



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΜΣ «ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

***«Η ποιότητα ζωής ως προς την υγεία των εφήβων
καταναλωτών και οι διατροφικές τους συνήθειες»***

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Ζερβάκη Αικατερίνη
(Α.Μ:210301)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κωσταρέλλη Βασιλική
(Επίκουρη Καθηγήτρια)

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής: Γιαννακούρης Νικόλαος
(Αναπληρωτής Καθηγητής)
Σδράλη Δέσποινα
(Επίκουρη Καθηγήτρια)

ΑΘΗΝΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 Ποιότητα Ζωής.....	11
1.2 Εφηβική Ηλικία-Ψυχοσωματική Ανάπτυξη.....	14
1.3 Αντίληψη της Ποιότητας Ζωής από την πλευρά των εφήβων.....	15
1.3.1 Υγεία και Σωματικές Δραστηριότητες.....	15
1.3.2 Συναισθήματα-Γενική Διάθεση.....	18
1.3.3 Οικογένεια-Ελεύθερος Χρόνος.....	19
1.3.4 Φιλία.....	21
1.3.5 Σχολικό Περιβάλλον.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

2.1 Η Μεσογειακή Διατροφή.....	23
2.2 Η Σημασία της Σωστής Διατροφής στην Εφηβική Ηλικία.....	24
2.3 Διατροφικές Συνήθειες των Εφήβων.....	26
2.4 Παράγοντες Επιρροής των Διατροφικών Συνηθειών.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

3.1 Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά.....	31
3.2 Διατροφικές Διαταραχές.....	37
3.2.1 Παχυσαρκία.....	44
3.2.2 Νευρογενής Ανορεξία.....	49
3.2.3 Νευρογενής Βουλμία.....	51
3.3 Παράγοντες Επιρροής της Διαταραγμένης Εικόνας Σώματος.....	53

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1.Μεθοδολογία.....	56
4.2 Στόχοι της Έρευνας.....	56
4.3 Δείγμα.....	57
4.4 Κλίμακες Μέτρησης.....	57
4.4.1 Γενικό Ερωτηματολόγιο	57
4.4.2 Eat-26.....	57
4.4.3KIDMED.....	58
4.4.4 Kidscreen-27.....	59
4.5 Διαδικασία Συλλογής Ερωτηματολογίων.....	60
4.6 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Αποτελέσματα.....	62
5.1.1 Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά.....	62
5.1.2 Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.....	64
5.1.3 Παράγοντες του τρόπου ζωής.....	69
5.1.4 Διατροφικές Συνήθειες.....	75
5.2 Συσχετίσεις	84
5.3 Παλινδρομήσεις.....	90
5.4Συζήτηση	95
5.5.Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	97

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγιο.....	106
---	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ:Συντομογραφίες.....	115
---	------------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>Πίνακας 1:</u> Στατιστικά στοιχεία των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών ανά φύλο και στο σύνολο του δείγματος.....	65
<u>Πίνακας 2:</u> Ποσοστά παχυσαρκίας των εφήβων ανάλογα με το φύλο (%).....	66
<u>Πίνακας 3:</u> Ωρες άθλησης ανάλογα με το φύλο (%)	77
<u>Πίνακας 4:</u> Λήψη γευμάτων καθημερινά (%) στο συνολικό πληθυσμό.....	78
<u>Πίνακας 5:</u> Γεύματα με άλλους(%).....	78
<u>Πίνακας 6:</u> Συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών.....	80
<u>Πίνακας 7:</u> Αλκοόλ και Κάπνισμα.....	81
<u>Πίνακας 8:</u> Συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης αλκοόλ.....	81
<u>Πίνακας 9:</u> Ποσότητα Καπνίσματος ημερησίως.....	82
<u>Πίνακας 10:</u> Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή ανάλογα με το φύλο(%)	84
<u>Πίνακας 11:</u> Μέσος όρος και Τυπική απόκλιση στην Ηλικία, Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά, Δείκτης Μάζας Σώματος, KIDMED, KIDSCREEN-27, EAT -26, Ποσοστά παχυσαρκίας(%)	84
<u>Πίνακας 12:</u> Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 TOTAL Ποιότητα Ζωής, των επιμέρους διαστάσεων του και των παραγόντων του τρόπου ζωής των εφήβων.....	85
<u>Πίνακας 13:</u> Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 TOTAL Ποιότητα Ζωής, των επιμέρους διαστάσεων του και των KIDMED, EAT-26 TOTAL SCORE, Δ.Μ.Σ και παχυσαρκίας	89
<u>Πίνακας 14:</u> Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων λοιπών παραγόντων	91
<u>Πίνακας 15:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 TOTAL	92
<u>Πίνακας 16:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN 27 Σωματικές Δραστηριότητες Υγεία	93
<u>Πίνακας 17:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 - Γενική Διάθεση	94
<u>Πίνακας 18:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 – Οικογένεια, Ελεύθερος Χρόνος	94
<u>Πίνακας 19:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 – Φίλοι.....	95
<u>Πίνακας 20:</u> Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 - Σχολείο, Μάθηση	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<u>Γράφημα 1:</u> Ποσοστά παχυσαρκίας των εφήβων συνολικά (%).....	66
<u>Γράφημα 2:</u> Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.....	67
<u>Γράφημα 3:</u> Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.....	68
<u>Γράφημα 4:</u> Το επάγγελμα του πατέρα.....	69
<u>Γράφημα 5:</u> Το επάγγελμα της μητέρας.....	69
<u>Γράφημα 6:</u> Η καταγωγή των γονέων.....	70
<u>Γράφημα 7:</u> Η ιδιοκτησία.....	71
<u>Γράφημα 8:</u> Ο αριθμός των υπνοδωματίων	71
<u>Γράφημα 9:</u> Ώρες ύπνου του συνολικού πληθυσμού.....	72
<u>Γράφημα 10:</u> Ώρες ύπνου των αγοριών.....	73
<u>Γράφημα 11:</u> Ώρες ύπνου των κοριτσιών.....	73
<u>Γράφημα 12:</u> Ώρες παρακολούθησης TV/DVD του συνολικού πληθυσμού.....	74
<u>Γράφημα 13:</u> Ώρες παρακολούθησης TV/DVD των αγοριών.....	75
<u>Γράφημα 14:</u> Ώρες παρακολούθησης TV/DVD των κοριτσιών.....	75
<u>Γράφημα 15:</u> Ποσοστά άθλησης συνολικού πληθυσμού.....	76
<u>Γράφημα16:</u> Ποσοστά άθλησης αγοριών.....	76
<u>Γράφημα 17:</u> Ποσοστά άθλησης κοριτσιών.....	77
<u>Γράφημα 18:</u> Λήψη πρωινού στο σύνολο του πληθυσμού.....	79
<u>Γράφημα 19:</u> Συνολικός αριθμός γευμάτων.....	79
<u>Γράφημα 20:</u> Συνολικός αριθμός γευμάτων με άλλο μέλος της οικογένειας....	79
<u>Γράφημα 21:</u> Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή.....	83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Βιώσιμη Ανάπτυξη» του τμήματος Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου. Για τη διεκπεραίωση και την ολοκλήρωση των σπουδών μου συνεισέφεραν πολλοί άνθρωποι τους οποίους οφείλω θερμά να ευχαριστήσω.

Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Βασιλική Κωσταρέλλη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου, και επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και συνεργασία που μου προσέφερε στην πορεία της ολοκλήρωσης της προσπάθειας αυτής. Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τον κ. Ν. Γιαννακούρη όπως και την κ. Δ. Σδράλη, μέλη της τριμελούς επιτροπής, για τη συνεχή ενθάρρυνση και αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχαν.

Απευθύνω πολλές ευχαριστίες στους διευθυντές και μαθητές των σχολικών μονάδων που με την πολύτιμη συνεργασία τους βοήθησαν στην πραγματοποίηση αυτής της έρευνας. Τα σχολεία που συμμετείχαν ήταν: α) το 1^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, β) το 3^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, γ) το 10^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, δ) το 1^ο Λύκειο Καλλιθέας και ε) το 4^ο Λύκειο Καλλιθέας.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τους/τις διευθυντές/τριες των σχολικών μονάδων που υπηρέτησα κατά την τριετή μου αυτή φοίτηση στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Ευχαριστώ τον κ. Κων/νο Αγγελόπουλο, Δ/ντη στο 4^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, την κ. Αθηνά Κουρούπη, Δ/ντρια στο 3^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας και τον κ. Αντώνη Παπαδολιόπουλο, Δ/ντη στο 12^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας γιατί πραγματικά με στήριξαν και με βοήθησαν ενθαρρύνοντάς με σε όλη αυτή την προσπάθεια.

Τέλος θα ήθελα να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου και στα παιδιά μου για την αγάπη και την υποστήριξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της συγκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει τις πιθανές σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής των εφήβων καθώς και της επιρροής που αυτές ασκούν στην ποιότητα ζωής τους ως προς την υγεία.

Μεθοδολογία: Τετρακόσιοι έφηβοι, ηλικίας 12-17 ετών από σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Δήμου Καλλιθέας Αττικής, έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο με γενικές ερωτήσεις, το ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή KIDMED, το οποίο αξιολογεί το βαθμό τήρησης της ΜΔ (Μεσογειακή Διατροφή), το ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT -26) καθώς και το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής ως προς την υγεία, KIDSCREEN-27, το οποίο εκτιμά την Ποιότητας Ζωής στην Υγεία (ΠΖΣΥ) για παιδιά και εφήβους. Έγιναν ανθρωπομετρικές μετρήσεις, και τα επίπεδα παχυσαρκίας προσδιορίστηκαν με βάση τα όρια (cut off points) του International Obesity Task Force - IOTF. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, συσχετίσεις και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, χρησιμοποιώντας το στατιστικό λογισμικό SPSS for Windows έκδοση 18.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι παράγοντες όπως: ο συνολικός αριθμός των γευμάτων που καταναλώνονται την ημέρα από τους εφήβους ($p=0,005$), τα γεύματα με την οικογένεια ($p=0,041$), η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή (KIDMED) ($p=0,049$) φαίνεται να επηρεάζουν θετικά την ΠΖΣΥ τους, ενώ η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (EAT26 total) ($p=0,022$) και η ηλικία ($p=0,050$) επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖΣΥ. Η υποκλίμακα-διάσταση της ΠΖΣΥ *σωματική δραστηριότητα-φυσική ευεξία* επηρεάζεται θετικά από τους παράγοντες: συνολικός αριθμός γευμάτων ($p=0,001$), προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή (KIDMED) ($p=0,015$) και ώρες άθλησης ($p=0,030$) ενώ αρνητική είναι η επιρροή των παραγόντων παχυσαρκία ($p=0,018$) και ώρες ύπνου ($p=0,011$). Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (total EAT-26) επηρεάζει αρνητικά τις υποκλίμακες-διαστάσεις της ΠΖΣΥ *ψυχολογική ευεξία-γενική διάθεση* ($p=0,001$) και *σχολείο – μάθηση* ($p=,005$). Αρνητική είναι επίσης η επιρροή που ασκούν οι παράγοντες κατανάλωση σε αναψυκτικά ($p=0,001$) και ώρες Ιντερνέτ ($p=0,045$) στην υποκλίμακα-διάσταση *σχολείο – μάθηση*. Σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ως προς το φύλο. Η ποιότητα ζωής των εφήβων σε συνολικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα και θετικά από το συνολικό αριθμό γευμάτων, τα γεύματα με την οικογένεια, την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, και αρνητικά με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (EAT 26 total) και την ηλικία, ενώ τη γενική ψυχολογία και ευεξία των εφήβων καθώς και οι επιδόσεις τους στο σχολικό περιβάλλον έχουν άμεση

αρνητική συσχέτιση με τις διατροφικές – διαιτητικές τους συμπεριφορές, όπως με την αποφυγή των παχυντικών τροφών-δίαιτες, την ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο της πράξης του «τρώγειν». Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο βρέθηκαν στο EAT-26 καθώς και στις επιμέρους διαστάσεις του πιο συγκεκριμένα την εμμονή σε δίαιτες αδυνατίσματος και τον έλεγχο του «τρώγειν».

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η τήρηση της μεσογειακής διατροφής επηρεάζει θετικά, σημαντικά στοιχεία της ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία των εφήβων, ενώ η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχει άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην γενικότερη αυτοαντίληψη της υγείας των εφήβων. Η αυτο-αντίληψη υγείας των παιδιών και των εφήβων αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σχετικό αποτέλεσμα στην ιατρική πρακτική και τη δημόσια έρευνα για την υγεία με αποτέλεσμα, να χρειάζεται να ερευνηθεί η επίδραση της ποιότητας της δίαιτας στην ΠΖΣΥ από περισσότερες μελέτες.

ABSTRACT

The **aim** of this study is to investigate the possible relationships between specific dietary, lifestyle and the influence they exert on the health and quality of life of adolescents.

Methodology: There was selected a sample of 400 adolescents aged 12-17 years old from secondary schools of the Municipality of Kallithea in Athens. The students completed a specially designed questionnaire with general questions, a special KIDMED form, which estimates the level of adherence of the Mediterranean diet, a special questionnaire EAT -26 (EATING ATTITUDES TEST) and a questionnaire assessing quality of life in health, KIDSCREEN-27, which estimates health related quality of life (HRQoL) in children and adolescents. Anthropometric measurements were made, and the level of obesity was assessed by special units (cut off points), according to the International Obesity Task Force (IOTF). The descriptive statistics, correlations and multiple linear regressions were used for the analysis of the data, using the specialized statistical software SPSS for Windows version 18.

Results: The analysis of multiple linear regression showed that factors such as: the total number of meals eaten per day by adolescents ($p=0,005$), meals with family ($p=0,041$), the adherence to the Mediterranean diet (KIDMED) ($p=0,049$), seem to affect positively the HRQoL, while disordered eating attitudes (EAT 26 total) ($p=0,022$) and age ($p=0,050$), negatively affect the HRQoL. The subscale-dimension of HRQoL physical activity - physical well-being is positively affected by the factors: total number of meals ($p=0,001$), adherence to the Mediterranean diet (KIDMED) ($p=0,015$) and hours of fitness training ($p=0,030$), while the influence of factors obesity ($p=0,018$) and hours of sleep ($p=0,011$) is negative. The disordered eating behavior (total EAT-26) negatively affect subscales-dimensions of HRQoL psychological well - general mood ($p=0,001$) and school - learning ($p=0,005$). The influence of soft drinks' consumption ($p=0,001$) and Internet hours ($p=0,045$) is also negative in the subscale - dimension school - learning. According to the findings of this study, there are statistically significant differences in the estimation of quality of life for gender, while the quality of life of adolescents in the overall level seems to be directly influenced positively by the total number of meals, the meals with family, the adherence to the Mediterranean diet and negatively, the disordered eating behavior (EAT 26 total) and the age, while general psychology and well-being of adolescents, as their performance in the school environment have a direct negative correlation with their nutritional - dietary behaviors such as the avoidance of fattening foods, preoccupation with food and control of act of "eating". There were found statistically significant differences in gender in EAT-26 score, as well as there were no differences in the separate dimensions of obsession with weight loss diets and control "eating" for bulimia.

Conclusions: The present study indicates that adherence to the MD is positively influence important components of HRQOL in adolescents, while the disordered eating behavior has direct negative impact on general self-perceived health of adolescents. The self-perceived health of children and adolescents is increasingly recognized as a relevant outcome in medical practice and public health research as a result, more studies investigating the effect of diet quality on HRQOL in the youth are needed.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία είναι μια μεταβατική φάση ανάπτυξης μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης και αντιπροσωπεύει το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ένα άτομο βιώνει μια ποικιλία βιολογικών, φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών και αντιμετωπίζει μια σειρά από συναισθηματικά ζητήματα, τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ΠΖΣΥ. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΠΖΣΥ) αναφέρεται στην αντίληψη ενός ατόμου και την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας του και την ευημερία μέσα σε ένα μοναδικό πολιτιστικό περιβάλλον (Costarelli et al., 2012).

Η ποιότητα ζωής του εφήβου όσον αφορά στην ψυχοσωματική του υγεία σχετίζεται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, ο οποίος άπτεται των καθημερινών διατροφικών συνηθειών. Ο βαθμός προσκόλλησης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής φάνηκε ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις επιμέρους διαστάσεις της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής του εφήβου και αυτό έχει αποδειχτεί από παρά πολλές μελέτες.

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν επίσης ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους συνδέονται με τη διαταραγμένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Είναι υψίστης σημασίας να εξασφαλίζεται η βέλτιστη διατροφή και η καλή σωματική και συναισθηματική υγεία στα εφηβικά χρόνια, διότι έχει επιπτώσεις γενικά στην ευημερία, στο επίπεδο υγείας και την επικινδυνότητα ασθένειας στη μετέπειτα ζωή των εφήβων. Επιπλέον, η κακή διατροφή κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία συνδέεται βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα με αρνητικές συνέπειες για την υγεία.

Η εργασία περιλαμβάνει δυο ενότητες. Στη πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η θεωρητική προσέγγιση με τις βιβλιογραφικές πηγές, οι οποίες αναφέρονται στην έννοια της ποιότητας ζωής, στην εφηβική ηλικία, τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και την επιρροή της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ) στην ΠΖΣΥ. Στην δεύτερη ενότητα ακολουθεί η εμπειρική προσέγγιση που αποτελείται από την μεθοδολογία για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που εξήχθησαν.

ΜΕΡΟΣ Α΄:

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

1.1 Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής αντιπροσωπεύει τις σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μιας πληθώρας σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στην «κανονική» καθημερινή ζωή (WHO, 1995). Ως έννοια επικεντρώνεται σε τρεις κύριες διαστάσεις: τη σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία (Σαρρής, 2001).

Ο Πλάτωνας ήταν από τους πρώτους που ανέφερε την ποιότητα της ζωής, καθώς περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα. Ως όρος άρχισε να γίνεται γνωστός τη δεκαετία του '50. Στην αρχή, κοινωνιολόγοι και πολιτικοί χρησιμοποίησαν τους όρους «επίπεδο διαβίωσης», «βιοτικό επίπεδο», δίνοντας έμφαση στην κατανάλωση, ενώ ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για αναψυχή και διακοπές προστέθηκαν αργότερα. Το 1960 ο όρος περιλαμβάνει την έννοια της υγείας και της ευεξίας, ενώ το 1980 ο όρος «ποιότητα ζωής» παρουσιάστηκε στη βιβλιογραφία των Οικονομικών της Υγείας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, η ποιότητα της ζωής έγινε σημαντική προτεραιότητα, με αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60 και του '70 στις Η.Π.Α, να διεξαχθούν πολλές έρευνες για να την περιγράψουν. Στους ορισμούς συμπεριλήφθησαν τόσο η σωματική όσο και η ψυχική ευεξία. Αντικειμενικοί δείκτες, όπως το εισόδημα, η στέγαση και η σωματική/φυσική λειτουργία χρησιμοποιούνται ως μέτρο της ποιότητας ζωής, αλλά δεν δείχνουν πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται και βιώνουν τη ζωή τους. Η έννοια της υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας της ζωής απαιτεί ανάλυση ως μια διακριτή οντότητα, καθώς το επίπεδο ικανοποίησης και ευτυχίας αναγνωρίζονται ως εκδηλώσεις της υποκειμενικής αντίληψης για την ποιότητα ζωής (Oleson, 1990).

Παρ' όλα αυτά, ο όρος χρησιμοποιείται ευρέως από την κυβέρνηση, στην καθημερινή ομιλία, στην υγειονομική περίθαλψη και στο ευρύτερο χώρο της έρευνας. Ωστόσο, παρά την αφθονία της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας, η σύγκριση και η

ερμηνεία είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Ο Bergner (1989, p. 150) επισημαίνει ότι η ποιότητα ζωής είναι «ό,τι οι ερευνητές θέλουν να είναι», κάνοντας δύσκολη τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών μελετών που έχουν διεξαχθεί. Οι Shin και Johnson (1978), πρότειναν ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει «την κατοχή των απαιτούμενων πόρων για την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών, τις επιθυμίες, τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που επιτρέπουν την προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση και την ικανοποιητική σύγκριση ανάμεσα στον εαυτό μας και τους άλλους». (Holmes, 2005).

Ο όρος «ποιότητα ζωής ως προς την υγεία» περιλαμβάνει όχι μόνο τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την υγεία σε επίπεδο σωματικό, όπου η υγεία εκτιμάται μέσω σωματικών δεικτών, αλλά περιλαμβάνει και το πώς αισθάνεται το ίδιο το άτομο ψυχολογικά και σωματικά, πώς διαχειρίζεται τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους αλλά και το πώς αντιμετωπίζει την καθημερινότητά του.

Η μέτρηση της ΠΖΣΥ σε παιδιά και εφήβους θα πρέπει να αναπτυχθεί και να προσαρμοστεί χωριστά στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, έτσι ώστε να καλύπτονται σημαντικές πτυχές για την κάθε ηλικιακή ομάδα. Οι ειδικές πτυχές της ΠΖΣΥ των εφήβων σχετίζονται άμεσα με θέματα, όπως η σωματική ωρίμανση, η εικόνα του σώματος, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, η οικειότητα, η σεξουαλικότητα και η αυτονομία (Frisen, 2007).

1.2 Εφηβική Ηλικία-Ψυχοσωματική Ανάπτυξη

Μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης ενός ατόμου βρίσκεται η εφηβεία, η οποία είναι μια μεταβατική φάση όπου το άτομο βιώνει μια ποικιλία βιολογικών, φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών, οι οποίες μπορούσαν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής. Η ΠΖΣΥ είναι ένα μέτρο για τις σωματικές και ψυχολογικές διακυμάνσεις της υγείας και ένα σημαντικό συμπέρασμα για την υγεία (Frisen, 2007).

Είναι υψίστης σημασίας να εξασφαλίζεται η βέλτιστη διατροφή και η καλή σωματική και συναισθηματική υγεία στα εφηβικά χρόνια, διότι έχει επιπτώσεις γενικά στην ευημερία, στο επίπεδο υγείας και την επικινδυνότητα ασθένειας στη μετέπειτα ζωή τους. Επιπλέον, η κακή διατροφή κατά την παιδική ηλικία και την

εφηβεία συνδέεται βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα με αρνητικές συνέπειες για την υγεία (Costarelli et al., 2012).

Πολλά ακούγονται γύρω από την εφηβεία. Αυτό συμβαίνει διότι είναι μια φυσική κατάσταση που επηρεάζει όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως φύλου, τρόπου ζωής και περιβάλλοντος. Στην εφηβεία τα άτομα παρατηρούν πολλές αλλαγές και στο σώμα, αλλά και στη διάθεσή τους. Η εφηβεία εμφανίζει επίσης εκτός από την ανάπτυξη του σώματος, το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση.

Όσον αφορά τις σωματικές αλλαγές που επιφέρει η εφηβεία είναι εμφανείς στα κορίτσια, καθώς και στα αγόρια. Τα κορίτσια παρατηρούν αλλαγή στο σώμα τους με την αύξηση των μαστών τους, την τριχοφυΐα και την έμμηνο ρύση, μετά από δύο χρόνια περίπου από την έναρξη της εφηβείας. Με την έμμηνο ρύση έρχεται και η ωορρηξία, η οποία μπορεί να μην είναι αρκετά εμφανής τα πρώτα χρόνια. Στα αγόρια, η έναρξη της εφηβείας γίνεται εμφανής με την αύξηση του μεγέθους των γενετικών τους οργάνων στην ηλικία των 11 χρόνων ενώ και σε αυτά ακολουθεί η ανάπτυξη της τριχοφυΐας, καθώς και αλλαγή στη χροιά της φωνής τους κλπ.

Η εφηβεία αρχίζει συνήθως για ένα κορίτσι όταν είναι 8 με 13 χρονών και για τα αγόρια όταν είναι 10 με 15 χρονών. Οι αλλαγές κατά τη διάρκεια της εφηβείας οφείλονται σε ορισμένες ορμόνες, οι οποίες δρουν σε ορισμένα μέρη του σώματος. Η ορμόνη που προκαλεί τις περισσότερες αλλαγές στο σώμα ενός αγοριού κατά την εφηβεία είναι η τεστοστερόνη. Οι γυναικείες ορμόνες ονομάζονται οιστρογόνα. Το ύψος και το βάρος είναι δυο παράγοντες που μετασχηματίζονται στην εφηβική ηλικία καθώς και τα δυο φύλα ψηλώνουν και παίρνουν βάρος το οποίο κατανέμεται ανάλογα με τη σύσταση του εκάστου σώματος. Πιο συγκεκριμένα τα αγόρια παίρνουν βάρος από το 12^ο ως το 16^ο έτος, ενώ τα κορίτσια από το 10^ο ως το 14^ο έτος. Τα αγόρια συνήθως ολοκληρώνουν την αναπτυξιακή διαδικασία τους στο 20^ο έτος της ηλικίας τους και είθισται να υπερέχουν των κοριτσιών και στις δύο τιμές (βάρος, ύψος) κατά 10% περίπου (Rizzoli & Bonjour, 1999).

Σύμφωνα με τον Ζαμπέλα (2003), οι ενεργειακές απαιτήσεις των κοριτσιών αυξάνονται από 1.000 θερμίδες/ ημέρα στην ηλικία των 2 ετών σε 2.600 θερμίδες/ημέρα στην ηλικία των 18 ετών, ενώ η αύξηση είναι μεγαλύτερη στα αγόρια, από 1.200 θερμίδες σε 3.600 θερμίδες. Βασικοί παράγοντες που ρυθμίζουν τις ενεργειακές απαιτήσεις είναι ο ρυθμός ανάπτυξης, το βάρος, το ύψος και βεβαίως η φυσική δραστηριότητα (Ζαμπέλας, 2003, σ. 241).

Η εφηβεία όμως εκτός από το σώμα επηρεάζει και την ψυχολογία των εφήβων. Πολλοί είναι οι έφηβοι που αρχίζουν να έχουν ανασφάλειες για το σώμα τους, αναπτύσσουν ευαισθησίες και νιώθουν πολύ έντονα συναισθήματα. Αρκετοί έφηβοι αναστατώνονται πολύ εύκολα, εκνευρίζονται και αντιδρούν. Πολλοί επίσης είναι πιο επιρρεπείς στο να υποκύψουν σε άσχημες ιδέες της παρέας τους και οι περισσότεροι νιώθουν πως κανείς δεν τους καταλαβαίνει. Όπως το σώμα έτσι και το μυαλό ενός εφήβου επηρεάζεται από τις ορμόνες και τις αλλαγές που του συμβαίνουν. Επιπροσθέτως στην εφηβεία τα παιδιά ανακαλύπτουν τα πρώτα τους σεξουαλικά συναισθήματα, γεγονός που επίσης τους προκαλεί σύγχυση.

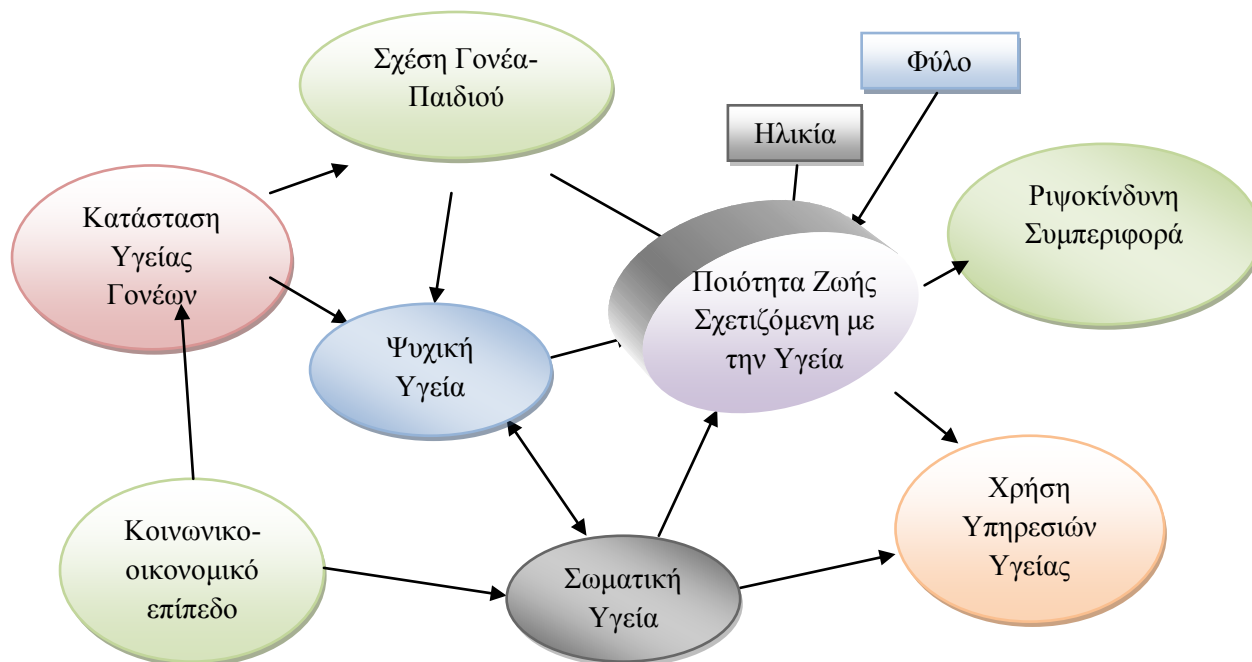
Η εφηβεία είναι το στάδιο της ζωής ενός ατόμου που χαρακτηρίζεται από τις συμπεριφορές, το συναισθηματισμό (ευχάριστο ή δυσάρεστο) και γενικότερα την ψυχική υγεία. Οι ψυχικές διαθέσεις διακρίνονται στις εξής κατηγορίες συναισθημάτων: α) συγκεχυμένα ευχάριστα ή δυσάρεστα συναισθήματα, β) αμυντικά, γ) επιθετικά, δ) κοινωνικά, ε) διάφορα ανώτερα συναισθήματα (π.χ. καλαισθησία) (Rauste-von, Wright, 1989).

Η άποψη για το «ιδανικό σώμα» επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τις απόψεις ενός εφήβου για την εμφάνιση. Οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες έχουν την τάση να καθορίζουν, ως αποδεκτό, ένα στενό εύρος για το «σχήμα» του σώματος στους νέους άνδρες και στις νέες γυναίκες. Το γυναικείο ιδανικό σώμα είναι σήμερα υπέρ του «λεπτού σχήματος» του σώματος και του μέσου ύψους, ενώ στους άνδρες το καλά αναπτυγμένο σώμα με μύες και λεπτή μέση και γοφούς (Erling and Hwang, 2004). Έτσι, πολλά κορίτσια αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως εύσωμο ή υπέρβαρο, ακόμη και αν δεν είναι, σε σχέση με το πρότυπο του πολύ «λεπτού» που προβάλλεται (Frisen, 2007).

Στην παιδική ηλικία, τα κορίτσια συνήθως βλέπουν την ΠΖΣΥ τους πιο θετικά από ό,τι τα αγόρια, ενώ κατά την έναρξη της εφηβείας συνήθως βλέπουν την ΠΖΣΥ τους πιο αρνητικά από ό,τι τα αγόρια. Οι διαφορές φύλου στην ΠΖΣΥ κατά τη διάρκεια της εφηβείας θα μπορούσαν να οφείλονται σε βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι πολιτισμικές απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων ομορφιάς, είναι περισσότερο αντιφατικές με τα κορίτσια από ό,τι με τα αγόρια και θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την εικόνα του σώματος. Η διαφορά των φύλων μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες συχνά ανησυχούν περισσότερο για τον εαυτό τους, την ευημερία τους, την εμφάνιση και το σώμα τους, σε σύγκριση με τα αγόρια (Bisegger et al., 2005)

1.3 Αντίληψη της Ποιότητας Ζωής ως προς την Υγεία από την Πλευρά των Εφήβων

Σχήμα 1: Προσδιοριστικοί παράγοντες για την ΠΖΣΥ



Πηγή: Τούντα Γ. (2007)

Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα KIDSCREEN (2002) αποτελεί μια διευρωπαϊκή συνεργασία για τη δημιουργία ενός εργαλείου μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, που σχετίζεται με την Υγεία των παιδιών και των εφήβων. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχαν συνολικά δέκα τρεις ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ελβετία και Αγγλία, Ιρλανδία, Σουηδία, Τσεχία, Ουγγαρία, Πολωνία και Ελλάδα). Υπεύθυνοι για την ελληνική ομάδα ήταν οι: Τούντας Γ., Τσιάντης Γ., Δημητράκη Χ., και στο Ευρωπαϊκό συντονιστικό κέντρο οι: Robert Koch Institute, Bettin (<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=604>).

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 1.192 έλληνες μαθητές 12 - 18 ετών (77,13% από όλες τις Δ/νσεις Δ/θμιας Εκπαίδευσης) και 1.044 γονείς (63%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής, στον τομέα της ψυχολογικής τους ευεξίας, εκφράζουν δηλαδή περισσότερο αρνητικά συναισθήματα και μικρή σχετικά ικανοποίηση από την ζωή τους. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται επίσης θετικά και με το φύλο, καθώς τα κορίτσια δήλωσαν

χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε πολλές διαστάσεις της. Σημαντικός παράγοντας για αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι η ίδια η εφηβεία και η έναρξη της εμμηνορρυσίας. Οι Έλληνες έφηβοι δήλωσαν σε ποσοστό 22,3% ότι «ποτέ ή σπάνια» έχουν αρκετό χρόνο οι γονείς τους να διαθέσουν για αυτούς, ενώ το 20% δήλωσαν ότι «ποτέ ή σπάνια» μπορούν να μιλήσουν στους γονείς τους όταν θέλουν. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν διαφορετικό ποσοστό στις αντίστοιχες ερωτήσεις, αφού μόλις 11,8% δήλωσαν ότι «ποτέ ή σπάνια» δεν έχουν αρκετό χρόνο για να διαθέσουν για το παιδί, ενώ μόνο 7% των γονέων δήλωσαν ότι το παιδί τους δεν μπορεί να τους μιλήσει όποτε θέλει (Τούντας, 2008).

Όσον αφορά τους παράγοντες που συσχετίζονται με την ΠΣΖΥ παρουσιάζεται θετική συσχέτιση με το ανδρικό φύλο των εφήβων, τη μικρότερη ηλικία, την απουσία χρόνιων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, την υψηλή κοινωνική υποστήριξη και το υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα. Η μελέτη αυτή ενισχύει τη σημασία της γονεϊκής υποκειμενικής κατάστασης της υγείας, μαζί με άλλες μεταβλητές, ως σημαντικό παράγοντα για την ΠΣΖΥ των εφήβων (Giannakopoulos et al., 2009).

Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς και η κοινωνική υποστήριξη, κατέχουν περίοπτη θέση για την ΠΣΖΥ και την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων (El-Dardiry et al., 2012).

Σε έρευνα των Theodorakis et al. (2003), που αφορούσε την σωματική δραστηριότητα των μαθητών λυκείου βρέθηκε ότι αυτή μειώνεται, καθώς οι μαθητές αυξάνουν το κάπνισμα. Κατά το στάδιο μελέτης της φυσικής αγωγής και υγείας των εφήβων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι πιθανές μεταβλητές που αφορούν την ψυχολογία των εφήβων. Η υγιεινή διατροφή και η φυσική δραστηριότητα των εφήβων επηρεάζει την υγεία τους βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Τα πρότυπα υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας των εφήβων προάγουν τη βέλτιστη ανάπτυξη και εμποδίζουν την εμφάνιση προβλημάτων υγείας ακόμη και των χρόνιων παθήσεων. Επίσης, η τακτική φυσική δραστηριότητα στους εφήβους βελτιώνει την αντοχή, τη μυϊκή δύναμη, τον έλεγχο του βάρους, τη βέλτιστη οστική πυκνότητα, καθώς και την υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη και μειώνει τα επίπεδα άγχους (Theodorakis et al., 2003).

1.3.1 Υγεία και Σωματικές Δραστηριότητες

Η σωματική δραστηριότητα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Η άσκηση βοηθάει να περιοριστεί η αρνητική εικόνα που έχει κάποιος για το σώμα του, όπως αποδείχθηκε σε γυναίκες ασκούμενες, να βελτιώσει τη σωματική του κατάσταση (Russell & Coy, 2003).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο χρόνος που δαπανάται σε εξωτερικούς χώρους είναι έντονα προγνωστικός για τη δραστηριότητα των παιδιών. Άρα ο χωροχρόνος επηρεάζει άμεσα την συμμετοχή των εφήβων στις σωματικές δραστηριότητες και στο ποσοστό που αυτά επιθυμούν να είναι δραστήρια. Η συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα αθλητισμού έχει βρεθεί να αντιπροσωπεύει περίπου το 55-65% της μέτριας προς έντονης δραστηριότητας των παιδιών (Welk et al., 2000).

Εκτιμάται ότι περίπου το 80% των εφήβων δραστηριοποιούνται σωματικά τουλάχιστον 30 λεπτά, και ίσως λιγότεροι από τους μισούς δραστηριοποιούνται τουλάχιστον 60 λεπτά. Περίπου τα 2/3 των εφήβων αγοριών και το 1/4 των εφήβων κοριτσιών αναφέρουν ότι κάνουν 20 λεπτά μέτρια προς έντονη σωματική δραστηριότητα 3 φορές την εβδομάδα. Επειδή η σωματική δραστηριότητα έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία των νέων και πολλοί νέοι δεν πληρούν τις καθιερωμένες κατευθυντήριες γραμμές, η βελτίωση των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας των νέων αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία (Sallis et al., 2000).

Οι διαφορές φύλου στην ΠΖΣΥ κατά τη διάρκεια της εφηβείας θα μπορούσαν να οφείλονται σε βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Επίσης, το υπερβολικό βάρος σώματος φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά αρνητικά με τη σωματική ευεξία, και τα άτομα αυτά μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες, ακόμη και κοινωνικό αποκλεισμό. Έτσι, οι γονείς, οι καθηγητές και οι γυμναστές χρειάζεται να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την κακή ΠΖΣΥ μεταξύ παιδιών και εφήβων με υπερβολικό βάρος σώματος (Costarelli et al., 2012).

Στην Αυστραλία, σε δείγμα εφήβων, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ΠΖΣΥ και φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων του σχολείου και μετά το σχολείο. Αντιθέτως, οι έφηβοι οι οποίοι παρακολουθούσαν τηλεόραση πάνω από 2 ώρες την ημέρα σχετίζονταν με χαμηλότερη ΠΖΣΥ. Όμως, οι

έφηβοι που ήταν σωματικά δραστήριοι και έβλεπαν λίγο τηλεόραση κάθε μέρα, είχαν υψηλότερα σκορ ΠΖΣΥ σε σύγκριση με εκείνους που δεν ήταν σωματικά δραστήριοι και έβλεπαν πολύ τηλεόραση κατά τις σχολικές ημέρες. Σύμφωνα με τους Lacy et al. (2012), θα χρειαστεί περισσότερη έρευνα για να κατανοήσουμε πόσο η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και ο περιορισμός του χρόνου που δαπανάται για τηλεόραση μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική στρατηγική για την ενίσχυση της ΠΖΣΥ των εφήβων (Lacy et al., 2012).

Μετά από 3 χρόνια παρακολούθησης της ΠΖΣΥ σε δείγμα της έρευνας των Palacio-Vieira et al. (2008), παρατηρήθηκε αισθητή επιδείνωση της ΠΖΣΥ στους νέους ηλικίας 13-17 ετών και ιδιαίτερα στα κορίτσια. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Meuleners and Lee (2003), οι οποίοι, μετά από μελέτη 6 μηνών, ανέφεραν μικρή αλλά σημαντική μείωση στην ΠΖΣΥ των εφήβων, γεγονός που αποδίδεται σε αλλαγές μεταξύ χειμώνα και καλοκαιριού σε σχέση με τις δραστηριότητες του σχολείου, τον αθλητισμό και την υγεία των εφήβων.

Σε έρευνα των Van Der Horst et al. (2007), το φύλο, η αυτεπάρκεια, η σωματική δραστηριότητα των γονέων, η γονική υποστήριξη, η εκπαίδευση των γονέων, η στάση και οι αντιλήψεις, ο προσανατολισμός των στόχων / κίνητρων, η συμμετοχή σε αθλήματα στο σχολείο, οι οικογενειακές επιρροές και η υποστήριξη από φίλους συσχετίζονται θετικά με τη φυσική δραστηριότητα. Ενώ, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος, η κατάθλιψη, η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων συνδέονται με την καθιστική συμπεριφορά των εφήβων (Van Der Horst et al., 2007).

Η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντική στην παιδική ηλικία ως μέσο για τη διατήρηση της ισορροπίας της ενέργειας και την αντοχή των οστών, καθώς και τη μείωση του κινδύνου χρόνιων ασθενειών αργότερα στη ζωή, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την ευημερία και τη δημιουργία καλύτερων συνηθειών ζωής. Η φυσική αδράνεια παραμένει ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας σε πολλές περιοχές του κόσμου. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο τα επίπεδα δραστηριότητας είναι χαμηλά. Περίπου τα 2/3 των ανδρών και τα 3/4 των γυναικών δεν πληρούν τις εθνικές συστάσεις για σωματική δραστηριότητα. Αυτό το πρόβλημα συνυπάρχει με την αυξητική τάση της παχυσαρκίας. Στην Αγγλία, τα επίπεδα παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί από 13,2% το 1993 σε 23,1% το 2005 σε άνδρες και από 16,4% σε 24,8% στις γυναίκες. Η αντιμετώπιση της σωματικής/φυσικής αδράνειας αυτού του

ζητήματος θα επιφέρει πολλά οφέλη για τον πληθυσμό, ακόμη και μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Miles, 2007).

Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν σε μειωμένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, όπως η χρήση του αυτοκινήτου, ο σχεδιασμός της γειτονιάς κλπ. Η προώθηση της σωματικής δραστηριότητας θα πρέπει να αποτελεί κρίσιμο στοιχείο του πολεοδομικού σχεδιασμού και (πχ. περισσότερες κατασκευές σε γειτονιές για χώρους άθλησης, όπως πάρκα). Οι αλλαγές στις εθνικές πολιτικές πρέπει να έχουν ως επίκεντρο στρατηγικές για την αντιμετώπιση της σωματικής άσκησης. Οι ασκούμενες πολιτικές Μεταφορών είναι επίσης σημαντικές, επειδή ο φόβος της κυκλοφορίας έχει επιπτώσεις στην ικανότητα για άνετη πεζοπορία ή ποδήλατο. Επίσης είναι αναγκαίες περαιτέρω επενδύσεις στον αθλητισμό και σε αθλητικές εγκαταστάσεις. (Fox και Hillsdon, 2007).

1.3.2 Συναισθήματα-Γενική Διάθεση

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους αποτελούν προβλήματα υγείας με μεγάλες συνέπειες όσον αφορά την ατομική ευημερία, καθώς και την καθημερινή και κοινωνική λειτουργία. Το ποσοστό των παιδιών και των εφήβων που παρουσιάζουν σημάδια προβλημάτων ψυχικής υγείας ποικίλλει μεταξύ των χωρών και των διαφόρων κοινωνικο-δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Το οικογενειακό κλίμα, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η κακή κοινωνική στήριξη και η μειωμένη ψυχική ευεξία των γονέων αποτελούν δυσμενείς παράγοντες που επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους, με αποτέλεσμα να συμβάλουν σε μειωμένη ΠΖΣΥ. Η ενίσχυση στους παραπάνω τομείς θα πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο, στον τομέα της πρόληψης και των παρεμβάσεων (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Η εφηβεία, αλλά και οι μικρότερες ηλικίες, θεωρούνται περίοδοι ανάπτυξης όπου τα άτομα δημιουργούν τη δική τους ταυτότητα, διότι περιλαμβάνουν γεγονότα της ζωής και μεταβάσεις οι οποίες μπορεί να είναι είτε επιθυμητές είτε ανεπιθύμητες. Η συχνή έκθεση σε τέτοια γεγονότα κατά τη διάρκεια της εφηβείας έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με χειρότερη ΠΖΣΥ. Στην έρευνα των Villalonga-Olives et al. (2010), ο μεγαλύτερος αντίκτυπος της επίδρασης των γεγονότων της ζωής στην ΠΖΣΥ

παρατηρήθηκε στην ομάδα των αγοριών, από ό,τι στα κορίτσια, όπου φέρεται να έζησαν περισσότερο άγχος (Villalonga-Olives et al., 2010).

Σε παλαιότερη μελέτη στο Μεξικό διαπιστώθηκε ότι η εφηβεία έχει ισχυρότερη (αρνητική) επίδραση στην ψυχολογική ευεξία στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια σε διάστημα 6 μηνών (Benjet & Hernandez-Guzman, 2002).

Σε δείγμα Ισπανών παιδιών και εφήβων, το οποίο παρακολουθήθηκε για 3 χρόνια, παρατηρήθηκε ότι η πτώση της ΠΖΣΥ ήταν πολύ πιο έντονη σε εκείνους των οποίων η ψυχική υγεία και τα ανεπιθύμητα γεγονότα της ζωής επιδεινώθηκαν. Αντιθέτως, σε εκείνους των οποίων η ψυχική υγεία παρέμεινε σταθερή ή βελτιώθηκε κατά την περίοδο της μελέτης, η μείωση ΠΖΣΥ ήταν σχετικά μικρή (Rajmil et al., 2009).

Επιπλέον, η πρόληψη θα πρέπει να γίνεται μέσω του εντοπισμού αποτελεσματικών προγραμμάτων για διερεύνηση των προβλημάτων και των διαταραχών, μέσω της εθνικότητας και του πολιτισμικού περιβάλλοντος, την υιοθέτηση παρεμβάσεων, δοκιμαστικών παρεμβάσεων σε πραγματικές συνθήκες που θα είναι όμως προσιτές και αποτελεσματικές για την κοινότητα. Συνδέοντας την επιστήμη και την πρακτική της πρόληψης και της θεραπείας θα είναι καλό για την επιστήμη, τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειές τους. (Weisz et al., 2005)

Σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος της περίθαλψης και την εφαρμογή της επιδημιολογίας, θα πρέπει να γίνει περαιτέρω ανάπτυξη και εφαρμογή υγιών αρχών πρόληψης, για νέους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικής νόσου, και μεγαλύτερη αναγνώριση και προαγωγή της ψυχικής υγείας. Αναπόσπαστο μέρος αυτής της προσέγγισης είναι η ενσωμάτωση με επίκεντρο την οικογένεια, το πολιτισμικό περιβάλλον και τις αναπτυξιακά κατάλληλες υπηρεσίες (Tolan and Dodge, 2005).

1.3.3 Οικογένεια-Ελεύθερος Χρόνος

Σύμφωνα με διευρωπαϊκή μελέτη για την ποιότητα της ζωής, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σχέση τους με τους γονείς τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Τούντα (2007), οι Έλληνες έφηβοι μαθητές πιο συγκεκριμένα το 22,3% των εφήβων δήλωσε ότι «ποτέ

ή σπάνια» οι γονείς τους έχουν αρκετό χρόνο να διαθέσουν για αυτούς, και το 20% δήλωσε «ποτέ ή σπάνια» μπορούν να μιλήσουν στους γονείς τους όταν το θέλουν.).

Η υποκειμενική ψυχική κατάσταση της υγείας των γονέων συσχετίζεται σημαντικά με τις διαθέσεις των εφήβων για καλύτερη σωματική και ψυχολογική ευεξία, τη διάθεση και τα συναισθήματα, τις σχέσεις γονέα-παιδιού, το σχολικό περιβάλλον και τους οικονομικούς πόρους. Επίσης η υποκειμενική φυσική κατάσταση της υγείας συνδέθηκε έντονα με τη θετική αυτοαντίληψη των εφήβων (Giannakopoulos et al., 2009).

Όσον αφορά τώρα τον παράγοντα «ελεύθερος χρόνος» είναι κατανοητό ότι η εκβιομηχάνιση και η σχολική εκπαίδευση συνδέονται με τη δραματική μείωση του χρόνου παραμονής στα νοικοκυριά και τη μισθωτή εργασία. Για παράδειγμα, οι έφηβοι στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες της Ανατολικής Ασίας περνούν τον ελεύθερο χρόνο στις σχολικές εργασίες/μαθήματα, ενώ οι έφηβοι στη Βόρεια Αμερική διαθέτουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο. Η ηλικία, το φύλο και οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για το χρόνο που δαπανάται σε δραστηριότητες (Larson and Verma, 1999).

Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα και τους γονείς, σε έρευνα που διεξήχθη στη Νορβηγία, έδειξε ότι το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας των γονέων και η αμοιβαία υποστήριξη των γονέων επηρεάζει το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας των εφήβων. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι γονείς αποτελούν μοντέλα, υποστηρικτές και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην προώθηση της σωματικής δραστηριότητας των νεαρών εφήβων (Anderssen & Wold, 1992).

Όσον αφορά την ψυχολογία και τους γονείς, στις οικογένειες όπου παρατηρούνται συγκρούσεις, επιθετικότητα και όπου οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη είναι «κρύες», μη υποστηρικτικές και αμελείς οδηγούν σε διαταραχές στην ψυχοκοινωνική λειτουργία, σε διαταραχές του άγχους, σε κακή συμπεριφορά της υγείας (μεγάλες χρόνιες ασθένειες), ακόμη και σε κατάχρηση ουσιών. Το οικογενειακό περιβάλλον κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αποτελεί ζωτικής σημασίας παράγοντα για την κατανόηση της ψυχικής και σωματικής υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Repetti et al., 2002).

Τέλος, όσον αφορά τη διατροφή, τα οικογενειακά γεύματα φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της θετικής διατροφικής πρόσληψης μεταξύ των εφήβων (Neumark-Sztainer et al., 2003).

1.3.4 Φιλία

Οι έφηβοι ξεκινούν μια νέα περίοδο στην ανάπτυξη των κοινωνικών επαφών (κοινωνικότητα), η οποία προκύπτει από τη σταδιακή διάσταση/διαχωρισμό από τους γονείς. Οι επαφές αυτές ωριμάζουν κυρίως μέσα από τη φιλία. Οι έφηβοι, γενικότερα, εκφράζουν την κοινωνική τους ανάγκη για φίλους, περιμένοντας την πλήρη κατανόηση και εμπιστοσύνη. Αυτές οι ανάγκες όμως δεν είναι ομοιογενείς και επηρεάζονται από την περίοδο της εφηβείας, το φύλο, καθώς και από τις ατομικές διαφορές (Niebrzydowski, 1995).

Οι φιλίες διαφέρουν ως προς τη μορφή, το περιεχόμενο και τη σημασία τους ανάλογα με την ηλικία. Το φύλο έχει ανεξάρτητες επιδράσεις σχετικά με την αντίληψη της φιλίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι πολιτισμικές διαφορές και το φύλο δεν μπορούν να χαρακτηρίζονται από το ίδιο σύνολο χαρακτηριστικών (Verkuyten and Masson, 1996).

Οι φιλίες αποτελούν μια ασφαλή βάση για τους εφήβους καθώς τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές προκλήσεις της κοινωνίας του σχολείου. Μέσα από αυτές τις σχέσεις, οι έφηβοι αναπτύσσουν μια ισχυρότερη αίσθηση του «ανήκειν» στα σχολεία τους (Hamm & Faircloth, 2005).

Κατά το στάδιο της εφηβείας, οι συνομήλικοι λειτουργούν συνήθως ως πρότυπα, καθώς υπάρχει η ψυχο-συναισθηματική ανάγκη του εφήβου να ανήκει σε μια ομάδα. Οι έφηβοι, επίσης, θεωρούν πώς το να γευματίζουν για παράδειγμα με τους φίλους τους συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση και την ψυχαγωγία τους (Bergman, Joseph, 2000). Αποτέλεσμα, πολλές φορές, αυτής της συμπεριφοράς είναι η υιοθέτηση των διατροφικών συνηθειών των φίλων τους.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2007), οι έφηβοι με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη έχουν σημαντικά λιγότερες εμπειρίες κοινωνικού εκφοβισμού και μη αποδοχής (Τούντας, 2007).

Διαστάσεις όπως η συντροφικότητα, η σύγκρουση, η βοήθεια, η ασφάλεια και η εγγύτητα, χρησιμοποιούνται πολλές φορές για τη μέτρηση της φιλίας, καθώς έχουν παρατηρηθεί υψηλότερες βαθμολογίες για τους κοινούς και σταθερούς φίλους σε σχέση με τους μη κοινούς και μη σταθερούς (Bukowski et al., 1994).

Μια υψηλής ποιότητας φιλία χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς και οικειότητας, καθώς και από χαμηλά επίπεδα

συγκρούσεων, αντιπαλότητας, και άλλων αρνητικών χαρακτηριστικών. Η ποιότητας της φιλίας έχει άμεσες επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της κοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών, συμπεριλαμβανομένης της αυτοεκτίμησή τους, της κοινωνικής προσαρμογής και της αύξησης ή της μείωσης της επιρροής των φίλων για τις στάσεις και τις συμπεριφορές του άλλου (Berndt, 2002).

1.3.5 Σχολικό Περιβάλλον

Στις περισσότερες περιπτώσεις του σύγχρονου δυτικού κόσμου, το εκπαιδευτικό σύστημα συνεχίζει να μη είναι και τόσο ελκυστικό για τα παιδιά και τους εφήβους με αποτέλεσμα οι μαθητές να επιβαρύνονται (π. Θερμός, 2008). Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου για τα συναισθήματα των μαθητών, όταν βρίσκονται στο σχολείο, παρατηρήθηκε ότι πάνω από το 50% των μαθητών νιώθουν κούραση, πίεση, πλήξη και άγχος. Λιγότεροι από τους μισούς του δείγματος δήλωσαν απαισιοδοξία, απογοήτευση, οργή, ευχαρίστηση, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 20% δήλωσαν χαρά, αισιοδοξία και μοναξιά (Πενταρβάνη, 2009).

Γενικότερα, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ανάγκη για βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων στο σχολικό περιβάλλον, έτσι ώστε να συμβάλει στη βελτίωση των μαθητικών επιδόσεων (Κάτσικα και Θεριανού, 2006).

Η σωματική ανάπτυξη και το φύλο, στις ηλικίες που αφορούν την εφηβεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη. Παράγοντες, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις αλλαγές στην ΠΖΣΥ, όπως τα γεγονότα της ζωής, ο τρόπος ζωής και ειδικά οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη σε μελλοντικές έρευνες (Palacio-Vieira et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

2.1 Η Μεσογειακή Διατροφή

Η Μεσογειακή Διατροφή αντικατοπτρίζει τις τυπικές διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της Μεσογείου. Πιο συγκεκριμένα βασίζεται στην απλή παρασκευή εύγευστων πιάτων χάρη στην πλούσια γκάμα προϊόντων που παράγονται σε αυτές τις χώρες.

Η Ελληνική παραδοσιακή διατροφή βρίσκεται πολύ κοντά στη Μεσογειακή διατροφή. Η ελληνική εκδοχή της Μεσογειακής Διατροφής αποτελείται από προϊόντα που παράγονται στην Ελλάδα και διαμόρφωσαν τις διατροφικές-διαιτητικές συνήθειες των Ελλήνων.

Η Μεσογειακή διατροφή ξεκίνησε να ερευνάται αρχικά το 1960 από τον Angel Keys, ο οποίος παρατήρησε τις διατροφικές συνήθειες πληθυσμών στην περιοχή της Μεσογείου. Στα συμπεράσματά του βρέθηκε ότι η βάση της Μεσογειακής διατροφής στηριζόταν στη χρήση πληθώρας τροφίμων που δεν βασίζονταν στο κρέας αλλά κυρίως στην υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ξηρών καρπών και ελαιολάδου. Αντιθέτως η χρήση κρέατος και αλλαντικών ήταν περιορισμένη, ενώ δεν απουσίαζε σχεδόν καθημερινά από το διαιτολόγιο ένα ποτήρι κόκκινο κρασί. Αυτό είχε και ως αποτέλεσμα τη μειωμένη εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων καθώς και τα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη.

Τα τελευταία πενήντα χρόνια έχει εμφανιστεί στο παγκόσμιο προσκήνιο μια ομόφωνη διεθνής επιστημονική άποψη ότι η παραδοσιακή διατροφή των χωρών της Μεσογείου είναι πιο υγιής από τις δυτικές ή τις άφθονες δίαιτες.

Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, το ίδρυμα Ροκφέλερ διεξήγαγε μια έρευνα διατροφικής ταυτότητας της Μεσογείου, σε 700 σχεδόν άνδρες αγροτικής περιοχής της Κρήτης, γνωστή ως «Μελέτη των 7 χωρών», για να μελετήσει τη σχέση της διαίτας με τα καρδιακά νοσήματα. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν, χαμηλά επίπεδα καρδιαγγειακών νοσημάτων, λιγότερα περιστατικά από εγκεφαλικά, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς και μακροβιότητα στον πληθυσμό της Κρήτης, λόγω της διατροφής στην περιοχή, σε σχέση με τους πληθυσμούς άλλων

χωρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα (Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ιαπωνία, Ιταλία, Ολλανδία και Φινλανδία) (Σημοπούλου, 2006).

Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται ως πρωτότυπο μοντέλο για την υγιεινή διατροφή, γιατί συνδέεται με τη μακροζωία και τη μειωμένη εμφάνιση διαφόρων ασθενειών διαφόρων ασθενειών, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος (Lazarou et al., 2009).

2.2 Η σημασία της σωστής διατροφής στην εφηβική ηλικία

Η έννοια της σωστής διατροφής πάντα ταυτοποιείται με την Μεσογειακή διατροφή. Η Μεσογειακή διατροφή είναι ίσως ένα από τα πιο υγιεινά διαιτητικά μοντέλα που υπάρχουν σήμερα, τα οποία έχουν επιβεβαιωθεί από πολυάριθμες επιδημιολογικές και πειραματικές μελέτες διατροφής που δείχνουν μεσογειακές χώρες που επωφελούνται από τις χαμηλότερες τιμές της χρόνιας νοσηρότητας και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή προστατεύει από έμφραγμα του μυοκαρδίου, από ορισμένους όγκους, όπως του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη, από τον διαβήτη και άλλες παθολογίες που σχετίζονται με το οξειδωτικό στρες.

Επιπλέον, η Μεσογειακή διατροφή έχει τεκμηριωθεί ως έχουσα προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου Alzheimer, ορισμένων ασθενειών του πεπτικού συστήματος και ακόμη μολύνσεων, μεταξύ άλλων. Επιπλέον, μπορεί να συμβάλει στη μείωση των επιπλοκών σε διάφορες ασθένειες, όπως στην έναρξη ενός δευτέρου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή του κινδύνου της στεφανιαίας καρδιακής ανεπάρκειας παρέμβασης, καθώς και διαβητικών αγγειακών επιπλοκών. Πολλοί υποστηρίζουν ότι το χαλαρωτικό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, οι ήπιες κλιματικές συνθήκες, η διατήρηση της εκτεταμένης δομής της οικογένειας, ακόμα και η συνήθεια του μεσημεριανού ύπνου στην περιοχή της Μεσογείου μπορεί να παίζει το ρόλο του ανταποδοτικού χαρακτήρα. Η Μεσογειακή διατροφή και ο τρόπος ζωής είχαν διαμορφωθεί από τις κλιματικές συνθήκες, τη φτώχεια και τις κακουχίες και όχι από την πνευματική διορατικότητα και τη σοφία, καθώς δεν αντιπροσωπεύει μια παροδική μόδα (Trichopoulou & Lagiou, 1997).

Παρά το γεγονός ότι η έννοια της Μεσογειακής δίαιτας έχει αποκτήσει δημοτικότητα στο εσωτερικό της επιστημονικής κοινότητας και του πληθυσμού εν

γένει, δεν υπάρχει μια ενιαία Μεσογειακή διατροφή, αλλά υπάρχουν πολλές μεσογειακές διατροφικές συνήθειες, καθώς υπάρχουν πολλές χώρες της Μεσογείου. Επιπλέον, εκτός από τον καθορισμό των χαρακτηριστικών διατροφικών συνηθειών, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι παρ' όλο που δεν βρέχονται όλες οι χώρες από τη Μεσόγειο έχουν διατηρήσει τις ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες. Είναι σημαντικό το μήνυμα της Μεσογειακής διατροφής να περαστεί από τα παιδιά και τους εφήβους στους γονείς, όπως συνέβη και με τους Apple computers, οι οποίοι δόθηκαν δωρεάν σε σχολεία, άρεσαν στα παιδιά, το είπαν στους γονείς και έπειτα εκατομμύρια Apple computers πουλήθηκαν (Keys, 1995).



Μέχρι και το 2000, η αποτίμηση της Μεσογειακής διατροφής επικεντρώθηκε στη χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά οξέα και την υψηλή περιεκτικότητα των σύνθετων υδατανθράκων και διαιτητικών ινών. Παρόλα αυτά, τα αντιοξειδωτικά, τα οποία υπάρχουν στα λαχανικά, τα φρούτα, τα ποτά και επίσης στο παρθένο ελαιόλαδο, μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη των καρδιοπαθειών και, ενδεχομένως, σε διάφορες μορφές καρκίνου και άλλων ασθενειών, παρέχοντας έτσι μια εύλογη εξήγηση για τα προφανή οφέλη. Μια δίαιτα βασισμένη στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή συνδέεται με μεγαλύτερη επιβίωση. Η ελληνική εκδοχή της Μεσογειακής διατροφής κυριαρχείται από την κατανάλωση του ελαιολάδου και από την υψηλή κατανάλωση λαχανικών και φρούτων. Άγρια βρώσιμα χόρτα που τρώγονται συχνά σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας με τη μορφή σαλάτας ή πίτας περιέχουν πολύ υψηλές ποσότητες φλαβονοειδών D, υψηλότερες από εκείνες που βρίσκονται στο κόκκινο κρασί ή το μαύρο τσάι. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία άμεση απόδειξη ότι αυτά τα αντιοξειδωτικά είναι κεντρικής σημασίας για τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής, έμμεσες αποδείξεις από επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι τα αντιοξειδωτικά μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο (Trichopoulou and Vasilopoulou, 2000).

Η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή αποτελείται από οκτώ συνιστώσες: (1) υψηλή αναλογία μονοακόρεστων και κορεσμένων λιπαρών, (2) μέτρια κατανάλωση αιθανόλης, (3) υψηλή κατανάλωση οσπρίων, (4) υψηλή κατανάλωση δημητριακών

(π.χ. ψωμί), (5) υψηλή κατανάλωση φρούτων, (6) υψηλή κατανάλωση λαχανικών, (7) χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος, και (8) μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (Trichopoulou et al., 1995).

2.3 Διατροφικές συνήθειες των εφήβων

Η βρεφική ηλικία και η εφηβεία αποτελούν μια περίοδο αναμφισβήτητου διατροφικού ενδιαφέροντος, καθώς είναι μια φάση προώθησης και εδραίωσης των διατροφικών συνηθειών και αποτελεί μια περίοδο κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη τις αυξημένες διατροφικές ανάγκες για την ανάπτυξη. Η αυξημένη διατροφική ποικιλία και η διαθεσιμότητα των φρέσκων προϊόντων στα μεγάλα αστικά κέντρα επηρεάζει θετικά την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων στα παιδιά και εφήβους της Ισπανίας. (Serra-Majem et al., 2004). Αυτό αμφισβητεί τον ισχυρισμό των Petridou et al., (1995) ότι η συνέχεια και η διατήρηση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής είναι μεγαλύτερη στις μικρότερες σε μέγεθος πόλεις. Το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων ενηλίκων άνω των 45 ετών είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο και σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό οφείλεται στη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου (CHD) εντός του ελληνικού πληθυσμού. Από τα τέλη του 1950 έχει υποτεθεί ότι η παραδοσιακή ελληνική διατροφή είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο, η ποιότητα ζωής στην Τουρκία επηρεάζεται από παράγοντες, όπως παχύσαρκες οικογένειες, παχύσαρκα παιδιά, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2, υπέρταση, ψυχο-κοινωνικά προβλήματα και καρκίνο.

Γενικότερα διαπιστώνεται ότι το σύνολο του πληθυσμού μπορεί να επωφεληθεί από τη Μεσογειακή διατροφή και την ενημέρωση καθώς και την εκπαίδευση σχετικά με τη Μεσογειακή διατροφή. Το πρόγραμμα σπουδών των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, συμπεριλαμβανομένων των παιδικών σταθμών, πρέπει να τονίζουν τη σημασία της κατανάλωσης του ελαιολάδου, των οπωροκηπευτικών, των δημητριακών ολικής αλέσεως, την ισορροπημένη και επαρκή διατροφή, και τη σωματική δραστηριότητα. Τα οφέλη για την υγεία της Μεσογειακής διατροφής είναι τόσο βαθιά ώστε αξίζει να προωθηθούν για την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών των παιδιών. Τα παιδιά θα πρέπει να συμμετέχουν στα ψώνια, δείχνοντάς τους οι γονείς πώς να επιλέγουν υγιεινά τρόφιμα. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να

στηρίζουν τη βιομηχανία τροφίμων για την παραγωγή υγιεινών τροφίμων και το κράτος, η οικογένεια, τα σχολεία και οι συναφείς κλάδοι θα πρέπει να συνεργαστούν για τη βελτίωση της υγείας. (Akar Sahingoz & Sanlier, 2011).

Οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να έχουν σημαντική θετική επίδραση στην υγιή ανάπτυξη και την ανάπτυξη κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Loewen & Pliner, 1999; Kroke et al., 2004) και για τα θέματα υγείας στη μετέπειτα ζωή (Garemo et al., 2007; Neumark et al., 2003). Οι διατροφικές επιλογές των ατόμων σχετίζονται άμεσα με τη διατροφική γνώση που διαθέτουν (Manios et al., 1999, Pirouznia, 2001; Powers, et al., 2007). Για το σωματικό βάρος και την παχυσαρκία, ορισμένοι ερευνητές παρατήρησαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και του ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) ($r=-0.092$; $P=0.031$), ενώ άλλες δεν βρήκαν καμία συσχέτιση. Στην ανάλυσή που προηγήθηκε, οι μερικοί συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στο KIDMED, το ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή και ΔΜΣ ήταν σημαντικά αρνητικά μόνο μεταξύ των εφήβων. Το KIDMED σκορ συνδέεται θετικά με το ασβέστιο, τη βιταμίνη C, και την πρόσληψη φυτικών ινών. Αυτές οι θρεπτικές ουσίες είναι χαρακτηριστικό των ομάδων τροφίμων που αξιολογούνται από το σκορ (γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ξηροί καρποί και δημητριακά). Εν κατακλείδι, τα χαμηλά ποσοστά υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής παρατηρήθηκαν σε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών και εφήβων όλης της Ελλάδας εκτός από τα νησιά του Ιονίου και του Αιγαίου, όπως αυτά εκτιμώνται από τον νεοαποκτηθέντα KIDMED δείκτη. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω, καθώς και οι επιπτώσεις της ΜΔ στην υγεία και την ασθένεια. (Kontogianni et al, 2008). Μια πρόσφατη μελέτη στην Ιταλία, η οποία έχει πολλά κοινά στοιχεία στον πολιτισμό της με την Κύπρο, έδειξε πλήρη ομοιότητα των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των παιδιών αγροτικών και αστικών περιοχών. Δύο μελέτες από την Ελλάδα (μια χώρα με την οποία η Κύπρος μοιράζεται μια παρόμοια κουλτούρα των τροφίμων), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές, όσον αφορά τη σύνθεση της δίαιτας των αγροτικών και των αστικών παιδιών είτε δεν υπάρχουν, ή υπάρχουν μικρές που δεν ακολουθούν ένα σταθερό μοτίβο. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, μια παρόμοια μελέτη (1988-2000) στην Κροατία, έδειξε ότι τα παιδιά των αγροτικών περιοχών είχαν πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές, σε σύγκριση με τα παιδιά των αστικών, τα οποία εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερη κατανάλωση fast food, αναψυκτικών και σοκολάτας. Συμπερασματικά, τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι διαφορές στη συχνότητα

κατανάλωσης των ομάδων τροφίμων μεταξύ των δύο ομάδων παιδιών ήταν ήσσονος σημασίας. Επιπλέον, ακόμη και αν τα παιδιά της υπαίθρου βρέθηκε να έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσουν τη Μεσογειακή διατροφή, η διαφορά ήταν πολύ μικρή. Η αστικοποίηση φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος για τη μείωση των διαφορών μεταξύ των παιδιών αγροτικών και αστικών περιοχών (Lazarou and Kalavana, 2009).

Στην Ισπανία, οι αλλαγές στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής είναι πιο ορατές, καθώς η βιομηχανία τροφίμων (π.χ. εστιατόρια) κερδίζει έδαφος εις βάρος των σπιτικών – μαγειρευτών φαγητών. (Serra-Majem et al., 2001). Άλλη μια έρευνα στην Ισπανία, που απευθυνόταν σε 3.850 παιδιά και έφηβους από 2 έως 24 ετών, διαπίστωσε ότι ο αριθμός των γευμάτων μειώνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία, για παράδειγμα σε παιδιά ηλικίας 2 έως 5 ετών το 92,7% ακολουθούσε τον σωστό αριθμό γευμάτων, ενώ στους εφήβους το ποσοστό αυτό ήταν 82,1%. Η μέση ημερήσια κατανάλωση ενέργειας ήταν 2.189 kcal στα αγόρια και 1.781 kcal για τα κορίτσια, και το ποσοστό πρόσληψης ενέργειας από λίπη και κορεσμένα λιπαρά ήταν 39,8% και 13,4%, αντίστοιχα, χωρίς διαφορές κατά φύλο. Η κατανάλωση βιταμίνης και μετάλλων ήταν υψηλότερη στα αγόρια με εξαίρεση τη βιταμίνη C, η οποία κυμαινόταν στο ίδιο επίπεδο. Επίσης, παρατηρήθηκε μέτρια κατανάλωση γάλακτος, υψηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και κρέατος (σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες), καθώς και χαμηλή κατανάλωση ψαριών, φρούτων και λαχανικών (Serra-Majem et al., 2001). Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 721 μαθητές ηλικίας 14-18 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 62,2% των μαθητών έχουν 3 γεύματα την ημέρα (Figan et al. 2002). Η εφηβεία είναι η περίοδος ανάπτυξης οπότε η σημασία της ύπαρξης 5-6 γευμάτων την ημέρα είναι σαφής, και πόσο μάλλον για τους αθλητές. Το ποσοστό εκείνων, που δηλώνουν ότι καταναλώνουν γαλακτοκομικά προϊόντα καθημερινά, είναι υψηλό, ενώ εκείνοι που δεν πίνουν γάλα κάθε μέρα, λένε ότι «δεν το συνηθίζω, δεν μου αρέσει το γάλα». Βρέθηκε επίσης ότι το 29,8% τρώνε κρέας, αυγό, όσπρια και ψάρια 3-4 φορές την εβδομάδα, ενώ το 30,1% τρώνε μία φορά την εβδομάδα. Το ποσοστό που τρώει λαχανικά, φρούτα, ψωμί, ρύζι και μακαρόνια 3-4 φορές την εβδομάδα είναι υψηλό. Γενικότερα, είναι ικανοποιητικό το ποσοστό που καταναλώνει γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά, φρούτα καθημερινά, καθώς και κρέας, αυγά, όσπρια και ψάρια 3-4 φορές την εβδομάδα (Erol et al., 2010).

Όσον αφορά την αξιολόγηση του δείκτη της υγιεινής διατροφής, σε μελέτη της Τουρκίας σε 785 εφήβους (αγόρια) αθλητές, ηλικίας 11-14 ετών, το 39,9% των

συμμετεχόντων κατατάσσονται σε καλή ποιότητα διατροφής και το 4,5% σε κακή. Ικανοποιητική είναι η διαπίστωση ότι η πλειοψηφία βρίσκεται σε μεσαίο και καλό επίπεδο. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε 624 παιδιά και εφήβους ηλικίας 7-12 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 15,1% είχε χαμηλό δείκτη ποιότητας διατροφής, το 59,3% μέσο και το 25,6% καλό δείκτη ποιότητας διατροφής, σύμφωνα με τη βαθμολογία KIDMED (Köksal et al., 2008b). Σε μια άλλη μελέτη της ίδιας χώρας, διαπιστώθηκε ότι μόνο το 16,9%, των 225 ατόμων μεταξύ 12-18 ετών, είχε ικανοποιητικό επίπεδο διατροφής (Köksal et al., 2008a). Επίσης, σε μια άλλη μελέτη για τις ηλικιακές ομάδες 10-12 ετών, διαπιστώθηκε ότι το 76,2% των 84 συμμετεχόντων είχαν βέλτιστο επίπεδο διατροφής (Samur et al. 2008 Erol et al., 2010).

2.4 Παράγοντες επιρροής των διατροφικών συνηθειών

Η διαιτητική – διατροφική συμπεριφορά του εφήβου εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων, όπως την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο του ιδίου και της οικογένειάς του, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειάς του, την κουλτούρα και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο που μεγαλώνει (σχολείου, κοινωνικού περίγυρου κλπ).

Γενικότερα έχει διαπιστωθεί ότι οι έφηβοι που τηρούν τη Μεσογειακή διατροφή, και έχουν καλύτερη ποιότητα διαίτας, παρουσιάζουν καλύτερη σωματική και ψυχολογική υγεία. Επίσης, είναι σημαντικό ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι υποστηρικτικό, τους φροντίζει και ενθαρρύνει την υγιεινή διατροφική συνήθεια και συμπεριφορά. Η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής φαίνεται να επηρεάζει θετικά την ΠΖΣΥ των εφήβων. Έρευνα των Costarelli et al. (2012) έδειξε ότι ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή, το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και ο αριθμός των γευμάτων που καταναλώνονται καθημερινά με την οικογένεια παρουσιάζουν σημαντικά θετική συσχέτιση με την ΠΖΣΥ στους εφήβους.

Άλλη μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα για τη Μεσογειακή διατροφή απευθυνόταν αυτή τη φορά σε δείγμα 22.043 ενηλίκων. Παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με μείωση της συνολικής θνησιμότητας, ιδίως από στεφανιαία νόσο και καρκίνο. Η σχέση αυτή γίνεται ισχυρότερη καθώς αυξάνεται η ηλικία. (Trichopoulou et al., 2003)

Οι ραγδαίες εξελίξεις στον κλάδο των τροφίμων, καθώς και οι κοινωνιολογικές και τεχνολογικές εξελίξεις έχουν αλλάξει τις διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να τρώνε πιο εύκολα και συχνά επεξεργασμένα τρόφιμα. Οι κυβερνήσεις σε περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην αύξηση, την παραγωγή, τη μεταφορά και την εμπορευματοποίηση των τροφίμων που αποτελούν τη Μεσογειακή διατροφή: όπως το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά, τα ψάρια, το τυρί, το γιαούρτι, τους ξηρούς καρπούς και τα δημητριακά. Οι οικογένειες, επίσης, θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την πραγματοποίηση πιο υγιεινών επιλογών όταν αγοράζουν τρόφιμα για το σπίτι ή τρώνε σε ένα εστιατόριο. Η πιο αρνητική βαθμολογία παρατηρείται στο βόρειο τμήμα της Ισπανίας, ενώ τα πιο ευνοϊκά αποτελέσματα φαίνονται στο βορειοανατολικό τμήμα, στην περιοχή που διατηρεί τις καλύτερες συνήθειες Μεσογειακής διατροφής στην Ισπανία. Αξίζει να σημειωθούν επίσης οι χαμηλές τιμές

του δείκτη τήρησης της Μεσογειακής διατροφής στο κοινωνικο-οικονομικό ή πολιτισμικό επίπεδο. Στις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες παρατηρήθηκε μικρότερη χρήση του ελαιολάδου στο σπίτι, καθώς και μειωμένη πρόσληψη ζυμαρικών, ρύζι, φρούτων και λαχανικών, παρά την υψηλή πρόσληψη ξηρών καρπών. Ως εκ τούτου, η ευρέως διαδεδομένη αντίληψη ότι η Μεσογειακή διατροφή είναι πιο οικονομική και κατά συνέπεια δεν επηρεάζεται από κοινωνικο-οικονομική κατάσταση θα πρέπει να επανεξεταστεί.

Σε αυτή τη μελέτη, το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων φαίνεται να επηρεάζει τις βαθμολογίες KIDMED, καθώς βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών KIDMED των μητέρων με τις βαθμολογίες KIDMED των παιδιών τους ($p < 0,01$). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά των μητέρων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν μια δίαιτα υψηλής ποιότητας και ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και η διατροφική γνώση θα μπορούσαν να έχουν θετικές επιπτώσεις στα διατροφικά επίπεδα γνώσης και στις συνήθειες των απογόνων τους.

Αναφορικά με το οικογενειακό εισόδημα, σε έρευνα που διεξήχθη στην Χίο, ΔΜΣ των εφήβων της Χίου στην μελέτη των Tsartsali et al.(2009) σχετίστηκε αρνητικά με το οικογενειακό εισόδημα, το οποίο υποδεικνύει υψηλότερο ΔΜΣ στους εφήβους που ζουν σε λιγότερο εύπορα νοικοκυριά. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα που βρέθηκαν για εφήβους που ζουν σε χώρες, όπως οι ΗΠΑ, η Βρετανία και η Αυστραλία, όπου τα παιδιά που ζουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον έχουν υψηλότερες τιμές ΔΜΣ (Chen & Paterson, 2006, Wardle et al., 2006, O'Dea & Wilson, 2006). Επίσης, μια μελέτη των Manios et al. (2005) σε Έλληνες ενήλικες, ηλικίας 18 έως 87 χρόνων, διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι που ζουν σε χαμηλά και μεσαία κοινωνικοοικονομικά νοικοκυριά έχουν υψηλότερο ΔΜΣ.

Δεδομένα από μελέτες σε ενήλικες επισημαίνουν ότι η διατροφή των μεσογειακών λαών σταδιακά απομακρύνεται από τα παραδοσιακά πρότυπα. Παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτή τη μετάβαση είναι για παράδειγμα η αυξημένη εμπορική διαθεσιμότητα των τροφίμων, η αστικοποίηση της ζωής, η συνολική βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην Ευρώπη, η οποία έχει αυξήσει την προσφορά τροφίμων και της ενέργειας και έκανε τα τρόφιμα (κυρίως ζωικής προέλευσης) πιο προσιτά, το άγχος, ο περιορισμένος χρόνος για το μαγείρεμα, η ενίσχυση της ποικιλίας και της διαθεσιμότητας των οικιακών συσκευών (Moreno et al, 2002, Porkin 2002), καθώς και η αύξηση της μετανάστευσης και του τουρισμού

που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες επέτρεψε ανταλλαγές του τρόπου ζωής και του πολιτισμού μεταξύ των πληθυσμών (Tessier & Gerber, 2005).

Τα δεδομένα από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν μια θετική ανεξάρτητη επίδραση της εκπαίδευσης των νοικοκυριών σχετικά με την ποιότητα της διατροφής του παιδιού. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερο εισόδημα, με μεγαλύτερη διαθεσιμότητα υγιεινών τροφίμων, την αύξηση των γνώσεων διατροφής, ή να αποτελεί αυξημένη κίνητρο για να ακολουθήσει κανείς έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Μια λιγότερο καθιστική ζωή σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή.

Πιο ξεκάθαρα, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά από τις αγροτικές περιοχές καταναλώνουν επιδόρπια (γλυκά) πιο συχνά σε σύγκριση με τα παιδιά των αστικών περιοχών. Πιθανές εξηγήσεις θα μπορούσαν να είναι ότι οι άνθρωποι της υπαίθρου προτιμούν τα παραδοσιακά γλυκά μεταξύ άλλων, ή ότι τα αρτοποιεία και ζαχαροπλαστεία δεν είναι σε κοντινή απόσταση, με αποτέλεσμα τα γλυκά να είναι σπιτικά, ή επειδή οι περισσότερες μητέρες στις αγροτικές περιοχές δεν εργάζονται, ξοδεύουν περισσότερο χρόνο στο σπίτι, με αποτέλεσμα να προετοιμάζουν γλυκά για την οικογένεια πιο συχνά. Έτσι, αν και υψηλότερα ποσοστά των παιδιών που ζουν σε αγροτικές περιοχές φαίνεται πολύ πιο πιθανό να ακολουθούν τη Μεσογειακή διατροφή, μετά την προσαρμογή για πιθανούς συσχετικούς παράγοντες, η διαφορά αυτή σταδιακά εξαφανίστηκε. Συνολικά, τα ποσοστά των παιδιών που τηρούν τη Μεσογειακή διατροφή είναι πολύ χαμηλά, με αποτέλεσμα η ποιότητα της διατροφής των παιδιών της Κύπρου να επιδεινώνεται, ανεξάρτητα με το περιβάλλον διαβίωσης (Lazarou and Kalavana, 2009).

Άλλη μια έρευνα σχετικά με τη Μεσογειακή διατροφή είναι αυτή των De Longeri et al., (1999), οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μισοί ασθενείς (που έχουν υποστεί έμφραγμα) του δείγματος που ακολούθησαν τη Μεσογειακή διατροφή για 4 χρόνια, παρουσίασαν 50%-70% μικρότερο κίνδυνο καρδιαγγειακού επεισοδίου σε σχέση με τα άτομα που ακολουθούσαν μια διατροφή δυτικού τύπου.

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 6 σχολεία της Χίου (200 έφηβοι, ηλικίας 15-17 ετών), όσον αφορά το ΔΜΣ, 64, 5% είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος και το 35,5% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι/παχύσαρκοι (μέσος ΔΜΣ 23;7, (SD 3;8) kg/m²), το 58,5% δεν γνώριζε καλά τη Μεσογειακή διατροφή, ενώ το 59,5% δεν την τηρούσε. Η γνώση της Μεσογειακής διατροφής συσχετίστηκε θετικά με την κατανάλωση λαχανικών ($r=0,185$, $p=0,009$), ενώ η πραγματική γνώση της Μεσογειακής διατροφής

σχετίστηκε αρνητικά με την κατανάλωση κρέατος ($r=-0;191$, $p=0;007$). Ο ΔΜΣ σχετίστηκε αρνητικά με το οικογενειακό εισόδημα ($r=-0;202$, $p=0;004$), υποδεικνύοντας υψηλότερο ΔΜΣ στα λιγότερο εύπορα νοικοκυριά. Η πραγματική γνώση των προτύπων της Μεσογειακής διατροφής ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός δείκτης της τήρησης της Μεσογειακής διατροφής (standardized $b=0;162$, $p=0;030$). Οι Έλληνες έφηβοι της Χίου καταναλώνουν μια πιο δυτικοποιημένη διατροφή η οποία απέχει από την παραδοσιακή Μεσογειακή. Η πραγματική γνώση των προτύπων της Μεσογειακής διατροφής και το οικογενειακό εισόδημα είναι παράγοντες που επηρεάζουν την τήρηση της Μεσογειακής διατροφής και το ΔΜΣ, αντίστοιχα. Οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να επικεντρωθούν στην αύξηση της πραγματικής γνώσης της Μεσογειακής διατροφής μεταξύ των Ελλήνων εφήβων. Έτσι, η εφαρμογή ενός σχολικού προγράμματος διατροφικής εκπαίδευσης με επίκεντρο τη Μεσογειακή διατροφή και τα οφέλη της στην υγεία των Ελλήνων εφήβων θα μπορούσε να είναι ένα ουσιαστικό βήμα για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου και θα είναι ουσιαστικής σημασίας για το μέλλον της δημόσιας υγείας (Tsartsali et al., 2009).

Σε μελέτη ημιαστικής περιοχής της βόρειας Πορτογαλίας, 390 εφήβων, βρέθηκε ότι οι καλές μαγειρικές συνήθειες και δεξιότητες συσχετιζόταν θετικά με την τήρηση της Μεσογειακής διατροφής από τους εφήβους. Όταν οι έφηβοι ενθαρρύνονται από τους γονείς να συμμετάσχουν κατά την προετοιμασία του γεύματος, αναπτύσσουν απαραίτητες ικανότητες για την ύπαρξη υγιών πρακτικών μαγειρέματος. Η διδασκαλία των δεξιοτήτων μαγειρέματος σε εφήβους και παιδιά μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στις μελλοντικές επιλογές των τροφίμων τους (Leal et al., 2011).

Σε μελέτη στην Ισπανία δείγματος 3166 ατόμων, ηλικίας 6–24 ετών, αποδεικνύεται η υψηλή διατροφική αξία και η ποιότητα της Μεσογειακής διατροφής, καθώς και η συμβολή της στο τομέα της υγείας. Την περίπτωση όπου συνίσταται η χρήση εμπλουτισμένων τροφίμων ή συμπληρωμάτων, λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης βιταμινών και μετάλλων, έχει αποδειχθεί ότι η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής είναι η βέλτιστη επιλογή, καθώς υπάρχει μειωμένος κίνδυνος ανεπαρκούς πρόσληψης τέτοιων στοιχείων από αυτού του είδους τη διατροφή. Επομένως, οι στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να στραφούν στην προώθηση της Μεσογειακής Διατροφής, αντί των εναλλακτικών λύσεων, όπως συμπληρώματα διατροφής (Serra-Majem et al., 2003).

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της παχυσαρκίας και της τήρησης Μεσογειακής διατροφής διερευνήθηκε σε 24 δημοτικά σχολεία της Κύπρου, σε δείγμα 1.589 παιδιών ηλικίας 9-13 ετών, από όπου διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με υψηλή βαθμολογία KIDMED είχαν 80% λιγότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, αναλόγως με την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση παχυσαρκίας των γονέων, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και τις διατροφικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές. Ωστόσο, η φυσική δραστηριότητα, η παχυσαρκία στη μητέρα, οι διατροφικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές (όπως «ανησυχώ για το βάρος του σώματος μου», «τρώω όλο το φαγητό μου»), φαίνεται να είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την κατάσταση της παχυσαρκίας των παιδιών από την ποιότητα της διατροφής (Lazarou et al., 2009).

Η Μεσογειακή διατροφή είναι ένας ανεξάρτητος προστατευτικός παράγοντας για τον συριγμό (άσθμα σε δείγμα 3.000 παιδιών προσχολικής ηλικίας (3-4 ετών) στη νοτιοανατολική Ισπανία, και δεν συνδέεται με την παχυσαρκία, το φύλο και τη σωματική δραστηριότητα (Castro-Rodriguez et al., 2008). Σε μια μελέτη 690 μαθητών, ηλικίας 7-18 ετών, σε αγροτικές περιοχές της Κρήτης, διαπιστώθηκε ότι η καλή προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή ήταν προστατευτική για την αλλεργική ρινοεπιπεφυκίτιδα και λιγότερο προστατευτική για το συριγμό και την ατοπία (με δερματικό τεστ). Η ευεργετική επίδρασή της οφειλόταν στην κατανάλωση φρούτων (κυρίως σταφύλια), λαχανικών και ξηρών καρπών, καθώς τα σταφύλια και τα καρύδια είναι πλούσια σε ισχυρές αντιοξειδωτικές φαινολικές ουσίες και βιταμίνη E, αντίστοιχα (Chazti et al., 2007).

Σε μελέτη της Τουρκίας η οποία διεξήχθη για τον καθορισμό των διατροφικών συνηθειών 785 αγοριών εφήβων, ηλικίας 11-14 ετών, που συμμετείχαν σε εθνική ομάδα μπάσκετ, με τη βοήθεια του δείκτη KIDMED, διαπιστώθηκε ότι ο μέσος όρος ΔΜΣ ήταν $20,3 \pm 2,8 \text{ kg/m}^2$ (14,0 - 32,1). Σύμφωνα με την κατάταξη ΔΜΣ, το 13,1% των αγοριών ήταν αδύνατοι, το 37,6% ήταν κανονικοί και το 49,3% είχαν περισσότερο λίπος από ότι θα έπρεπε. Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 781 αγόρια, των οποίων η μέση ηλικία ήταν 15, το ποσοστό της παχυσαρκίας ήταν 5,9%. Επίσης το ποσοστό των μαθητών που δεν είχαν πρωινό κάθε μέρα ήταν 23,3%. Έχει διαπιστωθεί ότι το πιο χαμένο γεύμα είναι το πρωινό και στη συνέχεια μεσημεριανό (Turan et al. 2009).

Αναφέρεται ότι οι παρεμβάσεις στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα σε εφήβους μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματική για την αποφυγή

και τον έλεγχο της παχυσαρκίας (Nur and Κοροğlu, 2008). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των ημερήσιων δραστηριοτήτων διάρκειας (σπορ, υπολογιστή, τηλεόραση, ύπνο) και του ΔΜΣ ($p>0.05$). Αντιθέτως, μια θετική σχέση μεταξύ παρακολούθησης τηλεόρασης και παχυσαρκίας βρέθηκε σε κάποιες άλλες μελέτες (Parlak και Çetinkaya 2006, Türk et al. 2007). Σε μια άλλη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ αθλητισμού και ΔΜΣ (Farias et al. 2009). Αν και δεν υπήρχε σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και των τιμών ΔΜΣ των εφήβων ($p>0.05$), υπήρχε όμως σχέση μεταξύ της εργασίας της μητέρας και των τιμών ΔΜΣ ($p<0.05$), ιδίως όταν η μητέρα δεν εργάζεται. Το 92,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν 3 γεύματα την ημέρα από τα οποία το πρώτο που παραλείπεται σε σειρά είναι το μεσημεριανό και έπειτα το πρωινό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

3.1 Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά

Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα η έννοια αυτή χαρακτηρίζεται από τις άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, όταν δηλαδή τα άτομα εκδηλώνουν έντονη ενασχόληση με το βάρος τους, προβαίνουν σε αλλεπάλληλες δίαιτες και διατηρούν ένα σωματικό βάρος κάτω από το όριο του φυσιολογικού (για την ηλικία, το φύλο και το ύψος τους). Επίσης μπορεί τα άτομα να παρουσιάζουν συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται και από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, αλλά η συχνότητα αυτής της συμπεριφοράς είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα, γεγονός που δεν επιτρέπει να δοθεί η διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας (Kay et al., 2000).

Τα συμπτώματα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς είναι ένας δυνητικός προάγγελος των ακραίων διατροφικών διαταραχών δηλαδή της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, οι οποίες είναι πολύπλοκες ασθένειες με πολλαπλούς καθοριστικούς παράγοντες.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η διάθεση, η τελειομανία, η διαταραγμένη εικόνα για το σώμα και η αυτοεκτίμηση, εμπλέκονται στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, η αυτοεκτίμηση φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη δυσaréσκεια για το σώμα και τις διατροφικές διαταραχές (Costarelli et al., 2009).

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία αντιπροσωπεύουν τις ακραίες εκδηλώσεις της ανώμαλης διατροφικής συμπεριφοράς. Ηπιότερες μεταβλητές που σχετίζονται με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και είναι υψίστης σημασίας είναι η έμμονη σκέψη για το φαγητό, τη δίαιτα, η δυσaréσκεια για την εικόνα του σώματος, η ανησυχία για το υπερβολικό βάρος και ο φόβος του λίπους, διότι η παρουσία τους συνδέεται στενά με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Στην περίπτωση της εικόνας του σώματος, μια σειρά από διαχρονικές

μελέτες έχουν δείξει ότι η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για διατροφικές διαταραχές. (Michou & Costarelli, 2011).

3.2 Διατροφικές Διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα πολύπλοκο φυσικό και κοινωνικό πρόβλημα. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η διάθεση, η τελειομανία, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και η αυτοεκτίμηση εμπλέκονται στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, η αυτοεκτίμηση φαίνεται να είναι ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη δυσαρέσκεια του σώματος και τις διατροφικές διαταραχές (Costarelli et al., 2009).

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν επίσης ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους συνδέονται με τη διαταραγμένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (ΠΖΣΥ) (Al-Akour et al., 2011; Keating et al., 2011).

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης και εξέλιξης γεφυρώνοντας την παιδική ηλικία με την ενηλικίωση. Οι φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και την υγεία που σχετίζονται με συμπεριφορές. Οι διατροφικές συνήθειες σχετίζονται με την ανάγκη των εφήβων να εκφράσουν την ελευθερία από τον έλεγχο των γονέων και την προσπάθειά τους να υιοθετήσουν προτιμήσεις και τρόπο ζωής, όπως τα αντιλαμβάνονται ως ενήλικες (Thomas, 1991).

Βασικά χαρακτηριστικά στις διατροφικές συνήθειες των εφήβων είναι τα σνακ, η παράλειψη του πρωινού, η δίαιτα, η υιοθέτηση συγκεκριμένης διατροφής (όπως η χορτοφαγική διατροφή), τα γλυκίσματα και το fast food φαγητό. Από την άλλη, οι διατροφικές ανεπάρκειες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν επηρεάζουν μόνο την υγεία των εφήβων, αλλά προκαλούν κίνδυνο για σοβαρές χρόνιες παθήσεις στην ενήλικη ζωή (Yannakoulia et al., 2004).

Η δίαιτα, οι ανθυγιεινές πρακτικές ελέγχου του βάρους και η υπερφαγία συχνά συνδέονται με φτωχότερη διατροφική πρόσληψη. Επιπλέον, η δίαιτα και οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές έχει βρεθεί ότι οδηγούν σε αύξηση του κινδύνου για αύξηση του σωματικού βάρους, σε παχυσαρκία και σε διατροφικές διαταραχές σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι

οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές κατά την πρώιμη εφηβεία προβλέπουν μια συνεχιζόμενη χρήση αυτών των συμπεριφορών, ακόμη και εξέλιξη σε κλινική διατροφική διαταραχή κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή την αρχή της ενηλικίωσης. Ωστόσο, προηγούμενες μελέτες έχουν περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης του φαινομένου, καθώς οι περισσότερες έχουν διεξαχθεί κυρίως σε γυναίκες υψηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Οι έφηβοι με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν ορισμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που τους διαφοροποιούν από τους μαθητές με τη «κανονική» διατροφική συμπεριφορά. Στις δυτικές χώρες η διαταραγμένη διατροφή επηρεάζει σχεδόν το 9-22% των εφήβων κοριτσιών και των νέων γυναικών, ενώ στα αγόρια το ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι αυξάνεται σταδιακά (Costarelli et al., 2011).

Σε μελέτη, 202 Ελλήνων μαθητών ηλικίας 15-18 ετών, διερευνήθηκε πιθανή σχέση μεταξύ κατανάλωσης και ορισμένων ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών, όπως η αυτοεκτίμηση, η ενσυναίσθηση και το άγχος (EAT-26). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του EAT-26, το 18,3% του συνολικού δείγματος των μαθητών (12,8% των αγοριών και 24,7% των κοριτσιών) αντιπροσωπεύεται από διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Οι έφηβοι με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, το οποίο συνδέεται συχνά με χρόνιο στρες, και χαμηλότερα επίπεδα όσον αφορά την αυτοεκτίμηση (εμφάνιση, ενσυναίσθηση). Παρ' όλα αυτά η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά φαίνεται να αυξάνεται και στα δύο φύλα. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί εν μέρει στην ταυτόχρονη αύξηση σε σχέση με την παχυσαρκία και στην ανησυχία για δίαιτα που αναφέρεται σε Έλληνες εφήβους. Οι διατροφικές διαταραχές συχνά σχετίζονται με προβλήματα ψυχολογικά, ψυχιατρικά που έχουν άμεση επιρροή στην προσωπικότητα. Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης ανέφεραν ότι το άγχος είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξέλιξη των διατροφικών προβλημάτων (Hautala et al., 2008). Ο σχηματισμός καλύτερων προγραμμάτων για τη δημόσια παρέμβαση για την υγεία με στόχο την πρόληψη και τη διαχείριση της διαταραγμένης διατροφής, θα μπορούσε να διευκολύνει τον έγκαιρο εντοπισμό των εφήβων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές. (Costarelli et al., 2011).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε ανταγωνιστικό άθλημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, ιδίως στην περίπτωση των αθλητριών. Σε μελέτη που διεξήχθη σε μια ομάδα

γυναικών καλαθοσφαιριστριών (154 γυναίκες, 74 παίκτριες του μπάσκετ και 80 μη αθλήτριες, EAT-26), παρατηρήθηκε ότι το 11% των καλαθοσφαιριστριών και το 15% των μη-αθλητριών με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερο σκορ όσον αφορά την εικόνα του σώματος, την εμφάνιση ($p=0,002$), την εκτίμηση της υγείας ($p=0,026$), τον προσανατολισμό στην υγεία ($p<0,001$), τον προσανατολισμό στην ασθένεια ($p=0,003$) και την καλή αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης ($p=0,019$). Η επικράτηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς στις παίκτριες του μπάσκετ ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από ό,τι στις μη αθλήτριες, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά φαίνεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την αθλητική απόδοση σε αθλήτριες. Παρ' όλα αυτά, δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά (EAT-26) μεταξύ των γυναικών καλαθοσφαιριστριών και των μη αθλητριών. Είναι πολύ πιθανό ότι το μπάσκετ, ως ομαδικό άθλημα που δεν τονίζει την εικόνα του λεπτού σώματος και δεν απαιτεί τη λήψη βάρους τακτικά για την αύξηση της απόδοσης, είναι ένα άθλημα που δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων διατροφικών συμπεριφορών στις γυναίκες. Επομένως, είναι πιθανό οι γυναίκες καλαθοσφαιρίστριες να υιοθετήσουν υγιείς διατροφικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν ασχολούνται με οποιαδήποτε αθλητική δραστηριότητα. Στην παρούσα μελέτη, οι αθλήτριες φάνηκε να έχουν μια πιο υγιή εικόνα για το σώμα τους από τις μη αθλήτριες (Michou & Costarelli, 2011).

Μια καλά σχεδιασμένη μελέτη, η οποία σχετίζεται με την αισθητική του αθλητισμού, αξιολόγησε την παρουσία διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε 1.620 Νορβηγούς αθλητές, άνδρες και γυναίκες, από 66 διαφορετικά αθλήματα, διαπίστωσε ότι μεταξύ των γυναικών αθλητριών, η επικράτηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς ήταν 42%, η οποία ήταν μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρήθηκε στην αντοχή (24%), τις τεχνικές (17%) και τα ομαδικά αθλήματα (16%) (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Σε μια μικρότερης κλίμακας μελέτη των Toro et al. (2005), που διεξήχθη στην Ισπανία, σε 283 αθλήτριες που αγωνίζονταν σε 20 διαφορετικά αθλήματα, το ποσοστό των αθλητριών που έπασχε από κάποια διατροφική διαταραχή ήταν 5 φορές υψηλότερο από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (22,6% έναντι 4,1%) (Michou & Costarelli, 2011).

Στην περιοχή της Μινεσότα διεξήχθη έρευνα σε 4.746 εφήβους από 31 δημόσια γυμνάσια και λύκεια αστικών και ημιαστικών περιοχών του Αγίου Παύλου/

Μινεάπολη, όπου οι έφηβοι που ανέφεραν μεγαλύτερη συχνότητα οικογενειακών γευμάτων και προτεραιότητα σε αυτά, καθώς και μια θετική ατμόσφαιρα στα οικογενειακά γεύματα, ήταν λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν διαταραγμένη διατροφή. Πιο συγκεκριμένα, το 18,1% των κοριτσιών που δήλωσαν ότι καταναλώνουν 1-2 οικογενειακά γεύματα την εβδομάδα, σχετίζονται με ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους σε σύγκριση με το 8,8% των κοριτσιών που δήλωσαν ότι καταναλώνουν 3-4 οικογενειακά γεύματα την εβδομάδα. Οι συσχετίσεις αυτές τείνουν να είναι ισχυρότερες στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια. Γενικότερα, τα οικογενειακά γεύματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις ανθυγιεινές συμπεριφορές ελέγχου του βάρους μεταξύ των νέων. Συνεπώς, η προσοχή θα πρέπει να στραφεί προς την αύξηση των συχνοτήτων των οικογενειακών γευμάτων και τη δημιουργία ενός θετικού περιβάλλοντος στα οικογενειακά γεύματα. (Neumark-Sztainer et al., 2004).

Σε μια περιοχή στο βόρειο Ισραήλ (Misgav) εξετάστηκε η ύπαρξη διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μαθητών λυκείου και η σχέση μεταξύ της κατάστασης της απασχόλησης των γονέων και των διατροφικών διαταραχών. Από τους 283 μαθητές που ολοκλήρωσαν τη φόρμα EAT-26, 1 στα 5 κορίτσια και 1 στα 20 αγόρια είχαν μια ασυνήθιστη στάση στο φαγητό. Δεν υπήρχαν διαφορές στη βαθμολογία EAT-26 ανάμεσα στους μαθητές ανάλογα με το αν η μητέρα ήταν μισθωτή ή άνεργη. Ωστόσο, υπήρξε μια τάση για υψηλότερες βαθμολογίες EAT-26 μεταξύ εκείνων των οποίων ο πατέρας ήταν άνεργος (21,4% έναντι 12,7%, $\chi^2 = 0.14$). (Maor et al., 2006).

Από την έρευνα σε 22 σχολεία της περιοχής Ciudad Real στην Ισπανία (1.766 έφηβοι μαθητές, 887 κορίτσια και 878 αγόρια, ηλικίας 12-13 ετών, κατά το σχολικό έτος 1998-1999), συμπεραίνεται ότι οι προληπτικές δράσεις για τις διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να επικεντρωθούν στην αυτοεκτίμηση ως προστατευτικός παράγοντας για τη δυσαρέσκεια του σώματος. Και αυτό γιατί ο έλεγχος της ισχύος των υφιστάμενων προβλημάτων διατροφής, η δυσαρέσκεια για το σώμα και η αίσθηση των παιδιών ότι αγνοούνται ή δεν αγαπιούνται αρκετά από τη μητέρα τους, ήταν παράγοντες για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έπειτα από 2 χρόνια παρακολούθησης. Επιπλέον, τα κορίτσια είχαν 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παθολογική δυσαρέσκεια του σώματος, ενώ ο ΔΜΣ ήταν προγνωστικός παράγοντας για την παθολογική δυσαρέσκεια του σώματος, η αυτοεκτίμηση ήταν προστατευτικός παράγοντας. Επισημαίνεται ότι μια αρνητική οικογενειακή

ατμόσφαιρα μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ευπάθειας για τη συνολική ψυχοπαθολογία και όχι συγκεκριμένη προδιάθεση για τις διατροφικές διαταραχές. Ίσως η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης είναι κρίσιμος παράγοντας διαμεσολάβησης, καθώς ένα υψηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης δρα ως προστατευτικός παράγοντας για τη δυσανεξία του σώματος (Beato-Fernández et al, 2004).

Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.211 Ελλήνων εφήβων (51,6% κορίτσια και 48,4% αγόρια), ηλικίας περίπου από 11-16 ετών, το 14,7% ανέφεραν ότι βρίσκονται σε δίαιτα για να χάσουν βάρος (κορίτσια: 19,5%, αγόρια: 9,7%, $P=0.001$), και το 22,9% ήταν δυσανεκτικοί με το βάρος του σώματός τους, αλλά δεν βρίσκονταν σε δίαιτα. Αύξηση της γνώσης της διατροφής παρατηρήθηκε στα κορίτσια, καθώς είναι πιο πιθανό να αναφέρουν πιο υγιεινές επιλογές τροφίμων, περισσότερα φρούτα και λαχανικά και λιγότερο υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τρόφιμα, όπως τσιπς, χάμπουργκερ, κέικ και αρτοσκευάσματα. Η ανησυχία των νέων γυναικών και η συμμετοχή τους σε δίαιτες αδυνατίσματος, τις καθιστούν πιο πρόθυμες να επιλέξουν χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τρόφιμα. Ωστόσο, τα κορίτσια έχουν χαμηλότερη πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και μετάλλων, ιδιαίτερα του σιδήρου και του ασβεστίου, δεδομένου ότι καταναλώνουν λιγότερες μερίδες κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων και δημητριακών. Από την άλλη πλευρά, περισσότερο από το 75% των Ελλήνων μαθητών ανέφεραν καθημερινή κατανάλωση φρούτων και περίπου 40% ημερήσια κατανάλωση λαχανικών, είτε καταναλώνονταν ωμά ή μαγειρεμένα. Σε αντίθεση με τις παρατηρήσεις από τις σκανδιναβικές και της Βόρειας Ευρώπης χώρες, οι έφηβοι στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, φαίνεται να διατηρούν μερικά από τα γνωστά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής αλλά, ταυτόχρονα, παρουσίασαν υψηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπών και σακχάρων, καθώς καταλάωναν σε αυξημένο βαθμό κέικ, μπισκότα, γλυκά, πατατάκια και fast foods. Επίσης, βρέθηκε ότι η έξοδος από το σπίτι και η τηλεθέαση συσχετίζεται θετικά με την κατανάλωση τσιπς, αναψυκτικών, κέικ, γλυκών και σοκολάτας. Γενικότερα, φαίνεται ότι η δίαιτα αρχίζει να γίνεται ένα μεγάλο πρόβλημα, ιδίως μεταξύ των μεγαλύτερης ηλικίας κοριτσιών, και οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων εφήβων βρίσκονται στη διαδικασία της μετάβασης από την παραδοσιακή διατροφή σε μια πιο δυτικότερη. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν και προηγούμενες μικρές μελέτες σε διάφορα μέρη της Ελλάδας, όπου περίπου 1 στις 5 έφηβες γυναίκες μπορεί να είναι σε κίνδυνο

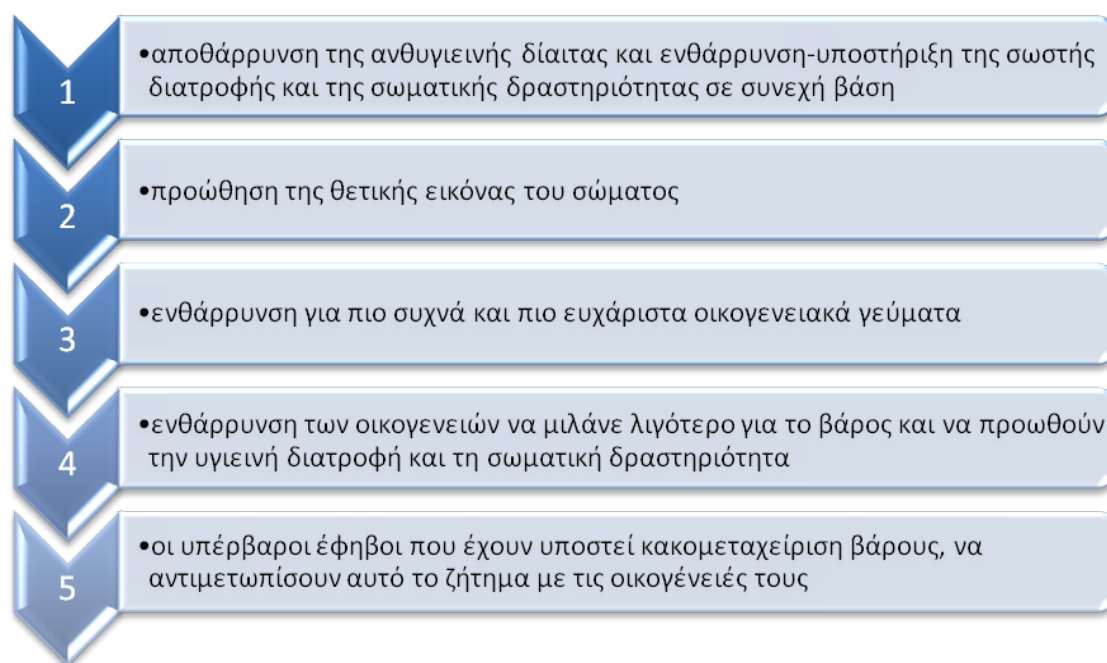
για διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά εξαιτίας της εικόνας που έχει για το σώμα της (Yannakoulia et al., 2004).

Σε 10ετή παρακολούθηση της δίαιτας, ανθυγιεινών - ακραίων συμπεριφορών ελέγχου του βάρους, καθώς και της άμετρης κατανάλωσης από την εφηβεία στην ενηλικίωση (EAT-III: Μεταξύ εφηβείας και ενηλικίωσης, 1999-2010), η επικράτηση της δίαιτας και της διαταραγμένης διατροφής ήταν υψηλή και παρέμεινε σταθερή ή αυξήθηκε, από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Επιπλέον, οι συμπεριφορές παρακολουθούνταν εντός του ίδιου ατόμου και, σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες που έκαναν δίαιτα ή είχαν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο για αυτές τις συμπεριφορές 10 χρόνια αργότερα. Η υψηλή συχνότητα αυτών των συμπεριφορών συνεχίζεται από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη για προσπάθειες πρόληψης πριν από την έναρξη των επιβλαβών προτύπων συμπεριφοράς καθώς και τη συνεχή πρόληψη και θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του υψηλού επιπολασμού της διαταραγμένης διατροφής σε όλη την εφηβεία και την ενηλικίωση. Η αναποτελεσματικότητα της δίαιτας για την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι επιβλαβείς συνέπειες που συνδέονται με διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, καθώς και ο υψηλός επιπολασμός αυτών των συμπεριφορών κατά τη διάρκεια της εφηβείας επιβεβαιώνονται και σε προηγούμενες μελέτες (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Το 2000, μαθήτριες των γυμνασίων στη Nova Scotia συμμετείχαν σε έρευνα σχετικά με την αντίληψη βάρους, τη διατροφική συμπεριφορά, την κατάθλιψη, τη χρήση ουσιών, τη σεξουαλική συμπεριφορά, την επικοινωνία με γιατρούς ή διατροφολόγους, και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Οι μισοί από τους 1.133 συμμετέχοντες έβλεπαν τους εαυτούς τους ότι δεν είχαν το "σωστό" βάρος, ενώ το 60% προσπαθούσε να χάσει βάρος, το 16% των κοριτσιών που προσπαθούσε να ελέγξει ή να χάσει βάρος, είχε εμπλακεί σε διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και σκέψεων αυτοκτονίας, σχεδιασμού αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας. Μόνο το 22% των ερωτηθέντων είχε μιλήσει με κάποιο γιατρό για το υγιές βάρος (Cook et al., 2007).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε συνολικά σε 92 Ελληνίδες φοιτήτριες πανεπιστημίου, ηλικίας 18-30 ετών, για τις πιθανές διαφορές στη συναισθηματική νοημοσύνη, την εικόνα του σώματος και τα επίπεδα άγχους σχετικά με τη

διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (EAT-26), το 23% αυτών παρουσίασαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής αυτογνωσίας ($P<0,05$), ενσυναίσθησης ($P<0,05$), διαπροσωπικών σχέσεων ($P<0,001$), διαχείρισης του άγχους ($P<0,05$) και ευτυχίας ($P<0,05$). Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι κοινή σε νεαρές γυναίκες των δυτικών χωρών, όπου επιθυμητό θεωρείται το λεπτό σώμα. Η επικράτηση αυτών των διαταραχών αυξάνεται και η ηλικία έναρξης της νόσου αυτής σταδιακά μειώνεται. Η δυσaréσκεια των νεαρών γυναικών στην Ελλάδα με το βάρος τους και την εικόνα του σώματός τους βρίσκεται στα υψηλότερα επίπεδα στην Ευρώπη (Costarelli et al., 2009). Οι συστάσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψη τόσο της παχυσαρκίας όσο και των διατροφικών διαταραχών των εφήβων, σύμφωνα με το Project EAT, τονίζουν τη σημασία των οικογενειών των εφήβων να επικεντρώνονται λιγότερο στο βάρος και περισσότερο στη βιώσιμη αλλαγή της συμπεριφοράς. (Neumark-Sztainer, 2009):



Μια άλλη διατροφική διαταραχή είναι αυτή που σχετίζεται με το ισοζύγιο των θερμίδων, η οποία προκαλείται από τη συνήθεια του εφήβου να κοιμάται πολλές ή λίγες ώρες. Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι ο λιγοςτός ύπνος μπορεί να επιφέρει χρόνιες αλλαγές στη διατροφή των νέων, αυξάνοντας τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων και της παχυσαρκίας. Οι ερευνητές μελέτησαν 240 νέους ηλικίας 16-19 ετών που για ένα χρονικό διάστημα φορούσαν στον ύπνο τους μια ειδική συσκευή

περασμένη στον καρπό του χεριού, ενώ παράλληλα καταγραφόταν η ημερήσια λήψη θερμίδων από τη διατροφή τους. Η μελέτη έδειξε ότι όσοι νέοι κοιμούνται λιγότερο από οκτώ ώρες το βράδυ κατανάλωναν κατά μέσο όρο 2,2% περισσότερες θερμίδες από λίπη και 3% λιγότερες θερμίδες από υδρογονάνθρακες, σε σχέση με τους νέους που κοιμούνται περισσότερο από οκτώ ώρες. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ο κίνδυνος για την υγεία μπορεί να μειωθεί καθώς κάθε πρόσθετη ώρα ύπνου μειώνει κατά 21% τις πιθανότητες ο νέος να φάει ένα σνακ με πολλά λιπαρά. Η Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής του Ύπνου, εκτιμά ότι ο έφηβος χρειάζεται εννέα ώρες βραδινού ύπνου (<http://www.inews.gr/31/o-ypnos-katapolema-tin-pachysarkia.htm>).

3.2.1 Παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί στις περισσότερες δυτικές χώρες τα τελευταία χρόνια και έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την ενήλικη ζωή. Αυτό μπορεί να αποτελέσει σοβαρή απειλή για την υγεία, καθώς η παχυσαρκία συνδέεται με τη δυσλιπιδαιμία, την υπερινσουλιναιμία και άλλες μεταβολικές και αγγειακές ανωμαλίες. Τα δεδομένα σχετικά με την παιδική και εφηβική παχυσαρκία στην Ελλάδα είναι ελάχιστα και έχουν συλλεχθεί κυρίως από μη αντιπροσωπευτικά δείγματα. (Georgiadis & Nassis, 2007).

Η παχυσαρκία, η οποία είναι η πιο κοινή αιτία της αντίστασης στην ινσουλίνη σε παιδιά, συνδέεται επίσης με την δυσλιπιδαιμία, το διαβήτη τύπου 2, και μακροπρόθεσμα με αγγειακές επιπλοκές (Weiss et al., 2004).

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν μια αυξητική τάση και προβλέπεται να συνεχίσει να αυξάνεται, αν δεν αντιμετωπιστεί με κατάλληλα μέτρα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο αριθμός των παιδιών που είναι υπέρβαρα αναμένεται να αυξηθεί κατά 1,3 εκατομμύρια παιδιά ετησίως, με περισσότερο από 300.000 από αυτά να γίνονται παχύσαρκα κάθε χρόνο. Η αλλαγή του τρόπου ζωής στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά των παιδιών, με ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και η καθιστική ζωή γίνεται ο κανόνας. Η ψυχολογική ευεξία και η ποιότητα ζωής των παχύσαρκων παιδιών μπορεί να επηρεαστεί. Επιπλέον, μια σειρά από πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η παιδική

παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο για εκφυλιστικές ασθένειες στη μετέπειτα ζωή. Ο ορισμός του υπερβολικού βάρους του σώματος και της παχυσαρκίας βασίζεται στις ποσοστιαίες τιμές του ΔΜΣ και προσαρμόζεται στην ηλικία και το φύλο που αντιστοιχεί στο ΔΜΣ. Ωστόσο, αποτελεί πρόβλημα όταν χρησιμοποιείται σε παιδιά και εφήβους, αφού βρίσκονται σε μια φάση όπου είναι φυσικό να αναπτυχθούν και να κερδίσουν βάρος (Manios & Costarelli, 2011).

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία μεταξύ των παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι μεγάλη ανησυχία, επειδή μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία και αυξάνει τον κίνδυνο για εκφυλιστικές ασθένειες στη μετέπειτα ζωή. Έχει αποδειχθεί ότι το 69% των παιδιών ηλικίας μεταξύ 6-10 ετών με ΔΜΣ μεγαλύτερο από το 95ο εκατοστημόριο θα συνεχίσει να είναι παχύσαρκα στην ενήλικη ζωή τους. Επιπλέον, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση παρατηρούνται όλο και πιο συχνά μεταξύ των παιδιών, καθώς η παχυσαρκία αυξάνεται. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την παχυσαρκία σε παιδιά προσχολικής εκπαίδευσης κυρίως στις ΗΠΑ, τον Καναδά και στη νότια Ευρώπη, έχουν δείξει ότι η τάση για αύξηση βάρους παρατηρείται επίσης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Στην περίπτωση της Ελλάδας, παρά την μακρά παράδοση στην υγιεινή διατροφή και το σχετικά χαμηλότερο κίνδυνο εκφυλιστικών ασθενειών, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στους ενήλικες και στα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Όμως, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τις πιθανές επιπτώσεις των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, στο κίνδυνο τα παιδιά κάτω των 6 ετών να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. (Manios et al., 2007).

Το υπερβολικό βάρος στην παιδική ηλικία είναι ένα αυξανόμενο παγκόσμιο πρόβλημα και οι χώρες γύρω από τη Μεσόγειο θάλασσα εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επικράτησης της συνολικής παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, τα οποία κυμαίνονται από 15 έως 40%. Μερικές εκθέσεις δείχνουν ότι η επικράτηση των παχύσαρκων εφήβων είναι πολύ υψηλή, ενώ άλλες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ελλάδα δεν διαφέρει από εκείνη των άλλων χωρών της νότιας Ευρώπης. Ωστόσο, τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα είναι λιγοστά και περιορίζονται κυρίως σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας τα τελευταία 30 χρόνια έχει οδηγήσει σε μετατόπιση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής των ελληνικών οικογενειών σε δυτικού τύπου διατροφή. Οι νέοι Έλληνες δείχνουν αυξημένη πρόσληψη

συνολικού λίπους και κορεσμένων και μειωμένη πρόσληψη σύνθετων υδατανθράκων. Επιπλέον, η Ελλάδα έχει προχωρήσει σε έναν πιο καθιστικό τύπο ζωής και η παχυσαρκία στην εφηβεία συσχετίζεται με τη σωματική άσκηση (Tzotzas et al., 2008).

Η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της WHO (World Health Organization, παγκόσμια βάση δεδομένων για το ΔΜΣ και της βάσης δεδομένων του Περιφερειακού Γραφείου για την Ευρώπη, WHO Global Infobase, 2007). Παρά το γεγονός ότι σήμερα υπάρχουν αρκετές πρωτοβουλίες για να συγκεντρωθούν συγκρίσιμα στοιχεία σχετικά με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε όλη την ευρωπαϊκή περιφέρεια της WHO, υπάρχει έλλειψη εναρμονισμένων διακρατικών ερευνών για τα επίπεδα επικράτησης του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στα παιδιά στην ευρωπαϊκή περιφέρεια. Η καταγραφή και η κατανόηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στα παιδιά και των κοινωνικών, γεωγραφικών και πολιτιστικών παραμέτρων που σχετίζονται με το φαινόμενο μπορεί να διευκολύνει τη διαμόρφωση αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας παρέμβασης για την υγεία στην καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας (Manios & Costarelli, 2011).

Όσον αφορά τα ποσοστά παχυσαρκίας των παιδιών μεταξύ των αγροτικών και αστικών περιοχών δεν διαφέρουν. Αυτό υποστηρίζεται περαιτέρω από μια μελέτη που έγινε στην Κύπρο, η οποία έδειξε ότι οι διαφορές είναι μικρές και δεν έχουν καμία πρακτική σημασία. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου η αστικοποίηση είναι αρκετά υψηλή, όπως στην Κύπρο, παρατηρείται σταδιακή εξαφάνιση των διαφορών στη διατροφή και τη σύνθεση του σώματος μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών (Lazarou and Kalavana, 2009).

Για την εξέταση της εξάπλωσης της παχυσαρκίας σε Έλληνες εφήβους και παιδιά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, διεξήχθη έρευνα με δείγμα 6.448 μαθητών (50,4% αγόρια, 49,6% κορίτσια) 6-17 ετών. Ο συνολικός επιπολασμός των υπέρβαρων ήταν 17,3% (16,9% για τα αγόρια, 17,6% για τα κορίτσια), ενώ το ποσοστό της παχυσαρκίας ήταν 3,6% (3,8% για τα αγόρια, 3,3% για τα κορίτσια). Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων μειωνόταν με την ηλικία στα κορίτσια (6-9 ετών: 23,2% και 6,7%, αντίστοιχα, 10-17 ετών: 14,8% και 1,6%, αντίστοιχα). Στα αγόρια, ο επιπολασμός των υπέρβαρων ήταν υψηλότερος στις ηλικίες 10-17 ετών (19,3% και 2,7%, για το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων, αντίστοιχα) από ό,τι στις ηλικίες 6-9 ετών (12,1% και 5,9%,

αντίστοιχα). Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων Ελλήνων παιδιών και εφήβων είναι συγκρίσιμο με αυτό που αναφέρθηκε για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η συνολική εμφάνιση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ήταν 17,3% και 3,6%, αντίστοιχα. Για τα κορίτσια, ωστόσο, η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας ήταν υψηλότερη στην ηλικία των 6 ετών και μειωνόταν στη συνέχεια. (Georgiadis & Nassis, 2007).

Το 2003 στην Ελλάδα, σε μετρήσεις (ύψος, βάρος, περιφέρεια μέσης) που έγιναν σε 14.456 εφήβους ηλικίας 13-19 ετών (6.677 αγόρια και 7.779 κορίτσια), ο συνολικός επιπολασμός των υπέρβαρων, συμπεριλαμβανομένων των παχύσαρκων, ήταν 29,4% στα αγόρια και 16,7% στα κορίτσια. Η παχυσαρκία ήταν υψηλότερη στα αγόρια παρά στα κορίτσια (6,1% έναντι 2,7%), σε σύγκριση με τις περισσότερες μεσογειακές ευρωπαϊκές χώρες, και σε σύγκριση με τους μετανάστες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις περισσότερες μελέτες που δείχνουν ότι η χαμηλότερη επικράτηση της παχυσαρκίας παρατηρείται σε παιδιά και εφήβους της Μεσογείου υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι μετανάστες στην Ελλάδα είναι πρώτης γενιάς και, ως εκ τούτου, επηρεάζονται λιγότερο από τον «δυτικού τύπου» τρόπο ζωής. Επίσης, το ποσοστό των υπέρβαρων κοριτσιών στα έφηβα κορίτσια δεν σχετίζεται με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Tzotzas et al., 2008).

Αντιπροσωπευτικά δεδομένα από 4 χώρες που αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού, τη Βραζιλία (1975 και 1997), τη Ρωσία (1992 και 1998), τις ΗΠΑ (1971-1974 και 1988-1994) και την Κίνα (1991 και 1997) έδειξαν ότι η επικράτηση των υπέρβαρων αυξήθηκε στη Βραζιλία (4,1 έως 13,9), την Κίνα (6,4-7,7) και τις ΗΠΑ (15,4-25,6), ενώ οι λιποβαρείς μειώθηκαν στη Βραζιλία (14,8 έως 8,6), την Κίνα (14,5 έως 13,1) και τις ΗΠΑ (5,1 έως 3,3). Στη Ρωσία, το υπερβολικό βάρος μειώθηκε (15,6 - 9,0) και οι λιποβαρείς αυξήθηκαν (6,9-8,1). Οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης των υπέρβαρων ήταν 0,5% (Βραζιλία), 0,2% (Κίνα), 1,1% (Ρωσία) και 0,6% (ΗΠΑ). Οι αποκλίσεις μεταξύ των χωρών μπορεί να σχετίζονται με τις αλλαγές και τις διαφορές σε βασικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Γενικά, βρέθηκε μια σημαντική μετατόπιση από τον υποσιτισμό προς το «πάνω-διατροφή» σε όλες τις χώρες εκτός από τη Ρωσία και μια μέση ετήσια αύξηση των υπέρβαρων στη Βραζιλία και τις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ανά ηλικιακή ομάδα, φύλο και αγροτικό ή αστικό τόπο κατοικίας. Οι δραματικές αλλαγές στις αστικές περιοχές της Βραζιλίας και της Κίνας μπορεί να οφείλονται στην βελτίωση της

διατροφής των πληθυσμών αυτών και στη μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια των περιόδων έρευνας. Η διαπίστωση ότι μόνο οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους είναι αξιοσημείωτο. Το ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στο φύλο μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών στην Κίνα, μπορεί να σχετίζεται με την ανισόρροπη οικονομική ανάπτυξη μεταξύ των αγροτικών και των αστικών περιοχών, την πολιτική του ενός παιδιού και την παράδοση της κοινωνίας για προτίμηση γιου, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Σε γενικές γραμμές, οι κάτοικοι των αστικών περιοχών έχουν καλύτερο επίπεδο ζωής και λιγότερη φυσική δραστηριότητα από ό,τι οι κάτοικοι στις αγροτικές περιοχές. Στην Κίνα, το 1982 και το 1992, η Εθνική Έρευνα της Κίνας για τη διατροφή έδειξε μια αύξηση των υπέρβαρων και μια αξιοσημείωτη μείωση του υποσιτισμού στα παιδιά. Στις ΗΠΑ, ο επιπολασμός των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων έχει διπλασιαστεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990, κυρίως σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Η έλλειψη ενεργειακής ισορροπίας, ενδεχομένως, αλληλεπιδρά με γενετική προδιάθεση. Είναι σημαντικές οι αλλαγές των περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις αλλαγές στη συμπεριφορά. Ειδικότερα, η κυριότητα και η χρήση της τηλεόρασης συνδέεται με την στροφή προς την αδράνεια των παιδιών και τη σύνδεσή τους με την παχυσαρκία. Η κυριότητα της τηλεόρασης έχει αυξηθεί σημαντικά στη Βραζιλία, την Κίνα και τις ΗΠΑ (Wang et al., 2002).

Στις αρχές του 1999, σε 439 παχύσαρκα παιδιά και εφήβους, ηλικίας 4 έως 20 ετών, με πολύ μεγάλο ΔΜΣ για την ηλικία και το φύλο τους, η επιδείνωση του μεταβολικού συνδρόμου αυξανόταν με το βαθμό παχυσαρκίας σε σχέση με το παρελθόν. Όπως και στους παχύσαρκους ενήλικες, η αντίσταση στην ινσουλίνη σε παχύσαρκα παιδιά συνδέεται στενά με συγκεκριμένους ανεπιθύμητους μεταβολικούς παράγοντες. Ο βαθμός της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους έχει σημαντικές κλινικές επιπτώσεις, επειδή ο κίνδυνος θανάτου από όλες τις αιτίες μεταξύ των ενηλίκων με σοβαρή παχυσαρκία είναι διπλάσιος σε σχέση με τους μέτρια παχύσαρκους ενήλικες. Το μεταβολικό σύνδρομο, με την πάροδο του χρόνου, τείνει να εξελιχθεί κλινικά, καθώς σε σύντομο χρονικό διάστημα 8 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια για το μεταβολικό σύνδρομο, ανέπτυξαν διαβήτη τύπου 2. Μία δραματική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακή νόσο, καθώς και σε χρόνιες χαμηλού βαθμού φλεγμονές,

και οι παχύσαρκοι έφηβοι τελικά να παραμένουν παχύσαρκοι και ως νέοι ενήλικες. (Weiss et al., 2004).

Στην Ελλάδα κατά το 2003-2004 έγινε προσπάθεια καταγραφής της εξάπλωσης των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών προσχολικής ηλικίας σε σχέση με την εκπαίδευση των γονέων, το ΔΜΣ των γονέων και την περιοχή της κατοικίας τους. Συνολικά 2.374 παιδιά (1218 αγόρια και 1156 κορίτσια), ηλικίας 1-5 ετών, από 5 νομούς συμμετείχαν στην έρευνα. Τα παιδιά με έναν παχύσαρκο γονέα είχαν 91% μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν παχύσαρκους γονείς, ενώ η πιθανότητα να είναι υπέρβαρα ήταν 2,38 φορές μεγαλύτερη για τα παιδιά με δύο παχύσαρκους γονείς. Ο ΔΜΣ των γονέων αποδείχθηκε επίσης να είναι ένας παράγοντας κινδύνου παχυσαρκίας σε πολύ μικρά παιδιά (Manios et al., 2007).

3.2.2 Νευρογενής Ανορεξία

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στις Δυτικές Χώρες και σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα. Τα πρότυπα ομορφιάς και ιδανικής σιλουέτας, το υπερβολικά αδύνατο και αδύναμο σώμα, οδηγούν πολλές φορές σε εξαντλητικές και υπερβολικές δίαιτες αδυνατίσματος καθώς και σε έντονο φόβο για αύξηση του βάρους ακόμα και εάν κάποιος (ιδίως γυναίκες) είναι λιποβαρής. (Attia & Walsh, 2009). Η νευρογενής ανορεξία αναφέρεται ως η ανικανότητα μερικών ατόμων να διατηρηθούν στο ελάχιστο επιθυμητό όριο για το βάρος και την ηλικία τους απέχοντας σχεδόν ακόμη και 85% από το ιδανικό (Kaustav & Debasish, 2010).

Η νευρική ανορεξία παραμένει μια πρόκληση όσον αφορά την κατανόηση και τη θεραπεία. Εξακολουθεί να θεωρείται από τους κλινικούς γιατρούς ως «μια από τις πιο απογοητευτικές και απείθαρχες μορφές ψυχοπαθολογίας». Υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη διαταραχή, όπως οι κοινωνικοπολιτισμικές απόψεις, οι γνώμες της οικογένειας και οι νευροβιολογικές προοπτικές. Ομοίως, υπάρχουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία της, όπως η οικογενειακή θεραπεία, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η φαρμακοθεραπεία. Γενικότερα, η θεραπεία θα πρέπει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, με στόχο να τους βοηθήσει να εξετάσουν τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών για τον τρόπο που ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους (για

παράδειγμα, όσον αφορά την αντιληπτή αίσθηση του ελέγχου και της αυτοεκτίμησης) (Fairburn et al., 1999).

Η νευρογενής ανορεξία είναι ευρέως διαδεδομένη κυρίως στα τέλη του 19ου αιώνα. Κατά τον 20ο αιώνα, κριτικές αναλύσεις των επιδημιολογικών δεδομένων έδειξαν ότι μια πραγματική αύξηση στα ποσοστά εμφάνισης και επιπολασμού της νευρικής ανορεξίας με την πάροδο του χρόνου είναι αμφισβητήσιμη. Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας δεν είναι πλήρως κατανοητή. Η έναρξη της διαταραχής κατά την εφηβεία σχετίστηκε με χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, καθώς οι περισσότεροι θάνατοι αναμένονται με την αύξηση της ηλικίας. Η έναρξη σε νεαρότερη ηλικία (από την εφηβεία) σχετιζόταν με καλύτερη έκβαση της εξέλιξης της ασθένειας, καθώς η διάρκεια της παρακολούθησης ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας πριν από την εφηβεία έχει μια πιο κακή έκβαση, καθώς δεν υπήρξε καμία πειστική απόδειξη ότι η έκβαση της νευρικής ανορεξίας βελτιώθηκε κατά το δεύτερο μισό του περασμένου αιώνα. Δυσμενείς προγνωστικά χαρακτηριστικά ήταν η απομονωμένη διαιτητική συμπεριφορά, ο εμετός, η βουλιμία, η κατάχρηση καθαρκτικών και τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα της προσωπικότητας (Steinhausen H., 2002).

Η διαπίστωση ότι η νευρική ανορεξία εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό ανάμεσα στις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις είναι κοινή σε πολλές μελέτες από διάφορα μέρη του κόσμου. Ένας πιθανός λόγος για αυτό είναι ότι η παρουσία διαφόρων γεγονότων της ζωής καθιστά την ανάπτυξη των ανορεκτικών συμπτωμάτων «κατανοητή», έτσι ώστε η ανορεκτική συμπεριφορά να θεωρείται ως απόδειξη μιας παροδικής διαταραχής και όχι ως ασθένεια. Εκθέσεις της ήπιας σωματικής ασθένειας πριν από την έναρξη της νευρικής ανορεξίας δεν είναι ασυνήθιστες. Είναι δυνατόν, όπως οι Beumont et al. (1978) δείχνουν, ότι η ανορεξία που συνοδεύει μια τέτοια ασθένεια επιτρέπει στον ασθενή να ξεκινήσει ένα προκαθορισμένο πρόγραμμα δίαιτας. Από την άλλη πλευρά μια σωματική ασθένεια μπορεί να απασχολήσει μία έφηβη που αγωνίζεται να αντιμετωπίσει τις πιέσεις, του να μεγαλώνει με το σώμα της, το οποίο στη συνέχεια γίνεται εύκολα το επίκεντρο και ο δείκτης των ενδοψυχικών συγκρούσεων. Πειράγματα για το βάρος ή το σχήμα, ή ανησυχίες για το ύψος, συνεπάγονται πολλές φορές την «καλοήγη» δίαιτα που συχνά λέγεται ότι προηγείται της νευρικής ανορεξίας και μπορεί να έχει το ίδιο αποτέλεσμα (Margo, 1985).

3.2.3 Νευρογενής Βουλιμία

Σχεδόν το 3% των νεαρών γυναικών είναι θύματα νευρογενούς βουλιμίας και συνήθως η μέγιστη ηλικία έναρξης αυτής της νόσου είναι μεταξύ 15,7 και 18,1 ετών. Κύρια χαρακτηριστικά είναι η άμετρη κατανάλωση τροφής ακολουθούμενη από ακατάλληλες συμπεριφορές, όπως πρόκληση εμετού, καθαρτικών ή κακή χρήση διουρητικών, νηστεία και υπερβολική άσκηση. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται από αισθήματα απώλειας του ελέγχου, ενοχές και τύψεις. Οι ασθενείς υπερεκτιμούν το σχήμα και το βάρος και, όπως και στη νευρική ανορεξία, προσπαθούν επανειλημμένα να χάσουν βάρος. Πρόσφατες αναφορές έχουν περιγράψει ανησυχητικά υψηλούς αριθμούς των εφήβων με νευρογενή βουλιμία. Σχεδόν, 10% έως 50% των εφήβων κοριτσιών και αγοριών συχνά ασκούν ευκαιριακή άμετρη καταναλωτική συμπεριφορά. 1% έως 5% των εφήβων κοριτσιών που ρωτήθηκαν πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση της νευρογενούς βουλιμίας. Ενώ τα αγόρια αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/5 των εφήβων με νευρογενή βουλιμία, και περίπου το 1/10 των ενηλίκων με νευρογενή βουλιμία είναι άνδρες (Grange et al., 2004).

Μια έρευνα που διεξήχθη το 1988, στην περιοχή Haute-Marne της Γαλλίας, σε γυμνάσια και επαγγελματικές σχολές (3.288 άτομα), παρατηρήθηκε ότι ο επιπολασμός της βουλιμίας μεταξύ των Γάλλων εφήβων δεν είναι τόσο υψηλός όπως εκτιμήθηκε στη βόρεια Αμερική. Είναι πιθανό τα διαγνωστικά κριτήρια να αλλάζουν και η έλλειψη των κατάλληλων μέσων αξιολόγησης, μαζί με το σχετικά νέο και πρόσφατο ενδιαφέρον για τη βουλιμική συμπεριφορά να προκάλεσε την υπερεκτίμηση αυτής της παθολογίας. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να υπάρχουν και πολιτιστικές διαφορές μεταξύ Βόρειας Αμερικής και Ευρώπης όσον αφορά τον τόπο και τη διαθεσιμότητα των τροφίμων. Οι πιο πρόσφατες μελέτες σχετικά με τη βουλιμία στην εφηβεία στο Μόντρεαλ και τη Βοστώνη δείχνουν χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού της βουλιμίας. Γενικότερα, οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο συχνές στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια. Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι πιο αισθητή στα κριτήρια σχετικά με τις στρατηγικές ελέγχου, τη σωματική ανησυχία και τα συναισθήματα της αυτο-υποτίμησης. Τα αγόρια που έχουν επεισόδια βουλιμίας είναι λιγότερο απασχολημένα με το βάρος τους ή το σώμα τους. Αυτό ενισχύει την ιδέα ότι η βουλιμία δεν ορίζεται μόνο από επεισόδια πολυφαγίας,

αλλά και από άλλα κριτήρια, όπως την εμμονή κάποιου με το σώμα του. Σωματικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της εφηβείας αποτελούν πηγή ανησυχίας, ιδίως για τα κορίτσια, και μπορεί να επιφέρουν δυσαρέσκεια. Τα κορίτσια συνήθως θεωρούν ότι έχουν περισσότερο λίπος, ενώ τα αγόρια βλέπουν τον εαυτό τους ότι έχουν λιγότερο λίπος. Η συχνή καταφυγή σε μία ή περισσότερες στρατηγικές του «ελέγχου βάρους» (weightcontrol) μεταξύ των κοριτσιών, ειδικά σε δίαιτα, φέρνει στο φως το ζήτημα της έναρξης της βουλιμίας. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι βουλιμικοί αναφέρουν συχνά τις δίαιτες, το οποίο αποτελεί το πρώτο σημάδι της διαταραγμένης διατροφικής συνήθειας και την αρχή της μελλοντικής βουλιμικής συμπεριφοράς τους. Τα κορίτσια τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές ελέγχου, όπως δίαιτες, εμετό, χρήση καθαρτικών, όλο και περισσότερο κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Από την άλλη πλευρά αυτή η περιοριστική συμπεριφορά δεν είναι από μόνη της αρκετή για να προβλέψουμε το μέλλον της βουλιμίας. Πολλά κορίτσια πηγαίνουν σε διατροφολόγους κατά τη διάρκεια της εφηβείας και όλες αυτές οι δίαιτες δεν εξελίσσονται πάντα σε διατροφικές διαταραχές. Έχει βρεθεί μια αύξηση της συχνότητά τους από την ηλικία των 14 ετών. Ωστόσο, μελέτες διατυπώνουν την υπόθεση ότι οι διατροφικές διαταραχές των εφήβων γίνονται χρόνιες μόνο για ορισμένα κορίτσια, εκείνα που προέρχονται από κοινωνικοοικονομικό επίπεδο όπου υπάρχει μεγάλη έμφαση στη λεπτότητα. Στην πραγματικότητα, ανεξάρτητα από την παθολογία, οι γυναίκες που είναι οικονομικά εύπορες καταφεύγουν συχνότερα στην υγειονομική περίθαλψη. Συνήθως τα κυριότερα συμπτώματα των εφήβων με διατροφικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη και οι δυσκολίες στον ύπνο (Ledoux et al., 1991).

3.3 Παράγοντες επηρεασμού της διαταραγμένης εικόνας σώματος

Την τελευταία δεκαετία, πολλοί ερευνητές ενδιαφέρονται για τις επιδράσεις των ΜΜΕ στην ψυχική υγεία αλλά και στις διαταραχές στη διατροφή, καθώς προβάλλουν ως ιδανικό σώμα το αδύνατο, μέσω προσωποποιτήτων της τηλεόρασης, και ιδιαίτερα μέσω των γυναικών, πολλές από τις οποίες καταλήγουν να πληρούν τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας. Οι έφηβοι, ως πληθυσμός, επιλέγονται κυρίως σε τέτοιου είδους έρευνες, επειδή η εφηβεία είναι μια περίοδος στη ζωή όπου υπάρχει

μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση για τα κοινωνικά πρότυπα, με ιδιαίτερη έμφαση στην εικόνα του σώματος. Η προβολή των MME σχετικά με την εικόνα του σώματος συμβάλλει στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους, και ιδίως στις γυναίκες. Τα αγόρια που βρίσκονται στην αρχή της εφηβείας είναι πιο πιθανό να είναι εξοικειωμένα με το στίγμα του λίπους, αλλά δεν μπορούν ακόμα να κατανοήσουν πλήρως την αισθητική της λεπτότητας του ενήλικου σώματος. Επίσης, η «γελοιοποίηση» του σώματος στην τηλεόραση οδηγεί σε δυσαρέσκεια του σώματος στα πρώτα χρόνια της εφηβείας των αγοριών. Οι χρήστες των Media επηρεάζονται από αυτό που βλέπουν, αλλά επίσης εκθέτουν τον εαυτό τους επιλεκτικά σε περιεχόμενο που είναι σύμφωνο με την ισχύουσα κοσμοθεωρία τους. Σε εφήβους ηλικίας 11-18 ετών, αν και οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν σε μεγαλύτερο αριθμό τις γυναίκες από τους άνδρες, η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στους άνδρες βρίσκεται σε άνοδο. Για τις γυναίκες, η συνεχής παρακολούθηση τηλεοπτικού περιεχομένου με αντικείμενο που έχουν σχέση με τη διαίτα, το λίπος κλπ σχετίζεται με αυξημένη βουλιμία. Η συνεχής παρακολούθηση τηλεοπτικού περιεχομένου για απόκτηση ιδανικού λεπτού σώματος σχετίζεται με αυξημένη ανορεξία, ενώ η ανάγνωση αθλητικών περιοδικών σχετίζεται με αυξημένη δυσαρέσκεια σώματος. Για τους άνδρες, η συνεχής παρακολούθηση περιεχομένου με αντικείμενο που έχουν σχέση με τη διαίτα, το λίπος κλπ σχετίζεται με αυξημένη δυσαρέσκεια σώματος, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με την προβολή των MME για το ιδανικό λεπτό σώμα ή τα αθλητικά περιοδικά (Harrison, 2000).

Τα περισσότερα κορίτσια στην εφηβεία ανησυχούν για το βάρος τους, και τις περισσότερες φορές υπάρχει πίεση από τα MME και τους γονείς τους να χάσουν βάρος. Η κακή εικόνα για το σώμα συνδέεται συχνά με διατροφικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες, όπως υποσιτισμό, προβλήματα στον εμμηνορρυσιακό κύκλο, γαστρεντερικά προβλήματα, καθυστερημένη σεξουαλική ωρίμανση, κατάθλιψη, σκέψεις αυτοκτονίας, χρήση ουσιών, ή ακόμη και πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι έφηβοι συνήθως όταν έρχονται σε επαφή με επαγγελματίες της υγείας, τις περισσότερες φορές το κάνουν για την εικόνα του σώματος και όχι για την επικίνδυνη διατροφική συμπεριφορά τους. Η AMA (American Medical Association) συνιστά ότι «όλοι οι έφηβοι θα πρέπει να ελέγχονται κάθε χρόνο για τις διατροφικές διαταραχές και την παχυσαρκία μέσω του προσδιορισμού του βάρους και του αναστήματος». Είναι σημαντικό να υπάρχει

προληπτική παροχή συμβουλών, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών σχετικά με το βάρος. (Cook et al., 2007).

Σε πρόσφατη μελέτη για την αξιολόγηση της αντίληψης της εικόνας του σώματος και την ικανοποίηση, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, έδειξε ότι η Ελλάδα είχε το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων που επιθυμούν να είναι σημαντικά ελαφρύτερο (18%), ενώ η Δανία είχε το χαμηλότερο (7%) (Costarelli et al., 2009).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η διάθεση, η τελειομανία, η διαταραγμένη εικόνα για το σώμα και η αυτοεκτίμηση εμπλέκονται στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, η αυτοεκτίμηση φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη δυσαρέσκεια για το σώμα και τις διατροφικές διαταραχές (Costarelli et al., 2009).

ΜΕΡΟΣ Β΄:
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Μεθοδολογία

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε όλη τη διάρκεια του ερευνητικού έργου. Καταρχήν θα γίνει λεπτομερής αναφορά στο δείγμα και μετά στον πειραματικό σχεδιασμό. Είναι σημαντικό να παρουσιαστούν τα όργανα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ θα ακολουθήσει μια σύντομη περιγραφή για τη διεξαγωγή της έρευνας.

4.2 Στόχοι της έρευνας

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εντοπιστούν οι πιθανές σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής των εφήβων, καθώς και της επιρροής που αυτές ασκούν στην υγεία και την ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα η μελέτη αποβλέπει, μέσω της συμπλήρωσης των κατάλληλων ερευνητικών εργαλείων, να μελετήσει-ελέγξει:

- Την επίδραση των διαφόρων δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής των εφήβων.
- Κατά πόσο ο καθημερινός τρόπος ζωής (ώρες ενασχόλησης με Η/Υ, TV-ύπνος, λήψη γευμάτων κλπ) επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.
- Συσχέτιση των διατροφικών συνηθειών και της ποιότητας ζωής των εφήβων.
- Την εκτίμηση της ποιότητας ζωής που οι ίδιοι οι έφηβοι απολαμβάνουν.

4.3 Δείγμα

Η παρούσα έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε στο Νομό Αττικής σε σχολεία του Δήμου Καλλιθέας κατά τη διάρκεια των μηνών Απριλίου έως και Μαΐου 2012. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν μαθητές της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ηλικίας 14 έως και 18 ετών (Β Γυμνασίου έως Γ Λυκείου). Από αυτόν τον πληθυσμό συγκεντρώσαμε και το δείγμα της έρευνάς μας. Τα 400 ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν από 5 διαφορετικά σχολεία, 3 Γυμνάσια και 2 Λύκεια. Τα σχολεία αυτά επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και με κριτήριο την εγγύτητα στους ερευνητές. Τα σχολεία που συμμετείχαν ήταν: α) το 1^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, β) το 3^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, γ) το 10^ο Γυμνάσιο Καλλιθέας, δ) το 1^ο Λύκειο Καλλιθέας και ε) το 4^ο Λύκειο Καλλιθέας.

4.4 Κλίμακες Μέτρησης

4.4.1 Γενικό ερωτηματολόγιο

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται συνολικά από 10 γενικού τύπου ερωτήσεις, ενώ απαρτίζεται και από επιπλέον 14 πιο ειδικές. Στην αρχή υπάρχουν ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, ενώ ακολουθούν ερωτήσεις για την οικονομικοκοινωνική κατάσταση της οικογένειάς του. Οι πιο ειδικές ερωτήσεις αναφέρονται στις ώρες που ο καθένας παρακολουθεί τηλεόραση/DVD/HY, τις ώρες που αφιερώνει για ύπνο, τα γεύματα που περιέχει η καθημερινή του διατροφή, την ποσότητα και συχνότητα νερού και αναψυκτικών που καταναλώνει, την τυχόν κατανάλωση αλκοόλ και καπνού καθώς και την απασχόληση του ατόμου σε κάποιο οργανωμένο άθλημα.

4.4.2 Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Μεσογειακής διατροφής (KIDMED)

Βασικός σκοπός σε αυτό το ερωτηματολόγιο ήταν να καταγραφούν οι διατροφικές συνήθειες του κάθε εφήβου και κατά πόσο τελικά ο έφηβος ακολουθεί τη Μεσογειακή διατροφή. (Serra-Majem et al., 2003· Serra-Majem et al., 2004). Ο δείκτης KIDMED αποτελείται από 16 ερωτήσεις όπου οι ερωτηθέντες απαντούν με ένα απλό ναι ή ένα όχι στις 12 ερωτήσεις που τους υποβάλλονται. Οι δώδεκα

ερωτήσεις αναφέρονται στη Μεσογειακή Διατροφή και είναι οι εξής: 1) καταναλώνεις ένα φρούτο ή χυμό φρούτων κάθε μέρα, 2) καταναλώνεις ένα δεύτερο φρούτο κάθε μέρα, 3) καταναλώνεις λαχανικά μια φορά τη μέρα, 4) καταναλώνεις λαχανικά περισσότερο από μια φορά τη μέρα, 5) καταναλώνεις ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα), 6) καταναλώνεις πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα, 7) καταναλώνεις όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα, 8) καταναλώνεις ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε μέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, 9) για πρωινό τρως συνήθως δημητριακά, 10) καταναλώνεις ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα), 11) καταναλώνεις ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα είτε σε φαγητό), 12) συνήθως παραλείπεις το πρωινό, 13) για πρωινό συνήθως τρως ή πίνεις ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α, 14) για πρωινό τρως συνήθως γλυκά, 15) καταναλώνεις δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 g) ημερησίως, 16) καταναλώνεις γλυκά κάθε μέρα.

Τα αποτελέσματα του σκορ είναι αυτά που θα χαρακτηρίσουν το κατά πόσο ο κάθε έφηβος ακολουθεί τα μεσογειακά πρότυπα, δηλαδή υψηλή σε ποιότητα διατροφή. Πιο συγκεκριμένα για κάθε θετική απάντηση η βαθμολόγηση είναι +1 ενώ για κάθε αρνητική -1. Αν το σκορ είναι μεγαλύτερο ή ίσον με το 8, τότε ακολουθείται υγιής και υψηλή σε ποιότητα διατροφή, αν κυμαίνεται από 4-7 η διατροφή θεωρείται μέτριας ποιότητας, ενώ από 3 και κάτω η πρόσληψη διατροφής είναι χαμηλής ποιότητας.

4.4.3 Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EATING ATTITUDES TEST – EAT -26)

Το EAT-26 είναι ένα αξιόπιστο και τυποποιημένο εργαλείο, μια κλίμακα αξιολόγησης των διαταραγμένων διαιτητικών συμπεριφορών. Αποτελείται από 26 προτάσεις – συμπεριφορές, που έκαστος καλείται να αναφέρει τη συχνότητα που η κάθε πρόταση τον αφορά. Οι απαντήσεις που δίνονται ξεκινούν από το πάντα μέχρι το ποτέ, ενώ η απάντηση δίνεται τσεκάροντας μόνο σε ένα επίρρημα αυτό που αντιπροσωπεύει τον ερωτηθέντα. η διαβάθμιση είναι: πάντα, συνήθως, συχνά, μερικές φορές, σπάνια και ποτέ. Η τελική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει βάσει του πίνακα των Garner DM & Garfinkel PE 1979, Garner et al. 1982 που ακολουθεί

στο παράρτημα. Υπολογίζεται το άθροισμα όλων των ερωτήσεων με βάση τις απαντήσεις. Αν η συνολική βαθμολογία είναι ≥ 20 στο ερωτηματολόγιο υποδεικνύει αφύσικη διατροφική συμπεριφορά). Tam et al. 2007, Costarelli&Stamoy, 2009.) Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει τρεις ατομικές κλίμακες: την κλίμακα της Δίαιτας (ενασχόληση του να είναι κάποιος αδύνατος με την αποφυγή των παχυντικών τροφών), την κλίμακα για την Βουλιμία και την Ενασχόληση με το φαγητό και τη κλίμακα του Ελέγχου της πράξης του τρώγειν (αυτοσυγκράτηση στο φαγητό και αντιληπτή πίεση από τους άλλους για αύξηση του βάρους).

4.4.4 Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής ως προς την υγεία των εφήβων (HRQOL) (KIDSCREEN-27)

Γενικά το HRQOL (Health Related Quality of Life) ερωτηματολόγιο αποτελεί μια κλίμακα μέτρησης για τα παιδιά και τους εφήβους που μπορεί να είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό υποομάδων των παιδιών και των εφήβων που βρίσκονται σε κίνδυνο όσον αφορά προβλήματα υγείας, καθώς επίσης μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό του βάρους και την ανίχνευση κάποιας συγκεκριμένη ασθένειας ή αναπηρίας. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η κλίμακα αυτή μέτρησης εφαρμόζεται εξίσου με την ίδια επιτυχία και για τα υγιή άτομα. Το KIDSCREEN-27 που χρησιμοποιείται στο δείγμα της παρούσας μελέτης, αποτελεί μια συντομότερη έκδοση, η οποία κατασκευάστηκε από το KIDSCREEN-52. Το KIDSCREEN-27 αντιπροσωπεύει τις αρχικές δέκα διαστάσεις του KIDSCREEN-52, οι οποίες όμως εδώ έχουν συγχωνευτεί σε πέντε. Δίνει λεπτομερείς πληροφορίες για τις διαστάσεις: σωματική-φυσική ευεξία, ψυχολογική ευεξία (θετικά συναισθήματα, ικανοποίηση για τη ζωή, συναισθηματική ισορροπία), σχέσεις με τους γονείς και αυτονομία (το περιβάλλον στο σπίτι, την ελευθερία που αισθάνονται ότι απολαμβάνουν, την οικονομική κάλυψη που τους διατίθεται) συνομήλικοι και κοινωνική υποστήριξη (σχέση τους με άλλους εφήβους) και σχολικό περιβάλλον (αντιλήψεις και γνωστική ικανότητα, καθώς και τα συναισθήματά των εφήβων για το σχολείο).

Οι επιλογές διαφοροποιούνται ανάλογα με το τι μετράνε. Αν η μέτρηση αφορά την ένταση τότε είναι από «καθόλου» έως «υπερβολικά» ενώ όταν μετρούν τη συχνότητα είναι από «ποτέ» έως «πάντα». Κατά μέσο όρο χρειάζονται 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί το KIDSCREEN 27. Όσον αφορά τη βαθμολόγηση του

KIDSCREEN 27 ικανοποιούνται οι υποθέσεις του μοντέλου Rasch. Οι βαθμολογήσεις μετατρέπονται σε τιμές T, καθώς χρησιμοποιείται το πακέτο λογισμικού SPSS. Το Rasch-score υπολογίζεται για κάθε διάσταση και μετατρέπεται σε αξίες τις τιμές με μια μέση τιμή 50 και τυπική απόκλιση 10. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις επανακωδικοποιούνται καθώς οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής και ευημερία. Στο τέλος ενσωματώνεται μια στήλη μετρήσεων του βάρους και του ύψους με τον ΔΜΣ, που κατηγοριοποιεί τα παιδιά σε κανονικά, υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

4.5 Διαδικασία Συλλογής Ερωτηματολογίων

Πριν την έναρξη και το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στους μαθητές υπήρξε η επαφή με τους Διευθυντές – Υποδιευθυντές των Σχολείων και τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς, για την έγκριση και ενημέρωση του σκοπού της παρούσας έρευνας. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διατέθηκε μια διδακτική ώρα από διάφορα μαθήματα, κατόπιν προφορικής συνεννόησης με τους Διευθυντές και εκπαιδευτικούς, εφ' όσον βέβαια δεν παρακωλύοταν η τέλεση του εκπαιδευτικού τους έργου και εφ' όσον δεν θα απαιτούνταν πέραν της μιας διδακτικής ώρας, καθ' ότι απευθύνονταν και σε μαθητές Λυκείου, σε μαθητές δηλαδή με αυξημένες σχολικές υποχρεώσεις. Αφού έγινε η σχετική ενημέρωση των μαθητών για τον σωστό τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τον ερευνητή, οι μαθητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Πριν την έξοδο τους από την τάξη υπήρξε μέτρηση του βάρους και του ύψους του των παιδιών, με τη χρήση ζυγαριάς ακριβείας ηλεκτρονικής τεχνολογίας Tefal Bodysignal Round BM3100 και αντίστοιχου υψόμετρου από τα οποία υπολογίστηκε το ποσοστό παχυσαρκίας (Body Mass Index/ BMI).

4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής για τον υπολογισμό των μέσων όρων και της τυπικής απόκλισης των ποσοτικών μεταβλητών και για τον υπολογισμό των συχνοτήτων και των ποσοστών

των ποιοτικών μεταβλητών. Οι διμεταβλητές αναλύσεις μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το independent samples t-test. Οι σχέσεις μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών ελέγχθηκαν χρησιμοποιώντας πίνακες διπλής εισόδου (crosstabs) και το κριτήριο χ^2 . Η αξιοπιστία και η εσωτερική συνέπεια των διαστάσεων του εργαλείου KIDSCREEN 27 αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το συντελεστή αξιοπιστίας άλφα (α) του Cronbach. Όλες οι σχέσεις που χαρακτηρίζονται ως στατιστικά σημαντικές αναφέρονται σε δικάτάληκτους ελέγχους (two-tailed tests) με επίπεδο σημαντικότητας (α) 5 %.

Με τη χρήση του Spearman's rho correlation coefficient διεξήχθησαν συσχετίσεις μεταξύ της ΠΖΣΥ με την τήρηση της ΜΔ, το ειδικό διαιτολόγιο, την ισορροπία ενέργειας, τα επίπεδα παχυσαρκίας και εκπαίδευσης γονέων καθώς και του Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Συνηθειών EAT-26. Χρησιμοποιήθηκε επίσης πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με σκοπό να ερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ ειδικών μεταβλητών και της ΠΖΣΥ. Τα στοιχεία αναλύθηκαν με τη χρήση του λογισμικού στατιστικού πακέτου για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS/PC version 18.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

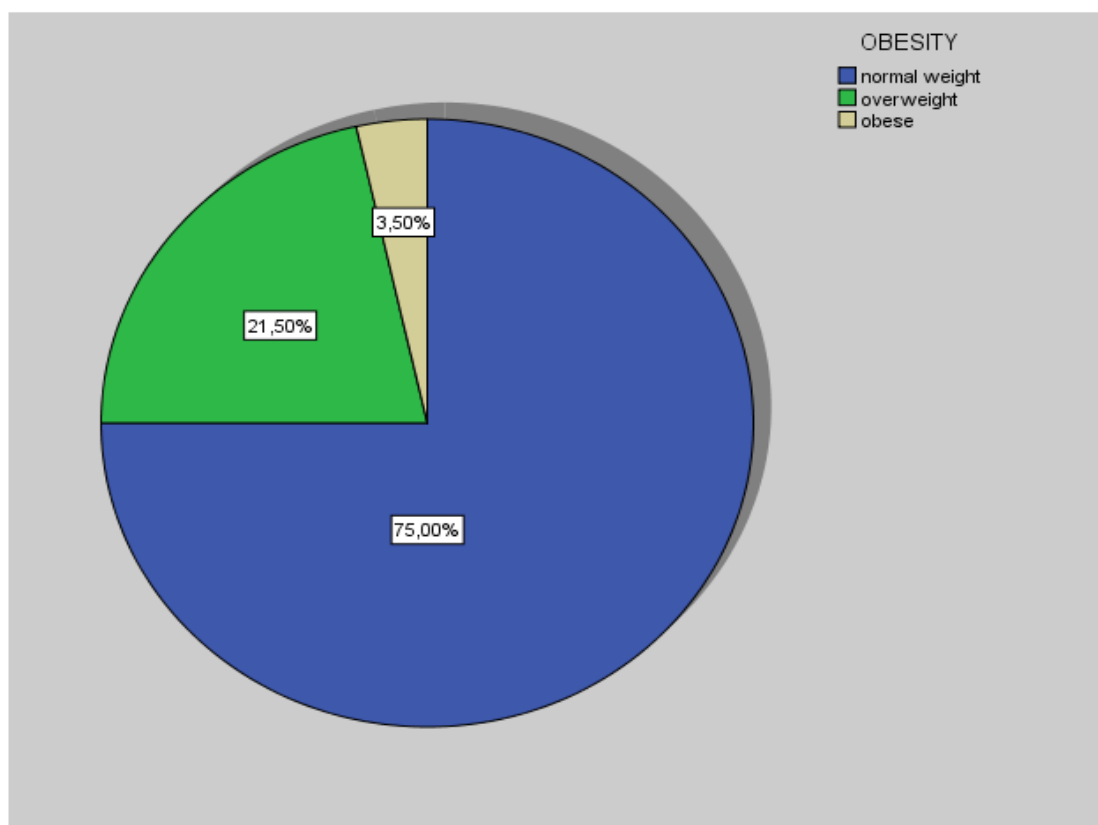
5.1 Περιγραφική Ανάλυση

5.1.1 Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων θα ξεκινήσει με την παρουσίαση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των εφήβων και πιο συγκεκριμένα του Μέσου Όρου και Τυπικής Απόκλισης της ηλικίας, του βάρους, του ύψους, καθώς και του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ ή BMI). Ο ΔΜΣ /BMI υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος του εκάστου ατόμου με το τετράγωνο του ύψους του (Βάρος/Υψος²).

Πίνακας 1: Στατιστικά στοιχεία των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών ανά φύλο και στο σύνολο του δείγματος

ΦΥΛΟ			
	ΑΓΟΡΙΑ (n=198)	ΚΟΡΙΤΣΙΑ (n= 202)	ΣΥΝΟΛΟ (n= 400)
ΗΛΙΚΙΑ			
Μ.ΟΡΟΣ	15,81	15,88	15,84
ΤΥΠ.ΑΠ.	(1,02)	(1,03)	(1,03)
ΒΑΡΟΣ(kg)			
Μ.ΟΡΟΣ	68,13	58,47	63,25
ΤΥΠ.ΑΠ.	(12,7)	(9,06)	(12,06)
ΥΨΟΣ(m)			
Μ.ΟΡΟΣ	1,75	1,65	1,70
ΤΥΠ.ΑΠ.	(0,081)	(0,06)	(0,08)
Δ.Μ.Σ(kg/m2)			
Μ.ΟΡΟΣ	22,1	21,3	21,70
ΤΥΠ.ΑΠ.	(3,34)	(2,91)	(3,15)



Γράφημα 1: Ποσοστά παχυσαρκίας των εφήβων συνολικά (%)

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του δείγματος, διαπιστώνεται ότι το 75% του δείγματος έχει κανονικό βάρος, ενώ το υπόλοιπο 25% χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρο – παχύσαρκο, με μικρό ποσοστό 3,5% να φτάνει στα όρια της παχυσαρκίας.

Πίνακας 2: Ποσοστά παχυσαρκίας των εφήβων ανάλογα με το φύλο (%)

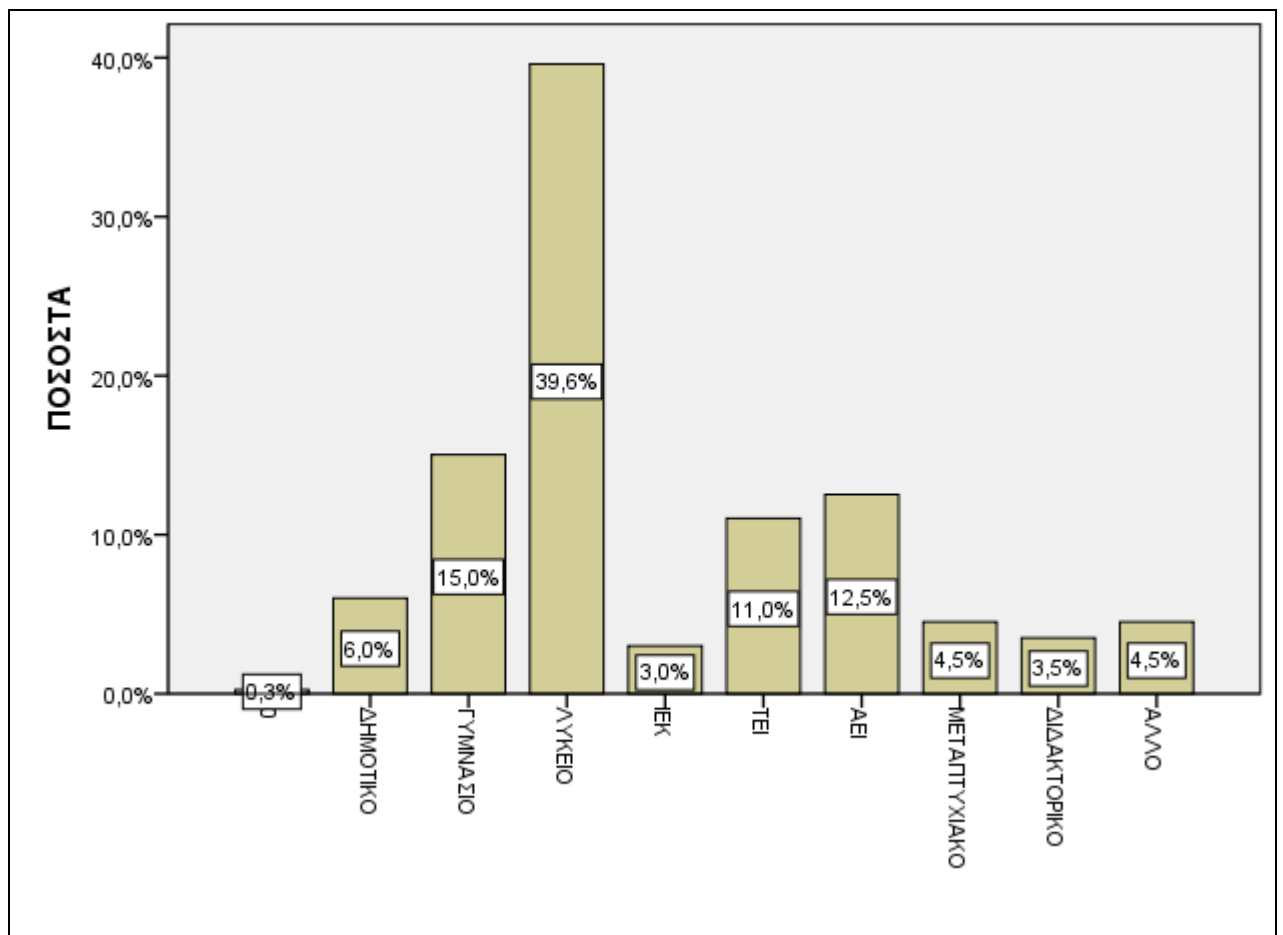
	ΑΓΟΡΙΑ (n=198) 49,5%	ΚΟΡΙΤΣΙΑ (n=202) 50,5%	ΣΥΝΟΛΟ (n= 400)
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	154 (77,8 %)	146 (72,3%)	300 (75%)
ΑΤΟΜΑ ΥΠΕΡΒΑΡΑ	37(18,7%)	49 (24,3%)	86 (21,5%)
ΑΤΟΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ	7 (3,5%)	7 (3,5%)	14 (3,5%)

Τα ποσοστά υπολογίστηκαν βάσει των cut off points (όρια) της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας του άρθρου του Cole (2000). Τα αγόρια παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά από τα κορίτσια στις κατηγορίες των υπέρβαρων, ενώ δεν

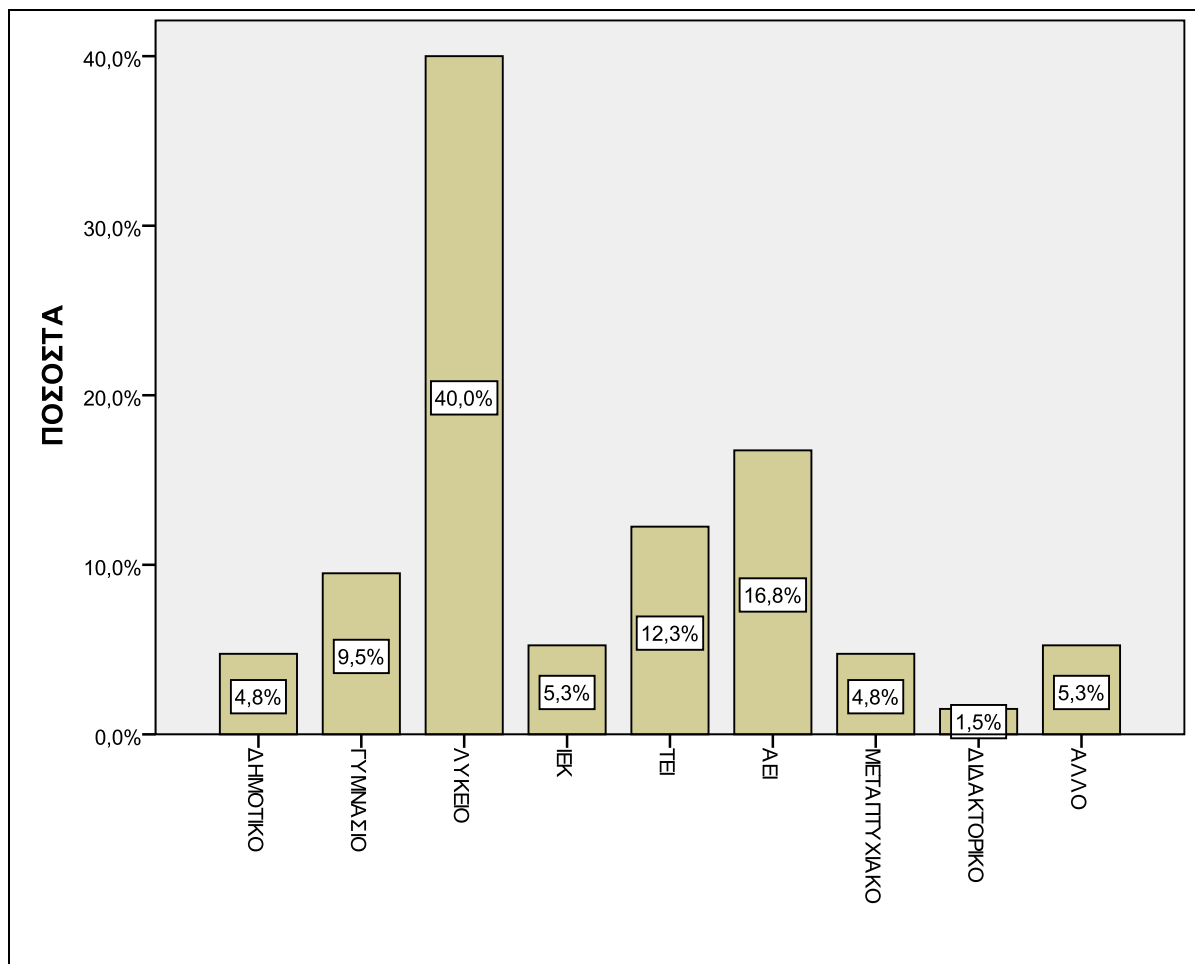
παρατηρείται μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το ποσοστό τάσης προς την παχυσαρκία.

5.1.2 Κοινωνικοοικονομικά Χαρακτηριστικά

Ακολουθούν γραφήματα που αναφέρονται στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γονέων, όπως το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμα, η καταγωγή τους, καθώς και το ιδιοκτησιακό ή μη καθεστώς της οικίας που διαμένουν.

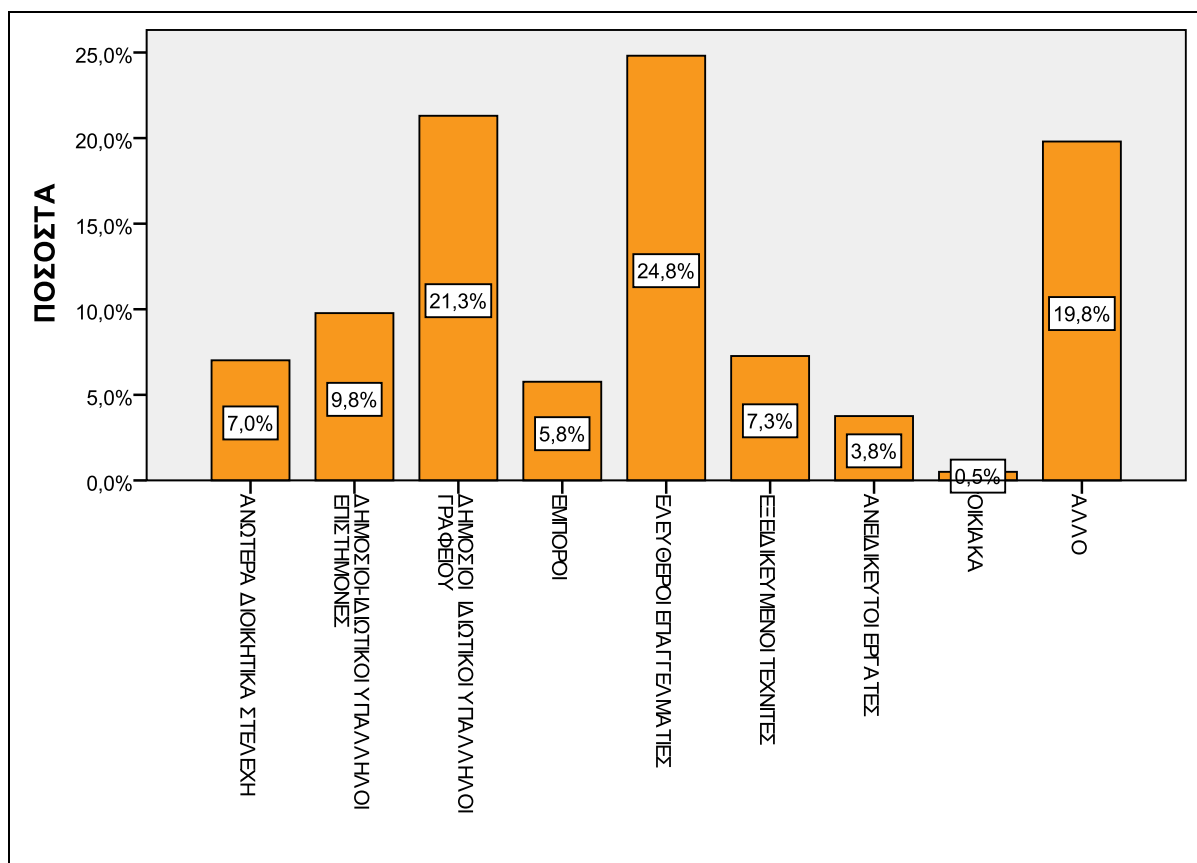


Γράφημα 2: Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

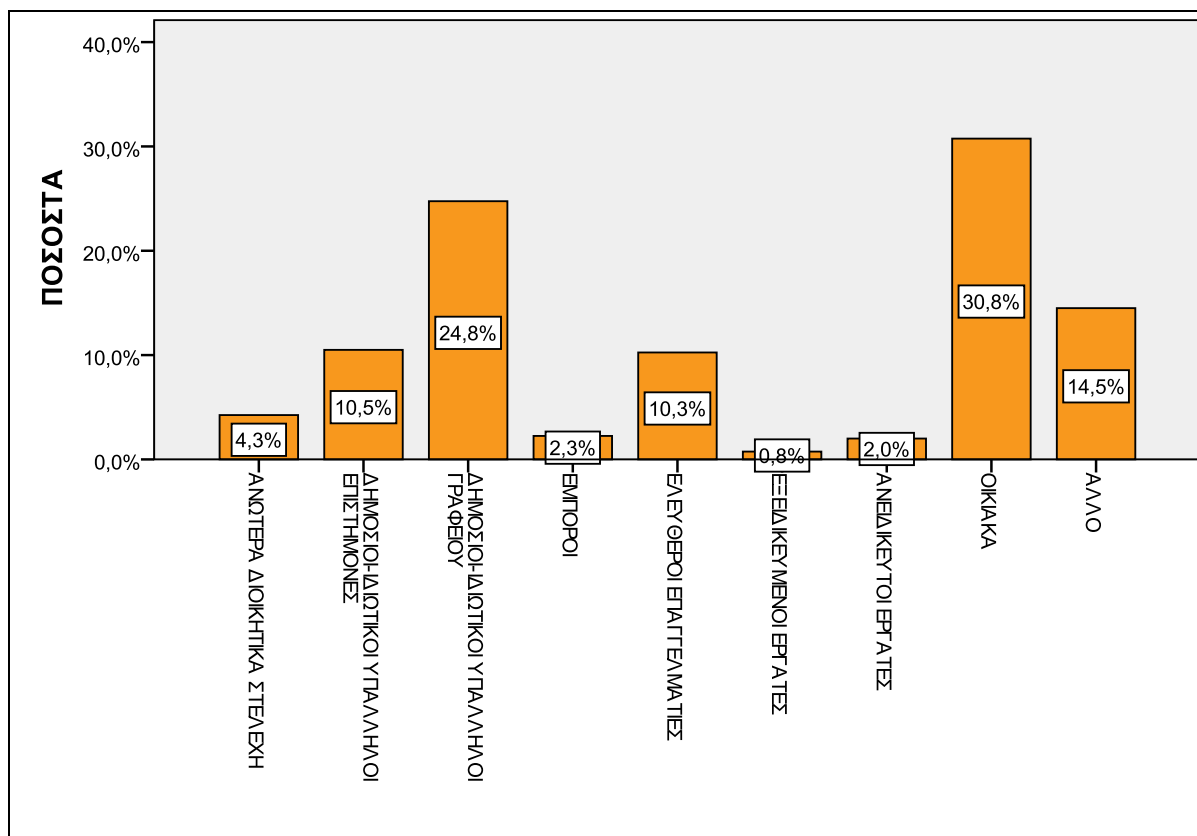


Γράφημα 3: Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Αξιοσημείωτο θα ήταν να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό της τάξεως άνω του 40% και των δυο γονέων φαίνεται να είναι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι άνδρες φαίνεται να υπερέχουν των γυναικών στην κατοχή διδακτορικού διπλώματος.

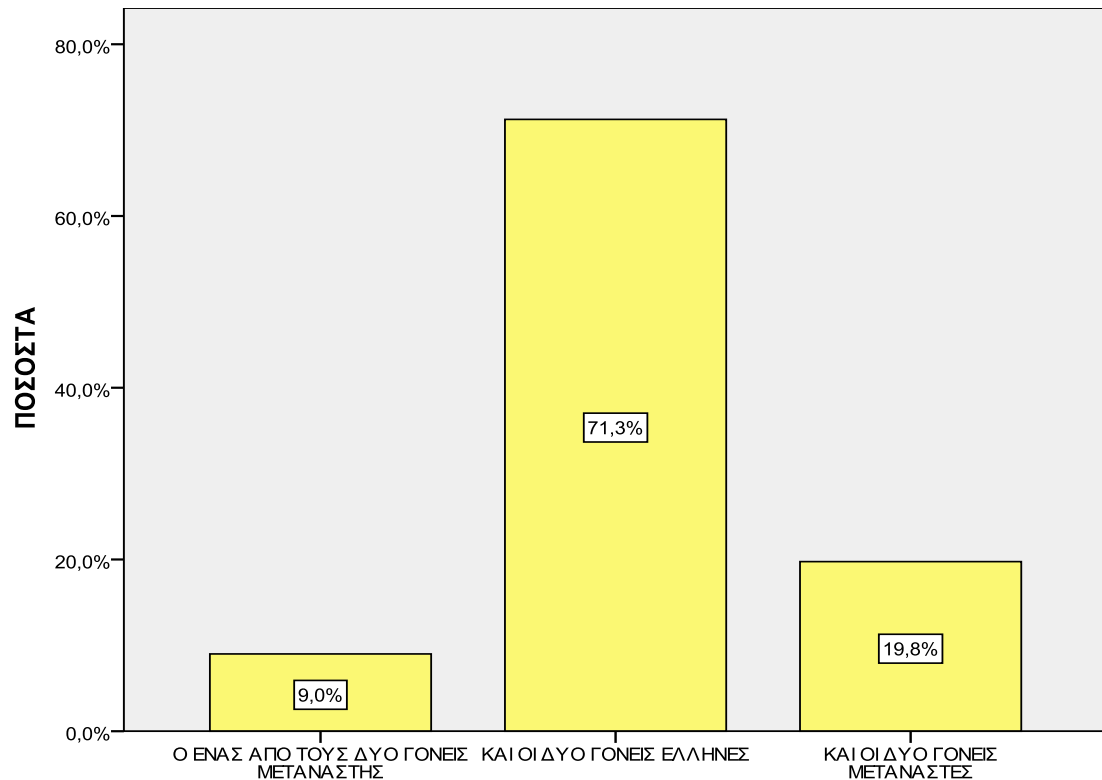


Γράφημα 4: Το επάγγελμα του πατέρα



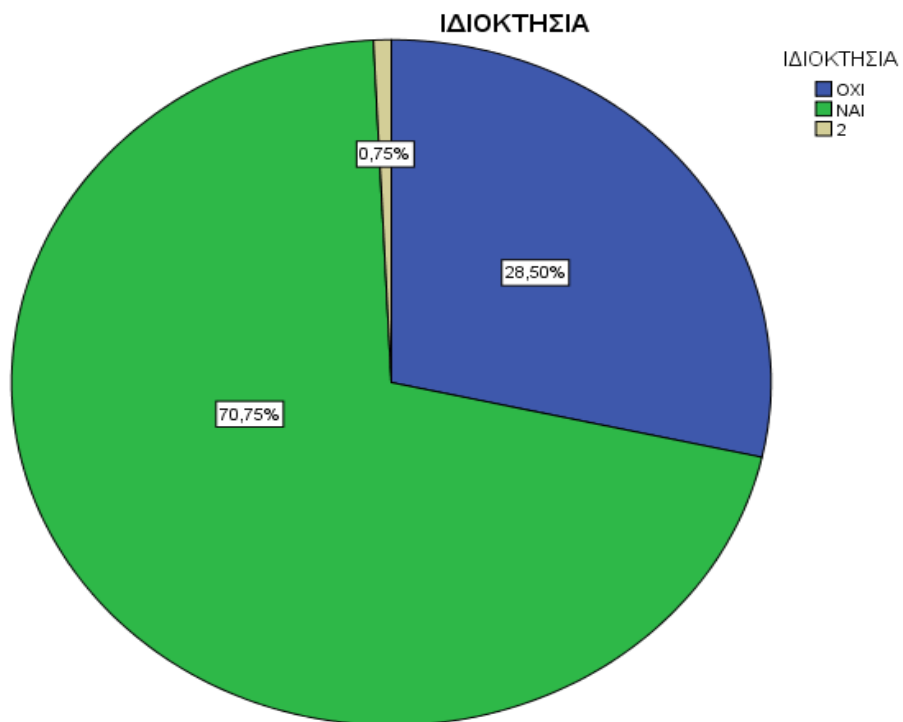
Γράφημα 5: Το επάγγελμα της μητέρας

Όσον αφορά το επάγγελμα των γονέων, το μεγαλύτερο ποσοστό των πατεράδων (24,8%) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ στην περίπτωση των μητέρων το 30% ασχολείται με τα οικιακά.

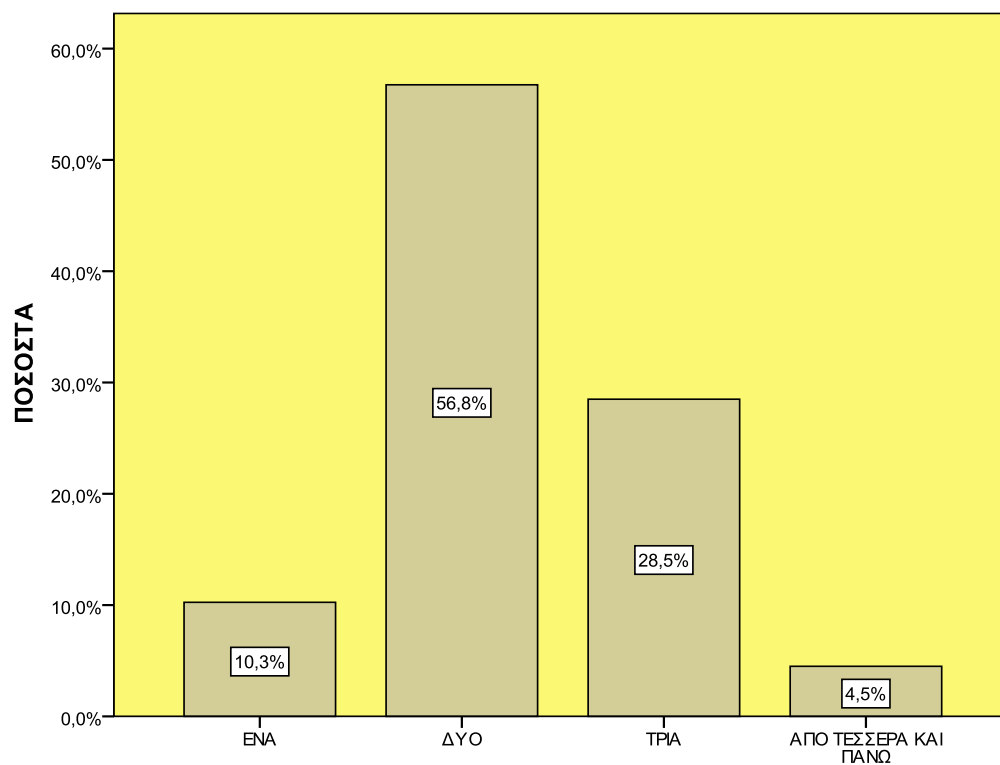


Γράφημα 6: Η καταγωγή των γονέων

Το 71,3% των μαθητών του δείγματος δήλωσε ότι η καταγωγή των δύο γονέων του είναι η ελληνική, ενώ το 19,8% δήλωσε ότι και οι δυο γονείς είναι μετανάστες.



Γράφημα 7: Η ιδιοκτησία

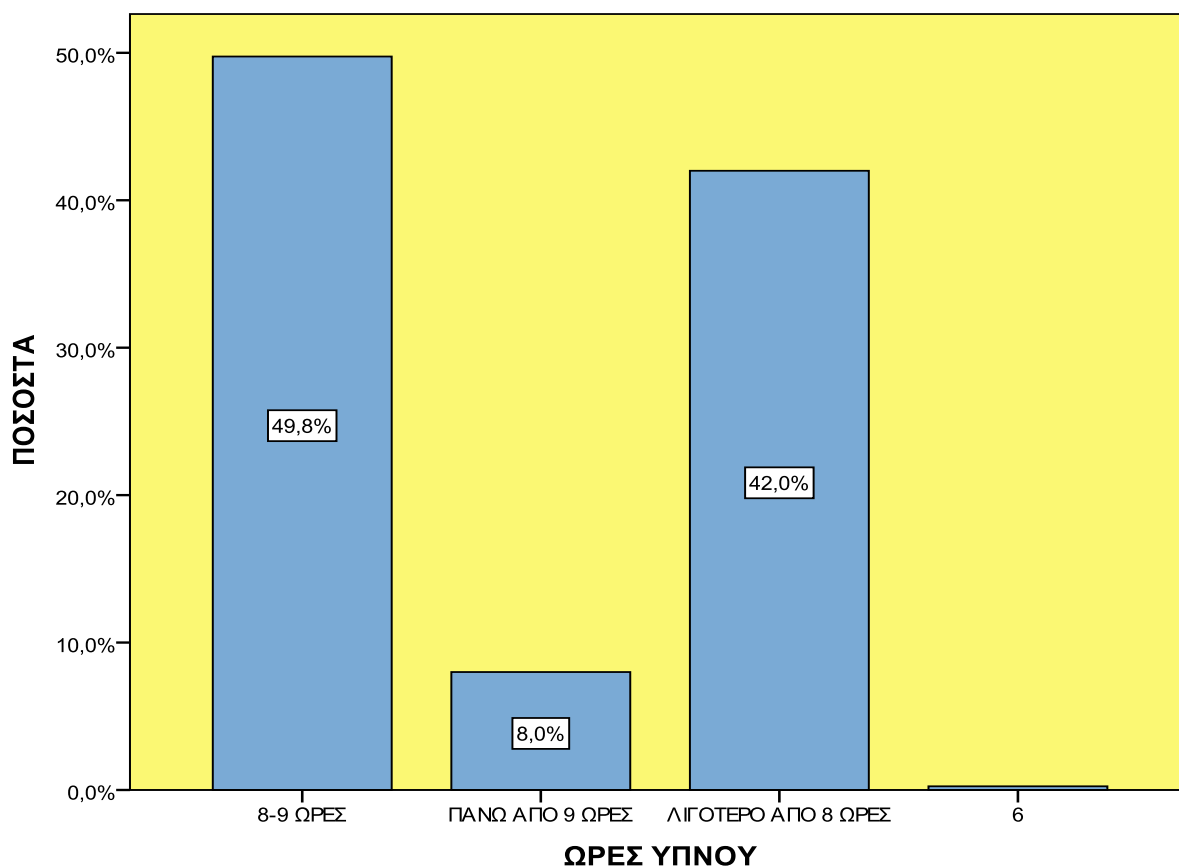


Γράφημα 8: Ο αριθμός των υπνοδωματίων

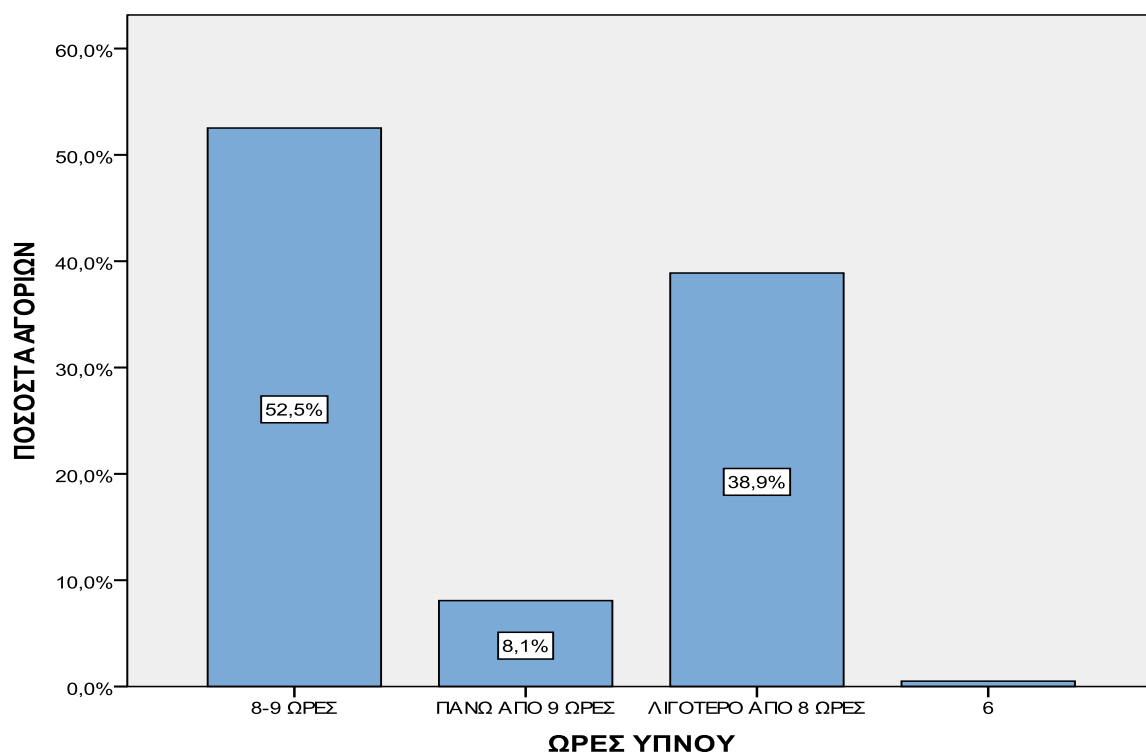
Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 70,5% των μαθητών δήλωσε ότι το σπίτι που μένουν είναι ιδιοκτησίας τους, το 28,5% αναφέρει ότι δεν μένει σε δικό τους σπίτι, ενώ το 33% διαμένει σε σπίτι άνω των τριών υπνοδωματίων. Αυτό αποτελεί έναν παράγοντα ιδιαίτερα σημαντικό, σε συνδυασμό με το μορφωτικό και εργασιακό περιβάλλον των γονέων, για τη γενικότερη αξιολόγηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του δείγματος.

5.1.3 Παράγοντες που επιδρούν στον τρόπο ζωής

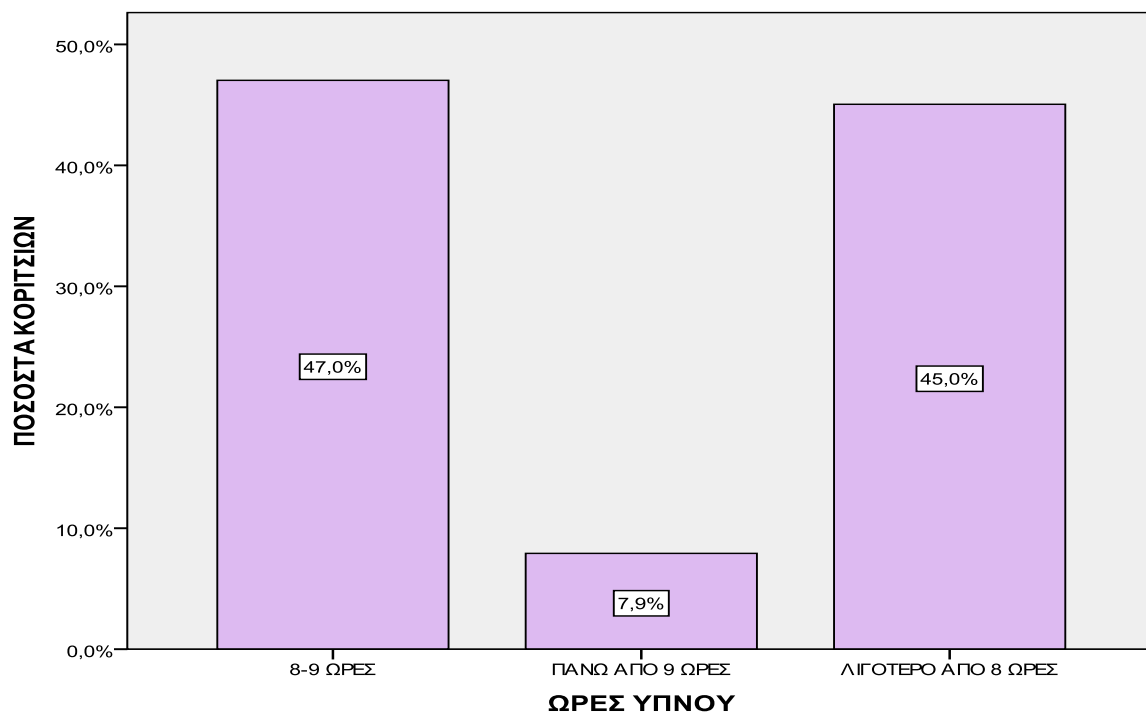
Στη συνέχεια ακολουθούν ραβδογράμματα που παραθέτουν τους παράγοντες του τρόπου ζωής των εφήβων συνολικά. Βλέπουμε και τις διαφοροποιήσεις ανά φύλο, αναφορικά με τις ώρες ύπνου, τις ώρες παρακολούθησης TV/DVD, καθώς και τις ώρες απασχόλησής τους σε κάποια αθλητική δραστηριότητα.



Γράφημα 9: Ώρες ύπνου του συνολικού πληθυσμού



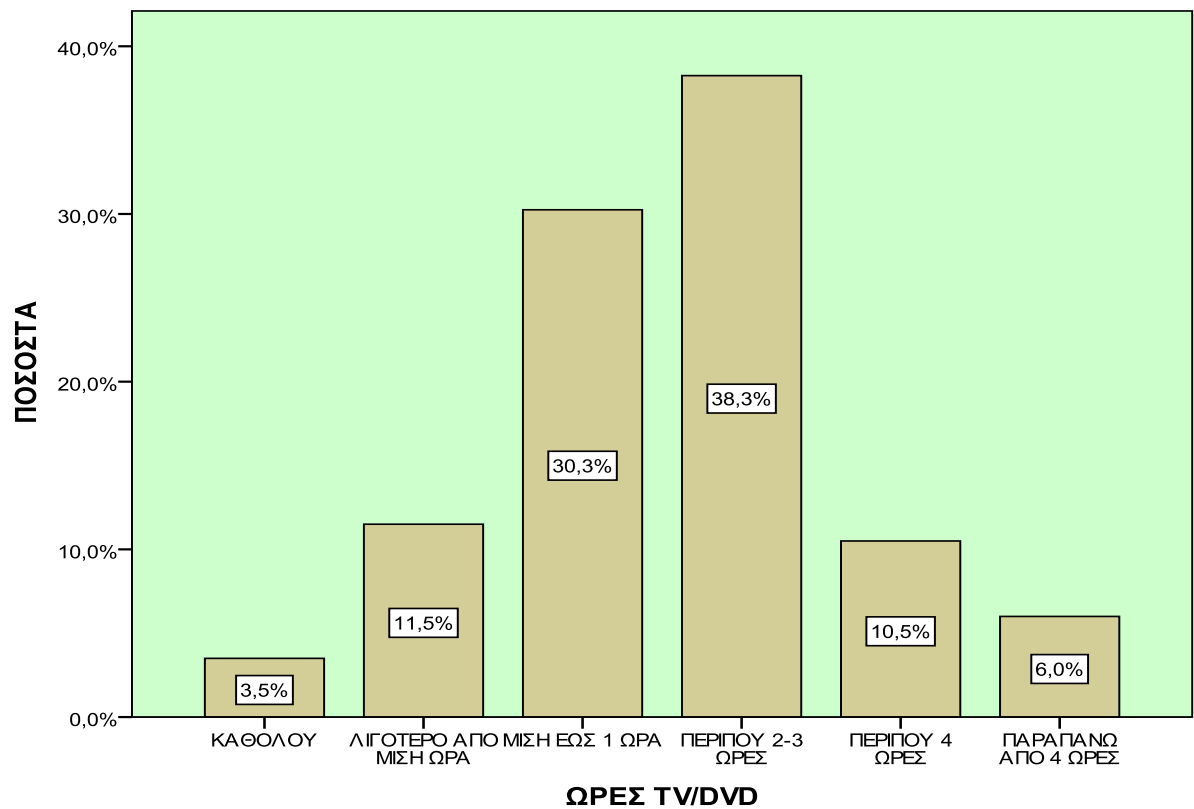
Γράφημα 10: Ώρες ύπνου των αγοριών



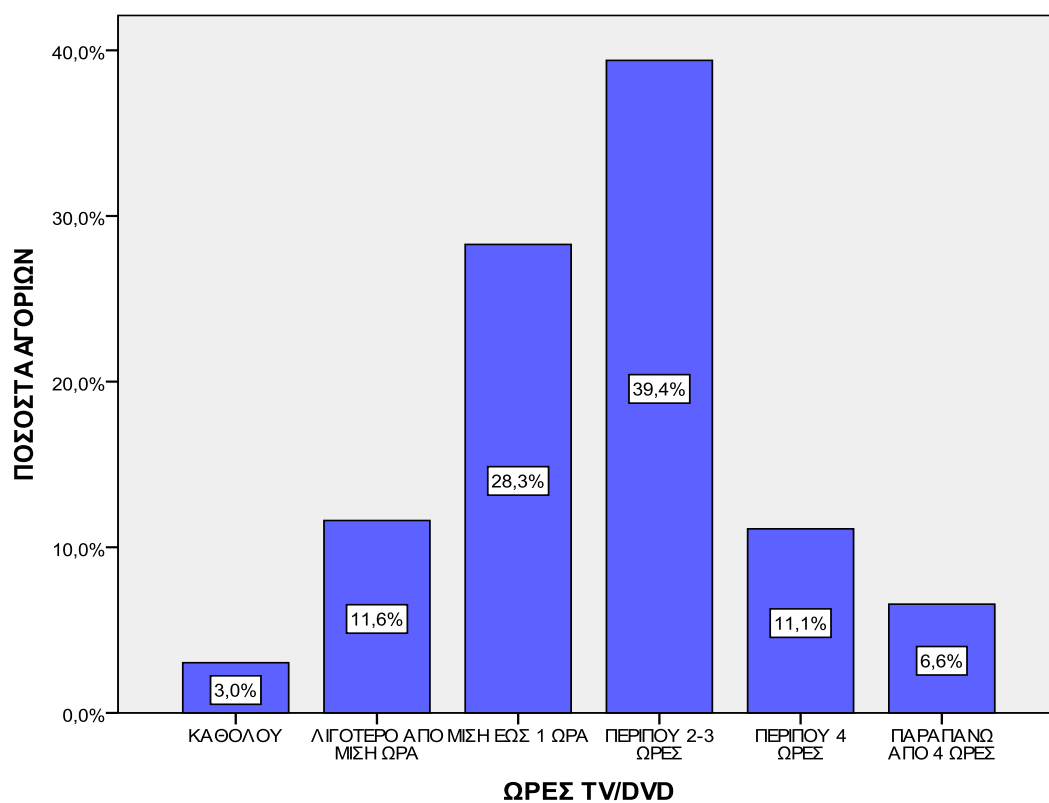
Γράφημα 11: Ώρες ύπνου των κοριτσιών

Όσον αφορά τις ώρες ύπνου φαίνεται ότι ο πληθυσμός κοιμάται 8-9 ώρες σε ποσοστό 49,8%, ενώ το 42% κοιμάται λιγότερο των 8 ωρών. Αξιοσημείωτο είναι το

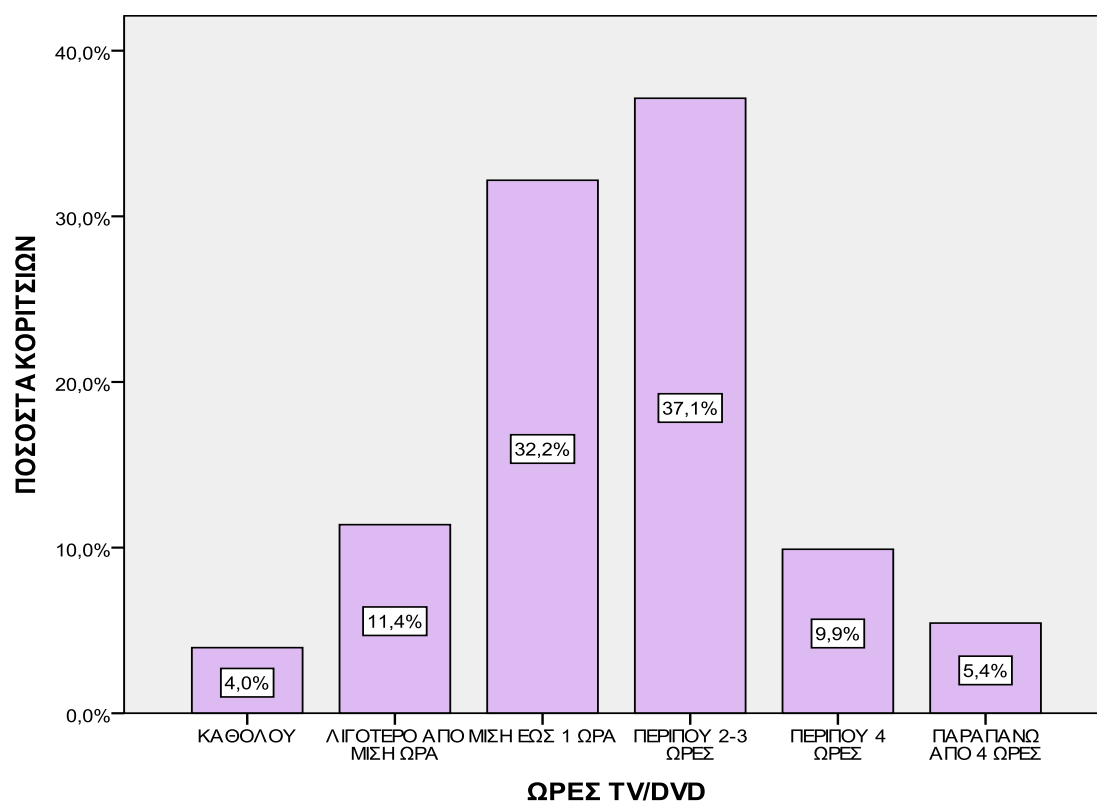
γεγονός ότι το ποσοστό των αγοριών που κοιμούνται άνω των 8 ωρών είναι μεγαλύτερο από αυτό των κοριτσιών.



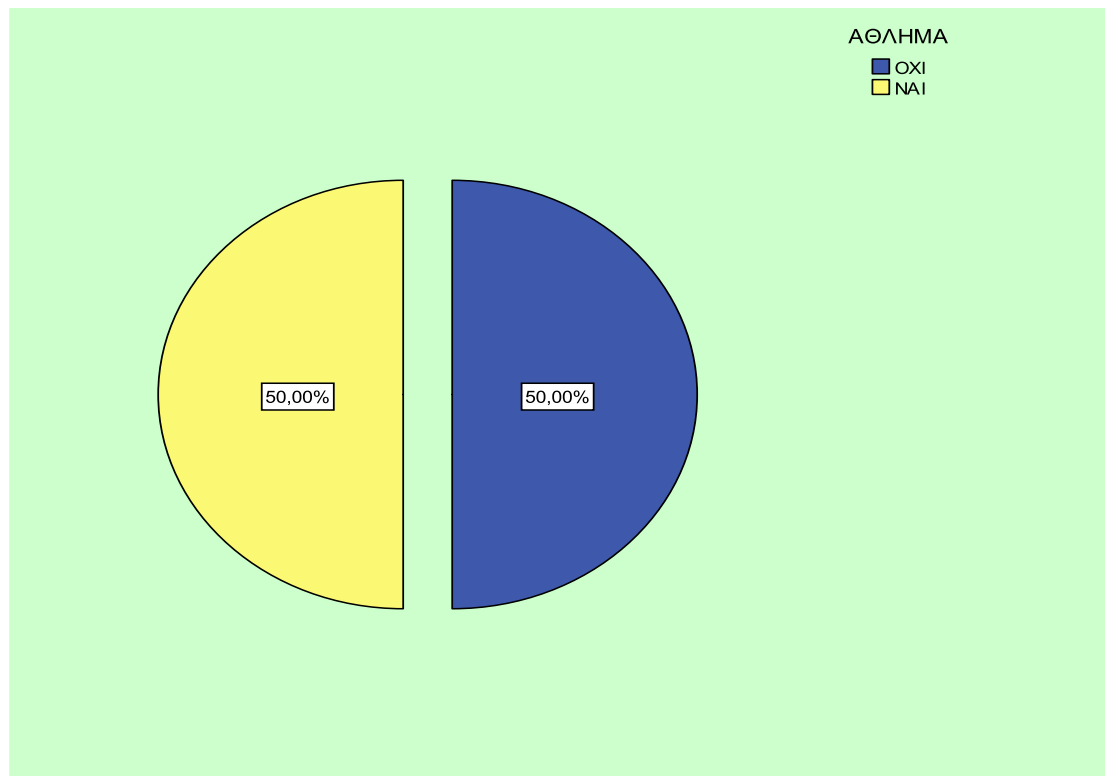
Γράφημα 12: Ωρες παρακολούθησης TV/DVD του συνολικού πληθυσμού



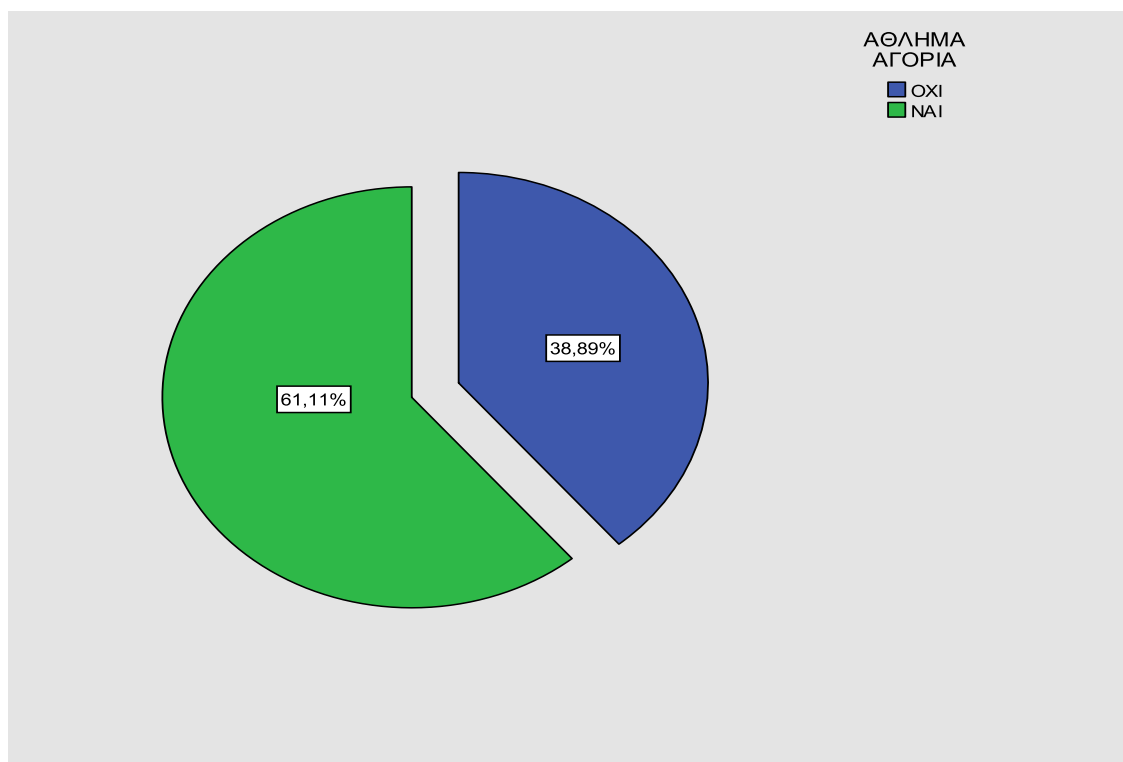
Γράφημα 13: Ώρες παρακολούθησης TV/DVD των αγοριών



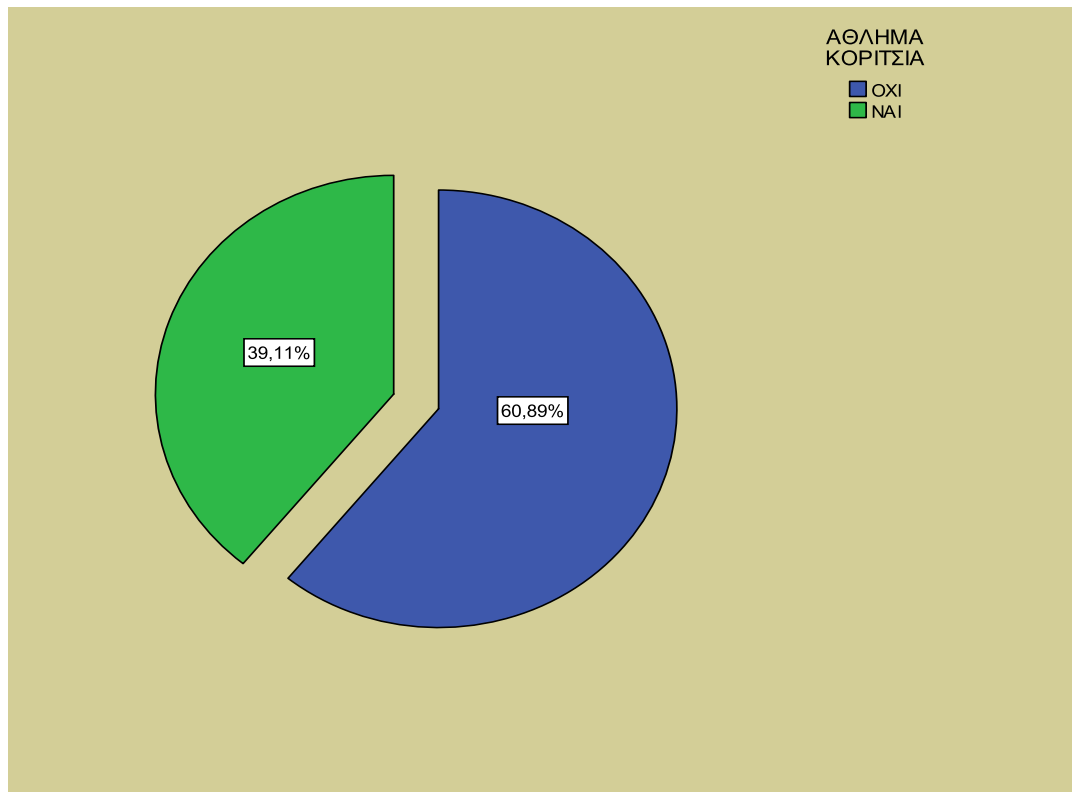
Γράφημα 14: Ώρες παρακολούθησης TV/DVD των κοριτσιών



Γράφημα 15: Ποσοστά άθλησης συνολικού πληθυσμού



Γράφημα16: Ποσοστά άθλησης αγοριών



Γράφημα 17: Ποσοστά άθλησης κοριτσιών

Στα παραπάνω γραφήματα παρατηρείται ότι από τους 400 εφήβους, το 50% παίρνει μέρος σε κάποια εβδομαδιαία αθλητική δραστηριότητα. Τα αγόρια έχουν μεγαλύτερο μερίδιο στις θετικές απαντήσεις καθώς δηλώνουν ότι αθλούνται σε ποσοστό 61,11% σε σύγκριση με τα κορίτσια (39,11% δηλώνει ότι αθλείται).

Πίνακας 3: Ώρες άθλησης ανάλογα με το φύλο (%)

ΩΡΕΣ ΑΘΛΗΣΗΣ	N	Μ.ΟΡΟΣ	ΤΥΠ.ΑΠ.
ΣΥΝΟΛΟ	204	5,92	3,910
ΑΓΟΡΙΑ	126	6,42	4,325
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	78	5,10	2,974

Όσον αφορά τις ώρες άθλησης, δεν υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα των αγοριών λόγω των μεγάλων διακυμάνσεων που παρατηρούνται ενώ στα κορίτσια υπάρχει μια πιο ομοιόμορφη συμπεριφορά.

5.1.4 Διατροφικές Συνήθειες

Η λήψη ή μη πρωινού, ο συνολικός αριθμός των γευμάτων και ο συνολικός αριθμός των γευμάτων με άλλο μέλος της οικογένειας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής, γεγονός που αποδεικνύεται και στη συνέχεια της έρευνάς μας.

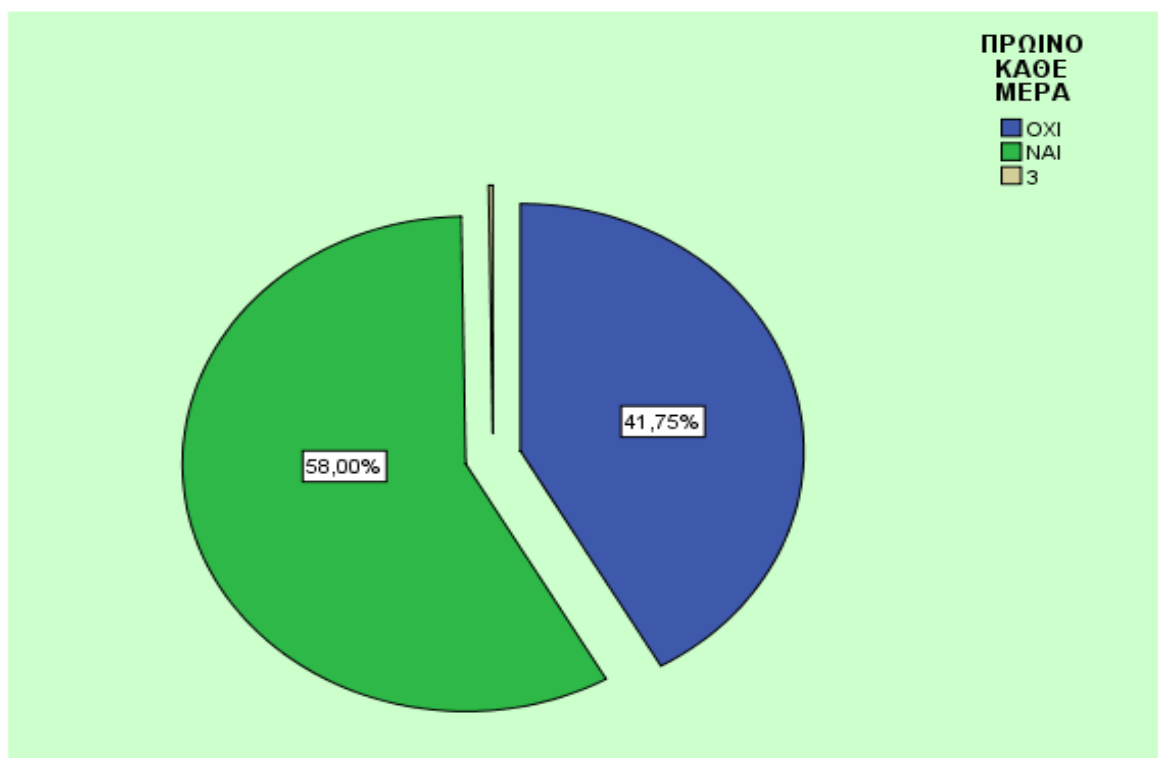
Πίνακας 4: Λήψη γευμάτων καθημερινά (%) στο συνολικό πληθυσμό

ΓΕΥΜΑΤΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΡΩΙΝΟ	58%	41,8%
ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ	27,8%	72,3%
ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ	95%	5%
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	39%	61%
ΒΡΑΔΙΝΟ	66%	34%

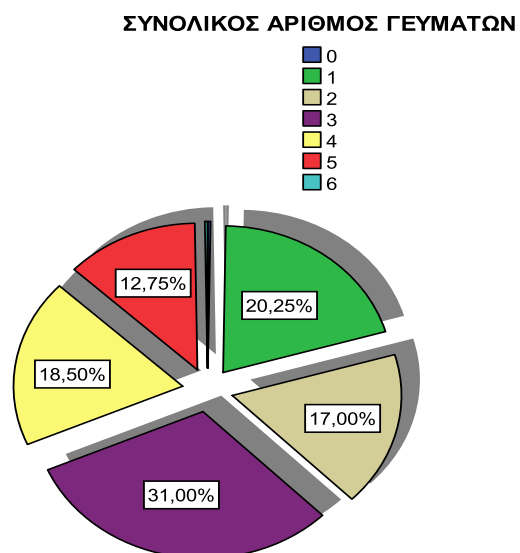
Πίνακας 5: Γεύματα με άλλους(%)

ΓΕΥΜΑΤΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΡΩΙΝΟ	25,5%	74,5%
ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ	81,5%	18,5%
ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ	12,8	87,3%
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	50,5%	49,5
ΒΡΑΔΙΝΟ	7%	93%

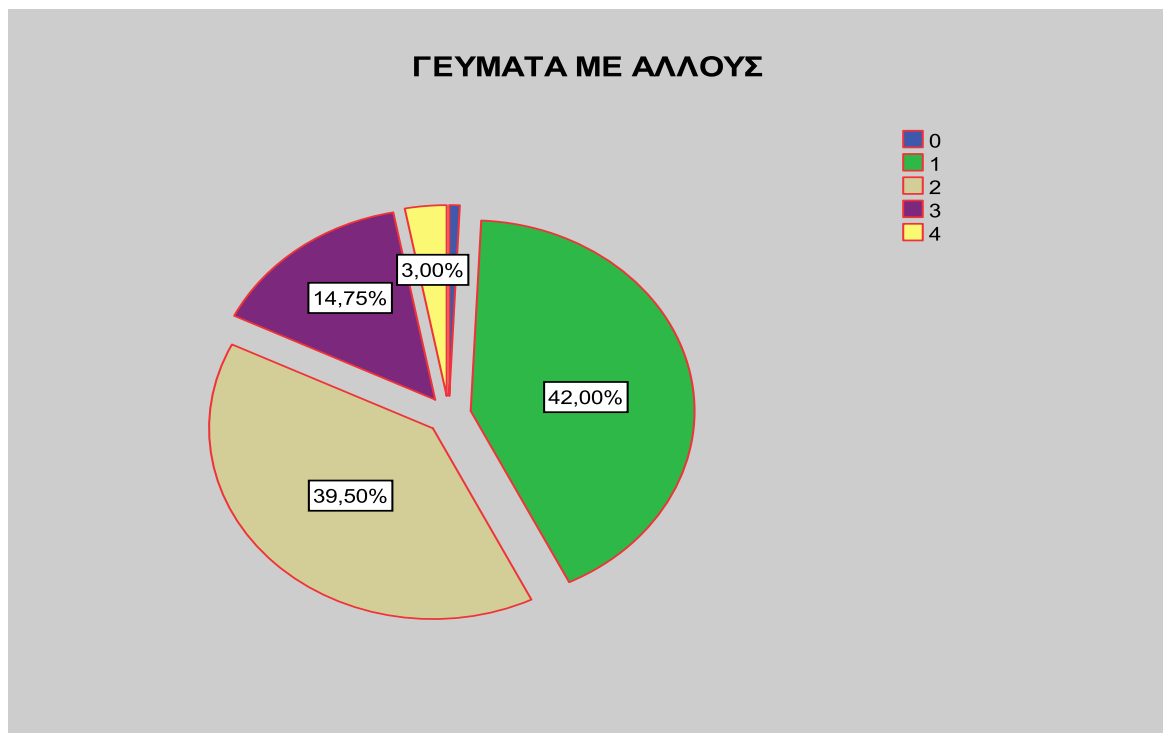
Κάνοντας μια σύγκριση στους δυο πίνακες παρατηρείται ότι οι έφηβοι κατά βάση λαμβάνουν καθημερινά τα τρία βασικά γεύματα της ημέρας: το πρωινό, το μεσημεριανό και το βραδινό σε ποσοστά 58%, 95% και 66% αντίστοιχα, ενώ μόλις το 12,8% λαμβάνει μεσημεριανό με κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας και το 87,3% γευματίζει μόνο του. Το ίδιο παρατηρείται και στο βραδινό καθώς το 93% γευματίζει μόνο του.



Γράφημα 18: Λήψη πρωινού στο σύνολο του πληθυσμού



Γράφημα 19: Συνολικός αριθμός γευμάτων



Γράφημα 20: Συνολικός αριθμός γευμάτων με άλλο μέλος της οικογένειας

Παρατηρείται παραπάνω ότι οι έφηβοι λαμβάνουν πρωινό σε ποσοστό 58%, ενώ ο συνολικός αριθμός των γευμάτων που λαμβάνουν είναι πάνω από τρία γεύματα την ημέρα σε ποσοστό 62,25%, αρκετά υψηλό ποσοστό για το δείγμα μας. Όσον αφορά το κατά πόσο οι έφηβοι τρώνε μαζί με κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς τους, παρατηρείται ότι το 55% λαμβάνει τουλάχιστον πάνω από δύο γεύματα την ημέρα μαζί με κάποιο άλλο μέλος.

Πίνακας 6: Συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΟΣΟΣΤΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΚΑΘΟΛΟΥ	13,8%	6,6%	20,8%
1-3 ΦΟΡΕΣ /ΜΗΝΑ	31,3%	27,3%	35,1%
1 ΦΟΡΑ/ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	17,5%	21,2%	13,9%
2-4 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ	19,5%	23,7%	15,3%
5-6 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ	7,5%	7,1%	7,9%
1 ΦΟΡΑ /ΜΕΡΑ	4,3%	6,6%	2,0%
2-3 ΦΟΡΕΣ /ΜΕΡΑ	3,5%	4,5%	2,5%
4-5 ΦΟΡΕΣ/ΜΕΡΑ	1,3%	1,0%	1,5%
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 6 ΦΟΡΕΣ/ ΜΕΡΑ	1,5%	2,0%	1,0%

Το 31% του συνολικού πληθυσμού καταναλώνει αναψυκτικά 1-3 φορές το μήνα, με τα κορίτσια να προηγούνται σε ποσοστό έναντι των αγοριών, ενώ δεν μπορεί να μην σχολιαστεί το γεγονός ότι πάνω από το 37% του πληθυσμού καταναλώνει αναψυκτικά σχεδόν καθημερινά, με τα αγόρια να προηγούνται αυτή τη φορά των κοριτσιών.

Πίνακας 7: Αλκοόλ και Κάπνισμα

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΓΟΡΙΩΝ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΛΚΟΟΛ	40%	59,8%	41,4%	58,1%	38,6	61,4
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	15,5%	84,5%	19,2%	80,8%	11,9	88,1%
ΠΑΤΕΡΑΣ ΚΑΠΝΙΖΕΙ	51%	48,5%	50,5%	49%	51,5%	48%
ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΙ	38%	61,8%	38,9%	63,6%	40%	59,5%

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι το 40% του συνόλου πίνει αλκοόλ, με τα αγόρια να προηγούνται με ποσοστό 41,4% έναντι των κοριτσιών (38,6%), ενώ αναφορικά με το κάπνισμα μόλις το 15,5% των εφήβων αναφέρει ότι καπνίζει, με τα αγόρια να έχουν πάλι το προβάδισμα σε ποσοστό 19,2% έναντι των κοριτσιών (11,9%). Όσον αφορά το εάν καπνίζουν οι γονείς παρατηρείται να προηγούνται οι πατεράδες με ποσοστό 51% με σχεδόν καμία διαφοροποίηση των απαντήσεων μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 8: Συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης αλκοόλ

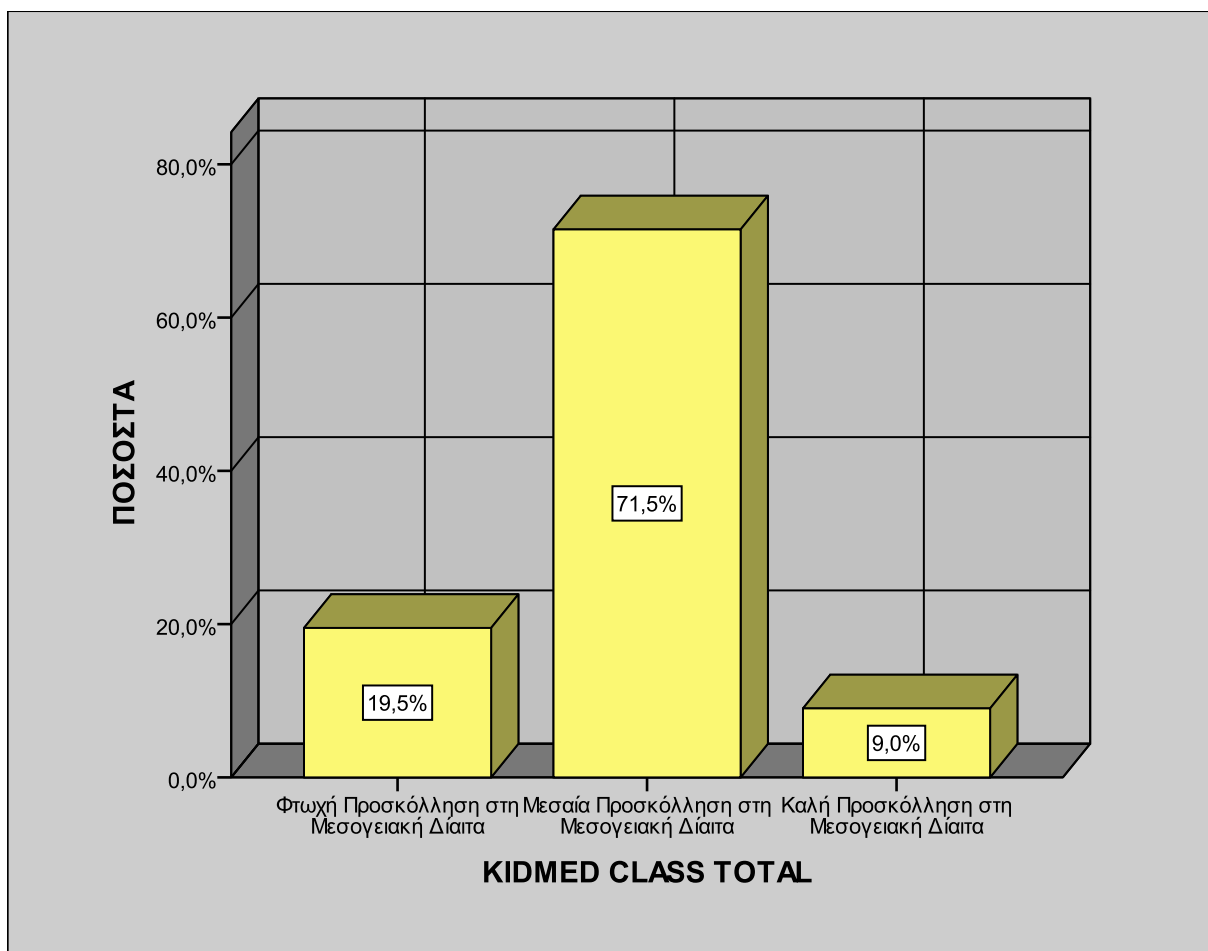
ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΕΝΑ ΠΟΤΟ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	29,0%	25,8%	32,2%
ΔΥΟ ΠΟΤΑ/ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6,5%	8,6%	4,5%
ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΥΟ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6,8%	10,6%	3,0%

Πίνακας 9: Ποσότητα Καπνίσματος ημερησίως

ΣΥΝΟΛΟ			
ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 10 ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	11,8%	12,1%	11,4%
ΜΙΣΟ ΠΑΚΕΤΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	4,0%	6,6%	1,5%
ΕΩΣ 1 ΠΑΚΕΤΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	2,0%	2,5	1,5
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1 ΠΑΚΕΤΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	1,3%	1,0%	1,5%

Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν ότι το 1/3 των εφήβων πίνουν τουλάχιστον 1 αλκοολούχο ποτό την εβδομάδα με τα αγόρια να συγκεντρώνουν το 13% σε κατανάλωση άνω των 2 ποτών, ενώ όσον αφορά το κάπνισμα το ποσοστό είναι σχετικά χαμηλό, αν δούμε και από τον παραπάνω Πίνακα 7, καθώς το 15,5% δήλωσε ότι καπνίζει λιγότερο από δέκα τσιγάρα την ημέρα.

ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Γράφημα 21: Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή

Φτωχή Προσκόλληση (score ≤ 3)
Μεσαία Προσκόλληση ($4 \leq \text{score} \leq 7$)
Καλή Προσκόλληση (≥ 8)

Τα αποτελέσματα, σε σχέση με το επίπεδο προσκόλλησης των μαθητών στη Μεσογειακή διατροφή, παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 10. Το ποσοστό 71,5% δείχνει ότι οι έφηβοι έχουν μέτρια προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, ενώ ιδιαίτερα υψηλό είναι το ποσοστό που δηλώνει ότι έχει φτωχή προσκόλληση (19,5%). Το ποσοστό των αγοριών που ακολουθεί τη Μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με αυτό των κοριτσιών δεν έχει μεγάλες διαφορές. Τα κορίτσια έχουν ένα προβάδισμα της τάξης του 10,4% στο score «Καλή Προσκόλληση στη Μεσογειακή

διατροφή» έναντι των αγοριών που είναι 7,6%. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό και από άλλες έρευνες, οι οποίες έχουν βρεί ότι οι γυναίκες διαφοροποιούνται ως προς τους άντρες, καθώς ακολουθούν υγιεινότερους τρόπους διατροφής.

Πίνακας 10: Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή ανάλογα με το φύλο(%)

	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Φτωχή Προσκόλληση (score ≤ 3)	19,5%	19,7%	19,3%
Μεσαία Προσκόλληση (4 ≤ score ≤ 7)	71,5%	72,7%	70,3%
Καλή Προσκόλληση (≥ 8)	9%	7,6%	10,4%

Ακολουθεί ένας πίνακας συγκεντρωτικός (Πίνακας 11) με τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις όλης της έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

Πίνακας 11: Μέσος όρος και Τυπική απόκλιση στην Ηλικία, Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά, Δείκτης Μάζας Σώματος, KIDMED, KIDSCREEN-27, EAT-26, Ποσοστά παχυσαρκίας(%).

	ΑΓΟΡΙΑ (n=198)	ΚΟΡΙΤΣΙΑ (n= 202)	ΣΥΝΟΛΟ (n= 400)
Ηλικία	15,81(1,02)	15,88 (1,032)	15,84 (1,03)
Βάρος (kg)	68,13 (12,7)	58,47(9,06)	63,25 (12,06)
Ύψος (m)	1,75 (0,081)	1,65(0,06)	1,70 (0,08)
Δ.Μ.Σ	22,1 (3,3)	21,3(2,9)	21,7 (3,1)
<u>KIDMED TOTAL score</u>	5,05 (1,7)	5,11 (1,9)	5,08 (1,8)
<u>KIDSCREEN-27 total score</u>	51,3 (10,2)	48,7(9,6)	50 (10)
Φυσική Κατάσταση-Υγεία	52,83 (9,9)	47,22(9,2)	50 (10)
Γενική Διάθεση-Συναισθήματα	51,5 (8,9)	48,4 (10,6)	50 (10)
Οικογένεια-Ελεύθερος Χρόνος	50,7 (9,8)	49,3(10,1)	50 (10)
Φίλοι	49,6 (8,8)	50,3 (11,05)	50 (10)
Σχολικό Περιβάλλον	49,6 (10,5)	50,03(9,49)	50 (10)
<u>EAT -26 total score</u>	13,72 (8,8)	19,33 (11,4)	16,57 (10,6)
Εμμονή με δίαιτες αδυνατίσματος	5,64 (5,94)	10,05 (7,59)	7,87 (7,16)
Βουλιμία	4,47 (2,16)	4,81 (2,64)	4,64 (2,42)
Έλεγχος του «τρώγειν»	3,62 (3,31)	4,46 (4,11)	4,05 (3,75)
<u>Ποσοστά παχυσαρκίας (%)</u>			
Με φυσιολογικό Βάρος	77,8	72,3	75
Υπέρβαρα	18,7	24,3	21,5
Παχύσαρκα	3,5	3,5	3,5

Το όριο κατώφλι για να έχω μια καλή ποιότητα ζωής είναι 45-55, από 45 και κάτω η ποιότητα ζωής είναι χαμηλή ενώ άνω του 55 θεωρείται υψηλή. Ως γενικότερο συμπέρασμα από τα ανωτέρω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής ως προς την υγεία του πληθυσμού μας κυμαίνεται στα όρια του φυσιολογικού με ανοδικές τιμές.

Συμπερασματικά ο πληθυσμός δεν υποδεικνύει αφύσικη διατροφική συμπεριφορά [EAT -26 total score = 16,57 (10,6)], ενώ συγκρίνοντας τα δυο φύλα (independent samples t-test) παρουσιάζεται μια διαφοροποίηση ως προς το φύλο ($t=-5,444$, $p=0,000$). Διαφοροποίηση υπάρχει επίσης στην εμμονή τους στις δίαιτες αδυνατίσματος Dieting ($t=-6,455$, $p=0,000$) και τον έλεγχο του «τρώγειν» ($t=-2,245$, $p=0,025$), ενώ ως προς τη βουλιμία δεν υπάρχουν διαφορές ($t=-1,373$, $p=0,171$). Οι τιμές στο KIDSCREEN-27 total διαφέρουν ως προς το φύλο ($t=2,635$ $p=0,009$) ενώ όσον αφορά το KIDMED TOTAL score δεν υπάρχει καμία διαφορά των τιμών μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ($t=-0,34$, $p=0,734$). Για τα ποσοστά παχυσαρκίας δεν υπάρχει καμία διαφορά στις τιμές μεταξύ των δυο φύλων ($t=-1,037$, $p=0,301$).

5.2 Συσχετίσεις

Πίνακας 12: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 TOTAL Ποιότητα Ζωής, των επιμέρους διαστάσεων του και των παραγόντων του τρόπου ζωής των εφήβων.

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΩΡΕΣ TV/DVD	ΩΡΕΣ INTERNET	ΩΡΕΣ ΥΠΝΟΥ	ΩΡΕΣ ΑΘΛΗΣΗΣ	ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΥΓΕΙΑ	0,153**	0,139**			-0,168**	0,173*		0,289**	0,231**
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ			0,111*			-0,100*	0,152*	0,119*	0,110*
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ- ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΦΙΛΟΙ					-0,141**			0,182**	0,175**
ΣΧΟΛΕΙΟ-ΜΑΘΗΣΗ	0,160**			0,132**			-0,200**	0,138**	0,121*
KIDSCREEN TOTAL ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	0,125*		0,113*	-0,129**				0,220**	0,181**

*p<0,05 και **p<0,01

Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της συσχέτισης κατά Spearman που πραγματοποιήθηκε και φαίνονται στον Πίνακα 12, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στα αποτελέσματα του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 (Ποιότητα Ζωής Στην Υγεία) και των επιμέρους παραγόντων του τρόπου ζωής των εφήβων. Οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης κυμαίνονται από -0,200 έως +0,289. Πιο συγκεκριμένα, θετική είναι η συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και τις ώρες παρακολούθησης DVD/TV σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$, ενώ για το συνολικό αριθμό των γευμάτων και τον αριθμό των γευμάτων με άλλο μέλος της οικογένειας υπάρχει μια θετική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$. Οι ώρες ύπνου φαίνεται να έχουν αρνητική συσχέτιση όχι μόνο με το συνολικό σκορ αλλά και με όλες τις επιμέρους διαστάσεις - υποκλίμακες του KIDSCREEN-27. Αναλυτικότερα, η σωματική δραστηριότητα-υγεία, όπως και η υποκλίμακα σχολείο - μάθηση παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο και των δυο γονέων σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$, αποτέλεσμα που έχει βρεθεί και σε έρευνες άλλων μελετητών. Όσο δηλαδή μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο έχουν οι γονείς τόσο αυξανόμενη είναι η εκτίμηση της σωματικής ευημερίας και των σχολικών ικανοτήτων/δυνατοτήτων από πλευράς των μαθητών. Στις ώρες ύπνου υπάρχει αρνητική συσχέτιση με όλες τις επιμέρους διαστάσεις (πλην του σχολείου) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$. Αυτό δείχνει ότι η γενικότερη διάθεση- ψυχολογία, η σωματική ευημερία εξαρτώνται από τον ύπνο. Οι ομαλές συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι, οι διάφορες εξωσχολικές δραστηριότητες και η συναισθηματική ισορροπία συσχετίζονται με ένα φυσιολογικό επίπεδο ωρών ύπνου, ενώ οι υπερβολικές μη ποιοτικές ώρες ύπνου θεωρούνται σύμπτωμα καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Θετική είναι επίσης η συσχέτιση μεταξύ των ωρών άθλησης και της σωματικής δραστηριότητας καθώς και της γενικότερης διάθεσης, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα αυξάνει την ΠΖΣΥ και έχει θετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχολογική ευεξία. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της συσχέτισης κατά Spearman που πραγματοποιήθηκε υπάρχει αρνητική συσχέτιση, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$, ανάμεσα στα αναψυκτικά και στο σχολείο, ενώ φαίνονται αναλυτικά οι θετικές συσχετίσεις των μεταβλητών Σχολείο-Μάθηση και συνολικός αριθμός των γευμάτων και αριθμός γευμάτων με άλλο μέλος της οικογένειας (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$). Η κατανάλωση αναψυκτικών, η καφεΐνη και η περιεκτικότητα σε ζάχαρη

επηρεάζουν αρνητικά την επίδοση στο σχολείο, την ικανότητα για μάθηση και συγκέντρωση. Θετική συσχέτιση επίσης παρουσιάζεται μεταξύ του συνολικού αριθμού των γευμάτων και των γευμάτων με την οικογένεια και όλων των επιμέρους διαστάσεων του KIDSCREEN-27 όπως και του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Αρνητική εμφανίζεται η συσχέτιση μεταξύ των ωρών στο INTPNET και του σχολείου – μάθησης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ και αυτό είναι αναμενόμενο αφού η πολύωρη ενασχόληση με το διαδίκτυο έχει ως αποτέλεσμα την σπατάλη του χρόνου σε «άχρηστες» γνώσεις, οδηγώντας συνήθως τους εφήβους σε χαμηλότερη απόδοση στις σχολικές τους επιδόσεις.

Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 TOTAL Ποιότητα Ζωής, των επιμέρους διαστάσεων του και των KIDMED, EAT-26 TOTAL SCORE, Δ.Μ.Σ και παχυσαρκίας

	KIDMED SCORE ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	EAT -26 TOTAL SCORE ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	ΕΜΜΟΝΗ ΜΕ ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ (EAT 26)	ΒΟΥΛΙΜΙΑ (EAT 26)	Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΤΡΩΓΕΙΝ (EAT 26)	ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI)	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ -ΥΓΕΙΑ	0,175**		-0,132**			-0,177**	-0,205**
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	0,130**	-0,155**	-0,163**			-0,119*	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ- ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	0,141**					-0,194**	-0,208**
ΦΙΛΟΙ	0,124*						-0,112*
ΣΧΟΛΕΙΟ- ΜΑΘΗΣΗ				-0,114*			
KIDSCREEN TOTAL ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	0,170**	-0,103*	-0,134*			-0,194**	-0,194**

. *p<0,05 και **p<0,01

Οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται στον Πίνακα 13 οδηγούν στα εξής αποτελέσματα. Το συνολικό σκορ του KIDMED για την προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή και η ΠΖΣΥ συσχετίζονται θετικά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$, γεγονός αναμενόμενο, αφού όσο μεγαλύτερη είναι η προσκόλληση στην ΜΔ τόσο αυξάνεται και η ΠΖΣΥ, καθώς αυτές οι έννοιες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Οι έφηβοι που τηρούν τη ΜΔ, με αποτέλεσμα να έχουν καλύτερη ποιότητα διαίτας, παρουσιάζουν καλύτερη σωματική και ψυχολογική υγεία. Επίσης, είναι σημαντικό ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι υποστηρικτικό, τους φροντίζει και ενθαρρύνει την υγιή διατροφική συνήθεια και συμπεριφορά.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ του EAT-26 της ΠΖΣΥ παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$, ενώ υψηλότερη είναι η συσχέτιση με την επιμέρους διάσταση της γενικής διάθεσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Η ψυχολογική ευεξία (θετικά συναισθήματα, ικανοποίηση για τη ζωή, συναισθηματική ισορροπία) και η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (εμμονή σε δίαιτες αδυνατίσματος/dieting) παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$.

Ο ΔΜΣ και η παχυσαρκία συσχετίζονται αρνητικά με το συνολικό σκορ του KIDSCREEN-27 καθώς και με τις επιμέρους διαστάσεις, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι καθώς αυξάνεται το σωματικό βάρος μειώνεται η ΠΖΣΥ σε όλα τα επίπεδα, π.χ. στον τρόπο που οι νέοι αντιλαμβάνονται το σώμα τους, στη σωματική και ψυχολογική ευημερία καθώς και στις υπόλοιπες πτυχές του οικογενειακού και ευρύτερου σχολικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των αποτελεσμάτων λοιπών παραγόντων.

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΩΡΕΣ TV/DVD	ΩΡΕΣ INTERNET	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ	,524**			,114*	,152**
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	-,162**	,167**	,137**		
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	,126*				
ΩΡΕΣ ΑΘΛΗΣΗΣ			,226**		
ΩΡΕΣ ΥΠΝΟΥ				**-,131**	
BMI				-,138**	-,116*
ΤΕΛΙΚΟ EAT					-,144**

* $p < 0,05$ και ** $p < 0,01$

Η κατανάλωση αναψυκτικών γενικά συσχετίζεται αρνητικά και με άλλες μεταβλητές (Πίνακας 14), όπως με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (-0,162**), ενώ βρέθηκε θετική συσχέτιση της κατανάλωσης αναψυκτικών με τις ώρες TV/DVD και INTERNET σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως εξής: υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αποτρέπει τους εφήβους στην κατανάλωση αναψυκτικών, ενώ αντίστοιχα η πολύωρη απασχόληση στο INTERNET και στην TV/DVD συνοδεύεται και από ανθυγιεινές συνήθειες, όπως είναι η κατανάλωση τσιπς, αναψυκτικών κλπ.

Ο αριθμός των γευμάτων που καταναλώνονται την ημέρα με την οικογένεια καθώς και ο συνολικός αριθμός γευμάτων που ο κάθε έφηβος καταναλώνει καθημερινά συσχετίζονται σημαντικά θετικά με την ΠΖΣΥ (Πίνακας 12). Θετική συσχέτιση παρουσιάζουν και με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$, ενώ η συσχέτιση που παρουσιάζουν σε σχέση με τον

ΔΜΣ(BMI) και τις ώρες ύπνου των εφήβων είναι αρνητική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$.

Σε πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά που καταναλώνουν πρωινό και έχουν τη συνήθεια να λαμβάνουν άνω των 3 γευμάτων συνολικά την ημέρα έχουν την τάση να είναι χαμηλότερου βάρους. Τέλος, όσον αφορά τη διατροφή, τα οικογενειακά γεύματα φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της θετικής διατροφικής πρόσληψης μεταξύ των εφήβων.

5.3 Παλινδρομήσεις

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πίνακες όπου εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές το KIDSCREEN-27 TOTAL (συνολικό σκορ) και τις επιμέρους διαστάσεις – υποκλίμακες του. Σε κάθε ένα από τα μοντέλα οι εξαρτημένες μεταβλητές που εισήχθησαν στην ανάλυση ήταν οι εξής: «σωματικές δραστηριότητες – υγεία», «γενική διάθεση», «οικογένεια», «ελεύθερος χρόνος», «φίλοι», «σχολείο – μάθηση».

Πίνακας 15: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 TOTAL

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,142	-1,970	,050	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	,039	,424	,672	2,140
Παχυσαρκία	-,151	-1,635	,104	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,198	2,811	,005	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,147	2,060	,041	1,272
KIDMED total	,130	1,979	,049	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	-,033	-,414	,679	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	,066	,854	,394	1,503
Ωρες παρακολούθησης TV/DVD	,085	1,261	,209	1,124
Ωρες σε Ιντερνέτ	,017	,242	,809	1,181
Ωρες ύπνου	-,094	-1,433	,153	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	-,064	-,952	,342	1,127
Ωρες άθλησης	,048	,717	,474	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	-,157	-2,315	,022	1,135

Adjusted $R^2 = 0,182$, $F = 4,224$, $p < 0,001$

Η γραμμική παλινδρόμηση που προηγήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή το KIDSCREEN-27 TOTAL (συνολικό σκορ) έχει Adjusted $R^2 = 0,182$ ($F = 4,224$, $p < 0,001$) και υποδεικνύει ότι υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση με το συνολικό αριθμό γευμάτων ($p = 0,005$), τον αριθμό γευμάτων μαζί με άλλους ($p = 0,041$) και το KIDMED total ($p = 0,049$). Στατιστική σημαντικότητα με αρνητική συσχέτιση παρουσίασαν το EAT-26 (τελικό σκορ) ($p = 0,022$) και η ηλικία ($p = 0,050$).

Πίνακας 16: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN 27 Σωματικές Δραστηριότητες Υγεία

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,081	-1,160	,247	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	-,018	-,198	,843	2,140
Παχυσαρκία	-,213	-2,394	,018	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,221	3,273	,001	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,124	1,799	,074	1,272
KIDMED total	,156	2,466	,015	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	,047	,619	,537	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	,060	,796	,427	1,503
Ώρες παρακολούθησης TV/DVD	,082	1,271	,205	1,124
Ώρες σε Ιντερνέτ	,085	1,275	,204	1,181
Ώρες ύπνου	-,162	-2,554	,011	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	,035	,546	,586	1,127
Ώρες άθλησης	,141	2,186	,030	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	-,059	-,900	,369	1,135

Adjusted $R^2 = 0,244$, $F = 5,692$, $p < 0,001$

Η γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 16) με εξαρτημένη μεταβλητή τις «σωματικές δραστηριότητες – υγεία» έχει Adjusted $R^2 = 0,244$ ($F = 5,692$, $p < 0,001$) και υποδεικνύει ότι υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση με το συνολικό αριθμό γευμάτων ($p = 0,001$), το KIDMED total ($p = 0,015$), τις ώρες άθλησης ($p = 0,030$). Στατιστική σημαντικότητα με αρνητική συσχέτιση επίσης παρουσίασαν η παχυσαρκία ($p = 0,018$) και οι ώρες ύπνου ($p = 0,011$).

Πίνακας 17: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 - Γενική Διάθεση

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,102	-1,355	,177	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	,026	,267	,790	2,140
Παχυσαρκία	-,040	-,414	,679	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,084	1,150	,252	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,112	1,506	,134	1,272
KIDMED total	,054	,791	,430	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	-,121	-1,466	,144	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	,025	,307	,759	1,503
Ώρες παρακολούθησης TV/DVD	,088	1,256	,211	1,124
Ώρες σε Ιντερνέτ	-,008	-,108	,914	1,181
Ώρες ύπνου	-,103	-1,508	,133	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	-,092	-1,318	,189	1,127
Ώρες άθλησης	,129	1,857	,065	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	-,230	-3,267	,001	1,135

Adjusted R² = 0,117, F= 2,926, p < 0,001

Η γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 17) με εξαρτημένη μεταβλητή την «γενική διάθεση» έχει Adjusted R² =0,117 (F= 2,926, p < 0,001) και υποδεικνύει ότι το EAT-26 (τελικό σκορ) επηρεάζει αρνητικά την εξαρτημένη μεταβλητή (p=0,001).

Πίνακας 18: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 – Οικογένεια, Ελεύθερος Χρόνος

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,075	-,986	,325	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	-,044	-,451	,653	2,140
Παχυσαρκία	-,111	-1,130	,260	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,125	1,672	,096	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,141	1,857	,065	1,272
KIDMED total	,129	1,852	,066	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	-,054	-,644	,520	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	,108	1,306	,193	1,503
Ώρες παρακολούθησης TV/DVD	,012	,173	,863	1,124
Ώρες σε Ιντερνέτ	,115	1,570	,118	1,181
Ώρες ύπνου	-,094	-1,343	,181	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	-,043	-,597	,551	1,127
Ώρες άθλησης	-,010	-,147	,883	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	-,045	-,629	,530	1,135

Adjusted R² = 0,082, F= 2,290, p = 0,006

Η γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 18) με εξαρτημένη μεταβλητή την «οικογένεια -ελεύθερος χρόνος» έχει Adjusted $R^2 = 0,082$ ($F = 2,290$, $p = 0,006$) και υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση με καμιά από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 19: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 - Φίλοι

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,099	-1,261	,209	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	,103	1,023	,308	2,140
Παχυσαρκία	-,078	-,774	,440	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,149	1,948	,053	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,057	,735	,463	1,272
KIDMED total	,103	1,435	,153	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	-,001	-,007	,994	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	,027	,320	,749	1,503
Ωρες παρακολούθησης TV/DVD	,077	1,050	,295	1,124
Ωρες σε Ιντερνέτ	-,033	-,441	,659	1,181
Ωρες ύπνου	,122	1,693	,092	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	,129	1,763	,079	1,127
Ωρες άθλησης	,027	,369	,712	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	,011	,146	,884	1,135

Adjusted $R^2 = 0,029$, $F = 1,436$, $p = 0,140$

Η γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 19) με εξαρτημένη μεταβλητή «φίλοι» έχει Adjusted $R^2 = 0,029$ ($F = 1,436$, $p = 0,140$) και υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση με καμιά από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 20: Πολλαπλή παλινδρόμηση KIDSCREEN-27 - Σχολείο, Μάθηση

	Beta	t	P	VIF
Ηλικία	-,142	-1,923	,056	1,295
Δείκτης μάζας – σώματος	,102	1,075	,284	2,140
Παχυσαρκία	-,107	-1,136	,257	2,126
Συνολικός αριθμός γευμάτων	,131	1,832	,069	1,230
Αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους	,050	,688	,492	1,272
KIDMED total	,003	,044	,965	1,072
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	,076	,937	,350	1,555
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	-,012	-,152	,879	1,503
Ώρες παρακολούθησης TV/DVD	,043	,627	,531	1,124
Ώρες σε Ιντερνέτ	-,142	-2,014	,045	1,181
Ώρες ύπνου	-,063	-,945	,346	1,078
Αναψυκτικά συνολικά	-,232	-3,378	,001	1,127
Ώρες άθλησης	-,138	-2,024	,044	1,113
EAT-26 (τελικό σκορ)	-,196	-2,839	,005	1,135

Adjusted R² = 0,150, F= 3,562, p < 0,001

Η γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 20) με εξαρτημένη μεταβλητή το «σχολείο – μάθηση» έχει Adjusted R² =0,150 (F= 3,562, p < 0,001) και υποδεικνύει ότι υπάρχει σημαντικά αρνητική συσχέτιση με τις ώρες άθλησης (p=0,044), τις ώρες σε Ιντερνέτ (p=0,045), την κατανάλωση αναψυκτικών (p=0,001) και το συνολικό σκορ EAT-26.

5.4 Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει τις πιθανές σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και τρόπου ζωής και της επιρροής που αυτές ασκούν στην υγεία και την ποιότητα ζωής των εφήβων.

Στην παρούσα μελέτη το δείγμα αποτελείτο από 400 μαθητές, ηλικίας 12-17 ετών από σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Δήμου Καλλιθέας. Το 49,5% των μαθητών ήταν αγόρια ενώ το 50,5% ήταν κορίτσια. Τα πιο σημαντικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης συνοψίζονται στα εξής:

1. Ο συνολικός αριθμός των γευμάτων που καταναλώνονται ανά ημέρα ($p=0,005$), ο αριθμός γευμάτων μαζί με άλλους ($p=0,041$) και το KIDMED total ($p=0,049$) δηλαδή η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή επηρεάζουν θετικά την ΠΖΣΥ (KIDSCREEN-27 TOTAL) (συνολικό σκορ) στους εφήβους.

2. Το EAT-26 (τελικό σκορ) ($p=0,022$), η διαταραγμένη δηλαδή διατροφική συμπεριφορά και η ηλικία ($p=0,050$) επηρεάζουν αρνητικά το συνολικό σκορ της ΠΖΣΥ. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο βρέθηκαν στο EAT-26 καθώς και στις επιμέρους διαστάσεις του, «εμμονή με δίαιτες αδυνατίσματος» και «έλεγχος του τρώγειν», για την βουλιμία δεν υπήρξε αντίστοιχη διαφορά.

3. Η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή KIDMED total ($p=0,015$) ο συνολικός αριθμός των γευμάτων που καταναλώνονται ανά ημέρα ($p=0,001$) και οι ώρες άθλησης ($p=0,030$) επηρεάζουν θετικά την μεταβλητή «σωματικές δραστηριότητες – υγεία».

4. Η παχυσαρκία ($p=0,018$) και ώρες ύπνου ($p=0,011$) επηρεάζουν αρνητικά τις «σωματικές δραστηριότητες – υγεία», αυτό δείχνει ότι η γενικότερη διάθεση- ψυχολογία, η σωματική ευημερία εξαρτώνται από τον ύπνο.

5. Όσον αφορά τις υποκλίμακες-διαστάσεις «ψυχολογική ευεξία-γενική διάθεση» ($p=0,001$) και «σχολείο-μάθηση» ($p=0,005$) φαίνεται να επηρεάζονται αρνητικά με το συνολικό σκορ του EAT-26. Η γενική ψυχολογία και ευεξία των εφήβων καθώς και οι επιδόσεις τους στο σχολικό περιβάλλον έχουν άμεση συσχέτιση με τις διατροφικές – διαιτητικές τους συμπεριφορές όπως αποφυγή των παχυντικών τροφών, ενασχόληση με το φαγητό και έλεγχο της πράξης του «τρώγειν».

6. Σημαντικά αρνητικά φαίνεται να επηρεάζεται η διάσταση «σχολείο – μάθηση» από τους παράγοντες αναψυκτικά ($p=0,001$), ώρες άθλησης ($p=0,044$), ώρες σε Ιντερνέτ ($p=0,045$).

7. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του δείγματος διαπιστώνεται ότι το 75% του δείγματος έχει κανονικό βάρος ενώ το υπόλοιπο 25% χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρο – παχύσαρκο με μικρό βέβαια ποσοστό 3,5% να φτάνει στα όρια της παχυσαρκίας.

8. Το ποσοστό 71,5% δείχνει ότι οι έφηβοι έχουν μέτρια προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή ενώ ιδιαίτερα υψηλό είναι το ποσοστό που δηλώνει ότι ο έχει φτωχή προσκόλληση (19,5%). Το ποσοστό σε των αγοριών που ακολουθεί τη μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με αυτό των κοριτσιών δεν έχει μεγάλες διαφορές. Τα κορίτσια έχουν ένα προβάδισμα στο score Καλή Προσκόλληση είναι 10,4%, έναντι των αγοριών που είναι 7,6% και αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό καθώς και από άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες διαφοροποιούνται ως προς τους άντρες στον να ακολουθούν υγιεινότερους τρόπους διατροφής.

Αναφορικά με και τα αποτελέσματα της έρευνας για τον αριθμό γευμάτων που καταναλώνονται ημερησίως, τα γεύματα με άλλους, και της προσκόλλησης στην ΜΔ και της θετικής συσχέτισης τους με την ΠΖΣΥ ήδη έχουν βρεθεί και σε άλλες μελέτες όπως της Costarelli et al. (2012) και μας δείχνουν πόσο είναι σημαντικό το οικογενειακό περιβάλλον να είναι υποστηρικτικό, να φροντίζει και ενθαρρύνει την υγιή διατροφική συνήθεια και συμπεριφορά. Είναι υψίστης σημασίας να εξασφαλίζεται η βέλτιστη διατροφή και η καλή σωματική και συναισθηματική υγεία στα εφηβικά χρόνια, διότι έχει επιπτώσεις γενικά στην ευημερία, στο επίπεδο υγείας και την επικινδυνότητα ασθένειας στη μετέπειτα ζωής τους. Επιπλέον, η κακή διατροφή κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία συνδέεται βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα με αρνητικές συνέπειες για την υγεία.

Οι έφηβοι με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν ορισμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που τους διαφοροποιούν από τους μαθητές με τη «κανονική» διατροφική συμπεριφορά. Στις δυτικές χώρες η διαταραγμένη διατροφή επηρεάζει σχεδόν το 9-22% των εφήβων κοριτσιών και των νέων γυναικών, ενώ στα αγόρια το ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι αυξάνεται σταδιακά (Costarelli et al., 2011). Στην έρευνα που εκπονήθηκε στο δείγμα μας βρέθηκαν εξίσου στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά.

Η τήρηση της μεσογειακής διατροφής φαίνεται να επηρεάζει θετικά την ΠΖΣΥ των εφήβων (Costarelli et al., 2012). Μια λιγότερο καθιστική ζωή σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη προσήλωση στη μεσογειακή διατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να έχουν σημαντική θετική επίδραση στην υγιή ανάπτυξη και την ανάπτυξη κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Loewen & Pliner, 1999, Kroke et al, 2004).

Θετική είναι επίσης η συσχέτιση μεταξύ των ωρών άθλησης και της σωματικής δραστηριότητας καθώς και της γενικότερης διάθεσης πράγμα που αποδεικνύει ότι η ενασχόληση με την φυσική δραστηριότητα αυξάνει την ΠΖΣΥ και έχει θετικά αποτελέσματα στην σωματική και ψυχολογική ευεξία. Στην Αυστραλία, σε δείγμα εφήβων, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ΠΖΣΥ και φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων του σχολείου και μετά το σχολείο. Αντιθέτως, οι έφηβοι οι οποίοι παρακολουθούσαν τηλεόραση πάνω από 2 ώρες την ημέρα σχετίζονται με χαμηλότερη ΠΖΣΥ των εφήβων (Lacy et al., 2012).

Οι ομαλές συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι, οι διάφορες εξωσχολικές δραστηριότητες και η συναισθηματική ισορροπία συσχετίζονται με ένα φυσιολογικό επίπεδο ωρών ύπνου, ενώ οι υπερβολικές μη ποιοτικές ώρες, ύπνου θεωρούνται σύμπτωμα καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Όσο περισσότερο κοιμάμαι τόσο λιγότερη είναι η ενέργεια και ο χρόνος για τη απασχόληση με κάποιο άθλημα.

Εν κατακλείδι η συζήτηση μας θα ολοκληρωθεί με τα αποτελέσματα που βρέθηκαν και για την παχυσαρκία. Τα αγόρια παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά από τα κορίτσια στις κατηγορίες των υπέρβαρων ενώ δεν παρατηρείται μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το ποσοστό τάσης προς την παχυσαρκία. Εδώ αντιπαρατίθεται μια άλλη μελέτη που έγινε το 2003 στην Ελλάδα, σε μετρήσεις (ύψος, βάρος, περιφέρεια μέσης) που έγιναν σε 14.456 έφηβους ηλικίας 13-19 ετών (6.677 αγόρια και 7.779 κορίτσια), ο συνολικός επιπολασμός των υπέρβαρων συμπεριλαμβανομένων των παχύσαρκων ήταν 29,4% στα αγόρια και 16,7% στα κορίτσια. Η παχυσαρκία ($p=0,018$) βρέθηκε βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να επηρεάζει αρνητικά την υποκλιμακα «σωματικές δραστηριότητες – υγεία» ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής στο σύνολο της. Τα ποσοστά παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών συμφωνούν με άλλες μελέτες.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ως προς το φύλο. Η ποιότητα ζωής των εφήβων σε συνολικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα και

θετικά από το συνολικό αριθμό γευμάτων, τα γεύματα με την οικογένεια, την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, και αρνητικά με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (EAT 26 total) και την ηλικία, ενώ τη γενική ψυχολογία και ευεξία των εφήβων καθώς και οι επιδόσεις τους στο σχολικό περιβάλλον έχουν άμεση αρνητική συσχέτιση με τις διατροφικές – διαιτητικές τους συμπεριφορές, όπως με την αποφυγή των παχυντικών τροφών-δίαιτες, την ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο της πράξης του «τρώγειν». Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο βρέθηκαν στο EAT-26 καθώς και στις επιμέρους διαστάσεις του πιο συγκεκριμένα την εμμονή σε δίαιτες αδυνατίσματος και τον έλεγχο του «τρώγειν».

5.5 Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η τήρηση της μεσογειακής διατροφής επηρεάζει θετικά, σημαντικά στοιχεία της ποιότητας ζωής των εφήβων ενώ η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχει άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην γενικότερη αυτοαντίληψη της υγείας των εφήβων. Η αυτο-αντίληψη υγείας των παιδιών και των εφήβων αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σχετικό αποτέλεσμα στην ιατρική πρακτική και τη δημόσια έρευνα για την υγεία με αποτέλεσμα, να χρειάζεται να ερευνηθεί η επίδραση της ποιότητας της διαίτας στην ΠΖΣΥ από περισσότερες μελέτες.

Δεδομένου ότι τα εφηβικά χρόνια περιλαμβάνουν δραματικές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖΣΥ και προσδιορίζουν τους εφήβους με την ΠΖΣΥ είναι υψίστης σημασίας, διότι θα μπορούσε να οδηγήσει σε έγκαιρη ανίχνευση της κρυφής νοσηρότητας και των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι ανάγκη να υπάρχουν σωστά σχεδιασμένες παρεμβάσεις προώθησης της υγείας σε εφήβους, οι γονείς, οι καθηγητές και οι γυμναστές χρειάζεται να είναι ενημερωμένοι για το τυχόν ρίσκο της κακής ΠΖΣΥ μεταξύ παιδιών και εφήβων με υπερβολικό βάρος σώματος.

Η εκπαίδευση για τη σωστή διατροφή μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προκλήσεις και να δώσει το κίνητρο και τις γνώσεις εκείνες που απαιτούνται, ώστε να αναπτύξουν οι έφηβοι ικανές συμπεριφορές και στάσεις στο ζήτημα της σωστής διατροφής. Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο προώθησης και εφαρμογής προγραμμάτων «διατροφής» και έμμεσα έχουμε την δυνατότητα πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

1. Κάτσικα, Χ., Θεριανού Κ. (2006), «Η εκπαίδευση της αμάθειας», Εκδόσεις Gutenberg, σ. 13.
2. π.Θερμού, Β. (2008), «Ταραγμένη Άνοιξη», εκδόσεις δομή, Αθήνα, σ. 121.
3. Πενταρβάνη, Θ. (2009), «Οι ανήλικοι σε υψηλό κίνδυνο, ευθύνη όλων», Διαθέσιμο στο: www.epaa.gr/eis7.htm.
4. Σαρρή, Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής», Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Εκδόσεις Παπαζήση.
5. Τούντα, Γ. (2007), «Δι-ευρωπαϊκή μελέτη για την ποιότητα της ζωής των εφήβων που πραγματοποιήθηκε το 2003-2005 σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες», Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Δελτίο Τύπου, Αθήνα 28 Μαρτίου.
6. Υφαντόπουλου, Η. & Σαρρή Μ. (2001), «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3) σ. 218-229.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

1. Akar Sahingoz S. & N. Sanlier, (2011), “Compliance with Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) and nutrition knowledge levels in adolescents. A case study from Turkey”, *Appetite*, Vol. 57, No. 1, pp. 272–277.
2. Al-Akour, N. A., Khader, Y. S., Khassawneh, M. Y., & Bawadi, H. (2011), “Health-related quality of life of adolescents with overweight and obesity in the north of Jordan. Child: Care, Health and Development”. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01248.x.
3. Anderssen N. & Wold B., (1992), “Parental and Peer Influences on Leisure-Time Physical Activity in Young Adolescents”, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Vol. 63, No. 4, pp. 341-348.
4. Attia E., Walsh BT., (2009), “Behavioral management of anorexia nervosa”, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 360, pp. 500-506.
5. Beato-Fernández L., Rodríguez-Cano T., Belmonte-Llario A., & C. Martínez-Delgado (2004), “Risk factors for eating disorders in adolescents”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 13, No. 5, pp. 287-294.

6. Benjet, C., & L. Hernandez-Guzman (2002), "A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents", *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 31, No. 6, pp. 429–442.
7. Bergman E. & Joseph E., (2000), "Time spent by schoolchildren to eat lunch", *Journal of American Diet Association*, Vol. 100, No. 6, pp. 696-698.
8. Berndt T.J. (2002), "Friendship Quality and Social Development", *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 11, No. 1, pp. 7-10.
9. Bisegger, C., Cloetta, B., Von Rueden, U., Abel, T., & U. Ravens- Sieberer (2005), "Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence", *Sozial und Prventivmedizin*, Vol. 50, No. 5, pp 281-291.
10. Bukowski W., Hoza B, & M. Boivin (1994), "Measuring Friendship Quality During Pre- and Early Adolescence: The Development and Psychometric Properties of the Friendship Qualities Scale", *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 11, No. 3, pp. 471-484.
11. Chen E. & Paterson L.Q., (2006), "Neighborhood, family, and subjective socioeconomic status: how do they relate to adolescent health?", *Health Psychology*, Vol. 25, No. 6, pp. 704–714.
12. Lazarou C. and T. Kalavana, (2009), "Urbanization influences dietary habits of Cypriot children: the CYKIDS study", *International Journal Public Health*, Vol. 54, No. 2, pp. 69–77.
13. Cook S., MacPherson K., & D. Langille, (2007), "Weight perception, weight control, and associated risky behaviour of adolescent girls in Nova Scotia", *Canadian Family Physician*, Vol. 53, No. 4, pp. 678-684.
14. Costarelli V., Antonopoulou K. & Ch. Mavrovounioti, (2011) "Psychosocial Characteristics in Relation to Disordered Eating Attitudes in Greek Adolescents", *European Eating Disorders Review*, Vol. 19, No. 4, pp. 322–330.
15. Costarelli V., Koretsi E., and E. Georgitsogianni, (2012), "Health-related quality of life of Greek adolescents: the role of the Mediterranean diet", *Quality of Life Research*, Vol. 22, No. 5, pp. 951-956.
16. Costarelli V., M. Demerzi & D. Stamou, (2009), "Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women", *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, Vol. 22, No. 3, pp. 239–245.
17. El-Dardiry G., Dimitrakaki C., Tzavara C., Ravens-Sieberer U., & Tountas Y. (2012), "Child Health-Related Quality of Life and Parental Social Capital in Greece: An Exploratory Study", *Social Indicators Research*, Vol. 105, No. 1, pp. 75-92

18. Erling A. & C.P. Hwang (2004), "Body-esteem in Swedish 10-year-old children", *Percept Mot Skills*, Vol. 99, No., pp. 437-444.
19. Fairburn C., Shafran R., & Z. Cooper, (1999), "A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa", *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 37, No. 1, pp. 1-13.
20. Fox K.R. & Hillsdon M. (2007), "Physical activity and obesity", *Obesity Reviews*, Vol. 8, No. 1, pp. 115–121.
21. Frisé A. & S. Bjarnelind (2010), "Health-related quality of life and bullying in adolescence", *Acta Paediatrica*, Vol. 99, No. 4, pp 597–603.
22. Frisen, A. (2007). Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica*, Vol. 96, No. 7, pp 963–968.
23. Georgiadis G. & G. Nassis, (2007), "Prevalence of overweight and obesity in a national representative sample of Greek children and adolescents", *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 61, No., pp. 1072-1074.
24. Giannakopoulos G., Dimitrakaki C., Pedeli X., Kolaitis G., Rotsika V., Ravens-Sieberer U. & Y. Tountas (2009), "Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health", *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:100.
25. Grange D., Loeb K., Van Orman S., & C. Jellar, (2004), "Bulimia Nervosa in Adolescents-A Disorder in Evolution", *Archives of pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 158, No. 5, pp. 478-482.
26. Hamm J.V., & B.S. Faircloth (2005), "The role of friendship in adolescents' sense of school belonging", *New Directions for Child and Adolescent Development, Special Issue: The Experience of Close Friendships in Adolescence*, Vol. 2005, No. 107, pp. 61–78.
27. Harrison K. (2000), "The Body Electric: Thin-Ideal Media and Eating Disorders in Adolescents", *Journal of Communication*, Vol. 50, No. 3, pp. 119–143.
28. Holmes S., (2005), "Assessing the quality of life-reality or impossible dream? A discussion paper", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, No. 4, pp. 493-501.
29. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. pp. 447-459.
30. Kaustav C., Debasish B., (2010). "Management of anorexia and bulimia nervosa. An evidence based review. Department of Psychiatry, Postgraduate institute of medical Education and Research, Chandigarh-160 012 India. *Indian Journal of Psychiatry* Vol. 52, No 2.
31. Keating, C. L., Moodie, M. L., & Swinburn, B. A. (2011), "The health-related quality of life of overweight and obese adolescents— a study measuring body mass

- index and adolescentreported perceptions”, *International Journal of Pediatric Obesity*, Vol. 6, No 5–6, pp. 434–441.
32. Keys A., (1995), “Mediterranean diet and public health: personal reflections”, *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 61, No. 6, pp. 1321S–3S).
 33. Kontogianni M. D., Vidra N., Farmaki A., Koinaki S., Belogianni K., Sofrona S., Magkanari F., and Yannakoulia M., (2008), “Adherence Rates to the Mediterranean Diet Are Low in a Representative Sample of Greek Children and Adolescents”, *The Journal of Nutrition*, Vol. 138, No. 10, pp. 1951-1956.
 34. Lacy K. E., S. E. Allender, P. J. Kremer, A. M. de Silva-Sanigorski, L. M. Millar, M. L. Moodie, L. B. Mathews, M. Malakellis, & B. A. Swinburn (2012) “Screen time and physical activity behaviours are associated with health-related quality of life in Australian adolescents”, *Quality of Life Research*, Vol. 21, No. 6, pp. 1085-1099.
 35. Larson R.W. & Verma S., (1999), “How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities”, *Psychological Bulletin*, Vol. 125, No. 6, pp.701-736.
 36. Lazarou C. and T. Kalavana, (2009), “Urbanization influences dietary habits of Cypriot children: the CYKIDS study”, *International Journal Public Health*, Vol. 54, No. 2, pp. 69–77.
 37. Ledoux S., Choquet M., Flament M., (1991), “Eating Disorders Among Adolescents in an Unselected French Population”, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 10, No. 1, pp. 81-89.
 38. Manios Y, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Polychronopoulos E & Stefanadis C (2005). “Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study”, *Health Policy*, Vol. 74, No. 2, pp. 224–232.
 39. Manios Y. and V. Costarelli (2011), “Childhood Obesity in the WHO European Region”, *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents*, *Springer Series on Epidemiology and Public Health*, Vol. 2, pp. 43-68.
 40. Manios Y., Costarelli V., Kolotourou M., Kondakis K., Tzavara C. & G. Moschonis, (2007), “Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence”, *BMC Public Health*, 7:178.
 41. Maor NR, Sayag S, Dahan R, & Hermoni D. (2006), “Eating attitudes among adolescents”, *Israel Medical Association Journal*, Vol. 8, No. 9, pp. 627-629.
 42. Margo J., (1985), “Anorexia nervosa in adolescents”, *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 58, No. 2, pp. 193-195.

43. Meuleners, L. B., & A. H. Lee, (2003). "Adolescent quality of life: A school-based cohort study in Western Australia", *Pediatrics International*, Vol. 45, No. 6, pp. 706–711.
44. Michou M., & V. Costarelli, 2011, "Disordered Eating Attitudes In Relation To Anxiety Levels, Self-Esteem And Body Image In Female Basketball Players", *Journal of Exercise Science & Fitness*, Vol. 9, No. 2, pp. 109–115.
45. Miles L. (2007), "Physical activity and health", *Nutrition Bulletin*, Vol. 32, No. 4, pp. 314–363.
46. Moreno LA, Sarria A, Popkin BM, (2002), "The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country", *European journal of clinical nutrition*, Vol. 56, No. 10, pp. 992–1003.
47. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J., & Perry C., (2003) "Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents", *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 103, No. 3, pp. 317-322.
48. Neumark-Sztainer D., (2009), "Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do?", *Journal of Adolescent Health*, Vol. 44, No. 3, pp. 206–213.
49. Neumark-Sztainer D., Wall M., Larson N., Eisenberg M., & K. Loth, (2011), "Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study", *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 111, No. 7, pp. 1004-1011.
50. Neumark-Sztainer D., Wall M., Story M., & Fulkerson J., (2004), "Are Family Meal Patterns Associated with Disordered Eating Behaviors Among Adolescents", *Journal of Adolescent Health*, Vol. 35, No. 5, pp. 350-359.
51. Niebrzydowski L., (1995), "Friendship among Adolescents", ERIC (Educational Resource International Center),
http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED381282&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED381282
52. O'Dea J.A. & Wilson R. (2006), "Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention", *Health Education Research*, Vol. 21, No. 6, pp. 796–805.
53. Oleson M. (1990), "Subjectively Perceived Quality of Life", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 22, No. 3, pp. 187–190.
54. Palacio-Vieira J.A., Villalonga-Olives E., Valderas J.M., Espallargues M., Herdman M., Berra S., Alonso J., & L. Rajmil (2008), "Changes in health-related quality of

- life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up”, *Quality of Life Research*, Vol. 17, No. 10, pp. 1207–1215.
55. Petridou E, Malamou H, Doxiadis S, Pantelakis S, Kanellopoulou G, Toupadaki N, Trichopoulou A., Flytzani V., Trichopoulos D., (1995) “Blood lipids in Greek adolescents and their relation to diet, obesity, and socioeconomic factors”, *Annals of Epidemiology*, Vol. 5, No. 4, pp. 286–291; 286–91.
 56. Popkin BM. (2002), “An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting”, *Public Health Nutrition*, Vol. 5, No. 1A, pp. 93–103.
 57. Rajmil L., Palacio-Vieira¹ J., Herdman M., López-Aguilà S., Villalonga-Olives E., Valderas J., Espallargues M. & Alonso J. (2009), “Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:103.
 58. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A., Wille N. & The European KIDSCREEN Group (2008), “Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries—Results from the European KIDSCREEN Study”, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 15, No. 3, pp. 154–163.
 59. Repetti R.L., Taylor S.E., & Seeman T.E. (2002), “Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring”, *Psychological Bulletin*, Vol. 128, No. 2, pp. 330-366.
 60. Russell W.D., & Cox R.H., (2003), “Social physique anxiety, body dissatisfaction and self esteem in college females of differing exercise frequency, perceived weight discrepancy and race”, *Journal of Sport Behavior* Vol. 26, No. 3, pp. 56-62.
 61. Sallis, J. F., J. J. Prochaska, & W. C. Taylor, (2000) A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 32, No. 5, pp. 963–975.
 62. Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., Garcia, A., Perez-Rodrigo, C., et al. (2004), “Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents”, *Public Health Nutrition*, Vol. 7, No. 7, pp. 931–935.
 63. Steinhausen H., (2002), “The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 159, No. 8, pp. 1284–1293.
 64. Szajewska H, Ruszczyński M. (2010). Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe, *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, Vol. 50, No. 2, pp.113-119.

65. Tessier S, Gerber M. (2005) "Factors determining the nutrition transition in two Mediterranean islands: Sardinia and Malta", *Public Health Nutrition*, Vol. 8, No. 8, pp. 1286–92.
66. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL) position paper from the WHO, *Social Science and Medicine*, Vol. 41, pp. 347–352.
67. Thomas J., (1991), "Food choices and preferences of schoolchildren", *Proceedings of the Nutrition Society*, Vol. 50, No. 1, pp. 49-57.
68. Tolan P.H. & Dodge K.A., 2005, "Children's Mental Health as a Primary Care and Concern, A System for Comprehensive Support and Service", *American Psychologist*, Vol. 60, No. 6, pp. 601–614.
69. Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Vassilakou T, Gnardellis Ch, Polychronopoulos E, Venizelos M, Lagiou P, Wahlqvist M & Trichopoulos D (1995b), "The diet and survival of elderly Greeks; a link to the past", *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 61, No. 6, pp. 1346S-1350S.
70. Trichopoulou A. & Lagiou P. (1997), "Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle", *Nutrition Reviews*, Vol. 55, No. 11, pp. 383–389.
71. Trichopoulou A. and E. Vasilopoulou, (2000) "Mediterranean diet and longevity", *British Journal of Nutrition*, Vol. 84, No. 2, pp. S205±S209.
72. Tzotzas T., Kapantais E., Tziomalos K., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L., & I. Kaklamanos, (2008), "Epidemiological Survey for the Prevalence of Overweight and Abdominal Obesity in Greek Adolescents", *Obesity*, Vol. 16, No. 7, pp. 1718-1722.
73. Van Der Horst, K., M. J. Chin A. Paw, J. W. R. Twisk, & W. Van Mechelen. "A Brief Review on Correlates of Physical Activity and Sedentariness in Youth", *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 39, No. 8, pp. 1241–1250.
74. Verkuyten M. & K. Masson (1996), "Culture and Gender Differences in the Perception of Friendship by Adolescents", *International Journal of Psychology*, Vol. 31, No. 5, pp. 207-217.
75. Villalonga-Olives E., Rojas-Farreras S., Vilagut G., Palacio-Vieira J., Valderas J.-M., Herdman M., Ferrer M., Rajmil L., & Alonso J. (2010), "Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study", *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:71.
76. Wang Y., Monteiro C., & B. Popkin, (2002), "Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia¹", *The American journal of clinical nutrition*, Vol. 75, No. 6, pp. 971-977.

77. Wardle J, Henning Brodersen N, Cole TJ, Jarvis MJ & Boniface DR (2006), "Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain", *BMJ* 332, pp. 1130–1135.
78. Weiss R., Dziura J., Burgert T., Tamborlane W., Taksali S., Yeckel C., Allen K., Lopes M., Savoye M., Morrison J., Sherwin R., & S. Caprio, (2004), "Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 350, pp. 2362-2374.
79. Weisz J.R., Sandler I.N., Durlak J.A., & Anton B.S. (2005), "Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment", *American Psychologist*, Vol. 60, No. 6, pp. 628-648.
80. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. (2000) "Measurement issues in the assessment of physical activity in children", *Res Q Exerc Sport*, Vol. 71, No 2, pp. 59-73.
81. World Health Organisation Quality of Life Group (WHO), 1995.
82. Yannakoulia M., Karayiannis D., Terzidou M., Kokkevi A. & L. Sidossis, (2004), "Nutrition-related habits of Greek adolescents", *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 58, No., pp. 580-586.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

(<http://www.inews.gr/31/o-ypnos-katapolema-tin-pachysarkia.htm>)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής για Εφήβους από 14 έως 18 ετών

Καλημέρα,

Καταρχήν θέλουμε να σε ευχαριστήσουμε που αφιερώνεις τον πολύτιμο χρόνο σου για να απαντήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο.

Στις παρακάτω ερωτήσεις χρειάζεται να καταγράψεις κάποια γενικά στοιχεία. Σου υπενθυμίζουμε ότι **δεν πρόκειται να τα δει κανένας** άλλος. Είναι όμως πολύ σημαντικό να απαντήσεις **σε όλες** τις ερωτήσεις με μεγάλη ειλικρίνεια.

1. Φύλο μαθητή

Αγόρι ☐

Κορίτσι ☐

2. Ποιο είναι το έτος γέννησης σου;

3. Ποια είναι η Τάξη φοίτησης σου;

4. Στο σπίτι σου ζεις:

(α) Και με τους δύο γονείς σου ☐

(β) Μόνο με τη μητέρα σου ☐

(γ) Μόνο με τον πατέρα σου ☐

(δ) Άλλο (σημειώνω αναλυτικά): ☐

5. Πόσα αδέλφια έχεις; ☐

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας σου;

	Πατέρας	Μητέρα
Δημοτικό		
Γυμνάσιο		
Γενικό Λύκειο / Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο		
ΙΕΚ		
ΤΕΙ		
ΑΕΙ		
Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος		
Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος		
Άλλο		

7. Ποια είναι η εργασία των γονέων σου; (σε περίπτωση συνταξιοδότησης σημειώνετε την απασχόληση πριν από τη συνταξιοδότηση)

	Πατέρας	Μητέρα
Ανώτερα διοικητικά στελέχη (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα)		
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (επιστήμονες)		
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (υπάλληλοι γραφείου – μη επιστήμονες)		
Έμποροι		
Ελεύθεροι επαγγελματίες		
Εξειδικευμένοι τεχνίτες		
Ανειδίκευτοι εργάτες		
Οικιακή παραγωγή (Οικιακά)		
Άλλο		

8. Ποια είναι η καταγωγή των γονέων σου;

	Πατέρας	Μητέρα
Ελληνική		
Αλβανική		
Πολωνική		
Βουλγαρική		
Ρουμανική		
Άλλη (την καταγράψω)		

9. Το σπίτι που μένετε είναι δική σας ιδιοκτησίας;

- α) ναι ☐
- β) όχι ☐

10. Ποσα υπνοδωμάτια διαθέτει;

- α) ένα ☐
- β) δύο ☐
- γ) τρία ☐
- β) από τέσσερα και πάνω ☐

11. Πόσες ώρες συνήθως την ημέρα παρακολουθείς τηλεόραση ή DVD;

- (1) Καθόλου ☐
- (2) Λιγότερο από μισή ώρα ☐
- (3) μισή έως 1 ώρα ☐
- (4) Περίπου 2 ως 3 ώρες ☐
- (5) Περίπου 4 ώρες ☐
- (6) Παραπάνω από 4 ώρες ☐

12. Πόσες ώρες συνήθως την εβδομάδα «μπαίνεις» στο Internet ή παίζεις ηλεκτρονικά παιχνίδια;

- (1) Καθόλου ☐
- (2) Λιγότερο από 1 ώρα ☐

- (3) 1 ως 3 ώρες ☐
- (4) 4 ως 6 ώρες ☐
- (5) 7 ως 9 ώρες ☐
- (6) Παραπάνω από 10 ώρες ☐

13. Πόσες ώρες το βράδυ αφιερώνεις για να κοιμηθείς ;

- (1) 8 ως 9 ώρες ☐
- (2) Περισσότερο από 9 ώρες ☐
- (3) Λιγότερο από 8 ώρες ☐

14. Ποια από τα παρακάτω γεύματα τρως καθημερινά;

- (1) Πρωινό ☐
- (2) Δεκατιανό ☐
- (3) Μεσημεριανό ☐
- (4) Απογευματινό ☐
- (5) Βραδινό ☐

15. Ποια από τα παρακάτω γεύματα τρως μαζί με τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειά σου;

- (1) Πρωινό ☐
- (2) Δεκατιανό ☐
- (3) Μεσημεριανό ☐
- (4) Απογευματινό ☐
- (5) Βραδινό ☐
- (6) Κανένα από τα παραπάνω ☐

16. Πόσα ποτήρια νερό πίνεις την ημέρα;

- (1) Ένα ☐
- (2) Δύο ☐
- (3) Τρία ☐
- (4) Τέσσερα ☐
- (5) Πέντε ☐
- (6) Έξι ☐
- (7) Επτά ☐
- (8) Οκτώ ☐
- (9) Περισσότερα από οκτώ ποτήρια ☐

17. Καταναλώνεις αναψυκτικά (τύπου coca-cola, fanta, sprite κλπ.)

- 1) Καθόλου ☐
- (2) 1-3 φορές το μήνα ☐
- (3) 1 φορά την εβδομάδα ☐
- (4) 2-4 φορές την εβδομάδα ☐
- (5) 5-6 φορές την εβδομάδα ☐
- (6) 1 φορά την ημέρα ☐
- (7) 2-3 φορές την ημέρα ☐
- (8) 4-5 φορές την ημέρα ☐

9) Περισσότερες από 6 φορές την ημέρα ☐

18. Καταναλώνεις αλκοολούχα ποτά;

(1) Ναι ☐ (2) Όχι ☐

19. Εάν ναι, πόσα ποτά πίνεις την εβδομάδα;

(1) Ένα ☐ (2) Δύο ☐ (3) Πάνω από δύο ☐

20. Καπνίζεις;

(1) Ναι ☐ (2) Όχι ☐

21. Εάν όχι, έχεις δοκιμάσει να καπνίσεις στο παρελθόν;

(1) Ναι ☐ (2) Όχι ☐

22. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε περίπου;

(1) Λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα ☐
(2) Μισό πακέτο την ημέρα ☐
(3) Έως ένα πακέτο την ημέρα ☐
(4) Πάνω από ένα πακέτο την ημέρα ☐

23. Καπνίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας;

(1) πατέρας ☐ (2) μητέρα ☐ (3) αδερφός/η ☐

24. Στον ελεύθερο σας χρόνο ασχολείστε με κάποιο οργανωμένο άθλημα;

(1) Ναι ☐ (2) Όχι ☐

Αν ναι, πόσες ώρες την εβδομάδα αφιερώνετε σε αυτό;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (KIDMED)

Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις με Ναι ή Όχι:

1. Καταναλώνεις ένα φρούτο ή χυμό φρούτων κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
2. Καταναλώνεις ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
3. Καταναλώνεις λαχανικά μία φορά την ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
4. Καταναλώνεις λαχανικά περισσότερο από μία φορά τη ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
5. Καταναλώνεις ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές τη εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
6. Καταναλώνεις πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (τύπου fast food κλπ) ;	Ναι ☐	Όχι ☐
7. Καταναλώνεις όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;	Ναι ☐	Όχι ☐
8. Καταναλώνεις ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
9. Για πρωινό τρως συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes) ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;	Ναι ☐	Όχι ☐
10. Καταναλώνεις ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
11. Καταναλώνεις ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα είτε σε φαγητό);	Ναι ☐	Όχι ☐
12. Συνήθως παραλείπεις το πρωινό;	Ναι ☐	Όχι ☐
13. Για πρωινό συνήθως τρως ή πίνεις ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α.	Ναι ☐	Όχι ☐
14. Για πρωινό τρως συνήθως γλυκά;	Ναι ☐	Όχι ☐
15. Καταναλώνεις δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 g) ημερησίως;	Ναι ☐	Όχι ☐
16. Καταναλώνεις γλυκά κάθε μέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (EAT-26)

Συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις με √ σε ένα από τα 6 επιρρήματα που σε αντιπροσωπεύει.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρη/ος						
Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω						
Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού						
Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω						
Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια						
Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω						
Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ)						
Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο						
Κάνω εμετό μετά το φαγητό						
Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει						
Με απασχολεί η επιθυμία να γίνω πιο λεπτή/ός						
Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω»						
Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος						
Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου						
Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου						
Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη						
Τρώω τρόφιμα «διαίτης» (light).						
Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου						
Ελέγχω τον εαυτό μου σε ό,τι αφορά το φαγητό						
Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω						
Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό						
Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά						
Ασχολούμαι με δίαιτες						
Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι						
Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα						
Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούρια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες						

KIDSCREEN-27

1. Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία

Σε γενικές γραμμές, πώς θα έλεγες ότι είναι

1.

- ☐ άριστη
- ☐ πολύ καλή
- ☐ καλή
- ☐ μέτρια
- ☐ κακή

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
2. Ένιωθες σε φόρμα και υγιής;	☐ καθόλου	☐ λίγο	☐ μέτρια	☐ πολύ	☐ υπερβολικά
3. Ήσουν σωματικά δραστήριος/α (π.χ τρέξιμο, σκαρφάλωμα, ποδηλασία);	☐ καθόλου	☐ λίγο	☐ μέτρια	☐ πολύ	☐ υπερβολικά
4. Μπορούσες να τρέχεις καλά;	☐ καθόλου	☐ λίγο	☐ μέτρια	☐ πολύ	☐ υπερβολικά

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
5. Ένιωθες γεμάτος/η από ενέργεια;	☐ ποτέ	☐ σπάνια	☐ αρκετά συχνά	☐ πολύ συχνά	☐ πάντα

2. Γενική Διάθεση και Συναισθήματα

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1. Η ζωή σου ήταν ευχάριστη;	☐ καθόλου	☐ λίγο	☐ μέτρια	☐ πολύ	☐ υπερβολικά

		☐	☐	☐	☐	☐
	Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
2.	Είχες καλή διάθεση;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Διασκεδάζεις;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
	Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
4.	Ένιωθες λυπημένος/η;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5.	Ένιωθες τόσο άσχημα που να μην θέλεις να κάνεις τίποτα;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
6.	Ένιωθες μοναξιά;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
7.	Ένιωθες ευχαριστημένος/η με αυτό που είσαι;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

3. Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος

	Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Είχες αρκετό χρόνο για τον εαυτό σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Μπορούσες να κάνεις τα πράγματα που θέλεις να κάνεις τον ελεύθερο σου χρόνο;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Οι γονείς/ός σου είχαν αρκετό χρόνο για σένα;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Οι γονείς/ός σου φέρονταν δίκαια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5.	Μπορούσες να μιλήσεις στους γονείς/ό σου όταν το ήθελες;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
6.	Είχες αρκετά χρήματα να κάνεις τα ίδια	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

πράγματα που κάνουν και οι φίλοι σου;				☒		
7.	Είχες αρκετά χρήματα για τα έξοδα σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

4. Φίλοι

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Περνούσες χρόνο με τους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Διασκεδάζεις με τους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Εσύ και οι φίλοι σου βοηθούσατε ο ένας τον άλλον;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Μπορούσες να βασιστείς στους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

5. Σχολείο και Μάθηση

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1.	Ήσουν χαρούμενος/η στο σχολείο;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐
2.	Τα πήγαινες καλά στο σχολείο;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
3.	Μπορούσες να προσέχεις στο μάθημα;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Τα πήγαινες καλά με τους καθηγητές σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ !!!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΜΔ	Μεσογειακή Διατροφή
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΠΖΣΥ	Ποιότητας Ζωής στην Υγεία
KIDMED	Ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή
EAT -26	Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών
KIDSCREEN-27	Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής ως προς την υγεία