



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΕΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΡΟΦΙΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ
ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΦΑΓΟΓΕΝΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα. ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΗΤΕΙΑ 2020



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF AGRICULTURAL, FOOD AND NUTRITION
DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS**

THESIS:

**EATING BEHAVIORS AND MEDITERRANEAN LIFESTYLE
AT STUDENTS OF NUTRITION AND DIETETICS**

FAGOGENIS AGGELOS

SUPERVISOR PROFESSOR:

Charonitaki Aikaterini

SITIA 2020

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στην Ευφροσύνη Ροή. Καλό ταξίδι.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κυρία Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, για την υποστήριξη και την βοήθεια που μου έδωσε στην προσπάθεια αυτή. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους κοντινούς μου ανθρώπους για την υπομονή και την κατανόηση που έδειξαν κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η διατροφική συμπεριφορά είναι ο συνδυασμός διάφορων μεταβλητών, που συντελούν στην απόφαση του ατόμου για την ποιότητα, την ποσότητα και το είδος του φαγητού που θα καταναλώσει και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Η μελέτη των διατροφικών συμπεριφορών και του επιπολασμού τους μπορεί να φανεί χρήσιμη στη κατανόηση της σχέσης μεταξύ διατροφής και υγείας, καθώς και στο σχεδιασμό στρατηγικών για την αντιμετώπιση των διατροφικών ζητημάτων που απασχολούν σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως η παχυσαρκία. Μια κρίσιμη περίοδος για την διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών είναι κατά τη φοίτηση σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η μετάβαση από την εφηβεία στη ενήλικη ζωή και η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον, καθιστούν για πρώτη φορά κάποιον αποκλειστικά υπεύθυνο για τις διατροφικές του επιλογές. Παρά την ευρεία αναγνώριση των ευεργετικών επιδράσεων της Μεσογειακής διατροφής για τον οργανισμό, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση απομάκρυνσης από αυτό το πρότυπα, και η υιοθέτηση ενός πιο δυτικοποιημένου προτύπου διατροφής. Οι φοιτητές σχολών που σχετίζονται με την διατροφή, θεωρούνται ως ομάδα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν διαταραχές στη διατροφική τους συμπεριφορά, χωρίς να μπορεί να αποσαφηνιστεί αν αυτό προκύπτει από την επαφή τους με το πρόγραμμα σπουδών και τις προσωπικές τους εμπειρίες ή από την πεποίθηση ότι η εμφάνιση τους προδιαθέτει την επιτυχία τους σε επαγγελματικό επίπεδο

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης Διατροφικής συμπεριφοράς και του βαθμού προσκόλλησης στον Μεσογειακό τρόπο ζωής των φοιτητών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, και αν επηρεάζεται από το έτος φοίτησης και το φύλο.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 100 φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας, 72 γυναίκες και 28 άνδρες. Η προσκόλληση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου MedLife Index και η Διατροφική συμπεριφορά με το ερωτηματολόγιο TFEQ-R18(Three Factors Eating Questionnaire – R18). Επίσης, δόθηκε προς συμπλήρωση ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Τέλος, μετρήθηκε το σωματικό βάρος και το ύψος τους.

Αποτελέσματα: Ο βαθμός συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής βρέθηκε πως συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την πτυχή της Νοητικής συγκράτησης τροφής. Πιο

συγκεκριμένα βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση της συγκεκριμένης πτυχής της Διατροφικής συμπεριφοράς με την συνολική βαθμολογία της συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής με ($p=0,001$), αλλά και με τις υποκλίμακες της κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής ($p=0.001$) και την υποκλίμακα των Μεσογειακών διατροφικών συνηθειών. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε πως άτομα με μεγαλύτερη βαθμολογία Νοητικής συγκράτησης τροφής είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην συνολική βαθμολογία της προσκόλλησης στον Μεσογειακό τρόπο ζωής, καθώς και στην υποκλίμακα της κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και των Μεσογειακών διατροφικών συνηθειών. Επιπλέον, φάνηκε πως υπάρχει συσχέτιση της πτυχής του Συναισθηματικού φαγητού με το φύλο ($p=0,008$), με τους άνδρες να δείχνουν πως είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, χωρίς να μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα καθώς ο αριθμός των αντρών που συμμετείχε στην έρευνα είναι πολύ μικρός.

Συμπεράσματα: Ο βαθμός συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με συγκεκριμένη πτυχή της Διατροφικής συμπεριφοράς, την Νοητική συγκράτηση τροφής.

Λέξεις κλειδιά: Διατροφική συμπεριφορά, Μεσογειακή Διατροφή, Μεσογειακός τρόπος ζωής, Φοιτητές και Διατροφή

ABSTRACT

Introduction: Eating behavior is the combination of different variables, that contribute to the decision of a person, about the quality, quantity and the kind of food he consumes and is affected by various factors. The study of Eating behaviors and its prevalence can be useful to the understanding of the association between nutrition and health, as well as the design of strategies against nutritional issues, such as obesity. A crucial period for the configuration of eating habits is the period studying in the university. The transition from puberty to adult life and the departure from the family environment, make someone for the first time in his life responsible for his own eating choices. Despite the recognition of the health benefits of the Mediterranean diet, in recent years there is a tendency of abandonment of that dietary pattern, and adoption of more westernized eating patterns. Students that study nutrition are considered as a group of high risk for disturbed eating behaviors. This cannot be clarified as a result of their attendance of the curriculum and personal experiences or from the belief that a certain appearance could guaranty the success in this profession.

Aim: The investigation of Eating behavior and adherence of the Mediterranean lifestyle among students of the department of Nutrition and Dietetics, and if it's related with the years of study and gender.

Methods: In this cross-sectional study participated 100 students, 72 women and 28 men. The adherence to the Mediterranean lifestyle evaluated by the use of MedLife Index Questionnaire and Eating behavior by the use of TFEQ-R18 (Three Factors Eating Questionnaire – R18). Furthermore, the participants provided with properly designed questionnaire on socio-demographics traits. Body weights and height are also measured.

Results: The total score of Mediterranean lifestyle was related to Cognitive eating. In particular, statistically important negative association between this aspect of Eating behavior with the total score of the Mediterranean lifestyle ($p=0,001$), and also with the subscales of Mediterranean food consumption ($p=0.001$) and the Mediterranean eating habits ($p=0.02$). Analysis of the results revealed that people with high score of Cognitive eating had lower score of adherence to Mediterranean lifestyle, as well as on the subscales of Mediterranean food consumption and Mediterranean eating habits. Moreover, Emotional eating was associated with gender ($p=0.008$), with men being more prone of to this behavior, without

clear conclusions can be drawn because the number of male participants in the study was very low.

Conclusion: Adherence to the Mediterranean lifestyle was associated with aspect of Eating behavior, the Cognitive eating.

Key words: Eating behavior, Mediterranean diet, Mediterranean lifestyle, Students and Nutrition

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	3
1.Μεσογειακή Διατροφή.....	6
1.1 Ιστορία της διατροφής γύρω από τη Μεσόγειο Θάλασσα.....	6
1.1.1 Διαμόρφωση της Μεσογειακής διατροφής.....	6
1.1.2 Η βιωσιμότητα της Μεσογειακής Διατροφής σήμερα.....	10
1.2 Μεσογειακή Διατροφή: από ιδέα στην επιστημονική ανάπτυξη.....	15
1.2.1. Η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής.....	16
1.3 Μεσογειακή Διατροφή και Υγεία.....	20
1.3.1 Καρδιαγγειακά νοσήματα.....	20
1.3.2 Νευροεκφυλιστικές ασθένειες.....	21
1.3.3 Καρκίνος.....	21
2. Διατροφικές συμπεριφορές.....	23
2.1 Τρόποι αξιολόγησης της διατροφικής συμπεριφοράς.....	23
2.1.1 Ποιοτικές έρευνες.....	23
2.1.2 Ποσοτικές έρευνες.....	24
2.2 Τι επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά.....	27
2.3 Διαστάσεις διατροφικής συμπεριφοράς.....	33
2.3 Φοιτητική ζωή και διατροφική συμπεριφορά.....	35
3 Ερευνητικό μέρος.....	38
3.1 Μεθοδολογία.....	38
3.2 Αποτελέσματα.....	40
3.3 Συμπεράσματα.....	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75

1.Μεσογειακή Διατροφή

1.1 Ιστορία της διατροφής γύρω από τη Μεσόγειο Θάλασσα

1.1.1 Διαμόρφωση της Μεσογειακής διατροφής

Για να κατανοηθεί η ιστορία της Μεσογειακής διατροφής θα πρέπει να ληφθεί υπόψη μια σειρά από μεταβλητές οι οποίες οδήγησαν στην διαμόρφωση της. Θα πρέπει να αναλογιστεί κανείς τη γλωρίδα και την πανίδα που ενδημεί στη περιοχή αυτή, τα προϊόντα που παράγονται και τα προϊόντα που εισάγονται από άλλες περιοχές, το κλίμα που επικρατεί και το πώς οι κάτοικοι της περιοχής διαχειριστήκαν τους πόρους αυτούς για να καλύψουν τις διατροφικές και όχι μόνο ανάγκες τους. Επιπλέον, πρέπει να σκεφτούμε και τις πολιτικές συνθήκες, τις φυσικές καταστροφές, τις πολιτιστικές επιδράσεις και τα στοιχεία της καθημερινότητας των ανθρώπων που κατοικούν στις περιοχές αυτές και πληθυσμών που μετανάστευσαν σε αυτές, όπου επηρέασαν τον τρόπο με τον οποίο τρέφονται (Essid, 2012).

Στην μελέτη της ιστορίας της Μεσογειακής διατροφής έρχεται κανείς αντιμέτωπος με ένα περίπλοκο φαινόμενο, λόγω της ανομοιομορφίας που υπάρχει στον πληθυσμό της περιοχής, απόρροια της πολυπολιτισμικότητας και των διαφορετικών πρακτικών και συνηθειών στη διατροφή. Για τον λόγο αυτό η Μεσογειακή διατροφή δεν μπορεί να περιγραφεί ως μία και μοναδική, αλλά αποτελούμενη από πολλές, όσες και οι διαφορετικοί πολιτισμοί που αναπτύχθηκαν ανά τους καιρούς, οι διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις που επηρέασαν τον τρόπο ζωής και κατ' επέκταση τη διατροφή και σφυρηλάτησαν τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Στο Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, τα γεύματα δεν έχουν σαν αποκλειστικό σκοπό τη θρέψη, αλλά αποτελούν μία πράξη κοινωνικότητας, μια ευκαιρία για τους ανθρώπους να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να αναπτύξουν δεσμούς. Τα παραδοσιακά πιάτα, είναι βαθιά σε συμβολισμό, και αντανakλούν κοινές πεποιθήσεις και πρακτικές που δεν περιορίζονται από τα σύνορα, γλώσσες ή θρησκείες (Essid, 2012).

Η διαμόρφωση της Μεσογειακής Διατροφής και του Μεσογειακού τρόπου ζωής είναι μια δυναμική διαδικασία που ξεκινά με τις πρώτες μορφές πολιτισμού που αναπτύχθηκαν γύρω από τη μεσογειακή λεκάνη και αποτελεί ένα συνονθύλευμα πολλών και διαφορετικών πολιτισμών που κατά καιρούς κυριάρχησαν σε αυτή. Αιγύπτιοι, Φοίνικες, Καρχηδόνιοι, Αρχαίοι Έλληνες, Ρωμαίοι, Άραβες, Οθωμανοί είναι κάποιοι από τους λαούς που ανά περιόδους είχαν εδαφική και πολιτισμική επιρροή στην περιοχή (Bispham, Harrison, & Sparkes, 2006).

Η Μεσογειακή διατροφή έχει τις ρίζες της στην Μέση Ανατολή, που ήταν τόπος μεγάλης πολιτισμικής ανάπτυξης κατά την εποχή του χαλκού, με τους Αιγύπτιους, τους Φοίνικες να κυριαρχούν στην περιοχή της ανατολικής μεσογείου. Κατά την περίοδο εκείνη άνησε στον ελλαδικό χώρο ο μινωικός πολιτισμός, που βρισκόμενος σε στρατηγικό σημείο, αποτέλεσε τόπο απορρόφησης πολιτιστικών στοιχείων από Μέση ανατολή, Αίγυπτο και την υπόλοιπη Ευρώπη (Altomare et al., 2013).

Η διατροφή τους περιελάμβανε μεγάλες ποσότητες δημητριακών, που καταναλώνονταν σε διάφορες μορφές, όπως πόριτζ (γάλα ή νερό με δημητριακά, βρασμένο μέχρι να γίνει χυλός), ψωμί και διάφορες μορφές αρτοσκευασμάτων. Κατανάλωναν, επίσης, όσπρια: αρακά, φασόλια, ρεβίθια, φακές και ελαιόλαδο που παραγόταν στις περιοχές της σημερινής Συρίας και Παλαιστίνης από το 3000 π.Χ. Επιπλέον, φρούτα όπως τα μήλα, τα ρόδια, τα κυδώνια, τα σύκα φρέσκα ή αποξηραμένα και ξηροί καρποί όπως τα φιστίκια, τα αμύγδαλα, οι χουρμάδες κατείχαν σημαντικό ρόλο στη διατροφή των πληθυσμών αυτών. Πηγές ζωικών τροφίμων στη διατροφή προέρχονταν από τη εκτροφή βοοειδών, προβάτων, πουλερικών, το κυνήγι και την επεξεργασία του γάλακτος (Essid, 2012).

Στην αρχαία Ελλάδα η διατροφή χαρακτηριζόταν από λιτότητα στην ποσότητα της τροφής που καταναλωνόταν, αλλά με μεγάλη ποικιλία στα τρόφιμα. Με τις διεθνοποιημένες, για την εποχή, εμπορικές σχέσεις που είχαν αναπτυχθεί από τις πόλεις κράτη με τις γειτονικές περιοχές αλλά και με το ευνοϊκό κλίμα που επικρατούσε στον ελληνικό χώρο για την ανάπτυξη της καλλιέργειας και άλλων αγροτικών εργασιών, αναπτύχθηκε μια πλούσια διατροφική παράδοση. Έτσι στο τραπέζι μπορούσαν να βρεθούν μπαχαρικά από τις χώρες της Ασίας, σιτηρά, ξηροί καρποί και φρούτα από τη Μαύρη θάλασσα, κρασιά από τα νησιά του Αιγαίου και φρούτα και λαχανικά εκτός εποχής από τη νότια Ιταλία και την Αφρική (Ματάλα, 2015). Οι αρχαίοι Έλληνες διατηρούσαν οικόσιτα ζώα, όπως αιγοπρόβατα, χοίρους και βοοειδή, βασικός ρόλος των οποίων ήταν να παρέχουν γάλα για τη παρασκευή τυριού. Η κατανάλωση ψαριού υπερείχε στις διατροφικές τους συνήθειες. Μεγάλη, επίσης, ήταν η ανάπτυξη της αρτοποιίας, με την Αθήνα να έχει μεγάλη φήμη στο τομέα αυτό, στην αγορά της οποίας υπήρχε μεγάλη ποικιλία σε πίτες, αλμυρές και γλυκές. Στην επαρχία των πόλεων καλλιεργούνταν διάφορα είδη λαχανικών, όπως κρεμμύδια, σκόρδα, σπαράγγια, γογγύλια, καρότα, μαρούλια, λάχανα, πικραλίδες, αγκινάρες. Ακόμα, καταναλωνόταν αρακάς, ρεβίθια και άλλα όσπρια μαγειρεμένα, σε μορφή πουρέ. Φρούτα, όπως ρόδια, σταφύλια, δαμάσκηνα, αχλάδια, μήλα, μούσμουλα, σύκα, μούρα, και ξηροί καρποί, καρύδια, αμύγδαλα, καταναλώνονταν σαν επιδόρπιο, φρέσκα είτε αποξηραμένα. Το κρασί ήταν ένα

ακόμη σημαντικό στοιχείο στην διατροφή τους, καθώς δεν αποτελούσε μόνο ένα διατροφικό στοιχείο απαραίτητο σε κάθε γεύμα αλλά και τρόπο ψυχαγωγίας, καθώς η οινοποσία αποτελούσε μέρος των συμποσίων. Η λιτότητα δεν έλειπε στην κατανάλωση κρασιού, αφού συνήθιζαν να το καταναλώνουν αραιωμένο με νερό (Ματάλα, 201).

Η διατροφή είχε μεγάλη σημασία για τους αρχαίους Έλληνες καθώς αποτελούσε έναν δείκτη υγείας. Ο όρος δίαιτα περιελάμβανε όχι μόνο την διατροφή, αλλά τον συνολικό τρόπο διαβίωσης, δηλαδή, εκτός από τις διατροφικές συνήθειες, περιλάμβανε και τις συνήθειες που σχετίζονται με την άσκηση και τον ύπνο (Dernini, Berry, Bach-faig, Donini, & Cannella, 2012). Η ολιστική προσέγγιση, με την οποία τα ιπποκρατικά κείμενα περιγράφουν την υγεία, αναδεικνύει την διατροφή και την φυσική δραστηριότητα σαν δείκτες καλής υγείας του ανθρώπου. Πέραν αυτού, οι ιπποκρατικοί ιατροί, απέδιδαν ιδιαίτερη βαρύτητα στις θεραπευτικές ιδιότητες των τροφίμων, με σκοπό την χρήση της γνώσης αυτής για την αποκατάσταση ή την διατήρηση της υγείας των ασθενών (Ματάλα, 2015a).

Κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής κυριαρχίας στη Μεσόγειο υπήρξαν μεγάλες καινοτομίες στον αγροτικό τομέα. Η διατροφή κατά τα ρωμαϊκά χρόνια ήταν βασισμένη στη διατροφή των αρχαίων Ελλήνων. Οι Ρωμαίοι, με τα μεγάλα έργα άρδευσης που πραγματοποίησαν, επέτρεψαν την εντατικοποίηση της καλλιέργειας της ελιάς και των αμπελιών, καθώς επίσης των πράσινων λαχανικών και των οσπρίων, μετατρέποντας τις επαρχίες στη βόρεια Αφρική στον σιτοβολώνα της αυτοκρατορίας. Υπήρχαν μεγάλα κοπάδια αιγοειδών, όπου το γάλα και το τυρί που παραγόταν είχε υψηλή αξία για την εποχή. Από την άλλη πλευρά τα βοοειδή χρησιμοποιούνταν κατά κύριο λόγο ως ζώα μεταφοράς και δεν καταναλωνόταν το κρέας και το γάλα τους (Essid, 2012).

Κατά την περίοδο της Βυζαντινής Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος καλλιέργειας δεν άλλαξαν σε μεγάλο βαθμό, αλλά μεγάλωσε η ψαλίδα μεταξύ των οικονομικών τάξεων και υπήρξε έντονη θρησκευτική παρέμβαση. Η επικράτηση του Χριστιανισμού και η υιοθεσία του ως επίσημης θρησκείας, επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τη διατροφή μέσω των περιορισμών που επιβλήθηκαν από την εκκλησία. Οι περιορισμοί αυτοί, εκτός από συμβολικό χαρακτήρα, είχαν και πρακτική εφαρμογή στην καθημερινή ζωή και κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η σαρακοστιανή νηστεία, που εποχιακά συνέπιπτε με την αναπαραγωγή των αιγοπροβάτων. Η αποχή από την κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών βοήθησε στην ομαλή ανάπτυξη νεογέννητων ζώων, όπου αποτελούσε σημαντικό στοιχείο στην αγροτικής φύσεως κοινωνία. Επίσης, η

αποχή από την κατανάλωση ελαιολάδου σε περιόδους νηστείας, βοηθούσε στην ισοσκελίση της οικονομίας, καθώς η παραγωγή του ελαιολάδου αποτελούσε μία χρονοβόρα και κοστοβόρα για την εποχή διαδικασία (Ματάλα, 2015a). Οι κύριες πηγές καταγραφής των διατροφικών συνηθειών κατά την Βυζαντινή περίοδο έρχονται από διπλωματικές αναφορές και βιογραφίες των μελών της αυτοκρατορικής οικογένειας. Σύμφωνα με αυτές τις καταγραφές γνωρίζουμε πως κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες ψαριών και θαλασσινών. Φρούτα, όπως μήλα, πεπόνια, χουρμάδες, σύκα, σταφύλια και ρόδια, καταναλώνονταν είτε φρέσκα είτε μαγειρεμένα. Κατανάλωναν όλα τα κρέατα συμπεριλαμβανομένου του χοιρινού και διάφορων πουλερικών. Τους ξηρούς καρπούς τους χρησιμοποιούσαν σε συνταγές ή τους σέρβιραν ξεχωριστά (Essid, 2012)

Κατά τον 7^ο μΧ. αιώνα καταφθάνουν στη περιοχή της Μεσογείου οι Άραβες, ως η νέα και ραγδαία αναπτυσσόμενη κυρίαρχη δύναμη στην περιοχή. Με ελάχιστες εξαιρέσεις η διατροφή των Αράβων ήταν σε μεγάλο βαθμό χορτοφαγική, με ποικιλία στα ζυμαρικά όπου ήταν ένας πολύ καλός τρόπος συντήρησης τροφίμων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό οφείλεται κυρίως στους διατροφικούς περιορισμούς που η μουσουλμανική θρησκεία επιβάλλει στους πιστούς της και στο νομαδικό χαρακτήρα της ζωής, που κυριαρχούσε στους πληθυσμούς αυτούς. Αν και οι Ρωμαίοι βελτίωσαν και εκμοντέρνισαν την αγροτική παραγωγή, με την εδαφική επέκταση του Ισλάμ εισήχθησαν νέα προϊόντα και μέθοδοι καλλιέργειας. Η άφιξή τους συνοδεύτηκε με την εξάπλωση της καλλιέργειας και κατανάλωσης εσπεριδοειδών, του ρυζιού, της ζάχαρης και των ζυμαρικών στην περιοχή της μεσογειακής λεκάνης (Essid, 2012). Κατά την περίοδο αυτή οι κατακτητές αντικατέστησαν την παραγωγή σιταριού με κριθάρι λόγω του φθηνότερου κόστους το οποίο είχε, για να υποστηρίξουν τις ανάγκες σίτισης του γενικού πληθυσμού. Η καλλιέργεια της ελιάς, που τα προηγούμενα χρόνια είχε εξασθενήσει, ανέκαμψε. Η καλλιέργεια του αμπελιού, που κατά τα Ρωμαϊκά και Βυζαντινά χρόνια είχε ανθίσει, μειώθηκε σημαντικά, αφού κατά το Κοράνι απαγορεύεται η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (Ματάλα, 2015a). Άλλα είδη τα οποία εισήχθησαν και καλλιεργήθηκαν είναι τα πορτοκάλια και τα λεμόνια, τα σύκα, τα φιστίκια, τα καρύδια, τα αμύγδαλα, τα χαρούπια, τα τζιτζιφά, τα βερίκοκα, τα δαμάσκηνα, τα μήλα, τα μούσμουλα, οι αζερόλες, τα αχλάδια, τα ρόδια, οι μαύρες και οι ξανθιές σταφίδες. Επίσης, υπήρξε εντατική καλλιέργεια οσπρίων, όπως των φασολιών, της φακής, των ρεβιθιών και λαχανικών όπως, τα πράσινα φασόλια, μελιτζάνες, σπαράγγια, μαρούλια, λάχανα, κουνουπίδια, καρότα, αγγούρια, σκόρδο και κρεμμύδια (Essid, 2012).

Ένα άλλο γεγονός που επηρέασε διατροφικά του κατοίκους στην περιοχή της Μεσογείου, είναι η ανακάλυψη του νέου κόσμου από τον Χριστόφορο Κολόμβο το 1492. Η ανακάλυψη αυτή επηρέασε την διατροφή με 2 τρόπους. Με την εισαγωγή νέων τροφίμων που είτε είχαν βελτιωμένη θερμιδική και θρεπτική αξία από ήδη υπάρχοντα προϊόντα είτε χρησιμοποιήθηκαν ως συνοδευτικά σε ήδη υπάρχοντα τρόφιμα αυξάνοντας την περιεκτικότητα σε βιταμίνες και βελτιώνοντας την γεύση (Nathan & Nancy, 2010). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η πατάτα και η ντομάτα. Η πατάτα έγινε δημοφιλής λόγω της θρεπτικότητας της και πλέον αποτελεί συστατικό σε πολλές συνταγές, με μεγάλη ποικιλία στους τρόπους μαγειρέματος και κατανάλωσης. Η ντομάτα με τη σειρά της αποτέλεσε το πρώτο κόκκινο λαχανικό και πλέον ένα αναπόσπαστο κομμάτι της Μεσογειακής διατροφής σε βαθμό που αποτελεί σήμα κατατεθέν της. Άλλα είδη που εισήχθησαν είναι το καλαμπόκι, το πιπέρι, το τσίλι και διαφορές ποικιλίες οσπρίων (Nathan & Nancy, 2010; Ματάλα, 2015a)

1.1.2 Η βιωσιμότητα της Μεσογειακής Διατροφής σήμερα

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ζωντανή και εξελισσόμενη, αποτέλεσμα της ιστορίας χιλιάδων ετών στη Μεσογειακή λεκάνη. Το 2010 η Μεσογειακή Διατροφή καταχωρήθηκε στη λίστα άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς της ανθρωπότητας της UNESCO, όπου αναφέρθηκε: *‘‘Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται ως ένα μοντέλο το οποίο έχει μείνει σταθερό στο χρόνο και το χώρο, αποτελούμενο κυρίως από ελαιόλαδο, δημητριακά, φρέσκα ή αποξηραμένα φρούτα και λαχανικά, από μέτρια κατανάλωση ψαριού, γαλακτοκομικών προϊόντων και κρέατος, και από πολλά καρυκεύματα και μπαχαρικά, όλα συνοδευόμενα από κρασί ή άλλα προϊόντα έκχυσης, πάντα με σεβασμό στις πεποιθήσεις κάθε κοινότητας.’’* (UNESCO, 2010).

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ευρέως αναγνωρισμένη στην επιστημονική κοινότητα ως ένα διατροφικό πρότυπο υγιεινής διατροφής και η συμμόρφωση σε αυτό έχει σημαντικά οφέλη στην υγεία (Maillot, Issa, Vieux, Lairon, & Darmon, 2011). Τα οφέλη στην υγεία από την συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή και η δράση πρόληψης χρόνιων ασθενειών έχουν καθιερωθεί στην επιστημονική κοινότητα από τα αποτελέσματα της πρωτοποριακής έρευνας που διεξήγαγε ο Ancel Keys, την Μελέτη των Επτά Χωρών, όπου η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με σημαντική μείωση της συχνότητας της θνησιμότητας από στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (Lacirignola et al., 2015; Moro, 2016).

Με τον γενικό όρο Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζουμε ένα κοινό διατροφικό πρότυπο στις Μεσογειακές χώρες, αλλά υπάρχουν διαφορετικά διατροφικά μοντέλα στους διαφορετικούς πληθυσμούς που κατοικούν σε αυτές. Η Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι ομοιογενής και χαρακτηρίζεται από τις διαφορές διατροφικές κουλτούρες, παραδόσεις και προϊόντα στις χώρες που συνορεύουν με τη μεσογειακή λεκάνη, όπου αντανακλά σε ένα βαθμό θρησκευτικές και πολιτιστικές διαφορές που επικρατούν στην περιοχή (Essid, 2012).

Σήμερα, στην περιοχή της μεσογειακής θάλασσας, επικρατεί μεγάλη ανισότητα στις σχέσεις μεταξύ των βόρειων και νότιων χωρών. Η ετερογένεια αυτή, ανάμεσα στις δύο όχθες του μεσογειακού κόσμου, προκύπτει από τις παρούσες οικονομικές και κοινωνικές διαφορές που εστιάζουν στα διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην πυκνότητα των πληθυσμών στις αγροτικές περιοχές, στη διαθεσιμότητα των φυσικών πόρων, στη κλιματική αλλαγή και την απώλεια της βιοποικιλότητας. Υπάρχει μία αντίθεση στον τρόπο διατροφής ανάμεσα στις βόρειες χώρες της Μεσογείου, στις βαλκανικές/ανατολικές και στις νότιες. Στις νότιες μεσογειακές χώρες η διατροφή είναι κυρίως χορτοφαγική και μόνο ένα μικρό μέρος των ενεργειακών αναγκών των ανθρώπων που κατοικούν σε αυτές προέρχεται από τρόφιμα ζωικής προέλευσης. Τα δημητριακά είναι το βασικό στοιχείο στη διατροφή τους και τα όσπρια κύρια πηγή πρωτεϊνών. Στις βόρειες μεσογειακές χώρες, η διατροφή έχει σε μεγαλύτερη περιεκτικότητα τρόφιμα ζωικής προέλευσης. Στις βαλκανικές χώρες η διατροφή είναι πλουσιότερη σε ζωικής προέλευσης τρόφιμα από τις νότιες, και σε όσπρια και δημητριακά από τις βόρειες Μεσογειακές χώρες (Padilla, 2008).

Παραδόξως, παρά τα αδιαμφισβήτητα οφέλη στην υγεία, το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, φαίνεται να ακολουθείται όλο και λιγότερο από τους κατοίκους των χωρών της Μεσογείου. Παρά την όλο και αυξανόμενη αναγνώριση του Μεσογειακού προτύπου διατροφής από την διεθνή επιστημονική κοινότητα, η διατροφική τάση των πληθυσμών των χωρών της Μεσογείου φαίνεται να βαδίζει σε άλλα μοντέλα με υψηλότερη αναλογία σε ενεργειακά πυκνότερα τρόφιμα. Στις Μεσογειακές χώρες η “διατροφική μετάβαση” αυτή και η απομάκρυνση από το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο συνδέονται με κοινωνικά, οικονομικά, διατροφικά, περιβαλλοντικά, πολιτισμικά ζητήματα καθώς και με άλλα που αφορούν την υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο θέτεται σε κίνδυνο η “τροφική και θρεπτική ασφάλεια” (Dernini & Berry, 2015).

Η “τροφική ασφάλεια” ορίζεται ως η διαρκής φυσική, κοινωνική και οικονομική πρόσβαση σε επαρκές, ασφαλές και θρεπτικό φαγητό ικανό να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες και

προτιμήσεις για έναν ενεργό και υγιή τρόπο ζωής και έχει τέσσερις παραμέτρους που αφορούν τη διαθεσιμότητα των τροφίμων, τη πρόσβαση στα τρόφιμα, τον τρόπο χρήσης των τροφίμων και τη σταθερή παροχή αυτών (Carone, El Bilali, Debs, Cardone, & Driouech, 2014).

Η “θρεπτική ασφάλεια” ορίζεται ως η επαρκής διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών, ενέργειας, βιταμινών και ιχνοστοιχείων για όλα τα μέλη ενός νοικοκυριού σε κάθε στιγμή. Υπάρχουν τρεις παράμετροι που σχετίζονται με την πρόσβαση σε ποσότητα φαγητού αρκετή για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών ενός ατόμου, τις πρακτικές σίτισης, την υγιεινή και τη υγεία (Carone et al., 2014).

Οι χώρες στη περιοχή της Μεσογείου βρίσκονται σε μια διαδικασία διατροφικής μετάβασης κατά την οποία συνυπάρχουν προβλήματα κακής θρέψης, αυξημένου βάρους, παχυσαρκίας και χρόνιων νοσημάτων που συνδέονται με τη διατροφή (WHO, 2010). Εκτιμάται πως το 2001-2003, 9,3 εκατομμύρια άνθρωποι, 3,9% του πληθυσμού της περιοχής αυτής αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υποσιτισμού. Σημαντικό ποσοστό παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών αντιμετώπιζαν προβλήματα ανάπτυξης στις νότιες και ανατολικές χώρες της μεσογειακής λεκάνης. Ενδεικτικά, στην Αίγυπτο το ποσοστό το 2012 έφτασε το 22,3 %, στο Μαρόκο το 2011 έφτασε το 14,9%, στην Αλγερία το 2012 το 11,8% και στη Συρία το 2008 στο 27,5% (Development Initiatives, 2018).

Στον αντίποδα, στις Μεσογειακές χώρες συναντώνται, επίσης, προβλήματα που σχετίζονται με αυξημένο βάρος και παχυσαρκία. Στη Γαλλία το ποσοστό παχυσαρκίας σε άνδρες και γυναίκες ξεπερνά το 20 %, όπως και στην Αλβανία, στην Ιταλία και την Κύπρο, όπου τα ποσοστά βρίσκεται σε ανάλογα μεγέθη. Στο Ισραήλ το ποσοστό παχυσαρκίας σε άνδρες και γυναίκες βρίσκεται πάνω από το 25%, στην Τουρκία το ποσοστό βρίσκεται στο 25% για τους άνδρες, 40% για τις γυναίκες. Στην Κροατία 26% και 29% για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, στην Μάλτα κοντά στο 30% και για τα 2 φύλα. Αξίζει να σημειωθεί πως προβλέψεις για το μέλλον αφήνουν μικρό παράθυρο αισιοδοξίας, αφού τα ποσοστά φαίνεται να έχουν ανοδική τάση. Στην Ελλάδα τα ποσοστά κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα και για τα δύο φύλα, αφού για τους άνδρες είναι πάνω από το 25 % και για τις γυναίκες λίγο κάτω από το 30%, με τις προβλέψεις για το 2025 να υποδεικνύουν πως πάνω από το 30% σε άνδρες και γυναίκες θα είναι στο φάσμα της παχυσαρκίας(WHO, 2018).

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε διάφορες χώρες της Μεσογείου απομακρύνεται από τον παραδοσιακό Μεσογειακό πρότυπο διατροφής και τον

γενικότερο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Η απομάκρυνση αυτή από τη Μεσογειακή διατροφή εγείρει δύο κύριους διατροφικούς παράγοντες ανησυχίας: την αύξηση στην κατανάλωση τροφίμων με μεγάλη περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά οξέα και την αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης, την μειωμένη κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες, όπως δημητριακά και όσπρια (Maillot et al., 2011). Η πληθυσμιακή αύξησης στο χώρο της Μεσογείου σηματοδοτείται από την αύξηση του χάσματος μεταξύ βορείων και νοτίων χωρών (Chabason, Chouvet, & Giraud, 2012). Στις βόρειες χώρες ο πληθυσμός πλήττεται από υπογεννητικότητα και σαν αποτέλεσμα γερνά. Στις νότιες χώρες ο πληθυσμός αυξάνεται εκθετικά. Εκτιμάται ότι το 2020 το 36% του πληθυσμού των νοτίων Μεσογειακών χωρών θα είναι κάτω των 20 ετών, ενώ στις βόρειες χώρες το 20% (Padilla, 2008).

Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, είχε σαν αποτέλεσμα την αλλαγή του τρόπου διακίνησης και της διαθεσιμότητας των τροφίμων στην περιοχή της Μεσογείου. Οι νέες μορφές διανομής και πωλήσεων, αύξησαν τη διαθεσιμότητα συγκεκριμένων τροφίμων, οδηγώντας στην αλλοίωση της παραδοσιακής Μεσογειακής διάρθρωσης των τροφίμων στις βόρειες χώρες και σε σημαντικές διατροφικές ανισορροπίες στις νότιες. Επιπλέον, υπήρξαν αλλαγές στη τρόπο ζωής και στις διατροφικές συνήθειες ως αποτέλεσμα της αποκόλλησης από την παραδοσιακό τρόπο ζωής και την υιοθέτηση πιο μοντέρνων συνηθειών στη καθημερινότητα. Η αστικοποίηση της κοινωνίας, η συμμετοχή της γυναίκας στην αγορά εργασίας συνέβαλαν στην ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής στη Μεσόγειο. Σαν συνέπεια υπήρξε απώλεια των πρακτικών που είχαν συνδράμει ιστορικά τόσο στη διαμόρφωση μιας αγροτικής κοινωνικής ταυτότητας, όσο και μιας πλούσιας και πολυσχιδούς διατροφικής παράδοσης από τους ανθρώπους που κατοικούν στη Μεσογειακή λεκάνη (Florensa & Aragall, 2012).

Η αλλαγή στον τρόπο καλλιέργειας είχε σαν αποτέλεσμα την απώλεια της βιοποικιλότητας της χλωρίδας στην περιοχή της Μεσογείου. Τα τελευταία πενήντα χρόνια οι αγροτικές πρακτικές άλλαξαν σημαντικά. Οι αμπελώνες, οι οπωρώνες και οι ελαιώνες, των οποίων η καλλιέργεια λάμβανε χώρα στην περιοχή από την αρχαιότητα, αντικαταστάθηκαν από βιομηχανικής κλίμακας καλλιέργεια φρούτων και ελαίων, και η εποχιακή καλλιέργεια διαφόρων ειδών από εντατική μονοκαλλιέργεια. Οι νέες καλλιέργειες, έχουν μεγάλες απαιτήσεις σε λιπάσματα, φυτοφάρμακα και νερό, θέτοντας τις αντοχές οικοσυστημάτων στα όριά τους. Η αυξημένη τουριστική ανάπτυξη και η παράκτια οικοδόμηση σε συνδυασμό με την εγκατάλειψη των μικρής κλίμακας καλλιεργειών θέτουν σε κίνδυνο την πλούσια, στην περιοχή, βιοποικιλότητα (Bilali, Kane, Capone, Berry, & Dernini, 2017).

Μεγάλο πρόβλημα στη Μεσόγειο αποτελεί και η διαθεσιμότητα του νερού η οποία κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα μειώνεται σταθερά. Η μείωση, αυτή, της διαθεσιμότητας του νερού, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα μείωσης της ανάπτυξης της αγροτικής παραγωγής. Μεγαλύτερο πρόβλημα συναντάται στις περιοχές της Μέσης Ανατολής και Βορείου Αφρικής. Οι αγροτικές εργασίες είναι η κύρια δαπάνη νερού στην περιοχή της Μεσογείου, καταλαμβάνοντας το 64% της συνολικής ποσότητας νερού. Έτσι, η σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πηγών σε νερό, και η ανάπτυξη έργων για την αύξηση της διαθεσιμότητας αυτού, όπως έργα αφαλάτωσης, είναι ύψιστης σημασίας για διατήρηση της βιωσιμότητας στη Μεσόγειο (Chabason et al., 2012).

Η περιοχή της Μεσογείου είναι μία από τις περιοχές που θα επηρεαστούν από τις κλιματικές αλλαγές, τροποποιώντας παράγοντες όπως η θερμοκρασία, οι βροχοπτώσεις, η αύξηση του επιπέδου της θάλασσας και πυροδοτώντας ακραία καιρικά φαινόμενα. Αυτές οι αλλαγές ίσως να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην επιδείνωση της έλλειψης νερού, στην μείωση της ποιότητας της καλλιεργήσιμων εκτάσεων, στην αδυναμία καλλιέργειας αλλά και σε απώλειες σε τοπικές ποικιλίες φυτών, θανάτου ζώων και μείωση της ποικιλίας, ποσότητας και ποιότητας των αλιευτικών προϊόντων (Chabason et al., 2012).

1.2 Μεσογειακή Διατροφή: από ιδέα στην επιστημονική ανάπτυξη

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας απέναντι στη Μεσογειακή Διατροφή αναδείχθηκε από τις ερευνητικές πρωτοβουλίες του Αμερικανού ερευνητή Ancel Keys, ο οποίος συσχέτισε τις διατροφικές συνήθειες με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Hu, 2003). Ο Ancel Keys και η σύζυγος του Margret Keys εμπνεύστηκαν μία μεγάλης κλίμακας διεθνή έρευνα για να διαπιστώσουν τη σχέση μεταξύ διατροφής και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, που έγινε γνωστή ως η “Μελέτη των επτά χωρών” (Moro, 2016). Οι επτά χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία, η Ιταλία, η Ελλάδα, η Ολλανδία, η Φιλανδία και η Γιουγκοσλαβία. Στην έρευνα αυτή φάνηκε πως στις Μεσογειακές χώρες υπήρχαν λιγότερα περιστατικά θανάτου καρδιαγγειακών συμβαμάτων, όπου συνδέθηκε με τη διατροφή που ακολουθούνταν στις χώρες, που τη δεκαετία του 1960 χαρακτηριζόταν από υψηλή κατανάλωση τροφίμων φυτικής προέλευσης και ελαιολάδου ως κύριας πηγής λίπους (μονοακόρεστα λιπαρά οξέα) (Kd, Kahn, Wc, Dl, & James, 2017). Από αυτά τα ευρήματα προέκυψαν οι διαφορετικές δράσεις στην υγεία των διαφόρων λιπαρών οξέων, μονοακόρεστων, πολυακόρεστων, και κορεσμένων, με τα τελευταία να θεωρούνται υπεύθυνα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012). Ο Ancel Keys προχώρησε σε μια σειρά δημοσιεύσεων των συμπερασμάτων που αποκόμισε από την μελέτη αυτή, “Coronary heart disease in seven countries” (1970), “How to eat well and stay well. The Mediterranean way” (1975) και “Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease” (1980), που κέντρισαν το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

Το 1989 δημοσιεύτηκαν επιλεγμένες εργασίες, από το συμπόσιο που διεξήχθη το προηγούμενο έτος στους Δελφούς, “The Mediterranean Diet and food culture” , στο Ευρωπαϊκό Περιοδικό Κλινικής Διατροφής (European Journal of Clinical Nutrition), των οποίων την έκδοση επιμελήθηκαν οι Αντωνία Τριχοπούλου και Elisabet Helsing (Trichopoulou, Helsing, 1989). Το 1992, έλαβε χώρα, στη Βαρκελώνη, το σεμινάριο “Changing patterns of fat intake in Mediterranean countries”, από το οποίο επίσης επιλεγμένες εργασίες εκδόθηκαν στο ίδιο περιοδικό, από τους Lluís Serra- Majem and Elisabet Helsing. Και οι δύο διοργανώσεις διεξήχθησαν υπό την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (European Office of the World Health Organization) (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

Το όλο και αυξημένο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την Διατροφή και τον τρόπο ζωής των πληθυσμών της Μεσογείου, οδήγησε στην διοργάνωση ενός παγκόσμιου

συνεδρίου με θέμα “The Diets of the Mediterranean ”, το οποίο έλαβε χώρα στο Harvard School of Public Health το 1993, και τέλεσε υπό την αιγίδα των οργανισμών Oldways Preservation & Exchange Trust και WHO/FAO Collaborating Center for Nutritional Epidemiology (Serra-Majem and Helsing, 1993). Επιλεγμένες εργασίες εκδόθηκαν στο Αμερικανικό Περιοδικό Κλινικής Διατροφής (American Journal of Clinical Nutrition) υπό την εποπτεία της Marion Nestle, το 1995, εστιάζοντας στους τρόπους με τους οποίους η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, που τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν να έχει θετική επίδραση στην υγεία των ανθρώπων που την ακολουθούσαν, μπορεί να διατηρηθεί αλλά και να προωθηθεί ως ένα υγιεινό διατροφικό μοντέλο (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

Στο πρώτο διεθνές συνέδριο για την Μεσογειακή Διατροφή, που διεξήχθη στη Βαρκελώνη το 1996, υπογράφηκε η Διακήρυξη της Μεσογειακής Διατροφής της Βαρκελώνης. Το Διεθνές Συνέδριο για την μεσογειακή Διατροφή διεξάγεται κάθε δύο χρόνια. Το 2010 η Μεσογειακή Διατροφή εισήχθη στη λίστα της UNESCO με τα μνημεία άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς, απολαμβάνοντας την καθολική αναγνώριση της διεθνούς κοινότητας, όχι μόνο ως ένα διατροφικό πρότυπο που προάγει την υγεία, αλλά και ως ένα κληροδότημα που συνδέεται άρρηκτα με την πολιτιστική ταυτότητα των χωρών της Μεσογείου (Bach-Faig et al., 2011).

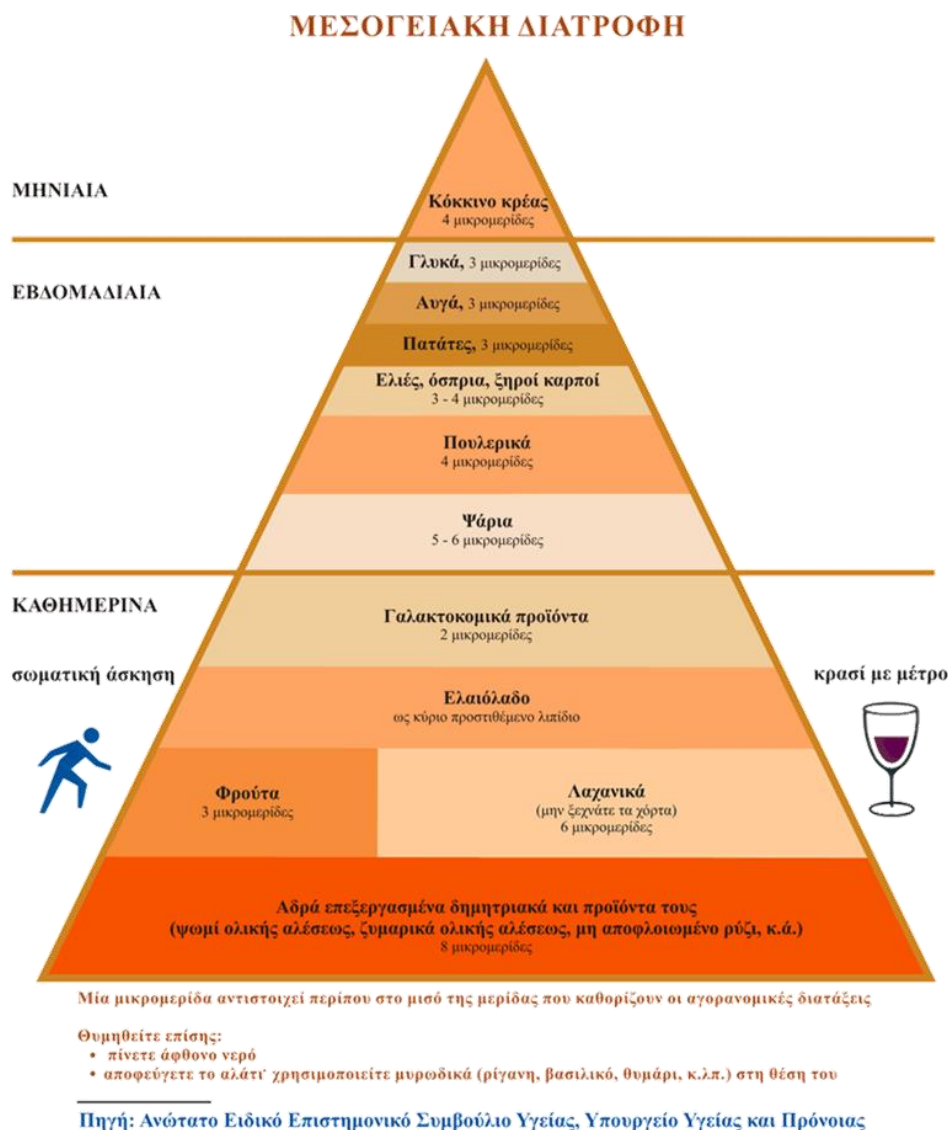
1.2.1. Η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή διατροφή είναι πλούσια σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης (δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ξηρούς καρπούς και ελιές), με το κύριο παράγοντα λίπους το ελαιόλαδο, με μέτρια κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, μέτρια προς χαμηλή κατανάλωση αυγών, γαλακτοκομικών και πουλερικών, χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος, αρτοσκευασμάτων και κορεσμένου λίπους, και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ κυρίως κρασί κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Ήταν επίσης μία διατροφή που ακολουθούνταν σε φτωχές, αγροτικές κοινωνίες (Essid, 2012).

Η διατροφή εκλαϊκεύτηκε με τη γραφική της απεικόνιση σε μορφή πυραμίδας, η οποία αποδίδει τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων σε καθημερινή, εβδομαδιαία βάση ή λιγότερο συχνά. Η πρώτη πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής παρουσιάστηκε στο διεθνές Συνέδριο για τη Μεσογειακή διατροφή το 1993, που διεξήχθη στο Harvard School of Public Health στη Βοστώνη (Bach-Faig et al., 2011; Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

Διάφορες εκδοχές της Πυραμίδας της Μεσογειακής Διατροφής έχουν σχεδιαστεί για την Ελλάδα, την Ισπανία και την Ιταλία, προσαρμοσμένες στις διατροφικές συνήθειες των πληθυσμών που κατοικούν στις χώρες αυτές. Οι εκδοχές αυτές διαφέρουν στο μέγεθος της μερίδας και την συχνότητα κατανάλωσης, και δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε άλλους πληθυσμούς, όπως των χωρών της βόρειας Αφρικής, καθώς οι κάτοικοι των χωρών αυτών έχουν διαφορετικές πολιτισμικές και διατροφικές παραδόσεις.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει εκδώσει την ελληνική εκδοχή της πυραμίδας που αναπτύχθηκε στο Harvard, συνοδευόμενη από διατροφικές οδηγίες για τον ελληνικό πληθυσμό (Τριχόπουλος & Λάγιος, 1999).



Εικόνα 1 Πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής (πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1999)

Στο 8^ο Διεθνές Συνέδριο για την Μεσογειακή Διατροφή, η Πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής αναθεωρήθηκε, ανασχεδιάστηκε και προσαρμόστηκε στο μοντέρνο τρόπο ζωής. Στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη αυτής, λήφθηκαν υπ όψιν όλα τα επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα για τα οφέλη στην υγεία της Μεσογειακής Διατροφής και τις προστατευτικές επιδράσεις κατά των χρόνων νόσων, καθώς και στοιχεία του σύγχρονου τρόπου ζωής και περιβαλλοντολογικών περιορισμών (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

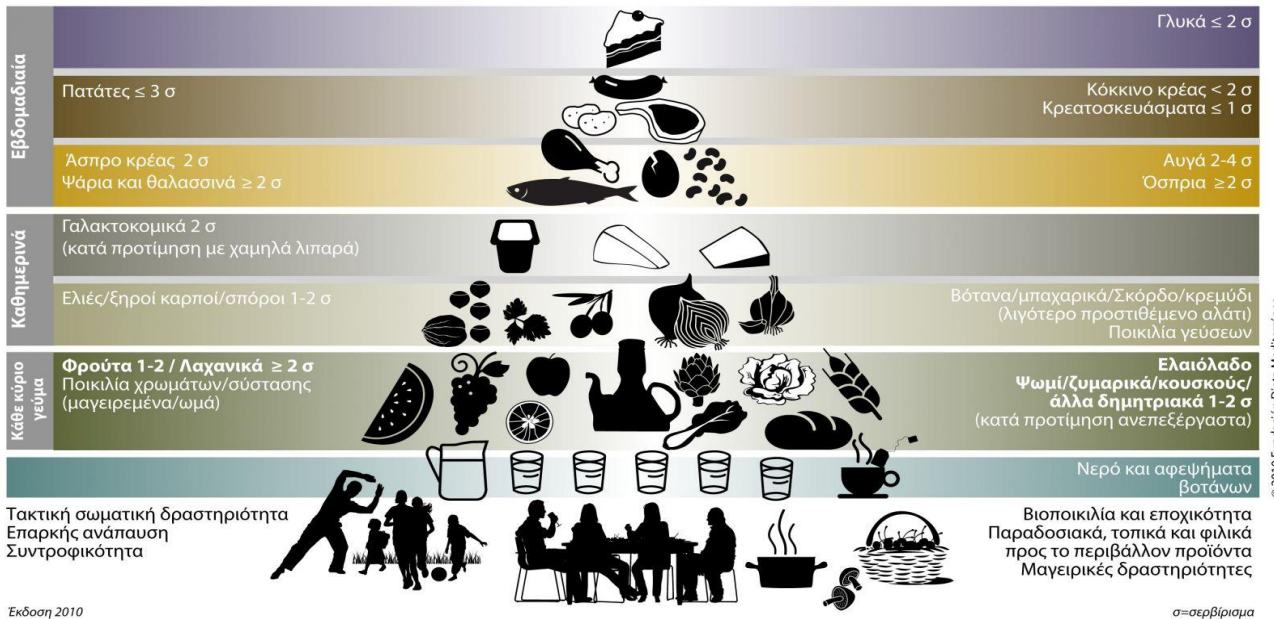
Η νέα πυραμίδα ακολουθεί το προηγούμενο Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, στη βάση της οποίας υπάρχουν τα τρόφιμα που καταναλώνονται πιο συχνά, ενώ προς την κορυφή αυτά που πρέπει να καταναλώνονται με μικρότερη συχνότητα. Επιπλέον, εισήχθησαν πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχεία του Μεσογειακού τρόπου ζωής .

Με την πυραμίδα καθιερώνονται διατροφικές οδηγίες σχετικά με την καθημερινή, την εβδομαδιαία και μηνιαία κατανάλωση με οδηγό μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή. Προτείνεται η κατανάλωση 1,5 με 2 λίτρα νερού ημερησίως και τα κύρια γεύματα να αποτελούνται κυρίως από τρεις ομάδες τροφίμων: δημητριακά (1 με 2 μερίδες), φρούτα (1 με 2 μερίδες) και λαχανικά (στο μεσημεριανό και βραδινό, 2-3 μερίδες). Η αντικατάσταση κατανάλωσης τροφίμων και προϊόντων που περιέχουν εξευγενισμένους υδατάνθρακες ή έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε λιπαρά, με φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής άλεσης, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης και να έχει συνολικά οφέλη για την υγεία. Έτσι, αυτές οι ομάδες τροφίμων βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας. Θα πρέπει να υπάρχει ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, με προτίμηση στα εποχιακά προϊόντα. Το ελαιόλαδο βρίσκεται στο κέντρο της πυραμίδας, καθώς αποτελεί την κύρια πηγή διατροφικού λίπους και είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά και έχει αποδεδειγμένα οφέλη στην υγεία. Μπαχαρικά και μυρωδικά ενισχύουν τη γεύση και συντελούν στη μείωση της προσθήκης αλατιού. Κατανάλωση με μέτρο ελιών, ξηρών και άλλων καρπών, αποτελούν υγιεινές εναλλακτικές μικρών γευμάτων μέσα στην ημέρα. Προτιμάται η κατανάλωση χαμηλών σε λιπαρά γιαουρτιού και γάλακτος. Συστήνεται, επίσης, η μέτρια κατανάλωση κρασιού κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Η πρωτεΐνη πρέπει να προέρχεται από ποικιλία φυτικών και ζωικών πηγών. Η συχνότητα η οποία προτείνεται η κατανάλωση των πηγών πρωτεΐνης σε εβδομαδιαία βάση είναι: ψάρι (2 ή περισσότερες μερίδες), όσπρια (πάνω από 2 μερίδες), λευκό κρέας (2 μερίδες), αυγό (2 με 4 μερίδες). Το κόκκινο κρέας (λιγότερο από 2 μερίδες) και επεξεργασμένο κρέας (λιγότερο από 1 μερίδα) πρέπει να καταναλώνονται σε μικρότερες ποσότητες και λιγότερο συχνά. Τα τρόφιμα που

βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας θα πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο και σε ειδικές περιστάσεις. Η ενσωμάτωση του τρόπου ζωής και των πολιτιστικών στοιχείων μαζί με την αναλογία και τις συστάσεις συχνότητας αποτελεί την καινοτομία της πυραμίδας αυτής (Dernini, Berry, Bach-Faig, et al., 2012).

Μεσογειακή διατροφή: ένας τρόπος ζωής για το σήμερα
 Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες

Σερβίρισμα (σ): μικρότερο της τυπικής μερίδας εστιατορίου, ποικίλει ανά τρόφιμο
 Κατανάλωση κρασιού με μέτρο, σεβόμενοι τις κοινωνικές πεποιθήσεις



Έκδοση 2010

σ=σερβίρισμα



Fundación
Dieta Mediterránea

ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Prevención con Dieta Mediterránea



Εικόνα 2 Η νέα πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής (Πηγή: Fundación Dieta Mediterránea, 2010)

1.3 Μεσογειακή Διατροφή και Υγεία

Η μεσογειακή Διατροφή είναι ίσως η πιο καλά μελετημένη και η πιο καλά τεκμηριωμένη Διατροφή για την πρόληψη όχι μόνο των καρδιαγγειακών αλλά και χρόνιων νοσημάτων, όπως φαίνεται από την πληθώρα των δημοσιεύσεων στο συγκεκριμένο ζήτημα (Salas-Salvadó, Becerra-Tomás, García-Gavilán, Bulló, & Barrubés, 2018; Widmer, Flammer, Lerman, & Lerman, 2015). Το πλεονέκτημα της Μεσογειακής Διατροφής φαίνεται να είναι πως αποτελείται από διάφορα θρεπτικά συστατικά και τρόφιμα που έχουν καρδιοπροστατευτική δράση (Widmer et al., 2015).

1.3.1 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Στην μελέτη των 7 χωρών, εξετάστηκε η έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου και συγκεκριμένα της στεφανιαίας νόσου (Ancel et al., 1986). Στην μελέτη αυτή φάνηκε πως, παρόλο που η κατανάλωση λίπους στην Ανατολική Φιλανδία και την Κρήτη κυμαινόταν σε παρόμοια επίπεδα, 39% και 36% αντίστοιχα, ο πληθυσμός στην Κρήτη είχε περίπου 30 φορές μικρότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η μεγάλη διαφορά παρατηρήθηκε στη κατανάλωση των κορεσμένων λιπαρών οξέων, όπου στην Ανατολική Φιλανδία ήταν 24% των συνολικών ημερήσιων ενεργειακών αναγκών, ενώ στην Κρήτη μόλις το 8% (Romagnolo & Selmin, 2017).

Στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή το 36-40% των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών προέρχεται από λίπος, αποτελούμενο από 7-10 κορεσμένα, 19-25% μονοακόρεστα και 3-6% πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, η κατανάλωση γαλακτοκομικών είναι μικρότερη και το γάλα προέρχεται από πρόβιο ή κατσικίσιο γάλα, αντί για αγελαδινό στη δυτικού τύπου Διατροφή, και συνηθίζεται να καταναλώνεται είτε με τη μορφή γιαουρτιού είτε τυριού, αντί σαν γάλα ή βούτυρο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αυξημένη περιεκτικότητα σε μέση αλύσου λιπαρά οξέα στη παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή που είναι λιγότερο αθηρογενετικά (Romagnolo & Selmin, 2017).

Αποτελέσματα της μελέτης PREDIMED (Prevencion con Dieta Mediterranea) (Lapetra et al., 2018) έδειξαν ότι σε δείγμα ατόμων με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, τα καρδιαγγειακά συμβάντα ήταν λιγότερα μεταξύ των ατόμων που ακολουθούσαν Διατροφή ενισχυμένη με έξτρα παρθένο ελαιόλαδο ή ξηρούς καρπούς σε σχέση με άτομα που ακολουθούσαν δίαιτα περιορισμένων λιπαρών.

1.3.2 Νευροεκφυλιστικές ασθένειες

Οι σχετιζόμενες με την ηλικία ασθένειες που επηρεάζουν τον εγκέφαλο και το νευρομυϊκό σύστημα περιλαμβάνουν το Alzheimer, το Parkinson και διάφορες μορφές άνοιας, κλιμακούμενες από μερική νοητική εξασθένηση μέχρι μυϊκή κατάπτωση. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή έχει σχετιστεί με βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας, καθυστέρηση της γνωστικής εξασθένησης και μείωση του κινδύνου εμφάνισης Alzheimer (Scarmeas, Stern, Mayeux, & Luchsinger, 2006; Scarmeas et al., 2009; Scarmeas, Stern, Tang, Mayeux, & Luchsinger, 2006).

1.3.3 Καρκίνος

Τα περιστατικά καρκίνου του παχέως εντέρου, του μαστού, του ενδομητρίου και προστάτη στις Σκανδιναβικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, είναι περισσότερα από αυτά στις χώρες τις Μεσογείου. Οι μορφές αυτές καρκίνου, συνδέονται με χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και με αυξημένη κατανάλωση κρέατος. Υπολογίζεται πως το 25% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέως εντέρου, περίπου το 15% καρκίνου του μαστού και το 10% καρκίνου του ενδομητρίου, προστάτη και παγκρέατος θα μπορούσαν να αποφευχθούν αν οι πληθυσμοί στις δυτικές ανεπτυγμένες χώρες ακολουθούσαν το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο (Trichopoulou, Lagiou, Kuper, & Trichopoulos, 2000).

Η προστατευτική δράση της Μεσογειακής Διατροφής φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και προϊόντων ολικής άλεσης (Schwingshackl & Hoffmann, 2017). Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, με τη συμμετοχή 28.572 από όλη την Ελλάδα, φάνηκε πως προσκόλληση στη παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να μειώσει τα περιστατικά εμφάνισης καρκίνου κατά 12% (Benetou et al., 2008).

Φαίνεται πως η προσκόλληση στη παραδοσιακή Διατροφή αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Murtaugh et al., 2008; A'Het al., 2009; Buckland et al., 2013; Demetriou et al., 2012; Turati et al., 2018). Σε εκτενή ανασκόπηση σχετικά με την σχέση της Μεσογειακής Διατροφής και της εμφάνισης καρκίνου του ορθού (Donovan, Selmin, Doetschman, & Romagnolo, 2017), φαίνεται πως η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή επηρεάζει αρνητικά τις πιθανότητες εμφάνισης του. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου μειώνεται όταν ακολουθείται μια Διατροφή που αποτελείται από τρόφιμα πλούσια σε αντιοξειδωτικά, φυτικές ίνες και ακόρεστα λιπαρά οξέα, όπως η Μεσογειακή Διατροφή. Από την άλλη, δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης

καρκίνου του παγκρέατος και προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (Molina-Montes et al., 2017; Schulpen, Peeters, & van den Brandt, 2019).

2. Διατροφικές συμπεριφορές

Η διατροφική συμπεριφορά είναι ο συνδυασμός διάφορων μεταβλητών, που συντελούν στην απόφαση του ατόμου για την ποιότητα, την ποσότητα και το είδος του φαγητού που θα καταναλώσει (Ροίνhos, Oliveira, & Correia, 2018) και επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Freitas, Oliveira, Correia, Pinhão, & Ροίνhos, 2017; Ροίνhos, Oliveira, & Correia, 2018; Wardle, 2007; Γιαννακούλια & Φάππα, 2015). Η μελέτη των διατροφικών συμπεριφορών και του επιπολασμού τους μπορεί να φανεί χρήσιμη στη κατανόηση της σχέσης μεταξύ διατροφής και υγείας, καθώς και στο σχεδιασμό στρατηγικών για την αντιμετώπιση των διατροφικών ζητημάτων που απασχολούν σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως η παχυσαρκία (de Lauzon et al., 2004; Denney-Wilson & Campbell, 2008).

2.1 Τρόποι αξιολόγησης της διατροφικής συμπεριφοράς

Ο τρόπος για την αξιολόγηση της διατροφικής συμπεριφοράς διαφέρει ανάλογα με τα ερωτήματα του εκάστοτε ερευνητή. Κάποιοι προτιμούν μη επεμβατικές μεθόδους καταγραφής, όπως τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων ή ημερολογίων τροφίμων, ενώ άλλοι υιοθετούν μεθόδους παρατήρησης, μετρώντας και καταγράφοντας τη διατροφική συμπεριφορά των εξεταζόμενων κατά τη διάρκεια του γεύματος. Σε κάθε περίπτωση υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που χαρακτηρίζουν τον κάθε τρόπο (Dovey, 2010).

2.1.1 Ποιοτικές έρευνες

Οι ποιοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις αφορούν μια πληθώρα τεχνικών που αποσκοπούν στη συλλογή μιας μεγάλης ποικιλίας πληροφοριών από ένα μικρό δείγμα συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα αυτών είναι δύσκολο να ερμηνευτούν εξαιτίας του ευρέως φάσματος προσεγγίσεων που εμπεριέχονται σε αυτόν το γενικό όρο. Θα μπορούσε, βέβαια, να υποστηριχθεί ότι ο τρόπος αυτός συλλογής δεδομένων θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να εξερευνηθούν γενικές αντιλήψεις που υπάρχουν γύρω από τη διατροφή. Παρόλο που οι ποιοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων ποικίλουν, θα μπορούσαν να διακριθούν ανάλογα με τον τρόπο συλλογής των δεδομένων από τους συμμετέχοντες, ατομικά ή σε ομάδες, και από τον τρόπο ανάλυσης των δεδομένων. Η κριτική που ασκείται σε αυτού του τύπου ερευνών έγκειται στο ερώτημα αν τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό (Dovey, 2010).

Ο ακριβής ορισμός των ποιοτικών ερευνών είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα, καθώς υπάρχει μια σύγχυση και ασάφεια σχετικά με το πώς μπορεί να οριστεί μια ποιοτική έρευνα και αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με το χαρακτήρα και τα γνωρίσματά τους. Έτσι εκπρόσωποι διαφορετικών θεωρητικών κατευθύνσεων υιοθετούν διαφορετικές προσεγγίσεις και ορισμούς της ποιοτικής έρευνας (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Μια ευρέως διαδεδομένη προσέγγιση στην οριοθέτηση της ποιοτικής έρευνας είναι η ενδελεχή σύγκρισή της με την ποσοτική έρευνα και η ανάδειξη των διαφορών τους. Υπό αυτό το πρίσμα, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι ποιοτική είναι η έρευνα εκείνη που πραγματοποιείται χωρίς τη χρήση αριθμητικών δεδομένων και μαθηματικών υπολογισμών (Corbin & Strauss, 1990). Μια δεύτερη προσέγγιση αναφέρει ότι ποιοτική είναι η έρευνα που πραγματοποιείται σε πραγματικές συνθήκες και όχι σε τεχνητές, πειραματικά ελεγχόμενες συνθήκες (Parker & Stradling, 1995). Σύμφωνα με μία τρίτη προσέγγιση, ποιοτική είναι η έρευνα που εστιάζει στο τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν το γεγονός και όχι στη συμπεριφορά (Willig, 2001). Όμως, υπάρχουν ποιοτικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στην περιγραφή της συμπεριφοράς, όσο και άλλες που δεν εστιάζουν τόσο στη συμπεριφορά, αλλά σε κάποιες εσωτερικές δομές (Lund, 2005). Σύμφωνα με μια τέταρτη προσέγγιση οι ποιοτικές έρευνες εστιάζουν στη διερεύνηση του κοινωνικού κόσμου υπό το πρίσμα της εμπειρίας των συμμετεχόντων, απορρίπτοντας τη φυσική επιστήμη ως μοντέλο έρευνας (Henwood & Pidgeon, 1994).

Άλλη μία τεχνική που συχνά χρησιμοποιείται είναι η μελέτη περίπτωσης (case study), η οποία μοιράζεται πολλές ομοιότητες με τις ποιοτικές έρευνες, όπως το μικρό μέγεθος του δείγματος και η περιγραφή των εμπειριών των συμμετεχόντων. Το κύριο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι παρέχει οδηγίες για επιτυχημένη αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών (Dovey, 2010). Στην μελέτη της διατροφικής συμπεριφοράς η μελέτη περίπτωσης, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, κυρίως στη μελέτη παθολογικών περιπτώσεων (Baer, Fischer, & Huss, 2005; Vansteelandt et al., 2004).

2.1.2 Ποσοτικές έρευνες

Στην προσπάθεια διερεύνησης της διατροφικής συμπεριφοράς, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει ψυχομετρικές (ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς) και συμπεριφοριστικές (εργαστηριακές έρευνες) δοκιμασίες για να αποτυπώσουν τις ατομικές διαφορές στη διατροφική συμπεριφορά (French, Epstein, Jeffery, Blundell, & Wardle, 2012). Στις εργαστηριακές

έρευνες πραγματοποιείται άμεση παρατήρηση των διατροφικών συμπεριφορών των συμμετεχόντων, σε εργαστηριακές συνθήκες, και θεωρητικές μετρήσεις των διαφορετικών συμπεριφοριστικών μηχανισμών που πιστεύεται ότι σχετίζονται με την υπερκατανάλωση τροφής (French, Mitchell, Finlayson, Blundell, & Jeffery, 2014; Nord, Valton, Wood, & Roiser, 2017). Επίσης, κατέχουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη επιστήμη της διατροφής, καθώς επιτρέπουν ελεγχόμενους πειραματισμούς και καθορισμό παραγόντων που προβλέπουν και επηρεάζουν την αντικειμενικά μετρήσιμη ενεργειακή πρόσληψη (Blundell et al., 2010). Η στατιστική ανεπάρκεια και το μικρό δείγμα είναι κάποια κοινά προβλήματα που έχουν επισημανθεί ως μεθοδολογικές αδυναμίες που επηρεάζουν την ποιότητα των αποτελεσμάτων που παρέχουν οι εργαστηριακές έρευνες της διατροφικής συμπεριφοράς (Meiselman, 1992).

Σε μια ανασκόπηση η οποία εξέτασε εργαστηριακές μελέτες που ασχολήθηκαν με τη διατροφική συμπεριφορά (Robinson, Bevelander, Field, & Jones, 2018), έγιναν κάποιες επισημάνσεις σχετικά με τη μεθοδολογία. Η βασική μεθοδολογία και πρακτικές αναφοράς εξετάστηκαν σε κάθε έρευνα. Πληροφορίες που αφορούσαν χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο) και τη μεθοδολογία της έρευνας αναφερόταν στη πλειονότητα των ερευνών. Άλλα, όμως, στοιχεία της έρευνας, όπως τα κριτήρια επιλογής και πως διαμορφώθηκε το δείγμα συχνά δεν αναφέρονταν. Το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό κατά μέσο όρο και η στατιστική ανάλυση σε ένα αριθμό ερευνών έγινε σε ένα πολύ μικρό δείγμα, που πιθανότατα να επηρεάσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Αρκετά ψυχομετρικά ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί για την μελέτη διαφορετικών πτυχών της διατροφικής συμπεριφοράς. Ένα από τα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου συνδέεται με το μέγεθος που τα ερωτηματολόγια αυτά τείνουν να έχουν. Το πλήθος των αντικειμένων σε ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο, δηλαδή ο αριθμός των ερωτήσεων που εμπεριέχουν, αν είναι μεγάλος, μπορεί να οδηγήσει τον συμμετέχοντα σε απώλεια ενδιαφέροντος, με αποτέλεσμα να μην δίνεται η απαραίτητη προσοχή στην ανάγνωση των ερωτήσεων και στην απάντηση αυτών (de Lauzon et al., 2004). Επιπλέον, η διατύπωση μιας ερώτησης, υπάρχει πιθανότητα να εγείρει υποψίες στον συμμετέχοντα και να δώσει απάντηση ‘‘αποδεκτή’’ προς τον ερευνητή και τη διεξαγόμενη έρευνα. Το φαινόμενο αυτό είναι πιθανό να εμφανιστεί και σε εργαστηριακές έρευνες (French et al., 2012). Ένα άλλο μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί η διαφορά μεταξύ της μετρούμενης διάστασης της ίδιας έννοιας που αξιολογείται με κάθε ερωτηματολόγιο (Dovey, 2010). Για παράδειγμα, ο διατροφικός περιορισμός (restraint eating) μπορεί να αξιολογηθεί με τρία ψυχομετρικά

ερωτηματολόγια: Restrain Scale (RS)(Ruderman, 1983), Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R) (Stunkard & Messick, 1985) και Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ-R) (de Lauzon et al., 2004; van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986). Αυτά τα ερωτηματολόγια αξιολογούν τον διατροφικό περιορισμό (restraint eating) αλλά το κάνουν αξιολογώντας διαφορετική διασταση αυτού. Το ερωτηματολόγιο Restrain Scale (RS) εστιάζει στη χρόνια διαιτητική προσπάθεια, το Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ-R) στη συχνότητα απώλειας βάρους και διατήρησης μιας συμπεριφοράς, και το Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R) εξετάζει τα ίδια με το προηγούμενο αλλά περιλαμβάνει τη σημασία της εικόνας σώματος για τον εξεταζόμενο (Dovey, 2010).

2.2 Τι επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά.

Ο κεντρικός μηχανισμός ελέγχου της όρεξης έχει μικρές διαφορές στο ζωικό βασίλειο. Όλα τα ζώα, από τα ψάρια μέχρι τον άνθρωπο, φαίνεται να μοιράζονται παρόμοια βιολογικά μονοπάτια και νευροδιαβιβαστικές αντιδράσεις για τον έλεγχο της διατροφικής συμπεριφοράς. Αυτό υποδεικνύει ότι το σύστημα αυτό δημιουργήθηκε νωρίς στην διαδικασία της εξέλιξης και έχει μικρές αλλαγές από τότε. Η διαδικασία της ρύθμιση της όρεξης και της διατροφικής συμπεριφοράς είναι μια πολύπλοκη διαδικασία (Dovey, 2010). Τα περισσότερα όργανα και συστήματα του οργανισμού συμμετέχουν στη διαδικασία αποθήκευσης ή κινητοποίησης της αποθηκευμένης ενέργειας και όλα διαθέτουν μηχανισμούς που εμπλέκονται στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς. Παρά την πολυπλοκότητα, υπάρχει σαφής ιεράρχηση (Benelam, 2009).

Τρεις περιοχές του εγκεφάλου εμπλέκονται, κατά κύριο λόγο, στην διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς, ο υποθάλαμος, ο εγκεφαλικός φλοιός και το εγκεφαλικό στέλεχος, που μαζί συνθέτουν το κέντρο ελέγχου της όρεξης. Ο υποθάλαμος είναι η περιοχή του εγκεφάλου που είναι συγκεντρωμένοι μικροσκοπικοί πυρήνες που είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της πείνας, του κορεσμού και της ανάγκης εύρεσης τροφής. Τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους με τον εγκεφαλικό φλοιό είναι υπεύθυνο περισσότερο για την αισθητήρια αντίληψη και τα παρακινητικά μέρη στη διατροφής (π.χ. γεύση) (Langhans & Geary, 2010).

Η βάση της βιολογικής διαδικασίας της διατροφής συνοψίζεται σε τέσσερις διαφορετικές διαδικασίες που κατηγοριοποιούν το γεύμα σε διαφορετικές περιόδους ή φάσεις. Η κατανόηση των διαδικασιών αυτών είναι σημαντική για την διαχώριση της διαδικασίας της κατανάλωσης τροφής στα μέρη από τα οποία αποτελείται.

1. Πείνα και Κορεσμός/κόρος: ο κορεσμός (satiation) αναφέρεται στο αίσθημα που αντιτίθεται στο αίσθημα της πείνας και προκαλεί γαστρική πληρότητα, το αίσθημα, δηλαδή, που μας κάνει να σταματάμε να τρώμε. Ο κόρος (satiety) αναφέρεται στους παράγοντες εκείνους που μας εμποδίζουν από τη περεταίρω κατανάλωση τροφής μετά το τέλος ενός γεύματος, και μπορεί να αξιολογηθεί με το χρονικό διάστημα μέχρι το επόμενο γεύμα ή/και με την ποσότητα τροφής που καταναλώνεται στο επόμενο γεύμα.

2. Επεισοδιακή και τονωτική μηνυματοδότηση: Αυτή αναφέρεται στο νευροδιαβιβαστικό και ορμονικό έλεγχο της πείνας και του κορεσμού σε ένα γεύμα (επεισοδιακή) και σε μεγαλύτερη περίοδο (τονωτική).
3. Μηνυματοδότηση πριν και μετά την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών: αυτή η φάση περιγράφει τους βιοχημικούς παράγοντες που αντιδρούν κατά την πείνα, την αντίληψη της γεύσης και της πέψης (πριν) και εκείνους που απελευθερώνονται αφού η τροφή έχει διασπαστεί σε θρεπτικά συστατικά (μετά).
4. Η τελευταία σχετίζεται με τις στάδια του γεύματος και χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη (κεφαλική φάση) περιλαμβάνει την ορμή για κατανάλωση τροφής, την αντίληψη της γεύσης και κορυφώνεται κατά την κατάποση. Η δεύτερη φάση (γαστρεντερική φάση), περιλαμβάνει τις διεργασίες της μηχανικής μεταφοράς της τροφής στο γαστρεντερικό σωλήνα και τους ορμονικούς παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή. Το τελευταίο στάδιο (φάση θρεπτικών συστατικών) περιλαμβάνει την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, την απελευθέρωση τους στη ροή του αίματος και την αποθήκευση αυτών, καθώς και τον τρόπο που χρησιμοποιούνται και τις επιδράσεις που έχουν στο σώμα (Dovey, 2010).

Οι οργανοληπτικές ιδιότητες των τροφίμων προκύπτουν από την εμφάνιση, την γεύση, την οσμή και την υφή αλλά και τις μεταβολικές και φυσιολογικές επιπτώσεις που συνοδεύουν τη κατανάλωση του τροφίμου (Ματάλα, 2015). Η ευγευστότητα των τροφίμων και γευμάτων μπορεί να οριστεί ως η θετική αξιολόγηση των οργανοληπτικών χαρακτηριστικών τους (Bellisle, 2006; Yeomans, Blundell, & Leshem, 2004), που αντανακλά προηγούμενες εμπειρίες κατανάλωσης που συνδέουν τις οργανοληπτικές ποιότητες του τροφίμου, με τη θρεπτικότητά του και την ασφάλεια κατανάλωσης του (Mela, 2006). Τα οργανοληπτικά χαρακτηρίστηκα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενεργειακή πρόσληψη κατά τη διάρκεια ενός γεύματος, με την ευγευστότητα να παίζει κεντρικό ρόλο σε αυτή (Sørensen, Møller, FlinMat, rtens, & Raben, 2003). Πλειάδα εργαστηριακών ερευνών έχει δείξει πως η παρουσία θελκτικών οργανοληπτικών χαρακτηριστικών σε ένα γεύμα, όπως η εμφάνιση, η οσμή και η γεύση, μπορούν να οδηγήσουν σε υπερκατανάλωση του γεύματος (Bartoshuk, 1991; Sørensen et al., 2003). Οι οργανοληπτικές ιδιότητες των τροφίμων είναι πολυδιάστατες και έχουν λειτουργικό ρόλο στη ρύθμιση της ενεργειακής πρόσληψης, πέρα από απλά την επιλογή των τροφίμων και την απόλαυση κατανάλωσης αυτών. (Sørensen et al., 2003)

Τα οπτικά ερεθίσματα της τροφής επηρεάζουν την κατανάλωση με σχετικά παθητικό τρόπο, προκαλώντας αντιδράσεις που προκύπτουν από προηγούμενες εμπειρίες (Ματάλα, 2015). Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται η προσδοκία για τη γεύση και το επίπεδο κορεσμού που το τρόφιμο αναμένεται να προκαλέσει, η οποία επηρεάζει την επιλογή και την ποσότητα κατανάλωσης του τροφίμου(Wansink, 2004). Τα τρόφιμα με υφή που βοηθά στην αναγνώριση των θρεπτικών τους συστατικών και διευκολύνει την παραμονή του τροφίμου στο στόμα μπορούν να μειώσουν τη ποσότητα κατανάλωσης, με το να οδηγούν σε επιλογή μικρότερων μερίδων και χαμηλότερο ρυθμό κατανάλωσης προκαλώντας μεγαλύτερο κορεσμό (Mccrickerd & Forde, 2016).

Η οσμή, επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στην ενεργειακή πρόσληψη, κατά κύριο λόγο πριν την κατανάλωση, βοηθώντας στον εντοπισμό της τροφής και στη δημιουργία της επιθυμίας κατανάλωσης. Κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης, όμως, φαίνεται ότι έχει μικρή επίδραση στην ποσότητα τροφής που καταναλώνεται ή στον επακόλουθο κορεσμό (Small & Prescott, 2005). Κατά την είσοδο της τροφής στο στόμα, η γεύση δίνει σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα των θρεπτικών συστατικών. Η γλυκιά γεύση προτιμάται, καθώς έχει συνδυαστεί με τις εύληπτες θερμίδες των σακχάρων, οι οποίες συνυπάρχουν με άλλα σημαντικά θρεπτικά συστατικά. Αντίθετα, η πικρή γεύση δηλώνει κίνδυνο τοξικότητας, καθώς αποτελεί γνώρισμα τροφίμων που βρίσκονται σε αποσύνθεση (Ματάλα, 2015). Υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ ποιότητας γεύσης και ευγευστότητας. Η αύξηση, όμως, της έντασης της γεύσης διατηρώντας την ευγευστότητα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της κατανάλωσης σε ένα γεύμα (Bolhuis, Lakemond, de Wijk, Luning, & de Graaf, 2012). Ο κορεσμός αυτός εντός του γεύματος, ίσως είναι αποτέλεσμα της αναγνώρισης της σύνδεσης της έντασης της γεύσης με τη παρουσία θρεπτικών συστατικών. Η ικανότητα αυτή είναι πιθανότατα αποτέλεσμα της έκθεσης με τον καιρό σε διαφορές γεύσεις (Bolhuis, Lakemond, de Wijk, Luning, & de Graaf, 2011).

Οι αισθήσεις της γεύσης και της οσμής, ενώ φαίνεται να είναι συνυφασμένες, έχουν διαφορετικού βαθμού επίδραση στην επιλογή και κατανάλωση τροφής. Αυτό οφείλεται στους διαφορετικούς φυσιολογικούς μηχανισμούς και νευρικά κυκλώματα. Η αίσθηση της γεύσης αναγνωρίζει 5 βασικές γεύσεις (αλμυρή, γλυκιά, πικρή, ξινή, ουναμι), ενώ με την οσμή αναγνωρίζεται μεγάλος αριθμός οσμών. Η διαφορά έγκειται στον αριθμό των υποδοχέων, που για την οσμή είναι περισσότεροι. Έτσι, τα τρόφιμα που μπορούν να αναγνωριστούν με την όσφρηση είναι ευρύτερης ποικιλίας (Mccrickerd & Forde, 2016).

Στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξουν και διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως κοινωνικοί, πολιτισμικοί, θρησκευτικοί κ.α. (Freitas, Oliveira, Correia, Pinhão, & Poínhos, 2017; Poínhos, Oliveira, & Correia, 2018; Wardle, 2007; Γιαννακούλια & Φάππα, 2015). Έρευνες έχουν δείξει πως οι κοινωνικές επιρροές μπορούν είτε να αυξήσουν, είτε να μειώσουν την πρόσληψη τροφής (Dovey, 2010). Διαφορές στη διατροφική συμπεριφορά είναι εμφανείς και στο πλαίσιο κοινωνικών σχέσεων. Οι γυναίκες φαίνεται να τρώνε περισσότερο στα πλαίσια μιας σχέσης, ενώ οι άντρες αντίστοιχα όταν βρίσκονται με φίλους (Salvy, Vartanian, Coelho, Jarrin, & Pliner, 2008). Όταν κάποιος καταναλώνει ένα γεύμα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, έχει την τάση να αλλάζει τη διατροφική του συμπεριφορά σύμφωνα με τα δεδομένα του κοινωνικού περιγύρου του, ειδικά αν στο γεύμα τα τρόφιμα έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι για να έχει μία κοινωνικά αποδεκτή εικόνα (Racine, 2018).

Όλες οι συμπεριφορές έχουν στερεοτυπικές αντιλήψεις, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών. Τρόφιμα τα οποία είναι χαμηλά σε λιπαρά, θεωρούνται πιο γυναικεία, ενώ συνήθως διατροφές που περιέχουν τρόφιμα υψηλά σε λιπαρά θεωρούνται περισσότερο αντρικές (Oakes & Slotterback, 2005). Τα άτομα που καταναλώνουν τα θεωρούμενα ‘καλά’ τρόφιμα θεωρούνται πιο ελκυστικά και συμπαθή (Racine, 2018; Stein & Nemeroff, 1995). Από τη έρευνα των Chaiken και Pliner (1987) έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες για την εξερεύνηση των φυλετικών στερεοτύπων στη διατροφή αλλά τα αποτελέσματα δεν επαρκούν και απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα σε αυτό το πεδίο για να εξαχθούν επαρκή συμπεράσματα (Dovey, 2010).

Οι πρώτες επιρροές κατά την παιδική ηλικία προέρχονται από το γονεϊκό περιβάλλον, με τις πρώτες προτιμήσεις να διαμορφώνονται μέχρι την ηλικία των πέντε ετών, με την επαναλαμβανόμενη επαφή με τα τρόφιμα (Ματάλα, 2015). Οι γονείς, λοιπόν, συνθέτουν τα πρώτα πρότυπα στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών, καθώς έχουν, συνήθως, τον αποκλειστικό ρόλο στη διεύρυνση των διατροφικών οριζόντων των παιδιών (Savage, Fisher, & Birch, 2008). Στη προσπάθειά τους να ελέγξουν τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών, οι γονείς πολλές φορές δεν χρησιμοποιούν σωστές μεθόδους, πετυχαίνοντας αντίθετα αποτελέσματα (Γιαννακούλια & Φάππα, 2015). Σημαντικός πόλος διατροφικής εκπαίδευσης αποτελεί και το σχολείο, καθώς δίνεται η δυνατότητα εφαρμογής μεθόδων εκπαίδευσης σωστών διατροφικών συμπεριφορών, είτε με τους εκπαιδευτικούς να λειτουργούν ως πρότυπα, αλλά και με τις παρεχόμενες επιλογές τροφίμων στα σχολικά κυλικεία (Γιαννακούλια & Φάππα, 2015).

Το κόστος των τροφίμων αναμφίβολα επηρεάζει τη επιλογή τους. Οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος τείνουν να έχουν μη ισορροπημένες διατροφικές επιλογές, με χαμηλή κατανάλωση σε φρούτα και λαχανικά (Bellisle, 2006; Ματάλα, 2015). Η μετακίνηση και η περιοχή κατοικίας παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφική επιλογή, καθώς η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των τροφίμων διαφοροποιείται ανάλογα με τον τόπο κατοικίας (Deliens, Clarys, De Bourdeaudhuij, & Deforche, 2014; Brian Wansink, 2010). Αντίθετα, το υψηλότερο εισόδημα δεν εγγυάται καλύτερη ποιότητα διατροφής, αλλά αυξάνεται η ποικιλία των τροφίμων που μπορεί κάποιος να επιλέξει (Bellisle, 2006).

Ένας άλλος τρόπος διαμόρφωσης της διατροφικής συμπεριφοράς είναι από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ). Η κατανάλωση του γεύματος με την ταυτόχρονη παρακολούθηση τηλεόρασης μπορεί να οδηγήσει σε αύξημένη κατανάλωση τροφής, ακόμα και αν το πρόγραμμα δεν αναφέρεται σε τρόφιμα (Halford, Boyland, Hughes, Oliveira, & Dovey, 2007). Επιπλέον, η παρακολούθηση τηλεόρασης ενισχύει την καθιστική ζωή, μειώνοντας την φυσική δραστηριότητα που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους, καθώς και την μείωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και την αυξημένη κατανάλωση σνακ (Dovey, 2010).

Η έκθεση παιδιών σε διαφημίσεις τροφίμων, αυξάνει την κατανάλωση φαγητού ανεξάρτητα από το περιεχόμενο των διαφημίσεων (Halford et al., 2008, 2007; Halford, Gillespie, Brown, Pontin, & Dovey, 2004). Τα παιδιά, δηλαδή, δεν αντιλαμβάνονται το διαφημιζόμενο προϊόν αλλά δημιουργείται η επιθυμία να καταναλώσουν το τροφιμό. Η προσπάθεια που γίνεται μέσα από τις διαφημίσεις έχει σκοπό να χειραγωγήσει τις αντιλήψεις του κοινού στόχου σχετικά με το διαφημιζόμενο προϊόν (Boynnton-Jarrett et al., 2003; Matheson, Killen, Wang, Varady, & Robinson, 2004). Τα ΜΜΕ δεν έχουν μόνο άμεση επίδραση στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς, με τη χειραγώγηση των αντιλήψεων προς ένα προϊόν (Γιαννακούλια & Φάππα, 2015), αλλά και έμμεση επίδραση με τη διαμόρφωση στερεοτυπικών αντιλήψεων για την ιδανική εικόνα σώματος και αποδεκτή ομορφιά (Dovey, 2010).

Τα πρότυπα ομορφιάς δεν είναι σταθερά, αλλά, μεταβάλλονται με τον καιρό, και αναπαριστούν αυτό που κάθε κοινωνία και εποχή θεωρεί ακατόρθωτο και ασύμβατο με τα υπάρχοντα δεδομένα. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη ποικιλία στο σωματότυπο που θεωρούν κοινωνικά αποδεκτό σε σχέση με τις γυναίκες, που έχουν μικρότερο εύρος στο τι θεωρούν

ιδανική εικόνα σώματος. Συνεπώς οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στη έναρξη μιας διατροφής για την απόκτηση ενός ‘‘ελκυστικού σώματος’’ (Freitas et al., 2017; Kyrkou et al., 2018).

Τέλος ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά είναι οι πολιτισμικές επιδράσεις και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Οι διαιτητικές συνήθειες αποτελούν μέρος του πολιτισμού και ‘‘κληρονομούνται’’ μαζί με τις υπόλοιπες πολιτισμικές συνήθειες. Ο προφανής τρόπος με τον οποίο το θρήσκευμα επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά είναι απαγορεύσεις συγκεκριμένων τροφίμων ή με τελετουργίες προετοιμασίας που αφορούν τη κατανάλωση τροφής (Ματάλα, 2015). Η πολιτισμική και θρησκευτική επίδραση δεν σταματά μόνο σε ιδεολογικές πεποιθήσεις για συγκεκριμένα τρόφιμα, αλλά επηρεάζουν και άλλους τομείς, όπως η εικόνα σώματος, που μπορεί να επηρεάσει την κατανάλωση τροφής αλλά και την αυτοεκτίμηση (Kim, 2007). Η εικόνα σώματος μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα βάση αυτών των ιδεολογικών πεποιθήσεων, παρά με βάση την εθνικότητα, καθώς εκτείνονται πέρα από την εθνικότητα και είναι πιθανότερο να επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά (Kim, Sobal, & Wethington, 2003).

2.3 Διαστάσεις διατροφικής συμπεριφοράς

Η αλληλεπίδραση των ενηλίκων με το φαγητό μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε 3 γενικές ομάδες (Dovey, 2010). Ο διατροφικός περιορισμός (restraint eating) αναφέρεται στην ιδέα γύρω από τη θέσπιση κανόνων σχετικά με το συνειδητο περιορισμό της ποσότητας πρόσληψης τροφής ή της θερμιδικής πρόσληψης για τον έλεγχο της εικόνας σώματος ή την μη αύξηση του βάρους. Κατά μία έννοια, είναι ο προωρος τερματισμός της κατανάλωσης τροφής πριν την ενεργοποίηση του φυσιολογικού μηχανισμού του κορεσμού (French et al., 2012, 2014; Johnson, Pratt, & Wardle, 2012). Η διαδικασία αυτή σχετίζεται με το τι και πόσο, ένα άτομο, θεωρεί ότι μπορεί να καταναλώσει σε αντίθεση με το τι λέει το σώμα ότι χρειάζεται. Ο περιορισμός διακρίνεται σε δύο τύπους: τον άκαμπτο και τον ευκαμπτο. Στον πρώτο, το άτομο έχει μεγάλη προσκόλληση στους διατροφικούς κανόνες που έχει θεσπίσει, δεν αποκλίνει από αυτούς και κάθε παραβίαση θεωρείται ως προσωπική αποτυχία. Στο δεύτερο, το άτομο μπορεί να προσαρμόσει τους κανόνες με τρόπο τέτοιο ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση αντιμετωπίζει (Bach-Faig et al., 2016; Dovey, 2010; Ροίνhos, Oliveira, & Correia, 2018). Φυσικά, αυτή η διαδικασία μοιράζεται ομοιότητες με διαταραχές πρόσληψης τροφής, αλλά είναι σημαντικό να μην συγγέται αυτή η ιδέα με παθολογικές συμπεριφορές. Οι περισσότεροι άνθρωποι, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, εφαρμόζουν κάποια μορφή ψυχολογικής επεξεργασίας για να περιορίσουν τη διατροφική πρόσληψη, σαν αντίδραση στις περιβαλλοντικές πιέσεις (Dovey, 2010).

Το συναισθηματικό φαγητό (emotional eating) αναφέρεται στην κατανάλωση τροφής λόγω αλλαγών στη διάθεση, δηλαδή είναι μία προσπάθεια βελτίωσης ή σταθεροποίησης της διάθεσης μέσω της τροφής (Dovey, 2010). Τα τρόφιμα μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση με δύο τρόπους, με την απόσπαση της προσοχής από τα συναισθήματα, που το άτομο βιώνει, με την διαδικασία εύρεσης, παρασκευής και κατανάλωσης της τροφής, και με την απελευθέρωση οπιοειδών που απελευθερώνονται κατά την πέψη της τροφής (Vansteelandt et al., 2004). Τα τρόφιμα που προτιμούνται έχουν, συνήθως, υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λιπή, καθώς η ευγευστικότητα των τροφίμων προκαλεί μεγαλύτερη απελευθέρωση οπιοειδών, προκαλώντας μεγαλύτερη ευφορία. Τα άτομα προβαίνουν στη κατανάλωση τροφίμων όταν αισθάνονται ‘‘πεσμένα’’ ψυχολογικά, αγχος ή νευρικότητα. Παρόλο που το συναισθηματικό φαγητό συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, υπάρχουν ενδείξεις υπερκατανάλωσης και με θετικά συναισθήματα (Macht, 2008).

Η απώλεια του διατροφικού ελέγχου (Disinhibition), μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση, θέμα ή κίνητρο που αποσπά τη προσοχή από την διαδικασία του γεύματος και, συνήθως, οδηγεί σε υπερκατανάλωση τροφής (French et al., 2012). Ένα κλασικό παράδειγμα είναι η κατανάλωση σνακ κατά την παρακολούθηση μίας ταινίας. Η παρακολούθηση μιας ταινίας απαιτεί την προσοχή του θεατή και αυτό οδηγεί στην μη συνηδαιτή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων σνακ. Είναι σημαντικό να μην αντιλαμβάνεται κάποιος την ύπαρξη των εννοιών αυτών ως μεμονωμένες. Είναι πιθανός ο συνδιασμός αυτών των τύπων συμπεριφοράς (Dovey, 2010).

2.3 Φοιτητική ζωή και διατροφική συμπεριφορά

Η μετάβαση στη φοιτητική ζωή, που εκθέτει τους νέους φοιτητές σε συνθήκες στρες και έλλειψης χρόνου, έχει σαν αποτέλεσμα κακές διατροφικές συνήθειες που αποτελούν σημαντικό παράγοντα ανησυχίας για τη δημόσια υγεία (Ganasegeran et al., 2012; Hilger, Loerbroks, & Diehl, 2017; Nelson, Story, Larson, Neumark-Sztainer, & Lytle, 2008; Schmidt, 2012). Το νέο απαιτητικό περιβάλλον, που απαιτεί τον συνδυασμό των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων, των κοινωνικών δραστηριοτήτων και τη συμμετοχή σε ασχολίες εκτός σχολής, αποτελεί μία μεγάλη πρόκληση για τους νέους φοιτητές (Deliens et al., 2014; Kristanto, Chen, & Thoo, 2016). Οι ανθυγιεινές συνήθειες που υιοθετούνται σε αυτή την ηλικία, παρόλο που θεωρούνται προσωρινές και μέρος της φοιτητικής ζωής, τείνουν να παραμένουν και τα επόμενα χρόνια (Schmidt, 2012; Silliman, Rodas-Fortier, & Neyman, 2004). Κάποιες κοινές ανθυγιεινές συνήθειες μεταξύ των νεαρών φοιτητών περιλαμβάνουν παράλειψη γευμάτων, γεύματα εκτός σπιτιού, κατανάλωση έτοιμων και γρήγορων γευμάτων, κατάχρηση ουσιών κ.α. (Ganasegeran et al., 2012; Schmidt, 2012).

Οι ραγδαίες εξελίξεις στη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη κατατάσσουν τους νέους φοιτητές ως ομάδα υψηλού διατροφικού κινδύνου, καθώς αποτυγχάνουν να καλύψουν τις διατροφικές τους ανάγκες (Deliens et al., 2014; Mihalopoulos, Auinger, & Klein, 2008). Σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση των διατροφικών επιλογών αποτελεί το κόστος και η ευκολία κατανάλωσης του γεύματος (Deliens et al., 2014; Ματάλα, 2015). Οι περισσότεροι φοιτητές δεν καταναλώνουν αρκετά φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες, ενώ υπερβαίνουν τη συνιστώμενη πρόσληψη σε ολικό λίπος, κορεσμένα λιπαρά οξέα, απλούς υδατάνθρακες και αλάτι (Papadaki, Hondros, A. Scott, & Kapsokefalou, 2007; Silliman et al., 2004), τα γεύματα έχουν τον χαρακτήρα σνακ και συχνά καταναλώνουν γρήγορα γεύματα από ταχυφαγεία (Deliens et al., 2014; Ganasegeran et al., 2012; Kyrkou et al., 2018). Η περίοδος αυτή, η μετάβαση από την εφηβική στην ενήλικη ζωή, ίσως είναι ιδανική για την προώθηση ορθών διατροφικών συνηθειών, καθώς είναι η περίοδος που διαμορφώνεται πληθώρα συνηθειών που συνεχίζουν να υπάρχουν στην υπόλοιπη ενήλικη ζωή του ατόμου (Hilger et al., 2017; Nelson et al., 2008; Rocha, 2008; Tsouros, Dowding, Thompson, & Dooris, 1998).

Οι διατροφικές συνήθειες που αναπτύσσονται κατά τη φοιτητική ζωή έχουν άρρηκτη σχέση με τον τρόπο πραγματοποίησης των σπουδών (Papadaki & Scott, 2002). Η διατροφή των φοιτητών που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους δεν αλλάζει σημαντικά ενώ οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών που μετακόμισαν μακριά από την οικογένεια παίρνουν μη επιθυμητή κατεύθυνση (Chourdakis, Tzello, Papazisis, Toulis, & Kouvelas, 2010;

Deliens et al., 2014; Hilger et al., 2017; Papadaki et al., 2007). Φαίνεται πως οι ρυθμοί τη φοιτητικής ζωής και η ανάληψη της ευθύνης για την αγορά και προετοιμασία των γευμάτων είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες αυτής της μεταστροφής (Ganasegeran et al., 2012). Η διατήρηση της ευθύνης από την οικογένεια για τους φοιτητές που δεν μετακομίζουν βοήθα στην διατήρηση θετικών διατροφικών συμπεριφορών, ακόμα και αν υπάρχουν αλλαγές στη καθημερινότητα, υπογραμμίζοντας τη σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση των διατροφικών συμπεριφορών (Deliens et al., 2014). Συγκεκριμένα σε εκείνους που μένουν μακριά από την οικογένεια τους σημειώνεται μείωση στην εβδομαδιαία κατανάλωση φρούτων, μαγειρεμένου φαγητού, λαχανικών, ψαριών, θαλασσινών και οσπρίων (Hilger et al., 2017; Papadaki et al., 2007), ενώ παράλληλα παρατηρούνται και ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η κατανάλωση έτοιμων και γρήγορων γευμάτων εκτός σπιτιού, η συχνή κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα (Deliens et al., 2014; Ezzati et al., 2017; Tirodimos, Georgouvia, Savvala, 2015).

Οι παρατηρήσεις αυτές φαίνεται ότι ισχύουν και για φοιτητές ιατρικής και άλλων συναφών ειδικοτήτων. Οι φοιτητές επιστημών σχετικών με την υγεία, παρά την γνώση σχετικά με τη επιπτώσεις τέτοιου είδους συμπεριφορών, τις υιοθετούν ακολουθώντας την γενικότερη τάση. Στην Ελλάδα είναι χαρακτηριστικά τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος και φτωχών διατροφικών συνηθειών μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και άλλων ειδικοτήτων (Chourdakis et al., 2010; Tirodimos, Georgouvia, Savvala, 2015; Mammias, Bertias, Linardakis, Moschandreas, & Kafatos, 2004; Mammias et al., 2003).

Βέβαια υπάρχουν ενδείξεις για τη μεταστροφή αυτής της κατάστασης. Σε συγκριτική έρευνα (Kyriku et al., 2018) δείγματος φοιτητών δύο διαφορετικών χρονικών περιόδων, 2006 και 2016, φάνηκε πως υπήρξε θετική αλλαγή μεταξύ των δύο εξεταζομένων δειγμάτων. Το 2016 σημειώθηκε μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων με φυσιολογικό BMI που μπορεί να αποδοθεί στην περισσότερο ισορροπημένη διατροφή και υψηλότερους δείκτες άσκησης που καταγράφηκαν. Παρά τους πιθανούς περιορισμούς σχετικά με τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, η έρευνα αυτή αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια διερεύνησης των αλλαγών της διατροφικής συμπεριφοράς των φοιτητών στην Ελλάδα προ και μετά κρίσης.

Πέραν αυτών, παρατηρούνται και διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών φοιτητών στη διατροφική συμπεριφορά. Οι άνδρες καταναλώνουν γεύματα ταχυφαγείου και προϊόντα κρέατος συχνότερα και φρούτα και λαχανικά λιγότερο συχνά, συγκριτικά με τις γυναίκες.

Μια πιθανή εξήγηση για μία τέτοια φυλετική διαφορά ίσως αποτελεί η μεγαλύτερη γνώση σχετικά με μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή στις γυναίκες (Hilger et al., 2017). Επιπλέον, οι γυναίκες, ενδιαφέρονται περισσότερο για το βάρος και την εικόνα σώματος τους. Αυτό μπορεί να εντοπιστεί και στα διαφορετικά κίνητρα για γυμναστική ανάμεσα σε φοιτητές των δύο φύλων. Οι άντρες φοιτητές βλέπουν τη γυμναστική ως μια μορφή εγγενούς πρόκλησης, ενώ οι γυναίκες γυμνάζονται για να βελτιώσουν την εμφάνισή τους και να ρυθμίσουν το σωματικό τους βάρος (Schmidt, 2012). Παρότι οι άντρες γυμνάζονται περισσότερο, προσπαθούν λιγότερο να έχουν μια υγιεινή διατροφή (Tirodimos, Georgounia, Savvala, 2015). Οι γυναίκες έχουν υψηλότερα σκορ στη κλίμακα του διατροφικού περιορισμού (restraint eating) και του συναισθηματικού φαγητού (emotional eating), δείγμα πως, ίσως, δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το βάρος τους και είναι πιο επιρρεπείς στις συναισθηματικές, μεταπτώσεις από τους άνδρες. Έχει καταγραφεί πως οι φοιτήτριες καταναλώνουν γλυκά τρόφιμα πιο συχνά από τους άντρες συναδέλφους τους, πιθανά για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Tirodimos, Georgounia, Savvala, 2015). Βέβαια, αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως οι γυναίκες φοιτητές είναι πιο ανοικτές να μιλήσουν για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες βιώνουν στρες (Schmidt, 2012).

Οι φοιτητές σχολών διατροφής και διαιτολογίας είναι, πιθανά, μία ομάδα με μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξει κάποιου είδους διαταραχή στη διατροφική τους συμπεριφορά, και παρά τη μελέτη στο συγκεκριμένο ζήτημα από την επιστημονική κοινότητα δεν υπάρχει σαφές συμπέρασμα. Δεν είναι σαφές αν η εμφάνιση των διαταραχών οφείλεται στην παρακολούθηση περισσότερων μαθημάτων που σχετίζονται με την διατροφή και την εμβάθυνση σε ζητήματα σχετικά με τη διατροφή, τα τρόφιμα και το βάρος σώματος ή αν η επαφή με το αντικείμενο αυτό διαμορφώνει την άποψη πως η εμφάνιση πρέπει να είναι κοινωνικά αποδεκτή για να εξασφαλίσει, σε ένα βαθμό, επιτυχία στον συγκεκριμένο κλάδο. Η πιθανότητα ύπαρξης μεγαλύτερου κινδύνου εμφάνισης διαταραχών στη διατροφική συμπεριφορά των φοιτητών διατροφής και διαιτολογίας αξίζει περισσότερη προσοχή, καθώς μπορεί να επηρεάσει τη φοιτητική και επαγγελματική λειτουργικότητα (Freitas et al., 2017).

3 Ερευνητικό μέρος

3.1 Μεθοδολογία

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μέρος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης τον Μάρτιο του 2016. Σε αυτή συμμετείχαν 100 φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας.

Οι φοιτητές ενημερώθηκαν μέσω ανακοίνωσης που αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του τμήματος, στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, και με προφορικές ενημερώσεις στους χώρους διδασκαλίας των φοιτητών. Όσοι εκδήλωσαν ενδιαφέρον συμμετοχής, προσήλθαν κατόπιν συνεννόησης σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο προκειμένου να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να πραγματοποιηθούν σωματομετρήσεις βάρους, ύψους και περιμέτρου μέσης.

Οι φοιτητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από επιμέρους ερωτηματολόγια διαφόρων θεματικών ενοτήτων. Συγκεκριμένα αφορούσαν 1) τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, 2) τον Μεσογειακό τρόπο ζωής (Medlife Index), 3) τα γαστρεντερικά προβλήματα, 4) τον ύπνο 5) τη διατροφική συμπεριφορά (TFEQ-R18) και 6) την προσωπικότητα. Η διαδικασία έλαβε χώρα σε δύο ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες. Στην πρώτη οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια, με την παρουσία των φοιτητών που διεξήγαγαν την έρευνα, προκειμένου να απαντήσουν σε ερωτήσεις και να δώσουν τις απαραίτητες διευκρινήσεις. Μετά τη ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας, οι συμμετέχοντες οδηγούνταν στην δεύτερη αίθουσα για να πραγματοποιηθούν οι σωματομετρικές μετρήσεις.

Για την παρούσα πτυχιακή εργασία, χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το βαθμό συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής (Medlife Index) και των Διατροφικών συμπεριφορών(TFEQ-R18).

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικών

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τα προσωπικά τους στοιχεία (αριθμό μητρώου, φύλο, ηλικία, εισόδημα, συζυγική κατάσταση), το μορφωτικό επίπεδο τους, τη κατάσταση της υγείας τους (ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, λήψη συμπληρωμάτων, καπνιστικές συνήθειες).

Μεσογειακός τρόπος ζωής (Medlife Index)

Το ερωτηματολόγιο του Μεσογειακού τρόπου ζωής χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί ο βαθμός προσκόλλησης των συμμετεχόντων στον εν λόγω τρόπο ζωής. Το ερωτηματολόγιο είναι βασισμένο στις αρχές της Μεσογειακής διατροφής, όπως αυτές προτάθηκαν από τη αναθεώρηση από στο 8^ο Διεθνές Συνέδριο για την Μεσογειακή Διατροφή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 συνολικά αντικείμενα, χωρισμένα σε τρία μέρη, που αντικατοπτρίζουν τους βασικούς άξονες του Μεσογειακού τρόπου ζωής. Το πρώτο, αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις, περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής. Το δεύτερο μέρος, αποτελούμενο από 7 ερωτήσεις, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος οι ερωτήσεις αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, την ανάπαυση, τις κοινωνικές συνήθειες, και τη διάθεση του ατόμου με 6 ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 ή 1 και η βαρύτητα των ερωτήσεων είναι ίση. Το εύρος της βαθμολογίας του δείκτη Medlife Index κυμαίνεται από 0 έως 28, με 0 να αξιολογείται η χαμηλότερη προσκόλληση και με 28 η υψηλότερη προσκόλληση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής.

Διατροφική συμπεριφορά(TFEQ-R18)

Για την εκτίμηση της διατροφικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε το TFEQ -R18, όπου αποτελεί αναθεωρημένη, μικρότερης έκτασης έκδοση του TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire) (Stunkard & Messick, 1985) με 18 ερωτήσεις που αξιολογεί τρεις διαφορετικές πτυχές της διατροφικής συμπεριφοράς: την νοητική συγκράτηση (6 ερωτήσεις), το Συναισθηματικό φαγητό (3 ερωτήσεις) και την Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής (9 ερωτήσεις) (de Lauzon et al., 2004).

Σωματομετρικές μετρήσεις

Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις βάρους (kg) με ακρίβεια 0,1 kg, ύψους (cm) με ακρίβεια 0,1 cm, περιμέτρου μέσης (cm) με ακρίβεια 0,1 cm των συμμετεχόντων. Χρησιμοποιήθηκε ζυγαριά ακριβείας και πρότυπο αναστημόμετρο τα οποία δόθηκαν από το τμήμα και υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν από τους φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας που συμμετείχαν στη διεξαγωγή της έρευνας.

3.2 Αποτελέσματα

Από το σύνολο 100 συμμετεχόντων φοιτητών της έρευνας, οι 28 ήταν άνδρες και οι 52 γυναίκες. Από το Β' εξάμηνο συμμετείχαν 52 φοιτητές, από το ΣΤ' εξάμηνο 25 φοιτητές, από το Θ' εξάμηνο 22 φοιτητές, ενώ 1 φοιτητής από το Ε' εξάμηνο. Το 28% του δείγματος ήταν άνδρες και το 72% γυναίκες. Το 34% των συμμετεχόντων δήλωσαν καπνιστές, ενώ 93% από αυτούς είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, με τους υπόλοιπους 7% να είναι κάτοχοι άλλου πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 53 % είχαν οικογενειακό εισόδημα 12.000 – 30.000 ευρώ και προσωπικό εισόδημα 300 – 600 ευρώ. Το 92 % δεν ανέφερε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, με το 6% να λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή και το 19% συμπληρώματα διατροφής. Το 66% του δείγματος είχε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, με το 5% των συμμετεχόντων να είναι παχύσαρκοι σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στην έρευνα

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

	Μέση Τιμή ± τυπ. Απόκλιση %
Φύλο	
Άνδρες	28,8
Γυναίκες	72,0
Ηλικία	20.28 ± 2.51
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Υποχρεωτική εκπαίδευση	93,0
Άλλο πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	7,0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	0,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	
Λιγότερο από 9 έτη	15,0
9-12 έτη	40,0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	28,0
Απόφοιτος άλλης σχολής	13,0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	4,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	
Λιγότερο από 9 έτη	8,0

9-12 έτη	45.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	29.0
Απόφοιτος άλλης σχολής	14.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	4.0
Οικογενειακό εισόδημα	
<12.000	21
12.000-30.000	67
>30.000	12
Προσωπικό εισόδημα	
<300	37.0
300-600	53.0
600-900	6.0
900	4.0
Συζυγική κατάσταση	
Σε σχέση	44.0
Ελεύθερος	56.0
Ζείτε μόνος αυτήν την περίοδο	
Ναι	88.0
Όχι	12.0
Είστε καπνιστής	
Ναι	34%
Όχι	66%
Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας	
Ναι	8.0
Όχι	92.0
Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή	
Ναι	6.0
Όχι	94.0
Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής	
Ναι	19.0
Όχι	81.0
Βάρος (kg)	65.08 ± 11,37

Ύψος (cm)	165.65 ± 8.83
Περίμετρος Μέσης (cm)	73.38 ± 7.89
Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m)	23.63 ± 3.19

. Επίσης το 75 % των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν καταναλώνει ξηρούς καρπούς. Στις ερωτήσεις σχετικά με τη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, το 52% των ερωτηθέντων απάντησαν πως καταναλώνουν φρέσκα φρούτα και χυμούς 3-6 μερίδες την ημέρα και το 58% πως καταναλώνει 2 ή περισσότερες μερίδες λαχανικών την ημέρα. Επιπλέον το 76% των ερωτηθέντων απάντησε πως καταναλώνει εβδομαδιαία 2 μερίδες πουλερικών και το 42% πως καταναλώνει περισσότερες από 2 φορές την εβδομάδα κόκκινο κρέας, ενώ το 54% καταναλώνει περισσότερες από 1 μερίδα επεξεργασμένου κρέατος ή αλλαντικών μέσα στην εβδομάδα.

Το δεύτερο μέρος αφορά τις Μεσογειακές Διατροφικές συνήθειες. Το 74% των ερωτηθέντων απάντησε πως καταναλώνει 6-8 μερίδες νερού την ημέρα, ενώ το 70% πως περιορίζει την κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματα. Το 76% επιλέγει την κατανάλωση τροφίμων ολικής άλεσης, ενώ το 86% δεν καταναλώνει καθημερινά 1-2 μερίδες κόκκινου ή λευκού κρασιού την ημέρα. Στην ερώτηση αν περιορίζουν την προσθήκη αλατιού στο φαγητό το 49% των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν την περιορίζουν, ενώ το 46% καταναλώνει περισσότερες από 2 μερίδες σνακ, πατατάκια, ποπ κορν την εβδομάδα και το 76% συνηθίζει να καταναλώνει τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος οι ερωτήσεις αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, την ανάπαυση, τις κοινωνικές συνήθειες, και τη διάθεση του ατόμου. Το 65% των ερωτηθέντων απάντησε πως κάνουν κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα (π.χ. τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά/ εβδομάδα ή 30 λεπτά/ ημέρα και το 60% πως δεν κάνει κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα για 2 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Το 85% των ερωτηθέντων κοιμάται 6-8 ώρες την ημέρα τις καθημερινές και το 66% δεν κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας τα Σαββατοκύριακα. Το 49% απάντησε πως δεν παρακολουθεί τηλεόραση για περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα, ενώ το 97% αφιερώνει πάνω από 2 ώρες την ημέρα για συναναστροφή με φίλους κατά την διάρκεια του Σαββατοκύριακου.

Πίνακας 2 Συμμόρφωση με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής(MedLife Index)

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΑΙΤΡΟΦΗΣ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
1. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα γλυκά, ζαχαρωτά;	52	48
2. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα κόκκινο κρέας;	58	42
3. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 1 μερίδα / εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά;	46	54
4. Καταναλώνετε 2-4 μερίδες / εβδομάδα αυγά;	50	50
5. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα όσπρια;	50	50
6. Καταναλώνετε 2 μερίδες / εβδομάδα πουλερικά;	76	24
7. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά;	24	76
8. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 3 μερίδες / εβδομάδα πατάτες;	60	40
9. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / ημέρα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά;	60	40
10. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα ξηρούς καρπούς και ελιές;	25	75
11. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 1 μερίδες / ημέρα βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό και ρίγανη;	56	44
12. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς;	52	48
13. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / ημέρα λαχανικά (εκτός πατάτες);	58	42
14. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες/ ημέρα ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο;	76	24
15. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα δημητριακά, λευκό και ολικής άλεσης ψωμί;	56	44
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΕΣ ΔΑΙΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ		
16. Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ ημέρα ή περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες αφεινήματος ή αφεινήματα βοτάνων / εβδομάδα;	74	26
17. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα κρασί λευκό/κόκκινο;	14	86
18. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα σνακ, πατατάκια, ποπ κορν;	54	46
19. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας;	51	49

20. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως;	76	24
21. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων;	76	24
22. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματα σας;	70	30
ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΑΝΑΠΑΥΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ, ΔΙΑΘΕΣΗ		
23. Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα (π.χ. τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά/ εβδομάδα ή 30 λεπτά/ ημέρα;	65	35
24. Κοιμάστε συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα Σαββατοκύριακα;	34	66
25. Κοιμάστε 6-8 ώρες/ ημέρα τις καθημερινές;	85	15
26. Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα τις καθημερινές;	49	51
27. Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου;	97	3
28. Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;	40	60

Στον πίνακα 3 παρατίθενται τα αποτελέσματα από τη συνολική βαθμολογία του Μεσογειακού τρόπου ζωής, καθώς και η βαθμολογία των επιμέρους υποκλιμάκων που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο: της κατανάλωσης των Μεσογειακών τροφίμων, των Μεσογειακών διατροφικών συνηθειών και της φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικών συνηθειών και της διάθεσης. Η βαθμολογία για την συμμόρφωση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής, παίρνει τιμές από 0 έως 28. Για τις υποκλίμακες η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 15 για την Κατανάλωση τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής, 0 έως 7 για τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες και 0 έως 6 για τη Φυσική δραστηριότητα, ανάπαυση, κοινωνικές συνήθειες, διάθεση.

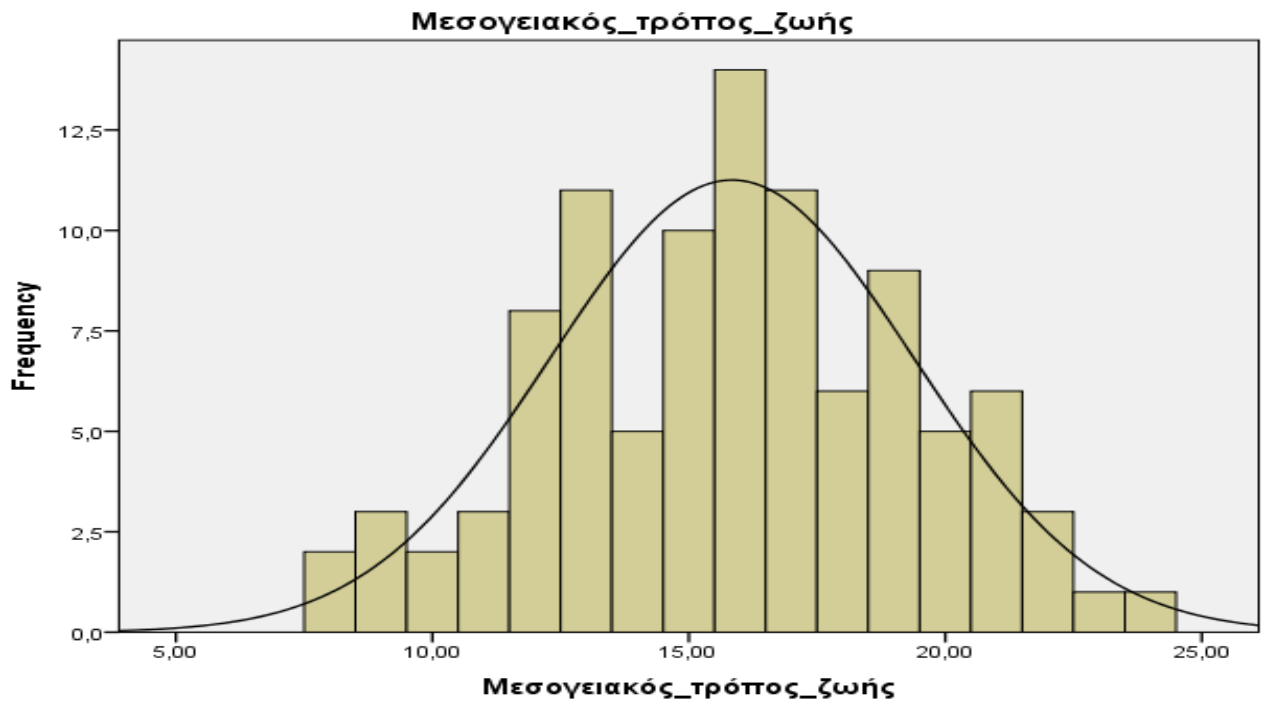
Πίνακας 3 Βαθμολογία προσκόλλησης στον Μεσογειακό τρόπο ζωής (MedLife Index).

	Μέση Τιμή \pm τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Συνολικός Μεσογειακός τρόπος ζωής	15.8 \pm 3.5	8	24
Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής	7.9 \pm 2.5	2	13
Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες	4.15 \pm 1.27	1	7
Φυσική δραστηριότητα, ανάπαυση, κοινωνικές συνήθειες, διάθεση	3.7 \pm 1,26	1	6

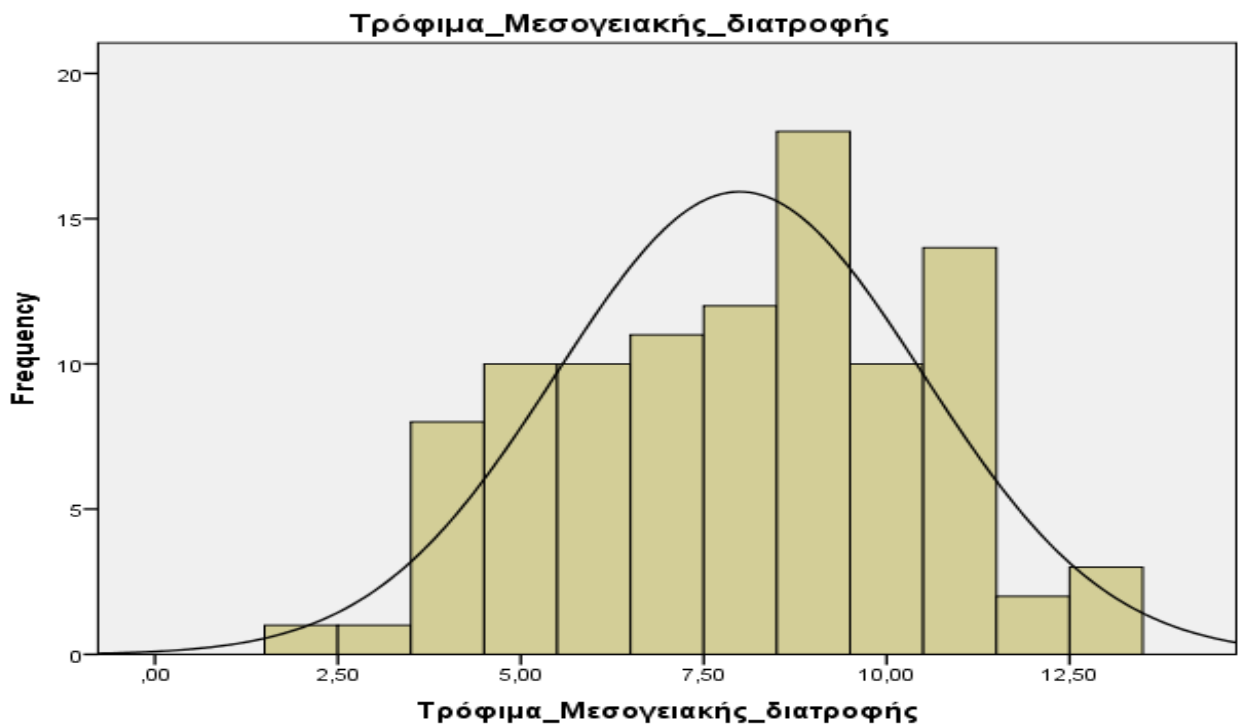
Η μέση τιμή του Συνολικού Μεσογειακού τρόπου ζωής είναι 15.8 ± 3.5 . Στις επιμέρους κλίμακες, η μέση βαθμολογία της Κατανάλωσης τροφίμων Μεσογειακής διατροφής είναι 7.9 ± 2.5 ,στις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες είναι 4.15 ± 1.27 και στη Φυσική δραστηριότητα, ανάπαυση, κοινωνικές συνήθειες, διάθεση είναι $3.7 \pm 1,26$.

Στα διαγράμματα παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με την προσκόλληση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής (διάγραμμα 1), την κατανάλωση των Μεσογειακών τροφίμων (διάγραμμα 2), τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες (διάγραμμα 3) και της Φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικών συνηθειών, διάθεσης (διάγραμμα 4)

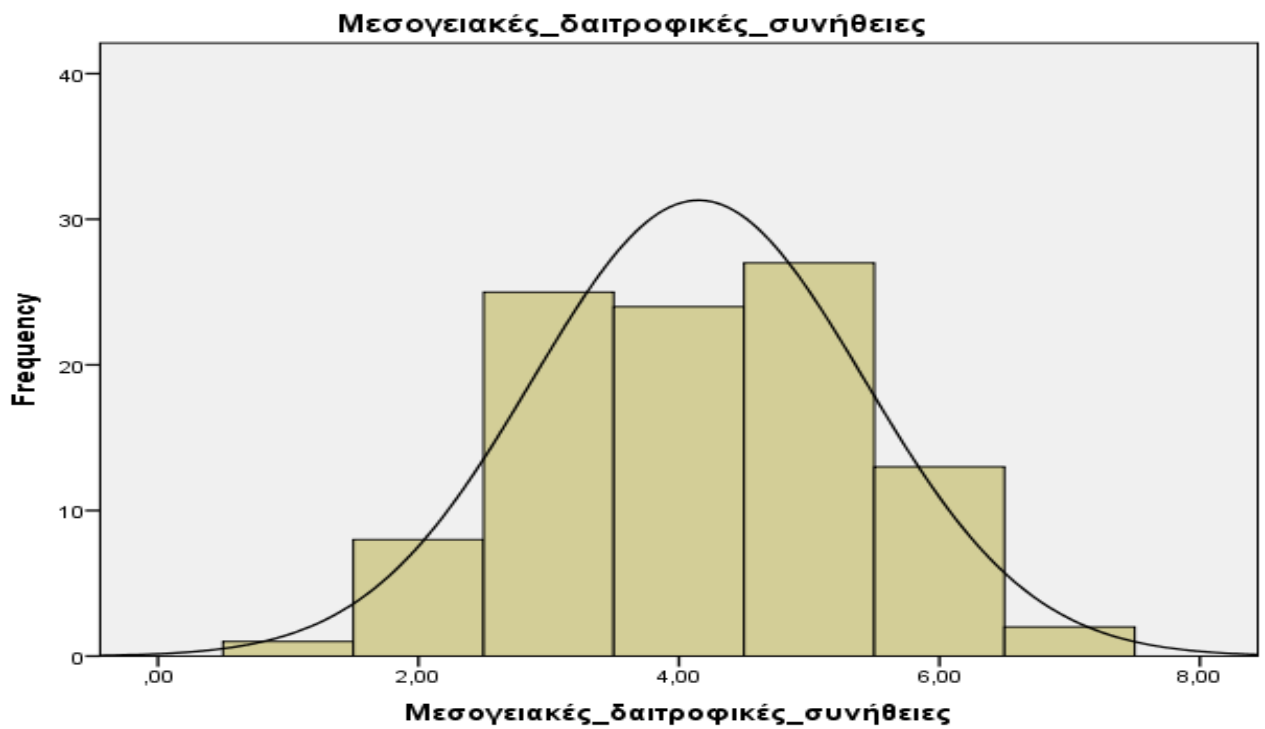
Διάγραμμα 1 Συμμόρφωση με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής (MedLife Index)



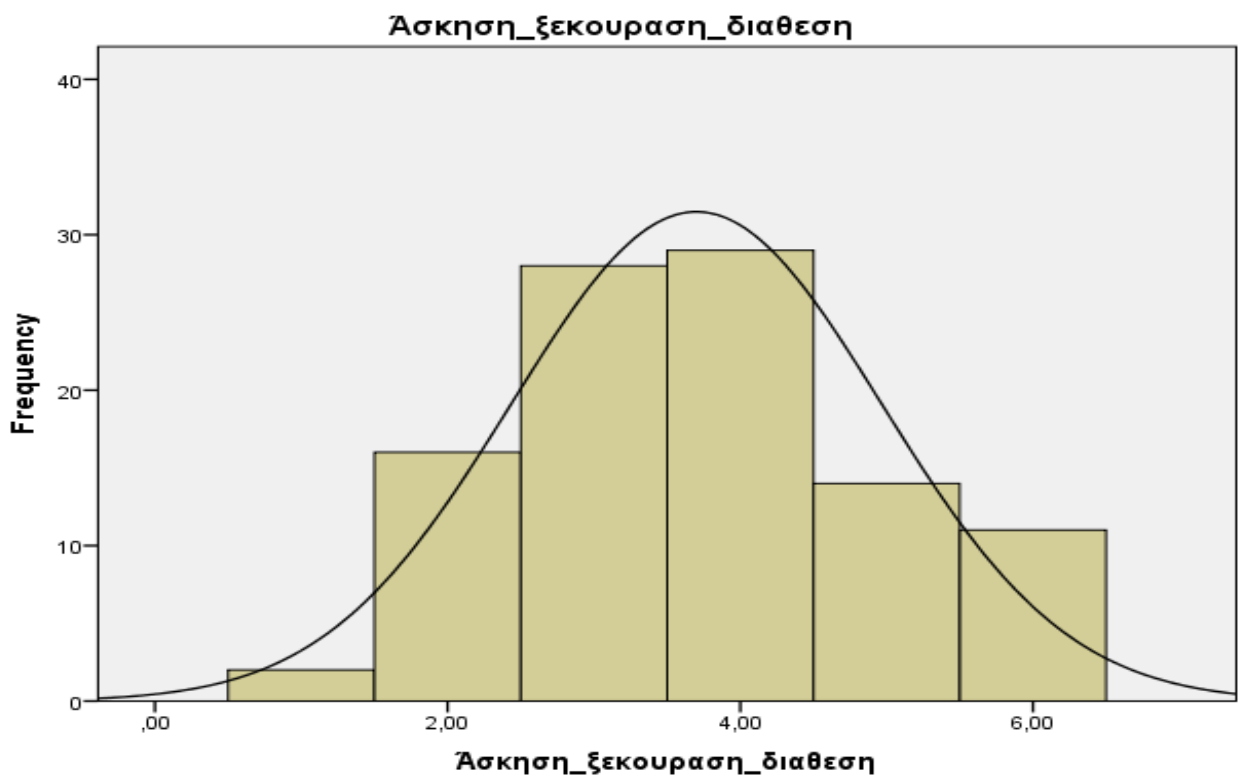
Διάγραμμα 2 Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής



Διάγραμμα 3 Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες



Διάγραμμα 4 Φυσική δραστηριότητα, κοινωνικές συνήθειες, ξεκούραση και διάθεση



Στον πίνακα 4 παρατίθενται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στο ερωτηματολόγιο για τις Διατροφικές συμπεριφορές (TFEQ-R18) σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες. Το 57% των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι σίγουρα ή σχεδόν σωστό πως δυσκολεύονται να αντισταθούν στην κατανάλωση μιας μπριζόλας ή ενός κομματιού κρέατος ακόμα και αν μόλις έχουν τελειώσει το γεύμα τους. Στην δήλωση “ Μερικές φορές όταν αρχίζω να τρώω νιώθω ότι δε μπορώ να σταματήσω”, το 44% απάντησε πως είναι σχεδόν σωστό. Το 35% δήλωσε πως είναι σχεδόν σωστό πως καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού όταν αισθάνεται μελαγχολία, ενώ το 48% ότι είναι σχεδόν σωστό πως όταν βλέπει κάτι λαχταριστό νιώθει πως πεινάει και πρέπει να το καταναλώσει αμέσως. Το 68% των συμμετεχόντων δήλωσε πως είναι σίγουρα ή σχεδόν σωστό πως όταν πεινάει πολύ νιώθει ένα τεράστιο κενό στο στομάχι. Το 40% απάντησε ότι είναι σχεδόν λάθος πως νιώθει πάντα πεινασμένος και δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει αν δεν τελειώσει όλο το πιάτο. Το 77% δήλωσε πως είναι σίγουρα ή σχεδόν λάθος πως παρηγορεί το εαυτό του τρώγοντας όταν νιώθει μοναξιά. Όταν οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν συνειδητά συγκρατούνται στα γεύματα για να μην αυξήσουν το βάρος τους το 58 % απάντησε πως είναι σίγουρα ή σχεδόν λάθος. Στην ερώτηση αν αποφεύγουν κάποια τρόφιμα για να μην παχύνουν το 47% δήλωσε πως είναι σίγουρα ή σχεδόν σωστό, ενώ το 46% δήλωσε πως είναι σχεδόν λάθος πως είναι πάντα πεινασμένοι για να καταναλώσουν τροφή οποιαδήποτε ώρα. Το 47 % δήλωσε πως μερικές φορές μεταξύ των γευμάτων νιώθει πείνα, ενώ το 43% πως σπάνια αποφεύγει να αποθηκεύσει “δελεαστικά” τρόφιμα. Το 38% των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι ελαφρώς πιθανό να τρώει λιγότερο από όσο θέλει και το 52% δηλώνει πως μερικές φορές είναι πιθανό να καταναλώσει μεγάλη ποσότητα φαγητού σε ένα γεύμα χωρίς να πεινάει. Όταν ζητήθηκε στους ερωτηθέντες να βαθμολογήσουν τον εαυτό τους, σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 8, όπου 1 σημαίνει καμία αυτοσυγκράτηση στο φαγητό (καταναλώνεις ότι επιθυμείς, όποτε το θέλεις) και το 8 σημαίνει απόλυτη αυτοσυγκράτηση (περιορίζοντας συνεχώς την πρόσληψη τροφής, χωρίς ποτέ να εγκαταλείπεις), το 46% βαθμολόγησε τον εαυτό του με 5-6.

Πίνακας 4 Διατροφικές συνήθειες (TFEQ-R18)

	Ποσοστό			
	Σίγουρα σωστό	Σχεδόν σωστό	Σχεδόν 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.	23	34	35	8
2. Συνειδητά καταναλώνω μικρές μερίδες με σκοπό να ελέγξω το βάρος μου.	18	32	30	20
3. Όταν νιώθω ανήσυχος πιάνω τον εαυτό μου να τρώει.	16	32	31	21
4. Μερικές φορές όταν αρχίζω να τρώω νιώθω ότι δε μπορώ να σταματήσω.	16	44	24	16
5. Όποτε είμαι με κάποιον που τρώει, νιώθω αρκετά πεινασμένος για να φάω και εγώ.	18	37	33	12
6. Όταν είμαι μελαγχολικός, συχνά τρώω περισσότερο.	13	35	30	22
7. Όταν βλέπω κάτι λαχταριστό, πεινάω τόσο πολύ που πρέπει να το φάω αμέσως.	14	48	26	12
8. Κάποιες φορές πεινάω τόσο πολύ που νιώθω ένα τεράστιο κενό στο στομάχι.	32	36	24	8
9. Νιώθω πάντα πολύ πεινασμένος και για αυτό μου είναι δύσκολο να σταματήσω	16	25	40	19

να τρώω αν δεν έχω τελειώσει όλο το φαγητό από το πιάτο μου.

10. Όταν νιώθω μοναξιά, παρηγορώ τον εαυτό μου τρώγοντας.	6	17	41	36
11. Συνειδητά συγκρατούμαι στα γεύματα προκειμένου να μην αυξήσω το βάρος μου.	11	31	37	21
12. Δεν τρώω κάποια τρόφιμα επειδή με παχαίνουν.	17	30	27	26
13. Νιώθω πάντα αρκετά πεινασμένος/η για να φάω οποιαδήποτε στιγμή.	4	31	46	19

Μόνο την ώρα των γευμάτων	Μερικές φορές μεταξύ των γευμάτων	Συχνά μεταξύ των γευμάτων	Σχεδόν πάντα
----------------------------------	--	----------------------------------	---------------------

14. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι πεινάς;	8	47	35	10
---------------------------------------	----------	-----------	-----------	-----------

Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Συνήθως	Σχεδόν πάντα
--------------------	---------------	----------------	---------------------

15. Πόσο συχνά αποφεύγεις να αποθηκεύεις «δελεαστικά» τρόφιμα;	14	43	30	13
--	-----------	-----------	-----------	-----------

Απίθανο	Ελαφρώς πιθανό	Μετρίως πιθανό	Πολύ πιθανό
----------------	-----------------------	-----------------------	--------------------

16. Πόσο πιθανό είναι να επιλέγεις να τρως λιγότερο από όσο θέλεις;	18	38	30	14
---	-----------	-----------	-----------	-----------

Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα
-------------	---------------	----------------------	--

17. Πόσο συχνά καταναλώνεις σε ένα γεύμα μεγάλη ποσότητα φαγητού, ενώ δεν πεινάς;	6	32	52	10
---	----------	-----------	-----------	-----------

	1-2	3-4	5-6	7-8
18. Σε μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 8, όπου το 1 σημαίνει καμία αυτοσυγκράτηση στο φαγητό (καταναλώνεις ότι επιθυμείς, όποτε το θέλεις) και το 8 σημαίνει απόλυτη αυτοσυγκράτηση (περιορίζοντας συνεχώς την πρόσληψη τροφής, χωρίς ποτέ να εγκαταλείπεις), πώς θα βαθμολογούσες των εαυτό σου;	13	32	46	9

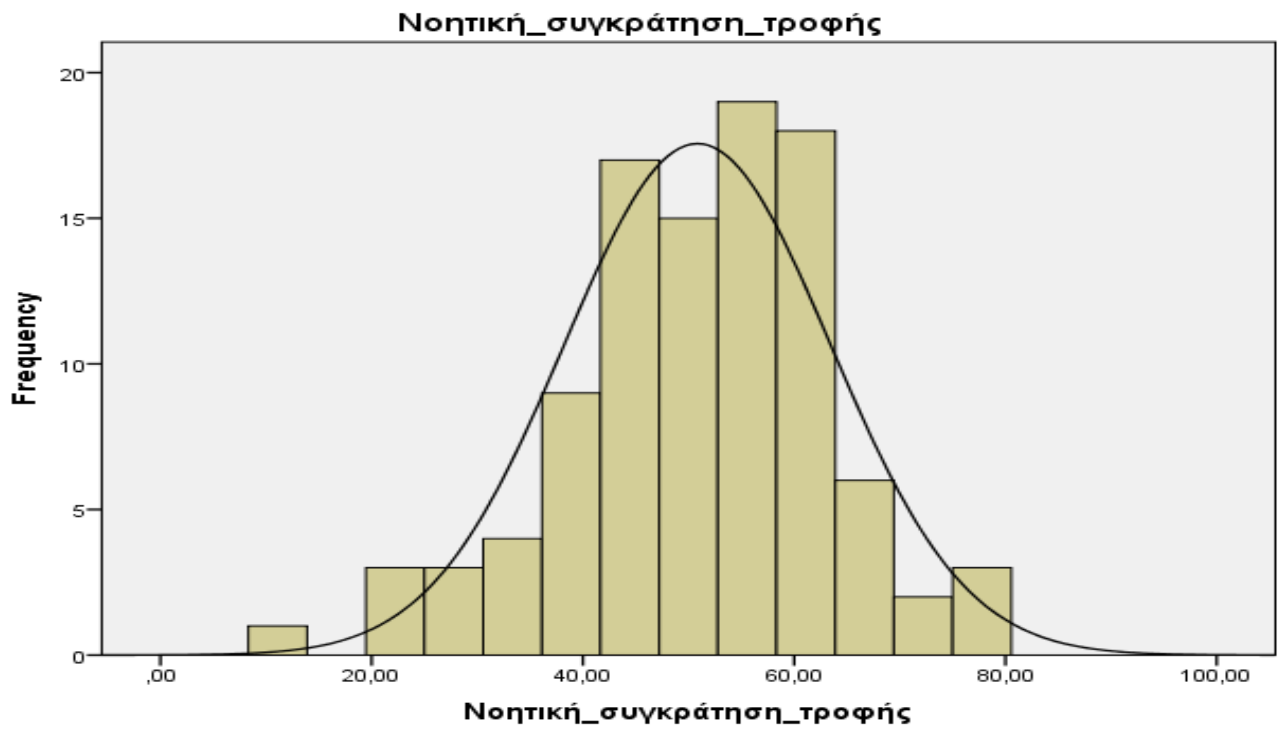
Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου των διατροφικών συμπεριφορών. Στη Νοητική συγκράτηση η μέση βαθμολογία είναι $50,8 \pm 12,6$, στο Συναισθηματικό φαγητό είναι $58,3 \pm 26,3$, και στην Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής η μέση βαθμολογία είναι $48,3 \pm 13,2$.

Πίνακας 5 Βαθμολογία Διατροφικών συμπεριφορών

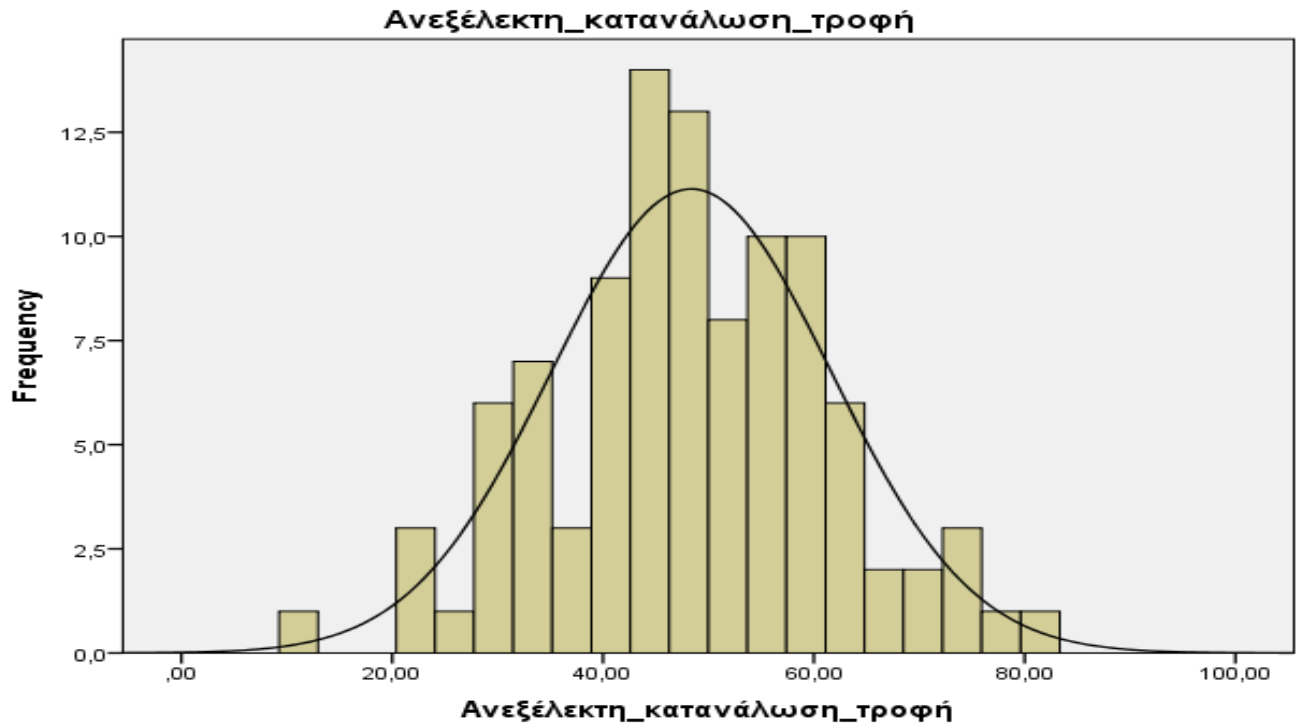
Διατροφικές συμπεριφορές	Μέση Τιμή \pm τυπ. Απόκλιση %	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Νοητική συγκράτηση	$50,8 \pm 12,6$	11,1	77,7
Συναισθηματικό φαγητό	$58,3 \pm 26,3$	0,0	100
Ανεξέλεγκτη	$48,3 \pm 13,2$	11,1	81,48

Στα διαγράμματα 5,6 και 7 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες από τη Νοητική συγκράτηση τροφής, την Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής και το Συναισθηματικό φαγητό αντίστοιχα.

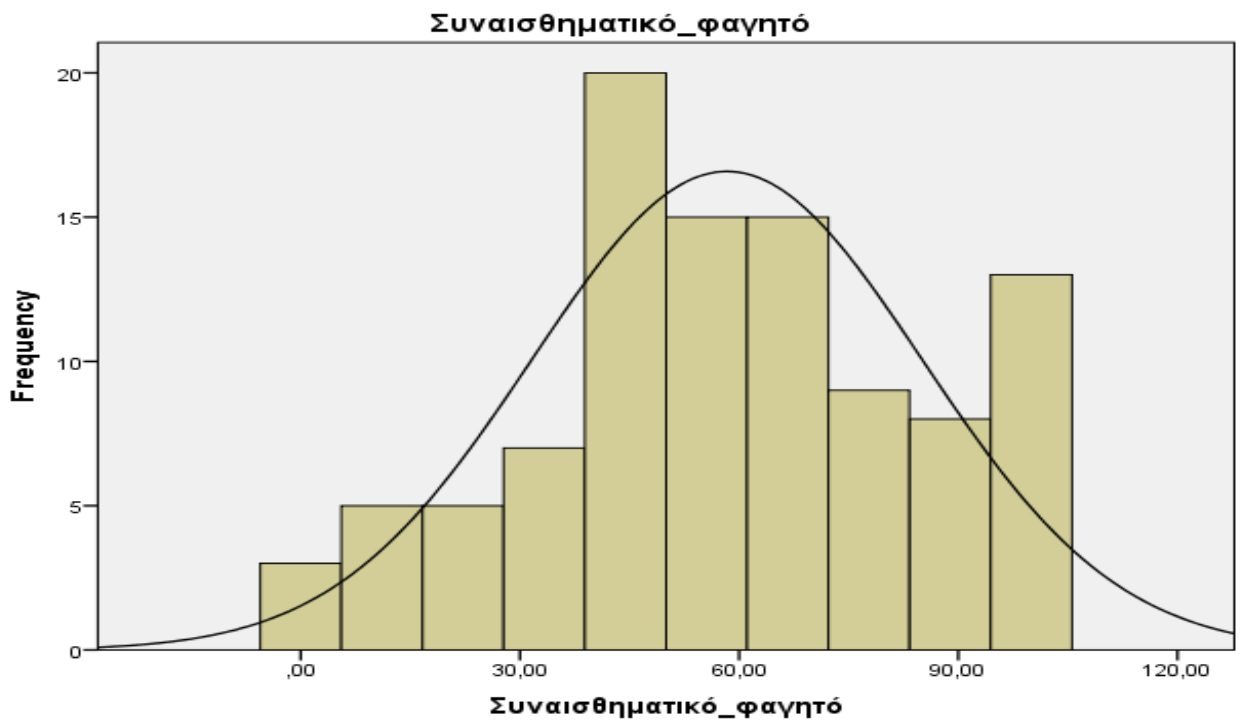
Διάγραμμα 5 Νοητική συγκράτηση τροφής



Διάγραμμα 6 Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής



Διάγραμμα 7 Συναισθηματικό φαγητό



Εν συνεχεία, στη παρούσα εργασία, διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο Ζωής και στις Διατροφικές συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα αυτού παρατίθενται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6 Σχέση μεταξύ προσκόλλησης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής και στη Διατροφική συμπεριφορά.

	Συνολική βαθμολογία Μεσογειακού τρόπου ζωής		Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής		Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες		Φυσική δραστηριότητα ξεκούραση κοινωνικές συνήθειες και διάθεση	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
Νοητική συγκράτηση τροφής	-0.348	0.001	-0.306	0.001	-0,232	0.02	-0.113	0.150
Συναισθηματικό φαγητό	0.067	0.509	0.076	0.453	0.032	0.750	0.068	0.502
Ανεξέλικτη κατανάλωση τροφής	0.112	0.265	0.61	0.544	0.124	0.219	0.145	0.15

Φαίνεται πως από τις Διατροφικές συμπεριφορές, η Νοητική συγκράτηση τροφής σχετίζεται με τη συμμόρφωση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ συνολικού σκορ συμμόρφωσης της διατροφικής συμπεριφοράς και της Νοητικής συγκράτησης τροφής($r=-0.348$, $p=0,001$). Αυτό σημαίνει πως οι συμμετέχοντες με μικρότερο σκορ συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή, έχουν μεγαλύτερο σκορ στη κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης τροφής. Επιπλέον, βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του σκορ της Κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και Νοητικής συγκράτησης τροφής($r=-0.306$,

$p=0,002$), δηλαδή οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο σκορ στη Κατανάλωση των τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής έχουν υψηλότερο σκορ στη κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης τροφής. Επίσης, υπάρχει στατιστικά αρνητική σχέση μεταξύ του σκορ για τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες και Νοητικής συγκράτησης τροφής ($r=-0,232$, $p=0.02$). Αυτό σημαίνει πως για τους συμμετέχοντες που σημείωσαν μεγαλύτερο σκορ στις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες σημειώθηκε χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης τροφής.

Στον πίνακα 7 παρατίθενται η σχέση της Νοητικής συγκράτησης τροφής με τις ερωτήσεις που αποτελούν τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής, δηλαδή της Κατανάλωσης των τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες.

Πίνακας 7 Συσχέτιση Νοητικής συγκράτησης τροφής με Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής και Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες

	Νοητική συγκράτηση τροφής	
	Μέση τιμή	p-value
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΑΙΡΟΦΗΣ		
1. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα γλυκά, ζαχαρωτά;		0.320
NAI	47.76	
OXI	53.47	
2. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα κόκκινο κρέας;		0.970
NAI	50.59	
OXI	50.38	
3. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 1 μερίδα / εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά ;		0.476
NAI	48.28	
OXI	52.39	
4. Καταναλώνετε 2-4 μερίδες / εβδομάδα αυγά;		0.823
NAI	51.14	
OXI	49.86	

5. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα όσπρια;		0,678
NAI	51,69	
OXI	49,31	
6. Καταναλώνετε 2 μερίδες / εβδομάδα πουλερικά		0,007
NAI	46,12	
OXI	64,38	
7. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά;		0,280
NAI	44,98	
OXI	52,24	
8. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 3 μερίδες / εβδομάδα πατάτες;		0,659
NAI	51,53	
OXI	48,95	
9. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες / ημέρα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά;		0,001
NAI	41,40	
OXI	64,15	
10. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα ξηρούς καρπούς και ελιές;		0,910
NAI	49,64	
OXI	50,69	
11. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 1μερίδες / ημέρα βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό και ρίγανη;		0,172
NAI	47,03	
OXI	54,92	
12. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς;		0,006
NAI	42,94	
OXI	58,69	
13. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες		0,009

/ ημέρα λαχανικά (εκτός πατάτες);		
NAI	59,29	
OXI	44,14	
14. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες/ ημέρα ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο;		0,807
NAI	50,11	
OXI	51,75	
15. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα δημητριακά, λευκό και ολικής άλεσης ψωμί;		0,266
NAI	47,67	
OXI	54,10	
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΕΣ ΔΑΙΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ		
16. Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ ημέρα ή περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες αφενήματος ή αφενήματα βοτάνων / εβδομάδα;		0,167
NAI	48,15	
OXI	57,19	
17. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα κρασί λευκό/κόκκινο;		0,008
NAI	31,54	
OXI	53,59	
18. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες / εβδομάδα σνακ, πατατάκια, ποπ κορν;		0,543
NAI	48,89	
OXI	52,39	
19. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας;		0,265
NAI	47,36	
OXI	53,77	
20. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως;		0,157
NAI	48,22	
OXI	57,73	

21. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων;		0,503
ΝΑΙ	51,8	
ΟΧΙ	47,08	
22. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματά σας;		0,252
ΝΑΙ	48,35	
ΟΧΙ	55,52	

Διερευνήθηκε, επίσης, η σχέση του έτους σπουδών με τη συμμόρφωση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής και των διατροφικών συμπεριφορών, καθώς και του φύλου με τη συμμόρφωση στο Μεσογειακό τρόπο Ζωής και των Διατροφικών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους πίνακες 7 και 8.

Πίνακας 8 Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διατροφικών συνηθειών με το έτος σπουδών

	Μέση Τιμή ± τυπ. Απόκλιση %		p-value
	1 ^ο έτος	Μεγαλύτερα έτη	
Συνολική βαθμολογία προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή	16,09 ± 3,65	15,56 ± 3,43	0,424
Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής	8,09 ± 2,51	7,87 ± 2,51	0,569
Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες	4,09 ± 1,33	4,20 ± 1,21	0,585
Φυσική	3,90 ± 1,28	3,47 ± 1,22	0,098

δραστηριότητα,
 ξεκούραση,
 κοινωνικές συνήθειες
 και διάθεση

Νοητική στέρηση 49,46 ± 13,60 52,31 ± 12,38 0,862
 τροφής

Συναισθηματικό 57,05 ± 30,25 53,72 ± 22,53 0,673
 φαγητό

Ανεξέλεγκτη 48,43 ± 12,79 48,30 ± 13,03 0,156
 κατανάλωση τροφής

Στην συνολική βαθμολογία προσκόλλησης στον Μεσογειακό τρόπο ζωής, η βαθμολογία των φοιτητών πρώτου έτους ήταν υψηλότερη ($16,09 \pm 3,65$) από του μεγαλύτερου έτους ($15,56 \pm 3,43$), όπως και στις υποκλίμακες της κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής ($8,09 \pm 2,51$) και της Φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικές συνήθειες και διάθεσης ($3,90 \pm 1,28$) από του φοιτητές μεγαλύτερου έτους ($3,47 \pm 1,22$, $7,87 \pm 2,51$ αντίστοιχα). Στα παραπάνω, δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα. Στους φοιτητές μεγαλύτερου έτους παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στη κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης ($52,31 \pm 12,38$) από του πρώτου έτους ($49,46 \pm 13,60$), και χαμηλότερη στη κλίμακα του Συναισθηματικού φαγητού ($53,72 \pm 22,53$) από του πρώτου έτους ($57,05 \pm 30,25$), ενώ στην Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής η βαθμολογία των φοιτητών χαμηλότερου έτους έχουν ελαφρώς χαμηλότερη βαθμολογία ($48,43 \pm 12,79$) από του μεγαλύτερου ($48,30 \pm 13,03$).

Πίνακας 9 Συσχέτιση Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διατροφικών συνηθειών με το φύλο

	Μέση Τιμή ± τυπ. Απόκλιση %		p-value
	Άνδρες	Γυναίκες	
Συνολική βαθμολογία προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή	15,82 ± 4,51	15,84 ± 3,12	0,606
Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής	7,85 ± 3,34	8,04 ± 2,11	0,889
Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες	4,03 ± 1,47	4,19 ± 1,19	0,421
Φυσική δραστηριότητα, ξεκούραση, κοινωνικές συνήθειες και διάθεση	3,92 ± 1,35	3,61 ± 1,22	0,241
Νοητική στέρηση τροφής	50,59 ± 15,59	50,92 ± 11,38	0,481
Συναισθηματικό φαγητό	69,04 ± 24,44	54,16 ± 26,56	0,008
Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής	49,86 ± 15,59	47,78 ± 12,30	0,904

Σχετικά με το φύλο, η βαθμολογία των γυναικών στη συνολική προσκόλληση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής ήταν $15,84 \pm 3,12$ και των αντρών συναδέλφων τους $15,82 \pm 4,51$, στις υποκλίμακες της Κατανάλωσης τροφίμων Μεσογειακής διατροφής, $8,04 \pm 2,11$ για τις γυναίκες και $7,85 \pm 3,34$ για τους άνδρες, των Μεσογειακών διατροφικών συνηθειών $4,19 \pm 1,19$ για τις γυναίκες και $4,03 \pm 1,47$ για τους άνδρες και της Φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικές συνήθειες και διάθεσης $3,61 \pm 1,223$ και $3,92 \pm 1,35$ αντίστοιχα. Η βαθμολογία στις πτυχές της Διατροφικής συμπεριφοράς ήταν $50,59 \pm 15,59$ για τους άνδρες και $50,92 \pm 11,38$ για τις γυναίκες στην Νοητική συγκράτηση, $69,04 \pm 24,44$ για τους άνδρες και $54,16 \pm 26,56$ για τις γυναίκες στο Συναισθηματικό φαγητό και $49,86 \pm 15,59$ για τους άνδρες και $47,78 \pm 12,30$ για τις γυναίκες στην Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής.

Στην κατηγορία άντρες (N=28) υπάρχει μεγαλύτερη μέση κατάταξη (Mean Rank 62,73) από την κατηγορία γυναίκες (N=72, Mean Rank 45.74), επομένως παίρνει μεγαλύτερες τιμές. Οι άνδρες, δηλαδή, έχουν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στη πτυχή του Συναισθηματικού φαγητού από τις γυναίκες. Επιπλέον, υπάρχει και στατιστικώς σημαντική διαφορά (U=665.5, $p=0,008$). Συνεπώς, οι άντρες έχουν μεγαλύτερο σκορ στην κλίμακα του συναισθηματικού φαγητού από τις γυναίκες. Ο αριθμός των ανδρών που έλαβαν μέρος είναι πολύ μικρότερος από τον αριθμό των γυναικών, επομένως δεν μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα.

3.3 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την διερεύνηση της διατροφικής συμπεριφοράς των φοιτητών Διατροφής και Διαιτολογίας, αλλά και την προσκόλληση τους στο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Αν και δεν μπορεί να μετρηθεί, μπορούμε να υποθέσουμε πως οι φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας μεγαλύτερων εξαμήνων έχουν μεγαλύτερη διατροφική εκπαίδευση από τους συναδέλφους τους στα πρώτα εξάμηνα. Θα περιμέναμε, λοιπόν, η προσκόλληση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής να είναι μεγαλύτερη στους φοιτητές μεγαλύτερων εξαμήνων. Βέβαια η άποψη αυτή δεν φαίνεται να ισχύει στους συμμετέχοντες, όπως φαίνεται στον πίνακα 8, η βαθμολογία μεταξύ των φοιτητών πρώτου και μεγαλύτερου έτους φοίτησης δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στην συμμόρφωση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής και στις πτυχές της Διατροφικής συμπεριφοράς.

Πριν τη συζήτηση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί που αφορούν την συγκεκριμένη εργασία. Το δείγμα των συμμετεχόντων αποτελείται από φοιτητές της σχολής Διατροφής και Διαιτολογίας. Αυτό σημαίνει πως οι συμμετέχοντες έχουν μεγαλύτερη επαφή με το επιστημονικό πεδίο της διατροφής από φοιτητές άλλων σχολών, συνεπώς, οι απαντήσεις τους ίσως είναι πιο συγκρατημένες. Ένας άλλος περιορισμός έχει να κάνει με τον γεγονός πως τα ερωτηματολόγια ήταν αυτό-αναφοράς, που μπορεί να επηρεάσουν την ορθότητα των αποτελεσμάτων, με τους συμμετέχοντες να απαντούν με “επιθυμητό” τρόπο. Τέλος, το δείγμα των ερωτηθέντων ήταν μικρό, και δεν υπήρχε ισορροπημένη αναλογία μεταξύ ανδρών(28) και γυναικών(72).

Το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο και ο Μεσογειακός τρόπος ζωής, πέρα από τις αποδεδειγμένες θετικές επιδράσεις στην υγεία, αποτελούν και ένα βιώσιμο μοντέλο με οφέλη σε πολλαπλούς τομείς της καθημερινότητας. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε διάφορες χώρες της Μεσογείου απομακρύνεται από τον παραδοσιακό Μεσογειακό πρότυπο διατροφής και τον γενικότερο Μεσογειακό τρόπο ζωής (Maillot et al., 2011), βαδίζοντας σε ένα διατροφικό πρότυπο με υψηλότερη αναλογία σε ενεργειακά πυκνότερα τρόφιμα. Στις Μεσογειακές χώρες η “διατροφική μετάβαση” αυτή και η απομάκρυνση από το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο συνδέονται με κοινωνικά, οικονομικά, διατροφικά, περιβαλλοντικά, πολιτισμικά ζητήματα καθώς και με άλλα που αφορούν την υγεία (Dernini & Berry, 2015).

Από τα δεδομένα που αναλύθηκαν φαίνεται ότι ο βαθμός συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής σχετίζεται με την Νοητική συγκράτηση τροφής. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως άτομα με υψηλή βαθμολογία στη Νοητική συγκράτηση έχουν χαμηλότερη προσκόλληση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Επιπλέον, άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στη Νοητική συγκράτηση τροφής είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες του Μεσογειακού τρόπου ζωής, στην Κατανάλωση των τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και στις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη βαθμολογία στη Νοητική συγκράτηση δεν καταναλώνουν 2 μερίδες πουλερικών την εβδομάδα, καταναλώνουν λιγότερες από 2 μερίδες γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά την ημέρα, δεν καταναλώνουν 3-6 μερίδες την ημέρα φρούτων και χυμών. Επιπλέον, η κατανάλωση λαχανικών (εκτός πατάτας) είναι μεγαλύτερη από 2 μερίδες την ημέρα και δεν καταναλώνουν κρασί 1-2 μερίδες ημερησίως.

Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης τροφής έχουν την τάση να επιλέγουν τρόφιμα που θεωρούνται πιο ‘‘υγιεινά’’, όπως ψάρι, λαχανικά και τρόφιμα χαμηλά σε λιπαρά. Άτομα με υψηλή βαθμολογία στο συναισθηματικό φαγητό καταναλώνουν τρόφιμα με πιο γλυκιά γεύση, ενώ άτομα με υψηλότερα επίπεδα Ανεξέλικτης κατανάλωσης τροφής, τρόφιμα που είναι πιο λιπαρά και αλμύρα (de Lauzon et al., 2004).

Ο Μεσογειακός τρόπος ζωής, και το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, είναι ευρέως αναγνωρισμένος στην επιστημονική κοινότητα για τις θετικές επιδράσεις στην υγεία. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τις βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες σχετίζουν την Νοητική συγκράτηση τροφής με την επιλογή κατανάλωσης πιο ‘‘υγιεινών’’ τροφίμων. Από όσο γνωρίζουμε δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια ερευνά, που να συσχετίζει τις πτυχές της διατροφικής συμπεριφοράς με τη προσκόλληση με το Μεσογειακό τρόπο ζωής, και για αυτό τα αποτελέσματα δεν μπορούν να ερμηνευτούν πλήρως. Παρόλο που έχει επισημανθεί ότι τα άτομα με μεγαλύτερη βαθμολογία στη κλίμακα της Νοητικής συγκράτησης τροφής αποφεύγουν λιπαρά τρόφιμα, η τάση να επιλέξουν τρόφιμα όπως φρούτα και τα λαχανικά, για να αντικαταστήσουν τρόφιμα ζωικής προέλευσης είναι λιγότερο συνεπής (de Lauzon et al., 2004). Πιθανά, αυτός να είναι ένας από τους λόγους που υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής, όπου τα τρόφιμα αυτά βρίσκονται στο επίκεντρο αυτού του διατροφικού προτύπου. Ένας άλλος παράγοντας, που πιθανά συμβάλει

στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων, ίσως είναι η συχνή κατανάλωση γευμάτων στην φοιτητική λέσχη, που για διαφόρους παράγοντες (σχεδιασμός μενού, περιορισμένος αριθμός μερίδων κ.α.) να μην είναι δυνατή η επιλογή κατανάλωσης τροφίμων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα φοιτητών Διατροφής και Διαιτολογίας και άλλων σχολών σε γερμανικά πανεπιστήμια, φάνηκε πως οι φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας έχουν μεγαλύτερη τάση να περιορίζουν την κατανάλωση τροφής για να διατηρήσουν ένα σταθερό σωματικό βάρος και πως η παρουσία τους στο πρόγραμμα σπουδών, οδήγησε σε ελαφρώς πιο υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές και επιλογές τροφίμων. Επιπλέον, οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των φοιτητών Διατροφής και Διαιτολογίας δεν ήταν περισσότερο διαταραγμένες σε σχέση με φοιτητές άλλων προγραμμάτων (Korinth, Schiess, & Westenhofer, 2010).

Η τάση για διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους, ίσως εξηγείται από την πιθανή επικρατούσα άποψη πως η διατροφική συμπεριφορά και η εικόνα σώματος ενός επαγγελματία στον συγκεκριμένο κλάδο, θα πρέπει να πληρεί συγκεκριμένες προϋποθέσεις, έτσι ώστε δυνητικά να εξασφαλίζει την επιτυχία σε επαγγελματικό επίπεδο (Allison & Heshka, 1993; Freitas et al., 2017; Kassier & Veldman, 2014; Ma et al., 2013; Perinelli & Gremigni, 2016). Η τάση αυτή, ίσως, επηρέασε και τις απαντήσεις των φοιτητών Διατροφής και Διαιτολογίας του δείγματος, με τις απαντήσεις να ανταποκρίνονται σε διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές που θεωρούνται περισσότερο αποδεκτές.

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016 (Yu & Tan, 2016), επισημαίνεται πως δεν υπήρξε διαφορά στις διατροφικές συμπεριφορές ανάμεσα σε φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας, σε φοιτητές άλλων σχολών σχετικές με την υγεία και φοιτητών άλλων σχολών.

Στατιστικώς σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε ανάμεσα στις υπόλοιπες πτυχές της Διατροφικής συμπεριφοράς που εξετάστηκαν, του Συναισθηματικού φαγητού και της Ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής, με τον βαθμό συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής, όπως και με καμία από τις υποκλίμακες του, την Κατανάλωση τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής, τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες και τη Φυσική δραστηριότητα, ξεκούραση, κοινωνικών συνηθειών και διάθεση.

Η μέση βαθμολογία στη Νοητική συγκράτηση και στην κλίμακα της Ανεξέλεγκτης κατανάλωσης τροφής των φοιτητών μεγαλύτερου έτους ήταν μεγαλύτερη, η μέση

βαθμολογία του Συναισθηματικού φαγητού ήταν μικρότερη στους φοιτητές μεγαλύτερου έτους από τους φοιτητές του πρώτου έτους. Αυτό συμφωνεί με την άποψη πως οι φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας με περισσότερα έτη παρακολούθησης, έχουν μεγαλύτερο έλεγχο στη διατροφική συμπεριφορά τους (Korinth et al., 2010), στα δεδομένα αυτά, όμως, δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα.

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στη σχέση του Συναισθηματικού φαγητού και του φύλου, με τα αποτελέσματα να υποδεικνύουν πως οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην συγκεκριμένη πτυχή της διατροφικής συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα δεν συμφωνούν με τη βιβλιογραφία, που θέλει τις γυναίκες να είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατανάλωση τροφίμων για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Tirodimos, Georgounia, Savvala, 2015), και πως είναι πιο ανοικτές να μιλήσουν για αυτό (Schmidt, 2012).

Είναι πιθανό, οι φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας από τους οποίους αποτελούνταν το δείγμα, να ήταν πιο υποψιασμένοι κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και να απάντησαν με τρόπο που θεωρείται πιο επιθυμητός. Επίσης, ο αριθμός των ανδρών, που ήταν μικρότερος από των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ίσως να επηρέασε τα αποτελέσματα.

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και του έτους παρακολούθησης. Οι φοιτητές του πρώτου έτους είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στη συνολική συμμόρφωση στο Μεσογειακό τρόπο ζωής, από τους συναδέλφους τους μεγαλύτερου έτους, με μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στις υποκλίμακες της Κατανάλωσης τροφίμων Μεσογειακής διατροφής και της Φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικές συνήθειες και διάθεσης, και χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες.

Οι γυναίκες είχαν ελαφρώς χαμηλότερη μέση βαθμολογία στη Συνολική βαθμολογία της προσκόλλησης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής, από τους άντρες συναδέλφους τους, με χαμηλότερη μέση βαθμολογία στις υποκλίμακες της Κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και της Φυσικής δραστηριότητας, ξεκούρασης, κοινωνικές συνήθειες και διάθεσης. Υψηλότερη μέση βαθμολογία είχαν οι γυναίκες στην υποκλίμακα των Μεσογειακών διατροφικών συνηθειών. Δεν ανιχνεύτηκε στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και του φύλου.

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, παρουσιάστηκαν κάποιες αδυναμίες και περιορισμοί σχετικά με την εξαγωγή συμπερασμάτων της παρούσας εργασίας, που θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν για την καλύτερη κατανόηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν σχετικά μικρό (N= 100), που δεν ευνοεί την ανάδειξη των πιθανών σημαντικών συσχετίσεων. Επίσης, δεν υπήρχε σωστή κατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι γυναίκες, απόρροια της συντριπτικής παρουσίας γυναικών στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. Παρά το γεγονός της συνεχούς παρουσίας εκπαιδευμένων φοιτητών κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ικανών να απαντήσουν σε τυχόν απορίες που προέκυπταν κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, είναι πιθανό να μην υπήρξε επαρκής κατανόηση των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων από τους ερωτηθέντες, καθώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αποτελούνταν από φοιτητές πρώτου και τρίτου έτους. Επίσης, ενώ υπήρχε μεγάλη συμμετοχή από τους φοιτητές του πρώτου έτους, οι συμμετέχοντες από τα μεγαλύτερα έτη ήταν καταμερισμένη σε τρίτο και τέταρτο έτος. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα και οι ερωτήσεις κλειστού τύπου, αυτό ίσως περιόριζε τις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Είναι πιθανό οι φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας που αποτελούσαν το δείγμα να ήταν περισσότερο υποψιασμένοι σχετικά με τις ερωτήσεις και οι απαντήσεις τους να μην ανταποκρίνονται ακριβώς στην πραγματικότητα, αλλά να εμφανίζουν μια περισσότερο επιθυμητή εικόνα.

Παρόλη τη σημαντικότητα των παραπάνω περιορισμών, αξίζει να σημειωθούν και αρκετά πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό του βαθμού προσκόλλησης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής (MedLife Index), είναι ένα σχετικά πρόσφατο βιβλιογραφικά εργαλείο για την διερεύνηση και αξιολόγηση του βαθμού προσκόλλησης όχι μόνο στη Μεσογειακή διατροφή, αλλά και σε άλλους τομείς της καθημερινότητας που προσδιορίζουν τη Μεσογειακή κουλτούρα ζωής. Επίσης σημαντική είναι η χρήση του ερωτηματολογίου TFEQ-R18 (Kavazidou et al., 2012), που είναι σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό, για τη διερεύνηση των πτυχών των Διατροφικών συμπεριφορών. Επιπλέον, σημαντικό είναι πως δεν υπάρχει ή δεν βρέθηκε άλλη έρευνα που να επιχειρεί να συσχετίσει τον βαθμό συμμόρφωσης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής και τις διάφορες πτυχές της Διατροφικής συμπεριφοράς.

Συνοψίζοντας, ο Μεσογειακός τρόπος ζωής σχετίζεται με την Νοητική συγκράτησης τροφής, στην επιλογή των τροφίμων και τις διατροφικές συνήθειες. Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε συσχέτιση του έτους παρακολούθησης με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής και τις

Διατροφικές συμπεριφορές. Η συσχέτιση του φύλου με την κλίμακα του Συναισθηματικού φαγητού ίσως επηρεάζεται από το δείγμα, θα άξιζε όμως η περαιτέρω διερεύνηση του.

Το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο και ο Μεσογειακός τρόπος ζωής αποδεδειγμένα έχουν πληθώρα θετικών επιδράσεων για την υγεία και η προσκόλληση σε αυτό το διατροφικό μοντέλο μπορεί να δώσει λύση σε μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την διατροφή και όχι μόνο. Η διαμόρφωση προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών των φοιτητών Διατροφής και Διαιτολογίας μπορεί να επηρεάσει την μετέπειτα επαγγελματική τους απόδοση. Μελλοντικά, η διεξαγωγή ερευνών που να περιλαμβάνουν δείγμα από διάφορα τμήματα Διατροφής και Διαιτολογίας, θα μπορούσε να λύσει το ζήτημα του μικρού δείγματος, του άνισου αριθμού ανδρών και γυναικών και του έτους φοίτησης. Επίσης, το δείγμα θα μπορούσε να επεκταθεί και σε άλλες σχολές, σχετικές με την υγεία ή όχι. Η περαιτέρω διερεύνηση των παραπάνω, θα μπορούσε να δώσει στοιχεία σχετικά με την απόδοση των μελλοντικών επαγγελματιών Διατροφολόγων-Διαιτολόγων αλλά και για τρόπους βελτίωσης της εκπαίδευσης τους, με σκοπό την επίτευξη της βέλτιστης απόδοσης τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

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

Αριθμός Μητρώου συμμετέχοντα: _____	Ερευνητής: _____																
Εξάμηνο: _____	Ημερομηνία επαφής: __ / __ / 201 __																
A1. Φύλο συμμετέχοντα: Αντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>																	
A2. Ημερομηνία γέννησης: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>Ημέρα</td><td></td><td>Μήνας</td><td></td><td></td><td></td><td>Έτος</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 <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"/>	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"/>																

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"/> • 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; τσιγάρα/ ημέρα <u>ή</u> τσιγάρα/ εβδομάδα (αν δεν καπνίζατε καθημερινά) Ηλικία έναρξης καπνίσματος: ετών Ηλικία διακοπής καπνίσματος: ετών (αν δεν έχετε διακόψει το κάπνισμα βάλτε -) -)	
A8α. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> Αν ναι, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα;.....	
A8c. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; όχι <input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> Αν ναι, ποιά φαρμακευτική αγωγή;.....	

A9. Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής;		όχι <input type="checkbox"/>	ναι <input type="checkbox"/>
Αν ναι, τι συμπλήρωμα;			
1. Πολυβιταμινούχο	<input type="checkbox"/>		
2. Σιδήρου	<input type="checkbox"/>		
3. Φυλλικού οξέος	<input type="checkbox"/>		
4. Πρωτεϊνών	<input type="checkbox"/>		
5. Άλλο	<input type="checkbox"/>	(γράψτε τι είδους συμπλήρωμα)	

A10. Για γυναίκες συμμετέχουσες:			
- A10α. Ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως: ετών	/ Δεν ξέρω	/ Δεν απαντώ
- A10β. Ηλικία διακοπής εμμήνου ρύσεως: ετών	/ Δεν ξέρω	/ Δεν απαντώ (Σε περίπτωση μη διακοπής βάλτε-)
- A10γ. Πόσες μέρες διαρκεί ο κύκλος σας: ημέρες		
- A10δ. Είστε έγκυος αυτή την περίοδο;	όχι <input type="checkbox"/>	ναι <input type="checkbox"/>	
- A10ε. Θηλάζετε αυτή την περίοδο;	όχι <input type="checkbox"/>	ναι <input type="checkbox"/>	

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή μετά από μέτρηση:

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

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ(Sotos-Prieto et al., 2015)

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: Κοτόπουλο, γαλοπούλα, κουνέλι	(1 μερίδα =100–150 g)	<u>Καταναλώνετε 2 μερίδες / 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 τα λαχανικά εκτός από τις πατάτες.	(1 μερίδα= 150–200 g)	<u>Καταναλώνετε ≥2 μερίδες / 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. Νερόαφεψήματαβοτάνων	(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 ζάχαρης στα ροφήματα σας και τα ζαχαρούχα ροφήματα; 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 πάνω 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"/>

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ(de Lauzon et al., 2004)

		Σίγουρα σωστό	Σχεδόν σωστό	Σχεδόν 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	παχαίνουν.				
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 επιλέξεις 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 των εαυτό σου; ----- (Σημειώστε το νούμερο από 1 έως 8)				

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AH, W., MC, Y., CC, T., FZ, S., & MC, P. (2009). Dietary patterns and breast cancer risk in Asian American women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(4), 1145-1154 10p. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26915>
- Allison, D. B., & Heshka, S. (1993). Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 289–295. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<289::AID-EAT2260130307>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<289::AID-EAT2260130307>3.0.CO;2-X)
- Altomare, R., Cacciabaudò, F., Damiano, G., Palumbo, V. D., Gioviale, M. C., Bellavia, M., ... Lo Monte, A. I. (2013). The Mediterranean Diet: A History of Health. *Iranian Journal of Public Health*. Retrieved from <http://libezp.lib.lsu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104172331&site=eds-live&scope=site&profile=eds-main>
- Ancel, K., Alessandro, M., Martin J., K., Christ, A., Henry, B., Ratko, B., ... Hironori, T. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, 124(6), 903–915. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwx101>
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... Diehl, K. (2016). Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite*, 6(1), 722–725. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.013>
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean Diet: Health versus Hype. *Public Health Nutrition*, 6(4), 2274–2284. <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3). [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4)
- Bartoshuk, L. M. (1991). Sensory factors in eating behavior. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 29(2), 250–255. <https://doi.org/10.3758/BF03335249>
- Bellisle, F. (2006). The Factors That Influence Our Food Choices. *Eufic*, (June 2006), 1–19. Retrieved from <https://www.eufic.org/en/healthy-living/article/the-determinants-of-food-choice>

- Benelam, B. (2009). Satiation, satiety and their effects on eating behaviour. In *Nutrition Bulletin* (Vol. 34, pp. 126–173). <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2009.01777.x>
- Benetou, V., Trichopoulou, A., Orfanos, P., Naska, A., Lagiou, P., Boffetta, P., & Trichopoulos, D. (2008). Conformity to traditional Mediterranean diet and cancer incidence: the Greek EPIC cohort. *British Journal of Cancer* (2008), 99(1), 191–195. <https://doi.org/10.5040/9781472540294>
- Bilali, H. El, Kane, G. O., Capone, R., Berry, E. M., & Dernini, S. (2017). Exploring Relationships between Biodiversity and Dietary Diversity in the Mediterranean Region : Preliminary Insights from a Literature Review. *American Journal of Food and Nutrition*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.12691/ajfn-5-1-1>
- Bispham, E., Harrison, T., & Sparkes, B. A. (2006). *The Edinburgh companion to ancient Greece and Rome*. Edinburgh University Press. <https://doi.org/10.5860/choice.44-3638>
- Blundell, J., De Graaf, C., Hulshof, T., Jebb, S., Livingstone, B., Lluch, A., ... Westerterp, M. (2010). Appetite control: Methodological aspects of the evaluation of foods. *Obesity Reviews*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00714.x>
- Bolhuis, D. P., Lakemond, C. M. M., de Wijk, R. A., Luning, P. A., & de Graaf, C. (2011). Both Longer Oral Sensory Exposure to and Higher Intensity of Saltiness Decrease Ad Libitum Food Intake in Healthy Normal-Weight Men. *The Journal of Nutrition*, 141(12), 2242–2248. <https://doi.org/10.3945/jn.111.143867>
- Bolhuis, D. P., Lakemond, C. M. M., de Wijk, R. A., Luning, P. A., & de Graaf, C. (2012). Effect of salt intensity in soup on ad libitum intake and on subsequent food choice. *Appetite*, 58(1), 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.09.001>
- Boynton-Jarrett, R., Thomas, T. N., Peterson, K. E., Wiecha, J., Sobol, A. M., & Gortmaker, S. L. (2003). Impact of Television Viewing Patterns on Fruit and Vegetable Consumption among Adolescents. *Pediatrics*, 112(6 I), 1321–1326. <https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1321>
- Buckland, G., Travier, N., Cottet, V., González, C. A., Luján-Barroso, L., Agudo, A., ... Riboli, E. (2013). Adherence to the mediterranean diet and risk of breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition cohort study. *International Journal of Cancer*, 132(12), 2918–2927. <https://doi.org/10.1002/ijc.27958>

- Capone, R., El Bilali, H., Debs, P., Cardone, G., & Driouech, N. (2014). Food and Nutrition Security.pdf. *Journal of Food Security*. <https://doi.org/10.1109/PESC.2005.1581721>
- Chabason, L., Chouvet, D., & Giraud, J.-P. (2012). *20 years of sustainable development in the Mediterranean: review and outlook*.
- Chourdakis, M., Tzellos, T., Papazisis, G., Toulis, K., & Kouvelas, D. (2010). Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite*, *55*(3), 722–725. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.013>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research : Procedures , Canons , and Evaluative Criteria, *13*.
- de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J. M., Karlsson, J., ... Fleurbaix Laventie Ville Sante Study, G. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *J Nutr*, *134*(9), 2372–2380. <https://doi.org/134/9/2372> [pii]
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, *14*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>
- Demetriou, C. A., Hadjisavvas, A., Loizidou, M. A., Loucaides, G., Neophytou, I., Sieri, S., ... Kyriacou, K. (2012). The mediterranean dietary pattern and breast cancer risk in Greek-Cypriot women: A case-control study. *BMC Cancer*. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-113>
- Denney-Wilson, E., & Campbell, K. J. (2008). Eating behaviour and obesity. *Bmj*, *337*(7678), 1064–1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1926>
- Dernini, S., & Berry, E. M. (2015). Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern. *Frontiers in Nutrition*, *2*(May). <https://doi.org/10.3389/fnut.2015.00015>
- Dernini, S., Berry, E. M., Bach-Faig, A., Belahsen, R., Donini, L. M., Lairon, D., ... Cannella, C. (2012). Chapter 3. A dietary model constructed by scientists. *Annuaire*, 71–88. Retrieved from http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SCPO_CHEA_2012_02_0071%5Cnhttp://www.cairn.info/mediterr-2012-english--9782724612486-page-71.htm

- Dernini, S., Berry, E. M., Bach-faig, A., Donini, L. M., & Cannella, C. (2012). A Dietary Model Constructed by Scientists. In *Mediterra 2012 - The Mediterranean Diet for sustainable regional development* (pp. 77–82). Retrieved from <https://www.cairn.info/mediterrra-2012-english--9782724612486-page-71.htm>
- Development Initiatives. (2018). *Global Nutrition Report 2018*. Bristol, UK. <https://doi.org/10.2499/9780896295643>
- Donovan, M. G., Selmin, O. I., Doetschman, T. C., & Romagnolo, D. F. (2017). Mediterranean Diet: Prevention of Colorectal Cancer. *Frontiers in Nutrition*, 4(December), 1–25. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00059>
- Dovey, T. M. (2010a). *Eating behaviour*. Open University Press. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/iehc/research/behavioural-science-health/resources/questionnaires/eating-behaviour-questionnaires>
- Dovey, T. M. (2010b). *Eating behaviour*. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/iehc/research/behavioural-science-health/resources/questionnaires/eating-behaviour-questionnaires/#fcq>
- Essid, M. Y. (2012). History of Mediterranean Food. In *Mediterra 2012 - The Mediterranean Diet for sustainable regional development* (pp. 51–63).
- Essid, Mohamed Yassine. (2012). Chapter 2. history of mediterranean food.
- Ezzati, M., Bentham, J., Di Cesare, M., Bilano, V., Bixby, H., Zhou, B., ... Cisneros, J. Z. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- Florensa, S., & Aragall, X. (2012). Chapter 4. Mutations in Mediterranean societies. *Mediterra 2012 - The Mediterranean Diet for Sustainable Regional Development*, 91–113. Retrieved from http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SCPO_CHEA_2012_02_0091%5Cnhttp://www.cairn.info/mediterrra-2012-english--9782724612486-page-91.htm
- Freitas, D., Oliveira, B. M., Correia, F., Pinhão, S., & Poínhos, R. (2017). Eating behaviour

- among nutrition students and social desirability as a confounder. *Appetite*, *113*, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.036>
- French, S. A., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. E., & Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review.
- French, S. A., Mitchell, N. R., Finlayson, G., Blundell, J. E., & Jeffery, R. W. (2014). Questionnaire and laboratory measures of eating behavior: Associations with energy intake and BMI in a community sample of working adults. *Appetite*, *72*, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.020>
- Ganasegeran, K., Al-Dubai, S. A. R., Qureshi, A. M., Al-Abed, A. A. A. A., Am, R., & Aljunid, S. M. (2012). Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: A cross-sectional study. *Nutrition Journal*. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-11-48>
- Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Hughes, G. M., Stacey, L., McKean, S., & Dovey, T. M. (2008). Beyond-brand effect of television food advertisements on food choice in children: The effects of weight status. *Public Health Nutrition*. <https://doi.org/10.1017/S1368980007001231>
- Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Hughes, G., Oliveira, L. P., & Dovey, T. M. (2007). Beyond-brand effect of television (TV) food advertisements/commercials on caloric intake and food choice of 5-7-year-old children. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.12.003>
- Halford, J. C. G., Gillespie, J., Brown, V., Pontin, E. E., & Dovey, T. M. (2004). Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite*, *42*(2), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.11.006>
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (1994). Beyond the qualitative paradigm: A framework for introducing diversity within qualitative psychology. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *4*(4), 225–238. <https://doi.org/10.1002/casp.2450040403>
- Hilger, J., Loerbroks, A., & Diehl, K. (2017). Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*, *109*, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.016>

- Hu, F. B. (2003). The Mediterranean Diet and Mortality — Olive Oil and Beyond. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2595–2596. <https://doi.org/10.1056/nejmp030069>
- I. Tirodimos, I. Georgouvia, T-N. Savvala, E. K. and D. N. (2015). Healthy lifestyle habits among Greek university student: Differences by sex and faculty of study Healthy lifestyle habits among Greek university students :, 15(NOVEMBER 2008), 722–728.
- Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.156>
- Kassier, S. M., & Veldman, F. J. (2014). Eating behaviour, Eating attitude and body mass index of dietetic students versus non-dietetic majors: A South African perspective. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 27(3), 109–113. <https://doi.org/10.1080/16070658.2014.11734498>
- Kavazidou, E., Proios, M., Liolios, I., Doganis, G., Petrou, K., Tsatsoulis, A., & Tsiligioglou-Fachantidou, A. (2012). Structure validity of the three-factor eating Questionnaire-R18 in Greek population. *Journal of Human Sport and Exercise*, 7(1), 218–226. <https://doi.org/10.4100/jhse.2012.71.01>
- Kd, P., Kahn, J., Wc, W., Dl, K., & James, H. (2017). *Ancestral Keys and the Seven Countries Study: An Evidence-based Response to Revisionist Histories*. Retrieved from http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SCPO_CHEA_2012_02_0071%5Cnht <tp://www.cairn.info/mediterr-2012-english--9782724612486-page-71.htm>
- Kim, K. H. cheon. (2007). Religion, weight perception, and weight control behavior. *Eating Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.03.001>
- Kim, K. H., Sobal, J., & Wethington, E. (2003). Religion and body weight. *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802220>
- Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13(1), 32–37. <https://doi.org/10.1017/S1368980009005709>
- Kristanto, T., Chen, W. S., & Thoo, Y. Y. (2016). Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. *Eating Behaviors*, 22, 96–100.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.029>

- Kyrkou, C., Tsakoumaki, F., Fotiou, M., Dimitropoulou, A., Symeonidou, M., Menexes, G., ... Michaelidou, A.-M. (2018). Changing Trends in Nutritional Behavior among University Students in Greece, between 2006 and 2016. *Nutrients*, *10*(1), 64. <https://doi.org/10.3390/nu10010064>
- Lacirignola, C., Capone, R., El Bilali, H., Debs, P., Cardone, G., Driouech, N., ... Meybeck, A. (2015). *Mediterranean food consumption patterns: diet, environment, society, economy and health. A White Paper Priority 5 of Feeding Knowledge Programme, expo milan 2015*. Rome.
- Langhans, W., & Geary, N. (2010). Overview of the physiological control of eating. *Forum of Nutrition*. <https://doi.org/10.1159/000264392>
- Lapetra, J., Covas, M.-I., Pintó, X., Lamuela-Raventos, R. M., Basora, J., Fiol, M., ... Serra-Majem, L. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *New England Journal of Medicine*, *378*(25), e34. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1800389>
- Lund, T. (2005). The qualitative-quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, *49*(2), 115–132. <https://doi.org/10.1080/00313830500048790>
- Ma, J. N., Gosselin, J. T., Danowski, D., Novella, J., Gosselin, J. T., Danowski, D., ... Robinson, B. E. (2013). Physiology & Behavior Caloric restriction in the presence of attractive food cues: External cues, eating, and weight. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.12.004>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, *50*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Maillot, M., Issa, C., Vieux, F., Lairon, D., & Darmon, N. (2011). The shortest way to reach nutritional goals is to adopt Mediterranean food choices: evidence from computer-generated personalized diets. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *94*(4), 1127–1137. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.016501>
- Mammas, I., Bertsiadis, G., Linardakis, M., Moschandreas, J., & Kafatos, A. (2004). Nutrient

- intake and food consumption among medical students in Greece assessed during a Clinical Nutrition course. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 55(1), 17–26. <https://doi.org/10.1080/09637480310001642448>
- Mammas, I. N., Bertsiyas, G. K., Linardakis, M., Tzanakis, N. E., Labadarios, D. N., & Kafatos, A. G. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health*, 13(3), 278–282. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.3.278>
- Matheson, D. M., Killen, J. D., Wang, Y., Varady, A., & Robinson, T. N. (2004). Children's food consumption during television viewing. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(6), 1088–1094.
- Mccrickerd, K., & Forde, C. G. (2016). Sensory influences on food intake control: Moving beyond palatability. *Obesity Reviews*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/obr.12340>
- Meiselman, H. L. (1992). Methodology and theory in human eating research. *Appetite*, 19(1), 49–55. [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(92\)90235-X](https://doi.org/10.1016/0195-6663(92)90235-X)
- Mela, D. J. (2006). Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.006>
- Mihalopoulos, N. L., Auinger, P., & Klein, J. D. (2008). The freshman 15: Is it real? *Journal of American College Health*, 56(5), 531–533. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.531-534>
- Molina-Montes, E., Sánchez, M. J., Buckland, G., Bueno-De-Mesquita, H. B., Weiderpass, E., Amiano, P., ... Duell, E. J. (2017). Mediterranean diet and risk of pancreatic cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. *British Journal of Cancer*, 116(6), 811–820. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.14>
- Moro, E. (2016). The Mediterranean Diet from Ancel Keys to the UNESCO Cultural Heritage. A Pattern of Sustainable Development between Myth and Reality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 223, 655–661. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.380>
- Murtaugh, M. A., Sweeney, C., Giuliano, A. R., Herrick, J. S., Hines, L., Byers, T., ... Slattery, M. L. (2008). Diet patterns and breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic

- white women: the Four-Corners Breast Cancer Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84, 978–984.
- Nathan, N., & Nancy, Q. (2010). The Columbian Exchange: A History of Disease, Food, and Ideas. *Journal of Economic Perspectives*, 24(2), 163–188. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25703506> .
- Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Lytle, L. A. (2008). Emerging adulthood and college-aged youth: An overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2205–2211. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Nord, C. L., Valton, V., Wood, J., & Roiser, J. P. (2017). Power-up: A Reanalysis of “Power Failure” in Neuroscience Using Mixture Modeling. *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 37(34), 8051–8061. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3592-16.2017>
- Oakes, M. E., & Slotterback, C. S. (2005). Prejudgments of those who eat a “healthy” versus an “unhealthy” food for breakfast. *Current Psychology*.
- Padilla, M. (2008). Dietary patterns and trends in consumption. *The Future of Agriculture and Food in Mediterranean Countries.*, 149–170.
- Papadaki, A., & A. Scott, J. (2002). The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment, (June), 455–461. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601337>
- Papadaki, A., Hondros, G., A. Scott, J., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.008>
- Parker, D., & Stradling, S. G. (1995). Extending the theory of planned behaviour: The role of personal norm. *British Journal of Psychology* (1995), 34, 127-1 37.
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of Social Desirability Scales in Clinical Psychology: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Poínhos, R., Oliveira, B. M. P. M., & Correia, F. (2018). Psychopathological correlates of

- eating behavior among Portuguese undergraduate students. *Nutrition*, 48, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.10.009>
- Racine, S. E. (2018). Emotional ratings of high- and low-calorie food are differentially associated with cognitive restraint and dietary restriction. *Appetite*, 121, 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.104>
- Robinson, E., Bevelander, K., Field, M., & Jones, F. (2018). Reprint of “Methodological and reporting quality in laboratory studies of human eating behavior.”
- Rocha, E. (2008). Health promoting universities. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(1), 29–35.
- Romagnolo, D. F., & Selmin, O. I. (2017). Mediterranean Diet and Prevention of Chronic Diseases. *Nutrition Today*, 52(5), 208–222. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000228>
- Ruderman, A. J. (1983). The restraint scale: A psychometric investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 21(3), 253–258. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90207-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90207-3)
- Salas-Salvadó, J., Becerra-Tomás, N., García-Gavilán, J. F., Bulló, M., & Barrubés, L. (2018). Mediterranean Diet and Cardiovascular Disease Prevention: What Do We Know? *Progress in Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.04.006>
- Salvy, S. J., Vartanian, L. R., Coelho, J. S., Jarrin, D., & Pliner, P. P. (2008). The role of familiarity on modeling of eating and food consumption in children. *Appetite*, 50(2–3), 514–518. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.10.009>
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2008). Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *J Law Med Ethics*. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>.Parental
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., & Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet, alzheimer disease, and vascular mediation. *Archives of Neurology*, 63(12), 1709–1717. <https://doi.org/10.1001/archneur.63.12.noc60109>
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., Manly, J. J., Schupf, N., & Luchsinger, J. A. (2009). Mediterranean diet and mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 66(2 PG-

- 216–25), 216–225. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2008.536>
- Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M. X., Mayeux, R., & Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*. <https://doi.org/10.1002/ana.20854>
- Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-Rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4(4), 1–14. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n4p1>
- Schulpen, M., Peeters, P. H., & van den Brandt, P. A. (2019). Mediterranean diet adherence and risk of pancreatic cancer: A pooled analysis of two Dutch cohorts. *International Journal of Cancer*, 144(7), 1550–1560. <https://doi.org/10.1002/ijc.31872>
- Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2017). Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Medicine*, 4(12), 1933–1947. <https://doi.org/10.1002/cam4.539>
- Silliman, K., Rodas-Fortier, K., & Neyman, M. (2004). Survey of Dietary and Exercise Habits and Perceived Barriers to Following a Healthy Lifestyle in a College Population. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(4), 82–91. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v2i4.900>
- Small, D. M., & Prescott, J. (2005). Odor/taste integration and the perception of flavor. *Experimental Brain Research*. <https://doi.org/10.1007/s00221-005-2376-9>
- Sørensen, L. B., Møller, P., Flint, A., Martens, M., & Raben, A. (2003). Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: A review of studies on humans. *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802391>
- Stein, R., & Nemeroff, C. (1995). Moral Overtones of Food: Judgments of Others Based on What They Eat.
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Trichopoulou, A., Lagiou, P., Kuper, H., & Trichopoulos, D. (2000). Cancer and Mediterranean dietary traditions. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*

(Vol. 9).

- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health promoting universities*. WHO (Vol. 27). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18447035>
- Turati, F., Carioli, G., Bravi, F., Ferraroni, M., Serraino, D., Montella, M., ... La Vecchia, C. (2018). Mediterranean diet and breast cancer risk. *Nutrients*, *10*(3), 1–11. <https://doi.org/10.3390/nu10030326>
- UNESCO. (2010). Representative list of the intangible cultural heritage of humanity. *ITH/10/5.COM/CONF.202/6*. Decision 641. Retrieved from <https://ich.unesco.org/doc/src/ITH-10-5.COM-CONF.202-6-EN.pdf#Decision641>
- van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *5*(2), 295–315. <https://doi.org/10.1007/BF02973988>
- Vansteelandt, K., Pieters, G., Vandereycken, W., Claes, L., Probst, M., & Van Mechelen, I. (2004). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. *Eating Behaviors*, *5*(1), 67–74. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00062-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00062-X)
- Wansink, B. (2004). ENVIRONMENTAL FACTORS THAT INCREASE THE FOOD INTAKE AND CONSUMPTION VOLUME OF UNKNOWING CONSUMERS.
- Wansink, Brian. (2010). From mindless eating to mindlessly eating better. *Physiology and Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.05.003>
- Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity in children. *International Journal of Obesity*, *31*(1), S13.
- WHO. (2010). Regional strategy on nutrition 2010–2019. World Health Organisation (WHO); Regional Committee for the Eastern Mediterranean; Fifty-seventh Session, Technical paper. Retrieved from http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC57_4_en.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/122877/EM_RC57_6_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean Diet, its Components, and Cardiovascular Disease. *Am J Med*, 128(3), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.014>
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology Adventures in theory and method*. Open University Press Buckingham . Philadelphia.
- World Health Organization. (2018). NONCOMMUNICABLE DISEASES COUNTRY PROFILES 2018. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1109345>
- Yeomans, M. R., Blundell, J. E., & Leshem, M. (2004). Palatability: response to nutritional need or need-free stimulation of appetite? *British Journal of Nutrition*, 92(S1), S3–S14. <https://doi.org/10.1079/bjn20041134>
- Yu, Z., & Tan, M. (2016). Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students. *Nutrients*, 8(11), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu8110673>
- Γιαννακούλια, Μ., & Φάππα, Ε. (2015a). *Διατροφική Συμβουλευτική και Συμπεριφορά*. (Κ. Σιδέρης & Χ. Μουρίκης, Eds.). Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών: Εκδόσεις Κάλλιπος. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11419/574>
- Γιαννακούλια, Μ., & Φάππα, Ε. (2015b). *Διατροφική Συμβουλευτική Και Συμπεριφορά*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11419/574>
- Ίσαρη, Φ., & Πούρκος, Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών: Εκδόσεις Κάλλιπος.
- Ματάλα, Α.-Λ. (2015a). *ΒΙΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Retrieved from <https://www.openbook.gr/diatrofi-kai-politismos/>
- Ματάλα, Α.-Λ. (2015b). *ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΡΟΦΗΣ Αντωνία-Αήδα Ματάλα*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Τριχόπουλος, Α., & Λάγιος, Π. (1999). *Διατροφικές Οδηγίες Για Ενήλικες Στην Ελλάδα*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας- Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας.

