

Πανεπιστήμιο Πατρών
Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

*“Οι διατροφικές συνήθειες και η έννοια της υγείας
ανά πολιτισμό: διαπολιτισμική νοσηλευτική
προσέγγιση,,*



Επιμέλεια: Στουγιάννη Χαρίκλεια
Νάτση Μαρκέλλα

Εποπτεύων καθηγητής: Ηγουμενίδης Μιχάλης

Πάτρα, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Μιχάλη Ηγουμενίδη για την ανάθεση, επίβλεψη και επιμέλεια της πτυχιακής μας εργασίας, καθώς επίσης και για τη συνεχή επιστημονική και ηθική υποστήριξη που μας παρείχε. Ευχαριστούμε και τις οικογένειές μας για την αμέριστη ηθική συμπαράσταση, κατανόηση και στήριξη καθώς και όλους όσους με οποιονδήποτε τρόπο συνέβαλαν στην εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας.

Περίληψη

Η διατροφική συμπεριφορά ενός ατόμου συνδέεται άρρηκτα και επηρεάζεται από τα πολιτιστικά και θρησκευτικά στοιχεία του περιβάλλοντός του. Στην παρούσα, λοιπόν, εργασία καταγράφεται η σημασία της σχέσης κουλτούρας και υγείας και γίνεται εννοιολογική προσέγγιση των όρων κουλτούρα, υγεία, διατροφή. Έπειτα, τονίζονται παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή των διατροφικών συνηθειών των ανθρώπων και εν συνεχεία γίνεται εκτεταμένη παρουσίαση των θρησκευτικών δογμάτων και των διαιτητικών κανόνων που έχει το καθένα από αυτά. Επιπλέον, αναλύονται τα διατροφικά πρότυπα της χορτοφαγικής δίαιτας και της μεσογειακής διατροφής. Στην τελευταία εξετάζονται τα τρόφιμα της μεσογειακής πυραμίδας και γίνεται αναφορά στην συσχέτιση της μεσογειακής διατροφής με τις ασθένειες. Τέλος, επισημαίνεται η συμβολή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στον χώρο της υγείας αλλά και της κοινωνίας.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η εύρεση και ανάλυση της πλέον σύγχρονης και κατάλληλης βιβλιογραφίας. Βασικές επιστημονικές πηγές αποτέλεσαν οι μηχανές αναζήτησης PubMed, google scholar, healink, science direct, ΕΣΝΕ.

Λέξεις κλειδιά: κουλτούρα, υγεία, θρησκεία, μεσογειακή διατροφή, βιγκανισμός, διαπολιτισμική νοσηλευτική

Abstract

A person's eating behavior is inextricably linked and influenced by the cultural and religious elements of his environment. In the present work, therefore, the importance of the relationship between culture and health is recorded and a conceptual approach is made to the terms culture, health, nutrition. Then, factors that influence the choice of people's eating habits are highlighted and then an extensive presentation is made of the religious doctrines and dietary rules that each of them has. In addition, the nutritional patterns of the vegetarian diet and the Mediterranean diet are analyzed. In the latter, the foods of the Mediterranean pyramid are examined and reference is made to the correlation of the Mediterranean diet with diseases. Finally, the contribution of intercultural nursing in the field of health and society is highlighted.

The methodology used is to find and analyze the most modern and appropriate literature. The main scientific sources were the search engines PubMed, google scholar, healink, science direct, ESNE.

Keywords: culture, health, religion, Mediterranean diet, veganism, intercultural nursing

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Περιεχόμενα.....	5
Κατάλογος εικόνων.....	5
Συντομογραφίες.....	7
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1: Οι έννοιες του πολιτισμού, της κουλτούρας, της υγείας, της ασθένειας και της διατροφής.....	9
Κεφάλαιο 2: Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων.....	13
2.1. Οικογενειακοί παράγοντες.....	13
2.2. Κοινωνικοί παράγοντες.....	14
2.3. Οικονομικοί παράγοντες.....	15
2.4. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	16
2.5. Θρησκευτικοί παράγοντες.....	17
2.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	18
2.7. Πολιτιστικοί παράγοντες.....	18
2.8. Σχολικό περιβάλλον.....	19
Κεφάλαιο 3: Θρησκευτικά δόγματα και περιορισμό στη διατροφή.....	20
3.1. Χριστιανικά δόγματα.....	20
3.1.2. Η σημασία της νηστείας στον Χριστιανισμό.....	21
3.2. Η θρησκεία του Ισλάμ.....	22
3.2.1. Οι τροφές haram και halal του Κορανίου.....	23
3.3. Η θρησκεία των Εβραίων.....	24
3.3.1. Οι διατροφικοί περιορισμοί των Εβραίων.....	25
3.4. Ινδουιστική θρησκεία.....	25
3.4.1. Οι διατροφικές νόρμες της Ινδουιστικής θρησκείας.....	26
3.5. Η θρησκεία του Βούδα.....	26
3.5.1. Οι διατροφικές συνήθειες των Βουδιστών.....	27
Κεφάλαιο 4: Vegan διατροφή και υγεία.....	28
Χορτοφαγική διαίτα και καρδιαγγειακά νοσήματα.....	29
Χορτοφαγική διαίτα και καρκίνος.....	30
Χορτοφαγική διαίτα και σίδηρος.....	30
Χορτοφαγική διαίτα και οστική μάζα.....	30
Χορτοφαγική διαίτα και βιταμίνη 12.....	31
Χορτοφαγική διαίτα και ψευδάργυρος.....	31
Χορτοφαγική διαίτα και ιώδιο/μαγνήσιο.....	31
Χορτοφαγική διαίτα και δείκτης μάζας σώματος.....	31
Κεφάλαιο 5: Μεσογειακή διατροφή.....	33
5.1. Ορισμός μεσογειακής διατροφής.....	31
5.2. Πυραμίδα μεσογειακής διατροφής και ανάλυση τροφίμων.....	34
5.3. Μεσογειακή διατροφή και συσχέτιση με ασθένειες.....	37
Κεφάλαιο 6: Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Προσέγγιση.....	
6.1. Διαπολιτισμική νοοτροπία.....	42
6.2. Όρια στον χώρο της υγείας.....	44
6.3. Πολυπολιτισμικότητα και Αγωγή υγείας.....	44
6.4. Δράσεις στην κοινότητα και εκπαίδευση πολιτών.....	47
Κεφάλαιο 7: Επίλογος.....	52

Κλινικά σενάρια.....	53
Βιβλιογραφία.....	58

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Προϊόντα χορτοφαγικής διατροφής.....	32
Εικόνα 2: Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής.....	38

Συντομογραφίες

DM.....	Σακχαρώδης Διαβήτης
T2DM.....	Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2
MD.....	Μεσογειακή Διατροφή
CVD.....	Καρδιαγγειακές Παθήσεις
δίαιτα DASH.....	Dietary Approach to Stop Hypertension
δείκτης AHEI.....	Alternative Healthy Eating Index
δείκτης GFPI.....	German Food Pyramid Index
LDL.....	Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας
ΔΜΣ.....	Δείκτης μάζας σώματος

Εισαγωγή

Ο άνθρωπος στην προσπάθειά του να απαλύνει τον πόνο αλλά και να φροντίσει τον πάσχοντα συνάνθρωπό του κατέφυγε, ή καλύτερα, επινόησε τις επιστήμες της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής. Ήδη από την αρχαιότητα εμφανίστηκαν οι εν λόγω επιστήμες. Κατόπιν γνώρισαν μια διαχρονική εξέλιξη με βασικό τους γνώρισμα τις διαφορετικές προσεγγίσεις των όρων υγεία και ασθένεια από λαό σε λαό και από άνθρωπο σε άνθρωπο. Πολιτισμική είναι, κυρίως, οι παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτό. Όμως ο πολιτισμός διαδραματίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην διαμόρφωση των στάσεων ενός πληθυσμού απέναντι στις οικείες έννοιες. Σήμερα η ανάγκη αναγνώρισης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, των διαφορετικών αυτών αντιλήψεων ανά πολιτισμό και άτομο, αναφορικά με τις έννοιες υγεία και ασθένεια καθίσταται επιτακτική. Αυτό συμβαίνει καθώς στον χώρο της υγείας έχουν εισέρθει και επικρατήσει νέα δεδομένα μέσω κυρίαρχων σύγχρονων φαινομένων όπως της μετανάστευσης και της προσφυγιάς. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής αποτελεί μια από τις κορυφαίες περιπτώσεις στις οποίες οι ενασχολούμενοι με αυτόν καλούνται να αντιμετωπίσουν και να υπερβούν διάφορους φραγμούς ώστε να επιτελέσουν το έργο τους. Πιο συγκεκριμένα, το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να παρέχει περίθαλψη σε ανομοιογενείς, ως προς την γλώσσα, την θρησκεία και την εθνότητα. Σίγουρα, όμως, σε καμία περίπτωση αυτό δεν χαρακτηρίζεται ως ένα εύκολο εγχείρημα. Μάλιστα, πολλές φορές οδηγεί σε συγκρούσεις και διαφωνίες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των ασθενών και των οικογενειών τους. Δηλαδή, η μη αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων ή η προσπάθεια επιβολής μιας συγκεκριμένης κουλτούρας σε βάρος κάποιας άλλης είναι αιτία που προκαλεί συχνά τις συγκρούσεις μεταξύ των εμπλεκομένων. Έτσι, γίνεται αυτομάτως αναγκαίο στον χώρο της υγείας να διαφοροποιούνται τόσο οι ανάγκες για την παροχή φροντίδας όσο και οι τρόποι προσέγγισης και επικοινωνίας. Με σκοπό την άμβλυνση των παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ξέρουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας τις τυχόν ιδιαιτερότητες των ασθενών τους. Παράλληλα, να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους προσφέροντας πολιτισμικά ορθή φροντίδα υγείας.

Ιδιαίτερα, στα ελληνικά νοσοκομεία της σύγχρονης εποχής παρατηρείται το φαινόμενο το νοσηλευτικό προσωπικό να βρίσκεται αντιμέτωπο με επείγοντα περιστατικά τα οποία δεν γνωρίζει. Επιπλέον, αρκετές φορές να υπολείπεται σε γνώσεις αναφορικά με την ορθή διάγνωση και την νοσηλευτική περίθαλψη αυτών. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί η επικινδυνότητα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μεταδοτικών νοσημάτων, καθώς αποτελεί τον πρωταρχικό φορέα σε μια ενδεχόμενη επιδημία. Επομένως, η συνεχής κατάρτισή του σε οικεία ζητήματα κρίνεται απαραίτητη.

Οι έννοιες του πολιτισμού, της κουλτούρας, της υγείας, της ασθένειας και της διατροφής

Πολιτισμός

Με τον όρο «πολιτισμός» δηλώνεται η ταυτότητα ενός λαού γι' αυτό και αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο κάθε ανθρώπινης κοινωνίας. Μέσα από τον πολιτισμό και την παράδοση μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά αντιλήψεις και τρόποι επικοινωνίας, αυταπόδεικτα στοιχεία, και κατά συνέπεια το άτομο ή το κοινωνικό σύνολο τα αποδέχονται, τα υιοθετούν και με τη δική τους σειρά τα παραδίδουν στους επόμενους. Οι σύγχρονες κοινωνίες διέπονται από δύο μορφές πολιτισμού, τον υλικό-τεχνικό (που εκφράζεται με τον όρο civilization) και τον πνευματικό-ηθικό, που εκφράζεται με τον όρο culture (=κουλτούρα).

Μια άλλη εξήγηση που δόθηκε για την ορολογία αυτή αναφέρεται «στο σύνολο των πνευματικών και υλικών αξιών και επιτευγμάτων που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά στο πέρασμα των χρόνων, δημιουργώντας μια κοινή μνήμη-εικόνα για ένα σύνολο ατόμων και διαμορφώνοντας κατ' επέκταση την ιδέα μιας κοινής αφετηρίας, κοινών αναφορών και βιωμάτων παραπέμποντας σε μια πορεία σταθερής προόδου, κοινωνικής και οικονομικής» (Μπιτσάνη, 2004).

Σύμφωνα με τον Sealey ο πολιτισμός είναι «ένα οργανικό σύνολο το οποίο περιλαμβάνει την γνώση, τις δοξασίες, την τέχνη, τα ήθη, το δίκαιο, τα έθιμα και κάθε επίδοση και συνήθεια, την οποία έχει αποκτήσει ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας». Ορισμένοι όταν χρησιμοποιούν αυτή την έννοια αναφέρονται στη μόρφωση και την καλλιέργεια. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην ανήκει σε κάποιον πολιτισμό, καθώς ο ίδιος αποτελεί το συσσωρευμένο οργανικό σύνολο τρόπων σκέψεων και δράσεων, που παρουσιάζεται μεταξύ ανθρώπινων ομάδων (Sealey, 2003).

Μια άλλη εναλλακτική ορολογία για τον πολιτισμό δίνει ο Γ. Μπαμπινιώτης: «ο όρος πολιτισμός αναφέρεται στις παραδόσεις, τα ήθη και την πνευματική ανάπτυξη, στον χαρακτήρα, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στον τρόπο ζωής ενός κοινωνικού συνόλου» (Μπαμπινιώτης).

Κουλτούρα

Η έννοια της κουλτούρας είναι πολυμερής και έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί για να την αποσαφήνισή της. Μία πρώτη εννοιολογική προσέγγιση του όρου αυτού έγινε από τον Edward Tylor (1832-1917) ορίζοντας την κουλτούρα ως «ένα πολύπλοκο σύνολο, το οποίο συμπεριλαμβάνει γνώσεις, πιστεύω, ηθική, νόμους, τέχνη, έθιμα και οποιεσδήποτε άλλες ικανότητες και συνήθειες αποκτώνται από το άτομο ως μέλος της κοινωνίας».

Ένας άλλος ορισμός δόθηκε από την Leininger, σύμφωνα με την οποία «η κουλτούρα αναφέρεται στην γνώση για τις αξίες, τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, τους τρόπους ζωής, η οποία μαθαίνεται, μοιράζεται και μεταφέρεται στον τρόπο σκέψης, λήψης αποφάσεων και δράσης μιας συγκεκριμένης ομάδας». Για να γίνει πιο σαφές, η Madeleine Leininger δίνει μια πιο ουσιαστική σημασία στην κουλτούρα, την οποία θεωρεί ως μια ολιστική προσέγγιση του ατόμου, το οποίο καθίσταται κληρονόμος των πολιτιστικών στοιχείων και αξιών και συνάμα

φορέας του πολιτισμού του.
Είναι πιθανό να αλλάζουν κάποια πολιτιστικά στοιχεία με την πάροδο του χρόνου, δεν σταματούν όμως να μεταλαμπαδεύονται από γενιά σε γενιά. Η κουλτούρα επηρεάζει τον τρόπο ζωής ενός ατόμου, την προσωπική του ταυτότητα και την σχέση του με άλλους εντός και εκτός ομάδας. Αλλάζει συνεχώς, επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής. Με βάση τα παραπάνω, είναι εύλογο πως ο πολιτισμός διαμορφώνει και τη στάση του ατόμου έναντι της υγείας και των ασθενειών.

Η σημασία της σχέσης της κουλτούρας και της υγείας για τη νοσηλευτική

Κατά τον 19^ο και 20^ο αιώνα είχε έρθει στο προσκήνιο από τους ανθρωπολόγους η συζήτηση για την πολιτισμική διάσταση της υγείας, η οποία αργότερα αναγνωρίστηκε από τους επαγγελματίες υγείας. Πιθανόν, να αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό να γίνουν πολιτισμικά επαρκείς, με σκοπό να προσφέρουν αποτελεσματική φροντίδα που να είναι πολιτισμικά κατάλληλη. Γίνονται αντιληπτές, μέσα από το σύστημα υγείας, οι διαφοροποιήσεις των εθνικών μειονοτήτων. Δηλαδή, οι μειονότητες αυτές εκτός από τα πολιτισμικά εμπόδια που συναντούν, έχουν να αντιμετωπίσουν τον ρατσισμό, την προκατάληψη και τις διακρίσεις. Ωστόσο, η γλώσσα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως μέσο επικοινωνίας και ιδίως για την θεραπεία και τη διάγνωση μιας ασθένειας. Διαφορετικά, ο όρος Πολυπολιτισμικότητα διακρίνεται από μια ομαλή κατάσταση της κοινωνίας και θεωρητικά όλα τα μέλη απολαμβάνουν ισότιμη μεταχείριση και σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Paradopoulos, 2002). Στην πραγματικότητα, όμως, αυτό δεν συμβαίνει, πράγμα που οδηγεί σε ψυχική και σωματική κούραση.

Η πολιτισμική ιδιαιτερότητα μιας χώρας αντανάκλαται στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, σε ορισμένα νοσοκομεία επιτρέπονται οι συχνότερες επισκέψεις των συγγενών, ενώ σε κάποια άλλα είναι περιορισμένες. Ως αντίκτυπο οι ασθενείς να αγχώνονται και να νιώθουν μοναχικοί (Torch, 2000). Διάφορες προσπάθειες έχουν γίνει ώστε να ενδυναμωθεί η πολιτισμική δεξιότητα στην νοσηλευτική. Μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτή θα διασφαλιστεί η φροντίδα όλων των ασθενών.

Υγεία

Η υγεία θεωρείται από τους πιο πολύτιμους θησαυρούς της ανθρώπινης ζωής και η διατήρησή της είναι ο πρωταρχικός στόχος της ανθρωπότητας. Επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων όπως η γενετική, οι συνθήκες διαβίωσης, το περιβάλλον και τα συστήματα υγείας. Ως έννοια δεν είναι εφάπαξ προσδιορισμένη καθώς συναρτάται από συντελεστές όπως η κουλτούρα, η θρησκεία, το σύστημα αξιών και αρχών που πρεσβεύει ένας λαός ως αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των λαών για την υγεία και την ασθένεια, για την υγιεινή, τη διατροφή, τα στοιχεία που συνθέτουν τον ορισμό του υγιούς οργανισμού (Καραδήμας, 2005).

Συνήθως αντιλαμβανόμαστε την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου, όταν αυτά μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας. Πρώτη προσπάθεια για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946, που όρισε την υγεία ως << την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας>>.

Η έννοια της υγείας εμπεριέχει κάποιες βασικές παραμέτρους. Η ταξινόμηση αυτών διαχωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες που επιδρούν και διαμορφώνουν τις βασικές διαστάσεις

της υγείας: περιβαλλοντικοί παράγοντες, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, βιολογικοί παράγοντες (π.χ. το φύλο, η ηλικία) και η ανθρώπινη συμπεριφορά). Με την κατανόηση αυτών των παραγόντων, καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασής τους, βοηθά τη διαμόρφωση μιας μοντέρνας ολιστικής αντίληψης για την υγεία (Σαρρήs Μ., 2001).

Ασθένεια

Από τον παραπάνω ορισμό, γίνεται αντιληπτή η διπλή σημασία της υγείας. Από την μία, υπάρχουν η ασθένεια και η νόσος(αρνητική υγεία) και από την άλλη υπάρχει η κοινωνική και ψυχική διάσταση της που σχετίζονται με την ευεξία (θετική υγεία), τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο το άτομο αξιολογεί τη ζωή του.

Έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις που διαχωρίζουν τον όρο <<ασθένεια>> από τον όρο <<νόσο>>. Αναλυτικότερα, ο Radley (1994) διέκρινε τον όρο <<νόσο>> λέγοντας πως είναι κάτι που οι γιατροί διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν, όπως παραδείγματος χάρη η γρίπη, ένα καρδιολογικό πρόβλημα, ο καρκίνος και πως αναφέρεται σε παθολογικές αλλαγές στο σώμα. Αντίθετα ο όρος <<ασθένεια>>, μπορεί να οριστεί ως μια <<κοινωνική>> κατάσταση που αφορά εκείνους που οι άλλοι κρίνουν ως αρρώστους. Αναφέρεται δηλαδή σε μια ειδική θέση ή σε ένα ρόλο που φέρει το άτομο.

Ακόμη μια διάκριση έγινε από τους Andrews και Boyle (1995), όπου κατά τα δυτικά πρότυπα ιατρικής, η νόσος παρουσιάζεται ως μη φυσιολογική λειτουργία ή αδυναμία ομαλής προσαρμογής ενός ατόμου στις βιολογικές, ψυχολογικές διαδικασίες ενώ η ασθένεια παρουσιάζει την προσωπική και πολιτισμική αντίδραση του ατόμου στη νόσο.

Διατροφή

Με τον όρο διατροφή νοείται κάθε τροφή που καταναλώνει ένας ζωντανός οργανισμός. Πρόκειται για ένα σύνολο που χαρακτηρίζεται από ορισμένες σημαντικές λειτουργίες ώστε να λειτουργήσει ο ανθρώπινος οργανισμός με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Οποιοσδήποτε οργανισμός λαμβάνει την τροφή του από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Ειδικότερα, προετοιμάζει μόνος του την τροφή διασπώντας την σε απλούστερες ενώσεις, έπειτα απορροφώντας την και τέλος αποβάλλοντάς την.

Ο πολιτισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στις διατροφικές επιλογές ενός ατόμου. Η διατροφή αναφέρεται σε μια σειρά διαδικασιών που εμπλέκονται στην πρόσληψη και την χρήση τροφών από τους οργανισμούς. Αυτές οι διαδικασίες περιλαμβάνουν πρόσληψη τροφής, πέψη, απορρόφηση και μεταβολισμό. Ο παραπάνω ορισμός δίνει έμφαση στις βιοχημικές και φυσιολογικές λειτουργίες της ανθρώπινης τροφής.

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύλλογο Διαιτολόγων (American Dietetic Association), η διατροφή μπορεί να εξηγηθεί και να επηρεαστεί από μια ποικιλία ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Γίνεται, λοιπόν, σαφές πως η ανθρώπινη συμπεριφορά έχει αντίκτυπο τόσο στην πρόκληση της αρρώστιας όσο και στην προάσπιση της θετικής υγείας.

Ο όρος υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει εκείνη τη διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την πρόσληψη ενέργειας που χρειάζεται ο μεταβολισμός για να λειτουργήσει. Τέλος, η υγιεινή διατροφή αφορά όλα εκείνα τα τρόφιμα που θα επιλέξει κανείς σε καθημερινή βάση (Μπουλουμπάση, 2007).

Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων

Οι διατροφικές συμπεριφορές εξελίσσονται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ως βιολογικές και συμπεριφορικές διαδικασίες που οδηγούν προς την ανάπτυξη και ανάπτυξη των ιστών, των οργάνων και ολόκληρου του οργανισμού γενικότερα. Αρκετές έρευνες και μελέτες, έχουν δείξει ότι οι διατροφικές συνήθειες που αποκτώνται κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας έχουν επίδραση και αργότερα, μιας και συνεχίζουν να υφίστανται στη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Αν και μια μερίδα ανθρώπων υποστηρίζει ότι καταναλώνει τροφές της αρεσκείας της, στην πραγματικότητα οι τροφές που επιλέγει ο άνθρωπος είναι απόρροια διαφόρων παραγόντων που επιδρούν στην ζωή του.

2.1.**Οικογενειακοί****παράγοντες**

Κατά την προσχολική ηλικία, ο ρόλος των γονέων είναι καθοριστικός στην ισορροπημένη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και στην σωστή ανάπτυξη διατροφικών συνηθειών, με τη συμπεριφορά των γονέων να είναι αυτή που οδηγεί τα παιδιά σε ένα καθορισμένο πρότυπο ζωής.

Οι γονείς, όντας παράδειγμα και πρότυπο προς τα παιδιά τους, επηρεάζουν με τις ενέργειές τους, είτε άμεσα είτε έμμεσα, την κρίση και την στάση των παιδιών. Οι ίδιοι μιας και είναι οι κύριοι προμηθευτές τροφίμων στο σπίτι και σε συνάρτηση με το εισόδημά τους συνηθίζεται να θέτουν όρια και κανόνες τους οποίους όλα τα μέλη της οικογένειας ακολουθούν. Ειδικότερα, τέτοιοι κανόνες αφορούν την επιλογή συγκεκριμένων τροφίμων που θα είναι διαθέσιμα στο σπίτι, την διαμόρφωση της δομής του γεύματος, το ωράριο κατανάλωσης αλλά και την συχνότητα που θα καταναλώνεται κάποιο γεύμα.

Η τακτική αυτή χαρακτηρίζεται εσφαλμένη αφού ενδέχεται να αποδυναμώσει τις προτιμήσεις των παιδιών για τροφές που είναι σημαντικής διατροφικής αξίας, να τα οδηγήσει στην απόρριψη μιας ή και παραπάνω κατηγορίας τροφίμων και να προκαλέσει διαταραχές στην εύρυθμη λειτουργία της πρόσληψης ενέργειας. Αφενός οι γονείς καλοπροαίρετα επιβάλλουν κατά κάποιο τρόπο τι, τότε και πόσο φαγητό χρειάζεται να καταναλώσουν τα παιδιά, αφετέρου τα παιδιά στερούνται την ευκαιρία για έλεγχο της γεύσης αλλά και του αισθήματος της πείνας ή του κορεσμού.

Η διαδικασία αποδοχής των τροφών που τα παιδιά επιθυμούν να καταναλώσουν εξαρτάται και από την κατάσταση θρέψης, τις προηγούμενες εμπειρίες, τον βαθμό κορεσμού και τα ατομικά πιστεύω. Κατά την παιδική ηλικία, τα παιδιά αποκτούν προσωπική γνώμη και έχουν γευστικές προτιμήσεις. Στις γευστικές προτιμήσεις των παιδιών συμβάλλουν και οι αισθήσεις. Αναλυτικότερα, η οσμή, η θερμοκρασία και η εμφάνιση ασκούν επιρροή στο εάν το παιδί θα δοκιμάσει ή όχι ένα φαγητό. Δηλαδή, φαγητά που είναι καυτά, έχουν περίεργη ή άσχημη μυρωδιά ή η εμφάνισή τους δεν τα εντυπωσιάζει απορρίπτονται. Παρ' όλα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι προτιμούν φρούτα και λαχανικά με έντονα χρώματα.

Επιπρόσθετα, η επιλογή της τροφής βασίζεται στον καθημερινό τρόπο ζωής, στο οικογενειακό εισόδημα και στο μορφωτικό επίπεδο των γονιών. Για το λόγο αυτό, στις οικογένειες όπου δουλεύουν και οι δύο γονείς, δεν υπάρχει επαρκής χρόνος να φροντίσουν έτσι όπως θέλουν τα παιδιά τους, παρατηρείται το φαινόμενο να μειώνουν τις αντιστάσεις τους στο θέμα της διατροφής και να καταφεύγουν στο γρήγορο φαγητό.

Στο πανεπιστήμιο του Cincinnati διεξάχθηκε έρευνα στην οποία έλαβαν μέρος 234 λευκοί και 60 έγχρωμοι άνθρωποι σχετικά με την κλινική εικόνα των λιπιδίων ανάμεσα σε γονείς και

παιδιά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός της λήψης υδατανθράκων, κορεσμένου και πολυακόρεστου λίπους αλλά και αύξηση της χοληστερίνης μεταξύ των δύο (Bosch J. et al ,2004).

Τέλος, οι γονείς και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον, όπως γίνεται σαφές από τα παραπάνω , μεταβιβάζουν τις τροφικές προτιμήσεις καθώς και τις ηθικές αξίες που ενδέχεται να επιδράσουν στην διαμόρφωση των καταναλωτικών συνηθειών του παιδιού. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι για το είδος των τροφίμων που προμηθευτούν στο σπίτι καθώς και για την προετοιμασία του φαγητού που θα καταναλώνεται καθημερινά στο σπίτι. Το οικογενειακό περιβάλλον θα προετοιμάσει το παιδί με ποιον τρόπο θα επιλέγει την υγιεινή τροφή τόσο μαγειρεύοντας όσο και στις εξόδους του. Εκτός από τις διατροφικές συνήθειες, υπεύθυνοι για την καλή ενηλικίωση του παιδιού παίζουν ρόλο το βάρος, η φροντίδα της σωματικής άσκησης, το επίπεδο μόρφωσης, η εκπαιδευτική κατάρτιση, η οικονομική ευχέρεια, το κάπνισμα, ο κοινωνικός περίγυρος, η μορφή της οικογένειας (π.χ. μονογονεϊκή) κ.ά. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί αποδεικνύουν ότι οικογένειες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα εμφανίζουν παχύσαρκους και υπέρβαρους εφήβους (Taylor, 2005).

2.2

Κοινωνικοί

παράγοντες

Οι σχέσεις των παιδιών με την οικογένεια όπως και με τα άτομα του κοινωνικού περιγύρου , αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο για την κοινωνικοποίηση του παιδιού, αφού ο άνθρωπος, ως κοινωνικό ον, έχει την έμφυτη επιθυμία να γίνεται αποδεκτός στην κοινωνία.

Μία ηλικία η οποία χαρακτηρίζεται ως δύσκολη ή περίεργη είναι η παιδική καθώς κατά τη διάρκεια της δημιουργούνται διατροφικές προτιμήσεις, συνήθειες αλλά και αποστροφές. Σε αυτές τις αλλαγές, συμβάλλουν τα περιβάλλοντα που αλληλοεπιδρά το παιδί όπως οι χώροι του σχολείου , οι εξωσχολικές δραστηριότητες, η παρέα με τους συνομηλικούς αλλά και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα οποία σε συνδυασμό με την τηλεόραση, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και τον υπολογιστή είναι από τους βασικούς πρωταγωνιστές. Ιδιαίτερα. η ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και τον υπολογιστή αποτελούν καθιστική δραστηριότητα που σημαίνει ότι το σώμα εφησυχάζεται χωρίς να απαιτούνται ενεργειακές κινήσεις. Επί προσθέτως, οι διαφημίσεις που προβάλλονται μέσα από την τηλεόραση ασκούν έντονη επιρροή στις διατροφικές συμπεριφορές του παιδιού. Οι διαφημιστές <<στοχοποιούν>> το μικρότερο σε ηλικία κοινό καθώς γνωρίζουν ότι έχουν έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων και δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τα διαφημιστικά μηνύματα όπως ένας ενήλικας, επηρεάζοντας την κρίση τους (Robert, 2001).

Οι χώροι που καταναλώνονται οι τροφές είναι πιθανόν να επηρεάσουν την επιλογή των τροφίμων που προσφέρονται .Ωστόσο η διαθεσιμότητα των υγιεινών τροφών εκτός σπιτιού είναι περιορισμένη, γι' αυτό και τα παιδιά τείνουν σε εναλλακτικές λύσεις όπως το γρήγορο φαγητό.

Είναι γνωστό ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συμβάλλουν στην εμφάνιση <<ιδανικών>> προτύπων και κατ' επέκταση έχουν επίδραση στις διατροφικές επιλογές. Λόγω της αυξανόμενης προβολής των μέσων , καθημερινά το πλήθος υποβάλλεται σε μια ποικιλία διαφημίσεων, είτε αυτές προέρχονται από την τηλεόραση είτε από το ραδιόφωνο ή ακόμα και από το σχολείο. Τα προϊόντα που προβάλλονται είναι τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη και λιπαρά και συνήθως είναι αναψυκτικά, σοκολατοειδή, γρήγορο φαγητό.

Τα παιδιά ως εύαλота και μη έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και τα σωστά κριτήρια επιλογής , αποτυπώνουν αυτά που βλέπουν με αποτέλεσμα να επηρεάζονται. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, τα παιδιά αποτελούν τον εύκολο στόχο για τους διαφημιστές. Η προβολή των εναλλακτικών επιλογών που προαναφέρθηκαν διαμορφώνουν αρνητικά τις διατροφικές

συνήθειες των παιδιών. Σε συνδυασμό με την απουσία της φυσικής δραστηριότητας παρουσιάζεται έντονα ο κίνδυνος εμφάνισης παχυσαρκίας.

Οι έφηβοι παραλείπουν γεύματα και κυρίως το πρωινό, γεγονός που είναι πιο συχνό στα κορίτσια. Συνήθως, τα κορίτσια προκειμένου να μοιάσουν σε κάποιο πρότυπο τους που υποτίθεται έχει το ιδανικό σώμα, υιοθετούν άκριτα χορτοφαγικές δίαιτες, ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά και προκαλούν με την σειρά τους ελλείψεις σε σίδηρο, βιταμίνη B12 και πρωτεΐνες. Τέλος, η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους αναστέλλει την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών όπως οι βιταμίνες, τα αμινοξέα και το ασβέστιο λόγω κακής λειτουργίας του μεταβολισμού.

Στις μέρες μας τα περισσότερα μέλη της κοινωνίας παρουσιάζουν πρότυπα διατροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με άλλα άτομα. Ορισμένες έρευνες εκτιμούν ότι όταν είμαστε με τους φίλους μας, με την οικογένειά μας τρώμε περισσότερο από ότι όταν είμαστε μόνοι μας. Επιπλέον, όταν βγαίνουμε έξω για φαγητό με άλλα άτομα, αυξάνεται η ποσότητα φαγητού που καταναλώνουμε. Με άλλα λόγια η τροφή αποτελεί μέσο κοινωνικής προβολής. Επιπρόσθετα η προετοιμασία της τροφής έχει άμεση σχέση με την δημιουργικότητα και την διάθεση εξερεύνησης, αν και πολλοί φοβούνται να δοκιμάσουν καινούργιες γεύσεις (Yesavage, 1982).

2.3.

Οικονομικοί

παράγοντες

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου έχει άμεση σχέση με την ποιότητα ζωής του. Γενικότερα ολόκληρη η οικονομική δυσχέρεια μιας χώρας αναμφίβολα έχει μεγάλο αντίκτυπο σε πολλούς δείκτες υγείας, όπως θνησιμότητα, νοσηρότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τόσο την Ελλάδα όσο και την παγκόσμια κοινότητα, με αποτέλεσμα την έντονη οικονομική ύφεση αλλά και την επίδρασή της στην κοινωνία, καθώς δημιούργησε μεγάλη πτώση της απασχόλησης και της κοινωνικής στήριξης.

Ως επακόλουθο, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των απολαβών των Ελλήνων πολιτών καθώς και η ραγδαία αύξηση των απαιτούμενων φόρων έχουν οδηγήσει σ' ένα ασφυκτικό περιβάλλον, στο οποίο οι άνθρωποι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις βασικές τους ανάγκες. Ως αποτέλεσμα έχει αλλάξει ο καθημερινός τρόπος ζωής τους.

Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την επίπονη ανεργία έχουν δυσμενείς συνέπειες στην υγεία. Από την πλευρά της ψυχικής υγείας οι μειωμένες θέσεις εργασίας καθώς και ο οικονομικός λαβύρινθος που αυτό συνεπάγεται οδηγεί σε ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος και στρες. Ακόμα μια συνέπεια της οικονομικής δυσπραγίας είναι η χρήση ουσιών και ο εθισμός στην κατανάλωση οιοπνεύματος. Η υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα, η ανεπαρκής ή μη ισορροπημένη διατροφή, η έλλειψη φροντίδας και η δυσκολία πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, που είναι επιβαρυνμένες λόγω της κατάστασης αυτής οδηγούν στην αναποτελεσματικότητα της λειτουργίας του οργανισμού.

Εξάλλου, η αύξηση του κόστους των προϊόντων σε συνδυασμό με τη μείωση του γενικού εισοδήματος συνήθως οδηγεί στο γεγονός κάποια τρόφιμα να μην γίνονται προσιτά στους καταναλωτές, οι οποίοι με τη σειρά τους καταφεύγουν σε πιο οικονομικές τροφές ή την αντικαθιστούν με λιγότερο θρεπτικές τροφές. Πρόκειται για τρόφιμα που είναι επεξεργασμένα και υψηλής θερμιδικής αξίας, παρά θρεπτικής.

Πολλά στοιχεία παρουσιάζουν πως οικογένειες με υψηλό εισόδημα εμφανίζουν αυξημένη πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, πρωτεϊνών, φυλικού οξέος, ασβεστίου και γαλακτοκομικών (Xie, 2003). Αντίθετα, όταν το οικογενειακό εισόδημα είναι αρκετά χαμηλό,

υιοθετούν διατροφές μη ισορροπημένες, με έντονη έλλειψη φρούτων και λαχανικών. Έχει παρατηρηθεί ότι σε περιόδους κρίσεις τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας αυξάνονται λόγω των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών δεικτών ανεξαρτήτως χώρας. Ιδίως στις Μεσογειακές χώρες παρατηρείται ότι η έλλειψη των πόρων έχει ως αποτέλεσμα την επισιτιστική ανασφάλεια και την αλλαγή διατροφικών συμπεριφορών (McDermott, 2010).

2.4. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η διατροφική συμπεριφορά επηρεάζεται από αρνητικά και θετικά συναισθήματα αλλά και από παράγοντες όπως οι προηγούμενες εμπειρίες ζωής, την σχέση του ατόμου με το φαγητό, την αντίληψή του για τον εαυτό του. Τα συναισθήματα λοιπόν συνδέονται άμεσα με την πρόσληψη τροφής.

Είναι φανερό ότι το διαιτολόγιο ενός παιδιού εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες επηρεάζεται και από τους ψυχοκοινωνικούς. Η έλλειψη αγάπης, στοργής και σταθερότητας, η διαταραγμένη εικόνα σώματος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση δημιουργούν το αίσθημα της ανασφάλειας με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να είναι πιο επιρρεπείς στο χρόνιο στρες και στην κατάθλιψη και προκειμένου να καλύψουν αυτό το συναισθηματικό κενό να καταφεύγουν στην υπερβολική κατανάλωση ανθυγιεινής τροφής και πολλές φορές να οδηγούνται στην παχυσαρκία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα θετικά συναισθήματα, μεταξύ αυτών η χαρά, η διασκέδαση/το κέφι ενισχύουν την τάση για περισσότερη κατανάλωση τροφής και αλκοόλ εν αντιθέσει με άλλες περιστάσεις. Το φαγητό αυξάνει την ενέργεια, μειώνει την ένταση με αποτέλεσμα την γενικότερη βελτίωση της διάθεσης. Από την άλλη πλευρά, αν και τα αρνητικά συναισθήματα έχουν την τάση να δημιουργούν μια κατάσταση κορεσμού με το φαγητό, λόγω της μείωσης της όρεξης, παρόλα αυτά σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται η κατανάλωση περισσότερης τροφής ως αντίδραση στα συναισθήματα που επικρατούν.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί ένας πολύτιμος βιολογικός-βιοχημικός παράγοντας, ο εγκέφαλος. Ο μοναδικός τρόπος να επικοινωνήσει ο εγκέφαλος με το υπόλοιπο σώμα και το εξωτερικό περιβάλλον είναι μέσω μηνυμάτων, τα οποία μεταφέρουν οι νευροδιαβιβαστές στα κύτταρα. Μια λειτουργία εκείνων είναι η κινητοποίηση για δράση ή καταστολή. Για παράδειγμα, η πρόληψη των τροφών επηρεάζει τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι στη συνέχεια μεταβάλλουν την όρεξη, τη διάθεση και τελικά την τροφή που θα επιλέξουμε. Έτσι ο εγκέφαλος θα εκπαιδεύσει τους νευροδιαβιβαστές με ποιον τρόπο θα επιλέξουμε την τροφή και τελικά θα διαμορφώσουμε τη συμπεριφορά μας.

Για παράδειγμα η ευχαρίστηση που μας προσφέρει ένα γλύκισμα σε διάφορες καταστάσεις μαθαίνεται σαν ερέθισμα στον εγκέφαλο -ο οποίος το διατηρεί- και ανοίγει εφόρου ζωής η δίοδος σε τέτοια ερεθίσματα. Όταν, λοιπόν, κάποιος βρίσκεται σε ανάλογες καταστάσεις στη ζωή, θα καταφεύγει στην κατανάλωση τροφών υψηλή σε λιπαρά και ζάχαρη. Γι' αυτό από μικρή κιόλας ηλικία πρέπει να μάθει να αυτοσυγκρατείται και να ελέγχεται (Μπεργιανάκη, 2007).

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής ή αλλιώς διατροφικές διαταραχές συγκαταλέγονται από ανισορροπίες στη διατροφική συμπεριφορά. Στην περίπτωση όπου ένα άτομο πάσχει από διατροφική διαταραχή ενδείκνυται να παρουσιάσει υπερβολική αύξηση ή υπερβολική μείωση στην κατανάλωση φαγητού σε συνδυασμό με συναισθήματα άγχους ή ανησυχίας για το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος. Ακόμη όμως και στην απουσία διαταραχής, ο τρόπος με τον οποίο τρεφόμαστε συνδέεται άμεσα με την ψυχολογική μας κατάσταση (Hamilton, 1960).

Η διατροφική συμπεριφορά των ανθρώπων επηρεάζεται εξίσου από φυλετικές και θρησκευτικές διαφορές. Λέγεται ότι η διαφοροποίηση σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες έχει ξεκινήσει από τα αρχαία χρόνια και επικρατεί ακόμα και σήμερα. Η διάδοσή της γίνεται από λαό σε λαό. Υπάρχει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στο ανατολικό και δυτικό κομμάτι της εκκλησίας. Για παράδειγμα, από τη δυτική πλευρά απαγορεύεται, κυρίως, η κατανάλωση κρέατος, αυγού, γαλακτοκομικών προϊόντων και ψάρια σε ορισμένες περιόδους το χρόνο.

Όλες οι θρησκείες βαδίζουν με βάση την δική τους φιλοσοφία, η οποία περιλαμβάνει και την διατροφή. Λόγου χάριν, στην μουσουλμανική θρησκεία απαγορεύεται το χοιρινό γιατί θεωρείται βρόμικο κρέας, ενώ στην ινδουιστική θρησκεία απαγορεύεται η κατανάλωση βοδινού γιατί θεωρείται ιερό ζώο. Αν και το κόκκινο κρασί απαγορεύεται στους μουσουλμάνους, στον χριστιανισμό επιτρέπεται. Όπως σε κάθε θρησκεία, έτσι και στο χριστιανισμό υπάρχουν περίοδοι νηστείας όπου οι πιστοί οφείλουν να αποφεύγουν ορισμένα τρόφιμα για κάποιο χρονικό διάστημα. Από την άλλη πλευρά, οι μουσουλμάνοι ως νηστεία έχουν την περίοδο του Ραμαζανίου, στην οποία δεν επιτρέπεται να τρώνε τίποτα από την ανατολή έως την δύση του ηλίου.

Επομένως παρατηρούμε πως η θρησκεία επηρεάζει άμεσα τα ήθη και τα έθιμα του κάθε λαού και τόπου. Πολλά βιβλία που έχουν γραφτεί προτρέπουν τους πιστούς να απέχουν από κάποιες στροφές και να επιλέγουν κάποιες άλλες. Όμως οι κανόνες αυτοί προκαλούν δυσαρέσκεια και αναζητούνται στοιχεία σχετικά με την υγεία και την ευημερία των πιστών. Ωστόσο 5 κύριες θρησκείες αξίζει να εξεταστούν για τις διατροφικές οδηγίες που περιέχονται στα ιερά τους βιβλία.

Στην πρώτη θέση κατατάσσεται η θρησκεία των ινδουιστών, σύμφωνα με την οποία η τροφή επιβραδύνει την πνευματική και σωματική ανάπτυξη. Παρόλο που το κρέας επιτρέπεται, απαγορεύεται αυστηρά η κατανάλωση χοιρινού, πουλερικών και θαλασσινών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αγελάδα θεωρείται ιερό ζώο. Όμως το γάλα και το τυρί είναι επιτρεπτά. Εδώ, γενικά, οι περισσότεροι είναι χορτοφάγοι.

Ο όρος halal στην μουσουλμανική θρησκεία αναφέρεται σε όλα εκείνα τα τρόφιμα που επιτρέπονται, ενώ το haram το αντίθετο. Αποτρέπει τους πιστούς να καταναλώνουν καφέ, τσάι ή αλκοολούχα ποτά. Γενικότερα, η συγκεκριμένη νηστεία συνιστά την πλήρη αποχή από την ανατολή έως τη δύση του ηλίου. Κατά συνοδεία στην ιδιαίτερη αυτή νηστεία πραγματοποιείται προσευχή και φιλανθρωπίες. Το τέλος της νηστείας έρχεται μετά τη δύση του ηλίου όπου εκεί επιτρέπεται η κατανάλωση χουρμάδων, νερού ή γλυκών αφεψημάτων.

Οι περισσότεροι βουδιστές είναι χορτοφάγοι. Υπάρχουν, όμως, και κάποιοι που τρώνε ψάρια. Κυριαρχεί η ιδέα της φιλοσοφίας της προστασίας του περιβάλλοντος καθώς τα φρούτα και τα λαχανικά βρίσκονται σε αφθονία στην φύση.

Σύμφωνα με την Παλαιά διαθήκη τα πράγματα διαφέρουν ελάχιστα σε σχέση με τις προηγούμενες θρησκείες. Κατά τη διάρκεια της νηστείας δεν επιτρέπεται η κατανάλωση κρέατος, θαλασσινών και ο συνδυασμός κρέατος και γαλακτοκομικών στο ίδιο γεύμα.

Τέλος, στην ανατολική ορθόδοξη χριστιανική πίστη, η διατροφική πυραμίδα δεν χαρακτηρίζεται από αυστηρότητα. Αιτία αυτού αποτελεί το γεγονός ότι στον χριστιανισμό λέγεται ότι ο Θεός τα δημιούργησε όλα αυτά για να τα προσφέρει απλόχερα στον κόσμο. Πάντα, όμως, ο πιστός οφείλει να έχει στο πίσω μέρος του μυαλού του την οικολογική συνείδηση. Οι πιο βασικές περίοδοι νηστείας στην χριστιανική θρησκεία είναι της Κοιμήσεως της Θεοτόκου, της Γέννησης του Χριστού και της Ανάστασης. Επίσης, λέγεται ότι ο Χριστός ευλόγησε το ψωμί και το κρασί. Λάτρευε τους ψαράδες και θεώρησε στο ψάρι ως ευεργετική τροφή για τον άνθρωπο.

Κατά συνέπεια, η αποχή για μεγάλο χρονικό διάστημα από την πρόσληψη απαραίτητων για τον ανθρώπινο οργανισμό στοιχείων είναι επιβλαβής για τον άνθρωπο. Ειδικά, η ελλιπής

θρέψη σε συνδυασμό με κληρονομικούς παράγοντες έχουν παίξει επίφοβο ρόλο στην σωματική και πνευματική ανάπτυξη και των δύο φύλων (Al Junaibi, 2013).

2.6. περιβαλλοντικοί παράγοντες

Διάφοροι παράμετροι σχετίζονται με την παροχή τροφής είτε ανάλογα με την ποιότητα είτε ανάλογα με την ποσότητα. Οι παράμετροι αυτοί αφορούν τη γεωγραφική παραγωγή.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ

ΠΑΡΑΓΩΓΗ

Είναι δεδομένο ότι η γεωγραφική κατάσταση μιας χώρας συνδέεται άρρηκτα με την παραγωγικότητα και την καλλιέργεια του τόπου. Λόγων των εκατοντάδων πολέμων τα τελευταία 60 χρόνια μειώθηκε η παραγωγικότητα της τροφής. Ύστερα από υπέρτατες προσπάθειες ανάκτησης της παραγωγικότητας, τελικά δεν ανορθώθηκε το παγκόσμιο διατροφικό πρόβλημα. Αιτία αυτής της διαφθοράς ήταν η ανεπαρκής γεωγραφική παραγωγή, οι ελάχιστες καλλιέργειες, η ποιότητα του εδάφους, η συνεχόμενη πληθυσμιακή αύξηση, οι κλιματολογικές αλλαγές, η έλλειψη τεχνολογικών μέσων ως αποτέλεσμα της έλλειψης μόρφωσης των ατόμων με σκοπό την προώθηση νέων μεθόδων.

Παραδείγματος χάριν, στην Ευρώπη οι καιρικές συνθήκες μεταβάλλονται κάθε χρόνο. Την μια χρονιά μπορεί να καρποφορήσει η γη του ενώ την επόμενη όχι. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει καταστροφή των χωραφιών όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες. Αναλυτικότερα, στην Τουρκία, Ισπανία, Αφρική και τη Σουηδία οι έντονες βροχοπτώσεις, η ξηρασία και οι πλημμύρες καταστρέφουν ολοσχερώς τις σοδιές τους (Allaby, 1997).

Εναλλακτικά, στις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου έχουν σημασία και οι κλιματολογικές συνθήκες. Σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες προτιμώνται οι κρύες τροφές, ενώ σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες το ανάποδο. Σαφέστερα, στα ζεστά κλίματα επιβραδύνεται η αποβολή της θερμότητας του σώματος εξαιτίας της ανόδου της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. Έτσι, ανάλογα με τις κλιματολογικές αλλαγές, διαφοροποιείται το είδος και η ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής. Σε ζεστές θερμοκρασίες επισημαίνεται η πρόσληψη τροφών με λίγες θερμίδες. Αντιθέτως, σε ψυχρά κλίματα υπολογίζεται ότι καταναλώνονται τροφές πλούσιες σε θερμίδες και ζωικά λίπη.

Επίσης, σε περιόδους ζέστης και υγρασίας η αποβολή υγρών του σώματος έχει την τάση να αυξάνεται συνεχώς, και πόσο μάλλον όταν το άτομο εργάζεται. Απαιτείται η άμεση πρόσληψη υγρών και χλωριούχου νατρίου. Η κατανάλωση αυτών είναι απαραίτητη, καθώς αποβάλλεται μεγάλο μέρος υγρών μέσω του ιδρώτα. Εν κατακλείδι, μια προσεγμένη διατροφή σύμφωνα με τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος μπορεί να αποτρέψει πολλές διαταραχές όπως θερμοπληξία ή υποθερμία αντίστοιχα.

2.7. Πολιτιστικοί παράγοντες

Ο πολιτισμός, σαν όρος, περιλαμβάνει ένα σύνολο από στοιχεία όπως τα ήθη και τα έθιμα, τις παραδόσεις, την τέχνη και τη γνώση, τις πεποιθήσεις καθώς και τη συμπεριφορά του ανθρώπου ως βασικό μέλος μιας κοινωνίας. Οι ανθρωπολόγοι εύλογα υπενθυμίζουν ότι οποιασδήποτε πρέπει να γνωρίζει τα πράγματα που είναι αυτονόητα και δεδομένα στην καθημερινή ζωή. Επεξηγηματικά, το παιδί καθώς μεγαλώνει σε μια κοινωνία, βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία εκμάθησης και εμπειρίας, η οποία αποτυπώνεται συνειδητά ή μη αφενός από το οικογενειακό περίγυρο, αφετέρου από τους δασκάλους και την κοινωνία.. Έτσι, λοιπόν, οι κοινωνικές γνώσεις και συμπεριφορές που αποκτά ο άνθρωπος αποτελούν μέρος της πολιτιστικής του παράδοσης (Crosetti, 1986).

Ο χρόνος και ο πολιτισμός είναι δύο εννοιολογικές έννοιες που βαδίζουν συνάμα ως αποτέλεσμα μιας εξελισσόμενης προσαρμογής του ανθρώπου στο περιβάλλον του. Ο

πολιτισμός αναπτύσσεται σαν ένα μέσο ερμηνείας συμπεριλαμβανομένων τις εμπειρίες της ζωής, τη γέννηση ή το θάνατο, τις ασθένειες και τα φυσικά φαινόμενα. Άλλωστε στον πολιτισμό λαμβάνουν χώρα και οι διατροφικές συνήθειες, καθώς επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Πιο αναλυτικά, οι πολιτιστικές παραδόσεις όλων των λαών ορίζουν τα τρόφιμα που πρέπει να τρώγονται, τον τρόπο παρασκευής και τον χρόνο κατανάλωσης (Williams, 1989).

2.8.

Σχολικό

περιβάλλον

Αναμφισβήτητα το σχολείο αποτελεί την πρώτη μικρή κοινωνία που εντάσσεται το παιδί – μετά την οικογένεια- και μέσα σε αυτό βρίσκεται σε μια διαρκή αλληλεπίδραση με τους συμμαθητές και τους δασκάλους του. Το μικρό παιδί περνάει ένα αρκετά μεγάλο μέρος της ημέρας στο σχολείο και σίγουρα ένα κομμάτι της συμπεριφοράς και του χαρακτήρα του συγκροτείται από τα βιώματα και τα μηνύματα που λαμβάνει από εκεί. Ευρέως, το σχολείο ενδείκνυται ως ο καταλληλότερος χώρος για την εκπαίδευση όχι μόνο της ύλης αλλά και της υγιεινής διατροφής μέσα από μαθήματα που την περιέχουν.

Για τη σωστή μεταλαμπάδευση των σωστών διατροφικών επιλογών μαζί με τους δασκάλους συμβάλλουν και οι γυμναστές. Για να επιτευχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εκμάθηση της υγιεινής διατροφικής πυραμίδας θα πρέπει να ενισχύει το ίδιο το σχολείο μαθήματα και προγράμματα ως διδακτικό αντικείμενο.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα παιδιά περνούν σχεδόν τη μισή τους μέρα στο σχολείο. Επομένως, οι ώρες που παρακολουθούν τα μαθήματα είναι αρκετές, όπως βέβαια και η ενέργεια που καταναλώνουν. Έχει, λοιπόν, ιδιαίτερη σημασία η ποιότητα τροφής που θα καταναλώσουν εκείνες τις ώρες. Το κυλικείο του σχολείου παροτρύνει τις μεγαλύτερες τάξεις κυρίως να αγοράζουν από αυτό. Άλλωστε, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι το 19% με 40% της συνολικής ποσότητας θερμίδων προέρχεται από την κατανάλωση τροφίμων από το κυλικείο (Yvonne, 1996). Ωστόσο, το κυλικείο είναι σε θέση να παίξει έναν καλό παράγοντα για τη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών αν προωθεί υγιεινά προϊόντα. Μια αποτελεσματική μέθοδος είναι η προετοιμασία κολατσιού από το σπίτι. Στις μέρες μας, όμως, αυτό δεν συμβαίνει. Η πλειοψηφία των παιδιών τείνει να αγοράζει από το κυλικείο γαριδάκια και πατατάκια, προϊόντα πλούσια σε ζάχαρη και επεξεργασμένους χυμούς ή αναψυκτικά. Γενικά, τα συγκεκριμένα τρόφιμα έχουν αποσυρθεί από το υπουργείο παιδείας και τις αντίστοιχες υγειονομικές υπηρεσίες.

Ήδη σε πολλά μέρη του κόσμου, ορισμένα σχολεία προσφέρουν έτοιμα συσκευασμένα γεύματα στα παιδιά. Όπως είναι φυσικό, τα γεύματα υπόκεινται σε πλήρη έλεγχο με σκοπό να εξασφαλιστεί η καλή τους κατάσταση αλλά και η ποσότητα ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα παχυσαρκίας. Εκτός από την ομαλή ανάπτυξη των διατροφικών τους προτιμήσεων, η προσφορά αυτή αποσκοπεί στην ελάφρυνση των ανησυχιών των οικογενειών που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά και κοινωνικά. Ως αποτέλεσμα της πράξης της διανομής φαγητού παρατηρήθηκε πρόοδος στην σχολική επίδοση των μαθητών, μειώθηκε η επιθετικότητα και ο ανταγωνισμός μεταξύ των μαθητών και τέλος περιορίστηκε η σχολική διαρροή.

Η θρησκεία είναι τόσο παλιά όσο και η ανθρωπότητα. Πηγές επισημαίνουν ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος είχε και πρωτόγονη θρησκεία, καθώς λάτρευε τα στοιχεία της φύσης, όπως ο αέρας, η γη, το νερό και τη φωτιά. Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη του πολιτισμού δημιουργήθηκαν θεσμοθετημένες θρησκείες. Είναι φανερό ότι όλες οι θρησκείες μεταξύ τους έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά. Βασικό γνώρισμα είναι η πίστη σε μια ανώτερη και αόρατη δύναμη. Η θρησκεία για τον άνθρωπο είναι μάλλον μια ψυχολογική ανάγκη. Για τον λόγο αυτό οι πιστοί σε καταστάσεις άγχους και αβεβαιότητας για τη ζωή, τις αντιμετωπίζουν με περισσότερη ευκολία και ανοχή. Από την άλλη πλευρά, όμως, ορισμένες οπισθοδρομικές πεποιθήσεις και συστήματα φέρνουν τα αντίθετα αποτελέσματα (Agarwal, 1989). Η συμπεριφορά του ατόμου αλλά και ο τρόπος ζωής του αντιστοιχούν στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών.

Ο έλεγχος μιας ισορροπημένης υγιεινής διατροφής είναι σημαντικός τόσο για τη φύλαξη ενός υγιούς βάρους όσο και για τη διατήρηση ολόκληρης της διατροφικής υγείας των ατόμων. Σημαντικό ρόλο στη σωστή λειτουργία του οργανισμού παίζει η πρόσληψη ενέργειας. Πολλαπλοί παράγοντες όμως συμβάλλουν στην αδυναμία του όπως προσωπική επιλογή ειδικής διαίτας, πολιτιστικοί και θρησκευτικοί παράγοντες. (Al Junaibi, 2013).

Η σχέση ανάμεσα στη θρησκεία και τη διατροφή είναι ισχυρή. Το φαγητό αποτελεί μέρος των θρησκευτικών συμβόλων καθώς νοείται ότι με αυτόν τον τρόπο έρχονται σε επαφή με το Θεό. Με αυτόν τον τρόπο, οι πιστοί δείχνουν την πίστη τους, αποδέχονται τη θεϊκή καθοδήγηση όσο αφορά τη διατροφή και αρχίζουν να συμβιβάζονται με την ιδέα της νηστείας (AKM Ahasamul Haque, 2018). Οι περισσότερες θρησκείες καθορίζονται από μια νηστεία. Ο όρος νηστεία αναφέρεται σε μια διαδικασία συνειδητής αποχής από τα τρόφιμα ή οτιδήποτε άλλο για κάποιο χρονικό διάστημα. Η ιατρική, κυρίως, υποστηρίζει τον ορισμό αυτό ενώ η θρησκεία λέει την επιπλέον αποχή από τα αλκοολούχα ποτά, τη σεξουαλική επαφή ή οτιδήποτε άλλο αντιτίθεται στα θρησκευτικά πρότυπα. Επιπλέον, οι θρησκείες ορίζουν ή απαγορεύουν συμπεριφορές που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Ωστόσο, ορισμένες θρησκευτικές πρακτικές είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν κάποια βλάβη στην υγεία. Για παράδειγμα, η απαγόρευση εμβολίων, φαρμακευτικής αγωγής ή μετάγγισης αίματος (Moreira-Almeida, 2006).

Η πρόκληση των επαγγελματιών υγείας είναι να αντιληφθούν ότι οι ασθενείς συνήθως επηρεάζονται από τις θρησκευτικές και πνευματικές τους πεποιθήσεις ώστε να πάρουν τη σωστή ιατρική απόφαση. Οι συγκεκριμένες πεποιθήσεις είναι σε θέση να επηρεάσουν τις αποφάσεις που έχουν σχέση με τη διατροφή, τα φάρμακα, το προτιμώμενο φύλο των παροχών υγείας και τη σεμνότητα. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να σέβεται τις θρησκευτικά δόγματα του κάθε πιστού. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να στραφούν προς τα πιστεύω τους όταν θέλουν να πάρουν μια ιατρικής φύσεως απόφαση. Έτσι, λοιπόν, όλοι όσοι εργάζονται στον τομέα της υγείας οφείλουν να αναγνωρίσουν και να ακολουθήσουν τα θέλω του κάθε πιστού (Diana, 2021).

3.1.

Χριστιανικά

δόγματα

Σύμφωνα με τα βιβλία της Καινής Διαθήκης ως κεντρικό πρόσωπο στον Χριστιανισμό παρουσιάζεται ο Ιησούς Χριστός. Οι πιστοί έχουν ως πρότυπο και ως σημείο αναφοράς τον Χριστό. Ο Χριστιανισμός ενίοτε ενθάρρυνε την ευσέβεια προς την ανθρώπινη ζωή. Λέγεται

ότι η ανθρώπινη ζωή αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης. Στις περισσότερες διδασκαλίες του αλλά και δόγματα υπογραμμίζει ότι ο κάθε άνθρωπος έχει ως προνόμιο να ζήσει την πιο αξιοπρεπή ζωή μέχρι την τελευταία του ανάσα.

Η θρησκεία του χριστιανισμού τονίζει ότι οι άνθρωποι στο τέλος της ζωής τους, και παρά τις ασθένειες ή τις ανησυχίες που τους ταλανίζουν, εξακολουθούν να είναι άνθρωποι που έχουν πλαστεί σύμφωνα με το θέλημα του Θεού. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που οι πιστοί δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στους αρρώστους. Ιδιαίτερα θεωρούν ότι υπάρχει ζωή μετά το θάνατο. Αν και είναι πεπεισμένοι ότι ο Θεός έχει θαυματουργικές δυνάμεις που θεραπεύει τους αρρώστους, γνωρίζουν κατά βάθος ότι πρόκειται για προσωρινές θεραπείες αφού κάποια στιγμή όλοι θα καταλήξουν. Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο ασθένειας, η μόνη προετοιμασία που γίνεται είναι για έναν ειρηνικό θάνατο. Κεντρική σκέψη αυτού είναι ότι με το θάνατο αρχίζει μια νέα ζωή.

Το μυστήριο του τελευταίου χρίσματος του χριστιανισμού περιλαμβάνει τη πραγματοποίηση μιας παρηγορητικής φροντίδας. Η παρηγορητική φροντίδα έχει αναγνωριστεί εδώ και 15 χρόνια ως ειδικότητα. Κεντρική ιδέα της φροντίδας είναι ότι ασθενείς με ανίατες ασθένειες πρέπει να φροντίζονται ολιστικά. Η περίθαλψη απευθύνεται και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Η ολιστική προσέγγιση μεριμνά για τη βελτίωση της ζωής τόσο γενικά όσο και ειδικά σε άτομα τα οποία απειλούνται από χρόνιες παθήσεις όπως καρκίνο, Αλτσχάιμερ, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κ.ά. Από την άλλη πλευρά, η παρηγορητική φροντίδα επισυνάπτει την προσοχή της στην ανακούφιση του πένθους, στην απελευθέρωση από το φόβο και την παράλληλη ενθάρρυνση να αντιμετωπίσουν μαζί τον πόνο, στην εμπύχωση και στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την ενοχή (Stephen, 2016).

Κατά την ανακουφιστική περίοδο οι ασθενείς υποφέρουν σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Πολύ πιθανό με τη χορήγηση φαρμάκων να μειωθεί ως επί το πλείστον ο σωματικός πόνος, αλλά όχι η ταλαιπωρία του ασθενούς. Η έλλειψη δύναμης και η αδυναμία να σωθεί από το θάνατο δημιουργούν στον άρρωστο το αίσθημα του φόβου (Bert, 2011).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνουν οι νοσηλευτές στους χριστιανούς ασθενείς. Ειδικότερα η προσευχή έχει μεγάλη σημασία. Οι χριστιανοί ασθενείς συχνά απαιτούν να έχουν μια στη διάθεσή τους στο νοσοκομείο μια Αγία Γραφή. Εκείνη είτε αναμένεται να υπάρχει εκεί από πριν είτε ενδέχεται να την προσκομίσει ο ίδιος ο ασθενής. Ένα έντονο φαινόμενο που ταλανίζει κάθε θρησκεία είναι η άμβλωση. Η έννοια της ανθρώπινης ζωής είναι αδύνατον να προσδιοριστεί με μία μόνο λέξη. Μια πρόσφατη μελέτη στην οποία πήραν μέρος φιλόσοφοι, γιατροί και άλλοι επιστήμονες φανέρωσε ότι κάποιοι αποδέχονται την ιδέα της άμβλωσης ενώ άλλοι αντιτίθενται. Αντίστοιχα και στο ζήτημα της ευθανασίας. Η Καθολική εκκλησία έρχεται να πάρει θέση στα ζητήματα αυτά τονίζοντας ότι κανένας λόγος δεν δικαιολογεί την αφαίρεση μιας ζωής.

3.1.2. Η σημασία της νηστείας στον Χριστιανισμό

Η ορθόδοξη εκκλησία χαρακτηρίζεται από μια τελετή νηστείας που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για την θρησκευτική της ταυτότητα καθώς επίσης προσδίδει το αίσθημα της ευσέβειας (Knutsson, 1970). Η θρησκευτική νηστεία επηρεάζει αρνητικά τις φυσικές και βιοχημικές κατευθυντήριες γραμμές του σώματος. Αιτία αυτού φαίνεται να είναι η συνεχόμενη αλλαγή στον τρόπο κατανάλωσης τροφών και θρεπτικών ουσιών.

Η νηστεία των ορθόδοξων Ελλήνων χριστιανών μειώνει σε μεγάλο βαθμό τη μάζα του

σώματος. Στις περιόδους νηστείας παρατηρείται μείωση της πρόσληψης πρωτεΐνης, κορεσμένου λίπους και ολικού λίπους με παράλληλη αύξηση της κατανάλωσης υδατανθράκων. Σύμφωνα με την Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία τρεις είναι οι σημαντικές περιόδους της νηστείας: η νηστεία της σαρακοστής του Πάσχα, η νηστεία της Κοίμησης της Θεοτόκου και η νηστεία των Χριστουγέννων (Rosen, 1997). Οι διατροφικές συνήθειες εκείνων των περιόδων διαμορφώνονται αναλόγως. Κατά τον χριστιανισμό, οι κανόνες της εκκλησίας, Κανονικό Δίκαιο, αναφέρουν ότι <<Νηστείες ονομάστηκαν οι ημέρες κατά τις οποίες οι πιστοί δέον να απέχουν από τις ηδονές του βίου και ορισμένων τροφών και ποτών>>.

Για παράδειγμα στη διάρκεια της νηστείας της Σαρακοστής, το ψάρι επιτρέπεται μόνο την 25^η Μαρτίου, που είναι γιορτή του Ευαγγελισμού και την Κυριακή των Βαΐων. Αντίθετα, τα γαλακτοκομικά, το κρέας και τα αβγά είναι προϊόντα που απαγορεύονται κατά τη διάρκεια της νηστείας. Παράλληλα, μόνο τα Σαββατοκύριακα επιτρέπεται η κατανάλωση ελαιόλαδου. Κατά τη διάρκεια της νηστείας των Χριστουγέννων, δηλαδή από τις 15 Νοεμβρίου μέχρι τα Χριστούγεννα, πάλι βλέπουμε ότι τα γαλακτοκομικά, το κρέας και τα αυγά απαγορεύονται. Παράλληλα, το ψάρι και το ελαιόλαδο μπορούν να καταναλωθούν όλες τις μέρες εκτός από Τετάρτες και Παρασκευές. Μια ακόμη νηστεία του χριστιανισμού είναι εκείνη των Αγίων Αποστόλων, δηλαδή η πρώτη μέρα μετά την γιορτή των Αγίων Πάντων μέχρι στις 29 Ιουνίου προς την μνήμη των Αποστόλων Πέτρου και Παύλου. Όσο αφορά το διαιτολόγιο ισχύει ότι και στην νηστεία των Χριστουγέννων. Τέλος, η νηστεία του Δεκαπενταύγουστου, δηλαδή από την 1^η Αυγούστου μέχρι και τις 15, στην οποία ισχύει το διαιτολόγιο της Σαρακοστής με τη διαφορά ότι το ψάρι επιτρέπεται μόνο στις 6 Αυγούστου, της Μεταμορφώσεως. Ωστόσο άλλα είδη θαλασσινών όπως γαρίδες και άλλα μαλάκια επιτρέπονται στις περιόδους της νηστείας όλου του έτους.

Η διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου διαιτολογίου που ακολουθούν οι χριστιανοί έχει φέρει στο προσκήνιο διάφορες συζητήσεις σχετικά με την επίδρασή του στον οργανισμό. Σύμφωνα με τους Trepanowski και Bloomer (2010) προκύπτει ότι η μεσογειακή διατροφή έχει αρκετά κοινά στοιχεία με αυτή της χριστιανικής εκκλησίας. Για παράδειγμα οι ανθυγιεινές τροφές έχουν αντικατασταθεί από υγιεινές (π.χ. κόκκινο κρέας). Παρ' όλα αυτά μελέτες αποδεικνύουν ότι δεν έχει μειωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η πρόσληψη θερμίδων κατά τη διάρκεια της νηστείας. Αιτία αυτού είναι η τήρηση ενός σταθερού αριθμού ημερήσιων θερμίδων με ταυτόχρονη αύξηση των υδατανθράκων και παράλληλη μείωση του λίπους που προσλαμβάνεται. Πρόσθετες μελέτες δείχνουν ότι ορισμένες βιταμίνες, τα μέταλλα και ο σίδηρος μειώνονται την περίοδο της νηστείας ενώ αυξάνεται το φολικό οξύ (Trepanowski & Bloomer, 2010).

3.2. Η θρησκεία του Ισλάμ

Από τον 7^ο αιώνα κάνει την εμφάνισή της μια μονοθεϊστική θρησκεία, ο ισλαμισμός. Πρόκειται για ένα μεγάλο πλήθος πιστών που αγγίζει το 1,6 δισεκατομμύριο. Προβλέπεται ότι στο έτος 2050 η θρησκεία του Ισλάμ θα αναπτυχθεί με γοργούς ρυθμούς σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη θρησκεία. Κύρια πεποίθηση του Ισλάμ είναι ότι ο Μωάμεθ είναι ο τελευταίος αγγελιοφόρος του Θεού πάνω στη Γη. Οι πιστοί ακολουθούν τα θρησκευτικά κείμενα του Κορανίου, τα οποία περιγράφουν τη σχέση πρώτα μεταξύ του Θεού και του ανθρώπου, αλλά και δίνει τις οδηγίες για τον σωστό τρόπο συμπεριφοράς προς την κοινωνία.

Η θρησκεία του Ισλάμ αυξάνεται αισθητά παγκοσμίως. Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων, της συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων για την υγεία, την ασθένεια και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης παίζει το πολιτιστικό και θρησκευτικό υπόβαθρο. Λόγω

των πολλών περιορισμών στην ιατρική περίθαλψη αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης μιας ασθένειας. Οι περιορισμοί αφορούν την προτίμηση του φύλου των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, στην πολυπλοκότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και στην έλλειψη πολιτιστικά ικανών ιατρών. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ως χρέος να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις αφού αποφασίζουν να εισχωρήσουν στον τομέα της υγείας. Πρέπει να εκπαιδεύονται με πολιτιστικές και θρησκευτικές γνώσεις ώστε να περιθάλψουν με τον ποιοτικότερο τρόπο τους ισλαμικούς ασθενείς (Attum, 2021). Ιδιαίτεροι είναι οι κανόνες οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αποφυγή τυχόν προβλημάτων με μουσουλμάνους ασθενείς. Το Ισλάμ τοποθετεί την ευθύνη της άσκησης των θρησκευτικών υποχρεώσεων στο ίδιο το άτομο. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας να συζητούν με τον ασθενή τις όποιες θρησκευτικές ανάγκες ή υποχρεώσεις του. Ορισμένα βασικά θέματα τα οποία δύναται να συζητηθούν με μουσουλμάνους ασθενείς στον χώρο του Νοσοκομείου είναι η πλύση και το λουτρό, η προσευχή και οι διατροφικές ανάγκες και συνήθειες των ασθενών (Kemp, 2018).

Οι πιστοί του Ισλάμ αναζητούν συνεχώς θεραπείες για την ανακούφιση του πόνου. Η πράξη της ανακούφισης θεωρείται ηθική (Mohammad, 2005). Αντίθετα όσο πιο βαθιά είναι η πίστη των Μουσουλμάνων, τόσο περισσότερο αρνητικά επηρεασμένοι είναι έναντι της νόσου και των θεραπευτικών μεθόδων. Αρνούνται να αποδεχτούν τη ψυχική ασθένεια και να αναγνωρίσουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της που θεωρούνται τα βασικά παθολογικά συμπτώματα και κατ' επέκταση τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης. Στη θρησκεία του Ισλάμ η συνεργασία ανάμεσα στον ψυχίατρο και στους ψυχικά ασθενείς ήταν περίπλοκη επειδή η κίνηση αυτή θεωρούνταν ότι η νόσος ήταν αποτέλεσμα ελλιπούς πίστεως και απομάκρυνσης από το Θεό (Ζιάκας, 2004). Έτσι, λοιπόν, θα ήταν προτιμότερο οι ιατροί να ρωτήσουν κατά πόσο και σε τι βαθμό επιθυμούν να κατασταλεί ή ανακουφιστεί ο πόνος τους (Baddarni, 2010).

Από την άλλη σκοπιά, η δωρεά οργάνων είναι ένα επίμαχο ζήτημα. Στην ισλαμική παράδοση θεωρούν το σώμα ως ιερό. Αποδέχονται το κάψιμο ή τον ακρωτηριασμό των νεκρών. Το Κοράνιο αναγνωρίζει τη διατήρηση της ζωής «αν κάποιος σώσει μια ζωή, θα ήταν σαν να σώζει τη ζωή όλης της ανθρωπότητας» (Keten, 2014).

3.2.1. Οι τροφές *haram* και *halal* του Κορανίου

Η διαίτα δεν επηρεάζεται μόνο από προσωπικές διατροφικές επιλογές αλλά εξαρτάται και από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις όπως για παράδειγμα η διαίτα του Ραμαζάνι. Ο μήνας του Ραμαζάνι ανήκει στο μουσουλμανικό σεληνιακό ημερολόγιο, κατά τον οποίο οι πιστοί δίνουν μεγάλη προσοχή. Έχει διαπιστωθεί ότι η συγκεκριμένη νηστεία προκαλεί έντονες αλλαγές. Δεδομένης της πίεσης της έλλειψης υγρών και των μεταγενέστερων αλλαγών ηλεκτρολυτών, η λειτουργία των νεφρών εξασθενεί, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων νεφρικών νοσημάτων όπως την ανάπτυξη νεφρικής πέτρας (Jamal, 2013). Η νηστεία του Ραμαζάνι είναι μια μορφή σίτισης περιορισμένης χρονικής διάρκειας. Οι πιστοί του Ισλάμ βαδίζουν σύμφωνα με το Κοράνι (το ιερό κείμενο του Ισλάμ), το οποίο επιβάλλει τη νηστεία κατά τις ημέρες του μήνα Ραμαζάνι. Κατά το Κοράνι υπάρχουν κάποιες τροφές που επιτρέπονται (*halal*) και κάποιες άλλες που δεν επιτρέπονται (*haram*) (Ibrahim, 2018).

Στη διάρκεια της ιδιαίτερης νηστείας των Μουσουλμάνων προβλέπεται η πλήρης αποχή από το φαγητό, το ποτό, τη σεξουαλική επαφή, το κάπνισμα και ορισμένα φάρμακα από την ανατολή μέχρι τη δύση του ηλίου. Τη νύχτα, όμως, οι μουσουλμάνοι έχουν τη δυνατότητα να καταναλώνουν οτιδήποτε επιθυμούν.. Εξαιρέση από τη νηστεία αποτελούν τα παιδιά, οι εμμηνορροϊκές γυναίκες, οι εγκυμονούσες ή θηλάζουσες γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι άρρωστοι και εκείνοι που πραγματοποιούν μεγάλων αποστάσεων ταξίδια (Nicola, 2019).

Το χοιρινό κρέας είναι το βασικότερο είδος τροφής που απαγορεύεται αυστηρά. Επιπλέον, το αλκοόλ, το ζωικό λίπος και το κρέας από τα ζώα που δεν έχουν σκοτωθεί με τον προβλεπόμενο τρόπο από αυτό που ορίζουν οι ισλαμικοί κανόνες θεωρούνται haram. Ακόμα και στα γλυκά υπάρχουν περιορισμοί, όταν αυτά περιέχουν αλκοόλ, εκχύλισμα βανίλιας, παγωτά που έχουν παρασκευαστεί από ζωικό λίπος, τυριά ή γιαούρτι. Σκοπός της νηστείας είναι οι πιστοί να αντιληφθούν την ύπαρξη του Θεού, καθώς και να συμμεριστούν εκείνους που διψούν και πεινούν (Phipps, 1999). Η προειδοποίηση της λήξης της νηστείας γίνεται με την περιφορά πιστών μαζί με τη συνοδεία τυμπάνων. Με τον τρόπο αυτό βέβαια, ασκείται στους μουσουλμάνους ένα είδος αυτοσυγκράτησης από τις επιβλαβείς συνήθειες για τον οργανισμό, όπως το κάπνισμα. Επίσης, οι μουσουλμάνοι απέχουν από τις απολαύσεις και τις ηδονές και επικεντρώνονται στην προσευχή (El-Zibdeh, 2009).

Είναι ευρέως γνωστό ότι πρέπει να καταναλωθούν τουλάχιστον 2 λίτρα νερό ημερησίως. Κατά τη διάρκεια της νηστείας η πρόσληψη του νερού είναι ήδη περιορισμένη με αποτέλεσμα ο οργανισμός να αφυδατώνεται. Ως επακόλουθο, προκαλείται αλλοίωση της λειτουργίας των νεφρών, το οποίο απορροφάται εκ νέου από το σώμα αντί να απεκκρίνεται προκειμένου να διατηρηθεί σε ισορροπία το ισοζύγιο υγρών (Trepanowski & Bloomer, 2010).

Στο πρότυπο πρόσληψης τροφίμων, την περίοδο εκείνη, παρατηρείται μια διακύμανση στη συχνότητα, το χρονοδιάγραμμα και τη σύνθεση των γευμάτων που καταναλώνονται. Ένα σταθερό πρότυπο, ωστόσο, μπορεί να θεωρηθεί το γεύμα που λαμβάνεται πριν από την αυγή και το γεύμα κατά το ηλιοβασίλεμα. Επόμενο να επηρεάζεται η κατανάλωση ενέργειας και θρεπτικών ουσιών. Από την άλλη πλευρά, η νηστεία του Ραμαζανιού βοηθά στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, Η μειωμένη συχνότητα γευμάτων οδηγεί σε χαμηλότερη πρόσληψη θερμίδων και ενδεχομένως απώλεια βάρους.

3.3. Η θρησκεία των Εβραίων

Ο Ιουδαϊσμός είναι μια εθνική θρησκεία 4.000 ετών. Θεμέλιο των Εβραίων είναι η πίστη και η αφοσίωσή τους σε έναν μόνο Θεό. Πρόκειται για έναν διάσπαρτο λαό, καθώς οι περισσότεροι ζουν στην Αμερική, ενώ άλλοι είτε στο Ισραήλ, είτε διασκορπισμένοι σε κάθε σημείο του πλανήτη. Αν και θεωρητικά η θρησκεία ενώνει τους Εβραίους, υπάρχουν αρκετές επιμέρους θρησκείες μεταξύ τους, χωρίς όμως να απομακρύνονται από το πλαίσιο του Ιουδαϊσμού (De Lange, 2000). Για παράδειγμα, οι Ορθόδοξοι Εβραίοι οι οποίοι δεν καταναλώνουν γαλακτοκομικά προϊόντα και κρέας, είχαν αυτομάτως ορισμένους περιορισμούς στην αγορά τροφίμων και επομένως εμφάνισαν καλύτερες μετρήσεις λιπιδίων. Δηλαδή, ενδείκνυται να έχουν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος από τους υπόλοιπους Εβραίους. Οι διαφορές αυτές είναι αποτέλεσμα του παραδοσιακού τρόπου ζωής και στις διατροφικές συνήθειες, δηλαδή οι Ορθόδοξοι Εβραίοι έχουν την τάση να καταναλώνουν λιγότερα κορεσμένα λιπαρά και περισσότερους υδατάνθρακες (Friedlander, 1985).

Ο Ιουδαϊσμός θεωρεί τη ζωή ως δώρο πολύτιμο. Εξαιτίας εκείνης της ιδέας, στη θρησκεία των Εβραίων δεν επιτρέπονται οι ευθανασίες ή οποιαδήποτε προσπάθεια βλάβης στο σώμα είτε από τον ίδιο είτε από κάποιον άλλον. Ακόμα και στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του, δεν επιτρέπεται να παρέμβει κανένας (Γιαννουλάτου, 1985)

3.3.1. Οι διατροφικοί περιορισμοί των Εβραίων

Όπως κάθε λαός ανάλογα με τη θρησκεία του βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής έτσι και οι Εβραίοι συμμορφώνονται με τους κανόνες του kashrut. Υπάρχουν οι τροφές που επιτρέπονται (Kosher) και εκείνες που δεν επιτρέπονται, όπως πουλιά, ψάρια χοιρινό κρέας, το κρέας των αλόγων, το κουνέλι και ο λαγός (Hewamanage, 2016). Εξαιτίας της απαγόρευσης κατανάλωσης κρέατος, οι περισσότεροι Εβραίοι καταλήγουν να είναι χορτοφάγοι. Μάλιστα υπάρχουν σχετικές εβραϊκές χορτοφαγικές οργανώσεις (De Lange, 2000).

Όσο αφορά το γάλα, παρά τα θρεπτικά συστατικά που περιέχει, στον Ιουδαϊσμό απαγορεύεται η κατανάλωσή του όταν παράγεται από ζώα που δεν είναι Kosher. Η μίξη ψαριών και κρεάτων θεωρείται βλαβερή για τον οργανισμό. Επιπλέον, ζώα που είναι τραυματισμένα απαγορεύονται στην κατανάλωση (Small, 2011). Η κατανάλωση φρούτων δεν επιτρέπεται τους πρώτους 3 μήνες κατά της φύτευσης του δέντρου τους και κατ' επέκταση των αμπελιών και του οίνου που παράγεται από αυτά (De Lange, 2000). Σε περιόδους συγκεκριμένων νηστειών οι Εβραίοι απέχουν πλήρως από την κατανάλωση τροφής σε διάστημα από την αυγή μέχρι την επόμενη αυγή (Μοίρα, 2009).

3.4. Ινδουιστική Θρησκεία

Ο Ινδουισμός αποτελεί την τρίτη μεγαλύτερη θρησκεία – μετά τον Χριστιανισμό και το Ισλάμ - με ποσοστό που αγγίζει το 1 δισεκατομμύριο εκ των οποίων το μεγαλύτερο μέρος αυτών ζουν στην Ινδία. Ξεκίνησε πριν από χιλιάδες χρόνια από τον λαό των Αριών, από τη σημερινή περιοχή του Ιράν και του Αφγανιστάν. Τα ιερά κείμενα του Ινδουισμού είναι οι <<Βέδες>>, οι οποίες γράφτηκαν από το 1500 έως το 1000 π.Χ. (Δρίτσας, 2001). Φαίνεται μέσα από αυτά τα κείμενα να λατρεύονται η φωτιά, ο ήλιος, ο ουρανός, ο άνεμος, τα ποτάμια, η βροχή κ.ά.

Μετά τον 4^ο αιώνα η θρησκεία του ινδουισμού απειλήθηκε από τη θρησκεία του Βουδισμού χωρίς όμως να τον αφανίσει, αφού τελικά ο τελευταίος εξαπλώθηκε ανατολικά. Ωστόσο μετά τον 8^ο αιώνα το Ισλάμ απλώθηκε στην βόρεια Ινδία με αποτέλεσμα πολλοί πιστοί να αλλάξουν την πίστη τους. Την περίοδο της Βρετανικής κυριαρχίας τέθηκε η πρόταση της συμφιλίωσης του Ινδουισμού με τις άλλες θρησκείες με την ιδέα ότι η συγκεκριμένη θρησκεία χωράει στη λατρεία και άλλων προφητών και θρησκευτικών δασκάλων (Flood, 2014).

Η Ινδική αυτή θρησκεία πιστεύει στη μετενσάρκωση. Σύμφωνα με τον ινδουισμό, ο θάνατος θεωρείται ως μια προσωρινή παύση από τις φυσικές δραστηριότητες του ανθρώπου, όπου η ψυχή ταξιδεύει από το σώμα και πηγαίνει σε ένα άλλον κόσμο αλλά αργότερα επιστρέφει σαν μια άλλη μορφή. Επίσης κατά τον θάνατο τα πτώματα καίγονται καθώς η θρησκεία αυτή υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος αποτελείται από φωτιά, αέρα, χρώμα και νερό και πως με αυτό τον τρόπο θα επιστρέψουν το τόπο καταγωγής τους. Παρόλα αυτά μερικοί Ινδουιστές ταξιδεύουν έως τις όχθες του ποταμού Γάγγη προκειμένου να τους βρει ο θάνατος εκεί γιατί πιστεύουν ότι στον τόπο αυτό θα απελευθερωθούν από το φάσμα της μετενσάρκωσης. Η Ινδουιστική θρησκεία εξελίσσεται συνεχώς με βάση τις κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές στην Ινδία (Hinduism Today Magazine, 2018).

3.4.1. Οι διατροφικές νόρμες της Ινδουιστικής θρησκείας

Όπως σε κάθε θρησκεία υπάρχουν συγκεκριμένοι διατροφικοί κανόνες έτσι και στον ινδουισμό η νηστεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι. Η ινδική κουζίνα είχε πολλές επιρροές. Η μεγαλύτερη ήταν η επιρροή της χορτοφαγίας. Αναλυτικότερα το κρέας, το αλκοόλ, η κατανάλωση των αρπακτικών πουλιών και η θανάτωση της <<ιερής αγελάδας>> απαγορεύονται κατά τη θρησκεία αυτή. Γενικότερα η αγελάδα θεωρείται πως συμβολίζει τη γη, καθώς προσφέρει χωρίς να αποζητά αντάλλαγμα (Jeaneane, 1997). Αντίθετα τα γαλακτοκομικά προϊόντα καταναλώνονται σε καθημερινή βάση. Ένα μεγάλο μέρος των πιστών του Ινδουισμού καταναλώνουν και ψάρια (Nancy, 2009).

Οι Ινδουιστές υποστηρίζουν ότι η διαμόρφωση της ψυχής εξαρτάται από το σώμα και το σώμα εξαρτάται από το φαγητό. Η πνευματική ανάπτυξη για να χαρακτηριστεί ως κατάλληλη πρέπει να ακολουθείται από μία σωστή διατροφή. Φαγητά που θεωρούν ότι εμποδίζουν τη σωματική ανάπτυξη και τις νοητικές ικανότητες οι Ινδουιστές τα αποφεύγουν.

Γενικά στον Ινδουισμό είναι αρκετά σημαντικό να καταλάβει ο καθένας και να ακολουθεί όπως εκείνος πιστεύει τον ηθικά ορθό τρόπο ζωής <<Ντάρμα>>. Ο κάθε πιστός αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος. Επόμενο είναι, λοιπόν, να διαχειρίζεται με διαφορετικό τρόπο τις καταστάσεις τις οποίες βιώνει (Παπαλεξανδρόπουλος, 2010).

3.5. Η θρησκεία του Βούδα

Από τον πρώτο καιρό υπάρχει μια αλληλένδετη σχέση μεταξύ των Βουδιστών και της ιατρικής πρακτικής καθώς και οι δύο πλευρές ασχολούνται, η καθεμία με το δικό της τρόπο, με την πρόληψη και αντιμετώπιση της ανθρώπινης ταλαιπωρίας. Τα ευρήματα που αναδεικνύουν τον τρόπο που θα καθοδηγήσει έναν επαγγελματία υγείας τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή είναι ελάχιστα. Σύμφωνα με τη θρησκεία του Βούδα η εκδήλωση μιας ασθένειας σχετίζεται με τη ψυχική, σωματική και πνευματική υγεία, τον πολιτισμό, την κοινωνία και το περιβάλλον. Η ιατρική για να καθορίσει μια διάγνωση δεν αρκεί μόνο να βασιστεί στα εμφανή συμπτώματα, αλλά οφείλει να στρέψει την προσοχή της και στο ψυχικό κόσμο του ατόμου. Στο σημείο αυτό, η βουδιστική ιατρική βιβλιογραφία προτείνει κάποιες βασικές κατευθυντήριες γραμμές προς τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, προλαμβάνονται τυχόν επεισόδια και παρεξηγήσεις μεταξύ ασθενούς και ιατρών. Επίσης ο Βουδισμός παρέχει ένα είδος διαλογισμού για το ιατρικό προσωπικό καθώς συμερίζεται την εξάντλησή τους. Ο διαλογισμός αυτός αφορά στην αντιμετώπιση του στρες και στην προώθηση της βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών και της αυτοφροντίδας.

Στον Βουδισμό, η υγεία αποτελείται από τη συνολική κατάσταση του ανθρώπου και είναι συνυφασμένες με πολλούς μη ιατρικούς παράγοντες όπως την οικονομική κατάσταση, την εκπαιδευτική κατάρτιση, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον και την ηθική του καθενός. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψιν ώστε να κατανοηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η έννοια της υγείας και της ασθένειας. Στο πλαίσιο της Βουδιστικής κοσμοθεωρίας για να θεωρηθεί ένα άτομο υγιές σημαίνει να βρίσκονται σε καλή κατάσταση όλοι οι παράγοντες που το περιβάλλουν (κοινωνικές, οικογενειακές και επαγγελματικές σχέσεις) (Ratanakul, 2004).

Στο μοτίβο του Βουδισμού το άτομο καταφεύγει στα Τρία Κοσμήματα. Πρώτα είναι ο Βούδας, δεύτερον το Ντάρμα και τέλος τη Σάνγκα. Ο ρόλος του ιατρού και του πνευματικού δασκάλου έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Ο πρώτος βοηθά τον άρρωστο να

αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχικές παθήσεις του ενώ ο δεύτερος φροντίζει το άτομο να ξεπεράσει τις δύσκολες καταστάσεις στις οποίες βρίσκεται και να αφηθεί στις θετικές σκέψεις. Κοινός στόχος και των δύο είναι να λυτρώσουν το άτομο από τα δεινά.

Ένα άλλο θέμα που τίθεται προς συζήτηση είναι η εκτεταμένη εξάπλωση του διαβήτη, ο οποίος δεν υπολογίζει ούτε εθνικότητα, ούτε φυλή, ούτε θρησκεία. Πολλές μελέτες φανερώνουν ότι οι Βουδιστές εμφανίζουν διαβήτη εξαιτίας των διατροφικών τους συνθηκών. Εξαιτίας, δηλαδή, της παρατεταμένης νηστείας σε συνδυασμό με την πρόληψη τροφών σε υψηλής περιεκτικότητας υδατανθράκων, λιπαρών, φυτικών ινών και πρωτεϊνών.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι Βουδιστές δεν προσεύχονται με σκοπό να αποκτήσουν την εύνοια του Βούδα ή να συγχωρεθούν. Αντίθετα πρέπει να προσπαθήσουν να βασιστούν στους εαυτούς τους και να ανεξαρτητοποιηθούν. Οι ασθενείς, όμως, πρέπει να είναι προσεκτικοί στην αναζήτηση πνευματικής καθοδήγησης από κάποιον που έχει αληθινές γνώσεις πάνω στον τομέα της υγείας. Φυσικά και ο ίδιος ο γιατρός έχει ως χρέος να γνωρίζει το ιστορικό του ασθενούς (Indian, 2018). Μέσα από την προσευχή οι άνθρωποι οδηγούνται στον αυτοέλεγχο, στην εξιλέωση της ψυχής και σε τελευταίο στάδιο στον διαφωτισμό (Myrtle, 1999).

3.5.1. Οι διατροφικές συνήθειες των Βουδιστών

Κάποιος θα έλεγε ότι στον Βουδισμό, όπως και σε κάθε θρησκεία, υπάρχουν αυστηρές και ρητές διατροφικές απαγορεύσεις. Ωστόσο δεν ισχύει αυτό. Μόνο το κρέας δεν επιτρέπεται καθώς θεωρείται ότι υπήρξε η μετεμψύχωση του Βούδα σε διάφορες μορφές ζώων, προτού εμφανιστεί ως ανθρώπινο ον. Η κατανάλωση οινοπνεύματος απαγορεύεται για τους Βουδιστές καθώς θεωρείται αντίθετη προς τους κανόνες του Βούδα. Γενικότερα, υπάρχουν ορισμένοι κανόνες που περιορίζουν τους πιστούς ως προς την κατανάλωση της τροφής. Για παράδειγμα, η θρησκεία αυτή προωθεί την χορτοφαγία αποτρέποντας την κατανάλωση κρέατος (Helaine, 2003).

Στην κοσμοθεωρία του Βούδα οι πιστοί ακολουθούν μια συγκεκριμένη πρακτική που εξαναγκάζει το άτομο να συλλογιστεί γι' αυτό που τρώει. Σκέφτεται, δηλαδή, τι τρώει και για ποιο λόγο το τρώει, από πού προέρχεται, πώς και πότε πρέπει να το καταναλώσει. Με τον τρόπο αυτό το άτομο αρχίζει να σκέφτεται αν αξίζει η τροφή που θα επιλέξει ενδέχεται να προκαλέσει κάποια ασθένεια (Alan, 2002).

Η αποστασιοποίηση από τη βρώση της ζωικής σάρκας εξηγείται από τους Βουδιστές με το γεγονός ότι δεν αρέσει στους Θεούς η θανάτωση των ζώων, ενώ η χορτοφαγία θα βοηθήσει στην καλύτερη μετά θάνατον ζωή (Frederick, 1961). Εκτός από αυτό με τη θανάτωση των ζώων δημιουργούνται στους πιστούς δύο είδη βάσανων. Αρχικά, το βάσανο για το ίδιο το ζώο που θανατώνεται και δεύτερον το διαρκές βάσανο στον κύκλο θανάτου-αναγέννησης. Με άλλα λόγια όταν μια οντότητα πεθαίνει χωρίς να φτάσει στο τελικό στάδιο που είναι ο διαφωτισμός, αναγκάζεται πάλι να ξεκινήσει τη διαδικασία της αναγέννησης. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι και τα ζώα μπορούν να επιτύχουν τον διαφωτισμό, αν δεν δολοφονηθούν (Hwang, 2009).

Vegan

διατροφή

και

υγεία

Η χορτοφαγία και ο βιγκανισμός κερδίζουν όλο και περισσότερη δημοτικότητα στον δυτικό κόσμο. Η συγκεκριμένη εναλλακτική διαίτα χαρακτηρίζεται από κυριαρχία τροφίμων που προέρχονται από φυτά σε ποικίλες ποσότητες που υπόκεινται σε διάφορες επεξεργασίες, απέχοντας από την κατανάλωση κρέατος, προϊόντων κρέατος και ψαριών έως την πλήρη απόρριψη ζωικών προϊόντων. Στατιστικά, περίπου το 4% με 10% του πληθυσμού στη Γερμανία είναι χορτοφάγοι. Η Ιταλία, η Αυστρία, η Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο εκτιμάται ότι έχουν παρόμοιο αριθμό χορτοφάγων με την Γερμανία (8-10%) (Ströhle, 2016).

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχτεί ότι τα φυτικά και χορτοφαγικά πρότυπα διατροφής σχετίζονται με πολλές ευεργετικές συνέπειες στην υγεία και ιδίως το φαινόμενο αυτό παρατηρείται στις δυτικές χώρες (Craig, 2009). Το διατροφικό πρότυπο της χορτοφαγίας συμπεριλαμβάνεται από μια ποικιλία διαιτητικών πρακτικών (Cramer, 2017) εκτός από ορισμένες κατηγορίες τροφίμων όπως το κρέας, τα πουλερικά και τα παρόμοια προϊόντα. Από την άλλη πλευρά επιτρεπτά φαγητά θεωρούνται τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα δημητριακά, οι ξηροί καρποί, οι σπόροι και το μέλι. Μερικές φορές υπάρχει η δυνατότητα θαλασσινών και αυγού ή γαλακτοκομικών προϊόντων (Lemale, 2019). Αντίθετα υπάρχει και η πλήρης αποχή κατανάλωσης κρέατος και γενικότερα ζωικής προέλευσης όπως γαλακτοκομικά, αυγά και μέλι, η οποία θεωρείται από τις πιο αυστηρές. Στην περίπτωση αυτή τα μόνα επιτρεπτά προϊόντα είναι λαχανικά, φρούτα, ξηροί καρποί, λίπη και έλαια, δημητριακά, σπόροι και όσπρια (Veronese, 2019).

Η έννοια του βιγκανισμού υιοθετείται ως συνέπεια ηθικών αρχών που σχετίζονται με τα δικαιώματα και την καλή διαβίωση των ζώων, αφού ο τρόπος αυτός είναι βάνανσος και βάρβαρος (Zick, 2018) αλλά και για πνευματικούς, ηθικούς και θρησκευτικούς λόγους (Cramer, 2017). Ένας ακόμα λόγος είναι εξαιτίας των κοινωνικοοικονομικών εκτιμήσεων και των περιβαλλοντικών ανησυχιών στρέφοντας την προσοχή στην εξοικονόμηση ενέργειας και φυσικών πόρων στη διαδικασία παραγωγής τροφίμων (Vergeer, 2020). Παρόλα αυτά παρατηρείται έντονη ανισότητα στα ποσοστά μεταξύ των χωρών τόσο για την χορτοφαγία όσο και για τον βιγκανισμό. Στατιστικά, το ποσοστό των vegans αν και το τελευταίο καιρό έχει αυξηθεί με γοργούς ρυθμούς, μόνο το 0,1% έως 1% του ενήλικου πληθυσμού στη Γερμανία ακολουθεί το δρόμο του βιγκανισμού. Στην Βόρεια Αμερική το ποσοστό χορτοφαγίας του πληθυσμού αγγίζει το 5% ενώ του βιγκανισμού το 2%. Στις ΗΠΑ, εξαιτίας της επικράτησης των θρησκευτικών πεποιθήσεων, το ποσοστό των vegans φτάνει το 7,7%. Επί προσθέτως, η χορτοφαγική διατροφή προσφέρει πολλά οφέλη στην υγεία γι' αυτό επιλέγεται από τους εφήβους αλλά και γενικότερα από τις νεαρές ηλικίες και ιδίως από τις γυναίκες (Worsley, 1998).

Ο βιγκανισμός προκαλεί διάφορες επιπτώσεις στην υγεία και την ευεξία του ανθρώπου. Έχει διαπιστωθεί ότι η ειδική αυτή διαίτα συσχετίζεται με πολλαπλές ιατρικές νοσηρότητες αλλά και περιορισμούς όπως έλλειψη βιταμινών, μετάλλων και πρωτεϊνών. (Craig, 2009). Ιδιαίτερα, οι χορτοφαγική διαίτα συνδέεται με τον καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, καταρράκτη, χρόνια νεφρική νόσο, διαβήτη, υγεία των οστών, μεταβολικό σύνδρομο, τον εγκέφαλο, παχυσαρκία, φυσιολογικά αποτελέσματα εγκυμοσύνης και άλλα. Από την άλλη σκοπιά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο βιγκανισμός παρουσιάζει μείωση του κινδύνου για υπέρταση κατά 72%, 40%-70% για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και 15% για την εμφάνιση καρκίνου. Ύστερα από πολλές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η συγκεκριμένη διαίτα βοηθάει στην μείωση των ποσοστών θνησιμότητας αλλά δεν έχει προσδιοριστεί μακροπρόθεσμη υγεία των καταναλωτών. Ωστόσο οι vegans εκτός από την ιδιόμορφη αυτή διαίτα, προκειμένου να προάγουν την υγεία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο συμπεριλαμβάνουν στην

καθημερινότητά τους την τακτική σωματική άσκηση, την αποχή από το κάπνισμα και το αλκοόλ, την επιδίωξη της κοινωνικής συναναστροφής και τη συναισθηματική επένδυση (Heiss, 2017).

Στο πεδίο του αθλητισμού αλλά και σε άτομα που εργάζονται σε τομείς που αφορούν την περίθαλψη και την φυσική κατάσταση ενισχύεται ο βιγκανισμός (Medawar, 2019). Ιδιαίτερα στους αθλητές η ισορροπημένη διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο. Είναι ένα αρκετά ενδιαφέρον σημείο πάνω στο οποίο έχουν γίνει πολλές συζητήσεις σχετικά με την απόδοση των αθλητών και την χορτοφαγική διατροφή. Παρά τις πολλαπλές μελέτες, ελάχιστες έχουν διερευνήσει τη διατροφική κατάσταση των χορτοφάγων αθλητών (Lynch, 2016). Κατά συνέπεια, είναι πολύ σημαντικό να μελετηθεί κατά πόσο οι αθλητές που καθοδηγούνται από τη χορτοφαγική δίαιτα μπορούν να καλύψουν τις διατροφικές τους ανάγκες ή να παρουσιάσουν ανισορροπία (Trapp, 2010).

Διατροφή

vegan

Είναι ευρέως γνωστό ότι η vegan διατροφή δεν περιλαμβάνει προϊόντα φτιαγμένα από ζώα. Για τον λόγο αυτό το μεγαλύτερο μέρος του θρεπτικού εισοδήματος ανταποκρίνεται στα κατώτερα επίπεδα της διατροφικής πυραμίδας. Πρόκειται για τροφή που περιλαμβάνει την συχνή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και λιγότερη πρόσληψη νατρίου και κορεσμένων λιπαρών (Chandra, 2019).



Εικόνα 1: Προϊόντα χορτοφαγικής διατροφής

Εκτός από τα θρεπτικά συστατικά που απορροφούνται από τον οργανισμό, τα φυτά περιέχουν ποικίλες φυτοχημικές ουσίες, όπως εκείνων των καροτενοειδών και των πολυφαινόλων. Οι τελευταίες βρίσκονται στα σταφύλια, τα μούρα και στους ξηρούς καρπούς. Αν μια βίγκαν διατροφή δεν προσαρμοστεί με τον κατάλληλο τρόπο στον καθένα, μπορεί να προκαλέσει μείωση της θερμιδικής πρόσληψης και θρεπτική ανεπάρκεια πρωτεϊνών, βιταμινών, μετάλλων και λιπαρών οξέων (Craig, 2009).

Χορτοφαγική δίαιτα και καρδιαγγειακά νοσήματα

Οι άνθρωποι που ακολουθούν την χορτοφαγική δίαιτα έχουν την τάση να είναι λεπτότεροι και επομένως να έχουν χαμηλότερες τιμές ολικής και LDL χοληστερόλης. Επίσης παρουσιάζουν χαμηλή αρτηριακή πίεση σε σχέση με τους παμφάγους. Για παράδειγμα ένας σημαντικός παράγοντας για τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων αποτελεί η παχυσαρκία. Έτσι, λοιπόν, οι βίγκαν προδιαθέτουν ένα χαμηλότερο δείκτη μάζας προστασίας προστατεύοντας τους εαυτούς τους από την εμφάνιση καρδιακών παθήσεων. Έντονες είναι οι διαφορές ανάμεσα στους φυτοφάγους και τους παμφάγους. Ειδικότερα, οι πρώτοι καταναλώνουν μεγαλύτερο αριθμό φρούτων και λαχανικών, τα οποία είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, φολικό οξύ, αντιοξειδωτικά και μειώνουν τις συγκεντρώσεις της χοληστερόλης.

Σύμφωνα με την EPIC – Oxford ενδείκνυται ότι τόσο οι χορτοφάγοι όσο και οι παμφάγοι παρουσιάζουν στον ίδιο βαθμό τον κίνδυνο για κατάγματα. Ένα ελάχιστο ποσοστό παραπάνω στους χορτοφάγους, καθώς καταναλώνουν μικρότερο έως και ελάχιστο ασβέστιο. Παρόλα αυτά, τα οστά για να θεωρηθούν υγιή δεν αρκεί μόνο η κατανάλωση πρωτεϊνών και ασβεστίου. Χρήζει αναγκαία και η παράλληλη κατανάλωση άλλων θρεπτικών συστατικών όπως βιταμίνη D, βιταμίνη K, μαγνήσιο και κάλιο. Ευχάριστα η χορτοφαγική διαίτα είναι πλούσια σε αυτά τα συστατικά.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσληψη ασβεστίου σε μια χορτοφαγική διαίτα είναι σημαντικό να καταναλώνονται σε σταθερή βάση πηγές ασβεστίου όπως τα πράσινα λαχανικά, ταχίνι, τόφου, κ.ά.

Χορτοφαγική διαίτα και βιταμίνη 12

Η διαίτα του βιγκανισμού προσφέρει υψηλότερη συγκέντρωση ομοκυστεΐνης και χαμηλότερη συγκέντρωση βιταμίνης 12. Η αυξημένη συγκέντρωση ομοκυστεΐνης προκαλεί την εμφάνιση καρδιακών νόσων και οστεοπόρωσης. Παράλληλα, η πλήρης έλλειψη βιταμίνης 12 θεωρητικά μπορεί να προκαλέσει νευρολογικές και ψυχολογικές ανωμαλίες, άνοια και δυσκολία στην αυτοσυγκέντρωση. Τροφές όπως δημητριακά, σόγια, ρύζι είναι σε θέση να μειώσουν τον κίνδυνο ανεπάρκειάς της (Craig, 2009).

Χορτοφαγική διαίτα και ψευδάργυρος

Οι vegans διατρέχουν κίνδυνο έλλειψης ψευδαργύρου. Αυτό οφείλεται στα συστατικά που υπάρχουν στα όσπρια και στους σπόρους τα οποία δεσμεύουν το ψευδάργυρο και μειώνεται η βιοδιαθεσιμότητά του. Ωστόσο είναι δύσκολο να πει κανένας με σιγουριά τα ποσοστά ψευδαργύρου που υπάρχουν στον οργανισμό μας καθώς δεν έχει βρεθεί κάποιος δείκτης για τη μέτρησή του. Ένας τρόπος να αποφευχθεί ο κίνδυνος ανεπάρκειας ψευδαργύρου είναι η αυξημένη πρόσληψη δημητριακών ολικής αλέσεως, προϊόντα σόγιας και εμπλουτισμένα τρόφιμα σε ψευδάργυρο.

Χορτοφαγική διαίτα και ιώδιο/μαγνήσιο

Κύριες πηγές ιωδίου θεωρούνται το κρέας, το ψάρι και τα γαλακτοκομικά, τα οποία είναι προϊόντα που απαγορεύονται στην χορτοφαγική διαίτα. Από την άλλη σκοπιά, η πρόσληψη μαγνησίου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του εμβρύου. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε πήραν μέρος 108 υγιείς έγκυες γυναίκες, στις οποίες παρατηρήθηκαν σημαντικές υψηλότερες διαιτητικές προσλήψεις μαγνησίου, αφού καταλάωσαν φυτική διατροφή. Συμπερασματικά, λοιπόν, η vegan διατροφή οδηγεί σε υψηλά επίπεδα μαγνησίου (Koebnick, 2005).

Χορτοφαγική διαίτα και δείκτης μάζας σώματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περισσότεροι από 1,3 δισεκατομμύρια ενήλικες παγκοσμίως χαρακτηρίζονται από υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία. Γενικότερα, η

αύξηση μάζας σώματος και η παχυσαρκία αποτελούν αιτίες θνησιμότητας. Σε μια φυτική διαίτα οι χορτοφάγοι παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές δείκτης μάζας σώματος σε σχέση με τους μη χορτοφάγους. Αποδεδειγμένα η κατανάλωση ζωικών προϊόντων αυξάνει τις τιμές του ΔΜΣ. (Berkow, 2006). Ενώ οι χαμηλές τιμές του ΔΜΣ ίσως να οφείλονται στο γεγονός ότι ο βιγκανισμός αυξάνει τις δαπάνες ενέργειας σε κατάσταση ηρεμίας. Μια άλλη θετική εικόνα που προσδίδει στον άνθρωπο η χορτοφαγική διατροφή είναι ότι βοηθά στην απώλεια βάρους.

Οι επιδράσεις της χορτοφαγικής διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στην υγεία των μητέρων

Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος κατά την οποία η μητέρα απαιτεί διαφορετική ποσότητα θρεπτικών συστατικών για υγιή κύηση με σκοπό τη βέλτιστη ανάπτυξη του εμβρύου (Sharira, 2008). Ο δείκτης μάζας σώματος της σύλληψης είναι καθοριστικός για την αποφυγή δυσμενών αποτελεσμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα, ο αυξημένος ΔΜΣ και η περίσσεια πρόσληψη θερμίδων αφορούν στον κίνδυνο για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου, όπως την εμφάνιση διαβήτη, προ εκλαμψίας και καρδιαγγειακών παθήσεων. Για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίο να διατηρείται στα απαιτούμενα φυσιολογικά όρια το βάρος της εγκύου (Rasmussen, 2009). Από την άλλη πλευρά, ο χαμηλός ΔΜΣ και οι μη υποσιτισμένες μητέρες είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν την φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου, οδηγώντας σε δυσμενείς συνέπειες τοκετού, καθώς αργότερα σε σωματικές και πνευματικές καθυστερήσεις στην προσχολική ηλικία και μετέπειτα στην ενήλικη ζωή.

Τι οδηγεί στην επιλογή της χορτοφαγικής διαίτας μια μητέρα;

Οι διατροφικές συνήθειες του βιγκανισμού θεωρούνται μια διατροφική πρόκληση στη διάρκεια της κύησης και απαιτείται η πλήρης επίγνωση ώστε να προσληφθούν όλα εκείνα τα θρεπτικά συστατικά όπως βιταμίνη B12, βιταμίνη D, ασβέστιο, σίδηρο, πρωτεΐνες, ψευδάργυρο, απαραίτητα λιπαρά οξέα και ιώδιο. Ωστόσο, πολλοί είναι οι παράγοντες που θα στρέψουν μια μητέρα να ακολουθήσει το μοτίβο του βιγκανισμού. Εξαρτάται, κυρίως, από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της μητέρας, την εθνικότητα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Στην περίπτωση όπου η επιλογή γίνεται για ηθικές πεποιθήσεις και όχι πολιτισμικές, τότε μπορεί να επιτευχθεί μια ισορροπημένη διατροφή (Northstone, 2008).

Κεφάλαιο 5

Μεσογειακή διατροφή

Οι ρίζες της κρατούν από την αρχαιότητα ακόμη. Ειδικότερα, το διατροφικό πρότυπο της Μεσογείου προήλθε από την διατροφή που είχαν λαοί όπως οι Φοίνικες, οι Σουμέριοι, οι Έλληνες, οι Βαβυλώνιοι, οι Ασσύριοι, οι Ρωμαίοι και οι Πέρσες. Κατά την Μεσαιωνική περίοδο, η διατροφή των Ελλήνων και των Ρωμαίων ήταν αρκετά σημαντική και έθετε σε προτεραιότητα τροφές όπως το κρασί, τα φρούτα, τα λαχανικά, το ψωμί, το ελαιόλαδο και τα ψάρια. Αργότερα, το Μεσογειακό πρότυπο εμπλουτίστηκε με τα δημητριακά και τα λαχανικά, απόρροια ενσωμάτωσης διατροφικών συνηθειών μουσουλμανικών λαών.

Στα νεότερα χρόνια και συγκεκριμένα στα χρόνια των πολέμων, ο Β Παγκόσμιος πόλεμος επέφερε αλλαγές στο διατροφικό πρότυπο. Συγκεκριμένα, καταγράφηκε κατακόρυφη μείωση στην πρόσληψη κόκκινου κρέατος και λοιπών ζωικών προϊόντων ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκε αύξηση της πρόσληψης δημητριακών, λαχανικών και φρούτων (Willett W., 2006)

Τέλος, η συμβολή της UNESCO το 2013 αποτέλεσε κομβικό σημείο καθώς τοποθέτησε την μεσογειακή διατροφή στην λίστα της άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς της ανθρωπότητας.

5.1. Ορισμός μεσογειακής διατροφής

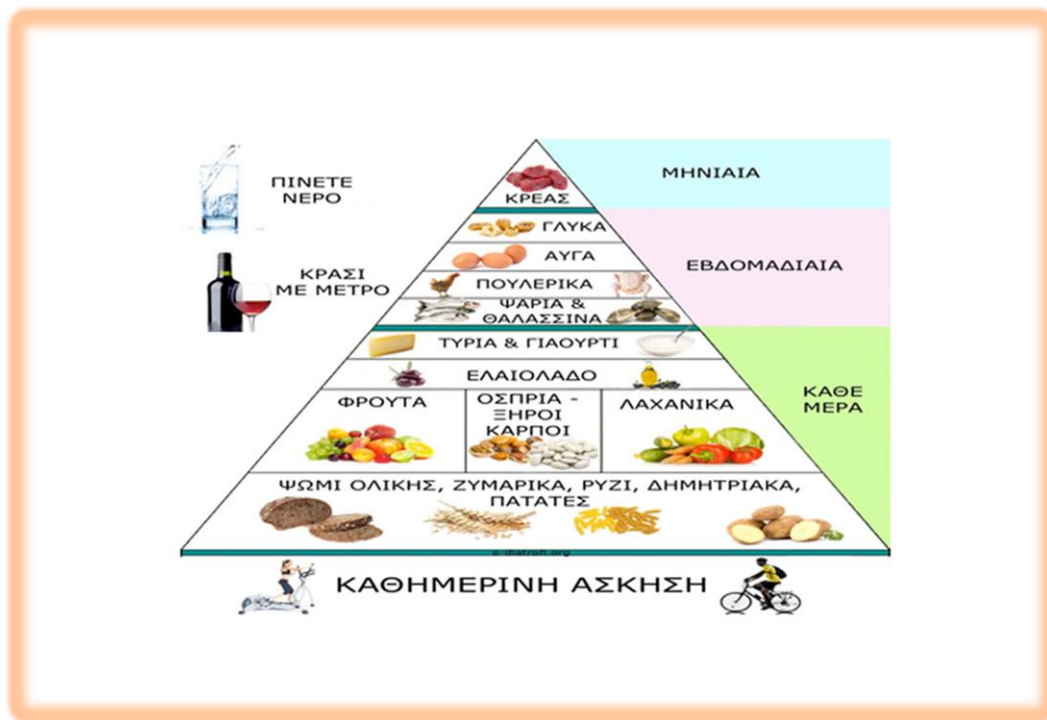
Ως Μεσογειακή διατροφή ορίζεται το διατροφικό πρότυπο που εκφράζει τη διατροφή των λαών της λεκάνης της Μεσογείου και είναι συνώνυμο με την υγιεινή διατροφή και τη μακροζωία. Η Μεσογειακή Διατροφή περιλαμβάνει απλές και εύγεστες συνταγές οι οποίες βασίζονται σε αγνά προϊόντα, ενώ η ελληνική εκδοχή της Μεσογειακής διατροφής αποτελείται από προϊόντα τα οποία παράγονται στην Ελλάδα και διαμόρφωσαν τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων από τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα.

Οι προσπάθειες για τον προσδιορισμό της έννοιας της μεσογειακής διατροφής έχουν απασχολήσει πολλούς συγγραφείς. Αναλυτικότερα, η Μεσογειακή διατροφή ορίστηκε πρώτη φορά από τον Ancel Keys στην μελέτη των Επτά Χωρών, ως χαμηλή σε κορεσμένα λιπαρά και υψηλή σε φυτικά έλαια διατροφή, που σημειώθηκε στην Ελλάδα και την Νότια Ιταλία την δεκαετία του 1960 (Martínez-González M.Á., Sánchez-Villegas A., 2004). Ακόμη, ο Mantzoros (2009) οδηγείται προς την υγιεινή υπόσταση της μεσογειακής διατροφής υποστηρίζοντας την αυξανόμενη πρόσληψη ορισμένων συστατικών, όπως οι φυτικές ίνες, τα δημητριακά, τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια με ταυτόχρονη μειωμένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος. Εν συνεχεία, οι Willett et al. (1995) και Panagiotakos et al. (2006) πλησιάζουν τον ορισμό της μεσογειακής διατροφής θεωρώντας σημαντική την κατανάλωση περισσότερων λαχανικών και λιγότερου κόκκινου κρέατος, την αντικατάσταση διαφόρων ελαίων με το ελαιόλαδο και την υποκατάσταση των γλυκαντικών ουσιών με φυσικές από φρούτα. Επίσης, μια απόπειρα απόδοσης ορισμού της μεσογειακής διατροφής έγινε και από τους Trichoroulou και συνεργάτες (2014) υιοθετώντας τους προαναφερθέντες ορισμούς, θεώρησαν την Μεσογειακή διατροφή ένα πρότυπο διατροφής στο οποίο παρατηρείται αυξημένη πρόσληψη δημητριακών ολικής αλέσεως, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος αλλά και παράγωγων αυτού, ελαττωμένη κατανάλωση ψαριών, κατανάλωση γαλακτοκομικών καθώς και κατανάλωση γλυκαντικών ουσιών και κρασιού. Τέλος, επικρατέστερος ορισμός είναι αυτός που αποδόθηκε από τον A.B. Keys, όπου κατέγραψε το διατροφικό πρότυπο των χωρών που εντοπίζονται στην

Μεσόγειο (Martínez-González M.Á., Sánchez-Villegas A., 2004).

Επιπλέον, αν και η ΜΔ είναι ένα διαιτητικό πρότυπο με πολλά οφέλη για την υγεία, μια προοδευτική στροφή προς τις δυτικοποιημένες διατροφικές συνήθειες έχει σημειωθεί πρόσφατα στις περιοχές της Μεσογείου. Ως αποτέλεσμα, ο όρος «δίαιτα μεσογειακού τύπου» χρησιμοποιείται σήμερα στη βιβλιογραφία για να περιγράψει όχι μια συγκεκριμένη διατροφή, αλλά μια συλλογή διαιτητικών συνηθειών που ακολουθούνται παραδοσιακά από τους πληθυσμούς των χωρών που συνορεύουν με τη Μεσόγειο Θάλασσα (Sofi F, 2009).

5.2. Πυραμίδα μεσογειακής διατροφής και ανάλυση τροφίμων



Εικόνα 1: Πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή διατροφή, αποδίδεται σχηματικά με τη μορφή πυραμίδας προκειμένου να προσδιοριστεί για κάθε είδος τρόφιμου η απαιτούμενη ποσότητα κατανάλωσης σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή συχνότητα. Η πυραμίδα στη βάση της περιλαμβάνει τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε σημαντικές ποσότητες, ενώ αντίθετα στην κορυφή της βρίσκονται οι τροφές που πρέπει να καταναλώνονται αραιά και σε μικρότερες ποσότητες. Στην πυραμίδα δίνεται έμφαση στη συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων και όχι στις ακριβείς ποσότητές τους σε γραμμάρια.

Με βάση ερευνητικά δεδομένα η υιοθέτηση των διατροφικών οδηγιών που απεικονίζονται στην πυραμίδα της Ελληνικής - Μεσογειακής Διατροφής φέρει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νόσων που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η παχυσαρκία, ο διαβήτης τύπου 2 κ.ά. (Bonaccio. M., et al, 2012).

Παρακάτω, δίδεται λεπτομερή ανάλυση των τροφίμων της πυραμίδας με βάση τον χρονικό προσδιορισμό της πρόσληψης των τροφών:

Καθημερινά

Γαλακτοκομικά: Μέτρια πρόσληψη έως 2 μερίδες, με σύσταση για κατανάλωση γαλακτοκομικών χαμηλών λιπαρών οξέων

Δημητριακά: Μέτρια πρόσληψη 1 ή 2 μερίδες, με σύσταση για κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης και ανά γεύμα κατανάλωση ψωμιού, ζυμαρικών ή ρυζιού

Ελαιόλαδο: Συνίσταται η καθημερινή πρόσληψη του καθώς αποτελεί σημαντική πηγή διαιτητικών λιπιδίων προστατευτικών για το καρδιαγγειακό σύστημα

Ελιές, ξηροί καρποί και σπόροι: Μέτρια πρόσληψη 1 μερίδας

Λαχανικά: Μέτρια πρόσληψη έως 2 μερίδες, με σύσταση για κατανάλωση τουλάχιστον μίας ωμής μερίδας

Νερό: Συνιστώμενη πρόσληψη 1,5 - 2 λίτρα για την ενυδάτωση του οργανισμού

Εβδομαδιαία

Αβγά: Πρόσληψη 2 έως 4 μερίδες

Λευκά κρέατα (πουλερικά, γαλοπούλα, κουνέλι): Πρόσληψη 1 έως 2 μερίδες

Όσπρια: Πρόσληψη περισσότερων από 2 μερίδες, με σύσταση για συνδυασμό οσπρίων με δημητριακά

Πατάτες: Πρόσληψη λιγότερο από 3 μερίδες, με σύσταση για κατανάλωση φρέσκων πατατών

Ψάρια, οστρακοειδή: Πρόσληψη περισσότερων από 2 μερίδες

Μηνιαία

Κρέας: Πρόσληψη λιγότερο από 2 μερίδες, με σύσταση για κατανάλωση άπαχου κρέατος

(Willett W., et al, 1995)

Ειδικότερα:

Ελαιόλαδο:

Φυτικό έλαιο πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και αντιοξειδωτικές ουσίες . Βοηθάει στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E και K. Συμβάλλει στην υγεία της καρδιάς ,στην πρόληψη του καρκίνου και του διαβήτη, στην επιβράδυνση της γήρανσης, στην ισορροπία του μεταβολισμού και στην σωστή ανάπτυξη των οστών και του εγκεφάλου στην παιδική ηλικία (Bulotta, 2014).

Δημητριακά:

Η καθημερινή κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης εξασφαλίζει την πρόσληψη φυτικών ινών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Στα δημητριακά, η πρωτεΐνη , οι βιταμίνες και τα άλατα είναι συγκεντρωμένα περισσότερο στο εξωτερικό του καρπού απ' ότι στο αμυλούχο ενδοσπέρμιο. Έτσι κατά την άλεσή του ένα μέρος των συστατικών χάνεται στα πίτυρα. Το

ποσοστό των βιταμινών των ανόργανων συστατικών και της κυτταρίνης που περιέχει το παξιμάδι εξαρτάται από τον τύπο αλευριού που έχει χρησιμοποιηθεί. Ενδεικτικά στο άσπρο ψωμί 70%, πολυτελείας 55%, ολικής άλεσης 85-100% (Ψαρουδάκη Αντωνία, 2008).

Γαλακτοκομικά

προϊόντα

Το γάλα αποτελεί πλούσια πηγή πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας. Είναι πλούσιο σε λυσίνη και βαλίνη, ενώ η μεθειονίνη είναι το περιοριστικό του αμινοξύ. Η περιεκτικότητα του πλήρους αγελαδινού γάλακτος σε χοληστερόλη είναι όμοια με εκείνη του μητρικού γάλακτος (0.01 gr/ 100 ml). Είναι πλούσια πηγή ασβεστίου και φωσφόρου με μικρή περιεκτικότητα σε σίδηρο. Να σημειωθεί πως όλα τα είδη γάλακτος έχουν τα ίδια συστατικά με διαφορετικές όμως αναλογίες. Το ανθρώπινο γάλα είναι το πιο πλούσιο σε λακτόζη και περιέχει λιγότερο λίπος και πρωτεΐνη. Το αγελαδινό γάλα συγκριτικά με το κατσικίσιο και το πρόβειο είναι το πιο πλούσιο σε λακτόζη αλλά φτωχό σε λίπος. Τέλος, το πρόβειο γάλα είναι το πιο πλούσιο σε πρωτεΐνη, λίπος και ανόργανα συστατικά. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα συστήνεται να καταναλώνονται με μέτρο καθώς η υψηλή πρόσληψη έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση αθηροσκλήρωσης και καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στην κατηγορία των γαλακτοκομικών προϊόντων ανήκει και το γιαούρτι, μια εύπεπτη και θρεπτική τροφή. Είναι σημαντική πηγή ασβεστίου, πρωτεϊνών και φωσφόρου. Έχει αντιμικροβιακή δράση για ένα μεγάλο αριθμό βακτηρίων. Λόγω της ζύμωσης μέρους της λακτόζης προς γαλακτικό οξύ, είναι περισσότερο ανεκτό από άτομα που παρουσιάζουν δυσανεξία στην λακτόζη.

Ακόμη, το τυρί αποτελεί γαλακτοκομικό προϊόν, εξίσου θρεπτική και εύπεπτη τροφή, πηγή ασβεστίου, φωσφόρου, βιταμίνης A και σιδήρου. Η περιεκτικότητα σε λακτόζη είναι πολύ χαμηλή, με εξαίρεση μερικά μαλακά τυριά, και είναι περισσότερο ανεκτά από άτομα με δυσανεξία στην λακτόζη (Rozenberg, 2015).

Ψάρια

Τα ψάρια είναι απαραίτητα στον ανθρώπινο οργανισμό για την πρόσληψη λιπαρών οξέων (ω3, ω6), φωσφόρου, χαλκού, σιδήρου, βιταμινών B και D, μαγνησίου, ασβεστίου και ιωδίου. Περιέχουν μόνο ίχνη υδατανθράκων, γι' αυτό είναι καλό να συνδυάζονται με αμυλούχες τροφές και λαχανικά ώστε να εξασφαλιστεί το αίσθημα του κορεσμού. Τα ψάρια κατηγοριοποιούνται ως εξής: στα άπαχα όπου περιέχουν μόνο 3% λίπος όπως είναι η πέστροφα και ο μπακαλιάρος, στα ημιλιπαρά όπου το λίπος είναι περίπου 3 με 10% όπως ο τόνος και το μπαρμπούνι και τελευταία κατηγορία είναι τα λιπαρά όπου εκεί το λίπος ξεπερνά το 10% με χαρακτηριστικό παράδειγμα την ρέγκα και την σαρδέλα. Αξιοσημείωτο είναι πως η κατανάλωση ψαριών στην εγκυμοσύνη ή κατά την περίοδο του θηλασμού, είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού τα λιπαρά οξέα που εμπεριέχονται στα ψάρια ενισχύουν την ανάπτυξη των κυττάρων του εγκεφάλου (Seafood Selector. 2017).

Φρούτα

και

λαχανικά

Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνη A, B και C, μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, ανόργανα στοιχεία, αντιοξειδωτικά, υδατάνθρακες, ασβέστιο, σίδηρο, φώσφορο, μαγνήσιο, μαγγάνιο. Είναι υπεύθυνα για την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και για την καλή ισορροπία του οργανισμού (Palozza et al., 2012).

Κρέας

Τροφή υψηλής θρεπτικής αξίας. Το κρέας είναι σημαντική πηγή βιταμίνης A, D και της ομάδας B. Περιέχει ανόργανα στοιχεία όπως ψευδάργυρο, κάλιο, φώσφορο, χλώριο, μαγνήσιο και σελήνιο. Περιέχει ακόμη αιμικό και μη αιμικό σίδηρο. Ο αιμικός σίδηρος είναι άμεσα απορροφήσιμος. Ο οργανισμός αξιοποιεί το 35% του σιδήρου που υπάρχει στο κρέας, ενώ αξιοποιεί μόνο το 10% το πολύ του σιδήρου που υπάρχει στα λαχανικά. (Μαρκάκη Αναστασία, 2010)

Κρασί

Πρόκειται για ένα οινοπνευματώδες ποτό, το οποίο προέρχεται από τη ζύμωση των σταφυλιών. Ανάλογα με τη διαδικασία της ζύμωσης που ακολουθείται (με τα στερεά στοιχεία του κρασιού ή όχι) παίρνει και το χρώμα του, λευκό ή κόκκινο. Κατά το μεγαλύτερο του ποσοστό αποτελείται από νερό (~80%), ενώ τα υπόλοιπα συστατικά του είναι αλκοόλ (~11-13%) και μη αλκοολικά στοιχεία.

Οι θεραπευτικές του ιδιότητες αποδίδονται κυρίως στα μη αλκοολικά στοιχεία που περιέχει και ιδιαίτερα στις πολυφαινόλες, φυτικές ενώσεις με ισχυρή αντιοξειδωτική δράση. Μερικά παραδείγματα αυτών είναι: η ρεσβερατρόλη, οι ανθοκυανίνες, οι κατεχίνες και οι ταννίνες και βρίσκονται σε αυξημένη ποσότητα στη φλούδα και το σπόρο των σταφυλιών. Αυτός είναι και ο λόγος που μεγαλύτερη είναι η περιεκτικότητά τους στο κόκκινο κρασί, του οποίου η παραγωγική διαδικασία περιλαμβάνει και την παραμονή των στερεών αυτών στοιχείων.

Στο πλαίσιο της πυραμίδας της Μεσογειακής διατροφής, η μετριοπάθεια της κατανάλωσης σε κρασί ορίζεται ως ένα με δύο ποτήρια την ημέρα για τους άνδρες. Η κατανάλωση σε αυτό το επίπεδο φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου καθώς και εκείνη της συνολικής θνησιμότητας. Για τις γυναίκες, η κατανάλωση οίνου ορίζεται ως ένα ποτήρι ανά ημέρα. Κατανάλωση σε αυτό το επίπεδο μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας. Από μια σύγχρονη άποψη της δημόσιας υγείας, πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση κρασιού κάθε φορά που θα έβαζε ένα άτομο ή άλλους σε κίνδυνο, όπως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή πριν από την οδήγηση. Το κρασί θεωρείται προαιρετικό στο συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο (Carollo & Caimi, 2012).

5.3. Μεσογειακή διατροφή και συσχέτιση με ασθένειες

Μεσογειακή διατροφή και συσχέτιση με τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης (DM) είναι μια ομάδα μεταβολικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από υπεργλυκαιμία, που προκύπτουν από ελαττώματα στην έκκριση ινσουλίνης, τη δράση της ινσουλίνης ή και τα δύο. Θεωρείται από παλιά ασθένεια ήσσονος σημασίας, στον 21ο αιώνα, το DM αντιπροσωπεύει μία από τις κύριες απειλές για την ανθρώπινη υγεία. Το 2010, περίπου 285 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν από ΣΔ, με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM) να αντιπροσωπεύει τις περισσότερες περιπτώσεις (Shaw J.E. et al., 2010).

Παρόλο που έχει αποδειχθεί καλά ότι τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη του T2DM, η πρόσφατη δραματική αύξηση του επιπολασμού του φαίνεται να οφείλεται κυρίως στις μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής που παρατηρούνται στις σύγχρονες κοινωνίες. Ευτυχώς, οι παράγοντες του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένων των συνηθειών διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, είναι σε μεγάλο βαθμό τροποποιήσιμοι και στοχεύουν σήμερα ως μέσο πρόληψης και θεραπείας της

(Qi L., et al 2008).

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, οι τρέχουσες τάσεις στη διατροφική επιδημιολογία προτείνουν ότι η ανάλυση προτύπων είναι η πιο ρεαλιστική προσέγγιση για την εξέταση συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής διατροφής και της υγείας ή της νόσου, αντί να εστιάζεται σε μεμονωμένα συστατικά της διατροφής. Πράγματι, αρκετά πρότυπα διατροφής έχουν αποδειχθεί ωφέλιμα τόσο για την πρόληψη όσο και για τη διαχείριση του T2DM. Τα περισσότερα από αυτά τα πρότυπα διατροφής χαρακτηρίζονται από υψηλή κατανάλωση φυτικών τροφών και χαμηλή κατανάλωση ζωικών, υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και επεξεργασμένων τροφίμων. Η μεσογειακή διατροφή (MD) είναι ένα βασικά φυτικό διαιτητικό πρότυπο, το οποίο έχει από καιρό αναγνωριστεί για τα διάφορα οφέλη του στην υγεία, κυρίως σε σχέση με τον μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων (CVD) και καρκίνου, καθώς και τη μείωση όλων των αιτίων και ασθενειών (Lazarou C. et al 2012).

Δεδομένων των απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών του DM που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρή αναπηρία ή πρόωρο θάνατο, οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην πρόληψη της νόσου έχουν μείζονα σημασία για τη δημόσια υγεία. Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες διατροφικές συνήθειες, αρκετά «υγιή» διατροφικά πρότυπα έχουν αντιστραφεί με τον κίνδυνο ανάπτυξης DM. Αυτά τα προστατευτικά πρότυπα διατροφής περιλαμβάνουν και εκ των προτέρων καθορισμένα πρότυπα, όπως η δίαιτα DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ή τα πρότυπα διατροφής που αξιολογούνται από τους δείκτες AHEI (Alternative Healthy Eating Index) και GFPI (German Food Pyramid Index) και διάφορα - προσδιορισμένα υγιεινά πρότυπα διατροφής, που προκύπτουν από ανάλυση παραγόντων ή συμπλεγμάτων.

Παρά τις διαφορές μεταξύ των μελετών, τα περισσότερα από αυτά τα προστατευτικά πρότυπα διατροφής παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με το παραδοσιακό MD, καθώς είναι κυρίως φυτικά και περιλαμβάνουν υψηλή κατανάλωση τροφών ολικής αλέσεως, φρούτων και λαχανικών. Πράγματι, ο σύνδεσμος μεταξύ της τήρησης της MD και της πρόληψης της νόσου έχει διερευνηθεί έως τώρα σε πολλές μελέτες, με τη συντριπτική πλειοψηφία των δεδομένων να υποστηρίζουν μια ευεργετική επίδραση του MD (Alhazmi et al, 2013).

Πολλά χαρακτηριστικά του MD έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την ευεργετική του επίδραση στο DM. Ωστόσο, οι ακριβείς μηχανισμοί παραμένουν εν μέρει διευκρινισμένοι. Το 2007, ο Schroder επανεξέτασε τη σχέση μεταξύ ανάπτυξης MD και T2DM και πρότεινε τόσο έμμεσες (μέσω ελέγχου βάρους) όσο και άμεσες (μέσω κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά με διάφορα οφέλη για την υγεία) επιδράσεις του MD κατά της νόσου.

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι το υπερβολικό σωματικό βάρος, ιδιαίτερα η εναπόθεση λίπους στην κοιλιά, οδηγεί σε εξέλιξη της αντίστασης στην ινσουλίνη και ως εκ τούτου θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη T2DM. Κατά συνέπεια, οι δίαιτες που αποτρέπουν την αύξηση βάρους ασκούν έμμεσο προστατευτικό αποτέλεσμα κατά της νόσου. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης ανάλυσης από τους Esposito *et al* (2011) το MD βρέθηκε να οδηγεί σε μεγαλύτερη απώλεια βάρους, σε σύγκριση με τις δίαιτες ελέγχου (κυρίως δίαιτα χαμηλών λιπαρών), ειδικά όταν συνδυάζεται με φυσική δραστηριότητα ή όταν υιοθετείται για περισσότερο από έξι μήνες. Τα προαναφερθέντα δεδομένα, μαζί με το γεγονός ότι το MD είναι πολύ εύγεστο και ως εκ τούτου καλά ανεκτό μεταξύ των διαιτητών, υποδεικνύουν την ευεργετική του επίδραση στη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και επομένως στην πρόληψη της ανάπτυξης T2DM (Schroder H., 2007).

Εκτός από την ευεργετική του επίδραση στο σωματικό βάρος, ο μοναδικός συνδυασμός τροφίμων και θρεπτικών συστατικών που βρέθηκαν στο MD έχει προταθεί ότι είναι ευεργετικός για την πρόληψη και τη θεραπεία του T2DM. Συγκεκριμένα, η υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ξηρών καρπών, δημητριακών ολικής αλέσεως και ελαιόλαδου που ενθαρρύνεται στο MD, οδηγεί σε υψηλή αναλογία μονοακόρεστων προς

κορεσμένα λιπαρά οξέα, χαμηλή πρόσληψη τρανς λιπαρών οξέων και υψηλή πρόσληψη διαιτητικών ινών και αντιοξειδωτικών. Όσον αφορά το διαιτητικό λίπος, η αντικατάσταση κορεσμένων και τρανς με ακόρεστα (πολυακόρεστα και/ή μονοακόρεστα) λιπαρά οξέα έχει βρεθεί ότι ασκεί ευεργετικά αποτελέσματα στην ευαισθησία στην ινσουλίνη και μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης T2DM (Riserus U., et al 2009).

Ακόμη, σύμφωνα με επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία, υψηλή πρόσληψη διαιτητικών ινών (ιδίως φυτικών ινών δημητριακών) και αντιοξειδωτικών, καθώς και υψηλή κατανάλωση τροφίμων που περιλαμβάνουν αυτές τις ενώσεις, όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως, σχετίζεται με βελτιωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη, βελτιωμένη ικανότητα έκκρισης των β-κυττάρων του παγκρέατος και μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης T2DM (Cho S.S. et al., 2013).

Μεσογειακή διατροφή και συσχέτιση με καρδιαγγειακά νοσήματα

Καρδιαγγειακά νοσήματα (cardiovascular diseases) θεωρούνται οι ασθένειες οι οποίες συσχετίζονται με δύο συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού του καρδιακού και του κυκλοφορικού. Στο ευρύτερο πεδίο των καρδιακών ασθενειών εντάσσονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η στεφανιαία νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό ή αιμορραγικό) και η αρτηριακή υπέρταση. Άλλες καρδιολογικές νόσοι θεωρούνται οι ανεύρυσμα αορτής, θρομβώσεις αγγείων – πνευμονική εμβολή, καρδιακές αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια, παθήσεις αγγείων, παθήσεις μυοκαρδίου/ περικαρδίου, περιφερική αρτηριοπάθεια, ρευματική καρδιακή νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες και νεοπλάσματα καρδιάς. Η μεσογειακή διατροφή-αποτελούμενη από ψάρια, ακόρεστα λιπαρά, δημητριακά ολικής αλέσεως, φρούτα και λαχανικά, ξηρούς καρπούς και όσπρια έχει αποδειχθεί σταθερά ότι μειώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Pérez, 2009).

Η μεσογειακή διατροφή προσφέρει ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο και ο ανθρώπινος οργανισμός λαμβάνει τα απαραίτητα συστατικά τα οποία έχουν συσχετιστεί με την πρόληψη, αντιμετώπιση και αναχαίτιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά στοιχεία, πρωτεΐνες, βιταμίνες και φολικό οξύ έχουν συνδυαστεί με αντιθρομβωτικές ιδιότητες, μείωση πιθανότητας εμφάνισης καρδιακής προσβολής, στεφανιαία νόσο (Trichoroulou, 2014). Επίσης, το ελαιόλαδο προσφέρει την κατανάλωση ω -3 και ω -6 λιπαρών οξέων η οποία έχει συσχετιστεί με μειωμένη χοληστερίνη, φρούτα και τα λαχανικά με τις αντιοξειδωτικές τους ιδιότητες συμβάλλουν στην προστασία από καρδιαγγειακές νόσους.

Η στεφανιαία νόσος εμπλέκεται με την μεσογειακή διατροφή η οποία μπορεί να δράσει προστατευτικά και να απομακρύνει τον κίνδυνο για την παρουσία στηθάγχης ή και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η μεσογειακή διατροφή μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα πρόληψης και αναχαίτισης της στεφανιαίας νόσου συμβάλλοντας στην καλύτερη ποιότητα ζωής. Η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να αναχαιτίσει την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου κατά 23%, μάλιστα ο περιορισμός του κινδύνου στεφανιαίας νόσου έγκειται στην υιοθέτηση κατανάλωσης μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και όχι κορεσμένων όπως επιτάσσει η μεσογειακή διατροφή. Επίσης, η στεφανιαία νόσος εμπλέκεται με την μεσογειακή διατροφή αλλά πολύ ιδιαίτερη επίδραση στην βαρύτητά της παίζει ο συνδυασμός της διατροφής με την διακοπή του καπνίσματος. Οι συγγενείς καρδιοπάθειες έχουν συνδυαστεί με τη μεσογειακή διατροφή και την ευεργετική δράση της καθώς οι τροφές στο μεσογειακό πρότυπο όπως το ελαιόλαδο, τα ψάρια, τα λαχανικά και το κρασί είναι πλούσιες σε αντιοξειδωτικά (βιταμίνες E, C, καροτενοειδή, πολυφαινόλες) τα οποία έχουν επίδραση στη μειωμένη συχνότητα εμφάνισης καρδιοπαθειών (Estruch R, et al 2013).

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Οι παράγοντες κινδύνου στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου συνδέονται κυρίως με τα ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (κληρονομικότητα, ιδιαίτερη έκθεση σε επιβλαβείς ουσίες ή κλινικές καταστάσεις ως ορμονική ανισορροπία) ή με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων: Η φυσική δραστηριότητα, η καθιστική ζωή και η διατροφή παίζουν καθοριστικό ρόλο. Συγκεκριμένα, ένας υψηλός δείκτης μάζας σώματος, μια χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα αντιπροσωπεύουν τους πέντε και πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση αρκετών νεοπλασιών, μαζί με μερικές χρόνιες λοιμώξεις (π.χ., λόγω του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, του ιού των θηλωμάτων του ανθρώπου, της ηπατίτιδας Β, της ηπατίτιδας C και του ιού Epstein-Barr) και με έλλειψη πρόληψης, ελέγχου και θεραπείας του καρκίνου, τυπικές ελλείψεις των αναπτυσσόμενων χωρών ιδιαίτερα (World Health Organization Cancer).

Η διατροφή, η σωματική αδράνεια, η καθιστική ζωή και η παχυσαρκία (συνέπεια ενός υγιούς ή μη υγιεινού τρόπου ζωής) είναι, μετά το κάπνισμα, οι κύριοι παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση του καρκίνου: Εκτιμάται ότι οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες μπορούν να συμβάλουν στην αποφυγή εμφάνισης καρκίνου του 30-50% (Donaldson M.S., 2004).

Διατροφικά πρότυπα βασισμένα στην τακτική πρόσληψη φρούτων, λαχανικών (ειδικά σκόρδο και σταυρανή λαχανικά, όπως λάχανα, μπρόκολο, λάχανο Βρυξελλών και wasabi) και κατά συνέπεια την πρόσληψη τροφών πλούσιων σε σεληνίο, φολικό οξύ, βιταμίνες (B-12 ή D), και τα αντιοξειδωτικά (π.χ. καροτενοειδή και λυκοπένιο) παίζουν προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη κατά 60-70% και του πνεύμονα 40-50%. Η υψηλή πρόσληψη προϊόντων πλούσιων σε φυτικές ίνες (π.χ. δημητριακά ολικής αλέσεως) και η μέτρια πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών μπορεί να μειώσουν την εμφάνιση διαφόρων τύπων καρκίνου (π.χ. καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνο του πνεύμονα, καρκίνο του στομάχου, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνο του οισοφάγου και καρκίνο του στόματος) (Song M. et al, 2015).

Αντίστροφα, το κρέας και τα ζωικά προϊόντα, πλούσια σε ζωικά λίπη και έλαια και συχνά μαγειρεμένα σε υψηλές θερμοκρασίες, μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου, ειδικά για καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνο του στομάχου και καρκίνο του προστάτη. Όσον αφορά την πρόσληψη αλκοόλ και τις θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις του στην υγεία, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των μελετών: Μια μέτρια πρόσληψη αλκοόλ (έως 30 ημέρες) θα μπορούσε να έχει προστατευτική επίδραση κατά της εμφάνισης καρκίνου των νεφρών, ενώ η υπερβολική πρόσληψη είναι σίγουρα παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση πολλών καρκίνων (καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, καρκίνος του οισοφάγου, καρκίνος του μαστού, καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνο του στομάχου και καρκίνου του ήπατος) (Pelsler C. et al, 2013).

Η θετική σχέση (ευεργετικά αποτελέσματα) μεταξύ της μεσογειακής διατροφής και του καρκίνου οφείλεται στην υψηλή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικά και αντιφλεγμονώδη θρεπτικά συστατικά που περιέχονται σε πολλές τροφές MD (όσπρια, φρέσκα φρούτα ή ξηρούς καρπούς, λαχανικά, ψάρια και ελαιόλαδο, ιδιαίτερα επιπλέον -παρθένο ελαιόλαδο), τα οποία έχουν προστατευτική δράση στην καταπολέμηση του εκφυλισμού των κυττάρων και του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων.

Δίνοντας προσοχή στη σχέση συγκεκριμένων τροφίμων και καρκίνου, τα προστατευτικά αποτελέσματα της μεσογειακής διατροφής μπορεί να αποδοθούν στην υψηλή συγκέντρωση πολυφαινόλων που περιέχεται στο ελαιόλαδο, το κρασί και τα λαχανικά, όλα τα τρόφιμα

γνωστά για την αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη ικανότητά τους και είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά ικανά να μειώσουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων και να προστατεύσουν την κυτταρική μεμβράνη από μετάσταση (Fito, 2008).

Επιπλέον, τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν υψηλή ποσότητα καροτενοειδών και βιταμινών, όπως βιταμίνη C και E, φολικά και φλαβονοειδή, θρεπτικά συστατικά γνωστά για τις αντιοξειδωτικές τους ιδιότητες που επιτρέπουν την πρόληψη βλαβών του DNA. Τέλος, τα ωμέγα-3, που περιέχονται άφθονα στα ψάρια, ειδικά στις σαρδέλες και το σκουμπρί (τυπικά προϊόντα της μεσογειακής διατροφής), και στους ξηρούς καρπούς (αμύγδαλα, καρύδια και σπόρους κολοκύθας) συμβάλλουν στην επιβράδυνση της ανάπτυξης του καρκίνου που επηρεάζει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, την επιβίωσή τους, την αγγειογένεση, φλεγμονές και μετάσταση. Η χαμηλή κατανάλωση κρέατος συμβάλλει σε μέτρια επιβλαβή αποτελέσματα λόγω ψησίματος κρέατος σε υψηλή θερμοκρασία, καθώς και στη μείωση της πρόσληψης ζωικών λιπών (Castello A., et al, 2017).

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η υψηλή συμμόρφωση με το MD σχετίζεται συχνά με χαμηλότερο κίνδυνο κακοηθειών (Praud D., et al, 2014).

Κεφάλαιο 6

6.1. Διαπολιτισμική νοοτροπία

Οι εκτεταμένες κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στον κόσμο έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργείται ανησυχία για την ανάμειξη λαών. Διαφορετικά έθνη, πολιτισμοί, εθνικές ομάδες και θρησκείες συσσωρεύονται σε αστικές περιοχές κι έτσι δημιουργούνται κοινωνικές εντάσεις και συγκρούσεις (Bonaccio et al.). Η Ελλάδα έχει καταφέρει να ενσωματώσει σε μεγάλο βαθμό τους αλλοεθνείς πληθυσμούς της, παρόλα αυτά τα γεγονότα που διαδραματίζονται σε πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο δυσχεραίνουν την διαδικασία της ομαλής ένταξής τους και αναπτύσσονται τα αισθήματα φόβου προς το ξένο και ο ρατσισμός. Η σημερινή τάση προς την πολυπολιτισμικότητα αν και έρχεται σε σύγκρουση με τον ρατσισμό, αγωνίζεται για τη δημιουργία κοινωνιών με ισότιμους πολίτες, αναπαράγοντας ένα σύστημα ιδεών όπου αναγνωρίζονται οι διαφορές και επικοινωνούν οι πολιτισμοί μεταξύ τους (Νικολάου Γ.,2011). Για το λόγο αυτό χρειάζεται να γίνεται αποσαφήνιση των όρων πολυπολιτισμικότητα και διαπολιτισμικότητα.

Ο Δαμανάκης χαρακτηρίζει την διαπολιτισμικότητα ως «την ισότιμη συνάντηση, αλληλεπίδραση, επικοινωνία και αλληλοεμπλουτισμό φορέων διαφορετικών πολιτισμών» (Δαμανάκης Μ.,2007). Ερευνητές όπως ο Porscher, προτιμούν αυτόν τον όρο για να περιγράψουν την κατάσταση που επικρατεί στις χώρες υποδοχής μεταναστών περιγράφοντας τη συσσώρευση των πολιτισμών (Porscher, 1979). Ένας ακόμη ορισμός δίνεται από τις Καναβίδου και Παπαγιάννη όπου επισημαίνουν ότι μέσα από την διαπολιτισμικότητα επιδιώκεται μια κοινωνία στην οποία κατοικούν πολίτες που μπορούν να επεξεργάζονται και να κρίνουν τα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η έννοια της δεν στοχεύει στην αφομοίωση αλλά αναφέρεται στις συνθήκες που επικρατούν στην κοινωνία, οι οποίες επιχειρούν να κατανοήσουν τα διαφορετικά στοιχεία και να προάγουν την ισότητα (Σωτηριάδου Α.). Για τον όρο πολυπολιτισμικότητα γίνεται εκτενής σχολιασμός στις επόμενες ενότητες.

Ένας από τους κλάδους που δέχονται πρόκληση από αυτή την κατάσταση είναι και η υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να καταστούν πολιτισμικά επαρκείς ώστε η φροντίδα που παρέχουν να είναι αποτελεσματική αφενός, πολιτισμικά κατάλληλη αφετέρου. Είναι εκείνοι που έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή γι' αυτό και αρχικά πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις. Όπως είναι λογικό, δεν γίνεται να μαθαίνουν τις ιδιαιτερότητες κάθε πολιτισμού ώστε να είναι έτοιμοι στη συνέχεια να προσαρμόζουν την φροντίδα τους σε οποιαδήποτε πολιτισμική ιδιομορφία (Hall D., & Curlin F., 2004).

Παραδειγματικά, η γνώση ότι οι Ινδιάνοι Ναβάχο προτιμούν να μη συζητούν ανοιχτά για τον καρκίνο τελικού σταδίου είναι περιττή πληροφορία για έναν νοσηλευτή στην Ελλάδα, αφού οι πιθανότητες να γνωρίσει έναν ινδιάνο Ναβάχο είναι μηδαμινές. Αντιθέτως, η γνώση ότι οι Μουσουλμάνοι δεν τρώνε χοιρινό κρέας είναι σημαντική, μιας και στην Ελλάδα ζουν αρκετοί μουσουλμάνοι και είναι πιθανό να νοσηλευτούν κάποια στιγμή και θα πρέπει να τραφούν με κάτι άλλο εκτός από χοιρινό. Πολλές πληροφορίες είναι καλό να δίνονται στους επαγγελματίες υγείας για εγκυκλοπαιδικό ενδιαφέρον, παρόλα αυτά είναι χρήσιμο να εξασφαλίζεται η παροχή σημαντικών ως προς την εφαρμογή τους γνώσεις. Εκτός από τις γνώσεις, οι πολιτισμικά επαρκείς επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποκτήσουν και την κατάλληλη νοοτροπία. Δεν διδάσκεται αλλά καλλιεργείται σταδιακά και μερικές φορές είναι δύσκολο να αποκτηθεί σε ζητήματα πίστης και θρησκείας.

Για παράδειγμα, το Ραμαζάνι είναι ένας μήνας του χρόνου κατά τον οποίο οι μουσουλμάνοι απαγορεύεται να καταναλώσουν οποιαδήποτε τροφή, ποτό ή νερό από την ανατολή έως την δύση του ηλίου. Αν ένας μουσουλμάνος ασθενής αρνείται να του χορηγηθεί οτιδήποτε από

το στόμα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που διαρκεί το Ραμαζάνι, ο χριστιανός επαγγελματίας υγείας οφείλει να το αποδεχθεί ακόμη και αν δεν μπορεί να καταλάβει το λόγο. Έτσι, ακόμη και η πιο απλή νοσηλευτική διαδικασία όπως η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα πρέπει να ρυθμιστεί ώστε να μην επηρεάζεται η νηστεία του ασθενούς (Μαριωράς Μ., Ροζενμπεργκ Θ., 2013).

Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν μια ουδέτερη πολιτισμική στάση επί του θέματος, παραμερίζοντας τις δικές τους πεποιθήσεις, έτσι ώστε να ασκήσουν διαπολιτισμική φροντίδα χωρίς προκαταλήψεις. Αυτό όμως δεν βρίσκει σύμφωνους όλους, αφού ένας αριθμός νοσηλευτών, γιατρών και επαγγελματιών υγείας άλλων ειδικοτήτων θεωρούν ότι δεν υπάρχει ουδετερότητα σε τέτοια θέματα και πως ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να έχει μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα έτσι ώστε να παρέχει ολιστική φροντίδα στον ασθενή. Θεωρούν ότι το να έρχονται στο εργασιακό τους περιβάλλον ουδέτεροι, << αφήνοντας >> την πίστη τους στο σπίτι είναι υποκριτικό και η πίστη δεν λειτουργεί έτσι.

Η παραπάνω άποψη ισχύει αλλά η διδασκαλία της πολυπολιτισμικότητας προϋποθέτει ότι όλες οι απόψεις και οι πεποιθήσεις είναι ισάξιες και σεβαστές. Και αυτό διότι οι θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις ενός ατόμου δεν γίνεται να υπόκεινται σε έλεγχο και σε συγκρίσεις. Εκφράζει μια υποκειμενική πραγματικότητα και γι' αυτό δεν μπορεί να συγκριθεί με μια άλλη υποκειμενική πραγματικότητα. Δεν μπορεί να αποσαφηνιστεί ποια από τις δύο ή περισσότερες υποκειμενικές πραγματικότητες είναι σωστή και ποια λάθος.

Επομένως, ο πιστός μουσουλμάνος δεν μπορεί να αποδείξει ότι η νηστεία στο Ραμαζάνι είναι σωστή, όπως δεν μπορεί να αποδείξει και ο πιστός χριστιανός ότι είναι λάθος. Ο επαγγελματίας υγείας που καλείται να διαχειριστεί τις υποκειμενικές πραγματικότητες των διαπολιτισμικών ασθενών του, θα πρέπει να τις αντιλαμβάνεται από τη δική τους οπτική γωνία, όσο είναι δυνατόν. Αν θέλει να ασκεί διαπολιτισμική φροντίδα, είναι πολυτιμότερο να ξεκινάει από ένα πολιτισμικά ουδέτερο έδαφος για να μπορεί στη συνέχεια να σέβεται τις πεποιθήσεις των ασθενών του (Kopelman L., Kopelman A., (2007).

Διαπολιτισμική αγωγή

Έννοια που συχνά είναι συνυφασμένη με την πολυπολιτισμική αγωγή και έχει πολλές σημασίες (Καναβίδου, Παπαγιάννη 1994). Σύμφωνα με την Pommerin, η διαπολιτισμική αγωγή θεωρείται ως η «παιδαγωγική απάντηση στην πραγματικότητα της πολυπολιτισμικής κοινωνίας» και στοχεύει στην ειρηνική συνύπαρξη των εθνών. (Auernheimer) Ο Μάρκο από την άλλη, την ορίζει ως << διαδικασία μεταρρύθμισης με τελικό στόχο το μετασχηματισμό του σχολείου και της κοινωνίας, ώστε να παρέχονται σε όλους τα μέσα να εκφραστούν ως ατομικές και συλλογικές προσωπικότητες, να προβάλουν τις δικές τους πολιτισμικές απαιτήσεις και να έχουν την υποστήριξη και τη συνεργασία του κράτους στην αναζήτηση πολιτισμικής ταυτότητας, ελευθερίας και αυτοεκπλήρωσης >> (Μάρκου Γ., 1995).

Ακόμη, οι Κανακίδου και Παπαγιάννη αναφέρονται στην διαπολιτισμική αγωγή όταν πρόκειται να περιγράψουν τις παιδαγωγικές αρχές που αναπτύσσονται στο σχολείο και επιδιώκουν να αναπτύξουν διαδικασίες οι οποίες στρέφονται προς όλα τα άτομα, δίχως πολιτισμικά κριτήρια (Κανακίδου, Παπαγιάννη 1994). Συμπερασματικά, η διαπολιτισμική αγωγή έχει στόχο τη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας στην οποία γηγενείς και ξένοι μαθαίνουν να συνυπάρχουν ειρηνικά σεβόμενοι την ετερότητα του άλλου αποσκοπώντας στην δημιουργία νέων εμπειριών χρησιμοποιώντας τα χαρακτηριστικά των διάφορων πολιτισμών.

6.2. Όρια στον χώρο της υγείας

Κάθε κουλτούρα έχει αξίες και πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια και τις συμπεριφορές που είναι ηθικά αποδεκτές στην παροχή φροντίδας για την προαγωγή της υγείας των ανθρώπων (Fry, Johnstone, 1999). Όπως προαναφέρθηκε, οι νοσηλευτές πρέπει να ναι πολιτισμικά ουδέτεροι, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να είναι πάντα ανεκτικοί και να αποδέχονται οτιδήποτε με τη δικαιολογία του σεβασμού των πολιτιστικών πεποιθήσεων των άλλων

Στον χώρο της υγείας, όταν κάποιες παραδόσεις κρίνονται πηγές ζημίας ή δυστυχίας, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό και είτε τελικά να μην γίνονται ανεκτές είτε να γίνονται αλλά με προσπάθεια να καταργηθούν στο προσεχές μέλλον. Για την αθέτηση ορίων χρειάζεται να γίνει διδασκαλία των ορίων, τότε και ποιος τα θέτει, στην διαπολιτισμική εκπαίδευση. Ως παράδειγμα ας σκεφτούμε πως η θρησκεία ενός ασθενή μπορεί να υπαγορεύει την ύπαρξη φωτιάς σε ένα δωμάτιο, όπως γίνεται με ένα καντήλι κοντά σε μία εικόνα. Όπως είναι λογικό, αυτό δεν είναι αποδεκτό σε χώρο του νοσοκομείου αφού υπάρχει κίνδυνος φωτιάς, πόσο μάλλον αν στον χώρο υπάρχει και εξοπλισμός οξυγονοθεραπείας. Επομένως, ο επαγγελματίας υγείας απαγορεύει αυτό το πολιτιστικό- θρησκευτικό στοιχείο χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν σέβεται την διαφορετικότητα των λαών (Tanash et al. 2015).

Καθίσταται σαφές λοιπόν, πως είναι σημαντικό ένας/μία επαγγελματίας υγείας να έχει πολιτισμική γνώση και να διαθέτει πολιτισμική επαγρύπνηση και ευαισθησία ώστε όχι μόνο να κατανοεί τις πολιτιστικές- κοινωνικές ιδιαιτερότητες των λαών που έρχεται σε επαφή αλλά και να είναι σε θέση να οριοθετήσει καταστάσεις με ουδετερότητα και ασφάλεια.

6.3. Πολυπολιτισμικότητα και Αγωγή Υγείας

Ο όρος Πολυπολιτισμικότητα ορίζεται ως η συνύπαρξη σε ένα δεδομένο γεωγραφικό χώρο μιας πολλαπλής πολιτισμικής ετερότητας η οποία κυρίως βασίζεται στην εθνοτική, θρησκευτική και γλωσσική διαφορά (Καλαφάτη, 2011). Μια άλλη εκδοχή του όρου αυτού είναι μέσω του συστήματος αξιών, των προτύπων ζωής και διαβίωσης, της κοινωνικής οργάνωσης και συμπεριφοράς, του ενδυματολογικού κώδικα, της τέχνης και της λογοτεχνίας, καθώς και της θεώρησης του κόσμου και της αντιμετώπισης των φιλοσοφικών υπαρξιακών ζητημάτων. Με λίγα λόγια η πολυπολιτισμικότητα αναφέρεται στις αλλαγές που επέρχονται στη δομή μιας κοινωνίας λόγω της συνύπαρξης διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων ως προς τις πολιτισμικές τους παραδόσεις, τις αξίες και τον τρόπο ζωής τους. Ως πολυπολιτισμική κοινωνία ορίζεται η κοινωνία που αποτελείται από διαφορετικούς πολιτισμούς λόγω της συνύπαρξης ατόμων από διαφορετικές θρησκείες και διαφορετικές φυλές (Κοφου, 2013). Για τον όρο πολυπολιτισμική κοινωνία δόθηκε και ένας δεύτερος ορισμός ο οποίος αναφέρεται στην κοινωνία που αποτελείται από πολλούς διαφορετικούς πολιτισμούς, θρησκείες και φυλές. Οι επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι «πολυπολιτισμικές κοινωνίες» αποτελούν αφορμές συγκρούσεων που συχνά οδηγούν σε εμφύλιους πολέμους σε αντίθεση με τις «μονοπολιτισμικές» που θεωρούνται παραδοσιακές και «κατώτερες» (Γλύκατζη – Αρβελέρ, 2007).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποσαφηνίστηκε μέσα από την ανάγκη της βαθύτερης κατανόησης της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης και αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας με σεβασμό στην ενδεχόμενη πολιτισμική διαφορετικότητα μεταξύ του επαγγελματία και του χρήστη υγείας (Glittenberg, 2004).

Ο όρος διαπολιτισμική νοσηλευτική δόθηκε για πρώτη φορά από την Madeleine Leininger στη δεκαετία του 70 ως κλάδος της νοσηλευτικής φροντίδας που προσανατολίζεται στις κουλτούρες και τις διαφορές που περιέχει η καθεμία με βάση μια ανάλυση των διαφορών στις αντιλήψεις τους για την υγεία και την περίθαλψη, πάντα όμως με σεβασμό προς τις πεποιθήσεις και τις αξίες κάθε μεμονωμένης κουλτούρας (Leininger, 1997). Η Leininger ήταν από τις πρώτες νοσηλεύτριες που συνέλαβε την ανάγκη προσέγγισης των νοσηλευτικών προβλημάτων από διαφορετική οπτική γωνία, λόγω της συναναστροφής της με διαφορετικούς πληθυσμούς. Στόχος της ήταν να καταλάβει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και βιώνουν τις νοσηλευτικές και τις άλλες υπηρεσίες υγείας όταν ανήκουν σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα (Leininger, 1991). Ως κύριο μέλημα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να προσφέρει αποτελεσματικές υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίες θα περιέχουν την κατάλληλη ευαισθησία στις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων που αποκομίζονται υγειονομική περίθαλψη και να προωθήσει τη εργασία των νοσηλευτών (Maier-Lorentz, 2008).

Η Leininger προσανατολίζεται, κυρίως, στις πολιτισμικές αξίες, στα πιστεύω και σε τρόπους ζωής ανθρώπων και οργανισμών και χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για να παράσχει φροντίδα σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες ή και παγκοσμίως. Υποστήριζε ότι αν ενσωματωθούν η ανθρωπολογία με τη νοσηλευτική, θα ωφελούνταν κάθε κλάδος με την προϋπόθεση πως θα αντάλλαζαν τις γνώσεις και τις εμπειρίες και θα οδηγούνταν σε νέα μονοπάτια πάνω στον τρόπο σκέψης ή θεωρίας και έρευνας (Ιορδάνου, 2008). Αναλυτικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να γνωρίζει τους πολιτισμούς των ασθενών τους προκειμένου να τους προσφέρει την καλύτερη φροντίδα σε ένα πλαίσιο σεβασμού της πολιτισμικής διαφορετικότητας. Με τον τρόπο αυτό αναζητούν τις αξίες, τις νοοτροπίες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές των ασθενών, που σχετίζονται με τη νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη. Απαιτείται από τους νοσηλευτές να αναλάβουν το ρόλο των μαθητών της κουλτούρας και να καθορίσουν στην συνέχεια τα χαρακτηριστικά μιας κατάλληλης για κάθε περίπτωση φροντίδας.

Για την αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται η πολιτισμική ευαισθησία και ο σεβασμός σε κάθε μορφή επικοινωνίας, η αποφυγή προσβλητικής συμπεριφορά και αποφυγή της έκθεσης των απόψεων που κρίνουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου. Δηλαδή, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να είναι ανοιχτός σε διαφορετικούς πολιτισμικά πληθυσμούς και να αντιλαμβάνεται την επίγνωση της προσωπικότητάς τους, των αξιών τους, των πεποιθήσεών τους και προκαταλήψεών τους. Αποδεδειγμένα, η πολιτισμικά ικανή φροντίδα βελτιώνει την ασφάλεια και την ισότητα για τους ασθενείς (Hadziabdic, 2016).

Τέλος, η παροχή φροντίδας απαιτεί γνώση και κατανόηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών. Προϋποθέτει μια πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία θα βασίζεται στην γνώση των αξιών υγείας, στη θρησκεία, στην ιστορία, στα ήθη και στα έθιμα και γενικότερα στην φιλοσοφία του εκάστοτε λαού (Oksoon, 2017). Επίσης, χρειάζεται πολιτισμική ενσυναίσθηση, επικοινωνία, αποδοχή και σεβασμό στην διαφορετικότητα από τους επαγγελματίες υγείας (Τερζούδης, Μπογιατζίδης & Κωσταγιόλας, 2017).

Τα τελευταία χρόνια που η Ελλάδα έχει γίνει χώρα υποδοχής μεταναστών και προσφύγων, γι' αυτό οι νοσηλευτές έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τα νέα δεδομένα όσο αφορά τις πολυπολιτισμικές κοινωνίες. Κάποιοι από αυτούς είτε είναι θύματα πολέμου, είτε οικονομικοί μετανάστες, είτε αιτούντες άσυλο. Μια ακόμη διαφορετική πολιτισμική ομάδα αποτελούν φυσικά οι Ρόμα, που μετακινούνται αιώνες τώρα ανά τον κόσμο. Εξαιτίας της νέας αυτής τάξης των πραγμάτων το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών, το 2006 επισήμανε ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ανεξάρτητη και δεν επηρεάζεται από την ηλικία, το χρώμα, τον πολιτισμό, την αναπηρία ή την ασθένεια, το φύλο, την εθνικότητα, τις πολιτικές πεποιθήσεις, την φυλή, ή την κοινωνική θέση (Lancellotti, 2008). Οι νοσηλευτές που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια, οφείλουν να κατέχουν την θεωρητική γνώση των οικογενειακών συστημάτων και τα χαρακτηριστικά των οικογενειών που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς, διότι αυτό βοηθάει στην παροχή μεγίστης φροντίδας και προάγει την υγεία της οικογένειας. Η καλή συνεργασία με τις οικογένειες συμβάλλει στην αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων προσαρμογής καθώς και καταστέλλει την αγωνία που βιώνουν. Είναι σίγουρο ότι κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ασθενείς και οικογένειες που προέρχονται από πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα (Zendedel, 2016). Είναι σημαντικό επίσης, οι επαγγελματίες υγείας να είναι αμερόληπτοι με τις πολυπολιτισμικές οικογένειες, να μην γενικεύουν ομάδες ασθενών με διαφορετική κουλτούρα και να μην διακατέχονται από στερεότυπα και προκαταλήψεις. Οι στάσεις και οι συμπεριφορές είτε λόγω προκατάληψης ή ρατσισμού μειώνουν την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και αποξενώνουν το οικογενειακό πλαίσιο του ασθενή (Leng, 2017).

Νοσηλευτές

και

ρατσισμός

Το νοσηλευτικό προσωπικό εκπροσωπώντας μια μερίδα της κοινωνίας και λόγω της φύσης του επαγγέλματος έρχονται σε επαφή με πολλούς πολιτισμούς. Ως εκ τούτου, βρίσκονται σε μια κατάσταση διαρκών αλληλεπιδράσεων κατά την επαγγελματική τους πορεία, αλλά και κατά την εκπαίδευσή τους γι' αυτό είναι απαραίτητο να διακατέχονται από αισθήματα αλληλεγγύης, δημοκρατίας και ισονομίας. Ο όρος ρατσισμός δεν έχει καμία θέση στα επαγγέλματα υγείας ούτε φυσικά στην κοινωνία, ωστόσο δεν είναι λίγα τα κρούσματα που έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς με ιατρούς και νοσηλευτές που αρνήθηκαν να παράσχουν φροντίδα σε ασθενείς, λόγω ξενοφοβίας ή ρατσισμού. Είναι σημαντικό στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες να περιοριστούν και να εξαλείψουν, τα παραπάνω φαινόμενα και οι προκαταλήψεις ώστε να διασφαλιστεί η μέγιστη ποιότητα παροχής φροντίδα (Ansell, 2015). Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πολλά διλήμματα όταν παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στους μετανάστες, έναν ευάλωτο πληθυσμό. Ειδικότερα, ο ρατσιστικός, οργισμένος διάλογος μπορεί να δημιουργήσει ένα εχθρικό περιβάλλον φροντίδας που μπορεί να θέσει τους ασθενείς σε κίνδυνο για τη μη ικανοποιητική περίθαλψη (Fitzgerald, 2016). Με βάση το αντιρατσιστικό μοντέλο που αναπτύχθηκε στην Αμερική και την Αγγλία κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80, η βάση του στηρίχτηκε στην πολυπολιτισμική εκπαίδευση και στην προσωπικότητα του ατόμου, μέσα από στάσεις και συμπεριφορές, παρά στους κοινωνικούς θεσμούς. Ωστόσο τις περισσότερες φορές οι ίδιες οι κοινωνίες βοηθούν στην ανάπτυξη του ρατσισμού με νόμους και διατάξεις του εκάστοτε κράτους, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι ευκαιρίες συγκεκριμένων πολιτισμικών ομάδων (Γεωργογιάννης, 2007).

Στη διαπολιτισμική πρακτική, η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτή διενεργείται πρώτα εσωτερικά, με τα προσωπικά του βιώματα και συναισθήματα, την αυτοαντίληψη και τις

προσωπικές προκαταλήψεις και συνεχίζεται στην επαγγελματική ζωή, μέσα από την γνώση και την εμπειρία. Αυτή η διεργασία είναι εξελισσόμενη όσο και η σταδιοδρομία του και τον βοηθά να αναπροσαρμόσει τις επαγγελματικές του στάσεις, αξίες και δεξιότητες, να σεβαστεί την ιστορία, παράδοση, δομή και λειτουργία κάθε πολυπολιτισμικής ομάδας, με απώτερο σκοπό την υιοθέτηση ορθών στάσεων και πρακτικών προς την πολιτισμικότητα. Παρόλο που η διαπολιτισμική φροντίδα έχει αναγνωριστεί από καιρό ως απαραίτητη για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, δεν υπάρχει ακριβής συναίνεση ως προς το πώς πρέπει να διδαχθεί ή ποιες θεωρητικές προοπτικές πρέπει να υποστηρίξουν αυτή τη διδασκαλία. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση από μόνη της είναι ανεπαρκής για την καταπολέμηση του ρατσισμού. Ο ρατσισμός εξακολουθεί να εμφανίζεται σε νοσηλευτές μετά τη συμμετοχή τους στη διαπολιτισμική εκπαίδευση. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση που επικεντρώνεται τόσο στην πολιτισμική ικανότητα όσο και στο μη ρατσισμό είναι απαραίτητη για την προώθηση της αποτελεσματικής πολιτιστικής φροντίδας στους νοσηλευτικές (Allen, 2010).

6.4. Δράσεις στην κοινότητα και εκπαίδευση νοσηλευτών

Εφαρμογές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στην κοινότητα

Σε μια πολιτισμική κοινωνία, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να θεωρούνται τα πλέον κατάλληλα άτομα που θα προασπίσουν την πολιτισμική και κοινωνική δικαιοσύνη, καθώς επίσης και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τους πληθυσμούς που είναι ανίσχυροι και εξαρτώνται από άλλους για να αντιμετωπίσουν τις περίπλοκες ευπάθειές τους. Βασικό κίνητρο για να επιτευχθεί η δράση αυτή είναι να αυξηθεί ο αριθμός των επαγγελματιών του τομέα της υγείας με τις απαραίτητες πολιτιστικές ικανότητες. Σύμφωνα με τον Campinha-Bacote (2007) ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ως κίνητρο για την ανάπτυξη των πολιτιστικών ικανοτήτων, την απόκτηση κριτικής γνώσης του εαυτού του αλλά και των άλλων, την απόκτηση πολιτισμικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση πολιτισμικών διαφορών και την ενεργή ενασχόληση με διάφορες άλλες ομάδες πέραν για την προώθηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας (Campinha-Bacote, 2007).

Εκπαίδευση

νοσηλευτών

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν αναγνωρίσει ότι η αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε έναν διευρυμένο επαγγελματικό ρόλο μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και στη μείωση του κόστους χωρίς να διακυβεύονται η ποιότητα της φροντίδας και οι εκβάσεις στην υγεία των ασθενών. Οι διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι είναι πολυμορφικοί και κερδίζουν έδαφος σε όλο και περισσότερες χώρες. Οι χώρες διαφέρουν ως προς τα καθήκοντα που επιτρέπουν να εκτελούν οι νοσηλευτές. Η πιο συχνή κατηγορία διευρυμένων νοσηλευτικών καθηκόντων είναι η αγωγή-προαγωγή της υγείας, η πρόληψη των νοσημάτων και η συνταγογράφηση φαρμάκων. Ως επί το πλείστον, η διεύρυνση του ρόλου των νοσηλευτών επιφέρει πολλαπλά οφέλη, όπως οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες υγείας, βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών/καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, καλύτερευση της επαγγελματικής συνεργασίας και της αποδοτικότητας του έργου ιατρών-νοσηλευτών. Οι επαγγελματίες υγείας κυρίως, και όχι οι ασθενείς, είναι αυτοί οι οποίοι προβάλλουν αρνητικές γνώμες απέναντι στη διεύρυνση, όπως ανησυχίες σχετικά με τη νομική ευθύνη, με τις δεξιότητες, με την εμπειρία και με την εκπαίδευση των νοσηλευτών. Η παροχή υψηλότερης και καλύτερα οργανωμένης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η εφαρμογή της τεχνολογίας, η σαφής και διεθνής τυποποίηση

των ρόλων, η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, η συνεχής επαγγελματική ενημέρωση και η μεγαλύτερη προβολή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν να ενισχύσουν τους διευρυμένους ρόλους των νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο (Wilson, 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας, ως νοσηλευτές, οφείλουν να διαθέτουν πέρα από κριτική σκέψη και δημιουργικές ικανότητες, σύγχρονες γνώσεις προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί στο ιδιαίτερα πολύπλοκο, απαιτητικό και διαρκώς μεταβαλλόμενο σύγχρονο σύστημα υγείας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση υπό το πρίσμα της δια βίου μάθησης προς αυτό το σκοπό είναι πολύ σημαντική. Η νοσηλευτική επιμόρφωση αποτελεί ένα πολυδιάστατο πεδίο επιστήμης με ιδιαίτερες ανάγκες για συνεχή επικαιροποίηση και ενημέρωση στα πλαίσια των εξελίξεων σε νοσηλευτικό και τεχνολογικό επίπεδο (Kleib, 2016).

Διαπολιτισμική κατάρτιση του νοσηλευτή

Τον τελευταίο καιρό, με τις συχνές μετατοπίσεις των λαών οι σύγχρονοι νοσηλευτές καλούνται να διαχειριστούν νέες προκλήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς ως προς την γλώσσα, την θρησκεία και την εθνότητα. Αίτιο σύγκρουσης μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων μπορεί να προκαλέσει η μη αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων ή η προσπάθεια επιβολής συγκεκριμένης ανώτερης κουλτούρας σε βάρος κάποιας άλλης. Πλέον είναι αναγκαίο λόγω της ανομοιογένειας να αλλάζουν οι ανάγκες για την παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και οι τρόποι προσέγγισης και επικοινωνίας, την ίδια στιγμή που οι ελλείψεις ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν βασικό πρόβλημα. Οποιοσδήποτε άνθρωπος στον πλανήτη χρήζει εξατομικευμένης και πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας υγείας. Αντίθετα, η απουσία σεβασμού στη διαφορετικότητα των ατόμων στερείται ποιότητας και θετικών αποτελεσμάτων (Cook, 2003).

Η απόκτηση πτυχίου ενός νοσηλευτή πιστοποιεί την εκπαιδευτική του επάρκεια. Θεωρητικά, λοιπόν, ο νοσηλευτής είναι επαρκής για να ανταποκριθεί στο έργο του. Οι γνώσεις και η παιδεία που έλαβε κατά την φοίτησή του αποτελούν τα απαραίτητα εφόδια για να επιτελέσει το έργο του. Άρα η επάρκεια καθορίζεται από την πολιτεία με το παρεχόμενο πτυχίο και αφορά την επιστημονική, τη θεωρητική και την ερευνητική κατάρτιση και βεβαιώνει την ικανότητα άσκησης του νοσηλευτικού έργου (Αποστολαρά, 2013).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς είναι αυτός που υλοποιεί την νοσηλευτική πολιτική. Ο νοσηλευτής μέσα από την ετοιμότητά του, πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται άμεσα τα ερεθίσματα που δέχεται να τα αξιοποιεί και να λειτουργεί αναλόγως. Η νοσηλευτική ετοιμότητα εκτός από την άμεση αντίδραση σε θέματα που αφορούν την νοσηλευτική πράξη, θέλει τον νοσηλευτή να είναι σε θέση να αντιδρά άμεσα σε θέματα που αφορούν το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις σχέσεις του με τους νοσηλευόμενους, τους συναδέλφους, καθώς και με τα όργανα του νοσοκομείου (Γερογιάννη, 2008).

Η κουλτούρα ενός πολιτισμού ασκεί επιρροή τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια των ατόμων που την αποτελούν. Η εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και η αντίστοιχη επιμόρφωση των νοσηλευτών να ανταποκριθούν στις ανάγκες της είναι άκρως απαραίτητη για τον σύγχρονο πολιτισμό. Συνέπεια αυτού είναι ο συνεχόμενος αυξανόμενος αριθμός των ευάλωτων κατηγοριών ατόμων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων (Γεωργογιάννης, 2007). Συνεπώς, οι νοσηλευτές προσανατολίζονται στη συνεχή εκπαίδευση περί πολιτισμών. Οι γνώσεις που θα αποκτήσουν θα τους βοηθήσουν να προσαρμόσουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών αυτών σύμφωνα με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητές τους. Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να αποδέχονται τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους πιστεύω.

Ωστόσο δεν αρκούν μόνο οι γνώσεις για να θεωρηθεί ένας νοσηλευτής ικανός να προάγει νοσηλευτική φροντίδα. Ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται με την πολιτισμική εκμάθηση

είναι η πολυπολιτισμική εμπειρία και η εθνοκεντρική συμπεριφορά. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες των ασθενών όπως τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις και την κουλτούρα του ασθενή, έτσι ώστε να προσφέρει επαρκή, αποτελεσματική και ποιοτική παροχή φροντίδας. Σήμερα, ο όρος διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί μείζον ζήτημα καθώς τόσο στην Ελλάδα όσο και σε επίπεδο Ευρώπης αλλά και των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν όπως η αύξηση των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών συμβάλλουν σε αυτό (Dimitriadou, 2011).

Μια σύγχρονη μελέτη υποστηρίζει ότι, η πολιτισμική ικανότητα μαθαίνεται με την πάροδο του χρόνου και είναι μια διαδικασία εσωτερικής αντανάκλασης και συνειδητοποίησης. Οι τομείς της ευαισθητοποίησης, των δεξιοτήτων και της γνώσης είναι βασικές ικανότητες που πρέπει να αποκτήσουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά οι νοσηλεύτες. Παρόλο που υπάρχουν εμπόδια στην παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας, η καλύτερη κατανόηση των πολιτιστικών ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ρεαλιστικών τεχνικών εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες οδηγήσουν σε ποιοτική επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική για όλο και πιο ποικίλους πληθυσμούς (Young S, 2016).

Συμπερασματικά, λοιπόν, η διαπολιτισμική νοσηλευτική παρομοιάζεται ως μια αναγκαιότητα και μια σημαντική διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Για το λόγο αυτό, οι νοσηλεύτες είναι απαραίτητο θεμέλιο να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πολιτισμική επάρκεια, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις διαπολιτισμικές διαφορές των ασθενών τους και να τους παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμική φροντίδα, καθώς και διασφάλιση των δικαιωμάτων τους (Theodorou, 2011).

Διδασκαλία

της

επικοινωνίας

Η ποιοτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή πραγματοποιείται με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και την αποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι μια δυναμική και συνεχής διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο αλληλοεπιδρά με άλλο άτομο με τη χρήση γραπτού ή προφορικού λόγου, χειρονομιών, εκφράσεων προσώπου και στάσης του σώματος. Σύμφωνα με πολλές μελέτες, η ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και νοσηλευτικού προσωπικού έχει άμεση σύνδεση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των αρρώστων, την καλύτερη προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και τα βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Ωστόσο, η αποτελεσματική διαπολιτισμική επικοινωνία συμπεριλαμβάνει το σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών, την επιθυμία απόκτησης γνώσης των αξιών των πολιτισμών και την αποδοχή διαφορετικών πολιτισμικών τρόπων ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, οι δεξιότητες της επικοινωνίας αφορούν τη λεκτική επικοινωνία όπως γλώσσα, τόνος και αποχρώσεις της φωνής, διάλεκτοι ή τη μη λεκτική επικοινωνία όπως οπτική επαφή, κινήσεις του σώματος, εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες. Πιθανόν όλα αυτά τα στοιχεία να διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και η άγνοιά τους μπορεί να προκαλέσει εμπόδια στην επικοινωνία.

Το σημαντικότερο αγαθό για την ορθή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι η γλώσσα. Οι γλωσσικές διαφορές επηρεάζουν ως ένα μεγάλο βαθμό την επικοινωνία. Ειδικότερα, η έλλειψη κατανόησης ή παρερμηνεύσης των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία. Ως λύσεις προτείνονται δύο. Στην πρώτη περίπτωση συμμετέχουν οι συγγενείς του θεράποντος, οι οποίοι θα αποτελέσουν τους διερμηνείς ή ένας επαγγελματίας διερμηνέας. Ένας δεύτερος σημαντικός αρωγός στην επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών κουλτουρών αποτελεί ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του προσωπικού με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή που εργάζεται στα νοσοκομεία. Αν και στις γλώσσες υπάρχουν πολλές διαφορές λόγω ποικιλίας στις διαλέκτους, έχει αποδειχτεί ότι

οι ομοεθνείς ασθενείς είναι πιο απαιτητικοί ασθενείς σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο προσωπικό με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο κατά την άσκηση των καθηκόντων του (Weech-Maldonado, 2001).

Τέλος, οι χειρονομίες και το άγγιγμα ενός ανθρώπου είναι ζήτημα εξέχουσας σημασίας κατά την προσέγγιση ενός ασθενή με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι χειρονομίες διαφέρουν σε κάποια πολιτισμικά πλαίσια και είναι καλύτερο να αποφεύγονται. Ενώ εκτιμώνται τα πολύ σημαντικά οφέλη που προκύπτουν από την εδραίωση θεραπευτικής σχέσης μέσω της επαφής, η φυσική επαφή με τους ασθενείς μπορεί να κρύβει διαφορετικά μηνύματα στους διάφορους πολιτισμούς. Το πιο εμφανές ζήτημα είναι όταν πρόκειται η επαφή με ασθενή διαφορετικού φύλου από τον νοσηλευτή, όπως συμβαίνει στους Μουσουλμάνους και στους Εβραίους.

Είναι, λοιπόν, εμφανές πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν χρέος να προσέχουν κατά την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης σε ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, προσεγγίζοντας με σεβασμό και εντάσσοντας στην καθημερινή πρακτική τα ιδιαίτερα στοιχεία της αποτελεσματικής διαπολιτισμικής επικοινωνίας (Stewart, 1999).

Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα

Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, ο τομέας της περίθαλψης στην Ελλάδα έχει ταλαιπωρηθεί τα τελευταία χρόνια. Η συνεχής αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού λόγω αύξησης της χρήσης υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού από τον δημόσιο τομέα σε συνδυασμό με την έλλειψη στελέχωσης των δομών υγείας από υγειονομικό προσωπικό, καθιστούν απαραίτητη την ανάγκη για διδασκαλία και επιμόρφωση των ικανοτήτων του προσωπικού και ειδικότερα του νοσηλευτικού. (King & Martineau, 2006). Ιδιαίτερα, η κυβέρνηση της Ελλάδας καλείται να διαχειριστεί την πρόσληψη του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών υγείας με τις κατάλληλες ικανότητες στο σωστό μέρος και την σωστή στιγμή. Δύο βασικά στοιχεία που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα δημογραφικά στοιχεία και το επιδημιολογική εικόνα του πληθυσμού. Ήδη τα τελευταία χρόνια γίνονται εμφανής οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας με συνέπεια να δυσκολεύονται οι χρήστες υπηρεσιών υγείας στην πρόσβαση και να αυξάνονται τα φαινόμενα κοινωνικών ανισοτήτων (Σκρουμπέλος, 2012).

Διατροφικά προβλήματα των μουσουλμάνων κατά τη διάρκεια του Ραμαζανίου και η θέση του νοσηλευτή

Εξαιτίας της εκτεταμένης εισροής προσφύγων/μεταναστών στην Ελλάδα, έχουν δημοσιευτεί αρκετά πρωτόκολλα που αφορούν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα δικαιώματά τους ως προς τη φροντίδα τους. Το Ραμαζάνι είναι ο ένατος μήνας του Ισλαμικού έτους και αποτελεί τον πιο ιερό μήνα νηστείας των Μουσουλμάνων. Ξεκινάει τη Δευτέρα 6 Μαΐου και διαρκεί 30 μέρες έως την 5^η Ιουνίου. Στο Μουσουλμανικό ημερολόγιο η γιορτή ξεκινά στη δύση της προηγούμενης μέρας δηλαδή, από την Κυριακή στις 5 Μαΐου. Κατά το Ραμαζάνι, οι Μουσουλμάνοι απέχουν από τροφή και νερό από την Ανατολή έως και τη Δύση του ηλίου.

Κατά τη διάρκεια του Ραμαζανίου, οι ασθενείς επιλέγουν να νηστεύουν επειδή το Ραμαζάνι είναι ο πιο ευλογημένος και πνευματικός μήνας του Ισλαμικού έτους. Οι επαγγελματίες υγείας που θεραπεύουν κάθε ισλαμικό ασθενή που απέχει από φαγητό και ποτό θα πρέπει να τους παρακολουθούν στενότερα. Το Κοράνι διδάσκει ότι εκείνοι που

είναι πολύ άρρωστοι, έγκυοι, έμμηνοι ή θηλάζουν επιτρέπεται να μην νηστεύουν και να αναπληρώνουν τις ημέρες αργότερα κατά τη διάρκεια του έτους. Εξαιρούνται επίσης οι μουσουλμάνοι που είναι χρόνιοι ασθενείς ή ηλικιωμένοι στους οποίους η νηστεία είναι παράλογη, αλλά υποχρεούνται να παρέχουν φαγητό σε ένα μη προνομιούχο άτομο κάθε μέρα κατά τη διάρκεια του Ραμαζανίου για το οποίο έχασαν τη νηστεία.

Τα νοσοκομεία συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο ότι τα τρόφιμα που σερβίρονται στους μουσουλμάνους πρέπει να πληρούν τους κανόνες διατροφής, ιδιαίτερα χωρίς προϊόντα χοιρινού κρέατος. Αυτό περιλαμβάνει την προσφορά φαρμάκων που δεν περιέχουν χοιρινό ή αλκοόλ. Τα φάρμακα που περιέχουν ζελατίνη ή χοιρινό κρέας απαγορεύονται. Χρησιμοποιούνται εναλλακτικές λύσεις χωρίς ζελατίνη, όπως αντιβιοτικά υγρά ή δισκία ζελατίνης χαλάλ. Το στεατικό μαγνήσιο απαγορεύεται σε δισκία όταν προέρχεται από ζωική πηγή. Εάν πρόκειται για επείγον περιστατικό και μια εναλλακτική λύση δεν είναι άμεσα διαθέσιμη, το φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αλλά αυτό θα πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή. Το Ισλάμ επιτρέπει τη χρήση οποιουδήποτε ναρκωτικού σε μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση.

Φάρμακα που επιτρέπονται κατά την διάρκεια του Ραμαζανίου είναι σταγόνες ματιών, σταγόνες αυτιών, οδοντιατρική φροντίδα καθώς και εισπνευστήρες, θεραπείες νεφρολογική, ρινικά σπρέι. Απαγορεύονται οι ενδοφλέβιες χορηγήσεις υγρών (σε περίπτωση αφυδάτωσης απαιτείται διακοπή νηστείας), αιμοδοσία και στοματικά φάρμακα. Όσον αφορά τις ανοσοποιήσεις/ εμβόλια αλλά και για τις ενέσεις ινσουλίνης οι απόψεις δίστανται. Είναι προτιμότερο ο επαγγελματίας υγείας να ρωτήσει τον ασθενή. Σε γενικές γραμμές, οι ενέσεις δεν διακόπτονται απαραίτητα τη νηστεία, εκτός εάν πρόκειται για συμπληρωματική τροφή ή ποτό-για διατροφή. Τα εμβόλια και η ινσουλίνη είναι συνήθως αποδεκτά.

Μπορεί να υπάρξουν ιατρικές επιπλοκές αλλά και προβλήματα σχεδιασμού λόγω της νηστείας σε μερικούς ασθενείς. Ειδικότερα, γι' αυτούς που νηστεύουν, η ημερήσια λήψη θερμίδων προφανώς ανατρέπεται και πιθανά χρειάζεται ανασχεδιασμός των αντιδιαβητικών φαρμάκων για τους διαβητικούς. Έτσι, λοιπόν, οι νοσηλευτές οφείλουν να πράξουν αναλόγως με σκοπό την αποφυγή επιπλοκών, όπως υπογλυκαιμιών. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τους διαβητικούς ασθενείς που αποφασίζουν να νηστεύουν, να ελέγχουν το σάκχαρο αίματος πιο συχνά κατά τη νηστεία. Στο μήνα του Ραμαζανίου οφείλεται να ληφθεί μέριμνα και για τη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, το σχεδιασμό των θηλασμών ή και της λήψης άλλων φαρμάκων εφόσον αυτό είναι γνωστό.

Οι επαγγελματίες υγείας, έχουν ως χρέος να είναι σε επαγρύπνηση και να ρωτούν τους ασθενείς τους εάν νηστεύουν καθώς και να συζητούν μαζί τους το βαθμό επικινδυνότητας της συμμετοχής τους στη νηστεία. Η εξατομίκευση της φροντίδας και ο συχνός έλεγχος είναι απαραίτητα για τους ασθενείς που επιλέγουν να νηστεύουν. Ωστόσο, εάν κατά την κρίση των θεραπόντων η κατάσταση της υγείας ενός ασθενή κρίνεται εύθραυστη πρέπει να υπενθυμισθεί στον ασθενή η εξαίρεση από τη νηστεία (Amin MEK, Abdelmageed A., 2020) .

Επίλογος

Η παγκοσμιοποίηση, ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε όλο τον κόσμο, επηρεάζει όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής, αναπτύσσοντας μια αλληλεξάρτηση σε τομείς όπως η οικονομία, ο πολιτισμός, η τεχνολογία, η πολιτική, η κοινωνική ζωή και φυσικά και η υγεία. Προσφέρει στους λαούς δυνατότητες και ευοίωνες προοπτικές παράλληλα όμως, συνεπάγεται αποπροσανατολισμούς και μεταβολές με σοβαρούς κινδύνους για τους λαούς.

Απότοκο της πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης είναι η ύπαρξη συχνών μεταναστευτικών και προσφυγικών ρευμάτων. Παρατηρούνται φαινόμενα άνισης μεταχείρισης και εκμετάλλευσης, προκαταλήψεις και διακρίσεις εις βάρος των πολιτών που μεταναστεύουν, ενώ εκδηλώνεται μια τάση εσωστρέφειας των πολιτών που οδηγεί στην αποξένωση, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την περιθωριοποίηση και την <<γκετοποίηση>> των αλλοδαπών. Ταυτόχρονα, καλλιεργείται ένα κλίμα ξενοφοβίας, διότι ορισμένοι συνδέουν την αύξηση των φαινομένων βίας και εγκληματικότητας με την εισροή ξένων πολιτών. Συνεπώς, το φαινόμενο του ρατσισμού επιδεινώνεται, η κοινωνική συνοχή διασπάται και ελλοχεύουν κίνδυνοι για την κοινωνική ηρεμία και γαλήνη.

Ακόμη, λόγω της ιδεολογικής σύγχυσης και της κρίσης του σύγχρονου πολιτισμού οι διαφορετικοί πολιτισμοί αντιμετωπίστηκαν ως <<εχθροί>> της εθνικής παράδοσης και ως καταστροφείς της πολιτισμικής ταυτότητας των χωρών υποδοχής. Έτσι, δημιουργήθηκαν αισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας, αμφισβήτησης και υποτίμησης της κουλτούρας των άλλων. Προκειμένου να ανταπεξέλθει ο σύγχρονος άνθρωπος στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ζώντας μέσα σε ένα τέτοιο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο απαιτείται ηθικός εξοπλισμός και ψυχικό σθένος.

Ειδικότερα, είναι απαραίτητο να αξιολογήσει εκ νέου τις αρχές στις οποίες στηρίζει τη ζωή του και να επανιεραρχήσει τις αξίες του. Συγκεκριμένα, οφείλει να θέσει τον << άνθρωπο >> στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και της δράσης του, να συνειδητοποιήσει τη δύναμη και την αξία της πολιτιστικής ποικιλίας και να δημιουργήσει θετική στάση και αντίληψη απέναντι στις διαφορές των πολιτισμών. Όλα αυτά δηλαδή που απαρτίζουν την έννοια της διαπολιτισμικότητας.

Γίνεται σαφές από την παραπάνω εργασία ότι οι μετανάστες, ανεξαρτήτου χώρα προέλευσης και θρησκείας, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού της Ελλάδας και σύμφωνα με τις παγκόσμιες εξελίξεις, θα παραμείνουν. Ως κάτοικοι πλέον των χωρών μας, δεν συμβάλλουν μόνο στην οικονομική ανάπτυξη, αλλά, έμμεσα, σε όλους τους τομείς της ζωής μας. Αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, μεταξύ αυτών και υγείας και εκεί είναι που το έργο των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας είναι υψίστης σημασίας. Εκείνοι με την σειρά τους οφείλουν να λάβουν σοβαρά υπόψη τους και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν την κουλτούρα κάθε ατόμου προκειμένου να προσφέρουν αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα υγείας. Στάσεις, πιστεύω και αξίες σχετικά με την υγεία είναι προϊόντα κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Η αναγνώριση και η γνώση κοινωνικό- πολιτισμικών πιστεύω και πρακτικών αποτελεί ένα αρχικό βήμα στην κατανόηση του ρόλου της προαγωγής υγείας μέσα στην καθημερινή κουλτούρα. Τονίζεται λοιπόν, η ανάγκη ανάπτυξης ενός εθνικού σχεδίου διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τη διαπολιτισμικότητα των πληθυσμών.

Κλινικό σενάριο 1

Γυναίκα ασθενής 30 ετών μουσουλμανικής καταγωγής, προσέρχεται στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με οξεία αμυγδαλίτιδα, συνοδευόμενη από τον σύζυγό της. Παρουσιάζει θερμοκρασία 39.1⁰C, φόβο, ανορεξία και πόνο κατά την κατάποση. Αρνείται να την εξετάσει άντρας γιατρός και ζητά γυναίκα. Τελικά η γιατρός που την εξετάζει γράφει Aprotel= αντιπυρετικό (amp) X3, Amoxil 1G (tab) X3. Η γιατρός κρίνει απαραίτητο η ασθενής να χειρουργηθεί.

Εκτίμηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός
Θερμοκρασία 39.1 ⁰ C	Πυρετός που έχει σχέση με την αμυγδαλίτιδα	<ul style="list-style-type: none">○ Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου και αντιβίωσης○ Κρύο ντους /κομπρέσες○ Μέτρηση ζωτικών σημείων○ Αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών○ Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών το 24ωρο
Φόβος	Φόβος που έχει σχέση με την αμυγδαλίτιδα	<ul style="list-style-type: none">○ Το φαγητό να είναι ελαφρύ, πολτοποιημένο, πλούσιο σε θρεπτικές ουσίες○ Να διαλέγει φαγητά της αρεσκείας της. Χοιρινό κρέας και υποπροϊόντα του δεν είναι αποδεκτά από την συγκεκριμένη ασθενή λόγω

		θρησκευτικών πεποιθήσεων.
Ανορεξία	Ανορεξία που έχει σχέση με το πόνο κατά τη κατάποση	<ul style="list-style-type: none"> ○ Χορήγηση αναλγητικών
Πόνος κατά την κατάποση	Πόνος που σχετίζεται με την αμυγδαλίτιδα	<ul style="list-style-type: none"> ○ Να εκφράσει τα συναίσθηματα και τις ανησυχίες της ○ Να γίνει ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, θεραπεία και την φροντίδα ○ Να δοθεί ενημέρωση στην ίδια και την οικογένεια
Χειρουργείο	Προεγχειρητική φροντίδα που έχει σχέση με το χειρουργείο	<ul style="list-style-type: none"> ○ Να μείνει νηστική από τις 12 τα μεσάνυχτα ○ Να γίνουν όλες οι απαιτούμενες εξετάσεις ○ Να ετοιμαστεί η ασθενής για το χειρουργείο (χειρ/κή ρόμπα, οδοντοστοιχίες, αφαίρεση μετάλλων, προ νάρκωση, συμπλήρωση αίτησης και υπογραφή)
Άγχος	Άγχος που έχει σχέση με το χειρουργείο	<ul style="list-style-type: none"> ○ Να εκφράσει τα συναίσθηματα και τις ανησυχίες της ○ Να γίνει ενημέρωση

		<p>σχετικά με την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Να δοθεί ενημέρωση στην ίδια και την οικογένειά της.
--	--	--

Κλινικό Σενάριο 2

Άνδρας ασθενής 47 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με θερμοκρασία 39,3⁰C, σωματική αδυναμία, πονοκέφαλο, τάση προς έμετο, ΑΠ=85/80mmHg και ΒΣ=54kg . Τα έγγραφα του ασθενούς δείχνουν ως χώρα προέλευσης το Ταιβάν και δεν μιλάει άλλη γλώσσα πέρα από τη μητρική του, τα κινέζικα. Δεν συνοδεύεται από συγγενείς ή φίλους. Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική κλινική από τους εφημερεύοντες ιατρούς, σημειώνοντας ότι πρόκειται για εμπύρετο νόσημα αγνώστου αιτιολογίας. Όσπου να εμφανιστούν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και υπό τον φόβο ύπαρξης λοιμώδους νοσήματος υψηλής μεταδοτικότητας, ο ασθενής μεταφέρεται σε απομονωμένο θάλαμο. Ο ίδιος άρχισε να φοβάται και να ανησυχεί επιδιώκοντας με κάθε τρόπο να διαφύγει από το νοσοκομείο, καθώς θεώρησε ότι δεν θα του φερθούν με ισότητα και δεν θα λάβει τη σωστή θεραπεία λόγω της καταγωγής του. Τελικά οι ιατροί κατάφεραν να τον καθησυχάσουν, έπειτα από μια στοιχειώδη συνομιλία που είχαν. Η νοσηλεύτρια που αναλαμβάνει τη φροντίδα του εισέρχεται στο θάλαμο με όλα τα προβλεπόμενα ατομικά μέτρα προστασίας όπως μάσκα, γάντια, ποδιά μιας χρήσης και τηρεί με ακρίβεια τους κανόνες υγιεινής και πρόληψης νοσημάτων. Ο ασθενής δείχνει ανήσυχος, επικοινωνεί μαζί της με νοήματα και ελάχιστες λέξεις στα αγγλικά δίνοντάς της την ιδέα ότι θέλει να επικοινωνήσει με κάποιο συγγενικό του πρόσωπο.

Εκτίμηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός
Πυρετός	Αναποτελεσματική θερμορύθμιση	<ul style="list-style-type: none"> ○ Δόθηκε το αντιπυρετικό και η αντιβίωση σύμφωνα με τις οδηγίες ○ Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο ○ Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες ○ Άρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

		(2lt/24ωρο) και παρότρυνση του ασθενή να πίνει και μόνος του
Σωματική αδυναμία	Σωματική αδυναμία που έχει σχέση με τον πυρετό	<ul style="list-style-type: none"> ○ Χορήγηση αναλγητικών
Πονοκέφαλος	Πονοκέφαλος που οφείλεται από τον πυρετό και το στρες	<ul style="list-style-type: none"> ○ Άρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών 2lt/24ωρο ○ Δεν χρειάστηκε να δοθεί φαρμακευτικό σκεύασμα, μετά από αξιολόγηση του νοσηλευτή
Τάση προς έμετο	Τάση προς έμετο που έχει σχέση με τον υψηλό πυρετό	<ul style="list-style-type: none"> ○ Στον ασθενή προσφέρθηκε γεύμα πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά
Διάθεση φυγής, ανησυχία, ελλιπής επικοινωνία	Κίνδυνος απειθαρχίας	<ul style="list-style-type: none"> ○ Οδηγίες προς το προσωπικό να ελέγχουν συστηματικά το δωμάτιο και τον διάδρομο – χωρίς τη χρήση περιοριστικών μέτρων
Αδυναμία κατανόησης κινέζικης γλώσσας	Διαταραχή επικοινωνίας	<ul style="list-style-type: none"> ○ Αναζήτηση ενός διερμηνέα
Έλλειμα όγκου υγρών	Λόγω της άρνησης λήψης υγρών	<ul style="list-style-type: none"> ○ Λήψη ΖΣ ανά 3ωρο ○ Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ○ Να τεθεί folley για παρακολούθηση της αποβολής υγρών ○ Να ξεκινήσει η IV χορήγηση υγρών ○ Να παροτρύνεται ο ασθενής να λαμβάνει υγρά από το στόμα
Διαταραχή θρέψης	Λόγω ανθυγιεινού τρόπου ζωής	<ul style="list-style-type: none"> ○ Να αποκατασταθεί το βάρος εντός των φυσιολογικών ορίων για την ηλικία και το ύψος του ○ Να αυξηθεί η μυϊκή δύναμη και αντοχή του ασθενούς

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Να προληφθούν τυχόν επιπλοκές
Έλλειψη συνοδών συγγενών ή συνοδών	Κοινωνική απομόνωση	<ul style="list-style-type: none"> ○ Προσπάθεια αναζήτησης τηλεφώνων επικοινωνίας στα έγγραφα του ανδρός
Διαφορετική πολιτισμική προέλευση	Κίνδυνος διαταραχής θρησκευτικότητας	<ul style="list-style-type: none"> ○ Εξασφάλιση των ιδιαιτεροτήτων της συγκεκριμένης θρησκείας ώστε ο άνδρας να εξασκεί τα θρησκευτικά του καθήκοντα τις ώρες που πρέπει

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αμερικάνου, Μ., Καρμίρη, Β & Παπακώστα, Χ., (2003). *Στοιχεία Ειδικής Διατροφής*. Σ.1.: Έκδοση Π.Ι., 3 (1), σελ. 217-221.

Αποστολαρά, Π., (2013). *Διαπολιτισμική Επικοινωνία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. Τόμος: 6 (1), σελ. 3.

Γαλανός Δ., (2001). *Η διατροφή μας σήμερα*. Αθήνα: Επιμέλεια έκδοσης Κωνσταντίνος Α. Δημόπουλος, 7 (2), σελ. 82-91.

Γερογιάννη Γ., Πλεξίδα Κ., (2008). *Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα*. Το βήμα του Ασκληπιού, 7 (2), σελ. 113-118.

Γεωργίου Σ., (2000). *Σχέση Σχολείου- Οικογένειας και ανάπτυξη του παιδιού*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2, σελ. 47-51.

Γεωργογιάννης Π., (2007). *Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα*. Πάτρα: Τυρο center, 9 (3), σελ. 75-81.

Γιαννουλάτου, (1995). *Α. Όψεις Ινδουισμού – Βουδισμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Γλύκατζη – Αρβελέρ Ελένη, (2007). *Πολιτισμός και ελληνισμός*. Καστανιώτη, 9 (1), σελ. 21-218.

Ζάχος, (2005). *Η Αντιμετώπιση των Εκπαιδευτικών Προβλημάτων των Μαθητών/τριών από Χαμηλά Κοινωνικοοικονομικά Στρώματα και Διαφορετικό Πολιτισμικό Περιβάλλον*. Τόμος: 7 (1), σελ. 344.

Κούτα Χ., (2007). *Υγεία και κουλτούρα*. Τόμος: 46 (2), σελ. 176-180.

Δρίτσας, Δ., Μόσχος, Δ. & Παπαλεξανδρόπουλος, Σ., (2001). *Χριστιανισμός και θρησκευματα*. Τόμος: 7 (2), σελ. 57-58.

Δαμανάκης Μ., (2007). *Ταυτότητες και εκπαίδευση στη διασπορά: Αντιλήψεις των Εκπαιδευτικών για τους Μαθητές και οι Προσδοκίες τους για τη Σχολική Επίδοση*. Τόμος:8, σελ. 314-317.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2007). *Λευκή Βίβλος για μια Ευρωπαϊκή Στρατηγική για θέματα υγείας που έχουν σχέση με τη Διατροφή, το Υπερβολικό Βάρος και την Παχυσαρκία*. Τόμος: 2, σελ. 718-721.

Ζαμπέλας Α., (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Τεύχος 1, σελ. 282.

Ζαμπέλας Α., (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης , Τεύχος 1, σελ. 5-6.

Ζιάκας Γρ., (2004). *Ιστορία των θρησκευμάτων*. Το Ισλάμ, Εκδόσεις ΠΟΥΡΝΑΡΑΣ, 8 (1), σελ. 458-459.

Καλαφάτη Μ. & Παϊκοπούλου Δ., (2011). *Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας*. Νοσηλευτική, 50 (1), σελ. 49-62.

Καραδήμας Ε., (2005). *Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*. Τυπωθήτω, Αθήνα, σελ. 40-42.

Κανακίδου Ε., & Παπαγιάννη Β., (1994): *Διαπολιτισμική Αγωγή*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 11.

Μαριорάς Μ., Ροζενμπεργκ Θ., (2013). *Διαθρησκευτική Ιατρική: Ισλάμ, ιδιαιτερότητες κατά την προσέγγιση αλλόθρησκων ασθενών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30 (2), σελ. 229-232.

Μαρκάκη Αναστασία, (2010). *Σημειώσεις μαθήματος, Διατροφή και σχεδιασμός διαιτολογίου για φυσιολογικές καταστάσεις Ι*. Σελ. 49-50.

Μάρκου Γ., (1995). *Εισαγωγή στη Διαπολιτισμική Εκπαίδευση- Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*, Αθήνα, Τόμος 1 (86), σελ. 67-69.

Μοίρα, Π., (2009). *Θρησκευτικός τουρισμός*. Εκδόσεις Interbooks, 3, σελ. 23-27.

Μπαμπινιώτης Γ., (2006). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Β' Έκδοση. Γ' Ανατύπωση, Κέντρο Λεξικολογίας , Αθήνα: 1441.

Μπεργιανάκη- Δερμιτζάκη, (2007). *Ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί συντελεστές στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας*. Περιοδικό: Περί Διατροφής, 4, σελ. 87-89.

Μπιτσάνη Ε., (2004). *Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη*. Σχεδιασμός πολιτιστικής πολιτικής και πολιτιστικού προϊόντος. Εκδόσεις Διώνικος, 5 (1), σελ. 29.

Μπουλουμπάση Ζ, (2007). *Διατροφικές συνήθειες. Επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και κίνδυνος ινσουλοαντίστασης σε παιδιά δημοτικού*. Τόμος: 7, σελ. 321-324.

Νόβα- Καλτούνη Χ., (2000). *Κοινωνικοποίηση: Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου* . Τόμος: 3, σελ. 45-49.

Παπαλεξανδρόπουλος, (2010). *Ινδουισμός*. Κείμενα Ιστορίας Θρησκευμάτων, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, 1, σελ.115-116.

Νικολάου Γ., (2011). *Διαπολιτισμική Διδακτική*. Τόμος: 8, σελ. 258-262.

Σαρρής Μ., (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, 9, σελ. 40-42.

Σωτηριάδου Α., (2001). *Η Εκπαίδευση και Πολιτισμική Ανάπτυξη των Αποδήμων. Η Περίπτωση των Γυναικών*, στο Κωνσταντοπούλου. Τόμος: 7, σελ. 287.

Σκρουμπέλος Αν., Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ., Κυριόπουλος Γ., (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα*. Τόμος: 3, (1), σελ. 213-215.

Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π., & Κωσταγιόλας, Π., (2017). *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34 (1), σελ. 113–122.

Τούντας Γ., (1997). *Συμπεριφορά και Υγεία*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 14 (5), σελ. 488-491.

Φίλη Κ., (2006). Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Φροντίδα υγείας ατόμων με πολιτισμικές διαφορές: *θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

Ψαρουδάκη Αντωνία, (2008). *Η επιστήμη της διατροφής και της διαιτολογίας*. Σελ. 60- 63.

ΞΕΝΗ

Marlatt AG (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), p. 44-50.

Alhazmi A., Stojanovski E., McEvoy M., Garg M.L. (2013). The association between dietary patterns and type 2 diabetes: *A systematic review and meta-analysis of cohort studies*. *J. Journal of Human Nutrition*, 7 (1), p.73-81.

Allaby M. (1997). *World Food Resources: Actual and Potential*, London. Applied Science Publishers, 7 (1), p. 42-45.

Andrews M.M. & Boyle J.S. (1999), *Transcultural concepts in nursing care (3rd Ed.)*. Philadelphia; J.B. Lippincott Co.

Amin MEK, Abdelmageed A. (2020). *Clinicians' Perspectives on Caring for Muslim Patients Considering Fasting During Ramadan*. *J Relig Health*. Jun, 59 (3), p. 1370-1387.

Agarwal AK (1989). *Θρησκεία και ψυχική υγεία*. *Ψυχιατρική*, 9 (2), p. 31:185–6.

AKM Ahasamul Haque (2018). Nutritional and health impacts of religious and vegetarian food. *In Preparation and Processing of Religious and Culture foods*. Publishing: Science Alert, p. 57-64.

Al Junaibi (2013). *The prevalence and potential determinants of obesity among school children and adolescents in Abu Dhabi, United Arab Emirates*. P. 68-74.

Allaby M. (1997). *World Food Resources: Actual and Potential*, London. Applied Science Publishers, 4 (1), p. 65-67.

Allen J., (2010). *Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education*. A literature review, *Nurse Education*, 30 (4), p. 314-20.

Alligood M.R., (2016). *Νοσηλευτικές Θεωρίες: Το έργο διεθνών ερευνητών*. Νικοσία Κύπρος,

Broken Hill Publishers, 9 (1), p. 41-47.

Ansell, D.A., McDonald, E.K. (2015). *Bias, Black Lives, and Academic Medicine*. *N Engl J Med*, 3 (1), p.1087-1089.

Baddarni K., (2010). *Ethical dilemmas and the dying Muslim patient*. *Asian Pac J Cancer*, 11 (1), p. 107-112.

Basem Attum , Sumaiya Hafiz , Ahmad Malik, Zafar Shamoan (2021). *Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families*. Volume: 8 (2), p. 115-121.

Berkow, S.E., Barnard, N. (2006). *Vegetarian diets and weight status*. Pages: 175–188.

Bert Broeckaert (2011). *Spirituality and palliative care*. Pages: 39-41.

Bosch J. (2004). Psychosocial Characteristics of obese children/youngsters and their families: *Implications for preventive and curative interventions*. *Patient education and counseling*, 5 (1), p.353-362.

Brotto F., Huber J., Karwacka- Vogele K., Neuner G., Rufino R., Teutsch T. (2001). Διαπολιτισμικές δεξιότητες για όλους: Προετοιμασία για τη ζωή μέσα σε έναν ετερογενή κόσμο. Council of Europe, Σειρά Pestalozzi 2, σελ. 13.

Bonaccio, M., Iacoviello, L., Gaetano, G., (2012). The Mediterranean diet: *The reasons for a success*. *Thrombosis Research*, 129 (3), p. 401–404.

Begum, G., Stevens, A., Smith, E. B., Connor, K., Challis, J. R., Bloomfield, F., (2012). *Epigenetic changes in fetal hypothalamic energy regulating pathways are associated with maternal undernutrition and twinning*. *FASEB J*. 26, p. 1694-1703.

Barbara Kamp Dr (2010). Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: *Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults*, *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (3), p. 463-472.

Bulotta, S., Celano, M., Lepore, S., Montalcini, T., Pujia, A. and Russo, D. (2014). Beneficial effects of the olive oil phenolic components oleuropein and hydroxytyrosol: *focus on protection against cardiovascular and metabolic diseases*. *Journal of Translational Medicine*, 12 (1), p.81-88.

Campinha-Bacote, J. (2007). *A model and instrument for addressing cultural competence in health care*. *Journal of Nursing Education*, 38, p. 203-207.

Carollo, C., Caimi, G., (2012). Wine consumption in the mediterranean diet: *old concepts in a new sight*. *Food and Nutrition Sciences*, 3, p.1726-1733.

Castelló A., Boldo E., Pérez-Gómez B., Lope V., Altzibar J.M., Martín V., Castaño-Vinyals G., Guevara M., Dierssen-Sotos T., Tardón A., (2017). *Adherence to the Western, Prudent and Mediterranean Dietary Patterns and Breast Cancer Risk: MCC-Spain Study*, 103, p. 8–15.

- Chandra-Hioe MV, Lee C, (2019). *What is the cobalamin status among vegetarians and vegans in Australia?* Volume: 70 (7), p. 875-886.
- Cho S.S., Qi L., Fahey G.C., Jr., Klurfeld D.M., (2013). *Consumption of cereal fiber, mixtures of whole grains and bran, and whole grains and risk reduction in type 2 diabetes, obesity, and cardiovascular disease.* Am. J. Clin. Nutr, 98, p.594–619.
- Cook C. (2003). *The many faces of diversity.* Overview and Summary Online Journal of issues in nursing, 8 (1), p. 67-69.
- Craig WJ Am J Clin (2009). *Health effects of vegan diets.* Pages 1627S-1633S.
- Cramer H, Kessler CS, Sundberg T, Leach MJ, Schumann D, Adams J, Lauche (2017). *Characteristics of Americans Choosing Vegetarian and Vegan Diets for Health Reasons.* Volume: 49 (7), p. 561-567.
- Crosetti A.F & Guthrie H.A. (1986). *Alternate eating patterns and the role of age, sex, selection and snacking in nutritional quality.* Clinical Nutrition, 8 (1), p. 34-39.
- De Lange, N. R. M., & de Lange, N. (2000). *An introduction to Judaism.* Cambridge University Press, 9 (1), p. 53-59.
- Diana L. Swihart, Siva Naga S. Yarrarapu, Romaine L. Martin (2021). *Cultural Religious Competence in Clinical Practice.* Pages: 77-92.
- Dimitriadou C., Tamtelen E., Tsakou E. (2011). *Multimodal texts as instructional tools for intercultural education.* A case study, Intercultural Education, 22 (2), p. 223-228.
- DeCosta, P., Moller, P., Frost, M. B., & Olsen, A. (2017). *Changing children's eating behavior -A review of experimental research.* Appetite, 113, p. 327-357.
- Donaldson M.S., (2004). *Nutrition and Cancer: A Review of the Evidence for an Anti-Cancer Diet.* Nutr. J., 3, p.19.
- El-Zibdeh, Nour (2009). *Understanding Muslim Fasting Practices.* Today's Dietitian, 11 (8), p. 56.
- Esposito K., Kastorini C.M., Panagiotakos D.B., Giugliano D., (2011). *Mediterranean diet and weight loss: Meta-analysis of randomized controlled trials.* Metab. Syndr. Relat. Disord., 9 (1), p. 12.
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, (2013). *Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet.* NEJM., 368 (14), p.1279–90.
- Fitó M., Cladellas M., de la Torre R., Martí J., Muñoz D., Schröder H., Alcántara M., Pujadas-Bastardes M., Marrugat J., Ló-Sabater M.C., (2008). *Anti-Inflammatory Effect of Virgin Olive Oil in Stable Coronary Disease Patients: A Randomized, Crossover, Controlled Trial.* Eur. J. Clin. Nutr., 9 (2), p.231-235.

Fitzgerald EM., Myers JG., Clark P, (2016). *Nurses Need Not Be Guilty Bystanders*. Caring for Vulnerable Immigrant Populations. Online J Issues Nurs., 1 (22), p.8.

Flood, G., (2009). *History of Hinduism*. Volume: 8 (1), p.317-320.

Frederick J. Simoons (1961). *Eat not this flesh: food avoidances from prehistory to the present*. Pages: 401-405.

Friedlander Y, Kark JD, Kaufmann NA & Stein Y (1985). *Coronary heart disease risk factors among religious groupings in a Jewish population sample in Jerusalem*. Am J Clin Nutr 42, pages: 511–521.

Fry S., Johnstone M-J., (2005), *Ethics in Nursing Practice, A Guide to ethical decision making*, second edition, Broken Hill Publishers.

Gibson, E. L., 2006. Emotional influences on food choice: *Sensory, physiological and psychological pathways*. Physiology & Behavior, 89, p. 53-61.

Glittenberg, J. (2004). *A transdisciplinary, transcultural model for health care*. Journal of Transcultural Nursing, 15 (1), p.6-10.

Hadziabdic E, Safipour J, Bachrach- Lindström M, Hultsjö S. (2016). *Swedish version of measuring cultural awareness in nursing students: validity and reliability test*. BMC Nurs., 14, p. 15-25.

Hamilton, M., (1960). *A rating scale for depression*. Neurol Neurosurg Psychiatry, 23, p.56-62.

Hall D., Curlin F., (2004). *Can physicians' care be neutral regarding religion?* Academic Medicine, 79 (7), p. 677-79.

Heiss S. (2017). *Eating and health behaviors in vegans compared to omnivores: Dispelling common myths*. Volume: 8, p.29-135.

Helaine Selin, Hugh Shapiro (2003). *History and Practice of Medicine in Non-Western Culture*. Pages: 75–83.

Hewamanage, W. (2016). *A critical review of dietary laws in Judaism*. International research journal of engineering. IT & scientific research, 2 (3), p. 58-65.

Hwang Hyeon-Sook Lim Sang-Ju (2009). *Buddha's Idea concerning Food and a New View of Nutrition*. International Journal of Buddhist Thought & Culture, 12 (2), p. 29-57.

Ibrahim, N.S.I., Hardinsyah, H., Setiawan, B (2018). *Hydration status and liver function of young men before and after Ramadan fasting*. J. Gizi Dan Pangan 13, p. 33–38.

Indian J (2018). *Lessons for the Health-care Practitioner from Buddhism*. Volume: 22 (6), p. 812-817.

Jamal Al Wakeel, Ahmed H Mitwalli, Abdulkareem Alsuwaida, Mohammad Al

Ghonaim, Saira Usama, Ashik Hayat, Iqbal Hamid Shah (2013). *Recommendations for fasting in Ramadan for patients on peritoneal dialysis*. Perit. Dial. Int., 33, p. 86–91.

Jeaneane D. Fowler (1997). *Hinduism: beliefs and practices*. Volume: 1, p. 60-65.

Kafatos A., Verhagen H., Moschandreas J., Apostolaki I., (2000). *Foods and nutrient content*, p. 1487–1493.

Kemp, C (2018). *Cultural issues in palliative care*. Seminars in Oncology Nursing. Volume: 21 (1), p. 44-52.

Keten H.S., Keten D., (2014). *Knowledge, attitudes, and behaviors of mosque imams regarding organ donation*. Ann Transplant, 19, p. 598-603.

King G and Martineau T. (2006). *Workforce Planning for the Health Sector*. Capacity Project Knowledge Sharing. Technical Brief 6, p. 245-247 .

Kleib, M, Simpson N, Rhodes B. (2016). *Information and Communication Technology: Design, Delivery, and Outcomes from a Nursing Informatics Boot Camp*. Online J Issues Nurs, 21 (2), p.5.

Knutsson KE, Selinus R. (1970). *Fasting in Ethiopia. An anthropological and nutritional study*, p. 956–969.

Koebnick, C., Leitzmann, R., García, A.L., Heins, U.A., Heuer, T.; Golf, S., Katz, N., Hoffmann, I., Leitzmann, C. (2005). *Long-term effect of a plant-based diet on magnesium status during pregnancy*. Eur. J. Clin. Nutr. 59, p. 219–225.

Kopelman L., Kopelman A., (2007). *Using a new analysis of the Best Interests Standard to address cultural disputes*. Theoretical Medicine & Bioethics, 28, p. 373-91.

Kofou, I., Anastasiadou, S. (2013). *Language and communication needs analysis in intercultural education*. International Journal of Diversity in Education, 12 (2), p. 15-65.

Leininger, M. (1991). *Cultural care diversity and universality*. A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press, 9 (1), p. 3-5.

Lancellotti, K. (2008). *Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education*. Journal of Professional Nursing, 24 (3), p. 179-183.

Laskarzewski P., Morrison J.A, Kathe K. Et al., (1980). *Parent-child nutrient intake interrelationships in school children ages 6-1: The Princeton school district study*. Am J clin. Nutr., 33, p. 2350-2355.

Lazarou C., Panagiotakos D., Matalas A.L., (2012). *The role of diet in prevention and management of type 2 diabetes*. Implications for public health. Crit. Rev. Food Sci. Nutr., 52, p.382–389.

- Leininger, M. (1997). *Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years*. *Journal of Nursing Scholarship*, 29 (4), p. 341-348.
- Lemale J, Mas E, Jung C, Bellaiche M, Tounian P. (2019). *Vegan diet in children and adolescents*. Volume: 26 (7), p. 442-450.
- Leng J, Lui F, Chen A, Huang X, Breitbart W, Gany F. (2017). *Adapting Meaning-Centered Psychotherapy in Advanced Cancer for the Chinese Immigrant Population*. *J Immigr Minor Health*, 3 (1), p. 28.
- Lynch H, Wharton C, Johnston C. (2016). *Cardiorespiratory fitness and peak torque differences between vegetarian and omnivore endurance athletes: a cross-sectional study*. Page: 726.
- Markey MA, Vander Wal JS. (2007). *The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology*. *Comprehensive Psychiatry*, 48, p. 458-464.
- Martínez-González M.Á., Sánchez-Villegas A., (2004). The emerging role of mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: *Monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern?* *Eur. J. Epidemiol.*, 19, p. 9–13.
- McDermott AJ., Stephens MB (2010). *Cost of eating: whole foods vs convenience food in a low-income model*. *Fam .Med*, 42 (4), p. 280-4.
- Medawar E, Huhn S, Villringer A. (2019). *The effects of plant-based diets on the body and the brain*. Page: 226.
- Mohammad Zafir al-Shahri (2005). *Palliative care for Muslim patients*. Pages: 432-36.
- Moreira-Almeida A (2006). *Religiosity and Mental Health*. Pages: 242-50.
- Myrtle Langley (1999). *Religion*. Volume: 1. p. 210-1.
- Nancy Collins Liz Friedrich, Mary Ellen Posthauer, (2009). *The Nutritional Melting Pot: Understanding the Influence of Food, Culture, and Religion on Nutrition Interventions for Wound Healing*. *Ostomy Wound Management*, 9 (1), p. 167-168.
- Nicola Luigi Bragazzi, Maha Sellami, Iman Salem, Rosalynn Conic, Mark Kimak, Paolo Daniele Maria Pigatto, Giovanni Damiani (2019). *Fasting and Its Impact on Skin Anatomy, Physiology, and Physiopathology*. Volume: 11 (2), p. 249.
- Northstone, K., Emmett, P., Rogers, I. (2008). *Dietary patterns in pregnancy and associations with socio-demographic and lifestyle factors*. Pages: 471–479.
- Oksoon, K., Dancel, M., Dancel, R., Baniassen, J., Carr, A., Doyle, S., McLaughlin, R. (2017). *The Intercultural Sensitivity of Korean University Students for the Development of Programs Promoting Intercultural Sensitivity*. *Forum for youth culture*, 51 (7), p. 39.

Orlich MJ (2013). *Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health*. Volume: 173 (13), p. 1230-8.

Omeri A. (2006). *Transcultural nursing: the way to prepare culturally competent practitioners in Australia*. Pages: 303-318.

Palozza, P., Catalano, A., Simone, R., Mele, M. and Cittadini, A., (2012). *Effect of Lycopene and Tomato Products on Cholesterol Metabolism*. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 61 (2), p.126-134.

Papadopoulos (2012). *Meeting healthcare needs in culturally diverse societies*. UK, Blackwell, p. 196-208.

Patterson TL., Rupp W, Sallis IF. Atkins CI et al., 1988, *Aggregation of dietary calories, fats, and sodium in Mexican American and Anglo families*. Volume: 4, p. 75-82.

Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Stefanadis, C., (2006). *Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk*. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 16 (8), p. 559-568.

Porscher L., (1979). *The Education of Migrant Children: intercultural pedagogy in the field*, p.39.

Pelser C., Mondul A.M., Hollenbeck A.R., Park Y., (2013). *Dietary Fat, Fatty Acids, and Risk of Prostate Cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study*. *Cancer Epidemiol. Prev. Biomark*, 22, p. 697–707.

Pérez - López, F., Chedraui, P., Haya, J., Cuadros, J., (2009). *Effects of the Mediterranean diet on longevity and age - related morbid conditions*. *Maturitas*, 64 (2), p. 67-79.

Papadopoulos (2002),1. *Meeting healthcare needs in culturally diverse societies*. Contexts of nursing. An introduction. UK, Blackwell, p. 196-208.

Phipps, W.E. (1999). *Moses and Jesus: A comparative study of their life and teaching*. Volume: 8 (2), p. 517-519.

Pistollato, F., Sumalla Cano, S. Elio, I. Masias Vergara, M., Giampieri, F., Battino, M., (2015). *Beneficial Effects and Possible Shortcomings*. *Adv. Nutr. An. Int. Rev. J.* 6, p. 581–591.

Praud D., Bertuccio P., Bosetti C., Turati F., Ferraroni M., La Vecchia C., (2014). *Adherence to the Mediterranean Diet and Gastric Cancer Risk in Italy*. *Int. J. Cancer.*, 134, p. 2935–2941.

Qi L., Hu F.B., Hu G., (2008). *Genes, environment, and interactions in prevention of type 2 diabetes: A focus on physical activity and lifestyle changes*. *Curr. Mol. Med*, 8, p. 519–532.

Rasmussen, K.M., Yaktine, A.L., (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. National. Academies. Press: Washington, DC, USA, 1 (1), p. 68-70.

Ratanakul P., (2004). *Buddhism, health and disease*. Volume: 15, p. 1620-1624.

Robert Crosnoe, Chandra Muller, (2001). Body Mass Index, Academic Achievement and School Context: *Examining the Educational Experiences of adolescents at Risk of Obesity*. Journal of Health and Social Behavior, 5 (2), p. 98-110.

Rozenberg, S., Body, J., Bruyère, O., Bergmann, P., Brandi, M., Cooper, C., Devogelaer, J., Gielen, E., Goemaere, S., Kaufman, J., Rizzoli, R. and Reginster, J., (2015). Effects of Dairy Products Consumption on Health: *Benefits and Beliefs—A Commentary from the Belgian Bone Club and the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases*. Calcified Tissue International, 98 (1), p.1-17.

Rosen, (1997). *Are Religions “Healthy”?* A Review on Religious Recommendations on Diet and Lifestyle, p. 8-9.

Robert Crosnoe, Chandra Muller (2001). Body Mass Index, Academic Achievement and School Context: *Examining the Educational Experiences of adolescents at Risk of Obesity*. Journal of Health and Social Behavior, 9 (1), p. 67-75.

Riserus U., Willett W.C., (2009). *Dietary fats and prevention of type 2 diabetes*. Prog. Lipid. 48, p. 44–51.

Schroder H., (2007). *Protective mechanisms of the mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes*. J. Nutr. Biochem, 18, p. 149–160.

Scaglioni S, Salvioni M, (2008). *Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior*. Br J Nutr, 99 (1), p. 22-25.

Seafood Selector, (2017). *The benefits of eating fish*. Available at: <http://seafood.edf.org/benefits-eating-fish>.

Sealey L., (2003). *Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs*. Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA, 9 (10), p. 256-260.

Shapira, N., (2008). *A critical window of opportunity for mother and child*. Pages: 639–656.

Shaw J.E., Sicree R.A., Zimmet P.Z., (2010). *Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030*. Diabetes Res. Clin. Pract., 87, p. 4–14.

Small, S. R., Bastin, S. (2011). *Business travel and tourism*. UK: Butterworth, 33, p. 75-77.

Sofi F., (2009). The Mediterranean diet has been reviewed: *Evidence for its effectiveness is growing*. Curr. Opin. Cardiol., 24, p. 442–446.

Song M., Garrett W.S., Chan A.T., (2015). *Nutrients, Foods, and Colorectal Cancer Prevention*. Gastroenterology, 5 (1), p. 85-89.

Stephen Jayard, (2016). *Healing ministry and palliative care in Christianity*. Indian Journal of Medical Ethics, p. 1-6.

Stewart M., Brown B., Boon H., Galadja J., Meredith L., Sangser M., (1999). *Evidence on patient-doctor communication*. Cancer Prevention and Control, 3 (1), p. 25-30.

Ströhle A, Löser C, Behrendt I, Leitzmann C, Hahn A. Alternative Ernährungsformen,

(2016). *Alternative diets*. Volume: 41, p.47–65.

Taylor Rachael W., Grant Andrea M., Goulding Alisa, Williams Sheila M., (2005). Early adiposity rebound: *review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults*. *Clinical nutrition and metabolic care*, 8 (6), p. 78-92.

Theodorou E., (2011). I'll race you to the top: *Othering from within – attitudes among Pontian children in Cyprus towards other immigrant classmates*, *Childhood*, 18 (2), p. 242-260.

Torch VL, (2000). *Cross-cultural comparison of health perceptions, concerns and coping strategies among Asian and Pacific Islander American elders*. *Qual Health Res*, 10, p. 471-489.

Tonucci, L., Holden, J., Beecher, G., Khachik, F., Davis, C. and Mulokozi, G., (1995). *Carotenoid Content of Thermally Processed Tomato-Based Food Products*. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 43 (3), p. 579-586.

Trapp D, Knez W, Sinclair W., (2010). *Could a vegetarian diet reduce exercise-induced oxidative stress? A review of the literature*. *J Sports Sci.*, 28, p. 1261–1268.

Torch VL, Ma GX (2000). *Cross-cultural comparison of health perceptions, concerns and coping strategies among Asian and Pacific Islander American elders*. *Qual Health Res*, 10, p. 471-489.

Tanash HA., Huss F., Ekstrom M., (2015). *The risk of burn injury during long-term oxygen therapy: a 17-year longitudinal national study in Sweden*. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, p. 2479-84.

Trepanowski, J. F., & Bloomer, R. J., (2010). *The impact of religious fasting on human health*. *Nutrition journal*, 9 (1), p. 57.

Trichopoulou A, Martínez - González M, Tong T, Forouhi N, Khandelwal S, Prabhakaran D, Mozaffarian D, De Lorgeril M, 2014. *Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world*. *BMC Med.*, 12(1):112.

Taylor Rachael W., Grant Andrea M., Goulding Alisa, Williams Sheila M., (2005). Early adiposity rebound: *review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults*”. *Clinical nutrition and metabolic care*, 8 (6), p. 57-61.

Veronese N., (2019). *The effects of calorie restriction, intermittent fasting and vegetarian diets on bone health*. Volume: 31 (6), p. 753-758.

Vergeer L, Vanderlee L, White CM, Rynard VL, (2020). *Vegetarianism and other eating practices among youth and young adults in major Canadian cities*. Volume: 23 (4), p. 609-619.

Weech-Maldonado R., Morales S., Spritzer K., Elliot M., Hays D., (2001). *Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in Medicaid managed*. *Health Services Research*, 36 (3), p. 575-595.

Willett, W., Sacks, F., Trichopoulou, A., Trichopoulos, D., (1995). Mediterranean diet pyramid: *a cultural model for healthy eating*. Am. J. Clin. Nutr., 6 (1), p. 1402-1406.

Willett W., (2006). The Mediterranean diet: *science and practice*. Public Health Nutr., 9 (1), p. 105-110.

Williams S.R. (1989). Food habits: *Influences of society and Personal Beliefs*. In: S.R. Williams Nutrition and Diet Therapy, 9 (1), p. 348-376.

WILSON J, BUNNELL T., (2007). *A review of the merits of the nurse practitioner role*. Nurs Stand, 21, p. 35–40.

World Health Organization Cancer, (2021).

Available online: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.

WHO, (1958). *The first ten years of WHO*. Annex Constitution of the WHO, Geneva, WHO.

WHO, The determinants of health: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>.

Worsley A., (1998). Teenage vegetarianism: *prevalence, social and cognitive context*. Volume: 30 (2), p. 151-70.

Xie B, Gilliland FD, LI YF, Rockett HR, (2003). *Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents*. Prev Med., 36, p. 30-40.

Yesavage, J., Brink, T. & Rose, T., (1982). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. Volume: 17, p. 39-49.

Young S, Guo KL., (2016). Cultural Diversity Training: *The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice*. Health Care Manage, 35 (2), p. 94-102.

Yvonne L. Bronner, (1996). Nutritional status Outcomes for children: *Ethnic ,Cultural and Environmental Contexts*, Journal of the American Dietetic Association, 98 (9), p. 891-903.

Zendedel R, Schouten BC, van Weert JC, van den Putte B., (2016). Informal interpreting in general practice: *Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters*. Patient Educ Couns., 99 (6), p. 981-7.

Zick SM. Snyder D., (2018). *Pros and Cons of Dietary Strategies Popular Among Cancer Patients*. Volume: 15 (11), p. 542-7.