



ΓΕΩΠΟΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ &
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΜΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

«Η πρόσληψη νερού στην τρίτη ηλικία σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και το βαθμό προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή»



Αλέξανδρος Α. Χάμος

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Καψοκεφάλου Μαρία

Αθήνα 2015



ΓΕΩΠΟΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ &
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΜΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

«Η πρόσληψη νερού στην τρίτη ηλικία σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και το βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή»

Αλέξανδρος Α. Χάμος

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Καψοκεφάλου Μαρία

Τριμελής επιτροπή: Καψοκεφάλου Μαρία, Αν. Καθηγήτρια Γ.Π.Α

Δροσινός Ελευθέριος, Αν. Καθηγητής Γ.Π.Α

Παπακωνσταντίνου Αιμιλία, Λέκτορας Γ.Π.Α

Αθήνα 2015

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Καυσοκεφάλου, επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της και για το πολύ ενδιαφέρον θέμα που μου ανέθεσε. Επίσης, τον υπ. Διδάκτωρ Άλεξ Πέπα και τον MSc Παξιμαδά Χρήστο για την βοήθεια τους τόσο συμβουλευτικά, όσο και στην συλλογή του δείγματος, καθώς και τον Δρ. Τυροβολά Στέφανο για τις πολύτιμες συμβουλές του στο στατιστικό κομμάτι της έρευνας. Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα την οικογένειά μου και όλους τους συμφοιτητές και φίλους μου για την συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση της κατανάλωσης νερού και υγρών σε άτομα της τρίτης ηλικίας του Ελληνικού πληθυσμού, σε σχέση με τον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και το επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, ανάλογα με τη περιοχή διαμονής, το φύλο, καθώς και διάφορα περιγραφικά χαρακτηριστικά.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκε επιλεγμένο δείγμα 965 ατόμων από Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ) της Ελλάδας και συγκεκριμένα 454 ατόμων από ΚΑΠΗ της Αθήνας και 511 ατόμων από ΚΑΠΗ της Κρήτης. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν εγγεγραμμένα μέλη των εν λόγω ΚΑΠΗ, ηλικίας 65 ετών και άνω και κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια τα οποία περιλάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση υγρών, το κοινωνικό κεφάλαιο καθώς και κάποια κοινωνικό-οικονομικά και ατομικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Παρόλο που ο βαθμός προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή των ηλικιωμένων που συμμετείχαν ήταν μέτριος($31,8 \pm 4/55$), η συνολική κατανάλωση νερού στο συνολικό δείγμα και ανά φύλο, φάνηκε να είναι σύμφωνη με τις διεθνείς συστάσεις του EFSA(journal 2010; 8(3):1459), ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, όσο αυξάνει ο βαθμός προσκόλλησης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής αυξάνει και πρόσληψη νερού, τόσο συνολικά αλλά και από τις επιμέρους πηγές. Επιπλέον, το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο επίσης ήταν μέτριο στο σύνολο του δείγματος($73,1 \pm 8,9/124$) και φάνηκε να επηρεάζει εξίσου σημαντικά την συνολική κατανάλωση νερού($B=10,37, P<0,001$), ενώ ανάμεσα στους συμμετέχοντες Αθήνας και Κρήτης δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική βαθμολογία του κοινωνικού κεφαλαίου και του med diet score.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την κατανάλωση νερού, με τον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Δίαιτας αλλά και με την ποικιλία πρόσληψης ροφημάτων.

Λέξεις κλειδιά: Πρόσληψη νερού, Κοινωνικό κεφάλαιο, Μεσογειακό διατροφικό σκορ, Τρίτη ηλικία.

SUMMARY

Purpose: This study aims to collect, record and evaluate the water intake in a third aged Greek population and its relationship with the level of adherence to the Mediteranian diet and the social Capital level, according to their place of residence, sex and various descriptive characteristics

Methodology: We have studied a selected sample of 965 persons from Open Care Centers(KAPI) in Greece, 454 of which were from Athens and 511 from Crete. All participants were registered members of KAPI centers, aged 65 years and above and were asked to respond to questionnaires which included questions regarding eating habits, fluid intake, social capital, as well as some socio-economic and individual data.

Results: Although the degree of adherence to the Mediterranean diet of the elderly who participated was moderate ($31.8 \pm 4/55$), the total water consumption in the total sample and by gender, seemed to be in line with international recommendations of EFSA (journal 2010; 8 (3): 1459), and according to our results, the greater the degree of adherence to the Mediterranean Diet, water intake increases, both overall and by individual sources. Furthermore, the total social capital was also moderate in the whole sample ($73.1 \pm 8.9 / 124$) and seemed to also undermining overall water consumption ($B = 10,37$, $P < 0,001$), while among the participants from Athens and Crete, did not appear statistically significant differences in the total score of the Social Capital and the Med diet score.

Conclusions: Our results show that social capital is related to water intake, to the degree of adherence to the Mediterranean Diet and the variety of beverage intake.

Key words: Water intake, Social Capital, Med diet score, third age.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η Τρίτη Ηλικία	6
1.1 Φυσιολογικές μεταβολές κατά την Τρίτη ηλικία	7
2. Διατροφή και γήρανση	8
2.1 Μεταβολές στην υγεία που μπορούν να επηρεάσουν την διατροφή	8
2.1.1 Γεύση και όσφρηση	8
2.1.2 Στοματική υγεία	9
2.1.3 Πεπτικό σύστημα	9
2.1.4 Καρδιαγγειακό Σύστημα.....	10
2.1.5 Εγκέφαλος και νευρικό σύστημα.....	10
3. Φυσική δραστηριότητα και Τρίτη ηλικία	10
4. Μεσογειακή Διατροφή και Τρίτη Ηλικία	11
5. Κατανάλωση νερού και υγρών στην Τρίτη ηλικία	15
5.1 Καφές.....	16
5.2 Τσάι.....	17
5.3 Αλκοόλ.....	17
6. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο	18
6.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Τρίτη Ηλικία.....	19
7. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ)	19
7.1 Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στα ΚΑΠΗ της Ελλάδας σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων	20

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

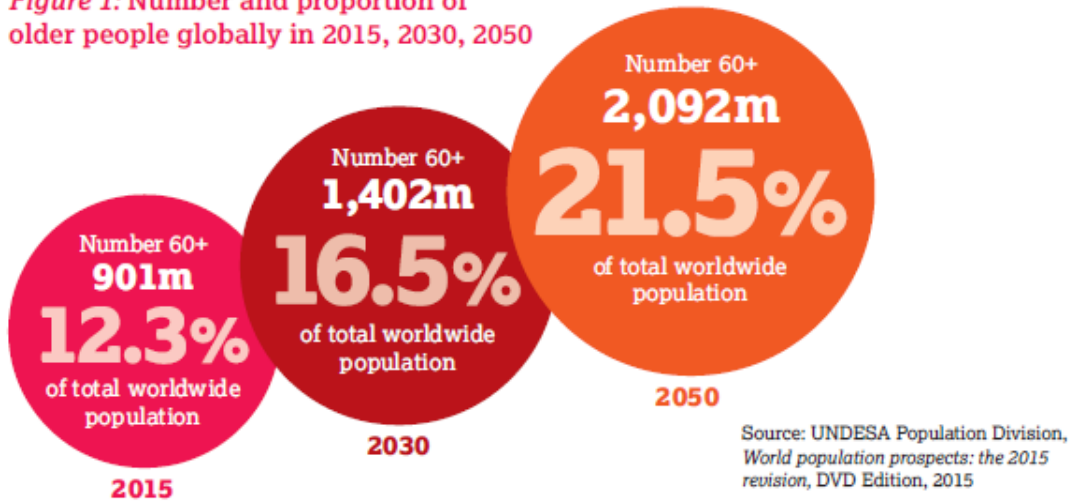
8. Σκοπός.....	21
9. Μεθοδολογία - Υλικό	21
9.1 Δείγμα	21
9.2 Ερωτηματολόγια - Κωδικοποίηση.....	22
9.3 Στατιστική Ανάλυση.....	26
10. Αποτελέσματα.....	26
11. Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	44
12. Περιορισμοί Μελέτης	49
13. Τελικά συμπεράσματα	50
14. Βιβλιογραφία	52
Παράρτημα.....	60

1. Η Τρίτη Ηλικία

Η αναφορά στην Τρίτη ηλικία, ενδεχομένως θα ήταν ορθό να συνοδεύεται από τη διευκρίνιση για τον εάν επιλέγονται χρονολογικά κριτήρια τα οποία ορίζουν την πληθυσμιακή ομάδα αναφοράς μας ή λειτουργικά κριτήρια βάσει των οποίων γίνεται η επιλογή του πληθυσμού. Ωστόσο, με τον όρο Τρίτη ηλικία, συνήθως αναφερόμαστε στα άτομα εκείνα που βρίσκονται ηλικιακά άνω των 65 ετών, ηλικία η οποία θεωρείται διεθνώς, το όριο για τον διαχωρισμό ενός ενήλικα από έναν υπερήλικα. Οι ορισμοί του γήρατος είναι αρκετοί, δεν υπάρχει όμως κοινή συμφωνία και γραμμή μεταξύ των κρατών για το ποια είναι η ηλικία από την οποία και μετά το άτομο θεωρείται ηλικιωμένο. Παρ όλα αυτά, σύμφωνα με τον ΟΗΕ, ηλικιωμένος θεωρείται όποιος βρίσκεται άνω των 60 ετών(Personal correspondence, January 2001), ενώ τα περισσότερα κράτη διεθνώς συνταξιοδοτούν τους πολίτες τους στην ηλικία των 60 – 65 ετών(Roebuck J, 1979). Σύμφωνα με τον οργανισμό HelpAge international και τον δείκτη Global AgeWatch intex που δημιουργήθηκε σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο του Σαουθάμπτον, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στη Ελλάδα αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών παγκοσμίως, να αποτελούν το 12,3 % του συνολικού πληθυσμού της Γής, δηλαδή 901 εκατομμύρια ανθρώπων, με την πρόβλεψη ο αριθμός να αυξάνει περισσότερο στα επόμενα χρόνια (Σχήμα 1). Στην Χώρα μας ζουν 3 εκατομμύρια ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών, δηλαδή σχεδόν το 27% του συνολικού πληθυσμού, ποσοστό το οποίο εκτιμάται να αυξηθεί στο 33,2% μέχρι το 2030 και στο 40,8% το 2050(Global AgeWatch intex, 2015). Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και κατ επέκταση του προσδόκιμου ζωής, μπορεί να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πρόοδο της επιστήμης της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικότερα στην βελτίωση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενειών, ωστόσο, σημαντική θα πρέπει να είναι η μέριμνα των κρατών καθώς και της Ελλάδος, για λήψη μέτρων με στόχο την βελτίωση τόσο της υγείας αλλά και της γενικότερης ποιότητας ζωής των ανθρώπων του συγκεκριμένου ηλικιακού γκρουπ, ιδιαίτερα σε μία χρονική περίοδο διεθνούς οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε.

Σχήμα 1. Προβλεπόμενη αύξηση του πληθυσμού άνω των 60, παγκοσμίως.

Figure 1: Number and proportion of older people globally in 2015, 2030, 2050



1.1 Φυσιολογικές μεταβολές κατά την Τρίτη ηλικία

Μέρος των κυριότερων αλλαγών που παρατηρούνται με το πέρας του χρόνου αφορούν την σύσταση του σώματος και την οστική μάζα. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μείωση της άλιπης μάζας του σώματος και κυρίως της μυϊκής μάζας, με ταυτόχρονη αύξηση του λίπους (Gallagher et al., 1996). Η απώλεια της μυϊκής μάζας και δύναμης λόγω της ηλικίας είναι μια διαδικασία που ονομάζεται σαρκοπενία, με μελέτες να δείχνουν ότι η μείωση του μυϊκού ιστού μετά την ηλικία των 20 ετών και μέχρι την ηλικία των 70, μπορεί να μειωθεί μέχρι και 40% (Villareal et al., 2005), διαδικασία που φαίνεται να αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 60 ετών (Baumgartner et al., 1999; Janssen et al., 2002). Η διαδικασία της αύξησης του λίπους και της μείωσης του μυϊκού βάρους των ηλικιωμένων είναι μία διαδικασία που μπορεί να σχετίζεται η /και να προκαλείται από την ύπαρξη παθολογικών αλλά και κοινωνικο – οικονομικών παραγόντων, ωστόσο όταν οι ηλικιωμένοι έχουν ικανοποιητικές διατροφικές συνήθειες αλλά και επαρκή επίπεδα φυσικής δραστηριότητας παρουσιάζουν μειωμένη απώλεια μυϊκής μάζας αλλά και μικρότερη αύξηση του λίπους (Hughes et al., 2004). Η οστεοπόρωση είναι ένα φαινόμενο που αφορά κυρίως τον γυναικείο πληθυσμό και χρίζει ιδιαίτερης προσοχής στα ηλικιωμένα άτομα. Τα οστά των γυναικών είναι μικρότερα και λιγότερο συμπαγή από αυτά των ανδρών, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να χάνουν περίπου το 40% του σκελετικού τους ασβεστίου, 50% του οποίου μέσα στα 5 χρόνια μετά την

εμμηνόπαυση, με το υπόλοιπο να χάνεται αργότερα με πιο μειωμένο ρυθμό (WHO, 2002).

2. Διατροφή και Γήρανση

Η διαδικασία της γήρανσης είναι μια φυσιολογική διαδικασία που ξεκινάει με τη γέννηση και καταλήγει στον θάνατο. Κατά τις περιόδους ανάπτυξης του ατόμου οι αναβολικές διεργασίες στο σώμα είναι περισσότερες από τις καταβολικές, όταν όμως το σώμα φτάσει στην φυσιολογική ωριμότητα, στην ηλικία περίπου των 30 ετών, από εκεί και έπειτα ο ρυθμός των καταβολικών ή εκφυλιστικών αλλαγών μπορεί να γίνει μεγαλύτερος σε σχέση με τις αναβολικές διεργασίες. Ως εκ τούτου προκύπτει απώλεια κυττάρων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αποτελεσματικότητα και διαταραγμένη λειτουργία των οργάνων.(Kraus,2004) Έτσι, όταν ένα ηλικιωμένο άτομο έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, τα υπόλοιπα οργανικά συστήματα που δεν σχετίζονται με την ασθένειά του μπορεί να επιβαρυνθούν σημαντικά με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να βρίσκεται εκτεθειμένος σε κίνδυνο από πολλαπλές ταυτόχρονες παθήσεις.(Ζαμπέλας,2003). Με βάση λοιπόν τις πολυδιάστατες αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση, γίνεται κατανοητό ότι ,ιδανικά, η διαδικασία φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων θα πρέπει να περιλαμβάνει την συμμετοχή μιας μεγάλης ομάδας επαγγελματιών υγείας, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη το λεγόμενο κοινωνικό κεφάλαιο των ηλικιωμένων τα οποίο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική και σωματική τους υγεία.

2.1 Μεταβολές στην υγεία που μπορούν να επηρεάσουν την διατροφή

Οι φυσιολογικές μεταβολές που συντελούνται στην Τρίτη ηλικία και έχουν να κάνουν κυρίως με τη σύσταση του σώματος συνοδεύονται από σταδιακή έκπτωση των λειτουργιών των περισσότερων οργάνων στο ανθρώπινο σώμα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την πιθανή εμφάνιση προβλημάτων υγείας μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την διατροφική πρόσληψη των ηλικιωμένων.

2.1.1 Μειωμένη γεύση και όσφρηση

Μια από τις σημαντικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα με το γήρας είναι η μείωση της γεύσης και της όσφρησης, αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα των ηλικιωμένων να απολαμβάνουν τις τροφές. Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων καθώς και την ενεργειακή πρόσληψη των

ηλικιωμένων, ενώ το 25% των ηλικιωμένων έχει φανεί ότι δυσκολεύονται να αντιληφθούν σε ικανοποιητικό βαθμό μια ή και περισσότερες από τις 4 βασικές γεύσεις(ξινό, πικρό, γλυκό, αλμυρό) κάτι που φαίνεται να οφείλεται τόσο στη μείωση του αριθμού αλλά και της μείωσης της λειτουργικής ικανότητας των γευστικών καλύκων(Εθνικός διατροφικός οδηγός για ηλικιωμένους, 2015).

2.1.2 Στοματική υγεία

Η στοματική υγιεινή είναι σημαντική για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, στους ηλικιωμένους και συγκεκριμένα σε ποσοστό πάνω του 70%, παρατηρείται μειωμένη έκκριση σιέλου που μπορεί να προκαλέσει πλάκα στα δόντια αλλά και ξηροστομία επηρεάζοντας την διατροφική τους πρόσληψη σε μεγάλο βαθμό(Bivona et al.,1998), ενώ η ταυτόχρονη ύπαρξη δυσκολίας στη μάσηση και κατάποσης λόγω της ξηροστομίας επηρεάζουν σημαντικά την διατροφική πρόσληψη των ηλικιωμένων ατόμων οδηγώντας τους στον αποκλεισμό ορισμένων τροφίμων από τις διατροφικές τους συνήθειες (Loesche et al., 1995).

2.1.3 Πεπτικό σύστημα

Με την πάροδο της ηλικίας η λειτουργία του πεπτικού συστήματος μειώνεται με αποτέλεσμα να εμφανίζονται πιο συχνά γαστρεντερικές διαταραχές οι οποίες επιδεινώνονται όταν υπάρχει λήψη φαρμάκων. Στα άτομα τρίτης ηλικίας οι κυριότερες ενοχλήσεις αφορούν το στομάχι, ενώ συχνά παρατηρείται δυσκοιλιότητα που σχετίζεται με μειωμένη κινητικότητα του παχέος εντέρου (Evans et al., 1998) η οποία επιβαρύνεται όταν υπάρχει μειωμένη φυσική δραστηριότητα, μειωμένη θερμιδική πρόσληψη και μειωμένη πρόσληψη υγρών και φυτικών ινών. Επιπλέον, με την πάροδο της ηλικίας η εμφάνιση ατροφικής γαστρίτιδας είναι πιο συχνή, με αποτέλεσμα να υπάρχει μειωμένη παραγωγή γαστρικού υγρού(υποχλωρυδρία), οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης βακτηριδίων. Η υποχλωρυδρία μπορεί να οδηγήσει δυσασπορρόφηση και μειωμένη βιοδιαθεσιμότητα ασβεστίου, σιδήρου, φυλλικού οξέος και βιταμινών Β6 και Β12. (Ζαμπέλας,2003).

2.1.4 Καρδιαγγειακό Σύστημα

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς έχουν να κάνουν με το περιβάλλον, με την κατάσταση υγείας αλλά και τις ατομικές διατροφικές συνήθειες και επιβαρύνουν την καρδιά σε ένα βάθος χρόνου, με αποτέλεσμα τα προβλήματα να εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή και κυρίως στους ηλικιωμένους. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς οι αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα κατά το γήρας, ωστόσο φαίνεται ότι με την πάροδο της ηλικίας, αυξάνει η ίνωση της καρδιάς, μειώνεται ο αριθμός των μυοκυττάρων και αυξάνει το μέγεθός τους, ενώ παρατηρείται υπερτροφία της αριστερής κοιλίας(ζαμπέλας,2003).Επιπλέον, πολλές από τις αλλαγές που παρατηρούνται σε σχέση με τη μορφολογία και την λειτουργικότητα της καρδιάς φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με την υπέρταση(Lakatta et al., 2009).

2.1.5 Εγκέφαλος και νευρικό σύστημα

Υπολογίζεται ότι στα άτομα προχωρημένης ηλικίας παρουσιάζονται απώλειες νευρών της τάξης του 20% αλλά και μείωση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο (Ζαμπέλας,2003). Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να προκαλέσουν μειωμένο συντονισμό κινήσεων και μειωμένη ισορροπία, μεταβολές στην ψυχική οξύτητα και τα αισθητήρια όργανα, μειωμένη επιδεξιότητα, μεταβολές στη διάθεση καθώς και δυσκολίες στην ανάκτηση πληροφοριών(Kraus, 2004).Η Άνοια είναι η νόσος που εμφανίζεται πιο συχνά στην Τρίτη ηλικία και μπορεί να προκαλέσει σημαντικό βαθμού αναπηρία, ενώ προκαλείται κυρίως από τη νόσο Alzheimer αλλά και από άλλες νευρολογικές παθήσεις όπως η νόσος Parkinson(WHO, 2002).

3. Φυσική δραστηριότητα και Τρίτη ηλικία

Η σημασία της φυσικής δραστηριότητας και ο ρόλος της για την υγεία έχει μελετηθεί εκτενώς και τα θετικά οφέλη είναι σημαντικά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η φυσική δραστηριότητα από μόνη της φαίνεται ότι σχετίζεται με την μακροζωία και ιδιαίτερα στους υπερήλικες (Gremeaux et al., 2012; Venturelli et al., 2012), ενώ ο συνδυασμός της με σωστή διατροφή, με τον μεσημεριανό ύπνο και με τη διακοπή του καπνίσματος φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα μακροζωίας, όπως φάνηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κατοίκους της Ικαρίας(Panagiotakos et

al., 2011). Όσον αφορά το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας των Ελλήνων ηλικιωμένων οι έρευνες μας δείχνουν ένα χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, με τους άνδρες να εμφανίζονται σωματικά πιο δραστήριοι από τις γυναίκες (Pitsavos et al., 2005, Tourlouki et al., 2013, Kanoni & Dedousis, 2008). Οι συστάσεις για τη φυσική δραστηριότητα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας είναι για τους ενήλικες στα 150 λεπτά αερόβιας άσκησης μέτριας έντασης ή 75 λεπτά έντονης άσκησης την εβδομάδα τουλάχιστον ή ένας ισοδύναμος συνδυασμός έντονης και μέτριας άσκησης, ενώ οι ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης θα πρέπει να πραγματοποιούνται τουλάχιστον 2 φορές τη βδομάδα. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα κινητικότητας θα πρέπει να κάνουν φυσική δραστηριότητα 3 ή περισσότερες φορές/εβδομάδα με στόχο την ενίσχυση της ισορροπίας και την πρόληψη καταγμάτων (ΠΟΥ, 2010). Παρόμοιες είναι και οι συστάσεις του διεθνούς ινστιτούτου γήρανσης που προτείνει ότι τα άτομα άνω των 50 ετών θα πρέπει να επιδιώκουν τουλάχιστον 150 λεπτά σωματικής άσκησης τη βδομάδα, με επιπλέον στόχο επαναλαμβανόμενες συνεδρίες διάρκειας 10 λεπτών με μεγάλη συχνότητα μέσα στις περισσότερες μέρες της εβδομάδας (National Institute on Aging, 2012).

4. Μεσογειακή Διατροφή και Τρίτη ηλικία

Η Μεσογειακή διατροφή είναι ένα από τα πιο γνωστά και υγιεινά διατροφικά πρότυπα στον κόσμο. Οι ευεργετικές ιδιότητες της έχουν μελετηθεί εκτενώς και αποδίδονται στην μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες, στον χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη των γευμάτων, στην υψηλή πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών και στον υψηλό λόγο μονοακόρεστων προς κορεσμένα λιπαρά οξέα αλλά και στις αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες που παρουσιάζουν τα τρόφιμα που περιέχονται σε αυτήν (Εθνικός διατροφικός οδηγός για ενήλικες, 2015). Η διατροφική πυραμίδα που δημιουργήθηκε το 2011 από τους (Bach-Faig et al., 2011), απεικονίζει τις συστάσεις σε καθημερινή συχνότητα, εβδομαδιαίως και περιστασιακά, για μια ισορροπημένη διατροφή βασισμένη στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής και αφορά τον ενήλικο πληθυσμό (Εικόνα 1 - Πίνακας 1).

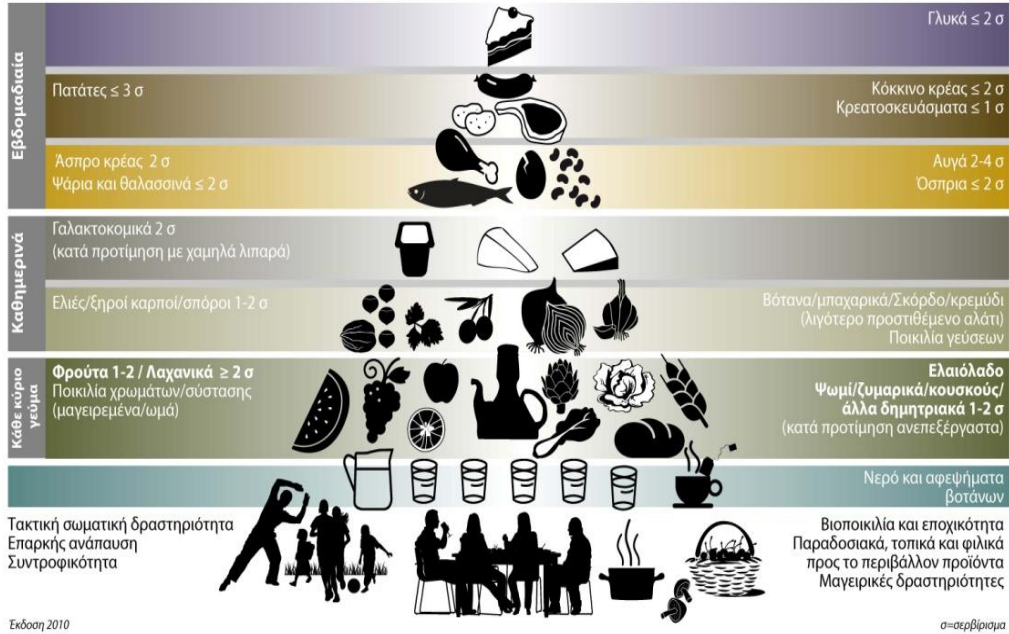
Εικόνα 1. Η Διατροφική πυραμίδα για τον Ενήλικο πληθυσμό.

Μεσογειακή διατροφή: ένας τρόπος ζωής για το σήμερα
 Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες

Σερβίρισμα (σ): μικρότερο της τυπικής μερίδας εστιατορίου, ποικίλει ανά τρόφιμο



Κατανάλωση κρασιού με μέτρο, σεβόμενοι τις κοινωνικές πεποιθήσεις



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea
 Η διάθεση της πυραμίδας δεν έχει περιορισμούς, συνιστάται η διανομή της.

Έκδοση 2010

σ=σερβίρισμα



Fundación
Dieta Mediterránea

ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



FORUM ON
MEDITERRANEAN
FOOD CULTURES

Predimed
Prevention with Dieta Mediterránea



Ciisam



H.M.F.
HELLENIC
MEDICAL
FOUNDATION



IUNS
CIHEAM
International Centre for Advanced
Mediterranean Agricultural Studies



fens
Foundation for European
Nutrition Science

Πίνακας 1. Επεξήγηση της διατροφικής πυραμίδας ενηλίκων.

Καθημερινά:

Τα τρία κυρίως γεύματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν τρία βασικά συστατικά:

- **Δημητριακά**(1-2 μερίδες ανα γεύμα, π.χ ψωμί , ζυμαρικά, ρύζι κ.α)
- **Λαχανικά**(Σε μεσημεριανό και Βραδινό, ή πάνω από δύο μερίδες ανα γεύμα)
- **Φρούτα**(1-2 μερίδες /γεύμα, θα πρέπει να αποτελούν το πιο συχνό επιδόρπιο)

Επιπλέον,

- Απαραίτητη η κατανάλωση **1,5 – 2 λίτρα νερού/ ημέρα**. Μη ζαχαρούχα και φτωχά σε αλάτι μπορούν να καταναλώνονται με στόχο την εξασφάλιση της σύστασης.
- Τα **γαλακτοκομικά προϊόντα** καλό θα είναι να τα προτιμάμε **με χαμηλά λιπαρά**
- Το **Ελαιόλαδο** είναι τοποθετημένο στο κέντρο της πυραμίδας και θα πρέπει να αποτελεί τη **κύρια πηγή διαιτητικού λίπους**
- Η **χρήση μπαχαρικών, βοτάνων, σκόρδου και κρεμμυδιού** προτείνεται ως ένας καλός τρόπος για να εμπλουτίσουμε την γεύση των γευμάτων μας και ταυτόχρονα να μειώσουμε την πρόσληψη αλατιού. Επιπλέον, **οι ελιές, οι ξηροί καρποί και οι σπόροι** αποτελούν πλούσιες πηγές καλών λιπαρών, πρωτεϊνών, βιταμινών μετάλλων και ιχνοστοιχείων, ενώ η σύσταση για μία λογική κατανάλωσή τους(μια χούφτα) μπορεί να αποτελέσει μια υγιεινή επιλογή για σνακ.
- Με σεβασμό στις **θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις**, προτείνεται η μέτρια κατανάλωση **κρασιού και άλλων ποτών που έχουν υποστεί βακτηριακή ζύμωση** κατά τη διάρκεια των γευμάτων(ένα ποτήρι/ημέρα για της γυναίκες και 2 ποτήρια/ημέρα για τους άνδρες, ως γενική σύσταση).

Εβδομαδιαίως:

Ποικιλία φυτικών και ζωικών πρωτεϊνών θα πρέπει να καταναλώνονται. Συγκεκριμένα,

- **Ψάρι**(2 ή περισσότερες μερίδες), **Λευκό κρέας**(2 μερίδες) και **αυγά**(2 με 4 μερίδες)
- Η κατανάλωση **κόκκινου κρέατος**(λιγότερο από 2 μερίδες κατά προτίμηση άπαχο) και επεξεργασμένου κρέατος(λιγότερο από μια μερίδα) θα πρέπει να είναι **αραιή και σε μικρές ποσότητες**.
- Ο συνδυασμός **οσπρίων** και δημητριακών (πάνω από δύο μερίδες) αποτελούν υγιεινές πηγές πρωτεϊνών και λιπιδίων. Οι πατάτες επίσης συμπεριλαμβάνονται σε αυτή την ομάδα(3 ή λιγότερες μερίδες/εβδομάδα κατά προτίμηση φρέσκιες)καθώς περιέχονται σε πολλές παραδοσιακές συνταγές με ψάρι και κρέας.

Περιστασιακά:

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται τα **γλυκά**, οι καραμέλες και η ζάχαρη και όλα τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε ‘κακά’ λιπαρά, τα οποία θα πρέπει να καταναλώνονται σε **μικρές ποσότητες** και να επιλέγονται σε ειδικές περιστάσεις.

Η ενσωμάτωση του **τρόπου ζωής** και των **πολιτιστικών στοιχείων** είναι μία από τις καινοτομίες της παρούσας διατροφικής πυραμίδας, καθώς η διατήρηση των πολιτιστικών στοιχείων είναι σημαντική για αποκτηθούν όλα τα οφέλη από τη μεσογειακή διατροφή. Τα στοιχεία αυτά είναι:

-Προσαρμογή των αναγκών σε ενέργεια ανάλογα με τον τρόπο ζωής και λιτό μέγεθος μερίδων

-Κοινωνικοποίηση: ενθάρρυνση της συντροφικότητας και της κατανάλωσης των γευμάτων με όλα τα μέλη της οικογένειας.

-Μαγειρική: Αναγωγή της μαγειρικής σε σημαντική δραστηριότητα, στον κατάλληλο χώρο και χρόνο, παρέα με την οικογένεια, με φίλους και αγαπημένα πρόσωπα.

-Η εποχικότητα, η βιοποικιλότητα, τα φιλικά προς το περιβάλλον και τα τοπικά προϊόντα διατροφής είναι τοποθετημένα στη βάση της Πυραμίδας, τονίζοντας πώς το νέο μοντέλο Μεσογειακής διατροφής είναι συμβατό με την ανάπτυξη μιας βιώσιμης διατροφής – πρότυπο για τις σημερινές και τις μελλοντικές γενιές της Μεσογείου.

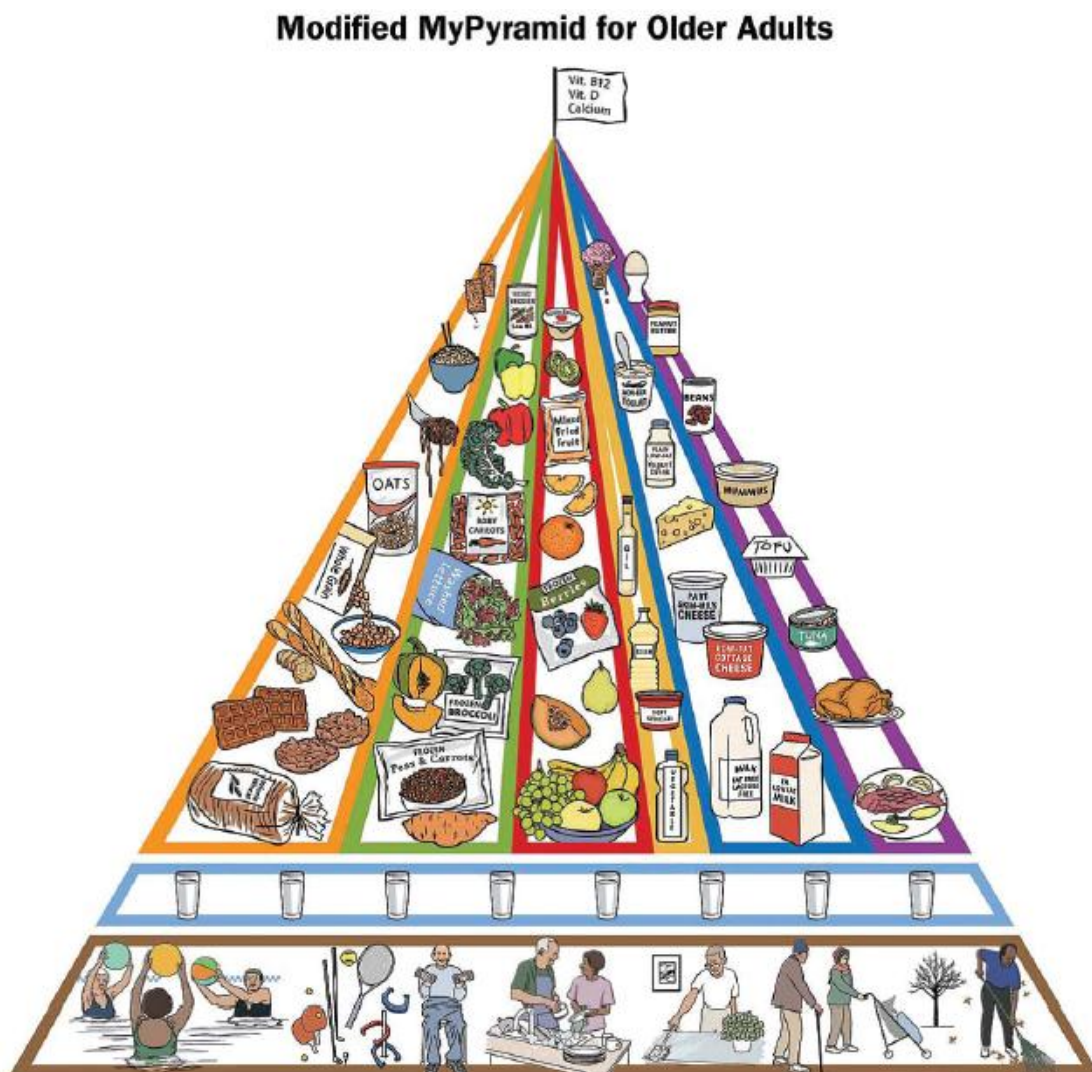
-Δραστηριότητα: Τακτική άσκηση μέτριας **σωματικής δραστηριότητας**(τουλάχιστον 30 λεπτά/ημέρα) προτείνεται συμπληρωματικά της διατροφής, για την διατήρηση ενός υγιούς βάρους και λόγω των ωφελειών της στην υγεία.

-Τέλος, η **ξεκούραση** θεωρείται βασικό κομμάτι ενός υγιεινού και ισορροπημένου τρόπου ζωής.

Βασισμένη στις ίδιες διατροφικές αρχές είναι και η πυραμίδα που αφορά τους ηλικιωμένους, και συγκεκριμένα άτομα 70 ετών και άνω, όπως αυτή δημιουργήθηκε

από τους Alice H. Lichtenstein et al το 2008(εικόνα 2). Σε αντίθεση με τις παλαιότερες εκδόσεις διατροφικών πυραμίδων για ηλικιωμένους(Russell et al.,1999; My Pyramid-2007), η συγκεκριμένη τροποποιημένη έκδοση περιλαμβάνει διευρυμένη παρουσίαση εικόνων τροφίμων, τονίζοντας τις ορθές επιλογές ανά κατηγορία, ενώ στη βάση της πυραμίδας εμφανίζονται μία σειρά από ποτήρια νερού καθώς και παραδείγματα φυσικής δραστηριότητας, επισημαίνοντας με αυτό τον τρόπο την μεγάλη σημασία τόσο της κατανάλωσης νερού όσο και της σωματικής άσκησης στους ηλικιωμένους. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας υπάρχει μια σημαία η οποία θέλει να επισημάνει την πιθανή ανάγκη για χρήση συμπληρωμάτων βιταμίνης B12, βιταμίνης D και ασβεστίου, λόγω των βιολογικών αλλαγών που παρατηρούνται σε άτομα της τρίτης ηλικίας.

Εικόνα 2. Διατροφική πυραμίδα για ηλικιωμένους.



Όσον αφορά τον βαθμό προσκόλλησης στο Μεσογειακό πρότυπο Διατροφής τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων δεν είναι όσο κοντά θα περιμέναμε στο Μεσογειακό πρότυπο. Αποτελέσματα της Greco study έδειξαν πολύ χαμηλό βαθμό προσκόλλησης στη μεσογειακή Διατροφή ήδη από τις ηλικίες 10-12 ετών(Farajian et al., 2011), κάτι που φαίνεται να επιβεβαιώνεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους ηλικίας 12-18 ετών της Αθήνας και της Κρήτης(Papadaki & Mavrikaki, 2015). Ο χαμηλός βαθμός προσκόλλησης φαίνεται να συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή, ενώ σύμφωνα με έρευνα σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, οι μεσογειακοί λαοί σταδιακά φαίνεται να απομακρύνονται από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, με τους συμμετέχοντες της Κρήτης μάλιστα, να εμφανίζουν την υψηλότερη κατανάλωση φαστ φούντ και γλυκισμάτων.(Tourflouki et al.,2013). Τέλος, Οι έλληνες ηλικιωμένοι στο σύνολό τους φαίνεται να εμφανίζουν μέτριο βαθμό προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή, με τις γυναίκες να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερο βαθμό προσκόλλησης από τους άνδρες(Tyrovolas et al.,2009).

5. Κατανάλωση νερού και υγρών στην Τρίτη ηλικία

Η κατάσταση υδάτωσης είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό που επηρεάζει την υγεία των ατόμων κάθε ηλικίας, ενώ οι ανάγκες σε υγρά καθορίζονται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική δραστηριότητα, οι ακούσιες απώλειες νερού, η χρήση φαρμάκων αλλά και η κατάσταση του ουροποιητικού συστήματος. Η αποκατάσταση της απώλειας υγρών σε καθημερινή βάση είναι ουσιώδης, ιδιαίτερα στα άτομα που ασκούνται εντατικά, σε όσους καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες πρωτεϊνών, σε όσους κάνουν χρήση διουρητικών ή ζουν σε περιοχές με υψηλές θερμοκρασίες. Γενικά, οι καθημερινές απαιτήσεις σε υγρά κυμαίνονται από 30 – 35 ml ανά κιλό σωματικού βάρους, με ελάχιστο όριο τα 1500ml/ημέρα ή 1,5 ml για κάθε θερμίδα που καταναλώνεται. Με την αύξηση της ηλικίας, το συνολικό νερό στο σώμα μειώνεται, ενώ το συνολικό νερό στο σώμα ενός ηλικιωμένου καταλαμβάνει το 55 % περίπου του συνολικού βάρους του(Popkin et al., 2010), που είναι κατά 10% λιγότερο σε σχέση με έναν νέο ενήλικα, ενώ αυτή η μείωση του συνολικού νερού σχετίζεται με αντίστοιχη μείωση της μυϊκής μάζας του σώματος(KRAUS-2004). Το μειωμένο αίσθημα της δίψας, η μειωμένη πρόσληψη υγρών, η μειωμένη πρόσβαση σε υγρά, η

μειωμένη νεφρική λειτουργία, αλλά και η ακράτεια ούρων είναι μερικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα και αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για εμφάνιση αφυδάτωσης. Τα συμπτώματα της αφυδάτωσης περιλαμβάνουν διαταραχές ηλεκτρολυτών, επιπτώσεις στην δράση των φαρμάκων, πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα, δίψα, μείωση της γνωστικής λειτουργίας, μείωση της ελαστικότητας του δέρματος, εσοχές στα μάτια, ξηρή γλώσσα, απώλειες βάρους, ζαλάδες, ξηροστομία, αλλαγές στην πίεση του αίματος, αλλαγές στο χρώμα των ούρων, δυσκολίες στην ομιλία, κα. Τέλος, άτομα με διαταραγμένη πρόσληψη υγρών που παρουσιάζουν παράλληλα συχνή διάρροια ή εμέτους, πυρετό, αρρώστια, μόλυνση, μειωμένη λειτουργία οργάνου ή κάποια χρόνια πάθηση μπορεί να οδηγηθούν σε κλινική αφυδάτωση και να χρειαστούν νοσοκομειακή περίθαλψη (Kraus, 2004). Συνεπώς, η προσεκτική παρακολούθηση της κατανάλωσης υγρών ιδιαίτερα στα άτομα Τρίτης ηλικίας θεωρείται ουσιαστική.

5.1 Καφές

Η κατανάλωση καφέ είναι μια συνήθεια ιδιαίτερα αγαπημένη στον Ελληνικό πληθυσμό, τόσο στις μικρότερες αλλά και μεγαλύτερες ηλικίες. Η καφεΐνη που περιέχεται σε αυτόν είναι ένα αλκαλοειδές του οποίου βασική δράση είναι η διέγερση του νευρικού συστήματος, ενώ παράλληλα δρα και ως διουρητικό (EUFIC, WCRF-2007). Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναδεικνύοντας τα ευεργετικά οφέλη του καφέ στην υγεία του γενικού πληθυσμού, καθώς μεταξύ άλλων φαίνεται ότι πως ο καφές παρέχει προστατευτική δράση εναντίων του διαβήτη τύπου 2 (Huxley et al., 2009), ορισμένων τύπων καρκίνου (Yu et al., 2011) αλλά και προστασία κατά των εγκεφαλικών επεισοδίων (Mostofsky et al., 2012). Σε άτομα της τρίτης ηλικίας, συνίσταται η κατανάλωση όχι πάνω από 4 φλιτζάνια καφέ ανά ημέρα και αυτό γιατί η αυξημένη πρόσληψη καφέ μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης οστεοπόρωσης (WCRF, 2007), ωστόσο, έχει φανεί ότι ο καφές στα άτομα τρίτης ηλικίας παρέχει προστασία κατά της μείωσης της γνωστικής λειτουργίας και κυρίως στο γυναικείο φύλο, (Ritchie et al., 2010). Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί πως μια μέτρια κατανάλωση καφέ από τους ηλικιωμένους σχετίζεται με μειωμένη θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία (Paganini-Hill et al., 2007). Άρα, φαίνεται πως μία μέτρια κατανάλωση καφέ από τους ηλικιωμένους δεν θα έχει κάποια αρνητική επίδραση, ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνονται και άλλοι παράγοντες

υπ όψιν, όπως όταν γίνεται χρήση φαρμάκων όπου μπορεί να επηρεαστεί η υδατική ισορροπία.

5.2 Τσάι

Το τσάι όπως και ο καφές περιέχει καφεΐνη, σε μικρότερο ποσοστό όμως, σε συνδυασμό με θεοφυλλίνη, μια ουσία παρόμοια με την καφεΐνη (WCRF, 2007). Οι πιθανές ευεργετικές επιδράσεις της κατανάλωσης τσαγιού στον ενήλικο πληθυσμό έχουν μελετηθεί αρκετά, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι η κατανάλωση τσαγιού φαίνεται να προστατεύει κυρίως από ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Jing et al., 2009; Panagiotakos et al., 2009), καθώς και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Shen et al., 2012b). Οι ευεργετικές ιδιότητες του τσαγιού φαίνεται να οφείλονται κυρίως στις κατεχίνες που περιέχονται σε αυτό, καθώς έρευνα σε άτομα άνω των 65 έδειξε μείωση του κινδύνου εμφάνισης ισχαιμικής καρδιακής νόσου, έπειτα από πρόσληψη κατεχινών από το τσάι και άλλες πηγές (Arts et al., 2001). Επιπλέον, μεγάλος αριθμός επιδημιολογικών μελετών έχει πραγματοποιηθεί διερευνώντας τις πιθανές επιπτώσεις της κατανάλωσης τσαγιού ενάντια σε μορφές καρκίνου, με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, ωστόσο οι κατεχίνες το τσαγιού φαίνεται να παρέχουν πιθανή προστασία από τον καρκίνο του προστάτη (Geybels et al., 2013), ενώ η πρόσληψή τους φαίνεται να σχετίζεται και με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας από οποιαδήποτε αιτία (Suzuki et al., 2009).

5.3 Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων, καθώς σύμφωνα με έρευνα του 2002, τόσο οι άνδρες Έλληνες όσο και οι γυναίκες φάνηκε να καταναλώνουν ποσότητες άνω του ευρωπαϊκού μέσου όρου (Slimani et al., 2002). Οι τάσεις κατανάλωσης αλκοόλ είναι αυξητικές και για την Τρίτη ηλικία, ενώ θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην κατανάλωση αλκοόλ από τους ηλικιωμένους καθώς η φυσιολογικές μεταβολές με το γήρας, ενδέχεται να επηρεάζουν τον μεταβολισμό της αιθανόλης με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συγκέντρωσή της στο αίμα μετά την κατανάλωση αλκοόλ (Meier & Seitz, 2008). Τέλος, οι συστάσεις για κατανάλωση αλκοόλ στον ενήλικο πληθυσμό της Ελλάδας σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας στα 30gr αιθανόλης (3 μερίδες ποτού)/ημέρα για τους άνδρες και στα 15gr αιθανόλης (1,5 μερίδα ποτού)/ημέρα για τις γυναίκες προκειμένου να έχουμε ευεργετικά οφέλη για την

υγεία, ενώ θα πρέπει να δίνεται έμφαση στο κρασί και ιδιαίτερα στο κόκκινο(ΥΥΠ, 1999).

6. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο(KK)

Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συνιστωσών οι οποίες το διαμορφώνουν και αρκετά συχνά έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην αποσαφήνιση του όρου. Ερευνητικά, το ενδιαφέρον είναι αυξημένο τα τελευταία χρόνια, με την λογική ότι οι σχέσεις και οι συσχετίσεις μεταξύ των ανθρώπων στα πλαίσια των κοινωνικών δομών, μπορούν να επηρεάσουν το ατομικό αλλά και κοινοτικό προφίλ σε οικονομικό επίπεδο, σε διαπροσωπικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο υγείας.

Ένας από τους βασικούς σύγχρονους υποστηρικτές της θεωρίας ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί κοινοτικό χαρακτηριστικό και ότι θα πρέπει να εξετάζεται και να μετράται με αυτό το δεδομένο, είναι ο Putnam, σύμφωνα με τον οποίο τα μέλη μιας ομάδας ατόμων μπορούν να διαχειριστούν μια συγκεκριμένη κατάσταση αποτελεσματικότερα και με καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, σε σχέση με το άτομο(Putnam et al., 2000). Αντίθετα, ο Bourdieu υποστηρίζει ότι η διαμόρφωση ισχυρών κοινωνικών ομάδων εξασφαλίζει σε αυτές τη δύναμη να επιλέγουν τα μέλη τους, δημιουργώντας κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις και ανισότητες(bourdieu et al.,1986; Bourdieu et al.,1992). Στην ίδια κατεύθυνση, ο Coleman πρότεινε ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί έναν από τους δυναμικούς πόρους που το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει συνδυαστικά με άλλους πόρους, όπως είναι οι προσωπικές δεξιότητες και η εμπειρία(ανθρώπινο κεφάλαιο), τα ατομικά εργαλεία(φυσικό κεφάλαιο) ή τα χρήματα(οικονομικό κεφάλαιο). Παραδόξως λοιπόν, σύμφωνα με τον coleman, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι κατ ανάγκη κτήμα του ατόμου αλλά αντίθετα εξελίσσεται και διαμορφώνεται ως έναν διαθέσιμο προς αξιοποίηση πόρο(Coleman et al.,1988). Τέλος, εάν το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ατομικό ή συλλογικό χαρακτηριστικό είναι κάτι που ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί και βρίσκεται υπό συζήτηση.

6.1 Κοινωνικό κεφάλαιο και Υγεία

Σε σχέση με την υγεία, το κοινωνικό κεφάλαιο μελετάται τόσο σαν ατομικό, όσο και σαν συλλογικό χαρακτηριστικό. Ωστόσο, σύμφωνα με συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία περιείχε 42 μελέτες συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία μεταξύ χωρών από ολόκληρο τον κόσμο, βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του ΚΚ και της υγείας σε ατομικό και οικολογικό επίπεδο, ενώ αντίθετα, οι έρευνες που αφορούσαν το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο σε συσχέτιση με την υγεία, είχαν αμφίβολα αποτελέσματα. Ομοίως, ανασκόπηση των Kidman et al., επιβεβαιώνει την ισχυρότερη συσχέτιση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία, ενώ από τα παραπάνω, ενδεχομένως, φαίνεται πως η αντιμετώπιση του ΚΚ σαν ατομικό χαρακτηριστικό αποτελεί έναν πιο ασφαλή τρόπο προσέγγισης, όταν μελετάται η συσχέτισή του με θέματα υγείας. Η ισχυρή συσχέτιση του ΚΚ με διάφορες παραμέτρους της υγείας, επιβεβαιώνεται από πληθώρα ερευνών, ενώ μεταξύ άλλων, το ΚΚ φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με τη διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών (Poortinga 2006β), με την αυτοεκτίμηση της σωματικής (Sirven et al., 2006; Subramanian et al., 2001) και ψυχικής υγείας (Lindstrom et al., 2008) ενώ τα άτομα της τρίτης ηλικίας με υψηλότερο ΚΚ φαίνεται να απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Nilsson et al., 2006; Bowling & Gabriel, 2004).

7. Τα Κέντρα Ανοιχτής προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Σε ότι αφορά τις κρατική μέριμνα και την παρεχόμενη ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους, η Ελλάδα σύμφωνα με τον Global AgeWatch Index, καταλαμβάνει ανάμεσα σε 96 χώρες την 79^η θέση, την χαμηλότερη θέση στη δυτική Ευρώπη, ενώ βρίσκεται σε παρόμοια θέση με χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας σε ότι αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της χώρας. Μία από τις σημαντικότερες δομές της χώρας μας που δημιουργήθηκε με στόχο την φροντίδα των ηλικιωμένων είναι αυτή των ΚΑΠΗ. Το πρώτο ΚΑΠΗ ιδρύθηκε πιλοτικά στην περιοχή της Αθήνας το 1979 με τη χρηματοδότηση του υπουργείου υγείας και πρόνοιας, ενώ παράλληλα 11 παρόμοια κέντρα ξεκίνησαν να λειτουργούν από μη Κυβερνητικές οργανώσεις, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. Από το 1984 και έπειτα, τα ΚΑΠΗ πέρασαν στην αρμοδιότητα των τοπικών αρχών και από το 2003, 582 ιδρύματα ιδρύθηκαν σε όλη τη χώρα και κυρίως στις αστικές περιοχές (ΕΕΤΑΑ, 2005). Από το 1989 και μετά υπεύθυνοι για το κόστος λειτουργίας τους χρίζονται οι Δήμοι, ενώ την

ευθύνη για τα κτίρια , τον εξοπλισμό και την επίβλεψη έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Αρχικά τα κέντρα ΚΑΠΗ είχαν ως στόχο να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους όπως:

- Εκδρομές αναψυχής και επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους
- Βασικές ιατρικές και νοσηλευτικές παροχές
- Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη
- Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας
- Βοήθεια στο σπίτι (για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους)

Στην πορεία των χρόνων, η έλλειψη πόρων σε συνδυασμό με την αύξηση των ηλικιωμένων που στερούνταν άλλης υποστήριξης καθώς και τις έλλειψης σε προσωπικό, οδήγησαν στον περιορισμό της παροχής των παραπάνω υπηρεσιών, με τα ΚΑΠΗ να δίνουν έμφαση στην παροχή των πλέον αναγκαίων υπηρεσιών όπως ιατρική και κοινωνική φροντίδα καθώς και ορισμένες δραστηριότητες αναψυχής(National report 2013, Daniilidou et al., 2003),ωστόσο, ο θεσμός των ΚΑΠΗ είναι ιδιαίτερα δημοφιλής και οι ηλικιωμένοι φαίνεται να τον εκτιμούν σε μεγάλο βαθμό επιδιώκοντας την χρήση του(Karamessini, M. and E. Moukanou, 2007). Τέλος, στα ΚΑΠΗ έχουν δικαίωμα εγγραφής όσοι είναι άνω των 60 ετών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, με ένα κόστος συμμετοχής που συνήθως δεν ξεπερνά το ποσό των 6 ευρώ.

7.1 Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στα Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) στην Ελλάδα σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων

Η πλειοψηφία των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στα ΚΑΠΗ της χώρας μας αφορούν κυρίως μελέτες – αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους, οι οποίες αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο των ΚΑΠΗ και τις θετικές επιδράσεις που μπορεί να έχουν στη ζωή των ηλικιωμένων, με δεδομένο ότι παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με δραστηριότητες ψυχαγωγίας (Τριχοπούλου, 1996; Natasa V. Daniilidou et al., 2003,). Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες στην Τρίτη ηλικία, ελάχιστες είναι οι έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε ΚΑΠΗ, επισημαίνοντας το βιβλιογραφικό και ερευνητικό κενό που υπάρχει και ταυτόχρονα αναδεικνύοντας τη σημασία της παρούσας μελέτης αλλά

και την ανάγκη για την διεξαγωγή παρόμοιων προσπαθειών στο μέλλον. Πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 120 ηλικιωμένους μέλη σε ΚΑΠΗ του νομού Αττικής έδειξε ότι το 35,8% των συμμετεχόντων βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8 % ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού. Παράλληλα, ο δείκτης θρέψης, βάσει του οποίου αξιολογήθηκε το επίπεδο υποσιτισμού των ηλικιωμένων, φάνηκε να σχετίζεται με την ηλικία, την οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τη συγκατοίκηση αλλά και με διάφορες παθήσεις (A Plexida et al., 2015).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση της κατανάλωσης νερού σε άτομα της τρίτης ηλικίας του Ελληνικού πληθυσμού, σε σχέση με τον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και το επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, ανάλογα με τη περιοχή διαμονής, το φύλο, καθώς και διάφορα περιγραφικά χαρακτηριστικά.

9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΥΛΙΚΟ

9.1 Δείγμα

Μελετήθηκε επιλεγμένο δείγμα 965 ατόμων από ΚΑΠΗ της Αθήνας και της Κρήτης και συγκεκριμένα 454 ατόμων από τα ΚΑΠΗ της Αθήνας και 511 ατόμων από τα ΚΑΠΗ Κρήτης. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας από 65 ετών και πάνω και έπρεπε να είναι εγγεγραμμένα μέλη των εν λόγω ΚΑΠΗ. Όλοι οι ηλικιωμένοι συμμετείχαν εθελοντικά, μετά από γραπτή συγκατάθεση τους και αφού πρώτα είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό και τις διαδικασίες της μελέτης. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατ'ιδίαν με τον εκάστοτε ερωτώμενο, είχαν διάρκεια 40-50 λεπτών κατά μέσο όρο και πραγματοποιήθηκαν από ειδικούς ερευνητές του Γεωπονικού πανεπιστημίου Αθηνών. Κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη ήταν οι συμμετέχοντες να είναι εγγεγραμμένα μέλη των ΚΑΠΗ και να βρίσκονται στο κατάλληλο επίπεδο νοητικής και ψυχικής κατάστασης ώστε δύνανται να απαντήσουν επαρκώς στις ερωτήσεις. Τέλος, η διεξαγωγή της μελέτης στις εγκαταστάσεις των ΚΑΠΗ πραγματοποιήθηκε έπειτα από εξασφαλισμένη άδεια από τις αρμόδιες υπηρεσίες των εκάστοτε δήμων.

9.2 Ερωτηματολόγια – Κωδικοποίηση

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία περιλάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν την κατάσταση υγείας, τις διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση υγρών, το κοινωνικό κεφάλαιο καθώς και κάποια κοινωνικό-οικονομικά και ατομικά στοιχεία.

Αναλυτικότερα:

- **Κοινωνικό-οικονομικά και ατομικά στοιχεία**

Στο συγκεκριμένο κομμάτι του ερωτηματολογίου καταγράφηκαν η ηλικία των ερωτηθέντων, το φύλο, το βάρος, το ύψος και τα συνολικά έτη σπουδών. Επίσης, ζητήθηκε η οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος, Έγγαμος, Διαζευγμένος, χήρος), ο αριθμός των τέκνων, εάν υπήρχαν, το επάγγελμα που ασκούν οι ερωτηθέντες (Συνταξιούχος, Αγρότης, ιδιωτικός υπάλληλος, Δημόσιος Υπάλληλος, Δημοτικός Υπάλληλος, Ελεύθ. Επαγγελματίας, οικιακά, Άνεργος, Άλλο), εάν διαθέτουν ιδιόκτητη κατοικία ή όχι και αν φιλοξενούνται από κάποιον, με πόσα άτομα συγκατοικούν, αν έχουν υπό την κατοχή τους αυτοκίνητο ή άλλο τροχοφόρο όχημα, εάν καπνίζουν (1≤ τσιγάρα την ημέρα, περιστασιακά, το έχω κόψει, ποτέ) καθώς και το ετήσιο ατομικό τους εισόδημα (<10.000€, 10.001-20.000€, 20.001-40.000€, >40.000€). Τέλος, καταγράφηκε το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Αυτό περιλάμβανε την ύπαρξη ή μη Σακχαρώδους Διαβήτη, υπέρτασης, νεφρικής ανεπάρκειας και άλλων προβλημάτων υγείας, δεδομένα τα οποία προέκυψαν ύστερα από δήλωση των ερωτώμενων και δεν είναι περαιτέρω εξακριβωμένα.

- **Σωματική Δραστηριότητα**

Για την αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε μέρος του ερωτηματολογίου διεθνούς φυσικής δραστηριότητας (IPAQ – Craig et al., 2003). Συγκεκριμένα, για τις ανάγκες της Μελέτης αποτιμήθηκε ο χρόνος περπατήματος σε λεπτά ανά εβδομάδα και ανά, ημέρα ενώ οι πληροφορίες προέκυψαν από τις εξής δύο ερωτήσεις :

- Κατά την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες περπατήσατε για πάνω από 10 λεπτά;
- Για πόση ώρα συνήθως;

Συγκεκριμένα, ο υπολογισμός των λεπτών περπατήματος ανά εβδομάδα, προέκυψε από τον πολλαπλασιασμό των ημερών περπατήματος αλλά και τον χρόνο περπατήματος που δήλωσαν οι ερωτώμενοι ανά φορά, και έπειτα με διαίρεση του αποτελέσματος δια του 7, υπολογίστηκαν τα λεπτά περπατήματος ανά ημέρα.

- **Το Μεσογειακό Διατροφικό Σκορ**

Για την αποτίμηση του βαθμού υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής από τους συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Μεσογειακού διατροφικού σκορ (Med diet score-Panagiotakos et al., 2006). Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 11 συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων, ενώ ερωτάται η συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων(μερίδες), ανά εβδομάδα. Συγκεκριμένα, οι 11 κατηγορίες των τροφίμων είναι οι εξής:

1-Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)

2-Πατάτες

3-Φρούτα και χυμούς

4-Λαχανικά και σαλάτες

5-Όσπρια

6-Ψάρι και σούπες

7-Κόκκινο κρέας και τα προϊόντα του

8-Πουλερικά

9-Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά

10-Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική

11-Αλκοολούχα ποτά(ml/ημέρα, 100ml = 1 ποτήρι 12%)

Για τα τρόφιμα των 6 πρώτων κατηγοριών αλλά και της 10^{ης}, η διακύμανση του σκορ ήταν από 0-5 για τις απαντήσεις από καθόλου έως και τη μέγιστη συχνότητα κατανάλωσής τους. Για τα τρόφιμα των κατηγοριών, 7,8,9 και της 11^{ης}, υπήρξε αντίθετη βαθμολογία, δηλαδή το σκορ κυμαινόταν από 5 έως 0 για τις απαντήσεις από καθόλου έως και τη μέγιστη συχνότητα κατανάλωσής τους. Ο βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής αποτιμήθηκε με βάση τη κλίμακα από το 0-55. Όσο πιο κοντά ήταν το σκορ των συμμετεχόντων στο μέγιστο(55) τόσο

μεγαλύτερος και ο βαθμός προσκόλλησής τους στη Μεσογειακή Διατροφή και το αντίθετο.

- **Πρόσληψη Υγρών**

Για την αξιολόγηση της πρόσληψης νερού από τα τρόφιμα και τις υδατικές πηγές, χρησιμοποιήθηκε ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο πρόσληψης υγρών (WBQ, Malisona et al. 2012) το οποίο περιέχει 3 μέρη, ενώ για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα 2 πρώτα μέρη του ερωτηματολογίου. Στο πρώτο μέρος υπάρχει ένα ημι-ποσοτικοποιημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων από όπου υπολογίστηκε η πρόσληψη του νερού από τα τρόφιμα. Συγκεκριμένα, περιέχει 63 είδη τροφίμων, ενώ οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν τη συχνότητα κατανάλωσής τους με βάση την εξής κλίμακα:

- ✓ Ποτέ/Σπάνια
- ✓ 1-3 φορές/Μήνα
- ✓ 1-2 φορές/Εβδομάδα
- ✓ 3-6 φορές/Εβδομάδα
- ✓ 1 φορά/Ημέρα
- ✓ ≥ 2 φορές/Ημέρα

Η αξιολόγηση της πρόσληψης νερού από υδατικές πηγές προέκυψε από το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου. Σε αυτό οι συμμετέχοντες, δήλωσαν τη συχνότητα κατανάλωσης υγρών με βάση την αναγραφόμενη ποσότητά τους και με κλίμακα συχνότητας κατανάλωσης την εξής:

- ✓ Ποτέ/Σπάνια
- ✓ 1-2 φορές/Εβδομάδα
- ✓ 3-6 φορές/Εβδομάδα
- ✓ 1-2 φορές/Ημέρα
- ✓ 3-4 φορές/Ημέρα
- ✓ > 5 φορές/Ημέρα

- **Κοινωνικό Κεφάλαιο**

Το επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου αξιολογήθηκε με βάση την «Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» (Social Capital Questionnaire, SCQ), ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε στην Αυστραλία και σταθμίστηκε από τον Κ. Κριτσωτάκη. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, ενώ για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας προσαρμόστηκε σε 31 ερωτήσεις διαιρούμενες σε 6 υποκατηγορίες, οι οποίες χωριστά η κάθε μία, αποτιμούν διαφορετικές πτυχές του «Κοινωνικού Κεφαλαίου». Η κάθε ερώτηση αποτελείται από μια 4-βαθμιαία κλίμακα τύπου Likert και βαθμολογείται από το 1 (πχ καθόλου, όχι, ποτέ κτλ) έως το 4(πχ πάρα πολύ, ναι οπωσδήποτε κτλ). Όσο πιο υψηλή η βαθμολογία, τόσο πιο υψηλό θεωρήθηκε και το επίπεδο Κοινωνικού κεφαλαίου του ερωτώμενου για τη συγκεκριμένη ερώτηση. Σε ότι αφορά τις υποκατηγορίες του κοινωνικού κεφαλαίου και τις αντίστοιχες βαθμολογίες τους, έχουν ως εξής:

- ✓ Κοινωνικό κεφάλαιο – Συνολικό: Η βαθμολόγηση προέκυψε από τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει η συγκεκριμένη κατηγορία, επί την χαμηλότερη και υψηλότερη πιθανή τιμή. Δηλαδή, το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 31 και το υψηλότερο $31 \times 4 = 124$
- ✓ Κοινωνικό Κεφάλαιο – Τοπική Κοινότητα: Με τον ίδιο τρόπο, το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 12 και το υψηλότερο $12 \times 4 = 48$
- ✓ Κοινωνικό Κεφάλαιο – Αίσθημα ασφάλειας: το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 2 και το υψηλότερο $2 \times 4 = 8$
- ✓ Κοινωνικό Κεφάλαιο – Επαφές/συγγενείς: το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 2 και το υψηλότερο $2 \times 4 = 8$
- ✓ Κοινωνικό Κεφάλαιο – Ανοχή στη διαφορετικότητα: το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 2 και το υψηλότερο $2 \times 4 = 8$
- ✓ Κοινωνικό Κεφάλαιο – Εκτίμηση ζωής: το χαμηλότερο σκορ εδώ ήταν 11 και το υψηλότερο $11 \times 4 = 44$

Τέλος, για την αξιολόγηση του κοινωνικού κεφαλαίου πραγματοποιήθηκε από το στατιστικό πρόγραμμα αυτόματος διαχωρισμός και βαθμονόμηση σε τριτημόρια, και εν συνεχεία χωρίστηκε σε 3 επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου(κκ 1^ο τριτημόριο = 44-70: κκ 2^ο τριτημόριο = 70,1-77 : κκ 3^ο τριτημόριο= 77,1 – 100).

9.3 Στατιστική Ανάλυση

Οι κανονικά κατανομημένες συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή \pm Τυπική Απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές παρουσιάζονται με τη μορφή συχνοτήτων. Οι συγκρίσεις των μεταβλητών(συνεχείς) ανάμεσα στα γκρουπ πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας ανεξάρτητα δείγματα t-test, ανάλυση διακύμανσης(όπου υπήρχε κανονική κατανομή) και Mann-Whitney U-test ή το κριτήριο Kruskal-Wallis (για τις μη κανονικές κατανομές). Επιπρόσθετα, υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης δημιουργήθηκαν για την αποτίμηση της συσχέτισης μεταξύ του Κοινωνικού Κεφαλαίου και του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής δίαιτας των ηλικιωμένων και της πρόσληψης υγρών και ροφημάτων(π.χ συνολική κατανάλωση νερού, ισοζύγιο νερού κλπ), ενώ εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την αποτίμηση της συσχέτισης μεταξύ του Κοινωνικού Κεφαλαίου των ηλικιωμένων και του βαθμού υιοθέτησης της μεσογειακής δίαιτας. Η ύπαρξη συγγραμικότητας μεταξύ των μεταβλητών που εισήχθησαν στα μοντέλα, αποτιμήθηκε με τη χρήση του κριτηρίου VIF(τιμές > 4 οδηγούν σε συγγραμικότητα, με αποτέλεσμα οι μεταβλητές αυτές να απομακρύνονται από τα μοντέλα), ενώ όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι βασίστηκαν σε αμφίπλευρες υποθέσεις. Σε όλα τα ανωτέρω, τιμή του σφάλματος τύπου I $p < 0,05$ ορίστηκε ως στατιστικά σημαντική. Το μέγεθος της μελέτης μας ήταν αρκετό για την αποτίμηση σχετικών λόγων ίσων ή μεγαλύτερων του 1,2 μεταξύ της σχέσης δίτιμων ανεξάρτητων μεταβλητών με τις διαφορές υπό διερεύνηση εκβάσεις, επιτυγχάνοντας στατιστική $>85\%$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Τέλος, όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 20(SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

10. Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή, κοινωνικό κεφάλαιο και κατανάλωση νερού, στο συνολικό δείγμα, ανά περιοχή και ανά φύλο.

Χαρακτηριστικά	Συνολικό δείγμα (n=965)	Δείγμα Αθήνας (n = 454)	Δείγμα Κρήτης (n= 511)	p	Άνδρες (n = 456)	Γυναίκες (n = 509)	P
Ηλικία (έτη)	75,8 ± 6,6	75,5 ± 7	76,1 ± 6,3	0,178	77,3 ± 6,7	74,5 ± 6,4	≤ 0,001
Άνδρες %	47,3	41,9	52,1	-	-	-	-
Γυναίκες %	52,7	58,1	47,9	-	-	-	-
Περιοχή Αθήνα %	47	-	-	-	41,6	51,8	≤ 0,001
Κρήτη %	53	-	-	-	58,4	48,2	≤ 0,001
Εκπαίδευση(έτη σχολείου)	6,8 ± 3,8	7,99 ± 4	5,87 ± 3,4	≤ 0,001	7,3 ± 3,8	6,4 ± 3,8	≤ 0,001
Εισόδημα(>20000 ευρώ)	6%	8,4 %	3,9 %	0,004	7,7%	4,5%	0,04
Οικογενειακή κατάσταση (%)							
Άγαμος	1,9	1,8	2	≤ 0,001	2,2	1,6	≤ 0,001
Έγγαμος	63,8	56,2	70,6		82	47,5	
Διαζευγμένος	2,7	4,8	0,8		1,1	4,1	
Χήρος	31,6	37,2	26,6		14,7	46,8	
Επαγγελματική κατάσταση (%)							
Συνταξιούχος	93,2	88,3	97,5	≤ 0,001	99,3	87,6	≤ 0,001
Αγρότες	0,9	-	1,8		0,4	1,4	
Ιδιωτικός υπάλληλος	0,1	0,2	-		0	0,2	
Δημόσιος υπάλληλος	0,1	0,2	-		0,2	0	
Οικιακά	5,6	11	0,8		0	10,6	
Άλλη εργασία	0,1	0,2	-		0	0,2	
ΔΜΣ(kg/m ²)	28,1 ± 4,1	28,3 ± 4	28 ± 4,2	0,257	27,5 ± 3,6	28,7 ± 4,5	≤ 0,001
Καπνιστικές συνήθειες (Ποτέ %)	58	54,8	60,1	0,102	34	79	≤ 0,001
Βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (Med diet score: 0-55)	31,8 ± 4	32 ± 4,3	31,6 ± 3,8	0,126	32,5 ± 4	31,09 ± 4	≤ 0,001
Φυσική Δραστηριότητα (περπάτημα/λεπτά/εβδομάδα)	259,6 ± 330,17	173,7 ± 170,9	335,8 ± 409,5	≤ 0,001	340,3 ± 410,15	187,2 ± 212,3	≤ 0,001
Κοιν. κεφάλαιο, σύνολο (31-124)	73,1 ± 8,9	72,98 ± 9,2	73,2 ± 8,6	0,601	74 ± 8,5	72,3 ± 9,2	0,005
Κοινωνικό κεφάλαιο (τοπική κοινότητα,12-48)	21,0 ± 4	21,7 ± 4,3	20,4 ± 3,7	0,001	20,9 ± 4	21,1 ± 4,1	0,557
Κοιν. κεφάλαιο (αίσθημα ασφάλειας,2-8)	5,0 ± 1,7	4,4 ± 1,4	5,57 ± 1,7	≤ 0,001	5,5 ± 1,6	4,6 ± 1,6	≤ 0,001
Κοιν. κεφάλαιο (επαφές – συγγενείς,2-8)	4,2 ± 1,2	4,4 ± 1,3	4,0 ± 1,1	≤ 0,001	4,4 ± 1,1	4 ± 1,2	≤ 0,001
Κοινωνικό κεφάλαιο (ανοχή στη διαφορετικότητα,2-8)	4,0 ± 1,4	4,3 ± 1,5	3,9 ± 1,4	≤ 0,001	4,1 ± 1,5	4 ± 1,4	0,602
Κοιν. κεφάλαιο(εκτίμηση ζωής,11-44)	32,6 ± 4,2	32,5 ± 4,4	32,7 ± 3,9	0,44	32,58 ± 3,8	32,6 ± 4,4	0,821
Δείκτης πρόσληψης υγρών (0-8)	4,1 ± 1	4,2 ± 1,1	4 ± 1	0,11	4,4 ± 1	3,8 ± 1	≤ 0,001
Συνολική κατανάλωση νερού (ml)	2479 ± 810	2550 ± 803	2415 ± 811	0,01	2608 ± 789	2363 ± 812	≤ 0,001
Νερό από φαγητά	500 ± 248	550 ± 188	457 ± 285	≤ 0,001	504 ± 316	497 ± 167	0,66
Νερό από ροφήματα(εκτός νερό)	606 ± 352	674 ± 391	546 ± 301	≤ 0,001	634 ± 326	580 ± 372	0,01
Νερό βρύσης	1259 ± 738	1152 ± 691	1353 ± 766	≤ 0,001	1398 ± 704	1133 ± 746	≤ 0,001
Νερό εμφιαλωμένο	112 ± 283	173 ± 344	59 ± 200	≤ 0,001	70 ± 229	150 ± 319	≤ 0,001
Νερό από νερό	1371 ± 668	1326 ± 641	1412 ± 688	0,04	1469 ± 656	1284 ± 666	≤ 0,001

Σχολιασμός

Συνολικό Δείγμα και ανά περιοχή

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 76 χρόνια και η μέση εκπαίδευση 7 έτη, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγγαμοι και συνταξιούχοι. Οι συμμετέχοντες της Αθήνας εμφάνισαν μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης έναντι των συμμετεχόντων της Κρήτης ($7,99 \pm 4$ έναντι $5,87 \pm 3,4$, $p \leq 0,001$) καθώς και υψηλότερο ποσοστό εισοδήματος ίσου ή άνω των 20.000 ευρώ ($8,4\%$ έναντι $3,9\%$, $p = 0,004$). Το συνολικό δείγμα φάνηκε να παρουσιάζει μέτριο βαθμό υιοθέτησης στη μεσογειακή διατροφή ($31,8 \pm 4/55$), δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής ανάμεσα στις δύο περιοχές, ενώ το δείγμα της Αθήνας παρουσίασε χαμηλότερο χρόνο περπατήματος σε λεπτά/εβδομάδα σε σχέση με το δείγμα της Κρήτης ($173,7 \pm 170,9$ έναντι $335,8 \pm 409,5$, $p \leq 0,001$). Το μέσο σκορ στο κοινωνικό κεφάλαιο ήταν $73,1 \pm 8,9/124$ για το συνολικό δείγμα, ενώ στους επιμέρους δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου, οι συμμετέχοντες της Αθήνας εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο σκορ στους περισσότερους από αυτούς, με εξαίρεση το αίσθημα ασφάλειας όπου οι συμμετέχοντες των ΚΑΠΗ Κρήτης είχαν υψηλότερο σκορ και συγκεκριμένα μέσο όρο $5,57 \pm 1,7/8$ έναντι $4,4 \pm 1,4/8$ των συμμετεχόντων από τα ΚΑΠΗ Αθήνας ($p \leq 0,001$). Σε ότι αφορά την κατανάλωση νερού, ο δείκτης πρόσληψης υγρών στο σύνολο του δείγματος ήταν κατά μέσο όρο $4,1 \pm 1/7$ ενώ η συνολική κατανάλωση από όλες τις πηγές στα $2.479 \text{ml} \pm 810$ κατά μέσο όρο. Οι συμμετέχοντες των ΚΑΠΗ Αθήνας εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συνολική κατανάλωση νερού (ml) σε σχέση με αυτών της Κρήτης ($2550 \pm 803 \text{ml}$ έναντι $2415 \pm 811 \text{ml}$, $p = 0,01$) καθώς και μεγαλύτερη κατανάλωση από τις άλλες πηγές, με εξαίρεση την κατηγορία νερό από νερό (εμφιαλωμένο νερό και νερό βρύσης) όπου η κατανάλωση ήταν μεγαλύτερη για τους συμμετέχοντες από την Κρήτη ($1412 \pm 688 \text{ml}$ έναντι $1326 \pm 641 \text{ml}$, $p = 0,04$).

Ανά φύλο, επί του συνολικού δείγματος

Σε ότι αφορά τα δύο φύλα, οι άνδρες είχαν σημαντικά χαμηλότερο ΔΜΣ ($27,5 \pm 3,6$ έναντι $28,7 \pm 4,5$, $P \leq 0,001$), ήταν περισσότερο καπνιστές ($p \leq 0,001$), είχαν υψηλότερο βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή ($32,5 \pm 4/55$ έναντι $31,09 \pm 4/55$, $p \leq 0,001$) σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπροσθέτως, φάνηκε ότι οι άνδρες πραγματοποιούσαν περισσότερη φυσική δραστηριότητα ($340,3 \pm 410$,

15λεπτά/εβδομάδα έναντι 187,2 \pm 212,3 λεπτά/εβδομάδα, $p \leq 0,001$) και είχαν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, τόσο στον συνολικό δείκτη (74 \pm 8,5/124 έναντι 72,3 \pm 9,2/124, $p=0,005$), όσο και στους επιμέρους δείκτες, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τέλος, οι άνδρες παρουσίασαν μεγαλύτερη ποικιλία στην πρόσληψη υγρών από διαφορετικές πηγές, σε σχέση με τις γυναίκες (4,4 \pm 1 έναντι 3,8 \pm 1, $p \leq 0,001$), μεγαλύτερη κατανάλωση νερού από τις περισσότερες πηγές και στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συνολική κατανάλωση νερού (2608 \pm 789ml έναντι 2363 \pm 812ml, $P \leq 0,001$).

Πίνακας 2. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά , χαρακτηριστικά τρόπου ζωής , Μεσογειακό σκορ και κατανάλωση νερού, ανά επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου(κκ 1^ο τριτημόριο = 44-70: κκ 2^ο τριτημόριο = 70,1-77 : κκ 3^ο τριτημόριο= 77,1 – 100), στο συνολικό δείγμα.

	ΚΚ(1^ο τριτημόριο) Χαμηλό	ΚΚ(2^ο τριτημόριο) Μεσαίο	ΚΚ(3^ο τριτημόριο) Υψηλό	P
Ηλικία (έτη)	76,9 \pm 6,6	75,4 \pm 6,4	74,9 \pm 6,8	$\leq 0,001$
Φύλο (Άνδρες %)	42,6	50,8	49,3	0,07
Περιοχή(Αθήνα %)	47,5	49,1	44,3	$\leq 0,001$
Εκπαίδευση(έτη σχολείου)	6,2 \pm 3,5	6,9 \pm 4	7,5 \pm 3,9	$\leq 0,001$
Εισόδημα(≥ 20000 ευρώ) %	4,1	6	8,2	0,077
ΔΜΣ	28,1 \pm 4,2	28,0 \pm 4,1	28,4 \pm 4	0,536
Καπνιστικές συνήθειες(Ποτέ %)	62	57	53	0,085
Med diet score(0-55)	31,2 \pm 3,9	32 \pm 4	33 \pm 4	$\leq 0,001$
Φυσική Δραστηριότητα (περπάτημα/λεπτά/εβδομάδα)	224,16 \pm 284,3	279,8 \pm 327,3	282,6 \pm 378,5	0,033
Δείκτης πρόσληψης υγρών (0-8)	4 \pm 1	4,1 \pm 1,1	4,2 \pm 1	0,024
Συνολική πρόσληψη υγρών(ml)	2313 \pm 744	2552 \pm 865	2807 \pm 800	$\leq 0,001$
Νερό από τρόφιμα	469 \pm 168	532 \pm 363	508 \pm 179	0,004
Νερό από ροφήματα(εκτός νερού)	575 \pm 325	633 \pm 359	617 \pm 380	0,08
Νερό βρύσης	1154 \pm 721	1276 \pm 736	1369 \pm 745	0,001
Νερό εμφιαλωμένο	115 \pm 281	110 \pm 287	112 \pm 283	0,96
Νερό από νερό	1269 \pm -631	1387 \pm 658	1480 \pm -668	$\leq 0,001$

Σχόλια: Η ομάδα των ηλικιωμένων με το υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, φάνηκε να παρουσιάζει υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης($p \leq 0,001$), υψηλότερο βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής($p \leq 0,001$), υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας (περπάτημα/λεπτά/εβδομάδα, $p=0,03$), μεγαλύτερη ποικιλία στη κατανάλωση υγρών($p=0,024$), μεγαλύτερη συνολική κατανάλωση νερού($p \leq 0,001$) αλλά και μεγαλύτερη κατανάλωση νερού από τις περισσότερες πηγές, σε σύγκριση με την ομάδα των ηλικιωμένων με μεσαίο και χαμηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, αύξηση των τιμών των παραπάνω μεταβλητών περνώντας από το χαμηλό επίπεδο ΚΚ στο μεσαίο και στο υψηλό αντίστοιχα. Εξαιρέση αποτελεί η κατανάλωση νερού από τα τρόφιμα, όπου φάνηκε υψηλότερη για τους συμμετέχοντες μεσαίου ΚΚ σε σχέση με αυτούς του χαμηλού και υψηλού επιπέδου αντίστοιχα(532ml+363 έναντι 469+168 και 508+179 αντίστοιχα, $P=0,004$).

Πίνακας 3. Συσχέτιση του βαθμού υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής με το κοινωνικό κεφάλαιο και λοιπούς παράγοντες.

	Συνολικό δείγμα(n=965)		Δείγμα Αθήνας(n= 454)		Δείγμα Κρήτης(n= 511)	
	Βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (Med diet score: 0-55)	P value	Βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (Med diet score: 0-55)	P value	Βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (Med diet score: 0-55)	P value
Ηλικία(Ετη)	-0.038	0.059	-0.038	0.241	-0.020	0.440
Φύλο (Ανδρες)	1.272	≤0,001	0.578	0.231	1.863	≤0,001
Έτη σπουδών	0.044	0.220	0.011	0.839	0.069	0.191
Εισόδημα (Χαμηλό/Υψηλό)	-0.338	0.540	0.139	0.854	-1.066	0.217
Καπνιστικές συνήθειες (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	-0.567	0.050	-0.164	0.705	-0.694	0.088
Περπάτημα(Λεπτά/εβδομάδα)	0.000	0.577	0.000	0.781	0.000	0.652
Διαβήτης (ΟΧΙ /ΝΑΙ)	-0.259	0.371	-0.201	0.678	-0.360	0.299
Υπέρταση(ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-0.122	0.634	-0.061	0.886	-0.024	0.939
Νεφρική ανεπάρκεια/Δυσλειτουργία (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-0.569	0.207	-0.362	0.663	-0.539	0.288
ΓΑΠ (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	0.258	0.415	0.503	0.278	-0.247	0.583
Κοινωνικό Κεφάλαιο(44-100)	0.056	≤0,001	0.078	0.001	0.041	0.020

Σχολιασμός

Συνολικό Δείγμα

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του ανδρικού φύλου με τον βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή($p \leq 0,001$) και αρνητική συσχέτιση με την ύπαρξη καπνιστικών συνηθειών($p=0,050$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του ΚΚ ανά μία μονάδα ο βαθμός υιοθέτησης στη μεσογειακή διατροφή αυξάνει κατά 0,056 βαθμούς στους 55 ($p \leq 0,001$).

Αθήνα

- Για κάθε αύξηση του ΚΚ ανά μία μονάδα ο βαθμός προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή αυξάνει κατά 0,078/55($p=0,001$).

Κρήτη

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του ανδρικού φύλου με τον βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή($p \leq 0,001$). Σε ότι αφορά το Κοινωνικό κεφάλαιο:

- Για κάθε αύξηση του ΚΚ ανά μία μονάδα ο βαθμός προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή αυξάνει κατά 0,041/55($p=0,020$).

Πίνακας 4. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του νερού από διάφορες υδατικές πηγές, στο συνολικό δείγμα(Αθήνα/Κρήτη).

	Συνολική κατανάλωση νερού		Ισοζύγιο νερού		Ροφήματα		Ποικιλία Ροφημάτων		Νερό βρύσης		Νερό βρύσης και εμφιαλωμένο	
	ml νερού	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value	Βαθμοί ποικιλίας κατανάλωσης υγρών	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value
Ηλικία(Έτη)	4.48	0.280	59.87	≤0,001	7.8	≤0,001	0.021	≤0,001	-3.066	0.418	-5.205	0.131
Φύλο (Άνδρες)	166.8	0.008	-597.9	0.001	21	0.451	0.38	≤0,001	230.6	≤0,001	138.3	0.008
Έτη σπουδών	6.6	0.366	93.7	≤0,001	4.12	0.204	-0.002	0.810	-8.059	0.228	-4.4	0.465
Εισόδημα (Χαμηλό/Υψηλό)	30.8	0.787	-176.4	0.586	1.39	0.978	-0.026	0.862	33.3	0.748	-17.5	0.853
Καπνιστικές συνήθειες (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	75.3	0.208	-63.68	0.708	10.7	0.684	0.039	0.623	58.8	0.280	14	0.777
Περπάτημα(Λεπτά/ημέρα)	0.149	0.065	-3.4	≤0,001	-0.054	0.130	-0,0003	0.678	0.26	≤0,001	0.2	0.002
Διαβήτης (ΟΧΙ /ΝΑΙ)	57.4	0.336	264	0.121	-0.434	0.987	-0.108	0.170	18.1	0.739	38.8	0.432
Υπέρταση(ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-9.8	0.853	13.57	0.928	-38.4	0.101	-0.040	0.569	7.003	0.885	12.8	0.770
Νεφρική ανεπάρκεια/Δυσλειτουργία (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	35.9	0.700	213.2	0.421	21.6	0.599	0.023	0.851	-25.9	0.760	15.1	0.845
ΓΑΠ (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	25.5	0.69	286.1	0.124	0.3	0.991	-0.161	0.061	-52.1	0.381	6.8	0.900
Med diet score(0-55)	35.8	≤0,001	-23.24	0.224	8.1	0.006	0.046	≤0,001	17.4	0.004	21.7	≤0,001
Κοινωνικό Κεφάλαιο (44-100)	10.37	≤0,001	-5.5	0.509	2.4	0.067	0.009	0.017	6.6	0.014	6.65	0.007

Σχολιασμός

Παράγοντες που επηρεάζουν την Συνολική κατανάλωση νερού στο συνολικό δείγμα.

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της συνολικής κατανάλωση νερού με το ανδρικό φύλλο ($p = 0,008$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνεται κατά 35,8 ml ($P \leq 0,001$).
- Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνει κατά 10,37 ml ($P \leq 0,001$).

Παράγοντες που επηρεάζουν το Ισοζύγιο νερού στο συνολικό δείγμα

Σε ότι αφορά το ισοζύγιο νερού παρατηρούμε ότι: Η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με θετικό ισοζύγιο υγρών ($P \leq 0,001$, $P \leq 0,001$), ενώ οι άνδρες και ο χρόνος περπατήματος φαίνεται να σχετίζονται με αρνητικό ισοζύγιο υγρών ($P = 0,001$, $P \leq 0,001$). Σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε συσχέτισή τους με το ισοζύγιο ενέργειας.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού από ροφήματα, στο συνολικό δείγμα

Όσον αφορά την κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση με την ηλικία ($P \leq 0,001$). Επιπλέον, για το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- 1) Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα αυξάνεται κατά 8,12 ml ($P = 0,006$).
- 2) Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του Κοινωνικού κεφαλαίου με την κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού από ποικιλία ροφημάτων, στο συνολικό δείγμα

Ακόμα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωσης νερού από ποικιλία ροφημάτων με την ηλικία ($p \leq 0,001$) και το ανδρικό φύλο ($p \leq 0,001$), ενώ για το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- 1) Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η επιλογή ποικιλίας ροφημάτων αυξάνεται κατά 0,046 της μονάδας ($P \leq 0,001$).
- 2) Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η επιλογή ποικιλίας ροφημάτων αυξάνεται κατά 0,009 βαθμούς της μονάδας ($P = 0,017$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης στο συνολικό δείγμα

Επιπλέον, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης με το αντρικό φύλο ($p \leq 0,001$) καθώς και τον χρόνο περπατήματος ($P \leq 0,001$), ενώ, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται ότι:

- 1) Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού βρύσης αυξάνεται κατά 17.4 ml ($P = 0,004$).
- 2) Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η κατανάλωση νερού βρύσης αυξάνει κατά 6,6 ml ($P = 0,014$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου νερού, στο συνολικό δείγμα

Τέλος, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου με το αντρικό φύλο ($p = 0,008$), καθώς και τον χρόνο περπατήματος ($P = 0,002$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- 1) Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου αυξάνεται κατά 21,7 ml ($P < 0,001$).
- 2) Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου αυξάνει κατά 6,65 ml ($P = 0,007$).

Πίνακας 5. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του νερού από διάφορες πηγές, στο δείγμα της Αθήνας

	Συνολική κατανάλωση νερού		Ισοζύγιο νερού		Υγρά και ροφήματα		Ποικιλία Ροφημάτων		Νερό βρύσης		Νερό βρύσης και εμφιαλωμένο	
	ml νερού	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value	Βαθμοί ποικιλίας κατανάλωσης υγρών	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value
Ηλικία(Ετη)	4.8	0.416	17.28	0.007	9.6	0.001	0.025	0.003	-3.169	0.541	-7.4	0.122
Φύλο (Άνδρες)	118.8	0.182	132.4	0.163	21.4	0.627	0.389	0.002	157.35	0.043	32.4	0.651
Έτη σπουδών	-1.04	0.916	12.6	0.228	-1.440	0.768	-0.021	0.125	0.024	0.998	0.26	0.974
Εισόδημα (Χαμηλό/Υψηλό)	-106.72	0.444	-64.7	0.664	-19	0.784	-0.133	0.499	-102.5	0.400	-150.9	0.180
Καπνιστικές συνήθειες (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	63.8	0.423	127	0.135	21.15	0.593	0.081	0.472	44.9	0.518	9.7	0.880
Περπάτημα(Λεπτά/ημέρα)	0.48	0.030	-0.486	0.040	0.060	0.585	-0,001	0.804	0.417	0.032	0.38	0.034
Διαβήτης (ΟΧΙ /ΝΑΙ)	36	0.686	111	0.243	-5.8	0.896	-0.034	0.790	-42	0.589	28.1	0.696
Υπέρταση(ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-48.1	0.534	-133.4	0.107	-67.38	0.081	-0.137	0.212	17.5	0.795	18.47	0.768
Νεφρική ανεπάρκεια/Δυσλειτουργία (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	292.4	0.056	254.6	0.120	74.58	0.327	-0.128	0.553	56.67	0.671	183.8	0.137
ΓΑΠ (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	7.84	0.927	-19.7	0.828	4.485	0.916	-0.149	0.216	-79.1	0.289	-16.87	0.807
Med diet score(0-55)	29.1	0.001	16.9	0.072	1.7	0.698	0.010	0.414	18	0.020	22.58	0.002
Κοινωνικό Κεφάλαιο (44-100)	14.7	0.001	6.28	0.167	3.481	0.101	0.018	0.004	5.6	0.133	8.14	0.018

Σχολιασμός

Παράγοντες που επηρεάζουν την Συνολική κατανάλωση νερού στο δείγμα της Αθήνας

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της συνολικής κατανάλωση νερού με τον χρόνο περπατήματος($p = 0,030$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνεται κατά 29,1 ml ($P=0,001$).
- Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνει κατά 14,7 ml ($P=0,001$).

Παράγοντες που επηρεάζουν το ισοζύγιο νερού στο δείγμα της Αθήνας

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας με το ισοζύγιο νερού και αρνητική συσχέτιση με τον χρόνο περπατήματος($p=0,007$, $p=0,040$).Όσον αφορά το Med diet score και το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε συσχέτισή τους με το ισοζύγιο ενέργειας.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα, στο δείγμα της Αθήνας

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα με την ηλικία($p=0,001$).Σε ότι αφορά το Med diet score και το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε συσχέτισή τους με τη κατανάλωση νερού υγρά και ροφήματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού την κατανάλωση νερού από ποικιλία ροφημάτων στο δείγμα της Αθήνας.

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της συσχέτιση της κατανάλωσης νερού από ποικιλία ροφημάτων με την ηλικία ($p = 0,003$) και το ανδρικό φύλλο ($p=0,002$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- 1) Σε ότι αφορά το Med diet score, δεν παρατηρήθηκε συσχέτισή του με την ποικιλία στην επιλογή ροφημάτων($P= 0,414$).

- 2) Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η ποικιλία επιλογής ροφημάτων αυξάνει κατά 0,018 της μονάδας (P=0,004).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης στο δείγμα της Αθήνας.

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης με το φύλο(P=0,043) και τον χρόνο περπατήματος (p = 0,032) . Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού βρύσης αυξάνεται κατά 18 ml (P=0,020).
- Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του Κοινωνικού κεφαλαίου με την κατανάλωση νερού βρύσης(p=0,133).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου στο δείγμα της Αθήνας.

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου νερού με τον χρόνο περπατήματος(p=0,034). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- 1) Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου αυξάνεται κατά 22,5 ml(P=0,002).
- 2) Για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μια μονάδα, η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου αυξάνει κατά 8,14 ml (P= 0,018).

Πίνακας 6. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του νερού από διάφορες πηγές, στο δείγμα της Κρήτης.

	Συνολική κατανάλωση νερού		Ισοζύγιο νερού		Υγρά και ροφήματα		Ποικιλία Ροφημάτων		Νερό βρύσης		Νερό βρύσης και εμφιαλωμένο	
	ml νερού	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value	Βαθμοί ποικιλίας κατανάλωσης υγρών	P value	ml νερού	P value	ml νερού	P value
Ηλικία(Ετη)	3.8	0.522	82	≤0,001	5.181	0.022	0.018	0.014	-1.768	0.755	-1.106	0.828
Φύλο (Άνδρες)	288.47	0.003	-599.4	0.061	33.5	0.365	0.336	0.005	313.4	0.001	301.48	≤0,001
Έτη σπουδών	-3.7	0.761	53.7	0.180	-1.191	0.798	-0.001	0.941	-15.2	0.191	-12.6	0.228
Εισόδημα (Χαμηλό/Υψηλό)	350.9	0.080	-600.3	0.357	59.7	0.430	0.201	0.404	379.3	0.047	322.38	0.059
Καπνιστικές συνήθειες (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	164.7	0.082	-125.8	0.682	24.9	0.484	0.059	0.603	87.7	0.328	80.2	0.319
Περπάτημα(Λεπτά/ημέρα)	0.155	0.086	-2.96	≤0,001	-0.026	0.447	-0,001	0.896	0.176	0.040	0.142	0.064
Διαβήτης (ΟΧΙ /ΝΑΙ)	67.4	0.403	365.7	0.163	9.088	0.765	-0.160	0.100	65	0.395	37.7	0.583
Υπέρταση(ΟΧΙ/ΝΑΙ)	22.9	0.754	271.3	0.254	-7.255	0.793	0.074	0.399	-10.7	0.877	5	0.935
Νεφρική ανεπάρκεια/Δυσλειτουργία (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-73.44	0.532	463.8	0.226	21.8	0.623	0.195	0.169	-102	0.361	-93.8	0.349
ΓΑΠ (ΟΧΙ/ΝΑΙ)	-12.26	0.906	-166.8	0.622	-67.6	0.086	-0.278	0.027	64	0.517	88.1	0.320
Med diet score(0-55)	40.9	≤0,001	-104.7	0.002	14.7	≤0,001	0.090	≤0,001	18.4	0.062	18.6	0.035
Κοινωνικό Κεφάλαιο (44-100)	6.8	0.100	-23.3	0.083	1.7	0.270	0.002	0,631	7.5	0.055	5.74	0.104

Σχολιασμός

Παράγοντες που επηρεάζουν την συνολική κατανάλωση νερού στο δείγμα της Κρήτης

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της συνολικής κατανάλωση νερού με το ανδρικό φύλλο ($p = 0,003$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνεται κατά 40,9 ml ($P \leq 0,001$).
- Σε ότι αφορά το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του με την συνολική κατανάλωση νερού ($P = 0,1$).

Παράγοντες που επηρεάζουν το ισοζύγιο νερού στο δείγμα της Κρήτης

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η ηλικία σχετίζεται με θετικό ισοζύγιο υγρών ($p \leq 0,001$), ενώ ο χρόνος περπατήματος σχετίζεται με αρνητικό ισοζύγιο υγρών ($P \leq 0,001$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο έχουμε:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα το ισοζύγιο νερού μειώνεται κατά 104,7 ml ($P = 0,001$).
- Σε ότι αφορά το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του με το ισοζύγιο νερού ($P = 0,083$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα στο δείγμα της Κρήτης

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα με την ηλικία ($p = 0,022$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού υγρά και ροφήματα αυξάνεται κατά 14,7 ml ($P \leq 0,001$).
- Σε ότι αφορά το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε συσχέτισή του με την κατανάλωση νερού από ποικιλία υγρά και ροφήματα ($P = 0,270$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού την κατανάλωση νερού από ποικιλία ροφημάτων στο δείγμα της Κρήτης

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της ποικιλίας στην επιλογή ροφημάτων με την ηλικία ($p = 0,014$) και το φύλο ($p=0,005$), ενώ παρατηρούμε αρνητική συσχέτιση με την ύπαρξη ΓΑΠ ($P=0,027$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η ποικιλία επιλογής ροφημάτων αυξάνεται κατά 0,090 βαθμούς της μονάδας ($P \leq 0,001$).
- Σε ότι αφορά το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του με την ποικιλία επιλογής ροφημάτων ($P= 0,631$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης στο δείγμα της Κρήτης

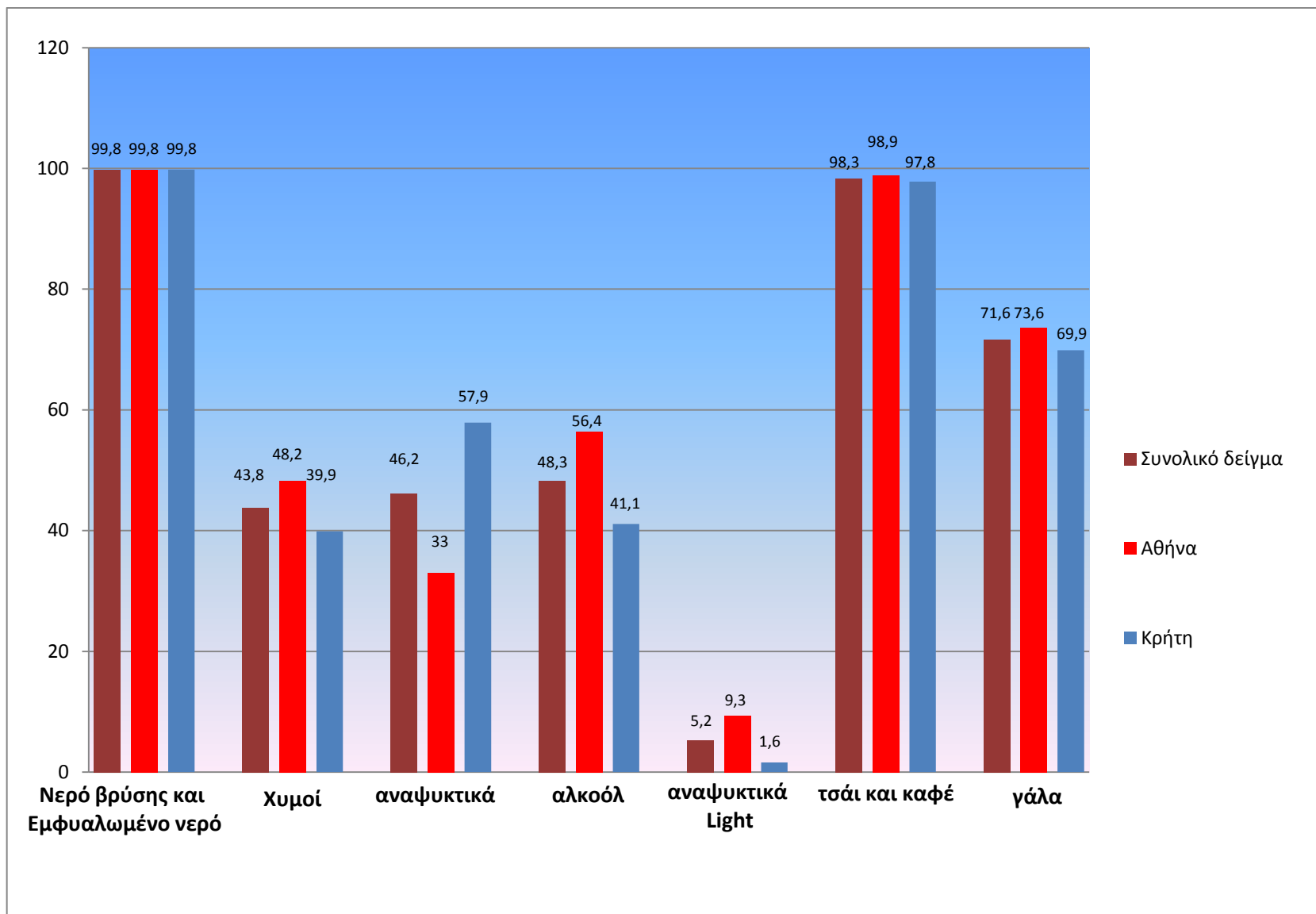
Σχόλια: Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης με το αντρικό φύλο ($p = 0,001$), με το εισόδημα ($p=0,047$), καθώς και τον χρόνο περπατήματος ($P=0,040$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε συσχέτισή τους με την κατανάλωση νερού βρύσης ($P=0,062, P=0,055$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου στο δείγμα της Κρήτης

Από τον παραπάνω πίνακα , παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου με το αντρικό φύλο ($p \leq 0,001$). Επιπλέον, σε ότι αφορά το Med diet score και το Κοινωνικό κεφάλαιο παρατηρούμε ότι:

- Για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου αυξάνεται κατά 18,6 ml ($P=0,035$).
- Σε ότι αφορά το ΚΚ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του με την κατανάλωση υγρών από ροφήματα ($P= 0,104$).

Διάγραμμα 1. Προτιμήσεις συμμετεχόντων στις διάφορες πηγές υγρών



Σχολιασμός

Συνολικό Δείγμα (Αθήνα/Κρήτη): Όπως φαίνεται από τα παραπάνω διαγράμματα στο συνολικό δείγμα, στη πρώτη θέση κατά σειρά προτίμησης από τις διάφορες πηγές υγρών, βρίσκεται η κατανάλωση από το νερό βρύσης και το εμφιαλωμένο νερό, όπως αναμενόταν, ακολουθεί η κατανάλωση τσαγιού και καφέ, στη συνέχεια το γάλα, το αλκοόλ, τα αναψυκτικά, οι χυμοί και τέλος τα αναψυκτικά light.

Δείγμα Αθήνας: Στο δείγμα της Αθήνας, πρώτη στις προτιμήσεις των υδατικών πηγών βρίσκεται η κατανάλωση από το νερό βρύσης και το εμφιαλωμένο, ακολουθεί η κατανάλωση από τσάι και καφέ, στη συνέχεια το γάλα, το αλκοόλ, οι Χυμοί, τα αναψυκτικά και τελευταία στις προτιμήσεις βρίσκονται τα αναψυκτικά light.

Δείγμα Κρήτης: Στο δείγμα της Κρήτης πρώτη προτίμηση παραμένει το νερό βρύσης και το εμφιαλωμένο νερό, ακολουθεί η κατανάλωση νερού από τσάι και καφέ, μετά ακολουθεί το γάλα, τα αναψυκτικά, το αλκοόλ, οι χυμοί, ενώ και εδώ τελευταία προτίμηση των ερωτώμενων είναι τα αναψυκτικά light.

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το γεγονός της έλλειψης επαρκών ερευνητικών δεδομένων για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και του βαθμού προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή με την κατανάλωση νερού και των επιπέδων υδάτωσης ατόμων στη τρίτη ηλικία, τόσο σε διεθνές επίπεδο αλλά ακόμα περισσότερο στην Ελλάδα, αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης. Ειδικά σε μία περίοδο οικονομικής κρίσης όπου η Ελλάδα και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού της φαίνεται να έχει επηρεαστεί σημαντικά, φάνηκε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αλλά και ο βαθμός υιοθέτησης στη μεσογειακή διατροφή συνδέεται ισχυρά με την κατανάλωση νερού με αρκετούς άμεσους ή έμμεσους τρόπους. Η πραγματοποίηση λοιπόν της παρούσας Μελέτης θεωρούμε ότι αποτελεί από μόνη της μια πρωτοτυπία, καθώς η μελέτη της επίδρασης του «επιπέδου» κοινωνικού κεφαλαίου στις διατροφικές επιλογές είναι μία σχέση που ελάχιστα έχει μελετηθεί. Επιπλέον, πολλές είναι οι «δευτερεύουσες» προς μελέτη σχέσεις που προκύπτουν για τα το μέλλον, καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα αλληλεπιδρώντων παραγόντων οι οποίοι το διαμορφώνουν και οι οποίοι συνεργικά ή/και μεμονωμένα μπορεί να σχετίζονται με τις διατροφικές επιλογές του ατόμου.

Το γεγονός ότι η συμμετέχοντες ήταν μέλη των ΚΑΠΗ θεωρούμε πως σε έναν μεγάλο βαθμό διευκόλυνε τη διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων, ενώ η πολύ καλή συνεργασία και συνεννόηση με το προσωπικό, εξασφάλισε την ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας, παρέχοντας παράλληλα την κατάλληλη ασφάλεια στους συμμετέχοντες σε σχέση με τα στοιχεία και τις προσωπικές πληροφορίες που έπρεπε να μας παρέχουν. Κάτι που θεωρούμε ότι ήταν πραγματικά πολύ σημαντικό για την αξιοπιστία και εγκυρότητα των συλλεγόμενων πληροφοριών και κατ' επέκταση των αποτελεσμάτων μας. Ένας από τους λόγους άλλωστε που επιλέξαμε το δείγμα μας να προέρχεται από τις συγκεκριμένες κοινωνικές δομές ήταν και ο συγκεκριμένος.

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Σε ότι αφορά τα χαρακτηριστικά του δείγματος, η μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν τα 76 έτη, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι και συνταξιούχοι, είχαν τελειώσει τουλάχιστον την πρώτη βαθμίδα εκπαίδευσης, με τους ηλικιωμένους της Αθήνας να έχουν μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα από αυτούς της Κρήτης. Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν πάνω από τα φυσιολογικά όρια για το συνολικό δείγμα ($28,1 \pm 4,1$), με τους άνδρες να έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο ΔΜΣ από αυτόν των γυναικών ($27,5 \pm 3,6$ έναντι $28,7 \pm 4,5$, $P \leq 0,001$). Ο χαμηλότερος ΔΜΣ των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες, στον ηλικιωμένο πληθυσμό της Ελλάδος, είναι κάτι που επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες, όπως μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2008 και έδειξε ανάλογες μέσες τιμές του ΔΜΣ ($30,2 \pm 5,0$ έναντι $28,7 \pm 4,0$, $p < 0,001$) (Kanoni and Dedoussis, 2008). Επιπλέον, οι Κρήτες εμφάνισαν σχεδόν τον διπλάσιο χρόνο περπατήματος σε σχέση με αυτόν των ηλικιωμένων της Αθήνας ($335,8 \pm 409,5$ λεπτά/εβδομάδα έναντι $173,7 \pm 170,9$ λεπτών/εβδομάδα, $P \leq 0,001$), ενώ σε ότι αφορά τα δύο φύλα, οι άνδρες εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που είχαν καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή τους, ή παραμένουν καπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες (66% έναντι 21%, $P \leq 0,001$), ενώ παράλληλα, φάνηκε ότι περπατούσαν περισσότερο από τις γυναίκες ($340,3 \pm 410,15$ λεπτά/εβδομάδα και $187,2 \pm 212,3$ λεπτά/εβδομάδα αντίστοιχα, $P \leq 0,001$).

Αξιολόγηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου(KK)

Η αξιολόγηση του Κοινωνικού κεφαλαίου(KK) και ιδιαίτερα σε άτομα της τρίτης ηλικίας έχει ελάχιστα μελετηθεί στην χώρα μας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, φάνηκε πως στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ένα μέτριο σκορ στον δείκτη συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου ($73,1 \pm 8,9/124$), με τους άνδρες να έχουν υψηλότερο σκορ έναντι των γυναικών ($74 \pm 8,5/124$ έναντι $72,3 \pm 9,2/124$, $P = 0,005$), ενώ ανάμεσα στις δύο περιοχές δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,601$). Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά το συνολικό δείγμα και στην κατηγορία «ΚΚ - τοπική κοινότητα», οι ηλικιωμένοι πέτυχαν μέτριο σκορ ($21 \pm 4/48$), δηλαδή εμφάνισαν μέτρια συμμετοχή στα κοινά και σε δραστηριότητες που απαιτούν ενεργή συμμετοχή, όπως η οργάνωση γεγονότων, ίδρυση συλλόγων οι επισκέψεις σε φίλους και γείτονες κα., κάτι που αναδεικνύει την ανάγκη παροχής περισσότερων κινήτρων αλλά και ενθάρρυνσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας, προκειμένου να υιοθετήσουν

κοινωνικές συνήθειες και συμμετοχή στα κοινά. Η ανάγκη αυτή φάνηκε πιο έντονη στην περιοχή της Κρήτης σε σχέση με την Αθήνα ($20,4 \pm 3,7/48$ έναντι $21,7 \pm 4,3/48$, $P=0,001$) και αυτό πιθανώς αποδίδεται στο γεγονός ότι η δομή των ΚΑΠΗ τυγχάνει μεγαλύτερης απήχησης στις περιοχές της Αθήνας, κάτι που ίσως έχει να κάνει με το αστικό περιβάλλον και την έλλειψη ανοιχτών χώρων. Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει ενδεχομένως και το γεγονός ότι σε επαρχιακό περιβάλλον οι κοινωνικοί δεσμοί είναι πιο ισχυροί αλλά και το αίσθημα ασφάλειας επίσης, κάτι που επιβεβαιώνεται και στην κατηγορία «ΚΚ- αίσθημα ασφάλειας» με τους συμμετέχοντες από τα ΚΑΠΗ Κρήτης να πετυχαίνουν σημαντικά υψηλότερο σκορ από αυτούς της Αθήνας ($5,57 \pm 1,7/8$ έναντι $4,4 \pm 1,4/8$, $P \leq 0,001$). Επιπλέον, το συνολικό δείγμα στη συγκεκριμένη κατηγορία «ΚΚ- αίσθημα ασφάλειας», φάνηκε να παρουσιάζει μεσαίο βαθμό αίσθησης της ασφάλειας ($5 \pm 1,7/8$), με τους άνδρες να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ από αυτό των γυναικών ($5,5 \pm 1,6/8$ έναντι $4,6 \pm 1,6/8$, $P \leq 0,001$). Σε ότι αφορά την κατηγορία «ΚΚ- επαφές και συγγενείς», στο σύνολο του δείγματος το σκορ ήταν μέτριο ($4,2 \pm 1,2/8$), ενώ οι ερωτώμενοι της Αθήνας φάνηκε να επιδιώκουν και να διατηρούν πιο συχνή επαφή με φίλους και συγγενείς, σε σχέση με τους συμμετέχοντες της Κρήτης ($4,4 \pm 1,3/8$ έναντι $4 \pm 1,1/8$, $P \leq 0,001$), όπως και οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ($4,4 \pm 1,1/8$ έναντι $4 \pm 1,4/8$, $P \leq 0,001$). Στην κατηγορία «ΚΚ – ανοχή στη διαφορετικότητα», το σύνολο του δείγματος εμφάνισε μέτριο σκορ ($4 \pm 1,4/8$), κάτι που καταδεικνύει ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι επιφυλακτικά με τους αλλοδαπούς και γενικά με άτομα τα οποία έχουν διαφορετικό τρόπο ζωής και συνήθειες από αυτούς. Μια πιθανή αιτία για αυτό μπορεί να είναι το γεγονός της πιθανής ύπαρξης προβλημάτων υγείας και έλλειψης κοινωνικών επαφών, πολλές φορές καθιστά τους ανθρώπους επιφυλακτικούς και μη δεκτικούς σε διαφορετικούς ανθρώπους, οδηγώντας τους σε ανασφάλεια. Ανάμεσα στις δύο περιοχές, οι ηλικιωμένοι της Αθήνας φάνηκαν στατιστικά σημαντικά πιο ανεκτικοί στη διαφορετικότητα σε σχέση με τους συμμετέχοντες της Κρήτης ($4,3 \pm 1,5/8$ έναντι $3,9 \pm 1,4$, $P \leq 0,001$). Τέλος, σε ότι αφορά την κατηγορία «ΚΚ – εκτίμηση ζωής», το σκοράρισμα στο συνολικό δείγμα ήταν άνω του μετρίου ($32,6 \pm 4,2/44$), όπως και στις δύο περιοχές αλλά και στα δύο φύλα. Εδώ όμως δεν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα, οπότε δεν μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.

Προσκόλληση στη μεσογειακή Διατροφή και συσχέτιση με το Κοινωνικό Κεφάλαιο(KK)

Στο σύνολό τους, οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα, φάνηκε να παρουσιάζουν μέτριο βαθμό υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής($31,8 \pm 4/55$), ενώ ανάμεσα στις δύο περιοχές δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά. Όσον αφορά τα δύο φύλα, οι άνδρες έδειξαν να ακολουθούν σε μεγαλύτερο βαθμό διατροφικές συνήθειες κοντινές στο Μεσογειακό πρότυπο, καθώς σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο Med diet score από τις γυναίκες ($32,5 \pm 4/55$ έναντι $31,09 \pm 4/55$, $P \leq 0,001$). Ο μέτριος βαθμός υιοθέτησης στην Μεσογειακή διατροφή επιβεβαιώνεται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους κατοίκους νησιών της Ελλάδος και Κύπρου, όπου ο βαθμός προσκόλλησης του συνολικού δείγματος στη Μεσογειακή δίαιτα ήταν αντίστοιχα χαμηλός ($33,5 \pm 4,05$), το ίδιο και στα δύο φύλα όπου ο βαθμός προσκόλλησης ήταν πιο υψηλός για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες($33,7 \pm 3,8$ έναντι $33,3 \pm 4,3$)(Tyrovolas et al.,2009).

Η συσχέτιση της Μεσογειακής διατροφής με το κοινωνικό Κεφάλαιο είναι μια σχέση η οποία στην Ελλάδα για πρώτη φορά μελετάται στην παρούσα έρευνα, με τα αποτελέσματά μας να δείχνουν ότι όσο ανεβαίνει το επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνεται στατιστικά σημαντικά και ο βαθμός προσκόλλησης των ερωτώμενων, στη Μεσογειακή διατροφή. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες υψηλού ΚΚ φάνηκαν να έχουν καλύτερο Med diet score($33 \pm 4/55$) έναντι των ηλικιωμένων μεσαίου και χαμηλού ΚΚ($32 \pm 4/55$ και $31,2 \pm 3,9/55$ αντίστοιχα, ($P \leq 0,001$). Επιπλέον, φάνηκε ότι για κάθε αύξηση του ΚΚ κατά μία μονάδα, ο βαθμός υιοθέτησης στη Μεσογειακή διατροφή φάνηκε να αυξάνει κατά 0,056 βαθμούς στους 55 ($p \leq 0,001$) στο σύνολο του δείγματος, ενώ αντίστοιχα στο δείγμα της Αθήνας η αύξηση ήταν κατά 0,078 βαθμούς στους 55 ($p=0,001$) και στην Κρήτη κατά 0,041 βαθμούς στους 55 ($p=0,020$).

Αξιολόγηση Κατανάλωσης νερού

Σε ότι αφορά τη συνολική κατανάλωση νερού από όλες τις πηγές, ο μέσος όρος για το συνολικό δείγμα ήταν 2479 ± 810 ml/ημέρα, με τους ηλικιωμένους της Αθήνας να καταναλώνουν 2550 ± 803 ml/ημέρα, 135 ml παραπάνω νερό από ότι οι ερωτώμενοι της Κρήτης οι οποίοι καταλάωναν 2415 ± 811 ml/ημέρα ($P=0,01$), ενώ οι άνδρες φάνηκε να καταναλώνουν κατά 237 ml παραπάνω νερό από τις γυναίκες (2608 ± 789

ml/ημέρα έναντι 2363 ± 812 ml/ημέρα, $P \leq 0,001$). Οι τιμές πρόσληψης συνολικού νερού φαίνεται να συμφωνούν με τις ενδεικτικές προτεινόμενες τιμές πρόσληψης νερού (2,0L/ημέρα για τις γυναίκες και 2,5L/ημέρα για τους άνδρες, EFSA, 2010) και στα δύο φύλα των ηλικιωμένων του δείγματός μας. Στο συνολικό μας δείγμα, το μεγαλύτερο μέρος του καταναλισκόμενου νερού προερχόταν από το εμφιαλωμένο νερό και το νερό βρύσης (55,3%), ακολουθούσε το νερό από ροφήματα (24,4%) με τελευταίο το νερό από τα φαγητά (20,1%), τόσο στο συνολικό δείγμα, όσο στα επιμέρους αλλά και στα δύο φύλα. Επιπλέον, σε ότι αφορά την ποικιλία κατανάλωσης νερού από τις διάφορες πηγές, ο μέσος όρος για το συνολικό δείγμα ήταν 4 πηγές από τις 7, που σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι στο σύνολό τους παρουσιάζουν μέτρια ποικιλία κατανάλωσης υγρών. Ανάμεσα στην Αθήνα και την Κρήτη δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη ποικιλία κατανάλωσης νερού από τις διάφορες πηγές, οι άνδρες όμως φάνηκε να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ποικιλία στην κατανάλωση νερού από τις διάφορες πηγές, σε σχέση με τις γυναίκες ($4,4 \pm 1/7$ έναντι $3,8 \pm 1/7$, $p \leq 0,001$).

Επίπεδο Κοινωνικού κεφαλαίου (KK) και κατανάλωση νερού

Έπειτα από τον διαχωρισμό του κοινωνικού κεφαλαίου σε τριτημόρια και αντίστοιχα σε 3 επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου (Χαμηλό/μεσαίο/υψηλό), διερευνήσαμε τη συσχέτιση του με την κατανάλωση νερού και άλλους παράγοντες. Σε ότι αφορά την κατανάλωση νερού παρατηρήσαμε ότι όσο περνάμε από το ένα επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου στο άλλο αυξάνεται στατιστικά σημαντικά η συνολική πρόσληψη νερού κατά 200 ml περίπου ($p \leq 0,001$), καθώς και η ποικιλία στις επιλογές κατανάλωσης υγρών, σε μικρότερο όμως βαθμό ($P=0,024$). Επιπλέον, η κατανάλωση νερού από τις διάφορες πηγές φάνηκε να αυξάνει όσο ανεβαίνει το επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, με εξαίρεση την πρόσληψη νερού από τα τρόφιμα, όπου η ηλικιωμένοι του μεσαίου επιπέδου KK, φάνηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερη πρόσληψη νερού από τη συγκεκριμένη πηγή (532 ± 363 ml), σε σχέση με τους συμμετέχοντες χαμηλού και Υψηλού KK (469 ± 168 ml και 508 ± 179 ml αντίστοιχα, $P=0,004$). Αναλυτικότερα, παρατηρήσαμε ότι για κάθε μονάδα αύξησης του κοινωνικού κεφαλαίου, στο συνολικό δείγμα, η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνει κατά 10,4 ml ($P \leq 0,001$), η κατανάλωση νερού βρύσης κατά 6,6 ml ($P=0,014$), και η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου κατά 6,65 ml ($P=0,014$), ενώ φάνηκε να αυξάνει και ο βαθμός στην ποικιλία ροφημάτων (0,009, $P=0,017$). Στην περιοχή της Αθήνας, για κάθε αύξηση

του κοινωνικού κεφαλαίου κατά μία μονάδα, η συνολική κατανάλωση νερού φάνηκε να αυξάνει κατά 14,7 ml($P=0,001$), ο βαθμός στην ποικιλία κατανάλωσης από υδατικές πηγές κατά 0,018 βαθμούς στη μονάδα($P=0,004$) και η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου κατά 8,14 ml($P=0,018$). Τέλος, σε ότι αφορά το δείγμα της Κρήτης το κοινωνικό κεφάλαιο δεν φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κατανάλωση νερού, είτε με τη συνολική είτε και με την κατανάλωση νερού από τις υπόλοιπες πηγές, οπότε δεν μπορούμε να κάνουμε ασφαλή σύγκριση ανάμεσα στις δύο περιοχές.

Μεσογειακή διατροφή και κατανάλωση νερού

Σε ότι αφορά τη συσχέτιση του βαθμού υιοθέτησης της μεσογειακής Διατροφής με την κατανάλωση νερού, τα αποτελέσματά μας έδειξαν, στο σύνολο του δείγματος, ότι για κάθε αύξηση του Med diet score ανά μία μονάδα η συνολική κατανάλωση νερού αυξάνεται κατά 35,8ml($P\leq 0,001$), η κατανάλωση νερού από υγρά και ροφήματα κατά 8,1 ml($P=0,006$), η ποικιλία στην επιλογή ροφημάτων κατά 0,046 βαθμούς της μονάδας($P\leq 0,001$), η κατανάλωση νερού βρύσης κατά 17,4ml($P=0,004$) και η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου κατά 21,7 ml($P\leq 0,001$). Σε ότι αφορά τις δύο περιοχές, η συσχέτιση της συνολικής κατανάλωσης νερού με το med diet score ήταν πιο ισχυρή για τους ηλικιωμένους της Κρήτης, καθώς φάνηκε να αυξάνει κατά 41 ml($P\leq 0,001$) για κάθε μονάδα αύξησης του med diet score, ενώ στο δείγμα της Αθήνας η αντίστοιχη αύξηση ήταν κατά 29,1 ml($P=0,001$). Στις επιμέρους πηγές κατανάλωσης νερού, για κάθε μονάδα αύξησης του med diet score, η κατανάλωση νερού βρύσης και εμφιαλωμένου φάνηκε να αυξάνει περισσότερο για το δείγμα της Αθήνας(22,6ml, $P=0,002$) σε σχέση με την Κρήτη (18,6ml, $P=0,035$), ενώ εντύπωση μας προκαλεί το εύρημα στο Δείγμα της Κρήτης, όπου φάνηκε πως για κάθε μονάδα αύξησης του med diet score το ισοζύγιο νερού μειώνεται κατά 104,7 ml.

12. Περιορισμοί Μελέτης

Το γεγονός ότι πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη, δεν δύναται να διερευνηθεί η σχέση αιτίου-αποτελέσματος. Επιπλέον, ορισμένες από τις συλλεγόμενες πληροφορίες (πχ, ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και ποτών) βάσει δήλωσης των συμμετεχόντων, υπόκεινται σε σφάλμα ανάκλησης το οποίο ενδεχομένως επηρεάζει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας.

13. Τελικά συμπεράσματα

Για το Συνολικό Κοινωνικό κεφάλαιο (ΚΚ)

- Στο σύνολό τους, οι ηλικιωμένοι εμφάνισαν μέτριο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ΚΚ από τις γυναίκες, ενώ οι ηλικιωμένοι της Αθήνας εμφάνισαν, σε μικρό βαθμό, υψηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου από τους ηλικιωμένους της Κρήτης

Για τις επιμέρους κατηγορίες του Κοινωνικού Κεφαλαίου

- Στο σύνολό τους, οι ηλικιωμένοι εμφάνισαν μειωμένη συμμετοχή στα κοινά και σε δραστηριότητες που απαιτούν ενεργό συμμετοχή, πέρα από αυτές των ΚΑΠΗ, κάτι που φάνηκε πιο έντονα στην περιοχή της Κρήτης
- Το αίσθημα ασφάλειας στο συνολικό δείγμα ήταν σε μέτριο βαθμό ανεπτυγμένο, με τους ηλικιωμένους της Κρήτης να νιώθουν πιο ασφαλείς έναντι των Αθηναίων, όπως και οι άνδρες έναντι των γυναικών, στο σύνολο του δείγματος
- Στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι εμφάνισαν μέτρια ανοχή στη διαφορετικότητα, με τους Αθηναίους να εμφανίζονται πιο ανεκτικοί σε σχέση με τους Κρητικούς

Για τον βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή

- Οι συμμετέχοντες και από τις δύο περιοχές εμφάνισαν μέτριο βαθμό προσέγγισης του προτύπου της Μεσογειακής Διατροφής, με τους άνδρες να σημειώνουν μεγαλύτερο βαθμό προσκόλλησης σε σχέση με τις γυναίκες
- Όσο αυξάνει το επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, αυξάνει και ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή

Για την Κατανάλωση Νερού και υγρών

- Όσο αυξάνει το επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, αυξάνει σημαντικά η συνολική κατανάλωση νερού, καθώς και η ποικιλία επιλογής ροφημάτων σε μικρότερο όμως βαθμό
- Όσο αυξάνει ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή, αυξάνει η συνολική κατανάλωση νερού καθώς και η ποικιλία επιλογής ροφημάτων

14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arts IC, Hollman PC, Feskens EJ, Bueno de Mesquita HB, Kromhout D. Catechin intake might explain the inverse relation between tea consumption and ischemic heart disease: the Zutphen Elderly Study. *Am J Clin Nutr*. 2001 Aug;74(2):227-32.

Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr* 2011;14:2274–2284.

Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998

Apr 15;147(8):755-63. Erratum in: *Am J Epidemiol*. 1999 Jun 15;149(12):1161.

Bivona PL. Xerostomia. A common problem among the elderly. *NY State Dent J*. 1998 Jun-Jul;64(6):46-52.

Bourdieu, Pierre (1986), 'The Forms of Capital', in Richardson, John G., ed., *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood.

Bourdieu, Pierre, and Wacquant, Loic J. D. (1992), *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago: University of Chicago Press.

Bowling A, Gabriel Z. (2004). An integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research* 69, 1–36.

Coleman, James S. (1988), 'Social Capital in the Creation of Human Capital', *American*

Journal of Sociology, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, pp. S95-S120.

Craig CL, Marshall AL, and Sjostrom M . International Physical Activity Questionnaire: 12-country Reliability and Validity. *Medical Science Sports Exercise* 2003;35:1381–1395.

EETAA (Hellenic Agency for Local Development and Local Government) 2005, data base of local authorities' social units, services and programs (in Greek).

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. *EFSA Journal* 2010; 8(3):1459. doi:10.2903/j.efsa.2010.1459. Available online: www.efsa.europa.eu

EUFIC (The European Food Information Council): "Caffeine and health".

Evans JM, Fleming KC, Talley NJ, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Relation of colonic transit to functional bowel disease in older people: a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):83-7.

Farajian P, Risvas G, Karasouli K et al. (2011) Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis* 217, 525–530.

Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *Am J Epidemiol.* 1996 Feb 1;143(3):228-39.

Geybels MS, Verhage BA, Arts IC, van Schooten FJ, Goldbohm RA, van den Brandt PA. Dietary flavonoid intake, black tea consumption, and risk of overall and advanced stage prostate cancer. *Am J Epidemiol.* 2013 Jun 15;177(12):1388-98.

Global AgeWatch Index 2015: Insight report. Published by HelpAge International, PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK, www.helpage.org info@helpage.org.

Gremeaux, V., Gayda, M., Lepers, R., Sosner, P., Juneau, M., Nigam, A. (2012). Exercise and longevity. *Maturitas*, 73(4), 312-317.

Hughes VA, Roubenoff R, Wood M, Frontera WR, Evans WJ, Fiatarone Singh MA. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. *Am J Clin Nutr.* 2004 Aug;80(2):475-82.

Huxley RR, Ansary-Moghaddam A, Clifton P, Czernichow S, Parr CL, Woodward M. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: a

quantitative overview of the epidemiological evidence. *Int J Cancer*.2009 Jul 1;125(1):171-80.

Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc*. 2002 May;50(5):889-96.

Jing Y, Han G, Hu Y, Bi Y, Li L, Zhu D. Tea consumption and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of cohort studies. *J Gen Intern Med*. 2009 May;24(5):557-62.

Kanoni S, Dedoussis GV. Design and descriptive characteristics of the GHRAS: the Greek Health Randomized Aging Study. *Med Sci Monit*. 2008 14:CR204-212.

Karamessini, M. and E. Moukanou 2007, *The Elderly Care Sector in Greece: Recent trends in service provision and implications for labour*, national report for DYNAMO (Dynamics of National Employment Models) research project in the context of FP6, available from the authors

Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy. 11th ed., 2004;13:318–337.

Kritsotakis G. et al (2008). Development of the Social Capital Questionnaire in Greece. *Research in Nursing & Health*, 31, 217-225.

Lakatta EG, Wang M, Najjar SS. Arterial aging and subclinical arterial disease are fundamentally intertwined at macroscopic and molecular levels. *Med Clin North Am*. 2009 May;93(3):583-604, Table of Contents.

Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, Epstein SR, Russell RM. Modified MyPyramid for older adults. *J Nutr*. 2008;138:78-82.

Lindstrom M. (2008). Social capital, anticipated ethnic discrimination and self-reported psychological health: A population-based study. *Social Science & Medicine* 66, 1–13.

Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BL, Grossman NS, et al. Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Apr;43(4):401-7.

Malisova O, Bountziouka V, Panagiotakos D, Zampelas A, Kapsokefalou M. (2012). The water balance questionnaire: design, reliability and validity of a questionnaire to evaluate water balance in the general population. *Int J Food Sci Nutr* 63(2): 138-144.

Meier P, Seitz HK. Age, alcohol metabolism and liver disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2008 Jan;11(1):21-6.

Mostofsky E, Rice MS, Levitan EB, Mittleman MA. Habitual coffee consumption and risk of heart failure: a dose-response meta-analysis. *Circ Heart Fail.* 2012 Jul 1;5(4):401-5.

MyPyramid. [cited 2007 Aug 8]. Available from: www.MyPyramidTracker.gov.

Natasa V. Daniilidou et al. Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care – Vol. 3*, 22 October 2003.

National Institute on Aging. Healthy Eating after 50. National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. June 2008 | Updated March 2012.

Nilsson J, Masud Rana AK, Kabir ZN. (2006). Social capital and quality of life in old age. Results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of Aging & Health* 18, 419-434.

Paganini-Hill A, Kawas CH, Corrada MM. Non-alcoholic beverage and caffeine consumption and mortality: the Leisure World Cohort Study. *Prev Med.* 2007 Apr;44(4):305-10.

Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Siasos G, Zisimos K, Skoumas J, Pitsavos C, et al. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: the Ikaria study. *Cardiol Res Pract.* 2011 Feb 24;2011:679187.

Panagiotakos DB, Lionis C, Zeimbekis A, Gelastopoulou K, Papairakleous N, Das UN, et al. Long-term tea intake is associated with reduced prevalence of (type 2)

diabetes mellitus among elderly people from Mediterranean islands: MEDIS epidemiological study. *Yonsei Med J.* 2009 Feb 28;50(1):31-8.

Panagiotakos, DB, Pitsavos C, and Stefanadis C. Dietary Patterns: A Mediterranean Diet Score and its Relation to CVD Risk and Markers. *Nutr Metab & Cardio Dis* 2006;16:559–568.

Papadaki Stamatina, Mavrikaki Evangelia. Greek adolescents and the Mediterranean diet: factors affecting quality and adherence. Faculty of Primary Education, Department of Science, Technology & Environment, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece. 2015 Feb;31(2):345-9. doi: 10.1016/j.nut.2014.09.003. Epub 2014 Nov 25.

Personal correspondence, January 2001. Marybeth Weinberger, UN.

Pitsavos C, Panagiotakos DB, Lentzas Y, Stefanadis C. Epidemiology of leisure-time physical activity in sociodemographic, lifestyle and psychological characteristics of men and women in Greece: the ATTICA Study. *BMC Public Health.* 2005b Apr 18;5:37.

PLEXIDA A, T. VASILAKOU, E. KABA, G. FASOI, M. KELESI, S. ZYGA. Assessment of the nutritional index of the elderly in an Open Care Center and correlation with their socioeconomic status and health indicators. *Archives of Hellenic Medicine* 2015, 32(5):622–628.

Poortinga W. (2006β). Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine* 43, 488–493.

Popkin BM, D’Anci KE, Rosenberg IH. Water, hydration and health. *Nutr Rev.* 2010 Aug;68(8):439-58.

Putnam RD: *Bowling alone: the collapse and revival of American community.* New York: Simon and Schuster; 2000.

Ritchie K, Artero S, Portet F, Brickman A, Muraskin J, Beanino E, et al. Caffeine, cognitive functioning, and white matter lesions in the elderly: establishing causality from epidemiological evidence. *J Alzheimers Dis.* 2010;20 Suppl 1:S161-6.

Roebuck J. When does old age begin?: the evolution of the English definition. *Journal of Social History*.1979;12(3):416-28.

Russell RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified Food Guide Pyramid for people over seventy years of age. *J Nutr*. 1999;129:751–3.

Shen L, Song LG, Ma H, Jin CN, Wang JA, Xiang MX. Tea consumption and risk of stroke: a dose-response metaanalysis of prospective studies. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2012b, Aug;13(8):652-62.

Sirven N. (2006). Endogenous social capital and self-rated health: Cross-sectional data from rural areas of Madagascar. *Social Science & Medicine* 63, 1489–1502.

Slimani, N., Fahey, M., Welch, AA., Wirfalt, E., Stripp, C., Bergstrom, E., et al (2002). Diversity of dietary patterns observed in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project. *Public Health Nutr* (6B):1311-28.

Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. (2001). Does the state you live in make a difference? A multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science & Medicine* 53, 9-19.

Suzuki E, Yorifuji T, Takao S, Komatsu H, Sugiyama M, Ohta T, et al. Green tea consumption and mortality among Japanese elderly people: the prospective Shizuoka elderly cohort. *Ann Epidemiol*. 2009 Oct;19(10):732-9.

Tourlouki E, Matalas AL, Bountziouka V, Tyrovolas S, Zeimbekis A, Gotsis E, et al. Are current dietary habits in Mediterranean islands a reflection of the past? Results from the MEDIS study. *Ecol Food Nutr*. 2013;52(5):371-86.

Tyrovolas S, Polychronopoulos E, Bountsiouka V et al. Level of Adherence to the Mediterranean Diet Among Elderly Individuals Living in Mediterranean Islands: Nutritional Report from the Medis Study. Department of Nutrition Science-Dietetics, Harokopio University, Athens, Greece. [Ecology of Food and Nutrition](#). 01/2009; 48(1):76-87.

Vaiou Dina & Siatitsa Dimitra, COST Action IS1102- Social services, welfare state and places. Working Paper No. 4. *WGI National and regional focussed service report series*. CURRENT ORGANISATIONAL FRAMEWORK OF *ELDERLY CARE SERVICES* GREECE, National Technical University of Athens, May, 2013.

Venturelli M, Schena F, Richardson RS. The role of exercise capacity in the health and longevity of centenarians. *Maturitas*. 2012 Oct;73(2):115-20.

Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S; American Society for Nutrition; NAASO, The Obesity Society. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Obes Res*. 2005 Nov;13(11):1849-63.

WCRF. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington D.C.:AICR, 2007.

WHO (World Health Organization). Tufts University School of Nutrition Science and Policy. Keep it fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. World Health Organization. Geneva, 2002.

World Health Organization. Global recommendations on Physical Activity for Health. 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.

Yu X, Bao Z, Zou J, Dong J. Coffee consumption and risk of cancers: a meta-analysis of cohort studies. *BMC Cancer*. 2011 Mar 15;11:96.

Εθνικός Διατροφικός οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψης, με δ.τ «Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής», 2015).

Εθνικός Διατροφικός οδηγός για ενήλικες («Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψης» με δ.τ. «Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής», 2015).

Ζαμπέλας Α.: Η Διατροφή στα Στάδια της ζωής. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. 2003, σελ: 326-380.

Τριχοπούλου Α., Γναρδέλλης Χ., Πολυχρονόπουλος Ε.: Κοινωνικο-Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Διατροφικές Συνήθειες των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ, Αθήνα 1996.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας. Διατροφικές Οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1999, 16(6):615-625.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ		1. ΚΩΔΙΚΟΣ	
A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
2. Φύλο: <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα		3. Έτος γέννησης:	
4. Ύψος (cm):	5. Βάρος (Kg):	6. Συνολικά έτη σπουδών (από 1 ^η Δημοτικού): _____	
7. Οικογενειακή κατάσταση	1. Άγαμος/η <input type="checkbox"/> 2. Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> 3. Διαζύγιο <input type="checkbox"/> 4. Χήρος/α <input type="checkbox"/>		
8. Αριθμός παιδιών	-----		
9. Επάγγελμα	1. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> 2. Αγρότης <input type="checkbox"/> 3. Ιδιωτ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 4. Δημ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 5. Ελεύθ. Επαγγελματίας <input type="checkbox"/> 6. Οικιακά <input type="checkbox"/> 7. Ανεργος <input type="checkbox"/> 8. Άλλο <input type="checkbox"/>		
10. Το σπίτι που μένετε είναι :	1. Ιδιόκτητο <input type="checkbox"/> 2. Ενοικιαζόμενο <input type="checkbox"/> 3. Των παιδιών, συγγενών ή άλλων <input type="checkbox"/>		
11. Πόσα άτομα μένετε σπίτι	----- (μαζί με εσας)		
12. Έχετε αυτοκίνητο;	Ναι <input type="checkbox"/> 1 Όχι <input type="checkbox"/> 0		
13. Έχετε άλλο τροχοφόρο	Ναι <input type="checkbox"/> 1 Όχι <input type="checkbox"/> 0		
14. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:	(1) <10.000 <input type="checkbox"/> (2) 10.001-20.000 <input type="checkbox"/> (3) 20.001-40.000 <input type="checkbox"/> (4) 40.000 < <input type="checkbox"/>		
15. Καπνίζετε;	(1) 1 ≤ τσιγάρα την ημέρα <input type="checkbox"/> (2) Περιστασιακά <input type="checkbox"/> (3) Το έχω κόψει <input type="checkbox"/> (4) Ποτέ <input type="checkbox"/>		
16. Πάσχετε από κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα ή προβλήματα υγείας			
a. Σακχαρώδης Διαβήτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	l. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμιση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
b. Υπέρταση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	m. Συχνές ουρολοιμώξεις	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
c. Νεφρική Ανεπάρκεια ή δυσλειτουργία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	n. Προβλήματα κινητικότητας	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
d. Νοσήματα αναπνευστικού	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	o. Δυσλιπιδαιμία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
e. Καρδιαγγειακά	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	p. Νοσήματα θυρεοειδούς	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
f. Κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	q. Προβλήματα ύπνου	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
g. Καρκίνος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	r. προβλήματα κατάποσης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
h. Αρθρίτιδες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
i. Οστεοπόρωση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

j. Τρόμος ή Parkinson	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	s. προβλήματα μάσησης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
k. Προβλήματα γαστρεντερικού	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	t. προβλήματα όρασης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	u. αναιμίες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	v. προστάτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	x. Τροφικές αλλεργίες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

B. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 ημέρες. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνατε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

1. Κατά τη τελευταία εβδομάδα , πόσες ημέρες κάνατε για πάνω από 10 λεπτά κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως άρση βαριών φορτίων, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή γρήγορη ποδηλασία;	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
2. Για πόση ώρα συνήθως : <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά φορά	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
3. Κατά τις τελευταία εβδομάδα , πόσες ημέρες κάνατε για πάνω από 10 λεπτά κάποια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά μικρά βάρη (μικρότερα από 10 Kg), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, (<u>Παρακαλώ μην συμπεριλάβετε το περπάτημα</u>):	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
4. Για πόση ώρα συνήθως: a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά φορά	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
5. Κατά τις τελευταία εβδομάδα πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 λεπτά:	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
6. Για πόση ώρα συνήθως: a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά ημέρα	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
7. Πόσο χρόνο περάσατε καθισμένοι σε μια συνηθισμένη μέρα κατά την τελευταία εβδομάδα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένοι στο σπίτι ή αλλού, όταν επισκέπτεστε φίλους, όταν διαβάζετε, μελετάτε ή βλέπετε τηλεόραση, (<u>αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο</u>): a. <input type="checkbox"/> ώρες ανά ημέρα	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>

D. Το Μεσογειακό Διατροφικό Σκορ (MedDietScore)

Πόσο συχνά καταναλώνεις τρόφιμα από τις κατηγορίες που παρουσιάζονται;

<i>Πόσο συχνά καταναλώνεις τα παρακάτω τρόφιμα;</i>	<i>Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/εβδομάδα)</i>					
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)	Ποτέ (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-18 (3)	19-31 (4)	>32 (5)
2. Πατάτες	Ποτέ (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-12 (3)	13-18 (4)	>18 (5)
3. Φρούτα και χυμούς	Ποτέ (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-15 (3)	16-21 (4)	>22 (5)
4. Λαχανικά και σαλάτες	Ποτέ (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-20 (3)	21-32 (4)	>33 (5)
5. Όσπρια	Ποτέ (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
6. Ψάρι και σούπες	Ποτέ (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	≤1 (5)	2-3 (4)	4-5 (3)	6-7 (2)	8-10 (1)	>10 (0)
8. Πουλερικά	≤3 (5)	4-5 (4)	5-6 (3)	7-8 (2)	9-10 (1)	>10 (0)
9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	≤10 (5)	11-15 (4)	16-20 (3)	21-28 (2)	29-30 (1)	>30 (0)
10. Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική	Ποτέ (0)	Σπάνια (1)	<1 (2)	1-3 (3)	3-5 (4)	Καθημερινά (5)
11. Αλκοολούχα ποτά (ml/ημέρα , 100 ml = 1 ποτήρι 12%)	<300 (5)	300 (4)	400 (3)	500 (2)	600 (1)	>700 ή 0 (0)

Ε. Σημειώστε ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ καταναλώσατε τα παρακάτω τρόφιμα τον τελευταίο μήνα:
Θα πρέπει να απαντήσετε έχοντας ως μερίδα αναφοράς την ποσότητα που αναγράφεται στις παρενθέσεις.
 (Συντμήσεις: φ = φορές, γρ. = γραμμάρια, τμχ. = τεμάχιο, φλ. = φλιτζάνι τσαγιού = 240 ml)

	Ποτέ/ Σπάνια	1-3 φ/ μήνα	1-2 φ/ εβδομ.	3-6 φ/ εβδομ.	1 φ/ ημέρα	≥ 2 φ/ ημέρα
1.Ψωμί άσπρο (1 φέτα 30γρ ή φέτα τοστ)						
2.Φρυγανιά άσπρη (2 τμχ) ή παξιμάδι άσπρο(1 μέτριο)						
3.Ψωμί ολικής αλέσεως (1 φέτα 30γρ ή φέτα τοστ)						
4.Φρυγανιά ολικής αλέσεως (2 τμχ) ή παξιμάδι κριθίνο, ολικής (1 μέτριο)						
5.Κουλούρι Θεσ/κης, ψωμάκια μπεργκερ (1 τμχ)						
6.Κριτσίνια ή κράκερ(2 λεπτά)						
7.Δημητριακά πρωινού (½ φλ), μπάρες δημητριακών (1 τμχ)						
8.Μοσχάρι (μπριζόλα, κομμάτι) (150 γρ)						
9.Μπιφτέκι (2 τμχ), κεφτεδάκια (4 τμχ), κιμάς (1 κουτάλα)						
10.Κοτόπουλο ή κουνέλι (όλα τα είδη) (150 γρ)						
11.Χοιρινό (μπριζόλα, κομμάτι, σουβλάκι) (150 γρ)						
12.Χοιρινό πίτα- γύρος (1 τεμ)						
13.Αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παϊδάκια (150 γρ)						
14.Αλλαντικά (1 φέτα) (σαλάμι, πάριζα)						
15.Αλλαντικά/ κρεατοσκευάσματα άπαχα (γαλοπούλα, ζαμπόν)						
16.Λουκάνικα (1 μέτριο), μπέικον (2 φέτες)						
17.Ψάρια (150 γρ), φρέσκα θάλασσας						
18.Ψάρια (150 γρ), φρέσκα ιχθυοτροφείου (π.χ. τσιπούρα,λαυράκι)						
19.Ψάρια (150 γρ), κατεψυγμένα						
20.Θαλασσινά (χταπόδι, καλαμάρι, γαρίδες, άλλα) (150 γρ)						
21.Φακές ,φασόλια, ρεβίθια (1 φλ.) (1 πιάτο = 2 φλ)						
22.Φασόλια γίγαντες , κουκιά, φάβα (1 πιάτο)						
23.Ψαρόσουπα (1 πιάτο=250ml)						
24.Κρεατόσουπα, κοτόσουπα (1 πιάτο=250ml)						
25.Χορτόσουπα (1 πιάτο=250ml)						

26.Σούπα ζυμαρικών (πχ. τραχανάς, κριθαράκι, φιδές κ.α) (1 πιάτο=250ml)						
27.Σπανακόρυζο/λαχανόρυζο (1 πιάτο), γεμιστά (2 μέτρια)						
28.Παστίτσιο, μουσακάς, παπουτσάκια (1 μερίδα = 150 γρ)						
29.Αρακάς, φασολάκια, μπάμιες, αγκινάρες, μελιτζάνες (1 πιάτο)						
30.Ρύζι , μακαρόνια, κριθαράκι, χυλοπίτες, χόντρος, άλλα ζυμαρικά (1 φλ)						
31.Πατάτες βραστές, φούρνου, πουρές (1 μέτρια/ ½ φλ)						
32.Πατάτες τηγανιτές (½ μερίδα εστιατορίου)						
33.Τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά (1 φλ. ωμά)						
34.Μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα, παπούλες, ή ωμά χόρτα (1 φλ. ωμά)						
35.Μπρόκολο, κουνουπίδι, κολοκυθάκια (½ φλ. βραστά)						
36.Χόρτα, πράσο, σέλινο (½ φλ. βραστά)						
37.Μήλο, αχλάδι (1 μέτριο), πορτοκάλι (1 μέτριο), μανταρίνια (2 μέτρια), ακτινίδιο, ρόδια, κυδώνια.						
38.Μπανάνα (1 μέτρια)						
39.Αποξηραμένα φρούτα (¼ φλ.) (σταφίδες, σύκα, δαμάσκηνα)						
40.Ξηροί καρποί, σπόροι (1 φλιτζανάκι καφέ)						
41.Γιαούρτι πλήρες ή χαμηλό σε λιπαρά (1 κεσεδάκι)						
42.Μυζήθρα, φέτα (30 γρ)						
43.Γραβιέρα, κεφαλοτύρι, τυροζούλι, τυρί κίτρινο (30 γρ)						
44.Τυρί άπαχο ή χαμηλό σε λιπαρά (light, κότατζ) (30 γρ)						
45.Αυγό (βραστό, τηγανιτό, ομελέτα) (1 τμχ)						
46.Πίτες (π.χ. τυρόπιτα, χορτόπιτα, σπανακόπιτα) (1 κομμάτι)						
47.Γλυκά ταψιού, πάστες, τάρτα (1 τμχ)						
48.Γλυκά κουταλιού (1 μερίδα)						
49.Κομπόστα (1 τμχ)						
50.Ζελέ (1 τμχ)						
51.Παγωτό, μιλκ σέικ, κρέμα, ρυζόγαλο (1 τμχ)						
52.Κρουασάν (1), γκοφρέτες (1 μέτρια),)						

53.Κέικ (1 φέτα), μπισκότα (3-4), κουλουράκια (2 τεμ)						
54.Σοκολάτα (όλα τα είδη) (1 μέτρια = 60 γρ)						
55.Πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν (1 σακουλάκι =70 γρ)						
56.Μέλι, μαρμελάδα, (π.χ. σε ψωμί, καφέ) (1 κουτ. γλυκού)						
57.Ελιές (10 μικρές/ 5 μεγάλες)						
58.Ελαιόλαδο (1 κουτ.σουπ.)						
59.Σπορέλαια (1κουτ. σουπ.)						
60.Μαργαρίνη- φυτίνη						
61.Ζωικά βούτυρα						
62.Σως (πχ.μαγιονέζα, κέτσαπ, μουστάρδα) (1 κουτ.σουπ.)						
63.Ζάχαρη (1 κουτ. γλυκού)						
64.Οι σούπες σας (χορτόσουπες, κρεατόσουπες, ψαρόσουπες, όσπρια) είναι συνήθως: 1. <input type="checkbox"/> Αραιές 2. <input type="checkbox"/> Πηχτές						
F. Πρόσληψη υγρών						
Σημειώστε πόσο νερό καταναλώνετε την ημέρα τον τελευταίο μήνα						
1. Χρησιμοποιείτε ποτήρι για να καταναλώσετε το νερό 1. <input type="checkbox"/> Ναι 0. <input type="checkbox"/> Όχι						
2. Αν ναι σημειώστε πόσα ποτήρια νερό καταναλώνετε την ημέρα: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> αν περισσότερα ποσα.....						
3. Χρησιμοποιείτε μπουκάλι για να καταναλώσετε το νερό 1. <input type="checkbox"/> Ναι 0. <input type="checkbox"/> Όχι						
4. Αν ναι σημειώστε πόσα μικρα μπουκαλάκια νερού των 500ml πίνετε την ημέρα : ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 ½ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 ½ <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 ½ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 ½ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> αν περισσότερα ποσα.....						
(υπολογίστε ότι το μεσαίο μπουκάλι νερού είναι 750ml και το μεγάλο μπουκάλι νερού είναι 1500ml)						

Σημειώστε <u>πόσο συχνά</u> καταναλώσατε τα παρακάτω ποτά τον τελευταίο μήνα:						
<u>Προσοχή.</u> θα πρέπει να απαντήσετε έχοντας ως <u>μερίδα αναφοράς</u> την <u>ποσότητα που αναγράφεται</u> στις παρενθέσεις						
	Ποτέ/ Σπανια	1-2 φ/ εβδομ	3-6 φ/ εβδομ.	1- 2 φ/ ημέρα	3 -4φ/ ημέρα	>5φ/ ημέρα
5.Φυσικό χυμός φρούτων 100% (1 ποτήρι)						
6.Συσκευασμένος χυμό φρούτων νέκταρ (1 ποτ ή ¾ μικρ κουτάκι)						
7.Αναψυκτικά (τύπου κόλα, πορτοκαλάδα, sprite κτλ) (1 ποτήρι)						
8.Light αναψυκτικά (1 ποτήρι)						

9.Σόδα (1 ποτήρι)						
10.Γάλα (1 ποτήρι)						
11.Σοκολατούχο γάλα (1 ποτήρι)						
12.Σοκολάτα ρόφημα (1 ποτήρι)						
13.Τσάι (1 ποτήρι)						
14.Άλλα αφεψηήματα (π.χ. χαμομήλι, φασκόμηλο, μέντα) (1 ποτήρι)						
15.Καφές ελληνικός, εσπρέσσο (1 ποτήρι)						
16.Άλλοι καφέδες						
17.Ούζο (1 ποτηράκι)						
18.Ρακί (1 ποτηράκι)						
19.Τσίπουρο (1 ποτηράκι)						
20.Κρασί (1 ποτήρι)						
21.Μπύρα (1 ποτήρι)						
22.Αλκοολούχα ποτά με μεγάλη περιεκτ αλκοόλ (πχ. Ουίσκι)(1 ποτ)						

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	1	2	3	4
A1 Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν την άποψη;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A2 Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	<input type="checkbox"/> Οχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι, οπωσδήποτε
A3 Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	<input type="checkbox"/> Οχι πολύ συχνά	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Πολύ συχνά	<input type="checkbox"/> Σχεδόν πάντα
A4 Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A5 Νοιώθετε ασφαλής να περπατάτε στην γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A6 Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ

A7	Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Όχι, ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>1 φορά το μήνα</i>	<i>1 φορά την εβδομάδα</i>
A8	Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>ποτέ</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>	<i>Πολύ συχνά</i>
A9	Αν η ζωή σας τελειώνει αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
A10	Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό <u>μέσα στο σπίτι</u> για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<i>Μάλλον όχι</i>	<i>Μάλλον ναι</i>	<i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A11	Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
A12	Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση</i>	<i>Μάλλον όχι</i>	<i>Μάλλον ναι</i>	<i>Ναι, οπωσδήποτε</i>
A13	Επισκεφτήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Όχι, ούτε μια φορά</i>	<i>1-2 φορές</i>	<i>3-4 φορές</i>	<i>Αρκετά συχνά</i>
A14	Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (πχ. εκδηλώσεις ΚΑΠΗ, εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Όχι, ούτε μια φορά</i>	<i>1 φορά</i>	<i>2 φορές</i>	<i>3 φορές</i>
A15	Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτικό, Πολιτιστικό, ΚΑΠΗ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Καθόλου</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Πολύ ενεργά</i>
A16	Νοιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας;»(δηλ. στην περιοχή που ζείτε θέλετε να ζείτε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>