

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι.**  
**ΚΡΗΤΗΣ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΑΛΕΝΙΑΝΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΟΝΤΟΧΡΗΣΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΜΑΛΑΣΙΩΤΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u></b> .....	4
<b><u>SUMMARY</u></b> .....	6
<b><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></b> .....	8
<b><u>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b>	
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ</u></b> .....	10
1.1 Η Διατροφή στον άνθρωπο .....	10
1.2. Συνέπειες της διατροφής στη ζωή του ανθρώπου .....	11
1.3. Μεσογειακή διατροφή .....	12
1.4. Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής .....	14
1.5 Τα πλεονεκτήματα της Μεσογειακής διατροφής .....	15
1.6. Φοιτητική ζωή των νέων και οι παράγοντες που καθορίζουν τις διατροφικές τους συνήθειες.....	16
1.7 Η διατροφή των φοιτητών σήμερα .....	22
1.8. Τρόποι υιοθέτησης υγιεινής διατροφής .....	24
1.9. Διατροφή και κάπνισμα .....	25
1.10. Αλκοόλ και Νέοι .....	29
1.11. Σωματική άσκηση στους νέους .....	31
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (Βουλιμία, Ανορεξία, Παχυσαρκία)</u></b> .....	34
2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές διαταραχές .....	34
2.2. Ψυχογενής Ανορεξία .....	37
2.2.1. Τύποι συμπεριφοράς Ψυχογενούς Ανορεξίας .....	39
2.3. Ψυχογενής Βουλιμία .....	39
2.4. Παχυσαρκία .....	41
2.4.1. Επιπτώσεις παχυσαρκίας και η σχέση της με το κάπνισμα .....	45

2.5. Διαταραχή της πρόσληψης τροφής Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς .....	47
2.6. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε φοιτητές σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.....	48

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΙΣ  
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ** .....50

**B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b><u>1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</u></b> .....	52
1.1. Σκοπός έρευνας.....	52
1.2. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	53
1.3. Επιλογή δείγματος.....	53
1.4. Τεχνική συλλογής δεδομένων.....	54
1.5. Επεξεργασία των αποτελεσμάτων.....	56
<b><u>2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</u></b> .....	57
<b><u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u></b> .....	70
<b><u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u></b> .....	77
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u></b> .....	79
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b> .....	109

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την υγεία του ατόμου. Αν και η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται ιδανική δεν ακολουθείται πλήρως από τους φοιτητές. Οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών έχουν αλλάξει λόγω της υιοθέτησης του δυτικού τρόπου ζωής, της απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον και της έλλειψης χρόνου. Η μη σωστή διατροφή επιφέρει δυσμενείς συνέπειες στην υγεία των φοιτητών και συχνά έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών/τριών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, καθώς και η ανίχνευση πιθανών διατροφικών διαταραχών. Πιο αναλυτικά, η έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών της συγκεκριμένης ομάδας που είναι ειδικοί στα θέματα διατροφής και κατά πόσο οι φοιτητές έχουν ή κινδυνεύουν να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η έρευνα είναι ποσοτική και το δείγμα της αποτέλεσαν 200 φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας από το δεύτερο έτος φοίτησης τους και μετά, οι 155 ήταν γυναίκες και οι 45 άνδρες. Για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT-26 του Garner.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία του δείγματος έχουν φυσιολογικό βάρος (76,5%) ενώ λιποβαρείς είναι το 2,5% το οποίο είναι γυναίκες. Οι άνδρες τρώνε συχνότερα εκτός σπιτιού και λέσχης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ως προς στο πρωινό το 45,2% των γυναικών προτιμούν να καταναλώνουν δημητριακά ενώ οι άνδρες με ποσοστό 48,9% προτιμούν καφέ ή τσάι. Αναφορικά με την παράληψη

γευμάτων τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες παραλείπουν σε μεγάλα ποσοστά το δεκατιανό (66,7%, 48,4%) και το απογευματινό τους (55,6%, 41,3%). Σχετικά με την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών παρατηρούμε ότι οι άνδρες καταναλώνουν συχνότερα γαλακτοκομικά προϊόντα (γάλα, τυρί, γιαούρτι κ.τ.λ.), άσπρο – κόκκινο κρέας και αναψυκτικά. Οι γυναίκες καταναλώνουν συχνότερα λαχανικά, φρούτα και γλυκά. Τέλος ως προς την ανίχνευση πιθανών διατροφικών διαταραχών, το μεγαλύτερο ποσοστό (32,2% ) που τείνουν να τις εμφανίσουν είναι γυναίκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας έχουν απομακρυνθεί από τη Μεσογειακή Διατροφή και τείνουν προς το δυτικό πρότυπο διατροφής. Οι γνώσεις που έχουν λάβει οι φοιτητές κατά τη διάρκεια φοίτησης τους σε θέματα διατροφής δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα για την υιοθέτηση ορθότερων διατροφικών συνηθειών, ενώ οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας.

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION:** The diet constitutes an important factor for the health of individual. Even if the Mediterranean Diet is considered ideal it is not followed completely by the students. The alimentary habits of students have changed because the adoption of western way of life, removal from the familial environment and lack of time. The uncorrect diet involves unfavourable consequences in the health of students and often has as resulting from the appearance of alimentary disturbances.

**AIM:** The aim of this research is the recording of the alimentary habits of students of department of Diet and Dietetics, as well as the detection of possible alimentary disturbances. In fact, the research aims in the investigation of alimentary habits of particular team who is experts in the subjects of diet and how much the students have or are in danger to develop certain alimentary disturbance.

**METHODOLOGY:** The research is quantitative and her sample constituted of 200 students of department of Diet and Dietetics from their second year of study and afterwards, the 155 were women and the were 45 men. For the detection of alimentary disturbances it was used the questionnaire EAT-26 of Garner.

**RESULTS:** The majority of sample they have normal weight (76,5%) while with low weight is the 2,5% which are women. The men eat more often outside of home and club compared to the women. As for the breakfast the 45,2% of women prefer to consume cerials, while the men with percentage 48,9% prefer coffee or tea. In regard to the omision of dinners as men as women omit in big percentages the snaks (66,7%, 48,4%) and the afternoon snak (55,6%, 41,3%). In regard to the consumption of concrete food we observe that the men consume more frequent dairy products (milk, cheese, yoghurt etc.), meat and refreshments. The women consume more frequent vegetables, fruits and sweets. Finally, for the detection of likely alimentary disturbances, the bigger percentage (32,2%) they tend to present are women.

**CONCLUSIONS:** The alimentary habits of students of Department of Diet and Dietetics have been removed by the Mediterranean Diet and tend to the western

model of diet. The knowledge that they have received the students at their duration of study on issues diet it does not appear to constitute factor for the adoption of more equitable alimentary habits, while the women are more prone in the appearance of alimentary disturbances and more concretely in the growth of psychogenoys anorexia.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η διατροφή του ανθρώπου είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα της ζωής του, δεν είναι απλά ζήτημα επιβίωσης μιας ουσιαστικής κατάστασης που χωρίς αυτήν δεν θα ήταν δυνατόν να υπάρξει, αλλά και κάτι ακόμη πλέον ουσιαστικό. Καθορίζει την υγεία του (Αλεξιάκης, 2012).

Έρευνες έχουν δείξει πως για να είναι υγιές ένα άτομο πρέπει να ακολουθεί ένα υγιεινό τρόπο διατροφής. Στη Ελλάδα από το παρελθόν ακολουθείται το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής καθώς η χώρα μας βρίσκεται στο κέντρο της Μεσογείου. Αυτό το πρότυπο διατροφής είναι δύσκολο να τηρηθεί κατά την φοιτητική περίοδο λόγω πολλών παραγόντων όπως είναι η οικονομική κατάσταση του κάθε ατόμου, το κοινωνικό του περιβάλλον, ο περιορισμένος χρόνος κ.τ.λ. Η λανθασμένη διατροφή μπορεί να επιφέρει την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών όπως είναι η ανορεξία, η βουλιμία και η παχυσαρκία.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και η ανίχνευση πιθανών διατροφικών διαταραχών.

Γνωρίζοντας πόσο σημαντική είναι η διατροφή για έναν φοιτητή και πως αυτή σχετίζεται με τη σωματική και ψυχική του υγεία, μας ενδιέφερε να διερευνήσουμε τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών, καθώς και να ανιχνεύσουμε τις διαταραχές που τυχόν υπάρχουν.

Η ομάδα στόχου επιλέχθηκε γιατί οι συγκεκριμένοι φοιτητές κατά τη διάρκεια των σπουδών τους αποκτούν γνώσεις πάνω σε θέματα διατροφής και θέλαμε να διερευνήσουμε κατά πόσο έχουν επηρεάσει τις διατροφικές τους συνήθειες. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε φοιτητές διαφόρων ειδικοτήτων



(ιατρικής, διαιτολογίας κ.τ.λ.) έχουν δείξει πως οι γνώσεις σε θέματα διατροφής δεν αποτελούν παράγοντα διαφοροποίησης των διατροφικών συνηθειών.

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η διατροφή του ανθρώπου, η μεσογειακή διατροφή, η διατροφή των φοιτητών και συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η σωματική άσκηση. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι διατροφικές διαταραχές όπως η ανορεξία, η βουλιμία, η παχυσαρκία και η διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς. Τέλος στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στις διατροφικές διαταραχές.

Το ερευνητικό μέρος αποτελείται από τη μεθοδολογία της έρευνας και την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Ακολουθεί η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

##### **1.1 Η Διατροφή στον άνθρωπο**

Ο ανθρώπινος οργανισμός και κάθε ζωικός οργανισμός για να ζήσει, να αναπτύσσεται και να λειτουργεί χρειάζεται να προσλαμβάνει συνέχεια από έξω θρεπτικά συστατικά με τη μορφή τροφής. Η διαδικασία της πρόσληψης και της αφομοίωσης από τον ανθρώπινο οργανισμό του θρεπτικού αυτού συστατικού λέγεται διατροφή (Δημητριάδου κ.α., 1999).

Η διατροφή σε μεγάλο βαθμό καθορίζει αν είμαστε υγιείς ή άρρωστοι. Από τη διατροφή μας κρίνεται όχι μόνο η σωματική μας κατάσταση, αλλά και η διανοητική και η ψυχική. Το να διατρέφεται κανείς ήταν για εκατοντάδες αιώνες μια φυσική λειτουργία που καθοριζόταν και από το ένστικτο. Σήμερα όμως η κατάσταση έχει αλλάξει εντελώς. Οι άνθρωποι έτρωγαν για να ικανοποιήσουν την πείνα τους, που ήταν και παραμένει ένας πολύ καλός οδηγός των αναγκών του οργανισμού. Σήμερα όμως, οι περισσότεροι με τη διατροφή ικανοποιούν ανάγκες λαιμαργίας ή απόλαυσης ή απλά κοινωνικές ανάγκες (Δημητριάδου κ.α., 1999).

Οι τρόποι διατροφής μεταβάλλονται συνεχώς καθώς αναπτύσσεται ο πολιτισμός και η επιστήμη. Η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της βιομηχανίας τροφίμων, συνετέλεσαν στην αλλαγή των συνηθειών της διατροφής. Ο άνθρωπος πρέπει να ενημερώνεται σωστά και απλοποιημένα στα θέματα διατροφής για να

μπορεί να προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες και να εφαρμόζει το υγιεινότερο πρόγραμμα διατροφής (Κάσιμος, 1991).

Η σωστή διατροφή είναι θεμελιώδης για τη φροντίδα του σώματος και πιθανότατα η καλύτερη προληπτική ιατρική. Όλοι ξέρουμε πως όταν τρώμε καλά, αισθανόμαστε καλά. Καλή τροφή δεν σημαίνει μόνο να ξεχωρίζουμε ποιες τροφές ωφελούν, αλλά και να τις συνδυάζουμε σωστά. Ο έλεγχος της διατροφής μας δεν είναι πάντοτε εύκολος. Οι συνθήκες της καθημερινής ζωής, το ωράριο της δουλειάς, το κόστος των τροφίμων περιορίζουν αναγκαστικά τις επιλογές μας. Ωστόσο, μερικές αλλαγές στο πρόγραμμα διατροφής, όταν γνωρίζουμε τις βασικές θρεπτικές ουσίες, μπορούν να μας βοηθήσουν να εξασφαλίσουμε μεγαλύτερη ισορροπία στη θρέψη και να αποφύγουμε ορισμένα λάθη (Ομάδα γυναικών Βοστώνης, 1981).

## **1.2. Συνέπειες της διατροφής στη ζωή του ανθρώπου**

Η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται με την υγεία του και την επηρεάζει άμεσα. Η επιλογή ισορροπημένης διατροφής, δηλαδή της σωστής διατροφής, αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις δραστηριότητες του, ενώ παράλληλα, συντελεί στη μακροζωία και στην ευτυχία του. Ένα υγιεινά διατρεφόμενο άτομο εμφανίζεται μακροσκοπικά ζωηρό, σωματικά και πνευματικά διακατέχεται από αισιοδοξία για τη ζωή και συγχρόνως, ανθίσταται πιο αποτελεσματικά στις διάφορες λοιμώξεις, με αποτέλεσμα την παράταση της φυσιολογικής του δραστηριότητας (Πλέσσας, 1994).

Αντίθετα, όταν το άτομο παίρνει μειωμένες ποσότητες θρεπτικών ουσιών είναι δυνατόν να δημιουργηθούν συνθήκες υποσιτισμού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η διατροφή κάτω από ένα βέλτιστο επίπεδο αποτελεί και υποσιτισμό ή

ότι το άτομο δεν διατηρείται καλά στην υγεία του. Το σίγουρο πάντως είναι, ότι ένα άτομο που προσλαμβάνει θρεπτικές ουσίες σε ποσότητες κατώτερες από το βέλτιστο επίπεδο τους, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει σωματική φθορά, σε σχέση με ένα άλλο άτομο, κανονικά και σωστά διατρεφόμενο (Πλέσσας, 1994).

Ως ένδειξη, ότι υπάρχει σωστή διατροφή, θεωρείται ένα καλά ανεπτυγμένο σώμα που έχει κανονικό βάρος σε σχέση με την επιφάνειά του και γερούς μύες, με δέρμα απαλό και καθαρό, μάτια καθαρά και λαμπερά, ζωνρή έκφραση προσώπου, όρεξη, σωστή πέψη και συνήθειες φυσιολογικές (Πλέσσας, 1994).

Μια σωστή διατροφή, δηλαδή μια διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες και στις αναγκαίες ποσότητες, απαιτεί και τον κατάλληλο συνδυασμό γευμάτων και πρέπει απαραίτητα, να λαμβάνονται υπόψη οι εκάστοτε συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες) και οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και τη σωματική διάπλασή του. Συγκεκριμένα, ένα άτομο που λαμβάνει το πρωί ένα σωστό πρόγευμα, μπορεί να εργάζεται πιο αποδοτικά και χωρίς αίσθημα κόπωσης (Πλέσσας, 1994).

Ωστόσο, η συχνή κατανάλωση έτοιμων φαγητών και αναψυκτικών επιφέρει επιζήμιες συνέπειες στον οργανισμό του ανθρώπου. Τέτοιες συνέπειες είναι η έλλειψη βιταμινών, ιχνοστοιχείων, ασβεστίου, φωσφόρου κ.τ.λ., ενώ αντίθετα υπάρχει πλούσια απορρόφηση λίπους λόγω της μεγάλης κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, προϊόν στο οποίο βασίζονται τα έτοιμα φαγητά.

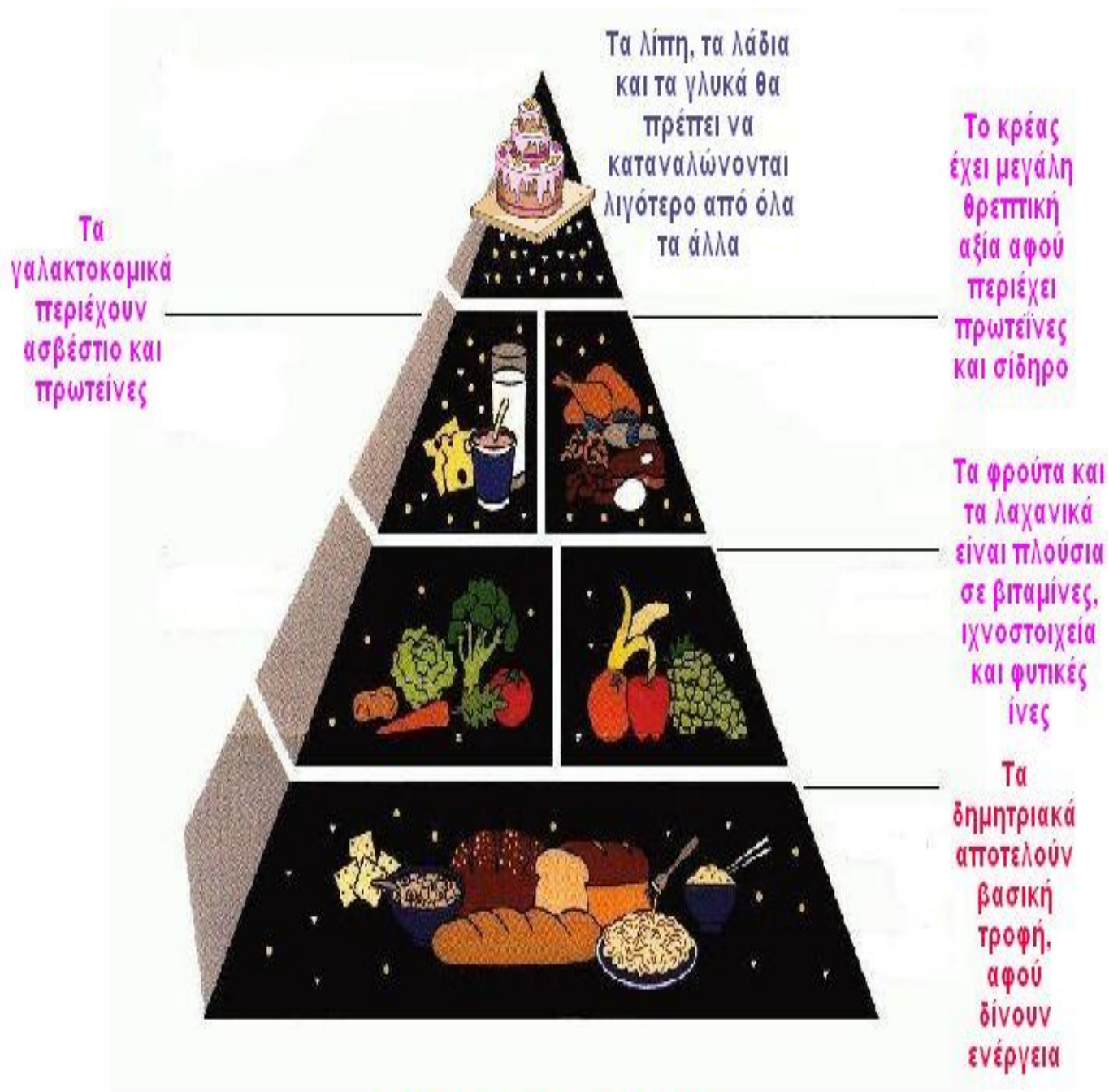
### **1.3. Μεσογειακή διατροφή**

Μεσογειακή Διατροφή είναι η διατροφή που χαρακτηρίζεται από χαμηλή κατανάλωση λίπους και ιδιαίτερα κορεσμένων λιπαρών οξέων, και αντίθετα από υψηλή κατανάλωση υδατανθράκων, που βρίσκονται κυρίως στα σιτηρά και τα

προϊόντα τους (δημητριακά, ψωμί, ρύζι και μακαρόνια) στα φρούτα, στα λαχανικά, στο γάλα και τα γαλακτοκομικά. Η μεσογειακή διατροφή είναι επίσης πλούσια σε βιταμίνες, ενώ η κύρια μορφή λίπους που χρησιμοποιείται είναι το ελαιόλαδο. Η διατροφή αυτή ονομάστηκε έτσι γιατί χρησιμοποιείται από τους ευρωπαϊκούς λαούς της Μεσογείου δηλαδή Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα και Κύπρο. Σύμφωνα με στατιστικές που έχουν γίνει σε αυτές τις χώρες δείχνουν ότι αυτό το είδος της διατροφής οδηγεί σε χαμηλά ποσοστά εμφάνισης νόσων που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή (όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία, διαβήτης, κ.ά.) (Mediterranean Diet Products, 2012).

Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα τη μεσογειακή διατροφή ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς, κατατάσσουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν το μικρότερο σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστό θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, οι επιστήμονες άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάριζε και συνεχίζει να χαρίζει στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά ποσοστά καλής υγείας (Mediterranean Diet Products, 2012).

## 1.4. Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής



### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ

Η Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής είναι μια σχηματική απεικόνιση διατροφικών οδηγιών. Η βάση της αναφέρεται σε τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε σημαντικές ποσότητες (ψωμί, όσπρια, ρύζι και ζυμαρικά), ενώ αντίθετα η κορυφή της σε τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται

σπάνια και σε μικρότερες ποσότητες (λίπη, έλαια, γλυκά) με όλα τα υπόλοιπα τρόφιμα να βρίσκονται στις ενδιάμεσες θέσεις.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι ότι είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και λίγο επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως). Περιλαμβάνει την καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και τη χρήση του ελαιολάδου ως το κύριο λίπος της διαίτας. Ακόμα, περιλαμβάνει την κατανάλωση ψαριών, πουλερικών και οσπρίων σε εβδομαδιαία βάση, ενώ προτείνει τον περιορισμό στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος. Επίσης, πρέπει να τονίσουμε ότι είναι απαραίτητη η καθημερινή άσκηση (Κανελλάκης, 1993).

### **1.5 Τα πλεονεκτήματα της Μεσογειακής διατροφής**

Για τους περισσότερους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία, η Μεσογειακή διατροφή είναι πιο υγιεινή από τη διατροφή άλλων χωρών επειδή προσφέρει στον οργανισμό ένα πλούτο αντιοξειδωτικών ουσιών. Στα αντιοξειδωτικά ανήκουν οι βιταμίνες A, E, και C, το β – καροτένιο και τα φλαβονοειδή, όπως για παράδειγμα οι φαινόλες του κρασιού ή τα φαινολικά οξέα των φρούτων, των λαχανικών και του ελαιολάδου, τα οποία καταπολεμούν την οξείδωση, δηλαδή τη γήρανση των κυττάρων (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, 1999).

Τα πλεονεκτήματά της συγκεκριμένα είναι:

- ❖ Είναι υγιεινή χωρίς να είναι βαρετή,
- ❖ Έχει ποικιλία,
- ❖ Προστατεύει την καρδιά,
- ❖ Προφυλάσσει από σοβαρές ασθένειες,
- ❖ Έχει αντιγηραντική δράση.

## **1.6. Φοιτητική ζωή των νέων και οι παράγοντες που καθορίζουν τις διατροφικές τους συνήθειες**

Η φοιτητική ζωή αποτελεί αναμφίβολα μια μεγάλη αλλαγή στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες των νέων ακόμα και για όσους περνάνε σε πανεπιστήμια της πόλης τους. Είναι ένα όνειρο για σχεδόν κάθε νέο που τελειώνει το Λύκειο. Οι σπουδές του εξασφαλίζουν ένα καλύτερο μέλλον και υπάρχει περισσότερη ελευθερία, ανεξαρτησία, καινούριοι φίλοι, διασκέδαση, καινούριος τρόπος ζωής, εμπειρίες και δημιουργικός χρόνος.

Οι νεαροί ενήλικες λοιπόν αναλαμβάνουν για πρώτη φορά αποκλειστικά την ευθύνη της διατροφής τους. Ζουν πλέον μόνοι τους, μακριά από την οικογένεια που φρόντιζε για τα γεύματά τους. Παρατηρείται ότι καταλήγουν είτε να μαγειρεύουν οι ίδιοι, είτε να εξαρτώνται από άλλους ή τέλος να καταναλώνουν εύκολες και "γρήγορες" τροφές (fast food). Οι διατροφικές συνήθειες τις οποίες τελικά θα αποκτήσουν την εποχή αυτή, τους συνοδεύουν αρκετά χρόνια της ενήλικης ζωής τους, καθορίζοντας έτσι συχνά και την έκβαση της υγείας τους. Συνεπώς, η διαμόρφωση συνηθειών θεωρείται πολύ σημαντική για το λόγο αυτό. Η ευθύνη για φροντίδα και θρέψη του σώματός τους, καθώς και η συστηματική σωματική άσκηση και διατήρηση του σωματικού τους βάρους, αποτελούν μέλημα σε όσους συνειδητοποιούν τη σημασία των παραπάνω. Επειδή η σωματική ανάπτυξη δεν έχει ολοκληρωθεί σε όλα τα όργανα, π.χ. η οστική μάζα συνεχίζει να αυξάνεται και στα 25 χρόνια, και προκειμένου να αποκτηθεί η μέγιστη δυνατή υγεία και απόδοση του νέου ενήλικα, θεωρείται σημαντική η επαρκής πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών στο στάδιο αυτό της ζωής (Ζαμπέλας, 2003).



Έρευνα που έγινε το 2006 στους σπουδαστές του ΤΕΙ Ηρακλείου είχε ως θέμα τις Διατροφικές Συνήθειες των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Το δείγμα αποτελούνταν από 300 φοιτητές εκ των οποίων οι 150 ήταν από τη ΣΕΥΠ και οι υπόλοιποι 150 από τις υπόλοιπες σχολές. Σε αυτή την μελέτη έγινε σύγκριση μεταξύ φοιτητών που φεύγουν από το οικογενειακό τους περιβάλλον, για να φοιτήσουν σε μια άλλη πόλη, με φοιτητές που φοιτούν στην πόλη καταγωγής τους. Η μελέτη αυτή έδειξε πως οι φοιτητές που φοιτούν μακριά από την πόλη καταγωγής τους επιδίδονται σε συνήθειες πιο ανθυγιεινές σε σχέση με τους φοιτητές που σπουδάζουν στην πόλη τους. Συγκεκριμένα, οι πρώτοι καπνίζουν και πίνουν περισσότερο και η διατροφή τους είναι πολύ ελλιπής. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προέκυψε πως οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών είναι: το φύλο, η απόσταση φοίτησης τους από τον τόπο καταγωγής τους, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως η έλλειψη εκπαίδευσης, η υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής και η τακτική σωματική άσκηση (Μελισσουργάκη & Ρεντίφη, 2006).

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (πρότυπα που προβάλλονται μέσω των Μ.Μ.Ε., η έλλειψη χρόνου κ.α.) δεν επιτρέπουν την σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των νέων σε ένα σωστό πρότυπο καλής διατροφής. Αυτοί οι παράγοντες με τη σειρά τους προκαλούν μια μη ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά που έχει ανάγκη ένας οργανισμός για να επιβιώσει. Η ανεπαρκής λοιπόν ενημέρωση ειδικά των νέων, μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους.

Σύμφωνα με δημοσίευμα της εφημερίδας «ΤΟ ΒΗΜΑ» (4/5/2004), πραγματοποιήθηκε έρευνα με θέμα: Σύγχρονη Εκπαίδευση. Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες 208 φοιτητών που σπουδάζουν στο

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι φοιτητές οι οποίοι σπουδάζουν μακριά από τις οικογένειες τους δεν τρώνε αρκετά φρούτα και λαχανικά, ενώ προτιμούν τα έτοιμα φαγητά πλούσια σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως οι φοιτητές υιοθετούν κακές διατροφικές συνήθειες λόγω των συνηθειών στη διατροφή των Ελληνικών οικογενειών, αλλά και στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ίδιων των φοιτητών. Επίσης οι γνώσεις των φοιτητών σε θέματα διατροφής είναι ελλιπείς, αλλά ακόμα και όταν γνωρίζουν για τη σωστή διατροφή συνεχίζουν να μην την τηρούν. Τέλος, ακόμα ένα εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι πως οι φοιτητές οι οποίοι προέρχονται από μεγάλα αστικά κέντρα και των οποίων οι γονείς εργάζονται, τρώνε συχνότερα έτοιμα φαγητά καθώς έχουν μεγαλύτερη οικονομική άνεση σε αντίθεση με τους φοιτητές που προέρχονται από μικρές πόλεις και αγροτικές περιοχές (Πανοτόπουλος, 2004).

Κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής, ο φοιτητής καλείται συνήθως να αναλάβει μόνος του διάφορες ευθύνες και υποχρεώσεις που μέχρι πριν βάραιναν την οικογένεια. Θα πρέπει να φροντίσει και για την καθημερινή διατροφή του εντός και εκτός σχολής. Η διατροφή κατά τη φοιτητική περίοδο επηρεάζει σημαντικά το βάρος (συνήθως προστίθενται αρκετά κιλά) και κατ' επέκταση, την εμφάνιση νοσημάτων φθοράς, όπως είναι τα νοσήματα της καρδιάς. Έχει αποδειχθεί ότι οι συνήθειες που οδηγούν στην ανάπτυξη των νοσημάτων αυτών υιοθετούνται από τη δεύτερη κιόλας δεκαετία της ζωής μας.

Οι διατροφικές συνήθειες, συχνά, είναι χειρότερες κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής, αλλά οι περισσότεροι φοιτητές αντιλαμβάνονται τις διατροφικές τους συνήθειες ως ικανοποιητικές. Παράγοντες που τοποθετούν τους φοιτητές σε διατροφικούς κινδύνους είναι τα πιθανά οικονομικά προβλήματα, η παράλειψη

γευμάτων, η ανεπαρκής ποιότητα των τροφίμων και η διαδεδομένη κατανάλωση των fast food (Ευγενίου κ.α., 2008).

Μελέτη που έγινε το 2007, κατέγραψε τις διατροφικές συνήθειες και δαπάνες σε δείγμα 100 φοιτητών. Σκοπός ήταν να εξεταστεί κατά πόσον επηρεάζει το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδό τους, οι διατροφικές τους συνήθειες, η οικογενειακή τους κατάσταση και τα χρήματα που ξοδεύουν για την ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών. Το αποτέλεσμα της έρευνας είναι ότι οι φοιτητές δεν προσέχουν όσο θα έπρεπε τη διατροφή τους, αφού καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλο ποσοστό και δεν αγοράζουν τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά αλλά καταφεύγουν σε εύκολες λύσεις των έτοιμων γευμάτων. Αυτό το οποίο παρατηρήθηκε είναι ότι αυτοί που δεν ζουν υγιεινά δεν είναι ικανοποιημένοι με τον οργανισμό τους, ενώ παράλληλα δεν κάνουν κάτι για να το αλλάξουν αν και θέλουν να αδυνατίσουν. Όλα αυτά τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, ενώ οι φοιτητές γνωρίζουν ποια τρόφιμα θα πρέπει να καταναλώνουν και ποια να αποφεύγουν, ακολουθούν ένα μη υγιεινό τρόπο διατροφής, αφού οι διατροφικές τους συνήθειες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες, όπως η ευκολία, η γεύση αλλά και ο περιορισμένος χρόνος (Ζιώγας, 2007).

Έρευνα με θέμα τις Διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, πραγματοποιήθηκε το 2004. Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτίμηση των διατροφικών διαταραχών των φοιτητών, ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος των νέων σπουδαστών και η εκτίμηση εάν η εκπαίδευση τους στο αντικείμενο της διατροφής μπορεί να αλλάξει τις διατροφικές συνήθειες. Τα άτομα που πήραν μέρος ήταν 125 φοιτητές, ηλικίας 22-36 ετών. Τα κριτήρια της έρευνας όσον αφορά το δείγμα που πήραν, ήταν πως οι φοιτητές έπρεπε να είναι στο 1<sup>ο</sup> και στο 3<sup>ο</sup> έτος

σπουδών τους. Αυτό έγινε ώστε να υπάρξει η δυνατότητα σύγκρισης διατροφικών διαταραχών σε νέους και παλαιότερα εκπαιδευμένους σε θέματα διατροφής. Από τη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των δύο φύλων, επίσης και οι διατροφικές συνήθειες μεταξύ των πρωτοετών και των τριτοετών φοιτητών δεν παρουσιάζουν διαφορές. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν στο συμπέρασμα πως η συνειδητή εκπαίδευση των φοιτητών σε θέματα διατροφής δεν αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης των διατροφικών συνηθειών (Παναγιωτάκος και Πούνης, 2005).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης είχε ως θέμα τις Διατροφικές Συνήθειες των φοιτητών της ιατρικής. Το δείγμα της έρευνας ήταν 45 φοιτητές και μελετούσε τις διατροφικές τους συνήθειες. Ο στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της υγείας και της θρέψης των φοιτητών του δείγματος μέσα από εργαστηριακές μετρήσεις (Βασιλάκης και συν., 1992). Κάτι πολύ σημαντικό που βρέθηκε μέσα από την διεξαγωγή αυτής της έρευνας είναι το φαινόμενο της παχυσαρκίας, το οποίο και παρατηρήθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό και κυρίως στις φοιτήτριες, αφού το λίπος που καταλαμβάνει το σώμα τους είναι μεγαλύτερο από ότι πρέπει, ενώ οι φοιτητές έχουν λιγότερο λίπος αλλά περισσότερη μυϊκή μάζα και μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος. Επιπροσθέτως, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι μισοί φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν αυξημένη πάνω από το φυσιολογικό όριο χοληστερόλη, ενώ αρκετοί από τους υπολοίπους είχαν αρκετά χαμηλή χοληστερόλη πράγμα το οποίο σχετίζεται με την κακή διατροφή. Τέλος, από τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε πως υπάρχει ελλιπής γνώση σε θέματα διατροφής παρότι οι φοιτητές σπουδάζουν ιατρική και παρακολουθούν αρκετά μαθήματα που αναφέρονται στη διατροφή και την κλινική διατροφή.

Ακόμα μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008 από φοιτητές του ΤΕΙ Ηρακλείου είχε ως θέμα τις διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας

των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο. Η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση του κατά πόσο οι φοιτητές της Ελλάδας διαφέρουν από τους φοιτητές της Κύπρου στις διατροφικές συνήθειες και στις άλλες συμπεριφορές υγείας. Οι ερωτώμενοι που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν στο σύνολο τους 300 εκ των οποίων οι 150 ήταν στο Ηράκλειο Κρήτης και οι υπόλοιποι 150 στη Λευκωσία από φοιτητές Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι. των δύο χωρών. Τα συμπεράσματα όσον αφορά τη διαμονή των φοιτητών (Κύπρος, Ελλάδα) είναι πως οι Κύπριοι φοιτητές με τους Έλληνες δεν έχουν μεγάλες διαφορές στις διατροφικές συνήθειες και στις συμπεριφορές υγείας μεταξύ τους. Φαίνεται όμως ότι είναι καλύτερες οι συνήθειες των Κυπρίων φοιτητών γενικότερα καθώς ακολουθούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Όσον αφορά τις διαφορές των σχολών των ΑΕΙ και ΤΕΙ σε Ελλάδα και Κύπρο προέκυψε ότι, οι φοιτητές του ΑΕΙ Ελλάδας προσέχουν περισσότερο τη διατροφή τους απ' ότι οι φοιτητές του ΤΕΙ Ελλάδας, αγοράζοντας λιγότερες φορές την εβδομάδα έτοιμο φαγητό. Αντίθετα, στην Κύπρο οι φοιτητές του ΤΕΙ είναι αυτοί που ακολουθούν μια πιο σωστή διατροφή. Επιπροσθέτως στα ΑΕΙ Κύπρου οι φοιτητές καταναλώνουν πρωινό σε μεγαλύτερο ποσοστό, απ' ότι οι φοιτητές του ΑΕΙ Ελλάδας. Ενώ αντίθετα στα ΤΕΙ Ελλάδας και Κύπρου τα ποσοστά δεν είχαν διαφορά (Ευγενίου κ.α., 2008).

Σε έρευνα από το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στόχος ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών, αλλά και η επίδραση τους στη σωματική και ψυχική ευεξία αυτών (Πανοτόπουλος, 2004). Κατά τη διάρκεια της μελέτης, ελήφθησαν υπόψη παράγοντες όπως το είδος των τροφών που καταναλώνουν οι φοιτητές, ο έλεγχος που ασκούν στο πρόγραμμα διατροφής τους και η επιθυμία τους να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο τρέφονται. Αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες και το φύλο των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες προσέχουν λιγότερο τις διατροφικές τους συνήθειες, καταναλώνουν

περισσότερα έτοιμα γεύματα και λιγότερες μεσογειακές τροφές. Άλλο ένα στοιχείο το οποίο προέκυψε από την έρευνα είναι ότι το ανεξέλεγκτο πρόγραμμα διατροφής σχετίζεται με την αυξημένη κατανάλωση έτοιμων τροφών. Τέλος, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες (άνω των 25 ετών) προσέχουν λιγότερο τις διατροφικές τους συνήθειες, καταναλώνουν περισσότερα έτοιμα γεύματα και λιγότερες μεσογειακές τροφές. (Πανοτόπουλος, 2004).

### **1.7 Η διατροφή των φοιτητών σήμερα**

Οι φοιτητές λόγω της μετεφηβικής ηλικίας που βρίσκονται προσέχουν ιδιαίτερα την εξωτερική εμφάνισή τους αλλά την ίδια στιγμή προτιμούν τα fast food και τα τυποποιημένα φαγητά. Η ισορροπία στην διατροφή των φοιτητών συνήθως δεν είναι ο κανόνας αν και θα έπρεπε, γιατί στην ηλικία των φοιτητικών χρόνων ο οργανισμός έχει πολλές ανάγκες που η ικανοποίηση τους προσφέρει υγεία τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής του νέου (Μαυράκη, 2012).

Η διατροφή των φοιτητών σήμερα χαρακτηρίζεται από ακανόνιστα γεύματα, αυξημένη κατανάλωση διάφορων σνακ και αλκοόλ. Αρκετά γεύματα μέσα στην ημέρα παραλείπονται. Συχνότερα αποφεύγονται το πρωινό και το μεσημεριανό. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο στις κοπέλες φοιτήτριες. Αν υπολογίσει κανείς ότι η ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν οι φοιτητές δεν είναι η καλύτερη δυνατή, τότε μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε τις διατροφικές ελλείψεις, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν κατά τα φοιτητικά χρόνια και αφορούν την αναιμία, την απώλεια τριχών κεφαλής, την αδυναμία και τη μειωμένη πνευματική απόδοση (Μπαλαμώτη, 2011).

Έτσι αρκετοί φοιτητές για να συμπληρώσουν τα θρεπτικά συστατικά τα οποία αποτυγχάνουν να προσλάβουν μέσω της διατροφής τους, βρίσκονται σε αυξημένη ανάγκη για λήψη πολυβιταμινούχων συμπληρωμάτων, τα οποία θα τους βοηθήσουν να καλύψουν τις καθημερινές τους ανάγκες σε ωφέλιμα στοιχεία και θα τους βοηθήσουν να παραμένουν σωματικά και πνευματικά υγιείς και δραστήριοι (Γεωργιακώδης, 2009).

Επιπλέον, οι περισσότεροι φοιτητές γνωρίζουν τι πρέπει να τρώνε και τι να αποφεύγουν, όμως συχνά προβάλλουν το επιχείρημα ότι δεν έχουν το χρόνο να ασχοληθούν με το φαγητό, τη διατροφή και το σχεδιασμό των γευμάτων. Η επιλογή των τροφίμων που θα καταναλώσει κανείς σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη στάση του ατόμου απέναντι στο φαγητό. Συνήθως στις νεαρές ηλικίες η πρόχειρη τροφή θεωρείται πιο ελκυστική, διότι αποτελεί μια γρήγορη και φθηνή λύση, ενώ είναι και αποδεκτή από τους συνομήλικους φοιτητές. Αυτή η διατροφική συμπεριφορά σχετίζεται με τη διατροφή και τον τρόπο ζωής των γονέων αλλά και με τις συνήθειες που έχει πάρει ο φοιτητής από το σπίτι.

Έρευνα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες φοιτητών πραγματοποιήθηκε από φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Το θέμα ήταν οι Διατροφικές συνήθειες των σπουδαστών της σχολής Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 436 σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων και των απόψεων πάνω σε βασικά θέματα διατροφής, την καταγραφή των διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών τους και τη διερεύνηση αυτών, σε σχέση με ορισμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το χαρακτηριστικό του δείγματος ήταν πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων προέρχονταν από την επαρχία, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό από την Αθήνα. Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα της έρευνας πως ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων θεωρεί πως η διατροφή του δεν είναι σωστή, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί πως πρέπει

να αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες. Τα συμπεράσματα που βγήκαν από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι πως οι διατροφικές συνήθειες των σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Αθήνας αποκλίνουν από το πρότυπο της υγιεινής διατροφής. Οι γυναίκες έδειξαν να ενδιαφέρονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άντρες για την υγιεινή διατροφή με αποτέλεσμα να καταναλώνουν λιγότερα τρόφιμα τα οποία θεωρούνται βλαβερά για την υγεία. Εν κατακλείδι τα ευρήματα της έρευνας βεβαιώνουν την απομάκρυνση των νέων από το παραδοσιακό διατροφικό πρότυπο και την υιοθέτηση πρακτικών δυτικού τύπου. Η υιοθέτηση των συγκεκριμένων διατροφικών προτύπων οφείλεται στην έλλειψη των απαιτούμενων γνώσεων πάνω σε βασικά θέματα διατροφής (Παπαευσταθίου και συν., 1999).

Επειδή οι φοιτητές περνούν σημαντικό μέρος της ημέρας στη σχολή, η διατροφή τους στα μεσοδιαστήματα μεταξύ δύο μαθημάτων (κενά), είναι εξίσου σημαντική με αυτή στο σπίτι. Τα κυλικεία στις σχολές διαθέτουν συνήθως τρόφιμα χαμηλής θρεπτικής αξίας και υψηλής θερμιδικής και τα φρούτα υπάρχουν μόνο υπό τη μορφή τυποποιημένων χυμών, ενώ οι επεξεργασμένες τροφές είναι πρώτες στις προτιμήσεις των φοιτητών. Οι φοιτητικές εστίες σίτισης ωστόσο, αποτελούν μια καλή λύση, ώστε να παρέχονται στους φοιτητές ισορροπημένα γεύματα αλλά δεν διαθέτουν όμως, όλες οι σχολές (Μπαλαμώτη, 2011).

### **1.8. Τρόποι υιοθέτησης υγιεινής διατροφής**

Το 2007 πραγματοποιήθηκε έρευνα στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο με θέμα τη Διατροφική σύγκριση μεταξύ Ελληνίδων και Βρετανίδων φοιτητριών. Σκοπός της ήταν η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ Ελληνίδων και Βρετανίδων φοιτητριών ως προς τις διατροφικές προσλήψεις ενέργειας. Το δείγμα αποτελούνταν από 68 φοιτήτριες, ηλικίας 19-53 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι Βρετανίδες είχαν



σημαντικά υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη, μεγαλύτερα ποσοστά συνεισφοράς λίπους, κορεσμένων λιπαρών οξέων, σακχάρων και αλκοόλ στην ενέργεια και ελαφρώς υψηλότερη πρόσληψη νατρίου σε σχέση με τις Ελληνίδες φοιτήτριες. Ακόμα, οι Ελληνίδες φοιτήτριες είχαν σημαντικά υψηλότερη πρόσληψη φυλλικού οξέος, μεγαλύτερα ποσοστά συνεισφοράς μονοακόρεστων λιπαρών οξέων στην ενέργεια και ελαφρώς υψηλότερη πρόσληψη βιταμίνης Α εν συγκρίσει με τις Βρετανίδες φοιτήτριες. Επίσης, βρέθηκε πως Ελληνίδες και Βρετανίδες φοιτήτριες έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ανεπάρκεια σε ό,τι αφορά τη διατροφική πρόσληψη βιταμίνης Α, ενώ οι Βρετανίδες έχουν επιπλέον και πολύ αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ανεπάρκεια καλίου και σιδήρου. Παρά τις αλλαγές στα διατροφικά μοντέλα και των δύο ομάδων φοιτητριών, το Ελληνικό διατροφικό μοντέλο αποδείχτηκε πως ήταν πιο υγιεινό από το Βρετανικό, επομένως θα πρέπει να γίνει μέρος της διατροφικής παράδοσης των Βρετανών (Ζιάκου, 2007).

### **1.10. Διατροφή και Κάπνισμα**

Έχει αποδειχθεί πως το κάπνισμα σε συνδυασμό με την κακή διατροφή επιφέρει επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου, όπως η εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, χοληστερίνης και διαφόρων μορφών καρκίνου. Έρευνες των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι τα άτομα που προσλαμβάνουν περισσότερες θερμίδες, λίπος, χοληστερίνη, σάκχαρα και παραλείπουν το πρωινό γεύμα είναι συχνότερα καπνιστές. Επιπρόσθετα, καταναλώνουν αυξημένη ποσότητα αλκοόλ και καφεΐνης σε σχέση με τους μη καπνιστές, καθώς έχει βρεθεί ότι ο καφές και το αλκοόλ ενισχύουν και βελτιώνουν τη γεύση του καπνού. Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι η κατανάλωση περισσότερου γάλακτος, νερού, φρούτων και λαχανικών αλλοιώνει και «χαλάει» την γεύση του καπνού (Τσαρούχας, 2012).

Έρευνα του Πανεπιστημίου του Cambridge έδειξε πως περιορίζεται σχεδόν στο μισό ο κίνδυνος θανάτου σε ομάδα φοιτητών καπνιστών αν ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή. Σύμφωνα με την έρευνα οι καπνιστές έχουν να κερδίσουν περισσότερα απ' όλους από τις αντιοξειδωτικές δράσεις της διατροφής αυτής. Επισημαίνεται ότι η μεσογειακή διατροφή μπορεί να βοηθήσει στη μακροζωία. Οι άνδρες των οποίων η διατροφική συμπεριφορά είχε πολλά κοινά στοιχεία με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, είχαν κατά 21% λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν σε διάστημα πενταετίας, σε σύγκριση με τους άνδρες οι οποίοι καταναλώναν πολλά λιπαρά, γαλακτοκομικά προϊόντα και κόκκινο κρέας. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα στις γυναίκες. Οι καπνιστές φαίνεται να συκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους, οδηγούμενοι σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη, καρδιοαγγειακά νοσήματα, υψηλή πίεση, προβλήματα χοληδόχου κύστης και καρκίνο της μήτρας (Ανδρέου, 2010).

Επιπλέον έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα Κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, έδειξε ότι το 33% των φοιτητών ιατρικής είναι συστηματικοί καπνιστές. Το αποτέλεσμα της έρευνα αυτής ήταν ότι οι φοιτητές καπνίζουν πολύ, πίνουν αρκετά και τρέφονται πολύ άσχημα, όλα αυτά σε άμεση συνάρτηση με το γεγονός ότι οι περισσότεροι ζουν μόνοι τους και τρέφονται κυρίως με «γρήγορο» φαγητό (Βασιλάκη κ.α., 1991).

Σύμφωνα με την European Health and Behavior Survey (Steptoe & Wardle 1996) το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα υπερβαίνει το 40%, ενώ οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Συνήθως, η έναρξη του καπνίσματος γίνεται στα χρόνια της εφηβείας ή μετά την εφηβεία, και οι παράγοντες που παίζουν ρόλο είναι η πίεση των συνομηλίκων, η εικόνα του ενήλικα

που θέλει να προβάλλει το άτομο, ο ρόλος της διαφήμισης και των προτύπων κ.α. (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005) μια σειρά ερευνών έχουν δείξει ότι το άτομο είναι πιθανότερο να γίνει καπνιστής εάν ισχύουν τα παρακάτω:

- ❖ ένας τουλάχιστον από τους γονείς του να είναι καπνιστής
- ❖ οι γονείς δεν φαίνονται να αποθαρρύνουν ουσιαστικά το κάπνισμα
- ❖ αδέρφια ή φίλοι είναι καπνιστές
- ❖ έχει έντονη κοινωνική ζωή
- ❖ υφίσταται πίεση από τους συνομηλίκους να καπνίσει
- ❖ έχει θετικές απόψεις για το κάπνισμα (π.χ. το κάπνισμα χαλαρώνει)
- ❖ δεν πιστεύει ότι είναι πιθανό να θιγεί η υγεία του

Σήμερα, ένας στους τρεις νέους ανήκει στους καπνιστές, ενώ τα ποσοστά αυξάνονται σε σχέση με τους ενήλικες καπνιστές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το πιο σημαντικό πρόβλημα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο από το οποίο προέρχονται και οι περισσότεροι θάνατοι, είναι το τσιγάρο. Οι τελευταίες στατιστικές μελέτες αναφέρουν ότι πάνω από 1,000,000,000 άνθρωποι καπνίζουν πέντε δισεκατομμύρια τσιγάρα το χρόνο. Πέντε στους 100 θανάτους στον κόσμο έχουν σχέση με τον καπνό. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ το 29% του συνόλου των θανάτων των ενηλίκων οφείλεται στο κάπνισμα. Στη Ελλάδα το ποσοστό είναι 10% (Πανάγου, 2008).

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο αριθμός των καπνιστών στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλός (70% στις ηλικίες 16 – 25 ετών, από τους οποίους

45% είναι συστηματικοί καπνιστές). Πολύ ανησυχητικό είναι, ότι καπνίζει το 37% των παιδιών ηλικίας 12 – 17 ετών (Πανάγου, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κυριότερος λόγος που πολλοί καπνιστές, κυρίως γυναίκες δεν μπαίνουν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος είναι ο φόβος αύξησης του σωματικού τους βάρους. Πράγματι, το κάπνισμα προκαλεί αύξηση του μεταβολικού ρυθμού ηρεμίας, και μείωση της όρεξης (Τσαρούχας, 2012).

Αναφορικά με τον Τριχόπουλο (2004), οι Έλληνες κόβουν το κάπνισμα μετά τα 54 έτη και κυρίως, μόλις οι γιατροί τους επισημάνουν τον κίνδυνο του θανάτου. Όσο για την υγιεινή ζωή και τη γυμναστική, μάλλον αφορά λιγιστούς Έλληνες, αφού μόνο το 9,9% των ανδρών και το 7,5% των γυναικών αθλείται συστηματικά.

Έρευνα που έγινε με θέμα την καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών σε φοιτητές της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών έδειξε ότι το 68% των φοιτητών έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, το 40% είναι συστηματικοί καπνιστές, το 47% είναι παροδικοί καπνιστές και το 13% είναι πρώην καπνιστές. Από τους φοιτητές καπνιστές το 35% ξεκίνησε το κάπνισμα στις ηλικίες των 15-18 ετών και το 27% είναι ελαφροί καπνιστές. Το κυριότερο κίνητρο έναρξης καπνίσματος ήταν για τους άντρες η απόλαυση και για τις γυναίκες το άγχος και η περιέργεια. Επίσης, βρέθηκε ότι οι καπνιστές φοιτητές καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από ότι οι μη καπνιστές. Τέλος το 8% των φοιτητών αγνοεί τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία (Αυλωνίτου κ.α., 2003).

Επίσης, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΤΕΙ Αθήνας κατά την χρονική περίοδο 1998-2000 σε σπουδαστές του ΤΕΙ Αθήνας, φαίνεται ότι, η ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι κατά μέσο όρο το 17,8% χρόνια, ενώ ένα ποσοστό 14% περίπου έχει ηλικία έναρξης 12-15 χρόνια. Ως

κίνητρο έναρξης το 29% των φοιτητών απαντά ότι είναι «η περιέργεια», ενώ ένα ποσοστό 24,4% προσδιορίζει ως κίνητρο «το άγχος», γεγονός που ίσως συνδέεται με την ηλικιακή περίοδο έναρξης, δηλαδή πριν από τις εισαγωγικές εξετάσεις (Κοινωνική Υπηρεσία, 2000).

### **1.10. Αλκοόλ και Νέοι**

Συχνά το αλκοόλ συνδέεται με την νοοτροπία διαφόρων λαών. Είναι γεγονός ότι σε μερικές χώρες η κατανάλωση αλκοόλ μετά τη δουλειά και κατά τη διάρκεια των γευμάτων είναι αν όχι συνήθεια, υποχρέωση για τους ιθαγενείς. Η κατανάλωση αλκοόλ εκτός από μέσο διασκέδασης, είναι ταυτοχρόνως έθιμο. Κατά τη μυθολογία, ο Διόνυσος ήταν ο θεός της διασκέδασης και του κρασιού και πολλές εκδηλώσεις συνδέονταν με το όνομά του.

Γενικά για πολλούς λαούς το αλκοόλ είναι μέσο διασκέδασης. Στις μέρες μας, ιδιαίτερα στον κόσμο των νέων υπερισχύει η άποψη ότι άμα δεν μεθύσεις έστω και λίγο, δεν διασκεδάσεις. Ίσως αυτό θα μπορούσε να δικαιολογήσει τον αυξανόμενο αριθμό αλκοολικών νέων. Κάποιος με πιο φιλελεύθερο πνεύμα θα προσπαθούσε να δικαιολογήσει αυτή τη συμπεριφορά των νέων με τα ακόλουθα επιχειρήματα. Οι νέοι της εποχής μας προσπαθούν να φαίνονται αντιδραστικοί στις συμβουλές των μεγαλύτερων τους. Θεωρούν τον εαυτό τους ως επαναστάτη. Το αλκοόλ συμπεριλαμβάνεται στη λίστα των "απαγορευμένων καρπών". Επομένως, οι νέοι μπαίνουν στον πειρασμό να δοκιμάσουν τους απαγορευμένους καρπούς ως τρόπο αντίδρασης. Επίσης υπάρχουν νέοι που δεν είναι συνηθισμένοι στο ποτό και όντας επηρεασμένοι από τους φίλους τους, εθίζονται στο αλκοόλ (Θεοδωρακοπούλου, 2005).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Συμπεριφοράς Υγείας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ και έγινε σε 140 πανεπιστήμια στις Η.Π.Α. έδειξε, πως σχεδόν οι μισοί (44%) φοιτητές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν συχνοί πότες. Οι φοιτητές που καταναλώνουν αλκοόλ είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν σοβαρά προβλήματα υγείας και άλλες συνέπειες στη συμπεριφορά τους σε σύγκριση με άλλους φοιτητές. Σχεδόν οι μισοί (47%) φοιτητές που καταναλώνουν αλκοόλ αντιμετώπισαν προβλήματα όπως τραυματισμούς κ.α.. Οι φοιτητές που δεν καταναλώνουν αλκοόλ συχνά έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα όπως χτυπήματα, επιθέσεις, σεξουαλική παρενόχληση από φοιτητές που είναι υπό την επήρεια αλκοόλ (Wechsler et.al., 1993).

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη για τη χρήση αλκοόλ από την σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Βοστώνης, φαίνεται ότι το αλκοόλ ευθύνεται για 1.400 θανάτους και 70.000 περιπτώσεις σεξουαλικής βίας στις Η.Π.Α μεταξύ των φοιτητών. Περισσότερο από το ένα τέταρτο των φοιτητών οδήγησαν υπό την επήρεια αλκοόλ το έτος 2002. Το 13% των φοιτητών που πήραν μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα, υποστήριξε ότι είχε κάποια στιγμή δεχθεί επίθεση από άλλο φοιτητή που ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Επιπλέον τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η χρήση αλκοόλ οδηγεί σε 500.000 τραυματισμούς και σε 70.000 περιπτώσεις σεξουαλικής επίθεσης και βιασμού κάθε χρόνο (National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism, 2002).

Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα το 28,2% των νέων καταναλώνει πέντε ή περισσότερα ποτά κάθε φορά που βγαίνει για διασκέδαση. Το 1999 το ποσοστό αυτό ήταν 18,3%. Από την ίδια έρευνα φαίνεται ότι τα αγόρια καταναλώνουν διπλάσια ποσότητα αλκοόλ από ότι τα κορίτσια. Γενικά οι νέοι προτιμούν ποτά με υψηλή περιεκτικότητα οινόπνευματος όπως η βότκα, το ουίσκι και το τζιν και λιγότερο οινόπνευματώδη όπως κρασί και μύρα. Επίσης οι νέοι ενώ συνδέουν την

υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών με την πρόκληση διαφόρων προβλημάτων (τροχαία ατυχήματα, βλάβη στην υγεία κ.ά.), η πλειοψηφία τους αναφέρει ότι η κατανάλωση οινοπνευματώδων ποτών από τους ίδιους είναι πιθανότερο να έχει θετικές παρά αρνητικές επιδράσεις ( Αντωνίου, χ.χ.)

Μεταξύ του 1975 και του 1980 υπήρξε στη χώρα μας, μια απότομη αύξηση της κατανάλωσης από 5,3, στα 10,2 λίτρα ανά άτομο. Στην Ελλάδα σημειώνεται μια από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις «πυκνών ποτών» (τζιν, ουίσκι, βότκα) από όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα έρχεται πρώτη σε κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15 χρόνων αγόρια και κορίτσια. Ταυτόχρονα εκτιμάται ότι είναι πρώτη στη νοθεία των πυκνών ποτών» με μεθυλική αλκοόλη, ουσία που βλάπτει το οπτικό νεύρο και προκαλεί τύφλωση.

Οι νέοι από την Ελλάδα πίνουν σε εβδομαδιαία βάση περισσότερο σε σχέση με τους νέους των υπολοίπων χωρών. Αντιθέτως, οι νέοι από την Ιρλανδία πίνουν λιγότερο. (Θεοδωρακοπούλου, 2005).

#### **1.14 Σωματική άσκηση στους νέους**

Η σωστή διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης και βοηθά το νέο στη βελτίωση της σωματικής του απόδοσης. Στη σωματική άσκηση τόσο το λίπος όσο και οι υδατάνθρακες «καίγονται» και μετατρέπονται σε ενέργεια. Η ποσότητα του λίπους ή των υδατανθράκων που καταναλώνονται κατά τη σωματική άσκηση εξαρτάται από την ένταση και τη διάρκεια της άσκησης (Moore et. al., 1996).

Σύμφωνα με έρευνα επιστημόνων από το πανεπιστήμιο Harvard της Βοστώνης, τα οφέλη της σωστής διατροφής και της τακτικής άσκησης δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να υποκατασταθούν από πολυβιταμινούχα σκευάσματα. Τα

σκευάσματα αυτά δεν προστατεύουν από τους κινδύνους της καθιστικής ζωής, της κακής διατροφής, της παχυσαρκίας και του καπνίσματος (Χριστάκη, 2002).

Η φράση 'Νους υγιής εν σώματι υγιεί' βρίσκει ανταπόκριση έως και σήμερα αρκεί να αναλογιστεί κανείς το μέγεθος και την έκταση που έχει λάβει η αντίληψη για τα οφέλη της σωματικής άσκησης παγκοσμίως. Μέσω της άσκησης ένα υγιές σώμα εξακολουθεί να διατηρεί τα κεκτημένα, καθώς ένα σώμα που πάσχει αλλά και μια ψυχή που συμπάσχει μαζί του, μπορεί να θεραπευτεί και να αποκτήσει την ποιότητα ζωής που λείπει. Μέσω της άσκησης επέρχεται η σταδιακή, ολόπλευρη ενδυνάμωση του μυοσκελετικού συστήματος, απώλεια περιττού σωματικού λίπους, και φυσικά η εξωτερική ομορφιά. Επιγραμματικά, τα οφέλη της είναι:

- Καλή φυσική κατάσταση αλλά και βελτίωση των δεικτών υγείας όπως χοληστερίνη, αρτηριακή πίεση, οστική πυκνότητα, συμβάλλει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης.
- Καλή ψυχική υγεία, ευδιαθεσία, μείωση του stress,
- Βοηθά σημαντικά στην απώλεια βάρους και στην απώλεια του σωματικού λίπους.
- Αποτελεί ενισχυτικό παράγοντα για την υιοθέτηση και συνέχιση καλών συνηθειών όπως είναι η ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή αλλά και για τον περιορισμό κακών συνηθειών όπως είναι το κάπνισμα.

Μελέτες αποδεικνύουν ότι η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου. Το 12% των θανάτων, σχετίζονται άμεσα με μειωμένη φυσική άσκηση. Ακόμη, το 24% των ενηλίκων δεν ασκούνται καθόλου και το 44% των ενηλίκων αθλούνται ελάχιστα (Καρανικιώτης, 2004).



Στο δυναμικό της άσκησης συγκαταλέγεται και η μείωση του stress και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Αυτό δημιουργείται διότι ο νέος αποκτά δύναμη, ευλυγισία, άνεση στις κινήσεις και εργασίες της καθημερινότητας του, καθώς επίσης αποκτά εμπιστοσύνη στις δυνάμεις του και μπορεί να αντιμετωπίσει κάθε επιπλέον πρόβλημα με ευκολία. Μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος, αϋπνίες ή ακόμη και χρόνια ψυχική νόσο. Η σωματική άσκηση βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου, γιατί αποτελεί τον πιο φυσικό τρόπο να «κουράσουμε» το σώμα μας. Η άσκηση από μόνη της μπορεί να βοηθήσει στην απώλεια του σωματικού βάρους. Η προσφορά της μπορεί να μεγιστοποιηθεί σε συνδυασμό με την τροποποίηση της καθημερινής διατροφής (Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου και Πασπάλα, 2012).

Στην Ελλάδα, σε έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα αστικού πληθυσμού, το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19,4%), για λόγους υγείας (8,2%), για οικονομικούς λόγους (8,2%), λόγω απარέσκειας για τα γυμναστήρια (6,9%), λόγω ηλικίας (3,3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2,7%) (Τούντας, 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η διατροφή επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την υγεία. Έχει βρεθεί πως ορισμένες τροφές έχουν θεραπευτικές ικανότητες και πως η διατροφή συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών. Ακόμη έχει γίνει φανερό πως κάποιες τροφές επιδρούν στην δράση των κυττάρων συμβάλλοντας στην διατήρηση της υγείας ή ευνοώντας την ανάπτυξη νοσημάτων. Ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, οι διάφορες μορφές καρκίνου κ.λπ. είναι ασθένειες, που συνδέονται με την κακή διατροφή. Αξίζει να τονιστεί πως η διατροφή δεν είναι ο μόνος παράγοντας που ευθύνεται για τη δημιουργία μια πάθησης αλλά και η κληρονομικότητα και η έκθεση σε άλλους παθογόνους και μολυσματικούς παράγοντες ( Carper, 2005).

#### **2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές διαταραχές**

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές δημιουργούνται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Αυτές γίνονται ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα προσπαθούν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες που έχουν στην ζωή τους. Η υπερφαγία ή η ασιτία χρησιμοποιούνται από το άτομο ώστε να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που το πληγώνουν . Χωρίς την κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές είναι πιθανό να υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Ταχματζίδης και Μάλαμα, 2011).

Ο κάθε ένας μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή το μορφωτικό του επίπεδο. Ωστόσο, νεαρές

γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών (Ταχματζίδης και Μάλαμα, 2011)..

Έρευνα για τις διατροφικές διαταραχές πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών με θέμα παράγοντες που συνδέονται με μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές μεταξύ των Ελλήνων εφήβων. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού των μη φυσιολογικών διατροφικών συμπεριφορών των Ελλήνων εφήβων και ο εντοπισμός πιθανών παραγόντων κινδύνου για την υγεία που σχετίζονται με αυτές τις συμπεριφορές. Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελούνταν από 540 μαθητές, ηλικίας 13 έως 18 ετών. Συμπερασματικά τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν πως ένα μεγάλο ποσοστό Ελλήνων μαθητών παρουσιάζει φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές πράγμα το οποίο σημαίνει πως υπάρχει μικρό ποσοστό εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (Bilali et. al., 2010).

Πανεπιστημιακές έρευνες δείχνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή, που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες και από την επίδραση της στάσης των άλλων μελών της οικογενείας του προς το φαγητό ευνοείται η ανάπτυξή τους. Επίσης, σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να στρέψει την προσοχή του σε θέματα που αφορούν το φαγητό ως ένα μέσο για να χειριστεί διάφορες αγχώδεις καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Ταχματζίδης και Μάλαμα, 2011).

Υπάρχουν τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η εκτίμηση για το εάν κάποιος υποφέρει από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής:

Ο πρώτος άξονας είναι το τι σκέφτεται το άτομο αναφορικά με το θέμα του φαγητού. Αν οι σκέψεις του γύρω από αυτό είναι αρνητικές. Ακόμη αν σκέφτεται αν οι άλλοι είδαν τι είδους τροφές κατανάλωσε και σε τι ποσότητα και αν ξεπέρασε τις θερμίδες που είχε ορίσει.

Ο δεύτερος άξονας είναι το πώς αισθάνεται το άτομο για το φαγητό. Αν νιώθει ένοχος, άγχος και φόβο. Επίσης αν νιώθει ότι είναι παχύ ακόμη κι αν οι φίλοι του λένε πως είναι φυσιολογικό το βάρος του. Επιπλέον, αν αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και είναι αβοήθητο.

Ο τρίτος άξονας είναι το πώς οι σκέψεις του ατόμου και τα συναισθήματά του κατευθύνουν τη συμπεριφορά του σε θέματα γύρω από το φαγητό και το βάρος του. Αν π.χ. τρώει κρυφά από τους άλλους. Επιπρόσθετα αν αποφεύγει να φορά συγκεκριμένα ρούχα επειδή αισθάνεται άσχημα για το σώμα του. Επιπλέον αν ζυγίζεται συχνά και είναι συνεχώς σε κατάσταση δίαιτας.

Στις Διατροφικές Διαταραχές εντάσσονται η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία και η Παχυσαρκία, ενώ υπάρχει και μια άλλη κατηγορία των Μη Προσδιορισμένων διατροφικών διαταραχών (Ταχματζίδης και Μάλαμα, 2011).

## **2.2. Ψυχογενής Ανορεξία**

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο ασιτίας όπου το άτομο με την θέληση του μειώνει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται πάρα πολύ να μην αποκτήσει μεγάλο βάρος. Τα κυρία χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρεί σε ένα φυσιολογικό επίπεδο το βάρος του, η έντονη φοβία του μην γίνει παχύ, η διαστρέβλωση της σωματικής του εικόνας, η μεγάλη απώλεια βάρους και η αμηνόρροια στις γυναίκες.

Τα άτομα που έχουν ψυχογενή ανορεξία έχουν διαταραγμένη αντίληψη, γενικά όλου του σώματος τους και της εξωτερικής τους εικόνας. Εκείνα νομίζουν πως τα διάφορα μέρη τους σώματος τους είναι πολύ παχιά ακόμη και στην περίπτωση που το σωματικό τους βάρος είναι κάτω του φυσιολογικού. Η μείωση του βάρους επιτυγχάνεται πιο πολλές φορές με την ελάττωση της κατανάλωσης της συνολικής ποσότητας τροφής, με δυσανάλογη μείωση τροφίμων που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και λίπος, με την πρόκληση εμετού, χρησιμοποιώντας καθαρτικά ή διουρητικά και με την εξαντλητική γυμναστική.

Τελευταία δημιουργήθηκε ένας νέος όρος η drunkorexia ο οποίος ενέχει δύο καταστάσεις γνώριμες α) τον αλκοολισμό [drug]- για την ακρίβεια την επεισοδιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ και β) τη νευρογενή ανορεξία [anorexianervosa]. Κάποιος που εκδηλώνει drunkorexia παραλείπει τα γεύματα της ημέρας για να μπορεί να καταναλώσει αλκοόλ το βράδυ χωρίς το φόβο ότι θα πάρει κιλά. Στην ουσία γίνεται προσπάθεια να εξοικονομήσει την ημέρα τις θερμίδες για να μπορεί να τις καταναλώσει το βράδυ μέσω του αλκοόλ (Μήτσιου, 2012).

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Διατροφικών Διαταραχών η drunkorexia αναφέρεται σε «εκείνες τις συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από αντικατάσταση

της τροφής με εκτεταμένη κατανάλωση αλκοόλ ή κατανάλωση τροφής σε συνδυασμό με αλκοόλ με σκοπό την εκδήλωση εκκαθαριστικών συμπεριφορών για ανακούφιση από έντονα συναισθήματα». Δηλαδή, η drunkorexia περιλαμβάνει την αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία ή την επεισοδιακή υπερφαγία/εκκαθαριστική (εμετοί) συμπεριφορά σε συνδυασμό με κατάχρηση αλκοόλ.

Σε πολλές έρευνες οι φοιτητές αποτελούν την ομάδα κινδύνου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτή η συμπεριφορά δεν απαντάται και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Missouri University στις Η.Π.Α. το 30% των γυναικών φοιτητριών εκδηλώνουν drunkorexia 3 φορές πιο συχνά από τους άντρες. Σύμφωνα με την Victoria Osborne [Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας και Δημόσιας Υγείας], για τις γυναίκες η drunkorexia συνιστά έναν τοξικό συνδυασμό. Μακροπρόθεσμα οι νέοι που εφαρμόζουν την drunkorexia εκδηλώνουν επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και νοσηλεύονται πιο συχνά λόγω της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ σύμφωνα με την Daniella Sieukaran επικεφαλής της έρευνας του Simon Fraser University (SFU). Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της drunkorexia σε δείγμα 227 σπουδαστών του Πανεπιστημίου του TorontoYork, ηλικίας 17-21 ετών, για διάστημα τεσσάρων μηνών. Η συμπεριφορά στέρησης μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε επεισοδιακή υπερφαγία καθώς δεν είναι σε θέση να ελέγξει τις παρορμήσεις του. Η παράλειψη γευμάτων θέτει σε κίνδυνο ή μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση διατροφικής διαταραχής καθώς ο οργανισμός στερείται απαραίτητων θρεπτικών συστατικών για την ομαλή λειτουργία του.

Στα άτομα με drunkorexia φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν κάποια διατροφική διαταραχή (αν δεν έχει ήδη εμφανιστεί). Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις η drunkorexia συνδέεται με συγκεκριμένη διατροφική

διαταραχή στην οποία το αλκοόλ αποτελεί το μέσο που διευκολύνει την εκκαθαριστική συμπεριφορά [έμετος] ή τη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων που συνδέονται με το φαγητό. Είναι γνωστό από τα ερευνητικά δεδομένα ότι τα άτομα με ανορεξία ή βουλιμία είναι πιο επιρρεπή στην κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών. Επίσης, σε μεγάλο ποσοστό αυτών που είναι εξαρτημένοι από αλκοόλ και ουσίες συνυπάρχει και κάποια διατροφική διαταραχή. Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει θετική σύνδεση μεταξύ των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με διατροφική διαταραχή και της επεισοδιακής υπερκατανάλωσης αλκοόλ (Μήτσιου, 2012).

### **2.2.1 Τύποι συμπεριφοράς ψυχογενούς ανορεξίας**

- **Ο Περιοριστικός τύπος (Restricting type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών , διουρητικών ή ενεμάτων)

- **Ο Τύπος πολυφαγίας / Κάθαρσης (Binge-Eating / Purging type)** : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών ,διουρητικών ή ενεμάτων. (Μάνος, 2007)

### **2.3. Ψυχογενής Βουλιμία**

Η βουλιμία αφορά την κατ' επανάληψη εμφάνιση επεισοδίων μεγάλης επιθυμίας για τροφή. Ένα επεισόδιο βουλιμίας έχει ως αποτέλεσμα τη γρήγορη

κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής, σε μικρό χρονικό διάστημα και συνοδεύεται από την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου κατά τη διαδικασία πρόσληψης τροφής αλλά και καταθλιπτική διάθεση και σκέψεις κατηγορίας του εαυτού. Τα βουλιμικά επεισόδια μπορεί να παρουσιάζονται μερικές φορές την ημέρα έως λίγες φορές το μήνα.

Για να γίνει διάγνωση ότι ένα άτομο πάσχει από ψυχογενή βουλιμία χρειάζεται να εμφανίζει συμπεριφορά βουλιμίας τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα (Fairburn, 1999). Υπολογίζεται ότι η πλειοψηφία των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες με ποσοστό πάνω του 90%. Η έναρξη αυτής γίνεται στην περίοδο της εφηβείας και στα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής. Η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια ή με διακοπές (Μάνος, 2007).

Υπάρχουν δυο τύποι Βουλιμίας:

- **Καθαρτικός τύπος** (Purging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών , διουρητικών ή ενεμάτων.
- **Μη καθαρτικός τύπος** (Nonpurging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες μη αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών , διουρητικών ή ενεμάτων (Μάνος, 2007).

Έρευνα έλαβε χώρα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών το 2008 με θέμα τις διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και



μη αθλητών. Ο σκοπός της ήταν η διερεύνηση διαφορών στην συμπτωματολογία διαταραχής πρόσληψης τροφής μεταξύ ανδρών και γυναικών αθλητών και μη και αφετέρου η αναζήτηση παραγόντων που συμμετέχουν στην επικινδυνότητα για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής σε γυναίκες. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 120 άτομα, 60 αθλητές και 60 μη αθλητές. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως οι αθλητές, γυναίκες και άνδρες, που συμμετείχαν στη μελέτη, παρουσίαζαν ελάχιστες διαφορές στις μετρήσεις που σχετίζονταν με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής από τους μη αθλητές με τους οποίους έγινε η σύγκριση. Σημαντικό όμως είναι το γεγονός πως υπήρξε μια ομάδα γυναικών με έντονο άγχος για τη σωματική τους εμφάνιση, που ασχολείται με τον αθλητισμό και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσει διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό και κατά συνέπεια μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσει από τη διαταραχή πρόσληψης τροφής.

#### **2.4. Παχυσαρκία**

Για να διακρίνουμε αν ένα άτομο είναι παχύσαρκο μόνο το σωματικό του βάρος δεν αποτελεί κριτήριο. Παχύσαρκο θεωρείται το άτομο που έχει στο σώμα του περισσότερο λίπος από το φυσιολογικό. Υπάρχουν κατάλληλες μετρήσεις του λίπους όσον αφορά το βάρος. Για αυτό το λόγο έχουν δημιουργηθεί αρκετοί δείκτες σχετικά με την παχυσαρκία και τη μέτρηση του λίπους. Ένας δείκτης που είναι ευρέως γνωστός είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος και αποτελεί ένα τρόπο μέτρησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Αυτός προκύπτει από την διαίρεση του βάρους δια του τετραγώνου του ύψους (Καφάτος, & Λαμπαδάριος, 1990).

Δηλαδή,  $\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρος (κίλά)} / \text{ύψος (μέτρα)}^2$ . Παράδειγμα Βάρος: 95 κίλά  
Ύψος: 1,75 μέτρα.  $\Delta\text{ΜΣ} = 95 / (1,75)^2 = 31 \text{ kg/m}^2$

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

< 18,5	Ελλειποβαρής
18,5 - 24,9	Φυσιολογικός
25 - 29,9	Υπέρβαρος
30 - 34,9	Παχυσαρκία 1ου Βαθμού
35 - 39,9	Παχυσαρκία 2ου Βαθμού
>= 40	Παχυσαρκία 3ου Βαθμού

Σύμφωνα με τον πίνακα, όταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος ( $\Delta\text{ΜΣ}$ ) είναι κάτω από 18,5 αυτό σημαίνει ότι τα άτομα είναι ελλειποβαρή δηλαδή ότι έχουν σωματικό βάρος κάτω από τα φυσιολογικά όρια. Στη συνέχεια, αν ο  $\Delta\text{ΜΣ}$  είναι 18,5 - 24,9 σημαίνει ότι το σωματικό τους βάρος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αν ο  $\Delta\text{ΜΣ}$  είναι από 25 - 29,9 σημαίνει ότι ανήκουν στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων. Αν ο  $\Delta\text{ΜΣ}$  είναι 30 - 34,9 δηλώνει παχυσαρκία 1ου βαθμού, από 35 - 39,9 δηλώνει παχυσαρκία 2ου βαθμού και τέλος, αν ο  $\Delta\text{ΜΣ}$  είναι 40 ή περισσότερο, σημαίνει ότι ανήκουν στην παχυσαρκία 3ου βαθμού (Κατσαμάνη, 2011).

Η παχυσαρκία είναι μια ασθένεια που δημιουργείται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος. Τα γονίδια μπορεί να συντελέσουν στην προδιάθεση για παχυσαρκία, αλλά αυτό που παίζει σημαντικό ρόλο για το βάρος του ατόμου είναι η διατροφή και η σωματική του άσκηση. Η επί χρόνια λήψη

επιπρόσθετων θερμίδων, ο καθιστικός τρόπος ζωής ή ο συνδυασμός και των δυο μαζί οδηγούν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007 από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών με σκοπό τη συσχέτιση της παιδικής παχυσαρκίας και του υπερβάλλοντος βάρους με πιθανούς προδιαθεσικούς παράγοντες σε Κυπριακό πληθυσμό. Το δείγμα αποτελούνταν από 942 παιδιά τα οποία απάντησαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών και φυσικής δραστηριότητας και έγιναν σε αυτά μετρήσεις βάρους και ύψους. Στα χωριά παρουσιάζεται μικρότερο ποσοστό λιποβαρών και φυσιολογικού βάρους παιδιών αλλά ψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών. Αντίθετα στις πόλεις είναι μικρότερο το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών. Αξιοσημείωτες είναι οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, και ανάμεσα στις επαρχίες. Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του ΔΜΣ σε επαρχίες και του τόπου διαμονής (πόλεις και χωριά) της Κύπρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσο περισσότερο αρέσουν στα παιδιά τα λαχανικά, τόσο πιο ψηλός είναι ο ΔΜΣ, αυτό εξηγείται από το γεγονός πως τρώνε επίσης μεγάλες ποσότητες και λαχανικών, αλλά και άλλες κατηγορίες τροφίμων. Άλλα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα ΜΜΕ δεν επηρεάζουν το ΔΜΣ και ότι οι μαθητές δεν επηρεάζονταν από τους συνομηλίκους τους σε θέματα διατροφής. Όσον αφορά στις συνήθειες φυσικής δραστηριότητας παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ παιδιών φυσιολογικού βάρους και παχύσαρκων παιδιών, με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους να τρέχουν ανά εβδομαδιαία βάση περισσότερο από τα παχύσαρκα παιδιά. Όσον αφορά στην καθιστική ζωή των παιδιών κατά μέσο όρο σε μια συνηθισμένη μέρα αυτή διαρκεί 7,38 ώρες. Όμως οι απαντήσεις των παιδιών για συνήθειες καθιστικής ζωής δεν διέφεραν αναλόγως της κατηγορίας βάρους στην οποία ανήκαν (Χριστάκη, 2007).

Έρευνα του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (ΕΠΙΚ) αναφέρει πως η παχυσαρκία, σε συνδυασμό με τον άσχημο τρόπο διαβίωσης και διατροφής, μειώνει αισθητά το προσδόκιμο όριο ζωής των Ελλήνων. Επίσης επισημαίνει πως η παχυσαρκία οδηγεί σε πρόωρο θάνατο περίπου 7.000 Έλληνες ετησίως, ενώ ασθένειες, που οφείλονται στο κάπνισμα, απειλούν το 60% των νέων, μεταξύ 25 και 34 ετών. Σύμφωνα με την έρευνα, σχεδόν το 50% των ανδρών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι υπέρβαροι. Στις γυναίκες, το ένα τέταρτο των γυναικών άνω των 35 ετών είναι υπέρβαρες. Παράλληλα, το κάπνισμα φαίνεται να εξελίσσεται σε κακή συνήθεια των Ελλήνων, αφού σχεδόν το 60% των Ελλήνων 25 έως 34 ετών είναι καπνιστές και περίπου οι μισοί άνδρες κάτω των 54 ετών καπνίζουν. Στις Ελληνίδες παρατηρούνται ιδιαίτερος υψηλά ποσοστά καπνιστριών στις νεότερες ομάδες ηλικιών έως 44 ετών, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες οι περισσότερες είναι μη καπνίστριες (Τριχόπουλος, 2004).

Η κληρονομικότητα έχει κάποιου είδους επίδραση στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι σίγουρα θα εμφανίσει το άτομο παχυσαρκία, απλά τα γονίδια ενισχύουν την τάση για επιπρόσθετο βάρος επιδρώντας στον τρόπο με το οποίο το σώμα συγκεντρώνει το λίπος στην περιοχή που το συσσωρεύει.

Μια οικογένεια που έχει ιστορικό παχυσαρκίας αυξάνει κατά 30% πιθανότητες να αναπτύξει κάποιο μέλος της παχυσαρκία, όχι μόνο εξαιτίας της κληρονομικότητας αλλά γιατί η οικογένεια προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό τις τροφές που καταναλώνονται και τον τρόπο ζωής που υιοθετείται (Ellrott & Pudel, 2002).

Έρευνα υλοποιήθηκε από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών το 2008 και είχε ως σκοπό τη μελέτη της επίδρασης της διαφήμισης και της προώθησης

προϊόντων στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών και τη συσχέτιση αυτών με την παχυσαρκία σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 447 παιδιά ηλικίας 9-13 ετών. Σε όλα τα παιδιά μετρήθηκε το ύψος και το βάρος τους και στη συνέχεια υπολογίστηκε ο ΔΜΣ. Έγινε αξιολόγηση της διαιτητικής πρόσληψης, της φυσικής δραστηριότητας και της παρακολούθησης τηλεοπτικών προγραμμάτων. Τα παιδιά που παρακολουθούσαν τηλεόραση περισσότερο από 2 ώρες την ημέρα κατανάλωναν λιγότερα φρούτα, περισσότερους συσκευασμένους χυμούς, περισσότερα αναψυκτικά, λιγότερο γάλα και γιαούρτι, περισσότερα σοκολατοειδή και είχαν μία τάση για κατανάλωση περισσότερων αλμυρών σνακ. Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι στα αγόρια υπάρχει σχέση μεταξύ αυξημένου χρόνου τηλεθέασης και παχυσαρκίας ενώ στα κορίτσια δε φάνηκε να υπάρχει κάποια διαφοροποίηση (Καντηλάφτη, 2008).

#### **2.4.2. Επιπτώσεις παχυσαρκίας και η σχέση της με το κάπνισμα**

Η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας. Αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος που γίνεται χωρίς σχήμα και ανεπαρκές στην λειτουργία του. Η αύξηση του βάρους δυσκολεύει τις δραστηριότητες του ατόμου. Ακίνητοποιεί το σώμα και το αναγκάζει να μετακινεί και να μεταφέρει το βάρος του από τόπο σε τόπο με περισσότερη δυσκολία. Λόγω του σωματικού βάρους, το άτομο περιορίζεται στις απαραίτητες κινήσεις για την στοιχειώδη εκτέλεση επαγγελματικών εργασιών. Όλα αυτά γίνονται με την καταβολή περισσότερου κόπου. Αυτή η κατάσταση υποβαθμίζει τη σωματική λειτουργικότητα και υπονομεύει την ψυχική υγεία του ατόμου (Ζαμπάκος, 1989).

Η παχυσαρκία είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή της θρέψης στις ανεπτυγμένες χώρες. Σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης (Καφάτος & Λαμαδάριος, 1990) . Η παχυσαρκία επιβαρύνει την υγεία των ατόμων μέσω των πολλών παθήσεων που προκαλεί. Παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, που έχουν ως αντίκτυπο την εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικών επεισοδίων. Επιπλέον άλλες παθήσεις που συνδέονται με την παχυσαρκία είναι εκφυλιστικές αρθροπάθειες, οι διαταραχές του ύπνου και κάποιες μορφές καρκίνου ( Ellrott & Pudel, 2002).

Σύμφωνα με τους Μόρτογλου, Α. και Μόρτογλου, Κ. (2012) η μελέτη Framingham που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ έδειξε ότι η συνύπαρξη παχυσαρκίας και καπνίσματος έχει καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία και στη μακροβιότητα. Το προσδόκιμο επιβίωσης στους παχύσαρκους καπνιστές είναι 13 χρόνια λιγότερα από αυτών με φυσιολογικό βάρος μη-καπνιστών. Επιπλέον στην ίδια μελέτη είδαμε ότι οι παχύσαρκοι καπνιστές σε ποσοστό 35-50% πεθαίνουν μεταξύ των ηλικιών 40 και 70. Από παλιά, υπάρχει η αντίληψη στους ανθρώπους, ότι το κάπνισμα βοηθάει στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Έτσι, μεγάλο ποσοστό ατόμων αρχίζει το κάπνισμα ή αρνείται να το διακόψει φοβούμενο την αύξηση του σωματικού βάρους. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 10% των ατόμων που διακόπτει το κάπνισμα αυξάνει το βάρος του κατά 15 περίπου κιλά. Μάλιστα, το περισσότερο βάρος παίρνουν τα λιποβαρή άτομα, κάτι το οποίο αποτελεί σημαντικό όφελος, αλλά δυστυχώς και τα περισσότερα παχύσαρκα άτομα.

Σύμφωνα με μελέτη του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών σε 11420 άτομα αναλύθηκε η σχέση του καπνίσματος με την ύπαρξη ή την εμφάνιση παχυσαρκίας. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα ποσοστά των παχύσαρκων ανδρών που

καπνίζουν μειώνονται από 46% στο 39%, αντίθετα με αυτά των γυναικών που αυξάνουν από 28% σε 36.5%. Αυτό οφείλεται πιθανότατα στο φόβο των γυναικών για την πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους, αφού διακόπτουν το κάπνισμα μόλις στο 10.5% έναντι 28% των ανδρών. Οι πρώην καπνιστές είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκοι και σε μικρότερο ποσοστό με φυσιολογικό βάρος. Δυστυχώς όμως, οι χρόνιοι καπνιστές είναι συχνά και παχύσαρκοι. (Μόρτογλου, Α. & Μόρτογλου, Κ. 2012).

### **2.5. Διαταραχή της πρόσληψης τροφής Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς**

Η Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, περιλαμβάνει την διαταραχή που δεν πληρεί τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν :

1. Γυναίκες στις οποίες πληρούνται όλα τα κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός από το ότι το άτομο έχει φυσιολογική εμμηνορρυσία.
2. Πληρούνται όλα τα κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός ότι, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το τρέχον βάρος του ατόμου παραμένει στα φυσιολογικά όρια.
3. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας, εκτός ότι τα επεισόδια πολυφαγίας και οι ακατάλληλοι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται σε συχνότητα μικρότερη από δυο φορές την εβδομάδα ή για διάρκεια μικρότερη των τριών μηνών.

4. Η τακτική χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών από ένα άτομο με κανονικό σωματικό βάρος μετά την πρόσληψη μικρής ποσότητας τροφής (π.χ. προκλητοί εμετοί μετά τη βρώση δύο μπισκότων).

5. Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτωση, χωρίς κατάποση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.

6. Διαταραχή επεισοδίων πολυφαγίας: επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας με απουσία τακτικής χρήσης ακατάλληλης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς που είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της Ψυχογενούς Βουλμίας.

Υπολογίζεται ότι κάποιες φορές αυτές οι διαταραχές είναι εξίσου σοβαρές με εκείνες που πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια (Μάνος, 2007).

## **2.6. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε φοιτητές σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές**

Το 2007 πραγματοποιήθηκε έρευνα στο Πανεπιστήμιο Ben-Gurion του Negev, στο Ισραήλ με θέμα: Πολιτισμικοί συσχετισμοί των διατροφικών συμπεριφορών: μια σύγκριση μεταξύ γηγενών και μεταναστών φοιτητών στο Ισραήλ. Σκοπός της ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δύο φύλων, με το δυτικό τρόπο ζωής και τις στάσεις τους προς τη διατροφή. Το δείγμα αποτελούνταν από 499 φοιτητές εκ των οποίων οι 216 ήταν ιθαγενείς του Ισραήλ και οι 153 ήταν νέοι μετανάστες από την πρώην Σοβιετική Ένωση (FSU), και 130 ήταν βετεράνοι μετανάστες πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες από το Ισραήλ είχαν μεγαλύτερο βάρος και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) απ'ότι οι νέες μετανάστριες. Υψηλότερες βαθμολογίες στο EAT-26 βρέθηκαν μεταξύ των γυναικών από ό, τι μεταξύ των ανδρών. Μεταξύ των γυναικών μόνο, Ισραηλινές



και παλιές μετανάστριες είχαν πιθανότητα εμφάνισης διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με τις νέες μετανάστριες. Φαίνεται ότι οι παλιές μετανάστριες έχουν υιοθετήσει δυτικά πολιτιστικά πρότυπα και διατροφικές συνήθειες και δεν παρουσιάζουν διαφορές στην τάση για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, ωστόσο υπάρχει διαφορά στο ποσοστό της παχυσαρκίας μεταξύ αυτών και των γηγενών Ισραηλινών γυναικών (Greenberg, et al., 2007).

Το 2008 πραγματοποιήθηκε μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Καναδά με θέμα τη μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά των φοιτητών. Σκοπός της ήταν η διερεύνηση για την επικράτηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και των συμπεριφορών μεταξύ όλων των φοιτητριών που ζουν σε κατοικίες στην περιοχή του Πανεπιστημίου και εκτός. Στην έρευνα πήραν μέρος 1982 φοιτητές. Από την έρευνα προέκυψε πως τόσο οι φοιτήτριες που ζουν σε κατοικίες στην περιοχή του Πανεπιστημίου όσο και οι φοιτήτριες που ζουν σε κατοικίες εκτός της πανεπιστημιούπολης είχαν το ίδιο υψηλό ποσοστό να παρουσιάσουν διατροφική διαταραχή, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό των ανδρών ήταν μικρότερο. Ακόμη, από τις 16 περιπτώσεις με τις υψηλότερες βαθμολογίες οι 13 πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια διατροφικών διαταραχών (Marciano et al., 2008).

Το 2012 πραγματοποιήθηκε έρευνα από το Πανεπιστήμιο της Ιατρικής στο Καραάτσι του Πακιστάν με θέμα τις διατροφικές διαταραχές των φοιτητών. Ως σκοπό είχε την διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στους φοιτητές και το σχεδιασμό στρατηγικών για την αντιμετώπιση τους. Το δείγμα της αποτελούνταν από 435 φοιτητές ιατρικής του Καραάτσι. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των φοιτητών Ιατρικής στο Καραάτσι, βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξει διατροφικές διαταραχές. Επίσης, έδειξε ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τους άνδρες (Memon et. al., 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Συχνά στις μέρες μας ερχόμαστε αντιμέτωποι με ζητήματα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας και ειδικότερα τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων.

Η Κοινωνική Εργασία καλείται να στηρίζει τα άτομα που αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές σε επίπεδο ατόμου και οικογένειας. Ένας Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να δράσει και μόνος του όσον αφορά την αντιμετώπιση και τη στήριξη ενός ατόμου με διατροφικές διαταραχές αλλά και σε συνεργασία με μια διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από π.χ. διατροφολόγο, ψυχολόγο, και γιατρό. Αυτό μπορεί να το πετύχει με τους εξής τρόπους:

- **Σε επίπεδο ατόμου:** Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να συμβάλλει στην αποδοχή της κατάστασης που βρίσκεται το άτομο, να βοηθήσει να γίνουν κατανοητές από τον εξυπηρετούμενο οι επιπτώσεις της κατάστασης του σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Επιπροσθέτως βοηθά στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης του ατόμου, πράγμα το οποίο παίζει καταλυτικό ρόλο ώστε το άτομο να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπεία του. Τέλος δρα συμβουλευτικά ως προς τα επόμενα βήματα του ατόμου ώστε να επέλθουν οι επιθυμητοί στόχοι για τη βελτίωση της υγείας του.
- **Σε επίπεδο οικογένειας:** Σε πρώτη φάση βοηθά την οικογένεια του ασθενή να κατανοήσει και να δεχτεί την ύπαρξη της διαταραχής. Σε δεύτερη φάση θεωρείται σημαντική η ενδυνάμωση της οικογένειας,

ώστε να λειτουργούν σαν ολότητα ως προς τη συμπεριφορά τους και τη στήριξη που πρέπει να παρέχουν στο πάσχον άτομο.

Επιπλέον ο Κοινωνικός Λειτουργός πέραν της παρέμβασης του στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών μπορεί να συμβάλλει και στην πρόληψη τους. Αυτό το επιτυγχάνει μέσω της οργάνωσης ή της συμμετοχής του σε προγράμματα, ημερίδες, σεμινάρια πρόληψης κ.α. που αφορούν την υγιεινή διατροφή (μεσογειακή), τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ.

«Με τις δράσεις αυτές ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τις σχέσεις μεταξύ της διατροφής, της σωματικής άσκησης, του καπνίσματος, της κατάχρησης αλκοόλ και της υγείας και εισάγει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής» (Ευγενίου κ.α., 2008).

Οι δράσεις αυτές είναι σκόπιμο να λάβουν χώρα σε σχολεία, χώρους εργασίας, σε πανεπιστήμια – Α.Τ.Ε.Ι. κ.τ.λ., διότι είναι θέματα που αφορούν όλες τις ηλικίες, αλλά κυρίως τα παιδιά, τους έφηβους και τους νέους.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### ***ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ***

#### **ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:**

Το θέμα με το οποίο ασχοληθήκαμε στην πτυχιακή μας εργασία, αφορά τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών/τριών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης στη Σητεία. Η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών/τριών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, καθώς και στην ανίχνευση πιθανών διατροφικών διαταραχών.

Προηγούμενες έρευνες δείχνουν πως η εκπαίδευση των φοιτητών σε θέματα διατροφής δεν αποτελεί παράγοντα για τη διαφοροποίηση των διατροφικών τους συνηθειών σε σχέση με φοιτητές άλλων σχολών. Συγκεκριμένα, αυτό επαληθεύεται από έρευνα στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών της Ιατρικής (1992), επίσης, από έρευνα στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο (2004) με θέμα τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής καθώς και έρευνα για τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

- ❖ Ποιες είναι οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών/τριών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας.
- ❖ Οι διατροφικές αυτές συνήθειες στηρίζονται στη Μεσογειακή διατροφή ή έχουν απομακρυνθεί από αυτή.
- ❖ Οι διατροφικές συνήθειες των συγκεκριμένων φοιτητών/τριών είναι σωστότερες από αυτές των φοιτητών/τριών που σπουδάζουν σε άλλες σχολές.
- ❖ Ποιες είναι οι άλλες συμπεριφορές υγείας που έχουν υιοθετήσει ως προς το κάπνισμα, την άσκηση και την κατανάλωση αλκοόλ.
- ❖ Τέλος, το τελευταίο ερώτημά μας, αφορά στο ποσοστό πιθανότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

## **ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:**

Για τη διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας, πραγματοποιήσαμε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια απευθύνονται σε φοιτητές / τριες του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης με το κριτήριο να ανήκουν στο δεύτερο (2ο) έτος σπουδών και μετά, ώστε να έχουν ήδη γνώσεις σε θέματα διατροφής.

Συνολικά μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια από τα οποία 155 συμπληρώθηκαν από φοιτήτριες του τμήματος και τα 45 από φοιτητές. Αυτός ο δυσανάλογος αριθμός θεωρούμε πως υπήρξε λόγω της μεγαλύτερης αναλογίας φοιτητριών σε σχέση με φοιτητές.

Η συλλογή των στοιχείων μας, έγινε με Μη Τυχαία Δειγματοληψία Κρίσεως ή Σκοπιμότητας (purposive or judgment sampling). Ο λόγος που επιλέξαμε αυτού του είδους τη δειγματοληψία ήταν για να έχουμε αντιπροσωπευτικό δείγμα, επειδή

πρόκειται για ένα τμήμα και θεωρήσαμε ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων που χρειαζόταν για την έρευνα θα ήταν ανεπαρκής. Το δείγμα μας αποτελούνταν από άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας. Ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν ήταν ανάλογος με τον αριθμό των φοιτητών που εμπεριείχε το κάθε εξάμηνο.

Η προσέγγιση του δείγματος έγινε με προσωπική επαφή στο χώρο φοίτησης των σπουδαστών. Μετά από συνεννόηση με τους αρμόδιους καθηγητές και τους υπεύθυνους των τμημάτων, εισερχόμασταν στις αίθουσες διδασκαλίας των εργαστηρίων του ΤΕΙ επειδή η παρουσία των φοιτητών εκεί είναι υποχρεωτική και έτσι θα παίρναμε το σύνολο των φοιτητών. Κατόπιν γνωριμίας μαζί τους ενημερώναμε για το λόγο της επίσκεψής μας και το σκοπό της έρευνάς μας. Το επόμενο βήμα ήταν να διανέμουμε τα ερωτηματολόγια, τονίζοντάς τους πως θα τηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο των απαντήσεων τους.

### **ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:**

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τα εξής:

- Δημογραφικά στοιχεία, στα οποία αντιστοιχούν οι ερωτήσεις από 1 έως 6 και αφορούν το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, το έτος φοίτησης και τον τόπο καταγωγής
- Ατομικές συνήθειες στις οποίες αναφέρονται η συχνότητα της φυσικής άσκησης, οι δραστηριότητες που ασχολούνται, το κάπνισμα και η ποσότητα του, η κατανάλωση αλκοόλ και η συχνότητα του, η διατροφή όπως π.χ. τι περιλαμβάνει το πρωινό τους, ποια γεύματα παραλείπονται, ποια η συχνότητα κατανάλωσης τροφών όπως λαχανικά, φρούτα, ψάρι κ.α.

- Σχετικά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT 26 (EATING ATTITUDE TEST 26), το οποίο διερευνά άτομα που έχουν ή πιθανόν να εμφανίσουν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Το Eating Attitudes Test (EAT-26) αποτελεί τη συντομευμένη έκδοση του αρχικού EAT-40, που αν και σχεδιάστηκε για τη μέτρηση των συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας, αποδείχτηκε εξίσου αξιόπιστο και σε κλινικά υγιείς πληθυσμούς. Το EAT – 26 είναι το πλέον διαδεδομένο ερωτηματολόγιο που προσδιορίζει υποκείμενα που έχουν, ή βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν, διατροφικές διαταραχές. Η κατασκευή και τα πνευματικά δικαιώματα του, ανήκουν στον David M. Garner.

Το EAT-26, είναι το διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε το 1998 από το Εθνικό πρόγραμμα διαταραχών πρόσληψης τροφής (National Eating Disorders Screening Program).

Οι ερωτήσεις του Eating Attitude Test 26 (EAT-26) βαθμολογούνται με τις παρακάτω κλίμακες:

Απαντήσεις	Κλίμακα-βαθμολόγησης στις ερωτήσεις:	
	1-25	26
Πάντα	3	0
Συνήθως	2	0
Συχνά	1	0
Μερικές φορές	0	1
Σπάνια	0	2
Ποτέ	0	3

Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου προκύπτει με βάση την παραπάνω κλίμακα. Το άθροισμα τους καθορίζει και τη βαρύτητα των διαταραχών διατροφής. Ως οριακή τιμή θεωρείται το 20 καθώς πάνω από αυτή συμβαίνουν διαταραχές (διαταραγμένη στάση στη διατροφή) (Garner & Garfinkel, 1983, Garner et al, 1979, Garner et al, 1982). Επιπλέον οι 26 ερωτήσεις καθορίζουν τρεις διαστάσεις: τη

Δίαιτα (ερ. 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25), τη Βουλιμία (ερ. 3,4,9,18,21,26) και το Στοματικό Έλεγχο (ερ. 2,5,8,13,15,19,20). Στις περιπτώσεις που υπήρχαν ελλείπουσες τιμές έγινε αντικατάσταση από τη διάμεσο τιμή.

Βασικό κριτήριο αξιολόγησης στη χρήση του ερωτηματολογίου αποτελεί ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας των απαντήσεων. Για το λόγο αυτό έγινε έλεγχος αξιοπιστίας και σύμφωνα με το κριτήριο Cronbach's A η εκτίμηση του είναι  $\alpha=0,848$  που δηλώνει πολύ καλή συνοχή. Στην ανάλυση χρησιμοποιείται η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου και όχι οι μεμονωμένες ερωτήσεις.

### **ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ:**

Στη στατιστική ανάλυση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 20.0. Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος  $\chi^2$  του Pearson (Pearson chi-square test), θέτοντας επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , ( $p < 0,05$ ).

Με την ίδια μέθοδο ελέγχθηκαν και οι απαντήσεις που αφορούν τις συνήθειες υγείας των φοιτητών και σχετίζονται με τη σωματική άσκηση, με το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνεύματος και τη διατροφή. Στη σύγκριση των συνηθειών αυτών, στις συχνότητες κατανάλωσης τροφίμων καθώς και στη σύγκριση της βαθμολογίας του EAT-26 με αποτελέσματα μελετών της βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του συντελεστή συσχέτισης (Bivariate Correlation Test), ενός ή δύο δειγμάτων. Η συσχέτιση των βαθμολογιών του EAT-26 και των τριών διαστάσεων του (Δίαιτα, Βουλιμία και Στοματικός Έλεγχος), με τις συνήθειες υγείας των φοιτητών της έρευνας έγινε με το συντελεστή συσχέτισης ( $r$ ).



## ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά στοιχεία των 200 φοιτητών της έρευνας.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρες</i>	45	22,5
	<i>γυναίκες</i>	155	77,5
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>19-20</i>	35	17,5
	<i>21-23</i>	114	57,0
	<i>24-26</i>	38	19,0
	<i>27+</i>	13	6,5
<b>Τόπος καταγωγής</b>	<i>Κρήτη</i>	45	22,5
	<i>Νησιά Αιγαίου</i>	20	10,0
	<i>Υπόλοιπη Ελλάδα</i>	125	62,5
	<i>Κύπρος</i>	10	5,0
<b>Έτος φοίτησης</b>	<i>2<sup>ο</sup></i>	44	22,0
	<i>3<sup>ο</sup></i>	63	31,5
	<i>4<sup>ο</sup></i>	59	29,5
	<i>5<sup>ο</sup></i>	26	13,0
	<i>6<sup>ο</sup> +</i>	8	4,0
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος, kg/m<sup>2</sup></b>	<i>&lt;18,5 (λιποβαρείς)</i>	5	2,5
	<i>18,5-24,9 (φυσιολογικοί)</i>	153	76,5
	<i>25,0-29,9 (υπέρβαροι)</i>	38	19,0
	<i>30+ (παχύσαρκοι)</i>	4	2,0

Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών που πήραν μέρος στην έρευνα μας. Στο σύνολο τους ήταν 200 φοιτητές εκ των οποίων οι 45 (22,5%) ήταν άνδρες, ενώ οι 155 (77%) ήταν γυναίκες.

Επίσης στον πίνακα 1 διαπιστώνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος (57%) είναι ηλικίας 21 – 23 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό 6,5 % είναι φοιτητές ηλικίας 27 ετών και άνω.

Επιπροσθέτως σε αυτό τον πίνακα βλέπουμε πως το 22,5 % του δείγματος έχει καταγωγή από την Κρήτη, το 10% των φοιτητών κατάγονται από τα Νησιά του Αιγαίου. Η πλειοψηφία του δείγματος προέρχεται από την υπόλοιπη Ελλάδα με ποσοστό 62,5%, ενώ το μικρότερο ποσοστό 5% των φοιτητών κατάγονται από την Κύπρο.

Όσον αφορά το έτος φοίτησης βλέπουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος (61%) είναι στο 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος φοίτησης τους, ενώ το μικρότερο ποσοστό (4%) των φοιτητών ανήκουν στο 6<sup>ο</sup> έτος φοίτησης τους και άνω.

Τέλος στον πίνακα 1 βλέπουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος (76,5%) έχουν φυσιολογικό βάρος, το 19% είναι υπέρβαροι, το 2,5% των φοιτητών είναι λιποβαρείς και το 2% των φοιτητών είναι παχύσαρκοι.

**Πίνακας 2.** Συχνότητες συνηθειών υγείας στους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

		Φύλο		
		Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
		n (%)		
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος</b>	<i>λιποβαρείς</i>	-	5 (3,2)	5 (2,5)
	<i>φυσιολογικοί</i>	24 (53,3)	129 (83,2)	153 (76,5)
	<i>υπέρβαροι, παχύσαρκοι</i>	21 (46,7)	21 (13,5)	42 (21,0)
		-----		
		<i>P-value</i>	<b>&lt;0,000</b>	
<b>Σωματική αδράνεια (ΠΟΤΕ)</b>		5 (11,1)	28 (18,1)	33 (16,5)
		-----		

	<i>P</i> -value	0,102		
<b>Κάπνισμα</b>		24 (53,3)	57 (36,8)	81 (40,5)
	<i>P</i> -value	<b>0,046</b>		
<b>Κατανάλωση οινόπνεύματος</b>		40 (88,9)	119 (76,8)	159 (79,5)
	<i>P</i> -value	0,076		

Έλεγχος  $\chi^2$ .

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι συνήθειες υγείας των φοιτητών ως προς τη φυσική άσκηση, το κάπνισμα και το αλκοόλ ως προς το φύλο. Επίσης βλέπουμε τον δείκτη μάζας σώματος των φοιτητών ως προς το φύλο (άνδρες, γυναίκες).

Έτσι βλέπουμε πως η πλειοψηφία των φοιτητριών (83,2%) έχουν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 13,5% των φοιτητριών είναι υπέρβαρες – παχύσαρκες και το 3,2% λιποβαρείς. Ως προς τους άνδρες παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 53,3% έχουν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, ωστόσο σημαντικό είναι πως το 46,7% των ανδρών είναι υπέρβαροι – παχύσαρκοι. Όσον αφορά τη *p*-τιμή <0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο ως προς το δείκτη μάζας σώματος αφού  $p=0,000$ .

Σχετικά με το κάπνισμα βλέπουμε πως η πλειοψηφία των ανδρών (53,3%) καπνίζει, ενώ σε μικρότερο ποσοστό (36,8%) οι γυναίκες. Τέλος αφού η *p*-τιμή <0,05 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες ως προς το κάπνισμα, αφού  $p=0,046$ .

**Πίνακας 3.** Συχνότητα διατροφής εκτός σπιτιού και λέσχης από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

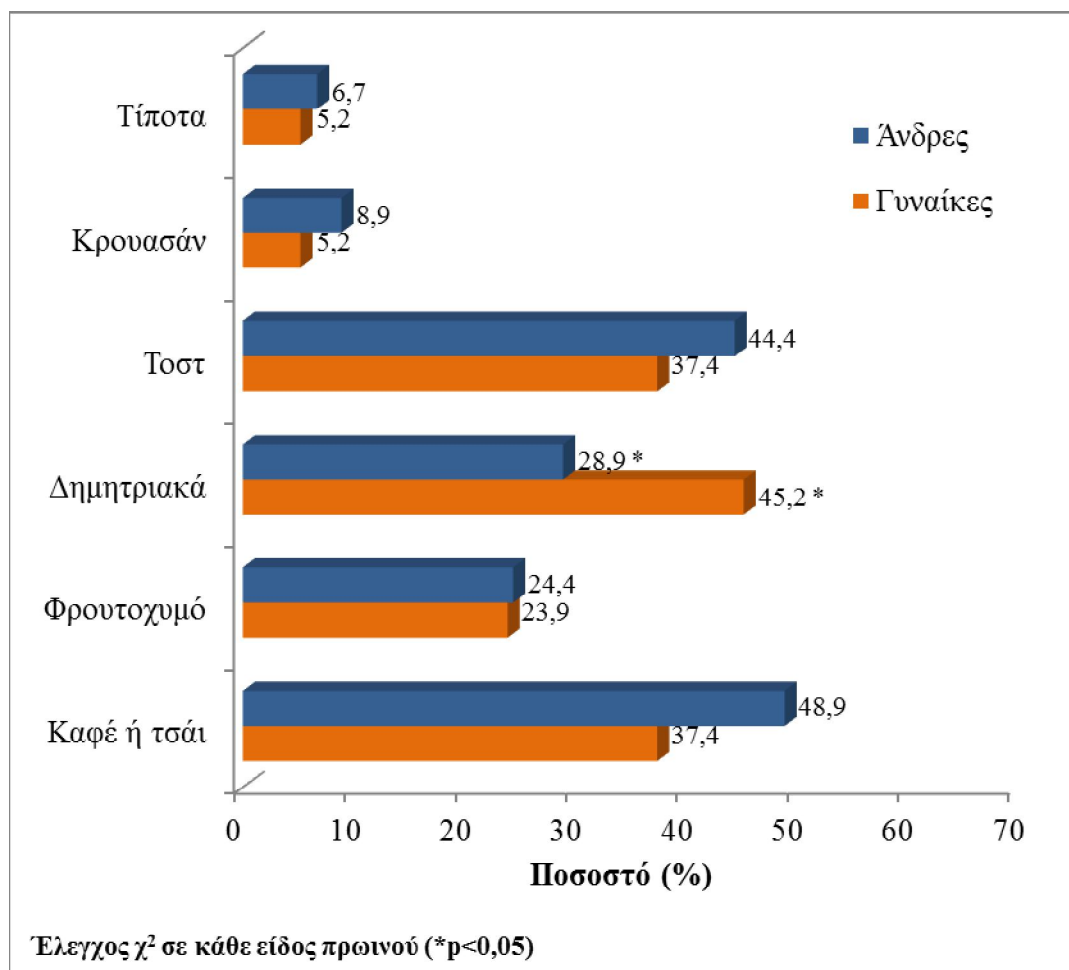
		Φύλο		
		Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
		n (%)		
<i>Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού και εκτός λέσχης:</i>	<i>4 φορές την εβδομάδα και άνω</i>	6 (13,3)	2 (1,3)	8 (4,0)
	<i>3 φορές την εβδομάδα</i>	8 (17,8)	12 (7,7)	20 (10,0)
	<i>2 φορές την εβδομάδα</i>	21 (46,7)	39 (25,2)	60 (30,0)
	<i>1 φορά την εβδομάδα</i>	5 (11,1)	61 (39,4)	66 (33,0)
	<i>σχεδόν ποτέ</i>	5 (11,1)	41 (26,5)	46 (23,0)
		P-value <0,000		

Ελεγχος  $\chi^2$ .

Στον πίνακα 3 βλέπουμε τη συχνότητα διατροφής εκτός σπιτιού και λέσχης από τους φοιτητές της έρευνας ως προς το φύλο τους.

Διαπιστώνουμε πως ένα σημαντικό ποσοστό των φοιτητών (13,3%) τρώει πάνω από 4 φορές την εβδομάδα εκτός σπιτιού και λέσχης ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό (1,3%) οι γυναίκες. Σχεδόν ποτέ δεν τρώνε εκτός σπιτιού και λέσχης οι γυναίκες με ποσοστό 26,5% ενώ οι άντρες με ποσοστό 11,1%. Βάση του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η p-τιμή <0,05, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο ως προς τη συχνότητα διατροφής εκτός σπιτιού και λέσχης, αφού p=0,000.

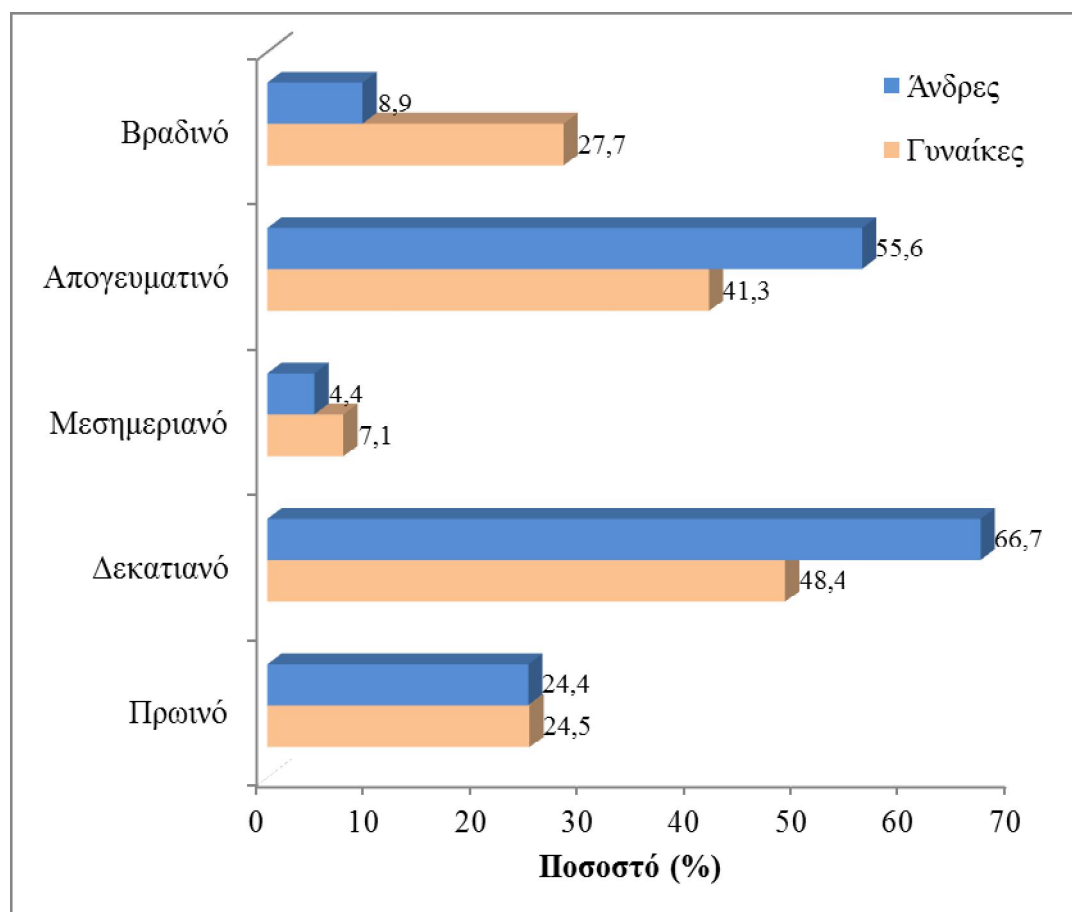
**Σχήμα 1.** Συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών κατά τη διάρκεια του πρωινού από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.



Στο σχήμα 1 απεικονίζεται το είδος των τροφών που καταναλώνουν οι φοιτητές της έρευνας στο πρωινό τους ως προς το φύλο.

Έτσι παρατηρούμε ότι οι γυναίκες με ποσοστό 45,2% προτιμούν να καταναλώνουν δημητριακά στο πρωινό τους σε σχέση με τους άντρες με ποσοστό 28,9%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προέκυψε ότι  $p=0,05$  άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ως προς την κατανάλωση δημητριακών.

**Σχήμα 2.** Συχνότητα παράληψης γευμάτων από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο.



Έλεγχος  $\chi^2$

Όπως παρατηρούμε στο Σχήμα 2. και οι άνδρες και οι γυναίκες παραλείπουν πιο συχνά το δεκατιανό τους σε σχέση με άλλα γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, απογευματινό και βραδινό).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνδρες παραλείπουν συχνότερα το δεκατιανό τους με ποσοστό 66,7% σε σχέση με τις γυναίκες με ποσοστό 48,4%.

Επίσης, οι άνδρες παραλείπουν συχνότερα το απογευματινό τους με ποσοστό 55,6% σε σχέση με τις γυναίκες με ποσοστό 41,3%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βραδινό και στο δεκατιανό ως προς το φύλο, αφού  $p$ -βραδινού = 0,009 < 0,05 και  $p$ -δεκατιανού = 0,031 < 0,05. Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι το βραδινό παραλείπεται

σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες με ποσοστό 27,7%, έναντι των ανδρών με ποσοστό 8,9%. Ως προς το δεκατιανό βλέπουμε ότι παραλείπεται συχνότερα από τους άνδρες με ποσοστό 66,7%, ενώ από τις γυναίκες με ποσοστό 48,4%.

**Πίνακας 4.** Συχνότητα (φορές) κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

	Φύλο		P-value
	Άνδρες	Γυναίκες	
<i>Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε...</i>	Μέση τιμή κατανάλωσης (ΤΑ)		
λαχανικά-σαλάτα	6,3 (3,7)	6,4 (3,5)	0,775
τυρί-γάλα-γιαούρτι	5,8 (2,9)	5,7 (2,5)	0,735
Φρούτα	5,5 (4,1)	6,2 (4,0)	0,340
Ψάρι	1,5 (1,2)	1,3 (1,0)	0,401
Όσπρια	2,2 (1,6)	1,8 (1,2)	0,075
αναψυκτικά	2,1 (1,9)	1,0 (1,4)	<b>0,000</b>
Γλυκά	2,6 (1,5)	2,8 (2,0)	0,651
κόκκινο κρέας	2,8 (1,7)	1,8 (1,4)	<b>0,000</b>
άσπρο κρέας	3,0 (1,4)	2,5 (1,1)	<b>0,005</b>

Ελεγχος independent samples t-test.

Στον πίνακα 4. βλέπουμε τη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

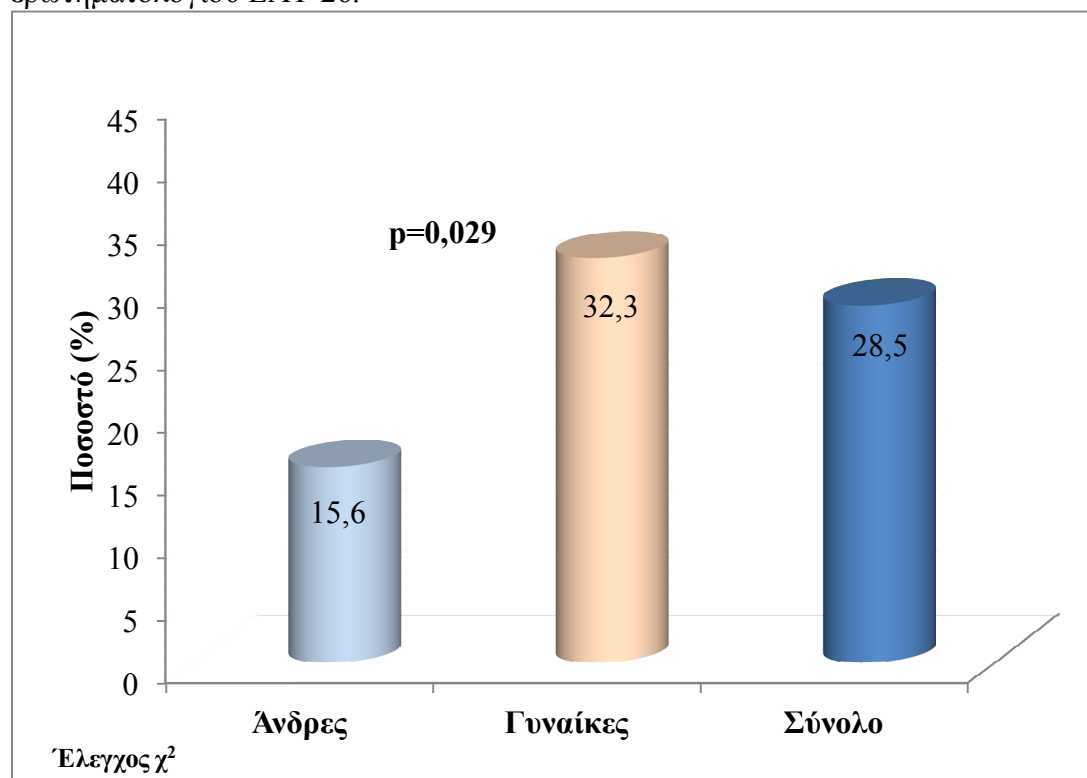
Έτσι διαπιστώνουμε πως έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς την κατανάλωση αναψυκτικών κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας, αφού  $p < 0,05$  ( $p=0,000$ ).

Επίσης, έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες ως προς την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, αφού  $p < 0,05$  ( $p=0,000$ ).

Επιπλέον, το ίδιο στατιστικά σημαντική διαφορά έχουμε ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες όσον αφορά την κατανάλωση άσπρου κρέατος με  $p=0,005$  , αφού  $p<0,05$ .

Παρατηρήσαμε ότι οι άνδρες καταναλώνουν συχνότερα αναψυκτικά και κόκκινο – άσπρο κρέας σε σχέση με τις γυναίκες.

**Σχήμα 3.** Ποσοστά των φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας με πιθανή εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, όπως καθορίζεται από τη βαθμολογία  $\geq 20$  του ερωτηματολογίου EAT-26.



Σύμφωνα με το Σχήμα 3. παρατηρούμε ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τους άνδρες, αφού το ποσοστό των γυναικών που έχει σκόρ στο EAT-26 πάνω από 20 είναι 32,3% , ενώ το ποσοστό των ανδρών είναι 15,6%. Επομένως, σύμφωνα με τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε  $\chi^2$ , υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες ως προς τα αποτελέσματα του EAT-26, αφού  $p=0,029$ .



**Πίνακας 5.** Βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26 ως προς τις διατροφικές διαταραχές στους φοιτητές της έρευνας, ως προς το φύλο τους.

	Φύλο	
	Άνδρες	Γυναίκες
EAT-26: βαθμολογία...	Μέση κατανάλωση (TA)	
<i>Συνολική</i>	9,8 (7,7)*	16,5 (11,0) *
<i>Δίαιτας</i>	6,4 (6,2)*	10,2 (7,3) *
<i>Βουλιμίας</i>	1,5 (1,9)	1,9 (2,6)
<i>Στοματικού ελέγχου</i>	1,9 (2,2)*	4,3 (3,7) *

Έλεγχος independent samples t-test. \* $P$ -value<0,05

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τη βαθμολογία ως προς την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Δίαιτα, Βουλιμία, Στοματικός έλεγχος) σε σχέση με το φύλο.

Παρατηρούμε λοιπόν πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από τους άντρες. Αυτό φαίνεται από τη συνολική βαθμολογία αφού η μέση τιμή των γυναικών είναι 16,5 ενώ των ανδρών 9,8. Ακόμη, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφού  $p=0,000<0,05$ . Συγκεκριμένα είναι πιο επιρρεπείς στις δύο εκ των τριών διαστάσεων του EAT-26, της δίαιτας και του στοματικού ελέγχου. Τέλος υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο διαστάσεις ως προς το φύλο όπου  $p$ -δίαιτας=0,002 και  $p$ -στοματικού ελέγχου=0,000<0,05 .

**Πίνακας 6.** Συσχέτιση συμπεριφορών υγείας μεταξύ φοιτητών με διαταραγμένη και φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

		Διατροφική συμπεριφορά		P-value
		Φυσιολογική (score <20)	Διαταραγμένη (score ≥20)	
		%		
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος</b>	<18,5(Λιποβαρείς)	2,1	3,5	0,845
	18,5-24,9(Φυσιολογικοί)	76,9	75,4	
	25,0+ (υπέρβαροι, παχύσαρκοι)	21,0	21,1	
<b>Σωματική αδράνεια</b>		17,5	14,0	0,553
<b>Κάπνισμα</b>		37,8	47,4	0,212
<b>Κατανάλωση οινοπνεύματος</b>		84,6	66,7	<b>0,005</b>

Ελεγχος  $\chi^2$ .

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τη συσχέτιση των συμπεριφορών υγείας του δείγματος ως προς την πιθανή εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Έτσι παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην κατανάλωση οινοπνεύματος ως προς την φυσιολογική και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, αφού  $p=0,005<0,05$ .

**Πίνακας 7.** Συσχέτιση της συχνότητας (φορές) κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας από τους φοιτητές της έρευνας, ως προς τη διαταραγμένη και φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά

	Διατροφική συμπεριφορά		P-value
	Φυσιολογική (score <20)	Διαταραγμένη (score ≥20)	
Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε...	Μέση κατανάλωση (ΤΑ)		
λαχανικά-σαλάτα	6,0 (3,0)	7,5 (4,6)	<b>0,029</b>
Τυρί-γάλα-γιαούρτι	5,6 (2,3)	6,1 (3,3)	0,194
φρούτα	5,6 (3,6)	7,0 (4,7)	<b>0,034</b>

<i>ψάρι</i>	1,3 (1,0)	1,5 (1,3)	0,150
<i>όσπρια</i>	1,8 (1,3)	2,0 (1,3)	0,447
<i>αναψυκτικά</i>	1,3 (1,6)	1,0 (1,5)	0,236
<i>γλυκά</i>	2,9 (2,0)	2,2 (1,9)	<b>0,020</b>
<i>κόκκινο κρέας</i>	2,2 (1,5)	1,7 (1,3)	<b>0,039</b>
<i>άσπρο κρέας</i>	2,6 (1,2)	2,7 (1,3)	0,695

Έλεγχος independent sample t-test

Σε αυτό τον πίνακα βλέπουμε τη συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης κάποιων συγκεκριμένων τροφών ως προς τη διαταραγμένη και φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά των φοιτητών.

Όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών εβδομαδιαίως διακρίνουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διαταραγμένη και τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά αφού η  $p=0,029<0,05$ .

Σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης φρούτων διαπιστώνουμε πως και εδώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διαταραγμένη και τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά αφού  $p=0,034<0,05$ .

Ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης γλυκών βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διαταραγμένη και τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά αφού η  $p$ -τιμή είναι μικρότερη του 5% όπου  $p=0,020$ .

Τέλος, όσον αφορά την κατανάλωση κόκκινου κρέατος παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διαταραγμένη και τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, αφού  $p=0,039<0,05$ .

Αντιθέτως, όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών, ψαριού, οσπρίων, αναψυκτικών και άσπρου κρέατος δεν βρέθηκε στατιστικά

σημαντική σχέση ως προς την διαταραγμένη και τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας του EAT-26 και των διαστάσεων του με τις συνήθειες υγείας των φοιτητών της έρευνας.

	Βαθμολογία EAT-26			
	Συνολική	Δίαιτας	Βουλιμίας	Στοματικού ελέγχου
	Pearson Correlation (r)			
Φύλο	0,274*	0,248*	0,031	0,306*
ΔΜΣ	-0,203*	-0,081	-0,029	-0,445*
Σωματική αδράνεια	-0,093	-0,105	-0,119	-0,007
<i>Σε ελαφριές φυσικές δραστηριότητες (π.χ περπάτημα με αργό ρυθμό, πινγκ-πονγκ, γκολφ, ιστιοπλοΐα)</i>	0,198*	0,208*	0,105	0,145*
<i>Σε μέτριες φυσικές δραστηριότητες (π.χ περπάτημα με γρήγορο ρυθμό, ποδηλασία, ήπιο τρέξιμο)</i>	0,174*	0,170*	0,087	0,182*
<i>Σε έντονες φυσικές δραστηριότητες (π.χ περπάτημα με βάρη, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κολύμπι, γυμναστήριο)</i>	0,062	0,078	0,017	-0,010
Κάπνισμα	0,060	0,059	-0,035	0,044
<i>Αριθμός τσιγάρων/ημέρα</i>	0,010	-0,017	0,151	-0,037
Κατανάλωση οινοπνεύματος	-0,245*	-0,231*	-0,132	-0,186
<i>Συχνότητα κατανάλωσης οινοπν. την εβδομάδα</i>	-0,269*	-0,281*	-0,075	-0,210*
Κατανάλωση την εβδομάδα: λαχανικά-σαλάτα	0,172*	0,209*	0,003	0,049
<i>--- τυρί-γάλα-γιαούρτι</i>	0,039	0,097	0,003	-0,063
<i>--- φρούτα</i>	0,141*	0,228*	-0,065	0,029
<i>--- ψάρι</i>	0,096	0,176*	-0,028	-0,027
<i>--- όσπρια</i>	0,144*	0,105	0,113	0,156
<i>--- αναψυκτικά</i>	-0,204*	-0,200*	-0,112	-0,144*
<i>--- γλυκά</i>	-0,249*	-0,300*	0,065	-0,137

-/-	<i>κόκκινο κρέας</i>	-0,214*	-0,221*	-0,071	-0,179*
-/-	<i>άσπρο κρέας</i>	-0,006	-0,013	0,193*	-0,100

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τις συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας του EAT-26 και των τριών διαστάσεων του με χαρακτηριστικά (φύλο, ΔΜΣ) και συνήθειες των φοιτητών (σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα κ.τ.λ.).

Πιο συγκεκριμένα διακρίνουμε πως υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, στις ελαφριές και στις μέτριες φυσικές δραστηριότητες, στη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, ψαριού, οσπρίων και άσπρου κρέατος ως προς τις τρεις διαστάσεις του EAT-26 (δίαιτα, βουλιμία, στοματικός έλεγχος).

Ακόμη ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρούμε πως υπάρχει ανάμεσα στο ΔΜΣ, την κατανάλωση και συχνότητα οινοπνεύματος, των αναψυκτικών, των γλυκών και του κόκκινου κρέατος ως προς τις τρεις διαστάσεις του EAT-26 (δίαιτα, βουλιμία, στοματικός έλεγχος).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνήσουμε τις διατροφικές συνήθειες της συγκεκριμένης ομάδας φοιτητών και κατά πόσο κινδυνεύουν να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές.

Πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα ήταν, να εξετάσουμε τις διατροφικές συνήθειες των παραπάνω φοιτητών. Υποθέσαμε λοιπόν, ότι οι φοιτητές λόγω των γνώσεων που έχουν σε θέματα διατροφής θα ακολουθούν μια υγιεινή διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά (γαλακτοκομικά, φρούτα, λαχανικά κ.λ.π.) και αποφεύγουν έτοιμες τροφές (fast food). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι οι φοιτητές στο σύνολό τους καταναλώνουν συχνότερα λαχανικά, γαλακτοκομικά και φρούτα από ότι όσπρια, ψάρι, αναψυκτικά, γλυκά, κ.λ.π., και από αυτούς βλέπουμε ότι αναψυκτικά, κόκκινο και άσπρο κρέας καταναλώνουν συχνότερα οι άνδρες από ότι οι γυναίκες. Αυτό θεωρούμε πως οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες προτιμούν τα έτοιμα γεύματα τα οποία στηρίζονται στο κρέας και τα συνοδεύουν με αναψυκτικό (πίνακας 4). Επίσης, στο σύνολό τους οι φοιτητές τρώνε 1 φορά την εβδομάδα εκτός σπιτιού και λέσχης (33%) εκ των οποίων το 39,4% είναι γυναίκες και το 11,1% άνδρες, ενώ μόνο το 4% των φοιτητών τρώει πάνω από 4 φορές την εβδομάδα (1,3% γυναίκες και 13,3% άνδρες) (πίνακας 3). Οι γυναίκες λοιπόν, παραδοσιακά ίσως να επιλέγουν τη μαγειρική, ώστε να μπορούν να ελέγχουν το είδος των τροφών και τις θερμίδες που πρόκειται να καταναλώσουν, ενώ οι άνδρες προτιμούν τα έτοιμα φαγητά γιατί ίσως δεν τους απασχολεί η εικόνα του σώματος τους σε τέτοιο βαθμό όσο τις γυναίκες. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση εν μέρει με την ερευνητική μας υπόθεση καθώς, ναι μεν καταναλώνουν καποιες υγιεινές τροφές αλλά ταυτόχρονα δεν αποφεύγουν τις έτοιμες τροφές. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Ψυχολογικής

και Συμβουλευτικής, όπου οι άνδρες δεν προσέχουν στον ίδιο βαθμό όσο οι γυναίκες τις διατροφικές τους συνήθειες καθώς καταναλώνουν περισσότερα έτοιμα γεύματα και όχι τόσο μεσογειακές τροφές.

Το δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα ήταν εάν οι διατροφικές τους συνήθειες βασίζονται στη Μεσογειακή διατροφή ή όχι. Υποθέσαμε πως οι φοιτητές ακολουθούν τη Μεσογειακή διατροφή που θεωρείται πιο υγιεινή. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής δεν τηρείται πλήρως. Οι φοιτητές δεν καταναλώνουν τρία εκ των πέντε γευμάτων. Αυτά τα γεύματα είναι το πρωινό, το δεκατιανό και το απογευματινό. Όσον αφορά, τα συγκεκριμένα γεύματα θεωρούμε πως παραλείπονται σε μεγαλύτερο βαθμό, διότι δεν είναι τόσο διαδεδομένα στην Ελληνική κοινωνία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής, η οποία στηρίζεται στα πέντε γεύματα ημερησίως. Επίσης καταναλώνουν συχνά κόκκινο και άσπρο κρέας, ενώ αποφεύγουν την κατανάλωση οσπρίων και ψαριού. Επιπροσθέτως παρατηρήσαμε πως οι φοιτητές δεν ασκούνται αρκετά ενώ καπνίζουν και καταναλώνουν σε μεγάλο ποσοστό αλκοόλ. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τ.Ε.Ι. Αθήνας (Παπαευσταθίου κ.α., 1999). Οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών αποκλίνουν από το πρότυπο της υγιεινής διατροφής και από το παραδοσιακό διατροφικό πρότυπο υιοθετώντας το δυτικό.

Τρίτο ερευνητικό μας ερώτημα ήταν, κατά πόσο οι διατροφικές συνήθειες των συγκεκριμένων φοιτητών/τριών είναι σωστότερες από αυτές των φοιτητών/τριών άλλων σχολών. Υποθέσαμε πως λόγω τις ειδικότητας τους, έχουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες από αυτές άλλων σχολών. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων παρατηρήσαμε ότι τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την ερευνητική μας υπόθεση, καθώς οι φοιτητές καταναλώνουν έτοιμες τροφές πλούσιες σε λιπαρά, γλυκά, αναψυκτικά. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν

με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα σε φοιτητές. Πιο συγκεκριμένα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης το 2004 που αναφέρει πως οι φοιτητές υιοθετούν κακές διατροφικές συνήθειες λόγω των συνηθειών των οικογενειών τους (Πανοτόπουλος, 2004). Επίσης τα ίδια αποτελέσματα έδειξε και έρευνα που έγινε από τον Ζιώγα το 2007 της Ιατρικής σχολής στην Αθήνα, που αναφέρει πως οι φοιτητές δε προσέχουν τη διατροφή τους και δεν προτιμούν τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά αλλά καταφεύγουν σε έτοιμα γεύματα.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου το 2008 ενώ ταυτόχρονα φάνηκε πως οι Έλληνες φοιτητές έχουν πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες από αυτές των Κυπριών φοιτητών (Ευγενίου κ.α., 2008). Επιπροσθέτως έρευνα από το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής έδειξε ότι οι άντρες προσέχουν λιγότερο τις διατροφικές τους συνήθειες καθώς καταναλώνουν περισσότερα έτοιμα γεύματα και λιγότερες μεσογειακές τροφές (Πανοτόπουλος, 2004).

Ως τέταρτο ερευνητικό ερώτημα είχαμε θέσει ποιες είναι οι συμπεριφορές υγείας που έχουν υιοθετήσει οι φοιτητές ως προς το κάπνισμα, την άσκηση και την κατανάλωση αλκοόλ. Η άποψή μας ήταν ότι οι φοιτητές Διατροφής- Διαιτολογίας λόγω του αντικειμένου σπουδών τους θα ασκούσαν συχνά, δεν θα κάπνιζε μεγάλος αριθμός φοιτητών και η πλειοψηφία θα απέφευγε την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Από τον πίνακα 2. προέκυψε ότι μόνο το 16,5% των φοιτητών (άνδρες-γυναίκες) δεν ασκείται ποτέ, κάτι που συνάδει με την υπόθεσή μας εφόσον το 83,5% ασκείται. Όσον αφορά το κάπνισμα παρατηρήσαμε πως το 40,5% των φοιτητών καπνίζει, εκ των οποίων το 36,8% είναι γυναίκες και το 53,3% άνδρες. Το παραπάνω αποτέλεσμα δεν επαληθεύει την ερευνητική μας υπόθεση. Αναφορικά με



την κατανάλωση οινοπνεύματος βλέπουμε πως η πλειοψηφία των φοιτητών 79,5% καταναλώνει αλκοόλ, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την υπόθεσή μας.

Ίδια αποτελέσματα έδειξε και έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη σχολή Ιατρικής στην Αθήνα (Ζιώγας, 2007), όπου αναφέρεται πως οι φοιτητές καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλο ποσοστό, ενώ δεν αγοράζουν τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά αλλά καταφεύγουν σε εύκολες λύσεις των έτοιμων γευμάτων.

Το τελευταίο ερευνητικό μας ερώτημα αφορούσε στο ποσοστό εμφάνισης διατροφικών διαταραχών που τείνουν να εμφανίσουν οι φοιτητές της έρευνας μας. Αρχικά, υποθέσαμε πως οι φοιτητές δεν κινδυνεύουν να εμφανίσουν κάποια διατροφική διαταραχή, στηριζόμενοι στο γεγονός πως ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με την υπόθεση μας, καθώς παρατηρούμε πως το 28,5% των φοιτητών κινδυνεύει να εμφανίσει διατροφικές διαταραχές, εφόσον η βαθμολογία ξεπερνά το 20 σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο EAT-26 του Garner. Το αξιοσημείωτο αυτό ποσοστό μας ωθεί να σκεφτούμε ότι ίσως η επιλογή της συγκεκριμένης σχολής να έγινε προκειμένου να βοηθήσει στην απόκτηση της ιδανικής εικόνας σώματος. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό (32,3%) έναντι των ανδρών με ποσοστό 15,6%. Το παραπάνω επαληθεύεται και από τη βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών ιδιαίτερα στις ηλικίες 15-25 ετών. Όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών βλέπουμε πως μόνο το κάπνισμα συνδέεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 47,4% που καπνίζει έχει διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ενώ το 37,8% που καπνίζει έχει φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

Μέσα από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων παρατηρήσαμε να συμβαίνουν τα εξής παράδοξα:

- ❖ Στον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών καταναλώνει συχνότερα λαχανικά, φρούτα και γαλακτοκομικά, ωστόσο έχουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, ενώ φοιτητές που καταναλώνουν σε μεγάλο βαθμό αναψυκτικά, γλυκά και κόκκινο κρέας έχουν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Αυτό θεωρούμε ότι ίσως συμβαίνει διότι οι φοιτητές απάντησαν στις ερωτήσεις σύμφωνα με τις γνώσεις που έχουν λάβει από τη σχολή τους και όχι τελείως ειλικρινά. Επίσης μπορεί οι φοιτητές να εμφανίζουν ανορεκτική συμπεριφορά καθώς η κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και γαλακτοκομικών είναι αυξημένη σε αυτή την περίπτωση.
- ❖ Στον πίνακα 6. διακρίνουμε πως, ενώ υπάρχει ένα ποσοστό φοιτητών που δεν ασκείται ποτέ (17,5%) και επίσης, σημαντικό είναι και το ποσοστό των φοιτητών που καταναλώνει αλκοόλ (84,6%), παρόλα αυτά έχουν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας καταλήγουμε ότι κυρίως το κάπνισμα συμβάλλει στην ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής, ενώ μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, γνωρίζουμε ότι η σωματική άσκηση, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν παράγοντες για την ανάπτυξη ή μη των διατροφικών διαταραχών.

Αξιοσημείωτο είναι πως λιποβαρείς άνδρες δεν σημειώθηκαν από την επεξεργασία των δεδομένων (πίνακας 2), ενώ το ποσοστό των λιποβαρών γυναικών ήταν 3,2%. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ακολουθούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής, επηρεάζονται από τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλονται

από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης κ.α. και ίσως να θεωρούν ως ιδανικό ένα πολύ αδύνατο σώμα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία καθώς αναφέρεται πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπροσθέτως το προαναφερθέν το είδαμε και στον Πίνακα 5. όπου οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στις δύο εκ των τριών διαστάσεων του EAT-26, της δίαιτας και του στοματικού ελέγχου. Το παραπάνω δεν φαίνεται να ισχύει στους άνδρες, καθώς παρατηρήσαμε πως οι μισοί από τους ερωτηθέντες είναι υπέρβαροι- παχύσαρκοι (46,7%), γιατί ίσως οι άνδρες προτιμούν να καταναλώνουν έτοιμα γεύματα και να τρώνε εκτός σπιτιού και λέσχης.

Όπως αναφέραμε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας (σελ. ) είχαμε ως βασικό κριτήριο οι συμμετέχοντες να είναι από το δεύτερο έτος της φοίτησης τους και μετά, ώστε να έχουν λάβει γνώσεις πάνω σε θέματα διατροφής. Αυτό το κριτήριο το είχαμε θέσει ώστε να δούμε κατά πόσο οι γνώσεις που έχουν οι συγκεκριμένοι φοιτητές έχουν επηρεάσει τις διατροφικές τους συνήθειες. Από τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων είδαμε πως η γνώση που έχουν λάβει λόγω της ειδικότητας τους, δεν αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης των διατροφικών συνηθειών.

Αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Πιο συγκεκριμένα έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Πανοτόπουλος, 2004), έδειξε πως οι γνώσεις των φοιτητών είναι ελλιπείς σε θέματα διατροφής, αλλά ακόμα και όταν γνωρίζουν για τη σωστή διατροφή συνεχίζουν να μην τη τηρούν. Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών το 2004 (Παναγιωτάκος και Πούνης, 2005), αναφέρει πως οι διατροφικές συνήθειες των πρωτοετών και τριτοετών φοιτητών δεν παρουσιάζουν διαφορές, ακόμη και η συνειδητή εκπαίδευση των φοιτητών σε θέματα διατροφής δεν επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Επιπροσθέτως έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης σε φοιτητές Ιατρικής (Βασιλάκης κ.α., 1992), έδειξε πως οι

φοιτητές παρόλο που παρακολουθούν πολλά μαθήματα που αναφέρονται σε θέματα διατροφής έχουν ελλιπή γνώση.

Συμπερασματικά, οι φοιτητές καταναλώνουν συχνότερα λαχανικά, γαλακτοκομικά και φρούτα από ότι όσπρια, ψάρι, αναψυκτικά, γλυκά, κ.λ.π. και δεν ακολουθούν πλήρως το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής καθώς τείνουν προς το δυτικό τρόπο ζωής. Ακόμη, βλέπουμε πως δεν υπάρχουν διαφορές στις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών της παρούσας έρευνας με αυτές άλλων σχολών. Η πλειοψηφία των φοιτητών ασκείται συχνά, αλλά καταναλώνει αλκοόλ, ενώ μεγάλο ποσοστό καπνίζει. Ακόμη ένα σημαντικό ποσοστό των φοιτητών κινδυνεύει να εμφανίσει διατροφικές διαταραχές.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με την εκπόνηση της πτυχιακής μας είδαμε ότι οι φοιτητές ακολουθούν ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας. Για να αλλάξει αυτό χρειάζεται πρώτα απ' όλα να τροποποιηθεί η διατροφική συμπεριφορά του φοιτητή, δηλαδή να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το φαγητό. Το παραπάνω αποτελεί μια αργή διαδικασία που πρέπει να συμμετέχουν ενεργά ο φοιτητής αλλά και η οικογένειά του καθώς αυτή αποτελεί «δάσκαλο» και θέτει τις βάσεις για τις τροφές που μαθαίνει να καταναλώνει το άτομο. Έτσι, οι γονείς οφείλουν να εκπαιδεύσουν το παιδί τους από πολύ μικρή ηλικία, ώστε να έχει ποικιλία στο φαγητό του. Η δύναμη της συνήθειας αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την τελική επιλογή των τροφίμων.

Όπως αναφέρει και η Μπαλαμώτη (2011), οι φοιτητές θα πρέπει να μαθαίνουν από το σπίτι πώς να ετοιμάζουν ένα γεύμα το οποίο δεν χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα σύνθετο για να είναι θρεπτικό και πρέπει να μάθουν να ελέγχουν τι τρώνε και να επιλέγουν συνειδητά το φαγητό τους, αναλογιζόμενοι τις συνέπειες που μπορεί να έχει για τον οργανισμό τους η κατανάλωση έτοιμης επεξεργασμένης τροφής. Αντίστοιχα, παρόμοια ισχύουν για το κάπνισμα, τη κατανάλωση αλκοόλ και τη σωματική άσκηση.

Επίσης βοηθητικό θα ήταν η διοργάνωση ημερίδων και εκδηλώσεων σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, στις οποίες θα προάγουν και θα τονίζουν τα πλεονεκτήματα της Μεσογειακής Διατροφής, της άσκησης και της μη χρήσης αλκοόλ και καπνού.

Η διεπιστημονική ομάδα από Διατροφολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς κ.λ.π. μπορεί να συμβάλει στην ενημέρωση και να προτείνει εναλλακτικές λύσεις ως προς την επιλογή των τροφών που μπορούν να καταναλώνουν τα άτομα διαφορετικών ηλικιών, με βάση τις ανάγκες τους. Επιπλέον, μπορεί να στηρίζει στην προσπάθεια τροποποίησης των ανθυγιεινών συνηθειών και την υιοθέτηση ορθότερων. Με την

εφαρμογή όλων των παραπάνω θεωρούμε πως θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων στο μέγιστο βαθμό.

Ερευνητικά θα είχε ενδιαφέρον η εκπόνηση μελέτης στην οποία θα διερευνηθεί λεπτομερώς και θα αξιολογηθεί η γνώση που αποκτούν οι φοιτητές – μέλλοντες διαιτολόγοι – και πως αυτή επιδρά στα καθημερινές τους συμπεριφορές υγείας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ SPSS

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1:

##### Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	45	22,5	22,5	22,5
Valid Γυναίκα	155	77,5	77,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

##### Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19-20	35	17,5	17,5	17,5
Valid 21-23	114	57,0	57,0	74,5
Valid 24-26	38	19,0	19,0	93,5
Valid 27+	13	6,5	6,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

##### Τόπος καταγωγής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κρήτη	45	22,5	22,5	22,5
Valid Αττική	48	24,0	24,0	46,5
Valid Ν/Δ Ελλάδα	23	11,5	11,5	58,0
Valid Κ/Β Ελλάδα	54	27,0	27,0	85,0
Valid Νησιά Αιγαίου	20	10,0	10,0	95,0
Valid Κύπρος	10	5,0	5,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

##### Έτος φοίτησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	2	44	22,0	22,0	22,0
	3	63	31,5	31,5	53,5
	4	59	29,5	29,5	83,0
Valid	5	26	13,0	13,0	96,0
	6	7	3,5	3,5	99,5
	8	1	,5	,5	100,0
Total		200	100,0	100,0	

#### ΔΜΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<18.5	5	2,5	2,5	2,5
18.5 - 24.9	153	76,5	76,5	79,0
Valid 25.0 - 29.9	38	19,0	19,0	98,0
30.0+	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2:

### Πόσο συχνά ασκείστε \* Φύλο

#### Crosstab

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Καθημερινά	Count	10	18	28	
	% within Φύλο	22,2%	11,6%	14,0%	
3 φορές την εβδομάδα	Count	13	27	40	
	% within Φύλο	28,9%	17,4%	20,0%	
Πόσο συχνά ασκείστε 2 ή 3 φορές την εβδομάδα	Count	9	44	53	
	% within Φύλο	20,0%	28,4%	26,5%	
1 φορά την εβδομάδα	Count	8	38	46	
	% within Φύλο	17,8%	24,5%	23,0%	
Ποτέ	Count	5	28	33	
	% within Φύλο	11,1%	18,1%	16,5%	
Total	Count	45	155	200	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

#### Chi-Square Tests



	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,734 <sup>a</sup>	4	,102
Likelihood Ratio	7,449	4	,114
Linear-by-Linear Association	6,005	1	,014
N of Valid Cases	200		

**Καπνίζετε ; (περισσότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα) \*\*\*\*\* \***  
**Φύλο**

**Crosstab**

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Καπνίζετε ; (περισσότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα) *****	ναί	Count 24	57	81
		% within Φύλο 53,3%	36,8%	40,5%
	όχι	Count 21	98	119
		% within Φύλο 46,7%	63,2%	59,5%
Total		Count 45	155	200
		% within Φύλο 100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,968 <sup>a</sup>	1	,046		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,311	1	,069		
Likelihood Ratio	3,911	1	,048		
Fisher's Exact Test				,058	,035
Linear-by-Linear Association	3,949	1	,047		
N of Valid Cases	200				

## Συνηθίζετε να καταναλώνετε αλκοολ \*\*\*\*\* \* Φύλο

Crosstab

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Συνηθίζετε να καταναλώνετε αλκοολ *****	ναί	Count 40	119	159
		% within Φύλο 88,9%	76,8%	79,5%
	όχι	Count 5	36	41
		% within Φύλο 11,1%	23,2%	20,5%
Total		Count 45	155	200
		% within Φύλο 100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,141 <sup>a</sup>	1	,076	,094	,054
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,441	1	,118		
Likelihood Ratio	3,491	1	,062		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,125	1	,077		
N of Valid Cases	200				

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού και εκτός λέσχης: * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3:

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού και εκτός λέσχης: \* Φύλο Crosstabulation

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού και εκτός λέσχης:	4 φορές την εβδομάδα και άνω	Count % within Φύλο	6 13,3%	2 1,3%	8 4,0%
	3 φορές την εβδομάδα	Count % within Φύλο	8 17,8%	12 7,7%	20 10,0%
	2 ή 3 φορές την εβδομάδα	Count % within Φύλο	21 46,7%	39 25,2%	60 30,0%
	1 φορά την εβδομάδα	Count % within Φύλο	5 11,1%	61 39,4%	66 33,0%
	Σχεδόν ποτέ	Count % within Φύλο	5 11,1%	41 26,5%	46 23,0%
	Total	Count % within Φύλο	45 100,0%	155 100,0%	200 100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,533 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	32,613	4	,000
Linear-by-Linear Association	26,402	1	,000
N of Valid Cases	200		

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Καφέ η τσάι * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Φρουτοχυμό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Δημητριακά * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Τοστ * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Κρουασάν * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Τίποτα * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

## ΣΧΗΜΑ 1:

### Καφέ η τσάι \* Φύλο

**Crosstab**

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Καφέ η τσάι	Όχι	Count	23	97	120
		% within Φύλο	51,1%	62,6%	60,0%
	Ναι	Count	22	58	80
		% within Φύλο	48,9%	37,4%	40,0%
Total	Count	45	155	200	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,912 <sup>a</sup>	1	,167	,172	,114
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,464	1	,226		
Likelihood Ratio	1,887	1	,170		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,902	1	,168		
N of Valid Cases	200				

### Φρουτοχυμό \* Φύλο

**Crosstab**

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Φρουτοχυμό	όχι	Count	34	118	152
		% within Φύλο	75,6%	76,1%	76,0%
	ναι	Count	11	37	48
		% within Φύλο	24,4%	23,9%	24,0%
Total	Count	45	155	200	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,006 <sup>a</sup>	1	,937	1,000	,540
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,006	1	,937		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,006	1	,937		
N of Valid Cases	200				

**Δημητριακά \* Φύλο**

**Crosstab**

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Δημητριακά	Όχι	Count	32	85	117
		% within Φύλο	71,1%	54,8%	58,5%
	Ναι	Count	13	70	83
		% within Φύλο	28,9%	45,2%	41,5%
Total	Count	45	155	200	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,804 <sup>a</sup>	1	,051	,059	,036
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,163	1	,075		
Likelihood Ratio	3,925	1	,048		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,785	1	,052		
N of Valid Cases	200				

## Τοστ \* Φύλο

Crosstab

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Τοστ	όχι	Count	25	97	122
		% within Φύλο	55,6%	62,6%	61,0%
ναί		Count	20	58	78
		% within Φύλο	44,4%	37,4%	39,0%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,723 <sup>a</sup>	1	,395	,488	,248
Continuity Correction <sup>b</sup>	,458	1	,498		
Likelihood Ratio	,716	1	,397		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,720	1	,396		
N of Valid Cases	200				

## Κρουασάν \* Φύλο

Crosstab

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Κρουασάν	Όχι	Count	41	147	188
		% within Φύλο	91,1%	94,8%	94,0%
Ναι		Count	4	8	12
		% within Φύλο	8,9%	5,2%	6,0%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,859 <sup>a</sup>	1	,354		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,325	1	,568		
Likelihood Ratio	,787	1	,375		
Fisher's Exact Test				,473	,272
Linear-by-Linear Association	,855	1	,355		
N of Valid Cases	200				

**Τίποτα \* Φύλο**

**Crosstab**

		Φύλο		Total
		Άνδρας	Γυναίκα	
Τίποτα	όχι	Count 42	Count 147	Count 189
		% within Φύλο 93,3%	% within Φύλο 94,8%	% within Φύλο 94,5%
Τίποτα	ναι	Count 3	Count 8	Count 11
		% within Φύλο 6,7%	% within Φύλο 5,2%	% within Φύλο 5,5%
Total		Count 45	Count 155	Count 200
		% within Φύλο 100,0%	% within Φύλο 100,0%	% within Φύλο 100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,152 <sup>a</sup>	1	,697		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	,985		
Likelihood Ratio	,146	1	,703		
Fisher's Exact Test				,713	,467
Linear-by-Linear Association	,151	1	,697		
N of Valid Cases	200				

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Πρωινό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Δεκατιανό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Μεσημεριανό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Απογευματινό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Βραδινό * Φύλο	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

## ΣΧΗΜΑ 2:

### Πρωινό \* Φύλο

#### Crosstab

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Πρωινό	Όχι	Count	34	117	151
		% within Φύλο	75,6%	75,5%	75,5%
Ναι		Count	11	38	49
		% within Φύλο	24,4%	24,5%	24,5%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 <sup>a</sup>	1	,992		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	,992		
Fisher's Exact Test				1,000	,581
Linear-by-Linear Association	,000	1	,992		
N of Valid Cases	200				



## Δεκατιανό \* Φύλο

Crosstab

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Δεκατιανό	Όχι	Count	15	80	95
		% within Φύλο	33,3%	51,6%	47,5%
Δεκατιανό	Ναι	Count	30	75	105
		% within Φύλο	66,7%	48,4%	52,5%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,673 <sup>a</sup>	1	,031	,041	,023
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,969	1	,046		
Likelihood Ratio	4,758	1	,029		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,650	1	,031		
N of Valid Cases	200				

## Μεσημεριανό \* Φύλο

Crosstab

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Μεσημεριανό	όχι	Count	43	144	187
		% within Φύλο	95,6%	92,9%	93,5%
Μεσημεριανό	ναι	Count	2	11	13
		% within Φύλο	4,4%	7,1%	6,5%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,404 <sup>a</sup>	1	,525		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,085	1	,770		
Likelihood Ratio	,438	1	,508		
Fisher's Exact Test				,737	,407
Linear-by-Linear Association	,402	1	,526		
N of Valid Cases	200				

**Απογευματινό \* Φύλο**

**Crosstab**

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Απογευματινό	όχι	Count	20	91	111
		% within Φύλο	44,4%	58,7%	55,5%
ναί		Count	25	64	89
		% within Φύλο	55,6%	41,3%	44,5%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,874 <sup>a</sup>	1	,090		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,325	1	,127		
Likelihood Ratio	2,859	1	,091		
Fisher's Exact Test				,125	,064
Linear-by-Linear Association	2,859	1	,091		
N of Valid Cases	200				

## Βραδινό \* Φύλο

Crosstab

		Φύλο		Total	
		Ανδρας	Γυναίκα		
Βραδινό	Όχι	Count	41	112	153
		% within Φύλο	91,1%	72,3%	76,5%
	Ναι	Count	4	43	47
		% within Φύλο	8,9%	27,7%	23,5%
Total		Count	45	155	200
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,895 <sup>a</sup>	1	,009	,009	,005
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,886	1	,015		
Likelihood Ratio	8,048	1	,005		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,861	1	,009		
N of Valid Cases	200				

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4:

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ... \* ΦΥΛΟ

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά-σαλάτα;	Ανδρας	45	6,27	3,750	,559
	Γυναίκα	155	6,44	3,492	,281
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί-γάλα-γιαούρτι;	Ανδρας	45	5,82	2,933	,437
	Γυναίκα	155	5,67	2,543	,204
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	Ανδρας	45	5,51	4,060	,605
	Γυναίκα	155	6,16	3,998	,321
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι;	Ανδρας	45	1,49	1,199	,179
	Γυναίκα	155	1,34	1,040	,084
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	Ανδρας	45	2,16	1,637	,244
	Γυναίκα	155	1,77	1,156	,093

Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά;	Άνδρας	45	2,11	1,933	,288
	Γυναίκα	155	,95	1,362	,109
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	Άνδρας	45	2,62	1,512	,225
	Γυναίκα	155	2,77	2,097	,168
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	Άνδρας	45	2,84	1,731	,258
	Γυναίκα	155	1,84	1,351	,108
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε άσπρο κρέας	Άνδρας	45	3,04	1,413	,211
	Γυναίκα	155	2,46	1,141	,092

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά-σαλάτα;	Equal variances assumed	1,177	,279	-,286	198	,775	-,172	,601	-1,358	1,014
	Equal variances not assumed			-,275	67,718	,784	-,172	,625	-1,420	1,076
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί-γάλα-γιαούρτι;	Equal variances assumed	,925	,337	,339	198	,735	,151	,446	-,729	1,031
	Equal variances not assumed			,313	64,428	,755	,151	,483	-,813	1,115
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	Equal variances assumed	,011	,918	-,957	198	,340	-,650	,679	-1,990	,689
	Equal variances not assumed			-,949	70,656	,346	-,650	,685	-2,016	,716
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι;	Equal variances assumed	1,241	,267	,841	198	,401	,153	,182	-,206	,513
	Equal variances not assumed			,778	64,444	,440	,153	,197	-,241	,547

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	Equal variances assumed	3,240	,073	1,79 2	198	,075	,388	,216	-,039	,815
	Equal variances not assumed			1,48 5	57,3 09	,143	,388	,261	-,135	,911
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά;	Equal variances assumed	14,580	,000	4,55 5	198	,000	1,163	,255	,659	1,666
	Equal variances not assumed			3,77 2	57,2 51	,000	1,163	,308	,546	1,780
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	Equal variances assumed	5,798	,017	- ,453	198	,651	-,152	,336	-,814	,510
	Equal variances not assumed			- ,540	98,1 20	,590	-,152	,281	-,710	,406
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	Equal variances assumed	5,573	,019	4,11 3	198	,000	1,006	,245	,524	1,488
	Equal variances not assumed			3,59 2	60,3 83	,001	1,006	,280	,446	1,566
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε άσπρο κρέας	Equal variances assumed	2,010	,158	2,83 7	198	,005	,580	,204	,177	,983
	Equal variances not assumed			2,52 4	61,5 98	,014	,580	,230	,121	1,039

### ΣΧΗΜΑ 3:

**Όρια Συνολικού score EAT-26 \* Φύλο Crosstabulation**

		Φύλο		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Όρια Συνολικού score EAT-26	<20	Count	38	105	143
		% within Φύλο	84,4%	67,7%	71,5%
	>=20	Count	7	50	57
		% within Φύλο	15,6%	32,3%	28,5%

Total	Count	45	155	200
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,774 <sup>a</sup>	1	,029		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,990	1	,046		
Likelihood Ratio	5,217	1	,022		
Fisher's Exact Test				,038	,020
Linear-by-Linear Association	4,751	1	,029		
N of Valid Cases	200				

#### Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολικό score EAT-26	Άνδρας	45	9,82	7,685	1,146
	Γυναίκα	155	16,47	11,036	,886
score Δίαιτας	Άνδρας	45	6,44	6,152	,917
	Γυναίκα	155	10,26	7,269	,584
score Βουλιμίας	Άνδρας	45	1,51	1,854	,276
	Γυναίκα	155	1,91	2,649	,213
score Στοματικού ελέγχου	Άνδρας	45	1,87	2,201	,328
	Γυναίκα	155	4,30	3,749	,301

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

### ΦΥΛΟ \* Όρια Συνολικού score EAT-26

#### Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Συνολικό score EAT-26	5,375	,021	-	198	,000	-6,649	1,758	-10,117	-
			3,781						102,007
score Δίαipas	2,004	,159	-	198	,002	-3,820	1,192	-6,170	1,470

	Equal variances not assumed			-3,514	83,010	,001	-3,820	1,087	-5,982	-16584329
score Βουλιμίας	Equal variances assumed	1,886	,171	-944	198	,347	-,399	,422	-1,232	4342931273-1549
	Equal variances not assumed			-1,143	101,436	,256	-,399	,349	-1,090	
	Equal variances assumed	12,917	,000	4,141	198	,000	-2,430	,587	-3,587	
score Στοματικού ελέγχου	Equal variances not assumed			-5,456	124,150	,000	-2,430	,445	-3,312	

## **ΠΙΝΑΚΑΣ 6:**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΔΜΣ 3 * Όρια Συνολικού score EAT-26	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%
Πόσο συχνά ασκείστε * Όρια Συνολικού score EAT-26	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%



Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε ανά ημέρα; *	81	40,5%	119	59,5%	200	100,0%
Όρια Συνολικού score EAT-26						
Συνηθίζετε να καταναλώνετε αλκοολ ***** * Όρια Συνολικού score EAT-26	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

### ΔΜΣ 3 \* Όρια Συνολικού score EAT-26

Crosstab

		Όρια Συνολικού score EAT-26		Total
		<20	>=20	
<18.5	Count	3	2	5
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	2,1%	3,5%	2,5%
	Count	110	43	153
ΔΜΣ 3 18.5 - 24.9	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	76,9%	75,4%	76,5%
25.0+	Count	30	12	42
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	21,0%	21,1%	21,0%
Total	Count	143	57	200
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,336 <sup>a</sup>	2	,845
Likelihood Ratio	,316	2	,854
Linear-by-Linear Association	,036	1	,849
N of Valid Cases	200		

## Πόσο συχνά ασκείστε \* Όρια Συνολικού score EAT-26

Crosstab

			Όρια Συνολικού score EAT-26		Total
			<20	>=20	
Πόσο συχνά ασκείστε	Καθημερινά	Count	15	13	28
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	10,5%	22,8%	14,0%
	3 φορές την εβδομάδα	Count	29	11	40
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	20,3%	19,3%	20,0%
	2 ή 3 φορές την εβδομάδα	Count	39	14	53
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	27,3%	24,6%	26,5%
	1 φορά την εβδομάδα	Count	35	11	46
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	24,5%	19,3%	23,0%
	Ποτέ	Count	25	8	33
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	17,5%	14,0%	16,5%
Total	Count	143	57	200	
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,318 <sup>a</sup>	4	,256
Likelihood Ratio	4,958	4	,292
Linear-by-Linear Association	3,149	1	,076
N of Valid Cases	200		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,98.

**Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε ανά ημέρα; \* Όρια  
Συνολικού score EAT-26**

**Crosstab**

		Όρια Συνολικού score EAT-26		Total	
		<20	>=20		
Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε ανά ημέρα;	2	Count	1	2	3
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	1,9%	7,4%	3,7%
	3	Count	8	2	10
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	14,8%	7,4%	12,3%
	4	Count	3	2	5
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	5,6%	7,4%	6,2%
	5	Count	6	5	11
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	11,1%	18,5%	13,6%
	6	Count	2	2	4
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	3,7%	7,4%	4,9%
	7	Count	3	1	4
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	5,6%	3,7%	4,9%
	8	Count	3	0	3
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	5,6%	0,0%	3,7%
	10	Count	8	6	14
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	14,8%	22,2%	17,3%	
11	Count	1	0	1	
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	1,9%	0,0%	1,2%	
13	Count	1	1	2	
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	1,9%	3,7%	2,5%	
15	Count	8	1	9	

		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	14,8%	3,7%	11,1%
		Count	7	4	11
20		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	13,0%	14,8%	13,6%
		Count	2	1	3
25		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	3,7%	3,7%	3,7%
		Count	1	0	1
30		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	1,9%	0,0%	1,2%
		Count	54	27	81
Total		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,119 <sup>a</sup>	13	,764
Likelihood Ratio	10,943	13	,616
Linear-by-Linear Association	,469	1	,493
N of Valid Cases	81		

**Συνηθίζετε να καταναλώνετε αλκοολ \*\*\*\*\* \* Όρια Συνολικού score EAT-26**

**Crosstab**

			Όρια Συνολικού score EAT-26		Total
			<20	>=20	
Συνηθίζετε να καταναλώνετε αλκοολ *****	ναι	Count	121	38	159
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	84,6%	66,7%	79,5%
	όχι	Count	22	19	41
		% within Όρια Συνολικού score EAT-26	15,4%	33,3%	20,5%
Total	Count	143	57	200	
	% within Όρια Συνολικού score EAT-26	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,056 <sup>a</sup>	1	,005		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,992	1	,008		
Likelihood Ratio	7,554	1	,006		
Fisher's Exact Test				,006	,005
Linear-by-Linear Association	8,016	1	,005		
N of Valid Cases	200				

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7:

### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ \* Όρια Συνολικού score EAT-26

Group Statistics

	Όρια Συνολικού score EAT-26	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά-σαλάτα;	<20	143	5,99	2,965	,248
	>=20	57	7,44	4,559	,604
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί-γάλα-γιαούρτι;	<20	143	5,55	2,300	,192
	>=20	57	6,09	3,307	,438
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	<20	143	5,64	3,636	,304
	>=20	57	6,96	4,728	,626
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι;	<20	143	1,30	,993	,083
	>=20	57	1,54	1,255	,166
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	<20	143	1,81	1,278	,107
	>=20	57	1,96	1,309	,173
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά;	<20	143	1,29	1,605	,134
	>=20	57	1,00	1,512	,200
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	<20	143	2,94	1,964	,164
	>=20	57	2,23	1,937	,257
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	<20	143	2,20	1,545	,129
	>=20	57	1,72	1,333	,177
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε άσπρο κρέας	<20	143	2,57	1,196	,100
	>=20	57	2,65	1,316	,174

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε	Equal variances assumed	7,823	,006	-2,657	198	,009	-1,453	,547	-2,531	-,374

λαχανικά-σαλάτα;	Equal variances not assumed			-	75,619	,029	-1,453	,653	-2,753	-,152
	Equal variances assumed			-						
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί-γάλα-γιαούρτι;	Equal variances not assumed	5,050	,026	1,302	198	,194	-,535	,411	-1,346	,275
	Equal variances assumed			-						
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	Equal variances not assumed	1,963	,163	2,134	198	,034	-1,329	,623	-2,557	-,101
	Equal variances assumed			-						
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι;	Equal variances not assumed	3,668	,057	1,446	198	,150	-,243	,168	-,575	,088
	Equal variances assumed			-						
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	Equal variances not assumed			1,309	85,372	,194	-,243	,186	-,612	,126
	Equal variances assumed	,002	,969	-,763	198	,447	-,154	,202	-,551	,244
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά;	Equal variances not assumed			-,755	100,901	,452	-,154	,204	-,558	,250
	Equal variances assumed	1,109	,294	1,187	198	,236	,294	,247	-,194	,781
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	Equal variances not assumed	1,134	,288	2,337	198	,020	,716	,306	,112	1,320
	Equal variances assumed			2,351	104,389	,021	,716	,305	,112	1,320
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο	Equal variances assumed	2,987	,086	2,074	198	,039	,483	,233	,024	,943

κρέας;	Equal variances not assumed			2,21 0	118, 643	,029	,483	,219	,050	,917
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε άσπρο κρέας	Equal variances assumed	,548	,460	-,393	198	,695	-,076	,193	-,456	,305
	Equal variances not assumed			-,377	94,8 60	,707	-,076	,201	-,475	,323



## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών / τριών του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

ΚΟΝΤΟΧΤΟΧΡΗΣΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΜΑΛΑΣΙΩΤΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

α) Άνδρας β) Γυναίκα

2. Ηλικία : .....

3. Βάρος: ..... κιλά

4. Ύψος: ..... μέτρα

5. Έτος φοίτησης: .....

6. Τόπος καταγωγής: .....

### B Ατομικές συνήθειες

#### I. ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Πόσο συχνά ασκείστε

Καθημερινά

3 φορές την εβδομάδα

2 ή 3 φορές την εβδομάδα

1 φορά την εβδομάδα

Ποτέ

Με τι δραστηριότητες ασχολείστε περισσότερο:

1. Με ελαφριές φυσικές δραστηριότητες; (Π.χ: Περπάτημα με αργό ρυθμό, πινγκ-πονγκ, γκολφ, ιστιοπλοΐα)

2. Με μέτριες φυσικές δραστηριότητες; (Π.χ: Περπάτημα με γρήγορο ρυθμό, ποδηλασία, ήπιο τρέξιμο)

3. Με έντονες φυσικές δραστηριότητες; (Π.χ: περπάτημα με βάρη, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κολύμπι, γυμναστήριο) =

#### II. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1. Καπνίζετε ; (περισσότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα) (1) ΝΑΙ (2) ΟΧΙ =

2. Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε ανά ημέρα;

### III ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Συνηθίζετε να καταναλώνεται  
Πόσο συχνά πίνετε την εβδομάδα

Ναι  Όχι

Ποτέ

1 φορά την εβδομάδα

2 ή 3 φορές την εβδομάδα

3 φορές την εβδομάδα

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

### IV. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού και εκτός λέσχης:

4 φορές την εβδομάδα και άνω

3 φορές την εβδομάδα

2 ή 3 φορές την εβδομάδα

1 φορά την εβδομάδα

Σχεδόν ποτέ

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Τι συνήθως περιλαμβάνει το πρωινό σας:

Καφέ η τσάι I\_\_I

Φρουτοχυμό I\_\_I

Δημητριακά I\_\_I

Τοστ I\_\_I

Κρουασάν I\_\_I

Τίποτα I\_\_I

Ποια από τα παρακάτω γεύματα παραλείπετε ευκολότερα;  
( παραπάνω από μια απαντήσεις)

Πρωινό I\_\_I

Δεκατιανό I\_\_I

Μεσημεριανό I\_\_I

Απογευματινό I\_\_I

Βραδινό I\_\_I

1. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά-σαλάτα; I\_\_I
2. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί-γάλα-γιαούρτι; I\_\_I
3. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα; I\_\_I
4. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι; I\_\_I
5. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια; I\_\_I
6. Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά; I\_\_I
7. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά; I\_\_I
8. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας; I\_\_I
9. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε άσπρο κρέας; I\_\_I

Γ. Συμπληρώσετε δίπλα από τις παρακάτω προτάσεις από τα εξής επιρρήματα

**Πάντα**

**Μερικές φορές**

**Συνήθως**

**Σπάνια**

**Συχνά**

**Ποτέ**

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

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνικές πηγές:**

- Ζαμπάκος, Γ. (1989) *Παχυσαρκία ένα αίνιγμα με πολλές λύσεις*. Αθήνα: Βήτα.
- Ζαμπέλας, Α. (2003) *Η Διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ζηλίδης, Χ. (1995) *Διατροφή και Δημόσια Υγεία*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Κανελλάκης, Ε. Σ. (1993) *Υγεία και Μακροζωία. Βασικοί κανόνες υγιεινής διαβίωσης και διατροφής*. Αθήνα: Κέδρος.
- Κάσιμος, Χ. Δ. και Κάσιμος, Δ. Χ. (1991) *Διατροφή Υγιεινή Ανάπτυξη και διαβίωση του ανθρώπου*. Αθήνα : Αθανάσιος Χριστάκης.
- Καραδήμας Ε. Χ. (2005) *Ψυχολογία της Υγείας Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Εκδόσεις: Δαρδάνος.
- Καφάτος, Γ. & Λαμπαδάριος, Δ. (1990). *Τελευταίες εξελίξεις στην κλινική διατροφή και επιδημιολογία των νοσημάτων διατροφής*. Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής.
- Μάνου, Ν. (1997) *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Πλέσσας Γ. Σ., (1994) *Διαιτητική του ανθρώπου*. Αθήνα: Φαρμακότυπος, Β' έκδοση.
- Ομάδα Αγωγής Υγείας (1999) *Διατροφή και Διατροφικές συνήθειες*. Καβάλα: Δημοτική βιβλιοθήκη Καβάλας. (2<sup>ο</sup> Εσπερινό ΤΕΕ Καβάλας).
- Τούντας, Ι. (2001) *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας / Νέα Υγεία.

### **Μεταφρασμένες Πηγές:**

- Ομάδα γυναικών Βοστώνης (1981) *Εμείς και το σώμα μας*. μεταφρ. Μαγγανάρη Μ. Αθήνα: Υποδομή.

Carper, J. (2005) *Η τροφή σου, το φάρμακο σου 60 τροφές-αντίδοτα για όλες τις ασθένειες*, μεταφρ Τσιλεδάκη Μ. Αθήνα: Modern Times.

Ellrott, T & Pudel, V (2002) *Θεραπεία της παχυσαρκίας*, μεταφρ. Κατσιλάμπρος Ν. & Τσίγκος, Κ. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Πατισσιανού.

Jean-Luc, V. (1987) *Η Ψυχογενής Ανορεξία*, μεταφρ. Ράλλη Ι. και Ράλλης Ρ. Αθήνα: Χατζηνικολή.

Moore C., Shulman R., Kerr M. (1996) *Τα βασικά για τους γονείς. Η παιδική διατροφή*, μεταφρ. Παναγοπούλου Μ. Αθήνα: Πατάκη 1<sup>η</sup> έκδοση.

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΠΗΓΕΣ**

Bilali A, Galanis P, Velonakis E, Katostaras T. (2010) *Factors associated with abnormal eating attitudes among Greek adolescents*. J Nutr Educ Behav

Garner D, Olmstead M, Polivy J. (1983) *Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia* International Journal of Eating Disorders

Garner, Garfinkel EP. (1979) *The Eating Attitudes Test. An Index on the Symptoms of Anorexia Nervosa*. Psychological Medicine

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel EP. (1982) *The Eating Attitudes test. Psychometric features and clinical correlates*. Psych. Medicine

Greenberg L, Cwikel J, Mirsky J. (2007) *Cultural correlates of eating attitudes: a comparison between native-born and immigrant university students in Israel*. Int J Eat Disord.

Marciano DA, McSherry JA, Kraus AS. (1988) *Abnormal eating attitudes: prevalence at a canadian university*. Can Fam Physician

Memon AA, Adil SE, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K. (2012) *Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study*. BMC Res Notes.

**Πτυχιακές πηγές:**

Γονιδάκης Φ, Λιακοπούλου Ε, Ψυχουντάκη Μ, Βάρσου Ε, Σολδάτος Κ. (2008) *Διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών*. Πτυχιακή Εργασία. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., Φανάρη, Μ. (2008) *Οι Διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. Πτυχιακή Εργασία. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Ζιάκου, Μ. (2007) *Διατροφική σύγκριση μεταξύ Ελληνίδων και Βρετανίδων φοιτητριών*. Πτυχιακή Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μελισσουργάκη, Θ. & Ρεντίφη, Ι. (2006) *Διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης*. Πτυχιακή Εργασία. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Παναγιωτάκος Δ. και Πούνης Γ. (2005) *Διατροφικές συνήθειες σε δείγμα φοιτητών τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου*. Τόμος 9, τεύχος 4.

Παπαευσταθίου Α., Βασιλάκου Τ., Γναρδέλλης Χ. και Τριχοπούλου Α., (1999) *Διατροφικές γνώσεις και στάσεις – συμπεριφορές σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Αθήνας*. Ιατρική, 75(3):232-237. Ερευνητική Εργασία. Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Παπαμάρκου, Σ. (2008) *Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής*. Πτυχιακή εργασία. Χαροκοπέιο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Χριστάκη, Μ. (2007) *Συσχέτιση παιδικής παχυσαρκίας και υπερβάλλοντος βάρους με πιθανούς προδιαθεσικούς παράγοντες σε Κυπριακό πληθυσμό 10-11 χρονών και πρόταση αντιμετώπισης*. Μεταπτυχιακή εργασία. Χαροκοπέιο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

## Ηλεκτρονικές πηγές

Αλεξιάκης, Α. (2012) *Η Διατροφή: Μια αξία την οποία πρέπει να γνωρίζουμε* [www.portoraftinews.gr](http://www.portoraftinews.gr) [πρόσβαση 1 Δεκεμβρίου 2012].

Ανδρέου, Ε. (2012) *Κάπνισμα και Διατροφή* [www.sigmalive.gr](http://www.sigmalive.gr) [πρόσβαση 22 Νοεμβρίου 2012].

Αντωνίου, Α. (χ.χ.) *Αλκοόλ - Θεοχαρίδειο Κέντρο Κοινωνικής Συμπαράστασης* [www.help-net.gr](http://www.help-net.gr) [πρόσβαση 20 Νοεμβρίου 2012].

Γεωργιακώδης Ν. (2009) *Σωστή Διατροφή*. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) [πρόσβαση: 5 Ιουνίου 2012].

Γιαννιτσοπούλου Κ.Θ. (2006) *Ψυχογενής ανορεξία - Ψυχογενής βουλιμία Μάθετε τα κοινά συμπτώματα, τι κινδύνους κρύβουν και πώς αντιμετωπίζονται*.

[www.preventionmag.gr](http://www.preventionmag.gr) [πρόσβαση 10 Ιουνίου 2012].

Θεοδωρακοπούλου Γ. (2005) *Αλκοολισμός και Νέοι*. [www.lyk-kastor.lak.sch.gr](http://www.lyk-kastor.lak.sch.gr) [πρόσβαση: 30 Ιουνίου 2012].

Καρανικιώτης, Χ. (2004) *Συστηματική άσκηση και μακροζωία: πού, πώς, πότε και γιατί*; [www.in.gr](http://www.in.gr). [πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2012].

Κατσαμάνη Ε. (2011) *Άρθρα Διατροφής. Δείκτης Μάζας Σώματος*. [www.diaitologos.gr](http://www.diaitologos.gr) [πρόσβαση 15 Οκτωβρίου 2012].

Κοινωνική Υπηρεσία Τ.Ε.Ι. Αθήνας (2000) *Τάσεις – Εξαρτήσεις* [www.google.gr](http://www.google.gr) [πρόσβαση 22 Νοεμβρίου 2012].

Μάλαμα, Λ. και Ταχματζίδης (2011) *Ψυχογενή Διατροφικά*. Ινστιτούτο Ψυχολογικών Εφαρμογών. [www.ipse.gr](http://www.ipse.gr) [πρόσβαση: 5 Ιουνίου 2012].

Μαυράκη, Ε. (2012) *Τι πρέπει να προσέχουν οι φοιτητές στη διατροφή τους*. [www.2b-fit.gr](http://www.2b-fit.gr) [πρόσβαση: 7 Ιουνίου 2012].



Μήτσιου, Ε. (2012) *Η σχέση του αλκοόλ με τη μειωμένη πρόσληψη τροφής (drunkorexia)* [www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr). [πρόσβαση 25 Νοεμβρίου 2012].

Μόρτογλου, Α. & Μόρτογλου, Κ. (2012) *Παχυσαρκία – Αιτιολογία* [www.obeline.gr](http://www.obeline.gr) [πρόσβαση 26 Νοεμβρίου 2012].

Μπαλαμώτη Χ. Α. (2011) *Διατροφή στη Φοιτητική ζωή. Διαιτολογική μονάδα*. [www.dietnet.pblogs.gr](http://www.dietnet.pblogs.gr) [πρόσβαση: 4 Ιουνίου 2012].

Πανάγου, Ν. (2008) *Κάπνισμα. Δύο όψεις*. [www.2orpeis.neolaia.de](http://www.2orpeis.neolaia.de) [πρόσβαση: 20 Ιουνίου 2012].

Πανοτόπουλος, Γ. (2004) *Τι δείχνει μελέτη για τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών*. Εφημερίδα «Το Βήμα» 4/05/2004 [www.naftemporiki.gr/premium/archive/story](http://www.naftemporiki.gr/premium/archive/story) [πρόσβαση: 7 Ιουνίου 2012].

Τσαρούχας, Γ. (2012) *Διατροφή και Κάπνισμα*. [www.personaldiet.gr](http://www.personaldiet.gr) [πρόσβαση 24 Νοεμβρίου 2012].

Τριχόπουλος, Δ. (2004) *Παχυσαρκία και Κάπνισμα* [www.a33.gr](http://www.a33.gr) [πρόσβαση 25 Νοεμβρίου 2012].

Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου και Πασπάλα Ι. (2012) *Σωματική Άσκηση και Υγεία*. [www.medidiatrofi.gr](http://www.medidiatrofi.gr) [πρόσβαση: 22 Ιουνίου 2012].

Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας. (2012) *Μεσογειακή διατροφή. Διατροφικές Οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα*. [www.arosis.gr](http://www.arosis.gr) [πρόσβαση: 12 Ιουνίου 2012].

Χριστάκη, Ε. (2002) *Η άσκηση και η σωστή διατροφή νικούν τις πολυβιταμίνες*. [www.inhealth.gr](http://www.inhealth.gr) [πρόσβαση 25 Νοεμβρίου 2012].

M.D.P. (2012) *Αυθεντικά προϊόντα μεσογειακής διατροφής, MEDITERRANEANDIETPRODUCTS*. [www.medproducts.gr](http://www.medproducts.gr). [πρόσβαση: 15 Ιουνίου 2012].

Kendler, K. & Keller, M. (2002) *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*  
[www.care.gr/may](http://www.care.gr/may) [πρόσβαση 23 Νοεμβρίου 2012].

Wechsler, K., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., Castillo, S. (1993)  
*Συμπεριφορές υγείας και συνέπειες της ευκαιριακής υπερκατανάλωσης αλκοόλ σε 140*  
*Πανεπιστήμια στις Η.Π.Α.* [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com) [πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2012].

[www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) [πρόσβαση 1<sup>η</sup> φορά: 13 Ιουνίου 2012].

[www.mednet.gr](http://www.mednet.gr) [πρόσβαση 1<sup>η</sup> φορά: 10 Ιουνίου 2012].

[www.news.pathfinder.gr](http://www.news.pathfinder.gr) (2005) [πρόσβαση: 12 Ιουνίου 2012].