



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Δημόσια Υγεία και Πολιτικές

Διπλωματική Εργασία

Η μεσογειακή διατροφή σε ένα ακριτικό νησί του νοτίου Αιγαίου

Μπέρτου Μαρία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ιφιγένεια Κώστογλου - Αθανασίου

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Μπέρτου Μαρίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Η μεσογειακή διατροφή σε ένα ακριτικό νησί του νοτίου Αιγαίου

Μπέρτου Μαρία

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ιφιγένεια Κώστογλου - Αθανασίου

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεολόγος Μιχαήλ Χλέτσος

Χρήστος Κλεισιάρης

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Κώστογλου Ιφιγένεια για την πολύτιμη καθοδήγηση, την υποστήριξη και τη συμβολή της για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Βασιλαράκη Μαρία, για την παρότρυνση και ενθάρρυνσή της να ακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, συμβάλλοντας καθοριστικά στην εξέλιξή μου. Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά την φίλη μου κ. Λαμπρινού Σοφία για την συνεχή παρουσία, τη συμπαράσταση και τη βοήθειά της καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την κα Αυλωνίτη Αναστασία, με την οποία ξεκινήσαμε μαζί την διαδικασία της απόκτησης του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος και πορευτήκαμε μαζί μέχρι το τέλος αυτής της διαδρομής. Η στήριξη και η κοινή μας προσπάθεια υπήρξαν ιδιαίτερα σημαντικές για εμένα. Τέλος, αφιερώνω την παρούσα εργασία στην οικογένειά μου για την στήριξη και κατανόησή τους όλο αυτό το διάστημα. Η διαδρομή αυτή για μένα ήταν μια προσωπική πρόκληση, αλλά και μια προσπάθεια να δείξω στα παιδιά μου, Καλλιόπη, Ιωάννα και Θεμιστοκλή, ότι ποτέ δεν είναι αργά να θέτουμε στόχους και να τους πετυχαίνουμε όταν υπάρχει θέληση και επιμονή.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διατροφικά πρότυπα πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς έχει συνδεθεί με ευνοϊκές επιδράσεις στην υγεία και στη μείωση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού προσκόλλησης των ενηλίκων κατοίκων ακριτικού νησιού του Νοτίου Αιγαίου στη Μεσογειακή Διατροφή και η εξέταση της σχέσης της με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Υλικά & Μέθοδος: Η έρευνα ήταν ποσοτική, περιγραφική και συσχετιστική, με διατομεακό σχεδιασμό. Το δείγμα αποτέλεσαν ενήλικοι κάτοικοι του νησιού, οι οποίοι επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο βασισμένο στον δείκτη MEDAS, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες καρδιαγγειακής υγείας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με περιγραφικά μέτρα και με χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν σχετικά υψηλή προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή, κυρίως ως προς τη χρήση ελαιολάδου και την κατανάλωση φυτικών τροφών. Παράλληλα, διαπιστώθηκε παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως δυσλιπιδαιμία και κάπνισμα. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας, ωστόσο εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ επιμέρους διατροφικών συνηθειών και συγκεκριμένων δεικτών υγείας.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τη σημασία των επιμέρους στοιχείων της Μεσογειακής Διατροφής στην καρδιαγγειακή υγεία και υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης υγιεινών διατροφικών συνηθειών στον γενικό πληθυσμό.

Λέξεις-κλειδιά: Μεσογειακή Διατροφή, καρδιαγγειακή υγεία, παράγοντες κινδύνου, MEDAS, νησιωτικός πληθυσμός, διατροφικές συνήθειες.

Abstract

Introduction: The Mediterranean Diet is considered one of the most important dietary patterns for the prevention of cardiovascular diseases, as it has been associated with beneficial health effects and a reduction in cardiovascular risk factors. The aim of the present study was to investigate the level of adherence of adult residents of a remote island in the South Aegean to the Mediterranean Diet and to examine its relationship with indicators of cardiovascular health.

Materials & Methods: The study was quantitative, descriptive, and correlational, using a cross-sectional design. The sample consisted of adult residents of the island who were selected through convenience sampling. Data were collected using a structured questionnaire based on the Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), along with questions related to cardiovascular health factors. Statistical analysis was performed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

Results: The findings indicated that participants demonstrated relatively high adherence to the Mediterranean Diet, particularly regarding olive oil consumption and the intake of plant-based foods. At the same time, the presence of cardiovascular risk factors, such as dyslipidemia and smoking, was identified. No statistically significant association was found between overall adherence to the Mediterranean Diet and cardiovascular health indicators. However, significant associations were observed between specific dietary habits and particular health indicators.

Conclusions: The present study highlights the importance of individual components of the Mediterranean Diet in cardiovascular health and emphasizes the need to promote healthy dietary habits within the general population.

Keywords: Mediterranean Diet, cardiovascular health, risk factors, MEDAS, island population, dietary habits.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	13
Σημασία της έρευνας	14
Οριοθέτηση του ζητήματος.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Μεσογειακή Διατροφή	16
1.1. Ορισμός και ιστορική εξέλιξη της Μεσογειακής Διατροφής	16
1.2. Βασικά χαρακτηριστικά και ομάδες τροφίμων.....	17
1.3. Θρεπτικά συστατικά και η βιολογική τους δράση.....	19
1.4. Δείκτες αξιολόγησης προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή	21
1.5. Η Μεσογειακή Διατροφή στον ελληνικό πληθυσμό σήμερα.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Πρόληψη	25
2.1. Ορισμός και κατηγορίες καρδιαγγειακών νοσημάτων	25
2.2. Παράγοντες κινδύνου	26
2.3. Πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	28
2.4. Ο ρόλος της διατροφής στην καρδιαγγειακή υγεία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Μεσογειακή Διατροφή και η Σχέση της με τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα	32
3.1. Επιδημιολογικές μελέτες και κλινικά δεδομένα	32
3.2. Μηχανισμοί προστατευτικής δράσης της μεσογειακής διατροφής	33
3.2.1. Αντιφλεγμονώδης δράση.....	34
3.2.2. Ρύθμιση των λιπιδίων του αίματος	35
3.2.3. Αντιοξειδωτική δράση.....	36
3.3. Η Μεσογειακή Διατροφή ως εργαλείο πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων	37
3.4. Ιδιαιτερότητες εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής σε νησιωτικές και ακριτικές περιοχές.....	38
3.5. Ερευνητικά κενά και αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μεθοδολογία της Έρευνας	42
4.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις	42
4.2. Δείγμα και δειγματοληψία	43

4.3. Ερευνητικό εργαλείο.....	44
4.4. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων.....	45
4.5. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της Έρευνας.....	47
5.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....	47
5.2. Συσχετίσεις	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συζήτηση.....	72
6.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων	72
6.2. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	74
Συμπεράσματα	77
Βιβλιογραφία	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86

Πίνακες

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και επίπεδο υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής.....	47
Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά διατροφικών συνηθειών των συμμετεχόντων...50	
Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών καρδιαγγειακής υγείας.....	60
Πίνακας 4. Συσχέτιση Μεσογειακής Διατροφής με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας...67	
Πίνακας 5: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ MEDAS και καρδιαγγειακών παραγόντων.....	69

Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Χρήση ελαιόλαδου ως κύρια πηγή λίπους στο μαγείρεμα.	52
Διάγραμμα 2: Ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης ελαιολάδου από τους συμμετέχοντες.	53
Διάγραμμα 3: Ημερήσια κατανάλωση λαχανικών από τους συμμετέχοντες της έρευνας.	53
Διάγραμμα 4: Ημερήσια κατανάλωση φρούτων από τους συμμετέχοντες της έρευνας.	54
Διάγραμμα 5: Ημερήσια κατανάλωση κόκκινου κρέατος από τους συμμετέχοντες. ...	54
Διάγραμμα 6: Ημερήσια κατανάλωση βουτύρου, μαργαρίνης ή κρέμας γάλακτος.	55
Διάγραμμα 7: Ημερήσια κατανάλωση αναψυκτικών με ζάχαρη ή ανθρακούχων ποτών.	55
Διάγραμμα 8: Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού από τους συμμετέχοντες.	56
Διάγραμμα 9: Εβδομαδιαία κατανάλωση οσπρίων από τους συμμετέχοντες της έρευνας.	56
Διάγραμμα 10: Εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών ή θαλασσινών από τους συμμετέχοντες.	57
Διάγραμμα 11: Εβδομαδιαία κατανάλωση γλυκών του εμπορίου από τους συμμετέχοντες.	57
Διάγραμμα 12: Εβδομαδιαία κατανάλωση ξηρών καρπών από τους συμμετέχοντες.	58
Διάγραμμα 13: Προτίμηση κατανάλωσης λευκού κρέατος έναντι κόκκινου κρέατος.	58
Διάγραμμα 14: Συχνότητα κατανάλωσης πιάτων με λαχανικά και σάλτσα ντομάτας.	59
Διάγραμμα 15: Διάγνωση αρτηριακής υπέρτασης μεταξύ των συμμετεχόντων.	61
Διάγραμμα 16: Διάγνωση αυξημένης χοληστερόλης ή δυσλιπιδαιμίας στους συμμετέχοντες.	62
Διάγραμμα 17: Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη μεταξύ των συμμετεχόντων.	63
Διάγραμμα 18: Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου στους συμμετέχοντες της έρευνας.	63
Διάγραμμα 19: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τους συμμετέχοντες της έρευνας.	64
Διάγραμμα 20: Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων στους συμμετέχοντες.	64
Διάγραμμα 21: Κατάσταση καπνίσματος μεταξύ των συμμετεχόντων της έρευνας.	65

Διάγραμμα 22: Μέτρηση αρτηριακής πίεσης τον τελευταίο χρόνο από συμμετέχοντες.

.....66

Διάγραμμα 23: Αυτοαξιολόγηση καρδιαγγειακής υγείας από τους συμμετέχοντες....66

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

MEDAS — Mediterranean Diet Adherence Screener

MDS — Mediterranean Diet Score

aMED — Alternative Mediterranean Diet Score

rMED — Relative Mediterranean Diet Score

MEDI-LITE — Mediterranean Diet Literature-based Adherence Score

PREDIMED — Prevención con Dieta Mediterránea

WHO / ΠΟΥ — World Health Organization / Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

KAN — Καρδιαγγειακά Νοσήματα

ΣΝ — Στεφανιαία Νόσος

ΠΕΝ — Περιφερική Αρτηριακή Νόσος

LDL — Low Density Lipoprotein

HDL — High Density Lipoprotein

EPA — Eicosapentaenoic Acid

DHA — Docosahexaenoic Acid

EVOO — Extra Virgin Olive Oil

GDPR — General Data Protection Regulation

Εισαγωγή

Η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί ένα από τα περισσότερο μελετημένα διατροφικά πρότυπα διεθνώς, καθώς έχει συνδεθεί με σημαντικά οφέλη για την υγεία και ιδιαίτερα για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Βασίζεται κυρίως στην αυξημένη κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, δημητριακών ολικής άλεσης, ψαριών και ξηρών καρπών, καθώς και στη μειωμένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων. Η διατροφική αυτή προσέγγιση αναδείχθηκε μέσα από επιδημιολογικές μελέτες που έδειξαν ότι οι μεσογειακοί πληθυσμοί εμφάνιζαν χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής σε σύγκριση με άλλους ευρωπαϊκούς και δυτικούς πληθυσμούς (Trichopoulou et al., 2003).

Τα τελευταία χρόνια, η σημασία της Μεσογειακής Διατροφής έχει αναγνωριστεί ακόμη περισσότερο, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Παράγοντες όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα επηρεάζουν σημαντικά την καρδιαγγειακή υγεία και συνδέονται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και τις διατροφικές επιλογές (World Health Organization, 2021). Η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών προτύπων θεωρείται βασικό μέτρο πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ειδικότερα, πλήθος μελετών έχει δείξει ότι η υψηλή προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, καλύτερο λιπιδαιμικό προφίλ και χαμηλότερα επίπεδα φλεγμονής (Estruch et al., 2013; Sofi et al., 2010).

Παρά τη διεθνή αναγνώριση της Μεσογειακής Διατροφής, σύγχρονες κοινωνικές και διατροφικές αλλαγές φαίνεται να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες ακόμη και σε παραδοσιακά μεσογειακούς πληθυσμούς, όπως ο ελληνικός. Η σταδιακή απομάκρυνση από το παραδοσιακό διατροφικό πρότυπο, η αυξημένη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής δημιουργούν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της σχέσης μεταξύ διατροφής και καρδιαγγειακής υγείας, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που παρουσιάζουν γεωγραφικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες, όπως οι κάτοικοι ακριτικών και νησιωτικών περιοχών.

Η παρούσα εργασία εξετάζει τη σχέση της Μεσογειακής Διατροφής με την καρδιαγγειακή υγεία ενηλίκων κατοίκων ακριτικού νησιού του Νοτίου Αιγαίου. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ο ορισμός, τα χαρακτηριστικά και τα θρεπτικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι παράγοντες κινδύνου και ο ρόλος της πρόληψης. Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη σχέση της Μεσογειακής Διατροφής με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και παρουσιάζει τα κυριότερα ερευνητικά δεδομένα και τους μηχανισμούς προστατευτικής δράσης της. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, ενώ στο πέμπτο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Σημασία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ της Μεσογειακής Διατροφής και της καρδιαγγειακής υγείας σε έναν νησιωτικό πληθυσμό, για τον οποίο τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα. Η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους κατοίκους ακριτικών περιοχών αποκτά αυξημένη αξία, καθώς οι κοινωνικές, πολιτισμικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες των περιοχών αυτών μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τόσο τη διατροφική συμπεριφορά όσο και την κατάσταση της υγείας των κατοίκων.

Η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της διατήρησης της Μεσογειακής Διατροφής ως προτύπου υγιεινής διατροφής, το οποίο έχει συνδεθεί με προστατευτικά οφέλη για την καρδιαγγειακή υγεία. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι, ακόμη και όταν δεν προκύπτει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών υγείας, οι επιμέρους διατροφικές πρακτικές φαίνεται να ασκούν θετική επίδραση στην καρδιαγγειακή κατάσταση των ατόμων. Επιπλέον, η έρευνα μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για επαγγελματίες υγείας και φορείς δημόσιας υγείας, συμβάλλοντας στον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής υγιεινών διατροφικών συνηθειών στον γενικό πληθυσμό.

Οριοθέτηση του ζητήματος

Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας σε ενήλικους κατοίκους ακριτικού νησιού του Νοτίου Αιγαίου. Η μελέτη περιορίζεται αποκλειστικά στον συγκεκριμένο πληθυσμό και εξετάζει διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με το μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, όπως η κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών. Ταυτόχρονα, διερευνώνται συγκεκριμένοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η έρευνα δεν εξετάζει άλλες διατροφικές προσεγγίσεις ή χρόνιες παθήσεις πέραν εκείνων που σχετίζονται με την καρδιαγγειακή υγεία. Επιπλέον, δεν περιλαμβάνει κλινικές ή εργαστηριακές μετρήσεις, αλλά βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα των συμμετεχόντων μέσω ερωτηματολογίου. Επίσης, δεν διερευνώνται σε βάθος άλλοι παράγοντες τρόπου ζωής, όπως η φυσική δραστηριότητα, η ψυχική υγεία ή οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάζουν την καρδιαγγειακή υγεία. Τέλος, λόγω του διατομεακού χαρακτήρα της μελέτης, η έρευνα περιορίζεται στην αποτύπωση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς δυνατότητα διερεύνησης σχέσεων αιτίου και αποτελέσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Μεσογειακή Διατροφή

1.1. Ορισμός και ιστορική εξέλιξη της Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα διατροφικό και πολιτιστικό μοντέλο εμπνευσμένο από τις παραδοσιακές διατροφικές συνήθειες των πληθυσμών που ζούσαν γύρω από τη Μεσόγειο Θάλασσα, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, τη νότια Ιταλία και σε περιοχές της Ισπανίας κατά τα μέσα του εικοστού αιώνα. Χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, δημητριακών ολικής αλέσεως, ξηρών καρπών και ελαιόλαδου, μέτρια πρόσληψη ψαριών και γαλακτοκομικών προϊόντων και χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων. Το κρασί καταναλώνεται παραδοσιακά με μέτρο και συνήθως κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Πέρα από τη διατροφή, η Μεσογειακή Διατροφή δίνει επίσης έμφαση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, τη σωματική δραστηριότητα, την εποχικότητα και την ομαδική διατροφή (Dobroslavska et al., 2024; UNESCO, 2010).

Ιστορικά, οι ρίζες της Μεσογειακής Διατροφής μπορούν να εντοπιστούν στους γεωργικούς πολιτισμούς της αρχαίας Ελλάδας και της Ρώμης, όπου το ελαιόλαδο, το ψωμί, το κρασί, τα όσπρια και τα ψάρια αποτελούσαν τη βάση της καθημερινής διατροφής. Αυτές οι διατροφικές παραδόσεις εξελίχθηκαν κατά τη διάρκεια των αιώνων μέσω των πολιτιστικών ανταλλαγών μεταξύ των μεσογειακών κοινωνιών. Ωστόσο, η έννοια της «Μεσογειακής Διατροφής» ως επιστημονικό και διατροφικό μοντέλο εμφανίστηκε μόλις τον εικοστό αιώνα (Trajkovska Petkoska et al., 2025).

Η σύγχρονη ανάπτυξη της Μεσογειακής Διατροφής συνδέεται στενά με τον Αμερικανό φυσιολόγο Άνσελ Κις και τη σύζυγό του Μάργκαρετ Κις. Κατά τη δεκαετία του 1950, ο Κις παρατήρησε ότι οι πληθυσμοί στη νότια Ιταλία και την Κρήτη είχαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων σε σύγκριση με τους Βορειοευρωπαίους και τους Αμερικανούς. Αυτή η παρατήρηση οδήγησε στη διάσημη Μελέτη Επτά Χωρών, που ξεκίνησε το 1958, η οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ διατροφής, τρόπου ζωής και καρδιακών παθήσεων σε διάφορες χώρες. Η μελέτη κατέδειξε ότι οι δίαιτες πλούσιες σε ελαιόλαδο, λαχανικά και δημητριακά συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης και μειωμένη στεφανιαία νόσο (Menotti & Puddu, 2025).

Το 1975, οι Ancel και Margaret Keys διέδωσαν τον όρο μέσω του βιβλίου τους « *Πώς να τρώτε καλά και να μένετε καλά: Ο μεσογειακός τρόπος* ». Έκτοτε, εκτεταμένη επιστημονική έρευνα έχει επιβεβαιώσει τα οφέλη για την υγεία αυτού του διατροφικού προτύπου, συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη, παχυσαρκίας και ορισμένων μορφών καρκίνου. Σύγχρονες μελέτες υπογραμμίζουν επίσης την περιβαλλοντική του βιωσιμότητα, επειδή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε φυτικά και τοπικά παραγόμενα τρόφιμα (Moro, 2016).

Ένα σημαντικό ορόσημο σημειώθηκε το 2010, όταν η UNESCO αναγνώρισε τη Μεσογειακή Διατροφή ως Άυλη Πολιτιστική Κληρονομιά της Ανθρωπότητας. Η UNESCO τόνισε ότι δεν αντιπροσωπεύει μόνο ένα διατροφικό πρότυπο αλλά και ένα σύνολο γνώσεων, παραδόσεων, τελετουργιών και κοινωνικών πρακτικών που μεταδίδονται από γενιά σε γενιά (UNESCO, 2010).

1.2. Βασικά χαρακτηριστικά και ομάδες τροφίμων

Η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται ένα από τα πιο υγιεινά και βιώσιμα διατροφικά πρότυπα στον κόσμο. Βασίζεται στις διατροφικές συνήθειες των χωρών που βρέχονται από τη Μεσόγειο Θάλασσα, ιδιαίτερα της Ελλάδας, της Ιταλίας και της Ισπανίας. Αντί να είναι ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής, αντιπροσωπεύει έναν τρόπο ζωής που συνδυάζει ισορροπημένη διατροφή, σωματική δραστηριότητα, κοινωνική αλληλεπίδραση και σεβασμό στις τοπικές διατροφικές παραδόσεις. Τα επιστημονικά στοιχεία έχουν καταδείξει επανειλημμένα ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή συμβάλλει στη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας, στη μείωση του κινδύνου χρόνιων παθήσεων και στην αυξημένη μακροζωία (Willett et al., 1995).

Ένα από τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής είναι η υψηλή κατανάλωση τροφών φυτικής προέλευσης. Λαχανικά, φρούτα, όσπρια, ξηροί καρποί, σπόροι και δημητριακά ολικής αλέσεως αποτελούν τη βάση των καθημερινών γευμάτων. Αυτά τα τρόφιμα είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, βιταμίνες, μέταλλα, αντιοξειδωτικά και φυτοχημικά που βοηθούν στη μείωση της φλεγμονής και του οξειδωτικού στρες. Το ελαιόλαδο, ειδικά το εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο, είναι η κύρια πηγή διαιτητικού λίπους και αντικαθιστά το βούτυρο ή τα ζωικά λίπη που χρησιμοποιούνται συνήθως στις δυτικές δίαιτες. Το ελαιόλαδο είναι πλούσιο σε

μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και πολυφαινόλες, τα οποία σχετίζονται με προστατευτικές επιδράσεις κατά των καρδιαγγειακών παθήσεων (Estruch et al., 2018).

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η μέτρια κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, τα οποία παρέχουν υψηλής ποιότητας πρωτεΐνες και ωμέγα-3 λιπαρά οξέα ευεργετικά για την υγεία της καρδιάς και του εγκεφάλου. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το γιαούρτι και το τυρί καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες, ενώ τα πουλερικά και τα αυγά καταναλώνονται περιστασιακά. Αντίθετα, το κόκκινο κρέας και τα επεξεργασμένα τρόφιμα καταναλώνονται με φειδώ. Τα γλυκά και τα ζαχαρούχα ποτά είναι επίσης περιορισμένα. Το κρασί, ιδιαίτερα το κόκκινο κρασί, μπορεί να καταναλώνεται με μέτρο κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αν και οι σύγχρονες διατροφικές οδηγίες τονίζουν ότι η πρόσληψη αλκοόλ πρέπει πάντα να παραμένει περιορισμένη και εξατομικευμένη ανάλογα με την κατάσταση της υγείας (Bach-Faig et al., 2011).

Η Μεσογειακή Διατροφή συνήθως αναπαρίσταται ως πυραμίδα που απεικονίζει τη συχνότητα και την αναλογία των ομάδων τροφίμων. Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά: λαχανικά, φρούτα, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ξηροί καρποί, βότανα, μπαχαρικά και ελαιόλαδο. Το νερό και η τακτική σωματική δραστηριότητα θεωρούνται επίσης απαραίτητα συστατικά. Τα ψάρια και τα θαλασσινά καταλαμβάνουν το μεσαίο επίπεδο της πυραμίδας και συνιστώνται αρκετές φορές την εβδομάδα. Τα πουλερικά, τα αυγά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα συνιστώνται σε μέτριες ποσότητες, ενώ το κόκκινο κρέας και τα γλυκά τοποθετούνται στην κορυφή και πρέπει να καταναλώνονται σπάνια (Oldways Preservation Trust, 2024).

Πέρα από τη διατροφική της σύνθεση, η Μεσογειακή Διατροφή δίνει έμφαση στις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες. Τα γεύματα παραδοσιακά μοιράζονται με την οικογένεια και τους φίλους, ενθαρρύνοντας την προσεκτική διατροφή και τους ισχυρότερους κοινωνικούς δεσμούς. Προτιμώνται εποχιακά, τοπικά και ελάχιστα επεξεργασμένα τρόφιμα, καθιστώντας τη διατροφή περιβαλλοντικά βιώσιμη καθώς και διατροφικά ωφέλιμη. Πρόσφατες μελέτες έχουν τονίσει τον ρόλο της στην προώθηση της ανθρώπινης και πλανητικής υγείας, ειδικά στο πλαίσιο της κλιματικής αλλαγής και των αυξανόμενων ποσοστών παχυσαρκίας και χρόνιων παθήσεων (Dernini et al., 2017).

Η Μεσογειακή Διατροφή συνδυάζει υγιεινές διατροφικές επιλογές με πολιτιστικές παραδόσεις και βιώσιμες πρακτικές. Η έμφαση που δίνει στις φυτικές

τροφές, τα υγιή λίπη, τη μετριοπάθεια και τον ενεργό τρόπο ζωής την έχει καταστήσει παγκόσμιο μοντέλο για την πρόληψη ασθενειών και τη συνολική ευεξία.

1.3. Θρεπτικά συστατικά και η βιολογική τους δράση

Η Μεσογειακή Διατροφή αναγνωρίζεται ευρέως λόγω του μοναδικού συνδυασμού θρεπτικών συστατικών και βιοδραστικών ενώσεων που ασκούν σημαντικές βιολογικές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία. Αυτό το διατροφικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ξηρών καρπών, δημητριακών ολικής αλέσεως, ελαιόλαδου και ψαριών, σε συνδυασμό με μέτρια πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων και χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων. Η αλληλεπίδραση αυτών των διατροφικών συστατικών παράγει αντιφλεγμονώδη, αντιοξειδωτικά, καρδιοπροστατευτικά και μεταβολικά οφέλη που συμβάλλουν στην πρόληψη ασθενειών και στην υγιή γήρανση (Finicelli et al., 2022; Młynarska et al., 2025).

Ένα από τα πιο σημαντικά διατροφικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής είναι το εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο (EVOO), η κύρια πηγή διαιτητικού λίπους. Το EVOO είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, ιδιαίτερα ελαϊκό οξύ, καθώς και σε πολυφαινόλες όπως η υδροξυτυροσόλη και η ολεοκανθάλη. Αυτές οι ενώσεις μειώνουν το οξειδωτικό στρες, βελτιώνουν την ενδοθηλιακή λειτουργία και μειώνουν τη χρόνια φλεγμονή ρυθμίζοντας τις φλεγμονώδεις οδούς και μειώνοντας την παραγωγή αντιδραστικών ειδών οξυγόνου. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι πολυφαινόλες του ελαιολάδου συμβάλλουν επίσης στη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας και της γνωστικής προστασίας (González-Cidad et al., 2026; Ussia et al., 2025).

Ένα άλλο σημαντικό συστατικό είναι η υψηλή πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων και δημητριακών ολικής αλέσεως, τα οποία παρέχουν φυτικές ίνες, βιταμίνες, μέταλλα και φυτοχημικά. Οι φυτικές ίνες βελτιώνουν την γαστρεντερική υγεία, ενισχύουν τον κορεσμό, ρυθμίζουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και υποστηρίζουν την υγιή μικροχλωρίδα του εντέρου. Η ζύμωση των φυτικών ινών από τα εντερικά βακτήρια παράγει λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας που συμβάλλουν σε αντιφλεγμονώδεις και μεταβολικές επιδράσεις. Επιπλέον, τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά όπως φλαβονοειδή, καροτενοειδή και βιταμίνη C, τα οποία προστατεύουν τα κύτταρα από την οξειδωτική βλάβη και μπορούν να μειώσουν

τον κίνδυνο καρκίνου και καρδιαγγειακών παθήσεων (Deleu et al., 2024; Schwingshackl et al., 2019).

Τα ψάρια και τα θαλασσινά είναι επίσης απαραίτητα στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής, επειδή αποτελούν πλούσιες πηγές ωμέγα-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, ιδιαίτερα EPA και DHA. Αυτά τα λιπαρά οξέα έχουν αντιφλεγμονώδεις και αντιθρομβωτικές επιδράσεις, βελτιώνουν τον μεταβολισμό των λιπιδίων και συμβάλλουν στην καρδιαγγειακή και νευρολογική υγεία. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα τριγλυκεριδίων, βελτιωμένη ενδοθηλιακή λειτουργία και χαμηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (Finicelli et al., 2022; Scaglione et al., 2025).

Οι ξηροί καρποί και οι σπόροι παρέχουν υγιή λίπη, φυτικές πρωτεΐνες, μαγνήσιο, βιταμίνη E και φυτοστερόλες. Οι βιολογικές τους δράσεις περιλαμβάνουν τη μείωση της χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL), τη βελτίωση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη και τη μείωση του οξειδωτικού στρες. Η μέτρια κατανάλωση κόκκινου κρασιού, ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της Μεσογειακής Διατροφής, συμβάλλει στην πρόσληψη πολυφαινόλων όπως η ρεσβερατρόλη, οι οποίες εμφανίζουν αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες όταν καταναλώνονται υπεύθυνα και με μέτρο (Fekete et al., 2025; Schwingshackl et al., 2019).

Πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία υποδηλώνουν επίσης ότι η Μεσογειακή Διατροφή επηρεάζει την γονιδιακή έκφραση και τους επιγενετικούς μηχανισμούς. Οι βιοδραστικές ενώσεις, ιδιαίτερα οι πολυφαινόλες και τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, μπορούν να ρυθμίζουν τα φλεγμονώδη γονίδια, να βελτιώνουν τη μιτοχονδριακή λειτουργία και να προάγουν την υγιή γήρανση. Επιπλέον, η συνεργιστική αλληλεπίδραση μεταξύ των θρεπτικών συστατικών φαίνεται να είναι πιο ευεργετική από τη μεμονωμένη δράση μεμονωμένων θρεπτικών συστατικών (Picone et al., 2024; Saad et al., 2025).

Τα θρεπτικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής ασκούν πολλαπλές βιολογικές δράσεις που υποστηρίζουν την καρδιαγγειακή, μεταβολική, γνωστική και ανοσοποιητική υγεία. Ο συνδυασμός υγιεινών λιπαρών, αντιοξειδωτικών, φυτικών ινών, βιταμινών, μετάλλων και βιοδραστικών ενώσεων την καθιστά ένα αποτελεσματικό διατροφικό μοντέλο για την πρόληψη χρόνιων παθήσεων και την προώθηση της μακροζωίας.

1.4. Δείκτες αξιολόγησης προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή

Οι δείκτες αξιολόγησης της συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή Διατροφή είναι σημαντικά επιστημονικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόσο πιστά τα άτομα ακολουθούν τις αρχές του παραδοσιακού μεσογειακού διατροφικού προτύπου. Αυτοί οι δείκτες χρησιμοποιούνται ευρέως στη διατροφική επιδημιολογία, την κλινική πρακτική και την έρευνα δημόσιας υγείας για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και των αποτελεσμάτων για την υγεία. Επειδή η Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με μειωμένους κινδύνους καρδιαγγειακών παθήσεων, παχυσαρκίας, διαβήτη, νευροεκφυλιστικών διαταραχών και θνησιμότητας, οι αξιόπιστες μέθοδοι αξιολόγησης είναι απαραίτητες για τη μέτρηση της συμμόρφωσης με τη διατροφή και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης (Frank et al., 2025; Godos et al., 2025).

Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της συμμόρφωσης είναι το Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της μελέτης PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) στην Ισπανία. Το ερωτηματολόγιο MEDAS αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν τη συχνότητα και την ποσότητα κατανάλωσης χαρακτηριστικών μεσογειακών τροφίμων και συνηθειών, όπως η πρόσληψη ελαιολάδου, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, τα όσπρια, τα ψάρια, οι ξηροί καρποί, το κρασί και η περιορισμένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος, βουτύρου, γλυκών και ζαχαρούχων ποτών. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται είτε με 0 είτε με 1, με αποτέλεσμα μια συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 έως 14. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση με τη Μεσογειακή Διατροφή (Martínez-González et al., 2012).

Ένας άλλος δείκτης που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η Βαθμολογία Μεσογειακής Διατροφής (MDS), η οποία αναπτύχθηκε αρχικά από την Τριχοπούλου και τους συνεργάτες της. Αυτός ο δείκτης αξιολογεί την προσήλωση με βάση τη μέση πρόσληψη ωφέλιμων και μη ωφέλιμων ομάδων τροφίμων. Τα ωφέλιμα συστατικά περιλαμβάνουν λαχανικά, φρούτα, όσπρια, δημητριακά, ψάρια και την αναλογία μονοακόρεστων προς κορεσμένα λιπαρά, ενώ το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα

θεωρούνται λιγότερο ευνοϊκά όταν καταναλώνονται σε υπερβολική ποσότητα. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ περιλαμβάνεται επίσης ως θετικό χαρακτηριστικό. Η MDS έχει εφαρμοστεί εκτενώς σε πληθυσμιακές μελέτες και έχει δείξει ισχυρές συσχετίσεις με χαμηλότερη θνησιμότητα και συχνότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων (Trichopoulou et al., 2003).

Πρόσθετα εργαλεία περιλαμβάνουν την εναλλακτική βαθμολογία μεσογειακής διατροφής (aMED), τη σχετική βαθμολογία μεσογειακής διατροφής (rMED) και τη βαθμολογία MEDI-LITE. Αυτοί οι δείκτες προσαρμόζουν τις αρχές της μεσογειακής διατροφής σε διαφορετικούς πληθυσμούς και ερευνητικά πλαίσια. Για παράδειγμα, η aMED σχεδιάστηκε κυρίως για μη μεσογειακούς πληθυσμούς και τροποποιεί ορισμένα κριτήρια βαθμολόγησης ώστε να αντικατοπτρίζει καλύτερα τις δυτικές διατροφικές συνήθειες. Η rMED χρησιμοποιεί ένα πιο λεπτομερές σύστημα βαθμολόγησης και αξιολογεί την πρόσληψη τροφής σε γραμμάρια, ενώ η MEDI-LITE προσφέρει μια απλοποιημένη και πρακτική μέθοδο για κλινικά περιβάλλοντα (Godos et al., 2025).

Η σύγχρονη έρευνα υπογραμμίζει ότι οι δείκτες προσήλωσης στη Μεσογειακή Διατροφή δεν σχετίζονται μόνο με τα αποτελέσματα της σωματικής υγείας, αλλά και με την ψυχολογική ευεξία, την ποιότητα ζωής και την περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση. Πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο MEDAS έχουν δείξει ότι η υψηλότερη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με καλύτερη ακαδημαϊκή επίδοση, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση για τη βιωσιμότητα (Alfaro-González et al., 2024; Başar Gökcen et al., 2026).

Μια σημαντική πτυχή αυτών των δεικτών είναι η επικύρωσή τους σε διαφορετικές χώρες και πολιτισμικά πλαίσια. Το ερωτηματολόγιο MEDAS, για παράδειγμα, έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί σε διάφορες γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών, των αγγλικών, των γερμανικών και των κορεατικών, επιδεικνύοντας αποδεκτή αξιοπιστία και ακρίβεια για την αξιολόγηση της τήρησης της Μεσογειακής Διατροφής σε ποικίλους πληθυσμούς (Michalis & Costarelli, 2021).

Συμπερασματικά, οι δείκτες αξιολόγησης της τήρησης της Μεσογειακής Διατροφής αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για την αξιολόγηση της διατροφικής ποιότητας και την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων για την υγεία. Εργαλεία όπως τα MEDAS, MDS, aMED και rMED παρέχουν στους ερευνητές και τους επαγγελματίες υγείας τυποποιημένες μεθόδους για την αξιολόγηση της τήρησης αυτού του υγιεινού

διατροφικού προτύπου. Η συνεχής ανάπτυξη και επικύρωσή τους συμβάλλουν σημαντικά στην επιστήμη της διατροφής και στην προληπτική ιατρική.

1.5. Η Μεσογειακή Διατροφή στον ελληνικό πληθυσμό σήμερα

Η Μεσογειακή Διατροφή παραμένει ένα σημαντικό μέρος της ελληνικής πολιτιστικής ταυτότητας και διατροφικής κληρονομιάς, αν και σημαντικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες έχουν συμβεί τις τελευταίες δεκαετίες. Παραδοσιακά, η ελληνική Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηριζόταν από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, δημητριακών ολικής αλέσεως, ψαριών και μέτριας πρόσληψης κρασιού, μαζί με περιορισμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων. Αυτό το διατροφικό πρότυπο συσχετίστηκε με χαμηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων και αυξημένο προσδόκιμο ζωής, ιδιαίτερα κατά τα μέσα του εικοστού αιώνα (Trichoroulou et al., 2003).

Σήμερα, ωστόσο, ο ελληνικός πληθυσμός απομακρύνεται σταδιακά από το παραδοσιακό μεσογειακό διατροφικό μοντέλο. Η παγκοσμιοποίηση, η αστικοποίηση, οι οικονομικές πιέσεις και η ευρεία διαθεσιμότητα υπερεπεξεργασμένων τροφίμων έχουν συμβάλει στην υιοθέτηση πιο δυτικοποιημένων διατροφικών συνηθειών. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη κατανάλωση fast food, ζαχαρούχων ποτών, επεξεργασμένων σνακ και κόκκινου κρέατος, ειδικά μεταξύ των νεότερων γενεών. Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή στην Ελλάδα είναι πλέον μέτρια και όχι υψηλή, παρά το γεγονός ότι η χώρα ιστορικά θεωρείται μία από τις βασικές μεσογειακές περιοχές (Martimianaki et al., 2022; Papadaki et al., 2023).

Μια εθνική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα διαπίστωσε ότι μόνο περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων επιδεικνύουν υψηλή προσήλωση στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, ενώ οι νεότεροι ενήλικες και οι έφηβοι εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προσήλωσης. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, το μορφωτικό επίπεδο, ο αστικός τρόπος ζωής και η μειωμένη μαγειρική στο σπίτι φαίνεται να επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές. Οι έφηβοι και οι φοιτητές πανεπιστημίου ειδικότερα συχνά καταναλώνουν λιγότερα φρούτα, λαχανικά και όσπρια και περισσότερα επεξεργασμένα τρόφιμα και ζαχαρούχα προϊόντα (Alexatou et al., 2026; Papadaki et al., 2023).

Παρά τις αλλαγές αυτές, σημαντικά στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής παραμένουν παρόντα στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων. Το ελαιόλαδο εξακολουθεί να αποτελεί το κύριο μαγειρικό λίπος και τα παραδοσιακά πιάτα με βάση τα όσπρια, τα λαχανικά, τα βότανα και τα θαλασσινά εξακολουθούν να καταναλώνονται ευρέως, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και μεταξύ των ηλικιωμένων. Μελέτες δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή στην Ελλάδα εμφανίζουν καλύτερη καρδιαγγειακή υγεία, χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, βελτιωμένη ψυχική υγεία και καλύτερη ποιότητα ύπνου (Alexatou et al., 2026; Dakanalis et al., 2026).

Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας και μεταβολικών νοσημάτων στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ανησυχίες στους ειδικούς δημόσιας υγείας. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει επί του παρόντος υψηλά ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά, κάτι που συνδέεται εν μέρει με τη μειωμένη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή και τον αυξημένο καθιστικό τρόπο ζωής (Vourdoubas, 2024). Συνεπώς, πολλές πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας στοχεύουν στην προώθηση των παραδοσιακών μεσογειακών διατροφικών συνηθειών μέσω προγραμμάτων διατροφικής εκπαίδευσης, σχολικών παρεμβάσεων και εθνικών εκστρατειών υγείας.

Η σύγχρονη έρευνα δίνει επίσης έμφαση στη βιωσιμότητα της Μεσογειακής Διατροφής. Στην Ελλάδα, η προώθηση τοπικών, εποχιακών και ελάχιστα επεξεργασμένων τροφίμων συνδέεται ολοένα και περισσότερο όχι μόνο με οφέλη για την υγεία, αλλά και με την προστασία του περιβάλλοντος και τα βιώσιμα συστήματα τροφίμων (Koundouri et al., 2025). Συνεπώς, η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται πλέον τόσο ως διατροφικό μοντέλο όσο και ως μια βιώσιμη προσέγγιση τρόπου ζωής για τη σύγχρονη ελληνική κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Πρόληψη

2.1. Ορισμός και κατηγορίες καρδιαγγειακών νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ) είναι μια ομάδα διαταραχών που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για περίπου 18 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, γεγονός που τα καθιστά μια σημαντική παγκόσμια πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Τα ΚΑΝ περιλαμβάνουν παθήσεις που επηρεάζουν τη στεφανιαία κυκλοφορία, την εγκεφαλική κυκλοφορία, τα περιφερικά αιμοφόρα αγγεία και τη δομή ή τη λειτουργία της ίδιας της καρδιάς (World Health Organization, 2024).

Ο όρος καρδιαγγειακή νόσος περιλαμβάνει διάφορες κατηγορίες διαταραχών. Μία από τις πιο συνηθισμένες μορφές είναι η στεφανιαία νόσος (ΣΝ), γνωστή και ως ισχαιμική καρδιοπάθεια. Αυτή η πάθηση εμφανίζεται όταν οι στεφανιαίες αρτηρίες στενώνουν ή φράσσονται λόγω αθηροσκλήρωσης, μειώνοντας τη ροή του αίματος προς τον καρδιακό μυ. Η ΣΝ μπορεί να οδηγήσει σε στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή), η οποία εμφανίζεται όταν η παροχή αίματος σε μέρος της καρδιάς διακόπτεται εντελώς (Libby et al., 2019).

Μια άλλη σημαντική κατηγορία είναι η εγκεφαλοαγγειακή νόσος, η οποία επηρεάζει τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο. Η πιο συχνή εκδήλωση είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, το οποίο μπορεί να είναι ισχαιμικό, που προκαλείται από απόφραξη της ροής του αίματος, ή αιμορραγικό, που προκαλείται από ρήξη αιμοφόρου αγγείου. Το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί σημαντική αιτία αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως (Feigin et al., 2021).

Η περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΕΝ) είναι μια άλλη μορφή καρδιαγγειακής νόσου που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ροή αίματος στα άκρα, ιδιαίτερα στα πόδια, λόγω στένωσης των αρτηριών. Τα συμπτώματα συχνά περιλαμβάνουν πόνο κατά το περπάτημα, μούδιασμα και μειωμένη κινητικότητα. Η ΠΕΝ σχετίζεται έντονα με το κάπνισμα, τον διαβήτη και την υπέρταση (Gerhard-Herman et al., 2017).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις περιλαμβάνουν επίσης την καρδιακή ανεπάρκεια, μια χρόνια πάθηση κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να αντλήσει αρκετό αίμα για να καλύψει τις ανάγκες του σώματος. Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε

στεφανιαία νόσο, υπέρταση ή μυοκαρδιοπάθεια. Οι αρρυθμίες, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή, αντιπροσωπεύουν διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (Heidenreich et al., 2022).

Πρόσθετες κατηγορίες περιλαμβάνουν τις συγγενείς καρδιοπάθειες, οι οποίες είναι δομικές ανωμαλίες που υπάρχουν κατά τη γέννηση, και τις βαλβιδοπάθειες, οι οποίες περιλαμβάνουν δυσλειτουργία μίας ή περισσότερων καρδιακών βαλβίδων. Οι ρευματικές καρδιοπάθειες, που συχνά προκύπτουν από μη θεραπευμένη στρεπτοκοκκική λοίμωξη, παραμένουν συχνές σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (World Health Organization, 2024).

Η ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων επηρεάζεται τόσο από τροποποιήσιμους όσο και από μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Τροποποιήσιμοι παράγοντες περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή, τη σωματική αδράνεια, την παχυσαρκία, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και τη δυσλιπιδαιμία. Σύγχρονα στοιχεία υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο των προληπτικών στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης της τήρησης υγιεινών διατροφικών προτύπων όπως η Μεσογειακή Διατροφή, η τακτική σωματική δραστηριότητα και η διακοπή του καπνίσματος, στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Visseren et al., 2021). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μια ευρεία ομάδα διαταραχών που επηρεάζουν την καρδιά και το αγγειακό σύστημα. Η ταξινόμησή τους περιλαμβάνει στεφανιαίες, εγκεφαλοαγγειακές, περιφερικές, δομικές και σχετιζόμενες με τον ρυθμό παθήσεις. Η κατανόηση αυτών των κατηγοριών είναι απαραίτητη για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική διαχείριση.

2.2. Παράγοντες κινδύνου

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζονται από ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, υπέρτασης, καρδιακής ανεπάρκειας και εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου γενικά ταξινομούνται σε τροποποιήσιμες και μη τροποποιήσιμες κατηγορίες. Η κατανόησή τους είναι απαραίτητη για την πρόληψη και τις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, καθώς πολλά καρδιαγγειακά συμβάντα μπορούν να αποφευχθούν μέσω της τροποποίησης του τρόπου ζωής και της έγκαιρης ιατρικής αντιμετώπισης (Visseren et al., 2021).

Οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη γενετική προδιάθεση και το οικογενειακό ιστορικό. Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία, επειδή η αγγειακή λειτουργία μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Οι άνδρες γενικά αναπτύσσουν καρδιαγγειακά νοσήματα νωρίτερα από τις γυναίκες, αν και οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες βιώνουν σημαντική αύξηση του κινδύνου λόγω ορμονικών αλλαγών. Το οικογενειακό ιστορικό πρόωρης καρδιαγγειακής νόσου αυξάνει επίσης την ευαισθησία, υποδεικνύοντας τον σημαντικό ρόλο των γενετικών και κληρονομικών παραγόντων (Arnett et al., 2019).

Μεταξύ των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, η υπέρταση θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία και αυξάνει το φόρτο εργασίας της καρδιάς, οδηγώντας σε στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή ανεπάρκεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υπέρταση επηρεάζει περισσότερους από ένα δισεκατομμύριο ανθρώπους παγκοσμίως και παραμένει ανεπαρκώς ελεγχόμενη σε πολλούς πληθυσμούς (WHO, 2024).

Η δυσλιπιδαιμία, ιδιαίτερα τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) και τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL), είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου. Η περίσσεια χοληστερόλης LDL προάγει τον σχηματισμό αθηροσκληρωτικών πλακών στα αρτηριακά τοιχώματα, μειώνοντας τη ροή του αίματος και τη στένωση των αιμοφόρων αγγείων. Σύγχρονα στοιχεία καταδεικνύουν ότι η μείωση της χοληστερόλης LDL μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου (Ference et al., 2017).

Το κάπνισμα συνδέεται στενά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, επειδή ο καπνός του τσιγάρου βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία, προάγει τη φλεγμονή, αυξάνει την αρτηριακή πίεση και επιταχύνει την αθηροσκλήρωση. Οι καπνιστές διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αυξάνει επίσης τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Banks et al., 2019).

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου, καθώς η χρόνια υπεργλυκαιμία βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία και συμβάλλει στην ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και φλεγμονή. Τα άτομα με διαβήτη διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου και περιφερικής

αρτηριακής νόσου (Low Wang et al., 2016). Η παχυσαρκία, ιδιαίτερα η κεντρική ή κοιλιακή παχυσαρκία, αυξάνει περαιτέρω τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μέσω της συσχέτισής της με την αντίσταση στην ινσουλίνη, την υπέρταση και τη δυσλιπιδαιμία.

Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, παίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, trans λιπαρά, αλάτι και επεξεργασμένα τρόφιμα συμβάλλουν στην παχυσαρκία, την υπέρταση και τα μη φυσιολογικά λιπιδαιμικά προφίλ. Αντίθετα, η προσήλωση σε υγιεινά διατροφικά πρότυπα, όπως η Μεσογειακή Διατροφή, έχει συσχετιστεί με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο λόγω των αντιφλεγμονωδών και καρδιοπροστατευτικών επιδράσεών της (Estruch et al., 2018). Η έλλειψη σωματικής άσκησης συμβάλλει επίσης στην παχυσαρκία και τη μεταβολική δυσλειτουργία, ενώ η τακτική άσκηση βελτιώνει την καρδιαγγειακή υγεία και την αγγειακή υγεία.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως το χρόνιο στρες, η κατάθλιψη, το άγχος, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η κοινωνική απομόνωση, αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο ως σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Η σύγχρονη έρευνα υπογραμμίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των καρδιαγγειακών αποτελεσμάτων μέσω ορμονικών, φλεγμονωδών και συμπεριφορικών μηχανισμών (Kivimäki & Steptoe, 2018). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκύπτουν από την αλληλεπίδραση πολλαπλών τροποποιήσιμων και μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. Οι στρατηγικές πρόληψης που επικεντρώνονται σε υγιεινές συνήθειες τρόπου ζωής, έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση παραγόντων κινδύνου παραμένουν απαραίτητες για τη μείωση του παγκόσμιου φορτίου των καρδιαγγειακών παθήσεων.

2.3. Πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί σημαντική προτεραιότητα δημόσιας υγείας, επειδή αυτές οι ασθένειες παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Οι στρατηγικές πρόληψης επικεντρώνονται στη μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών τρόπου ζωής που προστατεύουν την καρδιαγγειακή υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να προληφθούν

μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων που στοχεύουν σε συμπεριφορικούς, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου (ΠΟΥ, 2024).

Ένα από τα πιο σημαντικά προληπτικά μέτρα είναι η διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής. Η σύγχρονη έρευνα υποστηρίζει σθεναρά τη Μεσογειακή Διατροφή ως ένα αποτελεσματικό διατροφικό μοντέλο για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτό το διατροφικό πρότυπο, πλούσιο σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, ψάρια, ξηρούς καρπούς και ελαιόλαδο, έχει συσχετιστεί με μειωμένη φλεγμονή, βελτιωμένο λιπιδαιμικό προφίλ και χαμηλότερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου (Estruch et al., 2018). Ο περιορισμός των κορεσμένων λιπαρών, των trans λιπαρών, του αλατιού, της ζάχαρης και των επεξεργασμένων τροφίμων συμβάλλει επίσης στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα είναι ένα άλλο βασικό συστατικό της καρδιαγγειακής πρόληψης. Οι διεθνείς οδηγίες συνιστούν τουλάχιστον 150 λεπτά αερόβιας άσκησης μέτριας έντασης την εβδομάδα. Η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει την καρδιαγγειακή υγεία, βοηθά στη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, μειώνει την αρτηριακή πίεση και βελτιώνει τον μεταβολισμό της γλυκόζης (Visseren et al., 2021). Ο καθιστικός τρόπος ζωής, αντίθετα, αυξάνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι εξίσου απαραίτητη, καθώς η χρήση καπνού βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία, επιταχύνει την αθηροσκλήρωση και αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικού επεισοδίου. Η αποφυγή της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα μειώνει επίσης τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Banks et al., 2019). Επιπλέον, η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και η πρόληψη της παχυσαρκίας είναι κρίσιμες, επειδή η παχυσαρκία συνδέεται στενά με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και τη δυσλιπιδαιμία.

Οι στρατηγικές ιατρικής πρόληψης περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική διαχείριση της υπέρτασης, του διαβήτη και της υψηλής χοληστερόλης. Ο τακτικός έλεγχος και η κατάλληλη φαρμακολογική θεραπεία μειώνουν σημαντικά τις καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σύγχρονα στοιχεία υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της ψυχοκοινωνικής υγείας, της διαχείρισης του στρες και του επαρκούς ύπνου στην καρδιαγγειακή πρόληψη (Kivimäki & Steptoe, 2018). Η πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που συνδυάζει υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής, τακτική ιατρική παρακολούθηση και

παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Η έγκαιρη πρόληψη και η εκπαίδευση παραμένουν απαραίτητες για τη μείωση του παγκόσμιου βάρους των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

2.4. Ο ρόλος της διατροφής στην καρδιαγγειακή υγεία

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με την καρδιαγγειακή υγεία, για τον λόγο ότι οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη και την εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων (CVDs). Επιστημονικά στοιχεία έχουν δείξει επανειλημμένα ότι τα ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα συμβάλλουν σε σημαντικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια φλεγμονή. Αντίθετα, οι ισορροπημένες και πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά δίαιτες υποστηρίζουν την αγγειακή λειτουργία, βελτιώνουν την μεταβολική υγεία και μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Visseren et al., 2021).

Ένας από τους κύριους τρόπους με τους οποίους η διατροφή επηρεάζει την καρδιαγγειακή υγεία είναι μέσω της ρύθμισης των λιπιδίων. Οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και trans λιπαρά αυξάνουν τα επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL), προάγοντας την αθηροσκλήρωση και τον σχηματισμό πλάκας στα αρτηριακά τοιχώματα. Αντίθετα, οι δίαιτες πλούσιες σε ακόρεστα λιπαρά, ειδικά σε μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, βοηθούν στη μείωση της LDL χοληστερόλης και στη βελτίωση των επιπέδων χοληστερόλης υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL). Το ελαιόλαδο, οι ξηροί καρποί, οι σπόροι και τα λιπαρά ψάρια αποτελούν σημαντικές πηγές αυτών των ωφέλιμων λιπαρών (Ference et al., 2017).

Η Μεσογειακή Διατροφή αναγνωρίζεται ευρέως ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά διατροφικά μοντέλα για την καρδιαγγειακή προστασία. Αυτό το διατροφικό πρότυπο δίνει έμφαση στα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα ψάρια, το ελαιόλαδο και τη μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ περιορίζει τα επεξεργασμένα τρόφιμα, το κόκκινο κρέας και τα ραφινάρισματάκια. Έρευνα από τη δοκιμή PREDIMED έδειξε ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή μείωσε σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου και του εγκεφαλικού επεισοδίου (Estruch et al., 2018).

Οι φυτικές ίνες παίζουν επίσης σημαντικό καρδιοπροστατευτικό ρόλο. Τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως, βελτιώνουν τον μεταβολισμό των λιπιδίων, ρυθμίζουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και υποστηρίζουν την υγιή μικροχλωρίδα του εντέρου. Η αυξημένη πρόσληψη φυτικών ινών έχει συσχετιστεί με μειωμένη αρτηριακή πίεση, βελτιωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη και χαμηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα (Reynolds et al., 2019).

Η υπερβολική πρόσληψη νατρίου είναι ένας άλλος διατροφικός παράγοντας που συνδέεται στενά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Η υψηλή κατανάλωση νατρίου συμβάλλει στην υπέρταση, έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακές παθήσεις. Οι διεθνείς οργανισμοί υγείας συνιστούν τη μείωση της πρόσληψης αλατιού και την αύξηση της κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε κάλιο, όπως φρούτα και λαχανικά, για την υποστήριξη της ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης (WHO, 2023).

Τα αντιοξειδωτικά και οι βιοδραστικές ενώσεις που βρίσκονται στις φυτικές τροφές συμβάλλουν επίσης στην καρδιαγγειακή προστασία. Οι πολυφαινόλες, τα φλαβονοειδή, τα καροτενοειδή και οι βιταμίνες όπως η βιταμίνη C και η βιταμίνη E βοηθούν στη μείωση του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής, τα οποία εμπλέκονται στην παθογένεση της αθηροσκλήρωσης. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα από τα ψάρια και τα θαλασσινά ασκούν επιπλέον αντιφλεγμονώδη και αντιθρομβωτική δράση (Calder, 2017).

Η σύγχρονη έρευνα υπογραμμίζει ολοένα και περισσότερο τη σημασία των συνολικών διατροφικών προτύπων και όχι των μεμονωμένων θρεπτικών συστατικών. Τα βιώσιμα και ισορροπημένα διατροφικά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένης της Μεσογειακής Διατροφής, όχι μόνο βελτιώνουν τα καρδιαγγειακά αποτελέσματα, αλλά υποστηρίζουν επίσης την περιβαλλοντική βιωσιμότητα και τη μακροπρόθεσμη δημόσια υγεία (Willett et al., 2019). Η διατροφή αποτελεί κεντρικό παράγοντα για την καρδιαγγειακή υγεία. Οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες μπορούν να αποτρέψουν ή να μειώσουν τους κύριους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και να μειώσουν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Ως εκ τούτου, οι διατροφικές παρεμβάσεις παραμένουν ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης και διαχείρισης των καρδιαγγειακών παθήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Μεσογειακή Διατροφή και η Σχέση της με τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

3.1. Επιδημιολογικές μελέτες και κλινικά δεδομένα

Η Μεσογειακή Διατροφή έχει μελετηθεί εκτενώς για τον προστατευτικό της ρόλο έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων (CVDs) και θεωρείται ένα από τα πιο αποτελεσματικά διατροφικά πρότυπα για την καρδιαγγειακή πρόληψη. Επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμές καταδεικνύουν σταθερά ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, υπέρτασης και καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Αυτή η προστατευτική επίδραση αποδίδεται στην υψηλή περιεκτικότητα της διατροφής σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς και ψάρια, σε συνδυασμό με τη χαμηλή κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων και κόκκινου κρέατος (Willett et al., 1995).

Η σχέση μεταξύ της Μεσογειακής Διατροφής και της καρδιαγγειακής υγείας επισημάνθηκε για πρώτη φορά μέσω της Μελέτης Επτά Χωρών που διεξήγαγε ο Ancel Keys κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και του 1960. Η μελέτη παρατήρησε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων μεταξύ των πληθυσμών στην Ελλάδα και τη νότια Ιταλία σε σύγκριση με τους πληθυσμούς της Βόρειας Ευρώπης και της Αμερικής. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι παραδοσιακές μεσογειακές διατροφικές συνήθειες συνέβαλαν στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και στη μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας (Keys, 1970).

Μία από τις πιο σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες διεξήχθη από τους Trichopoulou et al. (2003), οι οποίοι εξέτασαν την προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σε ελληνικό πληθυσμό. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή συσχετίστηκε με σημαντική μείωση της συνολικής θνησιμότητας και των καρδιαγγειακών θανάτων. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί σε μεγάλες προοπτικές μελέτες κοόρτης σε όλη την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, επιβεβαιώνοντας τις καρδιοπροστατευτικές επιδράσεις αυτού του διατροφικού προτύπου (Sofi et al., 2014).

Τα κλινικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη Μεσογειακή Διατροφή έγιναν ιδιαίτερα ισχυρά μετά την τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή PREDIMED (Prevención

con Dieta Mediterránea) στην Ισπανία. Αυτή η ορόσημο μελέτη κατέδειξε ότι οι συμμετέχοντες που ακολούθησαν μια Μεσογειακή Διατροφή συμπληρωμένη με εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο ή ξηρούς καρπούς παρουσίασαν μείωση περίπου 30% στα σοβαρά καρδιαγγειακά επεισόδια σε σύγκριση με άτομα που ακολούθησαν μια δίαιτα χαμηλών λιπαρών (Estruch et al., 2018). Η Μεσογειακή Διατροφή βελτίωσε το λιπιδαιμικό προφίλ, μείωσε τη φλεγμονή, βελτίωσε την ενδοθηλιακή λειτουργία και μείωσε το οξειδωτικό στρες, τα οποία αποτελούν σημαντικούς μηχανισμούς στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σύγχρονες έρευνες υποδεικνύουν επίσης ότι η Μεσογειακή Διατροφή επηρεάζει θετικά πολλαπλούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, η παχυσαρκία, η αντίσταση στην ινσουλίνη και η δυσλιπιδαιμία. Οι αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές της ιδιότητες, που προέρχονται κυρίως από τις πολυφαινόλες του ελαιολάδου, τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, τις φυτικές ίνες και τα φυτικά αντιοξειδωτικά, συμβάλλουν στην αγγειακή προστασία και στη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας (Widmer et al., 2015).

Οι μετα-αναλύσεις και οι συστηματικές ανασκοπήσεις επιβεβαιώνουν περαιτέρω ότι η υψηλότερη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας και επαναλαμβανόμενων καρδιαγγειακών επεισοδίων. Επιπλέον, οι τρέχουσες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας συνιστούν τη Μεσογειακή Διατροφή ως κύρια διατροφική στρατηγική για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων (Visseren et al., 2021). Τα επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα υποστηρίζουν σθεναρά τη Μεσογειακή Διατροφή ως ένα αποτελεσματικό διατροφικό μοντέλο για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι ευεργετικές της επιδράσεις στους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και τα μακροπρόθεσμα καρδιαγγειακά αποτελέσματα την καθιστούν ακρογωνιαίο λίθο της προληπτικής καρδιολογίας και της διατροφής δημόσιας υγείας.

3.2. Μηχανισμοί προστατευτικής δράσης της μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή ασκεί προστατευτική δράση στην ανθρώπινη υγεία μέσω πολλαπλών βιολογικών μηχανισμών που συμβάλλουν στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων, μεταβολικών διαταραχών και χρόνιας φλεγμονής. Αυτό το διατροφικό πρότυπο είναι πλούσιο σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής

αλέσεως, ελαιόλαδο, ψάρια και ξηρούς καρπούς, τα οποία παρέχουν βιοδραστικές ενώσεις όπως πολυφαινόλες, φυτικές ίνες, βιταμίνες, μέταλλα και ακόρεστα λιπαρά οξέα. Αυτά τα θρεπτικά συστατικά αλληλεπιδρούν συνεργιστικά για να βελτιώσουν την ενδοθηλιακή λειτουργία, να ρυθμίσουν τον μεταβολισμό των λιπιδίων, να μειώσουν το οξειδωτικό στρες και να καταστείλουν τις φλεγμονώδεις οδούς (Widmer et al., 2015). Σύγχρονα στοιχεία υποδηλώνουν επίσης ότι η Μεσογειακή Διατροφή επηρεάζει θετικά τη σύνθεση του εντερικού μικροβιώματος και την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τη φλεγμονή και τον μεταβολισμό (Finicelli et al., 2022). Οι προστατευτικοί μηχανισμοί της διατροφής δεν βασίζονται επομένως σε ένα μόνο θρεπτικό συστατικό αλλά στη συνδυασμένη δράση των θρεπτικών συστατικών της, τα οποία υποστηρίζουν την καρδιαγγειακή και μεταβολική υγεία, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων.

3.2.1. Αντιφλεγμονώδης δράση

Ένας από τους σημαντικότερους προστατευτικούς μηχανισμούς της Μεσογειακής Διατροφής είναι η αντιφλεγμονώδης δράση της. Η χρόνια φλεγμονή χαμηλού βαθμού παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων, παχυσαρκίας, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και αθηροσκλήρωσης. Η Μεσογειακή Διατροφή περιέχει πολυάριθμα αντιφλεγμονώδη θρεπτικά συστατικά και βιοδραστικές ενώσεις που βοηθούν στη ρύθμιση των φλεγμονωδών διεργασιών και στη μείωση της βλάβης των ιστών (Calder, 2017).

Το εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο είναι ένα βασικό συστατικό που ευθύνεται για πολλές αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις λόγω της υψηλής συγκέντρωσης μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και πολυφαινόλων όπως η ολεοκανθάλη και η υδροξυτυροσόλη. Αυτές οι ενώσεις αναστέλλουν τους φλεγμονώδεις μεσολαβητές και μειώνουν την παραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών όπως η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) και ο παράγοντας νέκρωσης όγκων-άλφα (TNF-α) (Schwingshackl et al., 2020). Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα από ψάρια και θαλασσινά συμβάλλουν επίσης στη ρύθμιση της φλεγμονής μειώνοντας τις φλεγμονώδεις σηματοδοτικές οδούς και βελτιώνοντας την ενδοθηλιακή λειτουργία.

Επιπλέον, τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια και τα δημητριακά ολικής αλέσεως είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά, βιταμίνες και φυτικές ίνες που υποστηρίζουν

την ποικιλομορφία του εντερικού μικροβιώματος και προάγουν την παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσίδας με αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Έρευνα από τη μελέτη PREDIMED έδειξε ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή μείωσε σημαντικά τους βιοδείκτες συστηματικής φλεγμονής, συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) (Estruch et al., 2018).

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν επίσης ότι η Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να τροποποιεί τις επιγενετικές και ανοσολογικές αποκρίσεις, συμβάλλοντας στη μακροπρόθεσμη προστασία από φλεγμονώδεις ασθένειες (Finicelli et al., 2022). Επομένως, οι αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις της αποτελούν έναν σημαντικό μηχανισμό που διέπει τα καρδιοπροστατευτικά και μεταβολικά της οφέλη.

3.2.2. Ρύθμιση των λιπιδίων του αίματος

Η Μεσογειακή Διατροφή συμβάλλει σημαντικά στη ρύθμιση των λιπιδίων του αίματος, μειώνοντας έτσι τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η δυσλιπιδαιμία, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL) και μειωμένη χοληστερόλη λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL), αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αθηροσκλήρωση και τη στεφανιαία νόσο (Ference et al., 2017).

Ένα κεντρικό χαρακτηριστικό της Μεσογειακής Διατροφής είναι η αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών με μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά, που προέρχονται κυρίως από ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς, σπόρους και ψάρια. Το ελαιόλαδο, πλούσιο σε ελαϊκό οξύ, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την LDL χοληστερόλη ενώ διατηρεί ή αυξάνει τα επίπεδα HDL χοληστερόλης. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα από τα ψάρια μειώνουν επιπλέον τις συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων και βελτιώνουν την αγγειακή λειτουργία (Calder, 2017).

Οι φυτικές ίνες από φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως συμβάλλουν επίσης στη ρύθμιση των λιπιδίων μειώνοντας την απορρόφηση χοληστερόλης στο έντερο και βελτιώνοντας τον μεταβολισμό των λιπιδίων. Κλινικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένης της δοκιμής PREDIMED, κατέδειξαν ότι η προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή βελτίωσε το λιπιδαιμικό προφίλ και μείωσε σημαντικά τα καρδιαγγειακά επεισόδια (Estruch et al., 2018).

Επιπλέον, η χαμηλή πρόσληψη επεξεργασμένων τροφών και trans λιπαρών στη διατροφή βοηθά στην πρόληψη των ανωμαλιών των λιπιδίων και υποστηρίζει τη μακροπρόθεσμη καρδιαγγειακή προστασία.

3.2.3. Αντιοξειδωτική δράση

Το οξειδωτικό στρες είναι ένας σημαντικός μηχανισμός που εμπλέκεται στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη, γήρανσης και χρόνιας φλεγμονής. Η Μεσογειακή Διατροφή ασκεί ισχυρή αντιοξειδωτική δράση επειδή είναι πλούσια σε φυσικά αντιοξειδωτικά που προέρχονται από φυτικές τροφές και ελαιόλαδο (Widmer et al., 2015).

Τα φρούτα, τα λαχανικά, οι ξηροί καρποί, τα όσπρια και τα δημητριακά ολικής αλέσεως περιέχουν υψηλά επίπεδα βιταμινών C και E, καροτενοειδών, φλαβονοειδών και πολυφαινόλων, τα οποία εξουδετερώνουν τα αντιδραστικά είδη οξυγόνου (ROS) και μειώνουν την κυτταρική βλάβη. Το εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο είναι ιδιαίτερα πλούσιο σε πολυφαινόλες όπως η υδροξυτυροσώλη και η ολεουροπεΐνη, ενώσεις που σχετίζονται με μειωμένη οξειδωτική βλάβη και βελτιωμένη ενδοθηλιακή λειτουργία (Schwingshackl et al., 2020).

Το οξειδωτικό στρες συμβάλλει στην οξείδωση της LDL χοληστερόλης, ένα σημαντικό βήμα στο σχηματισμό αθηροσκληρωτικών πλακών. Περιορίζοντας την οξείδωση της LDL, η Μεσογειακή Διατροφή βοηθά στη μείωση της αγγειακής φλεγμονής και της ανάπτυξης πλάκας. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα από τα ψάρια εμφανίζουν επίσης αντιοξειδωτικές ιδιότητες βελτιώνοντας τη μιτοχονδριακή λειτουργία και μειώνοντας την οξειδωτική βλάβη (Calder, 2017).

Σύγχρονα στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα αντιοξειδωτικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής επηρεάζουν επίσης την γονιδιακή έκφραση που σχετίζεται με τα κυτταρικά αμυντικά συστήματα και τις διαδικασίες γήρανσης. Μελέτες έχουν δείξει χαμηλότερα επίπεδα οξειδωτικών βιοδεικτών μεταξύ ατόμων με υψηλή προσήλωση

στη Μεσογειακή Διατροφή (Finicelli et al., 2022).

Συνεπώς, η αντιοξειδωτική δράση της Μεσογειακής Διατροφής αποτελεί έναν θεμελιώδη μηχανισμό που διέπει τις προστατευτικές της επιδράσεις έναντι καρδιαγγειακών και μεταβολικών παθήσεων.

3.3. Η Μεσογειακή Διατροφή ως εργαλείο πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται από την επιστημονική κοινότητα ως μια από τις πιο αποτελεσματικές διατροφικές στρατηγικές για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων (CVDs). Χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, δημητριακών ολικής αλέσεως, ξηρών καρπών, ελαιόλαδου και ψαριών, μαζί με μέτρια πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων και περιορισμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων. Αυτό το διατροφικό πρότυπο παρέχει απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και βιοδραστικές ενώσεις που συμβάλλουν στην καρδιαγγειακή προστασία μέσω αντιφλεγμονωδών, αντιοξειδωτικών και μηχανισμών ρύθμισης των λιπιδίων (Widmer et al., 2015).

Ένα από τα κύρια καρδιοπροστατευτικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής είναι η υψηλή περιεκτικότητά της σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, τα οποία προέρχονται κυρίως από εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο. Αυτά τα λίπη βοηθούν στη μείωση της χοληστερόλης λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL) και στη βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης και στεφανιαίας νόσου (Ference et al., 2017). Επιπλέον, τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα από ψάρια και θαλασσινά μειώνουν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων, βελτιώνουν την αγγειακή υγεία και ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση (Calder, 2020).

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι επίσης πλούσια σε αντιοξειδωτικά και φυτικές ίνες από φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως. Αυτά τα θρεπτικά συστατικά μειώνουν το οξειδωτικό στρες, βελτιώνουν τον μεταβολισμό της γλυκόζης και υποστηρίζουν υγιή επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Οι φυτικές ίνες συμβάλλουν επιπλέον στη μείωση της χοληστερόλης και στη διαχείριση του βάρους, δύο στοιχεία σημαντικά για την καρδιαγγειακή πρόληψη (Reynolds et al., 2019).

Επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν τον ρόλο της Μεσογειακής Διατροφής στην καρδιαγγειακή πρόληψη. Η κλινική δοκιμή PREDIMED έδειξε ότι άτομα που ακολουθούσαν Μεσογειακή Διατροφή συμπληρωμένη με ελαιόλαδο ή ξηρούς καρπούς είχαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου και του εγκεφαλικού επεισοδίου, σε σύγκριση με άτομα που ακολουθούσαν δίαιτα χαμηλών λιπαρών (Estruch et al., 2018). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η μεγαλύτερη

προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίζεται με χαμηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα και βελτιωμένα συνολικά αποτελέσματα υγείας (Trichoroulou et al., 2003).

Οι σύγχρονες κατευθυντήριες γραμμές πρόληψης καρδιαγγειακών παθήσεων από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία συστήνουν τη Μεσογειακή Διατροφή ως κύρια διατροφική προσέγγιση για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Visseren et al., 2021). Ως εκ τούτου, η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί ένα αποτελεσματικό και βιώσιμο εργαλείο για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων και την προαγωγή της μακροπρόθεσμης καρδιαγγειακής υγείας.

3.4. Ιδιαιτερότητες εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής σε νησιωτικές και ακριτικές περιοχές

Η εφαρμογή της Μεσογειακής Διατροφής σε νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και σημαντικές προκλήσεις. Παραδοσιακά, πολλές νησιωτικές κοινότητες στην περιοχή της Μεσογείου, συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών νησιών, ακολουθούσαν διατροφικά πρότυπα που ευθυγραμμίζονταν στενά με τη Μεσογειακή Διατροφή λόγω της διαθεσιμότητας τοπικών γεωργικών προϊόντων, ελαιολάδου, οσπρίων, άγριων χόρτων και θαλασσινών. Αυτοί οι πληθυσμοί ιστορικά εμφάνιζαν χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων και αυξημένη μακροζωία, όπως παρατηρήθηκε σε μελέτες που διεξήχθησαν στην Κρήτη και σε άλλα νησιά της Μεσογείου (Trichoroulou et al., 2003).

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα των νησιωτικών και απομακρυσμένων περιοχών είναι η συνεχής πρόσβαση σε τοπικά παραγόμενα και ελάχιστα επεξεργασμένα τρόφιμα. Η αλιεία, η μικρής κλίμακας γεωργία και η εποχιακή παραγωγή τροφίμων υποστηρίζουν την κατανάλωση φρέσκων λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ελαιολάδου, τα οποία αποτελούν κεντρικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής. Επιπλέον, οι παραδοσιακές μαγειρικές γνώσεις και οι κοινοτικές διατροφικές πρακτικές παραμένουν περισσότερο διατηρημένες σε ορισμένες αγροτικές νησιωτικές κοινότητες σε σύγκριση με τους αστικούς πληθυσμούς (Dernini et al., 2017).

Ωστόσο, οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές και γεωγραφικές προκλήσεις επηρεάζουν την εφαρμογή και τη διατήρηση της Μεσογειακής Διατροφής σε αυτές τις περιοχές. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα τροφίμων, οι δυσκολίες μεταφοράς, το

αυξημένο κόστος τροφίμων και οι εποχιακές πιέσεις του τουρισμού συχνά συμβάλλουν σε μεγαλύτερη εξάρτηση από τα εισαγόμενα επεξεργασμένα τρόφιμα και τις δυτικές διατροφικές συνήθειες. Τα απομακρυσμένα νησιά ενδέχεται επίσης να αντιμετωπίσουν μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, διατροφική εκπαίδευση και εξειδικευμένη διατροφική υποστήριξη (Papadaki & Scott, 2008).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι η δημογραφική αλλαγή. Η γήρανση του πληθυσμού και η μετανάστευση νεότερων κατοίκων στα αστικά κέντρα μειώνουν τη μετάδοση των παραδοσιακών διατροφικών πρακτικών μεταξύ των γενεών. Οι νεότεροι πληθυσμοί στις νησιωτικές κοινότητες υιοθετούν όλο και περισσότερο πρότυπα κατανάλωσης fast food και καθιστικό τρόπο ζωής, οδηγώντας σε μειωμένη προσήλωση στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή (Martimianaki et al., 2022).

Παρά τις δυσκολίες αυτές, τα νησιωτικά και απομακρυσμένα μέρη παρέχουν πολύτιμες ευκαιρίες για την προώθηση της βιώσιμης διατροφής και των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας. Τα τοπικά συστήματα τροφίμων που βασίζονται στην παραδοσιακή γεωργία και αλιεία υποστηρίζουν την περιβαλλοντική βιωσιμότητα, τη βιοποικιλότητα και την πολιτιστική κληρονομιά. Οι σύγχρονες στρατηγικές δημόσιας υγείας δίνουν ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στην κοινοτική διατροφική εκπαίδευση, στην υποστήριξη της τοπικής παραγωγής τροφίμων και στη διατήρηση των παραδοσιακών διατροφικών πρακτικών ως εργαλεία για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας σε απομακρυσμένους πληθυσμούς της Μεσογείου (Koundouri et al., 2025).

Εν κατακλείδι, παρόλο που τα νησιωτικά και απομακρυσμένα μέρη αντιμετωπίζουν υλικοτεχνικά και κοινωνικοοικονομικά εμπόδια, παραμένουν σημαντικά περιβάλλοντα για τη διατήρηση και την προώθηση της Μεσογειακής Διατροφής. Η ενίσχυση των τοπικών συστημάτων τροφίμων και των παραδοσιακών διατροφικών πρακτικών μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην καρδιαγγειακή υγεία, τη βιωσιμότητα και την πολιτιστική συνέχεια.

3.5. Ερευνητικά κενά και αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης

Παρά τα εκτεταμένα επιστημονικά στοιχεία που υποστηρίζουν τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής για την υγεία, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά κενά σχετικά με την εφαρμογή, την τήρηση και την αποτελεσματικότητά της σε σύγχρονους πληθυσμούς, ιδιαίτερα σε νησιωτικές και απομακρυσμένες

κοινότητες. Οι περισσότερες επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε αστικούς ή γενικούς μεσογειακούς πληθυσμούς, ενώ λιγότερες έρευνες έχουν εξετάσει τους μοναδικούς κοινωνικούς, οικονομικούς και γεωγραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συμπεριφορές σε απομονωμένες περιοχές (Dernini et al., 2017).

Ένα σημαντικό ερευνητικό κενό αφορά τη μειωμένη προσήλωση στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή μεταξύ των νεότερων γενεών. Οι σύγχρονες διατροφικές μεταβάσεις που χαρακτηρίζονται από την αυξημένη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων, fast food και ζαχαρούχων ποτών έχουν αλλάξει τα παραδοσιακά διατροφικά πρότυπα, ακόμη και σε μεσογειακές χώρες όπως η Ελλάδα (Martimianaki et al., 2022). Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τους συγκεκριμένους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές αλλαγές σε νησιωτικούς και απομακρυσμένους πληθυσμούς, όπου η πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα, οι περιορισμοί στις μεταφορές, ο τουρισμός και οι δημογραφικές αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν έντονα τις διατροφικές συμπεριφορές.

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός στην τρέχουσα έρευνα είναι η ανεπαρκής διερεύνηση του πώς οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και η προσβασιμότητα στα τρόφιμα επηρεάζουν την προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές. Παρόλο που η Μεσογειακή Διατροφή συχνά προωθείται ως ένα βιώσιμο και προσιτό διατροφικό μοντέλο, οι απομακρυσμένες κοινότητες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν υψηλότερο κόστος τροφίμων, περιορισμένη ποικιλία τροφίμων και μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της διατροφής και τα αποτελέσματα της καρδιαγγειακής υγείας (Koundouri et al., 2025).

Επιπλέον, ενώ πολλές μελέτες έχουν καταδείξει τα καρδιαγγειακά οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη για πιο τοπικά και ειδικά για τον πληθυσμό δεδομένα που να εξετάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης, τις συμπεριφορές του τρόπου ζωής και τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε απομακρυσμένες περιοχές της Μεσογείου. Τα υπάρχοντα στοιχεία υπογραμμίζουν επίσης τη μεθοδολογική μεταβλητότητα μεταξύ των εργαλείων αξιολόγησης της συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή Διατροφή, δημιουργώντας δυσκολίες στη σύγκριση ευρημάτων μεταξύ πληθυσμών (Papadaki et al., 2018).

Η αναγκαιότητα αυτής της μελέτης προκύπτει επομένως από την ανάγκη καλύτερης κατανόησης της σχέσης μεταξύ της προσήλωσης στη Μεσογειακή

Διατροφή και της καρδιαγγειακής υγείας σε συγκεκριμένους νησιωτικούς και απομακρυσμένους πληθυσμούς. Η διερεύνηση αυτών των ζητημάτων μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη στοχευμένων διατροφικών παρεμβάσεων, πολιτισμικά κατάλληλων πολιτικών δημόσιας υγείας και βιώσιμων διατροφικών στρατηγικών προσαρμοσμένων στις τοπικές ανάγκες. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση των παραδοσιακών διατροφικών πρακτικών που απειλούνται ολοένα και περισσότερο από την παγκοσμιοποίηση και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Συνεπώς, η αντιμετώπιση αυτών των ερευνητικών κενών είναι απαραίτητη όχι μόνο για τη βελτίωση της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων, αλλά και για την προώθηση της βιώσιμης διατροφής, της ισότητας στη δημόσια υγεία και της διατήρησης του πολιτισμού στις μεσογειακές κοινότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού προσκόλλησης των ενηλίκων κατοίκων ενός ακριτικού νησιού του Νοτίου Αιγαίου στη Μεσογειακή Διατροφή και η εξέταση της σχέσης της με επιλεγμένους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Ειδικότερα, η έρευνα αποσκοπεί στην καταγραφή των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού, στην αποτύπωση της συχνότητας εμφάνισης βασικών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (όπως αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης και κάπνισμα), καθώς και στη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και της καρδιαγγειακής υγείας των συμμετεχόντων. Τέλος, επιδιώκεται η ανάδειξη του ρόλου επιμέρους διατροφικών συνηθειών, όπως η κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών, ως προς τη συσχέτισή τους με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης διατυπώθηκαν οι ακόλουθες μηδενικές (H0) και εναλλακτικές (H1) υποθέσεις:

H0₁: Οι ενήλικες κάτοικοι του νησιού δεν παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή.

H1₁: Οι ενήλικες κάτοικοι του νησιού παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή.

H0₂: Δεν υπάρχει σημαντική παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στον υπό μελέτη πληθυσμό.

H1₂: Υπάρχει σημαντική παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στον υπό μελέτη πληθυσμό.

H0₃: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας.

H1₃: Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας.

H0₄: Οι επιμέρους διατροφικές συνήθειες (κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών) δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

H1₄: Οι επιμέρους διατροφικές συνήθειες (κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ποσοτική, περιγραφική και συσχετιστική έρευνα, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας. Ο σχεδιασμός της έρευνας είναι διατομεακός (cross-sectional), καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία χρονική στιγμή, χωρίς παρακολούθηση των συμμετεχόντων σε βάθος χρόνου. Η επιλογή του συγκεκριμένου σχεδιασμού επιτρέπει την αποτύπωση των διατροφικών συνηθειών και της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων, καθώς και τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών.

4.2. Δείγμα και δειγματοληψία

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 175 ενήλικα άτομα. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει της διαθεσιμότητας και της προθυμίας τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, παρατηρήθηκε υπεροχή των γυναικών (69,1%), ενώ η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν 40–49 ετών (43,4%). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (60,0%) και εργαζόμενοι (84,0%), ενώ σημαντικό ποσοστό διέθετε ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση (49,1%) . Κριτήρια ένταξης στο δείγμα αποτέλεσαν:

- η ηλικία άνω των 18 ετών,
- η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας,
- η εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα.

Ως κριτήριο αποκλεισμού θεωρήθηκε η μη πλήρης συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

4.3. Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε τρεις βασικές ενότητες:

1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατάσταση.
2. Διατροφικές συνήθειες, βασισμένες στον δείκτη προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (MEDAS), ο οποίος αξιολογεί τη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων και διατροφικών πρακτικών.
3. Δείκτες καρδιαγγειακής υγείας, οι οποίοι περιλάμβαναν αυτοαναφερόμενες πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και συμπεριφορές όπως το κάπνισμα και η μέτρηση αρτηριακής πίεσης.

Οι απαντήσεις δόθηκαν σε διχοτομική μορφή (Ναι/Όχι) ή σε κλίμακες συχνότητας. Οι κατηγορικές μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν αριθμητικά (1 = «Ναι», 2 = «Όχι»), ενώ για τις διατροφικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε αύξουσα κλίμακα, όπου οι χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης βασίστηκε σε καθιερωμένα και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία της διεθνούς βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή χρησιμοποιήθηκε το

Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), το οποίο έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο σε πληθώρα ερευνητικών μελετών.

Τα ερωτήματα που αφορούν τους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας βασίζονται σε αυτοαναφερόμενες ιατρικές διαγνώσεις και καθιερωμένους παράγοντες κινδύνου, γεγονός που ενισχύει την εννοιολογική εγκυρότητα του εργαλείου. Επιπλέον, η σαφής δομή του ερωτηματολογίου, η απλότητα των ερωτήσεων και η χρήση κατανοητής γλώσσας συνέβαλαν στην εγκυρότητα περιεχομένου, διασφαλίζοντας την ορθή κατανόηση των ερωτημάτων από τους συμμετέχοντες.

4.4. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στατιστικό λογισμικό (π.χ. SPSS). Πραγματοποιήθηκε αρχικά περιγραφική στατιστική ανάλυση, με υπολογισμό συχνοτήτων, ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων.

Για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Shapiro–Wilk. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότερες μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p < 0,05$), γεγονός που οδήγησε στη χρήση μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών. Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

4.5. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν οι βασικές αρχές της ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή ήταν εθελοντική και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς δεν συλλέχθηκαν προσωπικά στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την έρευνα

οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR), ενώ τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της μελέτης. Αρχικά, παρατίθενται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των διατροφικών συνηθειών και των παραγόντων καρδιαγγειακής υγείας των συμμετεχόντων. Τέλος, διερευνώνται οι συσχετίσεις μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας, με στόχο την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και της καρδιαγγειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.

5.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκαν αριθμητικά για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης. Συγκεκριμένα, για τις διχοτομικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η κωδικοποίηση 1 = «Ναι» και 2 = «Όχι». Αντίστοιχα, οι μεταβλητές που αφορούσαν τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων κωδικοποιήθηκαν σε αύξουσα κλίμακα, όπου οι χαμηλότερες τιμές αντιστοιχούν σε υψηλότερη συμμόρφωση με τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Ως εκ τούτου, χαμηλότερες μέσες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό υιοθέτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών, ενώ υψηλότερες τιμές αντιστοιχούν σε χαμηλότερη συμμόρφωση. Η συγκεκριμένη κωδικοποίηση ελήφθη υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και επίπεδο υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Φύλο	Ανδρας	54	30.9
	Γυναίκα	121	69.1
Ηλικία	Έως 29 ετών	28	16.0

	30–39 ετών	40	22.9
	40–49 ετών	76	43.4
	50–59 ετών	26	14.9
	60 ετών και άνω	5	2.9
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	105	60.0
	Άγαμος/η	55	31.4
	Διαζευγμένος/η	15	8.6
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	1	0.6
	Γυμνάσιο	3	1.7
	Λύκειο	47	26.9
	Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση	86	49.1
	Μεταπτυχιακές σπουδές	38	21.7
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος/η	147	84.0
	Άνεργος/η	7	4.0
	Συνταξιούχος	2	1.1
	Φοιτητής/τρια	8	4.6
	Οικιακά	11	6.3
Μόνιμος/η κάτοικος νησιού	Ναι	130	74.3
	Όχι	45	25.7
Γνώση Μεσογειακής Διατροφής	Ναι	174	99.4
	Όχι	1	0.6

Εφαρμογή Μεσογειακής Διατροφής	Ναι	143	81.7
	Όχι	32	18.3

Ο πίνακας 1 αποτυπώνει τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ως προς το φύλο, παρατηρείται υπεροχή των γυναικών, οι οποίες αποτελούν το 69,1% (N=121) του δείγματος, έναντι των ανδρών που αντιστοιχούν στο 30,9% (N=54). Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή, η μεγαλύτερη συγκέντρωση συμμετεχόντων εντοπίζεται στην κατηγορία 40–49 ετών με ποσοστό 43,4% (N=76), ενώ ακολουθούν οι ηλικίες 30–39 ετών με 22,9% (N=40) και έως 29 ετών με 16,0% (N=28). Μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στις ηλικίες 50–59 ετών (14,9%, N=26) και 60 ετών και άνω (2,9%, N=5). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι σε ποσοστό 60,0% (N=105), ενώ οι άγαμοι αντιστοιχούν στο 31,4% (N=55) και οι διαζευγμένοι στο 8,6% (N=15).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση (49,1%, N=86), ενώ το 26,9% (N=47) έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 21,7% (N=38) διαθέτει μεταπτυχιακές σπουδές. Πολύ χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται για το δημοτικό (0,6%, N=1) και το γυμνάσιο (1,7%, N=3). Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι εργαζόμενοι σε ποσοστό 84,0% (N=147), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για τα οικιακά (6,3%, N=11), τους φοιτητές (4,6%, N=8), τους ανέργους (4,0%, N=7) και τους συνταξιούχους (1,1%, N=2). Επιπλέον, το 74,3% (N=130) δηλώνει ότι είναι μόνιμοι κάτοικοι του νησιού, ενώ το 25,7% (N=45) δεν είναι.

Σε ό,τι αφορά τη γνώση της Μεσογειακής Διατροφής, σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων δηλώνει ότι τη γνωρίζει (99,4%, N=174), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν την γνωρίζει (0,6%, N=1). Αντίστοιχα, το 81,7% (N=143) αναφέρει ότι εφαρμόζει τη Μεσογειακή Διατροφή, ενώ το 18,3% (N=32) δηλώνει ότι δεν την εφαρμόζει.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Μεσογειακή Διατροφή

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά διατροφικών συνηθειών των συμμετεχόντων.

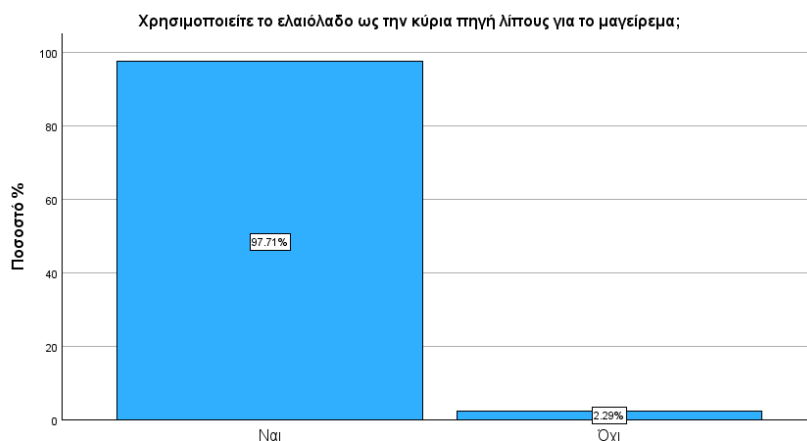
Descriptive Statistics

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Χρησιμοποιείτε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λίπους για το μαγείρεμα;	175	1.02	0.15
Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);	175	1.66	0.48
Πόσες μερίδες λαχανικών καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα; (1 μερίδα $\approx$ 200 g, οι γαρνιτούρες αντιστοιχούν σε $\frac{1}{2}$ μερίδα)	175	1.50	0.50
Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;	175	1.21	0.41
Πόσες μερίδες κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα $\approx$ 100– 150 g)	175	1.30	0.46
Πόσες μερίδες βουτύρου, μαργαρίνης ή κρέμας γάλακτος καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα $\approx$ 12 g)	175	1.12	0.33
Πόσα αναψυκτικά με ζάχαρη ή/και ανθρακούχα ποτά καταναλώνετε ανά ημέρα;	175	1.12	0.33

Καταναλώνετε κρασί; Αν ναι, πόσα ποτήρια καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα;	175	1.05	0.22
Πόσες μερίδες οσπρίων καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 150 g)	175	1.24	0.43
Πόσες μερίδες ψαριών ή θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 100–150 g ψαριού ή 200 g θαλασσινών)	175	1.09	0.28
Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε γλυκά του εμπορίου (όχι σπιτικά), όπως μπισκότα, κέικ ή αρτοσκευάσματα;	175	1.38	0.49
Πόσες μερίδες ξηρών καρπών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 30 g)	175	1.38	0.49
Προτιμάτε να καταναλώνετε λευκό κρέας (κοτόπουλο, γαλοπούλα ή κουνέλι) αντί για κόκκινο κρέας, χοιρινό, χάμπουργκερ ή λουκάνικα;	175	1.28	0.45
Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα πιάτα μαγειρεμένα με σάλτσα από ντομάτα, κρεμμύδι, πράσο ή σκόρδο και ελαιόλαδο;	175	1.82	0.38

Ο πίνακας 2 αποτυπώνει τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις των διατροφικών συνηθειών των συμμετεχόντων. Παρατηρείται ότι η χρήση του ελαιολάδου ως κύριας πηγής λίπους παρουσιάζει πολύ χαμηλή μέση τιμή ($M=1,02$, $TA=0,15$), γεγονός που υποδηλώνει σχεδόν καθολική υιοθέτηση της συγκεκριμένης

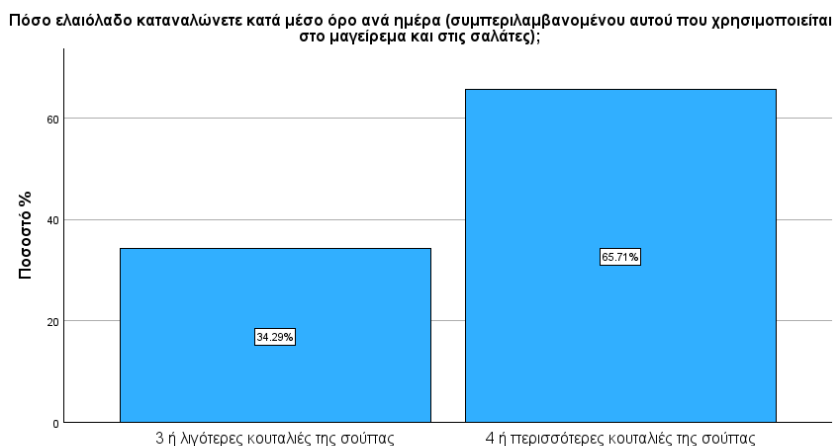
πρακτικής. Αντίστοιχα, η ημερήσια κατανάλωση ελαιολάδου εμφανίζει μέση τιμή $M=1,66$ ($TA=0,48$), καταδεικνύοντας αυξημένη κατανάλωση στο δείγμα. Η κατανάλωση λαχανικών παρουσιάζει μέση τιμή $M=1,50$ ($TA=0,50$), ενώ η κατανάλωση φρούτων είναι χαμηλότερη, με μέση τιμή $M=1,21$ ($TA=0,41$). Όσον αφορά την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, η μέση τιμή ανέρχεται σε $M=1,30$ ($TA=0,46$), ενώ για τα προϊόντα όπως βούτυρο, μαργαρίνη ή κρέμα γάλακτος η μέση τιμή είναι $M=1,12$ ($TA=0,33$). Αντίστοιχη τιμή καταγράφεται και για την κατανάλωση αναψυκτικών ($M=1,12$, $TA=0,33$), γεγονός που υποδηλώνει χαμηλή συχνότητα κατανάλωσης. Η κατανάλωση κρασιού εμφανίζει πολύ χαμηλή μέση τιμή ($M=1,05$, $TA=0,22$), ενώ για τα όσπρια η μέση τιμή διαμορφώνεται σε $M=1,24$ ($TA=0,43$). Ακόμη χαμηλότερη καταγράφεται η κατανάλωση ψαριών ή θαλασσινών ($M=1,09$, $TA=0,28$). Σε ό,τι αφορά τα γλυκά του εμπορίου, η μέση τιμή είναι $M=1,38$ ($TA=0,49$), παρόμοια με εκείνη των ξηρών καρπών ($M=1,38$, $TA=0,49$). Η προτίμηση στο λευκό κρέας έναντι του κόκκινου εμφανίζει μέση τιμή $M=1,28$ ($TA=0,45$), ενώ η κατανάλωση πιάτων που βασίζονται σε λαχανικά και σάλτσα ντομάτας παρουσιάζει την υψηλότερη μέση τιμή μεταξύ των μεταβλητών ($M=1,82$, $TA=0,38$). Συνολικά, οι τυπικές αποκλίσεις κυμαίνονται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα ($0,15-0,50$), γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη διακύμανση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 1: Χρήση ελαιόλαδου ως κύρια πηγή λίπους στο μαγείρεμα.

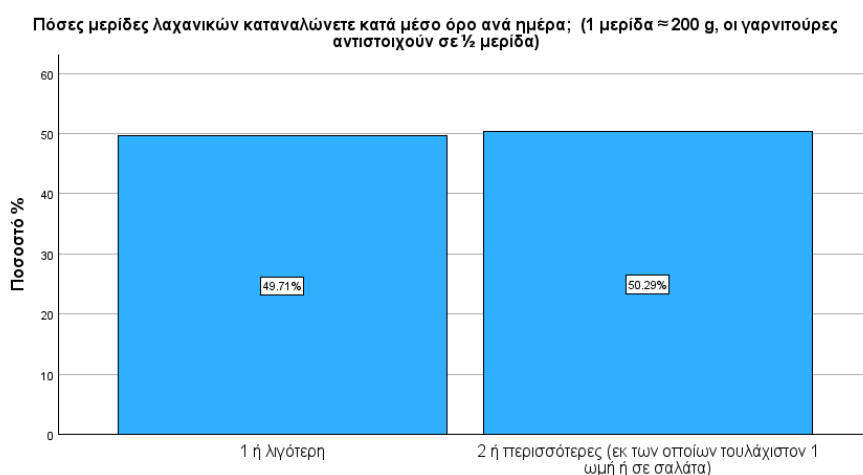
Το διάγραμμα 1 παρουσιάζει τη χρήση του ελαιόλαδου ως κύριας πηγής λίπους στο μαγείρεμα μεταξύ των συμμετεχόντων. Όπως προκύπτει από τα ποσοστά, το 97,7% ($N=171$) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι χρησιμοποιεί ελαιόλαδο ως βασική λιπαρή ύλη

στη μαγειρική του πρακτική, ενώ μόλις το 2,3% (N=4) αναφέρει ότι δεν το χρησιμοποιεί ως κύρια πηγή λίπους. Τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν την ιδιαίτερα υψηλή επικράτηση της χρήσης ελαιόλαδου στο δείγμα της έρευνας.



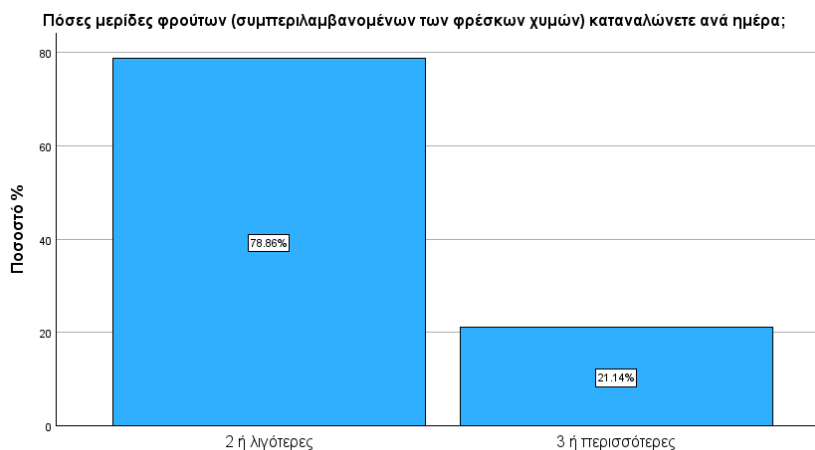
Διάγραμμα 2: Ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης ελαιολάδου από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 2 αποκαλύπτει την ποσότητα ελαιολάδου που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο ημερησίως, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης του τόσο στο μαγείρεμα όσο και στις σαλάτες. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 65,7% (N=115) των ερωτηθέντων καταναλώνει 4 ή περισσότερες κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο ημερησίως, ενώ το 34,3% (N=60) δηλώνει ότι καταναλώνει 3 ή λιγότερες κουταλιές της σούπας την ημέρα.



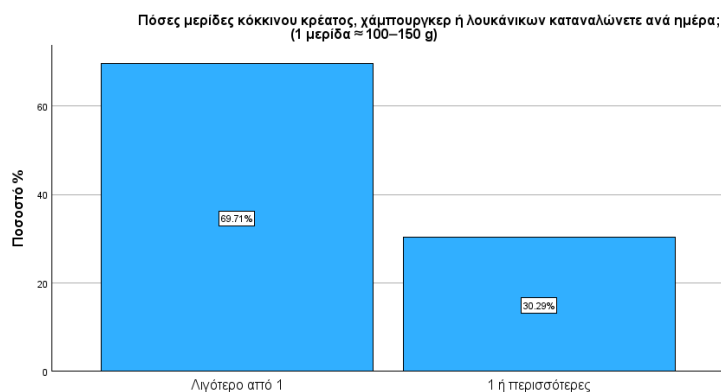
Διάγραμμα 3: Ημερήσια κατανάλωση λαχανικών από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

Το διάγραμμα 3 προβάλλει τη συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών από τους συμμετέχοντες σε ημερήσια βάση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 50,3% (N=88) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει 2 ή περισσότερες μερίδες λαχανικών ημερησίως, εκ των οποίων τουλάχιστον μία σε ωμή μορφή ή ως σαλάτα. Αντίθετα, το 49,7% (N=87) αναφέρει ότι καταναλώνει 1 ή λιγότερη μερίδα λαχανικών την ημέρα. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι η κατανομή των απαντήσεων μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι σχεδόν ισομερής.



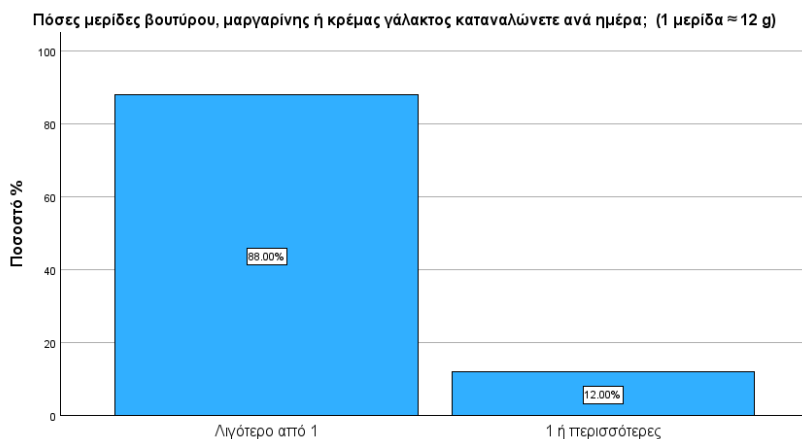
Διάγραμμα 4: Ημερήσια κατανάλωση φρούτων από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

Το διάγραμμα 4 απεικονίζει τη συχνότητα κατανάλωσης φρούτων από τους συμμετέχοντες σε ημερήσια βάση. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, το 78,9% (N=138) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες φρούτων ημερησίως, ενώ το 21,1% (N=37) αναφέρει ότι καταναλώνει 3 ή περισσότερες μερίδες την ημέρα.



Διάγραμμα 5: Ημερήσια κατανάλωση κόκκινου κρέατος από τους συμμετέχοντες

Το διάγραμμα 5 καταγράφει τη συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 69,7% (N=122) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει λιγότερο από μία μερίδα ημερησίως, ενώ το 30,3% (N=53) αναφέρει ότι καταναλώνει μία ή περισσότερες μερίδες την ημέρα.



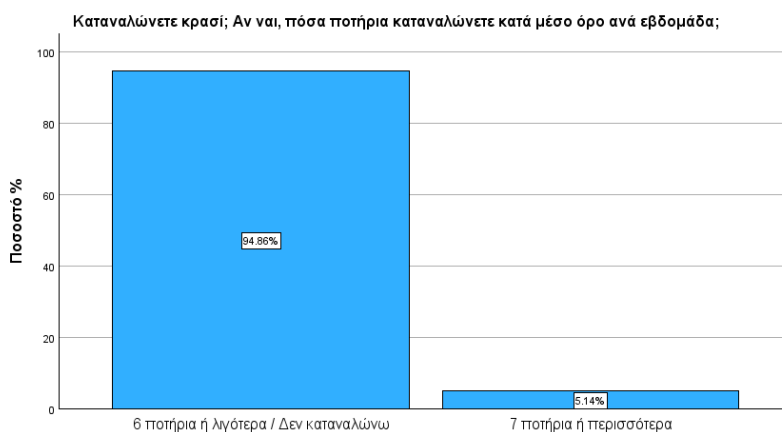
Διάγραμμα 6: Ημερήσια κατανάλωση βουτύρου, μαργαρίνης ή κρέμας γάλακτος.

Το διάγραμμα 6 αναδεικνύει τη συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης βουτύρου, μαργαρίνης ή κρέμας γάλακτος από τους συμμετέχοντες. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, το 88,0% (N=154) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει λιγότερο από μία μερίδα ημερησίως, ενώ το 12,0% (N=21) αναφέρει ότι καταναλώνει μία ή περισσότερες μερίδες την ημέρα.



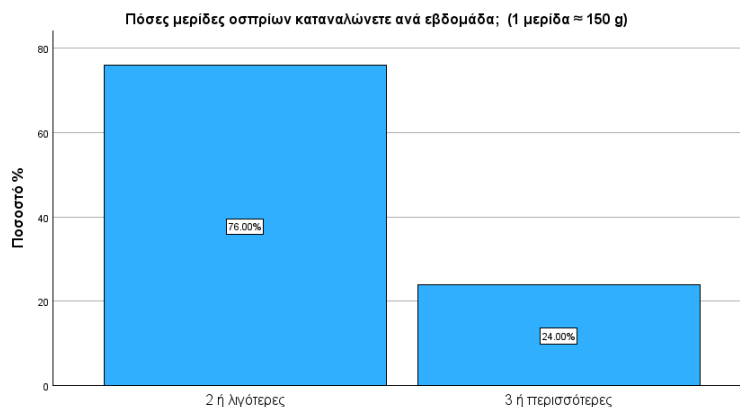
Διάγραμμα 7: Ημερήσια κατανάλωση αναψυκτικών με ζάχαρη ή ανθρακούχων ποτών.

Το διάγραμμα 7 αποτυπώνει τη συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης αναψυκτικών με ζάχαρη ή/και ανθρακούχων ποτών από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 88,0% (N=154) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει λιγότερο από ένα αναψυκτικό ημερησίως, ενώ το 12,0% (N=21) αναφέρει ότι καταναλώνει ένα ή περισσότερα αναψυκτικά την ημέρα.



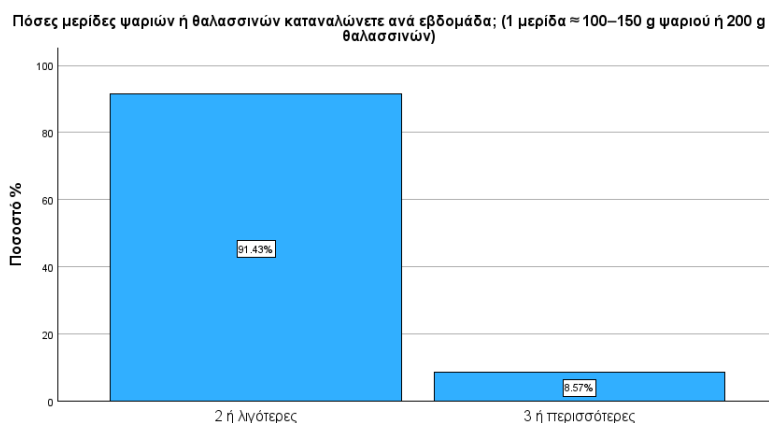
Διάγραμμα 8: Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 8 απεικονίζει τη συχνότητα κατανάλωσης κρασιού από τους συμμετέχοντες σε εβδομαδιαία βάση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 94,9% (N=166) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει έως 6 ποτήρια κρασί την εβδομάδα ή δεν καταναλώνει καθόλου, ενώ μόλις το 5,1% (N=9) αναφέρει ότι καταναλώνει 7 ποτήρια ή περισσότερα εβδομαδιαίως. Παρατηρείται επομένως ότι η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων εντάσσεται στην κατηγορία χαμηλότερης εβδομαδιαίας κατανάλωσης κρασιού.



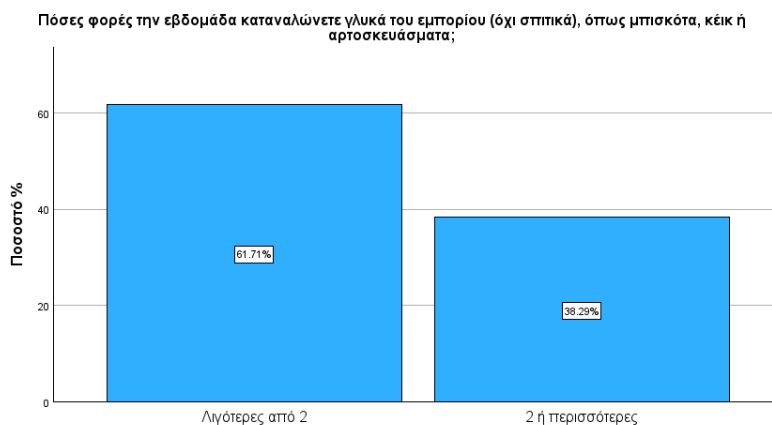
Διάγραμμα 9: Εβδομαδιαία κατανάλωση οσπρίων από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

Το διάγραμμα 9 παρουσιάζει τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης οσπρίων από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 76,0% (N=133) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες οσπρίων την εβδομάδα, ενώ το 24,0% (N=42) αναφέρει ότι καταναλώνει 3 ή περισσότερες μερίδες εβδομαδιαίως.



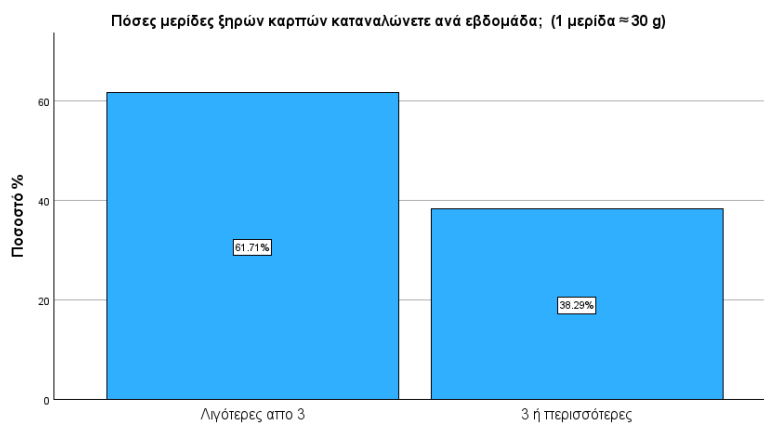
Διάγραμμα 10: Εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών ή θαλασσινών από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 10 παρουσιάζει τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης ψαριών ή θαλασσινών από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 91,4% (N=160) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες ψαριών ή θαλασσινών την εβδομάδα, ενώ το 8,6% (N=15) αναφέρει ότι καταναλώνει 3 ή περισσότερες μερίδες εβδομαδιαίως. Παρατηρείται επομένως ότι η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων εντάσσεται στην κατηγορία χαμηλότερης εβδομαδιαίας κατανάλωσης ψαριών ή θαλασσινών.



Διάγραμμα 11: Εβδομαδιαία κατανάλωση γλυκών του εμπορίου από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 11 αποτυπώνει τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης γλυκών του εμπορίου, όπως μπισκότα, κέικ ή αρτοσκευάσματα, από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 61,7% (N=108) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει λιγότερες από δύο φορές την εβδομάδα, ενώ το 38,3% (N=67) αναφέρει ότι καταναλώνει δύο ή περισσότερες φορές εβδομαδιαίως.



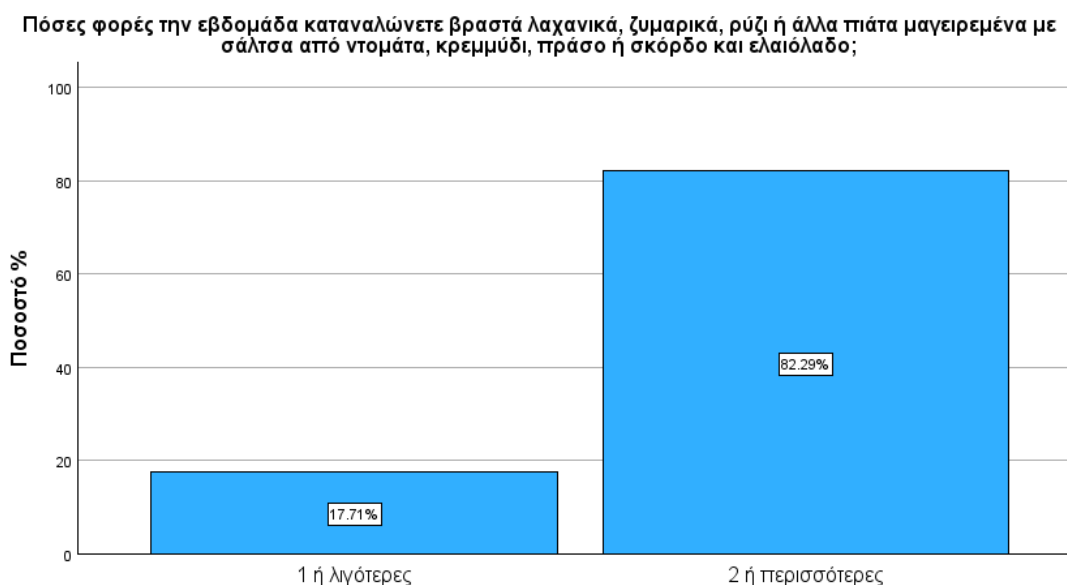
Διάγραμμα 12: Εβδομαδιαία κατανάλωση ξηρών καρπών από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 12 παρουσιάζει τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης ξηρών καρπών από τους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 61,7% (N=108) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει λιγότερες από τρεις μερίδες ξηρών καρπών την εβδομάδα, ενώ το 38,3% (N=67) αναφέρει ότι καταναλώνει τρεις ή περισσότερες μερίδες εβδομαδιαίως. Παρατηρείται επομένως ότι η μεγαλύτερη αναλογία των συμμετεχόντων εντάσσεται στην κατηγορία χαμηλότερης εβδομαδιαίας κατανάλωσης ξηρών καρπών.



Διάγραμμα 13: Προτίμηση κατανάλωσης λευκού κρέατος έναντι κόκκινου κρέατος.

Το διάγραμμα 13 απεικονίζει την προτίμηση των συμμετεχόντων ως προς την κατανάλωση λευκού κρέατος σε σύγκριση με το κόκκινο κρέας ή τα επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 72,0% (N=126) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι προτιμά την κατανάλωση λευκού κρέατος, ενώ το 28,0% (N=49) αναφέρει ότι δεν προτιμά το λευκό κρέας έναντι του κόκκινου ή των επεξεργασμένων προϊόντων κρέατος. Παρατηρείται επομένως ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δηλώνει προτίμηση προς το λευκό κρέας.



Διάγραμμα 14: Συχνότητα κατανάλωσης πιάτων με λαχανικά και σάλτσα ντομάτας.

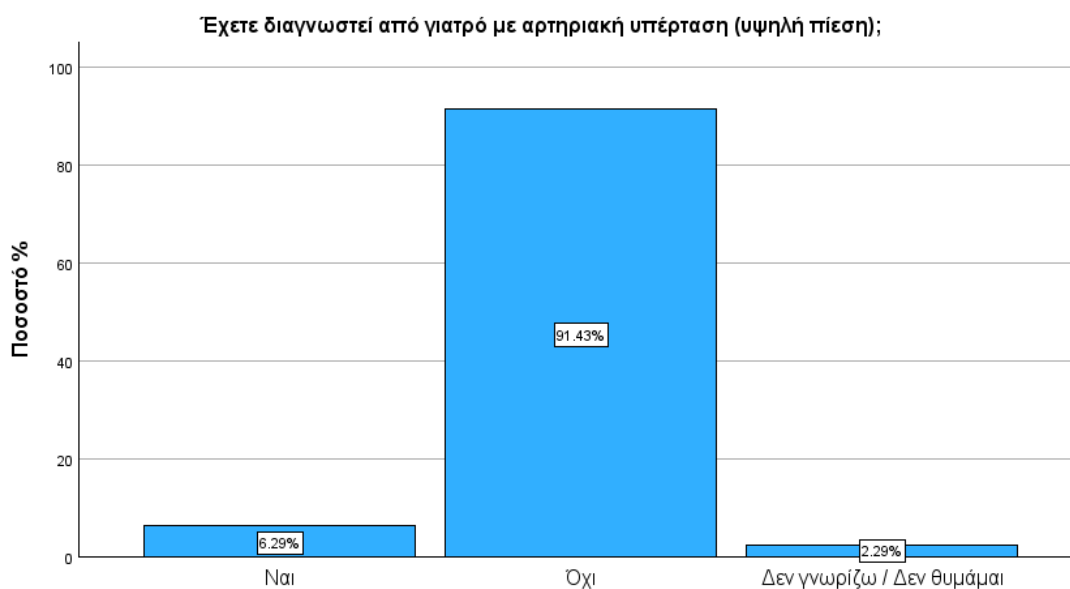
Το διάγραμμα 14 παρουσιάζει τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης πιάτων που περιλαμβάνουν βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα φαγητά μαγειρεμένα με σάλτσα ντομάτας και ελαιόλαδο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 82,3% (N=144) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καταναλώνει τα συγκεκριμένα πιάτα δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, ενώ το 17,7% (N=31) αναφέρει ότι τα καταναλώνει μία ή λιγότερες φορές εβδομαδιαίως.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Καρδιαγγειακοί παράγοντες

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών καρδιαγγειακής υγείας

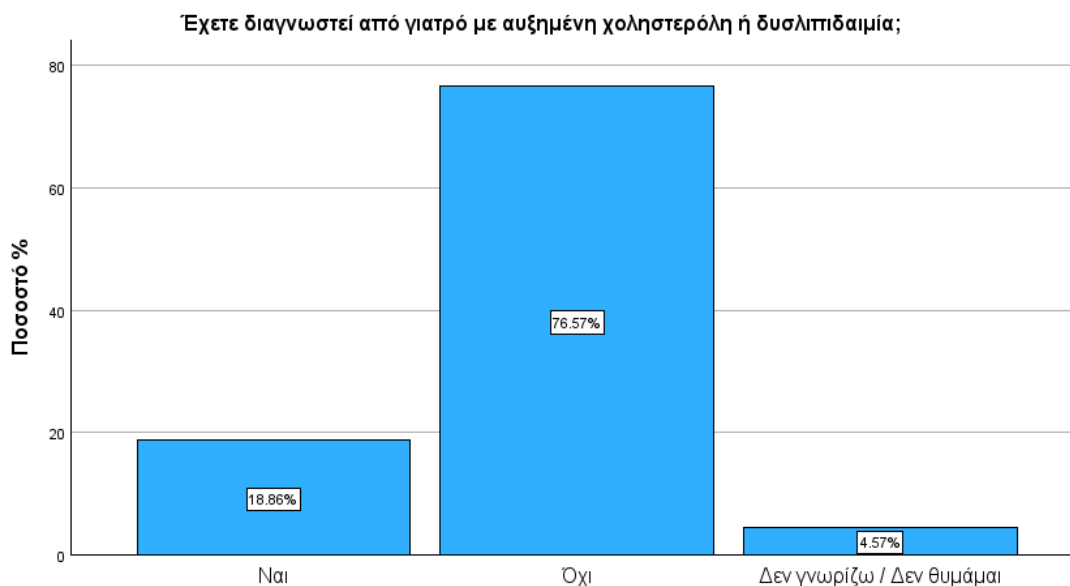
Descriptive Statistics			
	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αρτηριακή υπέρταση (υψηλή πίεση);	175	1.96	0.29
Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία;	175	1.86	0.46
Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με σακχαρώδη διαβήτη;	175	1.95	0.25
Έχετε ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου; (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, στεφανιαία νόσος)	175	2.00	0.30
Λαμβάνετε αυτή την περίοδο φαρμακευτική αγωγή για κάποιο από τα παραπάνω;	175	1.88	0.33
Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων; (γονείς ή αδέρφια)	175	1.81	0.51
Καπνίζετε αυτή την περίοδο;	175	1.68	0.57
Έχετε μετρήσει την αρτηριακή σας πίεση τον τελευταίο χρόνο;	175	1.26	0.44
Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής σας υγείας;	175	4.03	1.11

Ο πίνακας 3 συγκεντρώνει τα περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών που σχετίζονται με την καρδιαγγειακή υγεία των συμμετεχόντων. Οι μέσες τιμές για τις διαγνωσμένες παθήσεις εμφανίζονται ιδιαίτερα υψηλές, όπως στην αρτηριακή υπέρταση ($M=1,96$, $TA=0,29$), στον σακχαρώδη διαβήτη ($M=1,95$, $TA=0,25$) και στο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ($M=2,00$, $TA=0,30$), ένδειξη ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν αναφέρει την ύπαρξη των συγκεκριμένων νοσημάτων. Σε παρόμοιο πλαίσιο, η αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία καταγράφεται με μέση τιμή $M=1,86$ ($TA=0,46$), ενώ η λήψη φαρμακευτικής αγωγής διαμορφώνεται σε $M=1,88$ ($TA=0,33$). Η μεταβλητή που αφορά το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων παρουσιάζει μέση τιμή $M=1,81$ ($TA=0,51$), γεγονός που υποδηλώνει ότι, παρότι δεν αποτελεί τον κανόνα, εμφανίζεται σε ένα μέρος του δείγματος. Μεγαλύτερη διαφοροποίηση στις απαντήσεις παρατηρείται στο κάπνισμα ($M=1,68$, $TA=0,57$), καθώς η τυπική απόκλιση είναι υψηλότερη συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορικές μεταβλητές. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης τον τελευταίο χρόνο εμφανίζει χαμηλότερη μέση τιμή ($M=1,26$, $TA=0,44$), στοιχείο που αντανακλά συχνότερη πρακτική ελέγχου. Αντίθετα, η αυτοεκτίμηση της καρδιαγγειακής υγείας παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή ($M=4,03$, $TA=1,11$), συνοδευόμενη από αυξημένη διακύμανση, γεγονός που δείχνει διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους.



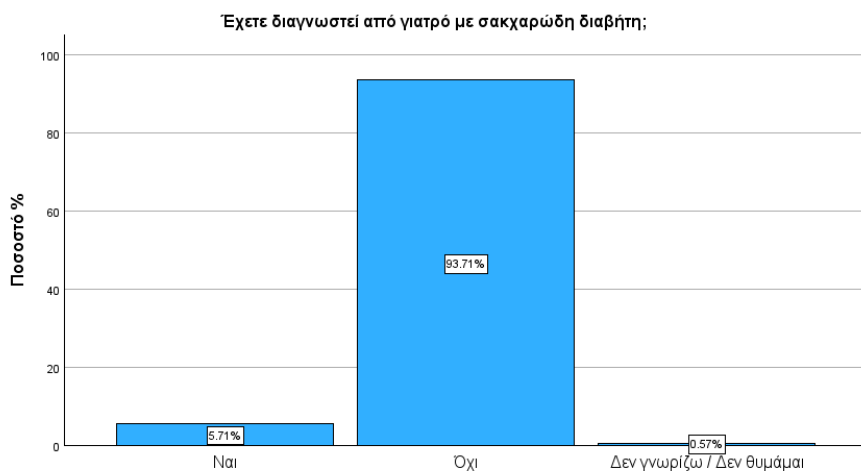
Διάγραμμα 15: Διάγνωση αρτηριακής υπέρτασης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Το διάγραμμα 15 αναδεικνύει τη συχνότητα διάγνωσης αρτηριακής υπέρτασης μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 91,4% (N=160) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει διαγνωστεί με αρτηριακή υπέρταση, ενώ το 6,3% (N=11) αναφέρει ότι έχει λάβει σχετική διάγνωση από γιατρό. Επιπλέον, το 2,3% (N=4) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν θυμάται εάν έχει διαγνωστεί με υπέρταση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν αναφέρει ιατρική διάγνωση υπέρτασης.



Διάγραμμα 16: Διάγνωση αυξημένης χοληστερόλης ή δυσλιπιδαιμίας στους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 16 καταγράφει τη συχνότητα διάγνωσης αυξημένης χοληστερόλης ή δυσλιπιδαιμίας μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 76,6% (N=134) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει διαγνωστεί με αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία, ενώ το 18,9% (N=33) αναφέρει ότι έχει λάβει σχετική διάγνωση από γιατρό. Επιπλέον, το 4,6% (N=8) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν θυμάται εάν έχει διαγνωστεί με την συγκεκριμένη κατάσταση.



Διάγραμμα 17: Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη μεταξύ των συμμετεχόντων.

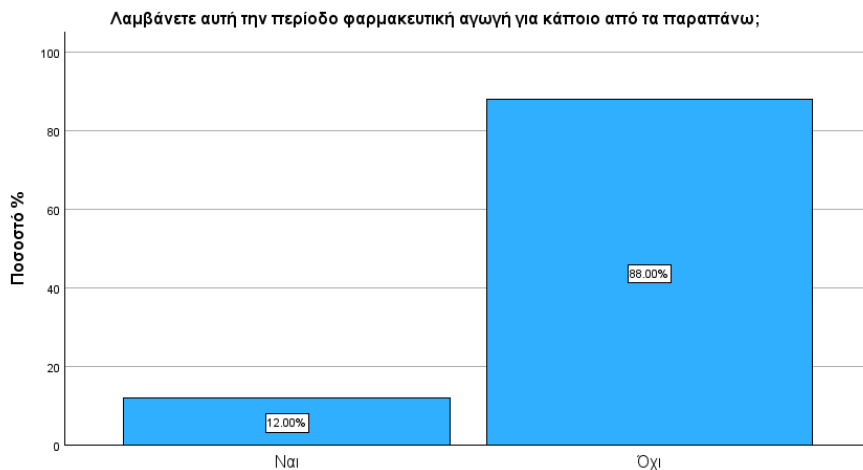
Το διάγραμμα 17 αποτυπώνει τη συχνότητα διάγνωσης σακχαρώδη διαβήτη μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 93,7% (N=164) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη, ενώ το 5,7% (N=10) αναφέρει ότι έχει λάβει σχετική διάγνωση από γιατρό. Επιπλέον, το 0,6% (N=1) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν θυμάται εάν έχει διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη πάθηση.



Διάγραμμα 18: Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου στους συμμετέχοντες της έρευνας.

Το διάγραμμα 18 απεικονίζει την ύπαρξη ιστορικού καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 90,9% (N=159) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, ενώ το 4,6% (N=8) αναφέρει ότι

έχει παρουσιάσει σχετική πάθηση, όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη ή στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, το 4,6% (N=8) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει εάν έχει ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.



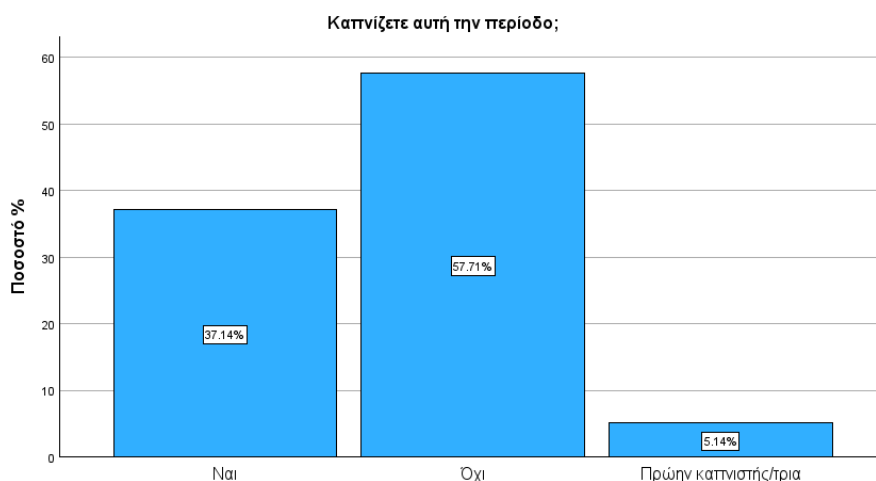
Διάγραμμα 19: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

Το διάγραμμα 19 παρουσιάζει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για κάποιο από τα προαναφερθέντα προβλήματα υγείας μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 88,0% (N=154) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή την παρούσα περίοδο, ενώ το 12,0% (N=21) αναφέρει ότι λαμβάνει σχετική φαρμακευτική αγωγή.



Διάγραμμα 20: Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων στους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 20 αποτυπώνει την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 70,3% (N=123) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ το 24,6% (N=43) αναφέρει ότι υπάρχει σχετικό ιστορικό σε γονείς ή αδέρφια. Επιπλέον, το 5,1% (N=9) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.



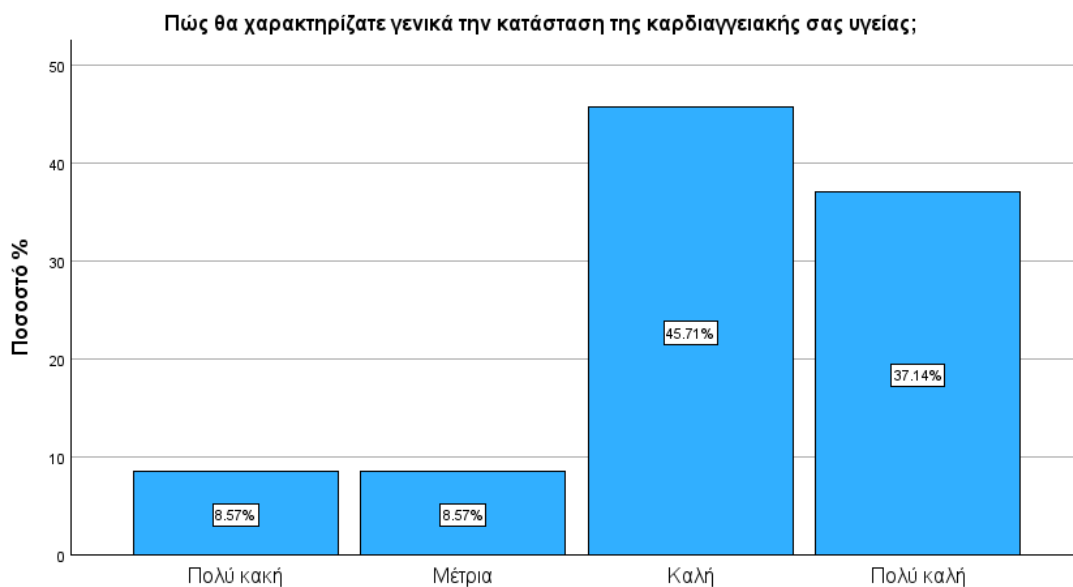
Διάγραμμα 21: Κατάσταση καπνίσματος μεταξύ των συμμετεχόντων της έρευνας.

Το διάγραμμα 21 παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση καπνίσματος μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 57,7% (N=101) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν καπνίζει αυτή την περίοδο, ενώ το 37,1% (N=65) αναφέρει ότι καπνίζει. Επιπλέον, το 5,1% (N=9) δηλώνει ότι είναι πρώην καπνιστής/τρια.



Διάγραμμα 22: Μέτρηση αρτηριακής πίεσης τον τελευταίο χρόνο από συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 22 αναδεικνύει τη συχνότητα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης κατά τον τελευταίο χρόνο μεταξύ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 74,3% (N=130) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει μετρήσει την αρτηριακή του πίεση τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 25,7% (N=45) αναφέρει ότι δεν έχει πραγματοποιήσει σχετική μέτρηση κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.



Διάγραμμα 23: Αυτοαξιολόγηση καρδιαγγειακής υγείας από τους συμμετέχοντες.

Το διάγραμμα 23 αποκαλύπτει την αυτοαξιολόγηση των συμμετεχόντων σχετικά με την κατάσταση της καρδιαγγειακής τους υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 45,7% (N=80) των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την καρδιαγγειακή του υγεία ως καλή, ενώ το 37,1% (N=65) την αξιολογεί ως πολύ καλή. Παράλληλα, το 8,6% (N=15) δηλώνει ότι η κατάσταση της καρδιαγγειακής του υγείας είναι μέτρια, ενώ το ίδιο ποσοστό (8,6%, N=15) την χαρακτηρίζει ως πολύ κακή.

5.2. Συσχετίσεις

Για τον έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Shapiro–Wilk, καθώς το μέγεθος του δείγματος θεωρείται κατάλληλο για την εφαρμογή του συγκεκριμένου κριτηρίου. Επιπλέον, η κανονικότητα αξιολογήθηκε και μέσω γραφικών μεθόδων, όπως τα ιστογράμματα και τα διαγράμματα κανονικής πιθανότητας (Q–Q plots). Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν ότι οι περισσότερες μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p < 0,05$), γεγονός που οδήγησε στην επιλογή μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών για την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ) για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 4. Συσχέτιση Μεσογειακής Διατροφής με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Correlations

		Εφαρμόζετε την Μεσογειακή Διατροφή;	
Spearman's rho	Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αρτηριακή υπέρταση (υψηλή πίεση);	Correlation Coefficient	.012
		Sig. (2-tailed)	.877
		N	175
		Correlation Coefficient	.016
		Sig. (2-tailed)	.831

Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία;	N	175
Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με σακχαρώδη διαβήτη;	Correlation Coefficient	.097
	Sig. (2-tailed)	.201
	N	175
Έχετε ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου; (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, στεφανιαία νόσος)	Correlation Coefficient	.098
	Sig. (2-tailed)	.198
	N	175
Λαμβάνετε αυτή την περίοδο φαρμακευτική αγωγή για κάποιο από τα παραπάνω;	Correlation Coefficient	-.098
	Sig. (2-tailed)	.196
	N	175
Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων; (γονείς ή αδέρφια)	Correlation Coefficient	.035
	Sig. (2-tailed)	.647
	N	175
Καπνίζετε αυτή την περίοδο;	Correlation Coefficient	.050
	Sig. (2-tailed)	.510
	N	175
Έχετε μετρήσει την αρτηριακή σας πίεση τον τελευταίο χρόνο;	Correlation Coefficient	.094
	Sig. (2-tailed)	.217
	N	175
Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής σας υγείας;	Correlation Coefficient	.064
	Sig. (2-tailed)	.399
	N	175

Ο πίνακας 4 διερευνά τη συσχέτιση μεταξύ της εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και επιλεγμένων παραμέτρων καρδιαγγειακής υγείας, μέσω του συντελεστή Spearman. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι συσχετίσεις που προκύπτουν είναι γενικά ασθενείς και δεν εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα, καθώς όλες οι τιμές

σημαντικότητας (p -values) είναι μεγαλύτερες από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση με την αρτηριακή υπέρταση είναι πρακτικά μηδενική ($r=0,012$, $p=0,877$), ενώ αντίστοιχα χαμηλή είναι και η συσχέτιση με τη δυσλιπιδαιμία ($r=0,016$, $p=0,831$). Παρόμοια εικόνα καταγράφεται για τον σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,097$, $p=0,201$) και το ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ($r=0,098$, $p=0,198$), όπου οι συσχετίσεις είναι θετικές αλλά πολύ ασθενείς και μη στατιστικά σημαντικές. Αρνητική αλλά εξίσου ασθενής συσχέτιση παρατηρείται με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ($r=-0,098$, $p=0,196$), χωρίς ωστόσο να προκύπτει στατιστική σημαντικότητα. Επιπλέον, το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων εμφανίζει πολύ χαμηλή συσχέτιση ($r=0,035$, $p=0,647$), όπως και το κάπνισμα ($r=0,050$, $p=0,510$). Αναφορικά με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης τον τελευταίο χρόνο, η συσχέτιση παραμένει χαμηλή ($r=0,094$, $p=0,217$), ενώ και η αυτοαξιολόγηση της καρδιαγγειακής υγείας παρουσιάζει επίσης ασθενή συσχέτιση ($r=0,064$, $p=0,399$). Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των εξεταζόμενων δεικτών καρδιαγγειακής υγείας στο παρόν δείγμα.

Πίνακας 5: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ MEDAS και καρδιαγγειακών παραγόντων

Μεταβλητή MEDAS (πλήρης διατύπωση)	Καρδιαγγειακός δείκτης (πλήρης διατύπωση)	r (Spearman)	p - value
Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);	Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία;	-0.153	0.043
Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);	Λαμβάνετε αυτή την περίοδο φαρμακευτική αγωγή για κάποιο από τα παραπάνω;	-0.156	0.040

Μεταβλητή MEDAS (πλήρης διατύπωση)	Καρδιαγγειακός δείκτης (πλήρης διατύπωση)	r (Spearman)	p- value
Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);	Έχετε μετρήσει την αρτηριακή σας πίεση τον τελευταίο χρόνο;	-0.209	0.006
Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);	Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής σας υγείας;	-0.168	0.026
Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;	Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αρτηριακή υπέρταση (υψηλή πίεση);	-0.219	0.004
Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;	Λαμβάνετε αυτή την περίοδο φαρμακευτική αγωγή για κάποιο από τα παραπάνω;	-0.196	0.009
Πόσες μερίδες οσπρίων καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 150 g)	Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής σας υγείας;	-0.157	0.038
Πόσες μερίδες ψαριών ή θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 100–150 g ψαριού ή 200 g θαλασσινών)	Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων; (γονείς ή αδέλφια)	-0.165	0.029
Πόσες μερίδες ξηρών καρπών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα $\approx$ 30 g)	Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων; (γονείς ή αδέλφια)	-0.186	0.014

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, εντοπίστηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές αλλά ασθενείς αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ επιμέρους στοιχείων της Μεσογειακής Διατροφής και δεικτών καρδιαγγειακής υγείας. Συγκεκριμένα, η

αυξημένη κατανάλωση ελαιολάδου και φρούτων φαίνεται να σχετίζεται με ευνοϊκότερους δείκτες υγείας, όπως χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης και μειωμένη ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής. Παρόμοια, η κατανάλωση οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών παρουσιάζει ασθενείς αλλά στατιστικά σημαντικές σχέσεις με την καρδιαγγειακή υγεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συζήτηση

6.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τον βαθμό προσκόλλησης των ενηλίκων κατοίκων ενός ακριτικού νησιού στη Μεσογειακή Διατροφή, καθώς και τη σχέση της με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες φαίνεται να διατηρούν σε σημαντικό βαθμό βασικά χαρακτηριστικά της παραδοσιακής Μεσογειακής Διατροφής, όπως η συστηματική χρήση ελαιολάδου, η συχνή κατανάλωση λαχανικών και η προτίμηση λευκού κρέατος έναντι του κόκκινου. Παρότι ορισμένες διατροφικές συνήθειες, όπως η κατανάλωση ψαριών, οσπρίων και φρούτων, δεν εμφανίστηκαν στον επιθυμητό βαθμό, η συνολική εικόνα του δείγματος υποδηλώνει σχετικά υψηλή προσκόλληση στο μεσογειακό διατροφικό πρότυπο. Επομένως, η υπόθεση H₁ επιβεβαιώνεται, ενώ η μηδενική υπόθεση H₀ απορρίπτεται.

Το συγκεκριμένο εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει ότι οι πληθυσμοί των μεσογειακών περιοχών εξακολουθούν να υιοθετούν βασικά στοιχεία της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής, κυρίως ως προς την κατανάλωση ελαιολάδου και φυτικών τροφών. Αντίστοιχα, η μελέτη ΑΤΤΙCΑ ανέδειξε ότι η υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή συνδέεται με πιο υγιεινές διατροφικές πρακτικές στον ελληνικό πληθυσμό (Panagiotakos et al., 2007), ενώ η μελέτη EPIC-Greece υποστήριξε ότι η διατήρηση του παραδοσιακού μεσογειακού προτύπου εξακολουθεί να παρατηρείται σε ελληνικούς πληθυσμούς, ιδιαίτερα σε περιοχές με ισχυρά πολιτισμικά χαρακτηριστικά (Trichoroulou et al., 2003).

Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στον υπό μελέτη πληθυσμό εξακολουθούν να εμφανίζονται σημαντικοί καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα και οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παρότι αρκετοί συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής τους υγείας, η παρουσία αυτών των παραγόντων δείχνει ότι ο πληθυσμός δεν είναι απαλλαγμένος από καρδιαγγειακό κίνδυνο. Για τον λόγο αυτό, η υπόθεση H₁ επιβεβαιώνεται, ενώ η μηδενική υπόθεση H₀ απορρίπτεται.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν ότι ακόμη και σε πληθυσμούς με σχετικά καλή προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή εξακολουθούν να εμφανίζονται παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν επιβαρυντικές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα (Sofi et al., 2010). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και στη μελέτη ATTICA, όπου παρατηρήθηκε ότι η παρουσία παραγόντων κινδύνου παραμένει σημαντική ακόμη και σε άτομα με μερική υιοθέτηση του μεσογειακού προτύπου (Panagiotakos et al., 2009).

Ωστόσο, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της συνολικής εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Οι συσχετίσεις που καταγράφηκαν ήταν ασθενείς και μη στατιστικά σημαντικές για όλους σχεδόν τους εξεταζόμενους δείκτες. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση H_0 επιβεβαιώνεται, ενώ η υπόθεση H_1 δεν επιβεβαιώνεται.

Το αποτέλεσμα αυτό διαφοροποιείται από μεγάλες προοπτικές και παρεμβατικές μελέτες, στις οποίες η υψηλή προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή έχει συνδεθεί με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και χαμηλότερη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα (Estruch et al., 2013; Trichopoulou et al., 2003). Ωστόσο, η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων στην παρούσα μελέτη ενδέχεται να σχετίζεται με τον διατομεακό σχεδιασμό της έρευνας, τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων, αλλά και τη σχετική ομοιογένεια των διατροφικών συνηθειών του δείγματος, στοιχεία που έχουν αναφερθεί και σε άλλες διατομεακές έρευνες ως πιθανοί περιορισμοί στην ανάδειξη ισχυρών συσχετίσεων (Martínez-González & Bes-Rastrollo, 2014).

Παρόλα αυτά, η ανάλυση των επιμέρους διατροφικών συνηθειών ανέδειξε ορισμένες στατιστικά σημαντικές σχέσεις με δείκτες καρδιαγγειακής υγείας. Συγκεκριμένα, η αυξημένη κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών φάνηκε να σχετίζεται με ευνοϊκότερους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας. Για τον λόγο αυτό, η υπόθεση H_{14} επιβεβαιώνεται, ενώ η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία τα επιμέρους στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής παρουσιάζουν προστατευτική δράση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η κατανάλωση

ελαιολάδου έχει συνδεθεί με βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ και αντιφλεγμονώδη δράση, ενώ η αυξημένη πρόσληψη φρούτων, οσπρίων και ξηρών καρπών σχετίζεται με καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (Ros et al., 2014; Schwingshackl & Hoffmann, 2014). Επιπλέον, η συστηματική κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών έχει συσχετιστεί με ευνοϊκές επιδράσεις στη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος λόγω της περιεκτικότητάς τους σε ω-3 λιπαρά οξέα (Mozaffarian & Rimm, 2006).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι, παρά το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες φαίνεται να διατηρούν σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής, εξακολουθούν να υπάρχουν καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου στον πληθυσμό. Ενώ η συνολική εφαρμογή της Μεσογειακής Διατροφής δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας, οι επιμέρους διατροφικές πρακτικές φαίνεται να ασκούν προστατευτική επίδραση στην καρδιαγγειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

6.2. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Αρχικά, η έρευνα βασίστηκε σε διατομεακό σχεδιασμό (cross-sectional study), γεγονός που δεν επιτρέπει τη διερεύνηση σχέσεων αιτίου–αποτελέσματος μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα αποτυπώνουν συσχετίσεις σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και όχι τη διαχρονική επίδραση των διατροφικών συνηθειών στην υγεία των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον συνολικό πληθυσμό του νησιού ή σε άλλους νησιωτικούς πληθυσμούς. Παράλληλα, το δείγμα παρουσίασε μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών και ατόμων μέσης ηλικίας, στοιχείο που ενδέχεται να επηρέασε τη συνολική εικόνα των αποτελεσμάτων.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων. Οι πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων βασίστηκαν στις προσωπικές τους δηλώσεις και όχι σε κλινικές ή βιοχημικές μετρήσεις. Συνεπώς, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο σφάλματος μνήμης, υποεκτίμησης ή υπερεκτίμησης συγκεκριμένων συμπεριφορών και καταστάσεων υγείας. Η αξιολόγηση της καρδιαγγειακής υγείας πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσω αυτοαναφερόμενων ιατρικών διαγνώσεων και όχι μέσω αντικειμενικών δεικτών, όπως εργαστηριακές εξετάσεις ή ιατρική παρακολούθηση. Αυτό ενδέχεται να επηρέασε την ακρίβεια της αποτύπωσης των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

Επιπρόσθετα, η σχετικά περιορισμένη διαφοροποίηση των διατροφικών συνθηκών μεταξύ των συμμετεχόντων πιθανόν να συνέβαλε στη μη ανάδειξη ισχυρών στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας. Τέλος, δεν εξετάστηκαν άλλοι σημαντικοί παράγοντες τρόπου ζωής, όπως η φυσική δραστηριότητα, το επίπεδο άγχους, η ποιότητα ύπνου ή η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι οποίοι είναι δυνατόν να επηρεάζουν σημαντικά την καρδιαγγειακή υγεία.

Με βάση τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, προτείνεται η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών με μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα, ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερα χρήσιμη θα ήταν η συμμετοχή πληθυσμών από διαφορετικές νησιωτικές και γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας, προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές διαφοροποιήσεις στις διατροφικές συνήθειες και στους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας.

Επιπλέον, προτείνεται η διεξαγωγή διαχρονικών (longitudinal) μελετών, οι οποίες θα επιτρέψουν την παρακολούθηση των συμμετεχόντων σε βάθος χρόνου και θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ Μεσογειακής Διατροφής και καρδιαγγειακής υγείας. Σημαντική θα ήταν επίσης η ενσωμάτωση αντικειμενικών βιοχημικών και κλινικών δεικτών, όπως μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, επιπέδων γλυκόζης, χοληστερόλης και δεικτών φλεγμονής, ώστε να ενισχυθεί η αξιοπιστία των δεδομένων και να περιοριστούν οι αδυναμίες των αυτοαναφερόμενων πληροφοριών.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν συνδυαστικά και άλλους παράγοντες τρόπου ζωής, όπως η φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, η ψυχική υγεία, ο ύπνος και το επίπεδο άγχους, προκειμένου να αποτυπωθεί πιο ολοκληρωμένα η επίδρασή τους στην καρδιαγγειακή υγεία. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η διερεύνηση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν την υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής σε νησιωτικούς πληθυσμούς, καθώς και η ανάπτυξη παρεμβατικών προγραμμάτων διατροφικής εκπαίδευσης και πρόληψης με στόχο την ενίσχυση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και τη μείωση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και της καρδιαγγειακής υγείας σε ενήλικους κατοίκους ακριτικού νησιού του Νοτίου Αιγαίου, αναδεικνύοντας σημαντικά ευρήματα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και την παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες διατηρούν σε σημαντικό βαθμό βασικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής, όπως η συστηματική χρήση ελαιολάδου και η αυξημένη κατανάλωση φυτικών τροφών. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι, παρά τις σύγχρονες αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, το παραδοσιακό μεσογειακό διατροφικό πρότυπο εξακολουθεί να επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά των κατοίκων της περιοχής. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικοί καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση, γεγονός που δείχνει ότι η υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής από μόνη της δεν επαρκεί για την πλήρη προστασία της καρδιαγγειακής υγείας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες τρόπου ζωής.

Η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής εφαρμογής της Μεσογειακής Διατροφής και των δεικτών καρδιαγγειακής υγείας. Το εύρημα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τον διατομεακό χαρακτήρα της μελέτης, τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων και τη σχετικά περιορισμένη διαφοροποίηση των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των συμμετεχόντων. Αντίθετα, οι επιμέρους διατροφικές συνήθειες, όπως η κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, οσπρίων, ψαριών και ξηρών καρπών, φάνηκε να σχετίζονται με ευνοϊκότερους δείκτες καρδιαγγειακής υγείας, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της ποιότητας των καθημερινών διατροφικών επιλογών.

Στο σύνολο της, η παρούσα έρευνα ενισχύει τη σημασία της Μεσογειακής Διατροφής ως μέσου προαγωγής της υγείας και πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παράλληλα, αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης δράσεων ενημέρωσης και πρόληψης που θα ενισχύσουν την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και τη μείωση επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου στον γενικό πληθυσμό.

Βιβλιογραφία

- Alexatou, O., Voulgaridou, G., Papadopoulou, S. K., Jacovides, C., Serdari, A., Deligiannidou, G.-E., Tsourouflis, G., Pappa, M., Vorvolakos, T., & Giaginis, C. (2026). Mediterranean diet adherence is associated with lower prevalence of depression and anxiety in university students: A cross-sectional study in Greece. *Diseases*, *14*(1), 19. <https://doi.org/10.3390/diseases14010019>
- Alfaro-González, S., Garrido-Miguel, M., Fernández-Rodríguez, R., Mesas, A. E., Bravo-Esteban, E., López-Muñoz, P., Rodríguez-Gutiérrez, E., & Martínez-Vizcaíno, V. (2024). Higher adherence to the Mediterranean diet is associated with better academic achievement in Spanish university students: A multicenter cross-sectional study. *Nutrition Research*, *126*, 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2024.04.004>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *140*(11), e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F. X., Battino, M., Belahsen, R., Miranda, G., Serra-Majem, L., & Mediterranean Diet Foundation Expert Group. (2011). Mediterranean diet pyramid today: Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, *14*(12A), 2274–2284. <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>
- Banks, E., Joshy, G., Korda, R. J., Stavreski, B., Soga, K., Egger, S., Day, C., Clarke, N. E., Lewington, S., & Lopez, A. D. (2019). Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: Fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC Medicine*, *17*(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1351-4>
- Başar Gökçen, B., Işın, R. B., Ağagündüz, D., Esatbeyoglu, T., & Ozogul, F. (2026). Eco-anxiety's dual role in adherence to the Mediterranean and DASH diets: The mediating

roles of depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1701068.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1701068>

Calder, P. C. (2017). Omega-3 fatty acids and inflammatory processes: From molecules to man. *Biochemical Society Transactions*, 45(5), 1105–1115.
<https://doi.org/10.1042/BST20160474>

Dakanalis, A., Papadimitriou, K., Alexatou, O., Deligiannidou, G. E., Pappa, M., Papadopoulou, S. K., Louka, A., Paschodimas, G., Mentzelou, M., & Giaginis, C. (2025). Mediterranean diet compliance is related with lower prevalence of perceived stress and poor sleep quality in university students: A cross-sectional study in Greece. *Nutrients*, 17(13), 2174. <https://doi.org/10.3390/nu17132174>

Deleu, S., Becherucci, G., Godny, L., Mentella, M. C., Petito, V., & Scaldaferri, F. (2024). The key nutrients in the Mediterranean diet and their effects in inflammatory bowel disease: A narrative review. *Nutrients*, 16(23), 4201. <https://doi.org/10.3390/nu16234201>

Dernini, S., Berry, E. M., Serra-Majem, L., La Vecchia, C., Capone, R., Medina, F. X., Aranceta-Bartrina, J., Belahsen, R., Burlingame, B., Calabrese, G., Corella, D., Donini, L. M., Lairon, D., Meybeck, A., Pekcan, A. G., Piscopo, S., Yngve, A., & Trichopoulou, A. (2017). Med Diet 4.0: The Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutrition*, 20(7), 1322–1330. <https://doi.org/10.1017/S1368980016003177>

Dobroslavska, P., Silva, M. L., Vicente, F., & Pereira, P. (2024). Mediterranean dietary pattern for healthy and active aging: A narrative review of an integrative and sustainable approach. *Nutrients*, 16(11), 1725. <https://doi.org/10.3390/nu16111725>

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventos, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A., Fitó, M., Gea, A., Hernán, M. A., ... PREDIMED Study Investigators. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *The New England Journal of Medicine*, 378(25), e34. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke

fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29.

<https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

Fekete, M., Jarecsny, T., Lehocski, A., Major, D., Fazekas-Pongor, V., Csípő, T., Lipécz, Á., Szappanos, Á., Pázmándi, E. M., Varga, P., & Varga, J. T. (2025). Mediterranean diet, polyphenols, and neuroprotection: Mechanistic insights into resveratrol and oleuropein. *Nutrients*, 17(24), 3929. <https://doi.org/10.3390/nu17243929>

Ference, B. A., Ginsberg, H. N., Graham, I., Ray, K. K., Packard, C. J., Bruckert, E., Hegele, R. A., Krauss, R. M., Raal, F. J., Schunkert, H., Watts, G. F., Borén, J., Fazio, S., Horton, J. D., Masana, L., Nicholls, S. J., Nordestgaard, B. G., van de Sluis, B., Taskinen, M.-R., Tokgözoğlu, L., ... Catapano, A. L. (2017). Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *European Heart Journal*, 38(32), 2459–2472. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx144>

Finicelli, M., Di Salle, A., Galderisi, U., & Peluso, G. (2022). The Mediterranean diet: An update of the clinical trials. *Nutrients*, 14(14), 2956. <https://doi.org/10.3390/nu14142956>

Frank, G., Pala, B., Gualtieri, P., Tocci, G., La Placa, G., & Di Renzo, L. (2025). Adherence to Mediterranean diet and implications for cardiovascular risk prevention. *Nutrients*, 17(12), 1991. <https://doi.org/10.3390/nu17121991>

Gerhard-Herman, M. D., Gornik, H. L., Barrett, C., Barshes, N. R., Corriere, M. A., Drachman, D. E., Fleisher, L. A., Fowkes, F. G., Hamburg, N. M., Kinlay, S., Lookstein, R., Misra, S., Mureebe, L., Olin, J. W., Patel, R. A., Regensteiner, J. G., Schanzer, A., Shishehbor, M. H., Stewart, K. J., Treat-Jacobson, D., ... Walsh, M. E. (2017). 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 135(12), e726–e779. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000471>

Godos, J., Guglielmetti, M., Ferraris, C., Frias-Toral, E., Domínguez Azpíroz, I., Lipari, V., Di Mauro, A., Furnari, F., Castellano, S., Galvano, F., Iacoviello, L., Bonaccio, M., &

- Grosso, G. (2025). Mediterranean diet and quality of life in adults: A systematic review. *Nutrients*, 17(3), 577. <https://doi.org/10.3390/nu17030577>
- González-Cidad, A., García-Moncó, J. C., & Román, G. C. (2026). Beneficial effects of olive oil and the Mediterranean diet on Alzheimer's disease and vascular dementia: A review. *Medicina*, 62(4), 696. <https://doi.org/10.3390/medicina62040696>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., Milano, C. A., ... ACC/AHA Joint Committee Members. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(18), e895–e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
- Keys, A. (1997). Coronary heart disease in seven countries (1970). *Nutrition*, 13(3), 250–253. [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(96\)00410-8](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(96)00410-8)
- Kivimäki, M., & Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 15(4), 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>
- Koundouri, P., Chua, C., & Dellis, K. (2025, November). *Shifting to a Mediterranean diet and the sustainable transformation: Greek agri-food system* (Working Paper Series No. 25-59).
- Libby, P., Buring, J. E., Badimon, L., Hansson, G. K., Deanfield, J., Bittencourt, M. S., Tokgozoğlu, L., & Lewis, E. F. (2019). Atherosclerosis. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 56. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0106-z>
- Low Wang, C. C., Hess, C. N., Hiatt, W. R., & Goldfine, A. B. (2016). Clinical update: Cardiovascular disease in diabetes mellitus: Atherosclerotic cardiovascular disease and heart failure in type 2 diabetes mellitus—Mechanisms, management, and clinical considerations. *Circulation*, 133(24), 2459–2502. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022194>

- Martimianaki, G., Peppas, E., Valanou, E., Papatesta, E. M., Klinaki, E., & Trichopoulou, A. (2022). Today's Mediterranean diet in Greece: Findings from the National Health and Nutrition Survey—HYDRIA (2013–2014). *Nutrients*, *14*(6), 1193. <https://doi.org/10.3390/nu14061193>
- Martínez-González, M. A., & Bes-Rastrollo, M. (2014). Dietary patterns, Mediterranean diet, and cardiovascular disease. *Current Opinion in Lipidology*, *25*(1), 20–26. <https://doi.org/10.1097/MOL.0000000000000044>
- Martínez-González, M. A., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvadó, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., Covas, M. I., Schröder, H., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Fiol, M., Ruiz-Gutiérrez, V., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Muñoz, M. A., Wärnberg, J., Ros, E., Estruch, R., ... PREDIMED Study Investigators. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PLOS ONE*, *7*(8), e43134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043134>
- Menotti, A., & Puddu, P. E. (2025). Ancel Keys, the Mediterranean diet, and the Seven Countries Study: A review. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, *12*(4), 141. <https://doi.org/10.3390/jcdd12040141>
- Michalis, A., & Costarelli, V. (2021). The Greek version of the Mediterranean diet adherence screener: Development and validation. *Nutrition & Food Science*, *51*(1), 129–139. <https://doi.org/10.1108/NFS-03-2021-0084>
- Młynarska, E., Kurcińska, J., Kurciński, S., Marcinkowska, W., Leszto, K., Jakubowska, P., Rysz, J., & Franczyk, B. (2025). The Mediterranean diet in primary and secondary prevention of coronary heart disease: Evidence and mechanisms. *Nutrients*, *17*(22), 3617. <https://doi.org/10.3390/nu17223617>
- Moro, E. (2016). The Mediterranean diet from Ancel Keys to the UNESCO cultural heritage: A pattern of sustainable development between myth and reality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *223*, 655–661. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.380>
- Mozaffarian, D., & Rimm, E. B. (2006). Fish intake, contaminants, and human health: Evaluating the risks and the benefits. *JAMA*, *296*(15), 1885–1899. <https://doi.org/10.1001/jama.296.15.1885>

- Oldways Preservation Trust. (2024). *Mediterranean diet pyramid*. <https://oldwayspt.org>
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2006). Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 16(8), 559–568. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2005.08.006>
- Papadaki, S., Carayanni, V., Notara, V., & Chaniotis, D. (2023). Socioeconomic status, lifestyle characteristics and adherence to the Mediterranean diet among Greece adolescents. *Food and Humanity*, 1, 902–908. <https://doi.org/10.1016/j.foohum.2023.06.015>
- Picone, P., Girgenti, A., Buttacavoli, M., & Nuzzo, D. (2024). Enriching the Mediterranean diet could nourish the brain more effectively. *Frontiers in Nutrition*, 11, Article 1489489. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1489489>
- Ros, E., Martínez-González, M. A., Estruch, R., Salas-Salvadó, J., Fitó, M., Martínez, J. A., & Corella, D. (2014). Mediterranean diet and cardiovascular health: Teachings of the PREDIMED study. *Advances in Nutrition*, 5(3), 330S–336S. <https://doi.org/10.3945/an.113.005389>
- Saad, A. M., Mohammed, D. M., Alkafaas, S. S., Ghosh, S., Negm, S. H., Salem, H. M., Fahmy, M. A., Semaary, H. E., Ibrahim, E. H., AbuQamar, S. F., El-Tarabily, K. A., & El-Saadony, M. T. (2025). Dietary polyphenols and human health: Sources, biological activities, nutritional and immunological aspects, and bioavailability—A comprehensive review. *Frontiers in Immunology*, 16, Article 1653378. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1653378>
- Scaglione, S., Di Chiara, T., Daidone, M., & Tuttolomondo, A. (2025). Effects of the Mediterranean diet on the components of metabolic syndrome concerning the cardiometabolic risk. *Nutrients*, 17(2), 358. <https://doi.org/10.3390/nu17020358>
- Schwingshackl, L., Morze, J., & Hoffmann, G. (2020). Mediterranean diet and health status: Active ingredients and pharmacological mechanisms. *British Journal of Pharmacology*, 177(6), 1241–1257. <https://doi.org/10.1111/bph.14778>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-

analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189–1196.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>

Trajkovska Petkoska, A., Oggenoska, V., & Trajkovska-Broach, A. (2025). Mediterranean diet: From ancient traditions to modern science—A sustainable way towards better health, wellness, longevity, and personalized nutrition. *Sustainability*, 17(9), 4187.
<https://doi.org/10.3390/su17094187>

Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *The New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599–2608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>

UNESCO. (2010). *Mediterranean diet – Intangible cultural heritage*.
<https://www.unesco.org/archives/multimedia/document-1680-eng-2>

Ussia, S., Ritorto, G., Mollace, R., Serra, M., Tavernese, A., Altomare, C., Muscoli, C., Fini, M., Barillà, F., Indolfi, C., Perrone Filardi, P., Mollace, V., & Macrì, R. (2025). Exploring the benefits of extra virgin olive oil on cardiovascular health enhancement and disease prevention: A systematic review. *Nutrients*, 17(11), 1843.
<https://doi.org/10.3390/nu17111843>

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., Jankowska, E. A., ... ESC Scientific Document Group. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Vourdoubas, J. (2024). The interrelation between obesity management and climate change in Greece. *International Journal of Current Science Research and Review*, 7(8), 5925–5935.

Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 128(3), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.014>

Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy

eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6 Suppl.), 1402S–1406S.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/61.6.1402S>

Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L. J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J. A., De Vries, W., Majele Sibanda, L., Afshin, A., ... Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447–492.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

World Health Organization. (2023). *Sodium reduction*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>

World Health Organization. (2024). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

World Health Organization. (2024). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Σας ευχαριστούμε θερμά για το ενδιαφέρον σας να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα με τίτλο «Η μεσογειακή διατροφή σε ένα ακριτικό νησί του νοτίου Αιγαίου». Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών, της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή και επιλεγμένων παραγόντων καρδιαγγειακής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα των δεδομένων, σύμφωνα με τις αρχές προστασίας προσωπικών πληροφοριών. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις· παρακαλούμε επιλέξτε εκείνες που σας αντιπροσωπεύουν καλύτερα.

Η διαδικασία διαρκεί περίπου 5–10 λεπτά. Μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή, εφόσον το επιθυμείτε.

Η συμβολή σας είναι πολύτιμη για την ολοκλήρωση της έρευνας και την εξαγωγή χρήσιμων επιστημονικών συμπερασμάτων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο και τη συνεργασία σας

Μπέρτου Μαρία

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο

2. Ηλικία: έτη

3. Οικογενειακή κατάσταση

☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

- ☐ Δημοτικό
- ☐ Γυμνάσιο
- ☐ Λύκειο
- ☐ Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση
- ☐ Μεταπτυχιακές σπουδές

5. Επαγγελματική κατάσταση

- ☐ Εργαζόμενος/η
- ☐ Άνεργος/η
- ☐ Συνταξιούχος
- ☐ Φοιτητής/τρια
- ☐ Οικιακά

6. Είστε μόνιμος/η κάτοικος του νησιού;

- ☐ Ναι ☐ Όχι

7. Γνωρίζετε τι είναι η Μεσογειακή Διατροφή?

- ☐ Ναι ☐ Όχι

8. Εφαρμόζετε την Μεσογειακή Διατροφή?

- ☐ Ναι ☐ Όχι

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Μεσογειακή Διατροφή

Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS)

(Παρακαλούμε σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο)

1. Χρησιμοποιείτε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λίπους για το μαγείρεμα;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

2. Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου αυτού που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα και στις σαλάτες);

- ☐ 4 ή περισσότερες κουταλιές της σούπας
- ☐ 3 ή λιγότερες κουταλιές της σούπας

3. Πόσες μερίδες λαχανικών καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά ημέρα;

(1 μερίδα $\approx$ 200 g, οι γαρνιτούρες αντιστοιχούν σε $\frac{1}{2}$ μερίδα)

- ☐ 2 ή περισσότερες (εκ των οποίων τουλάχιστον 1 ωμή ή σε σαλάτα)
- ☐ 1 ή λιγότερη

4. Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;

- ☐ 3 ή περισσότερες
- ☐ 2 ή λιγότερες

5. Πόσες μερίδες κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων καταναλώνετε ανά ημέρα;

(1 μερίδα $\approx$ 100–150 g)

- ☐ Λιγότερο από 1
- ☐ 1 ή περισσότερες

6. Πόσες μερίδες βουτύρου, μαργαρίνης ή κρέμας γάλακτος καταναλώνετε ανά ημέρα;

(1 μερίδα $\approx$ 12 g)

- ☐ Λιγότερο από 1
- ☐ 1 ή περισσότερες

7. Πόσα αναψυκτικά με ζάχαρη ή/και ανθρακούχα ποτά καταναλώνετε ανά ημέρα;

- ☐ Λιγότερο από 1
- ☐ 1 ή περισσότερα

8. Καταναλώνετε κρασί; Αν ναι, πόσα ποτήρια καταναλώνετε κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα;

- ☐ 7 ποτήρια ή περισσότερα
☐ 6 ποτήρια ή λιγότερα / Δεν καταναλώνω

9. Πόσες μερίδες οσπρίων καταναλώνετε ανά εβδομάδα;

(1 μερίδα $\approx$ 150 g)

- ☐ 3 ή περισσότερες
☐ 2 ή λιγότερες

10. Πόσες μερίδες ψαριών ή θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα;

(1 μερίδα $\approx$ 100–150 g ψαριού ή 200 g θαλασσινών)

- ☐ 3 ή περισσότερες
☐ 2 ή λιγότερες

11. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε γλυκά του εμπορίου (όχι σπιτικά), όπως μπισκότα, κέικ ή αρτοσκευάσματα;

- ☐ Λιγότερες από 2
☐ 2 ή περισσότερες

12. Πόσες μερίδες ξηρών καρπών καταναλώνετε ανά εβδομάδα;

(1 μερίδα $\approx$ 30 g)

- ☐ 3 ή περισσότερες
☐ 2 ή λιγότερες

13. Προτιμάτε να καταναλώνετε λευκό κρέας (κοτόπουλο, γαλοπούλα ή κουνέλι) αντί για κόκκινο κρέας, χοιρινό, χάμπουργκερ ή λουκάνικα;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

14. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα πιάτα μαγειρεμένα με σάλτσα από ντομάτα, κρεμμύδι, πράσο ή σκόρδο και ελαιόλαδο;

- ☐ 2 ή περισσότερες
☐ 1 ή λιγότερες

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Καρδιαγγειακοί παράγοντες

Παρακαλούμε απαντήστε με βάση διάγνωση από επαγγελματία υγείας, όπου αναφέρεται.

1. Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αρτηριακή υπέρταση (υψηλή πίεση);

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν θυμάμαι

2. Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με αυξημένη χοληστερόλη ή δυσλιπιδαιμία;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν θυμάμαι

3. Έχετε διαγνωστεί από γιατρό με σακχαρώδη διαβήτη;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν θυμάμαι

4. Έχετε ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου;

(π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, στεφανιαία νόσος)

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω

5. Λαμβάνετε αυτή την περίοδο φαρμακευτική αγωγή για κάποιο από τα παραπάνω;

☐ Ναι

☐ Όχι

6. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων;

(γονείς ή αδέρφια)

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν γνωρίζω

7. Καπνίζετε αυτή την περίοδο;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Πρώην καπνιστής/τρια

8. Έχετε μετρήσει την αρτηριακή σας πίεση τον τελευταίο χρόνο;

☐ Ναι

☐ Όχι

9. Πώς θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της καρδιαγγειακής σας υγείας;

☐ Πολύ καλή

☐ Καλή

☐ Μέτρια

☐ Κακή

☐ Πολύ κακή