



Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και
Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"



Τίτλος Πράξης: «ΥΔΡΙΑ. Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση»

Παραδοτέο Π.3.18

Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής

Το παρόν έντυπο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του «ΥΔΡΙΑ. Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών.

Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (ΕΙΥ) παρουσιάζει τα πρώτα αποτελέσματα του προγράμματος ΥΔΡΙΑ, τα οποία βασίζονται στη συλλογή δεδομένων σε περισσότερα από 4.000 ενήλικα άτομα από όλες τις περιφέρειες της χώρας.

Η πρώτη αυτή προσέγγιση αναδεικνύει δημογραφικές διαφοροποιήσεις και οικονομικο-κοινωνικές ανισότητες σε παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση νοσημάτων, όπως η συνήθεια του καπνίσματος, οι ανεπαρκείς διατροφικές επιλογές, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα κ.ά.. Αναδεικνύεται επίσης η σχέση προσωπικών χαρακτηριστικών και συνηθειών με τη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία και υπέρταση, στον πληθυσμό της χώρας.

Με την παρούσα έκθεση η ομάδα ΥΔΡΙΑ αποσκοπεί στη διάχυση αποτελεσμάτων στην κοινωνία προκειμένου τα στοιχεία να χρησιμοποιηθούν για την τεκμηρίωση των σύγχρονων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας και των παραγόντων που τα διαμορφώνουν.

Η αποτύπωση αυτή συμβάλλει στη χάραξη Εθνικής Πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία με στόχο την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας σε εμάς και στα παιδιά μας.

Η πραγματοποίηση του έργου αυτού κατέστη δυνατή χάριν στην υπευθυνότητα και εργατικότητα πολλών ατόμων που αποτελούσαν την ομάδα του ΥΔΡΙΑ και των άνω των 4.000 συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Για την συγγραφή του παρόντος συνεργάστηκαν οι: Παπατέστα Ελένη -Μαρία, Κλινάκη Ελένη, Μαρτιμιανάκη Γεωργία, Ορφανός Φίλιππος, Βενέτης Γεώργιος, Βαλάνου Ελισάβετ, Καραθανάσης Περικλής, Νικολαΐδης Ιωάννης και Νάσκα Ανδρονίκη.

Καθηγήτρια Αντωνία Τριχοπούλου,
Πρόεδρος Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας

7

10

14

16

22

38

52

60

64

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΥΔΡΙΑ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΕΥΟΜΕΝΗ ΔΡΑΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΟΙ
ΔΕΙΚΤΕΣ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ,
ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ
ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε

ΦΑΡΜΑΚΟΛΗΨΙΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΤΡΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα διάφορες μελέτες έχουν εστιάσει σε παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Τα δεδομένα αυτά, όμως, δεν αντικατοπτρίζουν επαρκώς και αξιόπιστα την κατάσταση της υγείας του συνολικού ενήλικα πληθυσμού, αφενός γιατί κατά κανόνα δεν αναφέρονται σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, αφετέρου διότι επικεντρώνονται σε περιορισμένο αριθμό δεικτών υγείας. Σε ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναφέρεται: «Ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Κοινότητας γηράσκει εξαιτίας του φθίνοντος ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης. Έως το 2020, θα υπάρχουν 40% περισσότεροι άνθρωποι ηλικίας 75 ετών και άνω από ότι το 1990. Αυτό είναι πιθανό να αυξήσει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και να απαιτήσει αλλαγές στην οργάνωση και τη διάρθρωσή τους. Καθώς το ποσοστό ατόμων ηλικίας 80-90 ετών θα αυξηθεί, περισσότεροι άνθρωποι θα χρειάζονται μακροχρόνιες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα η οικονομική κρίση και η πτώση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού στην Ελλάδα (αύξηση του αριθμού νοικοκυριών που είναι κάτω από το όριο της φτώχειας) συνδέεται άμεσα με αύξηση των κινδύνων για την υγεία. Τα παραπάνω υποβαθμίζουν τόσο την ποιότητα, παραγωγικότητα και απασχολησιμότητα του εργατικού δυναμικού, όσο και την κοινωνική συνοχή. Επιπλέον, οι τάσεις αυτές απειλούν να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση του κόστους προστασίας και διατήρησης της Δημόσιας Υγείας»¹.

¹ Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με τη στρατηγική στον Τομέα της Υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ISBN 978-92-9200-037-0. European Commission, 2014.
http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/nutrition_fundedactions_2014_en.pdf

Επομένως, η εμπειριστατωμένη και λεπτομερής γνώση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας ενός πληθυσμού συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών πολιτικών και την έγκαιρη αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού με μέτρα προαγωγής της υγείας και πρόληψης της νόσου και με περιορισμό των παραγόντων κινδύνου που τεκμηριωμένα διαπιστώνονται. Πρέπει να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι σχετικά εύκολη, καθώς μπορεί να γίνει με συλλογή στοιχείων στα σημεία παροχής των υπηρεσιών. Η εκτίμηση όμως των συνειδητών και μη συνειδητών αναγκών του πληθυσμού είναι εφικτή μόνο με την εφαρμογή ειδικών ερευνών βάσει διεθνών προτύπων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Αυτό προϋποθέτει συγκεκριμένα πρωτόκολλα μεθοδολογίας τα οποία προβλέπουν μεταξύ άλλων επιτόπιες επισκέψεις για την εξέταση των συμμετεχόντων, τη συμπλήρωση ιατρικού ιστορικού και ειδικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων για την καταγραφή προσωπικών χαρακτηριστικών και συνηθειών και τη διακρίβωση αντιλήψεων. Οι έρευνες πεδίου είναι επίπονες, χρονοβόρες και έχουν υψηλό κόστος. Σε ορισμένες χώρες πραγματοποιούνται ανά 5-10 έτη, σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 5.000 ατόμων. Τα αποτελέσματα τροφοδοτούν τους εθνικούς δείκτες υγείας και αποτελούν απολύτως απαραίτητο, χρηστικό διοικητικό εργαλείο για τη στάθμιση της υγείας του πληθυσμού και των διαχρονικών τάσεων, με στόχο τη διακρίβωση της δυνητικής ζήτησης υπηρεσιών υγείας και την αποκάλυψη ενδεχόμενων κοινωνικών και τοπικών διαφοροποιήσεων. Η μέχρι πρότινος έλλειψη ερευνών αυτού του τύπου στην Ελλάδα δυσχέρανε τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων πολιτικής, ενώ ταυτόχρονα η χώρα παρουσίαζε έλλειμμα αξιοπιστίας σε αναφορές τις οποίες είναι υποχρεωμένη να υποβάλει σε διεθνείς οργανισμούς. Επιπλέον, ελλείψει αυτών των δεδομένων (baseline data), δεν ήταν εύκολα δυνατή η αξιολόγηση των επιπτώσεων των αποφάσεων πολιτικής υγείας στη χώρα².

². Kervasdoue J. (2008). *OECD Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece, working paper V5, HEALTH CARE SYSTEM IN GREECE*. <https://www.scribd.com/doc/31289921/HEALTH-CARE-SYSTEM-IN-GREECE>

Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ, το οποίο σχεδιάστηκε και εκπονήθηκε σύμφωνα με τις συστάσεις Ευρωπαϊκών κέντρων αναφοράς για τη διεξαγωγή μελετών υγείας και διατροφής θα καλύψει το κενό αυτό. Τα αποτελέσματα του προγράμματος θα τροφοδοτήσουν τον Υγειονομικό Χάρτη του Υπουργείου Υγείας και από την ανάλυση των στοιχείων θα προκύψουν συμπεράσματα, παρατηρήσεις και προτάσεις για τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας. Παράλληλα, στοιχεία του προγράμματος ΥΔΡΙΑ μελλοντικά θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Στην παρούσα έκθεση παρουσιάζονται τα πρώτα αποτελέσματα του προγράμματος ΥΔΡΙΑ με διαπιστώσεις παραγόντων κινδύνου και στοιχείων για την ιεράρχηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και τη διαμόρφωση προτάσεων μέτρων πολιτικής για τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των σπουδαιότερων κινδύνων.

ΥΔΡΙΑ. Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση³

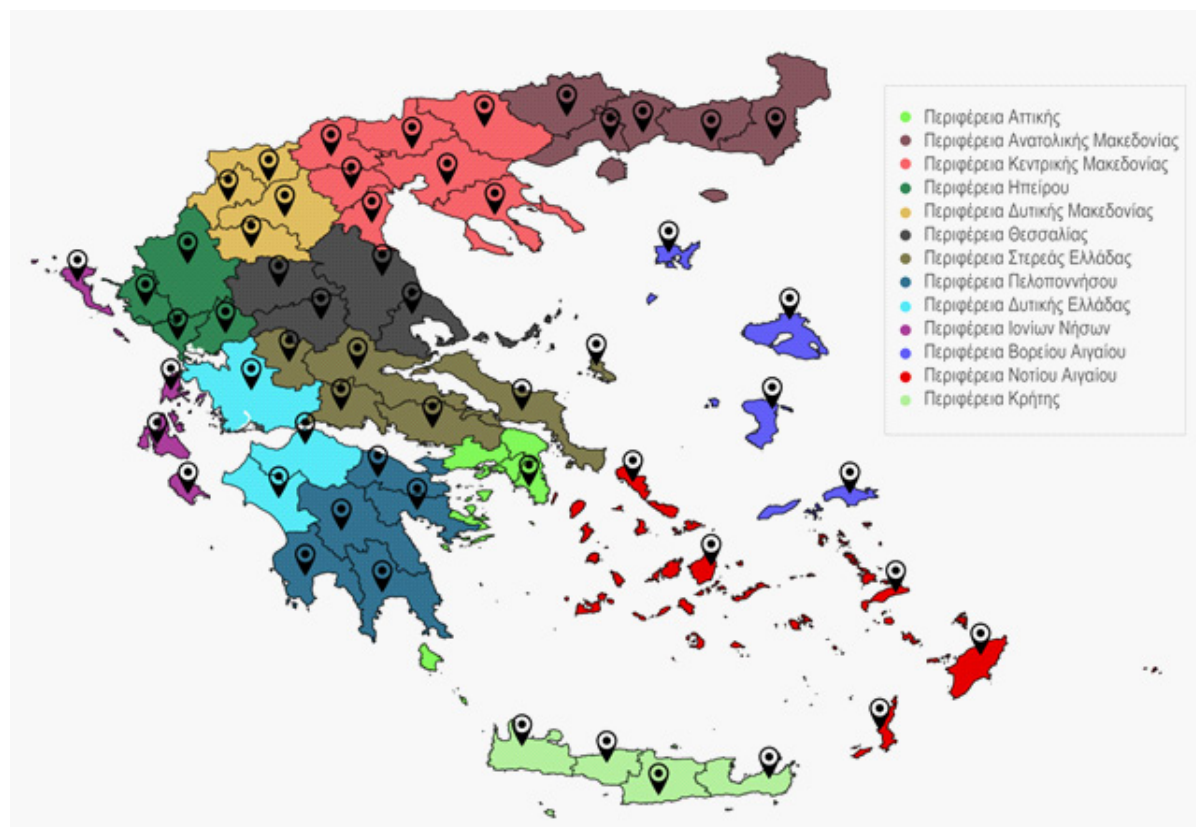
Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ στοχεύει στην προσαρμογή διεθνών προτύπων για την ανάπτυξη μεθόδων αποτύπωσης της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα και των σχετικών με αυτή παραγόντων, με γνώμονα τη βελτίωση των πολιτικών προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού κατεγράφησαν την περίοδο 2013-2014 στοιχεία ατομικών χαρακτηριστικών, συνηθειών και ιατρικού ιστορικού και συλλέχθηκαν δεδομένα διατροφικών, σωματομετρικών και βιοχημικών δεικτών σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού αποτελούμενο από ενήλικες άνδρες και γυναίκες μόνιμους κατοίκους της χώρας. Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (ΕΙΥ) σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) του Υπουργείου Υγείας και αποτελεί την πρώτη εθνική μελέτη για την υγεία και διατροφή του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ βασίστηκε στα πρότυπα της Πανευρωπαϊκής Έρευνας Υγείας με εξέταση των συμμετεχόντων (European Health Examination Survey (EHES), www.ehes.info) και πριν την ευρεία εφαρμογή του αξιολογήθηκε μέσω προκαταρκτικής μελέτης (EHES-Pilot Joint Action, 2009-2011) η οποία συντονίστηκε από το Κέντρο Αναφοράς Μελετών Υγείας στη Φινλανδία και χρηματοδοτήθηκε από τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η προτυποποίηση των διαδικασιών διασφαλίστηκε με την εκπαίδευση των ομάδων επιτόπιας συλλογής δεδομένων (fieldwork teams) καθώς και 55 επαγγελματιών υγείας από συνεργαζόμενα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όλων των περιφερειών της χώρας, στο πλαίσιο τριήμερου βιωματικού σεμιναρίου πρακτικής άσκησης στις ερευνητικές διαδικασίες. Η επιτόπια συλλογή δεδομένων διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα από Ιούνιο του 2013 έως Δεκέμβριο του 2014. Συνολικά εντάχθηκαν στη μελέτη 4011

³. Κωδικός MIS 346816, Θεματικός Άξονας Προτεραιότητας “Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού”, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα “Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού”, ΕΣΠΑ 2007-2013.

άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 ετών και άνω, οι οποίοι είναι μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας. Το δείγμα της μελέτης προέρχεται από τις 51 περιφερειακές ενότητες (νομούς) των 13 περιφερειών της χώρας (Εικόνα1) σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας γενικής απογραφής πληθυσμού και κατοικιών (2011). Για την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκε η μέθοδος της δι-σταδιακής στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας με πρωτογενή δειγματοληπτική μονάδα τη δημοτική/τοπική κοινότητα (1ο στάδιο) και τελική μονάδα το άτομο (2ο στάδιο). Κριτήρια στρωμάτωσης αποτέλεσαν η γεωγραφική διαίρεση της χώρας και ο βαθμός αστικότητας της περιοχής μόνιμης κατοικίας και η επιλογή έγινε κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα. Συγκεκριμένα, οι ομάδες επιτόπιας συλλογής δεδομένων, υπό την καθοδήγηση του επιχειρησιακού διευθυντή και της ομάδας διαχείρισης της έρευνας, επισκέφτηκαν 205 τυχαία επιλεγείσες δημοτικές/τοπικές κοινότητες της χώρας για τη διεξαγωγή των συναντήσεων με τους συμμετέχοντες σε χώρους παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (π.χ. κέντρα υγείας) και τοπικές δομές (π.χ. δημοτικά ιατρεία).

Εικόνα 1. Περιφέρειες και Νομοί της Ελλάδας στους οποίους πραγματοποιήθηκε συλλογή δεδομένων στο πλαίσιο του προγράμματος ΥΔΡΙΑ.



Οι συναντήσεις καθορίζονταν μετά από προσωπική τηλεφωνική επικοινωνία σε ημέρες και ώρες που εξυπηρετούσαν τους συμμετέχοντες και πάντα κοντά στον τόπο διαμονής τους. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων ξεκινούσε με την ενημέρωση των ατόμων και τη λήψη της ενυπόγραφης συγκατάθεσής τους για συμμετοχή και ακολουθούσε η εξέταση των συμμετεχόντων με:

- τη μέτρηση σφυγμού, αρτηριακής πίεσης και σωματομετρικών χαρακτηριστικών (ανάστημα, σωματικό βάρος, περίμετρος μέσης και ισχίων),
- τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων μέσω κατά πρόσωπο συνέντευξης (interviewer-administered questionnaires) για τη λήψη πληροφοριών υγείας, διατροφής (ανάκληση διατροφικής πρόσληψης προηγούμενου 24ώρου και μη ποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων) και τρόπου ζωής των συμμετεχόντων (π.χ. σωματική δραστηριότητα, καπνιστικές συνήθειες) και
- τέλος, με τη λήψη δείγματος αίματος για τη διενέργεια εργαστηριακών αναλύσεων. Με τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων, μέρος του λαμβανόμενου δείγματος αίματος φυλάσσεται σε βαθιά κατάψυξη (-80°C) για τη διενέργεια μελλοντικών προσδιορισμών.

Τα δεδομένα της μελέτης καταχωρήθηκαν και αποθηκεύτηκαν ηλεκτρονικά στον κεντρικό διακομιστή του ΕΙΥ, ανωνυμοποιημένα και κωδικοποιημένα για τη διατήρηση του απορρήτου της συμμετοχής. Για τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας των συλλεγόμενων πληροφοριών εφαρμόζονταν αυτόματοι λογικοί έλεγχοι, σε πραγματικό χρόνο, μέσω του ειδικού λογισμικού που διαμορφώθηκε και χρησιμοποιήθηκε για την καταχώρηση των στοιχείων. Σημειώνεται ότι τα συλλεχθέντα δεδομένα προστατεύονται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας και της έγκρισης που έχει λάβει το ΕΙΥ από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Α.Π.Δ.Π.Χ., www.dpa.gr) για την ίδρυση και λειτουργία αρχείου με ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα σύμφωνα με το Ν.2472/1997.

Με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφάλειας Τροφίμων (European Food Safety Agency, EFSA), οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ προσαρμόστηκαν και χρησιμοποιούνται για τη συλλογή δεδομένων υγείας και διατροφής σε δείγμα παιδιών (Αρ. Συμβολαίου: OC/EFSA/DATA/2014/02-LOT1/CT04) και εφήβων (Αρ. Συμβολαίου: OC/EFSA/DCM/2013/02-LOT2-CT03) μόνιμων κατοίκων της Ελλάδας. Με την ολοκλήρωση των δύο αυτών συμπληρωματικών μελετών, στοιχεία διατροφικής πρόσληψης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων έως 74 ετών θα ενσωματωθούν στην κεντρική βάση δεδομένων της EFSA προκειμένου να χρησιμοποιούνται σε αναλύσεις της Αρχής για την αξιολόγηση των διατροφικών προσλήψεων και την εκτίμηση διατροφικού κινδύνου στα Κράτη-Μέλη.



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εθνικής μελέτης για την υγεία και τη διατροφή του πληθυσμού στην Ελλάδα – Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ. Συγκεκριμένα αποτυπώνεται η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μέσω της παρουσίασης δεικτών υγείας ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Η επιλογή των δεικτών υγείας (επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων και συχνότητα προσωπικών χαρακτηριστικών και παραγόντων κινδύνου) και του τρόπου παρουσίασής των βασίστηκε στις συστάσεις της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την παρουσίαση δεικτών υγείας (European Core Health Indicators, ECHI) προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι άμεσα συγκρίσιμα με αυτά άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.



ΕΝΟΤΗΤΑ Α



Δημογραφικά και οικονομικο-κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των συμμετεχόντων

.....

Πρόσκληση συμμετοχής στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ έλαβαν άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία είναι μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας σύμφωνα με την πλέον πρόσφατη γενική απογραφή του πληθυσμού της χώρας (2011). Κατά την ένταξη των ατόμων στη μελέτη οι συμμετέχοντες επιδείκνυαν δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή άλλο επίσημο έγγραφο για την ταυτοποίηση του προσκληθέντος ατόμου και την καταγραφή της ηλικίας του.

Πίνακας Α.1: Κατανομή (%) των 4011 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ ως προς τον πληθυσμό της Ελλάδας, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Ηλικία (έτη)	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	ΥΔΡΙΑ (46.7)	Ελλάδα (48.2)	ΥΔΡΙΑ (53.3)	Ελλάδα (51.8)	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα
18-24	7.9	8.7	9.2	8.2	8.6	8.5
25-34	16.4	16.7	15.5	15.0	15.9	15.8
35-44	19.0	19.1	19.3	17.6	19.2	18.4
45-54	18.2	17.6	19.1	17.3	18.7	17.4
55-64	16.8	14.8	17.0	15.0	16.9	14.9
65-74	13.2	11.9	12.2	12.6	12.7	12.2
≥75	8.5	11.3	7.7	14.3	8.1	12.8

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

Το δείγμα της μελέτης ΥΔΡΙΑ δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις από την κατανομή του πληθυσμού της Ελλάδας ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα των ατόμων. Η μεγαλύτερη απόκλιση της κατανομής του δείγματος από την κατανομή του πληθυσμού της χώρας παρατηρήθηκε μεταξύ ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω (περίπου 5% στο σύνολο των ατόμων). Η απόκλιση των δύο κατανομών είναι μεγαλύτερη μεταξύ των γυναικών αυτής της ηλικιακής ομάδας, αντικατοπτρίζοντας ενδεχομένως τη δυσκολία ατόμων προχωρημένων ηλικιών να μετάσχουν σε έρευνες αυτού του τύπου.

Το επίπεδο εκπαίδευσης θεωρείται ικανοποιητικός μετρήσιμος δείκτης της οικονομικο-κοινωνικής κατάστασης του πληθυσμού στην Ελλάδα. Στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ, η καταγραφή του επιπέδου εκπαίδευσης βασίστηκε στην κατά δήλωση αναφορά του ανώτερου κύκλου σπουδών που οι συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει με επιτυχία μέχρι και την περίοδο πραγματοποίησης της συνέντευξης. Ως επιτυχής ολοκλήρωση θεωρήθηκε η απόκτηση πιστοποιητικού ή διπλώματος και η περιγραφή των κύκλων σπουδών βασίστηκε στο ισχύον Ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα και είναι σύμφωνη με την ταξινόμηση κατά ISCED (International Standard Classification of Education). Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της μελέτης δημιουργήθηκαν τρεις κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης: χαμηλό, μεσαίο και ανώτερο. Στο χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης συγκαταλέγονται άτομα που είτε δεν ολοκλήρωσαν κανένα κύκλο σπουδών

(π.χ. δεν παρακολούθησαν καμία ή παρακολούθησαν ορισμένες τάξεις του δημοτικού) ή ολοκλήρωσαν το δημοτικό ή το γυμνάσιο (τριτάξιο ή τρεις τάξεις του εξατάξιου) ή παρακολούθησαν κατώτερη τεχνική σχολή. Στο μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης περιλαμβάνονται συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν είτε την ολοκληρωμένη παρακολούθηση εξατάξιου γυμνασίου, γενικού ή ενιαίου λυκείου, ενιαίου πολυκλαδικού λυκείου, Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου (ΤΕΛ), Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής (ΤΕΣ), Επαγγελματικού Λυκείου (ΕΠΑΛ), Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτήριου (ΤΕΕ), Επαγγελματικής Σχολής (ΕΠΑΣ), Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΙΕΚ), Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ) ή Κέντρων Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΚΕΜΕ). Τέλος, στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης συγκαταλέγονται άτομα τα οποία ολοκλήρωσαν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένων των κατόχων μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου σπουδών.

Πίνακας Α.2: Κατανομή (%) των 4011 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ ως προς τον πληθυσμό της Ελλάδας, ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα
Χαμηλό	25.4	34.6	30.2	43.7	28.0	39.3
Μεσαίο	41.0	41.8	42.0	36.3	41.5	38.9
Ανώτερο	33.6	23.6	27.8	20.1	30.5	21.8

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

Σε σύγκριση με τον πληθυσμό της χώρας, το δείγμα ΥΔΡΙΑ περιλαμβάνει λιγότερα άτομα χαμηλού και περισσότερα άτομα ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης. Λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι τα άτομα προχωρημένων ηλικιών είναι συχνότερα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, η κατανομή του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης πιθανόν παρέχει επιπλέον ενδείξεις για τη δυσκολία συμμετοχής των γηραιότερων ατόμων στη μελέτη.

Η καταγραφή της απασχόλησης των συμμετεχόντων γινόταν μέσω της συμπλήρωσης σειράς ερωτήσεων, στις οποίες οι συμμετέχοντες περιέγραφαν την εργασία τους. Στην κατηγοριοποίηση του Πίνακα Α.3, στην ομάδα των εργαζόμενων συμπεριλήφθηκαν επίσης οι άμισθοι βοηθοί στην οικογενειακή επιχείρηση, οι μαθητευόμενοι με αμοιβή, οι εισοδηματίες καθώς και όσοι προσωρινά απουσίαζαν από την εργασία τους λόγω αναρρωτικής άδειας, άδειας διακοπών, μητρότητας ή γονικής άδειας. Στην κατηγορία των φοιτητών συμπεριλήφθηκαν επίσης οι μαθητές, οι μετεκπαιδευόμενοι και οι εργαζόμενοι χωρίς αμοιβή για απόκτηση εμπειρίας.

Πίνακας Α.3: Κατανομή (%) των 4011 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ ως προς τον πληθυσμό της Ελλάδας, ανά φύλο και κατηγορία απασχόλησης.

Κατηγορία απασχόλησης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα	ΥΔΡΙΑ	Ελλάδα
Εργαζόμενος/η	50.5	51.8	33.4	31.8	41.4	41.4
Άνεργος/η	13.4	14.5	16.7	14.6	15.1	14.6
Φοιτητής/τρια	4.5	5.5	5.0	5.0	4.8	5.2
Συνταξιούχος	31.7	28.1	23.0	22.1	27.1	25.0
Οικιακά	0.1	0.0	21.9	26.5	11.7	13.8

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

Η κατανομή των συμμετεχόντων του προγράμματος ΥΔΡΙΑ ανά κατηγορία απασχόλησης προσεγγίζει ικανοποιητικά αυτήν του πληθυσμού της χώρας με εξαιρέσεις την περίπτωση των συνταξιούχων ανδρών (μεγαλύτερο το ποσοστό στο δείγμα) και των γυναικών που απασχολούνται μόνο οικιακά (μικρότερο το ποσοστό στο δείγμα).

Άτομα που ανήκουν στις τρεις τελευταίες κατηγορίες (φοιτητές/ συνταξιούχοι/ απασχολούμενοι οικιακά) δεν συγκαταλέγονται στο εργατικό δυναμικό της χώρας. Το ποσοστό ανεργίας εκφράζει την αναλογία των ανέργων στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό (εργατικό δυναμικό) και υπολογίζεται ως το πηλίκο του πλήθους των ανέργων ατόμων προς το σύνολο ανέργων και εργαζόμενων. Το ποσοστό ανεργίας όπως αυτό υπολογίστηκε βάσει των στοιχείων του προγράμματος ΥΔΡΙΑ ισούται με 26.8%, και προσεγγίζει ικανοποιητικά το αντίστοιχο ποσοστό στο σύνολο του πληθυσμού κατά την περίοδο αναφοράς (26%). Τα αντίστοιχα ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων του προγράμματος ΥΔΡΙΑ παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας Α.4: Ποσοστό (%) ανέργων στο σύνολο των 4011 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Ηλικία	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
18-24 ετών	38.3	53.9	47.0
25-34 ετών	26.0	32.3	29.1
35-44 ετών	15.6	29.8	22.5
45-54 ετών	15.7	31.1	22.6
55-64 ετών	24.7	34.0	28.3

Το ποσοστό ανεργίας στους νέους (έως 24 ετών) ξεπερνά το 50% μεταξύ των γυναικών, και ανέρχεται στο 47% στο σύνολο του πληθυσμού. Τα ποσοστά στις ηλικίες 35-54 ετών είναι διπλάσια στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Σκοπός του προγράμματος ΥΔΡΙΑ ήταν να καταβληθούν όλες οι δυνατές προσπάθειες επιλογής ενός δείγματος αντιπροσωπευτικού του πληθυσμού στην Ελλάδα (πληθυσμός-στόχος) για τη συλλογή δεδομένων υγείας και διατροφής. Διάφοροι λόγοι (π.χ. μεταβλητότητα στο δείγμα, ανεπαρκής κάλυψη δημογραφικών ομάδων, μη-απόκριση) μπορεί να οδηγήσουν σε αποκλίσεις της κατανομής του δείγματος της μελέτης από την κατανομή του πληθυσμού-στόχου. Η κατάλληλη στάθμιση των δεδομένων του τελικού δείγματος, όμως, μπορεί να επιτρέψει την αναγωγή των αποτελεσμάτων στο σύνολο του ενήλικου πληθυσμού της χώρας.

Η στάθμιση των δεδομένων επιτυγχάνεται με τη χρήση κατάλληλου αναγωγικού συντελεστή, με τον οποίο πολλαπλασιάζονται τα στοιχεία/μετρήσεις κάθε ατόμου του δείγματος για την εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Ο υπολογισμός του αναγωγικού συντελεστή στο πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ βασίστηκε στα στοιχεία της απογραφής του 2011 μετά από προβολή των δεδομένων της απογραφής στην περίοδο αναφοράς (2014) βάσει των στοιχείων της Έρευνας του Εργατικού Δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και έλαβε υπόψη: α) το σχεδιασμό της δειγματοληψίας (πιθανότητες επιλογής δημοτικής/τοπικής κοινότητας και ατόμου), β) το ποσοστό απόκρισης κατά γεωγραφική περιοχή, βαθμό αστικότητας, φύλο και ηλικιακή ομάδα και γ) τη βελτίωση της ακρίβειας των αποτελεσμάτων μέσω βαθμονόμησης (calibration), η οποία στοχεύει στην προσαρμογή της κατανομής κατά φύλο, ηλικιακή ομάδα, επίπεδο εκπαίδευσης και κατάσταση απασχόλησης στην αντίστοιχη κατανομή του ενήλικου πληθυσμού της χώρας.



ΕΝΟΤΗΤΑ Β



Δείκτες υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται δείκτες επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων και στοιχεία προσωπικής εκτίμησης των συμμετεχόντων για την κατάσταση της υγείας τους.

Η αποτύπωση των δεικτών βασίστηκε στις απαντήσεις των συμμετεχόντων κατά τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων με κατά πρόσωπο συνέντευξη. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες δήλωναν εάν νοσούν ή έχουν νοσήσει τους τελευταίους 12 μήνες ή παλαιότερα από συγκεκριμένες παθήσεις και αν έχει γίνει διάγνωση των παθήσεων από ιατρό (στοιχεία κατά δήλωση). Ως χρόνια νοσήματα θεωρήθηκαν προβλήματα υγείας ή παθήσεις των οποίων η χρονική διάρκεια είναι μεγαλύτερη των έξι μηνών. Ελήφθησαν επίσης υπόψη νοσήματα που χαρακτηρίζονται από χρονιότητα, αλλά παρουσιάζουν είτε εποχική εμφάνιση συμπτωμάτων ή περιόδους εξάρσεων και υφέσεων, αν και οι περίοδοι εκδήλωσης ενδέχεται να διαρκούν λιγότερο από έξι μήνες. Στην κατηγορία των χρόνιων νοσημάτων συμπεριελήφθησαν επίσης και οι περιπτώσεις παθήσεων που δεν προκαλούν αντιληπτά από τον συμμετέχοντα συμπτώματα ή τα συμπτώματα μπορούν να ελεγχθούν επιτυχώς με φαρμακευτική αγωγή.

Ως κριτήριο συσχέτισης ποιοτικών χαρακτηριστικών και της πιθανής διαφοροποίησης αναλογιών (ποσοστών) μεταξύ ανδρών και γυναικών, μεταξύ ηλικιακών ομάδων ή κατηγοριών επιπέδου εκπαίδευσης, εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 . Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τη σημασιολόγηση των παρατηρούμενων διαφορών ορίστηκε το 5% (p -value=0.05).

Πίνακας Β.1: Επιπολασμός (%) χρόνιας νοσηρότητας ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Χρόνια νοσηρότητα			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	51.3	67.2	59.6
Ηλικία			
<65 ετών	40.6	57.8	49.3
≥65 ετών	87.1	92.9	90.3
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	50.0	73.7	63.1
Μεσαίο	36.2	51.0	43.4
Ανώτερο	40.4	52.0	46.2
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	86.2	94.3	91.1
Μεσαίο	92.5	87.3	90.0
Ανώτερο	86.6	78.0	84.2

Τρεις στους πέντε ενήλικες, μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας, δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια νοσήμα, όπως αυτό ορίστηκε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Πίνακας Β.1). Οι γυναίκες, και ειδικότερα γυναίκες μέχρι 65 ετών, δήλωσαν συχνότερα από τους άνδρες την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Μεταξύ των νεότερων ατόμων, ο επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων ήταν σημαντικά υψηλότερος σε άνδρες και γυναίκες χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης σε σύγκριση με άτομα μεσαίου ή ανώτερου μορφωτικού επιπέδου. Μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, εννέα στους δέκα δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια νοσήμα και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη χρόνια νοσηρότητα, εκτός από την περίπτωση των γυναικών στις οποίες παρατηρείται μείωση στη νοσηρότητα με βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης.

Πίνακας Β.2: Επιπολασμός (%) σακχαρώδους διαβήτη ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Σακχαρώδης Διαβήτης			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	10.8	11.9	11.4
Ηλικία			
<65 ετών	5.5	6.2	5.8
≥65 ετών	28.7	27.5	28.1
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	9.8	11.5	10.7
Μεσαίο	3.5	4.5	4.0
Ανώτερο	5.4	3.2	4.3
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	29.2	29.9	29.6
Μεσαίο	23.5	15.3	19.5
Ανώτερο	31.2	9.1	25.1

Ένας στους δέκα ενήλικες, μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας, πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη (ινσουλινεξαρτώμενο ή μη), ενώ η αναλογία αυξάνεται σε περίπου τρεις στους δέκα μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω και στα δύο φύλα. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αρνητικά με τη συχνότητα της νόσου μεταξύ ατόμων ηλικίας μέχρι 65 ετών, δηλαδή ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη είναι υψηλότερος μεταξύ ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Μεταξύ ατόμων μεγαλύτερων ηλικιών, η συσχέτιση παραμένει μόνο μεταξύ των γυναικών.

Πίνακας Β.3: Επιπολασμός (%) οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	4.6	1.2	2.8
Ηλικία			
<65 ετών	2.0	0.5	1.2
≥65 ετών	13.2	3.2	7.6
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	2.8	1.0	1.8
Μεσαίο	1.8	0.2	1.1
Ανώτερο	1.6	0.3	1.0
Άτομα ηλικίας >65 ετών			
Χαμηλό	13.2	3.7	7.5
Μεσαίο	18.0	0.0	9.3
Ανώτερο	8.6	0.0	6.2

Πίνακας Β.4: Επιπολασμός (%) αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	1.8	2.0	1.9
Ηλικία			
<65 ετών	0.8	1.2	1.0
≥65 ετών	5.2	4.4	4.7
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	1.5	2.4	2.0
Μεσαίο	0.4	0.8	0.6
Ανώτερο	0.7	0.4	0.6
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	4.6	5.0	4.8
Μεσαίο	1.7	0.4	1.1
Ανώτερο	11.3	1.9	8.7

Στην Ελλάδα, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αφορά κυρίως τους άνδρες. Στο σύνολο του πληθυσμού των ενήλικων ανδρών της χώρας, περίπου 5% των ατόμων έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το ποσοστό αυξάνεται σημαντικά (13%) σε άτομα μεγαλύτερων ηλικιών. Γενικά, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότητα της πάθησης.



Ο επιπολασμός του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι χαμηλός στον πληθυσμό της Ελλάδας (περίπου 2%), χωρίς να παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων. Μετά την ηλικία των 65 ετών το ποσοστό εμφάνισης της νόσου είναι περίπου τέσσερις με πέντε φορές υψηλότερο και στα δύο φύλα, ενώ δεν φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων.

Πίνακας Β.5: Επιπολασμός (%) άσθματος ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Άσθμα			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	8.0	9.1	8.6
Ηλικία			
<65 ετών	7.6	8.2	7.9
≥65 ετών	9.4	11.5	10.6
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	6.6	9.3	8.1
Μεσαίο	8.1	8.7	8.4
Ανώτερο	7.5	6.1	6.8
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	11.3	12.3	11.9
Μεσαίο	6.9	6.5	6.7
Ανώτερο	2.7	7.9	4.1

Πίνακας Β.6: Επιπολασμός (%) της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	5.7	6.2	6.0
Ηλικία			
<65 ετών	3.3	5.3	4.3
≥65 ετών	13.9	8.7	11.0
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	3.2	5.7	4.6
Μεσαίο	3.1	5.8	4.4
Ανώτερο	3.9	4.1	4.0
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	13.9	8.9	10.9
Μεσαίο	15.7	6.3	11.2
Ανώτερο	12.0	9.9	11.4

Περίπου ένας στους δέκα ενήλικες, μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας, δήλωσε ότι έχει νοσήσει ή νοσεί από άσθμα, συμπεριλαμβανομένου και του αλλεργικού άσθματος. Ο επιπολασμός της συγκεκριμένης πάθησης δεν φαίνεται να σχετίζεται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων.



Έξι τοις εκατό (6%) του ενήλικου πληθυσμού της χώρας δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα). Όπως αναμένεται, ο επιπολασμός της νόσου είναι υψηλότερος στις μεγαλύτερες ηλικίες και συγκεκριμένα περίπου ένα στα δέκα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω δήλωσε ότι πάσχει από τη νόσο.

Πίνακας Β.7: Επιπολασμός (%) χρόνιας κατάθλιψης ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Χρόνια Κατάθλιψη			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	3.1	11.4	7.4
Ηλικία			
<65 ετών	2.7	9.4	6.1
≥65 ετών	4.6	16.9	11.5
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	2.9	15.8	10.0
Μεσαίο	3.1	7.5	5.2
Ανώτερο	1.8	5.5	3.7
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	4.1	16.4	11.5
Μεσαίο	6.9	20.5	13.5
Ανώτερο	4.8	17.5	8.3

Στην Ελλάδα, το πρόβλημα της χρόνιας κατάθλιψης αφορά περισσότερο τις γυναίκες όλων των ηλικιών και ο επιπολασμός της νόσου αγγίζει το 17% στην περίπτωση γυναικών ηλικίας 65 ετών και άνω (τετραπλάσιος αυτού μεταξύ των ανδρών). Γενικά, η οικονομικο-κοινωνική κατάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τον κατά δήλωση επιπολασμό της χρόνιας κατάθλιψης μεταξύ γυναικών μεγαλύτερων ηλικιών. Αντίθετα, στις νεότερες γυναίκες, το πρόβλημα της χρόνιας κατάθλιψης είναι συχνότερο μεταξύ γυναικών χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας Β.8: Επιπολασμός (%) μόνιμων τραυμάτων ή κακώσεων από ατυχήματα ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Μόνιμα τραύματα ή κακώσεις από ατυχήματα			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	8.4	5.8	7.1
Ηλικία			
18-24 ετών	2.5	3.6	3.0
25-64 ετών	9.1	4.9	6.9
≥65 ετών	8.6	8.8	8.7
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας 18-24ετών			
Χαμηλό	0.0	0.0	0.0
Μεσαίο	2.8	3.6	3.2
Ανώτερο	0.0	4.1	3.2
Άτομα ηλικίας 25-64ετών			
Χαμηλό	11.4	4.9	7.8
Μεσαίο	8.2	5.2	6.7
Ανώτερο	8.4	4.3	6.4
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	7.9	8.7	8.4
Μεσαίο	10.0	7.0	8.6
Ανώτερο	11.1	13.4	11.7

Η παρουσία μόνιμων τραυμάτων ή κακώσεων από ατυχήματα δηλώθηκε από περίπου 7% του ενήλικου πληθυσμού της χώρας, με το ποσοστό να είναι οριακά σημαντικά μεγαλύτερο στους άνδρες. Στον Πίνακα Β.8, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ανά τρεις ηλικιακές ομάδες διαχωρίζοντας τους νέους ενήλικες μέχρι 24 ετών. Η συχνότητα μόνιμων τραυμάτων ή κακώσεων από ατυχήματα είναι μικρότερη στις νεότερες ηλικίες και κυρίως μεταξύ των γυναικών. Μεταξύ ατόμων ηλικίας 25-64 ετών η συχνότητα τραυμάτων ή κακώσεων είναι περίπου διπλάσια στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότητα τραυμάτων ή κακώσεων από ατυχήματα στον πληθυσμό.

Πίνακας Β.9: Επιπολασμός (%) παθήσεων ή χρόνιων προβλημάτων μέσης ή αυχένα ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Χρόνια προβλήματα μέσης ή αυχένα			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατά δήλωση επιπολασμός	31.6	45.6	38.9
Ηλικία			
18-34 ετών	18.0	21.4	19.7
35-64 ετών	34.2	48.5	41.5
≥65 ετών	40.8	61.3	52.3
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	39.2	55.4	48.1
Μεσαίο	26.4	34.6	30.4
Ανώτερο	24.2	31.7	28.0
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	41.8	63.1	54.6
Μεσαίο	41.4	47.4	44.3
Ανώτερο	35.1	57.4	41.3

Δύο στους πέντε ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας δηλώσαν ότι έχουν αντιμετωπίσει ή αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα μέσης ή αυχένα. Μεταξύ ατόμων άνω των 35 ετών, το πρόβλημα αναφέρθηκε σημαντικά περισσότερο από τις γυναίκες παρά από τους άνδρες. Ο επιπολασμός προβλημάτων μέσης ή αυχένα αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας και μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, περίπου ένας στους δύο δήλωσε ότι είχε ή έχει προβλήματα αυτού του τύπου. Η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης βρέθηκε να σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα προβλημάτων μέσης ή αυχένα κυρίως μεταξύ των νεότερων ατόμων.

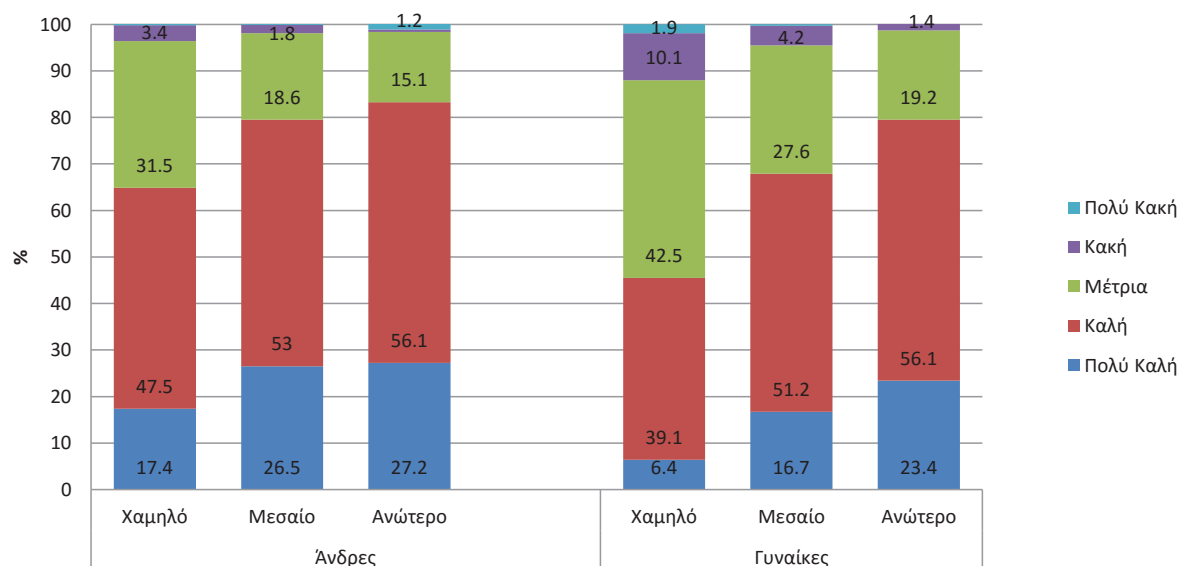
Πίνακας Β.10: Προσωπική εκτίμηση της ατομικής υγείας ανά φύλο ή ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Προσωπική εκτίμηση της ατομικής υγείας					
	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
Ποσοστό δήλωσης (%)	16.9	49.5	27.8	5.2	0.6
Φύλο					
Άνδρες	21.1	52.9	22.6	3.0	0.5
Γυναίκες	13.0	46.4	32.6	7.2	0.8
Ηλικία					
<65 ετών	19.9	50.7	25.3	3.5	0.6
≥65 ετών	8.0	45.9	35.3	10.1	0.7

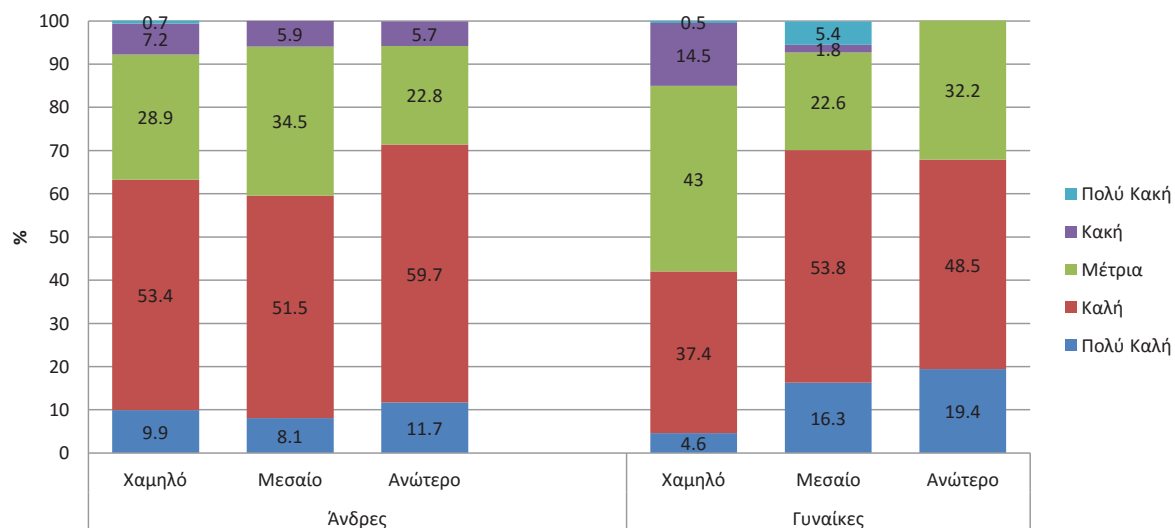
Στα ερωτηματολόγια του προγράμματος ΥΔΡΙΑ, η ενότητα των ερωτήσεων για θέματα υγείας ξεκινούσε με την εκτίμηση των συμμετεχόντων για τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν μία εκ των πέντε απαντήσεων (πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή ή πολύ κακή υγεία). Το ποσοστό επιλογής κάθε απάντησης παρουσιάζεται στον πίνακα Β.10, για το σύνολο του πληθυσμού και χωριστά για άνδρες και γυναίκες και για δύο ηλικιακές ομάδες.

Συνολικά, δύο στους τρεις ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή ή καλή. Η εκτίμηση της πολύ καλής/καλής υγείας είναι συχνότερη μεταξύ των ανδρών (74%) παρά μεταξύ των γυναικών (59%). Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει το γεγονός ότι ένας στους δύο ηλικιωμένους (65 ετών και άνω) εκτιμούν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή ή πολύ καλή. Διαφοροποιήσεις στην προσωπική εκτίμηση της ατομικής υγείας ανά επίπεδο εκπαίδευσης, χωριστά για άνδρες και γυναίκες παρουσιάζονται στα Γραφήματα Β.10.1 (άτομα μέχρι 65 ετών) και Β.10.2 (άτομα 65 ετών και άνω). Γυναίκες χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης ανεξαρτήτου ηλικίας αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως μέτρια, σε σύγκριση με γυναίκες μεσαίου ή ανώτερου μορφωτικού επιπέδου οι οποίες δήλωσαν συχνότερα ότι χαίρουν καλής ή πολύ καλής υγείας. Τουλάχιστον μία στις δέκα νεότερες γυναίκες χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης κρίνει την υγεία της ως κακή, ενώ το ποσοστό ξεπερνά το 14% στις γυναίκες άνω των 65 ετών. Το ποσοστό, όμως, των ατόμων που έκριναν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ κακή είναι σε όλες τις περιπτώσεις αμελητέο.

Γράφημα Β.10.1: Προσωπική εκτίμηση της ατομικής υγείας ατόμων ηλικίας <65 ετών (εκατοστιαία ποσοστά ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης). Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



Γράφημα Β.10.2: Προσωπική εκτίμηση της ατομικής υγείας ατόμων ηλικίας ≥65 ετών (εκατοστιαία ποσοστά ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης). Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



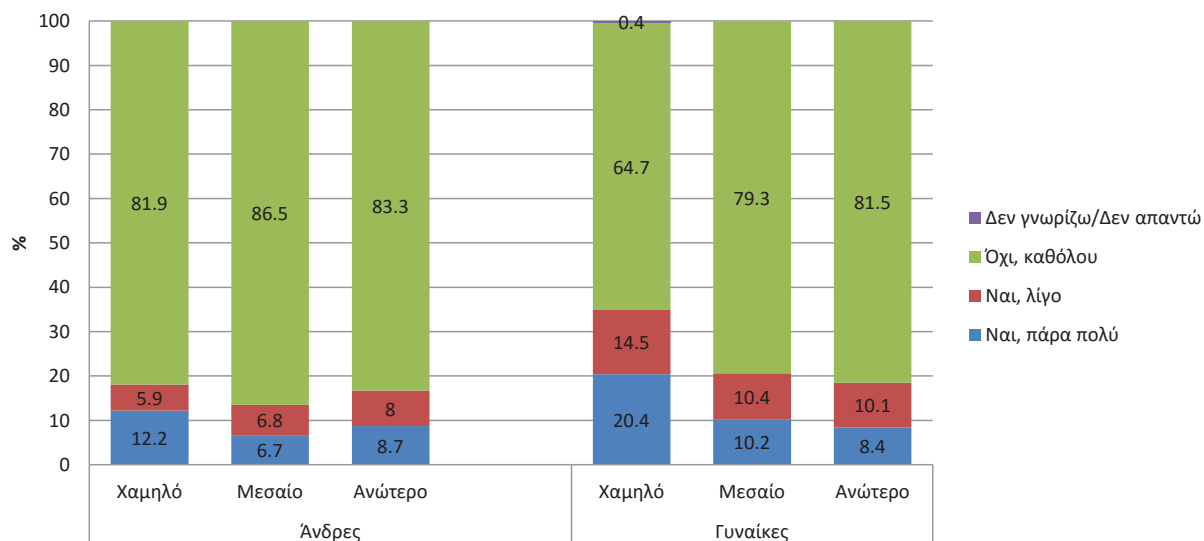
Πίνακας Β.11: Ποσοστό δήλωσης (%) μακροχρόνιου περιορισμού στις συνήθειες δραστηριότητες ανά φύλο ή ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Μακροχρόνιος περιορισμός συνήθων δραστηριοτήτων				
	Ναι, πάρα πολύ	Ναι, λίγο	Όχι, καθόλου	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ
Ποσοστό δήλωσης (%)	14.9	11.0	74.0	0.2
Φύλο				
Άνδρες	11.4	8.5	80.1	0.1
Γυναίκες	18.1	13.3	68.4	0.2
Ηλικία				
<65 ετών	10.6	9.2	80.1	0.1
≥65 ετών	27.6	16.2	55.9	0.4

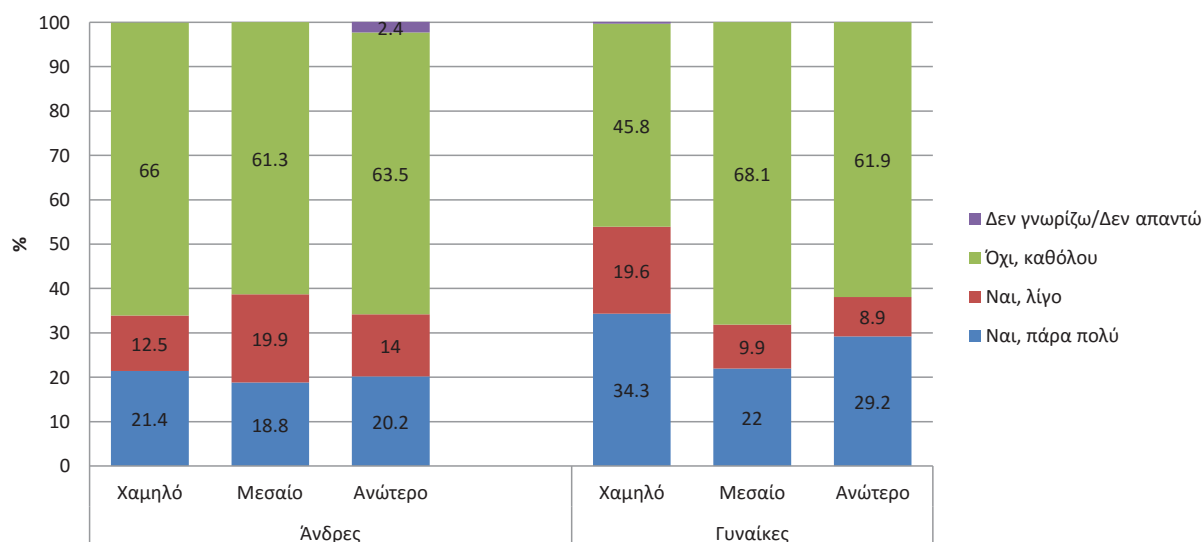
Κατά τη διάρκεια της κατά πρόσωπο συνέντευξης, οι συμμετέχοντες καλούνταν να δηλώσουν εάν κατά τους τελευταίους 6 μήνες (ή περισσότερο) είχαν περιορίσει κάποια από τις συνήθειες δραστηριότητές τους ή είχαν δυσκολευτεί σε αυτές λόγω προβλήματος υγείας, σωματικού ή ψυχικού. Περιορισμοί που οφείλονταν σε οικονομικο-κοινωνικούς ή άλλους μη ιατρικούς παράγοντες δεν ελήφθησαν υπόψη. Δεδομένου ότι τα άτομα που δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητά τους λόγω χρόνιων προβλημάτων υγείας, τείνουν να προσαρμόζουν το καθημερινό επίπεδο δραστηριοτήτων στις δυνατότητές τους, ως συνήθειες θεωρήθηκαν οι καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες εκτελεί ο μέσος ενήλικας που διαμένει μόνιμα στην Ελλάδα.

Στον Πίνακα Β.11 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για το σύνολο του πληθυσμού και χωριστά για άνδρες και γυναίκες και για δύο ηλικιακές ομάδες. Στα Γράφηματα Β.11.1 και Β.11.2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και χωριστά για άτομα μέχρι 65 ετών (Γράφημα Β.11.1) και για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Γράφημα Β.11.2). Περίπου ένας στους τέσσερις ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας νοιώθει πως περιορίζεται στις συνήθειες δραστηριότητές του. Η αντίληψη του περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών (31%) παρά μεταξύ των ανδρών (20%). Τα ποσοστά μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω υπερδιπλασιάζονται συγκριτικά με αυτά μεταξύ των νεότερων ατόμων. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότερη δήλωση μακροχρόνιου περιορισμού στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες.

Γράφημα Β.11.1: Ποσοστό δήλωσης (%) μακροχρόνιου περιορισμού στις συνήθειες δραστηριότητες ατόμων ηλικίας <65 ετών ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



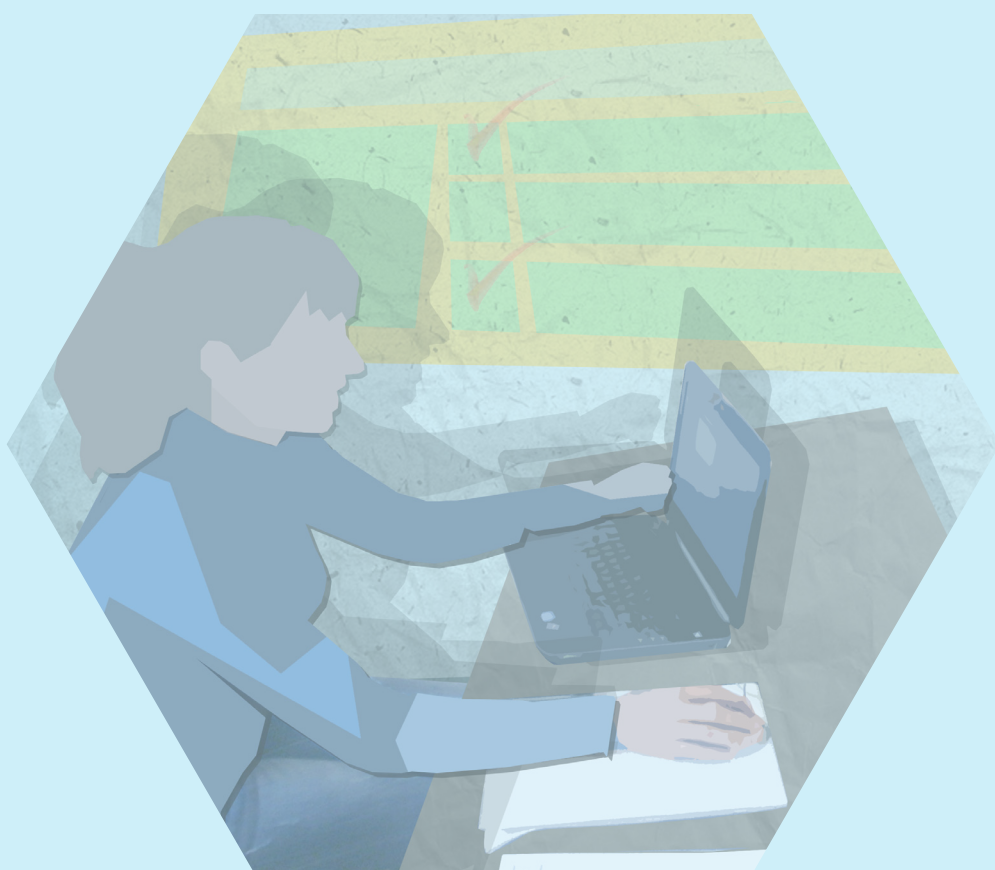
Γράφημα Β.11.2: Ποσοστό δήλωσης (%) μακροχρόνιου περιορισμού στις συνήθειες δραστηριότητες ατόμων ηλικίας ≥65 ετών ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΕΝΟΤΗΤΑ Γ



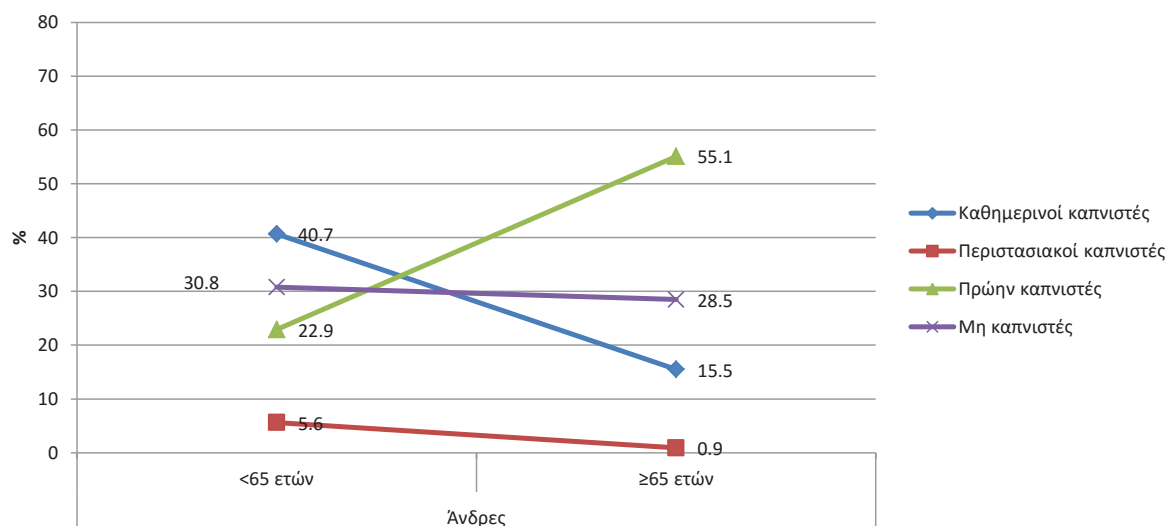
Καπνιστικές συνήθειες, σωματομετρικοί δείκτες, διατροφικές προσλήψεις και σωματική δραστηριότητα του πληθυσμού στην Ελλάδα

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται στοιχεία για τους σωματομετρικούς δείκτες και τις διατροφικές προσλήψεις του πληθυσμού όπως και για τη συχνότητα παραγόντων συμπεριφοράς οι οποίοι επίσης σχετίζονται με τον κίνδυνο νόσησης (καπνιστικές συνήθειες και περιορισμένη σωματική δραστηριότητα). Η συλλογή των στοιχείων διατροφικής πρόσληψης περιελάμβανε τη συμπλήρωση μέσω συνέντευξης δύο ανακλήσεων της διατροφικής πρόσληψης 24ώρου ανά συμμετέχοντα και ενός μη ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η καταγραφή της σωματικής δραστηριότητας και των καπνιστικών συνηθειών βασίστηκε σε σειρά ερωτήσεων σύμφωνα με τις συστάσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Αναφοράς για τη διεξαγωγή μελετών υγείας. Τέλος οι μετρήσεις των σωματομετρικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκαν από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, κατά τη βασική εξέταση των συμμετεχόντων, χρησιμοποιώντας βαθμονομημένα όργανα και βάσει των αυστηρών πρωτοκόλλων του Ευρωπαϊκού Κέντρου Αναφοράς Μελετών Υγείας.

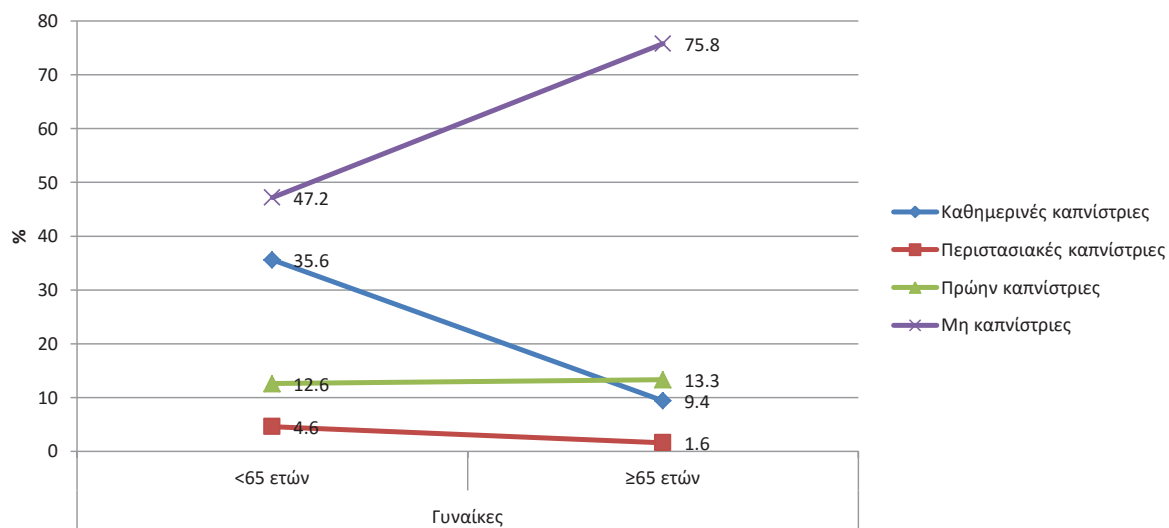
Πίνακας Γ.1: Κατανομή ατόμων (%) ανά κατηγορία καπνιστικών συνηθειών, φύλο ή ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Καπνιστικές συνήθειες				
	Καπνιστές		Πρώην καπνιστές	Μη καπνιστές
	Καθημερινά	Περιστασιακά		
Ποσοστό (%)	31.6	4.1	21.2	43.1
Φύλο				
Άνδρες	34.9	4.5	30.4	30.2
Γυναίκες	28.5	3.8	12.8	54.9
Ηλικία				
18-24 ετών	27.6	10.0	4.2	58.1
25-64 ετών	39.4	4.5	19.4	36.7
≥65 ετών	12.1	1.3	31.8	54.9

Γράφημα Γ.1.1: Κατανομή ανδρών (%) ανά καπνιστικές συνήθειες και ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

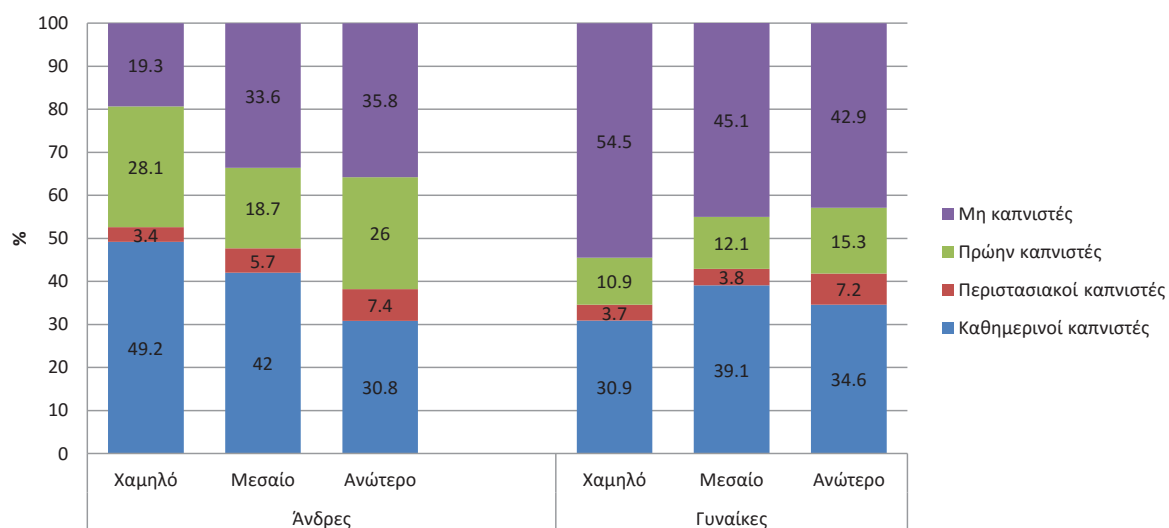


Γράφημα Γ.1.2: Κατανομή γυναικών (%) ανά καπνιστικές συνήθειες και ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

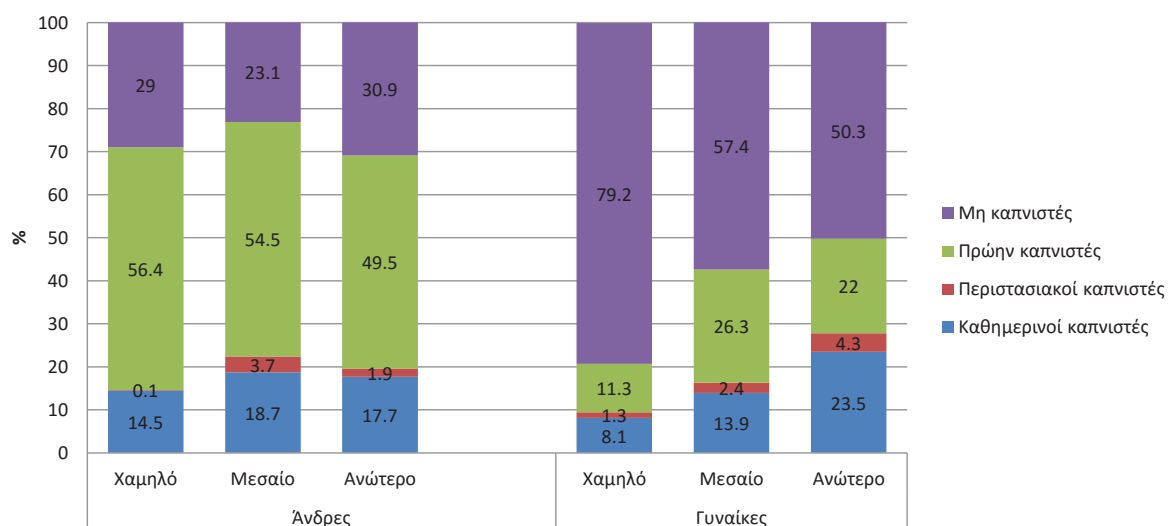


ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ,
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γράφημα Γ.1.3: Κατανομή ατόμων (%) ηλικίας <65 ετών ανά κατηγορία καπνιστικών συνηθειών, φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



Γράφημα Γ.1.4: Κατανομή ατόμων (%) ηλικίας ≥65 ετών ανά κατηγορία καπνιστικών συνηθειών, φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



Περίπου τρεις στους πέντε ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας δήλωσαν είτε ότι καπνίζουν καθημερινά (32%), ή περιστασιακά (4%), ή κάπνιζαν για τουλάχιστον ένα έτος κάποια στιγμή στη ζωή τους (21%). Οι άνδρες συνηθίζουν να καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες, μεταξύ των οποίων τουλάχιστον μία στις δύο δηλώνει μη καπνίστρια. Το υψηλότερο ποσοστό συστηματικών καπνιστών παρατηρήθηκε στις ηλικίες 25-64 ετών, όπου περίπου δύο στους πέντε συμμετέχοντες δήλωσαν ότι καπνίζουν καθημερινά. Το χαμηλότερο ποσοστό συστηματικών καπνιστών παρατηρήθηκε στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Διαφοροποιήσεις στις καπνιστικές συνήθειες ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο παρουσιάζονται στα Γραφήματα Γ.1.1 και Γ.1.2. Μεταξύ των ανδρών, οι καπνιστές υπερτερούν στις νεότερες ηλικίες και οι πρώην καπνιστές στις μεγαλύτερες. Το ποσοστό μη καπνιστών δεν διαφοροποιείται σημαντικά με την ηλικία των συμμετεχόντων. Μεταξύ των γυναικών υπερτερούν οι μη καπνίστριες και στις δύο ηλικιακές ομάδες. Το ποσοστό όμως των γυναικών που καπνίζουν καθημερινά είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των νεότερων ατόμων, αντικατοπτρίζοντας την αύξηση της συχνότητας της καπνιστικής συνήθειας μεταξύ των νέων γυναικών.

Τα ευρήματα για τη συχνότητα καπνίσματος μεταξύ ανδρών και γυναικών ανά ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολλαπλά και ενδιαφέροντα. Μεταξύ νεότερων ανδρών, η επιλογή του καπνίσματος φαίνεται να αφορά περισσότερο άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, ενώ έξι στους δέκα άνδρες ανώτερης μόρφωσης δήλωσαν πως είναι πρώην ή μη καπνιστές. Μεταξύ ανδρών προχωρημένης ηλικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκε να σχετίζεται με διαφοροποιήσεις ως προς τις καπνιστικές συνήθειες. Στην περίπτωση των γυναικών τα ευρήματα είναι ακριβώς αντίστροφα. Συγκεκριμένα, γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου είναι λιγότερο συχνά καπνίστριες ανεξαρτήτου ηλικίας και μεταξύ γυναικών 65 ετών και άνω, το ποσοστό μη καπνιστριών προσεγγίζει το 80%. Μεταξύ των γυναικών όμως ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες μάλλον βρίσκονται υψηλότερα στην κοινωνική ιεραρχία, περίπου μία στις τέσσερις καπνίζει. Βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται με σημαντική αύξηση του ποσοστού καπνιστριών σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα του προγράμματος ΥΔΡΙΑ παρέχουν ισχυρές ενδείξεις για οικονομικο-κοινωνικές διαφοροποιήσεις στις καπνιστικές συνήθειες των γυναικών και των νεότερων ανδρών.

Πίνακας Γ.2: Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (ΣΑ), διάμεσος (Q2), 1ο (Q1) και 3ο (Q3) τεταρτημόριο της κατανομής των σωματομετρικών χαρακτηριστικών ανά φύλο. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά	Άνδρες				Γυναίκες			
	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3
Δείκτης Μάζας Σώματος, ΔΜΣ (kg/m ²)	28.7 ± 5.0	25.3	28.1	31.3	28.5 ± 6.1	23.8	27.7	32.3
Περιφέρεια μέσης (cm)	99.6 ± 13.7	90.0	99.0	108.4	90.8 ± 14.9	79.0	90.3	100.2
Περιφέρεια μέσης /Περιφέρεια ισχίων	0.95 ± 0.09	0.89	0.95	1.01	0.85 ± 0.09	0.79	0.85	0.91

Πίνακας Γ.3: Κατανομή ατόμων (%) ανά κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ, Kg/m²), φύλο ή ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

	ΔΜΣ<18.5kg/m ² Λιποβαρείς	18.5≤ΔΜΣ<25 kg/m ² Κανονικοί	25≤ΔΜΣ<30 kg/m ² Υπέρβαροι	ΔΜΣ≥30 kg/m ² Παχύσαρκοι
Ποσοστό (%)	0.9	26.8	37.4	34.9
Φύλο				
Άνδρες	0.2	22.3	43.5	34.1
Γυναίκες	1.5	31.0	31.8	35.7
Ηλικία				
18-24 ετών	3.8	61.1	25.4	9.7
25-49 ετών	1.1	34.8	36.0	28.1
50-64 ετών	0.1	15.5	42.8	41.6
65-79 ετών	0.0	10.2	39.2	50.6
≥80 ετών	0.3	15.2	38.1	46.4

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογίζεται ως το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά δια του τετραγώνου του αναστήματος σε μέτρα. Πρόκειται για δείκτη ευρείας εφαρμογής σε πληθυσμιακές μελέτες για τη συγκριτική αξιολόγηση του σωματικού βάρους των ατόμων και αποτελεί τον κατ' εξοχήν χρησιμοποιούμενο δείκτη για την εκτίμηση του βαθμού παχυσαρκίας. Τα άτομα βάσει του ΔΜΣ κατατάσσονται σε τέσσερις ομάδες: α) λιποβαρή (<18.5 Kg/m²), κανονικά (18.5-24.9 Kg/m²), υπέρβαρα (25-29.9Kg/m²) και παχύσαρκα (≥30 Kg/m²). Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από το συνιστώμενο σωματικό βάρος τόσο δυσμενέστερες είναι οι επιπτώσεις στην υγεία. Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερος από τον κανονικό αυξάνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, καρδιοπάθειες, ορισμένες μορφές καρκίνου, καθώς και τη συνολική θνησιμότητα.

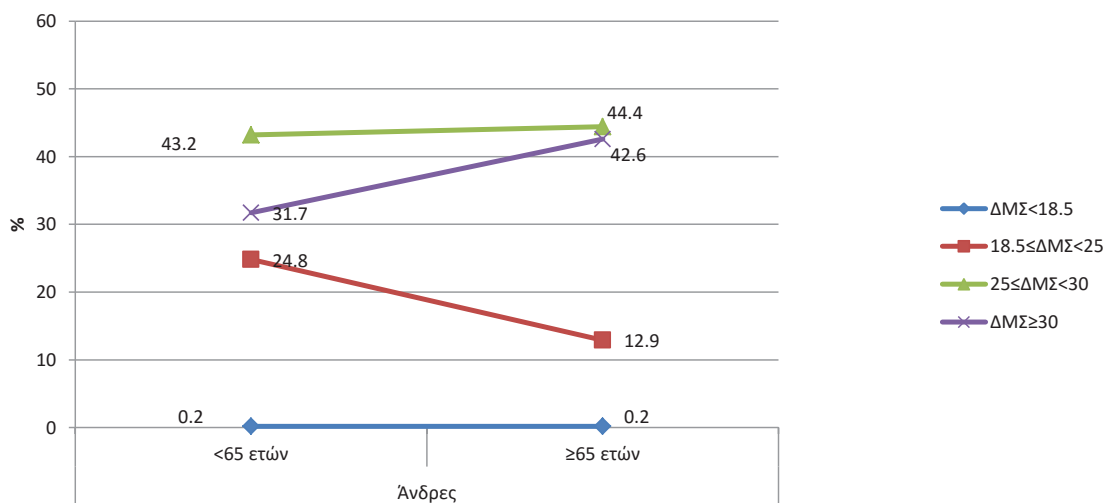
Επιπλέον του ΔΜΣ για την αξιολόγηση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν μετρήσεις περιφέρειας μέσης και ισχίων. Οι μετρήσεις έγιναν βάσει προτυποποιημένων διαδικασιών κατά τη βασική εξέταση των συμμετεχόντων στην έρευνα πεδίου. Η περιφέρεια μέσης χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης αξιολόγησης της κεντρικής (κοιλιακής) παχυσαρκίας, ενώ το πηλίκο περιφέρειας μέσης προς την περιφέρεια των ισχίων (waist to hip ratio) χρησιμοποιείται ως πρόσθετος δείκτης για την αξιολόγηση της κατανομής του σωματικού λίπους (ανδροειδής παχυσαρκία). Η κεντρική παχυσαρκία φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και διαβήτη τύπου II. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)⁴, τιμές περιφέρειας μέσης μεγαλύτερες των 94 cm (άνδρες) και των 80 cm (γυναίκες) φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μεταβολικών επιπλοκών και ο κίνδυνος αυξάνει περαιτέρω μεταξύ ατόμων με περιφέρεια μέσης μεγαλύτερη των 102 cm (άνδρες) και των 88 cm (γυναίκες). Όσον αφορά το πηλίκο περιφερειών μέσης/ισχίων, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, τιμή λόγου ίση ή μεγαλύτερη του 0.90 (άνδρες) και 0.85 (γυναίκες) φαίνεται να σχετίζεται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο μεταβολικών επιπλοκών.

Η μέση τιμή του ΔΜΣ στους ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας υποδεικνύει υπέρβαρο πληθυσμό. Επιπροσθέτως, το 50% του πληθυσμού των ανδρών έχει περιφέρεια μέσης ίση με 99.0 cm ή μεγαλύτερη, τιμές που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μεταβολικών επιπλοκών. Το 50% του πληθυσμού των γυναικών έχει τιμή περιφέρειας μέσης 90.3 cm ή και μεγαλύτερη, τιμές που επίσης θεωρούνται αυξημένες.

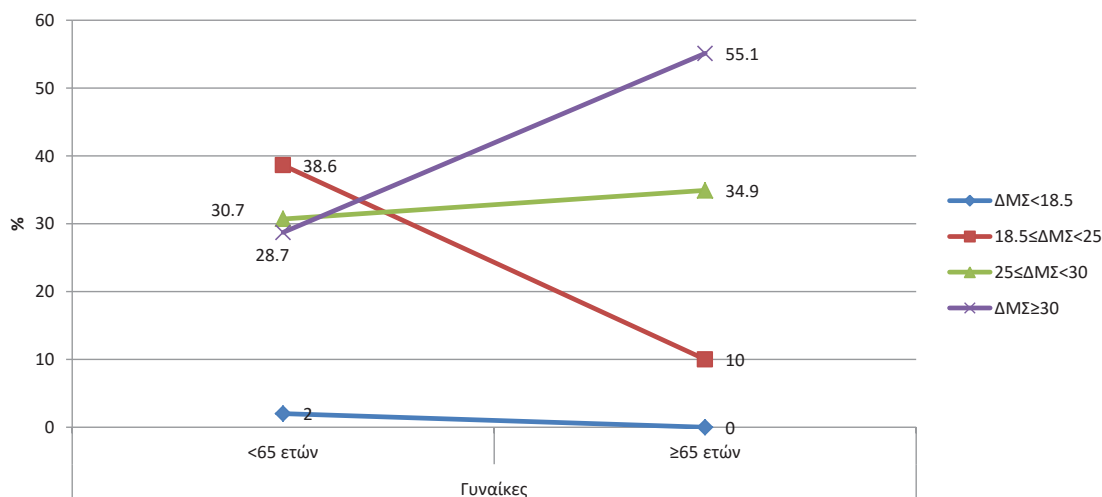
Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα Γ.3 αναδεικνύουν το πρόβλημα του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας ως μείζον θέμα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, καθώς συνολικά επτά στους δέκα ενήλικες μόνιμους κατοίκους της χώρας είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Το πρόβλημα είναι συχνότερο μεταξύ των ανδρών (78%) παρά μεταξύ των γυναικών (68%). Οι άνδρες όμως είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες είναι συχνότερα παχύσαρκες. Τιμές κανονικού ΔΜΣ παρατηρήθηκαν συχνότερα στη μικρότερη ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών, αν και ακόμα και μεταξύ των νεαρών ενηλίκων ένας στους τρεις είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Το ποσοστό ατόμων με κανονικό ΔΜΣ μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας και μέχρι τα 80 έτη. Η καταγραφείσα αύξηση του ποσοστού ατόμων με κανονικό ΔΜΣ μεταξύ ατόμων άνω των 80 ετών δεν είναι εύκολο να ερμηνευθεί και ενδέχεται να αντικατοπτρίζει τη μεγαλύτερη επιβίωση ατόμων φυσιολογικού σωματικού βάρους. Το υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων ατόμων (43%) παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα των 50-64 ετών, ενώ ένας στους δύο ενήλικες ηλικίας 65-79 ετών ήταν παχύσαρκος.

⁴. *Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1

Γράφημα Γ.3.1: Κατανομή ανδρών (%) ανά κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος και ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

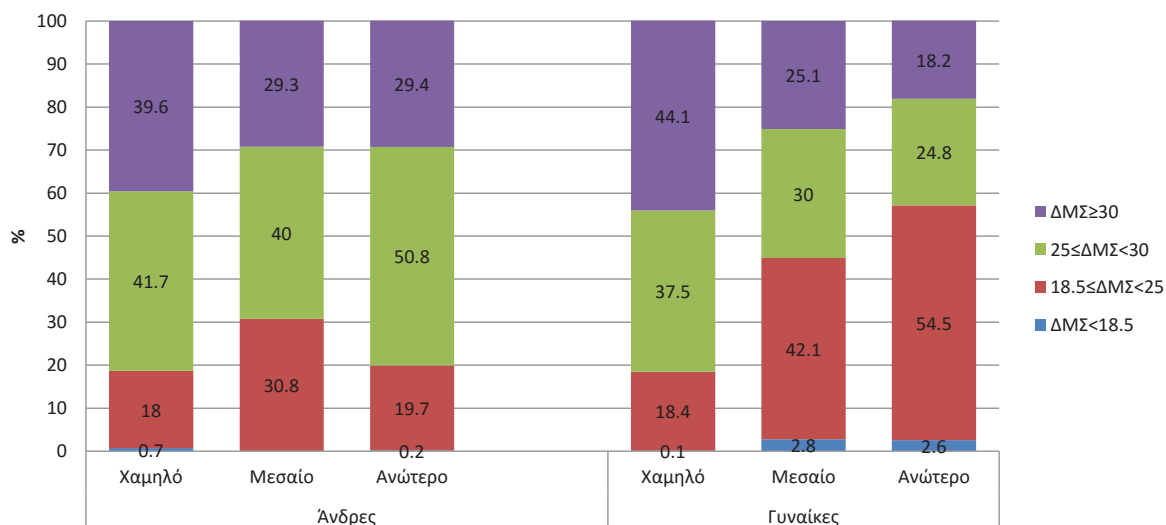


Γράφημα Γ.3.2: Κατανομή γυναικών (%) ανά κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος και ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

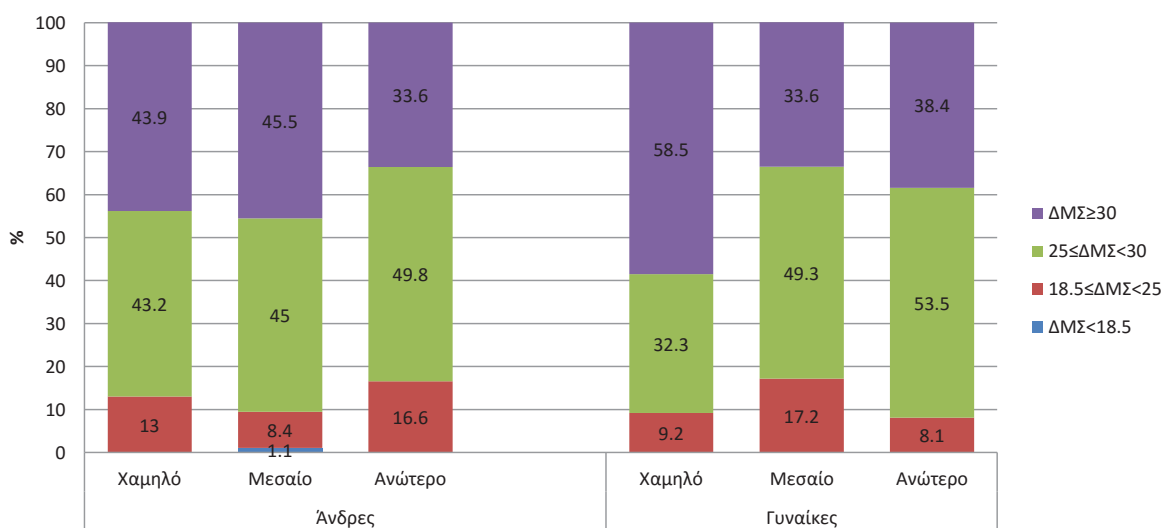


Διαφοροποιήσεις στην κατανομή των ατόμων ανά κατηγορία ΔΜΣ και ηλικιακή ομάδα παρουσιάζονται στα Γραφήματα Γ.3.1 (άνδρες) και Γ.3.2 (γυναίκες). Οι περισσότεροι άνδρες είναι υπέρβαροι ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, ενώ μετά την ηλικία των 65 ετών αυξάνεται σημαντικά και το ποσοστό των παχύσαρκων ανδρών. Μεταξύ των γυναικών, στις μικρότερες ηλικίες υπερτερούν άτομα με ΔΜΣ εντός του εύρους των συνιστώμενων τιμών. Μεταξύ γυναικών 65 ετών και άνω, όμως, το ποσοστό ατόμων με κανονικό ΔΜΣ μειώνεται δραματικά και αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό παχύσαρκων γυναικών και σε μικρότερο βαθμό το ποσοστό υπέρβαρων.

Γράφημα Γ.3.3: Κατανομή ατόμων (%) ηλικίας <65 ετών ανά φύλο, κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και επιπέδου εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



Γράφημα Γ.3.4: Κατανομή ατόμων (%) ηλικίας ≥65 ετών ανά φύλο, κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και επιπέδου εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).



Τα Γραφήματα Γ.3.3 (άτομα <65 ετών) και Γ.3.4 (άτομα ≥65 ετών) παρουσιάζουν την κατανομή των ατόμων ανά φύλο, κατηγορία ΔΜΣ και επιπέδου εκπαίδευσης. Οκτώ στους δέκα άνδρες ηλικίας έως 65 ετών, χαμηλού ή ανώτερου μορφωτικού επιπέδου είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Αλλά οι περισσότεροι μορφωμένοι είναι συχνότερα υπέρβαροι παρά παχύσαρκοι, ενώ οι άνδρες χαμηλής εκπαίδευσης, και πιθανόν χαμηλότερης οικονομικο-κοινωνικής κατάστασης, είναι σχεδόν εξίσου συχνά υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Στις γυναίκες μέχρι 65 ετών, η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζεται με φυσιολογικές τιμές ΔΜΣ. Συγκεκριμένα, οι νεότερες γυναίκες ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ σε ποσοστό σχεδόν τριπλάσιο αυτού μεταξύ των γυναικών χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Το ποσοστό ατόμων με τιμές ΔΜΣ εντός των συνιστώμενων ορίων μειώνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Άνδρες και γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και ο κίνδυνος φαίνεται να είναι ανεξάρτητος του επιπέδου εκπαίδευσης των ατόμων.

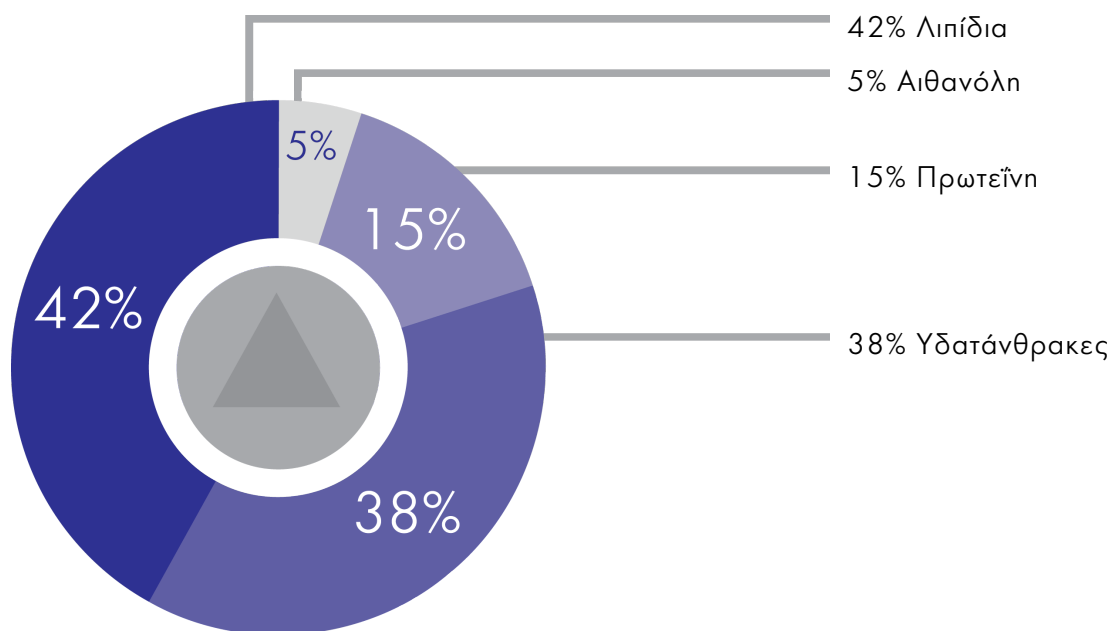
Η συλλογή των στοιχείων διατροφικής πρόσληψης περιελάμβανε τη συμπλήρωση, μέσω συνέντευξης, δύο ανακλήσεων 24ώρου (24-hour dietary recalls) ανά συμμετέχοντα και ενός μη ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (food propensity questionnaire). Η μέθοδος της ανάκλησης 24ώρου επιτρέπει την πλήρη και λεπτομερή καταγραφή των τροφίμων και ποτών που καταναλώνονται μία συγκεκριμένη ημέρα και αποτελεί την ενδεικνυόμενη μέθοδο για την αξιολόγηση της διατροφικής πρόσληψης πληθυσμών. Αν και η συλλογή δύο ανακλήσεων ανά άτομο επιτρέπει τον υπολογισμό της μέσης ημερήσιας διατροφικής πρόσληψης, δεν επαρκεί για την εκτίμηση της κατανομής της συνήθους ημερήσιας πρόσληψης. Ο υπολογισμός της μέσης πρόσληψης είναι απαραίτητος για την κατανόηση των διατροφικών συνθηκών του πληθυσμού, αλλά η εκτίμηση χαρακτηριστικών της κατανομής της πρόσληψης επιτρέπει την αξιολόγηση της διατροφικής του κατάστασης, καθώς αναδεικνύονται διατροφικές εκτροπές λόγω χαμηλών ή υψηλών καταναλώσεων. Για την εκτίμηση της κατανομής της διατροφικής πρόσληψης, τα στοιχεία των δύο ανακλήσεων 24ώρου μπορούν να συνδυαστούν με το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, στο οποίο καταγράφονται οι συνήθειες διατροφικές επιλογές και προτιμήσεις του ατόμου.

Ακολουθούν αποτελέσματα του Προγράμματος ΥΔΡΙΑ για την ημερήσια κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, την πρόσληψη αιθανόλης και την εκατοστιαία συνεισφορά μακρο-θρεπτικών συστατικών στην ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη. Για τον υπολογισμό των τιμών διατροφικής πρόσληψης συνεκτιμήθηκαν τα στοιχεία των δύο ανακλήσεων 24ώρου και του ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και εφαρμόστηκαν παράγοντες διόρθωσης λόγω ενδοατομικής μεταβλητότητας. Σημειώνεται επίσης πως οι τιμές της ημερήσιας πρόσληψης φρούτων, λαχανικών και αιθανόλης αφορούν τα αδρά στοιχεία πριν την θεώρηση διαφοροποιήσεων στη συνολική ενεργειακή πρόσληψη των ατόμων (energy-adjustment).

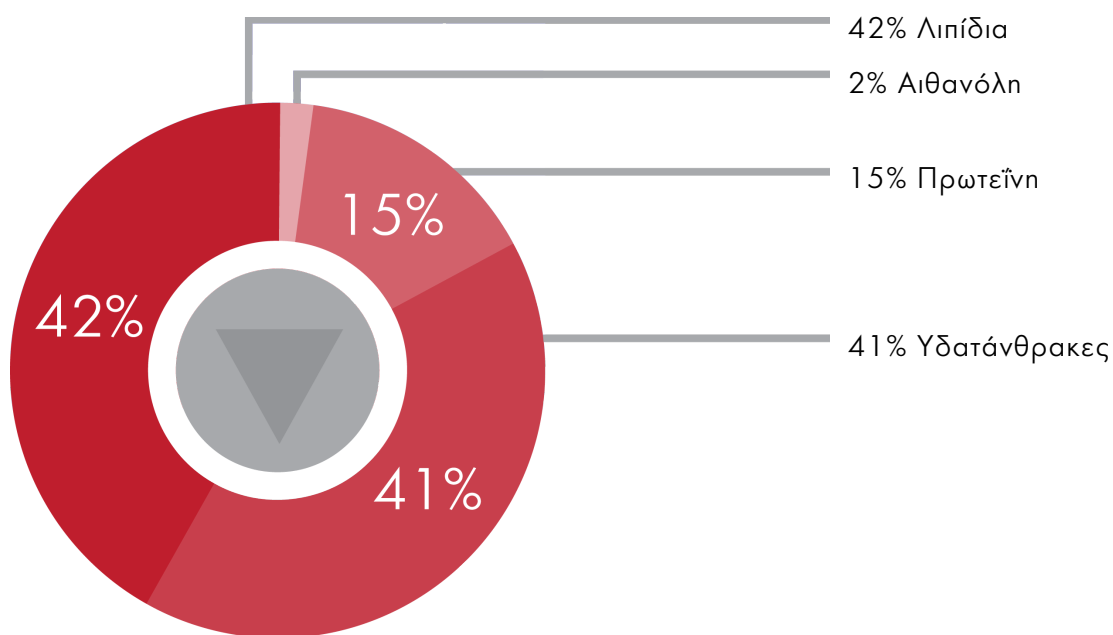
Πίνακας Γ.4: Κατανομή (μέση τιμή, και 5ο, 25ο, 50ο-διάμεσος, 75ο και 95ο εκατοστημόριο) συνήθους πρόσληψης φρούτων, λαχανικών και αιθανόλης (g/ημέρα), συνολικά και ανά φύλο. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

Πρόσληψη, g/ημέρα	Μέση τιμή	P5	P25	Διάμεσος	P75	P95
Φρούτα						
Σύνολο	117	4	28	82	173	344
Άνδρες	111	3	23	73	165	347
Γυναίκες	121	5	34	90	179	342
Λαχανικά						
Σύνολο	188	71	127	177	237	341
Άνδρες	212	88	149	202	264	371
Γυναίκες	166	62	112	157	209	300
Αιθανόλη						
Σύνολο	9.9	0.1	0.9	4.0	13.2	38.2
Άνδρες	16.0	0.4	3.4	10.5	22.4	49.8
Γυναίκες	4.2	0.1	0.4	1.5	5.0	17.8

Γράφημα Γ.4.1: Συνεισφορά (%) των μακρο-θρεπτικών συστατικών επί του συνόλου των ημερήσια προσλαμβανόμενων θερμίδων μεταξύ των ΑΝΔΡΩΝ.



Γράφημα Γ.4.2: Συνεισφορά (%) των μακρο-θρεπτικών συστατικών επί του συνόλου των ημερήσια προσλαμβανόμενων θερμίδων μεταξύ των ΓΥΝΑΙΚΩΝ.



Η μέση κατανάλωση λαχανικών και φρούτων στην Ελλάδα έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες και πλέον είναι χαμηλότερη των διεθνών συστάσεων. Λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις του ΠΟΥ (κατανάλωση μεγαλύτερη από 400 γραμμάρια λαχανικών και φρούτων ανά ημέρα για μείωση του κινδύνου χρόνιων νοσημάτων)⁵ μόνο το 25% του ενήλικου πληθυσμού της χώρας φαίνεται να προσλαμβάνει επαρκείς ποσότητες. Λαμβάνοντας υπόψη τη φυσιολογικά μεγαλύτερη μέση πρόσληψη τροφής, οι άνδρες φαίνεται να προτιμούν την κατανάλωση λαχανικών παρά φρούτων και οι γυναίκες να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα από τους άνδρες. Η διάμεσος τιμή της κατανάλωσης λαχανικών (177 g/ημέρα) προσεγγίζει την αντίστοιχη μέση τιμή, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι Έλληνες καταναλώνουν λαχανικά συστηματικά και χωρίς σημαντικές αποκλίσεις στις ημερήσιες προσλήψεις τους (δηλαδή είτε πολλές μηδενικές ή πολλές ακραία υψηλές προσλήψεις). Η πρόσληψη μακρο-θρεπτικών συστατικών δεν διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η χαμηλότερη πρόσληψη αιθανόλης μεταξύ των γυναικών εξισορροπείται από μεγαλύτερη ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων από τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

⁵. Ιστότοπος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

Πίνακας Γ.5: Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (ΣΑ), διάμεσος (Q2), 1ο (Q1) και 3ο (Q3) τεταρτημόριο της συνολικής ημερήσιας δαπάνης ενέργειας μέσω σωματικών δραστηριοτήτων (MET-ώρες/ημέρα)* ανά φύλο ή ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

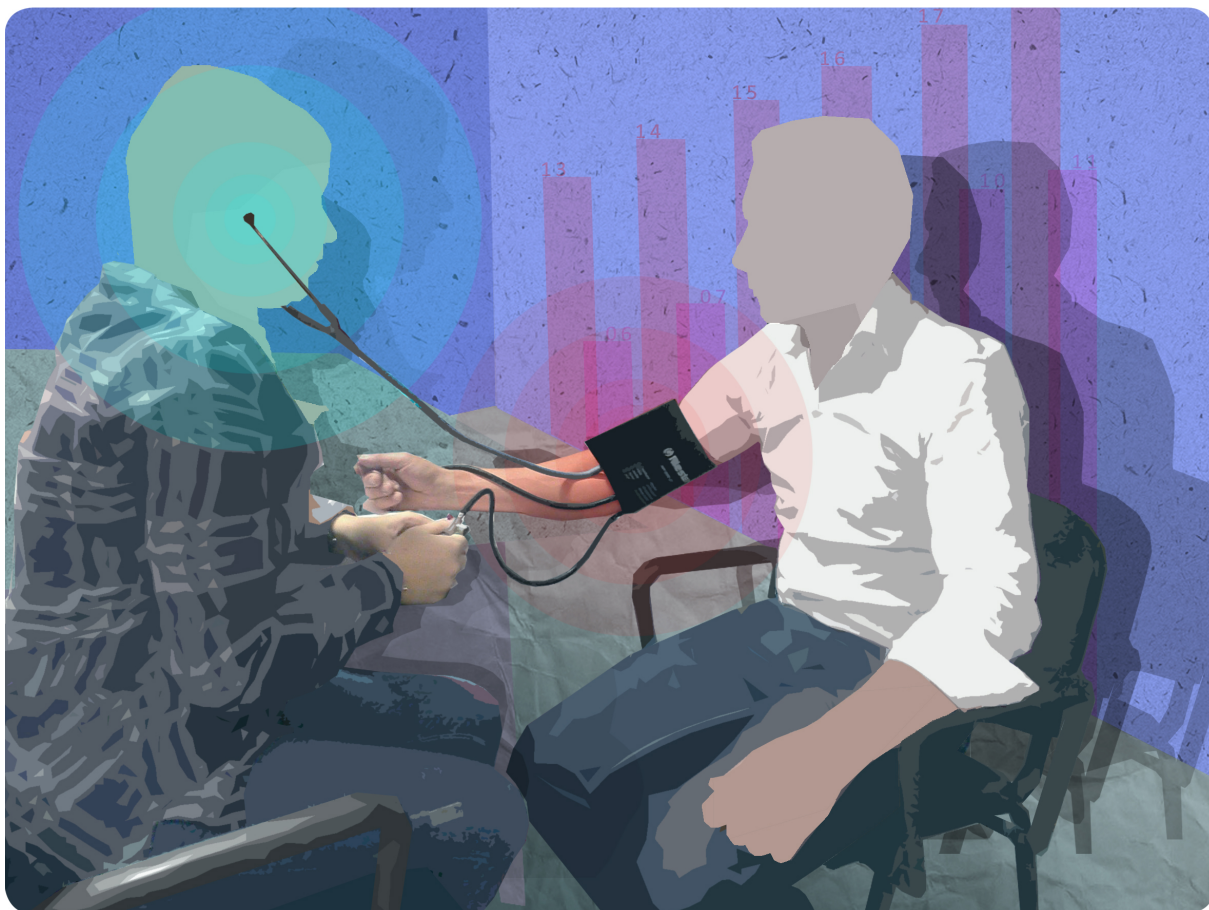
	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3
Σύνολο	44.0 ± 9.6	37.3	42.1	48.1
Φύλο				
Άνδρες	43.9 ± 11.1	36.3	41.3	48.3
Γυναίκες	44.0 ± 8.0	38.4	42.8	48.0
Ηλικία				
18-24 ετών	41.5 ± 8.5	34.9	39.9	45.5
25-64 ετών	45.6 ± 10.1	38.7	43.7	49.9
≥65 ετών	40.4 ± 7.2	35.7	39.5	44.2

Στον πίνακα Γ.5 παρουσιάζεται η ημερήσια ενεργειακή κατανάλωση των ατόμων εκφρασμένη σε μεταβολικά ισοδύναμα (Metabolic Equivalents of Tasks, MET⁶). Το μεταβολικό ισοδύναμο αποτελεί μονάδα μέτρησης της έντασης σωματικών δραστηριοτήτων και εκφράζει το λόγο του ενεργειακού κόστους μίας συγκεκριμένης δραστηριότητας προς το ρυθμό μεταβολισμού ανάπαυσης (Resting Metabolic Rate). Το 1 MET αντιστοιχεί στην ενέργεια που καταναλώνει ένα άτομο σε κατάσταση ανάπαυσης και ισούται με 3.5 ml O₂ ανά λεπτό και κιλό σωματικού βάρους ή 1 kcal ανά ώρα και κιλό σωματικού βάρους. Οι τιμές μεταβολικών ισοδυνάμων ανά ημέρα (MET-ώρες/ημέρα) αποτελούν δείκτη των ενεργειακών δαπανών κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου και επιτρέπουν την αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας των ατόμων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ΥΔΡΙΑ η μέση δαπάνη ενέργειας ανά 24ώρο δεν διαφοροποιείται σημαντικά στα δύο φύλα. Αντίθετα, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται ανά ηλικιακή ομάδα.

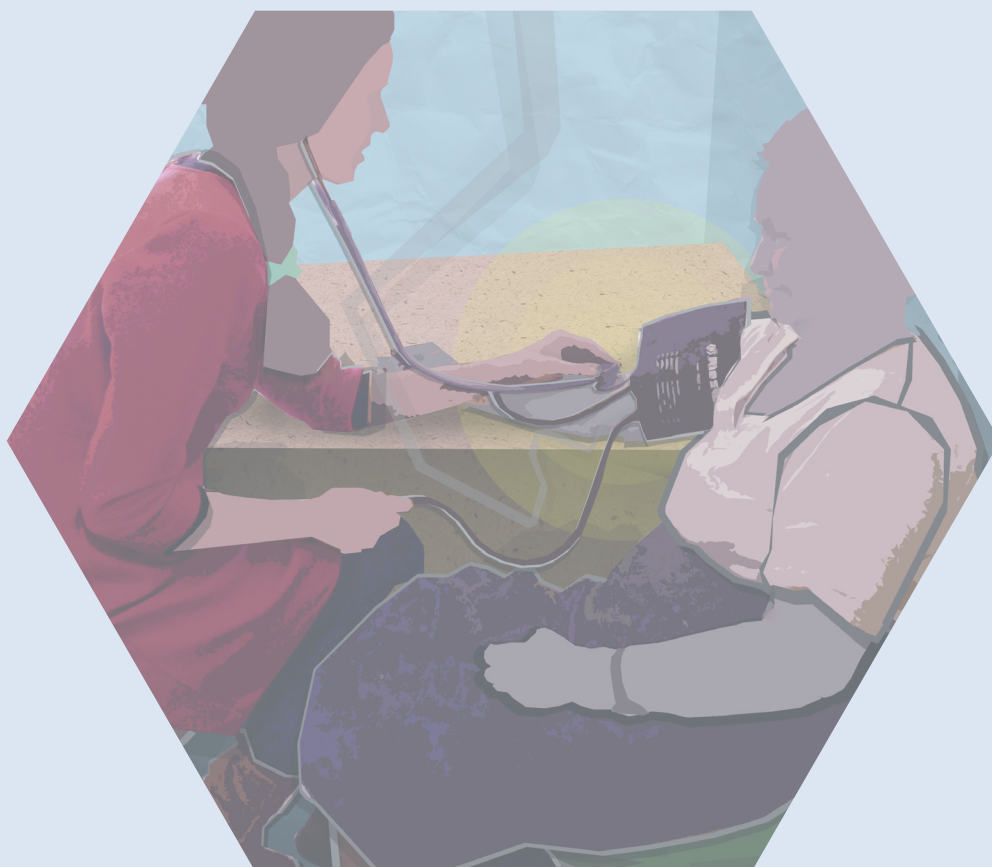
*. Ο υπολογισμός βασίστηκε στο *Compendium of Physical Activity, 2011* (Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett Jr DR, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 *Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2011;43(8):1575-1581).

⁶. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, et al. 2011 *Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(8):1575-81.

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ,
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΕΝΟΤΗΤΑ Δ



Αντιπροσωπευτικές τιμές αρτηριακής πίεσης, καρδιακής συχνότητας και επιπέδων βιοχημικών δεικτών στον πληθυσμό της Ελλάδας

Κατά τη βασική εξέταση των συμμετεχόντων του προγράμματος ΥΔΡΙΑ πραγματοποιήθηκε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας και λήψη δείγματος αίματος σύμφωνα με προτυποποιημένες διαδικασίες και από κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς. Στο δείγμα αίματος προσδιορίστηκαν, μεταξύ άλλων, τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (GHbA1c), ολικής και HDL (High Density Lipoprotein) χοληστερόλης.

Πίνακας Δ.1: Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (ΣΑ), διάμεσος (Q2), 1ο (Q1) και 3ο (Q3) τεταρτημόριο της κατανομής των επιπέδων αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

Αρτηριακή πίεση	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	124 ± 17	112	122	133
Διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	77 ± 11	69	77	84
Μέτρηση της καρδιακής συχνότητας (παλμοί/λεπτό)	70 ± 10	63	69	75

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο ιατρός πραγματοποιούσε τρεις μετρήσεις των επιπέδων αρτηριακής πίεσης των συμμετεχόντων με υδραργυρικό πιεσόμετρο και με χρονικό διάστημα ενός λεπτού μεταξύ των μετρήσεων. Τα επίπεδα συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης ανά άτομο καθορίστηκαν από το μέσο όρο των τριών μετρήσεων. Αντίστοιχα η καρδιακή συχνότητα μετρήθηκε στην κερκιδική αρτηρία, άπαξ ανά άτομο και σε χρονικό διάστημα ενός λεπτού.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών επιστημονικών εταιρειών⁷, τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης ίσες ή μεγαλύτερες των 140 mmHg και διαστολικής αρτηριακής πίεσης ίσες ή μεγαλύτερες των 90 mmHg υποδεικνύουν την παρουσία υπέρτασης. Επίσης, 60-100 καρδιακοί παλμοί ανά λεπτό θεωρούνται φυσιολογικοί⁸.

Η μέση και η διάμεσος τιμή συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης σε δείγμα αντιπροσωπευτικό των ενήλικων μόνιμων κατοίκων της χώρας βρίσκεται εντός του εύρους των φυσιολογικών ή οριακά φυσιολογικών τιμών, σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες. Επίσης, τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης του 75% του πληθυσμού της χώρας χαρακτηρίζονται ως ιδανικά, φυσιολογικά ή οριακά φυσιολογικά.

Για την αξιολόγηση των τιμών αρτηριακής πίεσης, παρατίθενται στη συνέχεια δείκτες επιπολασμού υπέρτασης ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Η παρουσία ενδείξεων υπέρτασης διαπιστώθηκε βάσει της παρουσίας τουλάχιστον ενός εκ των ακόλουθων τριών κριτηρίων: (α) δήλωση ιατρικής διάγνωσης της νόσου (β) λήψη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής (γ) αυξημένη μέση τιμή αρτηριακής πίεσης μετά από τρεις μετρήσεις, συγκεκριμένα συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 140 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση ≥ 90 mmHg.

⁷. Mancina G., Fagard R., et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) *European Heart Journal*. 2013;34:2159–2219

⁸. American Heart Association. Target Heart Rates http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/FitnessBasics/Target-Heart-Rates_UCM_434341_Article.jsp

Πίνακας Δ.2: Επιπολασμός (%) ενδείξεων υπέρτασης* ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Συνολικός επιπολασμός	45.8	37.9	41.7
Ηλικία			
18-24 ετών	8.6	1.1	4.8
25-64 ετών	38.2	23.8	30.9
≥65 ετών	82.4	83.3	82.9
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	48.2	39.7	43.5
Μεσαίο	29.2	15.6	22.6
Ανώτερο	33.6	10.6	22.1
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	83.8	85.7	85.0
Μεσαίο	75.6	71.7	73.8
Ανώτερο	81.4	60.7	75.7

Περίπου δύο στους πέντε ενήλικες μόνιμους κατοίκους της χώρας φέρουν ενδείξεις υπέρτασης καθώς ανέφεραν είτε ότι έχει προηγηθεί διάγνωση της νόσου ή/και ότι λαμβάνουν σχετική φαρμακευτική αγωγή ή/και βρέθηκαν να έχουν αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης κατά την βασική εξέταση. Οι ενδείξεις υπέρτασης ήταν συχνότερες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ο επιπολασμός της υπέρτασης βρέθηκε να αυξάνεται δραματικά με την ηλικία και μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω περίπου τέσσερις στους πέντε φέρουν ενδείξεις της νόσου. Με εξαίρεση τους άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών, η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης των γυναικών και των νεότερων ανδρών βρέθηκε να σχετίζεται με σημαντική μείωση του επιπολασμού της υπέρτασης.

* Η παρουσία ενδείξεων υπέρτασης διαπιστώθηκε βάσει της παρουσίας τουλάχιστον ενός εκ των ακόλουθων κριτηρίων: (α) δήλωση ιατρικής διάγνωσης της νόσου (β) λήψη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής (γ) αυξημένη μέση τιμή αρτηριακής πίεσης μετά από τρεις μετρήσεις, συγκεκριμένα συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 140 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση ≥ 90 mmHg.

Πίνακας Δ.3: Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (ΣΑ), διάμεσος (Q2), 1ο (Q1) και 3ο (Q3) τεταρτημόριο της κατανομής των επιπέδων ολικής και HDL* χοληστερόλης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

Λιπίδια αίματος	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3
Ολική χοληστερόλη ορού (mg/dl)	195.4 ± 39.2	168	193	221
HDL χοληστερόλη (mg/dl)	58.1 ± 15.6	47	57	68

* HDL: High Density Lipoprotein

Τα επίπεδα της ολικής και HDL-χοληστερόλης («καλής» χοληστερόλης) του αίματος αποτελούν δείκτη κινδύνου εμφάνισης αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειακή νόσος). Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και χαμηλότερα τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης στο αίμα τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου. Σημειώνεται επίσης ότι τα υψηλά επίπεδα της HDL-χοληστερόλης δρουν προστατευτικά.

Σύμφωνα με τις τρέχουσες συστάσεις για ενήλικες⁹, επιθυμητές θεωρούνται τιμές ολικής χοληστερόλης <200 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 200 και 239 mg/dl και υψηλές θεωρούνται τιμές ≥240 mg/dl. Για την HDL-χοληστερόλη, τιμή <40 mg /dl θεωρείται χαμηλή και τιμή ≥60mg/dl θεωρείται υψηλή (δηλαδή επιθυμητή). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος ΥΔΡΙΑ, το 75% του πληθυσμού παρουσιάζει τιμές ολικής χοληστερόλης ορού μικρότερες από 221 mg/dl, δηλαδή τιμές περιεκτικότητας που θεωρούνται επιθυμητές ή οριακά υψηλές. Ικανοποιητική χαρακτηρίζεται επίσης και η μέση τιμή των επιπέδων της HDL-χοληστερόλης, αν και το 50% του πληθυσμού φέρει τιμές HDL-χοληστερόλης ορού μικρότερες των συνιστώμενων 60mg/dl.

⁹. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. Circulation. 2002;106:3143

Πίνακας Δ.4: Επιπολασμός (%) υπερχοληστερολαιμίας* ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Συνολικός επιπολασμός	13.9	13.0	13.4
Ηλικία			
18-24 ετών	2.3	0.4	1.4
25-64 ετών	16.4	14.5	15.5
≥65 ετών	10.6	13.1	12.0
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	21.7	21.0	21.4
Μεσαίο	13.3	10.3	11.9
Ανώτερο	11.5	8.6	10.1
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	10.6	12.1	11.5
Μεσαίο	12.9	18.2	15.4
Ανώτερο	8.2	19.6	11.3

* Τιμές ολικής χοληστερόλης ορού ≥ 240 mg/dl.

Στον πίνακα Δ.4 παρουσιάζεται το ποσοστό ατόμων με τιμή ολικής χοληστερόλης ορού μεγαλύτερη από ή ίση με 240 mg/dl, βάσει εργαστηριακών αναλύσεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα αίματος το οποίο ελήφθη την ημέρα της βασικής εξέτασης των συμμετεχόντων. Το 13% του πληθυσμού έχει αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης ορού, χωρίς όμως οι τιμές να διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων. Το υψηλότερο ποσοστό ατόμων με ένδειξη υπερχοληστερολαιμίας παρατηρήθηκε στις ηλικίες 25-64 ετών και στα δύο φύλα. Μεταξύ ανδρών και γυναικών έως 65 ετών, το ποσοστό υπερχοληστερολαιμικών μειώνεται με τη βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης, ενώ μεταξύ ατόμων μεγαλύτερων ηλικιών το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τον επιπολασμό υπερχοληστερολαιμίας.

Πίνακας Δ.5: Επιπολασμός (%) χαμηλών επιπέδων HDL χοληστερόλης* ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Συνολικός επιπολασμός	16.0	3.8	9.7
Ηλικία			
18-24 ετών	7.3	2.2	4.8
25-64 ετών	17.4	4.4	10.9
≥65 ετών	15.1	2.6	8.1
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Άτομα ηλικίας <65 ετών			
Χαμηλό	20.5	4.6	11.7
Μεσαίο	14.1	4.9	9.7
Ανώτερο	16.6	2.5	9.5
Άτομα ηλικίας ≥65 ετών			
Χαμηλό	17.5	2.8	8.6
Μεσαίο	12.8	0.9	7.2
Ανώτερο	5.9	3.1	5.2

* Τιμές HDL-χοληστερόλης ορού <40 mg/dl.

Περίπου ένας στους δέκα μόνιμους κατοίκους της χώρας έχει τιμές HDL-χοληστερόλης ορού μικρότερες από 40 mg/dl, βάσει εργαστηριακών αναλύσεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα αίματος το οποίο ελήφθη την ημέρα της βασικής εξέτασης. Το ποσοστό ατόμων με χαμηλές τιμές HDL-χοληστερόλης ορού είναι σαφώς μεγαλύτερο μεταξύ των ανδρών έναντι των γυναικών. Μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιών, το υψηλότερο ποσοστό ανδρών και γυναικών με χαμηλά επίπεδα HDL-χοληστερόλης παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα 25-64 ετών. Τέλος, τα χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης δε φαίνεται να σχετίζονται γενικά με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Πίνακας Δ.6: Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (ΣΑ), διάμεσος (Q2), 1ο (Q1) και 3ο (Q3) τεταρτημόριο της κατανομής των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (GHbA1c). Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα).

	Μέση τιμή ± ΣΑ	Q1	Διάμεσος	Q3
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, GHbA1c (%)	5.3 ± 0.7	4.9	5.2	5.5

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αποτελεί έγκυρο δείκτη ελέγχου της παρουσίας σακχαρώδη διαβήτη, καθώς αντικατοπτρίζει τη μέση τιμή των επιπέδων γλυκαιμίας του προηγούμενου χρονικού διαστήματος και για τον προσδιορισμό της δεν απαιτείται δείγμα νηστείας. Το εύρος των φυσιολογικών τιμών κυμαίνεται μεταξύ 4% και 6%. Σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες¹⁰, τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης $\geq 6.5\%$ θεωρείται κριτήριο για την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος ΥΔΡΙΑ, η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους ενήλικες μόνιμους κατοίκους της χώρας, είναι εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών. Επισημαίνεται όμως ότι η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τον επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη στον πληθυσμό απαιτεί τη συνεκτίμηση επιπρόσθετων στοιχείων.



¹⁰. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2015. *Diabetes Care* 2015;38(suppl 1):S1-S93.
International Diabetes Federation Guideline Development Group Global guideline for type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;104:1–52.
World Health Organization (WHO), Abbreviated report of a WHO consultation. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. 2011

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε



Φαρμακοληψία

.....

Στην κατά πρόσωπο συνέντευξη οι συμμετέχοντες καλούνταν να δηλώσουν όλα τα φάρμακα και διατροφικά συμπληρώματα που λάμβαναν συστηματικά, όπως και αυτά που είχαν λάβει ειδικά την τελευταία εβδομάδα και το τελευταίο 24ωρο. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες καλούνταν την ημέρα της εξέτασης να έχουν μαζί τους τις συσκευασίες των φαρμάκων που ελάμβαναν συστηματικά.

Οι κατηγορίες φαρμάκων οι οποίες δηλώθηκαν από τους συμμετέχοντες παρουσιάζονται στο Πίνακα Ε.1. Η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων βασίστηκε στο σύστημα ταξινόμησης Anatomical Therapeutic Classification system (ATC), το οποίο έχει προταθεί από τον ΠΟΥ και έχει υιοθετηθεί και από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Στον πίνακα Ε.1 παρατίθενται με φθίνουσα σειρά (από το μεγαλύτερο στο μικρότερο) τα ποσοστά των ατόμων που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή διάφορων κατηγοριών. Η πλειοψηφία των ενήλικων ατόμων (περίπου ένας στους τέσσερις), μόνιμων κατοίκων της Ελλάδας, λαμβάνει φάρμακα για την θεραπεία της υπέρτασης. Ακολουθούν τα φάρμακα για τη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα (λαμβάνονται από έναν στους πέντε), για τη θεραπεία του θυρεοειδούς, την αντιμετώπιση θρομβώσεων και το σακχαρώδη διαβήτη (περίπου ένας στους δέκα και στις τρεις περιπτώσεις). Αντικαταθλιπτικά φάρμακα λαμβάνονται από το 5% του πληθυσμού. Περίπου 5% του πληθυσμού δήλωσε επίσης ότι λαμβάνει αγχολυτικά φάρμακα.

Πίνακας Ε.1: Ποσοστό (%) ατόμων που αναφέρουν λήψη φαρμάκων διαφόρων κατηγοριών. Αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα (σταθμισμένα ποσοστά).

Κατηγορία φαρμάκων	%
Φάρμακα για τη θεραπεία της υπέρτασης ^α	27.1
Φάρμακα για τη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα	20.5
Φάρμακα για τη θεραπεία του θυρεοειδούς	12.3
Αντιθρομβωτικοί παράγοντες	12.3
Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στον σακχαρώδη διαβήτη	8.5
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και αντιρρευματικά φάρμακα	8.3
Αντικαταθλιπτικά	4.8
Αγχολυτικά	4.6
Φάρμακα κατά της αναιμίας (δεν συμπεριλαμβάνονται τα συμπληρώματα διατροφής)	3.7
Φάρμακα για τις αποφρακτικές παθήσεις των αεροφόρων οδών	3.6
Φάρμακα για τη θεραπεία των καρδιακών παθήσεων ^β	3.2
Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στην καλοήγη υπερτροφία του προστάτη	3.0
Φάρμακα με δράση στον μεταβολισμό των οστών	2.7
Φάρμακα κατά της ουρικής αρθρίτιδας	2.6
Αντιισταμινικά για συστηματική χρήση	2.4
Αντιεπιληπτικά	2.1
Κορτικοστεροειδή για συστηματική χρήση	1.3
Αντινεοπλασματικοί και ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες	1.3
Αντιψυχωσικά	1.0
Ορμόνες του φύλου και τροποποιητικά με δράση στο γεννητικό σύστημα	0.9
Υπνωτικά και ηρεμιστικά	0.8
Φάρμακα κατά της άνοιας	0.8
Αντιπαρκινσονικά	0.4

^α. Συμπεριλαμβάνονται τα αντιυπερτασικά φάρμακα, διουρητικά φάρμακα, αποκλειστές των β-αδρενεργικών υποδοχέων, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου και αντιυπερτασικοί παράγοντες δρώντες στο σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης.

^β. Συμπεριλαμβάνονται γλυκοσίδες δακτυλίτιδας, αντιαρρυθμικά, καρδιοτονωτικά και αγγειοδιασταλτικά φάρμακα.

Συμπεράσματα και προτάσεις μέτρων πολιτικής

Σκοπός της ιατρικής (προληπτικής και θεραπευτικής) είναι η μεγιστοποίηση της ποιοτικά σταθμισμένης διάρκειας ζωής του ατόμου. Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ επέτρεψε την καταγραφή των δεικτών υγείας αντιπροσωπευτικού δείγματος του ενήλικου πληθυσμού της χώρας και την αποτύπωση της στάθμης παραγόντων κινδύνου με στόχο την επισήμανση προβλημάτων με σημαντική προγνωστική αξία για τη μελλοντική υγεία των κατοίκων της χώρας.

Από τα στοιχεία του προγράμματος ΥΔΡΙΑ προκύπτει ότι η υγεία των Ελληνίδων και των Ελλήνων τείνει να υποβαθμιστεί εξαιτίας της καπνισματικής επιδημίας που συνεχίζει να πλήττει τον πληθυσμό, τον υψηλό και αυξανόμενο επιπολασμό της παχυσαρκίας, την προοδευτική εγκατάλειψη της σωματικής άσκησης, τον ανεπαρκή έλεγχο της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη και την προοδευτική απομάκρυνση από την παραδοσιακή Ελληνική διατροφή.

Τα προβλήματα της ανθρώπινης συμπεριφοράς βρίσκονται στο επίκεντρο της σύγχρονης προληπτικής ιατρικής. Είναι δύσκολο να ερμηνευτεί πώς μορφωμένοι και ορθολογικά σκεπτόμενοι άνθρωποι μπορεί να καπνίζουν συστηματικά, να αποφεύγουν οποιαδήποτε μορφή άσκησης και να αποδέχονται τη σύνδεσή τους με την ανθυγιεινή παχυσαρκία.

Οι επιλογές στην πολιτική υγείας προσανατολίζονται, κατά κανόνα, σε θεραπευτικά μέτρα και τις αντίστοιχες αναγκαίες υποδομές. Μέτρα και διαδικασίες όμως, που επικεντρώνονται στους τομείς που αφορούν στην πρόληψη θα επηρεάσουν περισσότερο τους δείκτες υγείας από ότι επενδύσεις σε υψηλή τεχνολογία, που είναι βέβαια και εκείνη επιθυμητή.

Η προσέγγιση θα πρέπει να είναι τόσο μεσοπρόθεσμη όσο και μακροπρόθεσμη, και να βασίζεται στη συστηματική αποτύπωση του προβλήματος, στην ιεράρχηση των εναλλακτικών ή συμπληρωματικών δυνητικών παρεμβάσεων και στη διαμόρφωση των προϋποθέσεων για την αξιολόγησή τους. Ενδεικτικά μπορεί να περιλαμβάνει τους παρακάτω άξονες δράσεις:

(α) Ενημέρωση και εκπαίδευση, με τη διαμόρφωση τηλεοπτικών βραχυχρόνιων μηνυμάτων (spot), ειδικών θεματικών ενοτήτων σε τηλεοπτικές εκπομπές και την εφαρμογή σχεδίων ολοκληρωμένης παρέμβασης με στόχο την ενεργοποίηση της κοινότητας, με σημείο αναφοράς τα σχολεία.

(β) Πρόληψη εκτροπών, μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων απευθυνόμενα στους επαγγελματίες υγείας και τη συνεργασία με τα κέντρα υγείας και νοσοκομεία της χώρας για την πρακτική εφαρμογή των στόχων.

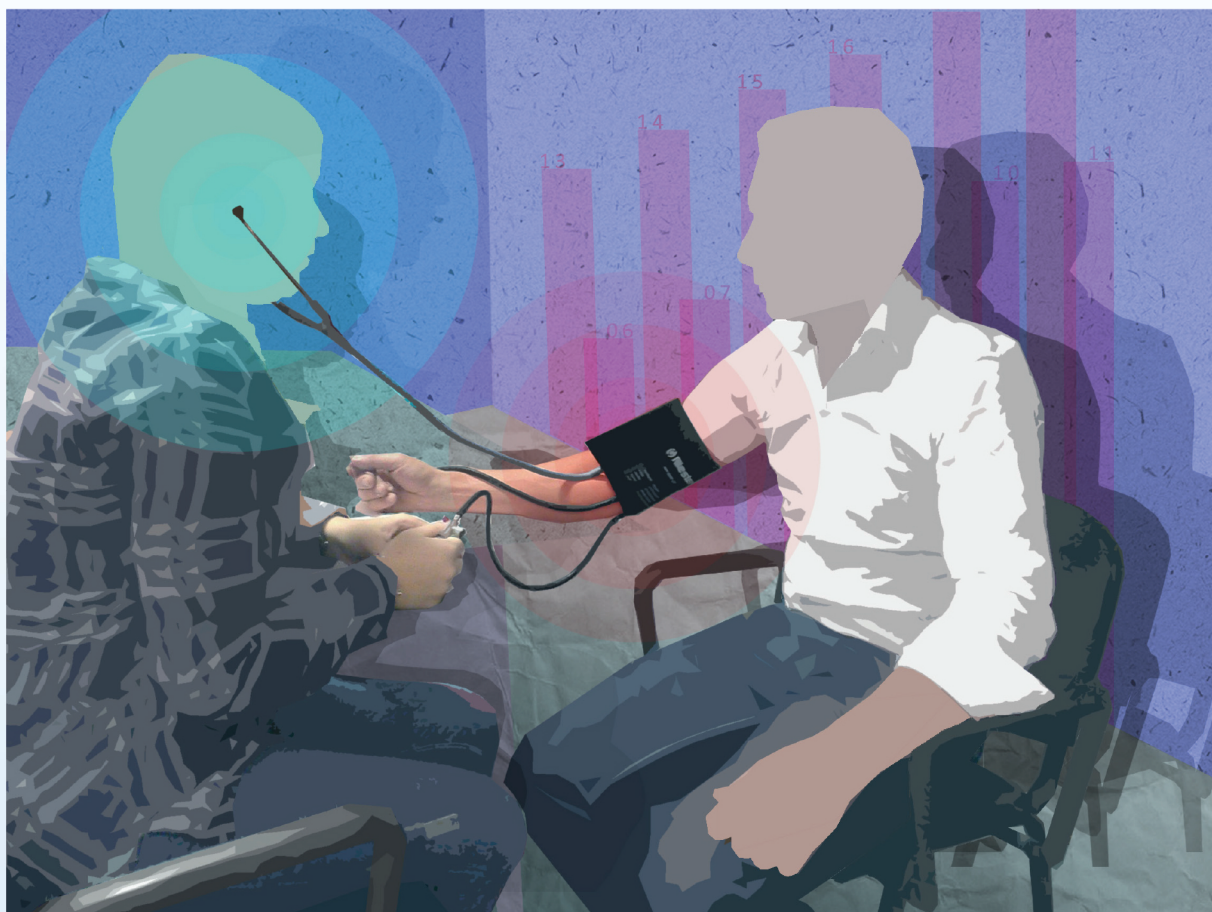
(γ) Διαμόρφωση μεθόδων και δομών για την εξασφάλιση της διαχρονικής παρακολούθησης των δεικτών υγείας του πληθυσμού, με την εξασφάλιση της περιοδικής συλλογής συγκρίσιμων στοιχείων για τους δείκτες υγείας στον πληθυσμό μέσω προτυποποιημένων διαδικασιών.



http://www.hhf-greece.gr/hydria_GR.html

*Για την αναδημοσίευση στοιχείων του
παρόντος, να αναφέρεται ως πηγή:
Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας. Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ:
Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και
Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής. Αθήνα,
Μάιος 2016.*

ISBN: 978-618-80396-1-2



http://www.hhf-greece.gr/hydria_GR.html

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

