

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό των αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν τις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Μελετήθηκε ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα 4.799 ενήλικων ατόμων από διάφορες πόλεις της Ελλάδας (44,2% άνδρες, μέσης ηλικίας $40,35 \pm 16$ ετών και 55,8% γυναίκες, μέσης ηλικίας $38,06 \pm 15$ ετών). Για την αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων αναφορικά με τη διατροφή ως καρδιαγγειακού παράγοντα, 10 ερωτήσεις ταξινομήθηκαν ως σωστό-λάθος και ένας δείκτης από 0 (πολύ κακή γνώση) έως 10 (άριστη γνώση) δημιουργήθηκε. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η μέση βαθμολογία του δείκτη ήταν $5,39 \pm 1,6$ στους άνδρες και $5,76 \pm 1,5$ στις γυναίκες ($p < 0,001$). Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του δείκτη και της ηλικίας των συμμετεχόντων ($r = 0,145$, $p < 0,001$) καθώς και των ετών σπουδών ($r = 0,044$, $p = 0,002$). Επίσης, τα άτομα με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν το μικρότερο επιπολασμό όσον αφορά στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θεωρούσαν, σε μεγαλύτερο ποσοστό, ότι η ανθυγιεινή διατροφή αποτελεί παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και ότι το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τέλος, τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη άγνοια αναφορικά με τους σημαντικότερους διατροφικούς κινδύνους (κορεσμένα λίπη και αλάτι) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η πολιτεία, αλλά και οι επιστημονικοί φορείς, οφείλουν να αναδείξουν το πρόβλημα του χαμηλού επιπέδου γνώσεων του πληθυσμού αναφορικά με τη διατροφή και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, και να δράσουν άμεσα, με στόχο τη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας στη χώρα. Εθνική προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί η ανάπτυξη ενημερωμένων ασθενών που συμμετέχουν στις διαδικασίες ιατρικής φροντίδας, στη λήψη αποφάσεων, καθώς και στην πρόληψη και τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας.

Η σημασία της σωστής διατροφής, κατά βάση, αποτελεί θεμέλιο μιας καλής υγείας, αφού οι τροφές μας είναι πλούσιες σε όλα τα απαραίτητα για τη διατήρησή της. Δεν ήταν τυχαίο που ο Ιπποκράτης, το 400 π.Χ., είχε αναφέρει ότι το φαγητό πρέπει να είναι το φάρμακό σας και το φάρμακό σας πρέπει να είναι το φαγητό σας.

Εδώ και 40 περίπου χρόνια, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, πειραματικές μελέτες και κλινικές δοκιμές έχουν

αναδείξει τη σημασία της διατροφής στην πρόληψη και την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων. Όσον αφορά στις μη μεταδοτικές ασθένειες, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου, καθώς αποτελούν το 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως.^{1,2} Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), περίπου 51.600 θάνατοι (περίπου 49%) σε σύνολο 105.529 θανάτων το 2003 οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις,³ ενώ,

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(5):793-802
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(5):793-802

Α. Γιωτοπούλου,¹
Ε. Γεωργουσοπούλου,¹
Α. Παπαθανασίου,²
Ε. Πολυχρονόπουλος,¹
Ι. Γουδέβενος,³
Δ.Β. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, «Χαροκόπειο» Πανεπιστήμιο, Αθήνα
²Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
³Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

The level of education is the most important determinant of the perceptions of the general public about the relationship of diet to cardiovascular disease

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Αντιλήψεις
Γνώσεις
Καρδιαγγειακά νοσήματα
Μορφωτικό επίπεδο
Παράγοντες κινδύνου

Υποβλήθηκε 8.10.2009
Εγκρίθηκε 22.10.2009

σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για το έτος 2002 οι καρδιαγγειακές παθήσεις ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, με το 35% των θανάτων να αποδίδονται σε αυτές.^{4,5} Οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από τις γυναίκες και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Όσον αφορά στην Ελλάδα, ο ρυθμός θανάτων παραμένει σχετικά σταθερός από το 1999 μέχρι το 2005, σε αντίθεση με το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών, όπου ο ρυθμός φαίνεται να μειώνεται.⁶

Πληθώρα διατροφικών παραγόντων κινδύνου έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν τα λιπίδια του ορού, την αθηρογένεση και την καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Έτσι, η διατροφή αποτελεί πλέον σημαντικό παράγοντα για τον καθορισμό του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.⁷ Επίσης, πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με τη διατροφή.⁸ Φαίνεται λοιπόν ότι η επίδραση της διατροφής στην καρδιαγγειακή νόσο είναι μέσω της τροποποίησης που προκαλεί στις τιμές των λιπιδίων του ορού, της αρτηριακής πίεσης και της παχυσαρκίας.⁷

Παρόλα αυτά, την ίδια στιγμή που η επιστημονική έρευνα και οι γνώσεις για τη σχέση της διατροφής με την υγεία διευρύνονται διαρκώς, ο γενικός πληθυσμός εμφανίζεται όλο και πιο ανευνημέρωτος σε θέματα διατροφής. Μάλιστα, αν και η ανθυγιεινή διατροφή έχει αναδειχθεί ως μείζων παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, η στάση και οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού απέναντι σε αυτή τη θεώρηση δεν έχει διερευνηθεί, ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Για το λόγο αυτόν, η Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης πραγματοποιεί από το 2007 μια μεγάλης κλίμακας επιδημιολογική έρευνα με στόχο την καταγραφή αντιλήψεων σχετιζόμενων με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου, καθώς και με το σύγχρονο τρόπο ζωής και τη διατροφή ειδικότερα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν τις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της έρευνας

Κατά τα έτη 2007–2009, συλλέχθηκε πληροφορία από ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα 4.799 ενήλικων ατόμων από διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Από το σύνολο αυτών των ατόμων, το 44,2% (n=2112) ήταν άνδρες μέσης ηλικίας 40,35±16 ετών και το 55,8% (n=2670) ήταν γυναίκες μέσης ηλικίας 38,06±15 ετών. Συγκεκριμένα, η παρούσα δειγματοληψία έγινε στην Αττική, την Ήπειρο, τη Στερεά Ελλάδα/Θεσσαλία, την Πελοπόννησο και σε διάφορα νησιά

του Αιγαίου. Το τελικό δείγμα της έρευνας θα περιλαμβάνει 5.000 άτομα από όλη τη χώρα, ενώ το παρόν δείγμα χρησιμεύει για την πιλοτική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας. Η έρευνα διεξάγεται υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης.

Μετρήσιμα χαρακτηριστικά – Περιγραφή ερωτηματολογίου

Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 10 ερωτήσεις για την αξιολόγηση των αντιλήψεων αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή, το ιατρικό ιστορικό, τα κοινωνικοοικονομικά και άλλα ατομικά στοιχεία. Πιο αναλυτικά:

Κοινωνικοοικονομικά και άλλα ατομικά στοιχεία

Όσον αφορά στα κοινωνικοοικονομικά και τα υπόλοιπα ατομικά στοιχεία, με δήλωση των ερωτηθέντων καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, καθώς και το βάρος και το ύψος τους και στη συνέχεια υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ, kg/m²). Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες για την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος, διαζευγμένος, χήρος), για το επάγγελμά τους (δημόσιος υπάλληλος, ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, ημισαπασχολούμενος, άνεργος/η) και για το ετήσιο ατομικό εισόδημα (<10.000 €, 10.001–20.000 €, 20.001–40.000 €, >40.000 €). Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων μετρήθηκε με τα συνολικά έτη σπουδών και στη συνέχεια χωρίστηκε σε 3 κατηγορίες (μέχρι 6 έτη, 7–12 έτη, >12 έτη). Ακόμη, καταγράφηκε το οικογενειακό και το ατομικό ιατρικό ιστορικό σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτηθέντων. Αυτό περιελάμβανε την ύπαρξη ή όχι διαγνωσμένης υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας, στεφανιαίας νόσου ή άλλης καρδιαγγειακής νόσου. Η ύπαρξη ή όχι παχυσαρκίας καθορίστηκε μέσω του ΔΜΣ (>29,9 kg/m²), σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1997). Τέλος, ως καπνιστές ορίστηκαν αυτοί που κάπνιζαν τουλάχιστον ένα τσιγάρο/ημέρα. Οι πρώην καπνιστές ήταν άτομα που είχαν διακόψει το κάπνισμα για τουλάχιστον 1 χρόνο, ενώ οι μη καπνιστές ήταν αυτοί που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Ζητήθηκαν επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με το μέσο αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα και τον αριθμό των ετών που κάπνιζαν ή τον αριθμό των ετών που διέκοψαν το κάπνισμα για >1 χρόνο.

Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή

Οι αντιλήψεις των ατόμων για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή αξιολογήθηκαν με βάση 10 ειδικές ερωτήσεις. Πιο αναλυτικά, η πρώτη ερώτηση αφορούσε στην ανθυγιεινή διατροφή και κατά πόσο οι «κακές» διατροφικές συνήθειες μπορούν να θεωρηθούν παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: όχι καθόλου, ναι αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους, ναι αλλά δεν είμαι σίγουρος(η), ναι αναμφισβήτητα. Η δεύτερη ερώτηση αφορούσε στο ελαιόλαδο και κατά πόσο αυτό μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από 1 (καθόλου)

έως 4 (μπορεί). Η τρίτη ερώτηση αφορούσε στα φρούτα και τα λαχανικά και κατά πόσο αυτά μπορούν να ελαττώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο τύπος της απάντησης ήταν όμοιος με αυτόν της προηγούμενης ερώτησης. Η τέταρτη ερώτηση αφορούσε στα συμπληρώματα διατροφής και κατά πόσο αυτά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο τύπος της απάντησης ήταν όμοιος με αυτόν της προηγούμενης ερώτησης. Η πέμπτη ερώτηση αφορούσε στις γνώσεις για τη σχέση της διατροφής με την υγεία. Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 4 (αρκετά). Η έκκτη ερώτηση αξιολογούσε ποιο πρότυπο διατροφής εφαρμόζουν στο νοικοκυριό τους οι ερωτηθέντες. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν μεικτή, μεσογειακή κουζίνα, δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας), άλλη. Η έβδομη ερώτηση αναφερόταν στις διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες και κατά πόσο θεωρούσαν ότι μπορούν να ελαττώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο τύπος της απάντησης ήταν μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 4 (αρκετά). Η όγδοη ερώτηση αφορούσε στο σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής, με πιθανές απαντήσεις: τα μονοακόρεστα λιπαρά, τις φυτικές ίνες, τις αντιοξειδωτικές ουσίες, τα μικρά και συχνά γεύματα και την ποικιλία τροφών. Η ένατη ερώτηση αφορούσε στην αγορά τροφίμων και το μέρος το οποίο θεωρείται το ασφαλέστερο για την αγορά τους. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν τα super markets, η λαϊκή, τα μικρά εμπορικά της γειτονιάς και η δική τους ή φιλική παραγωγή. Η δέκατη και τελευταία ερώτηση αφορούσε σε ποιον θεωρούσαν οι ερωτώμενοι το σημαντικότερο διατροφικό κίνδυνο όσον αφορά στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: αλάτι, ζάχαρη, κορεσμένα λίπη, άμυλο, οινόπνευμα.

Δημιουργία δείκτη διατροφικών αντιλήψεων

Για την καλύτερη αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των ερωτηθέντων αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή έγινε μια προσπάθεια να δημιουργηθεί ένας διατροφικός δείκτης. Ο δείκτης αυτός περιελάμβανε τις 10 ερωτήσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως, αφού πρώτα αυτές ταξινομήθηκαν ως σωστό-λάθος. Έτσι, ο δείκτης ελάμβανε τιμές από 0 (πολύ κακή γνώση) έως 10 (άριστη γνώση). Όσον αφορά στην κωδικοποίηση των απαντήσεων, αυτή έγινε σύμφωνα με τις υπάρχουσες γνώσεις για τη σχέση της διατροφής και τους διάφορους διατροφικούς παράγοντες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Πιο αναλυτικά: Στην πρώτη ερώτηση θεωρήθηκαν σωστές οι απαντήσεις «ναι, αλλά δεν είμαι σίγουρος(η)» και «ναι, αναμφισβήτητα», καθώς η ανθυγιεινή διατροφή έχει αναδειχθεί ως μείζων παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου. Στη δεύτερη και την τρίτη ερώτηση θεωρήθηκαν σωστές οι απαντήσεις 3 και 4, καθώς τόσο το ελαιόλαδο όσο και τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην τέταρτη ερώτηση θεωρήθηκαν σωστές οι απαντήσεις 1 και 2, καθώς τα συμπληρώματα διατροφής δεν μπορούν να ελαττώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην πέμπτη ερώτηση θεωρήθηκαν σωστές οι απαντήσεις 3 και 4, δηλαδή η δήλωση ότι γνωρίζουν αρκετά για τη σχέση της διατροφής με την υγεία. Η έκκτη ερώτηση αξιολογούσε ως σωστό πρότυπο διατροφής τη μεσογειακή κουζίνα, ενώ τα άλλα θεωρήθηκαν λάθος. Στην έβδομη ερώτηση θεωρήθηκαν σωστές

οι απαντήσεις 3 και 4, καθώς οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην όγδοη ερώτηση, ως σημαντικότερα συστατικά μιας υγιεινής διατροφής θεωρήθηκαν τα μονοακόρεστα λιπαρά, οι φυτικές ίνες και οι αντιοξειδωτικές ουσίες, δηλαδή ως σωστές θεωρήθηκαν οι τρεις πρώτες επιλογές. Στην ένατη ερώτηση, ως σωστή θεωρήθηκε η αγορά τροφίμων από τα super markets, καθώς θεωρείται ως το ασφαλέστερο μέρος, λόγω της τυποποίησης και των ελέγχων που υφίστανται. Στη δέκατη και τελευταία ερώτηση, σωστές απαντήσεις θεωρήθηκαν το αλάτι και τα κορεσμένα λίπη, αφού θεωρούνται οι σημαντικότεροι διατροφικοί κίνδυνοι για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσος όρος \pm μία τυπική απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές ως σχετικές συχνότητες. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

Για την καλύτερη παρουσίαση των περιγραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων του δείγματος, τα αποτελέσματα διαχωρίστηκαν για τους άνδρες και τις γυναίκες. Για τις συσχετίσεις του φύλου και των ποσοτικών μεταβλητών (ηλικία, βάρος, ύψος, ΔΜΣ) χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test, ενώ για τον έλεγχο της σχέσης του φύλου και των ποιοτικών μεταβλητών (παράγοντες κινδύνου, π.χ. υπέρταση, κάπνισμα) χρησιμοποιήθηκε το χ^2 -test. Επίσης, για να διερευνηθεί αν τα χαρακτηριστικά των ατόμων διαφέρουν ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA). Στη συνέχεια, έγινε διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του δείκτη για τις γνώσεις και τις αντιλήψεις για τη διατροφή και των ετών σπουδών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης rho του Spearman, καθώς τόσο τα αποτελέσματα του δείκτη όσο και οι ερμηνευτικές μεταβλητές είναι ποσοτικές μεταβλητές ενώ ο δείκτης δεν φαίνεται να ακολουθεί κανονική κατανομή. Οι συσχετίσεις μεταξύ του δείκτη των γνώσεων και των αντιλήψεων για τη διατροφή (εξαρτημένη μεταβλητή) και του μορφωτικού επιπέδου καθώς και άλλων χαρακτηριστικών του δείγματος (ερμηνευτικές μεταβλητές) ελέγχθηκαν ακόμη με τη χρήση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα από τα μοντέλα παλινδρόμησης παρουσιάζονται ως β συντελεστής και τυπική απόκλιση του συντελεστή. Τέλος, υπολογίστηκε το R^2 για να αξιολογηθεί πόσο καλά ερμηνεύει το μοντέλο τις εξαρτημένες μεταβλητές. Το κριτήριο beta (B) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί ποιος είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας καθορισμού του δείκτη. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (έκδοση 17.0) χρησιμοποιήθηκε για όλους τους υπολογισμούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το φύλο

Στον πίνακα 1 περιγράφονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιατρικό ιστορικό, καθώς και οι

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, ιατρικό ιστορικό, γνώσεις και αντιλήψεις των ανδρών και γυναικών του δείγματος.

	Άνδρες	Γυναίκες	p
n	2.112	2.670	
Ηλικία (έτη)	40,35±16	38,06±15	<0,001
Έτη σπουδών	13,76±4	13,56±4	0,07
Κάπνισμα τώρα	42,1%	35,6%	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση	18,9%	13,5%	<0,001
Σακχαρώδης διαβήτης	5,6%	5,4%	0,68
Δυσλιπιδαιμία	13,2%	9,0%	<0,001
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)	26,27±4	23,77±4	<0,001
Παχυσαρκία	14,6%	9,8%	<0,001
Ιστορικό στεφανιαίας νόσου	4,6%	2,5%	<0,001
Άλλη καρδιαγγειακή νόσος	4,6%	4,7%	0,92
Οικογενειακό ιστορικό	34,1%	37,0%	0,04
<i>Γνώσεις και αντιλήψεις για τη διατροφή (ορθές απαντήσεις)</i>			
Πιστεύετε ότι οι «κακές» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; Ναι	86,6%	89,3%	0,005
Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιόλαδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ναι	80,7%	85,2%	<0,001
Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να ελαττώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ναι	90,5%	92,2%	0,03
Πιστεύετε ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Όχι	22,6%	22,7%	0,92
Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για τη διατροφή; Αρκετά	68,8%	80,3%	<0,001
Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας; Μεσογειακή διατροφή	39,0%	51,3%	<0,001
Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Αρκετά	45,7%	49,3%	0,02
Ποιο είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής; Μονοακόρεστα λιπαρά Φυτικές ίνες Αντιοξειδωτικές ουσίες	29,2%	27,2%	0,12
Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από Super market; Ναι	13,0%	12,7%	0,74
Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος; Κορεσμένα λίπη Αλάτι	67,5%	69,9%	0,08
Δείκτης αντιλήψεων για τη διατροφή (0–10)	5,39±1,6	5,76±1,5	<0,001

γνώσεις και οι αντιλήψεις των ανδρών και γυναικών του δείγματος για τη διατροφή ως παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου.

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, οι άνδρες φάνηκε να υπερέχουν ελαφρά έναντι των γυναικών ($p=0,07$). Στη συνέχεια, παρουσιάζεται ο επιπολασμός των κυριότερων παραγόντων κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Έτσι, οι άνδρες του δείγματος φάνηκε να καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες και εμφάνιζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία και ιστορικό στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$). Όσον αφορά στις αντιλήψεις και τις στάσεις των ατόμων του δείγματος αναφορικά με τους

παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή, το 86,6% των ανδρών και το 89,3% των γυναικών ήταν απόλυτα βέβαιοι ότι η ανθυγιεινή διατροφή είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου ($p=0,005$). Επίσης, και τα δύο φύλα συμφωνούσαν ότι τόσο το ελαιόλαδο (80,7% οι άνδρες, 85,2% οι γυναίκες, $p<0,001$) όσο και τα φρούτα και τα λαχανικά (90,5% οι άνδρες, 92,2% οι γυναίκες, $p=0,03$) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Όμως, στην περίπτωση των συμπληρωμάτων διατροφής (π.χ. βιταμίνες), ένα μεγάλο ποσοστό και των δύο φύλων (77,4% οι άνδρες και 77,3% οι γυναίκες, $p=0,92$) θεωρούσε λανθασμένα ότι αυτά μπορούν να ελαττώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σημαντική

διαφορά μεταξύ των δύο φύλων φάνηκε να υπάρχει στην ερώτηση που αφορούσε στις γνώσεις που θεωρούσαν τα άτομα ότι έχουν όσον αφορά στη σχέση διατροφής και υγείας, με τις γυναίκες να υπερτερούν συγκριτικά με τους άνδρες (80,3% οι γυναίκες, 68,8% οι άνδρες, $p < 0,001$). Επίσης, οι γυναίκες ακολουθούσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το μεσογειακό πρότυπο διατροφής (51,3%) σε σχέση με τους άνδρες (39%) ($p < 0,001$). Το 54,3% των ανδρών και το 50,7% των γυναικών θεωρούσαν ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες δεν μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ($p = 0,02$). Ακόμη, αν θεωρήσουμε τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, τις φυτικές ίνες και τις αντιοξειδωτικές ουσίες ως τα σημαντικότερα συστατικά μιας υγιεινής διατροφής, το 70,8% των ανδρών και το 72,8% των γυναικών ($p = 0,12$) απαντούσε λανθασμένα στη συγκεκριμένη ερώτηση. Μάλιστα, τα ποσοστά αυτά των ανδρών και των γυναικών του δείγματος, αντίστοιχα, θεωρούσαν σημαντικότερα τα μικρά και συχνά γεύματα καθώς και την ποικιλία τροφίμων. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 87% των ανδρών και το 87,3% των γυναικών ($p = 0,74$) θεωρούσαν ότι η προσωπική ή η φιλική παραγωγή αποτελούσε την ασφαλέστερη αγορά τροφίμων. Τέλος, το 67,5% των ανδρών και το 69,9% των γυναικών ($p = 0,08$) αξιολογούσαν το αλάτι και τα κορεσμένα λίπη ως το σημαντικότερο διατροφικό κίνδυνο για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Δείκτης αντιλήψεων για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις

Η μέση βαθμολογία του δείκτη ήταν $5,39 \pm 1,6$ για τους άνδρες και $5,76 \pm 1,5$ για τις γυναίκες ($p < 0,001$). Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του δείκτη και της ηλικίας των συμμετεχόντων ($r = 0,145$, $p < 0,001$), καθώς και των ετών σπουδών ($r = 0,044$, $p = 0,002$).

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Στον πίνακα 2 διερευνήθηκε η σχέση των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών των ατόμων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο. Τα άτομα του δείγματος που δήλωσαν >12 έτη σπουδών (υψηλό μορφωτικό επίπεδο) είχαν και το μικρότερο μέσο όρο ηλικίας ($34,76 \pm 13$ έναντι $54,84 \pm 19$ χαμηλό επίπεδο και $42,95 \pm 14$ μεσαίο επίπεδο, $p < 0,001$) καθώς και το μικρότερο μέσο όρο ΔΜΣ ($24,19 \pm 4$). Επίσης, εμφάνισαν το μικρότερο επιπολασμό αναφορικά με τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν <12 έτη σπουδών (χαμηλό και μεσαίο μορφωτικό επίπεδο) ($p < 0,001$). Όσον αφορά στις αντιλήψεις για

τη διατροφή, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θεωρούσαν, σε μεγαλύτερο ποσοστό, ότι η ανθυγιεινή διατροφή αποτελεί παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και ότι το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σχετικά με τα συμπληρώματα διατροφής, τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό λάθους ($p = 0,02$). Επίσης, όσο αυξανόταν το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να αυξάνεται και το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι γνώριζαν αρκετά για τη σχέση της διατροφής με την υγεία ($p = 0,002$). Ακόμη, τα άτομα που ανήκαν στο μεσαίο μορφωτικό επίπεδο δήλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ακολουθούσαν το μεσογειακό πρότυπο διατροφής και ότι οι μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ($p = 0,03$). Τέλος, τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη άγνοια αναφορικά με τους σημαντικότερους διατροφικούς κινδύνους (κορεσμένα λίπη και αλάτι) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν το δείκτη των αντιλήψεων για τη διατροφή

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, για την πραγματοποίηση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης των διατροφικών γνώσεων ως εξαρτημένη μεταβλητή και το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, το φύλο, το ετήσιο ατομικό εισόδημα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, ο διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, το ιστορικό στεφανιαίας νόσου, το ιστορικό άλλης καρδιαγγειακής νόσου, το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και το κάπνισμα ως ερμηνευτικές μεταβλητές. Η ανάλυση έδειξε ότι ο δείκτης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, αν αυξηθεί το μορφωτικό επίπεδο κατά ένα έτος σπουδών, τότε θα αυξηθεί ο δείκτης κατά $0,037 \pm 0,008$, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο και τους κυριότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου που παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, επιχειρεί την αποτύπωση τάσεων και αντιλήψεων αναφορικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, και ειδικότερα για τη διατροφή. Όπως φάνηκε από την ανάλυση των στοιχείων, μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων είχε άγνοια για τις βασικές διατροφικές συστάσεις, αναδεικνύοντας το χαμηλό επίπεδο γνώσης των ατόμων όσον αφορά στη σωστή διατροφή που πρέπει να ακολουθήσουν για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πίνακας 2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, ιατρικό ιστορικό, γνώσεις και αντιλήψεις του δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο (n=4.685)

	Έτη σπουδών			p
	≤6 έτη	7–12 έτη	>12 έτη	
n	450	1.335	2.900	
Ηλικία (έτη)	54,84±19	42,95±14	34,76±13	<0,001
Κάπνισμα τώρα	27,6%	42,0%	39,3%	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση	37,9%	21,2%	9,7%	<0,001
Σακχαρώδης διαβήτης	12,4%	8,0%	2,9%	<0,001
Δυσλιπιδαιμία	26,5%	12,5%	7,7%	<0,001
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)	26,92±5	25,71±4	24,19±4	<0,001
Παχυσαρκία	23,1%	14,5%	9,0%	<0,001
Ιστορικό στεφανιαίας νόσου	9,6%	4,0%	2,0%	<0,001
Άλλη καρδιαγγειακή νόσος	13,6%	5,0%	3,1%	<0,001
Οικογενειακό ιστορικό	38,3%	35,4%	35,5%	0,52
<i>Γνώσεις και αντιλήψεις για τη διατροφή (ορθές απαντήσεις)</i>				
Πιστεύετε ότι οι «κακές» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις; Ναι	91,5%	86,5%	88,5%	0,02
Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιόλαδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ναι	87,0%	83,7%	82,8%	0,08
Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να ελαττώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Ναι	91,9%	91,8%	91,6%	0,96
Πιστεύετε ότι τα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Όχι	20,9%	25,4%	21,6%	0,02
Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για τη διατροφή; Αρκετά	69,6%	73,9%	76,7%	0,002
Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας; Μεσογειακή διατροφή	47,8%	48,4%	44,3%	0,03
Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο; Αρκετά	44,2%	48,5%	47,7%	0,30
Ποιο είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής; Μονοακόρεστα λιπαρά Φυτικές ίνες Αντιοξειδωτικές ουσίες	30,2%	26,3%	28,1%	0,23
Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από Super market; Ναι	8,5%	14,2%	12,8%	0,008
Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος; Κορεσμένα λίπη Αλάτι	64,3%	65,4%	71,3%	<0,001
Δείκτης αντιλήψεων για τη διατροφή (0–10)	5,50±1,5	5,61±1,6	5,62±1,6	0,33

Επίσης, ένα από τα κύρια συμπεράσματα είναι ότι ο δηλωθείς επιπολασμός των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου είναι σαφώς μικρότερος του αντίστοιχου άλλων σύγχρονων επιδημιολογικών ερευνών (π.χ. ΑΤΤΙCΑ), γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού έχει άγνοια της κατάστασης υγείας του.^{9–12} Όσον αφορά στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου γενικότερα, πολλές είναι οι έρευνες που αποδεικνύουν τη χαμηλή γνώση τους από το γενικό πληθυσμό.¹³ Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη διερεύνησε την πιθανότητα διαφοροποίησης των γνώσεων για τους παράγοντες καρδιαγγειακού

κινδύνου μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων και αυτών με φυσιολογικό βάρος. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά.¹⁴

Όπως φαίνεται από τις γνώσεις και τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα του δείγματος για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή, οι γυναίκες τείνουν να είναι πιο ευαισθητοποιημένες από τους άνδρες, καθώς δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι γνωρίζουν αρκετά για τη σχέση διατροφής και υγείας. Μάλιστα, οι γυναίκες φαίνεται να υιοθετούν σε μεγαλύτερο ποσοστό το μεσογειακό πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό τους, ένα πρότυπο

Πίνακας 3. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εξετάζει την εξάρτηση του δείκτη των διατροφικών αντιλήψεων (εύρους 0–10) από διάφορες ερμηνευτικές μεταβλητές.

	β±τυπικό σφάλμα	B	p
Ηλικία (έτη)	0,020±0,002	0,193	<0,001
Φύλο (Α/Γ)	0,414±0,052	0,13	<0,001
Μορφωτικό επίπεδο (έτη)	0,037±0,008	0,085	<0,001
Ετήσιο ατομικό εισόδημα	0,042±0,032	0,023	0,18
Κάπνισμα τώρα (Ν/Ο)	-0,221±0,052	-0,068	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση (Ν/Ο)	-0,133±0,081	-0,030	0,10
Σακχαρώδης διαβήτης (Ν/Ο)	-0,203±0,120	-0,028	0,09
Δυσλιπιδαιμία (Ν/Ο)	-0,060±0,089	-0,012	0,50
Παχυσαρκία (Ν/Ο)	-0,203±0,080	-0,041	0,01
Ιστορικό στεφανιαίας νόσου (Ν/Ο)	0,019±0,159	0,002	0,91
Άλλη καρδιαγγειακή νόσος (Ν/Ο)	-0,272±0,128	-0,035	0,033
Οικογενειακό ιστορικό (Ν/Ο)	0,032±0,053	0,010	0,544

Α/Γ: Άνδρας/γυναίκα, Ν/Ο: Ναι/Όχι

διατροφής που, όπως έχει φανεί από πληθώρα μελετών, παρέχει καρδιοπροστατευτική δράση. Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι σε μεγάλο ποσοστό τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι οι μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Θέλοντας να ερμηνεύσουμε αυτά τα αποτελέσματα, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι τα συγκεκριμένα προϊόντα είναι σχετικά νέα και οι πολίτες είτε δεν έχουν ενημερωθεί ακόμη για τη χρήση τους είτε δεν έχουν ενημερωθεί σωστά γι' αυτά. Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά στα κορεσμένα λίπη και κυρίως στο αλάτι, το σύνολο του δείγματος φάνηκε να είναι περισσότερο εξοικειωμένο με αυτούς τους όρους ως διατροφικούς κινδύνους, καθώς εδώ και πολλά χρόνια έχει δειχθεί η επίδρασή τους στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτό θα μπορούσε να εξηγεί και την ορθή γνώση που φαίνεται να έχουν μεγάλο ποσοστό τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών για την καρδιοπροστατευτική δράση του ελαιόλαδου, καθώς και των φρούτων και των λαχανικών. Τέλος, όσον αφορά στην ασφαλέστερη αγορά τροφίμων, είναι εμφανές ότι υπάρχει μια σύγχυση στις απόψεις του σύγχρονου Έλληνα, καθώς το 87% των ανδρών και το 87,3% των γυναικών δηλώνουν τη δική τους ή τη φιλική παραγωγή ως την πλέον ασφαλή. Στη σύγχυση αυτή φαίνεται να συμβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, που αποκαλύπτουν συνεχώς νέες παρατυπίες των βιομηχανιών τροφίμων καθώς και επιμολύνσεις τροφίμων ευρείας κατανάλωσης.

Στα παραπάνω συνηγορεί και μια άλλη έρευνα των μελών της BEUC, που δείχνει ότι οι καταναλωτές δεν

γνωρίζουν ποιο είδος διατροφής μπορεί να είναι υγιεινό. Συγκεκριμένα, οι 9 στους 10 θεωρούν ότι γνωρίζουν ποια είναι υγιεινά τρόφιμα, ενώ στην πραγματικότητα ελάχιστοι γνωρίζουν ποιες ποσότητες λιπαρών, σακχάρων και άλατος πρέπει να καταναλώνουν σε καθημερινή βάση ώστε να προφυλάσσουν την υγεία τους. Ωστόσο, το κυριότερο πρόβλημα που διαφαίνεται αφορά στο γεγονός ότι, ενώ ο κόσμος γνωρίζει μερικές βασικές διατροφικές αρχές, αυτές είναι πολλές φορές συγκεχυμένες. Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι σε διάφορες έρευνες βρέθηκε ότι οι διατροφικές γνώσεις μπορούν να επηρεάσουν τη διατροφική πρόσληψη και τη συμπεριφορά.¹⁵ Αυτό είναι κατανοητό, αν σκεφθούμε ότι τα άτομα που σκόπιμα διαλέγουν υγιεινά τρόφιμα (π.χ. χαμηλά σε λίπος) θα κατανοούν σε κάποιο βαθμό τη συνέπεια των πράξεών τους.

Σε έρευνα που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία (HEMS),¹⁶ όταν ερωτήθηκαν να περιγράψουν τι αντιλαμβάνονται με τον όρο υγιεινή διατροφή, μόλις το 16% ανέφεραν 3 από τις 4 πιο γνωστές συστάσεις (περισσότερα φρούτα και λαχανικά, μείωση του λίπους, περισσότερες φυτικές ίνες, περισσότερους σύνθετους υδατάνθρακες). Περισσότερο από τα 2/3 ανέφεραν ότι οι ειδικοί ποτέ δεν συμφωνούν για το τι φαγητά είναι καλά, δηλώνοντας έτσι ότι οι συστάσεις για μια υγιεινή διατροφή δεν μεταφέρεται σωστά στο γενικό πληθυσμό. Αν και ένας μεγάλος αριθμός (>80%) των ατόμων θεωρεί ότι η διατροφή του μπορεί να γίνει πιο υγιεινή, τα 2/3 δεν θέλουν να αλλάξουν ή έχουν την άποψη ότι δεν μπορούν. Επίσης, τα άτομα με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε να έχουν καλύτερη γνώση.

Το τελευταίο εύρημα επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη, καθώς το μορφωτικό επίπεδο εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με το δείκτη των γνώσεων και των αντιλήψεων για τη διατροφή. Μάλιστα, όσο αυξάνει ο βαθμός των γνώσεων τόσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα. Τέλος, με την εφαρμογή της γραμμικής παλινδρόμησης το μορφωτικό επίπεδο αναδείχθηκε ως ο κυριότερος καθοριστικός παράγοντας για τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα όσον αφορά στη σχέση της διατροφής με τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Όπως έχει αποδειχθεί από πλήθος ερευνών, ένας από τους ισχυρότερους καθοριστικούς παράγοντες για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ατόμων αποτελεί το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.^{17–19} Το εύρημα αυτό αφορά στις περισσότερες ασθένειες καθόλη τη διάρκεια της ζωής¹⁸ και εκτείνεται σε πλήθος παραγόντων κινδύνου.^{20,21} Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο χαρακτηρίζεται από το οικονομικό επίπεδο, την απασχόληση, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Το μορφωτικό επίπεδο αφορά στις απαραίτητες ικανότητες για τη διατήρηση

μιας θετικής κοινωνικής, ψυχολογικής και οικονομικής κατάστασης.¹⁹ Με το πέρασμα των ετών, το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί πλέον το πιο κοινό χρησιμοποιούμενο μέτρο στις επιδημιολογικές μελέτες.²²

Στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκε ότι αυτοί που βρίσκονταν στο χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν μεγαλύτερο επιπολασμό των παραγόντων κινδύνου. Όσον αφορά σε άλλες έρευνες, μονοπαραγοντικές αναλύσεις μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου αναδείκνυαν το μορφωτικό επίπεδο ως τον ισχυρότερο παράγοντα, υποδηλώνοντας ότι υψηλότερος κίνδυνος σχετίζεται με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό ήταν σύμφωνο με πολυπαραγοντικές αναλύσεις που έδειχναν ότι η ισχύς και η σημαντικότητα των συσχετίσεων μεταξύ μόρφωσης και μιας σειράς παραγόντων κινδύνου παρέμενε ανεπηρέαστη μετά από προσαρμογή για το εισόδημα και το είδος απασχόλησης.^{19,21} Επίσης, μελέτες που αφορούν στα καρδιαγγειακά νοσήματα έδειξαν ότι χαμηλά επίπεδα μόρφωσης σχετίζονται με την υπέρταση, το κάπνισμα και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, καθώς και την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.¹⁹

Μια υπόθεση είναι ότι η μόρφωση μπορεί να προστατεύει από την ανάπτυξη ασθενειών, επηρεάζοντας τις συμπεριφορές του τρόπου ζωής, τις ικανότητες λύσης των προβλημάτων και τις αξίες.²² Επίσης, μπορεί να προάγει την υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στην υγεία, την πρόσβαση σε υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής, υψηλότερη αυτοπεποίθηση και αυτοαποτελεσματικότητα. Ακόμη, οι γνώσεις που μπορεί να έχουν οι ασθενείς πιθανόν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποδοχή της ασθένειάς τους και στην καλύτερη κατανόηση των συμπεριφορικών αλλαγών που πρέπει να κάνουν για την ενεργό συμμετοχή τους στη θεραπεία.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών μπορεί να έχει μια μικρή επίδραση στη συμπεριφορά του γιατρού.²³ Για παράδειγμα, μια μελέτη έδειξε ότι ασθενείς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έλαβαν λιγότερες συμβουλές όσον αφορά στη διατροφή και την άσκηση και περισσότερες πληροφορίες για τη διακοπή του καπνίσματος απ' ό,τι οι ασθενείς υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπροσθέτως, έχει φανεί ότι οι γιατροί παρέχουν ελαφρώς λιγότερες πληροφορίες σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Μάλιστα, αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φυσική εξέταση αντί στην αξιολόγηση των γνώσεων και στην ανάπτυξη ερωτήσεων.²³

Συνοπτικά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι το χαμηλότερο

μορφωτικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με λιγότερες γνώσεις όσον αφορά στους κινδύνους του καπνίσματος, την προληπτική ιατρική φροντίδα και τα χρόνια νοσήματα. Αντίθετα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται ισχυρά με την υιοθέτηση υγιεινότερου τρόπου ζωής και βελτιωμένη βιοψυχοκοινωνική υγεία.

Περιορισμοί της έρευνας

Ως περιορισμοί της μελέτης θα μπορούσαν να αναφερθούν τα σχετικά λίγα άτομα στο έως τώρα δείγμα. Όμως, η έρευνα συνεχίζει να διεξάγεται και απώτερος στόχος είναι η συλλογή δεδομένων από 5.000 άτομα, από ολόκληρη τη χώρα. Επίσης, δεν ήταν επαρκής η γεωγραφική εκπροσώπηση της χώρας, έτσι ώστε το δείγμα να θεωρηθεί πλήρως αντιπροσωπευτικό.

Συμπεράσματα

Με βάση τα ανωτέρω, είναι περισσότερο από ποτέ αναγκαία η διαμόρφωση αλλά και η εφαρμογή μιας εθνικής διατροφικής πολιτικής καθώς και η δημιουργία μιας ενημερωτικής καμπάνιας για θέματα διατροφής και υγείας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συστήνουν ότι η οποιαδήποτε προσπάθεια παρέμβασης στον πληθυσμό θα πρέπει να είναι στοχευόμενη ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Η πολιτεία, αλλά και οι επιστημονικοί φορείς, οφείλουν να αναδείξουν το πρόβλημα του χαμηλού επιπέδου γνώσεων του πληθυσμού αναφορικά με τη διατροφή και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και να δράσουν άμεσα, με στόχο τη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας στη χώρα. Εθνική προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί η ανάπτυξη ενημερωμένων ασθενών, που συμμετέχουν στις διαδικασίες ιατρικής φροντίδας, στη λήψη αποφάσεων και στην πρόληψη και τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε την Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης, και ειδικότερα την Ομάδα Εργασίας «Επιδημιολογίας και Πρόληψης», για την ηθική υποστήριξη σε αυτό το πόνημα, καθώς και όλους τους ανώνυμους συμμετέχοντες στην έρευνα, χωρίς την υποστήριξη και την υπομονή των οποίων η παρούσα εργασία δεν θα ήταν εφικτή. Επίσης, ευχαριστούμε τους δεκάδες φοιτητές και συνεργάτες που μας βοήθησαν στη δειγματοληψία.

ABSTRACT

The level of education is the most important determinant of the perceptions of the general public about the relationship of diet to cardiovascular disease

A. GIOTOPOULOU,¹ E. GEORGUSOPOULOU,¹ A. PAPATHANASIOU,² E. POLYCHRONOPOULOS,¹ J. GOUDEBENOS,³ D.B. PANAGIOTAKOS¹

¹Department of Nutrition Science-Dietetics, "Harokopio" University of Athens, Athens, ²Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ³Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(5):793–802

OBJECTIVE To investigate the factors which determine the perceptions and beliefs of the general population about the relationship between diet and cardiovascular disease. **METHOD** A random sample of 4,799 adults from different cities in Greece was studied, of which 44.2% were men, mean age 40.35±16 years and 55.8% women, mean age 38.06±15 years. A scale assessing knowledge and perceptions of nutrition as a cardiovascular risk factor was used, consisting of 10 questions which were classified as true-false, from which a score of from 0 (very poor knowledge) to 10 (perfect knowledge) was created. **RESULTS** The average diet-knowledge-score was 5.39±1.6 in men and 5.76±1.5 in women (p<0.001). Positive correlation was found between the score and the age of participants (r=0.145, p<0.001) and the years of study (r=0.044, p=0.002). People with the higher educational levels had the lowest prevalence of major risk factors for cardiovascular disease. Although people with lower educational levels frequently believed that unhealthy diet is a cardiovascular risk factor and that olive oil, fruits and vegetables can reduce cardiovascular risk, people with lower education levels had the greatest degree of ignorance concerning the most important nutritional risks (i.e., saturated fats and salt) for cardiovascular disease. **CONCLUSIONS** Public health care authorities should highlight the problem of the low level of knowledge of the population regarding nutrition and cardiovascular risk, and should take immediate action to remedy this situation in order to reduce cardiovascular morbidity in the country. It must become a national priority to develop informed patients who participate in health care processes and health-related decision making and disease prevention and management.

Key words: Attitudes, Beliefs, Cardiovascular diseases, Educational status, Knowledge, Risk factors

Βιβλιογραφία

- MACKAY J, MEASAY G. *The atlas of heart disease and stroke*. World Heart Organisation, 2005
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ. European Society of Cardiology, European Cardiovascular Disease Statistics. British Heart Foundation and European Heart Network, 2005
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ, ΚΟΥΡΛΑΜΠΑ Γ. Επιδημιολογία των παραγόντων κινδύνου στην Ελλάδα. Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία, 2005, ΕΣΥΕ – <http://www.statistics.gr/anaz.asp>
- WORLD HEART ORGANISATION. 2005, world health statistics 2006 (www.who.int)
- WORLD HEART ORGANISATION. 2005, world health statistics 2007 (www.who.int)
- ALLENDER S, SCARBOROUGH P, PETO V, RAYNER M, LEAL J, LUENGO-FERNANDEZ R ET AL. *European cardiovascular disease statistics*. 2nd ed. 2008, European Heart Network, Brussels, 2008:11–36
- ELISAF M. The treatment of coronary heart disease: An update. Part 1: An overview of the risk factors for cardiovascular disease. *Curr Med Res Opin* 2001, 17:18–26
- De CATERINA R, ZAMPOLLI A, De TURCO S, MADONNA R, MASSARO M. Nutritional mechanisms that influence cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2006, 83:421S–426S
- PANAGIOTAKOS DB, CHRYSOHOOU C, PITSAVOS C, STEFANADIS C. Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: The ATTICA study. *Nutrition* 2006, 22:449–456
- PANAGIOTAKOS DB, PITSAVOS CH, CHRYSOHOOU C, SKOUMAS J, PAPADIMITRIOU L, STEFANADIS C ET AL. Status and management of hypertension in Greece: Role of the adoption of a Mediterranean diet: The Attica study. *J Hypertens* 2003, 21:1483–1489
- PANAGIOTAKOS DB, TZIMA N, PITSAVOS C, CHRYSOHOOU C, ZAMPPELAS A, TOUSSOULIS D ET AL. The association between adherence to the Mediterranean diet and fasting indices of glucose homeostasis: The ATTICA study. *J Am Coll Nutr* 2007, 26:32–38
- PANAGIOTAKOS DB, PITSAVOS C, CHRYSOHOOU C, SKOUMAS I, STEFANADIS C. Prevalence and five-year incidence (2001–2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: The ATTICA study. *Hellen J Cardiol* 2009, 50:388–395
- KIRKLAND SA, McLEAN DR, LANGILLE DB, JOFFRES MR, McPHER-

- SON KM, ANDREOU P. Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease among Canadians 55 to 74 years of age: Results from the Canadian Heart Health Surveys, 1986–1992. *CMAJ* 1999, 161(Suppl 8):S10–S16
14. ANDERSSON P, SJÖBERG RL, OHRVIK J, LEPPERT J. Knowledge about cardiovascular risk factors among obese individuals. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006, 5:275–279
15. WARDLE J, PARMENTER K, WALLER J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 2000, 34:269–275
16. HANSBRO J, BRIDWOOD A, MORGAN A, HICKMAN M. Health in England 1996: What people know, what people think, what people do; a survey of adults aged 16–74 in England carried out by Social Survey Division of ONS on behalf of the Health Education Authority. Stationery Office, London, 1997
17. KITAGAWA EM, HAUSER PM. *Differential mortality in the United States: A study in socioeconomic epidemiology*. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1973
18. MARMOT MG, KOGEVINAS M, ELSTON MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987, 8:111–135
19. WINKLEBY MA, JATULIS DE, FRANK E, FORTMANN SP. Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992, 82:816–820
20. MATTHEWS KA, KESLEY SF, MEILAHN EN, KULLER LH, WING RR. Educational attainment and behavioural and biological risk factors for coronary heart disease in middle-aged women. *Am J Epidemiol* 1989, 129:1132–1144
21. WINKLEBY MA, FORTMANN SP, BARRETT DC. Social class disparities in risk factors for disease: Eight-year prevalence patterns by level of education. *Prev Med* 1990, 19:1–12
22. LIBERATOS P, LINK BG, KESLEY JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988, 10:87–121
23. FISCELLA K, GOODWIN MA, STANGE KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J Natl Med Assoc* 2002, 94:157–165

Corresponding author:

D.B. Panagiotakos, Department of Nutrition Science-Dietetics, "Harokopio" University, 70 Eleftheriou Venizelou (Thiseos) street, GR-176 71 Athens, Greece
e-mail: dbpanag@hua.gr