump S, (eds.) Krause's Κλινική Διατροφή, 12nd ed. Philadelphia: Elsevier BV;2008. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 2014: 433-450.

Raguso CA et al: A 3-year longitudinal study on body composition changes in the elderly: role of physical exercise. *Clin Nutr* 2006; 25:573.

Sánchez Palacios C, Trianes Torres M V., Blanca Mena MJ. Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(3):385–90.

Simpson RS Jr, Smith SC Jr. Υπερχοληστερολαιμία: επίπτωση και αντιμετώπιση. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :217-223.

Stouffer GA. Στηθάγγη. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :162-167.

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Διατροφική αξιολόγηση και υγεία της Τρίτης ηλικίας

Triantafyllou A, Douma S, Petidis K, Doumas M, Panagoroulou E, Tsotoulidis S et al Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece. *Rural and Remote Health* 2010; 10:1225 :1-10.

Wang TY, Ohman EM. Έμφραγμα μυοκαρδίου. In: MARSCHALL S. RUNGE ,M.ANDREW GREGANTI (eds.) ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Βασικές Αρχές, 2nd ed. Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD;2015. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ;2016 :168-174.

Wellman NA, Kamp BA. Διατροφή και γήρανση. In Mahan L.K, Escott -Stump S, (eds.) Krause's Κλινική Διατροφή, 12nd ed. Philadelphia: Elsevier BV;2008. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 2014: 287-303.

WHO HS. Global Health and Aging NIH Publication No 117737;2011 http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

Yuan Ruan, Yongshou Huang, Qiang Zhang, Shu Qin, Xiaoxia Du, Yongxin Sun Association between dietary patterns and hypertension among Han and multi-ethnic population in southwest China. *BMC Public Health* 2018;18: 1106: 1-15.

Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α. Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2008.

Μάνιος Γ. Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας, Nicosia, Cyprus: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD ; 2007. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Πουλοπούλου Η.Ε. Η μεταναστευτική πρόκληση. 1st ed. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση ; 2007.

Τσιλιγιροπούλου -Φαχαντίδου Α. Διατροφή στον κύκλο ζωής του ανθρώπου. In: Χασαπίδου Μ. Τσιλιγιροπούλου -Φαχαντίδου Α. (eds.) Διατροφή για υγεία άσκηση και αθλητισμό , 2nd ed. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS; 2008: 224-228.

Τσολάκης Μ.Κ. Παθολογία Γνωστικών Λειτουργιών. In Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α. (eds.) Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2011:317-400.

Χασαπίδου Μ. Ενεργειακό ισοζύγιο και ενεργειακές ανάγκες αθλουμένων. In: Χασαπίδου Μ. Τσιλιγιροπούλου -Φαχαντίδου Α. (eds.) Διατροφή για υγεία άσκηση και αθλητισμό , 2nd ed. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS; 2008: 48-54.

Χατζόγλου Χ, Κατσάνου Κ , Αποστολίδου, Γώγου Ε, Μακρής Η, Ζαρογιάννης Σ et al. Κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. Εμπειρία Ιατρού Διακοπής Καπνίσματος ΠΠΓΝ Λάρισας. Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας- Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. *Interscientific Health Care*.2009; 1:21-27.

