



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Οι διατροφικές συνήθειες νέων της Κύπρου-

Η σημασία της διατροφής στην υγεία:

Απόψεις πρωτοετών Κυπρίων φοιτητών

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
Ελευθέριος Κυριάκου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Ιούνιος ,2010

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Οι διατροφικές συνήθειες νέων της Κύπρου- Η σημασία της διατροφής
στην υγεία: Απόψεις πρωτοετών Κυπρίων φοιτητών

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Ελευθέριος Κυριάκου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Ιούνιος, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
Ευχαριστίες	6
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα	7
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2.1 Βασικές Έννοιες και Λειτουργικοί Ορισμοί	
2.1.1 Υγεία	12
2.1.2 Αγωγή Υγείας	12
2.1.3 Προαγωγή Υγείας	13
2.1.4 Διατροφή	14
2.1.5 Θρεπτικά συστατικά	14
2.1.6 Δείκτης Μάζας Σώματος	15
2.1.7 Μεσογειακή Διατροφή	15
2.1.8 Νέοι	18
2.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	
2.2.1 Διατροφή	18
2.2.2 Η διαχρονική εξέλιξη της διατροφής του ανθρώπου	20
2.2.3 Οικογενειακό περιβάλλον και διατροφή	21
2.2.4 Κακή διατροφή και υγεία	22
2.2.5 Μεσογειακή Διατροφή και υγεία	24
2.2.6 Φυσική αγωγή και υγεία	26
2.2.7 Παράμετροι που καθορίζουν την Υγιεινή Διατροφή	28
2.2.8 Διατροφικές συνήθειες και υγεία- Αποτελέσματα ερευνών	29
2.2.9 Διατροφικές διαταραχές	34
2.2.9.1 Νευρική ανορεξία	34
2.2.9.2 Νευρική βουλιμία	34
2.2.10 Κριτική προσέγγιση	35

2.3 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	
2.3.1 Σκοπός της έρευνας	36
2.3.2 Ερευνητικά ερωτήματα	36
3.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
3.1 Μεθοδολογία	
3.1.1 Μέθοδος	37
3.1.2 Δείγμα- Δειγματοληψία	
3.1.2.1 Καθορισμός του πληθυσμού αναφοράς	37
3.1.2.2 Επιλογή του δείγματος	38
3.1.3 Μέσα συλλογής των δεδομένων	38
3.1.4 Πιλοτική έρευνα	40
3.1.5 Επεξεργασία δεδομένων	40
3.1.6 Περιορισμοί της έρευνας	41
3.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων	42
3.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	42
3.2.2 Εισόδημα και επίπεδο υγείας	45
3.2.3 Περιορισμοί στη διατροφή	46
3.2.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας	48
3.2.5 Διατροφικές συνήθειες	50
3.2.6 Συμβουλή για αλλαγή τρόπου διατροφής	56
3.2.7 Τρόπος μαγειρέματος	57
3.2.8 Επιγραφές τροφίμων	57
3.2.9 Σωματική άσκηση	58
3.3 Συζήτηση- Συμπεράσματα	
3.3.1 Γενικά στοιχεία	60
3.3.2 Σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες άλλων χωρών	61

ΣΕΛΙΔΑ

3.3.3 Σωματικό βάρος και Δείκτης Μάζας Σώματος	61
3.3.4 Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	62
3.3.5 Νηστεία και κατάσταση υγείας	62
3.3.6 Χρήση υπηρεσιών υγείας και κατάσταση υγείας	63
3.3.7 Κάπνισμα και υγεία	63
3.3.8 Ημερήσια γεύματα	63
3.3.9 Διατροφικές συνήθειες και υγεία	64
3.4 Αντί επιλόγου	65
4.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67
5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - Ερωτηματολόγιο της έρευνας	75

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζονται ευχαριστίες προς την Πρόεδρο του Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου Δρ Ελένη Ανδρέου για την ευγενή παραχώρηση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τη διεκπεραίωση της παρούσας Διατριβής.

Ευχαριστίες προς το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη διευκόλυνση χορήγησης των ερωτηματολογίων της έρευνας, καθώς και στους φοιτητές που αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν.

Ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Δρ Ανδρέα Παυλάκη για την καθοδήγηση του κατά την εκπόνηση της Διατριβής. Επίσης ευχαριστώ τον κ. Σάββα Ζαννέτο, στατιστικόλόγο, που επιμελήθηκε τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Θερμές ευχαριστίες προς τη σύζυγο μου και τα παιδιά μου για την ενθάρρυνση και κατανόηση που επέδειξαν.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες σε όσους συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο στην εκπόνηση της παρούσας Διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα διατριβή διερευνά τις διατροφικές συνήθειες νέων της Κύπρου και τη σημασία της διατροφής στην υγεία τους. Η διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση ή όχι της υγείας των ανθρώπων. Οι συνέπειες της κακής διατροφής είναι καταστρεπτικές για την υγεία, ιδιαίτερα όταν οι συνήθειες αυτές υιοθετούνται από πολύ νωρίς και αυτό γιατί συμβάλλει στην προδιάθεση διαφόρων νόσων.

Σκοπός: Η έρευνα στοχεύει στην εξέταση και αποτύπωση των διατροφικών συνηθειών νέων της Κύπρου, μέσα από τυχαίο δείγμα πρωτοετών φοιτητών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου και στην εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη διατροφική συμπεριφορά των νέων και το μέγεθος του προβλήματος που υπάρχει στην Κύπρο. Παράλληλα, δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι η συσχέτιση των αποτελεσμάτων ώστε να εξεταστεί το είδος της σχέσης και ο βαθμός συσχέτισης του ποσοστού των νέων με κακές συνήθειες διατροφής και η υποβολή εισηγήσεων για την αντιμετώπιση της.

Δείγμα- Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εκατό είκοσι ένας (121) Κύπριοι πρωτοετείς φοιτητές του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικού με τις διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις των νέων, καθώς και για τη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών. Τα αποτελέσματα έτυχαν επεξεργασίας και στατιστικής ανάλυσης με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 16.0.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα, βρέθηκε ότι οι νέοι διατηρούν σχετικά κακές διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις, με πιθανό αποτέλεσμα να κινδυνεύει η υγεία τους. Συγκεκριμένα, ποσοστό 55,7% των νέων δεν ετοιμάζει φαγητό στο σπίτι ή ετοιμάζει μόνο δύο έως τρεις φορές το μήνα. Επιπρόσθετα, ποσοστό 31,4% των νέων τρώει σε ταχυφαγεία ή εστιατόρια δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα. Το ποσοστό που τρώει καθημερινά σε ταχυφαγεία ή εστιατόρια είναι 4,2%. Ποσοστό 47,2% των νέων δεν αθλείται καθόλου, ενώ ποσοστό 79,3% των παχύσαρκων συμμετεχόντων στην έρευνα δεν έχει σταθερές ώρες γευμάτων. Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι οι σημερινοί νέοι, αν και ενημερωμένοι για τα προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει στην υγεία τους η κακή διατροφή, δεν ακολουθούν συστηματικά υγιεινό τρόπο διατροφής.

Συζήτηση: Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες με τις διατροφικές προτιμήσεις και συνήθειες νέων άλλων χωρών. Συγκεκριμένα παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση έτοιμου φαγητού και μη τήρηση σταθερού ωραρίου στη λήψη γευμάτων. Επίσης έχει παρατηρηθεί μειωμένη φυσική δραστηριότητα που επιβαρύνει την υγεία των νέων. Οι διαπιστώσεις αυτές πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τις αρμόδιες αρχές υγείας της Κύπρου για την οργάνωση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε θέματα διατροφής και άσκησης, τα οποία πρέπει να αρχίζουν από την παιδική ηλικία έτσι ώστε οι νέοι να είναι ήδη ευαισθητοποιημένοι για τη διατροφή και κατ' επέκταση την υγεία τους.

ABSTRACT

Introduction: The thesis that follows refers to the eating habits of young people of Cyprus and the importance of nutrition on health. Diet is an important factor in maintaining or not human health. The consequences of malnutrition are hurtful to health, especially when habits are adopted in early childhood, because it contributes to the susceptibility of various diseases.

Purpose: The research aims to examine and determine the eating habits of young people of Cyprus from a random sample of freshmen in the European University of Cyprus and to draw conclusions with respect to the eating habits of young people and the size of the problem that exists in Cyprus. Furthermore, the second objective of this research is to correlate the results in order to examine the nature of the relationship and the degree of association between the proportion of young people with poor eating habits and to address recommendations for the eating habits of young people of Cyprus.

Sample - Method: The sample consisted of one hundred twenty one (121) Cypriot students of European University Cyprus. The data was collected using a questionnaire on eating habits and food preferences of young people, and the frequency of consumption of specific foods. The results were processed and statistically analysed with SPSS version 16.0.

Results: In the literature used, and the results of the study, it emerged that young people keep on unhealthy eating habits and food preferences, possibly putting their health at serious risk if actions are not taken immediately. Specifically, 55.7% of young people do not prepare food at

home or they prepare food at home from two to three times a month. Furthermore, 31.4% of young people eat at fast food restaurants two to three times a week, while 4.2% eat everyday. In addition, 47.2% of young people do not exercise at all, while a 79.3% of obese respondents do not have fixed meal times. The results show that young people today, though aware of the problems that can be caused by poor health diet, they do not systematically follow a healthy diet.

Discussion: The findings show significant similarities with the dietary preferences and habits of young people in other countries. In particular, there is increased consumption of ready meals without keeping constant time between meals. Furthermore, reduced physical activity has been observed. These are factors that affect the health of young people. These findings should sensitize the health authorities of Cyprus for the organization of Health Education on nutrition and exercise, which should begin in early childhood so that young people are already aware of the benefits of nutrition, which will help them to maintain good health.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατροφή έχει αναμφίβολα αποδειχθεί θεμελιώδης στην προαγωγή της υγείας του ανθρώπου και στην πρόληψη σοβαρών ασθενειών, που έχουν ως κύριο προδιαθεσικό παράγοντα τους την κακή διατροφή. Είναι, δηλαδή, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του ανθρώπου από την παιδική ηλικία και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής. Η διατροφή ολοένα και περισσότερο απασχολεί την κοινή γνώμη καθώς είναι πλέον καθολικά αποδεκτό ότι επηρεάζει άμεσα ένα πλήθος δεικτών υγείας. Η σημαντικότητα της και το πώς επηρεάζει την υγεία αποδεικνύεται μέσα από πάρα πολλές έρευνες. Οι μελέτες του Παγκύπριου Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου (2007), των Κουρίδη και συνεργατών (1997), Χατζηγεωργίου και συνεργατών (2008), όπως και των Sakamakί και συνεργατών (2005), αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των ερευνών που καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της διατροφής και της άσκησης για την υγεία.

Ασθένειες όπως καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, παχυσαρκία, διαβήτης και μερικές μορφές καρκίνου, παρουσιάζουν σημαντική αύξηση στη συχνότητα τους τα τελευταία χρόνια στην Κύπρο, ακολουθώντας την πορεία των ανεπτυγμένων χωρών, όπου μία βασική αιτία της δυσάρεστης αυτής εξέλιξης είναι η κακή διατροφή. Σύμφωνα με τους Σάββα και Τορναρίτη (1999) «η αλλαγή τρόπου ζωής του σύγχρονου Κύπριου με τη δυτικοποίηση της διατροφής, επηρέασε δυσμενώς την υγεία του, αυξάνοντας το επίπεδο των προδιαθεσικών παραγόντων διαφόρων νοσημάτων και τη συχνότητα τους».

Οι διατροφικές συνήθειες των Κυπρίων είναι γεγονός ότι έχουν αλλάξει ακολουθώντας πλέον τα διατροφικά πρότυπα των δυτικών πολιτισμών, τα οποία χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση ζωικών και λιπαρών τροφών, τροφές ανθυγιεινές για τον άνθρωπο. Στη διατροφή γενικά έχουν διεισδύσει τρόφιμα που δε συστήνονται καθόλου στη Μεσογειακή Δίαιτα, καθώς και συνήθειες που επηρεάζουν την υγεία. Όπως υποστηρίζουν οι Χασαπίδου και Φαχαντίδου (2002), «Η εσφαλμένη διατροφή και έλλειψη σωματικής άσκησης, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν με άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις».

Το πιο ανησυχητικό είναι ότι τα διάφορα νοσήματα πλέον προσβάλλουν όλο και περισσότερο τις μικρότερες ηλικίες που είναι άκρως παραγωγικές. Κάτι τέτοιο προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις, αφού τις πλείστες φορές έχουν ζημιογόνες συνέπειες στον άνθρωπο, που φτάνουν μέχρι και το θάνατο.

Οι κακές διατροφικές συνήθειες, που υιοθετούνται ιδιαίτερα από τους νέους, είναι αυτές που χαρακτηρίζουν και την μετέπειτα ενήλικη ζωή, με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, οι οποίες και τις περισσότερες φορές είναι μη αναστρέψιμες. Οι συνήθειες αυτές δύσκολα μπορούν να αναστραφούν καθώς η υιοθέτηση τους γίνεται από μικρή ηλικία. Ιδιαίτερα στην Κύπρο τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή έχουν πάρει ανησυχητικές διαστάσεις, και χρήζουν άμεσης διερεύνησης και αντιμετώπισης. Η ανάγκη που παρουσιάζεται για ελαχιστοποίηση των προβλημάτων υγείας των Κυπρίων, και ιδιαίτερα των νέων, είναι πολύ μεγάλη αφού χρόνο με το χρόνο περιστατικά διαφόρων νόσων που έχουν άμεση σχέση με την κακή διατροφή προσβάλλουν όλο και μικρότερες ηλικίες.

Κατά συνέπεια είναι αναγκαίο να μελετηθεί το θέμα της διατροφής, και συγκεκριμένα οι διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις των νέων και πως αυτές επηρεάζουν την υγεία. Οι σωστές διατροφικές συνήθειες, η καλή ποιότητα των τροφών και γενικά ο υγιεινός τρόπος ζωής των νέων αποτελούν σημαντικό μέτρο πρόληψης για τη μελλοντική υγεία τους. Με αυτό συμφωνεί και η Επιτροπή Διαφώτισης Υγιεινής Διατροφής του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου (2001) που αναφέρει ότι «η υγιεινή διατροφή μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στη διατήρηση της υγείας μας, αλλά και την πρόληψη διαφόρων ασθενειών».

Η μελέτη αυτή στοχεύει να εξετάσει και να αποτυπώσει τις διατροφικές συνήθειες των νέων της Κύπρου, σε τυχαίο δείγμα πρωτοετών φοιτητών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. Συγκεκριμένα βασικοί στόχοι της έρευνας είναι:

- Η εξαγωγή συμπερασμάτων σε ότι αφορά τη διατροφική συμπεριφορά των νέων και το μέγεθος του προβλήματος που υπάρχει στην Κύπρο.
- η συσχέτιση των αποτελεσμάτων ώστε να διαπιστωθεί το είδος της σχέσης και ο βαθμός συσχέτισης τους με τις κακές συνήθειες διατροφής.

Η Διατριβή αυτή αποτελείται από δύο κύρια μέρη. Το πρώτο που αποτελεί το θεωρητικό μέρος, περιλαμβάνει τις βασικές έννοιες και τους λειτουργικούς ορισμούς, τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα ερευνητικά ερωτήματα. Το δεύτερο που αποτελεί το ερευνητικό μέρος, έχει σκοπό τη διερεύνηση και περιγραφή των διατροφικών συνηθειών των πρωτοετών Κυπρίων φοιτητών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Βασικές Έννοιες και Λειτουργικοί Ορισμοί.

2.1.1 Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981), η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Οι Γκούβρα και συνεργάτες (2001) αναφέρουν ότι ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εμπερικλείει την πιο ουσιαστική και διαρθρωμένη πτυχή της υγείας εντοπίζοντας τα κενά αναλύσεων και εμβαθύνοντας στην πληρέστερη διατύπωση της.

Η ποιότητα της υγείας και ο τρόπος που την αντιλαμβανόμαστε είναι το αποτέλεσμα συγκερασμού πολλαπλών αλληλένδετων εξελίξεων που δημιουργούνται στον κάθε ανθρώπινο χώρο από τον ίδιο τον άνθρωπο (Σώκου, 1984). Ο τρόπος ζωής, το φυσικό και συναισθηματικό περιβάλλον, οι συμπεριφορές, οι στάσεις και οι συνήθειες αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Αθανασίου, 1998).

Οι πολλές συνισταμένες της υγείας μπορούν να τροποποιηθούν με προγράμματα Αγωγής Υγείας, οργανωμένα σε συστηματική βάση, όπως αυτά επεξηγούνται πιο κάτω.

2.1.2 Αγωγή Υγείας

Όλοι οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για την Αγωγή Υγείας υποστηρίζουν τη σημασία της εκούσιας επιλογής (Σώκου, 1984). Σύμφωνα με τον Downie (1990) «Αγωγή Υγείας είναι μια δραστηριότητα που αποσκοπεί στην πρόληψη της κακής υγείας και την ενίσχυση της θετικής υγείας μέσα από την κατάκτηση της κατανόησης του ανθρώπινου σώματος και του τρόπου λειτουργίας του, τη διάθεση της κατάλληλης πληροφόρησης σχετικά με τις υπηρεσίες

υγείας και των τρόπων πρόσβασης σ' αυτές και μέσα από την κατανόηση των πολιτικών και περιβαλλοντικών διαδικασιών που μπορεί να είναι βλαπτικές για την υγεία». Ο ορισμός αυτός ενέχει κατά μεγάλο βαθμό τη διατύπωση της Αγωγής Υγείας, αλλά, δε διασαφηνίζει πλήρως τις επιστημονικές αρχές της.

Πολλοί ορισμοί αποκρυσταλλώνουν την Αγωγή Υγείας ως το σύνολο επιρροών που όλες μαζί καθορίζουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά σε σχέση με τη υγεία (Hornet, 1980). Οι ορισμοί αυτοί δεν έγιναν παντελώς αποδεκτοί εξαιτίας της διαφοράς στη συμπεριφορά που εκούσια υιοθετεί ο άνθρωπος.

Μόλις το 1986, 12 κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατάθεσαν ένα πληρέστερο ορισμό της Αγωγής Υγείας ενσωματώνοντας τα ελλιπή στοιχεία των υπολοίπων, αλλά κινούμενα στις ίδιες δυναμικές της «Αγωγής Υγείας». Είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία τους (Draijer και Williams, 1991). Η αγωγή για την υγεία είναι έργο που αποβλέπει στην ολοκλήρωση (Αθανασίου, 1998).

Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας αποσκοπεί στην αλλαγή των συμπεριφορών μέσω της Προαγωγής της Υγείας των ατόμων . Αυτό είναι μια συστηματική διαδικασία η οποία βασίζεται σε επιστημονικές αρχές και προϋποθέτει την εκούσια επιλογή του ατόμου. Επομένως, στενά συνυφασμένες είναι οι έννοιες της Αγωγής και της Προαγωγής της Υγείας.

2.1.3 Προαγωγή Υγείας

Οι έννοιες και οι κατευθύνσεις της Προαγωγής της Υγείας που έχουν γίνει αποδεκτές σε πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο είναι αυτές που διατυπώνονται στο «Χάρτη της Οττάβα» και στη «Διακήρυξη της Έννοιας και των αρχών της Προαγωγής Υγείας» (Σώκου, 1984).

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε ως έννοια – κλειδί για να συζητηθεί η ανάγκη αναθεώρησης και επαναπροσδιορισμού της Δημόσιας Υγείας ώστε να περιλαμβάνει περισσότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας (Anderson, 1984). Έτσι, σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Οττάβα η Προαγωγή της Υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

Οι Wear και Gray (1995) υποστήριξαν ότι η Προαγωγή Υγείας στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την εφαρμογή εκπαιδευτικών μεθόδων ενεργητικής μάθησης, οι οποίες προάγουν την καλή επικοινωνία, την αυτογνωσία και την αυτοεκτίμηση (Σώκου, 2000). Σκοπός είναι η υγιέστερη επιλογή να γίνει και ευκολότερη λύση. Ο όρος Προαγωγή της Υγείας διατυπώθηκε από περιβαλλοντολόγους και υιοθετήθηκε από τον υγειονομικό και ιατρικό χώρο (McKeown, 1979).

Η Προαγωγή της Υγείας μπορεί να συμβάλει καταλυτικά στην υιοθέτηση σωστών διατροφικών προτύπων, όπως αυτό της Μεσογειακής Διατροφής, γιατί η διατροφή δεν είναι μόνο απαραίτητη για τη φυσική επιβίωση του ατόμου αλλά συμβάλλει και στη νοητική και κοινωνική ευημερία των ατόμων.

2.1.4 Διατροφή

Όπως αναφέρθηκε η φυσική επιβίωση των ατόμων, αλλά και η ευημερία τους προϋποθέτει σωστά διατροφικά πρότυπα. Διατροφή πρώτιστα ποιοτική, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, αλλά και επαρκή σε ποσότητα. Σύμφωνα με την Αθανάτου (1999) «Η διατροφή είναι η διαδικασία κατά την οποία τροφή και θρεπτικά συστατικά εισάγονται στο σώμα και απορροφούνται. Όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί χρειάζονται τη διατροφή για να αναπτυχθούν και να διατηρηθούν στην υγεία». Σε αυτή τη διατροφή απαιτείται να περιλαμβάνονται όλα τα θρεπτικά συστατικά.

2.1.5 Θρεπτικά συστατικά

«Τα θρεπτικά συστατικά είναι συγκεκριμένες ουσίες οι οποίες βρίσκονται στην τροφή και οι οποίες εκπληρώνουν μία ή περισσότερες βιοχημικές λειτουργίες του σώματος. Υπάρχουν έξι βασικές κατηγορίες θρεπτικών συστατικών στην τροφή, οι υδατάνθρακες, τα λίπη, οι πρωτεΐνες, οι βιταμίνες, τα ανόργανα συστατικά και το νερό» (Συντώσης, 2003).

Όπως υποστηρίζεται από τη Χασαπίδου (2002) «οι υδατάνθρακες, τα λίπη και οι πρωτεΐνες είναι τα θερμιδογόνα θρεπτικά συστατικά στη διαίτα του ανθρώπου. Ο οργανισμός του ανθρώπου χρησιμοποιεί κυρίως τους υδατάνθρακες ως βασική πηγή ενέργειας μαζί με τα λίπη, ενώ οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται πρωταρχικά για τη δόμηση των ιστών. Τα ανόργανα συστατικά και οι βιταμίνες είναι απαραίτητα για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού όμως δεν προσφέρουν ενέργεια».

Τα θρεπτικά συστατικά που περιέχονται σε ένα σωστό διατροφικό μοντέλο βοηθούν στη διατήρηση κανονικού Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος παρουσιάζει επιστημονικά, αποδεκτά και τεκμηριωμένα κατά πόσο ένα άτομο κρίνεται παχύσαρκο. Αυτός ο δείκτης βοηθά στην κατάταξη του ατόμου σε ομάδες σύμφωνα με το βάρος του και έτσι επιτρέπει διορθωτικές παρεμβάσεις όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

2.1.6 Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, σύμφωνα με τον Πανευρωπαϊκό Σύνδεσμο Διαιτολόγων , και τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Διαιτολόγων (2008), αποτελεί ένα απλό δείκτη του βάρους ως προς το ύψος, ο οποίος χρησιμοποιείται συνήθως για την κατάταξη των ενηλίκων σε κατηγορίες χαμηλού ή υψηλού βάρους και παχυσαρκίας. Ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε κιλά (Kg) προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (m) (Kg/m^2).

Η κατάταξη σε κατηγορίες γίνεται ως ακολούθως:

- Ελλιποβαρή (κάτω από το κανονικό) <18.5
- κανονικό βάρος 18.5-24.99
- υπέρβαρο 25 – 29.99
- παχύσαρκος >30

Σε περιπτώσεις που το βάρος είναι πέραν του κανονικού ή το άτομο είναι ελλιποβαρές απαιτείται διορθωτική παρέμβαση. Η διορθωτική παρέμβαση μπορεί να γίνει από το ίδιο το άτομο ή με τη βοήθεια ειδικού επιστήμονα, όπως ο διαιτολόγος-διατροφολόγος. Ανεξάρτητα της μορφής της παρέμβασης απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας είναι η επάρκεια λήψης τροφής που να περιέχει τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά. Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στο μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής, το οποίο ο Πανευρωπαϊκός Σύνδεσμος Διαιτολόγων (2005), χαρακτηρίζει ως το ιδανικό μοντέλο διατροφής.

2.1.7 Μεσογειακή Διατροφή

Η Μεσογειακή Διατροφή, ύστερα από μελέτες και στη χώρα μας και αλλού, έχει αποδειχτεί η πιο υγιεινή διατροφή. Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από τις διατροφικές συνήθειες που βρέθηκε ότι είχαν οι κάτοικοι της Κρήτης και της Νότιας Ιταλίας στις αρχές της δεκαετίας του 1960. Είναι ξακουστή για τις ευεργετικές της ιδιότητες καθώς προφυλάσσει από εμφράγματα του μυοκαρδίου και από διάφορες μορφές καρκίνου, είναι

φτωχή σε θερμίδες, τονώνει τον οργανισμό, βοηθάει την καλή λειτουργία εντέρου καθώς και πλήθος άλλων συναφών θετικών δράσεων.

Ο τρόπος αυτός διατροφής κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια, καθώς πλήθος μελετών δείχνουν ότι οι κάτοικοι Μεσογειακών περιοχών ζουν περισσότερο, ενώ πολύ σπανιότερα σε σχέση με τους Αμερικανούς και τους Βορειοευρωπαίους πάσχουν από καρκίνο εντέρου και στήθους ή από καρδιακές παθήσεις (Τζαβέλας, 2008).

Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων με βάση τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής, διαμορφώθηκαν με τη μορφή πυραμίδας. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας (1999) η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής χωρίζεται σε τρία επίπεδα βάσει της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων που απεικονίζει. Έχει στη βάση της τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε σημαντικές ποσότητες, ενώ αντίθετα στην κορυφή της βρίσκονται οι τροφές που πρέπει να καταναλώνονται αραιά και σε μικρότερες ποσότητες.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι ότι είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά. Περιλαμβάνει την καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και τη χρήση του ελαιολάδου ως το κύριο λίπος της διαίτας. Ακόμα περιλαμβάνει την κατανάλωση ψαριών, πουλερικών και οσπρίων σε εβδομαδιαία βάση, ενώ προτείνει τον περιορισμό στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος.



Πηγή: Υπουργείο Γεωργίας, Φυσικών Πόρων και Περιβάλλοντος Κυπριακής Δημοκρατίας (2007).

Δυστυχώς στην Κύπρο, χώρα της Μεσογείου, με παράδοση στο μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής, ολοένα και περισσότερο, ειδικότερα οι νέοι, δεν ακολουθούν τη διαίτα αυτή. Φαίνεται να επηρεάζονται όλο και πιο πολύ από ξένα, δυτικού τύπου διατροφικά μοντέλα, που περιλαμβάνουν κυρίως έτοιμα φαγητά των ταχυφαγείων, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξητική τάση παχυσαρκίας στους νέους της Κύπρου.

2.1.8 Νέοι

Οι νέοι αποτελούν την ελπίδα του μέλλοντος (Τζαβέλας, 2008). Νέοι σύμφωνα με τον Αντωνίου (2006), είναι τα άτομα ηλικίας δεκαεπτά μέχρι τριάντα ετών. Στην παρούσα έρευνα ο όρος νέοι χρησιμοποιείται με αυτή την έννοια. Η επιλογή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας έγινε βάσει των αποτελεσμάτων προγενέστερων ερευνών, οι οποίες έδειξαν ότι διαπιστώσεις και ευρήματα μη βέλτιστης διατροφικής συμπεριφοράς, αναστρέφονταν με διορθωτικές παρεμβάσεις. Επίσης επιλέγηκαν οι νέοι γιατί όπως αναφέρει και ο Πανευρωπαϊκός Σύνδεσμος Διαιτολόγων (2005), «Οι νέοι είναι η καταλληλότερη ηλικιακή ομάδα για διορθωτική παρέμβαση βελτίωσης διατροφικών συνηθειών».

Παράλληλα, το ζήτημα της διαφύλαξης της υγείας των ανθρώπων, και ειδικότερα των νέων, επανήρθε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος μόλις το τελευταίο αιώνα. Επομένως το θέμα είναι πολύ σοβαρό. Αυτό διαφαίνεται και από τις πιο πάνω βασικές έννοιες και λειτουργικούς ορισμούς οι οποίοι εμπεριέχουν, τόσο το θεωρητικό υπόβαθρο αλλά και χρησιμεύουν ουσιαστικά στην υπερπήδηση του προβλήματος της κακής διατροφής των νέων της Κύπρου, όπως αυτά θα αποτυπωθούν από τη στατιστική ανάλυση της παρούσας διατριβής.

Συνεπώς θα επιχειρηθεί η ουσιαστική αποτίμηση του περιεχομένου των εννοιών στην πράξη μέσα από τα ευρήματα που προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που γίνεται στο ειδικό μέρος.

2.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.2.1 Διατροφή

Το ζήτημα της διατροφής που ακολουθούν οι νέοι σε σχέση με την υγεία είναι ένα θέμα πολύ σημαντικό και αφορά όλους. Αφορά την κοινωνία, άμεσα τον πολιτισμό της Κύπρου και πρωτίστως τη φυσική και σωματική υγεία του νέου Κύπριου, ο οποίος ζει σε μια κοινωνία που αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς και οι νέες συνήθειες εισάγονται στην κοινωνική κουλτούρα, στον τρόπο διατροφής και γενικά στον τρόπο ζωής του.

Επομένως, η σωστή διατροφή είναι βασικός παράγοντας για την υγεία μας. Η διατροφή ανάλογα με την ποιότητα της, ασκεί θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία του ανθρώπου. Η σχέση της διατροφής με την υγεία είχε γίνει αντιληπτή από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης

θεωρούσε κλειδί της καλής υγείας τη σωστή διατροφή (Χασαπίδου, Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, 2002).

Η υγεία και ο τρόπος ζωής ενός ατόμου επηρεάζουν το βαθμό της συμβολής της διατροφής στην κοινωνική, διανοητική και φυσική του ευημερία (WHO, 1998). Στις μέρες μας παρατηρείται ένα παράδοξο φαινόμενο, δηλαδή, ενώ υπάρχει πολύ μεγάλη ποικιλία τροφών στη διάθεση μας, παράλληλα αυξάνονται κατακόρυφα οι ασθένειες που οφείλονται στην κακή διατροφή. Αυτό οφείλεται, σύμφωνα με τον Αθανασίου (1998), στο συνδυασμό κακών διατροφικών συνηθειών, με μειωμένη φυσική δραστηριότητα του ατόμου. Επίσης ο Τζαβέλας (2008) αναφέρει ως αιτία εμφάνισης του φαινομένου τα λανθασμένα διατροφικά μοντέλα, την αλόγιστη χρήση χημικών ουσιών και συντηρητικών επιβλαβών για την ανθρώπινη υγεία.

Η τροφή είναι αναγκαία για τη διατήρηση της ζωής: επηρεάζει την υγεία και βοηθά στην ανάπτυξη του οργανισμού. Συμβάλλει ακόμη και στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας και στην απόδοση στο σχολείο και σε κάθε εργασία. Η τροφή, που είναι αναγκαία για κάθε ζωντανό οργανισμό, γίνεται αντιληπτή με το αίσθημα της πείνας (Βλαχάκης, 2000). Διατροφή σωστή είναι η καθημερινή λήψη τροφής σε είδος και ποσότητα ανάλογα με τις ανάγκες μας. Όταν γνωρίζουμε το απαραίτητο είδος και τις ποσότητες τροφής, τότε τρεφόμαστε σωστά.

Ο κάθε νέος υιοθετεί το δικό του διατροφολόγιο βάση των προτιμήσεων του και όχι μόνο. Οι διατροφικές επιλογές που γίνονται από τους νέους επηρεάζονται από πάρα πολλούς παράγοντες, όπως π.χ. ο τρόπος ζωής, οι συνήθειες, η συμπεριφορά, το οικογενειακό περιβάλλον (Περάκη και συν, 1994), τους οποίους αρκετοί ερευνητές μελέτησαν και μελετούν ξεχωριστά ώστε να μπορέσουν να δώσουν απαντήσεις στα προβλήματα που προκύπτουν και αφορούν την υγεία τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Ζαμπέλλα (2001), μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές των νέων σχετικά με τη διατροφή είναι «η δομή και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, και κυρίως οι διαιτητικές συνήθειες των γονιών, η διαφήμιση, οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες, καθώς και τα σωματικά πρότυπα (τα οποία προωθούνται από τη βιομηχανία ρούχων και τα περιοδικά μόδας), η εικόνα του σώματος, η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, οι προσωπικές εμπειρίες, οι προσωπικές αξίες, η γεύση και η εμφάνιση των τροφίμων, η ευκολία

παρασκευής και η διαθεσιμότητα των τροφίμων». Οι πιο πάνω παράγοντες μπορούν να κατευθύνουν τους νέους σε λανθασμένα διατροφικά μοντέλα όταν δεν ακολουθηθούν σωστά.

2.2.2 Η διαχρονική εξέλιξη της διατροφής

Ο πρωτόγονος άνθρωπος κατά την Παλαιολιθική Εποχή είχε ως κύρια και σημαντική απασχόληση του την ανεύρεση και συλλογή τροφής, γι' αυτό και ονομάστηκε τροφοσυλλέκτης. Αναζητούσε τροφή στο περιβάλλον στο οποίο ζούσε, συλλέγοντας καρπούς, ρίζες, βλαστούς και κυνηγώντας πουλιά, άγρια ζώα και πιάνοντας ψάρια (Γκόντα και συν., 2003).

Με την πάροδο των χρόνων ο άνθρωπος- τροφοσυλλέκτης άρχισε να αξιοποιεί τις γνώσεις που είχε αποκτήσει γύρω από τα φυτά. Έτσι άρχισε να καλλιεργεί τη γη και να παράγει μεγάλο μέρος της τροφής του. Για να βοηθηθεί στην καλλιέργεια της γης ανακάλυψε διάφορα γεωργικά εργαλεία, όπως δρεπάνι, τσεκούρι και άλλα (Γκόντα και συν., 2003).

Η αγροτική ζωή είχε ως επακόλουθο την εξημέρωση ορισμένων ζώων, όπως αιγοπρόβατα, βοοειδή, όνους και άλλα. Έτσι, ο άνθρωπος εξασφάλισε παραγωγή κρέατος και άλλων ζωικών προϊόντων, και μυϊκή δύναμη για διευκόλυνση της εργασίας του (Γκόντα και συν., 2003). Παράλληλα επινόησε μεθόδους για να συντηρεί τα προϊόντα του, όπως διατήρηση στον πάγο, ξήρανση, κάπνισμα, αλάτισμα, ψήσιμο και βρασμός (Κόνιαρης, 2004).

Σταθμός, σύμφωνα με τη Γκόντα και συνεργάτες (2003), αποτέλεσε η «Βιομηχανική Επανάσταση», όπου νέα μηχανήματα άρχισαν να κατασκευάζονται και έτσι να διευκολύνουν κατά πολύ τον αγρότη στην καλλιέργεια της γης και να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αύξηση της παραγωγής.

Η συνεχής βελτίωση της τεχνολογίας, επέφερε ποικιλία τροφίμων, κυρίως επεξεργασμένων. Η επεξεργασία όμως των τροφίμων συνοδεύεται από την προσθήκη ανεπιθύμητων στοιχείων, όπως είναι η ζάχαρη, τα κορεσμένα λίπη, τα τεχνητά συντηρητικά, το αλάτι, που αυξάνουν τις θερμίδες των τροφών και είναι επιβλαβείς για την υγεία ουσίες (Κόνιαρης, 2004).

Συνέπεια αυτής της διατροφικής συμπεριφοράς αλλά και του σύγχρονου τρόπου ζωής με το υπερβολικό άγχος, την έλλειψη χρόνου, των γρήγορων ρυθμών ζωής, των ακανόνιστων

ωραρίων εργασίας, της επίδρασης διαφήμισης και άλλων παραγόντων, είναι η στροφή των ανθρώπων στα έτοιμα φαγητά και στα ταχυφαγεία, που εξελικτικά οδηγούν στην εμφάνιση καρδιοπαθειών, διαβήτη, παχυσαρκίας, διαφόρων μορφών καρκίνου (Γκόντα και συν., 2003).

Η Κύπρος, δυστυχώς, δεν παρέμεινε ανεπηρέαστη και παρόλο που είναι χώρα με μεσογειακά πρότυπα διατροφής παρατηρείται αυξητική τάση εγκατάλειψης της Μεσογειακής Διατροφής και στροφή προς τον ανθυγιεινό τρόπο διατροφής (Πηλείδης, 2000).

Μελέτες του Πανεπιστημίου Έμπορι των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, υποστήριξαν ότι η διάδοση στις σύγχρονες κοινωνίες πολλών χρόνιων ασθενειών, όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση, οι στεφανιαίες παθήσεις και ο διαβήτης, είναι συνέπεια της μεγάλης διαφοράς ανάμεσα στις σύγχρονες διατροφικές συνήθειες και στη Μεσογειακή Διατροφή (Μπόιντ και Κόνερ, 2001).

Επίσης ο Τούντας (2007), υποστηρίζει ότι οι διατροφικές συνήθειες του δυτικού πολιτισμού σχετίζονται αιτιολογικά με καρδιαγγειακά νοσήματα και κακοήθη νεοπλασμάτα. Αναφέρει ακόμη ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπολογίζει ότι 60.000 θάνατοι ετησίως θα μπορούσαν να αποφευχθούν στα κράτη- μέλη αν βελτιωνόταν η διατροφή του πληθυσμού.

2.2.3 Οικογενειακό περιβάλλον και διατροφή

«Η οικογένεια είναι η βάση και η αρχή κάθε πολιτισμού» ισχυρίζεται ο Λουκιανός. Και ο Κικέρωνας (Γκούβρα και συν., 2001) παρατηρεί: «Δεν υπάρχει πιο ευχάριστος τόπος από την οικογενειακή εστία». Και πράγματι, μέσα στο οικογενειακό καταφύγιο, τον απάνεμο αυτό όρμο στο ανταριασμένο πέλαγος της ζωής, ο άνθρωπος θα επιβεβαιώσει και θα καταξιώσει την προσωπικότητά του, θα νιώσει πληρότητα και αυτοπεποίθηση (Μιχαηλίδης-Νουαρός, 1997). Μέσα στον οικογενειακό κύκλο εκτελούνται όλες οι θεμελιακές λειτουργίες της ζωής και της συμβίωσης.

Η Αγωγή Υγείας επιτελείται κατά μεγάλο βαθμό στο κέντρο αναφοράς της οικογένειας, αφού μέσα στην οικογένεια το άτομο διαμορφώνει την προσωπικότητά και τις συνήθειες του (Γκούβρα και συν., 2001). Ο ρόλος της οικογένειας ως προς την κατεύθυνση της Αγωγής Υγείας και τη διατροφή των νέων, εξαρτάται από κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι ποικίλουν ανάλογα με τη μορφή του κοινωνικού σχηματισμού και τη μορφή της οικογένειας.

Από την έρευνα των Riediger και συν. (2007) που πραγματοποιήθηκε σε 18.524 Καναδούς νέους ηλικίας 19-26 ετών και αφορούσε την επιρροή των κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων όσο αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, διαπιστώθηκε ότι μόνο 38,3% του δείγματος κατανάλωνε φρούτα και λαχανικά πέντε με δέκα φορές την εβδομάδα, το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας φάνηκε ότι επιδρούσε θετικά στην κατανάλωση, οι γυναίκες κατανάλωναν πιο συχνά από τους άνδρες τα φρούτα και τα λαχανικά. Επίσης, διαφάνηκε ότι οι νέοι που ζούσαν με ένα μόνο γονιό κατανάλωναν λιγότερες φορές φρούτα και λαχανικά, σε αντίθεση με τους νέους που ζούσαν με τους δύο γονείς.

Είναι γεγονός ότι το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα τους νέους σε πολλούς τομείς, ακόμα και στη διατροφή. Αυτό διαφαίνεται και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Larson και συν. (2007), στην οποία διαπιστώθηκε ότι τα οικογενειακά γεύματα κατά τη διάρκεια της εφηβείας σχετίζονται με την υψηλή διατροφική ποιότητα.

Συγκεκριμένα, η έρευνα αφορούσε 947 κορίτσια και 764 αγόρια από τη Μινεσότα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανάλωση γευμάτων με την οικογένεια βοήθουσε στην υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και στη λιγότερη κατανάλωση αναψυκτικών, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Διαφάνηκε ότι τα οικογενειακά γεύματα κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα της διατροφής των νέων.

2.2.4 Κακή διατροφή και υγεία

«Αν και η κακή διατροφική συμπεριφορά παρατηρείται σε όλες τις ηλικίες, το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων και ο Αμερικανικός Σύλλογος Διαιτολόγων συμπεραίνουν ότι κυρίως τα νεαρά άτομα δεν έχουν σωστή διατροφική συμπεριφορά. Οι νέοι τρώνε πιο πολλά κορεσμένα λιπαρά που προέρχονται κατά βάση από το φαγητό των ταχυφαγείων και τα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη σνακ» (Συντώσης, 2003).

Η πιο πάνω διατροφική συμπεριφορά, οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και συγκεκριμένα, η υπερκατανάλωση ζωικών και λιπαρών τροφών, σήμαναν την έξαρση σοβαρών ασθενειών στον άνθρωπο. Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Αμερική για την ποιότητα διατροφής των Αμερικανών από το United States Department of Agriculture, USDA, Centre for Nutrition Policy (1996), διαπιστώθηκε ότι η διατροφή του 71% του

πληθυσμού χρειαζόταν βελτίωση, το 12% ακολουθούσε καλή διατροφή και το 17% φτωχή. Στο ποσοστό που ακολουθούσε φτωχή διατροφή (17%), παρατηρήθηκε αυξημένο ποσοστό χοληστερόλης που ανερχόταν σε 7,9 από κλίμακα 0 μέχρι το 10.

Η έρευνα του Ram και συν (2005) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παχύσαρκοι έφηβοι και νέοι με δυσανεξία στη γλυκόζη έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 από ότι οι νέοι με κανονικό βάρος. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Sabin και συν. (2006) και Wiegand και συν (2004).

Μελέτες των Field και συν (2005) και Monyehi και συν (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική σύνδεση μεταξύ της εμφάνισης υπέρτασης και του ψηλού ΔΜΣ, που οφειλόταν σε έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και στην κακή διατροφική συμπεριφορά.

Ο Saito και συν (2008) υποστηρίζουν ότι ποσοστό 64% των παιδιών και εφήβων με σοβαρή παχυσαρκία υποφέρουν από αποφρακτική άπνοια ύπνου. Η αποφρακτική άπνοια ύπνου είναι συνδεδεμένη με ημερήσια υπνηλία και νευρογνωστικά ελλείμματα όπως η συγκέντρωση και η μνήμη. Μελετώντας 93 παχύσαρκα άτομα τα οποία παρουσίαζαν αποφρακτική άπνοια ύπνου, διαπίστωσαν σχέση μεταξύ της άπνοιας ύπνου και αυξημένων επιπέδων ουρικού οξέως στα παχύσαρκα άτομα, με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Ακόμη η Jennifer και συν. (2007), σε έρευνα με θέμα τη σχέση της αύξησης του ΔΜΣ στην εφηβική ηλικία και του κινδύνου για στεφανιαία καρδιακή νόσο στην ενήλικη ζωή, στην οποία έλαβαν μέρος 276.835 Δανοί μαθητές ηλικίας 12- 16 ετών, διαπίστωσαν ότι ο αυξημένος ΔΜΣ στην εφηβική ηλικία συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή. Η σχέση αυτή είναι ισχυρότερη σε τριπλάσιο βαθμό στα αγόρια από ότι στα κορίτσια.

Ο καρδιολόγος Πηλείδης (2000) υποστηρίζει ότι «η κακή διατροφή μπορεί να χαρακτηριστεί κακή από ποσοτική και ποιοτική άποψη.

- Ποσοτική: Η λαμβανόμενη ποσότητα τροφής είναι περισσότερη από την κανονική, εφόσον η λήψη μεγαλύτερης ποσότητας τροφής οδηγεί στην παχυσαρκία και την ψηλή χοληστερόλη, και

- Ποιοτική: Η διατροφή βασίζεται κυρίως σε ζωικά και γαλακτοκομικά προϊόντα που είναι πλούσια σε κεκορεσμένα λίπη».

Η διατροφή είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που καθορίζει την υγεία του ανθρώπου από την παιδική κιόλας ηλικία και πολλές ασθένειες είναι πιθανό να συνδέονται με φτωχή ή μη ισορροπημένη διατροφή κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με τον Bloom (1999) το 1/3 των Αμερικανών είναι παχύσαρκοι από την παιδική τους ηλικία ακολουθώντας διατροφή πλούσια σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι. Όπως υποστηρίζει και το American Dietic Association (2003) «το 75% των παιδιών ξεπερνά τη συνιστώμενη ποσότητα κατανάλωσης λίπους».

Σε πρόσφατη μελέτη του American Institute for Cancer Research (2005) διαπιστώθηκε σε δείγμα 153.000 ατόμων ότι μόνο το 23% ηλικίας άνω των 18 ετών καταναλώνει πέντε ή περισσότερες ποσότητες σε φρούτα και λαχανικά την ημέρα, το 76% αποφεύγει το κάπνισμα, το 40% διατηρεί φυσιολογικά επίπεδα δείκτη μάζας σώματος, και μόνο το 22% ασχολείται με άσκηση 30 λεπτά το λιγότερο πέντε φορές την εβδομάδα. Το εύρημα ότι μόνο το 23% των νεαρών ακολουθεί ισοζυγισμένη διατροφή και ασκείται αποδεικνύει την ύπαρξη προβλήματος σε σχέση με τις διατροφικές προτιμήσεις.

Με βάση τα ευρήματα των πιο πάνω ερευνών διαπιστώνεται η αναγκαιότητα λήψης μέτρων για περιορισμό και αναχαίτιση των υπαρκτών προβλημάτων, συνεπειών και ασθενειών που οφείλονται στην κακή διατροφή και κατ' επέκταση στην παχυσαρκία.

2.2.5 Μεσογειακή διατροφή και υγεία

Από τις μελέτες που γίνονται φαίνεται ότι υπάρχουν τροφές που πιθανό να αποτρέπουν την εμφάνιση παθογόνων καταστάσεων όταν καταναλώνονται συχνά. Συγκεκριμένα, μεγάλη βαρύτητα δίνεται από τους ερευνητές στη Μεσογειακή Διατροφή η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από την υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ψαριών, φυτικών ινών, ελαιόλαδου και τη μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, κόκκινου κρέατος και αλκοόλ. Το American Heart Association (2008) σε άρθρο του υποστήριξε ότι αν και υπάρχουν αρκετές μεσογειακές χώρες, η διατροφή που ακολουθεί κάθε χώρα ποικίλει ανάλογα με την κουλτούρα, τη θρησκεία, την οικονομία, τα προϊόντα που παράγουν, όμως τα κύρια χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής παραμένουν τα ίδια σε όλες τις χώρες.

Οι έρευνες που αποδεικνύουν τη σπουδαιότητα της Μεσογειακής Διατροφής και τα ευεργετικά αποτελέσματα της είναι πάρα πολλές. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Larsen και συν. (2000) σε ομάδες νεαρών ανδρών, οι οποίοι στη διατροφή τους κατανάλωναν ελαιόλαδο και ηλιανθέλαιο για περίοδο 3 μηνών, παρατηρήθηκε ότι τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα ήταν μειωμένα σε όσους κατανάλωναν ελαιόλαδο. Ταυτόχρονα, με την έρευνα του Menotti και συν. (1999), που πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία, σε ομάδα νέων ηλικίας 18 έως 30 ετών, από τη δίαιτα των οποίων το βούτυρο, οι ζωικές τροφές και ο καφές αντικαταστάθηκαν με μαργαρίνη, φυτικές τροφές και καφέ φίλτρου, διαπιστώθηκε μείωση του συνολικού λίπους από 38% σε 36%, και του κεκορεσμένου λίπους από 21% σε 16%. Μείωση παρατηρήθηκε και στη χοληστερόλη, ενώ το πολυακόρεστο λίπος αυξήθηκε από 3% σε 5%.

Σε άλλη έρευνα που έγινε από τους Miguel και συν. (2002), σχετικά με τη Μεσογειακή Διατροφή και τη μείωση των περιστατικών εμφράγματος του μυοκαρδίου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την κατηγοριοποίηση συγκεκριμένων τροφών για κατανάλωση, όπως το ελαιόλαδο, φυτικές ίνες, φρούτα, λαχανικά, ψάρι, αλκοόλ και με περιορισμό στις ζωικές τροφές και τα παράγωγα τους, ότι η Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της εμφάνισης περιστατικών εμφράγματος.

Με την πιο πάνω έρευνα συμφωνούν και οι Linton και συν. (2007), οι οποίοι με δική τους έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία μεταξύ γηγενών και μεταναστών που προέρχονταν από μεσογειακές χώρες, διαπιστώθηκε ότι οι μετανάστες είχαν χαμηλότερο ποσοστό θανάτων από καρδιακές παθήσεις λόγω της συχνότητας κατανάλωσης των παραδοσιακών μεσογειακών φαγητών.

Γενικά, «η Μεσογειακή Διατροφή άρχισε να απασχολεί την κοινή γνώμη τη δεκαετία του 1960, όταν οι γιατροί και αξιωματούχοι της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ άρχισαν να μελετούν τους πιθανούς παράγοντες που συνέβαλαν στη μακροζωία και την καλύτερη υγεία των λαών της Μεσογείου. Τα συμπεράσματα από τις μελέτες τους οδήγησαν στις διατροφικές συνήθειες αυτών των λαών και αποδείχθηκε ότι η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί το ιδανικό μοντέλο υγιεινής διατροφής» (Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, 2007).

Με βάση τις πιο πάνω έρευνες γίνεται κατανοητό ότι το είδος των τροφών που καταναλώνονται από τους ανθρώπους επηρεάζουν τα μέγιστα την υγεία. Η Κύπρος, αν και μεσογειακή χώρα, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, παρατηρείται να ακολουθεί περισσότερο το δυτικό πρότυπο διατροφής, και κυρίως αυτό παρατηρείται πιο έντονα στους νέους (Κουρίδης και συν., 1997, Χατζηγεωργίου και συν., 2008).

2.2.6 Φυσική Αγωγή και Υγεία

Το περιεχόμενο της φράσης «νους υγιής εν σώματι υγιή», παραμένει πάντα διαχρονικό και επίκαιρο και το βαθύτερο νόημα του είναι πως ο άνθρωπος δεν είναι μόνο μια βιοχημική μονάδα, αλλά μια ηθικοπνευματική οντότητα. Οι αρχαίοι πίστευαν πως η σωματική υγεία αποτελεί τη βάση της ψυχικής και ο τέλειος πολίτης, ο «καλός κ' αγαθός» κατά την αρχαία έκφραση, στάθηκε γι' αυτούς η ιδανική ανθρώπινη παρουσία. Απέφευγαν την καθιστική ζωή γιατί τη θεωρούσαν αιτία πολλών κακών (Gombrich, 1989).

Η φυσική αγωγή και οι αγώνες αποτελούσαν αναπόσπαστα τμήμα της ζωής των προϊστορικών και κλασικών Ελλήνων (Μαρωνίτη, 2000). Οι αγώνες ήταν εκδήλωση πολιτισμού αφού οι αθλητές δεν αγωνίζονταν για χρήμα και αμοιβές, αλλά μοναδικό έπαθλο κάθε αγώνα ήταν ένας κότινος, ένα κλαδί αγριελιάς. Και αυτό ακριβώς, αποτελούσε την ειδοποιό διαφορά των Ελλήνων από τους βαρβάρους. Διαφορά, που ανακάλυψε έκπληκτος ο Πέρσης στρατηγός Τριτανχαίμης το 480 π.Χ. (Πλωρίτης, 1997).

Ο Ελληνικός πολιτισμός μας δίδαξε ότι μέσα από την αρμονική άθληση χαιρόμαστε την αρμονική συμβίωση σώματος και ψυχής. Απολαμβάνουμε το αισθητικό αποτέλεσμα ενός αρμονικού σώματος που υπακούει με ακρίβεια τις επιταγές του νου (Κουνελάκη, 2001).

Αναντίρρητα, θα ήταν ασύγγνωστος αφορισμός να μην αναφέρουμε για την αγωγή των νέων της Σπάρτης που ως βασικό σκοπό είχε την προαγωγή της υγείας και μέσω αυτής τη δημιουργία στρατιωτών των οποίων η μοναδική ασχολία ήταν ο πόλεμος. Η Σπαρτιατική αγωγή χαρακτηριζόταν από την υπέρμετρη αυστηρότητα της.

Σε αντίθεση με τους Σπαρτιάτες, οι Αθηναίοι έδιναν εξίσου έμφαση τόσο στην πνευματική όσο και σωματική υγεία των νέων τους. Η Φυσική Αγωγή στην Αθήνα, δεν ήταν υποχρεωτική, όμως δεν παραμελούσαν καθόλου την άθληση των νέων (Μουρατίδη, 1990).

Άλλωστε, το πνεύμα της συγγυμνασίας και της άθλησης, μονάχα στους Έλληνες απαίτησε ιδιαίτερη μνεία. Γιατί, αν και όλοι οι λαοί στον πλανήτη μας επιδόθηκαν σε γυμνάσματα και αθλητικά παιχνίδια, ωστόσο κανείς τους δεν ανήγαγε σε ιδανικό τον άθλο (Αθανασίου, 1998). Ο άθλος ενυπήρχε σε όλες τις δραστηριότητες τους και τον προέβαλλαν ως μέσο παιδείας, μιας παιδείας που απέβλεπε να καταστήσει τον άνθρωπο αγαθό, χρηστό και γενναίο, «όμοιον Θεώ». Εξάλλου, τους θεούς είχαν για αθλητικά πρότυπα τους.

Μάλιστα, τόση σημασία έδιναν στην άθληση και τη γυμναστική, ώστε πίστευαν ότι τους δίδαξε ο Προμηθέας, δηλαδή ο ίδιος θεός ευεργέτης που τους προμήθευσε και το θεϊκό πυρ, τη φωτιά (Γιαλλούρης, 1996).

Η Ολυμπία ήταν το μεγάλο εργαστήριο, όπου οι φυλές των Ελλήνων σφυρηλατούσαν τα δυνατά σώματά τους. Η γυμναστική ήταν για τους Έλληνες απαραίτητη προετοιμασία για την κοινωνική ζωή του πολίτη. Τέλειος πολίτης ήταν εκείνος που περνώντας από τα γυμναστήρια και τις παλαιότερες μπόρεσε να δουλέψει το σώμα του, να το δημιουργήσει ισχυρό κι αρμονικό, δηλαδή ωραίο και να το έχει έτοιμο να υπερασπίσει το Γένος (Καζαντζάκης, 1997).

Η Φυσική Αγωγή είναι μια γενική ιδέα, μια φιλοσοφία, που τείνει να συγκεντρώσει σαν σε φωτεινή δέσμη τις αρχές που συντελούν στην τελειοποίηση του ανθρώπου. Αποβλέπει στην καθολική διαπαιδαγώγηση του ατόμου, ώστε αναπτύσσοντας αρμονικά τις πνευματικές, σωματικές και ηθικές του δυνάμεις να αγγίζει το ιδανικό της καλοκαγαθίας των αρχαίων Ελλήνων. Οι σκοποί δηλαδή του αθλητισμού είναι παιδαγωγικοί και η προϋπόθεση και το μέσο για την επίτευξη αυτών των σκοπών είναι η συστηματική συμμετοχή στην άσκηση (Πλωρίτης, 2000).

Στον 21^ο αιώνα και στο διάστημα των ογδόντα χρόνων της αθλητικής ιδέας, οι αρχές της παρέμειναν αναλλοίωτες, αν και χρειάστηκε να γίνουν ορισμένες αλλαγές, κυρίως στην εφαρμογή των επί μέρους κανόνων, για να προσαρμοστούν στις κοινωνικές, ιδεολογικές και άλλες εξελίξεις. Κάθε άνθρωπος, σε όποιο σημείο της γης κι αν βρίσκεται, μπορεί να καλύψει τα ενδιαφέροντα του μέσα από τα προγράμματα Φυσικής Αγωγής που περιλαμβάνονται στο Αναλυτικό Πρόγραμμα αφού επιδιώκεται η ταυτόχρονη ανάπτυξη του σώματος του παιδιού, των πνευματικών του ικανοτήτων και της συναισθηματικής του ωρίμανσης και υγείας

(Τσαγγαρίδου, 1999). Άμεσα συνυφασμένο με την υγεία του ατόμου, όπως αναφέρουν και οι Χασαπίδου και Τσαλιγκίρογλου-Φαχαντίδου (2002), πέραν από τη φυσική αγωγή, είναι οι σωστές διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία, και να ακολουθούνται σε όλη τη ζωή του.

2.2.7 Παράμετροι που καθορίζουν την Υγιεινή Διατροφή

Οι διατροφικές συνήθειες των νέων διαφοροποιούνται με βάση το φύλο τους. Αυτό φάνηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην New Brunswick του Καναδά για τις ιδιαιτερότητες των νέων σε θέματα υγείας, σε δείγμα 6.883 φοιτητών από 47 κολλέγια. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας αφού καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες υγιεινών τροφίμων και ασκούνται λιγότερο από τους άντρες (Ma, 2000).

Ένας ακόμα παράγοντας που καθορίζει τις διατροφικές συνήθειες των νέων είναι η κοινωνική τους προέλευση. Οι νέοι από οικογένειες υψηλότερων κοινωνικών τάξεων έχουν πιο υγιεινή διατροφή και ασκούνται περισσότερο από τους νέους χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων. Πρόκειται για πόρισμα έρευνας που εκπονήθηκε από το Πανεπιστήμιο Alberta του Καναδά και έδειξε ότι οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζονται από τα δεδομένα της οικογένειας σε συνδυασμό με την αθλητική ενασχόληση (Ma, 2000).

Επιπρόσθετα, ο καταμερισμός του χρόνου που αφιερώνεται στη φυσική αγωγή και του εξωσχολικού χρόνου των μαθητών της Δημοτικής και Μέσης εκπαίδευσης απασχόλησε τον Calderon (2002) στο νότιο τμήμα της πόλης του Μεξικού. Η έρευνα αυτή είχε σκοπό τη διερεύνηση της άσκησης παιδιών σε μεγαλούπολη με υψηλό δείκτη ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Μελετήθηκαν, με ατομικά ερωτηματολόγια, οι ώρες που διατίθενται για φυσική αγωγή στο σχολείο, η έκθεση των παιδιών στις ατμοσφαιρικές συνθήκες μετά το σχολείο και η έκθεση τους στο κάπνισμα.

Ταυτόχρονα, μελετήθηκε ο χρόνος που περνά κάθε μαθητής παρακολουθώντας τηλεόραση. Ο συγγραφέας της έρευνας μέτρησε επιπρόσθετα το ύψος και το βάρος κάθε ενός από τους μαθητές για να προσδιορίσει το ειδικό βάρος της μάζας του σώματος του (BMI). Στην έρευνα έλαβαν μέρος 1.159 μαθητές της εβδομής, όγδοης και ένατης τάξης.

Ο μελετητής διαπίστωσε δύο κρίσιμες περιόδους εξωτερικής έκθεσης των παιδιών στη ρύπανση με μεγάλη συγκέντρωση όζοντος και με διαμέτρους μικρότερες των 10 μικρομέτρων (PM10) δηλαδή μετά τις 11 το πρωί στη διάρκεια της παραμονής τους στο σχολείο και από τις 1-6 μ.μ. την ώρα των εξωσχολικών δραστηριοτήτων. Το 32% από τα παιδιά του δημοτικού έχουν το μάθημα της φυσικής αγωγής μετά τις 11 π.μ.

Οι μαθητές στη νότια πόλη του Μεξικού μετά το σχολείο περνούν 19,6 ώρες την εβδομάδα έξω από το σπίτι και ασχολούνται με κάποιο είδος ελαφριάς φυσικής δραστηριότητας. Οι μισοί από τους μαθητές είναι παθητικοί καπνιστές εξαιτίας του καπνίσματος μελών της οικογένειας και ποσοστό 7% των μαθητών της Μέσης Εκπαίδευσης καπνίζει. Με βάση το ειδικό βάρος της μάζας του σώματος τους, 60% από τους μαθητές είναι υποσιτιζόμενοι, υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Ο Calderon (2002) συμπεραίνει ότι οι στρατηγικές για την προώθηση μιας υγιούς δραστηριότητας είναι αναγκαίες για την αναχαίτιση των ανθυγιεινών επιπτώσεων της αδράνειας.

Η συνειδητοποίηση στις μέρες μας και η εμπειρία μας, δείχνει ότι η εμφάνιση ασθενειών σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να αποφευχθεί με την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση, και ότι τα σχολεία μπορούν να παράγουν μια λογική συμπεριφορά στο θέμα της διατροφής μέσα στο σχολικό τους πρόγραμμα.

Η Αθανασίου (1998) αναφέρει ότι τα παιδιά δε φαίνεται να είναι πλήρως ενημερωμένα για το ποιες τροφές είναι υγιεινές και ποιες βλαβερές. Εύλογα, οι Snyder και Anliker (1999) αναφέρουν ότι η μείωση των λιπών σε παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης υποβοηθά στην ομαλή περαιτέρω υγιεινή ανάπτυξη τους. Με έρευνα τους οι Snyder και Anliker (1999) που διήρκεσε 18 μήνες και συμμετείχαν 4 σχολεία, κατάφεραν να ενημερώσουν για τις αρνητικές συνέπειες των λιπών και μεθοδικά να μειώσουν την πρόσληψη τροφών που περιέχουν λίπη στα 3 από τα 4 σχολεία με τα οποία ασχολήθηκαν (Ma, 2000).

2.2.8 Διατροφικές συνήθειες και υγεία- Αποτελέσματα ερευνών

Μέσα από τις έρευνες αποδεικνύεται ότι οι διατροφικές συμπεριφορές των νέων, ανεξαρτήτως της χώρας καταγωγής τους, παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες όπως η αποφυγή κατανάλωσης πρωινού και η προτίμηση γευμάτων εκτός σπιτιού.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το UCLA, Center for health Policy Research (2005) διαπιστώθηκε με βάση τα ευρήματα, ότι τα 2/3 των εφήβων στην Καλιφόρνια, δηλαδή περίπου 1,5 εκατομμύριο καταναλώνουν τροφή από ταχυφαγεία (fast food). Διαπιστώθηκε επίσης ότι 300.000 έφηβοι καταναλώνουν δυο φορές την ημέρα τέτοιο φαγητό και 90.000 έφηβοι τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα. Τέλος, πολύ λιγότεροι (25%) έφηβοι καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά.

Η έρευνα των Takada και συν. (1998) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 457 φοιτητών από την Ιαπωνία και περιέγραφε τις διατροφικές συνήθειες, τη φυσική δραστηριότητα τους και τη σχέση που έχουν με το δείκτη μάζας σώματος BMI και τα λιπίδια στο αίμα, διαπίστωσε ότι η διατροφή των φοιτητών χαρακτηριζόταν περισσότερο από την κατανάλωση δυτικού τύπου φαγητά. Επίσης, οι νέοι που ήταν περισσότερο ενεργητικοί είχαν ψηλότερο βαθμό HDL-C, καθώς και οι νέοι που έτρωγαν περισσότερο ιαπωνικά φαγητά είχαν λίγο πιο χαμηλό HDL-C.

Σε άλλη έρευνα των Epstein και συν. (2001) που αφορούσε την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και μείωση της κατανάλωσης λίπους και ζάχαρης σε οικογένειες με παχύσαρκους γονείς με μη παχύσαρκα παιδιά, τα οποία ακολουθούσαν και αυτά την ίδια διατροφή που καθορίστηκε στους γονείς, διαπιστώθηκε μετά από ένα χρόνο μελέτης με την κατανάλωση υγιεινών τροφών μείωση του ποσοστού παχυσαρκίας και στους γονείς.

Άλλη έρευνα που αποδεικνύει τη σημαντικότητα των διατροφικών επιλογών στην υγεία είναι του Kam (1999) ο οποίος μελέτησε δυο ομάδες Κινέζων. Η πρώτη ακολουθούσε το δυτικό διατροφολόγιο που περιλάμβανε τηγανητό κοτόπουλο και ψάρι, αυγά και γαλακτοκομικά προϊόντα πλούσια σε λιπαρά. Η δεύτερη κατανάλωνε περισσότερα λαχανικά, πράσινο τσάι και ρύζι. Διαπιστώθηκε ότι η δεύτερη ομάδα παρουσίαζε πιο λεπτά τοιχώματα αθηρωμάτωσης σε σύγκριση με την πρώτη ομάδα, και αυτό οφειλόταν στην ποιότητα της τροφής που κατανάλωναν.

Οι Videon και Manning (2003) με έρευνα τους σε 18.177 νέους διαπίστωσαν ότι ένας στους πέντε νέους δεν παίρνει πρωινό, το 71% τρώει πολύ λίγα λαχανικά, το 55% πολύ λίγα φρούτα και το 47% γαλακτοκομικά προϊόντα. Οι νέοι που προέρχονταν από οικογένεια με καλό μορφωτικό επίπεδο είχαν πιο καλή διατροφή από τους νέους που οι γονείς τους ήταν χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η παρουσία των γονιών στο γεύμα βοηθούσε

στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών προϊόντων από τους νέους, καθώς επίσης μείωνε και την πιθανότητα να μην πάρουν πρόγευμα.

Η σημαντικότητα λήψης προγεύματος επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Yang και συν. (2006) στην οποία συμμετείχαν 1609 νέοι από την Ταϊβάν ηλικίας 18-20 χρονών, όπου από το συνολικό δείγμα, το 28.8% ήταν υπέρβαροι και σχεδόν το ¼ (23.6%) δήλωσε ότι λαμβάνει πρόγευμα όχι πολύ συχνά. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νέοι που κατανάλωναν συχνά πρόγευμα είχαν λιγότερο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαροι, σε αντίθεση με τους νέους που κατανάλωναν πιο σπάνια.

Σε άλλη έρευνα των Monneuse και συν. (1997) που έγινε στη Γαλλία και αφορούσε 660 Γάλλους φοιτητές και φοιτήτριες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και τη στάση-συμπεριφορά τους σε σχέση με την υγεία, διαπιστώθηκε ότι οι Γάλλοι φοιτητές δεν κατανάλωναν συχνά σνακ σε αντίθεση με τη συχνή κατανάλωση προγεύματος, ιδιαίτερα από τα άτομα που είχαν χαμηλό δείκτη μάζας σώματος.

Παρατηρήθηκε επίσης έλλειψη γνώσεων για το ρόλο που διαδραματίζει η διατροφή στις καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς και οι παράγοντες φύλο, αντίληψη για το σωματικό βάρος, ο δείκτης μάζας σώματος και η προσπάθεια για χάσιμο βάρους να επηρεάζουν τις συμπεριφορές τους όσον αφορά τη διατροφή. Οι υγιεινές συμπεριφορές των φοιτητών αναφέρονταν στην αποφυγή κατανάλωσης λίπους και χοληστερόλης, και στην προσπάθεια για κατανάλωση φρούτων και φυτικών ινών.

Στην έρευνα των Sakamaki και συν. (2005) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 540 φοιτητών από την Ιαπωνία, 230 άνδρες και 310 γυναίκες, ηλικίας 19 έως 24 ετών, μελετήθηκαν οι γνώσεις τους σχετικά με τη διατροφή και τις διατροφικές τους συνήθειες. Διαπιστώθηκε ότι το 62% των γυναικών είχαν μεγάλη επιθυμία να είναι λεπτές, σε αντίθεση με τους άνδρες που συμερίζονταν την ίδια επιθυμία μόνο το 47,7%.

Επιπρόσθετα, το 82,3% των γυναικών ανέφεραν ότι λάμβαναν πρόγευμα συχνά, καθώς το 11,5% λάμβανε συχνά σνακ. Επίσης, δήλωσαν μεγάλη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μόνο το 32,5% του δείγματος. Οι φοιτήτριες, σε αντίθεση με τους φοιτητές, δήλωσαν ότι τρώνε συχνά γεύματα μαζί με φίλους και την οικογένεια τους, καθώς επίσης ότι

ενδιαφέρονται σε μεγάλο βαθμό για την ποσότητα των θερμίδων του κάθε γεύματος. Γενικά στην έρευνα διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Σε παρόμοια έρευνα των Sakamaki και συν. (2005) που έγινε σε δείγμα 265 φοιτητριών, 141 από την Κορέα και 124 από την Ιαπωνία ηλικίας 19 με 25 ετών, και αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες και το σωματότυπό τους, διαπιστώθηκε ότι το 74% του συνολικού δείγματος διατηρούσε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος και μόνο το 1,2% των φοιτητών ήταν παχύσαρκοι αλλά υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες.

Το 79% των φοιτητριών από την Ιαπωνία κατανάλωναν καθημερινά πρόγευμα, σε αντίθεση με τις φοιτήτριες από την Κορέα που κατανάλωναν καθημερινά πρόγευμα σε ποσοστό 36,2%. Το 59% του δείγματος από την Κορέα δήλωσε ότι λάμβανε γεύμα δυο φορές την ημέρα, ενώ το δείγμα από την Ιαπωνία το 81,1% δήλωσε τρεις φορές την ημέρα. Επίσης οι φοιτήτριες από την Κορέα ανέφεραν ότι καταναλώνουν πιο συχνά φρούτα και αλκοόλ, σε αντίθεση με τις φοιτήτριες από την Ιαπωνία. Και από τις δύο ομάδες των φοιτητριών το 85,4% από την Ιαπωνία και το 77,0% από την Κορέα δηλώθηκε ότι συνηθίζουν να τρώνε μαζί με φίλους και την οικογένεια τους καθημερινά ή τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008 στην Ελλάδα, η οποία δημοσιεύτηκε στο διαδίκτυο, και αφορούσε 2.023 άτομα από όλη την χώρα ηλικίας 15 ετών και άνω, οι οποίοι απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με τις διατροφικές συνήθειες, τη στάση τους απέναντι στη Μεσογειακή Διατροφή, τις αντιλήψεις και συνήθειες τους, βρέθηκε ότι οι Έλληνες τρώνε κατά μέσο όρο 3-4 γεύματα την ημέρα, οι 4 στους 10 δηλώνουν ότι δεν τρώνε πρωινό, ενώ 1 στους 5 τρώει βραδινό η ώρα 22.00 ή αργότερα. Ταυτόχρονα το 33% παραγγέλνει έτοιμο φαγητό δείχνοντας προτίμηση στις πίτσες και σουβλάκια. Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών-φοιτητών, σχεδόν οι 7 στους 10 που ρωτήθηκαν δήλωσαν ότι καταναλώνουν έτοιμα φαγητά από το κυλικείο. Όσον αφορά τις στάσεις των γονέων, μόνο οι μισοί από αυτούς δήλωσαν ότι ελέγχουν τη διατροφή των παιδιών τους (Χατζηγεωργίου και συν, 2008).

Από τη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες γνώριζαν τις βασικές κατηγορίες τροφίμων της Μεσογειακής Διατροφής και ότι κατανάλωναν καθημερινά κάποιες από αυτές αλλά σε μεγαλύτερες ποσότητες από αυτές που συνιστούν οι κανόνες διατροφής.

Συγκεκριμένα, το 53% καταναλώνει πιο πολύ κόκκινο κρέας, αυξημένη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (εκτός κρασιού), γλυκών και πατάτες, ενώ παρατηρείται μειωμένη κατανάλωση ψαριών, πουλερικών, ζυμαρικών και ρυζιού.

Το 2003 το Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών διεξήγαγε έρευνα σε 1.064 καταναλωτές (Συντώσης, 2003) με θέμα τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 35% γευματίζει εκτός σπιτιού 2-4 φορές την εβδομάδα, ένα ποσοστό 30% δήλωσε ότι αποφεύγει τα φαγητά των ταχυφαγείων και ένα ποσοστό 38% δήλωσε ότι τα χρησιμοποιεί μια φορά την εβδομάδα.

Οι ερευνητές θεώρησαν τα αποτελέσματα αυτά πολύ ενθαρρυντικά όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης των επιμέρους ομάδων τροφίμων, αφού οι Έλληνες εξακολουθούν να καταναλώνουν καθημερινά λαχανικά, ψωμί και φρούτα. Όμως, διαπιστώθηκε παράλληλα ότι καταναλώνουν αρκετές φορές την εβδομάδα γλυκά. Επίσης δήλωσαν την κατανάλωση τηγανιτών πατατών και αναψυκτικών. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα καταναλώνονται μερικές φορές την εβδομάδα. Επίσης, δηλώθηκε μειωμένη κατανάλωση ψαριού και οσπρίων, ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε για το κόκκινο κρέας. Η έρευνα έδειξε ότι οι Έλληνες, με ποσοστό 37%, εγκατέλειψαν τη Μεσογειακή Δίαιτα.

Παρόμοια αποτελέσματα με τα πιο πάνω παρουσιάζονται και σε μία άλλη συναφή έρευνα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από την MRB Hellas για το ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (Συντώσης, 2003) και συμμετείχαν σε αυτή 1300 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 40% του δείγματος χαρακτήριζε τη διατροφή του μέτρια ή κακή, ενώ το 50% αντιμετώπιζε πρόβλημα σωματικού βάρους. Η έρευνα έδειξε επίσης ότι υποκαταναλώνονται το ψωμί και τα δημητριακά. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν μειωμένες κατά 69% ενώ τα ψάρια κατά 42%.

2.2.9 Διατροφικές διαταραχές

Σύμφωνα με τους Ζορπά και Ζορπά (2010), οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν φαινόμενο της κοινωνίας μας και τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι το πρόβλημα είναι κάτι παραπάνω από υπαρκτό και στην Κύπρο. Κυριότερες διατροφικές διαταραχές είναι η ανορεξία και η βουλιμία.

2.2.9.1 Νευρική ανορεξία

Σύμφωνα με τον Αθανασίου (1998), η νευρική ανορεξία είναι μια ψυχογενής κατάσταση, ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας. Ο ασθενής εκουσίως περιορίζει την πρόσληψη τροφής φοβούμενος την αύξηση του βάρους. Η νευρική ανορεξία είναι η ασθένεια που συνίσταται στο φόβο του πάχους και εκδηλώνεται με την ψυχαναγκαστική άρνηση να δεχτεί κανείς τροφή. Μπορεί να εκδηλωθεί σε όλες τις ηλικίες, εντούτοις είναι συχνότερη στην εφηβεία μεταξύ 13 και 20 ετών και προσβάλλει σε ποσοστό δεκαπλάσιο τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια (Τζαβέλας, 2008). Ο κλωνισμός της υγείας σύμφωνα με τον Κουνελάκη (2001) επέρχεται σε μικρό χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τη Σώκου (2000), στην Ελλάδα νοσεί το 3% του πληθυσμού από νευρική ανορεξία.

Στην Κύπρο η συχνότητα της νευρογενούς ανορεξίας έχει υπολογισθεί για τα αγόρια στο 0,14% και στα κορίτσια στο 0,78% και πλησιάζει αυτή των δυτικών χωρών, ενώ 42% των κοριτσιών και 18% των αγοριών δεν είναι ικανοποιημένα με το σωματικό τους βάρος και θέλουν να χάσουν κιλά.(Ζορπά και Ζορπά, 2010).

2.2.9.2 Νευρική βουλιμία

Σύμφωνα με τους Ζορπά και Ζορπά (2010), η νευρική βουλιμία είναι συχνότερη από τη νευρική ανορεξία. Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και προκλητού εμετού. Αρχίζει συνήθως στην εφηβική ηλικία. Συχνά η αιτία έναρξης της, είναι η αποτυχία μιας νεαρής κοπέλας να ακολουθήσει μια περιοριστική δίαιτα. Αντιδρά τρώγοντας υπερβολικά με κρίσεις υπερφαγίας. Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφών πολύ γρήγορα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Η Σώκου (2000) αναφέρει ότι στην Ελλάδα νοσεί το 2% του πληθυσμού από νευρική βουλιμία. Ο ασθενής νιώθει ότι δεν μπορεί να έχει έλεγχο στις ποσότητες φαγητών που τρώει κατά το επεισόδιο υπερφαγίας. Το άτομο με νευρική βουλιμία νιώθει στη συνέχεια άσχημα

για την υπερβολική λήψη τροφής και καταφεύγει στην πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, διουρητικών και στην υπερβολική σωματική άσκηση. Ακόμη η Σώκου (2000), αναφέρει ότι τα βουλιμικά άτομα έχουν συνήθως κανονικό ή περίπου κανονικό βάρος σώματος και ότι τα άτομα με νευρική βουλιμία, φοβούνται να κερδίσουν βάρος, επιθυμούν να χάσουν βάρος και αισθάνονται πολύ άσχημα για το σώμα τους.

Στην Κύπρο, σύμφωνα με τους Ζορπά και Ζορπά (2010), ποσοστό 26% των κοριτσιών και 13% των αγοριών ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για να αναπτύξουν συμπτώματα ανορεξίας ή βουλιμίας.

2.2.10 Κριτική προσέγγιση

Από την επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και τις έρευνες που αναφέρθηκαν πιο πάνω, διαπιστώνεται ο σπουδαίος και καθοριστικός ρόλος της διατροφής στην υγεία του ανθρώπου, αλλά και πως οι διατροφικές προτιμήσεις μπορούν να επηρεάσουν και να συμβάλουν στην εμφάνιση κάποιας παθολογικής κατάστασης.

Οι έρευνες όπως των Sakamaki και συν. (2005), Videon και Manning (2003), καθώς και οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, αποδεικνύουν πόσο πολύ απέχουν οι διατροφικές προτιμήσεις αλλά και συνήθειες σε θέματα διατροφής από το ιδανικό. Ιδιαίτερα σημαντικά όμως είναι τα αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν στην Ελλάδα για το λόγο ότι οι διατροφικές επιλογές και συνήθειες των Ελλήνων πλησιάζουν κατά πολύ με τα κυπριακά δεδομένα.

Βάσει των ερευνών γενικά, φαίνεται ότι οι προτιμήσεις των νέων σε συγκεκριμένες τροφές όπως τα φρούτα και τα λαχανικά είναι ελάχιστη, όπως επίσης και η συνήθεια να παίρνουν πρόγευμα, δεν είναι αρκετά διαδεδομένη. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των νέων, φάνηκε να διαδραματίζει και ο παράγοντας οικογένεια, σύμφωνα πάντοτε με έρευνες όπως των Videon και Manning (2003). Αξιοσημείωτη επίσης είναι η σπουδαιότητα της Μεσογειακής Διατροφής, η οποία μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη πολλών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή.

Η υιοθέτηση της υγιεινής διατροφής από τη νεαρή ηλικία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη μελλοντική πρόληψη σοβαρών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή, ιδιαίτερα όταν

πρόκειται για μεσογειακή χώρα όπως η Κύπρος που ξέφυγε από την πλεονεκτικά αποδεδειγμένη καλύτερη διατροφή, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στη δυτικού τύπου με τις συνεπακόλουθες συνέπειες.

Ακριβώς μέσα από την ερευνητική εργασία που ακολουθεί επιχειρείται να αποτυπωθεί η πραγματική κατάσταση που επικρατεί στην Κύπρο, και ταυτόχρονα να εντοπισθούν ποια είναι τα προβλήματα, πού οφείλονται, τι και ποιοι μπορούν να συμβάλουν στην αναχαίτιση των προβλημάτων αυτών, και τέλος, να καταδειχθεί η σημασία της σωστής διατροφής τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση ασθενειών. Επίσης, γίνεται συγκριτική ανάλυση του θεωρητικού πλαισίου και των ερευνών που υπάρχουν, για να διαφανεί η επιβεβαίωση ή μη των ευρημάτων τους για τους νέους της Κύπρου.

2.3 Σκοπός της έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα

2.3.1 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα στοχεύει να εξετάσει και να διαπιστώσει τις διατροφικές συνήθειες νέων της Κύπρου, από τυχαίο δείγμα πρωτοετών φοιτητών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου και να εξαγάγει συμπεράσματα σε ότι αφορά τη διατροφική συμπεριφορά νέων και το μέγεθος του προβλήματος της παχυσαρκίας που υπάρχει στην Κύπρο.

Παράλληλα δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι η συσχέτιση των αποτελεσμάτων ώστε να εξεταστεί το είδος της σχέσης και ο βαθμός συσχέτισης του ποσοστού των νέων με κακές συνήθειες διατροφής και η υποβολή εισηγήσεων για την αντιμετώπιση της.

2.3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Με άξονα τον πιο κάτω κεντρικό σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απασχολήσουν την παρούσα έρευνα είναι:

1. Ποιες είναι οι διατροφικές συνήθειες των νέων της Κύπρου και ποιες οι απόψεις τους για τη σχέση διατροφής και υγείας;
2. Ποιο είναι το μέγεθος του προβλήματος στην Κύπρο και ποιος είναι ο βαθμός συσχέτισης του με τις κακές συνήθειες διατροφής;

3.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Μεθοδολογία

3.1.1 Μέθοδος

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις των νέων, καθώς και με τη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών. Το ερωτηματολόγιο μεταξύ άλλων περιείχε ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, το επίπεδο μόρφωσης, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό ιστορικό και το επίπεδο σωματικής άσκησης τους.

Με τη μέθοδο αυτή, μέσω της επεξεργασίας και ανάλυσης των δεδομένων που προκύπτουν από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, διατυπώνονται συμπεράσματα για την κατάσταση που επικρατεί στην Κύπρο όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις των νέων. Επιπλέον, επιλέγηκε αυτή η μέθοδος, αφού αρκετές έρευνες που έχουν διεξαχθεί από ξένους ερευνητές με παρόμοιο ή ίδιο θέμα έχουν επιλέξει τη χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή δεδομένων.

3.1.2 Δείγμα – Δειγματοληψία

3.1.2.1 Καθορισμός του πληθυσμού

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι πρωτοετείς φοιτητές και φοιτήτριες όλων των κλάδων σπουδών που φοιτούσαν στο Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου κατά το ακαδημαϊκό έτος 2009-2010. Σύμφωνα με το μητρώο εγγραφών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου για το συγκεκριμένο ακαδημαϊκό έτος όλοι οι φοιτητές, Κύπριοι και αλλοδαποί, ήταν 1016. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι 639 Κύπριοι φοιτητές, αφού η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπούσε στο να μελετήσει τις διατροφικές συνήθειες των νέων της Κύπρου.

Η επιλογή του συγκεκριμένου Πανεπιστημίου έγινε μετά από κλήρωση μεταξύ των πέντε Πανεπιστημίων Κύπρου (Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Frederic University, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου). Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου δε συμπεριλήφθηκε στην κλήρωση γιατί οι φοιτητές του είναι κυρίως ενήλικες και δε εμπίπτουν στον ορισμό «νέου» όπως χρησιμοποιήθηκε στην εκπόνηση της παρούσας έρευνας.

Η επιλογή του πληθυσμού έγινε αποκλειστικά και μόνο από τους πρωτοετείς φοιτητές του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, γιατί αυτό εξοικονομούσε χρόνο και έξοδα τα οποία θεωρούνται σημαντικά για τη διεκπεραίωση μιας έρευνας.

3.1.2.2 Επιλογή του δείγματος

Ένεκα του ότι ο πληθυσμός ήταν μεγάλου μεγέθους και πραγματικά δύσκολο να παρθούν όλες οι μετρήσεις έγινε τυχαία επιλογή του υποσυνόλου του πληθυσμού. Η τυχαία δειγματοληψία έγινε με κλήρωση μεταξύ όλων των μελών του πληθυσμού και όλοι είχαν ίση και ανεξάρτητη ευκαιρία να επιλέγουν και να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Έτσι, από τον εβδομαδιαίο πρόγραμμα όλων των κλάδων του πληθυσμού, στο οποίο όλοι οι φοιτητές είχαν από μία φορά μάθημα κληρώθηκαν τυχαία πέντε τμήματα από πέντε διαφορετικούς κλάδους σπουδών που αριθμούσαν 137 άτομα. Συγκεκριμένα κληρώθηκαν τα τμήματα της Νοσηλευτικής, της Νομικής, της Διοίκησης Επιχειρήσεων, των Παιδαγωγικών και της Πληροφορικής.

Μετά από εξασφάλιση σχετικής άδειας από τον Πρύτανη του Πανεπιστημίου, ενημερώθηκαν γραπτώς οι συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας, ότι η συμμετοχή τους θα είναι εθελοντική και ανώνυμη, και ότι θα μπορούσαν σε οποιοδήποτε στιγμή να αρνηθούν να συνεχίσουν.

Παρόντες από τους 137 φοιτητές ήταν οι 126 και από αυτούς απάντησαν οι 121. Πέντε ερωτηματολόγια επιστράφηκαν κενά.

3.1.3 Μέσα Συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που παραχωρήθηκε ευγενώς από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου, ο οποίος αφού ενημερώθηκε για το θέμα της έρευνας, τους σκοπούς και τους στόχους που έχει, αποδέχτηκε να παράσχει το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησε σε δικές του επιστημονικές έρευνες στην Κύπρο.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις Ανδρέου και Μάρκου (2010), χρησιμοποιήθηκε σε δύο έρευνες του. Η μεν πρώτη αφορούσε την «Επιδημιολογική έρευνα για το ποσοστό

παχυσαρκίας και του υπερβάλλοντος βάρους στην Κύπρο και διαπίστωση των διατροφικών συνηθειών του Κύπριου πολίτη». Στην έρευνα συμμετείχαν 1018 άτομα ηλικίας 18-80 ετών, επιλεγμένο τυχαία σε παγκύπρια κλίμακα. Η έρευνα διήρκεσε τρία χρόνια και ολοκληρώθηκε το 2007. Η δεύτερη έρευνα έγινε από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, και τη συμβολή του Πανεπιστημίου Κρήτης και του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθήνας. Στην έρευνα συμμετείχαν 1000 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών, επιλεγμένα τυχαία σε παγκύπρια κλίμακα και ολοκληρώθηκε το 2008. Τα αποτελέσματα των δύο ερευνών δημοσιεύτηκαν στην ιστοσελίδα του Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου (<http://www.cydadiet.org>).

Επομένως, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κρίνεται αξιόπιστο ως εργαλείο μέτρησης αλλά και έγκυρο ως προς τα αποτελέσματά του. Όπως αναφέρει και η Bell (1997), αξιοπιστία είναι ο βαθμός στον οποίο μια διαδικασία παραγάγει τα ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις. Συνθετότερο θέμα αποτελεί η εγκυρότητα, η οποία αναφέρεται στο βαθμό επίτευξης του σκοπού για τον οποίο έγινε το όργανο μέτρησης (Παπαναστασίου και Παπαναστασίου, 2005).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από τέσσερα μέρη με 43 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το πρώτο μέρος ζητούσε τη δήλωση του συμμετέχοντα για τις σωματομετρικές μετρήσεις του. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία, το επίπεδο μόρφωσης, το οικογενειακό εισόδημα, τους διατροφικούς περιορισμούς, την κατάσταση υγείας που τυχόν επηρεάζει τη διατροφή, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό ιστορικό. Το τρίτο μέρος κάλυπτε τις διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις των συμμετεχόντων. Τέλος, το τέταρτο μέρος αφορούσε τη σωματική δραστηριότητα των συμμετεχόντων.

Οι ερωτήσεις ήταν απλές και κατανοητές έτσι ώστε να απαντηθούν με ευκολία από το δείγμα που έλαβε μέρος. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 20 λεπτά.

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε από τον ερευνητή σε καθορισμένες ώρες του ωρολογίου προγράμματος των συμμετεχόντων. Αυτό συνέβαλε στο να διασαφηνιστούν τυχόν απορίες και να επιστραφούν όλα τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν.

3.1.4 Πιλοτική έρευνα

Παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο της έρευνας εξασφάλιζε την εγκυρότητα και αξιοπιστία του από το γεγονός της επανειλημμένης χρήσης του από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου, διενεργήθηκε πιλοτική έρευνα για να εντοπισθούν τυχόν ασάφειες και ανακρίβειες, ώστε οι συμμετέχοντες της κυρίως έρευνας να μη συναντήσουν δυσκολίες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης η πιλοτική έρευνα συνέβαλε στο να διαπιστωθεί ο χρόνος που χρειάζονται οι ερωτώμενοι για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν τυχαία 20 ερωτηματολόγια σε 20 πρωτοετείς φοιτητές και φοιτήτριες του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, όπου και οι 20 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο εντός χρόνου 20 λεπτών, χωρίς να χρειαστεί οποιαδήποτε διευκρίνιση από τον ερευνητή. Αυτό έδειξε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν κατανοητό από το ευρύ φάσμα του δείγματος και έτσι το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε χωρίς τροποποιήσεις.

Τα ερωτηματολόγια της πιλοτικής έρευνας δε λήφθηκαν υπόψη στην έρευνα, για να αποφευχθεί τυχόν επανάληψη απάντησης του ερωτηματολογίου από τον ίδιο ερωτώμενο, κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

3.1.5 Επεξεργασία δεδομένων

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου και ακολούθως εισήχθησαν τα δεδομένα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση των δεδομένων με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες – SPSS έκδοση 16.0, που θεωρείται σύμφωνα με τους Παπαναστασίου και Παπαναστασίου (2005), το κορυφαίο πακέτο ανάλυσης δεδομένων στον τομέα του, και χρησιμοποιείται σε όλον τον κόσμο σε πανεπιστήμια και αλλού.

Με τη στατιστική ανάλυση κατέστη δυνατή η μετατροπή των αρχικών δεδομένων σε μορφές που έδωσαν κάποιες πληροφορίες σε συνοπτική μορφή και βοήθησαν στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της έρευνας (Παπαναστασίου και Παπαναστασίου, 2005), στοιχεία που παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο «Ανάλυση Αποτελεσμάτων» της παρούσας έρευνας.

3.1.6 Περιορισμοί της έρευνας

Βασικός περιορισμός της έρευνας είναι το γεγονός ότι τα στοιχεία που αφορούν το ύψος και το βάρος του δείγματος, και τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για το δείκτη μάζα σώματος, έχουν προκύψει από αναφορές των ίδιων των συμμετεχόντων, και όχι μέσω της ανθρωπομετρίας.

Η συμμετοχή πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών από ένα μόνο Πανεπιστήμιο της Κύπρου, αποτελεί ένα άλλο βασικό περιορισμό μιας και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι δυνατό να γενικευθούν.

Επίσης παράγοντες που ενδεχόμενα να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των νέων, όπως οι διαιτητικές συνήθειες των γονιών, η δομή και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, η ευκολία παρασκευής και η διαθεσιμότητα των τροφίμων δεν λήφθηκαν υπόψη.

Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για ευρύτερη μελέτη του θέματος, σε ευρύτερα γεωγραφικά πλαίσια και με μεγαλύτερο και αντιπροσωπευτικότερο δείγμα, καλύπτοντας όλους τους φοιτητές όλων των Πανεπιστημίων της Κύπρου.

3.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία και εφαρμόστηκε το τεστ σημαντικότητας X^2 και οι συσχετίσεις δύο μεταβλητών. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha = 0,05$. Η στατιστική ανάλυση καταδεικνύει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν οφείλονται στην τύχη.

Σε περιγραφικό επίπεδο τα ευρήματα επεξηγούνται σε κείμενο και παρουσιάζονται με πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των υποκειμένων στις ερωτήσεις που τέθηκαν. Στο κείμενο αναφέρονται τα ποσοστά των εγκύρων τιμών (valid %).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.2.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος

Για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκαν 126 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν τα 121. Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν 639 άτομα ($N=639$), το δείγμα ήταν 121 άτομα ($n=121$), το διάστημα εμπιστοσύνης είναι 8% ($CI = 8\%$), και το ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους είναι 5% ($\alpha=0,05$). Συγκεκριμένα απάντησαν 42 άντρες, δηλαδή ποσοστό 34,7% και 79 γυναίκες σε ποσοστό 65,3% (πίνακας 1).

Πίνακας 1:Φύλο

Φύλο	Ποσοστό %
Άνδρας	34,7
Γυναίκα	65,3
Σύνολο	100,0

Ο μέσος όρος βάρους του δείγματος ήταν 67 κιλά με διάμεσο (median) 66,5 κιλά. Όσον αφορά το ύψος ο μέσος όρος είναι 1,69 μέτρα με διάμεσο επίσης 1,69. Οι πιο πάνω μετρήσεις δεικνύουν ότι το βάρος σε σχέση με το ύψος στο συνολικό δείγμα κινείται σε φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις. Ο μέσος όρος της ηλικίας και η διάμεσος του συνολικού δείγματος είναι τα είκοσι έτη, με το μικρότερο συμμετέχοντα να έχει ηλικία 17 ετών και το μεγαλύτερο 28 έτη (πίνακας 2).

Πίνακας 2: Σωματομετρικά δεδομένα

	Βάρος	Ύψος	Ηλικία
Μέσος Όρος	67.2788	168.7885	20.0420
Διάμεσος	66.5000	169.0000	20.0000

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι το 60,5% των ανδρών είχε κανονικό βάρος, το 31,6% ήταν υπέρβαροι και το 7,9% ήταν παχύσαρκοι. Όσον αφορά τις γυναίκες το 12,3% ήταν ελλιποβαρή άτομα , το 66,2% είχε κανονικό βάρος, το 18,5% ήταν υπέρβαρες και το 3,1% ήταν παχύσαρκες (πίνακας 3). Αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι όλα τα ελλιποβαρή άτομα είναι γυναίκες.

Πίνακας 3: ΔΜΣ σε σχέση με το φύλο

ΔΜΣ	Άντρες	Γυναίκες
Ελλιποβαρή	0%	12,3%
Κανονικός	60,5%	66,2%
Υπέρβαρος	31,6%	18,5%
Παχύσαρκος	7,9%	3,1%

Από όλους τους συμμετέχοντες, άντρες και γυναίκες, ποσοστό 57% δήλωσε ότι είχε φυσιολογικό βάρος, ποσοστό 5,8% ότι είχε βάρος κάτω του φυσιολογικού, ποσοστό 28,1% ότι είχε βάρος άνω του φυσιολογικού και ποσοστό 9,1% δήλωσαν ότι δεν ξέρουν (πίνακας 4).

Πίνακας 4: Προσωπική άποψη των συμμετεχόντων για το βάρος τους

Βάρος	Ποσοστό %
Κάτω του φυσιολογικού	5,8
Φυσιολογικό βάρος	57,0
Άνω του φυσιολογικού	28,1
Δεν ξέρω	9,1
Σύνολο	100,0

Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι το βάρος τους ήταν κάτω του φυσιολογικού, με τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος φάνηκε ότι 57,1% από αυτούς είχαν πράγματι βάρος κάτω του φυσιολογικού και 42,9% είχαν φυσιολογικό βάρος. Από αυτούς που

δήλωσαν ότι είχαν φυσιολογικό βάρος, το 6,5% ήταν ελλιποβαρή άτομα, το 83,9% είχε κανονικό βάρος και το 9,7% ήταν υπέρβαροι. Τέλος, από αυτούς που δήλωσαν ότι είχαν βάρος άνω του φυσιολογικού, 23,3% είχε κανονικό βάρος, 60% ήταν υπέρβαροι και 16,7% ήταν παχύσαρκοι. (πίνακας 5).

Πίνακας 5 :Αντίληψη βάρους και ΔΜΣ

ΔΜΣ	Κάτω του φυσιολογικού	Φυσιολογικό βάρος	Άνω του φυσιολογικού	Δεν ξέρω
Ελλιποβαρής	57,1%	6,5%	0%	0%
Κανονικός	42,9%	83,9%	23,3%	100%
Υπέρβαρος	0%	9,7%	60%	0%
Παχύσαρκος	0%	0%	16,7%	0%

Με βάση τις πιο πάνω δηλώσεις των συμμετεχόντων για το βάρος τους και το ύψος τους, υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος ως το πηλίκο του βάρους σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (Kg/m^2). Στη βάση αυτή οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 7,8% χαρακτηρίστηκαν ελλιποβαρή άτομα, 23,3% υπέρβαροι, 4,9% παχύσαρκοι και το 64,1% είχε κανονικό βάρος (πίνακας 6).

Πίνακας 6: Κατηγορίες Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

ΔΜΣ	Ποσοστό %
Ελλιποβαρής	7,8
Κανονικός	64,1
Υπέρβαρος	23,3
Παχύσαρκος	4,9
Σύνολο	100,0

Από τη στατιστική ανάλυση του ΔΜΣ σε σχέση με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα διαφάνηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν προέρχονται από πολύ εύπορες οικογένειες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παχύσαρκων συμμετεχόντων, 60%, προέρχεται από οικογένειες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα €20000 - €40000 (πίνακας 7).

Πίνακας 7: ΔΜΣ σε σχέση με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

ΔΜΣ	Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα			
	<€20000	€20000-€40000	€40000-€60000	> €60000
Ελλιποβαρής	12,5%	75%	12,5%	0%
Κανονικός	23,4%	35,9%	35,9%	4,7%
Υπέρβαρος	12,5%	33,3%	45,8%	8,3%
Παχύσαρκος	0%	60%	40%	0%

3.2.2 Εισόδημα και επίπεδο υγείας

Το 42,9% των συμμετεχόντων είχαν οικογενειακό εισόδημα από €20000 - €40000, το 35,3% είχε οικογενειακό εισόδημα €40000 - €60000, το 17,6% είχε οικογενειακό εισόδημα λιγότερο από €20000 και μόλις το 4,2% είχε οικογενειακό εισόδημα πέραν των €60000 (πίνακας 8).

Οι συμμετέχοντες που προέρχονται από οικογένειες με εισόδημα πέραν των €60000 παρατηρείται να τρέφονται πιο υγιεινά και να αθλούνται περισσότερο. Συγκεκριμένα ποσοστό 88% αυτών των ατόμων, δήλωσε ότι λαμβάνει φαγητό στο σπίτι 3-5 φορές την εβδομάδα και αθλείται σε ποσοστό 82,4% 3-5 φορές την εβδομάδα. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις υπόλοιπες κατηγορίες είναι κατά πολύ μικρότερα. (πίνακας 9).

Πίνακας 8: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Ποσοστό %
< €20000	17,6
€20000-€40000	42,9
€40000-€60000	35,3
> €60000	4,2
Σύνολο	100,0

Πίνακας 9: Άθληση και διατροφή σε σχέση με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Φαγητό στο σπίτι	Άθληση 30-45 λεπτά τη μέρα
Σε ευρώ	3-5 φορές τη βδομάδα	3-5 φορές τη βδομάδα
< €20000	13,2%	8,9%
€20000-€40000	31,4%	28%
€40000-€60000	66,2%	65,6%
> €60000	88%	82,4%

3.2.3 Περιορισμοί στη διατροφή

Στην ερώτηση αν επηρεάζεται η διατροφή των συμμετεχόντων από οποιουδήποτε περιορισμούς το 30% δήλωσε ότι επηρεάζεται από τη νηστεία, το 20% από τη θρησκεία, το 16,7% από τον αθλητισμό και το 20% από τη υγεία (πίνακας 10).

Πίνακας 10: Περιορισμοί σε σχέση με τη διατροφή

Περιορισμοί	Ποσοστό %
Νηστεία	30,0
Θρησκεία	20,0
Ημι-χορτοφάγος (κοτόπουλο μόνο)	3,3
Άλλοι	10,0
Αθλητισμός	16,7
Υγεία	20,0
Σύνολο	100,0

Από αυτούς που δήλωσαν ότι επηρεάζεται η διατροφή τους λόγω θρησκείας, μόλις το 28% δήλωσε ότι νηστεύει όλες τις νηστείες του χρόνου, ενώ το 44% δήλωσε ότι νηστεύει κάποτε (πίνακας 11).

Πίνακας 11: Αριθμός ημερών νηστείας στο έτος

Νηστεία	Ποσοστό %
Κάποτε	44,0
2 φορές /εβδομάδα (104 μέρες)	4,0
Κάθε Χριστούγεννα (40 μέρες)	12,0
Κάθε Πάσχα (50 μέρες)	12,0
Όλες τις νηστείες του χρόνου (190 μέρες)	28,0
Σύνολο	100,0

Από τη στατιστική ανάλυση διαφάνηκε ότι τα άτομα που εφαρμόζαν όλες τις νηστείες του χρόνου δε διαγνώστηκαν από οποιεσδήποτε παθήσεις ή καταστάσεις υγείας που επηρεάζουν τη διατροφή τους. Αντίθετα από τα άτομα που δήλωσαν ότι νηστεύουν κάποτε, ποσοστό 64,1% επισκέφθηκε το γιατρό έστω και για μία φορά (πίνακας 12).

Πίνακας 12 : Η νηστεία σε σχέση με την κατάσταση της υγείας

Νηστεία	Επίσκεψη στο γιατρό σε ποσοστό %
Κάποτε	64,1
2 φορές /εβδομάδα (104 μέρες)	39,7
Κάθε Χριστούγεννα (40 μέρες)	43,2
Κάθε Πάσχα (50 μέρες)	50,0
Όλες τις νηστείες του χρόνου (190 μέρες)	0,0

Ποσοστό 12,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι επηρεάζεται η διατροφή τους από παθήσεις ή καταστάσεις υγείας (πίνακας 13) και το 18,8% από αυτούς δήλωσε ότι πάσχει από διατροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες, το 12,5% από υπερλιπιδαιμία, το 18,8% από οδοντιατρικά προβλήματα και το 25% από διατροφικές διαταραχές. Παρατηρείται ότι σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων, παρά το νεαρό της ηλικίας του, αντιμετωπίζει ασθένειες (πίνακας 14).

Πίνακας 13: Διάγνωση από οποιεσδήποτε παθήσεις ή καταστάσεις υγείας που επηρεάζουν τη διατροφή

Διάγνωση από παθήσεις	Ποσοστό %
ΝΑΙ	12,7
ΟΧΙ	87,3
Σύνολο	100,0

Πίνακας 14: Ποσοστό επηρεαζόμενων από πάθηση ή κατάσταση υγείας σε σχέση με τη διατροφή τους

Είδος πάθησης ή κατάστασης υγείας	Ποσοστό %
Υπερλιπιδαιμία	12,5
Υπόταση	6,3
Χολολιθίαση	6,3
Τύπος 1 Διαβήτη	6,3
Αναπνευστικά	12,5
Μεταβολικά Νοσήματα	6,3
Διατροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες	18,8
Μυονευρολογικά προβλήματα	6,3
Γαστρεντερολογικές παθήσεις ή συμπτώματα	6,3
Διατροφικές διαταραχές	25,0
Οποιαδήποτε πάθηση που περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα	6,3
Ψυχιατρικές ή Ψυχολογικές καταστάσεις	6,3
Οδοντιατρικά προβλήματα	18,8
Δυσφαγία	6,3
Παχυσαρκία	6,3
Άλλες	12,5

Από τη στατιστική ανάλυση φάνηκε ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα κυρίως αντιμετώπιζαν δυσανεξίες ή αλλεργίες. Επίσης, τα ελλιποβαρή άτομα σε ποσοστό 12,5% και τα παχύσαρκα σε ποσοστό 20% είχαν διατροφικές διαταραχές (πίνακας 15).

Πίνακας 15: Είδος ασθένειας ή πάθησης ανάλογα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ	Διατροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες σε ποσοστό %	Διατροφικές διαταραχές σε ποσοστό %
Ελλιποβαρής	6,9	12,5
Κανονικός	11,7	2,4
Υπέρβαρος	63,2	8,2
Παχύσαρκος	68,8	20

3.2.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Ποσοστό 23,8% από τους συμμετέχοντες επισκέφθηκαν γιατρό μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες, 24,8% δύο φορές, 6,9%, τρεις φορές, 6,9% τέσσερις φορές και το υπόλοιπο 8% πάνω από πέντε φορές. Ποσοστό 29,7% δεν επισκέφθηκαν καθόλου γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (πίνακας 17). Στο τεστ σημαντικότητας $\chi^2 = 51.945$ αποτυπώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($p = .000$), δηλαδή ελλιποβαρή ή και υπέρβαρα άτομα τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας απ' ό,τι τα άτομα με κανονικό βάρος. Αυτό αποτυπώνεται στον πιο κάτω πίνακα 16.

Πίνακας 16 :Η χρήση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το ΔΜΣ

		Δείκτης Μάζας Σώματος Κατηγορίες				Σύνολο
		Ελλιποβαρής	Κανονικός	Υπέρβαρος	Παχύσαρκος	
Πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες;	Καμία		76,0%	20,0%	4,0%	100,0%
	1	13,0%	73,9%	13,0%		100,0%
	2	8,7%	43,5%	47,8%		100,0%
	3	33,3%	50,0%	16,7%		100,0%
	4		80,0%	20,0%		100,0%
	5		50,0%		50,0%	100,0%
	6		50,0%		50,0%	100,0%
7		100,0%			100,0%	
Σύνολο		7,8%	64,4%	23,3%	4,4%	100,0%

Πίνακας 17: Συχνότητα επίσκεψης σε κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες

Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία φορά	29,7
1 φορά	23,8
2 φορές	24,8
3 φορές	6,9
4 φορές	6,9
5 φορές	4,0
6 φορές	2,0
7 φορές	2,0
Σύνολο	100,0

Ποσοστό 77,8% των συμμετεχόντων που δήλωσε ότι αντιμετωπίζει κάποια πάθηση ή πρόβλημα υγείας λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ενώ από αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας μόνο το 8,3% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (πίνακας 18).

Πίνακας 18: Σχέση πάθησης ή προβλήματος υγείας και λήψης φαρμάκων

Πάθηση ή πρόβλημα υγείας	Λήψη φάρμακων	Μη λήψη φάρμακων
ΝΑΙ	77,8%	22,2%
ΟΧΙ	8,3%	91,7%

Παρατηρείται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από προβλήματα υγείας, και ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή [$\chi^2 = 33.938$, $p < 0.001$], δηλαδή αυτοί που έχουν πάθηση ή πρόβλημα υγείας τείνουν να ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή (πίνακας 18).

Στην ερώτηση για την προσωπική εκτίμηση των συμμετεχόντων για την κατάσταση της υγείας τους, το 38,3% από αυτούς που απάντησαν δήλωσε ότι πιστεύει ότι έχει πολύ καλή υγεία, το 41,7% τη χαρακτήρισε καλή και το 20% μέτρια (πίνακας 19).

Πίνακας 19: Προσωπική εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας

Κατάσταση Υγείας	Ποσοστό %
Πολύ καλή	38,3
Καλή	41,7
Μέτρια	20,0
Σύνολο	100,0

Όσον αφορά τη χρήση φαρμάκων φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες κυρίως χρησιμοποιούν βιταμίνες (15,6%), για το βήχα 19,5%, για άλλους πόνους 26% και παυσίπονα σε ποσοστό 51,9% (πίνακας 20).

Πίνακας 20: Είδος φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την τελευταία εβδομάδα

Είδος φαρμάκων	Ποσοστό %
Για υψηλή πίεση	1,3
Για υψηλή χοληστερόλη	2,6
Για υψηλή ζάχαρη	7,8
Για τον πονοκέφαλο	51,9
Για άλλους πόνους	26,0
Για το βήχα	19,5
Ηρεμιστικά	7,8
Βιταμίνες, μέταλλα	15,6
Αντισπληπτικά	7,8
Καθαρτικά	1,3

3.2.5 Διατροφικές συνήθειες

Στην ερώτηση αν παίρνουν πρωινό ή /και δεκατιανό, από όσους απάντησαν (97,5%), το 25,4% παίρνει μόνο πρωινό, το 13,6% μόνο δεκατιανό, το 47,5% και τα δύο, και 13,6% δεν παίρνει ούτε πρωινό ούτε δεκατιανό (πίνακας 21).

Πίνακας 21: Λήψη πρωινού ή /και δεκατιανού

Είδος γεύματος	Ποσοστό %
Μόνο πρωινό	25,4
Μόνο δεκατιανό	13,6
Και τα δύο	47,5
Τίποτα	13,6
Σύνολο	100,0

Από όσους παίρνουν πρωινό το 15,7% παίρνει καφέ, το 8,8% γάλα, το 13,7% καφέ με γάλα και το 15,7% γάλα με δημητριακά (πίνακας 22).

Πίνακας 22: Είδος τροφής κατά το πρωινό

Είδος ροφήματος ή/ και τροφής κατά το πρωινό	Ποσοστό %
Καφέ	15,7
Γάλα	8,8
Καφές με γάλα	13,7
Τσάι	3,9
Χυμό	1,0
Γάλα με δημητριακά/ζάχαρη/μέλι/σοκολάτα	15,7
Γάλα με δημητριακά χωρίς ζάχαρη/δημητριακά με φυτικές ίνες	8,8
Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα	8,8
Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα και βούτυρο/μαργαρίνη	6,9
Ψωμί με διάφορα είδη τυριού	5,9
Γάλα με αυγό και ψωμί	2,9
Αρτοποιήματα	3,9
Σάντουιτς	3,9
Σύνολο	100,0

Από όσους παίρνουν δεκατιανό το 13,3% παίρνει φρούτα, το 18,7% σάντουιτς, το 10,7% αρτοποιήματα, το 8% γάλα, το 8% καφέ και το 9,3% χυμό (πίνακας 23).

Πίνακας 23:Είδος τροφής κατά το δεκατιανό

Είδος ροφήματος ή/και τροφής κατά το δεκατιανό.	Ποσοστό %
Καφέ	8,0
Γάλα	8,0
Καφές με γάλα	6,7
Τσάι	4,0
Χυμό	9,3
Γάλα με δημητριακά/ζάχαρη/μέλι/σοκολάτα	1,3
Γάλα με δημητριακά χωρίς ζάχαρη/δημητριακά με φυτικές ίνες	4,0
Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα	4,0
Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα και βούτυρο/μαργαρίνη	2,7
Γάλα με αυγό και ψωμί	6,7
Αρτοποιήματα	10,7
Σάντουιτς	18,7
Φρούτα	13,3
Σύνολο	100,0

Ποσοστό 61,7% παίρνει δύο γεύματα ημερησίως, 26,7% τρία γεύματα και το 10% ένα γεύμα (πίνακας 24). Το 44,3% παίρνει δύο δεκατιανά, το 34,8% ένα , το 16,5% τρία και 3,5% τέσσερα (πίνακας 25).

Πίνακας 24: Αριθμός ημερήσιων κύριων γευμάτων

Αριθμός γευμάτων	Ποσοστό %
Ένα γεύμα	10,0
Δύο γεύματα	61,7
Τρία γεύματα	26,7
Τέσσερα γεύματα	0,8
Πέντε γεύματα	0,8
Σύνολο	100,0

Πίνακας 25: Αριθμός ημερήσιων ενδιάμεσων γευμάτων (μικρογευμάτων) /δεκατιανών

Αριθμός δεκατιανών ή ενδιάμεσων γευμάτων	Ποσοστό %
Ένα δεκατιανό	34,8
Δύο δεκατιανά	44,3
Τρία δεκατιανά	16,5
Τέσσερα δεκατιανά	3,5
Πέντε δεκατιανά	0,9
Σύνολο	100,0

Από τη στατιστική ανάλυση τα άτομα με κανονικό βάρος σε ποσοστό 60% έπαιρναν δύο γεύματα την ημέρα και 29,2% τρία γεύματα την ημέρα. Επίσης τα υπέρβαρα άτομα καταλάωναν σε ποσοστό 20,8% τρία γεύματα την ημέρα και τα παχύσαρκα άτομα έπαιρναν τέσσερα γεύματα την ημέρα σε ποσοστό 20% (πίνακας 26).

Πίνακας 26 : Αριθμός κατανάλωσης γευμάτων σε σχέση με το ΔΜΣ

ΔΜΣ	1 γεύμα	2 γεύματα	3 γεύματα	4 γεύματα	5 γεύματα
Ελλιποβαρής	12,5%	50%	37,5%	0%	0%
Κανονικός	9,2%	60%	29,2%	0%	1,6%
Υπέρβαρος	4,2%	75%	20,8%	0%	0%
Παχύσαρκος	20%	40%	20%	20%	0%

Στις ερωτήσεις αν έχουν σταθερές ώρες γεύματος στο πρόγευμα, μεσημεριανό, βραδινό και ενδιάμεσα, οι συμμετέχοντες απάντησαν 65,8%, 63,6%, 66,7% και 79,3% αντίστοιχα ότι δεν έχουν σταθερές ώρες (πίνακας 27).

Πίνακας 27: Σταθερές ώρες γευμάτων

Σταθερές ώρες γευμάτων	Πρόγευμα	Μεσημεριανό	Βραδινό	Ενδιάμεσα
ΝΑΙ	34,2%	36,4%	33,3%	20,7%
ΟΧΙ	65,8%	63,6%	66,7%	79,3%

Από τη στατιστική ανάλυση διαφάνηκε ότι ποσοστό 100% των παχύσαρκων ατόμων δεν είχε σταθερές ώρες προγεύματος, ενώ ποσοστό 80% δεν είχε σταθερές ώρες μεσημεριανού, και ποσοστό 100% δεν είχε σταθερές ώρες βραδινού. Αντίστοιχα, τα υπέρβαρα άτομα δεν είχαν σταθερές ώρες προγεύματος το 65,2%, μεσημεριανού το 62,5% και βραδινού το 91,7% (πίνακας 28).

Πίνακας 28: ΔΜΣ σε σχέση με τη λήψη τροφής σε μη σταθερές ώρες

ΔΜΣ	Μη σταθερές ώρες προγεύματος	Μη σταθερές ώρες μεσημεριανού	Μη σταθερές ώρες βραδινού	Μη σταθερές ώρες ενδιάμεσων γευμάτων
Ελλιποβαρής	71,4%	50%	37,5%	75%
Κανονικός	61,5%	63,5%	61,9%	77,8%
Υπέρβαρος	65,2%	62,5%	91,7%	78,3%
Παχύσαρκος	100%	80%	100%	100%

Όσον αφορά την ετοιμασία φαγητού στο σπίτι, ποσοστό 32,5% δήλωσε ότι ετοιμάζει καθημερινά, 23,1% δύο έως τρεις φορές τη βδομάδα και το 18,8% ποτέ (πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συχνότητα ετοιμασίας φαγητού στο σπίτι

Συχνότητα ετοιμασίας φαγητού στο σπίτι	Ποσοστό %
Ποτέ	18,8
Λίγες φορές το χρόνο	9,4
2-3 φορές το μήνα	7,7
Μια φορά την εβδομάδα	8,5
2-3 φορές την εβδομάδα	23,1
Καθημερινά	32,5
Σύνολο	100,0

Τα υπέρβαρα άτομα σε ποσοστό 33,3% δεν ετοιμάζουν ποτέ φαγητό στο σπίτι, ενώ τα άτομα με κανονικό βάρος ετοιμάζουν καθημερινά φαγητό στο σπίτι σε ποσοστό 43,8%. Το

αντίστοιχο ποσοστό για τους υπέρβαρους είναι μόλις 20,8%. Τα παχύσαρκα άτομα σε ποσοστό 40,3% δεν ετοιμάζουν ποτέ φαγητό στο σπίτι και επίσης, ένα άλλο αξιοσημείωτο ποσοστό που ανέρχεται στο 16,7% ετοιμάζει φαγητό στο σπίτι λίγες φορές το χρόνο (πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συχνότητα ετοιμασίας φαγητού στο σπίτι σε σχέση με το ΔΜΣ

ΔΜΣ	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά τη βδομάδα	2-3 φορές τη βδομάδα	Καθημερινά
Ελλιποβαρής	12,5%	0%	12,5%	25%	25%	25%
Κανονικός	12,5%	15,6%	4,7%	3,1%	20,3%	43,8%
Υπέρβαρος	33,3%	0%	12,5%	4,2%	29,2%	20,8%
Παχύσαρκος	40,3%	16,7%	6,3%	7,9%	9,8%	19%

Ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δεν ετοιμάζει φαγητό στο σπίτι, 31,4% από αυτούς δήλωσε ότι δύο έως τρεις φορές τη βδομάδα τρώει εκτός σπιτιού ενώ το 4,2% δήλωσε ότι τρώει εκτός σπιτιού καθημερινά (πίνακας 31).

Πίνακας 31: Συχνότητα λήψης φαγητού εκτός σπιτιού (π.χ εστιατόριο, ταχυφαγεία)

Συχνότητα λήψης φαγητού εκτός σπιτιού	Ποσοστό %
Ποτέ	5,9
Λίγες φορές το χρόνο	18,6
2-3 φορές το μήνα	15,3
Μια φορά την εβδομάδα	24,6
2-3 φορές την εβδομάδα	31,4
Καθημερινά	4,2
Σύνολο	100,0

Το ελαιόλαδο είναι το λίπος που κυρίως προτιμούν οι συμμετέχοντες στο μαγείρεμα και στη σαλάτα ή στα όσπρια. Σύμφωνα με τις δηλώσεις τους το χρησιμοποιούν σε ποσοστά 61,7% και 75,2% αντίστοιχα (πίνακες 32-33).

Πίνακας 32: Είδος λίπους που χρησιμοποιείτε συνήθως στο σπίτι για μαγείρεμα

Είδος λίπους	Ποσοστό %
Ελαιόλαδο	61,7
Μαργαρίνη	5,8
Βούτυρο	5,0
Ζωικό λίπος	3,3
Άλλα φυτικά λάδια (σπορέλαια κλπ)	6,7
Δεν χρησιμοποιώ λίπος	3,3
Δεν ξέρω	10,8
Δεν ετοιμάζω συνήθως φαγητό	3,3
Σύνολο	100,0

Πίνακας 33: Είδος λίπους που χρησιμοποιείτε στη σαλάτα ή τα όσπρια

Είδος λίπους	Ποσοστό %
Ελαιόλαδο	75,2
Σπορέλαιο	5,8
Μαγιονέζα	4,1
Salad dressing (έτοιμα της αγοράς)	2,5
Κανένα	4,1
Δεν ξέρω	8,3
Σύνολο	100,0

Με βάση τις δηλώσεις των συμμετεχόντων ποσοστό 40,5% καταναλώνει λιγότερο από τέσσερα φλιτζάνια νερό την ημέρα (πίνακας 34).

Πίνακας 34: Ποσότητα ημερήσιας λήψης νερού

Φλιτζάνια νερού την ημέρα	Ποσοστό %
Τίποτε	1,7
1-4 φλιτζάνια	38,8
5-8 φλιτζάνια	34,7
> 8 φλιτζάνια	24,8
Σύνολο	100,0

Όσον αφορά τη χρήση της ζάχαρης φαίνεται ότι ποσοστό 32,8% χρησιμοποιεί δύο κουταλάκια ζάχαρη σε κάθε ρόφημα και ποσοστό 15,1% τρία ή περισσότερα (πίνακας 35).

Πίνακας 35: Κουταλάκια επιτραπέζιας ζάχαρης που χρησιμοποιούνται σε ένα φλιτζάνι καφέ ή τσάι

Κουταλάκια επιτραπέζιας ζάχαρης	Ποσοστό %
Ένα	26,1
Δύο	32,8
Τρία	10,9
Περισσότερα από 3	4,2
Καθόλου	26,1
Σύνολο	100,0

Το αλάτι που χρησιμοποιούν σε ποσοστό 39,7% είναι αυτό που υπάρχει ήδη στο φαγητό, ενώ το 37,2% χρησιμοποιεί επιπρόσθετο (πίνακας 36).

Πίνακας 36: Είδος και ποσότητα αλατιού που χρησιμοποιείτε

Αλάτι στο φαγητό	Ποσοστό %
Αυτό που ήδη υπάρχει στο φαγητό	39,7
Επιπρόσθετο του μαγειρέματος	37,2
Χρησιμοποιώ Iο-salt	5,0
Δεν χρησιμοποιώ καθόλου αλάτι	9,1
Δεν χρησιμοποιώ αλάτι αλλά ζωμό	7,4
Αλάτι από βότανα/ αρωματικά	1,7
Σύνολο	100,0

3.2.6 Συμβουλή για αλλαγή τρόπου διατροφής

Το 48,2% από τους συμμετέχοντες δέχθηκε συμβουλή να αλλάξει το διαιτολόγιο του για λόγους υγείας από μέλος της οικογένειάς του, ενώ το 44,7% δέχθηκε τη συμβουλή ειδικού (διαιτολόγου ή/και γιατρού) (πίνακας 37).

Πίνακας 37: Άτομο που συμβούλεψε για αλλαγή τρόπου διατροφής για λόγους υγείας τον τελευταίο χρόνο

Άτομο που με συμβούλεψε για αλλαγή τρόπου διατροφής.	Ποσοστό %
Διαιτολόγος	26,8
Ιατρός	17,9
Οικογένεια	48,2
Άλλος	7,1

3.2.7 Τρόπος μαγειρέματος

Στην ερώτηση για τον τρόπο μαγειρέματος το 77,4% δήλωσε ότι δε μαγειρεύει ή μαγειρεύει μία έως δύο φορές την εβδομάδα στον ατμό ή βραστά φαγητά (πίνακας 38).

Πίνακας 38: Συχνότητα Μαγειρέματος

Συχνότητα	Ποσοστό %
Ποτέ	28,8
1-2 φορές την εβδομάδα	48,6
3-5 φορές την εβδομάδα	17,1
6-7 φορές την εβδομάδα	2,7
1-2 φορές το μήνα	2,7
Σύνολο	100,0

Επιπρόσθετα δηλώθηκε ότι το 9% δε μαγειρεύει ποτέ φαγητό σχάρας, και ποσοστό 62,2% ότι τρώει μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Ποσοστό 34,6% καταναλώνει από τρεις έως επτά φορές τη βδομάδα τηγανιτό φαγητό (πίνακας 39).

Πίνακας 39: Τρόπος μαγειρέματος και συχνότητα

Συχνότητα	τηγανιτά (%)	σχάρας (%)
Ποτέ	22,4	9,0
1-2 φορές την εβδομάδα	32,7	62,2
3-5 φορές την εβδομάδα	29,0	20,7
6-7 φορές την εβδομάδα	5,6	2,7
1-2 φορές το μήνα	10,3	5,4
Σύνολο	100,0	100,0

3.2.8 Επιγραφές τροφίμων

Ποσοστό 22,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δε θεωρεί σημαντικό να διαβάζει τις επιγραφές των τροφίμων. Από εκείνους που θεωρούν σημαντικό να διαβάζουν τις επιγραφές, το 19% τις διαβάζει για έλεγχο του βάρους, το 29,3% για έλεγχο του ποσοστού του διατροφικού λίπους και 17,2% για έλεγχο των προσθέτων στα τρόφιμα (πίνακας 40).

Πίνακας 40: Λόγοι για τους οποίους θεωρείτε σημαντικό να διαβάσετε τις επιγραφές των τροφίμων

Σημαντικό να διαβάσετε τις επιγραφές των τροφίμων	Ποσοστό %
Δεν πιστεύω ότι είναι σημαντικό	22,4
Για έλεγχο του βάρους	19,0
Για έλεγχο του ποσοστού του διατροφικού λίπους	29,3
Για έλεγχο των προσθέτων στα τρόφιμα	17,2
Για λιπαρά οξέα	3,4
Για το ασβέστιο	2,6
Άλλο	6,0
Σύνολο	100,0

3.2.9 Σωματική άσκηση

Στην ερώτηση πόσες μέρες αφιέρωσαν για έντονη σωματική δραστηριότητα την τελευταία εβδομάδα, το 47,2% δήλωσε ότι δεν αθλείται καθόλου ενώ μόλις το 29,6% αθλείται πέραν από τρεις φορές την εβδομάδα (πίνακας 41).

Πίνακας 41: Έντονη σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 μέρες

Μέρες	Ποσοστό
Καμία	47,2
1	5,6
2	17,6
3	10,2
4	8,3
5	7,4
6	2,8
7	0,9
Σύνολο	100,0

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι από τα άτομα που αθλούνται πέραν από τρεις φορές τη βδομάδα, μόνο το 20,1% διαγνώσθηκε από οποιαδήποτε πάθηση (πίνακας 42). Επιπλέον, βρέθηκε ότι το 63,6% των υπέρβαρων ατόμων δεν αθλείται καθόλου, ενώ ένα ποσοστό 22,7% αθλείται μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης, τα παχύσαρκα άτομα σε ποσοστό που ανέρχεται στο 74,2% δεν αθλείται καθόλου ενώ ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 19,1 % αθλείται μία έως δύο φορές την εβδομάδα.

Διαπιστώνεται ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα αθλούνται πολύ λίγο (πίνακας 43), με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν περισσότερες παθήσεις από ότι τα άτομα που αθλούνται (πίνακας 42).

Πίνακας 42: Σχέση της συχνότητας άσκησης κατά τις τελευταίες 7 μέρες με την κατάσταση υγείας.

Συχνότητα άθλησης τις τελευταίες 7 μέρες	Διαγνώστηκαν από οποιαδήποτε πάθηση σε ποσοστό %	Δε διαγνώστηκαν από οποιαδήποτε πάθηση σε ποσοστό %
Καθόλου	53,3	46,7
1 φορά	13,3	3,3
2 φορές	13,3	17,8
3 φορές	0,0	12,2
4 φορές	6,7	8,9
5 φορές	6,7	7,8
6 φορές	0,0	3,3
7 φορές	6,7	0,0

Πίνακας 43: Σχέση ΔΜΣ και φυσικής δραστηριότητας κατά τις τελευταίες 7 μέρες.

ΔΜΣ	0 φορές	1 φορά	2 φορές	3 φορές	4 φορές	5 φορές	6 φορές
Ελλιποβαρής	42,9%	14,3%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%
Κανονικός	35,0%	5,0%	21,7%	15%	8,3%	11,7%	3,3%
Υπέρβαρος	63,6%	9,1%	13,6%	4,5%	4,5%	4,5%	0,0%
Παχύσαρκος	74,2%	11,9%	7,0%	6,3%	0,6%	0,0%	0,0%

3.3 Συζήτηση- Συμπεράσματα

3.3.1 Γενικά στοιχεία

Τα κύρια ευρήματα της έρευνας είναι:

α) Το 31,6% των ανδρών συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν υπέρβαροι και το 7,9% ήταν παχύσαρκοι, ενώ όσον αφορά τις γυναίκες ποσοστό 12,3% ήταν ελλιποβαρή άτομα, 18,5% υπέρβαρες και 3,1% παχύσαρκες. Αξιόλογο εύρημα είναι ότι όλα τα ελλιποβαρή άτομα είναι γυναίκες (πίνακας 3).

β) Όλοι οι συμμετέχοντες με κανονικό βάρος, δηλαδή ποσοστό 64,1%, βρέθηκε να κάνουν πολύ λιγότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και να υποφέρουν λιγότερο από οποιεσδήποτε παθήσεις σε σύγκριση με τα ελλιποβαρή, τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα. Συγκεκριμένα ποσοστό 65,1% των ατόμων με κανονικό βάρος δεν έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα ελλιποβαρή άτομα ήταν 8,1%, στα υπέρβαρα 23,3% και στα παχύσαρκα 15,2% (πίνακες 13,14,15 και 17).

γ) Καθ' ολοκληρία, δηλαδή σε ποσοστό 100% τα παχύσαρκα άτομα δεν είχαν σταθερές ώρες προγεύματος και βραδινού, ενώ 80% των παχύσαρκων συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν είχε σταθερές ώρες μεσημεριανού. Αντίστοιχα τα υπέρβαρα άτομα δεν είχαν σταθερές ώρες προγεύματος σε ποσοστό 65,2%, μεσημεριανού σε ποσοστό 62,5% και βραδινού σε ποσοστό 91,7% (πίνακες 27 και 28).

δ) Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι το γεγονός ότι οι νέοι δεν ετοιμάζουν φαγητό στο σπίτι σε ποσοστό 18,8%, ενώ ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 35,9% ετοιμάζει φαγητό στο σπίτι μόλις 2-3 φορές το μήνα (πίνακες 29 και 30).

ε) Παρά τη σπουδαιότητα της Μεσογειακής Διατροφής για την πρόληψη ασθενειών, οι συμμετέχοντες στην έρευνα βρέθηκε να μην ακολουθούν τα πρότυπα της, αλλά πρότυπα δυτικού τρόπου διατροφής (πίνακες 31 και 43).

στ) Αξιόλογο εύρημα της έρευνας είναι η συσχέτιση του οικογενειακού εισοδήματος της οικογένειας με τη σωστή διατροφή και την άσκηση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που προέρχονται από οικογένειες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα πέραν των €60000 είχαν πιο υγιεινή διατροφή και αθλούνταν περισσότερο από τους συμμετέχοντες των άλλων κατηγοριών (πίνακας 9).

ζ) Επίσης από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 47,2% των συμμετεχόντων δεν αθλείται καθόλου και ποσοστό 29,6% αθλείται πέραν από τρεις φορές την εβδομάδα (πίνακας 41). Από αυτούς που αθλούνται πέραν από τρεις φορές την εβδομάδα (29,6%), το 20,1% διαγνώστηκε ότι δεν πάσχει από οποιαδήποτε πάθηση (πίνακας 42). Επιπλέον, βρέθηκε ότι το 63,6% των υπέρβαρων ατόμων δεν αθλείται καθόλου, ενώ ένα ποσοστό 22,7% αθλείται

μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα σε ποσοστό που ανέρχεται στο 74,2% δεν αθλείται καθόλου ενώ ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 19,1 % αθλείται μία έως δύο φορές την εβδομάδα (πίνακας 43). Συνέπεια της αποφυγής άσκησης από τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα είναι αυτά να αντιμετωπίζουν περισσότερες παθήσεις από ότι τα άτομα που αθλούνται (πίνακες 42,43).

η) Επιπρόσθετα παρατηρείται ποσοστό 10% των συμμετεχόντων να παίρνει μόνο ένα κύριο γεύμα ημερησίως, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 0,8% που παίρνει πέντε κύρια γεύματα ημερησίως. Παράλληλα ποσοστό 0,9% των συμμετεχόντων παίρνει πέντε δεκατιανά ημερησίως. Σημαντικό εύρημα είναι το γεγονός ότι τα πέντε κύρια γεύματα δεν τα παίρνουν ούτε τα υπέρβαρα αλλά ούτε και από τα παχύσαρκα άτομα (πίνακες 24,25,26).

θ) Ποσοστό 47,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε ότι χρησιμοποιεί δύο και περισσότερα κουταλάκια ζάχαρη σε κάθε ρόφημα του (πίνακας 35), και ποσοστό 37,2% των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί επιπρόσθετο αλάτι από αυτό που υπάρχει ήδη στο φαγητό (πίνακας 36).

ι) Σημαντικό είναι το εύρημα ότι ποσοστό 44,9% των συμμετεχόντων τρώει τηγανιτά φαγητά σε συχνότητα πέραν από τρεις φορές την εβδομάδα (πίνακας 39). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την έρευνα των Χατζηγεωργίου και συνεργατών (2008), των Κουρίδη και συνεργατών (1997) και του Epstein και συνεργατών (2001), που διαπίστωσαν την αυξητική τάση για στροφή των νέων προς μοντέλα διατροφής ξένα προς τη Μεσογειακή Διατροφή.

3.3.2 Σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες άλλων χωρών

Συγκρίνοντας τα ευρήματα της παρούσας έρευνας με αντίστοιχες έρευνες άλλων χωρών, παρατηρούμε ότι αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Περάκη και συν (1994), Συντώση (2003), Calderon (2002), Videon και Manning (2003) και Ma (2000), που διαπιστώνουν ότι οι νέοι δεν παίρνουν γεύματα σε σταθερές ώρες, λαμβάνουν κυρίως γεύματα από ταχυφαγεία (πίνακας 30), και αθλούνται περιορισμένα (πίνακας 43). Αποκλίνουν όμως με αυτά οι έρευνες των Sakamaki και συν. (2005) και Monneuse και συν. (1997).

3.3.3 Σωματικό βάρος και Δείκτης Μάζας Σώματος

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής που αναφέρονται στο βάρος των νέων δείχνουν μια πολύ μεγάλη διαφορά μεταξύ του μικρότερου βάρους (42 κιλά) και του μεγαλύτερου (108 κιλά) πράγμα που υποδηλεί την παρουσία παχυσαρκίας. Μεγάλη διαφορά υπάρχει επίσης και στο ΔΜΣ που κυμαίνεται από 11.36 ως μικρότερος βαθμός και 33.11 ως ο μέγιστος.

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μικρή μόνο διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών όσον αφορά τις διατροφικές τους προτιμήσεις στην ηλικία όπου μελετήθηκε. Η διαφορά πιθανόν να οφείλεται σε παράγοντες όπως το οικογενειακό περιβάλλον, η κληρονομικότητα, η συναισθηματική κατάσταση και η επίδραση του περιβάλλοντος.

Με τα πιο πάνω όμως, δε συμβαδίζουν τα πορίσματα της έρευνας που διεξάχθηκε στο New Brunswick του Καναδά σχετικά με τις ιδιαιτερότητες των νέων σε θέματα υγείας (Ma, 2000). Σύμφωνα με αυτή την έρευνα οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άντρες, αφού καταναλώνουν μικρότερη ποσότητα υγιεινών τροφών και ασκούνται πολύ λιγότερο, παρά το γεγονός ότι δεν είχαν σοβαρές αποκλίσεις στο σωματικό βάρος και κατ' επέκταση στο ΔΜΣ.

Αντίθετα, η έρευνα του Calderon (2002), συμφωνεί με τη διαπίστωση της παρούσας έρευνας, αφού βρέθηκε να υπάρχει πάρα πολύ μεγάλη διαφορά στο ΔΜΣ των συμμετεχόντων στην έρευνα του.

3.3.4 Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι η θετική συσχέτιση του ψηλού οικογενειακού εισοδήματος με τις καλές διατροφικές συνήθειες και τη συστηματική άσκηση. Παρόμοιο εύρημα βρέθηκε και στην έρευνα του Ma (2000). Δεν πρέπει να ξενίζει το εύρημα γιατί τα άτομα που έχουν οικονομική ευχέρεια μπορούν πιο εύκολα να αγοράσουν τροφές υψηλής θρεπτικής αξίας όπως το φρέσκο ψάρι, και να τις καταναλώνουν πιο συστηματικά, ενώ παράλληλα να έχουν την ευχέρεια να γυμνάζονται συστηματικά σε γυμναστήριο.

3.3.5 Νηστεία και κατάσταση υγείας

Όλες οι θρησκείες του κόσμου έχουν τη δική τους φιλοσοφία και τρόπο δοξασίας του Θεού. Στο πλαίσιο αυτό εφαρμόζουν περιόδους νηστείας ή αποχής από την τροφή ή συγκεκριμένο είδος τροφής για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Φαίνεται ότι τα άτομα που ακολουθούν πιστά όλες τις νηστείες της Ορθοδοξίας δε διαγνώστηκαν από οποιεσδήποτε παθήσεις ή καταστάσεις υγείας που επηρεάζουν τη διατροφή τους. Αυτό συμφωνεί και με τον Παπακωνσταντίνου (2000) που αναφέρει ότι η νηστεία από μόνη της είναι προληπτικό μέτρο κατά των ασθενειών. Αυτό πιθανότατα να συνδέεται με το γεγονός ότι η νηστεία της Ορθόδοξης πίστης είναι άμεσα συνυφασμένη με τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής.

3.3.6 Χρήση υπηρεσιών υγείας και κατάσταση υγείας

Τα άτομα που δεν είχαν κανονικό βάρος έκαναν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με κανονικό βάρος. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στη συνεχή λανθασμένη διατροφή -υποσιτισμός ή υπερκατανάλωση τροφών- ή και στην έλλειψη άσκησης. Τα υπέρβαρα άτομα, κυρίως, αντιμετώπιζαν δυσανεξίες και διατροφικές διαταραχές, ενώ τα ελλιποβαρή άτομα αντιμετώπιζαν ως επί το πλείστον διατροφικές διαταραχές. Από αυτό συνάγεται ότι τα προβλήματα υγείας και ο λόγος χρήσης των υπηρεσιών υγείας, οφείλεται στα λανθασμένα πρότυπα διατροφής. Οι συμμετέχοντες δεν αντιμετώπιζαν οποιαδήποτε σοβαρά προβλήματα υγείας πέραν των πιο πάνω. Τα πορίσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα του Συντώση (2003).

3.3.7 Κάπνισμα και υγεία

Ενθαρρυντικό εύρημα της έρευνας είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό, μόλις 5,7% των συμμετεχόντων που εξακολουθούν να καπνίζουν. Επίσης ένα ποσοστό 8,2% των συμμετεχόντων κατάφερε να σταματήσει το κάπνισμα μετά από παρότρυνση των γονέων ή/και του φιλικού τους περιβάλλοντος. Εδώ φαίνεται η σημαντικότητα του περιβάλλοντος και η αποτελεσματική παρέμβαση της Αγωγής Υγείας. Η οικογένεια, οι φίλοι και οι ειδικοί μπορούν να συμβάλουν στην αλλαγή κακών προτύπων συμπεριφοράς, που αφορούν τόσο τη διατροφή όσο και το κάπνισμα.

Τη σημασία της οικογένειας για εδραίωση καλών συμπεριφορών υγείας έρχεται να ενισχύσει και η έρευνα που διεξήχθη από τον Colwell και συν (1995), ο οποίος εξέτασαν τον ενεργό ρόλο των γονέων για την αλλαγή κακών συμπεριφορών υγείας στα παιδιά τους. Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι η οργανωμένη και συστηματική παρέμβαση με τη συνεισφορά και ειδικού μπορεί να μειώσει μέχρι και σε ποσοστό 38% κακές συμπεριφορές υγείας.

3.3.8 Ημερήσια γεύματα

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι συμμετέχοντες, σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 64% έως 80%, ανεξαρτήτως του βάρους τους, δεν έχουν σταθερές ώρες γευμάτων. Ιδιαίτερα οι παχύσαρκοι και οι υπέρβαροι έχουν το υψηλότερο ποσοστό μη σταθερών ωρών γευμάτων. Οι έρευνες των Περάκη και συνεργατών (1994), Larson και συνεργατών (2007) και Linton και συνεργατών (2007) θεωρούν ως αιτία της μη σταθερής ώρας λήψης γευμάτων τον απαιτητικό σύγχρονο τρόπο ζωής, την έλλειψη χρόνου και τη χαλάρωση των δεσμών της οικογένειας, με

αποτέλεσμα να προδιαθέτει το άτομο να λαμβάνει γεύματα και δεκατιανά που περιέχουν συστατικά επιβλαβή για την υγεία του (Χασαπίδου και Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, 2002).

3.3.9 Διατροφικές συνήθειες και υγεία

Παρά τα σοβαρά προβλήματα υγείας που προκαλεί η παχυσαρκία, σε πολλές χώρες παρατηρείται όξυνση του προβλήματος αυτού σαν αποτέλεσμα της κακής διατροφής και της μειωμένης φυσικής άσκησης (Συντώσης, 2003).

Από πρόσφατες μελέτες στην Κύπρο παρατηρείται σημαντική αύξηση της παχυσαρκίας. Η έρευνα των Κουρίδη και των συνεργατών του (2007), κατέδειξε πρωτοφανή για την κοινωνία της Κύπρου αποτελέσματα σχετικά με την παχυσαρκία. Συγκεκριμένα η έρευνα αυτή έδειξε ότι η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα προσβάλλοντας το 18% των νέων της Κύπρου. Εντοπίστηκε επίσης από την έρευνα αυτή ότι η παχυσαρκία συνεχώς αυξάνεται ανάμεσα στους νέους. Στα ίδια επίπεδα κυμάνθηκαν και τα ευρήματα των Χατζηγεωργίου και συν. (2008), οι οποίοι παρατήρησαν ότι η διατροφή παίζει πρωταρχικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Από την παρούσα έρευνα διαπιστώνονται ομοιότητες με τα πιο πάνω πορίσματα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η παχυσαρκία είναι υπαρκτό πρόβλημα ανάμεσα στους νέους αφού ποσοστό 31,6% και 7,9% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι, αντίστοιχα. Επίσης διαπιστώθηκε ότι:

- η διατροφή και η άσκηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία του ατόμου,
- αποφεύγεται η λήψη ωφέλιμων τροφών, όπως γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά, φρούτα, άσπρο κρέας, φαγητά με μειωμένα λιπαρά, όσπρια και δημητριακά, και
- αντίθετα καταναλώνονται καφέδες, αρτοποιήματα, τηγανιτά και έτοιμα φαγητά με αυξημένα λιπαρά.

Ταυτόχρονα η υπερβολική κατανάλωση αλατιού και ζάχαρης επιβαρύνει τον οργανισμό και τον προδιαθέτει για ασθένειες. Σε σχετική διαπίστωση προβαίνει η έρευνα του Ma (2000). Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται σημαντική χρήση αλατιού και ζάχαρης από τους συμμετέχοντες, γεγονός που φανερώνει τη στροφή των νέων προς δυτικού τύπου διατροφή και απομάκρυνση από τη Μεσογειακή Διατροφή. Η έρευνα του Τζαβέλα (2008) συμφωνεί με την πιο πάνω διαπίστωση.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι νέοι ασκούνται λίγο έως καθόλου. Η συνήθεια τους να μην έχουν σταθερές ώρες γευμάτων, η αποφυγή κάποιων γευμάτων και η λήψη γευμάτων χωρίς την αναγκαία ποιοτική θερμιδική αξία με αύξηση της ποσότητας τους, προοδευτικά διαπιστώθηκε να επιβαρύνει την υγεία τους. Σχετικές με το πόρισμα αυτό είναι οι έρευνες των Sakamaki και συνεργατών (2005) και Snyder και Anliker (1999).

Σημαντικό να τονισθεί το εύρημα ότι ποσοστό 40,+5% των συμμετεχόντων λαμβάνει λιγότερο από τέσσερα φλιτζάνια νερό την ημέρα ενώ η κανονική λήψη ημερησίως ανέρχεται τουλάχιστο στα 6 έως 8 φλιτζάνια ημερησίως. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη μεταβολίζονται εύκολα οι τροφές που λαμβάνουν και έτσι να κατακρατείται λίπος στον οργανισμό τους. Σχετικές με το πόρισμα αυτό είναι οι έρευνες των Κουρίδη και συνεργατών (1997), και Videon και Manning (2003).

3.4 Αντί επιλόγου

Η συνειδητοποίηση στις μέρες μας και η εμπειρία, δείχνει ότι η νοσηρότητα σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να αποφευχθεί με την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση. Όλες οι σχετικές έρευνες, όπως και η παρούσα, εναποθέτουν την προσδοκία απόμυξησης των νοσημάτων υγείας με τη σωστή διατροφή συνδυαζόμενη με την αποτελεσματική άθληση. Για την επιτυχία του εγχειρήματος αναχαιτίσης του υπαρκτού προβλήματος της παχυσαρκίας απαιτείται η οργανωμένη και στοχευμένη αντίδραση κυρίως της Πολιτείας.

Με το συμπέρασμα αυτό συμφωνούν οι μελέτες των Κουρίδη και συνεργατών(1997), Χατζηγεωργίου και συνεργατών (2008) και οι μελέτες του Παγκύπριου Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου (2007 και 2008 αντίστοιχα).

Η Πολιτεία με τα αρμόδια όργανα μπορεί να δράσει κυρίως προληπτικά με την αγωγή του καταναλωτή αλλά και κατασταλτικά με τη λήψη νομοθετικών και άλλων θεσμικών μέτρων όπως απαγόρευσης κυκλοφορίας απαγορευμένων ουσιών στα τρόφιμα αλλά και με τη θεσμοθέτηση του θεσμού του Επιτρόπου Καταναλωτή. Παράλληλα, η εστίαση της προσπάθειας αυτής πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία και να συνεχίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής του ατόμου.

Ιδιαίτερες παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν στο στάδιο της παιδικής ηλικίας και ενόσω το άτομο είναι «νέο» για να υπάρχει αποτελεσματική διορθωτική παρέμβαση. Οι «νέοι», επειδή

ωριμάζουν, μπορούν να κατανοήσουν ακόμη καλύτερα τη σημαντικότητα εφαρμογής σωστού διατροφικού μοντέλου, όπως αυτό της Μεσογειακής Διατροφής.

Στην παρούσα μελέτη, όπως και σε πολλές άλλες φάνηκε ότι οι νέοι κατανοούν τη σημαντικότητα να ακολουθούν σωστά υγιεινά διατροφικά πρότυπα, αλλά λόγω του ότι δεν υιοθέτησαν τέτοια πρότυπα από την παιδική τους ηλικία δεν τους είναι εύκολο να τα εφαρμόσουν στην πράξη. Όμως άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι νέοι μέσα από οργανωμένα προγράμματα Αγωγής Υγείας, μπορούν να αλλάξουν ριζικά συμπεριφορές υγείας, ειδικά σε θέματα διατροφής, καπνίσματος και άσκησης.

Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βασίζεται στην εκούσια επιλογή του ατόμου να ακολουθήσει συγκεκριμένο πρότυπο υγείας. Πρέπει να παρέχεται στο άτομο κατάλληλη πληροφόρηση ούτως ώστε σταδιακά το άτομο αυτό, ενεργώντας ατομικά ή ως σύνολο να υιοθετεί νέες και ορθές προσεγγίσεις σε θέματα διατροφής και άσκησης. Σε αυτή την προσπάθεια κρίσιμος είναι ο ρόλος της Πολιτείας και του συστήματος υγείας της.

Οι διαπιστώσεις αυτές θα πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τις αρμόδιες αρχές υγείας της Κύπρου, καθώς τα όσα αναφέρθηκαν καθιστούν αναγκαία την οργάνωση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε θέματα διατροφής, προγράμματα τα οποία θα πρέπει να αρχίζουν από την παιδική ηλικία για να γίνουν διορθωτικές παρεμβάσεις εκεί που χρειάζεται, ώστε μέχρι την ενηλικίωση να υπάρχουν ήδη οι σωστές γνώσεις. Έτσι, κρίνεται απαραίτητο να ενδυναμωθεί το τμήμα προώθησης της Αγωγής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας για να οργανώσει, συστηματικότερα, προγράμματα σωστής διατροφής και άσκησης. Συναφώς, η υγιεινή διατροφή πρέπει να αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής, το οποίο θα συμβάλει στη φυσική, νοητική και κοινωνική ευημερία των ατόμων.

Συνεπώς η επανάληψη της παρούσας έρευνας μετά τις προτεινόμενες παρεμβάσεις κρίνεται απαραίτητη και μεγάλης σημασίας. Θα αξιολογήσει και θα συγκρίνει επίπεδα της σωστής διατροφής και άσκησης, και κατ' επέκταση την επιτυχία των οποιοδήποτε μέτρων έχουν ληφθεί.

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί και ως βάση για μελλοντικές έρευνες που θα έχουν ως στόχο τη διερεύνηση περισσότερων παραγόντων που έχουν σχέση με τη διατροφή.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ

1. American Dietetic Association, (2003). Health Stress and Coping, Jossey Bass, N.Y.
2. American Heart Association, (2008). Program Planning for Health Education and Promotio, U.S.A.
3. American Institute for Cancer Research, (2005). The Most Important Health Habits, <http://www.aicr.org/site/pageserver> , access 26/01/2010.
4. Anderson, R. (1984), Health Promotion: An Overview in European Monographs in Health Education, Research 6, Scottish Health Education Group, Edinburgh.
5. Bell,J. (1997). Planning of Social Research, London.
6. Bloom,I., Nelson, D., Terry, A. (1999). Nutrition and eating habits, <http://jrscience.wcp.muohio.edu/reflections/Final>, access 20/01/2010.
7. Calderon, M., (2002). Implementing the nation's health objectives: the role of the secondary and elementary health education specialist, Health Educ., PMID 2516018.
8. Colwell, B., Forman,M., Ballard,DE., Smith, DW. (1995). Opinions of rural Texas parents concerning secondary school health education, Texas A&M University, U.S.A.
9. Downie, A., (1990). Linking health screening to health education learning modules for secondary school students, J. Sch. Health.
10. Dubos, R., (1961). Mirage of Health, Anchor Garden City, N.Y.
11. Epstein, L.R, Hayes, D., Herman, M. (2001). Increasing Fruit and Vegetable intake and decreasing Fat and Sugar intake in families at risk for childhood obesity. Obesity Research, 9:171-178

12. Field, A., Cook, R., Gillman, N. (2005). Weight Status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in adulthood
13. Gombrich, E.H., (1989). The story of Art, Phaidou, Oxford.
14. Horner, J.W., (1980). Health Education and Public policy in the United Kingdom, Community Medicine, 2(3), 229-235.
15. Jennifer, R., Taksali, S., Burget, T, (2007). Predictor of changes in glucose tolerance status in obese youth diabetes care.
16. Kam, W., (1999). Health research, Chinese study links Western Diet and heart disease, <http://www.earthsave.org/news/rxlealt.htm>, access 13/01/2010.
17. Kickbusch, I., (1981). Involvement in Health: A Social Concept of Health Education, International Journal of health Education, 24.
18. Larsen, L.F., Hosick, D., Watts, P. (2000). Can olive oil prevent Heart Attacks?, <http://www.oliveoilsource.com/oliveoil-dr-heart.htm> , access 11/12/2009.
19. Larson, N.I, Neumark, D., Hannan, P.J and Story, M., (2007). Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. Journal American Dietetic Association 107, 9:1502-10.
20. Linton, R., Johnson, D.W, Ken, N. (2007). Dietary patterns and Cardiovascular mortality in the Melbourne collaborative cohort study 123. American Journal of Clinical Nutrition 86, 1:221-229.
21. Ma, X., (2000). Health outcomes of secondary school students in New Brunswick. The education perspective Eval Ren., PMID: 11183482.
22. Mckeown, T., (1979). The role of Medicine, Basil Blackwell, Oxford.

23. Menotti, A., Loeper, M., Kafato, A. (1999). Diet, Cholesterol and Coronary heart disease. *Associazione per la Ricerca cardiologica*, 54, 3:169-172.
24. Miguel, A. and Miller, B.(2002). Mediterranean diet and reduction in the risk of a first myocardial infraction: an operational healthy dietary score. *European Journal of Nutrition* 41, 4: 153-160.
25. Monneuse, M.O, Pike, S., Forster, D. (1997). Eating habits, food and health related attitudes and beliefs reported by French students. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51, 1:46-53.
26. Monyeki, D., Uemper, H., Makgae, P.(2005). The association of fat patterning with blood pressure in rural South African children.
27. Ottawa Charter for Health Promotion, (1986). World Health Organization, Copenhagen.
28. Ram, D., Ku, A., Chu, W., Liu, K. (2005). Obesity in Chinese children.
29. Riediger, N.D., Shooshtari, S. and Moghadasian, M.H. (2007). The influence of sociodemographic factors on patterns of fruitand vegetable consumption in Canadian adolescents. *Journal American Dietetic Association* 107, 9:1511-8.
30. Sabin, M., Ford, A., Holly, M., Hunt, P. (2006). Characterization of morbidity in a UK, hospital based, obesity clinic.
31. Saito, I., Iso, H., Tsugane, S.(2008). Metabolic Syndrome and Cardiovascular disease mortality.
32. Sakamaki, R., Amamoto, R., Mochida, Y. and Toyama, N. (2005). A comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutrition Journal*, 4:31.

33. Snyder, P. and Anliker, J. (1999). The Pathways study: model for lowering the fat in schools.
34. Takada, H., Amamoto, R. and Yang, Y. (1998). Eating habits, activity, lipids and body mass index in Japanese children: The Shiratori children study. *International Journal of Obesity*, 22, 5:470-476.
35. UCLA Center for health policy Research. (2005). New report by UCLA Center for Health policy reveals alarming details about nutritional habits of young people, <http://www.healthpolicy.ucla.edu/news-09132005.html>, access 22/12/2009.
36. United States Department of Agriculture USDA. (1996). The Diet quality of Americans, <http://www.usda.gov/cnpp>, access 27/10/2009.
37. Videon, M.T. and Manning, N. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 5:365-373.
38. Wear, D. and Gray, A. (1995). Case study for Whitefish, Montana.
39. WHO Information Series on School Health. (1998). Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health - Promoting School. WHO.
40. Wiegand, S., Tarnow, P., Gruters, A., Caprio, S. (2004). Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity.
41. Williams, M.H. (2003). The whole person concept as a part of the secondary school health education program, *J. Sch. Health*, PMID: 6919704.
42. Yang, Y., Nekemoto, N. and Mataka, H. (2006). Irregular breakfast eating and health status among Taiwan. *BMC Public Health*, 6:295.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αθανασίου, Κ. (1998). Αγωγή Υγεία για παιδαγωγούς, Τόλης Βούλαρης, Θεσσαλονίκη.
2. Αθανάτου, Ε.(1999). Παθολογική και Χειρουργική κλινική Νοσηλευτική, Αθήνα.
3. Ανδρέου, Ε. και Μάρκου, Μ. (2010). Επιδημιολογική έρευνα για το ποσοστό παχυσαρκίας και του υπερβάλλοντος βάρους στην Κύπρο και διαπίστωση των διατροφικών συνηθειών του Κύπριου πολίτη, <http://www.cydadiet.org> .
4. Αντωνίου, Α. (2006).Να μάθουμε τα παιδιά μας να είναι κριτικοί θεατές, Guterberg, Αθήνα.
5. Βλαχάκης, Ν. (2000). Οικιακή Οικονομία, Νικόδημος, Αθήνα.
6. Γιαλλούρης, Ν. (1996). Πώς ο Ελληνισμός θα πραγματώσει τις αξίες του Ολυμπισμού, Καλλίμαχος Κ., Σύγχρονα Κείμενα.
7. Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α. και Μαυρικάκη, Ε. (2001). Αγωγή Υγείας και Σχολείο, Τυπωθήτω, Αθήνα.
8. Υπουργείο Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας – Επιτροπή Διαφώτισης (2001). Άσκηση και Υγιεινή Διατροφή, Λευκωσία
9. Ζαμπέλλα, Α. (2001). Διατροφή στα στάδια της ζωής, Αθήνα.
10. Ζορπά Α. και Ζορπά Μ. (2010). Έξαρση των διατροφικών διαταραχών, www.mazi.org.cy, 10/05/2010.
- 11.Καζαντζάκης, Ν. (1997). Η θέση του νεαρού, Πατάκη, Αθήνα.

12. Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (2003). Η παχυσαρκία στους νέους, Πρόγραμμα Υγείας Καταναλωτών, Λευκωσία.
13. Κόνιαρης, Α. (2004). Αγωγή σε θέματα υγείας, Gutenberg, Αθήνα.
14. Κουνελάκη, Π. (2001). Σύγχρονα Κείμενα Κοινωνικού Προβληματισμού, Αθήνα.
15. Κουρίδης, Γ., Τορναρίτης, Μ. Κουρίδης, Χ., Σάββα, Σ., Χατζηγεωργίου, Χ. και Σιαμούτη, Μ. (1997). Η παχυσαρκία στους νέους, Πρόγραμμα Υγείας, Λευκωσία.
16. Μαρωνίτη, Κ. (2000). Ολυμπιακοί Αγώνες, Σύγχρονα Κείμενα, Αθήνα.
17. Μιχαηλίδης-Νουαρός, Γ. (1997). Η Οικογένεια στη σύγχρονη μεταβιομηχανική κοινωνία, Θεσσαλονίκη.
18. Μουρατίδης, Ι. (1990). Ιστορία Φυσικής Αγωγής. Αθήνα.
19. Πανευρωπαϊκός Σύνδεσμος Διαιτολόγων (2005). Υγιεινή Διατροφή: Από τη θεωρία στην πράξη, Gutenberg, Αθήνα.
20. Παπακωνσταντίνου, Κ. (2000). Η σημασία της νηστείας στην υγεία, Ιερά Αρχιεπισκοπή Κύπρου, Λευκωσία.
21. Παπαναστασίου, Ε. και Παπαναστασίου, Κ. (2005). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, Λευκωσία: Kailas Printers.
22. Περάκη, Β.Ν., Μπαρώνα, Φ.Γ. και Παπασιδέρη, Ι.Σ. (1994). Αγωγή σε θέματα υγείας, Συμμετρία, Αθήνα.
23. Πηλείδης, Λ. (2000). Στεφανιαία νόσος και Διατροφή. Περιοδικό Υγεία για όλους, 6, 10-19.
24. Πλωρίτης, Μ. (1997). Απόσπασμα από την ιστορία των Ελληνικών Αγώνων, Εκδοτικής, Αθήνα.

25. Πλωρίτης, Μ. (2000). Ολυμπιακοί Λόγοι: Το Ολυμπιακό Πνεύμα και τα Αθλητικά Ιδεώση, Το Βήμα, 21/09/1997, Αθήνα.
26. Σάββα, Χ. και Τορναρίτη, Μ. (1999). Ο ρόλος της διατροφής στην προαγωγή της υγείας. Περιοδικό Υγεία για όλους 5, 9: 32-33.
27. Σύνδεσμος Διαιτολόγων Κύπρου (2008). Η σημασία της υγιεινής διατροφής, Περιοδικό Υγεία για όλους, 3: 17-19.
28. Συντώσης, Λ. (2003). Διατροφή: Υγεία, Ευρωστία και Αθλητική Απόδοση, Αθήνα.
29. Σώκου, Κ. (1984). Προαγωγή της Υγείας, Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών της, Αθήνα.
30. Σώκου, Κ. (2000). Η Προαγωγή της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας στο σχολείο, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
31. Τζαβέλας, Α. (2008). Η Διατροφή των Ελλήνων δε συμβαδίζει με τη Μεσογειακή Διατροφή, Αθήνα.
32. Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας Υπουργείου Υγείας Ελληνικής Δημοκρατίας (2007). Υγιεινή Διατροφή Φοιτητών, <http://www.petrakig.gr/healthy-students-eating/med-eat.htm>, 18/11/2009.
33. Τσαγγαρίδου, Ν. (1999). Μεθοδολογία της Φυσικής Αγωγής, Αθήνα.
34. Υπουργείο Γεωργίας, Φυσικών Πόρων και Περιβάλλοντος Κυπριακής Δημοκρατίας (2007). Η Μεσογειακή Διατροφή και η σημασία της, Λευκωσία.
35. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ελλάδας (1999). Ποιες είναι σήμερα οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων, Αθήνα.

36. Χασαπίδου, Μ. και Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Α. (2002). Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
37. Χατζηγεωργίου, Χ., Τορναρίτης, Μ., Κωνσταντίκου, Ε., Γιαγκουλή, Α. και Βραχίμης, Ρ. (2008). Κατάσταση διατροφής σε παιδιά των δημοτικών σχολείων της επαρχίας Λευκωσίας, Πρόγραμμα Υγεία του Παιδιού, Λευκωσία.

5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ:
« Οι διατροφικές συνήθειες των νέων της Κύπρου- Η σημασία της διατροφής στην υγεία:
Απόψεις πρωτοετών Κυπρίων φοιτητών του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου».

Αγαπητοί πρωτοετείς φοιτητές του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου,

Η χορήγηση σε σας, του συνημμένου ερωτηματολογίου, έχει ως στόχο:

- (α) την εξαγωγή συμπερασμάτων σε ότι αφορά τη διατροφική συμπεριφορά των νέων και το μέγεθος του προβλήματος που υπάρχει στην Κύπρο,
- (β) τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων ώστε να εξεταστεί το είδος της σχέσης και ο βαθμός συσχέτισης του ποσοστού των νέων με κακές συνήθειες διατροφής, με απώτερο σκοπό την αποφυγή των λανθασμένων μοντέλων διατροφής και των επιπτώσεων τους στην υγεία.

2. Η συλλογή των στοιχείων, μέσω του παρόντος ερωτηματολογίου, θα γίνει πάνω σε εθελοντική βάση και συμμετοχή, ανώνυμα και θα τηρηθούν σε όλα τα στάδια της έρευνας όλοι οι κανόνες εχεμύθειας, νομικής και ηθικής δεοντολογίας.

3. Ευελπιστώ, στην ανταπόκριση σας και σας διαβεβαιώ ότι με την περάτωση της έρευνας αυτής, θα σας κάνω κοινωνούς των αποτελεσμάτων της.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,

Λευτέρης Κυριάκου

Ερευνητής του θέματος.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

A. Πώς θα περιγράφατε το βάρος σας;

- Κάτω του φυσιολογικού
- Φυσιολογικό βάρος
- Άνω του φυσιολογικού
- Δεν ξέρω

1
2
3
4

B. Μετρήσεις

Βάρος(BW):Kg, Ύψος:cm.

ΜΕΡΟΣ Β

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

Άνδρας	1
Γυναίκα	2

2. Ηλικία

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

3. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε επιτύχει;

- Λύκειο (απολυτήριο)
- Τριτοβάθμια-Μη πανεπιστημιακή
- Πανεπιστημιακή
- Πανεπιστημιακή- Μεταπτυχιακή

1
2
3
4

ΑΛΦΑΒΗΤΙΣΜΟΣ

4. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

< €20000	€20000-€40000	€40000-€60000	> €60000
1	2	3	4

5. Επηρεάζεται η διατροφή σας από διατροφικούς περιορισμούς, είτε λόγω θρησκείας, είτε λόγω ιδεολογίας, είτε άλλων παθολογικών αιτιών, είτε χειρουργικής ή μη επέμβασης για απώλεια βάρους, ή για έλεγχο βάρους (αύξηση ή μείωση βάρους);

ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	2

6. Εάν ναι, ποιες είναι αυτές;

Νηστεία

Θρησκεία

Χορτοφαγία: Pescos (ψάρι, αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα)

Γαλακτο-φυτοφάγος

Γαλοκτο-ωοφυτοφάγος

Αυστηρός χορτοφάγος

Ημι-χορτοφάγος (κοτόπουλο μόνο)

Άλλοι

Αθλητισμός

Υγεία

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

7.Εάν απαντήσετε ναι στην ερώτηση 5 λόγω θρησκείας, πόσες μέρες του χρόνου νηστεύετε (σύμφωνα με τις νηστείες);

Κάποτε	2 φορές /εβδομάδα (104 μέρες)	Κάθε Χριστούγεννα (40 μέρες)	Κάθε Πάσχα (50 μέρες)	Καλοκαιρινή νηστεία (15-30 μέρες)	Όλες τις νηστείες του χρόνου (190 μέρες)
1	2	3	4	5	6

8. Έχετε διαγνωστεί από οποιοδήποτε παθήσεις ή καταστάσεις υγείας που επηρεάζουν τη διατροφή σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ
 1 2

9.Εάν ναι, ποιες είναι αυτές;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Καρδιοαγγειακά Νοσήματα	1	2
2. Υπερλιπιδαιμία	1	2
3. Καρκίνο	1	2
4. Υπέρταση	1	2
5. Υπόταση	1	2
6. Χολολιθίαση	1	2
7. Νεφρολιθίαση	1	2
8. Τύπος 1 Διαβήτη	1	2
9. Τύπος 2 Διαβήτη	1	2
10. Αναπνευστικά	1	2
11. Μεταβολικά Νοσήματα	1	2
12. Διατροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες	1	2
13. Οστεοπόρωση	1	2
14. Οστεοπενία	1	2

15. Μυονευρολογικά προβλήματα	1	2
16. Γαστρεντερολογικές παθήσεις ή συμπτώματα	1	2
17. Διατροφικές διαταραχές	1	2
18. Οποιαδήποτε πάθηση που περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα	1	2
19. Στίγμα μεσογειακής αναιμίας	1	2
20. Ψυχιατρικές ή Ψυχολογικές καταστάσεις	1	2
21. Οδοντιατρικά προβλήματα	1	2
22. Δυσφαγία	1	2
23. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών	1	2
24. Παχυσαρκία	1	2
25. Άλλες	1	2
26. Ποιες;.....	1	2

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

10. Πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες;

(δεν περιλαμβάνεται η επίσκεψη σε οδοντίατρο)

.....

φορές

Σημείωση: Ποιας ειδικότητας;.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

11. Αντιμετωπίζετε κάποια πάθηση ή πρόβλημα υγείας (μακροχρόνια ασθένεια);

NAI OXI

1 2

Εάν ναι, ποια;.....

12. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

NAI OXI

Εάν ναι, ποια;

1 2

.....

13. Χρησιμοποιείτε οποιαδήποτε συμπληρώματα διατροφής ή βοηθητικές συσκευές σίτισης;

Ποια;..... NAI OXI
..... 1 2
.....

14. Ποια η προσωπική σας εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

1
2
3
4
5

15. Πήρατε οποιαδήποτε φάρμακα κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;

1. Για υψηλή πίεση
2. Για υψηλή χοληστερόλη
3. Για υψηλή ζάχαρη
4. Για τον πονοκέφαλο
5. Για άλλους πόνους
6. Για το βήχα
7. Ηρεμιστικά
8. Βιταμίνες, μέταλλα
9. Αντισυλληπτικά
10. Καθαρτικά

NAI	OXI
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2

16. Είσατε υπό πίεση και άγχος τον τελευταίο μήνα (τριάντα μέρες);

- Όχι, καθόλου
- Ναι, αλλά όχι περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους γενικά
- Ναι, περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους γενικά
- Ναι, η ζωή μου είναι σχεδόν αφόρητη

1
2
3
4

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

17. Καπνίζετε τώρα ή στο παρελθόν, και αν έχετε διακόψει πριν πόσο καιρό;

• Όχι, δεν καπνίζω και δεν κάπνισα ποτέ	1
• Ναι, καπνίζω	2
• Κάπνισα για χρόνια	3
• Κάπνισα για μήνες	4
• Διέκοψα πριν χρόνια	5
• Διέκοψα πριν μήνες	6

18. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

• Δεν καπνίζω	1
• Ευκαιριακά (<1 τσιγάρο/ημέρα)	2
• 1-10 τσιγάρα	3
• 11-20 τσιγάρα	4
• 1-2 πακέτα	5
• >3 πακέτα	6
• 1> πούρο	7

ΜΕΡΟΣ Γ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

19. Λαμβάνετε πρωινό ή/και δεκατιανό;

- Μόνο πρωινό
- Μόνο δεκατιανό
- Και τα δύο
- Τίποτα

1
2
3
4

20. Τι περιλαμβάνει συνήθως το πρωινό ή/και δεκατιανό σας;

	Πρωινό	Δεκατιανό
1. καφέ	1	2
2. Γάλα	1	2
3.Καφές με γάλα	1	2
4. Τσάι	1	2
5. Χυμό	1	2
6. Γάλα με δημητριακά/ζάχαρη/μέλι/σοκολάτα	1	2
7. Γάλα με δημητριακά χωρίς ζάχαρη/δημητριακά με φυτικές ίνες	1	2
8.Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα	1	2
9.Ψωμί με μέλι/μαρμελάδα και βούτυρο/μαργαρίνη	1	2
10. Ψωμί με διάφορα είδη τυριού	1	2
11. Γάλα με αυγό και ψωμί	1	2
12. Αρτοποιήματα	1	2
13. Σάντουιτς	1	2
14. Φρούτα	1	2
15. Άλλο	1	2

21. Πόσα κύρια γεύματα τρώτε την ημέρα;

Ένα γεύμα	Δύο γεύματα	Τρία γεύματα	Τέσσερα γεύματα	Πέντε γεύματα
1	2	3	4	5

22. Πόσα ενδιάμεσα γεύματα (μικρογεύματα)/δεκατιανά τρώτε την ημέρα;

Ένα δεκατιανό	Δύο δεκατιανά	Τρία δεκατιανά	Τέσσερα δεκατιανά	Πέντε δεκατιανά
1	2	3	4	5

23. Έχετε σταθερές ώρες γεύματος;

- Πρόγευμα
- Μεσημεριανό
- Βραδινό
- Ενδιάμεσα

ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	2
1	2
1	2
1	2

24. Πόσο συχνά ετοιμάζετε φαγητό στο σπίτι;

- Ποτέ
- Λίγες φορές το χρόνο
- 2-3 φορές το μήνα
- Μια φορά την εβδομάδα
- 2-3 φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά

1
2
3
4
5
6

25. Πόσο συχνά τρώτε εκτός σπιτιού(π.χ. εστιατόριο, take – away, fast food):

- Ποτέ
- Λίγες φορές το χρόνο
- 2-3 φορές το μήνα
- Μια φορά την εβδομάδα
- 2-3 φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά

1
2
3
4
5
6

26. Τι είδους λίπος χρησιμοποιείτε συνήθως στο σπίτι για μαγείρεμα;
(επιλέξτε μόνο μια απάντηση)

- Ελαιόλαδο
- Μαργαρίνη
- Βούτυρο

1
2
3

- Ζωικό λίπος
- Άλλα φυτικά λάδια (σπορέλαια κλπ)
- Δεν χρησιμοποιώ λίπος
- Δεν ξέρω
- Δεν ετοιμάζω συνήθως φαγητό

4
5
6
7
8

27. Τι είδους λίπος χρησιμοποιείτε για τη σαλάτα ή τα όσπρια;

- Ελαιόλαδο
- Σπορέλαιο
- Μαγιονέζα
- Salad dressing (έτοιμα της αγοράς)
- Κανένα
- Δεν ξέρω

1
2
3
4
5
6

28. Χρησιμοποιείτε λίπος στο ψωμί σας; Αν ΝΑΙ, τι είδους λίπος χρησιμοποιείτε; (επιλέξτε μόνο μία απάντηση)

- Καθόλου
- Μαργαρίνη χαμηλή σε λιπαρά
- Μαργαρίνη κανονική
- Προϊόντα βουτύρου(με κύριο συστατικό το βούτυρο ή spread)/Ζωικό λίπος
- Βούτυρο
- Κρεμώδες τυρί
- Άλειμμα με φυτικές στερόλες-στανόλες

1
2
3
4
5
6
7

29. Τι είδους γάλα πίνετε συνήθως; (επιλέξτε μόνο μια απάντηση)

- Ολόπαχο
- Ημιάπαχο
- Άπαχο
- Σκόνη
- Εμπλουτισμένο με ω3 λιπαρά
- Εμπλουτισμένο με ασβέστιο
- Εμπλουτισμένο με φυτικές στερόλες
- Χωρίς ή με μειωμένη λακτόζη
- Εβαπορέ
- Ζαχαρούχο
- Γάλα σοκολάτα ή άλλο αρωματισμένο ή με ζάχαρη
- Γάλα σόγιας/ρυζιού (εμπλουτισμένο με ασβέστιο ή μη)
- Δεν πίνω γάλα

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

30. Πόσο νερό πίνετε την ημέρα;

0 φλ.	1-4 φλ.	5-8 φλ.	>8 φλ.
1	2	3	4

31. Πόσα φλιτζάνια τσάι ή καφέ πίνετε την ημέρα;

Είδος	0 φλιτζάνια	1-2 φλιτζάνια	>3 φλιτζάνια
1. Στιγμαίος καφές	1	2	3
2. Ντεκαφεϊνέ καφές	1	2	3
3. Κυπριακός καφές	1	2	3
4. Άλλος καφές	1	2	3
5. Τσάι μαύρο	1	2	3
6. Τσάι από βότανα ή αρωματικά	1	2	3
7. Τσάι ντεκαφεϊνέ	1	2	3
8. Καφέ με αρωματικά	1	2	3

32. Πόσους κύβους ή πόσα κουταλάκια επιτραπέζιας ζάχαρης χρησιμοποιείτε σε ένα φλιτζάνι καφέ ή τσάι;

Ένα	Δύο	τρία	Περισσότερα από 3	Καθόλου
1	2	3	4	5

33. Το αλάτι που χρησιμοποιώ είναι:

- Αυτό που ήδη υπάρχει στο φαγητό
- Επιπρόσθετο του μαγειρέματος
- Χρησιμοποιώ Iο-salt
- Δεν χρησιμοποιώ καθόλου αλάτι
- Δεν χρησιμοποιώ αλάτι αλλά ζωμό
- Αλάτι από βότανα/ αρωματικά

1
2
3
4
5
6

34. Μήπως τον τελευταίο χρόνο κάποιος από τους ακόλουθους σας συμβούλευσε να αλλάξετε τη διαίτα σας για λόγους υγείας;

- Διαιτολόγος
- Ιατρός
- Μέλος της οικογένειας
- Άλλος

ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	2
1	2
1	2
1	2

35. Τρόπος μαγειρέματος και συχνότητα

	Ποτέ	1-2 φορές την εβδομάδα	3-5 φορές την εβδομάδα	6-7 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές το μήνα
Βραστά, ατμού					
Σχάρας					
Τηγανιτά					
Με σάλτσα ντομάτας					
Με σάλτσα κρέμας					
Σοταρισμένα					

36. Σε μια επιγραφή τροφίμων υπάρχουν οι ακόλουθες πληροφορίες. Ποιες από αυτές σας ενδιαφέρουν ως καταναλωτή και πόσο συχνά τις αναζητάτε;

	Δεν τις κοιτάζω ποτέ	Μερικές φορές	Κάθε φορά που ψωνίζω
Περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά	1	2	3
Θερμιδική αξία	1	2	3
Κατάλογος συστατικών	1	2	3

37. Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι μπορεί να είναι σημαντικό να διαβάζετε τις επιγραφές των τροφίμων;

- Δεν πιστεύω ότι είναι σημαντικό
- Για έλεγχο του βάρους
- Για έλεγχο του ποσοστού του διατροφικού λίπους
- Για έλεγχο των προσθέτων στα τρόφιμα
- Για trans-λιπαρά οξέα
- Για το ασβέστιο
- Άλλο.....

1
2
3
4
5
6
7

38. Έχετε αλλάξει τη διατροφή σας ή άλλες συνήθειες για λόγους υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Τρώγω λιγότερο λίπος (π.χ. κρέας)	1	2
2 Άλλαξα το είδος του λίπους που τρώγω	1	2
3. Τρώγω πιο πολλά λαχανικά και φρούτα	1	2
4. Τρώγω λιγότερη ζάχαρη	1	2
5. Τρώγω λιγότερες αμυλούχες τροφές	1	2
6. Τρώγω λιγότερο αλάτι	1	2
7. Είμαι σε δίαιτα για απώλεια βάρους	1	2
8. Πίνω λιγότερο αλκοόλ	1	2
9. Ασκούμαι περισσότερο	1	2

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

39. Τους τελευταίους 12 μήνες ήπιατε οινοπνευματώδες ποτό
(μπύρα, κρασί, κλπ.)

ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	2

40. Πόσο συχνά έχετε μεθύσει από κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών τον τελευταίο μήνα;

- Ποτέ
- Λιγότερο από μία φορά το μήνα
- Μία φορά το μήνα
- Μία φορά την εβδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

1
2
3
4
5

41. Τον τελευταίο μήνα σας συμβούλευσε κάποιος από τους πιο κάτω να πίνετε λιγότερο;

- Ιατρός
- Διαιτολόγος
- Μέλος της οικογένειας
- Άλλος

ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	2
1	2
1	2
1	2

ΜΕΡΟΣ Δ

ΑΣΚΗΣΗ

Οι ακόλουθες ερωτήσεις σκοπό έχουν να διαπιστωθεί το είδος της σωματικής δραστηριότητας που κάνουν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή. Οι ερωτήσεις σχετίζονται με το χρόνο που αφιερώσατε στη φυσική άσκηση είτε στη δουλειά είτε στο σπίτι, είτε ως άθληση τις τελευταίες 7 μέρες.

42. Έντονη σωματική δραστηριότητα: Αναφέρεται στην άσκηση εκείνη η οποία προϋποθέτει μεγάλη προσπάθεια και σας κάνει να αναπνέετε πολύ πιο γρήγορα (παράδειγμα γρήγορη ποδηλασία, αεροβική γυμναστική ανάβαση, αναερόβιες ασκήσεις).

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες μέρες αφιερώσατε για έντονη σωματική δραστηριότητα;

Σκεφτείτε μόνο για τις δραστηριότητες εκείνες που είχαν διάρκεια τουλάχιστον 30-45 λεπτά κάθε μέρα. (Αν δεν κάνετε καθόλου έντονη άσκηση συμπληρώστε με το 0).

Για μέρες

43. Τους τελευταίους 12 μήνες σας συμβούλευσε κάποιος από τους πιο κάτω να αυξήσετε τη σωματική σας δραστηριότητα;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
• Γυμναστής	1	2
• Ιατρός, Διαιτολόγος	1	2
• Μέλος της οικογένειας	1	2
• Άλλος	1	2

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΑΣ