



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΑΣΠΡΑ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ

ΤΖΙΟΛΙΑ ΝΕΚΤΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δρ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ-ΜΠΕΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα
Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του
Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Δυτικής Ελλάδος.**

ΠΑΤΡΑ, 2014



**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF WEST
GREECE
FACULTY OF HEALTH AND WELFARE PROFESSIONALS
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**Dissertation:
"NUTRITION AND MENTAL HEALTH"**

STUDENTS:

**ASPRA EMMANOUELA
TZIOLIA NEKTARIA**

PROFESSOR OF SURVEILLANCE:

Dr. THEODORATOU - BEKOU MARIA

**Thesis for a degree in Social Work from the Department of Social Work of the
Faculty of Health and Welfare of the Technological Institute (A.T.E.I.) of
Western Greece.**

Patras, 2014

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κα Θεοδωράτου – Μπέκου Μαρία για την αμέριστη συμπαράστασή της, η καθοδήγησή της και οι συμβουλές της καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής της παρούσης πτυχιακής ήταν πολύτιμες.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε μέσα από την καρδιά μας, τους γονείς μας που μας στήριζαν ηθικά και οικονομικά όλα αυτά τα χρόνια που φοιτήσαμε στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και αγωνιούσαν μαζί μας. Η στήριξή τους στα όνειρα και τις ελπίδες μας είναι καθοριστικής σημασίας για την μελλοντική μας πορεία και εξέλιξη.

Ακόμη, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους συγγενείς, φίλους και γνωστούς για την συμμετοχή τους κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων.

Τέλος, να ευχαριστήσουμε η μία την άλλη για την καλή συνεργασία που είχαμε όλο αυτόν τον καιρό, προκειμένου να επιτευχθεί η πτυχιακή μας εργασία. Παρά το γεγονός ότι είμαστε δύο άτομα μόνο και οι δυσκολίες πολλές καταφέραμε μέσα από την κατανόηση και αμοιβαία συνεργασία να φέρουμε εις πέρας την αποστολή μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΜΕΤΡΟΝ ΑΡΙΣΤΟΝ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1. Εισαγωγή.....	12
1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	13
1.3. Η φύση και ο ρόλος της τροφής.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	
2.1. Ορισμός της διατροφής.....	21
2.2. Ορισμός της υγείας.....	21
2.3. Η Επιστήμη της Διατροφής και της Διαιτολογίας.....	22
2.4. Συστήματα ταξινόμησης διατροφής/τροφίμων.....	22
2.5. Διατροφή και Υγεία.....	23
2.6. Ισορροπημένη Διατροφή.....	28
Τροφική Πυραμίδα του USDA.....	29
2.7. Υγιεινή Διατροφή.....	30
2.8. Μεσογειακή Δίαιτα.....	32
2.9. Είδη τροφίμων μεσογειακής δίαιτας και συχνότητα κατανάλωσης.....	34
2.10. Άσκηση.....	36
2.11. Πρόσληψη υγρών.....	37
2.12. Φρούτα και λαχανικά ως προστατευτικοί παράγοντες της διατροφής.....	38
2.13. Το μέλι.....	38
2.14. Πράσινο τσάι.....	40
2.15. Καφεΐνη.....	41
2.16. Διατροφή – υποσιτισμός και συνέπειες.....	42
2.17. Σκοπός της διατροφής στην πρόληψη και θεραπεία.....	44
Σχήμα.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	
3.1. Η έννοια της ψυχικής υγείας.....	46

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

3.2. Η σχέση της διατροφής και της ψυχικής υγείας.....	46
3.3. Ψυχιατρικές επιδράσεις και επιδράσεις στη συμπεριφορά.....	47
3.4. Διατροφική συμπεριφορά: Υγιεινές και Ανθυγιεινές συνήθειες.....	51
3.5. Έλεγχος του βάρους και άσκηση: TV– Φαγητό στον καναπέ και αδράνεια..	53
3.6. Η επίδραση της εργασίας στη διατροφική συμπεριφορά.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ	
4.1. Δίαιτα.....	56
4.2. Ποια είναι η σωστή διαιτητική αγωγή.....	57
4.3. Χημικές δίαιτες.....	57
4.4. Τα μειονεκτήματα της χημικής δίαιτας.....	58
4.5. Συνέπειες στο σώμα και στην ψυχολογία.....	59
4.6. Συνέπειες στη συναισθηματική κατάσταση.....	59
4.7. Δίαιτα και διατροφικές διαταραχές.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	
5.1. Ορισμός.....	61
5.2. Επιδημιολογία.....	61
5.3. Οικονομικές επιπτώσεις και κόστος περίθαλψης του ατόμου με διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	63
5.4. Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής.....	64
5.5. Κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής: Ψυχογενής Ανορεξία.....	66
5.5.1. Κριτήρια.....	66
5.5.2. Υπό – τύποι και διατροφικές μορφές.....	67
5.5.3. Αιτιολογία: Οικογένεια Εικόνα και Γενετική.....	68
5.5.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανορεκτική συμπεριφορά.....	70
5.6. Ψυχογενής Βουλιμία: Συμπτώματα Προέλευση και Θεραπεία.....	71
5.6.1. Η αιτιολογία της νευρογενούς βουλιμίας:Οπισοειδή – Στρες και Γνώσεις...	72
5.6.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την βουλιμική συμπεριφορά.....	74
5.7. Διαταραχή Συναισθηματικής – Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....	75
5.7.1. Διαφοροποίηση βιολογικής – συναισθηματικής πείνας.....	75
5.7.2. Συμπτώματα της συναισθηματικής υπερφαγίας.....	76

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

5.7.3. Οι συνέπειες της συναισθηματικής υπερφαγίας.....	76
5.7.4. Αίτια συναισθηματικής – επεισοδιακής υπερφαγίας.....	76
5.7.5. Από τις κρίσεις υπερφαγίας πλήττονται συνήθως:.....	78
5.7.6. Θεραπεία.....	79
5.8. Παχυσαρκία.....	80
5.9. Μορφές παχυσαρκίας: κλινικά κριτήρια και αιτίες.....	81
5.10. Έλεγχος του ισοζυγίου ενέργειας.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
6.1. Το προφίλ των διατροφικών συνηθειών στην Ελλάδα.....	84
6.2. Οικονομικές διαστάσεις.....	86
6.3. Μέτρα και πολιτικές για τη διατροφή στην Ελλάδα: Ασφάλεια και Υγιεινή των τροφίμων.....	87
6.4. Μέτρα και Προγράμματα για υγιεινή διατροφή.....	88
6.5. Κώδικας της Διεθνούς Ακαδημίας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	
7.1 Μείζονα κατάθλιψη.....	91
7.2. Διπολική διαταραχή.....	93
7.3. Ψυχαναγκαστική διαταραχή.....	93
7.4. Σχιζοφρένεια.....	94
7.5. Θεραπείες ψυχικών διαταραχών.....	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ	
8.1. Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων – τροφών.....	96
8.2. Φάρμακα που προκαλούν διαταραχές της θρέψης.....	96
8.3. Θρεπτικά συμπληρώματα.....	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 – ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
9.1. Επαγγελματίες υγείας και διατροφή.....	100
9.2. Ο ρόλος του θεραπευτή – μια ψυχοδυναμική προσέγγιση στις διατροφικές διαταραχές.....	100
9.3. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.....	102

ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ.....	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΕΡΕΥΝΑ	
10.1. Γενικός σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	105
10.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	105
10.3. Η σημαντικότητα της έρευνας.....	106
10.4. Μεθοδολογία της έρευνας.....	106
10.4.1. Μέθοδος έρευνας.....	106
10.4.2. Φάσεις εκτέλεσης της έρευνας.....	108
10.4.3. Πληθυσμός – Δείγμα.....	110
10.4.4. Εργαλείο.....	110
10.4.5. Δυσκολίες κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας.....	112
10.5. Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων έρευνας.....	113
10.6. Συμπεράσματα.....	174
10.6.1. Συχνότητα διατροφής.....	174
10.6.2. Πλήρης και ισορροπημένη διατροφή.....	175
10.6.3. Συνθήκες καθημερινότητας και διατροφή.....	177
10.6.4. Η επιρροή της ψυχικής διάθεσης στην διατροφική συμπεριφορά.....	179
10.6.5. Συσχέτιση διατροφής και ψυχικής υγείας.....	180
10.6.6. Γενικά συμπεράσματα.....	181
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	183
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
Ελληνική.....	186
Μεταφρασμένη.....	187
Ξενόγλωσση.....	188
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	190

ΜΕΤΡΟΝ ΑΡΙΣΤΟΝ

1. *«Ιατρική και υγεία δεν είναι τίποτα άλλο από την υγιεινή φυσική διατροφή. Το φάρμακό σου η τροφή σου».* (Ιπποκράτης).
2. *«Η τροφή σου είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου να είναι η τροφή σου».* (Ιπποκράτης).
3. *«Είμαστε ότι τρώμε. Και αυτό που τρώμε καθορίζει τις σκέψεις, τη ζωή μας, το παρόν, το μέλλον και το πεπρωμένο μας...!».* (Αλέξης Κάρελ γιατρός βιολόγος, βραβείο Νόμπελ).
4. *«Δεν πρέπει να τρώμε γρήγορα και λαίμαργα. Αυτά μοιάζουν με συνήθειες σκύλου και ταιριάζουν περισσότερο σε θηρίο παρά σε άνθρωπο».* (Δημόκριτος).
5. *«Η ομορφιά, η καλή φυσική κατάσταση, η υγεία και η δύναμη βρίσκονται στο σώμα»* (Πλάτωνας από Αθήνα).
6. *«Όπως λοιπόν καλή επάλειψη δεν είναι ούτε η ευχάριστη ή η μεγάλη, αλλά η υγιεινή, έτσι και η τροφή είναι καλή όχι όταν είναι ευχάριστη ή άφθονη αλλά υγιεινή και μετρημένη».* (Δημόκριτος από Αβδηρα).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μας. Οι διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις διαμορφώνονται πολύ νωρίς, από την παιδική ηλικία και επηρεάζονται κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον. Οι γονείς αλλά και οι ενήλικες αποτελούν πρότυπα για την ανάπτυξη υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

Πολλά από τα σοβαρότερα νοσήματα στα οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο νοσολογικό φορτίο, συνδέονται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με την σύγχρονη διατροφή. Η δραστική αλλαγή του τρόπου ζωής, η πολύωρη εργασία, η μεγάλη κατανάλωση των διάφορων προϊόντων που προβάλλονται μέσω των διαφημίσεων, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η μίμηση προτύπων, αλλά και η άγνοια οδηγούν σε ανθυγιεινές συνήθειες και κατά συνέπεια σε διατροφικές διαταραχές.

Οι γνώσεις διατροφής συμβάλλουν στην απόκτηση σωστών διαιτητικών συνηθειών που αφ' ενός προλαμβάνουν διάφορες ασθένειες αφετέρου συντελούν στην διατήρηση της καλής σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας.

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες και βάση των Ελληνικών και ξενόγλωσσων βιβλιογραφικών πηγών καταδεικνύεται ότι η Διατροφή και η Ψυχική Υγεία είναι δύο έννοιες άρρητα συνδεδεμένες μεταξύ τους.

Ακόμη, αποδεικνύεται πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού καθώς και όλων των επαγγελματιών υγείας στις διατροφικές συμπεριφορές των ατόμων που παρέχουν τις κατάλληλες γνώσεις και μεθόδους και προάγουν την υγεία τους, συμβάλλοντας στην πρόληψη και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

ABSTRACT

Nutrition plays an important role in our life. Eating habits and preferences are formed very early in childhood and are mainly influenced by the family environment. Parents and adults are models for the development of healthy eating habits.

Many of the most serious diseases, which are of most nosological load, are directly linked to factors associated with the modern diet. The drastic change in lifestyle, the long working hours, the high consumption of various products displayed through advertisements, the lack of exercise, the imitation standards and ignorance lead to unhealthy habits and consequently to eating disorders.

The dietary knowledge contribute to the acquisition of correct dietary habits, on the one hand preventing various diseases, on the other hand help to maintain good physical, mental and spiritual health.

According to scientific research and the basis of Greek and foreign literature sources indicated that the Nutrition and Mental Health are two concepts inseparably linked.

Even proves how important is the role of the social worker and all health professionals in the dietary behaviors of individuals providing appropriate knowledge and methods and promote their health, contributing to the prevention and treatment of eating disorders.

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγή

Σήμερα η διατροφή είναι πολύ διαφορετική από εκείνη των προγόνων μας. Η παραγωγή και η κατανάλωση τροφίμων σε συνδυασμό με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και τα επεξεργασμένα τρόφιμα, δείχνουν ότι η πρόσληψή μας από φρέσκα θρεπτικά τοπικά προϊόντα είναι πολύ χαμηλότερη σε σύγκριση με την πρόσληψη λίπους, ζάχαρης, αλκοόλ και προσθέτων που είναι πολύ υψηλότερη.

Η διάδοση και υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προάσπιση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας και βασική προϋπόθεση της προαγωγής της δημόσιας υγείας. *«Η τροφή σου είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου να είναι η τροφή σου»* (Ιπποκράτης). Επιστημονικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η καλή διατροφή συμβάλλει στην ψυχική υγεία. Ψυχικά προβλήματα μπορεί να επηρεαστούν από διάφορους διατροφικούς παράγοντες. Συνεπώς, ο ρόλος της διατροφής στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικός αφού υπάρχουν πολλά στοιχεία που συνδέουν την διατροφή και την ψυχική υγεία. Αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι τα τρόφιμα διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο συμβάλλοντας στην πρόληψη και την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας, όπως, οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής (ψυχογενής ανορεξία, νευρογενής βουλιμία, επεισοδιακή υπερφαγία), αλλά και η ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κ.ά. Τα δύο τρίτα εκείνων που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας τρώνε φρέσκα φρούτα ή χυμό φρούτων, φρέσκα λαχανικά και σαλάτες σε σχέση με λιγότερο από το ήμισυ αυτών που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οποίοι τρώνε λιγότερο υγιεινά τρόφιμα και περισσότερο ανθυγιεινά όπως, σοκολάτες, έτοιμα τυποποιημένα γεύματα, κ.ά.

Η συναισθηματική διάθεση μπορεί να προστατευθεί με τη διασφάλιση ότι η διατροφή περιλαμβάνει ευρεία ποικιλία τροφίμων σε συνδυασμό με τακτικά γεύματα. Μόνο τότε μας παρέχει επαρκείς ποσότητες από σύνθετους υδατάνθρακες, απαραίτητα λιπαρά οξέα, αμινοξέα, βιταμίνες, μέταλλα και νερό. Κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία δείχνουν ότι μια υγιεινή διατροφή μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Από την πρώτη στιγμή της ύπαρξης του ανθρώπου και σε όλες τις περιόδους της εξέλιξής του, η διατροφή είχε και έχει πάντα ιδιαίτερη σημασία. Μάλιστα έπαιζε σημαντικό ρόλο όταν ο άνθρωπος νοσούσε, αφού πίστευαν ότι οι κατάλληλες τροφές λειτουργούσαν θεραπευτικά. Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι η θεραπεία επηρεάζεται από την σωστή επιλογή τροφής σε σχέση τόσο με την ποσότητα όσο και με την ποιότητα στα διάφορα στάδια της νόσου. Άλλωστε η θεωρία αυτή αποτυπώνεται στο διαιτητικό-θεραπευτικό και φιλοσοφικό του έργο «Αρμονία». Θεωρεί ότι η υγεία του ανθρώπινου οργανισμού διασφαλίζεται με την ισορροπία των αντίθετων δυνάμεων, δηλαδή, τη μείωση των ισχυρών και την αύξηση των αδύναμων. Η ισορροπία αυτή εξηγεί την αιτία γέννησης ασθενειών. Καθιστά ως απαραίτητη προϋπόθεση της υγείας, τη διατήρηση του «μέτρου» στον τρόπο ζωής και διατροφής, έτσι ώστε ο άνθρωπος να αποφεύγει τις δυσάρεστες επιπτώσεις των διάφορων ασθενειών. (ΔΑΦΕΡΕΡΑ, 2001).

Στην Αρχαία Ελλάδα η διατροφή υπήρξε ισχυρός δεσμός ανάμεσα στην φύση, την γνώση και το καθημερινό μέτρο διάκρισης, ανάμεσα σε αθάνατους, θνητούς και ζώα. Τα ζώα τρέφονται με ωμή τροφή, ο άνθρωπος με μαγειρευμένη και οι θεοί αρκούνται στην οσμή του ψητού, το νέκταρ και την αμβροσία. Επομένως, θρησκεία, τροφή και ιατρική, είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Η συνάθροιση ανθρώπων να απολαύσουν ένα γεύμα, ονομαζόταν συμπόσιο. (Ο οικοδεσπότης και οργανωτής του γεύματος ονομαζόταν συνδαιτυμόνας και οι καλεσμένοι του αμφιτρώωνες). Τα συμπόσια ήταν γιορτές όπου οι Αρχαίοι Έλληνες γεύονταν διάφορα εδέσματα, όπως ψητά στην σούβλα ή σε πήλινα σκεύη σκεπασμένα με κάρβουνα. (ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ, 2001).

Ο πρωτόγονος άνθρωπος τρέφονταν με σπόρους δημητριακών. Αργότερα από τους σπόρους των δημητριακών παρασκεύασε χυλό, ενώ μεταγενέστερα στην Αρχαία Αίγυπτο παρασκευάστηκε για πρώτη φορά το ψωμί. Οι αρχαίοι Έλληνες έμαθαν από τους Αιγύπτιους την τέχνη της παρασκευής του ψωμιού. Και πολύ αργότερα ο Χριστιανισμός καθιέρωσε το ψωμί ως σύμβολο. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Η διατροφή των Αθηναίων του Χρυσού Αιώνα, βασιζόνταν σε τρεις άξονες: τα σιτηρά, το λάδι και το κρασί. Το ψωμί αποτελούσε τη βάση της διατροφής των Αθηναίων-ο Όμηρος τους αποκαλούσε «ψωμοφάγους». Ο Πλάτωνας στην πολιτεία του μιλάει για το ζύμωμα και το ψήσιμο των δημητριακών σε γαλέτες και ψωμί. Το πιο συνηθισμένο ψωμί είναι η «μάζα». Το σταρένιο ψωμί, ο λεγόμενος άρτος ήταν μόνο για τις γιορτινές ημέρες. Το σιτάρι ήταν ακριβότερο και οι απλοί άνθρωποι τρέφονταν με κριθίνα καρβέλια και παξιμάδια. Οι τροφές που συνόδευαν το ψωμί ονομάζονταν «Όψα». Οι τροφές αυτές ήταν κυρίως όσπρια, χόρτα, λαχανικά, ελιές, κρέας και ψάρια. Οι περισσότεροι καταλάωναν το ψάρι –και θαλασσινά γενικά– από το κρέας, το οποίο ήταν ακριβό και μόνο για τους πλούσιους. Οι φτωχοί έτρωγαν κρέας όταν γίνονταν θυσίες ενώ οι εύποροι που είχαν την δυνατότητα να προμηθεύονται προϊόντα της υπαίθρου, αγόραζαν αρνιά, κατσίκια και κυνήγι. Το βοδινό και το μοσχάρι κρέας ήταν σπάνια στην Αθήνα αλλά και σε άλλες μεγάλες πόλεις της Κεντρικής και Νότιας Ελλάδας. Από το κυνήγι οι Αθηναίοι απολάμβαναν νόστιμο και εκλεκτό κρέας. Τα άγρια ζώα και πουλιά δεν ήταν επαρκείς. Το κυριότερο λάφυρο του κυνηγιού ήταν ο λαγός, το μόνο άγριο τετράποδο ζώο που μπορούσαν να κυνηγήσουν οι Αθηναίοι κοντά στην πόλη τους. (ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ, 2001).

Ο αγριόχοιρος (σύαγρος), ήταν επίσης εκλεκτή τροφή. Εάν εξαιρέσουμε το χοιρινό, οι Αθηναίοι τα άλλα κατοικίδια ζώα τα εξέτρεφαν περισσότερο για το γάλα και το τυρί τους. Το βούτυρο δεν το γνώριζαν. Δείχνει ξένο και παράξενο. Το γάλα όμως το έπιναν πολύ και έφτιαχναν γλυκές κρέμες και καταλάωναν κάτι που έμοιαζε με το σημερινό γιαούρτι ή το ξινόγαλο: το ονόμαζαν «πυριάτη» και το έτρωγαν με μέλι. Το ξακουστό θυμαρίσιο μέλι της Αττικής που ήταν και είναι έως και σήμερα περιζήτητο σε όλες τις ελληνικές πόλεις. Τους ξηρούς καρπούς τους έτρωγαν ως επιδόρπια, ενώ τα φρέσκα φρούτα (αχλάδια, μήλα, ρόδια, σύκα, σταφύλια, κ.ά.), ήταν ορεκτικά πριν το φαγητό. Επίσης, ήξεραν και καταλάωναν τα κυδώνια, τα δαμάσκηνα, τα καρπούζια, τα πεπόνια, τα κολοκύθια και άλλα. Ακόμη, έτρωγαν ραδίκια, αντίδια, σέλινια και μαρούλια.

Μέτρο ευμάρειας στην Αρχαία Ελλάδα ήταν το κρασί μαζί με τα δημητριακά και το λάδι. Οι Αρχαίοι Έλληνες το αγαπούσαν και έπιναν πολύ, είτε ανακατεμένο με νερό, είτε αρωματισμένο με διάφορα μυρωδικά, κυρίως μετά το φαγητό τους. Το λάδι, ο καρπός της ελιάς, κατείχε την πρώτη θέση στο τραπέζι τους. Μάλιστα, το Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

χρησιμοποιούσαν στο ζύμωμα του ψωμιού και ήταν το μόνο που συνόδευε το ψωμί, αφού δεν ήξεραν για το βούτυρο. Τέλος, όσον αφορά τα γλυκά, το πιο γνωστό ήταν ο πλακούς. Υπήρχαν πολλά είδη πλακούντος, τα οποία πότιζαν με μέλι, όπως γίνεται και σήμερα με ορισμένα γλυκά. Έφτιαχναν και έτρωγαν γαλατόπιτες, άμυλο και γλυκό τραχανά.

Στα χρόνια της ρωμαϊκής κυριαρχίας, οι βιβλιογραφικές πηγές για την ελληνική γαστρονομία είναι ελάχιστες. Περισσότερο γνωρίζουμε για τα αρωματισμένα αναψυκτικά. Υπάρχει ένας εντυπωσιακός κατάλογος τέτοιων ποτών, από τον διαιτητικό Φιλάγριο, με διάφορες συνταγές και πληροφορίες για τις θρεπτικές τους ιδιότητες. Τα αρωματισμένα κρασιά ήταν πολύ δημοφιλή, όπως ο ασπινθίτης και ο ροδίτης (ή ροσάτος) που όμως κόστιζαν ακριβά.

Στους Βυζαντινούς χρόνους, οι άνθρωποι δοκίμαζαν για πρώτη φορά το αποξηραμένο κρέας, που μοιάζει με τον παστοურμά της σύγχρονης Τουρκίας. Τα κύρια γεύματα των βυζαντινών, ήταν το πρόγευμα ή πρόφαγον, το άριστον ή μεσημβρινό (γεύμα) και ο δείπνος. Κατά την βυζαντινή περίοδο ή εξέλιξη της γεύσης είναι σημαντική, ο γάρος (πηκτή από συκώτι ψαριού, αλάτι και λάδι) καθώς και οι νέοι συμυκνωμένοι ζωμοί, αρωματισμένοι με μυρωδικά, δίνουν ταυτότητα στην γεύση, όπου το γλυκό και το αλμυρό υπερέχουν έναντι των άλλων δύο γεύσεων, του πικρού και του ξινού. Η Κωνσταντινούπολη, το Βυζάντιο της κλασικής εποχής και η σύγχρονη Ισταμπούλ, φημιζόταν πάντα για τα θαλασσινά της. Οι βυζαντινοί έτρωγαν το αυγοτάραχο και το οιοτάριχον, το οποίο λέγεται ότι είναι ελληνικής προέλευσης. Τον 12ο αιώνα, η Κωνσταντινούπολη γνώρισε το χαβιάρι, το καβιάρι, ένα είδος θαλασσινού από την Μαύρη Θάλασσα και στη συνέχεια άρχισε να εισάγει παστή ρέγγα από την Βρετανία.

Οι βοτανολόγοι και διαιτολόγοι της εποχής εκείνης συστήνανε στους αρρώστους γεύματα αποτελούμενα από χόρτα τα οποία έτρωγαν με ξύδι ή άλλα περιχύματα. Τα συκόφυλλα που διατηρούσαν σε άλμη τα αντικατέστησαν με αμπελόφυλλα. Το δενδρολίβανο που ήταν ήδη γνωστό από την πρώιμη ρωμαϊκή αυτοκρατορία, δεν το χρησιμοποιούσαν στην μαγειρική ως αρωματικό χόρτο, αλλά άρχισαν να το χρησιμοποιούν στο ψητό αρνί όπως γίνεται και σήμερα. Οι φουρνάρηδες στην Κωνσταντινούπολη, παρασκεύαζαν αρκετές ποικιλίες ψωμιού. Το άσπρο και το μαύρο ψωμί ξεχώριζε ως καθαρόν και ρυπαρόν αντίστοιχα. Ο

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

σαλιγνίτης, ένα είδος ψωμιού από ασπροσίταρο ήταν συνηθισμένο προϊόν, όπως επίσης συνηθισμένο ήταν και το κριθαρένιο ψωμί. Σύμφωνα με τα βυζαντινά κείμενα το τυρί είναι γνωστό και διαθέσιμο στην κατανάλωση. Από περιγραφές καταλαβαίνουμε ότι υπήρχε και η μυζήθρα.

Στην εποχή του Μεσαίωνα η εισαγωγή μπαχαρικών στην Ευρώπη και η χρήση τους στην κουζίνα αναπτύχθηκε πολύ. Οι βυζαντινοί Έλληνες χρησιμοποιούσαν το μοσχοκάρυδο για να πασπαλίζουν την φάβα, κυρίως στη διάρκεια της νηστείας. Παράλληλα οι άνθρωποι προσπαθούσαν να ανακαλύπτουν τρόπους για να κατασκευάζουν γλυκά και άλλα ζαχαρωτά. Έφτιαχναν πιάτα γλυκού που έμοιαζαν με πουτίγκες και ρυζόγαλο που το έτρωγαν με μέλι. Επίσης, έφτιαχναν μαρμελάδα από κυδώνι, αγλάδια και άλλα. Τα κίτρα ή λεμόνια, καθώς και η ζάχαρη γινόταν όλο και περισσότερο γνωστή και πλέον έγινε υποκατάστατο του μελιού. Η διατροφή των φτωχών περιοριζόνταν σε πολλά χορταρικά και τοπικούς καρπούς, αλλά περιείχε έναν αξιόλογο αριθμό αρωματικών, όπως το ξύδι, το μέλι, το πιπέρι, την κανέλα, το κύμινο, το αλάτι και διάφορα άλλα. Αντί για κρέας που τους έλειπε, έτρωγαν τυρί, ελιές και κρεμμύδια.

Ο βυζαντινός στρατός κατανάλωνε κυρίως δημητριακά σε ποικίλες μορφές. Ιδιαίτερη σημασία είχε το παξιμάδι από κριθάρι, που μάλλον πήρε το όνομά του από τον Πάξαμο, διάσημο μάγειρα της Ελληνιστικής Εποχής. Η συνταγή του διαδόθηκε πέρα από τα σύνορα του Βυζαντίου. Μια άλλη τυπική τροφή ήταν το ψωμί ψημένο σε πήλινο φούρνο που έμοιαζε με πίτα καθώς και ο χυλός που ήταν πολύ γνωστός.

Στην περίοδο των Οθωμανικών χρόνων, το γιαούρτι είχε σημαντική θέση στην διατροφή. Το ίδιο ισχύει και για τον παστουρμά που τον θεωρούσαν εξαιρετική λιχουδιά. Η Οθωμανική κουζίνα εξελίχθηκε και καινούργιες τροφές εισήχθησαν στην περιοχή του Αιγαίου, από την Ινδία, την Ινδοκίνα και τον Νέο Κόσμο. Τόσο οι Τούρκοι όσο και οι Έλληνες αγαπούσαν τα γλυκίσματα και τα ηδύποτα ποτά. Τασερμπέτια της Ισταμπούλ, δηλαδή τα αναψυκτικά ποτά, τα έφτιαχναν από λεμόνι, ζάχαρη και νερό-μερικές φορές τα αρωματίζανε και με άμπρα (άμβρα). Σύμφωνα με περιγραφές οι Τούρκοι και οι Έλληνες έτρωγαν αλλά και σερβίριζαν στους επισκέπτες γλυκά του κουταλιού. Η μαρμελάδα από νεράντζι και λεμόνι ήταν τα πιο διάσημα γλυκά κουταλιού της εποχής εκείνης.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Η Ισταμπούλ, κέντρο μιας τεράστιας αυτοκρατορίας, αποτελούσε συγχρόνως και ένα σπουδαίο κέντρο εμπορίου τροφίμων και πολλών άλλων αγαθών. Συνεχώς κατέφθαναν από την Αλεξάνδρεια πλοία φορτωμένα με πρόβατα, κατσίκια, αγελάδες, χήνες, κοτόπουλα και πιτσούνια. Επίσης, με όσπρια μπαχαρικά και ζάχαρη. Από την Αίγυπτο έρχονταν χουρμάδες και δαμάσκηνα, από την Τρανσυλβανία μήλα, από την Κορώνη και την Μεθώνη της Πελοποννήσου ελαιόλαδο και από την Μολδαβία βούτυρο. Τα μήλα και το ελαιόλαδο που προοριζόταν για προσωπικά χρήση του Σουλτάνου έρχονταν ειδικά από την Κρήτη. Οι Βενετσιάνοι της Ισταμπούλ έφερναν Μιλανέζικα τυριά μόνο για τους άρχοντες του τόπου. Το σιτάρι εισάγονταν από την Προύσα της Βιθυνίας. Ακόμη, ο καφές στην Οθωμανική Εποχή ήταν «ένα καινούργιο είδος» που κόβει τον ύπνο και δίνει ενέργεια στον άνθρωπο.

Το ελληνικό κρασί δεν μπόρεσε έως και σήμερα να κερδίσει και πάλι το καλό όνομα που είχε στην ρωμαϊκή και μεσαιωνική Δύση, παρά το γεγονός ότι κυκλοφορεί στην διεθνή αγορά μεγαλύτερη ποικιλία ελληνικών κρασιών σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Γνωρίζουμε από τις βιβλιογραφικές πηγές ότι στην αρχαιότητα, τα ελληνικά κρασιά «ψήνονταν» προκειμένου να διατηρηθούν κατά την μεταφορά τους σε μακρινές αποστάσεις. Στα ρωμαϊκά συμπόσια τα ελληνικά κρασιά τα σερβίριζαν σε μικρές ποσότητες, διότι τα θεωρούσαν δυνατά. Στα καλά ελληνικά κρασιά, οι γεύσεις και τα χρώματα ξεχωρίζουν με ευκολία και σαφήνεια. Μερικά καλά κρασιά παρασκευάζονται στις ανατολικές ακτές του Αιγαίου.

Η ιστορία της σύγχρονης ελληνικής διατροφής διακρίνεται για την μεγάλη ποικιλία και την ποιότητά της. Η σύγχρονη ελληνική και τουρκική κουζίνα διαθέτει πλέον νέα υλικά, άγνωστα στους προ-οθωμανικούς αιώνες. Τις τομάτες που κυριαρχούν στην μεσογειακή διατροφή, το σπανάκι και το τσίλι που παρέχει θερμότητα στα μαγειρεμένα φαγητά. Επίσης, τα γλυκά πορτοκάλια, οι μπανάνες, το τσάι, ο καφές και τα διάφορα αλκοολούχα ποτά, εμπλουτίζουν την διατροφή μας. Στα βυζαντινά κείμενα διαβάζουμε για τις μελιτζάνες, τα νεράντζια, τις μαρμελάδες και τα γλυκά αναψυκτικά που πλαισιώνουν την διατροφή μας και σήμερα. Άλλα υλικά πάλι αναφέρονται στην ρωμαϊκή εποχή και στους αιώνες που ακολούθησαν τις κατακτήσεις του Μεγάλου Αλεξάνδρου: τα ροδάκινα, τα κίτρα, τα βερίκοκα, καθώς και η χρήση ορισμένων αρωματικών μπαχαρικών στο μαγείρεμα, όπως το πιπέρι και Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

η κανέλα. Τα περισσότερα είδη όμως της σύγχρονης ελληνικής κουζίνας ήταν γνωστά στην περιοχή του Αιγαίου, στην εποχή της κλασικής αρχαιότητας, από τον 5ο και τον 4ο αιώνα Π.Χ.. Εκτοτε, λίγα καινούργια πράγματα προστέθηκαν. Τα σταφύλια και το κρασί, οι σταφίδες, τα σύκα και το μέλι, το σταρένιο ψωμί και τα κριθαρένια παξιμάδια, τα κρεμμύδια και το σκόρδο, το αρνάκι και το κατσικάκι, τα ψάρια τα οστρακοειδή, τα χταπόδια και τα καλαμαράκια, χαρακτηρίζουν την ελληνική κουζίνα που εδώ και τρεις ή και περισσότερες χιλιάδες χρόνια ξεχωρίζει για τα βασικά συστατικά της. Με απλές μεθόδους, η ελληνική μαγειρική, τόσο στα χρόνια του Αρχέστρατου όσο και στις μέρες μας, έχει αποδειχτεί ότι είναι η καλύτερη. Είναι η αρχαιότερη κουζίνα της Ευρώπης, η οποία δεν έχασε ποτέ την αυθεντική και μοναδική της γεύση. (ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ, 2001).

1.3. Η φύση και ο ρόλος της τροφής

Η βασική λειτουργία της τροφής είναι να μας κρατήσει ζωντανούς και υγιείς. Η δυσκολία να καθορίσει κανείς επακριβώς τη φύση της τροφής μπορεί να κριθεί από διάφορους ορισμούς που χρησιμοποιούνται. Δεν υπάρχει μια τέλεια ή πλήρης τροφή, που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κανένα τρόφιμο που παρέχει επαρκώς όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά. Προκύπτει ότι θα πρέπει να τρώμε μία ποικιλία τροφών για να μας θρέψει και επειδή διαφορετικά τρόφιμα έχουν ευρέως διαφορετικό διατροφικό περιεχόμενο θα πρέπει να επιλέγουμε τρόφιμα που να μας παρέχουν μία ικανοποιητική υγιεινή διατροφή. (CAMERON, FOX, 1989)

Για να υπάρχει ζωή στη γη πρέπει να υπάρχει και τροφή. Ύπαρξη χωρίς τροφή δεν είναι δυνατή. Ο άνθρωπος εξελίσσεται και επιδρά στο περιβάλλον του και μάλιστα με τη σημερινή εξέλιξη των πολλών και διάφορων επιστημών είναι βέβαιο ότι δεν τρέφεται μόνο για να επιβιώσει αλλά και για να πορευτεί μία μακροχρόνια, υγιή, ευτυχισμένη και δημιουργική ζωή και συγχρόνως να καλυτερεύσει βιολογικά, πνευματικά και ψυχικά η γενιά του. Η ζωή και το μέλλον του ατόμου, της οικογένειας, του έθνους και όλης της ανθρωπότητας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όμως ο βασικότερος είναι η διατροφή. Από την αρχαία εποχή η διατροφή είχε πρωταρχικό ρόλο, ακόμη και οι πρώτοι άνθρωποι στη γη έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στη διατροφή τους. Όταν ο άνθρωπος γεννιέται το πρώτο που αναζητά είναι η τροφή, διότι χωρίς αυτή αργά ή γρήγορα θα πεθάνει.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Πολλοί επιστήμονες, ανθρωπολόγοι, αρχαιολόγοι και άλλοι που ασχολούνται με την εξέλιξη της ανθρωπότητας έχουν ως βάση της έρευνάς τους τη διατροφή του ανθρώπου και χωρίζουν την ιστορία της ανθρωπότητας σε εποχές, όπως κυνηγετική, νομαδική, κ.ά. Η διατροφή πάντα αποτελούσε αντικείμενο ενδιαφέροντος και μελέτης τόσο των επιστημόνων όσο και των κυβερνήσεων όλων των χωρών, επειδή γνωρίζουν και καταλαβαίνουν ότι αποτελεί τη βασικότερη προϋπόθεση για την οικονομική, κοινωνική και πνευματική εξέλιξη ενός λαού. Άλλωστε όπως αποδεικνύεται η σωματική, η πνευματική και η ψυχική ανάπτυξη του ατόμου είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων συμπεριλαμβανομένων και της διατροφής. Για αυτό τον λόγο τα χαρακτηριστικά ενός λαού μπορεί να είναι ανάλογα με την διατροφή του, παράδειγμα, οι Αμερικανοί είναι ψηλοί και οι Ιάπωνες μικρόσωμοι. Όμως οι μετανάστες Ιάπωνες στην Αμερική κατά την δεύτερη γενιά έχουν την σωματική διάπλαση των Αμερικανών. Στην περίπτωση αυτή, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι, εκτός από το κλίμα και τη διατροφή, οι άλλοι παράγοντες μένουν ίδιοι. Επομένως, το αποτέλεσμα είναι, ότι η διατροφή παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη του ατόμου. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι η διατροφή των ατόμων είναι θέμα εθνικό και παγκόσμιο.

Πάντοτε η διατροφή αποτελεί θέμα άμεσου ενδιαφέροντος. Αν ανατρέξουμε στην Ιστορία παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες επαναστάσεις έγιναν όταν υπήρχε μεγάλη φτώχεια και πείνα. Επίσης, όλοι γνωρίζουμε ότι ο υπερσιτισμός, ο υποσιτισμός και ο κακοσιτισμός είναι χαρακτηριστικά της εποχής μας, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Ο τρόπος διατροφής επηρεάζει τον άνθρωπο πριν ακόμη γεννηθεί. Η διατροφή της εγκύου επηρεάζει πολύ την ανάπτυξη του εμβρύου αλλά και του ίδιου του ατόμου αργότερα. Σύμφωνα με έρευνες ο κακοσιτισμός δεν εμφανίζεται μόνο σε οικογένειες χαμηλού οικονομικού επιπέδου, σε εφήβους, ηλικιωμένους και παιδιά, αλλά αποτελεί πλέον χαρακτηριστικό του σύγχρονου ανθρώπου και αυτό δεν συμβαίνει από ανέχεια αλλά από άγνοια. Τα μέσα ενημέρωσης με τις διαφημίσεις παρασύρουν περισσότερο τα παιδιά τα οποία αποκτούν κακές συνήθειες, δηλαδή καταναλώνουν γαριδάκια, πατατάκια, γλυκά και σοκολάτες αποφεύγοντας συστηματικά τα γεύματά τους, τρώνε πολλά και ακατάλληλα τρόφιμα που οδηγούν στον κακοσιτισμό και την παχυσαρκία.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Συνήθως, άνθρωποι καχεκτικοί και υποσιτιζόμενοι ή κακοσιτιζόμενοι δεν είναι δυναμικοί και παραγωγικοί.

Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα θανάτων έχει μειωθεί σημαντικά. Στη μείωση αυτή έχουν συντελέσει πολλοί παράγοντες, όπως οι καινούργιες εγχειρητικές μέθοδοι, οι καινούργιες εφευρέσεις, η βελτίωση των συνθηκών ζωής και διαβίωσης και η εξέλιξη της επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας. Οι γνώσεις είναι πολλές που παρέχονται για τις απαιτήσεις του ανθρώπινου οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά και κυρίως για την ισορροπία που πρέπει να υπάρχει στο σώμα μεταξύ νερού και ηλεκτρολυτών. Γεγονός είναι ότι όλοι συμφωνούν πως η καλή διατροφή συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην καλή διατήρηση της υγείας του ανθρώπου. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

2.1. Ορισμός της Διατροφής

Η διατροφή έχει μία πολύπλοκη σειρά από έννοιες όπως περιγράφηκε από τον Todhunder (1973)

«Η διατροφή είναι κύρος, θέση, πλούτος...Είναι ένα μέσο επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων όπως «το μήλο για το δάσκαλο» ή μια έκφραση φιλοξενίας, φιλίας, στοργής, σχέσεις καλής γειτονίας, παρηγοριάς και συμπόνιας σε περιόδους θλίψης ή κινδύνου. Συμβολίζει την δύναμη, τον αθλητισμό, την υγεία και την επιτυχία. Είναι ένα μέσο ευχαρίστησης και αυτοϊκανοποίησης και ανακούφισης από το στρες. Είναι σε γιορτές, τελετές, τελετουργίες, ιδιαίτερες μέρες και σε νοσταλγεί για το σπίτι, την οικογένεια και τις «καλές παλιές ημέρες». Είναι μια έκφραση της ατομικότητας της επιτήδευσης, ένα μέσο της προσωπικής έκφρασης και ένας τρόπος επανάστασης. Περισσότερο απ' όλα είναι παράδοση, έθιμο και ασφάλεια...Υπάρχουν τα κυριακάτικα και τα καθημερινά γεύματα, τα οικογενειακά γεύματα και τα γεύματα του επισκέπτη, τα φαγητά με μαγικές ιδιότητες για υγεία και τα γεύματα για παθήσεις». (Ogdén, 2003, σελ. 15).

2.2. Ορισμός της Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η υγεία ορίζεται ως εξής: *«Υγεία είναι η σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική καλή κατάσταση του ανθρώπου και όχι απλώς η έλλειψη αρρώστιας».* Η χώρα που μπορεί να διατηρεί τους πολίτες και στρατιώτες της σε αυτή την καλή σωματική και ψυχική κατάσταση υπερέχει των άλλων χωρών. Έτσι λοιπόν, η καλή διατροφή είναι απαραίτητη για την καλή και σωστή ανάπτυξη όλων των κυττάρων, ιστών, οργάνων και συστημάτων του σώματος αλλά και για την καλή λειτουργία αυτών. Επίσης, είναι απαραίτητη για την κανονική ανάπτυξη, τη διατήρηση και την αναπαραγωγή, καθώς και για την απόδοση στην εργασία, την αντίσταση του οργανισμού στις μολύνσεις και την ικανότητα να ανταπεξέλθει σε τραυματισμούς. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διατροφή είναι ο πιο

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

σπουδαίος παράγοντας του περιβάλλοντος, που επηρεάζει άμεσα και έμμεσα την υγεία του ανθρώπου. (BELENTZAS, ΤΡΙΑΔΗ 1999, σελ. 24).

2.3. Η Επιστήμη της Διατροφής και της Διαιτολογίας

«Σε όλες τις προηγμένες χώρες η διαιτολογία είναι εφάμιλλη όλων των άλλων επιστημών και όλα σχεδόν τα κρατικά και ιδιωτικά πανεπιστήμια των χωρών αυτών έχουν ειδικότητα διατροφής, με έδρα διατροφής και διαιτολογίας, όπου ειδικεύονται σπουδαστές με σκοπό να διδάξουν και να ενημερώσουν το κοινό όπως πρέπει. Η διατροφή είναι θέμα εκπαίδευσης και θα πρέπει να υπάρχει σε όλα τα στάδια εκπαίδευσης, από το νηπιαγωγείο μέχρι και την τελευταία τάξη του λυκείου, τουλάχιστον προαιρετικά. Έτσι ο καθένας θα μαθαίνει για τον εαυτό του και θα διδάσκει και τους άλλους, προκειμένου να διατηρούνται όλοι υγιείς».(BELENTZAS, ΤΡΙΑΔΗ 1999, σελ. 24).

2.4. Συστήματα ταξινόμησης διατροφής/τροφίμων

Σύμφωνα με τους Levi Strauss & Douglas (1965), η διατροφή μπορεί να γίνει κατανοητή σε όρους μιας βαθιάς υποκειμενικής δομής η οποία είναι κοινή σε όλες τις διατροφικές κουλτούρες. Με βάση αυτήν την προοπτική, ο Helman (1984) περιγράφει πέντε τύπους συστημάτων διατροφής:

Τρόφιμα έναντι μη τροφίμων:

Σε αυτόν τον τύπο συστήματος περιγράφει τα τρόφιμα τα οποία είναι φαγώσιμα και αυτά που δεν είναι. Για παράδειγμα, το σιτάρι είναι τροφή, το γρασίδι δεν είναι, τα βατράχια μπορεί να είναι φαγώσιμα, τα σκουλήκια σπανίως είναι.

Ιερά έναντι βεβηλωμένα τρόφιμα:

Η διαφορετικότητα ανάμεσα σε τρόφιμα τα οποία είναι αναγνωρισμένα από τα θρησκευτικά πιστεύω και σε εκείνα που δεν είναι. Για παράδειγμα τα δίχειλα ζώα (όπως η κατσικά, πρόβατο, κ.ά.) που αναμασάνε, είναι ιερά για τους Μουσουλμάνους και τους Εβραίους σε αντίθεση με τα χοιρινά προϊόντα που είναι βέβηλα. Επίσης, βέβηλα είναι και τα βοδινά προϊόντα για τους Σιχ και τους Ινδουίστες.

Παράλληλα ταξινομημένα τρόφιμα:

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Εδώ υποδεικνύεται ότι τα είδη διατροφής μπορούν να περιγραφούν ως «θερμά» (όπως το σιτάρι, η πατάτα, το σκόρδο) ή «ψυχρά» (όπως ο αρακάς, το ρύζι, τα φασόλια). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο υγείας εξισώνεται η ισορροπία μεταξύ θερμών και ψυχρών τροφίμων. Εάν μια τροφή θεωρηθεί «θερμή» ή «ψυχρή», αυτό δεν εξαρτάται από την θερμοκρασία αλλά από τη συμβολική αξία που επισυνάπτεται σε κάθε είδος διατροφής και μπορεί να ποικίλει από κουλτούρα σε κουλτούρα.

Τροφή ως φάρμακο - φάρμακο ως τροφή:

Σε αυτόν τον τύπο περιγράφει το χωρισμό και την σύμπτυξη ανάμεσα στο φαγητό και το φάρμακο. Για παράδειγμα, ορισμένα τρόφιμα χρησιμοποιούνται ή αποφεύγονται στη διάρκεια ορισμένων καταστάσεων, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, ή η εμμηνόρροια και δίδονται ως θεραπεία σε προβλήματα υγείας, όπως η διάρροια και η δυσπεψία.

Κοινωνικές τροφές:

Εδώ περιγράφεται η κοινωνική λειτουργία της τροφής. Η διατροφή μπορεί να γίνει κατανοητή μέσω της επιβεβαίωσης και την ανάπτυξη σχέσεων. Συμβολίζει μια πραγματική κατάσταση, προσφέροντας σπάνια, ακριβά και νόστιμα πιάτα, δημιουργώντας μια ομάδα ταυτότητας, μέσω πρότυπων παραδοσιακών φαγητών, όπως είναι το πρωινό, το μεσημεριανό και το βραδινό ή μέσω παραδοσιακών τύπων φαγητών, όπως είναι το «εθνικό πιάτο» ή το «οικογενειακό γεύμα». (Ogden, 2003).

2.5. Διατροφή και Υγεία

Η ζωή και η υγεία των ανθρώπων εξαρτώνται από τον συνεχή εφοδιασμό τους με θρεπτικές ουσίες που λαμβάνουν. Οι θρεπτικές ουσίες είναι απαραίτητες πηγές ενέργειας, ανόργανα μεταλλικά άλατα και περισσότερα από είκοσι (20) μόρια οργανικών ουσιών-αμινοξέα, λιπαρά οξέα και βιταμίνες. Άρα, η διατροφή σημαίνει την πρόσληψη και κατανάλωση τροφής για την βιολογική συντήρηση του ανθρώπινου οργανισμού. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

Έρευνες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των καρκίνων, 40% περίπου, οφείλεται σε διατροφικούς παράγοντες. Σήμερα ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ένας στους τέσσερις θανάτους οφείλεται σε αυτόν και μπορεί να καταλάβει κανείς την διάσταση του προβλήματος.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Όμως και πολλές άλλες παθήσεις οφείλονται στην κακή διατροφή ή τουλάχιστον ενισχύονται από αυτήν. (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988).

Η διατροφή μας επιβαρύνεται από τρεις ξεχωριστούς παράγοντες:

- «Από την επιβάρυνση των τροφίμων κατά την παραγωγική διαδικασία, (φυτοφάρμακα, λιπάσματα, ορμόνες).
- Από την μεταποιητική διαδικασία ή την διαδικασία συντήρησης, (χημικά πρόσθετα, συσκευασίες, κ.ά.).
- Από την δική μας άγνοια όσον αφορά βασικές διατροφικές αρχές».

(ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988, σελ.29).

Παλαιότερα η ανθρωπότητα αντιμετώπιζε προβλήματα υποσιτισμού. Η σύγχρονη εποχή μας δείχνει ότι σήμερα έφτασε πλέον στην άλλη άκρη και αντιμετωπίζει προβλήματα που οφείλονται στον υπερσιτισμό. Η ζωή είναι μια διαδικασία αέναης φθοράς και αναγέννησης. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε και ο άνθρωπος ζει κατά μέσο όρο 75 χρόνια. Τα δόκιμα στοιχεία του όμως, δηλαδή, τα κύτταρα ζουν πολύ λιγότερο. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια ζουν 120 ημέρες και τα κύτταρα του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου ζουν μόλις δύο ημέρες. Τα κύτταρα που πεθαίνουν πρέπει να αντικατασταθούν. Για την δημιουργία των κυττάρων χρειάζονται πρωτεΐνες των οποίων η πρώτη ύλη είναι τα αμινοξέα. Από όλα τα είδη των πρωτεϊνών που υπάρχουν στη φύση, ο άνθρωπος συντίθεται από 20 αμινοξέα. Ορισμένα αμινοξέα τα παράγει ο οργανισμός σε επαρκείς ποσότητες που ονομάζονται μη απαραίτητα, άλλα πάλι τα παράγει μεν αλλά δεν είναι επαρκείς ποσότητες και ονομάζονται ημιαπαραίτητα και τέλος, άλλα δεν τα παράγει καθόλου και πρέπει να τα προσλάβει μέσω της διατροφής. Τα αμινοξέα αυτά λέγονται απαραίτητα. Ορισμένα αμινοξέα βρίσκονται σε ανεπάρκεια στα κύτταρα. Τέτοια περιοριστικά αμινοξέα είναι η *λυσίνη* για το σιτάλευρο, η *κυστίνη* και η *μεθειονίνη* για τα όσπρια και το βοδινό κρέας και ακόμη η *τρυπτοφάνη* για το καλαμποκάλευρο. Όταν λείπουν αμινοξέα σε ένα τρόφιμο, μπορεί να είναι άφθονα σε κάποιο άλλο. Για τον λόγο αυτό καλό είναι να έχουμε ποικιλία στην διατροφή μας. (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988).

Οι φυτικές πρωτεΐνες θεωρούνται καλύτερης ποιότητας σε σύγκριση με τις ζωικές, εξαιτίας της ύπαρξης πολλών περιοριστικών αμινοξέων που δεν αξιοποιούνται κατάλληλα. Στις ζωικές πρωτεΐνες τα αμινοξέα που απορροφώνται από

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

τον οργανισμό, φτάνει το 92%, ενώ για κάποιες φυτικές πρωτεΐνες το ποσοστό είναι λιγότερο από 80%. Επίσης, η πρόσληψη αμινοξέων μπορεί να μειωθεί λόγω της κατεργασίας των τροφών σε υψηλές θερμοκρασίες ή σε διαδικασίες συντήρησης (παστερίωση) ή στο μαγείρεμα, κυρίως σε χύτρες ταχύτητας. Παρ' όλα αυτά οι φυτικές πρωτεΐνες μπορούν να αξιοποιηθούν εξίσου καλά με τις ζωικές εάν συνδυαστούν κατάλληλα, ώστε η ανεπάρκεια της μίας σε ένα αμινοξύ να καλύπτεται από την άλλη. Για παράδειγμα, το σιτάλευρο ή ριζάλευρο και σόγια, γάλα και δημητριακά. Η περιεκτικότητα των τροφών σε πρωτεΐνες μπορεί να κυμαίνεται από 0,5 έως 40%. Ωστόσο, η αξία της τροφής ως πηγή πρωτεΐνης, εξαρτάται από την περιεκτικότητά της σε θερμίδες. Όταν έχει χαμηλές θερμίδες ο άνθρωπος χρειάζεται να καταναλώνει περισσότερη τροφή και άρα περισσότερες πρωτεΐνες. Τέτοιες τροφές ενδείκνυνται σε δίαιτες αδυνατίσματος. Έτσι κάποιος προσλαμβάνει τις απαραίτητες πρωτεΐνες χωρίς επιπλέον θερμίδες. Γενικά σήμερα οι άνθρωποι, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες καταναλώνουν περισσότερες πρωτεΐνες από όσες πρέπει, με αποτέλεσμα να ξοδεύουν πιο πολλά χρήματα και κυρίως να βλάπτουν την υγεία τους.(ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988).

Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών μπορεί να προκαλέσει στην υγεία του ανθρώπου τις εξής επιπτώσεις:

«Α. Όταν η λήψη πρωτεϊνών είναι υπερβολική, αποδίδονται υπερβολικές ποσότητες *μεθειονίνης*, ενός ουσιώδους αμινοξέως. Η *μεθειονίνη* που περισσεύει διασπάται σε *ομοκυστίνη* η οποία ερεθίζει τα τοιχώματα των αρτηριών και επιτρέπει την εναπόθεση λίπους.

Β. Οι πρωτεΐνες που περισσεύουν εξαντλούν τον «μεταβολικό μηχανισμό» του κυττάρου, φθείροντάς τον γρηγορότερα, γεγονός που οδηγεί σε πρόωρη γήρανση.

Γ. Ένα διαιτολόγιο πλούσιο σε ζωικές πρωτεΐνες προκαλεί οστεοπόρωση αυξάνοντας την ουρική αποβολή ασβεστίου δημιουργώντας την παχυσαρκία.

Δ. Στο παχύ έντερο συγκεντρώνονται αναερόβια σηπτικά βακτηρίδια, τα οποία διασπούν το λεύκωμα και παράγουν τοξίνες.

Ε. Από τις επιπλέον πρωτεΐνες το άζωτο που προκύπτει για να αποβληθεί από το σώμα πρέπει πρώτα Δ. Ένα μέρος από τις πρόσθετες πρωτεΐνες αποθηκεύεται ως

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

λίπος να ενωθεί με ορισμένα μέταλλα σχηματίζοντας νιτρικά άλατα. Αυτό όμως προκαλεί εξάντληση του οργανισμού σε μεταλλικά ιχνοστοιχεία.

Z. Η πέψη δεν ολοκληρώνεται, της οποίας τα τελικά προϊόντα είναι πολύ όξινα (ουρία, ουρικό οξύ, αδενίνη). Αυτά πέρα από μια ορισμένη ποσότητα, προκαλούν εκφυλισμό των ιστών του σώματος, με αποτέλεσμα διάφορες αρρώστιες, όπως, αρθριτικά, διαταραχές στο συκώτι και τα νεφρά και ψυχικές διαταραχές. Κάποια συμπτώματα πρωτεϊνικής δηλητηρίασης είναι: κάψιμο του στόματος, των χειλιών, του λαιμού, παθήσεις του δέρματος, διαταραχές της μύτης, αλλεργικές εκδηλώσεις για ορισμένες τροφές και ουσίες, υπερβολική κούραση, υπεροξύτητα, πονοκέφαλοι καθώς και διάφοροι πόνοι στο σώμα, ως αποτέλεσμα των κυττάρων προκειμένου να ενισχύσουν την αμυντική τους δράση ενάντια στις άπεμπτες πρωτεΐνες και να τις αποβάλλουν από τον οργανισμό». (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ 1988, σελ. 181-182).

Σύμφωνα με την επιτροπή FAO/WHO (FAO, Food and Agriculture Organization, (Οργάνωση Γεωργίας και Τροφίμων) και WHO, World Health Organization, (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), συνιστάται λήψη πρωτεϊνών 1gr/kg βάρους σώματος, ενώ άλλοι ειδικοί συνιστούν 8gr. Άλλες μελέτες πάλι έδειξαν ότι 40gr συνολικής πρόσληψης πρωτεϊνών την ημέρα είναι επαρκής.

Όμως εκτός από τα δομικά στοιχεία ο οργανισμός χρειάζεται και πηγές ενέργειας οι οποίες είναι, οι υδατάνθρακες, τα λίπη και οι πρωτεΐνες. Οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες αποδίδουν 4 θερμίδες ανά γραμμάριο, ενώ τα λίπη 9 θερμίδες ανά γραμμάριο. Όσον αφορά το σύνολο των θερμίδων που χρειάζεται ένας οργανισμός, είναι ανάλογα με την ηλικία, το βάρος, το φύλο, την εργασία, και την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Συνήθως η αναλογία κυμαίνεται ανάμεσα στις 2000-3000 θερμίδες την ημέρα, ενώ μια καλή διαίτα αδυνατίσματος αναλογεί στις 1200 θερμίδες ημερησίως. Η επιτροπή FAO/WHO θεωρεί ότι μια διαίτα όπου πάνω από το 10% των θερμίδων προέρχεται από πρωτεΐνες, καλύπτει τις πρωτεϊνικές απαιτήσεις, εφόσον συγχρόνως καλύπτονται και οι θερμιδικές. Όταν το ποσοστό πέσει κάτω από το 8% η πρόσληψη τους είναι 2 προς 1, όπως και στο νερό.

Οι υδατάνθρακες (ή σάκχαρα) ονομάζονται έτσι διότι η αναλογία υδρογόνου και οξυγόνου στο μόριό τους είναι 2 προς 1, όπως και στο νερό. Διακρίνονται σε μονοσακχαρίτες, δισακχαρίτες και πολυσακχαρίτες. Τα μόρια των δισακχαριτών και των πολυσακχαριτών υδρολύονται σε μονοσακχαρίτες, επειδή μόνο αυτούς μπορεί να

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

χρησιμοποιήσει ο οργανισμός. Η παρατεταμένη διατροφή δίχως πρωτεΐνες οδηγεί στο σύνδρομο Kwashiorkor (μεγέθυνση του ήπατος, διογκώματα στο σώμα, σε ανακοπή της ανάπτυξης, σε μειωμένη αντίσταση στις μικροβιακές λοιμώξεις και σε μαρασμό). Ο βασικός μονοσακχαρίτης είναι η *γλυκόζη*. Αποτελεί το βασικό προϊόν υδρόλυσης των σύνθετων υδατανθράκων. Οξειδώνεται στο κύτταρο ώστε να δώσει ενέργεια ή αποθηκεύεται ως γλυκογόνο στο ήπαρ (100-120gr) και στους μύες (200-250gr). Σε φυσιολογικές συνθήκες το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα χρησιμοποιεί σχεδόν μόνο γλυκόζη για να καλύψει τις ανάγκες του.

Τα φρούτα περιέχουν μεγάλες ποσότητες γλυκόζης, ενώ αντίθετα το μέλι και τα δημητριακά περιέχουν μικρότερες ποσότητες. Η κοινή σάκχαρη είναι δισακχαρίτης και το άμυλο πολυσακχαρίτης. Μία σωστή-ισορροπημένη διαίτα καλύπτει το 50% των θερμιδικών αναγκών που προέρχεται από τους υδατάνθρακες που είναι η κύρια πηγή ενέργειας στον ανθρώπινο οργανισμό. Και ο οργανισμός επιβαρύνεται όταν δεν προσλαμβάνει τους υδατάνθρακες που πρέπει, διότι τότε αναγκάζεται να σπαταλήσει όλες τις πρωτεΐνες του.

Τα λίπη είναι τα τριγλυκερίδια και αποτελούν το 98-99% των φυσικών λιπιδίων. Όπως οι υδατάνθρακες έτσι και τα λίπη αποτελούνται από υδρογόνο, οξυγόνο και άνθρακα. Περιέχουν στο μόριό τους τρία μόρια λιπαρά οξέα και ένα μόριο *γλυκερόλη*. Σχετικά με το βάρος τους αποτελούνται στο 95% από λιπαρά οξέα και 5% από *γλυκερόλη*. Τα λιπαρά οξέα είναι βασική πηγή ενέργειας που προσφέρουν τα τριγλυκερίδια. Διακρίνονται σε κορεσμένα και ακόρεστα. Τα ακόρεστα διακρίνονται σε μονοακόρεστα και πολυακόρεστα. Τα πολυακόρεστα είναι απαραίτητα στον ανθρώπινο οργανισμό διότι ή δεν τα συνθέτει ο οργανισμός ή τα συνθέτει σε ελάχιστες όμως ποσότητες. Αυτά είναι, το *λινολεϊκό*, το *λινολενικό* και το *αραχιδικό οξύ*. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα είναι πολύ σημαντικά για την υγεία του ανθρώπου. Η ανεπάρκειά τους προκαλεί εκφυλιστικές βλάβες στα αρτηριακά τοιχώματα ενώ αντίθετα η αυξημένη επάρκειά τους οδηγεί σε μειωμένα επίπεδα χοληστερόλης (χοληστερίνης) στο αίμα. Υπερβολική λήψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων συνήθως προκαλεί χολολιθίαση ή και καρκίνο. Στον ενήλικα η φυσιολογική πρόσληψη είναι 7-8gr λινολεϊκού οξέος την ημέρα. Στις ανεπτυγμένες χώρες λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης λιπαρών οξέων παρατηρείται έντονα και πολύ συχνά το φαινόμενο της παχυσαρκίας και των καρδιοπαθειών. (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988).

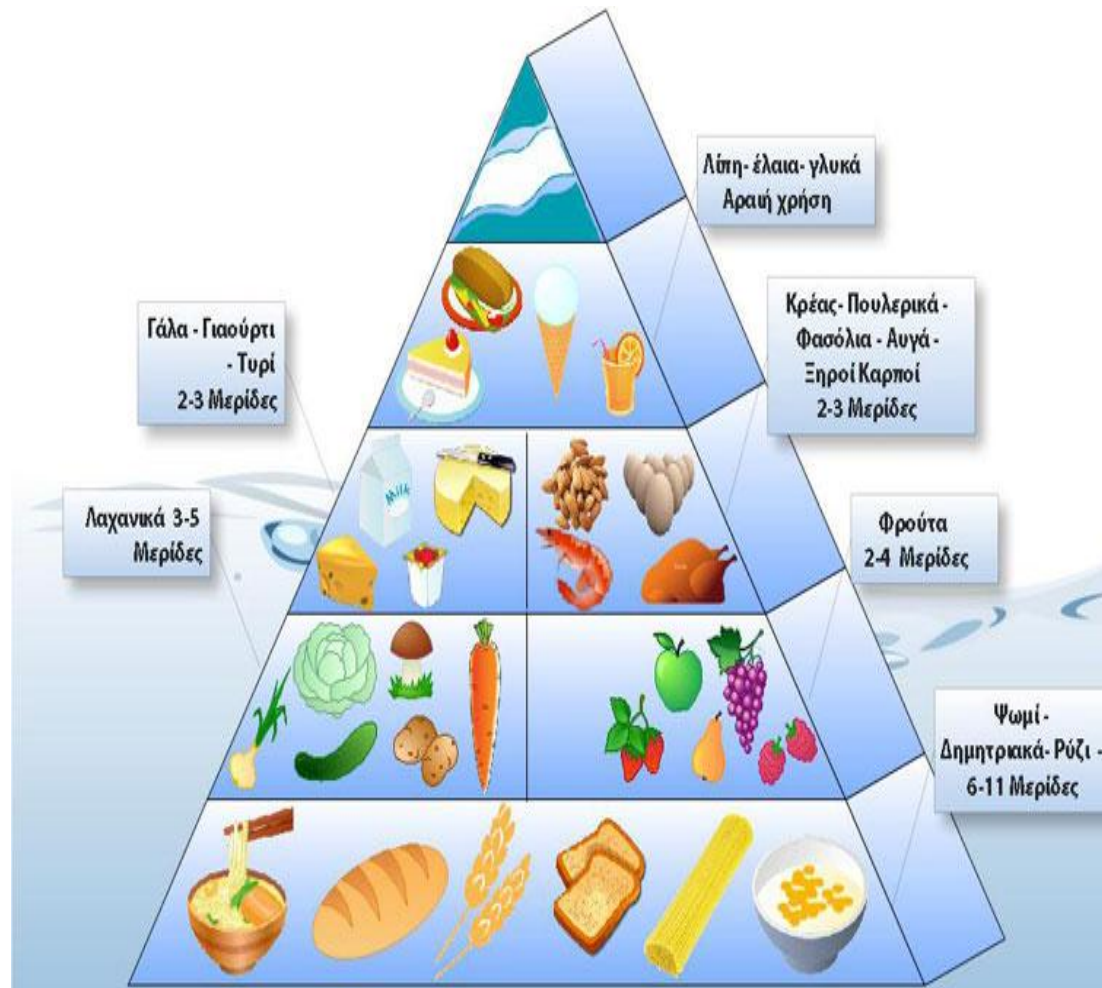
2.6. Ισορροπημένη Διατροφή

Μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- Ø «Τα τρόφιμα που χρησιμοποιούμε να είναι καλής ποιότητας, υγιεινά και να μην έχουν μικρόβια.
- Ø Να υπάρχει ποικιλία τροφίμων από γεύμα σε γεύμα και από μέρα σε μέρα.
- Ø Τα τρόφιμα να είναι νωπά και καλά μαγειρεμένα.
- Ø Σε κάθε γεύμα να υπάρχει κάτι από όλες τις ομάδες τροφίμων.
- Ø Η πρωτεΐνη και τα άλλα θρεπτικά συστατικά να κατανέμονται στα τρία κύρια γεύματα.
- Ø Οι απαιτούμενες θερμίδες και τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά να συγκεντρώνονται σε κάθε γεύμα.
- Ø Τα ημερήσια γεύματα να είναι 4-6.
- Ø Το πρωινό να είναι κύριο γεύμα, να συγκεντρώνει το 1/3 των ημερησίων θρεπτικών συστατικών». (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ 1999, σελ. 75).

Η ισορροπημένη διατροφή γίνεται για να ξαναδώσει στον οργανισμό εκείνες τις ενέργειες που καταναλώνονται σε κάποιο χρόνο που είναι μόνο το 24ωρο. Το κύριο χαρακτηριστικό σε αυτή την διαιτητική αγωγή είναι η υγιεινή που πρέπει να επιδιώκεται ώστε να αποφεύγονται διαταραχές στον οργανισμό είτε από υπερβολές, είτε από ελλείψεις. Επίσης σημαντικό είναι ότι η διατροφή είναι ανάλογα με την ηλικία. Άλλη διατροφή πρέπει να έχουν τα βρέφη, διαφορετική τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες και σίγουρα άλλη διατροφή οι ηλικιωμένοι. Για παράδειγμα, τα λάθη που γίνονται στην διατροφή των παιδιών είναι πολλά. Οι γονείς στο σύνολό τους σχεδόν, προσπαθούν να κάνουν τα παιδιά τους να φάνε αυτό που δεν θέλουν εκείνα. Αντίθετα, το παιδί πρέπει να τρώει μόνο αυτό που έχει διάθεση να φάει. Στους εφήβους, οι ανάγκες του οργανισμού σε θερμίδες και πρωτεΐνες μεγαλώνουν και στους ηλικιωμένους τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά. (ΓΚΟΥΜΑΣ, ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ, 1988).

Τροφική Πυραμίδα του USDA



Η Διατροφική Πυραμίδα του USDA είναι μια προσπάθεια διευκόλυνσης της μεταφοράς των επιστημονικών ευρημάτων σε εύκολα κατανοητές κατευθυντήριες οδηγίες για την καθημερινή διατροφή. Η κατανάλωση μερίδων, έχουν επιμεριστεί σε πέντε ομάδες τροφίμων. Τα πλούσια σε υδατάνθρακες τρόφιμα (ψωμί, δημητριακά, ρύζι και ζυμαρικά) αντιπροσωπεύουν τη βάση της πυραμίδας. Η δεύτερη μεγάλη βάση της κατάλληλης διατροφής είναι η ομάδα των φρούτων και των λαχανικών με έμφαση στα δεύτερα. Οι πρωτεϊνούχες τροφές αντιπροσωπεύονται από το γάλα, το γιαούρτι και την ομάδα του τυριού και το κρέας, τα πουλερικά, τα ψάρια τα ξηρά

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

φασόλια και την ομάδα των ξηρών καρπών. Τα ζωικά τρόφιμα δεν πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά. Μπορούν να αντικαθίστανται από φυτικά τρόφιμα, πλούσια σε πρωτεΐνες. Τα λίπη, τα έλαια και η ομάδα των γλυκών που πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ, βρίσκονται στην κορυφή. (ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2008).

2.7. Υγιεινή Διατροφή

Για να έχουμε μία υγιεινή διατροφή πρέπει στο διατροφικό μας πρόγραμμα να συμπεριλαμβάνονται τροφές πλούσιες σε περιεκτικότητα βιταμινών που είναι χρήσιμες στις διάφορες μεταβολικές διεργασίες του ανθρώπινου οργανισμού. Έρευνες έδειξαν ότι η έλλειψη ορισμένων βιταμινών μπορεί να προκαλέσει κάποιες οργανικές και ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, η έλλειψη της βιταμίνης C προκαλεί σκορβούτο. Επίσης, η έλλειψη της βιταμίνης B12 μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.

Οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία εμπεριέχονται στα περισσότερα τρόφιμα, σε μικρές όμως ποσότητες. Έχοντας μία πλήρης και ισορροπημένη διατροφή, αφ' ενός λαμβάνουμε όλες τις απαραίτητες βιταμίνες αφετέρου, αποφεύγουμε τον κίνδυνο της υπερβιταμίνωσης.

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε βιταμίνες και είναι απαραίτητο να καταναλώνονται καθημερινά. Η απουσία άπεπτων φυτικών ουσιών, όπως η κυτταρίνη αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι φυσικές βιταμίνες δεν πρέπει να αντικαθιστούνται από τις συνθετικές. Σύμφωνα με μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ρωσία (πρώην Σοβιετική Ένωση) την δεκαετία 1980, δόθηκαν σε έναν αριθμό ποντικών που είχαν προσβληθεί από σκορβούτο, συνθετικές βιταμίνες C, ενώ σε αντίστοιχο αριθμό ποντικών, δόθηκαν φυσικές τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι: Ο πρώτος αριθμός ποντικών εξακολουθούσε να πάσχει από σκορβούτο σε αντίθεση με τον δεύτερο αριθμό ποντικών που είχε γιατρευτεί. Τα φρούτα και τα λαχανικά δεν πρέπει να συντηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα στο ψυγείο ή να εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες, διότι χάνουν πολλές από τις βιταμίνες, εκ των οποίων οι περισσότερες οξειδώνονται (καταστρέφονται).

Σημαντικό είναι η διατροφή μας να περιλαμβάνει φυτικές τροφές πλούσιες σε άπεπτες ίνες οι οποίες είναι ευεργετικές στον ανθρώπινο οργανισμό, γιατί τον

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

προφυλάσσουν από καρκίνο του παχέος εντέρου αλλά και γιατί δίνουν ένα αίσθημα κορεσμού και αποφεύγεται η πολυφαγία. Έχοντας έναν καλό συνδυασμό τροφών στο διαιτολόγιό μας, το στομάχι επιβαρύνεται λιγότερο, σε σχέση με έναν κακό συνδυασμό όπως, τα ξινά και τα γλυκά φρούτα μαζί ή οι πρωτεΐνες και τα αμινοξέα μαζί.

Οι διατροφικές οδηγίες σήμερα είναι άπειρες. Ο σύγχρονος άνθρωπος δεν πρέπει να κάνει θρησκεία την υγιεινή διατροφή. Η σύνδεση της υγιεινής διατροφής με διάφορα θρησκευτικά κινήματα (χορτοφάγοι) και μονομανίες, ίσως την έχουν δυσφημίσει. Χωρίς να προβαίνουμε σε υπερβολές ακολουθώντας κάποιες βασικές διατροφικές οδηγίες οι οποίες είναι γνωστές στους περισσότερους, μπορούμε να προστατέψουμε την υγεία μας από δυσάρεστες καταστάσεις. (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, 1988).

1. «Όχι αυξημένη κατανάλωση τροφής. Τα περισσότερα διατροφικά προβλήματα συνδέονται με την πολυφαγία.
2. Ποικιλία στη διατροφή μας.
3. Λιγότερο κρέας για λιγότερα τριγλυκερίδια και χοληστερόλη.
4. Πολλά φρούτα και λαχανικά στη διατροφή μας, για τις άπεπτες φυτικές τους ίνες, τις βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία τους και για τον έλεγχο της πολυφαγίας μας.
5. Όχι ενδιάμεσα γεύματα, για σωστή πέψη και έλεγχο της πολυφαγίας.
6. Προτίμηση στο αυθεντικό «χωριάτικο» και όχι στην βιομηχανοποιημένη εκδοχή του. Εάν είναι δυνατό να βιο-καλλιεργήσετε τα λαχανικά στον κήπο του σπιτιού σας.
7. Αποφεύγετε τα βιομηχανοποιημένα προϊόντα. Όσο μακρύτερη είναι η σειρά επεξεργασίας τους, τόσο πιο υποβαθμισμένη θρεπτική αξία έχουν, χωρίς να υπολογίσουμε τους κινδύνους που εγκυμονούν.
8. Προτιμάτε πάντα προϊόντα εποχής, είτε για φρούτα πρόκειται είτε για λαχανικά. Τρώτε τα όσο πιο φρέσκα γίνεται.
9. Μη μαγειρεύετε σε υψηλές θερμοκρασίες που καταστρέφουν πρωτεΐνες και βιταμίνες. Ακόμη και το μαγείρεμα είναι μια επεξεργασία. Η ωμή σαλάτα είναι προτιμότερη από τα βρασμένα χόρτα.

10. Αποφεύγετε τα τηγανητά. Δημιουργούν κορεσμένα λιπαρά οξέα, επιβλαβή για την υγεία. Επιπλέον, τα τηγανητά φαγητά είναι δύσπεπτα.
11. Φτιάξτε ένα δείκτη (index) απαγορευμένων τροφίμων, ή που πρέπει να χρησιμοποιούνται με μέτρο. Σε αυτόν πρέπει να περιληφθεί απαραίτητα η ζάχαρη, το αλάτι, τα μπαχαρικά, τα οιοπνευματώδη, ο καφές, το τσάι, τα αναψυκτικά.
12. Μην πίνετε νερό και μην τρώτε φρούτα αμέσως μετά το φαγητό». (ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ 1988, σελ. 190-191).

2.8. Μεσογειακή Δίαιτα

Έπειτα από συνεχείς έρευνες η μεσογειακή δίαιτα έχει αναγνωριστεί από πολλούς επιστήμονες και θεωρείται ο ιδανικότερος και πιο ισορροπημένος τρόπος διαίτας. Η μεσογειακή δίαιτα έχει κοινά χαρακτηριστικά σε όλους τους λαούς της Μεσογείου, αφού όλοι, έχουν παρόμοια παραγωγή τροφίμων, όπως ελιές, πορτοκάλια, καρύδια, κάστανα, σταφύλια, δημητριακά, όσπρια και πολλά άλλα. Ο συνδυασμός των παραπάνω τροφίμων με τα θαλασσινά και τα κτηνοτροφικά προϊόντα αποτελούν πολύτιμες πηγές υγιεινής διατροφής. Η Ελληνική Παραδοσιακή Δίαιτα έχει τις ρίζες της στη διατροφή των αρχαίων Ελλήνων. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι στα σπουδαιότερα ανακτορικά κέντρα της Κρήτης, στην Κνωσό και τη Φαιστό, βρέθηκαν κουκούτσια ελιάς, κόκκοι σιτηρών καθώς και αμφορείς κρασιού. Στην Θεσσαλία έχουν βρεθεί απανθρακωμένοι κόκκοι σιτηρών. Τοιχογραφίες και εικόνες από την Αρχαία Ελλάδα δείχνουν την κατανάλωση τροφίμων των αρχαίων Ελλήνων με πολλά στοιχεία της μεσογειακής διαίτας. *Η ασφαλιστική δικλείδα της μεσογειακής διαίτας είναι το Μέτρο.* Η μεσογειακή δίαιτα ξεχωρίζει για τον απλό τρόπο μαγειρέματος, συνήθως βραστά και ψητά, με αποτέλεσμα τη διατήρηση των θρεπτικών συστατικών των τροφίμων. Η μεσογειακή δίαιτα δρα προληπτικά κατά του καρκίνου, της καρδιοπάθειας, της παχυσαρκίας, του διαβήτη και άλλων παθήσεων. Δυστυχώς όμως η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, οι αλλαγές στη ζωή της οικογένειας και γενικά ο σύγχρονος πολιτισμός άλλαξε το

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ελληνικό διαιτολόγιο. Η κατανάλωση άφθονων κρεάτων, η κατάχρηση λιπαρών και γλυκαντικών ουσιών, τα οινοπνευματώδη, η μείωση των δημητριακών, των οσπρίων, των φρούτων, των λαχανικών, του ελαιόλαδου, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης διατροφής. Ως αποτέλεσμα, η αύξηση των θανάτων που έχουν σημειωθεί από στατιστικές μελέτες, αποδίδονται κατά ένα μέρος στην εγκατάλειψη της μεσογειακής δίαιτας. Η μεσογειακή δίαιτα που τόσο προβάλλεται από τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, παρότι είναι Ελληνική, στην Ελλάδα οι νέοι δεν αναγνωρίζουν επαρκώς τη σημασία της, αλλά ακολουθούν περισσότερο το ευρωπαϊκό και ξενόφερτο διαιτολόγιο. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι νέοι της Ελλάδας έχουν την πρώτη θέση στην παχυσαρκία από όλα τα παιδιά της Ευρώπης, που ήδη έχουν υιοθετήσει πρότυπα των προηγμένων χωρών, όπως:

- ✚ Μεγάλη κατανάλωση λιπαρών ουσιών.
- ✚ Αύξηση της κατανάλωσης ζάχαρης.
- ✚ Μεγάλη κατανάλωση κρέατος.
- ✚ Μειωμένη κατανάλωση δημητριακών, οσπρίων, φρούτων και λαχανικών.
- ✚ Αυξημένη κατανάλωση τροφής έξω από το σπίτι, αύξηση του αλκοόλ και των αναψυκτικών.
- ✚ Μειωμένη κατανάλωση του ελαιόλαδου.

Μια δίαιτα που υστερεί σε θερμίδες θα επηρεάσει δυσμενώς, πράγμα που θα φανεί σε λίγες ημέρες στη γενική απόδοση και κατάσταση του οργανισμού. Σε παρατεταμένη έλλειψη θερμίδων η μυϊκή απόδοση ελαττώνεται σημαντικά. Εάν η έλλειψη αυτή συνεχιστεί, τότε δεν ελαττώνεται σε απόδοση μόνο το μυϊκό σύστημα αλλά και άλλα συστήματα, όπως το νευρικό, το κυκλοφορικό και το αναπνευστικό με αποτέλεσμα την εξάντληση. Η έλλειψη βιταμινών συντελεί στην κακή λειτουργία του οργανισμού και προξενεί σωματικές ψυχικές και πνευματικές ανωμαλίες. Η έλλειψη πρωτεΐνης συμβάλλει στην μυϊκή ατονία, την κόπωση, την αδυναμία και την μειωμένη διάθεση για εργασία. Η όλη σωματική και πνευματική υγεία επηρεάζεται από τη διατροφή και είναι γεγονός ακόμη και η αλλαγή προσωπικότητας που μπορεί να προέλθει από κακή διατροφή. Η ανορεξία, το άγχος, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι τραυματισμοί, η καταστροφή δοντιών ή άλλες ανωμαλίες της στοματικής κοιλότητας, οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος και οι θεραπευτικές δίαιτες για μακροχρόνιες παθήσεις οδηγούν το άτομο σε ελλιπή ή κακή διατροφή.

Επίσης, κακή διατροφή μπορεί να επέλθει από κακή πέψη και απορρόφηση της τροφής και θρεπτικών συστατικών, με αποτέλεσμα να αποβάλλονται τα θρεπτικά συστατικά και να μην χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό, παρότι προσλαμβάνονται τρόφιμα πλούσια σε αυτά. Ακόμη, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτέλεσμα μιας κακής-ανθυγιεινής διατροφής μπορεί να είναι ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, οι παθήσεις των οστών, όπως ο ραχιτισμός, ο πυρετός οι μολύνσεις, τα συχνά κρυολογήματα και οι παιδικές παθήσεις. (BELENTZAS, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

2.9. Είδη τροφίμων μεσογειακής δίαιτας και συχνότητα κατανάλωσης

Τα τρόφιμα που περιλαμβάνει η μεσογειακή δίαιτα είναι:

A. Ακατέργαστα δημητριακά: Σιτάρι, ρύζι, καλαμπόκι, κριθάρι, σίκαλη και βρώμη. Τα παράγωγά τους όπως το ψωμί ολικής αλέσεως, το πλιγούρι, ο ξινός και γλυκός τραχανάς, οι χυλόπιτες και διάφορα παρασκευάσματα από καλαμπόκι και κριθάρι. Τα δημητριακά είναι πλούσια σε βιταμίνες, κυρίως θειαμίνη, νιασίνη, βιταμίνη E, μεταλλικά στοιχεία όπως, σίδηρο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο, άμυλο, πρωτεΐνες και άπεμπτες φυτικές ίνες. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες που περιέχουν απλούς υδατάνθρακες, όπως η ζάχαρη και διατηρούν το αίσθημα κορεσμού για περισσότερη ώρα. αυξάνουν με πιο ομαλό ρυθμό τα σάκχαρο στο αίμα. Πολλά συστατικά χάνονται όταν αποφλοιώνονται τα δημητριακά για αυτό καλό είναι να καταναλώνεται το ψωμί ολικής αλέσεως. Η ομάδα των δημητριακών είναι η πιο μεγάλη ομάδα και η πλέον βασική της μεσογειακής δίαιτας.

B. Τα φρούτα: Πορτοκάλια που περιέχουν την σημαντική βιταμίνη για τον οργανισμό C, μανταρίνια, μήλα, ροδάκινα, αχλάδια, σταφύλια, κεράσια, βατόμουρα, καρπούζι που περιλαμβάνονται στα καθημερινά γεύματα της μεσογειακής δίαιτας. Η συχνή κατανάλωση φρούτων προστατεύει τον οργανισμό από καρδιακές παθήσεις και διάφορες μορφές καρκίνου και κυρίως του εντέρου.

Γ. Τα χορταρικά: Λαχανικά, ωμές σαλάτες, άγρια χόρτα, πατάτες, βολβοί, σπανάκι, μαρούλι, καρότα, ντομάτες, πιπεριές, σέλινο, φασολάκια κ.ά. Τα φρούτα και τα χορταρικά είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά μεγάλης βιολογικής αξίας, περιέχουν μεταλλικά στοιχεία, κυτταρίνη, βιταμίνες κυρίως C και E που έχουν αντιοξειδωτική

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

δράση και προστατεύουν τον οργανισμό από τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Η δράση τους οφείλεται στις φυτικές ίνες και τις αντιοξειδωτικές ουσίες, όπως η βιταμίνη C, το σελήνιο, τα φλαβονοειδή και το Β-καροτένιο. Η ντομάτα περιέχει λυκοπένιο που αποτελεί ισχυρό αντιοξειδωτικό στοιχείο. Οι αντιοξειδωτικές αυτές ουσίες προστατεύουν από την οξείδωση της «κακής» χοληστερόλης (LDL), που είναι ο βασικότερος παράγοντας ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης και κατ' επέκταση καρδιαγγειακών προβλημάτων. Ακόμη, είναι καλές πηγές καλίου και βοηθά στην πρόληψη της υπέρτασης. Επίσης, περιέχουν τα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα που δεν μπορεί να τα συνθέσει ο οργανισμός και είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Τα φρούτα και τα χορταρικά περιέχονται στο καθημερινό διαιτολόγιο και πρέπει να συνδυάζονται με τα όσπρια που δίνουν υγεία και ομορφιά.

Δ. Όσπρια: Είναι τα φασόλια, οι φακές, τα ρεβίθια, η φάβα, τα κουκιά και η σόγια. Επίσης, ξηροί καρποί, φιστίκια, αμύγδαλα, φουντούκια και καρύδια. Τα όσπρια και οι ξηροί καρποί περιέχουν υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία που δίνουν ενέργεια και ευεξία. Ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού και τον θωρακίζουν από τις αρνητικές επιδράσεις του περιβάλλοντος. Εξάλλου, όπως είναι γνωστό, η φασολάδα είναι το εθνικό φαγητό της Ελλάδας και πολλών χωρών της Μεσογείου.

Ε. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα, γιαούρτι, ξινόγαλα περιέχονται καθημερινά στη μεσογειακή δίαιτα. Είναι η πρώτη τροφή για τη διατήρηση της ζωής, όπως το γάλα και τα παράγωγά του που είναι πηγή πρωτεϊνών, μεταλλικών στοιχείων, ασβεστίου, φωσφόρου και βιταμινών, όπως η ριβοφλαβίνη και λιποδιαλυτών Α και D. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη του οργανισμού, συμβάλλει στην καλή λειτουργία του μεταβολισμού και την δημιουργία γερών μυών, οστών και δοντιών.

Ζ. Πουλερικά-ψάρια: Το κάθε είδος πρέπει να καταναλώνεται μία φορά την εβδομάδα. Τα πουλερικά είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Τα ψάρια, εκτός των άλλων θρεπτικών συστατικών, περιέχουν ω-3, ω-6, αντιοξειδωτικά όπως το σελήνιο, βιταμίνη Β3 (Νιασίνη) Β6 και είναι πλούσια σε φώσφορο και ιχθυέλαια τα οποία μειώνουν τα επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα και περιορίζουν τον κίνδυνο καρδιοπαθειών. Τα ω-3 λιπαρά που περιέχονται στα ψάρια έχουν αποδειχτεί ωφέλιμα στην υγεία, αφού συμβάλλουν στην καλή λειτουργία της καρδιάς, του κυκλοφορικού

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

συστήματος, έχουν αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, προστατεύουν από θρόμβωση του αίματος και από διάφορες μορφές καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου. Τα αυγά συνιστώνται 3-4 φορές την εβδομάδα για τα παιδιά, και 2-3 φορές για τους ενήλικες αφού ο κρόκος είναι πλούσιος σε χοληστερίνη. Το κόκκινο κρέας πλούσιο σε σίδηρο μέταλλα, βιταμίνη Β και πρωτεΐνες περιλαμβάνεται στην μεσογειακή δίαιτα τέσσερις φορές τον μήνα.

Η Ελαιόλαδο: Το ελαιόλαδο αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της Μεσογειακής Διατροφής. Περιλαμβάνεται σε όλα τα φαγητά των λαών της Μεσογείου και κατά προτίμηση τρώγεται ωμό. Οι ευεργετικές επιδράσεις του ελαιόλαδου οφείλονται στην υψηλή περιεκτικότητά του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, κυρίως στο μονοακόρεστο ελαϊκό οξύ και σε αντιοξειδωτικά. Το ελαιόλαδο βοηθά στην καλή λειτουργία της καρδιάς, μειώνει τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης και στεφανιαίας νόσου. Επιδρά θετικά στο πεπτικό σύστημα, είναι ευκολοχώνευτο και περιέχει την βιταμίνη Ε και πολυφαινόλες που αποτελούν ισχυρές αντιοξειδωτικές ενώσεις. Το ελαιόλαδο παρόλο που έχει αυξημένη θερμιδική αξία (ένα κουταλάκι του γλυκού έχει 45 θερμίδες) είναι πολύ ωφέλιμο στον οργανισμό και πρέπει να καταναλώνεται καθημερινά

Θ. Οινοπνευματώδη ποτά: Η μεσογειακή δίαιτα περιλαμβάνει και κρασί αλλά με μέτρο. Το κρασί κυρίως το κόκκινο, έχει αντιοξειδωτική δράση και τονώνει την καρδιά. Συνιστάται ένα ποτηράκι την ημέρα μετά το φαγητό. Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοόλ θα πρέπει να είναι πολύ περιορισμένη διότι όπως γνωρίζουμε το αλκοόλ έχει κατασταλτική δράση στον εγκέφαλο και συχνά οδηγεί σε ταχεία επιδείνωση της διάθεσης. Είναι μία επιβλαβής τοξίνη η οποία πρέπει να απενεργοποιηθεί στο ήπαρ. Κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας αποτοξίνωσης, ο οργανισμός χρησιμοποιεί, θειαμίνη, ψευδάργυρο και άλλα θρεπτικά συστατικά με αποτέλεσμα να ελαττωθούν τα αποθέματα του οργανισμού, ειδικά όταν η διατροφή ενός ατόμου είναι φτωχή. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

2.10. Άσκηση

Ο συνδυασμός της ισορροπημένης διαίτας και της συστηματικής σωματικής άσκησης βοηθάει στην διατήρηση του κανονικού βάρους και επομένως στη διατήρηση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας και ομορφιάς. Απελευθερώνει τις ενδορφίνες, τις χημικές ουσίες που βρίσκονται στον εγκέφαλο και

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

οι οποίες χαλαρώνουν. Η άσκηση ενδείκνυται κυρίως στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, διότι επηρεάζει την επίφυση και άμεσα ενισχύει την διάθεση. Η καθημερινή άσκηση και οι δραστηριότητες όπως το κολύμπι, το ποδήλατο, το τένις, ο χορός, οι εργασίες του σπιτιού και ο περίπατος προστατεύουν την καρδιά, το σώμα από τα πρόωρα γηρατεία και δίνουν ζωντάνια και ευεξία στους ανθρώπους. Επιπλέον, βοηθούν το κυκλοφορικό σύστημα και την διατήρηση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα, στο νευρικό σύστημα, στο αναπνευστικό, πεπτικό και στο μυϊκό σύστημα. Εμποδίζει την απώλεια οστικής μάζας και την αύξηση του κινδύνου οστεοπόρωσης που μπορεί να προκύψει. Η άσκηση καλλιεργεί το πνεύμα συνεργασίας, την τάξη και οργάνωση, την πειθαρχημένη ελευθερία, την ψυχική ηρεμία και ευχαρίστηση, αναπτύσσει την αυτό-εκτίμηση, τις στάσεις και τις δεξιότητες. Βοηθάει τα άτομα και κυρίως τους νέους να αντισταθούν στους διάφορους πειρασμούς, όπως το τσιγάρο, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, κ.ά. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

2.11. Πρόσληψη υγρών

Η Μεσογειακή Δίαιτα είναι μελετημένη και ισορροπημένη και συμβάλλει στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Τέλος, ας μην ξεχνάμε το νερό ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά που χάρισε η φύση στον άνθρωπο. Είναι ζωτικής σημασίας και από αυτό εξαρτώνται η λειτουργία όλων των κυττάρων, η πέψη των τροφών, ο μεταβολισμός, η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, αποτρέπει την σωματική και πνευματική κόπωση και γενικά από το νερό εξαρτάται η ίδια μας η ζωή. Επομένως η πρόσληψη υγρών πρέπει να είναι επαρκής. Εάν δεν πίνουμε αρκετά υγρά αυτό έχει σημαντικές συνέπειες στην ψυχική υγεία. Ακόμη και οι πιο ήπιες συνέπειες είναι η αφυδάτωση η οποία μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του ατόμου. Ένας ενήλικας χάνει περίπου 2,5 λίτρα νερού μέσω των πνευμόνων, μέσω του δέρματος (ιδρώτας) και μέσω των νεφρών (ούρα). Συνεπώς, πρέπει να πίνουμε τόσα υγρά όσα χρειάζονται ώστε να αντικαταστήσουμε αυτές τις απώλειες διαφορετικά τα συμπτώματα της αφυδάτωσης θα είναι εμφανής, όπως ευερεθιστότητα, απώλεια συγκέντρωσης αλλά και μειωμένη νοητική λειτουργία. Έτσι λοιπόν η καλή ενυδάτωση του οργανισμού αποτελεί πρωταρχικό στόχο για όλους. Κυρίως για τη διασφάλιση της υγείας μας, αλλά και από αισθητικής πλευράς, αφού η Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

καλή εμφάνιση του δέρματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την σωστή ενυδάτωση του οργανισμού. Καθημερινά συνιστάται η κατανάλωση 6-8 περίπου ποτηριών ή 2,50 με 3 λίτρα νερού. (BELENTZAS, TRIADH, 1999).

2.12. Φρούτα και λαχανικά ως προστατευτικοί παράγοντες της διατροφής

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό *British Journal of Health Psychology* αποδεικνύεται ότι η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες της διατροφής με θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία. Ερευνητές του Τμήματος Ανθρώπινης Διατροφής του Πανεπιστημίου του Οτάγκο με επικεφαλής την Δρ Τάμλιν Κόνερ, μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και στην κατανάλωση τροφών. Εθελοντές, 281 σε αριθμό, μέσης ηλικίας, συμπλήρωναν επί τρεις εβδομάδες καθημερινά ένα διατροφικό ημερολόγιο ενώ παράλληλα κατέγραφαν την συναισθηματική τους κατάσταση με βάση μία κλίμακα αξιολόγησης από τα πιο αρνητικά έως τα πιο θετικά συναισθήματα. Οι εθελοντές έτρωγαν διάφορα φαγητά δίχως να έχουν κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας. Η μελέτη αυτή έδειξε μία στενή σχέση ανάμεσα στη ποσότητα των φρούτων και λαχανικών που καταναλώνει κανείς και στη θετική του διάθεση. Τις ημέρες που οι άνθρωποι έτρωγαν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, ανέφεραν ότι ένιωθαν πιο ήρεμοι, χαρούμενοι και ενεργητικοί. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι υγιεινές διατροφικές επιλογές συμβάλλουν θετικά την ψυχική διάθεση. Η επίδραση αυτή ισχύει ανεξάρτητα από τον δείκτη μάζας σώματος του ανθρώπου. (FRENCH, NEARCHEN, 1991).

2.13. Το μέλι

Το μέλι έχει αναγνωρισμένη αξία από τα αρχαία χρόνια, καθώς αποτελούσε ένα από τα πιο βασικά τρόφιμα της τυπικής διατροφής και ένα πολύ χρήσιμο συστατικό των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η αξία του όχι μόνο δεν αποδυναμώθηκε με την πάροδο των χρόνων, αλλά και σύγχρονες μελέτες

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

επιβεβαιώνουν την τόσο πλούσια σε οφέλη σύστασή του. Το μέλι αποτελείται περίπου από 70-80% υδατάνθρακες, φρουκτόζη (περίπου 40%), γλυκόζη (περίπου 30%) και σε πολύ μικρότερα ποσοστά σουκρόζη, μαλτόζη και γαλακτόζη. Ακόμη, περιέχει ιχνοστοιχεία (ασβέστιο, θείο, χαλκός, νάτριο, κάλιο, μαγνήσιο, φώσφορο, πυρίτιο, σίδηρο, ψευδάργυρο). Επίσης, ένζυμα, αμινοξέα (προλίνη, φαινυλαλανίνη, τυροσίνη, βαζίνη), βιταμίνες (C, B6, ριβοφλαβίνη, παντοθενικό οξύ) και τέλος, φυσικές αρωματικές ενώσεις και μια μικρή ποσότητα νερού (17-18%). Τα ανόργανα στοιχεία που περιέχει συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού διότι είναι συστατικά των ενζυμικών συστημάτων του. Σαν θερμιδική αξία αποδίδει 4kca/gr, γεγονός που δείχνει ότι δεν είναι απαγορευτική προσθήκη σε μια προσπάθεια μείωσης βάρους. Εκτός από την προφανή του ιδιότητα να εφοδιάζει το σώμα με ενέργεια (λόγω της περιεκτικότητάς του σε απλά σάκχαρα) και να τονώνει τον οργανισμό, ακολουθεί ένας μακρύς κατάλογος ευεργετικών δράσεων σχεδόν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού:

- Η αντιβακτηριδιακή, αντισηπτική και κυτταροπροστατευτική του δράση, είναι γνωστή από την αρχαιότητα, καθώς έχει βρεθεί ότι εμποδίζει σημαντικά την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών, συμβάλλει σημαντικά στην επούλωση πληγών και στη θεραπεία λοιμώξεων.
- Η περιεκτικότητά του σε πρεβιοτικά συστατικά, συμβάλλει στην ομαλή λειτουργία του εντέρου και στην καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας, αποτελώντας ένα πολύ ήπιο και φυσικό καθαρτικό.
- Θεωρείται κατάλληλο για την καταπολέμηση της αϋπνίας, διότι χαλαρώνει τον οργανισμό και διευκολύνει τον ύπνο.
- Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα σε πειραματόζωα, οι οι περιεχόμενες αντιοξειδωτικές ουσίες (πολυφαινόλες, φαινολικά οξέα) αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων σε ορισμένες μορφές καρκίνου και επίσης καταπολεμούν τη δημιουργία ελευθέρων ριζών έχοντας έτσι σημαντική αντικαρκινική δράση.
- Η ακετυλοχολίνη ουσία που περιέχεται στο μέλι βοηθά στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, συμβάλλοντας στη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων.

Το μέλι κατηγοριοποιείται σε δύο μεγάλες ομάδες:

A ομάδα: Το μέλι ανθέων (ανθόμελο) και B ομάδα: Το μέλι μελιτωμάτων.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Το ανθόμελο προέρχεται από το νέκταρ των ανθέων, των φυτών (θάμνοι, δέντρα, λουλούδια) και παίρνει το όνομά του από το είδος του φυτού από το οποίο παράγεται το νέκταρ που κυριαρχεί ποσοτικά (θυμαριού, πορτοκαλιάς, βαμβακιού, ηλίανθου, ερείκης, καστανιάς, φλαμουριάς).

Το μέλι μελιτωμάτων, η δεύτερη κατηγορία, παράγεται από χυμούς δασικών φυτών, όπως πεύκο και έλατο. (HAYDAK, 1970).

2.14. Πράσινο τσάι

Τα τελευταία χρόνια έχουν εντατικοποιηθεί οι έρευνες για τις ευεργετικές ιδιότητες του πράσινου τσαγιού και έτσι θα μπορούσε κανείς να πει ότι το πράσινο τσάι δεν είναι μόνο ένα ρόφημα. Βοηθά στη σωστή λειτουργία του οργανισμού με πολλούς τρόπους:

- Ø Είναι πλούσιο σε φθόριο και προστατεύει από την τερηδόνα.
- Ø Μειώνει τη χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια και γενικά τα λιπαρά οξέα που περιέχονται στο αίμα.
- Ø Δρα ευεργετικά στην πρόληψη της αρτηριοσκλήρωσης.
- Ø Βοηθά την πέψη και είναι λιποδιαλυτικό.
- Ø Είναι πλούσιο σε αντιοξειδωτικές ουσίες (πολυφαινόλες) και τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι έρευνες για τα αποτελέσματα του πράσινου τσαγιού εναντίον του καρκίνου. Για τον λόγο αυτό εκτός από την Κίνα και την Ιαπωνία και άλλες χώρες παραγωγής τσαγιού ξεκίνησαν να παράγουν τσάι. Όμως οι Κινέζοι γνωρίζουν το τσάι και τα μυστικά του εδώ και πέντε (5000) χρόνια. Άλλωστε το δικό τους πράσινο τσάι δεν συγκρίνεται ποιοτικά με κανένα άλλο. Στην Κίνα η καλλιέργεια, το μάζεμα και η επεξεργασία κάνουν το κάθε τσάι μοναδικό και είναι δεκάδες, ίσως και εκατοντάδες τα είδη πράσινου τσαγιού που παράγονται εκεί. Υπάρχουν είδη του πράσινου τσαγιού που γίνονται μόνο από τις τρυφερές κορυφές (μπουμπούκια των φύλλων) τα οποία είναι πολύ πλούσια σε ουσίες. Όταν πίνουμε τσάι, προσλαμβάνουμε μέσω του εκχυλίσματος τις ουσίες που περιέχονται στα φύλλα. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

2.15. Καφεΐνη

Η καφεΐνη είναι ένα παράγωγο της *μεθυλοξανθίνης* (πουρίνης) που βρίσκεται σε περισσότερα από 60 είδη φυτών. Οι μεγαλύτερες ποσότητες καφεΐνης καταναλώνονται με τον καφέ, το τσάι και το κακάο, αλλά σημαντικές είναι επίσης οι ποσότητες που προστίθενται στα αναψυκτικά τύπου «cola». Δεδομένου ότι η περιεκτικότητα των φυσικών ποτών σε καφεΐνη εξαρτάται από το φυτό από το οποίο προέρχονται, από τις ποσότητες που χρησιμοποιούνται και από το χρόνο ζύμωσης, οι πραγματικές τιμές των μετρήσεων παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις. Παράδειγμα, η καφεΐνη στον καφέ που έχει υποστεί ζύμωση, κυμαίνεται από 30 έως 180mg/5 ουγγιές (περίπου 150cc). Η καφεΐνη αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό πολλών κοινών φαρμάκων, αναλγητικών, διεγερτικών, διουρητικών, βοηθημάτων ελέγχου του βάρους, διεγερτικών της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας και φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της άπνοιας, της ακμής, των ημικρανιών, των αλλεργιών και της κόπωσης. Τα σκευάσματα αυτά συνήθως περιέχουν 30-100mg ανά δισκίο. Η μέση παγκόσμια πρόσληψη καφεΐνης είναι 50mg/άτομο/την ημέρα, αλλά στις ΗΠΑ φθάνει σχεδόν τα 200mg. Τα άτομα που πίνουν μεγάλες ποσότητες καφέ ή κάνουν κατάχρηση διαιτητικών φαρμάκων μπορεί να καταναλώνουν 60mg/την ημέρα ή περισσότερο. Ο μεταβολισμός της καφεΐνης γίνεται ως εξής: απορροφάται ταχύτατα και φτάνει σε ύψιστα επίπεδα στο αίμα, μέσα σε 15-45 λεπτά από την στιγμή της πρόσληψης. Η καφεΐνη είναι ένα ήπιο διεγερτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Σε δόσεις 1-2mg/kg (1-2 φλιτζάνια καφέ καθημερινά), αυξάνει τη λανθάνουσα περίοδο του ύπνου, την ευκινησία και τα αποτελέσματα των αναλγητικών φαρμάκων. Μεγαλύτερες ποσότητες 3-5mg/kg προκαλούν ανησυχία, αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέος, διούρηση και διέγερση του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος. Δόσεις της τάξης των 30-40mg/kg έχουν οξεία τοξική ενέργεια, όπως, παραλήρημα, μυϊκές συσπάσεις, ταχυκαρδία. Έρευνες έδειξαν ότι δόσεις των 40-80mg/kg προκαλούν τερατογένεση (σε έμβρυα αρουραίων), ενώ των 100-200mg/kg είναι θανατηφόρες. Οι πιο γνωστές βιοχημικές ενέργειες της καφεΐνης είναι η αύξηση της ρενίνης, αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης στο πλάσμα και συνεπώς αυξάνεται η αρτηριακή πίεση. Επίσης, αυξάνει την έκκριση των κατεχολαμινών. Διαστέλλει τα περιφερικά αιμοφόρα αγγεία και χαλαρώνει τις λείες μυϊκές ίνες των αγγειακών τοιχωμάτων. Επίσης, αναστέλλει

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

το ένζυμο που διασπά την κυκλική AMP και παρεμποδίζει την δέσμευση αδενοσίνης στους υποδοχείς του εγκεφάλου. Ίσως οι ενέργειες αυτές να προκαλούν σημαντικές αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών και των νευρομεταβιβαστών. Τέλος, η καφεΐνη ασκεί αντιφατικές ενέργειες στην συμπεριφορά. Βελτιώνει το χρόνο αντίδρασης και την επίδοση στην άσκηση, αλλά συχνά προκαλεί ανησυχία, ευερεθιστότητα, νευρικότητα ή αϋπνία. Τα άτομα που κάνουν συστηματική χρήση καφέ εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα όταν διακόπτουν την κατανάλωση καφεΐνης. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

2.16 Διατροφή – υποσιτισμός και συνέπειες

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από μεγάλη αντιφατικότητα. Και ενώ σήμερα παράγονται αρκετά σιτηρά για να μπορούν να παρέχονται και να θρέψουν κάθε άνθρωπο στη γη, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από χρόνια υποσιτισμό. Το πρόβλημα έγκειται στη φτώχεια και στην πολιτική ορισμένων κρατών και όχι στον υπερπληθυσμό ή στην έλλειψη τροφής που παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο. Η διατροφική ανασφάλεια αποτελεί εμπόδιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα για την ποιότητα ζωής και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Τα τελευταία χρόνια υπολογίζεται ότι 826 εκατομμύρια άνθρωποι βρίσκονται σε κατάσταση υποσιτισμού: 792 εκατομμύρια στις αναπτυσσόμενες χώρες και 34 εκατομμύρια στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες πάνω από 200 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 5 ετών υποφέρουν από οξεία ή χρόνια πρωτεϊνική και ενεργειακή ανεπάρκεια. Υπολογίζεται επίσης, ότι 3,5-5 δισεκατομμύρια άνθρωποι εμφανίζουν ανεπάρκεια σιδήρου, 2-2,5 από ανεπάρκεια ιωδίου και 140-150 εκατομμύρια από έλλειψη βιταμίνης Α. Η κατάσταση αυτή προκάλεσε το ενδιαφέρον πολλών χωρών και την ανάπτυξη πολλών πρωτοβουλιών σε παγκόσμιο επίπεδο με στόχο την μείωση του υποσιτισμού και της διατροφικής ανασφάλειας, της πείνας, της ασιτίας και της ανεπάρκειας σε θρεπτικά συστατικά. (ΜΑΤΑΛΑ, ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ, 2007).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της UNICEF (United Nations Children's Fund), οι ετήσιοι θάνατοι παιδιών σχετιζόμενοι με τον υποσιτισμό, ανέρχονται στα 5,6 εκατομμύρια, (53% των συνολικών θανάτων).

-Ποσοστό λιπόβαρων παιδιών κάτω των 5 ετών στις αναπτυσσόμενες χώρες, 27% ή 146 εκατομμύρια

-Ποσοστό χρόνια υποσιτισμένων παιδιών κάτω των 5 ετών στις αναπτυσσόμενες χώρες 31% ή 170 εκατομμύρια.

-Ποσοστό καχεκτικών παιδιών κάτω των 5 ετών στις αναπτυγμένες χώρες 10% ή 58 εκατομμύρια.

-Μείωση στα παγκόσμια ποσοστά λιπόβαρων παιδιών από το 1990: Πέντε ποσοστιαίες μονάδες, από 33% σε 28%.

-Περιοχή με τα χειρότερα ποσοστά λιπόβαρων παιδιών: Νότια Ασία (45%).

-Θάνατοι που θα προληφθούν με την εκπλήρωση του Αναπτυξιακού στόχου της Χιλιετίας για τα λιπόβαρα παιδιά: 50 εκατομμύρια (μέχρι το 2015). Έκθεση UNICEF: *Πρόδος για τα παιδιά* (<http://www.Childinfo.org>) [Πρόσβαση στις 10-9-13].

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα αίτια του υποσιτισμού, οι κοινότητες και τα άτομα που υποφέρουν από την έλλειψη τροφίμων και την πείνα θα πρέπει να καταστούν αυτόνομα ως προς την εξασφάλιση της τροφής για προς το ζην. Αυτή την προσπάθεια για την καταπολέμηση του υποσιτισμού επιδεινώνουν καταστάσεις όπως φυσικές καταστροφές (ξηρασία, πλημμύρες, κυκλώνες και ακραίες θερμοκρασίες, πόλεμοι, τοπικές διαμάχες, καθώς και οι καταστροφικές συνέπειες της εξάπλωσης του ανθρώπινου ιού, ανοσοανεπάρκειας (HIV) και του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), κυρίως σε τμήματα της Αφρικής). Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, οι άνθρωποι έχουν συνδέσει τις διατροφικές τους συνήθειες και τη σωματική τους δραστηριότητα με τα πρότυπα των εκβιομηχανισμένων χωρών. Τα προγράμματα ενίσχυσης της διατροφής σε αυτές τις χώρες, έχει συχνά οδηγήσει σε αυξανόμενη τάση για παχυσαρκία και ινσουλινοαντοχή καθώς και στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Η συνύπαρξη του υποσιτισμού και του υπερσιτισμού οδηγεί στον διπλό κίνδυνο ανάπτυξης λοιμωδών και χρόνιων, μη μεταδιδόμενων

νοσημάτων. Επομένως, καθίσταται αναγκαία η πρωτοβουλία νέων προσεγγίσεων ώστε να αντιμετωπιστούν τόσο ο υποσιτισμός όσο και ο υπερσιτισμός στα πλαίσια ολοκληρωμένων προγραμμάτων προαγωγής της διατροφής και της υγείας με στόχο την βέλτιστη διατροφή για όλους. (ΜΑΤΑΛΑ, ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ, 2007).

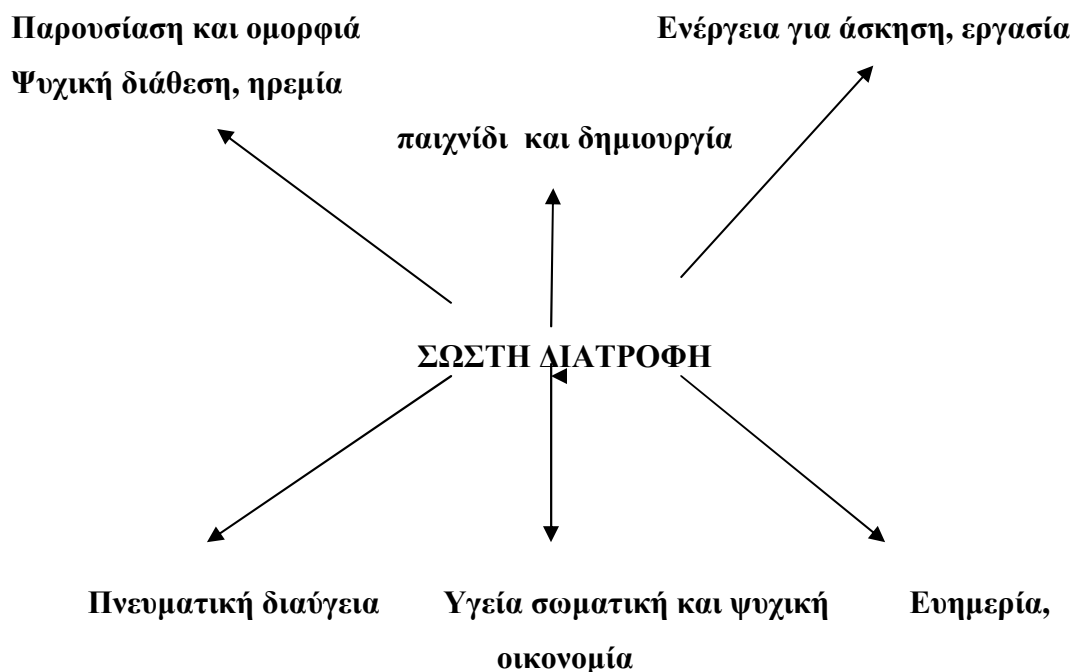
2.17. Σκοπός της διατροφής στην πρόληψη και θεραπεία

Σκοπός της διατροφής και διαιτητικής είναι η διατήρηση και η αποκατάσταση της υγείας όλης της ανθρωπότητας και συμβάλλει το ίδιο, ίσως και περισσότερο, στην υγεία των ατόμων όσο η ιατρική, η φαρμακευτική και άλλες επιστήμες για τις οποίες μπορούμε να πούμε ότι είναι η βάση της προληπτικής και θεραπευτικής αγωγής. Σωστά λοιπόν πολλοί επιστήμονες την χαρακτηρίζουν «*Αχιλλείο Πτέρνα*» κάθε θεραπευτικής προσπάθειας. Η επιστήμη της Διατροφής και Διαιτολογίας πίστευαν κάποτε ότι στηριζόταν στην ιατρική και σε άλλες επιστήμες. Σήμερα, δεν χωράει αμφιβολία ότι η ιατρική στηρίζεται στη διατροφή από προληπτικής και εν μέρει θεραπευτικής πλευράς. Προληπτική διατροφή σημαίνει πόσο, πως, πότε και τι πρέπει να τρώει ο άνθρωπος από την ώρα που θα γεννηθεί προκειμένου να έχει καλή σωματική και ψυχική υγεία. Επίσης να έχει αργά και ήρεμα γηρατειά. Μελέτες δείχνουν ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην καρκινογένεση, όπως το λίπος στον καρκίνο του μαστού και του προστάτη, τα καπνιστά τρόφιμα στον καρκίνο του στομάχου, τα τρόφιμα πλούσια σε νιτρώδη στον καρκίνο του ήπατος, η έλλειψη φυτικών ινών στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Πολλά πρόσθετα τροφίμων συνδέονται με τον καρκίνο. Οι νιτροζαμίνες που σχηματίζονται από νιτρώδη κατά την αποθήκευση των τροφίμων είναι καρκινογόνες. Σύμφωνα με έρευνες οι βιταμίνες C, E, A, θεωρούνται ότι προφυλάσσουν τον οργανισμό από τον καρκίνο. Όταν λαμβάνονται θρεπτικά συστατικά, προλαμβάνονται και θεραπεύονται πολλές ασθένειες κυρίως εάν βρίσκονται στα πρώτα στάδια. Γεγονός είναι ότι τα 2/3 του πληθυσμού της γης δεν τρέφονται καλά και υποφέρουν από κακοσιτισμό. Ο κακοσιτισμός αρχίζει από τις εγκύους. Οι γυναίκες αυτές όταν δεν τρέφονται όπως πρέπει, τότε οι συνέπειες είναι πολύ σοβαρές, όχι μόνο για το παιδί που θα γεννήσουν, αλλά και για τα παιδιά που αυτό το παιδί θα φέρει στον κόσμο όταν μεγαλώσει. Το παιδί που γεννιέται καλά φαινομενικά και είναι αρτιμελές μπορεί αργότερα να παρουσιάσει διάφορες παθήσεις και παθολογικές καταστάσεις επειδή

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

κακοσιτίστηκε η μητέρα του κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της ή κατά την διάρκεια της ζωής της. Η πρόληψη είναι η πιο αποδοτική στρατηγική και οι αλλαγές στην διατροφική μας συμπεριφορά συμβάλλει καθοριστικά σε αυτή την κατεύθυνση. Μια διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε φρούτα και λαχανικά έχει προστατευτική επίδραση κατά πολλών μορφών καρκίνου. Αντίθετα η υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Σύμφωνα με την έκθεση 2002 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), περίπου το 19% του καρκίνου του πεπτικού συστήματος παγκοσμίως οφείλεται στην χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Μια δίαιτα χαμηλή σε λίπος, πλούσια σε φυτικές ίνες και πολλές βιταμίνες θεωρείται η πλέον ενδεδειγμένη για προληπτικό σκοπό. (ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).



Σχήμα 1.1. Σωστή και Ισορροπημένη Διατροφή

(ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΤΡΙΑΔΗ 1999, σελ.69).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1. Η έννοια της Ψυχικής Υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Είναι ευρεία και περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις της φύσης του ανθρώπου. Δεν σημαίνει μόνο απουσία ψυχικής διαταραχής, αλλά και υψηλή αυτοεκτίμηση, θετική εικόνα του εαυτού, αισιοδοξία, ικανότητα να μπορεί κανείς να ανταποκρίνεται θετικά στις καλές και άσχημες καταστάσεις της ζωής και να τις χειρίζεται με υπευθυνότητα και αυτοέλεγχο. (ΖΗΣΗ, ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ, 2012).

3.2. Η σχέση της διατροφής και της ψυχικής υγείας

Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας έχει και η διατροφή. Είναι μία σχέση αμφίδρομη. Η έλλειψη ή η πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών συστατικών μπορεί να επιδεινώσει ή να βελτιώσει την ψυχική κατάσταση του ανθρώπου. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι μία πλήρης και ισορροπημένη διατροφή, η άσκηση και ο καλός ύπνος έχουν ευεργετική επίδραση στη ψυχική υγεία. Η τροφή λειτουργεί ως ένα είδος φαρμάκου που προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό και τον εγκέφαλο. Το είδος των τροφών που καταναλώνουμε, επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και ακολούθως την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό *Public Health Nutrition*, η κατανάλωση ντόνατς, κρουασάν και fast food, όπως χάμπουργκερ, χοτ-ντοκ και πίτσες, σχετίζεται με την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα που καταναλώνουν συχνά fast food, έχουν 51% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη. Επιπλέον, η σχέση τροφής-διάθεσης είναι αναλογική, δηλαδή, όσο περισσότερο junk food καταναλώνει κάποιος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της κατάθλιψης. (ΜΑΤΑΛΑ, ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ, 2007).

Η κατάλληλη διατροφή είναι απαραίτητη για αμέτρητες πτυχές του εγκεφάλου. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η κακή ποιότητα διατροφής μπορεί να

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών και κυρίως την εμφάνιση της κατάθλιψης. Το ιχθυέλαιο, ωμέγα – 3 λιπαρά οξέα και συμπληρώματα φυλλικού οξέος, το καθένα χωριστά έχουν χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία της κατάθλιψης με επιτυχία. Οι ανεπάρκειες βιταμίνης B12, σιδήρου, ψευδαργύρου και σελήνιου τείνουν να προκαλέσουν περισσότερο την εμφάνιση της κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα που περιλαμβάνουν στη διατροφή τους όλα τα παραπάνω και έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική διάθεση. Ως εκ τούτου, η καλή διατροφή είναι ο κυριότερος παράγοντας στην πρόληψη και θεραπεία της σωματικής και ψυχικής υγείας. (HORWITT, 2009).

3.3. Ψυχιατρικές επιδράσεις και επιδράσεις στη συμπεριφορά

Επιστημονικές μελέτες έδειξαν ότι η έλλειψη πολλών θρεπτικών ουσιών όπως των υδροδιαλυτών βιταμινών, προκαλεί βλάβη στο νευρικό σύστημα και αλλαγές στη συμπεριφορά. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ορισμένες εξ αυτών:

«*Βιταμίνη*: ψυχιατρικές επιδράσεις και επιδράσεις στη συμπεριφορά εξαιτίας της έλλειψης υδροδιαλυτών βιταμινών.

Ψυχιατρικές επιδράσεις:

Θειαμίνη: Ανορεξία, ανησυχία, μειωμένη αντοχή στο «stress», ευερεθιστότητα, κόπωση, εγκεφαλοπάθεια του Wernicke/ψύχωση του Korsakoff: απάθεια, αποπροσανατολισμός, προβλήματα στην εκμάθηση, εξασθένηση της μνήμης, μυθομανία.

Νιασίνη: Πελλάγρα: κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, ανησυχία, διαταραχές της μνήμης, άνοια.

Βιταμίνη Β6: Ευερεθιστότητα, δυσκαμψία, αταξία, σπασμοί, ανώμαλες κινήσεις των χεριών, κατάθλιψη.

Παντοθενικό οξύ: Ανορεξία, σπασμοί, διαταραχές της προσωπικότητας, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, πονοκέφαλος, κακός συντονισμός των χεριών.

Βιοτίνη: Κατάθλιψη, κόπωση, υπνηλία.

Βιταμίνη Β12: Διαταραχές διαφόρων συστημάτων: διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας (θέση του σώματος), αδυναμία στις κινήσεις, ανώμαλα

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα, ευερεθιστότητα, απώλεια μνήμης, κατάθλιψη, σύγχυση, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παρανοϊκή ψύχωση, μανία.

Φυλλικό οξύ: Στην ενδομήτρια ζωή: μικροκεφαλία και άλλες εγκεφαλικές διαταραχές, διανοητική καθυστέρηση. Στους ενήλικες: κατάθλιψη, αφηρημάδα, αϋπνία, απάθεια, ευερεθιστότητα, ψύχωση, παραλήρημα, άνοια, πονοκέφαλος, ανορεξία.

Ασκορβικό οξύ: «Κόπωση, κατάθλιψη». (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ 1987, σελ. 337).

Ψυχιατρικές καταστάσεις:

Νόσος του Alzheimer: Σύμφωνα με έρευνες, σε εστιακές περιοχές του εγκεφάλου ασθενών που έπασχαν από τη νόσο του Alzheimer βρέθηκαν αποθέματα αργιλίου. Δηλαδή, η ποσότητα αργιλίου ήταν υψηλότερη στον εγκέφαλο αυτών των ασθενών από ότι ήταν στον εγκέφαλο ασθενών που έπασχαν από άλλα αίτια. Το αργίλιο εισέρχεται στις τροφές που καταναλώνει ο άνθρωπος από δύο πηγές: το νερό της βρύσης το οποίο είναι επεξεργασμένο με θειικό αργίλιο ώστε να διαχωριστούν με καθίζηση τα θειικά άλατα και η δεύτερη πηγή είναι τα μαγειρικά σκεύη κατασκευασμένα από αλουμίνιο. Όμως οι κυριότερες πηγές πρόσληψης αργιλίου είναι τα φάρμακα που περιέχουν άλατα αργιλίου, όπως τα αντιόξινα.. Βέβαια ο συσχετισμός της πρόσληψης αργιλίου με τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer δεν αποδεικνύεται με σαφήνεια ότι έχουν αιτιολογική σχέση. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για να καθοριστεί εάν η σχέση αυτή είναι ουσιώδους σημασίας. Ωστόσο, στους ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer συνιστάται να αποφεύγουν το αργίλιο. (ΤΣΟΛΑΚΗ, 1999).

Αυτισμός: Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά που πάσχουν από αυτισμό έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης στο πλάσμα. Η βιταμίνη Β6 βοηθάει στη μετατροπή της 5-υδροξυτρυπτοφάνης σε σεροτονίνη. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι οι υψηλές δόσεις της βιταμίνης Β6 μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα σεροτονίνης και να βελτιώσουν την συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε έναν αριθμό αυτιστικών παιδιών στα οποία χορηγήθηκε βιταμίνη Β6 (30mg/kg/την ημέρα) και συμπληρώματα μαγνησίου, έδειξαν, ότι η συμπεριφορά τους βελτιώθηκε, ενώ αντίθετα, όταν διακόπηκε η συγκεκριμένη θεραπεία τα συμπτώματά τους επιδεινώθηκαν. Επίσης, η συμπεριφορά των αυτιστικών παιδιών, παρουσίαζε βελτίωση όταν αντί φαρμάκου τους δινόταν placebo.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Κατάθλιψη: Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα τρυπτοφάνης στον ορό και μεταβολές της σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Επομένως, η χορήγηση τρυπτοφάνης και τυροσίνης στη διατροφή ανακουφίζει από τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Υπερκινητικότητα: Ο όρος αναφέρεται σε ένα σύνδρομο έλλειψης ικανότητας για συγκέντρωση, δυσκολιών στην εκμάθηση και συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη ψυχοκινητική δραστηριότητα σε παιδιά που κατά τα άλλα είναι φυσιολογικά. Ο Chess (1960), όρισε την υπερκινητικότητα ως εξής: «Υπερκινητικό είναι το παιδί το οποίο εκτελεί δραστηριότητες με ρυθμό ταχύτερο από το φυσιολογικό ρυθμό ενός μέσου παιδιού ή το παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός των δύο». (ΚΑΚΟΥΡΟΣ, ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2000).

Δίαιτα «Feingold» Ορισμένα άτομα όταν πάρουν ασπιρίνη ή καταναλώνουν τρόφιμα που περιέχουν ταρτραζίνη (κίτρινη βαφή Νο 5), εμφανίζουν συμπτώματα υπερκινητικότητας. Σύμφωνα με τον Δρ Benjamin Feingold, δίαιτες που δεν περιέχουν τεχνητές χρωστικές ή αρωματικές ενώσεις, συντηρητικά και σαλικυλικά, μπορούν να βελτιώσουν την συμπεριφορά των υπερκινητικών παιδιών.

Τα τρόφιμα που πρέπει να εξαλειφθούν από την δίαιτα «Feingold» είναι: «Τρόφιμα που περιέχουν φυσικά σαλικυλικά όπως: αμύγδαλα, μήλα, βερίκοκα, μούρα, αγγούρια, κεράσια, σταφίδες, σταφύλια, νεκταρίνια, πιπεριές, πορτοκάλια, μανταρίνια, ροδάκινα, δαμάσκηνα, τομάτες. Ακόμη, καφές και τσάι, φάρμακα που περιέχουν σαλικυλικά, τεχνητές χρωστικές και αρωματικές ουσίες καθώς και συντηρητικά ΒΗΑ, ΒΗΤ». (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ 1987, σελ. 339).

Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι η συμπεριφορά των περισσότερων υπερκινητικών παιδιών δεν επηρεάστηκε από την συγκεκριμένη δίαιτα. Ωστόσο, απέδειξαν ότι μερικά υπερκινητικά παιδιά, παρουσίαζαν ευαισθησία στις πρόσθετες ουσίες των τροφίμων ή έχει μερική επιτυχία μόνο στα παιδιά που ανταποκρίνονται στην δίαιτα «Feingold».

Διανοητική καθυστέρηση: Στα διανοητικώς καθυστερημένα παιδιά διαπιστώνονται χαμηλά επίπεδα ορισμένων θρεπτικών ουσιών στον ορό. Αυτό βελτιώνεται με την χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων. Κάποιες πειραματικές δοκιμές έδειξαν αυξήσεις στις επιδόσεις ευφυΐας τους, ενώ συγκεκριμένες μελέτες

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

απέδειξαν ότι η θεραπεία μεγάλων δόσεων βιταμινών δεν βοηθάει ιδιαίτερα τα παιδιά αυτά.

Ημικρανίες: Οι αντιδράσεις αντισώματος-αντιγόνου στις επιφάνειες των μαστοκυττάρων προκαλούν αποδέσμευση ισταμίνης και άλλων αγγειοδραστικών ουσιών που πιθανόν να προκαλούν κεφαλαλγία. Πιστεύετε ότι οι ημικρανίες οφείλονται σε τροφική αλλεργία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι ημικρανίες πράγματι ανταποκρίνονται στην αποφυγή ορισμένων αλλεργιογόνων τροφίμων. Σε ορισμένους πάσχοντες από ημικρανία, διαπιστώθηκε με τη βοήθεια δερματικών τεστ ή τεστ «RAST», η ύπαρξη σχέσης μεταξύ κάποιων τροφίμων και ημικρανίας και η λήψη των τροφίμων αυτών αποδείχτηκε η γένεση ανοσολογικών συμπλεγμάτων που περιείχαν IgE. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά που ακολούθησαν δίαιτες με αυστηρούς περιορισμούς («ολιγοαντιγονικές»), έδειξε βελτίωση των συμπτωμάτων της ημικρανίας. Τα παιδιά παρουσίασαν πονοκέφαλο ως αντίδραση σε περισσότερα από 50 είδη τροφίμων. Οι συχνότερες τροφικές αιτίες ημικρανίας ήταν το γάλα, τα αυγά, η σοκολάτα, τα πορτοκάλια και το σιτάρι.

Πόνος: Η σεροτονίνη ως ενδιάμεση ουσία στις αντιδράσεις συμπεριφοράς σε οδυνηρά ερεθίσματα, δείχνει ότι η τρυπτοφάνη ίσως είναι σημαντικός αναλγητικός παράγοντας. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς όταν λαμβάνουν συμπληρώματα τρυπτοφάνης (2-4 gm/την ημέρα), εμφανίζουν μεγαλύτερη αναλγησία και περισσότερη ανοχή στον πόνο.

Σχιζοφρένεια: Έχει αποδειχτεί ότι ορισμένα συμπτώματα συμπεριφοράς της πελλάργας μοιάζουν με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά ο Δρ A. Hoffer και οι συνεργάτες του κατέληξαν στο εξής: Η έλλειψη νιασίνης προκαλεί τα συμπτώματα και των δύο αυτών καταστάσεων και επίσης, η σχιζοφρένεια είναι μία υποκλινική μορφή της πελλάργας. Υποστήριξαν ότι η υπερπαραγωγή αδρεναλίνης ευθύνεται για την σχιζοφρένεια που οδηγεί στη σύνθεση «αδρενοχρώματος», ενός ασυνήθιστου τοξικού οξειδωτικού προϊόντος που μοιάζει με τη μεσκαλίνη. Είχαν την άποψη ότι η νιασίνη βελτιώνει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Ακόμη η βιταμίνη Β6 ίσως να αποτελεί μία σωστή θεραπευτική επιλογή στις διαταραχές των νευρομεταβιβαστών. Παρ' όλα αυτά η χορήγηση μεγάλων δόσεων βιταμίνης Β6 στην θεραπεία της σχιζοφρένειας δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, όσον αφορά τα κλινικά αποτελέσματα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Υπνος: Ορισμένες έρευνες έδειξαν ότι η συμπεριφορά του ύπνου ρυθμίζεται από τη σεροτονίνη και πως η τρυπτοφάνη προκαλεί ύπνο. Μελέτες αναφέρουν ότι η χορήγηση τρυπτοφάνης (4gm/την ημέρα) προκαλεί υπνηλία.

Όψιμη δυσκινησία: Προκαταρκτικές μελέτες έδειξαν ότι η χορήγηση χολινεργικών ουσιών (40-80 gm χολίνης ή λεκιθίνης/την ημέρα) μπορεί να μειώσει τις ακούσιες κινήσεις του προσώπου και στα άκρα του σώματος. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

3.4. Διατροφική συμπεριφορά: Υγιεινές και Ανθυγιεινές συνήθειες

«Έπειτα από διατροφική έρευνα προκύπτει ότι οι ενήλικες χρειάζονται 46 θρεπτικά συστατικά ώστε να είναι υγιείς. Αυτά τα θρεπτικά συστατικά περιλαμβάνουν έξι (6) κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής: το νερό, οι υδατάνθρακες, εννέα πρωτεΐνες, το λίπος, 13 βιταμίνες και 21 μέταλλα. Κατά μέσο όρο μια γυναίκα χρειάζεται 1600 έως 2.400 θερμίδες για να διατηρήσει το βάρος της. Αντίθετα, ο άνδρας χρειάζεται περισσότερες θερμίδες, περίπου 2.300 έως 3.100 για να διατηρήσει το βάρος του». (Mayo Clinic 1981, σελ. 371).

Η προτεινόμενη καθημερινή πρόσληψη θερμίδων για παιδιά και ενήλικες (Mayo Clinic 1981, σελ.3-50).

	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ (λίβρες)	ΥΨΟΣ (ίντσες)	ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΕ ΘΕΡΜΙΔΕΣ
Νέοι	1-3	29	35	1300 (900-1800)
	4-6	44	44	1700 (1300-2300)
	7-10	62	52	2400 (1650-3300)
Άνδρες	11-14	99	62	2700 (2000-3700)
	15-18	145	69	2800 (2100-3900)
	19-22	154	70	2900 (2500-3300)
	23-50	154	70	2700 (2300-3100)
	51-75	154	70	2400 (2000-2800)
	76+	154	70	2050 (1650-2450)

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Γυναίκες	11-14	101	62	2200 (1500-3000)
	15-18	120	64	2100 (1200-3000)
	19-22	120	64	2100 (1700-2500)
	23-50	120	64	2300 (1600-2400)
	51-75	120	64	1800 (1400-2200)
	76+	120	64	1600 (1200-2000)
Εγκυμοσύνη.....				+ 300 θερμίδες
Θηλασμός.....				+ 500 θερμίδες

Στις περισσότερες δίαιτες εκείνο το σημαντικό στοιχείο που συνήθως παραβλέπεται είναι ότι οι ενήλικες για να προσλάβουν τα 46 θρεπτικά συστατικά, θα πρέπει να καταναλώσουν κατά μέσο όρο την ημέρα, το λιγότερο 1300 θερμίδες. Δίαιτες που δεν περιλαμβάνουν την πρόσληψη θερμίδων, τουλάχιστον πάνω από 1000, θέτουν σε κίνδυνο το άτομο που λιμοκτονεί διατροφικά. Άλλες δίαιτες που είναι πιο ασφαλείς για την υγεία του ατόμου περιέχουν λιγότερες θερμίδες, 200 με 800 περίπου και σε καθημερινή βάση, καταναλώνονται πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής ποιότητας οι οποίες συμπληρώνονται με βιταμίνες, ηλεκτρολύτες και μέταλλα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος.

Όταν κάποιος αλλάζει μόνο μία συνήθεια ίσως να έχει ένα θετικό αποτέλεσμα. Αλλάζοντας όμως πολλές συνήθειες το αποτέλεσμα είναι σίγουρα μεγαλύτερο και θετικότερο. Πριν από πολλούς αιώνες ο Ιπποκράτης αναγνώρισε την (συνεργία) ανάμεσα στη διατροφή και την άσκηση. Ο ίδιος είχε αναφέρει χαρακτηριστικά: «Μόνο ή τροφή δε βοηθάει ώστε να διατηρηθεί ο άνθρωπος σε καλή κατάσταση. Πρέπει επίσης να ασκείται. Η τροφή και η άσκηση, αν και έχουν αντίθετες ιδιότητες, συνεργάζονται για την προαγωγή της υγείας» (Hippocrates, 1923, σελ. 227-228, ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

Διάφοροι πολιτισμοί ακολουθούν διαφορετικές δίαιτες. Συγκρίνοντας τις μπορούμε να διαπιστώσουμε τα διαντιδραστικά αποτελέσματα της κάθε δίαιτας. Για παράδειγμα, οι Finns ακολουθούν μια διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη, αλλά

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

παράλληλα καταναλώνουν σιτηρά και τροφές πλούσιες σε ίνες. Οι Finns καταναλώνουν μέσο όρο 32 γραμμάρια ίνες καθημερινά και παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά καρκίνου του εντέρου σε σχέση με άλλες δυτικές ομάδες. Αυτό το παράδειγμα δείχνει ότι εάν επικεντρωνόμαστε σε μία μόνο διατροφική κατηγορία δεν θα έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αντίθετα εάν ακολουθούμε μία ισορροπημένη διατροφή που να εμπεριέχει όλα τα απαραίτητα διατροφικά στοιχεία, τότε είναι δυνατό να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Έτσι λοιπόν, η ουσία της ιδανικής διατροφής είναι η κατανάλωση, 50% υδατανθράκων, 38% πρωτεϊνών, και 20% λίπους. Όμως το 80% των υδατανθράκων πρέπει να είναι σύνθετοι υδατάνθρακες και τα κορεσμένα λίπη να μην υπερβαίνουν το 10% του λίπους που καταναλώνουμε. Τέλος, πολύ σημαντικό είναι, το καθημερινό μας διαιτολόγιο να περιλαμβάνει περίπου 25 γραμμάρια ίνες. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

3.5. Έλεγχος του βάρους και άσκηση: TV-Φαγητό στον καναπέ και αδράνεια

Η έλλειψη σωματικής άσκησης και η ανθυγιεινές συνήθειες επηρεάζουν την διαφοροποίηση του βάρους και επιτρέπουν την εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Ένα ποσοστό του πληθυσμού, περίπου 40% δεν κινείται έντονα και συχνά σε δραστηριότητες γεγονός που δυσκολεύει τον έλεγχο του βάρους και συγχρόνως την βελτίωση της καρδιαγγειακής κατάστασης. Επιπλέον, η τηλεόραση πιθανό να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αδράνεια, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει τον επιπολασμό της παχυσαρκίας. Δηλαδή, όσο περισσότερος είναι ο χρόνος που ένα άτομο κάθεται μπροστά στην τηλεόραση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος της παχυσαρκίας. Μία μελέτη των (L. Tucker & C. Friedman, 1989), πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις συνήθειες των τηλεοπτικών προγραμμάτων, με την υγεία, την παχυσαρκία και την σωματική άσκηση χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 6000 περίπου ανδρών. Εξετάζοντας και κάποιες άλλες μεταβλητές, όπως είναι η υγεία, η διάρκεια της εργασίας τους την ημέρα και η συχνότητα της σωματικής άσκησης, ανακάλυψαν ότι οι άνδρες που παρακολουθούσαν τηλεόραση περισσότερες από τρεις ώρες την ημέρα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν και να είναι παχύσαρκοι από ότι οι άνδρες που

παρακολουθούσαν τηλεόραση τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα. Πιθανό, οι άντρες που ήταν παχύσαρκοι να παρακολουθούσαν περισσότερες ώρες τηλεόραση, διότι δεν μπορούσαν να ασχοληθούν με διάφορες δραστηριότητες και κυρίως με την σωματική άσκηση. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

Ιδιαίτερα στα παιδιά, η τηλεόραση παίζει κύριο ρόλο και τους παρέχει με ένα ευρύ φάσμα μοντέλων, μηνύματα που μπορούν να επηρεάσουν την κατανάλωση και τις διατροφικές τους προτιμήσεις. Μια σειρά από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με την επίδραση της τηλεόρασης στις προτιμήσεις των παιδιών στα τρόφιμα, δείχνουν ότι τα προϊόντα που διαφημίζονται καταναλώνονται περισσότερο διότι τα παιδιά επηρεάζονται από τις διαφημίσεις και επιλέγουν τρόφιμα πλούσια σε σάκχαρα. Αντίθετα, τα παιδιά που δεν παρακολουθούν πολύ τηλεόραση και δεν εκτίθενται σε διαφημίσεις, δεν επιλέγουν για κατανάλωση αυτού του είδους τα τρόφιμα που διαφημίζονται. (BIRCH, FISHER, 1997).

3.6. Η επίδραση της εργασίας στη διατροφική συμπεριφορά

Ανάλογα με τη θέση εργασίας που κατέχει κάποιος, η μεγάλη πίεση που υφίσταται και η έλλειψη ελέγχου στην εργασία έχουν συσχετιστεί με μία λιγότερο υγιεινή διατροφή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1995 στην Νέα Υόρκη, αφορούσε τη σχέση της εργασίας των εργαζομένων με τις διατροφικές τους επιλογές. Οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στη μελέτη αυτή περιγράφουν μια δυναμική σχέση μεταξύ της εργασίας και τις επιλογές τροφίμων και παράλληλα στο πλαίσιο άλλων ρόλων καθώς και τις αξίες τους. Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων εστιάζονται σε τρεις διαφορετικούς τομείς: *χαρακτηρισμός της εργασίας και των πόρων τους για την επιλογή τροφίμων, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση των επιλογών τροφίμων εντός των ορίων της εργασίας και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στους οικογενειακούς ρόλους και στις προσωπικές επιλογές τροφίμων.* Πολλοί χαρακτήρισαν την εργασία τους ιδιαίτερα απαιτητική, που εξαιτίας της επιλέγανε τρόφιμα που έδειχναν την ενοχή και την δυσαρέσκειά τους, εν αντιθέσει από εκείνους που κατείχαν μία καλύτερη θέση εργασίας με περισσότερους πόρους και λιγότερη πίεση και οι οποίοι επιλέγανε τρόφιμα που έδειχναν την υπερηφάνεια και την ικανοποίησή τους. Ιδεώδη και αξίες που σχετίζονται με την επιλογή τροφίμων και την υγεία σταθμίζονται σε σχέση με άλλες αξίες που αφορούν

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

την οικογενειακή εγγύτητα, την παγιοποίηση και την προσωπική ευτυχία. Αυτά τα ευρήματα της έρευνας αποδεικνύουν την ευρεία σχέση της εργασίας με την υγιεινή διατροφή, όπου οι απαιτήσεις και οι πόροι του ρόλου της εργασίας θεωρείται ως μια μεταβλητή στο κοινωνικό και χρονικό πλαίσιο άλλων ρόλων και αξιών. (DEVINE, CONNORS, SOBAL, BISOGNI, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

4.1. Δίαιτα

Στα δυτικά βιομηχανικά κράτη υπάρχει σαφής διάκριση ανάμεσα στις διατροφικές συστάσεις και την πραγματική κατανάλωση σε σχέση με τις θρεπτικές ουσίες καθώς και την πρόσληψη θερμίδων. Αναμφισβήτητα το επίπεδο υγιεινής των τροφίμων είναι υψηλό, ενώ η πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων είναι περισσότερο από επαρκής εάν όχι υπερβολική. Ωστόσο η σύγκριση στα ιδανικά και τα πραγματικά σχήματα κατανάλωσης δείχνει ανισορροπίες ιδιαίτερα σε σχέση με τις επιλογές υδατανθράκων και λιπών. Είναι δύσκολο να εφαρμοστούν διαφορετικές μέθοδοι δίαιτας για διαφορετικά θρεπτικά συστατικά. Κάποιες μέθοδοι είναι πολύπλοκες και χρονοβόρες και μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου. (FOX, CAMERON, 1989).

Όμως τι σημαίνει δίαιτα; Οι ρίζες αυτής της λέξης βρίσκονται στην Αρχαία Ελληνική γλώσσα και σημαίνει τρόπος ζωής. Δεν αναφέρεται μόνο στη διατροφή μας ή στο αδυνάτισμα, αλλά σε όλη μας τη ζωή (εργασία, ύπνος, σύντροφος, κοινωνικό περιβάλλον, φυσικές δραστηριότητες, τόπος διαμονής, κ.α.). Η λέξη «διαιτώμαι» είναι αρχαία και σημαίνει διαβιώνω με έναν τρόπο που είναι σωστός και υγιεινός όσον αφορά στον ανθρώπινο οργανισμό και στην ψυχική υγεία. Στη διατροφή μας είναι η σχέση που έχουμε με το φαγητό και ο τρόπος που τρεφόμαστε. Εξάλλου αυτός είναι και η αιτία που παίρνουμε ή χάνουμε κιλά, δημιουργώντας προβλήματα στην υγεία μας. Δίαιτα λοιπόν είναι μία ισορροπημένη διατροφή, είναι ο σωστός τρόπος διαβίωσης και όχι η απλή αναφορά σε μία λίστα τροφίμων που παχαίνουν ή αδυνατίζουν. Μπορεί να γίνει τρόπος ζωής μέσα από ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο με πλήρη καθημερινά γεύματα σε συνδυασμό με σωματική άσκηση. Έτσι μπορεί να αποτελέσει το μέσον για την πρόληψη των ασθενειών του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπως είναι η πρόωγη αρτηριοσκλήρυνση, ο καρκίνος και τα μεταβολικά νοσήματα. (ΠΗΠΕΡΑΚΗΣ, 2002).

4.2. Ποιά είναι η σωστή διαιτητική αγωγή

Το άτομο που αποφασίζει να κάνει δίαιτα θα πρέπει να συμβουλευτεί έναν διατροφολόγο διαιτολόγο προκειμένου να ακολουθήσει μία σωστή διαιτητική αγωγή χωρίς να επιβαρύνει τον οργανισμό του. Ο διαιτολόγος θα πάρει μία λεπτομερή συνέντευξη του ατόμου, ώστε να ληφθεί μία λεπτομερή εικόνα της διατροφικής του κατάστασης και της υγείας του. Επίσης θα καταγράψει μεταξύ των άλλων το κοινωνικό – οικονομικό του επίπεδο και της σημασίας της επίδρασης που αυτή μπορεί να έχει στη διατροφή του. Ο ενδεδειγμένος ιατρικά ρυθμός απώλειας βάρους είναι περίπου 3 έως 4 κιλά τον μήνα. Η σωστή θρεπτική διατροφή και η σωματική άσκηση είναι μεταξύ των κυριότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην καλή φυσική κατάσταση και υγεία. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο σημαντικό είναι κατά την παιδική ηλικία να καλλιεργηθούν συνήθειες που συντελούν στην υγεία και οι οποίες πρέπει να διατηρηθούν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. (ΠΗΠΕΡΑΚΗΣ, 2002).

4.3. Χημικές δίαιτες

Κάθε χρόνο η αγορά διαφημίζει και πουλάει νέες δίαιτες απώλειας βάρους. Εφόσον χρησιμοποιούνται για μικρά χρονικά διαστήματα, οι δίαιτες που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και οι υπολογιστικές δίαιτες όπως πρωτεϊνικά συμπυκνώματα εμπλουτισμένα με θρεπτικά στοιχεία είναι ασφαλείς. Οι πλούσιες σε λίπη και πρωτεΐνες δίαιτες στοχεύουν στο να προκαλέσουν κέτωση. Είναι αρκετά δημοφιλείς, π.χ. δίαιτα Atkins, επειδή προκαλούν συνήθως πολύ γρήγορη αρχικά, απώλεια βάρους και δεν προϋποθέτουν τον υπολογισμό των θερμίδων. Εν μέρει βασίζονται στην ατελή κινητοποίηση των λιπών που σχετίζεται με την ανεπάρκεια των υδατανθράκων. Συχνά ο οργανισμός απορρίπτει ενστικτωδώς αυτό το είδος δίαιτας που οδηγεί σε εκούσιο περιορισμό των θερμίδων. Το μειονέκτημά τους είναι ότι δεν οδηγούν σε μακροπρόθεσμη διατηρήσιμη μεταβολή των διατροφικών συνηθειών. Επομένως, σπάνια επιτυγχάνουν την επιθυμητή μόνιμη απώλεια βάρους. Η μακρόχρονη κέτωση μπορεί να προκαλέσει μειωμένη αντοχή και κόπωση μαζί με ειδικά γαστρεντερικά συμπτώματα. Ως ανεπιθύμητες παρενέργειες είναι ο σχηματισμός χολόλιθων και νεφρικών λίθων μαζί με μείωση της οστικής μάζας. Οι

πλούσιες σε πρωτεΐνες δίαιτες επιβαρύνουν σημαντικά την απεκκριτική λειτουργία καθιστώντας τις δίαιτες αυτές δυνητικά επικίνδυνες για ορισμένους ανθρώπους και ιδιαίτερα σε ασθενείς. Οι ακραίες κετογόνες δίαιτες έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια για τη θεραπεία της επιληψίας στα παιδιά. (MANTZOROS, 2008).

4.4. Τα μειονεκτήματα της χημικής δίαιτας

Οι δίαιτες που υπόσχονται γρήγορη μείωση βάρους είναι αρκετά δημοφιλείς. Δυστυχώς οι δίαιτες αυτές είναι ακατάλληλες για ένα ή περισσότερους από τους εξής λόγους:

- Ø Είναι ανεπαρκείς σε θρεπτικές ουσίες
- Ø Απαιτούν ακριβά φαγητά ή χρονοβόρες προετοιμασίες φαγητών
- Ø Είναι ιατρικά επισφαλείς
- Ø Δεν βοηθούν το άτομο να αλλάξει διατροφικές συνήθειες και έτσι το χαμένο βάρος συχνά επανακτάται
- Ø Πολύ από το χαμένο βάρος είναι κυρίως υγρά ή LBM παρά λίπος

Ακολουθώντας πολλοί μία χημική δίαιτα οδηγούνται στα όρια της λιποθυμίας και της εξάντλησης. Επιπλέον έχουν αναρίθμητες ψυχολογικές συνέπειες, όπως κατάθλιψη, νευρικότητα, ευερεθιστότητα. Εκτός όμως από την ψυχοκοινωνική λειτουργία ενέχονται κίνδυνοι για την υγεία από την απώλεια βάρους ιδιαίτερα εάν αυτή είναι απότομη και γρήγορη και προέρχεται από μη ισορροπημένα ή ακραία διαιτητικά σχήματα.

Εδώ αξίζει να αναφερθούμε και στην νηστεία. Ο όρος νηστεία χρησιμοποιείται για μια σειρά διαφορετικών συμπεριφορών ενώ ένα άτομο μπορεί να ξεκινήσει νηστεία για διάφορους λόγους. Η απλούστερη μορφή νηστείας είναι η μηδενική σε θερμίδες δίαιτα: η απώλεια βάρους μέσω της αποχής από τις θερμίδες. Αυτό σύντομα οδηγεί σε απώλεια σωματικών, πρωτεϊνικών (άλυπη σωματική μάζα) καθώς και σε πτώση του βασικού μεταβολικού ρυθμού (BMR). Έτσι για τον λόγο αυτό εισήχθη η αποκαλούμενη τροποποιημένη νηστεία. (ΜΑΓΚΛΑΡΑ – ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΥ, 2000).

4.5. Συνέπειες στο σώμα και στην ψυχολογία

Έρευνες έδειξαν ότι οι επαναλαμβανόμενοι κύκλοι δίαιτας, μειώνουν την ικανότητα καύσης λίπους στο σώμα. Υπό αυτές τις συνθήκες ο ανθρώπινος οργανισμός για να εξοικονομήσει ενέργεια για τις βασικές ζωτικές λειτουργίες μειώνει σταδιακά το βασικό του μεταβολικό ρυθμό. Με αυτόν τον τρόπο το σώμα ανταπεξέρχεται και προσαρμόζεται στην διαρκή ανεπαρκή θερμιδική πρόσληψη. Το αποτέλεσμα είναι το άτομο που βρίσκεται σε δίαιτα, να καταναλώσει λιγότερες θερμίδες για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προκειμένου να επιτύχει την ίδια απώλεια βάρους που είχε σε άλλη δίαιτα. Όμως εκτός από το σώμα επηρεάζεται και ο εγκέφαλος. Οι αλλεπάλληλες δίαιτες μπορεί να δημιουργήσουν εξάρτηση από ορισμένες τροφές πλούσιες σε ζάχαρη και λιπαρά, εξαιτίας των αλλαγών που συμβαίνουν στην βιοχημεία του εγκεφάλου. Το σύνδρομο στέρησης που αισθάνεται κάποιος για κάποιες τροφές μετά από ένα διάστημα αυστηρής δίαιτας, εξηγείται μέσω κάποιων νευροδιαβιβαστών (χημικές ουσίες που μεταφέρουν μηνύματα στον εγκέφαλο). Τα οπιώδη είναι μια κατηγορία τέτοιων ουσιών που επηρεάζουν τον εθισμό, την επιβράβευση, την απόλαυση, την ικανοποίηση και τον έλεγχο του πόνου. (EMMANOYΗΛΙΔΟΥ, 2011).

4.6. Συνέπειες στη συναισθηματική κατάσταση

Τα συναισθήματα ενός ατόμου που ξεκινάει μια δίαιτα, είναι η ισχυρή θέληση, η αισιοδοξία αλλά και η άγνοια για τις δυσκολίες που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Βάζοντας σε εφαρμογή το πρόγραμμα δίαιτας επιδιώκει ένα άμεσο αποτέλεσμα στη ζυγαριά. Κάπου στην πρώτη «παρασπονδία» έρχεται η απογοήτευση. Όταν η κατανάλωση φαγητού ελέγχεται από πεποιθήσεις και άκαμπτους κανόνες, τότε είναι «κακώς ρυθμιζόμενη» και η υπερφαγία που ακολουθεί. Έτσι εκλαμβάνει το άτομο το αίσθημα της αποτυχίας. Το αίσθημα της ματαίωσης είναι δυνατόν να κινητοποιήσει έναν άνθρωπο σε τέτοιο βαθμό που ο μόνος τρόπος να αντλήσει ανακούφιση και να αισθανθεί καλά με τον εαυτό του, είναι το φαγητό και πιθανόν να οδηγηθεί στην υπερκατανάλωση φαγητού. Το αποτέλεσμα είναι να προσθέσει και πάλι το βάρος και μάλιστα 10% παραπάνω από το αρχικό. Συνήθως το άτομο κυριεύεται από πανικό και

ο πανικός θα φέρει μια καινούργια δίαιτα και έτσι ξεκινάει ένας φαύλος κύκλος. (EMMANOYΗΛΙΔΟΥ, 2011).

4.7. Δίαιτα και διατροφικές διαταραχές

Όπως αναφέραμε, συνήθως όταν αρχίζει κάποιος δίαιτα το κάνει με τον στόχο για ένα πιο αδύνατο κι αισθητό σώμα. Υπάρχει η πεποίθηση ότι το αδύνατο σώμα θα δώσει λύση στα προβλήματα τους και ότι εάν βελτιωθεί η εμφάνιση τους θα βελτιωθούν οι σχέσεις τους, η επαγγελματική τους ζωή κλπ. Όμως είναι πολύ πιθανό να πέσει σε έναν φαύλο κύκλο ή να δημιουργήσει μια καταναγκαστική σχέση με το φαγητό ακόμα και εάν είναι σχεδιασμένος από διαιτολόγο. Διότι ένα πρόγραμμα διατροφής, ακόμα και σχεδιασμένο να είναι από διαιτολόγο, από μόνο του δίνει ένα συγκεκριμένο πλάνο και οδηγίες για το περιεχόμενο της διατροφής και το ωράριο κατανάλωσης τροφών θέτοντας έτσι περιορισμούς, απαγορεύσεις και κανόνες.

Όταν όμως ο διατροφικός περιορισμός εξελίσσεται σε εμμονή, τότε υπάρχει μια λεπτή διαχωριστική γραμμή μεταξύ δίαιτας και διατροφικής διαταραχής. Έρευνες έχουν συσχετίσει την δίαιτα σε άτομα φυσιολογικού βάρους με την εμφάνιση χαμηλής αυτοπεποίθησης και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η δίαιτα μπορεί να είναι παράγοντας ή αφορμή για την ανάπτυξη ή την συντήρηση μιας διατροφικής διαταραχής όπως *νευρική ανορεξία* ή *βουλιμία* ή *υπερφαγία*, και μερικές φορές εξελίσσεται και σε *παχυσαρκία*. (EMMANOYΗΛΙΔΟΥ, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

5.1. Ορισμός

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα και συμπεριφορές που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο του πάσχοντα. (ΜΑΤΑΛΑ, ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ, 2007)

5.2. Επιδημιολογία

Η έκταση των διατροφικών διαταραχών είναι εκπληκτική γεγονός που αποδεικνύει την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στη ζωή μας. Εξίσου σημαντικό είναι η συνεχής απομάκρυνση του σώματός μας από τη «φύση», αφού στα σώματά μας εισβάλλουν οι επιδράσεις της επιστήμης και της τεχνολογίας, δημιουργώντας νέα διλήμματα. Περίπου το 20% των γυναικών στην Βρετανία υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα διατροφής. Το 60% των κοριτσιών ηλικίας μόλις 13 ετών έχουν αρχίσει να κάνουν δίαιτα. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται συνεχώς στο 80% στις νεαρές γυναίκες των δεκαοχτώ ετών. Το 1995, σε μια τηλεοπτική συνέντευξη της, η πριγκίπισσα Νταϊάνα παραδέχτηκε δημόσια ότι βίωσε σοβαρές κρίσεις ανορεξίας και βουλιμίας. Οι διατροφικές διαταραχές είναι ριζωμένες στα συναισθήματα ντροπής που έχουν τα άτομα για το σώμα τους. Προσβάλλουν ιδιαίτερα τις γυναίκες, εντονότερα δε τις νεαρές κοπέλες. Ένα μόνο ποσοστό που αγγίζει το 10% προσβάλλει τους άνδρες. Οι άνδρες δεν πάσχουν από ανορεξία ή βουλιμία τόσο συχνά όσο οι γυναίκες, διότι τη σημασία της γοητείας και της ομορφιάς υπογραμμίζουν οι κοινωνικοί κανόνες περισσότερο για τις γυναίκες. (ΤΣΑΟΥΣΗΣ, 2002).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία, τις άτυπες μορφές τους και την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Συνίστανται σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συμπεριφορές που

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

εκδηλώνονται κυρίως σε νέες γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας που ζουν στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Στην αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής, παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες, κυρίως ορμονικοί και νευροβιολογικοί και η πορεία τους είναι χρόνια με υποτροπές και υψηλή θνησιμότητα. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές αυτές αυξάνουν συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Η επιδημιολογία των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής ανά τον κόσμο είναι:

- -Ψυχογενής Ανορεξία: 0,5-1.0%
- -Ψυχογενής Βουλιμία: 2-3%
- -Άτυπες Διαταραχές Διατροφής: 12% ή 8-23%
- -Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας: 10%

Η αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι δύσκολη και δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική θεραπεία. Ο κύριος σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης είναι η πρόληψη. Η πρόληψη πρέπει να απευθύνεται πρωτίστως στις νέες γυναίκες της εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας. Πέραν των οικονομικών προβλημάτων που τίθενται πάντοτε, αναδεικνύονται και πολλά άλλα προβλήματα. Όπως όλοι γνωρίζουμε στην περίοδο της εφηβείας πραγματοποιούνται οι μεγάλες αλλαγές. Είναι μία επικίνδυνη περίοδος για την ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης της τροφής, περισσότερο στα κορίτσια. Οι ψυχολογικές, συναισθηματικές και βιολογικές ανάγκες που συμβαίνουν στην μεταβατική ηλικία, από την παιδική στην ενήλικη ζωή, είναι δύσκολες και ορισμένες έφηβες δεν μπορούν να τις διαχειριστούν. Σε αυτό συμβάλλουν οι κοινωνικό-πολιτιστικές πιέσεις που επικρατούν, δηλαδή, η συνεχιζόμενη πίεση στις γυναίκες για να αποκτήσουν και να διατηρήσουν λεπτό σώμα, με αποτέλεσμα πολλά κορίτσια να αισθάνονται έντονη ανησυχία για το πώς τις βλέπουν οι άλλοι. Σε αυτό το σημείο τα αρνητικά τους συναισθήματα γίνονται καταναγκαστικά και η απώλεια βάρους είναι το μόνο μέσο για να αποκτήσουν το ιδεώδες, αδύνατο κορμί με συνέπεια να εγκλωβιστούν σε ένα σχήμα πλήρους άρνησης της τροφής ή έμμεσης όσων έφαγαν. Έτσι αρχίζουν δίαιτες αδυνατίσματος, επικίνδυνες πολλές φορές για την υγεία τους. Εάν δεν βοηθηθούν άμεσα από ιατρική παρέμβαση και ορισμένες μορφές ψυχοθεραπείας τότε μπορεί και να πεθάνουν από την πείνα. (ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2003-2007).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι στην αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής συμβάλλουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους:

- Βιολογικοί παράγοντες (θηλυκό γένος, εφηβεία, οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό).
- Ψυχολογικοί παράγοντες (χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως ψυχαναγκασμός, κοινωνικό άγχος).
- Ιστορικό τραυματικών εμπειριών (τραυματικά γεγονότα, όπως ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση).
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής (κατάθλιψη, εθισμός στο αλκοόλ, διαταραχές της προσωπικότητας, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, διπολική-συναισθηματική διαταραχή).
- Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες (επηρεάζουν την προσωπικότητα και δημιουργούν διαταραχή της εικόνας του σώματος, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, ψυχοκοινωνικές κρίσεις, επιλογές επαγγέλματος και καριέρας: μανεκέν, μοντέλα, χορεύτριες, αθλήτριες). (POLIRY, HERMAN, 2002)

5.3. Οικονομικές επιπτώσεις και κόστος περίθαλψης του ατόμου με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, (ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία), οι δαπάνες που απαιτούνται είναι υψηλές. Για την θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών στην Μεγάλη Βρετανία, η Βρετανική Εταιρία εκτιμά ότι το συνολικό κόστος θεραπείας, ανέρχεται σε 25.000 λίρες Αγγλίας, (17.050 ευρώ). Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε το 2002, συμπεριλαμβάνοντας σε αυτό το ποσό και το κόστος θεραπείας των ασθενών που ακολούθησαν θεραπεία με κάποιον ειδικό σε διάστημα 12 εβδομάδων. Στην Μεγάλη Βρετανία η ατομική θεραπεία συν την ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία, που διαρκεί 12 εβδομάδες, κοστίζει από 24.000-45.000 λίρες, (16.000-30.000 ευρώ). Τα ασφαλιστικά ταμεία στην Μεγάλη Βρετανία κυρίως για τις διαταραχές πρόσληψης της τροφής, δεν καλύπτουν τα έξοδα θεραπείας και επομένως μόνο οι πλούσιοι έχουν την δυνατότητα για ατομική θεραπεία.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Η θεραπεία και η φροντίδα για κάποιον που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης της τροφής, είναι απαιτητική και συγχρόνως οδυνηρή περισσότερο από συναισθηματικής πλευράς καθώς η μέση διάρκεια θεραπείας εκτιμάται στα έξι χρόνια περίπου. Πολλοί γονείς ειδικά όταν είναι επαγγελματίες, εγκαταλείπουν την καριέρα τους για να φροντίσουν το αγαπημένο τους πρόσωπο/προστατευμένο μέλος που πάσχει από συγκεκριμένες διαταραχές. Οι επιπτώσεις αυτών των διαταραχών δεν κατανοούνται από πολλούς με αποτέλεσμα ό ένας στους πέντε που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία, να πεθαίνει πρόωρα. Οι ειδικοί στη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής, δηλώνουν κατηγορηματικά ότι η πρόωμη θεραπευτική παρέμβαση από ειδικούς, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για μία καλή πρόγνωση που σημαίνει ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία. Ένα άλλο σημαντικό μέτρο πρόληψης μεγάλης σημασίας και αποτελεσματικότητας, είναι η ενημέρωση σε σχολεία, πανεπιστήμια και στην ευρύτερη κοινότητα, για τον περιορισμό της εκδήλωσης και επέκτασης του φαινομένου, κυρίως στους νέους ανθρώπους. (πρωτογενής πρόληψη). Η Βρετανική Εταιρία έπειτα από μελέτες που έγιναν το 1990-2000 στην Μεγάλη Βρετανία, εκτιμά ότι ο συνολικός αριθμός των ατόμων που έπασχαν από κάποια διαταραχή πρόσληψης της τροφής, ανέρχεται στο ένα εκατομμύριο περίπου. Επιπλέον, για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων διαταραχών, υπολόγισε ότι μόνο το 9% έχει διαγνωσθεί και ότι δέχεται την κατάλληλη θεραπεία. (ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2003-2007)

5.4. Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής

1. Από τις διαταραχές πρόσληψης της τροφής προκύπτουν σοβαρές επιπλοκές για την υγεία. Ορισμένες εξ αυτών είναι: στειρότητα, οστεοπόρωση, καρδιακές αρρυθμίες, οδοντιατρικά προβλήματα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εθισμός σε ναρκωτικές ουσίες, κατάχρηση αλκοόλ και χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων.
2. Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής επιβαρύνουν την σωματική, πνευματική και ψυχολογική υγεία. Επιφέρουν μεγάλης διάρκειας νοσηλείες, ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, διάσπαση της οικογενειακής

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

συνοχής, υψηλό κόστος νοσηλείας, υψηλό κρατικό επίδομα ενίσχυσης λόγω αναπηρίας και ακολούθως υψηλότερη φορολογία στις Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας με αρνητικές συνέπειες στους πολίτες.

3. Στην οικογένεια, όταν ένα μέλος πάσχει ή δέχεται θεραπεία, η επίδραση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής, είναι μεγάλη. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών επηρεάζονται και να εκδηλώνονται, άγχος και κατάθλιψη στα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα. Επίσης, έχει οικονομικό κόστος. Ακόμη, η μεγάλη αύξηση των εξόδων για το φαγητό εξαιτίας της υπερφαγίας και των βουλιμικών συμπεριφορών (αποβολή τροφών-καθαρτικά και υπακτικά φάρμακα), επιφέρει τον πάσχοντα και την οικογένεια σε δύσκολη οικονομική κατάσταση. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, ασθενείς με επεισόδια υπερφαγίας και συμπεριφορές αποβολής τροφών, ξοδεύουν τουλάχιστον 150-200 ευρώ τον μήνα.
4. Σε όσους αδυνατούν να εξασφαλίσουν κατάλληλη θεραπεία για τους ίδιους ή για κάποιον δικό τους άνθρωπο, η επίδραση είναι μεγαλύτερη και παρατηρείται άγχος και κατάθλιψη, συναισθήματα οργής και φόβου, ενοχής και αδυναμίας, κοινωνικής απόσυρσης και απομόνωσης, ευθύνης (πραγματικής-φανταστικής), συναισθήματα ζήλειας και αποξένωσης στην οικογένεια.
5. Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής οδηγούν σε προβλήματα, στις σεξουαλικές σχέσεις, σε φυγή από το σπίτι, σε προβλήματα στέγασης, σε αντικοινωνική και παραβατική συμπεριφορά και σε αύξηση των διαζυγίων.
6. Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής έχουν σοβαρή επίδραση στην εργασία και στο εργασιακό περιβάλλον. Παρατηρείται μειωμένη απόδοση, αύξηση της ανεργίας, απώλεια της προσωπικής ελευθερίας και ως εκ τούτου, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης και όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας.
7. Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής πέραν του οικογενειακού περιβάλλοντος, επηρεάζουν και τα άτομα από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, όπως φίλους, καθηγητές, εργοδότες, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, συμβούλους, κοινωνικούς λειτουργούς (λόγω της ματαίωσης κατά τη θεραπεία) και φυσικά εκπροσώπους του νόμου

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

8. εξαιτίας της συνύπαρξης και άλλων διαταραχών που οδηγούν στην παραπτωματικότητα και την χρήση ναρκωτικών ουσιών.
9. Στην δημόσια υγεία, οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής, προκαλούν αυξημένες δαπάνες για την υγεία που μέσω της άμεσης φορολογίας επιβαρύνουν περισσότερο τον ίδιο τον πάσχοντα, την οικογένειά του και τους πολίτες.
10. Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής και τα συνωδά προβλήματα υγείας, επηρεάζουν την κοινωνία που σε πολλές περιπτώσεις, οδηγούν τα άτομα σε αντικοινωνικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Τελικά οι ψυχογενείς διαταραχές πρόσληψης της τροφής οδηγούν σε όλα τα παραπάνω με σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ατομικής και κοινωνικής ζωής του ανθρώπου. (ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2003-2007).

5.5. Κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής: Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa)

Στις διαταραχές πρόσληψης της τροφής ανήκει η νευρογενής ανορεξία η οποία δεν είναι σημερινό φαινόμενο αλλά προϋπήρχε και αναφέρθηκε από το 1689, ενώ το 1874 περιγράφηκαν στην Γαλλία και περιπτώσεις υπερφαγίας και βουλιμίας που χαρακτηρίστηκαν ως «ανωμαλία». Με τον όρο ανορεξία εννοούμε την άρνηση του ατόμου να φάει επειδή φοβάται μήπως παχύνει. Τα ανορεξικά άτομα συχνά έχουν εμμονή με το φαγητό και παρουσιάζουν καταναγκαστικές συμπεριφορές όπως είναι η συσσώρευση φαγητού. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

5.5.1. Κριτήρια

«Το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών 4η Έκδοση), για την διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας χρησιμοποιεί τέσσερα βασικά κριτήρια:

Πρώτον: Το άτομο αρνείται να διατηρήσει ένα σωματικό βάρος πάνω από το ελάχιστο επιθυμητό όριο που αντιστοιχεί στο ύψος και την ηλικία του. Το DSM-IV ορίζει το ελάχιστο όριο στο 85% του βάρους που αναμένεται να έχει το άτομο σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος του.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Δεύτερον: Το άτομο έχει έναν συνεχή και έντονο φόβο μήπως παχύνει ακόμη και όταν το βάρος του είναι μικρότερο από το κανονικό.

Τρίτον: Το άτομο έχει μια διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και διατηρεί μια διαστρεβλωμένη αντίληψη για το βάρος του, ακόμη και εάν έχει χάσει πολύ βάρος ή εάν υπάρχουν εξωτερικά αντικειμενικά στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι δεν έχει πρόβλημα με το βάρος του.

Τέταρτον: Αφορά την αμηνόρροια, τριών διαδοχικών εμμηνορροϊκών κύκλων». (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2005, σελ. 395)

Το φαινόμενο της νευρογενούς ανορεξίας παρατηρείται και στους άνδρες, αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ότι στις γυναίκες. Η αναλογία ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι 1 προς 20. Γυναίκες ηλικίας 15 έως 40 ετών, σε ποσοστό 1%, πάσχει από αυτή την διαταραχή. Συνήθως η νευρογενής ανορεξία αρχίζει στην ηλικία των 17 ετών. Εμφανίζεται περισσότερο στα άτομα της ανώτερης και της μέσης κοινωνικής τάξης. Όμως τις τελευταίες δεκαετίες ο δημογραφικός αυτός παράγοντας δεν ισχύει. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

5.5.2. Υπό – τύποι και διατροφικές μορφές

Υπάρχουν δύο υπο-τύποι της νευρογενούς ανορεξίας που διακρίνονται κυρίως από την διατροφική μορφή που τα άτομα χρησιμοποιούν για να ελέγξουν το βάρος τους.

Περιοριστικός Τύπος: Όπου το άτομο θέτει τον εαυτό του σε διάφορες δίαιτες, όπως την νηστεία και την εντατική άσκηση, προκειμένου να χάσει βάρος.

Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος: Σε αυτόν τον τύπο το άτομο εμφανίζει επεισόδια υπερφαγίας και κατόπιν λαμβάνει καθαρτικές ουσίες για την πρόκληση εμέτου. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να επαναλαμβάνονται συχνά.

Το ανορεξικό άτομο καταναλώνει πολύ λιγότερη τροφή και συγχρόνως γυμνάζεται εξαντλητικά ώστε να χάσει το βάρος που για εκείνο είναι αποκρουστικό. Παράλληλα με τις δραστηριότητες αυτές, το άτομο μπορεί να προκαλεί έμετο χρησιμοποιώντας καθαρτικές και διουρητικές ουσίες. Όταν πλέον το βάρος του φτάσει σε επικίνδυνα επίπεδα, τείνει να εμφανίσει διάφορες σωματικές επιπλοκές. Οι περισσότερες σωματικές επιπτώσεις που απορρέουν από την ακραία δίαιτα που το

άτομο υποβάλλει στον εαυτό του, είναι δυνατό με την κατάλληλα θεραπεία να αναστραφούν. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

5.5.3. Αιτιολογία: Οικογένεια Εικόνα και Γενετική

Έχουν γίνει πολλές παρατηρήσεις και προσπάθειες για να εξηγήσουν το φαινόμενο της νευρογενούς ανορεξίας. Ψυχαναλυτές, όπως ο Franz Alexander (1950), έχουν ερμηνεύσει την ανορεξία με έναν τρόπο που μοιάζει με την κλασική θεωρία της συναισθηματικής σύγκρουσης. Σύμφωνα με την άποψη του Alexander, το νεογέννητο μωρό που αρνείται να θηλάσει από το στήθος της μητέρας του, ήταν το πρωτότυπο της νευρογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, η ψυχαναλυτική θεωρία έβλεπε το παιδί ως ένα πεισματάρικο άτομο, το οποίο ήθελε να ελέγχει και να κερδίζει μεγαλύτερη προσοχή από τους γονείς του.

Οι σύγχρονες θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την αιτιολογία της ανορεξίας με όρους της φυσιολογίας, της προσωπικότητας ή των οικογενειακών χαρακτηριστικών. Παρά το γεγονός ότι οι μη ειδικοί που εξετάζουν την νευρογενή ανορεξία μέσω επιστημονικών θεωριών, δεν γνωρίζουν τις λεπτομέρειες σχετικά με αυτές τις θεωρίες. Πιστεύουν ότι η νευρογενής ανορεξία οφείλεται στην οικογενειακή διαταραχή, την κοινωνική πίεση στα προβλήματα που σχετίζονται με την ενηλικίωση, τους αντικρουόμενους ρόλους και τις πιέσεις που οι γυναίκες δέχονται. Οι βιολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι γενετικοί και βιοχημικοί μηχανισμοί επηρεάζουν την ανάπτυξη της νευρογενούς ανορεξίας. Δηλαδή, η νευρογενής ανορεξία και η βουλιμία παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες που έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με τους ανορεξικούς ασθενείς. Επίσης, οι μονοζυγώτες δίδυμοι έχουν μεγαλύτερο συντελεστή συμφωνίας για την ανορεξία από ότι οι διζυγώτες δίδυμοι.

Στις διατροφικές διαταραχές επανεξετάζοντας τις νευροχημικές ανωμαλίες αποδεικνύεται ότι τόσο οι ανορεξικοί όσο και οι βουλιμικοί ασθενείς, έχουν μικρότερη από το φυσιολογικό δραστηριότητα της *νορεπινεφρίνης* καθώς και ανωμαλίες στην έκκριση της *βασοπρεσίνης*. Οι ασθενείς που πάσχουν από βουλιμία, εμφανίζουν μικρές διαφορές στην μορφή της μεταβολής. Όμως αυτές οι μεταβολές επανέρχονται στα φυσιολογικά τους επίπεδα με την επαναπρόσληψη της τροφής και την αύξηση του βάρους. Το στοιχείο αυτό είναι πολύ σημαντικό, διότι υποδεικνύει ότι η νευροχημεία του εγκεφάλου μεταβάλλεται ως αντίδραση, είτε στην απώλεια

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

βάρους, είτε στη στέρηση θερμίδων ή και στα δύο μαζί. Μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι νευροχημικές μεταβολές μπορούν να αλλάξουν την διάθεση και να προκαλέσουν αλλαγές στην διατροφική συμπεριφορά και την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Τα σημερινά στοιχεία που είναι διαθέσιμα δεν είναι τόσο σαφή ώστε να έχουμε μία σαφέστερη ερμηνεία. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

Η θεωρία των οικογενειακών συστημάτων με υπέρμαχο την Bruch (1973), υποστηρίζει ότι η νευρογενής ανορεξία έχει τις ρίζες της στο περιβάλλον μιας διαταραγμένης οικογένειας. Ο πατέρας και η μητέρα μπορεί να εμφανίζουν οποιαδήποτε μορφή ψυχοπαθολογίας, αλλά το μέλος που πάσχει από ανορεξία, εκφράζει την παθολογία για όλη την οικογένεια. Η οικογένεια «νοσεί» ως προς την λειτουργία της. Η Bruch πέρα από την δυναμική της οικογένειας αναγνώρισε και την ανάγκη να παρακολουθεί κανείς την διατροφική κατάσταση του ανορεξικού ατόμου και παράλληλα να παρατηρεί την στάση και συμπεριφορά του σχετικά με την πρόσληψη τροφής. Σε σχέση με τους ανορεξικούς, οι ασθενείς που πάσχουν από βουλιμία, δεν εκδηλώνουν τον ίδιο βαθμό συγκρούσεων στις οικογένειες. Σύμφωνα με τους Minuchin, Rosman & Baker (1978), οι ανορεξικοί ασθενείς προέρχονται από ψυχοσωματικές οικογένειες που έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- «Το υπερβολικό δέσιμο των μελών της, που περιλαμβάνει έντονες οικογενειακές αλληλεπιδράσεις.
- Η υπερπροστασία που εμποδίζει την πορεία του παιδιού προς την ανεξαρτησία.
- Η αυστηρότητα στη δομή και τους κανόνες της οικογένειας και η αντίσταση στην αλλαγή.
- Η αδυναμία της επίλυσης των συγκρούσεων, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής των συγκρούσεων».

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι, μία ολοκληρωμένη και σαφής εικόνα για την αιτιολογία της ανορεξίας δεν υπάρχει σε καμιά από αυτές τις θεωρίες. Η νευρογενής ανορεξία είναι μία διαταραχή, η οποία καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και οικογενειακούς. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2005, σελ. 396).

5.5.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανορεκτική συμπεριφορά

Η σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και παθολογικών συμπεριφορών δείχνει ότι η διάσταση θυμός-επιθετικότητα είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανορεκτική συμπεριφορά, κυρίως στα κορίτσια. Επομένως, η επιθετικότητα ως ψυχοπαθολογική διάσταση της προσωπικότητας, περισσότερο στους εφήβους, αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την ανάπτυξη της νευρογενούς ανορεξίας σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Έχει διαπιστωθεί ότι η επιθετικότητα χαρακτηρίζεται ως αντίδραση σε αισθήματα κατωτερότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης που προκύπτουν από αρνητικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία και που δημιουργούν έντονη ευαισθησία στις διαπροσωπικές σχέσεις, (ευαισθησία στην κριτική). Μάλιστα η σχέση θυμού-επιθετικότητας μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας στους εφήβους.

Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα, στα κορίτσια που πάσχουν από νευρική ανορεξία, η ψυχοπαθολογική διάσταση θυμός-επιθετικότητα, είναι ενδοστρεφόμενη και συγκεκριμένη και σχετίζεται με την οργάνωση της σεξουαλικότητας που παραπέμπει στις αμφιθυμικές σχέσεις. Επίσης, εμπεριέχει τον αυτοέλεγχο ως απάντηση που είναι βασικό χαρακτηριστικό στην ανορεκτική συμπεριφορά και έχει σχέση με τις βιολογικές ανωμαλίες του σεροτονινεργικού συστήματος που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία.

Σύμφωνα με την άποψη του Walter Kaye (1999), τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία υποσιτίζονται με σκοπό να ελαττώσουν την δραστηριότητα του σεροτονινεργικού συστήματος στον εγκέφαλο ώστε να αισθανθούν καλύτερα. Η σεροτονίνη προέρχεται βιοχημικά από την *τροπτοφάνη* και είναι γνωστό ότι αποτελεί από τα βασικότερα αμινοξέα και βρίσκεται σε διάφορες τροφές. Έχει αποδειχθεί ότι οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία έχουν μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα όταν υποσιτίζονται. Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που λαμβάνουν οι πάσχοντες για την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών (κυρίως της ψυχογενούς βουλιμίας) αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs) και συνεπώς δεν είναι αποτελεσματικά στην θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών. Η παραπάνω έρευνα ίσως εξηγεί τον ρόλο της επιθετικότητας η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα και παθολογικές συμπεριφορές διατροφής, με σκοπό να επανέλθει η ισορροπία τόσο σε βιοχημικό επίπεδο όσο και

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

σε επίπεδο συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Walter Kaye, η υποκείμενη βιολογική ευαλωτότητα μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας ή της ψυχογενούς βουλιμίας και αυτό διότι ένα μικρό ποσοστό γυναικών που εκτίθενται στις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις σε σχέση με το βάρος και την εμφάνισή τους, αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι η αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα μπορεί να είναι απαγορευτική στην λήψη τροφής, στην επιθετικότητα και στην σεξουαλική δραστηριότητα. Επιπλέον, παρά τις διαφορές μεταξύ τους, υπάρχει ένας κοινός περιορισμός συμπεριφοριολογικής αναστολής στην ψυχογενή ανορεξία και στην ψυχογενή βουλιμία. Στην ψυχογενή βουλιμία μπορεί να συμβαίνει μία περιοδική αναστολή στην πρόσληψη τροφής ενώ στην ψυχογενή ανορεξία, η αναστολή και ο υπερβολικός έλεγχος της συμπεριφοράς μπορεί να είναι διαρκής. (ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2003-2007).

5.6. Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa): Συμπτώματα Προέλευση και Θεραπεία

Για την βουλιμία το σύγχρονο κλινικό ενδιαφέρον εντοπίζεται το 1976. Οι κλινικοί επιστήμονες θεωρούσαν την βουλιμία ως μία σπάνια διαταραχή. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε ο όρος βουλιμορεξία. Αργότερα όταν ο Russell (1976) περιέγραψε το σύνδρομο, υπήρχε μια σύγχυση όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια, διότι τα δείγματα των ανορεξικών και βουλιμικών ασθενών που χρησιμοποιούσαν, είχαν κοινά χαρακτηριστικά. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

Στο DSM-IV (1994), η νευρογενής βουλιμία ορίζεται ως μια διαταραχή με πέντε διαφορετικά χαρακτηριστικά:

- i. «Υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, κατά τη διάρκεια των οποίων, το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού.
- ii. Υπάρχει μια επαναλαμβανόμενη μορφή συμπεριφοράς στο πλαίσιο της οποίας το άτομο προκαλεί έμετο. Χρησιμοποιεί καθαρτικές και διουρητικές ουσίες, ακολουθεί εντατική δίαιτα και άσκηση προκειμένου να αποτρέψει την αύξηση του βάρους.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- iii. Τα επεισόδια υπερφαγίας και η χρήση καθαρτικών, εμφανίζονται κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες (κριτήριο της σοβαρότητας).
- iv. Υπάρχει επίμονη και υπερβολική ανησυχία για το σχήμα του σώματος και το βάρος.
- v. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια των επεισοδίων της νευρογενούς ανορεξίας». (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2005, σελ. 398-399).

Αρκετά χαρακτηριστικά διακρίνουν τη βουλιμία από την ανορεξία. Στον βουλιμικό ασθενή το βάρος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα που αντιστοιχούν στην ηλικία και την σωματική κατασκευή του. Αντίθετα στον ανορεξικό ασθενή το βάρος του κυμαίνεται κάτω από το μέσο όρο. Σε αρκετούς βουλιμικούς ασθενείς το βάρος μπορεί να βρίσκεται στο ανώτερο όριο της κλίμακας του φυσιολογικού βάρους. Πολλοί ανορεξικοί ασθενείς δεν χρησιμοποιούν τις καθαρτικές τεχνικές που χρησιμοποιούν οι βουλιμικοί. Στα ανορεξικά άτομα η όρεξη είναι μειωμένη λόγω ασυνείδητων συναισθηματικών παραγόντων, σε σύγκριση με τα βουλιμικά άτομα όπου η όρεξη είναι υπερβολική. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις οργανικοί παράγοντες επιδρούν στην βουλιμία. Τέλος, η αμηνόρροια παρ' όλο που δεν θεωρείται διαγνωστικό κριτήριο, σε μια μελέτη αναφέρεται ότι, στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, η βουλιμία εμφανίζεται περίπου στις μισές περιπτώσεις. Οι σημερινές εκτιμήσεις του επιπολασμού υποδεικνύουν ότι το 1% έως 3% των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων γυναικών, ταιριάζει στο προφίλ του βουλιμικού ατόμου, παρ' όλο που οι εκτιμήσεις του επιπολασμού ποικίλουν σημαντικά. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association, 1994), στους άνδρες ο επιπολασμός της βουλιμίας είναι περίπου το ένα δέκατο από ότι στις γυναίκες. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

5.6.1. Η αιτιολογία της νευρογενούς βουλιμίας: Οπιοειδή – Στρες και Γνώσεις

Σύμφωνα με τους Kent & Clopton (1992), η αιτιολογία της βουλιμίας οφείλεται σε βιολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Μία βιολογική θεωρία υποστηρίζει ότι η βουλιμία μπορεί να οφείλεται σε ανωμαλίες στα

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ενδογενή οπιοειδή. Υπάρχει η αντίληψη ότι η βουλιμία είναι μία καταναγκαστική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από τον μη έλεγχο στη διατροφική συμπεριφορά. Η καταναγκαστική φύση της βουλιμίας έχει κοινά χαρακτηριστικά με την εξάρτηση στις φαρμακευτικές ουσίες. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι οι βουλιμικοί ασθενείς που χρησιμοποιούν καθαρτικά στον οργανισμό τους από την υπερβολική ποσότητα τροφής που καταναλώνουν, έχουν υψηλότερα επίπεδα της *βήτα-ενδορφίνης*, (ένα συγκεκριμένο οπιοειδές του εγκεφάλου), στοιχείο που αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα ερευνών. Η υπερφαγία και τα καθαρτικά υποτίθεται ότι οδηγούν σε πλήρη απελευθέρωση των οπιοειδών, σε μείωση του άγχους και σε έντονα αισθήματα ευφορίας. Επιπλέον, άλλα στοιχεία και πάλι, υποστηρίζουν την θεωρία αυτή και δείχνουν ότι ο κύκλος της υπερφαγίας και της κάθαρσης του οργανισμού, παράγει επίπεδα της *βήτα-ενδορφίνης*, υψηλότερα από εκείνα που έχουν τα μη βουλιμικά άτομα. Τέλος, αυτή η θεωρία υποστηρίζεται και από τις θεραπείες στις οποίες χρησιμοποιείται η *ναλτρεξάνη* (Trexan), η οποία είναι ουσία ανταγωνιστής των οπιοειδών. (ΜΠΑΡΜΠΙΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005)

Σημείωση: *Τα ενδογενή οπιοειδή είναι ουσίες που μοιάζουν με την μορφίνη, τα παράγει ο οργανισμός, δηλαδή, φυσικά, είναι ενδογενείς ουσίες στον εγκέφαλο και συμβάλλουν στην μείωση της αίσθησης του πόνου.* (ΜΠΑΡΜΠΙΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2005, σελ. 399).

Οι ψυχολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στο στρες και στις γνωστικές παραμέτρους της βουλιμίας. Το μοντέλο του στρες υποστηρίζει ότι τα βουλιμικά άτομα πιστεύουν ότι χάνουν τον έλεγχο, βιώνουν περισσότερο άγχος και παρουσιάζουν ανεπάρκεια στις δεξιότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων που επηρεάζουν την έναρξη και τη διατήρηση της βουλιμίας. Τα γνωστικά στοιχεία περιλαμβάνουν την υπερβολική ενασχόληση με το βάρος, το μέγεθος και το σχήμα του σώματος, την διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα, την επιθυμία που έχει το άτομο να είναι πιο λεπτό, όπως επίσης και την αίσθηση που έχει ότι είναι ανεξέλεγκτο όταν τρώει. Η σωματική εικόνα είναι μια ψυχολογική εμπειρία που αφορά τις στάσεις και τα συναισθήματα του ατόμου για το σώμα του. Οι Heatherton & Baumeister (1991), υποστήριξαν ότι η υπερφαγία στα βουλιμικά άτομα ενισχύεται από μια προσπάθεια να ξεφύγουν από την αυτό-επίγνωση. Οι γνωστικές διαστρεβλώσεις επηρεάζουν

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

σημαντικά τόσο την έναρξη όσο και την διατήρηση της βουλιμίας. Οι Grissett & Norvell (1992), θεωρούν ότι οι κάποιες κοινωνικές μεταβλητές παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της βουλιμίας. Χρησιμοποίησαν ένα δείγμα βουλιμικών γυναικών και αντιστοίχισαν με προσοχή τις περιπτώσεις τους, με περιπτώσεις γυναικών που δεν είχαν καμιά διατροφική διαταραχή, (ομάδα ελέγχου). Οι Grissett & Norvell παρατήρησαν: Πρώτον ότι οι βουλιμικές γυναίκες ανέφεραν πως δεν είχαν μεγάλη κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Το στοιχείο αυτό υποστηρίζεται και από το έργο των Wonderlich, Klain & Council (1996), που βρήκαν ότι οι βουλιμικές γυναίκες θεωρούν τις σχέσεις με τους γονείς τους περισσότερο εχθρικές. Δεύτερον οι Grissett & Norvell στην μελέτη τους, οι βουλιμικές γυναίκες ανέφεραν ότι οι διαπροσωπικές τους σχέσεις χαρακτηρίζονταν από αρνητισμό και μεγάλες συγκρούσεις. Ακόμη, ανέφεραν ότι είχαν λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες και ως εκ τούτου ήταν λιγότερο κοινωνικές σε σχέση με τις γυναίκες της ομάδα ελέγχου. (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

5.6.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την βουλιμική συμπεριφορά

Σύμφωνα με έρευνες τα σωματικά συμπτώματα που οφείλονται στο stress, αποτελεί στα κορίτσια σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη παθολογικής βουλιμικής συμπεριφοράς. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή που ενισχύει την αντίδραση stress που είναι συχνή στους βουλιμικούς ασθενείς. Μία άλλη πιθανή εξήγηση είναι το γεγονός ότι η συγκεκριμένη κατάθλιψη συχνά εκφράζεται ως σωματοποίηση. Η κλασική θεωρία αναφέρει την σωματοποίηση ως έναν μηχανισμό μετατροπής ενδοψυχικών συγκρούσεων προκειμένου να γίνονται αποδεκτές από το Εγώ. Συνεπώς λειτουργεί αφ' ενός ως έκκληση για βοήθεια από το οικείο περιβάλλον, αφετέρου ασυνείδητα επικεντρώνεται στο σώμα και όχι στις διαπροσωπικές σχέσεις, κατάσταση που είναι συνηθισμένη στην ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς βουλιμίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποίησε η Regina Casper (1990), η διάσταση σωματοποίηση σχετίζεται με την κατάθλιψη και την έντονη ανησυχία για το σωματικό βάρος. Μάλιστα η ίδια έρευνα έδειξε ότι στο 1/3 των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, η κατάθλιψη προηγείται από την εμφάνιση της διαταραχής της διατροφής. Ως προς την σχέση του άγχους με τις παθολογικές

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

συμπεριφορές διατροφής, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σχέση της υποκλίμακας του άγχους (όχι του φοβικού άγχους), με την ανορεκτική συμπεριφορά διατροφής, ενώ αντίθετα δεν βρέθηκε συσχέτιση καμιάς υποκλίμακας του άγχους με την βουλιμική συμπτωματολογία. Ένα άλλο διαφορετικό εύρημα ως προς την φοβική διάσταση του άγχους που συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές σε υψηλό ποσοστό, διαπιστώθηκε ότι, η κοινωνική φοβία κυμαίνεται σε ποσοστό 20% σε ανορεκτικούς ασθενείς και σχεδόν 50% σε πάσχοντες από βουλιμία. Όσον αφορά την διάσταση της ψυχαναγκαστικότητας - καταναγκαστικότητας, βρέθηκε ότι σχετίζεται με την παθολογική ανορεκτική συμπεριφορά στα κορίτσια, αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με την βουλιμική συμπεριφορά. (ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2003-2007).

5.7. Διαταραχή Συναισθηματικής - Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binges Eatings)

Τα άτομα που πάσχουν από αυτή την διαταραχή καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού το οποίο λειτουργεί ως υποκατάστατο στην υπάρχουσα φόρτιση. Η Συναισθηματική-Επεισοδιακή Υπερφαγία θεωρείται η συχνότερη διατροφική διαταραχή στις μέρες μας και δεν αποτελεί ακόμη ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία. Τα άτομα που βιώνουν την συναισθηματική διαταραχή χρησιμοποιούν το φαγητό ως μέσο εύκολο προκειμένου να ελαττώσουν το άγχος, το θυμό, τον φόβο, την ανία, την λύπη, την μοναξιά και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθουν. Έρευνες έδειξαν ότι η υπερφαγία συνδέεται με την χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. *Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας* (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

5.7.1. Διαφοροποίηση βιολογικής – συναισθηματικής πείνας

Η βιολογική πείνα διαφοροποιείται σε πολλά σημεία από την συναισθηματική. Η βιολογική συμβαίνει αργά και σταδιακά και δεν χαρακτηρίζεται από επιλεκτικότητα. Η συναισθηματική πείνα έρχεται από έντονο παρορμητισμό και επιθυμία για φαγητό ακόμη και εάν το άτομο δεν πεινάει. Επομένως η τροφή δεν λαμβάνεται για την ικανοποίηση της φυσιολογικής βιολογικής πείνας αλλά για την κάλυψη συναισθηματικής ανάγκης.

5.7.2. Συμπτώματα της συναισθηματικής υπερφαγίας

Το άτομο με συναισθηματική υπερφαγία κατά την διάρκεια επεισοδίων χάνει τον έλεγχο και καταναλώνει τροφές πλούσιες σε λιπαρά, όπως γλυκά ή junk food, ακόμη και στην περίπτωση που δεν πεινάει. Η κατανάλωση τροφής συχνά συνδέεται με δυσάρεστα συναισθήματα που παραμένουν ή επιδεινώνονται λόγω ενοχών, ενώ η εκτόνωση είναι παροδική και σύντομη. Έπειτα από το επεισόδιο το άτομο συνήθως νιώθει θλίψη, ενοχές, απέχθεια για τον εαυτό του και τον τρόπο σίτισης. Επιπλέον, εμφανίζονται συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και τις πιο πολλές φορές η σκέψη του περιστρέφεται γύρω από το φαγητό. Η Σ.Υ. παρουσιάζεται και σε άτομα που υποβάλλουν τον εαυτό τους σε αυστηρές δίαιτες, δίχως τις περισσότερες φορές να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας το άτομο μπορεί να προσπαθήσει να τραφεί φυσιολογικά ή και να κάνει δίαιτα. Ωστόσο, αυτός ο περιορισμός συνήθως επιφέρει περισσότερα επεισόδια που οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο. (Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας) (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

5.7.3. Οι συνέπειες της συναισθηματικής υπερφαγίας

Οι συνέπειες μπορεί να επιτείνουν το πρόβλημα και να μειώσουν την ποιότητα ζωής. Μάλιστα ορισμένες εξ αυτών μπορεί να αναπτυχθούν στην περίπτωση που το άτομο είναι υπέρβαρο λόγω των συχνών επεισοδίων. Στη διάρκεια των κρίσεων υπερφαγίας τα άτομα επιλέγουν τροφές χαμηλές σε ιχνοστοιχεία ή βιταμίνες και υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και άμυλο. Οι συνέπειες κυρίως οφείλονται στην ασυνέπεια της διατροφής και της συχνής εναλλαγής μεταξύ των επεισοδίων και της στέρησης. Η διαταραχή αυτή κρύβει κινδύνους για την σωματική υγεία οι οποίοι όμως δεν λαμβάνονται σοβαρά. Αυξάνονται οι πιθανότητες τα άτομα να εμφανίσουν διαβήτη τύπου II, υπέρταση, υψηλή χοληστερίνη, καρδιαγγειακές παθήσεις, κάποιες μορφές καρκίνου, πεπτικές και αναπνευστικές διαταραχές, έντονους μυϊκούς πόνους στις κλειδώσεις και ημικρανίες.

5.7.4. Αίτια συναισθηματικής -- επεισοδιακής υπερφαγίας

Τα αίτια της συναισθηματικής-επεισοδιακής υπερφαγίας δεν έχουν απολύτως προσδιοριστεί με σαφήνεια. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζει ο συνδυασμός

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

βιολογικών, συναισθηματικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Κάποια ερευνητικά δεδομένα αιτιολογούν την διαταραχή σε γονίδια για την ανάπτυξή της. Η αλλαγή στη χημική ισορροπία του εγκεφάλου που σχετίζεται με την όρεξη και την πληρότητα συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Επιπροσθέτως, η έλλειψη σεροτονίνης επηρεάζει την διάθεση ενισχύοντας τις ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές με αποτέλεσμα τα συμπτώματα υπερφαγίας. Επίσης, ψυχογενείς παράγοντες όπως είναι η δυσκολία του ατόμου να εκφράζει τα συναισθήματά του, αντικατοπτρίζεται στις κρίσεις υπερφαγίας που αποτελούν για το άτομο υποκατάστατο των συναισθημάτων, θυμού, άγχους, λύπης, stress, πλήξης, κ.ά. Η διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με παρορμητική συμπεριφορά, ή που ζουν απομονωμένα, ή που σαν χαρακτήρες είναι κλειστοί καχύποπτοι και φοβισμένοι. Παρ' όλο που δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για το εάν η κατάθλιψη προκαλεί τις κρίσεις υπερφαγίας, το 50% των ατόμων που έχουν την διαταραχή αυτή αναφέρουν ότι και στο παρελθόν έπασχαν ή και ακόμη πάσχουν από κατάθλιψη. (*Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας*) (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

Ωστόσο, υπάρχει και μια άλλη αντίληψη σχετικά με την αιτιολογία της υπεραφαγίας είναι ότι αυτές οι παράδοξες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αποτελούν μια προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει την επίγνωση του εαυτού του (Heath – erton & Baumeister, 1991) ή είναι απόρροια της δυσκολίας που κατέχει το άτομο στο να ρυθμίσει και να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα. (Telch, Agras & Linehan, 2000).

Ακόμη έρευνες έδειξαν ότι και οι οικογενειακοί παράγοντες συντελούν στην ανάπτυξη της διαταραχής. Τα άτομα που διαχειρίζονται το φαγητό ως μέσο διευκόλυνσης συναισθημάτων και επίλυσης προβλημάτων, ακολουθούν μια μαθημένη συμπεριφορά από την παιδική τους ηλικία, όπου το φαγητό χρησιμοποιείται ως ένα μέσο καθησυχασμού ή επιβράβευσης. Οι γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα, εμφανίζει κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Επομένως, οι κόρες των μητέρων αυτών φαίνεται να υιοθετούν το μητρικό πρότυπο συμπεριφορών και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν και οι ίδιες διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής. (ΧΑΡΙΑ, 2004).

Συχνά υπάρχει ιστορικό έντονης ενασχόλησης με το φαγητό, είτε μέσω ακραίων διατροφικών συμπεριφορών είτε μέσω της ενασχόλησης με το λεπτό ιδεώδες σώμα. Οι οικογένειες αυτές δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη αυτονομίας και ατομικότητας στα μέλη της, οπότε οι αυστηρές δίαιτες και η υπερφαγία που τις ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια του ατόμου να μπορεί να ελέγχει κάτι στη ζωή του. Στην ενήλικη ζωή το φαγητό συνεχίζει να θεωρείται αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισης δυσάρεστων συναισθημάτων. Άλλωστε για τον λόγο αυτό τα άτομα με συναισθηματική υπερφαγία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολία αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων, δυσκολία στον έλεγχο παρορμητικών συμπεριφορών, της διάθεσης, της ανησυχίας, του άγχους και του θυμού. (*Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας*) (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

5.7.5. Από τις κρίσεις υπερφαγίας πλήττονται συνήθως

- I. Άτομα που ασχολούνται υπερβολικά με το σωματικό τους βάρος. Συχνά κάνουν εξαντλητικές δίαιτες με αποτέλεσμα το βάρος τους να είναι χαμηλότερο του φυσιολογικού.
- II. Άτομα που το βάρος τους είναι κανονικό αλλά λαμβάνουν καθαρτικές ουσίες ακόμη και μετά την κατανάλωση μικρής ποσότητας τροφής.
- III. Άτομα που είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Χρησιμοποιούν την λήψη τροφής ως μηχανισμό άμυνας ώστε να κρύβουν τα καταθλιπτικά τους συναισθήματα, το άγχος και το stress.
- IV. Άτομα τα οποία έχουν χαμηλή κοινωνική δραστηριότητα, χαμηλή επίδοση στην εργασία, προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- V. Άτομα που αισθάνονται ντροπή για το σώμα τους και θεωρούν ότι το βάρος τους έχει επίδραση σε όλους τους τομείς δράσης της ζωής τους.
- VI. Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τους άνδρες ενώ η διαταραχή είναι πιο κοινή στην εφηβεία αλλά και στην έναρξη της ενήλικης ζωής.

- VII. Οι πάσχοντες συνήθως έχουν πλούσιο ιστορικό όσον αφορά προηγούμενες επιτυχημένες και μη διαιτητικές προσπάθειες κυρίως στη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. (*Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας*) (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

5.7.6. Θεραπεία

Η αυτοδιαχείριση των επεισοδίων υπερφαγίας με την ενεργή συμμετοχή του ατόμου είναι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διαταραχής. Η παρέμβαση αυτή έχει τρία στάδια αλληλοσυνδεόμενα μεταξύ τους, την *αυτοπαρατήρηση*, την *αυτό-αξιολόγηση* και τον *αυτοέλεγχο*. Αρχικά δίνεται έμφαση στην παρατήρηση και παρακολούθηση της συμπεριφοράς και των συνεπειών της. Το άτομο συνειδητοποιεί και εντοπίζει τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, την συχνότητα και την επανάληψή τους. Κατόπιν, μέσω της αυτό-αξιολόγησης, το άτομο συγκρίνει και αξιολογεί τις επιτεύξεις του προηγούμενου σταδίου. Τέλος, μέσω της αυτορρύθμισης ενδυναμώνεται ο προσωπικός έλεγχος. Το άτομο μαθαίνει να καταγράφει τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, τις αυτόματες σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα μέσω της αυτοπαρατήρησης.

Πιο αναλυτικά τα στάδια περιλαμβάνουν:

- Ø Ψυχο-εκπαίδευση γύρω από την παχυσαρκία
- Ø Παράγοντες που ενεργοποιούν τα επεισόδια υπερφαγίας
- Ø Εκμάθηση διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων
- Ø Τροποποίηση της αξιολόγησης του εαυτού και του σώματος
- Ø Έλεγχο στην κατανάλωση τροφής και μείωση της ποσότητάς της
- Ø Ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και διεκδικητικής συμπεριφοράς.

Η καταγραφή βοηθά αποτελεσματικά στον εντοπισμό των συναισθημάτων που οδηγούν στην υπερφαγία αλλά βοηθά και το επίπεδο της πείνας. Ορισμένα άτομα είναι πιο επιρρεπή στα επεισόδια υπερφαγίας λόγω θυμού, στεναχώριας, ή άγχους. Εξάλλου στην συγκεκριμένη διαταραχή η συχνότητα και η ένταση διαφέρουν. Η αντιμετώπιση και η διαχείριση των δυσάρεστων συναισθημάτων μπορεί να επιτευχθεί με υγιείς συμπεριφορές, όπως η κοινωνική συναναστροφή, η επικοινωνία με φίλους, η χαλαρωτική μουσική και η φυσική δραστηριότητα. Η παρορμητική συμπεριφορά

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

περιορίζεται με την εκπαίδευση παρεμβολής μεταξύ της σκέψης και της αντίδρασης. Εάν η παρόρμηση για κάποιο είδος φαγητού είναι έντονη μπορεί η ενασχόληση με μία δραστηριότητα να την μειώσει. Η καταγραφή των τροφών είναι σημαντική στην διαδικασία μείωσης των υπερφαγικών επεισοδίων. Σύμφωνα με έρευνες τα άτομα με συναισθηματική-επεισοδιακή διατροφική διαταραχή καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και γλυκόζης καθώς έτσι νιώθουν ευχαρίστηση και πιστεύουν ότι ελαττώνουν το άγχος. Σημαντικό ρόλο έχουν και οι συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η καθυστέρηση αντίδρασης σχετικά με τη λήψη τροφής, η τεχνική αντικατάστασης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, η έκθεση και η θετική ενίσχυση. Δεν υπάρχει ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση βοηθά σημαντικά. Δυστυχώς όμως, τα άτομα με την συναισθηματική διαταραχή σπάνια αναζητούν βοήθεια. Πολλές φορές αγνοούν την σοβαρότητα του προβλήματος και αισθάνονται ντροπή και ενοχές για το πρόβλημά τους. (Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας) (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13].

5.8. Παχυσαρκία

Έρευνες που αφορούν την ψυχολογία και τον καθημερινό τρόπο ζωής αποδεικνύουν ότι το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ή έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία επιβαρύνουν την ψυχική υγεία. Όταν το άτομο είναι υπέρβαρο και παχύσαρκο, διακατέχεται από συναισθήματα έλλειψης αυτοσεβασμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης αλλά και κατάθλιψης. Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται κυρίως στις ενήλικες γυναίκες. Όσον αφορά την ψυχική υγεία μας, είναι η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματός μας, δηλαδή, το να μην είμαστε ικανοποιημένοι με την μορφή μας όπως αυτή παρουσιάζεται στον καθρέπτη. Το γεγονός αυτό τα τελευταία 50 χρόνια αυξάνεται σημαντικά στον γυναικείο πληθυσμό αναλογικά με τους άνδρες, και μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες προσπάθειες για απώλεια του βάρους και κάποιες φορές σε διαταραχές διατροφής, όπως η νευρογενής ανορεξία, βουλιμία και υπερφαγία. (ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ, 2012).

5.9. Μορφές παχυσαρκίας: κλινικά κριτήρια και αιτίες

Κάποτε η παχυσαρκία ήταν απλώς παχυσαρκία. Σήμερα η παχυσαρκία όπως και όλες οι άλλες διαταραχές δεν κατατάσσεται σε μία μόνο κατηγορία. Υπάρχουν πολλές μορφές παχυσαρκίας που μπορεί να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τον όρο και να αναθεωρήσουμε τις αρνητικές στάσεις απέναντί της. Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι διάφορες μορφές παχυσαρκίας που υπάρχουν, μπορεί να βοηθήσουν τους ειδικούς να ανακαλύψουν νέες μεθόδους θεραπείας, καθώς αποδεικνύεται ότι υπάρχουν διαφορετικές αιτιολογίες. (ΜΠΑΡΜΠΙΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ, 2005).

Ο Mervyn Willard (1991) ταξινομήσε επτά μορφές παχυσαρκίας εκ των οποίων η καθεμιά από αυτές έχει διαφορετικές αιτίες και θεραπείες.

«Η Πρώτη μορφή, η μεταβολική παχυσαρκία οφείλεται στο χαμηλό μεταβολικό ρυθμό. Μελέτες έδειξαν ότι ένα άτομο με χαμηλό μεταβολικό ρυθμό, όταν τρώει με βάση ένα ελεγχόμενο διαιτητικό πρόγραμμα, το βάρος του αυξάνεται. Στην περίπτωση αυτή η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζει τη δίαιτα και την άσκηση στο μεταβολισμό του ατόμου.

Η Δεύτερη μορφή παχυσαρκίας, η περιβαλλοντική παχυσαρκία, υποτίθεται ότι οφείλεται σε διάφορες μεταβλητές που αφορούν τον τρόπο ζωής του ατόμου, όπως είναι η οικογένεια που προβάλλει το φαγητό ως διασκέδαση, η καθιστική εργασία ή η αφιέρωση του ελεύθερου χρόνου σε ασχολίες που δεν περιλαμβάνουν την άσκηση. Επειδή η αιτιολογία είναι περιβαλλοντική και η διατροφική συμπεριφορά υποτίθεται ότι ελέγχεται από ενδείξεις σχετικές με τις τροφές, μία ποικιλία τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση αυτής της μορφής της παχυσαρκίας.

Η Τρίτη μορφή, η ενδοκρινολογική παχυσαρκία, οφείλεται σε μια διαταραχή (παθολογία) στο ενδοκρινικό σύστημα. Μία από τις πιο συνηθισμένες παθολογίες του ενδοκρινικού συστήματος που μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία, είναι ο υποθυρεοειδισμός. Το άτομο που πάσχει από την συγκεκριμένη διαταραχή έχει χαμηλό μεταβολικό ρυθμό και μειωμένη όρεξη.

Η Τέταρτη μορφή παχυσαρκίας, είναι η παχυσαρκία της παθολογικής ρύθμισης της όρεξης. Η μορφή αυτή δεν εκδηλώνεται χωρίς να υπάρχει βλάβη στο υποθαλαμικό σύστημα ελέγχου. Τόσο αυτή η μορφή παχυσαρκίας όσο και η Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ενδοκρिनολογική παχυσαρκία, θα πρέπει να υπόκεινται μόνο σε ιατρικές παρεμβάσεις για την θεραπεία της βασικής διαταραχής.

Η Πέμπτη μορφή, είναι η παχυσαρκία που οφείλεται στον πολλαπλασιασμό των λιπιδίων κυττάρων. Στην περίπτωση αυτή, τα λιπώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται ώστε να επιτρέπουν τη συνεχιζόμενη αποθήκευση υπερβολικής ενέργειας στα κύτταρα.

Η Έκτη μορφή, η καταναγκαστική διατροφική διαταραχή, μία ψυχολογική σύγκρουση ή συναισθηματική διαταραχή, οδηγεί στην καταναγκαστική πρόσληψη τροφής. Η βουλιμία είναι το πιο σημαντικό παράδειγμα αυτής της μορφής. Ένα δεύτερο παράδειγμα είναι η αντιδραστική πρόσληψη τροφής, δηλαδή, η κατανάλωση τροφής ως αντίδραση στο έντονο stress ή άγχος. Στις περιπτώσεις αυτές η θεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με κάποιες συμπεριφοριστικές τεχνικές, ώστε ο ασθενής να θέσει το βάρος του υπό έλεγχο και να μειώσει την πιθανότητα της επανεμφάνισης της διαταραχής.

Η Έβδομη μορφή, είναι η παχυσαρκία που προκαλείται από τα φάρμακα. Στην περίπτωση αυτή, το άτομο κερδίζει βάρος εξαιτίας ενός φαρμάκου που αλλάζει τον μεταβολισμό του. Σε αυτή την μορφή παχυσαρκίας η κατάλληλη θεραπεία είναι η αντικατάσταση του φαρμάκου με κάποιο άλλο, το οποίο δεν επιφέρει αυτές τις ανεπιθύμητες συνέπειες». (ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2005, σελ. 382).

5.10. Έλεγχος του ισοζυγίου ενέργειας

Το ισοζύγιο της λήψης και της κατανάλωσης ενέργειας καθορίζει το σωματικό βάρος του ατόμου. Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν ένα σχετικά σταθερό σωματικό βάρος παρά τις ευρύτατες-και συχνά ασυναίσθητες-διακυμάνσεις τόσο της λήψης τροφής όσο και του βαθμού σωματικής δραστηριότητας. Τα νευρικά κέντρα ελέγχου του σωματικού βάρους φαίνεται ότι βρίσκονται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Η μεσοκοιλιακή μοίρα του υποθαλάμου λέγεται ότι αποτελεί ένα κέντρο «κορεσμού» που αναχαιτίζει την υπερβολική λήψη τροφής. Εάν καταστραφεί, οι άνθρωποι σε μερικές περιπτώσεις χάνουν τον έλεγχο τρώνε υπερβολικά και γίνονται παχύσαρκοι. Αντίθετα, οι πλάγιες περιοχές του υποθαλάμου αποτελούν ένα κέντρο «πείνας» που διεγείρει την όρεξη. Όμως, ο υποθάλαμος δεν είναι το μοναδικό κέντρο

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ρύθμισης λήψης της τροφής. Βλάβες και άλλων εγκεφαλικών περιοχών μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη συμπεριφορά όσον αφορά το φαγητό. Για να ρυθμίσει ο εγκέφαλος αυτή την συμπεριφορά, πρέπει να ανταποκριθεί σε εσωτερικά «σήματα» που δίνουν πληροφορίες για τη λήψη ενέργειας ή για τα επίπεδα αποθεμάτων. Ποιά είναι αυτά τα σήματα; Παρακάτω παραθέτουμε τους παράγοντες των οποίων ο καθένας από αυτούς διεγείρει ή ανακόπτει την διάθεση για φαγητό, ή και αυξάνει την κατανάλωση ενέργειας. Παρ' όλα αυτά κανένας από τους παράγοντες αυτούς δεν εξηγεί επαρκώς το ισοζύγιο ενέργειας. Επιπροσθέτως, οι παράγοντες αυτοί δείχνουν ότι η ρύθμιση του σωματικού βάρους είναι μία διαδικασία εξαιρετικά πολύπλοκη και λιγότερο κατανοητή. Ακόμη, προκύπτει το συμπέρασμα ότι διάφορες «φυσιολογικές» καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν παχυσαρκία και ότι μερικές από αυτές μπορούν να υπερνικηθούν με φάρμακα, διαίτα, αλλαγές στην συμπεριφορά ή άσκηση. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

Φυσιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον έλεγχο ισοζυγίου ενέργειας:

Παράγοντες που αυξάνουν την όρεξη: Άθικτος πλάγιος υποθαλάμος, βλάβη στη μεσοκοιλιακή μοίρα του υποθαλάμου.

Γαστρεντερικοί: Νοστιμάδα τροφής (γεύση και μυρωδιά), λίπη τροφής, σάκχαρα.

Ορμονικοί: Προγεστερόνη, Τεστοστερόνη, Ενδορφίνες.

Διάφοροι: Χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος, stress, υπερβολικός αριθμός λιποκυττάρων, υπογλυκαιμία, εκμάθηση συμπεριφοράς, λιποπρωτεϊναιμική λιπάση.

Παράγοντες που ελαττώνουν την όρεξη: Άθικτη μεσοκοιλιακή μοίρα του υποθαλάμου, βλάβες στις πλάγιες περιοχές του θαλάμου.

Γαστρεντερικοί: Στοματική διέγερση, γαστρική διάταση, έλλειψη ισορροπίας αμινοξέων, χολοκυστοκίνη.

Ορμονικοί: Οιστρογόνα, κατεχολαμίνες, ινσουλίνη, καλσιτονίνη, προσταγλανδίνες.

Διάφοροι: Υψηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος, υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, υψηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα, αφυδάτωση.

Παράγοντες που αυξάνουν την κατανάλωση ενέργειας:

Ορμονικοί: Ορμόνη θυρεοειδούς, αδρεναλίνη.

Διάφοροι: Φαιός λιπώδης ιστός, άσκηση, νάτριο-κάλιο, ΑΤΡάση. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ 1987, σελ. 14).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με τα παραπάνω βιβλιογραφικά δεδομένα στην Ελλάδα η μεσογειακή δίαιτα είναι η πιο κατάλληλη διατροφή. Οι περισσότεροι γονείς όμως δεν μαθαίνουν από νωρίς στα παιδιά τους το πώς και πόσο πρέπει να τρέφονται με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην παχυσαρκία με αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους. Οι τελευταίες έρευνες αποδεικνύουν ότι τα Ελληνόπουλα σε σύγκριση με τα παιδιά άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, έχουν πολύ μεγαλύτερο σωματικό βάρος από το κανονικό.

6.1. Το προφίλ των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008, το Προφίλ των Διατροφικών Συνηθειών των Παιδιών στην Ελλάδα, είναι:

1. Ένα στα τρία παιδιά ηλικίας 3-12 ετών έχει σωματικό βάρος πάνω από το κανονικό.
2. Το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους κορυφώνεται στις ηλικίες των 7-12 ετών και μάλιστα στις αγροτικές περιοχές, όπου το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών φτάνει περίπου στο ένα στα δύο. Στη νηπιακή ηλικία των 3-6 ετών, 1 στα 5 παιδιά είναι λιποβαρή.
3. Στο σύνολο του δείγματος, 1 στα 4 παιδιά ηλικίας 3-18 ετών είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο.
4. Σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες των παχύσαρκων παιδιών, η έρευνα κατέδειξε ότι σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, αυτά:
 - καταναλώνουν περισσότερα γλυκά ή μη σπιτικά γλυκά και αρτοσκευάσματα στο πρωινό τους
 - καταναλώνουν λιγότερα λαχανικά
 - καταναλώνουν σνακ όπως γαριδάκια, πατατάκια κ.λπ. σε υπερδιπλάσια συχνότητα

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- δεν καταναλώνουν καθόλου πρωινό σε μεγαλύτερο βαθμό
 - καταναλώνουν σε μικρότερο βαθμό ένα «επαρκές πρωινό».
5. Από τα πορίσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν την πραγματική εικόνα του βάρους τους. Έτσι, από τη μια μεριά οι μητέρες παιδιών ηλικίας 3-12 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό τα παιδιά τους είναι φυσιολογικά σε βάρος, ενώ τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυτής της ηλικίας είναι υψηλά (31%). Από την άλλη, οι έφηβοι ηλικίας 13-18 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι έχουν παραπάνω βάρος από το φυσιολογικό, ενώ αυτό δεν ισχύει, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να υποβάλλονται σε δίαιτες χωρίς πολλές φορές να το χρειάζονται.
 6. Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα είναι ότι σχεδόν οι μισοί παχύσαρκοι και υπέρβαροι είναι ικανοποιημένοι με το βάρος τους, μάλιστα 1 στους 10 θεωρεί ότι είναι πιο αδύνατος από όσο θα ήθελε. Αντίθετα, 1 στους 10 λιποβαρείς και 2 στους 10 με φυσιολογικό βάρος θεωρούν τον εαυτό τους πιο βαρύ από όσο θα ήθελαν και καταλήγουν σε δίαιτα.
 7. Λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες τρώνε ένα «επαρκές» πρωινό, ενώ το 14% δεν τρώει καθόλου πρωινό, με την κακή αυτή συνήθεια να υιοθετείται περισσότερο από τους νέους 16-18 ετών, όπου 1 στους 4 φεύγει το πρωί από το σπίτι με άδειο στομάχι.
 8. Όσον αφορά στην κατανάλωση φρούτων, με δεδομένο ότι η ενδεικτική ποσότητα ημερήσιας κατανάλωσης είναι 2-3 φρούτα, οι μισοί περίπου ερωτηθέντες, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, καταναλώνουν μόνο ένα φρούτο ή ένα ποτήρι χυμό την ημέρα ή δεν καταναλώνουν καθόλου φρούτα. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η κατανάλωσή τους είναι χαμηλότερη από 1 φορά την ημέρα.
 9. Οι έφηβοι καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο, γρήγορο φαγητό, με ένα ποσοστό 11% να το καταναλώνει περισσότερες από 5 φορές την εβδομάδα.
 10. Η έρευνα ακόμα έδειξε ότι η σχέση των παιδιών μας με τη μεσογειακή διατροφή δεν είναι ιδιαίτερα καλή, αφού μοντέλο μεσογειακής διατροφής ακολουθεί μόλις το 10% του συνόλου των ερωτηθέντων, με τους έφηβους να έχουν το χαμηλότερο σκορ. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίστοιχη μελέτη που

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

έχει γίνει σε μια άλλη μεσογειακή χώρα, την Ισπανία, «καλό» σκορ μεσογειακής διατροφής είχε το 46% των ερωτηθέντων. Όπως έδειξε η έρευνα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, αλλά και το να τρώει το παιδί έστω μια φορά την ημέρα μαζί με κάποιο γονιό του, επηρεάζει θετικά το σκορ μεσογειακής διατροφής.

11. Σημαντικά είναι και τα ευρήματα της έρευνας για τη σωματική και την καθιστική δραστηριότητα των παιδιών μας. Ενώ ο ενδεδειγμένος χρόνος σωματικής δραστηριότητας είναι τουλάχιστον 1 ώρα την ημέρα, σχεδόν τα μισά Ελληνόπουλα βρίσκονται κάτω από αυτό το όριο. Το ποσοστό αυτό αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας, και φτάνει στους νέους 16-18 ετών σχεδόν στο 70%.
12. Από την άλλη μεριά, ο χρόνος των καθιστικών δραστηριοτήτων (παρακολούθηση τηλεόρασης, παιχνίδια σε Η/Υ, κ.λπ.) πρέπει να περιορίζεται σε λιγότερες από 2 ώρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι το 14% των ερωτηθέντων ξεπερνά τις 2 ώρες καθιστικών δραστηριοτήτων, με το ποσοστό αυτό να αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας. Συγκεκριμένα, το όριο των 2 ωρών ξεπερνά διπλάσιο ποσοστό εφήβων (13-18 ετών) απ' ό,τι παιδιών (3-12 έως 14-15ετών). (Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής*) (<http://www.moh.gov.gr>) [Πρόσβαση στις 12-12-13].

6.2. Οικονομικές διαστάσεις

Όμως εκτός από τις πολύπλοκες συνέπειες που έχει η διατροφή στην υγεία των ανθρώπων υπάρχουν και οι οικονομικές επιπτώσεις. Αυτές αφορούν τις δαπάνες περίθαλψης των νοσημάτων, τα οποία συνδέονται με τη διατροφή και την παχυσαρκία. Πέραν τούτου, υπάρχει και το έμμεσο κόστος από τη μη παραγωγικότητα λόγω ασθένειας, ανικανότητας και πρόωρου θανάτου. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. στην Ε.Ε., για την παχυσαρκία το ποσοστό που ανέρχεται σε δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι 7%. Αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζεται και στις ΗΠΑ. Ακόμη, εκτιμάται ότι αυτό το ποσοστό θα αυξάνεται συνεχώς, εξαιτίας των αυξανόμενων τάσεων που παρατηρούνται στην παχυσαρκία.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Συνεπώς, η αντιμετώπιση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας δεν είναι σημαντική μόνον σε σχέση με τη Δημόσια Υγεία, αλλά επίσης και σε σχέση με τις μακροπρόθεσμες δαπάνες των υγειονομικών υπηρεσιών και το σύνολο της οικονομίας, καθώς και για τη δυνατότητα των πολιτών να ζουν παραγωγική ζωή μέχρι τα γεράματά τους. (Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής*). (<http://www.moh.gov.gr>). [Πρόσβαση στις 12-12-13]

6.3. Μέτρα και πολιτικές για τη διατροφή στην Ελλάδα: Ασφάλεια και Υγιεινή των Τροφίμων

Η πολιτική για τη διατροφή στην Ελλάδα έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, καθώς και των επιχειρήσεων τροφίμων και εστίασης. Στον τομέα αυτό, ο κύριος φορέας σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής τροφίμων είναι ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.). Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.
- Η αποτροπή φαινομένων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή. Επιπλέον, από το 2000, ορίστηκε ως ο αρμόδιος φορέας για την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (H.A.C.C.P.) στις επιχειρήσεις τροφίμων.

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. υλοποιείται με τις ακόλουθες κατηγορίες ενεργειών:

- Συστηματικούς ελέγχους και επιθεωρήσεις τροφίμων και επιχειρήσεων τροφίμων.
- Παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους.
- Καθορισμό και έλεγχο της εφαρμογής προτύπων και διαδικασιών ποιότητας και ασφάλειας.
- Διαμόρφωση θέσεων, εισηγήσεων και πολιτικών σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.

- Πληροφόρηση και εκπαίδευση του καταναλωτή. (Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής*). (<http://www.moh.gov.gr>) [Πρόσβαση στις 12-12-13]

6.4. Μέτρα και προγράμματα για υγιεινή διατροφή

Τα μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας στον τομέα της προώθησης υγιεινών προτύπων διατροφής, αφορούν κύρια την αγωγή υγείας στα παιδιά και τη λήψη μέτρων για τα σχολεία. Η διατροφική αγωγή στα σχολεία προωθείται μέσα από τις δράσεις του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Το Υπουργείο, σε συνεργασία και με άλλους φορείς, οργανώνει προγράμματα πληροφόρησης και βιωματικής εκπαίδευσης για την παραδοσιακή ελληνική δίαιτα, την υγιεινή διατροφή, την παχυσαρκία και τη σωματική άσκηση στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Παράλληλα, σε συνεργασία των Υπουργείων Παιδείας και Υγείας, έχουν προωθηθεί μέτρα απαγόρευσης της πώλησης σκευασμάτων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι από τα σχολικά κυλικεία και έχουν οργανωθεί πρωτοβουλίες για την προώθηση υγιεινών τροφίμων (π.χ. φρούτων).

Στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού, οι πρωτοβουλίες που έχουν ληφθεί αναφέρονται κυρίως στην προώθηση του ελαιόλαδου αντί των ζωικών λιπών και κατά περιόδους στην προώθηση της κατανάλωσης φρούτων ή άλλων ομάδων τροφίμων. Συχνά, οι πρωτοβουλίες αυτές προωθούνται από φορείς του ιδιωτικού τομέα και έχουν κύρια οικονομική κατεύθυνση και όχι υγειονομική.

Στο νομοθετικό επίπεδο, έχουν θεσπισθεί μέτρα που αναφέρονται στο φρέσκο γάλα, το ψωμί κ.ά., αλλά και στο πεδίο αυτό τα μέτρα που λαμβάνονται έχουν κύρια κατεύθυνση τη ρύθμιση της αγοράς και την προστασία του καταναλωτή και λιγότερο μια υγειονομική κατεύθυνση. (Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια ημέρα Διατροφής*) (<http://www.moh.gov.gr>) [Πρόσβαση στις 12-12-13].

6.5. Κώδικας της Διεθνούς Ακαδημίας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα αυξανόμενο φαινόμενο και προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία κυρίως για τις νεαρές γυναίκες του αναπτυγμένου

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

κόσμου. Όσο η συχνότητά τους αυξάνει, τόσο το πρόβλημα αντιμετωπίζεται επιφανειακά επικοινωνιακά, και όχι ουσιαστικά, με αποτέλεσμα πολλά νεαρά άτομα - κυρίως γυναίκες- να παραμένουν αβοήθητα, χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής θεραπείας. Δεδομένου των ανωτέρω, η Διεθνής Ακαδημία για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εξέδωσε πρόσφατα μια Διακήρυξη, όπου επισημαίνει την ανάγκη για παγκόσμια εγρήγορση σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Παραθέτει τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη θεραπεία, το σεβασμό των ατομικών ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων των πασχόντων, την ανάγκη δημιουργίας ειδικών δομών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή θεραπεία, το δικαίωμα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και τη συμμετοχή των συγγενών στη θεραπευτική διαδικασία.

Η βασικότερη αρχή που προβάλλεται στη διακήρυξη αυτή, είναι ότι η συνεργασία ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, των οικογενειών τους και της θεραπευτικής ομάδας, να πραγματοποιείται υπό το καθεστώς σεβασμού για τα δικαιώματα της κάθε πλευράς. Να είναι επιβεβλημένη και επιτακτική εάν η αρμόδια υπηρεσία θέλει να παρέχει ένα υψηλό επίπεδο θεραπείας και προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών. Επίσης και για κάθε ατομική, εθελοντική ή κοινοτική προσπάθεια που στοχεύει στην παροχή θεραπευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.

Τα δικαιώματα των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και των συγγενών τους είναι:

1. Δικαίωμα στην επικοινωνία και στη συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο της υγείας.
2. Δικαίωμα στην πολυδιάστατη κλινική θεραπευτική αντιμετώπιση και στη συμμετοχή στο θεραπευτικό σχεδιασμό.
3. Δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, και θεραπεία από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα.
4. Δικαίωμα πρόσβασης σε αποτελεσματικά και αξιοπρεπή θεραπευτικά προγράμματα και δομές με επιστημονική αρτιότητα και ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία του κάθε ασθενούς (παιδιά - έφηβοι-ενήλικες).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

5. Δικαίωμα στα μέλη της οικογένειας (γονείς, συγγενείς) να πληροφορούνται για τη φύση του προβλήματος των διαταραχών πρόσληψης τροφής, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να εκλαμβάνονται ως σύμμαχοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων διαταραχών.

6. Δικαίωμα στους γονείς, συγγενείς και λοιπά μέλη της οικογένειας να έχουν πρόσβαση σε ομάδες υποστήριξης, σε πηγές πληροφόρησης και αναζήτησης βοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (συμβουλευτική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία). (Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής*). (<http://www.moh.gov.gr>) [Πρόσβαση στις 12-12-13]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σύμφωνα με την Μάνθου η σωστή διατροφή και σωματική άσκηση επηρεάζουν την ψυχική υγεία και δρουν αποτρεπτικά στην εμφάνιση και εξέλιξη της κατάθλιψης και της διπολικής διαταραχής, στον ίδιο βαθμό που επηρεάζουν και τη σωματική υγεία. Τροφές πλούσιες σε ω3 λιπαρά οξέα, τρυπτοφάνη, βιταμίνες Β και C, και ιχνοστοιχεία επιδρούν θετικά στην ψυχική υγεία. Λιπαρά ψάρια, ιχθυέλαια, λαχανικά, φρούτα και γαλακτοκομικά προϊόντα, πρέπει απαραίτητα να συγκαταλέγονται στην διατροφή των ατόμων. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και η ποιότητα της διατροφής, δηλαδή, η λήψη μικρών και συχνών γευμάτων που οδηγούν στη μείωση των μεταγευματικών υπογλυκαιμιών, οι οποίες αλλάζουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Η σχέση της διατροφής και της ψυχικής υγείας είναι μία σχέση που πάνε πάντα μαζί καθώς είναι γεγονός ότι και η κακή ψυχική υγεία επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά. Αυτό το γεγονός έχει παρατηρηθεί σε περιόδους κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής η υιοθέτηση κακών διατροφικών συνηθειών. Στην καλή ψυχική υγεία συντελεί ασφαλώς και η σωματική άσκηση, μέσω της οποίας παράγονται ενδορφίνες που μπορούν να αποτρέψουν την κατάθλιψη και συγχρόνως να διατηρήσουν το φυσιολογικό σωματικό βάρος. Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται περισσότερο στις αναπτυγμένες χώρες και συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Ενδεικτικά αναφέρουμε τις παρακάτω που είναι πολύ συνηθισμένες κυρίως στην Αμερική αλλά και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. (ΜΑΝΘΟΥ, ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, 2012).

7.1. Μείζονα κατάθλιψη (Major Depression)

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που έχει ως διαγνωστικά κριτήρια:

- ✓ Την καταθλιπτική διάθεση
- ✓ Τις σκέψεις και τα συναισθήματα απαξίωσης
- ✓ Ενοχές
- ✓ Αβοηθητότητας

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- ✓ Την διαταραχή της συγκέντρωσης
- ✓ Της μνήμης
- ✓ Του ύπνου (αϋπνία-υπερυπνία)
- ✓ Της όρεξης (ανορεξία-βουλιμία)
- ✓ Την απόσυρση από τις κοινωνικές δραστηριότητες
- ✓ Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα

Ερευνητές έχουν παρατηρήσει ότι ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών της υγείας έχει αυξηθεί στις αναπτυγμένες χώρες και σχετίζεται με την δυτικού τύπου διατροφή ή οποία επιδεινώθηκε τα τελευταία χρόνια. Έρευνες δείχνουν ότι οι διατροφικές ελλείψεις σχετίζονται με ορισμένες ψυχικές διαταραχές. Οι πιο συνηθισμένες διατροφικές ελλείψεις που παρατηρούνται σε ασθενείς με νοητική διαταραχή είναι η ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, βιταμίνες του συμπλέγματος Β, ανόργανα άλατα και αμινοξέα που είναι πρόδρομοι νευροδιαβιβαστών. Η κατάθλιψη σχετίζεται με ανεπάρκειες νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη, η νοραδρεναλίνη και GABA. (YOUNG, 2007).

Πολλές μελέτες έχουν συνδέσει την πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών συστατικών με ένα ποσοστό διαφορετικών τύπων κατάθλιψης. Παράδειγμα: Οι συσχετίσεις μεταξύ χαμηλής πρόσληψης ψαριών ανά χώρα και τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των πολιτών της ή και το αντίστροφο, ευθύνεται για την εμφάνιση διαφόρων τύπων κατάθλιψης. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες καθώς και ορισμένα συστατικά τροφίμων όπως, φυλλικό οξύ, ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, σελήνιο και τρυπτοφάνη, μειώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η τρυπτοφάνη μπορεί να προκαλέσει ύπνο και ηρεμία και σε περιπτώσεις ελλείψεων σεροτονίνης, μπορεί να αποκαταστήσει τα επίπεδα σεροτονίνης ελαττώνοντας τις διαταραχές της διάθεσης. Τα δύο ωμεγα-3 λιπαρά οξέα που περιέχονται στο ιχθυέλαιο έχουν αντικαταθλιπτικές επιδράσεις στον άνθρωπο. Προκαλούν τόνωση και ανύψωση της διάθεσης. Τα άτομα με χαμηλή πρόσληψη αυτών των θρεπτικών συστατικών, έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με κατάθλιψη από εκείνους με υψηλότερη πρόσληψη. Επίσης, παρόμοια είναι τα συμπεράσματα από μελέτες που εξετάζουν την σύνδεση της κατάθλιψης με χαμηλά επίπεδα ψευδαργύρου και βιταμίνες Β1, Β2 και C. Μελέτες που αφορούν το φυλλικό οξύ και τις βιταμίνες Β1, Β2 και Β12 δείχνουν ότι,

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με 0,8mg φυλλικού οξέος/την ημέρα εμφάνισαν μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Επίσης, ασθενείς που έλαβαν 125 σε 300mg μαγνησίου (γλυκινικό) σε κάθε γεύμα ή κατά την διάρκεια της κατάκλισης, ανάρρωσαν από μείζονα κατάθλιψη σε λιγότερο από επτά ημέρες για την πλειονότητα των ασθενών. Έτσι λοιπόν σε θεραπείες για την κατάθλιψη που πραγματοποιούνται και περιλαμβάνουν αυτά τα θρεπτικά συστατικά έχουν ως αποτέλεσμα την ανακούφιση από τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά και δι-πολικό συναισθηματική διαταραχή, σε ποσοστό 50%. (BUIST, 1983).

7.2. Διπολική διαταραχή (Bipolar Disorder)

Ένας ασθενής που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη, μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα όπως, ανεξέλεγκτη μανία ή μια μικτή κατάσταση (μανιακό και καταθλιπτικό επεισόδιο μαζί) το οποίο φέρεται κλινικά ως διπολική διαταραχή. Τα άτομα με διπολική διαταραχή, έχουν ορισμένες βιοχημικές ανωμαλίες όπως, υπερευαισθησία σε ανεπάρκειες βιταμινών Β, C και ωμέγα-3 λιπαρά οξέα. Έρευνες έδειξαν ότι 3gr βιταμινών Β και C μειώνει τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής συγκριτικά με κάποιο φάρμακο. Ένας άλλος πολύ γνωστός παράγοντας για τις ψυχικές διαταραχές, είναι ότι τα κύτταρα στον εγκέφαλο χρειάζονται ωμέγα-3 έλαια, ώστε να μπορούν να μεταδίδουν σήματα που επιτρέπουν την ορθή σκέψη, τις διαθέσεις και τα συναισθήματα. Ωστόσο, τα ωμέγα-3 έλαια στους περισσότερους Αμερικανούς με διπολική διαταραχή είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Πολυάριθμες κλινικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί, δείχνουν ότι 1 έως 2 γραμμάρια ω-3 λιπαρών οξέων που προστίθενται καθημερινά στην πρόσληψη ενός ασθενούς, μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. (SKUTSCH, 1985).

7.3. Ψυχαναγκαστική διαταραχή (Obsessive-Compulsive Disorder)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) είναι μία αγχώδης διαταραχή που προκαλεί επαναλαμβανόμενες αγχωτικές σκέψεις ή εμμονές που ακολουθούνται από επαναλαμβανόμενους καταναγκασμούς, έχοντας ως μέσο καταστολής την αγχωτική σκέψη. Έρευνες έδειξαν ότι ασθενείς που λαμβάνουν θρεπτικά συστατικά που αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης, μειώνουν τα συμπτώματα της (ΙΨΔ) όπως, το

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

αμινοξύ τρυπτοφάνη ή συμπληρώματα τρυπτοφάνης. Η τρυπτοφάνη πρέπει να παρέχεται συνεχώς στον εγκέφαλο, αφού η συγκεκριμένη πρωτεΐνη διατηρεί το δέρμα, την καλή λειτουργία των οργάνων, των μυών και ενισχύει την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ακόμη, καταπολεμά σε σημαντικό ποσοστό, αποτελεσματικά τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Πέρα από τα συμπληρώματα, η τρυπτοφάνη περιέχεται σε τροφές όπως, το κρέας, το ψάρι, αυγά, γάλα, τυρί, ξηροί καρποί και σε όσπρια, όπως φασόλια και φακές. Κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι συμπληρώματα όπως το Amogyn μπορεί να βοηθήσει ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος, ΙΨΔ. Το κύριο συστατικό του Amogyn είναι το βαλσαμόχορτο και εκχυλίσματα του έως 20mg ημερησίως χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της ΙΨΔ με σημαντική μείωση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 47%. Αποτελέσματα της συγκεκριμένης κλινικής μελέτης δείχνουν ότι η χρήση ορισμένων συμπληρωμάτων διατροφής αποδεικνύονται αποτελεσματικές θεραπείες για ψυχικές διαταραχές. (BHAGARAN, 1977).

7.4. Σχιζοφρένεια (Schizophrenia)

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που αναστατώνει την αντίληψη ενός ατόμου. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν παραισθήσεις, παράνοια και διαταραχές/δυσλειτουργία στην ομιλία και στη σκέψη. Αποτελέσματα ερευνών μιλούν για διαταραχές στο μεταβολισμό των αμινοξέων που έχουν εμπλακεί στην παθοφυσιολογία του ατόμου. Συγκεκριμένα, σε σχιζοφρενείς ασθενείς έχει βρεθεί μια διαταραγμένη σύνθεση της σεροτονίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Έχει αποδειχθεί ότι υψηλές δόσεις 30gr γλυκίνης μειώνουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως, η κοινωνική απόσυρση και η συναισθηματική απάθεια, συμπτώματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με άλλα φάρμακα. Κλινική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1996, έδειξε ότι 0,8g/kg γλυκίνης ημερησίως σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και δίχως ανεπιθύμητες παρενέργειες, οδήγησε σε διπλάσια αύξηση στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (CSF) τα επίπεδα γλυκίνης ελαττώνοντας τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μια συνεπής συσχέτιση αποδείχθηκε σε μια μελέτη που αφορούσε την οικολογική ανάλυση της σχιζοφρένειας και της διατροφής. Το συμπέρασμα αυτής της μελέτης είναι ότι η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης ή παρασκευάσματά της οδήγησε σε μειωμένη λειτουργία του νου. Επίσης, η ίδια Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

μελέτη δείχνει ότι η καλύτερη πρόγνωση για τους σχιζοφρενείς ασθενείς συσχετίζεται με την διαβίωση σε μια χώρα όπου η κατανάλωση ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, είναι μεγάλη. (JAVITT, ZYIBERMAN, 1994)

7.5. Θεραπείες ψυχικών διαταραχών

Είναι πολλές και τεκμηριωμένες οι διατροφικές θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Οι περισσότερες από τις διατροφικές θεραπείες πραγματοποιήθηκαν στην δεκαετία του 1970-1980 αλλά οι φαρμακευτικές εταιρίες υπερίσχυσαν και χρηματοδοτούνται λιγότερο πλέον οι κλινικές διατροφικές μελέτες. Άλλωστε, πολλοί είναι οι γιατροί που προτιμούν να συνταγογραφούν φάρμακα προς όφελος των φαρμακευτικών βιομηχανιών παρά να προτείνουν συμπληρώματα διατροφής που είναι πιο αποτελεσματικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, θέτοντας σε κίνδυνο τους ίδιους τους ασθενείς. (YOUNG, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ

8.1. Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων - τροφών

Η σύγχρονη και αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων απαιτεί μία καλύτερη πληροφόρηση όσον αφορά τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων-θρεπτικών ουσιών. Υπάρχουν πολλά φάρμακα που επηρεάζουν την όρεξη, την απορρόφηση ή το μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών. Επίσης πολλές τροφές επηρεάζουν το ρυθμό απορρόφησης ή του μεταβολισμού των φαρμάκων. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές σε τι ποσοστό προκαλούν προβλήματα στην υγεία, εξαρτάται από την κλινική κατάσταση και την κατάσταση θρέψης του ασθενούς, την ποσότητα και το είδος των χορηγούμενων φαρμάκων και οπωσδήποτε την χρονική διάρκεια της λήψης τους. Η αντίδραση του οργανισμού στην φαρμακοθεραπεία είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο και επομένως οι συνέπειες των αλληλεπιδράσεων ορισμένων φαρμάκων και θρεπτικών ουσιών δεν μπορούν να προβλεφθούν. Ωστόσο, είναι πολύ σημαντικό ο γιατρός να γνωρίζει ποια φάρμακα λαμβάνει ο ασθενής, όταν αξιολογεί την κατάσταση θρέψης του καθώς και τους διαιτητικούς παράγοντες που μπορεί να επιδρούν στα φάρμακα που τους χορηγεί. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

8.2. Φάρμακα που προκαλούν διαταραχές της θρέψης

Όταν τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα επηρεάζουν τον μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών. Παρακάτω δίδονται ορισμένα παραδείγματα φαρμάκων που μεταβάλλουν την κατάσταση θρέψης, που αυξάνουν ή ελαττώνουν τη φυσιολογική όρεξη ή τον μεταβολισμό ή την απέκκριση των θρεπτικών ουσιών. Επίσης, άλλα φάρμακα μεταβάλλουν την γευστική ικανότητα ή προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Δεδομένου ότι τα φάρμακα μπορεί να μειώνουν την πρόσληψη τροφής και ταυτόχρονα να αυξάνουν τις απώλειες και τις ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες, είναι δυνατό να συμβάλλουν στην πρόκληση υποσιτισμού. Οι διαταραχές της θρέψης είναι πιο πιθανό να συμβούν σε άτομα που ακολουθούν αγωγή με πολλαπλά φάρμακα για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, καθώς η

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

πρόσληψη θρεπτικών ουσιών είναι οριακή, όπως οι ηλικιωμένοι ή άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και επηρεάζουν τον μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, για παράδειγμα οι αλκοολικοί.

Παραδείγματα φαρμάκων που επηρεάζουν την κατάσταση θρέψης:

- Φάρμακα που αυξάνουν την όρεξη: Αντιισταμινικά, υπογλυκαιμικοί παράγοντες, ψυχοτρόπα, στεροειδή.
- Φάρμακα που ελαττώνουν την όρεξη: Οινόπνευμα, αμφεταμίνες, υποκατάστατα αμφεταμινών, χημειοθεραπευτικά φάρμακα κατά του καρκίνου, καρδιακές γλυκωσίδες.
- Φάρμακα που ελαττώνουν την απορρόφηση: Οινόπνευμα, αντιόξινα, αντιμικροβιακά, καθαρτικά, χηλικές ενώσεις.
- Φάρμακα που αυξάνουν την απέκκριση: Οινόπνευμα, αντιόξινα, χηλικές ενώσεις, διουρητικά, γλυκοκορτικοειδή, καθαρτικά. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

Εν αντιθέσει με τα παραπάνω, η πρόσληψη ενός φαρμάκου μετά το φαγητό ενδέχεται να καθυστερήσει σημαντικά την δράση του. Στην περίπτωση αυτή ευθύνεται η παρακεταμόλη (Α). Η διαλυτότητα και η αποδόμηση των φαρμάκων συνήθως εξαρτώνται από το pH. Οι τροφές που προσλαμβάνονται αλλάζουν το γαστρικό pH. Το γεγονός αυτό μπορεί να επηρεάσει την βιοδιαθεσιμότητα των φαρμάκων. Ορισμένα αντιβιοτικά διαλύονται καλύτερα όταν λαμβάνονται συγχρόνως μαζί με την τροφή και ανάλογα με την περιεκτικότητα της τροφής σε λίπος, μπορεί να διπλασιάσει την βιοδιαθεσιμότητα αυτών των αντιβιοτικών. Επίσης, ο σχηματισμός συμπλεγμάτων μπορεί να επηρεάσει τη βιοδιαθεσιμότητα ενός φαρμάκου. Όταν συγχρόνως με το γάλα ή τα γαλακτοκομικά προϊόντα λαμβάνονται τετρακυκλίνες ή σιδηρούχα άλατα, σχηματίζουν ελάχιστης διαλυτότητας συμπλέγματα Ca, με συνέπεια να μειώνεται η βιοδιαθεσιμότητά τους. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν την δράση τους όταν προσλαμβάνονται νιφάδες βρώμης. Η σύσταση του σώματος και η πρόσληψη υγρών παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο: πολλά φάρμακα βλάπτουν τους βλεννογόνους, προκαλώντας οισοφαγικά ή γαστρικά έλκη. (ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2008).

8.3. Θρεπτικά συμπληρώματα

Σήμερα τα φαρμακεία και τα καταστήματα υγιεινών τροφών διαθέτουν και πουλάνε μία μεγάλη ποικιλία προϊόντων με σκοπό την βελτίωση ή την ενίσχυση της κατάστασης θρέψης και της υγείας. Τα θρεπτικά συμπληρώματα περιλαμβάνουν προϊόντα πρωτεΐνης, εκχυλίσματα τροφίμων, απαραίτητες και μη απαραίτητες θρεπτικές ουσίες και μη θρεπτικούς παράγοντες. Τα θρεπτικά συμπληρώματα είναι μία κερδοφόρα επιχείρηση. Η «FDA» αναφέρει ότι το 40% των Αμερικανών πολιτών χρησιμοποιούν συμπληρώματα βιταμινών και μεταλλικών αλάτων. Κυρίως οι ηλικιωμένοι αλλά και ορισμένες ομάδες νέων ατόμων υψηλού μορφωτικού επιπέδου, κάνει χρήση των θρεπτικών συμπληρωμάτων σε ποσοστό που φτάνει και το 70%. Οι πωλήσεις των βιταμινών και των μεταλλικών αλάτων ανέρχονται στα 2-3 δισεκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Τα άτομα που χρησιμοποιούν θρεπτικά συμπληρώματα πιστεύουν ότι προλαμβάνουν διάφορες ασθένειες και αντισταθμίζουν τις θρεπτικές ουσίες των τροφίμων που χάνονται κατά την επεξεργασία τους, βελτιώνοντας την υγεία και την ευεξία τους. Βέβαια αυτοί που προωθούν την κυκλοφορία και τις πωλήσεις των θρεπτικών συμπληρωμάτων εκμεταλλεύονται αυτές τις πεποιθήσεις. Προβάλλουν-σωστά-το γεγονός ότι η Αμερικανική δίαιτα απέχει πολύ από το ιδεώδες και εξαιτίας της επεξεργασίας των τροφίμων, του καπνίσματος, του αλκοόλ, των φαρμάκων, της μόλυνσης του περιβάλλοντος, της δίαιτας και του έντονου άγχους, οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες είναι αυξημένες. Υποστηρίζουν ότι τα θρεπτικά συμπληρώματα δεν θεραπεύουν απλά τα συμπτώματα που προκύπτουν από την έλλειψη θρεπτικών ουσιών αλλά παράλληλα βελτιώνουν και άλλα παρόμοια συμπτώματα ανεξάρτητα από την αιτία τους. Επειδή στην πλειοψηφία τα άτομα όταν νοσούν λαμβάνουν θρεπτικά συμπληρώματα και αισθάνονται καλύτερα, οι διαφημιστές και πωλητές ισχυρίζονται ότι αυτά συμβάλλουν στην θεραπεία διαφόρων παθήσεων. Ωστόσο, τα επιχειρήματα αυτά απευθύνονται σε μη ενημερωμένα άτομα. Τα συμπληρώματα μπορούν να αντικαταστήσουν θρεπτικές ουσίες που λείπουν από την διατροφή ενός ατόμου και να προλάβουν συμπτώματα διατροφικής έλλειψης. Όμως τα περισσότερα άτομα που χρησιμοποιούν θρεπτικά συμπληρώματα έχουν καλή υγεία και η διατροφή τους είναι πλήρης και δεν αποδεικνύεται ότι η υγεία τους βελτιώνεται περισσότερο με την πρόσθετη λήψη συμπληρωμάτων. Οι ισχυρισμοί ότι μειώνουν το άγχος, αυξάνουν τις αθλητικές επιδόσεις, ενισχύουν το Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ανοσοποιητικό σύστημα, εμποδίζουν την πορεία της γήρανσης ή ανακουφίζουν τους ασθενείς από συμπτώματα ασθενειών, δεν έχουν μεγάλη επιστημονική βάση. Επίσης, υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με το κατά πόσο αυτά τα συμπληρώματα είναι αβλαβή και ακίνδυνα για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η υπερβολική πρόσληψη λιποδιαλυτών βιταμινών και μετάλλων είναι αποδεδειγμένα τοξική. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι ορισμένα θεραπευτικά συμπληρώματα είναι επικίνδυνα («Laetrile», «Pangamic Acid»). Στην πραγματικότητα δεν ερευνήθηκε ποτέ εάν τα θεραπευτικά συμπληρώματα είναι ακίνδυνα. (ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

9.1. Επαγγελματίες υγείας και διατροφή

Ο ρόλος όλων των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών είναι κεντρικός και θα πρέπει να συνοδεύεται από ποιότητα. Η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους θεραπευόμενους είναι μεγάλης σημασίας και επηρεάζει το κατά πόσο οι θεραπευόμενοι θα ακολουθήσουν τις θεραπευτικές συστάσεις που τους γίνονται προκειμένου να έχουν την καλύτερη έκβαση στην υγεία τους.

Η κλινική συνέντευξη παραμένει η πιο αξιόπιστη μέθοδος για να τεθεί μια διάγνωση. Διατροφολόγοι-Διαιτολόγοι, Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι και Κοινωνικοί Λειτουργοί πέρα από τη βασική επαγγελματική εκπαίδευση θα πρέπει να έχουν μία συνεχόμενη εκπαίδευση/κατάρτιση για την παροχή μιας εξατομικευμένης φροντίδας των θεραπευόμενων αλλά και τις ικανότητες εκείνες που θα βοηθήσουν και στην εμπλοκή των οικογενειών τους στη στήριξη και στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία τους.

Ο θεραπευτικός προσανατολισμός ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση. Κατά πρώτον οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στον έλεγχο των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς. Και κατά δεύτερον, να γίνεται αξιολόγηση τόσο στις ψυχικές, όσο και στις κοινωνικές ανάγκες. Να ενδυναμώνουν τα άτομα μέσα από την συμβουλευτική αλλά και μέσα από διάφορα προγράμματα ώστε να αποκτήσουν αυτογνωσία και να ακολουθήσουν μια ισορροπημένη υγιεινή διατροφή αποτρέποντας τον κίνδυνο για την υγεία τους. (National Institute of Mental Health: *Nutrition and Professionals Health's* 2002).

9.2. Ο ρόλος του θεραπευτή – μια ψυχοδυναμική προσέγγιση στις διατροφικές διαταραχές

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Στην Αμερική, στην Αγγλία αλλά και σε άλλες χώρες της Ευρώπης η συνεργασία και η θεραπεία με ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές εξελίσσεται μέσα από ένα μοντέλο που περιλαμβάνει τρία στάδια. Αυτά τα στάδια είναι χρήσιμα ως ένα πλαίσιο οργάνωσης όπου ο θεραπευτής επεξεργάζεται την προσωπικότητα των θεραπευόμενων. Η εξαιρετική συμβολή της ψυχοδυναμικής αυτής θεραπευτικής προσέγγισης είναι η έμφαση που δίνει στις ασυνείδητες διαδικασίες.

Η αρχική συνεδρία περιλαμβάνει την γνωριμία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και είναι καθοριστικής σημασίας διότι είναι αυτή που θα αποφασίσει ο ασθενής εάν θα συνεχίσει την θεραπεία του ή θα διακόψει. Για τον λόγο αυτό στην αρχική φάση της θεραπείας ο θεραπευτής οφείλει να αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με τον ασθενή. Μία σχέση που να βασίζεται στην ειλικρίνεια, την συμπάθεια και την εν-συναίσθηση. Ο θεραπευτής πρέπει να γίνει ο παρατηρητής των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς, να θέσει σαφή όρια από την αρχή, να προσπαθήσει να δώσει στον ασθενή να σεβαστεί και να κατανοήσει τους άγραφους κανόνες της θεραπευτικής διαδικασίας. Να δημιουργήσει ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον ώστε να υπάρξει ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα. Το αρχικό θεραπευτικό καθήκον είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να επικεντρωθεί στον εαυτό του, να επεξεργαστεί τις εμπειρίες του και την συναισθηματική κατάσταση που βιώνει. Συνήθως οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, κατά τη διάρκεια της συζήτησης, περιγράφουν έντονα συναισθήματα όπως, κατάθλιψη, εξάντληση, ταπείνωση, ακόμη και οργή. Η συναισθηματική διαταραχή που βιώνουν περισσότερο είναι η διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους. Ο θεραπευτής τονίζει τη σημασία της αναγνώρισης των προβλημάτων τους, όπως το θάρρος να ξεκινήσουν τη θεραπεία, να ανακτήσουν την χαμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, να αποκτήσουν αυτογνωσία, να αποκαταστήσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους, να διατηρήσουν την εργασία τους. Όσο προχωρά η θεραπευτική διαδικασία ο θεραπευτής συζητά και βρίσκει τρόπους για την εμβάθυνση των προβλημάτων του ασθενούς. Το σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον θεραπευτή ο οποίος πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται στον ασθενή. Συχνά, ο θεραπευτής ακούει ένα βασικό πρόβλημα του παρελθόντος το οποίο ο ασθενής κουβαλάει μέσα του. Σύμφωνα με τον Cashdan

(1988), οι ασθενείς αυτοί μιλάνε για τις ασυνείδητες σκέψεις και εικόνες που βίωσαν άσχημα συνήθως κατά την παιδική τους ηλικία. Η διαδικασία αυτή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή.

Τα περισσότερα άτομα στην πλειοψηφία τους γυναίκες, που περνούν μέσα από τη θεραπευτική ψυχοδυναμική διαδικασία των τριών σταδίων, επανέρχονται σε έναν πιο φυσιολογικό και υγιή τρόπο ζωής. (JOHNSON, 1991).

9.3.Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών

Αρχίζοντας από την Mary Richmond την «μητέρα των κοινωνικών υποθέσεων», την γυναίκα που έβαλε τον θεμέλιο λίθο στην Κοινωνική Εργασία, σήμερα οι κοινωνικοί λειτουργοί παίζουν όλο και πιο σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση και παρέμβαση των ατόμων με αλκοόλ, χρήση ουσιών, διατροφικών συμπεριφορών και άλλων προβλημάτων. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι σημαντικός παράγοντας όχι μόνο στην ανάπτυξη προγραμμάτων αλλά στη διαχείριση και επεξεργασία του «εθισμού» όπως οι διατροφικές διαταραχές.

Όλοι γνωρίζουμε ότι οι διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις επηρεάζονται από κοινωνικούς-πολιτισμικούς παράγοντες. Σε όλο τον κόσμο υπάρχει διαφορετική κουζίνα, αλλιώτικες προτιμήσεις αλλά και αντιλήψεις για την ιδανική δίαιτα και βάρος. Επομένως, οι πεποιθήσεις μας σχετικά με την διατροφή, το είδος, η κατανάλωση, το βάρος, το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας κ.ά., εξαρτώνται από πολιτισμικούς παράγοντες που ωστόσο διαφοροποιούνται μέσα από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον.

Με τη συμβουλευτική του παρέμβαση ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν το πρόβλημά τους. Να μάθουν να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους με αυτοέλεγχο και επίγνωση των συμπεριφορών τους, προκειμένου να βελτιωθούν οι διατροφικές τους συνήθειες και συγχρόνως η σωματική και ψυχική τους υγεία. Παράλληλα κινητοποιεί την οικογένεια ώστε να συνεργαστεί και να στηρίξει τον δικό τους άνθρωπο στη θεραπευτική διαδικασία για να επανέλθει σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. (ASHENBERG – STRAUSSNER, 2008).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ο Κοινωνικός Λειτουργός με τις γνώσεις που διαθέτει, είναι σε θέση να παρέχει ειδικές κοινωνικές υπηρεσίες ενημερωτικού, συμβουλευτικού και βοηθητικού χαρακτήρα, στον εξυπηρετούμενο και στην οικογένειά του. Έτσι συμβάλει στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον.

Ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας οργανώνει και συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης που αφορούν την υγιεινή διατροφή, τον αθλητισμό, το κάπνισμα, το αλκοόλ, την ψυχική και σωματική υγεία. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες και στόχος τους είναι να υπάρχει σωστή ενημέρωση και αλλαγή στις ανθυγιεινές συνήθειες υιοθετώντας έναν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής. Οι δράσεις συνήθως πραγματοποιούνται σε σχολεία, πολιτιστικά κέντρα εκδηλώσεων, σε νοσοκομεία, σε εργασιακούς χώρους ακόμη και στον χώρο που εδρεύει ο κοινωνικός λειτουργός.

Το σχολείο θεωρείται το πιο κατάλληλο πεδίο δράσης για την προώθηση της υγείας και της υγιεινής διατροφής διότι οι διατροφικές συνήθειες καθορίζονται στην παιδική ηλικία. Η πρόληψη συνήθως περιλαμβάνει ενημέρωση των παιδιών για τον αθλητισμό, την υγιεινή διατροφή και την αποφυγή χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον, η πρόληψη απευθύνεται στους δασκάλους και καθηγητές ώστε να ενθαρρύνουν και να παροτρύνουν τα παιδιά να ακολουθούν υγιεινές διατροφικές συνήθειες αλλά και να είναι σε θέση να διακρίνουν εάν κάποιος μαθητής έχει κάποια διαταραχή. Η ενημέρωση στα κυλικεία των σχολείων είναι εξίσου σημαντική προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των σχολικών γευμάτων. Απαραίτητη κρίνεται και η συνεργασία με τους γονείς ώστε να παρέχουν στα παιδιά τους ποιοτική-υγιεινή διατροφή αλλά και την έμπρακτη υποστήριξή τους σε περίπτωση που το παιδί τους εμφανίζει συμπτώματα διατροφικής διαταραχής.

Η ευαισθητοποίηση των πολιτών και της κοινότητας με την οργάνωση διαφόρων τηλεοπτικών-ραδιοφωνικών σποτ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών με δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. (ΚΑΛΛΙΝΙΚΑΚΗ, 1998).

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνά μας έχει ως θέμα: «Διατροφή και Ψυχική Υγεία». Πραγματοποιήθηκε σε τρεις Νομούς: Ν. Αχαΐας, Ν. Ηλείας και Ν. Χανίων. Απευθύνθηκε στον γενικό πληθυσμό, διάφορων ηλικιακών ομάδων, *έφηβους, ενήλικες, μεσήλικες, ηλικιωμένους*, για να διαπιστωθεί ο βαθμός επιρροής της Διατροφής στην Ψυχική τους Υγεία.

10.1. Γενικός σκοπός και στόχοι της έρευνας

Παρακάτω θα εξετάσουμε αναλυτικότερα τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Ο **Σκοπός** της έρευνάς μας ήταν η διερεύνηση για το εάν η διατροφή συμβάλλει στη βελτίωση ή την επιδείνωση της ψυχικής υγείας.

Οι **Στόχοι** της έρευνας ήταν οι εξής:

1. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Διατροφής και της Ψυχικής Υγείας
2. Διερεύνηση των κινήτρων που οδηγούν στην υγιεινή ή την ανθυγιεινή διατροφή
3. Το προφίλ των ατόμων που πιθανόν να έχουν διατροφικές διαταραχές
4. Η διερεύνηση του κατά πόσο το άγχος και η συναισθηματική διάθεση των ατόμων έχει άμεση επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά ή και το αντίστροφο
5. Ο προσδιορισμός του εάν τα άτομα μπορούν να συσχετίσουν την διατροφή με την ψυχική τους υγεία

10.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που χρησιμοποιήσαμε για την διεξαγωγή της έρευνάς μας ήταν τα εξής:

1. Η συχνότητα της διατροφής που ακολουθούν οι ενήλικες

2. Πόσο πλήρης και ισορροπημένη είναι η διατροφή τους
3. Εάν οι συνθήκες της καθημερινότητας επηρεάζουν και σε ποιο βαθμό τις διατροφικές τους συνήθειες
4. Η επιρροή της συναισθηματικής διάθεσης στην διατροφική συμπεριφορά
5. Την επιβεβαίωση της συσχέτισης διατροφής και ψυχικής υγείας

10.3. Η σημαντικότητα της έρευνας

Η σημαντικότητα της παρούσης έρευνας βασίζεται σε τέσσερις (4) βασικούς άξονες που αφορούν:

1. Την επαλήθευση και αξιολόγηση του θέματος σχετικά με την σύνδεση της Διατροφής και της Ψυχικής Υγείας και την περαιτέρω επιστημονική έρευνα και μελέτη για τη σχέση αυτή
2. Την ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση στον γενικό πληθυσμό για το συγκεκριμένο θέμα
3. Την παρότρυνση και την κινητοποίηση των γονέων, των διαφόρων φορέων, της κοινότητας αλλά και της ίδιας της πολιτείας για την χάραξη και προώθηση μίας πολιτικής σχετικά με την υγιεινή διατροφή.
4. Την συμβουλευτική παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού ώστε να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν με αυτορρύθμιση τα συναισθήματά τους προκειμένου να βελτιωθούν οι διατροφικές τους συνήθειες.

10.4. Μεθοδολογία της έρευνας

10.4.1. Μέθοδος έρευνας

Η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για την εκτέλεση της έρευνας είναι αυτή της επισκόπησης. Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε είναι ποσοτική και περιγραφική. Σύμφωνα με την Κυριαζή, (1999), η ποσοτική έρευνα αναφέρεται σε μεγάλο αριθμό ατόμων (πληθυσμός). Η δομή της ποσοτικής έρευνας είναι σταθερή και ο σχεδιασμός της πρέπει να γίνεται πάντα πριν ξεκινήσει η έρευνα, διότι στη συνέχεια είναι δύσκολο να κάνεις αλλαγές. Πλεονέκτημα της ποσοτικής έρευνας είναι ότι μπορεί να

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

συνδέσει δύο ή περισσότερα χαρακτηριστικά για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων διευκολύνοντας τον ερευνητή να διακρίνει τις γενικές τάσεις ενός δείγματος. Επιπλέον, όταν καταγράφει κοινωνικά φαινόμενα, δίνει μεγάλη σημασία στην αντικειμενικότητα και στην ακριβή μέτρηση αυτών. Ακόμη, η ποσοτική έρευνα δομείται σε *πλέγμα μεταβλητών*, δηλαδή, σε χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούνται στις περιπτώσεις που περιλαμβάνονται στο δείγμα. Αυτά τα χαρακτηριστικά συσχετίζονται με σκοπό την ανεύρεση γενικών τάσεων και ακολούθως την επαλήθευση των θεωρητικών υποθέσεων. Τον συσχετισμό των μεταβλητών που ενέχονται στις θεωρητικές υποθέσεις καθιέρωσε ο μεγάλος κοινωνιολόγος Robert Merton.

Σύμφωνα με τους Cohen. et. Al. (2007), η επισκόπηση συλλέγει δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο με σκοπό να περιγράψει τη φύση των συνθηκών που επικρατούν ή να εντοπίσει σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσει τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Επιπλέον, οι επισκοπήσεις μπορούν να διαφοροποιηθούν με βάση την έκταση που καλύπτουν.

Για τους λόγους αυτούς ακολουθήσαμε την συγκεκριμένη μεθοδολογία, εφόσον ασχολούμαστε με μία μεγάλη ομάδα πληθυσμού, με δύο ή και περισσότερα χαρακτηριστικά. Μέσα από την έρευνά μας προσπαθούμε να αποδείξουμε το είδος της διατροφής που επιλέγει η ομάδα αυτή και την σύνδεσή της με την ψυχική τους υγεία. Συγχρόνως, απευθυνόμαστε για ένα θέμα που πάντα είναι επίκαιρο και μεγάλης σημασίας για την προσωπική και δημόσια υγεία.

Εξάλλου, οι δειγματοληπτικές έρευνες είναι συνήθεις και σε μεγάλο μέρος στη σύγχρονη χρήση των δειγματοληπτικών ερευνών χρησιμοποιούνται τα εργαλεία. *«Οι δειγματοληπτικές έρευνες είναι περισσότερο μία ερευνητική στρατηγική (δηλαδή, μια συνολική προσέγγιση διεξαγωγής κοινωνικής έρευνας), παρά μια τακτική ή μια συγκεκριμένη μέθοδος. Ωστόσο, πολλά από τα ζητήματα που ενέχονται κατά τη διεξαγωγή της δειγματοληπτικής έρευνας, δεν έχουν να τόσο να κάνουν με ερωτήματα για το συνολικό στρατηγικό σχέδιο όσο με πολύ πρακτικά θέματα και ζητήματα τακτικής τα οποία έχουν να κάνουν με τον λεπτομερή σχεδιασμό του εργαλείου που θα χρησιμοποιηθεί (σχεδόν πάντα ένα ερωτηματολόγιο που θα αποτελείται, ολικά ή*

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

μερικά, από κλειστές ερωτήσεις), τον προσδιορισμό του υπό έρευνα δείγματος και την εξασφάλιση υψηλών ποσοστών απόκρισης». (ROBSON 2010, σελ. 270).

Ο τρόπος δειγματοληψίας που επιλέξαμε είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία που είναι η πιο γνωστή μέθοδος για την επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος το οποίο είναι και εύκολα προσβάσιμο διότι αυτή ενέχει στα εξής χαρακτηριστικά:

1. Κάθε μέλος του πληθυσμού έχει ίσες ευκαιρίες να επιλεγεί στο δείγμα
2. Τα άτομα που επιλέγονται ως δείγμα πρέπει να έχουν κοινά χαρακτηριστικά

Σε περίπτωση που ο πληθυσμός είναι μικρός η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι η καλύτερη μέθοδος, αλλά όταν η έρευνα απευθύνεται σε μεγάλους πληθυσμούς ο συγκεκριμένος τρόπος δειγματοληψίας είναι δύσκολο να εφαρμοστεί. (ΚΥΡΙΑΖΗ, 1999).

10.4.2. Φάσεις εκτέλεσης της έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας διήρκεσε περίπου δύο (2) μήνες, από τον Σεπτέμβριο 2013 έως και τον Οκτώβριο 2013. Χρησιμοποιώντας την μέθοδο της επισκόπησης η έρευνα ταξινομήθηκε σε τρεις (3) φάσεις. Αυτές είναι, η προκαταρκτική φάση, ή κύρια φάση (όπου πραγματοποιήθηκε η διεξαγωγή της έρευνας) και η τρίτη φάση, είναι αυτή της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Ξεκινήσαμε αφού εντοπίσαμε τη συσχέτιση μεταξύ της διατροφής και της ψυχικής υγείας η οποία μας έδωσε το έναυσμα για την διεξαγωγή της έρευνας. Εν συνεχεία, ο γενικός στόχος της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις έγιναν συγκεκριμένα, προκειμένου να προχωρήσουμε στην καλύτερη προετοιμασία της σύνταξης του ερωτηματολογίου. Για την σύνταξη του ερωτηματολογίου οι ερευνήτριες βασίστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία και η διαδικασία ολοκληρώθηκε υπό την καθοδήγηση της εποπτεύουσας καθηγήτριας κας Θεοδωράτου – Μπέκου Μαρία.

Κατόπιν αφού επιλέξαμε να διεξάγουμε ποσοτική έρευνα με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, επιλέξαμε και εντοπίσαμε τον πληθυσμό και το δείγμα μας σε τρεις πόλεις οι οποίες ήταν προσβάσιμες. Η διαδικασία της διανομής

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

των ερωτηματολογίων άρχισε τον Σεπτέμβριο 2013. Συνολικά διανέμαμε 200 ερωτηματολόγια σε συγγενείς, φίλους και γνωστούς, ενημερώνοντάς τους παράλληλα για τον στόχο και τον σκοπό της ερευνητικής διαδικασίας, έτσι ώστε να συνεργαστούν ως προς την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η όλη διαδικασία διήρκησε περίπου δύο μήνες έως ότου ολοκληρωθεί η συλλογή των απαντημένων ερωτηματολογίων που μας επέφερε δείγμα 200 ερωτηματολογίων.

Τέλος πραγματοποιήθηκαν, η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας με βάση το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιείται για κοινωνικές επιστήμες, S.P.S.S. (19.0). Εν συνεχεία έγινε η σύνδεση των αποτελεσμάτων της έρευνας με το θεωρητικό υπόβαθρο των βιβλιογραφικών πηγών της μελέτης αυτής, η διεξαγωγή των συμπερασμάτων της ολοκληρωμένης εργασίας και βέβαια η παρουσίαση των προτάσεων και των εισηγήσεων για το συγκεκριμένο θέμα.

Αναλυτικότερα το δικτυόγραμμα που ακολουθήσαμε για την εκτέλεση της έρευνάς μας έχει ως εξής:

1. 30 Μαρτίου – Μετά την ανάθεση εκκίνηση της διαδικασίας εκτέλεσης της πτυχιακής.
2. 10 Μαΐου – Συμφωνία ως προς τις ενότητες της εργασίας και την αναζήτηση αυτών.
3. 30 Μαΐου – Αναζήτηση ξένης και Ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα της έρευνας.
4. 15 Ιουνίου – Καθορισμός της μεθοδολογίας της έρευνας, το είδος, το εργαλείο, τον πληθυσμό και το δείγμα της μελέτης.
5. 20 Ιουλίου – Αρχή του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου.
6. 20 Αυγούστου – Συμβουλές από την εποπτεύουσα εισηγήτρια σχετικά με την δομή, την διόρθωση και την σειρά των ερωτήσεων.
7. 3 Σεπτεμβρίου – Εκκίνηση διανομής των ερωτηματολογίων στον γενικό πληθυσμό της Πάτρας, του Πύργου και των Χανίων.
8. 30 Οκτωβρίου – Τελική συλλογή όλων των απαντημένων ερωτηματολογίων.
9. 15 Νοεμβρίου έως 15 Δεκεμβρίου – Οικονομική καταμέτρηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

10. 20 Ιανουαρίου – Εξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων.

10.4.3. Πληθυσμός – Δείγμα

Σύμφωνα με τον Cohen et all, (2008) ο πληθυσμός (στόχος) μιας έρευνας είναι το σύνολο των ανθρώπων εκείνων ή των αντικειμένων για χάρη των οποίων γίνεται η έρευνα. Ο πληθυσμός (στόχος) δεν μπορεί να συμμετέχει όλος κατά την διεξαγωγή της έρευνας, όμως από αυτόν επιλέγεται το δείγμα με το οποίο υλοποιείται η έρευνα.

Γενικός πληθυσμός: Ο γενικός πληθυσμός της έρευνάς μας περιλαμβάνει άτομα άνω των 15 ετών που δίνουν ή όχι σημασία στη διατροφή τους.

Προσβάσιμος πληθυσμός: Ο προσβάσιμος πληθυσμός της έρευνάς μας αντιστοιχεί σε άτομα διάφορων ηλικιακών ομάδων αρχίζοντας από την ηλικία των 15 ετών.

Δείγμα: Το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στον οποίο αφορά η έρευνα. Δηλαδή, να έχει τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά με αυτό. Επίσης το μέγεθος του δείγματος πρέπει να είναι τέτοιο που να συμβάλλει στην εγκυρότητα της έρευνας. (COHEN, 2008).

Ως δείγμα θέσαμε διάφορες ηλικιακές ομάδες, έφηβους, ενήλικες, μεσήλικες και ηλικιωμένους που ακολουθούν ή όχι μια υγιεινή διατροφή. Επιλέξαμε 200 άτομα σε τρεις πόλεις, Πάτρα, Πύργος και Χανιά.

Τα χαρακτηριστικά του δείγματός μας ήταν να είναι:

- Ηλικίας από 15 ετών και άνω
- Και των δύο φύλων (άνδρες - γυναίκες)
- Οποιοδήποτε θρησκευματος
- Οποιασδήποτε εθνικότητας
- Οποιασδήποτε οικογενειακής κατάστασης
- Οποιασδήποτε επαγγελματικής κατάστασης, συμπεριλαμβανομένων και τους σπουδαστές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος.

10.4.4. Εργαλείο

Ως εργαλείο επιλέξαμε το ερωτηματολόγιο διότι είναι το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Η έρευνά μας είναι ποσοτική και

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

επομένως έπρεπε να αναλύσουμε ποσοτικά σε ποιο βαθμό η διατροφή συμβάλλει στην βελτίωση ή όχι της ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο προϋποθέτει την δυνατότητα συλλογής στοιχείων για επισκοπήσεις, από μεγάλο αριθμό ατόμων για το ίδιο θέμα, χωρίς την παρουσία του ερευνητή. Επίσης, στοχεύει στην αντικειμενικότητα, την συγκρισιμότητα και την δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέγονται. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην υπό έρευνα των κοινωνικών φαινομένων, μετατρέπονται σε δείκτες με σκοπό την στατιστική ανάλυση και την ανάδειξη εμπειρικών γενικεύσεων. Η μέθοδος του ερωτηματολογίου εκτός από την δυνατότητα που έχει να προβάλλει την κοινωνική πραγματικότητα σε όλα τα στάδια της εφαρμογής του, βασίζεται σε παραδοχές απαραίτητες για τη διεξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων. (Κυριαζή, 1999).

Όμως πέρα από τα πλεονεκτήματά του, υπάρχουν και μειονεκτήματα, όπως ο χρόνος που απαιτείται για να διαμορφωθεί, η πιλοτική αποστολή και τροποποίησή του, η απλότητα που έχει και τα περιορισμένα δεδομένα που μπορεί να συλλέξει. (COHEN, 2007)

Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου και την καλύτερη διατύπωση των ερωτήσεων, χρησιμοποιήσαμε υλικό από το βιβλίο της Ν. Κυριαζή «Η Κοινωνιολογική Έρευνα» (1999), από το βιβλίο του Colin Robson «Η Έρευνα Του Πραγματικού Κόσμου» (2010) και από το βιβλίο του Louis Cohen et. Al. «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας» (2008). Επίσης, η διατύπωση των ερωτήσεων ολοκληρώθηκε υπό την καθοδήγηση της εποπτεύουσας καθηγήτριας. Για την πληρέστερη διατύπωση των απαντήσεων στα ερωτήματα των ερωτηματολογίων μας, συμβουλευτήκαμε το βιβλίο της κας Θεοδωράτου – Μπέκου Μαρίας, «Ωρίμανση και Δυναμική Ομάδας, Συμβολή στη Συμβουλευτική Νέων» (2006).

Διαβαθμίσαμε τις ερωτήσεις κατά σειρά, από το πώς τα άτομα ξεκινούν τη διατροφή τους την ημέρα. Ανάλογα με την απάντηση που θα παίρναμε (πάντα-συνήθως-συχνά-μερικές φορές-σπάνια-ποτέ), μπορούμε να βγάλουμε τα τελικά συμπεράσματα για τον βαθμό επιρροής της διατροφής στην ψυχική τους διάθεση. Το πλήρες ερωτηματολόγιο αναγράφεται στο παράρτημα της παρούσης πτυχιακής.

10.4.5. Δυσκολίες κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας

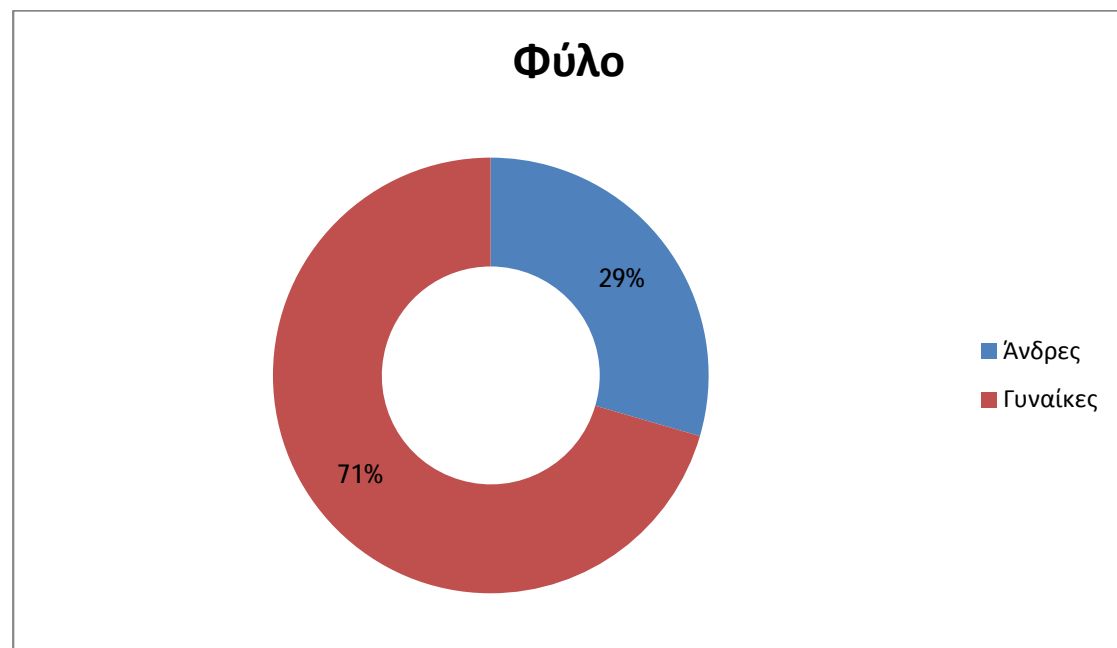
Σε όλη την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας δεν αντιμετωπίσαμε ιδιαίτερη δυσκολία. Αφενός μεν πολλά άτομα ήταν οικεία, αφετέρου δε, το θέμα για τους ερωτώμενους ήταν πολύ ενδιαφέρον και δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνά μας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην πλειοψηφία τους σε συγγενείς, φίλους και γνωστούς. Ελάχιστα ήταν τα άτομα που έδειξαν απροθυμία να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Σεβαστήκαμε την επιθυμία τους διότι το σημαντικό είναι, ότι οι απαντούντες είναι υποκείμενα και όχι αντικείμενα μιας έρευνας. Αποδείχτηκε ότι οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν απλές, κατανοητές και πολύ σημαντικές για την συλλογή και την επεξεργασία έγκυρων αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων. Τέλος, μέσα από όλη αυτή την διαδικασία, αποκομίσαμε πολλά οφέλη. Αποκτήσαμε τη γνώση και την εμπειρία του σχεδιασμού και της στρατηγικής μιας κοινωνικής έρευνας.

10.5. Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων έρευνας

Ερώτηση 1. Φύλο

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Άνδρας	59	29.5
Γυναίκα	141	70.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 1. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το φύλο.



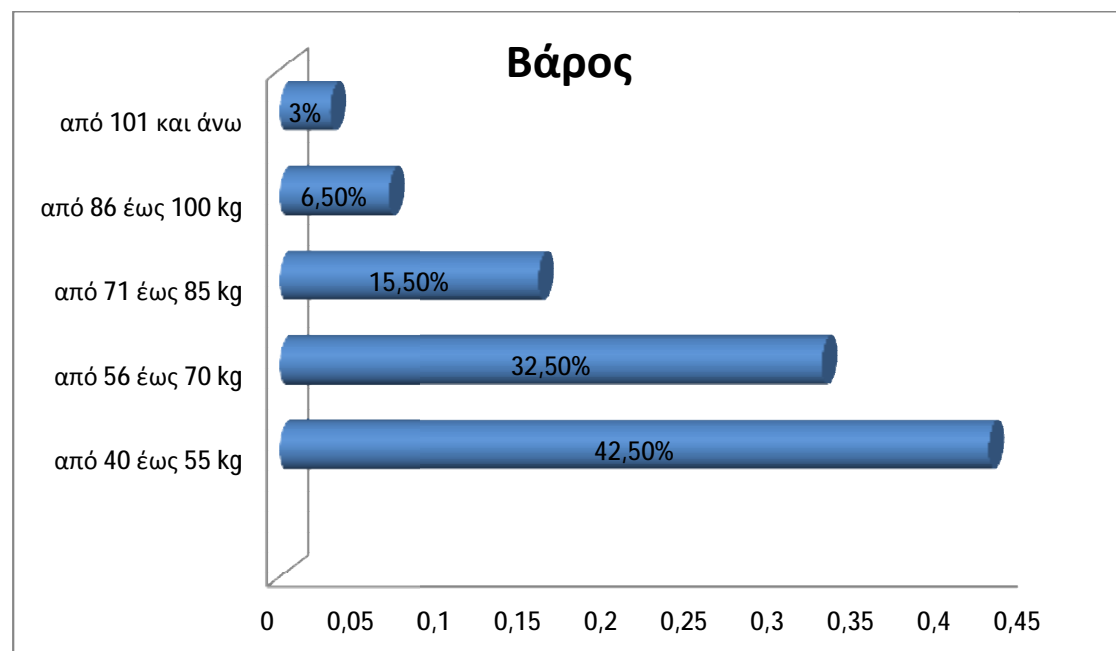
Σχεδιάγραμμα 1. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το φύλο. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 70.5% είναι γυναίκες και το 29.5% είναι άνδρες.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 2. Βάρος

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
από 40 έως 55kg	85	42.5
από 56 έως 70kg	65	32.6
από 71 έως 85kg	31	15.5
από 86 έως 100kg	13	6.5
από 101kg και άνω	6	3.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 2. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς βάρος.



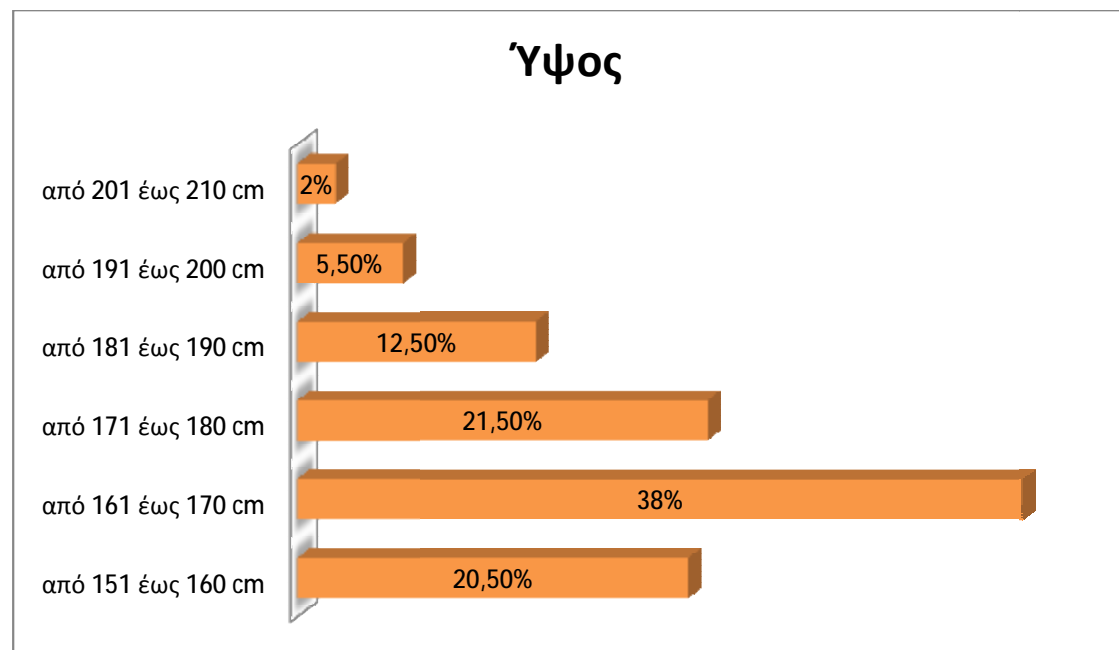
Σχεδιάγραμμα 2. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το βάρος. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 42,5% ζυγίζουν από 40 έως 55kg, το 32,5% ζυγίζουν από 56 έως 70kg, το 15,5% ζυγίζουν από 71 έως 85kg, το 6,5% ζυγίζουν από 85 έως 100kg και το 3% ζυγίζουν από 101kg και άνω.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 3. Ύψος

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
από 150έως 160 cm	41	20.5
από 150έως 160 cm	76	38.0
από 150έως 160 cm	43	21.5
από 150έως 160 cm	25	12.5
από 150έως 160 cm	11	5.5
από 150έως 160 cm	4	2.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 3. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το ύψος.



Σχεδιάγραμμα 3. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το ύψος. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 38% έχουν ύψος από 161 cm έως 170 cm, το 21,5% έχουν ύψος από 171 cm έως 180 cm, το 20,5% έχουν ύψος από 151 cm έως 160 cm, το 12,5% έχουν ύψος από 181 cm έως

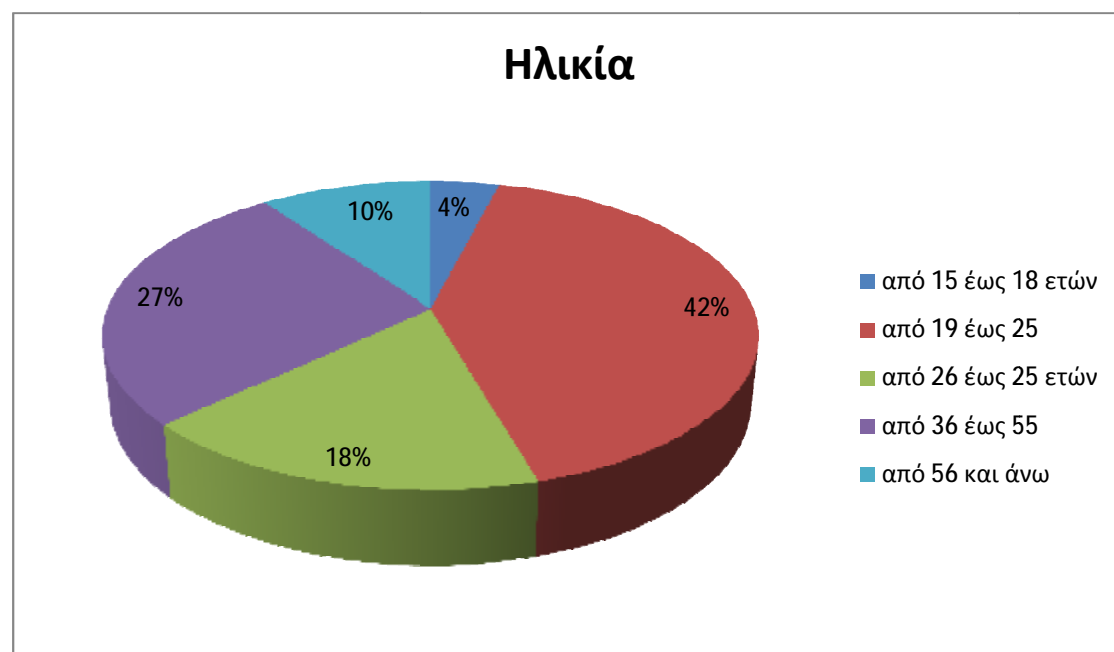
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

190 cm, το 5,5% έχουν ύψος από 191 cm έως 200 cm και το 2% έχουν ύψος από 201 cm έως 210 cm .

Ερώτηση 4. Ηλικία

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
από 15 έως 18 ετών	8	4.0
από 19 έως 25 ετών	83	41.5
από 26 έως 35 ετών	35	17.5
από 36 έως 55 ετών	54	27.0
από 56 και άνω	20	10.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 4. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την ηλικία.



Σχεδιάγραμμα 4. Διάγραμμα πίτας (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την ηλικία. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 41,5% έχουν ηλικία από 19 έως 25 ετών, το 27% έχουν ηλικία από

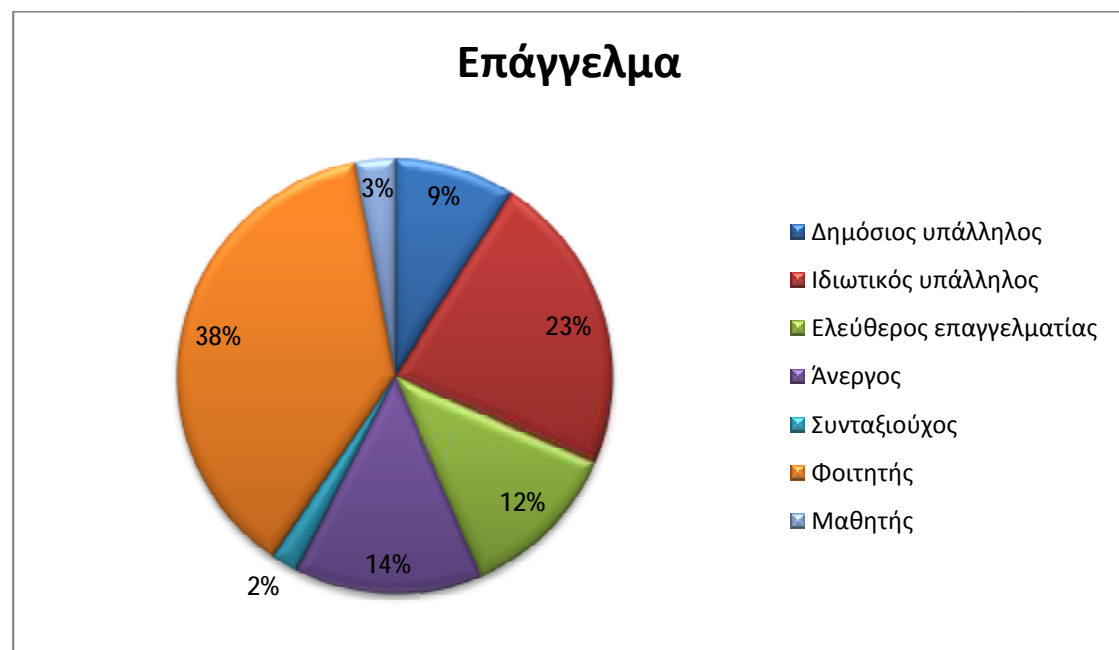
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

36 έως 55 ετών , το 17,5% έχουν ηλικία από 26 έως 35 ετών , 10% έχουν ηλικία 56 ετών και άνω και το 4% έχουν ηλικία από 15 έως 18 ετών.

Ερώτηση 5. Επάγγελμα

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Δημόσιος υπάλληλος	18	9.0
Ιδιωτικός υπάλληλος	25	22.5
Ελεύθερος επαγγελματίας	24	12.0
Άνεργος	28	14.0
Συνταξιούχος	4	2.0
Φοιτητής	75	37.5
Μαθητής	6	3.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 5. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το επάγγελμα.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

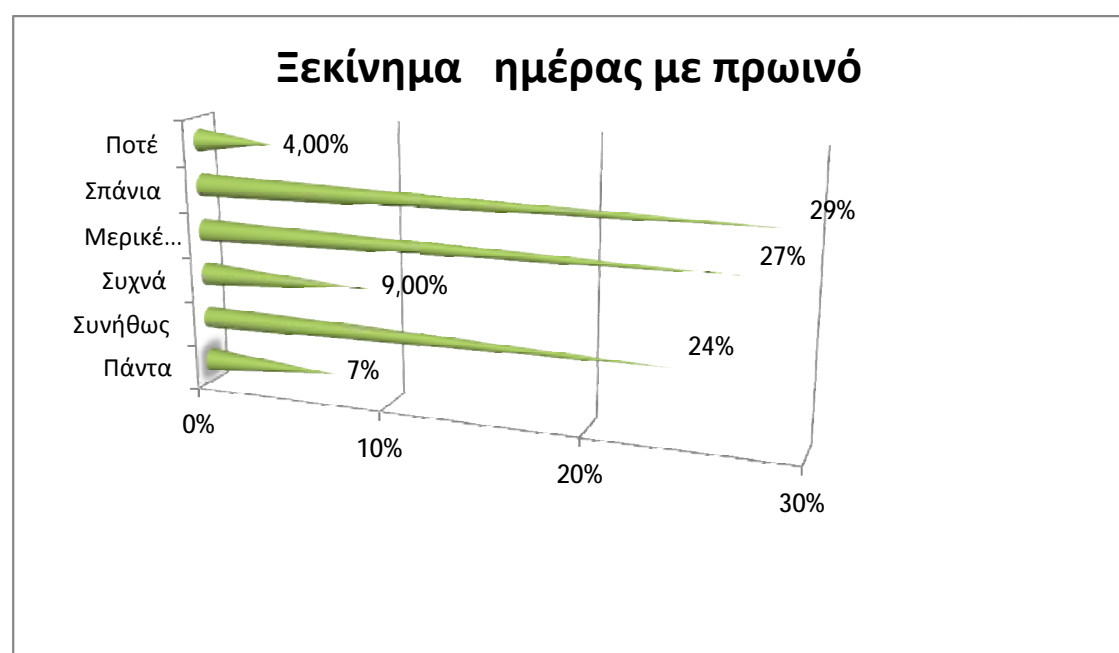
Σχεδιάγραμμα 5. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το επάγγελμα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 37,5% είναι φοιτητές, το 22,5% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 14% είναι άνεργοι, το 12% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 9% είναι δημόσιοι υπάλληλοι το 3% είναι μαθητές και το 2% είναι συνταξιούχοι .

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 6. Πριν ξεκινήσετε την ημέρα σας τρώτε πρωινό;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	14	7.0
Συνήθως	48	24.0
Συχνά	18	9.0
Μερικές φορές	54	27.0
Σπάνια	58	29.0
Ποτέ	8	4.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 6. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν τρώνε πρωινό πριν το ξεκίνημα της ημέρας.



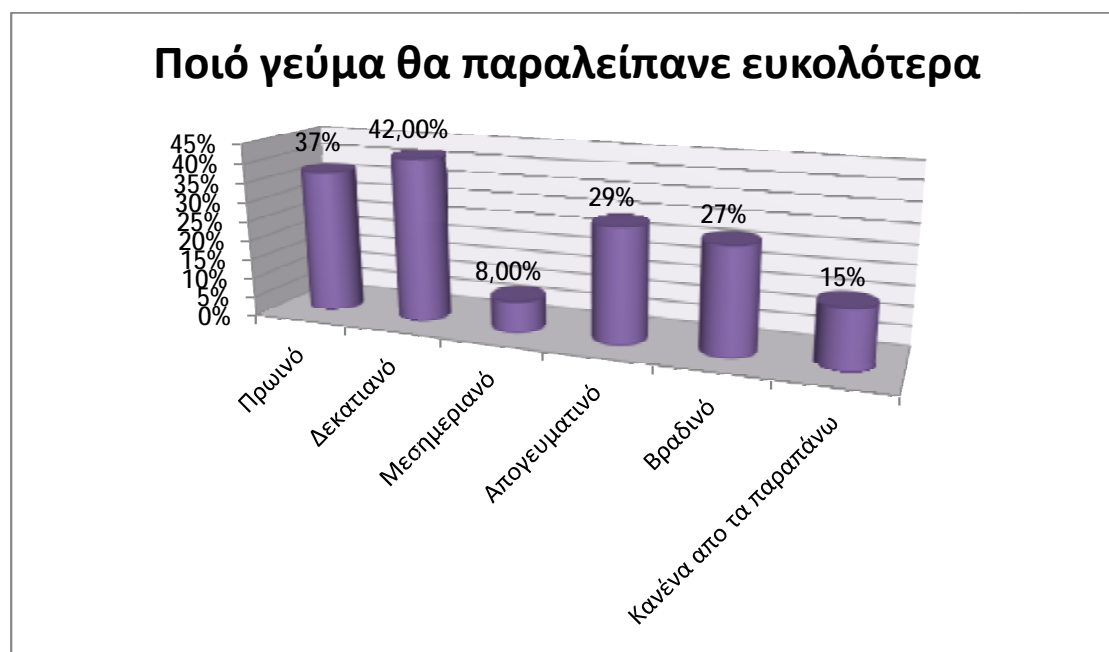
Σχεδιάγραμμα 6. Διάγραμμα κωνικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν τρώνε πρωινό πριν το ξεκίνημα της ημέρας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 29% σπάνια, το 27% μερικές φορές, το 24% συνήθως, το 9% συχνά, το 7% πάντα και το 4% ποτέ.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 7. Ποιό από τα παρακάτω θα παραλείπατε ευκολότερα;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πρωινό	74	37.0
Δεκατιανό	84	42.0
Μεσημεριανό	16	8.00
Απογευματινό	58	29.0
Βραδινό	54	27.0
Κανένα απο τα παραπάνω	30	15.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 7. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το ποιό γεύμα θα παράλειπαν ευκολότερα.



Σχεδιάγραμμα 7. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το ποιό γεύμα θα παράλειπαν ευκολότερα. Από την ανάλυση των Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 42% το δεκατιανό, το 37% το πρωινό, το 29% το απογευματινό, το 29% το βραδινό, 15% κανένα από τα παραπάνω και το 8% το μεσημεριανό.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 8. Πού τρώτε συνήθως;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Σπίτι	144	72.0
Στη δουλειά	16	8.0
Στο ταχυφαγείο	4	2.0
Οπουδήποτε	36	18.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 8. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το που τρώνε συνήθως.



Σχεδιάγραμμα 8. Διάγραμμα ορθογώνιων στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το που τρώνε συνήθως. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων

προέκυψε ότι 72% τρώνε σπίτι, το 18% τρώνε οπουδήποτε, το 8% τρώνε στη δουλειά και το 2% τρώνε σε ταχυφαγείο.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 9. Πίνετε καφέ;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΝΑΙ	155	77.5
ΟΧΙ	45	22.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 9. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το αν πίνουν καφέ.



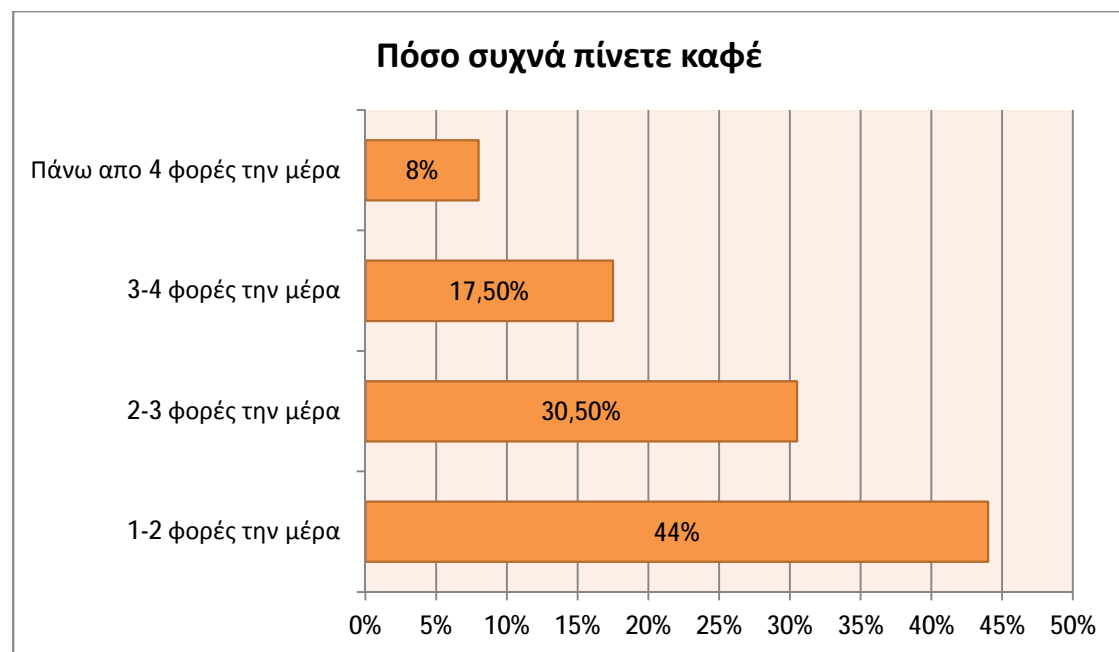
Σχεδιάγραμμα 9. Διάγραμμα στηλών κώνου (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν πίνουν καφέ. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 77,5% πίνουν καφέ και το 22,5% δεν πίνουν.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 10. Αν ναι, πόσο συχνά;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές την μέρα	68	44.0
2-3 φορές την μέρα	48	30.5
3-4 φορές την μέρα	27	17.5
Πάνω απο 4 φορές την μέρα	12	8.0
ΣΥΝΟΛΟ	155	100.0

Πίνακας 10. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 155 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσο συχνά πίνουν καφέ (αν πίνουν).



Σχεδιάγραμμα 10. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 155 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσο συχνά πίνουν καφέ (εάν πίνουν). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 44% πίνουν καφέ 1-2 φορές την ημέρα, το 30,5% 2-

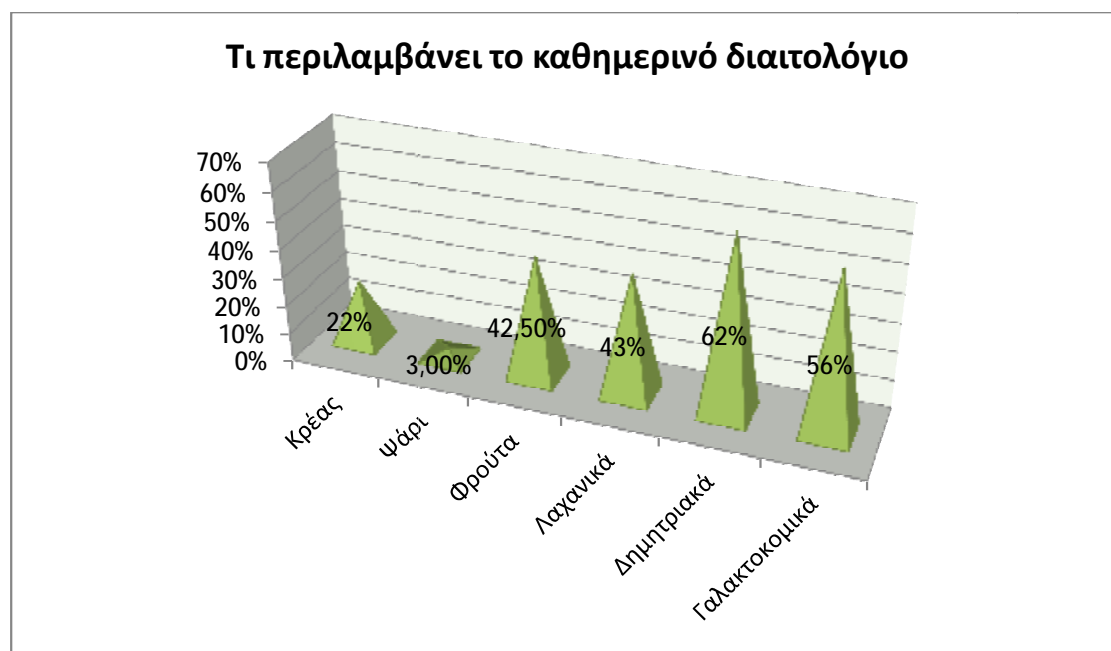
3 φορές την ημέρα, το 17,5% 3-4 φορές την ημέρα και το 8% παραπάνω από 4 φορές την ημέρα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 11. Τι περιλαμβάνει το καθημερινό σας διατολόγιο;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
κρέας	44	22.0
ψάρι	6	3.0
φρούτα	70	35.0
λαχανικά	85	42.5
Δημητριακά	124	62.0
Γαλακτοκομικά	112	56.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 12. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το τι περιλαμβάνει το καθημερινό τους διατολόγιο.



Σχεδιάγραμμα 12. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το τι περιλαμβάνει το καθημερινό τους διαιτολόγιο. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 62% τρώνε

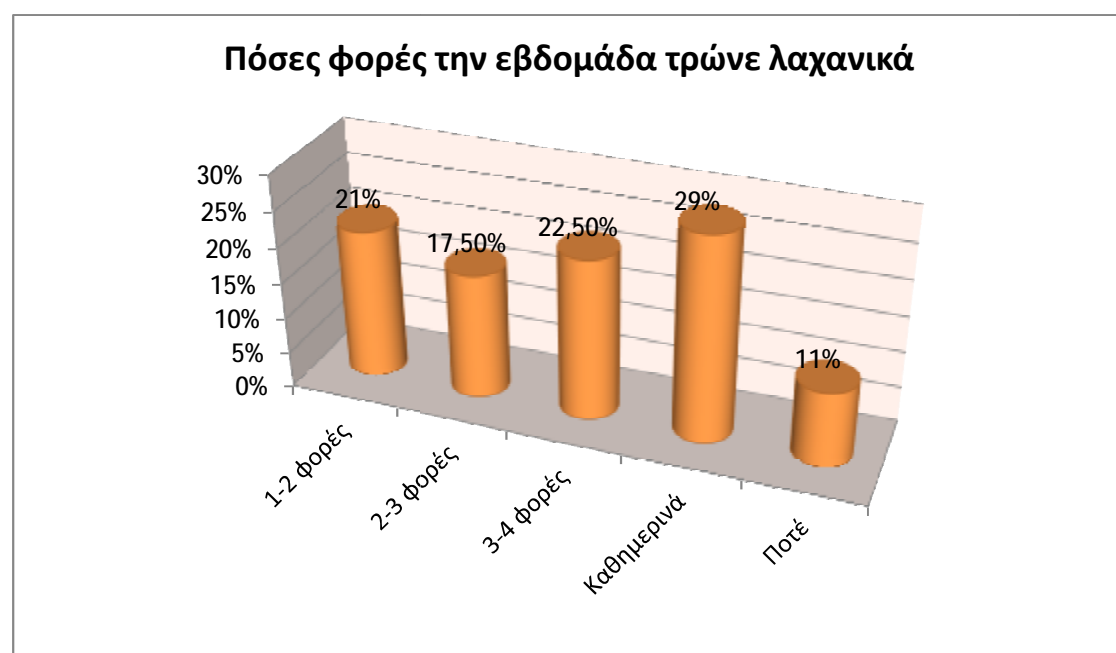
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

δημητριακά, το 56% γαλακτοκομικά, το 42,5% λαχανικά, 35% φρούτα, το 22% κρέας και το 3% ψάρι.

Ερώτηση 12. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	42	21.0
2-3 φορές	35	17.5
3-4 φορές	45	22.5
Καθημερινά	57	28.5
Ποτέ	21	10.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 12. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε λαχανικά.



Σχεδιάγραμμα 12. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα

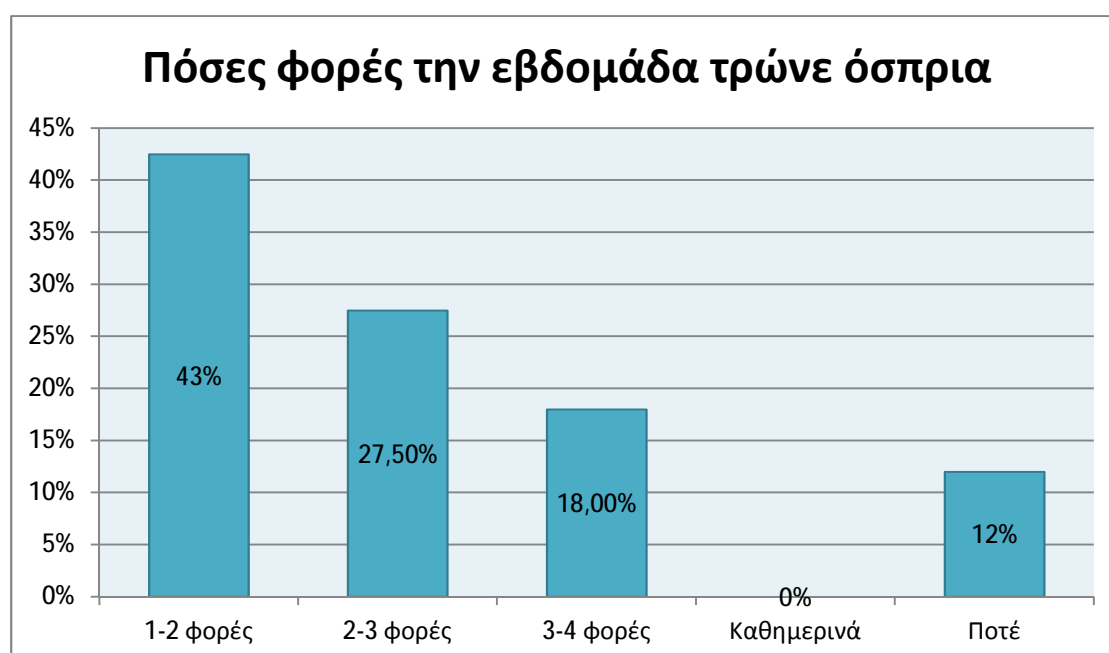
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

τρώνε λαχανικά. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 28,5% τρώνε λαχανικά καθημερινά, το 22,5% 3-4 φορές την εβδομάδα, το 21% 1-2 φορές την εβδομάδα, 17,5% 2-3 φορές την εβδομάδα και το 10,5% ποτέ.

Ερώτηση 13. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	85	42.5
2-3 φορές	55	27.5
3-4 φορές	36	18.0
Καθημερινά	0	0.0
Ποτέ	24	12.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 13. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε όσπρια.



Σχεδιάγραμμα 13. Διάγραμμα στηλών (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε όσπρια. Από την

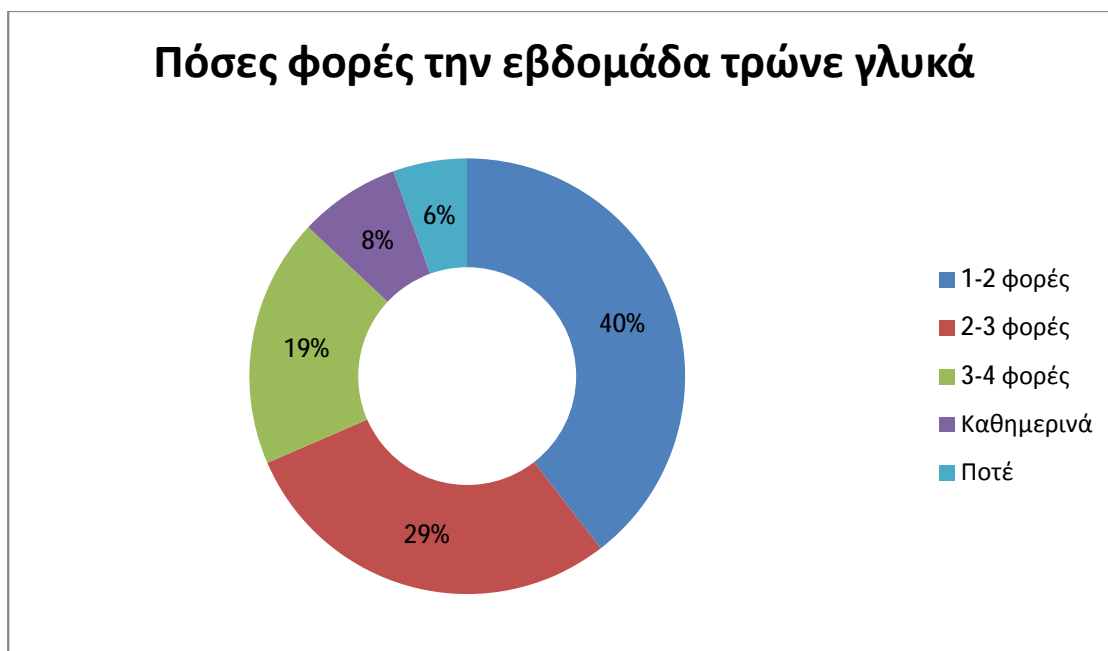
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 42,5% τρώνε όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα, το 27,5% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 18% 3-4 φορές την εβδομάδα, 12% ποτέ και το 0% καθημερινά.

Ερώτηση 14. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	79	39.5
2-3 φορές	58	29.0
3-4 φορές	37	18.5
Καθημερινά	15	7.5
Ποτέ	11	5.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 14. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε γλυκά.



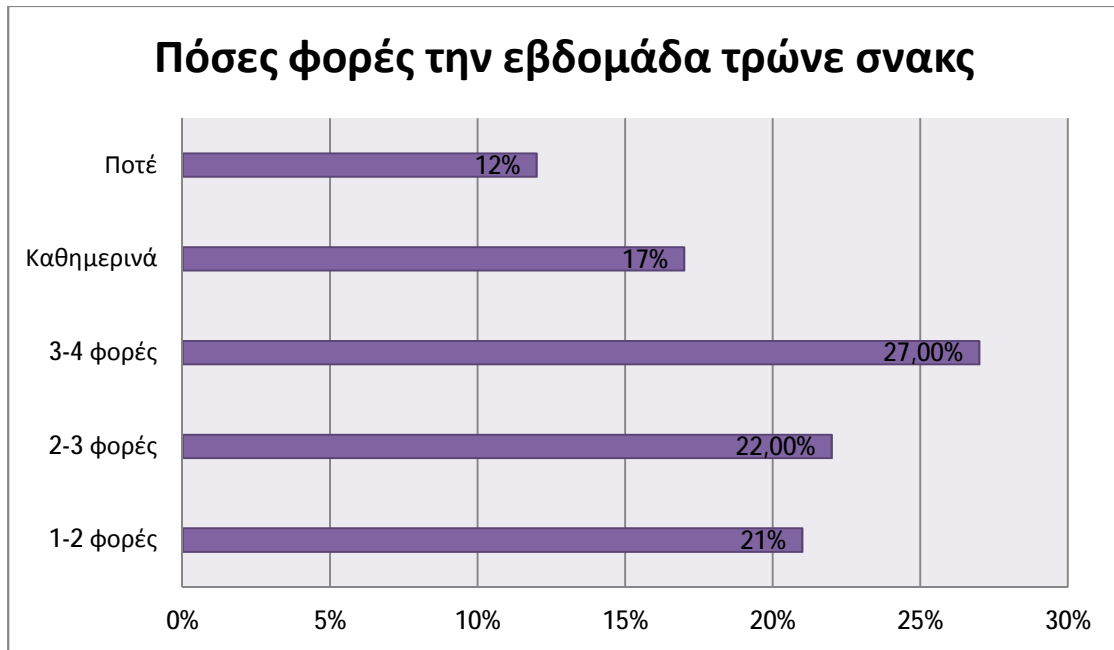
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 14. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε γλυκά. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 39,5% τρώνε γλυκά 1-2 φορές την εβδομάδα, το 29% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 18,5% 3-4 φορές την εβδομάδα, 7,5% καθημερινά και το 5,5% ποτέ.

Ερώτηση 15. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σνακς;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	43	21.5
2-3 φορές	44	22.0
3-4 φορές	55	27.5
Καθημερινά	34	17.0
Ποτέ	24	12.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 15. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε σνακς.



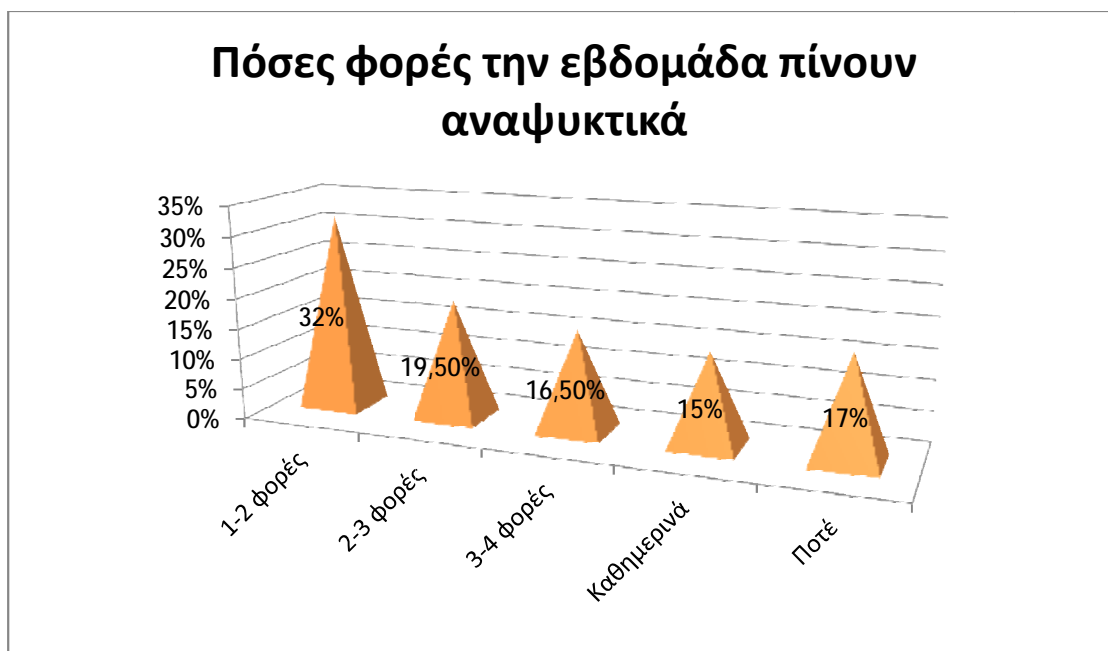
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 15. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε σνακς. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 27,5% τρώνε σνακς 3-4 φορές την εβδομάδα, το 22% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 21,5% 1-2 φορές την εβδομάδα, 17% καθημερινά και το 12% ποτέ.

Ερώτηση 16. Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αναψυκτικά;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	64	32.0
2-3 φορές	39	19.5
3-4 φορές	33	16.5
Καθημερινά	30	15.0
Ποτέ	34	17.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 16. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα πίνουν αναψυκτικά



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 16. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα πίνουν αναψυκτικά. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 32% πίνουν αναψυκτικά 1-2 φορές την εβδομάδα, το 19,5% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 17% ποτέ, 16,5% 3-4 φορές την εβδομάδα και το 15% καθημερινά.

Ερώτηση 17. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	85	42.5
2-3 φορές	57	28.5
3-4 φορές	42	21.0
Καθημερινά	0	0.0
Ποτέ	16	8.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 17. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε κόκκινο κρέας.



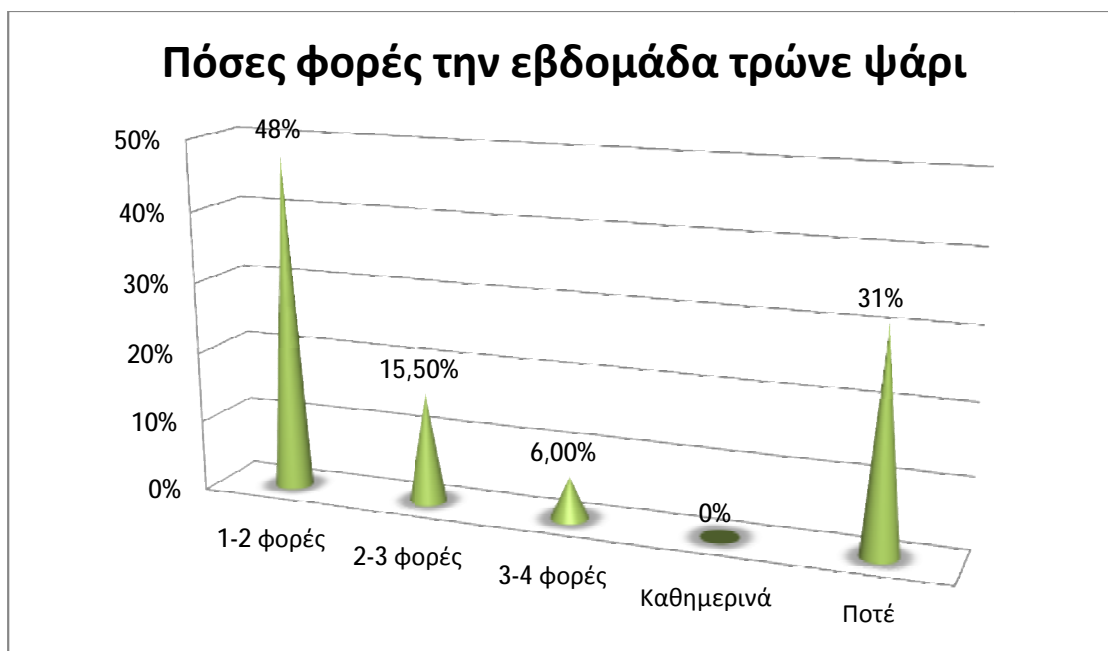
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 17. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε κόκκινο κρέας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 42,5% τρώνε κόκκινο κρέας 1-2 φορές την εβδομάδα, το 28,5% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 21% 3-4 φορές την εβδομάδα, 8% ποτέ και το 0% καθημερινά.

Ερώτηση 18. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	95	47.5
2-3 φορές	31	15.5
3-4 φορές	12	6.0
Καθημερινά	0	0.0
Ποτέ	62	31.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 18. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε ψάρι .



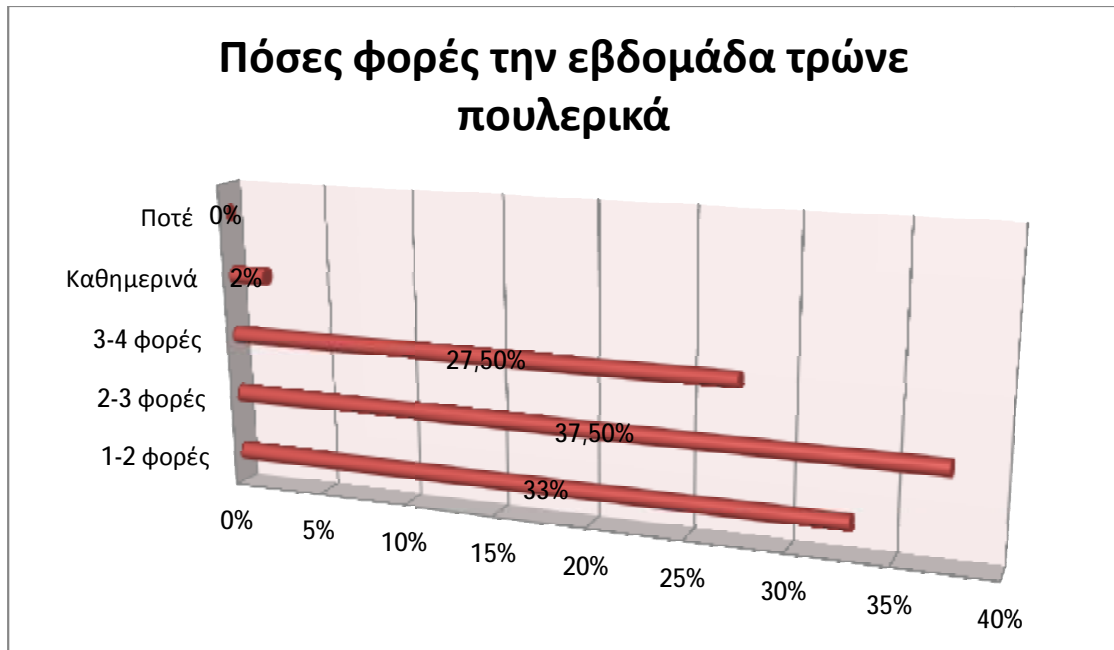
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 18. Διάγραμμα κωνικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε ψάρι. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 47,5% τρώνε ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα, το 31% ποτέ, το 15,5% 2-3 φορές την εβδομάδα, 6% 3-4 φορές την εβδομάδα και το 0% καθημερινά.

Ερώτηση 19. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πουλερικά;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	66	33.0
2-3 φορές	75	37.5
3-4 φορές	55	27.5
Καθημερινά	4	2.0
Ποτέ	0	0.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 19. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε πουλερικά .



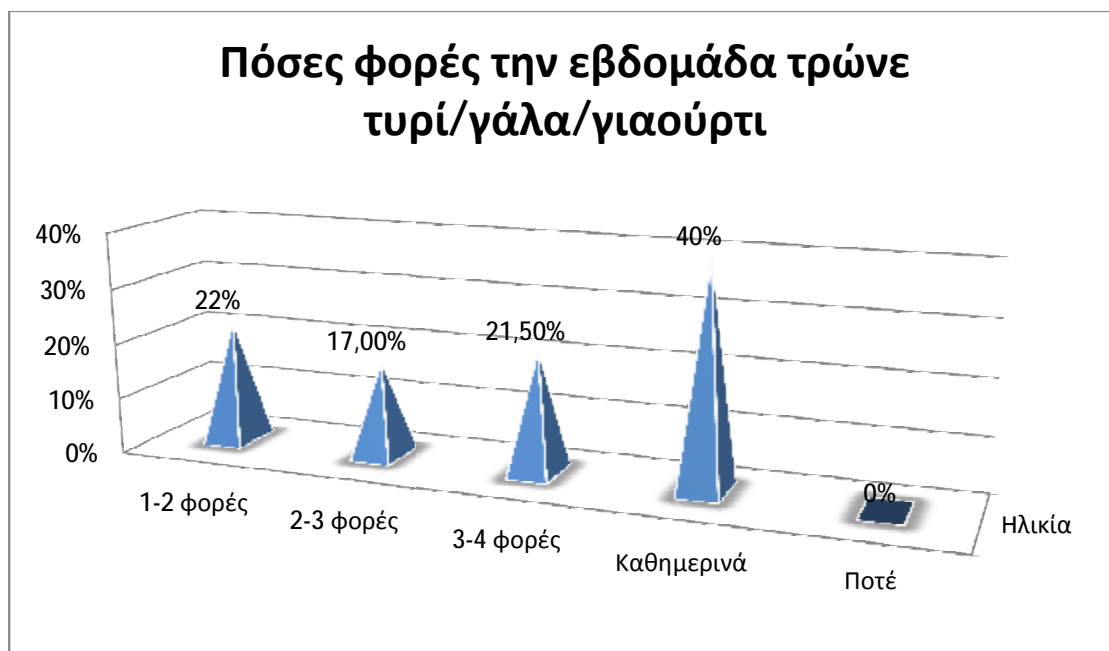
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 19. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε πουλερικά. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 37,5% τρώνε πουλερικά 2-3 φορές την εβδομάδα, το 33% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 27,5% 3-4 φορές την εβδομάδα, 2% καθημερινά και το 0% ποτέ.

Ερώτηση 20. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τυρί/γάλα/γιαούρτι;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	44	22.0
2-3 φορές	34	17.0
3-4 φορές	43	21.5
Καθημερινά	79	39.5
Ποτέ	0	0.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 20. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε τυρί/γάλα/γιαούρτι.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

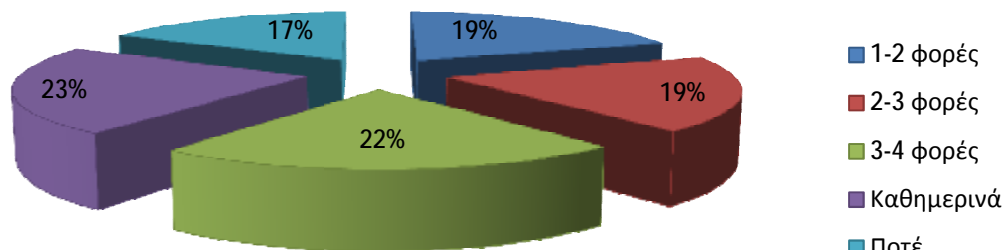
Σχεδιάγραμμα 20. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε τυρί/γάλα/γιαούρτι. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 39,5% τρώνε τυρί/γάλα/γιαούρτι καθημερινά, το 22% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 21,5% 3-4 φορές την εβδομάδα, 17% 2-3 φορές την εβδομάδα και το 0% ποτέ.

Ερώτηση 21. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1-2 φορές	39	19.5
2-3 φορές	38	19.0
3-4 φορές	43	21.5
Καθημερινά	45	22.5
Ποτέ	35	17.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 21. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε φρούτα.

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε φρούτα



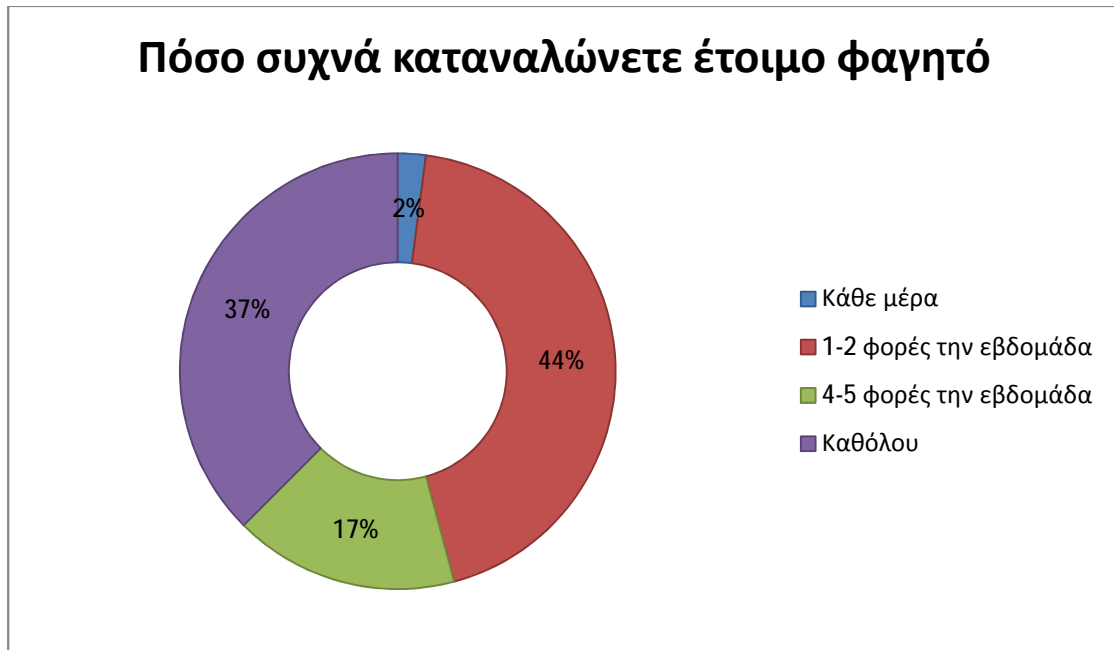
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 21. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε φρούτα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 22,5% τρώνε φρούτα καθημερινά, το 21,5% 3-4 φορές την εβδομάδα, το 18,5% 1-2 φορές την εβδομάδα, 19% 2-3 φορές την εβδομάδα και το 17,5% ποτέ.

Ερώτηση 22. Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Κάθε μέρα	4	2.0
1-2 φορές την εβδομάδα	85	42.5
4-5 φορές την εβδομάδα	32	16.0
Καθόλου	75	37.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 22. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού.



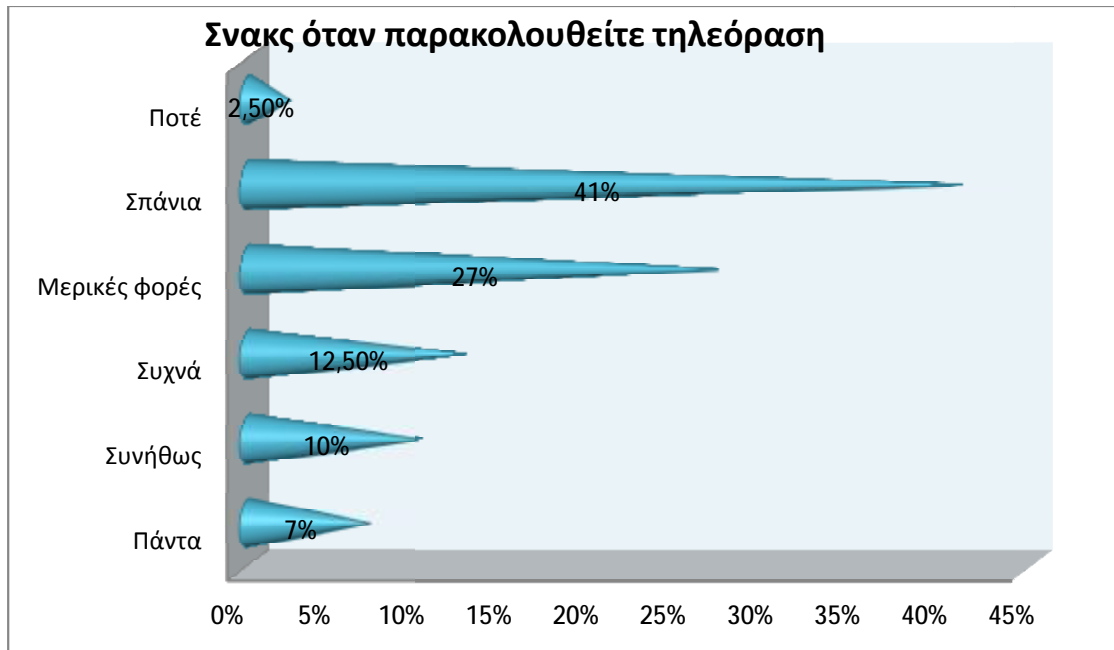
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 22. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 42,5% καταναλώνουν έτοιμο φαγητό 1-2 φορές την εβδομάδα, το 37% καθόλου, το 16% 4-5 φορές την εβδομάδα και το 2% κάθε μέρα.

Ερώτηση 23. Όταν βλέπετε τηλεόραση έχετε την συνήθεια να τρώτε διάφορα σνακς;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	14	7.0
Συνήθως	20	10.8
Συχνά	25	12.5
Μερικές φορές	54	27.6
Σπάνια	82	41.2
Ποτέ	5	2.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 23. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την συνήθεια να τρώνε διάφορα σνακς όταν βλέπουν τηλεόραση.



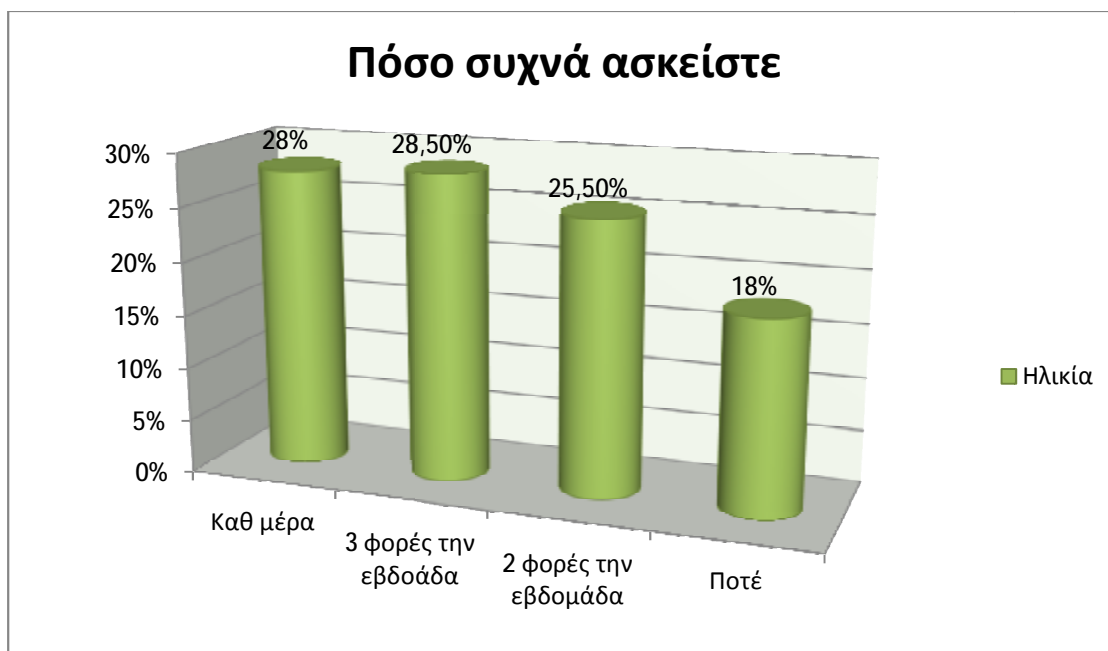
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 23. Διάγραμμα κωνικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την συνήθεια να τρώνε σνακς όταν βλέπουν τηλεόραση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 41% σπάνια, το 27% μερικές φορές, το 12,5% συχνά, το 10% συνήθως, το 7% πάντα και το 2,5% ποτέ.

Ερώτηση 24. Πόσο συχνά ασκείστε;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Κάθε μέρα	56	28.0
3 φορές την εβδομάδα	57	28.5
2 φορές την εβδομάδα	51	25.0
Καθόλου	36	18.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 24. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την συχνότητα της άσκησης.



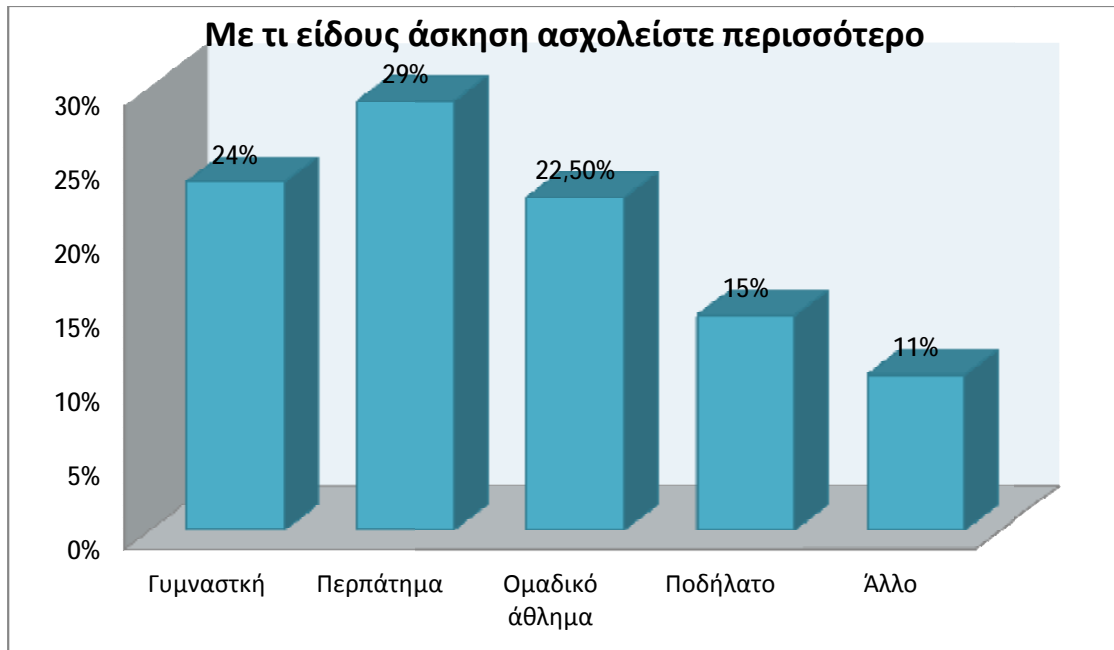
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 24. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την συχνότητα της άσκησης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 28,5% ασκούνται 3 φορές την εβδομάδα, το 28% καθημερινά, το 25,5% 2 φορές την εβδομάδα και το 18% ποτέ.

Ερώτηση 25. Με τι είδους άσκηση ασχολείστε περισσότερο (αν ασκείστε);

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Γυμναστική	39	23.5
Περπάτημα	48	29.0
Ομαδικό άθλημα	36	22.5
Ποδήλατο	24	14.5
Άλλο	17	10.5
ΣΥΝΟΛΟ	164	100.0

Πίνακας 25. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 164 ατόμων του δείγματος ως προς το είδος της άσκησης που ασχολούνται περισσότερο (αν ασκούνται).



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

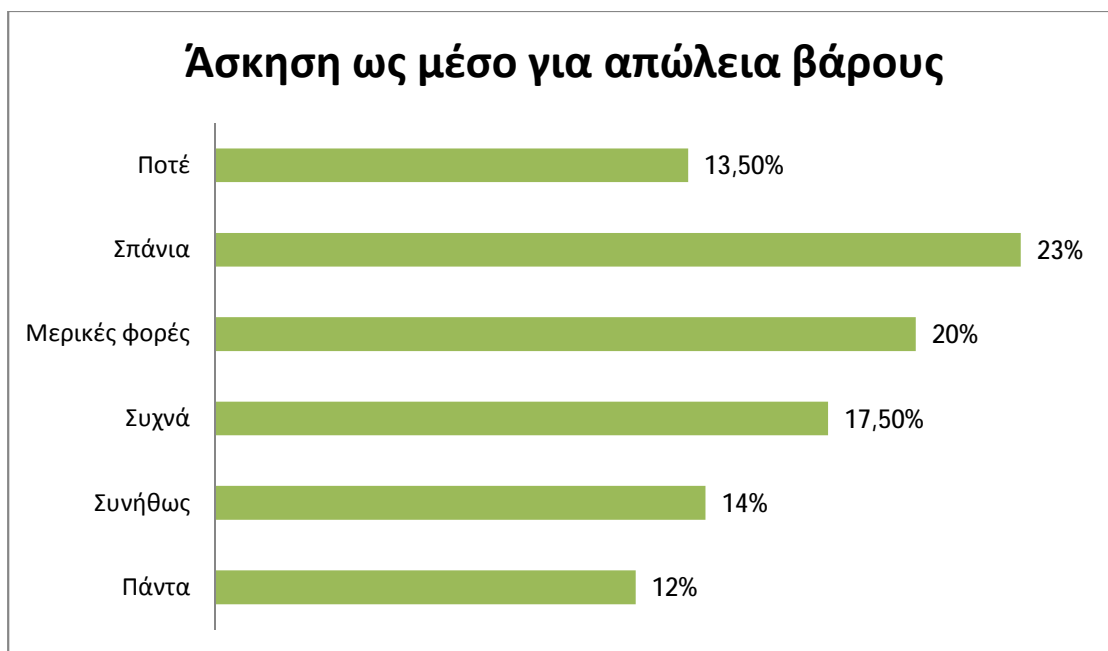
Σχεδιάγραμμα 25. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 164 ατόμων του δείγματος ως προς το είδος της άσκησης που ασχολούνται περισσότερο (αν ασκούνται). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 29% ασχολούνται περισσότερο με το περπάτημα, το 23,5% με γυμναστική, το 22,5% με ομαδικό άθλημα, το 14,5% με ποδήλατο, το 10,5% με άλλο είδος άσκησης.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 26. Χρησιμοποιείτε την άσκηση ως μέσο για την απώλεια ή τη διατήρηση του σωματικού σας βάρους; (αν γυμνάζεστε)

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	19	12.0
Συνήθως	22	14.0
Συχνά	28	17.5
Μερικές φορές	32	20.0
Σπάνια	36	23.0
Ποτέ	21	13.5
ΣΥΝΟΛΟ	158	100.0

Πίνακας 26. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 158 ατόμων του δείγματος ως προς τη χρησιμοποίηση της άσκησης ως μέσο για την απώλεια ή τη διατήρηση του σωματικού του βάρους.



Σχεδιάγραμμα 26. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 158 ατόμων του δείγματος ως προς τη χρησιμοποίηση της άσκησης ως μέσο για την απώλεια ή τη διατήρηση του σωματικού τους βάρους (αν γυμνάζονται). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων

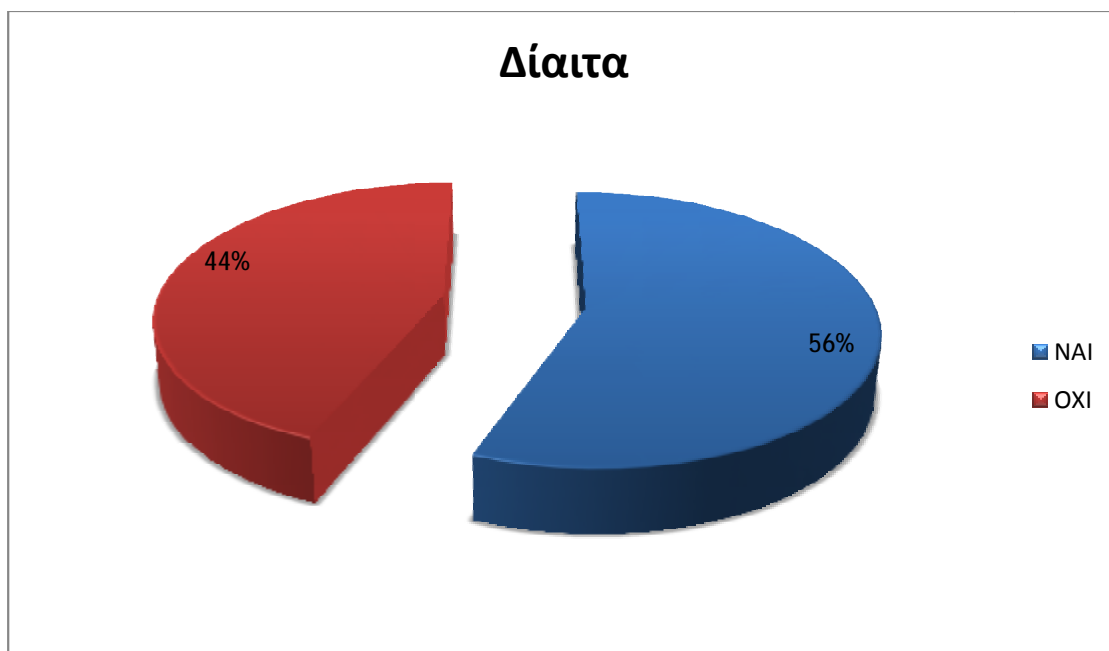
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

προέκυψε ότι 23% σπάνια, το 20% μερικές φορές, το 17,5% συχνά, το 14% συνήθως, το 13.5% ποτέ και το 12% πάντα.

Ερώτηση 27. Ακολουθείτε κάποια δίαιτα;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΝΑΙ	112	56.0
ΟΧΙ	88	44.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 27. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την εφαρμογή κάποιας δίαιτας.



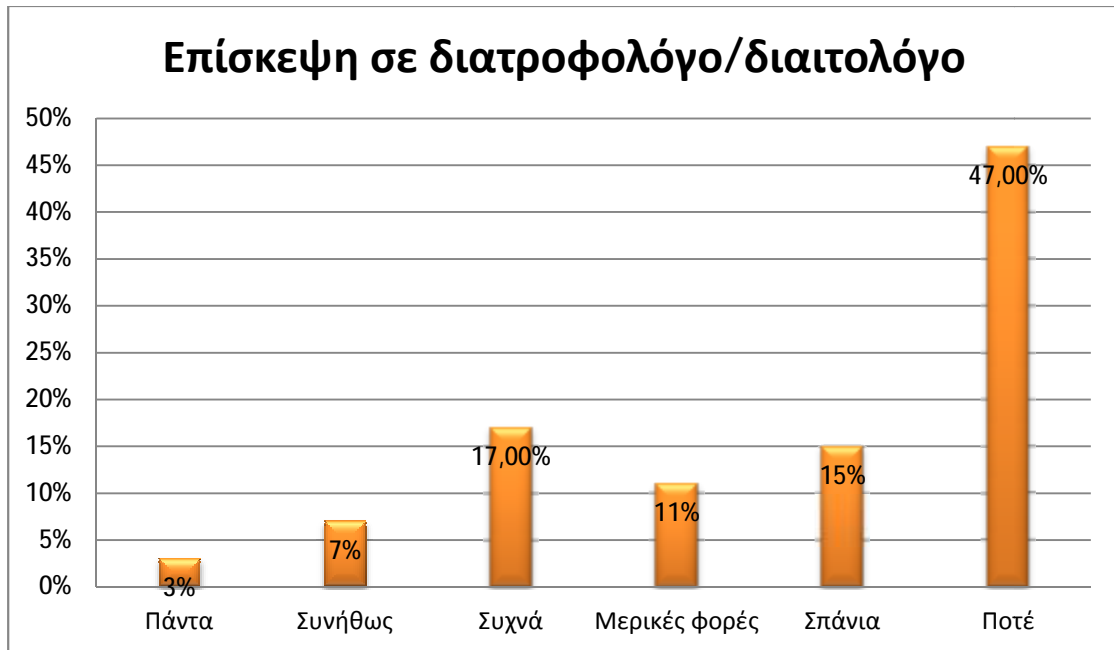
Σχεδιάγραμμα 27. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την εφαρμογή κάποιας δίαιτας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 44% δεν ακολουθεί κάποια δίαιτα ενώ το 56% ακολουθεί κάποια δίαιτα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 28. Επισκέπτεστε διατροφολόγο/διαιτολόγο;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	2	3.0
Συνήθως	5	7.0
Συχνά	12	17.0
Μερικές φορές	8	11.0
Σπάνια	11	15.0
Ποτέ	34	47.0
ΣΥΝΟΛΟ	72	100.0

Πίνακας 28. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 72 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν επισκέπτονται κάποιο διατροφολόγο/διαιτολόγο.



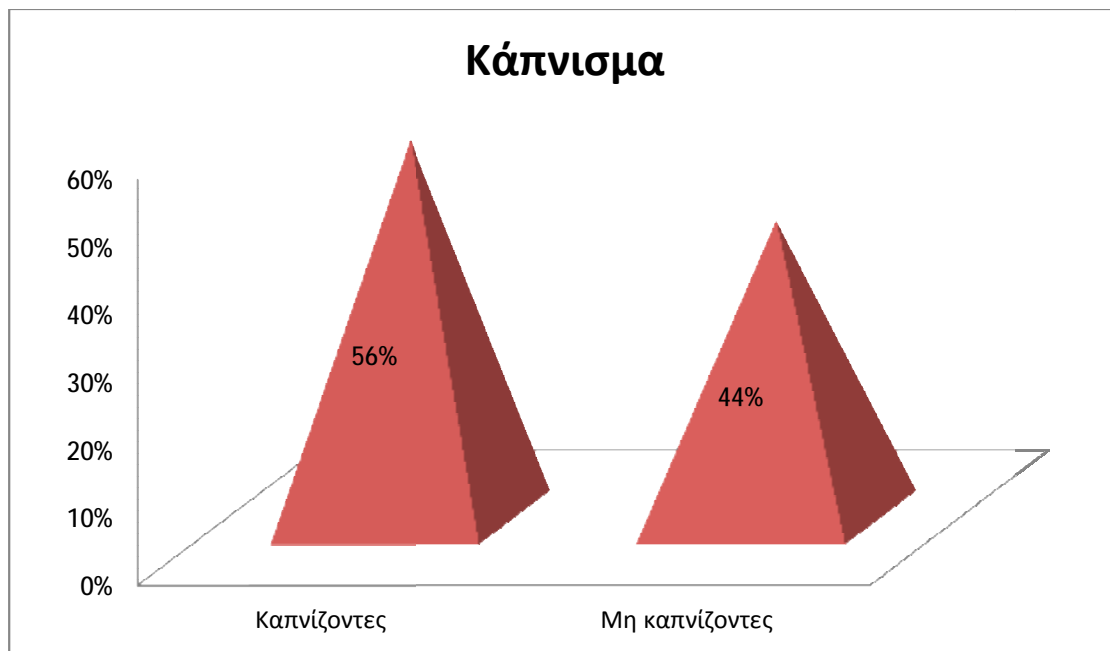
Σχεδιάγραμμα 28. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 72 ατόμων του δείγματος ως προς την επίσκεψη κάποιου διατροφολόγου/διαιτολόγου. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 47% ποτέ, το 17% συχνά, το 15% σπάνια, το 11% μερικές φορές, το 7% συνήθως και το 3% πάντα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 29. Καπνίζετε;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΝΑΙ	112	56.0
ΟΧΙ	88	44.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 29. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν καπνίζουν.



Σχεδιάγραμμα 29. Διάγραμμα στηλών πυραμίδας (τριών διαστάσεων) της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν καπνίζουν. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 56% καπνίζουν και το 44% δεν καπνίζουν.

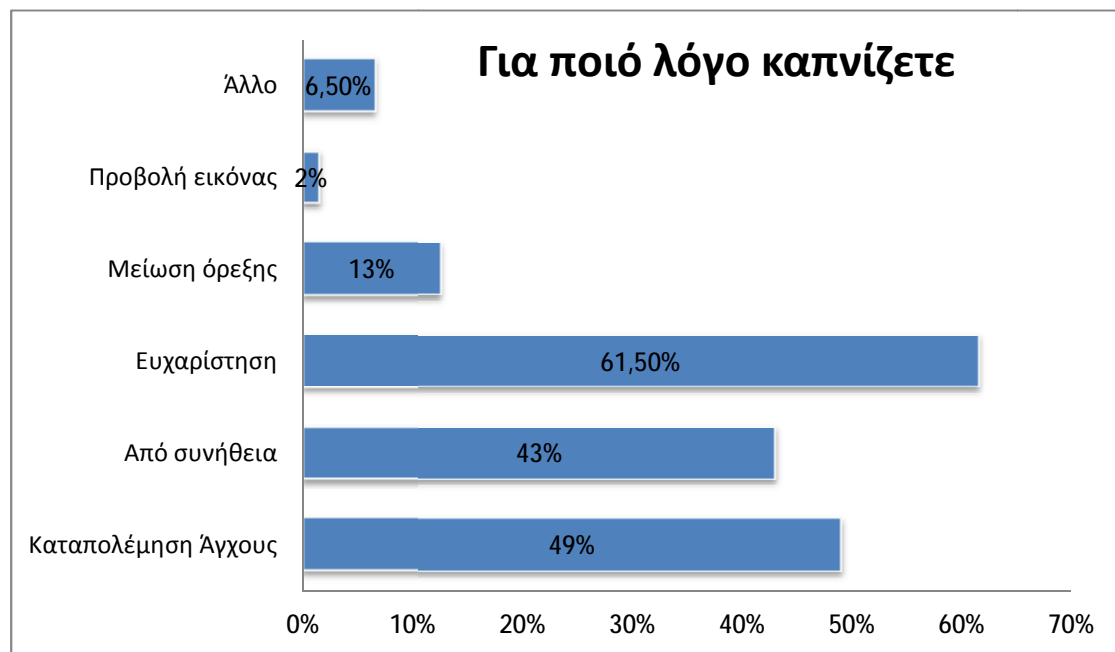
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 30. Αν ναι, για ποιο λόγο;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Καταπολέμηση Άγχους	55	49.0
Από συνήθεια	48	43.0
Ευχαρίστηση	69	61.5
Μείωση όρεξης	14	12.5
Προβολή εικόνας	2	1.5
Άλλο	7	6.5

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Καταπολέμηση Άγχους	55	49.0
Από συνήθεια	48	43.0
Ευχαρίστηση	69	61.5
Μείωση όρεξης	14	12.5
Προβολή εικόνας	2	1.5
Άλλο	7	6.5
ΣΥΝΟΛΟ	112	100.0

Πίνακας 30. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 112 ατόμων του δείγματος ως προς το τον λόγο για τον οποίο καπνίζουν (αν καπνίζουν).



Σχεδιάγραμμα 30. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 112 ατόμων του δείγματος ως προς το τον λόγο για τον οποίο καπνίζουν (αν καπνίζουν). Από την ανάλυση των

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

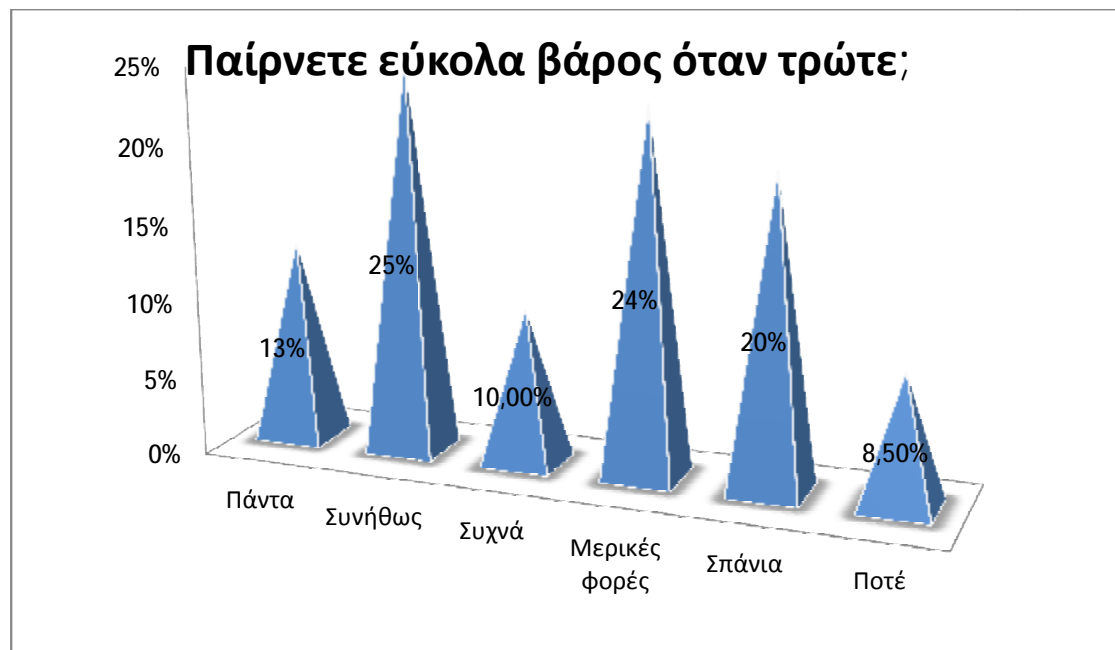
αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 61,5% καπνίζουν για ευχαρίστηση, το 49% για την καταπολέμηση του άγχους, το 43% από συνήθεια, το 12,5 % για μείωση όρεξης, το 6,5% για κάποιον άλλο λόγο , το 10% συχνά και το 1,5% για προβολή εικόνας.

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Ερώτηση 31. Όταν τρώτε παίρνετε εύκολα βάρος;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	26	13.0
Συνήθως	50	25.0
Συχνά	20	10.5
Μερικές φορές	47	23.5
Σπάνια	40	20.0
Ποτέ	17	8.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 31. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν παίρνουν εύκολα βάρος όταν τρώνε.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

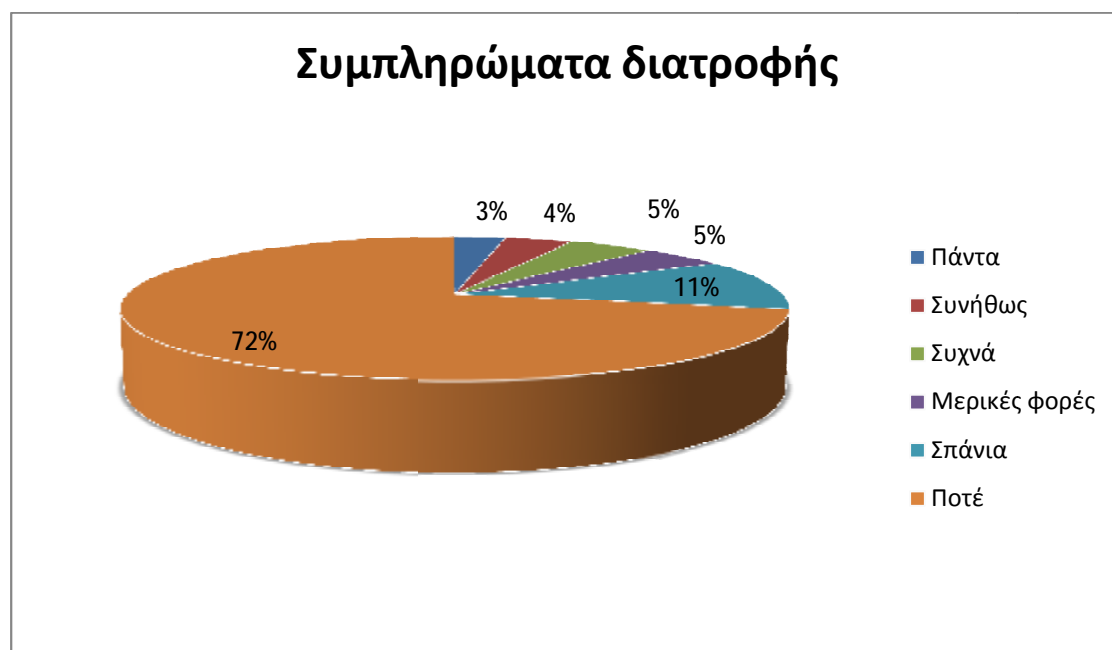
Σχεδιάγραμμα 31. Διάγραμμα στηλών πυραμίδας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν παίρνουν εύκολα βάρος όταν τρώνε. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 25% συνήθως, το 23,5% μερικές φορές, το 20% σπάνια, το 13% πάντα, το 10% συχνά και το 8,5% ποτέ.

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Ερώτηση 32. Χρησιμοποιείτε συμπληρώματα διατροφής (βιταμίνες/σκευάσματα);

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	6	3.0
Συνήθως	8	4.0
Συχνά	10	5.0
Μερικές φορές	10	5.0
Σπάνια	23	11.5
Ποτέ	145	72.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 32. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνες/σκευάσματα).



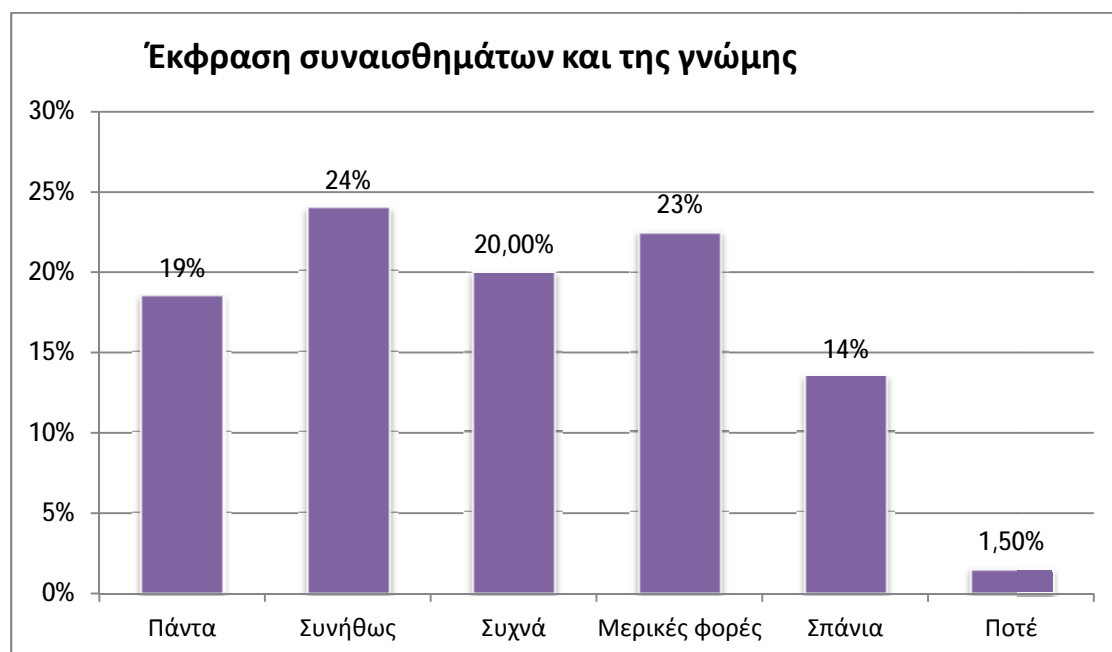
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 32. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής (βιταμίνες/σκευάσματα). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 72,5% ποτέ, το 11,5% σπάνια, το 5% συχνά, το 5% μερικές φορές, το 4% συνήθως και το 3% πάντα.

Ερώτηση 33. Εκφράζετε εύκολα τα συναισθήματα και τη γνώμη σας;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	37	18.5
Συνήθως	48	24.0
Συχνά	40	20.0
Μερικές φορές	45	22.5
Σπάνια	27	13.5
Ποτέ	3	1.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 33. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν εκφράζουν εύκολα τα συναισθήματα και τη γνώμη τους.



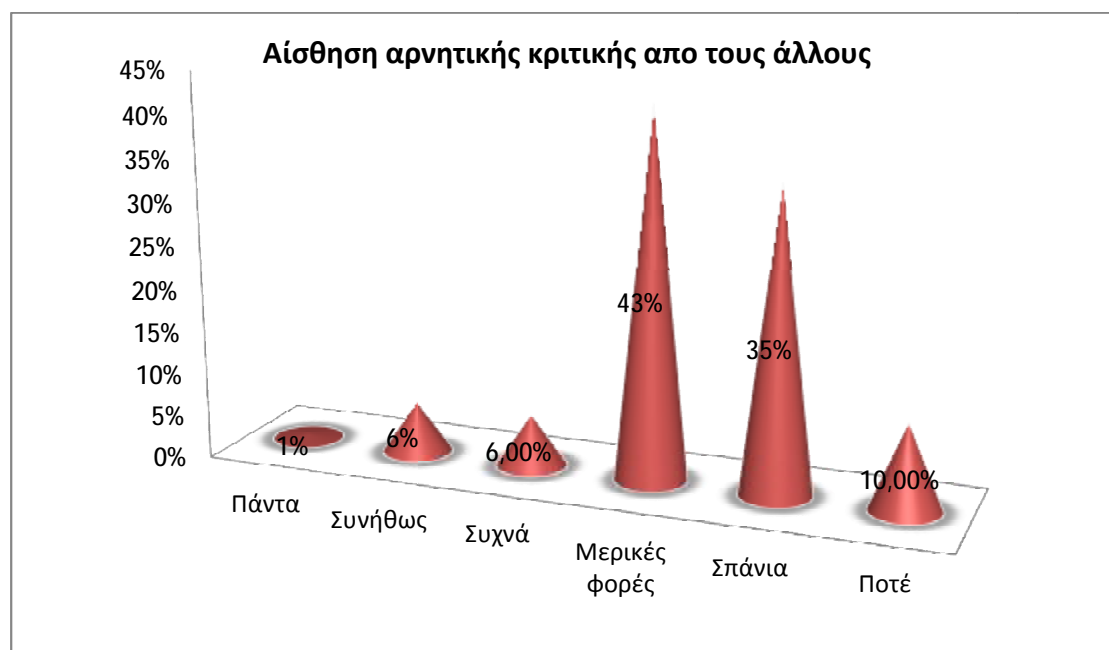
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 33. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν εκφράζουν εύκολα τα συναισθημάτα του και τη γνώμη τους. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 24% συνήθως, το 22,5% μερικές φορές, το 20% συχνά, το 18,5% πάντα, το 13,5% σπάνια και το 1.5% ποτέ.

Ερώτηση 34. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι σας κρίνουν πάντα με αρνητικό τρόπο;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	1	0.5
Συνήθως	12	6.0
Συχνά	12	6.0
Μερικές φορές	85	42.5
Σπάνια	70	35.0
Ποτέ	20	10.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 34. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι οι άλλοι τους κρίνουν πάντα με αρνητικό τρόπο.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 34. Διάγραμμα κωνικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι οι άλλοι τους κρίνουν πάντα με αρνητικό τρόπο. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 42,5% μερικές

φορές, το 35% σπάνια, το 10% ποτέ, το 6% συχνά, το 6% συνήθως και το 0.5% πάντα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 35. Συγκρίνετε τον εαυτό σας στην εμφάνιση και το βάρος με άλλους ανθρώπους;

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	7	3.5
Συνήθως	12	6.0
Συχνά	28	14.0
Μερικές φορές	67	33.5
Σπάνια	55	27.5
Ποτέ	31	15.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 35. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την σύγκριση της εμφάνισης και του βάρους τους με άλλους ανθρώπους.



Σχεδιάγραμμα 35. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την σύγκριση της εμφάνισης και του βάρους τους με άλλους ανθρώπους. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 33,5% μερικές

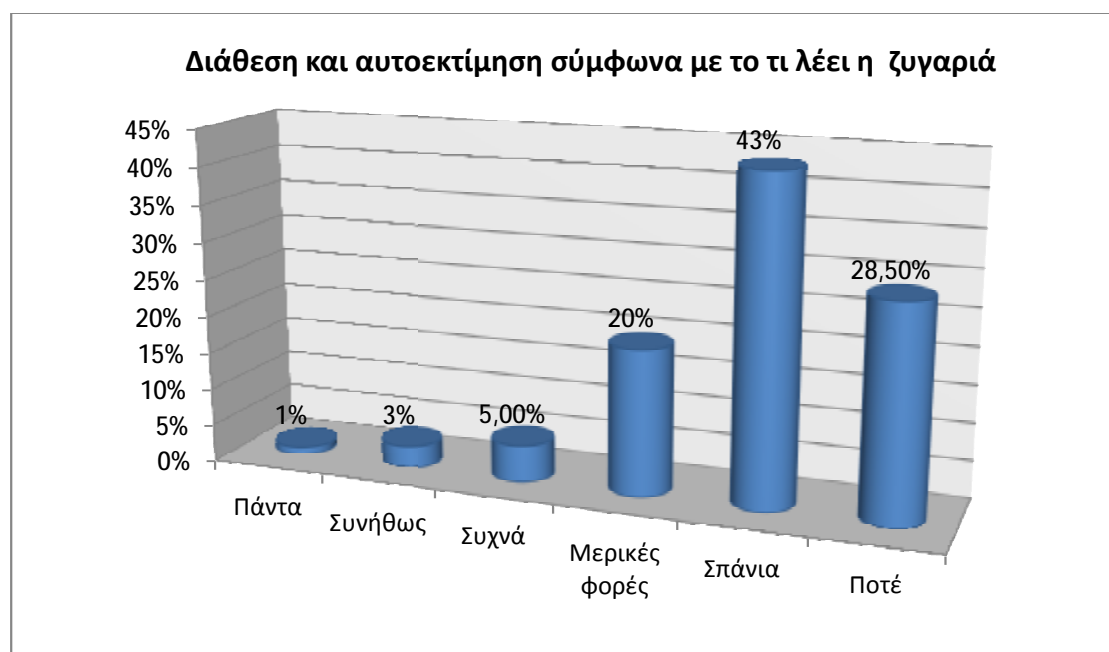
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

φορές, το 27,5% σπάνια, το 15,5% ποτέ, το 14% συχνά, το 6% συνήθως και το 3.5% πάντα.

Ερώτηση 36. Ζυγίζεστε συχνά και ο αριθμός στη ζυγαριά επηρεάζει την διάθεσή ή την αυτοεκτίμησή σας για την υπόλοιπη ημέρα;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	2	1.0
Συνήθως	6	3.0
Συχνά	10	5.0
Μερικές φορές	39	19.5
Σπάνια	86	43.0
Ποτέ	57	28.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 36. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν ζυγίζονται συχνά και ο αριθμός της ζυγαριάς υπαγορεύει την διάθεσή τους ή την αυτοεκτίμησή τους για το υπόλοιπο της ημέρας.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 36. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν ζυγίζονται συχνά και ο αριθμός της ζυγαριάς υπαγορεύει την διάθεσή τους ή την αυτοεκτίμησή τους για το υπόλοιπο της μέρας.

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

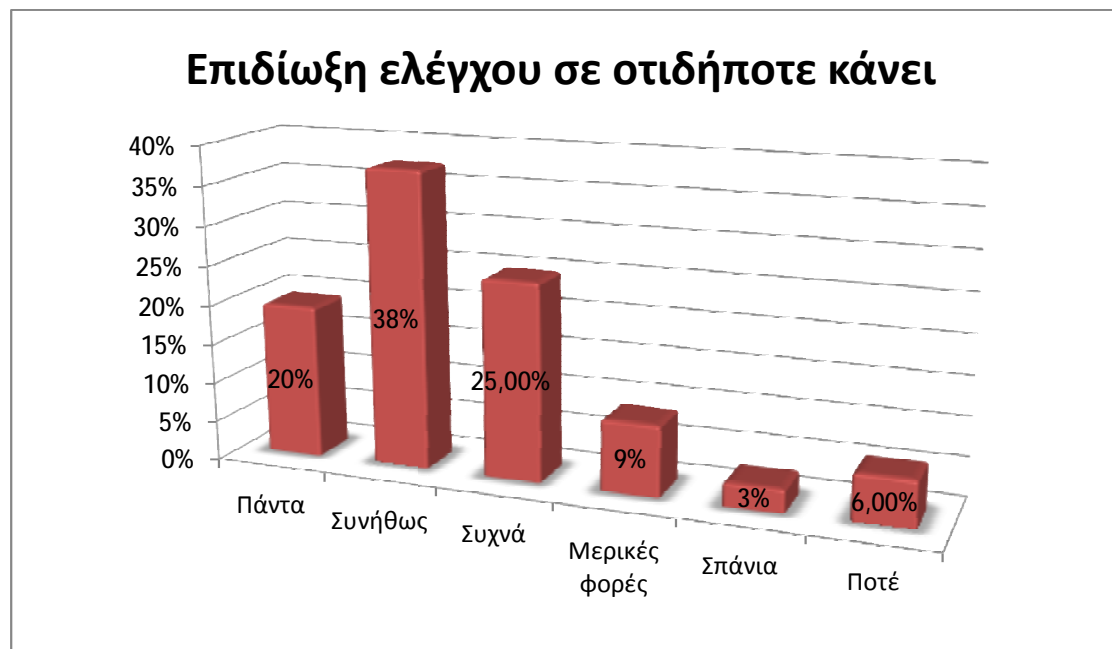
Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 43% σπάνια, το 28,5% ποτέ, το 19,5% μερικές φορές, το 5% συχνά, το 3% συνήθως και το 1% πάντα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 37. Είστε ένα άτομο που επιδιώκει να έχει τον έλεγχο σε ότι κάνει;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	39	19.5
Συνήθως	75	37.5
Συχνά	50	25.0
Μερικές φορές	18	9.0
Σπάνια	6	3.0
Ποτέ	12	6.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 37. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν είναι άτομα που επιδιώκουν να έχουν τον έλεγχο σε οτιδήποτε κάνουν.



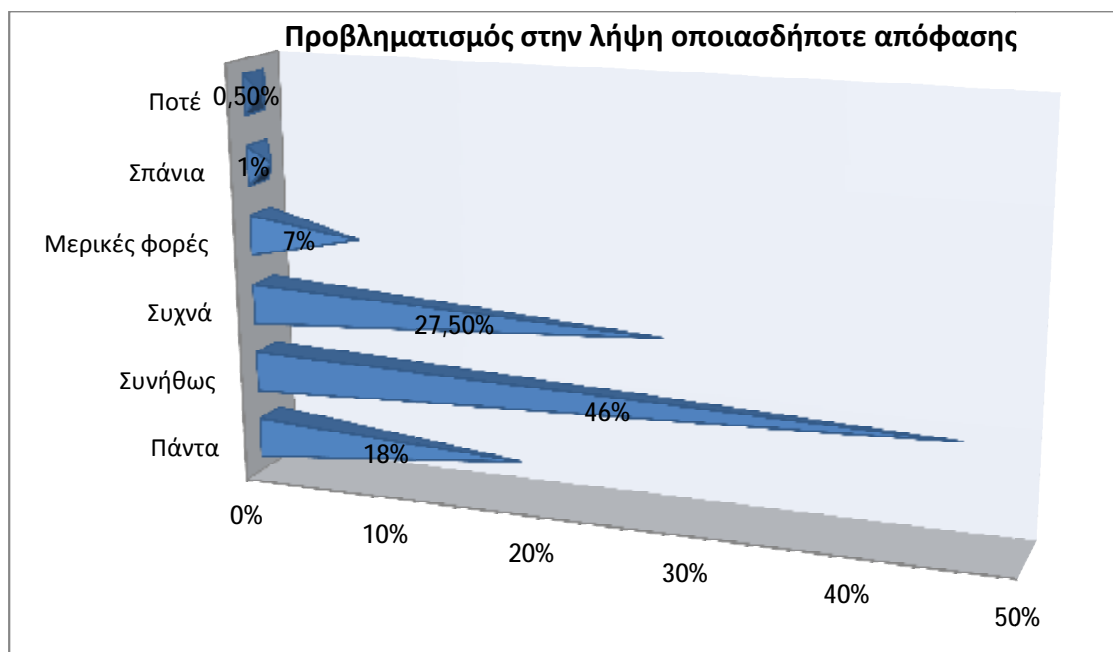
Σχεδιάγραμμα 37. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν είναι άτομα που επιδιώκουν να έχουν τον έλεγχο σε οτιδήποτε κάνουν. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 37% συνήθως, το 25% συχνά, το 19,5% πάντα, το 9% μερικές φορές, το 6% ποτέ και το 3% σπάνια.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 38. Προβληματίζεστε όταν χρειάζεται να πάρετε οποιαδήποτε απόφαση;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	36	18.0
Συνήθως	92	46.0
Συχνά	55	27.5
Μερικές φορές	14	7
Σπάνια	2	1.0
Ποτέ	1	0.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 38. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν προβληματίζονται όταν χρειάζεται να πάρουν οποιαδήποτε απόφαση.



Σχεδιάγραμμα 38. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν προβληματίζονται όταν χρειάζεται να πάρουν οποιαδήποτε

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

απόφαση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 46% συνήθως, το 27,5% συχνά, το 18% πάντα, το 7% μερικές φορές, το 1% σπάνια και το 0.5% ποτέ.

Ερώτηση 39. Μετά από κάθε γεύμα τι αισθάνεστε;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πληρότητα	39	19.5
Ευχαρίστηση	75	37.5
Ενοχές	50	25.0
Άγχος	18	9.0
Άλλο	6	3.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 39. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αίσθηση που έχουν μετά από κάθε γεύμα.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

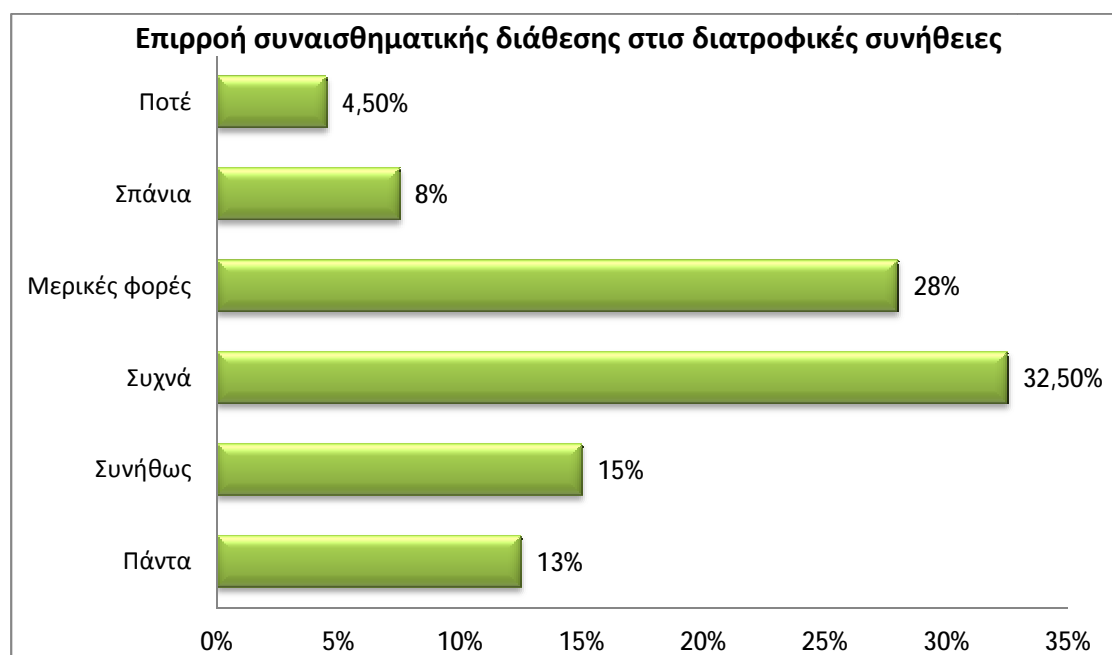
Σχεδιάγραμμα 39. Διάγραμμα κυλινδρικών στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αίσθηση που έχουν μετά από κάθε γεύμα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 39% αισθάνονται ευχαρίστηση μετά από ένα γεύμα, το 21% πληρότητα, το 19% άλλο, το 12% άγχος και το 11% ενοχές.

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Ερώτηση 40. Η συναισθηματική σας διάθεση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	25	12.5
Συνήθως	30	15.0
Συχνά	65	32.5
Μερικές φορές	56	28.0
Σπάνια	15	7.5
Ποτέ	9	4.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 40. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η συναισθηματική τους διάθεση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 40. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η συναισθηματική τους διάθεση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 32,5% συχνά, το 28% μερικές φορές, το 15% συνήθως, το 12,5% πάντα, το 7,5% σπάνια και το 4,5% ποτέ.

Ερώτηση 41. Έχετε την αίσθηση ότι έχετε πάρει κιλά ακόμη και αν οι άλλοι σας λένε όχι;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	17	8.5
Συνήθως	23	11.5
Συχνά	30	15.0
Μερικές φορές	24	12.0
Σπάνια	63	31.5
Ποτέ	43	21.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 41. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι έχουν πάρει κιλά ακόμα και αν οι άλλοι τους λένε όχι.



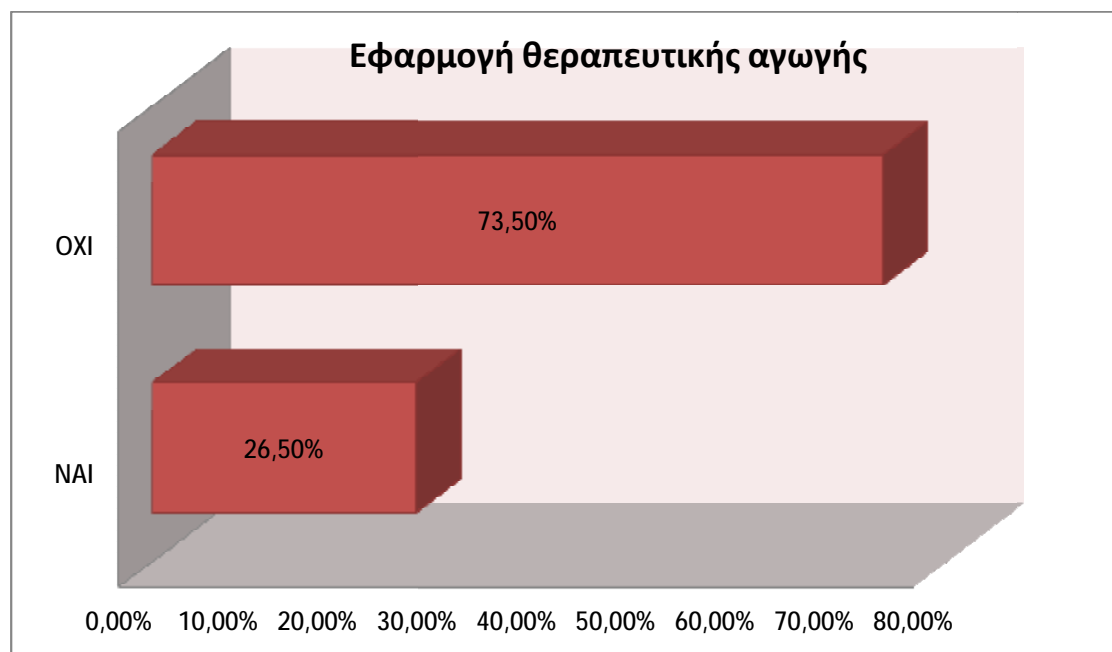
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 41. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι έχουν πάρει κιλά ακόμα και αν οι άλλοι τους λένε όχι. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 31,5% σπάνια, το 21,5% ποτέ, το 15% συχνά, το 12% μερικές φορές, το 11,5% συνήθως και το 8,5% πάντα.

Ερώτηση 42. Ακολουθείτε κάποια θεραπευτική αγωγή;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΝΑΙ	53	26.5
ΟΧΙ	147	73.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 42. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής.



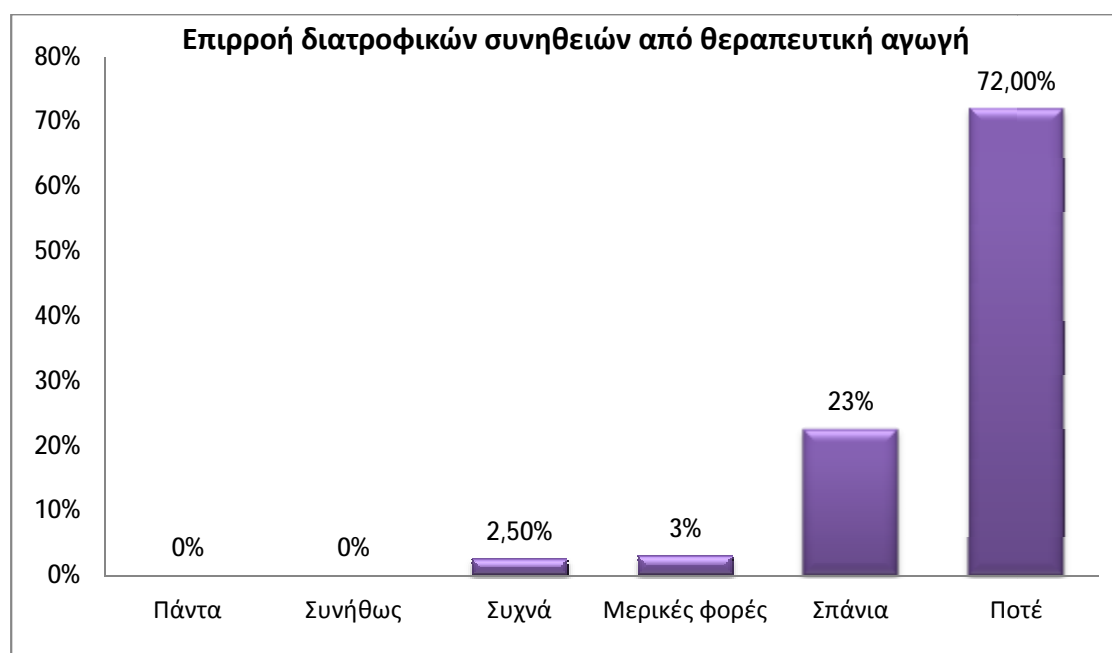
Σχεδιάγραμμα 42. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την παρακολούθηση κάποιας θεραπευτικής αγωγής. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 73,5% δεν ακολουθεί κάποια θεραπευτική αγωγή ενώ το 26,5% ακολουθεί κάποια θεραπευτική αγωγή.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 43. Η εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	0	0.0
Συνήθως	0	0.0
Συχνά	1	2.5
Μερικές φορές	2	3.0
Σπάνια	12	22.5
Ποτέ	38	72.5
ΣΥΝΟΛΟ	53	100.0

Πίνακας 43. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 53 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες.



Σχεδιάγραμμα 43. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής επηρεάζει τις διατροφικές

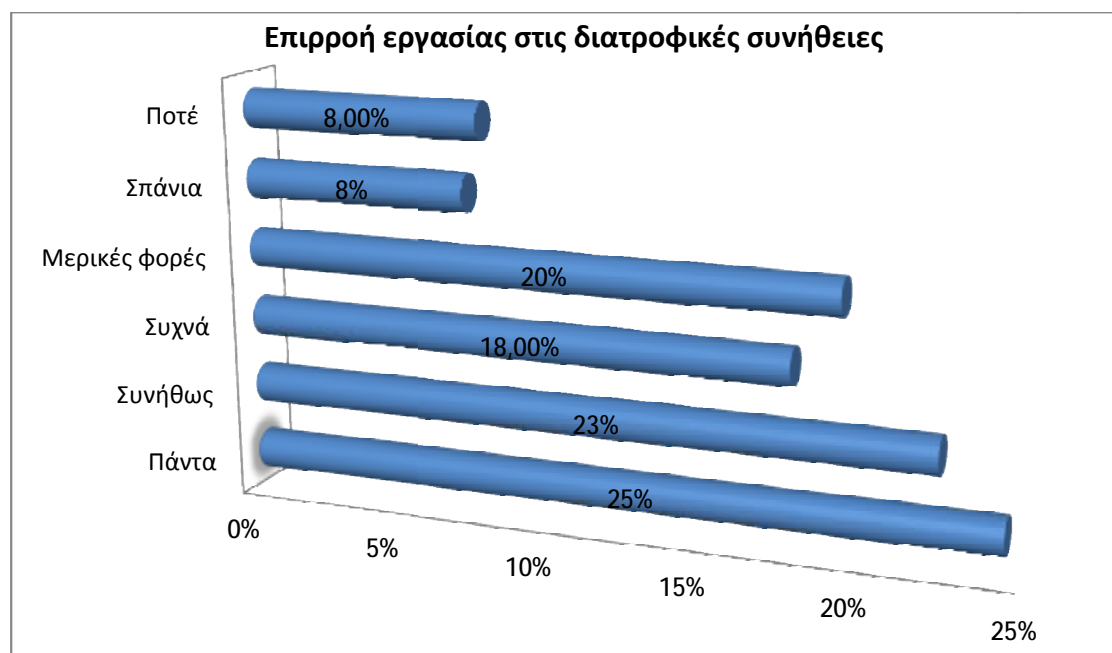
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

τους συνήθειες. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 72,5% ποτέ, το 22,5% σπάνια, το 3% μερικές φορές, το 2,5% συχνά, το 0% συνήθως και το 0% πάντα.

Ερώτηση 44. Εάν εργάζεστε, η εργασία επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	39	24.5
Συνήθως	36	22.5
Συχνά	29	18
Μερικές φορές	31	19.5
Σπάνια	12	7.5
Ποτέ	13	8.0
ΣΥΝΟΛΟ	53	100.0

Πίνακας 44. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 53 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η εργασία επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 44. Διάγραμμα στηλών κυλίνδρων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η εργασία επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 24,5% πάντα, το 22,5% συνήθως 19,5% μερικές φορές, το 18% συχνά, το 8% ποτέ και το 7,5% σπάνια.

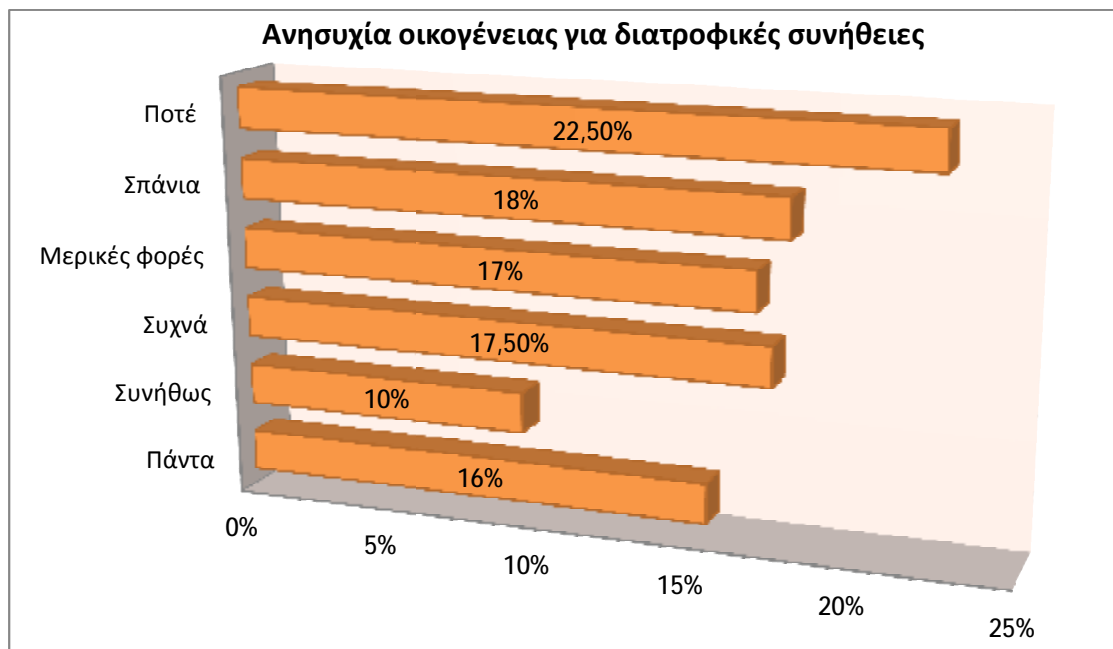
Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 45. Η οικογένειά σας και οι φίλοι σας ανησυχούν για τις διατροφικές σας συνήθειες;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	31	15.5
Συνήθως	19	9.5
Συχνά	35	17.5
Μερικές φορές	34	17
Σπάνια	36	18
Ποτέ	45	22.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 45. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η οικογένειά τους και οι φίλοι τους ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες.



Σχεδιάγραμμα 45. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν η οικογένειά τους και οι φίλοι τους ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 22,5% ποτέ, το

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

18% σπάνια, το 17,5% συχνά, το 17% μερικές φορές, το 15,5% πάντα και το 9,5% συνήθως.

Ερώτηση 46. Είστε διαρκώς σε δίαιτα, μετράτε θερμίδες και νιώθετε ότι έχετε δοκιμάσει κάθε σχεδιάγραμμα διαίτας;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	11	5.5
Συνήθως	13	6.5
Συχνά	26	13.0
Μερικές φορές	40	20.0
Σπάνια	53	26.5
Ποτέ	57	28.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 46. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι είναι διαρκώς "σε δίαιτα", μετράνε θερμίδες και νιώθουν ότι έχουν δοκιμάσει κάθε σχεδιάγραμμα διαίτας.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 46. Διάγραμμα στηλών πυραμίδων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν έχουν την αίσθηση ότι είναι διαρκώς "σε δίαιτα", μετράνε θερμίδες και νιώθουν ότι έχουν δοκιμάσει κάθε σχεδιάγραμμα διαίτας. Από

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

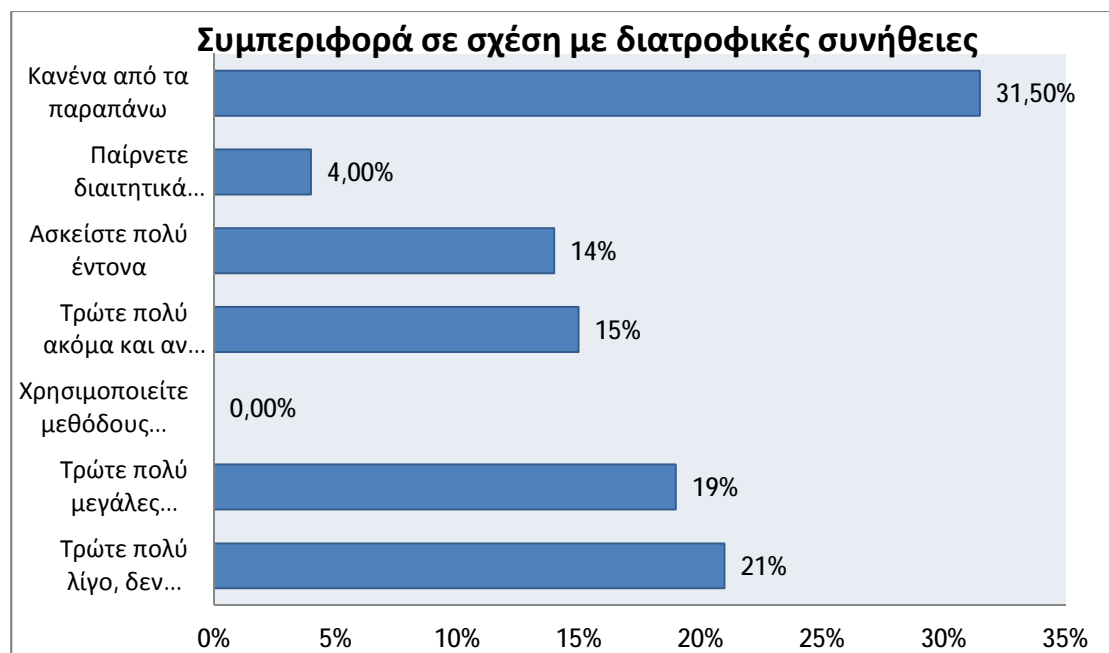
την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 28,5% ποτέ, το 26,5% σπάνια, το 20% μερικές φορές, το 13% συχνά, το 6,5% συνήθως και το 5,5% πάντα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 47. Σε σχέση με την διατροφική σας συμπεριφορά συνηθίζετε να:

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Τρώτε πολύ λίγο, δεν τρώτε καθόλου, κάνετε αυστηρή δίαιτα	42	21.5
Τρώτε πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα	38	19.0
Χρησιμοποιείτε μεθόδους όπως η πρόκληση εμετού για να αποβάλετε ότι έχετε φάει	0	0.0
Τρώτε πολύ ακόμα και αν δεν είστε πεινασμένος	30	15.0
Ασκείστε πολύ έντονα	28	14.0
Παίρνετε διαιτητικά χάπια για να περιορίσετε την όρεξη	8	4.0
Κανένα από τα παραπάνω	63	31.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 47. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς τις συνήθειές τους σε σχέση με την διατροφική τους συμπεριφορά.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 47. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς τις συνήθειές τους σε σχέση με την διατροφική τους συμπεριφορά. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 31,5 % δεν έχει καμία από τις παραπάνω

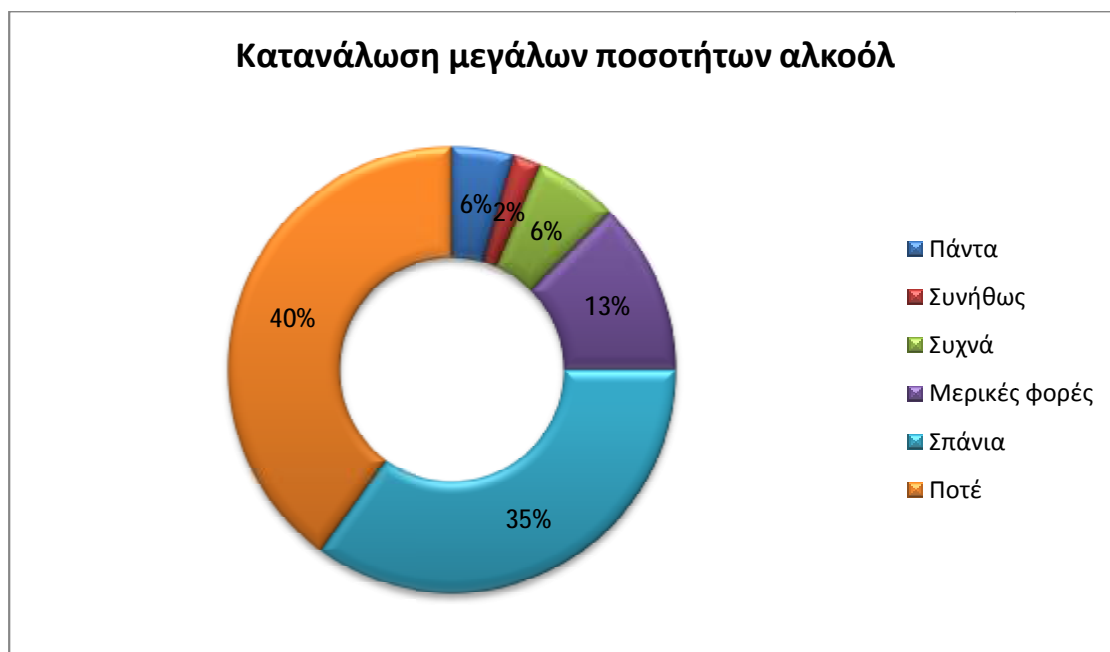
συμπεριφορές, το 21% τρώει πολύ λίγο/δεν τρώει καθόλου/κάνει αυστηρή δίαιτα, το 19% τρώνε πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα, το 15% τρώνε πολύ ακόμα και εάν δεν είναι πεινασμένοι, το 14% ασκείτε πολύ έντονα, το 4% παίρνει διαιτητικά χάπια για να περιορίσει την όρεξη και 0% χρησιμοποιεί μεθόδους όπως η πρόκληση εμετού για να αποβάλουν ότι έχουν φάει.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 48. Καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	9	4.5
Συνήθως	4	2.0
Συχνά	12	6.0
Μερικές φορές	25	12.5
Σπάνια	70	35.0
Ποτέ	80	40.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 48. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ.



Σχεδιάγραμμα 48. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Από την ανάλυση των

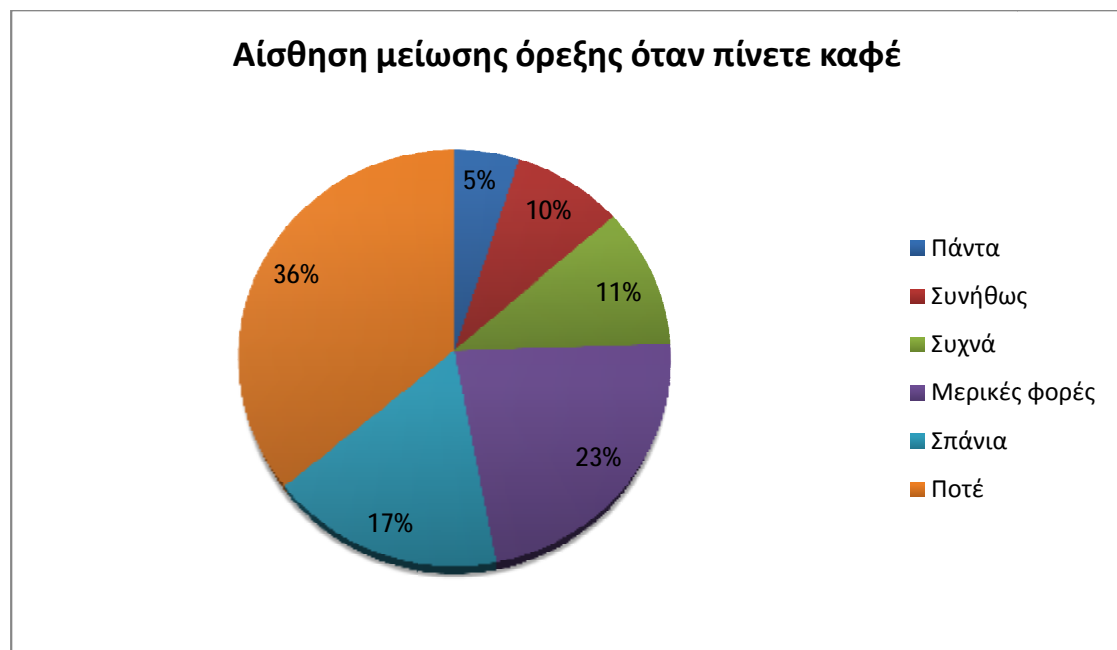
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 40% ποτέ, το 35% σπάνια, το 12,5% μερικές φορές, το 6% συχνά, το 4,5% πάντα και το 2% συνήθως.

Ερώτηση 49. Όταν πίνετε καφέ αισθάνεστε ότι μειώνετε η όρεξή σας;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	10	5.0
Συνήθως	17	8.5
Συχνά	22	11.0
Μερικές φορές	45	22.5
Σπάνια	34	17.0
Ποτέ	72	36.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 49. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αίσθηση μείωσης της όρεξης όταν πίνουν καφέ.



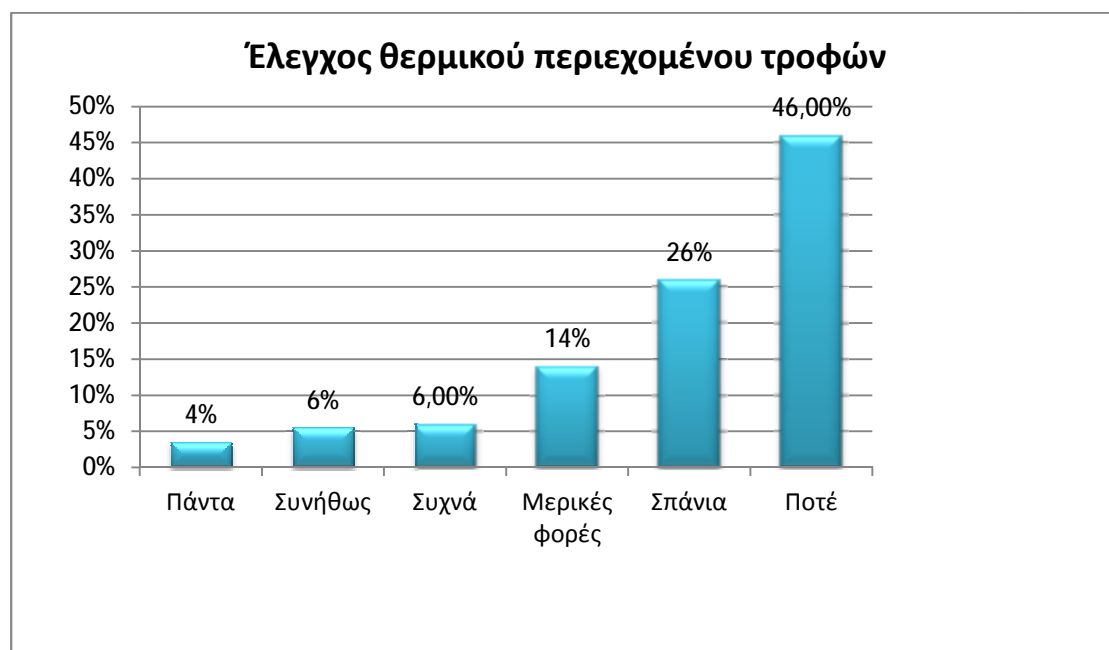
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 49. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αίσθηση μείωσης της όρεξης όταν πίνουν καφέ. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 36% ποτέ, το 22,5% μερικές φορές, το 17% σπάνια, το 11% συχνά, το 8,5% συνήθως και το 5% πάντα.

Ερώτηση 50. Προσέχετε το θερμικό περιεχόμενο των τροφών που τρώτε;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	7	3.5
Συνήθως	11	5.5
Συχνά	12	6.0
Μερικές φορές	28	14.0
Σπάνια	50	25.0
Ποτέ	92	46.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 50. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την προσοχή του θερμικού περιεχομένου των τροφών που τρώνε.



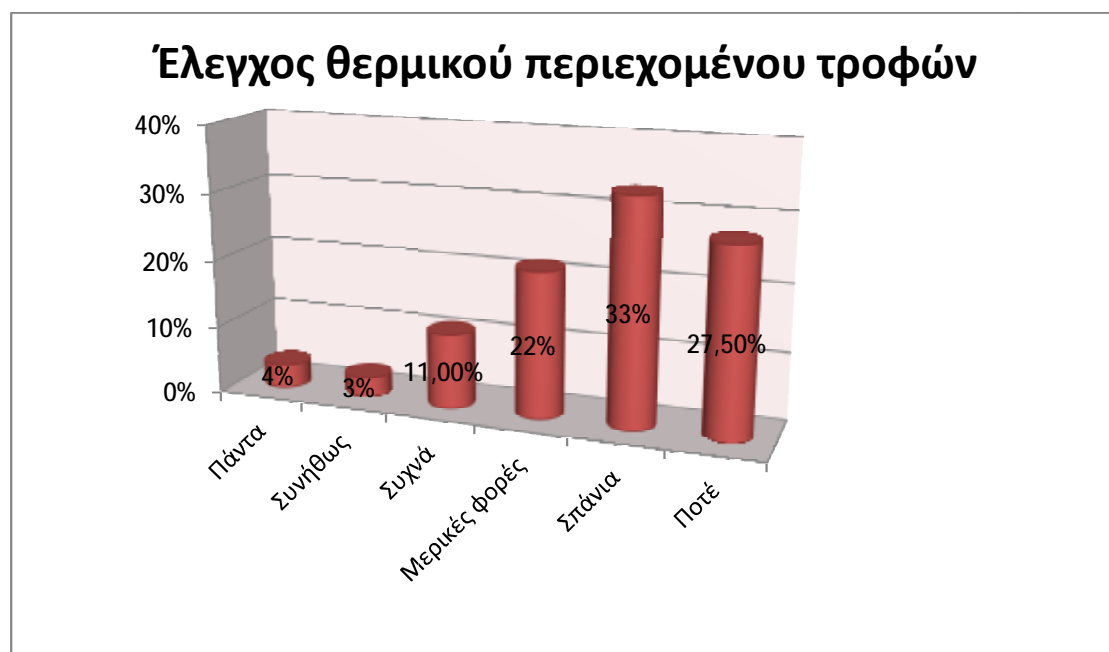
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 50. Διάγραμμα στηλών της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την προσοχή του θερμικού περιεχομένου των τροφών που τρώνε. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 46% ποτέ, το 25% σπάνια, το 14% μερικές φορές, το 6% συχνά, το 5,5% συνήθως και το 3,5% πάντα.

Ερώτηση 51. Αφιερώνετε πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Πάντα	8	4.0
Συνήθως	6	3.0
Συχνά	22	11.0
Μερικές φορές	43	21.5
Σπάνια	66	33.0
Ποτέ	55	27.5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 51. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αφιέρωση χρόνου και σκέψης στο φαγητό.



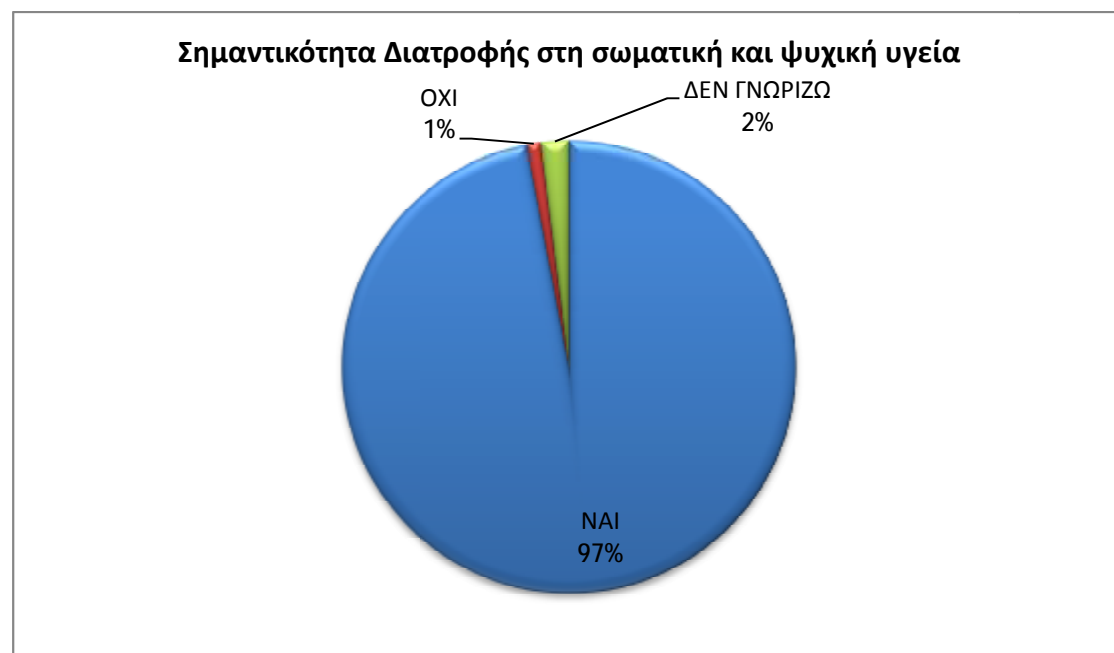
Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 51. Διάγραμμα στηλών κυλίνδρων της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς την αφιέρωση χρόνου και σκέψης στο φαγητό. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 33% σπάνια, το 27,5% ποτέ, το 21,5% μερικές φορές, το 11% συχνά, το 4% πάντα και το 3% συνήθως.

Ερώτηση 52. Πιστεύετε ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου;

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΝΑΙ	194	97.0
ΟΧΙ	2	1.0
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	2.0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100.0

Πίνακας 52. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές) των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου.



Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Σχεδιάγραμμα 52. Διάγραμμα πίτας της κατανομής των 200 ατόμων του δείγματος ως προς το εάν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 97% πιστεύουν πως ναι, το 2% δεν γνωρίζει και το 1% πιστεύει πως όχι.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

10.6. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί μέσω των βιβλιογραφικών πηγών και της ερευνητικής διαδικασίας να αποδείξει κατά πόσο η διατροφή συμβάλλει στην ψυχική

υγεία των ατόμων. Συγκεκριμένα ο γενικός στόχος της έρευνας ήταν να είναι, κατά πόσο η διατροφή συμβάλλει στην βελτίωση ή την επιδείνωση της ψυχικής υγείας.

Για να ολοκληρωθεί η μελέτη αυτή, στηρίχτηκε στους εξής επιμέρους στόχους:

1. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Διατροφής και της Ψυχικής Υγείας
2. Διερεύνηση των κινήτρων που οδηγούν στην υγιεινή ή ανθυγιεινή διατροφή
3. Το προφίλ των ατόμων που πιθανόν να έχουν διατροφικές διαταραχές
4. Διερεύνηση του κατά πόσο το άγχος και η συναισθηματική διάθεση των ατόμων έχει άμεση επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά ή και το αντίστροφο
5. Ο προσδιορισμός του εάν τα άτομα μπορούν να συσχετίσουν την διατροφή με την ψυχική τους υγεία

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν σύμφωνα με τους παραπάνω στόχους, αναλύονται με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε στην έρευνά μας, (η συχνότητα της διατροφής – πόσο πλήρης και ισορροπημένη είναι – η επίδραση των συνθηκών στις διατροφικές συνήθειες – η επιρροή της ψυχικής διάθεσης στην διατροφική συμπεριφορά – συσχέτιση διατροφής και ψυχικής υγείας) και είναι τα παρακάτω:

10.6.1. Συχνότητα διατροφής

Ο καθορισμός της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτελεί την πιο απλή και παράλληλα μια αναδρομική μέθοδο.. Ζητείται από τα άτομα η συχνότητα της κατανάλωσης συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων. Μέσω της έρευνας που πραγματοποιήσαμε καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των ερωτώμενων που ξεκινάει την ημέρα του πάντα με πρωινό αντιστοιχεί σε ποσοστό μόλις 7%. Ακολουθεί το ποσοστό 33% συνολικά, που τρώει πρωινό συχνά ή συνήθως, 27% μερικές φορές, ενώ μόλις το 4% των ερωτώμενων δεν τρώει ποτέ πρωινό. Σε ότι αφορά τα υπόλοιπα γεύματα διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι τρώνε τα κυρίως Διατροφή και Ψυχική Υγεία

γεύματα, που είναι το μεσημεριανό σε ποσοστό 92% και το βραδινό σε ποσοστό 71%. Εδώ, αξίζει να παρατηρήσουμε ότι παραλείπει το βραδινό φαγητό ένα σημαντικό ποσοστό, 29%. Ακολουθούν τα άτομα που παραλείπουν το δεκατιανό και το απογευματινό σε ποσοστό 42% και 29% αντίστοιχα.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δεν ακολουθούν την συχνότητα των γευμάτων που θα πρέπει και κυρίως το πρωινό που αποτελεί από τα βασικότερα γεύματα. Σύμφωνα με την θεωρία, τα γεύματα που πρέπει να καταναλώνονται ημερησίως είναι 4-6 και είναι σημαντικό να περιέχουν όλες τις ομάδες τροφίμων. Το πρωινό είναι απαραίτητο διότι συγκεντρώνει το 1/3 των ημερησίων θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται ο άνθρωπος ώστε να ξεκινήσει την ημέρα του με ενέργεια και διάθεση. (BELENTZAS, ΤΡΙΑΔΗ, 1999).

10.6.2 Πλήρης και ισορροπημένη διατροφή

Στην ερώτηση τι περιλαμβάνει το καθημερινό διαιτολόγιο των ερωτώμενων, βλέπουμε ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό 62% καταναλώνει δημητριακά, ακολουθεί επίσης ένα υψηλό ποσοστό 56% που τρώει γαλακτοκομικά, 42,5% λαχανικά, 35% φρούτα, 22% κρέας και εδώ παρατηρούμε ότι ένα πολύ χαμηλό ποσοστό της τάξεως 3% καταναλώνει ψάρι. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε αντίφαση με την ερώτηση πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν ψάρι, όπου ένα ποσοστό 31% απαντά ότι δεν τρώει ποτέ ψάρι, γεγονός που μας προβληματίζει, αφενός μεν δεν είναι τόσο έγκυρη η απάντησή τους σε αυτό, αφετέρου δε, εάν πράγματι ισχύει αυτό το ποσοστό 31%, διαπιστώνουμε ότι μία πολύ σημαντική πηγή διατροφής, πλούσια σε ω-3 λείπει από το καθημερινό διαιτολόγιό τους.

Σε ότι αφορά την ερώτηση πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν (Λαχανικά – Όσπρια – Γλυκά- Σνακς – Αναψυκτικά - Κόκκινο κρέας – Ψάρι – Πουλερικά – Τυρί/Γάλα/Γιαούρτι) βλέπουμε ότι ένα υψηλό ποσοστό 68,5% περίπου καταναλώνει λαχανικά τρεις με τέσσερις φορές ή και σε καθημερινή βάση. Το 21% τρώει λιγότερες από δύο φορές την εβδομάδα λαχανικά, ενώ το 12% αναφέρει ότι δεν

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

τρώει ποτέ. Όσπρια από δύο έως και παραπάνω φορές την εβδομάδα καταναλώνει το ποσοστό 45,5%. Το 42% τρώει έως μία φορά την εβδομάδα, ενώ το 12% απαντά ποτέ. Γλυκά από τρεις φορές την εβδομάδα έως και κάθε ημέρα καταναλώνει το ποσοστό 45%. Λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα, τρώει γλυκά το ποσοστό 39,5%, ενώ το 5,5% απαντά ποτέ. Όσον αφορά τα σνακς, παρατηρούμε ότι το

ποσοστό που τα καταναλώνει παραπάνω από τρεις φορές έως κάθε ημέρα είναι υψηλό και αγγίζει το 66,5%. Το 21,5% απαντά λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα και το 12%, ποτέ. Αναψυκτικά από τρεις έως και κάθε ημέρα καταναλώνει το ποσοστό 51%. Το 32% καταναλώνει αναψυκτικά λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα, ενώ το 17% αναφέρει ότι δεν πίνει ποτέ αναψυκτικά. Κόκκινο κρέας από τρεις έως και τέσσερις φορές την εβδομάδα καταναλώνει το ποσοστό 49%. Λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα καταναλώνει το ποσοστό 42,5%, ενώ το 8% απαντά, ποτέ. Ψάρι από δύο έως και τέσσερις φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 21%, λιγότερο από δύο φορές το 47,5%, ενώ ένα υψηλό ποσοστό 31%, αναφέρει ότι δεν τρώει ποτέ ψάρι. Πουλερικά από τρεις έως και τέσσερις φορές την εβδομάδα καταναλώνει το ποσοστό 65%, 33% λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα, ενώ μόλις το 2% απαντά καθημερινά. Γαλακτοκομικά προϊόντα από τέσσερις φορές έως και καθημερινά, παρατηρούμε ότι καταναλώνει ένα υψηλό ποσοστό που φτάνει και το 78%, ενώ το 22% καταναλώνει γαλακτοκομικά λιγότερο από δύο φορές. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό που δεν τρώει γαλακτοκομικά προϊόντα είναι μηδέν. Φρούτα από τρεις φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά καταναλώνει ένα υψηλό ποσοστό 63%. Το 18,5% τρώει φρούτα λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 17,5% απαντά ποτέ.

Στην ερώτηση πόσο συχνά καταναλώνουν έτοιμο φαγητό παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό της τάξεως 20% καταναλώνει από τέσσερις φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά, 42,5% λιγότερο από δύο φορές, ενώ το 37% απαντά ότι δεν καταναλώνει ποτέ έτοιμο φαγητό. Στην ερώτηση το που τρώνε συνήθως, το 72% ένα υψηλό ποσοστό, απάντησε στο σπίτι, το 18% οπουδήποτε, το 8% στην δουλειά τους και μόνο το 2% απάντησε σε ταχυφαγεία.

Σε ότι αφορά την άσκηση και πόσο συχνά ασκούνται, το 82% απάντησε ότι γυμνάζονται συχνά από τρεις φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά, ενώ το 18% απάντησε αρνητικά, δηλαδή, δεν γυμνάζονται ποτέ. Το είδος της άσκησης με το Διατροφή και Ψυχική Υγεία

οποίο ασχολούνται οι ερωτώμενοι διαφοροποιείται κάπως με την προηγούμενη ερώτηση, διότι εδώ παρατηρούμε ότι το 100 της % ασχολείται είτε με γυμναστική, ή με ποδήλατο, με ομαδικό άθλημα ή με το περπάτημα και με άλλο είδος άσκησης. Πιθανόν ορισμένοι, κυρίως ηλικιωμένα άτομα να μην κατανόησαν καλά κάποια ερώτηση από τις δύο σχετικά με την άσκηση.

Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων που αγγίζει το 70% ακολουθούν μία μεγάλη ποικιλία τροφίμων, γεγονός που συνάδει με την θεωρία, ότι μία πλήρης και ισορροπημένη διατροφή περιλαμβάνει τις παραπάνω κατηγορίες τροφίμων οι οποίες είναι πλούσιες σε βιταμίνες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, μεταλλικά στοιχεία, λιπαρά οξέα, αμινοξέα, κ.α. Άλλωστε μια ισορροπημένη διατροφή γίνεται για να ξαναδώσει στον οργανισμό εκείνες τις ενέργειες που καταναλώνονται σε κάποιο χρόνο, το 24ωρο που διανύει το άτομο. Το κύριο χαρακτηριστικό σε αυτή την διατροφική αγωγή είναι η υγιεινή που πρέπει να αποφεύγονται διαταραχές στον οργανισμό, είτε από υπερβολές είτε από ελλείψεις. Επιπροσθέτως, ο συνδυασμός της άσκησης με μία ισορροπημένη διατροφή βοηθά όχι μόνο στην διατήρηση του κανονικού βάρους, αλλά και στην διατήρηση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας. (ΓΚΟΥΜΑΣ, ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ, 1988).

10.6.3. Συνθήκες καθημερινότητας και διατροφή

Σε ότι αφορά το μέρος που συνήθως επιλέγουν να γευματίσουν ή είναι αναγκαία επιλογή τους, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος μας 72% μπορεί και τρώει στο σπίτι, το 18% απάντησε οπουδήποτε, το 8% τρώει στη δουλειά ενώ ένα μικρό ποσοστό 2% τρώει στα ταχυφαγεία. Άρα στο σύνολο των ατόμων που τρώνε εκτός σπιτιού ανέρχεται στο 28%. Παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που τρώει σπίτι (72%) διαπιστώνουμε ότι από τους 200 ερωτώμενους περίπου το 1/4 του συνόλου (28%) εργάζονται εκ των οποίων οι περισσότεροι απάντησαν ότι η δουλειά επηρεάζει στις διατροφικές συνήθειές τους (24% πάντα, 22% συνήθως, 18% συχνά και 19,5% μερικές φορές) ενώ μόλις 7,5% τους επηρεάζει σπάνια και το ποσοστό 8% απάντησε ότι δεν τους επηρεάζει καθόλου.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Στην ερώτηση εάν πίνουν καφέ, όπως ήταν αναμενόμενο το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 77% απάντησε θετικά ενώ δεν πίνουν καφέ το 22.5%. Όσον αφορά το κατά πόσο η κατανάλωση καφέ μειώνει την όρεξη για φαγητό, απάντησε το σύνολο κατανομής των 155 ατόμων του δείγματός μας και από την

ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 28% μερικές φορές, το 21% σπάνια, 21% ποτέ, το 14% συχνά, το 10% συνήθως και το 6% πάντα.

Σε ότι αφορά την εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής, το μεγαλύτερο ποσοστό 73,5% απάντησε ότι δεν ακολουθεί κάποια θεραπευτική αγωγή, ενώ το 26,5% δηλώνει ότι ακολουθεί. Εάν επηρεάζει η θεραπευτική αγωγή στις διατροφικές τους συνήθειες το 72,5% απάντησε αρνητικά, το 22,5% σπάνια, το 3% μερικές φορές και το 2,5% απάντησε συχνά.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στα άτομα που εργάζονται κυρίως πολλές ώρες, αλλάζουν οι διατροφικές τους συνήθειες, ο περιορισμένος χρόνος ενδεχομένως δεν τους επιτρέπει να τρώνε ένα θρεπτικό σπιτικό φαγητό και οι περισσότεροι από αυτούς επιλέγουν να τρώνε «στο πόδι». Άρα δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες βιταμίνες και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός γεγονός που τους κάνει επιρρεπείς στη πίεση της δουλειάς και τις αντίξοες συνθήκες της καθημερινότητας. Πέραν τούτου, αλλάζουν διαρκώς και οι εξωτερικοί παράγοντες. Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερα επαγγέλματα χαρακτηρίζονται από μικρότερη σωματική δραστηριότητα και σε πολλές περιπτώσεις αυξημένες αποδοχές. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν σημαντικά τις επιλογές τροφίμων και τις διατροφικές ανάγκες.

Σε ότι αφορά την καφεΐνη, μία κούπα καφέ (-100 mg καφεΐνης) έχει γλυκογόνο – προστατευτική δράση κατά τη διάρκεια των πρώτων 15 λεπτών μετά την πρόσληψή της και οδηγεί σε βελτίωση του χρόνου αντίδρασης μετά από 30 λεπτά. Ωστόσο, η ανάγκη για καφεΐνη είναι ταχεία και χρειάζεται να αντισταθμιστεί με την πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας. Η πρόσληψη -600mg οδηγεί σε επίπεδα καφεΐνης στα ούρα που θεωρείται doping.

Στην εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής και σε ποιο βαθμό αυτή μπορεί να επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες γνωρίζουμε μέσω των βιβλιογραφικών πηγών ότι υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στα τρόφιμα και τα φάρμακα η οποία μπορεί να συμβεί σε διάφορα επίπεδα. (ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2008).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

10.6.4. Η επιρροή της ψυχικής διάθεσης στην διατροφική συμπεριφορά

Στην προσπάθειά μας να διερευνήσουμε την επιρροή που μπορεί να έχει η ψυχική διάθεση των ατόμων στην διατροφική τους συμπεριφορά, διατυπώσαμε μία σχετική κατηγορία ερωτήσεων εκ των οποίων διακρίναμε τις πιο σημαντικές.

Στην ερώτηση εάν τα άτομα συγκρίνουν τον εαυτό τους στην εμφάνιση και το βάρος με άλλους ανθρώπους, το 53,5% απάντησε (μερικές φορές – συχνά), το 27,5% απάντησε σπάνια, το 15,5% ποτέ, ενώ ένα ποσοστό του 3,5% απάντησε πάντα.

Σε ότι αφορά την ερώτηση εάν ζυγίζονται συχνά και ο αριθμός στη ζυγαριά υπαγορεύει την διάθεσή τους ή την αυτοεκτίμησή τους για την υπόλοιπη ημέρα, το 43% δηλώνει σπάνια, το 28,5% ποτέ, το 27,5% απάντησε (μερικές φορές – συχνά) και μόνο το 1% απάντησε πάντα.

Όσον αφορά την ερώτηση εάν η συναισθηματική τους διάθεση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες, παρατηρούμε ότι ένα υψηλό ποσοστό 75,5% απάντησε (μερικές φορές – συχνά), το 12,5% πάντα, το 7,5% σπάνια και το 4,5% απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτηση εάν έχουν την αίσθηση ότι έχουν πάρει κιλά ακόμη και εάν οι άλλοι τους λένε όχι, το 38,5% απάντησε (μερικές φορές – συχνά), το 31,5% σπάνια, το 21,5% ποτέ και τέλος το 8,5% απάντησε πάντα.

Σε ότι αφορά την ερώτηση 47 σε σχέση με την διατροφική τους συμπεριφορά εάν συνηθίζουν «να τρώνε πολύ λίγο έως κανένα από τα παραπάνω», το 31,5% απάντησε καμία από τις παραπάνω, το 21% τρώει πολύ λίγο/δεν τρώει καθόλου/κάνει αυστηρή δίαιτα, το 19% τρώνε πολύ μεγάλες ποσότητες σε σύντομο χρονικό διάστημα, το 15% τρώνε πολύ ακόμη και εάν δεν είναι πεινασμένοι, το 14% ασκείται πολύ έντονα, ενώ το 4% παίρνει διαιτητικά χάπια ώστε να περιορίσει την όρεξη.

Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η συναισθηματική διάθεση των ατόμων επηρεάζει την πρόσληψη τροφής. Η επιλογή των φαγητών, η ποσότητα αλλά και η συχνότητα των γευμάτων μπορεί να συνδέεται με την ψυχολογία μας. Η ομοιόσταση της πρόσληψης τροφής είναι μία περίπλοκη διαδικασία, στην οποία σημαντικό ρόλο παίζουν οι μεταβολικές, ενδοκρινολογικές και νευρωνικές

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

διαδικασίες. Το σωματικό βάρος ενός ατόμου καθορίζεται από τους παράγοντες πείνα/κορεσμός και την πρόσληψη/κατανάλωση ενέργειας. Αποτελέσματα πολλών

ερευνών αποδεικνύουν ότι οι ψυχολογικές επιδράσεις επηρεάζουν κατά πολύ στην ρύθμιση της πρόσληψης της τροφής. Συναισθήματα όπως το άγχος, ο θυμός, η κατάθλιψη, η ευχαρίστηση μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην συμπεριφορά μας απέναντι στη διατροφή μας. Για παράδειγμα, το μακροχρόνιο παρατεταμένο στρες μπορεί και να οδηγήσει σε επιμένουσα απώλεια βάρους με αποτέλεσμα να ενεργοποιούνται νευρο-ενδοκρινολογικά συστήματα. Από την άλλη η συνήθεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα που οδηγεί σε αύξηση βάρους όταν η λήψη τροφής είναι σταθερή και άφθονη. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με την μέθοδο της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας χρησιμοποιείται ευρέως στις διατροφικές διαταραχές, όπως επίσης και διάφορα διατροφικά προγράμματα που είναι διαθέσιμα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των διαταραχών της πρόσληψης τροφής τα οποία μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή. (JOHNSON, 1991).

10.6.5. Συσχέτιση διατροφής και ψυχικής υγείας

Στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και την ψυχική τους υγεία προκύπτει ότι το 97% το πιστεύει, το 2% απάντησε ότι δεν γνωρίζει και το 1% θεωρεί πως η διατροφή δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην σωματική και την ψυχική τους υγεία.

Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών η διατροφή και η ψυχική υγεία είναι δύο έννοιες αλληλένδετες μεταξύ τους. Η έλλειψη ή η πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών ουσιών μπορεί να βελτιώσει ή και να επιδεινώσει την ψυχική κατάσταση του ατόμου προκαλώντας διάφορες ψυχικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη της οποίας η εμφάνιση είναι πολύ συνηθισμένη κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα αποτελέσματα των ίδιων ερευνών αποδεικνύουν ότι η υγιεινή διατροφή λειτουργεί προληπτικά αλλά και θεραπευτικά τόσο στην σωματική, πνευματική όσο και στην ψυχική υγεία του ατόμου. (HORWITT, 2009).

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

10.6.6. Γενικά συμπεράσματα

Από την ερευνητική διαδικασία που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν τα εξής σημαντικά συμπεράσματα:

Στο σύνολο των ερωτώμενων το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί στις γυναίκες 70,5% έναντι των ανδρών που είναι 29,5%. Αυτό μας βοηθάει να κατανοήσουμε ορισμένα πράγματα. Οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 18 έως και 50 ετών, προσέχουν περισσότερο την διατροφή τους, είτε τρώνε λιγότερο σε σχέση με τους άνδρες, είτε εφαρμόζουν κάποια δίαιτα έχοντας στο μυαλό τους την εικόνα ενός καλλίγραμμου σώματος. Το γεγονός αυτό έγκειται στο βάρος τους ανάλογα με το ύψος τους. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι τα συναισθήματά τους διαφέρουν από εκείνα των ανδρών σε ότι αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες. Επίσης, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερο άγχος και ενοχές μετά από κάθε γεύμα διότι φοβούνται μήπως πάρουν περισσότερα κιλά και αυτό επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία τους. Ακόμη, συγκρίνοντας και τις ηλικίες, καταλήγουμε στο γενικό συμπέρασμα, ότι η διατροφή και η συχνότητα αυτής, διαφέρει ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Εδώ παρατηρούμε ότι κυρίως οι έφηβοι και άτομα ηλικίας έως 25 ετών, είναι περισσότερο ευάλωτοι και παρορμητικοί ως προς τις διατροφικές τους προτιμήσεις.

Συγκρίνοντας τα επαγγέλματα διαπιστώνουμε ότι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν περισσότερο άγχος σε σχέση με την επαγγελματική τους πορεία και την καθημερινότητα από ότι εκείνους που εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι. Συνεπώς, επηρεάζεται και η διατροφική τους συμπεριφορά. Οι επιδράσεις είναι πολλές και ποικίλες. Οι πολιτιστικές και οι κοινωνικές παίζουν σημαντικό ρόλο. Ευρήματα ερευνών δείχνουν ότι το άγχος και η πίεση της δουλειάς επηρεάζουν όχι μόνο τις διατροφικές επιλογές αλλά και άλλους τομείς της ζωής τους. (DEVINE, CONNORS, SOBAL, BISOGNI, 2003). Επιπλέον, προκύπτουν και σημαντικά θέματα των ανισοτήτων στην πρόσβαση των τροφίμων για τα χαμηλά εισοδήματα και τις μειονοτικές ομάδες. Ορισμένοι ίσως να έχουν λιγότερα ή να επιλέγουν να ξοδεύουν λιγότερα χρήματα για την διατροφή τους, με αποτέλεσμα να μην προμηθεύονται τα απαραίτητα τρόφιμα ώστε να κάνουν μία σωστή διατροφή και να

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

είναι υγιείς. (STORY, KAPHINGST, ROBINSON O' BRIEN, GLANZ, 2008). Επιπλέον, αποδεικνύεται, ανεξάρτητα από το επάγγελμα ή την ιδιότητα, ότι ο τρόπος

ζωής και το επίπεδο δραστηριότητας του κάθε ατόμου, συμβάλλει στις διατροφικές του συνήθειες. Όμως και οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου επηρεάζουν την ανάπτυξή του, την αποδοτικότητά του, την ψυχική του διάθεση, την εξέλιξή του καθώς και την αντίσταση του οργανισμού στα διάφορα νοσήματα.

Τέλος, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο σκοπός της έρευνάς μας επιτεύχθηκε, δηλαδή, η Διατροφή και η Ψυχική Υγεία σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους, κάτι που καταδεικνύεται τόσο από την θεωρία όσο και από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και τα οποία συνάδουν με την θεωρία της Ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας. Η υγιεινή διατροφή συμβάλλει στην ψυχική υγεία και η καλή ψυχική διάθεση βοηθάει στη σωστή επιλογή διατροφής.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την μελέτη της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε συνδυασμό με τα θεωρητικά δεδομένα της συγκεκριμένης εργασίας θα μπορούσαν να κατατεθούν ορισμένες προτάσεις προκειμένου να γνωστοποιηθεί περισσότερο και ευρέως η επίδραση που έχει η υγιεινή και η ισορροπημένη διατροφή στην σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Οι προτάσεις μας έχουν να κάνουν περισσότερο με την ελλιπή εκπαίδευση και ενημέρωση που θα πρέπει να ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια της ζωής των ατόμων. Επίσης η παρέμβαση με την χάραξη μιας πολιτικής σχετικά με την προώθηση της υγιεινής διατροφής των αρμόδιων φορέων, του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης και γενικότερα της ίδιας της πολιτείας είναι εξίσου σημαντική. Αναλυτικότερα προτείνουμε:

1. Εκπαίδευση από την οικογένεια

Οι γονείς θα πρέπει να μαθαίνουν στα παιδιά τους από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, να τρέφονται υγιεινά, αρχίζοντας από το πρωινό και εν συνεχεία με πλήρη και συχνά γεύματα, ώστε να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται για την σωστή ανάπτυξη τους. Αλλωστε, ας μην ξεχνάμε ότι τα παιδιά έχουν περισσότερο ανάγκη από μία σωστή διατροφή διότι αυτή παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους: στην αυτοεκτίμησή τους και στις κοινωνικές τους σχέσεις. Να μπορέσουν να αναπτύξουν δεξιότητες και να μάθουν για να συνεχίζουν να τρέφονται υγιεινά καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους.

2. Εκπαίδευση και προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία

Το σχολείο είναι η δεύτερη δομή μετά την οικογένεια που συμβάλλει στην περαιτέρω διαπαιδαγώγηση και κοινωνικοποίηση του παιδιού. Οι δάσκαλοι σε συνεργασία με ειδικούς θα πρέπει να μεταφέρουν στα παιδιά εκτός των άλλων, τις θετικές επιδράσεις που έχει η υγιεινή διατροφή στην υγεία τους. Να υπάρχουν μαθήματα διατροφής ή προγράμματα που θα μεταδίδουν στα παιδιά πως και γιατί χρειάζεται να τρέφονται σωστά. Να αποφεύγουν τα συσκευασμένα με πολλά

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

συντηρητικά τρόφιμα από τα κυλικεία των σχολείων τα οποία είναι ανθυγιεινά και δεν προσφέρουν την κατάλληλη για τα παιδιά τροφή. Επιπλέον, να μάθουν ότι η

άσκηση είναι επίσης πολύ σημαντική και ωφέλιμη στην υγεία τους κίνητρο απαραίτητο που θα τα ωθήσει να συμμετέχουν σε πολλές σχολικές και φυσικές δραστηριότητες. Ο συνδυασμός της υγιεινής διατροφής και άσκησης θα προσφέρει στα παιδιά την ψυχική ευεξία, την διάθεση και κινητοποίησή τους για την ανάπτυξη των κοινωνικών τους σχέσεων και των δυνατοτήτων τους.

3. Ένταξη των επαγγελματιών υγείας στα σχολεία

Κρίνεται σκόπιμο και απαραίτητο να πραγματοποιηθεί η ένταξη των επαγγελματιών υγείας – ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί - στα σχολεία για την ενημέρωση, συμβουλευτική, πρόληψη και αντιμετώπιση διάφορων μορφών προβλημάτων που πιθανόν να υφίστανται πολλά παιδιά. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι κατάλληλα καταρτισμένοι και εκπαιδευμένοι, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς εργάζονται με τους μαθητές και τις οικογένειές τους για την αντιμετώπιση των κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων των παιδιών διευκολύνοντας έτσι την καλύτερη προσαρμογή και επίδοση τους στο σχολείο, καλλιεργώντας το πνεύμα συνεργασίας με τους συνομήλικους και τους δασκάλους, αποτρέποντας κάθε μορφή βίαιης συμπεριφοράς. Αναπτύσσουν διάφορα προγράμματα υποστήριξης των μαθητών προκειμένου να τους ενδυναμώσουν και να τους κατευθύνουν σε έναν ποιοτικό τρόπο ζωής τόσο μέσα στην σχολική κοινότητα όσο και έξω από αυτήν.

4. Προγράμματα Αγωγής Υγείας σε φορείς και την κοινότητα

Η υγιεινή διατροφή βοηθάει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Όμως για να γνωστοποιηθεί ευρέως και να γίνει τρόπος ζωής στα άτομα, θα πρέπει να πραγματοποιούνται προγράμματα Αγωγής Υγείας σε διάφορους φορείς, σχολεία, εκκλησία, δήμους και γενικότερα στην κοινότητα. Ένας απλός και σημαντικός τρόπος ενημέρωσης είναι οι ημερίδες από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης. Τα προγράμματα θα απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό, στα παιδιά, σε εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και θα προσφέρουν πολλές γνώσεις και πληροφορίες για την υγιεινή διατροφή και πως αυτή βελτιώνει την υγεία. Ομιλίες, συζητήσεις και πολλά θέματα που θα αναλύονται θα δώσουν την δυνατότητα κυρίως στα παιδιά και τους εφήβους αφού θα ενημερωθούν

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

για τους κινδύνους που παραμονεύουν μέσα από το κάπνισμα, το αλκοόλ και την χρήση ναρκωτικών ουσιών.

5. Περιβαλλοντική πολιτική και παρεμβάσεις

Η περιβαλλοντική πολιτική και οι παρεμβάσεις ίσως είναι από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για την βελτίωση της ποιότητας της διατροφής. Το περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην παραγωγή των διάφορων προϊόντων που πωλούνται και καταναλώνονται ευρέως στον πληθυσμό. Τα φυτοφάρμακα που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή, η ρύπανση της ατμόσφαιρας και οι χημικές ουσίες που προστίθενται στα τρόφιμα αλλοιώνουν την ποιότητα των τροφίμων και κυρίως επιβαρύνουν την υγεία των ατόμων. Για τον λόγο αυτό πρέπει πρώτα εμείς οι ίδιοι να διαφυλάξουμε το περιβάλλον όσο μπορούμε πιο καθαρό και συγχρόνως η πολιτεία πρέπει να παρέμβει δυναμικά λαμβάνοντας μέτρα για την προστασία και την βελτίωσή του.

6. Λήψη μέτρων και προγράμματα από την πολιτεία

Η ενημέρωση και η πληροφόρηση για την υγιεινή διατροφή θα πρέπει να γίνει πρωτίστως από την πολιτεία. Η χάραξη μιας πολιτικής για το κατά πόσο η υγιεινή διατροφή έχει θετικές επιδράσεις στην υγεία των ατόμων, θα μπορούσε να έχει περισσότερα αποτελέσματα. Να ληφθούν μέτρα από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την προώθηση της διατροφικής αγωγής στα σχολεία και στην αντικατάσταση των τροφίμων στα κυλικεία με υγιεινές για τα παιδιά τροφές, όπως φρέσκο γάλα και φρούτα. Παράλληλα το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αρμόδιο και υπεύθυνο για την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, θα πρέπει να προβάλλει ουσιαστικά το θέμα, μέσω διαφημιστικών σποτ και εκπομπών στο ραδιόφωνο και στην τηλεόραση. Επίσης, να αποστέλλονται ενημερωτικά φυλλάδια, σε οργανισμούς και διάφορους φορείς, στα νοσοκομεία, σε σχολεία κ.α. Η υγιεινή διατροφή συνδέεται άμεσα με την δημόσια υγεία και όπως δείχνουν τα τελευταία στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι δαπάνες περίθαλψης των διάφορων νοσημάτων, όπως η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, είναι πολύ περισσότερες. Συνεπώς, οι δράσεις και οι πολιτικές για την σημασία της υγιεινής διατροφής να πραγματοποιούνται συχνότερα και εντατικότερα, διότι η Υγεία είναι το υπέρτατο αγαθό σε κάθε χώρα.

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

1. Δαφερέρα Αναστασία (2001) *Ελλήνων διατροφή μέτρον άριστον* Εκδόσεις: Μπαλλίδης
2. Δερμιτζάκης Μ. (1988) *Περιβάλλον – Διατροφή και Ποιότητα Ζωής* Εκδόσεις: Θυμάρι
3. Μωρόγιαννης Φ., (2007) *Τετράδια Ψυχιατρικής Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων* No 98
4. Μωρόγιαννης Φ. (2003) *Τετράδια Ψυχιατρικής Οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία* No 82
5. Εμμανουηλίδου Κ. (2011) *Ψυχολογία της Διατροφής – Πως οι Διατροφικές Συνήθειες Αντανακλούν Τον Συναισθηματικό μας Κόσμο* Εκδόσεις: ΜΕΤΑΙΧΝΙΟ
6. Κυριαζή Ν. (1999) *Η κοινωνιολογική έρευνα* Αθήνα
7. Βελεντζάς Δ. Τριάδη Δ. (1999) *Θέματα Διατροφής – Διαιτολογίας* Εκδόσεις: ΛΙΒΑΝΗ
8. Στυλιανίδης Σ., Ζήση Α. (2012) *Επιστημονικό Περιοδικό Εγκέφαλος Ψυχολογία και Ψυχιατρική – Αγωγή και Προαγωγή Υγείας: Αποσαφηνίσεις και Προοπτικές* Τόμος 49, τεύχος 3
9. Καλλινικάκη Θ. (2009) *Κοινωνική Εργασία – Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας* Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
10. Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2000) *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα* Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα
11. Γκούμας-Κωτσιόπουλος (1988) *Υγεία: Οδηγός Υγιεινής* Εκδόσεις: ΔΟΜΙΚΗ
12. Πιπεράκης Σ. (2002) *Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή (οι διατροφικές συνήθειες, Ενημέρωση, Εκπαίδευση, Τρόπος Ζωής)* Εκδόσεις: Τυπωθήτω
13. Χαρίλα Ν. (2004) *Κρίσεις Υπερφαγίας – Γνωσιακοί μηχανισμοί και θεραπευτικές παρεμβάσεις*, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών – ΕΚΠΑ

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

14. Καρακατσάνης ΑΘ. Ν. (2012) *Συναισθήματα και διατροφικές συνήθειες* Επιστημονικό Περιοδικό SOULUTION Food & diet

15. Μάνθου, Μάλλιαρης (2012) *Η διατροφή επηρεάζει και την ψυχική υγεία*
Εφημερίδα ΝΕΑ
16. Τσολάκη Μ. (1999) *Ζώντας με την Νόσο Alzheimer* Alzheimer Europe –
Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer

Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία:

1. Marion Nestle, PhD, (1987), *Διατροφή στην Κλινική Πράξη* Μετάφραση:
Κατσιλάμπρος Ν. Εκδόσεις: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
2. Philip L. Rice (2005) *Η Ψυχολογία της Υγείας* Μετάφραση: Μπαρμπάτση Μ.,
Αντωνίου Α. Σ., Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ
3. Ogden Jane, (2000) *Ψυχολογία της Υγείας* Μετάφραση: Λουμάκου Μ.
Αντωνίου Α.Σ., Εκδόσεις: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ
4. Andrew Dalby (2001) *Σειρήνια Δείπνα: Ιστορία της Διατροφής και της*
Γαστρονομίας στην Ελλάδα Μετάφραση: Πατρικίου Ε. Πανεπιστημιακές
Εκδόσεις: ΚΡΗΤΗΣ
5. Michael J Cibney, Hester H Vorster, Frans J (2007) *Εισαγωγή στη διατροφή*
του Ανθρώπου Μετάφραση: Ματάλα Α. Α. Γιαννακούλια Μ. Εκδόσεις:
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ
6. Robson C. (2010) *Η Έρευνα Του Πραγματικού Κόσμου* Μετάφραση:
Βασιλικού Κ., Νταλάκου Β., Καλύβα Φ. Εκδόσεις: GUTENBERG
7. Cohen, L.M, K.M. (2008) *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας* Εκδόσεις:
ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ
8. Konrad Biesalski, H., Grimm P., (2008) *Εγχειρίδιο Διατροφής* Επιμέλεια:
Παπαβασιλείου Γ. Α. Εκδόσεις: ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
9. Giddens A., (2002) *Κοινωνιολογία* Μετάφραση: Τσαούσης Γ. Δ. Εκδόσεις:
GUTENBERG
10. Courtney Moore M. (2000) *Διαιτολογία* Επιμέλεια: Ε. Μαγκλάρα –
Κατσιλάμπρου, Α. Τσαρούχη, Θ. Κουρσουμπά, Ε. Λάππα Εκδόσεις: ΒΗΤΑ

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ιστοσελίδες:

1. Δρ. Χριστοδούλου, *Διαταραχή Συναισθηματικής Υπερφαγίας* (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid). [Πρόσβαση στις 12-10-13]
2. Υπουργείο Υγείας, *Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής* (<http://www.moh.gov.gr>) [Πρόσβαση στις 12-12-13]
3. Πηγή: Έκθεση UNICEF *Πρόοδος για τα παιδιά* (<http://www.Childinfo.org>) [Πρόσβαση στις 10-9-13].

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

1. Ogden J. (2003) *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior* Blackwell Publishing
2. French D., Nearden A., (1991) (University of Manchester, UK) *British Journal of Health Psychology* Publisher: Wiley – Blackwell
3. Young SN, (2002) *Clinical nutrition: 3. The fuzzy boundaries between nutrition and psychopharmacology* CMAJ
4. Young SN, (2007) *J Psychiatry Neurosci* Issue 32
5. Buist R, (1983) *The therapeutic Predictability of Tryptophan and Tyrosine in the Treatment of Depression, Int J Clin. Nutr Rev*
6. Skutsch GM, (1985) *Manic depression: a multiple hormone disorder* Biol Psychiatry
7. Yaryura – Tobias JA, Bhagaran HN, (1977) *L – tryptophan in obsessive – compulsive disorder* Am J Psychiatry
8. Javitt DC, Zylberman I, Zukin SR, Heresco – Levy U, Lindenmayer JP., (1994) *Amelioration of negative Symptoms in Schizophrenia by glycine* Am J Psychiatry
9. National Institute of Mental Health, (2002) *Nutrition and Professionals Health's* US Department of Health and Human Services Bethesda MD
10. Johnson C.L.Ph.D., (1991) *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* The Guilford Press New York – London

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- 11 Fox B.A., Cameron A.G. (1989) *Food Science, Nutrition and Health* London Edward Arnold
- 12 Mantzoros C.S. (2008) *Nutrition and Metabolism* Foundation A. Daskalopoulos Athens Greece
- 13 Polivy J., Herman C. P. (2002) CAUSES OF EATING DISORDERS, *Annual Review of Psychology* vol. 53: 187 – 213 Volume publication date February
- 14 Pirch L. L., Fisher J. O. (1997) *Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents* No 6 PEDIATRICS (ISSN 0031 4005) Copyright © 1998 by the American Academy of Pediatrics.
- 15 Devine C. M., Connors M. M., Sobal J. Bisogni C.A. (2003) *Sandwiching it in: Spillover of work onto food. Choices and Family roles in low – and moderate – income urban households* Social Science Medicine, Volume 56, Issue 3, February Pages 617 – 630
- 16 Story M., Kaphingst K. M., Robinson O’ Brien R., Glanz K. (2008) *Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches* Annual Review of Public Health Vol. 29: 253 – 272
- 17 Ashenberg Straussner S.L. (2008) *The Role of Social Workers in the Treatment of Addictions* Journal of Social Work Practice in the Addictions Volume 1, Issue 1
- 18 Horwitt M.K. (2009) *Nutrition in Mental Health* Nutrition Reviews Volume 23, Issue 10
- 19 Haydak M. H.(1970) *Honey Bee Nutrition* Annual Review of Entomology Volume Publication Date January Vol. 15: 143 - 156

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η έρευνά μας γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «**Διατροφή και Ψυχική Υγεία**». Στόχος της έρευνάς μας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της ψυχικής υγείας και κατά πόσο επηρεάζεται η ψυχική υγεία του ατόμου βάση των διατροφικών του συνηθειών. Ευελπιστούμε ότι μέσα από αυτή την μελέτη να προσδιορίσουμε, εάν συσχετίζεται η ψυχική υγεία με την διατροφή και εάν γενικά αναγνωρίζεται η σχέση αυτή από τα άτομα. Τέλος, θέλουμε να διερευνήσουμε τι ωθεί τα άτομα να ακολουθούν ορισμένες διατροφικές συμπεριφορές.

Βασικά Στοιχεία Ερωτώμενου

(τοποθετείστε ένα Χ μέσα στο αντίστοιχο κουτί αυτού που θέλετε να επιλέξετε)

1. **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα

2. **Βάρος:**

3. **Ύψος:**

4. **Ηλικία:**

15- 18 ετών

18 έως 25 ετών

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

26 έως 35 ετών

36 έως 55 ετών

56 και άνω

5. Επάγγελμα:

Δημόσιος υπάλληλος

Ιδιωτικός υπάλληλος

Ελεύθερος επαγγελματίας

Άνεργος

Συνταξιούχος

Φοιτητής

Μαθητής

1. Πριν ξεκινήσετε την ημέρα σας τρώτε πρωινό;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

2. Ποιό από τα παρακάτω γεύματα θα παραλείπατε ευκολότερα;

Πρωινό

- Δεκατιανό
- Μεσημεριανό
- Απογευματινό
- Βραδινό
- Κανένα από τα παραπάνω

3. Που τρώτε συνήθως:

- α) Σπίτι
- β) Στη δουλειά
- γ) Σε ταχυφαγεία
- δ) Οπουδήποτε

4. Πίνετε καφέ;

- Ναι Όχι

5. Αν ναι, πόσο συχνά;

- α) 1-2 φορές την ημέρα

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- β) 2-3 φορές την ημέρα
- γ) 3-4 φορές την ημέρα
- δ) Παραπάνω από τέσσερις φορές την ημέρα

6. Τι περιλαμβάνει το καθημερινό σας διαιτολόγιο:

(Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα)

- α) Κρέας
- β) Ψάρι
- γ) Φρούτα
- δ) Λαχανικά
- ε) Δημητριακά
- ζ) Γαλακτοκομικά

7. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε από τα παρακάτω:

(τοποθετείστε ένα X μέσα στο αντίστοιχο κουτί αυτού που θέλετε να επιλέξετε)

	1-2 φορές	2-3 φορές	3-4 φορές	Καθημερινά	ποτέ
Λαχανικά					
Όσπρια					
Γλυκά					
Σνακς					
Αναψυκτικά					
Κόκκινο κρέας					
Ψάρι					
Πουλερικά					
Τυρί/Γάλα/Γιαούρτι					
Φρούτα					

8. Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό;

α) Κάθε μέρα

β) 1 -2 φορές την εβδομάδα

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Ασπρά Εμμανουέλα – Τζιόλια Νεκταρία

γ) 4-5 φορές την εβδομάδα

δ) Καθόλου

9. Όταν βλέπετε τηλεόραση έχετε την συνήθεια να τρώτε διάφορα σνακς;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

10. Πόσο συχνά ασκείστε;

α) Καθημερινά

β) Τρεις φορές την εβδομάδα

γ) Δυο φορές την εβδομάδα

δ) Ποτέ

11. Με τί είδους άσκηση ασχολείστε περισσότερο (αν ασκείστε):

α) Γυμναστική

β) Περπάτημα

γ) Ομαδικό άθλημα

δ) Ποδήλατο

ε) Άλλο

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

12. Χρησιμοποιείτε την άσκηση ως μέσο για την απώλεια ή τη διατήρηση του σωματικού σας βάρους; (αν γυμνάζεστε)

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

13. Ακολουθείτε κάποια δίαιτα;

Ναι Όχι

14. Αν ναι, επισκέπτεστε διατροφολόγο/διαιτολόγο;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

15. Καπνίζετε;

Ναι Όχι

16. Αν ναι, για ποιό λόγο;

(μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα)

α) Καταπολέμηση Άγχους

β) Από Συνήθεια

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

γ) Ευχαρίστηση

δ) Μείωση όρεξης

ε) Προβολή εικόνας

στ) Άλλο.....

17. Όταν τρώτε παίρνετε εύκολα βάρος;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

18. Χρησιμοποιείτε συμπληρώματα διατροφής (βιταμίνες /σκευάσματα);

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

19. Εκφράζετε εύκολα τα συναισθήματα και την γνώμη σας;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

20. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι σας κρίνουν πάντα με αρνητικό τρόπο;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

21. Συγκρίνετε τον εαυτό σας στην εμφάνιση και το βάρος με άλλους ανθρώπους;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

22. Ζυγίζεστε συχνά και ο αριθμός στη ζυγαριά επηρεάζει την διάθεση σας ή την αυτοεκτίμησή σας για την υπόλοιπη ημέρα;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

23. Είστε ένα άτομο που επιδιώκει να έχει τον έλεγχο σε οτιδήποτε κάνει;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

24. Προβληματίζεστε όταν χρειάζεται να πάρετε οποιαδήποτε απόφαση;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

25. Μετά από κάθε γεύμα αισθάνεστε:

(μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα)

α) Πληρότητα

β) Ευχαρίστηση

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- γ) Ενοχές
- δ) Άγχος
- ε) Άλλο.....

26. Η συναισθηματική σας διάθεση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

27. Έχετε την αίσθηση ότι έχετε πάρει κιλά ακόμα κι αν οι άλλοι σας λένε όχι;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

28. Ακολουθείτε κάποια θεραπευτική αγωγή;

- Ναι Όχι

29. Αν ναι, επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

30. Εάν εργάζεστε, η εργασία επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

31. Η οικογένειά σας και οι φίλοι σας ανησυχούν για τις διατροφικές σας συνήθειες;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

32. Είστε διαρκώς «σε δίαιτα», μετράτε θερμίδες και νιώθετε πως έχετε δοκιμάσει κάθε σχεδιάγραμμα διαίτας;

Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

33. Σε σχέση με την διατροφική σας συμπεριφορά συνηθίζετε να:

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις)

Τρώτε πολύ λίγο, δεν τρώτε καθόλου, κάνετε αυστηρή δίαιτα

Τρώτε πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα

Χρησιμοποιείτε μεθόδους όπως η πρόκληση εμετού για να αποβάλλετε ότι έχετε φάει

Τρώτε πολύ ακόμα κι αν δεν είστε πεινασμένος

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

- Ασκείστε πολύ έντονα
- Παίρνετε διαιτητικά χάπια για να περιορίσετε την όρεξη
- Κανένα από τα παραπάνω

34. Καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

35. Όταν πίνετε καφέ αισθάνεστε να μειώνεται η όρεξή σας;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

36. Προσέχετε το θερμικό περιεχόμενο των τροφών που τρώτε;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

37. Αφιερώνετε πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό;

- Πάντα Συνήθως Συχνά Μερικές Φορές Σπάνια Ποτέ

Διατροφή και Ψυχική Υγεία

38. Πιστεύετε ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν γνωρίζω

Σας ευχαριστούμε για την συμβολή σας στην εργασία μας!