



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ ΣΧΟΛΗ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Η ΕΙΚΟΝΑ  
ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ**



**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ**

**ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΜΠΙΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**

**ΝΑΤΣΟ ΜΑΡΙΝΕΛΛΑ**

**ΣΗΤΕΙΑ 2017**



**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE- BRANCH OF SITIA**  
**DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS**

**“NUTRITION AND BOBY IMAGE DURING PREGNANCY”**



**SUPERVISED BY:**

CHARONITAKI AIKATERINI

**EDIRED BY:**

KONTAXAKI EIRINI

MPANTOUVAKI AIKATERINI

NATSO MARINELLA

**SITIA 2017**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Πρόλογος.....	7
Abstract.....	9
Ευχαριστίες.....	11
Εισαγωγή.....	12

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΙ**

1.1. Ορισμός Εγκυμοσύνης .....	14
1.2. Ορισμός Εικόνας Σώματος .....	14

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

2.1. Φυσιολογικές Αλλαγές – Ανατομία .....	15
2.1.1. Καρδιαγγειακό Σύστημα .....	16
2.1.2. Αιματολογία – Όγκος Αίματος .....	16
2.1.3. Αναπνευστικό Σύστημα .....	16
2.1.4. Ενδοκρινικό Σύστημα .....	17
2.1.5. Αναπαραγωγικό Σύστημα .....	20
2.1.6. Γαστρεντερικό Σύστημα.....	21
2.2. Δείκτης Μάζας Σώματος - Ενεργειακές Ανάγκες .....	22
2.2.1. Ενεργειακές Ανάγκες .....	23
2.3. Ανάγκες Σε Μακροθρεπτικά Συστατικά .....	24

2.3.1. Ανάγκες Σε Υδατάνθρακες .....	24
2.3.1.1. Κατάταξη Υδατανθράκων .....	24
2.3.2. Ανάγκες Σε Πρωτεΐνες .....	26
2.3.3. Ανάγκες Σε Λίπη Και Λιπαρά Οξέα .....	28
2.3.3.1 Κορεσμένα Λιπαρά Οξέα .....	29
2.3.3.2 Μονοακόρεστα Λιπαρά Οξέα .....	29
2.3.3.3. Trans Λιπαρά Οξέα .....	30
2.3.3.4 Διαιτητικές Συστάσεις Για Το Λίπος Και Τα Λιπαρά Οξέα.....	30
2.3.3.5. Πολυακόρεστα Λιπαρά Οξέα Και Ανάπτυξη Εμβρύου.....	30
2.3.3.6. Επίδραση Της Ισορροπίας Των Λιπαρών Οξέων Κατά Την Διάρκεια της εγκυμοσύνης και της βρεφικής ηλικίας.....	31
2.4. Ανάγκες Σε Βιταμίνες Και Συμπληρώματα Διατροφής .....	33
2.4.1. Υδατοδιαλυτές Βιταμίνες .....	33
2.4.1.2. Συστάσεις Ημερήσιας Διαιτητικής Πρόσληψης Των Υδατοδιαλυτών Βιταμινών .....	36
2.4.1.3. Λιποδιαλυτές Βιταμίνες .....	38
2.4.2. Ιχνοστοιχεία και Συμπληρώματα Διατροφής.....	43
2.4.2.1. Ανάγκες Σε Υγρά Κατά Την Διάρκεια Της Εγκυμοσύνης.....	48

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ**

3.1. Ψυχοσυναισθηματική Μετατόπιση κατά την εγκυμοσύνη.....	50
---	----

3.1.1. Άγχος-Στρες.....	52
3.2. Η Εικόνα Σώματος Και Η Επίδραση Στην Ψυχολογία Της Εγκύου.....	58

### **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Σκοπός Έρευνας.....	66
Μεθοδολογία Έρευνας.....	66
1. Διανομή Ερωτηματολογίων Και Δείγμα.....	66
2. Ερευνητικά Εργαλεία Που Χρησιμοποιήθηκαν.....	67
2.1. Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ).....	67
2.2. Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος (BAQ).....	68
2.3. Στατιστική Ανάλυση.....	69
3. Αποτελέσματα.....	69
3.1. Δείγμα.....	69
3.2. . Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ).....	76
3.3. Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος (BAQ).....	107
3.4. Συσχετίσεις Των Διατροφικών Επιλογών.....	113
3.4.1. Συσχετίσεις Των Διατροφικών Επιλογών Του Δείγματος Σε Σχέση Με Την Ηλικία.....	113
3.4.2. Συσχετίσεις Των Διατροφικών Επιλογών Του Δείγματος Σε Σχέση Με Το Τρίμηνο Εγκυμοσύνης.....	117
3.4.3. Συσχετίσεις Των Διατροφικών Επιλογών Του Δείγματος Σε Σχέση Με Τον Δείκτη Μάζας Σώματος.....	118
3.5. Συσχετίσεις Της Εικόνας Σώματος.....	119

<b>3.5.1.</b> Συσχετίσεις Της Εικόνας Σώματος Του Δείγματος Σε Σχέση Με Τον Δείκτη Μάζας Σώματος .....	119
<b>3.5.2.</b> . Συσχετίσεις Της Εικόνας Σώματος Του Δείγματος Σε Σχέση Με Την Ηλικία.....	119
<b>3.5.3.</b> Συσχετίσεις Της Εικόνας Σώματος Του Δείγματος Σε Σχέση Με Το Τρίμηνο Εγκυμοσύνης.....	119
<b>3.6.</b> Συσχέτιση Της Εικόνας Σώματος Και Των Διατροφικών Επιλογών.....	120
<b>4.</b> Συζήτηση .....	128
<b>4.1</b> Συμπεράσματα.....	142
4.2 Περιορισμοί.....	143
4.3 Μελλοντική Έρευνα.....	144
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	146
<b>Παραρτήματα</b> .....	158

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι γυναίκες σήμερα αλλά και διαχρονικά καλούνται να ανταπεξέλθουν σε πολλούς ρόλους, πέραν όμως από την πίεση της εργαζόμενης, της μητέρας, της συντρόφου και της φίλης καλούνται πάνω από όλα να είναι πάντοτε κομψές και να βαδίζουν σύμφωνα με τα πρότυπα ομορφιάς.

Σε μια περίοδο οπού ακόμη και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες καλούνται να δείχνουν απεγάδιαστες και κομψές θελήσαμε να ερευνήσουμε κατά πόσο επηρεάζονται από αυτή την άποψη που έχει επικρατήσει.

**Σκοπός:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό να διευκρινίσει τι αντίκτυπο μπορεί να έχει η εγκυμοσύνη ή η εικόνα σώματος στην διατροφή τους, κατά πόσο η διατροφή τους επηρεάζει την εικόνα που έχουν για το σώμα τους, καθώς επίσης το κατά πόσο η διατροφή καθώς και η εικόνα σώματος επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος και το τρίμηνο εγκυμοσύνης.

**Μεθοδολογία :** Στην παρούσα πτυχιακή ερευνήθηκαν οι διατροφικές επιλογές του δείγματός μας και πτυχές της εικόνας σώματος του, όπως εάν αισθάνονται ελκυστικές, την δύναμη του σώματος τους και την φυσική τους κατάσταση, την αίσθηση που έχουν οι ίδιες για το λίπος σε σημεία του σώματος τους κ.α. Τέλος συσχετίστηκε η εικόνα σώματος και οι διατροφικές επιλογές με την ηλικία, το τρίμηνο εγκυμοσύνης και τον Δείκτη Μάζας Σώματος καθώς και μεταξύ τους. – Αυτό το κομμάτι καλύτερα να το βάλετε στη μεθοδολογία

**Δείγμα:** Στην έρευνα συμμετείχαν 100 υγιείς έγκυες γυναίκες από το Ηράκλειο Κρήτης 17 έως 45 ετών, από την 16<sup>η</sup> έως την 40<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, ώστε να έχουν αρχίσει να αντιλαμβάνονται τις αλλαγές στο σώμα τους και να προσαρμόζονται σε αυτές. Το δείγμα περιελάμβανε γυναίκες από διάφορες κοινωνικές ομάδες και μορφωτικά επίπεδα. Όλες ήταν παντρεμένες, ενώ κάποιες είχαν ήδη παιδιά. Όλες ήταν μη καπνίζουσες.

**Ερευνητικά εργαλεία:** Πάρθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με κάθε μια από τις συμμετέχουσες και καταγράφηκαν η ηλικία, το ύψος, το βάρος πριν από την εγκυμοσύνη καθώς και το βάρος που καταγράψαμε κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Επίσης καταγράφηκε η εβδομάδα κύησης. Για τις συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκαν, το

ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ) και το ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος (BAQ) των Ben- Tovim. Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με την χρήση του SPSS.

### **Αποτελέσματα:**

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε:

Αυξημένη κατανάλωση σε ελαιόλαδο, μέση κατανάλωση στα αμυλούχα τρόφιμα, τα όσπρια και τα φρούτα και μειωμένη κατανάλωση στα ωμά λαχανικά, το ψάρι και το πρόχειρο φαγητό. Όσον αφορά την εικόνα σώματος παρατηρήθηκε θετική στάση όσον αφορά τις ομάδες της ελκυστικότητας, της δύναμη του σώματος και τις προσωπικές αξιώσεις. Ενώ παρατηρούμε αρνητική στάση στις κλίμακες που αφορούν το αίσθημα λίπους στην κοιλιά και στα κατώτερα σημεία του σώματος καθώς και στην υποτίμηση της εικόνας τους.

Συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της ηλικίας και των τροφίμων: ωμά λαχανικά ημιάπαχο γάλα και τυροκομικά στα οποία αυξάνεται η κατανάλωση και μειωμένη κατανάλωση στα αλμυρά σνακ, αναψυκτικά, γλυκά, παγωτά και πρόχειρο φαγητό. Ακόμη, όσο προχωράει η εγκυμοσύνη τόσο βρέθηκε να αυξάνεται η κατανάλωση κοτόπουλου, γαλοπούλας και κουνελιού, ενώ μειώνεται η κατανάλωση κρασιού. Επιπλέον, όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος. Επιπροσθέτως τρόφιμα τα οποία συσχετίζονται με την εικόνα σώματος, είναι τα πλήρες γάλα, το παγωτό, το burger. Τέλος δεν βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ εικόνας σώματος και ηλικίας και μεταξύ εικόνας σώματος και τριμήνου εγκυμοσύνης.

**Συζήτηση:** Η εκπαίδευση μιας εγκύου για την διατροφή της είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην μετέπειτα ζωή. (Fallah et.al,2013) Επίσης όταν το περιβάλλον της γυναίκας είναι υποστηρικτικό και κρατάει σωστή στάση απέναντι της, οδηγεί στην θετική εικόνα που έχει και η γυναίκα για το σώμα της.

Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για εξαγωγή περισσότερων συμπερασμάτων.

**Λέξεις Κλειδιά:** εγκυμοσύνη, εικόνα σώματος, διατροφή



## **ABSTRACT**

Women today and over time are required to handle multiple roles, but apart from the pressure of the worker, the mother, her partner and her friend are called above all to always be elegant and walk according to beauty standards. At a time when even during pregnancy women are invited to seem flawless and elegant we wanted to investigate how much they are influenced by this prevailing view.

### **Purpose:**

This project aims to clarify what impact this may have on their diet, whether their diet affects the image they have about their bodies, as well as whether the diet is influenced by factors such as age, BMI and the pregnancy trimester. And respectively whether the body image is affected by these factors. To this end we investigated the dietary choices of our sample and aspects of body image, but also if they feel attractive, the power of their body and their physical condition, the feeling that they themselves have about fat in their body parts etc. Finally we correlated to body image and eating options with age, pregnancy trimester, and body mass index as well as between them.

### **Methodology:**

In the present paper, the dietary choices of our sample and aspects of the body image were investigated, such as if they feel attractive, the strength of their body and their physical condition, the feeling they themselves have for the fat in certain body parts etc. Finally, body image and nutritional choices were correlated with age, pregnancy trimester and Body Mass Index as well as among them.

### **Sample:**

The sample consisted of 100 healthy pregnant women from Heraklion, Crete 17-45 years, from their 16th week to the 40th week of gestation. So that they have begun to understand the changes in their bodies and adapt to them. The sample contained women from different social groups and educational levels. All were married and some already had children. All were non-smokers.

**Research tools:** Personal interviews were conducted with each of the participants and age, height, weights were recorded before pregnancy and also weight was recorded during the interview. Moreover, the week of gestation was also recorded. For the interviews we used, the

food frequency questionnaire (FFQ) and body image questionnaire (BAQ) of Ben- Tovim. The analysis of the questionnaires was done using the SPSS -ONE WAY ANOVA.

**Results:**

In the present study it was observed:

Increased consumption in olive oil, average consumption in starchy foods, pulses and fruits, reduced consumption in raw vegetables, fish and junk food. In terms of body image, a positive attitude was observed in groups of attractiveness, body strength and personal claims. While we observe a negative attitude on the scales of fat in the abdomen and the lower parts of the body as well as the depreciation of their image. Correlation was found to exist between age and food, raw vegetables semi-dairy milk and cheeses which increase consumption and reduced consumption is found in salty snacks, soft drinks, sweets, ice cream and junk food. Also, as pregnancy progresses, chicken, turkey and rabbit consumption has been increased, while wine consumption is reduced. In addition, as the Body Mass Index increases, the resentment for body image increases. In addition, foods that are associated with body image are whole milk, ice cream, burger. No correlations between body image and age and between body image and pregnancy trimester were found.

**Discussion:**

Educating a pregnant woman for her diet is an important factor in promoting and maintaining health during pregnancy and in later life. (Fallah et.al, 2013) Also, when the woman's environment is supportive and keeps a correct attitude towards her, she leads to the positive image she has for her body.

Further research is needed to draw more conclusions.

**Keywords:** pregnancy, body image, nutrition

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας, αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την εισηγήτρια μας κα. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, η οποία με τις συμβουλές της μας βοήθησε να κατευθύνουμε την εργασία μας. Την ευχαριστούμε για την στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε. Καθώς και τους ιατρούς, κύριο Μικελάκη Γεώργιο και κύριο Νικολετάκη Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθεια τους στην εκπόνηση της έρευνας μας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας που στάθηκαν δίπλα μας σε αυτό το έργο.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική, υγιής κατάσταση και ταυτόχρονα η πιο κοινή φυσιολογική αλλαγή στην οποία υπόκεινται τα ανθρώπινα όντα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εγκυμοσύνη είναι περίοδος άγχους και προσμονής. Καθ' όλη την εξέλιξη της εγκυμοσύνης λαμβάνουν χώρα πολλές σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές. Η παρούσα πτυχιακή εργασία αφορά την εικόνα σώματος τόσο βιβλιογραφικά όσο και ερευνητικά, σε συσχέτιση με τις αλλαγές στις οποίες υπόκεινται οι ερωτώμενες αλλά και τον τρόπο που οι διατροφικές συνήθειες τις οποίες ακολουθούν έχουν αντίκτυπο στην ψυχολογία τους και στην εικόνα που έχουν για το σώμα τους.

Αντίληψη του σώματος, είναι η εκτίμηση των φυσικών πτυχών ενός ατόμου για το σώμα του και ο βαθμός ακρίβειας της εκτίμησης αυτής. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα άτομα πάσχουν από διαταραχή δυσμορφίας του σώματος (BDD), μια ψυχολογική διαταραχή που σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές σύμφωνα με την οποία τα άτομα έχουν πολύ ανακριβείς αντιλήψεις του μεγέθους του σώματός τους. (Burrowes,2013)

Ικανοποίηση σώματος, είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο είναι ικανοποιημένο με το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του. (Burrowes,2013). Ωστόσο, έρευνες δείχνουν ότι οι πιθανές αιτίες της αρνητικής εικόνας σώματος περιλαμβάνουν τα μέσα ενημέρωσης που πλασάρουν κατά καιρούς το “ιδανικό σχήμα σώματος”, η επιρροή της οικογένειας, συνομηλίκων και ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η αυξημένη τάση σύγκρισης του ατόμου με άλλα άτομα. Οι πιθανές συνέπειες της αρνητικής εικόνας του σώματος περιλαμβάνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, και χρήση ανθυγιεινών συμπεριφορών για έλεγχο του βάρους. (Burrowes, 2013). Το σωματικό βάρος βρέθηκε να είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης αρνητικής εικόνας του σώματος, ανεξάρτητα από το φύλο ή την εθνικότητα (Xanthopoulos, et al., 2011)

Η συχνότητα εμφάνισης ορισμένων ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με επικρατέστερα τα συμπτώματα άγχους είναι περίπου 20% -25% και το ποσοστό της κατάθλιψης διαφέρει μεταξύ των πληθυσμών, αλλά κυμαίνεται γενικά περίπου στο 20% (Inanir et al, 2015)

Το να είναι μια έγκυος γυναίκα ικανοποιημένη με το σώμα της είναι ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την σωματική και ψυχική της ηρεμία.(Guszkowska et al ,2014) Είναι από πολλές έρευνες τεκμηριωμένο ότι υπάρχουν πολλές σοβαρές ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες όταν μια γυναίκα με διατροφική διαταραχή μείνει έγκυος.( Robertson-Frey,2005) Η δυσαρέσκεια της εγκύου με το σώμα της θα πρέπει να είναι ένα σημαντικό θέμα παρέμβασης διότι είναι συναφής για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. (Guszkowska et al ,2014)

Η διατροφή της μητέρας, αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα στην πορεία και στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Χρειάζεται εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης και διατροφικές συμβουλές σε κάθε εγκυμοσύνη. Σχεδόν όλα τα θρεπτικά συστατικά απαιτούνται σε αυξημένες ποσότητες κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά το μέγεθος της αύξησης διαφοροποιείται από το ένα θρεπτικό συστατικό στο άλλο.( Pitkin , 1977)

Οι περισσότερες γυναίκες αποκτούν περισσότερο βάρος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από ότι συνίσταται. Η αύξηση αυτή σχετίζεται με βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους υγείας για όσες μητέρες δεν συμμορφώνονται με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι έγκυες με διατροφικές διαταραχές τείνουν να διαμορφώνουν και το βάρος τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως για παράδειγμα να βάζουν τον εαυτό τους σε πρόγραμμα δίαιτας, επίσης έχουν αναφερθεί επεισόδια βουλιμίας αλλά και περιπτώσεις υπερβολικής αύξησης βάρους. (Fairburn et al,1990)

Τέλος η εγκυμοσύνη αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο ιδιαίτερα στις γυναίκες που είναι εύκολο να μεταβούν από φυσιολογικού βάρους, σε υπέρβαρο ακόμα και στην παχυσαρκία. Ωστόσο, η εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι είναι μια περίοδος κατά την οποία οι γυναίκες μπορεί να είναι πιο δεκτικές σε προτάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς. (Chang et al,2013)

## Κεφάλαιο 1. ΟΡΙΣΜΟΙ

### 1.1. Ορισμός Εγκυμοσύνης

Σύμφωνα με τον Ζαμπέλα, η εγκυμοσύνη αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση στη ζωή της γυναίκας. Διαρκεί 40 εβδομάδες ή 280 ημέρες περίπου ή 39 έως 41 εβδομάδες, αρχίζοντας από την πρώτη ημέρα της περιόδου (Walker, 1996).

Στο σώμα της εγκύου συμβαίνουν πολλές αλλαγές που αφορούν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού. Οι αλλαγές αυτές αποσκοπούν:

1. Στη ρύθμιση του μεταβολισμού των εγκύων
2. Στην προαγωγή της ανάπτυξης του εμβρύου
3. Στην προετοιμασία την μητέρας για τον τοκετό και τον θηλασμό (Carrodi, 2001)

### 1.2. Ορισμός Εικόνας Σώματος

Σύμφωνα με την Α. Λεοντάρη 2011, σελ 309 <<Η εικόνα σώματος θεωρείται μια βασική πτυχή του εαυτού και ένας παράγοντας που ασκεί καθοριστική επίδραση στην ψυχική υγεία του ατόμου. Τα τελευταία χρόνια όλα και περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στην εικόνα του σώματος εξαιτίας της πιθανής σύνδεσης της με διατροφικές δυσλειτουργίες και του ολοένα αυξανόμενου αισθήματος δυσαρέσκειας για το σώμα>>. Ο όρος εικόνα σώματος αναφέρεται, σε ένα σύνολο αντιλήψεων, στάσεων, συμπεριφορών και συναισθημάτων που έχει ένα άτομο για το σώμα του (Skouteris et al, 2005). Μπορούμε να διαχωρίσουμε την εικόνα σώματος σε θετική και αρνητική ή όπως αναφέρεται διαφορετικά δυσαρέσκεια του σώματος (Webb et al, 2015).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης το σώμα της γυναίκας αλλάζει δραματικά, πράγμα το οποίο μπορεί είτε να διαταράξει την εικόνα σώματος των γυναικών είτε να οδηγήσει σε έντονη δυσαρέσκεια εάν ήδη υπάρχουν προβλήματα με την εικόνα σώματος και όλο αυτό να δημιουργήσει συναισθηματικά προβλήματα. Γι' αυτό καλό είναι όλες οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της κύησης να αντιμετωπίζονται θετικά και ως κάτι το

οποίο είναι παροδικό. Παρακάτω θα αναφερθούμε πιο αναλυτικά στην εικόνα σώματος και πως αντιμετωπίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

## **Κεφάλαιο 2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

### **2.1. Φυσιολογικές Αλλαγές - Ανατομία**

Η εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση η οποία αποτελεί σημαντική πρόκληση για όλα τα συστήματα του σώματος. Οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι απαραίτητες για την υποστήριξη και την προστασία του αναπτυσσόμενου εμβρύου, αλλά και για την προετοιμασία της μητέρας για τον τοκετό και τον θηλασμό. Ορισμένοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της εγκυμοσύνης όπως είναι η ηλικία της μητέρας και οι πολύδυμες κύσεις. (Carlin et al, 2008). Η εγκυμοσύνη συνδέεται έντονα με ανατομικές, φυσιολογικές, βιοχημικές και ενδοκρινικές αλλαγές που επηρεάζουν πολλά όργανα και συστήματα.

Καθώς η μήτρα μεγαλώνει πιέζει τα κοιλιακά όργανα της γυναίκας. Η μήτρα πιέζει την ουροδόχο κύστη, το στομάχι, τους πνεύμονες, τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα νεύρα. Αυτό οδηγεί σε συχνή ούρηση, αίσθημα καύσου, συμφόρηση στις φλέβες, δυσκολία στην αναπνοή και άλλες συνθήκες που θα περάσουν μετά τη γέννηση, όταν η μήτρα επιστρέψει στο μέγεθος προ-εγκυμοσύνης. Μερικά από τα συμπτώματα υποχωρούν αμέσως μετά τη γέννηση και τα περισσότερα από αυτά εξαφανίζονται εντός έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν τυχόν προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις και να τις αντιμετωπίσουν ώστε να φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. (Yanamandra et al, 2012) Οι πρόοδοι της Ιατρικής έχουν βοηθήσει εξαιρετικά στην αποφυγή επιπλοκών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης . Η καλή γνώση της κατάστασης και της φυσιολογίας της μητέρας βοηθάει για τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Οι κυριότερες αλλαγές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με την εντατική φροντίδα που χρειάζονται είναι το καρδιαγγειακό και το πνευμονολογικό σύστημα. (Yeomans et al, 2005)

### **2.1.1. Καρδιαγγειακό Σύστημα**

Οι περισσότερες αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα παρατηρούνται το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, λιγότερες στο μέσο και κορυφώνονται ξανά κατά τους τελευταίους μήνες. (Carlin et al, 2008). Όλες οι αιμοδυναμικές μεταβολές υποχωρούν φυσιολογικά μέσα στις πρώτες εβδομάδες λοχείας.

1. Η καρδιακή παροχή και ο όγκος αίματος αυξάνεται ώστε να καλύψει τις μεταβολικές απαιτήσεις
2. Παρατηρείται αύξηση καρδιακής συχνότητας
3. Μετατόπιση της καρδιάς προς τα πάνω και αριστερά από την κυοφορούσα μήτρα
4. Μείωση περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων
5. Η μέση αρτηριακή αντίσταση παραμένει σταθερή (Horniackek et al, 2011)

### **2.1.2. Αιματολογία – Όγκος Αίματος**

Παρατηρείται αύξηση του πλάσματος και του συνολικού όγκου αίματος. Αύξηση κατά 15% κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, αυξάνεται περισσότερο το δεύτερο τρίμηνο και παρατηρείται κορύφωση στις 32 εβδομάδες της εγκυμοσύνης φτάνοντας έως και 50% αύξηση σε σχέση με μη έγκυες γυναίκες, ενώ επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα 6 ημέρες μετά τη γέννηση. Ο όγκος αίματος αυξάνεται εξαιτίας της αύξησης των ερυθροκυττάρων και του όγκου πλάσματος από την κατακράτηση νερού και άλατος. Η σχετικά μικρότερη αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων σε σχέση με την αύξηση των επιπέδων του πλάσματος προκαλεί τη φυσιολογική αναιμία που παρατηρείται κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης η εγκυμοσύνη συνδέεται με αυξημένο κύκλο ζωής των αιμοπεταλίων. (Yanamandra et al, 2012)

### **2.1.3. Αναπνευστικό Σύστημα**

Η προγεστερόνη είναι γνωστό διεγερτικό της αναπνοής και της αναπνευστικής κίνησης, τα επίπεδα αυξάνονται από 25ng/ml έως 150 ng/ml κατά την εγκυμοσύνη (Funai et al, 2011) Η αύξηση της μήτρας έχει ως αποτέλεσμα την άνοδο του διαφράγματος κατά 4cm χωρίς να



επηρεάζεται η λειτουργία του. Ο αναπνευστικός ρυθμός δεν φαίνεται να αλλάζει σημαντικά ενώ ο αναπνεόμενος όγκος αυξάνεται κατά περίπου 200ml αυξάνοντας την ζωτική χωρητικότητα και μειώνοντας την λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα. (Borton et al, 2016)

Αυξάνεται η κατανάλωση οξυγόνου μαζί με τον όγκο του αίματος για την σωστή μεταφορά του οξυγόνου στις αυξημένες αυτές απαιτήσεις. Η κατανάλωση οξυγόνου αυξάνεται κατά 15-20% το 50% της αύξησης αυτής απαιτείται από τη μήτρα. (Horniachek et al, 2011)

## **2.1.4. Ενδοκρινικό Σύστημα**

### **2.1.4.α Ορμόνες στην εγκυμοσύνη**

Η ενδοκρινολογία στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει ενδοκρινολογικές και μεταβολικές αλλαγές που προκύπτουν κατά τις φυσιολογικές αλλαγές μεταξύ μητέρας και εμβρύου. Η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο μαζί με άλλες ορμόνες.

#### **A. Στεροειδής ορμόνες**

##### **1. Προγεστερόνη**

Σημαντική στεροειδής ορμόνη για την αναπαραγωγική λειτουργία Παράγεται κατά μεγάλο βαθμό από το ωχρό σωματίο μέχρι περίπου τις 10 πρώτες εβδομάδες και στην συνέχεια από τον πλακούντα. (Golekiani, 2007). Η χρήση της κατά την εγκυμοσύνη είναι ακόμα αμφιλεγόμενη.

Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες που έλαβαν προγεστερόνη ήταν στατιστικά σημαντικά λιγότερο πιθανό να έχουν επαναλαμβανόμενες αποβολές πριν τις 34 εβδομάδες, να έχουν βρέφος με βάρος γέννησης <2,5kg ή να διαγνωσθούν με ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Ο πρόωρος τοκετός μπορεί να προληφθεί με χρήση προγεστερόνης. (Renzo, 2005)

##### **2. Οιστρογόνα**

Παράγονται από ωχρό σωματίο ωοθηκών, πλακούντα, ήπαρ και επινεφρίδια εμβρύου. Τα υψηλά επίπεδα είναι απαραίτητα για μια υγιή εγκυμοσύνη καθώς παρέχουν στήριξη,

ανάπτυξη εμβρύου σε όργανα όπως ήπαρ, νεφρά, πνεύμονες, ανάπτυξη πλακούντα, προετοιμασία για γαλουχία. Όμως παρατηρούνται και ανεπιθύμητες παρενέργειες λόγω των υψηλών επιπέδων όπως: Αλλαγές διάθεσης, πρωινή αδιαθεσία, δυσκοιλιότητα.

## **B. Πρωτεϊνικές ορμόνες**

### 1. Χοριακή Γοναδοτροπίνη (HCG)

-Παράγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον πλακούντα

-Υποστήριξη ωχρού σωματίου

- μπορεί να ανιχνευθεί σε μια εξέταση αίματος 11 μέρες μετά τη σύλληψη και μετά από 12-14 ημέρες με τεστ ούρων

Τα επίπεδα διπλασιάζονται κάθε 72 ώρες και φτάνει στο αποκορύφωμα 8-11 εβδομάδες και στην συνέχεια μειώνεται και σταθεροποιείται για το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης (American association, 2016)

### 2. HPL – Πλακουντιακό γαλακτογόνο

-παρόμοια δράση με την αυξητική ορμόνη

-ευθύνεται για το 10% της παραγωγής πρωτεΐνης στον πλακούντα

-εκκρίνεται λίγο μετά την μείωση της HCG (10<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης)

Ο κύριος ρόλος της είναι να προωθεί τα αποθέματα γλυκόζης στο έμβryo. Επίσης επηρεάζει την παραγωγή ινσουλίνης της μητέρας και τη μεταφορά θρεπτικών συστατικών στο έμβryo.

-Προετοιμάζει τα κύτταρα των μαστών για την γαλουχία.

Στην πραγματικότητα ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης, προκαλεί δυσανεξία στη γλυκόζη καθώς και λιπόλυση και πρωτεόλυση στο μητρικό σύστημα. (Kumar, 2012)

### 3. Ορμόνες θυρεοειδούς : εγκυμοσύνη και εμβρυική ανάπτυξη.

-Είναι κρίσιμες για την εγκεφαλική ανάπτυξη του εμβρύου και του νεογνού. Σε περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού παρατηρείται συχνά νοητική υστέρηση.

Περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού επίσης έχουν συσχετιστεί με αποβολές, προεκλαμψία και πρόωρο τοκετό. (Galofre, 2008)

### **2.1.4.β Ορμόνες και διατροφή**

Γευστικές αλλαγές και υπερφαγία μπορεί να εμφανιστούν κατά την εγκυμοσύνη λόγω της αύξησης των ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Έχει αποδειχθεί πως τα οιστρογόνα μειώνουν την όρεξη ενώ η προγεστερόνη την αυξάνει. (Marijke et al, 2010) Οι μηχανισμοί που οδηγούν σε υπερφαγία και αύξηση της όρεξης κατά την εγκυμοσύνη παραμένουν άγνωστοι σε μεγάλο βαθμό.

#### **ΛΕΠΤΙΝΗ**

Παράγεται στα λιποκύτταρα και εμπλέκεται στην πρόσληψη τροφής. Μαζί με την ινσουλίνη, η λεπτίνη δρα στον υποθάλαμο για να καταστείλει την όρεξη και την πρόσληψη τροφής ενώ επιτρέπει την ενεργειακή δαπάνη. (Marijke et al, 2010) Δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από υπερφαγία και αυξανόμενη ενεργειακή ζήτηση, φαίνεται ότι ένα μέρος λεπτίνης παραμένει ανθεκτικό και αναπτύσσεται κατά την εγκυμοσύνη

#### **ΓΚΡΕΛΙΝΗ**

Μη έγκυες: Παράγεται από το θόλο τμήμα του στομάχου.

Έγκυες: Παράγεται από τον πλακούντα.

Είναι σημαντικός ρυθμιστής ενεργειακού ισοζυγίου (έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την πρόσληψη τροφής)

#### **ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΚΙΝΙΝΗ (CCK) ΚΑΙ ΠΕΠΤΙΔΙΟ ΥΥ.**

Υπάρχουν ελάχιστες μελέτες αφιερωμένες στην επίδραση των εντερικών ορμονών στην πρόσληψη τροφής κατά την εγκυμοσύνη.

CCK εκκρίνεται από το δωδεκαδάκτυλο κατά την πρόσληψη τροφής και προκαλεί κορεσμό, διεγείρει την παγκρεατική έκκριση και προκαλεί αύξηση της γαστρεντερικής λειτουργίας. Τα επίπεδα χολοκυστοκινίνης δεν διαφέρουν από τις μη έγκυες στις έγκυες γυναίκες. ( Frick, 1990)

PYY : Ρύθμιση πρόσληψης τροφής κατά την κύηση, μέλος της οικογένειας παγκρεατικού πολυπεπτιδίου, παράγεται από τα ενδοκρινή κύτταρα του ειλεού και του παχέως εντέρου. Μελέτες έχουν δείξει αύξηση στα επίπεδα PYY κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Kappa, 2008).

Φαίνεται πιθανό ότι οι ορμόνες της αναπαραγωγής εμπλέκονται στις αλλαγές στα σήματα κορεσμού δεδομένου ότι η αύξηση της όρεξης παρατηρείται στην αρχή της εγκυμοσύνης, όταν οι ενεργειακές ανάγκες του εμβρύου είναι ακόμα περιορισμένες. Οι ορμόνες του φύλου θα μπορούσαν να δράσουν άμεσα στο ΚΝΣ. Τα οιστρογόνα ή η προγεστερόνη μπορεί να επηρεάσει τους υποδοχείς της γεύσης ή τους γευστικούς κάλυκες

## **2.1.5. Αναπαραγωγικό Σύστημα**

### **A. Μήτρα**

Παρατηρείται αύξηση του όγκου της μήτρας (μυική υπερτροφία), ελαστικότερος ιστός, το ενδομήτριο γίνεται παχύτερο, επίσης αυξάνεται το βάρος της μήτρας.

### **B. Τράχηλος της μήτρας**

-Αυξημένη αιμαγγείωση

-Παραγωγή βλέννας σε μεγαλύτερες ποσότητες, στην οποία περιέχει αντισώματα και κυτοκίνες για προστασία του κόλπου από λοιμώξεις.

-Αναδιάταξη του τραχήλου ώστε να επιτρέπει την διαστολή και την συστολή κατά τον τοκετό.

### **Γ. Ωοθήκες**

-Παύση ανάπτυξης ωοθυλακίων και της ωοθηλακιορρηξίας

-Έκκριση ρελαξίνης

-Υπεραιμία κόλπου (Gerster et al, 2013)

## 2.1.6. Γαστρεντερικό Σύστημα

Στο γαστρεντερικό σύστημα παρατηρούνται αλλαγές που μπορεί να οφείλονται σε ορμονικούς παράγοντες όπως η παρατεταμένη γαστρική κένωση. Το άγχος και οι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να έχουν σοβαρές επιδράσεις στην γαστρική κινητικότητα κατά την εγκυμοσύνη. (Ratigan,1983)

Παρατηρούνται:

### 1. Καούρες (ΓΟΠ)

Λόγω της χαλαρότητας της βαλβίδας στην είσοδο του στομάχου επιτρέπεται η παλινδρόμηση των στομαχικών οξέων. Επιπλέον λόγω της αύξησης της μήτρας, αυξάνεται και η πίεση γεγονός που επιδεινώνει την κατάσταση.

### 2. Ναυτία

Εμφανίζεται στο 50-90% των κυήσεων ενώ ο έμετος στο 25-55%. Οφείλεται κυρίως σε ορμονικές διαταραχές (αύξηση χορειακής γοναδοτροπίνης στο αίμα) και στην αυξημένη κινητικότητα γαστρεντερικού συστήματος. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η ηλικία, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, πρώτη εγκυμοσύνη και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

### 3. Δυσκοιλιότητα

Παρατηρείται σε συχνότητα 11-38%. Η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική (μειωμένη κινητικότητα εντέρου, αυξημένη απορρόφηση νερού, συμπληρώματα σιδήρου). Πρέπει να αποκλειστούν περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού, ΣΔ, υπερασβεταϊμία, υποκαλιαιμία ως πιθανές αιτίες.

### 4. Χολολιθίαση

Η εγκυμοσύνη συνδέεται με τον σχηματισμό χολόλιθων η οποία με την σειρά της είναι σημαντική αιτία εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας (χρειάζεται ειδική παρακολούθηση). Επίσης δεύτερη πιο κοινή επέμβαση στην εγκυμοσύνη είναι η χολοκυστεκτομή. Ο ακριβής μηχανισμός σχηματισμού χολόλιθων δεν είναι γνωστός, υψηλός κίνδυνος υπάρχει κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. (Praveen, 2016)

### 5. Αιμορροΐδες

Οι αιμορροΐδες είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ακόμα περισσότερο παρατηρούνται στην περίοδο μετά τον τοκετό.

Παρατηρείται σε ποσοστό 1/3 των γυναικών και εκδηλώνονται με κνησμό, πόνο και αιμορραγία.

Θεωρείται ότι προκαλούνται από την αυξημένη κοιλιακή πίεση και διεύρυνση της κυοφορούσας μήτρας.

## **2.2. Δείκτης Μάζας Σώματος – Ενεργειακές Ανάγκες**

Οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την αύξηση βάρους κατά την κύηση θα πρέπει να παρέχονται από τους μαιευτήρες- γυναικολόγους κατά την αρχική επίσκεψη και κατά τον προγεννητικό έλεγχο. Θα πρέπει να δίνονται συμβουλές για τη σταθερή αύξηση σωματικού βάρους καθώς επίσης τη διατροφή, την άσκηση και ιδιαίτερα θα πρέπει να τονιστεί πόσο σημαντικό είναι να περιοριστεί η υπερβολική αύξηση βάρους ώστε να επιτύχουμε καλύτερη εγκυμοσύνη. Η Εξατομικευμένη φροντίδα θεωρείται απαραίτητη σε υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες. (Leddy et al, 2008)

Κατά την τελευταία δεκαετία, πληθώρα δεδομένων υποστηρίζουν ότι ο λιπώδης ιστός είναι ένας μεταβολικά ενεργός ιστός εκτός από αποθήκη ενέργειας. Συγκεκριμένα οι αντιποκίνες που παράγονται από τον λιπώδη ιστό όπως λεπτίνη, αδιπονεκτίνη, ρεζιστίνη, TNF-a , και IL-6. Οι αντιποκίνες άμεσα ή/και έμμεσα εμπλέκονται στην αναπαραγωγή, φλεγμονή, ανοσία, ευαισθησία στην ινσουλίνη, ομοιόσταση της γλυκόζης, μεταβολισμό των λιπιδίων, ρύθμιση αρτηριακής πίεσης καθώς και στην όρεξη.

### 2.2.1. Ενεργειακές Ανάγκες

Οι ενεργειακές ανάγκες της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν την ενέργεια που κατατίθεται στους αναπτυσσόμενους ιστούς του εμβρύου και της μητέρας όπως επίσης και τις απαιτήσεις του οργανισμού για συντήρηση και φυσική δραστηριότητα. Η αύξηση του βάρους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει:

1. Τα προϊόντα σύλληψης δηλαδή το έμβρυο, τον πλακούντα και το αμνιακό υγρό, την αύξηση των ιστών της μητέρας (μήτρα, στήθος, αίμα , εξωκυττάριο υγρό) Ως αποτέλεσμα της αύξησης της ιστικής μάζας, αυξάνεται και το ενεργειακό κόστος συντήρησης. Για να οριστούν οι επιθυμητές ενεργειακές ανάγκες θα πρέπει να ορίζεται η βέλτιστη επιθυμητή αύξηση βάρους για την μητέρα ώστε να αποφεύγονται επιπλοκές κύησης, τοκετού ,λοχείας και κατά το διάστημα της γαλουχίας. (Butte et al, 2005). Υγιής εγκυμοσύνη θεωρείται αυτή με ομαλό ρυθμό ανάπτυξης, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παθολογία. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Διατροφής και Διαιτητικής, οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να υιοθετούν έναν τρόπο ζωής, βέλτιστο για την υγεία τους, μειώνοντας τον κίνδυνο γενετικών ανωμαλιών, χρόνιων προβλημάτων υγείας για την σωστή έκβαση της εγκυμοσύνης.
2. Υγιές βάρος προ-εγκυμοσύνης
3. Κατάλληλη αύξηση σωματικού βάρους και φυσικής δραστηριότητας κατά την εγκυμοσύνη
4. Κατανάλωση ευρείας ποικιλίας τρόφιμα
5. Κατάλληλες βιταμίνες, ανόργανα άλατα και συμπληρώματα
6. Αποφυγή αλκοόλ και άλλες επιβλαβείς ουσίες.

<i>Ενεργειακές Ανάγκες</i>	
1 <sup>ο</sup> τριμήνου	Ίδιες
2 <sup>ο</sup> τριμήνου	+340kcal/d
3 <sup>ο</sup> τριμήνου	+452kcal/d

Τουλάχιστον 150min/week μέτριας έντασης, αερόβια άσκηση.

<i>Αύξηση Βάρους εγκυμοσύνης ανάλογα τον BMI</i>	
Ελλιποβαρής (<18,5)	12,5 – 18 kg
Φυσιολογικού βάρους (18,5-24,9)	11,5-16 kg
Υπέρβαρες (>25-29,9)	7-11,5 kg
Παχύσαρκες (>30)	5-9 kg

(Academy Of Nutrition And Dietetics, July 2014)

## **2.3. Ανάγκες Σε Μακροθρεπτικά Συστατικά**

### **2.3.1. Ανάγκες Σε Υδατάνθρακες**

Οι υδατάνθρακες αποτελούν βασικά συστατικά της διατροφής. Η κατηγορία των υδατανθράκων περιλαμβάνει τα σάκχαρα, τους αμυλούχους υδατάνθρακες και τις διαιτητικές ίνες. Οι αμυλούχοι υδατάνθρακες παρέχουν μια σημαντική πηγή ενέργειας ενώ οι διαιτητικές ίνες είναι σημαντικές για την υγεία του πεπτικού συστήματος. Υπάρχουν επίσης στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν ότι ο τύπος του υδατάνθρακα ο οποίος καταναλώνεται μπορεί να επηρεάσει τον κίνδυνο ορισμένων ασθενειών συμπεριλαμβανομένων και των καρδιακών παθήσεων (British Nutrition Foundation, 2012).

#### **2.3.1.1. Κατάταξη Των Υδατανθράκων**

Οι υδατάνθρακες είναι αποτέλεσμα των ενώσεων άνθρακα, υδρογόνου και οξυγόνου. Μπορούν να ταξινομηθούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ένας κοινός τρόπος είναι αυτός σύμφωνα με την δομή τους. Μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθος του μορίου τους σε :



1. Μονοσακχαρίτες: οι οποίοι είναι τα απλούστερα μόρια υδατανθράκων. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενοι μονοσακχαρίτες στα τρόφιμα είναι η γλυκόζη, η φρουκτόζη και η γαλακτόζη
2. Δισακχαρίτες: οι οποίοι σχηματίζονται όταν δυο μόρια μονοσακχαριτών ενώνονται με την απομάκρυνση ενός μορίου νερού. Στην παραπάνω κατηγορία ανήκουν η σακχαρόζη (γλυκόζη και φρουκτόζη), η λακτόζη (γλυκόζη και γαλακτόζη), και η μαλτόζη (2 μόρια γλυκόζης)
3. Ολιγοσακχαρίτες: οι οποίοι είναι μόρια υδατάνθρακα τα οποία έχουν μεγαλύτερα μήκη αλυσίδας άνθρακα σε σχέση με τους μονοσακχαρίτες και τους δισακχαρίτες, αλλά μικρότερη από αυτή των πολυσακχαριτών. Γενικά έχουν αλυσίδες άνθρακα από 3 έως 10 μόρια. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν διαθέτει ένζυμα τα οποία είναι ικανά να τους πέσουν, έτσι ώστε να περνούν μέσα από την πεπτική οδό και να μεταβολίζονται από τα βακτήρια του εντέρου
4. Πολυσακχαρίτες: αποτελούνται από πολλά μόρια μονοσακχαριτών (συνήθως γλυκόζης) τα οποία ενώνονται μεταξύ τους. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει το άμυλο, το γλυκογόνο (η μορφή στην οποία η γλυκόζη αποθηκεύεται στον ανθρώπινο) και κυτταρίνη, βήτα γλυκάνη και πηκτίνη (συστατικά τα οποία ταξινομούνται ως φυτικές ίνες) (British Nutrition Foundation, 2012).

Σύμφωνα με τον Βρετανικό οργανισμό διατροφής (2012) οι υδατάνθρακες για διαιτητικούς σκοπούς έχουν κατηγοριοποιηθεί επίσης και ως:

1. Σάκχαρα τα οποία διαχωρίζονται σε α) ενδογενή σάκχαρα, τα οποία ενσωματώνονται στην κυτταρική δομή των τροφίμων, π.χ. σάκχαρα σε ολόκληρα φρούτα και λαχανικά και β) εξωγενή σάκχαρα, τα οποία δεν δεσμεύονται σε μια κυτταρική δομή, π.χ. η λακτόζη (σάκχαρο γάλακτος), σε γαλακτοκομικά προϊόντα. Το μέλι, οι χυμοί φρούτων, επιτραπέζια ζάχαρη και ζαχαροπλαστική αποτελούν επίσης παραδείγματα τροφίμων που περιέχουν εξωγενή σάκχαρα
2. Σύνθετοι υδατάνθρακες οι οποίοι ανιχνεύονται α) στο άμυλο, το οποίο βρίσκεται στις πατάτες, το ψωμί, το ρύζι και τα ζυμαρικά και β) στις φυτικές ίνες οι οποίες αποτελούν

υδατανθρακικά πολυμέρη με τρία ή περισσότερα μονομερή. Αυτά τα πολυμερή δεν πέπτονται ούτε απορροφώνται στο λεπτό έντερο (British Nutrition Foundation, 2012).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι απαιτήσεις σε άμυλο, σάκχαρα, και μη αμυλούχους πολυσακχαρίτες (φυτικές ίνες) δεν αυξάνονται. Ωστόσο η δυσκοιλιότητα η οποία μπορεί να αποδοθεί στην μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, είναι συχνή σε όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης. Γυναίκες με χαμηλή πρόσληψη μη αμυλούχων πολυσακχαριτών μπορεί να επωφεληθούν από την αυξημένη πρόσληψη σε ένα εύρος 12-24 gr/d παράλληλα με αυξημένη πρόσληψη υγρών για να ενθαρρυνθεί η κίνηση του εντέρου (Williamson, 2006). Οι διαιτητικοί υδατάνθρακες διασπώνται για να σχηματίσουν την γλυκόζη, γνωστή και ως γλυκόζη του αίματος.

Σύμφωνα με την διαθέσιμη βιβλιογραφία η ταχεία ανάπτυξη του εμβρύου, απαιτεί άφθονες ποσότητες ενέργειας με την μορφή γλυκόζης να είναι διαθέσιμες στο έμβρυο κάθε στιγμή. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη (RDA) υδατανθράκων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 175 gr/d, και είναι αυξημένη σε σχέση με τα 130 gr/d για τις μη έγκυες γυναίκες. Οι περισσότερες Αμερικανίδες καταναλώνουν αρκετούς υδατάνθρακες για να φτάσουν τις φυσιολογικές για την εγκυμοσύνη απαιτήσεις με ένα μέσο όρο των 260 gr/d για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Παρόλα αυτά, οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται από ειδικούς διατροφής ότι μια δίαιτα χαμηλών υδατανθράκων είναι επικίνδυνη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μπορεί να θέσει το έμβρυο σε κίνδυνο χαμηλής ανάπτυξης. Από την άλλη πλευρά, αν μια εγκυμονούσα παρουσιάσει διαβήτη κύησης συνίσταται ένας ήπιος περιορισμός υδατανθράκων. Όταν η μητέρα ξεκινάει την εγκυμοσύνη με προϋπάρχον διαβήτη ή αναπτύξει διαβήτη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τότε συνίσταται η συνεργασία της με ομάδα ιατρικής φροντίδας για να είναι βέβαιο ότι παρέχεται αρκετή, αλλά όχι υπερβολική γλυκόζη για να εξασφαλιστεί η βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού (Brown, 2009).

### **2.3.2. Ανάγκες Σε Πρωτεΐνες**

Οι πρωτεΐνες αποτελούνται από αμινοξέα. Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι σε θέση να συνθέσει ορισμένα αμινοξέα, ενώ τα απαραίτητα αμινοξέα πρέπει να λαμβάνονται εξωγενώς

από την τροφή. Ο ρόλος τους είναι σημαντικός μιας και είναι απαραίτητες για την κατασκευή και την επιδιόρθωση των ιστών, για την σύνθεση ορμονών, των ενζύμων και των αντισωμάτων, και για άλλες σωματικές λειτουργίες (Ministry of Health, 2006).

Η επαρκής ενεργειακή πρόσληψη απαιτείται μαζί με την επαρκή διαιτητική πρωτεϊνική πρόσληψη για να επιτρέπεται η χρήση των πρωτεϊνών και των αμινοξέων για αυτές τις λειτουργίες. Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται για να στηρίξουν την σύνθεση του μητρικού ιστού και την ανάπτυξη του εμβρύου κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Φαίνεται να υπάρχει μια μεταβολική προσαρμογή που ενισχύει την αποτελεσματικότητα της πρωτεϊνοσύνθεσης από την έναρξη της εγκυμοσύνης (Duggleby & Jackson, 2002).

Οι πηγές πρωτεΐνης ποικίλουν ανάλογα την διατροφική αξία τους, το εύπεπτο τους, την αποτελεσματικότητα της κατανάλωσης τους και την αναλογία των απαραίτητων αμινοξέων. Οι πρωτεΐνες από ζωικά τρόφιμα όπως κρέας, πουλερικά, θαλασσινά, αυγά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, τείνουν να είναι υψηλότερης πρωτεϊνικής αξίας διότι παρέχουν και τα εννέα απαραίτητα αμινοξέα. Οι πηγές φυτικών πρωτεϊνών ενδεχομένως να περιορίζονται τουλάχιστον σε ένα απαραίτητο αμινοξύ και για αυτό τον λόγο χρησιμοποιούνται λιγότερο αποτελεσματικά. Η πλειοψηφία των γυναικών στην Νέα Ζηλανδία ακολουθούν μια διατροφή η οποία περιλαμβάνει πρωτεΐνη από μια ποικιλία πηγών και έτσι η ποιότητα της πρωτεΐνης είναι αδύνατον να προκαλέσει ανησυχία. Ωστόσο, οι γυναίκες που καταναλώνουν κυρίως φυτικής προέλευσης πρωτεΐνες και συγκεκριμένα μια διατροφή με λιγότερη ποικιλία, μπορεί να έχουν υψηλότερες πρωτεϊνικές απαιτήσεις με σκοπό να παρέχουν επαρκή πρόσληψη απαραίτητων αμινοξέων. Δίαιτες χαμηλές σε πρωτεΐνη σχετίζονται με δυσμενείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης. Πρωτεϊνική πρόσληψη χαμηλότερη των 75 gr/day έχουν συσχετιστεί με χαμηλό βάρος και μήκος γέννησης, και πρωτεϊνική πρόσληψη χαμηλότερη των 50 gr/day με αυξημένες πιθανότητες μητρικής νοσηρότητας. Εν τούτοις, δεν φαίνεται να υπάρχει μια σχέση αντιστρόφως ανάλογη ανάμεσα στην συνολική μητρική πρόσληψη πρωτεΐνης και στο βάρος γέννησης (Ministry of Health, 2006).

Υψηλή πρωτεϊνική πρόσληψη (πάνω από 20% της συνολικής ενέργειας) μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο βάρος γέννησης και θα πρέπει να αποφεύγεται ενώ η συνιστώμενη εκατοστιαία πρόσληψη συνολικής ενέργειας από πρωτεΐνη για ενήλικες άνω των

14 ετών είναι από 14-25 τις εκατό (Ministry of Health, 2006). Για έφηβες και ενήλικες γυναίκες κατά την κύηση προτείνεται είτε +25γρ επιπλέον πρωτεΐνη ανά ημέρα, είτε 1,1γρ πρωτεΐνης ανά κιλό φυσιολογικού βάρους ανά ημέρα (Washington, DC, 1990, National Academy Press)

<b>Συνιστώμενη πρωτεϊνική πρόσληψη για έγκυες γυναίκες</b>		
<b>Τρίμηνο εγκυμοσύνης</b>	<b>Ηλικία</b>	<b>Πρωτεϊνικές Απαιτήσεις</b>
1 <sup>ο</sup>	19 - 50 ετών	46 gr / day
2 <sup>ο</sup> – 3 <sup>ο</sup>	14 – 18 ετών	58 gr / day (1.02 gr/k/day)
	19 – 50 ετών	60 gr / day (1.00 gr/k/day)

- Πίνακας 1. Συνιστώμενη πρωτεϊνική πρόσληψη για έγκυες γυναίκες (Ministry of Health, 2006)-

### **2.3.3. Ανάγκες Σε Λίπη Και Λιπαρά Οξέα**

Τα λιπαρά οξέα μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις γενικές κατηγορίες ,τα κορεσμένα, τα μονοακόρεστα, τα πολυακόρεστα και τα trans λιπαρά οξέα. Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα καθώς και τα trans λιπαρά οξέα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, αν και αυτές οι ενώσεις δεν υποστηρίζονται ομοίμορφα στην βιβλιογραφία. Τα Ω-3 λιπαρά οξέα τα οποία είναι ένα είδος πολυακόρεστων λιπαρών οξέων έχουν μελετηθεί ως πιθανή θεραπεία για μια ποικιλία ιατρικών καταστάσεων, λόγω των πιθανών αντιφλεγμονωδών ιδιοτήτων τους. Οι ιατροί θα πρέπει να συμβουλεύουν τους ασθενείς σχετικά με την σημασία της αποφυγής υδρογονομένων ελαίων και τροφίμων που περιέχουν trans λιπαρά οξέα λόγω της σύνδεσης τους με στεφανιαία νόσο σε μελέτες παρατήρησης που έχουν πραγματοποιηθεί (White, 2009).

Πηγές λιπαρών οξέων περιλαμβάνουν τα φρούτα, τα φυτικά έλαια. οι σπόροι, οι ξηροί καρποί, τα ζωικά λίπη και τα ιχθυέλαια. Τα απαραίτητα λιπαρά οξέα, όπως τα Ω-3 λιπαρά οξέα εξυπηρετούν σημαντικές κυτταρικές λειτουργίες και αποτελούν απαραίτητο μέρος της

ανθρώπινης διατροφής διότι το σώμα δεν διαθέτει καμία βιοχημική οδό για την παραγωγή αυτών των μορίων (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

### **2.3.3.1. Κορεσμένα Λιπαρά Οξέα**

Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων έχει μια καταστρεπτική επίδραση στα λιπίδια του ορού με αύξηση της LDL (χαμηλής περιεκτικότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη) και αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας καρδιακής νόσου (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

### **2.3.3.2. Μονοακόρεστα Λιπαρά Οξέα**

Αρκετές μελέτες παρατήρησης έχουν βρει σχέση ανάμεσα σε μια αυξημένη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Επίσης στοιχεία από ελεγχόμενες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα επηρεάζουν ευνοϊκά μια σειρά από παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της ολικής και LDL (χαμηλής περιεκτικότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη), προστατεύοντας από θρομβογένεση, μειώνοντας την ευαισθησία της LDL (χαμηλής περιεκτικότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη) στην οξείδωση και παράγοντας ένα πιο ευνοϊκό γλυκαιμικό προφίλ (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, τα οποία περιλαμβάνουν τα Ω-3 λιπαρά οξέα έχουν μελετηθεί εκτενώς για την επίδραση τους σε διάφορες ασθένειες. Επιπλέον τα συμπληρώματα Ω-3 λιπαρών οξέων για την μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού πιθανόν να παρέχουν μια ευεργετική επίδραση στην γνωστική ανάπτυξη των βρεφών αλλά και των παιδιών. Τα στοιχεία σχετικά με τα συμπληρώματα Ω-3 λιπαρών οξέων σε πρόωρα και τελειόμηνα βρέφη είναι ασαφή. (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

### **2.3.3.3. Trans Λιπαρά Οξέα**

Τα περισσότερα trans λιπαρά οξέα κατασκευάζονται μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται υδρογόνωση η οποία είναι η τεχνητή προσθήκη ατόμων υδρογόνου προς ακόρεστα έλαια. Η υδρογόνωση μετατρέπει υγρά φυτικά έλαια σε στερεά ή ημιστερεά λίπη τα οποία παραμένουν σταθερά σε θερμοκρασία δωματίου. Αυτά τα λίπη μπορούν στην συνέχεια να ενσωματωθούν σε ορισμένα προϊόντα διατροφής (π.χ. μπισκότα, τσίπς) για να αυξηθεί η διάρκεια ζωής τους (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

### **2.3.3.4. Διαιτητικές Συστάσεις Για Λίπος Και Λιπαρά Οξέα**

Η Επιτροπή Διατροφής του Αμερικάνικου Καρδιολογικού Συλλόγου έχει συστήσει οι ημερήσιες θερμίδες ενός ατόμου προσλαμβανόμενες από το λίπος δεν θα πρέπει να ξεπερνάνε το ποσοστό του 30%.Απο αυτό το ποσοστό λιγότερο του 7% των συνολικών θερμίδων θα πρέπει να προέρχεται από κορεσμένα λιπαρά οξέα και λιγότερο από το 1% από trans λιπαρά οξέα. (White, 2009).

### **2.3.3.5. Πολυακόρεστα Λιπαρά Οξέα Και Ανάπτυξη Εμβρύου**

Στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης οι απαιτήσεις του εμβρύου σε δομικό λίπος αναμένεται να είναι μικρές σε σύγκριση με το αποθηκευμένο λίπος της μητέρας. Πρωταρχικά ο πλακούντας είναι ένα αγγειακό, διευκολυντικό όργανο μεταφοράς θρεπτικού υλικού μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου. Αναπτύσσεται ραγδαία στην αρχή της εγκυμοσύνης και συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι το τέλος, και έχει υψηλή απαίτηση σε φωσφολιπίδια ως δομικό λίπος το οποίο αποτελεί περίπου το 88% των λιπιδίων του πλακούντα (Thomas, 2009).

### **2.3.3.6. Επίδραση Της Ισορροπίας Των Λιπαρών Οξέων Κατά Την Διάρκεια Της Εγκυμοσύνης Και Της Βρεφικής Ηλικίας**

Η περίοδος ανάπτυξης του εμβρύου και του βρέφους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Υπάρχουν στοιχεία τα οποία δείχνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία του μεταβολισμού και της καρδιάς του νεογνού (Gibson et al, 2011).

Η ισορροπημένη κατανάλωση λιπαρών οξέων από το νεογνό συμβάλλει στην βέλτιστη ανάπτυξη του εγκεφάλου και της όρασης όπως διαπιστώθηκε σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε μη ανθρώπινα πρωτεύοντα. Οι συγκεκριμένες έρευνες κατέδειξαν ότι οι μητέρες που δεν είχαν επαρκή πρόσληψη σε Ω-3 λιπαρά οξέα ανέφεραν ότι τα παιδιά τους εμφάνισαν ορισμένες από τις παρακάτω διαταραχές όπως διαταραγμένη γνωστική λειτουργία και οπτική οξύτητα. Οι παραπάνω διαταραχές σύμφωνα με την βιβλιογραφία δεν ήταν ικανές να διορθωθούν μεταγεννητικά με την χρήση συμπληρωμάτων Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλύσου, παρόλο που τα επίπεδα Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλύσου βελτιώθηκαν (Gibson et al, 2011).

Σε πρόσφατες μελέτες όπου είχε γίνει αντιληπτή η σημασία των Ω-3 και Ω-6 λιπαρών οξέων στην υγεία των ενηλίκων, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας αμβλύθηκε για το πως η ισορροπία των λιπαρών οξέων φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη των συστημάτων που ρυθμίζουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού, την εναπόθεση λίπους και τον μεταβολισμό. Ενώ υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους ότι η αύξηση πρόσληψης Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλύσου σε πρόωρα βρέφη κατά την άμεση μεταγεννητική περίοδο συνδέεται με βελτιωμένα γνωστικά αποτελέσματα, η πιθανότητα για μητρικά συμπληρώματα Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας κατά την παιδική ηλικία δεν έχουν ακόμα τεκμηριωθεί. Αυτό που έχει τεκμηριωθεί σε υπάρχουσες μελέτες και συστηματικές ανασκοπήσεις είναι ότι η μητρική πρόσληψη συμπληρωμάτων Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων συνδέεται με μια μικρή αλλά σημαντική αύξηση της διάρκειας κύησης και μια μέτρια αύξηση του βάρους γέννησης. Με βάση τα παραπάνω και σύμφωνα με την βιβλιογραφία η χορήγηση συμπληρωμάτων Ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων δεν φαίνεται να έχει θετικό αλλά και αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία της εγκυμονούσας

αλλά και του βρέφους. Ως εκ τούτου πρέπει να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες για να διευκρινιστεί η χρήση συμπληρώματος. (Gibson et al, 2011)

**Συστάσεις Ημερήσιας Διαιτητικής Πρόσληψης Για Υδατάνθρακες – Πρωτεΐνες – Λίπος- Σε Εγκυμονούσες**

<b>Μακροθρεπτικά</b>	<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>	<b>Ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη</b>
<b>Υδατάνθρακες</b>	14 – 18 ετών	135 g/kg/day
	19 – 30 ετών	135 g/kg/day
	31 – 50 ετών	135 g/kg/day
<b>Πρωτεΐνες</b>	14 – 18 ετών	0.88 g/day
	19 – 30 ετών	0.88 g/day
	31 – 50 ετών	0.88 g/day
<b>Λίπος</b>	ND	ND
<b>Ω3 λιπαρά οξέα</b>	Ενήλικες	0.6–1.2 % της συνολικής ημερήσιας ενέργειας
<b>Ω6 λιπαρά οξέα</b>	Ενήλικες	5–10 % της συνολικής ημερήσιας ενέργειας

**Πίνακας 2. Συστάσεις ημερήσιας διαιτητικής πρόσληψης των υδατοδιαλυτών βιταμινών: Dietary References Intakes (DRI'S): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins, Food and Nutrition's Board, Institute of medicine National Academies, 2011-**



## 2.4. Ανάγκες Σε Βιταμίνες Και Συμπληρώματα Διατροφής

### 2.4.1. Υδατοδιαλυτές Βιταμίνες

Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες είναι του συμπλέγματος Β οι οποίες περιλαμβάνουν οχτώ διαφορετικές βιταμίνες. Παρακάτω θα γίνει αναφορά και ανάλυση για την κάθε μία ξεχωριστά.

Αρχικά, ο ρόλος της θειαμίνης (Β1) είναι σημαντικός καθώς η θειαμίνη συμμετέχει σε αντιδράσεις αποκαρβοξυλίωσης, με την μορφή της πυροφωσφορικής θειαμίνης η οποία συμβάλλει όχι μόνο στην ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος αλλά και στην σύνθεση ορισμένων νευροδιαβιβαστών. Επίσης, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο κατά την διαδικασία του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των αμινοξέων ενώ συμμετέχει και στην σύνθεση του συνένζυμου NADPH. (Γεωργάτσος, 2005; Ζαμπέλας, 2003).

Στην σύγχρονη εποχή δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά που να υποδηλώνουν έλλειψη στην βιταμίνη Β1. Παρόλα αυτά η έλλειψή της οδηγεί σε μειωμένη όρεξη, απώλεια σωματικού βάρους και σε βάθος χρόνου είναι ικανή να οδηγήσει σε περιφερική νευροπάθεια και αταξία. Όταν η έλλειψή της εντοπίζεται στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα όπου και μιλάμε για την νόσο beri-beri τότε το άτομο εμφανίζει ατονία, δυσκαμψία, μυϊκή ατροφία και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί και καρδιακή ανεπάρκεια παρόλα αυτά, βάση της βιβλιογραφίας όταν ανιχνευθεί σε μεγάλες ποσότητες δεν φαίνεται να προκαλεί τοξικότητα. Τροφές που είναι πλούσιες σε θειαμίνη είναι τα δημητριακά ολικής αλέσεως, οι ξηροί καρποί, το γάλα, το χοιρινό κρέας και τα όσπρια (Κατσιλάμπρος, 2004).

Ο ρόλος της βιταμίνης Β2 ή αλλιώς ριβοφλαβίνης, είναι σπουδαίος μιας και αποτελεί μέρος δύο πολύ σημαντικών συνενζύμων του φλαβονοαδενινοδινουκλεοτιδίου (FAD) και του φλαβινομονονουκλεοτιδίου (FMN) τα οποία και λαμβάνουν μέρος σε οξειδοαναγωγικές βιοχημικές αντιδράσεις. Πιο συγκεκριμένα λειτουργεί ως τμήμα ενζυμικών συστημάτων, τα οποία συμμετέχουν στην οξείδωση όχι μόνο των υδατανθράκων αλλά και των αμινοξέων (Γεωργάτσος, 2005). Η έλλειψή της οδηγεί σε προβλήματα τα οποία εκδηλώνονται στους βλεννογόνους αδένες, στο δέρμα, σε οφθαλμικές διαταραχές καθώς και σε απολεπιστική φλεγμονή του δέρματος. Η έλλειψη της είναι συχνό φαινόμενο κατά την διάρκεια της

εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Τροφές πλούσιες σε ριβοφλαβίνη είναι το γάλα, το συκώτι, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, το κρέας, τα μανιτάρια και τα εμπλουτισμένα δημητριακά (Κατσιλάμπρος, 2004).

Όσον αφορά την βιταμίνη B3 ή αλλιώς νιασίνη ή νικοτινικό οξύ αποτελεί συστατικό των συνενζύμων NAD και NADP ενώ έχει παρόμοιο τρόπο δράσης με την ριβοφλαβίνη. Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ικανός να συνθέσει νιασίνη μέσω του αμινοξέος τρυπτοφάνη (Γεωργάτσος, 2005). Η έλλειψη της μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της ασθένειας πελάγρα η οποία περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα κατάπτωση, αδυναμία, μυϊκή δυστονία, δερματίτιδες, διάρροιες ενώ βάση βιβλιογραφίας σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει και σε διανοητικές διαταραχές. Όταν ανιχνευθούν ποσότητες μεγαλύτερες των 100 mg τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν δερματικούς ερεθισμούς, κνησμό και γαστρεντερικές διαταραχές. Τροφές που περιλαμβάνουν νιασίνη είναι κυρίως οι τροφές ζωικής προέλευσης .

Η βιταμίνη B5 ή αλλιώς παντοθενικό οξύ συμμετέχει όχι μόνο στην σύνθεση της χοληστερόλης, των φωσφολιπιδίων αλλά και στην σύνθεση της αιμοσφαιρίνης και των στεροειδών ορμονών με την μορφή του ακετυλοσυνένζυμου Α (Γεωργάτσος, 2005). Λαμβάνοντας υπόψη μας τις βιβλιογραφικές αναφορές παρατηρούμε πως η έλλειψη στην συγκεκριμένη βιταμίνη δεν είναι συχνό φαινόμενο μιας και η ίδια έχει την δυνατότητα να συνθέτεται από τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Τροφές που περιέχουν βιταμίνη B5 είναι το κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά, τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής αλέσεως ,τα ψάρια καθώς και τα καρύδια (Κατσιλάμπρος, 2004; Lagiou et al, 2005).

Μία ακόμα υδατοδιαλυτή βιταμίνη είναι και η πυροξίνη ή αλλιώς βιταμίνη B6 η οποία συναντάται στον οργανισμό με την μορφή φωσφορικής πυριδοξάλης και δρα στον μεταβολισμό και την σύνθεση των αμινοξέων, των λευκών αιμοσφαιρίων και των νευροδιαβιβαστών. Επίσης διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο σε ορισμένες μεταβολικές διαδικασίες των υδατανθράκων και των λιπών. Σπάνια παρατηρείται έλλειψη της γιατί βρίσκεται στους περισσότερους φυτικούς και ζωικούς οργανισμούς όπως θαλασσινά, ψάρια, κρέας, πράσινα φυλλώδη λαχανικά όσπρια και πατάτες. Παρόλα αυτά , αν υπάρξει έλλειψη της εκδηλώνεται με νευρολογικές διαταραχές, δερματίτιδα, γαστρεντερίτιδα, απώλεια αντανεκλαστικών, μικροκυτταρική αναιμία (Κατσιλάμπρος, 2004).

Σε αρκετές περιπτώσεις συμπλήρωμα βιταμίνης 6 συνταγογραφείται για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης, όπως είναι η ναυτία και ο έμετος, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα οι δόσεις οι οποίες συνήθως είναι και υψηλότερες απ'ότι αρχικά συνίσταται έχουν συσχετιστεί με περιπτώσεις νευροπάθειας ( Shrim et al, 2009).

Άλλη μία υδατοδιαλυτή βιταμίνη είναι και η B7 ή αλλιώς βιοτίνη. Ο μηχανισμός δράσης της επικεντρώνεται στην συμμετοχή της στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων, των λιπών, στην γλυκονεογένεση και στην μεταφορά των καρβοξυλικών ομάδων σε τρίτες ενώσεις. Η έλλειψή της βάση των βιβλιογραφικών αναφορών παρατηρείται μετά από λήψη ορισμένων αντιβιοτικών ή κατανάλωσης ωμών αυγών τα οποία περιέχουν την πρωτεΐνη αβιδίνη η οποία παρεμποδίζει την δράση της βιοτίνης. Ακόμα η έλλειψη σε βιταμίνη B7 μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση δερματίτιδας, απώλειας όρεξης, σε γαστρεντερίτιδα, κατάθλιψη και μυϊκούς πόνους ,όπως επίσης και απώλεια μαλλιών. Τροφές πλούσιες στην συγκεκριμένη βιταμίνη είναι τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, ο κρόκος του αυγού, το κρέας, το συκώτι και τα λαχανικά (Κατσιλάμπρος, 2004; Mock, 2009).

Σύμφωνα με πρόσφατες παρατηρήσεις έχει δημιουργηθεί η ανησυχία ότι τα επίπεδα βιοτίνης κατώτερα του φυσιολογικού θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε τερατογέννεση στο ανθρώπινο είδος ( Mock, 2009).

Από την άλλη πλευρά η βιταμίνη B9 γνωστή και ως φυλλικό οξύ συμμετέχει στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και στην σύνθεση των νουκλεϊκών οξέων. Συμβάλλει στην ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος ενώ προστατεύει από διαταραχές του μυελού των οστών. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει στην αντιγραφή του DNA, στην σύνθεση του RNA (Γεωργάτσος, 2005; Scholl & Johnson, 2001). Οι απαιτήσεις σε φυλλικό οξύ βάση της βιβλιογραφίας αυξάνεται κατά 50%. Η σημαντικότητα του ρόλου της κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εντοπίζεται στο γεγονός πως η βιταμίνη ευθύνεται για την ομαλή ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, του νωτιαίου μυελού και της σπονδυλικής στήλης του νεογνού. Η έλλειψή είναι ικανή να προκαλέσει μεγαλοβλαστική αναιμία ή διαταραχές των λεμφοκυττάρων και του ανοσοποιητικού συστήματος για την μητέρα ενώ για το νεογνό μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ανωμαλίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο νωτιαίο μυελό, την σπονδυλική στήλη ενώ μπορεί να μειώσει τους ρυθμούς με τους οποίους αναπτύσσεται το

έμβρυο (Eichholzer, 2006). Τροφές πλούσιες σε φυλλικό οξύ είναι ο χυμός πορτοκαλιού, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα όσπρια και οι φράουλες (Bailey, 2000).

Τέλος, η υδατοδιαλυτή βιταμίνη Β12 ή αλλιώς κυανοκοβαλαμίνη αποτελεί σημαντικό συνένζυμο το οποίο συμμετέχει όχι μόνο στον μεταβολισμό των νουκλεϊκών οξέων και την πρωτεϊνοσύνθεση αλλά έχει θετική επίδραση και στην λειτουργία των ιστών του γαστρεντερικού, νευρικού και μυοσκελετικού συστήματος. Η απορρόφησή της από το πεπτικό σύστημα προϋποθέτει την ύπαρξη ενός ενδογενούς παράγοντα και πιο συγκεκριμένα μιας γλυκοπρωτεΐνης η οποία παράγεται από το γαστρικό βλεννογόνο. Όταν υπάρξει αδυναμία σύνθεσης της γλυκοπρωτεΐνης από το γαστρικό βλεννογόνο τότε αναστέλλεται η απορρόφηση της βιταμίνης. Η έλλειψή της δεν είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Η έλλειψη της μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλοβλαστική αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία αλλά και εκφυλιστικές διαταραχές του νωτιαίου μυελού (Κατσιλάμπρος, 2004). Τροφές πλούσιες στην συγκεκριμένη βιταμίνη είναι το συκώτι διάφορων ζώων, τα ψάρια, τα γαλακτοκομικά και τα αυγά (Κατσιλάμπρος, 2004).

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έλλειψη βιταμίνης 12 παρατηρείται κατά την διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας μόνο σε γυναίκες οι οποίες δεν έχουν καταναλώσει ζωικά προϊόντα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες προέκυψε ότι οι έγκυες γυναίκες οι οποίες είναι αυστηρά χορτοφάγοι για λίγους μόνο χρόνους καθώς και τα παμφάγα τα οποία καταναλώνουν μικρές ποσότητες ζωικών προϊόντων, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν έλλειψη στην συγκεκριμένη βιταμίνη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού ή να γεννήσουν ένα βρέφος το οποίο να αναπτύξει κλινικά ή βιοχημικά σημάδια ανεπάρκειας στην βιταμίνη 12 (Allen, 1994).

#### **2.4.1.2. Συστάσεις ημερήσιας διαιτητικής πρόσληψης των υδατοδιαλυτών βιταμινών**

Σύμφωνα με το Institute of Medicine, National Academies (2011) οι προτεινόμενες συστάσεις για ημερήσια διαιτητική πρόσληψη των υδατοδιαλυτών βιταμινών είναι οι εξής

<b>Βιταμίνη</b>	<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	<b>Ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη</b>
<b>Θειαμίνη (B<sub>1</sub>)</b>	14 – 18 ετών	1,2 mg / day
	19 – 30 ετών	1,2 mg / day
	31 – 50 ετών	1,2 mg / day
<b>Ριβοφλαβίνη (B<sub>2</sub>)</b>	14 – 18 ετών	1,2 mg / day
	19 – 30 ετών	1,2 mg / day
	31 – 50 ετών	1,2 mg / day
<b>Νιασίνη (B<sub>3</sub>)</b>	14 – 18 ετών	14 mg / day
	19 – 30 ετών	14 mg / day
	31 – 50 ετών	14 mg / day
<b>Παντοθενικό οξύ (B<sub>5</sub>)</b>	14 – 18 ετών	6 mg / day
	19 – 30 ετών	6 mg / day
	31 – 50 ετών	6 mg / day
<b>Πυροξίνη (B<sub>6</sub>)</b>	14 – 18 ετών	1,6mg / day
	19 – 30 ετών	1,6mg / day
	31 – 50 ετών	1,6mg / day
<b>Βιοτίνη (B<sub>7</sub>)</b>	14 – 18 ετών	30 μg / day
	19 – 30 ετών	30 μg / day
	31 – 50 ετών	30 μg / day
<b>Φυλικό οξύ (B<sub>9</sub>)</b>	14 – 18 ετών	520 μg / day
	19 – 30 ετών	520 μg / day
	31 – 50 ετών	520 μg / day
<b>Κυανοκοβαλαμίνη (B<sub>12</sub>)</b>	14 – 18 ετών	2,2 μg / day
	19 – 30 ετών	2,2 μg / day
	31 – 50 ετών	2,2 μg / day

-Πίνακας 3. Συστάσεις ημερήσια διαιτητικής πρόσληψης των υδατοδιαλυτών βιταμινών: **Dietary References Intakes (DRI'S): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins, Food and Nutrition's Board, Institute of medicine National Academies, 2011-**

### 2.4.1.3. Λιποδιαλυτές Βιταμίνες

Πρόσφατες πειραματικές μελέτες σε γονίδια ποντικών έδειξαν, ότι η ομαλή εμβρυϊκή ανάπτυξη εξαρτάται από την σωστή χρονική και χωρική έκφραση στην διαφοροποίηση των υποδοχέων των κυττάρων και στην δέσμευση συγκεκριμένων μορφών ρετινοϊκού οξέος. Η υπερβολική διαιτητική πρόσληψη βιταμίνης A έχει συσχετιστεί με τερατογέννεση στον άνθρωπο και έχουν αναφερθεί βάση της βιβλιογραφίας περισσότερες από 20 περιπτώσεις σε άτομα μεγαλύτερα των 30 ετών. Ωστόσο, πρέπει να δίνεται προσοχή για να αποφευχθεί η άσκοπη συμπλήρωση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η κύρια συνέπεια της κακής τροφοδοσίας του οργανισμού με βιταμίνη A κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δίνει ένα χαμηλό επίπεδο βιταμίνης A κατά την γέννηση και τους πρώτους μήνες ζωής του νεογνού (Azais et al, 2016).

Η βιταμίνη A είναι ένας γενικός όρος, ο οποίος αναφέρεται σε λιποδιαλυτές ενώσεις που βρίσκονται ως προσχηματισμένη βιταμίνη A (ρετινόλη) σε ζωικά προϊόντα και ως καροτενοειδή προβιταμίνης A σε φρούτα και λαχανικά. Η βιταμίνη A έχει σημαντικό ρόλο στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, στον σχηματισμό των οργάνων κατά την διάρκεια αυτής, την ομαλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και την ανάπτυξη των οφθαλμών αλλά και γενικότερα της όρασης. Πηγές τροφίμων πλούσιες σε προσχηματισμένη βιταμίνη A, αποτελούν τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα εμπλουτισμένα δημητριακά, το συκώτι, τα ιχθυέλαια καθώς και λαχανικά όπως η γλυκοπατάτα και το σπανάκι. Αν και η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου απαιτεί επαρκή πρόσληψη βιταμίνης A, η κατανάλωση περίσσιας προσχηματισμένης βιταμίνης A όπως η ρετινόλη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι γνωστό ότι προκαλεί γενετικές ανωμαλίες (Higdon, et al,2000).

Η βιταμίνη D θεωρείται μοναδική καθώς μπορεί να συντεθεί στο δέρμα μετά από έκθεση στο ηλιακό φως. Την συναντάμε σε δύο μορφές, την βιταμίνη D2 η οποία λαμβάνεται από την ηλιακή ακτινοβολία (UV), μέσω των στερολών μαγιάς και των εργοστερολών ενώ από το φυσικό περιβάλλον την λαμβάνουμε από τα μανιτάρια τα οποία έχουν εκτεθεί στην ηλιακή ακτινοβολία (UV). Όταν η Υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία έρθει σε επαφή με το δέρμα, οι άνθρωποι συνθέτουν βιταμίνη D3, και θεωρείται ως η πιο “φυσική” μορφή. Οι ανθρώπινοι οργανισμοί δεν παράγουν βιταμίνη D2 ,και τα περισσότερα ψάρια πλούσια σε

λιπαρά όπως ο σολομός, το σκουμπρί, η ρέγκα περιέχουν βιταμίνη D3 (Nair & Maseeh, 2012).

Σε δύο πρόσφατες μελέτες από το Πανεπιστήμιο της Νότιας Καρολίνας, μια ομάδα ερευνητών διαπίστωσε ότι οι έγκυες γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν 4.000 IU βιταμίνης D καθημερινά για να εξασφαλίσουν την επάρκεια της βιταμίνης και κατά την γέννηση. Έτσι, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που λάμβαναν 4.000 IU βιταμίνης D καθημερινά κατά την διάρκεια της κύησης είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν έναν τοκετό χωρίς επιπλοκές. Έχοντας υπόψη τους, ότι πολλές γυναίκες λαμβάνουν λιγότερη ποσότητα βιταμίνης D από την συνιστώμενη πρόσληψη κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συγκεκριμένες είχαν περισσότερες πιθανότητες για πρόωρο τοκετό ή για να αναπτύξουν διαβήτη κύησης, προεκλαμψία ή λοιμώξεις. Επίσης, οι γυναίκες που λαμβάνουν λιγότερη βιταμίνη D, (<4.000 IU) ήταν πολύ πιο πιθανό να ακολουθήσουν καισαρική τομή (Council, 2013).

Ακόμα μία μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο Ανθρώπινων Ερευνών (MUSC'S) και διεξήχθη από την 4η Ιανουαρίου 2004 έως την 31η Ιουλίου 2009 στο Ιατρικό Πανεπιστήμιο της Νότιας Καρολίνας (MUSC), μελέτησε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα χορήγησης συμπληρωμάτων βιταμίνης D κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης με διπλά-τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη. Συνολικά ερωτήθηκαν 516 γυναίκες από τις οποίες οι 502 συμφώνησαν στο να συμμετάσχουν στην μελέτη και χωρίστηκαν σε διάφορες ομάδες θεραπείας. Οι 166 από αυτές συμμετείχαν στην Ομάδα 1 (400 IU), οι 167 στην Ομάδα 2 ( 2.000 IU) και 169 στην Ομάδα 3 (4.000 IU). Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η έναρξη συμπληρώματος βιταμίνης D (με πρόσληψη 4.000 IU /day) από την 12<sup>η</sup> -16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης αποφέρει επάρκεια της βιταμίνης καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι υπάρχουσες συστάσεις (EAR και RDA) οι οποίες εκδόθηκαν το 2010 από το Ινστιτούτο Ιατρικής για έγκυες γυναίκες θα πρέπει να αντικατασταθούν και να συνιστούν την πρόληψη των 4.000 IU βιταμίνης D / day, για όλες τις γυναίκες ανεξάρτητα από την φυλή για να επιτευχθούν τα βέλτιστα διατροφικά και ορμονικά επίπεδα βιταμίνης D καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Hollis et al, 2011).

Η επαρκής πρόσληψη της βιταμίνης Ε απαιτείται από τα περισσότερα είδη ζώων, παρόλο που η αναγνώριση της σημασίας της στο ανθρώπινο είδος είναι σχετικά πρόσφατη. Η βιολογική σημαντικότητα της βιταμίνης ως αντιοξειδωτικό, δρα παγιδευτικά απέναντι στην αρνητική δράση των ελεύθερων ριζών ενώ συμβάλλει και στην αποτροπή της οξείδωσης των ακόρεστων λιπαρών οξέων. Οι ανεπαρκής πρόσληψη σε βιταμίνης Ε έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας, την εμφάνιση νευρομυϊκών ανωμαλιών ενώ οδηγεί και σε μειωμένη αναπαραγωγική ικανότητα (Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy, 1990).

Η ανεπάρκεια βιταμίνης Ε βάση της βιβλιογραφίας έχει αποδειχθεί σε πρόωρα βρέφη και εκδηλώνεται κυρίως με αναιμία, ακόμα έχει παρατηρηθεί και σε ασθενείς με παρατεταμένη, σημειωμένη δυσαπορρόφηση λίπους που συνήθως συνοδεύεται με νευρικές ανωμαλίες (Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy, 1990).

Δύο κατηγορίες ενώσεων οι τοκοφερόλες και οι τοκοτριενόλες περιλαμβάνουν βιολογικές δραστικές μορφές βιταμίνης Ε. Και οι δύο κατηγορίες αυτές χαρακτηρίζονται χημικά με ένα παρόμοιο σύστημα δακτυλίου αλλά διαφέρουν στον κορεσμό της πλευρικής αλυσίδας. Οι τοκοφερόλες α-,β-,γ- και δ-, οι οποίες έχουν μια κορεσμένη πλευρική αλυσίδα βρίσκονται ευρέως στην φύση. Η α- τοκοφερόλη είναι η πιο ενεργή και διαδεδομένη βιολογική μορφή (Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy, 1990).

Τα επίπεδα τοκοφερόλης στο αίμα αυξάνονται κατά την κύηση ενώ παράλληλα παρατηρείται αύξηση και στα ολικά επίπεδα των λιπιδίων. Η ανεπάρκεια βιταμίνης Ε στις εγκυμονούσες γυναίκες δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά πως αποτελεί κίνδυνο για τις ίδιες αλλά και για τα έμβρυα. Παρόλο που η βιταμίνη Ε δεν αποτελούσε σημαντικό θέμα στην μαιευτική πιστεύεται ότι δεν σχετίζεται με τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ενώ έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας σε θέματα που αφορούν την φροντίδα των νεογνών και ιδιαίτερα εκείνων που γεννήθηκαν πρόωρα. Στις έγκυες γυναίκες δεν υπήρξαν προσδιορίσιμα σύνδρομα ανεπάρκειας βιταμίνης Ε και η πρόσληψη κάτω από την συνιστώμενη ημερήσια δόση δεν συνοδεύτηκε από προφανή κλινική νοσηρότητα. Έτσι, συμπληρώματα βιταμίνης Ε για υγιείς έγκυες γυναίκες θεωρούνται περιττά (Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy, 1990).

Η βιταμίνη Κ εκτελεί πολλές σημαντικές λειτουργίες στον ανθρώπινο οργανισμό μερικές από τις οποίες ακόμα ερευνώνται. Έρευνες έχουν δείξει ότι η βιταμίνη Κ είναι ένα



μόριο το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτροπή της ασβέστωσης, έχει αντικαρκινικές ιδιότητες, συμβάλλει στον σχηματισμό των οστών και στην ευαισθησία στην ινσουλίνη. Πρόκειται λοιπόν για μια λιποδιαλυτή βιταμίνη η οποία διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην λειτουργία πολλών πρωτεϊνών του σώματος, όπως των παραγόντων πήξης ( II,VII,IX,X, και πρωτεΐνης C και S), της οστεοκαλσίνης (πρωτεΐνη για τον σχηματισμό των οστών) και μιας μητρικής πρωτεΐνης (GLA ,πρωτεΐνη κατά της ασβέστωσης). Η βιταμίνη K συναντάται στην φύση ως βιταμίνη K1 (φυλλοκινόνη) και ως βιταμίνη K2 (μενακινόνη) (DiNicolantonio et al, 2015).

Πηγές βιταμίνης K αποτελούν τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά όπως το λάχανο, το σπανάκι τα οποία περιέχουν υψηλές ποσότητες βιταμίνης K. Ακόμα, καλές πηγές αποτελούν το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το γάλα, το γιαούρτι και το τυρί ενώ ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να την συνθέσει από μόνος του με την βοήθεια βακτηρίων που βρίσκονται στο έντερο (Welton, 2014).

Τέλος, οι γυναίκες θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη K κατά την διάρκεια την εγκυμοσύνης, διότι η βιταμίνη K μεταφέρεται στο έμβρυο μέσω του πλακούντα (Seppard & Millan, 2008).Ακόμα, δεν υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία που να καταδεικνύουν αρνητικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό από την πρόσληψη της βιταμίνης. Ωστόσο η χρήση συμπληρωμάτων βιταμίνης K κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνιστάται διότι έχει αναφερθεί ότι προκαλεί ίκτερο και άλλα προβλήματα στο βρέφος (Mayo Clinic, 2015).

Ακόμα συμπληρώματα βιταμίνης K μπορούν να χορηγηθούν σε γυναίκες με προχωρημένη εγκυμοσύνη στις οποίες έχει διαγνωστεί χολόσταση της κύησης λόγω της μειωμένης απορρόφησης βιταμίνης K (SA maternal and neonatal clinical network, 2015).

Τέλος συνιστάται χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης K τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες κύησης στις γυναίκες οι οποίες ακολουθούν αντιεπιλιπτική φαρμακευτική αγωγή (Department of Health, Government of South Australia, 2015).

## **Συστάσεις Ημερήσιας Διαιτητικής Πρόσληψης Των Λιποδιαλυτών Βιταμινών**

Σύμφωνα με το Institute of Medicine, National Academies (2011) οι προτεινόμενες συστάσεις για ημερήσια διαιτητική πρόσληψη των λιποδιαλυτών βιταμινών για έγκυες γυναίκες είναι οι εξής:

<b>Βιταμίνη</b>	<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	<b>Ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη</b>
Βιταμίνη A	14 – 18 ετών	530 µg / day
	19 – 30 ετών	550 µg / day
	31 – 50 ετών	550 µg / day
Βιταμίνη D	14 – 18 ετών	10 µg / day
	19 – 30 ετών	10 µg / day
	31 – 50 ετών	10 µg / day
Βιταμίνη E	14 – 18 ετών	12 mg / day
	19 – 30 ετών	12 mg / day
	31 – 50 ετών	12 mg / day
Βιταμίνη K	14 – 18 ετών	75 µg / day
	19 – 30 ετών	90 µg / day
	31 – 50 ετών	90 µg / day

**-Πίνακας 4. Συστάσεις ημερήσιας διαιτητικής πρόσληψης των λιποδιαλυτών βιταμινών: Dietary References Intakes (DRI'S): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins, Food and Nutrition's Board, Institute of medicine National Academies, 2011-**

## 2.4.2. Ιχνοστοιχεία Και Συμπληρώματα Διατροφής

### Ψευδάργυρος:

Η έλλειψη ψευδαργύρου έχει συσχετιστεί με διάφορες επιπλοκές της κύησης και του τοκετού όπως είναι η προεκλαμψία, η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, ο πρόωρος τοκετός, η καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου και οι συγγενείς ανωμαλίες.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία υπάρχουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές συμπληρωμάτων ψευδαργύρου οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε ανεπτυγμένες χώρες όπου η ανεπάρκεια ψευδαργύρου είναι σπάνια. Οι δοκιμές αυτές έχουν δείξει ότι τα μωρά των οποίων οι μητέρες έλαβαν συμπλήρωμα ψευδαργύρου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσίασαν βελτιωμένη ανοσολογική λειτουργία, μειωμένη εμφάνιση διάρροιας και αναπνευστικών ασθενειών σε νηπιακό στάδιο, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι θετικές του επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα ή ανοσοποιητικές αρμοδιότητες εξακολουθούν να υπάρχουν μετά την γέννηση (Black, 2001).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί η ανεπάρκεια ψευδαργύρου συσχετίζεται και με άλλες ανωμαλίες του εμβρύου, κυρίως γενετικές, όπως επίσης και με αποβολές, πρόωρους τοκετούς, χαμηλό βάρος γέννησης, προεκλαμψία, καθώς και με μια επιρροή στο ανοσοποιητικό σύστημα ως αποτέλεσμα της μειωμένης ανάπτυξης και λειτουργίας των T κυττάρων (Ladipo, 2000).

Ο ανθρώπινος οργανισμός απορροφά το 20-40% του ψευδαργύρου που υπάρχει στα ζωικά τρόφιμα όπως το κόκκινο κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά και απορροφάται ευκολότερα από τον ψευδάργυρο των φυτικών τροφών (University of Maryland Medical Center, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, οι πιο πλούσιες σε ψευδάργυρο τροφές περιλαμβάνουν τα στρείδια και το κρέας (βόειο, μοσχάρι, χοιρινό και αρνί) (Jun Ma and Betts, 2000).

### Σίδηρος:

Ο σίδηρος είναι ένα μέταλλο που υπάρχει φυσικά σε πολλές τροφές, προστίθεται σε ορισμένα τρόφιμα και είναι διαθέσιμος ως συμπλήρωμα διατροφής. Ο σίδηρος αποτελεί βασικό συστατικό της αιμοσφαιρίνης. Είναι επίσης αναγκαίος για την ανάπτυξη, την εξέλιξη,

την ομαλή κυτταρική λειτουργία, την σύνθεση μερικών ορμονών και του συνδετικού ιστού. Ο διαιτητικός σίδηρος έχει δύο κύριες μορφές, τον αιμικό και τον μη αιμικό σίδηρο. Τα φυτικά και τα εμπλουτισμένα τρόφιμα με σίδηρο περιέχουν μη αιμικό σίδηρο ενώ το κρέας, τα θαλασσινά και τα πουλερικά περιέχουν τόσο αιμικό όσο και μη αιμικό σίδηρο.

Οι συστάσεις για πρόσληψη σιδήρου και άλλα θρεπτικά συστατικά παρέχονται στις διαιτητικές προσλήψεις αναφοράς που αναπτύχθηκαν από το Διοικητικό Συμβούλιο Τροφίμων και Διατροφής (FNB) στο Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) των Εθνικών Ακαδημιών. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος του πλάσματος και η κυτταρική μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων επεκτείνεται λόγω δραματικών αυξήσεων στην μητρική παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ως αποτέλεσμα αυτής της επέκτασης, για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα η ποσότητα σιδήρου που χρειάζονται οι γυναίκες αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ανεπάρκεια σιδήρου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας ενώ έχει συνδεθεί με τον πρόωρο τοκετό και το χαμηλό βάρος γέννησης (National Institute of Health, 2016).

### **Ιώδιο:**

Το ιώδιο είναι ένα βασικό θρεπτικό συστατικό που απαιτείται για την βιοσύνθεση των ορμονών του θυρεοειδούς. Πιο συγκεκριμένα για την θυροξίνη (T4) και την τριιωδοθυρονίνη (T3), οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ρύθμιση της ανάπτυξης, την ολική ανάπτυξη και τον μεταβολισμό. Απαιτείται πολύ λίγο ιώδιο για να καλύψει τις σωματικές ανάγκες το οποίο ανέρχεται στα 90mg/d έως 290mg/d, ανάλογα με την ηλικία και την φυσική κατάσταση.

Ωστόσο μπορεί να είναι δύσκολο να ανταποκριθεί σε αυτές τις ανάγκες διότι το φυσικό ιώδιο απαντάται σε χαμηλές ποσότητες στα περισσότερα τρόφιμα και ποτά, με εξαίρεση τα θαλασσινά, τα ψάρια, τα οστρακοειδή και τα φυτά του ωκεανού. Διάφορες υπηρεσίες έχουν προτείνει διαφορετικές προσλήψεις για την κάλυψη των αναγκών σε ιώδιο των μη εγκύων, των εγκύων και των θηλάζουσων γυναικών που κυμαίνονται από 150mg/d έως 290mg/d. Το Διεθνές Συμβούλιο Ελέγχου Διαταραχών Ιωδιοπενίας (ICCIDD), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και το Ταμείο Ηνωμένων Εθνών για Παιδιά (UNICEF) συνιστά ημερήσια πρόσληψη ιωδίου 250 mg/d για τις έγκυες και θηλάζουσες

γυναίκες. Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ θέσπισε συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη των 220 mg/d κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και 290 mg/d κατά την διάρκεια του θηλασμού. Τέλος, η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων (ESFA) θέσπισε την επαρκή πρόσληψη μεταξύ των εγκύων γυναικών και των γυναικών που θηλάζουν στα 200 mg/d (Regil et al, 2015).

### **Ασβέστιο:**

Οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι φυσικά ρυθμισμένες προς τα πάνω κατά την διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του αναπτυσσόμενου εμβρύου και του θηλασμού του βρέφους. Η ομοιόσταση του ασβεστίου της μητέρας διατηρείται από ορμονικούς προσαρμοσμένους μηχανισμούς (Ettinger et al, 2014).

Η αναφορά της διαιτητικής πρόσληψης για το ασβέστιο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ίση με εκείνη των μη εγκύων γυναικών της ίδιας ηλικίας, λόγω της αυξημένης αποτελεσματικότητας στην κινητοποίηση του ασβεστίου από τα οστά. Γυναίκες με μη βέλτιστη πρόσληψη (<500 mg/day), μπορεί να χρειαστούν πρόσθετες ποσότητες ασβεστίου για την κάλυψη των αναγκών τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου (Procter et al, 2014).

### **Μαγνήσιο:**

Το μαγνήσιο είναι ένα ανόργανο στοιχείο το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση ενζυμικών συστημάτων και ισορροπία Ca/Mg, στον σκελετό και τα νεύρα, στην συστολή, καθώς και στην σύνθεση πρωτεϊνών και DNA. Πηγές μαγνησίου θεωρούνται τα δημητριακά ολικής αλέσεως, οι ξηροί καρποί όπως επίσης και τα πράσινα λαχανικά (Κυρανάς, 2012).

Το μαγνήσιο, όπως το ασβέστιο και ο φώσφορος βρίσκεται στο μεγαλύτερο ποσοστό εναποθηκευμένο στα οστά. Τα ποσά μαγνησίου που είναι βιοχημικός ενεργά είναι

συγκεντρωμένα στα νευρικά και μυϊκά κύτταρα. Η ανεπάρκεια μαγνησίου προκαλεί νευρομυϊκές δυσλειτουργίες. Επίσης το μαγνήσιο λαμβάνει μέρος στην ενεργοποίηση της βιταμίνης D και την απελευθέρωση της παραθυρεοειδούς ορμόνης, η οποία επιδρά στα νεφρά και στα οστά ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα (Ζαμπέλας, 2003).

### **Φώσφορος:**

Ο φώσφορος σαν ιχνοστοιχείο διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην απορρόφηση του σιδήρου, στον σχηματισμό του συνδετικού ιστού και αποτελεί συστατικό πολλών οξειδοαναγωγικών ενζύμων (Κυρανάς, 2012).

Η έλλειψη του φωσφόρου είναι ένα σχετικά σπάνιο φαινόμενο, διότι οι ενώσεις του είναι αρκετά διαδεδομένες στα τρόφιμα και εμφανίζουν υψηλό βαθμό απορρόφησης από τον οργανισμό. Πλούσιες διαιτητικές πηγές είναι το κρέας, τα πουλερικά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα όσπρια και τα δημητριακά (Κατσιλάμπρος, 2004).

### **Νάτριο:**

Ο μεταβολισμός του νατρίου μεταβάλλεται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Η σπειραματική διήθηση αυξάνεται λόγω του αυξημένου όγκου του αίματος. Η αυξημένη κατακράτηση υγρών που παρατηρείται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει κατά κάποιο τρόπο τις ανάγκες του οργανισμού σε νάτριο. Δεν είναι απαραίτητη η μείωση της πρόσληψης νατρίου κατά την εγκυμοσύνη. Παρόλα αυτά, η πρόσληψη δεν θα πρέπει να είναι μικρότερη 2-3 gr ημερησίως (Ζαμπέλας, 2003).

### **Σελήνιο:**

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η συγκέντρωση του σεληνίου μειώνεται σημαντικά. Σε μελέτη που διεξήχθη προσδιορίστηκαν τα επίπεδα σεληνίου στο αίμα 64 γυναικών κατά τον τοκετό σε σύγκριση με τις συγκεντρώσεις σεληνίου μη εγκύων γυναικών. Η συγκέντρωση σεληνίου παρατηρήθηκε να μειώνεται αισθητά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις έγκυες γυναίκες υπολογίστηκαν 35 gr/L ενώ στις μη έγκυες γυναίκες

59/g/L κατά μέσο όρο. Επιπλέον, αλλαγές στην ομοιόσταση του σεληνίου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανές λόγω της αυξημένης ζήτησης σε οξυγόνο για το σώμα της μητέρας, αλλά και για το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Η ποσότητα σεληνίου στα φυτικά τρόφιμα, εξαρτάται από την βιοδιαθεσιμότητα του στοιχείου στο έδαφος όπου αναπτύσσεται το φυτό. Σε αντίθεση με τα φυτά, τα ζώα απαιτούν σελήνιο, επομένως το κρέας και τα θαλασσινά είναι αξιόπιστες πηγές σεληνίου (Pieczynska & Grazeta, 2015).

### **Συστάσεις Ημερήσιας Διαιτητικής Πρόσληψης Των Ιχνοστοιχείων**

Σύμφωνα με το Institute of Medicine, National Academies (2011) οι προτεινόμενες συστάσεις για ημερήσια διαιτητική πρόσληψη των ιχνοστοιχείων είναι οι εξής:

<b>Ιχνοστοιχείο</b>	<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	<b>Ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη</b>
<b>Ψευδάργυρος</b>	14 – 18 ετών	10,5 mg/day
	19 – 30 ετών	9,5 mg/day
	31 – 50 ετών	9,5 mg/day
<b>Σίδηρος</b>	14 – 18 ετών	23 mg/day
	19 – 30 ετών	22 mg/day
	31 – 50 ετών	22 mg/day
<b>Ιώδιο</b>	14 – 18 ετών	160 µg/day
	19 – 30 ετών	160 µg/day
	31 – 50 ετών	160 µg/day
<b>Ασβέστιο</b>	14 – 18 ετών	1000 mg/day
	19 – 30 ετών	800 mg/day
	31 – 50 ετών	800 mg/day
<b>Μαγνήσιο</b>	14 – 18 ετών	335 mg/day
	19 – 30 ετών	290 mg/day
	31 – 50 ετών	300 mg/day
<b>Φώσφορος</b>	14 – 18 ετών	1,055 mg/day
	19 – 30 ετών	580 mg/day

	31 – 50 ετών	580 mg/day
<b>Νάτριο</b>	14 – 18 ετών	1,5 gr/day
	19 – 30 ετών	1,5 gr/day
	31 – 50 ετών	1,5 gr/day
<b>Σελήνιο</b>	14 – 18 ετών	49 µg/day
	19 – 30 ετών	49 µg/day
	31 – 50 ετών	49 µg/day

-Πίνακας 5. Συστάσεις ημερήσιας διαιτητικής πρόσληψης των ιχνοστοιχείων: **Dietary References Intakes (DRI'S): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins, Food and Nutrition's Board, Institute of medicine National Academies, 2011-**

### 2.4.3. Ανάγκες Σε Υγρά Κατά Την Διάρκεια Της Εγκυμοσύνης

Η πρόσληψη υγρών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνεται προκειμένου να στηριχθεί η εμβρυϊκή κυκλοφορία, η δημιουργία του αμνιακού υγρού και η αύξηση του όγκου του αίματος. Η τρέχουσα σύσταση για κατανάλωση πόσιμου νερού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 8-10 ποτήρια ημερησίως (Montgomery, 2002).

Εκτός από την ανάγκη για διατήρηση του όγκου των υγρών, τα περισσότερα νερά που κυκλοφορούν στην αγορά περιέχουν φθόριο, το οποίο μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη των δοντιών και των οστών στο αναπτυσσόμενο έμβρυο. Ωστόσο οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να προειδοποιούνται ότι η κατανάλωση νερού μολυσμένου με μόλυβδο μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή, σε μειωμένο ανάστημα του βρέφους, και ανεπαρκή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος του εμβρύου (Montgomery, 2002).

Η μειωμένη πρόσληψη νερού μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα ανησυχητική σε θερμές καιρικές συνθήκες, στην διάρροια και τον έμετο. Αφυδάτωση μπορεί να αναπτυχθεί γρήγορα σε ένα βρέφος ή ένα μικρό παιδί το οποίο έχει απώλειες σε υπερβολική ποσότητα νερού. Συμπληρωματική κατανάλωση νερού ή ενδόφλεβια υγρά μπορεί να απαιτηθούν σε ακραίες συνθήκες. Εν ολίγοις, το νερό είναι ένα σημαντικό θρεπτικό συστατικό για τις μητέρες και τα βρέφη τους (Montgomery, 2002).



Η επαρκής ενυδάτωση είναι απαραίτητη για μια υγιή εγκυμοσύνη, καθώς μια γυναίκα συσσωρεύει 6 έως 9 λίτρα νερού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συνολική απαιτούμενη πρόσληψη νερού συμπεριλαμβανομένου του πόσιμου νερού, των αναψυκτικών και του νερού που εμπεριέχεται στα τρόφιμα ανέρχεται στα 3 L/day. Από τα 3 αυτά λίτρα τα 2,3 δηλαδή περίπου 10 φλιτζάνια πρέπει να προέρχεται από καθαρό νερό, κατανάλωση χυμών ή αναψυκτικών (Procter et al, 2014).

## **Κεφάλαιο 3. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ**

### **3.1. Ψυχοσυναισθηματική Μετατόπιση Κατά Την Εγκυμοσύνη**

Η περίοδος της εγκυμοσύνης και του τοκετού, επιφέρουν πολλές αλλαγές στην ψυχολογία και τον συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας. Κατά το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης η γυναίκα βιώνει μια ένταση η οποία υπάρχει έως και την πρώτη επίσκεψη της στον γιατρό. Υπάρχει μια αμφιθυμία συναισθημάτων η οποία έχει να κάνει με το αν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη ή όχι, εάν είναι η πρώτη εγκυμοσύνη που βιώνει η γυναίκα, κατά πόσο έχει μια μόνιμη σχέση και αν η κατάσταση της υγείας της επιτρέπει την συνέχιση της εγκυμοσύνης καθώς και αν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο (Pieta, 2014).

Εάν μια γυναίκα έχει ήδη παιδιά, μπορεί να ανησυχεί για την φροντίδα των παιδιών και τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει, ακόμη μπορεί να ανησυχεί για πιθανές δυσκολίες και προβλήματα που αντιμετώπισε στην πρώτη της εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ενώ μια γυναίκα που βιώνει την πρώτη της εγκυμοσύνη θα αντιμετωπίσει διαφορετικούς φόβους και προσδοκίες, η πηγή του άγχους και των φόβων τους θα είναι η έλλειψη εμπειρίας και γνώσεων (Pieta, 2014).

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων, η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι μια στιγμή που ο κίνδυνος ψυχικών διαταραχών αυξάνεται. Συνήθως οι εναλλαγές της διάθεσης, η ανησυχία για την υγεία του μωρού και την δική της καθώς και η ευερεθιστότητα είναι συνηθισμένα και αντιμετωπίζονται με ανοχή, όταν όμως είναι έντονα και για μεγάλη χρονική περίοδο μπορεί να είναι ένδειξη ψυχικών διαταραχών. Οι ορμονικές αλλαγές αυτής της περιόδου και οι συχνές εναλλαγές της διάθεσης ακόμη και σε ακραίες καταστάσεις (εφορία – κλάμα) είναι χαρακτηριστικό της περιόδου της εγκυμοσύνης. Παρόλα ταύτα είναι και ένα ευνοϊκό υπόστρωμα για την ανάπτυξη κατάθλιψης (Pieta, 2014).

Οι φυσικές, φυσιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλαγές που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη είναι εμφανείς και βαθιές. Κάποιες από τις αλλαγές που παρατηρούνται κατά την διάρκεια της κύησης είναι μια αύξηση στην συχνότητα διαφόρων καθημερινών ενοχλήσεων όπως στρεσογόνων καταστάσεων αλλά μειώνονται σε ένταση κατά το πρώτο μισό του τρίτου τριμήνου. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι εμφανείς διαταραχές στην διάθεση,

συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης έντασης, θυμού και σύγχυσης, αυξημένο άγχος και ορισμένες φορές οι έγκυες τείνουν να αντιλαμβάνονται τα αρνητικά γεγονότα με μεγαλύτερη ανησυχία και βαρύτητα σε σχέση με πριν την εγκυμοσύνη ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Ακόμη αρκετές φορές ιδιαίτερα κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης κάνουν την εμφάνιση τους κενά μνήμης και η μειωμένη απόδοση στην επεξεργασία των πληροφοριών που λαμβάνουν οι γυναίκες μέσα στην μέρα. Τέλος, σε ψυχολογικό επίπεδο, οι γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερη πίεση, στρες και άγχος κατά την εγκυμοσύνη τους, λόγω του ρόλου τους και των αυξημένων απαιτήσεων αυτού (DiPietro, 2005)

### Πρώτο Τρίμηνο της Εγκυμοσύνης

Η διάθεση της γυναίκας στην αρχή της εγκυμοσύνης εξαρτάται από το κατά πόσο αυτή η εγκυμοσύνη την χαροποιεί ή την αναστατώνει. Επίσης έχει να κάνει με το πόσο έντονα είναι τα συμπτώματα όπως η ναυτία, οι ζαλάδες και η κόπωση. Το να είναι ευερέθιστη και ευσυγκίνητη αυτή την περίοδο είναι κάτι συνηθισμένο. Γυναίκες οι οποίες είχαν μια προηγούμενη αποβολή ή προβλήματα υγείας πιθανόν να βιώνουν μια έντονη ανησυχία. Ακόμη πολλές γυναίκες αποφεύγουν να συζητούν για την εγκυμοσύνη τους και να κάνουν προετοιμασίες μέχρι να είναι απόλυτα σίγουρες ότι δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος (Oates, 1989).

### Δεύτερο Τρίμηνο της Εγκυμοσύνης

Σε αυτό το σημείο η γυναίκα αρχίζει να συνηθίζει στην ιδέα του μωρού και να το αντιλαμβάνεται ως μια οντότητα. Οι κινήσεις του εμβρύου και η κοιλία της που μεγαλώνει την κάνουν να συνειδητοποιεί. Σε αυτή την περίοδο της εγκυμοσύνης στηρίζονται πολύ στους επαγγελματίες υγείας για να μάθουν ότι το μωρό τους αναπτύσσεται φυσιολογικά και δεν έχει προβλήματα, μιας και πολλά προβλήματα που μπορεί να έχει το μωρό δεν έχουν συμπτώματα στην μητέρα και δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει. Αυτή η εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να την κάνει να αισθανθεί ότι δεν έχει τον έλεγχο, πράγμα που μπορεί να είναι οδυνηρό για την ίδια. Υπάρχει ανησυχία και φόβος για την υγεία του εμβρύου και ένοχη για οτιδήποτε μπορεί να μην πάει καλά, μιας και θα το αποδώσει στις προσωπικές τις συνήθειες ή στον τρόπο ζωής της (Oates, 1989).

### Τρίτο Τρίμηνο της Εγκυμοσύνης

Το άγχος και οι ανησυχίες για την υγεία και την επιβίωση του μωρού αρχίζουν υποχωρούν. Υπάρχει έντονη ανυπομονησία για την στιγμή του τοκετού. Η γυναίκα αρχίζει να αποσύρεται κοινωνικά και ασχολείται περισσότερο με τις προετοιμασίες για τον ερχομό του μωρού. Παραμένει ωστόσο πολύ ευσυγκίνητη. Υπάρχει απώλεια συγκέντρωσης, κενά μνήμης και πολλές φορές δυσκολία στον ύπνο, σε συνδυασμό με την σωματική δυσφορία μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολία της γυναίκας να εργαστεί πνευματικά (Oates, 1989).

Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές, στις συναισθηματικές και ψυχολογικές αλλαγές που θα αντιμετωπίσει μια γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες που γίνονται μανούλες για πρώτη φορά. Καλό είναι οι γυναίκες να ενημερώνονται για τις αλλαγές που τις περιμένουν και να είναι προετοιμασμένες για αυτές όπως και ο στενός κύκλος τους, ώστε να έχουν την κατάλληλη στήριξη και φροντίδα σε αυτό τους το ταξίδι προς την μητρότητα.

#### **3.1.1. Άγχος – Στρες**

Η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι μια περίοδος εννέα μηνών με τις περισσότερες σωματικές, ορμονικές και ψυχολογικές αλλαγές για μια γυναίκα. Η εγκυμοσύνη είναι μια τομή στην ζωή κάθε γυναίκας, καθώς ένας νέος ρόλος ξεκινά, ένας από τους σημαντικότερους και πιο απαιτητικούς, από τους πρώτους κιόλας μήνες της εγκυμοσύνης της. Η μετάβαση στην μητρότητα είναι από μόνη της μια δύσκολη διαδικασία για κάθε γυναίκα. Καλείται να προετοιμάσει αρχικά τον εαυτό της σωματικά και ψυχολογικά και να προετοιμάσει την ζωή της και τον χώρο στον οποίο ζει για να είναι ασφαλής για την έλευση του νέου μέλους της οικογένειας. Όλα αυτά τα γεγονότα όπως είναι λογικό προκαλούν φόβους και αγωνίες που με την σειρά τους φέρνουν στις γυναίκες άγχη και στρες.

Σε κάθε τρίμηνο της εγκυμοσύνης υπάρχουν αλλαγές που μπορεί να ταράζουν την συναισθηματική ισορροπία μιας γυναίκας. Στο πρώτο τρίμηνο η ναυτία, η ευαισθησία στο

στήθος και οι σωματικές αλλαγές. Στο δεύτερο τρίμηνο, οι περαιτέρω αλλαγές στο σώμα και την εικόνα σώματος και τις αλλαγές στο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Τέλος στο τρίτο τρίμηνο, η προετοιμασία για τον τοκετό και η επικείμενη φροντίδα του μωρού (Karacam, 2009).

Ως στρες ορίζεται, η αντίληψη που εμφανίζεται την στιγμή της σύγκρισης, ανάμεσα στις απαιτήσεις που ασκούνται πάνω στο άτομο και την ικανότητα του να ανταποκριθεί σε αυτές. Μια ανισορροπία του μηχανισμού οδηγεί στην εμπειρία του στρες και την αντίδραση σε αυτό (Woods, 2010). Υποστηρίζεται ότι, ενώ ορισμένα συμπτώματα του στρες συνδέονται στενά με εκείνα του άγχους, η εμπειρία του στρες συνεπάγεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων που μπορεί να είναι διαφορετικό από αυτά του άγχους και της κατάθλιψης (Rallis, 2014). Ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στην εμφάνιση του στρες είναι, η ενδοοικογενειακή βία, η χρήση ουσιών, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, πιθανά ψυχιατρικά προβλήματα, η ύπαρξη τουλάχιστον δύο ιατρικών προβλημάτων, οι διαταραχές πανικού, χρόνιες ιατρικές επιπλοκές και η μειωμένη αύξηση βάρους. Αντίθετα η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η φυλή και η ηλικία δεν συνδέονται τόσο έντονα με το στρες (Woods, 2010). Ακόμη ένας παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάσει το στρες κατά την εγκυμοσύνη είναι η ύπαρξη χρόνιας ημικρανίας (Orta, 2015).

Υψηλά αποτελέσματα στρες, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν ως αποτέλεσμα, μια πιθανή κακή έκβαση της εγκυμοσύνης. Όχι μόνο τα επίπεδα στρες, αλλά και το χρονικό σημείο κατά την εγκυμοσύνη, που βιώνει η μητέρα το στρες μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την μητέρα και να φέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Πιθανόν να προκαλέσει προβλήματα ύπνου στην μητέρα καθώς και προβλήματα υγείας στο έμβryo. Τα αυξημένα επίπεδα στρες μπορεί να οδηγήσουν την μητέρα στην απόφαση να γεννήσει με καισαρική τομή (Clout – Brown, 2015). Υψηλότερα επίπεδα στρες φαίνεται να υπάρχουν από τις 16 έως τις 24 εβδομάδες κύησης καθώς και στις 32 έως 40 εβδομάδες κύησης, δηλαδή στις πρώτες και τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αυξημένα επίπεδα στρες στην αρχή της εγκυμοσύνης προβλέπουν αυξημένα επίπεδα άγχους σε προχωρημένη εγκυμοσύνη (Rallis, 2014). Ορισμένες συμπεριφορικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση του στρες, όπως οι σωστές διατροφικές συμβουλές, η σωματική και πνευματική χαλάρωση, η εκπαίδευση και η κοινωνική υποστήριξη (Woods, 2010).

Ως άγχος ορίζεται, η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα, φόβου και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που δεν απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (Μάνος, 1997)

Παρά την αλλαγή του ρόλου των σύγχρονων γυναικών τα τελευταία χρόνια, η εγκυμοσύνη και η μητρότητα παραμένουν κεντρικής σημασίας όσον αφορά την ταυτότητα των γυναικών. Η εγκυμοσύνη και η μετάβαση στη μητρότητα συνεπάγεται με σημαντικές ψυχολογικές κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές για τους μέλλοντες γονείς. Υπάρχει μια γενική συναίνεση, ότι η ίδια η εγκυμοσύνη είναι ένα αγχωτικό γεγονός για τις γυναίκες, επειδή τους προκαλεί να προσαρμοστούν σε διάφορες ψυχοκοινωνικές και φυσιολογικές αλλαγές (Staneva, 2015).

Διάφορες είναι οι κατηγορίες των διαταραχών άγχους, το καθένα με διάφορες κλινικές παρουσιάσεις, όπως αναγνωρίζονται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V). Τα συμπτώματα άγχους κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να σχετίζονται με διάφορες μορφές άγχους, όπως τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή το άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, το οποίο έχει να κάνει με φόβους κι ανησυχίες της εγκυμοσύνης. Το άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη ορίζεται ως οι φόβοι μιας γυναίκας για την υγεία του μωρού της, την δική της και τον τοκετό (Brunton, 2015).

Ορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες άγχους στην διάρκεια της εγκυμοσύνης υπήρξαν, τα ψυχολογικά προβλήματα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, προβλήματα με την οικογενειακή ζωή, στρεσογόνα γεγονότα, η αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων πριν από την εγκυμοσύνη, βίωση σωματικής δυσφορίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, βίωση σωματικής βίας, αρνητικές αντιλήψεις του εαυτού (Karacam, 2009). Ακόμη γυναίκες οι οποίες πάσχουν από χρόνια ημικρανία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους (Orta, 2015), καθώς επίσης, μια μη σχεδιασμένη εγκυμοσύνη και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα (Clout – Brown, 2015). Εξωτερικοί παράγοντες όπως οι επαγγελματικοί, το οικογενειακό περιβάλλον, εσωτερικοί ψυχολογικοί παράγοντες όπως παρελθόντα τραύματα, οι ορμόνες, η περιορισμένη γνώση σχετικά με το σώμα τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η μη συμμετοχή του συντρόφου τους μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα του

στρες. Άλλος ένας βασικός παράγοντας, που επιδεινώνει το άγχος, είναι η εμπειρία προηγούμενης εγκυμοσύνης ιδίως εάν υπήρχαν προβλήματα ή αποβολή και τυχόν ιατρικές επιπλοκές.

Από την στιγμή της ανακάλυψης της εγκυμοσύνης, σιγά σιγά οι γυναίκες αντιλαμβάνονται ότι οι προσδοκίες τους δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, κάτι που πιθανόν να οδηγήσει τις γυναίκες σε δεύτερες σκέψεις, ανικανότητα να οργανώσουν τις σκέψεις τους, δυσκολία στην λήψη αποφάσεων, υπεραπασχόληση με άσχημες σκέψεις, δυσκολία να λειτουργήσουν με έναν συγκεκριμένο τρόπο, αισθήματα ότι τα πράγματα δεν είναι σωστά καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Όλοι αυτοί οι λόγοι δημιουργούν αισθήματα δυσφορίας τα οποία οδηγούν στην εμφάνιση του άγχους (Staneva, 2015).

Ο φόβος είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας άγχους. Φόβοι που σχετίζονται με την υγεία του μωρού ή την πιθανότητα μιας εμβρυικής ανωμαλίας, ο φόβος του πόνου, μιας πτώσης ή η πιθανότητα να τραυματίσουν το μωρό, η αγωνία για την νοσηλεία, για τον τοκετό και την πιθανότητα να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί με αναπηρία καθώς και την επερχόμενη φροντίδα του παιδιού μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους της μητέρας (Bayrampour, 2016). Το άγχος της εγκυμοσύνης είναι αποτέλεσμα ενός πολυμετάβλητου μοντέλου κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων, γεγονότων ζωής και κοινωνικής υποστήριξης (Teixeira, 2009).

Πολλές γυναίκες, αισθάνονται ότι το περιβάλλον τους έχει μεγάλες απαιτήσεις από αυτές, πράγμα που τις κάνει να αισθάνονται ενοχές και ντροπή όταν λυγίζουν ή όταν κλαίνε, καθώς δεν ταιριάζει στην τέλεια εικόνα που πρέπει να έχει μια μητέρα. Πιστεύουν ότι πρέπει να είναι πάντα εκεί και σταθερές. Υπάρχει μια αίσθηση απώλειας ελέγχου πάνω στο σώμα τους και μια πίεση για σωστή φροντίδα του σώματος τα οποία είναι αγχογόνα. Γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη παιδιά , πάρα το γεγονός ότι είναι ήδη εξοικειωμένες με την μητρότητα έχουν και αυτές αίσθημα άγχους, πιθανόν διότι γνωρίζουν τις απώλειες που περιλαμβάνει η μητρότητα όπως την ενέργεια και τον προσωπικό χρόνο. Συνολικά αυτή η πολύπλοκη διαδικασία από ανεκπλήρωτες ανάγκες και αισθημάτων ανεπάρκειας και ενοχής οδηγούν τις γυναίκες σε αισθήματα άγχους (Staneva, 2015).

Άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν νευρικότητα, ευερεθιστότητα, εναλλαγές διάθεσης, κρίσεις πανικού κι δυσφορία στην σκέψη ότι υπάρχει ένα μωρό μέσα τους. Το άγχος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζει πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα, τα οποία σχετίζονται με προβλήματα ύπνου, έναρξη της αϋπνίας, δυσκολία στον ύπνο, εφιάλτες, διαταραχές ύπνου, συχνή αφύπνιση την νύχτα, συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού, όπως τρέμουλο, έντονο σφυροκόπημα στην κάρδια, δύσπνοια, αίσθημα παλμών κι τρόμος. Ακόμη συμπτώματα όπως, πόνο στο στομάχι, πονοκέφαλους, ζάλη, πόνους στην κάρδια ή στο στήθος, ενοχλήσεις γαστρεντερικού, ναυτία, εμετούς κι προβλήματα κατά την σεξουαλική επαφή (Bayrampour, 2016).

Το έντονο άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει συνέπειες στην καθημερινή ζωή των γυναικών. Το άγχος μπορεί να είναι είτε ευεργετικό, με την ενθάρρυνση των γυναικών να συμμετέχουν σε δραστηριότητες για την προώθηση της ευημερίας και της ασφάλειας του μωρού τους. Ωστόσο περιλαμβάνει και αρνητικές συνέπειες όπως δυσκολία συγκέντρωσης, αναποφασιστικότητα και δυσλειτουργία. Το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολές, σε έμμονη καταμέτρηση των κινήσεων του εμβρύου, συχνές επισκέψεις στους ιατρούς, αιτήματα πρόσθετων υπερήχων, αιτήματα καισαρικών επεμβάσεων. Λόγω του άγχους οι γυναίκες μπορεί να καταφύγουν σε αποφευκτικές συμπεριφορές, όπως την αποφυγή ιατρικών διαδικασιών, να κρύβουν την εγκυμοσύνη τους, να αποφεύγουν την συζήτηση για την κατάσταση τους και να μην ονειρεύονται για την εγκυμοσύνη τους (Bayrampour, 2016).

Το άγχος της εγκυμοσύνης, μπορεί να είναι ένας υγιής δείκτης στο σημαντικό έργο της μητρότητας και της προστασίας του εμβρύου. Οι έγκυες γυναίκες που βιώνουν ήπιο άγχος, το οποίο είναι βραχυπρόθεσμο, είναι σε θέση να εφιστούν την προσοχή τους σε εργασίες που την χρειάζονται. Αντιθέτως τα μεγάλα ποσοστά άγχους, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από τον χρόνο μιας γυναίκας και παρεμβαίνουν στην ικανότητα της να διαχειρίζεται τις ευθύνες, τις σχέσεις και την φροντίδα του εαυτού της, συμπεριλαμβάνουν τις αρνητικές συνέπειες του άγχους της εγκυμοσύνης και μπορεί να είναι εμφανείς μόνο, όταν το άγχος υπερβαίνει τα λογικά πλαίσια.

Το άγχος μπορεί να παρακινήσει ένα άτομο να συμμετάσχει σε συμπεριφορές ελέγχου για την εξάλειψη των κινδύνων. Οι έγκυες γυναίκες σε καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος μπορεί να προσπαθήσουν να αυξήσουν τον έλεγχο, ώστε να μειώσουν τους πιθανούς



κινδύνους. Το άγχος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην λήψη αποφάσεων, όταν το άγχος βιώνεται, οι γυναίκες έχουν την τάση να επιλέγουν ότι τους δίνει περισσότερο έλεγχο επάνω στην κατάσταση (Bayrampour, 2016).

Τόσο το γενικό άγχος, όσο και το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετίζονται με αρνητικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις που είναι πέραν του φυσιολογικού, τόσο για το παιδί όσο και για την μητέρα. Πιο συχνά συνδέονται με το παιδί. Οι γυναίκες, έχουν περισσότερη δυσκολία στην ανάληψη του ρόλου της μητέρας και της ανατροφής του παιδιού, καθώς και στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Brunton, 2015). Ακόμη, μπορεί να αυξήσουν τις επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, όπως αποβολή, προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό, μωρά με χαμηλό βάρος γέννησης. Επιπλέον, τα μωρά αυτά μπορεί να έχουν πιο καθυστερημένη ανάπτυξη, προβλήματα νευρολογικής φύσεως, υπερκινητικότητα ή υπογλυκαιμίες (Karacam, 2009).

Τα συμπτώματα του άγχους, αναπτύσσονται ως μια ψυχολογική αντίδραση στο στρες, όσο αυξάνεται το άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστούν, είτε μπορεί να λειτουργήσει ως προγνωστικός παράγοντας της επιλόχειας κατάθλιψης (Karacam, 2009).

Υψηλότερα επίπεδα άγχους στην εγκυμοσύνη εμφανίζονται στο πρώτο και στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ιδιαίτερα στην 16<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, καθώς και στις 32<sup>η</sup> και 36<sup>η</sup> εβδομάδα ενώ πιο μειωμένα φαίνονται να είναι στα μέσα της εγκυμοσύνης. Στις πρώτες εβδομάδες κύησης, πιθανοί λόγοι του αυξημένου άγχους, είναι ο κίνδυνος αποβολής, οι πρωινές αδιαθεσίες καθώς και οι φυσιολογικές και ορμονικές αλλαγές. Αργότερα στην εγκυμοσύνη, κάποιοι λόγοι αύξησης του άγχους μπορεί να είναι, η αυξημένη σωματική δυσφορία, η προσαρμογή στην μητρότητα και το άγχος του επερχόμενου τοκετού (Rallis, 2014). Σε σχέση με τις πρωτότοκες, οι γυναίκες που είχαν ήδη παιδιά φάνηκε να έχουν πιο αυξημένα επίπεδα άγχους στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σε σχέση με τα άλλα δυο, αυτό μπορεί να οφείλεται στο άγχος για τον τοκετό και στο ότι προστίθεται άλλο ένα παιδί στην οικογένεια και διαταράσσονται οι ισορροπίες (Teixeira, 2009). Εν κατακλείδι, το υψηλό στρες και το άγχος, έχουν την τάση να επιμένουν 4 έως 6 μήνες μετά τον τοκετό (Clout – Brown, 2015).

Περίπου το ένα τρίτο των γυναικών, μπορεί να βιώσουν συμπτώματα άγχους σε κάποιο σημείο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης (Bayrampour, 2016). Σημαντικό είναι να

υπάρχει ένα δίκτυ ασφαλείας για τις γυναίκες, να αισθάνονται αποδεκτές από τους γύρω τους και να τους παρέχεται η κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη ώστε να αυξάνεται η αυτοεκτίμηση τους (Staneva, 2015). Παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν για την μείωση του άγχους είναι η εξασφάλιση επαρκούς διατροφής, η πρόληψη κατανάλωσης νικοτίνης και καφεΐνης, η ενθάρρυνση της άσκησης, η εκπαίδευση των γυναικών σε μέτρα που βοηθούν στην προσαρμογή τους καθώς και ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα τις βοηθήσουν σε δύσκολες καταστάσεις (Karacam, 2009).

### **3.2. Η Εικόνα Σώματος Και Η Επίδραση Στην Ψυχολογία Της Εγκύου**

Η εικόνα σώματος είναι μια από τις βασικότερες ανησυχίες των γυναικών της σύγχρονης εποχής. Μια εποχή όπου η εξωτερική εμφάνιση κερδίζει κατά κράτος τον άνθρωπο. Στον εικοστό πρώτο αιώνα ο κατακλυσμός των ΜΜΕ από αιθέριες υπάρξεις που συνεχώς μας δίνουν συμβουλές ομορφιάς στην τηλεόραση, το διαδίκτυο και τον τύπο, δημιουργούν συνεχώς την ανάγκη στις γυναίκες να αναδείξουν την θηλυκή τους πλευρά και να συμβαδίζουν με τα πρότυπα ομορφιάς, τα οποία συνεχώς αλλάζουν.

Ο όρος εικόνα σώματος αναφέρεται, σε ένα σύνολο αντιλήψεων στάσεων και συναισθημάτων που έχει ένα άτομο για το σώμα του (Skouteris et al, 2005). Μπορούμε να διαχωρίσουμε την εικόνα σώματος σε θετική και αρνητική ή όπως θα το δούμε διαφορετικά στην δυσαρέσκεια του σώματος. Η θετική εικόνα σώματος δομείται επάνω στην εκτίμηση του σώματος, την θετική αποδοχή, την ευελιξία που διαθέτει το άτομο, την λειτουργικότητα του σώματος, την προσαρμογή, την υπερηφάνεια του σώματος, την αφοσίωση του ατόμου στο σώμα του, την ευρεία αντίληψη της ομορφιάς, και την αποδοχή του σώματος του ατόμου από τους άλλους. Η αρνητική εικόνα σώματος αναφέρεται στην έλλειψη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του είτε έχει να κάνει με το μέγεθος είτε με το σχήμα του σώματος, είτε κάποιου συγκεκριμένου σημείου (Webb et al, 2015).

Σύμφωνα με τους Avalos και συν., (2005), η εκτίμηση του σώματος έχει να κάνει με την εσκεμμένη επιλογή του ατόμου, να αποδέχεται το σώμα του ανεξάρτητα από το μέγεθος και τις σωματικές ατέλειες, να σέβεται και να φροντίζει τις ανάγκες του σώματός του, να

προάγει την υγεία του, και να προστατεύει το σώμα του με το να αντιστέκεται στα εξωπραγματικά πρότυπα ομορφιάς που παρουσιάζονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η θετική ορθολογική αποδοχή έχει να κάνει με την αντιμετώπιση των καταστάσεων που δημιουργούν στο άτομο αρνητικά συναισθήματα για το σώμα του, όπως τα πειράγματα για το μέγεθος ή το σχήμα του σώματος ή τις πιθανές πιέσεις για αλλαγή του σώματος. Η θετική ορθολογική αποδοχή έχει να κάνει με την αποδοχή αυτών των καταστάσεων και την σωστή αντιμετώπιση τους δηλαδή με το φροντίζει το σώμα του και την προσωπική ενθάρρυνση. Η ευελιξία δεν αφορά την αποφυγή ή την μεταβολή των σκέψεων που έχουν να κάνουν με την αρνητική εικόνα σώματος, αλλά την χρήση της σκέψης και των δεξιοτήτων για να εμπλακεί το άτομο με δράσεις που το ευχαριστούν και να αποτιμούν τις θετικές εκφάνσεις της ζωής (Webb et al, 2015).

Η αναγνώριση και η εκτίμηση της λειτουργικότητας του σώματος ενισχύει την θετική του αποδοχή από το άτομο αλλά και βοηθά στην αντίσταση των πιέσεων από εξωτερικούς παράγοντες. Η προσαρμογή είναι η ικανότητα του ατόμου να σέβεται το σώμα του με την τακτική υιοθέτηση σωστών συμπεριφορών για τις ανάγκες του σώματος. Υπερηφάνεια σώματος ονομάζεται, ένα ισχυρό, θετικό, συνειδητό συναίσθημα που αφορά το σώμα και είναι αποτέλεσμα συμπεριφορών με θετικά χαρακτηριστικά. Η αφοσίωση του ατόμου στο σώμα του αντιπροσωπεύει την πνευματικότητα που προσδίδει το άτομο στο σώμα του και ως εκ τούτου τον σεβασμό τον οποίο του δείχνει. Άτομα τα οποία έχουν μια θετική εικόνα για το σώμα τους αναφέρουν ότι η ομορφιά δεν αφορά μονάχα την εμφάνιση που συνάδει με τα κοινωνικά πρότυπα αλλά έχει να κάνει με την εσωτερική ομορφιά, την προσωπικότητα και την μοναδικότητα του ατόμου (Webb et al, 2015).

Η αποδοχή του σώματος από τους άλλους επιτυγχάνεται όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι το σχήμα και το μέγεθος του σώματος τους γίνεται αποδεκτό από σημαντικά άτομα όπως η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνεργάτες. Όταν τα άτομα δεν απασχολούνται με την ανάγκη τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των άλλων είναι πιο ελεύθερα αντί να δαπανήσουν τον χρόνο και την ενέργεια τους στο πως φαίνεται το σώμα τους, αφοσιώνονται στο πως λειτουργεί (Webb et al, 2015).

Η αρνητική εικόνα σώματος είναι διάχυτη μεταξύ των γυναικών. Τα υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας σώματος αποδίδονται κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη των κοινωνικών πιέσεων

όσον αφορά την λεπτότητα του σώματος. Έχει θεωρηθεί ότι οι πολιτισμικά καθορισμένοι ρόλοι, μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ικανοποίηση του σώματος, με την πίεση να επιτευχθεί ένα πολιτισμικά ιδανικό σχήμα ή φιγούρα, να είναι πιο σημαντικό σε ορισμένους κοινωνικούς ρόλους απ' ότι σε άλλους (Loth et al, 2011). Το 80% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι δυσαρεστημένες με την εμφάνισή τους. Υπολογίζεται ότι οι Αμερικάνοι ξοδεύουν 40 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε δίαιτες και προϊόντα αδυνατίσματος, ενώ το 45% των γυναικών είναι σε δίαιτα (Robertson-Frey, 2005).

Η έννοια του λεπτού ιδανικού σώματος αφορά όχι μόνο την εικόνα που καλούνται οι γυναίκες να αντιγράψουν στην καθημερινότητά τους, αλλά και το πώς αντιλαμβάνεται από την κοινωνία. Μια γυναίκα που έχει επιτύχει μια τέτοια σιλουέτα θεωρείται, ελκυστική επιτυχημένη, επιθυμητή, έξυπνη και φιλική. Αντιθέτως σε μια γυναίκα η οποία είναι παχύσαρκη, λόγω της εμμονής της κοινωνίας με το βάρος, προσάπτονται χαρακτηρισμοί όπως τεμπέλα, βρώμικη και αργόστροφη (Robertson-Frey, 2005).

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης λειτουργούν ως ένας από τους ισχυρότερους αγγελιοφόρους της ιδανικά λεπτής σιλουέτας, πράγμα το οποίο υποστηρίζεται από το εύρημα των τελευταίων 40 χρόνων που δείχνει ότι το ιδανικό σχήμα του σώματος στα μέσα μαζικής ενημέρωσης γίνεται όλο και πιο λεπτό ενώ τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών έχουν αυξηθεί, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια μεγάλη ασυμφωνία μεταξύ του πως μια μέση γυναίκα μοιάζει πραγματικά και αυτού που τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσιάζουν ως ιδανικό (Robertson-Frey, 2005).

Οι γυναίκες πέρα από τα μηνύματα που λαμβάνουν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την πίεση που τους ασκούν τα κοινωνικά πρότυπα, έχουν μια ακόμη πηγή πίεσης να αντιμετωπίσουν την οικογένεια καθώς και την παρέα των συνομηλίκων, πηγές μάλιστα που τους περνούν τα μηνύματα αυτά πιο άμεσα και τις πιέζουν να συμμετέχουν σε συμπεριφορές, που θα τις οδηγήσουν στο ιδανικό σώμα το οποίο επιθυμούν και πιθανόν να είναι ένα εξωπραγματικό πρότυπο, παρόλα ταύτα οι γυναίκες θα συνεχίσουν να προσπαθούν να συμμορφωθούν με αυτό το ιδανικό (Robertson-Frey, 2005).

Πέρα από την πίεση της συμμόρφωσης με ένα μη ρεαλιστικό πρότυπο ομορφιάς, οι γυναίκες λαμβάνουν και το μήνυμα ότι μέρος του ρόλου τους είναι η απόκτηση παιδιών, πράγμα το οποίο είναι τόσο αποδεκτό κοινωνικά που θεωρείται ως ένα φυσικό κομμάτι στην

ζωή μιας γυναίκας και όχι ως μια κοινωνική πίεση. Η πεποίθηση ότι οι γυναίκες επιθυμούν την απόκτηση παιδιών είναι τόσο εδραιωμένη, που σε γυναίκες οι οποίες δεν επιθυμούσαν να αποκτήσουν παιδιά, η κοινωνία θεωρούσε είτε ότι αυτό οφείλονταν σε κάποια σωματική ασθένεια, είτε ότι κάποια στιγμή θα άλλαζαν γνώμη (Robertson-Frey, 2005).

Οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με ισχυρά, αλλά ανάμεικτα μηνύματα. Αντιμετωπίζουν αυξημένη πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οικογένεια και τους φίλους να είναι σύμφωνές με τα ιδανικά πρότυπα ομορφιάς τα οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι ανέφικτα, πράγμα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια σώματος. Παράλληλα οι ίδιες πηγές που πιέζουν τις γυναίκες να έχουν μια συγκεκριμένη εμφάνιση, τις πιέζουν να αποκτήσουν παιδιά, το οποίο θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους του σώματος και την παρέκκλιση από την ιδανική εικόνα σώματος (Robertson-Frey, 2005).

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος στην ζωή των γυναικών όπου ο ρόλος του σώματος μιας γυναίκας αλλάζει δραματικά (Loth et al, 2011). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες είναι πιθανότερο να επαναξιολογήσουν την εικόνα σώματος τους, με την πάροδο του χρόνου καθώς αυξάνεται το μέγεθος και αλλάζει του σώμα τους. Αυτό ενδεχομένως επιτρέπει μια πιο ισχυρή δοκιμασία των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια του σώματος σε σχέση με άλλες στιγμές της ζωής των γυναικών που το σχήμα του σώματος παραμένει σχετικά σταθερό.

Επιπλέον η δυσαρέσκεια σώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει ιδιαίτερη σημασία διότι μπορεί να οδηγήσει σε ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές και συμπεριφορές για την απώλεια βάρους, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να έχουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Αρκετοί ερευνητές έχουν προτείνει να χαλαρώσουν τα πρότυπα για την εικόνα σώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι οι αλλαγές του σώματος είναι παροδικές και απαραίτητες για την αναπαραγωγική διαδικασία. Η εγκυμοσύνη έχει υποστηριχθεί ότι είναι η μια και μοναδική φορά στην ζωή μιας γυναίκας που είναι κοινωνικά αποδεκτό να είναι πιο παχουλιά, επειδή ο αναπαραγωγικός ρόλος έχει μεγαλύτερη αξία από την φυσική εμφάνιση. Ωστόσο μερικές έρευνες αποκαλύπτουν ότι η εγκυμοσύνη δεν είναι πάντα μια στιγμή θετικής προσαρμογής στις αλλαγές της φυσικής εμφάνισης (Skouteris et al, 2005).

Η εγκυμοσύνη είναι μια ενδιαφέρουσα εξαίρεση όσον αφορά τις θεωρίες για την εικόνα σώματος. Σημαντικές φυσιολογικές αλλαγές συμβαίνουν γρήγορα και βιαία μέσα σε ένα σύντομο διάστημα μόλις 40 εβδομάδων, αλλαγές που οδηγούν τις γυναίκες μακριά από την ιδανική εικόνα σώματος. Το αντίκτυπο που μπορεί να έχουν οι αλλαγές στην εικόνα σώματος μιας γυναίκας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο επηρεάζει την γυναίκα η ιδανική εικόνα σώματος (Watson et al, 2015). Γυναίκες με λίγα η καθόλου θέματα με την εικόνα σώματος είναι πολύ πιθανόν να είναι σε θέση να δεχθούν έστω και με κάποια δυσκολία, ότι η εγκυμοσύνη είναι μια στιγμή στη ζωή τους στην οποία η αύξηση του σωματικού βάρους είναι αποδεκτή και είναι σε θέση να δεχθούν τις αλλαγές στο σώμα τους ως ένα φυσικό μέρος της εγκυμοσύνης (Robertson-Frey, 2005).

Μέχρι σήμερα η έρευνα που εξετάζει την εικόνα σώματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης δείχνει μεγάλη διακύμανση στις απαντήσεις των γυναικών όσον αφορά τις φυσικές αλλαγές που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη, με τις αντιδράσεις να κυμαίνονται από την αγωνία στο ουδέτερο έως την απελευθέρωση. Δείχνοντας ότι επειδή η εγκυμοσύνη αποτελεί την αρχή ενός νέου ρόλου για τις γυναίκες, ενός ρόλου που τονίζει την σημασία της αναπαραγωγής περισσότερο σε σχέση με τον ορισμό της ομορφιάς όπως δίδεται κοινωνικά είναι πιθανότερο να βιώσουν μια μεταβλητή η ακόμη και μια βελτιωμένη εικόνα σώματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης (Loth et al, 2011).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνονται δραστικές αλλαγές στο σώμα των γυναικών, παρά το γεγονός ότι οι αλλαγές μπορεί να θεωρηθούν ως ένα φυσιολογικό μέρος της εγκυμοσύνης, πολλές γυναίκες βιώνουν μια δυσκολία στο να αποδεχτούν αυτές τις αλλαγές στην εγκυμοσύνη. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Fox & Yamaguchi (1997), το 67% των γυναικών στην έρευνα οι οποίες είχαν ένα φυσιολογικό ΔΜΣ πριν από την εγκυμοσύνη ανέφεραν ότι η αλλαγή στην εικόνα σώματος τους ήταν αρνητική. Οι λόγοι που θεώρησαν αυτή την αλλαγή αρνητική οφείλεται στο συναίσθημα της αυτοσυνείδησης καθώς και στο ότι δεν είχαν τον έλεγχο του σωματικού βάρους τους, επίσης στο ότι ένιωθαν λιγότερο ελκυστικές. Από την άλλη οι γυναίκες οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα κι ήταν υπέρβαρες σε ποσοστό 62% εμφάνισαν μια θετική αλλαγή στην εικόνα του σώματος κι ανέφεραν ότι αισθάνονταν λιγότερο αμήχανα και πιο θετικά απέναντι στον δημόσιο έλεγχο, επίσης αισθάνθηκαν ελεύθερες από το στίγμα του να είναι υπέρβαρες. Γι' αυτές τις γυναίκες

η εγκυμοσύνη ήταν μια στιγμή στην ζωή τους που η αύξηση του σωματικού βάρους κρίθηκε αποδέκτη από τους άλλους (Robertson-Frey, 2005).

Σε μια ακόμη έρευνα από τους Sui και συν (2013), σε υπέρβαρες κι παχύσαρκες γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έδειξε ότι περίπου το 45% των γυναικών ανέφερε δυσαρέσκεια για το σχήμα ή το βάρος του σώματος τους, αυτό ήταν πιο προφανές σε γυναίκες με υψηλότερο ΔΜΣ. Η δυσαρέσκεια ήταν συναφής με την αύξηση του σωματικού βάρους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η δυσαρέσκεια με το βάρος και το σχήμα του σώματος τους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των γυναικών που ήταν παχύσαρκες σε ποσοστό, 70% για το σωματικό βάρος και 68,8% για το σχήμα του σώματος. Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με αυξημένη δυσαρέσκεια εικόνας του σώματος είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερη αύξηση στο σωματικό βάρος κατά την διάρκεια της κύησης. Ο αυξημένος ΔΜΣ οδηγεί σε δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, που με την σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους κατά την κύηση, πέραν τον κατευθυντήριων γραμμών του Ινστιτούτου Ιατρικής -υπέρβαρες γυναίκες: 6.8 έως 11.4 κιλά , παχύσαρκες γυναίκες: 5 έως 9 κιλά- (Sui et al, 2013).

Στην μελέτη των Robertson-Frey και συν (2005), σε γενικές γραμμές διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ασχολούνται περισσότερο με το σχήμα του σώματος τους πριν από την εγκυμοσύνη ήταν πιο πιθανό να αντιπαθούν τις αλλαγές στο σώμα τους στην εγκυμοσύνη. Για παράδειγμα γυναίκες οι οποίες επέλεξαν να κάνουν δίαιτα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνήθως είχαν ακολουθήσει και κάποια δίαιτα στο παρελθόν. Ακόμη φάνηκε ότι γυναίκες με υψηλές ανησυχίες σώματος είναι συχνά δυσαρεστημένες με τις αλλαγές στο σώμα τους κατά την διάρκεια της κύησης και κρατούν αρνητική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν τόσο έντονες ανησυχίες για το σώμα τους. Συγκεκριμένα οι συμμετέχουσες με αυξημένες ανησυχίες σώματος αντιλαμβάνονται το κόστος της εγκυμοσύνης ως κάτι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με τις γυναίκες που δεν ανησυχούν τόσο για την εικόνα του σώματος τους, διότι δεν το αποδέχονται ως κάτι φυσιολογικό. (Robertson-Frey, 2005).

Ακόμη στην μελέτη των Loth και συν. (2011), φάνηκε ότι η αντιμετώπιση της εμπειρίας της εγκυμοσύνης ως κάτι μοναδικό και μεταβατικό που αφορά την εμπειρία της τεκνοποίησης, επιτρέπει στις γυναίκες να μεταβούν μέσα από αυτή χωρίς να διατρέχουν

κίνδυνο. Οι έγκυες γυναίκες έχουν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση σώματος από τις μη έγκυες ομολόγους τους, πράγμα το οποίο δείχνει ότι η εικόνα σώματος των γυναικών είναι περίπλοκη και δεν έχει να κάνει μόνο με την διάφορα που έχει το σώμα από το ιδανικό σχήμα και βάρος. Μια εξήγηση είναι, ότι ορισμένες γυναίκες είναι πιο προστατευμένες σε κάποιους κοινωνικούς ρόλους, αυτό πιθανόν οφείλεται στο ότι η ατομική κρίση ενός ατόμου για το σώμα του είναι ανάκλαση του τι είναι επιθυμητό μες στην συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Έτσι η ικανοποίηση σώματος αυξάνεται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης πράγμα που πιθανόν είναι ενδεικτικό του ότι οι γυναίκες αναλαμβάνουν ένα νέο κοινωνικό ρόλο μες στον οποίο είναι πιο προστατευμένες από την πίεση για την επίτευξη ενός ιδανικού σχήματος, ή μεγέθους του σώματος (Loth et al, 2011).

Κάποιες ακόμη σημαντικές παράμετροι για την εικόνα σώματος που αναφέρονται στην έρευνα των Watson και συν (2015), είναι τα ρούχα μητρότητας κι η αποδοχή του σώματος κατά την εγκυμοσύνη από τους συντρόφους τους. Οι γυναίκες οι οποίες δεν μπορούσαν να χωρέσουν στα ρούχα που είχαν πριν από την εγκυμοσύνη, στις πρώτες εβδομάδες κύησης, το θεώρησαν ως μια συνεχή υπενθύμιση, για την αύξηση βάρους που περίμεναν στους επόμενους μήνες πράγμα το οποίο λειτούργησε αρνητικά στην εικόνα σώματος τους. Οι γυναίκες οι οποίες ήταν ικανές να φορούν όσο το δυνατόν περισσότερο καιρό τα κανονικά τους ρούχα το χρησιμοποιούσαν ως ένα μέτρο θετικής αποδοχής του σώματος τους (Watson et al, 2015).

Η υποστήριξη από τον σύντροφο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρήθηκε ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες της θετικής αποδοχής του σώματος. Η λήψη θετικών σχολίων από τους συντρόφους ήταν μια ιδιαίτερα θετική έμπειρα για τις γυναίκες κι ενίσχυσε την ικανοποίηση απέναντι στο σώμα τους. Οι σύντροφοι ακόμη ήταν σε θέση να κάνουν τις συντρόφους τους να σκέπτονται πιο ομαλά για το σώμα τους και να προσφέρουν επιβεβαίωση στις συντρόφους τους ότι οι αλλαγές στο σώμα τους είναι μέρος της εμπειρίας της εγκυμοσύνης (Watson et al, 2015).

Σύμφωνα με τους Skouteris και συν (2005), ενώ δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην δυσαρέσκεια σώματος, καθώς η εγκυμοσύνη προχωρούσε από τις αρχές στο μέσο, ήταν μεγαλύτερη στα πρώιμα στάδια της κύησης σε σχέση με την περίοδο προ εγκυμοσύνης (Skouteris et al, 2005).



Οι γυναίκες ένιωθαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σώματος πριν από την εγκυμοσύνη σε σχέση με το τρίτο τρίμηνο της κύησης, όπως και στο πρώτο και το δεύτερο τρίμηνο. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει διότι στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης η κοιλιά της εγκύου μόλις αρχίζει να σχηματίζεται κι οι γυναίκες αισθάνονται ότι αυτό που τους συμβαίνει είναι ισάξιο με ενός ατόμου που παίρνει βάρος. Καθώς όμως η εγκυμοσύνη προχωρά κι η κοιλιά παίρνει μια πιο συγκεκριμένη μορφή, οι γυναίκες αντιλαμβάνονται την διάφορα και δέχονται τις αλλαγές ως κάτι απαραίτητο για την υγεία του παιδιού τους. Οι έγκυες γυναίκες μπορεί να αισθάνονται πιο μεγάλες όχι όμως πιο παχουλές καθώς η αίσθηση της κοιλιάς μιας γυναίκας κατά την διάρκεια της κύησης είναι διαφορετική (Skouteris et al, 2005).

Όταν οι γυναίκες βλέπουν την εγκυμοσύνη ως μια ειδική περίοδο στην οποία τα φυσιολογικά στάνταρ χαλαρώνουν, η αύξηση της δυσαρέσκειας σώματος, δεν μπορεί να συμβεί ως συνέπεια στην αύξηση του μεγέθους του σώματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και το ιδανικό μέγεθος του σώματος μπορεί να αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του μεγέθους του σώματος. Εάν η εγκυμοσύνη δεν είναι μια εποχή θετικών προσαρμογών στις αλλαγές της φυσικής εμφάνισης, αναμένεται ότι η δυσαρέσκεια του σώματος θα αυξηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παράλληλα με την αύξηση του βάρους του σώματος (Skouteris et al, 2005).

Γυναίκες οι οποίες έχουν ένα αίσθημα γενικότερης δυσαρέσκειας απέναντι στο σώμα τους παραμένουν σταθερές σε αυτή τους την άποψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πράγμα το οποίο μπορεί να δημιουργήσει ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης σε συνδυασμό με την πίεση για λεπτότερη σιλουέτα από τον κοινωνικό περίγυρο. Άτομα τα όποια δεν έχουν τόσο έντονες ανησυχίες με την εικόνα τους φάνηκε να είναι σταθερά όσον αφορά την εικόνα τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά τις μεταβολές που βιώνουν στο μέγεθος και το σχήμα του σώματος (Skouteris et al, 2005).

Μέχρι την στιγμή που όλα τα μεγέθη και σχήματα του σώματος γίνουν αποδεκτά από τον κοινωνικό περίγυρό ως ιδανικά, οι γυναίκες δεν θα σταματήσουν να αισθάνονται δυσαρεστημένες με το σώμα τους και να κυνηγούν το ιδανικό.

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι η διερεύνηση της εικόνας σώματος των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο Ηράκλειο Κρήτης, καθώς και της διατροφής που ακολουθούν. Επίσης, ερευνήθηκε κατά πόσο η εικόνα σώματος επηρεάζεται από την διατροφή και αντίστοιχα εάν η διατροφή επηρεάζεται από την εικόνα σώματος.

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **1.Διανομή Ερωτηματολογίων Και Δείγμα**

Η έρευνα ξεκίνησε τον Μάιο του 2016 και ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2016. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Η συμμετοχή των γυναικών ήταν εθελοντική, συμμετείχαν 100 γυναίκες από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και πάνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε από τα ιατρεία των κ. Μικελάκη Γεώργιο, ιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο και κ. Νικολετάκη Γεώργιο, ιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο, στην περιοχή Ηρακλείου Κρήτης.

Όλες οι συμμετέχουσες πήραν μέρος στην έρευνα με την θέληση τους, γνωρίζοντας τον σκοπό της έρευνας και ότι τα στοιχεία που θα έδιναν είναι απόρρητα. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε μορφή συνέντευξης από εμάς προσωπικά ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη αξιοπιστία στην συλλογή των δεδομένων. Από κάθε εξεταζόμενη συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ) και ένα ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος(BAQ).

## **2.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ**

### **2.1 Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ)**

Με το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων επιχειρήσαμε τον προσδιορισμό της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και ποτών από την στιγμή που οι γυναίκες του δείγματος μας έμαθαν για την εγκυμοσύνη τους και μετά, έτσι ώστε να πάρουμε πληροφορίες για την διαιτητική τους πρόσληψη μέσα στην εγκυμοσύνη. Στόχος μας ήταν η αξιολόγηση της συχνότητας με την οποία οι γυναίκες καταναλώνουν συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων κατά την εγκυμοσύνη τους (Willet, 1998).

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δυο κομμάτια, μια λίστα τροφίμων και μια λίστα με απαντήσεις που αφορούν την συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων που υπάρχουν στην πρώτη λίστα. Υπάρχουν δύο είδη ερωτηματολογίων, τα απλά ή μη ποσοτικά και τα ημιποσοτικά. Στα απλά ή μη ποσοτικά ερωτηματολόγια ζητείται από τον εξεταζόμενο να δηλώσει πόσες φορές καταναλώνει ένα συγκεκριμένο τρόφιμο μέσα στη μέρα, την εβδομάδα ή τον μήνα χωρίς να αναφέρεται ποσότητα. Ενώ στα ημιποσοτικά ερωτηματολόγια ο εξεταζόμενος καλείται να αναφέρει πόσες φορές μέσα στην ημέρα, την εβδομάδα η τον μήνα καταναλώνει μια συγκεκριμένη ποσότητα ενός τροφίμου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει είτε από τον ίδιο τον εξεταζόμενο είτε από τον ερευνητή με μορφή συνέντευξης. Σε κάθε περίπτωση για την συμπλήρωση του απαιτούνται 15 με 30 λεπτά (Μανιός, 2006).

Από τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων μπορούν επίσης να υπολογιστούν δείκτες της ποιότητας της διατροφής ( Trichoroulou et al., 2003).

## 2.2 Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος (BAQ)

Το ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος (BAQ: Body Attitudes Questionnaire), είναι μια κλίμακα η οποία έχει αναπτυχθεί για να αξιολογεί ένα μεγάλο εύρος στάσεων (συμπεριφορών), τις οποίες έχουν οι γυναίκες απέναντι στο σώμα τους. Το BAQ είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 44 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, του οποίου οι υποκλίμακες περιλαμβάνουν έξι διακριτές πτυχές της εμπειρίας απέναντι στο σώμα της για κάθε γυναίκα ( αίσθημα περιττού σωματικού βάρους, υποτίμηση του εαυτού, δύναμη, προσωπικές αξιώσεις, αίσθημα ελκυστικότητας, αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος). Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου συμπεριελάμβανε την παροχή όλο και πιο εκλεπτυσμένων εκδόσεων σε ένα ευρύ φάσμα γυναικών που ανταποκρίθηκαν. Η τελευταία εκδοχή εμφανίζεται να έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Όταν συγκρίθηκαν τα σκορ από το BAQ 29 ασθενών με νευρική ανορεξία με τα αποτελέσματα ενός μεγάλου κοινωνικού δείγματος, ένα πιο περίπλοκο πρότυπο εμφανίστηκε όσον αφορά την αποκλίνουσα στάση, πράγμα το οποίο προηγουμένως δεν είχε υποπτευθεί. Το BAQ εμφανίζεται να έχει δυναμικά μια δυναμική παρουσία ως μέσο έρευνας σε αυτόν και σε άλλους τομείς στους οποίους η μέτρηση των στάσεων ως προς το σώμα είναι σημαντική (Ben-Tovim, 1991).

Αίσθημα περιττού σωματικού βάρους: η κλίμακα αυτή αναφέρεται στην ανησυχία που αισθάνεται μια γυναίκα για τα παραπάνω κιλά που μπορεί να έχει ή που θεωρεί η ίδια ότι έχει και το πώς αυτό επιδρά στην εικόνα που έχει για το σώμα της.

Υποτίμηση του εαυτού: η συγκεκριμένη κλίμακα αναφέρεται καθαρά στην κακή εικόνα σώματος που μπορεί να έχει μια γυναίκα και πώς αυτό επηρεάζει πτυχές της ζωής της.

Δύναμη: η κλίμακα <<Δύναμη>> αναφέρεται στην φυσική κατάσταση και την σωματική δύναμη των ερωτώμενων γυναικών και στο πώς αισθάνονται για αυτό.

Προσωπικές αξιώσεις: η κλίμακα αυτή αναφέρεται στις ιδέες και τα ιδανικά των ερωτώμενων γυναικών και στο πώς αυτές οι ιδέες τους σχετίζονται με την εικόνα σώματος τους.

Αίσθημα ελκυστικότητας: η κλίμακα ελκυστικότητας αναφέρεται στην θετική εικόνα σώματος και στην σχέση με το αντίθετο φύλο .

Αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος: η κλίμακα αυτή αναφέρεται στην κακή εικόνα που πιθανότατα υπάρχει σε μια μερίδα γυναικών για τα κατώτερα σημεία του σώματος και το αίσθημα αυξημένου λίπους στα σημεία αυτά.

## **2.3 Στατιστική Ανάλυση**

Για την στατιστική ανάλυση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 14. Το SPSS είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο πρόγραμμα όσον αφορά τις στατιστικές αναλύσεις των κοινωνικών επιστημών, το οποίο βοηθά στην στατιστική ανάλυση, την διαχείριση και την τεκμηρίωση δεδομένων.

## **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **3.1 Δείγμα**

Το δείγμα μας αποτελούνταν από 100 έγκυες γυναίκες, ηλικίας 16 έως 44 ετών. Έγινε ανάλυση του δείγματος στα παρακάτω χαρακτηριστικά:

#### ΕΡΓΑΣΙΑ

## ΕΡΓΑΣΙΑ

### Statistics

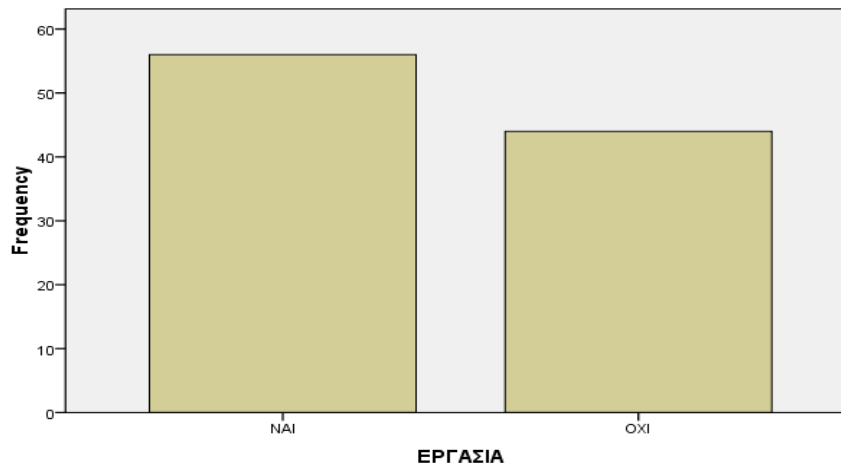
ΕΡΓΑΣΙΑ

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1,4400
Median		1,0000
Std. Deviation		,49889
Variance		,249

### ΕΡΓΑΣΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	56	56,0	56,0	56,0
	ΟΧΙ	44	44,0	44,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### ΕΡΓΑΣΙΑ



(Ραβδόγραμμα 3.1.1, χαρακτηριστικά δείγματος-εργασία)

Από το σύνολο του δείγματος, το 56% των γυναικών εργάζονταν σε αντίθεση με το 44% που ασχολούνταν με τα οικοκυρικά.

## ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

### ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

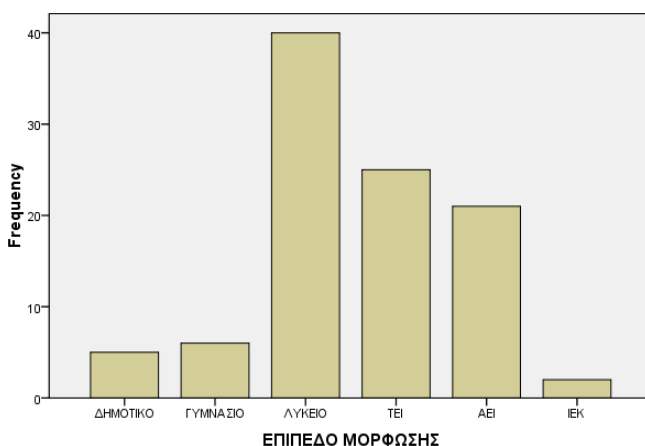
#### Statistics

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ		
N	Valid	99
	Missing	1
Mean		3,5758
Median		3,0000
Std. Deviation		1,10740
Variance		1,226

#### ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	5	5,0	5,1	5,1
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	6	6,0	6,1	11,1
	ΛΥΚΕΙΟ	40	40,0	40,4	51,5
	ΤΕΙ	25	25,0	25,3	76,8
	ΑΕΙ	21	21,0	21,2	98,0
	ΙΕΚ	2	2,0	2,0	100,0
Total		99	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		100	100,0		

#### ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ



### (Ραβδόγραμμα 3.1.2, χαρακτηριστικά δείγματος-επίπεδο μόρφωσης)

Όπως αντιλαμβανόμαστε και από το ραβδόγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας είναι απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 40,4%, στην συνέχεια ακολουθούν οι απόφοιτοι ΤΕΙ με ποσοστό 25,3%, οι απόφοιτοι ΑΕΙ με ποσοστό 21,2%, απόφοιτοι Γυμνασίου με ποσοστό 6,1% , απόφοιτοι Δημοτικού με ποσοστό 5,1% και τέλος οι απόφοιτοι ΙΕΚ με ποσοστό 2%.

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

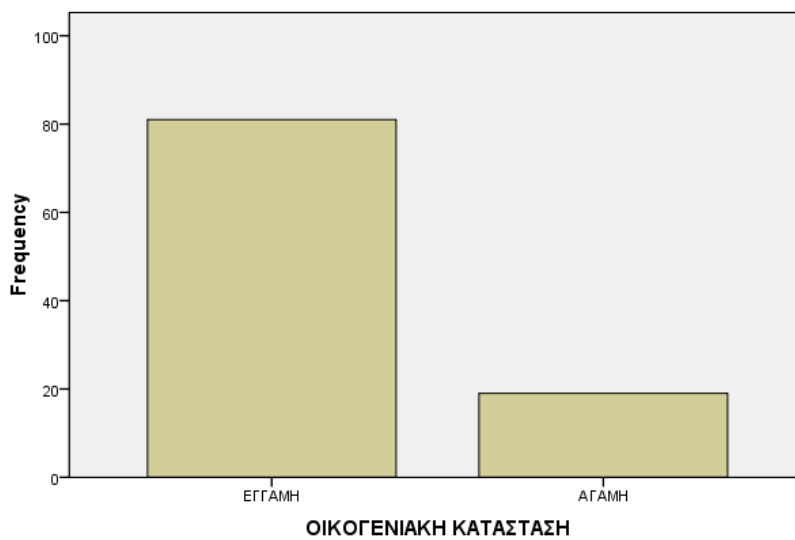
#### Statistics

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1,1900
Median		1,0000
Std. Deviation		,39428
Variance		,155

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΓΓΑΜΗ	81	81,0	81,0	81,0
	ΑΓΑΜΗ	19	19,0	19,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



#### (Ραβδόγραμμα 3.1.3, χαρακτηριστικά δείγματος-οικογενειακή κατάσταση)

Σύμφωνα με τα ποσοστά που εμφανίζονται στο ραβδόγραμμα το 81% του δείγματος μας ήταν έγγαμες και το 19% άγαμες γυναίκες από τις οποίες οι περισσότερες βρίσκονταν σε σχέση.



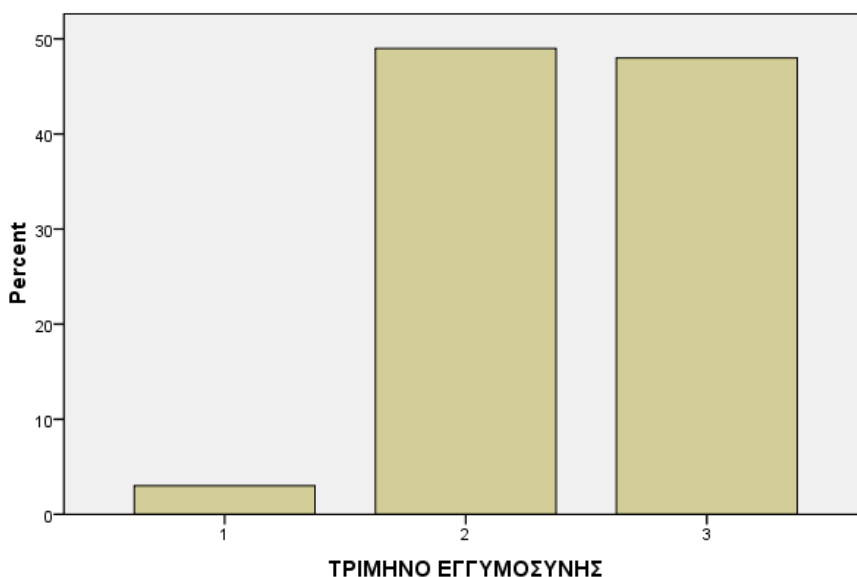
## ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

### Statistics

ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ		
N	Valid	100
	Missing	0

ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	3,0	3,0	3,0
	2	49	49,0	49,0	52,0
	3	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



(Ραβδόγραμμα 3.1.3, χαρακτηριστικά δείγματος-τρίμηνο εγκυμοσύνης)

Όπως μπορούμε να δούμε και στον πίνακα το 3% του δείγματος μας ήταν στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, το 49% στο δεύτερο τρίμηνο και το 48% στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους. Προσπαθήσαμε όσο γινόταν το δείγμα μας να αποτελείται από γυναίκες που βρίσκονταν στο δεύτερο και στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους έτσι ώστε οι αλλαγές στο σώμα τους να έχουν γίνει εμφανείς.

## ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ

#### Statistics

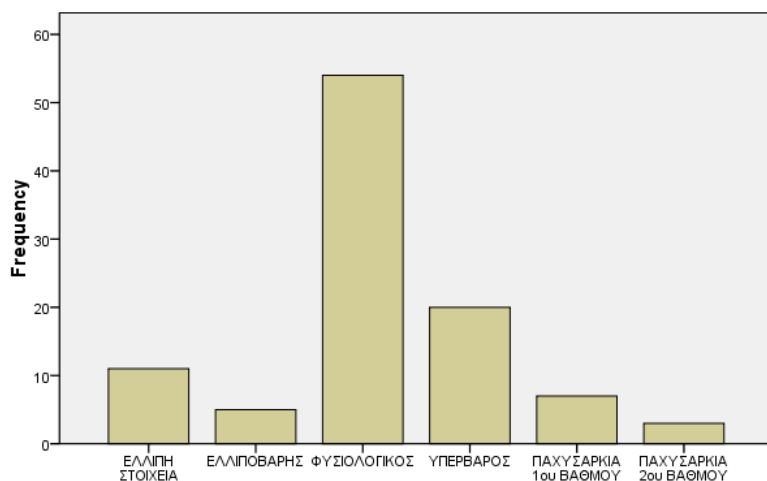
##### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		2,1600
Median		2,0000
Std. Deviation		1,10755
Variance		1,227

##### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΛΛΙΠΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11	11,0	11,0	11,0
	ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	5	5,0	5,0	16,0
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	54	54,0	54,0	70,0
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	20	20,0	20,0	90,0
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ 1ου ΒΑΘΜΟΥ	7	7,0	7,0	97,0
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ 2ου ΒΑΘΜΟΥ	3	3,0	3,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

##### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ



(Ραβδόγραμμα 3.1.3, χαρακτηριστικά δείγματος-ταξινόμηση ΔΜΣ)

Το 5% του δείγματος μας ήταν ελλιποβαρές, το 54% φυσιολογικό, το 20% υπέρβαρες, το 7% ήταν παχύσαρκες πρώτου βαθμού και το 3% παχύσαρκες δευτέρου βαθμού. Δυστυχώς για το 11% του δείγματος μας δεν είχαμε επαρκή στοιχεία και το αφήσαμε έξω από τις συσχετίσεις που κάναμε με τον ΔΜΣ.

## ΠΑΙΔΙΑ

### ΠΑΙΔΙΑ

#### Statistics

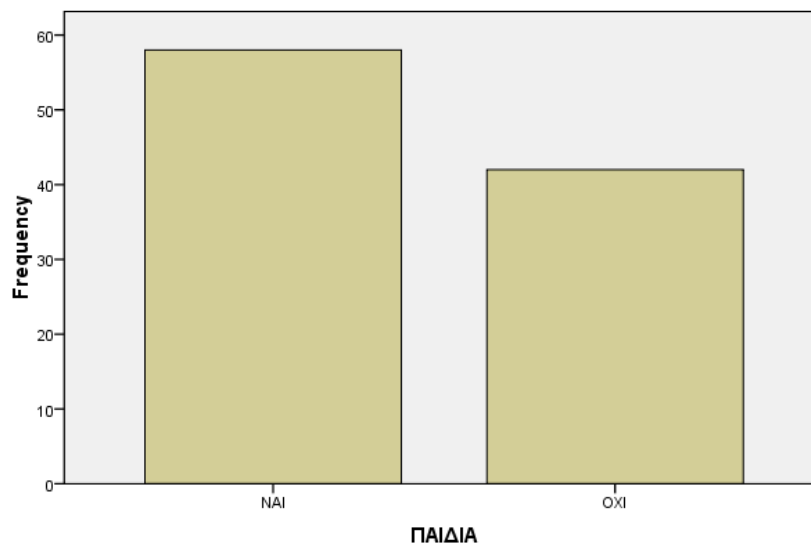
ΠΑΙΔΙΑ

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1,42
Median		1,00
Std. Deviation		,496
Variance		,246

#### ΠΑΙΔΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
NAI	58	58,0	58,0	58,0
OXI	42	42,0	42,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

#### ΠΑΙΔΙΑ



**(Ραβδόγραμμα 3.1.3, χαρακτηριστικά δείγματος-παιδιά)**

Όπως βλέπουμε και στο ραβδόγραμμα, το 58% των γυναικών είχε ήδη ένα παιδί και για το 42% των γυναικών ήταν η πρώτη τους εγκυμοσύνη.

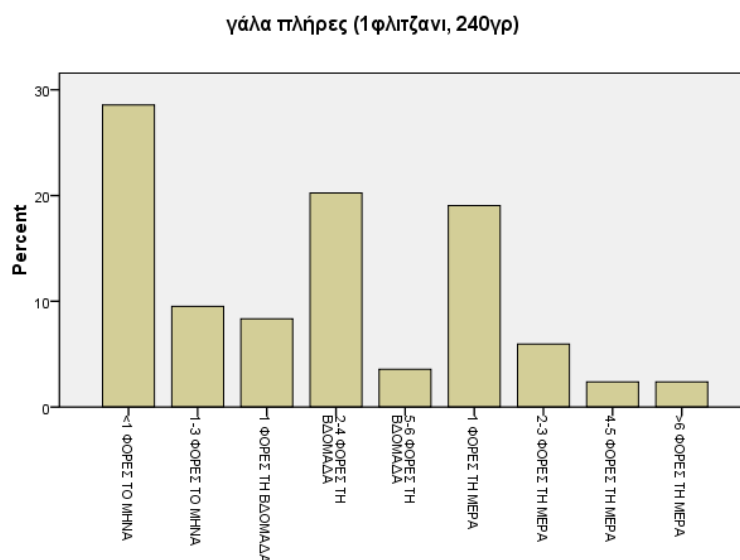
## 3.2 Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το οποίο μας δίνει πληροφορίες για τις διατροφικές συνήθειες του δείγματος μας.

### ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ

**γάλα πλήρες (1φλιτζανι, 240γρ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	24	24,0	28,6	28,6
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	8	8,0	9,5	38,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	7	7,0	8,3	46,4
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	17	17,0	20,2	66,7
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	3	3,0	3,6	70,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	16	16,0	19,0	89,3
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	6,0	95,2
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,4	97,6
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,4	100,0
	Total	84	84,0	100,0	
Missing	System	16	16,0		
Total		100	100,0		

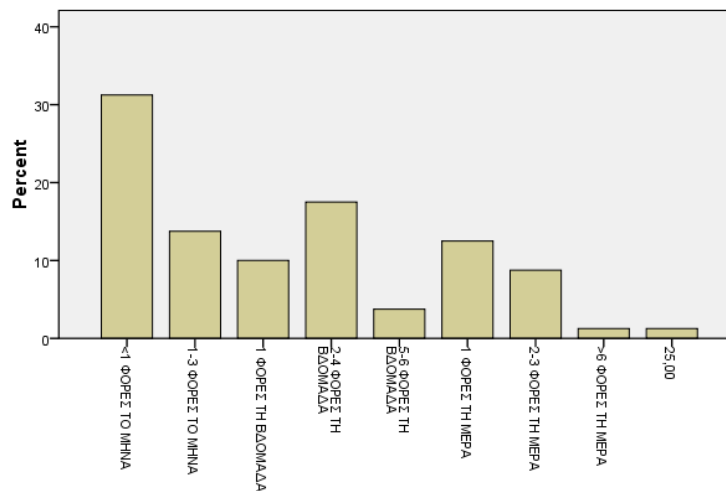


(Ραβδόγραμμα 3.2.1, FFQ- γάλα πλήρες)

γιαούρτι πλήρες 3,5% (1 κεσεδάκι, 150γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	25	25,0	31,3	31,3
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	13,8	45,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	8	8,0	10,0	55,0
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	14	14,0	17,5	72,5
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	3	3,0	3,8	76,3
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	10	10,0	12,5	88,8
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	7	7,0	8,8	97,5
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,3	98,8
	25,00	1	1,0	1,3	100,0
	Total	80	80,0	100,0	
Missing	System	20	20,0		
Total		100	100,0		

γιαούρτι πλήρες 3,5% (1 κεσεδάκι, 150γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.2, FFQ- γιαούρτι πλήρες)

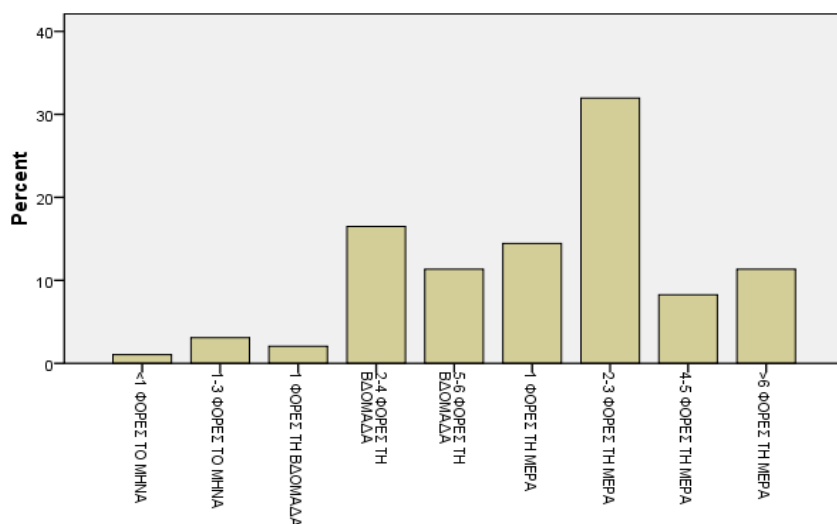
Από τα παραπάνω διαγράμματα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνει καθημερινά γαλακτοκομικά προϊόντα ανέρχεται στο 19% για το πλήρες γάλα και στο 12,5% για το πλήρες γιαούρτι. Το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει λιγότερο από μια μερίδα τον μήνα και στα δύο προϊόντα, για το πλήρες γάλα το ποσοστό ανέρχεται στο 28,6% και στο 31,3% για το πλήρες γιαούρτι.

## ΦΡΟΥΤΑ

φρέσκα φρούτα (1 μέτριο 30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	1	1,0	1,0	1,0
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,1	4,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,1	6,2
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	16	16,0	16,5	22,7
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	11	11,0	11,3	34,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	14	14,0	14,4	48,5
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	31	31,0	32,0	80,4
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	8	8,0	8,2	88,7
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	11	11,0	11,3	100,0
Total	97	97,0	100,0		
Missing	System	3	3,0		
Total		100	100,0		

φρέσκα φρούτα (1 μέτριο 30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.3, FFQ- ομάδα λαχανικά)

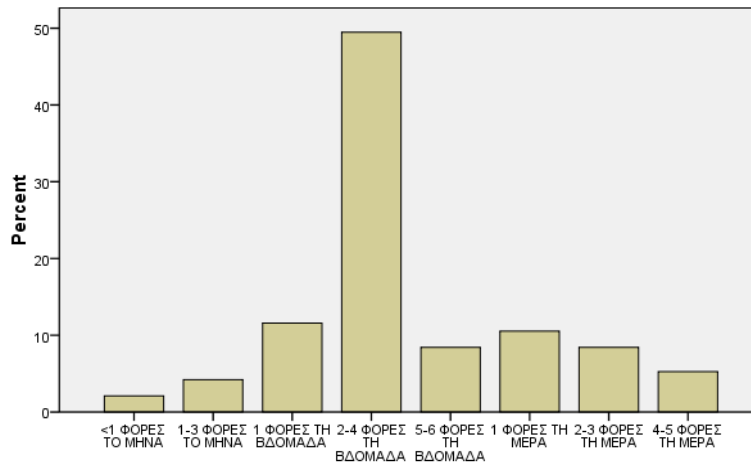
Το 32% του δείγματός μας καταναλώνει 2 με 3 μερίδες φρούτων καθημερινά, το 8,2% 4 με 5 μερίδες φρούτων και το 14,4% 1 φρούτο.

# ΛΑΧΑΝΙΚΑ

μαγειρεμένα λαχανικά (1/2 φλιτζανι,120γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	2,0	2,1	2,1
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	4	4,0	4,2	6,3
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	11	11,0	11,6	17,9
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	47	47,0	49,5	67,4
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	8	8,0	8,4	75,8
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	10	10,0	10,5	86,3
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	8	8,0	8,4	94,7
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,3	100,0
Total	95	95,0	100,0	
Missing System	5	5,0		
Total	100	100,0		

μαγειρεμένα λαχανικά (1/2 φλιτζανι,120γρ)

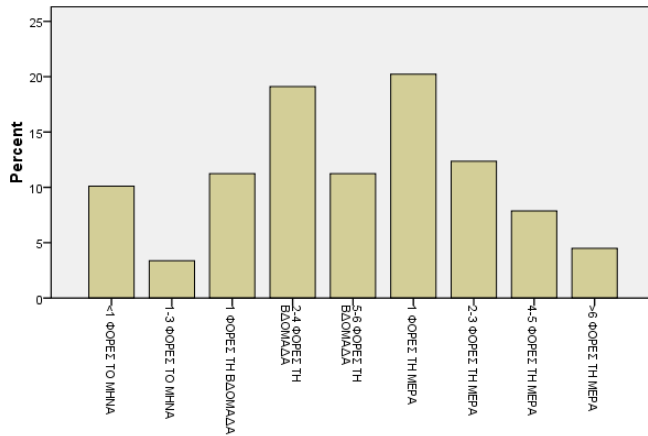


(Ραβδόγραμμα 3.2.4, FFQ- μαγειρεμένα λαχανικά)

ωμά λαχανικό (1/2 φλιτζανι,120γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	9	9,0	10,1	10,1
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,4	13,5
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	10	10,0	11,2	24,7
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	17	17,0	19,1	43,8
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	10	10,0	11,2	55,1
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	18	18,0	20,2	75,3
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	11	11,0	12,4	87,6
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	7	7,0	7,9	95,5
>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	4	4,0	4,5	100,0
Total	89	89,0	100,0	
Missing System	11	11,0		
Total	100	100,0		

ωμά λαχανικά (1/2 φλιτζανι,120γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.5, FFQ- ωμά λαχανικά)

Σύμφωνα με τα διαγράμματα, το μεγαλύτερο ποσοστό από το δείγμα μας καταναλώνει μια μερίδα ωμών λαχανικών την ημέρα 20,2%, ενώ το 10,5% καταναλώνει 1 μερίδα μαγειρεμένων λαχανικών την ημέρα. Το μεγαλύτερο ποσοστό στην κατανάλωση μαγειρεμένων λαχανικών παρουσιάζεται στις 2 με 4 μερίδες την εβδομάδα 49,5%.

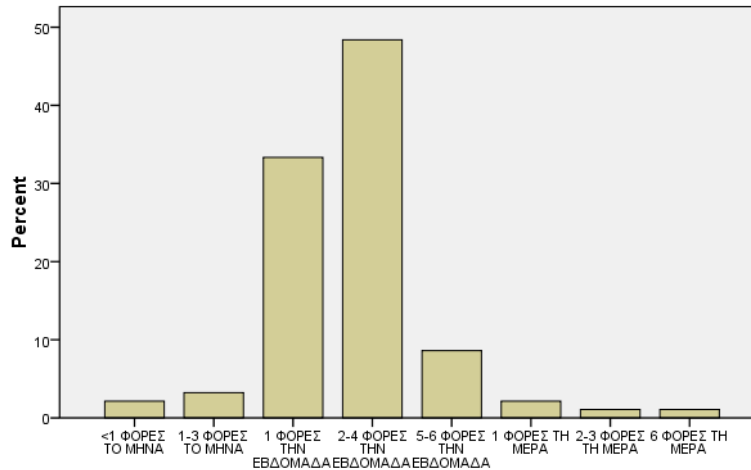


## ΟΣΠΡΙΑ

όσπρια (1/2 φλιτζάνι 90γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	2,0	2,2	2,2
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,2	5,4
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	31	31,0	33,3	38,7
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	45	45,0	48,4	87,1
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	8	8,0	8,6	95,7
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,2	97,8
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	98,9
6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	100,0
Total	93	93,0	100,0	
Missing System	7	7,0		
Total	100	100,0		

όσπρια (1/2 φλιτζάνι 90γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.6, FFQ- όσπρια)

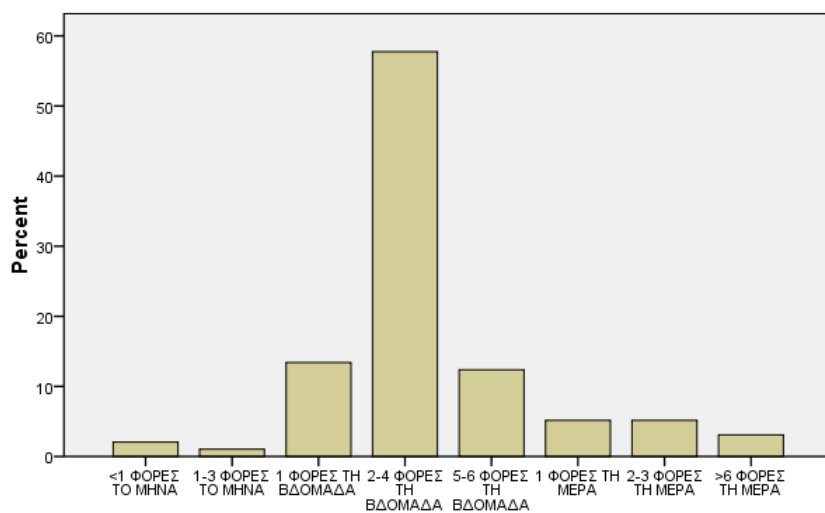
Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται να καταναλώνει 2 με 4 φορές την εβδομάδα όσπρια με ποσοστό 48,4% και το 33,3% 1 φορά την εβδομάδα.

## ΚΡΕΑΣ

κρέας (30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	2,0	2,1	2,1
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	1	1,0	1,0	3,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	13	13,0	13,4	16,5
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	56	56,0	57,7	74,2
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	12	12,0	12,4	86,6
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,2	91,8
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,2	96,9
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,1	100,0
	Total		97	97,0	100,0
Missing	System	3	3,0		
Total		100	100,0		

κρέας (30γρ)

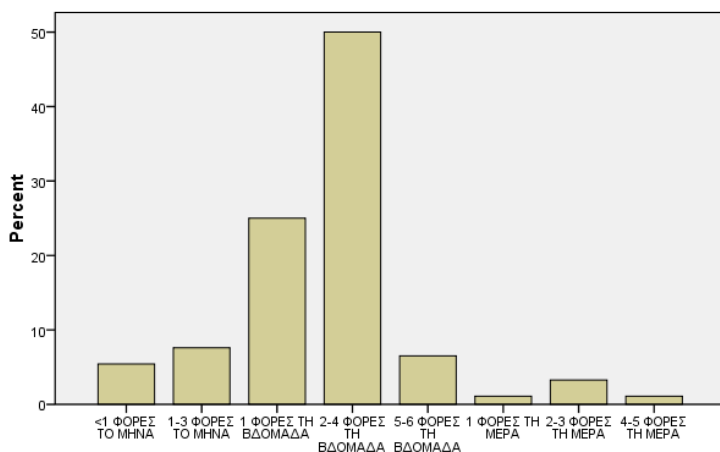


(Ραβδόγραμμα 3.2.7, FFQ- κρέας)

κοτόπουλο/ γαλοπούλα/ κουνέλι (30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	5	5,0	5,4	5,4
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,0	7,6	13,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	23	23,0	25,0	38,0
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	46	46,0	50,0	88,0
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	6,5	94,6
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	95,7
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,3	98,9
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	100,0
	Total	92	92,0	100,0	
Missing	System	8	8,0		
Total		100	100,0		

κοτόπουλο/ γαλοπούλα/ κουνέλι (30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.8, FFQ- κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι)

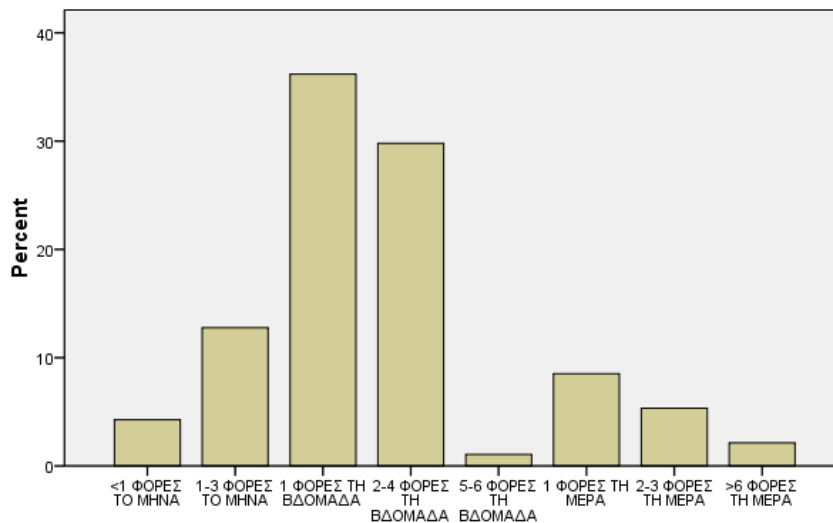
Στις κατηγορίες κρέας και κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην συχνότητα κατανάλωσης 2 με 4 φορές εβδομάδα συγκεκριμένα στο κρέας με ποσοστό 57,7% και στην κατηγορία κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι με ποσοστό 50%.

## ΑΥΓΑ

αυγά (1 μετριο, 50γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	4	4,0	4,3	4,3
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	12	12,0	12,8	17,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	34	34,0	36,2	53,2
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	28	28,0	29,8	83,0
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,1	84,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	8	8,0	8,5	92,6
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,3	97,9
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,1	100,0
	Total	94	94,0	100,0	
Missing	System	6	6,0		
Total		100	100,0		

αυγά (1 μετριο, 50γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.9, FFQ- αυγά)

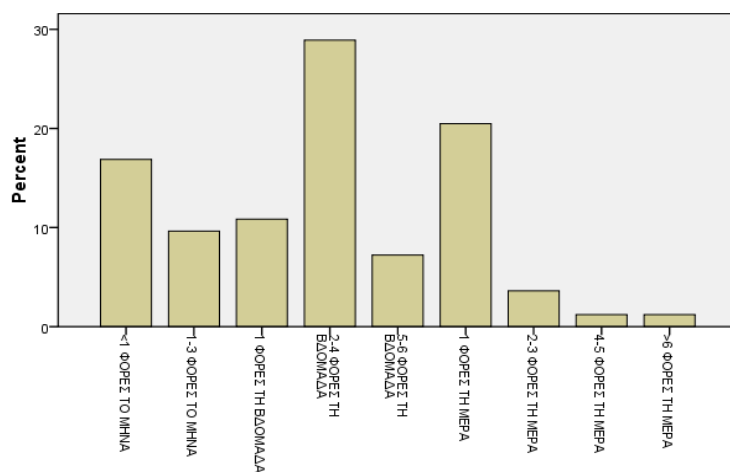
Το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης εμφανίζεται στην συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα με ποσοστό 36,2% και το αμέσως επόμενο με ποσοστό 29,8% στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα.

## ΤΥΠΙ

τυρί σκληρό (1 λεπτή φετα, 30γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	14	14,0	16,9	16,9
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	8	8,0	9,6	26,5
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	9	9,0	10,8	37,3
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	24	24,0	28,9	66,3
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	7,2	73,5
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	17	17,0	20,5	94,0
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,6	97,6
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	98,8
>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	100,0
Total	83	83,0	100,0	
Missing System	17	17,0		
Total	100	100,0		

τυρί σκληρό (1 λεπτή φετα, 30γρ)

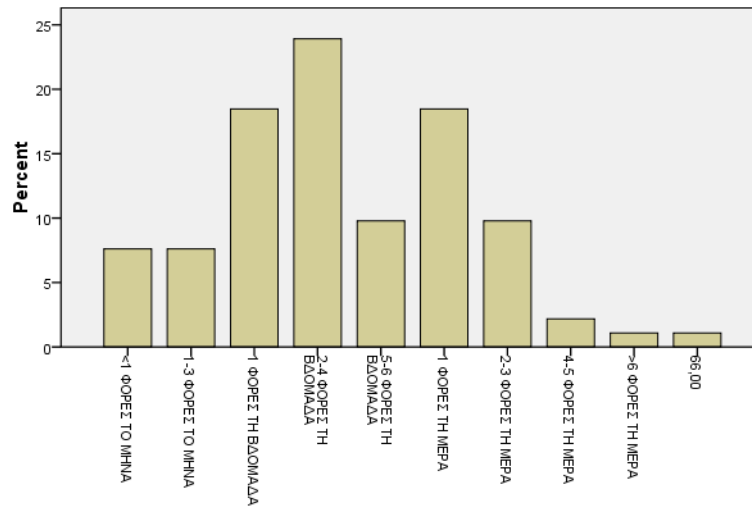


(Ραβδόγραμμα 3.2.10, FFQ- τυρί σκληρό)

φέτα (1 λεπτή φέτα, 30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,0	7,6	7,6
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,0	7,6	15,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	17	17,0	18,5	33,7
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	22	22,0	23,9	57,6
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	9	9,0	9,8	67,4
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	17	17,0	18,5	85,9
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	9	9,0	9,8	95,7
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,2	97,8
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	98,9
	66,00	1	1,0	1,1	100,0
	Total	92	92,0	100,0	
Missing	System	8	8,0		
Total		100	100,0		

φέτα (1 λεπτή φέτα, 30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.11, FFQ- φέτα)

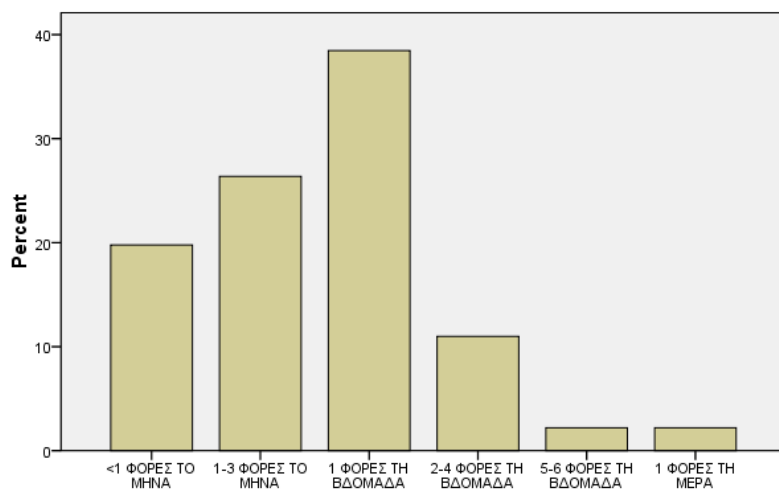
Σύμφωνα με τα δύο παραπάνω ραβδογράμματα το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται να καταναλώνει τυρί ή φέτα 2 με 4 φορές την εβδομάδα και συγκεκριμένα με ποσοστά 28,9% για το τυρί και 23,9% για την φέτα.

## ΨΑΡΙ

ψάρια χαμηλών λιπαρών (30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	18	18,0	19,8	19,8
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	24	24,0	26,4	46,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	35	35,0	38,5	84,6
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	10	10,0	11,0	95,6
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,2	97,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,2	100,0
	Total		91	91,0	100,0
Missing	System	9	9,0		
Total		100	100,0		

ψάρια χαμηλών λιπαρών (30γρ)

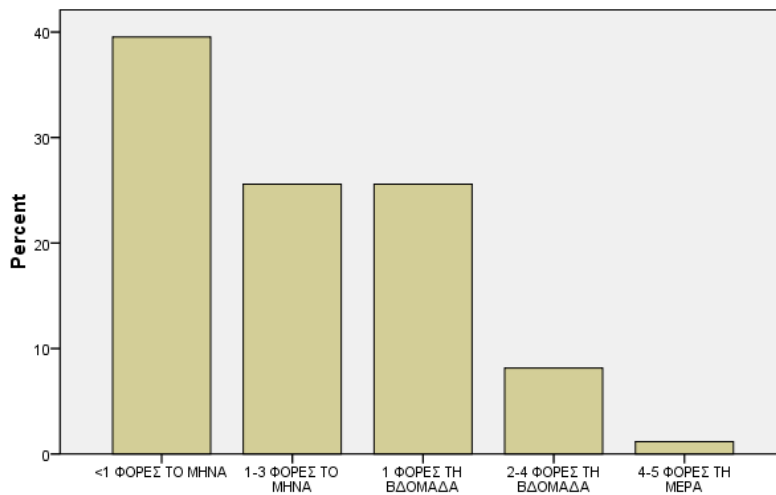


(Ραβδόγραμμα 3.2.12, FFQ- ψάρια χαμηλών λιπαρών)

ψάρια υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (30γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	34	34,0	39,5	39,5
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	22	22,0	25,6	65,1
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	22	22,0	25,6	90,7
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	7	7,0	8,1	98,8
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	100,0
Total	86	86,0	100,0	
Missing System	14	14,0		
Total	100	100,0		

ψάρια υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.13, FFQ- ψάρια υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά)

Όπως μπορούμε να δούμε και από τα διαγράμματα, όσον αφορά τα ψάρια χαμηλών λιπαρών η μεγαλύτερη κατανάλωση παρατηρείται στην 1 φορά τη εβδομάδα με ποσοστό 38,5%, ενώ στα ψάρια υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει λιγότερο από 1 φορά τον μήνα το συγκεκριμένο είδος με ποσοστό 39,5% η αμέσως μεγαλύτερη κατανάλωση παρουσιάζεται στις 1 με 3 φορές τον μήνα και στην 1 φορά την εβδομάδα με ποσοστό 25,6% και στις δύο κατηγορίες.

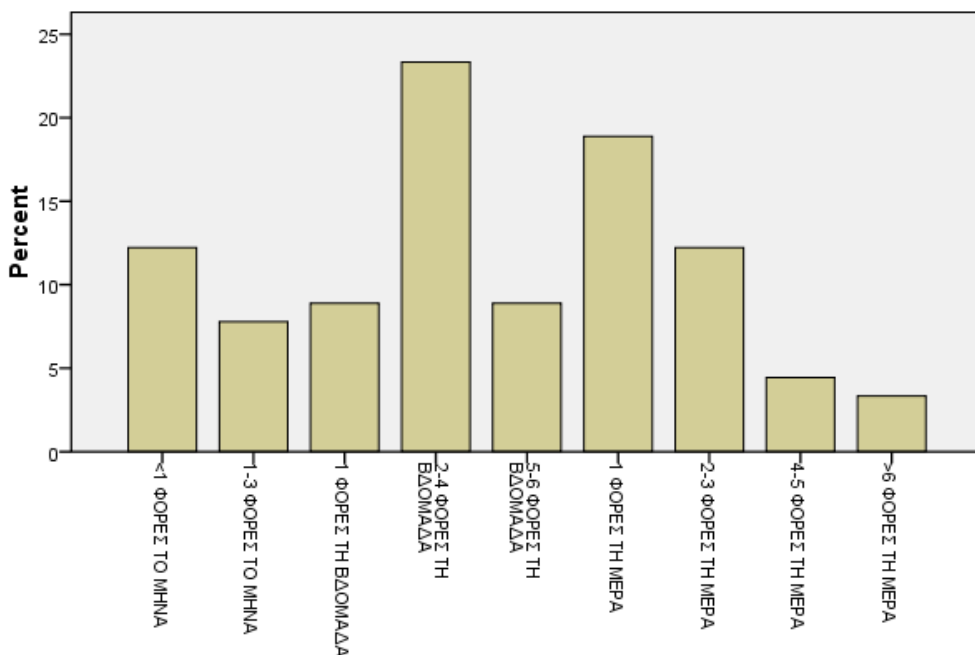


## ΑΜΥΛΟΥΧΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

άσπρο ψωμί (1 φετα, 30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	12,2	12,2
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,0	7,8	20,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	8	8,0	8,9	28,9
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	21	21,0	23,3	52,2
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	8	8,0	8,9	61,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	17	17,0	18,9	80,0
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	11	11,0	12,2	92,2
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	4	4,0	4,4	96,7
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,3	100,0
	Total	90	90,0	100,0	
Missing	System	10	10,0		
Total		100	100,0		

άσπρο ψωμί (1 φετα, 30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.14, FFQ- άσπρο ψωμί)

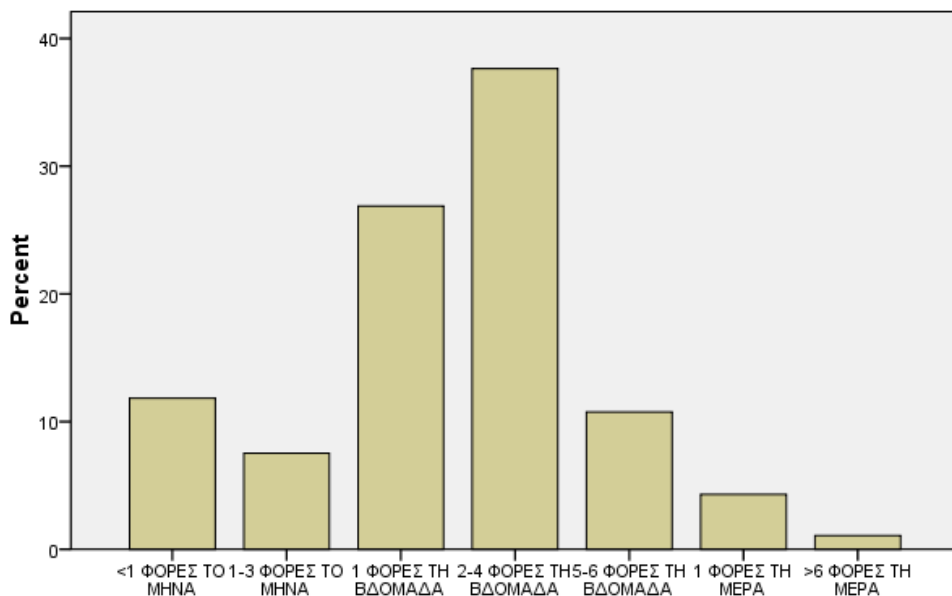
Όσον αφορά το ραβδόγραμμα κατανάλωσης ψωμιού η μεγαλύτερη κατανάλωση εμφανίζεται στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 23,3% και ακολουθεί η κατανάλωση 1 φορά την ημέρα με 18,9% ( στα υπόλοιπα είδη ψωμιού: ολικής άλεσης, σίκαλης, πολύσπορο τα αποτελέσματα έδειξαν μειωμένη συχνότητα κατανάλωσης σε όλες τις κατηγορίες

συγκεκριμένα καταγράφηκαν τα ποσοστά 32,5%, 48,6%, 50% στην συχνότητα κατανάλωσης >1 φορά τον μήνα σε κάθε κατηγορία αντίστοιχα).

πατάτες ψητές/ βραστές (1 μικρη, 90γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	11,8	11,8
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,0	7,5	19,4
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	25	25,0	26,9	46,2
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	35	35,0	37,6	83,9
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	10	10,0	10,8	94,6
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	4	4,0	4,3	98,9
>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	100,0
Total	93	93,0	100,0	
Missing System	7	7,0		
Total	100	100,0		

πατάτες ψητές/ βραστές (1 μικρη, 90γρ)



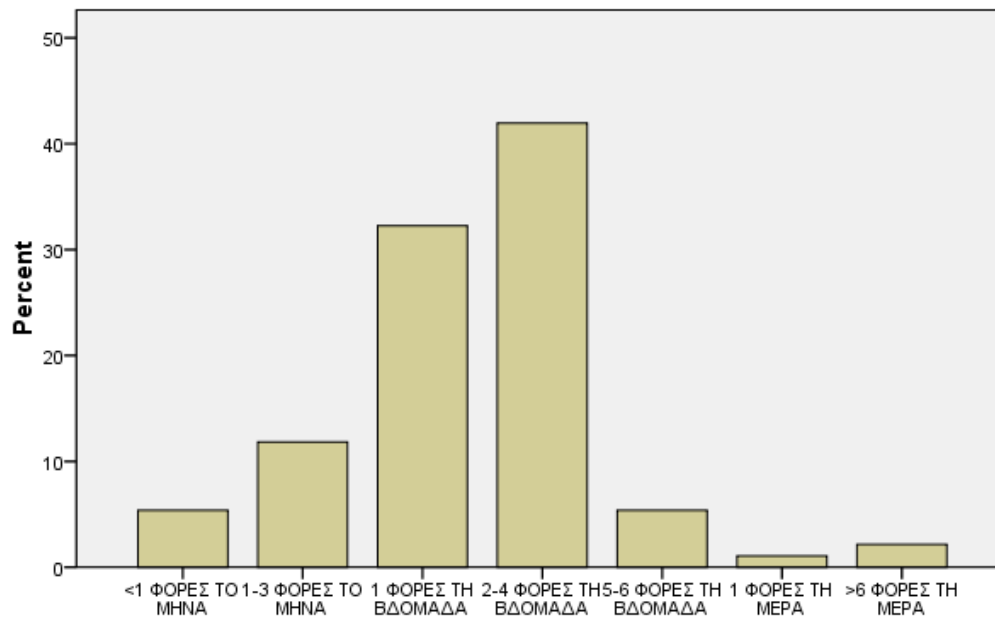
(Ραβδόγραμμα 3.2.15, FFQ- πατάτες ψητές/βραστές)

Όπως βλέπουμε στον πίνακα, αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης πατάτας παρατηρήθηκε στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 37,6%.

**ρύζι (1/3 φλιτζανι, 60γρ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	5	5,0	5,4	5,4
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	11,8	17,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	30	30,0	32,3	49,5
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	39	39,0	41,9	91,4
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	5	5,0	5,4	96,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	97,8
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,2	100,0
	Total	93	93,0	100,0	
Missing	System	7	7,0		
Total		100	100,0		

**ρύζι (1/3 φλιτζανι, 60γρ)**



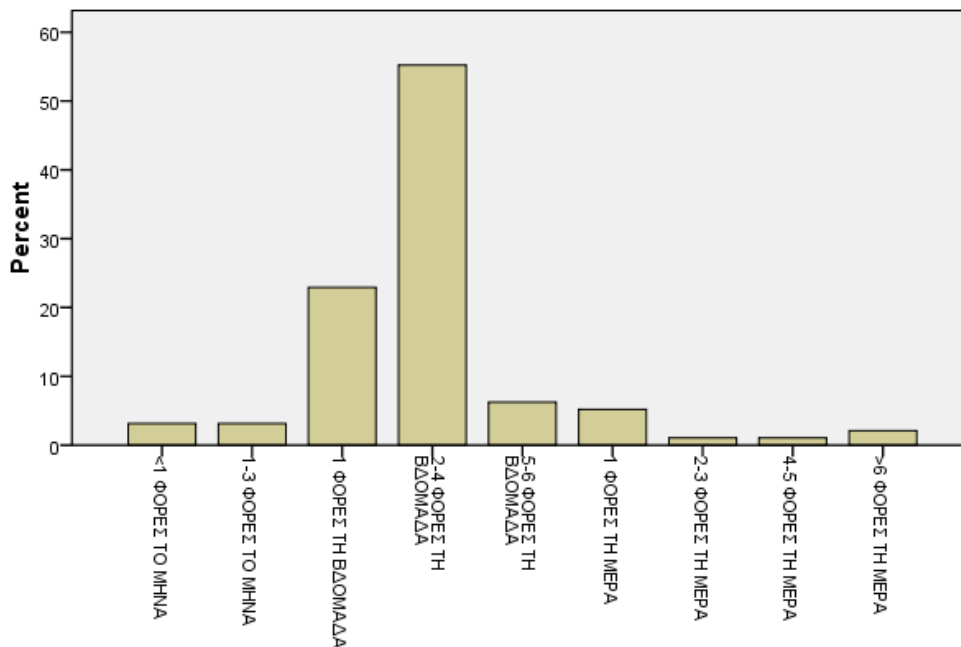
**(Ραβδόγραμμα 3.2.16, FFQ- ρύζι)**

Αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης στο ρύζι παρατηρήθηκε στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 41,9%.

**ζυμαρικά (1/2 φλιτζανι, 60γρ)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,1	3,1
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,1	6,3
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	22	22,0	22,9	29,2
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	53	53,0	55,2	84,4
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	6,3	90,6
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,2	95,8
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,0	96,9
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,0	97,9
>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,1	100,0
Total	96	96,0	100,0	
Missing System	4	4,0		
Total	100	100,0		

**ζυμαρικά (1/2 φλιτζανι, 60γρ)**



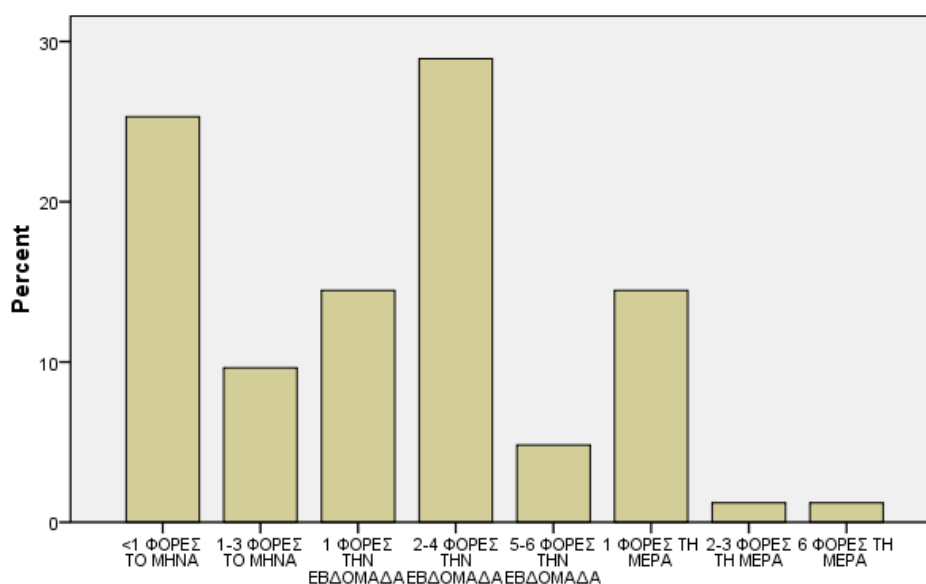
**(Ραβδόγραμμα 3.2.17, FFQ- ζυμαρικά)**

Στην ομάδα των ζυμαρικών, παρατηρούμε ότι και στις παραπάνω ομάδες αμυλούχων τροφών, το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης εμφανίζεται στην συχνότητα κατανάλωσης 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 55,2%.

**Δημητριακά πρωινού - άλλα ( 1/2 φλιτζανι,30γρ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	21	21,0	25,3	25,3
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	8	8,0	9,6	34,9
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	12	12,0	14,5	49,4
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	24	24,0	28,9	78,3
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	4	4,0	4,8	83,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	12	12,0	14,5	97,6
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	98,8
	6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	100,0
	Total	83	83,0	100,0	
Missing	System	17	17,0		
Total		100	100,0		

**Δημητριακά πρωινού - άλλα ( 1/2 φλιτζανι,30γρ)**



**(Ραβδόγραμμα 3.2.18, FFQ- δημητριακά πρωινού)**

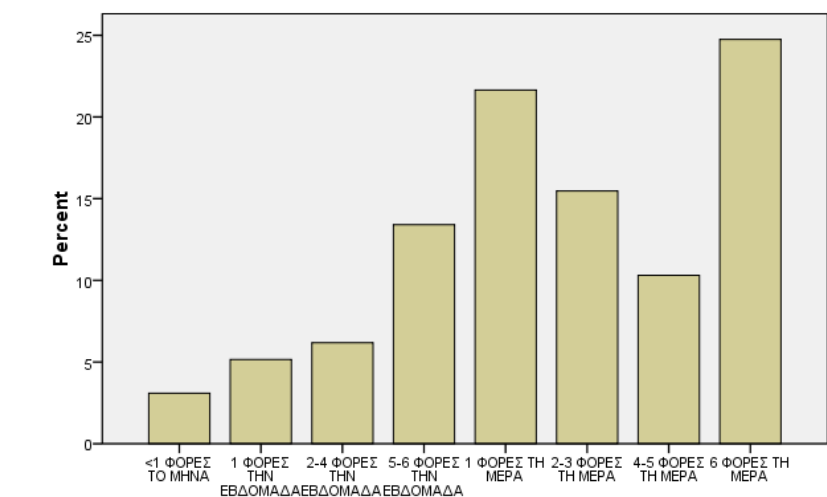
Τέλος στα δημητριακά πρωινού διαπιστώθηκε, αυξημένη κατανάλωση στην συχνότητα 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 28,9% , άξιο παρατήρησης είναι το ότι μόνο ένα 14,5% καταναλώνει δημητριακά πρωινού σε καθημερινή βάση.

## ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

ελαιόλαδο (1 κ.γ. 5γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	3	3,0	3,1	3,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	5	5,0	5,2	8,2
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	6,2	14,4
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	13	13,0	13,4	27,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	21	21,0	21,6	49,5
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	15	15,0	15,5	64,9
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	10	10,0	10,3	75,3
	6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	24	24,0	24,7	100,0
	Total	97	97,0	100,0	
Missing	System	3	3,0		
Total		100	100,0		

ελαιόλαδο (1 κ.γ. 5γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.19, FFQ- ελαιόλαδο)

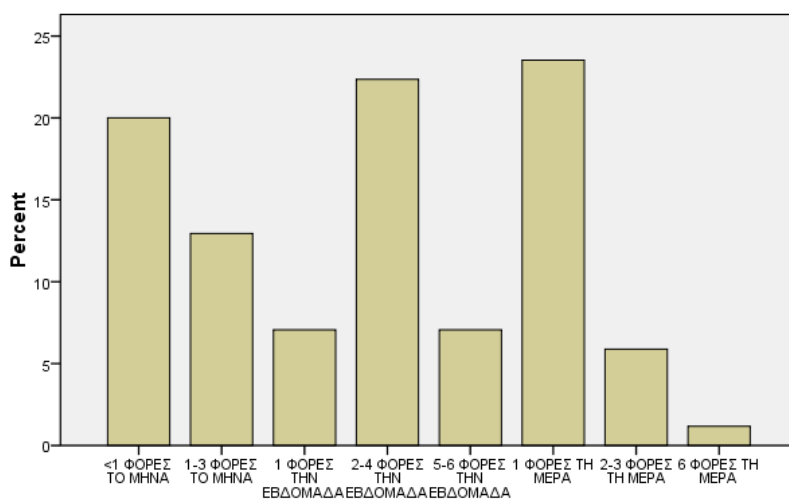
Σύμφωνα με το ραβδόγραμμα 3.2.19, ελέγχοντας την συχνότητα κατανάλωσης του συγκεκριμένου τροφίμου παρατηρείται ένα ποσοστό 24,7% το οποίο αφορά την συχνότητα 4 έως 5 φορές την ημέρα. Επίσης άξιο παρατήρησης είναι το ποσοστό 21,6% το οποίο εμφανίζεται στην συχνότητα 5 έως 6 φορές την εβδομάδα.

## ΜΕΛΙ

μέλι (1 κ.γ. 7γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	17	17,0	20,0	20,0
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	12,9	32,9
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	7,1	40,0
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	19	19,0	22,4	62,4
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	6,0	7,1	69,4
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	20	20,0	23,5	92,9
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,9	98,8
	6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	100,0
	Total		85	85,0	100,0
	Missing	System	15	15,0	
Total		100	100,0		

μέλι (1 κ.γ. 7γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.20, FFQ- μέλι)

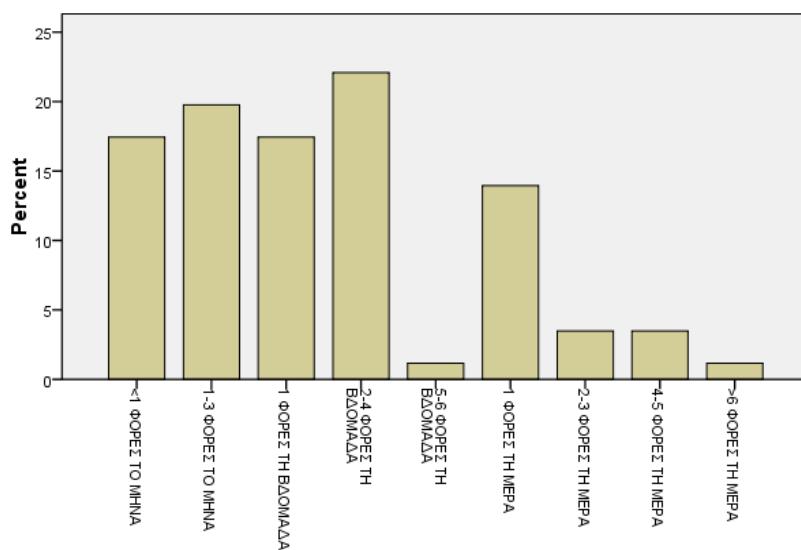
Όσον αφορά την συχνότητα κατανάλωσης μελιού, παρατηρείται ένα ποσοστό 23,5% το οποίο καταναλώνει μέλι 1 φορά ημερησίως. Η δεύτερη αυξημένη κατανάλωση παρατηρείται στις 2 έως 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 22,4%.

## ΞΗΡΟΙ ΚΑΡΠΟΙ

ξηροί καρποί (1χουφτα, 25γρ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	15	15,0	17,4	17,4
1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	17	17,0	19,8	37,2
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	15	15,0	17,4	54,7
2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	19	19,0	22,1	76,7
5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,2	77,9
1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	12	12,0	14,0	91,9
2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,5	95,3
4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,5	98,8
>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,2	100,0
Total	86	86,0	100,0	
Missing				
System	14	14,0		
Total	100	100,0		

ξηροί καρποί (1χουφτα, 25γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.21, FFQ- ξηροί καρποί)

Σύμφωνα με το παραπάνω ραβδόγραμμα, παρατηρείται συχνότητα κατανάλωσης 2 έως 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 22,1%.

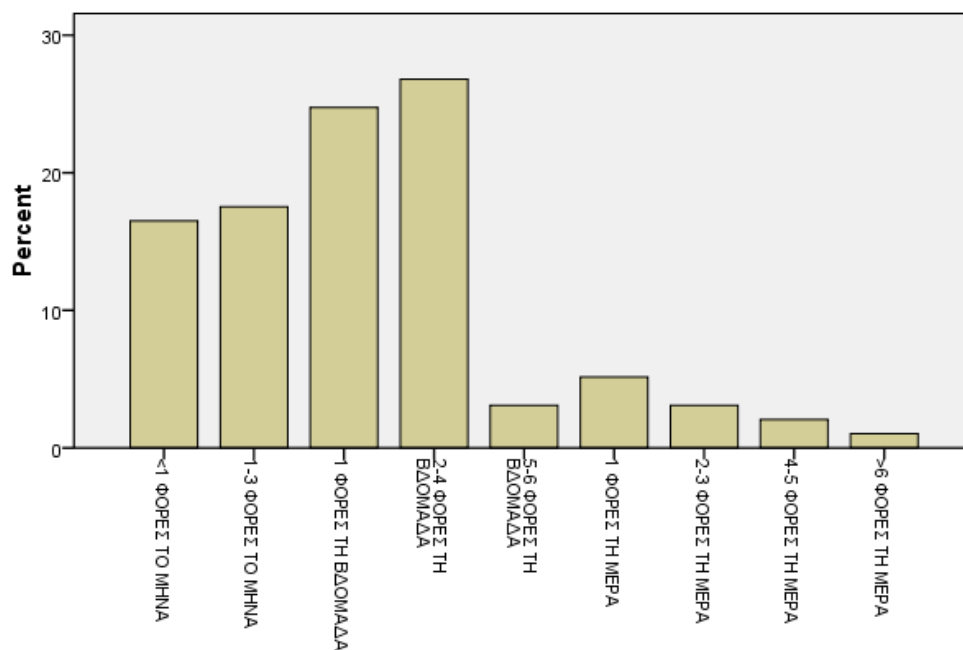


## ΣΟΚΟΛΑΤΑ – ΠΑΓΩΤΟ

παγωτό (1/2 φλιτζάνι, 70gr)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	16	16,0	16,5	16,5
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	17	17,0	17,5	34,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	24	24,0	24,7	58,8
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	26	26,0	26,8	85,6
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	3	3,0	3,1	88,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,2	93,8
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,1	96,9
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,1	99,0
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,0	100,0
Total		97	97,0	100,0	
Missing	System	3	3,0		
Total		100	100,0		

παγωτό (1/2 φλιτζάνι, 70gr)



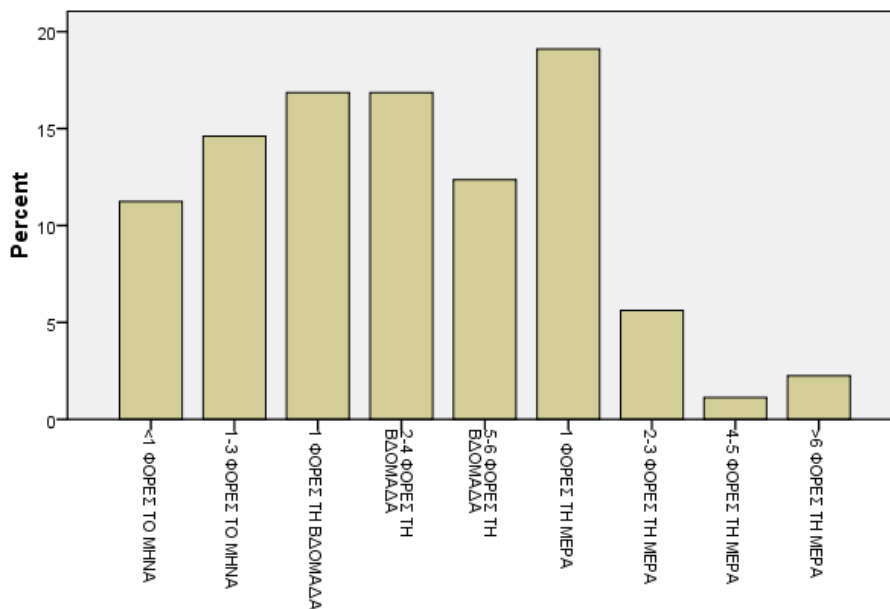
(Ραβδόγραμμα 3.2.22, FFQ- παγωτό)

Η μεγαλύτερη κατανάλωση παρατηρείται στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα με ποσοστό 26,8%, όπως μπορούμε να δούμε και στο ραβδόγραμμα, δεύτερη μεγαλύτερη κατανάλωση με ποσοστό 24,7%, στη 1 φορά την εβδομάδα.

σοκολάτες (1 μικρο κομματι, 30γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	10	10,0	11,2	11,2
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	13	13,0	14,6	25,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	15	15,0	16,9	42,7
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	15	15,0	16,9	59,6
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	11	11,0	12,4	71,9
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	17	17,0	19,1	91,0
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	5	5,0	5,6	96,6
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	97,8
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,2	100,0
	Total	89	89,0	100,0	
Missing	System	11	11,0		
Total		100	100,0		

σοκολάτες (1 μικρο κομματι, 30γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.23, FFQ- σοκολάτες)

Όπως μπορούμε να δούμε στο ραβδόγραμμα η μεγαλύτερη κατανάλωση σοκολάτας παρατηρείται στην συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα με ποσοστό 19,1%. ( όσον αφορά τις υπόλοιπες κατηγορίες γλυκών, καλιτσούνια με μυζήθρα, κρουασάν γλυκό/ κρέπες γλυκές,

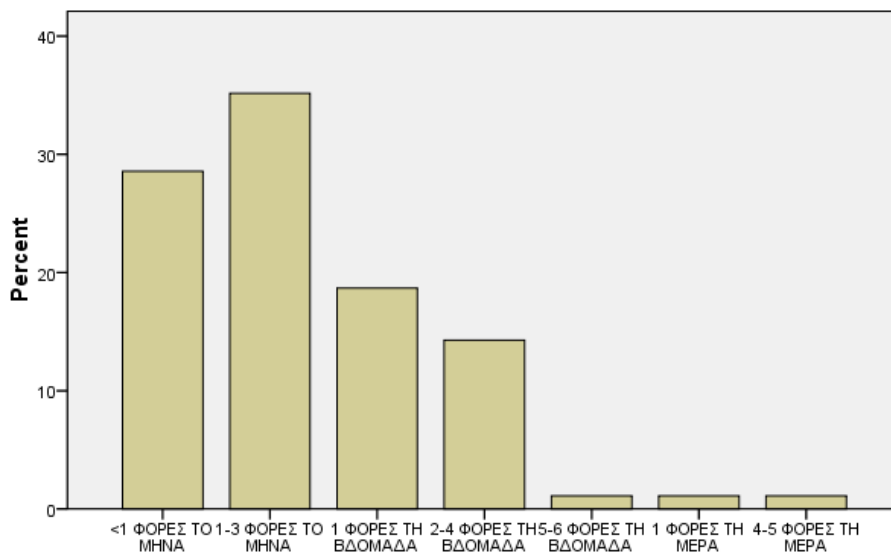
πάστες γλυκά ζαχαροπλαστέιου, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην συχνότητα κατανάλωσης >1 φορά τον μήνα με 51,3%, 33,3%, 33,3% αντίστοιχα στην κάθε κατηγορία).

## JUNK FOOD

πίτσες κρέπες αλμυρές (1 κομμάτι, 120γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	26	26,0	28,6	28,6
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	32	32,0	35,2	63,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	17	17,0	18,7	82,4
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	13	13,0	14,3	96,7
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,1	97,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	98,9
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	100,0
	Total	91	91,0	100,0	
Missing	System	9	9,0		
Total		100	100,0		

πίτσες κρέπες αλμυρές (1 κομμάτι, 120γρ)



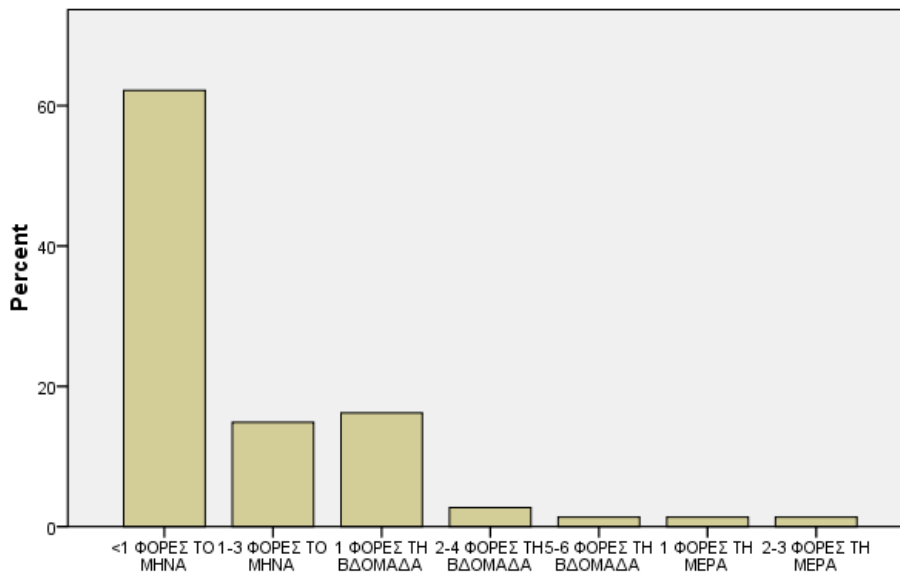
(Ραβδόγραμμα 3.2.24, FFQ- πίτσες κρέπες αλμυρές)

Στην κατηγορία πίτσες κρέπες αλμυρές με ποσοστό 35,2% η μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης παρατηρείται στις 1 με 3 φορές τον μήνα.

**burgers (1 μερίδα, 200γρ)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	46	46,0	62,2	62,2
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	14,9	77,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	12	12,0	16,2	93,2
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,7	95,9
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,4	97,3
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	98,6
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	100,0
	Total	74	74,0	100,0	
Missing	System	26	26,0		
Total		100	100,0		

**burgers (1 μερίδα, 200γρ)**



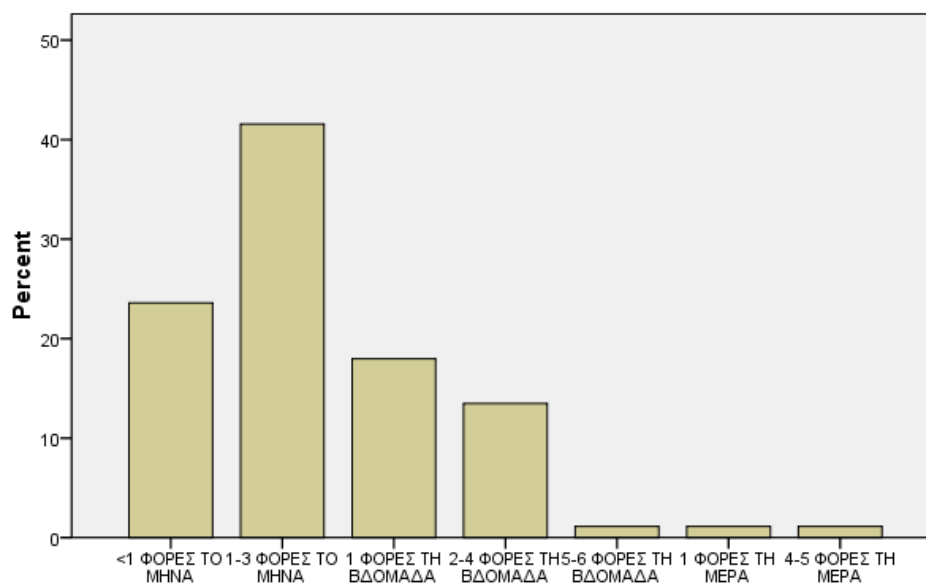
**(Ραβδόγραμμα 3.2.25, FFQ- burgers)**

Όπως μπορούμε να δούμε και από το ραβδόγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην κατανάλωση >1 φορά τον μήνα, με ποσοστό 62,2%.

πίτα με γύρο ή σουβλάκι (1 μέτρια, 180γρ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	21	21,0	23,6	23,6
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	37	37,0	41,6	65,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	16	16,0	18,0	83,1
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	12	12,0	13,5	96,6
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,1	97,8
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	98,9
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,1	100,0
	Total	89	89,0	100,0	
Missing	System	11	11,0		
Total		100	100,0		

πίτα με γύρο ή σουβλάκι (1 μέτρια, 180γρ)



(Ραβδόγραμμα 3.2.26, FFQ- πίτα με γύρο η σουβλάκι)

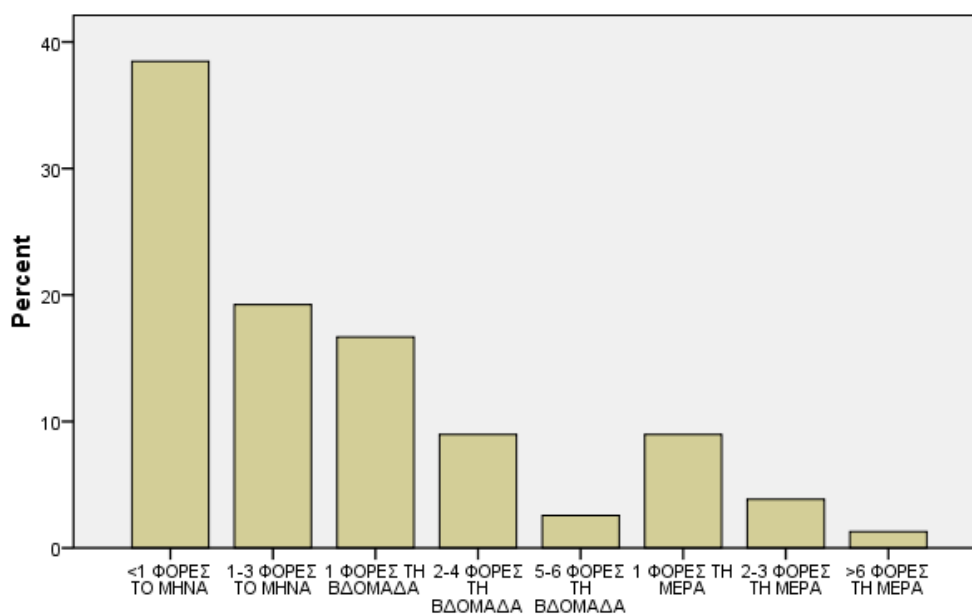
Όπως και στην κατηγορία πίτσες κρέπες αλμυρές έτσι και στην κατηγορία πίτα με γύρο ή σουβλάκι, η μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης παρατηρείται στις 1 με 3 φορές τον μήνα με ποσοστό 41,6%.

## ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ

αναψυκτικά αεριούχα (1 κουτάκι, 330ml)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	30	30,0	38,5	38,5
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	15	15,0	19,2	57,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	13	13,0	16,7	74,4
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	7	7,0	9,0	83,3
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,6	85,9
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	7	7,0	9,0	94,9
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	3	3,0	3,8	98,7
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,3	100,0
	Total	78	78,0	100,0	
Missing	System	22	22,0		
Total		100	100,0		

αναψυκτικά αεριούχα (1 κουτάκι, 330ml)

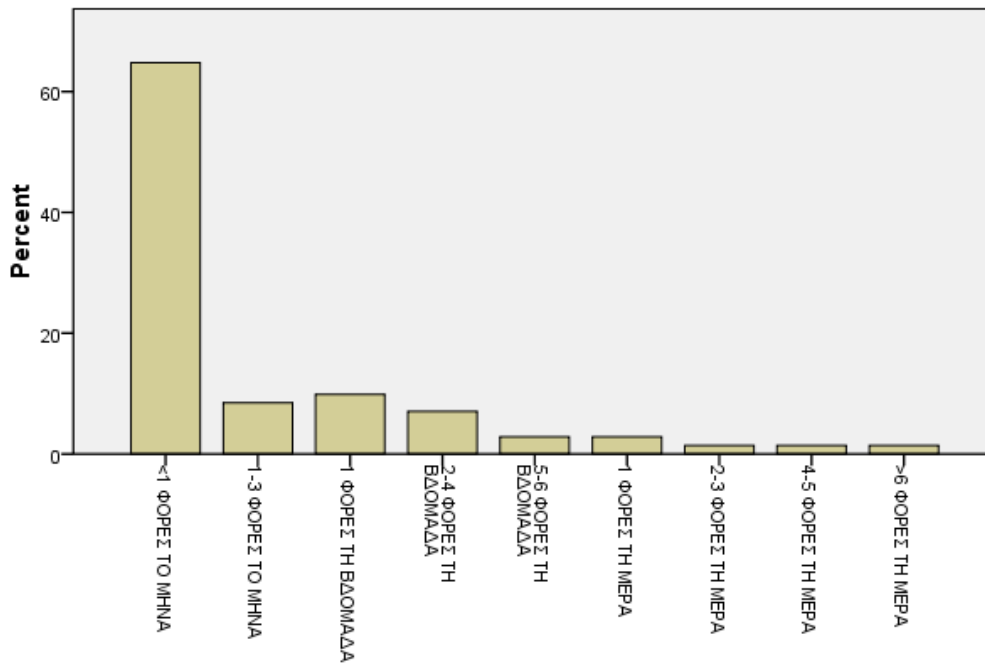


(Ραβδόγραμμα 3.2.27, FFQ- αναψυκτικά αεριούχα)

**αναψυκτικά αεριούχα διαίτης (1 κουτάκι, 330ml)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	46	46,0	64,8	64,8
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	6	6,0	8,5	73,2
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	7	7,0	9,9	83,1
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	5	5,0	7,0	90,1
	5-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,8	93,0
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,8	95,8
	2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	97,2
	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	98,6
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	100,0
	Total		71	71,0	100,0
Missing	System	29	29,0		
Total		100	100,0		

**αναψυκτικά αεριούχα διαίτης (1 κουτάκι, 330ml)**



**(Ραβδόγραμμα 3.2.28, FFQ- αναψυκτικά αεριούχα διαίτης)**

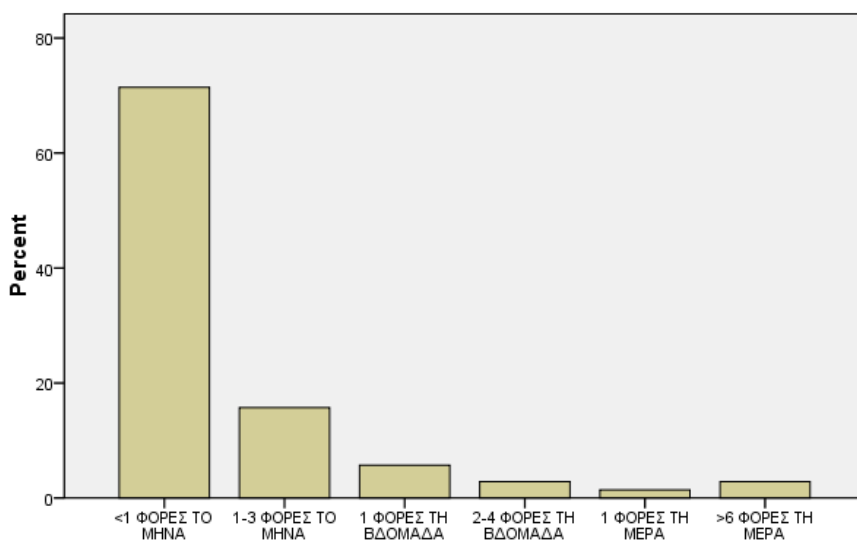
Όπως βλέπουμε και στους δύο παραπάνω πίνακες η κατανάλωση αναψυκτικών είναι μειωμένη. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης παρατηρείται στην συχνότητα >1 φορά τον μήνα. Στα κανονικά αναψυκτικά σε ποσοστό 38,5% και στα light 64,8%.

## ΑΛΚΟΟΛ

κρασί (1 ποτηράκι, 100ml)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	50	50,0	71,4	71,4
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	11	11,0	15,7	87,1
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	4	4,0	5,7	92,9
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,9	95,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	97,1
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	2	2,0	2,9	100,0
	Total		70	70,0	100,0
Missing	System	30	30,0		
Total		100	100,0		

κρασί (1 ποτηράκι, 100ml)



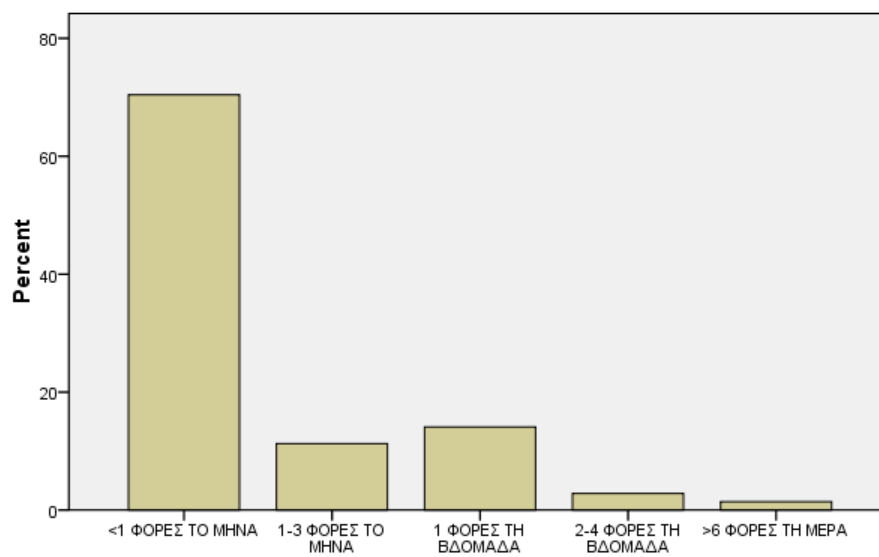
(Ραβδόγραμμα 3.2.28, FFQ- κρασί)



**μπύρα (1 ποτήρι, 250ml)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	50	50,0	70,4	70,4
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	8	8,0	11,3	81,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	10	10,0	14,1	95,8
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	2	2,0	2,8	98,6
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,4	100,0
	Total	71	71,0	100,0	
Missing	System	29	29,0		
Total		100	100,0		

**μπύρα (1 ποτήρι, 250ml)**

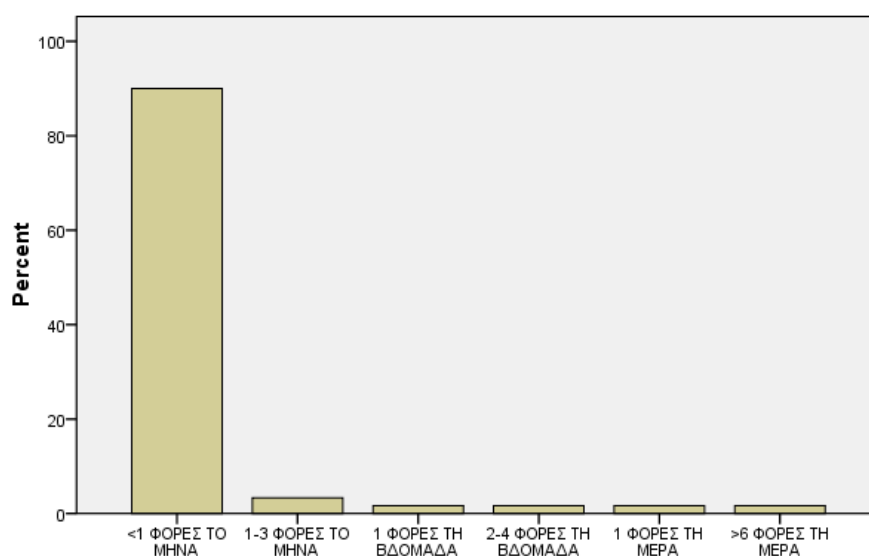


**(Ραβδόγραμμα 3.2.29, FFQ- μπύρα)**

**αλκοολούχα ποτά (1 μεζούρα, 30ml)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	54	54,0	90,0	90,0
	1-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	2,0	3,3	93,3
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,7	95,0
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ	1	1,0	1,7	96,7
	1 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,7	98,3
	>6 ΦΟΡΕΣ ΤΗ ΜΕΡΑ	1	1,0	1,7	100,0
	Total	60	60,0	100,0	
Missing	System	40	40,0		
Total		100	100,0		

**αλκοολούχα ποτά (1 μεζούρα, 30ml)**

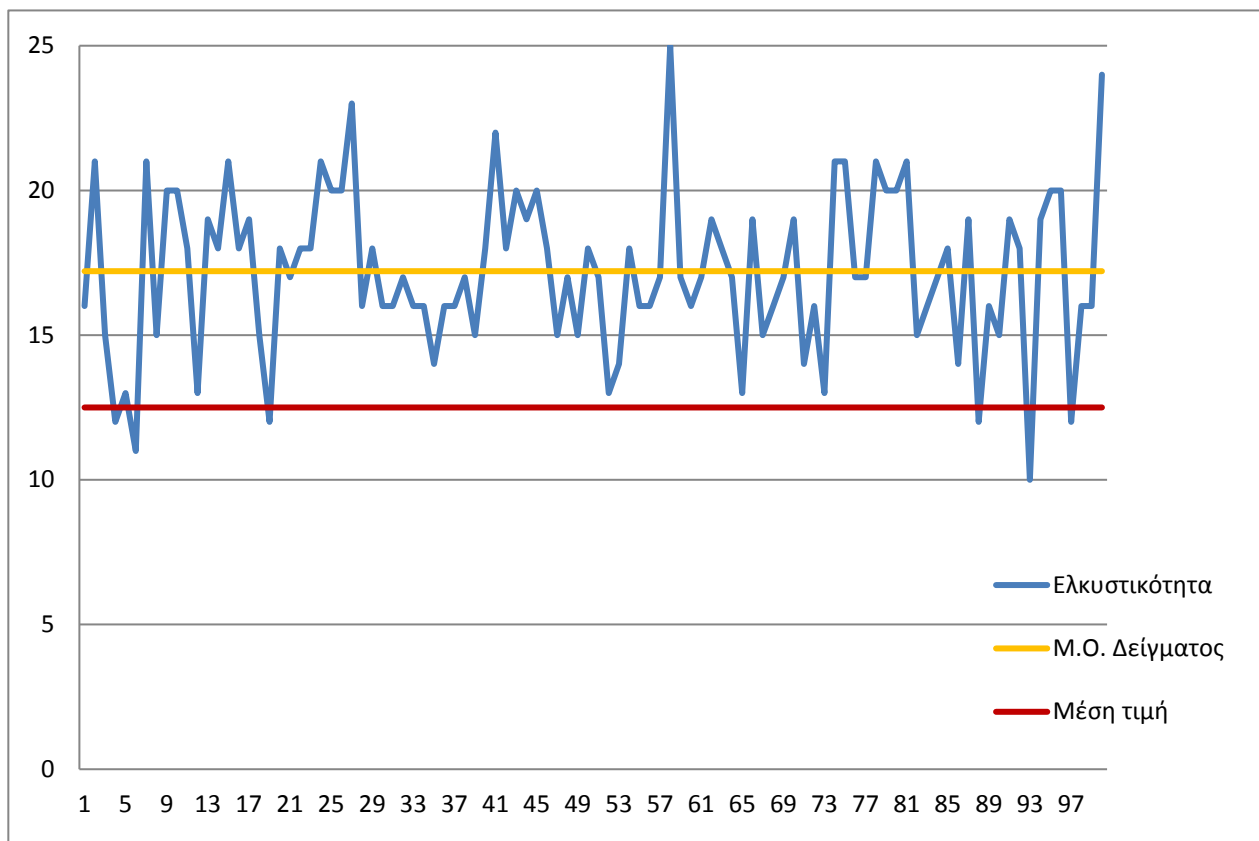


**(Ραβδόγραμμα 3.2.30, FFQ- αλκοολούχα ποτά)**

Και στις τρεις κατηγορίες αλκοολούχων ποτών η κατανάλωση είναι χαμηλή όπως μπορούμε να δούμε και στα παραπάνω ραβδογράμματα, με συχνότητα >1 φορά τον μήνα. Τα ποσοστά είναι: κρασί 71,4%, μύρα 70,4%, άλλα αλκοολούχα ποτά 90%.

### 3.3 ΒΑQ – Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος

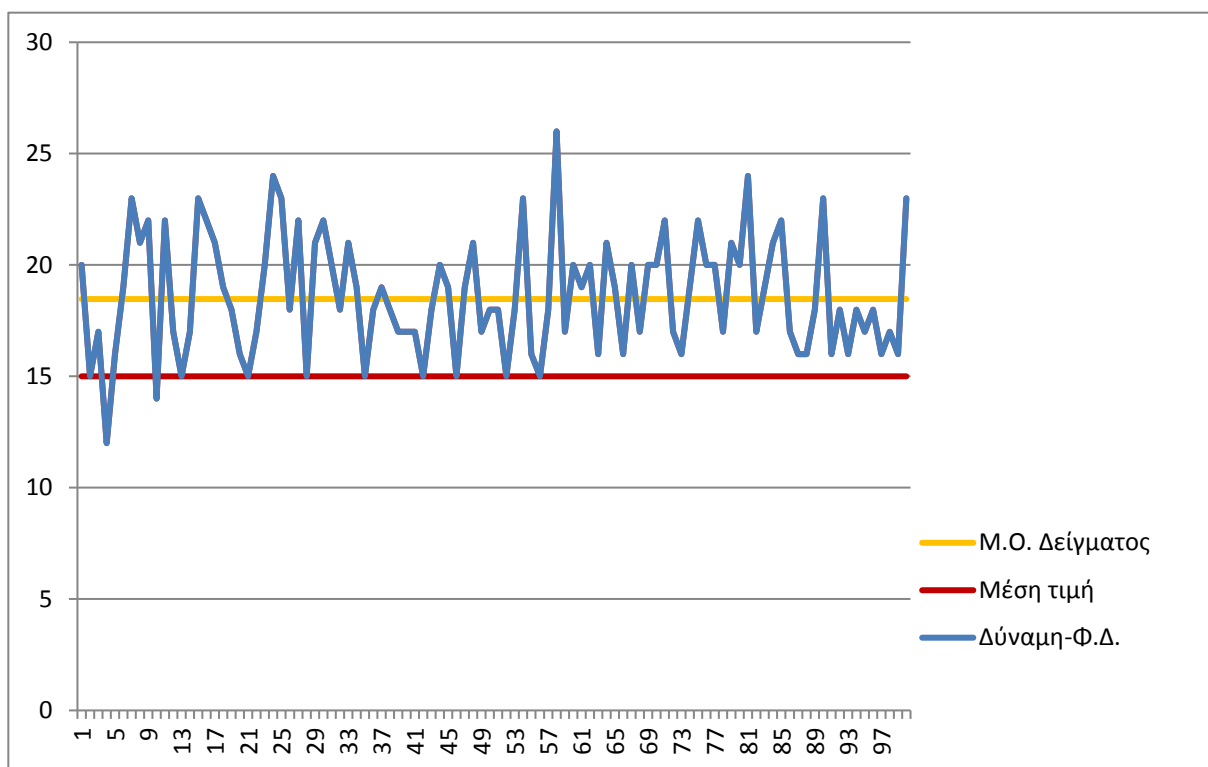
#### ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΤΗΤΑ



(Γράφημα 3.3.1. ΒΑQ- Υποομάδα Ελκυστικότητας)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, στην ομάδα Ελκυστικότητας παρατηρούμε ότι η Μέση τιμή του σκορ μας είναι το 12,5 ενώ ο Μέσος όρος του δείγματος είναι 17,21. Η πιο χαμηλή τιμή στο δείγμα μας είναι το 10 και ανώτερο σκορ στην συγκεκριμένη ομάδα φτάνει τους 25 βαθμούς που θεωρείται και η βέλτιστη τιμή για την εικόνα σώματος στην υποομάδα της ελκυστικότητας.

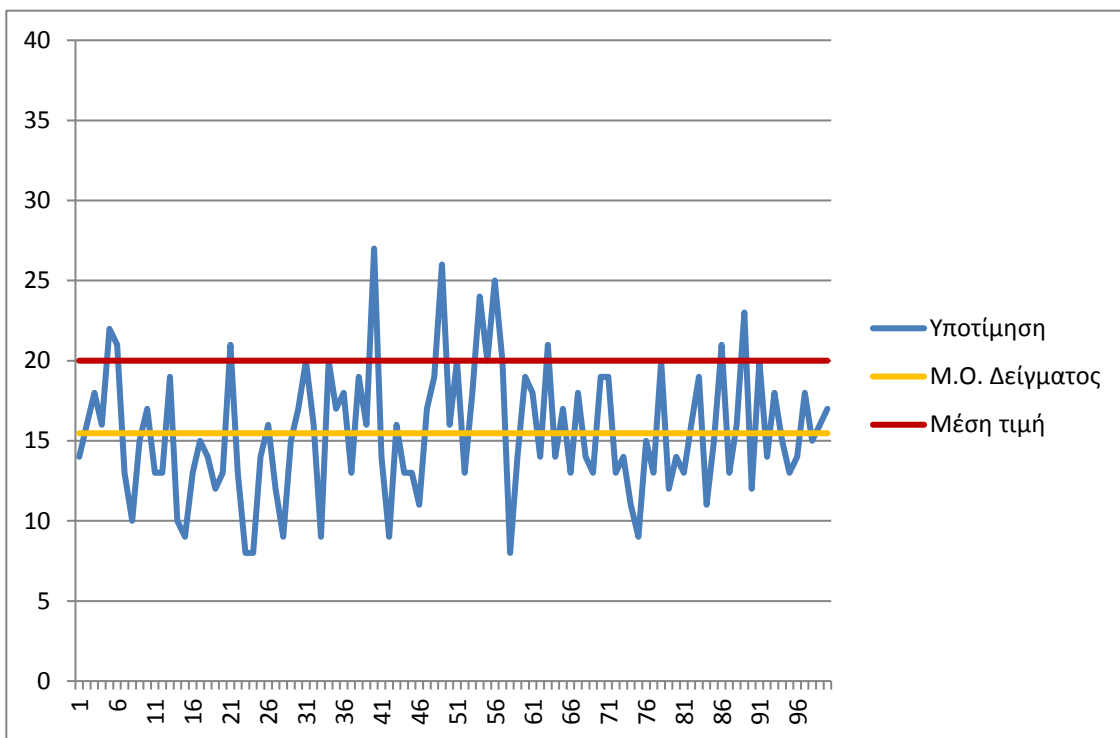
## ΔΥΝΑΜΗ – ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ



(Γράφημα 3.3.2. ΒΑQ- Υποομάδα Δύναμης – Φυσικής Δραστηριότητας)

Στην ομάδα Δύναμης-Φυσικής Δραστηριότητας παρατηρούμε ότι η Μέση τιμή είναι το 15 και ο Μέσος όρος του δείγματος φτάνει στο 18,47. Το ανώτερο σκορ του δείγματος είναι το 26 και το κατώτερο είναι το 12.

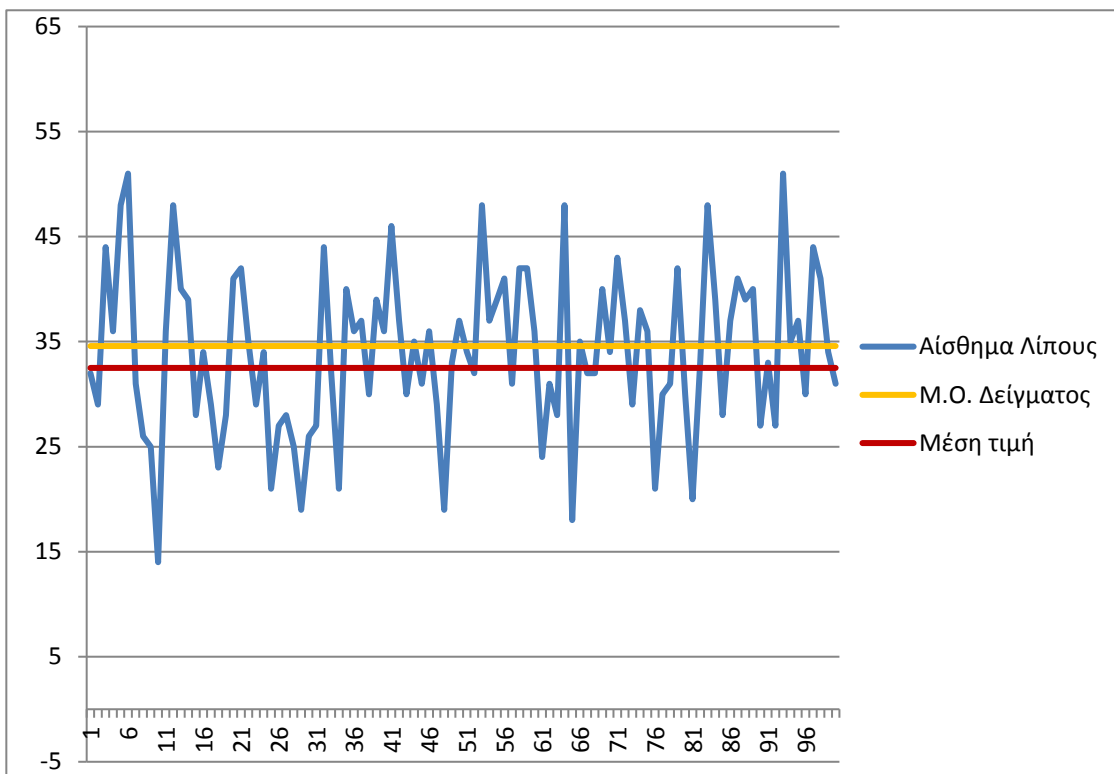
## ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ



(Γράφημα 3.3.3. ΒΑQ- Υποομάδα Υποτίμησης)

Στην συνέχεια και στην ομάδα Υποτίμησης βλέπουμε ότι η Μέση τιμή είναι το 20 και ο Μέσος όρος του δείγματος στο 15,47. Η ανώτερη τιμή για την εικόνα σώματος των γυναικών της ομάδας είναι οι 27 βαθμοί ενώ η κατώτερη είναι το 8.

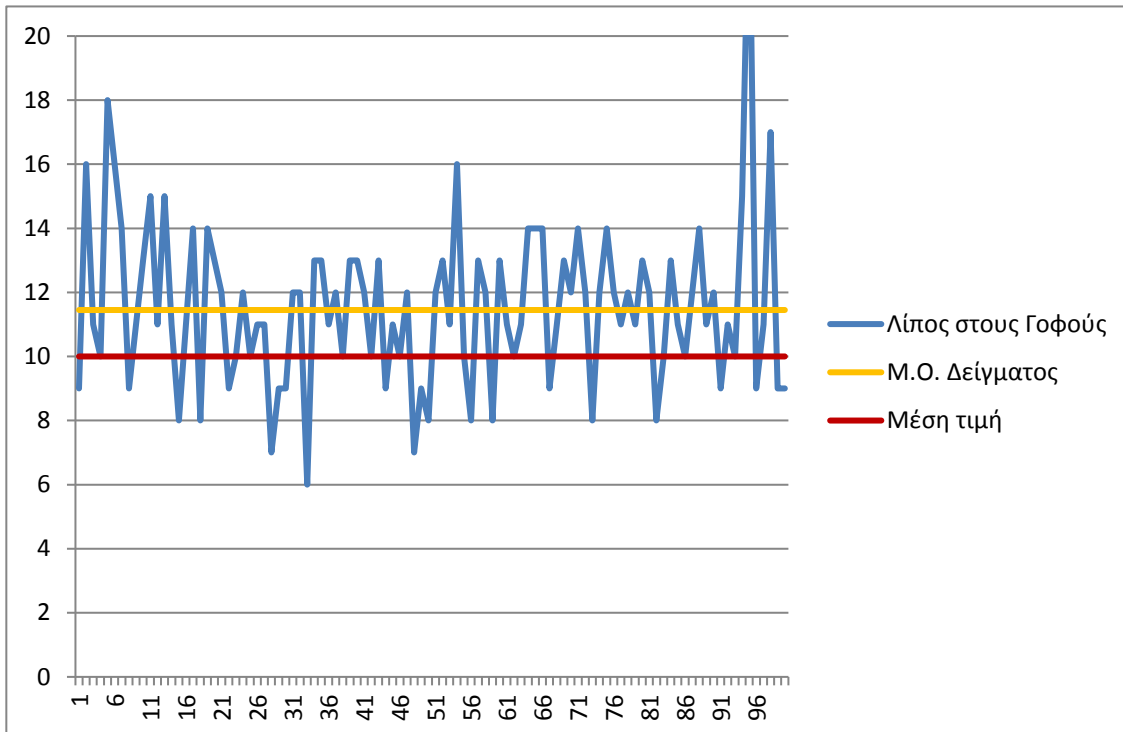
## ΑΙΣΘΗΜΑ ΛΙΠΟΥΣ



(Γράφημα 3.3.4. ΒΑQ- Υποομάδα Αίσθημα Λίπους)

Στην ομάδα Αίσθημα λίπους η Μέση τιμή είναι το 32,5 και ο Μέσος όρος του δείγματος 34,58. Η ανώτερη τιμή της ομάδας είναι οι 51 βαθμοί και η κατώτερη είναι οι 14 βαθμοί.

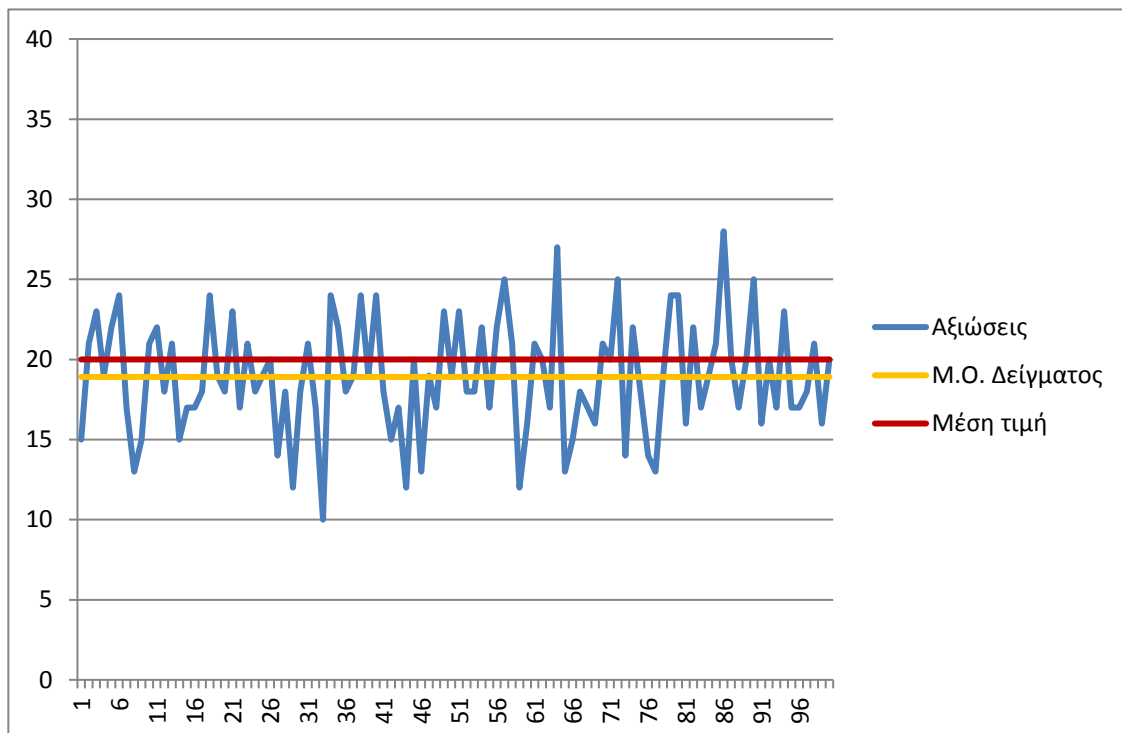
## ΑΙΣΘΗΜΑ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΓΟΦΟΥΣ



(Γράφημα 3.3.5. ΒΑQ- Υποομάδα Αίσθημα Λίπους Στους Γοφούς)

Στην συνέχεια, στην δεύτερη ομάδα Λίπους (Λίπος στους γοφούς) η Μέση τιμή είναι το 10 και ο Μέσος όρος του δείγματος μας βρίσκεται στο 11,45. Η ανώτερη τιμή της ομάδας είναι οι 17 βαθμοί και η κατώτερη οι 6 βαθμοί.

## ΑΞΙΩΣΕΙΣ



(Γράφημα 3.3.6. ΒΑQ- Υποομάδα Αξιώσεων)

Στην ομάδα των Αξιώσεων παρατηρούμε ότι ο Μέσος όρος του δείγματος είναι οι 18,91 βαθμοί και η Μέση τιμή είναι οι 20 βαθμοί. Η κατώτερη τιμή είναι το 10 και η ανώτερη τιμή της ομάδας είναι οι 28 βαθμοί.



### 3.4 Συσχετίσεις Των Διατροφικών Επιλογών

#### 3.4.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ωμά λαχανικά (1/2 φλιτζανι, 120γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	,245*
		Sig. (2-tailed)	.	,021
		N	100	89
	ωμά λαχανικά (1/2 φλιτζανι, 120γρ)	Correlation Coefficient	,245*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,021	.
		N	89	89

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

##### (Πίνακας 3.4.1.1 Συσχέτιση ηλικίας – ωμά λαχανικά)

Όπως παρατηρούμε υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική αφού ( $r_s = 0.245$   $p = 0.021$ ), μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης ωμών λαχανικών, το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση των ωμών λαχανικών.

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	γάλα ημιάπαχο (1 φλιτζανι, 240γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	,250*
		Sig. (2-tailed)	.	,029
		N	100	77
	γάλα ημιάπαχο (1 φλιτζανι, 240γρ)	Correlation Coefficient	,250*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,029	.
		N	77	77

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

##### (Πίνακας 3.4.1.2 Συσχέτιση ηλικίας – γάλα ημιάπαχο)

Όπως και στον προηγούμενο πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση, στατιστικώς σημαντική ( $r_s = 0.250$   $p = 0.029$ ), μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης

ημιάπαχου γάλακτος, το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση του συγκεκριμένου τύπου γάλακτος.

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	τυρί με μειωμένα λιπαρά (1 λεπτή φέτα, 30γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	,245*
		Sig. (2-tailed)	.	,034
		N	100	75
	τυρί με μειωμένα λιπαρά (1 λεπτή φέτα, 30γρ)	Correlation Coefficient	,245*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,034	.
		N	75	75

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**(Πίνακας 3.4.1.3 Συσχέτιση ηλικίας – τυρί με μειωμένα λιπαρά)**

Μέτρια θετική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική υπάρχει και σε αυτόν τον πίνακα αφού ( $r_s = 0.245$   $p=0.034$ ), μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης τυριού με μειωμένα λιπαρά. Οπότε όσο αυξάνεται και σε αυτή την περίπτωση η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση τυριού με μειωμένα λιπαρά.

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	αλμυρά σνακς (1 μικρό σακουλάκι, 35γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,371**
		Sig. (2-tailed)	.	,001
		N	100	84
	αλμυρά σνακς (1 μικρό σακουλάκι, 35γρ)	Correlation Coefficient	-,371**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	.
		N	84	84

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**(Πίνακας 3.4.1.4 Συσχέτιση ηλικίας – αλμυρά σνακς)**

Όπως παρατηρούμε υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική αφού ( $r_s = -0.371$   $p=0.001$ ) μεταξύ της ηλικίας και των αλμυρών σνακς, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η κατανάλωση τους.

### Correlations

			ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	αναψυκτικά αεριούχα (1 κουτάκι, 330ml)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,235*
		Sig. (2-tailed)	.	,039
		N	100	78
	αναψυκτικά αεριούχα (1 κουτάκι, 330ml)	Correlation Coefficient	-,235*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,039	.
		N	78	78

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

#### (Πίνακας 3.4.1.5 Συσχέτιση ηλικίας – αναψυκτικά αεριούχα)

Όπως και στον προηγούμενο πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική ( $r_s = -0.235$   $p=0.039$ ) μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης αεριούχων αναψυκτικών, το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται και η κατανάλωση τους.

### Correlations

			ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	πάστες γλυκά ζαχαροπλαστίου (1 κομμάτι, 95gr)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,336**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	100	84
	πάστες γλυκά ζαχαροπλαστίου (1 κομμάτι, 95gr)	Correlation Coefficient	-,336**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	84	84

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### (Πίνακας 3.4.1.6 Συσχέτιση ηλικίας – πάστες γλυκά ζαχαροπλαστίου)

Μέτρια αρνητική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική υπάρχει και σε αυτόν τον πίνακα αφού ( $r_s = -0.336$   $p=0.002$ ) μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης γλυκών ζαχαροπλαστίου. Οπότε όσο αυξάνεται και σε αυτή την περίπτωση η ηλικία τόσο μειώνεται και η κατανάλωση γλυκών.

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	παγωτό (1/2 φλιτζάνι, 70γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,261**
		Sig. (2-tailed)	.	,010
		N	100	97
	παγωτό (1/2 φλιτζάνι, 70γρ)	Correlation Coefficient	-,261**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,010	.
		N	97	97

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**(Πίνακας 3.4.1.7 Συσχέτιση ηλικίας – παγωτό)**

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε μια ακόμη μέτρια αρνητική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική αφού ( $r_s = -0.261$   $p=0.01$ ), μεταξύ της ηλικίας και του παγωτού. Και σε αυτή την συσχέτιση όσο αυξάνεται η μεταβλητή της ηλικίας τόσο μειώνεται η κατανάλωση του παγωτού.

**Correlations**

			ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	πίτα με γύρο ή σουβλάκι (1 μέτρια, 180γρ)
Spearman's rho	ΗΛΙΚΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,313**
		Sig. (2-tailed)	.	,003
		N	100	89
	πίτα με γύρο ή σουβλάκι (1 μέτρια, 180γρ)	Correlation Coefficient	-,313**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	.
		N	89	89

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**(Πίνακας 3.4.1.8 Συσχέτιση ηλικίας – πίτα με γύρο η σουβλάκι)**

Όπως παρατηρούμε υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική αφού ( $r_s = -0.313$   $p=0.003$ ), μεταξύ της ηλικίας και της κατανάλωσης πίτας με γύρο η σουβλάκι. Πράγμα το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η κατανάλωση τους.

### 3.4.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

**Correlations**

			ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	δημητριακά πρωινού - high fibre (1/2 φλιτζάνι, 30γρ)
Spearman's rho	ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	Correlation Coefficient	1,000	,238*
		Sig. (2-tailed)	.	,027
		N	100	86
	δημητριακά πρωινού - high fibre (1/2 φλιτζάνι, 30γρ)	Correlation Coefficient	,238*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,027	.
		N	86	86

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

(Πίνακας 3.4.2.1 Συσχέτιση τριμήνου εγκυμοσύνης – δημητριακά πρωινού)

Μέτρια θετική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική υπάρχει μεταξύ του τριμήνου εγκυμοσύνης και των δημητριακών πρωινού αφού  $r_s = 0.238$ ,  $p = 0.027$ . Άρα όσο, αυξάνεται το τρίμηνο εγκυμοσύνης τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση τους.

**Correlations**

			ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι (30γρ)
Spearman's rho	ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	Correlation Coefficient	1,000	,244*
		Sig. (2-tailed)	.	,019
		N	100	92
	κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι (30γρ)	Correlation Coefficient	,244*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,019	.
		N	92	92

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

(Πίνακας 3.4.2.1 Συσχέτιση τριμήνου εγκυμοσύνης – κοτόπουλο/γαλοπούλα/κουνέλι)

Και σε αυτόν τον πίνακα υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση στατιστικώς σημαντική αφού  $r_s = 0.244$ ,  $p = 0.019$ , πράγμα που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται το τρίμηνο εγκυμοσύνης τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση κοτόπουλου, γαλοπούλας ή κρέατος από κουνέλι.

### Correlations

			ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΓΥΜΟΣΥΝΗΣ	κρασί (1 ποτηράκι, 100ml)
Spearman's rho	ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΓΥΜΟΣΥΝΗΣ	Correlation Coefficient	1,000	-,241*
		Sig. (2-tailed)	.	,045
		N	100	70
	κρασί (1 ποτηράκι, 100ml)	Correlation Coefficient	-,241*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,045	.
		N	70	70

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

#### (Πίνακας 3.4.2.1 Συσχέτιση τριμήνου εγκυμοσύνης – κρασί)

Μέτρια αρνητική συσχέτιση παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα στατιστικώς σημαντική αφού  $r_s = -0.241$   $p = 0.045$ . Δηλαδή όσο αυξάνεται το τρίμηνο εγκυμοσύνης τόσο μειώνεται η κατανάλωση κρασιού.

### 3.4.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις διατροφικές επιλογές και το Δείκτη Μάζας Σώματος.

### 3.5 Συσχετίσεις Της Εικόνας Σώματος

#### 3.5.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

			zscore	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ
Spearman's rho	zscore	Correlation Coefficient	1,000	,297**
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	100	89
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΜΣ		Correlation Coefficient	,297**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	89	89

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

##### (Πίνακας 3.5.1.1 Συσχέτιση Εικόνας σώματος-ΔΜΣ)

Ο δείκτης Spearman's rho μας δείχνει ότι υπάρχει θετική ισχυρή συσχέτιση αφού  $r_s = 0.297$   
 $p = 0.005$  ανάμεσα στον ΔΜΣ και στην εικόνα σώματος.

#### 3.5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και την ηλικία.

#### 3.5.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και του τριμήνου εγκυμοσύνης.

### 3.6 Συσχέτιση Εικόνας Σώματος - Διατροφικών Επιλογών

- ΠΛΗΡΕΣ ΓΑΛΑ

#### Descriptives

zscore

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	39	117,2821	11,45460	1,83420	113,5689	120,9952	97,00	146,00
ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	17	125,4118	12,35950	2,99762	119,0571	131,7664	104,00	145,00
ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	28	113,4643	14,37199	2,71605	107,8914	119,0372	83,00	136,00
Total	84	117,6548	13,22966	1,44347	114,7837	120,5258	83,00	146,00

#### Test of Homogeneity of Variances

zscore

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,000	2	81	,372

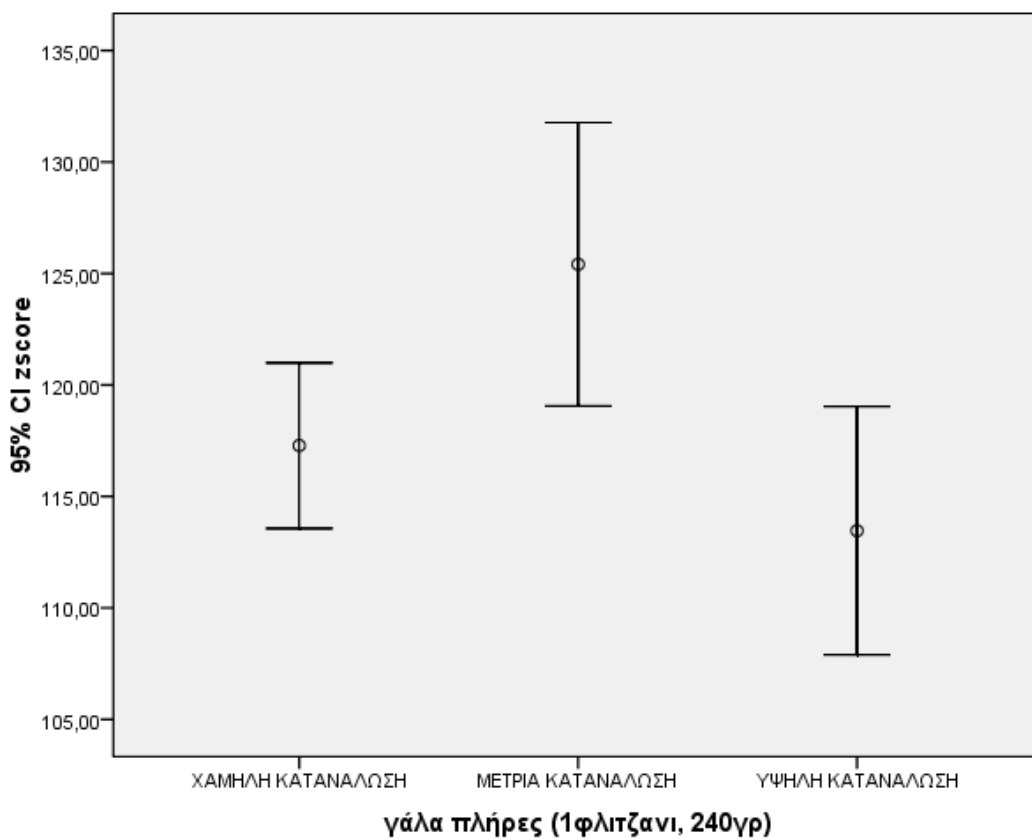
#### ANOVA

zscore

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1520,009	2	760,004	4,733	,011
Within Groups	13006,979	81	160,580		
Total	14526,988	83			

(Πίνακας 3.6.1 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Πλήρες Γάλα)





(Πίνακας 3.6.1.1 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Πλήρες Γάλα)

Από τα γαλακτοκομικά, το μόνο προϊόν που επηρεάζει την εικόνα σώματος είναι το γάλα πλήρες. Όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα, όπου έχουμε πιθανότητα λόγου F .011(<.05) δηλαδή είναι μικρότερη από την κρίσιμη τιμή και επομένως έχουμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης πλήρους γάλακτος και της εικόνας σώματος. Όπως μπορούμε να δούμε από τον πίνακα η μέτρια κατανάλωση πλήρους γάλακτος συσχετίζεται με την αρνητική εικόνα σώματος.

- ΠΑΓΩΤΟ

**Descriptives**

zscore

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	33		
ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	24	114,2917	14,44774	2,94913	108,1909	120,3924	83,00	142,00
ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	40	121,1250	12,25203	1,93722	117,2066	125,0434	101,00	146,00
Total	97	116,9897	13,07789	1,32786	114,3539	119,6255	83,00	146,00

**Test of Homogeneity of Variances**

zscore

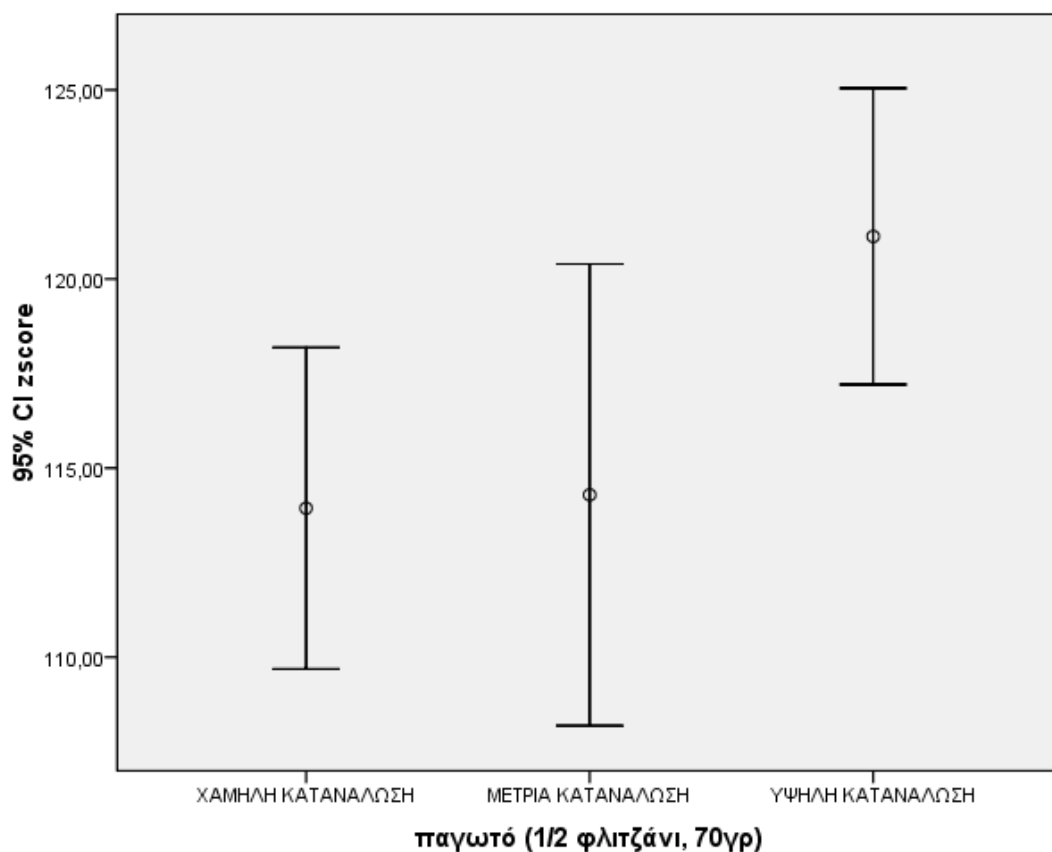
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,769	2	94	,466

**ANOVA**

zscore

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1165,778	2	582,889	3,592	,031
Within Groups	15253,212	94	162,268		
Total	16418,990	96			

(Πίνακας 3.6.2 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Παγωτό)



(Πίνακας 3.6.2.1 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Παγωτό)

Ως προς την κατανάλωση παγωτού η πιθανότητα του λόγου F είναι  $.031 (< .05)$  δηλαδή είναι μεγαλύτερη από την κρίσιμη τιμή του 0.05 και επομένως έχουμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης παγωτού και της εικόνας σώματος. Όπως μπορούμε να δούμε και από τον πίνακα η αυξημένη κατανάλωση παγωτού συσχετίζεται με την αρνητική εικόνα σώματος.

- BURGER

**Descriptives**

zscore

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	57	116,1404	11,01855	1,45944	113,2167	119,0640	84,00	138,00
ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	12	123,9167	15,25813	4,40464	114,2221	133,6112	103,00	146,00
ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	5	125,6000	14,58767	6,52380	107,4870	143,7130	103,00	138,00
Total	74	118,0405	12,34042	1,43454	115,1815	120,8996	84,00	146,00

**Test of Homogeneity of Variances**

zscore

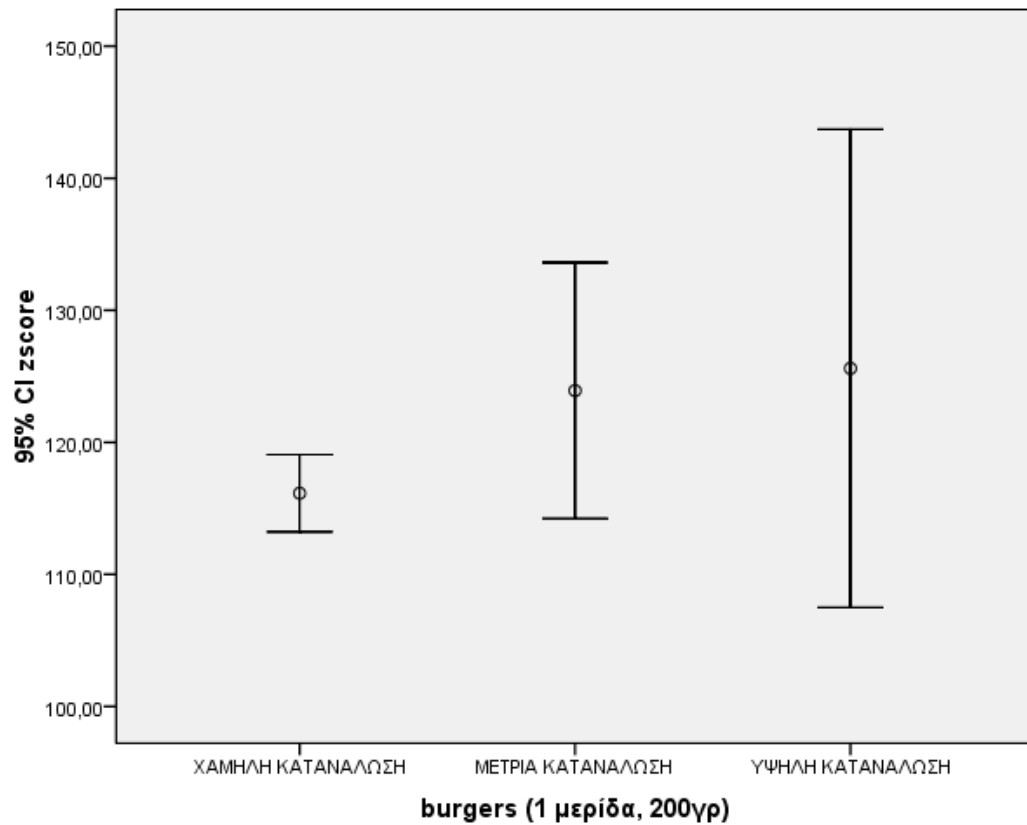
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,916	2	71	,155

**ANOVA**

zscore

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	905,885	2	452,942	3,149	,049
Within Groups	10210,994	71	143,817		
Total	11116,878	73			

(Πίνακας 3.6.3 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Burger)



(Πίνακας 3.6.3.1 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Burger)

Όπως μπορούμε να δούμε και στους παραπάνω πίνακες, η πιθανότητα του λόγου F είναι .049(<.05) δηλαδή είναι μεγαλύτερη από την κρίσιμη τιμή του 0.05 και επομένως έχουμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης burger και της εικόνας σώματος.. Η εικόνα σώματος επηρεάζεται αρνητικά από την αυξημένη κατανάλωση burger, όπως μπορούμε να δούμε και στον πίνακα.

- ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ

### Descriptives

zscore

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	82	116,4756	12,23154	1,35075	113,7880	119,1632	83,00	145,00
ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	3	133,3333	15,53491	8,96908	94,7425	171,9242	116,00	146,00
ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	1	133,0000	.	.	.	.	133,00	133,00
Total	86	117,2558	12,68365	1,36771	114,5364	119,9752	83,00	146,00

### Test of Homogeneity of Variances

zscore

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,218 <sup>a</sup>	1	83	,642

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for zscore.

### ANOVA

zscore

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1073,254	2	536,627	3,535	,034
Within Groups	12601,118	83	151,821		
Total	13674,372	85			

(Πίνακας 3.6 Συσχέτιση Εικόνας σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Θαλασσινά)

Ως προς την κατανάλωση θαλασσινών η πιθανότητα του λόγου F είναι .034(<.05) δηλαδή είναι μεγαλύτερη από την κρίσιμη τιμή του 0.05 και επομένως είναι στατιστικώς σημαντική η συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης θαλασσινών και της εικόνας σώματος. Φαίνεται ότι η μέτρια κατανάλωση θαλασσινών επηρεάζει αρνητικά την εικόνα σώματος. Το συμπέρασμα, όμως αυτό δεν είναι ασφαλές, καθώς η υψηλή κατανάλωση στο δείγμα των εκατό ερωτηματολογίων που έχουμε εμφανίζετε μονάχα σε ένα ερωτηματολόγιο οπότε δεν μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι οι διακυμάνσεις των ομάδων δεν διαφέρουν.

- ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ

**Descriptives**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	56	117,1607	12,24563	1,63639	113,8813	120,4401	84,00	146,00
ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	1	107,0000	.	.	.	.	107,00	107,00
ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	3	135,6667	2,51661	1,45297	129,4151	141,9183	133,00	138,00
Total	60	117,9167	12,59310	1,62576	114,6635	121,1698	84,00	146,00

**Test of Homogeneity of Variances**

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,566 <sup>a</sup>	1	57	,115

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for zscore.

**ANOVA**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1096,363	2	548,182	3,783	,029
Within Groups	8260,220	57	144,916		
Total	9356,583	59			

**(Πίνακας 3.6 Συσχέτιση Εικόνα σώματος- Διατροφικών Επιλογών – Αλκοολούχα Ποτά)**

Όσον αφορά την κατανάλωση Αλκοολούχων ποτών, όπως βλέπουμε και στους παραπάνω πίνακες, η πιθανότητα του λόγου F είναι .029(<.05) δηλαδή είναι μεγαλύτερη από την κρίσιμη τιμή του 0.05 και επομένως είναι στατιστικώς σημαντική η συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της εικόνας σώματος. Φαίνεται ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει αρνητικά την εικόνα σώματος. Το συμπέρασμα, όμως αυτό δεν είναι ασφαλές, διότι η πλειοψηφία των εγκύων αποφεύγει την υψηλή κατανάλωση αλκοολούχων. Έτσι, όσον αφορά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών δεν μπορούμε να βγάλουμε ασφαλές συμπέρασμα.

#### 4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εικόνας σώματος, κατά την εγκυμοσύνη σε δείγμα 100 γυναικών στο Ηράκλειο Κρήτης, καθώς και το κατά πόσο η εικόνα σώματος επηρεάζει ή επηρεάζεται από τις διατροφικές επιλογές τους.

Η θετική εικόνα σώματος μιας γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι η ιδανική εικόνα σώματος και τα πρότυπα ομορφιάς που κυριαρχούν στον κοινωνικό περίγυρο, από τις προσωπικές προσδοκίες, από την λειτουργικότητα, την φυσική κατάσταση του σώματος της και τέλος από την υποστήριξη που λαμβάνει από την οικογένεια και τον σύντροφο τους. Όταν μια γυναίκα βρίσκεται μέσα σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον και λαμβάνει θετικά μηνύματα για την εγκυμοσύνη και το σώμα της μπορεί να οδηγήσει σε μια θετική εικόνα για το σώμα τους.

Όσον αφορά την διατροφή σημαντικό ρόλο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει μια υγιεινή και ποικίλη διατροφή. Το διαιτολόγιο της μητέρας θα πρέπει να περιέχει επαρκή ενέργεια και θρεπτικά συστατικά για να καλύψει τις απαιτήσεις της μητέρας και τις ανάγκες ανάπτυξης του εμβρύου καθώς επίσης και για να δημιουργηθούν αποθέματα θρεπτικών ουσιών που απαιτούνται για τον μελλοντικό θηλασμό. Μικρές είναι οι διαφορές που υπάρχουν στις διατροφικές συστάσεις για την περίοδο της εγκυμοσύνης, σε σχέση με αυτές που υπάρχουν για τον ενήλικο πληθυσμό. Παρόλα αυτά οι διαφορές αυτές είναι αξιοσημείωτες. Κύρια σύσταση είναι να ακολουθείται μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή (Williamson, 2006).

Σημαντικό ρόλο κατά την εγκυμοσύνη παίζει η λειτουργία του ενδοκρινολογικού συστήματος κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης εγκυμοσύνης, καθώς περιλαμβάνει ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές, ως αποτέλεσμα των φυσιολογικών μεταβολών μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου. Τον σημαντικότερο ρόλο σε όλη αυτή τη διαδικασία, έχουν οι ορμόνες προγεστερόνη και οιστρογόνα (Kumar, 2012).

Το δείγμα επάνω στο οποίο βασίστηκε η μελέτη μας αποτελούνταν από 100 γυναίκες οι οποίες διέμεναν στο Ηράκλειο Κρήτης. Οι γυναίκες ήταν ηλικίας 16 έως 43 ετών και ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος μας ήταν τα 29,29 έτη . Ο Δείκτης Μάζας Σώματος τους



κυμαίνονταν από ελλιποβαρήs έως και την παχυσαρκία 2<sup>ου</sup> βαθμού συγκεκριμένα το 5% του δείγματος μας ήταν ελλιποβαρές, το 54% φυσιολογικό, το 20% υπέρβαρες, το 7% είχε παχυσαρκία 1<sup>ου</sup> βαθμού και το 3% είχε παχυσαρκία 2<sup>ου</sup> βαθμού. Το 5,1% είχαν απολυτήριο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 46,5% είχαν απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (το 6,1% απολυτήριο Γυμνασίου και το 40,4% απολυτήριο Λυκείου) και το υπόλοιπο 48,5% ήταν πτυχιούχοι ( το 25,3 ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 21,2% πτυχιούχοι ΑΕΙ και το 2% πτυχιούχοι ΙΕΚ). Το 56% εργαζόταν ενώ το 44% ασχολούνταν με τα οικοκυρικά. Για το 42% του δείγματος μας αυτή ήταν η πρώτη του εγκυμοσύνη. Τέλος το 3% ήταν στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, το 49% στο δεύτερο και το 48% στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προσπαθήσαμε να πάρουμε συνεντεύξεις από γυναίκες που βρίσκονταν στο δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους έτσι ώστε να έχουν αρχίσει να γίνονται εμφανείς οι αλλαγές στο σώμα και την ψυχολογία τους και να έχουν αντιληφθεί πλήρως την εγκυμοσύνη τους και τις αλλαγές στην ζωή τους.

Το δείγμα μας μπορούμε να πούμε ότι έχει αρκετές ομοιότητες με άλλες μελέτες αλλά και κάποιες αξιοσημείωτες διαφορές, παραδείγματος χάριν θα αναφερθούμε στην έρευνα των Skouteris et al (2005) στην Μεμβούρνη, όπου το δείγμα τους αποτελούνταν από γυναίκες ηλικίας 23 έως 42 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 31,63 χρόνια. Το 49% του δείγματος ήταν πρωτότοκες και το 79,5% των γυναικών είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 99,2% του δείγματος ήταν παντρεμένες ή σε κάποια σοβαρή σχέση. Το 90,6% του δείγματος εργαζόταν και μονό το 8,6% ασχολούνταν με τα οικοκυρικά. Το 17,6% του δείγματος είχε ΔΜΣ κάτω του 20 μπορεί λοιπόν να ανήκει είτε στην κατηγορία ελλιποβαρήs είτε στην κατηγορία του κατώτερου φυσιολογικού, το 37,4% ανήκει στην κατηγορία του φυσιολογικού ΔΜΣ, το 27,5% στην κατηγορία του υπέρβαρου και το 17,5% στην κατηγορία του παχύσαρκου.

Πολύ έντονες διαφορές μπορούμε να εντοπίσουμε στο ποσοστό των εργαζόμενων γυναικών με το 56% έναντι του 90,6% στην έρευνα των Skouteris et al, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση με ποσοστό 48,5% στο δείγμα μας έναντι του 79,5% καθώς και μια μικρή αλλά σημαντική διαφορά στην ηλικία με 16 – 43 και μέσο όρο τα 29 έτη έναντι των 23 – 42 και μέσο όρο τα 31,6 έτη, πράγμα το οποίο μας δείχνει ότι πιθανότατα πολλές γυναίκες στο δείγμα μας γίνονται μητέρες σε μικρή ηλικία δεν ολοκληρώνουν την εκπαίδευση τους και δεν αναζητούν εργασία αλλά ασχολούνται με την φροντίδα της οικογενείας τους. Άλλη μια

διαφορά στα δύο δείγματα, έχει να κάνει με τον ΔΜΣ καθώς στο δείγμα μας το 54% έχει έναν φυσιολογικό ΔΜΣ έναντι το 37,4%, το 20% του δείγματος μας είναι υπέρβαρο σε σχέση με το 27% του άλλου δείγματος και μόλις το 10% του δικού μας δείγματος είναι παχύσαρκο με το 17,5% από το δείγμα των Skouteris να ανήκει στην κατηγορία του παχύσαρκου. Συνεπώς, το δείγμα μας βρίσκεται σε καλύτερη σωματική και φυσική κατάσταση.

Με βάση την στατιστική ανάλυση του δείγματος και μελετώντας τις διατροφικές επιλογές αυτού, όσον αφορά την συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος και γιαουρτιού από το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων παρατηρήθηκε μειωμένη κατανάλωση καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας καταναλώνει τα συγκεκριμένα τρόφιμα 1 φορά/μήνα. Επιπλέον μελετώντας την συχνότητα κατανάλωσης τυριού και φέτας η κατανάλωση φαίνεται να κυμαίνεται στις 2 έως 4 φορές/εβδομάδα για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας. Παράλληλα με τις βιβλιογραφικές αναφορές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συστήνεται ημερήσια πρόσληψη 2 έως 3 μερίδες/ημέρα γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (Kaiser & Allen , 2002). Η συγκεκριμένη διατροφική σύσταση φαίνεται να μην ακολουθείται από το δείγμα μας.

Η συγκεκριμένη κατηγορία τροφίμων αποτελεί βασική πηγή ασβεστίου του οποίου οι απαιτήσεις είναι φυσικά ρυθμισμένες προς τα πάνω κατά την διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του αναπτυσσόμενου εμβρύου και του θηλασμού του βρέφους (Ettinger et al, 2014). Η ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη (2 έως 3 μερίδες) φαίνεται να καλύπτει τις διατροφικές απαιτήσεις σε ασβέστιο μιας εγκυμονούσας γυναίκας που αναγράφονται στους πίνακες των DRI'S (DRIS, 2011).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα όσον αφορά τα αμυλούχα τρόφιμα , διαπιστώσαμε ότι η συχνότητα κατανάλωσης ήταν στις 2 με 4 φορές την εβδομάδα στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, σε όλα τα είδη των αμυλούχων τροφών που υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων ( ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες, λευκό ψωμί, λευκά δημητριακά πρωινού). Συγκριτικά με την βιβλιογραφία, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι απαραίτητη η επαρκής πρόσληψη υδατανθράκων καθώς παίζουν σημαντικό ρόλο στην ταχεία ανάπτυξη του εμβρύου μιας και είναι απαραίτητες άφθονες ποσότητες ενέργειας σε μορφή γλυκόζης (Brown, 2009).

Στα πλαίσια μιας ισορροπημένης διατροφής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων είναι 175γρ/ ημέρα, τιμή η οποία φαίνεται να καλύπτεται από τις διατροφικές επιλογές του δείγματος μας στην συγκεκριμένη κατηγορία τροφίμων (Brown, 2009).

Αντίθετα τα ολικής άλεσης δημητριακά καθώς και το ψωμί ολικής αλέσεως τα οποία περιέχουν υψηλό ποσοστό φυτικών ινών είχαν μειωμένη συχνότητα κατανάλωσης, συνήθεια η οποία δεν είναι επωφελής καθώς όσον αφορά την κατανάλωση μη αμυλούχων πολυσακχαριτών οι έγκυες οι οποίες εμφανίζουν μειωμένη κινητικότητα του εντέρου επωφελούνται από μια αυξημένη πρόσληψη του εύρους 12- 24γρ/ ημέρα (Williamson, 2006).

Στην κατηγορία των υδατανθρακούχων τροφίμων εμπεριέχονται επίσης τα φρούτα και τα λαχανικά λόγω των ενδογενών σακχάρων που τα διακρίνουν (British Nutrition Foundation, 2012). Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας, το συγκεκριμένο δείγμα εγκύων γυναικών εμφάνισε επαρκή πρόσληψη φρούτων και συγκεκριμένα 2 έως 3 μερίδες/ημέρα.

Αντίθετα όσο αφορά την κατανάλωση λαχανικών το δείγμα εμφάνισε μειωμένη συχνότητα κατανάλωσης στην κατηγορία ωμά λαχανικά και συγκεκριμένα 1 μερίδα/ημέρα αλλά επαρκή συχνότητα κατανάλωσης στην κατηγορία μαγειρεμένα λαχανικά 2-4 μερίδες/ημέρα. Ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές η συνιστώμενη ημερήσια κατανάλωση λαχανικών ανέρχεται στις 4 μερίδες/ημέρα (Kaiser & Allen , 2002).

Μια εξαιρετική πηγή πρόσληψης φυτικής πρωτεΐνης, υδατάνθρακα καθώς και φυτικών ινών αποτελούν τα όσπρια. Όσον αφορά την συχνότητα κατανάλωσης το δείγμα της παρούσας μελέτης εμφανίζει συχνότητα κατανάλωσης 1 έως 4 φορές/εβδομάδα, συχνότητα η οποία αποτελεί μέρος ενός ισορροπημένου διατροφολογίου.

Η επαρκής ενεργειακή πρόσληψη απαιτείται μαζί με την επαρκή διαιτητική πρωτεϊνική πρόσληψη διότι με την χρήση αυτών επιτελούνται κατά διάφορες επιπλέον διαδικασίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις κατά την διάρκεια αυτής αυξάνονται για να στηρίξουν την σύνθεση του μητρικού ιστού και την ανάπτυξη του εμβρύου κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Duggleby & Jackson, 2002).

Οι πηγές πρωτεΐνης ποικίλουν ανάλογα την διατροφική αξία τους, το εύπεπτο τους, την αποτελεσματικότητα της κατανάλωσης τους και την αναλογία των απαραίτητων αμινοξέων. Οι πρωτεΐνες από ζωικά τρόφιμα όπως κρέας, πουλερικά, θαλασσινά, αυγά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, τείνουν να είναι υψηλότερης πρωτεϊνικής αξίας διότι παρέχουν και τα εννέα απαραίτητα αμινοξέα (Ministry of Health, 2006).

Μελετώντας τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα των πρωτεϊνούχων τροφίμων όπως ψάρι, αυγά, κρέας τα οποία αποτελούν μέρος του ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων εμφανίζεται επαρκής κατανάλωση στην ομάδα κόκκινου και λευκού κρέατος καθώς και αυγού, ενώ η συχνότητα κατανάλωσης ψαριού είναι μειωμένη με ποσοστό >50% του δείγματος μας να καταναλώνει ψάρι 1 φορά/μήνα ή λιγότερο. Σύμφωνα με τους Kaiser & Allen η ελάχιστη προτεινόμενη ημερήσια κατανάλωση των τροφίμων αυτών είναι 2 μερίδες. Στις συγκεκριμένες διατροφικές οδηγίες συμπεριλαμβάνονται και άλλα τρόφιμα όπως τα όσπρια και οι ξηροί καρποί οι οποίοι φάνηκε να καταναλώνονται σε μειωμένη συχνότητα (<2 -4 φορές/εβδομάδα) από το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας.

Οι συγκεκριμένες τροφές αποτελούν πλούσια πηγή ιχνοστοιχείων, όπως ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος. Ο σίδηρος είναι αναγκαίος για την ανάπτυξη, την εξέλιξη, την ομαλή κυτταρική λειτουργία, την σύνθεση μερικών ορμονών και του συνδετικού ιστού. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος του αίματος της μητέρας αυξάνεται, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων, έτσι για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα οι ανάγκες σε σίδηρο αυξάνονται (National Institute of Health, 2016).

Ο ψευδάργυρος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ιχνοστοιχεία, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς σύμφωνα με τον Ladipo, η ανεπάρκεια ψευδαργύρου έχει ως αποτέλεσμα το έμβρυο να εμφανίζει γενετικές ανωμαλίες καθώς και στο ανοσοποιητικό σύστημα, καθυστέρηση ανάπτυξης και συγγενείς ανωμαλίες (Ladipo, 2000). Ο ψευδάργυρος ζωικών τροφών απορροφάται ευκολότερα από τον ανθρώπινο οργανισμό σε σχέση με αυτόν των φυτικών τροφίμων. (University of Maryland Medical Center, 2013). Εφόσον ακολουθούνται οι συνιστώμενες διαιτητικές προσλήψεις για την εγκυμοσύνη, μπορούν να

καλυφτούν οι ημερήσιες διατροφικές απαιτήσεις στα συγκεκριμένα ιχνοστοιχεία οι οποίες σύμφωνα με τα DRI'S είναι αυξημένες (DRIS, 2011).

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα των στατιστικών δεδομένων και συγκεκριμένα ερμηνεύοντας τα στατιστικά στοιχεία τα οποία σχετίζονται με την συχνότητα κατανάλωσης ελαιολάδου που εμφανίζει το δείγμα μας, η επαρκής κατανάλωση που παρατηρείται σχετίζεται άμεσα με οφέλη του στον οργανισμό καθώς αρκετές μελέτες παρατήρησης έχουν βρει σχέση ανάμεσα σε μια αυξημένη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Επίσης στοιχεία από ελεγχόμενες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα επηρεάζουν θετικά μια σειρά από παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της ολικής και LDL χοληστερόλης, προστατεύοντας από θρομβογένεση, μειώνοντας την ευαισθησία της LDL χοληστερόλης (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009). Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβryo χρησιμοποιεί τα λιπαρά οξέα που του παρέχει η μητέρα και στην μετέπειτα εγκυμοσύνη το έμβryo αναπτύσσει τα δικά του λιπαρά οξέα. (Herrera και Amusquivar 2000). Τα μακράς αλυσού πολυακόρεστα λιπαρά οξέα ( Ωμέγα 6 και Ωμέγα 3) είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου, ειδικά το τελευταίο τρίμηνο, όταν η αύξηση των νευρικών ιστών είναι μέγιστη.( Ministry of Health. 2006)

Το δείγμα των εκατό εγκύων γυναικών όσων αφορά την κατανάλωση γλυκών εμφάνισε συγκεκριμένα αυξημένη κατανάλωση στο παγωτό και μειωμένη κατανάλωση σε άλλα είδη γλυκών όπως γλυκά καλιτσούνια, σοκολάτα η οποία εμφάνισε μέτρια συχνότητα κατανάλωσης καθώς και κρέπες/κρουασάν γλυκά, αποτέλεσμα ενθαρρυντικό για τις διατροφικές επιλογές μιας εγκυμονούσας γυναίκας διότι σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων, λιπαρά οξέα τα οποία περιέχουν και τα παραπάνω τρόφιμα, έχει μια καταστρεπτική επίδραση στα λιπίδια του ορού με αύξηση της LDL (χαμηλής περιεκτικότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη) και αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας καρδιακής νόσου (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009). Επίσης η συχνή κατανάλωση γλυκών επιδορπίων μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη κύησης που συνδέεται με πολλά πιθανά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων της μακροσωμίας, καισαρικής τομής και επιπλοκές του νευρικού σωλήνα..(Santiago et al,2013)

Επίσης ενθαρρυντικά ήταν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την συχνότητα κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εμφάνισε μειωμένη κατανάλωση, συγκεκριμένα 1 έως 3 φορές μηνιαίως. Τα παραπάνω τρόφιμα δεν αποτελούν απαραίτητο μέρος του διαιτολογίου μιας εγκύου αφού σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα τα τρόφιμα αυτά είναι πλούσια σε κορεσμένο λίπος καθώς και trans λιπαρά οξέα τα οποία κατασκευάζονται μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται υδρογόνωση η οποία είναι η τεχνητή προσθήκη ατόμων υδρογόνου προς ακόρεστα έλαια. Αυτά τα λίπη μπορούν στην συνέχεια να ενσωματωθούν σε ορισμένα προϊόντα διατροφής (π.χ. μπισκότα, τσίπς) για να αυξηθεί η διάρκεια ζωής τους (Κατσιλάμπρος, 2004; White, 2009).

Με την χρήση του BAQ ( Body Attitude Questionnaire) μπορέσαμε και ερευνήσαμε την εικόνα σώματος του δείγματος σε διάφορες πτυχές της, λόγω των υποομάδων στις οποίες χωρίζεται, οι υποομάδες αυτές είναι: ελκυστικότητα, σωματική δύναμη, υποτίμηση σώματος, αίσθημα λίπους, αίσθημα λίπους στα κατώτερα σημεία του σώματος, αξιώσεις. Η εκτίμηση του σώματος είναι η αποδοχή του σώματος πέρα από τις ατέλειες του, η φροντίδα των αναγκών και της υγείας του και τέλος η προστασία του εαυτού από τα τέλεια πρότυπα που προβάλλονται από την κοινωνία και τα MME (Avalos et al, 2005)

Στην ομάδα της ελκυστικότητας το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 25 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο καλύτερη η εικόνα σώματος του εξεταζόμενου όσον αφορά την ελκυστικότητα. Η μέση τιμή στην συγκεκριμένη ομάδα είναι το 12,5 και ο μέσος όρος του δείγματος μας είναι το 17,21 οπότε το μεγαλύτερο μέρος από το δείγμα μας έχει μια γενικά καλή εικόνα σώματος και θεωρούν ότι είναι ελκυστικά άτομα. Σε αυτό το κομμάτι που αφορά την εικόνα σώματος, πολύ σημαντικός είναι ο σύντροφος και ο ρόλος του δίπλα στην μέλλουσα μητέρα, η υποστήριξη του κατά την εγκυμοσύνη και τα θετικά σχόλια του ενισχύουν την ικανοποίηση της γυναίκας απέναντι στο σώμα της. Ακόμη τις βοηθούν να σκέπτονται όμορφα, τους προσφέρουν την επιβεβαίωση που χρειάζονται ότι οι αλλαγές στο σώμα τους είναι παροδικές και απλά ένα μέρος των αλλαγών και των εμπειριών που πρέπει να βιώσουν μέσα στα πλαίσια της εγκυμοσύνης (Watson et al, 2015).

Στην ομάδα της δύναμης το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 30 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο καλύτερη η εικόνα σώματος του

εξεταζόμενου όσον αφορά την δυναμική του σώματος του. Οι 15 βαθμοί είναι η μέση τιμή στην ομάδα αυτή, ο μέσος όρος του δείγματος μας φτάνει τους 18,47 βαθμούς πράγμα που μας δείχνει ότι στο δείγμα μας υπάρχει μια θετική ενέργεια όσον αφορά την δύναμη στο σώμα και την εικόνα τους. Για την ομάδα αξιώσεων το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 40 βαθμούς. Όσο μικρότερο το σκορ τόσο καλύτερη η εικόνα σώματος του εξεταζόμενου όσον αφορά τις προσωπικές αξιώσεις του. Η μέση τιμή φτάνει στους 20 βαθμούς και ο μέσος όρος του δείγματος μας είναι στους 18,91 πράγμα το οποίο μας δείχνει ότι υπάρχει μια θετική στάση όσον αφορά τις αξιώσεις και την εικόνα σώματος στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας. Όποτε όπως αντιλαμβανόμαστε, στις πρώτες ομάδες δηλαδή στις ομάδες ελκυστικότητας, δύναμης και στην ομάδα αξιώσεων, το δείγμα μας έχει μια σχετικά θετική ανταπόκριση όσον αφορά την εικόνα του σώματος του. Αυτό μας δείχνει ότι οι γυναίκες του δείγματος μας αισθάνονται καλά με την θηλυκή πλευρά τους και με την σχέση τους όσον αφορά το αντίθετο φύλο καθώς και με την δύναμη που έχει το σώμα τους. Τέλος θεωρούν ότι υπάρχουν πράγματα στην ζωή τα οποία έχουν μεγαλύτερη αξία από την εικόνα τους όπως ιδανικά, αξίες, ιδεολογίες, οικογένεια και υγεία.

Σύμφωνα με τους Loth et al (2011), συνήθως οι γυναίκες όταν βρίσκονται στην περίοδο της εγκυμοσύνης έχουν μια σημαντικά καλύτερη εικόνα σώματος σε σχέση με πριν την εγκυμοσύνη, πολύ πιθανόν αυτό να συμβαίνει διότι κάποιες γυναίκες είναι πιο προστατευμένες σε κάποιους κοινωνικούς ρόλους. Έτσι η ικανοποίηση σώματος αυξάνεται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς οι γυναίκες αναλαμβάνουν ένα νέο ρόλο μες στον οποίο είναι πιο προστατευμένες από την πίεση για την επίτευξη μιας ιδανικής εικόνας σώματος (Loth et al, 2011). Ακόμη όσο η εγκυμοσύνη προχωράει και η κοιλία της εγκύου σχηματίζεται, οι γυναίκες αντιλαμβάνοντα την διαφορά, μπορεί να αισθάνονται πιο μεγάλες όχι όμως πιο παχουλές καθώς η αίσθηση της κοιλιάς μιας γυναίκας κατά την διάρκεια της κύησης είναι διαφορετική (Skouteris et al, 2005).

Όταν οι γυναίκες αντιμετωπίζουν την εγκυμοσύνη ως μια ειδική περίοδο όπου τα στάνταρ χαλαρώνουν, η δυσαρέσκεια σώματος, δεν μπορεί να συμβεί ως συνέπεια της αύξηση του μεγέθους του σώματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Skouteris et al, 2005).

Στην ομάδα της υποτίμησης το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 40 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο περισσότερο υποτιμά ο εξεταζόμενος την εικόνα σώματος του. Μέση τιμή στην ομάδα αυτή είναι το 20 και ο μέσος όρος του δείγματος μας είναι οι 15,47 βαθμοί, εφόσον ο μέσος όρος του δείγματος μας είναι κάτω από την μέση τιμή, οπότε στο δείγμα μας υπάρχει κάποια υποτίμηση όσον αφορά την εικόνα σώματος του. Η υποτίμηση και η δυσαρέσκεια σώματος είναι διάχυτη μεταξύ των γυναικών, πράγμα το οποίο οφείλεται κυρίως στις κοινωνικές πιέσεις που αφορούν το λεπτό ιδανικό του σώματος (Loth et al, 2011). Οι γυναίκες που έχουν ένα αίσθημα δυσαρέσκειας απέναντι στο σώμα τους και παραμένουν σταθερές σε αυτή τους την άποψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να εμφανίσουν ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης σε συνδυασμό με την πίεση για λεπτότερη σιλουέτα από τον κοινωνικό περίγυρο (Skouteris et al, 2005).

Για την ομάδα του αισθήματος λίπους το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 65 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο μεγαλύτερο το αίσθημα λίπους στον εξεταζόμενο άρα τόσο λιγότερο καλή η εικόνα σώματος του. Η μέση τιμή στην ομάδα αυτή είναι 32,5 βαθμοί ενώ ο μέσος όρος του δείγματος μας φτάνει στους 34,58 βαθμούς, το αποτέλεσμα αυτό μας δείχνει ότι υπάρχει αυξημένο αίσθημα λίπους στο δείγμα μας αρά μια όχι και τόσο καλή εικόνα σώματος όσον αφορά αυτή την πτυχή της. Επίσης και στην ομάδα για το αίσθημα λίπους στα κατώτερα σημεία του σώματος το ανώτερο σκορ που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος φτάνει στους 20 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο μεγαλύτερο το αίσθημα λίπους στα κατώτερα μέρη του σώματος στον εξεταζόμενο άρα τόσο χειρότερη η εικόνα σώματος του σε αυτή την ομάδα. Μέση τιμή είναι το 10 ενώ ο μέσος όρος του δείγματος μας είναι το 11,47 και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει αυξημένο αίσθημα λίπους στα κατώτερα σημεία του σώματος με αποτέλεσμα μια όχι και τόσο καλή εικόνα σώματος.

Σύμφωνα με τους Robertson-Frey et al (2005), τα άτομα που ασχολούνται περισσότερο με το σχήμα του σώματος τους πριν από την εγκυμοσύνη ήταν πιο πιθανό να αντιπαθούν τις αλλαγές στο σώμα τους στην εγκυμοσύνη. Ακόμη γυναίκες με αυξημένες ανησυχίες σώματος είναι συχνά δυσαρεστημένες με τις αλλαγές στο σώμα τους και κρατούν αρνητική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν τόσο έντονες ανησυχίες για το σώμα τους. Συγκεκριμένα γυναίκες με αυξημένες ανησυχίες



σώματος αντιλαμβάνονται το κόστος της εγκυμοσύνης ως κάτι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με γυναίκες που δεν ανησυχούν τόσο για την εικόνα του σώματος τους, διότι δεν το αποδέχονται ως κάτι φυσιολογικό (Robertson-Frey, 2005). Η εγκυμοσύνη είναι μια ενδιαφέρουσα εξαίρεση όσον αφορά τις θεωρίες για την εικόνα σώματος. Σημαντικές φυσιολογικές αλλαγές συμβαίνουν βιαία μέσα σε ένα σύντομο διάστημα μόλις 40 εβδομάδων, που οδηγούν τις γυναίκες μακριά από την ιδανική εικόνα σώματος (Watson et al, 2015). Γυναίκες με λίγα η καθόλου θέματα με την εικόνα σώματος τους είναι πολύ πιθανόν να είναι σε θέση να δεχθούν, ότι η εγκυμοσύνη είναι μια στιγμή στη ζωή τους στην οποία η αύξηση του σωματικού βάρους είναι αποδεκτή και να δεχθούν τις αλλαγές στο σώμα τους ως ένα φυσικό μέρος της εγκυμοσύνης (Robertson-Frey, 2005).

Όσον αφορά τις διατροφικές επιλογές του δείγματος μας, τις συσχετίσαμε με την ηλικία, τον ΔΜΣ και το τρίμηνο εγκυμοσύνης. Αρχικά στην συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και διατροφικών επιλογών βρήκαμε μια μέτρια θετική συσχέτιση σε ωμά λαχανικά, ημιάπαχο γάλα και σε τυρί με μειωμένα λιπαρά πράγμα το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αυτών των τροφίμων. Παράλληλα βρήκαμε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση στα αλμυρά σνακς, τα αναψυκτικά, τις πάστες και τα γλυκά ζαχαροπλαστικού, το παγωτό καθώς και την πίτα με γύρο ή σουβλάκι.

Βλέπουμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του δείγματος μας τόσο αλλάζουν οι διατροφικές του συνήθειες προς το καλύτερο. Αποφεύγουν τρόφιμα τα οποία είναι πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά, trans λιπαρά, ζάχαρη και κενές θερμίδες, τέτοιας ποιότητας τρόφιμα καταναλώνονται με μικρότερη συχνότητα σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες. Ακόμη παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία οι επιλογές του δείγματος μας είναι πιο προσεκτικές όσον αφορά τα λιπαρά στην διατροφή τους καθώς επιλέγουν γαλακτοκομικά με μειωμένα λιπαρά και προσθέτουν περισσότερες μερίδες ωμών λαχανικών τα οποία τους προσφέρουν πλήθος βιταμινών και φυτικών ινών. Γενικότερα βλέπουμε πιο υγιεινές επιλογές με την αύξηση της ηλικίας.

Όπως είναι γνωστό μεταξύ των εμπειρογνομώνων μια σωστή διατροφή συνίσταται για την πρόληψη πολλών αιτίων νοσηρότητας και θνησιμότητας στο Ηνωμένο βασίλειο, όπως και για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη και των υπερλιπιδαιμιών. Οι άνθρωποι γενικά έχουν επίγνωση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της υγείας, το πρόβλημα πολλές φορές

είναι ότι τα τρόφιμα αυτά μπορεί να είναι δύσκολό να βρεθούν ή συνήθως είναι ακριβά (Barratt, 1997). Είναι λοιπόν πολύ πιθανόν όσο οι γυναίκες μεγαλώνουν και ακόμη περισσότερο από την στιγμή που μετρούν αντίστροφα για την στιγμή που θα κρατήσουν το μωρό τους στην αγκαλιά τους, να αισθάνονται πιο υπεύθυνες τόσο για την υγεία του μωρού τους, όσο και για την δική τους υγεία και όλο αυτό να έχει ως αποτέλεσμα να προσέχουν περισσότερο τις διατροφικές τους επιλογές. Όσο μικρότερο είναι ένα άτομο, τόσο δεν αισθάνεται την ανάγκη να προσέξει την υγεία του μιας και αισθάνεται δυνατό και υγιές και έχει περισσότερες αντοχές ακόμη και αν εξαντλεί τον εαυτό του σε ακραίες συνθήκες όσο μεγαλώνει όμως, αισθάνεται την ανάγκη να προσέξει τον εαυτό του.

Στην συσχέτιση μεταξύ διατροφικών επιλογών και τριμήνου εγκυμοσύνης, έχουμε μέτρια θετική συσχέτιση στα δημητριακά πρωινού που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες και στην κατανάλωση κοτόπουλου, γαλοπούλας και κουνελιού, δηλαδή όσο προχωράει η εγκυμοσύνη τόσο αυξάνεται η κατανάλωση στα παραπάνω τρόφιμα. Μέτρια αρνητική συσχέτιση έχουμε στην κατανάλωση κρασιού, όσο προχωράει η εγκυμοσύνη τόσο μειώνεται η κατανάλωση κρασιού.

Συχνά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εμφανιστεί δυσκοιλιότητα η οποία οφείλεται στην μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα. Γυναίκες με χαμηλή πρόσληψη μη αμυλούχων πολυσακχαριτών μπορεί να επωφεληθούν από την αυξημένη πρόσληψη σε ένα εύρος 12-24 gr/d παράλληλα με αυξημένη πρόσληψη υγρών για να ενθαρρυνθεί η κίνηση του εντέρου (Williamson, 2006).

Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Duggleby & Jackson, 2002). Οι πρωτεΐνες από ζωικά τρόφιμα όπως κρέας, πουλερικά, θαλασσινά, αυγά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, τείνουν να είναι υψηλότερης πρωτεϊνικής αξίας διότι παρέχουν και τα εννέα απαραίτητα αμινοξέα (Ministry of Health, 2006). Ειδικά οι πηγές πρωτεΐνης οι οποίες δεν είναι πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά οξέα είναι ιδανικές όπως αυτές που τείνουν να προτιμούν οι γυναίκες του δείγματος μας όσο προχωράει η εγκυμοσύνη τους.

Όσον αφορά τις διατροφικές επιλογές και τον Δείκτη Μάζας Σώματος, δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση. Δηλαδή η επιλογή των τροφίμων δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος στο δείγμα μας. Αν ένα άτομο έχει αυξημένο ΔΜΣ πολλές φορές δεν

εξαρτάται αποκλειστικά από τα τρόφιμα και την επιλογή που κάνουν τα άτομα. Ο αυξημένος ΔΜΣ και τα παραπάνω κιλά πέραν της αυξημένης θερμιδικής πρόσληψης και των λανθασμένων διατροφικών επιλογών, μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, τα προβλήματα υγείας και οι μεταβολικές ή οι ορμονικές επιπλοκές. Ο αυξημένος ΔΜΣ μπορεί ακόμη να οφείλεται και σε αυξημένη μυϊκή μάζα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να έχει παραπάνω κιλά για το ύψος του, τα κιλά αυτά όμως δεν είναι λίπος λόγω κακών διατροφικών επιλογών και μειωμένης φυσικής δραστηριότητας, αντιθέτως οφείλονται στην αυξημένη δραστηριότητα, στις πολλές ώρες γυμναστικής και στην μεγάλη κατανάλωση πρωτεΐνης. Αρκετές φορές μάλιστα άτομα με αυξημένη μυϊκή μάζα κάνουν πολύ πιο σωστές και υγιεινές διατροφικές επιλογές

Ακόμη όσον αφορά την εικόνα σώματος του δείγματος την συσχέτισαμε με την ηλικία, τον ΔΜΣ και το τρίμηνο εγκυμοσύνης. Αρχικά στην συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και εικόνα σώματος, δεν έχουμε ούτε θετική ούτε αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους, δηλαδή δεν φαίνεται η εικόνα σώματος να επηρεάζεται από την ηλικία ούτε θετικά ούτε αρνητικά. Απ ότι φαίνεται, οι παράγοντες οι οποίοι δημιουργούν μια θετική ή μια αρνητική εικόνα σώματος είναι αρκετοί αλλά η ηλικία δεν είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες τουλάχιστον όσον αφορά το δικό μας δείγμα. Καθώς μια αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να ξεκινήσει από μικρή ηλικία και να ακολουθεί το άτομο για όλη του τη ζωή, επίσης ακριβώς το ίδιο μπορεί να γίνει και με τη θετική εικόνα σώματος, να ξεκινήσει να χτίζεται στα αρχικά στάδια της ζωής και να πορευτεί το άτομο με αυτή την εικόνα καθ' όλη τη ζωή του.

Μια θεωρία, η οποία επιχειρεί να ερμηνεύσει τη διαμόρφωση της αρνητικής εικόνας σώματος και την αίσθηση δυσαρέσκειας με το σώμα, είναι η κοινωνικοπολιτισμική θεωρία. Η κοινωνικοπολιτισμική θεωρία, υποστηρίζει ότι τα κοινωνικά κριτήρια είναι αυτά που συντελούν στην ανάπτυξη και την διατήρηση δυσλειτουργιών σε σχέση με την εικόνα σώματος. Τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών επισημαίνουν το ρόλο της οικογένειας, ιδίως των μητέρων ( Pike & Rodin, 1992) καθώς και το ρόλο της ομάδας των συνομηλίκων ( Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999). Η πηγή ωστόσο που φαίνεται να ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση είναι τα ΜΜΕ. Τα σημερινά ΜΜΕ δεν διαχωρίζουν τη φαντασία από την πραγματικότητα και έτσι η κοινωνία εκλαμβάνει τις εικόνες των ΜΜΕ ως ρεαλιστικές αναπαραστάσεις της ομορφιάς και ως κατάλληλους στόχους για σύγκριση (Agliata &

Tantleff-Dunn,2004). Χωρίς αμφιβολία μια ανάλυση περιεχομένου των οπτικών media (περιοδικά μόδας, διαφημίσεις τηλεόρασης) δείχνει μια επικράτηση νέων, ψηλών και υπερβολικά ισχνών γυναικών και ανδρών με μυώδες σώμα που αντιπροσωπεύουν τα σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς (Fouts & Burgraff, 2000; Malkin, Wornian & Chisler, 1999). Κατά την Tiggeman (2002, 2005), τρεις είναι οι πιθανοί μηχανισμοί που αυξάνουν το εύρος της επίδρασης των MME: η κοινωνική σύγκριση, η εσωτερίκευση του ιδανικού της ισχνής σιλουέτας και του μυώδους σώματος και η υπερβολική επένδυση στην εμφάνιση για την γενική αυτοαξιολόγηση. Καθένας από τους μηχανισμούς αυτούς σχετίζεται σημαντικά με το αίσθημα <<δυσαρέσκεια από το σώμα>>.

Η εικόνα σώματος πέραν του ότι δεν σχετίζεται με την ηλικία, δεν σχετίζεται ούτε με το τρίμηνο εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχει ούτε θετική ούτε αρνητική συσχέτιση. Αυτό πολύ πιθανόν να έχει να κάνει με το ότι, όταν μια γυναίκα αποφασίζει να κάνει παιδιά και να γίνει μητέρα, τις περισσότερες φορές βρίσκεται σε μια ώριμη ηλικία, εκτός από κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι η γυναίκα αυτή έχει ήδη κάποιες παγιωμένες ιδέες στο μυαλό της για τους γύρω της, τον κόσμο, τον εαυτό της και το σώμα της. Οπότε προφανώς θα έχει ήδη και μια συγκεκριμένη ιδέα για το σώμα και την εικόνα της, είτε θετική είτε αρνητική.

Στην έρευνα των Boscalia, Skouteris & Wertheim οι έγκυες γυναίκες δεν έγιναν πιο αρνητικές στην αξιολόγηση του σώματος τους σε σχέση με πριν από την εγκυμοσύνη, οι γυναίκες είτε έγιναν σημαντικά πιο θετικές είτε έμειναν σταθερές. Εάν οι γυναίκες βλέπουν την εγκυμοσύνη σαν μια ειδική περίοδο στην οποία τα φυσιολογικά στάνταρ χαλαρώνουν, η αύξηση της δυσαρέσκειας του σώματος δεν μπορεί να συμβεί, ως συνέπεια στην αύξηση του μεγέθους του σώματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και το ιδανικό μέγεθος του σώματος μπορεί να αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του μεγέθους του σώματος (Skouteris et al, 2005).

Όπως παρατηρήσαμε, στην συσχέτιση μεταξύ εικόνας σώματος και Δείκτη Μάζας Σώματος, όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος στο δείγμα μας τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος τους. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στην έρευνα των Sui et al (2013), όπου το 45,2% των γυναικών δεν ήταν ικανοποιημένες με το βάρος τους και το 45,9% με το σχήμα του σώματος τους. Η δυσαρέσκεια με το βάρος και

το σχήμα του σώματος τους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των παχύσαρκων γυναικών όπου το 70% ήταν δυσαρεστημένο με το βάρος τους και το 68,6% με το σχήμα του σώματος τους. Ενώ για τις υπέρβαρες γυναίκες τα ποσοστά ήταν 29% για το σωματικό τους βάρος και 30,4% για το σχήμα του σώματος τους (Sui et al, 2013).

Ακόμη βρέθηκε ότι η αυξημένη ανησυχία για το σώμα σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια θηλασμού. Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η δυσαρέσκεια σώματος σχετίζεται με κατάθλιψη και μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των γυναικών. Επίσης σύμφωνα με τους Sweeney & Fingerhut (2013), η δυσαρέσκεια σώματος κατά την διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης σχετίζεται με την επιλόχειο κατάθλιψη (Meireles et al, 2014).

Τέλος να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Ιατρικού Ινστιτούτου συνίσταται οι υπέρβαρες γυναίκες να αυξάνουν το βάρος τους 6,8-11,4 κιλά και οι παχύσαρκες στα 5-9 κιλά (Sui et all, 2013).

Όπως βλέπουμε στα αποτελέσματα μας, τα τρόφιμα τα οποία συσχετίζονται με την εικόνα σώματος στο δείγμα μας είναι τα πλήρες γάλα, το παγωτό, το burger, τα θαλασσινά και τα αλκοολούχα ποτά. Όσον αφορά τα θαλασσινά και τα αλκοολούχα ποτά το συμπέρασμα δεν είναι ασφαλές καθώς στα θαλασσινά μονάχα σε ένα ερωτηματολόγιο η ερωτώμενη τα καταναλώνει συχνά και στα αλκοολούχα ποτά αντίστοιχα σε τρία ερωτηματολόγια τα άτομα που τα συμπλήρωσαν έκανα συχνή κατανάλωση αλκοόλ, οπότε δεν μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι οι διακυμάνσεις των ομάδων δεν διαφέρουν.

Τρόφιμα τα οποία είναι αυξημένα σε ζάχαρη, κορεσμένα και trans λιπαρά είναι συνδεδεμένα με το περιττό βάρος στην συνείδηση όλων, καθώς και ως ζημιογόνα για την υγεία και την εικόνα τους σώματος μας. Αυτά στο δείγμα μας είναι το πλήρες γάλα, το παγωτό και το burger, τα οποία έχουν τον χαρακτηρισμό των ανθυγιεινών και επιβαρυσμένων τροφίμων όσον αφορά τις θερμίδες. Πράγματα τα οποία συνηγορούν στο να είναι άμεσα συνδεδεμένα στην συνείδηση όλων ως τρόφιμα τα οποία επηρεάζουν την εικόνα σώματος.

## 4.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κύρια συμπεράσματα της έρευνας είναι:

- Όσον αφορά το δείγμα της έρευνας μας γύρω στο 50% των γυναικών ήταν εργαζόμενες εν αντιθέσει με την έρευνα των Skouteris et al όπου εκεί το ποσοστό ήταν άνω του 90%. Επίσης μεγάλη διαφορά υπήρξε και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση όπου τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 48,5% στο δείγμα μας έναντι του 75,5% στο δείγμα των Skouteris et.al. Όπως αντιλαμβανόμαστε, πολλές γυναίκες προτιμούν αντί να αναζητήσουν εργασία, να ασχοληθούν με την φροντίδα της οικογένειάς τους. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται και στις οικονομικές συνθήκες της εποχής μας.
- Επαρκή κατανάλωση υπήρξε στα αμυλούχα τρόφιμα, τα όσπρια, το ελαιόλαδο, κόκκινο και λευκό κρέας, αυγά τα φρούτα και τα μαγειρεμένα λαχανικά.
- Μειωμένη κατανάλωση υπήρξε στα ωμά λαχανικά, τα γαλακτοκομικά, φυτικές ίνες, το ψάρι και το πρόχειρο φαγητό.
- Θετική στάση στην εικόνα σώματος υπήρξε όσον αφορά την ελκυστικότητα, την δύναμη του σώματος, τις προσωπικές αξιώσεις και την υποτίμηση σώματος. Για την διατήρηση αυτής της θετικής εικόνας σημαντικό είναι να υπάρχει υποστήριξη από την οικογένεια και τον σύντροφο.
- Αρνητική στάση στην εικόνα σώματος αυξημένο υπήρξε όσον αφορά το αίσθημα λίπους στην κοιλιά και στα κατώτερα σημεία του σώματος.
- Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αλλάζουν οι διατροφικές συνήθειες προς το καλύτερο. Όπως αντιλαμβανόμαστε λοιπόν με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται και η ευθύνη που νιώθει το άτομο για την υγεία του εαυτού του και του παιδιού του.
- Όσο προχωράει η εγκυμοσύνη τόσο αυξάνεται η κατανάλωση κοτόπουλου, γαλοπούλας και κουνελιού, ενώ μειώνεται η κατανάλωση κρασιού.
- Όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος. Πράγμα το οποίο καλλιεργείται διαχρονικά μέσω των προτύπων των οποίων παρουσιάζονται από τα ΜΜΕ. Η δυσαρέσκεια του σώματος σχετίζεται με κατάθλιψη και μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών και μακροχρόνια στην υγεία του παιδιού διότι σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια θηλασμού.

- Τρόφιμα τα οποία συσχετίζονται με την αρνητική εικόνα σώματος, είναι τα πλήρες γάλα, το παγωτό και το burger.

## 4.2.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Παρά το ότι χρησιμοποιήθηκαν αξιόπιστα ερωτηματολόγια για την διεξαγωγή της έρευνας, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι καλό είναι να ληθθούν υπ' όψιν από τους αναγνώστες και από μελλοντικούς ερευνητές.

- Αρχικά θα πρέπει να αναφέρουμε το μικρό μέγεθος του δείγματος. Πιθανότατα ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος να μας έδινε διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες και την εικόνα σώματος.
- Δεύτερον το δείγμα μας, διαμένει αποκλειστικά στο Ηράκλειο Κρήτης, οπότε μεταξύ των ατόμων αυτών μπορούμε να θεωρήσουμε ότι υπάρχουν αρκετά κοινά σημεία ειδικά όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες π.χ. η κατανάλωση ελαιολάδου καθημερινά.
- Ακόμη το δείγμα μας προέρχεται αποκλειστικά από δύο ιδιώτες γυναικολόγους στα ιατρεία των οποίων γίνεται η έρευνα, ενώ δεν πάρθηκε δείγμα από δημόσια νοσοκομεία. Οπότε θεωρητικά δεν έχουν συμμετάσχει στην έρευνα γυναίκες που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.
- Επιπλέον, σημαντικός περιορισμός της έρευνας μας είναι ότι το ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος των Ben Tonim δεν έχει σταθμιστεί για τον πληθυσμό στον οποίο κάναμε την έρευνα.
- Επίσης ένα ακόμη σημείο το οποίο μπορούμε να αναφέρουμε ως περιορισμό, είναι ότι χρησιμοποιήσαμε για την έρευνα γυναίκες οι οποίες βρίσκονται πάνω από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, πιθανότατα εάν η έρευνα γινόταν σε όλο το εύρος της εγκυμοσύνης, τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά για την εικόνα σώματος.
- Ένας ακόμη περιορισμός είναι το μέγεθος των δύο ερωτηματολογίων, τα άτομα καλούνταν να απαντήσουν σε πολλές ερωτήσεις όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες και την εικόνα σώματος τους. Λόγω του ότι λοιπόν μιλάμε για μια χρονοβόρα διαδικασία οι ερωτώμενες πιθανότατα να κουράζονταν και να μην απαντούσαν σωστά και ειλικρινά.
- Λόγω του ότι η έρευνα γίνονταν στα ιατρεία των γυναικολόγων, όσο οι γυναίκες περίμεναν για το ραντεβού τους είναι πιθανό λόγω της ανησυχίας και



της ανυπομονησίας τους να μην έδιναν την απαιτούμενη προσοχή στις απαντήσεις τους.

- Τέλος υπάρχει πάντα η πιθανότητα, οι εξεταζόμενες να έδωσαν εσφαλμένες απαντήσεις για να κρύψουν κάποιες κακές διατροφικές συνήθειες ή κάποια άσχημη αντίληψη για το σώμα τους.

### 4.3.ΜΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Έπειτα από την διεξαγωγή της παρούσας ερευνητικής εργασίας και την έρευνα μας επάνω στην παρούσα βιβλιογραφία για την διατροφή και την εικόνα σώματος στην εγκυμοσύνη, οι προτάσεις μας για μελλοντική έρευνα είναι οι εξής:

- Επανάληψη της έρευνας μας σε μεγαλύτερη κλίμακα πληθυσμού, σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές καθώς και κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έτσι ώστε να είναι δυνατή και η σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων.
- Περαιτέρω έρευνα της διατροφής και της εικόνας σώματος σε έγκυες γυναίκες με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος, καθώς όπως παρατηρήσαμε μέσα από την έρευνα μας όσο αυξάνεται ο Δείκτη Μάζας Σώματος τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος.
- Ενδιαφέρον θα ήταν να ερευνηθούν οι αλλαγές που συμβαίνουν στην εικόνα σώματος των γυναικών καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Καλό θα ήταν να ερευνηθεί περαιτέρω η χρήση συμπληρωμάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Επιπρόσθετη διερεύνηση, στο πως οι ομαδοποιήσεις τροφίμων σε υγιεινά και μη υγιεινά μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες σε πληθυσμό εγκύων γυναικών.
- Στην έρευνα μας παρατηρήθηκαν τρία τρόφιμα τα οποία φάνηκε να επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα σώματος των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια πιο εκτεταμένη έρευνα επάνω στο θέμα αυτό θα μπορούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες για τα τρόφιμα που φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα σώματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Γεωργάτσος Ι.Γ. (2005). *Εισαγωγή στην Βιοχημεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Γιαχούδη.
2. Ζαμπέλας Αντώνιος. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης.
3. Κατσιλάμπρος Νικόλαος Δ. (2004). *Κλινική Διατροφή*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα
4. Κυρανάς Ευστράτιος. (2012). *Μονάδες τροφοδοσίας (Catering), οργανωτικές δομές και διαχείριση της ποιότητας και της ασφάλειας των τροφίμων*. Αθήνα: Τζιόλα.
5. Λεοντάρη Α. (2011). Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337
6. Μανιός Γ. (2006). *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης
7. Academy of Nutrition and Dietetics. (2014). Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. Accessed 18 October 2016). Retrieved from: [http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice\\_paper\\_healthy\\_pregnancy.ashx](http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice_paper_healthy_pregnancy.ashx)
8. Adrienne S Ettinger, Héctor Lamadrid-Figueroa, Adriana Mercado-García, Katarzyna Kordas, Richard J Wood, Karen E Peterson, Howard Hu, Mauricio Hernández-Avila, Martha M Téllez-Rojo. (2014). Effect of calcium supplementation on bone resorption in pregnancy and the early postpartum: a randomized controlled trial in Mexican Women. *Nutrition Journal*, **13**, 116-136.
9. Agliata, D. & Tantleff- Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on male's body image (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337

10. Allen LH. (1994). Vitamin B<sub>12</sub> metabolism and status during pregnancy, lactation and infancy. *Adv Exp Med Biol*, **352**, 173-186.
11. American college of gastroenterology.(2001). Pregnancy in Gastrointestinal Disorders U.S. Food and Drug Administration, *FDA Consumer Magazine*, **Volume 35, #3**
12. Andrew Carlin MSc, , Zarko Alfirevic MD.(2008). Physiological changes of pregnancy and monitoring, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **Vol. 22, No. 5**, pp. 801–823
13. Avalos L C & Tylca T L & Wood-Barcalow N. (2005). The body appreciation scale: development and psychometric evaluation. In J Webb (Ed.) *Assessing positive body image: contemporary approaches and future directions*. *Body image* **14**; 130-145
14. Bailey LB. (2000). New standard for dietary folate intake in pregnant women. *Am J Clin Nutr*, **71**, 1340-1347.
15. Barratt J. (1997). The cost and availability of healthy food choices in southern Derbyshire. *Journal of human nutrition and dietetics*, **vol 10**; 63–69
16. Bayrampour H & Ali E & Benzies K & McNeil D & MacQueen G & Tough S. (2011). Pregnancy related anxiety: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*; **55**: 115–130
17. Ben –Tovim D & Walker M.K. (1991). The Development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women’s attitude towards their own bodies. *Psychological Medicine*, **21**, 775-784
18. Boscalia N & Skouteris H & Wertheim E (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: a comparison of high and low exercising women. (Ed) A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Elsevier B.V*
19. Brenna J.T, Lapillone A. (2009). Background Paper on Fat and Fatty Acid Requirements During Pregnancy and Lactation. *Annals of Nutrition & Metabolism*, **55**, 97-122.

20. Brett White. (2009). Dietary Fatty Acids. *American Family Physician*, **4**, 345-350
21. British Nutrition Foundation. *Carbohydrate* (Accessed 15 September 2016). Retrieved from: <https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/nutrients-food-and-ingredients/carbohydrate.html?limit=1&HYPERLINK>  
["https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/nutrients-food-and-ingredients/carbohydrate.html?limit=1&start=5"](https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/nutrients-food-and-ingredients/carbohydrate.html?limit=1&start=5)start=5
22. Brunton R & Dryer R & Saliba A & Kohlhoff J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*; **176**: 24–34
23. C. S. Williamson.(2006). Nutrition in pregnancy. *British Nutrition Bulletin*, **31**, 28-59.
24. Carrodi G & Villar J & Piaggio G. (2001). WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. In A. Ζαμπέλας (Ed.) *Η Διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
25. Cash, T.F. & Labarge, A.S. (1996). Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body image assessment (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. Hellenic Journal of Psychology; **8**: 309-337
26. Chloe Borton, Mary Harding, John Cox. (2016). Physiological Changes In Pregnancy. **740 27**
27. Christopher G. Fairburn , Sarah L. Welch, (1990).The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of eating disorders*, **vol 9**; 153-160
28. Clout D & Brown R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predict postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*; **188**: 60–67
29. Dietary Reference Intakes. (2011). Dietary Reference Intakes Tables and Application. (Accessed 15 September 2016). Retrieved from:

<http://www.nationalacademies.org/hmd/Activities/Nutrition/SummaryDRIs/DRI-Tables.aspx>

30. DiPietro A Janet & Gurewitsch D Edith & Costigan A Kathleen.(2005) Maternal psychophysiological change during the second half of gestation. *Biological Psychology*. **Vol 69**; 23-38
31. Di Renzo GC, Mattei A, Gojnic M, Gerli S.(2005).Progesterone and pregnancy.*Curr Opin Obstet Gynecol*. **17(6)**:598-600.
32. Donald M. Mock. (2009). Marginal Biotin Deficiency is Common in Normal Human Pregnancy and Is Highly Teratogenic in Mice. *The Journal of Nutrition*, **139**, 154-157.
33. Duqpleby SL, Jackson AA. (2002). Protein, amino acid and nitrogen metabolism during pregnancy: how might the mother meet the needs of her fetus? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, **5**, 503-9.
34. Edmund F Funai, MD Jonathan Gillen-Goldstein, MD Henry Roque, MD, MS Sonya S Abdel-Razeq, MD.(2015). Respiratory tract changes during pregnancy,
35. Edward R. Yeomans, MD; Larry C. Gilstrap III, MD.(2005). Physiologic changes in pregnancy and their impact on critical care, *Crit Care Med* , **Vol. 33, No. 10**
36. [Eichholzer M](#), [Tönz O](#), [Zimmermann R](#). (2006). Folic acid: a public – health challenge. *Lancet*, **22**, 1352-1361.
37. Fouts, G. & Burggraf, K. (2000). Television situation comedies: Female weight, male negative comments and audience reactions (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. Hellenic Journal of Psychology; **8**: 309-337
38. Fox P & Yamaguchi C. (1997). Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. In T Robertson –Frey (Ed.) *Body image and pregnancy: application of the theory of reasoned action*. University of Saskatchewan 2005

39. Goletiani NV, Keith DR, Gorsky SJ.(2007).Progesterone: review of safety for clinical studies,Exp Clin Psychopharmacol. **15(5)**:427-44.
40. Government of South Australia. (2015). Clinical Guideline Vitamin and Mineral Supplementation in Pregnancy Clinical Guideline. (Accessed 20 October 2016). Retrieved from: [https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4/Vitamin+and+Mineral+Supplementation+in+Pregnancy\\_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4/Vitamin+and+Mineral+Supplementation+in+Pregnancy_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4)
41. Herrera E, Amusquivar E. 2000. Lipid metabolism in the fetus and the newborn. Diabetes Metabolism Research and Reviews 16(3): 202–10.
42. Hollis BW , Johnson D, Hulsey TC, Ebeling M, Wagner CL.( 2011). Vitamin D supplementation during pregnancy: double-blind, randomized clinical trial of safety and effectiveness. *J Bone Miner Res.*, **10**, 2341- 2357.
43. Institute of Medicine. (1990). Nutrition During Pregnancy. Washington (DC): [National Academies Press \(US\)](#).
44. [James J DiNicolantonio](#), [Jaikrit Bhutani](#), [James H O'Keefe](#). ( 2015). The health benefits of vitamin K. *Open Heart*, **1**, 1-7.
45. Jane Higdon, Linus Pauling. (2000). Vitamin A. (Accessed 15 September 2016). Retrieved from: <http://pi.oregonstate.edu/mic/vitamins/vitamin-A#function>.
46. [Jane Sheppard McMillan](#). (2008). Are Vitamin K Shots Necessary? (Accessed 5 October 2016). Retrieved from: <https://www.healthychild.com/are-vitamin-k-shots-necessary/>
47. [Joanna Pieczyńska](#), [Halina Grajeta](#). (2015). The role of selenium in human conception and pregnancy. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, **29**, 31-38.
48. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome,**Volume 114, Issue 7**, Pages 1099-1103 (July 2014)

49. Juan C. Galofre, M.D., Ph.D. and Terry F. Davies, M.D(2009)..Autoimmune Thyroid Disease in Pregnancy: A Review *J Womens Health (Larchmt)*, **18(11)**: 1847–1856.
50. [Jun Ma](#) and [Nancy M. Betts](#). (2000). Zinc and Copper Intakes and Their Major Food Sources for Older Adults in the 1994–96 Continuing Survey of Food Intakes by Individuals (CSFII). *The Journal of Nutrition*, **130**, 2838 – 2843.
51. Karacam Z & Ancel G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*; **25**: 344–356
52. Kate Gerster, Sarah Peltz, Ragini Srinivasan, Sultan Chaudhry and Eric Wong, Conception and Pregnancy, 2013, Guyton 11e Moore: The Developing Human 8e
53. [Kristen S. Montgomery](#). (2002). Nutrition Column An Update on Water Needs during Pregnancy and Beyond. *Thw Journal Of Perinatal Education*, **11**, 40-42.
54. Lisa S. Brown. (2002). Nutrition Requirements During Pregnancy. *Jones and Bartlett Publishers, LLC*, 1-24.
55. Loth K & Bauer K & Neumark-Sztainer D & Wall M & Berge J. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*. **8**; 297–300
56. Luz Maria De-Regil, Kimberly B Harding, Juan Pablo Peña-Rosas, Angela C Webster. (2015). Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane Library*, DOI: 10.1002/14651858.CD011761.
57. Malkin, A.R., Wornian, K. & Chrisler, J.C. (1999). Women and weight: gendered messages on magazine covers (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337
58. Marijke M. Faas, Barbro N. Melgert, Paul de Vos.(2010).A Brief Review on How Pregnancy and Sex Hormones Interfere with Taste and Food Intake.*Chemosens Percept*. **3(1)**: 51–56.



59. Marisa Horniachek, Lea Luketic, Karen Macmillan , Physiologic Changes in Pregnancy, Jessica Rollings-Scattergood (OB GYN 1), March 16, 2011
60. Mayo Clinic. (2015). [Drugs and Supplements Vitamin K \(Class\) \(Oral Route, Parenteral Route\)](http://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/vitamin-k-class-oral-route-parenteral-route/before-using/drg-20069592). (Accessed 20 October 2016). Retrieved from: <http://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/vitamin-k-class-oral-route-parenteral-route/before-using/drg-20069592>
61. Meaghan A Leddy Michael L Power, PhD,\* and Jay Schulkin, PD.(2008).The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health,*Rev Obstet Gynecol.* **1(4)**: 170–178.,
62. Meireles J, Neres C, Carralho P & Ferreira M, (2014). Body dissatisfaction among pregnant women: an integrative review of the literature. *Ciencia & Saude Coltriva*; **20(7)** 2091-2103
63. Ministry of Health. 2006. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A background paper. Wellington: Ministry of Health,ISBN 978-0-478-31779-4
64. Monika Guskowska, Marta Langwald. (2014). Changes in satisfaction with body in pregnant women participating in physical exercise classes and childbirth classes. *Health psychology report* · **volume 2, No 3**; 152–161
65. Nancy F Butte, and Janet C King,2005 Energy requirements during pregnancy and lactation,USDA/ARS Children’s Nutrition Research Center, Children’s Nutrition Research Center, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, 1100 Bates Street, Houston, TX 77030, USA: 2 Children’s Hospital Oakland Research Institute, 5700 Martin Luther King Jr Way, Oakland, CA 94609, US
66. National Institutes of Health. (2016). Iron Dietary Supplement Fact Sheet. Accessed 13 October 2016). Retrieved from: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Iron-HealthProfessional/>
67. Nina Burrowes. (2013). Body image – a rapid evidence assessment of the literature A project on behalf of the Government Equalities Office. <http://docplayer.net/22038616-Body-image-a-rapid-evidence-assessment-of-the-literature.html>

68. Niraj Yanamandra and Edwin Chandraharan, Anatomical and physiological changes in pregnancy and their implications in clinical practice, Obstetric and Intrapartum Emergencies, ed. Edwin Chandraharan and Sabaratnam Arulkumaran. Published by Cambridge University Press. C Cambridge University Press 2012.
69. Oates Margaret.(1989). Normal emotional changes in pregnancy and the puerperium. *Psychological aspects of obstetrics and gynecology*. **Vol 3, No 4**; 791-804
70. Oladapo A Ladipo. (2000). Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **72**, 280-290.
71. Orta O & Gelaye B & Williams M & Qiu C & Stoner L. (2015). Depression, anxiety and stress among pregnant migraineurs in a pacific-northwest cohort. *Journal of Affective Disorders*; **172**: 390–396
72. P. Lagiou, L. Mucci, R. Tamimi, H. Kuper, A. Lagiou, C-C. Hsieh, D. Trichopoulos. (2004). Micronutrient intake during pregnancy in relation to birth size. *European Journal of Nutrition*, **44**, 52-59.
73. Paxton, S.J, Schutz, H.K., Wertheim, E.H. & Muir, S.L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. Hellenic Journal of Psychology; **8**: 309-337
74. Pike, K.M. & Robin J (1992). Mothers, daughters and disordered eating (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. Hellenic Journal of Psychology; **8**: 309-337
75. Pieta B & Jurczyk M U & Wszolek K & Opala T. (2014). Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. **Vol 21, No 3**; 661-665

76. Pitkin RM. (1977). Nutritional influences during pregnancy. *Med Clin North Am.* **61(1)**:3-15.
77. Pratap Kumar and Navneet Magon.,(2012). Hormones in pregnancy ,*Niger Med J.***53(4)**: 179–183.
78. Praveen K Roy, MD, AGAF; Chief Editor: Christine Isaacs, MD.(2016). *Gastrointestinal Disease and Pregnancy*,Updated: Jan 05, 2016
79. Rallis S & Skouteris H & McCabe M & Milgrom J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*; **27**: e36–e42
80. [Rathish Nair](#) and [Arun Maseeh](#). (2012). Vitamin D: The “sunshine” vitamin. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, **3**, 118-126.
81. Robert A. Gibson, Bev Muhlhausler, Maria Makrides. (2011). Conversion of linoleic acid and alpha-linolenic acid to long-chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFAs), with a focus on pregnancy, lactation and the first 2 years of life. *Maternal & Child Nutrition*, **7**, 17-26.
82. Robert E. Black. (2001). Micronutrients in pregnancy. *British Journal of Nutrition*, **85**, 193-197.
83. Robertson-Frey T. Body image and pregnancy: application of the theory of reasoned action. University of Saskatchewan (2005)
84. Rose Welton. (2014). Vitamin K & Pregnancy. (Accessed 28 September 2016). Retrieved from: <http://www.livestrong.com/article/410187-vitamin-k-pregnancy/>
85. SA maternal and neonatal clinical network. (2015). Guideline vitamin and mineral supplementation in pregnancy clinical guideline. Retrieved from: [https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4/Vitamin+and+Mineral+Supplementation+in+Pregnancy\\_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4/Vitamin+and+Mineral+Supplementation+in+Pregnancy_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f53d44004eee83bc8104a36a7ac0d6e4)

86. Sarah E Santiago, Grace H Park and Kelly J Huffman, Consumption habits of pregnant women and implications for developmental biology: a survey of predominantly Hispanic women in California *Nutrition Journal*, 2013 12:91 DOI: 10.1186/1475-2891-12-91,
87. Sema Inanir, Bulent Cakmak, Mehmet Can Nacar, Askin Evren Guler ,Ahmet Inanir. (2015). Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* **Vol. 3**, No. 3, 126–131
88. Shrim A., Boskovic R., Maltepe C, Navios Y, Garcia – Bournissen F, Koren G. (2009). Pregnancy outcome following use of large doses of vitamin B<sub>6</sub> in the first trimester. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **26**, 749-751.
89. Skouteris H & Carr R & Wertheim E & Paxton S & Duncombe D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Elsevier B.V* **10.1016**: 347–361
90. Staneva A & Bogossian F & Pritchard M & Wittkowski A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*; **28**: 179–193
91. Staneva A & Bogossian F & Wittkowski A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*; **31**: 563–573
92. Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain During Pregnancy, Washington, DC, 1990, National Academy Press
93. Sui Z & Deborah T & Dodd J.(2013). Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women and Birth*. **26**; 267-272
94. Tammy Chang, Mikel Llanes , Katherine J Gold and Michael D Fetters. (2013). Perspectives about and approaches to weight gain in pregnancy: a qualitative study of physicians and nurse midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*; **13:47** 1471-2393
95. Teixeira C & Figueiredo B & Conde A & Pacheco A & Costa R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*; **119**: 142–148

96. Theresa OScholl, William G Johnson. (2000). Folic acid: influence on the outcome of pregnancy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **71**, 1295-1303.
97. utcome of pregnancy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **71**, 1295-1303.
98. **THOMAS R. RATIGAN**, CRNA, BS, Anatomic and physiologic changes of pregnancy: Anesthetic considerations, February/1983 39, *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*
99. Thompson, J.K. & Stice, E. (2001). Thin- ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337
100. Tiggeman, M. (2002). Media influences an body image development (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337
101. Tiggeman, M. (2005). Television and adolescent body image: the role of program content and viewing motivation (Ed). *Η σημασία της εικόνας σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις*. *Hellenic Journal of Psychology*; **8**: 309-337
102. Trichopoulou A & Costacou T& Barnia C & Trichopoulos D (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and survival in a Greek population. In Γ Μανιός (Ed) *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλιδής
103. University of Maryland Medical Center. (2016). Zinc. (Accessed 13 October 2016). Retrieved from: <http://umm.edu/health/medical/altmed/supplement/zinc>
104. [Véronique Azaïs-Braesco](#) and [Gérard Pascal](#). (2000). Vitamin A in pregnancy: requirements and safety limits. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **71**, 1325-1333.

105. Walker WA & Watkins JB. (1996). Nutrition in Pediatrics. Basic Science and Clinical Applications. In A. Ζαμπέλας (Ed.) *Η Διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
106. Willet W. (1998). Food frequency methods, In In Γ Μανιός (Ed) *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Π.Χ Πασχ In Γ Μανιός (Ed) *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης
107. Woods S & Melville J & Guo Y & Fan M & Gavin A. (2010). Psychological stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; **61**: e1-e7
108. Xanthopoulos, M., Borradaile, K., Hayes, S., Sherman, S., Vander Veur, S., Grundy, K., & Foster, G. (2011). The impact of weight, sex, and race/ethnicity on body dissatisfaction among urban children. *Body Image*, **8(4)**, 385-389.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (FFQ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΚΩΔΙΚΟΣ \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

#### 1. Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;

(Για τρόφιμα που καταναλώνετε τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, απαντήστε στη πρώτη στήλη. Για τρόφιμα που καταναλώνετε τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, απαντήστε στη δεύτερη στήλη. Για τρόφιμα που καταναλώνετε σπανιότερα, απαντήστε στη τρίτη στήλη. Παρακαλούμε σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ανάλογα με τη μερίδα που αναγράφεται δίπλα στο κάθε τρόφιμο)

Φορές την ημέρα					Φορές την εβδομάδα			Φορές το μήνα	
	6+	4-5	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	< 1
Δημητριακά πρωϊνού - High fibre (porridge, all bran, muesli, Weetabix) (1/2 φλυτζάνι, 30 γρ)									
Δημητριακά πρωϊνού - Άλλα (cornflakes, Rice Krispies, Honey snacks) (1/2 φλυτζάνι, 30γρ)									
Φρέσκα φρούτα ή κομπόστα (1 μέτριο, 80γρ)									
Αποξηραμένα φρούτα (1 χούφτα, 30 γρ)									





	6 +	4-5	2-3	1	5-6	2-4	1	1-3	< 1
Ψάρια χαμηλών λιπαρών (μπακαλιάρος, γλώσσα κτλ) (30 γρ)									
Ψάρια υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (τονος, σαρδέλες, σολωμός κτλ) (30 γρ)									
Θαλασσινά (καλαμαράκια, γαρίδες κτλ) (30 γρ)									
Σαλιγκάρια (1 μεγάλο, 5γρ)									
Γάλα Πλήρες (1 φλυτζάνι, 240 γρ)									
Γάλα Ημιάπαχο (1-2%) (1 φλυτζάνι, 240 γρ)									
Γάλα Απαχο 0% (1 φλυτζάνι, 240 γρ)									
Τυρί Σκληρό/Κίτρινο (1 λεπτή φέτα, 30 γρ)									
Τυρί Φέτα (1 λεπτή φέτα, 30 γρ)									
Τυρί με μειωμένα λιπαρά (cottage, Milner κλπ.) (1 λεπτή φέτα, 30 γρ)									
Τυρί Άλλο (συγκεκριμένα)..... (1 λεπτή φέτα, 30 γρ)									
Γιαούρτι Πλήρες 3,5% (1 κεσεδάκι, 150 γρ)									
Γιαούρτι Ελαφρύ (0%-2%) (1 κεσεδάκι, 150 γρ)									
Ξύγαλο (1 κ.σ., 30γρ)									
Οσπρια (1/2 φλυτζάνι, 90 γρ)									
Ζάχαρη πρόσθετη (π.χ. σε ροφήματα) (1 κ.γ., 5									





Φυτίνη (1 κ.γ., 5 γρ)									
Άλλο λίπος/λάδι (ονομάστε) ..... (1 κ.γ., 5 γρ)									

## 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BAQ)

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Συνήθως αισθάνομαι ελκυστική. (ελκυστικότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Προτιμώ να μην επιτρέπω στους άλλους να βλέπουν το σώμα μου. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Οι άνθρωποι συνήθως δεν με βρίσκουν σεξουαλικά ελκυστική. (ελκυστικότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ανησυχώ τόσο πολύ για την σιλουέτα μου που νιώθω ότι οφείλω να ξεκινήσω δίαιτα. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Αισθάνομαι παχιά όταν δεν μπορώ να ανεβάσω τα ρούχα πάνω από τους γοφούς μου. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Οι άνθρωποι με αποφεύγουν λόγω της εικόνας μου. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Νιώθω ικανοποιημένη με το πρόσωπό μου. (ελκυστικότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ανησυχώ ότι οι άλλοι άνθρωποι μπορεί να δουν τα παχάκια γύρω από τη μέση και το στομάχι μου. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Νομίζω ότι αξίζω την προσοχή του αντίθετου φύλλου. (ελκυστικότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Σχεδόν ποτέ δεν αισθάνομαι παχιά. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Υπάρχουν πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από το σχήμα του σώματός μου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
12	Νομίζω ότι είναι γελοίο να προβαίνεις σε πλαστικές επεμβάσεις για να βελτιώσεις την εμφάνισή σου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Μου αρέσει να ζυγίζομαι τακτικά. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Αισθάνομαι παχιά όταν φοράω ρούχα τα οποία είναι σφιχτά γύρω από την μέση. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Έχω σκεφτεί την αυτοκτονία εξαιτίας της εικόνας που βλέπουν οι άλλοι σε μένα. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Νιώθω γρήγορα εξαντλημένη όταν το παρακάνω. (δύναμη/ φυσική κατάσταση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Έχω λεπτή μέση. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Η ζωή μου έχει καταστραφεί λόγω της εμφάνισης μου. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Φοράω φαρδιά ρούχα γιατί με κάνουν να δείχνω πιο αδύνατη. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Σχεδόν ποτέ δεν σκέπτομαι το σχήμα του σώματος μου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Θεωρώ ότι το σώμα μου έχει αλλοιωθεί. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Είμαι περήφανη για τη σωματική μου δύναμη. (δύναμη/ φυσική κατάσταση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
23	Νιώθω ότι έχω πολύ λίπος στους μηρούς. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Δεν μπορώ να συμμετάσχω σε ομαδικά παιχνίδια ή ασκήσεις λόγω του σχήματος του σώματος μου. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Η κατανάλωση γλυκών, κέικ ή άλλων τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας, με κάνει να νιώθω παχιά. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Έχω ένα δυνατό σώμα. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Νομίζω ότι οι γλουτοί μου είναι πάρα πολύ μεγάλοι. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Αισθάνομαι παχιά όταν με παίρνουν φωτογραφίες. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Προσπαθώ να κρατιέμαι σε καλή φυσική κατάσταση.(δύναμη/ φυσική κατάσταση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Η σκέψη για το σχήμα του σώματός μου με κάνει να χάνω την συγκέντρωσή μου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Ξοδεύω πολύ χρόνο στην σκέψη του φαγητού. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Υπεραπασχολούμαι με την επιθυμία μου να είμαι λεπτότερη. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Όταν παρατηρώ τον εαυτό μου σε έναν καθρέφτη ή σε μια βιτρίνα καταστήματος αισθάνομαι άσχημα για το σχήμα του σώματος μου. (υποτίμηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
34 Οι άνθρωποι με κοροϊδεύουν εξαιτίας της εμφάνισής μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Συχνά αισθάνομαι παχιά. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Ξοδεύω πολύ χρόνο στην σκέψη του βάρους μου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Είμαι κατά κάποιο τρόπο σούπερ-γυναίκα. (δύναμη/ φυσική κατάσταση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Αισθάνομαι παχιά όταν είμαι μόνη. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Ανησυχώ ότι έχω κυτταρίτιδα στους μηρούς και τους γλουτούς. (αίσθημα λίπους στα χαμηλότερα σημεία του σώματος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Οι άνθρωποι συχνά με συγχαίρουν για την εμφάνιση μου. (ελκυστικότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Το να χάσω ένα κιλό σωματικού βάρους δεν θα επηρέαζε την άποψή μου για τον εαυτό μου. (μεγίστης σημασίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Αισθάνομαι παχιά όταν δεν μπορώ να χωρέσω σε ρούχα τα οποία κάποτε μου έκαναν. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Ποτέ δεν ήμουν πολύ δυνατή. (δύναμη/ φυσική κατάσταση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Προσπαθώ να αποφύγω τα ρούχα που αναδεικνύουν το σχήμα του σώματος μου. (Αίσθημα βάρους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



