



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

"Διατροφικές συνήθειες και παρεκτροπές των Ελλήνων εφήβων: αποτελέσματα από τη μελέτη «Τι συμβαίνει στην εφηβεία; (2019-2020)»".

Μαρία Κουτρούμνη

Αριθμός Μητρώου: 20180493

Ιδιότητα: Ψυχολόγος

Επιβλέπον ΜΔΕ : Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Χρονολογία: 2021



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

"Διατροφικές συνήθειες και παρεκτροπές των Ελλήνων εφήβων: αποτελέσματα από τη μελέτη «Τι συμβαίνει στην εφηβεία; (2019-2020)»".

Μαρία Κουτρούμνη

Αριθμός Μητρώου: 20180493

Ιδιότητα: Ψυχολόγος

Εξεταστική Επιτροπή:

Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ (επιβλέπον μέλος)

Φλώρα Μπακοπούλου Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.), Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ (μέλος)

Ελπίδα Βλαχοπαπαδοπούλου, Παιδίατρος – Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Τμήμα Αύξησης και Αναπτυξης, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» (μέλος)

Τόπος Διεξαγωγής Έρευνας: Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Χρονολογία: 2021

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στη γιαγιά μου, Μαρία που πάντα πίστευε σε εμένα και στήριζε τους στόχους και τα όνειρα μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και την βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών αλλά και τους γονείς μου για την αμέριστη συμπαράσταση, υπομονή και αγάπη που έδειξαν για αυτήν μου την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	
ABSTRACT.....	
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	
1.1 Η ΕΦΗΒΕΙΑ.....	
1.1.1 Η βιολογική διάσταση της εφηβείας.....	
1.1.2 Η ψυχολογική διάσταση της εφηβείας.....	
1.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	
1.2.1 Βασικά στοιχεία της διατροφής των εφήβων.....	
1.2.2 Οι διατροφικές ανάγκες στην περίοδο της εφηβείας.....	
1.2.3 Οι παράγοντες που επιδρούν στην διατροφή των εφήβων.....	
1.2.4 Η Χορτοφαγική διατροφή και οι έφηβοι.....	
1.2.5 Η Μεσογειακή διατροφή και οι έφηβοι.....	
1.2.6 Προβλήματα σχετιζόμενα με την διατροφή στην εφηβεία.....	
1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	
1.3.1 Ψυχογενής Βουλιμία.....	
1.3.2 Ψυχογενής Ανορεξία.....	
1.3.3 Επεισοδιακή Υπερφαγία.....	
1.3.4 Άλλες διαταραχές σίτισης και πρόσληψης της τροφής.....	
1.3.5 Διαφορική διάγνωση και εκτίμηση των διαταραχών.....	
1.3.6 Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους.....	
1.4 Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	
1.4.1 Η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην εικόνα του σώματος των εφήβων.....	
1.4.2 Η επίδραση της οικογένειας στην εικόνα του σώματος των εφήβων.....	
1.4.3 Η επίδραση των συνομηλίκων στην εικόνα του σώματος των εφήβων.....	
1.4.4 Εικόνα του σώματος και διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία.....	
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	
2.1 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	
2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	
2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	
2.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	

2.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Παράρτημα I: Το πρωτότυπο Eating Attitudes Test (EAT-26).	
Παράρτημα II: Η Ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής EAT-26.....	
Παράρτημα III: Οι ανεξάρτητες και η εξαρτημένη μεταβλητή της παρούσας μελέτης....	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

- Εικόνα 1: Οι ημερήσιες διατροφικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων από την γέννηση μέχρι και την ενηλικίωση τους.....
- Εικόνα 2: Έφηβοι οι οποίοι καταναλώνουν γλυκά ή αναψυκτικά τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα.....
- Εικόνα 3: Αναπαράσταση μίας ασθενούς του SirWilliamGull, η οποία έπασχε από ψυχογενή ανορεξία και θεραπεύθηκε στο χρονικό διάστημα 1866 – 1870.....

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 1: Συμπεριφορές και δραστηριότητες υψηλού κινδύνου και ανησυχητικά κλινικά ευρήματα.....
- Πίνακας 2: Τα χαρακτηριστικά του δείγματος.....
- Πίνακας 3: Περιγραφή των κατηγοριών της κλίμακας EAT-26.....
- Πίνακας 4: Συσχέτιση των κατηγοριών της EAT-26 με τις πληροφορίες σχετικά με την εικόνα σώματος των εφήβων.....
- Πίνακας 5: Πολλαπλή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με τις κατηγορίες της EAT-26 ως εξαρτημένες μεταβλητές και πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την εικόνα σώματος των εφήβων.....

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- Γράφημα 1: Η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων εφήβων.....
- Γράφημα 2: Ο τόπος γέννησης των συμμετεχόντων εφήβων.....
- Γράφημα 3: Οι συνθήκες διαμονής των εφήβων.....
- Γράφημα 4: Εργασιακή κατάσταση γονέων.....
- Γράφημα 5: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα.....
- Γράφημα 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....
- Γράφημα 7: Η άποψη των εφήβων για το σώμα τους.....
- Γράφημα 8: Η βαθμολόγηση της κλίμακας EAT-26.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφηβεία αποτελεί την περίοδο της ζωής του ατόμου κατά την οποία αφενός μεν ολοκληρώνεται η σωματική και διαμορφώνεται η ηθικοπνευματική του υπόσταση, αφετέρου δε το άτομο δέχεται ερεθίσματα για την ομαλή ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, προκειμένου να εξυπηρετηθούν ατομικοί και συλλογικοί σκοποί. Είναι ακριβώς το στάδιο της ζωής του ανθρώπου κατά το οποίο επισυμβαίνουν όλες οι μεταβολές (κατά κύριο λόγο ορμονικές), οι οποίες θα οδηγήσουν το έφηβο κορίτσι ή αγόρι στην ώριμη γυναίκα ή άντρα αντίστοιχα. Ταυτόχρονα είναι η περίοδος κατά την οποία οι σωματικές αλλά και οι βιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στον έφηβο επηρεάζουν σε έναν μεγάλο βαθμό τις διατροφικές του ανάγκες, ενώ ταυτόχρονα οι αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν στον τρόπο ζωής του επηρεάζουν και μεταβάλλουν σε μεγάλο ποσοστό τις διατροφικές συνήθειες και επιλογές του.

Σκοπός - Μέθοδος: Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών αλλά και των πιθανών παρεκτροπών της διατροφής των Ελλήνων εφήβων, αγοριών και κοριτσιών. Προκειμένου να μελετηθούν οι διατροφικές συνήθειες, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο της Κλίμακας Στάσεων Διατροφής (EatingAttitudesTest) EAT-26. Το δείγμα αποτέλεσαν 1100 έφηβοι (Μ.Ο. ηλικίας 15,1 έτη), από τους οποίους το 50,6% ήταν κορίτσια, και η μεγάλη πλειοψηφία τους (96,3%) γεννήθηκαν στην Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων, τα κύρια ευρήματα ήταν: 1) Το 71,7% από τους εφήβους ήταν ευχαριστημένοι από το σώμα τους, το 52,4% ήθελαν κάποια αλλαγή στο σώμα τους, το 50,4% ήθελαν να χάσουν βάρος σε αντίθεση με το 16,4% που ήθελαν να βάλουν επιπλέον βάρος. 2) οι έφηβοι οι οποίοι ήθελαν αλλαγές στο σώμα τους είχαν σημαντικά μεγαλύτερα προβλήματα σε σχέση με την διαίτα, την βουλιμία, λιγότερα προβλήματα στον έλεγχο του φαγητού και περισσότερα γενικά διατροφικά προβλήματα. 3) Τα περισσότερα διατροφικά προβλήματα τα είχαν οι έφηβοι οι οποίοι δεν ήταν ευχαριστημένοι με το σώμα τους, αυτοί οι οποίοι ήθελαν να αλλάξει το σώμα τους καθώς και αυτοί που ήθελαν να χάσουν βάρος. Το ποσοστό της βουλιμίας αυξανόταν με την αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Συμπέρασμα: Υψηλότερο επιπολασμό εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν τα κορίτσια, οι έφηβοι με χαμηλή ικανοποίηση εικόνας σώματος, οι έφηβοι που έχουν την επιθυμία να κάνουν κάποια αλλαγή στο σώμα τους, οι έφηβοι που θέλουν να χάσουν βάρος καθώς και οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας έχει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Είναι λοιπόν απαραίτητο το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου να είναι σε συνεχή εγρήγορση προκειμένου να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει άμεσα την οποιαδήποτε διατροφική παρεκτροπή.

Λέξεις κλειδιά: Εφηβεία, Διατροφικές συνήθειες, Διατροφικές παρεκτροπές, Κλίμακα EAT-26

ABSTRACT

Adolescence is the period of a person's life during which his physical and spiritual state is completed, but also he receives the stimuli for the smooth integration into the society, in order to serve individual and collective purposes. It is precisely the stage of a human life during which all the changes (mainly the hormonal ones) occur, leading the adolescent boy or girl to become mature man or woman respectively. Also, it is the period during which the physical and biological changes which are observed in the adolescent greatly affect his nutritional needs, while at the same time the changes which occur in his life-style affect and change to a large extent his eating habits and choices.

Purpose – Methods: Taking all the above facts into account, the purpose of this study is to investigate the eating habits and the possible eating deviations of the diet of Greek adolescents, boys and girls. In order to study those eating habits, the Eating Attitudes Test (EAT-26) tool was used. The sample constituted of 1100 adolescents (average age 15,1 years), of whom 50,6% were girls and the vast majority (96,3%) was born in Greece.

Results: The main findings of the study were 1) 71,7% of the adolescents were happy with the image of their body, 52,4% wanted some change, 50,4% wanted to lose weight whereas 16,4% wanted to put on extra weight. 2) Adolescents who wanted to have changes in their bodies had significantly more problems with diet, bulimia, had fewer food control problems and more general eating problems. 3) The majority of the eating problems were experienced by adolescents who were not happy with their bodies, those who wanted to change their bodies and those who wanted to lose weight. The rate of bulimia was increasing along with the age of the participants.

Conclusion: Prevalence of development of Eating Disorders is significantly related to girls, adolescents with low body satisfaction, adolescents who desire to make a body change, adolescents who want to lose weight and adolescents whose father has low educational status. It is necessary the adolescent's family be constantly vigilant in order to detect and deal immediately with any possible occurring eating disorder.

Key words: Adolescence, Eating habits, Eating disorders, EAT-26 scale.

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Η ΕΦΗΒΕΙΑ

«Νέος θα πει να είσαι αυθόρμητος, να μένεις κοντά στις πηγές της ζωής, να ορθώνεσαι και να τραντάζεις τις αλυσίδες ενός φθαρμένου πολιτισμού, να τολμάς αυτό που οι άλλοι δεν έχουν κουράγιο να επιχειρήσουν». Αυτά είναι τα λόγια του βραβευμένου με Νόμπελ Λογοτεχνίας Γερμανού συγγραφέα ThomasMann στο έργο του DoktorFaustus σχετικά με τα νιάτα[1]. Η νεαρή ηλικία είναι η περίοδος της ζωής του ατόμου κατά την οποία αφενός ολοκληρώνεται η σωματική και διαμορφώνεται η ηθικοπνευματική υπόσταση, αφετέρου το άτομο δέχεται ερεθίσματα για την ομαλή ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, προκειμένου να εξυπηρετηθούν ατομικοί και συλλογικοί σκοποί.

Η εφηβεία αποτελεί ένα σύνθετο, πολύπλοκο, ολοκληρωμένο και συντονισμένο στάδιο μετάβασης το οποίο χαρακτηρίζεται από την μεταβολή στον σώμα, την εγκεφαλική λειτουργία, την συμπεριφορά, την γνώση και το συναίσθημα του εφήβου. Πιο συγκεκριμένα, η εφηβεία αναφέρεται στο τμήμα της ζωής κάθε ανθρώπου το οποίο εντοπίζεται χρονικά μεταξύ της περιόδου της παιδικής ηλικίας και της περιόδου της πλήρους ωρίμανσής του, και έχει ως κύρια χαρακτηριστικά την αύξηση των πνευματικών ικανοτήτων και την ένταση του συναισθηματικού βίου του εφήβου [2]. Ταυτόχρονα, η συγκεκριμένη περίοδος αποτελεί το διάστημα κατά το οποίο οι νέοι πειραματίζονται με τις ικανότητες, τις δυνάμεις και τις αδυναμίες τους, προσπαθούν να ισορροπήσουν ανάμεσα στην ενεργητικότητα η οποία ξεχειλίζει τον εσωτερικό τους κόσμο και στις διάφορες συμβατικές δεσμεύσεις οι οποίες τους επιβάλλονται από το εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαβιούν, έτσι ώστε τελικά να μπορέσουν να προσαρμοστούν ομαλά στην κοινωνική τους ζωή.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η εφηβεία είναι μια μεταβατική περίοδος που οριοθετείται χρονικά μεταξύ 11 και 19 ετών ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις φάσεις της ωρίμανσης της ήβης, μέσω μία σειράς ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών[3]. Είναι ακριβώς το στάδιο της ζωής του ανθρώπου κατά το οποίο επισυμβαίνουν όλες οι μεταβολές (κατά κύριο λόγο ορμονικές), οι οποίες θα οδηγήσουν το έφηβο κορίτσι ή αγόρι στην ώριμη γυναίκα ή άντρα αντίστοιχα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η ριζική

μεταβολή, στις περισσότερες των περιπτώσεων, του χαρακτήρα και γενικά της ζωής του νέου ατόμου.

Το σύνολο σχεδόν των κοινωνιών, σε όλη την διάρκεια της πορείας της ιστορίας και στους διάφορους πολιτισμούς αναγνώρισαν και αναγνωρίζουν πόσο πολύ διαφέρει η ζωή του παιδιού από αυτήν του ενήλικα• βέβαια, ο τρόπος με τον οποίον προχωράει η μετάβαση του παιδιού αρχικά στην εφηβεία και στην συνέχεια στην ενηλικίωση ποικίλλει ανάμεσα στους διάφορους πολιτισμούς και αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Η μετάβαση αυτή στο παρελθόν πραγματοποιούνταν σε σύντομο χρονικό διάστημα στις περισσότερες των περιπτώσεων, κάτι που ακόμα ισχύει σε αρκετές κοινωνίες• σε πολλές όμως χώρες, τα δεδομένα αυτά αλλάζουν σταδιακά [3].

1.1.1 Η βιολογική διάσταση της εφηβείας

Η ήβη είναι η περίοδος της ζωής του ατόμου κατά την οποία επισυμβαίνει μία μεγάλη σειρά έντονων σωματικών αλλαγών. Η φυσική ανάπτυξη συνοδεύεται από την σταδιακή ανάπτυξη των αναπαραγωγικών οργάνων (πέος και όρχις στα αγόρια, ωοθήκες, μήτρα και κόλπος στα νεαρά κορίτσια) τα οποία και αποτελούν τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου τους• φυσικά, παράλληλα αναπτύσσονται και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου με την εμφάνιση τριχοφυΐας, την αλλαγή της χροιάς της φωνής και την ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος στα αγόρια, με την διαμόρφωση της λεκάνης και του στήθους στα κορίτσια, – ενώ φυσικά και στα δύο φύλα διαμορφώνεται το εφήβαιο [4].

Η εφηβεία περιλαμβάνει δύο διαδοχικές αλλά αλληλοεπικαλυπτόμενες μεταξύ τους φάσεις, την «αδρεναρχή» (“adrenarche”) και την «γοναδαρχή» (“gonadarche”). Η αδρεναρχή, η ενεργοποίηση (το «ξύπνημα») των αδένων των επινεφριδίων σχετίζεται με την αύξηση της παραγωγής των ανδρογόνων ορμονών, η οποία ξεκινάει στα αγόρια στην ηλικία των επτά περίπου ετών και στα κορίτσια ένα χρόνο νωρίτερα, στα έξι έτη. Ουσιαστικά αντιπροσωπεύει την αλλαγή στην ανταπόκριση του φλοιού των επινεφριδίων στην έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH), διαδικασία η οποία δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ωρίμανση του υποθαλαμο – υποφυσιακού – γοναδικού άξονα [5]. Κατά την διαδικασία της αδρεναρχής, λοιπόν, πραγματοποιείται μία δραματική αύξηση των τιμών τριών στεροειδών ορμονών των επινεφριδίων: πρόκειται για την ανδροστενεδιόνη, την δεϋδροεπιανδροστερόνη (DEHA), καθώς και το θειϊκό άλας της τελευταίας (DEHA-S). Οι τιμές των συγκεκριμένων ορμονών συνεχίζουν να αυξάνονται σταδιακά μέχρι και την τρίτη δεκαετία της ζωής του ατόμου, χρονικό διάστημα κατά το οποίο φθάνουν σε επίπεδο πλατώ για να αρχίσει αργότερα, κατά την διάρκεια της γήρανσης, η σταδιακή ελάττωση του επιπέδου τους. Οι αλλαγές του σώματος οι οποίες σχετίζονται με την αδρεναρχή είναι η αύξηση της λιπαρότητας του δέρματος των εφήβων, η εμφάνιση της ακμής, κατά κύριο λόγο στο πρόσωπο, η ωρίμανση του σκελετικού συστήματος καθώς και η εμφάνιση τριχοφυΐας στην ηβική χώρα και στις μασχάλες [6]. Σύμφωνα με τους Byrneetal. (2017), υπάρχουν μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η πρόωμη εμφάνιση της αδρεναρχής σχετίζεται με την εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων

από την ψυχική σφαίρα του εφήβου, με τις τρέχουσες ενδείξεις να θεωρούν ότι η ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος παίζει τον βασικό ρόλο στην συγκεκριμένη διαδικασία [5].

Η διαδικασία της γοναδαρχής, από την άλλη πλευρά, ξεκινάει συνήθως περίπου δύο έτη μετά την έναρξη της αδρεναρχής, με τον κυρίαρχο ρόλο να έχει ο άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης – γονάδων (HPG), ο οποίος ενώ είναι δραστήριος κατά την άμεση περίοδο μετά την γέννηση (και μέχρι την ηλικία των δύο ετών στα κορίτσια), εισέρχεται σε μία περίοδο «ύπνωσης», μέχρι την εφηβεία. Τότε ακριβώς, ο εκλυτικός παράγων της γοναδοτροπίνης (GnRH) επαν-ενεργοποιείται στον υποθάλαμο, και διεγείρει τον πρόσθιο λοβό του αδένου της υπόφυσης ώστε να ξεκινήσει την παλμική έκκριση τόσο της ωχρινοτρόπου ορμόνης, όσο και της θυλακιοτρόπου ορμόνης, έκκριση η οποία ακολουθείται από την παραγωγή των ορμονών του φύλου στις γονάδες [7]. Στα κορίτσια, το αυξημένο επίπεδο των παραγόμενων οιστρογόνων διευκολύνει την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου, όπως για παράδειγμα η ανάπτυξη και διαμόρφωση του στήθους και των οστών της λεκάνης, και τελικά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Στα αγόρια από την άλλη πλευρά, η αυξημένη τεστοστερόνη έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη των όρχεων, την εμφάνιση της τριχοφυΐας στο πρόσωπο, μεγαλύτερη ανάπτυξη των μυών επιμήκυνση των φωνητικών χορδών που οδηγεί και στην αλλαγή του τόνου της φωνής [8].

Βέβαια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ήβη δεν αρχίζει στην ίδια ηλικία ούτε προχωράει με τον ίδιο ρυθμό σε όλα τα άτομα, καθώς παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ανάλογα με τη φυλή, τη χώρα, την ηλιοφάνεια, το κλίμα και άλλους παράγοντες ενώ παρατηρείται επίσης τα κορίτσια να ωριμάζουν νωρίτερα από τα αγόρια. Αυτές οι σωματικές αλλαγές μεταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό την εξωτερική εμφάνιση του εφήβου προκαλώντας ταυτόχρονα και ψυχικές εντάσεις τη στιγμή που πρέπει να προσαρμοσθεί σε μια καινούργια εικόνα του εαυτού του [9].

1.1.2 Η ψυχολογική διάσταση της εφηβείας

Πέρα όμως από τις παραπάνω αναφερόμενες βιολογικές μεταβολές οι οποίες συντελούνται στον οργανισμό του εφήβου, αντίστοιχες και ίσως πιο έντονες είναι οι αλλαγές που επισυμβαίνουν στην ψυχική του σφαίρα: με τον όρο εφηβεία, λοιπόν, εκτός από τις σωματικές αλλαγές, γίνεται αναφορά και στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου και περιγράφονται οι ψυχικές αλλαγές που επέρχονται με την ήβη•πρόκειται για μεταβολές οι οποίες προέρχονται από τον πολύπλοκο συνδυασμό μιας σειράς εντάσεων του εξωτερικού και του εσωτερικού τους περιβάλλοντος [10]. Παρά το γεγονός ότι με την πάροδο των χρόνων και τις αλλαγές των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών, οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σήμερα την ψυχολογία των εφήβων, προκαλώντας πιθανά προβλήματα και ψυχοπαθολογικές καταστάσεις είναι κατά πάσα πιθανότητα διαφορετικές από τους αντίστοιχους των περασμένων ετών, φαίνεται ότι οι βασικές στρατηγικές για την σύνδεση των αρνητικών εμπειριών με την εφηβική ψυχοπαθολογία έχουν την ίδια αξία κατανόησης σήμερα, όσο και πριν από πολλές δεκαετίες. Φαίνεται λοιπόν, όπως δείχνουν το σύνολο σχεδόν των μελετών, ότι οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον παίζουν τον βασικό ρόλο στην ομαλή προσαρμογή και την αποφυγή ψυχοπαθολογικών προβλημάτων από μέρους των εφήβων [11].

Η εφηβεία αποτελεί το στάδιο εκείνο της ζωής του ατόμου, κατά την διάρκεια του οποίου συντελούνται ταχύτερες και πολύ σημαντικές αλλαγές, οι οποίες θα οδηγήσουν τον έφηβο να γίνει βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ώριμος, έτσι ώστε να μπορέσει να ζήσει ανεξάρτητος στη συνέχεια της ζωής του. Τα κύρια χαρακτηριστικά στην ψυχολογική του ανάπτυξη κατά την περίοδο αυτήν είναι η συνειδητοποίηση της ταυτότητας της ύπαρξής του και η απόκτηση της αυτονομίας του. Αν και η περίοδος της εφηβείας έχει μεγάλη μεταβλητότητα από άτομο σε άτομο, όσον αφορά την έναρξή της, την εξέλιξη και τον συγχρονισμό στα διάφορα στάδια και πτυχές της, καθώς και τον τερματισμό της, η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη της περιόδου αυτής έχει συνήθως κοινά χαρακτηριστικά και ένα προοδευτικό μοτίβο τριών διαδοχικών φάσεων. Οι φάσεις αυτές είναι: η πρώτη ή αρχική (11-14 χρόνων), η μέση (14-17 χρόνων) και η όψιμη, τελική ή προχωρημένη εφηβεία (17-20 χρόνων) [12]. Κατά τη διάρκεια της πρώτης εφηβείας ο έφηβος προσπαθεί να προσαρμοστεί στις ραγδαίες αλλαγές που συντελούνται. Ταυτόχρονα, η συμπεριφορά του

διακρίνεται από κινητικότητα, και ερευσιτικότητα ενώ ασχολείται με το σώμα του. Ο έφηβος βιώνει έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις, από τη χαρά στη λύπη, από τον ακραίο ενθουσιασμό στην πλήρη απογοήτευση (αστάθεια συναισθημάτων). Συχνά φαινόμενα αποτελούν οι εκρήξεις θυμού, η ανασφάλεια και η επιθετικότητα. Το νεαρό άτομο στρέφεται στις ομάδες ομηλικών, για να βρει κατανόηση, στήριξη, αλληλεγγύη, καθώς βλέπει πως έχουν κοινά προβλήματα, ενδιαφέροντα και παρόμοιο τρόπο σκέψης. Επίσης, αναζητά πρότυπα, που αντλεί από τον καλλιτεχνικό και αθλητικό χώρο [11].

Στη διάρκεια της μέσης εφηβείας, ο έφηβος στρέφεται στον εσωτερικό του κόσμο, προκειμένου να ανακαλύψει την ταυτότητά του. Ο νέος, επειδή αισθάνεται ότι το περιβάλλον του τον καταπιέζει και δεν κατανοεί τα προβλήματά του αλλά και εξαιτίας του ότι προσπαθεί να σχηματοποιήσει τη δική του ταυτότητα, αρχίζει να αμφισβητεί, να απομυθοποιεί πρόσωπα και καταστάσεις και να απομακρύνεται από τους γονείς του. Η προσπάθειά του αυτή για ανεξαρτητοποίηση συχνά δημιουργεί αντιδράσεις και τεταμένες σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών, τα οποία στρέφονται εντονότερα προς τους συνομήλικους, που λειτουργούν πια ως υποκατάστατα των γονέων στην αναζήτηση αξιών, ιδανικών και σχέσεων. Οι ομάδες αυτές λειτουργούν ως κλειστές κοινωνίες που έχουν τους δικούς τους κώδικες συμπεριφοράς, στους οποίους παρατηρείται απόλυτη συμμόρφωση. Επιπλέον, στρέφεται προς το άλλο φύλο, αναζητώντας γενικότερα τη σεξουαλική του ταυτότητα. Πολύ σημαντική, στο στάδιο αυτό, όπως θα περιγραφεί πιο αναλυτικά στα επόμενα κεφάλαια της παρούσας μελέτης, είναι και η εικόνα που έχει ο έφηβος (κατά κύριο λόγο η έφηβη) για το σώμα του / της και η οποία συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την φροντίδα της υγείας και το γενικότερο επίπεδο υγιεινής του (σωστές διατροφικές συνήθειες, προληπτικά μέτρα, θετική ψυχική στάση, καλό επίπεδο φυσικής κατάστασης) [13].

Κατά το τελευταίο στάδιο της εφηβείας επέρχεται μια σταθεροποίηση, καθώς έχουν ολοκληρωθεί οι σωματικές αλλαγές και έχει επέλθει ψυχική ισορροπία. Ωστόσο, εξακολουθεί να παραμένει το πνεύμα αμφισβήτησης και αντίδρασης προς καθετί παλαιό. Ο νέος αμφισβητεί καθιερωμένες αξίες του παρελθόντος και κοινωνικούς θεσμούς ή εναντιώνεται σε αυθεντίες. Αναδύονται θρησκευτικές αμφιβολίες, πνευματικές ανησυχίες και προβληματισμοί σε θέματα κοινωνικά και πολιτικά ενώ παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον για το μέλλον. Σε αυτήν ακριβώς την

φάση της ζωής του ο έφηβος διαμορφώνει ακόμα πιο πολύ τη σεξουαλική του ταυτότητα ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να ανάπτυξει σταθερές και υγιείς κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους γονείς του [14].Όσον αφορά τέλος, τη γνωστική ανάπτυξη του εφήβου, αυτή χαρακτηρίζεται από την εξέλιξη του εγκεφάλου και την εμφάνιση συγκεκριμένων νοητικών λειτουργιών. Κατά την περίοδο αυτή η μνήμη είναι αρκετά ισχυρή και βαθμιαία αναπτύσσεται και η ικανότητα του εφήβου να συλλογίζεται και αντιπαραβάλλει και να κρίνει. Η φαντασία ελέγχεται πλέον από τη λογική ενώ ταυτόχρονα εμφανίζεται και η αφηρημένη σκέψη κατά τα 12 έτη. Πλέον, χρησιμοποιεί την επαγωγική σκέψη σχηματίζοντας υποθέσεις και κριτική στάση απέναντι στα διάφορα προβλήματα και θέματα [15].

1.2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου κατά την οποία συντελείται ραγδαία σωματική ανάπτυξη. Είναι η περίοδος κατά την οποία οι σωματικές αλλά και οι βιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στον έφηβο επηρεάζουν σε έναν μεγάλο βαθμό τις διατροφικές του ανάγκες, ενώ ταυτόχρονα οι αλλαγές που συμβαίνουν στον τρόπο ζωής του επηρεάζουν και μεταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό τις διατροφικές συνήθειες και επιλογές του. Είναι φανερό λοιπόν, ότι η διατροφή και οι διατροφικές συνήθειες κατά την περίοδο της εφηβείας έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την συνολική ανάπτυξη του ατόμου, ενώ η οποιαδήποτε διατροφική έλλειψη ή διαταραχή είναι δυνατόν να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την μελλοντική εξέλιξη της υγείας του [16].

Κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας η ανάπτυξη συμβαίνει με διαφορετικούς ρυθμούς και επηρεάζεται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η διατροφική κατάσταση στα πρώτα χρόνια της ζωής έχει σημαντική επίδραση στη ρύθμιση της ανάπτυξης καθώς το υπερβάλλον σωματικό βάρος είναι πιθανό να επηρεάσει την ηλικία έναρξης της αδρεναρχής και της γοναδαρχής. Τόσο η ομαλή ανάπτυξη, όσο και η ωρίμανση προϋποθέτουν την κατανάλωση επαρκούς και ισορροπημένης διατροφής κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, από την παιδική ηλικία μέχρι και την ενηλικίωση. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι τα κορίτσια ωριμάζουν νωρίτερα και αυτό αποδίδεται στην υπερβολική κατανάλωση ενέργειας, στην κατανάλωση λιπαρών και επεξεργασμένων τροφίμων. Ακόμη, έχει φανεί ότι τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά ωριμάζουν σε πιο μικρή ηλικία σε σχέση με τα φυσιολογικά ενώ στα αγόρια συγκεκριμένα η παχυσαρκία προκαλεί καθυστέρηση στην ανάπτυξή τους[17,18].

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η εφηβεία είναι μία περίοδος έντονης αλλαγής, κατά την διάρκεια της οποίας το άτομο δέχεται ποικίλες επιδράσεις από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τις συνήθειες της οικογένειας, από τις αξίες, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς κανόνες. Οι εμπειρίες, οι συνήθειες και οι γνώσεις οι οποίες αποκτούνται κατά την συγκεκριμένη περίοδο επηρεάζουν στις περισσότερες των περιπτώσεων πολλές πτυχές της ενήλικης ζωής του ατόμου οι οποίες σχετίζονται με την διατροφή, την υγιεινή και τις ψυχοκοινωνικές επιλογές της ανάπτυξής του. Είναι φανερό λοιπόν ότι ο υγιεινός τρόπος και συνήθειες διατροφής κατά την περίοδο της εφηβείας αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα για μία υγιή και παραγωγική ζωή,

αλλά και για την πρόληψη μιας σειράς από μη μεταδοτικές ασθένειες κατά την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου [19].

Σύμφωνα με τους Larsonetal (2013) [20], οι διατροφικές συνήθειες περιλαμβάνουν ένα μεγάλο πλέγμα δράσεων που σχετίζονται με το φαγητό, ξεκινώντας από την απόφαση, την διαθεσιμότητα, την προετοιμασία, την χρήση των ανάλογων σκευών, τον προγραμματισμό και την διανομή, και τέλος την κατανάλωση του γεύματος. Η τακτική λήψη γεύματος μαζί με την οικογένεια, η καθημερινή λήψη πρωινού γεύματος καθώς και η κατανάλωση ικανοποιητικής ποσότητας νερού κατά την διάρκεια του γεύματος, αποτελούν ιδιαίτερα υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Σε όλα τα παραπάνω μπορεί στο παρελθόν να μην αποδιδόταν ξεχωριστή σημασία, εντούτοις τα τελευταία χρόνια μια σειρά από μελέτες δείχνουν την σημασία που έχουν στην φυσιολογική ανάπτυξη και εξέλιξη της ζωής του εφήβου.

Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των Bergeetal (2013) [21], σχετικά με την σημασία που έχουν τα οικογενειακά γεύματα στην προώθηση της υγιεινής διατροφικής πρόσληψης των εφήβων: οι συγγραφείς, αφού μελέτησαν τα χαρακτηριστικά των οικογενειακών γευμάτων 40 γονέων και εφήβων, περιέγραψαν τα δομικά (διάρκεια του γεύματος, τύπος των φαγητών που σερβίρονταν) και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά (επικοινωνία, διαχείριση των συναισθημάτων) των οικογενειακών γευμάτων και την συσχέτισή τους με τον δείκτη μάζας σώματος (BoneMassIndex, BMI), των εφήβων και το είδος της διατροφικής πρόσληψής τους με την μέθοδο της άμεσης παρατήρησης. Το βασικό εύρημα της μελέτης αυτής ήταν η θετική συσχέτιση της θετικής διαπροσωπικής δυναμικής (επικοινωνία, συμμετοχή στην συζήτηση, συνολική λειτουργία της οικογένειας) με τον χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος των εφήβων και την μεγαλύτερη κατανάλωση λαχανικών από αυτούς. Το τελικό συμπέρασμα των συγγραφέων ήταν ότι η αξία των οικογενειακών γευμάτων είναι πολύ σημαντική για την υγιεινή διατροφή των εφήβων, την πρόληψη της παχυσαρκίας αλλά και την ανάπτυξη φυσιολογικών διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

1.2.1 Βασικά στοιχεία διατροφής των εφήβων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο ραγδαίας σωματικής ανάπτυξης, την ταχύτητα της οποίας ξεπερνάει μόνο η ανάπτυξη κατά το πρώτο έτος της ζωής του ατόμου• αυτό σημαίνει ότι ο έφηβος έχει αυξημένες ανάγκες για πρόσληψη ενέργειας και βιταμινών. Διατροφή και σωματική ανάπτυξη αλληλοεξαρτώνται, καθώς η άριστη διατροφή είναι προαπαιτούμενο για την εκπλήρωση της πλήρους σωματικής ανάπτυξης. Οι αρνητικές επιπτώσεις μιας ελλιπούς διατροφής κατά τα εφηβικά χρόνια παραμένουν ορατές καθ' όλη την ενήλικη ζωή. Διατροφή φτωχή στα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά επηρεάζει την αναπαραγωγική ωρίμανση, την ανάπτυξη των οστών και της οδοντοστοιχίας ενώ επηρεάζει και την ικανότητα μάθησης και εργασίας στο μέγιστο βαθμό παραγωγικότητας [22]. Στην χώρα μας, δυστυχώς, από την πρώτη δεκαετία του 2000 έως και σήμερα καταγράφεται μία συνεχής αυξητική τάση του αριθμού των εφήβων που έχουν δείκτη μάζας σώματος ο οποίος είναι μεγαλύτερος από τον ενδεδειγμένο, κατατάσσοντας τους εφήβους στην κατηγορία του υπέρβαρου ή και του παχύσαρκου.

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)

Ο συγκεκριμένος δείκτης (ΔΜΣ) υπολογίζεται διαιρώντας το σωματικό βάρος του ατόμου σε κιλά διά του τετραγώνου του ύψους του σε μέτρα:= βάρος (kg) / (ύψος)² (m). Δημιουργήθηκε το 1832 από τον Adolphe Quetelet και εξαιτίας της ευκολίας του υπολογισμού του αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο εργαλείο διάγνωσης της παχυσαρκίας και πιθανών άλλων προβλημάτων στην υγεία ενός ατόμου εξαιτίας του αυξημένου σωματικού του βάρους. Η ερμηνεία των ενδείξεων του συγκεκριμένου δείκτη είναι η παρακάτω [23]:

- ΔΜΣ < 18,5: ένδειξη ότι το άτομο είναι λιποβαρές.
- 18,5 < ΔΜΣ < 24,9: το άτομο θεωρείται ότι έχει φυσιολογικό σωματικό βάρος.
- 25 < ΔΜΣ < 29,9: το άτομο θεωρείται ότι είναι υπέρβαρο.
- ΔΜΣ > 30: το άτομο θεωρείται ότι είναι παχύσαρκο.

Για τα παιδιά και τους εφήβους το ανώτατο αποδεκτό όριο του ΔΜΣ εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία και υπολογίζεται για τις ηλικίες των 2 – 18 ετών.

- Υπέρβαρο θεωρείται το παιδί > 2 χρ. ή ο έφηβος με ΔΜΣ υψηλότερο από την 85η Ε.Θ.

- Παχύσαρκο θεωρείται το παιδί > 2 χρ. ή ο έφηβος με ΔΜΣ υψηλότερο από την 95η Ε.Θ.
- Σοβαρά παχύσαρκο (severe obesity) όταν ο ΔΜΣ είναι υψηλότερος από το 120 % της 95η Ε.Θ. ή το 35 kg/m² αντίστοιχο της κατηγορίας 2 παχυσαρκίας για τους ενήλικες,
- Πολύ σοβαρά παχύσαρκο όταν ο ΔΜΣ είναι υψηλότερος από το 140 % της 95η Ε.Θ. ή από το 40 kg/m² αντίστοιχο της κατηγορίας 3 παχυσαρκίας για τους ενήλικες.

[24].

Τα δεδομένα στην χώρας μας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι μελέτες των τελευταίων χρόνων έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι στην χώρας μας έχουν όλο και περισσότερο αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Τα ευρήματα της μελέτης GRECO (Farajianetal, 2011)[25], είναι χαρακτηριστικά: πρόκειται για μία μελέτη σε 4786 παιδιά ηλικίας 10-12 ετών (παιδική και πρώιμη εφηβική ηλικία), από δέκα διαφορετικές περιφερειακές της Ελλάδος, στα οποία, αφού υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος, διερευνήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου το επίπεδο της σωματικής – φυσικής τους δραστηριότητας και οι συνήθειες της διατροφής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και τις τιμές που καθορίζει η Διεθνής Ομάδα Εργασίας για την Παχυσαρκία (InternationalObesityTaskForce – IOTS) [26], το 29,9% των αγοριών θεωρούνται υπέρβαρα και το 12,9% παχύσαρκα, με τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια να είναι 29,2% (υπέρβαρα) και 10,6% (παχύσαρκα).Όσον αφορά την ποιότητα της διατροφής των παιδιών και των εφήβων της συγκεκριμένης μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης KIDMED (MediterraneanDietQualityIndexforChildrenandAdolescents–Ποιοτικός Δείκτης Μεσογειακής Δίαιτας για τα Παιδιά και τους Εφήβους), ο οποίος δείχνει τον βαθμό της συμμόρφωσης των παιδιών και των εφήβων στην μεσογειακή δίαιτα [27]. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξαν ότι μόνο το 4,3% των παιδιών είχαν την επιθυμητή τιμή του δείκτη KIDMED, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια που συμμετείχαν, αλλά και ανάμεσα στα παιδιά και στους εφήβους που διαπιστώθηκαν, σύμφωνα με τον δείκτη ΒΜΙ να είναι φυσιολογικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα. Από την άλλη πλευρά, καλύτερες επιδόσεις είχαν τα παιδιά και οι έφηβοι που διέμεναν σε ημιαστικές και

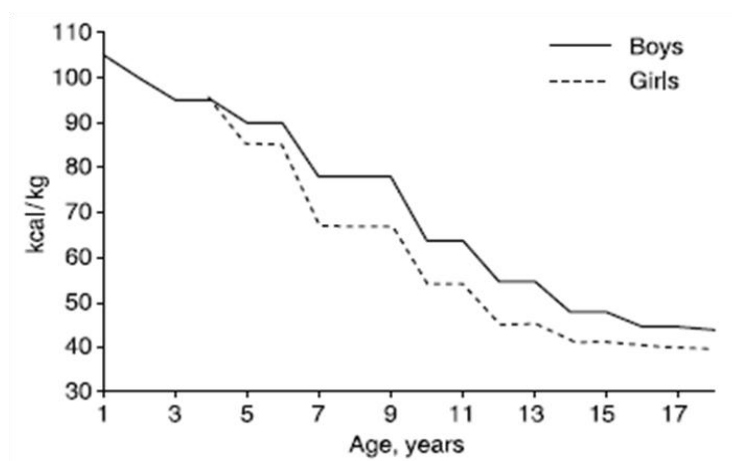
αγροτικές περιοχές, ενώ τα παιδιά που είχαν τις καλύτερες επιδόσεις κατέγραψαν στα ερωτηματολόγια τους έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής και ταυτόχρονα είχαν υψηλότερο επίπεδο σωματικής άσκησης και φυσικής δραστηριότητας. Καθώς λοιπόν, σύμφωνα με τους συγγραφείς, το επίπεδο της παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία φαίνεται ότι ακολουθείται από παρόμοια υψηλά επίπεδα BMI και κατά την ενήλικη ζωή [28], τα δεδομένα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν τον κίνδυνο τα αμέσως επόμενα χρόνια να αυξηθούν ακόμα περισσότερο τα ποσοστά των υπέρβαρων και των παχύσαρκων εφήβων και ενηλίκων στην χώρα μας. Και καθώς υπολογίζεται ότι περίπου το 30% των περιπτώσεων της στεφανιαίας νόσου του μυοκαρδίου και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και το 60% των περιπτώσεων της αρτηριακής υπέρτασης στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν άμεση συσχέτιση με αυξημένα επίπεδα ΔΜΣ[29], τα παραπάνω αναφερόμενα δεδομένα καθιστούν την παιδική και εφηβική παχυσαρκία ως ένα από τα πλέον σοβαρά προβλήματα της δημόσιας υγείας• άμεση είναι ανάγκη να ληφθούν μέτρα κατά της παχυσαρκίας των εφήβων και να προαχθεί ένας πιο υγιεινός τρόπος διατροφής, προκειμένου να προληφθεί η εμφάνιση στο μέλλον μιας σειράς χρόνιων παθήσεων.

1.2.2 Οι διατροφικές ανάγκες κατά την περίοδο της εφηβείας

Καθώς η σημασία μια υγιεινούς και πλήρους διατροφής κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι πρωταρχικής σημασίας, όχι μόνο επιστημονικοί αλλά και κρατικοί φορείς προσφέρουν στους πολίτες ποσοτικές εκτιμήσεις των ενδεδειγμένων θρεπτικών συστατικών που συστήνουν μια υγιεινή διατροφή. Τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που κατά την εφηβεία πρέπει να αυξηθούν σε ποσότητα περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο πρωτεΐνες, ασβέστιο, σίδηρο αλλά και μία σειρά από βιταμίνες και ιχνοστοιχεία [22].

Οι ενεργειακές ανάγκες

Οι ενεργειακές ανάγκες των εφήβων επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από τον βασικό ρυθμό του μεταβολισμού τους, από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας αλλά και από τις αυξημένες ανάγκες οι οποίες απαιτούνται για την εφηβική ανάπτυξη. Τα αγόρια χρειάζονται αυξημένα ποσοστά ενέργειας για την ανάπτυξή τους, ενώ σε γενικές γραμμές έχουν αυξημένο επίπεδο φυσικής και σωματικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τα κορίτσια. Τα κορίτσια σε αυτή την περίοδο χρειάζονται περίπου 2.500 θερμίδες την ημέρα, ενώ τα αγόρια χρειάζονται έως και 3.200 θερμίδες την ημέρα εξαιτίας της μεγαλύτερης σωματικής και μυϊκής τους διάπλασης• οι έφηβοι με έντονη σωματική άσκηση ειδικά εάν αθλούνται συστηματικά σε υψηλό επίπεδο, μπορεί να έχουν ανάγκη να καταναλώνουν έως και 5.000 θερμίδες την ημέρα [30]. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται η μεταβολή των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών των αγοριών και των κοριτσιών από την γέννησή τους μέχρι και την ενηλικίωσή τους.



Εικόνα 1: Οι ημερήσιες διατροφικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων από την γέννηση μέχρι και την ενηλικίωσή τους. Πηγή: TorunB., (2005) [30].

Σε γενικές γραμμές τα κύρια συμπεράσματα που προκύπτουν από μία σειρά από μελέτες σε σχέση με τις ενεργειακές ανάγκες των εφήβων, αγοριών και κοριτσιών, είναι τα παρακάτω [30, 31]:

- Οι ενεργειακές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων υπολογίζονται αφού προστεθούν στην καθημερινή ενεργειακή κατανάλωση, οι ενεργειακές ανάγκες της ανάπτυξής τους.
- Οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τις ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες των εφήβων θα πρέπει να καθορίζονται με βάση τις ανάγκες των υγιών και καλής θρέψης παιδιών και εφήβων, που έχουν μία φυσιολογική φυσική δραστηριότητα.
- Μετά την ηλικία των πέντε ετών τα παιδιά και οι έφηβοι που μένουν σε αγροτικές περιοχές ή σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν μεγαλύτερες ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που μένουν στα αστικά κέντρα των αναπτυγμένων χωρών του πλανήτη μας.
- Οι ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες των εφήβων θα πρέπει να τροποποιούνται συνεχώς ανάλογα με το επίπεδο της καθημερινής φυσικής δραστηριότητάς τους.
- Σε κάθε περίπτωση οι οδηγίες που δίδονται για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και άσκησης στους εφήβους θα πρέπει να συνοδεύονται με αντίστοιχες οδηγίες σχετικά με την τροποποίηση του διαιτολογίου τους και της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας.
- Θα πρέπει να δίδεται υψηλή προτεραιότητα σε αγροτικές περιοχές φτωχών κρατών με παραδοσιακό τρόπο διαβίωσης, καθώς και σε κοινωνίες οι οποίες βρίσκονται σε στάδιο μετάβασης από τον παραδοσιακό σε πιο μοντέρνο τρόπο ζωής.
- Η κατάσταση του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας στους εφήβους σχετίζεται άμεσα με υπερβολική κατανάλωση ενέργειας. Θα πρέπει με κάθε τρόπο να πειστούν τα αγόρια και κορίτσια της εφηβικής ηλικίας ώστε να ασκούνται συστηματικά και να ακολουθούν υγιεινή διατροφή, που θα τους επιτρέψουν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο αύξησης του δείκτη σωματικής μάζας τους.

Πρωτεΐνες

Οι πρωτεϊνικές ανάγκες στους εφήβους καθορίζονται από την απαιτούμενη ποσότητα πρωτεϊνών που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της μάζας του σώματος και την ανάπτυξη καινούργιας μάζας σώματος κατά την διάρκεια της σωματικής

ανάπτυξης της εφηβείας. Οι ανάγκες αυτές συνήθως συμπίπτουν με τις μέγιστες ενεργειακές ανάγκες και μπορούν να εκτιμηθούν γύρω στο 12%-15% του συνόλου των θερμίδων για τα κορίτσια και στο 15%-20% για τα αγόρια. Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί σε περίπου 45 με 50 γραμμάρια πρωτεϊνών κάθε μέρα, μία ποσότητα η οποία είναι σχετικά εύκολο να προσληφθεί με την συστηματική κατανάλωση κρέατος (κατά κύριο λόγο βοδινού και κοτόπουλου), αυγών και γαλακτοκομικών προϊόντων. Βέβαια, υπάρχει και δυνατότητα πρόσληψης πρωτεϊνών από φυτικές τροφές (σόγια φασόλια, ξηροί καρποί), τροφές τις οποίες θα πρέπει να εντάσσουν οπωσδήποτε στο διαιτολόγιό τους οι έφηβοι οι οποίοι ακολουθούν την χορτοφαγική (vegetarian) διατροφή. Στην περίπτωση κατά την οποία, για οποιουδήποτε λόγους, η διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών είναι ανεπαρκής, διαπιστώνεται η καθυστέρηση στην γραμμική ανάπτυξη του εφήβου, καθυστέρηση στην σεξουαλική του ωρίμανση (ειδικά στα κορίτσια) και σημαντική ελάττωση της μυϊκής μάζας του σώματός του [31, 32]. Επιπλέον, η ανάγκη για την πρόσληψη από τους εφήβους των απαραίτητων αμινοξέων είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξή τους. Έχει διαπιστωθεί ότι σε αρκετές από τις φτωχές – αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου υπάρχει χρόνια ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών και απαραίτητων αμινοξέων στα παιδιά και του εφήβους, ως αποτέλεσμα της ελλιπούς διατροφής, των πτωχής ποιότητας των συστατικών αυτής, καταστάσεις οι οποίες επιπλέον επιδεινώνονται από τις χρόνιες λοιμώξεις και φλεγμονές [31].

Λιπαρά οξέα

Στην διατροφή τα λιπαρά οξέα λειτουργούν ως αποθηκευμένη πηγή ενέργειας η οποία χρησιμοποιείται για δραστηριότητες και άσκηση μέτριας έντασης για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, καθώς και ως μέσο για την μεταφορά των λιποδιαλυτών βιταμινών (βιταμίνες A, D, E, K, κατά κύριο λόγο). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ινστιτούτου Υγείας της Αυστραλίας (Australian Dietary Guidelines–ADGs), συστήνεται η καθημερινή ενεργειακή πρόσληψη από λιπαρά για τα παιδιά και τους εφήβους να μην υπερβαίνει το 25% της συνολικής ενέργειας, ενώ λιγότερο από 10% της ενέργειας στους εφήβους > 15 ετών να προέρχεται από κορεσμένα λιπαρά οξέα: είναι δηλαδή φανερό ότι αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι ο τύπος των λιπαρών και όχι η ποσότητα [33]. Μεγαλύτερη βαρύτητα, λοιπόν, θα πρέπει αποδίδεται στην πρόσληψη ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων ενώ θα πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση

κορεσμένων και trans λιπαρών οξέων, τα οποία συμβάλλουν στην εμφάνιση παχυσαρκίας και αρτηριοσκλήρωσης. Αποτελεσματικές στρατηγικές για την ελάττωση της πρόσληψης υπερβολικών ποσοτήτων λιπαρών από τα απιδιά και τους εφήβους είναι η συστηματική πρόσληψη αποβουτυρωμένου γάλακτος καθώς και άπαχου κρέατος. Οι Jonesetal (2013) [33] απέδειξαν την άμεση συσχέτιση των προσλαμβανομένων ποσοτήτων κορεσμένων λιπαρών οξέων στους Αυστραλούς εφήβους με το επίπεδο της ολικής χοληστερόλης στο πλάσμα, με χαρακτηριστικό ότι η μεγαλύτερη συσχέτιση διαπιστώνεται στα έφηβα κορίτσια σε σχέση με τα συνομήλικα τους αγόρια.

Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας των εφήβων και συνήθως συνεισφέρουν γύρω στο 50%της συνολικής θερμιδικής πρόσληψης σε αυτή την περίοδο. Είναι η βασική – άμεσης χρήσης πηγή ενέργειας που κινητοποιείται από τον οργανισμό κατά την έντονη άσκηση, σχετικά μικρής διάρκειας (είναι χαρακτηριστικό ότι μετά από 60 – 90 λεπτά έντονης σωματικής άσκησης αδειάζουν οι αποθήκες υδατανθράκων του ανθρώπινου οργανισμού)[34]. Οι υδατάνθρακες επιπλέον επιδρούν στον κορεσμό και επηρεάζουν την συνεπακόλουθη πρόσληψη άλλων τροφών.

Ασβέστιο

Η ταχεία σκελετική και μυϊκή ανάπτυξη στην περίοδο της εφηβείας συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες σε ασβέστιο. Υπολογίζεται ότι 45% της οστικής μάζας του ατόμου αποκτάται κατά την εφηβεία και συνεπώς η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου είναι σημαντική για την ανάπτυξη της οστικής μάζας και τη μείωση του κινδύνου για μελλοντικά κατάγματα και οστεοπόρωση. Η ημερήσια συνιστώμενη δόση, λοιπόν, του ασβεστίου, για τα έφηβα αγόρια και κορίτσια, ηλικίας 9-18 ετών είναι 1300mg/ημέρα, ποσότητα αρκετά μεγαλύτερη από το περίπου 1000 mg/ημέρα που απαιτούνται για τα παιδιά ηλικίας 4-8 ετών καθώς και για τους ενήλικες. [35]. Προκειμένου να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος, οι έφηβοι πρέπει να καταναλώνουν τρία με τέσσερα πλούσια σε ασβέστιο τρόφιμα κάθε μέρα. Το γάλα παρέχει το μεγαλύτερο ποσοστό ασβεστίου στην εφηβική διατροφή ενώ ακολουθεί το τυρί, το γιαούρτι και το παγωτό. Μία από τις κύριες αιτίες οι οποίες αποτρέπουν τους εφήβους στην κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων είναι ο φόβος που έχουν μήπως παχύνουν, εξαιτίας τις ποσότητας των λιπαρών που περιέχουν τα προϊόντα

αυτά. Κάτι τέτοιο όμως φαίνεται ότι δεν ισχύει: ο Barr (2007), έδειξε ότι, μετά από μελέτη δύο ετών σε κορίτσια, ότι δεν υπάρχει διαφορά στο ποσοστό του σωματικού τους λίπους, ανεξάρτητα από τις καθημερινές ποσότητες ασβεστίου που προσλάμβαναν με την διατροφή τους• χαρακτηριστικό είναι η διαπίστωση ότι τα κορίτσια με το μεγαλύτερο σωματικό βάρος τελικά κατανάλωναν τις μικρότερες ποσότητες ασβεστίου καθημερινά, ακριβώς λόγω της λανθασμένης εντύπωσης ότι θα «φορτωθούν» υπερβολικά από τα λιπαρά των γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ είναι φανερό ότι υπάρχουν άλλες, πολύ πιο «επικίνδυνες» για την πρόκληση παχυσαρκίας πηγές λιπαρών [36].

Σίδηρος

Ο σίδηρος είναι απαραίτητος για τη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης ενώ έλλειψη σιδήρου προκαλεί σιδηροπενική αναιμία και οδηγεί σε κόπωση και αδυναμία. Στην εφηβεία οι ανάγκες σε σίδηρο αυξάνονται ως άμεση συνέπεια της ραγδαίας ανάπτυξης και της αύξησης του όγκου του αίματος και της συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Επιπλέον, καθώς ο έφηβος αποκτά περισσότερη μυϊκή μάζα, χρειάζεται περισσότερο σίδηρο, ώστε τα νέα μυϊκά κύτταρα να προσλαμβάνουν οξυγόνο για ενέργεια. Απαιτούνται, επομένως, 12-15mg ασβεστίου την ημέρα, με τα υψηλότερα ποσοστά να αφορούν εφήβους που αθλούνται συστηματικά και κορίτσια, λόγω της απώλειας αίματος μέσω της έμμηνου ρύσης [35]. Πολύ καλές πηγές σιδήρου είναι το βοδινό κρέας, το κοτόπουλο, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί (φυστίκια), τα εμπλουτισμένα σε σίδηρο ή ολικής αλέσεως δημητριακά, καθώς και τα πράσινα, φρέσκα – φυλλώδη λαχανικά, όπως για παράδειγμα το σπανάκι.

Ψευδάργυρος

Στην εφηβεία τα επίπεδα ψευδαργύρου μειώνονται εξαιτίας της ραγδαίας ανάπτυξης και των ορμονικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα. Για αυτό το λόγο απαιτείται η πρόσληψη 8 mg ψευδαργύρου την ημέρα από εφήβους ηλικίας 9-13 χρονών ενώ για κορίτσια ηλικίας 14-18 χρονών απαιτούνται 9 mg την ημέρα. Είναι χαρακτηριστικό ότι μελέτες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 18 – 33% νεαρών εφήβων κοριτσιών έχουν επίπεδα ψευδαργύρου στο πλάσμα τους ενδεικτικά ήπιας ανεπάρκειας (<10,7x 10⁻⁶mol/L) [35]. Ψευδάργυρος υπάρχει σε σημαντικές ποσότητες στο κόκκινο κρέας, στα θαλασσινά και στα δημητριακά ολικής αλέσεως – πολλά από τα οποία είναι εμπλουτισμένα στο συγκεκριμένο ιχνοστοιχείο. Ο σίδηρος και ψευδάργυρος ανταγωνίζονται μεταξύ τους για την απορρόφησή τους από το

γαστρεντερικό σύστημα και αυξημένη πρόσληψη του ενός μπορεί να μειώσει την απορρόφηση του άλλου: έφηβοι οι οποίοι λαμβάνουν συμπληρώματα σιδήρου για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να εμφανίσουν ήπια ανεπάρκεια ψευδαργύρου, στην περίπτωση κατά την οποία η ποσότητα πρόσληψης του πρώτου είναι διπλάσια από αυτήν του ψευδαργύρου [37].

Φυλλικό οξύ

Το φυλλικό οξύ έχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη σύνθεση του DNA, του RNA και των πρωτεϊνών, κάτι που σημαίνει ότι οι έφηβοι έχουν αυξημένες ανάγκες πρόσληψής τους. Διατροφικές πηγές πλούσιες σε φυλλικό οξύ που καταναλώνουν συνήθως οι έφηβοι είναι τα δημητριακά, ο φρέσκος χυμός πορτοκάλι, το γάλα, τα φασόλια και οι φακές. Από την άλλη πλευρά οι έφηβοι οι οποίοι παραλείπουν γεύματα και κυρίως το πρωινό, ή δεν καταναλώνουν ικανές ποσότητες από τις παραπάνω αναφερόμενες τροφές κινδυνεύουν να εμφανίσουν ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος και να χρειαστούν προσθήκη του σε καθημερινή ή σε εβδομαδιαία βάση [38].

1.2.3 Οι παράγοντες που επιδρούν στην διατροφή των εφήβων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου, σε ένα μεγάλο ποσοστό, διαμορφώνονται από την παιδική και εφηβική ηλικία, εμμένουν και διατηρούνται με άλλοτε άλλες μεταβολές σε όλη την μετέπειτα ζωή. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές οι οποίες ξεκινούν από την εφηβική ηλικία σε έναν μεγάλο αριθμό περιπτώσεων οδηγούν στην ανάπτυξη μιας σειράς χρονίων παθήσεων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), νεοπλάσματα διαφόρων μορφών, χρόνιες νόσοι του αναπνευστικού συστήματος (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και βρογχικό άσθμα), ο σακχαρώδης διαβήτης [39]. Ήδη έχουν γίνει αναφορές σχετικά με μία σειρά από παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων. Περιληπτικά, οι πιο κύριοι από αυτούς, είναι οι παρακάτω [40]:

- *Το οικογενειακό περιβάλλον.* Αποτελεί ίσως τον βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει, είτε θετικά, είτε αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων, μέσω της δημιουργίας του λεγόμενου «οικογενειακού κλίματος υγείας»

(“familyhealthclimate”), τις κοινές δηλαδή αντιλήψεις και γνώσεις σχετικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής μέσα στην οικογένεια [41].

- *Οι γενικές επιδράσεις των γονέων*, και κυρίως η επίδραση της μητέρας – σε άμεση συσχέτιση με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον.
- *Τα οικογενειακά γεύματα*. Το οικογενειακό γεύμα αποτελεί ένα ιδιαίτερης σημασίας κοινωνικο-πολιτισμικό γεγονός, που επηρεάζει σημαντικά τις διατροφικές συνήθειες του εφήβου, από την πρώιμη ηλικία του. Έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβοι οι οποίοι συμμετέχουν σε μικρό αριθμό οικογενειακών γευμάτων (ή ακόμα χειρότερα εάν αυτά απουσιάζουν πλήρως), έχουν σαφώς πιο ανθυγιεινή διατροφή [42].
- *Το επίπεδο της εκπαίδευσης των γονέων και το γενικό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας*. Στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου η παχυσαρκία συνδέεται στενά με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η οποία επηρεάζει πολύ σημαντικά τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων [40].
- *Το περιβάλλον το οποίο ευνοεί την παχυσαρκία*. Οι σύγχρονες μορφές διαίτας, οι οποίες βασίζονται στην ανθυγιεινή «γρήγορη τροφή» (“fastfood”), σε σνακ και αναψυκτικά υψηλής θερμιδικής αξίας σε συνδυασμό με τον καθιστικό τρόπο ζωής και την πολύωρη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών, επηρεάζουν αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων.
- *Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης*. Παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση ενός υγιεινού ή ανθυγιεινού τρόπου διατροφής στα παιδιά και στους εφήβους, κυρίως μέσω της διαφήμισης, αλλά και της προβολής συγκεκριμένων προτύπων διατροφής αλλά και της «ιδανικής» μορφής σώματος για τα νεαρά αγόρια και κορίτσια [43].
- *Το σχολείο*. Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί το κύριο κοινωνικό περιβάλλον το οποίο επηρεάζει τον έφηβο σε πολλές από τις συνήθειες της ζωής του, με την διατροφή να αποτελεί μία από αυτές [44].

1.2.4 Η Χορτοφαγική διατροφή και οι έφηβοι.

Με το όρο χορτοφαγική διατροφή εννοείται η αποχή από την κατανάλωση των διαφόρων μορφών του κρέατος – κόκκινο κρέας, θαλασσινά, πουλερικά – και σε αρκετές των περιπτώσεων η μη κατανάλωση οποιουδήποτε ζωικού προϊόντος (για παράδειγμα γάλα, αυγά). Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι άνθρωποι, κατά κύριο λόγο νέοι, φυσικά, προσανατολίζονται στον συγκεκριμένο τρόπο διατροφής, για μία σειρά από λόγους, οι οποίοι μπορεί να συμπεριλαμβάνουν [45]:

- Καθαρά λόγους υγείας – θεωρώντας την χορτοφαγία περισσότερο υγιεινή διατροφή
- Σεβασμό της υγείας και υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ζώων.
- Θρησκευτικούς λόγους.
- Περιβαλλοντικούς λόγους, σεβασμό του περιβάλλοντος και προστασίας των φυσικών πόρων του πλανήτη μας.

Υπάρχουν διάφορες υπο-κατηγορίες χορτοφαγικής διατροφής [46], όπως για παράδειγμα οι *Lacto-vegeterians*, οι οποίοι καταναλώνουν γαλακτοκομικά προϊόντα, όχι όμως αυγά, οι *Ovo-vegeterians*, οι οποίοι από όλα τα ζωικά προϊόντα καταναλώνουν μόνο τα αυγά, οι *Semi-vegeterians*, οι οποίοι καταναλώνουν περιορισμένες ποσότητες κρέατος, και βέβαια οι *vegan*, οι οποίοι δεν καταναλώνουν κρέας, αλλά και το σύνολο των ζωικών προϊόντων.

Η επίδραση της χορτοφαγικής διατροφής στην υγεία των εφήβων

Η χορτοφαγική διατροφή μπορεί να έχει μία σειρά από επιδράσεις, είτε θετικές, είτε αρνητικές στην υγεία των ατόμων που την χρησιμοποιούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τους FresanandSabate (2019), τα κυριότερα αποτελέσματα του τύπου αυτού της διατροφής είναι[47]:

1. Η καλά μελετημένη και ισορροπημένη χορτοφαγική διατροφή μπορεί να οδηγήσει στην ελάττωση του δείκτη μάζας σώματος. Σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί άριστη επιλογή για την μείωση του βάρους υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων.
2. Τα υψηλότερα ποσοστά προσλαμβανομένων υδατανθράκων έχουν ευεργετικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, καθώς με την ελάττωση της ποσότητας των κορεσμένων λιπαρών οξέων υποχωρούν τα επίπεδα χοληστερίνης του αίματος, ρυθμίζεται καλύτερα η αρτηριακή πίεση και ελαττώνεται η επίπτωση του

τύπου II σακχαρώδους διαβήτη, της στεφανιαίας νόσου και του μεταβολικού συνδρόμου.

3. Χρειάζεται όμως προσοχή, ειδικά στις περιπτώσεις στις οποίες δεν ακολουθείται ισορροπημένη διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης με ταυτόχρονη ελάττωση των επιπέδων της βιταμίνης B12 που θα προκαλέσουν αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα: Αύξηση της συχνότητας εμφάνισης παθήσεων από το καρδιαγγειακό σύστημα. Επιπλέον, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες παρατηρούνται διαταραχές στον καταμήνιο κύκλο των εφήβων κοριτσιών.

4. Όσον αφορά, τέλος, τους αθλητές, το κύριο πρόβλημα είναι η επαρκής κάλυψη των αναγκών τους σε πρωτεΐνη και σίδηρο, σε συνδυασμό με τις παραπάνω αναφερόμενες διαταραχές του κύκλου των αθλητριών• φαίνεται όμως ότι μία προσεγμένη χορτοφαγική διατροφή ελαχιστοποιεί τα όποια προβλήματα, γεγονός που το αποδεικνύει η υιοθέτησή της από αρκετούς πρωταθλητές αλλά και εφήβους αθλητές πολύ υψηλών επιδόσεων,

Το 2019 οι Segonia-Siarcocetal [48] δημοσίευσαν μία μελέτη σε 534 εφήβους ηλικίας 12-18 ετών προκειμένου να συγκρίνουν τις διαφορές στην διατροφής ανάμεσα στους εφήβους που ακολουθούσαν κατά κύριο λόγο χορτοφαγική διατροφή, και σε αυτούς που ακολουθούσαν την συνηθισμένη διατροφή. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν από την συγκεκριμένη μελέτη ήταν ότι:

1. Και στις δύο ομάδες των εφήβων η πλειοψηφία (> 75%) ακολουθούσε τα διατροφικά κριτήρια του θέσπισε το Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. το 2015, σε σχέση με το φύλο και την ηλικία (Dietary Guidelines for Americans) [49] για τις περισσότερες ομάδες των θρεπτικών συστατικών.

2. Μόνο το 16% με 18% και στις δύο ομάδες δεν υπερέβαιναν το ανώτερο καθορισμένο επίπεδο ημερησίας πρόσληψης νατρίου.

3. Σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των vegetarian που λάμβαναν < 10% τις συνολικής ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης από κορεσμένα λιπαρά οξέα (49%, έναντι 25%).

4. Ενώ η πλειοψηφία (>90%) και στις δύο ομάδες μελέτης λάμβανε την συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων, οι ομάδα των vegetarians υπερείχε σαφώς στην επιθυμητή ημερήσια κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, ξηρών καρπών προϊόντων σόγιας ή οσπρίων.

5. Τελικά, οι έφηβοι οι οποίοι είχαν προσανατολισμό στην χορτοφαγική διατροφή εμφάνισαν ένα πιο ευνοϊκό προφίλ διατροφικής πρόσληψης σε σύγκριση με τους μη χορτοφάγους.

1.2.5Η Μεσογειακή διατροφή και οι έφηβοι

Η μεσογειακή δίαιτα αποτελεί μία από τα πλέον μελετημένα συστήματα διαίτας που σχετίζονται με την βελτίωση της υγείας του καρδιαγγειακού συστήματος. Αποτελείται κατά κύριο λόγο από ψάρια, μονοακόρεστα λιπαρά προερχόμενα από το λάδι ελιάς, φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ξηρούς καρπούς και λελογισμένο κατανάλωση αλκοόλ (κυρίως κρασιού) [50]. Η μεσογειακή δίαιτα έχει αποδειχθεί ότι έχει την δυνατότητα να ελαττώσει την συχνότητα εμφάνισης, ή ακόμα και να αποτρέψει την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου του μαστού, νεοπλασματικών παθήσεων του εντέρου, κατάθλιψη, κατάθλιψη, σακχαρώδους διαβήτη, άσθματος, δυσλειτουργιών της στύσης και γνωστικών διαταραχών. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η διατροφή αυτή βελτιώνει ορισμένους χαρακτηριστικούς δείκτες πρόγνωσης των καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως είναι ο λόγος της διαμέτρου της μέσης με αυτήν του ισχίου, η συγκέντρωση λιπιδίων στο αίμα, οι διάφοροι δείκτες φλεγμονής, αλλά και κύριους τελικούς παράγοντες έκβασης των καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως σοβαρά καρδιαγγειακά συμβάματα αλλά και ο θάνατος. Οι συγκεκριμένες ευνοϊκές επιδράσεις της μεσογειακής διατροφής συναγωνίζονται τις αντίστοιχε επιδράσεις των πιο καθιερωμένων, σήμερα, εργαλείων καταπολέμησης των συγκεκριμένων παθήσεων, όπως είναι η ασπιρίνη, οι βήτα- ανταγωνιστές, οι ACE – ανταγωνιστές αλλά και η άσκηση [51].

Ενώ όμως ο συγκεκριμένος τύπος διατροφής μελετήθηκε εκτενώς τις τελευταίες δεκαετίες όσον αφορά την ωφέλεια που προσφέρει σε ενήλικες, κατά κύριο λόγο στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, δεν έγινε το ίδιο, έως πρόσφατα για την ηλικιακή ομάδα των παιδιών και των εφήβων. Μία από τις πρώτες σχετικές μελέτες ήταν αυτή των Velazquez-Lopezetal. (2014) [52], οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση που είχε η μεσογειακή διατροφή σε παιδιά και εφήβους με παχυσαρκία, αντοχή στην ινσουλίνη και μεταβολικό σύνδρομο: η ομάδα παρέμβασης (24 παιδιά και έφηβοι) ακολούθησε τον κλασικό τύπο της μεσογειακής διατροφής, ενώ η ομάδα ελέγχου

την συνηθισμένη διατροφή που είχαν έως τότε (25 παιδιά και έφηβοι). Μετά από πάροδο μόλις 16 εβδομάδων, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι της ομάδας παρέμβασης είχαν στατιστικά χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (BMI), ποσότητα λίπους σώματος, ολική χοληστερόλη, LDL-C και τριγλυκερίδια σε σχέση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, αποδεικνύοντας με τον τρόπο αυτόν την πολύ σημαντική επίδραση της μεσογειακής διατροφής και στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

Δυστυχώς, φαίνεται ότι ο συγκεκριμένος τρόπος διατροφής γίνεται όλο και πιο σπάνιος στα παιδιά και στους εφήβους, ακόμα και στις χώρες τις Μεσογείου: παρατηρείται δηλαδή το παράδοξο φαινόμενο, ενώ τα οφέλη που παρέχει στην υγεία, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, να έχουν αναγνωριστεί καθολικώς, η προσήλωση στο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής να υποχωρεί, ακόμα και στις «μητρικές» του χώρες. Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα των Najaetal (2021) [53], οι οποίοι διαπίστωσαν μία πολύ σημαντική ελάττωση της προσήλωσης των Λιβανέζων εφήβων στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής ανάμεσα στην χρονική περίοδο 1997 - 2015, με τα κορίτσια να έχουν την «χειρότερη» επίδοση στον συγκεκριμένο τομέα. Οι συγγραφείς λοιπόν τονίζουν ότι ειδικά για τις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες χρειάζεται μία συστηματική και καλά σχεδιασμένη προσέγγιση προώθησης της μεσογειακής διατροφής ως ένα ισορροπημένο και βιώσιμο διατροφικό πρότυπο.

1.2.6 Προβλήματα σχετιζόμενα με την διατροφή στην εφηβεία

Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη πολυπαραγοντική νόσος που μπορεί να επηρεαστεί από γενετικούς παράγοντες, από τη λειτουργία του μεταβολισμού, από τη σωματική δραστηριότητα, από τη διατροφική συμπεριφορά, από ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρταση, καρδιαγγειακά νοσήματα και κάποιες μορφές καρκίνου στην ενήλικη ζωή. Μάλιστα, υπολογίζεται ότι το 50-80% των εφήβων που είναι παχύσαρκοι θα είναι παχύσαρκοι και ως ενήλικες [54]. Η εξάπλωση της παχυσαρκίας που αφορά παιδιά και εφήβους στις ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό [55]. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών αναμένεται να αυξηθεί κατά 1,3 εκατομμύρια ετησίως, με περισσότερα από 300.000 από αυτά να γίνονται παχύσαρκα κάθε χρόνο [56]. Όσον αφορά την Ελλάδα, τα ερευνητικά

δεδομένα παρουσιάζουν μια συνεχή και σημαντική αύξηση του ποσοστού των παχύσαρκων εφήβων. Σε επιδημιολογική μελέτη που διενεργήθηκε το 2003 και συμμετείχαν 14.456 έφηβοι ηλικίας 13-19 ετών βρέθηκε ότι το ποσοστό των παχύσαρκων και υπέρβαρων αγοριών ήταν 29,4 % ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών ήταν 16,7% ενώ τα επίπεδα παχυσαρκίας ήταν 6,1% και 2,7 % αντίστοιχα [57]. Σε μεταγενέστερη μελέτη που αποσκοπούσε στην εκτίμηση του επιπολασμού της απλής και κοιλιακής παχυσαρκίας, μεταξύ 17χρονων, σε κάθε γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας, συμμετείχαν 5759 έφηβοι από σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η πλειονότητα των εφήβων ταξινομήθηκε στην κατηγορία του φυσιολογικού βάρους (70,9%), 3,9% ήταν λιποβαρείς, 19,3% ήταν υπέρβαροι και 5,3% παχύσαρκοι, ενώ 8,9% ήταν κεντρικά παχύσαρκοι. Το λιγότερο βάρος κυμάνθηκε από 2,6% στην Κρήτη έως 8,9% στην κεντρική Ελλάδα. Η παχυσαρκία κυμαινόταν από 4,8% στην Ήπειρο έως 8,8% στα νησιά του Αιγαίου. Ο επιπολασμός των υπέρβαρων κυμάνθηκε από 15,8% (Ιόνια Νησιά και Κρήτη) έως 23,9% στο Αιγαίο Πέλαγος. Ο υψηλότερος επιπολασμός υπέρβαρων και παχύσαρκων καταγράφηκε στα νησιά του Αιγαίου, ενώ η κεντρική παχυσαρκία ήταν πιο διαδεδομένη στη Θεσσαλία [58].

Σε ακόμη πιο πρόσφατη μελέτη σχετικά με τον επιπολασμό της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας (συνολική και κοιλιακή) στην Ελλάδα, συμμετείχαν 336.014 (51% αγόρια) παιδιά ηλικίας 4 έως 17 ετών από σχεδόν το 40% όλων των σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα [59]. Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και των παχύσαρκων σε ολόκληρο τον πληθυσμό ήταν 22,2% και 9,0% στα αγόρια και 21,6% και 7,5% στα κορίτσια, αντίστοιχα. Η κεντρική παχυσαρκία διαγνώστηκε στο 95,3% και στο 93,5% των απλών παχύσαρκων αγοριών και κοριτσιών, αντίστοιχα, σε σχεδόν δύο έως τρία υπέρβαρα παιδιά (68,6% των αγοριών και 64,3% των κοριτσιών) και στο 12% των παιδιών με κανονικό βάρος. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο, ότι στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, η παχυσαρκία παρουσίασε φθίνουσα τάση στη μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία και επιπλέον η ηλικία, η φυσική κατάσταση, η χαμηλή προσήλωση στη μεσογειακή διατροφή, οι ανεπαρκείς ώρες ύπνου, τα ανεπαρκή επίπεδα σωματικής άσκησης και ο αυξημένος χρόνος οθόνης συσχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο για ολική και κεντρική παχυσαρκία.

Διαταραγμένες στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη της τροφής

Με τον όρο «διαταραγμένη συμπεριφορά και στάση στην πρόσληψη της τροφής» ορίζονται μία σειρά από συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα τα επεισόδια υπερ-φαγίας, ο αυτό-προκαλούμενος έμετος και / ή η χρήση καθαρτικών φαρμακευτικών ουσιών με σκοπό την απώλεια βάρους, συμπεριφορές που στις περισσότερες των περιπτώσεων σχετίζονται με την παχυσαρκία και την υπερβολική δίαιτα, χωρίς όμως να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ένταξή τους σε μία από τις παραπάνω αναφερόμενες διατροφικές διαταραχές [60]. Εκτός από το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των συγκεκριμένων διαταραχών που παρατηρούνται σε ενήλικες γυναίκες (έως και 50%) και άνδρες (έως και 30%), μέχρι και το 1/3 των εφήβων αγοριών και κοριτσιών έχει διαπιστωθεί ότι εμπλέκεται σε παρόμοιες συμπεριφορές [61]. Σε πολλές των περιπτώσεων μάλιστα, παρατηρείται το φαινόμενο, η έναρξη των συγκεκριμένων συμπεριφορών να ξεκινάει από την εφηβεία και να συνοδεύει το άτομο σε μεγάλο μέρος της ενήλικής του ζωής. Μία σειρά από παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στα συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς [43]:

- **Ατομικοί παράγοντες:** Η αντίληψη της γεύσης αλλά και της σωματικής εμφάνισης, οι γνώσεις για την υγεία και την υγιεινή διατροφή.
- **Διαπροσωπικοί παράγοντες:** Πολύ σημαντικός, για μια ακόμα φορά, αποδεικνύεται ο ρόλος της οικογένειας κατά κύριο λόγο, αλλά και των συνομήλικων στη συνέχεια.
- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (κατά κύριο λόγο η τηλεόραση), τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αλλά και το σχολικό περιβάλλον παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση ενός υγιεινού ή ανθυγιεινού τρόπου διατροφής στα παιδιά και στους εφήβους.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη την πολύ μεγάλη συχνότητα της εμφάνισης των συγκεκριμένων συμπεριφορών ήδη από την παιδική και εφηβική ηλικία, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται πρώιμα τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψή τους και την προώθηση προτύπων υγιεινής διατροφής.

1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο συνδυασμός της υγιεινής διατροφής με την συστηματική φυσική δραστηριότητα αποτελούν τους σημαντικότερους, ίσως, παράγοντες για την ομαλή σωματική ανάπτυξη και άριστη υγεία των έφηβων, αγοριών και κοριτσιών. Δυστυχώς, τις τελευταίες δεκαετίες έχει διαπιστωθεί η σαφής στροφή των εφήβων προς όλο και πιο ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής: κατανάλωση σε μεγάλο βαθμό έτοιμων γευμάτων, τα οποία παρασκευάζονται από ταχυφαγεία (fastfood), τα οποία περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες trans λιπαρών καθώς και αναψυκτικών και γλυκών, παράλειψη γευμάτων και ειδικά του πρωινού γεύματος, το οποίο θεωρείται από τα πλέον σημαντικά ημερήσια γεύματα, κατανάλωση φρούτων και λαχανικών η οποία υστερεί σημαντικά από την συνιστώμενη ημερήσια ποσότητα. Οι συγκεκριμένες κακές διατροφικές συνήθειες στις περισσότερες των περιπτώσεων συνδυάζονται με μία άλλη σειρά τακτικών παραμέλησης του σώματος (ελάχιστη άσκηση και σωματική δραστηριότητα, κακή φροντίδα του στόματος και παραμέληση της στοματικής υγιεινής) αλλά και με επικίνδυνες και υψηλού κινδύνου συμπεριφορές (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, χρήση ινδικής κάνναβης, απρόσεκτη σεξουαλική συμπεριφορά) που τελικά μπορεί να επιβαρύνουν την υγεία του έφηβου, ακολουθώντας τον για τον υπόλοιπο της ζωής του [62].

Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα της επιδημιολογικής μελέτης των Karantaisetal (2010) [63] σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες της πρόσληψης πρωινού γεύματος από τους Έλληνες εφήβους σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματός τους και την συσχέτισή τους με τις υπόλοιπες συνήθειες της διατροφής: Πρόκειται για μία έρευνα με ερωτηματολόγιο, σε σχολεία σε όλη την επικράτεια της Ελλάδας, στην οποία πήραν μέρος 6,500 αγόρια και 7,778 κορίτσια ηλικίας 13 – 19 ετών. Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτή ήταν ότι:

1. Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια τα οποία προσλάμβαναν τακτικά το πρωινό τους γεύμα, είχαν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους που δεν το ελάμβαναν τακτικά.
2. Οι έφηβοι που δεν λάμβαναν τακτικά πρωινό γεύμα εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος σε σχέση με αυτούς που το λάμβαναν τακτικά (παρατηρείται η άμεση συσχέτιση κακής διατροφικής συνήθειας με κακή συνήθεια υγείας).

3. Οι έφηβοι που λάμβαναν τακτικά το πρωινό τους είχαν στατιστικά σημαντικά πιο έντονη σωματική δραστηριότητα (71,8% για τα αγόρια και 73,1% για τα κορίτσια) σε σχέση με αυτούς που δεν το λάμβαναν τακτικά (66,4% τα αγόρια και 68,7% τα κορίτσια).

Το τελικό συμπέρασμα των συγγραφέων ήταν ότι η τακτική της παράλειψης του πρωινού γεύματος πιθανότατα αποτελεί ένα μόνο τμήμα μιας σειράς διατροφικών συνηθειών αλλά και μη υγιεινού τρόπου ζωής των Ελλήνων εφήβων που σχετίζεται άμεσα με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματός τους.

Όσον αφορά, τώρα άλλες μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες, πάλι στον πληθυσμό των Ελλήνων εφήβων, η έρευνα της Κοκκέβη και συν. (2011) [22] παρέχει πολύτιμες πληροφορίες: Περισσότερο από το 50% των εφήβων μαθητών καταναλώνουν αναψυκτικά ή γλυκά μέχρι τέσσερις φορές την εβδομάδα, ενώ το 35% καταναλώνει τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα, με τα αγόρια να υπερέχουν (38,3%) στην συγκεκριμένη κατανάλωση έναντι των κοριτσιών (32,8%)• μάλιστα η κατανάλωση αυτή αυξάνει στις ηλικίες από τα 11 έως τα 15 έτη. Το παρήγορο εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν ότι κατά το έτος 2010 παρατηρείται μία τάση ελάττωσης στην κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ευρήματα των ετών 2002 και 2006, ελάττωση η οποία αφορά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, και των δύο φύλων. Στην Εικόνα 2. παρουσιάζονται περιληπτικά ορισμένα στοιχεία της συγκεκριμένης έρευνας.

Σε πρόσφατη μελέτη που διενεργήθηκε μεταξύ εφήβων ηλικίας 12-15 ετών στην Ελλάδα, εκτιμήθηκε ένας αριθμός διαφορών μεταξύ των φύλων ως προς τις συνήθειες και τις πεποιθήσεις σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στο υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. [64]

Τα κορίτσια φάνηκε να ασχολούνται περισσότερο με τις δίαιτες και να αγοράζουν πιο συχνά προϊόντα διατροφής ανάλογα με τις θερμίδες τους και ενδιαφέρονται περισσότερο για την εικόνα του σώματός τους. Όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στις διατροφικές συνήθειες, η αντίληψη ότι η παράλειψη του πρωινού προλαμβάνει το υπερβολικό βάρος αποκαλύφθηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την παχυσαρκία και το ίδιο ισχύει για την πεποίθηση ότι η επιλογή τροφίμων ανάλογα με το περιεχόμενό τους σε θερμίδες είναι μια σημαντική πρακτική για να σταματήσει η αύξηση του ΔΜΣ. Από την άλλη πλευρά, φάνηκε ότι η πεποίθηση ότι η κατανάλωση

πέντε γευμάτων την ημέρα συνιστά μια καλή πρακτική, έχει προστατευτική επίδραση. Τα κορίτσια που έχουν την εντύπωση ότι η κατανάλωση 5 γευμάτων την ημέρα, είναι μια υγιεινή πρακτική, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εφαρμόσουν αυτήν τη συνήθεια και επίσης περισσότερες πιθανότητες να έχουν περισσότερα οικογενειακά γεύματα. Τα νεαρά κορίτσια που υποθέτουν ότι ο χρόνος που αφιερώνουν για σωματική δραστηριότητα στο σχολείο ως μέρος των μαθημάτων φυσικής αγωγής σε συνδυασμό με τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες και τον αθλητισμό κατά τη διάρκεια των σχολικών διακοπών είναι επαρκής έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι στο υψηλότερο επίπεδο ΔΜΣ. Η υποκειμενική εντύπωση του επιπέδου της φυσικής δραστηριότητας αντανακλάται στην κατάσταση του ΔΜΣ τους καθώς τα κορίτσια που θεωρούσαν ότι ήταν ενεργά ή πολύ δραστήρια είχαν μικρότερες πιθανότητες να είναι σε υψηλότερες κατηγορίες ΔΜΣ από τα κορίτσια που δεν χαρακτηρίζονται ως δραστήρια. Ακόμη αναφορικά με την ηλικία φάνηκε ότι καθώς τα κορίτσια μετέβαιναν σε ανώτερη τάξη στο γυμνάσιο είχαν μικρότερες πιθανότητες να είναι στην κατηγορία των υπέρβαρων /παχύσαρκων. Συγκεκριμένα, η αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος μειώνεται κατά 0,621 φορές την πιθανότητα ένα κορίτσι να μετακινηθεί από το λιποβαρές/φυσιολογικό βάρος σε υψηλότερο επίπεδο ΔΜΣ. Επιπλέον, τα κορίτσια που ζουν σε αστική περιοχή ήταν 0,537 φορές λιγότερο πιθανό να είναι στην κατηγορία της παχυσαρκίας σε αντίθεση με τα κορίτσια που ζουν σε αγροτική περιοχή. [64]

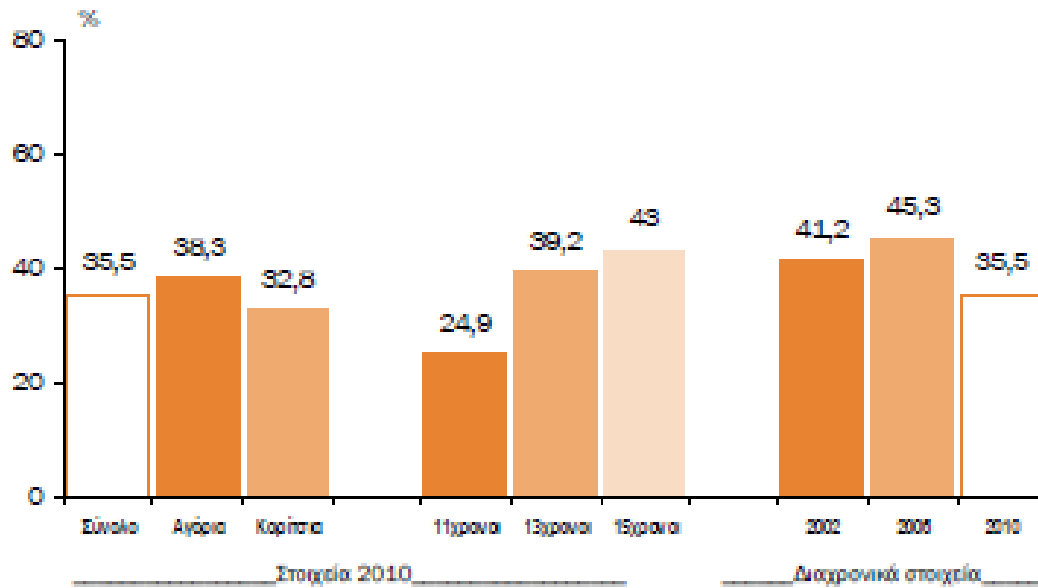
Στα αγόρια, αναφορικά με τις πεποιθήσεις και τις στάσεις τους σχετικά με το τι είναι υγιές και τι τα βοηθά στην πρόληψη του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας, αποκαλύφθηκε ότι εκείνα που πιστεύουν ότι η απεριόριστη κατανάλωση σνακ σχετίζεται με την τάση για παχυσαρκία ήταν λιγότερο πιθανό να είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα. Αγόρια τα οποία ακολουθούσαν δίαιτες και διαφορετικά είδη δίαιτας ήταν πιο πιθανό να ανήκουν στην κατηγορία των παχύσαρκων. Ακόμη, η πεποίθηση ότι τα προϊόντα διαίτης παχαίνουν, φάνηκε να είναι παράγοντας κινδύνου που αυξάνει την πιθανότητα για παχυσαρκία. Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου της φυσικής δραστηριότητας είχε αρνητική συσχέτιση με την κατηγορία ΔΜΣ. Όσο μεγαλύτερη είναι η εντύπωση για το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να ανήκουν στην ομάδα της παχυσαρκίας. Αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες τα αγόρια που συνήθιζαν να πίνουν γάλα με κακάο για πρωινό, να τρώνε απογευματινό σνακ, να τρώνε βραδινό και /ή να τρώνε ένα φρούτο

μετά το βραδινό τείνουν να ανήκουν στην κατηγορία με το φυσιολογικό βάρος. Τέλος, στην κατηγορία με φυσιολογικό βάρος είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανήκουν τα αγόρια που ασχολούνταν με αθλήματα στίβου.[64]

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε πάλι με Έλληνες μαθητές ηλικίας 6 έως 15 ετών σχετικά με την οργανωμένη φυσική δραστηριότητα.[65] Τα ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό παιδιών και εφήβων που είναι σωματικά αδρανή, το οποίο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κατηγορία ΔΜΣ, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας του γονιού και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Συγκεκριμένα τα κυριότερα ευρήματα ήταν τα εξής:

- Τα παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε οργανωμένη φυσική δραστηριότητα
- Καθώς τα παιδιά μετέβαιναν στην εφηβεία παρατηρήθηκε μεγάλη μείωση της συμμετοχής σε αθλήματα
- Αναφορικά με το φύλο, μικρότερο ποσοστό συμμετοχής σε αθλήματα παρατηρήθηκε στα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια, όπως και στην οργανωμένη φυσική δραστηριότητα
- Οι γονείς που ήταν σωματικά δραστήριοι ωθούσαν τα παιδιά να είναι περισσότερο δραστήρια, με τη συσχέτιση να είναι μεγαλύτερη για τα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης
- Οι γονείς με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό status ήταν πιο πιθανό να προτρέπουν τα παιδιά τους να συμμετέχουν σε οργανωμένη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με τους γονείς χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού status
- Υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής σε οργανωμένη φυσική δραστηριότητα σημειώθηκε για τα παιδιά που διέμεναν σε αστικές περιοχές [65]

Οι σοβαρές διαταραχές στην πρόσληψη τροφής παρουσιάζονται συνήθως κατά την περίοδο της εφηβείας και αποτελούν ψυχολογικές ασθένειες, που μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές βλάβες. Η πέμπτη έκδοση του *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας [66] αναγνωρίζει ως τις πλέον συχνές διαταραχές στην πρόσληψη τροφής την *ψυχογενή βουλιμία*, την *νευρική ανορεξία*, και την *επεισοδιακή υπερφαγία*.



Εικόνα 2: Έφηβοι οι οποίοι καταναλώνουν γλυκά ή αναψυκτικά τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα. Πηγή: Κοκκέβη και συν. (2011) [22].

1.3.1 Ψυχογενής Βουλιμία

Η έννοια της νευρογενούς ή ψυχογενούς βουλιμίας (bulimianervosa) εισήχθη για πρώτη φορά στην διεθνή βιβλιογραφία από τον Βρετανό ψυχίατρο GeraldRussellπροκειμένου να διαχωρίσει την συγκεκριμένη διαταραχή από την επίσης πολύ συχνή διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας [67]. Πρόκειται για μία διατροφική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής (“bingeeating”), χωρίς κανέναν έλεγχο, κατάσταση η οποία στην συνέχεια ακολουθείται από ενεργοποίηση αντισταθμιστικών μεθόδων, όπως για παράδειγμα η πρόκληση εμέτου, η χρήση (και κατάχρηση στις περισσότερες των περιπτώσεων) καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, η παρατεταμένη νηστεία, ή η υπερβολική άσκηση. Όλες αυτές οι προσαρμοστικές – αντισταθμιστικές συμπεριφορές έχουν ως στόχο την πρόληψη ή την αντιστάθμιση της αναμενόμενης πρόσληψης βάρους και σχετίζονται άμεσα με την διαταραγμένη αντίληψη του εφήβου σχετικά με το βάρος ή / και την μορφή του σώματός του [68]. Σύμφωνα με την DSM-5, προκειμένου να ταξινομηθεί η διατροφική διαταραχή με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ως ψυχογενής βουλιμία, θα πρέπει τα επεισόδια της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, τα οποία ακολουθούνται από ανάλογους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς να επισυμβαίνουν κατ’ ελάχιστο μία φορά την εβδομάδα, για συνεχόμενο χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών [66].

Η συχνότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής, αφορά κατά κύριο λόγο νεαρά κορίτσια (μόνο το 5% με 10% είναι αγόρια), και είναι περίπου 2 – 5%, ενώ υπολογίζεται ότι ποσοστό 1% - 4% των γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους θα την εμφανίσουν, χωρίς όμως απαραίτητα να ζητήσουν ή λάβουν ιατρική βοήθεια, μια που αποτελεί διαταραχή η οποία πολύ συχνά ξεφεύγει της προσοχής του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος των ατόμων που πάσχουν. Οι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν την έφηβο στην εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να είναι οικογενειακοί, ψυχολογικοί ή και κοινωνικοί•ενώ καταλυτικός παράγοντας για την συνεχώς αυξανόμενη εμφάνιση της διαταραχής στους εφήβους της εποχής μας θεωρούνται οι προβολές των ΜΜΕ σε σχέση με το ιδανικό σχήμα σώματος αλλά και η γενικότερη κυριαρχία του «φαίνεσθαι», που καθορίζει όλες τις επιλογές των

ανθρώπων προκειμένου να αποκτήσουν το κοινωνικό κύρος και την αποδοχή. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι έφηβοι από αυστηρά οικογενειακά περιβάλλοντα με ιδιαίτερα καταπιεστική και ελεγκτική συμπεριφορά βιώνουν τα επεισόδια υπερφαγίας ως προσωπική ελευθερία απαλλαγμένη από τους αυστηρούς κανόνες που τους επιβάλλονται καθημερινά [69].

Όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής, έχει δοκιμαστεί μία μεγάλη σειρά από φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Η fluoxetine, ένα αντικαταθλιπτικό σκεύασμα το οποίο έχει ένδειξη για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας σε ενήλικες, έχει δοκιμαστεί σε εφήβους σε μία μόνο κλινική μελέτη (10 κορίτσια ηλικίας 12 – 18 ετών), τα οποία έλαβαν την δόση των ενηλίκων (60 mg, μία φορά την ημέρα), σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, για χρονικό διάστημα οκτώ εβδομάδων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το σκεύασμα ήταν καλά ανεκτό, χωρίς να χρειαστεί να διακοπεί η θεραπεία σε καμία από τις ασθενείς• τελικά υπήρχε στατιστικά σημαντική ελάττωση στις κρίσεις υπερφαγίας και στους μηχανισμούς της αντιστάθμισής τους, με την εβδομαδιαία ελάττωση αντίστοιχα να είναι 67% και 56% [70]. Τελικά, σύμφωνα με τους Gorrelletal (2019) [68], από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία (cognitive-behaviouraltherapy), φαίνεται ότι είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής. Οι βασικοί θεραπευτικοί στόχοι είναι η αποκατάσταση της σωστής διατροφής, η εξασφάλιση της μεταβολικής ισορροπίας αλλά και η αλλαγή των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων που οδηγούν τον έφηβο στην βουλιμία. Σε όλες τις παρεμβάσεις πολύ σημαντικός είναι ο ενεργητικός ρόλος των γονέων των εφήβων στην προσπάθεια για τον περιορισμό των επεισοδίων.

1.3.2 Ψυχογενής Ανορεξία

Η ψυχογενής(νευρική)ανορεξία (anorexiānervosa), σύμφωνα με την ταξινόμηση της DSM-5 αποτελεί μία διαταραχή της διατροφής η οποία παρατηρείται κατά κύριο λόγο στους εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες, με βασικό χαρακτηριστικό την επίμονη και επιτυχή προσπάθειά τους για σημαντική απώλεια του σωματικού τους βάρους [66]. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από επί μεγάλο χρονικό διάστημα σημαντικό περιορισμό της καθημερινής ποσότητας προσλαμβανόμενων θερμίδων που έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική ελάττωση του σωματικού βάρους του εφήβου σε σχέση με το αναμενόμενο για την ηλικία, φύλο και σωματική ανάπτυξη ελάχιστο βάρος. Ταυτόχρονα, υπάρχει έντονος φόβος ότι θα αυξηθεί το σωματικό βάρος του εφήβου (φόβος ότι θα παχύνει), παρά το ότι το βάρος του είναι ιδιαίτερα χαμηλό, διαταραγμένη αντίληψη σε σχέση με το σωματικό του βάρος και την μορφή / σχήμα του σώματός του, συνεχής και υπερβολική ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα ενώ ταυτόχρονα υπάρχει χαρακτηριστική έλλειψη της αναγνώρισης της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας που σχετίζεται με την μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους. Η μέση ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι τα 17 έτη, εμφανίζεται στην συντριπτική πλειοψηφία σε νέα κορίτσια, με ποσοστό επιπολασμού 0,5% - 1% [71]. Ο όρος “anorexiānervosa” χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ιατρό της Βασίλισσας Βικτωρίας της Αγγλίας SirWilliamGull, με δύο χαρακτηριστικές εικόνες παρουσίασε μία ασθενή του, η οποία θεραπεύθηκε από την διαταραχή μέσα σε χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών (Εικόνα 3).

Οι πιο πρόσφατες θεωρίες αναφέρουν ότι η νευρογενής ανορεξία είναι μία διατροφική διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας: προκειμένου να κατανοηθεί η φύση της είναι αναγκαίο να ληφθούν υπ’όψιν το περιβάλλον του εφήβου, κοινωνικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί και πολιτιστικοί παράγοντες. Η τηλεόραση, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, οι κινηματογραφικές ταινίες, το διαδίκτυο, τα περιοδικά, έχουν δημιουργήσει με μεγάλη επιτυχία συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς, κυρίως για τα κορίτσια. Σύμφωνα με τους Batistaetal (2018) [71], τα νεαρά κορίτσια τα οποία προσκολλώνται σε συνθήκες δίαιτας επηρεάζονται από μία σειρά από κοινωνικούς παράγοντες όπως αισθήματα ανησυχίας μετά από λεκτικά σχόλια από τους συνομηλίκους τους σχετικά με το βάρος και την μορφή του σώματός τους• πιστεύουν

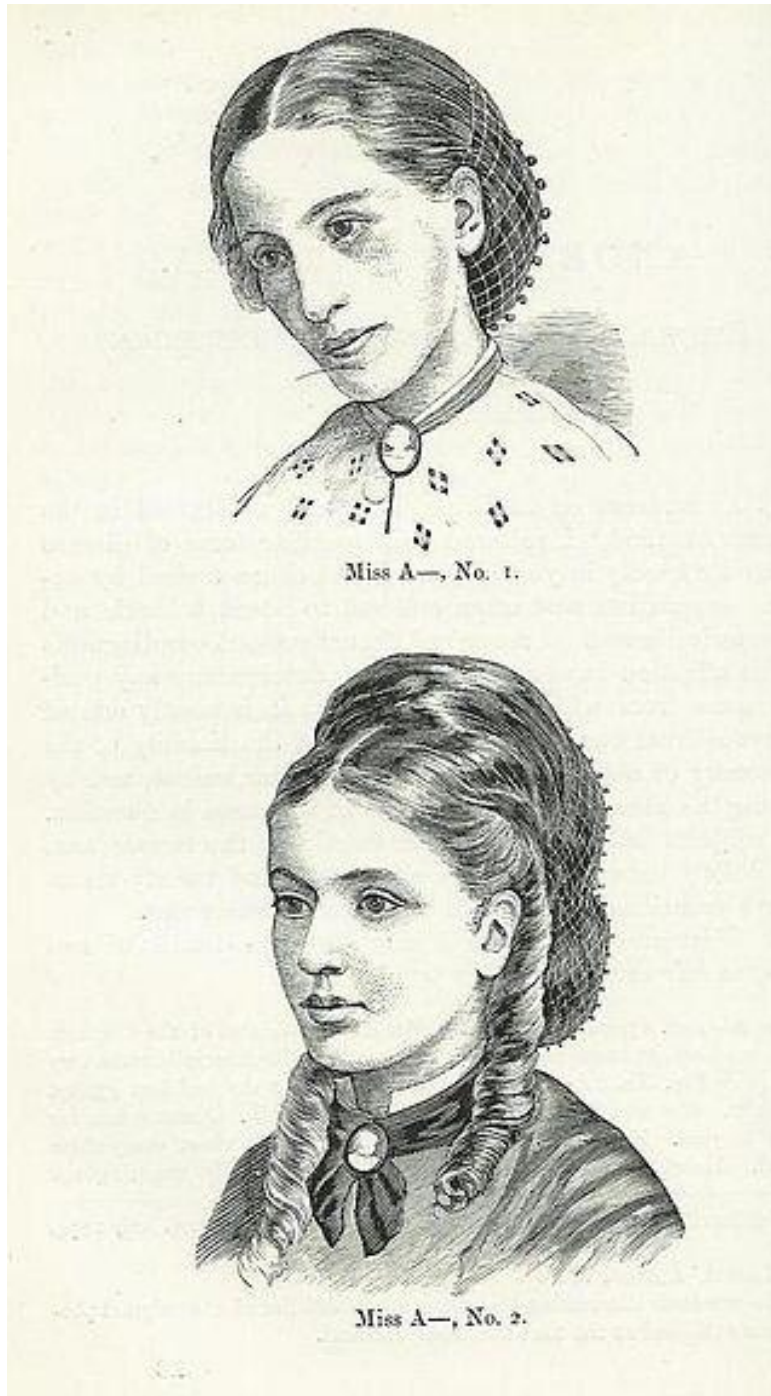
λοιπόν, ότι είτε και οι υπόλοιποι φίλοι τους ακολουθούν αντίστοιχη δίαιτα, είτε ότι χάνοντας βάρος θα είναι πιο ελκυστικά προς αυτούς. Ορισμένες μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της διαταραχής με γενετικούς παράγοντες οι οποίοι ενεργοποιούνται κατά την περίοδο της εφηβείας και αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον του εφήβου [73].

Η ξαφνικές και ταχύτατες αλλαγές στο σχήμα και τις διαστάσεις του σώματος που επισυμβαίνουν κατά την διάρκεια της εφηβείας έχουν σε μεγάλο αριθμό εφήβων ψυχολογικές επιπτώσεις που αντικατοπτρίζονται κυρίως θα αρνητική αντίληψη του σώματός τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαξιολόγηση. Η διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας τελικά, συνδέεται άμεσα με μία σειρά από διαταραχές του ψυχισμού του εφήβου, όπως είναι η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσαρέσκεια σχετικά με την εικόνα του σώματός του και η τελειομανία• είναι λοιπόν φανερό ότι μία μεγάλη σειρά από παράγοντες κινδύνου συνδέονται με την ανάπτυξη της διαταραχής της νευρογενούς ανορεξίας [74, 75].

Ο σημαντικός και χρόνιος περιορισμός στην ποσότητα αλλά και την ποιότητα της προσλαμβανόμενης από την / τον έφηβο τροφής έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην βιολογική διάσταση, όσο και στη γενικότερη συμπεριφορά της. Οι επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι πολύ σοβαρές, με την βραδυκαρδία να αποτελεί την πιο κοινή επιπλοκή (αρτηριακός σφυγμός < 60 / min) ενώ παρατηρούνται και μία σειρά από άλλες αρρυθμίες, υπόταση και δομικές αλλοιώσεις της καρδιάς. Επιπλέον, εμφανίζεται ξηροδερμία και υπερτρίχωση σε περιοχές όπου το δέρμα είναι άτριχο καθώς και υπερκαροτιναιμία. Η αμηνόρροια και άλλες γυναικολογικές διαταραχές με σημαντικότερα τα προβλήματα σύλληψης αποτελούν μια άλλη σημαντική επίπτωση σε έφηβες με ψυχογενή ανορεξία. Βασική διαταραχή που εμφανίζεται στα οστά είναι αρχικά η οστεοπενία και αργότερα η οστεοπόρωση, μπορεί να καθυστερήσει η ανάπτυξη του ύψους ιδιαίτερα την περίοδο της εφηβείας ενώ αργότερα αυξάνονται και τα κατάγματα. Παρατηρείται, επίσης, αναιμία, μυοπάθεια, υπογλυκαιμία, διαταραχές στους ηλεκτρολύτες και στα δόντια, αιμορραγία των ούλων, ξηροστομία και δυσκοιλιότητα[76].

Καθώς η ψυχογενής ανορεξία έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, καταλυτικής σημασίας είναι η θεραπευτική οδός που ακολουθείται από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση. Η

θεραπεία, έχει ως στόχο να αποκαταστήσει το φυσιολογικό βάρος του ατόμου αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ψυχολογικές διαταραχές που οδήγησαν σε αυτήν. Σε όλες τις περιπτώσεις, κυρίαρχος φαίνεται ότι είναι ο ρόλος της οικογένειας. Σύμφωνα με τους WatsonandBulik (2012) [77], παρά την σημαντική πρόοδο που έχει γίνει στην διερεύνηση της συγκεκριμένης διαταραχής, δεν μπορεί ακόμα να προταθεί κάποια συγκεκριμένη θεραπεία η οποία να υπερέχει των υπολοίπων. Ο συνδυασμός της προσπάθειας για την κατάλληλη διαιτητική υποστήριξη του εφήβου με αποκατάσταση των πιθανών διαταραχών των ηλεκτρολυτών και των ιχνοστοιχείων που έχει προκληθεί σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, όπως για παράδειγμα η εξειδικευμένη υποστηρικτική κλινική διαχείριση (specialist supportive clinical management), η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (cognitivebehaviouraltherapy) καθώς και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonalpsychotherapy), φαίνεται ότι τελικά έχουν τα πιο καλά αποτελέσματα για την αποκατάσταση τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής υγείας της εφήβου.



Εικόνα 3: Αναπαράσταση μίας ασθενούς του SirWilliamGull, η οποία έπασχε από νευρική ανορεξία και θεραπεύθηκε στο χρονικό διάστημα 1866 – 1870. Πηγή: https://en.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa. [72].

1.3.3 Επεισοδιακή Υπερφαγία

Η επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating disorder) ορίζεται ως η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής (πολύ μεγαλύτερης από την ποσότητα η οποία καταναλώνεται από το άτομο υπό φυσιολογικές συνθήκες), σε συνδυασμό με την αίσθηση της πλήρους απώλειας του ελέγχου της διατροφής. Η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά όπως το άγχος σχετικά με την διατροφή, η λήψη τροφής κρυφά από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, ή και η κατανάλωση φαγητού χωρίς να υπάρχει το αίσθημα της πείνας. Η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται στις περισσότερες των περιπτώσεων με την παχυσαρκία, και η βασική της διαφορά από την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η πλήρης απουσία των αντισταθμιστικών συμπεριφορών εξάλειψης των θερμίδων που καταναλώθηκαν κατά το επεισόδιο της υπερφαγίας, που χαρακτηρίζει την τελευταία διατροφική διαταραχή [66].

Η συχνότητα εμφάνισης της επεισοδιακής υπερφαγίας είναι στο επίπεδο του 1% - 3%, με διπλάσια επίπτωση στα νεαρά κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια [78]. Λίγα στοιχεία είναι γνωστά σε σχέση με την αιτιολογία της διαταραχής: πιθανολογείται ότι στην περίπτωση των εφήβων σχετίζεται με την κατάθλιψη, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος και την δυσκολία της αντιμετώπισης μιας σειρά προβλημάτων της καθημερινής ζωής του εφήβου. Οι έφηβοι με αυτήν τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο ποσοστό σωματικού λίπους, περιμέτρου μέσης, καταθλιπτικές διαταραχές και άλλες διατροφικά προβλήματα [79].

Όπως και στις προηγούμενες, έτσι και στην συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή της εφηβικής ηλικίας δεν υπάρχει σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες για κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή. Φαίνεται ότι τα καλύτερα αποτελέσματα έχουν ορισμένες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι: η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία καθώς και η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, σε συνδυασμό με την υποστηρικτική θεραπεία από την πλευρά της οικογένειας, όπως ακριβώς συμβαίνει και στην θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας και της ψυχογενούς ανορεξίας [80].

1.3.4 Άλλες διαταραχές σίτισης και πρόσληψης της τροφής

Πρόκειται για αρκετά πιο σπάνιες διαταραχές, οι οποίες όμως στην περίπτωση κατά την οποία εμφανιστούν μπορεί να δημιουργήσουν ιδιαίτερα δύσκολα στην αντιμετώπισή τους προβλήματα στους έφηβους. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται [66]:

Pica

Πρόκειται για διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την βρώση μη θρεπτικών ουσιών, ή ακόμα και ουσιών οι οποίες δεν είναι φαγητό (για παράδειγμα χαρτί, σαπούνι, ρούχα), για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός. Τα κύρια αίτια τα οποία οδηγούν στην συγκεκριμένη διαταραχή είναι η πλήξη, η περιέργεια ή η μεγάλη συναισθηματική ένταση. Επιπλέον η pica μπορεί να παρατηρηθεί σε νεαρά άτομα με αυτισμό, διανοητική αναπηρία, σχιζοφρένεια ή στα πλαίσια συνδρόμων όπως είναι το σύνδρομο Kleine-Levin. Στις περιπτώσεις αυτές η pica θα πρέπει να θεωρηθεί ως ένα επιπλέον σύμπτωμα της συγκεκριμένης παθολογικής κατάστασης και μόνο είναι ιδιαίτερα έντονο το φαινόμενο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ξεχωριστά [81]. Το 2018 οι Hartmanetal σε μία επιδημιολογική μελέτη σε παιδιά και εφήβους στην Γερμανία κατέγραψαν ένα – όχι αμελητέο – ποσοστό 4,98% να εμφανίζουν υποτροπές της διαταραχής αυτής• επιπλέον διαπιστώθηκε συσχέτιση με άλλες δύο από τις πιο σπάνιες διατροφικές διαταραχές, την διαταραχή μηρυκασμού καθώς και την διαταραχή περιορισμού / αποφυγής λήψης τροφής [82].

Διαταραχή μηρυκασμού (ruminationdisorder)

Πρόκειται για επαναλαμβανόμενα επεισόδια μηρυκασμού της τροφής, με διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα, χωρίς το άτομο να πάσχει από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ναυτία. Το μηρυκασμένο φαγητό μπορεί να έχει αναμασηθεί, επανακαταπωθεί ή ακόμα και να έχει φτυστεί. Στην διαφορική διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής περιλαμβάνονται ο ψυχογενής έμετος, η purgingdisorder(διαταραχή κάθαρσης), η οποία δεν είναι ακόμα αναγνωρισμένη ως ξεχωριστή κατηγορία διατροφικής διαταραχής, καθώς και διάφορες άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές [83].Τα ποσοστά εμφάνισής της είναι αρκετά μικρότερα από τα αντίστοιχα της picaκαι υπολογίζονται στο 1,49% [82].

Διαταραχή αποφυγής / περιορισμού λήψης της τροφής

Στη διαταραχή αυτή το άτομο αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις θρεπτικές ή/και ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού, παρά τη διαθεσιμότητα τροφής, και παράλληλα παρουσιάζει κάτι από τα ακόλουθα: σημαντική απώλεια βάρους, σημαντικά ανεπαρκή διατροφή, εξάρτηση από συμπληρώματα διατροφής στοματικής ή παρεντερικής σίτισης, έκπτωση στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Η συγκεκριμένη συμπτωματολογία μπορεί να προκύπτει στο πλαίσιο της συνολικής απουσίας ενδιαφέροντος του ατόμου για το φαγητό, την ιδιαίτερη επιλεκτικότητα ή ακόμα τον φόβο για αρνητικές συνέπειες του φαγητού που σχετίζονται με προγενέστερες δυσάρεστες εμπειρίες του, όπως για παράδειγμα πνιγμός ή έμετος [84]. Η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής στους εφήβους μπορεί να διαλάθει της προσοχής, θεωρούμενη απλώς ως επιλεκτική διατροφή, εντούτοις οι συνυπάρχουσες λειτουργικές διαταραχές όπως για παράδειγμα η απώλεια βάρους και η αδυναμία της φυσιολογικής ανάπτυξης του εφήβου την σηματοδοτούν. Οι έφηβοι κινδυνεύουν με επιλοκές και προβλήματα υγείας αντίστοιχα με αυτά τις ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν καταστάσεις όπως νευροαναπτυξιακές ή και αγχώδεις διαταραχές [83]. Όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την συγκεκριμένη διαταραχή, οι Locketal (2019) συνιστούν την θεραπεία στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος [85].

Άλλες ειδικές διαταραχές της σίτισης.

Αυτή η κατηγορία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου ο κλινικός γιατρός διακρίνει χαρακτηριστικά συμπτώματα μιας διαταραχής σίτισης και πρόσληψης τροφής που οδηγούν σε ψυχικό πόνο ή έκπτωση στη λειτουργικότητα, αλλά δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Σε αυτές τις διαταραχές περιλαμβάνονται [66]:

- Η άτυπη ψυχογενής ανορεξία.
- Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας.

- Η ψυχογενής βουλιμία χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας, και
- Η διαταραχή νυχτερινής υπερφαγίας.

Οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες του NICE (National Institute for Health and Care Excellence) των Η.Π.Α. αναφέρουν ότι σε όλες τις διαταραχές της σίτισης ή διατροφής της κατηγορίας αυτής, η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνει με βάση την διαταραχή η οποία προσομοιάζει πιο πολύ με αυτήν στα κλινικά της χαρακτηριστικά [86].

1.3.5 Διαφορική διάγνωση και εκτίμηση των διαταραχών

Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι απλή στις περισσότερες των περιπτώσεων, ειδικά εάν ληφθεί το κατάλληλο ιστορικό. Σε ορισμένες περιπτώσεις βέβαια, παθολογικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (νόσος Crohn και ελκώδης κολίτις), η θυρεοτοξίκωση, ο σακχαρώδης διαβήτης ή ακόμα και νεοπλασματικές νόσοι (με χαρακτηριστικότερη περίπτωση νεόπλασμα του εγκεφάλου) μπορεί να θεωρηθούν ως νευρική ανορεξία. Επιπλέον, η διάγνωση γίνεται πιο δύσκολη όταν συνυπάρχει καταθλιπτική ή σχιζοφρενική διαταραχή στον έφηβο [83]. Όσον αφορά τις διαταραχές της ψυχογενούς βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας, και οι στις δύο καταστάσεις μπορεί να υπάρχει επικάλυψη με άτυπες μορφές κατάθλιψης (για παράδειγμα ο υπερβολικός ύπνος και κατανάλωση τροφής πολύ συχνά παρατηρούνται σε εφήβους που πάσχουν από κατάθλιψη κατά τους χειμερινούς μήνες, κατά τους οποίους το φως της ημέρας είναι λιγοστό). Επιπλέον, περίπου το 50% των εφήβων που εμφανίζουν τις δύο αυτές διαταραχές εμφανίζουν ταυτόχρονα και συμπτωματολογία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ADHD), ενώ στο 15% περίπου των περιπτώσεων συνυπάρχουν πολλαπλές παρορμητικές παθολογικές συμπεριφορές (κατάχρηση ουσιών, παρορμητική ή καταναγκαστική αγορά καταναλωτικών προϊόντων, αλλά και πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις [83].

1.3.6 Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συχνότητα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες στις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας, και συνδέεται άμεσα με την αυξημένη νοσηρότητα του ατόμου καθ' όλη την διάρκεια της ενήλικης ζωής του• από την άλλη πλευρά, οι διατροφικές διαταραχές (με πιο συνηθισμένες την ψυχογενή βουλιμία, την ψυχογενή ανορεξία και την επεισοδιακή υπερφαγία), αποτελούν πλέον την τρίτη πιο συχνή χρόνια παθολογική κατάσταση στους εφήβους, μετά την παχυσαρκία και το βρογχικό άσθμα [87]. Σύμφωνα με τους Lebowetal. (2015) [88], η πλειοψηφία των εφήβων που εμφανίζουν μία σημαντική και εμμένουσα διατροφική διαταραχή δεν είχαν ιστορικό παχυσαρκίας, αλλά στις περισσότερες των περιπτώσεων παρερμηνεύουν την έννοια της «υγιεινής διατροφής» και εμπλέκονται σε ανθυγιεινές συνήθειες, όπως η παράλειψη σημαντικών γευμάτων και η υπερβολική διαίτα, με στόχο την ελάττωση του σωματικού βάρους και το να είναι «περισσότερο υγιείς», με τελικό, δυστυχώς, αποτέλεσμα, την εγκατάσταση της διατροφικής διαταραχής. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται περιληπτικά οι διατροφικές και άλλες δραστηριότητες και συνήθειες των εφήβων οι οποίες είναι ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών της διατροφής τους καθώς και τα κλινικά σημεία και συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να «σημάνουν συναγερμό» στον οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η προσπάθεια για πρόληψη, λοιπόν των παραπάνω αναφερόμενων διαταραχών της διατροφής των εφήβων χρειάζεται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση η οποία θα πρέπει να εστιαστεί στην ενίσχυση των υγιών οικογενειακών σχέσεων σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου ζωής των εφήβων. Οι συνιστώμενες οδηγίες, σύμφωνα με τους Goldenetal. (2016) [87], είναι οι παρακάτω:

- Πρέπει με κάθε τρόπο να αποθαρρύνονται οι έφηβοι να ακολουθούν δίαιτες, να παραλείπουν γεύματα ή (ακόμα χειρότερα) να χρησιμοποιούν φαρμακευτικά σκευάσματα απώλειας βάρους• αντίθετα, θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην υιοθέτηση υγιούς διατροφής, σε συνδυασμό με τακτική άσκηση και σωματική δραστηριότητα.

- Πρέπει να προωθείται, από το οικογενειακό περιβάλλον, μία θετική εικόνα του σώματος των εφήβων αγοριών και κοριτσιών. Με κανέναν τρόπο να μην ενθαρρύνεται η εικόνα του σώματός τους ως λόγος για έναρξη δίαιτας.
- Να ενθαρρύνονται όσο το δυνατόν πιο συχνά τα οικογενειακά γεύματα.
- Στο οικογενειακό περιβάλλον οι συζητήσεις να μην επικεντρώνονται στην δίαιτα, αλλά στην υγιεινή διατροφή και στην σωματική άσκηση προκειμένου να προαχθεί η υγεία των εφήβων.
- Ο θεράπωντας ιατρός του υπέρβαρου ή παχύσαρκου εφήβου θα πρέπει να αναζητήσει πιθανό ιστορικό κακομεταχείρισης ή εκφοβισμού (bullying) και να αντιμετωπίσει άμεσα το πρόβλημα αυτό στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Στην περίπτωση κατά την οποία ένας υπέρβαρος ή παχύσαρκος έφηβος θα πρέπει να χάσει βάρος, να παρακολουθείται στενά ο ρυθμός της απώλειας, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι δεν θα εμφανιστούν ιατρικές επιπλοκές από την υπερβολική διαίτά του.

Πίνακας 1: Συμπεριφορές και δραστηριότητες υψηλού κινδύνου και ανησυχητικά κλινικά ευρήματα. Πηγή: RosenDS, (2010) [89].

Συμπεριφορές και δραστηριότητες υψηλού κινδύνου

- Πολύ μεγάλη ελάττωση της καθημερινής προσλαμβανόμενης τροφής (< 500 kcal/d).
- Παράλειψη γευμάτων με σκοπό την απώλεια βάρους.
- Παρατεταμένοι περίοδοι νηστείας.
- Πρόκληση εμέτου.
- Χρήση διαιτητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, υπακτικών και διουρητικών φαρμάκων.
- Υπερβολική και ψυχαναγκαστική σωματική άσκηση.
- Κοινωνική απομόνωση, ευερεθιστότητα, επίμονος φόβος για αύξηση του σωματικού βάρους, διαταραγμένη εικόνα της μορφής του σώματός τους.

Ανησυχητικά κλινικά ευρήματα

- Ταχεία ελάττωση του σωματικού βάρους.
 - Υποχώρηση στις κλίμακες του σωματικού βάρους και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).
 - Αμηνόρροιαστακορίτσια.
 - Παρουσία αστάθειας βασικών ζωτικών σημείων:
 - Βραδυκαρδία (< 50 σφύξεις / λεπτόκατάτηδιάρκειατηςημέρας).
 - Αρτηριακήυπόταση (< 90 / 45 mm/Hg).
 - Υποθερμία: θερμοκρασίασώματος< 35,6°C.
 - Ορθοστατική υπόταση: ελάττωση συστολικής αρτηριακής πίεσης >20mm/Hg ή διαστολικής αρτηριακής πίεσης > 10mm/Hg κατά την έγερση, ή αύξηση του καρδιακού ρυθμού > 20σφύξεις / λεπτό κατά την έγερση.
-

1.4 Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Καθώς η εφηβεία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση, κατά την οποία ο έφηβος, βαδίζοντας προς την ενηλικίωσή του, αφήνει πίσω του οριστικά την παιδική του ηλικία, οι τόσο σημαντικές σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές μεταβολές οι οποίες επισυμβαίνουν και έχουν ήδη περιγραφεί, πολλές φορές συνδυάζονται με προβλήματα και διαταραχές σε σχέση με την άποψη και την εικόνα που έχει προς το ίδιο του το σώμα. Η εικόνα που έχει διαμορφώσει ο κάθε άνθρωπος για το σώματος του είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη ψυχολογική διεργασία, η οποία ενσωματώνει διαστάσεις του γνωστικού, του συμπεριφορικού και του συναισθηματικού του κόσμου [90]. Παραπέμπει, σύμφωνα με τους Hartman-Munichetal, (2020), στην «εσωτερική εικόνα» που έχει κάποιος για την «εξωτερική του εικόνα», το σώμα του, το βάρος, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και τη γενικότερη εμφάνισή του. Η εικόνα του σώματος των εφήβων φαίνεται ότι επηρεάζεται από την επιρροή των μέσων ενημέρωσης, από τον αθλητισμό και από τις προσωπικές τους σχέσεις. Η θετική και η αρνητική εικόνα του σώματος αποτελούν ξεχωριστές οντότητες, με την γενική κατάσταση της υγείας να είναι καλύτερη στους εφήβους οι οποίοι έχουν καλή εικόνα για το σώμα τους [91]. Η αρνητική εικόνα που διαμορφώνει το νέο αγόρι ή κορίτσι για το σώμα του φαίνεται ότι έχει σχέση με την υπέρ του δέοντος σημασία η οποία δίδεται πολλές φορές σε αυτή την ηλικία στην εξωτερική εμφάνιση, αλλά και στην διαστρεβλωμένη εκτίμηση που έχει για το μέγεθος ή την μορφή του σώματός του [92]. Όταν η συγκεκριμένη αρνητική εικόνα σώματος διατηρείται για σημαντικό χρονικό διάστημα και το ενδιαφέρον για μια πτυχή της εμφάνισης καταλήγει να επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του εφήβου (τις κοινωνικές του σχέσεις, την ψυχική του διάθεση και, πιο σημαντικό από όλα, την αυτοεκτίμησή του), τότε μιλάμε για διαταραχή της εικόνας του σώματος, η οποία μπορεί να αποτελέσει τον πρόδρομο σημαντικών κλινικών διατροφικών διαταραχών, όπως άλλωστε θα αναφερθεί στην συνέχεια της παρούσας εργασίας. Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των Cashetal (2004), [93], οι οποίοι χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο BodyImageDisturbanceQuestionnaire (BIDQ) προσπάθησαν να συνδυάσουν την εικόνα του αντίληψη της εικόνας του σώματος νεαρών ανδρών και γυναικών με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητά τους. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματος σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους κατά τις κοινωνικές συναναστροφές αλλά και διατροφικές

διαταραχές. Μεγαλύτερα ποσοστά στην αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματός τους παρατηρήθηκε στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, και μάλιστα σε αυτές που είχαν αυξημένο σωματικό βάρος, καθώς και στις λευκές γυναίκες σε σχέση με τις αφροαμερικανίδες.

Η εφηβεία στα αγόρια φέρνει χαρακτηριστικά που χαίρουν κοινωνικής αποδοχής (ύψος, δύναμη, ταχύτητα) ενώ στα κορίτσια φέρνει χαρακτηριστικά λιγότερο αποδεκτά σύμφωνα με τα κυρίαρχα πρότυπα ομορφιάς, καθώς στα κορίτσια παρατηρείται αύξηση του σωματικού λίπους. Αυτές οι αλλαγές, λοιπόν, μπορούν να συμβάλλουν σε μια αρνητική εικόνα του σώματος στα κορίτσια που απομακρύνονται από το πρότυπο του λεπτού, αδύνατου κορμιού. Αντίθετα, τα αγόρια αισθάνονται την ανάγκη να αυξήσουν την μυικότητά τους, ώστε να πληρούν τα κριτήρια για ένα μωδές σώμα, όπως επιτάσσει το σύγχρονο ανδρικό πρότυπο εμφάνισης. Σύμφωνα με τους Jones and Crowford (2006) [94], τα νεαρά κορίτσια είναι δεσμευμένα στην κουλτούρα της εξωτερικής τους εμφάνισης και συζητάνε πολύ περισσότερο για το θέμα αυτό μεταξύ τους σε σχέση με τα συνομήλικα τους αγόρια. Τα πιο υπέρβαρα κορίτσια συζητούν περισσότερο σχετικά με μεθόδους δίαιτας συγκριτικά με τα υπόλοιπα και έχουν αυξημένη ανασφάλεια και άσχημη εικόνα για το σώμα τους καθώς θεωρούν ότι η αποδοχή τους από τους συνομήλικους τους εξαρτάται από την κατά το δυνατόν πιο πιστή αντιγραφή του ιδανικού της «λεπτής σιλουέτας». Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι και τα αγόρια δέχονται εξίσου, αν όχι μεγαλύτερη πίεση από τους συνομηλικούς τους, με τις συζητήσεις τους να αφορούν όχι τόσο την διαίτα, αλλά την μυϊκή τους ανάπτυξη. Από την άλλη πλευρά, σε αντίθεση με τα κορίτσια, τα πλέον μεγάλωσα και με μεγαλύτερο βάρος αγόρια δεν φαίνεται να βρίσκονται σε ιδιαίτερη μειονεκτική θέση σε αντίθεση με τα πιο αδύνατα τα οποία δέχονται τις περισσότερες επικρίσεις και αρνητικά σχόλια σε σχέση με την ελαττωμένη μυϊκή τους μάζα.

Οι βιολογικές αλλαγές λοιπόν σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε μια ερμηνεία της γενικευμένης σωματικής δυσαρέσκειας κατά τη διάρκεια της εφηβείας [95]. Σε αυτούς τους παράγοντες, περίοπτη θέση κατέχει ο ρόλος των φορέων κοινωνικοποίησης, όπως είναι η οικογένεια, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και κυρίως οι συνομήλικοι.

1.4.1 Η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην εικόνα του σώματος των εφήβων

Η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης αλλά και, πλέον, των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στην εικόνα του σώματος αγοριών και κοριτσιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι καθοριστικής σημασίας και πραγματώνεται μέσω δύο μηχανισμών: της κοινωνικής σύγκρισης και της εσωτερίκευσης των προτύπων εμφάνισης [96]. Η τηλεόραση, τα περιοδικά, οι κινηματογραφικές ταινίες, το διαδίκτυο προβάλλουν συνεχώς εικόνες ιδεατής και στις περισσότερες περιπτώσεις μη ρεαλιστικής, ομορφιάς, μεγέθους, βάρους και σωματικής ρώμης. Περιοδικά που απευθύνονται σε έφηβες κοπέλες είναι γεμάτα με εικόνες νεαρών, λεπτών, ελκυστικών και γενικότερα απεγάδιαστων μοντέλων με λεπτή μέση και ελάχιστα στρογγυλεμένους γοφούς ενώ περιοδικά που απευθύνονται σε αγόρια βρίθουν από φωτογραφίες λεπτών, αθλητικών ανδρών με μυώδες σώμα που απολαμβάνουν τη συντροφιά των προαναφερθέντων γυναικείων μοντέλων. Ταυτόχρονα, οι διαγωνισμοί ομορφιάς εξακολουθούν να αποτελούν ένα δημοφιλές πρόγραμμα, που παρουσιάζει διεθνώς τα πρότυπα ομορφιάς. Η παρατεταμένη έκθεση σε αυτά τα εξιδανικευμένα πρότυπα ομορφιάς-ήδη από τη μικρή παιδική ηλικία και το παιχνίδι με την Barbie και τον Ken-σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές εντάσεις που βιώνει ο έφηβος, τον οδηγούν σε συναισθήματα απογοήτευσης για το προσωπικό του βάρος και σχήμα. Αυτό το γεγονός είναι ιδιαίτερα τραυματικό για τα κορίτσια, καθώς η γυναικεία εξωτερική εμφάνιση παρουσιάζεται ταυτόχρονα και ως ταυτόσημη με την επαγγελματική επιτυχία και την προσωπική ευτυχία. Οι έφηβες κοπέλες θεωρώντας ότι ολόκληρη η μετέπειτα ζωή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εξωτερική τους εμφάνιση και πιστεύοντας ότι απέχουν πολύ από το ιδεατό βιώνουν αρνητικά συναισθήματα και είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν διατροφικές διαταραχές[97]. Όσον αφορά τα αγόρια, ενώ το πρότυπο του μυώδους, αθλητικού άνδρα ξεχωρίζει, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσιάζουν διάφορους τύπους ανδρών, οι οποίοι χαίρουν κοινωνικής αναγνώρισης, επαγγελματικής και προσωπικής επιτυχίας. Μπορούν, λοιπόν, να είναι αποδεκτοί και ελκυστικοί χωρίς να πληρούν εντελώς τα ιδεατά κριτήρια.

Ταυτόχρονα, μεγάλο μέρος των Μ.Μ.Ε. ασχολείται και προβάλλει πρακτικές απώλειας βάρους παρουσιάζοντας όλη τη διαδικασία ως κάτι απλό και εύκολο. Αυτό

εξηγεί και το γεγονός ότι τα κορίτσια θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους ως προς την απώλεια βάρους, γεγονός που οδηγεί στην απογοήτευση και την προσωπική δυσαρέσκεια, όταν αυτοί οι στόχοι δεν πετυχαίνονται. Σύμφωνα λοιπόν με τους Uchoaetal. (2019), η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά δυσμενούς άποψης των εφήβων και ειδικά των κοριτσιών σε σχέση με την εικόνα του σώματός τους, γεγονός που τελικά μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών [98].

1.4.2 Η επίδραση της οικογένειας στην εικόνα του σώματος των εφήβων

Η οικογένεια αποτελεί πανάρχαιο, θεμελιώδη κοινωνικό θεσμό και συνιστά τον πρώτο χώρο ύπαρξης του ανθρώπου. Μέσα στην οικογένεια ο άνθρωπος διαμορφώνει τον χαρακτήρα του, αποκτώντας ταυτόχρονα συνείδηση της οντότητάς του. Οι γονείς, επομένως, συνδράμουν στη διαμόρφωση της εικόνας του σώματος των εφήβων επηρεάζοντας με συνειδητό ή ασυνείδητο τρόπο τα παιδιά από την νηπιακή ηλικία [90]. Αυτό συντελείται τόσο μέσω των προσωπικών τους αντιλήψεων αναφορικά με διατροφικά ζητήματα και τις διατροφικές συνήθειες που εφαρμόζουν στην οικογένεια όσο και μέσω του τρόπου αντιμετώπισης του δικού τους σώματος και της προσωπικής τους εικόνας. Έτσι, έφηβες με μητέρες που είναι μονίμως δυσαρεστημένες από την εικόνα του σώματός τους, τείνουν να έχουν και οι ίδιες αρνητική εικόνα για το σώμα και τον εαυτό τους, αφού η σημαντικότερη γυναικεία φιγούρα του περιβάλλοντος τους παρουσιάζει αυτή τη συμπεριφορά [99].

Ενώ οι μητέρες ασκούν επιρροή περισσότερο στις κόρες τους μέσω της πρακτικής της διαίτας για την απώλεια βάρους, οι πατέρες επηρεάζουν τα αγόρια δίνοντας έμφαση στην άθληση. Επίσης, διατυπώνουν αρνητικά σχόλια για την εμφάνιση της κόρης τους σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με αντίστοιχα σχόλια προς το αγόρι [100]. Η υπερβολική ενασχόληση των γονέων με το να είναι τα παιδιά αδύνατα ή οι συνεχείς συμβουλές τους να αποφεύγουν το πάχος μπορεί να οδηγήσει τα νεαρά άτομα σε μια διαρκή δίαιτα ή σε ανθυγιεινές μεθόδους αδυνατίσματος. Οι γονείς, συνεπώς, επηρεάζουν τόσο με έμμεσο όσο και με άμεσο τρόπο την αντίληψη των παιδιών τους για τη διατροφή και την προσωπική εικόνα.

1.4.3 Η επίδραση των συνομηλίκων στην εικόνα του σώματος των εφήβων

Η εφηβεία είναι ένα στάδιο, κατά το οποίο οι κοινωνικές σχέσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της εικόνας του σώματος του εφήβου. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους επηρεάζουν την εικόνα του σώματος και αντίστροφα η εικόνα του σώματος επηρεάζει τις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Η ομάδα των συνομηλίκων λειτουργεί με τους δικούς της κανόνες και αυτοί που τους ακολουθούν, ανταμείβονται ενώ αυτοί που παρεκκλίνουν, τιμωρούνται αυστηρά, είτε με αποκλεισμό από την ομάδα των συνομηλίκων είτε με χλευαστικά πειράγματα αναφορικά με την εμφάνιση. Οι συνομηλίκτοι αποδέχονται το πρότυπα ομορφιάς, όπως αυτά παρουσιάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης[101].

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τα παιδιά βασίζονται περισσότερο στους φίλους και συνομηλίκους τους παρά στους γονείς τους. Συζητούν μαζί τους θέματα που τους αφορούν και σχετίζονται με το σώμα, το βάρος και μεθόδους αδυνατίσματος. Ταυτόχρονα, όμως, συζητούν για τα ρούχα και τη γενικότερη εξωτερική εμφάνιση, ανάγοντάς την με αυτό τον τρόπο σε υπέρτατη αξία. Η αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων έχει καταλυτική επίδραση στη συμπεριφορά των εφήβων. Κατά την άποψη των εφήβων κοριτσιών, θα είναι «δημοφιλή» μόνο αν είναι λεπτά και άρα θα πρέπει να βρίσκονται συνεχώς σε καθεστώς δίαιτας. Επίσης, πιστεύουν ότι μόνο με αυτό τον τρόπο θα είναι ελκυστικές στο άλλο φύλο. Τέλος, καθώς οι συνομηλίκτοι αποτελούν πηγή σύγκρισης, οι έφηβοι υιοθετούν άκριτα στάσεις που ενστερνίζεται η ομάδα των συνομηλίκων τους αναφορικά με την εμφάνιση, τη διατροφή και τη διαίτα[102].

1.4.4. Εικόνα του σώματος και διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία

Όπως έχει λοιπόν αναφερθεί, ένας ιδιαίτερα σημαντικός αριθμός παιδιών και εφήβων, αγοριών και κοριτσιών (στην ευρεία ηλικιακή ομάδα των 6 – 17 ετών), είναι δυσαρεστημένοι με το σωματικό τους βάρος. Πολλοί από αυτούς αναφέρουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με την εικόνα του σώματός τους και συστηματικά κάνουν δίαιτα προκειμένου να την τροποποιήσουν. Ένας μικρός αριθμός από αυτούς μπορεί να παρουσιάσει διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής, αλλά ένας αρκετά μεγαλύτερος αριθμός εμφανίζει ξεκάθαρα σημεία ώστε να χαρακτηριστεί ως «υψηλού κινδύνου» εμφάνιση διαταραχών διατροφής, ή ακόμα ότι πάσχει από μερική, ή άτυπη μορφή ανάλογης διαταραχής [103].

Σε μία από τις πιο μεγάλες μελέτες σειράς, με παρακολούθηση άνω των τριών ετών οι CattarinandThompson (1994) [104], μελέτησαν μία ομάδα από έφηβες κοπέλες σε σχέση με τις πιθανές διαταραχές που είχαν στην εικόνα του σώματός τους, τις διαταραχές στην διατροφή τους αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που είχαν τα συγκεκριμένα προβλήματα στην κοινωνική τους ζωή. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν ήταν ότι 1) Όσο μεγαλύτερο ήταν το σωματικό βάρος των κοριτσιών, τόσο μεγαλύτερα προβλήματα και «πειράγματα» αντιμετώπιζαν στο σχολικό τους περιβάλλον, 2) Η συγκεκριμένη αντιμετώπιση από τους συνομήλικους ήταν ο κύριος λόγος για τον οποίον οι έφηβες δεν ήταν ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματός τους, 3) Η συγκεκριμένη δυσαρέσκεια σε σχέση με την εικόνα του σώματος είχε ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση συστηματικής δίαιτας και υπερβολικών περιορισμών στην διατροφή, και 4) Οι συνυπάρχουσες κρίσεις βουλιμίας πιθανολογούσαν σε μεγάλο βαθμό σημαντικά και επίμονα προβλήματα στην ψυχολογία της έφηβης.

Όλα τα παραπάνω λοιπόν συνοψίζονται στα συμπεράσματα της Smolak (2009), σύμφωνα με την οποία [105]: 1) Οι διαταραχές στην εικόνα του σώματος των εφήβων, οι διαταραχές που εμφανίζουν αυτοί στην πρόσληψη της τροφής και η παχυσαρκία αποτελούν τρεις παραμέτρους που μοιράζονται ακριβώς τους ίδιους παράγοντες κινδύνου, και 2) Η παχυσαρκία, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και οι διατροφικές διαταραχές (ειδικές και μη ειδικές) έχουν άμεση συσχέτιση μεταξύ τους.

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Από όλα τα παραπάνω αναφερόμενα είναι φανερό ότι τις τελευταίες δεκαετίες στις ανεπτυγμένες χώρες και φυσικά στην χώρα μας, ο καθημερινός τρόπος ζωής έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τις διατροφικές συνήθειες όλου του πληθυσμού και φυσικά των εφήβων. Έχει ήδη γίνει αναφορά στα αυξημένα ποσοστά μη υγιεινής διατροφής και παχυσαρκίας ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας, στην μη σωστή τήρηση του προγράμματος των γευμάτων και ειδικά του πρωινού καθώς και στο γεγονός ότι ολοένα και πιο λίγες οικογένειες συγκεντρώνονται στο τραπέζι, τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, προκειμένου να γευματίσουν όλοι μαζί. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, σε συνδυασμό φυσικά με αυτήν καθ' εαυτή την τόσο ευαίσθητη περίοδο της εφηβείας και με τις πολλαπλές, επιβλαβείς κατά κύριο λόγο επιδράσεις και πρότυπα που δέχονται σε καθημερινή βάση οι έφηβοι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση μιας σειράς διαταραχών στην διατροφή τους, όπως έχουν αυτές ήδη αναφερθεί.

Ο σκοπός λοιπόν της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθούν οι συσχετίσεις των διατροφικών συνηθειών και των πιθανών διατροφικών παρεκτροπών των εφήβων με μία σειρά από δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και με την βαθμό της ικανοποίησης που έχουν με την εικόνα του σώματός τους. Οι υποθέσεις που τέθηκαν προς επαλήθευση είναι οι παρακάτω:

Υπόθεση 1η: Αναμένεται να υπάρχει συσχέτιση των διατροφικών συνηθειών και παρεκτροπών των εφήβων αναφορικά με το φύλο. Υπάρχουν δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας (και μάλιστα Ελληνικής) που αναφέρουν σημαντικά περισσότερα προβλήματα στα κορίτσια [22, 106].

Υπόθεση 2η: Αναμένεται να υπάρχει συσχέτιση των διατροφικών παρεκτροπών σε συνάρτηση με την ηλικία των εφήβων. Στο συγκεκριμένο ερώτημα τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα, με ορισμένες μελέτες να δείχνουν ότι όσο μεγαλώνουν οι έφηβοι, τόσο επηρεάζονται αρνητικά οι διατροφικές τους συνήθειες [22, 106], ενώ άλλες μελέτες να καταλήγουν σε αντίθετα συμπεράσματα [107].

Υπόθεση 3η: Η ύπαρξη συσχέτισης προβλημάτων διατροφής σε σχέση με το εάν οι έφηβοι έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα – ερώτημα το οποίο από την μελέτη της βιβλιογραφία δεν φαίνεται να έχει έως τώρα μελετηθεί.

Υπόθεση 4η: Οι συνθήκες διαμονής των εφήβων αναμένεται να σχετίζονται με προβλήματα διατροφής στους εφήβους. Υπάρχουν δεδομένα της βιβλιογραφίας, τόσο στην χώρα μας [104], όσο και στο εξωτερικό [44], τα οποία δείχνουν ότι η απουσία του ενός ή και των δύο γονιών από το σπίτι επηρεάζουν δυσμενώς τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων.

Υπόθεση 5η: Το μορφωτικό επίπεδο των γονιών αναμένεται να σχετίζεται με προβλήματα διατροφής στους εφήβους – πρόκειται για μία υπόθεση για την οποία έχει φανεί ότι υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα τα οποία αναδεικνύουν μια σημαντική θετική συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των γονιών με την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής στους εφήβους [108, 109].

Υπόθεση 6η: Αναμένεται ότι θα υπάρχει συσχέτιση των διατροφικών συνηθειών και παρεκτροπών των εφήβων με την εικόνα την οποία έχουν σχηματίσει για το σώμα τους – υπόθεση η για την οποία έχει φανεί ότι υπάρχει σαφής και ισχυρή επιβεβαίωσή της [22, 44, 110].

2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες:

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 1100 έφηβοι με μέσο όρο ηλικίας 15,1 έτη. Από τους εφήβους, το 51% ήταν αρσενικού και το 49% θηλυκού γένους. Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν από διάφορα μέρη της Ελλάδας. Ειδικότερα από Ταύρο, Ελευσίνα, Χανιά, Πειραιά, Βόλο, Κέρκυρα, Κυκλάδες, Ίλιον, Παλλήνη, Μαρούσι(Ανάβρυτα) και Ιωάννινα.

Διαδικασία:

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους μαθητές κατά τη διάρκεια των δύο ακαδημαϊκών χρονιών (Μάιος 2019 – Νοέμβριος 2019) από τους εκπαιδευτικούς της εκάστοτε τάξης, οι οποίοι προηγουμένως είχαν έρθει σε επικοινωνία με τον επιστημονικό υπεύθυνο της ακαδημίας γονέων. Κατά τη συμπλήρωση υπήρχε η ακόλουθη οδηγία στην αρχή του ερωτηματολογίου : « Σε ευχαριστούμε πολύ που συμμετείχες σε αυτή την έρευνα. Εάν μπορείς, συμπλήρωσε τις ερωτήσεις όσο καλύτερα γίνεται. Θα βοηθήσεις πολύ να γίνουν κατανοητά πολλά ζητήματα που αφορούν την ηλικία σου και έτσι να σχεδιαστούν προγράμματα για την ενημέρωση σου, με την συμμετοχή σου». Η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε στη σχολική αίθουσα του εκάστοτε σχολείου.

Υλικό :

Για την πραγματοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Στάσεων Διατροφής (EatingAttitudesTest) EAT-26, η οποία αποτελείται από 26 ερωτήσεις, με έξι πιθανές απαντήσεις για την κάθε μία ερώτηση: 3=συχνά, 2=συνήθως, 1=πάντα, 0=μερικές φορές, σπάνια, ποτέ – με την τελική βαθμολόγηση να κυμαίνεται ανάμεσα στο 0 – 78. Η Κλίμακα Στάσεων Διατροφής αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: 1) Δίαιτα, 2) Βουλιμία, 3) Έλεγχος Φαγητού. Το συγκεκριμένο εργαλείο, παρά το γεγονός ότι δεν θεωρείται διαγνωστικό για τις διαταραχές της πρόσληψης της τροφής, εντούτοις θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων αντίστοιχων διαταραχών[111]. Στο Παράρτημα I παρουσιάζεται το πρωτότυπο Ερωτηματολόγιο του EatingAttitudesTest(EAT-26), όπως το πρωτοπαρουσίασαν οι Garneretal. το 1982 [111]. Η μελέτη της εγκυρότητας

και της αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου EAT-26 πραγματοποιήθηκε από τον Σίμο (1996) [112]. Σύμφωνα με την έκδοση αυτή, βαθμολογία ≥ 20 θεωρείται ότι αποτελεί ένδειξη για σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας μορφής διατροφικής διαταραχής. Στο Παράρτημα II παρουσιάζεται η Ελληνική Έκδοση του Ερωτηματολογίου EAT-26. Στο Παράρτημα III παρουσιάζονται οι ανεξάρτητες και η εξαρτημένη μεταβλητή της παρούσας μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέσος όρος (Τυπική Απόκλιση, SD) ή ως διάμεση τιμή (ενδοτεταρτομοριακό εύρος, IQR). Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Το Mann-Whitney τεστ χρησιμοποιήθηκε για την σύγκριση των συνεχόμενων μεταβλητών ανάμεσα σε δύο ομάδες. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analysis) με εξαρτώμενη παράμετρο την βαθμολογία EAT-26. Η εξίσωση της παλινδρόμησης περιελάμβανε όρους σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων και πληροφορίες για την εικόνα του σώματός τους. Οι προσαρμοσμένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β) με το τυπικό σφάλμα (SE) υπολογίστηκαν από τα αποτελέσματα των αναλύσεων γραμμικής παλινδρόμησης. Λογαριθμικοί μετασχηματισμοί χρησιμοποιήθηκαν για τις βαθμολογήσεις EAT-26 στην ανάλυση παλινδρόμησης λόγω της έλλειψης κανονικότητας των δεδομένων. Όλες οι αναφερόμενες τιμές p είναι με συντελεστή δίπλευρης σημαντικότητας (two-tailed). Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο $p < 0.05$, και όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 22.0).

2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούνταν από 1100 εφήβους με μέσο όρο ηλικίας τα 15,1 έτη ($SD=0,7$). Τα χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (50,6%) ήταν κορίτσια (Γράφημα 1), και η μεγάλη πλειοψηφία τους (96,3%) γεννήθηκαν στην Ελλάδα (Γράφημα 2). Επιπλέον, το 83,1% των συμμετεχόντων διέμεναν μαζί με τους γονείς τους (Γράφημα 3) και το 7,9% είχε τουλάχιστον έναν από τους δύο γονιούς του άνεργο (Γράφημα 4). Από το σύνολο του δείγματος το 71,7% ήταν ευχαριστημένοι από το σώμα τους, το 52,4% ήθελαν κάποια αλλαγή στο σώμα τους, το 50,4% ήθελαν να χάσουν βάρος σε αντίθεση με το 16,4% που ήθελαν να βάλουν επιπλέον βάρος (Γράφημα 7).

Οι υποκατηγορίες της κλίμακας EAT-26 καθώς και η συνολική βαθμολόγησή της παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, Γράφημα 8. Η διάμεση συνολική βαθμολογία ήταν 8 (ενδοτεταρτομοριακό εύρος: 4 -14).

Όταν οι υποκατηγορίες της κλίμακας EAT-26 συσχετίστηκαν με τις πληροφορίες σχετικά με την εικόνα που είχαν οι έφηβοι σε σχέση με το σώμα τους (Πίνακας 4), διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι οι οποίοι ήταν ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματός τους είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις κατηγορίες της διαίτας, της βουλιμίας και ανησυχίας τους σχετικά με την τροφή, και στην συνολική βαθμολογία, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών διαταραχών. Από την άλλη πλευρά, οι έφηβοι οι οποίοι ήθελαν αλλαγές στο σώμα τους είχαν σημαντικά μεγαλύτερα προβλήματα σε σχέση με την διαίτα, την βουλιμία και ανησυχία τους σχετικά με την τροφή, λιγότερα προβλήματα στον έλεγχο του φαγητού και περισσότερα γενικά διατροφικά προβλήματα. Ομοίως, οι έφηβοι οι οποίοι ήθελαν να χάσουν βάρος είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε σχέση με την διαίτά τους, μικρότερο έλεγχο του φαγητού και περισσότερες γενικά διατροφικές διαταραχές. Αντίθετα, οι έφηβοι που επιδίωκαν να πάρουν περισσότερο βάρος έκαναν πολύ λιγότερη διαίτα, είχαν μεγαλύτερη βουλιμία και ανησυχία σε σχέση με την τροφή και μεγαλύτερο έλεγχο του φαγητού.

Μετά την πραγματοποίηση της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα διατροφικά προβλήματα τα είχαν οι έφηβοι οι οποίοι είχαν διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με αυτούς οι οποίοι έμεναν και με τους δύο γονιούς τους (Πίνακας 5).

Επίσης, στις περιπτώσεις στις οποίες οι πατέρας τους ήταν απόφοιτος Πρωτοβάθμιας / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γράφημα 5), είχαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα διατροφικά προβλήματα σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Επιπλέον, τα περισσότερα διατροφικά προβλήματα τα είχαν οι έφηβοι οι οποίοι δεν ήταν ευχαριστημένοι με το σώμα τους, αυτοί οι οποίοι ήθελαν να αλλάξει το σώμα τους καθώς και αυτοί που ήθελαν να χάσουν βάρος. Το ποσοστό της βουλιμίας αυξανόταν με την αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, μεγαλύτερα ποσοστά βουλιμίας είχαν οι έφηβοι οι οποίοι ήθελαν να αλλάξει κάτι στο σώμα τους, καθώς και όσοι ήθελαν να αυξήσουν επιπλέον το σωματικό τους βάρος.

Σε σχέση, τέλος, με τον έλεγχο του φαγητού, διαπιστώθηκε ότι στατιστικά σημαντικά μικρότερο έλεγχο είχαν τα αγόρια, οι έφηβοι οι οποίοι γεννήθηκαν στην Ελλάδα, αυτοί που ήθελαν να χάσουν βάρος και αυτοί που δεν ήθελαν να βάλουν βάρος. Στατιστικά σημαντικά περισσότερα συνολικά διατροφικά προβλήματα είχαν τα κορίτσια, οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος Πρωτοβάθμιας / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, εκείνοι οι οποίοι ήθελαν να αλλάξει κάτι στο σώμα τους καθώς και εκείνοι που ήθελαν να χάσουν βάρος. Λιγότερα συνολικά διατροφικά προβλήματα είχαν οι έφηβοι των οποίων η μητέρα ήταν απόφοιτη Πρωτοβάθμιας / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γράφημα 6) καθώς και αυτοί οι οποίοι ήταν ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματός τους.

Πίνακας 2. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος

	N (%)
Φυλό	
Αγόρια	541 (49.4)
Κορίτσια	555 (50.6)
Ηλικία, Μέσος όρος (Τυπική Απόκλιση)	15.1 (0.7)
Γεννηθέντες στην Ελλάδα	1051 (96.3)
Βαθμολογία του προηγούμενου έτους	
<15	186 (17.1)
15-17.9	424 (39)
18-20	478 (43.9)
Συνθήκες Διαβίωσης	
Και με τους δύο γονείς	897 (83.1)
Με το έναν γονιό	171 (15.8)
Άλλη	11 (1)
Τουλάχιστον ο ένας γονιός άνεργος	86 (7.9)
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	
Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια	193 (18.4)
Λύκειο / Τεχνική Εκπαίδευση	373 (35.6)
Πανεπιστήμιο	483 (46)
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	
Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια	109 (10.3)
Λύκειο / Τεχνική Εκπαίδευση	342 (32.2)
Πανεπιστήμιο	610 (57.5)
Ευχαριστημένος με το σώμα	780 (71.7)
Θέλει κάποια αλλαγή στο σώμα	566 (52.4)
Θέλει να χάσει βάρος	543 (50.4)
Θέλει να βάλει βάρος	172 (16)

Πίνακας 3. Περιγραφή των κατηγοριών της κλίμακας EAT-26

	Μέσος όρος (SD)	Διάμεση τιμή (IQR)
Δίαιτα	5.64 (6.62)	3 (1 – 8)
Βουλιμία και ανησυχία για την τροφή	1.53 (2.52)	0 (0 – 2)
Έλεγχος φαγητού	3.44 (3.31)	3 (1 – 5)
Συνολική βαθμολογία της EAT-26	10.58 (9.00)	8 (4 – 14)

Πίνακας 4. Συσχέτιση των κατηγοριών της EAT-26 με τις πληροφορίες σχετικά με την εικόνα σώματος των εφήβων

	Δίαιτα		Βουλιμία και ανησυχία για την τροφή		Έλεγχος φαγητού		Συνολική βαθμολογία EAT-26	
	Διάμεση τιμή (IQR)	P+	Διάμεση τιμή (IQR)	P+	Διάμεση τιμή (IQR)	P+	Διάμεση τιμή (IQR)	P+
Ικανοποιημένος με το σώμα σου								
Όχι	8 (3 – 14)	<0.001	1 (0 – 3)	<0.001	2 (1 – 5)	0.237	12 (7 – 20)	<0.001
Ναι	2 (0 – 6)		0 (0 – 2)		3 (1 – 5)		7 (4 – 12)	
Θέλεις κάποια αλλαγή στο σώμα σου								
Όχι	2 (0 – 5)	<0.001	0 (0 – 1)	<0.001	3 (1 – 5)	0.022	7 (4 – 11)	<0.001
Ναι	5 (2 – 11)		1 (0 – 3)		2 (1 – 5)		10 (5 – 17)	
Θέλεις να χάσεις βάρος								
Όχι	2 (0 – 5)	<0.001	0 (0 – 2)	0.688	3 (1 – 5)	<0.001	7 (4 – 12)	<0.001
Ναι	6 (2 – 12)		0 (0 – 2)		2 (1 – 4)		10 (5 – 17)	
Θέλεις να βάλεις βάρος								
Όχι	4 (1 – 9)	<0.001	0 (0 – 2)	<0.001	3 (1 – 4)	<0.001	8 (4 – 15)	0.957
Ναι	2 (0 – 4)		1 (0 – 3)		4 (2 – 7)		9 (4 – 13)	

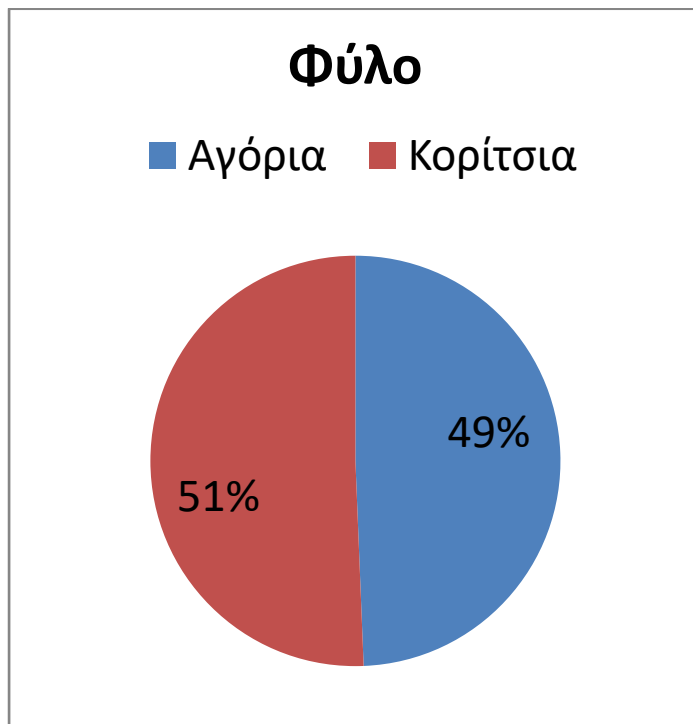
+Mann-Whitney test

Πίνακας 5. Πολλαπλή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με τις κατηγορίες της EAT-26 ως εξαρτημένες μεταβλητές και πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την εικόνα σώματος των εφήβων

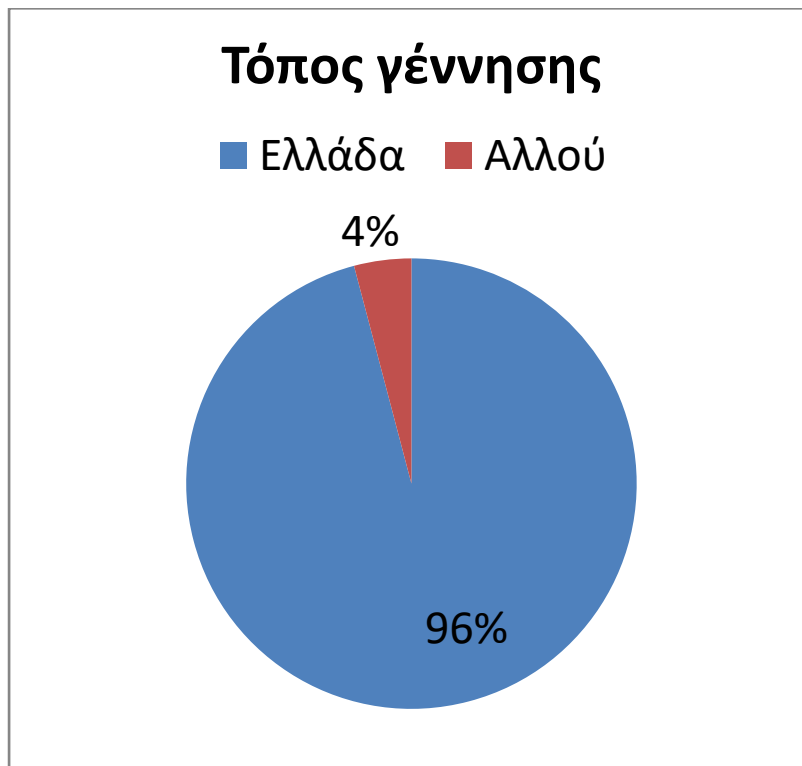
	Δίαιτα		Βουλιμία και ανησυχία για την τροφή		Έλεγχος φαγητού		Συνολική βαθμολογία EAT-26	
	β (SE)+	P	β (SE)+	P	β (SE)+	P	β (SE)+	P
Φύλο								
Αγόρια (αναφορά)								
Κορίτσια	0.02 (0.03)	0.546	0.01 (0.02)	0.515	0.07 (0.02)	0.004	0.08 (0.02)	0.001
Ηλικία	0.01 (0.02)	0.500	0.06 (0.01)	<0.001	-0.02 (0.01)	0.202	0.02 (0.02)	0.226
Γεννημένα στην Ελλάδα								
Όχι (αναφορά)								
Ναι	-0.02 (0.07)	0.777	-0.07 (0.06)	0.209	-0.14 (0.06)	0.017	-0.10 (0.06)	0.091
Βαθμολογία το προηγούμενο έτος								
18-20 (αναφορά)								
<15	0.00 (0.04)	0.989	0.04 (0.03)	0.256	-0.06 (0.03)	0.065	-0.05 (0.04)	0.181
15-17.9	-0.04 (0.03)	0.179	0.04 (0.02)	0.071	-0.03 (0.02)	0.290	-0.04 (0.03)	0.102
Συνθήκες διαβίωσης								
Και με τους δύο γονείς (αναφορά)								
Με τον ένα γονιό	0.03 (0.04)	0.342	0.05 (0.03)	0.085	0.04 (0.03)	0.141	0.05 (0.03)	0.125
Άλλο	0.29 (0.15)	0.048	0.22 (0.13)	0.091	0.14 (0.12)	0.265	0.24 (0.13)	0.071
Τουλάχιστον ο ένας γονιός άνεργος								
Όχι (αναφορά)								
Ναι	-0.07 (0.05)	0.165	0.04 (0.04)	0.253	-0.03 (0.04)	0.463	-0.03 (0.04)	0.430
Επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα								
Πανεπιστήμιο (αναφορά)								
Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια	0.09 (0.04)	0.023	-0.02 (0.03)	0.575	0.03 (0.03)	0.322	0.07 (0.04)	0.045
Λύκειο / Τεχνική εκπαίδευση	0.04 (0.03)	0.247	0.02 (0.02)	0.500	0 (0.03)	0.965	0.04 (0.03)	0.186
Επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας								
Πανεπιστήμιο (αναφορά)								
Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια	-0.09 (0.05)	0.089	0.00 (0.04)	0.937	-0.05 (0.04)	0.235	-0.09 (0.04)	0.049
Λύκειο / Τεχνική εκπαίδευση	-0.02 (0.03)	0.620	0.01 (0.02)	0.713	0.01 (0.03)	0.626	-0.01 (0.03)	0.834
Ικανοποιημένος με το σώμα σου								
Όχι								
Ναι	-0.24 (0.04)	<0.001	-0.04 (0.03)	0.152	-0.03 (0.03)	0.372	-0.17 (0.03)	<0.001
Θέλεις να αλλάξεις κάτι στο σώμα σου								
Όχι								
Ναι	0.08 (0.03)	0.009	0.08 (0.02)	0.001	-0.04 (0.03)	0.137	0.05 (0.03)	0.050

Θέλεις να χάσεις βάρος									
Όχι									
Ναι	0.17 (0.03)	<0.001	-0.01 (0.03)	0.777	-0.08 (0.03)	0.002	0.10 (0.04)	0.006	
Θέλεις να πάρεις βάρος									
Όχι									
Ναι	-0.01 (0.04)	0.837	0.1 (0.03)	0.002	0.13 (0.03)	<0.001	0.03 (0.03)	0.226	
+Συντελεστής παλινδρόμησης (Τυπικό Σφάλμα) μετά από τον λογαριθμικό μετασχηματισμό									

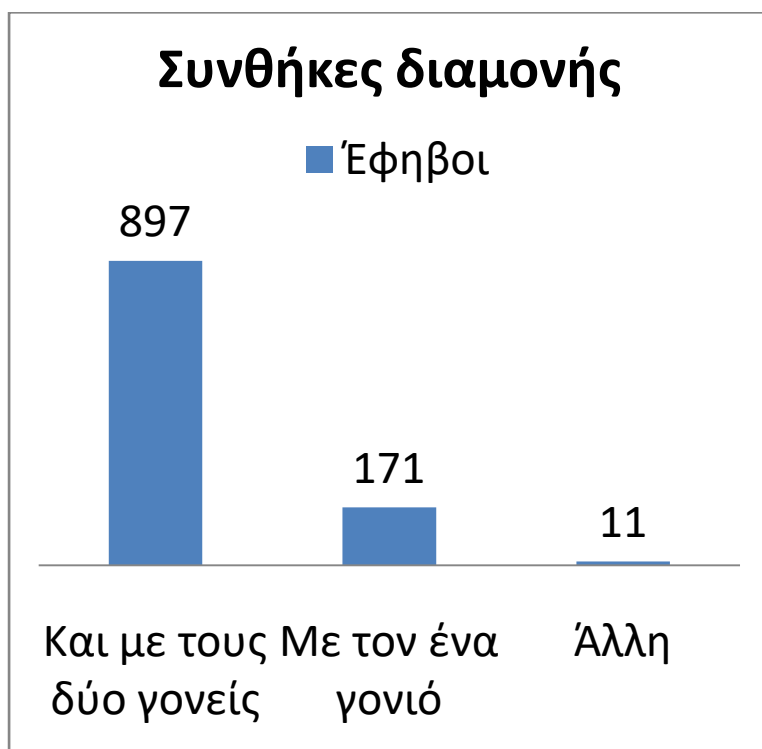
Γράφημα 1: Η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων εφήβων



Γράφημα 2: Ο τόπος γέννησης των συμμετεχόντων εφήβων



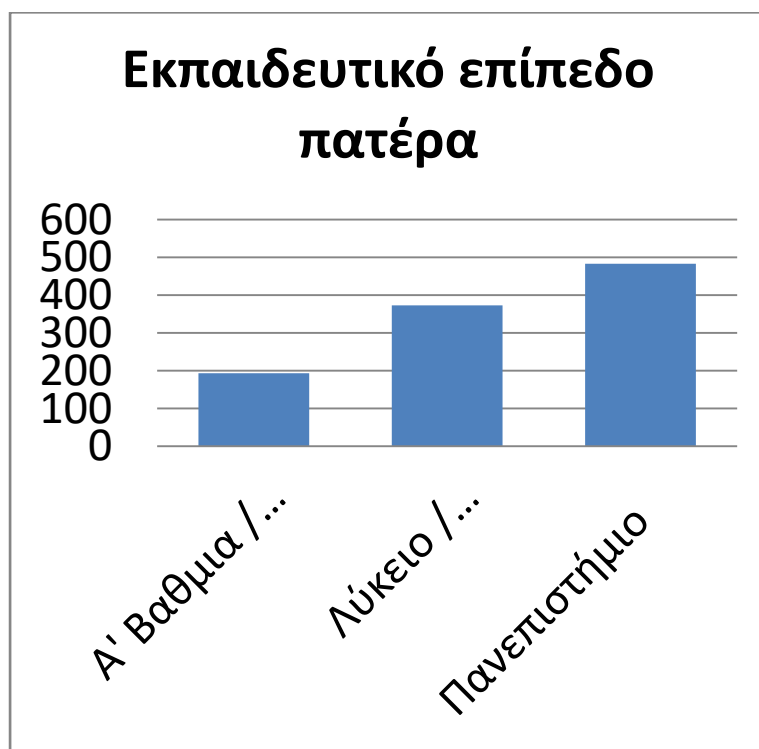
Γράφημα 3: Οι συνθήκες διαμονής των εφήβων.



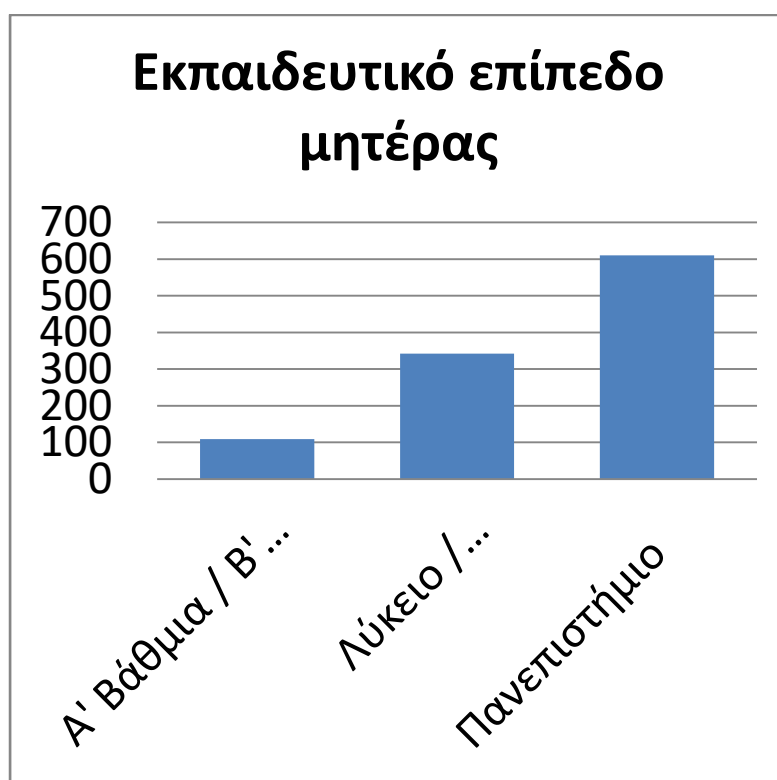
Γράφημα 4: Εργασιακή κατάσταση γονέων



Γράφημα 5: Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα



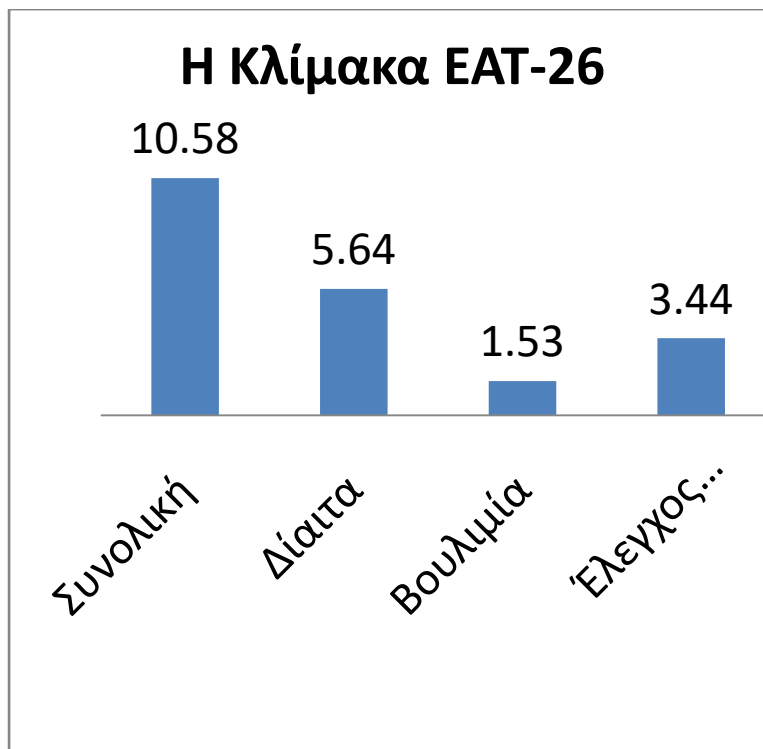
Γράφημα 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας



Γράφημα 7: Η άποψη των εφήβων για το σώμα τους



Γράφημα 8: Η βαθμολόγηση της κλίμακας EAT-26



2.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το 2011 οι Κοκκέβη και συν. [22] δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της μελέτης της πανελλήνιας έρευνας που πραγματοποίησαν σε μαθητές ηλικιών 11 έως 15 ετών, σχετικά με την διατροφή τους, την φυσική δραστηριότητα και το σωματικό τους βάρος. Ανάμεσα στα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν τα παρακάτω:

- Το ποσοστό των μαθητών, και των δύο φύλων, που τρώνε συστηματικά πρωινό πριν πάνε στο σχολείο είναι ιδιαίτερα χαμηλό.
- Όσο μεγαλώνει η ηλικία των παιδιών τόσο μειώνεται η ποσότητα των φρούτων και λαχανικών που έχουν συστηματικά στην διατροφή τους, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η κατανάλωση από αυτά των γλυκών και των αναψυκτικών.
- Μόλις οι μισοί έφηβοι έχουν το κανονικό, για το φύλο και την ηλικία τους σωματικό βάρος. Το 20% είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος, ενώ αντίθετα το 20% έχει μικρότερο από το ενδεδειγμένο βάρος σώματος.
- Μόλις το 33% των εφήβων γυμνάζεται συστηματικά (τουλάχιστον 60 λεπτά, πέντε φορές την εβδομάδα), με τα κορίτσια να υπολείπονται σαφώς των αγοριών.
- Το 25% των εφήβων (κυρίως τα κορίτσια) θεωρούν ότι έχουν παχύ σώμα, με την αντίληψη αυτή να αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία• ταυτόχρονα, από τα κορίτσια που θεωρούν ότι έχουν παχύ σώμα, το 60% έχει στην πραγματικότητα φυσιολογικό βάρος, ή ακόμα και χαμηλότερο του φυσιολογικού, σύμφωνα με τον BMI.
- Περίπου το 15% των εφήβων (κυρίως τα κορίτσια) κάνουν συστηματικά δίαιτα, ενώ περίπου το 25% δεν κάνουν μεν δίαιτα, θεωρούν όμως ότι θα πρέπει να αδυνατίσουν.

Μία δεκαετία αργότερα, η παρούσα έρευνα αποδεικνύει περίπου τα ίδια στοιχεία, καταλήγοντας σε αντίστοιχα συμπεράσματα: περισσότεροι από το 50% των εφήβων ήθελαν να πραγματοποιήσουν κάποια αλλαγή στο σώμα τους – κατά κύριο λόγο να χάσουν βάρος, με τα κορίτσια να αποτελούν την πλειοψηφία των εφήβων που δεν ήταν ικανοποιημένα με την εικόνα του σώματός τους. Ένα από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι η συσχέτιση των διατροφικών προβλημάτων των Ελλήνων εφήβων με τις συνθήκες διαβίωσης – οι έφηβοι οι οποίοι διαβιούν και με τους δύο γονιούς τους φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν λιγότερα διατροφικά προβλήματα (αν και

το συγκεκριμένο ποσοστό δεν είναι στατιστικά σημαντικό: $p= 0,071$), γεγονός που αποδεικνύει την μεγάλη σημασία που έχει το οικογενειακό περιβάλλον στον συγκεκριμένο τομέα. Άλλωστε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπείες των περισσότερων διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία είναι οι αυτές οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος [68,77,80,84].

Μία από τις πιο πρόσφατες μελέτες που αφορούν την ελληνική πραγματικότητα, είναι αυτή της Αγγελάκου (2019)[106], που αφορά τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων ενός μικρού δήμου της χώρας μας (δήμος Μονεμβασιάς). Σε ένα μικρό σχετικό δείγμα εφήβων ηλικίας 12 -18 ετών, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT-26, μαζί με το KIDSCREEN-27 και το EDE-Q. Τα συμπεράσματα της μελέτης που αφορούν τις διαταραχές της διατροφής των εφήβων είναι τα εξής:

1. Τα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά καθώς και τα κορίτσια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών στην διατροφή τους.
2. Τα παιδιά με μεγαλύτερο δείκτη ΒΜΙδιέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο.
3. Επίσης, μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είχαν τα παιδιά τα οποία δεν ζούσαν με τους γονείς τους καθώς και αυτά τα οποία έτρωγαν συστηματικά μόνα τους και όχι με την υπόλοιπη οικογένειά τους.

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι το σύνολο σχεδόν των ευρημάτων – με το σχετικό μικρό δείγμα εφήβων – είναι σε αντιστοιχία με τα ευρήματα του πολύ μεγαλύτερου δείγματος της παρούσας έρευνας.

Το 2013 οι Goncalvesetal. (2013) [44]δημοσίευσαν μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (49 συνολικά άρθρα) σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές οι οποίες παρατηρούνται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Τα συμπεράσματα τους ήταν ότι:

- Οι διατροφικές διαταραχές και μάλιστα οι μη ειδικές είναι πολύ συχνό φαινόμενο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.
- Οι διαταραχές αυτές οφείλονται κατά κύριο λόγο στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου αλλά και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Το

κοινωνικό περιβάλλον (κατά κύριο λόγο το σχολικό) καθώς και τα ΜΜΕ ευθύνονται λόγω της «εξειδανίκευσης» της αδύνατης σιλουέτας του εφήβου.

- Στο οικογενειακό περιβάλλον, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει το τακτικό πρόγραμμα των γευμάτων.
- Οι διατροφικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό ακολουθούν ή συνυπάρχουν με ψυχολογικές διαταραχές του εφήβου.
- Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι διαταραχές της διατροφής συνοδεύονται από προβλήματα στην ανάπτυξη του εφήβου (καθυστέρηση της ανάπτυξης, ή παχυσαρκία), διαταραχές στην στοματική τους υγεία (τερηδόνα, περιοδοντίτιδα), αλλά και σημαντικά προβλήματα κατά την ομαλή τους ένταξη στο κοινωνικό περιβάλλον.

Είναι φανερό, ότι καθώς πολλές από τις παραπάνω διαπιστώσεις συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μία σειρά από άλλες μπορούν να συνδυαστούν έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση των αιτιών και των αποτελεσμάτων της εμφάνισης των διαταραχών της διατροφής στα νεαρά κορίτσια και αγόρια.

Μία από τις πιο πρόσφατες μελέτες διατροφικών προβλημάτων της εφηβικής ηλικίας με την χρήση της Κλίμακας EAT-26 είναι αυτή των Jurczaketal. (2020), οι οποίοι διερεύνησαν την εμφάνιση των διαταραχών αυτών σε μαθήτριες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Πολωνία [107]. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής (1750 κορίτσια) ήταν ότι την μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα είχαν οι μαθήτριες των μεγαλύτερων τάξεων καθώς και αυτές οι στις οποίες οι γονείς τους έδιναν μικρότερο καθημερινό χρηματικό ποσό ως «χαρτζιλίκι». Χαρακτηριστικά οι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι μαθήτριες της πρώτης και δεύτερης τάξης είχαν μέχρι και 21 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές στην διατροφή τους σε σχέση με τις πιο μεγάλες μαθήτριες. Στο σημείο αυτό, βέβαια, τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε κάποια αναντιστοιχία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κατά την οποία διαπιστώθηκε ότι η βουλιμία αυξάνει όσο αυξάνει και η ηλικία των εφήβων.

Στα αποτελέσματα έρευνας των Boldetal. (2016) [108] (συμμετείχαν αποκλειστικά κορίτσια) αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης των γονιών βρέθηκε ότι κατά μέσο

όρο τα νεαρά κορίτσια ανεξάρτητα από το προσωπικό τους υπόβαθρο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής εάν στο σχολείο που παρακολουθούν μαθήματα υπάρχει μεγάλος αριθμός παιδιών που οι γονείς τους έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει μια άλλη έρευνα[109] όπου βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα, με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής στα κορίτσια αλλά όχι στα αγόρια. Το 2014 οι Goodmanetal. [113], δημοσίευσαν τα αποτελέσματα μίας μεγάλης μελέτης σε 16,798 ασθενείς (15,747 γυναίκες και 1051 άνδρες) που είχαν διαγνωστεί με διάφορων μορφών διατροφικές διαταραχές όσον αφορά την πιθανή συσχέτισή τους με το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειάς τους. Τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι όσον αφορά τις γυναίκες, υπήρχε θετική συσχέτιση όλων των μορφών των διαταραχών της διατροφής με το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο τόσο του πατέρα, όσο και της μητέρας• από την άλλη πλευρά στους άνδρες η αντίστοιχη συσχέτιση διαπιστώθηκε μόνο για την διαταραχή της νευρογενούς ανορεξίας. Την ίδια χρονιά οι MitchisonandHay (2014) [114]δημοσίευσαν μία συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με μία σειρά από επιδημιολογικούς παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές στους ενήλικες. Διαπιστώθηκε ότι από τις 8 μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η επίπτωση που έχει το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, στις 3 από αυτές διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση: και στις τρεις οι διατροφικές διαταραχές συσχετίζονταν με το αυξημένο επίπεδο μόρφωσης των γονιών. Τα αποτελέσματα των παραπάνω μελετών συμπίπτουν μερικώς με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, στην οποία διαπιστώθηκε ότι το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας «προστατεύει» τον έφηβο / η από την εμφάνιση διαταραχών της διατροφής του, σε αντίθεση με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, το οποίο έχει θετική συσχέτιση με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Το 2017 οι Ceconetal. (2017) [110] με την χρήση της κλίμακας EAT-26 διερεύνησαν την συσχέτιση της επίδρασης που έχει το αυξημένο σωματικό βάρος καθώς και η άσχημα εικόνα που έχουν οι έφηβοι για το σώμα τους με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα της μελέτης (συνολικά 2,123 έφηβοι συμπλήρωσαν τα αντίστοιχο ερωτηματολόγιο) ήταν ότι 1) Διαταραχές στην διατροφή διαπιστώθηκαν στο 11,4% των εφήβων, 2) Υπέρβαρο ή παχύσαρκο ανευρέθηκε το 21,1% των

εφήβων, κατά κύριο λόγο μικρότερων ηλικιών, 3) Στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών είχε διαταραγμένη (56,9%) εικόνα για το σώμα τους και δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι με αυτό (79,3%), 4) Η μη ικανοποιητική άποψη των εφήβων για την εικόνα του σώματός τους ήταν ένας βασικός παράγοντας για την εμφάνιση διαταραχών στην διατροφή τους, καθώς αύξανε τον αντίστοιχο κίνδυνο κατά 13 περίπου φορές. Πρόκειται για συμπεράσματα τα οποία σε γενικές γραμμές συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Σύμφωνα λοιπόν με την παρούσα έρευνα, υπάρχει άμεση συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των εφήβων με το σώμα τους, με την εμφάνιση από αυτούς διαταραχών της διατροφής: όσο καλύτερη ήταν η εικόνα που είχαν, τόσο μικρότερη και η βαθμολογία στις υποκατηγορίες της κλίμακας EAT-26. Από την άλλη πλευρά, τόσο οι έφηβοι οι οποίοι ήθελαν να χάσουν βάρος, όσο και αυτοί οι οποίοι ήθελαν να βάλουν βάρος ήταν φανερό ότι είχαν προβλήματα στις διάφορες υπο-κλίμακες του ερωτηματολογίου. Ένα πολύ σημαντικό εύρημα επίσης αποτελεί το ότι τα παιδιά που διαμένουν σε πιο ισορροπημένο οικογενειακό περιβάλλον, και με τους δύο γονείς τους εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της διατροφής σε σχέση με αυτά που διαβιούν σε διαφορετικές οικογενειακές συνθήκες. Παρόμοια ευρήματα αναδείχθηκαν και στην έρευνα των Peláez-Fernández et al (2007)[115], που εξέτασαν τον επιπολασμό των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε μαθητές ηλικίας 12-21 ετών που διέμεναν στη Μαδρίτη χρησιμοποιώντας την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR) καθώς και τους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία τύπος οικογένειας κ.α) που σχετίζονται με την εμφάνιση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Αναφορικά με τον τύπο της οικογένειας, βρέθηκε ότι έφηβοι μονογονεϊκής οικογένειας είχαν σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο [odds ratio (OR)= 3.92: 1.99–7.72] να εμφανίσουν Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής σε σχέση με τους εφήβους που διέμεναν και με τους δύο γονείς. Άλλες μελέτες έχουν επίσης αναδείξει σημαντική σχέση μεταξύ των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στην εφηβεία και της χαμηλής γονεϊκής επαφής ή/και του αποχωρισμού από τους γονείς. [116,117]

Η παρούσα έρευνα είναι μία από τις έρευνες με το μεγαλύτερο δείγμα που έχει πραγματοποιηθεί στο συγκεκριμένο θέμα στην χώρα μας. Έχει πραγματοποιηθεί σε

έναν μεγάλο αριθμό μαθητών, σε πολλά περιφερειακά διαμερίσματα, τόσο σε αστικές, όσο και σε ημι-αστικές ή και αγροτικές περιοχές (μπορεί να θεωρηθεί δηλαδή ως πολυκεντρική). Ανάμεσα στις υποθέσεις οι οποίες διερευνήθηκαν είναι ορισμένες (συσχέτιση με την χώρα γέννησης και με το μορφωτικό επίπεδο γονέων) που ελάχιστα ανάλογα στοιχεία μπορούν να ανευρεθούν στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Από την άλλη πλευρά, στις αδυναμίες τις έρευνας θα μπορούσε να αναφερθεί το γεγονός δεν ακολουθήθηκαν διαδικασίες για την εξασφάλιση της τυχαιοποίησης του δείγματος. Ακόμη χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία τα οποία είναι μεν έγκυρα και αξιόπιστα, εντούτοις πρόκειται για ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στα οποία οι συμμετέχοντες δηλώνουν συναισθήματα και συμπεριφορές οι οποίες είναι πιθανό να μην ανταποκρίνονται πλήρως στην πραγματικότητα λόγω της τάσης των ατόμων να απαντούν με πιο κοινωνικά επιθυμητό τρόπο. Επιπλέον, για την ανάλυση των μοντέλων της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης δεν ήταν εφικτό να γίνει λόγος για πρόβλεψη και ύπαρξη αιτιώδους σχέσης καθώς η έρευνα είναι συγχρονική και όχι διαχρονική. Αυτός είναι και ο λόγος που η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παλινδρόμησης εστίασε μόνο στην ύπαρξη ή όχι ισχυρής συσχέτισεως μεταξύ των μεταβλητών.

2.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από την πραγματοποιηθείσα στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας τα τελικά συμπεράσματα σε σχέση με τις αρχικές υποθέσεις ήταν:

1. Στατιστικά σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιας μορφής διαταραχής είχαν οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, που δεν ήταν ικανοποιημένοι με την εικόνα του σώματός τους.
2. Παρομοίως, περισσότερες πιθανότητες είχαν οι έφηβοι που ήθελαν να πραγματοποιηθεί κάποια αλλαγή στο σώμα τους.
3. Παρομοίως, περισσότερες πιθανότητες είχαν οι έφηβοι που επιδίωκαν να χάσουν βάρος.
4. Οι έφηβοι που ήθελαν να βάλουν βάρος δεν εμφάνισαν στατιστικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.
5. Τα κορίτσια φαίνεται ότι έχουν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τα αγόρια.
6. Δεν διαπιστώθηκε κάποια διαφορά ανάμεσα στους εφήβους που γεννήθηκαν στην χώρα μας και σε αυτούς που γεννήθηκαν εκτός.
7. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των εφήβων στο σχολείο με την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων στην διατροφή τους.
8. Αν και η διαμονή με μόνο έναν από τους δύο γονείς ή και με κανέναν από αυτούς φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,125$ και $p=0,071$ αντίστοιχα).
9. Παρομοίως, δεν φαίνεται ότι παίζει ρόλο η εργασιακή κατάσταση των γονιών.
10. Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης των γονιών, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσής του πατέρα και την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών διατροφής στους εφήβους. Αντίθετα, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της

παρούσας έρευνας, φαίνεται ότι «προστατεύουν» τους εφήβους από την εμφάνιση διαταραχών της διατροφής τους.

Η εφηβεία αποτελεί ένα σύνθετο, πολύπλοκο, ολοκληρωμένο και συντονισμένο στάδιο μετάβασης το οποίο χαρακτηρίζεται από την μεταβολή στον σώμα, την εγκεφαλική λειτουργία, την συμπεριφορά, την γνώση και το συναίσθημα του εφήβου. Οι αλλαγές οι οποίες πραγματοποιούνται κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της ζωής του ατόμου καθορίζουν σε ένα μεγάλο ποσοστό και την υπόλοιπή του ζωή του. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα πρόβλημα το οποίο, σε συνδυασμό με την προβληματική εικόνα που έχει ένας σημαντικός αριθμός εφήβων σχετικά με το σώμα τους εμφανίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Καθώς οι διαταραχές αυτές έχουν άμεση συσχέτιση με την επιβάρυνση όχι μόνο της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας του εφήβου, χρειάζεται εγρήγορση, για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους, τόσο στο οικογενειακό, όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Με βάση λοιπόν τα ευρήματα της παρούσας, αλλά και αντιστοίχων μελετών, θα πρέπει να οργανωθούν προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης τόσο στο σχολείο, όσο και έξω από αυτό, προκειμένου οι έφηβοι να ενημερωθούν και να εκπαιδευθούν σχετικά με τις υγιεινές συνθήκες διατροφής και να επαναπροσδιορίσουν τα πρότυπα τα οποία τους παρουσιάζονται καθημερινά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ως μία ερευνητική πρόταση για το μέλλον, μετά από την ολοκλήρωση των συγκεκριμένων προγραμμάτων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η πραγματοποίηση της ίδιας ερευνητικής διαδικασίας προκειμένου να διαπιστωθούν οι μεταβολές στις τιμές της κλίμακας ETA-26 που θα προκύψουν - ιδανικά η μελέτη αυτή θα μπορούσε να έχει την μορφή τυχαιοποιημένης – ελεγχόμενης (randomized controlled study).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Boes T. Thomas Mann's War: Literature, Politics, and the World Republic of Letters. Cornell University Press; 2019.
2. Mendle J, Beltz AM, Carter R, Dorn LD. Understanding puberty and its measurement: ideas for research in a new generation. Journal of Research on Adolescence. 2019;29(1):82–95.
3. World Health Organization. Adolescent Health and Development. 2020. [online]: <https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/adolescent-health-and-development>.
4. Κέλλη Μ. Ο έφηβος μαθητής : τα χαρακτηριστικά του και οι ανάγκες του στο πολιπολιτισμικό περιβάλλον. ΥΠ.Ε.Π.Θ. Οδηγός επιμόρφωσης. Διαπολιτισμική εκπαίδευση και αγωγή. Θεσσαλονίκη 2008, σελ.111-122.
5. Byrne ML, Whittle S, Vijayakumar N, Dennison M, Simmons JG, Allen NB. A systematic review of adrenarche as a sensitive period in neurobiological development and mental health. Developmental cognitive neuroscience. 2017;25:12–28.
6. Styne D, Grumbach M. Physiology and Disorders of Puberty In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, editors. Williams Textbook of Endocrinology. Philadelphia. 2016.
7. Rey RA, Campo SM, Ropelato MG, Bergadá I. Hormonal changes in childhood and puberty. In: Puberty. Springer;2016, p. 23-37.
8. Bordini B, Rosenfield RL. Normal pubertal development. Pediatrics in review. 2011;32(6):223.
9. Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., Μεράκου Κ., Πάντζου Π., Κωστόπουλος Χ., Πέτσας Γ., Πιπεργιά Γ., Τσεμπερλίδου Μ., Σεξουαλική αγωγή-Διαφυλικές σχέσεις, Αθήνα 2000, σελ. 15-59.
10. Herbert M., Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, Αθήνα 1999, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
11. Stattin H, Seiffge-Krenke I, Hendry L, Kloep M, Beyers W. Adolescent psychopathology in times of change: Introduction to the special issue. 2018;65:228-230.

12. Μανωλόπουλος Σ. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου. Στο: Τσιάντης Γ. Και Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Πρώτος τόμος, Πρώτο Μέρος, Ανάπτυξη.1987, Εκδ. Καστανιώτησελ. 43-73.
13. Liberska H, Boniecka K. Health behaviours and body image of girls in the second phase of adolescence. *HealthPsychologyReport*. 2016;4(4):287–93.
14. Τσιάντης Γ. Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική. Αθήνα 2001, εκδ. Καστανιώτη.
15. Gaete V. Adolescent psychosocial development. *Revistachilena de pediatria*. 2015;86(6):436.
16. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2003;57(7):842–53.
17. Marcovecchio ML, Chiarelli F. Obesity and growth during childhood and puberty. *Nutrition and Growth*. 2013;106:135–41.
18. Shamir R, Turck D, Phillip M. Nutrition and growth. Vol. 106. Karger Medical and Scientific Publishers; 2013, pp.135-141.
19. Barufaldi LA, Abreu G de A, Oliveira JS, Santos DF dos, Fujimori E, Vasconcelos SML, et al. ERICA: prevalence of healthy eating habits among Brazilian adolescents. *Revista de Saude Publica*. 2016;50:6s.
20. Larson N, MacLehose R, Fulkerson JA, Berge JM, Story M, Neumark-Sztainer D. Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(12):1601–9.
21. Berge JM, Jin SW, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Structural and interpersonal characteristics of family meals: associations with adolescent body mass index and dietary patterns. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(6):816–22.
22. ΚοκκέβηΑ, ΦωτίουΑ, ΞανθάκηΜ, ΣταύρουΜ, ΚαναβούΕ. Διατροφή, φυσικήδραστηριότητακαισωματικόβάροςστουςεφήβους. Έφηβοι, Συμπεριφορές&ΥγείαΕρευνητικόΠανεπιστημιακόΙνστιτούτοΨυχικήςΥγιεινήςΑθήνα. 2011;
23. Torres-Costoso A, López-Muñoz P, Ferri-Morales A, Bravo-Morales E, Martínez-Vizcaíno V, Garrido-Miguel M. Body Mass Index, Lean Mass, and

- Body Fat Percentage as Mediators of the Relationship between Milk Consumption and Bone Health in Young Adults. *Nutrients*. 2019;11(10):2500.
24. CDC. BMI Calculator for Child and Teen [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html>.
 25. Farajian P, Risvas G, Karasouli K, Pounis GD, Kastorini CM, Panagiotakos DB, et al. Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis*. 2011;217(2):525–30.
 26. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320(7244):1240.
 27. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public health nutrition*. 2004;7(7):931–5.
 28. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, Van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. 2008;9(5):474–88.
 29. Guilbert J. The world health report 2002—reducing risks, promoting healthy life. *Education for health*. 2003;16(2):230–230.
 30. Torun B. Energy requirements of children and adolescents. *Public Health Nutrition*. 2005;8(7a):968–93.
 31. Christian P, Smith ER. Adolescent undernutrition: global burden, physiology, and nutritional risks. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2018;72(4):316–28.
 32. Nutrition in Adolescent Girls. *Health Engine Blog*. 2007 [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://healthengine.com.au/info/nutrition-in-adolescent-girls>.
 33. Jones A, Rådholm K, Neal B. Defining ‘unhealthy’: a systematic analysis of alignment between the Australian dietary guidelines and the health star rating system. *Nutrients*. 2018;10(4):501.
 34. Jeukendrup AE. Carbohydrate intake during exercise and performance. *Nutrition*. 2004;20(7–8):669–77.

35. Meyers LD, Hellwig JP, Otten JJ. Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements. National Academies Press; 2006.
36. Barr SI. Calcium and body fat in peripubertal girls: cross-sectional and longitudinal observations. *Obesity*. 2007;15(5):1302–10.
37. Donovan UM, Gibson RS. Iron and zinc status of young women aged 14 to 19 years consuming vegetarian and omnivorous diets. *Journal of the American College of Nutrition*. 1995;14(5):463–72.
38. Joshi M, Gumashta R. Weekly iron folate supplementation in adolescent girls—an effective nutritional measure for the management of iron deficiency anaemia. *Global Journal of Health Science*. 2013;5(3):188.
39. Bowen KJ, Sullivan VK, Kris-Etherton PM, Petersen KS. Nutrition and cardiovascular disease—an update. *Current atherosclerosis reports*. 2018;20(2):1–11.
40. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children’s eating behaviours. *Nutrients*. 2018;10(6):706.
41. Niermann C, Krapf F, Renner B, Reiner M, Woll A. Family health climate scale (FHC-scale): development and validation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014;11(1):1–14.
42. Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M. Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Canadian Family Physician*. 2015;61(2):e96–106.
43. Paquette M-C. Perceptions of healthy eating: state of knowledge and research gaps. *Can J Public Health*. 2005 Aug;96 Suppl3:S15-19, S16-21.
44. Gonçalves J de A, Moreira EAM, Trindade EBS de M, Fiates GMR. Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Paul Pediatr*. 2013 Mar;31(1):96–103.
45. Segovia-Siapco G, Burkholder-Cooley N, Haddad Tabrizi S, Sabaté J. Beyond Meat: a comparison of the dietary intakes of vegetarian and non-vegetarian adolescents. *Frontiers in Nutrition*. 2019;6:86.
46. Pilis W, Stec K, Zych M, Pilis A. Health benefits and risk associated with adopting a vegetarian diet. *RocznikiPaństwowegoZakładuHigieny*. 2014;65(1).

47. Fresán U, Sabaté J. Vegetarian diets: planetary health and its alignment with human health. *Advances in Nutrition*. 2019;10(Supplement_4):S380–8.
48. Segovia-Siapco G, Burkholder-Cooley N, Haddad Tabrizi S, Sabaté J. Beyond Meat: a comparison of the dietary intakes of vegetarian and non-vegetarian adolescents. *Frontiers in Nutrition*. 2019;6:86.
49. DeSalvo KB. Public Health 3.0: applying the 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. *Public Health Reports*. 2016;131(4):518–21.
50. Widmer RJ, Flammer AJ, Lerman LO, Lerman A. The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *Am J Med*. 2015 Mar;128(3):229–38.
51. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(14):1279–90.
52. Velázquez-López L, Santiago-Díaz G, Nava-Hernández J, Muñoz-Torres AV, Medina-Bravo P, Torres-Tamayo M. Mediterranean-style diet reduces metabolic syndrome components in obese children and adolescents with obesity. *BMC Pediatr*. 2014 Jul 5;14:175.
53. Naja F, Hwalla N, Hachem F, Abbas N, Chokor FAZ, Kharroubi S, et al. Erosion of the Mediterranean diet among adolescents: evidence from an Eastern Mediterranean Country. *Br J Nutr*. 2021 Feb 14;125(3):346–56.
54. Roditis ML, Parlapani ES, Tzotzas T, Hassapidou M, Krassas GE. Epidemiology and predisposing factors of obesity in Greece: from the Second World War until today. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2009 May;22(5):389–405.
55. Booth ML, Chey T, Wake M, Norton K, Hesketh K, Dollman J, et al. Change in the prevalence of overweight and obesity among young Australians, 1969–1997. *Am J Clin Nutr*. 2003 Jan;77(1):29–36.
56. Kostı RI, Panagiotakos DB. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent Eur J Public Health*. 2006 Dec;14(4):151–9.
57. Tzotzas T, Kapantais E, Tziomalos K, Ioannidis I, Mortoglou A, Bakatselos S, et al. Epidemiological survey for the prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek adolescents. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Jul;16(7):1718–22.
58. Grammatikopoulou MG, Poulimeneas D, Maraki MI, Famisis K, Gerothanasi K, Kiranas ER, et al. Geographical distribution of simple and abdominal

- obesity among 17-year-old adolescents in Greece. *Obesity Medicine*. 2016;2:31–6.
59. . Tambalis KD, Panagiotakos D, Psarra G, Sidossis LS. Current data in Greek children indicate decreasing trends of obesity in the transition from childhood to adolescence; results from the National Action for Children’s Health (EYZHN) program. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2018;59(1):E36.
 60. Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, et al. Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Educ Res*. 2006 Apr;21(2):239–57.
 61. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Jun;154(6):569–77.
 62. Neumark-Sztainer D, Story M, Toporoff E, Himes JH, Resnick MD, Blum RW. Covariations of eating behaviors with other health-related behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1997;20(6):450–8.
 63. Kapantais E, Chala E, Kaklamanou D, Lanaras L, Kaklamanou M, Tzotzas T. Breakfast skipping and its relation to BMI and health-compromising behaviours among Greek adolescents. *Public Health Nutrition*. 2011;14(1):101–8.
 64. VilemineCarayanni, Elpis Vlachopapadopoulou, Dimitra Koutsouki, Gregory C. Bogdanis, Theodora Psaltopoulou, Yannis Manios, FeneliKarachaliou, AngelosHatzakis, Stefanos Michalacos "Effects of Nutrition, andPhysical Activity Habits and Perceptions on Body Mass Index (BMI) in ChildrenAged 12–15 Years: A Cross-Sectional Study Comparing Boys and Girls"*Children (Basel)*. 2021 Apr 3;8(4):277. doi: 10.3390/children8040277
 65. VilemineCarayanni, Elpis Vlachopapadopoulou, Dimitra Koutsouki, Gregory C. Bogdanis, Theodora Psaltopoulou, YannisManios, FeneliKarachaliou, AngelosHatzakis, Stefanos Michalacos Effects of Body Mass Index (BMI), demographic and socioeconomic factors on organized physical activity (oPA) participation in children aged 6-15: A cross-sectional study comparing primary and secondary school children in

- Greece. (MIS 301205).BMC Pediatr. 2020 Oct 22;20(1):491. doi: 10.1186/s12887-020-02276-6
66. Edition Fifth. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;
 67. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine. 1979;9(3):429–48.
 68. Gorrell S, Le Grange D. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2019;28(4):537–47.
 69. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia nervosa/purging disorder. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 2017;47(4):85–94.
 70. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M, Walsh BT. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2003;13(3):329–35.
 71. Batista M, Antić LŽ, Žaja O, Jakovina T, Begovac I. Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. Acta Clinica Croatica. 2018;57(3):399.
 72. Anorexia nervosa. In: Wikipedia [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 5]. Available from:
https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Anorexia_nervosa&oldid=997694450.
 73. Bulik CM. Exploring the gene–environment nexus in eating disorders. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2005;30(5):335.
 74. Halmi KA, Bellace D, Berthod S, Ghosh S, Berrettini W, Brandt HA, et al. An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. International Journal of Eating Disorders. 2012;45(6):800–7.
 75. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Price Foundation Collaborative Group. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry. 2004;161(12):2215–21.
 76. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1099–111.
 77. Watson H, Bulik C. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychological medicine. 2013;43(12):2477.

- 78.** Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):610–9.
- 79.** Sonnevile KR, Grilo CM, Richmond TK, Thurston IB, Jernigan M, Gianini L, et al. Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):25–9.
- 80.** Bohon C. Binge eating disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2019;28:549–55.
- 81.** Hartmann AS. Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019;1–5.
- 82.** Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: A population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;27(11):1499–508.
- 83.** Duarte T, Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt. *Eating Disorders*. *Lancet*. 2020;395:899–911.
- 84.** Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(4):331–60.
- 85.** Lock J, Sadeh-Sharvit S, L’Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(6):746–51.
- 86.** Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017;30(6):423.
- 87.** Golden NH, Schneider M, Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161649.

88. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):19–24.
89. Rosen DS, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):1240–53.
90. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association; 1999.
91. Hartman-Munick SM, Gordon AR, Guss C. Adolescent body image: influencing factors and the clinician’s role. *Current Opinion in Pediatrics*. 2020;32(4):455–60.
92. Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body image*. 2004;1(1):15–28.
93. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body image*. 2004;1(4):363–72.
94. Jones DC, Crawford JK. The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(2):243.
95. Καραμίντζιου ΑΑ. Εικόνα σώματος και σχολικός εκφοβισμός. Aristotle University of Thessaloniki; 2008.
96. Harrison K, Hefner V. Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(2):146–56.
97. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno A-J, Martinez-Jimenez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(21):4177.
98. Uchôa FNM, Uchôa NM, Daniele TM da C, Lustosa RP, Garrido ND, Deana NF, et al. Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in

- adolescents of developing eating disorders. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(9):1508.
- 99.** Pelican S, Heede FV, Holmes B, Melcher LM, Wardlaw MK, Raidl M, et al. The power of others to shape our identity: body image, physical abilities, and body weight. *Family and Consumer Sciences Research Journal*. 2005;34(1):57–80.
- 100.** Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*. 2000;28(2):155–64.
- 101.** Hogue JV, Mills JS. The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image*. 2019 Mar;28:1–5.
- 102.** Lieberman M, Gauvin L, Bukowski WM, White DR. Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating Behaviors*. 2001 Sep 1;2(3):215–36.
- 103.** Kevin TJ. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Taylor & Francis; 2001.
- 104.** Cattarin JA, Thompson JK. A Three-Year Longitudinal Study of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Adolescent Females. *Eating Disorders*. 1994 Jan 1;2(2):114–25.
- 105.** Smolak L. *Risk factors in the development of body image, eating problems, and obesity*. 2009; American Psychological Association.
- 106.** Αγγελάκου Ε. Διατροφικές συνήθειες εφήβων ηλικίας 12-18 ετών στον Δήμο Μονεμβασίας. 2019; Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
- 107.** Jurczak A, Bażydło M, Karakiewicz B. The incidence of eating disorders among upper secondary school female students. *Psychiatr Pol*. 2020;54(2):253–63.
- 108.** Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalman, C. and Lewis, G., 2016. The influence of school on whether girls develop eating disorders. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), pp.480-488.
- 109.** Ahrén, J., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C. and Goodman, A., 2013. We are family-parents, siblings, and eating disorders in

- a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), pp.693-700.
- 110.** Cecon RS, Franceschini S do CC, Peluzio M do CG, Hermsdorff HHM, Priore SE. Overweight and body image perception in adolescents with triage of eating disorders. *The Scientific World Journal*. 2017;2017.
- 111.** Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features. *Psychologicalmedicine*. 1982;12:871–8.
- 112.** Σίμος, Γ. Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη 1996.
- 113.** Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PLoS One*. 2014;9(8):e106475.
- 114.** Mitchison D, Hay PJ. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol*. 2014;6:89–97.
- 115.** Peláez-Fernández, María Angeles & Labrador, Francisco & Raich, Rosa. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*. 62. 681-690.
- 116.** Fairburn, C., 1997. Risk Factors for Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), p.509.
- 117.** Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. and Welch, S., 1999. Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), p.468

Παράρτημα I: Το πρωτότυπο Eating Attitudes Test (EAT-26). Πηγή: Garner et al. (1982) [81].

Eating Attitudes Test (EAT-26)[©]

<p>Instructions: This is a screening measure to help you determine whether you might have an eating disorder that needs professional attention. This screening measure is not designed to make a diagnosis of an eating disorder or take the place of a professional consultation. Please fill out the below form as accurately, honestly and completely as possible. There are no right or wrong answers. All of your responses are confidential.</p>									
Part A: Complete the following questions:									
1) Birth Date	Month:	Day:	Year:	2) Gender:	Male	Female			
3) Height Feet :	Inches:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4) Current Weight (lbs.):		5) Highest Weight (excluding pregnancy):							
6) Lowest Adult Weight:		7: Ideal Weight:							
Part B: Check a response for each of the following statements:				Always	Usually	Often	Some times	Rarely	Never
1.	Am terrified about being overweight.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avoid eating when I am hungry.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Find myself preoccupied with food.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Cut my food into small pieces.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Aware of the calorie content of foods that I eat.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e. bread, rice, potatoes, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Feel that others would prefer if I ate more.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Vomit after I have eaten.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Feel extremely guilty after eating.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Am preoccupied with a desire to be thinner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Think about burning up calories when I exercise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Other people think that I am too thin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Take longer than others to eat my meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Avoid foods with sugar in them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Eat diet foods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Feel that food controls my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Display self-control around food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Feel that others pressure me to eat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Give too much time and thought to food.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Feel uncomfortable after eating sweets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Engage in dieting behavior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Like my stomach to be empty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Have the impulse to vomit after meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Enjoy trying new rich foods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part C: Behavioral Questions:							
In the past 6 months have you:		Never	Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
A	Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Lost 20 pounds or more in the past 6 months	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			

* Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control

© Copyright: EAT-26: (Garner et al. 1982, *Psychological Medicine*, 12, 871-878)

Παράρτημα II: Η Ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής EAT-26. Πηγή: Σίμος, (1996) [82].

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

Όνοματεπώνυμο, Ηλικία....., Φύλο: Α/Θ,
 Ημερομηνία .../.../...

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν βάζοντας ένα Χ στη στήλη που σας αντιστοιχεί. Οι περισσότερες από τις προτάσεις αφορούν σχέση με το φαγητό ή την διατροφή σας, και συμπεριλαμβάνονται με άλλο είδος προτάσεις. Οι απαντήσεις είναι απολύτως εμπιστευτικές. Ευχαριστώ.

	ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΠΟΡΕΙΕΣ	ΣΠΑΡΙΑ	ΠΟΤΕ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Παράρτημα III: Οι ανεξάρτητες και η εξαρτημένη μεταβλητή της παρούσας μελέτης.

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ:

A) Δημογραφικά στοιχεία:

- Ερώτηση 1: Είσαι αγόρι ή κορίτσι;
- Ερώτηση 2: Πότε γεννήθηκες;
- Ερώτηση 3: Γεννήθηκες στην Ελλάδα;
- Ερώτηση 6: Ποιά ήταν η βαθμολογία σου την προηγούμενη χρονιά (2015-2016) (μέσος όρος βαθμολογίας των τριμήνων).
- Ερώτηση 9: Ποια από τα παρακάτω ισχύει για τη δική σου οικογένεια; (ζω με τους δυο γονείς μου, ζω με την μητέρα μου μόνο, ζω με τον πατέρα μου μόνο, άλλο)
- Ερώτηση 12: Σε παρακαλούμε να διευκρινήσεις εάν ο πατέρας σου (εργάζεται, είναι άνεργος, έχει πάρει σύνταξη, σπουδάζει, άλλο)
- Ερώτηση 13: Σε παρακαλούμε να διευκρινήσεις εάν η μητέρα σου (εργάζεται, είναι άνεργη, έχει πάρει σύνταξη, σπουδάζει, άλλο)
- Ερώτηση 14: Εάν ο πατέρας σου εργάζεται τι δουλειά κάνει;
- Ερώτηση 15: Εάν η μητέρα σου εργάζεται τι δουλειά κάνει;
- Ερώτηση 16: Ο πατέρας σου έχει τελειώσει (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο, Άλλο)
- Ερώτηση 17: Η μητέρα σου έχει τελειώσει (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο, Άλλο)

B) Ικανοποίηση από εικόνα σώματος:

- Ερώτηση 19: Είσαι ευχαριστημένος με το σώμα σου;
- Ερώτηση 20: α) Θα ήθελες να αλλάξει κάτι στο σώμα σου;
β) Εάν ΝΑΙ, τι; (παρακαλώ διευκρίνισε),
- Ερώτηση 22: Θα ήθελες να χάσεις βάρος;
- Ερώτηση 23: Θα ήθελες να αυξήσεις το βάρος σου;

ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ

Διατροφικές στάσεις (EAT-26).