

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΘΕΜΑ

**Διερεύνηση παραμέτρων της διαιτητικής συμπεριφοράς
σε εφήβους μαθητές**

Επιβλέπουσα

καθηγήτρια

Α. Ματάλα

Καθηγήτριες

Ανάση Ασημίνα

Χατζημανωλάκη Ερωφίλη

ΠΤΥ
ΑΝΑ

Αθήνα 2001

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΞΟΜΟΙΩΣΗΣ
ΔΙΟ.ΔΙΩ.Χ'
ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά την κα Μ. Γιαννακούλια
για τη βοήθεια που προσέφερε για την εκπόνηση της
πτυχιακής μας μελέτης

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή
 - ❖ Γενικά Χαρακτηριστικά
 - ❖ Διατροφή του εφήβου
 - ❖ Προβλήματα του εφήβου
 - ❖ Διαιτητική συμπεριφορά των εφήβων
 - ❖ Προβλήματα της εφηβείας που σχετίζονται με τη διατροφή
 - ❖ Διαταραχές στη λήψη της τροφής
2. Σκοπός της εργασίας
3. Μεθοδολογία
4. Αποτελέσματα
5. Συμπεράσματα
6. Παράρτημα
7. Βιβλιογραφία

Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι μία πολύ ενδιαφέρουσα φάση της ζωής του ανθρώπου. Ο Γάλλος καθηγητής Maurice Debesse παρουσίασε για πρώτη φορά στον Ευρωπαϊκό χώρο, πριν από πολλά χρόνια, την πολυσυζητημένη κρίση της εφηβικής ηλικίας. Είναι ένα θέμα που αφορά όλο τον κόσμο και τα συνέδρια της εφηβικής ηλικίας είναι από τα πιο ενδιαφέροντα. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 117).

Τι εννοούμε όμως όταν λέμε «εφηβική ηλικία», πότε αρχίζει, ποια είναι τα χαρακτηριστικά της και ποιες επιστήμες ασχολούνται με την «ηβολογία» ;

Εφηβεία είναι ένα στάδιο ανάπτυξης του ανθρώπου ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία. Αρχίζει περίπου στο 12^ο έτος της ηλικίας και επεκτείνεται μέχρι το 21^ο με διακυμάνσεις από άτομο σε άτομο, που εξαρτώνται από πολλούς και διαφόρους παράγοντες.

Η έναρξη της εφηβείας διαφέρει από χώρα σε χώρα, από περιοχή σε περιοχή (ορεινή, πεδινή, παραθαλάσσια κ.λπ.) από κορίτσι σε αγόρι. Επίσης εξαρτάται από την κληρονομικότητα του καθενός, από τις συνθήκες της οικογενειακής ζωής, από την διατροφή και από τα ερεθίσματα που προκαλούνται στον έφηβο από το περιβάλλον, όπως τα μέσα ενημέρωσης, τηλεόραση, κινηματογράφος, βιβλίο κ.α. Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι στην Ελλάδα η έναρξη της εφηβείας για τα κορίτσια είναι το 12^ο – 13^ο έτος και για τα αγόρια το 13^ο – 14^ο έτος, αν και πολύ συχνά τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε η έναρξη της εφηβείας να γίνεται και νωρίτερα.

Το τέλος της εφηβείας επίσης διαφέρει όπως και η έναρξη από άτομο σε άτομο. Τοποθετείται περίπου μεταξύ του 19^{ου} και 21^{ου} έτους, όταν πλέον ολοκληρώνεται η σωματική ανάπτυξη και η γενετήσια ικανότητα του ατόμου και επέρχεται η συναισθηματική και πνευματική ωριμότητα. (Κασσωτάκης και συν. 1991, σελ. 11).

Καθοριστικός είναι ο ρόλος της οικογένειας. Υπερπροστατευτικοί γονείς καθυστερούν το τέλος της εφηβείας των παιδιών τους, γεγονός που παρατηρούμε συχνά στις Ελληνικές οικογένειες.

Γιατί όμως συχνά αποκαλούμε την εφηβεία «κρίση»; Είναι ένα θέμα που έχει συζητηθεί πάρα πολύ και οι επιστήμονες παραδέχονται πλέον ότι πρόκειται για κρίση προσωπικότητας.

Η Margaret Mead, γνωστή ανθρωπολόγος που έχει επισκεφθεί πολλές φορές την Ελλάδα, έχει μελετήσει την κοινωνία του ανθρώπου. Σε νεαρή ηλικία είχε επισκεφθεί πρωτόγονες φυλές για να μελετήσει την επίδραση του πολιτισμού στις πρωτόγονες κοινωνίες. Παραδέχεται λοιπόν, ότι δεν υπάρχει κρίση εφηβικής ηλικίας στους πρωτόγονους λαούς. Οι έφηβοι βιώνουν απλά και με φυσικό τρόπο αυτή την περίοδο της ζωής τους. Η κρίση της εφηβείας είναι αποτέλεσμα του πολιτισμού. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 118).

Αλλά και στις δικές μας κοινωνίες παλαιότερα, όταν οι συνθήκες της ζωής ήταν πολύ πιο δύσκολες από ότι σήμερα, δεν παρατηρούσαμε τόσο έντονα την κρίση της εφηβικής ηλικίας.

Τελικά όμως οι επιστήμονες μετά από πολλές έρευνες και μελέτες έχουν καταλήξει, ότι η κρίση της εφηβικής ηλικίας δεν οφείλεται μόνο στον πολιτισμό.

Η εφηβεία αναστατώνει τον ανθρώπινο οργανισμό, το νευρικό σύστημα του παιδιού ταλαντεύεται και καταπονείται, το ενδοκρινολογικό του

σύστημα περνά σοβαρές ανακατατάξεις. Όλα αυτά έχουν υπόβαθρο τον ψυχικό κόσμο του παιδιού και ο ψυχικός κόσμος έχει υπόβαθρο το νευρικό σύστημα. Είναι λοιπόν δυνατόν αυτή η μεγάλη δοκιμασία που περνά το νευρικό σύστημα του παιδιού να μην έχει συνέπειες και στη συμπεριφορά, η οποία παρουσιάζεται σαν κρίση; Έτσι λοιπόν δίνεται μια ερμηνεία, ότι πράγματι υπάρχει κρίση εφηβικής ηλικίας. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 118).

Οι επιστήμες που ασχολούνται με την ηβολογία, την ψυχολογία της εφηβείας, είναι η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η ιατρική, η ενδοκρινολογία ακόμη και η θεολογία, ειδικά η εκκλησία μελετά το πρόβλημα των εφήβων, η παιδεία, η Δικαιοσύνη κ.α. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 121).

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η ηλικία της εφηβείας είναι μια ηλικία ριζικών αλλαγών του ατόμου και από πολλούς ονομάστηκε δεύτερη γέννηση. Συνέπεια αυτών των αλλαγών είναι τα προβλήματα που δημιουργούν οι έφηβοι στην ηλικία αυτή και που απασχολούν γονείς, εκπαιδευτικούς και όλο το κοινωνικό σύνολο. Οι αλλαγές διακρίνονται :

1° σε σωματικές που σηματοδοτούν την εγκατάλειψη της παιδικής ηλικίας και την προετοιμασία του ψυχοσωματικού οργανισμού του ατόμου για την ωριμότητα.

2° σε ψυχικές αλλαγές που έχουν φυσικά σχέση με τις σωματικές αλλαγές, όπως συναισθηματική αστάθεια, μείωση της απόδοσης στα μαθήματα του σχολείου, καταστάσεις εσωτερικών συγκρούσεων, επιθετικότητα, αυτοανασφάλεια.

Σωματικές αλλαγές του εφήβου

Η πιο βασική και οφθαλμοφανής από τις αλλαγές που συμβαίνουν κατά την περίοδο της εφηβείας είναι η αλλαγή στη σωματική διάπλαση. Χαρακτηρίζεται από μια σειρά συγκεκριμένων σταδίων που αφορούν την σεξουαλική ωρίμανση, την αύξηση του βάρους και ύψους και αλλαγές στη σύσταση σώματος.

Ο ρυθμός της ανάπτυξης στο πρώτο στάδιο της εφηβείας και ειδικά στην προεφηβεία, είναι πολύ πιο γρήγορος από την παιδική ηλικία. Στα αγόρια εμφανίζεται στο 9^ο – 10^ο έτος το νωρίτερο, μπορεί όμως να εμφανιστεί και στο 13^ο – 14^ο το αργότερο. Στα κορίτσια εμφανίζεται νωρίτερα. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και στην ηλικία των 7 ½ - 8 ½ ετών ή των 11 ½ - 12 ετών το αργότερο.

Οι ενδοκρινείς αδένες και ειδικά η υπόφυση, τα επινεφρίδια και οι γεννητικοί αδένες παρουσιάζουν έντονη δραστηριότητα και συντελούν στη σταδιακή ωρίμανση των οργάνων της αναπαραγωγής, που είναι και το κύριο χαρακτηριστικό της εφηβικής ηλικίας.

Ένδειξη της έναρξης αυτής της λειτουργίας είναι η εμφάνιση της έμμηνης ρύσης στα κορίτσια και η εκσπερμάτωση στα αγόρια.

Έμμηνη ρύση είναι η φυσιολογική ροή αίματος που παρουσιάζεται στις γυναίκες κάθε 28 ημέρες κατά την αναπαραγωγική ηλικία. (Κασσωτάκης και συν. 1991, σελ. 13)

Η ηλικία που εμφανίζεται η πρώτη εμμηνορρυσία είναι συνήθως μεταξύ 10 – 16 ετών, κατά μέσο όρο το 12^ο – 13^ο έτος της ηλικίας και εδώ όμως έχουμε μεγάλες αποκλίσεις, όσον αφορά τις μικρότερες, αλλά και τις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό οφείλεται σε κληρονομικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες π.χ. στα θερμά κλίματα παρατηρείται νωρίτερα η έναρξη της

έμμηνης ρύσης απ' ότι στα ψυχρά. Επίσης η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς και το βιοτικό επίπεδο. Σε πλούσιο περιβάλλον και σε αγροτικές περιοχές έχει παρατηρηθεί ότι τα κορίτσια αδιαθετούν νωρίτερα. Στην Αμερική οι μαύρες κοπέλες αδιαθετούν νωρίτερα από τις λευκές. Φαίνεται λοιπόν πως το θέμα εξαρτάται από τη χώρα, το κλίμα, τον πολιτισμό, το βιοτικό επίπεδο. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 130).

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η αρχή της εμμηνορρυσίας έχει σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη των κοριτσιών και τις διατροφικές απαιτήσεις, καθώς και στη ψυχολογική τους κατάσταση.

Για τα αγόρια η πρώτη εκσπερμάτωση, ονείρωση όπως ονομάζεται διαφορετικά και είναι η ακούσια αποβολή σπέρματος κατά τη διάρκεια της νύκτας, παρατηρείται μεταξύ του 12^{ου} - 14^{ου} έτους. Τελευταία παρατηρείται και νωρίτερα και επηρεάζεται από τα ερεθίσματα που δέχεται ο έφηβος από το περιβάλλον π.χ. παρακολούθηση ταινιών sex στη τηλεόραση κ.α..

Εκτός από τα πρωταρχικά γνωρίσματα παρατηρούνται στο σώμα του εφήβου και άλλα δευτερεύοντα που δημιουργούν αναστάτωση και προβληματισμό. Αναπτύσσονται τα μέλη του σώματος, ειδικά τα χέρια και τα πόδια και μάλιστα με δυσανάλογο τρόπο κάτι που πολλές φορές αναγκάζει τον έφηβο να κρύβει τα χέρια του στις τσέπες, γεγονός που παρεξηγείται από τους ενήλικες. Ο σκελετός και τα οστά μεγαλώνουν με μεγάλη ταχύτητα και ο έφηβος βρίσκεται σε σωματική αναστάτωση. Η κεφαλή του εφήβου στην ηλικία των 14 – 15 ετών αποκτά τις διαστάσεις και τον όγκο όπως αυτή του ενήλικα. Φανερές είναι οι αλλαγές στις αναλογίες του προσώπου του εφήβου καθώς μεγαλώνουν τα δόντια, τα χείλη γίνονται πιο σαρκώδη, το μέτωπο πλατύτερο και ψηλότερο, το σαγόνι αρχίζει να προεξέχει. Γενικά η φυσιογνωμία του εφήβου εγκαταλείπει τα χαρακτηριστικά της παιδικής

ηλικίας και σιγά – σιγά παίρνει το τελικό σχήμα. Συνήθως στα αγόρια γίνεταιγωνιώδες και στα κορίτσια ωοειδές.

Όσον αφορά το σώμα στ' αγόρια οι ώμοι φαρδαίνουν, ο θώρακας μεγαλώνει, ενώ στα κορίτσια μεγαλώνει η λεκάνη, αυξάνει το στήθος και αναπτύσσεται η τριχοφυΐα.

Επίσης στ' αγόρια αργότερα έχουμε αλλαγή στη φωνή, στο δέρμα, τριχοφυΐα σε διάφορα μέρη του σώματος και παραγωγή ιδρώτα και λιπαρής ουσίας στο δέρμα σε αυξημένες ποσότητες. (Κασσωτάκης και συν. 1991, σελ. 14).

Μεγάλες αλλαγές επίσης παρατηρούνται στο ύψος και το βάρος καθώς και στη σύσταση του σώματος του εφήβου.

Ως προς το ύψος πριν την εφηβεία, αγόρια και κορίτσια έχουν περίπου το ίδιο μέγεθος. Από την ήβη όμως και μετά οι ρυθμοί ανάπτυξης διαφοροποιούνται για τα δύο φύλα. Τα κορίτσια φθάνουν στο μέγιστο ρυθμό ανάπτυξης περίπου στα 10 με 11 χρόνια, και στα αγόρια στα 12 – 13.

Έτσι, τα πρώτα χρόνια λοιπόν της εφηβείας είναι 4 – 5 εκατοστά ψηλότερα από τα αγόρια της ίδιας ηλικίας, ενώ προς το τέλος της εφηβείας τα αγόρια συνήθως είναι 10 – 12 εκατοστά ψηλότερα από τα κορίτσια.

Αντίστοιχα έχουμε και μεγάλη αύξηση του βάρους. Οι μύες, ο όγκος του σώματος και γενικά τα περισσότερα όργανα του σώματος διπλασιάζονται.

Σημαντική αύξηση έχουμε και στην οστική μάζα, και ο ρυθμός εναπόθεσης αλάτων στα οστά είναι μεγαλύτερος από κάθε άλλη ηλικία. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 144).

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας επίσης μεταβάλλεται και η σύσταση του σώματος, διαφορετικά ωστόσο για τα δύο φύλα.

Στην προ – ηβική ηλικία ο μυϊκός ιστός κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα και για τα δύο φύλα, ενώ το ποσοστό του λίπους είναι λίγο περισσότερο στα κορίτσια απ' ό τι στα αγόρια.

Κατά την εφηβεία τα κορίτσια αποκτούν περισσότερο λίπος στο σώμα τους, ενώ τα αγόρια μπορεί να διπλασιάσουν το μυϊκό τους ιστό. Έτσι στο τέλος της εφηβείας τα κορίτσια έχουν περίπου 23% λίπος στο σώμα τους, το οποίο κυρίως συσσωρεύεται στην περιοχή των γλουτών και του στήθους, ενώ το λίπος των αγοριών αγγίζει μόλις το 12%. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 145).

Για να αξιολογήσουμε την ανάπτυξη στην εφηβεία μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τις καμπύλες ανάπτυξης, οι οποίες στηρίζονται στα πρότυπα ανάπτυξης του πληθυσμού.

Κάθε χώρα έχει τις δικές της καμπύλες ανάπτυξης και δείχνουν το ρυθμό ανάπτυξης του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης χώρας που διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα ανάλογα με το κλίμα, τις συνθήκες διατροφής και διαβίωσης, την υγιεινή του περιβάλλοντος και τη γενετική. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο να μην χρησιμοποιούνται καμπύλες ανάπτυξης που αναφέρονται σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Στην Ελλάδα χρησιμοποιούνται ως «Εθνικά Πρότυπα Ανάπτυξης» οι καμπύλες που έχουν δημοσιευθεί από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, από στοιχεία της Σωματομετρικής Έρευνας Παιδικού και Εφηβικού πληθυσμού ηλικίας 6 – 18 ετών. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 106 – 107).

Ψυχικές αλλαγές του εφήβου

Οι σωματικές αλλαγές που αναφέραμε συνοδεύονται και από μεταβολές στη ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του εφήβου. Τα πιο χαρακτηριστικά γνώρισματα του εφήβου από ψυχολογική πλευρά είναι τα εξής :

Πρώτο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας είναι η άρνηση, χαρακτηριστικό κάθε κρίσης του ανθρώπου. Με την άρνηση ο έφηβος προσπαθεί να επιβάλλει την προσωπικότητά του και δεν θέλει πια να είναι το καλό και υπάκουο παιδί. Συνήθως η αρνητική στάση υποχωρεί γύρω στο 17^ο – 18^ο έτος, όταν σιγά – σιγά επέρχεται η ψυχολογική ωριμότητα που χρειάζεται για να μπορεί να ξεχωρίζει ο έφηβος τότε θα πει «όχι» και τότε «ναι».

Δεύτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας είναι η τάση για ανεξαρτησία. Η έφηβος αναζητά τον εαυτό του, την προσωπικότητά του και δεν θέλει πια την προστασία των μεγαλύτερων, όπως όταν ήταν παιδί.

Άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας είναι η τάση για απομόνωση. Ο έφηβος θέλει την ησυχία του, κλείνεται με τις ώρες στο δωμάτιό του προσπαθώντας να γνωρίσει τον εαυτό του καλύτερα και να ξεπεράσει τα προβλήματά του.

Η ευθιξία και η υπερευαίσθησία αποτελούν χαρακτηριστικά γνώρισματα της εφηβείας. Οι έφηβοι θίγονται και προσβάλλονται για ασήμαντα πράγματα και οι διαμαρτυρίες είναι πολύ έντονες.

Ένα ακόμα γνώρισμα της εφηβείας είναι το πείσμα και η ισχυρογνωμοσύνη. Ο έφηβος επειδή βιώνει πολλές αλλαγές, χωρίς να μπορεί να τις σταματήσει, προσπαθεί ότι είναι δυνατόν να μην το αλλάξει, γιατί αυτό του εξασφαλίζει την ισορροπία που χρειάζεται. Οτιδήποτε καινούργιο του χαλάει την ισορροπία, ακόμη και το καινούργιο ρούχο.

Αρκετοί έφηβοι είναι δειλοί και αποφεύγουν να έχουν σχέσεις με τους γύρω τους, κλείνονται στο σπίτι τους και δεν θέλουν να έχουν επαφές.

Τέλος ο ρομαντισμός είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας. Ο έφηβος κλείνοντας τα μάτια του θέλει να δημιουργήσει το δικό του κόσμο πιο όμορφο, πιο καλό, δίκαιο και έντιμο. Καλό είναι η ωραιοποίηση των πραγμάτων να σταματά γύρω στα 14–15, γιατί θα πρέπει οι έφηβοι να βλέπουν τα πράγματα πιο ρεαλιστικά, για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής που θα παρουσιαστούν αργότερα. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 131–135).

Παράλληλα με τις σωματικές και ψυχικές αλλαγές του εφήβου έχουμε επίσης πνευματικές και διανοητικές αλλαγές. Στην περίοδο της εφηβείας συμπληρώνεται η ανάπτυξη της νοημοσύνης, όπως παραδέχεται και ο Ελβετός καθηγητής Piaget. Αργότερα η νοημοσύνη μπορεί να είναι πιο πλούσια και να απλώνεται σε περισσότερες τομείς, αλλά δεν αυξάνει ο δείκτης νοημοσύνης. (Χουρδάκη, 1982, σελ. 136).

Οι αλλαγές αυτές που συμβαίνουν στον έφηβο επιφέρουν αλλαγές και στο συναισθηματικό κόσμο.

Ο έφηβος βιώνει συναισθηματική ένταση και ανησυχία. Οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο ενδοκρινολογικό σύστημα και ειδικά η γενετήσια ορμή, η τάση για ανεξαρτησία, οι περιορισμοί της κοινωνίας δημιουργούν στους εφήβους επιθυμίες, που δεν είναι πάντα εύκολο να ικανοποιηθούν. Τα συναισθήματα συνεχώς αλλάζουν. Στην αρχή της εφηβείας είναι περισσότερο δυσάρεστα, αργότερα γίνονται πιο ευχάριστα. Τα δυσάρεστα συναισθήματα αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την προσαρμογή στο κοινωνικό σύνολο, αρκεί να μην είναι έντονα και συχνά, διότι τότε έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο άτομο. (Κασσωτάκης και συν, 1991, σελ. 16–17).

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Η εφηβεία είναι μια ηλικία με ιδιαίτερες διατροφικές απαιτήσεις, λόγω των σημαντικών σωματικών και ψυχοδιανοητικών μεταβολών που τη χαρακτηρίζουν. Οι σωστές διατροφικές συνήθειες στην εφηβική ηλικία αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη κατά την εφηβεία, όπως επίσης και τη βάση για την υγεία κατά την ενήλικη ζωή και την αποφυγή ασθενειών όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη κ.α.

Η διατροφή στην εφηβική ηλικία πρέπει να καλύπτει τις αυξημένες ανάγκες της ηλικίας αυτής, καθώς ο ρυθμός ανάπτυξης είναι εξαιρετικά έντονος, τα οστά μεγαλώνουν, αυξάνει ο μυϊκός ιστός, ο όγκος του αίματος και αρχίζει η έμμηνη ρύση στα κορίτσια.

Οι απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά στην περίοδο της εφηβείας είναι διαφορετικές για τα αγόρια και τα κορίτσια, καθώς έχουμε διαφορετικές αλλαγές για κάθε φύλο και ειδικά στο μέγεθος και στη σύσταση του σώματος. Συστάσεις για τις απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά δίνονται από τους Διεθνείς Οργανισμούς.

Απαιτήσεις σε ενέργεια

Οι απαιτήσεις σε ενέργεια διαφέρουν από άτομο σε άτομο και αυτό οφείλεται στο διαφορετικό ρυθμό ανάπτυξης των εφήβων, λόγω του ότι κάθε άτομο περνά σε διαφορετική ηλικία την περίοδο της εφηβείας, επίσης επηρεάζεται και από το βαθμό της φυσικής δραστηριότητας του ατόμου.

Οι πίνακες των Διεθνών Οργανισμών σχετικά με το ποσοστό ενέργειας που απαιτείται για τους εφήβους, αντιπροσωπεύουν τον μέσον όρο των ενεργειακών απαιτήσεων και θα πρέπει να τροποποιούνται και να προσαρμόζονται κατά περίπτωση.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι έφηβοι, ότι πρέπει να διατηρούν το ισοζύγιο ενέργειας, διότι θετικό ισοζύγιο ενέργειας μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία σε συνδυασμό με μειωμένη φυσική δραστηριότητα, ενώ αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας μπορεί να δημιουργήσει απίσχναση και ελλείψεις σε βασικά θρεπτικά συστατικά.

Η παχυσαρκία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σωστή διατροφή, περιορισμό των σνακ, των αναψυκτικών και του πρόχειρου φαγητού, που συνήθως κρύβει πολλά λιπαρά, αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και κυρίως με αυξημένη φυσική δραστηριότητα.

Συνιστάται η παρακολούθηση του εφήβου από γιατρό και ειδικό επιστήμονα διαιτολόγο.

Η προσπάθεια πολλών εφήβων, κυρίως κοριτσιών, να μειώσουν ακόμη περισσότερο το χαμηλό βάρος τους, έχοντας σαν πρότυπα μανεκέν, ηθοποιούς κ.λπ. μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Τα θρεπτικά συστατικά που απαιτείται να προσλαμβάνονται με ιδιαίτερη προσοχή από τους εφήβους είναι :

Πρωτεΐνες

Αν και στις Δυτικού τύπου κοινωνίες δεν παρατηρείται συχνά έλλειψη πρωτεϊνών, αντίθετα μπορούμε να ισχυριστούμε, ότι μερικές φορές γίνεται υπερκατανάλωση, λόγω της αυξημένης κατανάλωσης κρέατος, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έλλειψη σε εφήβους που ακολουθούν φυτοφαγικά σχήματα ή κάνουν εξαντλητικές, περιοριστικές δίαιτες αδυνατίσματος. Ο έφηβος, θα πρέπει να παίρνει ικανοποιητικές ποσότητες πρωτεϊνών, υψηλής βιολογικής αξίας, για να ανταποκριθεί στο γρήγορο ρυθμό ανάπτυξης του σώματός του.

Ανόργανα στοιχεία και βιταμίνες

Από τα ανόργανα συστατικά ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στην πρόσληψη *ασβεστίου* και *σιδήρου*. (Οι έφηβοι έχουν αυξημένες απαιτήσεις σε ασβέστιο (υψηλότερες και από τους ενήλικες) λόγω της μεγάλης αύξησης της οστικής μάζας σ' αυτή την ηλικία, η οποία αγγίζει το 45% της συνολικής ανάπτυξης των οστών του ατόμου. Είναι γνωστόν ότι κατά την ηλικία της εφηβείας και μέχρι το 25^ο έτος έχουμε την μεγαλύτερη συσσώρευση ασβεστίου οστά. Έτσι λοιπόν επαρκής πρόσληψη ασβεστίου κατά την εφηβεία προφυλάσσει το άτομο από την εμφάνιση οστεοπόρωσης στο τέλος της ενήλικης και στη γεροντική ηλικία.

Οι συστάσεις για πρόσληψη ασβεστίου κατά τη διάρκεια της εφηβείας, είναι 1.200 mg την ημέρα, η οποία εξασφαλίζεται με την κατανάλωση 4 – 5 ισοδυνάμων γαλακτοκομικών την ημέρα, όπως γάλα, γιαούρτι, τυρί, ανάλογα με τις προτιμήσεις του εφήβου.

Αυξημένες είναι και οι απαιτήσεις σε *σίδηρο* λόγω της αύξησης του όγκου του αίματος. Επιπλέον τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις προκειμένου να καλύψουν τις απώλειες, λόγω της έναρξης της έμμηνης ρύσης.

Οι συνιστώμενες προσλήψεις σιδήρου για τα κορίτσια κατά τη διάρκεια της εφηβείας ανέρχονται σε 150 mg ημερησίως.

Μειωμένη πρόσληψη σιδήρου λόγω ελλιπούς διατροφής σε συνδυασμό με τις αυξημένες απώλειες μπορεί να οδηγήσει σε σιδηροπενική αναιμία, ειδικά στα κορίτσια.

Σχετικά με τις απαιτήσεις σε *βιταμίνες* κατά την εφηβική ηλικία οι συνιστώμενες προσλήψεις για τις περισσότερες απ' αυτές είναι όπως των ενηλίκων. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην επαρκή πρόσληψη

βιταμίνης D. Η σύνθεσή της μπορεί να γίνει και στον οργανισμό του ατόμου με τη βοήθεια του ήλιου.

Τέλος, επειδή ο έφηβοι έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις σε ενέργεια, απαιτούνται μεγαλύτερες ποσότητες σε θειαμίνη, νιασίνη και ριβοφλαβίνη, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την μεταφορά ενέργειας. (Ζαμπέλας και συν. 1999, σελ. 147 – 149).

Ο έφηβος έχοντας μια ισορροπημένη διατροφή μπορεί άνετα να καλύψει τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά από τα τρόφιμα. Πολλές φορές οι έφηβοι λόγω των μονομερών διαιτητικών σχημάτων ή των διαιτών αδυνατίσματος που ακολουθούν, προσπαθούν να αντικαταστήσουν τα θρεπτικά συστατικά, που τυχόν τους λείπουν, με συμπληρώματα διατροφής. Στην περίπτωση αυτή ο έφηβος θα πρέπει να μην προσλαμβάνει μεγαλύτερες ποσότητες από αυτές που συνιστούν οι Διεθνείς Οργανισμοί, διότι υπάρχει κίνδυνος υπερβιταμίνωσης και τοξικότητας. (Ζαμπέλας και συν. 1999, σελ. 156).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Ο έφηβος βλέποντας τις αλλαγές που συμβαίνουν στο βάρος, στο σχήμα του σώματός του, αισθάνεται άγχος και αμηχανία. Συνηθισμένος στον αργό ρυθμό της ανάπτυξης κατά την παιδική ηλικία ξαφνιάζεται παρατηρώντας να αλλάζει η όλη δομή του σώματός του με πολύ έντονο ρυθμό. Κάθεται συχνά στο καθρέπτη και παρατηρεί με προσοχή το σώμα του και τις αλλαγές που παρουσιάζονται.

Την ανησυχία αυτή άλλοτε την εκφράζει στο περιβάλλον του, οπότε και αισθάνεται καλύτερα, βλέποντας και τους συνομήλικούς του να αλλάζουν, άλλοτε όμως κλείνεται στον εαυτό του, οπότε μπορεί να του

προκαλέσει συναισθηματικές διαταραχές και να οδηγηθεί σε μελαγχολία, που πολλές φορές δεν μπορούν να την εξηγήσουν οι γύρω του. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που τα παιδιά δοκιμάζουν μεγάλη ευχαρίστηση βλέποντας τα πρώτα γνωρίσματα της εφηβείας και αισθάνονται, ότι έχουν πλέον μεγαλώσει.

Η ενημέρωση που θα έχει το παιδί από πολύ νωρίς για τις αλλαγές που θα του συμβούν στην εφηβική ηλικία, ειδικά από τους γονείς και ιδιαίτερα για την έναρξη της έμμηνης ρύσης και την ονείρωξη, βοηθούν τον έφηβο να ξεπεράσει τους φόβους του, την αγωνία και την ανησυχία που του προκαλεί η αλλαγή του σώματός του και να τις δεχθεί με χαρά.

Οι έφηβοι συνήθως παρουσιάζουν έντονη επιθυμία να αναπτύξουν τα σωματικά τους χαρακτηριστικά σύμφωνα με τον ιδανικό τύπο της γυναίκας ή τον άνδρα που επιβάλλουν οι κοινωνικές αντιλήψεις. Τα αγόρια επιθυμούν να αναπτύξουν τα χαρακτηριστικά εκείνα που δείχνουν ανδρισμό, όπως ισχυρούς μύες, γένια, αθλητικό παράστημα. Τα κορίτσια θέλουν να είναι κομψά, με ωραίο σώμα γεμάτο θηλυκότητα.

Καθώς λοιπόν βλέπουν πολλά κορίτσια να διογκώνεται το σώμα τους στην περίοδο της εφηβείας, διακατέχονται από φόβο μήπως παχύνουν υπερβολικά και χάσουν την ομορφιά τους. Έτσι προβαίνουν σε ενέργειες αδυνατίσματος αποφεύγοντας ορισμένα είδη διατροφής, παραλείποντας γεύματα, ακολουθούν χορτοφαγικές δίαιτες ή δίαιτες αδυνατίσματος που συχνά βρίσκουν σε περιοδικά ή παίρνουν από κάποια φίλη τους. Οι προσπάθειες αυτές των εφήβων μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους, διότι ο έντονος ρυθμός της ανάπτυξης του σώματος δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες τροφής. (Κασσωτάκης και συν, 1991, σελ. 25 – 27).

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Είναι γνωστό ότι διάφοροι παράγοντες επιδρούν και επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό και πολλές φορές αποβαίνουν σε βάρος της υγείας και της ανάπτυξής τους.

1. Ο ψυχολογικός παράγοντας

Το άγχος για τα μαθήματα, τα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα της εφηβείας μπορούν να οδηγήσουν τον έφηβο στη βουλιμία και να τρώει συνέχεια ή στην ανορεξία με συνέπεια να τρώει ελάχιστα.

Η *τάση για ανεξαρτησία*. Ο έφηβος θέλει να επιβάλλει την ανεξαρτησία του. Απόδειξη της αποδοκimasίας του περιορισμού που του επιβάλλουν οι γονείς είναι και η διατροφή έξω από το σπίτι με γλυκά, αναψυκτικά, πρόχειρα φαγητά, με άδειες θερμίδες, σε βάρος των κυρίων γευμάτων που καλύπτουν καλύτερα τις διατροφικές του ανάγκες.

2. Οικογενειακή και οικονομική κατάσταση

Η κακή οικογενειακή κατάσταση όπως, διαφωνίες γονιών, απώλεια γονιού δημιουργούν άγχος στα παιδιά και τα επηρεάζουν, όπως επίσης και οι γνώσεις των γονιών και της οικογένειας για θέματα διατροφής και ο χρόνος που διαθέτουν για να ασχοληθούν με τη διατροφή τους. Πολλά παιδιά δεν τρώνε πρωινό στο σπίτι ή τρώνε πρόχειρο φαγητό σε fast food, σουβλατζίδικο ή πίτσες, διότι εργάζονται οι γονείς τους και δεν προλαβαίνουν να τους ετοιμάσουν φαγητό. Τέλος, οι διατροφικές συνήθειες της οικογένειας και ειδικά των γονιών επηρεάζουν τις επιλογές των παιδιών τους.

3. Κοινωνικοί λόγοι

Το εντατικό καθημερινό πρόγραμμα είναι η αιτία που πολλοί έφηβοι παραλείπουν γεύματα, τρώνε βιαστικά, οτιδήποτε βρουν μπροστά τους έτοιμο, γιατί είναι συνήθως πολυάσχολοι (μαθήματα, φροντιστήρια, αθλητισμός κ.α.) και δεν προλαβαίνουν.

Οι συνήθειες και η μόδα της εποχής : Φαγητό σε fast food, χορτοφάγοι, κ.λπ.. Είναι γνωστόν ότι το μπιφτέκι της μαμάς δεν είναι τόσο νόστιμο, όσο του fast food για πολλούς και διάφορους λόγους π.χ. το fast food είναι χώρος συνάντησης συνομηλίκων. Επίσης ο έφηβοι επηρεάζονται και ακολουθούν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που θαυμάζουν και τους ακολουθούν και σ' αυτό.

Τα μέσα ενημέρωσης όπως οι διαφημίσεις αφενός παρακινούν να καταναλώνουμε περισσότερες λιχουδιές, αφετέρου παρακινούν τους εφήβους για δίαιτες αδυνατίσματος. Σωματικά πρότυπα προωθούνται και από τη βιομηχανία ρούχων και περιοδικών μόδας.

Τέλος, οι προσωπικές προτιμήσεις σε διάφορα τρόφιμα και γεύσεις, οι προσωπικές εμπειρίες και αξίες επηρεάζουν τις επιλογές των εφήβων σχετικά με τη διατροφή τους.

Χαρακτηριστικά της διατροφής των εφήβων δεν είναι μόνο το είδος των τροφίμων, αλλά και τα γεύματα, καθώς και ο τρόπος που καταναλώνονται. Οι έφηβοι έχουν την τάση να παραλείπουν γεύματα, κυρίως το πρωινό και το μεσημεριανό και ειδικά τα κορίτσια. Με τον τρόπο αυτό προσπαθούν τα κορίτσια να μειώσουν το βάρος τους, αλλά είναι γνωστόν, ότι το αποτέλεσμα μπορεί να είναι εντελώς αντίθετο, διότι όταν κανείς παραλείπει ένα γεύμα συνήθως καταναλώνει πολύ περισσότερη τροφή στο επόμενο γεύμα. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 154).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ

ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν στην εφηβική ηλικία και έχουν σχέση με τη διατροφή είναι :

Σιδηροπενική αναιμία

Αποτελεί τη πιο συχνά εμφανιζόμενη διατροφική έλλειψη σε νεαρά άτομα και ιδιαίτερα στα κορίτσια, λόγω των αυξημένων αναγκών σε σίδηρο εξαιτίας της έναρξης της έμμηνης ρύσης και της χαμηλής διαιτητικής πρόσληψης. Πολλές φορές οι έφηβοι εμφανίζουν αναιμία λόγω του αυξημένου ρυθμού ανάπτυξης, αλλά το πρόβλημα αποκαθίσταται, όταν επιβραδύνεται ο ρυθμός ανάπτυξης.

Επιπτώσεις της αναιμίας στους εφήβους είναι ζάλη, μείωση της ικανότητας και αντοχής για φυσική δραστηριότητα, μείωση στην αντίσταση στις λοιμώξεις και σε προχωρημένο στάδιο μείωση της ικανότητας προσοχής και συγκέντρωσης.

Η αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας επιτυγχάνεται με την αυξημένη πρόσληψη ζωικών πηγών σιδήρου και κυρίως κόκκινου κρέατος, αυγού, τρόφιμα που πολλές φορές αποφεύγουν οι έφηβοι και περισσότερο τα κορίτσια, διότι ακολουθούν φυτοφαγικά διαιτητικά σχήματα ή δίαιτες αποτοξίνωσης ή πιστεύουν ότι το «κρέας παχαίνει». Ταυτόχρονη πρόσληψη βιταμίνης C αυξάνει την απορρόφηση του σιδήρου.

Σε περιπτώσεις σοβαρής σιδηροπενικής αναιμίας πρέπει να χορηγηθούν σκευάσματα σιδήρου από ειδικό, ο οποίος θα δώσει την κατάλ-

ληλη θεραπευτική αγωγή για τον συγκεκριμένο τύπο αναιμίας. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 155 – 156).

Κατάχρηση οينوπνευματωδών ποτών

Ορισμένοι έφηβοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οينوπνευματωδών ποτών. Οι λόγοι που οδηγούν στην κατανάλωση οينوπνευματωδών ποτών, συνήθως είναι για να γιορτάσουν για να βρεθούν με φίλους, γιατί το κάνουν και οι συνομήλικοί τους ή γιατί πιστεύουν ότι θα δείξουν ότι μεγάλωσαν.

Πολλές φορές πίνουν, όταν είναι στεναχωρημένοι ή νοιώθουν μοναξιά, ανία και θέλουν να βελτιώσουν την ψυχολογική τους κατάσταση. Η διαφήμιση παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακίνηση για κατανάλωση αλκοόλ.

Το αλκοόλ δημιουργεί ευφορία και χαλάρωση αλλάζοντας τη ψυχική διάθεση του ατόμου, η κατάχρηση όμως δημιουργεί νευρολογικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Επίσης αυξάνει την αρτηριακή πίεση με κίνδυνο την εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, προβλήματα στο συκώτι, βλάβη στον εγκέφαλο, παγκρεατίτιδα, αλλοιώσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα κ.α. Τέλος δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων.

Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (1 – 2 ποτηράκια την ημέρα) μπορεί να συμβάλλει στην προστασία από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, επειδή αυξάνει την HDL (καλή χοληστερίνη) και μειώνει τον κίνδυνο δημιουργίας θρόμβου, ιδιαίτερα το κόκκινο κρασί, λόγω της περιεκτικότητάς του σε αντιοξειδωτικά.

Είναι λοιπόν προτιμότερο ο έφηβος να καταφεύγει σε πιο ουσιαστικούς τρόπους χαλάρωσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων του. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 156 – 157).

Όσον αφορά το συσχετισμό εμφάνισης **ακμής** στους εφήβους με τη διατροφή, επιστημονικές μελέτες έχουν αποδείξει, ότι η κατανάλωση τροφίμων όπως η σοκολάτα, τα λιπαρά τρόφιμα, τα γλυκά, τα αναψυκτικά κ.α. ούτε βελτιώνει, ούτε επιβαρύνει την εμφάνισή της. Αντίθετα το άγχος που δημιουργείται στους εφήβους από την κατανάλωση αυτών των τροφίμων, επιδεινώνει την κατάσταση.

Η ισορροπημένη διατροφή που περιλαμβάνει αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και ο περιορισμός στην κατανάλωση γλυκών, σνακ κ.α. βοηθούν τον έφηβο με προβλήματα ακμής να αποβάλλει το άγχος και τα αισθήματα ενοχής.

Τα αίτια της ακμής που εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, δεν έχουν πλήρως διερευνηθεί, είναι όμως φανερό ότι επιδρούν ορισμένοι παράγοντες στην εμφάνισή της, όπως η κληρονομικότητα, οι ορμόνες και η υπερβολική αύξηση βακτηρίων που προκαλούν φλεγμονή των θυλακοκυττάρων του δέρματος και των αδένων που παράγουν λίπος και δημιουργούν συσσώρευση σμήγματος στους πόρους που περιβάλλουν τις τρίχες. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 154 – 155).

Παχυσαρκία

Τα αίτια της παχυσαρκίας :

1. Κληρονομικοί παράγοντες

Παιδιά που προέρχονται από παχύσαρκους γονείς έχουν τάση να γίνουν πιο παχύσαρκα από τα παιδιά των λεπτόσωμων γονιών.

(Abraham και συν. 1990, σελ. 147).

2. Κακές διατροφικές συνήθειες των εφήβων

Στην Ελληνική κοινωνία, όπως και σε άλλες κοινωνίες, αρκετοί γονείς ταΐζουν υπερβολικά τα παιδιά τους και μαθαίνουν να καλλιεργούν πολλές από τις κοινωνικές τους σχέσεις γύρω από το τραπέζι. (Ματάλα, 1997, σελ. 135). Μεγαλώνοντας τα παιδιά αυτά, αν συνεχίσουν από μόνα τους να τρώνε πολύ και ασταμάτητα θα παραμείνουν παχύσαρκα σε όλη τους τη ζωή.

3. Έλλειψη σωματικής άσκησης

Πολλές φορές στην εφηβική ηλικία παρατηρούμε έλλειψη και αποφυγή της σωματικής άσκησης, λόγω των πολλών μαθημάτων, της τηλεόρασης, της ασχολίας με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές κ.α.

4. Ψυχολογικά προβλήματα του εφήβου

Πολλές φορές τα ψυχολογικά προβλήματα του εφήβου τον οδηγούν στην υπερκατανάλωση τροφής και ειδικά σνακ, γλυκών και γενικά τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα και κακή ποιότητα λίπους, η μεγάλη κατανάλωση των οποίων προδιαθέτει για παχυσαρκία.

Ένα άτομο για να θεωρηθεί παχύσαρκο πρέπει να βάρους του να είναι 20% πάνω από το ιδανικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Σύμφωνα με το ορισμό αυτό τα Ελληνόπουλα φαίνεται να είναι πιο παχιά και από τα πιο παχιά παιδιά της Ευρώπης.

Όταν το βάρος του εφήβου είναι 30 – 40% πάνω από το επιθυμητό, τότε θα πρέπει να δοθούν συμβουλές από ειδικό επιστήμονα διαιτολόγο, για βελτίωση των διαιτητικών συνηθειών και διατήρηση του βάρους σε σταθερό επίπεδο για ορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρι το πραγματικό βάρος να εξισωθεί με το βάρος που αντιστοιχεί στο ύψος και το φύλο του.

Όταν όμως το βάρος είναι πάνω από το 60% θα πρέπει να ακολουθήσει δίαιτα με λιγότερες θερμίδες. Η δίαιτα αυτή πρέπει να είναι πλήρης με αρκετές πρωτεΐνες, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, άπεπτες φυτικές ίνες. Παράλληλα πρέπει να γίνει προσπάθεια για να αυξηθεί η σωματική άσκηση.

Συχνά τα παχύσαρκα παιδιά απομονώνονται από τους συνομήλικους, μειώνουν τη φυσική τους δραστηριότητα, έχουν συναισθηματική αστάθεια και γενικά προβλήματα που οδηγούν στη λαιμαργία και έτσι το πρόβλημα εντείνεται. (Παπανικολάου, 1989, σελ. 268 – 269).

Υπάρχουν όμως έφηβοι και ιδιαίτερα κορίτσια που ακολουθούν δίαιτες αδυνατίσματος, χωρίς να το έχουν πραγματικά ανάγκη.

Οι λόγοι που παρακινούν συνήθως τους εφήβους είναι : Το 70% των νεαρών κοριτσιών σ' όλο τον κόσμο προσέχει το βάρος του και κάνει κάποια μορφή δίαιτας. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Σουηδία, οι Σουηδοί και γενικά όλες οι κοινωνίες Δυτικού τύπου θεωρούν το αδύνατο πιο ωραίο.

Τα φωτομοντέλα που φωτογραφίζονται κάθε χρόνο για τα περιοδικά είναι πάντα πιο αδύνατα από του προηγούμενου χρόνου. Αυτά τα πρότυπα ομορφιάς επιβάλλουν νέα πρότυπα, καταδυναστεύουν τη ζωή των εφήβων κοριτσιών και σιγά – σιγά και των αγοριών. Πρόσφατη έρευνα στο Λονδίνο έδειξε ότι από τις 364 γυναίκες που ρωτήθηκαν το 66% πίστευε ότι είναι παχύσαρκες. Ιατρικά ήταν μόνο το 7%.

Επίσης τα νεαρά κορίτσια προσπαθούν να αδυνατίσουν, γιατί τα μοντέρνα ρούχα εφαρμόζουν καλύτερα και η προτίμηση των ανδρών είναι μεγαλύτερη. Η φωτογραφία και η τηλεόραση επέβαλαν αδύνατα κορμιά. Στη φωτογραφία κερδίζετε, ότι χάνετε στο τραπέζι. (Καραγιανόπουλος, 1997, σελ. 25 –26).

Οι περισσότερες δίαιτες αδυνατίσματος που ακολουθούν οι έφηβοι βασίζονται κυρίως σε προσωπικές μεθόδους αυτο-περιορισμού της τροφής ή της βρίσκουν σε περιοδικά ή από φίλους τους. Οι περισσότερες απ' αυτές είναι επικίνδυνες, όταν γίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και ειδικά στην εφηβική ηλικία.

Οι σοβαρότερες συνέπειες της ημιασιτίας είναι :

- ♦ Απώλεια του μυϊκού ιστού
- ♦ Ορμονικές διαταραχές (αμηνόρροια, καθυστέρηση της ανάπτυξης)
- ♦ Μείωση του βασικού μεταβολισμού, που μεταξύ των άλλων σημαίνει και εύκολη αύξηση του λιπώδους ιστού μετά την επιστροφή σε κανονική διαίτα, που προδιαθέτει στην παχυσαρκία.

Τέλος, η συνεχής ενασχόληση με το σώμα και το σωματικό βάρος, οι επαναλαμβανόμενες δίαιτες σε συνδυασμό με τα ψυχολογικά προβλήματα που υπάρχουν συχνά στους εφήβους, οι οποίοι δεν έχουν αναπτύξει ακόμα την δική τους ταυτότητα, μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρό πρόβλημα διαταραχής στη λήψη τροφής, όπως ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 158 – 159).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Οι πιο γνωστές διαταραχές στη λήψη τροφής (eating disorders) που εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία, είναι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, ή όπως ονομάζονται διαφορετικά νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία.

Αποτελούν προβλήματα διαιτητικής συμπεριφοράς, τα οποία εμφανίζονται συχνά στους εφήβους και περισσότερο στα κορίτσια σαν αποτέλεσμα της έντονης δυσαρέσκειας για το σώμα τους, ή από τις συνεχείς δίαιτες αδυνατίσματος. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 160).

Έχουν ψυχολογική προέλευση και αποτελούν κατ' εξοχήν αντικείμενα μελέτης της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής. Η επιστήμη της διατροφής ασχολείται μαζί τους, γιατί εκδηλώνονται ως ανορθόδοξες τακτικές διαιτητικής πρόσληψης. Τα άτομα που πάσχουν απ' αυτές τις διαταραχές παρουσιάζουν σοβαρά οργανικά και ψυχοσωματικά προβλήματα που μπορούν να τα οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. (Ματάλα, 1997, σελ. 129).

Ο ρόλος της τροφής είναι σύνθετος και αποσκοπεί στην ικανοποίηση βιολογικών, κοινωνικών, πνευματικών και ψυχολογικών αναγκών του ατόμου.

Τα προβλήματα της διαιτητικής συμπεριφοράς αποτελούν μέρος των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων, προκειμένου να εκφράσουν τις προσωπικές του δυσκολίες και να ξεπεράσουν τα προβλήματα που συνοδεύουν την περίοδο διαμόρφωσης της προσωπικότητάς τους. Η αποχή από το φαγητό και το αδυνάτισμα χρησιμοποιούνται από τους εφήβους για να αντιμετωπίσουν συγκρούσεις και πιέσεις από την οικογένεια και το

συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, έτσι και λόγω της επίδρασης των μέσων μαζικής ενημέρωσης, καμία κοινωνία δεν θεωρείται πλέον απροσπέλαστη στην ανάπτυξη αυτού του είδους των διαταραχών.

Με αυτό το σκεπτικό και στον ελληνικό χώρο η συχνότητα διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής αυξάνει.

Η πρώτη έρευνα στον Ελληνικό χώρο για τη διερεύνηση της συχνότητας των διαταραχών πρόσληψης τροφής έγινε τη δεκαετία του 1980, από μια Ελληνογερμανική επιστημονική ομάδα, σε μαθήτριες ηλικία 13 – 19 ετών των σχολείων της Βέροιας και των Ιωαννίνων. Η έρευνα έδειξε ότι η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας ήταν 0,41% στις μαθήτριες των σχολείων της Βέροιας και 0,35% στις μαθήτριες των Ιωαννίνων. Τα ποσοστά μπορεί να φαίνονται μικρά, αν ληφθεί όμως υπόψιν, ότι η έρευνα έγινε πριν από πολλά χρόνια και σε πόλεις σχετικά μικρές, που δεν αντιπροσωπεύουν τον τυπικό αστικό και βιομηχανοποιημένο χαρακτήρα της ελληνικής πραγματικότητας, δεν είναι καθόλου αμελητέα.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης για τη διερεύνηση διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών, στην πρόληψη τροφής σε μαθήτριες ηλικίας 17 ετών, το ποσοστό των κοριτσιών με «παθολογικές» στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής ήταν αρκετά υψηλό (24,8%), ενώ το αντίστοιχο στα αγόρια 7,8%. Τα ποσοστά αυτά είναι από τα μεγαλύτερα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία σε παρόμοιους πληθυσμούς. Η μέτρηση του βάρους και του ύψους αυτών έδειξε ότι, ενώ το μέσο βάρος τους (ανάλογα με το ύψος τους) ήταν μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια, ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο δείγμα άλλων κρατών. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το πρόβλημα είναι αρκετά έντονο στον ελληνικό χώρο.

Γενικά μελετώντας τα ευρήματα που αφορούν τις Ελληνίδες έφηβες, σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, μπορούμε να πούμε :

1. Ότι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής (που σημαίνει ότι αρκετές απ' αυτές, ίσως έχουν αναπτύξει ανορεκτική ή βουλιμική παθολογία).
2. Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δυσaréσκειας για το σώμα τους.
3. Ασχολούνται αρκετά συχνά με (πιθανόν με μη ικανοποιητικά αποτελέσματα) δίαιτες.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το πρόβλημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι υπαρκτό στο ελληνικό χώρο και ίσως πιο διαδεδομένο απ' ότι εμφανίζεται. (Γ. Σίμος 1999, σελ. 11, 12, 13).

Η **ψυχογενής ανορεξία** σαν όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο γιατρό Sir William Gull το 1873.

Ο όρος «**ανορεξία**», όμως είναι λανθασμένος, διότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δεν έχουν έλλειψη όρεξης, πεινούν αλλά διώχνουν την πείνα τους και αρνούνται να φάνε κανονικά, διότι φοβούνται μήπως παχύνουν και διακατέχονται από έντονη επιθυμία να μειώσουν το σωματικό τους βάρος. (Abraham και συν, 1990, σελ. 20 – 21).

Η ψυχογενής ανορεξία δεν εμφανίζεται τόσο συχνά όσο η ψυχογενής βουλιμία, αλλά αποτέλεσε πρώτη αντικείμενο μελέτης πριν από 100 χρόνια, διότι το σύμπτωμά της δηλαδή το υπερβολικό αδυνάτισμα, ήταν πιο οφθαλμοφανές.

Είναι ειδική μορφή υποσιτισμού που εμφανίζεται πιο συχνά στην εφηβική ηλικία και ιδιαίτερα στα κορίτσια.

Πρέπει να τονίσουμε ότι δεν έχει σχέση με την λεπτόσωμη κατασκευή των εφήβων, που συχνά συνοδεύεται με παροδική ανορεξία για

συναισθηματικούς και ψυχολογικούς λόγους. Συνήθως εκδηλώνεται στην αρχή ή στο τέλος της εφηβείας (13 – 18 ετών). Στην Αμερική πλήττει το 1% των εφήβων κοριτσιών. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ασθενών στη Μ. Βρετανία και Β. Αμερική. (Ματάλα, 1997, σελ. 130).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με την τελευταία έκδοση τους Διαγνωστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DMS IV) είναι :

- ♦ Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματός του στο επίπεδο, ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους ως την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει ως αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
- ♦ Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του σώματός του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το φυσιολογικό.
- ♦ Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, άρνηση της σοβαρότητας της ύπαρξης χαμηλού σωματικού βάρους, ή υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτο – αξιολόγηση.
- ♦ Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων. (Μία γυναίκα

θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά την χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

Τύποι

Περιοριστικός τύπος (Restrictive type) : Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν επιδίδεται συστηματικά σε επεισόδια αδηφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλ. αυτο-προκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Αδηφαγικός / καθαρτήριο τύπος (Binge eating / purging type) : Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο επιδίδεται συστηματικά σε επεισόδια αδηφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλ. αυτο-προκαλούμενος εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 161).

Η νευρική βουλιμία περιγράφηκε και καθιερώθηκε ως διαταραχή στη λήψη τροφής το 1979. Όπως και στην περίπτωση ψυχογενούς ανορεξίας, τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία, είναι συνήθως γυναίκες ηλικίας 17–20 ετών, αλλά μπορεί να εμφανισθεί και στην ώριμη ηλικία των 40 – 50 ετών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σε κολέγια των ΗΠΑ το 1989, βρέθηκε ότι το 3,8% των γυναικών και 0,2% των κοριτσιών μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως βουλιμικά άτομα. (Ματάλα, 1997, σελ. 131 – 132).

Το άτομο που πάσχει από βουλιμία χαρακτηρίζεται από την επιθυμία να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως δύο ώρες ή λιγότερο. Επίσης πιστεύει ότι έχει χάσει τον έλεγχο του φαγητού του.

Συνήθως γνωρίζει ότι έχει μια διαταραχή της διατροφής, του αρέσει υπερβολικά το φαγητό, αγοράζει βιβλία μαγειρικής και διαβάζει σχετικά άρθρα σε περιοδικά.

Συζητά συχνά για φαγητό και δίαιτες και το φαγητό αποτελεί διέξοδο από τις δυσάρεστες εντάσεις της ζωής. (Abraham και συν, 1990, σελ. 29).

Οι βουλιμικοί είναι συνήθως πλήρως ενημερωμένοι για τη θερμιδική αξία των τροφών.

Την υπερκατανάλωση τροφής ακολουθούν αισθήματα ενοχής, τύψεων και κατάθλιψης, που οδηγούν τους ασθενείς σε προσπάθειες αποβολής της τροφής με εφαρμογή καθαρτηρίων μεθόδων ή με προσπάθεια για απώλεια θερμίδων με υπερβολική άσκηση ή πλήρη νηστεία την επόμενη μέρα που καταναλώθηκαν. Γενικά το βουλιμικό άτομο έχει αρνητική και διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα του, το απασχολεί υπερβολικά το θέμα του βάρους του, από το οποίο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η ευτυχία, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθησή του. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα ακόλουθα :

♦ Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας – αδηφαγίας (binge eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας/αδηφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα :

- κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μίας ποσότητας τροφής η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις, και αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (το άτομο

νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

- ♦ Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως : αυτο – προκαλούμενοι εμετοί, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία (πλήρης αποχή από το φαγητό) ή υπερβολική σωματική άσκηση.
- ♦ Τόσο τα επεισόδια αδηφαγίας όσο και η κατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.
- ♦ Η αυτο – εκτίμηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- ♦ Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Τύποι

Καθαρήριος τύπος (Purging type) : Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο επιδίδεται τακτικά σε αυτο – προκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Μη καθαρήριος τύπος (Non – purging type) : Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο δεν επιδίδεται τακτικά σε αυτο-προκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. (Ζαμπέλας και συν, 1999, σελ. 161 – 162).

Αιτιολογία των διαταραχών της λήψη τροφής

Οι διαταραχές στη λήψη τροφής εμφανίζονται ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων. Αν και φαίνεται ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση στις περισσότερες περιπτώσεις, αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα ψυχολογικών οικογενειακών και κοινωνικών πιέσεων και συγκρούσεων. Ειδικά για τους εφήβους, οι έντονες ψυχολογικές συγκρούσεις και πιέσεις της ηλικίας ενισχύονται από τα πολιτισμικά πρότυπα, που ταυτίζουν την ομορφιά με το πολύ αδύνατο, το στήθος και οι γοφοί αδυνατίζουν, ενώ η μέση παραμένει παχύτερη.

Ο αντιφατικός χαρακτήρας των κοινωνικών επιταγών ευνοεί την εξάπλωση των διαταραχών λήψης τροφής, γεγονός που λίγο ως πολύ όλοι βιώνουμε. Η τροφή αφενός αποτελεί κεντρικό ρόλο στη λίστα αξιών της κοινωνίας μας, αφετέρου η ίδια κοινωνία προωθεί την αδύνατη διάπλαση. Ο έφηβος δέχεται πληθώρα μηνυμάτων, διαφημίσεις κ.λπ. που τον προτρέπουν να καταναλώσει διάφορα τρόφιμα, από την άλλη όμως στιγματίζεται, όταν η υπερκατανάλωση τροφής τον οδηγήσει σε παχυσαρκία.

Ειδικά στην Ελληνική κοινωνία όπως και σε άλλες κοινωνίες οι γονείς συνηθίζουν να ταΐζουν υπερβολικά τα παιδιά τους και από μικρά μαθαίνουν από την οικογένειά τους να καλλιεργούν πολλές από τις κοινωνικές τους σχέσεις γύρω από το τραπέζι. Είναι γνωστή η πληθώρα των φαγητών που προσφέρουμε συνήθως στους καλεσμένους μας και φυσικά η ικανοποίησή μας από την κατανάλωσή τους.

Οι έφηβοι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν την τροφή σαν μέσο για συναισθηματική ισορροπία μετά από μία κρίση. Η ικανοποίηση όμως από την τροφή είναι προσωρινή και η χρόνια ανησυχία και η κατάθλιψη που

συνδέονται με τα προβλήματά τους μπορεί να τους οδηγήσουν σε καταναγκαστική χρήση τροφής. (Ματάλα, 1997, σελ. 134 – 135).

Οι έφηβοι που εμφανίζουν προβλήματα διαταραχής λήψης τροφής, συνήθως είναι τελειομανείς, είναι καλοί μαθητές, με υψηλούς στόχους, φιλόδοξοι, αποτελούν παιδιά – πρότυπα και συνήθως η εκπλήρωση των προσωπικών τους επιδιώξεων , αποτελεί ταυτόχρονα και εκπλήρωση επιδιώξεων των γονιών τους. Είναι άτομα με χαμηλή αυτο – εκτίμηση και με συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Παλαιότερα οι διαταραχές λήψης τροφής εμφανίζονταν πιο συχνά σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, σήμερα όμως αυτή η κοινωνική διαφοροποίηση δεν ισχύει. (Ματάλα 1997, σελ. 133)

Οι επιπτώσεις των διαταραχών λήψης τροφής στην υγεία

Οι επιπτώσεις αυτών των διαταραχών μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στην υγεία των εφήβων βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες, αποτέλεσμα των οποίων είναι η καθυστέρηση της εφηβείας, η ελλιπής ανάπτυξη, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες καθώς και η αποτυχία, όχι μόνον στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που συνήθως υπάρχουν αλλά και η δημιουργία νέων.

Ειδικά όσον αφορά την ψυχογενή ανορεξία οι επιπλοκές από την υπερβολική απώλεια βάρους είναι κοινές με αυτές της λιμοκτονίας, μερικές από τις οποίες είναι μη αναστρέψιμες όπως : διαταραχές της περιόδου μέχρι και αμηνόρροια, μείωση της οστικής πυκνότητας που οφείλεται σε μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων σαν συνέπεια του υποσιτισμού. Πολλές από τις ανορεξικές παραμένουν δυσμηνορροϊκές, ακόμη και αν αποκτήσουν

κανονικό βάρος, έχουν προβλήματα γονιμότητας και προδιάθεση για οστεοπόρωση. Επίσης παρατηρείται μείωση του βασικού μεταβολισμού, προβλήματα με το πεπτικό σύστημα, αφυδάτωση, διαταραχή της ισορροπίας της ηλεκτρολυτών, αναιμία, καρδιακή δυσλειτουργία και καρδιακή ανεπάρκεια (που μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο), διαταραχές ύπνου.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο σε ποσοστό 5 – 18%. (Ματάλα, 1999, σελ. 17).

Οι κυριότερες επιπλοκές της ψυχογενούς βουλιμίας έχουν σχέση με την πρόκληση εμετού και τη χρήση διουρητικών ή καθαρτικών και είναι : ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, ορμονικές διαταραχές, προβλήματα στα δόντια, καρδιακές αρρυθμίες, μυϊκή αδυναμία, εξάρτηση από καθαρτικές ουσίες. Τέλος, μεγάλο ποσοστό βουλιμικών εφήβων δεν μπορούν να αποβάλουν την βουλιμική τους συμπεριφορά με αποτέλεσμα να γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. (Ματάλα, 1999, σελ. 18).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι :

1. Η διερεύνηση της διαιτητικής συμπεριφοράς των εφήβων μαθητών.
2. Ο συσχετισμός της διαιτητικής συμπεριφοράς μητέρας και εφήβου.

Μεθοδολογία

Για τη διερεύνηση των διαιτητικών συνηθειών χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο EAT – 26 (Eating Attitudes Test : Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς του «τρώγειν»). (Garner και συν. 1982), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί πάρα πολύ και θεωρείται πολύ αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που έχουν σχέση με την φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά (R.E.F.)

Πρωτότυπη γλώσσα του ερωτηματολογίου είναι η Αγγλική, αλλά έχει μεταφρασθεί σε πολλές γλώσσες για να χρησιμοποιηθεί σε έρευνες.

Αποτελείται από 26 προτάσεις - συμπεριφορές και το άτομο συμπληρώνει πόσο συχνά του συμβαίνουν ή το απασχολούν οι εν λόγω συμπεριφορές.

Επιλέγει ανάμεσα στις παρακάτω επιλογές :

Πάντα/ Συνήθως/ Συχνά/ Μερικές φορές/ Σπάνια/ Ποτέ.

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται ως εξής :

Συχνότητα	Βαθμολογία
Πάντα	3
Συνήθως	2
Συχνά	1
Μερικές φορές	
Σπάνια	0
Ποτέ	

Η πρόταση 25 (Μου αρέσει να δοκιμάζω νέα «πλούσια» τρόφιμα) βαθμολογείται αντίστροφα.

Συχνότητα	Βαθμολογία
Ποτέ	3
Σπάνια	2
Μερικές φορές	1
Συχνά	
Συνήθως	0
Πάντα	

Είναι φανερό ότι ο βαθμός 3 αποδίδεται στην απάντηση που σχετίζεται πιο πολύ με τα συμπτώματα της μη φυσιολογικής διαιτητικής συμπεριφοράς. Οι βαθμοί 2 και 1 σχετίζονται συγκριτικά λιγότερο με τα

συμπτώματα ΔΛΤ, ενώ με 0 βαθμολογούνται οι απαντήσεις που απέχουν από τη συγκεκριμένη συμπτωματολογία.

Οι 26 προτάσεις εκτός από το συνολικό ερωτηματολόγιο συγκροτούν και 3 ξεχωριστές υποκλίμακες (subscales), οι οποίες είναι: «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (Dieting), «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (Bulimia and food preoccupation) και «Έλεγχος της πράξης των τρώγειν» (Oral control).

Η υποκλίμακα **«ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος»** περιλαμβάνει συμπεριφορές που έχουν σχέση με την αποφυγή «παχυντικών» τροφίμων και την ενασχόληση του ατόμου με το σώμα του με σκοπό να γίνει πιο αδύνατο και αποτελείται από τις προτάσεις 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25. Σχετίζεται με παραμέτρους εικόνας σώματος, αλλά δεν σχετίζεται με βουλιμικές συμπεριφορές (Garner και συν. 1982).

Η υποκλίμακα **«Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό»** περιλαμβάνει προτάσεις που δείχνουν έγνοια για το φαγητό και τα τρόφιμα και βουλιμική συμπεριφορά. Επίσης σχετίζεται με παραμέτρους εικόνας σώματος. Αποτελείται από τις προτάσεις 3, 4, 9, 18, 21, 26.

Τέλος η υποκλίμακα **«Έλεγχος της πράξης του τρώγειν»** περιλαμβάνει τις προτάσεις 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 και έχουν σχέση με τον αυτο-έλεγχο της πράξης του φαγητού και τις πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του για να πάρει βάρος. Σχετίζεται αρνητικά με το βάρος του σώματος και με βουλιμικές συμπεριφορές, ενώ σχετίζεται με παραμέτρους εικόνας σώματος (Garner και συν. 1982).

Ολική βαθμολογία ίση με 20 ή και μεγαλύτερη δείχνει μη φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά. Το EAT – 26 είναι αποδοτικό εργαλείο για μια

αρχική ανίχνευση περιπτώσεων με συμπτώματα μη φυσιολογικής διαιτητικής συμπεριφοράς, ενώ η τελική διάγνωση ύπαρξης ΔΛΤ γίνεται μετά από κλινική εξέταση και συνέντευξη του ατόμου (Garner και συν. 1982).

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε στην τάξη από τους μαθητές και τις μαθήτριες, παρόμοιο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις μητέρες των παιδιών στο σπίτι.

Εθελοντές ήταν 162 έφηβοι μαθητές Γυμνασίου, 55 αγόρια 34% και 107 κορίτσια 66%, 4 σχολείων.

Συγκεκριμένα 119 μαθητές, 73,5% Γυμνασίων Περιστερίου, 29 μαθητές, 17,9% Αμερικάνικου Κολεγίου Αγίας Παρασκευής και 25 μαθητές, 8,6% του Γυμνασίου Αταλάντης.

Αποτελέσματα

Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και αποτελέσματα του ερωτηματολογίου EAT – 26 των εφήβων και των μητέρων τους παρουσιάζονται στον πίνακα I του παραρτήματος.

Όσον αφορά την ηλικία, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

Αντίθετα, τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, ήταν ψηλότερα (170.9 ± 7.7 cm προς $164,6 \pm 4.5$ cm, $p = 0.000$), είχαν μεγαλύτερο βάρος (62.6 ± 11.4 Kg προς $55,3 \pm 9,4$ Kg, $p = 0,000$) και BMI (δείκτη μάζας σώματος) (21.4 ± 3.0 kg/m² προς $20,4 \pm 3,1$ Kg/ m², $p = 0.050$).

Σχετικά με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διαιτητικής συμπεριφοράς EAT, τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερο υλικό σκορ σε

σχέση με τα αγόρια ($13,4 \pm 9,0$ προς $9,5 \pm 7,2$, $p=0.005$) καθώς και υψηλότερο σκορ στην υποκλίμακα «Oral control» $4,3 \pm 3,6$ προς $2,9 \pm 2,7$, $p = 0.005$).

Στις υπόλοιπες υποκλίμακες του EAT δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Όσον αφορά τις μητέρες, η ηλικία κυμαινόταν μεταξύ 30 και 56 ετών (μέση τιμή : $40,5 \pm 4,6$), η μέση τιμή του BMI ήταν $23,8 \pm 3,3$ Kg/m².

Στο ερωτηματολόγιο EAT, οι μητέρες σημείωσαν μέσον όρο στο συνολικό σκορ του $14,8 \pm 9,6$, ενώ στις υποκλίμακες «Dieting», «Oral Control», «Bulimia and food preoccupation» $9,2 \pm 7,2$, $3,9 \pm 3,2$, $1,7 \pm 2,2$ αντίστοιχα.

Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων παρουσιάζεται στον Πίνακα II του παραρτήματος.

Η ανάλυση διακύμανσης που έγινε (ANOVA) δεν έδειξε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας και του σκορ που σημείωσε στο EAT. Παρ' όλα αυτά, μητέρες απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ φαίνεται να έχουν υψηλότερο σκορ στο EAT, και άρα περισσότερες πιθανότητες για διαταραγμένη διαιτητική συμπεριφορά, από τις υπόλοιπες μητέρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σκορ του EAT μητέρας και του ολικού σκορ του EAT του εφήβου ($r = 0.196$, $p = 0.013$).

Όταν τα δύο φύλα εξετάστηκαν χωριστά, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ του EAT της μητέρας και του EAT του κοριτσιού ($r=0.277$, $p=0.004$).

Ανάμεσα στους εφήβους 10,9% των αγοριών και 18,7% των κοριτσιών σημείωσαν ολικό σκορ στο EAT ≥ 20 . Το σκορ αυτό, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, θεωρείται ενδεικτικό της μη φυσιολογικής

δαιτητικής συμπεριφοράς. Από τις μητέρες, 25,9% σημείωσαν ολικό σκορ ≥ 20 . Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ στο EAT της μητέρας και της ηλικίας της.

Οι συσχετίσεις μεταξύ του BMI και του ολικού σκορ στο EAT και των υποκλιμάκων του τόσο στους εφήβους, όσο και στις μητέρες τους φαίνονται στον πίνακα III του παραρτήματος.

Τόσο στους εφήβους όσο και στις μητέρες τους παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του BMI και του ολικού σκορ στο EAT καθώς και τους υποκλίμακας «Dieting». Αντίθετα, αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στο BMI και της υποκλίμακας «Oral control».

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνά μας επιβεβαίωσαν αυτά που είχαμε υποστηρίξει προηγουμένως, ότι δηλαδή το πρόβλημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι υπαρκτό και στον ελληνικό χώρο σε αυξημένο ποσοστό εφήβων. Έτσι φαίνεται να επαληθεύεται η άποψη, ότι η δυτικοποίηση μιας κοινωνίας, συνδέεται σταθερά με την αύξηση του ποσοστού των παθολογικών στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής.

Επίσης η συσχέτιση δαιτητικής συμπεριφοράς μεταξύ της μητέρας και του κοριτσιού της δείχνει ίσως, ότι εξακολουθεί να υπάρχει η άποψη, ότι η αδύνατη γυναίκα είναι πιο ελκυστική και κάθε μητέρα επιθυμεί να έχει ένα αδύνατο κορίτσι, για να εξασφαλίσει ευκολότερα τον μέλλοντα σύζυγο.

Το υψηλότερο σκορ στο EAT των μητέρων που είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ δείχνει ίσως, ότι στην Ελλάδα εξακολουθεί ακόμα να ισχύει αυτό

που ίσχυε παλαιότερα, δηλαδή οι διαταραχές λήψης τροφής να εμφανίζονται συχνότερα σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Τέλος, φαίνεται ότι η διαταραγμένη διαιτητική συμπεριφορά δεν είναι χαρακτηριστικό μόνον των αδυνάτων. Αντίθετα η μελέτη μας έδειξε ότι, όσο αυξάνει ο BMI, τόσο αυξάνει και το συνολικό σκορ στο EAT και στην υποκλίμακα «Dieting». Οι παχύσαρκοι νοιώθουν άβολα με το σώμα τους και στην προσπάθειά τους να χάσουν βάρος, εμφανίζουν πρόβλημα σχετικά με το φαγητό και ασχολούνται με παθολογικό τρόπο με δίαιτες αδυνατίσματος.

Προοπτικές για παρέμβαση

Κρίνουμε σκόπιμο ότι θα πρέπει να υπάρξει παρέμβαση σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, κυρίως σε έφηβες κοπέλες και άτομα με υψηλό BMI.

Το σχολείο και οι ενημερωμένοι εκπαιδευτικοί μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη πρόληψη των διαταραχών της διαιτητικής συμπεριφοράς των εφήβων. Είναι γνωστόν ότι είναι δύσκολο να συνειδητοποιήσουν ότι η παρούσα και η μελλοντική τους υγεία εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από τη διατροφή τους. Συστάσεις υπό μορφήν κινδυνολογίας, δεν τους εγγίζουν και οδηγούν σε νοσηρή συμπεριφορά. Αντίθετα μηνύματα με θετικό περιεχόμενο για θέματα που τους αγγίζουν, όπως η αύξηση της μυϊκής δύναμης στα αγόρια, η διατήρηση του ιδεώδους βάρους για τα κορίτσια και ο συσχετισμός της σωστής διατροφής με την ομορφιά σαν επακόλουθο της καλής υγείας μπορούν να κερδίσουν το ενδιαφέρον του εφήβου και να έχουμε πολύ θετικά αποτελέσματα. Οι έφηβοι θα πρέπει να κατανοήσουν τα εξής :

1. Τις φυσιολογικές αλλαγές που γίνονται στο σώμα τους κατά την εφηβική ηλικία.
2. Τη σχέση της διαιτητικής πρόσληψης με την παρούσα και τη μελλοντική φυσική κατάσταση και υγεία.
3. Τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής.
4. Τα θρεπτικά συστατικά, καθώς και τις καλύτερες πηγές τους, που πρέπει να περιέχει μια ισορροπημένη δίαιτα.
5. Έγκυρες μέθοδοι απώλειας βάρους με την παρακολούθηση γιατρού και ειδικού επιστήμονα διαιτολόγου, εφόσον υπάρχει ανάγκη.

Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ο ρόλος του σωματικού λίπους στην ανάπτυξη και την καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού, διότι η αύξηση του σωματικού λίπους αποτελεί την πιο έντονη φοβία των εφήβων με ανορεξική και βουλιμική συμπεριφορά.

Καθώς επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι, η προσαρμογή του οργανισμού σε κατάσταση λιμοκτονίας, περιορίζει τις σωματικές και διανοητικές ικανότητες του ατόμου.

Οι σοβαρότερες συνέπειες της ημιασιτίας είναι :

- ♦ Απώλεια μυϊκού ιστού
- ♦ Ορμονικές διαταραχές (αμηνόρροια, καθυστέρηση της ανάπτυξης, κ.α.).
- ♦ Μείωση του βασικού μεταβολισμού που μεταξύ των άλλων σημαίνει και εύκολη αύξηση του λιπώδους ιστού με την επιστροφή σε κανονική δίαιτα, που προδιαθέτει σε παχυσαρκία. (Ματάλα, 1999, σελ. 18 – 19).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΗΡΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΗΣ

ΑΝΟΝΥΜΟ – ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Αντικείμενο: Διατήρηση των στοιχείων

Όνομα: _____

Επώνυμο: _____

Εκπαίδευση: _____

Παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

Όνομα

Επώνυμο

Εκπαίδευση

Όνομα

Εκπαίδευση

Όνομα

Παρακαλώ να συμπληρώσετε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

1. Τοποθεσία στην οποία θα πραγματοποιηθεί η διατήρηση

2. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης

3. Μερικές φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

4. Μην ξεχνάτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

5. Τοποθεσία της αίθουσας διατήρησης

6. Σημειώστε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

7. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

8. Μερικές φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

9. Μην ξεχνάτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

10. Τοποθεσία της αίθουσας διατήρησης

11. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

12. Ορισμένες φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

13. Μην ξεχνάτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

14. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

15. Μερικές φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

16. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

17. Τοποθεσία της αίθουσας διατήρησης

18. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

19. Ορισμένες φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

20. Μην ξεχνάτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

21. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

22. Τοποθεσία της αίθουσας διατήρησης

23. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης

24. Μερικές φορές η διατήρηση μπορεί να γίνει και σε άλλο χώρο

25. Διαστάσεις της αίθουσας διατήρησης που σας ζητούνται με προσοχή και ακρίβεια.

26. Τοποθεσία της αίθουσας διατήρησης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

ΑΝΩΝΥΜΟ – ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Μη βάζετε όνομα, απαντήστε με ειλικρίνεια.

Ηλικία: _____ ετών

Βάρος (περίπου): _____ κιλά

Ύψος (περίπου): _____ μέτρα

Συμπληρώστε δίπλα από τις παρακάτω προτάσεις **ένα** από τα εξής 6 επιρρήματα

Πάντα
Συνήθως
Συχνά

Μερικές φορές
Σπάνια
Ποτέ

ανάλογα με το πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό που περιγράφει η πρόταση

- _____ 1. Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρη/ος.
- _____ 2. Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω.
- _____ 3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.
- _____ 4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.
- _____ 5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.
- _____ 6. Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.
- _____ 7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ).
- _____ 8. Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.
- _____ 9. Κάνω εμετό αφού φάω.
- _____ 10. Νιώθω πολλές ενοχές αφού φάω.
- _____ 11. Με απασχολεί η επιθυμία να γίνω πιο λεπτή/ος.
- _____ 12. Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που "καίω".
- _____ 13. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος.
- _____ 14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.
- _____ 15. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.
- _____ 16. Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη..
- _____ 17. Τρώω τρόφιμα "διαίτης" (light).
- _____ 18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.
- _____ 19. Αυτοελέγχομαι σε ό,τι αφορά το φαγητό.
- _____ 20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.
- _____ 21. Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.
- _____ 22. Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.
- _____ 23. Εμπλέκομαι σε δίαιτες.
- _____ 24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.
- _____ 25. Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια "πλούσια" τρόφιμα.
- _____ 26. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και διαιτητική συμπεριφορά
μητέρων και εφήβων (μέσος όρος $\pm$ τυπική απόκλιση).

	Αγόρια (n = 55)	Κορίτσια (n = 107)	Μητέρες (n = 162)
Ηλικία (χρόνια)	14.4 $\pm$ 0.7	14.5 $\pm$ 0.7	40.5 $\pm$ 4.6
Βάρος (kg)	62.6 $\pm$ 11.4	55.3 $\pm$ 9.4	64.4 $\pm$ 9.9
Ύψος (cm)	170.9 $\pm$ 7.7	164.6 $\pm$ 4.5	164.4 $\pm$ 5.3
BMI (kg / m ²)	21.4 $\pm$ 3.0	20.4 $\pm$ 3.1	23.8 $\pm$ 3.3
EAT – Ολικό αποτέλεσμα	9.5 $\pm$ 7.2	13.4 $\pm$ 9.0	14.8 $\pm$ 9.6
Dieting	5.7 $\pm$ 5.5	7.6 $\pm$ 6.7	9.2 $\pm$ 7.2
Oral control	2.9 $\pm$ 2.7	4.3 $\pm$ 3.6	3.9 $\pm$ 3.2
Bulimia and food preoccupation	1.2 $\pm$ 1.7	1.6 $\pm$ 2.1	1.7 $\pm$ 2.2

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

Επίπεδο μόρφωσης μητέρας - EAT score

	Αριθμός ατόμων		
Δημοτικό	33	20,4%	14.1 $\pm$ 8.6
Γυμνάσιο	29	17,9%	13.8 $\pm$ 8.2
Λύκειο	52	32,1%	14.0 $\pm$ 7.2
ΑΕΙ / ΤΕΙ	35	21,6%	15.1 $\pm$ 10.1

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

Συσχέτιση BMI και score στο EAT

	BMI Εφήβων	BMI μητέρων
EAT – Ολικό score	$r = 0,193$ ($p = 0.015$)	0.198 ($p = 0.012$)
Dieting	$r = 0,349$ ($p = 0.000$)	0.348 ($p = 0.000$)
Oral control	$r = -0,222$ ($p = 0.005$)	- 0.261 ($p = 0.001$)
Bulimia and food preoccupation	Δεν βρέθηκε συσχέτιση	Δεν βρέθηκε συσχέτιση

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham S., Klewellyn – Jones D. "Η αλήθεια για τις διαταραχές της Διατροφής». Αθήνα : Εκδ. Χατζηνικολή, 1990.
2. Garner, DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. "The Eating Attitudes Test : psychometric features and clinical correlations". Psychological Medicine 1982, 12 : 871 – 878.
3. Ζαμπέλας Α., Γιαννακούλια Μ., Καλομοίρη Ν. «Διατροφικές απαιτήσεις κατά τον κύκλο της ζωής». Αθήνα : εκδ. Λιβάνη ΑΒΕ, 1999.
4. Κασσωτακης Μ., Φλουρής Γ, «Μάθηση και διδασκαλία». Αθήνα : Εκδόσεις Συγγραφέων, 1991.
5. Ματάλα Α. «Πρακτικά Α' Σεμιναρίου Οικιακής Οικονομίας», Αθήνα : εκδ. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 1997.
6. Ματάλα Α. Πανεπιστημιακές σημειώσεις για το μάθημα «Διατροφή II», Αθήνα, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 1999.
7. Παπανικολάου Γ. «Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία», Αθήνα : Εκδ. Γ. Παπανικολάου, 1989.
8. Σίμος Γ. «Βουλιμία ξανακερδίστε τον έλεγχο». Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη, 1999.
9. Χουρδάκη Μ. «Οικογενειακή Ψυχολογία». Αθήνα : Εκδόσεις Γρηγόρη, 1982.

Διερεύνηση παραμέτρων ηγυ ΑΝΑ
της διατήρησης βιοπεριφοράς...

Αναίον Αε.
Χατζημανωλάκη Ερ.

8816

5344

**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Υπερ.Βιβ/κης Χαροκόπειου Παν/μίου.954916

* 8 8 1 6 *



HU

