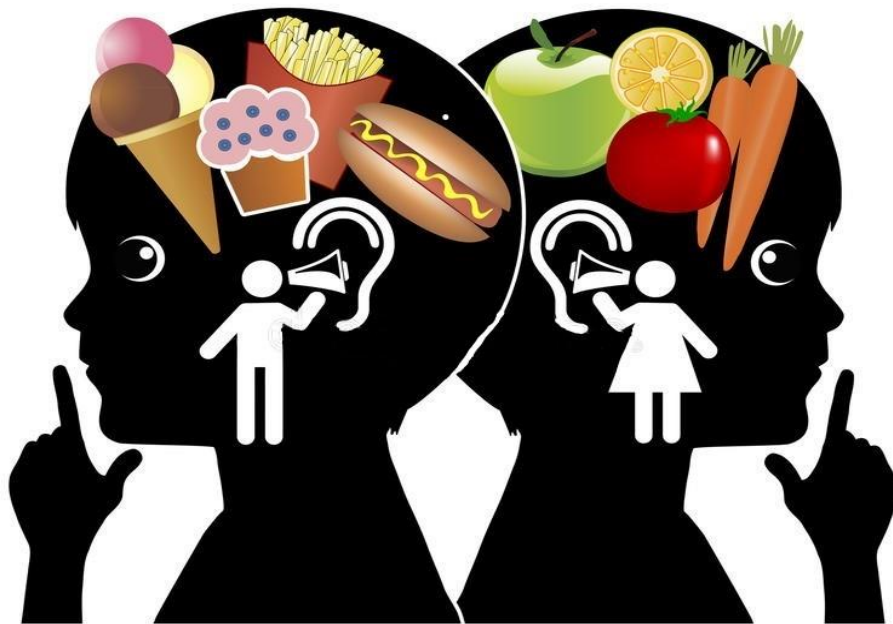




Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας

Πτυχιακή Εργασία

«ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΚΑΙ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
ΠΟΥ ΑΘΛΟΥΝΤΑΙ, ΗΛΙΚΙΑΣ 18-35 ΕΤΩΝ»



Σπανουδάκη Ειρήνη, ΑΜ 1878
Χριστουλάκη Γαρυφαλιά, ΑΜ 1819

Επιβλέπουσες: Κοϊνάκη Στέλλα, Σφακιανάκη Ειρήνη

ΣΗΤΕΙΑ, Ιούνιος, 2018



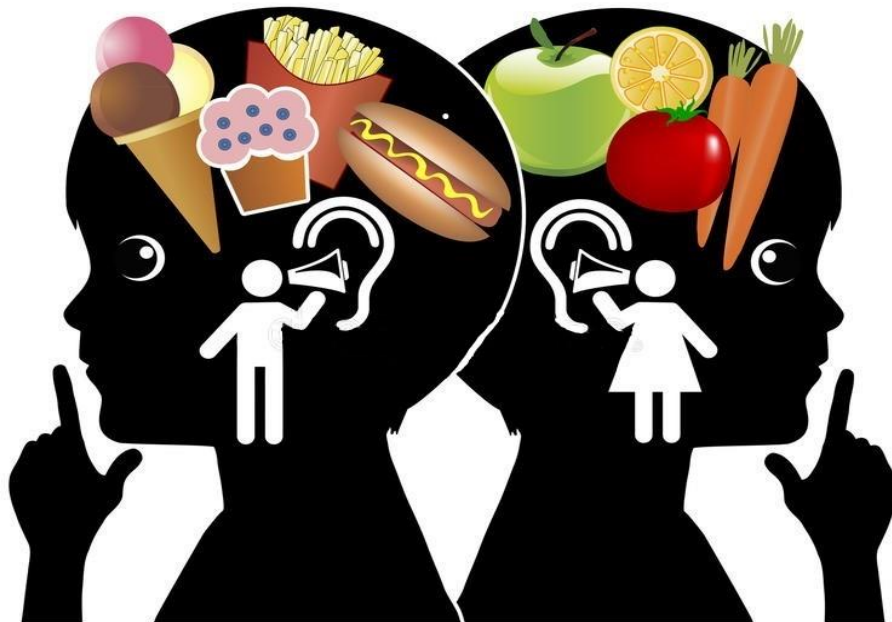
Technological Educational Institute of Crete

School of Agriculture, Food & Nutrition

Department of Nutrition & Dietetics

THESIS

«ASSOCIATION BETWEEN MEDITERRANEAN
LIFESTYLE AND EATING BEHAVIOR OF YOUNG
ADULTS, AGED 18 TO 35 YEARS, WITH REGULAR
PHYSICAL ACTIVITY»



Spanoudaki Irene, YD:1878

Christoulaki Garifalia, YD:1819

SUPERVISORS: Koinaki Stella, Sfakianaki Irene

SITIA, June,2018

«Ευχαριστίες ή Αφιέρωση»

Ευχαριστούμε τις καθηγήτριες μας για την πολύτιμη βοήθεια που μας πρόσφεραν στην εργασία μας. Όπως και τους καθηγητές του Τμήματος μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν κατά την διάρκεια των σπουδών μας. Τέλος ευχαριστούμε την οικογένεια μας για την συμπαράσταση και την υποστήριξη των ετών αυτών....

Περίληψη

Εισαγωγή: Πληθώρα μελετών έχει τονίσει τη σχέση διατροφικής συμπεριφοράς με την επιλογή και τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων, τη φυσική δραστηριότητα ή/και τον επαρκή ύπνο. Ωστόσο, ο Μεσογειακός τρόπος ζωής μόνο πρόσφατα αξιολογήθηκε συνολικά με τη χρήση του ερωτηματολογίου Medlife Index.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του Μεσογειακού Τρόπου ζωής και συγκεκριμένων Διατροφικών Συμπεριφορών (περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής και συναισθηματική κατανάλωση τροφής) σε ενήλικα άτομα που αθλούνται, ηλικίας 18-35 ετών.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτελούνταν από 50 άτομα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε γυμναστήρια του Ν.Ρεθύμνης. Για την αξιολόγηση των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Medlife Index και Three Factor Eating Questionnaire-18. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-21.0.

Αποτελέσματα: Το 56% είχαν φυσιολογικό βάρος ενώ το 4% παρουσίαζε παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά με την υιοθέτηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής ($\rho=0.300$, (p -value= 0.034), αλλά και με την επιμέρους υποκλίμακα του Medlife Index, Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής Διατροφής ($\rho=0.383$, (p -value= 0.006). Όσον αφορά την Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής, αλλά και τη Συναισθηματική κατανάλωση τροφής, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την υιοθέτηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής, αλλά ούτε και με τις επιμέρους κλίμακες του Medlife Index. Επίσης, τα άτομα τα οποία δήλωσαν αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιολάδου, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά. Καθώς φάνηκε να έχουν καλή κοινωνική ζωή, να ασκούνται καθημερινά και να έχουν επαρκή ύπνο (8 ώρες/ημέρα) όπως προτείνεται από την Μεσογειακή Διατροφή και τον τρόπο ζωής.

Συμπεράσματα: Η Περιοριστικού τύπου διατροφική συμπεριφορά φάνηκε να σχετίζεται με την υιοθέτηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής σε νεαρούς ενήλικες που αθλούνται.

Λέξεις – Κλειδιά

Μεσογειακός τρόπος ζωής, Διατροφικές συμπεριφορές, Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής, Συναισθηματική κατανάλωση τροφής,

Abstract

Introduction: Plenty of studies have highlighted the relationship of eating behavior with choice and frequency of food consumption, physical activity and/ or sleep. However, the Mediterranean lifestyle was only recently fully evaluated by the Medlife Index questionnaire.

Objective: Exploring the association between the Mediterranean Lifestyle and specific Eating Behaviors (cognitive restrain behaviour, uncontrolled eating and emotional eating) in adults, aged 18-35.

Methods: Fifty individuals participated in the study. Data collection took place at gyms in Rethymno. The questionnaires Medlife Index and Three Factor Eating Questionnaire-18 were administrated to the participants. Data analysis was performed with the SPSS-21.0 statistical program.

Results: The 56% had normal weight, while 4% had second degree obesity. There was a statistically significant positive association of Restrictive Type of behavior with the adoption of the Mediterranean Lifestyle ($\rho = 0.300$, (p -value = 0.034)), but also with the Medlife Index sub-scale, Mediterranean Food Consumption ($\rho = 0.383$, p -value = 0.006.) Regarding the association of Uncontrolled Eating or Emotional Eating, no statistically significant correlations were observed, neither with the adoption of the Mediterranean Lifestyle, nor with the Medlife Index sub-scales. Most of the individuals (8 hours / day) as suggested by the Mediterranean Diet and Lifestyle, as well as being a good source of nutrition, .

Conclusions: Cognitive restrain eating behavior seems to be associated with adopting the Mediterranean way of life on the part of young adults who do sports.

Keywords

Medlife-Eating, Behavior-Arfid, behavior-Uncontrolled eating, behavior-Emotional eating

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iv
Abstract	vi
Κατάλογος Σχημάτων	ix
Κατάλογος Πινάκων	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xi
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	4
1.1. Ορισμός Μεσογειακής Διατροφής	4
1.2. Ιστορική Αναδρομή Μεσογειακής Διατροφής.....	8
1.3. Οφέλη Μεσογειακής Διατροφής.....	12
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	15
2.2. Τύποι Διατροφικής Συμπεριφοράς.....	16
2.2.1. Περιοριστικού Τύπου Συμπεριφορά	16
2.2.2. Συναισθηματική Κατανάλωση τροφής	18
2.2.3. Ανεξέλεγκτη Κατανάλωση Τροφής.....	19
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ	25
3.1. Μεσογειακή Διατροφή και Διατροφική Συμπεριφορά	25
3.2. Διατροφική Συμπεριφορά και Φυσική Δραστηριότητα-Τρόπος Ζωής.....	29
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	36
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	36

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
4.2. ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	36
4.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	37
4.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
4.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	69
4.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70
Παράρτημα Α: «Μεσογειακός Τρόπος Ζωής»	86
Παράρτημα Β: «Διατροφική Συμπεριφορά».....	93

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1 Ιστογράμματα 1., 2., 3. και 4. για τον έλεγχο κανονικότητας του, Μεσογειακού τρόπου ζωής.	49
Σχήμα 2 Ιστογράμματα 5., 6. και 7. για τον έλεγχο κανονικότητας των επιμέρους διατροφικών συμπεριφορών, Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής και Συναισθηματική κατανάλωση τροφής.	50

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1α Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	39
Πίνακας 1β Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	41
Πίνακας 2 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedLifeIndex) - Κατανάλωση τροφίμων (N=50)	42
Πίνακας 3 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedlifeIndex) - Διατροφικές Συνήθειες.....	43
Πίνακας 4 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedLifeIndex) -Κοινωνικές συνήθειες.....	44
Πίνακας 5 Διατροφική συμπεριφορά.....	45
Πίνακας 6 Πίνακας αποτελεσμάτων σχετικά με την κανονικότητα των επιμέρους μεταβλητών του MEDLIFE και Three Factors Eating Questionnaire-18(Shapiro-Wilk test of normality).....	48
Πίνακας 7 Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής με Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά.	51
Πίνακας 8 Ανάλυση αποτελεσμάτων Spearman με Ανεξέλεγκτη κατανάλωσης τροφής. ...	52
Πίνακας 9 Ανάλυση αποτελεσμάτων Spearman Συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής. .	52
Πίνακας 10 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στην κατανάλωση Μεσογειακών τροφίμων	53
Πίνακας 11 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στις Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες.....	56
Πίνακας 12 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στη Φυσική δραστηριότητα/ Κοινωνική ζωή	60

Συνομογραφίες & Ακρωνύμια

MDS= Μεσογειακή Διατροφή

Arfid=Avoidant Restrictive Food Intake Disorder

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως πρότυπο διατροφής ορίζεται η ποσότητα, η αναλογία, η ποικιλία και ο συνδυασμός διαφορετικών τροφίμων, θρεπτικών συστατικών και ποτών στην διατροφή ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου (Krebs-Smith, 2014). Αν και υπάρχουν πολλά διαφορετικά μοντέλα «μεσογειακής διατροφής» λόγω της εθνικής, πολιτιστικής, οικονομικής και θρησκευτικής πολυμορφίας των περιοχών της Μεσογείου, όλα χαρακτηρίζονται από τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά. Έτσι, κατά κοινή αποδοχή το πρότυπο μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου (ως κύρια πηγή του προσλαμβανόμενου λίπους), υψηλή κατανάλωση φρέσκων λαχανικών και φρούτων, καθώς και δημητριακών, ξηρών καρπών και οσπρίων. Η κατανάλωση ψαριών, θαλασσινών, πουλερικών, γαλακτοκομικών προϊόντων (κυρίως τυρί και γιαούρτι) και κόκκινου κρασιού στη μεσογειακή διατροφή είναι μέτρια, ενώ η κατανάλωση αυγών, κόκκινου κρέατος, επεξεργασμένο κρέατος και γλυκών ακόμα πιο σπάνια.

Ο Μεσογειακός τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται, επίσης, από μέτρια/ έντονη φυσική δραστηριότητα (Grosso & Galvano 2016, Sotos-Prieto et al 2014, Naska et al 2014, Godman 2013). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φάνηκε ότι η φυσική δραστηριότητα δρα προστατευτικά για την υγεία των ατόμων. Συγκεκριμένα τα άτομα με αυξημένη φυσική δραστηριότητα εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο για πληθώρα νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, κι άλλα. (Brugnara et al 2016, Arteaga et al 2010). Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι η Μεσογειακή Διατροφή βοηθάει στην πρόληψη διάφορων ασθενειών. Έχει φανεί ότι μειώνει την αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα χοληστερόλης (Varela-Moreiras et al 2010), την μείωση καρδιαγγειακών παθήσεων (Hu et al 2001), βοηθάει στην πρόληψη του Αλτσχάιμερ (Trichoroulou et al 1995), στη μείωση εμφάνισης Σακχαρώδη διαβήτη και καρκίνου όπως και σε άλλες ασθένειες (Ugri-Sarda et al 2012).

Ως διατροφική συμπεριφορά ορίζεται το σύνολο των σκέψεων, των πράξεων και των προθέσεων που έχει ένα άτομο σε σχέση με τη λήψη υγρών και στερεών (Elsner2002).

Η γνωσιακή-περιοριστικού τύπου συμπεριφορά (cognitive restrain eating), η ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής (uncontrolled eating) και η συναισθηματική πρόσληψη τροφής (emotional eating) είναι ορισμένες από τις εκφάνσεις της διατροφικής συμπεριφοράς. Εν συντομία, η γνωσιακή-περιοριστικού τύπου συμπεριφορά αντανακλά τον συνειδητό περιορισμό λήψης τροφής με σκοπό τον έλεγχο του βάρους ή/και την απώλεια βάρους, ενώ η ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής αναφέρεται στην υπερβολική λήψη τροφής μεγαλύτερη από τη συνήθη πρόσληψη λόγω έλλειψης ελέγχου του αισθήματος της πείνας. Τέλος, η συναισθηματική λήψη τροφής, αναφέρεται στην πρόσληψη τροφής που σχετίζεται με την ικανοποίηση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου και όχι της βιολογική πείνας, και ως εκ τούτου τα συναισθήματα καθορίζουν την λήψη τροφής (Lauzon et al 2004).

Μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών και την κατανάλωση συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων. Ενδεικτικά, δεδομένα από μια μελέτη στη Σουηδία υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες, σε σχέση με τους άντρες έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη γνωσιακή περιοριστική τύπου συμπεριφορά και στην ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στη συναισθηματική πρόσληψη τροφής. Επιπλέον, οι γυναίκες με περιοριστικού τύπου συμπεριφορά είχαν αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ψαριών, ενώ αντίστοιχα σημείωσαν μικρότερη ενεργειακή πρόσληψη, καθώς και μικρότερη κατανάλωση γλυκών, ζάχαρης και έτοιμων γρήγορων φαγητών. Τέλος, τα άτομα που εμφάνιζαν συναισθηματική πρόσληψη τροφής κατανάλωναν τρόφιμα υψηλού θερμικού περιεχομένου και πλούσια σε αλάτι, όπως μπισκότα, κέικ και ζαχαρωτά (Lauzon et al 2004).

Αντίθετα, σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα φάνηκε ότι οι γυναίκες εμφάνιζαν πιο συχνά συναισθηματική κατανάλωση τροφής σε σχέση με τους άντρες. Τα τρόφιμα τα οποία κατανάλωναν ήταν κυρίως γλυκά και γενικότερα τρόφιμα που είναι πλούσια σε θερμίδες (Lu et al 2016).

Τέλος, μελέτες σε νεαρούς ενήλικες υποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια της φοιτητικής τους ζωής τα άτομα αυτά συχνά μεταβάλλουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στο Λονδίνο φάνηκε ότι τα άτομα αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες την περίοδο των σπουδών και επιλέγουν ένα τρόπο ζωής με

περισσότερους κινδύνους για την μελλοντική τους υγεία, όπως αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Το μοντέλο των διατροφικών τους συνηθειών και ο τρόπος ζωής που ακολουθούν χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα, επιλογή γρήγορου φαγητού, κάπνισμα και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ(Aceijas et al 2016).

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1. Ορισμός Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ancel Keys, ως μια διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικά έλαια, που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα και τη Νότια Ιταλία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960(Aceijas et al 2016). Στην Μελέτη των Επτά Χωρών, αυτό το σχήμα διατροφής συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου μετά από 25 χρόνια παρακολούθησης, σε σύγκριση με άλλα διατροφικά πρότυπα από χώρες της Βόρειας Ευρώπης και τις Ηνωμένες Πολιτείες(Trichoroulou et al 2006, Menotti et al 1999). Τις τελευταίες δεκαετίες η μελέτη της Μεσογειακής Διατροφής έχει προχωρήσει και ο ορισμός που δόθηκε αρχικά από τον Keys έχει εξελιχθεί και ποικίλει. Η Μεσογειακή Διατροφή ορίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου ως κύρια πηγή του προσλαμβανόμενου λίπους, υψηλή κατανάλωση φρέσκων λαχανικών και φρούτων, καθώς και δημητριακών, ξηρών καρπών και οσπρίων. Η κατανάλωση ψαριών, θαλασσινών, πουλερικών, γαλακτοκομικών προϊόντων κυρίως τυρί και γιαούρτι και κόκκινου κρασιού στη Μεσογειακή Διατροφή είναι μέτρια, ενώ η κατανάλωση αυγών, κόκκινου κρέατος, επεξεργασμένο κρέατος και γλυκών ακόμα πιο σπάνια. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τον ορισμό ενός τρόπου διατροφής, συμπεριλαμβανομένων γενικών περιγραφών, διατροφικών πυραμίδων, η πρωτογενής βαθμολόγηση a-priori αναλύει τα διατροφικά σχήματα με βάση τα θρεπτικά τους συστατικά, αναλύοντας και την Μεσογειακή διατροφή(Sofi et al 2014).

Με βάση τη μέση περιεκτικότητα σε γραμμάρια Μεσογειακή Διατροφή παρέχει περίπου επτά μερίδες ψωμιού, τέσσερις μερίδες δημητριακά, πέντε μερίδες λαχανικά, 1, 5 μερίδες πατάτες, 1,5 μερίδες φρούτα, 0, 5-0,75 μερίδες κρέας, 0,5 μερίδες τυριού και μια μερίδα γαλακτοκομικών προϊόντων ανά ημέρα, καθώς και 3-4 μερίδες ξηρών καρπών με κέλυφος και τρεις μερίδες οσπρίων και ψαριών την εβδομάδα. Οι δημοφιλείς μεσογειακές πυραμίδες συνιστούν τουλάχιστον 3-4 εβδομαδιαίες μερίδες από ξηρούς καρπούς και τουλάχιστον τρεις καθημερινές μερίδες φρούτων και συνήθως λιγότερες μερίδες πατάτα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μέσοι όροι βασίστηκαν κυρίως στις μελέτες παρατήρησης, αυτή η διαφορά είναι κατανοητή - φαίνεται ότι υπάρχει μια αναντιστοιχία μεταξύ του τι

πραγματικά καταναλώνουν οι άνθρωποι στη Μεσόγειο και το τι ορίζεται από την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής (Panagiotakos et al 2006, Trichopoulou et al 2003).

Οι βασικές έννοιες της Πυραμίδας Τροφίμων είναι η "αναλογικότητα", δηλαδή η σωστή ποσότητα των τροφίμων προς επιλογή από κάθε ομάδα, η "κανονική" ποσότητα τροφίμων σε γραμμάρια, η οποία θεωρείται ως η μονάδα μέτρησης ισορροπημένης διατροφής, η «ποικιλία», δηλαδή η σημασία της αλλαγής των επιλογών μέσα σε μια ομάδα τροφίμων και η μέτρια κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, όπως το λίπος ή τα γλυκά. Όπως μπορούμε να δούμε, στη βάση της πυραμίδας υπάρχουντα δημητριακά, ακολουθούμενα από φρούτα και λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο, τυρί χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και γιαούρτι, τα οποία πρέπει να τρώγονται καθημερινά. Το κρέας δεν αποκλείεται, αλλά προτείνεται το άπαχο κρέας όπως το κοτόπουλο, κουνέλι και γαλοπούλα. Τα ψάρια και τα αυγά συστήνεται να καταναλώνονται δύο με τέσσερις φορές την εβδομάδα, για την προέλευση πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας. Το μοσχάρι και το χοιρινό κρέας προτείνεται να καταναλώνεται μία ή δύο φορές το μήνα (Willet et al 1997).

Κάθε ομάδα περιλαμβάνει τρόφιμα, τα οποία είναι ουσιαστικά «ισοδύναμα» με το σχέδιο διατροφής, με την έννοια ότι παρέχουν σχεδόν τον ίδιο τύπο θρεπτικών ουσιών. Είναι προφανές ότι, στο πλαίσιο της ίδιας ομάδας, τα τρόφιμα παρά την ομοιογένεια μεταξύ τους μπορεί να έχουν μικρές διαφορές όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα σε θρεπτικά συστατικά. Ωστόσο, αυτό δεν επηρεάζει την έννοια της εναλλαγής των τροφίμων. Τα τελευταία, στην πραγματικότητα, αν ανήκουν στην ίδια ομάδα, είναι ισοδύναμα με τη θρεπτική αξία, μπορεί να είναι υποκατάστατα μεταξύ τους, χωρίς ωστόσο να επηρεάζουν την επάρκεια της διατροφής, υπό την προϋπόθεση ότι συμμορφώνεται κανείς με την ποικιλία. Στη φύση δεν υπάρχει ένα "πλήρες" τρόφιμο, που να περιέχει δηλαδή όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το σώμα και γι' αυτό είναι απαραίτητο να έχουμε όσο το δυνατόν περισσότερες επιλογές τροφίμων και να συνδυάζονται σωστά τα τρόφιμα από τις διάφορες ομάδες. Μια διαφοροποιημένη διατροφή όχι μόνο αποφεύγει τον κίνδυνο διατροφικών, και πιθανών επακόλουθων μεταβολικών ανισορροπιών, αλλά ικανοποιεί και την καταπολέμηση της μονοτονίας των γεύσεων. Κάθε ομάδα αντιπροσωπεύεται από τουλάχιστον μια μερίδα τροφίμων που την συνθέτουν (Willet et al 1997). Το Quanto Basta είναι η επαρκής ποσότητα (QB) των

τροφίμων και των δραστηριοτήτων του ατόμου. Εάνειναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ατόμου, του επιτρέπει τον προσανατολισμό του τρόπου ζωής σε μια ισορροπία μεταξύ πρόσληψης τροφής καιτης ενεργειακής δαπάνης. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να αποφύγουμε την παχυσαρκία που προδιαθέτει τον οργανισμό σε αυξημένο κίνδυνο μεταβολικών νοσημάτωνόπως διαβήτης, υπέρταση, κλπ.,καρδιαγγειακών παθήσεωνακόμη και καρκίνου(Katsarou et al 2014).

Η συνολική διατροφική πρόσληψη χωρίζεται σε ομάδες τροφίμων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ως προς την υγεία. Υψηλότερη βαθμολογία αποδίδεται για υψηλότερες προσλήψεις σε τρόφιμα που προάγουν την υγεία, και χαμηλότερη βαθμολογία για προσλήψεις τροφίμων που βλάπτουν την υγεία. Με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται ένας μοναδικός βαθμός προσκόλλησης για κάθε άτομο. Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι a priori τρόποι βαθμολόγησης της μεσογειακής διατροφής (MDS), με διαφορετικά κριτήρια βαθμολόγησης(Estruch et al 2013, Milá-Villarroel et al 2011, Serra-Majem et al 2006, Kromhoutet al 1989). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα με δεδομένα από 26 μελέτες κοόρτης που χρησιμοποίησαν κάποια μορφή MDS, σημειώθηκε μεγάλο εύρος διακύμανσης για σημαντικές ομάδες τροφίμων όπως τα δημητριακά, ακόμη και μεταξύ παρόμοιων πληθυσμών(Sofi et al 2014). Σε σύγκριση με τα ίδια δεδομένα διατροφικής πρόσληψης, 10 διαφορετικά a priori MDS είχαν ως αποτέλεσμα μια μέση προσκόλληση που κυμαινόταν από 22, 7% έως 87, 7%, με στατιστικά μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και τους τρόπους βαθμολόγησης της(Serra-Majem et al 2006). Αυτό σημαίνει ότι οι καθοριστικές πτυχές της Μεσογειακής Διατροφής που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό αυτών των βαθμολογιών είναι πολύ διαφορετικές. Για παράδειγμα, οι Έλληνες στην μελέτη των Επτά Χωρών κατανάλωσαν κατά μέσο όρο 191 γρ. λαχανικών / ημέρα, (ενώ οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης της Previsióncon Dieta Mediterránea(PREDIMED) κατανάλωσαν περίπου 350 γρ. λαχανικών/ ημέρα και οι Έλληνες που συμμετείχαν στην EPIC κατανάλωναν πάνω από 500 γρ. λαχανικών/ημέρα(Milá-Villarroel et al 2011, Panagiotakoset al 2006, Hu et al 2001).

Οι Martinez-Gonzalez et al(2004) δηλώνουν ότι «ο ίδιος ο ορισμός της Μεσογειακής Διατροφής δεν είναι ένα δευτερεύον ζήτημα» και επισημαίνουν ότι δύο τυχαίες δοκιμές που ερευνούν τις επιδράσεις της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία χρησιμοποιούσαν

παρεμβάσεις που δεν ήταν κοντά με τις παραδοσιακές ιδέες της διατροφής, όπως η υψηλή περιεκτικότητα σε ελαιόλαδο.

Οι διαφορές στους ορισμούς θα μπορούσαν να περιορίσουν την κατανόησή μας για τους μηχανισμούς με τους οποίους η Μεσογειακή Διατροφή παρέχει τα οφέλη της στην υγεία. Οι βιολογικές δράσεις βασικών διατροφικών συστατικών της Μεσογειακής Διατροφής, όπως συγκεκριμένα λιπαρά οξέα, έχουν μελετηθεί με πολλά υποσχόμενα, αν και κάπως αντικρουόμενα αποτελέσματα (Davis et al 2015). Ένας λόγος για αυτό μπορεί να είναι οι διαφορές στην ποσότητα των τροφίμων και των θρεπτικών συστατικών μεταξύ των μελετών. Μια πιθανή προσέγγιση για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είναι να διαμορφωθεί ένας πιο καθολικός ορισμός με τον υπολογισμό μιας μέσης ποσότητας τροφίμων και θρεπτικών συστατικών από προηγούμενες τυπολογίες της Μεσογειακής Διατροφής, ο οποίος να συνδυάζει παραδοσιακά και σύγχρονα παραδείγματα από σχετικές μελέτες και να παρέχει ένα προφίλ αναφοράς της Μεσογειακής Διατροφής. Αυτός ο ορισμός θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον για τον σχεδιασμό τύπων Μεσογειακής Διατροφής ή MDS παρέμβασης που είναι συγκρίσιμα με άλλες μελέτες. Στόχος της μελέτης ήταν να συλλεχθούν πληροφορίες από μια σειρά μελετών για να σχηματιστεί έναν πιο περιεκτικό και ποσοτικό ορισμό της Μεσογειακή Διατροφή από ότι υπάρχει σήμερα, συνοψίζοντας τους υπάρχοντες ορισμούς και υπολογίζοντας τις μέσες ποσότητες τροφίμων και θρεπτικών συστατικών (Bamia et al 2005).

Επιπλέον, οποιαδήποτε μικρή βελτίωση στην υγεία με την αύξηση της πρόσληψης μπορεί να χαθούν όταν χρησιμοποιείται μόνο ένα σημείο διαχωρισμού. Έχουν γίνει πρόσφατες προσπάθειες βελτίωσης αυτών των αποτελεσμάτων (Trichoroulou et 2003, Trichoroulo et 1995). Οι Sofi et al. (2012, 2010) στο έργο τους έχουν προτείνει βαθμολογίες με πολλαπλές αποκλίσεις και χρησιμοποιώντας σταθμισμένες μέσες αποκλίσεις από διάφορες μελέτες. Αν και αυτές οι νεότερες βαθμολογίες είναι πιθανώς βελτιώσεις σε υπάρχοντα MDS, εξακολουθούν να περιορίζονται από διάφορους παράγοντες, όπως η μη αναγνώριση σημαντικών τροφίμων όπως οι ξηροί καρποί, και οι διαφορές μεταξύ των μελετών σχετικά με τα τρόφιμα που περιλαμβάνονται σε κάθε ομάδα τροφίμων. Μια μέση περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά μπορεί να είναι πιο χρήσιμη ως βάση για το σχηματισμό συστημάτων a priori βαθμολόγησης. Σε αυτή την ανασκόπηση βρέθηκε ότι η περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά ήταν πιο συνεπής σε διαφορετικές μελέτες από την

ποσότητα τροφής. Διαφορετικά τρόφιμα μπορούν να παρέχουν παρόμοιες θρεπτικές ουσίες που επιτρέπουν τη διατήρηση μοναδικών τροφίμων και πιάτων που παρατηρούνται στις διάφορες μεσογειακές χώρες διατηρώντας παράλληλα τις μηχανιστικές επιδράσεις των θρεπτικών ουσιών και των βιοδραστικών ενώσεων. Έτσι υπάρχει ένα ξεχωριστό πλεονέκτημα για τον ορισμό της διατροφής από θρεπτικά συστατικά και όχι τρόφιμα. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν βαθμολογίες εκ των προτέρων οι οποίες χρησιμοποιούν αποκλειστικά περιεχόμενο θρεπτικών συστατικών (Sofi et al 2012, Panagiotakos et al 2006).

Τέλος ο φάκελος υποψηφιότητας που υποβλήθηκε στην UNESCO ορίζει τη Μεσογειακή Διατροφή ως εξής: «προέρχεται από την ελληνική λέξη "diaita"-ο τρόπος ζωής - και είναι μια *κοινωνική πρακτική* βασισμένη σε όλες τις "savoir-faire" είναι ο τρόπος καλής κοινωνικής συμπεριφοράς, στην γνώση και στις παραδόσεις από την ύπαιθρο έως το τραπέζι που καλύπτουν τη λεκάνη της Μεσογείου, τις καλλιέργειες, την συγκομιδή, την αλιεία, την διατήρηση, την επεξεργασία, την προετοιμασία, το μαγείρεμα και ειδικότερα τον τρόπο κατανάλωσης» (Trichopoulou et al 1995).

1.2. Ιστορική Αναδρομή Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα πρότυπο μοντέλο διατροφής. Ονομάστηκε έτσι διότι ερευνήθηκε και ξεχώρισε στις χώρες που ανήκουν στην λεκάνη της Μεσογείου, την οποία οι ιστορικοί ονομάζουν «λίκνο της κοινωνίας» επειδή μέσα στα γεωγραφικά σύνορα της έλαβε χώρα ολόκληρη η ιστορία του αρχαίου κόσμου (Martinez-Gonzalez et al 2004).

Στις όχθες της λεκάνης της Μεσογείου εξαπλώνεται η κοιλάδα του Νείλου, ο τόπος ενός αρχαίου και σπουδαίου πολιτισμού και οι δύο μεγάλες λεκάνες του Τίγρη και του Ευφράτη, που ήταν το περιβάλλον του πολιτισμού των Σουμέριων, των Ασσυρίων, των Βαβυλώνων και των Περσών. Στην περιοχή της Μεσογείου ήταν ιδιαίτερα ισχυροί οι Κρήτες, οι Φοίνικες και οι Έλληνες και στην πορεία η ιστορία έφτασε στην αναδυόμενη δύναμη της Ρώμης, που επέτρεψε στην περιοχή να γίνει η «καλή γη» ανάμεσα στην Ανατολή και τη Δύση. Από εκείνη την εποχή, η Μεσόγειος έγινε τόπος συνάντησης ανθρώπων που, με τις επαφές τους, έχουν διαφοροποιήσει από καιρό σε καιρό

πολιτισμούς, έθιμα, γλώσσες, θρησκείες και τρόπους σκέψης σχετικά με το μετασχηματισμό και την αλλαγή του τρόπου ζωής με την πρόοδο της ιστορίας. Η σύγκρουση αυτών των δύο πολιτισμών παρήγαγε τη μερική ενσωμάτωσή τους, έτσι ώστε ακόμη και οι διατροφικές συνήθειες να συγχωνευθούν εν μέρει (Martinez-Gonzalez et al 2004).

Οι ρίζες της "Μεσογειακής Διατροφής" χάνονται στο χρόνο, καθώς βυθίζονται στις διατροφικές συνήθειες του Μεσαίωνα, όπου η αρχαία ρωμαϊκή παράδοση - σύμφωνα με το πρότυπο της ελληνικής - αναγνωρίζεται στο ψωμί, το κρασί και τα προϊόντα ελαιόλαδου, αρκετά λαχανικά πράσα, μολόχα, μαρούλια, μανιτάρια), λιγοστό κρέας και ισχυρή προτίμηση των ψαριών και των θαλασσινών (Menotti et al 1999). Οι πλούσιες τάξεις αγαπούσαν τα φρέσκα ψάρια που τα έτρωγαν κυρίως τηγανητά σε ελαιόλαδο ή στην σχάρα και τα θαλασσινά, ειδικά τα στρείδια, είτε ωμά είτε τηγανητά. Οι σκλάβοι της Ρώμης, οι οποίοι άνηκαν σε χαμηλότερη κοινωνική τάξη με αποτέλεσμα η επιλογή των τροφίμων τους να είναι αποτελούμενη από ψωμί, ελιές και ελαιόλαδο, με μερικά ψάρια, και πιο σπάνια η κατανάλωση του κρέατος. Η ρωμαϊκή παράδοση σύντομα συγκρούστηκε με το στυλ της διατροφής που εισήχθη από τον πολιτισμό των Γερμανικών λαών, κυρίως νομάδων, που ζουν σε στενή αρμονία με το δάσος, με το κυνήγι, τη γεωργία και τη συγκέντρωση, των περισσότερων πόρων διατροφής από αυτό. Έκτρεφαν χοίρους με αυξημένο λίπος, που χρησιμοποιούταν ευρέως στην κουζίνα, και καλλιεργούσαν λαχανικά. Οι λίγοι κόκκοι που καλλιεργούνταν δεν χρησιμοποιήθηκαν για να φτιάξουν ψωμί, αλλά μύρα. Η σύγκρουση αυτών των δύο πολιτισμών παρήγαγε τη μερική ενσωμάτωσή τους, έτσι ώστε ακόμη και οι διατροφικές συνήθειες να συγχωνευθούν εν μέρει. Ωστόσο, η ρωμαϊκή κουλτούρα έδειξε ότι δεν επιθυμεί να αλλάξει το ύφος της «Μεσογειακής Διατροφής» με αυτή των «βαρβάρων». Τα βασικά στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής, που είναι ο συνδυασμός - ψωμί, κρασί και ελαιόλαδο - εξήχθησαν στις περιοχές της ηπειρωτικής Ευρώπης από τα Μοναστικά Τάγματα που μετανάστευσαν σε αυτές τις περιοχές για να κηρύξουν σε αυτούς τους λαούς. Το ψωμί, το ελαιόλαδο και το κρασί ήταν στην πραγματικότητα τα κεντρικά στοιχεία της χριστιανικής λειτουργίας, αλλά στη συνέχεια υιοθετήθηκαν και στη σίτιση του κοινού λαού της Ευρώπης (Grosso et al 2016). Η νέα αυτή "μορφή" διατροφής, που γεννήθηκε από την ένωση και τη σύντηξη μεταξύ διατροφικών προτύπων δύο διαφορετικών πολιτισμών, της

χριστιανικής ρωμαϊκής αυτοκρατορίας και της γερμανικής, διασταυρώθηκαν με το πέρασμα του χρόνου με μια τρίτη παράδοση, εκείνη του αραβικού κόσμου, που είχε αναπτύξει την δική της ιδιαίτερη διατροφική κουλτούρα στις νότιες ακτές της Μεσογείου (Kafatos et al 2000).

Φάνηκε ότι μόνο οι μουσουλμάνοι ώθησαν την ανανέωση της γεωργίας που επηρέασε το μοντέλο διατροφής με την εισαγωγή γνωστών ειδών φυτών ή ειδών που χρησιμοποιούνταν μόνο από τις πλουσιότερες κοινωνικές τάξεις, λόγω του υψηλού κόστους, όπως το ζαχαροκάλαμο, το ρύζι, τα εσπεριδοειδή, η μελιτζάνα, τα μπαχαρικά, καθώς και ειδών που χρησιμοποιούνταν στην κουζίνα της Νότιας Ευρώπης, όπως το τριαντάφυλλο, τα πορτοκάλια, τα λεμόνια, τα αμύγδαλα και τα ρόδια (Bach-Faig et al 2011). Ως αποτέλεσμα, ο ισλαμικός πολιτισμός συμμετέχει στην αλλαγή και στον μετασχηματισμό της πολιτιστικής ενότητας της Μεσογείου, την οποία δημιούργησε η Ρώμη, και συμβάλλει αποφασιστικά στο νέο γαστρονομικό μοντέλο που διαμορφώνεται. Ένας σημαντικός αριθμός τροφίμων, που πέρασαν από τους μουσουλμάνους στους Λατίνους, έφεραν μαζί τους τις τεχνικές παρασκευής και τις συνταγές τους.

Ένα άλλο γεγονός μεγάλης ιστορικής σημασίας ήταν η ανακάλυψη της Αμερικής από τους Ευρωπαίους. Η ανακάλυψη αυτή αντικατοπτρίζεται επίσης σε μια «αγορά» γαστρονομικής παράδοσης νέων τροφίμων όπως οι πατάτες, οι ντομάτες, το καλαμπόκι, οι πιπεριές και το τσίλι, καθώς και διάφορες ποικιλίες φασολιών. Η ντομάτα, το νεοεισαχθέν αυτό τρόφιμο, που θεωρήθηκε πολύ αργά ως βρώσιμο, ήταν από τα πρώτα κόκκινα λαχανικά που προστέθηκε στη μεσογειακή κουζίνα και αργότερα έγινε χαρακτηριστικό της (Willett et al 1995).

Φαίνεται ακόμη πως τα λαχανικά καταλαμβάνουν σημαντική θέση στη μεσογειακή παράδοση. Επίσης σημαντικό είναι ο ρόλος των σιτηρών που θεωρούνται ως βάση για την μαγειρική και όπλο της καθημερινής επιβίωσης, λόγω της ικανότητάς τους να προσφέρουν κορεσμό, για αυτό το λόγο καταναλωνόταν ευρέως από τις φτωχές τάξεις. Ο τύπος των χρησιμοποιούμενων σιτηρών, καθώς και οι τρόποι μετασχηματισμού, παίρνουν διαφορετικές πτυχές ανάλογα με τις γεωγραφικές σημασίες και τις παραδόσεις που χαρακτηρίζουν τους πληθυσμούς των χωρών που συνορεύουν με τη Μεσόγειο. Το ψωμί, η πολέντα, το κουσκούς, οι σούπες, η παέγια και τα ζυμαρικά είναι διαφορετικοί τρόποι

κατανάλωσης σιτηρών(Saura-Calixto et al 2009). Αυτή η ιστορική αναδρομή που προαναφέρθηκε μας επιτρέπει να εντοπίσουμε πολλές ομοιότητες μεταξύ της μεσογειακής διατροφής και της διατροφής των προγόνων μας για να αποδειχθεί η παρουσία μιας πραγματικής πορείας, που από τη σίτιση των Αιγυπτίων ως την ανακάλυψη της Αμερικής οδήγησε στην εισαγωγή νέων τροφίμων, δηλαδή την Μεσογειακή Διατροφή, όπως την γνωρίζουμε σήμερα(Saura-Calixto et al 2009).

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα διατροφικό μοντέλο που εκτιμάται παγκοσμίως ότι ανήκει στον πολιτιστικό, ιστορικό, κοινωνικό, εδαφικό και περιβαλλοντικό παράγοντα και συνδέεται στενά με τον τρόπο ζωής των μεσογειακών λαών σε όλη την ιστορία τους(Gerber et al 2000). Η Μεσογειακή Διατροφή, γνωστή κυρίως ως πρότυπο μοντέλο διατροφής, (βελτιώνει την ποιότητα και την ασφάλεια των τροφίμων και τη σύνδεσή τους με τη γη από την οποία προέρχονται. Προσφέρει μια απλή κουζίνα, αλλά πλούσια σε φαντασία και γεύσεις, αξιοποιώντας πλήρως όλες τις πτυχές της υγιεινής διατροφής. Πρόκειται για μια διατροφική επιλογή που διατηρεί τις παραδόσεις και τα έθιμα των λαών της Μεσογείου (Varela-Moreiras et al 2010). Η διατροφή μπορεί να επηρεάσει την μακροχρόνια υγεία των ατόμων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η καλή διατροφική κατάσταση συμβάλλει στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και στην πρόληψη των μεταβολικών ασθενειών όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η υπέρταση κλπ. Η Μεσογειακή Διατροφή είναι επίσης ένας πόρος για βιώσιμη ανάπτυξη που είναι πολύ σημαντικός για όλες τις χώρες της Μεσογείου, ως προς την οικονομική και πολιτισμική επίδραση που έχουν τα τρόφιμα την ικανότητα να εμπνέουν μια αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας για τους ντόπιους (Ambring et al 2004).

Η Μεσογειακή Διατροφή έχει περιγραφεί ιδιαίτερα τις τελευταίες πέντε δεκαετίες και πολλές πυραμίδες αντιπροσωπεύουν τις γενικές αρχές. Ωστόσο, από την ανασκόπηση αυτή διαπιστώθηκε ότι οι μελέτες ποικίλλουν σημαντικά όταν ορίζονται οι ποσότητες τροφίμων σε γραμμάρια ή και τα θρεπτικά συστατικά που αποτελούν την Μεσογειακή Διατροφή, αν και λιγότερο όταν συγκρίνονται τα προφίλ θρεπτικών συστατικών (Sofi et al 2012).

Προηγουμένως, οι Saura-Calixto et al. (2009), σχημάτισαν έναν ορισμό της Μεσογειακής Διατροφής με βάση τις θρεπτικές προσλήψεις του ισπανικού πληθυσμού το 1964. Ο

ορισμός αυτός επικεντρώθηκε μόνο σε τέσσερα βιολογικά ενεργά συστατικά της διατροφής: τις φυτικές ίνες, την συνολική ημερήσια αντιοξειδωτική ικανότητα, την αναλογία MUFA: SFA και την περιεκτικότητα σε φυτοστερόλη. Η προτεινόμενη αναλογία MUFA: SFA για τον προσδιορισμό της διατροφής ήταν 1. 6-2. 0. Αυτό φαίνεται να είναι ένα σημαντικό στοιχείο της Μεσογειακής Διατροφής. Είναι πιθανό η λήψη φυτικών ινών να ήταν πολύ χαμηλή σε πρόσφατες παρεμβάσεις. Τα άλλα δύο συστατικά αυτού του ορισμού σπάνια εξετάζονται σε μελέτες, σε ολική ημερήσια αντιοξειδωτική ικανότητα και πρόσληψη φυτοστερόλης. Από τις τέσσερις μελέτες που περιλαμβάνονται στην επανεξέταση και διερευνούν τη συνολική περιεκτικότητα σε φλαβονοειδή, η πρόσληψη είναι πιθανόν να είναι τουλάχιστον 79 mg / ημέρα με μέσο όρο περίπου 350 mg. Οι εκτιμήσεις για την πρόσληψη φλαβονοειδών κυμαίνονταν από 79 έως 670 mg / ημέρα, ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετήθηκε και αν χρησιμοποιήθηκαν χημικές αναλύσεις ή βάσεις δεδομένων. Φαίνεται πως υπάρχουν τόσες πολλές μέθοδοι για τον προσδιορισμό των φλαβονοειδών που δεν είναι δυνατόν να συγκριθούν οι μελέτες. Η τυποποίηση των πρακτικών για τον προσδιορισμό των φλαβονοειδών είναι απαραίτητη για να μπορέσουμε να συγκρίνουμε με ακρίβεια τους διαφορετικούς τύπους της Μεσογειακής Διατροφής και να υπολογίσουμε μια κατά προσέγγιση κλίμακα ή μέση τιμή (Estruch et al 2013, Kouris-Blazo et al 1999).

1.3. Οφέλη Μεσογειακής Διατροφής

Έχουν υπάρξει πολλές μελέτες που συνδέουν τη μεσογειακή δίαιτα με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, βελτιωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και τώρα οι τελευταίες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι αυτή η δίαιτα, σε συνδυασμό με την άσκηση, βελτιώνει την υγεία της καρδιάς και ενθαρρύνει επίσης την απώλεια βάρους (Kromhout et al 1995, Trichopoulos et al 1995).

Μια μελέτη του Καναδικού Καρδιαγγειακού Κογκρέσου διαπίστωσε ότι η προπόνηση υψηλών εντάσεων σε συνδυασμό με τη μεσογειακή διατροφή βελτίωσε την υγεία της καρδιάς και βελτίωσε την απώλεια λίπους από την περιοχή της κοιλιάς (Fennel 2013). Η μελέτη διεξήχθη σε άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία και οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος σε προπόνηση 2 έως 3 φορές την εβδομάδα με υψηλή ένταση, καθώς ακολουθούσαν την

Μεσογειακή Διατροφή αυξημένη κατανάλωση ψαριών, λαχανικών, σπόρων, ελαιολάδου και μικρές ποσότητες κρέατος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν σημαντική απώλεια βάρους, είχαν βελτιωμένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης, ικανότητα άσκησης και αντοχή μυών. Τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα επίσης μειώθηκαν και η μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρήθηκε σε αυτούς που είχαν διαβήτη(Fennell 2013).

Η προπόνηση υψηλών εντάσεων είναι μια μορφή καρδιαγγειακής άσκησης που περιλαμβάνει εκρήξεις υψηλής έντασης άσκησης με διακοπές χαμηλής έντασης. Εναλλασσόμενα σπριντ με αργό τζόκινγκ ή με τα πόδια ή κανονικά αθλήματα που φυσικά περιλαμβάνουν διαλείμματα όπως το ποδόσφαιρο, το κολύμπι και η πεζοπορία. . Αυτή η μορφή άσκησης είναι γνωστό ότι είναι πιο ωφέλιμη για την υγεία της καρδιάς, την αντοχή και τα επίπεδα φυσικής κατάστασης και τον έλεγχο του βάρους (Rafnsson et al 2013). Από μια αναφορά που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι ο ύπνος έχει ιδιαίτερη σημασία για τον Μεσογειακό τρόπο ζωής. Η ανασκόπηση αυτή έδειξε ο επαρκής ύπνος κατά την διάρκεια της νύχτας όπως και ο μεσημεριανός ύπνος έχει πολλά ωφέλη για την υγεία(Ficca et al 2010).

Το MEDLIFE είναι ο μοναδικός δείκτης-εργαλείο που αξιολογεί την Μεσογειακή διατροφή και βοηθάει στην αξιολόγηση κατανάλωσης τροφίμων. Σχετίζεται άμεσα με τη μεσογειακή διατροφή όσο και με πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής της Μεσογείου, πέρα από τις διατροφικές συνήθειες, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής δραστηριότητας, της ανάπαυσης, των κοινωνικών συνηθειών και της ευκολίας. Εξ ορισμού, η έννοια της μεσογειακής ζωής αντικατοπτρίζει τις συνήθειες των διατροφικών και κοινωνικών συνηθειών που χαρακτηρίζουν τις χώρες της λεκάνης της Μεσογείου στη δεκαετία του 1960(Trichoroulou et al 1995). Ως εκ τούτου, η παροχή πρόσθετων πληροφοριών πέρα από την τυπική μεσογειακή διατροφή είναι απαραίτητη για τον καθορισμό ενός συνολικού τρόπου ζωής στη Μεσόγειο.

Ξεκινώντας από τις μελέτες του Keys, πολλοί άλλοι επιστήμονες έχουν αναλύσει τη σχέση μεταξύ διατροφικών συνηθειών και χρόνιων ασθενειών. Μπορούμε πλέον να πούμε ότι υπάρχει σύγκλιση των αξιολογήσεων και συμφώνησαν ως προς την κατεύθυνση της πλήρους αναγνώρισης των ωφέλιμων ιδιοτήτων του μεσογειακού τρόπου κατανάλωσης.

Πολλές μελέτες και κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι η Μεσογειακή Διατροφή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και μεταβολικού συνδρόμου. Συγκεκριμένα έχει τεκμηριωθεί αυξημένη μείωση της κοιλιακής περιφέρειας, αύξηση της λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας(HDL), μείωση των τριγλυκεριδίων, μείωση της αρτηριακής πίεσης και μείωση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα(Katsarou et al 2014). Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι η Μεσογειακή διατροφή δεν είναι σε θέση να παράγει από μόνη της τα πλεονεκτήματα που απαριθμούνται παραπάνω, αν δεν τροποποιήσει κανείς ταυτόχρονα και άλλους παράγοντες κινδύνου(προφανώς αυτούς που μπορούν να τροποποιηθούν). Στην πραγματικότητα, η ισχαιμική καρδιοπάθεια εξαρτάται όχι μόνο από τα σφάλματα στη καταγραφή της δίαιτας, στα οποία αποδίδεται ο κυρίαρχος ρόλος, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως η μειωμένη ή η απουσία φυσικής δραστηριότητας, η θερμιδική πρόσληψη που υπερβαίνει τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού, η παρουσία μεταβολικών νοσημάτων όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία, το άγχος, το κάπνισμα τσιγάρων, τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης στο αίμα και τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι περίπου τα μισά από όλα τα κρούσματα εμφανίζονται σε άτομα με φυσιολογικό επίπεδο χοληστερόλης στο αίμα. Για να αποφευχθεί λοιπόν μια καρδιακή προσβολή, είναι επιτακτική ανάγκη όχι μόνο να λαμβάνεται μια ισορροπημένη διατροφή όπως είναι όντως η μεσογειακή διατροφή, αλλά και ένας υγιεινός τρόπος ζωής όπως ήδη τόνισε ο Ancel Keys(Katsarou et al 2014).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας έδειξε ότι η μέτρια σωματική δραστηριότητα συνδέεται με τη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις(Willet et al 1997). Στην πραγματικότητα, η σωματική δραστηριότητα συμβάλλει στη μείωση ορισμένων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις όπως η υπέρταση, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η υπερτριγλυκεριδαιμία, στη χαμηλή HDL και η παρουσία παχυσαρκίας(Katsarou et al 2014). Επιπλέον, η άσκηση σε συνδυασμό με τη σωστή διατροφή είναι σε θέση να μειώσει τα επίπεδα στο αίμα της LDL. Ταοφέλη της σωματικής δραστηριότηταςμειώνουν την έναρξη της αθηροσκλήρωσης, με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται ηλειτουργία του μυοκαρδίου, αυξάνεται την αγγειοδιασταλτική ικανότητα, τον μυϊκό τόνο και μειώνεταιτο φλεγμονώδες στρες (Fennel D. 2013).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

2.1. Ορισμός

Οι διατροφικές συμπεριφορές-συνήθειες είναι αποτέλεσμα των συμπεριφοριστικών, προσωπικών-οικογενειακών- κοινωνικών και φυσικών περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίες ονομάζονται συλλογικά ως μεταβλητές μεσολάβησης (Glanz et al 2008, Baranowski et al 1997). Ο καλύτερος τρόπος για να αλλάξουν τα άτομα τις διατροφικές συμπεριφορές τους είναι να αλλάξετε αυτούς τους παραπάνω παράγοντες (Baranowski et al 2000). Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι τα παιδιά ακολουθούν τους τρόπους συμπεριφοράς που ακολουθούν οι γονείς. Για παράδειγμα, πολλά παιδιά τρώνε φρούτα, χυμούς και λαχανικά (FJV) επειδή έχουν εξοικειωθεί με αυτούς του τρόπους συμπεριφοράς από τους γονείς τους (Hearnet et al 2008).

Οι επιστήμονες που ασχολούνται με την επιστήμη της συμπεριφοράς φαίνεται να δίνουν κάποιες συμβουλές ή οδηγίες σεορισμένα από τα προβλήματα και τρόπους αντιμετώπισης που είναι απαραίτητοι για να βοηθήσουν τα άτομα να αλλάξουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές (Garza et al 1996). Μια αρχική προϋπόθεση ήταν ότι οι άνθρωποι θα αλλάξουν τη διατροφική συμπεριφορά τους για να βελτιώσουν την υγεία τους ή την οικογένειά τους εάν μάθαιναν για τα οφέλη που προσφέρει στην υγεία από την κατανάλωση ορισμένων θρεπτικών συστατικών τροφίμων (Garza et al 1996). Ωστόσο, μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε δείχνει ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης για τη διατροφή που βασίζονται στη γνώση δεν οδηγούν σε αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς (Contento et al 1995). Για να γίνει η αλλαγή στην διατροφική συμπεριφορά στόχος είναι η αύξηση της γνώσης και να τροποποιηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες. Η δημοσιευμένη βιβλιογραφία προσφέρει κάποια καθοδήγηση σχετικά με το γιατί οι άνθρωποι τρώνε ή δεν τρώνε συγκεκριμένα τρόφιμα (Baranowski et al 1999). Επίσης, σε μία έρευνα που διεξήχθη επισήμανε ότι όσο πιο συχνές συναντήσεις είχαν οι ερευνητές με τον πληθυσμό-στόχο τόσο θετικά επηρεαζόταν η "καλή εικόνα" των διατροφικών συνηθειών και των παραγόντων που επηρεάζουν (Kirby et al 1995). Ο σχεδιασμός προγραμμάτων εκπαίδευσης για τη διατροφή που μπορεί να αλλάξει τις διατροφικές συμπεριφορές είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Μόλις προσδιοριστούν οι

παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις συμπεριφορές και δοθεί προτεραιότητα, πρέπει να δοθούν τρόποι αντιμετώπισης για την αλλαγή τους (Kirby et al 1995).

2.2. Τύποι Διατροφικής Συμπεριφοράς

2.2.1. Περιοριστικού Τύπου Συμπεριφορά

Συμφώνα με το National Eating Disorders Association (NEDA) η περιοριστικού τύπου συμπεριφορά ή Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder ή Cognitive Restrain (ARFID) είναι μια νέα διάγνωση στο DSM-5 και είχε αναφερθεί στο παρελθόν ως "επιλεκτική κατανάλωση τροφής".

Το ARFID είναι παρόμοιο με την ανορεξία, καθώς και οι δύο διαταραχές βάζουν περιορισμό στην ποσότητα του φαγητού/ αλλά σε αντίθεση με την ανορεξία, το ARFID δεν κατατάσσεται στην κατηγορία που το άτομο να νιώθει δυσαρέσκεια με το σχήμα ή το μέγεθος του σώματος του ή τον φόβο μήπως παχύνει (NEDA 2018). Πολλά παιδιά περνούν από την φάση της επιλεκτικής κατανάλωσης τροφής, όταν όμως ένα άτομο παρουσιάζει την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά δεν καταναλώνει αρκετές θερμίδες έτσι ώστε να αναπτυχθεί σωστά και να διατηρήσει τις βασικές λειτουργίες του σώματος (NEDA 2018). Στα παιδιά, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται το βάρος τους όπως και η ανάπτυξη τους. Σε ενήλικες, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους. ARFID μπορεί επίσης να μειώσει την επίδοση των παιδιών στο σχολείο, στους ενήλικες την εργασιακή και κοινωνική ζωή (NEDA 2018).

Τα συμπτώματα της ARFID είναι η μεγάλη απώλεια βάρους, ενδυμασία με φαρδιά ρούχα έτσι ώστε να κρυφτεί η απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, κόπωση, υπερβολική ενέργεια, γαστρεντερικά προβλήματα, περιορισμός σε είδη ποσότητα φαγητού, έλλειψη όρεξης ή ενδιαφέρον για τα τρόφιμα, περιορισμένες επιλογές τροφίμων που γίνεται μικρότερες με την πάροδο του χρόνου (δηλαδή, επιλεκτικό φαγητό που επιδεινώνεται σταδιακά) τέλος, δεν υπάρχει διαταραχή της εικόνας του σώματος ή φόβος αύξησης του σωματικού βάρους όπως και δεν καταφεύγουν σε καθαρικούς τρόπους αντιμετώπισης (NEDA 2018). Κλινικές Διαταραχές είναι, στομαχικές κράμπες, παλινδρόμηση, ανωμαλίες κατά την εμμηνορροία, δυσκολίες συγκέντρωσης, μη

φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα (αναιμία, χαμηλά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών, χαμηλά επίπεδα καλίου, χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίων, αργός καρδιακός ρυθμός), ζάλη, λιποθυμία, ευαισθησία στο κρύο, προβλήματα ύπνου, ξηρό δέρμα, εύθραυστα νύχια, αραιώση μαλλιών, μυϊκή αδυναμία δυσκολία επώλωσης πληγών και μειωμένη ανοσολογική λειτουργία (NEDA 2018).

Άλλη μια έρευνα υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολλά είδη προβλημάτων διατροφής που μπορεί να δικαιολογούν μια διάγνωση ARFID όπως για παράδειγμα το άγχος (21, 4%), επιλεκτική διατροφή (28, 7%) δυσκολία στην πέψη συγκεκριμένων τροφών (13, 1%), αποφυγή ορισμένων χρωμάτων ή υφών τροφίμων, διατροφή μόνο πολύ χαμηλών μερίδων, ανορεξία ή φόβος κατανάλωσης τροφής μετά από ένα τρομακτικό επεισόδιο πνιγμού ή εμέτου (4, 1%) (Herpertz-Dahlmann 2017). Σε μια ακόμα ερευνά φάνηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν αγόρια όποια είχαν βιώσει μια δυσάρεστη ιατρική κατάσταση (γαστρεντερολογικά προβλήματα) ή νευροαναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός) (Herpertz-Dahlmann 2017, Martinet et al 2013, Fairburn et al 2003). Άλλοι άνθρωποι μπορεί να χρειάζονται συμπληρώματα για να πάρουν επαρκή θρεπτικά συστατικά και θερμίδες (Cooper et al 1987). Είναι πιθανό ορισμένα άτομα με ARFID να συνεχίσουν να αναπτύσσουν μια άλλη διατροφική διαταραχή όπως η ψυχογενής ανορεξία ή ψυχογενής βουλιμία (Cooper et al 1987).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ARFID (βάσει του DSM-V) είναι τα ακόλουθα: Διαταραχή διατροφής (π. χ. ,προφανής έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, αποφυγή βασισμένη στα αισθητήρια χαρακτηριστικά των τροφίμων, ανησυχία για τις ανατρεπτικές συνέπειες του φαγητού) που εκδηλώνεται με συνεχή αδυναμία ικανοποίησης των κατάλληλων θρεπτικών συστατικών και ενεργειακών αναγκών με ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα: σημαντική απώλεια βάρους (ή αδυναμία επίτευξης αναμενόμενης αύξησης κέρδους βάρους ή βραδείας ανάπτυξης στα παιδιά), σημαντική ανεπάρκεια διατροφής, εξάρτηση από την εντερική σίτιση ή τα συμπληρώματα διατροφής από το στόμα, σημαντική παρέμβαση στην ψυχοκοινωνική λειτουργία. Επιπρόσθετα η διαταραχή διατροφής δεν οφείλεται σε ταυτόχρονη ιατρική κατάσταση ή δεν εξηγείται καλύτερα από μια άλλη διανοητική διαταραχή. Όταν αυτή η διατροφική διαταραχή συμβαίνει παράλληλα με άλλη πάθηση ή διαταραχή, η σοβαρότητα της διαταραχής της διατροφής υπερβαίνει

εκείνη που συσχετίζεται συνήθως με την κατάσταση ή τη διαταραχή και δικαιολογεί επιπλέον κλινική προσοχή (Brewerton 2007, Cooper et al 1987).

2.2.2. Συναισθηματική Κατανάλωση τροφής

Προτού αναφερθούμε στην συναισθηματική κατανάλωση τροφής κρίνουμε σκόπιμο να δώσουμε έναν ορισμό για αυτό το είδος της διατροφικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με άρθρο των Messerli-Bürgy και Nadine et al που δημοσιεύθηκε το 2017 η συναισθηματική κατανάλωση τροφής ορίζεται η τάση να γίνεται υπερκατανάλωση τροφής ως ανταπόκριση σε αρνητικά συναισθήματα και έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με την απώλεια βάρους όσο και με την αύξηση βάρους. Επίσης είναι μια δυσλειτουργική αντιμετώπιση στρεσογόνων και αγχωτικών καταστάσεων που έχει ως αποτέλεσμα είτε την αύξηση πρόσληψη τροφής είτε την αποφυγή κατανάλωσης της. Άλλωστε το άτομο για να βρει απάντηση στα αρνητικά συναισθήματα που τρέφει αλλάζει την διατροφική του συμπεριφορά. Επίσης έχει φανεί ότι τα άτομα δυσκολεύονται να έχουν απώλεια βάρους και να την συντηρήσουν. Μια επιπλέον πληροφορία που μας έδωσαν συγγραφείς Nadine Messerli-Bürgy et al 2017 είναι ότι το 3, 2-63% των παιδιών ή των εφήβων εμφανίζουν σημάδια συναισθηματικής υπερκατανάλωσης τροφής. Μάλιστα προκύπτει ότι αυτό το είδος διατροφικής συμπεριφοράς οφείλεται σε βιολογικούς-κληρονομικούς παράγοντες. Επιπλέον μία αναφορά υποστηρίζει ότι το 60% των ατόμων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι παρουσιάζουν συναισθηματική κατανάλωση τροφής, τείνουν να καταναλώνουν τρόφιμα που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά ή είναι πλούσια σε ζάχαρη. Αυτές οι διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με την αύξηση του βάρους θέτει σε υψηλό κίνδυνο τους συναισθηματικούς τρώγοντες για ανάπτυξη διαβήτη και καρδιαγγειακών παθήσεων (Bürgy et al 2017).

Άλλοι παράγοντες εκτός από την κληρονομικότητα είναι το άγχος, η στεναχώρια και τα πρώιμα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επιπλέον σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος του συναισθήματος της ντροπής. Η ντροπή είναι ένα αρνητικό συναίσθημα το οποίο εκφράζει λανθασμένη αυτό-αξιολόγηση για το ίδιο το άτομο και συνδέεται και με άλλες διατροφικές διαταραχές. (Wong et al 2016). Μιας και αναφερθήκαμε στο άγχος δεν μπορούμε να μην αναφερθούμε και στην άρρηκτα συνδεδεμένη σχέση που έχει με την

ποιότητα του ύπνου. Σε μελέτες που έγιναν φάνηκε ότι ο σύντομος ύπνος ή ο κακός ποιοτικά ύπνος, μπορεί να επηρεάσει την κατανάλωση ενέργειας. Έτσι η στέρηση του ύπνου μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατ' επέκταση να οδηγήσει στην αύξηση κατανάλωσης τροφής σε άτομα επιρρεπή στην συναισθηματική σίτιση (Dweck et al 2013)

Η συναισθηματικά κατανάλωση τροφής συχνά μπορεί να συσχετιστεί με ακραίες διατροφικές συμπεριφορές όπως την νευρική ανορεξία και την βουλιμία. Όπως πληροφορούμαστε από το άρθρο των Wong et al 2016 η συναισθηματική κατανάλωση τροφής σχετίζεται με τον περιορισμό της σίτισης στην νευρική ανορεξία ενώ σε γυναίκες με έντονη συναισθηματική φόρτιση είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν κάποιο είδος διατροφικής συμπεριφοράς. .

Εξάλλου σε μια άλλη μελέτη που έγινε για την συσχέτιση των αρνητικών και θετικών συναισθημάτων ως προς την πρόσληψη τροφής παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση τροφής που συνοδεύονταν από θετικά συναισθήματα εμφάνισε συναισθηματική κατανάλωση τροφής ενώ όταν η κατανάλωση τροφής ήταν υπό αρνητικά συναισθήματα παρουσίασε τόσο συναισθηματική κατανάλωση τροφής όσο και επιλεκτική (Sultson et al 2017).

2.2.3. Ανεξέλεγκτη Κατανάλωση Τροφής

Η υπερκατανάλωση (ανεξέλεγκτη κατανάλωση) τροφής ορίζεται ως η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας φαγητού που τρέφεται το άτομο παραπάνω από αυτό που του είναι απαραίτητα. Τα συναισθήματα που προκαλούνται στο άτομο είναι συνήθως αρνητικά και έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να δυσανασχετεί με τον εαυτό του (Fairburn et al 2003).

Η υπερκατανάλωση τροφής εμφανίζεται συνήθως με διαταραγμένη ψυχική διάθεση και έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει μεγάλη ποσότητα ανθυγιεινών τροφίμων (γλυκά, γρήγορο φαγητό, αναψυκτικά και υψηλά θερμιδογόνα τρόφιμα) (Fairburn et al 2003).

Συμφώνα με όλα τα παραπάνω, εύκολα συνειδητοποιούμε την αμφίδρομη σχέση παχυσαρκίας και Ανεξέλεγκτης Κατανάλωσης τροφής. Το άτομο οδηγείται σε αυτή την ακραία συμπεριφορά καθώς χάνει τον απαιτούμενο αυτοέλεγχο και υποκύπτει σε πάσης

φύσεως τρόπους διαφυγής για την αντιμετώπιση της απώλειας αυτής. Αυτή η αδυναμία (απώλεια αυτό-ελέγχου) οδηγεί στην αύξηση του σωματικού βάρους (Martin et al 2017)

Οι άνθρωποι που οδηγούνται στην υπερκατανάλωση τροφίμων συνήθως έχουν την τάση να τρώνε όταν δεν πεινάνε, επιλέγουν να καταναλώνουν τρόφιμα μόνον τους επειδή νιώθουν αμήχανοι (Ruggiero 2003). Επιπλέον, μπορεί να περάσουν μεγάλα χρονικά διαστήματα μέχρι το επόμενο γεύμα τους. Ένα άλλο σημάδι είναι ότι η υπερκατανάλωση τροφής αποτελεί πρόβλημα εάν ξοδεύονται υπερβολικά χρήματα για το φαγητό. Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που κάνουν υπερκατανάλωση τροφής είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, παρόλο που τα άτομα με φυσιολογικό βάρος μπορεί, επίσης, να υπερκαταναλώνουν τροφή κατά καιρούς (Ruggiero G. M. 2003). Εάν η υπερκατανάλωση συνοδεύεται από αίσθημα έλλειψης ελέγχου και χαμηλής αυτοεκτίμησης, μπορεί να είναι ένδειξη ότι ένα άτομο ακολουθεί μια διαταραγμένη σχέση με το φαγητό (Fairburn et al 1994). Επίσης, η ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής μπορεί να είναι μέρος μιας διατροφικής διαταραχής, όπως Ψυχογενής Βουλιμία ή διαταραχή κατανάλωσης φαγητού. Παρόλα αυτά όσοι υπερκαταναλώνουν τροφή δεν εμφανίζουν πάντα την παραπάνω διαταραχή. Ορισμένοι άνθρωποι κατά την διάρκεια της ημέρας καταναλώνουν μικρές ποσότητες τροφής διαρκώς, και έτσι καταλήγουν να λαμβάνουν πολύ περισσότερες θερμίδες από αυτές που δαπανούν σε μια μέρα (Fairburn et al 1994).

Η υπερκατανάλωση τροφής γίνεται προβληματική όταν εκδηλώνεται ως καταναγκαστική ή ψυχαναγκαστική σχέση με το φαγητό ή τον εθισμό στα τρόφιμα. Η θεραπεία για την καταναγκαστική υπερκατανάλωση μπορεί να περιλαμβάνει θεραπεία τροποποίησης συμπεριφοράς. Ένα διαθέσιμο πρόγραμμα που υποστηρίζει τους ανθρώπους με αυτήν την διαταραχή είναι οι Ανώνυμοι Υπερκαταναλωτές Τροφής (ΟΑ). Οι ΟΑ δημιουργήθηκαν όπως και οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) και είναι ένα πρόγραμμα δώδεκα βημάτων, στο οποίο τα μέλη αναγνωρίζουν ότι είναι αδύναμοι στο να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους απέναντι στα τρόφιμα. Οι ΟΑ είναι δεκτικοί σε όσους έχουν μια διαταραγμένη σχέση με τη διατροφή και επιθυμούν να μειώσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα (Fairburn 2001). Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της χρόνιας υπερκατανάλωσης τροφής μπορεί να προκαλέσουν υψηλή χοληστερόλη, διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, κατάθλιψη και νεφροπάθεια. Επιπλέον, μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικές διαταραχές, άγχος, απομόνωση και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Fairburn et al 2003). Η

καταναγκαστική κατανάλωση τροφής (BED) είναι μια σοβαρή διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μεγάλη κατανάλωση ποσοτήτων τροφής (συνήθως πολύ γρήγορη κατανάλωση γεύματος έτσι ώστε το άτομο να φτάνει στο σημείο να νιώθει δυσφορία). Το άτομο νιώθει να χάνει τον έλεγχο όταν βρίσκεται μπροστά του φαγητό και μετά βιώνει συναισθημάτων ντροπή και ενοχής. Το άτομο δεν παρουσιάζει αντισταθμική συμπεριφορά (π. χ. χρήση καθαρτικών) για να αντιμετωπίσει την υπερβολική κατανάλωση (NEDA, EDV 2018). Αυτή η διατροφική διαταραχή εμφανίζεται περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα άτομα που παρουσιάζουν καταναγκαστική κατανάλωση τροφής συχνά κάνουν ακραίες δίαιτες έτσι ώστε να μειώσουν τα συναισθήματα τους μετά από ένα επεισόδιο υπερκατανάλωσης. Η BED μπορεί να παρουσιάσει οποιοδήποτε άτομο ανεξαρτήτως φύλου, ηλικία και εθνικότητα (NEDA, EDV 2018). Τα κριτήρια έτσι ώστε ένα άτομο να διαγνωστεί με BED είναι η αίσθηση έλλειψης ελέγχου σχετικά με τη συμπεριφορά της διατροφής, το άτομο τρώει-καταναλώνει το γεύμα του πολύ γρήγορα. , ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ανεξέλεγκτη ή παρορμητική ή διαρκή κατανάλωση τροφής που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει πολλές χιλιάδες θερμίδες και να νιώθει δυσφορία, να καταναλώνει τροφή ενώ δεν πεινάει, αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, ενοχή, ντροπή, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αμηχανία για την εμφάνιση, εξαιρετικά ευαίσθητη σε αναφορές σχετικά με το βάρος και τέλος κατάθλιψη (NEDA, EDV 2018).

Αν και οι δύο συνθήκες σχετίζονται με την αποτυχία να ελέγξουν το φαγητό τους, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι τα άτομα με διαταραχή διατροφικής υπερκατανάλωσης έχουν ακόμα μεγαλύτερη αίσθηση χαμένου ελέγχου από ό, τι αυτοί που εμφανίζουν καταναγκαστική υπερκατανάλωση τροφής (Hoek et al 2003). Συνεπώς είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι η καταναγκαστική υπερκατανάλωση είναι πολύ πιο σοβαρή από το να τρώει κανείς πάρα πολύ σε ένα γεύμα ή σε μια πιο μεγάλη χρονική περίοδο. Οι καταναγκαστικοί υπερκαταναλωτές τροφής έχουν την ανικανότητα να ασκούν τον κατάλληλο έλεγχο μερίδας, με τρόπο παρόμοιο με τον αλκοολικό που δεν μπορεί να σταματήσει μετά από «μόνο ένα ποτό». Μόλις αρχίσει μια καταναγκαστική υπερβολική κατανάλωση φαγητού, μπορεί να νιώθει σχεδόν ανίκανος να σταματήσει. Τα άτομα με καταναγκαστική υπερκατανάλωση, τρώνε περισσότερο από το στάδιο της ικανοποίησης ή της ευχαρίστησης, με αποτέλεσμα συχνά βιώνουν ενοχή, ντροπή και παρόμοια συναισθήματα. Ωστόσο, τα άτομα με καταναγκαστική υπερκατανάλωση δεν

παρουσιάζουν αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως εμετό, κατάχρηση καθαρτικού ή υπερβολική άσκηση όπως κάνουν τα άτομα που εμφανίζουν ψυχογενής βουλιμία (Martin et al 2013).

Η καταναγκαστική υπερκατανάλωση μπορεί σαφώς να οδηγήσει σε μια σειρά φυσικών, συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων - αλλά το θετικό είναι ότι υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές. Πολλοί άνθρωποι που ήρθαν αντιμέτωποι με την καταναγκαστική υπερκατανάλωση ήταν σε θέση να ανακτήσουν τον έλεγχο των συμπεριφορών τους μέσω της θεραπείας, της εκπαίδευσης, των ομάδων υποστήριξης και παρόμοιων εμπειριών. Επειδή η ψυχαναγκαστική διατροφή δεν είναι τυπικά αναγνωρισμένη ως διατροφική διαταραχή, δεν έχει μελετηθεί στον αντίστοιχο βαθμό όσο η ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή διατροφής. Ακόμα, και αν ψυχαναγκαστικοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνους που έχουν διαγνωσθεί με BED (Fairburn et al 2003).

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι μεταξύ το 2-5 % του πληθυσμού των Η. Π. Α. παλεύουν με επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής ή καταναγκαστικής υπερκατανάλωσης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όπως συμβαίνει συχνά με την διαταραγμένη διατροφή, οι στατιστικές υποδηλώνουν ότι η καταναγκαστική υπερκατανάλωση φαίνεται να επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες. Μια έρευνα που διεξήχθη από τους Overeaters Anonymous διαπίστωσε ότι το 87% των μελών των ΟΑ που παλεύουν με την καταναγκαστική κατανάλωση είναι γυναίκες και το 13% είναι άνδρες (Fairburn et al 1994).

Η καταναγκαστική διατροφή μπορεί να προκληθεί ή να επηρεαστεί από διάφορους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Όπως συνήθως συναντάμε όταν μελετάμε την ψυχική υγεία ή τις διαταραχές της συμπεριφοράς, τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την καταναγκαστική κατανάλωση τροφής (Fisher et al 2013).

Γενετικοί παράγοντες: Οι άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό καταναγκαστικής διατροφής έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτή τη συμπεριφορά από ό, τι εκείνοι που δεν έχουν συγγενείς που να έχουν αντιμετώπιση αυτήν την διαταραχή. Όταν τα στενά μέλη της οικογένειας (οι γονείς ή τα αδέρφια) είναι ψυχαναγκαστικοί καταναλωτές τροφής, ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος. Άλλες ενδείξεις γενετικής ή βιολογικής

επίδρασης μπορούν να βρεθούν στο γεγονός ότι η καταναγκαστική υπερκατανάλωση μπορεί να προκαλέσει τα "κέντρα ευχαρίστησης" στον εγκέφαλο με τρόπο παρόμοιο με αυτόν που συμβαίνει στους εγκεφάλους των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών (Fisher et al 2013).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Το Οικογενειακό ιστορικό έχει την δυνατότητα να επιβαρύνει την καταναγκαστική υπερκατανάλωση του ατόμου. Για παράδειγμα, οι γονείς που παρουσιάζουν συμπτώματα καταναγκαστικής υπερκατανάλωσης μπορούν να διδάξουν ακούσια στα παιδιά τους ότι αυτός είναι ένας σωστός ή υγιής τρόπος δράσης. Όταν οι γονείς συμμετέχουν σε ψυχαναγκαστική υπερκατανάλωση ή άλλες ανθυγιεινές συμπεριφορές ως μέσο αντιμετώπισης θυμού, θλίψης ή άγχους, αυτό μπορεί επίσης να αυξήσει την πιθανότητα στα παιδιά τους να υιοθετήσουν αυτές τις ανθυγιεινές στρατηγικές όταν αντιμετωπίζουν παρόμοια συναισθήματα. Επίσης, τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν σε καταναγκαστική κατανάλωση (Fennel 2013, Ruggiero 2003, Fairburn et al 1994).

Παράγοντες κινδύνου είναι τα ακόλουθα: οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό τραύματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανεπαρκείς ικανότητες αντιμετώπισης, κατάθλιψη, προβλήματα διαχείρισης θυμού, εθισμός, ηλικία και άγχος ή διαταραχές πανικού.

Ο εντοπισμός ενός ατόμου που αγωνίζεται με την καταναγκαστική υπερκατανάλωση δεν είναι πάντα τόσο εύκολο όσο αρχικά σκεφτόμαστε. Όπως συμβαίνει με πολλά προβλήματα συμπεριφοράς, η καταναγκαστική υπερκατανάλωση συχνά συνοδεύεται από παραπλανητικές πρακτικές που αποσκοπούν στην απόκρυψη του προβλήματος από φίλους και μέλη της οικογένειας. Ωστόσο, τα ακόλουθα είναι από τα πιο κοινά σημεία και συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν καταναγκαστική υπερκατανάλωση τροφής:

Συμπεριφορικά συμπτώματα που μπορεί να έχει κανείς είναι να: τρώει γρήγορα, τρώει σε μεγάλες ποσότητες, ακόμα και όταν δεν πεινάει, τρώει μόνος ή μυστικά, να αποφεύγει ή να αρνείται την συζήτηση των διατροφικών συνηθειών και / ή της αύξησης του σωματικού βάρους. Τα φυσικά συμπτώματα που μπορεί να έχει κανείς είναι: η αύξηση βάρους, το να αισθάνεται «φουσκωμένος» ή άβολα γεμάτος και η δυσκοιλιότητα. Τα γνωστικά συμπτώματα που μπορεί να έχει κανείς είναι: αίσθημα ντροπής και ενοχής, ειδικά σε σχέση με τα τρόφιμα, Παρατηρητικές σκέψεις για το φαγητό και την διατροφή

Χαμηλή αυτοεκτίμηση Αυτοκαταστροφικές τάσεις Επίσης τα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα που μπορεί να είναι: Να απορρίπτει συνεχώς τις προσκλήσεις για φαγητό με άλλους, Να αποσύρεται από την οικογένεια, τους φίλους και άλλες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, Να έχει δυσκολίες που αφορούν το άγχος ή την πίεση, Να έχει προβλήματα με τη διαχείριση του θυμού, Να έχει αυξημένη ευαισθησία στα σχόλια σχετικά με το βάρος ή το σχήμα του σώματος (Ruggiero 2003).

Όταν πρόκειται για προβλήματα συμπεριφοράς όπως η καταναγκαστική διατροφή, είναι αποδεκτό ότι είναι σαφείς οι σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι καταναγκαστικοί υπεύθυνοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για τις ακόλουθες επιπτώσεις: υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία, παρενέργειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, του διαβήτη τύπου 2 και των καρδιακών παθήσεων, πεπτικά προβλήματα, κακή διατροφή (Ruggiero 2003).

Η καταναγκαστική διαταραχή συμβαίνει συχνά σε συνδυασμό με μία ή περισσότερες διατροφικές διαταραχές ή ψυχικής υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η καταναγκαστική υπερκατανάλωση τροφής οδηγεί ή επιδεινώνει την συνυπάρχουσα διαταραχή ή διαταραχές, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η καταναγκαστική υπερκατανάλωση τροφής είναι αποτέλεσμα άλλων διαταραχών. Τα παρακάτω είναι μεταξύ των πιο συνηθισμένων συνυπαρχουσών διαταραχών που εμφανίζονται από τους καταναγκαστικούς υπερκαταναλωτές τροφής: κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, εθισμός, η ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Fairburn et al 2003).

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

3.1. Μεσογειακή Διατροφή και Διατροφική Συμπεριφορά

Καθώς μελετάμε την Μεσογειακή διατροφή γνωρίζουμε ότι είναι ένα θέμα με πολλές προεκτάσεις για τις οποίες έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές και μελετητές. Μια τέτοια προέκταση θα μπορούσε να είναι και η σχέση της με την Διατροφική Συμπεριφορά. Αυτή τη σχέση θα εξετάσουμε σε αυτό το κεφάλαιο, βασιζόμενοι στις υπάρχουσες έρευνες και μελέτες.

Ο τρόπος ζωής των ατόμων ήταν κοντά στον Μεσογειακό τρόπο ζωής όταν ο Ancel Keys ξεκίνησε να μελετάει την Μεσογειακή διατροφή. Αυτός ο τρόπος ζωής συμπεριελάμβανε την φυσική δραστηριότητα, τους κοινωνικούς παράγοντες και την κοινωνική υποστήριξη, προγραμματίζοντας την σωστή κατανομή των γευμάτων τους κατά την διάρκεια της ημέρας τους και τηρώντας έναν μεσημεριανό ύπνο. Ωστόσο δεν έχει βρεθεί κάποια μελέτη που να αποδεικνύει ότι τηρήθηκαν όλα αυτά. (Yannakoulia et al. 2015). Με το πέρασμα των χρόνων η Μεσογειακή πυραμίδα διαφοροποιήθηκε λόγω της κοινωνικής αλλαγής και της κουλτούρας που έχει η κάθε Μεσογειακή χώρα.

Η νέα πυραμίδα βασίζεται στην ποιοτική-ποσοτική επιλογή των τροφίμων και στην συχνότητα κατανάλωσης τους. Το πρότυπο μοντέλο διατροφής περιλαμβάνει όλες τις ομάδες των τροφίμων αλλά σημαντικό ρόλο παίζει η τεχνική μαγειρέματος τους. Ο λόγος που εξελίχθηκε αυτή η πυραμίδα ήταν γιατί άλλαξε ο τρόπος ζωής και ήθελαν να ενσωματώσουν τα κοινωνικά-πολιτισμικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον Μεσογειακό τρόπο ζωής (Bach-Faig et al 2011). Η διαφορά ανάμεσα στην παλαιά πυραμίδα με την καινούρια είναι ότι έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με την παλαιά αλλά δίνει έμφαση στην τακτική φυσική δραστηριότητα, στην ανάπαυση, στην καλή κοινωνική ζωή, στην βιοποικιλότητα και εποχικότητα των τροφίμων στα παραδοσιακά και τοπικά προϊόντα όπως και στον τρόπο μαγειρέματος.

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκεται η καθημερινή κατανάλωση 1 με 2 μερίδες φρούτων τα οποία προτείνονται λόγω της πλούσιας περιεκτικότητας τους σε αντιοξειδωτικά. Επίσης

στην ίδια κλίμακα προτείνονται περισσότερο από 2 μερίδες λαχανικών σε κάθε γεύμα της ημέρας έτσι ώστε να λαμβάνονται επαρκής ποσότητες βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Συστήνεται 1 μερίδα λαχανικών να είναι ωμή. Επιπρόσθετα στην ίδια κλίμακα προτείνεται η κατανάλωση σιτηρών 1 με 2 μερίδες ανά γεύμα της ημέρας, κυρίως ολικής αλέσεως λόγω των φυτικών ινών και πολύτιμων θρεπτικών συστατικών (μαγνήσιο, σίδηρο και βιταμινών). Επιπλέον προτείνεται η πρόσληψη 1,5-2lt νερό για επαρκή ενυδάτωση του οργανισμού. Στην καθημερινή κατανάλωση κατατάσσονται τα γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος, το ελαιόλαδο, μπαχαρικά, βότανα, κρεμμύδι, σκόρδο, ξηροί καρποί, σπόροι, μια μέτρια κατανάλωση κρασιού (συστήνεται 1 ποτήρι στη γυναίκα και 2 στον άνδρα κατά την διάρκεια των γευμάτων). Προτείνεται εβδομαδιαία κατανάλωση ζωικής και φυτικής προέλευσης πρωτεΐνη: ψάρια (>2μερίδες) λευκό κρέας (2μερίδες) αυγά (2-4μερίδες) και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος να επιλέγεται άπαχο (<2μερίδες) και το επεξεργασμένο κρέας να είναι λιγότερο από 1 μερίδα και σε μικρή συχνότητα. Τέλος στην κορυφή της πυραμίδας συμπεριλαμβάνονται τα σάκχαρα, ανθυγιεινά φαγητά, καραμέλες, γλυκά, αρτοσκευάσματα, συσκευασμένοι χυμοί φρούτων και αναψυκτικά. Η κατανάλωση τους συστήνεται σε μικρές ποσότητες και σε ειδικές περιστάσεις. (Bach-Faig et al 2011). Σύμφωνα με την αναδιατύπωση της Μεσογειακής πυραμίδας προτείνεται η καθημερινή άσκηση τουλάχιστον 30λεπτά, διότι αυτό συμβάλει σε μια ισορροπημένη ενεργειακή πρόσληψη, στην διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και στην πρόληψη σε διάφορα προβλήματα υγείας. Φυσική δραστηριότητα δεν εννοείται μόνο τα οργανωμένα αθλήματα αλλά προτείνεται το περπάτημα και άλλες δραστηριότητες οι οποίες βοηθάνε να μην έχουμε καθιστική ζωή. (Bach-Faig et al 2011).

Η προηγούμενη μελέτη δίνει έμφαση και στην μοντελοποίηση των Μεσογειακών χωρών. Αυτό που φαίνεται είναι ότι τα μεγέθη των μερίδων είναι μεγαλύτερα με αποτέλεσμα οι λαοί της Μεσογείου τείνουν όλο και περισσότερο προς την παχυσαρκία. Αυτό που προτείνεται είναι να αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και σιτηρών και να μειωθεί η κατανάλωση τροφίμων στις ανθυγιεινές επιλογές όπως λιπαρά τρόφιμα και τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη. (Bach-Faig et al 2011). Επιπρόσθετα μία μελέτη που έγινε σε εφήβους στην Ιταλία ανέδειξε τον συσχετισμό της Μεσογειακής Διατροφής με την διατροφική συμπεριφορά καθώς απέδειξε ότι η πρώτη έχει σημαντική επίδραση στην

θρεπτική αξία των τροφών που καταναλώνει ο έφηβος, θετικές επιρροές στην ποιότητα της ζωής του, δρα προστατευτικά στην πρόληψη της παχυσαρκίας και επιδρά θετικά στην αποφυγή της καθιστικής ζωής (Noale et al 2014) Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Σαντιάγκο της Χιλής σε παιδιά ηλικίας 10 ετών. Σκοπός της ήταν να ερευνήσει την επιρροή της Μεσογειακής διατροφής προς την σωματική διάπλαση των παιδιών, την υιοθέτηση φυσικής δραστηριότητας και κατ' επέκταση την δημιουργία του αισθήματος της αυτοεκτίμησης στα παιδιά. Οι ερευνητές παρατήρησαν λοιπόν ότι συμβάλλει σε όλα τα παραπάνω, επιπλέον όμως διαπίστωσαν ότι ενεργοποιεί την ευεξία των παιδιών και τα παρακινεί στο να ασχοληθούν με την φυσική άσκηση (Joaquin et al 2016)

Από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι η Μεσογειακή διατροφή διαφοροποιείται στις συστάσεις και στις επιλογές των τροφίμων ανάλογα με την χώρα. Φάνηκε ότι οι Έλληνες καταναλώναν ένα ποτήρι κρασί κατά την διάρκεια του κυρίου γεύματος και η κατανάλωση των λιπών άγγιζε το ποσοστό των 40% ενώ οι Ιταλοί είχαν μια διαφορετική συνήθεια στην διατροφή τους, το ποσοστό λίπους που καταναλώναν ήταν 30% (Trichopoulou et al 2014). Αλλά και οι δύο χώρες είχαν αυξημένη κατανάλωση στα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και μικρότερη κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων (Trichopoulou et al 2014). Επίσης η Μεσογειακή διατροφή φαίνεται να επηρεάζει ευεργετικά την υγεία του ανθρώπου. Το μοντέλο αυτό της διατροφής προτείνει χαμηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων και αυξημένη κατανάλωση φυτικών λιπών διότι φάνηκε ότι επηρεάζει θετικά την μειωμένη εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και μειώνει τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, μειωμένος κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου και μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου (Trichopoulou et al 2014)

Επίσης σημαντικό ρόλο για την υιοθέτηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής έχει ο ύπνος. Σε μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε για τον ύπνο έδειξε ότι ο σύντομος ύπνος μετά το μεσημεριανό γεύμα και ο επαρκής ύπνος την νύχτα είναι μέρος ενός ισορροπημένου τρόπου ζωής. Αυτή η συνήθεια ακολουθείται στις Μεσογειακές χώρες (Ficca et al 2010).

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής δεν είναι γνωστοί. Ωστόσο, η Μεσογειακή διατροφή (MD) φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο πολλών ψυχικών ασθενειών όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Χρειάζονται όμως περαιτέρω μελέτες για να δούμε την συσχέτιση μεταξύ BED και Μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον, η BED σχετίζεται πιο έντονα με την παχυσαρκία, την κατάθλιψη και την κατάσταση άγχους. Τα MUFA από το ελαιόλαδο και τα PUFA από ψάρια και ξηρούς καρπούς φαίνονται ρυθμίζουν σεροτονίνη που πιθανόν επηρεάζει και την διατροφική συμπεριφορά. Ωστόσο μια συνδυαστική πρόσληψη ιδανικής ποσότητας ωμέγα-3 λιπαρών οξέων μαζί με άλλα ακόρεστα λιπαρά οξέα και με χαμηλή ποσότητα κορεσμένων λιπαρών οξέων όπως και η μειωμένη πρόσληψη απλών υδατανθράκων μπορεί να βελτιώσει τη διατροφική συμπεριφορά (Bertoli et al 2014). Η περιοριστικού τύπου συμπεριφορά (ARFID) εμφανίζεται επί το πλείστον σε παιδιά και έφηβους, πολλοί γονείς πιστεύουν ότι είναι λόγω της ηλικίας και πράττουν επιλεκτική διατροφή (Muhlheim 2018). Αυτή η συμπεριφορά επίσης μπορεί να εμφανιστεί και σε ενήλικες που δίνουν μεγάλη σημασία στην εικόνα του σώματος τους, ακόμα και ένας παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει την συμπεριφορά είναι το άγχος. Μια μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι το 14% του πληθυσμού που συμμετείχε παρουσίαζε την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά και οι περισσότεροι ήταν άνδρες. Επίσης οι ερευνητές επισήμαναν ότι οι ασθενείς με αυτήν την διαταραχή έχουν παρόμοια εικόνα χαμηλό σωματικό βάρος άτομα (Fisher et al 2014). Πολλοί ασθενείς με ARFID τείνουν να τρώνε το ίδιο φαγητό επανειλημμένα μέχρι να κουραστούν και στη συνέχεια να αρνηθούν να το φάνε ξανά. Έτσι οι ασθενείς ενθαρρύνονται να μειώνουν τις επιλογές των τροφίμων τους (Muhlheim 2018). Από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει φανεί ότι η περιοριστικού τύπου συμπεριφορά είναι πιο κοντά στις διατροφικές συνήθειες της Μεσογειακής διατροφής (Castro 1995).

Έχει φανεί ότι πολλά άτομα στρέφονται σε ανθυγιεινές επιλογές τροφίμων ανάλογα με τα συναισθήματά τους. Τα συναισθήματα που πυροδοτούν την αυξημένη κατανάλωση τροφής είναι η μοναξιά, κατάθλιψη, άγχος και ο θυμός (Torrado et al 2015). Πολλοί άνθρωποι που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερη τροφή ανάλογα με τα συναισθήματά τους. Αυτό φαίνεται και από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με 99 υπέρβαρους ενήλικες (81 γυναίκες και 18 άνδρες) υποβλήθηκαν

σε μείωση βάρους με πρόγραμμα βασισμένο στην τήρησή του τρόπου ζωής και υγιεινές διατροφικές συνήθειες της Μεσογείου (Torrado et al 2015). Ο πληθυσμός που μελετήθηκε τηρούσε καθαριστική ζωή και τρεφόταν με ανθυγιεινές επιλογές, όπως και η διατροφική συμπεριφορά επηρεαζόταν από τα συναισθήματά του. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, (66% των γυναικών και το 71% των ανδρών) κατατάχθηκαν στην συμπεριφορά συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος της θεραπείας οι διατροφικές συνήθειες άλλαξαν και ο τρόπος ζωής τους τροποποιήθηκε και το βάρος τους μειώθηκε τουλάχιστον 10% του αρχικού (Torrado et al 2015).

3.2. Διατροφική Συμπεριφορά και Φυσική Δραστηριότητα-Τρόπος Ζωής

Τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραγμένη εικόνα σώματος συνήθως παρουσιάζουν διαταραγμένες συμπεριφορές και στην άσκηση (π. χ. εξάρτηση από άσκηση, ψυχαναγκαστική άσκηση κ. λπ.) (Cook et al 2016). Τα άτομα μπορεί να υπερβάλουν στην άσκηση αν γίνεται χωρίς επίβλεψη και αυτό μπορεί να επιδεινώσει την παθολογική κατάσταση ενός ατόμου που πάσχει από διατροφική διαταραχή (Cook et al 2016).

Οι ποσότητες αερόβιας άσκησης και ασκήσεων αντοχής που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τις φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς. Η άσκηση με αντιστάσεις έχει φανεί ότι βοηθάει στην επαναπρόσληψη βάρους σε άτομα με διατροφική διαταραχή, ενώ η αερόβια άσκηση σε άτομα που θέλουν απώλεια βάρους έχει φανεί ότι βελτιώνει την εικόνα του σώματος και μειώνει την δυσαρέσκεια. Αναφέρεται επίσης ότι το άτομο που πάσχει από μια διατροφική διαταραχή και έχει χαμηλό βάρος δεν θα πρέπει να ασκείται μέχρι να φτάσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα και να έχει καλή θρεπτική κατάσταση (Cook et al 2016). Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε υποστηρίζει ότι μπορεί η άσκηση να είναι επιβλαβής για ένα άτομο που παρουσιάζει διατροφική διαταραχή αλλά μπορεί να έχει και θεραπευτικές ιδιότητες (Bratland et al 2009). Αυτή η έρευνα εξέτασε τις αντιφατικές ιδιότητες που μπορεί να έχει η φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με μια θεραπευτική προσέγγιση. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι τα άτομα που παρουσίαζαν κάποια διατροφική διαταραχή έκαναν υπερβολική γυμναστική και αυτό ήταν επιβλαβές για την υγεία τους. Επίσης επισήμαναν ότι η φυσική δραστηριότητα είναι θεραπευτική για

τους παχύσαρκους, άλλα βρήκαν ότι τα άτομα με ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής έχουν λιγότερη φυσική δραστηριότητα από άλλα άτομα που εμφανίζουν κάποια άλλη διατροφική διαταραχή (Bratland et al 2013).

Οι διατροφικές διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές που προσβάλλουν τις νέες γυναίκες και έχουν μεγάλη επίπτωση στην ψυχολογία τους στην κοινωνική ζωή τους και την σωματική υγεία. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει αποτελέσματα της θεραπείας. Η άσκηση αποτελεί αποτελεσματική παρέμβαση για πολλά ψυχολογικά ζητήματα υγείας (π. χ. άγχος, κατάθλιψη), συχνά παραβλέπεται ως πιθανή θεραπεία στις διατροφικές διαταραχές (Cook et al 2016).

Το υπερβολικό σωματικό βάρος, η καθιστική ζωή, ο τρόπος ζωής και οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντες που αυξάνουν το κίνδυνο χρόνιων ασθενειών (Torrado et al 2015). Σχετικά με το παραπάνω φαινόμενο της καθιστικής ζωής στην καθημερινότητά μας, μια πρόσφατη μελέτη μας ενημερώνει για τα προβλήματα που μπορεί να μας προξενήσει. Συγκεκριμένα, ασχέτως αν κάποιος αθλείται ή όχι, αν ο τρόπος ζωής του είναι καθιστικός, διατρέχει σοβαρή πιθανότητα να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα στην ζωή του. (García-Hermoso et al 2018). Ως συνέπεια της καθιστικής ζωής πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας, η οποία ευθύνεται για την εμφάνιση πολλών προβλημάτων υγείας όπως διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα και μεταβολικό σύνδρομο. Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας το πρώτο βήμα που συνίσταται να κάνουν τα άτομα αυτά είναι να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, για να επιτύχουν απώλεια βάρους. (Dragan Micic et al 2018). Πάνω από το 44% του πληθυσμού, δεν έχει αρκετή σωματική δραστηριότητα και μόνο το 14% του πληθυσμού έχει υιοθετήσει κάποιο είδος άσκησης (Torrado et al 2015). Ο συνδυασμός του Μεσογειακού τρόπου ζωής και της διατροφής που προτείνεται μειώνει σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για ασθένειες και βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Torrado et al 2015). Έχει παρατηρηθεί ότι πάνω από το 50% (57, 3%) των υπέρβαρων/παχύσαρκων ατόμων παρουσιάζουν αυξημένο επίπεδο συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής (Peneau et al 2013). Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, αντιμετωπίζουν δυσκολία στην απώλεια βάρους και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να έχουν μειωμένη φυσική δραστηριότητα (Braden et al 2017).

Η συναισθηματική κατανάλωση τροφής συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα και πολλές φορές καταθλιπτικά. Συνήθως οι αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται με χαμηλή φυσική δραστηριότητα (Konttinen et al 2010). Επιπλέον στο ερώτημα αν η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα, αλλά και την συναισθηματική κατανάλωση τροφής, η απάντηση είναι μάλλον αρνητική. Αυτό γιατί παρατηρείται μειωμένη συσχέτιση μεταξύ τους, δηλαδή είναι σχεδόν ανεξάρτητες (Konttinen et al 2010).

Επιπρόσθετα, τα συναισθήματα έχουν μια ισχυρή επίδραση στη συμπεριφορά της διατροφής (Torrado et al 2015). Υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ επιλογών τροφίμων (τύπος και ποσότητα), συναισθήματα, αυξημένη πρόσληψη ενέργειας και τρόπος ζωής.

Σε μια έρευνα το 2010 που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Αυστραλία παρουσιάστηκε ότι το 20% των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών παρουσίαζαν υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες το 12% (Carbonneau et al 2017, Ogden et al 2014, Fortes et al 2013, Ogden 2010). Η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία αντανακλά γενικά μια ανισορροπία μεταξύ της πρόσληψης ενέργειας και της δαπάνης, η οποία μπορεί να τροποποιηθεί μέσω διατροφικών συμπεριφορών και σωματικής δραστηριότητας (Leonardo et al 2013). Αυτές οι συμπεριφορές μαθαίνονται κατά την παιδική ηλικία και διατηρούνται έως και την ενηλικίωση. Η εκμάθηση της υγιεινής διατροφής σε συνδυασμό με τη σωματική δραστηριότητα στην παιδική ηλικία θα μπορούσε να αποτελέσει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας (Fortes et al 2013, Lepage et al 2010). Η παρουσία άλλων ατόμων μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές που παρουσιάζει ένα άτομο (Keery et al 2004). Μελέτες έδειξαν ότι ενήλικες που δεν συμμετείχαν σε αθλητικές δραστηριότητες ανέφεραν αυξημένη ένταση άσκησης κατά το περπάτημα και την ποδηλασία όταν βρισκότουσαν σε μια αθλητική ομάδα (Carraro et al 2010, A Pelegri et al 2009).

Οι διατροφικές διαταραχές συμπεριφοράς (περιορισμός τροφής, εμετός και χρήση φαρμάκων με απώλεια βάρους) απαντώνται συχνά σε εφήβους που ασκούν σωματικές δραστηριότητες (Lepage et al 2010) όσο και σε άτομα με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Katsarou et al 2014, Panagiotakos 2006). Η φυσική δραστηριότητα

εννοείται ως οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας.

Από τη μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι η υπερβολική σωματική δραστηριότητα μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους σε διατροφικές συμπεριφορές που διακινδυνεύουν την υγεία τους (Carraro et al 2010). Από την άλλη πλευρά, εκτιμάται ότι οι νέοι με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη λανθασμένων διατροφικών συνηθειών, καθώς αυτές οι συνήθειες είναι πιο συχνές σε άτομα υπέρβαρα ή παχύσαρκα (Pelegri et al 2009, Ciampor et al 2010). Και πάλι, ορισμένοι συγγραφείς δηλώνουν ότι η συστηματική άσκηση μπορεί να τροποποιήσει θετικά τη συμπεριφορά ως προς την τροφή (Pelegri et al 2009). Οι Carraro et al. 2010 παρουσίασαν θετικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές προς τα τρόφιμα σε εφήβους μετά από μία μόνο άσκηση. Επομένως, δεδομένου ότι η επίδραση της σωματικής δραστηριότητας σε διαταραχές συμπεριφοράς παραμένει ασαφής, είναι απαραίτητες μελέτες που να συγκρίνουν διατροφικές συνήθειες με διαφορετικά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας ανά εβδομάδα (χρόνος, συχνότητα και διάρκεια). Ως εκ τούτου, ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συγκριθεί η συμπεριφορά των εφήβων με τη διατροφή ως συνάρτηση του επιπέδου της σωματικής τους δραστηριότητας (Carraro et al. 2010).

Επίσης, οι νέοι, ιδίως τα κορίτσια, τείνουν να ασκούνται λιγότερο στις ηλικίες μεταξύ 11 και 15 ετών. Η κατανάλωση περισσότερου χρόνου στο διαδίκτυο ή στην τηλεόραση εντείνει την καθιστική ζωή, η οποία από μόνη της προδιαθέτει για την εμφάνιση διάφορων ασθενειών. Το Σχέδιο Δράσης 2014-2020 της ΕΕ για την Παιδική Παχυσαρκία έχει σχεδιαστεί με στόχο τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων και την παρακολούθηση της προόδου στον τομέα αυτό. Το 2007, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε ένα σημαντικό έγγραφο πολιτικής, στο οποίο καθορίζει μια ευρωπαϊκή στρατηγική όσον αφορά τη διατροφή και τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει την παροχή ενημέρωσης, τον έλεγχο της βιομηχανίας τροφίμων και την προώθηση της έρευνας στους τομείς της διατροφής και της σωματικής άσκησης. Στόχος είναι η προώθηση μιας πιο υγιεινής διατροφής και ενός πιο δραστήριου τρόπου ζωής ώστε να συγκρατηθεί η αύξηση του αριθμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων νέων έως το 2020. Ένας τρόπος είναι να αυξηθεί η σωματική άσκηση. Η παραπάνω στρατηγική λαμβάνει επίσης υπόψη τις ανάγκες των διαφόρων ηλικιακών

ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των λιγότερο ευκατάστατων ατόμων που διαθέτουν λιγότερες ευκαιρίες (Courtney et al 2015).

Από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται μεταξύ τους. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές φάνηκε ότι η υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα του σώματος και το βάρος, τους προκαλεί έντονο στρες και δυσκολία στον ύπνο, με αποτέλεσμα τα άτομα να κάνουν διακεκομμένο ύπνο, να ξυπνούν το βραδύ και να στρέφονται σε μεγάλες ποσότητες φαγητού (Carvalho et al 2013). Σε μια άλλη μελέτη υποστηρίζετε ότι τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου με αποτέλεσμα να κοιμούνται λιγότερες ώρες (Benca & Schenck, 2005). Επίσης έχει τεκμηριωθεί ότι η απώλεια βάρους, η πείνα και ο υποσιτισμός μπορούν να επηρεάσουν τον ύπνο. Ο διαταραγμένος κύκλος ύπνου φαίνεται ότι επηρεάζει τα άτομα ενδοκρινικά. Τα επίπεδα λεπτίνης μειώνονται και η αυξανόμενη ινσουλίνη, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την όρεξη για πρόσληψη τροφής. Τέλος, αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο δείκτης μάζας σώματος να αυξάνεται και όπως επιβεβαιώθηκε από τον Bjortvatn et al. (2007) από μία άλλη έρευνα με δείγμα 8860 άτομα ο διακεκομμένος ύπνος αύξησε το ποσοστό παχυσαρκίας (Crispim et al. ,2007). Ενώ αν πραγματοποιηθεί η αποκατάσταση βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα τότε θα βελτιωθεί ο κύκλος του ύπνου (Crispim et al. ,2007).

Στην σημερινή εποχή ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το τι θα φάμε και γιατί είναι ο κοινωνικός περίγυρος. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα σε φοιτητές με σκοπό να διαπιστώσει την σχέση ανάμεσα στην πρόσληψη τροφής και την κοινωνική εικόνα, αποδείχθηκε ότι έχουν αμφίδρομη σχέση (Konig et al 2017). Στην ίδια μελέτη παίρνουμε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικά κίνητρα που επηρεάζουν την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Η κοινωνικότητα, η κοινωνική εικόνα και τα κοινωνικά πρότυπα καθοδηγούν την διατροφική συμπεριφορά των ατόμων αυτών. Ένα επιπλέον κίνητρο ανάμεσα στους φοιτητές είναι η δημοτικότητα (Konig et al 2017). Σημαντικό πόρισμα της ίδιας μελέτης είναι ότι έφηβοι και νεαροί ενήλικες είναι περισσότερο πρόθυμοι σε σχέση με μεγαλύτερους τους, να επηρεαστούν από κοινωνικά κριτήρια για την διατροφή τους. Επιπλέον φάνηκε πως όταν οι άνθρωποι αντιληφθούν ότι είναι αποδεκτοί στην παρέα και επιπλέον υπάρχει μια σύνδεση στην παρέα-ομάδα είναι πρόθυμοι να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους έτσι

ώστε να εναρμονίζεται με το ομαδικό σύνολο (Konig et al 2017). Εξάλλου η ζωή μας κατακλύζεται από κοινωνικά πρότυπα τα οποία δια μέσου της τηλεόρασης και του διαδικτύου εισβάλλουν στην καθημερινή μας ζωή. Ηθοποιοί, αθλητές και άλλα διάσημα πρόσωπα, ακόμα και ήρωες κινουμένων σχεδίων ασκούν συχνά επιρροή στην διατροφική μας συμπεριφορά μέσω της διαφήμισης με σκοπό την κατανάλωση των ανθυγιεινών τροφών. Από την άλλη μεριά όλοι αυτοί οι αθλητές και οι ηθοποιοί αποτελούν δημόσια πρόσωπα και πρότυπα. Συνήθως είναι αδύνατα και γυμνασμένα άτομα. Έτσι αυτόματα η εικόνα τους γίνεται πρότυπο και προσελκύει έναν υγιεινό τρόπο ζωής. (Konig et al 2017)

Σε μια ενδιαφέρουσα αναφορά φάνηκε ότι τα κοινωνικά πρότυπα σε σχέση με την κατανάλωση τροφής ασκούν επιρροή στην επιλογή φαγητού αλλά και στην ποσότητα κατανάλωσης του. Είναι πιθανό ένα άτομο να επιλέξει μια υγιεινή τροφή γιατί απλά και μόνο τηρείται από τα υπόλοιπα μέλη της παρέας. Όμως αν αυτή η συμπεριφορά αποσκοπεί μόνο για να γίνει αποδεχτό από την κοινωνική ομάδα μακροπρόθεσμα θα αποτύχει σε μια αποτελεσματική αλλαγή συμπεριφοράς. Αν όμως το άτομο αυτό είναι σε θέση να καταλάβει την σημασία της αλλαγής της δικής του διατροφικής συμπεριφοράς αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα όχι μόνο να είναι αποδεκτό από τον περίγυρό του αλλά και να ωφεληθεί από την αλλαγή αυτή (Higgs 2014).

Σε μελέτη που έγινε σχετικά με το κοινωνικό περιβάλλον των γυναικών και την διατροφή τους φάνηκε ότι εκτός από παράγοντες (π. χ. η ηλικία) η ποιότητα της διατροφής τους αλλά και το σωματικό τους βάρος μειωνόταν περισσότερο σε περιπτώσεις που γευμάτιζαν με άτομα που τρέφονταν υγιεινά παρά όταν γευμάτιζαν με άτομα τα οποία είχαν λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε ότι όταν οι γυναίκες ζουν σε ένα ανθυγιεινό κοινωνικό περιβάλλον έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ακολουθήσουν ένα τέτοιο διατροφικό πρότυπο με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα όπως παχυσαρκία. (Motteli et al 2016).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι διαφορετικά τρέφονται οι άνθρωποι όταν είναι μόνοι τους και διαφορετικά όταν είναι με παρέα. Ακόμα οι διατροφικές επιλογές έχουν την τάση να μοιάζουν με αυτές του κοινωνικού περιγύρου με τον οποίο συναναστρέφονται. Έτσι, αφού η κοινωνική επιρροή στο φαγητό είναι δεδομένη, συχνά αποτελεί παράγοντα για την ανάπτυξη παχυσαρκίας. Οπότε είναι σημαντικό, μιας και αποδεδειγμένα επηρεάζονται από

τις διατροφικές επιλογές των άλλων, ο περίγυρος τους να έχει πρόθεση για υγιεινή κατανάλωση τροφών (Higgs et al 2016).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του μεσογειακού τρόπου ζωής και της διατροφικής συμπεριφοράς σε άτομα ηλικίας 18-35 ετών που έκαναν κάποια συστηματική άσκηση.

4.2. ΥΛΙΚΟ, ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Νομό Ρεθύμνου, στο χώρο των γυμναστηρίων όπου και ενημερώθηκαν από τις φοιτήτριες που πραγματοποιούσαν την έρευνα. Ο τρόπος που ενημερώθηκαν ήταν, είτε στηναρχή, είτεστο τέλος του προγράμματος τους στοχώρο του γυμναστηρίου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε 16 Ιουνίου 2017 ως 30 Οκτωβρίου 2017. Τα άτομα που ερωτήθηκαν ήταν ηλικίας 18-35 ετών. Το συνολικό δείγμα ήταν 50 άτομα εκ των οποίων 18 ήταν άνδρες και 32 γυναίκες.

Τα Κοινωνικοδημογραφικάστοιχεία αποτελούνταν από τοφύλο,ημερομηνία γέννησης, εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων και των γονέων τους. Επίσης, ρωτήθηκε το οικογενειακό και το προσωπικό εισόδημα, η συζυγική κατάσταση, πιθανή συγκατοίκηση λήψη φαρμάκων ή/ και συμπληρωμάτων, αλλά και τις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου. Επίσης, σ' αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνονταν και ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρους και περίμετρος μέσης). Το ύψος δηλώθηκε από τους συμμετέχοντες

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τοερωτηματολόγιο Medlifena κατηγοριοποιείται σε 3 κατηγορίες1) Κατανάλωση συχνότητας τροφίμων, 2)Διατροφικές συνήθειες και 3) Κοινωνική ζωή.

To MEDLIFE Index

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου MEDLIFE αναφέρεται στη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων. Το δεύτερο μέρος αξιολογεί την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών που χαρακτηρίζουν το μεσογειακό τρόπο ζωής και τέλος, το τρίτο μέρος αναφέρεται στην φυσική δραστηριότητα και στις κοινωνικές συνήθειες του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον Ελληνικό πληθυσμό.

To Three Factors Eating Questionnaire-18.

Με το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογούνται τρεις τύπου συμπεριφορές: η περιοριστικού τύπου συμπεριφορά και η συναισθηματική πρόσληψη τροφής και την ανεξέλεγκτη πρόσληψη τροφής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 ερωτήσεις και οι ερωτηθέντες έπρεπε να απαντήσουν με κλίμακα βαθμολόγησης η οποία ήταν: σίγουρα σωστό, σχεδόν σωστό, σχεδόν λάθος και σίγουρα λάθος. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον Ελληνικό πληθυσμό

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν και ορισμένες ανθρωπομετρικές μετρήσεις. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις μετρήσεις ήταν η ηλεκτρονική ζυγαριά για την αξιολόγηση βάρους και η μεζούρα για την μέτρηση της περιμέτρου μέσης. Τέλος για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στατιστικό πρόγραμμα.

4.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21. 0.

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και οι απαντήσεις στην κάθε ερώτηση, παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή \pm τυπ. Απόκλιση για τις συνεχείς μεταβλητές και ως συχνότητα (N) για τις κατηγορικές μεταβλητές.

Στη συνέχεια ελέγχθηκε η κανονικότητα των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιώντας το Test of Normality (Shapiro-Wilk) για να ελέγξουμε τις μέσες τιμές των μεταβλητών με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν δύο μεταβλητές μια ποσοτική και μία ποιοτική να υπάρχει η κανονικότητα της ποσοτικής μεταβλητής για κάθε τιμή της ποιοτικής μεταβλητής. Από

εκεί διαπιστώσαμε ότι οι μεταβλητές μας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (δεν σχημάτισαν στα ιστογράμματα τους μια καμπύλη που να συμπεριλαμβάνουν όλες τις μεταβλητές. εφόσον οι μεταβλητές μας και οι τιμές ταξινομήθηκαν από τις μικρότερες στις μεγαλύτερες κάναμε Spearman και στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε τα μη παραμετρικά test

Στη συνέχεια, με τη χρήση του στατιστικού κριτηρίου Spearman. διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών που προέκυψαν για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου MEDLIFE και για αυτές των διατροφικών συμπεριφορών. Ο συντελεστής Spearman κυμαίνεται μεταξύ -1.00 έως +1.00, όπου η τιμή -1.00 υποδηλώνει τέλεια αρνητική συσχέτιση και η τιμή +1.00 τέλεια θετική συσχέτιση

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε τομη παραμετρικό κριτήριο (MannWhitney test) για τη σύγκριση των τιμών των βαθμολογιών του MEDLIFE ή της διατροφικής συμπεριφοράς, ανάμεσα στις ομάδες των ατόμων που σχηματίζονταν με βάση την απάντησή τους.

4.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1α παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η μέση τιμή για την ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 26.0 ± 10 έτη, ενώ το 64% εξ' αυτών ήταν γυναίκες. Το 70% των συμμετεχόντων είχαν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 56% των γονέων των συμμετεχόντων είχε ολοκληρώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση. Σχετικά με το οικογενειακό εισόδημα φάνηκε ότι 50% είχε χαμηλότερο εισόδημα από $<12.000\text{€}$, ενώ το 60% των ατόμων δήλωσε ότι είχε στη διάθεση του για προσωπικά έξοδα, μηνιαία, $<600\text{€}$. Επιπρόσθετα, το 44% των συμμετεχόντων συγκατοικούσε με τους γονείς και το 58% του δείγματος ήταν μη καπνιστές. Υψηλό ποσοστό του δείγματος δεν είχε χρόνιο πρόβλημα υγείας (88%), δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή (82%). Το 74% των συμμετεχόντων δεν λάμβανε συμπληρώματα διατροφής.

Πίνακας 1α Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Χαρακτηριστικά	N	Μέση τιμή \pm τ. α. ή%
Φύλο	50	
Άντρας	18	36.0
Γυναίκα	32	64.0
Ηλικία	50	26.0 ± 10
Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετέχοντα	50	
Υποχρεωτική εκπαίδευση 12 έτη	10	20.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	35	70.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	5	10.0
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	50	
Λιγότερα από 9 έτη	8	16.0
9-12 έτη	20	40.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	13	26.0
Απόφοιτος άλλης σχολής (ΙΕΚ, ΚΕΚ)	9	18.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	0	0
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας		
Λιγότερα από 9 έτη	8	16.0
9-12 έτη	20	40.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	16	32.0
Απόφοιτος άλλης σχολής (ΙΕΚ, ΚΕΚ)	6	12.0

Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	0	0.0
Οικογενειακό εισόδημα		
<12. 000€	26	50.0
12. 000-30. 000€	18	38.0
>30. 000€	6	12.0
Προσωπικό μηνιαίο εισόδημα		
<300€	13	26.0
300-600€	17	34.0
600-900€	15	30.0
>900€	5	10.0
Συζυγική κατάσταση		
Ελεύθερος	28	56.0
Σε σχέση	13	26.0
Παντρεμένος	8	16.0
Διαζευγμένος	1	2.0
Διαμονή :		
Μόνος	16	30.0
Με γονείς	22	44.0
Αδέρφια	1	2.0
Φίλος/η	9	20.0
Άλλο	2	4.0
Κάπνισμα		
Ναι	21	42.0
Όχι	29	58.0
Αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα (καπνιστές)		9.8±6.2
Χρόνιο πρόβλημα υγείας		
Ναι	7	12.0
Όχι	43	88.0
Φαρμακευτική αγωγή		
Ναι	8	16.0
Όχι	41	84.0
Συμπληρώματα διατροφής		
Ναι	13	26.0
Όχι	37	74.0
Βάρος	50	73. 1±13. 4
Ύψος	50	1. 71±0. 08

Στον πίνακα 1β παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τις κατηγορίες του Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ). Φάνηκε, λοιπόν, ότι το 56% του δείγματος είχε φυσιολογικό βάρος, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως 4% εμφάνισαν παχυσαρκία 2^{ου} βαθμού.

Πίνακας 2β Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Κατηγοριοποίηση ατόμων βάση ΔΜΣ		
Χαρακτηρισμός	Εύρος ΔΜΣ	%
Φυσιολογικός	18,5-24,99kg/m ²	56.0
Υπέρβαρος	25-29,99kg/m ²	28.0
Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού	30-34,99kg/m ²	12.0
Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού	35-39,99 kg/m ²	4.0

Στους πίνακες που ακολουθούν (Πίνακας 2, Πίνακας 3 και Πίνακας 4) παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο για το Μεσογειακό τρόπο ζωής ανά υποκλίμακα (α. Κατανάλωση τροφίμων, β. Διατροφικές Συνήθειες και γ. Κοινωνικές συνήθειες)

Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, σχεδόν το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι καταναλώνει <2μερίδεςγλυκών, <2 μερίδες κόκκινου κρέατος και <1 μερίδαεπεξεργασμένωναλλαντικών ανά εβδομάδα. Από την άλλη, η κατανάλωση ψαριών ήταν <2 μερίδεςανά εβδομάδα. . Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων, της τάξεως του 60%, δεν καταναλώνει ανά ημέραξηρούς καρπούς και ελιές, ενώ το 78% καταναλώνει >3 μερίδες ελαιόλαδο ανά ημέρα. Τέλος, το 70% των συμμετεχόντων καταναλώνει >2 μερίδες φρούτων ανά ημέρα, και αντίστοιχο ποσοστόκαταναλώνει >2 μερίδες λαχανικών (εκτός από πατάτες).

Πίνακας 3 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedLifeIndex) - Κατανάλωση τροφίμων (N=50)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κατανάλωση τροφίμων	%	%
1. Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες γλυκών και ζαχαρωτών/ εβδομάδα	54.0	46.0
2. Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες κόκκινου κρέατος (χοιρινό, βοδινό, αρνί)/ εβδομάδα σε 100-150γρ.	60.0	40.0
3. Καταναλώνετε ≤ 1 μερίδα επεξεργασμένου κρέατος/αλλαντικού/ εβδομάδα	52.0	48.0
4. Καταναλώνετε 2-4 μερίδες αυγά/ εβδομάδα	58.0	42.0
5. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες όσπρια (φακές, φασόλια, μπιζέλια, ρεβίθια)/ εβδομάδα	76.0	24.0
6. Καταναλώνετε 2 μερίδες πουλερικά, κοτόπουλο, γαλοπούλα, κουνέλι/ εβδομάδα	76.0	24.0
7. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες ψάρια, θαλασσινά, λευκά/λιπαρά ψάρια/ εβδομάδα	32.0	68.0
8. Καταναλώνετε ≤ 3 μερίδες πατάτες φούρνου/ βραστές & τηγανιτές/ εβδομάδα	70.0	30.0
9. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά/ ημέρα	70.0	30.0
10. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες ξηρούς καρπούς & ελιές/ ημέρα	40.0	60.0
11. Καταναλώνετε ≥ 1 μερίδα βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο μαϊντανό & ρίγανη/ ημέρα	54.0	46.0
12. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες φρούτα και φρέσκους χυμούς/ημέρα	70.0	30.0
13. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες όλα τα είδη λαχανικών εκτός τις πατάτες/ημέρα	70.0	30.0
14. Καταναλώνετε ≥ 3 μερίδες ελαιόλαδο/ημέρα	78.0	22.0
15. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες δημητριακά, λευκό & ολικής άλεσης ψωμί/ημέρα	64.0	36.0

Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι το 82% των συμμετεχόντων δεν καταναλώνει 1 έως 2 μερίδες/ημέρα κρασί, όπως συστήνεται από την μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι το 74% των συμμετεχόντων περιορίζει την προσθήκη αλατιού στο φαγητό του, ενώ το 82% των συμμετεχόντων περιορίζει την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων. Τέλος το 74% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συνήθιζε να καταναλώνει τρόφιμα εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων.

Πίνακας 4 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedlifeIndex) - Διατροφικές Συνήθειες

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Διατροφικές συνήθειες	%	%
16. Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ημέρα ή ≥ 3 μερίδες αφειρήματος/ εβδομάδα	88.0	12.0
17.Καταναλώνετε 1-2 μερίδες κρασί λευκό ή κόκκινο/ ημέρα	18.0	82.0
18.Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες σνακ, πατατάκια, ποπ-κορν/ εβδομάδα	38.0	62.0
19.Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας	74.0	26.0
20.Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής άλεσης	78.0	22.0
21.Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων	70.0	30.0
22.Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματα σας	82.0	18.0

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, το 92% των συμμετεχόντων έκανε κάποια φυσική δραστηριότητα σε γυμναστήριο, ενώ το 60% δήλωσε ότι κάνει κάποια οργανωμένη δραστηριότητα, όπως ποδηλασία, τρέξιμο ή ποδόσφαιρο. Επίσης φάνηκε ότι τα άτομα σε ποσοστό 88% είχαν επαρκή ύπνο και το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κοιμόταν το μεσημέρι. Επιπλέον, φάνηκε ότι το 50% παρακολουθούσε λιγότερο από μία ώρα τηλεόραση ανά ημέρα και το 92% ότι αφιέρωνε >2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου.

Πίνακας 5 Μεσογειακός τρόπος ζωής (MedLifeIndex) -Κοινωνικές συνήθειες

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φυσική δραστηριότητα (Φ.Δ.) & κοινωνική ζωή	%	%
23.Κάνετε κάποια Φ.Δ.(π.χ.τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αερόβια γυμναστική, κηπουρική)για >150 λεπτά εβδομάδα ή 30 λεπτά/ημέρα	92.0	8.0
24.Κοιμάστε συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα Σαββατοκύριακα	50.0	50.0
25.Κοιμάστε 6-8ώρες/ημέρα τις καθημερινές	88.0	12.0
26.Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1ώρα την ημέρα τις καθημερινές	50.0	50.0
27.Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου	92.0	8.0
28.Κάνετε κάποια οργανωμένη Φ.Δ.(π.χ.ποδηλασία, τρέξιμο, ποδόσφαιρο κλπ) 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα	60.0	40.0

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο της Διατροφικής Συμπεριφοράς (Three Factors Eating Questionnaire-18).Βρέθηκε, λοιπόν, ότι το 58% των συμμετεχόντων όταν μυρίζει μία μπριζόλα δεν την καταναλώνει, το 78% καταναλώνει συνειδητά μικρότερες μερίδες για να ελέγξει το βάρος του, και το 40% καταναλώνει τρόφιμα όταν είναι ανήσυχος/-η.Επίσης, το 40% όταν αρχίζει να καταναλώνει τροφή νιώθει ότι δε μπορεί να σταματήσει, ενώ το38% των συμμετεχόντων όταν βρίσκεται με άλλα άτομα που καταναλώνουν τροφή νιώθει ότι έχει το αίσθημα της πείνας.Το 66% των συμμετεχόντων δηλώνει αυτοσυγκράτηση στο να καταναλώσει ένα λαχταριστό τρόφιμο.Επίσης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 64% δήλωσε συνειδητή αυτοσυγκράτηση για να μην αυξηθεί το βάρος του και το 58% δεν κατανάλωνε τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.Το 56% έχει συχνά το αίσθημα της πείνας μεταξύ των γευμάτων και το 4% σχεδόν πάντα πεινάει.Τέλος, το 62% των συμμετεχόντων αποθηκεύει δελεαστικά τρόφιμα, το 56%

επιλέγει να τρώει λιγότερο από αυτό που επιθυμεί και το 58% καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού ενώ δεν πεινάει κάποιες φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 6 Διατροφική συμπεριφορά

	Σίγουρα σωστό	Σχεδόν σωστό	Σχεδόν λάθος	Σίγουρα λάθος
	%	%	%	%
1. Όταν μυρίσω μια ζεστή μπιριζόλα ή ένα ζουμερό κομμάτι κρέας, το βρίσκω πολύ δύσκολο να αντισταθώ και να μην το καταναλώσω ακόμα και αν έχω μόλις τελειώσει το γεύμα μου.	16.0	26.0	22.0	36.0
2. Συνειδητά καταναλώνω μικρές μερίδες με σκοπό να ελέγξω το βάρος μου.	32.0	46.0	14.0	8.0
3. Όταν νιώθω ανήσυχος πιάνω τον εαυτό μου να τρώει.	16.0	24.0	26.0	34.0
4. Μερικές φορές όταν αρχίζω να τρώω νιώθω ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	14.0	22.0	32.0	32.0
5. Οπότε είμαι με κάποιον που τρώει, νιώθω αρκετά πεινασμένος για να φάω κι εγώ.	4.0	34.0	38.0	24.0
6. Όταν είμαι μελαγχολικός, συχνά τρώω περισσότερο.	10.0	24.0	30.0	36.0
7. Όταν βλέπω κάτι λαχταριστό, πεινάω τόσο πολύ που πρέπει να το φάω αμέσως.	18.0	16.0	44.0	22.0
8. Κάποιες φορές πεινάω τόσο πολύ που νιώθω ένα τεράστιο κενό στο στομάχι.	22.0	22.0	24.0	32.0
9. Νιώθω πάντα πολύ πεινασμένος και για αυτό μου είναι δύσκολο να σταματήσω να τρώω αν δεν έχω	4.0	22.0	34.0	40.0

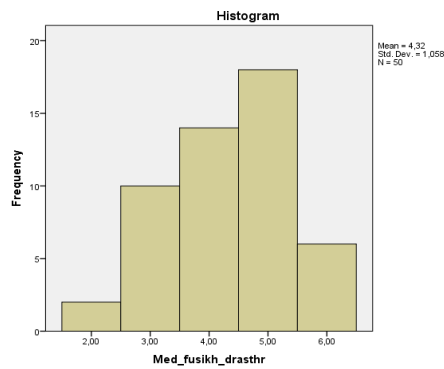
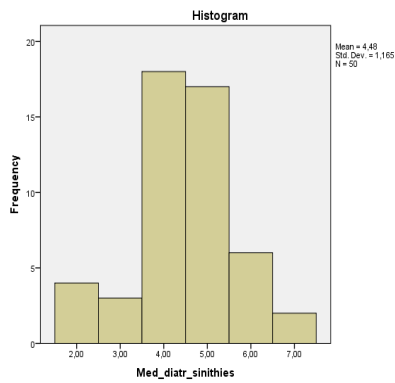
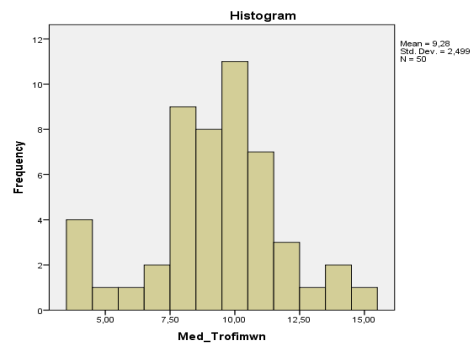
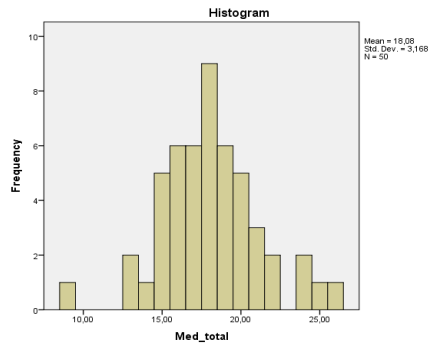
τελειώσει όλο το φαγητό από το πιάτο μου.				
10. Όταν νιώθω μοναξιά, παρηγορώ τον εαυτό μου τρώγοντας.	8.0	14.0	24.0	54.0
11. Συνειδητά συγκρατούμαι στα γεύματα προκειμένου να μην αυξήσω το βάρος μου.	22.0	42.0	20.0	16.0
12. Δεν τρώω κάποια τρόφιμα επειδή με παχαίνουν.	30.0	28.0	24.0	18.0
13. Νιώθω πάντα αρκετά πεινασμένος/η για να φάω οποιαδήποτε στιγμή.	6.0	20.0	34.0	40.0
	Μόνο την ώρα των γευμάτων	Μερικές φορές μεταξύ των γευμάτων	Συχνά μεταξύ των γευμάτων	Σχεδόν πάντα
14. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι πεινάς;	18.0	56.0	22.0	4.0
	Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Συνήθως	Σχεδόν πάντα
15. Πόσο συχνά αποφεύγεις να αποθηκεύεις «δελεαστικά» τρόφιμα;	12.0	26.0	44.0	18.0
	Απίθανο	Ελαφρώς πιθανό	Μετρίως πιθανό	Πολύ πιθανό
16. Πόσο πιθανό είναι να επιλέγεις να τρως λιγότερο από όσο θέλεις;	12.0	32.0	42.0	14.0
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα
17. Πόσο συχνά καταναλώνεις σε ένα γεύμα μεγάλη ποσότητα φαγητού, ενώ δεν πεινάς	10.0	32.0	48.0	10.0

	Μέση τιμή ± τ.α.			
18. Σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 8, όπου το 1 σ	5.3±1.6			

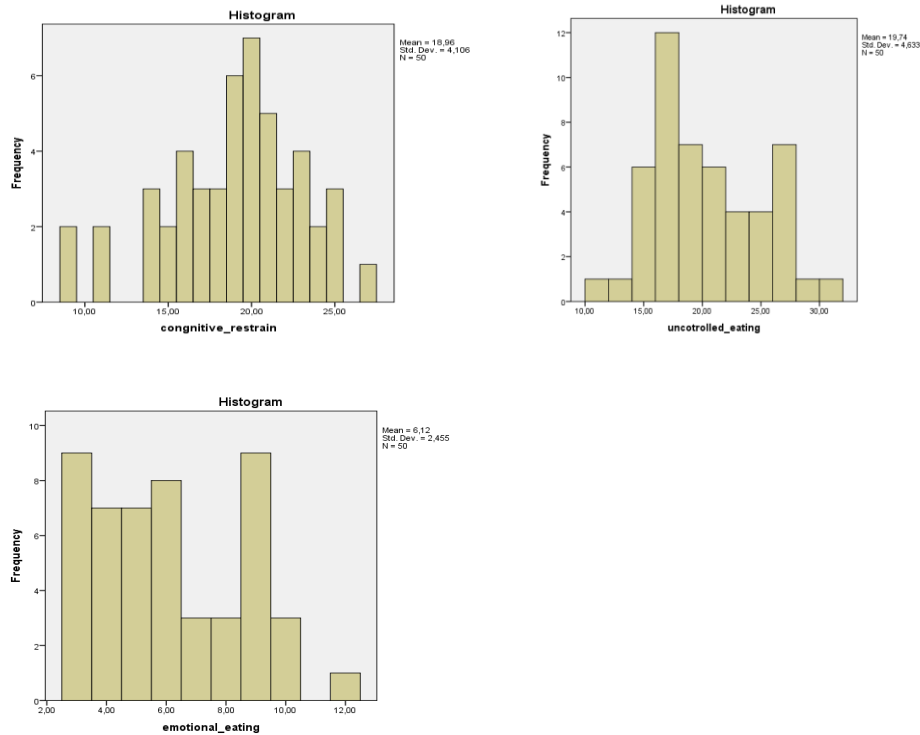
Στον Πίνακα 6 και στα Ιστογράμματα 1-7 που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο κανονικότητας των μεταβλητών Μεσογειακός τρόπος ζωής. Ο λόγος που χρησιμοποιήσαμε την κανονικότητα είναι για να δούμε αν το δείγμα των συμμετεχόντων έχει σωστή κατανομή. Αυτό πραγματοποιείται για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των μεταβλητών. Για να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά πρέπει $r < 0.05$ ενώ αν $r > 0.05$ τότε δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και απορρίπτεται η μέση τιμή της μεταβλητής. Βρέθηκε λοιπόν, ότι Μεσογειακός τρόπος ζωής είναι μεγαλύτερο του $r < 0.05$ ($r = 0.253$) όπως και η Περιοριστικού τύπου συμπεριφοράς ($r = 0.177$), άρα φαίνεται ότι η υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 7 Πίνακας αποτελεσμάτων σχετικά με την κανονικότητα των επιμέρους μεταβλητών του MEDLIFE και Three Factors Eating Questionnaire-18 (Shapiro-Wilk test of normality)

	p-value
Μεσογειακός τρόπος ζωής	0.253
Medlife Τροφίμων	0.037
Medlife Διατροφικές Συνήθειες	0.001
Medlife Φυσική Δραστηριότητα & Κοινωνικές Συνήθειες	0.001
Διατροφική συμπεριφορά	
Ανεξέλεγκτη Κατανάλωση Τροφής	0.046
Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά	0.177
Συναισθηματική κατανάλωση τροφής	0.002



Σχήμα 1. Ιστογράμματα 1., 2., 3. και 4. για τον έλεγχο κανονικότητας του, Μεσογειακού τρόπου ζωής.



Σχήμα 2 Ιστογράμματα 5., 6. και 7. για τον έλεγχο κανονικότητας των επιμέρους διατροφικών συμπεριφορών, Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής και Συναισθηματική κατανάλωση τροφής.

Στον παρακάτω πίνακα 7 παρουσιάζεται ο έλεγχος για γραμμική συσχέτιση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και των επιμέρους υποκλιμάκων Κατανάλωση τροφίμων μεσογειακής Διατροφής, Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα-κοινωνική ζωή μεσογειακού τρόπου ζωής, αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά και του συνολικού ερωτηματολογίου του Μεσογειακού τρόπου ζωής παρατηρήθηκε με ($\rho=0.300, p\text{-value}=0.034$), αλλά και της επιμέρους υποκλίμακας Κατανάλωση τροφίμων μεσογειακής Διατροφής με ($\rho=0.383, p\text{-value}=0.006$). Τέλος δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην φυσική δραστηριότητα-κοινωνική ζωή του Μεσογειακού τρόπου ζωής με ($\rho=0.104, p\text{-value}=0.471$).

Πίνακας 8 Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής με Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά.

Μεσογειακός τρόπος ζωής	Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά	
	Spearman's <i>rho</i>	p-value
Υιοθέτηση Μεσογειακού τρόπου ζωής	0.300	0.034
Κατανάλωση τροφίμων μεσογειακής Διατροφής	0.383	0.006
Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες	-0.063	0.665
Φυσική Δραστηριότητα & Κοινωνικές Συνήθειες Μεσογειακού τρόπου ζωής	0.104	0.471

Στον παρακάτω πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής και του ερωτηματολογίου Μεσογειακού τρόπου ζωής. Φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ υιοθέτησης του Μεσογειακού τρόπου ζωής (ούτε και των επιμέρους κλιμάκων του Μεσογειακού τρόπου ζωής) και την Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής ($\rho = 0.230$, $p\text{-value} = 0.108$).

Πίνακας 9 Ανάλυση αποτελεσμάτων Spearman με ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής.

Μεσογειακός τρόπος ζωής	Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής	
	Spearman's <i>rho</i>	p-value
Υιοθέτηση Μεσογειακού τρόπου ζωής	0.230	0.108
Κατανάλωση τροφίμων μεσογειακής Διατροφής	0.092	0.524
Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες	0.101	0.484
Φυσική Δραστηριότητα & Κοινωνικές Συνήθειες	0.210	0.144

Στον παρακάτω πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της παρούσας μελέτης. Φάνηκε ότι ανάμεσα στην Συναισθηματική κατανάλωση τροφής και τον Μεσογειακό τρόπο ζωής δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ούτε μεταξύ της Συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής και των επιμέρους κλιμάκων του Μεσογειακού τρόπου ζωής.

Πίνακας 10 Ανάλυση αποτελεσμάτων Spearman Συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής.

Μεσογειακός τρόπος ζωής	Συναισθηματική κατανάλωση τροφής	
	Spearman's <i>rho</i>	p-value
Υιοθέτηση Μεσογειακού τρόπου ζωής	0.053	0.716
Κατανάλωση τροφίμων μεσογειακής Διατροφής	0.031	0.831
Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες	-0.156	0.279
Φυσική Δραστηριότητα & Κοινωνικές Συνήθειες Μεσογειακού τρόπου ζωής	0.197	0.169

Στον παρακάτω πίνακα 10 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των δειγμάτων εάν διαφέρουν σημαντικά στην παρούσα μελέτη. Παρουσίαζαν υψηλότερη βαθμολογία στην μέση τιμή της Περιοριστικού τύπου συμπεριφοράς τα άτομα που καταναλώναν 2 μερίδες/εβδομάδα Πουλερικών (p-value=0.009), ≥ 2 μερίδες/εβδομάδα Ψαριών (p-value=0.013), ≥ 2 μερίδες/ημέρα Λαχανικών (p-value=0.051) και ≥ 1 μερίδα/ημέρα Βοτάνων (p-value=0.079). Επίσης, είχε υψηλότερη βαθμολογία στην μέση τιμή της Ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής, ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης ξηρών καρπών/ελιές 1-2 μερίδες/ημέρα (p-value=0.097)

Πίνακας 11 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στην κατανάλωση Μεσογειακών τροφίμων

Κατανάλωση Μεσογειακών Τροφίμων	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Μέση τιμή ± τ.α.	Μέση τιμή ± τ.α.	p-value
1. Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες γλυκών και ζαχαρωτών/ εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.48±4.36	19.52±3.80	0.507
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.70±5.06	19.79±4.19	0.938
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	5.96±2.48	6.30±2.45	0.616
2. Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες κόκκινου κρέατος (χοιρινό, βοδινό, αρνί)/ εβδομάδα σε 100-150γρ.			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.17±4.36	18.65±3.77	0.648
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.20±5.04	20.55±3.93	0.186
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.06±2.59	6.20±2.28	0.772
3. Καταναλώνετε ≤ 1 μερίδα επεξεργασμένου κρέατος/αλλαντικού/			

εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.54±4.44	19.42±3.75	0.365
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.19±4.74	20.33±4.54	0.267
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	5.65±2.44	6.62±2.41	0.158
4. Καταναλώνετε 2-4 μερίδες αυγά/εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.62±4.05	18.05±4.10	0.144
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.96±4.72	19.43±4.61	0.730
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.17±2.46	6.04±2.49	0.842
5. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες όσπρια (φακές, φασόλια, μπιζέλια, ρεβίθια)/εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.24±3.63	18.08±5.43	0.776
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.31±4.71	17.92±4.03	0.113
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.42±2.43	5.16±2.36	0.121
6. Καταναλώνετε 2 μερίδες πουλερικά, κοτόπουλο, γαλοπούλα, κουνέλι/εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.89±3.55	16.00±4.49	0.009
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.10±4.21	21.75±5.49	0.101
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.36±2.49	5.33±2.22	0.219
7. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες ψάρια, θαλασσινά, λευκά/λιπαρά ψάρια/εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	21.13±3.48	17.94±4.02	0.013
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.75±4.93	19.26±4.48	0.452
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.25±2.64	6.05±2.39	0.866

8. Καταναλώνετε ≤ 3 μερίδες πατάτες φούρνου/ βραστές & τηγανιτές/ εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.29±4.20	18.20±3.91	0.413
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.63±4.83	20.00±4.29	0.702
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	5.85±2.45	6.73±2.43	0.218
9. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά/ ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.74±3.99	19.47±4.45	0.490
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.17±4.69	18.73±4.49	0.164
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	5.94±2.40	6.53±2.61	0.493
10. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες ξηρούς καρπούς & ελιές/ ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.95±4.24	18.30±3.95	0.167
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	21.15±4.59	18.80±4.49	0.097
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.65±2.34	5.76±2.50	0.183
11. Καταναλώνετε ≥ 1 μερίδα βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο μαϊντανό & ρίγανη/ ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.81±4.15	17.96±3.90	0.079
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.37±3.97	20.17±5.36	0.674
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.25±2.55	5.95±2.38	0.708
12. Καταναλώνετε 3-6μερίδες φρούτα και φρέσκους χυμούς/ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.46±3.57	17.80±5.10	0.426
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.28±4.89	18.47±3.81	0.195

Συναισθηματική λήψη τροφής	5.91±2.53	6.60±2.26	0.299
13. Καταναλώνετε ≥ 2 μερίδες όλα τα είδη λαχανικών εκτός τις πατάτες/ημέρα			
Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά	19.67±3.79	17.27±4.43	0.051
Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής	20.06±4.40	19.00±5.21	0.372
Συναισθηματική λήψη τροφής	6.22±2.56	5.86±2.23	0.692
14. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες δημητριακά, λευκό & ολικής άλεσης ψωμί/ημέρα			
Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά	19.20±4.19	18.09±3.86	0.341
Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής	20.20±4.43	18.09±5.17	0.136
Συναισθηματική λήψη τροφής	6.02±2.45	6.45±2.54	0.570

Στον παρακάτω πίνακα 11 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των δειγμάτων εάν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στην παρούσα μελέτη. Φάνηκε ότι υψηλότερη βαθμολογία η μέση τιμή της Περιοριστικού τύπου συμπεριφοράς ≤ 2 μερίδες/εβδομάδα σνακ Ποπ-κορν (p -value=0.002) με τις Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες. Επίσης, υπήρχε υψηλότερη βαθμολογία της Συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής και την προσθήκη αλατιού (p -value=0.094)

Πίνακας 12 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στις Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες

Κατανάλωση Μεσογειακών Τροφίμων	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Μέση τιμή \pm τ.α.	Μέση τιμή \pm τ.α.	p-value

15. Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ημέρα ή ≥ 3 μερίδες αφεψήματος/ εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.00 \pm 4.06	18.89 \pm 4.31	0.935
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.19 \pm 4.45	20.72 \pm 4.92	0.367
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.12 \pm 2.63	6.11 \pm 2.16	0.862
16. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες κρασί λευκό ή κόκκινο/ ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.66 \pm 4.15	21.17 \pm 3.19	0.134
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.82 \pm 4.69	19.17 \pm 4.53	0.782
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.18 \pm 2.47	5.66 \pm 2.50	0.610
17. Καταναλώνετε ≤ 2 μερίδες σνακ, πατατάκια, ποπ-κορν/ εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	22.44 \pm 2.92	18.20 \pm 3.95	0.002
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	18.33 \pm 3.35	20.04 \pm 4.85	0.331
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.33 \pm 2.34	6.07 \pm 2.50	0.785
18. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	17.68 \pm 4.92	19.74 \pm 3.37	0.169
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	18.57 \pm 4.53	20.45 \pm 4.61	0.245
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	5.36 \pm 2.16	6.58 \pm 2.54	0.094
19. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής άλεσης			

<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.78±3.91	19.46±4.75	0.520
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.05±4.70	18.84±4.46	0.450
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.00±2.51	6.46±2.33	0.554
20. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.03±4.03	18.73±4.56	0.953
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.00±4.65	18.81±4.66	0.341
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.07±2.50	6.27±2.37	0.722
21. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματά σας			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.67±4.36	19.60±3.48	0.389
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.11±4.45	18.86±5.06	0.477
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.20±2.62	5.93±2.08	0.847

Στον παρακάτω πίνακα 12 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των δειγμάτων εάν διαφέρουν σημαντικά. Παρουσιάστηκε υψηλότερη βαθμολογία στην μέση τιμή της Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά με τον μεσημεριανό ύπνο κατά την διάρκεια της ημέρας καθημερινά και τα Σαββατοκύριακα (p -value=0.010) όπως και η Συναισθηματική κατανάλωση τροφής (p -value=0.033) με την Φυσική δραστηριότητα/ Κοινωνική ζωή. Επίσης, συγκεντρώθηκε υψηλότερη βαθμολογία της Περιοριστικού Τύπου Συμπεριφοράς με την παρακολούθηση τηλεόρασης 1 ώρα/ημέρα με (p -value=0.061). Τέλος υψηλότερη βαθμολογία στην μέση τιμή της Ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής με την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων με (p -value=0.016).

«Σπανουδάκη Ειρήνη, Χριστουλάκη Γαρυφαλία», Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διατροφικής συμπεριφοράς σε νέους ενήλικες που αθλούνται, ηλικίας 18-35 ετών»

Πίνακας 13 Σχέση μεταξύ Διατροφικής Συμπεριφοράς και των επιμέρους ερωτήσεων που αφορούν στη Φυσική δραστηριότητα/ Κοινωνική ζωή

Κατανάλωση Μεσογειακών Τροφίμων	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Μέση τιμή ± τ.α.	Μέση τιμή ± τ.α.	p-value
22. Κάνετε κάποια Φ.Δ.(π.χ.τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αερόβια γυμναστική, κηπουρική) για >150 λεπτά εβδομάδα ή 30 λεπτά/ημέρα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.39±3.83	17.00±4.97	0.230
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.12±4.82	18.00±3.31	0.211
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.12±2.49	6.11±2.42	0.941
23. Κοιμάστε συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα Σαββατοκύριακα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.46±3.73	13.25±4.35	0.010
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.76±4.62	19.50±5.44	0.850
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.32±2.44	3.75±0.95	0.033
24. Κοιμάστε 6-8ώρες/ημέρα τις καθημερινές			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.24±4.25	18.68±4.03	0.719
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.04±3.92	19.44±5.31	0.453
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.16±2.07	6.08±2.82	0.680
25. Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1ώρα την ημέρα τις καθημερινές			

<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.57±4.14	21.83±2.56	0.061
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.93±4.74	18.33±3.72	0.356
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.15±2.43	5.83±2.78	0.738
26. Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.24±3.69	18.68±4.54	0.613
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.28±4.31	20.20±4.97	0.502
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.20±2.51	6.04±2.44	0.868
27. Κάνετε κάποια οργανωμένη Φ.Δ.(π.χ.ποδηλασία, τρέξιμο, ποδόσφαιρο κλπ) 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	18.78±4.23	21.00±0.82	0.213
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	19.89±4.78	18.00±1.82	0.569
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.13±2.44	6.00±2.94	0.959
28. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματά σας			
<i>Περιοριστικού τύπου συμπεριφορά</i>	19.73±3.52	17.80±4.72	0.155
<i>Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής</i>	20.90±4.18	18.00±4.83	0.016
<i>Συναισθηματική λήψη τροφής</i>	6.50±2.40	5.55±2.48	0.164

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διατροφικής Συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, ενώ η σχέση αυτή φάνηκε να οφείλεται κυρίως στη θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής και την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά. Επίσης, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του Μεσογειακού τρόπου ζωής με την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής.

Η συνολική βαθμολογία που αντικατοπτρίζει την προσκόλληση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εμφανίζουν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά τείνουν να είναι πιο κοντά στο μεσογειακό τρόπο ζωής διότι επικεντρώνονται στην εικόνα σώματος (Castro 1995). Τα άτομα που παρουσιάζουν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά επιλέγουν να καταναλώνουν τρόφιμα που χαρακτηρίζουν τη Μεσογειακή διατροφή. Με άλλα λόγια, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, αμυλούχων ολικής άλεσης και μειωμένη κατανάλωση ζωικής προέλευσης και θερμιδογόνα τρόφιμα (Castro 1995, French et al 1994, Tuschli et al 1990).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας πτυχιακής βρέθηκε, επίσης, θετική συσχέτιση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα που αντιπροσωπεύει την υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής, με την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά. Αυτό που έχει φανεί από προηγούμενες μελέτες είναι ότι η υιοθέτηση αυτής της διατροφικής συμπεριφοράς εμφανίζεται από την παιδική ηλικία (Herpertz-Dahlmann 2017). Αυτό πιθανώς να συμβαίνει διότι είχαν βιώσει μια δυσάρεστη ιατρική κατάσταση (γαστρεντερολογικά προβλήματα), επιλεκτική διατροφή δηλαδή τρόφιμα τα οποία ήταν εύπεπτα και δεν τους δημιουργούσαν γαστρεντερικά προβλήματα (δυσπεψία, διάρροια, έμετος) φόβο κατανάλωσης τροφής μετά από ένα επεισόδιο πνιγμού (Martin et al 2013). Τέλος, κάποια χαρακτηριστικά από αυτήν την συμπεριφορά εντοπίζονται σε παιδιά που έχουν νευροαναπτυξιακή διαταραχή (αυτισμό) (Fairburn et al 2003).

Όσον αφορά στη σχέση της περιοριστικού τύπου συμπεριφοράς με τις υποκλίμακες «Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες» και «Φυσική δραστηριότητα & Κοινωνικές συνήθειες του Μεσογειακού τρόπου ζωής», δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά

αποτελέσματα. Από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε ήταν ότι γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα ακολουθούσαν καθημερινά ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας αλλά χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για πιο σαφή αποτελέσματα (Yoshikatsu et al 2016, Jeannemarie. et al 2004). Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ενήλικες του Αμαζονίου που εμφάνιζαν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά λόγω του ότι αγχώνονταν για το βάρος τους κατέφευγαν είτε σε υπερβολική άσκηση είτε σε καθαρτικές συμπεριφορές. Επίσης αντιμετώπιζαν στην καθημερινότητα τους κοινωνικά προβλήματα διότι ένιωθαν τροπή και άγχος επειδή δεν διατηρούσαν ένα υγιές βάρος (Hana et al 2016)

Αρνητική σχέση βρέθηκε, μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και της διατροφικής συμπεριφοράς «ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής». Σε μια άλλη μελέτη που συμμετείχαν 55 γυναίκες είχαν την τάση να καταναλώνουν υψηλά θερμιδογόνα τρόφιμα, κατανάλωση λιπαρών και αλμυρών τροφίμων όπως και προϊόντα ζωικής προέλευσης (Sunday et al 1992). Τέλος αυτό που έχει παρατηρηθεί από ένα εύρος μελετών φαίνεται ότι τα άτομα με την προαναφερθέντα διατροφική συμπεριφορά όταν βρίσκονται σε μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση βρίσκουν ως τρόπο αντιμετώπισης σε τρόφιμα όπως μπισκότα, σοκολάτες, τηγανιτές πατάτες, γρήγορο φαγητό όπου είναι πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά και αλατούχα (Verzjil et al 2017).

Παρόλο που, όπως προαναφέρθηκε, από τα αποτελέσματά μας παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής με το Μεσογειακό τρόπο ζωής, όπως και η επιμέρους ανάλυση με τις υποκλίμακες ζωής δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι η ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής σχετίζεται με την παχυσαρκία και την κατάθλιψη (Degortes et al 2014). Επίσης έχει φανεί ότι όταν το άτομο έχει βιώσει ένα τραυματικό επεισόδιο (πένθος, ατύχημα, απομάκρυνση από την οικογένεια) καταλήγει στην υπερκατανάλωση τροφής (Kessler. et al 2013). Έχει φανεί ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση κατάθλιψης και παχυσαρκίας (Luppino F. et al 2010, Javaras K. et al 2008, Hudson et al 2007,). Άλλη μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε υπέρβαρους εφήβους 12-17 ετών έδειξε μέτρια ως σοβαρή υπερκατανάλωση τροφής αυτό σχετίζεται με αυξημένο ΔΜΣ, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (Tracie et al 2013).

Σχετικά με τη συναισθηματική κατανάλωση τροφής δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία του Μεσογειακού τρόπου ζωής, αλλά ούτε και με τις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου. Γενικά έχει φανεί ότι το άτομο έχει την τάση να υπερκαταναλώνει φαγητό είτε έχει αρνητικά είτε θετικά συναισθήματα αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού, συγκεκριμένα τρόφιμα, όπως κέικ, μπισκότα (Verzjil et al 2017). Επίσης έχει φανεί από την ίδια έρευνα ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν ηλικίας 18-66 ετών παρουσίαζαν αυτοσυγκράτηση στο φαγητό, αλλά όταν ερχόντουσαν αντιμέτωπες με δυσάρεστα συναισθήματα κατέφευγαν πάλι στο φαγητό (Verzjil. et al 2017). Άλλη μιά έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 25-74 ετών υποστήριξε ότι είχαν είτε συναισθηματική κατανάλωση τροφής είτε κατάθλιψη και αν ακολουθούσαν κάποια φυσική δραστηριότητα αποκτούσαν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητες τους με αποτέλεσμα να υιοθετούν μια υγιεινή διατροφική συμπεριφορά και να μειώνονται τα συμπτώματα της συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής και της κατάθλιψης. (Konttinen et al 2010). Μία ακόμη έρευνα υποστηρίζει ότι ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει την συναισθηματική κατανάλωση τροφής είναι ο ύπνος. Έχει φανεί πως η στέρηση ύπνου είναι ένα παράγοντας άγχους με αποτέλεσμα να αυξάνεται η κατανάλωση τροφής και επηρεάζει ιδιαίτερα εκείνους που είναι επιρρεπείς στην συναισθηματική κατανάλωση τροφής (Dweck et al 2013). Επίσης φάνηκε ότι φοιτητές οι οποίοι κοιμούνται λιγότερο και είναι επιρρεπείς στην συναισθηματική κατανάλωση φαίνεται να μην ακολουθούν υγιεινά πρότυπα διατροφής με αποτέλεσμα να αυξάνουν τον ΔΜΣ (Dweck et al 2013). Τέλος, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στην Κίνα ασχολήθηκε με τις διατροφικές συμπεριφορές (περιοριστικού τύπου και συναισθηματική κατανάλωση τροφής). Φάνηκε ότι είχε θετική συσχέτιση ο ύπνος με διάφορα συναισθήματα στρες, και τις διατροφικές συμπεριφορές. Σε διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις που βίωναν και ανάλογα την οικονομική κατάσταση της οικογένειας οι φοιτητές φάνηκε ότι στρέφονταν σε ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές (Hou et al 2013).

Στη συνέχεια διερευνήσαμε τις απαντήσεις των ατόμων στο ερωτηματολόγιο για το Μεσογειακό τρόπο ζωής και την κάθε μια από τις τρεις κατηγορίες διατροφικής συμπεριφοράς.

Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι άτομα που απάντησαν ότι καταναλώνουν 2 μερίδες πουλερικών / βδομάδα είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν αρνητικά στο αν καταναλώνουν αυτές τις 2 μερίδες. Όπως αναφέρθηκε από άλλες μελέτες μεγάλο ποσοστό των γυναικών που είχε αυτή τη διατροφική συμπεριφορά, είχαν την τάση να καταναλώνουν τρόφιμα χαμηλά σε λίπος και ένα μεγάλο ποσοστό της διατροφής τους αποτελούταν από αυξημένη κατανάλωση πρωτεΐνης ζωικής προέλευσης και χαμηλή σε ποσοστά λίπους (Yoshikatsu et al 2016, Provencher et al 2003, Hood et al 2000, Wardle et al 2000, Castro M 1995, French. Et al 1994, Tuschl et al 1990)

Τα άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν περισσότερες από 2 μερίδες λαχανικών/ ημέρα βρέθηκε, επίσης, να έχουν υψηλότερο σκορ στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, σε σχέση με τα άτομα που δήλωσαν να καταναλώνουν λιγότερες από 2 μερίδες λαχανικών/ ημέρα. Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 187 Λατίνες γυναίκες και στα παιδιά τους φάνηκε ότι οι γυναίκες που παρουσίαζαν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά ακολουθούσαν πιο υγιεινές συμπεριφορές για εκείνες και για τα παιδιά τους. Οι διατροφικές τους επιλογές συμπεριελάμβαναν αρκετά λαχανικά, τα λαχανικά που είχαν υψηλότερη συσχέτιση στην έρευνα ήταν: το μπρόκολο, η ντομάτα, τα καρότα, φασόλια και μαρούλι, φρούτα, τα φρούτα που είχαν υψηλή συσχέτιση ήταν η μπανάνα, μήλα, αχλάδι, πορτοκάλι, γκρέιπφρουτ, φράουλες και βατόμουρα, κρέας και γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να διατηρείται υψηλή πρόσληψη σε βιταμίνη C, χαμηλό το σωματικό βάρος και οι ενήλικες να υιοθετούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. (Isobel et al 2004)

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, είχαν και τα άτομα τα οποία δήλωσαν ότι καταναλώνουν περισσότερες από 2 μερίδες ψάρια και θαλασσινά / εβδομάδα. Στην προαναφερθείσα μελέτη φάνηκε ότι οι γυναίκες που παρουσίαζαν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά υιοθετούσαν αυτή την συμπεριφορά και τα παιδιά τους, ανέφεραν ότι είχαν αυξημένη κατανάλωση σε ψάρια, οστρακοειδή και κονσερβοποιημένο τόνο (Isobel et al 2004). Επίσης στην δική μας έρευνα φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά με τα άτομα που δήλωσαν ότι κατανάλωσαν <2 μερίδες/εβδομάδα ποπ-κορν, πατατάκια. Αντίθετα, η έρευνα αυτή υποστηρίζει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση με την

κατανάλωση ποπ-κορν, πατατάκια, παγωτά, μπισκότα, λευκά δημητριακά και αναψυκτικά. (Isobel et al 2004). Αυτό πιθανόν οφείλεται διότι τα άτομα με περιοριστικού τύπου συμπεριφορά επιλέγουν τρόφιμα χαμηλά σε θερμίδες και οι επιλογές τους είναι πιο υγιεινές, ενώ τα προαναφερθέντα τρόφιμα είναι υψηλά θερμιδογόνα και δεν είναι επαρκή σε θρεπτικά συστατικά.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι οι διατροφικές συμπεριφορές εμφανίζονται από την παιδική ηλικία και ένα μεγάλο ποσοστό οφείλεται στις διατροφικές επιλογές της οικογένειας (Isobel et al 2004). Επιπλέον φάνηκε ότι οι μητέρες παίζουν σημαντικό ρόλο στην διατροφή που θα υιοθετήσει ένα παιδί, δηλαδή αν η μητέρα παρουσιάζει αυτή την συμπεριφορά και ενδιαφέρεται αρκετά για την εικόνα του σώματος της συνήθως αυτό το υιοθετεί και το παιδί (Isobel et al 2004). Συνήθως τα άτομα που παρουσιάζουν την περιοριστικού τύπου συμπεριφορά τείνουν να είναι πιο κοντά στο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Αυτό είναι και το αποτέλεσμα της έρευνάς μας διότι φάνηκε ότι υπήρχε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην συγκεκριμένη συμπεριφορά και την Μεσογειακή διατροφή.

Όσον αφορά στη διατροφική συμπεριφορά της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής, η μόνη ερώτηση της υποκλίμακας των Μεσογειακών τροφίμων, που ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν αυτή που αφορούσε στην κατανάλωση ξηρών καρπών και καρπών ελιάς. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα που κατανάλωναν 1-2 μερίδες ξηρών καρπών και καρπών ελιάς/ ημέρα, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην ανεξέλεγκτη διατροφική συμπεριφορά. Σε μια έρευνα με 1472 συμμετέχοντες(κυρίως γυναίκες) που έγινε για να διερευνηθεί αν υπάρχει συσχέτιση με την Μεσογειακή διατροφή με την Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής, φάνηκε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου, ξηρών καρπών και λιπαρών ψαριών επηρεάζει θετικά την ψυχική διάθεση και ρυθμίζει τα επίπεδα σεροτονίνης. Τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με την καλή ψυχική υγεία των ατόμων και αυτό αλληλεπιδρά στην μείωση των συμπτωμάτων της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής (Bertoli et al 2014) Επίσης η πρόσληψη ωμέγα-3 λιπαρών οξέων μαζί με άλλα ακόρεστα λιπαρά οξέα σε συνδυασμό με χαμηλή ποσότητα κορεσμένων λιπαρών οξέων και απλούς υδατάνθρακες βοηθούν να νιώσει το άτομο το αίσθημα του κορεσμού (δηλαδή αυξημένη κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων και φυτικών ινών) και βελτιώνει την διατροφική συμπεριφορά. (Bertoli et al 2014)

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες που κατανάλωναν αναψυκτικά και ροφήματα παρουσίαζαν ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής. Από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φάνηκε ότι οι συμμετέχουσες κατανάλωναν περισσότερα ζαχαρούχα ροφήματα και αναψυκτικά σε σχέση με τις γυναίκες που παρουσίαζαν περιοριστικού τύπου συμπεριφορά (Goulet et al 2008).

Στην συνέχεια οι συμπεριφορές ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής και η συναισθηματική κατανάλωση τροφής που ασχοληθήκαμε σε αυτήν την έρευνα διαπιστώσαμε ότι αυτές οι διατροφικές συμπεριφορές τείνουν προς την Δυτικού τύπου διαίτα. Συνήθως αυτές οι διατροφικές συμπεριφορές εκδηλώνονται μετά από ένα τραυματικό επεισόδιο, αυξημένο στρες, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βρίσκουν ως τρόπο αντιμετώπισης το φαγητό επιλέγοντας τρόφιμα που είναι πλούσια σε θερμίδες, αλάτι και λιπαρά τρόφιμα. Ένας τρόπος μείωσης αυτόν τον συναισθημάτων είναι η φυσική δραστηριότητα διότι τα άτομα αποκτούν αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη για τις ικανότητες τους. Τέλος από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες φάνηκε ότι αυτοί που παρουσιάζουν ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής έχουν θετική συσχέτιση με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής ενώ αυτοί που παρουσιάζουν συναισθηματική κατανάλωση τροφής δεν τηρούν έναν Μεσογειακό τρόπο ζωής.

Τέλος, τα άτομα που κατανάλωναν τουλάχιστον μια φορά την ημέρα βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό ή/ και ρίγανη, είχαν και αυτά υψηλότερη μέση βαθμολογία στην περιοριστικού τύπου συμπεριφορά, συγκριτικά με τα άτομα που δεν κατανάλωναν. Από όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχουν διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα όσον αφορά στα μπαχαρικά και τις διατροφικές συμπεριφορές. Ομοίως έγινε και για τις ερωτήσεις που αφορούν το αλάτι, την τηλεόραση. Θα χρειαστούν περαιτέρω μελέτες.

Όταν πραγματοποιείται μια έρευνα έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στην παρούσα μελέτη τα πλεονεκτήματα της ήταν ότι ήρθαν οι συμμετέχοντες σε άμεση επικοινωνία με τους ερευνητές στο χώρο που γυμναζόντουσαν και οι ερευνητές μπορούσαν να τους λύσουν οποιαδήποτε απορία εκείνη την στιγμή. Στις αρχικές ερωτήσεις που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ήταν διστακτικοί να απαντήσουν διότι ντρέποντουσαν που ήταν μπροστά οι ερευνητές. Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου που ήταν τα ανθρωπομετρικά ερωτήματα δεχόντουσαν οι περισσότεροι να ζυγιστούν αλλά

δεν δεχόντουσαν την μέτρηση της περιμέτρου μέσης. Επίσης ένα μειονέκτημα που έχει η έρευνα είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικές ηλεκτρονικές ζυγαριές. Επίσης, το ύψος δε μετρήθηκε, αλλά δηλωνόταν από τους συμμετέχοντες (αυτό-αναφορά) Τέλος αυτό που παρατηρήθηκε ήταν ότι υπήρχε ενδιαφέρον από τους συμμετέχοντες.

Συνοψίζοντας λοιπόν, ο Μεσογειακός τρόπος ζωής σχετίζεται με τη διατροφική συμπεριφορά των ατόμων. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο περισσότερος κόσμος δεν γνωρίζει για τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής και τον τρόπο ζωής που συνόδευε τη Μεσογειακή Διατροφή.

Οι διαιτολόγοι και το σύστημα υγείας θα πρέπει να το λαμβάνουν υπόψη τους ότι ανεξάρτητα από την διατροφική συμπεριφορά που ίσως παρουσιάζουν τα άτομα θα πρέπει να ενημερώνουν τον κόσμο σχετικά με τα οφέλη και τι είναι η Μεσογειακή Διατροφή. Παρότι την οικονομική κρίση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα μπορούν να βρουν κάποια τρόφιμα που κοστίζουν λιγότερα και είναι υγιεινά. Το σύστημα υγείας σε συνεργασία με τους διαιτολόγους μπορούν μέσω των σχολείων να ενημερώνουν-μορφώνουν τα παιδιά και το σημαντικό ρόλο που έχει η Μεσογειακή Διατροφή στην ζωή μας. Επίσης να πραγματοποιούνται ημερίδες ή σεμινάρια σχετικά με την διατροφή έτσι ώστε να ενημερώνονται οι ενήλικες και να υιοθετούν αυτές τις διατροφικές συνήθειες. Με αποτέλεσμα με το πέρασμα των χρόνων να υιοθετείται ο Μεσογειακός τρόπος ζωής και να μειώνεται το ποσοστό θνησιμότητας της παχυσαρκίας και την αντιμετώπιση των διατροφικών συμπεριφορών.

4.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αυτό που παρατηρήθηκε ως περιορισμό της πτυχιακής ήταν ότι υπήρχαν δύο διαφορετικές ζυγαριές, οι συμμετέχοντες δεν ήταν τόσο δεχτικοί στο να συμπληρώσουν κάποια προσωπικά δεδομένα (όπως οικογενειακό-προσωπικό εισόδημα), δεν δεχόντουσαν κάποιες ανθρωπομετρικές μετρήσεις και δεν μετρήθηκε το ύψος. Επίσης η συλλογή δείγματος πραγματοποιήθηκε κατά τους θερινούς μήνες που παρατηρήθηκε ότι διέκοπταν την άθληση τους σε κλειστό χώρο.

4.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Στο μέλλον θα μπορούσε να ερευνηθεί στις αντίστοιχες ηλικίες σε ανθρώπους που ζουν σε κάποιο άλλο γεωγραφικό μέρος. Θα μπορεί να γίνει σε άτομα τα οποία είτε κάνουν κάποιο ομαδικό άθλημα σε σχέση με άτομα τα οποία αθλούνται σε κλειστό χώρο. Τέλος ένα ενδιαφέρον θέμα θα μπορούσαν να ερευνηθούν άτομα που έχουν εκπαιδευτεί στην διατροφή, άθληση όπως και την ψυχολογία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aceijas Carmen, Waldhäusl Sabrina, Lambert Nicky, Cassar Simon, Bello-Corassa Rafael, "Determinants of health-related lifestyles among university students" *Perspect PublicHealth*2016, 137 issue: 4, page(s): 227-236.
- Ambring A, Friberg P, Axelsen M, Laffrenzen M, Taskinen MR, Basu S, Johansson M. "Effects of a Mediterranean-inspired diet on blood lipids, vascular function and oxidative stress in healthy subjects" *Clinical Science* 2004, 106, (5):519–25.
- Arteaga Antonio, Bustos Patricia, Soto Rodrigo, Velasco Nicolás, Amigo Hugo, "Physical activity and cardiovascular risk factors among Chilean young men and women", *Revista Medica Chile*.2010, 138(10):1209-16.
- Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Διαθέσιμό στο δικτυακό τόπο: (2018)
- Bach-Faig Anna, Berry M Elliot, LaironDenis, Reguant Joan, Trichopoulou Antonia, Dernini Sandro, Medina F Xavier, Battino Maurizio, Belahsen Rekia, MirandaGemma and Serra-Majem Llu'son behalf of the Mediterranean Diet Foundation Expert Group "Mediterranean diet pyramid today.Science and cultural updates" *Public Health Nutrition*2011, 14(12A); 2274–2284.
- Bamia C, Orfanos P, Ferrari P, Overvad K, Hundborg HH, Tjønneland A, Olsen A, Kesse E, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F, Nagel G, Boffetta P, Boeing H, Hoffmann K, Trichopoulos D, Baibas N, Psaltopoulou T, Norat T, Slimani N, Palli D, Krogh V, Panico S, Tumino R, Sacerdote C, Bueno-de-Mesquita HB, Ocké MC, Peeters PH, van Rossum CT, Quirós JR, Sánchez MJ, Navarro C, Barricarte A, Dorronsoro M, Berglund G, Wirfält E, Hallmans G, Johansson I, Bingham S, Khaw KT, Spencer EA, Roddam AW, Riboli E, Trichopoulou A."Dietary patterns among older Europeans: the EPIC-Elderly study" *British Journal of Nutrition* 2005, 94(1):100-13.
- Baranowski, T.,& Stables, G."Process evaluations of the 5-a-day projects" *Health Education & Behavior*2000 27(2), 157-166.
- Baranowski, T.,Cullen, K.W.,& Baranowski, J."Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention" *Annual review of nutrition* 1999, 19(1), 17-40.

- Baranowski, T., Davis, M., Resnicow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Lin, L.S.,... & Wang, D.T. "Gimme 5 fruit, juice, and vegetables for fun and health: outcome evaluation" *Health education & behavior* 2000, 27(1), 96-111.
- Baranowski, T., Lin, L.S., Wetter, D.W., Resnicow, K., & Hearn M.D. "Theory as mediating variables: Why aren't community interventions working as desired?" *Annals of Epidemiology* 1997,
- Bertoli Simona, Spadafranca Angela, Bes-Rastrollo Maira, Martinez-Gonzalez Miguel Angel, Ponissi Veronica, Beggio Valentina, Leone Alessandro, Battezzati Alberto "Adherence to the Mediterranean diet is inversely related to binge eating disorder in patients seeking a weight loss program" *Clinical Nutrition* 34 2014, 107-114.
- Braden A., Musher-Eizenman D., Watford T. & Emley E., "Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?", *Appetite* 2018, pages 410-417.
- Brewerton, T.D. "Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD." *Eating disorders* 2007, 15(4), 285-304.
- Brugnara Laura, Murillo Serafin, Novials Anna, Rojo-Martínez Gemma, Soriguer Federico, Goday Albert, Calle-Pascual Alfonso, Castaño Luis, Gaztambide Sonia, Valdés Sergio, Franch Josep, Castell Conxa, Vendrell Joan, Casamitjana Roser, Bosch-Comas Anna, Bordiú Elena, Carmena Rafael, Catalá Miguel, Delgado Elias, Girbés Juan, López-Alba Alfonso, Martínez-Larrad Maria Teresa, Menéndez Edelmiro, Mora-Peces Inmaculada, Pascual-Manich Gemma, Serrano-Ríos Manuel, Gomis Ramon and Ortega Emilio, "Low Physical Activity and Its Association with Diabetes and Other Cardiovascular Risk Factors: A Nationwide, Population-Based Study" *PLOS One* A peer-reviewed, Open Access Journal 2016, 11(8): e0160959.
- Buckland G, Mayén AL, Agudo A, Travier N, Navarro C, Huerta JM, Chirlaque MD, Barricarte A, Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Marin P, Quirós JR, Redondo ML, Amiano P, Dorronsoro M, Arriola L, Molina E, Sanchez MJ, Gonzalez CA "Olive oil intake and mortality within the Spanish population (EPIC-Spain)" *Am J Clin Nutr.* 2012, 96(1):142-9.

- Bjortvatn B., Sagen I.M., Oyane N., Waage S., Fetveit A., Pallesen, S., Ursin R "The association between sleep duration, body mass index and metabolic measures in the Hordaland Health Study", *Journal of Sleep* 2007, 6, 66–76.
- Benca RM, Schenck CH, "Sleep and Eating disorders. In Principles of Practices Medicine" Elsevier Saunders Philadelphia 2005, pages 1337-1344.
- Castro M. John . "The relationship of cognitive restraint to the spontaneous food and fluid intake of free-living humans", *Physiology & Behavior* 1995 Issue 2, pages 287-295.
- Carraro A, Nart A, Scarpa S. "Effects of a single session of physical exercise on body image." *Rev. Bras. Cienc. Esporte Campinas* 2010, v.32,,p.173-184.
- Crispim C.A., Zalczman, I., Dáttilo, M., Padilha, H.G., Edwards, B., Waterhouse, J., et al. "The influence of sleep and sleep loss upon food intake and metabolism" *Nutrition Research Reviews* 2007, 20(2):195-212.
- Carbonneau, É., Royer, M.M., Richard, C., Couture, P., Desroches, S., Lemieux, S., & Lamarche, B "Effects of the Mediterranean Diet before and after Weight Loss on Eating Behavioral Traits in Men with Metabolic Syndrome." *Nutrients* 2017, 9(3): 305.
- Carraro A, Nart A, Scarpa S. "Effects of a single session of physical exercise on body image." *Rev Bras CiêncE esporte* 2010, p.173-184.
- Castro de M. John "The relationship of Cognitive Restraint to the Spontaneous Food and Fluid Intake of Free- Living Humans" *Physiology & Behavior* 1995, vol 57 No2 pp287-295.
- Contento I., Balch G.I., Bronner Y.L., Lytle L.A., Malone S.K., Olson C.M., & Swadener, S.S. "The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research", *Journal of nutrition education (USA)* 1995.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. "The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders", *International Journal of Eating Disorders* 1987 vol 6 (1), 1-8.
- Cook Brian, Wonderlich A. Stephen, Mitchell James, Thompson Ron, Sherman Roberta and Callum Mc Kimberli "Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic

- Review and Proposal of Guidelines"Med.Sci.Sports Exerc.2016, 48(7): 1408–1414.
- Carvalho Sandra Bos, Soares João Maria, Marques Mariana, Maia Berta, Pereira Ana Telma, Nogueira Vasco, Valente José, Macedo António "Disordered eating behaviors and sleep disturbances" Eating Behaviors 2013 Issue 14, pages 192-198.
- Davis Courtney, Bryan Janet, Hodgson Jonathan and Karen Murphy "Definition of the Mediterranean Diet: A Literature Review" Nutrients 2015, 7(11): 9139–9153.
- Dewell Antonella, Marvasti Fani Farshad , Harris S William, Tsao Philip, Gardner D Christopher "Low- and High-Dose Plant and Marine (n-3) Fatty Acids Do Not Affect Plasma Inflammatory Markers in Adults with Metabolic Syndrome" J Nutr.2011,141(12): 2166–2171.
- Del Ciampo Luiz Antonio, Dalma Maria Silva Rodrigues, Ieda Regina Lopes Del Ciampo, Viviane Cunha Cardoso, Heloisa Bettiol, Marco Antonio Barbieri, "Body image and physical activity among a brazilian youth cohort" Ev.Bras.Crescimento desenvolv.2010, hum.vol.20 no.3.
- Dilis V., Vasilopoulou E., Trichopoulou A, " The flavone, flavonol and flavan-3-ol content of the Greek traditional diet" Food Chemistry 2007, 105(2):812-821.
- Degortes D, Santonastaso P, Zanetti T, Tenconi E, Veronese A, Favaro A. "Stressful life events and binge eating disorder" Eur Eat Disord Rev. 2014,22(5):378-82.
- Dweck S Julia, Jenkins M Steve, Nolan J Laurence "The role of emotional eating and stress in the influence of short sleep on food consumption" Appetite 72 2013, 106–113.
- Elsner J.F. Robert " Changes in eating behavior during the aging process" Eating Behaviors 2002, 3: 15 – 43.
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventos RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez JA, Martínez-González MA "Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet" N Engl J Med. 2013, 4;368(14):1279-90.
- Fairburn CG, Harrison PJ. "Eating disorders" Lancet. 2003, 361:407-16.

- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. "Assessment of eating disorders: Interview or self report questionnaire?" *International journal of eating disorders* 1994, 16(4), 363-370.
- Fennell Diane "Mediterranean Diet Plus Exercise Dramatically Improves Heart Health" *Diabetes Self-Management* 2013.
- Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Callahan ST, Malizio J, Kearney S, Walsh BT "Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5" *Journal of Adolescent Health* 2014, 49-52.
- Ficca G, Axelsson J, Mollicone DJ, Muto V, Vitiello MV "Naps, cognition and performance" *Sleep Med Rev.* 2010, 14(4):249-58.
- French SA, Jeffery RW, Wing RR, "Food intake and physical activity: a comparison of three measures of dieting" *Addict Behav.* Jul-Aug 1994, 19(4):401-9.
- Fortes Sousa de Leonardo, Almeida Sousa Sebastião, Ferreira Caputo Maria Elisa, "Anthropometric Indicators of body dissatisfaction and inappropriate eating behaviors in young athletes" *Rev Bras Med* 2013, Esporte – Vol.19.
- Fung T. Teresa, Rexrode MK, Kathryn, Mantzoros S, Christos, Manson E, JoAnn, Willett C, Walter, Hu B, Frank "Mediterranean Diet and Incidence of and Mortality From Coronary Heart Disease and Stroke in Women" *Circulation.* 2009, 119:1093-1100.
- García-Hermoso Antonio, "Ramírez-Vélez Robinson, Celis-Morales A. Carlos, Olloquequi Jordi and Izquierdo Mikel "Can physical activity attenuate the negative association between sitting time and cognitive function among older adults? A mediation analysis" *Experimental Gerontology* 2018, 106:173-177.
- Garza, C., Haas, J.D., Habicht, J.P., & Pelletier, D.L. "Beyond nutritional recommendations: implementing science for healthier populations" In *Annual Research Symposium*, 14 Bristol-Myers Squibb/Mead Johnson 1996.
- Glanz Karen, Rimer K. Barbara, Viswanath K. "Health behavior and health education: theory, research, and practice." *Jossey-Bass* 2008.
- Gormally Jim, Black Sionag, Daston Sandy, Rardin David "THE ASSESSMENT OF BINGE EATING SEVERITY AMONG OBESE PERSONS" *Addictive Behaviors* 1982, Vol.7, pp.47-55.

- Goulet Julie, Provencher Ve´ronique, Piche Marie-E` ve, Lapointe Annie, Weisnagel S John, Nadeau Andre´, Bergeron Jean and Lemieux Simone " Relationship between eating behaviours and food and drink consumption in healthy postmenopausal women in a real-life context" *British Journal of Nutrition* 2008, 100, 910–917.
- Gerber MJ, Scali JD, Michaud A, Durand MD, Astre CM, Dallongeville J, Romon MM " Profiles of a healthful diet and its relationship to biomarkers in a population sample from Mediterranean southern France" *Journal of the Academy of nutrition and Dietetics Assoc.* 2000, 100(10):1164-71.
- Godman Heidi, “Adopt a Mediterranean diet now for better health later”, Harvard Health Letter, Harvard Health Publications, Harvard Medical School, 2013 (<http://www.health.harvard.edu/blog/adopt-a-mediterranean-diet-now-for-better-health-later-201311066846>)
- Grosso Giuseppe & Fabio Galvano, " Mediterranean diet adherence in children and adolescents in southern European countries" *NFS 3 Journal*, 2016, 13–19.
- Hana F.Zickgraf,,Martin E.Franklin, Paul Rozin "Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms" *J Eat Disord.* 2016, 4: 26.
- Hanna Konttinen, Karri Silventoinen, Sirpa Sarlio-La`hteenkorva, Satu Ma`nnisto“, and Ari Haukkala " Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators" *Am J Clin Nutr* 2010, 92:1031–9.
- Hearn, M.D.,Baranowski, T.,Baranowski, J.,Doyle, C.,Smith, M.,Lin, L.S.,& Resnicow, K."Environmental influences on dietary behavior among children: availability and accessibility of fruits and vegetables enable consumption", *Journal of Health Education* 1998, 29(1), 26-32.
- Hedvig Sultson,Katrin Kukk, Kirsti Akkermann, "Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating" *Appetite* 2017,pages 423-430.

- Herpertz-Dahlmann, Beate "Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry" *Current opinion of Psychiatric, Curr Opin Psychiatry*2017, 30:438–445.
- Higgs Suzanne, Jason Thomas, " Social influences on eating *Current Opinion in Behavioral Sciences*" *Appetite* 2016, **Issue** 9, 1-6.
- Higgs Suzanne "Social norms and their influence on eating behaviours " *Appetite*,2014, 86:38-44.
- Hood MY, Moore LL, Sundarajan-Ramamurti A, Singer M, Cupples LA, Ellison RC " Parental eating attitudes and the development of obesity in children.The Framingham Children's Study" *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000,24(10):1319-25.
- Hou Fangli, Xu Shaojun, Zhao Yuqiu, Lu Qingyun, Zhang Shichen, Zu Ping, Sun Ying, Su Puyu, Tao Fangbiao, " Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents" *Appetite* 68 2013, 63–68.
- Hu F.B.,Manson J.E.,Willett W.C."Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: A critical review." *J.Am.Coll.Nutr.*,2001 20(1):5-19.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC " The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication" *Biol Psychiatry.* 2007, 1;61(3):348-58.
- HuYang, Costenbader H Karen, Gao Xiang, Hu B Frank, Karlson W Elizabeth, Lu Bing " Mediterranean diet and incidence of rheumatoid arthritis in women" *HHS Public Access* 2015,67(5): 597–606.
- Isobel R.Contento, Patricia Zybert, Sunyna S.Williams " Relationship of cognitive restraint of eating and disinhibition to the quality of food choices of Latina women and their young children" *Preventive Medicine* 40 2004,326 – 336.
- Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, Bulik CM, Crow SJ, McElroy SL, Walsh BT, Tsuang MT, Rosenthal NR, Hudson JI." Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders" *J Clin Psychiatry.* 2008, 69(2):266-73.
- Julie Goulet,Veronique Provencher,Marie-E ve Piche,Annie Lapointe, S.John Weisnagel,Andre Nadeau,Jean Bergeron and Simone Lemieux, "Relationship

- between eating behaviours and food and drink consumption in healthy postmenopausal women in a real-life context", *British Journal of Nutrition* 2008, Issue 4, pages910-917.
- Jeannemarie M.Beiseigel, Sharon M.Nickols-Richardson " Cognitive eating restraint scores are associated with body fatness but not with other measures of dieting in women" *Appetite* 43 2004, 47–53.
- Kafatos A, Verhagen H, Moschandreas J, Apostolaki I, Van Westerop JJ."Mediterranean diet of Crete: foods and nutrient content"*J Am Diet Assoc.*2000, 100(12):1487-93.
- Katsarou A, Triposkiadis F, Skoularigis J, Papageorgiou C, Panagiotakos D.B " Evaluating the role of Mediterranean diet and eating behaviors on the likelihood of having a non-fatal acute coronary syndrome, under the context of stress perception: a case-control study" *European Journal of Clinical Nutrition*2014, 68(9):1016-21.
- Keery H, Van Den Berg P, Thompson JK."An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls." *Body Image* 2004, Issue 1, Pages 88-91.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M " The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys"*Biol Psychiatry.* 2013,73(9):904-14.
- Kirby, S.D.,Baranowski, T.,Reynolds, K.D.,Taylor, G.,& Binkley, D."Children's fruit and vegetable intake: socioeconomic, adult-child, regional, and urban-rural influences" *Journal of Nutrition Education* 1995 , 27(5):261–271.
- Konig Laura M, Helge Giese, F.Marijn Stok, Britta Renner, "The social image of food: Associations between popularity and eating behavior" *Appetite* 2017.
- Kromhout D, Keys A, Aravanis C, Buzina R, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, Menotti A, Nedeljkovic S, Pekkarinen M, et al."Food consumption patterns in the 1960s in seven countries"*Am J Clin Nutr.*1989, 49(5):889-94.
- Kromhout D, Menotti A, Bloemberg B, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, et al." Dietary saturated and trans fatty acids

- and cholesterol and 25-year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study" *Prev Med.* 1995,24(3):308-15.
- Kouris-Blazos Antigone, Gnardellis Charalambos, Wahlqvist L Mark, Trichopoulos Dimitrios, Lukito Widjaja and Trichopoulou Antonia " Are the advantages of the Mediterranean diet transferable to other populations? A cohort study in Melbourne, Australia" *British Journal of Nutrition* 1999, 82, 57–61.
- Krebs-Smith M Susan, PhD, “Approaches to Dietary Pattern Analyses: Potential to Inform Guidance”, National Cancer Institute 2014.
- Lauzon de Blandine, Romon Monique, Deschamps Vale’rie, Lafay Lionel, Borys Jean-Michel, Karlsson Jan, Ducimetie`re Pierre, Charles M.Aline and the Fleurbaix Laventie Ville Sante " The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population, *J.Nutr.*2004; 134: 2372–2380.
- Leonardo de Sousa, Fabiane Frota da Rocha, Sebastião de Sousa, Maria Elisa Caputo, "Eating behavior and physical activity in adolescents" *Rev.Nutr.,Campinas,,2013, 26(5):529-537.*
- Lepage ML, Crowther JH."The effects of exercise on body satisfaction and affect." *Body Image* 2010, 7(2):124-30.
- Lorenzo Di Rosaria, Pedretti Jessica, Grossi Letizia, Cuoghi Benedetta, Varni Cinzia Landi Giulia, Spattini Ludovica, Visentini Chiara, Ferri Paola, Carubbi Francesca "The association of Mediterranean diet and exercise modifications with anthropometric parameters in a psychiatric community population: A pilot study *Preventive Medicine Reports* 9 2018,68–71.
- Lu Qingyun, Tao Fangbiao, Hou Fangli, Zhang Zhaocheng, Ren Ling-ling, "Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern.A population-based study in Chinese adolescents" *Appetite* 99 2016;149e156
- Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG "Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies" *Arch Gen Psychiatry.* 2010, 67(3):220-9.
- Martin M.Fisher, M.D.,David S.Rosen, M.D.,Rollyn M.Ornstein, M.D.,Kathleen A.Mammel, M.D.,Debra K.Katzman, M.D.,Ellen S.Rome, M.D.,S.Todd Callahan,

- M.D.,Joan Malizio, R.N.,M.N.,Sarah Kearney, M.D.,and B.Timothy Walsh, M.D." Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5" *Journal of Adolescent Health* 55 2014, 49e52.
- Martinez-Gonzalez AMiguel, Ruiz-Canela Miguel, Hruby Adela, Liang Liming, Trichopoulou Antonia and Hu B Frank " Intervention Trials with the Mediterranean Diet in Cardiovascular Prevention: Understanding Potential Mechanisms through Metabolomic Profiling" *The Journal of Nutrition* 2016, doi:10.3945.
- Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A " The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern?"*Eur J Epidemiol.* 2004, 19(1):9-13.
- Mek Wong, Mingyi Qian "The role of shame in emotional eating Eating behaviors" *The self in self-conscious emotions*2016, page 85.
- Menotti A, Kromhout D, Blackburn H, Fidanza F, Buzina R, Nissinen A." Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease: cross-cultural correlations in the Seven Countries Study.The Seven Countries Study Research Group"*Eur J Epidemiol.* July 1999,15(6):507-15.
- Mercedes Sotos-Prieto, Belén Moreno-Franco,,Jose M Ordovás, Montse León, Jose A Casanovas and Jose L Peñalvo " Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: the Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) index" *Public Health Nutrition*2014, 18(6), 959–967
- Messerli-Bürgy, NadineStülb, Kerstin Kakebeeke, Tanja H Arhab, Amar Zysset, Annina E Leeger-Aschmann, Claudia S Schmutz, Einat A Meyer, Andrea H Ehlert, Ulrike Garcia-Burgos, David Kriemler, Susi Jenni, Oskar G Puder, Jardena J Munsch, Simone, "Emotional eating is related with temperament but not with stress biomarkers in preschool children" *University of Zurich Appetite* 2017, 256-264.
- Mila`-Villarroel Raimon, Bach-Faig Anna, Puig Josep, Puchal Anna, FarranAndreu, Serra-MajemLluis and Carrasco Josep Lluis " Comparison and evaluation of the reliability of indexes of adherence to the Mediterranean diet" *Public Health Nutrition*2011, 14(12A), 2338–2345.

- Micic Dragan and Polovina Snezana " Life Style and Nutrition" Reference Module in Biomedical Sciences Encyclopedia of Endocrine Diseases, 2nd Edition 2018
- Motteli Sonja, Michael Siegrist, Carmen Keller "Women's social eating environment and its associations with dietary behavior and weight management" *Appetite* 2016, 110:86-93.
- Muhlheim Lauren "ARFID Is More Than Just Picky Eating", *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*, 2018.
- Muros JJ, Cofre-Bolados C, Arriscado D, Zurita F, Knox E, "Mediterranean diet adherence is associated with lifestyles, physical fitness and mental wellness among 10-year-olds, in Chile" *Nutrition* 2016.
- Nakai Yoshikatsu, Nin Kazuko, Noma Shun'ichi, Hamagaki Seiji, Takagi Ryuro, Teramukai Satoshi, Wonderlich A Stephen" Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample" *Eating Behaviors* 24 2016, 49–53.
- Naska A, Trichopoulou A, "Back to the future: The Mediterranean diet paradigm", *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, November 2013, 24:216-9.
- Noale Marianna, Mariateresa Nardi, Federica Limongi, Paola Siviero, Lorenza Caregaro, Gaetano Crepaldi, Stefania Maggi, Mediterranean Diet Foundation Study Group, "Adolescents in southern regions of Italy adhere to the Mediterranean diet more than those in the northern regions", *Nutrition Research* 34 2014, Pages 771-779.
- Ntanasi Eva, Yannakoulia Mary, Kosmidis Mary-Helen, Anastasiou A Costas, Dardiotis Efthimios, Hadjigeorgiou Giorgos, Sakka Paraskevi, Scarmeas Nikolaos "Adherence to Mediterranean Diet and Frailty" *JAMDA* 19 2018, 315e322.
- Ogden L. Cynthia, Carroll Margaret, Kit B. Brian and Flegal M. Katherine " Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012" *JAMA* 2014, 26; 311(8): 806–814.
- Ogden J. "The psychology of eating: From healthy to disordered behavior" Wiley-Blackwell 2nd Edition 2010

- Panagiotakos B.Demosthenes, Pitsavos Christos, Stefanadis Christodoulos " Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk" Nutrition, Metabolism& Cardiovascular Diseases 2006, 16, 559e568.
- Pelegri Andrea, Edio Luiz Petroski "Physical inactivity and its association with nutritional status, body image dissatisfaction and sedentary behavior in adolescents of public schools" Rev Paul Pediatr 2009, 27(4):366-73.
- Peneau S, Ménard E, Méjean C, Bellisle F, Hercberg S." Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status."The American Journal of Clinical Nutrition 2013, Issue 6, pages 1307-1313.
- Provencher V, Drapeau V, Tremblay A, Després JP, Lemieux S " Eating behaviors and indexes of body composition in men and women from the Québec family study" Obes Res. 2003, 11(6):783-92.
- Rafnsson SB, Dilis V, Trichopoulou A." Antioxidant nutrients and age-related cognitive decline: a systematic review of population-based cohort studies" Eur J Nutr. 2013, 52(6):1553-67.
- Ruggiero, G.M."Eating disorders in the Mediterranean area: An exploration in transcultural psychology." Nova Publishers 2003, pages 193-203.
- Saura-Calixto Fulgencio, Goñi Isabel "Definition of the Mediterranean Diet Based on Bioactive Compounds" Critical Reviews in Food Science and Nutrition 2009, 49(2):145-52.
- Serra-Majem L, Roman B, Estruch R " Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review" Nutr Rev. 2006, 64(2 Pt 2):S27-47.
- Simona Bertoli, Angela Spadafranca, Maira Bes-Rastrollo, Miguel Angel Martinez-Gonzalez, Veronica Ponissi, Valentina Beggio, Alessandro Leone, Alberto Battezzati "Adherence to the Mediterranean diet is inversely related to binge eating disorder in patients seeking a weight loss program" Clinical Nutrition 2014, Issue 1, pages 107-114.

- Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A " Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis" *American Journal of Clinical Nutrition* 2010, Volume 92, Issue 5, Pages 1189–1196.
- Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Trichopoulou A, Bamia C." Identification of change-points in the relationship between food groups in the Mediterranean diet and overall mortality: an 'a posteriori' approach" *European Journal of Nutrition* 2012, Volume 51, Issue 2, pp 167–17.
- Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A, " Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score " *Public Health Nutr.* December 2014, 17(12):2769-82.
- Solfrid Bratland-Sanda, Jorunn Sundgot-Borgen "Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment" *European Journal of Sport Science* 2013, Issue 5, pages 499-508.
- Solfrizzi V, Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Imbimbo BP, Pilotto A " Diet and Alzheimer's disease risk factors or prevention: the current evidence" *Expert Rev Neurother.* 2011, 11(5):677-708.
- Souza RG, Gomes AC, Naves MM, Mota JF " Nuts and legume seeds for cardiovascular risk reduction: scientific evidence and mechanisms of action" *Nutr Rev.* 2015,73(6):335-47.
- Sunday S R, Eihorn A, Halimi K A, " Relationship of perceived macronutrient and caloric content to affective cognitions about food in eating-disordered, restrained, and unrestrained subjects" *The American Journal of Clinical Nutrition* 1992, Volume 55, Issue 2, 1 Pages 362–371.
- Torrado Yolanda Pontes, Ana García-Villaraco Velasco, Ana Hernández Galiot and Isabel Goñi Cambrodón " A strategy for weight loss based on healthy dietary habits and control of emotional response to food" *Nutrition Hospital* 2015, 31(6):2392-2399.
- Tracie L Pasold, Wendy L Ward-Begnoche, Andy McCracken Binge eating in obese adolescents: Emotional and behavioral characteristics and impact on health-related

- quality of life" *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 2013 Volume: 19 issue: 2, page(s): 299-312.
- Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D "Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population" *N Engl J Med*. Jun 2003, 26;348(26):2599-608.
- Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, Vassilakou T, Lipworth L, Trichopoulos D." Diet and overall survival in elderly people" *BMJ* December 1995, 2;311(7018):1457-60.
- Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, Mozaffarian D, de Lorgeril M "Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world." *BMC Medicine* 2014, pages 1-16.
- Trichopoulou Antonia, Corella Dolores, Martí'nez-Gonza'lez A Miguel, Soriguier Federico and Ordovas M.Jose " The Mediterranean Diet and Cardiovascular Epidemiology" *Nutrition Reviews* Vol.64, 2006, (II)S13–S19.
- Tuschl RJ, Laessle RG, Platte P, Pirke KM, " Differences in food-choice frequencies between restrained and unrestrained eaters" *Appetite*. 1990,14(1):9-13.
- Urpi-Sarda Mireia, Casas Rosa, Chiva-Blanch Gemma, Romero-Mamani Edwin Saúl, Valderas-Martínez Palmira, Arranz Sara, Andres-Lacueva Cristina, Llorach Rafael, Medina-Remón Alex, Lamuela-Raventos M.Rosa, Estruch Ramon, " Virgin olive oil and nuts as key foods of the Mediterranean diet effects on inflammatory biomarkers related to atherosclerosis" *Pharmacological Research* 2012, 65;577–583.
- Varela-Moreiras G.,A'vila JM.,Cuadrado C.,Pozo del S.,Ruiz E.,Moreiras " Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information" *European Journal of Clinical Nutrition* 2010, 64, S37–S43.
- Verzija L Christina, Ahlich Erica, Schlauch C Robert, Rancourt Diana " The role of craving in emotional and uncontrolled eating" *Appetite* 123, 2017 146-151.

- Wardle J, Griffith J, Johnson F, Rapoport L " Intentional weight control and food choice habits in a national representative sample of adults in the UK" *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000, 24(5):534-40.
- Willet C, Walter, Howe R, Geoffrey and Kushi H, Lawrence " Adjustment for total energy in take in epidemiologic studie" *Am J Clin Nutr* 1997, 65(suppl):1220S-8S.
- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D " Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating" *Am J Clin Nutr.* 1995, 61(6 Suppl):1402S-1406S.
- Wit de L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P." Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies" *Psychiatry Res.* 2010,30;178(2):230-5.
- Yannakoulia Mary, Meropi Kontogianni, Nikolaos Scarmeas "Cognitive health and Mediterranean Diet: Just diet or lifestyle pattern?" *Ageing Research Reviews* 2015, Pages 74-78.
- Zamora-Ros R, Andres-Lacueva C, Lamuela-Raventós RM, Berenguer T, Jakszyn P, Barricarte A, Ardanaz E, Amiano P, Dorronsoro M, Larrañaga N, Martínez C, Sánchez MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Tormo MJ, Quirós JR, González CA." Estimation of dietary sources and flavonoid intake in a Spanish adult population (EPIC-Spain)" *J Am Diet Assoc.* 2010, 110(3):390-8.

«Σπανουδάκη Ειρήνη, Χριστουλάκη Γαρυφαλία», Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διατροφικής συμπεριφοράς σε νέους ενήλικες που αθλούνται, ηλικίας 18-35 ετών»

Παράρτημα Α: «Μεσογειακός Τρόπος Ζωής»



Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ, Σ.Τ.Ε.Γ.-Τ.Ε.Τ., ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αριθμός Μητρώου συμμετέχοντα: _____	Ερευνητής: _____																
Εξάμηνο: _____	Ημερομηνία επαφής: __ / __ / 201 _																
A1. Φύλο συμμετέχοντα: Άντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>																	
A2. Ημερομηνία γέννησης: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr><tr><td>Ημέρα</td><td>Μήνας</td><td>Έτος</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						1	9			Ημέρα	Μήνας	Έτος					
				1	9												
Ημέρα	Μήνας	Έτος															
A3α. Εκπαίδευση συμμετέχοντα: 1. Υποχρεωτική εκπαίδευση (12 έτη) <input type="checkbox"/> 2. Άλλο πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> 3. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>																	
A3β. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα: 1. Λιγότερο από 9 έτη <input type="checkbox"/> 2. 9-12 έτη	A3γ. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας: 1. Λιγότερο από 9 έτη <input type="checkbox"/> 2. 9-12 έτη																

<input type="checkbox"/> 3. Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> 4. Απόφοιτος άλλης σχολής (πχ. ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ) <input type="checkbox"/> 5. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> 4. Απόφοιτος άλλης σχολής (πχ. ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ) <input type="checkbox"/> 5. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>
A4α. Οικογενειακό εισόδημα: 1. <12.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 2. 12.000–30.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 3. >30.000 ευρώ <input type="checkbox"/>	A4β. Προσωπικό μηνιαίο εισόδημα: 1. <300 ευρώ <input type="checkbox"/> 2. 300-600 ευρώ <input type="checkbox"/> 3. 600-900 ευρώ <input type="checkbox"/> 4. >900 ευρώ <input type="checkbox"/>
A5. Συζυγική κατάσταση: 1. Ελεύθερος / η <input type="checkbox"/> 2. Σε σχέση <input type="checkbox"/> 3. Παντρεμένος / η <input type="checkbox"/> Πόσα έτη: _____ / Ηλικία που παντρεύτηκε: ____ 4. Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Αν ναι, πόσα χρόνια διαζευγμένος: _____ 5. Χήρος / α <input type="checkbox"/> Αν ναι, πόσα χρόνια χηρείας: _____	
A6. Ζείτε μόνος ή με κάποιον άλλο αυτήν την περίοδο της ζωής σας: 1. Μόνος <input type="checkbox"/> 2. Με γονείς <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____ 3. Με αδέρφια <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____ 4. Με φίλο/ ους <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____ 5. Άλλο _____ <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____	
A7α. Είστε καπνιστής; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε κατά μέσο όρο την ημέρα; τσιγάρα/ ημέρα <u>ή</u> τσιγάρα/ εβδομάδα (αν δεν καπνίζετε καθημερινά) Ηλικία έναρξης καπνίσματος: • Αν όχι, καπνίζατε στο παρελθόν; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> -Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζατε κατά μέσο όρο στο παρελθόν; 	

<p style="text-align: center;">..... τσιγάρα/ ημέρα ή τσιγάρα/ εβδομάδα (αν δεν καπνίζατε καθημερινά)</p> <p>Ηλικία έναρξης καπνίσματος: ετών</p> <p>Ηλικία διακοπής καπνίσματος: ετών</p>
<p>A8a. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;</p> <p style="text-align: center;">όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα;</p> <p>A8c. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;</p> <p style="text-align: center;">όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, ποιά φαρμακευτική αγωγή;</p>
<p>A9. Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, τι συμπλήρωμα;</p> <p>1. Πολυβιταμινούχο <input type="checkbox"/></p> <p>2. Σιδήρου <input type="checkbox"/></p> <p>3. Φυλλικού οξέος <input type="checkbox"/></p> <p>4. Πρωτεϊνών <input type="checkbox"/></p> <p>5. Άλλο <input type="checkbox"/> (γράψτε τι είδους συμπλήρωμα)</p>
<p>A10. Για γυναίκες συμμετέχουσες:</p> <p>- A10α. Ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως: ετών / Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</p> <p>- A10β. Ηλικία διακοπής εμμήνου ρύσεως: ετών / Δεν ξέρω / Δεν απαντώ (Σε περίπτωση μη διακοπής βάλτε -)</p> <p>- A10γ. Πόσες μέρες διαρκεί ο κύκλος σας: ημέρες</p> <p>- A10δ. Είστε έγκυος αυτή την περίοδο; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/></p> <p>- A10ε. Θηλάζετε αυτή την περίοδο; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/></p>

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή μετά από μέτρηση:

Βάρος (kg)	Ύψος (cm)	Περίμετρος μέσης (cm)

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ		
Πόσες μερίδες καταναλώνετε από τα παρακάτω:		
1. Γλυκά, ζαχαρωτά	(1 μερίδα αντιστοιχεί σε: ένα τεμάχιο ή 50 g), σοκολάτα (1 μερίδα =30 g), μπισκότα (1 μερίδα =4–6 τεμάχια), μαντολάτο/νουγκατίνα (1 μερίδα= 40 g)	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Κόκκινο κρέας: βοδινό, χοιρινό, αρνί	1 μερίδα αντιστοιχεί σε 100–150 g	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
3. Επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά	(1 μερίδα αντιστοιχεί σε μια φέτα 30 g), λουκάνικο, μαλακό πικάντικο λουκάνικο (1 μερίδα αντιστοιχεί σε 50 g), Hamburger (1 μερίδα αντιστοιχεί σε 1 τεμάχιο), Συκώτι (1 μερίδα=100–150 g), Πατέ (1 μερίδα=25 g)	<u>Καταναλώνετε ≤1 μερίδα / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
4. Αυγά	(1 μερίδα= 1 αυγό)	<u>Καταναλώνετε 2-4 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
5. Όσπρια, Φακές, Φασόλια, Μπιζέλια, Ρεβίθια	(1 μερίδα=1 πιάτο ή 150 g)	<u>Καταναλώνετε ≥2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
6. Πουλερικά:	(1 μερίδα =100–150 g)	<u>Καταναλώνετε 2 μερίδες /</u>

Κοτόπουλο, γαλοπούλα, κουνέλι		<u>εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
7. Ψάρια/Θαλασσινά, Λευκά/Λιπαρά ψάρια	(1 μερίδα=100–150 g), 1 κονσέρβα περίπου 100gr., θαλασσινά (1 μερίδα =200 g)	<u>Καταναλώνετε ≥2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
8. Πατάτες φούρνου, βραστές πατάτες, τηγανιτές πατάτες	(1 μερίδα =150–200 g ή περίπου 2 μέτριες πατάτες)	<u>Καταναλώνετε ≤3 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
9. Γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά	(1 μερίδα=1 ποτήρι ή 200 ml γάλα), μαλακό τυρί	<u>Καταναλώνετε ≥2 μερίδες / ημέρα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
10. Ξηροί καρποί και ελιές,καρύδια, αμύγδαλα, φουντούκια.	Ξηροί καρποί (1 μερίδα =1 χούφτα ή 30 g), Ελιές (1 μερίδα= 10 τεμάχια)	<u>Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
11. Βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό και ρίγανη.		<u>Καταναλώνετε ≥1 μερίδα / ημέρα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
12. Φρούτα, όλα τα φρούτα και οι φρέσκοι φυσικοί χυμοί	(1 μερίδα=150–200g, π.χ: ένα μέτριο πορτοκάλι ή μια μπανάνα κανονική)	<u>Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
13. Λαχανικά, όλα	(1 μερίδα= 150–200 g)	<u>Καταναλώνετε ≥2 μερίδες /</u>

τα λαχανικά εκτός από τις πατάτες.		<u>ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
14. Ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο	(1 μερίδα=1 κουταλάκι της σούπας)	<u>Καταναλώνετε ≥3 μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
15. Δημητριακά, λευκό και ολικής άλεσης ψωμί	(1 μερίδα= 40 g), δημητριακά πρωινού ή προϊόντα δημητριακών (1 μερίδα=1 πιάτο)	<u>Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ		
16. Νερό η αφεψήματα βοτάνων	(1 μερίδα= 1 ποτήρι)	<u>Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ ημέρα ή ≥3 μερίδες αφεψήματος/ εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
17. Κρασί λευκό/κόκκινο	(1 μερίδα= 1 ποτήρι)	<u>Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
18. Σνακ, πατατάκια, ποπ κόρν	(1 μερίδα= 1 σακουλάκι ή 50 g)	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες /εβδομ.)</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
19. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
20. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής άλεσης; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
21. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
22. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματα σας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
Φυσική δραστηριότητα, ξεκούραση, κοινωνικές		

συνήθειες, ευθυμία	
23. Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα (πχ. Τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική, κηπουρική) για περισσότερο από 150 λεπτά εβδομάδα ή 30 λεπτά/ημέρα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
24. Κοιμάστε συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα Σαββατοκύριακα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
25.Κοιμάστε 6-8 ώρες/ ημέρα τις καθημερινές;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
26. Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα τις καθημερινές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
27. Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
28. Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα (πχ. ποδηλασία, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, κλπ.) για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

Παράρτημα Β: «Διατροφική Συμπεριφορά»

		Σίγουρα σωστό	Σχεδόν σωστό	Σόν λάθος	Σίγουρα λάθος
1.	Όταν μυρίσω μια ζεστή μπριζόλα ή ένα ζουμερό κομμάτι κρέας, το βρίσκω πολύ δύσκολο να αντισταθώ και να μην το καταναλώσω ακόμα και αν έχω μόλις τελειώσει το γεύμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Συνειδητά καταναλώνω μικρές μερίδες με σκοπό να ελέγξω το βάρος μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Όταν νιώθω ανήσυχος πιάνω τον εαυτό μου να τρώει.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Μερικές φορές όταν αρχίζω να τρώω νιώθω ότι δε μπορώ να σταματήσω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Όποτε είμαι με κάποιον που τρώει, νιώθω αρκετά πεινασμένος για να φάω και εγώ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Όταν είμαι μελαγχολικός, συχνά τρώω περισσότερο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Όταν βλέπω κάτι λαχταριστό, πεινάω τόσο πολύ που πρέπει να το φάω αμέσως.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Κάποιες φορές πεινάω τόσο πολύ που νιώθω ένα τεράστιο κενό στο στομάχι.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Νιώθω πάντα πολύ πεινασμένος και για αυτό μου είναι δύσκολο να σταματήσω να τρώω αν δεν έχω τελειώσει όλο το φαγητό από το πιάτο μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Όταν νιώθω μοναξιά, παρηγορώ τον εαυτό μου τρώγοντας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Συνειδητά συγκρατούμαι στα γεύματα προκειμένου να μην αυξήσω το βάρος μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Δεν τρώω κάποια τρόφιμα επειδή με παχαίνουν.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Νιώθω πάντα αρκετά πεινασμένος/η για να φάω οποιαδήποτε στιγμή.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Μόνο την ώρα των γευμάτων	Μερικές φορές μεταξύ των γευμάτων	Συχνά μεταξύ των γευμάτων	Σχεδόν πάντα
14.	Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι πεινάς;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Συνήθως	Σχεδόν πάντα
15.	Πόσο συχνά αποφεύγεις να αποθηκεύεις «δελεαστικά» τρόφιμα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Απίθανο	Ελαφρώς πιθανό	Μετρίως πιθανό	Πολύ πιθανό
16.	Πόσο πιθανό είναι να επιλέγεις να τρως λιγότερο από όσο θέλεις;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα
17.	Πόσο συχνά καταναλώνεις σε ένα γεύμα μεγάλη ποσότητα φαγητού, ενώ δεν πεινάς;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 8, όπου το 1 σημαίνει καμία αυτοσυγκράτηση στο φαγητό (καταναλώνεις ό,τι επιθυμείς, όποτε το θέλεις) και το 8 σημαίνει απόλυτη αυτοσυγκράτηση (περιορίζοντας συνεχώς την πρόσληψη τροφής, χωρίς ποτέ να εγκαταλείπεις), πώς θα βαθμολογούσες τον εαυτό σου;				
	----- (Σημειώστε το νούμερο από 1 έως 8)				

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και τα άρθρα 2, 4, 6 παρ.3 του Ν.1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.