

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**Ενδοοικογενειακές σχέσεις και στρες: Πως
επηρεάζουν στην αύξηση βάρους και στην εμφάνιση
διατροφικών διαταραχών**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΕΥΡΙΠΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:1604

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Ε.Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2005-2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.4
2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ. 5
2.1 Διαταραχές πρόσληψης τροφής	σελ.7
3. ΣΤΡΕΣ: ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ	
3.1 Ορισμός στρες	σελ.9
3.2 Στρες και υγεία.....	σελ.12
3.3 Πηγές στρες.....	σελ.13
3.4 Στρες και ατομικά χαρακτηριστικά.....	σελ.15
3.5 Στρες και οικογένεια.....	σελ.17
3.6 Επιπλέον ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής.....	σελ.18
4. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.	
4.1 Οικογένεια ως σύστημα.....	σελ.21
4.2 Οικογενειακά γεύματα.....	σελ.23
4.3 Υποσυστήματα οικογένειας.....	σελ.24
4.4 Ρόλος της μητέρας στο βάρος του παιδιού.....	σελ.27
4.5 Ρόλος του πατέρα στο βάρος του παιδιού.....	σελ.29
5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΒΑΡΟΣ	
.....	σελ.31
6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	
.....	σελ.35
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
7.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία.....	σελ.36
7.2 Μέσα συλλογής δεδομένων.....	σελ. 38

7.2.1 Το ερωτηματολόγιο αντιλαμβανόμενου στρες του Cohen et al. (Perceived Stress Scale).....σελ.38

7.2.2 Ερωτηματολόγιο αναφορικά με το γονικό δεσμό των Ream & Savin-Williams (2005).....σελ.39

7.2.3 Ερωτηματολόγιο που αφορά της σχέσεις και την ικανοποίηση γάμου (RELATIONSHIP/MARITAL SATISFACTION TOY NORTON R.,1983).
.....σελ.39

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

.....σελ.40

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

.....σελ.47

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

.....σελ.54

11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Η παρούσα έρευνα θα ασχοληθεί με τις διατροφικές συνήθειες, εντός της οικογενειακής εστίας, και κατ επέκταση θα γίνει μια αναφορά στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, την παχυσαρκία και τον υποσιτισμό.

Θα μελετήσει, εκείνους τους παράγοντες επικινδυνότητας που φαίνεται πως συμβάλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη αυτών των διαταραχών. Η οικογένεια, αποτελεί μια σημαντική δομή μετάδοσης πληροφοριών που αφορούν την διατροφή και την υγεία των ατόμων. Στην εν λόγω έρευνα λοιπόν, επιλέξαμε ως δείγμα 59 οικογένειες οι οποίες συμπλήρωσαν κάποια ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς σχετικά με το θέμα μας.

Θα μελετηθούν παράγοντες όπως η γενική ικανοποίηση από τη ζωή, η ικανοποίηση από τον γάμο που βιώνει το ζευγάρι και πως το παιδί αντιλαμβάνεται την σχέση των γονιών του. Επιπλέον θα μελετηθούν ο παράγοντας στρες και ο ρόλος των σχέσεων εντός της οικογένειας, μεταξύ πατέρα- μητέρας, πατέρα- παιδιού και μητέρας- παιδιού. Εν τέλει όλοι αυτοί οι παράγοντες θα συσχετιστούν με την μάζα του σώματος.

2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ:

Οι διατροφικές συνήθειες, αποτελούν ένα φαινόμενο που προβληματίζει και μελετάται από τους επιστήμονες κατά τα τελευταία χρόνια, αφού όλο και συχνότερα παρουσιάζονται διάφορες διατροφικές διαταραχές και κατ' επέκταση προβλήματα υγείας στον σύγχρονο άνθρωπό. Στην εμφάνιση και εκδήλωση, των διατροφικών διαταραχών, σημαντικό ρόλο παίζει η κληρονομικότητα αφού αναφέρεται πολύ συχνά στην παγκόσμια βιβλιογραφία, ότι η πιθανότητα ένα άτομο κατά την ενηλικίωσή του να είναι παχύσαρκο, είναι τρεις φορές υψηλότερη όταν ο ένας τουλάχιστον γονέας είναι παχύσαρκος. Αυτή η άποψη επιβεβαιώνεται μετά από έρευνες σε δίδυμα και σε υιοθετημένα παιδιά, που έχουν διεξαχθεί από τους Latinen, Power και Jarvelin (2000), στις οποίες φαίνεται ότι το βάρος των παιδιών είναι ανάλογο με εκείνο των βιολογικών τους γονέων.

Παράλληλα, οι διατροφικές συνήθειες που το κάθε άτομο υιοθετεί, είναι απόρροια ποικίλων παραγόντων που επηρεάζουν την μετέπειτα σωματική του υγεία. Συγκεκριμένα, το άτομο προσαρμόζει την 'διατροφική' του συμπεριφορά, ανάλογα με τις περιστάσεις όπως επίσης και τις περιβαλλοντικές επιδράσεις που γίνεται δέκτης. Ειδικότερα, σε μια οικογένεια, που θα αποτελέσει το αντικείμενο της έρευνάς μας, οι περιβαλλοντικές επιδράσεις μπορεί είτε να λειτουργήσουν κοινά, για όλα τα μέλη της οικογένειας, επηρεάζοντας με τον ίδιο τρόπο τον 'φαινότυπό' τους είτε ατομικά ώστε να δημιουργήσουν διαφορές στον 'φαινότυπο' των μελών της (Birch & O'Fisher, 1999).

Όσον αφορά τις περιβαλλοντικές επιδράσεις που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων αλλά και τις συμπεριφορές υγείας, η κοινωνία φαίνεται πως αποτελεί σημαντικό κομμάτι αυτών. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως συμβάλλει σημαντικά στην μετάδοση πολλών αντιλήψεων που μπορεί να επηρεάσουν τα άτομα ώστε να υιοθετήσουν κακές συμπεριφορές υγείας. Η τάση της δυτικής κουλτούρας που συνδυάζει το λεπτό σώμα με το επιτυχημένο άτομο, οδήγησε πολλά άτομα να είναι δυσαρεστημένα με την εξωτερική τους εμφάνιση. Ωστόσο η κοινωνία δεν αποτελεί από μόνη της ενωμένο σχήμα το οποίο σπρώχνει τα άτομα να δράσουν με ορισμένους σκοπούς. Αντίθετα, λειτουργεί απλά ως εργαλείο, από το οποίο οι πρωταγωνιστές επιλέγουν προς ποια κατεύθυνση θα δράσουν και θα κατευθυνθούν. Το άγχος των ατόμων να ακολουθήσουν και να μιμηθούν τα προκαθορισμένα πρότυπα, μόνο και μόνο για να νιώσουν μέλη μιας ευρύτερα αποδεκτής ενδό-ομάδας,

είναι αυτό που συμβάλλει στην εκδήλωση κακών συμπεριφορών υγείας και διατροφικών διαταραχών (Haworth-Hoerrner, 2000).

Επιπλέον, οι αυξανόμενοι ρυθμοί διαβίωσης, που τα άτομα καλούνται στην σημερινή εποχή να ακολουθήσουν μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και τις διατροφικές τους συνήθειες. Απαιτητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες τόσο στην υγεία του ατόμου όσο και στις σχέσεις που διατηρεί, ιδίως στο οικογενειακό του περιβάλλον το οποίο επηρεάζεται άμεσα, ίσως, εξαιτίας του υψηλά λαμβανόμενου στρες και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων. (Powers, Myers, Tingle & Powers, 2004).

Ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες μπορεί να προκληθούν από την ύπαρξη ακατάλληλων εργασιακών συνθηκών, που δεν επιτρέπουν συχνά διαλείμματα γευμάτων, επηρεάζοντας έτσι τις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να χάνουν βάρος εξαιτίας έλλειψης χρόνου. Εναλλακτικά, τα ίδια άτομα μπορεί να καταφεύγουν στην γρήγορη κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών εξαιτίας της πίεσης που βιώνουν. Συνεπώς τα χαρακτηριστικά κάθε επαγγέλματος μπορεί να οδηγήσουν είτε στην μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής είτε στην αύξησή της (Overgaard, Camborg, Gyntelberg & Heitmann, 2004).

Η κατάσταση της υγείας μας αλλά και του σωματικού βάρους, επηρεάζονται όπως προαναφέραμε, από ποικίλους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά και από την ίδια την συμπεριφορά που το άτομο υιοθετεί. Με τον ίδιο τρόπο, οι διατροφικές συνήθειες είναι δυνατόν να επηρεάσουν ευεργετικά ή δυσμενώς την πορεία εξέλιξης κάποιων άλλων, συναφών ασθενειών. Συγκεκριμένα, οι Cguess, Schneiderman, Antoni & Penedo (2004), αναφέρουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις εκδήλωσης και εξέλιξης καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, μόλυνσης από HIV και άλλων μολυσματικών ασθενειών, σημαντικό ρόλο παίζουν παράγοντες όπως το στρες, τα συναισθήματα, η προσωπικότητα του ατόμου, η ικανότητα ανάληψης δράσης, η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη αλλά και οι συμπεριφορές υγείας και οι διατροφικές συνήθειες, που ανάλογα με τις πεποιθήσεις του, το άτομο ακολουθεί.

Στην σύγχρονη εποχή που ζούμε, η παχυσαρκία και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, αποτελούν πλέον παγκόσμια επιδημία αφού οι σχετικές με αυτές συνέπειες είναι σοβαρές, ιδιαίτερα ο τύπου β διαβήτη και οι καρδιοαγγειακές παθήσεις (Overgaard et al, 2004). Σύμφωνα με την τρίτη εθνική έρευνα για την υγεία και διατροφή που πραγματοποιήθηκε το 1996 από το τμήμα Υγείας και Ανθρώπινων

υπηρεσιών των Η.Π.Α., ο αριθμός των παιδιών που πάσχουν από παχυσαρκία φτάνει στο 30%. Τα παχύσαρκα παιδιά τείνουν να βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, καρκίνο, αρθρίτιδα, και άλλες ασθένειες. Είναι γεγονός ότι η παιδική παχυσαρκία μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας για την ενήλικη παχυσαρκία και να συνοδεύεται από επιπλέον προβλήματα υγείας (Morrisette & Taylor, 2002).

Εν κατακλείδι, έχει παρατηρηθεί, ότι σε περιοχές με έντονη οικονομική ανάπτυξη και αστικοποίηση οι πολίτες τείνουν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες επεξεργασμένων τροφών ενώ παρατηρείται και μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Το γεγονός αυτό προκαλεί την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών σχετικές με την διατροφή. Η τάση αυτή των ατόμων που ζουν σε αστικοποιημένες περιοχές, έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπέρ και υπό σίτισης στο ίδιο σπίτι. Συγκεκριμένα χιλιάδες παιδιά πάσχουν από υποσιτισμό ενώ οι ενήλικες πάσχουν από παχυσαρκία εξαιτίας της υπερβολικής κατανάλωσης επεξεργασμένης τροφής. Η υπανάπτυξη, ο υποσιτισμός και η παχυσαρκία αποτελούν βιολογική αντίδραση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τις επιλογές, συμπεριλαμβανομένου της ποιότητας της διατροφής και της μειωμένης δραστηριότητας (Garrett & Ruell, 2005).

2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Βασιζόμενοι, στις πιο πάνω αναφορές που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες που τα άτομα υιοθετούν ανάλογα με τον τρόπο ζωής τους και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στις διάφορες διατροφικές διαταραχές που προκύπτουν και απειλούν την γενική υγεία των ατόμων εξαιτίας των λανθασμένων συμπεριφορών υγείας. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής διακρίνονται στις εξής:

Α. Την Ψυχογενή ανορεξία: που το άτομο αρνείται να διατηρήσει το βάρος του σώματός στο επίπεδο, ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του. Το άτομο αισθάνεται έντονο φόβο ότι θα αυξήσει το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό. Παρουσιάζεται διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή

το σχήμα του σώματος ενώ επιδρά αυτό σε μεγάλο βαθμό στην αυτοαξιολόγηση. Συνήθως το άτομο πραγματοποιεί τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορές κάθαρσης

B. Την Ψυχογενή Βουλιμία: Το άτομο καταναλώνει σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ποσότητα τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά την διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις. Παράλληλα, επικρατεί έλλειψη ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου. Το άτομο προσπαθεί να αποτρέψει την αύξηση του βάρους του χρησιμοποιώντας τεχνικές αντισταθμιστικής συμπεριφοράς (αυτό-προκαλούμενοι εμετοί, λήψη καθαρτικών) (APA, 2000).

Γ. Εκτός από τις πιο πάνω, μέρος αυτών των διαταραχών είναι και η παχυσαρκία κατά την οποία το άτομο λαμβάνει περισσότερες θερμίδες και καταναλώνει πολύ λιγότερες ενώ είναι δυνατόν να ακολουθεί ανάρμοστες διατροφικές συνήθειες.

Ακολουθεί και ο υποσιτισμός κατά τον οποίο το άτομο για κάποιο λόγο δεν τρέφεται επαρκώς ή με τροφές υψηλής θρεπτικής αξίας γεγονός που επηρεάζει την ανάπτυξη, του ιδίως όταν πρόκειται για μικρά παιδιά που βρίσκονται σε κρίσιμη ηλικία. Τότε παρατηρείται ανεπαρκής ανάπτυξη σε σχέση με την ηλικία του ατόμου.

Αναφέρεται, ενδεικτικά πως είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο αιτιολογικός παράγοντας αυτών των διαταραχών αφού κανένα εύρημα δεν έδειξε πως υπάρχει καθαρά βιολογική, γενετική ή περιβαλλοντική βάση στην εκδήλωσή τους. Εικάζεται, πως πρόκειται για πολυπαραγοντικά φαινόμενα που οφείλονται στην συνδυαστική δράση των προαναφερθέντων παραγόντων.

3. ΣΤΡΕΣ : ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ

3.1 Ορισμός Στρες.

Ο όρος στρες είναι πλέον ιδιαίτερα διαδεδομένος και χρησιμοποιείται τόσο από ψυχολόγους, ιατρούς, κοινωνιολόγους, επιδημιολόγους, βιολόγους και άλλους επιστήμονες, όσο και από απλούς ανθρώπους, αποδεικνύοντας ότι αποτελεί μια αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης ζωής . Μάλιστα έχει προταθεί ότι πηγάζει από αυτήν προκύπτοντας εν μέρει από τους ολοένα αυξανόμενους ρυθμούς της καθημερινότητας και εν μέρει από την μη ικανότητα ανταπόκρισης στις απότομες μεταβολές που σημειώνονται στην κοινωνική ζωή, στον τομέα της εργασίας και στους ταχείς ρυθμούς της τεχνολογικής εξέλιξης.

Οι βιβλιογραφικές έρευνες, αναφέρουν ότι ο παράγοντας στρες αποτελεί, ένα από τους βασικούς ενοχοποιητικούς, ψυχολογικούς παράγοντες, που συνδέεται με την εκδήλωση και εξέλιξη των διατροφικών διαταραχών και συχνότερα για την παχυσαρκία. Γενικά, η αντιμετώπιση μεγάλων ποσοτήτων στρες ή η κακή διαχείριση του, από τα άτομα μπορεί να επιφέρει απώλεια ελέγχου μιας κατάστασης, αφού μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ατόμου και να εμποδίσει την προληπτική φροντίδα του εαυτού. Οι αιτίες και ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος βιώνει το στρες, αλλάζουν κατά την διάρκεια της ζωής, και παρά τις ατομικές διαφορές, πολλοί άνθρωποι δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν καθημερινά υψηλά επίπεδα στρες σε διάφορους τομείς της ζωής τους (Iwasaki & Mactavish, 2005). Ως εκ τούτου θεωρήσαμε σημαντικό να αναλύσουμε αυτόν το παράγοντα και να αναφέρουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί το στρες να επηρεάσει δυσμενώς την υγεία των ατόμων και το βάρος τους (Hanson & Pichert, 1986).

Ο καθορισμός της έννοιας του στρες αποτελεί ένα δύσκολο έργο για τους επιστήμονες, αφού πρόκειται για μια ευρύτατη και δύσκολα προσδιοριζόμενη έννοια. Συνήθως το στρες γίνεται κατανοητό ως η αντίδραση του ατόμου, ψυχολογική ή και σωματική, σε ένα αρνητικό ερεθίσμα. Οι Elliot και Eisdorfer (1982), ορίζουν το στρες ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα. Επιπλέον, το διακρίνουν σε τέσσερις κύριους τύπους: α) στα οξεία χρονικά περιγεγραμμένα ερεθίσματα, β) στα ερεθίσματα σε διαδοχή, γ) στους χρόνιους, περιοδικούς στρεσογόνους παράγοντες και, δ) στους χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες.

Η Stefanello, από ψυχολογική σκοπιά, θεωρεί το στρες, ως η ανταπόκριση ενός οργανισμού σε οποιοδήποτε αρνητικό ερέθισμα. Αυτή η ανταπόκριση δημιουργείται κυρίως από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (επινεφριδικό, νωτιαίο μυελό, και υποθαλάμιο- υποφυσιακό-επινεφριδικό φλοιό), το οποίο αυξάνει τα επίπεδα κυκλοφορίας των κατεχολαμινών και γλυκοκορτικοειδών. Το στρες, χαρακτηρίζεται ως ψυχοφυσιολογικό και κοινωνικό φαινόμενο που είναι η απόρροια της σχέσης που διατηρεί ο άνθρωπος με το περιβάλλον του. Μπορεί να παρουσιαστεί, όταν το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει μια δυσκολία.

Ο Hans Selye, στην προσπάθειά του να δώσει έναν ορισμό για το στρες, δημιούργησε την δική του θεωρία που την βάσισε στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Το στρες, μετά από μια σειρά πειραμάτων που αφορούσαν την έκθεση πειραματόζωων σε στρεσογόνες συνθήκες, που πραγματοποιήθηκαν από τον Selye (1978), ορίστηκε ως η μη συγκεκριμένη αντίδραση του οργανισμού κάτω από οποιαδήποτε συνθήκη πίεσης. Οι αλλαγές που υφίσταται ο οργανισμός, εξαιτίας του στρεσογόνου ερεθίσματος διαμορφώνουν ένα σύνδρομο εν ονόματι « Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής». Αυτό αποτελείται από τρεις φάσεις:

A) Την αντίδραση συναγερμού : κατά την οποία ενεργοποιείται η άμυνα του οργανισμού και σημειώνεται απότομη φυσιολογική διέγερση, ως αποτέλεσμα της έκκρισης ορμονών από το ενδοκρινικό σύστημα . Η ένταση αυτής της αντίδρασης εξαρτάται από το κατά πόσο το στρεσογόνο ερέθισμα γίνεται αντιληπτό ως απειλή. Στην περίπτωση που η έκθεση στο στρες είναι τόσο ισχυρή ώστε να είναι ασύμβατη με τον οργανισμό επέρχεται ο θάνατος.

B) Φάση αντίστασης: Όταν το ερέθισμα επιμένει ακολουθεί αυτή η φάση κατά την οποία παρουσιάζεται προσαρμογή στο ερέθισμα. Η φυσιολογική διέγερση παραμένει υψηλή (λιγότερο από την προηγούμενη φάση) και να συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν. Το στάδιο αυτό διαρκεί μέχρι η αντίσταση να καταλήξει σε ένα υψηλό τελικό σημείο.

Γ) Η φάση εξουθένωσης: πραγματοποιείται όταν το ερέθισμα επιμένει και η αντίσταση έχει φτάσει στο τελικό σημείο. Στο εν λόγω σημείο παρατηρείται κόπωση του οργανισμού και αδυναμία αντίστασης, είναι δυνατόν να επέλθει και ο θάνατος (Selye, 1978). Είναι δυνατόν να προκύψουν οι λεγόμενες κατά τον Selye (1946), παθήσεις προσαρμογής (κρυολογήματα, αλλεργικές αντιδράσεις η ακόμα και σοβαρές ασθένειες οφειλόμενες σε ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος).

Είναι παράλληλα δυνατόν να παρατηρηθεί εκδήλωση ψυχολογικών αντιδράσεων από τα άτομα όταν έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνα ερεθίσματα. Τα πιο συχνά παθολογικά φαινόμενα προκαλούμενα από το στρες είναι : η κατάθλιψη, δυσχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, εχθρότητα, ασυνήθιστη ανυπακοή, άγχος, στα παιδιά εμφανίζεται αναίτιο κλάμα , τραύλισμα, δυσκολίες στο σχολείο, εφιάλτες, αϋπνία, στομαχόπονος, διάρροια, νευρικά τικ, υπερκινητικότητα, , μυϊκή ένταση, νυχτερινή ενούρηση, παχυσαρκία, άσθμα (Stefanello, 2004).

Μια άλλη προσπάθεια ορισμού του στρες έρχεται από τους Lazarus και Folkman (1984). Για πρώτη φορά αναφέρεται η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον κατά την οποία το στρες είναι αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής των δυο αυτών παραγόντων. Το στρες , λοιπόν, είναι απόρροια εσωτερικών ή εξωτερικών απαιτήσεων, που σύμφωνα με την εκτίμηση του ατόμου θέτουν σε δοκιμασία ή και ξεπερνούν τις διαθέσιμες δυνατότητές του. Έτσι το άτομο, όταν βρεθεί αντιμέτωπο με ένα ερέθισμα, το αξιολογεί ώστε να είναι σε θέση να κρίνει κατά πόσο αυτό είναι ‘άσχετο’, ‘θετικό’ ή ‘στρεσογόνο’. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται γνωστική αξιολόγηση και διακρίνεται : α) στην αντίληψη της ζημιάς, β) στην αντίληψη απειλής, και την γ) αντίληψη πρόκλησης, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν την διαδικασία εκδήλωσης του στρες.

Η διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης διακρίνεται σε *πρωτογενή* και *δευτερογενή*. Κατά την *πρωτογενή* αξιολόγηση το άτομο κρίνει το κατά πόσο το ερέθισμα είναι επικίνδυνο και συνεπώς στρεσογόνο. Εάν κάτι τέτοιο επαληθευτεί, ακολουθεί η *δευτερογενής* αξιολόγηση, κατά την οποία κρίνονται οι ικανότητες που διαθέτει το άτομο, και αν αυτές είναι διαθέσιμες. Είναι συνετό να αναφέρουμε, πως δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει απόλυτη χρονική ακολουθία των δυο αυτών διαδικασιών. Πολλές φορές το άτομο αξιολογεί πρώτα τις ικανότητες του, και αυτό καθορίζει το κατά πόσο ένα ερέθισμα θα αποβεί στρεσογόνο. Έτσι εξηγείται και η υποκειμενική αντίληψη του βαθμού έντασης των στρεσογόνων καταστάσεων που διακρίνει τα διαφορετικά άτομα, ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες που διαθέτουν αλλά και τη προσωπική τους εκτίμηση .

Ακολουθώς, το άτομο κάνει μια προσπάθεια να διευθετήσει τις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις, από την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον χρησιμοποιώντας *στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες*. Αυτές μπορεί να εστιάζονται στο πρόβλημα με στόχο την επίλυσή του ή να εστιάζονται στο συναίσθημα, που στην

προκειμένη περίπτωση καταβάλλεται, από το άτομο, προσπάθεια να ρυθμίσει το παραγόμενο συναίσθημα. Η επιλογή μιας στρατηγικής αντιμετώπισης του στρες εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά, το είδος της περίπτωσης, τα κίνητρα και οι πεποιθήσεις του ατόμου. Ο Lazarus (1966), συνέδεσε τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο με το επίπεδο υγείας του αφού όταν δεν χρησιμοποιείται η κατάλληλη στρατηγική για την κάθε περίπτωση τότε εντείνονται τα δυσάρεστα συναισθήματα, η δυσφορία, το άγχος επιβαρύνοντας έτσι το άτομο.

Επιπλέον, οι Turner , Lloyd και Wheaton (1995), διέκριναν τους στρεσογόνους παράγοντες σε:

α) *στρεσογόνα συμβάντα (stressful life event)*

β) *διαρκής ή χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας* ο οποίος περιλαμβάνει περιοχές που αφορούν οικονομικά ζητήματα, προβλήματα που αφορούν το επάγγελμα, την οικογένεια, σχέσεις, γονικά ζητήματα, κοινωνικής ζωής, παραμονής σε μια χώρα, και υγείας.

γ) *Μέγιστα τραύματα ζωής.*

Παράλληλα η Aneshensel (1992, σ. 119), διαχωρίζει τους στρεσογόνους παράγοντες ως εξής: *στους τυχαίους και στους συστηματικούς*. Οι πρώτοι είναι δυνατόν να εμφανιστούν σε όλες τις κοινωνικές ομάδες με την ίδια συχνότητα και είναι σημαντικοί ως προβλεπτικοί παράγοντες του γενικού κινδύνου εκδήλωσης μιας διαταραχής. Οι συστηματικοί παράγοντες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με το κοινωνικό 'status' των ατόμων και τις εμπειρίες ζωής κάθε κοινωνικής ομάδας. Συμβάλλουν, λοιπόν, στο να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ των εμπειριών ζωής (οικονομικές δυσκολίες) και την πιθανή ανάπτυξη φυσιολογικών και ψυχολογικών διαταραχών (Turner et al., 1995).

3.2 Στρες και υγεία

Πολλές έρευνες, προσπάθησαν να συνδέσουν το στρες με την γενική υγεία και το βάρος. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πραγματοποιούνται κάποιες αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό κατά την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου ερεθίσματος. Ο Everly (1990), αναφέρει τρία συστήματα που αντιδρούν στην αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου ερεθίσματος. Πρόκειται για το νευρικό, το νευρό-ενδοκρινικό και το

ενδοκρινικό. Σημαντική συμβολή στην αντίδραση του ατόμου σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, έχουν τόσο το συμπαθητικό όσο και το παρασυμπαθητικό σύστημα αλλά και κάποιες ορμόνες εν ονόματι κατεχολαμίνες. Η ποιότητα της λειτουργίας των πιο πάνω μηχανισμών, μπορεί να προκαλέσουν διακυμάνσεις στο επίπεδο υγείας χωρίς όμως να θεωρείται ως μοναδικός αιτιολογικός παράγοντα το στρες και μόνο (Καραδήμας, 2004).

Γενικά έχει αναφερθεί σε πολλές έρευνες ότι το στρες είναι δυνατόν να μεταβάλει τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων αλλά και την ποσότητα της λαμβανόμενης τροφής. Ως εκ τούτου, οι κακές διατροφικές συνήθειες μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών όπως ο καρκίνος (Wong & Lam, 1999), και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να κατανοηθούν ως παράγοντες επικινδυνότητας οι μεταβολές της συμπεριφοράς εξαιτίας του στρες „ σχετικά με τη διατροφή, ώστε να προληφθούν η εμφάνιση ασθενειών και η ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Crowther, Sanftner, Bonifazi & Shepard, 2001).

3.3 Πηγές Στρες

Οι Turner , Lloyd και Wheaton (1995), αναφέρουν κάποιους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ίσως να επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ένταση του στρες αλλά και στην εμφάνιση κάποιων διαταραχών υγείας . Πρόκειται για το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του ατόμου, τις διαφορετικές κοινωνικές εμπειρίες, τις βιώσες καταστάσεις καθώς και στην προσωπικότητα του ατόμου. Όσον αφορά το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, αναφέρουν ότι άτομα με χαμηλή μόρφωση και μικρές απολαβές είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες και να αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας. Ωστόσο αναφέρεται και η πιθανότητα τα άτομα αυτά να εμφανίζουν μεγαλύτερη αντοχή στο στρες και να έχουν αναπτύξει κατάλληλους μηχανισμούς διαχείρισης του. Συγκεκριμένα, στο άρθρο της η Jackson (2000), αναφέρει ότι οι μητέρες που μεγαλώνουν μόνες τα παιδιά τους, και βιώνουν οικονομικές δυσκολίες, εμφανίστηκαν να είναι περισσότερο τιμωρητικές και σκληρές απέναντι στα παιδιά τους, και κατά συνέπεια λιγότερο συμπνετικές . Αυτή η στάση της μητέρας, εξαιτίας της μειωμένης αυτό-αποτελεσματικότητας, μπορεί να επηρεάσει ευθυγράμμως την συμπεριφορά του παιδιού αλλά και την υγεία, αφού

φάνηκε από έρευνες ότι η στάση του παιδιού, σχετίζεται άμεσα με το γονικό στρες και συμπεριφορά. Ο Bandura (1977), αναφέρει ότι τα άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα αντιδρούν με αισιοδοξία στις δύσκολες καταστάσεις, αντλούν περισσότερη προσπάθεια και δείχνουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στην αντιμετώπιση αποτυχιών. Επιπλέον, βιώνουν λιγότερο άγχος γιατί αντιδρούν με τρόπο που το περιβάλλον φαίνεται λιγότερο απειλητικό. Παράλληλα, αυτά τα άτομα αποζητούν ευκολότερα βοήθεια και στήριξη απ ό τι εκείνα με χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, και αυτό λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας σε δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις αλλά και στις περιπτώσεις διαταραχών πρόσληψης τροφής (Jackson, 2000).

Γενικά, οι χρόνιες οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια οικογένεια μπορεί να αποβεί πηγή συνεχούς άγχους και στρες. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει αρνητικά βιώματα εντός της οικογένειας (συγκρούσεις, διαζύγιο), έλλειψη ελέγχου των παιδιών αφού οι γονείς είναι αναγκασμένοι να δουλεύουν για πολλές ώρες, περιορισμένες επιλογές, και παράλληλα να επηρεάζονται δυσμενώς οι τεχνικές γονικής φροντίδας . Αναφέρεται, επίσης από τους House και συναδέρφους του, ότι οι άντρες που βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους εμφανίζουν τρεις φορές υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας από εκείνους που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα στρες (Takeuchi, Williams & Adair, 1991).

Βρέθηκε επίσης, ότι σε άνδρες που εκτίθενται σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, εμφανίζεται αυξημένη αποθήκευση λιπών. Συσσώρευση υποδόριου λίπους από το ενδοκρινικό ορμονικό σύστημα, εξαιτίας περιβαλλοντικού στρες, είναι δυνατόν να αποτελέσει επικίνδυνο παράγοντα για την κοιλιακή παχυσαρκία (abdominal obesity), που αποτελεί πλέον ριζοκίνδυνο παράγοντα για την μετέπειτα εμφάνιση υπέρτασης, διαβήτη τύπου 2 και καρδιακές παθήσεις. Ενδοκρινικές ανωμαλίες στην παχυσαρκία μπορεί να προκύπτουν από αυξημένη ευαισθησία του υποθαλάμου όπως ενδείκνυται από την αυξημένη έκκριση κορτιζόνης, η οποία βρέθηκε σε άτομα που είναι στρεσαρισμένα. Τέτοιες ανωμαλίες, είναι παρόμοιες με εκείνες που εμφανίζονται μετά από παρατεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες (Overgaard, Camborg, Gyntelberg & Heitmann, 2004). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν , φάνηκε πως πολύ συχνά συμβάλλουν, στην εκδήλωση της παχυσαρκία κάποιοι στρεσογόνοι παράγοντες.

Όσον αφορά τα παιδιά, φαίνεται πως και αυτά με την σειρά τους επηρεάζονται από διάφορες πηγές στρες . Συγκεκριμένα, η Stefanello (2004), μελέτησε σε έρευνα

που διεξήγαγε, το κατά πόσο το σωματικό βάρος των παιδιών καθορίζεται από τους στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν. Αυτοί οι παράγοντες ίσως να αφορούν οικογενειακές ή άλλες προσωπικές δυσκολίες που το παιδί βιώνει. Προέκυψε λοιπόν από τα αποτελέσματα ότι το 85% των παχύσαρκων αγοριών και το 70% των κοριτσιών αντιμετώπιζαν υψηλά επίπεδα στρες. Ως ψυχοφυσιολογικό και κοινωνικό φαινόμενο, το στρες είναι δυνατόν να προκαλέσει στα άτομα, ψυχολογικά συμπτώματα, εξασθένηση γνωστικών λειτουργιών και δυσκολία εκτέλεσης κάποιων δραστηριοτήτων.

Το επίπεδο της φτώχειας αλλά και το χρονικό διάστημα που μια οικογένεια ζει υπό τέτοιες συνθήκες, μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την υγεία των ατόμων. Σε τέτοιες συνθήκες τα άτομα είναι πιθανόν να καταναλώνουν τροφές με χαμηλή διατροφική αξία, γεγονός που θα επηρεάσει μακροχρόνια, το ανοσοποιητικό τους σύστημα και το γενικότερο επίπεδο υγείας και βάρους τους (Takeuchi, Williams & Adair, 1991).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι οι πηγές στρες μπορούν να περιλαμβάνουν ένα εκτενές φάσμα γεγονότων και καταστάσεων, καθιστώντας δύσκολη την κατηγοριοποίησή τους. Ωστόσο, αυτό που καθιστά αυτά τα γεγονότα στρεσογόνα ή μη είναι το κατά πόσο είναι προβλέψιμα, και το κατά πόσο το άτομο μπορεί ανάλογα με τις ικανότητες του να τα ελέγξει (O' Connor, O' Connor, White & Bundred, 2000b; O' Connor & Shimizu, 2002).

3.4 Στρες και ατομικά χαρακτηριστικά

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάζει την ευπάθεια των ατόμων στο στρες είναι και η ηλικία. Χαρακτηριστικά, οι Dekker και Webb (1974), αναφέρουν ότι τα πιο νέα άτομα τείνουν να βιώνουν περισσότερο στρεσογόνες εμπειρίες απ' ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία, ενώ παράλληλα οι άγαμοι αναφέρουν υψηλότερη εμφάνιση ανεπιθύμητων εμπειριών απ' ότι οι έγγαμοι σύμφωνα με τους Kessler και Essex (1982) (σ.107) . Όσον αφορά το φύλο δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στον τρόπο που διαχειρίζονται το στρες, ή στον βαθμό που επηρεάζει την υγεία τους. Ίσως κάποιες διαφορές να

οφείλονται περισσότερο σε κοινωνικούς ρόλους που 'επιβάλλονται' σε κάθε φύλο , και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να εξωτερικεύουν συχνότερα τις στρεσογόνες εμπειρίες που ίσως να βιώνουν, απ' ό,τι οι άνδρες (Turner et al, 1995).

Γενικά κάθε άτομο έχει διαφορετική ευπάθεια στο στρες. Αυτό οφείλεται στα διαφορετικά ατομικά χαρακτηριστικά που διαθέτει αλλά και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επιπλέον εξαρτάται από το είδος του στρεσογόνου παράγοντα που κάποιος αντιμετωπίζει.

Γενικά, το αντιλαμβανόμενο άγχος είδαμε πως επηρεάζει αρκετές πτυχές της ζωής, αλλά και της υγείας του ανθρώπου. Πρόσφατα, έρευνες που έχουν ως στόχο την προώθηση της υγείας, καταβάλλουν σημαντική προσπάθεια στην αναγνώριση εκείνων των προστατευτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην επίτευξη ενός μακροπρόθεσμου και βέλτιστου επιπέδου υγείας. Οι Kobasa, Maddi και Kahn (1982), βασιζόμενοι στην θεωρία της υπαρξιακής προσωπικότητας, αναφέρουν τον όρο 'ανθεκτικότητα' και τον καθορίζουν ως την συγκέντρωση προσωπικών χαρακτηριστικών που λειτουργούν ως πηγή αντίστασης κατά την 'συμπλοκή' με στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Η δομή της προσωπικότητας, απαρτίζεται από τρία επιμέρους στοιχεία. Πρόκειται για α) τον έλεγχο, β) πρόκληση, και γ) την δέσμευση. Και τα τρία αποτελούν ένα συνονθύλευμα γνωστικό-συναισθηματικό-δραστικό, με σκοπό όχι απλά την επιβίωση αλλά και τον εμπλουτισμό της ζωής μέσω της εξέλιξης. Συγκεκριμένα, το 'ανθεκτικό' άτομο είναι εκείνο που διατηρεί τα τρία αυτά χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια διατηρεί ένα καλό επίπεδο υγείας παρ' όλες τις στρεσογόνες εμπειρίες που αντιμετωπίζει.

Η ανθεκτικότητα ως στοιχείο, σύμφωνα με το άρθρο της Bigbee(1992), συσχετίζεται αρνητικά με την εκδήλωση κάποιας ασθένειας ή διατροφικής διαταραχής, υποστηρίζοντας παράλληλα την άποψη των προηγούμενων ερευνητών. Επιπλέον, φάνηκε ότι τα ανθεκτικά άτομα έχουν την τάση να αναφέρουν περισσότερο θετικές αυτοαναφορές και λιγότερες αρνητικές, απ' ό,τι τα άτομα με χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας, τα οποία συνήθως παρουσιάζονται ευπαθή στην ανάπτυξη κακών διατροφικών συνηθειών . Επίσης, τα άτομα με υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας , μετά από μετρήσεις αποδείχτηκε ότι παρουσιάζουν υψηλότερη συστολική πίεση, γεγονός που δηλώνει περισσότερο ενεργητική αντίδραση με στόχο να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση. Ο McCallum (1986), αναφέρει σε έρευνά του, ότι τα άτομα με υψηλή ανθεκτικότητα, εμφανίζονται να χρησιμοποιούν περισσότερο, συμπεριφορές υγείας

σε στρεσογόνες συνθήκες γεγονός που τους προστατεύει και μειώνει την δυσφορία που βιώνουν.

3.5 Στρες και οικογένεια

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, πως οι σχέσεις και τα χαρακτηριστικά των μελών μιας οικογένειας είναι δυνατόν να επηρεάσουν την γενικότερη υγεία των ατόμων που αποτελούν το εν λόγω σύστημα . Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης μιας ασθένειας εντός της οικογένειας, εξαρτάται από το επίπεδο στρες που αυτή αντιμετωπίζει, ως όλον, όπως επίσης και στην περίπτωση εμφάνισης αρνητικών γεγονότων. Φάνηκε από το άρθρο των Smith, Baum και Wing (2004), ότι σε γονείς ασθενών με καρκίνο, εξαιτίας του συνεχούς λαμβανόμενου άγχους που βιώνουν, αυξάνεται το σωματικό τους βάρος , εξαιτίας της κακής διατροφής και της μειωμένης σωματικής άσκησης.

Συνεπώς, οι Dillon & Totten (1989), αναφέρουν ότι η ‘ ανθεκτικότητα’ που διαθέτει η μητέρα, φάνηκε να συσχετίζεται θετικά, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αυτή χρησιμοποιεί σε δύσκολες καταστάσεις, την ηλικία και το χιούμορ που διαθέτει, ενώ συσχετίζεται αντιστρόφως με την εκδήλωση ασθενειών, του άνω αναπνευστικού συστήματος, στα παιδιά (σελ. 213). Παράλληλα η ανθεκτικότητα που διακατέχει μια οικογένεια, σχετίζεται και με την προθυμία των μελών της να ακολουθήσει διάφορες τεχνικές προώθησης της υγείας.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι οι στρεσογόνες εμπειρίες που ενίοτε βιώνουν οι οικογένειες είναι δυνατόν να επηρεάσουν το επίπεδο υγείας των ατόμων-μελών, τόσο σε φυσιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Αυτό, φάνηκε στην έρευνα των Beautrais, Fergusson & Shannon (1982), που διεξήχθη στην Νέα Ζηλανδία και έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακών εμπειριών και παιδικής θνησιμότητας, προβλημάτων συμπεριφοράς, εκδήλωση ασθενειών στο κατώτερο αναπνευστικό και γαστρεντερικό σύστημα, ατυχήματα, καψίματα/εγκαύματα και με τυχαίες δηλητηριάσεις στα παιδιά. Παράλληλα, φάνηκε να υπάρχει δυνατή θετική συσχέτιση μεταξύ αρνητικών οικογενειακών εμπειριών, και την παρουσία κοιλιακών πόνων στα παιδιά. Επιπλέον, οικογένειες οι οποίες βιώνουν αθροιστικές αλλαγές που αφορούν τη δομή τους, τις ενδοοικογενειακές τους

σχέσεις αλλά και σε οικονομικά θέματα είναι δυνατόν τα παιδιά να παρουσιάζουν εξασθένιση πνευμονικής λειτουργίας (Bigbee, 1992).

Παράλληλα φάνηκε ότι, όταν τα παιδιά βρίσκονται κάτω από ένταση και στρες ενώ απουσιάζει και ο γονικός έλεγχος καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα τροφής με χαμηλή θρεπτική αξία ενώ τείνουν να υποτιμούν περισσότερο την προσλαμβάνουσα ενέργεια, με αποτέλεσμα να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες γευμάτων (Perks et al., 2000).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως καμία μελέτη δεν εξακρίβωσε την ύπαρξη αιτιολογικής σχέσης μεταξύ στρες και παχυσαρκίας αν και υπάρχει μια τάση προς αυτή την άποψη. Αναφέρεται, ενδεικτικά από τους Placidi et al. (2004), ότι η δίαιτα και το συνυπάρχον στρες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υπερφαγία, κατάσταση που χαρακτηρίζει τα άτομα με νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία και άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής. Στον γενικότερο πληθυσμό, η διαδικασία της δίαιτας αποτελεί τον μέγιστο προβλεπτικό παράγοντα της υπερφαγίας προκαλούμενης από το στρες. Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ποντίκια, φάνηκε ότι σε περίπτωση που θέτουμε τον οργανισμό σε θερμιδικό περιορισμό, είναι δυνατόν να ακολουθήσει υπερβολική κατανάλωση τροφής, προκαλούμενη από ένα οξύ περιβαλλοντικό στρεσογόνο παράγοντα. Η πιο πάνω κατάσταση μπορεί να αποδοθεί στη μειωμένη έκκριση σεροτονίνης από τον οργανισμό, ουσίας που συμβάλλει στην μετάδοση του μηνύματος κορεσμού στο Κ Ν Σ. εξαιτίας της περιορισμένης λήψης τροφής. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της μειωμένης λήψης τροφών που εμπεριέχουν τρυπτοφάνη, απαραίτητη ουσία για την παραγωγή σεροτονίνης από τον οργανισμό. Είναι γενικά δύσκολο, να καθοριστεί αιτιολογική σχέση μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων και εμφάνισης διατροφικών διαταραχών αφού είναι αδύνατον να απομονωθούν και να μελετηθούν αυτές οι μεταβλητές από μόνες τους.

3.6 Επιπλέον ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η παχυσαρκία και οι λοιπές διατροφικές διαταραχές, δεν έχουν ακριβή γενετικό υπόβαθρο, ως εκ τούτου είναι δύσκολο να καθοριστούν όλοι οι παράγοντες που τις προκαλούν. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών, έχουν το οικογενειακό δυναμικό, συγκεκριμένα τα γονικά χαρακτηριστικά, και οι

συμπεριφορές υγείας που προωθούνται από αυτό. Παιδιά με έναν παχύσαρκο γονέα έχουν 40% πιθανότητα να καταλήξουν παχύσαρκοι κατά την ενήλικη ζωή τους, ενώ με δύο παχύσαρκους γονείς το ποσοστό κορυφώνεται στο 70% (Morrisette et al, 2002).

Οι επιστήμονες διαβεβαιώνουν ότι ψυχολογικές κατασκευές και διαδικασίες, επηρεάζουν στην αύξηση εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών (ED). Οι πιο κοινοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση Δ. Δ. είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση και η τελειομανία που πηγάζουν από το άγχος και το στρες που βιώνει το άτομο για το εάν θα γίνει αποδεκτό από το σύνολο.

Η τελειομανία, αποτελεί πολύ-παραγοντικό στοιχείο, και περιλαμβάνει έξι διαστάσεις: προσωπικές υψηλές απαιτήσεις, ανησυχία για τα λάθη, γονική κριτική, γονικές προσδοκίες, αμφιβολίες και οργάνωση. Σύμφωνα με τους Frost, Marten, Lahart και Rosenblatt (1990), η ανησυχία για τα λάθη είναι το διακριτό στοιχείο της παθολογικής τελειομανίας. Η παθολογικής τελειομανίας, δεν επιτρέπει στο άτομο να κάνει λάθη και εκλαμβάνει την ύπαρξη κάποιων, ως οiwονός για την επερχόμενη καταστροφή. Ο παθολογικός τελειομανής, νιώθει πως τίποτα δεν γίνεται σωστά και οι πράξεις του συνοδεύονται από αυστηρή κριτική και μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά την *αυτοπεποίθηση*, στοιχείο που επηρεάζει την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, θεωρείτο ένα καθολικό, μονοδιάστατο δημιουργήμα, που αφορά την προσωπική κριτική για την αξία του εαυτού μας. Το 1995, οι Tafarodi & Swann, επανεξέτασαν αυτό το στοιχείο και πρότειναν μια δυσδιάστατη κατασκευή η οποία υποδιαιρείται:

α) στην αυταρέσκεια που βασίζεται στην κοινωνική ανατροφοδότηση και την κοινωνική αποδοχή

β) αυτοπεποίθηση η οποία στηρίζεται στην προσωπική αξιολόγηση του καθενός και αποτελεί περισσότερο γνωστικό και αντικειμενικό στοιχείο.

Ακολουθεί το αίσθημα ανησυχίας που κυριαρχεί στις Δ.Δ, αν και δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Η ανησυχία, χαρακτηρίζεται από πρωταρχικές αγχώδεις προβλέψεις και φόβους εκδήλωσης πιθανόν μελλοντικών αρνητικών συμβάντων. Συγκεκριμένα ο φόβος για το 'πάχος', είναι προβλεπτικός παράγοντα για την εκδήλωση μελλοντικών αρνητικών γεγονότων, ανεξάρτητα από το επίπεδο λίπους και βάρους του ατόμου. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σε έρευνες που

διεξήχθησαν, φάνηκε ότι τα άτομα με Δ.Δ εμφανίζουν μεγαλύτερη ανησυχία απ ότι έλεγχο (Kerkhof et al., 2000). Επιπλέον αναφέρεται ότι το άγχος και η ανησυχία που βιώνουν κάποια άτομα για το τι άποψη διατηρεί για αυτά, ο κοινωνικός του περίγυρος, καταλήγουν να κάνουν χρόνιες δίαιτες, επιβαρύνοντας έτσι τον οργανισμό τους.

Το στρες, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για να πυροδοτήσει την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών ή διαταραχών βάρους. Οι στρεσογόνες καταστάσεις επηρεάζουν αρνητικά την διατροφή των ατόμων και μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ανθυγιεινής διατροφή και διατροφικά προβλήματα σε άτομα με προδιάθεση (Sassaroli & Ruggiero, 2005).

4. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.

4.1 Οικογένεια ως σύστημα

Η οικογένεια αποτελεί ένα είδος κοινωνικού συστήματος. Πρόκειται για ένα ζωντανό σύστημα, της οποίας τα στοιχεία δεν είναι άλλα από τα μέλη της, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για κάποιο σκοπό (Blom & Dijk, 1999).

Στο οικογενειακό σύστημα, η κοινωνία αποτελεί το περιβαλλοντικό υπόβαθρο της οικογένειας, και το άθροισμα των μελών της, αποτελούν τα συστατικά στοιχεία της (Wedemeyer & Grotevant, 1982). Η σχέση μεταξύ των στοιχείων, είναι αμφίδρομη όπως και η επικοινωνία τους. Μεταξύ τους υπάρχει ανατροφοδότηση (feedback) ενώ επηρεάζονται και από κάποιους κοινωνικούς παράγοντες. Η σχέση αυτών των ατόμων στηρίζεται στο ότι έχουν κάτι κοινό μεταξύ τους, αφού λειτουργούν ώστε να επιτύχουν κάποιο κοινό σκοπό (L'Abate, 1998).

Τα μέλη μιας οικογένειας έχουν αμοιβαία αιτιώδη συμπεριφορά, ενώ όταν υπάρχει αλλαγή σε ένα στοιχείο/μέλος της οικογένειας παρατηρούνται αλλαγές και στο υπόλοιπο σύστημα. Μέσω αυτής της αλληλεπίδρασης και σχέσης μέσα στο σύστημα της οικογένειας δημιουργούνται και αναπτύσσονται κάποιου είδους δυναμικά που επηρεάζουν την συμπεριφορά των ατόμων και ιδιαίτερα των παιδιών. Παράλληλα τα στοιχεία μιας οικογένειας, κουβαλούν κοινές αξίες και εμπειρίες, ενώ περιορίζονται, καθορίζονται ή ακόμα εξαρτώνται το ένα από το άλλο (Blom & Dijk, 1999).

Για να γίνει απόλυτα κατανοητή η οικογένεια σαν σύστημα και η φύση των σχέσεων που επικρατούν μέσα σε αυτήν, είναι απαραίτητο να αναγνωρισθεί η αλληλεξάρτηση μεταξύ των ρόλων και των λειτουργιών όλων των μελών της. Τα μέλη της οικογένειας – πατέρας, μητέρα και παιδιά- αλληλεπιδρούν τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, πράγμα που μεταβάλλει αναλόγως την σχέση μεταξύ τους. Ακόμα είναι απαραίτητη η ανάλυση των μερών της οικογένειας, για να δούμε πως

τα δυναμικά που αναπτύσσονται μεταξύ των υποσυστημάτων προκαλούν, την εμφάνιση κάποιων συμπεριφορών και φαινομένων (Parke, 2004).

Τα επιμέρους υποσυστήματα της οικογένειας είναι πολύ σημαντικό να έχουν συνοχή, και ιδιαίτερα μέσω της επικοινωνίας να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ τους. Τα υποσυστήματα αυτά είναι ιεραρχημένα με τέτοιο τρόπο ώστε τα ανώτερα και πιο κατασταλαγμένα, στις υγιείς οικογένειες, να καθοδηγούν τα κατώτερα προς τις κατάλληλες κατευθύνσεις κάθε φορά. Πρόκειται για μια κυκλική σχέση μεταξύ των υποσυστημάτων που μπορεί να χαρακτηριστεί και ως 'οικογενειακός χόρος' (family dance) που το ένα μέλος ή υποσύστημα παρασέρνει στα βήματα του, τα υπόλοιπα (Knapp & Womack, 2003).

Σύμφωνα με τον πιο πάνω χαρακτηρισμό (family dance) ο Erdman & Caffery (2003), αναφέρουν την ύπαρξη δεσμού ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, τα οποία δρουν και καθορίζουν το ένα το άλλο. Παράλληλα μεταβάλλονται οι αντιδράσεις τους ανάλογα την περίσταση και την χρονική στιγμή. Αναλόγως τη σχέση που διατηρούν τα μέλη μιας οικογένειας, μπορούμε να ενημερωθούμε για όλες τις λειτουργικές πτυχές της οικογένειας, θετικές και αρνητικές. Ακόμα η υγεία μιας οικογένειας και η καλή λειτουργία της, εξαρτάται από το γενικό πλαίσιο στο οποίο συνυπάρχει (Sprenkle & Piercy, 1992).

Η οικογένεια αποτελεί την δομή που προωθεί την πρακτική τεχνικών υγείας, όπως και την πρόληψη ασθενειών. Είναι σε θέση να ενθαρρύνει ή και να αποθαρρύνει διάφορες συμπεριφορές υγείας. Σύμφωνα με τον McLeogy (1988), οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζονται από κάποιους:

- A) *ενδοπροσωπικούς* παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, οι γνώσεις, οι ικανότητες και η αντίληψη εαυτού
- B) από κάποιες *ενδοπροσωπικές διαδικασίες* όπως οι σχέσεις με τους γονείς, τα αδέρφια και συνομηλίκους
- Γ) από τους *θεσμικούς παράγοντες* που αφορά τις τάσεις της κοινωνίας, την πολιτική, την λαμβανόμενη εκπαίδευση.

Εντός του οικογενειακού συστήματος, προωθείται η υγεία, τα άτομα ενθαρρύνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξήσουν τον αυτοέλεγχο τους, και να βελτιώσουν την υγεία τους. Πολλές φορές παρατηρείται η υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής από την οικογένεια, έτσι ώστε να καθορίζονται η κατάλληλες συμπεριφορές υγείας για το καλό της οικογένειας που στηρίζονται στις ανάγκες των μελών της.

Οι σχέσεις εντός του οικογενειακού συστήματος αλλά και οι ρόλοι, καθορίζουν τον τρόπο αντίδρασης σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα αλλά και το επίπεδο υγείας που επικρατεί εντός του συστήματος (Novilla, Barnes, De Le Cruz, Williams & Rogers, 2006).

Τέλος πριν αναφερθούμε στα υποσυστήματα της οικογένειας, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε πως η οικογένεια επηρεάζεται ποικιλοτρόπως. Αρχικά μεταβάλλεται, και κατά συνέπεια εξελίσσεται, αυτός ο θεσμός, εξαιτίας των αλλαγών που παρατηρούνται σε μια κοινωνία (Mills & Sprenkle, 1995). Παράλληλα είναι σημαντική, η ποιότητα της παροχής φροντίδας στα παιδιά από τους γονείς και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον όπως και η μεταβίβαση συμπεριφορών υγείας ώστε τα παιδιά να λαμβάνουν τροφές με μεγάλη θρεπτική αξία (Garrett & Ruel, 2005).

4. 2 Οικογενειακά γεύματα

Η οικογένεια αποτελεί έναν θεσμό που έχει μελετηθεί και αναλυθεί κατά κόρον με το πέρασμα του χρόνου. Η εξέλιξη που παρατηρείται στην σύγχρονη κοινωνία δεν αφήνει ανεπηρέαστη την δομή της οικογένειας. Το πιο συνηθισμένο είδος οικογενειακής δομής, που αρχίζει κατά κάποιο τρόπο αν φθίνει εξαιτίας των αλλαγών που η κοινωνία μας υφίσταται είναι η πυρηνική, στην οποία είναι παρόντες στην ανατροφή των παιδιών και οι δύο γονείς.

Ωστόσο, παρουσιάζονται και κάποιες μετατροπές στην δομή της οικογένειας αφού κάποιες φορές δεν είναι σε θέση να παρευρίσκονται και να συνυπάρχουν στο ίδιο πλαίσιο η μητέρα και ο πατέρας. Τότε κάνουμε λόγο για μονογονεϊκές οικογένειες που για κάποιο λόγο (διαζύγιο, θάνατο κτλ.) ο ένας γονέας απουσιάζει. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί ίσως να ζει σε ένα περιβάλλον στο οποίο ο βιολογικός γονέας συζεί με τον/την σύντροφό του. (Mills & Sprenkles, 1995). Παράλληλα, στην σημερινή κοινωνία παρευρίσκονται και άλλα ήδη οικογενειών όπως είναι οι ανάδοχοι, που αναλαμβάνουν την προστασία ενός παιδιού που είτε απομακρύνθηκε από το οικογενειακό του περιβάλλον εξαιτίας ακατάλληλων συνθηκών είτε γιατί είναι ορφανό (Bronde-Tinkew, 1999).

Τέλος, χωρίς να επεκταθούμε αναφέρουμε και ένα νέο τύπο οικογένειας που αρχίζει δειλά -δειλά να εγκαθιδρύεται, ιδιαίτερα στο εξωτερικό, που αφορά τις διαφυλικές οικογένειες (Mills & Sprenkles, 1995).

Είναι φανερό ότι η οικογενειακή δομή επηρεάζει τη διατροφή των παιδιών και την μετέπειτα εξέλιξή τους όπως και το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας (Bronde-Tinkew, 1999). Μια σωστή οικογενειακή δομή, που προστατεύει τα μέλη της, ανεξαρτήτου δομής και χαρακτηριστικών, είναι σε θέση να προσφέρει ευεργετικά στοιχεία σε αυτά. Πρόκειται για έναν φορέα ερεθισμάτων που μπορεί να προσφέρει στα άτομα της, μέσω των γευμάτων, σωστές πληροφορίες αλλά και να θίξει θέματα που αφορούν τις σωστές διατροφικές συνήθειες.

Τα κοινά γεύματα, μπορεί να χαρακτηριστούν ως οικογενειακή ιεροτελεστία που προσφέρει την αίσθηση της ενότητας, μεταδίδει αξίες, και την υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορών στα παιδιά. Τα οικογενειακά γεύματα μπορεί να δώσουν την ευκαιρία στους γονείς να παρουσιάσουν τον σωστό τρόπο διατροφής μέσω της μίμησης, αλλά και να μετατρέψουν αυτή την διαδικασία σε μια ευχάριστη εμπειρία για τα παιδιά. Οι γονείς μπορεί ακόμη να μεταδώσουν στα παιδιά τους το πόσο σημαντικό είναι να προσέχουν την ποσότητα τροφής που καταναλώνουν, το να δοκιμάζουν νέες τροφές με υψηλή θρεπτική αξία αλλά και το πόσο σημαντικό είναι να αντιλαμβάνονται τότε πρέπει να σταματήσουν να τρώνε. Τέλος, τα οικογενειακά γεύματα προωθούν, κατά κύριο λόγο, την ποιοτική διατροφή και την κατάργηση της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών (Story, 2005).

4.3 Υποσυστήματα Οικογένειας:

Μια οικογένεια, συνήθως αποτελείται από τρία υποσυστήματα. Πρόκειται αρχικά για το υποσύστημα των γονέων ως ζευγάρι, ακολουθεί το υποσύστημα γονέα-παιδιού και τέλος το υποσύστημα των αδερφιών που αφορά την αλληλεπίδραση των αδερφιών μεταξύ τους. Στην προκειμένη περίπτωση θα αναφερθούμε περισσότερο στην σχέση των γονέων ως ζευγάρι, και τον τρόπο που μπορεί να επηρεάζουν μεμονωμένα, την υγεία των παιδιών τους.

➤ **Υποσύστημα Γονέων ως ζευγάρι:**

Αυτό το υποσύστημα είναι από τα πιο σημαντικά αφού καθορίζει πολλές συμπεριφορές που εμφανίζονται στη οικογένεια. Μια υγιής σχέση ανάμεσα στους γονείς, επιφέρει την υγιή εξέλιξη των παιδιών

Απαραίτητα, συστατικά στοιχεία, μιας καλής γονικής σχέσης είναι η ισορροπία και ο αμοιβαίος σεβασμός ανάμεσα στα άτομα. Ο Θετικός ασφαλής δεσμός και η καλή επικοινωνία συμβάλλουν στην καλή οικογενειακή ζωή και υγεία (Lebow, 2000). Μια καλή συζυγική σχέση προκαλεί στα άτομα συναισθηματική ασφάλεια αλλά και καλή υγεία κυρίως στα παιδιά (Kirby, Bancon & Peterman, 2005).

Είναι σημαντικό οι γονείς να οριοθετούν το οικογενειακό περιβάλλον και να υιοθετούν κάποιους ρόλους που δεν θα αντικρούονται, αλλά θα στέλνουν κοινά μηνύματα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας στα παιδιά τους (Videon, 2005). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί και μέσα από τα κοινά γεύματα της οικογένειας που τουλάχιστον ο ένας γονέας είναι παρόν. Κατά την ώρα του γεύματος, οι γονείς είναι σε θέση να προωθήσουν την επικοινωνία, αλλά και να αντιληφθούν την διάθεση, τις συμπεριφορές και τις ανάγκες των παιδιών τους (Story & Neumark- Sztainer, 2005).

Επιπλέον οι γονείς που συμφωνούν ως προς τον τρόπο ανατροφής των παιδιών τους, τείνουν να έχουν παιδιά με φυσιολογικό βάρος. Στην αντίθετη περίπτωση, είναι πιθανόν τα παιδιά να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές όπως παχυσαρκία ή υποσιτισμό (Kinter, Boss & Johnson, 1981). Οι γονείς πρέπει να έχουν ρόλο εκπαιδευτικό, να είναι υπεύθυνοι έτσι ώστε να παρέχουν τακτικά και ισορροπημένα γεύματα. Να μεταδίδουν συμπεριφορές σταθερές και κατάλληλες κατά τα γεύματα όπως επίσης να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να ασκούνται (Morissette et al. 2002).

Το ζευγάρι, μέσα από την σχέση που διατηρεί καλείται να εκπληρώσει τις ανάγκες του συντρόφου τους, οι οποίες μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Οι Prager & Buhrmester (1998), αναφέρουν ότι η εκπλήρωση των αναγκών είναι συνυφασμένη με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης του ατόμου για την ζωή του και την σχέση που διατηρεί (Parke, 2000).

Στην περίπτωση που οι σχέσεις των γονέων είναι διαταραγμένες και παρουσιάζονται στην οικογένεια διαμάχες και συγκρούσεις, παρατηρείται στα παιδιά η υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Συγκεκριμένα, οι κακές σχέσεις εντός της οικογένειας προκαλούν αποδιοργάνωση και ρήξη των οικογενειακών δεσμών. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα παιδιά είναι επιρρεπείς στην κατανάλωση ουσιών όπως το αλκοόλ ή καπνό, και στην υιοθέτηση κακών διατροφικών συνηθειών. Αυτό

μπορεί να έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη Δ.Δ, έλλειψη σιδήρου ή και την εμφάνιση αναιμίας στα παιδιά (Riesh, Anderson & Krueger, 2006).

Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης μπορεί να λειτουργήσει και ως προστατευτικός παράγοντας για το εργασιακό άγχος, ιδιαίτερα στους άντρες. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι, οι θετικές επιδράσεις των κοινωνικών δεσμών ενδυναμώνονται από την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού και ικανοποιητικού οικογενειακού και συζυγικού περιβάλλοντος. Μια ανοικτή, ειλικρινής και υποστηρικτική αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειας, ενδυναμώνει την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση της ικανοποίησης, την αίσθηση του 'ανήκειν' αλλά και την καλύτερη διαχείριση των καταστάσεων. Στην αντίθετη περίπτωση απειλείται η ποιότητα των σχέσεων και αυτό συνεπάγεται με την κακή υγεία της οικογένειας και χαμηλή ευεξία (Novilla et al. 2006).

Παράλληλα, όταν παρατηρούνται στην συζυγική σχέση δυσλειτουργικές συμπεριφορές (κακοποίηση, διαμάχες), επηρεάζεται η ευημερία των συζύγων και κατ' επέκταση η υγεία των παιδιών. Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι όταν απειλούνται οι σχέσεις των συζύγων εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών, τα άτομα καταναλώνουν τροφές μικρότερης θρεπτικής αξίας, αφού παραμελείται ο τομέας της διατροφής (Tekeuchi et al, 1991).

Αναφέρεται, από τον Cooper (1949), ότι κατά την ώρα των οικογενειακών γευμάτων συχνά εκδηλώνονται διαμάχες εάν η σχέση του ζευγαριού δεν είναι καλή. Αυτό συχνά συμβάλλει στην συναισθηματική χρήση του φαγητού, από τα άτομα, όπου το φαγητό λειτουργεί ως ασπίδα στην αντιμετώπιση της τεταμένης κατάστασης. Συνεπώς παρουσιάζονται τάσεις υπερφαγίας και κακής διατροφής των ατόμων εξαιτίας αυτών των συνθηκών.

Η ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας, οι συχνοί καυγάδες και οι ξυλοδαρμοί ενώπιον των παιδιών μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη δυσλειτουργικής τους ανάπτυξης . Συγκεκριμένα η κακή σχέση των γονέων, μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας εκδήλωσης ψυχοκοινωνικού νανισμού στα παιδιά. Στην προκειμένη περίπτωση, το παιδί χαρακτηρίζεται από χαμηλό βάρος σε σχέση με το ύψος του, και αδυναμίας αύξησής του. Ακόμη χαρακτηρίζεται από γνωστικές αδυναμίες και μειωμένο επίπεδο υγείας (Cox, Kotch & Everson, 2003).

Είναι φανερό λοιπό ότι το συναισθηματικό κλίμα που επικρατεί εντός της οικογένειας επηρεάζει την διατροφή, την ποιότητά της σε θρεπτικά συστατικά και την φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών (Crispin, Kerrey, Metz Fox & Kies, 1968).

4.4 Ρόλος της μητέρας στο βάρος του παιδιού:

Η μητέρα από πολύ νωρίς αποτελεί φορέα μηνυμάτων και πληροφοριών . Γενικά, η ψυχολογική και φυσιολογική της κατάσταση επηρεάζει την ανάπτυξη και την υγεία αρχικά του εμβρύου και ακολούθως του παιδιού.

Γενικά η σχέση μητέρας –παιδιού αναπτύσσεται από πολύ νωρίς μέσω της διαδικασίας της γαλουχίας και της ικανότητας της μητέρας να εκπληρώνει τις ανάγκες του παιδιού της καταλλήλως (Kessler, 2002). Η κακή συναισθηματική κατάσταση της μητέρας και το άγχος μπορεί να παρεμποδίσουν τον γονικό της ρόλο. Στην προκειμένη περίπτωση η μητέρα μπορεί να χρησιμοποιεί λανθασμένους τρόπους χορήγησης τροφής προς το παιδί, οι οποίοι το καταπιέζουν και το αναγκάζουν να καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες τροφής που ίσως να το οδηγήσουν στην παχυσαρκία (Cooper, 1949).

Το επίπεδο ανεξαρτησίας της γυναίκας, η παιδεία που διαθέτει, το κοινωνικό της status καθορίζουν την συμπεριφορά της στον επαγγελματικό τομέα, όσο και τους ρόλους που υιοθετεί στο σπίτι, τις επιλογές της , τον ρόλο της ως μητέρα , την προσβασιμότητα της σε φορείς υγείας, τα οικονομικά έσοδα και τα δικαιώματα που κατέχει. Ως εκ τούτου, είτε έμμεσα είτε άμεσα η μητέρα προωθεί συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας και διατροφής. Αυτό συμβαίνει γιατί συνήθως, είναι υπεύθυνη για την προετοιμασία, την συχνότητα και το είδος των γευμάτων που λαμβάνει η οικογένεια. Ως πρωταρχική παροχέας φροντίδας ενδιαφέρεται και προωθεί την υγεία (Kishor, 1996).

Έχει παρατηρηθεί ότι σε μονογονεϊκές οικογένειες στις οποίες κύριος κηδεμόνας είναι η μητέρα , δίνεται άμεση προτεραιότητα στα παιδιά από αυτές, ενώ παρέχεται υψηλότερης θρεπτικής αξίας διατροφή. Ακόμη οι οικονομικές απολαβές της μητέρας χρησιμοποιούνται περισσότερο προς το όφελος των παιδιών (Bronte- Tinkew, 1999). Ωστόσο σε τέτοιες περιπτώσεις όπου η μητέρα είναι αναγκασμένη να εργάζεται, τα οικογενειακά γεύματα

αποτελούν πρόκληση εξαιτίας του μειωμένου χρόνου που διαθέτει (Story et al., 2005)

Γενικά οι μητέρες κατά την ανατροφή των παιδιών τους εστιάζονται περισσότερο κοινωνικό-συναισθηματικό κομμάτι, ενώ φαίνεται να αφιερώνουν περισσότερο ποιοτικό χρόνο απ' ό,τι οι πατέρες (Videon, 2005).

Η Haword- Hoerrner (2000), αναφέρει ότι η στάση της μητέρας απέναντι στα παιδιά της, μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι μητέρες των ατόμων με διατροφικές διαταραχές συνήθως παρουσιάζονται απαιτητικές, τελειομανείς, παρεμβατικές, που πολλές φορές αποσύρονται συναισθηματικά, παθητικές, εξαρτημένες, ενώ ενασχολούνται και κριτικάρουν το βάρος και την εμφάνιση των παιδιών τους, ιδιαίτερα των κοριτσιών.

Παράλληλα, στην περίπτωση των παχύσαρκων παιδιών, σύμφωνα με τους Bruch & Tougain (1940, pp. 20), οι μητέρες παρουσιάζονται αυταρχικές και υπερπροστατευτικές. Επιπλέον, αναφέρεται ότι η μητρική κατάθλιψη, η ύπαρξη οποιασδήποτε άλλης ψυχοπαθολογίας αλλά και η πιθανή απομάκρυνση του μητρικού προτύπου, ίσως να συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Morrisette & Taylor, 2002).

Γενικά, η μητέρα μεταδίδει συμπεριφορές υγείας στα παιδιά της αλλά και διατροφικές συνήθειες ανάλογα με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις που διαθέτει. Έχει την ίδια επίδραση και στα δυο φύλα, ωστόσο είναι αρκετές φορές που στα αγόρια παρατηρείται περισσότερη ανοχή στο επιπλέον βάρος, παρά στα κορίτσια εξαιτίας της διαφοράς των ρόλων που η κοινωνία προσδίδει σε αυτά. Οι Birch & O' Fisher (2000), υποστηρίζουν μετά από μελέτες ότι η σωματική διάπλαση της μητέρας ομοιάζει με εκείνη της κόρης της. Επίσης πολλές φορές οι μητέρες που συνήθιζαν να κάνουν δίαιτα κατά την εφηβεία τους τείνουν να πιέζουν τις κόρες τους να πράξουν το ίδιο. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μετάδοση λανθασμένων διατροφικών συνηθειών και την πρόκληση διατροφικών διαταραχών εξαιτίας του άγχους που βιώνουν αυτά τα παιδιά σε τόσο μικρή ηλικία.

4.5 Ρόλος του πατέρα στο βάρος του παιδιού:

Στην τρέχουσα βιβλιογραφία, σπάνια μελετάται ή αναφέρεται η επίδραση του πατέρα στο βάρος του παιδιού του. Τις περισσότερες φορές δίνεται, αποκλειστικά, βαρύτητα στον λειτουργικό ρόλο που διαθέτει, ως κουβαλητής αγαθών που η ίδια η κοινωνία του επέβαλλε.

Ο ρόλος του πατέρα, είναι μοναδικός και αναντικατάστατος και εξίσου σημαντικός με εκείνον της μητέρας, αφού και αυτός συμβάλλει σημαντικά στην ευημερία και υγιή εξέλιξη του παιδιού του.

Συνήθως οι αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις του πατέρα τον αναγκάζουν να περνά μεγάλο χρονικό διάστημα μακριά από την οικογένειά του. Ωστόσο, συμβάλλει σημαντικά στην εκπλήρωση των κοινωνικό-οικονομικών αναγκών της οικογένειάς του, αν και ο ίδιος θεωρείται δευτερογενής επιρροή προς τα παιδιά του σε σχέση με την μητέρα. Τις τελευταίες δεκαετίες, δειλά- δειλά αρχίζει να μεταβάλλεται αυτό το πρότυπο πατέρα και υιοθετείται ένα νέο προφίλ που θέλει τον σύγχρονο πατέρα ενεργό και περιποιητικό προς τα παιδιά του (Videon, 2005).

Ο πατέρας, αποτελεί σημαντικό πρότυπο και στήριγμα, τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια. Ωστόσο αναφέρεται από τον Videon (2005), ότι άτομα του ίδιου φύλου τείνουν να έχουν καλύτερη σχέση και επικοινωνία μεταξύ τους.

Σε περιπτώσεις όπου για κάποιον λόγο (χηρείας, διαζυγίου), ο πατέρας αναλαμβάνει την επιμέλεια του παιδιού, αναφέρεται ότι παρουσιάζονται καλύτερες ευκαιρίες όσον αφορά την παιδεία, στο παιδί, εξαιτίας του αυξημένου εισοδήματος που συνήθως λαμβάνει ο πατέρας ως άνδρας. Η συναισθηματική στήριξη ωστόσο που ο πατέρας θα παράσχει στα παιδιά του, εξαρτάται από την αφοσίωσή του απέναντι σε αυτά και τις αντιλήψεις του για τους ρόλους που κατά την άποψή του, πρέπει να υιοθετήσει. Αναφέρεται, ότι σε τέτοιες περιπτώσεις τα παιδιά λαμβάνουν τροφές χαμηλότερης θρεπτικής αξίας, αφού οι άνδρες θεωρούν σημαντικότερη την παροχή υλικών αγαθών (Bronte-Tinkew, 1999).

Είναι φανερό το πόσο τελικά επηρεάζουν την εξέλιξη των παιδιών και οι πατέρες, παρόλο που λείπουν, για πολλές ώρες, από το σπίτι. Αυτό φαίνεται χαρακτηριστικά από τις αναφορές της Haworth- Hoepfner (2000), για την ανορεξία και την βουλιμία, η οποία υποστηρίζει ότι η εμφάνιση αυτών των φαινομένων επηρεάζεται και από την στάση και συμπεριφορά του πατέρα. Συγκεκριμένα, σε

τέτοιες περιπτώσεις, οι πατέρες εμφανίζονται αυταρχικοί, αυστηροί, απομακρυσμένοι. Επίσης σε περιπτώσεις που άτομα έπασχαν από διατροφικές διαταραχές, βρέθηκε ότι οι πατέρες ασκούσαν βία και κακοποιούσαν τα παιδιά τους.

Επιπλέον, αναφέρεται ότι στην περίπτωση παχύσαρκων παιδιών ο πατέρας παρουσιάζεται να είναι παθητικός και αμέτοχος στα θέματα που αφορούσαν την οικογένεια. Παράλληλα, φαίνεται ότι ο πατέρας παίζει σημαντικότερο ρόλο για την παχυσαρκία στα αγόρια παρά στα κορίτσια (Morissette et al.2002). Αντίθετα, οι Figueroa-Colon, Arani, Goran & Weinsier (2000), αναφέρουν ότι το συνολικό ποσοστιαίο σωματικό λίπος του πατέρα, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για το συνολικό ποσοστιαίο σωματικό βάρος των κοριτσιών τους.

Γενικά, η συμβολή του πατέρα, ιδιαίτερα τώρα που και η μητέρα αναγκάστηκε να μπει στον εργασιακό στίβο, είναι σημαντική. Είναι, ένα άτομο που λειτουργεί ως πρότυπο μίμησης για τα παιδιά του, η γενική κατάσταση της υγείας του, οι διατροφικές του συνήθειες και οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετεί μπορούν να επηρεάσουν ποικιλοτρόπως τα παιδιά. Ωστόσο οι πηγές για αυτό το θέμα είναι περιορισμένες και για αυτό είναι αναγκαία η περαιτέρω ερευνητική μελέτη αυτού του θέματος.

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΒΑΡΟΣ

Οι διατροφικές διαταραχές πρόκειται για ένα θέμα που μελετήθηκε εκτενώς, από τους επιστήμονες, με σκοπό να κατανοηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες αλλά και για να εφαρμοστούν προγράμματα προληπτικής παρέμβασης για την μείωσή τους.

Η φύση κάθε διαταραχής ωστόσο είναι πολύπλοκη και δύσκολα μπορούν να απομονωθούν εκείνοι οι παράγοντες που την προκαλούν αφού πρόκειται για πολυπαραγοντικά φαινόμενα. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία είναι ένα φαινόμενο που συνήθως εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και γίνεται αντιληπτή κατά το πέρασμα του χρόνου. Βρέθηκε επίσης ότι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας της ενήλικης παχυσαρκία ήταν η παρακολούθηση του βάρους κατά τους πρώτους μήνες ζωής ενός βρέφους (Klesges, Hanson, Eck & Durff, 1988). Επιπλέον, είναι σημαντικό να εστιάσουμε την προσοχή μας στην διατροφή κατά την πρώτη δεκαετία της ζωής του ατόμου αφού οι περισσότερες διατροφικές συνήθειες εγκαθιδρύονται κατά την διάρκεια την παιδικής ηλικίας και εφηβείας (Perks et al., 2000).

Δεδομένου των πιο πάνω, είναι φανερό ότι αυτού του είδους οι διαταραχές έχουν γενετική αλλά και βιολογική βάση (Klesges, Hanson, Eck & Durff, 1988). Ωστόσο για να εκδηλωθούν συμβάλλουν και αρκετοί ψυχολογικοί παράγοντες.

Σημαντικό ρόλο στις διαταραχές του βάρους, έχει η οικογένεια και η δομή της. Έχουν παρατηρηθεί πολλές αλλαγές στη δομή της οικογένειας, ενδεικτικά το 1960 μόνο ένα 9 %, των παιδιών, ζούσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες ποσοστό που το 2003 ανήλθε στο 28%. Παράλληλα, με το πέρασμα του χρόνου πολλές γυναίκες εισήλθαν στον επαγγελματικό στίβο, εξαιτίας των αυξημένων οικονομικών αναγκών. Σήμερα το 78% των μητέρων με παιδιά 6-17 ετών, και το 64% με παιδιά προ-δημοτικής εκπαίδευσης εργάζονται, ενώ το 70% του συνολικού ποσοστού εργάζονται σε θέσεις πλήρης απασχόλησης (Story et al. 2005)

Βρέθηκε στην Λατινική Αμερική, ότι παιδιά που ζουν σε οικογένειες που ο βιολογικός του γονέας συμβιώνει με τον/την σύντροφό του, το επίπεδο υγείας είναι χαμηλότερο. Αυτό συμβαίνει γιατί το τρίτο άτομο δεν νιώθει ευθύνη για τα

παιδιά του συντρόφου του, με αποτέλεσμα πολλές φορές να επιβαρύνεται η διατροφή τους. Παράλληλα στην περίπτωση των διευρυμένων οικογενειών, εξαιτίας της συνύπαρξης και εμπλοκής πολλών ατόμων, υπάρχουν κρούσματα υποσιτισμού σε ορισμένες κοινωνίες (Bronte-Tinkew, 1999).

Η οικογένεια, είναι το σύστημα που βοηθά το άτομο να αναπτύξει την προσωπικότητά του αλλά να αποκτήσει και προσωπική ταυτότητα. Μια υγιής οικογένεια προσπαθεί μέσω της συζήτησης να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση αλλά και να αποδέχονται τον εαυτό τους. Μέσω της κατάλληλης αλληλεπίδρασης τα άτομα μαθαίνουν πώς να διαχειρίζονται το στρες, και πώς να επιλύουν σωστά τις διαφορές τους. Όταν αυτό ενθαρρύνεται, επιτυγχάνεται η έκφραση των συναισθημάτων και διατηρείται ένα κλίμα αποδοχής των ατόμων, και κατ' επέκταση μειώνονται τα κρούσματα των διατροφικών διαταραχών στις γυναίκες έφηβες (Novilla et al., 2006). Παράλληλα, τα παιδιά που διατηρούν καλές σχέσεις με τους γονείς τους σπανιότερα υιοθετούν ακατάλληλες συμπεριφορές υγείας (Riesch et al., 2006)

Αναφέρεται από τον Bronte-Tinkew (1999), ότι η ηλικία που μια γυναίκα φέρνει στον κόσμο ένα παιδί, επηρεάζει το γενικότερο επίπεδο υγείας του. Φάνηκε ότι μητέρες, κάτω των 18 ετών φέρνουν στον κόσμο παιδιά με αυξημένη θνησιμότητα. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας των περιορισμένων πηγών που διαθέτουν και της εξάντλησης που βιώνουν αυτές οι γυναίκες, επηρεάζοντας έτσι δυσμενώς την διατροφή των παιδιών τους. Παιδιά από έφηβη μητέρα είναι πιθανότερο να μην τρέφονται σωστά.

Επιπλέον, στις διατροφικές διαταραχές σημαντικό ρόλο παίζει η παιδεία των γονέων, η οικονομική τους κατάσταση αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης. Η έλλειψη παιδείας οδηγεί τους γονείς να υιοθετούν λανθασμένες αντιλήψεις για την δική τους υγεία, αλλά και εκείνη των παιδιών τους. Η άγνοια που έχουν για κάποια θέματα μπορεί να φέρουν σε κίνδυνο τα παιδιά τους, και να επιβαρυνθεί η ανάπτυξή τους. Ακολούθως, διάφορες οικονομικές αδυναμίες που μια οικογένεια μπορεί να αντιμετωπίσει, οδηγεί τους γονείς να εργάζονται περισσότερες ώρες. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει έλεγχος των παιδιών με αποτέλεσμα αυτά να είναι, περισσότερο επιρρεπή σε ανθυγιεινές συμπεριφορές. Μια τέτοια κατάσταση εντείνει το άγχος των ατόμων με αποτέλεσμα να απειλούνται οι ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Όταν στο οικογενειακό περιβάλλον επικρατεί έντονη κριτική, οι γονείς ενασχολούνται εκτεταμένα με την εξωτερική εμφάνιση, χρησιμοποιούν λανθασμένους τρόπους για να χειριστούν τα παιδιά τους, τα παιδιά βιώνουν πιεστικό γονικό έλεγχο, το οικογενειακό περιβάλλον στερείται αγάπης, τα παιδιά βιώνουν συναισθηματική απόρριψη τότε είναι πιθανόν το άτομο να εκδηλώσει έναν λανθασμένο τρόπο διατροφής (Haworth- Hoerrner, 2000).

Επιπλέον διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις, που προωθούνται πολλές φορές και από την οικογένεια, μπορούν να προκαλέσουν υπερβολική κατανάλωση τροφής και διατροφικές διαταραχές σε άτομα με προδιάθεση. Η επιστημονική βιβλιογραφία, επιβεβαιώνει ότι οι ψυχολογικές κατασκευές και διαδικασίες, συμβάλλουν στην αύξηση των διατροφικών διαταραχών. Γενικά σε οικογενειακά περιβάλλοντα που κυριαρχούν χαρακτηριστικά όπως : η τελειομανία, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και η ανησυχία που αφορά το βάρος προωθούν την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αναλυτικά:

- *Η Τελειομανία:* πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο συμπεριλαμβάνει τις προσωπικές υψηλές προσδοκίες. Το άτομο ανησυχεί για πιθανά λάθη που ίσως κάνει, χαρακτηριστικό της παθολογικής τελειομανίας. Η παθολογική τελειομανία, επιτρέπει λίγο χώρο για λάθη ενώ εκλαμβάνει κάποια μικρά, ως μέγιστα, που θα οδηγήσουν σε αποτυχία. Επικρατεί το αίσθημα ότι τίποτα δεν γίνεται σωστά, και το άτομο ασκεί συνεχώς αυτοκριτική και αισθάνεται αναποτελεσματικός ενώ προσπαθεί απεγνωσμένα να εκπληρώσει τις προσδοκίες που οι γονείς του έχουν για αυτόν, ώστε να μην τους απογοητεύσει. Παράλληλα το άτομο, είναι ευπαθές στην γονική κριτική και προσδοκίες.

- *Η αυτοπεποίθηση:* πρόκειται για ένα χαρακτηριστικό που προωθείται και αναπτύσσεται αρχικά από την αποδοχή του ατόμου από την οικογένειά του. Φαίνεται να παίζει, πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Αρχικά θεωρήθηκε πως πρόκειται για έναν καθολικό, μονοδιάστατο ορισμό, που αφορά την προσωπική κριτική του ατόμου. Οι Tafarodi & Swann (1995, pp. 136), πρότειναν έναν άλλο ορισμό, δυσδιάστατο. Αποτελείται αρχικά από α) την αυταρέσκεια που πηγάζει από την κοινωνική αποδοχή και ανατροφοδότηση, και β) την αυτό-αποτελεσματικότητα που αφορά την προσωπική αξιολόγηση των

κατορθωμάτων του ατόμου και είναι περισσότερο γνωστικής και υποκειμενικής φύσης. Γενικά φαίνεται ότι υπάρχει δυνατή συσχέτιση μεταξύ χαμηλής αυτοπεποίθησης και αυτό-αποτελεσματικότητας με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών.

- *Η ανησυχία*: μπορεί να παίζει σημαντικό ψυχοπαθολογικό παράγοντα στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Χαρακτηρίζεται από αγχώδεις προβλέψεις και φόβους για πιθανά μελλοντικά αρνητικά γεγονότα. Πολλές φορές παρατηρείται η ανησυχία για παχυσαρκία που αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για μελλοντικά αρνητικά γεγονότα, που αφορούν το σωματικό βάρος. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι σε άτομα με διατροφικές διαταραχές συναντάται πολύ συχνά υπερβολική κατανάλωση τροφής εξαιτίας του άγχους που βιώνουν για την επίδοσή τους και τον φόβο για πιθανή κοινωνική απόρριψη. Παράλληλα συνδέεται ιδιαίτερα με την σχέση που διατηρούν αυτά τα άτομα με τους γονείς, τους αφού θέλουν να λειτουργούν βάσει των προσδοκιών τους για να μην τους απογοητεύσουν, ενώ υιοθετούν απόψεις που αφορούν το βάρος μέσα από την οικογενειακή εστία.

Τελειώνοντας, φαίνεται ότι τα κίνητρα για αδύνατο σώμα και οι κακές διατροφικές συνήθειες, συνδέονται με την δυσαρέσκεια των ατόμων για το σώμα τους, ωστόσο αυτές οι συμπεριφορές εκδηλώνονται μετά από κάποιες στρεσογόνες καταστάσεις. Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εντείνουν τις κακές συμπεριφορές υγείας (Sassarolli et al. 2005).

6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Ύστερα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, γίνεται φανερό πως ολοένα και περισσότερες έρευνες μελετούν συστηματικά και εστιάζονται στο ρόλο που διαδραματίζει το στρες στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Ειδικότερα, για τη επίδραση του στρες στην αύξηση του βάρους και των κρουσμάτων παχυσαρκίας, τα ευρήματα των ερευνών, ενισχύουν την άποψη ότι για πολλές διαταραχές διατροφής, είναι αναγκαίο να εξεταστεί διεξοδικά το στρες ως παράγοντας επικινδυνότητας, καθώς φαίνεται πως συμβάλλει, μαζί με άλλους παράγοντες (βιολογικούς και μη) στην εμφάνιση και εξέλιξη των συγκεκριμένων διαταραχών.

Παράλληλα, φαίνεται πως στις διατροφικές διαταραχές που εμφανίζονται σε άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας, καθοριστικό παράγοντα παίζει η οικογενειακή κατάσταση καθώς και το κλίμα που επικρατεί εντός του οικογενειακού βίου. Σκοπός λοιπόν, της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει την σχέση του στρες προς την υγεία και το βάρος των ατόμων μιας οικογένειας.

Επιπλέον, θα μελετηθεί το κατά πόσον οι σχέσεις που διατηρούν οι σύζυγοι μεταξύ τους, και το επίπεδο ικανοποίησης που βιώνουν από τον/την σύντροφό τους, μπορεί να επηρεάσει το βάρος αλλά και τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών τους, αφού μελετάται η οικογένεια ως σύστημα.

Οι υποθέσεις και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βασίζονται σε ανάλογα ευρήματα προηγούμενων ερευνών.

7.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

7.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 59 οικογένειες, εκ των οποίων οι πατέρες είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 49,2 έτη (SD= 5,85), και οι μητέρες τα 44,5 έτη (SD= 5,38). Κλήθηκαν επίσης να συμμετάσχουν τα ανήλικα πρωτότοκα παιδιά, εάν αυτό ήταν δυνατό, τα οποία είχαν μέσο όρο την ηλικία των 17, 18 (SD= 3,45).

Συγκεκριμένα, στα στοιχεία που συλλέχτηκαν φάνηκε ότι 7 από τους πατέρες ήταν άνεργοι (13,7%), 19 δεν είχαν απολυτήριο λυκείου (37,3%), ενώ το 23 είχαν πτυχίο ή άλλο επαγγελματικό προσόν (46%). Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα τους, 3 από τους συμμετέχοντες δεν λάμβαναν κάποιο εισόδημα (5, 8%), 2 είχαν εισόδημα ως 700€ (3,8%), 7 ως 1000€ (13,5%), 9 ως 1200 € (17,3%), 12 άτομα ως 1500 € (23,1%), και 13 άτομα είχαν εισόδημα άνω των 2000 (25%).

Όσον αφορά τις μητέρες, φάνηκε από τα δεδομένα ότι 23 από τις συμμετέχουσες (40.4 %), ασχολούνταν με τα οικιακά, μια μόνο ήταν άνεργη (1,7%), ενώ οι υπόλοιπες αναφέρουν ότι εργάζονται. Έντεκα από τις συμμετέχουσες δεν φοίτησαν στο λύκειο(19,3 %), ενώ 22 από αυτές αναφέρουν ότι έχουν πτυχίο η άλλο αντίστοιχο δίπλωμα επαγγελματικού προσόντος (41,5%). Όσον αφορά τις λαμβάνουσες οικονομικές απολαβές, φαίνεται από τα στοιχεία ότι 17 από τις μητέρες (32,7 %) δεν έχουν κάποιο σταθερό εισόδημα, 16 (30,8 %) το εισόδημά τους κυμαίνεται ως 700€, ένα 5 από τις συμμετέχουσες λαμβάνουν ως 1000€ (9,6%), 4 από τις συμμετέχουσες (7,7%) ως 1200€, 2 (3,8%) ως 1500€ και εν τέλει 3 (5,8%) λαμβάνουν εισόδημα άνω των 2000€.

Όσον αφορά τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα αναφέρεται ότι 20 από αυτά ήταν αγόρια (33,9%) και 39 κορίτσια (66,1%).

Το δείγμα που επιλέχτηκε ήταν συμπτωματικό. Αρχικά έγινε μια σύντομη προφορική ενημέρωση η οποία αφορούσε τον σκοπό της παρούσας έρευνας. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν, επιπλέον ότι η συμμετοχή είναι ανώνυμη και τα στοιχεία της απόλυτα εμπιστευτικά, ενώ δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που επρόκειτο να συμπληρώσουν. Στην συνέχεια χορηγήθηκαν οι σχετικές κλίμακες ατομικά και συμπληρώθηκαν την ίδια στιγμή αφού δεν απαιτούσαν πολύ χρόνο. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν αρχικά τα απαιτούμενα δημογραφικά στοιχεία και αργότερα συμπλήρωσαν τις εξής κλίμακες:

Κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες (Perceived stress Scale, PSS) (Cohen et al. 1983).

Ένα ερωτηματολόγιο που αφορά τις σχέσεις των γονέων και πως αυτοί την αντιλαμβάνονται όπως επίσης και το παιδί τους. Η εν λόγω κλίμακα δημιουργήθηκε και πρώτο-χρησιμοποιήθηκε από τους Ream & Savin –Williams (2005).

Τέλος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Norton, R. (1983), το οποίο αξιολογεί την ικανοποίηση που βιώνει το ζευγάρι στο γάμο του.

Τα ερωτηματολόγια των γονέων, διέφεραν από εκείνα των παιδιών, ενώ ζητήθηκε η συγκατάθεση των γονέων για την συμμετοχή των παιδιών τους.

7.2 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

7.2.1 Το ερωτηματολόγιο αντιλαμβανόμενου στρες του Cohen et al. (Perceived Stress Scale):

Η συγκεκριμένη κλίμακα, σχεδιάστηκε για να μετρήσει τον βαθμό κατά τον οποίο τα γεγονότα της ζωής κάποιου μπορεί να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνα. Αυτά τα στοιχεία, σχεδιάστηκαν για να αποσπάσουν το βαθμό, που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την ζωή τους ως απροσδόκητη, απρόβλεπτη υπερφορτισμένη. Εμπεριέχει 10 αντικείμενα, με αποτέλεσμα το PSS να προτείνεται για τον έλεγχο του ρόλου, μη συγκεκριμένου στρες, στην αιτιολογία ασθενειών και διαταραχών συμπεριφοράς αλλά και ως αποτέλεσμα μέτρησης του αντιλαμβανόμενου στρες που βιώνεται.

Συγκρινόμενο, με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, το PSS αποτελεί έναν από τους καλύτερους προβλεπτικούς παράγοντες για την υγεία και την αξιολόγηση των γεγονότων. Συγκριτικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, αξιολογεί ένα διαφορετικό και ανεξάρτητα προβλεπτικό στοιχείο.

7.2.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΓΟΝΙΚΟ ΔΕΣΜΟ ΤΩΝ Ream & Savin-Williams (2005).

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο μετράει το επίπεδο δεσμού των γονέων μεταξύ τους αλλά και το κατά πόσο στενή είναι η σχέση των γονιών με το παιδί τους αλλά και πως αυτό, το αντιλαμβάνεται.

Οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν τέσσερις μετρήσεις, μια φορά για κάθε γονέα, από την κλίμακα Likert, που σχετίζεται με την ποιότητα της σχέσης που διατηρούν με τους γονείς τους. Και οι τέσσερις μετρήσεις εμπεριέχουν πέντε αντικείμενα κοινά :

- ο Πόσο κοντά νιώθεις με την μητέρα σου/πατέρα σου
- ο Πόσο νομίζεις ότι ενδιαφέρεται εκείνη/ος για σένα
- ο Τον περισσότερο χρόνο η μητέρα/ πατέρας σου είναι ζεστός/η και ένθερμος/η.
- ο Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που η μητέρα και ο πατέρας σου επικοινωνούν μεταξύ τους.
- ο Είσαι ικανοποιημένος με την σχέση που έχεις με την μητέρα/ πατέρα σου.

7.2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΑΜΟΥ –(RELATIONSHIP/MARITAL SATISFACTION ΤΟΥ NORTON R.,(1983).

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας με σκοπό να μελετηθεί η ικανοποίηση που βιώνουν τα ζευγάρια εντός του γάμου τους και κατά πόσο συμβαδίζει αυτή τους η αντίληψη με εκείνη του συντρόφου τους. Από τα ευρήματα, με την χρήση του δείκτη Pearson r , προέκυψαν στατιστικά σημαντικές τιμές που αφορούν το επίπεδο ικανοποίησης του γάμου τους ($r = ,646, p < .01$).

Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση Oneway ANOVA, ώστε να καθοριστεί η συνάφεια των κατηγορικών μεταβλητών, πατέρα-μητέρα-παιδιού, ανάλογα με το επίπεδο βάρους του (λιποβαρείς, κανονικοί, υπέρβαροι) και αν υπάρχει οποιαδήποτε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης που βιώνουν στο γάμο τους ή εκείνο των γονιών τους, όσον αφορά τα παιδιά. Από τα αποτελέσματα των δεδομένων του πατέρα δεν βρέθηκε να υπάρχει συνάφεια μεταξύ ικανοποίησης και μάζας σώματος ($F = ,074, p > .05$). Αντίθετα, όσον αφορά την μητέρα φάνηκε ότι υπάρχει συνάφεια μεταξύ προσλαμβάνουσας ικανοποίησης από τον γάμο και μάζας σώματος ($F = 4,73, p > .05$). Τέλος, όσον αφορά το παιδί τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν στατιστικώς ασήμαντα ($F = 1,69, , p > .05$) (Πιν.1).

Ακολουθώντας, έγινε προσπάθεια συσχέτισης του βάρους του πατέρα με εκείνο της μητέρας, και δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία σχέση της μάζας σώματος του άντρα με εκείνο της συζύγου του ($\chi^2 = 1,43, p < ,05$) (Πιν. 2). Ακολουθήσαμε την ίδια διαδικασία για να δούμε αυτή την φορά αν υπάρχει οποιαδήποτε σχέση μεταξύ της μάζας σώματος του πατέρα με το παιδί του. Το αποτέλεσμα του δείκτη συσχέτισης Pearson chi-square, ήταν στατιστικώς ασήμαντος ($\chi^2 = ,558, p < .05$) (Πιν.3).

Διερευνήθηκε, επίσης το κατά πόσο το στρες που βιώνουν τα άτομα μπορεί να μεταφερθεί στον/στην σύντροφό τους ή στο παιδί. Με την βοήθεια του δείκτη

συσχέτισης Pearson r , φάνηκε ότι το στρες του πατέρα συσχετίζεται με εκείνο της μητέρας και αντίστροφα ($r = ,299, p < .05$). Όσον αφορά το παιδί δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου στρες του παιδιού προς εκείνο της μητέρας ή του πατέρα του ($r = ,255, p < .05$) (Πιν.4).

Ακολούθησε η ανάλυση ANOVA, ώστε να οριστεί η συνάφεια των κατηγορικών μεταβλητών (λιποβαρείς, κανονικοί, παχύσαρκοι) με την μεταβλητή στρες. Όσον αφορά τον πατέρα, δεν προέκυψε κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($F = ,491, p > .05$), αλλά ούτε και για την μητέρα ($F = ,369, p > .05$). Όσον αφορά το παιδί βρέθηκε πως το επίπεδο σωματικής μάζας συσχετίζεται με το αντιλαμβανόμενο στρες ($F = 1.453, p < .05$) (Πιν.5).

Με την βοήθεια του δείκτη Pearson, μετρήσαμε το γενικό επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων (πατέρα, μητέρα, παιδιού), για να δούμε κατά πόσο συσχετίζονται μεταξύ τους. Αρχικά, τα ευρήματά μας έδειξαν ότι το επίπεδο ικανοποίησης του πατέρα συσχετίζεται με εκείνο της μητέρας και αντίστροφα ($r = .473, p < .05$). Το επίπεδο ικανοποίησης του πατέρα επηρεάζει εκείνο του παιδιού σε ποσοστό $r = .301, p > .05$, ωστόσο το άτομο που φαίνεται να έχει δυνατή σχέση με την ικανοποίηση του παιδιού είναι η μητέρα ($r = .578, p > .05$) (Πιν.6). Αυτό επιβεβαιώθηκε όταν ελέγξαμε την σχέση ικανοποίησης πατέρα – παιδιού, αποκλείοντας την μεταβλητή μητέρα. Φάνηκε λοιπόν ότι υπάρχει αδύνατη σχέση μεταξύ ικανοποίησης πατέρα – ικανοποίησης παιδιού ($.019$). Αντίθετα όταν επιχειρήσαμε το ίδιο με την μητέρα, ελέγχοντας την επίδραση της μεταβλητής του πατέρα, φάνηκε ότι υπάρχει δυνατή σχέση μεταξύ ικανοποίησης μητέρας με εκείνη του παιδιού της ($,53336$)

Τέλος, με την μέτρηση ANOVA, επιχειρήσαμε να δούμε εάν η γενική ικανοποίηση των ατόμων σχετίζεται με την μάζα του σώματος τους. Όσον αφορά τους άντρες δεν φάνηκε να υπάρχει καμία σχέση μεταξύ της μάζας σώματος και το

επίπεδο γενικής ικανοποίησης ($F=1.132, p < .05$), σε αντίθεση με τις γυναίκες που βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ικανοποίησης και σωματικής μάζας ($F=.66, p < .05$). Τέλος, όσον αφορά τα παιδιά φαίνεται να υπάρχει δυνατή σχέση μεταξύ επιπέδου ικανοποίησης και μάζας σώματος ($F=1.838, p < .05$) (Πιν.7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή ως προς την ικανοποίηση γάμου.								
	ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ		ΚΑΝΟΝΙΚΟΙ		ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ		F.	sig.
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο.	Τ.Α		
Ικανοποίηση πατέρα στον γάμο.	38.2	7.25	37.6	7.35	36.4	15.94	.074	,929
Ικανοποίηση μητέρας στον γάμο.	39.90	5.04	39.20	7.80	27.5	16.52	4.732	,014*
Ικανοποίηση από γονείς παιδιού	20.60	3.24	20.66	3.79	18.0	2.88	1.69	,194

*στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.5$

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση μάζας σώματος πατέρα με μάζα σώματος μητέρας.			
	Λιποβαρείς Μητέρες	Κανονικές Μητέρες	Υπέρβαρες Μητέρες
Λιποβαρείς Πατέρες	0%		
Κανονικοί Πατέρες		19.6%	9.8 %
Υπέρβαροι Πατέρες	2.0 %	35.3%	33.3 %

$\chi^2 = 1.43, p > .05$

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση μάζας σώματος πατέρα με μάζα σώματος παιδιού.			
	Λιποβαρείς Παιδιά	Κανονικά Παιδιά	Υπέρβαρα Παιδιά
Λιποβαρείς Πατέρες			
Κανονικοί Πατέρες	7.8 %	17.6 %	2.0%
Υπέρβαροι Πατέρες	15. 7 %	47.1 %	9.8 %

$\chi^2 = .559, p > .05.$

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Συσχέτιση στρες ατόμων			
	Στρες Πατέρα	Στρες Μητέρας	Στρες Παιδιού
Στρες πατέρα		.299*	
Στρες μητέρας	.299*		
Στρες παιδιού	.255	.164	

* Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.05.$

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Στρες ατόμων ως προς το βάρος τους.								
	ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ		ΚΑΝΟΝΙΚΟΙ		ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ		F.	Sig
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O.	T.A		
Στρες πατέρα.	23.25	3.38	25.18	6.89	24	4.0	.491	.615
Στρες μητέρας	26.5	5.64	26.79	5.77	28.57	1.61	.369	.694
Στρες παιδιού	27.78	3.9	29.86	5.37	32.0	8.56	1.453	.243*

*στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p > 0.5$

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Συσχέτιση ικανοποίησης ατόμων			
	Ικανοπ. Πατέρα	Ικανοπ. Μητέρας	Ικανοπ. Παιδιού
Ικανοπ. Πατέρα		.473**	.301*
Ικανοπ. Μητέρας	.473**		.578**
Ικανοπ. Παιδιού	.301*	.578**	

**στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.01$ (2-tailed)

* στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.05$ (2-tailed)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση γενικής ικανοποίησης ατόμων.								
	ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ		ΚΑΝΟΝΙΚΟΙ		ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ		F.	Sig.
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο.	Τ.Α		
Ικανοποίηση πατέρα.	24.58	6.22	25.45	5.24	25.83	7.33	.132	.877
Ικανοποίηση μητέρας	25.0	6.03	24.32	4.92	22.14	6.22	.660	.521*
Ικανοποίηση παιδιού	24.71	6.18	24.69	4.28	20.42	9.19	1.83	.169*

*στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p > 0.05$.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να μελετηθεί το πώς οι σχέσεις των γονέων, το επίπεδο ικανοποίησης τους από το γάμο αλλά και το γενικότερο επίπεδο ικανοποίησης από την ζωή τους, μπορεί να επηρεάσουν τα παιδιά τους. Ακόμη, μελετήθηκε το κατά πόσο το στρες, που βιώνει ένα μέλος της οικογένειας, μπορεί να επηρεάσει με οποιονδήποτε τρόπο τα υπόλοιπα, και κατά συνέπεια τις διατροφικές τους συνήθειες. Επιπλέον το στρες μελετήθηκε και ανάλογα την μάζα σώματος των ατόμων.

Σκοπός λοιπόν, ήταν αφενός να μελετήσουμε τους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν στην ανάπτυξη η μη, κάποιων συμπεριφορών που αφορούν την υγεία και την διατροφή. Αφετέρου ήταν, μελετώντας την οικογενειακή δομή, να διαπιστώσουμε με πιο τρόπο μεταβιβάζονται κάποια στοιχεία (ικανοποίηση, στρες κ.τ.λ.) ή αντιλήψεις από το ένα υποσύστημα στο άλλο, που συμβάλλουν στην υιοθέτηση κάποιων απόψεων και συνηθειών που ίσως κάποιες φορές να οδηγούν στην εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής, παχυσαρκίας ή υποσιτισμού.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, φανερώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση που αφορά την ικανοποίηση γάμου του ζευγαριού. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες, μέσα από τις αυτοαναφορές τους, φαίνεται να έχουν κοινές αντιλήψεις που αφορούν το επίπεδο ικανοποίησής τους από τον γάμο. Πρόκειται για ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα αφού η συζυγική σχέση βασίζεται στην ύπαρξη κάποιου δεσμού ανάμεσα στα άτομα, ο οποίος βοηθά στην επικοινωνία, με σκοπό την αμοιβαία εκπλήρωση αναγκών (Parke, 2004).

Ανάμεσα στο ζευγάρι εγκαθιδρύεται ένας δεσμός και μια επικοινωνία, που έχουν δημιουργηθεί με το πέρασμα του χρόνου και τους καθιστά ικανούς να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του συντρόφου τους.

Παράλληλα, φάνηκε ότι η μάζα σώματος της γυναίκας συσχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης του γάμου της. Γενικά όταν ένα άτομο, που στην προκειμένη περίπτωση είναι η σύζυγος, δεν καλύπτεται συναισθηματικά από τον σύζυγό της είναι δυνατόν να χρησιμοποιεί συναισθηματικά το φαγητό, με αποτέλεσμα την αύξηση βάρους και την υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών. Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης μπορεί να επηρεάσει και να προκαλέσει την υιοθέτηση κάποιων συμπεριφορών υγείας. Σε οικογένειες με δυνατό δεσμό και καλή επικοινωνία, φάνηκε

πως οι γυναίκες διατηρούν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, και καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, ασβέστιο, σίδηρο και βιταμίνη Α (Kintner et al., 1981).

Όσον αφορά τον σύζυγο και το παιδί, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης γάμου και σωματικού βάρους. Ίσως για τους άντρες, αυτό να οφείλεται στο ότι συνήθως απουσιάζουν για αρκετές ώρες της ημέρας λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, προσαρμόζοντας ανάλογα τις διατροφικές τους συνήθειες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στις διατροφικές συνήθειες των αντρών. Ωστόσο, αναφέρεται από τους Kintner et al (1981), ότι στην περίπτωση που παρατηρούνται διαμάχες μεταξύ των συζύγων, οι άντρες τείνουν να έχουν φτωχότερη σε θρεπτικά συστατικά διατροφή, ίσως επειδή συνήθως οι καυγάδες τείνουν να εκδηλώνονται κατά την ώρα των γευμάτων, κατά τις οποίες είναι παρόντες.

Όσον αφορά το παιδί, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης γάμου των γονιών του και την μάζα του σώματος τους. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η μητέρα συνήθως προετοιμάζει τα γεύματα της οικογένειας παρά τις αντιμαχίες που μπορεί να εκδηλώνονται εντός της οικογενειακής εστίας, με αποτέλεσμα να μην διαταράσσεται το διατροφικό πρόγραμμα του παιδιού. Ωστόσο τα παιδιά είναι σε θέση να αντιληφθούν την ύπαρξη αρνητικού κλίματος μεταξύ των γονιών του, ακόμα κι αν δεν ήταν το ίδιο παρόν κατά την διαμάχη. Αυτό μας δηλώνει ότι τα παιδιά μπορεί να επηρεαστούν ποικιλοτρόπως από μια κατάσταση (Parke, 2004).

Φάνηκε επίσης, ότι το βάρος της γυναίκας δεν συσχετίζεται με εκείνο του συζύγου της. Αυτό μπορεί να βασιστεί στο γεγονός ότι εξαιτίας των όλο και αυξανόμενων ρυθμών που η κοινωνία υιοθετεί, δεν επιτρέπουν στα άτομα να πραγματοποιήσουν πολλά οικογενειακά δείπνα, έτσι τα άτομα δεν τρέφονται με τα ίδια τρόφιμα. Αντίθετα τα άτομα τείνουν να προσαρμόζουν την διατροφή τους ανάλογα με τις επαγγελματικές τους απαιτήσεις (Overgaard et al. 2004). Στην προκειμένη περίπτωση όμως, σημαντικό ρόλο παίζει και η κληρονομικότητα, αφού παρόλο που οι σύζυγοι συμβιώνουν, ο ‘φαινότυπός’ τους έχει προκαθοριστεί από τους απογόνους τους, χωρίς να θέλουμε να μειώσουμε την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων. Επίσης, υποστηρίζεται από τους επιστήμονες ότι οι γυναίκες τείνουν να ακολουθούν ένα υγιέστερο τρόπο διατροφής απ’ ό,τι οι άντρες, αλλά και να ενασχολούνται περισσότερο με την εξωτερική τους εμφάνιση, ώστε να

συμβαδίζουν με τα μοντέρνα πρότυπα κάλλους της δυτικής κουλτούρας (Laitinen et al. 2000).

Ακόμη τα ευρήματά μας, έδειξαν ότι το βάρος του πατέρα δεν συσχετίζεται με αυτό του παιδιού. Αυτό, αποτελεί ένα εύρημα το οποίο δεν αναμέναμε να ισχύσει, αφού αρκετές βιβλιογραφικές έρευνες αναφέρουν ότι το σωματικό βάρος του παιδιού επηρεάζεται από εκείνο των γονιών του (Treuth et al. 2001). Το γεγονός αυτό, δείχνει την σημαντικότητα των περιβαλλοντικών παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών. Γενικά στην σημερινή εποχή τα παιδιά εκτίθενται σε υπερπληθώρα αγαθών και τροφίμων χωρίς θρεπτικές αξίες. Το αξιοσημείωτο ωστόσο είναι το γεγονός πως τα παιδιά έχουν άμεση πρόσβαση σε αυτά, εξαιτίας της οικονομικής ανάπτυξης, γεγονός που δεν ίσχυε στο παρελθόν. Τα πιο πάνω αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση κακών διατροφικών συνηθειών και την μετέπειτα ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Παράλληλα, αξίζει να αναφέρουμε ότι ο τρόπος που οι γονείς χειρίζονται τα παιδιά του στο θέμα των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών υγείας, επηρεάζεται από το φύλο του παιδιού, την ηλικία, την σειρά γέννησης αλλά και την παρούσα σωματική διάπλαση (Birch et al. 2004).

Ακολουθεί η μεταβλητή στρες και το κατά πόσο συσχετίζεται το αντιλαμβανόμενο στρες των συζύγων. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν αναμενόμενο αφού το στρες που βιώνει ο πατέρας σχετίζεται με εκείνο της μητέρας και αντίστροφα. Αυτό, είναι δυνατόν να παρατηρείται γιατί το ζευγάρι θέτει κοινούς στόχους και πορεία δράσης με σκοπό την πλήρωση κάποιων αναγκών. Η αντιμετώπιση δυσκολιών σε αυτή την πορεία αλλά και σε άλλους τομείς μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα στρες που το ζευγάρι βιώνει.

Αντίθετα, το παιδί δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το στρες των γονιών του, βάσει των αποτελεσμάτων μας. Ίσως το γεγονός αυτό, να αποδίδεται στην διαφορετικότητα των ενδιαφερόντων που χαρακτηρίζουν το παιδί. Παράλληλα αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί οι γονείς δημιουργούν ένα προστατευτικό περιβάλλον για το παιδί τους, εμποδίζοντας κάποια γεγονότα να επηρεάσουν την ψυχολογική του διάθεση. Στην συνέχεια όταν συσχετίστηκε το επίπεδο του στρες με την μάζα του σώματος, τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν ήταν τα αναμενόμενα. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι η μάζα σώματος του πατέρα και της μητέρας δεν επηρεάζεται από τα ποσοστά στρες που αντιμετωπίζουν. Αυτό το αποτέλεσμα αντικρούει την άποψη Overgaard et al. (2004), που υποστηρίζουν ότι το στρες είναι δυνατόν να επηρεάσει

την διατροφή των ατόμων αλλά και την ποιότητα της λαμβανόμενης τροφής. Επίσης είναι δυνατόν τα άτομα όταν βρίσκονται υπό πίεση να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες ανθυγιεινών τροφών ενώ μεταβάλλεται και η ποσότητα της καταναλωθείσας τροφής αναλόγως, είτε αυξητικά είτε αρνητικά. Όσον αφορά τα παιδιά, φάνηκε από τα αποτελέσματα ότι όντως το αντιλαμβανόμενο στρες επηρεάζει την μάζα του σώματος. Οι πηγές αυτού του στρες μπορεί να είναι απόρροια ποικίλων περιβαλλοντικών καταστάσεων, όπως το σχολείο, κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Όσον αφορά, τα δεδομένα που έχουν να κάνουν με την γενική ικανοποίηση των ατόμων φαίνεται πως αυτή των γονέων συσχετίζεται. Γενικά όσο πιο δυνατός είναι ο δεσμός που διατηρεί το ζευγάρι , και όσο πιο καλή είναι η μεταξύ τους επικοινωνία είναι πιθανότερο να μεταβάλλεται η γενικότερη ικανοποίηση των ατόμων ανάλογα με εκείνη του συντρόφου τους.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον προέκυψαν όταν επιχειρήσαμε να μετρήσουμε κατά πόσο η ικανοποίηση που βιώνει ο πατέρας επηρεάζει εκείνην του παιδιού αποκλείοντας την επίδραση της μητέρας. Σε αυτή μας την προσπάθεια φάνηκε ότι αυτή η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική, σε αντίθεση με προηγούμενες παρόμοιες προσπάθειες που δεν είχε αποκλειστεί η επίδραση της μητέρας. Εν ολίγοις δεν φαίνεται να επιδρά καθοριστικά ο πατέρας προς την ικανοποίηση του παιδιού του.

Το γεγονός αυτό δείχνει τον καθοριστικό ρόλο που η μητέρα κατέχει στην ζωή του παιδιού της. Χαρακτηριστικά ο Parkes (2004), αναφέρει ότι η σχέση που ο πατέρας διατηρεί με τα παιδιά του, καθορίζεται από την μητέρα ενώ παράλληλα είναι αυτή που καθορίζει τον χρόνο αλληλεπίδραση πατέρα- παιδιών.

Αν και δεν θα έπρεπε να υποβαθμίζεται ο ρόλο και η σημαντικότητα του πατέρα , τις περισσότερες φορές ο ρόλος που κατέχει στο οικογενειακό σύστημα είναι άκρως λειτουργικός αφού συμβάλλει στην εκπλήρωση κάποιων κοινωνικοοικονομικών αναγκών. Επιπλέον, η συχνή απουσία του από το σπίτι καθυστερεί την ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με τα παιδιά, και ίσως για αυτό να παρατηρείται στατιστικά ασήμαντο αποτέλεσμα μεταξύ ικανοποίησης πατέρα με εκείνην των παιδιών.

Υποστηρίζεται, ωστόσο, ότι ο πατέρας λειτουργεί ως καθοδηγητής αλλά αποτελεί δευτερογενή επιρροή για τα παιδιά του σε σχέση με την μητέρα. Αυτό που είναι ευρέως αποδεκτό, είναι ότι παρατηρούνται σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες στα παιδιά, στην περίπτωση απουσίας του πατρικού προτύπου. Παράλληλα αναφέρεται

ότι η σχέση που διατηρεί ο πατέρας με τα παιδιά του είναι εξελίξιμη και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Αρχικά αυτή η σχέση έχει την μορφή παιχνιδιού, αργότερα όταν τα παιδιά μεγαλώσουν ο πατέρας καλείται να αναλάβει έναν ουσιαστικότερο ρόλο, με σκοπό να προετοιμάσει την εισαγωγή των παιδιών στην κοινωνία.

Όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης της μητέρας, όπως προείπαμε φαίνεται να έχει δυνατή σχέση με εκείνη του παιδιού. Αυτό συμβαίνει, γιατί η μητέρα από πολύ νωρίς αναλαμβάνει δράση, από τους πρώτους μόλις μήνες κύησης, ώστε να φροντίζει τα παιδιά της. Αναλαμβάνει την προστασία και ανατροφή ενώ η σχέση αυτή στηρίζεται στο συναισθηματικό κομμάτι παρά στο λειτουργικό. Η μητέρα, όπως είναι αναμενόμενο αγαπά τα παιδιά της άνευ όρων γεγονός που συμβάλλει στην ευημερία τους (Videon, 2005). Γενικά, αν και έχει αλλάξει το μητρικό πρότυπο, εξαιτίας των επαγγελματικών υποχρεώσεων που έχουν αναλάβει οι γυναίκες, η μητέρα συνεχίζει να αποτελεί σημαντική επιρροή για την σωστή ανάπτυξη και ωρίμανση του παιδιού της, καθώς και για την μετάδοση πληροφοριών που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες. Πρόκειται για το πρόσωπο που προγραμματίζει και προετοιμάζει τα οικογενειακά γεύματα γεγονός που προσδίδει σταθερότητα στα άτομα και στις διατροφικές τους συνήθειες (Story, 2005).

Τέλος τα ευρήματα έδειξαν ότι η γενική ικανοποίηση που η μητέρα βιώνει σχετίζεται με την μάζα του σώματός της. Γενικά οι κοινωνικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζει η μητέρα είναι πάρα πολλές, ενώ υπάρχει η τάση να συνδέεται η επιτυχημένη γυναίκα με τα δυτικά πρότυπα που την θέλουν να είναι αδύνατη και ωραίο. Αυτή η τάση πλήττει πολλές φορές την ικανοποίηση των γυναικών ακόμη κι όταν δεν έχουν περιττά κιλά. Συνεπώς, παρουσιάζεται αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες των γυναικών αλλά και λανθασμένη τρόποι διατροφής με σκοπό την γρήγορη απώλεια βέρους, που τελικά οδηγούν στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Perks et al., 2000).

Γενικά η ικανοποίηση που βιώνει μια γυναίκα είναι απόρροια πολλών παραγόντων. Συγκεκριμένα, όταν υπάρχουν οικονομικές δυσκολίες και λυπεί η κοινωνική υποστήριξη, οι μητέρες αντιδρούν αναποτελεσματικά στον γονικό τους ρόλο, γεγονός που επηρεάζει την ικανοποίηση των παιδιών.

Αναφέρεται, από την παγκόσμια βιβλιογραφία, ότι γυναίκες με υψηλή εκπαίδευση διαθέτουν υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα στον γονικό τους ρόλο, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενες μητέρες φαίνεται να βιώνουν περισσότερη ικανοποίηση

απ' ότι η μη εργαζόμενες, ακόμη κι όταν οι οικονομικές απολαβές που εξασφαλίζουν είναι λίγες. Γενικά, όταν είναι ικανή η μητέρα να χειριστεί αποτελεσματικά κάποιες δύσκολες καταστάσεις και χαρακτηρίζεται από συγκροτημένη προσωπικότητα τότε είναι σε θέση να δώσει στα παιδιά της την απαιτούμενη προσοχή και παράλληλα να του εκπληρώσει κάποιες συναισθηματικές του ανάγκες που αυξάνουν την αντιλαμβανόμενη ικανοποίησή τους. Γενικά όσο πιο καλή σχέση διατηρεί το παιδί με την μητέρα τόσο πιο καλές διατροφικές συνήθειες παρατηρούνται σε αυτά.

Η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή μετάδοσης πληροφοριών που αφορούν τις πεποιθήσεις για την υγεία, τις διατροφικές συνήθειες αλλά και τις διατροφικές διαταραχές. Στην παρούσα φάση, η οικογένεια δέχεται πόλεμο, από τις μοντέρνες τάσεις που εισβάλλουν στην ζωή μας. Το γεγονός αυτό απειλεί τους δεσμούς που είθισται να αναπτύσσονται εντός των οικογενειών.

Τελειώνοντας θα ήταν συνετό να αναφέρουμε την ύπαρξη κάποιων περιορισμών που η έρευνά μας αντιμετώπισε. Αρχικά, πρέπει να επισημανθεί πως η έρευνά μας διεξήχθη βάση ενός μικρού δείγματος (59 οικογένειες), γεγονός που μειώνει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Παράλληλα τα αποτελέσματα βασίστηκαν σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων. Δηλαδή, πρόκειται για αξιολόγηση των μεταβλητών βάσει των υποκειμενικών εκτιμήσεων των ίδιων των προσώπων, κι όχι κάποιου τρίτου περισσότερο αντικειμενικού. Κατά συνέπεια δεν μπορούν να αποκλειστεί και η επίδραση εξωγενών παραγόντων στις δηλώσεις των συμμετεχόντων.

Η ασυμφωνία κάποιων αποτελεσμάτων, ίσως να προκύπτει από το γεγονός ότι οι μεταβλητές που μετρήσαμε δεν είναι στάσιμες, αντίθετα μεταβάλλονται ανάλογα. Ακόμα οι έννοιες που χρησιμοποιήσαμε είναι δύσκολο να καθοριστούν με ακρίβεια, έτσι κάθε άτομο απάντησε τα ερωτηματολόγια βάσει των προσωπικών του αντιλήψεων για την κάθε μια. Είναι γεγονός ότι η καχυποψία των ατόμων να απαντήσουν για θέματα που αφορούν την οικογενειακή τους εστία, ακόμη και μετά από την διαβεβαίωση ότι όλα τα στοιχεία είναι εμπιστευτικά, μπορεί να λειτούργησε αρνητικά για την εξαγωγή εγκύρων αποτελεσμάτων.

Οι παραπάνω περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την περαιτέρω μελέτη του εξεταζόμενου θέματος, καθώς η εξάλειψη τους θα οδηγήσει στην εύρεση αποτελεσμάτων με μεγαλύτερη αξιοπιστία και ισχύ. Σε κάθε περίπτωση φαίνεται η δυσκολία που η επιστήμονες αντιμετωπίζουν, στο να καθορίσουν με ακρίβεια όλους εκείνους τους παράγοντες που ίσως να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και την

εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ωστόσο το έργο αυτό πρέπει να συνεχιστεί ώστε να προληφθεί η περαιτέρω έξαρση τέτοιων φαινομένων που μαστίζουν την σύγχρονη κοινωνία.

10. Βιβλιογραφικές Αναφορές:

American Psychiatric Association (2000). Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα (2004).

Bigbee, J. L., (1992). Family Stress, Hardiness, and Illness: a pilot study. *Family Relations*, vol. 41, (pp.212-217).

Biobehavioral Bases of Disease Processes. In J.J. Bol, R.G. Frank, A. Baum, J.L. Wallander (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol. 3(pp.31-79). Washington, DC: American Psychological Association.

Blecke, J., (1990). Exploration of Children's Health and Self-Care Behavior Within a Family Context Through Qualitative Research. *Family Relations*, 39, (284-291).

Cox, C. E. et al. (2003). A Longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Plenum Publishing Corporation*.

Crowther, J. H., Sanftner, J., Bonifazi, D. Z. & Shepard, K. L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 449-454.

Elliot, G. R. & Eisdorfer, C., (1982). *Stress & health*. New York. Springer.

Garrett J. & Ruel M. T. (2005). The coexistence of child Undernutrition and maternal overweight: Prevalence, Hypotheses, and Programme and Policy Implications. *Maternal and Child Nutrition*, 1, pp. 185-196.

Gladys M. Cooper, (1949). Nutrition in the family settings. Presented at 8th Conference of Marriage and the Family, North Carolina College at Durham.

Haworth- Hoepfner S. (2000). The Critical Shapes of Body Image: The role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and the Family* 62, (pp. 212-227).

Jacinta Bronte- Tinkew (1999). Family structure, resource dilution and child nutrition: An Analysis of Jamaica. Population research institute. The Pennsylvania state University, University Park. Working Paper 99-05.

Jackson, A. P., (2000). Maternal self efficacy and children's influence on stress and parenting among single black mothers in poverty. *Journal of Family Issues*, vol. 21. No. 1, January, (pp 3-16).

Καραδήμας Ε.Χ., (2004). Ψυχολογία Υγείας. Αθήνα . Εκδόσεις: Τυπωθήτω.

Karasek R, Theorell T. Healthy work-stress, productivity and reconstruction of working life. Basic Books: New York; 1990. pp. 1-381.

Kishor, S & K. Neitzel (1996). The status of women: Indicators for Twenty-Five Countries. DHS Comparative Studies, No 21. Calverton, Maryland, USA. Macro International Inc.

Laitinen, J. Powers C. & Jarvellin M. R. (2000). Family social class, maternal body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*; 74: 287-94.

Leann L. Birch & J. O Fisher. (2000). Mothers – Child feeding practice influence daughters eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71: 1054-61.

M. Lelinneth B. Novilla, Michael D. Barnes, Natalie G. De La Cruz, Patrick N. Williams & Janice Rogers (2006). Public health perspectives on the family: An ecological approach to promoting health in the family and community. *Family Community Health*, vol. 29, No 1, pp. 28-42.

M. Kintner, P. G. Boss & N. Johnson (1981). The relationship between dysfunctional family environments and family member food intake. *Journal of Marriage and the Family*.

Morrisette, P. J. & Taylor, D. (2002). Family counseling and childhood obesity: A review of Approaches. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 10. No. 1, pp. 19-26.

Norton R., (1983). Measuring marital quality: A critical look at the depended variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141-151.

O' Conor, D.B., O' Conor, R. C., White, B. L., & Bundred, P. E. (2000b). The effect of job strain on British general practitioners' mental health. *Journal of Mental Health*, 9, 637-354.

O' Conor, D.B. & Shimizu, M. (2002). Sense of personal control, stress and coping style: A Cross-Cultural study. *Stress and Health*, 18, 173-183.

Overgaard, D., Gamborg, M., Gyntelberg, F. & Heitmann, Bl. (2004). Psychological workload is associated with weigh gain between 1993 and 1999: analyses based on the Danish Nurse Cohort Study. *International Journal of Obesity* 28, pp. 1072-1081.

Parke, R. D., (2004). Development in the Family. *Annual Review of Psychology*, 55, Academic Research Library pp365.

Placidi R. J., Chandler P. C., Oswald K. D., Maldonado C., Wauford P. K. & Boggiano M.(2004) Stress and Hunger Alter the Anorectic Efficacy of Fluoxetine in Binge- Eating Rats with a History of Caloric Restriction. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). Doi :10.1002/eat.20044.

Powers, A. S., Myers, J. E., Tingle, L. R. & Powers J. C. (2004). Wellness, perceive stress, mattering, and marital satisfaction among medical residents and their spouses: Implications for Education and Counseling. *The Family Journal: counseling and therapy for couples and families*, vol. 12 No. 1, (pp. 26-36).

Reinaldo Figueroa-Colon, Ramin B. Arani, Michael I Goran & Roland L Weinsier. (2000). Paternal body fat is a longitudinal predictor of changes in body fat of premenarcheal girls. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71:829-34.

R. C. Klesges, C. L. Hanson, L. H. Eck & A. C Durff (1988). Accuracy of self-reports of food intake in obese and normal weight individuals: Effects of Parental Obesity on Reports of Children's Dietary Intake. *American Journal of Clinical Nutrition*; 48: 1252-6.

Sassarolli, S. & Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37:2, pp. 135-141.

S. D. Mills & D. H. Sprenkle (1995). Family therapy in the postmodern era. *Family Relations*, 44, 368-376.

Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Co.

Sharon Crispin, Elinor Kerrey, Hazel Metz & Constance Kies. (1968). Nutrition status of preschool children: Anthropometric Measurements and Interrelationships. *The American Journal of Clinical Nutrition.* , Vol. 21, No 11, (pp. 1280-1284).

Smith, A. W., Baum, A., & Wing, R. R. (2004). Stress and weight gain in parents of cancer patients. *International Journal of Obesity*, 29, 244-250.

Stefanello, R. (2004). Short communication: A preliminary study of stress symptoms and nutritional state in children. *Stress and health* 20: 293-299.

Story M. & Neumark- Sztainer Dianne (2005). A perspective on family meals: Do they Matter? *Nutrition today*, vol. 40, No 6.

Susan K. Riesch, Lori S. Anderson & Heather A. Krueger (2005). Parent- child communication processes: Preventing Children's Health- Risk Behavior.

JSPN Vol. 11, No. 1.

Takeuchi, D. T., Williams, D. R. & Adair, R. K., (1991). Economic stress in the family and children's emotional and behavioral problems. *Journal of Marriage and the Family*, 53. (pp.1031-1041).

Treuth, M. S., Butte, N. F., Ellis, K. J, Martin, L. J. & Comuzzie, A. G. (2001). Familial resemblance of body composition in prepubertal girls their biological parents. *American Journal of Clinical Nutrition*; 74: 5289-33.

Turner, R.J., Lloyd, D., A. & Wheaton B., (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, vol. 60, pp.104-125.

Videon T. M. (2005). Parent- child relations and children's psychological well- being. Do dads matter? *Journal of Family Issues*, vol. 26, No 1, pp. 55-78.

Wong, B. C. Y. & Lam, S. K. (1999). Diet and Cancer. *GI Cancer*, 3, 1-10.