ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης»

«Ενσυνείδητη διατροφή και συσχετίσεις με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, ποιότητα διατροφής και δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας σε γυναίκες και άντρες από αστικές και ημιαστικές περιοχές της Κρήτης»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Ρέα Σταματίου
Α.Μ.: ΜΥΧ22

Επιβλέπων: Θεοδώρα Μουρατίδου,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινοτικής Διατροφής, Τμήμα Επιστημών

Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

Ακαδ. Έτος: 2024-2025

Copyright@ 2023 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας,

Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο (ΕΛΜΕΠΑ) https://sw.hmu.gr

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Μ.Δ.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Ρέας Σταματίου, της επιβλέπουσας καθηγήτριας κας Θεοδώρας Μουρατίδου και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΕΛΜΕΠΑ και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα.

<u>Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας:</u>

Η Ρέα Σταματίου, υπογράφουσα /φοιτήτρια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού «Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης – MSc in Interdisciplinary Management of Chronic Diseases, Disability and Ageing» του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τίτλο: «Ενσυνείδητη διατροφή και συσχετίσεις με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, ποιότητα διατροφής και δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας σε γυναίκες και άντρες από αστικές και ημιαστικές περιοχές της Κρήτης» είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενσυνείδητη διατροφή (ΕΔ), ως επέκταση της ενσυνειδητότητας, ορίζεται ως η συγκέντρωση στην παρούσα στιγμή κατά τη διάρκεια του φαγητού, με προσοχή στις επιδράσεις της τροφής στις αισθήσεις (όραση, όσφρηση, αφή, γεύση) και την παρατήρηση των σωματικών και συναισθηματικών αντιδράσεων με αποδοχή και χωρίς κριτική. Έρευνες τονίζουν τα πιθανά οφέλη της ΕΔ σε παρεμβάσεις υγείας και τον ρόλο της στη συνολική ευημερία. Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει την εγκυρότητα της Κλίμακας Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς (MEBS-T) για την αξιολόγηση της ΕΔ σε ενήλικο ελληνικό (κρητικό) πληθυσμό για πρώτη φορά. Παράλληλα, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ ΕΔ και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, ποιότητας διατροφής και επιπέδων στρες. Η μελέτη διεξήχθη ως συγχρονική διαδικτυακή μελέτη από τον Φεβρουάριο έως τον Ιούνιο του 2024. Συμμετείχαν σε αυτή 183 κάτοικοι της Κρήτης, το 66,7% των οποίων ήταν γυναίκες, με ηλικίες που κυμαίνονταν από 20 έως 73 ετών. Αξιόπιστα εργαλεία, όπως το MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener) και το PSS (Perceived Stress Scale), χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής και των επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η Κλίμακα MEBS-T παρουσίασε ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's alpha = 0,83) για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης συσχετίσεις μεταξύ ΕΔ και προσδιοριστών όπως η ηλικία ($r=0,224$, $p<0,05$) και ο αριθμός τέκνων ($r=0,159$, $p<0,05$), ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της ΕΔ αναλόγως την οικογενειακή κατάσταση, ($p<0,05$), τον χρόνο σε οθόνες ($p<0,01$) και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής ($p<0,05$). Επιπλέον, η ΕΔ συνδέθηκε θετικά με την αυξημένη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή ($r=0,176$, $p<0,05$) και αρνητικά με τα αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες ($r=-0,263$, $p<0,01$). Τα ευρήματα αυτά όχι μόνο υποστηρίζουν την εγκυρότητα της Κλίμακας MEBS-T για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό, αλλά επίσης αναδεικνύουν τον πιθανό ρόλο της ΕΔ στην υγεία και την ευεξία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:. Ενσυνείδητη Διατροφή, Προσδιοριστές Ενσυνείδητης Διατροφής, Δημογραφικοί Παράγοντες, Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες, Παράγοντες Τρόπου Ζωής, MEBS-T, Ενήλικες, Κρήτη, Ελληνικός Πληθυσμός, Μεσογειακή Διατροφή, Ποιότητα Διατροφής, Αντιλαμβανόμενο Στρες, Προαγωγή Υγείας, Διατροφή και Ψυχική Υγεία

ABSTRACT

Mindful eating, an extension of mindfulness, is defined as focusing on the present moment during eating, paying attention to the effects of food on the senses (sight, smell, touch, taste), and observing physical and emotional reactions with acceptance and without judgment. Research indicates the potential benefits of mindful eating in health interventions and its role in overall well-being. This study aimed to assess the validity of the MEBS-T (Mindful Eating Behavior Scale – Trait) for evaluating mindful eating in an adult greek (cretan) population for the first time. It also aimed to explore correlations between mindful eating and demographic factors, diet quality, and stress levels. Conducted as a cross-sectional online study from February to June 2024, the study involved 183 residents of Crete, Greece, 66.7% of whom were women, with ages ranging from 20 to 73. Reliable tools such as the MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener) and the PSS (Perceived Stress Scale) were used to measure dietary habits and stress levels. The study found that the MEBS-T showed satisfactory reliability (Cronbach's alpha = 0.83) for use in the Cretan population. The findings revealed associations between mindful eating and variables such as age ($r=0.224$, $p<0.05$) and number of children ($r=0.159$, $p<0.05$), while significant differences were observed in mindful eating levels depending on marital status ($p<0.05$), screen time ($p<0.01$), and perceived diet quality ($p<0.05$). Furthermore, mindful eating was positively associated with adherence to the Mediterranean diet ($r=0.176$, $p<0.05$) and negatively associated with perceived stress levels ($r=-0.263$, $p<0.01$). These results not only support the validity of the MEBS-T Scale for use in a Greek population, but also highlight the potential role of mindful eating in health and well-being.

KEYWORDS: Mindful Eating, Determinants of Mindful Eating, Demographic Factors, Socioeconomic Factors, Lifestyle Factors, MEBS-T, Adults, Crete, Greek Population, Mediterranean Diet, Quality of Diet, Perceived Stress, Health Promotion, Nutrition and Mental Health.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή και την υποστήριξη ορισμένων ατόμων στα οποία θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Θεοδώρα Μουρατίδου, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και την αμέριστη βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διπλωματικής αλλά και των σπουδών μου.

Επίσης, εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στους συμμετέχοντες της έρευνας, οι οποίοι διέθεσαν χρόνο και διάθεση για να συμβάλλουν στην υλοποίηση της μελέτης. Η συμβολή τους ήταν καθοριστική για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων και την ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για την αδιάκοπη υποστήριξη, την κατανόηση και την ενθάρρυνση σε κάθε στάδιο αυτής της διαδικασίας. Η συμπαράστασή τους υπήρξε πολύτιμη τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.

Τέλος, ευχαριστώ όλους όσοι, άμεσα ή έμμεσα, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, προσφέροντας βοήθεια, συμβουλές ή ενθάρρυνση. Η συμβολή τους είναι ανεκτίμητη και τους είμαι βαθύτατα ευγνώμων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Πλήρες Όνομα	**Συντομογραφία**
Αδηφαγική διαταραχή (Binge Eating Disorder)	BED
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	HbA1C
Δείκτης Μάζας Σώματος	ΔΜΣ
Διαισθητική Διατροφή (Intuitive Eating)	ΔΔ
Ενσυνείδητη Διατροφή (Mindful Eating)	ΕΔ
Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο	ΕΛΜΕΠΑ
Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων	FFQ
Λιποπρωτεΐνες Χαμηλής Πυκνότητας	LDL
Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised	CAMS-R
Five Facet Mindfulness Questionnaire	FFMQ
Four Facet Mindful Eating Scale	FFaMES
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills	KIMS
Mindful Attention Awareness Scale	MAAS
Mindful Eating Behaviour	MEB
Mindful Eating Behaviour Scale	MEBS
Mindful Eating Behaviour Scale - Trait	MEBS-T
Mindful Eating Inventory	MEI
Mindful Eating Questionnaire	MEQ
Mindful Eating Scale	MES
Mindfulness-Based Cognitive Therapy	MBCT
Mindfulness-Based Stress Reduction	MBSR
Mindfulness Based Interventions	MBIs
Mindfulness Based Eating Awareness Training	MB-EAT
Mediterranean Diet Adherence Screener	MEDAS
Perceived Stress Scale	PSS
Philadelphia Mindfulness Scale	PHLMS

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 10
Κεφάλαιο 1ο: Ενσυνειδητότητα 12
1.1. Ιστορική αναδρομή 12
1.2. Έννοιες και ορισμοί 14
1.3. Εργαλεία μέτρησης και πτυχές της Ενσυνειδητότητας. 18
1.4. Ενσυνειδητότητα και υγεία 20
1.4.1. Η Ενσυνειδητότητα σε παρεμβάσεις υγείας. 20
1.4.2. Ενσυνειδητότητα και ψυχική υγεία 21
1.4.3. Ενσυνειδητότητα και σωματική υγεία 23
1.4.4. Ενσυνειδητότητα και συμπεριφορές τρόπου ζωής 24
Κεφάλαιο 2ο - Ενσυνείδητη Διατροφή (ΕΔ) 27
2.1. Έννοιες και ορισμοί 27
2.2. Πρακτικές ΕΔ 29
2.3. Εργαλεία μέτρησης και περιορισμοί αυτών 30
2.4. Προσδιοριστές της ΕΔ 33
2.4.1. Δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες 33
2.4.2. Δείκτης Μάζας Σώματος, διατροφή και παράγοντες τρόπου ζωής 37
2.5. ΕΔ και υγεία 40
2.5.1. Παρεμβάσεις ΕΔ στην κλινική πρακτική 40
2.5.2. Επιδράσεις παρεμβάσεων ΕΔ στη σωματική και ψυχική υγεία 43
Κεφάλαιο 3ο: Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας 46
3.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας 46
3.2. Μεθοδολογία έρευνας 47
3.2.1. Είδος μελέτης και χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής 47
3.2.2. Δείγμα, δειγματοληψία και συλλογή δεδομένων 47
3.2.3. Ηθικά ζητήματα 47
3.2.5. Στατιστική ανάλυση 49
Κεφάλαιο 4ο: Αποτελέσματα 51
4.1. Περιγραφική στατιστική 51
4.1.1. Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά 51
4.1.2. Χαρακτηριστικά τρόπου ζωής 54
4.1.3. Συμμόρφωση με Μεσογειακή διατροφή (MEDAS), Αντιλαμβανόμενο στρες (PSS) και Ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά (MEBS-T) 59

4.2. Ανάλυση αξιοπιστίας κλίμακας MEBS-T για χρήση σε ελληνικό (κρητικό) πληθυσμό 66
4.2.1. Ανάλυση αξιοπιστίας συνολικής κλίμακας MEBS-T (κλίμακα Mindful Eating Behaviour) (Προτάσεις 1-8) 66
4.2.2. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής – Sensory Awareness (Προτάσεις 1-4) 67
4.2.3. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλίμακας Μη κριτικής Επίγνωσης – Non Judgmental Awareness (Προτάσεις 5-8) 69
4.2.4. Συμπεράσματα σχετικά με την ανάλυση και αξιοπιστία του MEBS-T σε ελληνικό (κρητικό) πληθυσμό 71
4.3. Επαγωγική στατιστική 72
4.3.1. Συσχετίσεις ΕΔ με δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά 74
4.3.2. Συσχετίσεις ΕΔ με χαρακτηριστικά τρόπου ζωής 81
4.3.3. Συσχετίσεις ΕΔ με προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή και με αντιλαμβανόμενα επίπεδα στρες 92
Κεφάλαιο 5ο : Συζήτηση και συμπεράσματα 95
5.1. Συζήτηση 95
5.2. Περιορισμοί 98
5.3. Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική μελέτη 98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΣΧΗΜΑΤΑ 109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΠΙΝΑΚΕΣ 112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ 125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ 143

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενσυνειδητότητα (mindfulness) αναφέρεται ουσιαστικά στην ικανότητα του ατόμου να εστιάζει σκόπιμα την προσοχή του στο παρόν, στην εμπειρία που βιώνει μια δεδομένη στιγμή, με αποδοχή, χωρίς επικριτικότητα και αντιδραστικότητα (Kabat-Zinn, 1990). Πλήθος ερευνών έχουν εξετάσει τη σχέση της ενσυνειδητότητας με τις συμπεριφορές υγείας και κατ'επέκταση με εκβάσεις υγείας. Συγκεκριμένα, υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας έχει φανεί ότι σχετίζονται με καλύτερη σωματική υγεία ενώ φαίνεται να σχετίζονται θετικά με συμπεριφορές που προωθούν την υγεία, όπως είναι η φυσική δραστηριότητα, οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες και οι συνήθειες του ύπνου (Sala et al., 2019)

Παράλληλα η ενσυνείδητη διατροφή (mindful eating) – (ΕΔ) είναι μια προέκταση της ενσυνειδητότητας στην εμπειρία της κατανάλωσης τροφής. Αφορά την εστίαση της προσοχής στην παρούσα στιγμή κατά τη διάρκεια του φαγητού, δίνοντας προσοχή στην επίδραση της τροφής στις αισθήσεις (όραση, όσφρηση, αφή, γεύση) και παρατηρώντας τις σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην κατανάλωσή της (Warren et al., 2017). Συχνά εμπλέκονται στον ορισμό της στην σχετική βιβλιογραφία στοιχεία όπως οι προσεκτικές και ενσυνείδητες διατροφικές επιλογές, η συνειδητοποίηση ενδείξεων της σωματικής και της ψυχολογικής πείνας, καθώς και ενδείξεων κορεσμού και το να τρέφεται κανείς υγιεινά ως απάντηση στις ενδείξεις αυτές. Ωστόσο, δεν υπάρχει έως τώρα ένας αποδεκτός ορισμός που να χρησιμοποιείται ευρέως στην επιστημονική κοινότητα (Mantzios, 2023b).

Η ΕΔ ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη σε παρεμβάσεις που αφορούν την υγεία. Τεχνικές που βασίζονται σε αυτήν είναι ιδιαίτερα αποδοτικές στην αντιμετώπιση δυσλειτουργικών διατροφικών συνηθειών (Warren et al., 2017) την βελτίωση της ποιότητας της διατροφής (Grider et al., 2021), την μείωση της ενεργειακής πρόσληψης σε υπέρβαρους και παχύσαρκους (Warren et al., 2017) και την απώλεια βάρους (Fuentes Artiles et al., 2019). Παράλληλα έχει συσχετιστεί και με την βελτίωση δεικτών σωματικής υγείας όπως ο καρδιαγγειακός κίνδυνος και ο γλυκαιμικός έλεγχος (Dallen et al., 2010; Hayashi et al., 2021) με ταυτόχρονα οφέλη σε πλήθος ψυχικών παραμέτρων (Warren et al., 2017). Ωστόσο περισσότερη έρευνα απαιτείται για την ενίσχυση και εξακρίβωση των αποτελεσμάτων αυτών και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ΕΔ μπορεί να αξιοποιηθεί για την προαγωγή της υγείας σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο.

Παράλληλα βρίσκονται σε εξέλιξη επιστημονικές συζητήσεις όπου εκφράζεται ανησυχία για την αναγκαιότητα της χρήσης έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της, καθώς οι ασυμφωνίες

στον ορισμό της ΕΔ έχουν δημιουργήσει αντίστοιχη σύγχυση στις κλίμακες οι οποίες χρησιμοποιούνται (Mantzios, 2023b). Πρόσφατα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εργαλείο MEBS-T αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση της ΕΔ, ανοίγοντας το δρόμο για την διεκπεραίωση ορθών μεθοδολογικά ερευνών (Mantzios, 2023a).

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της εγκυρότητας του εργαλείου αξιολόγησης ΕΔ, MEBS-T, για πρώτη φορά σε πληθυσμό της Ελλάδας και συγκεκριμένα στην περιοχή της Κρήτης, επιχειρώντας ταυτόχρονα να μελετήσει συσχετίσεις της ΕΔ με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές, καθώς και την ποιότητα διατροφής και τα επίπεδα στρες του ατόμου, αξιοποιώντας υπάρχοντα έγκυρα και αξιόπιστα ερευνητικά εργαλεία.

Κεφάλαιο 1ο: Ενσυνειδητότητα

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ενσυνειδητότητα (mindfulness) είναι μια έννοια με ρίζες που εκτείνονται χιλιάδες χρόνια στο παρελθόν. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδειχθεί ως σημείο έντονου ενδιαφέροντος, ειδικά στον τομέα της σωματικής και της ψυχικής ευεξίας, με εφαρμογές στην κλινική πρακτική και την επιστήμη της ψυχολογίας.

Η ενσυνειδητότητα αποτελεί κεντρικό πυλώνα των βουδιστικών πρακτικών, με ιστορία που εκτείνεται σε βάθος τουλάχιστον 2.500 ετών. Η λέξη *"Mindfulness"*, όπως χρησιμοποιείται σήμερα, αποτελεί αγγλική μετάφραση της λέξης *sati* από την αρχαία γλώσσα Πάλι—τη γλώσσα στην οποία καταγράφηκαν για πρώτη φορά οι διδασκαλίες του Βούδα. Ο όρος *sati* εκφράζει έννοιες όπως η επίγνωση, η προσοχή και μνήμη, οι οποίες θεωρήθηκαν, οι αρχικές πτυχές της ενσυνειδητότητας στα αρχαία κείμενα. Η επίγνωση αφορά την παρατήρηση των διεργασιών που συμβαίνουν τόσο στο εσωτερικό του ατόμου όσο και στο περιβάλλον του, επιτρέποντας την αποδέσμευση από νοητικές ενασχολήσεις και δυσάρεστα συναισθήματα. Η διατήρηση και επαναφορά της προσοχής στην παρούσα στιγμή μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων, χωρίς την ανάγκη καταπίεσής τους. Τέλος, η μνήμη δεν αφορά την ανάκληση παρελθοντικών γεγονότων, αλλά τη διαρκή υπενθύμιση προς το άτομο να παραμένει ενεργό και παρόν στην πρακτική της ενσυνειδητότητας. Συνολικά, η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας είναι μια ενεργή διαδικασία, κατά την οποία το άτομο, εργάζεται ενεργά με τις καταστάσεις του νου, προκειμένου να παραμένει γαλήνιος εν μέσω οποιωνδήποτε γεγονότων συμβαίνουν (Siegel, Germer and Olendzki, 2009).

Οι τεχνικές διαλογισμού και ενσυνειδητότητας που αναπτύχθηκαν μέσα από την βουδιστική παράδοση, είχαν ως στόχο την εξάλειψη του άσκοπου πόνου και την καλλιέργεια της διορατικότητας σχετικά με τις λειτουργίες του νου καθώς και της φύσης του υλικού κόσμου (Siegel, Germer and Olendzki, 2009). Τα τελευταία χρόνια η ενσυνειδητότητα έχει αναδειχθεί ως σημείο έντονου ενδιαφέροντος, ειδικά στον τομέα της σωματικής και της ψυχικής ευεξίας, με εφαρμογές στην προληπτική και κλινική πρακτική. Στη σύγχρονη ψυχολογία, η ενσυνειδητότητα έχει υιοθετηθεί ως μια προσέγγιση η οποία στοχεύει στην αύξηση της επίγνωσης και την ικανότητα αντιμετώπισης των νοητικών διεργασιών που συμβάλλουν στην συναισθηματική δυσφορία και σε μη προσαρμοστικές συμπεριφορές (Bishop et al., 2004).

Η σύνδεση των ασιατικών παραδόσεων της ενσυνειδητότητας με την ψυχολογία της Δύσης έγινε όταν ο Jon Kabat - Zinn, ενσωμάτωσε για πρώτη φορά την ενσυνειδητότητα στην κλινική πρακτική αναπτύσσοντας το πρόγραμμα Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) το 1979. Το MBSR σχεδιάστηκε ως ένα εργαλείο για την εξερεύνηση και την ανακούφιση της ανθρώπινης ταλαιπωρίας, εστιάζοντας στη σύνδεση νου-σώματος και στην ανάπτυξη μιας μη κριτικής στάσης απέναντι στις σκέψεις και τα συναισθήματα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει εβδομαδιαίες συνεδρίες, πρακτικές διαλογισμού, σάρωσης σώματος (body-scans) και απλές στάσεις γιόγκα, με στόχο την καλλιέργεια της ενσυνειδητότητας και τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής ευημερίας των συμμετεχόντων (Kabat-Zinn, 2003).

Το MBSR ξεκίνησε να εφαρμόζεται στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης, με σκοπό να προσφέρει μια αποτελεσματική παρέμβαση για την ανακούφιση από το στρες και τον πόνο που βίωναν οι ασθενείς. Στην υπηρεσία αυτή, μπορούσαν να παραπέμπονται ασθενείς με ένα ευρύ φάσμα διαγνώσεων και παθήσεων, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονταν πλήρως στις πιο παραδοσιακές θεραπείες, ενώ η παρέμβαση είχε συμπληρωματικό χαρακτήρα στην ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών (Kabat-Zinn, 2003). Όπως αναφέρει ο Kabat- Zinn, η παρέμβαση αυτή δεν εμπλέκει τους πολιτιστικούς, θρησκευτικούς και ιδεολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις ρίζες της ενσυνειδητότητας στις βουδιστικές παραδόσεις, καθώς το αντικείμενο της δεν είναι να διδάξει τον βουδισμό στους ασθενείς. Αντίθετα, το πρόγραμμα στοχεύει στην δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο το άτομο μπορεί να πειραματιστεί με μια σειρά από νέες και δυνητικά αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση, εξερεύνηση και ανακούφιση της ταλαιπωρίας σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, κατανοώντας την δυνητική δύναμη που υπάρχει στη σύνδεση νου και σώματος (Kabat-Zinn, 2003).

Σήμερα, περισσότερα από 200 κέντρα υγείας παγκοσμίως προσφέρουν το πρόγραμμα MBSR, ως μια εναλλακτική επιλογή θεραπείας σε πλήθος ψυχικών και σωματικών παθήσεων (Niazi and Niazi, 2011). Παράλληλα ολοένα και περισσότερα εργαλεία παρεμβάσεων με βάση την ενσυνειδητότητα (αντίστοιχα του MBSR) αναπτύσσονται και χρησιμοποιούνται ευρέως, καθώς πλήθος μελετών αναδεικνύουν τα οφέλη της ενσυνειδητότητας σε διάφορες ψυχικές διαταραχές και καταστάσεις υγείας (θα αναλυθούν στα επόμενα υποκεφάλαια).

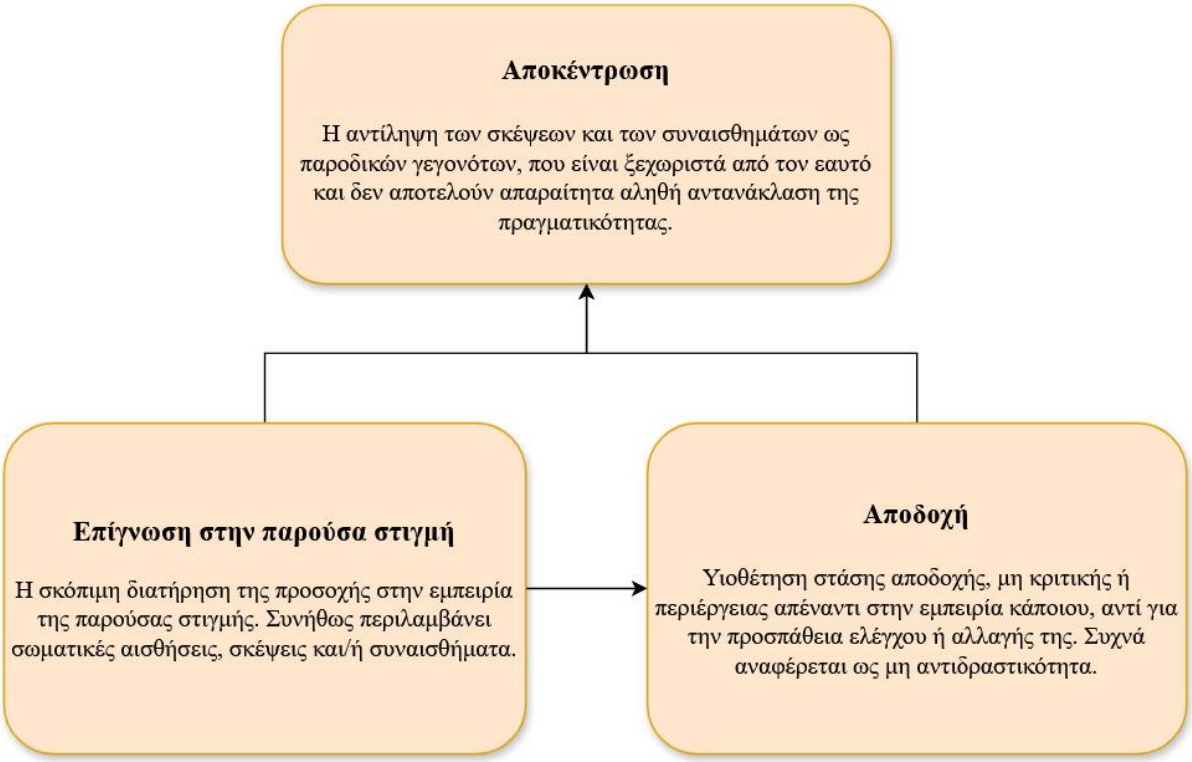
1.2. Έννοιες και ορισμοί

Ο πρώτος ορισμός της ενσυνειδητότητας στην επιστήμη της ψυχολογίας δόθηκε από τον Jon Kabat-Zinn, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως *«την επίγνωση που αναδύεται μέσω της σκόπιμης, προσεκτικής εστίασης στην παρούσα στιγμή, χωρίς επικριτικότητα»* (Kabat-Zinn, 1990). Το 2004 σε συναινετική έκθεση των Bishop et al., ως αποτέλεσμα ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, οι συγγραφείς περιέγραψαν την ενσυνειδητότητα ως *«ένα είδος μη αντιδραστικής και μη επικριτικής εστίασης της προσοχής στο παρόν, κατά την οποία κάθε σκέψη, συναίσθημα ή αίσθηση που προκύπτει, αναγνωρίζονται και γίνονται αποδεκτά όπως ακριβώς είναι».* Σύμφωνα με τους συγγραφείς, σε αυτήν την κατάσταση, οι σκέψεις και τα συναισθήματα αντιμετωπίζονται ως γεγονότα που συμβαίνουν στο μυαλό, επιτρέποντας στο άτομο να τα παρατηρεί χωρίς να υπερταυτίζεται μαζί τους και χωρίς να αντιδρά αυτόματα με καθιερωμένους τρόπους. Αυτή η ουδέτερη κατάσταση αυτοπαρατήρησης θεωρείται ότι εισάγει έναν «χώρο» μεταξύ της αντίληψης και της αντίδρασης του ατόμου, επιτρέποντας στο άτομο να ανταποκρίνεται στις καταστάσεις με περισσότερο στοχασμό και λιγότερη παρορμητικότητα. (Bishop et al., 2004).

Οι Bishop et al., πρότειναν επίσης ένα μοντέλο δύο συνιστωσών για τον ορισμό της ενσυνειδητότητας. Η πρώτη συνιστώσα αφορά την αυτορρύθμιση της προσοχής, η οποία διατηρείται στην άμεση εμπειρία, ενισχύοντας την ικανότητα αναγνώρισης των ψυχικών γεγονότων που λαμβάνουν χώρα στην παρούσα στιγμή. Η δεύτερη συνιστώσα αφορά την υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου προσανατολισμού προς τις εμπειρίες, ο οποίος χαρακτηρίζεται από περιέργεια, ειλικρίνεια και αποδοχή. Μέσα από αυτόν τον προσανατολισμό, το άτομο αναπτύσσει μια ανοιχτή και δεκτική στάση απέναντι σε ό,τι βιώνει, χωρίς να προσπαθεί να το αλλάξει ή να το ελέγξει (Bishop et al., 2004).

Συνολικά, η ενσυνειδητότητα δεν αποτελεί μία μεμονωμένη έννοια, αλλά συνιστά ένα σύνολο πρακτικών και μια δυναμική διαδικασία. Όπως αναφέρεται στην ανασκόπηση της Tapper (2022), τρία είναι τα βασικά σημεία-κλειδιά που αναδεικνύονται στην ευρύτερη βιβλιογραφία σχετικά με την ενσυνειδητότητα: η επίγνωση της παρούσας στιγμής, η αποδοχή και η αποκέντρωση. Τα τρία αυτά συστατικά μπορούν να θεωρηθούν ότι σχετίζονται μεταξύ τους όπως παρουσιάζεται στο **Σχήμα 1.** Συγκεκριμένα, είναι δυνατό να εφαρμόσει κανείς την επίγνωση της παρούσας στιγμής χωρίς αποδοχή ή αποκέντρωση, αλλά το αντίστροφο θα ήταν δύσκολο, καθώς δεν μπορεί πραγματικά να αποδεχθεί ή να αποκεντρωθεί από την εμπειρία του, αν πρώτα δεν έχει επίγνωση αυτής. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι η επαναλαμβανόμενη εξάσκηση της επίγνωσης της παρούσας στιγμής τείνει φυσικά να οδηγεί στην αποδοχή, ενώ η

αποκέντρωση επίσης προκύπτει φυσικά από την επαναλαμβανόμενη εξάσκηση τόσο της επίγνωσης της παρούσας στιγμής όσο και της αποδοχής (Tapper, 2022).

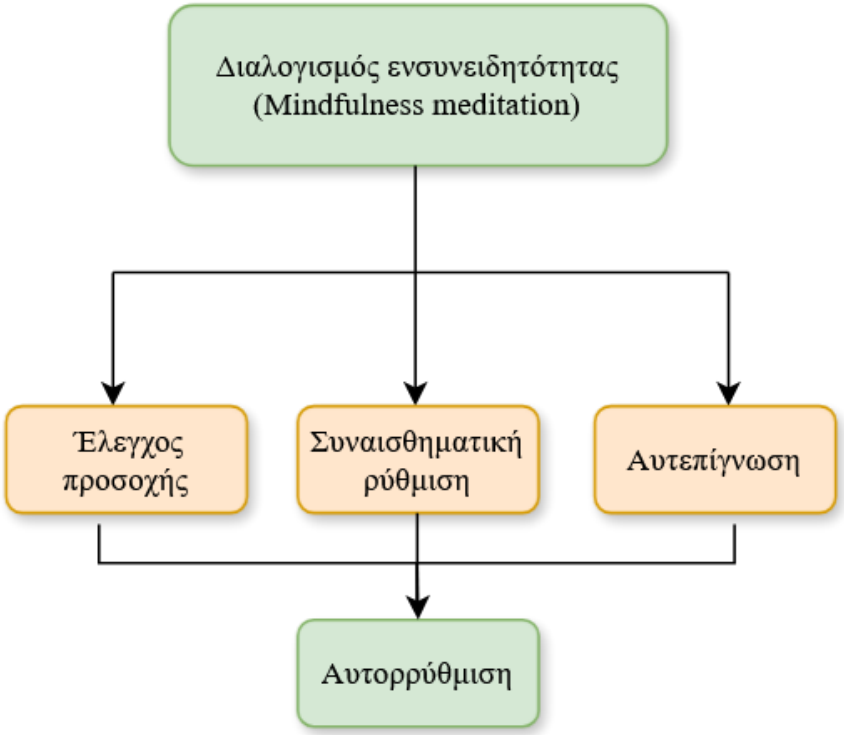


Σχήμα 1. *Τα 3 σημεία κλειδιά της ενσυνειδητότητας (Tapper, 2022).*

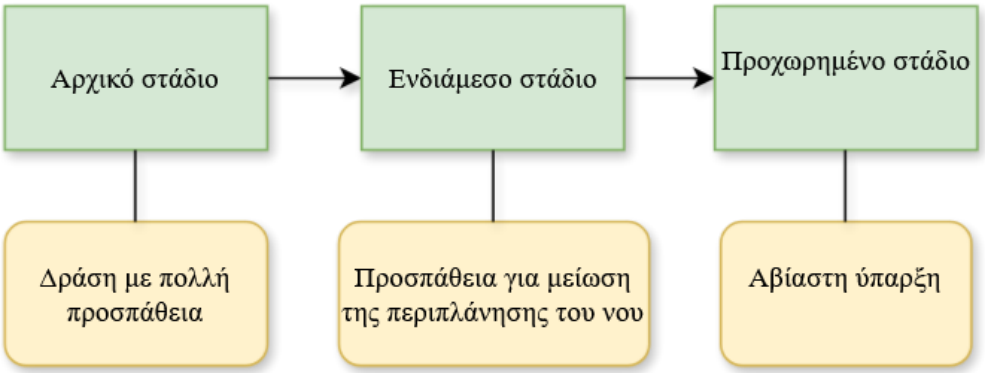
Η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας συνήθως περιλαμβάνει τον διαλογισμό ενσυνειδητότητας (mindfulness meditation), ο οποίος βασίζεται στην ενεργή παρατήρηση της παρούσας στιγμής. Κατά τη διάρκεια του διαλογισμού, η προσοχή εστιάζεται στην αναπνοή, από στιγμή σε στιγμή, με στόχο την αποδοχή όλων των εμπειριών, όπως συναισθημάτων και σκέψεων, χωρίς την προσθήκη νοήματος ή κρίσης σε αυτές (Mantzios et al., 2018).

Όπως και η γενικότερη έννοια της ενσυνειδητότητας, ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας έχει τις ρίζες του στις βουδιστικές παραδόσεις. Μέσα από την τακτική εξάσκηση του διαλογισμού, η ενσυνειδητότητα μπορεί να αναπτυχθεί σαν ικανότητα του ατόμου, ενισχύοντας παράλληλα θετικά χαρακτηριστικά όπως η επίγνωση, η ενδοσκόπηση, η σοφία, η συμπόνια και η νοητική ισορροπία (Baer et al., 2006).

Από τη δεκαετία του 1990, ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας έχει ενσωματωθεί σε πλήθος παρεμβάσεων για τη διαχείριση ψυχικών και σωματικών καταστάσεων υγείας, αποκτώντας μεγάλη αναγνώριση στην ψυχολογική έρευνα. Στα σύγχρονα κλινικά και ερευνητικά πλαίσια, περιγράφεται ως *«μια μη επικριτική εστίαση της προσοχής στις εμπειρίες του παρόντος»* (Tang et al., 2015). Αυτός ο ορισμός ενσωματώνει τις βουδιστικές έννοιες της ενσυνειδητότητας και της ισορροπίας και αναφέρεται σε πρακτικές που απαιτούν τη ρύθμιση της προσοχής, ώστε να παραμένει εστιασμένη στις άμεσες εμπειρίες, όπως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, η στάση του σώματος και οι αισθήσεις. Παράλληλα, περιλαμβάνει την ικανότητα να προσεγγίζονται αυτές οι εμπειρίες με ανοιχτότητα και αποδοχή. Ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας διακρίνεται σε δύο κύριες μεθόδους: εκείνες που επικεντρώνονται στην εστιασμένη προσοχή και εκείνες που βασίζονται στην ανοιχτή παρατήρηση των εμπειριών της παρούσας στιγμής (Tang et al., 2015). Επιπλέον, εμπλέκει τουλάχιστον τρία αλληλένδετα στοιχεία, τα οποία συμβάλλουν συλλογικά στη βελτίωση της αυτορρύθμισης: ενισχυμένο έλεγχο της προσοχής, αυξημένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης και μια στάση του ατόμου προς την αυτεπίγνωση **(Σχήμα 2).** Η στάση αυτή περιλαμβάνει τη μείωση της αυτοαναφορικής επεξεργασίας και την αυξημένη επίγνωση των σωματικών αισθήσεων (Tang et al., 2015). Επιπλέον, ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας μπορεί να χωριστεί σε τρία βασικά στάδια πρακτικής: αρχικό, ενδιάμεσο και προχωρημένο. Κάθε στάδιο απαιτεί διαφορετικό βαθμό προσπάθειας για την εκτέλεσή του **(Σχήμα 3)** (Tang et al., 2015).



Σχήμα 2. *Τα τρία αλληλένδετα στοιχεία του διαλογισμού ενσυνειδητότητας, με στόχο την αυτορρύθμιση (Tang et al., 2013).*



Σχήμα 3. *Τα τρία στάδια πρακτικής του διαλογισμού (Tang et al., 2013).*

Συχνά στην βιβλιογραφία αλλά και τα ψυχομετρικά εργαλεία που εφαρμόζονται γίνεται διαχωρισμός της ενσυνειδητότητας σε δύο μορφές αυτής, την ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό (trait mindfulness) και την ενσυνειδητότητα ως κατάσταση (state mindfulness). Η ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό (trait mindfulness) αντικατοπτρίζει τις ατομικές

διαφορές στο γενικό επίπεδο ενσυνειδητότητας σε διάφορες καταστάσεις και χρονικές περιόδους. Αντίστοιχα, η ενσυνειδητότητα ως κατάσταση (state mindfulness) αναφέρεται στο βαθμό που κάποιος βιώνει την ενσυνειδητότητα σε μια δεδομένη στιγμή. Οι δύο μορφές ενσυνειδητότητας αποτελούν σχετικές αλλά διακριτές μεταξύ τους έννοιες (Sala et al. 2019).

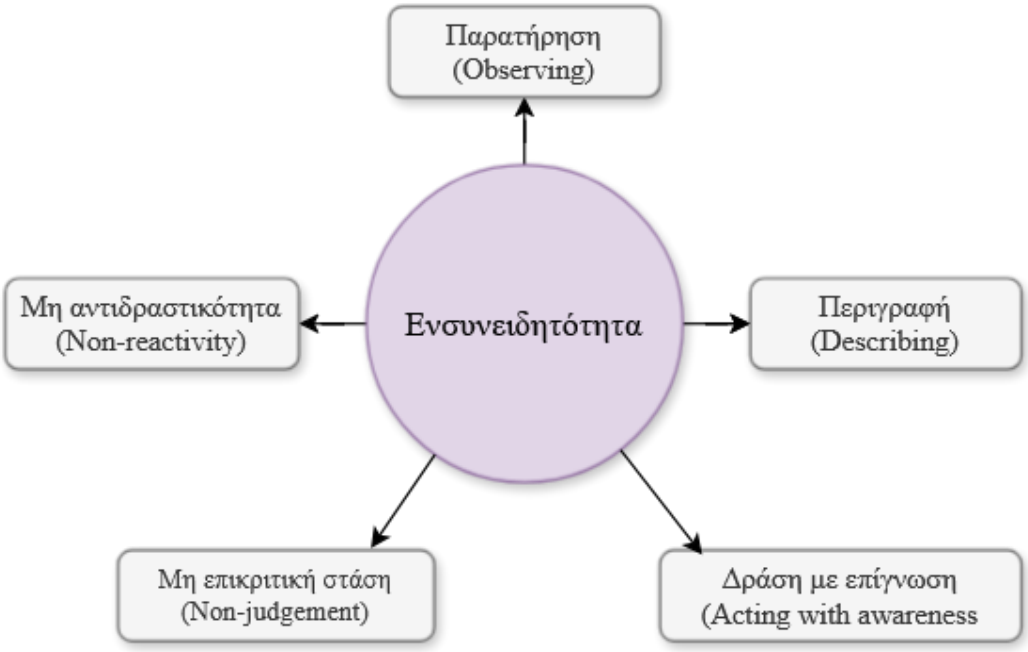
Οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις και τα εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ ενσυνειδητότητας και υγιεινών συμπεριφορών έχουν επικεντρωθεί στην ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό (trait mindfulness) και μόνο λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην ενσυνειδητότητα ως κατάσταση (state mindfulness). Επιπλέον, ενώ η ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό συνήθως μελετάται στο πλαίσιο ευρέων ερεθισμάτων (π.χ., υγιεινές συμπεριφορές), η ενσυνειδητότητα ως κατάσταση μελετάται συνήθως σε ελεγχόμενα περιβάλλοντα και σε στενό πλαίσιο ως απάντηση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Παρόλα αυτά, υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας ως χαρακτηριστικό μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας ως κατάσταση κατά την εμπλοκή σε υγιεινές συμπεριφορές (Sala et al. 2019).

1.3. Εργαλεία μέτρησης και πτυχές της Ενσυνειδητότητας.

Τα αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία είναι απαραίτητα για την κατανόηση της φύσης της ενσυνειδητότητας, των παραγόντων που την καθορίζουν αλλά και τους μηχανισμούς με τους οποίους η εξάσκησή της μπορεί να επιφέρει οφέλη στο άτομο. Στη βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα που εξετάζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυνειδητότητα, οδηγώντας στην ανάπτυξη αντίστοιχων ψυχομετρικών εργαλείων για την αξιολόγησή της (Baer et al., 2006).

Η έρευνα των Baer et al. (2006) εστίασε στην ανασκόπηση των διαθέσιμων εργαλείων μέτρησης, με στόχο την ανάδειξη των βασικών διαστάσεων που ορίζουν την έννοια της ενσυνειδητότητας. Οι ερευνητές, μελετώντας την εσωτερική συνέπεια και τις συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων, πραγματοποίησαν διερευνητική παραγοντική ανάλυση για τη δομή των διαστάσεων ενός συνόλου στοιχείων. Τα ευρήματα ενίσχυσαν την αντίληψη της ενσυνειδητότητας ως μια πολυδιάστατη έννοια, καθώς τα αποτελέσματα της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης ανέδειξαν την ύπαρξη πέντε διακριτών πτυχών που περιλαμβάνονται στα διαθέσιμα ερωτηματολόγια ενσυνειδητότητας: την παρατήρηση (observing), την περιγραφή

(describing), τη δράση με επίγνωση (acting with awareness), τη μη επικριτική στάση (non - judgement) και η μη αντιδραστικότητα (non- reactivity) **(Σχήμα 4)** (Baer et al., 2006).



Σχήμα 4. *Οι 5 διακριτές πτυχές της ενσυνειδητότητας.*

Πιο αναλυτικά, η παρατήρηση αναφέρεται στην αντίληψη των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων. Η περιγραφή αναφέρεται στον προσδιορισμό των εμπειριών που βιώνονται με τη χρήση λέξεων. Η δράση με επίγνωση αναφέρεται στην πλήρη συμμετοχή των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα με αδιαίρετη προσοχή, εστιάζοντας την επίγνωση σε ένα πράγμα τη φορά, αντί του να λειτουργεί κάποιος με αυτόματο, ασυνείδητο τρόπο. Η μη επικριτική στάση αναφέρεται στη λήψη μιας μη αξιολογικής στάσης απέναντι στις σκέψεις και τα συναισθήματα που βιώνονται. Τέλος, η μη αντιδραστικότητα αναφέρεται στο να επιτρέπει κανείς στις σκέψεις και στα συναισθήματα να έρχονται και να φεύγουν χωρίς να εγκλωβίζεται σε αυτά (Baer et al., 2006).

Οι πέντε πτυχές της ενσυνειδητότητας είναι διακριτές αλλά αλληλεπικαλυπτόμενες, καθώς έχουν σαφείς διαφορές μεταξύ τους, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να συνδέονται ή να αλληλοκαλύπτονται σε ορισμένα σημεία (Baer et al., 2006). Οι πτυχές της ενσυνειδητότητας συμβάλλουν συλλογικά σε αυτό που ονομάζεται αποκέντρωση, μια διαδικασία που επιτρέπει στα άτομα να αποδεσμεύονται από τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, προάγοντας μεγαλύτερη ψυχολογική ευελιξία και ανθεκτικότητα (Shapiro et al., 2006).

Διάφορα μονοδιάστατα και πολυδιάστατα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ενσυνειδητότητας έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ορισμένες κλίμακες, όπως η Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R) των Feldman et al., (2007), ή η Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) των Brown & Ryan, (2003), αξιολογούν την ενσυνειδητότητα ως μονοδιάστατη έννοια, ενώ άλλα εργαλεία όπως το Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) των Baer et al., (2006), το Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) των Baer et al., (2004) και το Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) των Cardaciotto et al., (2008), αξιολογούν τις πτυχές της ενσυνειδητότητας με τη μορφή υποκλιμάκων. Οι πολυδιάστατες κλίμακες εμφανίζουν συνολικά ισχυρότερες ψυχομετρικές ιδιότητες σε σύγκριση με τις μονοδιάστατες. Ειδικότερα, το FFMQ εμφανίζει σημαντική υπεροχή σε σχέση με άλλες κλιμακες, διότι το FFMQ και οι υποκλίμακές του προέκυψαν μέσω παραγοντικής ανάλυσης όλων των στοιχείων από τις κλίμακες KIMS, MAAS, CAMS-R και άλλων εργαλείων (Sala et al., 2019).

Το FFMQ αποτελείται από 39 ερωτήσεις. Χρησιμοποιεί μια κλίμακα τύπου Likert με απαντήσεις που κυμαίνονται από 1(Ποτέ ή πολύ σπάνια) έως (5 (Πολύ συχνά ή πάντα). και αξιολογεί κάθε μία από τις διακριτές πτυχές της ενσυνειδητότητας (παρατήρηση, περιγραφή, δράση με επίγνωση, μη επικριτική στάση, μη αντιδραστικότητα) ξεχωριστά, δίνοντας ένα σκορ για κάθε υποκλίμακα καθώς και ένα συνολικό σκορ (Baer et al., 2006).

1.4. Ενσυνειδητότητα και υγεία

1.4.1. Η Ενσυνειδητότητα σε παρεμβάσεις υγείας.

Τα τελευταία χρόνια η ενσυνειδητότητα έχει ενσωματωθεί στη διαχείριση πολλών ψυχολογικών και σωματικών παθήσεων. Πλήθος εργαλείων και παρεμβάσεων έχουν αναπτυχθεί, δίνοντας νέες κατευθύνσεις στην σύγχρονη ψυχολογία και την ιατρική. Παρεμβάσεις που βασίζονται σε πρακτικές ενσυνειδητότητας (Mindfulness Based Interventions - MBIs) εμφανίζονται σε πολλές μορφές στην επιστημονική βιβλιογραφία, και κυμαίνονται από 3-μηνες παρεμβάσεις με πρακτικές διαλογισμού ενσυνειδητότητας, έως σύντομες παρεμβάσεις καθοδηγούμενης εξάσκησης μιας συνεδρίας. Το 8 εβδομάδων πρόγραμμα MBSR που αναφέρθηκε στο πρώτο υποκεφάλαιο, είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο στην επιστημονική βιβλιογραφία. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 8

μαθήματα διάρκειας 2.5 ωρών, μια ημερήσια εξόρμηση και μια καθημερινή εξάσκηση στο σπίτι με ηχητική καθοδήγηση. Το πρόγραμμα MBSR και πολλές από τις παραλλαγές του (π.χ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT), εστιάζουν στην υποστήριξη των ατόμων έτσι ώστε να μάθουν πώς να προσεγγίζουν επιμελώς τις σωματικές αισθήσεις και τις συναισθηματικές αντιδράσεις μέσω της χρήσης οδηγούμενων ασκήσεων (π.χ., «σκανάρισμα» του σώματος, ασκήσεις διατάσεων, ασκήσεις διαλογισμού) και την συζήτηση στην τάξη (Creswell et al., 2019).

1.4.2. Ενσυνειδητότητα και ψυχική υγεία

Πολλές μελέτες για την ενσυνειδητότητα μέχρι σήμερα έχουν αναφέρει συσχετίσεις μεταξύ ενσυνειδητότητας και ψυχικής υγείας. Η αφηγηματική ανασκόπηση των Keng et al. (2011), είχε ως στόχο την διερεύνηση των επιδράσεων ενσυνειδητότητας στην ψυχική υγεία. Η ανασκόπηση συμπεριέλαβε συγχρονικές μελέτες, μελέτες παρέμβασης καθώς και εργαστηριακές μελέτες που εξέτασαν τις επιδράσεις σύντομων παρεμβάσεων διαλογισμού σε συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαδικασίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενσυνειδητότητα σαν χαρακτηριστικό, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αίσθησης αυτονομίας και αισιοδοξίας. Επιπλέον, αναδείχθηκαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις της ενσυνειδητότητας με την κατάθλιψη, την αποπροσωποποίηση, τον νευρωτισμό, τις επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις, την συναισθηματική αντιδραστικότητα, την αποφευκτικοτητα απέναντι σε εμπειρίες, το κοινωνικό άγχος και την ένταση των ψυχωσικών συμπτωμάτων σε άτομα με ψύχωση καθώς και με τα γενικά ψυχολογικά συμπτώματα. Τέλος, η ενσυνειδητότητα φάνηκε να σχετίζεται με βελτιωμένη γνωστική λειτουργία και βελτιωμένη συγκέντρωση (Keng et al., 2011).

Οι συγγραφείς επίσης αναφέρουν ότι η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με αλλαγές στη δραστηριότητα του εγκεφάλου οι οποίες παρατηρήθηκαν με νευροαπεικονιστικές μεθόδους. Συγκεκριμένα, η ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό σχετίστηκε με μειωμένη διμερή ενεργοποίηση της αμυγδαλής και αυξημένη ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού κατά τη διάρκεια συναισθηματικών εργασιών, υποδεικνύοντας βελτιωμένη ρύθμιση των συναισθημάτων. Επιπλέον, η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε αρνητικά με τη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται με τα συμπτώματα κατάθλιψης (Keng et al., 2011).

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνονται και από παρεμβατικές μελέτες, αναδεικνύοντας τον ρόλο των παρεμβάσεων με βάση την ενσυνειδητότητα στην θεραπεία της κατάθλιψης (Khoury et al., 2013 & Goldberg et al., 2018), της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Evans et al., 2016), των εξαρτήσεων (Goldberg et al., 2018) και της σχιζοφρένειας (Goldberg et al., 2018). Ακόμη, οι MBI φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στην διαχείριση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ADHD) (Cairncross & Miller, 2016).

Επιπλέον, ευρήματα δείχνουν ότι η ενσυνειδητότητα φαίνεται να σχετίζεται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών καθώς, έχει φανεί ότι η υψηλότερη ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην ψυχοπαθολογία των διαταραχών διατροφής (Sala et al., 2018). Μετα-ανάλυση των Beccia et al. (2018) συμπεριέλαβε 20 μελέτες (15 εκ των οποίων ήταν τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες) με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης διατροφικών διαταραχών που έχουν ως βάση την ενσυνειδητότητα. Συγκριτικά με ομάδες ελέγχου, οι συμμετέχοντες που έλαβαν παρεμβάσεις πρόληψης διατροφικών διαταραχών με βάση την ενσυνειδητότητα φάνηκε να εμφανίζουν σημαντικά μειωμένες ανησυχίες για την εικόνα σώματος και βελτιωμένη εκτίμηση για το σώμα, με τους συγγραφείς να συμπεραίνουν ότι η ενσυνειδητότητα μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, ενισχύοντας παράλληλα προστατευτικούς παράγοντες.

Η ενσυνειδητότητα φάνηκε να είναι ωφέλιμη και στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Μετα-ανάλυση των Godfrey et al. (2014), η οποία συμπεριέλαβε 19 μελέτες παρέμβασης που δημοσιεύτηκαν από το 1999 έως το 2014, ανέδειξε σημαντικές επιδράσεις των προγραμμάτων με βάση την ενσυνειδητότητα, στη μείωση της υπερφαγίας, με τους συγγραφείς να αναφέρουν ότι η ενσυνειδητότητα μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της επίγνωσης της παρούσας στιγμής και της αποδοχής, μειώνοντας την συναισθηματικη και γνωστική αντιδραστικότητα, λειτουργίες χρήσιμες στη διαχείριση των υπερφαγικών συμπεριφορών.

1.4.3. Ενσυνειδητότητα και σωματική υγεία

Τα οφέλη της ενσυνειδητότητας δεν περιορίζονται μόνο στην ψυχική υγεία. Ανασκόπηση των Jamil et al., (2023), έδειξε ότι η εξάσκηση διαλογισμού ενσυνειδητότητας παρουσιάζει πολλαπλά οφέλη στο ανοσοποιητικό σύστημα, επηρεάζοντας τις διαδικασίες φλεγμονής, μέσω της μείωσης των κυτταροκινών στον οργανισμό. Επιπλέον, σχετίζεται με την επιβράδυνση της γήρανσης των κυττάρων, καθώς συμβάλλει στη ρύθμιση της συρρίκνωσης των τελομερών, προάγοντας την υγιή γήρανση και τη μακροζωία (Jamil et al., 2023).

Η παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας φαίνεται να έχουν οφέλη στην καρδιαγγειακή υγεία. Συγκεκριμένα, αποτελέσματα μετα-ανάλυσης η οποία συμπεριέλαβε 6 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις μέσω προγραμμάτων MBSR σε ασθενείς με υπέρταση, μείωσαν σημαντικά την συστολική και τη διαστολική πίεση, με σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων παρέμβασης και ομάδων ελέγχου, με τους συγγραφείς να προτείνουν ότι οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας όπως τα προγράμματα MBSR αποτελούν μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική για τη διαχείριση της υπέρτασης, συμβάλλοντας σημαντικά στην μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Conversano et al., 2021).

Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Lee et al. (2019) είχε επίσης αξιοσημείωτα αποτελέσματα όσον αφορά την επίδραση της ενσυνειδητότητας στην καρδιαγγειακή υγεία. Η μελέτη είχε σκοπό να εξετάσει τον βαθμό στον οποίο ο διαλογισμός επηρεάζει την κατάσταση των ασθενών με υπέρταση ή/και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι 48 συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: στην ομάδα ελέγχου, η οποία έλαβε εκπαίδευση για την υγεία και στην ομάδα παρέμβασης, η οποία έλαβε μαθήματα εκπαίδευσης νοητικού διαλογισμού. Έπειτα από ένα χρονικό διάστημα 8 εβδομάδων, η LDL χοληστερόλη εμφανίστηκε σημαντικά μειωμένη στην ομάδα παρέμβασης (μείωση κατά 13,82mg/dL, $p<0,05$), ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν εμφανίστηκε σημαντική μείωση. Παράλληλα, η έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τη φλεγμονή εμφανίστηκε σημαντικά μειωμένη στην ομάδα παρέμβασης ($p<0,05$). Επιπλέον, στην ομάδα παρέμβασης φάνηκε στατιστικά σημαντική αύξηση στη συγκέντρωση, την χαλάρωση και τα συναισθήματα χαράς, και μείωση στην κόπωση, τον θυμό και τη μοναχικότητα ($p<0,05$). Οι συγγραφείς συμπεραίνοντας, αναφέρουν ότι η εξάσκηση του διαλογισμού, αποτελεί μια ιδιαίτερα χρήσιμη συμπληρωματική και ασφαλή θεραπεία για την αντιμετώπιση της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη, συμβάλλοντας στη συνολική υγεία και ευεξία.

Είναι γεγονός ότι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και χρόνιο πόνο φαίνεται να δείχνουν όλο και περισσότερο ενδιαφέρον σε παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ενσυνειδητότητα. Σχετική μετα-ανάλυση έδειξε ότι ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας σχετίζεται με μια μικρή μείωση του πόνου σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου, ενώ τέτοιου είδους παρεμβάσεις φάνηκε να επιδρούν θετικά στην συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (Hilton et al., 2017).

Μεταγενέστερη ανασκόπηση ανέφερε παρόμοια αποτελέσματα, καθώς πλήθος τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών έδειξαν ότι οι MBIs μπορούν όχι μόνο να βελτιώσουν την διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, αλλά και να βελτιώσουν εκβάσεις υγείας σε νοσήματα που σχετίζονται με το στρες, όπως είναι οι δερματικές παθήσεις (π.χ. ψωρίαση), τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, η μετατραυματική διαταραχή στρες, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος HIV, ακόμη και τα κοινά κρυολογήματα (Creswell et al., 2019). Επιπλέον, MBIs διάρκειας 8 εβδομάδων σχετίστηκαν με μείωση της λειτουργικής αναπηρίας, βελτίωση διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στην πλάτη, ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οπιοειδών, ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ινομυαλγία, με αποτελέσματα που συναγωνίζονται αυτά άλλων ευρέως χρησιμοποιούμενα θεραπειών (Creswell et al., 2019).

Συνολικά οι παρεμβάσεις που ενσωματώνουν την εξάσκηση της ενσυνειδητότητας στην καθημερινή ζωή είναι πολλά υποσχόμενες στα πλαίσια της φροντίδας υγείας και της βελτίωσης ποιότητας ζωής.

1.4.4. Ενσυνειδητότητα και συμπεριφορές τρόπου ζωής

Η υιοθέτηση συμπεριφορών τρόπου ζωής που προωθούν την υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ως αποτέλεσμα, οι συμπεριφορές τρόπου ζωής μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό εργαλείο για τη μείωση της θνησιμότητας και τη βελτίωση της σωματικής υγείας. Οι σημαντικότερες συμπεριφορές υγείας περιλαμβάνουν τη σωματική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή, τις συνήθειες ύπνου και την αποφυγή της χρήσης ουσιών (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά) (Sala et al., 2019).

Πλήθος στοιχείων δείχνουν πως η ενσυνειδητότητα μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στην υγεία, μέσα από την σχέση της με συμπεριφορές τρόπου ζωής. Συγχρονική μελέτη των Gilbert & Waltz, (2010) διερεύνησε τον βαθμό στον οποίο η ενσυνειδητότητα στην καθημερινή

ζωή του ατόμου προβλέπει διατροφικές συνήθειες και συνήθειες σωματικής δραστηριότητας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και σε αυτήν έλαβαν μέρος 269 συμμετέχοντες, μέσης ηλικίας 20,9 ετών. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια σχετικά με την ενσυνειδητότητα, τις συνήθειες σωματικής δραστηριότητας, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και την κατανάλωση λίπους. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση για την διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της ενσυνειδητότητας και των πτυχών της με την σωματική δραστηριότητα και τη διατροφή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα αυξημένα επίπεδα ενσυνειδητότητας συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και μειωμένη κατανάλωση λίπους, αλλά μόνο για τους άντρες συμμετέχοντες. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ενσυνειδητότητα πιθανόν αποτελεί έναν παράγοντα που σχετίζεται με το πόσο καλά το άτομο μπορεί να διατηρήσει υγιεινές διατροφικές συνήθειες και συνήθειες σωματικής δραστηριότητας.

Ενδιαφέροντα αποτελέσματα είχε η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Sala et al. (2019), με στόχο την κατανόηση της σχέσης μεταξύ ενσυνειδητότητας και συμπεριφορών τρόπου ζωής. Η μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε 122 μελέτες που διενεργήθηκαν από το 2005 έως το 2018. Επιπλέον, τα δείγματα των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το εάν οι συμμετέχοντες πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. αϋπνία, κατάχρηση ουσιών, υπερφαγία), όπως επίσης και για το εάν έχουν κάποια ιατρική διάγνωση (π.χ. καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης).

Συνολικά, τα αποτελέσματα έδειξαν μικρές αλλά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ενσυνειδητότητας και υγιεινής διατροφής ($r=0,14$, $p<0,001$), σωματικής δραστηριότητας ($r=0,09$, $p<0,001$) και ύπνου ($r=0,08$, $p<0,001$). Αντίθετα, η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε αρνητικά με την χρήση αλκοόλ ($r= -0,06$, $p<0,001$), τη χρήση ναρκωτικών ($r=-0,05$, $p=0,17$) και το κάπνισμα ($r=-0,04$, p-0,09), ωστόσο οι δύο τελευταίες συμπεριφορές δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Η μεγαλύτερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του χαρακτηριστικού της ενσυνειδητότητας και υγιεινής διατροφής, με τους συγγραφείς να αναφέρουν ότι το γεγονός πιθανότατα οφείλεται στο ότι άτομα με υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας έχουν ορισμένες δεξιότητες που ενισχύουν τις υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, όπως η βελτιωμένη αντίληψη των ενδείξεων πείνας και κορεσμού, ο έλεγχος των μερίδων και η αποφυγή της συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού.

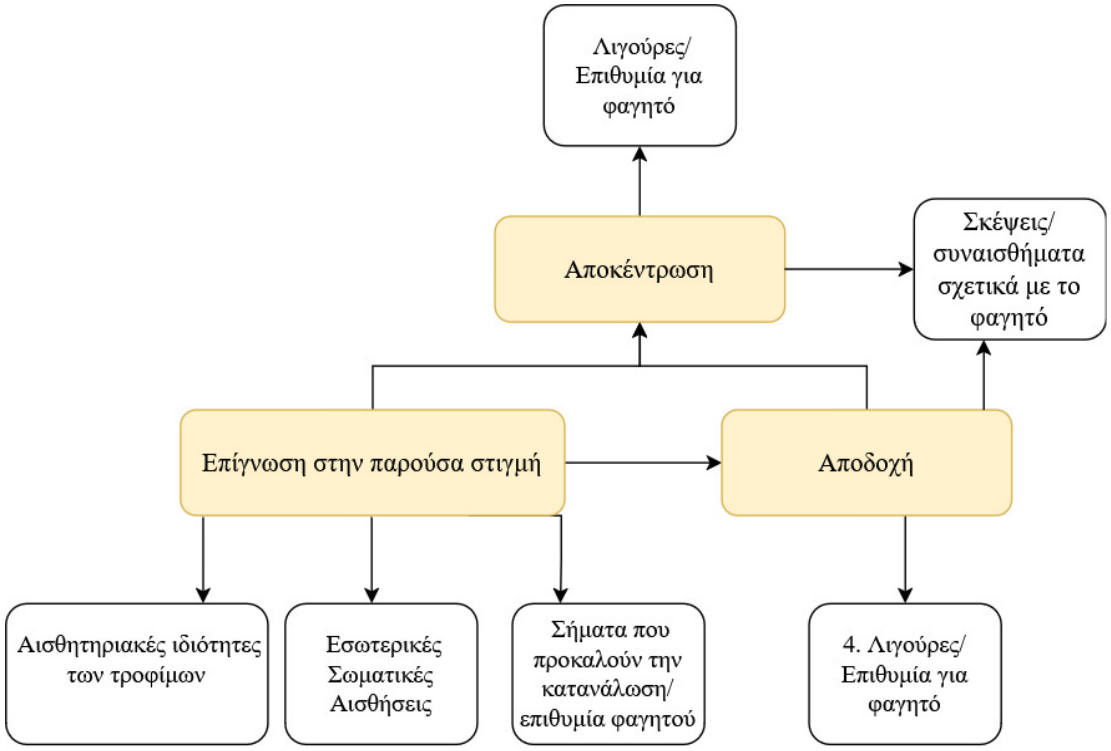
Επιπλέον, η ψυχιατρική κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει την σχέση μεταξύ ενσυνειδητότητας και συμπεριφορών υγείας, η οποία φάνηκε να είναι πιο ισχυρή σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Όμοια, οι ιατρικές διαγνώσεις φάνηκαν να δρουν επίσης ως ρυθμιστές της σχέσης

αυτής, καθώς οι συσχετίσεις μεταξύ ενσυνειδητότητας και συμπεριφορών υγείας ήταν ισχυρότερες σε άτομα με ιατρικές διαγνώσεις. Συμπεραίνοντας, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ενσυνειδητότητα μπορεί να είναι περισσότερο ωφέλιμη στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών (υγιεινή διατροφή, άσκηση) παρά στην αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ). Παράλληλα, τονίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, ώστε να διερευνηθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ ενσυνειδητότητας και συμπεριφορών υγείας (Sala et al., 2019).

Κεφάλαιο 2ο - Ενσυνείδητη Διατροφή (ΕΔ)

2.1. Έννοιες και ορισμοί

Η Ενσυνείδητη Διατροφή - ΕΔ (Mindful Eating), έχει λάβει αρκετή προσοχή και επιστημονικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ως επέκταση της έννοιας της ενσυνειδητότητας στην εμπειρία της κατανάλωσης τροφής, η ΕΔ αποτελεί ουσιαστικά την εφαρμογή της ενσυνειδητότητας σε σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με το φαγητό (**Σχήμα 5**). Ωστόσο, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ένας ευρέως αποδεκτός και χρησιμοποιούμενος ορισμός της ΕΔ. Ως αποτέλεσμα, ο όρος της ΕΔ έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει ένα εύρος διαφορετικών πρακτικών στην επιστημονική βιβλιογραφία (Tapper, 2022).



Σχήμα 5. *Εφαρμογή ενσυνειδητότητας σε σκέψεις, συναισθήματα σωματικές αισθήσεις και συμπεριφορές σχετιζόμενες με το φαγητό (Tapper, 2022).*

Το 2009 οι Framson et al. όρισαν την ΕΔ ως *«τη μη επικριτική επίγνωση των σωματικών και συναισθηματικών αισθήσεων που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής».* Η προσέγγιση αυτή ωστόσο δεν λαμβάνει υπόψη την διατήρηση της προσοχής στα αισθητηριακά στοιχεία της κατανάλωσης τροφής (π.χ. μυρωδιά, γεύση, υφή), όπως έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία (Monroe, 2015).

Ένας άλλος ορισμός (Winkens et al., 2018) προσδιόρισε την ΕΔ ως *«μια διαδικασία που περιλαμβάνει την παρατήρηση και αποδοχή των σωματικών και συναισθηματικών αντιδράσεων κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης τροφής, χωρίς επικριτικότητα».* Ο ορισμός ωστόσο επίσης φάνηκε ελλειπής καθώς δεν έλαβε υπόψη την πτυχή της διατήρησης της προσοχής στην εμπειρία του φαγητού (Mantzios, 2020).

Συχνά στον ορισμό της ΕΔ περιλαμβάνονται πρακτικές όπως οι συνειδητές διατροφικές επιλογές, η παρατήρηση των ενδείξεων της σωματικής πείνας σε σύγκριση με την ψυχολογική πείνα, καθώς και η παρατήρηση των ενδείξεων κορεσμού (Peitz et al., 2020). Πράγματι, οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται με την ΕΔ, οδηγώντας σε μια πιο ισορροπημένη διατροφή, όμως δεν είναι σαφές το αν κανείς μπορεί να ορίσει την ΕΔ με βάση τις συμπεριφορές αυτές, ή αν απλώς πρόκειται για σχετιζόμενες με την ΕΔ συμπεριφορές (Warren et al., 2017). Επιπλέον, η προσθήκη σχετιζόμενων πρακτικών στον ορισμό της ενσυνείδητης διατροφής δημιουργεί σύγχυση στη βιβλιογραφία, τα εργαλεία μέτρησης και τέλος στα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τα οφέλη της ενσυνείδητης διατροφής.

Το 2020, ο Mantzios εξέφρασε την ανάγκη για απλότητα στον ορισμό της ΕΔ, αναφέροντας πως είναι σημαντικό να διαχωριστούν οι ενσυνείδητες διατροφικές συμπεριφορές (π.χ. αισθητηριακή εμπειρία του φαγητού χωρίς επικριτικότητα), από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την ΕΔ (π.χ., *"Είμαι ακόμα πεινασμένος*", "*Δεν θα κάνω πολλαπλές δραστηριότητες ενώ τρώω*") (Mantzios, 2020). Σε μια προσπάθεια να επαναπροσδιορίσει την ΕΔ και να απλοποιήσει τον ορισμό της, ο Mantzios εισήγαγε τον όρο της Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς (Mindful Eating Behavior – MEB). Με βάση τον καθιερωμένο ορισμό της ενσυνειδητότητας, περιέγραψε την MEB ως *«τη διατήρηση της προσοχής σε ένα αισθητηριακό στοιχείο της εμπειρίας του φαγητού (π.χ. γεύση) που συνοδεύεται από μια μη-επικριτική (ή μη αξιολογητική) επίγνωση των σκέψεων και των συναισθημάτων που είναι ασύμβατα με τα αισθητηριακά στοιχεία της παρούσας εμπειρίας του φαγητού»*. Ο διαχωρισμός αυτός και η απλότητα της περιγραφής της MEB ενδεχομένως να συμβάλλουν σε περισσότερο ακριβή αποτελέσματα σε μελλοντικές μελέτες.

Τέλος, μια έννοια που σχετίζεται με την ΕΔ είναι αυτή της Διαισθητικής Διατροφής. Η Διαισθητική Διατροφή -ΔΔ (Intuitive Eating) ορίζεται ως *«η πρακτική της κατανάλωσης τροφής με βάση τα σωματικά σήματα πείνας και κορεσμού»*. Η ΔΔ προωθεί την εμπιστοσύνη του ατόμου στα εσωτερικά σήματά του, με σκοπό τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το πότε, τι και πόσο θα φάει, σε αντίθεση με την νοοτροπία των περιοριστικών διαιτών, ή του διαχωρισμού των τροφών σε «καλά» και «κακά» (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Παρόλο που η ΔΔ και η ΕΔ αναπτύχθηκαν ανεξάρτητα και αποτελούν δύο διαφορετικές έννοιες, μοιράζονται βασικές αρχές: (α) την προσοχή στα σήματα πείνας και κορεσμού, (β) την εμπιστοσύνη σε αυτά τα σήματα για τη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και (γ) την απόλαυση του φαγητού κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης. Ωστόσο μια σημαντική διαφορά των δύο πρακτικών είναι ότι η ΕΔ συχνά εμπλέκει την ενσυνειδητότητα καθώς και στοιχεία διαλογισμού στην εμπειρία της κατανάλωσης τροφής (Hayashi et al., 2021).

2.2. Πρακτικές ΕΔ

Ο ορισμός της ΕΔ μπορεί να μην έχει επίσημα καθιερωθεί, ωστόσο πλήθος πρακτικών της ΕΔ έχουν αναφερθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία αλλά και την κλινική πρακτική. Σύμφωνα με την Tapper (2022), οι πιο συχνά αναφερόμενες στη βιβλιογραφία πρακτικές που σχετίζονται με την ΕΔ, είναι η επίγνωση των αισθητηριακών ιδιοτήτων της τροφής στην παρούσα στιγμή, η επίγνωση των εσωτερικών αισθήσεων του σώματος στην παρούσα στιγμή, η παρατήρηση των κινήτρων για κατανάλωση φαγητού ή της παρόρμησης για κατανάλωση φαγητού στην παρούσα στιγμή, η αποδοχή της επιθυμίας για φαγητό, η αποδοχή ή/και αποκέντρωση από τις σκέψεις που σχετίζονται με το φαγητό και η αποκέντρωση από την έντονη επιθυμία για φαγητό/ λιγούρα (cravings).

Πιο αναλυτικά, η επίγνωση των αισθητηριακών ιδιοτήτων της τροφής στην παρούσα στιγμή, αφορά την παρατήρηση της όψης, της μυρωδιάς, της γεύσης, της υφής και της θερμοκρασίας της τροφής που καταναλώνεται. Η επίγνωση των εσωτερικών αισθήσεων του σώματος στην παρούσα στιγμή αφορά το να δίνει κανείς προσοχή στην αίσθηση της πείνας ή του κορεσμού όπως και σε άλλες αισθήσεις του σώματος που σχετίζονται με την κατανάλωση διαφόρων ειδών φαγητού (π.χ. κόπωση έπειτα από ένα μεγάλο γεύμα). Η παρατήρηση των κινήτρων για κατανάλωση φαγητού ή της παρόρμησης για κατανάλωση φαγητού στην

παρούσα στιγμή, περιλαμβάνει την παρατήρηση ενδείξεων που οδηγούν κάποιον στην κατανάλωση τροφής, (όπως για παράδειγμα ένα κοντινό μπολ με πατατάκια) ή που προκαλούν συναισθήματα πείνας ή λαχτάρας (π.χ. μια διαφήμιση για ένα παγωτό). Οι ενδείξεις μπορεί επίσης να είναι εσωτερικές όπως η κακή διάθεση ή μια συγκεκριμένη σκέψη (π.χ. "*πραγματικά χρειάζομαι κάτι γλυκό αυτή τη στιγμή"*) (Tapper, 2022).

Η αποδοχή της επιθυμίας για φαγητό σχετίζεται με την μη επικριτική στάση απέναντι στις επιθυμίες κατανάλωσης φαγητού, υιοθετώντας μια παρατηρητική και εξερευνητική διάθεση αντί για την προσπάθεια ελέγχου και απομάκρυνσής τους. Η αποδοχή ή/και αποκέντρωση από τις σκέψεις που σχετίζονται με το φαγητό αφορούν την υιοθέτηση μιας μη επικριτικής στάσης απέναντι στις σχετιζόμενες με το φαγητό σκέψεις (π.χ. μπορώ να το φάω όλο), καθώς και το να τις αντιμετωπίζει κανείς σαν παροδικά νοητικά γεγονότα ξεχωριστά από τον εαυτό του (Tapper, 2022). Όσον αφορά την πρακτική αυτή, στη βιβλιογραφία συχνά περιλαμβάνονται και σκέψεις μη σχετιζόμενες με το φαγητό, στις οποίες το άτομο καλείται να έχει την ίδια αντιμετώπιση, έτσι ώστε να μπορέσει να εστιάσει στην εμπειρία του φαγητού χωρίς επικριτικότητα (Mantzios, 2020). Τέλος, η αποκέντρωση από την επιθυμία για φαγητό αφορά την απενοχοποίηση της λιγούρας και της πείνας, το να βλέπει κανείς την επιθυμία για σαν παροδικό νοητικό γεγονός χωρίς να υπερταυτίζεται με αυτή (Tapper, 2022).

2.3. Εργαλεία μέτρησης και περιορισμοί αυτών

Η μέτρηση της ΕΔ με τα κατάλληλα εργαλεία είναι υψίστης σημασίας για την μελέτη της επίδρασης της στην διατροφή, την υγεία και την ποιότητα ζωής. Από την άλλη, η μέτρηση της ΕΔ αποτελεί μέχρι σήμερα πρόκληση, καθώς αναφέρεται κυρίως σε εσωτερικές διαδικασίες και λιγότερο σε σωματικές συμπεριφορές, γεγονός που την καθιστά δύσκολη για άμεση παρατήρηση. Οι μετρήσεις της ED επομένως βασίζονται κυρίως σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, τα οποία αναπτύχθηκαν έχοντας ως βάση τα ερωτηματολόγια για την ενσυνειδητότητα (Tapper, 2022).

Ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της ΕΔ αποτελεί το Ερωτηματολόγιο Ενσυνείδητης Διατροφής (Mindful Eating Questionnaire -MEQ), που αναπτύχθηκε από τους Framson et al. το 2009. Το MEQ είναι ένα εργαλείο σχεδιασμένο για να αξιολογεί διάφορες

πτυχές της ΕΔ μέσω της αρχικής του δομής των 28 στοιχείων, η οποία περιλάμβανε πέντε υποκλίμακες: συνειδητότητα, αποσπάσεις, συναισθηματική αντίδραση, εξωτερικά ερεθίσματα και αποδιοργάνωση. Ωστόσο, λόγω σημαντικής αλληλοεπικάλυψης με άλλες έννοιες όπως η συναισθηματική και εξωτερική διατροφή, οι Clementi et al. (2017) αναθεώρησαν το MEQ σε μια πιο συνοπτική έκδοση 20 στοιχείων. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο επικεντρώνεται σε δύο κύριες υποκλίμακες: την συνειδητότητα των επιδράσεων της τροφής στο σώμα και τις αισθήσεις και την τάση να τρώει κανείς ως απάντηση στην πείνα και τον κορεσμό. Παρά τις προσαρμογές αυτές, η υποκλίμακα της συνειδητότητας έχει επικριθεί για την σύγχυση διαφορετικών στοιχείων της ΕΔ που αντανακλούν διαφορετικές πρακτικές και ενδέχεται να έχουν διαφορετικές επιδράσεις και προσδιοριστές. Τέλος, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτυγχάνει να αξιολογήσει όλες τις απαραίτητες πτυχές της ενσυνειδητότητας, παραλείποντας την πτυχή της αποδοχής (Tapper, 2022).

Το 2013, οι Hubert-Williams et al., ανέπτυξαν την Κλίμακα Ενσυνείδητης Διατροφής (Mindful Eating Scale -MES). Η ανάπτυξη της κλίμακας MES είχε ως στόχο την καλύτερη ευθυγράμμιση των συνιστωσών της ενσυνειδητότητας και την ενσωμάτωσή της έννοιας της αποδοχής. Η κλίμακα περιλαμβάνει 28 στοιχεία και αξιολογεί διάφορες πτυχές της ΕΔ όπως η μη αντιδραστικότητα και η δράση με επίγνωση. Ωστόσο υπήρξαν διαφωνίες σχετικά με την υποκλίμακα της μη αντιδραστικότητας, οι οποίες αναφέρουν ότι τα στοιχεία της υποκλίμακας αφορούν τις επιδράσεις της ΕΔ και όχι την ίδια την ΕΔ ενώ άλλα στοιχεία της κλίμακας όπως για παράδειγμα η κατανάλωση φαγητού που σχετίζεται με το ότι κάποιος βαριέται, δεν αξιολογούν την ενσυνείδητη διατροφή (Winkens et al., 2018).

Το 2018 αναπτύχθηκε η Κλίμακα Ενσυνείδητων Διατροφικών Συμπεριφορών (Mindful Eating Behavour Scale - MEBS) (Winkens et al., 2018). Η κλίμακα εστιάζει στην συνειδητότητα στην παρούσα στιγμή, ενώ περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις, με υποκλίμακες που σχετίζονται με την εστιασμένη διατροφή, την αντίληψη των ενδείξεων πείνας και κορεσμού, του να καταναλώνει κάποιος τροφή συνειδητά και χωρίς περισπασμούς. Το εργαλείο αυτό φάνηκε να παρουσιάζει επίσης σημαντικούς περιορισμούς, καθώς μεταγενέστερες αναλύσεις έδειξαν ότι η ερμηνεία της ενσυνειδητότητας και της ΕΔ δεν περιλαμβάνει όλες τις πτυχές που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη, όπως είναι η πτυχή της εστιασμένης προσοχής στην κατανάλωση φαγητού (Peitz et al., 2020).

Ως απάντηση στους περιορισμούς της κλίμακας MEBS, αναπτύχθηκε ο Κατάλογος Ενσυνείδητης Διατροφής (Mindful Eating Inventory- MEI), με στόχο την ενσωμάτωση επιπρόσθετων πτυχών της ΕΔ αναφορικά με την συνειδητοποίηση των κινήτρων της κατανάλωσης τροφής, και την αναγνώριση της αλληλοσυσχέτισης μεταξύ ζωντανών οργανισμών γης και διατροφής, παράλληλα με την κατανάλωση τροφής (Peitz et al., 2020). Η κλίμακα MEI περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και 7 υποκλίμακες οι οποίες αφορούν την αποδοχή της εμπειρίας κατανάλωσης τροφής, την παρατήρηση των αισθήσεων κατά την κατανάλωση τροφής, το να τρώει κανείς σε απάντηση της πείνας-κορεσμού που αισθάνεται, την αναγνώριση των κινήτρων κατανάλωσης τροφής, την σύνδεση με το περιβάλλον και τους υπόλοιπους ζωντανούς οργανισμούς, την μη αντιδραστικότητα και την εστίαση της προσοχής στην εμπειρία του φαγητού. Όμοια, πολλοί περιορισμοί αναφέρθηκαν και για το συγκεκριμένο εργαλείο, καθώς το MEI φάνηκε να παρουσιάζει μια υπερβολικά θεωρητική ερμηνεία της ΕΔ, αποκλίνουσα έτσι από τη βιβλιογραφία σχετικά με την ενσυνειδητότητα (Mantzios, 2023).

Η Carrière et al. (2022) ανέφεραν μια πιο λεπτομερή αναφορά στους περιορισμούς του MEI για να δικαιολογήσουν την ανάπτυξη και επικύρωση της Κλίμακας Συνειδητής Διατροφής Τεσσάρων Διαστάσεων (Four Facet Mindful Eating Scale- FFaMES). Η κλίμακα αποτελείται από από 29 στοιχεία με τέσσερις παράγοντες που σχετίζονται με τη μη αντιδραστικότητα, τη μη επικριτικότητα, την εξωτερική συνειδητότητα και την εσωτερική συνειδητότητα. Ωστόσο, η FFaMES περιλαμβάνει στοιχεία όπως «Τα συναισθήματά μου ελέγχουν τι τρώω» και «Τα συναισθήματά μου ελέγχουν πόσο τρώω», τα οποία αντικατοπτρίζουν περισσότερο τη συναισθηματική διατροφή παρά την ΕΔ (Mantzios, 2023b).

Συνολικά, τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης της ΕΔ δεν περιορίζονται στην αξιολόγηση της ΕΔ αλλά ενσωματώνουν και στοιχεία όπως η παρατήρηση της πείνας και του κορεσμού, καθώς και η διαχείριση της συναισθηματικής διατροφής. Οι περιορισμοί των εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα πιθανόν να έχουν συμβάλει στα συγκεχυμένα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις επιδράσεις της ΕΔ (Mantzios, 2023b).

Ως αποτέλεσμα, ο ορισμός της Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς (MEB), (Mantzios, 2020), οδήγησε στην ανάπτυξη της Κλίμακας Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς – ως χαρακτηριστικό (MEBS – T) (Mantzios, 2023a). Η αρχική κλίμακα περιείχε 10 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν την αισθητηριακή προσοχή και την μη επικριτική επίγνωση ενώ η πιο πρόσφατη έκδοση διαθέτει 8 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τις αντίστοιχες

υποκλίμακες. Τόσο η αισθητηριακή προσοχή, όσο και η μη επικριτική επίγνωση, αποτελούν περιγραφικούς παράγοντες και συνάδουν με την θεωρία της ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς και της ενσυνειδητότητας. Το εργαλείο περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως: «Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω», και «Παρατηρώ σκέψεις ή/και συναισθήματα που δεν σχετίζονται με το φαγητό μου, αλλά ξαναστρέφω την προσοχή μου στο φαγητό και στην εμπειρία του φαγητού, ενώ χρησιμοποιεί την κλίμακα 4 στοιχείων Likert, με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από 1 (Συμφωνώ πλήρως) έως 4 (Διαφωνώ πλήρως). Παράλληλα προσαρμόστηκε και η μέτρηση της Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς- ως κατάσταση (MEBS-S), μια εκδοχή της κλίμακας MEBS-T που όμως αξιολογεί την ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά σε μια συγκεκριμένη συνθήκη (Mantzios, 2023a).

Πρόσφατα αξιολογήθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του εργαλείου MEBS-T (α=0.82) (Mantzios, 2023a). Στο ερευνητικό μέρος της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα αξιολογηθεί για πρώτη φορά η αξιοπιστία του εργαλείου σε πληθυσμό της Κρήτης, ως μέρος των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας. Συνολικά, το MEBS-T αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο αξιολόγησης της ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς, ανοίγοντας το δρόμο για ορθές μεθοδολογικά μελέτες και αξιόπιστα αποτελέσματα σε έρευνες που επιχειρούν να διερευνήσουν τον αντίκτυπο της ΕΔ στην διατροφή, την υγεία και την ποιότητα ζωής.

2.4. Προσδιοριστές της ΕΔ

Η ΕΔ αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο για την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση ψυχικών και σωματικών διαταραχών και καταστάσεων. Παρ’ όλα αυτά, οι παράγοντες που την επηρεάζουν δεν έχουν ακόμη κατανοηθεί πλήρως, καθώς η σχετική έρευνα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, ενώ γίνεται χρήση διαφόρων εργαλείων μέτρησης της ΕΔ, γεγονός το οποίο δυσκολεύει συγκρίσεις μεταξύ μελετών. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να κατανοηθεί βαθύτερα το υπόβαθρο της ΕΔ και να αξιοποιηθεί με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο σε διαφορετικούς πληθυσμούς και πολιτισμικά πλαίσια.

2.4.1. Δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Μελετώντας την ΕΔ, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που την καθορίζουν. Ενδιαφέροντα αποτελέσματα ανέδειξε συγχρονική μελέτη των Framson et al. (2009) η οποία εξέτασε τις συσχετίσεις των σκορ της κλίμακας MEQ με δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την υγεία. Στη μελέτη συμμετείχαν 303 ενήλικες με ηλικίες από 18-80 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες <30 ετών εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ΕΔ σε σχέση με μεγαλύτερους συμμετέχοντες (2,79 έναντι 2,99, $p<0.01$), ενώ η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τις περισσότερες υποκλίμακες της ΕΔ. Όσον αφορά το φύλο, αν και δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στα συνολικά επίπεδα ΕΔ, οι γυναίκες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής συγκριτικά με τους άντρες (3,26 έναντι 3,01, $p<0,01$). Κλείνοντας οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι απαιτείται περισσότερη έρευνα σε μεγαλύτερο και πιο ποικιλόμορφο πληθυσμό για τη βέλτιστη κατανόηση της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ΕΔ.

Μελέτη των Durukan & Gül, (2019) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, είχε ως στόχο την κατανόηση των γενεαλογικών διαφορών σχετικά με την ΕΔ. Σε αυτήν έλαβαν μέρος 598 συμμετέχοντες ηλικίας 15-72 ετών, οι οποίοι απάντησαν σε διαδικτυακά ερωτηματολόγια που χρησιμοποίησαν την κλίμακα MEQ για την αξιολόγηση των επιπέδων ΕΔ. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετικές και στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ΕΔ μεταξύ των γενεών ($p<0,0001$). Συγκεκριμένα τα άτομα που ανήκουν στην γενιά των baby boomers (γεν. 1945-1964) εμφάνισαν τα μεγαλύτερα επίπεδα ΕΔ, ενώ ακολούθησαν η γενιά X (γεν. 1965-1979), η γενιά Y (γεν. 1979-1999) και τέλος η γενιά Z (γεν. 2000-), η οποία εμφάνισε τα χαμηλότερα επίπεδα ΕΔ. Όσον αφορά το φύλο, αν και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα συνολικά επίπεδα ΕΔ, οι άντρες φάνηκε να εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής ($p<0,05$) και χαμηλότερα επίπεδα διατροφικής πειθαρχίας και ελέγχου, καθώς και συνειδητής διατροφής (conscious eating) ($p<0,05$) συγκριτικά με τις γυναίκες. Ωστόσο σύμφωνα με τους συγγραφείς το γεγονός αυτό ενδεχομένως να αντανακλά το ότι οι γυναίκες προσέχουν και ελέγχουν περισσότερο τη διατροφή τους λόγω της πίεσης που τους ασκείται από την κοινωνία για να δείχνουν αδύνατες και όχι απαραίτητα το ότι υιοθετούν την ΕΔ σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άντρες (Durukan & Gül, 2019).

Όμοια, η συγχρονική μελέτη των Köse & Çıplak, (2019) που πραγματοποιήθηκε επίσης στην Τουρκία και στην οποία έλαβαν μέρος 368 προπτυχιακοί φοιτητές ανέδειξε αντίστοιχα αποτελέσματα όσον αφορά τη σχέση της ΕΔ με το φύλο. Η μελέτη χρησιμοποίησε επίσης το

ερωτηματολόγιο MEQ για την αξιολόγηση των επιπέδων ΕΔ. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στα συνολικά επίπεδα ΕΔ. Από την άλλη, οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής διατροφής και διατροφικής πειθαρχίας, καθώς και μειωμένα επίπεδα παρεμβολής (εξωτερικοί και εσωτερικοί περισπασμοί στην διατροφή) και έλλειψης αναστολής (έλλειψη ελέγχου διατροφής) συγκριτικά με τους άντρες ($p<0,05$). Η μελέτη δεν βρήκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τα συνολικά επίπεδα ΕΔ, ωστόσο βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ($p<0,05$) με τις υποκλίμακες της παρεμβολής ($r=0,120$), του ελέγχου της διατροφής ($r=-0,133$), της ενσυνειδητότητας ($r=0,190$), της διατροφικής πειθαρχίας ($r=-0,122$), και της συνειδητής διατροφής ($r=0,153$).

Συγχρονική μελέτη του 2021 στη Γερμανία, είχε ως στόχο να εξερευνήσει τους κοινωνικο-γνωστικούς παράγοντες και τις πεποιθήσεις σχετικά με την ΕΔ σε υγιείς ενήλικες. Οι συμμετέχοντες ($N=282$, Μ.Ο. Ηλικίας=43,2 έτη) απάντησαν σε διαδικτυακά ερωτηματολόγια που αξιολόγησαν την ΕΔ χρησιμοποιώντας το εργαλείο FFaMES, ενώ αξιολογήθηκε πλήθος δημογραφικών, κοινωνικών και γνωστικών παραμέτρων. Έπειτα οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες χαμηλής ΕΔ (LME), μέτριας ΕΔ (MME) και υψηλής ΕΔ (HME). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά γυναικών σε ομάδες MME και HME ($p<0,05$) σε σύγκριση με τους άντρες συμμετέχοντες ($p=<0,05$), υποδεικνύοντας το φύλο ως πιθανό προσδιοριστή της ΕΔ. Επιπλέον, συμμετέχοντες με χαμηλή ΕΔ (LME) παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα υποστήριξης από το κοινωνικό τους περιβάλλον ($p<0,001$), επισημαίνοντας τον πιθανό ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στην υιοθέτηση της ΕΔ. Η συγκεκριμένη μελέτη δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ΕΔ ανά ηλικιακή ομάδα (Preissner et al., 2022).

Συγχρονική μελέτη στην Ινδία, με 120 συμμετέχοντες ηλικίας 18-55 ετών δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα ΕΔ ανάλογα με το φύλο ή την ηλικία (Jacob & Panwar, 2023). Τέλος, τα αποτελέσματα της συγχρονικής μελέτης των Topan et al. (2019), όπου έλαβαν μέρος 718 φοιτητές νοσηλευτικής στην Τουρκία, έδειξαν αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την ΕΔ ($p<0,05$), καθώς και αύξηση των επιπέδων συναισθηματικής διατροφής με την ηλικία ($p<0,05$). Επισημαίνεται ωστόσο ότι στην παρούσα έρευνα το ηλικιακό εύρος ήταν αρκετά περιορισμένο, καθώς σε αυτήν συμμετείχαν αποκλειστικά φοιτητές. Η ίδια μελέτη δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τα συνολικά επίπεδα ΕΔ, αλλά οι άντρες εμφάνισαν αυξημένες τιμές στην υποκλίμακα της συναισθηματικής διατροφής και μειωμένες τιμές στην υποκλίμακα του

ελέγχου της διατροφής και την υποκλίμακα της επίγνωσης συγκριτικά με τις γυναίκες ($p<0,05$).

Πρόσφατη μελέτη ευρείας κλιμακας με 13.789 συμμετέχοντες στη Γαλλία, ανέδειξε σπουδαία ευρήματα σχετικά με τους δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστες της ΕΔ μετα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο με κοινωνικοοικονομικές και δημογραφικές ερωτήσεις ενώ συμπλήρωσαν την κλίμακα MES για την αξιολόγηση των επιπέδων ΕΔ. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση της ΕΔ με την ηλικία ($r=0,14$, $p <0,0001$). Τα επίπεδα ΕΔ βρέθηκαν να είναι υψηλότερα στις γυναίκες ($p<0,0001$), σε συνταξιούχους (<0.0001) και σε συμμετέχοντες με υψηλότερο εισόδημα ($p<0,018$). Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τον ρόλο του φύλου, της επαγγελματικής κατάστασης και του εισοδήματος στην υιοθέτηση της ΕΔ (Paolassini-Guesnier et al., 2025).

Με βάση τα ευρήματα των παραπάνω μελετών, η ΕΔ φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία και οι κοινωνικές συνθήκες με σύνθετους και πολύπλοκους τρόπους. Αναφορικά με το φύλο, παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις σε επιμέρους υποκλίμακες της ΕΔ, οι οποίες διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη. Συνολικά, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερη συμμόρφωση σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την ΕΔ σε σύγκριση με τους άντρες (Durukan & Gül, 2019; Kose & Ciplak, 2019; Topan et al., 2021; Preissner et al., 2022) αλλά και μεγαλύτερα επίπεδα ΕΔ συνολικά συγκριτικά με τους άντρες (Paolassini-Guesnier et al., 2025). Ωστόσο περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για τον ρόλο του φύλου στην ΕΔ.

Όσον αφορά τη σχέση της ΕΔ με την ηλικία, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αυξημένη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα ΕΔ (Framson et al., 2009; Durukan & Gül, 2019; Paolassini-Guesnier et al., 2025) ή με συμπεριφορές που σχετίζονται με την ΕΔ (Köse & Çıplak, 2019). Το περιορισμένο ηλικιακό εύρος σε αρκετές έρευνες, ειδικά σε φοιτητικό πληθυσμό, ενδέχεται να δυσχεραίνει την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων, καθιστώντας απαραίτητες περισσότερες μελέτες που καλύπτουν ευρύτερες ηλικιακές ομάδες. Τέλος, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Paolassini-Guesnier et al., 2025) και η κοινωνική στήριξη (Preissner et al., 2022) αναδεικνύονται ως σημαντικοί παράγοντες με πιθανή επίδραση στην υιοθέτηση της ΕΔ.

2.4.2. Δείκτης Μάζας Σώματος, διατροφή και παράγοντες τρόπου ζωής

Η μελέτη της σχέσης της ΕΔ με παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (π.χ. διατροφή, σωματική δραστηριότητα) είναι επίσης υψίστης σημασίας για την κατανόηση του υποβάθρου της ΕΔ αλλά και της σημασίας της ΕΔ στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας. Η μελέτη των Framson et al. (2009) ανέδειξε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και των επιπέδων ΕΔ, καθώς ο υψηλότερος ΔΜΣ σχετίστηκε με χαμηλότερα σκορ τόσο στις υποκλίμακες του εργαλείου MEQ όσο και στο συνολικό σκορ (Μ.Ο. MEQ: 3,02 για ΔΜΣ <25 έναντι 2,54 για ΔΜΣ >30, $p<0,001$). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν, σύμφωνα με τους συγγραφείς, τη δυνητική σημασία της ΕΔ στη μακροπρόθεσμη διατήρηση του σωματικού βάρους. Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε μια σημαντική θετική συσχέτιση των σκορ MEQ με τα χρόνια εξάσκησης γιόγκα, καθώς και με τα λεπτά εξάσκησης ανά εβδομάδα ($p<0,05$). Αντίθετα, δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με άλλες μορφές σωματικής δραστηριότητας, γεγονός που σύμφωνα με τους συγγραφείς, υποδηλώνει ότι η συσχέτιση της γιόγκα με την ΕΔ πιθανόν οφείλεται κυρίως στην εκπαίδευση ενσυνειδητότητας που προσφέρει η πρακτική της και όχι στη φυσική δραστηριότητα καθαυτή (Framson et al., 2009).

Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν και από τη μελέτη των Preissner et al. (2022), όπου παρατηρήθηκε ότι η εμπειρία των συμμετεχόντων με την ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε σημαντικά με τα επίπεδα ΕΔ ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με υψηλότερα σκορ στην κλίμακα FFaMES εμφάνισαν αυξημένη συνολική εμπειρία ενσυνειδητότητας, επιβεβαιώνοντας τον κρίσιμο ρόλο της ενσυνειδητότητας στην υιοθέτηση της ΕΔ.

Τα ευρήματα των μελετών των Köse & Çıplak, (2019), Durukan and Gül (2019), Topan et al., (2021) και Hinton et al., (2024) επιβεβαίωσαν την αρνητική συσχέτιση ΔΜΣ και επιπέδων ΕΔ. Επιπλέον, οι Köse & Çıplak, (2019) αξιολόγησαν τη σχέση της ΕΔ με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, χρησιμοποιώντας το εργαλείο Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), το οποίο περιλαμβάνει παράγοντες όπως η υπευθυνότητα υγείας, η σωματική δραστηριότητα, η διατροφή, η πνευματική ανάπτυξη, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η διαχείριση του στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των MEQscores και των HPLP-II scores, αλλά και όλων των υποκλιμάκων του HPLP-II, φανερώνοντας την ισχυρή αλληλεπίδραση της ΕΔ με συμπεριφορές που προωθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Ανασκόπηση από τους Warren et al. (2017) έδειξε αντίστοιχα αποτελέσματα όσον αφορά την αρνητική συσχέτιση του ΔΜΣ με την ΕΔ. Παράλληλα, τα ευρήματα ανέδειξαν την αρνητική συσχέτιση της ενσυνειδητότητας με τη συναισθηματική διατροφή και το μέγεθος μερίδων φαγητού, επισημαίνοντας τον πιθανό ρόλο των πρακτικών που σχετίζονται με την ενσυνειδητότητα στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Ακόμη, σύμφωνα με τους Jordan et al. (2014), η ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό φάνηκε να σχετίζεται με περιορισμένη παρορμητική κατανάλωση φαγητού, χαμηλότερη πρόσληψη θερμίδων και υγιεινότερες επιλογές σνακ.

Πλήθος στοιχείων δείχνουν ότι η ΕΔ, σχετίζεται με την ποιότητα διατροφής. Μελέτη των Yeşil et al. (2023) η οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ επιπέδων ΕΔ και ποιότητας διατροφής σε 145 έγκυες γυναίκες χρησιμοποιώντας το εργαλείο MEQ, σε συνδυασμό με 24ωρη ανάκληση, έδειξε θετικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ επιπέδων ΕΔ και ενεργειακής πρόσληψης (r=0,283, p=0,001), πρόσληψης υδατανθράκων (r=0,175, p=0,035), πρωτεΐνης (r=0,218, p=0,008) και λίπους (r=0,240, p=0,004), βιταμίνης Ε (r=0,187, p=0,024), θειαμίνης (r=0,187, p=0,024), ριβοφλαβίνης (r=0,307, p=0,004), φολικού οξέος (r=0,221, p= 0,007), καλίου (r=0,186, p= 0,025), ασβεστίου (r=0,267, p=0,001) και ψευδαργύρου (r=0,224, p= 0,007). Οι συγγραφείς της μελέτης συμπέραναν ότι η ΕΔ προωθεί την κάλυψη των διατροφικών αναγκών της εγκύου και του εμβρύου, ενώ προτείναν τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΕΔ και διατροφικής ποιότητας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες με περισσότερες παρεμβατικές μελέτες.

Συγχρονική μελέτη των Christodoulou et al. (2024) διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ της ΕΔ και του μεσογειακού τρόπου ζωής σε σχέση με την ψυχολογική ανθεκτικότητα και τη διατήρηση ενός υγιούς βάρους, σε συγχρονική μελέτη στην Ελλάδα με 288 συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) αλληλεπίδραση μεταξύ ΕΔ, μεσογειακής διατροφής και ψυχολογικής ανθεκτικότητας, ενώ η εφαρμογή μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, ανέδειξε την ΕΔ και τη μεσογειακή διατροφή ως προγνωστικούς παράγοντες της ψυχολογικής ανθεκτικότητας ($p < 0,0001$). Επιπλέον, άτομα με φυσιολογικό ΔΜΣ εμφάνισαν ισχυρότερη προσήλωση στην ΕΔ σε σύγκριση με εκείνα που ταξινομήθηκαν στις κατηγορίες υπερβαρότητας και παχυσαρκίας, ενώ συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα ΕΔ εμφάνισαν 14% μεγαλύτερη πιθανότητα να διατηρήσουν την απώλεια βάρους μετά από μια δίαιτα μείωσης βάρους, σε σύγκριση με εκείνα με χαμηλότερα επίπεδα ΕΔ (OR: 1,142, 95% CI: 1,084, 1,204, $p < 0,0001$).

Πληθυσμιακή μελέτη ευρείας κλίμακας ανέδειξε σημαντικά ευρήματα σχετικά με τη σχέση της ΕΔ με τον τρόπο ζωής και την ποιότητα της διατροφής (Paolassini-Guesnier et al., 2025). Η συγχρονική μελέτη είχε ως στόχο την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ της ΕΔ και μιας ευρείας ποικιλίας διατροφικών δεικτών. Η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της κοορτής NutriNet-Santé που διεξάγεται τα τελευταία χρόνια στη Γαλλία, διεξήχθη το 2023 με τη συμμετοχή 13.789 ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω. Για την αξιολόγηση της ΕΔ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MES, ενώ συλλέχθηκαν δεδομένα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών (όπως περιγράφεται στο υποκεφάλαιο 2.4.1.), καθώς και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ζωής. Παράλληλα, οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν με τη χρήση τουλάχιστον τριών 24ωρων ανακλήσεων.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα ΕΔ ήταν αυξημένα σε άτομα με υψηλότερη σωματική δραστηριότητα ($p<0,0001$). Επιπλέον, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση των επιπέδων ΕΔ με το άγχος ($r= -0,34$, $p<0.0001$) και τον γνωστικό περιορισμό ($r= -0,24$, $p<0.0001$). Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ ΕΔ και ποιότητας διατροφής, εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, με την ΕΔ ως ανεξάρτητη μεταβλητή. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικές στατιστικά ($p<0,0001$) θετικές συσχετίσεις της ΕΔ με τη συμμόρφωση στις διατροφικές συστάσεις της Γαλλίας ($\beta = 0,33$; 95%CI: 0,30, 0,45), τη συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής ($\beta = 0,37$; 95%CI: 0,30, 0,45) και την κατανάλωση βιολογικών τροφών ($\beta = 9,72$; 95%CI: 8,84, 10,60). Επιπλέον, η ΕΔ συσχετίστηκε αρνητικά με την ενεργειακή πρόσληψη ($\beta = -36,79$; 95%CI: -50,92, -22,67) και την κατανάλωση υπερεπεξεργασμένων τροφίμων ($\beta = -1,55$; 95%CI: -1,81, -1,29) ($p<0,0001$).

Επιπλέον, βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ επιπέδων ΕΔ και κατανάλωσης ομάδων τροφών και θρεπτικών συστατικών ($p<0,05$). Συγκεκριμένα, υψηλότερα επίπεδα ΕΔ συσχετίστηκαν με αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, αμυλούχων τροφών, δημητριακών ολικής, οσπρίων και ανάλατων ξηρών καρπών, αλλά και αλκοόλ. Επιπλέον, αυξημένα επίπεδα ΕΔ σχετίστηκαν με μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένου κρέατος, πουλερικών, γαλακτοκομικών, fast-food και γλυκών. Όσον αφορά την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, υψηλότερα επίπεδα ΕΔ σχετίστηκαν με αυξημένη πρόσληψη φυτικών πρωτεϊνών και λιπιδίων, πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και φυτικών ινών, καθώς και με μειωμένη πρόσληψη συνολικών και ζωϊκών πρωτεϊνών και ζωϊκών λιπιδίων. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ολική πρόσληψη υδατανθράκων και λιπιδίων, ωστόσο οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ΕΔ φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα παρά

με την ποσότητα αυτών. Συνολικά, σύμφωνα με τους ερευνητές η ΕΔ φάνηκε να σχετίζεται με μια πιο υγιεινή διατροφή, γεγονός που την καθιστά ένα πολύτιμο εργαλείο για την προώθηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, ωστόσο περισσότερες αντίστοιχες μελέτες ευρείας κλίμακας κρίνονται απαραίτητες για την βέλτιστη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ΕΔ σχετίζεται με την ποιότητα της διατροφής (Paolassini-Guesnier et al., 2025).

Συμπερασματικά, ο ΔΜΣ φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την ΕΔ, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που διερευνήθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποδεικνύουν σταθερά ότι τα αυξημένα επίπεδα ΔΜΣ συσχετίζονται με μειωμένα επίπεδα ΕΔ (Framson et al., 2009; Warren et al., 2017; Durukan & Gül, 2019; Köse & Çıplak, 2019; Topan et al., 2021; Hinton et al., 2024). Επιπλέον, η ΕΔ φαίνεται να σχετίζεται με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής μέσα από συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, όπως η ισορροπημένη διατροφή (ιδίως η συμμόρφωση με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής), η διαχείριση του στρες και η σωματική δραστηριότητα (Warren et al., 2017; Köse & Çıplak, 2019; Christodoulou et al., 2024; Paolassini-Guesnier et al., 2025). Τέλος η ΕΔ φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την ενσυνειδητότητα και τις πρακτικές που σχετίζονται με αυτή (π.χ. γιόγκα) (Framson et al., 2017; Preissner et al., 2022). Απαιτούνται μελλοντικές έρευνες για την καλύτερη κατανόηση αυτών των αλληλεπιδράσεων και τη διερεύνηση των αιτιολογικών τους σχέσεων, με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίηση της ΕΔ στην προαγωγή της υγείας.

2.5. ΕΔ και υγεία

2.5.1. Παρεμβάσεις ΕΔ στην κλινική πρακτική

Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των παρεμβάσεων ΕΔ που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, αλλά τα εξής παρακάτω βασικά στοιχεία αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά των μεθόδων ενσυνείδητης διατροφής σύμφωνα με τους Warren et al. (2017).

- **Ασκήσεις ενσυνείδητης διατροφής:** Χρησιμοποιούνται τεχνικές, όπως η άσκηση με τη «σταφίδα» **(Πίνακας 1)**, για την εισαγωγή στην έννοια της ΕΔ και τη βέλτιστη κατανόησή της.
- **Αισθητηριακή επίγνωση:** Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να εστιάζουν με ενσυνειδητότητα στην εμπειρία της κατανάλωσης τροφής, παρατηρώντας τη μυρωδιά, την υφή και τη γεύση της τροφής.
- **Μείωση ταχύτητας κατανάλωσης τροφής:** Δίνεται έμφαση στη μείωση του ρυθμού κατανάλωσης τροφής, ώστε να ενισχυθεί η επίγνωση κατά τη διάρκεια του γεύματος.
- **Καθοδηγούμενοι διαλογισμοί:** Διαλογισμοί που στοχεύουν στην αύξηση της επίγνωσης σχετικά με τις σωματικές αισθήσεις που συνδέονται με την κατανάλωση τροφής, όπως η πείνα και ο κορεσμός.
- **Αναγνώριση εναυσμάτων κατανάλωσης τροφής:** Μέσω ειδικών διαλογισμών, οι συμμετέχοντες καλούνται να αναγνωρίσουν τα εναύσματα για την κατανάλωση τροφής, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών παραγόντων.
- **Διαχείριση έντονων επιθυμιών- λιγούρας για φαγητό (cravings):** Καθοδηγούμενες στρατηγικές και διαλογισμοί που έχουν στόχο την αντιμετώπιση και τη διαχείριση των έντονων επιθυμιών για συγκεκριμένα τρόφιμα.

Πίνακας 1. *Άσκηση ΕΔ με μια σταφίδα.*

Οδηγίες: Διαβάστε και εκτελέστε κάθε βήμα ξεχωριστά. Προσεγγίστε την άσκηση με ανοιχτό μυαλό και ήπια περιέργεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.	
1. Παρατηρήστε τη σταφίδα.	*Κρατήστε τη σταφίδα στην παλάμη του χεριού σας ή ανάμεσα στα δάχτυλά σας. Εστιάστε σε αυτήν, φανταστείτε ότι δεν έχετε ξαναδεί ποτέ ένα αντικείμενο σαν αυτό.*
2. Εξετάστε την προσεκτικά.	*Αφήστε τα μάτια σας να εξερευνήσουν κάθε μέρος της, παρατηρώντας τα σημεία όπου πέφτει το φως, τις πιο σκούρες κοιλότητες, τις πτυχώσεις, τις αυλακώσεις και τυχόν ασυμμετρίες ή μοναδικά χαρακτηριστικά.*
3. Αισθανθείτε την υφή της.	*Γυρίστε τη σταφίδα ανάμεσα στα δάχτυλά σας, εξερευνώντας την υφή της. Μπορείτε να κλείσετε τα μάτια σας αν αυτό βοηθά στην καλύτερη αίσθηση αφής.*
4. Μυρίστε τη σταφίδα.	*Φέρτε τη σταφίδα κοντά στη μύτη σας. Με κάθε εισπνοή, εισπράξτε όποια μυρωδιά, άρωμα ή ευωδία μπορεί να αναδυθεί. Παρατηρήστε αν κάτι ενδιαφέρον συμβαίνει στο στόμα ή στο στομάχι σας.*

5. Βάλτε τη σταφίδα στο στόμα σας.	*Χωρίς να τη μασήσετε, παρατηρήστε πώς το σώμα σας κινείται για να τη μεταφέρει στο στόμα. Περάστε λίγες στιγμές εξερευνώντας τις αισθήσεις της σταφίδας στο στόμα σας, χρησιμοποιώντας τη γλώσσα σας.*
6. Γευτείτε τη σταφίδα.	*Όταν είστε έτοιμοι, ετοιμαστείτε να τη μασήσετε. Παρατηρήστε πώς και πού πρέπει να βρίσκεται για να τη μασήσετε. Στη συνέχεια, πολύ συνειδητά, κάντε μία ή δύο δαγκωνιές και παρατηρήστε τι συμβαίνει, βιώνοντας όποια κύματα γεύσης προκύψουν καθώς συνεχίζετε να μασάτε. Χωρίς να την καταπιείτε ακόμα, παρατηρήστε τις αισθήσεις γεύσης και υφής στο στόμα και πώς αυτές μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, στιγμή προς στιγμή, καθώς και οποιαδήποτε αλλαγή στο ίδιο το αντικείμενο.*
7. Καταπιείτε τη σταφίδα.	Εστιάστε στην αίσθηση της κατάποσης. Υπάρχει κάποια επίγευση; Πώς αισθάνεστε σωματικά και συναισθηματικά; Περάστε λίγο χρόνο σκεπτόμενοι την εμπειρία σας.

(Bond Institute of Health and Sport, 2016)

Συχνά χρησιμοποιούμενο πρόγραμμα παρέμβασης ΕΔ αποτελεί το εργαλείο Mindfulness Based Eating Awareness Training - (MB-EAT), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Kristeller et al. (2013) με στόχο την αντιμετώπιση της αδηφαγικής διαταραχής-υπερφαγίας. Τα στοιχεία της παρέμβασης παραδίδονται στρατηγικά σε διάφορες συνεδρίες για την προώθηση της αυτογνωσίας, της συναισθηματικής ρύθμισης και των πιο υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Το MB-EAT αποτελεί ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο στοιχεία της ΕΔ μπορούν να ενσωματωθούν σε μια ολοκληρωμένη παρέμβαση 9 συνεδριών **(Πίνακας 2).**

Πίνακας 2*. Πρόγραμμα 9 συνεδριών (MB- EAT) με στόχο την αντιμετώπιση της υπερφαγίας.*

Αριθμός Συνεδρίας	**Περιεχόμενο Συνεδρίας**
Συνεδρία 1η	*Εισαγωγή στο μοντέλο αυτορρύθμισης, άσκηση με σταφίδα, εισαγωγή στον διαλογισμό ενσυνειδητότητας.*
Συνεδρία 2η	*Σύντομος διαλογισμός (συνεχίζεται σε όλες τις συνεδρίες), άσκηση ΕΔ με τυρί και κρακεράκια, επεξήγηση της έννοιας της ΕΔ, σάρωση σώματος (body scan).*
Συνεδρία 3η	*Θέμα: Ερεθίσματα υπερφαγίας – Διαλογισμός, άσκηση ΕΔμε γλυκό υψηλής θερμιδικής αξίας π.χ. brownies.*
Συνεδρία 4η	*Θέμα: Σημάδια πείνας - Σωματική vs συναισθηματική πείνα, διαλογισμός σχετικά με πείνα, άσκηση κατανάλωσης τροφής, ενσυνείδητες διατροφικές επιλογές (μπισκότα ή πατατάκια), θεραπευτικό αυτο-άγγιγμα σώματος.*
Συνεδρία 5η	*Θέμα: Σημάδια κορεσμού – Τύπος και επίπεδο σημάτων κορεσμού, διαλογισμός για κορεσμό, ασκήσεις γιόγκα σε καθιστική θέση.*

Συνεδρία 6η	*Θέμα: Σημάδια πληρότητας – Τύπος και επίπεδο σημάτων πληρότητας, διαλογισμός για πληρότητα, γεύμα Pot-Luck (κοινό γεύμα που ο καθένας φέρνει από ένα φαγητό).*
Συνεδρία 7η	*Θέμα: Συγχώρεση – Διαλογισμός συγχώρεσης.*
Συνεδρία 8η	*Θέμα: Εσωτερική σοφία – Διαλογισμός σοφίας, διαλογισμός βαδίσματος.*
Συνεδρία 9η	*Θέμα: "Το πρόσεξαν οι άλλοι; Που πηγαίνετε από εδώ και πέρα;" Διατήρηση αλλαγών, πρόληψη υποτροπών, εορταστικό Pot-Luck γεύμα.*

(Kristeller et al., 2013)

2.5.2. Επιδράσεις παρεμβάσεων ΕΔ στη σωματική και ψυχική υγεία

Οι τυπικές δίαιτες οι οποίες εστιάζουν στον θερμιδικό περιορισμό, συχνά αποτυγχάνουν να διατηρήσουν την απώλεια βάρους και να επιφέρουν μακροπρόθεσμα οφέλη υγείας. Συγκεκριμένα οι περιοριστικές δίαιτες πολλές φορές οδηγούν σε μεγάλες αυξομειώσεις βάρους (δίαιτες γιο-γιο), οι οποίες σχετίζονται με αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ η ψυχολογική πίεση που τις συνοδεύει σχετίζεται με αρνητική εικόνα σώματος, άγχος, κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές (Hayashi et al., 2021). Ως αποτέλεσμα, η ανάγκη για περισσότερο βιώσιμες, ολιστικές διατροφικές προσεγγίσεις, έχει αναδείξει πρακτικές που σχετίζονται με την ΕΔ (ή/και την ΔΔ), με πλήθος ερευνών να εστιάζει στη διερεύνηση των επιδράσεων τους στην ψυχική και σωματική υγεία και ευεξία τα τελευταία χρόνια.

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν αναδειχθεί όσον αφορά τις επιδράσεις των πρακτικών ΕΔ, ιδίως όσον αφορά τη σημασία της στην αντιμετώπιση της υπερφαγίας και της συναισθηματικής διατροφής, καταστάσεις που συνδέονται στενά με την παχυσαρκία και τις διαταραγμένες συνήθειες διατροφής. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Warren et al., (2017), προσεγγίσεις που ενσωματώνουν την ενσυνειδητότητα και την ΕΔ, φαίνεται να έχουν σημαντικά οφέλη στην αντιμετώπιση της υπερφαγίας, και της συναισθηματικής διατροφής, γεγονός που καθιστά την ΕΔ μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση όσον αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Αντίστοιχα ευρήματα ανέδειξε και η τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Kristeller et al. (2013) η οποία είχε ως στόχο να εξετάσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εκπαίδευσης στην ΕΔ (MB- EAT) στην αντιμετώπιση της αδηφαγικής διαταραχής - binge eating disorder (BED) σε υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα. Στην μελέτη συμμετείχαν 150 άτομα, μέσης ηλικίας 46,6 ετών, το 66% των οποίων πληρούσαν όλα τα κριτήρια διάγνωσης με BED

σύμφωνα με το DSM-IV-R. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε 3 ομάδες: μία ομάδα παρέμβασης ΕΔ (MB-EAT), μια ομάδα ψυχοεκπαιδευτικής/γνωστικής-συμπεριφορικής παρέμβασης (PECB) και μια ομάδα ελέγχου- αναμονής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, οι ομάδες MB- EAT και PECB εμφάνισαν σημαντική βελτίωση έπειτα από 1 και 4 μήνες μετά την παρέμβαση όσον αφορά τις ημέρες επεισοδίων υπερφαγίας ανά μήνα, την Κλίμακα Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge Eating Scale) και τα επίπεδα κατάθλιψης. Τέσσερις μήνες μετά την παρέμβαση, το 95% των ατόμων με BED στην ομάδα MB-EAT δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια BED, σε σύγκριση με το 76% στην ομάδα PECB, ενώ τα επεισόδια υπερφαγίας που σημειώθηκαν ήταν σημαντικά μικρότερα στην ομάδα MB-EAT. Επιπλέον, η παρέμβαση ΕΔ φάνηκε να συμβάλλει στην επίτευξη απώλειας βάρους ($r = -0.38$, $p < 0.05$). Συνολικά οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι οι παρεμβάσεις ΕΔ μπορούν να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμες στην αντιμετώπιση της υπερφαγίας.

Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χώρισε 76 συμμετέχοντες με υπερβαρότητα/παχυσαρκία σε δύο ομάδες. Η ομάδα ελέγχου έλαβε την καθιερωμένη θεραπευτική προσέγγιση (Treatment As Usual – TAU) η οποία περιλάμβανε την επίσκεψη σε ιατρό, τη σύνταξη διατροφικού πλάνου και τη διατροφική εκπαίδευση, ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε την TAU σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ΕΔ (MB-EAT). Η ομάδα παρέμβασης έδειξε στατιστικά σημαντική μείωση της συναισθηματικής διατροφής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, μετά το τέλος της θεραπείας αλλά και έπειτα από χρονικό διάστημα ενός έτους. Η μελέτη δεν βρήκε ωστόσο σημαντικές στατιστικά αλλαγές στο βάρος, την περίμετρο μέσης ή σε άλλους δείκτες υγείας (Morillo-Sarto et al., 2022).

Η παρεμβατική μελέτη των Dallen et al. (2010) είχε ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης ενός προγράμματος ΕΔ στο σωματικό βάρος, τη διατροφική συμπεριφορά καθώς σε ψυχολογικές/ σωματικές παραμέτρους σε άτομα με παχυσαρκία. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 10 άτομα με μέση ηλικία τα 44 έτη. Η παρέμβαση περιελάμβανε έξι εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες, καθώς και δύο μηνιαίες επαναληπτικές συνεδρίες (follow-ups). Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στα επίπεδα ενσυνειδητότητας και γνωστικής αυτοσυγκράτησης όσον αφορά την κατανάλωση τροφής. Επιπλέον, καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές μειώσεις στο σωματικό βάρος, την απώλεια ελέγχου κατανάλωσης τροφής, τα συμπτώματα υπερφαγίας, τα επίπεδα κατάθλιψης και το αντιλαμβανόμενο στρες. Παράλληλα, σημειώθηκε μείωση στα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις ΕΔ μπορούν να

αποδειχθούν ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην απώλεια βάρους, τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και τη μείωση της ψυχικής επιβάρυνσης σε άτομα με παχυσαρκία.

Ακόμη, πρόσφατη συγχρονική μελέτη στην Τουρκία, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΕΔ και γλυκαιμικού ελέγχου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, βρήκε ότι οι συμμετέχοντες με καλή γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1C <7%) παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές αυξημένες τιμες της κλίμακας MEQ-30 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που παρουσίασαν φτωχή ρύθμιση του σακχάρου (HbA1C >9%), με τους ερευνητές να συμπεραίνουν ότι η ένταξη των πρακτικών ΕΔ στην φροντίδα υγείας πιθανόν να παρουσιάζει σημαντικά οφέλη για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη όσον αφορά τον γλυκαιμικό έλεγχο (Erbakan et al., 2024).

Συνοψίζοντας, οι παρεμβάσεις ΕΔ αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε πολλαπλά επίπεδα, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι πρακτικές ΕΔ έχουν συσχετιστεί με σημαντική μείωση των συμπτωμάτων BED , καθώς και της συναισθηματικής διατροφής (Kristeller et al., 2013; Warren et al., 2017; Morillo-Sarto et al., 2022), προάγοντας τη πρόληψη και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Παράλληλα έχουν αναδειχθεί επιδράσεις της ΕΔ στα επίπεδα κατάθλιψης (Dallen et al., 2010; Kristeller et al., 2013) και αντιλαμβανόμενου στρες (Dallen et al., 2010) αν και περισσότερες μελέτες με αυξημένο αριθμό δείγματος είναι απαραίτητες για την διερεύνηση του ρόλου της ΕΔ στην βελτίωση των παραμέτρων ψυχικής υγείας.

Παράλληλα, παρατηρούνται οφέλη της ΕΔ στη βελτίωση του ελέγχου κατανάλωσης τροφής (Dallen et al., 2010) καθώς και την απώλεια βάρους (Dallen et al., 2010; Kristeller et al., 2013) αν και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εξακρίβωση του ρόλου της ΕΔ στην απώλεια βάρους και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο παρεμβάσεις ΕΔ διαφέρουν σε σύγκριση με τις παραδοσιακές διαιτητικές παρεμβάσεις απώλειας βάρους. Τέλος υπάρχουν στοιχεία θετικών επιδράσεων της ΕΔ σε δείκτες σωματικής υγείας, ιδίως σε παχύσαρκα/υπέρβαρα άτομα (Dallen et al., 2010; Erbakan et al., 2024), υποδεικνύοντας τον πιθανό ρόλο της ΕΔ στη προαγωγή της υγείας, τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο.

Κεφάλαιο 3ο: Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας

3.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας

Η ΕΔ αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο στην πρακτική της διατροφής και διαιτολογίας, στα πλαίσια της υποστήριξης των ανθρώπων να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, προωθώντας την σωματική και ψυχική υγεία και ευεξία. Παρόλα αυτά, οι σχετικές μελέτες βρίσκονται σε αρχικά στάδια για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, τόσο για τους παράγοντες που την καθορίζουν, όσο και την επίδραση της στην υγεία και την ευεξία. Ειδικότερα, στην Ελλάδα υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία τα οποία εξερευνούν την ΕΔ, ή τη σχέση της με άλλους παράγοντες, όπως τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής ή τις διατροφικές συνήθειες.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις συσχετίσεις μεταξύ ΕΔ, δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικών τρόπου ζωής, διατροφικών συνηθειών και επιπέδων στρες, σε ενήλικο πληθυσμό της Κρήτης. Παράλληλα, η έρευνα χρησιμοποιεί το πρόσφατα ανεπτυγμένο εργαλείο MEBS-T ως εργαλείο μέτρησης της ΕΔ, επιχειρώντας να διερευνήσει συσχετίσεις και να εντοπίσει πιθανούς προσδιοριστές της ΕΔ, για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό, σε μια προσπάθεια ανάδειξης αξιόπιστων εργαλείων που θα συμβάλλουν στην διεκπεραίωση ορθά μεθοδολογικά ερευνών όσον αφορά την ΕΔ στο μέλλον. Αναλυτικά τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης:

1. Ποια είναι η εγκυρότητα του εργαλείου MEBS-T σε πληθυσμό ενήλικων γυναικών και ανδρών από ημιαστικές και αστικές περιοχές της Κρήτης;
2. Ποιοι είναι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστές της ΕΔ;
3. Ποιοι είναι οι προσδιοριστές ΕΔ αναφορικά με μεταβλητές του τρόπου ζωής (βάρος, κάπνισμα, αλκοόλ, κ.α.);
4. Ποια η συσχέτιση μεταξύ ΕΔ και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής;
5. Πώς σχετίζεται η ΕΔ με τα επίπεδα στρες του ατόμου;

Η κύρια ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας συνοψίζεται ως εξής:

- **Μηδενική υπόθεση (Η0):** Η ΕΔ δεν σχετίζεται με την ποιότητα διατροφής και με το στρες σε ενήλικες άντρες και γυναίκες κατοίκους αστικών και ημιαστικών περιοχών της Κρήτης.

- **Εναλλακτική υπόθεση (Η1):** Η ΕΔ σχετίζεται με την ποιότητα διατροφής και με το στρες σε ενήλικες άντρες και γυναίκες κατοίκους αστικών και ημιαστικών περιοχών της Κρήτης.

3.2. Μεθοδολογία έρευνας

3.2.1. Είδος μελέτης και χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής

Διεξήχθη συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), τα δεδομένα της οποίας συλλέχθηκαν κατά την περίοδο μεταξύ Φεβρουαρίου- Ιουνίου του 2024.

3.2.2. Δείγμα, δειγματοληψία και συλλογή δεδομένων

Το δείγμα της μελέτης αφορά ενήλικές άντρες και γυναίκες, που διαμένουν εντός της Κρήτης. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας και συλλογή δεδομένων μέσω διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διαμοιράστηκε σε μορφή Google Forms, σε τοπικές ομάδες, συλλόγους και φορείς, με τη χρήση των social media ή την επικοινωνία μέσω e-mail. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της έρευνας και έδωσαν την συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή σε αυτη προτού απαντήσουν το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε.

3.2.3. Ηθικά ζητήματα

Το πρωτόκολλο και η μεθοδολογία της έρευνας έλαβαν έγκριση από την επιτροπή Βιοηθηκής του ΕΛΜΕΠΑ, προτού αυτή διεξαχθεί. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της έρευνας και έδωσαν την συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή σε αυτη προτού απαντήσουν το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε στην διαδικτυακή φόρμα. Τηρήθηκε αυστηρά το απόρρητο των δεδομένων των συμμετεχόντων, ενώ οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ανώνυμες.

3.2.4. Εργαλεία μέτρησης

Για τους σκοπούς της έρευνας διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο 55 ερωτήσεων (Παράρτημα 1) το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις αναφορικά με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιείχε το εργαλείο MEBS-T (Mantzios, 2023a), για την αξιολόγηση της ΕΔ, καθώς και τα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία MEDAS και PSS-10 με στόχο την αξιολόγηση της συμμόρφωσης με την Μεσογειακή διατροφή και των επιπέδων στρες αντίστοιχα.

Mindful Eating Behaviour Scale – Trait (MEBS – T) (Mantzios, 2023a)

Η κλίμακα αποτελείται από 8 ερωτήσεις που αξιολογούν τους δύο τομείς της συμπεριφορας ενσυνείδητης διατροφής. Οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις αφορούν την «Αισθητηριακή προσοχή» (“Sensory Awareness”) ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις την «Μη-επικριτική επίγνωση» (“Non-judgmental Awareness”). Πρόκειται για περιγραφικούς παράγοντες οι οποίοι συνάδουν με την θεωρία της ενσυνειδητότητας και της ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς. Περιλαμβάνονται ερωτήσεις του τύπου «Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω» και «Όταν τρώω, ξεπερνώ άσχετες σκέψεις ή/και συναισθήματα επικεντρώνοντας στο φαγητό και στην αίσθηση του φαγητού», ενώ χρησιμοποιείται μια κλίμακα Likert 4 βαθμών που κυμαίνονται από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 4 (συμφωνώ απόλυτα). Τέλος, πρόσφατα αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο του εργαλείο, μαζί με την εκδοχή του MEBS-State, φάνηκε να αποτελούν σημαντικούς και αντανακλαστικούς δείκτες της ΕΔ (Mantzios et al, 2023a).

14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) (Schröder et al., 2011)

Το εργαλείο αποτελείται από 14 ερωτήσεις σχετικά με τις κύριες ομάδες τροφίμων που αποτελούν μέρος της Μεσογειακής διατροφής και έχει αξιολογηθεί συγκριτικά με ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ) αποτελούμενο από 136 στοιχεία. Το ερωτηματολόγιο έχει αξιολογηθεί ως έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την σύντομη εκτίμηση της συμμόρφωσης με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, ενώ έχει σταθμιστεί και

εγκριθεί για την χρήση του στον ελληνικό πληθυσμό (García-Conesa et al., 2020). Το εργαλείο MEDAS έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε ερευνητικές μελέτες για την αξιολόγηση των διατροφικών προτύπων και την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σχέση μεταξύ της τήρησης της μεσογειακής διατροφής και των διαφόρων αποτελεσμάτων υγείας. Χρησιμεύει ως πρακτικό και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της τήρησης της μεσογειακής διατροφής σε άτομα και πληθυσμούς.

Perceived Stress Scale (PSS) / (PSS-10) (Cohen, Kamarck and Mermelstein (1983)

Πρόκειται για το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση των επιπέδων στρες. Η αρχική του μορφή αποτελείται από 14 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την αντίληψη των στρεσογόνων εμπειριών στη ζωή του ατόμου, ζητώντας από τον ερωτώμενο να βαθμολογήσει τη συχνότητα των συναισθημάτων και των σκέψεών του που σχετίζονται με γεγονότα και καταστάσεις που συνέβησαν τον προηγούμενο μήνα, ενώ έχουν επίσης αναπτυχθεί και πιο σύντομες εκδοχές του όπως το PSS-4 και το PSS-10. Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση PSS-10. Υψηλές βαθμολογίες του εργαλείου έχουν συσχετιστεί με υψηλότερους βιοδείκτες στρες, όπως η κορτιζόλη, ενώ η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του έχουν αξιολογηθεί σε πλήθος χωρών, ανάμεσα τους και η Ελλάδα (Andreou et al., 2011).

Άλλες μετρήσεις

Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε από το αυτο-αναφερόμενο βάρος και ύψος των συμμετεχόντων.

3.2.5. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικου IBM SPSS Statistics 19.

Για την περιγραφική στατιστική, υπολογίστηκαν τα μέτρα θέσης και διασποράς για τις ποσοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι σχετικές συχνότητες. Με τη χρήση του λογισμικού, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιώντας το τεστ των Shapiro-Wilk.

Για την ανάλυση της αξιοπιστίας του εργαλείου MEBS-T, υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's a, τόσο για την κλίμακα στο σύνολό της αλλά και τις δύο υποκλίμακες του εργαλείου ξεχωριστά. Επιπλέον, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτηση της κάθε υποκλίμακας. Τέλος υπολογίστηκε ο βαθμός συσχέτισης κάθε πρότασης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων προτάσεων-μεταβλητών (item-total correlation) της κάθε υποκλίμακας, με στόχο να διαπιστωθεί πιθανή αρνητική επίδραση κάποιας μεμονωμένης ερώτησης στην αξιοπιστία των μετρήσεων.

Για την επαγωγική στατιστική, διενεργήθηκαν μη παραμετρικά τεστ λόγω μη κανονικής κατανομής. Συγκεκριμένα, για την εξερεύνηση συσχετίσεων της ΕΔ με ποσοτικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία, ΔΜΣ, MEDAS score, PSS score), χρησιμοποιήθηκε το τεστ Spearman. Για τις ποιοτικές μεταβλητές, εφαρμόστηκαν το τεστ Mann-Whitney (π.χ. φύλο, χρήση συμπληρωμάτων διατροφής) και το τεστ Kruskal-Wallis (για όλες τις υπόλοιπες ποιοτικές μεταβλητές, όπως τόπος κατοικίας, επίπεδο εκπαίδευσης, τύπος διατροφής, κ.τ.λ.). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

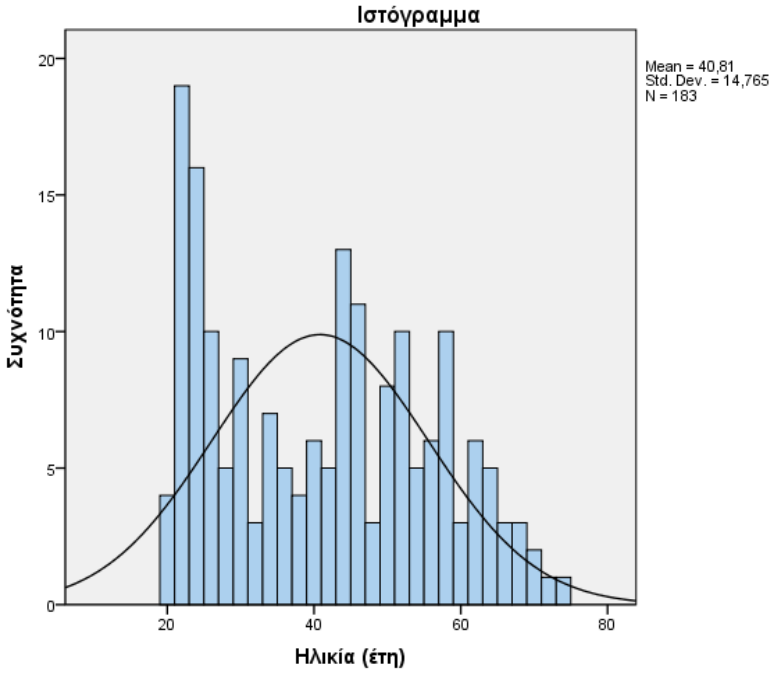
Κεφάλαιο 4ο: Αποτελέσματα

4.1. Περιγραφική στατιστική

4.1.1. Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 183 συμμετέχοντες (n=183). Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 3.**

Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (66.7%). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 40.8 έτη, η διάμεσος 42,0 και η τυπική απόκλιση 14,8. Η ελάχιστη τιμή για την ηλικία ήταν τα 20 έτη, ενώ η μέγιστη τα 73 έτη. Οι τιμές για την ηλικία δεν φάνηκε να ακολουθούν κανονική κατανομή, έπειτα από διενέργεια του τεστ των Shapiro-Wilk (p≤0,05) **(Διάγραμμα 1).**



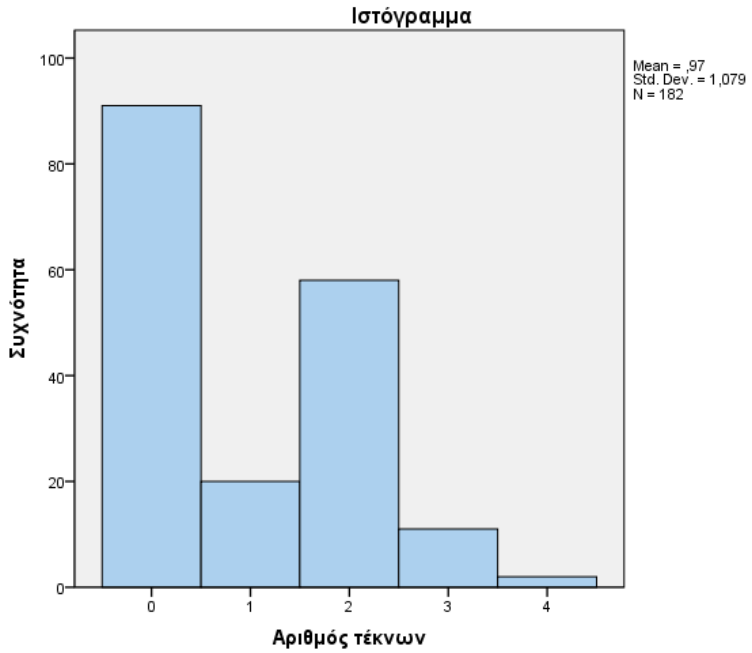
Διάγραμμα 1. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ηλικία των συμμετεχόντων.*

Πίνακας 3. *Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά δείγματος.*

Μεταβλητές	Ποσοστά (%)
Φύλο	
Άντρες	33,3
Γυναίκες	66,7
Ηλικία	
έως 25 ετών	23,0
26-35 ετών	19,1
36-45 ετών	18,6
46-55 ετών	19,7
56-65 ετών	14,8
άνω των 65 ετών	4,9
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	45,9
Έγγαμοι	42,6
Διαζευγμένοι	8,7
Χήροι	2,7
Αριθμός παιδιών	
0	50,0
1	11,0
2	31,9
>3	7,1
Νομός Κατοικίας	
Ηρακλείου	52,5
Λασιθίου	35,0
Χανίων	8,2
Ρεθύμνου	4,4
Περιοχή κατοικίας	
Πόλη	76,0
Κωμόπολη	12,0
Χωριό/οικισμός	12,0
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές	32,8
Πανεπιστημιακές σπουδές	48,1
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και Άλλα	19,1
Επαγγελματική κατάσταση	
Δημόσιοι υπάλληλοι	27,3
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	20,8
Φοιτητές	16,9
Ελεύθεροι επαγγελματίες	12,0
Συνταξιούχοι	8,2
Αγρότες	8,2
Άνεργοι	6,6
Ώρες εργασίας ανά ημέρα	

	0 ώρες	25,7
	<6 ώρες	10,9
	6-8 ώρες	27,3
	>8 ώρες	36,1

Το 45,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν άγαμοι, το 42,6% έγγαμοι ή με σύμφωνο συμβίωσης, το 8,7% διαζευγμένοι, και το 2,7% χήροι. Ο μέσος αριθμός παιδιών ήταν 1,0 με τυπική απόκλιση 1,08, διάμεσο 0,5, ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 4 **(Διάγραμμα 2).**



Διάγραμμα 2. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τον αριθμό παιδιών των συμμετεχόντων.*

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατοικούν στον νομό Ηρακλείου (52,5%). Ακολουθεί ο νομός Λασιθίου (35,0%), ο νομός Χανίων (8,2%) και τέλος ο νομός Ρεθύμνου (4,4%).Το 76,0% των συμμετεχόντων είναι κάτοικοι πόλεων, το 12,0% κατοικούν σε κωμόπολη και το 12,0% σε χωριό ή οικισμό.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΑΕΙ ή ΤΕΙ) (48,1%). Το 32,8 % δήλωσαν απόφοιτοι μεταπτυχιακής/ διδακτορικής εκπαίδευσης, το 11.5% δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου, το 6.6%

απόφοιτοι ΙΕΚ, το 0,6% απόφοιτοι γυμνασίου, ενώ το 0,6% δήλωσαν απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης (Δημοτικό σχολείο).

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, το 27,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι, το 20,8% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 16,9% φοιτητές, το 12,0% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 8,2% συνταξιούχοι, το 8,2% αγρότες, ενώ το 6,6% δήλωσαν άνεργοι.

Σχετικά με τις ώρες εργασίας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (36,1%) δήλωσαν ότι εργάζονται >8 ώρες την ημέρα, το 27,3% ότι εργάζονται 6-8 ώρες, το 25,7% ότι δεν εργάζονται, ενώ το 10,9% δήλωσε ότι εργάζεται <6 ώρες την ημέρα.

4.1.2. Χαρακτηριστικά τρόπου ζωής

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης σχετικά με τα χαρακτηριστικά τρόπου ζωής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 4).**

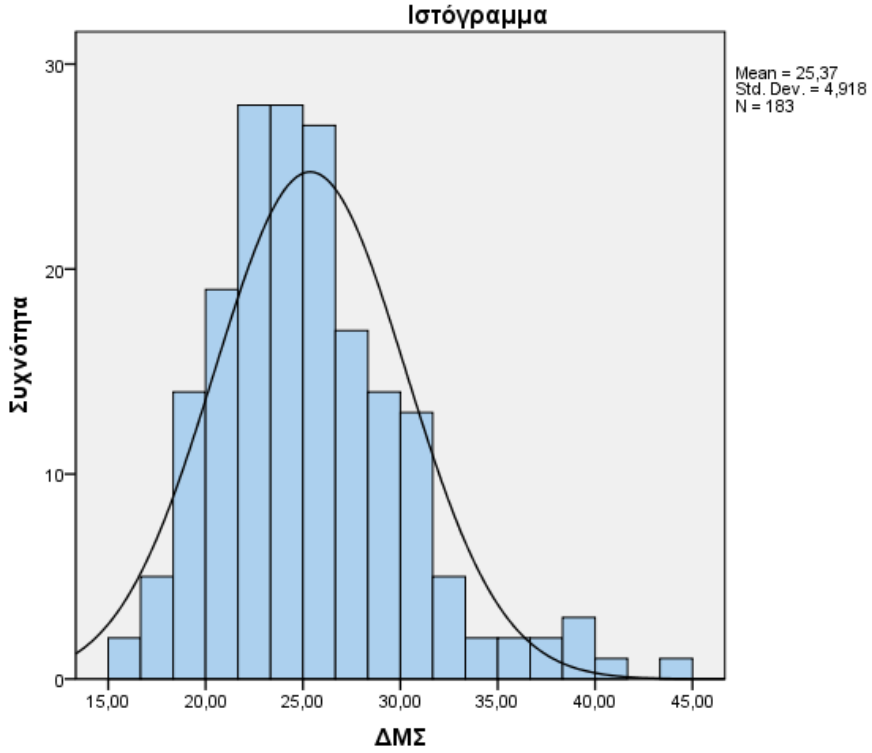
Πιο αναλυτικά, ο μέσος όρος ΔΜΣ των συμμετεχόντων υπολογίστηκε ίσος με 25,4 kg/m^2, η διάμεσος 24,8 και η τυπική απόκλιση 4,9. Η ελάχιστη τιμή ΔΜΣ ήταν 15,6 kg/m^2 και η μέγιστη 43,8 kg/m^2. Ο έλεγχος κανονικότητας με τη διενέργεια του τεστ Shapiro-Wilk έδειξε ότι οι τιμές δεν ΔΜΣ δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (p≤0,05) (**Διάγραμμα 3**).

Πίνακας 4. *Χαρακτηριστικά τρόπου ζωής συμμετεχόντων.*

Μεταβλητές	Ποσοστά (%)
ΔΜΣ	
Ελλειποβαρείς	4,9
Φυσιολογικό βάρος	47,5
Υπέρβαροι	31,7
Παχύσαρκοι	15,9
Χρόνος ΣΔ/ εβδομάδα	
>6 ώρες	13,3
4-6 ώρες	15,5
2-4 ώρες	22,7
1-2 ώρες	23,2
<1 ώρα	25,4
Κύριο είδος ΣΔ	
Γυμναστήριο	23,4
Γυμναστική στο σπίτι	11,1

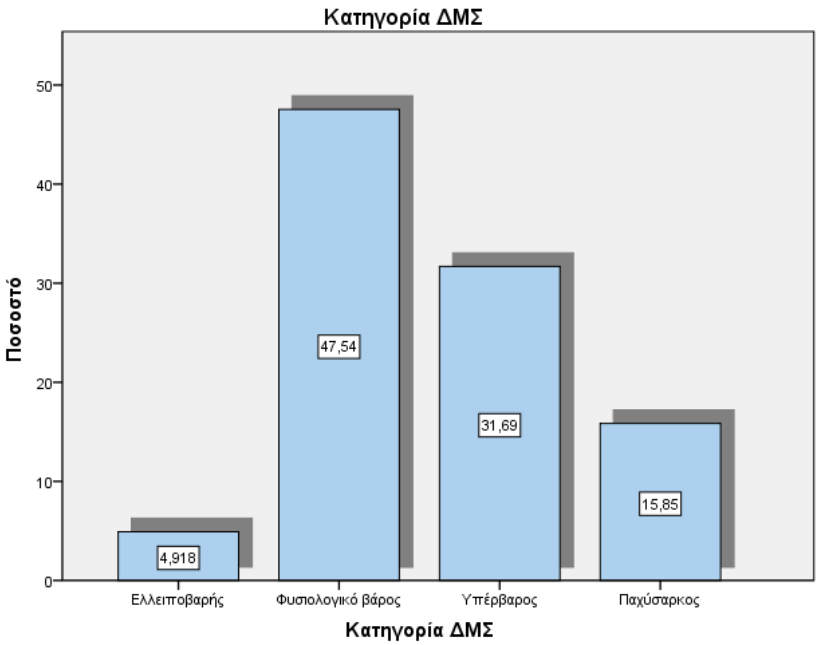
Πεζοπορία	36,8
Κολύμβηση	7,6
Χορός	4,7
Αθλήματα (π.χ. μπάσκετ, ποδόσφαιρο)	2,9
Τρέξιμο	2,9
Άλλο	10,5
Χρόνος σε οθόνη/ημέρα (εκτός εργασίας)	
>6 ώρες	12,6
4-6 ώρες	19,2
2-4 ώρες	27,5
1-2 ώρες	27,5
< 1 ώρα	13,2
Χρόνος σε social media (SM) ή/και internet /ημέρα	
>3 ώρες	22,0
2-3 ώρες	20,9
1-2 ώρες	30,2
<1 ώρες	26,9
Χρήση SM/internet για διατροφική ενημέρωση	
Πολύ συχνά	8,7
Συχνά	19,7
Μερικές φορές	52,5
Ποτέ	19,1
«Θεωρείτε ότι τρέφεστε υγιεινά;»	
Ναι	43,7
Όχι	8,7
Θα μπορούσα καλύτερα	47,5
Τύπος διατροφής	
Δεν ακολουθώ συγκεκριμένη διατροφή/ Τρώω τα πάντα	73,8
Χορτοφαγική διατροφή (Vegetarian)	4,9
Αυστηρά χορτοφαγικά διατροφή (vegan)	0,5
Περιοριστική διατροφή για απώλεια βάρους	9,8
Συγκεκριμένη διατροφή για λόγους υγείας	6,0
Συγκεκριμένη διατροφή καθώς αθλούμαι	4,9
Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής	
Ναι	32,2
Όχι	67,8
Ώρες ύπνου/νύχτα	
>9 ώρες	1,1
7-9 ώρες	47,5
5-7 ώρες	48,6
<5 ώρες	2,7
Κάπνισμα	
Ναι, καπνίζω τακτικά	18,6
Ναι, καπνίζω περιστασιακά	10,4
Όχι, δεν καπνίζω	47,5
Όχι, αλλά έχω καπνίσει στο παρελθόν	23,5

Κατανάλωση αλκοόλ	
Ναι, πίνω αλκοόλ τακτικά	7,7
Ναι, πίνω αλκοόλ περιστασιακά	61,5
Όχι, δεν καταναλώνω αλκοόλ	24,2
Όχι, δεν καταναλώνα αλκοόλ, αλλά έχω καταναλώσει στο παρελθόν	6,6



Διάγραμμα 3. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για ΔΜΣ συμμετεχόντων.*

Επιπλέον ο ΔΜΣ των συμμετεχόντων ταξινομήθηκε σε κατηγορίες, όπως παρουσιάζεται στο **Διάγραμμα 4.** Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικό βάρος (47,5%). Το 31,7% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι, το 15,9% παχύσαρκοι και το 4,9% ελλειποβαρείς.



Διάγραμμα 4. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες ΔΜΣ.*

Το 25,4% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι γυμνάζονται <1 ώρα την εβδομάδα. Το 23,2% δήλωσε ότι γυμνάζεται 1-2 ώρες την εβδομάδα, το 22,7% ότι γυμνάζεται 2-4 ώρες, το 15,5% ότι γυμνάζεται 4-6 ώρες, ενώ το 13,3% δήλωσε ότι γυμνάζεται >6 ώρες την εβδομάδα.

Όσον αφορά τον τύπο σωματικής δραστηριότητας, το 36,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ασχολείται με την πεζοπορία, το 23,4% ότι αθλείται στο γυμναστήριο, το 11,1% ότι κάνει γυμναστική στο σπίτι, το 7,6% ότι κάνει κολύμβυση, το 4,7% ότι ασχολείται με τον χορό, το 2,9% με αθλήματα (π.χ. μπάσκετ, ποδόσφαιρο), το 2,9% με το τρέξιμο και το 10,5% ότι ασχολούνται με κάποια άλλη μορφή άσκησης.

Σχετικά με το χρόνο που καταναλώνεται μπροστά στην οθόνη (εκτός εργασίας), το 27,5% δήλωσε ότι αφιερώνει 1-2 ώρες την ημέρα, το 27,5% ότι αφιερώνει 2-4 ώρες, το 19,2% ότι αφιερώνει 4-6 ώρες, το 13,2% ότι αφιερώνει <1 ώρα, ενώ το 12,6% ότι αφιερώνει >6 ώρες.

Όσον αφορά τις συνήθειες ύπνου, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (48,6%) δήλωσαν ότι συμπληρώνουν 5-7 ώρες ύπνου κάθε νύχτα. Το 47,54% δήλωσε ότι συμπληρώνει 7-9 ώρες ύπνου, το 2,7% ότι κοιμάται λιγότερο <5 ώρες, ενώ το 1,1% ότι κοιμάται >9 ώρες ανά νύχτα.

Στο ερώτημα σχετικά με το εάν καπνίζουν, το 47,5% δήλωσε ότι δεν καπνίζει, το 23,5% ότι δεν καπνίζει αλλά κάπνιζε στο παρελθόν, το 18,6% ότι καπνίζει τακτικά, ενώ το 10,4% ότι καπνίζει περιστασιακά.

Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, η πλειοψηφία δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ περιστασιακά (61,6%). Το 24,2% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει αλκοόλ, το 7,7% ότι καταναλώνει τακτικά αλκοόλ, ενώ το 6,6% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει αλκοόλ αλλά έχει καταναλώσει στο παρελθόν

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής, το 67,8% των συμμετεχόντων απάντησαν αρνητικά, ενώ το 32,2% απάντησε θετικά.

Όσον αφορά τον τύπο διατροφής που ακολουθείται, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο τύπο διατροφής (73,8%). Το 9,8% δήλωσαν ότι συνήθως ακολουθούν περιοριστική δίαιτα με στόχο την απώλεια βάρους, το 6,0% ότι ακολουθούν συγκεκριμένη δίαιτα για λόγους υγείας, το 4,9% ότι ακολουθούν χορτοφαγική διατροφή (vegetarian), το 4,9% ότι ακολουθούν συγκεκριμένη διατροφή καθώς αθλούνται, ενώ το 0,5% ότι ακολουθεί αυστηρή χορτοφαγική διατροφή (vegan).

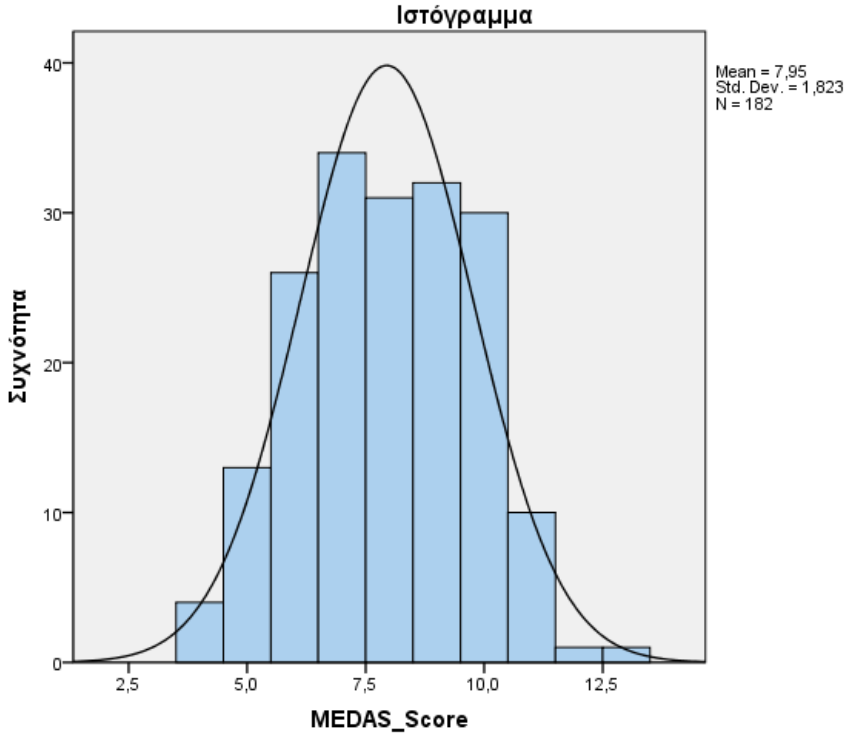
Στο ερώτημα αν πιστεύουν ότι σε γενικές γραμμές τρέφονται υγιεινά, το 43,7% των συμμετεχόντων απάντησαν θετικά, το 8,7% απάντησαν αρνητικά, ενώ το 47,5% απάντησαν ότι θα μπορούσαν καλύτερα**.**

Όσον αφορά τον χρόνο που δαπανάται στα social media και το διαδίκτυο στον ελεύθερο χρόνο, το 30,2% δήλωσε ότι αφιερώνει 1-2 ώρες την ημέρα, το 26,9% ότι αφιερώνει <1 ώρα, το 22,0% ότι αφιερώνει >3 ώρες και το 20,9% ότι αφιερώνει 2-3 ώρες την ημέρα.

Τέλος, αναφορικά με την χρήση των social media ή και το διαδίκτυο για την ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή, το 52,5% δήλωσε ότι τα χρησιμοποιεί μερικές φορές, το 19,7% ότι τα χρησιμοποιεί συχνά, το 19,1% ότι δεν τα χρησιμοποιεί ποτέ, ενώ το 8,7% ότι τα χρησιμοποιεί αρκετά συχνά.

4.1.3. Συμμόρφωση με Μεσογειακή διατροφή (MEDAS), Αντιλαμβανόμενο στρες (PSS) και Ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά (MEBS-T)

Ο μέσος όρος των scores της κλίμακας MEDAS υπολογίστηκε ίσος με 8,0 (Ελάχιστη – Μεγιστη δυνατή τιμή: 0-14). Η διάμεσος ήταν 8,0 και η τυπική απόκλιση 1,8. Η ελάχιστη τιμή του MEDAS score ήταν 4,0 και η μέγιστη 13,0 Για τις τιμές των MEDAS scores δεν παρατηρήθηκε κανονική κατανομή (p≤0,05) μετά από διενέργεια του τεστ των Shapiro-Wilk **(Διάγραμμα 5).** Στον **Πίνακα 5** παρουσιάζονται αναλυτικά οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων στις προτάσεις της Κλίμακας MEDAS.



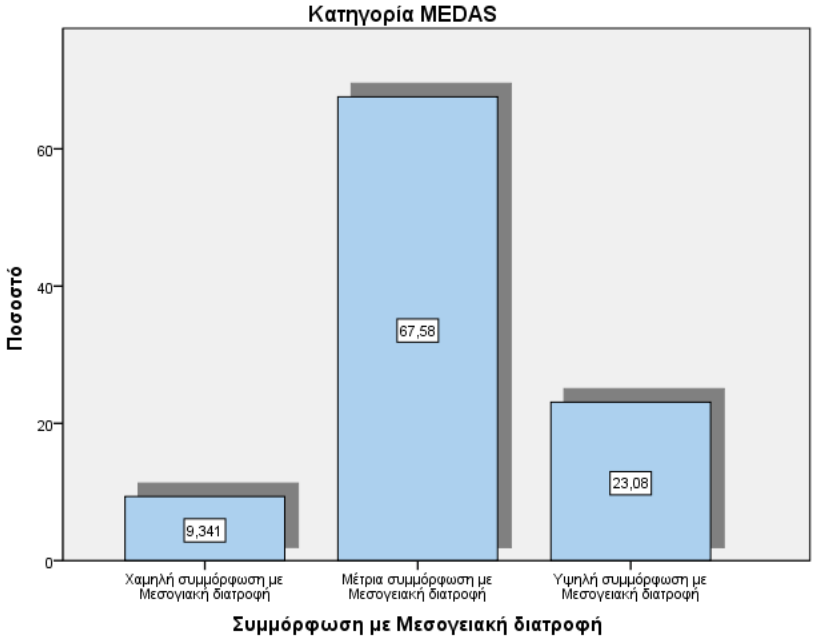
Διάγραμμα 5. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του MEDAS score.*

Επιπλέον, με βάση τα scores της κλίμακας MEDAS οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε ομάδες χαμηλής συμμόρφωσης (score: 0-5), μέτριας συμμόρφωσης (score: 6-9) και υψηλής συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή διατροφή (score: 10-14). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφάνισε μέτρια συμμόρφωση με τη Μεσογειακή διατροφή (67,6%). Το 23,1% των συμμετεχόντων εμφάνισε υψηλή συμμόρφωση ενώ το 9,3% χαμηλή συμμόρφωση **(Διάγραμμα 6).**

Πίνακας 5. *Κατανομή αποκρίσεων στις 14 προτάσεις της κλίμακας συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή διατροφή (Mediterranea Diet Adherence Screener, MEDAS)*

Προτάσεις κλίμακας MEDAS	**Ποσοστά (%)**
1. Χρησιμοποιείτε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λίπους για το μαγείρεμα;	
Όχι	2,2
Ναι	97,8
2. Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου του ελαιόλαδου που χρησιμοποιείτε για το τηγάνισμα, τις σαλάτες, τα γεύματα έξω από το σπίτι κ.λπ.);	
3 κ.σ. ή λιγότερο	45,4
4 κ.σ. ή *περισσότερο*	54,6
3. Πόσες μερίδες λαχανικών καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 200g, γαρνιτούρες 1/2 μερίδα)	
1 ή λιγότερο	47,0
2 ή περισσότερες	53,0
4. Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;	
2 ή λιγότερες	78,1
3 ή περισσότερες	21,9
5. Πόσες μερίδες κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 100-150g)	
1 ή περισσότερες	22,0
Λιγότερο από 1	20,9
6. Πόσες μερίδες βούτυρο, μαργαρίνη ή άλλη λιπαρή ύλη καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 12 g)	
1 ή περισσότερες	15,3
Λιγότερο από 1	84,7
7. Πόσα αναψυκτικά ανθρακούχα ή/και με ζάχαρη καταναλώνετε ανά ημέρα;	
1 ή περισσότερα	9,8
Λιγότερο από 1	90,2
8. Πίνετε κρασί; Πόσο καταναλώνετε ανά εβδομάδα;	
6 ποτήρια ή λιγότερο	95,6
7 ποτήρια ή περισσότερο	4,4
9. Πόσες μερίδες από όσπρια καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα : 150g)	
2 ή λιγότερες	73,8
3 ή περισσότερες	26,2
10. Πόσες μερίδες ψαριών / θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 100-150 g ψαριών, 4-5 κομμάτια ή 200 g θαλασσινών)	
2 ή λιγότερες	95,1
3 ή περισσότερες	4,9
11. Πόσες φορές καταναλώνετε γλυκά του εμπορίου (όχι σπιτικά), όπως κουλουράκια, κέικ, ανά εβδομάδα;	
2 ή περισσότερες	33,3
Λιγότερες από 2	66,7
12. Πόσες φορές καταναλώνετε ξηρούς καρπούς ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 30 g)	
2 ή λιγότερες	63,4
3 ή περισσότερες	36,6
13. Προτιμάτε να τρώτε κοτόπουλο, γαλοπούλα ή κουνέλι αντί για μοσχαρίσιο κρέας, χοιρινό, χάμπουργκερ ή λουκάνικα;	

	Όχι	24,0
	Ναι	76,0
14. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα πιάτα με σάλτσα από ντομάτα, κρεμμύδι, πράσο ή σκόρδο μαγειρεμένα σε ελαιόλαδο;		
	1 ή λιγότερες	15,4
	2 ή περισσότερες	84,6

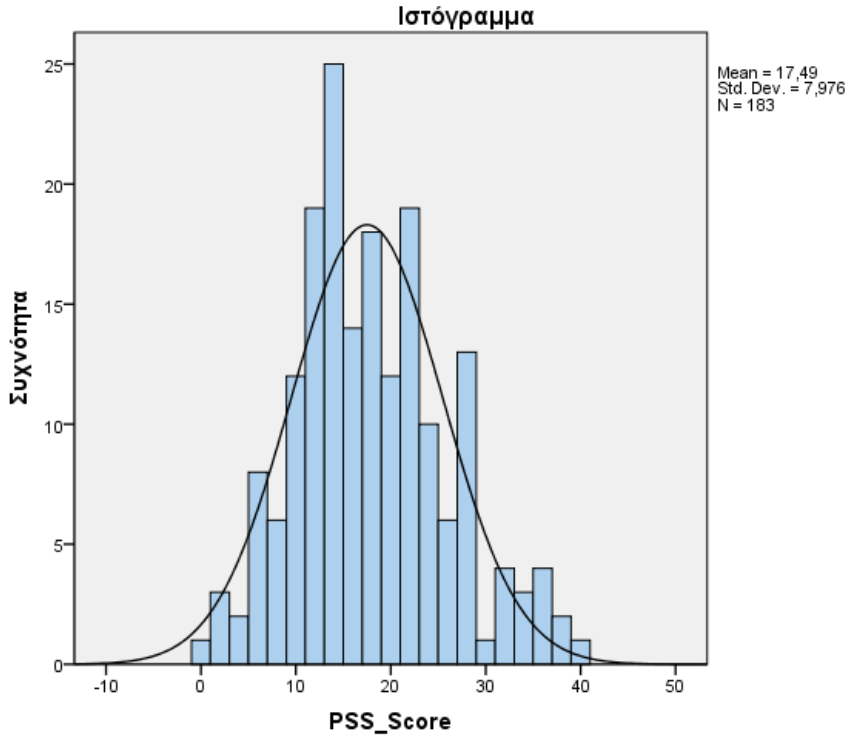


Διάγραμμα 6. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες συμμόρφωσης με Μεσογειακή διατροφή.*

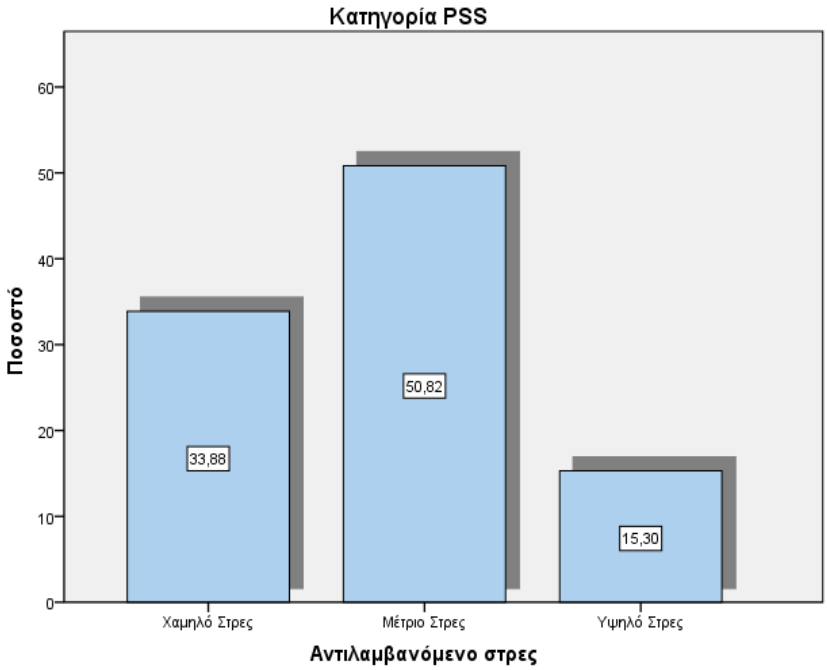
Όσον αφορά τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες, ο μέσος όρος των PSS scores ήταν 17,5. (Ελάχιστη – Μεγιστη δυνατή τιμή: 0-40). Η διάμεσος υπολογίστηκε ίση με 17,0 και η τυπική απόκλιση 8,0. Η ελάχιστη τιμή ήταν 0,0 και η μέγιστη τιμή 40,0. Για τις τιμές των PSS scores δεν παρατηρήθηκε κανονική κατανομή ($p \leq 0,05$) μετά από διενέργεια του τεστ των Shapiro-Wilk **(Διάγραμμα 7)**. Στον **Πίνακα 6** παρουσιάζονται αναλυτικά οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων στις προτάσεις της Κλίμακας PSS-10.

Επιπλέον, με βάση τα scores της κλίμακας PSS-10 οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε ομάδες χαμηλού στρες (score: 0-13), μέτριου στρες (score: 14-26) και υψηλού στρες (score: 27-40). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφάνισε μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες

(50,8%). Το 33,9% των συμμετεχόντων εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα και το 15,3% υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες **(Διάγραμμα 8).**



Διάγραμμα 7. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του PSS-10 score.*



Διάγραμμα 8. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες με βάση το αντιλαμβανόμενο στρες.*

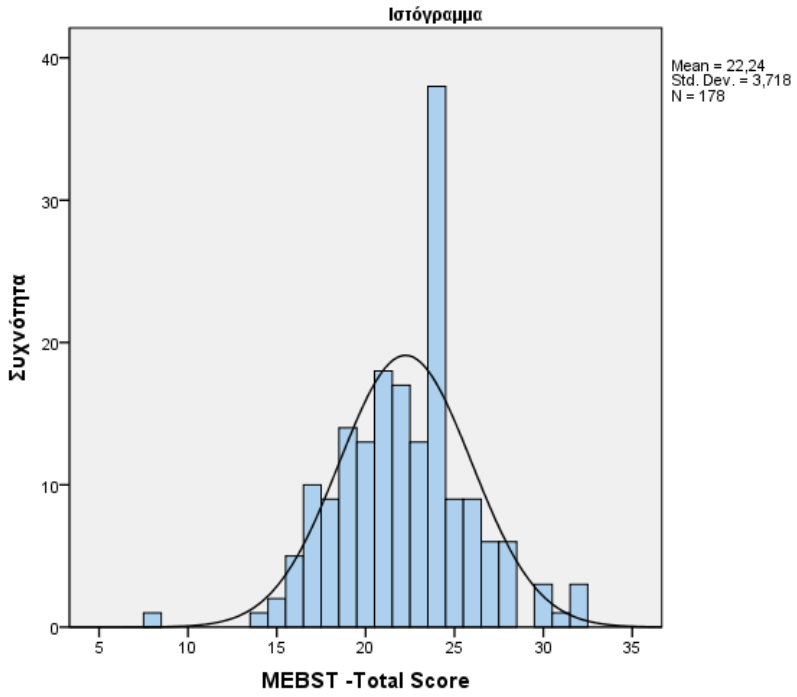
Πίνακας 6. *Κατανομή αποκρίσεων στις 10 προτάσεις της κλίμακας Αντιλαμβανόμενου Στρες (Perceived Stress Scale-10 , PSS-10).*

Προτάσεις κλίμακας PSS-10	**Ποσοστά (%)**				
	Ποτέ	***Σπάνια***	***Μερικές φορές***	***Αρκετά συχνά***	***Συχνά***
1. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αναστατωθήκατε επειδή κάτι συνέβη απροσδόκητα;	5,5	23,0	37,7	23,5	10,4
2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ανίκανος(-η) να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;	15,8	34,4	29,5	13,7	6,6
3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε νευρικός(-η) και "αγχωθήκατε";	3,3	19,1	36,1	25,1	16,4
4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε σιγουριά για την ικανότητα σας να χειριστείτε προσωπικά προβλήματά;	3,8	12,6	29,0	36,1	18,6
5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι όλα πήγαιναν όπως τα θέλετε;	6,6	15,3	36,1	34,4	7,7
6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι δεν θα μπορούσατε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;	10,4	33,9	32,2	14,2	9,3
7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ικανός(-ή) να ελέγξετε διάφορα ερεθίσματα (προκλήσεις) στη ζωή σας;	2,7	14,8	35,0	36,6	10,9
8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι είστε "κύριος(-α)" των καταστάσεων;	4,4	14,8	31,7	34,4	14,8
9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οργιστήκατε επειδή τα πράγματα ξέφυγαν από τον έλεγχο σας;	14,2	36,1	24,0	17,5	8,2
10. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι συσσωρεύτηκαν τόσες δυσκολίες σε σημείο που δεν θα μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	18,0	42,6	18,0	12,6	8,7

Όσον αφορά την κλίμακα Ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς, ο μέσος όρος των MEBS-T scores των συμμετεχόντων ήταν 22,2 (Ελάχιστη – Μεγιστη δυνατή τιμή: 0-32). Η διάμεσος υπολογίστηκε ίση με 22,0 και η τυπική απόκλιση 3,7. Η ελάχιστη τιμή ήταν 8,0 και η μέγιστη τιμή 32,0. Για τις τιμές των MEBS-T scores δεν παρατηρήθηκε κανονική κατανομή ($p \leq 0,05$) μετά από διενέργεια του τεστ των Shapiro-Wilk **(Διάγραμμα 9)**. Στον **Πίνακα 7**, παρουσιάζονται αναλυτικά οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων στις προτάσεις της Κλίμακας MEDAS.

Πίνακας 7*. Κατανομή αποκρίσεων στις 8 προτάσεις της κλίμακας Ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς (Mindful Eating Behaviour Scale - Trait, MEBS-T)*

Προτάσεις κλίμακας MEBS-T	**Ποσοστά (%)**			
	Διαφωνώ Απόλυτα	***Διαφωνώ***	***Συμφωνώ***	***Συμφωνώ Απόλυτα***
1. Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω.	1,6	12,0	63,9	22,4
2. Παρατηρώ τη μυρωδιά, την υφή ή/και τα χρώματα του φαγητού που τρώω.	2,2	13,7	60,1	24,0
3. Επικεντρώνομαι σε αυτό που τρώω.	2,7	24,6	57,4	15,3
4. Γεύομαι πλήρως κάθε μπουκιά που τρώω.	1,6	28,4	58,5	11,5
5. Παρατηρώ σκέψεις ή/και συναισθήματα που δεν σχετίζονται με το φαγητό μου, αλλά ξαναστρέφω την προσοχή μου στο φαγητό και στην εμπειρία του φαγητού.	3,8	36,8	50,5	8,8
6. Όταν τρώω, έχω σκέψεις ή/και συναισθήματα, αλλά συνεχίζω να επικεντρώνομαι ξανά στο φαγητό.	5,5	37,0	51,4	6,1
7. Διατηρώ την προσοχή μου στο τι τρώω, παρόλο που αντιλαμβάνομαι σκέψεις ή/και συναισθήματα ενώ τρώω.	5,0	32,8	54,4	7,8
8. Όταν τρώω, ξεπερνώ άσχετες σκέψεις ή/και συναισθήματα επικεντρώνοντας στο φαγητό και στην αίσθηση του φαγητού.	7,8	37,2	46,7	8,3



Διάγραμμα 9. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του PSS-10 score.*

Τέλος, στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται τα μέτρα θέσης και διασποράς για τα scores των κλιμάκων MEDAS, PSS-10 και MEBS-T (συμπεριλαμβανομενων των υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη Κριτικής Επίγνωσης) **(Πίνακας 8)**.

Πίνακας 8. *Μέτρα θέσης και διασποράς για scores κλιμάκων MEDAS, PSS-10, MEBS-T (& υποκλίμακες).*

Κλίμακες	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
MEDAS	8,0	8,0	1,8	4,0	13,0
PSS-10	17,5	17,0	8,0	0,0	40,0
MEBS-T	22,2	22,0	3,7	8,0	32,0
- **Υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής**	11,8	12,0	2,2	4,0	16,0
- **Υποκλίμακα**	10,5	11,0	2,2	4,0	16,0

4.2. Ανάλυση αξιοπιστίας κλίμακας MEBS-T για χρήση σε ελληνικό (κρητικό) πληθυσμό

4.2.1. Ανάλυση αξιοπιστίας συνολικής κλίμακας MEBS-T (κλίμακα Mindful Eating Behaviour) (Προτάσεις 1-8)

Κατά την διαδικασία ανάλυσης της αξιοπιστίας της κλίμακας MEBS-T, από το σύνολο των 183 συμμετεχόντων, αφαιρέθηκαν 5 συμμετέχοντες λόγω έλλειψης δεδομένων (missing values). Η τελική ανάλυση αξιοπιστίας της πραγματοποιήθηκε για αριθμό δείγματος 178 ατόμων.Ο δείκτης Cronbach's Alpha για την κλίμακα MEBS-T, (Προτάσεις 1-8) υπολογίστηκε ίσος με 0,83. Η τιμή αυτή θεωρείται ικανοποιητική (> 0,7) και δείχνει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας.

Στον **Πίνακα 9** παρατηρείται πως οι προτάσεις της κλίμακας με τις οποίες οι συμμετέχοντες συμφωνούν περισσότερο είναι η Πρόταση 1 (*Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω*) και η Πρόταση 2 (*Παρατηρώ τη μυρωδιά, την υφή ή/και τα χρώματα του φαγητού που τρώω*). Γενικότερα οι συμμετέχοντες φαίνεται να συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμο με τις προτάσεις της πρώτης υποκλίμακας (Προτάσεις 1-4) σε σχέση με αυτές της δεύτερης υποκλίμακας (Προτάσεις 5-8).

Πίνακας 9. *Μέσοι όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της κλίμακας MEBS-T.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q1	3,07	0,647	178
Q2	3,06	0,682	178
Q3	2,86	0,703	178
Q4	2,79	0,661	178
Q5	2,66	0,697	178
Q6	2,58	0,694	178

Q7	2,65	0,699	178
Q8	2,56	0,751	178

Όσον αφορά τη συσχέτιση κάθε πρότασης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων προτάσεων-μεταβλητών, η οποία έχει υπολογιστεί με το δείκτη γραμμικής συσχέτισης r του Pearson, παρατηρείται ότι οι τιμές του δείκτη συσχέτισης κυμαίνονται από +0,456 (Πρόταση Q6) μέχρι +0,633 (πρόταση Q4). Όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από +0,3, κατά συνέπεια έχουμε ακόμη μία ένδειξη ότι η εσωτερική συνοχή της κλίμακας είναι υψηλή. Παράλληλα, η αφαίρεση κάποιας από τις προτάσεις- μεταβλητές δεν φαίνεται να μεταβάλλει σημαντικά τον δείκτη Cronbach's Alpha **(Πίνακας 10)**.

Πίνακας 10. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q1	19,17	11,101	0,534	0,808
Q2	19,18	10,984	0,525	0,809
Q3	19,38	10,520	0,616	0,796
Q4	19,45	10,656	0,633	0,795
Q5	19,58	11,069	0,489	0,814
Q6	19,66	11,221	0,456	0,818
Q7	19,59	10,560	0,611	0,797
Q8	19,68	10,660	0,530	0,809

4.2.2. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής – Sensory Awareness (Προτάσεις 1-4)

Κατά την διαδικασία ανάλυσης της αξιοπιστίας της υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής (Προτάσεις 1-4), ο αριθμός του δείγματος ήταν το σύνολο των 183 συμμετεχόντων, καθώς δεν υπήρξαν ελλείπουσες τιμές στις πρώτες 4 προτάσεις της κλίμακας MEBS-T. Ο δείκτης Cronbach's Alpha για την υποκλίμακα υπολογίζεται ίσος με 0,84. Η τιμή αυτή θεωρείται

αρκετά ικανοποιητική (> 0,7) και δείχνει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της υποκλίμακας.

Στον **Πίνακα 11** παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις προτάσεις 1-4. Παρατηρείται πως οι προτάσεις της υποκλίμακας με τις οποίες οι συμμετέχοντες συμφωνούν περισσότερο είναι η Πρόταση Q1 (*Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω*) και η Πρόταση Q2 (*Παρατηρώ τη μυρωδιά, την υφή ή/και τα χρώματα του φαγητού που τρώω*). Ελαφρώς χαμηλότερες είναι οι θετικές αποκρίσεις στην Πρόταση Q3 *(Επικεντρώνομαι σε αυτό που τρώω*) και Q4 (*Γεύομαι πλήρως κάθε μπουκιά που τρώω*).

Πίνακας 11. *Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q1	3,07	0,638	183
Q2	3,06	0,681	183
Q3	2,85	0,699	183
Q4	2,80	0,653	183

Όσον αφορά τη συσχέτιση κάθε πρότασης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων προτάσεων-μεταβλητών της υποκλίμακας, παρατηρείται ότι οι τιμές του δείκτη συσχέτισης r κυμαίνονται από +0,615 (Πρόταση Q2) μέχρι +0,740 (πρόταση Q4). Όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από +0,3, κατά συνέπεια έχουμε ακόμη μία ένδειξη ότι η εσωτερική συνοχή της υποκλίμακας είναι υψηλή. Παράλληλα, η αφαίρεση κάποιας από τις προτάσεις - μεταβλητές δεν φαίνεται να μεταβάλλει σημαντικά τον δείκτη Cronbach's Alpha της υποκλίμακας **(Πίνακας 12).**

Πίνακας 12. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής της υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q1	8,71	2,976	0,648	0,805
Q2	8,72	2,916	0,615	0,820
Q3	8,93	2,737	0,684	0,789
Q4	8,98	2,774	0,740	0,765

4.2.3. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλίμακας Μη κριτικής Επίγνωσης – Non Judgmental Awareness (Προτάσεις 5-8)

Κατά την διαδικασία ανάλυσης της αξιοπιστίας της Υποκλίμακας Μη Κριτικής Επίγνωσης, από το σύνολο των 183 συμμετεχόντων, αφαιρέθηκαν 5 συμμετέχοντες λόγω έλλειψης δεδομένων. Η τελική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για αριθμό δείγματος 178 ατόμων. Ο δείκτης Cronbach's Alpha για την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής υπολογίζεται ίσος με 0,78. Η τιμή αυτή θεωρείται ικανοποιητική (> 0,7) και δείχνει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της υποκλίμακας.

Στον **Πίνακα 13** παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις προτάσεις 5-8. Παρατηρείται πως οι προτάσεις της υποκλίμακας με τις οποίες οι συμμετέχοντες συμφωνούν περισσότερο είναι η Πρόταση Q5 (*Παρατηρώ σκέψεις ή/και συναισθήματα που δεν σχετίζονται με το φαγητό μου, αλλά ξαναστρέφω την προσοχή μου στο φαγητό και στην εμπειρία του φαγητού*) και η Πρόταση Q7 (*Διατηρώ την προσοχή μου στο τι τρώω, παρόλο που αντιλαμβάνομαι σκέψεις ή/και συναισθήματα ενώ τρώω*). Ελαφρώς χαμηλότερες είναι οι θετικές αποκρίσεις στην Πρόταση Q6 (*Όταν τρώω, έχω σκέψεις ή/και συναισθήματα, αλλά συνεχίζω να επικεντρώνομαι ξανά στο φαγητό*) και Q8 *(Όταν τρώω, ξεπερνώ άσχετες σκέψεις ή/και συναισθήματα επικεντρώνοντας στο φαγητό και στην αίσθηση του φαγητού*), με τη διαφορά ωστόσο να είναι μικρή. Συνολικά παρατηρούνται λιγότερο θετικές αποκρίσεις στην δεύτερη υποκλίμακα του εργαλείου σε σχέση με την πρώτη.

Πίνακας 13. *Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της υποκλίμακας Μη Κριτικής Επίγνωσης.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q5	2,66	0,697	178
Q6	2,58	0,694	178
Q7	2,65	0,699	178
Q8	2,56	0,751	178

Όσον αφορά τη συσχέτιση κάθε πρότασης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων προτάσεων-μεταβλητών της υποκλίμακας, παρατηρείται ότι οι τιμές του δείκτη συσχέτισης r κυμαίνονται από +0,501 (Πρόταση Q8) μέχρι +0,624 (πρόταση Q7). Όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από +0,3, κατά συνέπεια έχουμε ακόμη μία ένδειξη ότι η εσωτερική συνοχή της υποκλίμακας είναι υψηλή. Παράλληλα, η αφαίρεση κάποιας από τις προτάσεις - μεταβλητές δεν φαίνεται να μεταβάλλει σημαντικά τον δείκτη Cronbach's Alpha της υποκλίμακας **(Πίνακας 14)**

Πίνακας 14. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής της Υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q5	7,80	2,931	0,618	0,715
Q6	7,87	2,938	0,620	0,715
Q7	7,80	2,916	0,624	0,712
Q8	7,89	3,022	0,501	0,777

4.2.4. Συμπεράσματα σχετικά με την ανάλυση και αξιοπιστία του MEBS-T σε ελληνικό (κρητικό) πληθυσμό

Τόσο οι επιμέρους υποκλίμακες Αισθητηριακής Προσοχής (α = 0,84) και Μη Κριτικής Επίγνωσης (α= 0,78), όσο και η κλίμακα Ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς στο σύνολό της (α= 0,83), εμφανίζουν ικανοποιητικές τιμές του δείκτη Cronbach's Alpha (>0,7), γεγονός που υποδηλώνει την υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας αλλά και των επιμέρους υποκλιμάκων ξεχωριστά. Για την πρώτη υποκλίμακα (Προτάσεις 1-4) ο τιμή του Cronbach's Alpha υπολογίστηκε υψηλότερη συγκριτικά με αυτή που υπολογίστηκε για την δεύτερη υποκλίμακα. Επιπλέον, οι μέσοι όροι εμφανίζονται αυξημένοι στην πρώτη υποκλίμακα σε σχέση με την δεύτερη, γεγονός που υποδεικνύει αυξημένη θετική απόκριση στην πρώτη υποκλίμακα. Συνολικά η ανάλυση της αξιοπιστίας της κλίμακας MEBS-T εμφανίζει ικανοποιητικά αποτελέσματα για την χρήση του σε ελληνικό πληθυσμό, ιδίως σε πληθυσμό της Κρήτης.

4.3. Επαγωγική στατιστική

Στους ακόλουθους πίνακες παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επαγωγικής ανάλυσης, αναλόγως τα τεστ που διενεργήθηκαν **(Πίνακας 15,16 & 17)**. Τα αποτελέσματα περιγράφονται αναλυτικά στα υποκεφάλαια που ακολουθούν στη συνέχεια.

Πίνακας 15. *Συσχετίσεις total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης, με αριθμητικές μεταβλητές (Ηλικία, αριθμός παιδιών, ΔΜΣ, MEDAS score, PSS score, με την χρήση του συντελεστή Spearman.*

	Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
	Spearman's rho		
Ηλικία	+0,224*	+0,153*	+0,269**
Αριθμός παιδιών	+0,159*	+0,235**	+0,086
ΔΜΣ	-0,009	+0,014	-0,009
MEDAS score (Συμμόρφωση με Μεσογειακή διατροφή)	+0,176*	+0,206**	+0,103
PSS score (Αντιλαμβανόμενο στρες)	-0,263**	-0,315**	-0,080

*p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 16. *Αναλύσεις Mann-Whitney U για τη διερεύνηση σχέσης κατηγορικών μεταβλητών δύο ομάδων με τα total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης.*

	Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
Φύλο	U = 3098,5	U = 3137,0	U = 3442,0
	z = -1,368	z = -1,763	z = -0,306
	p = 0,171	p = 0,078	p = 0,760
Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής	U = 3410,0	U = 3377,5	U= 3364,0
	z = -0,219	z = -0,854	z = 0,365
	p = 0,827	p = 0,393	p= 0,715

*p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 17. *Αναλύσεις Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση σχέσης κατηγορικών μεταβλητών (άνω των δύο ομάδων) με τα total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης.*

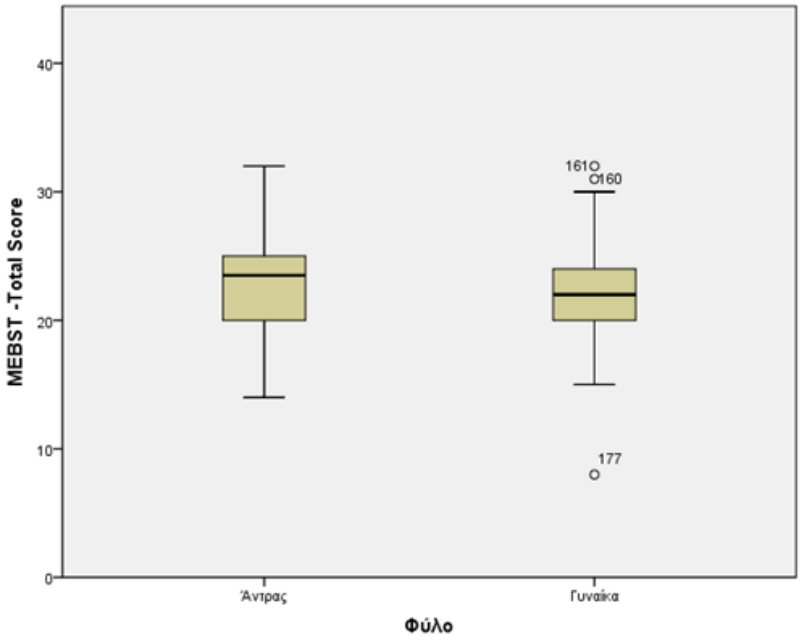
		Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
	df	*(chi Square – H) / p-value*		
Οικογενειακή κατάσταση	3	H= 9,329 p = 0,025*	H= 5,977 p = 0,113	H= 12,454 p = 0,006**
Νομός κατοικίας	3	H= 0,071 p = 0,995	H= 0,792 p = 0,851	H= 1,809 p = 0,613
Τύπος κατοικίας	2	H= 1,006 p = 0,605	H= 5,173 p = 0,075	H= 0,129 p = 0,937
Επίπεδο εκπαίδευσης	5	H= 3,373 p = 0,643	H= 3,295 p = 0,655	H= 2,905 p = 0,715
Επαγγελματική κατάσταση	6	H= 6,306 p = 0,390	H= 2,383 p = 0,881	H= 11,526 p = 0,073
Ώρες εργασίας	3	H= 0,757 p = 0,860	H= 0,131 p = 0,988	H= 1,616 p = 0,656
Κατηγορίες ΔΜΣ	3	H= 1,637 p = 0,651	H= 0,857 p = 0,836	H= 3,293 p = 0,349
Χρόνος ΦΔ (ανά εβδομάδα)	4	H= 9,361 p = 0,053	H= 6,180 p = 0,186	H= 5,824 p = 0,213
Τύπος κύριας ΦΔ	8	H= 10,624 p = 0,224	H= 7,816 p = 0,452	H= 10,635 p = 0,223
Χρόνος σε οθόνη εκτός εργασίας (ανά ημέρα)	4	H= 15,523 p = 0,004**	H= 14,144 p = 0,007**	H= 10,341 p = 0,035*
Ώρες ύπνου	3	H= 2,078 p = 0,556	H= 2,044 p = 0,563	H= 0,693 p = 0,857
Κάπνισμα	3	H= 3,326 p = 0,344	H= 1,622 p = 0,654	H= 3,372 p = 0,338
Κατανάλωση αλκοόλ	3	H= 6,185 p = 0,103	H= 3,176 p = 0,365	H= 5,078 p = 0,166
Τύπος διατροφής	5	H= 4,434 p = 0,489	H= 6,217 p = 0,286	H= 4,260 p = 0,513
Αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής	2	H= 8,757 p = 0,013*	H= 6,118 p = 0,047*	H= 3,645 p = 0,162
Χρόνος σε SM ή/ και διαδίκτυο (ανά ημέρα)	4	H= 9,300 p = 0,053	H= 10,231 p = 0,037*	H= 5,820 p = 0,213
Ενημέρωση για διατροφή από SM ή/και διαδίκτυο	3	H= 2,841 p = 0,417	H= 2,295 p = 0,513	H= 4,785 p = 0,188

**p<0,05, **p<0,01*

4.3.1. Συσχετίσεις ΕΔ με δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά

Φύλο

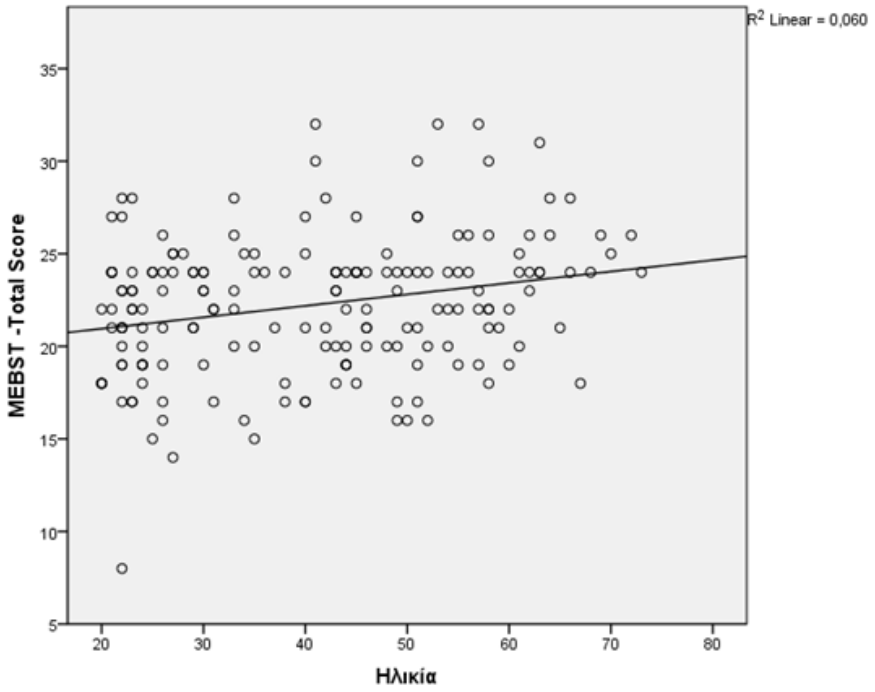
Οι άντρες φάνηκε να έχουν υψηλότερα MEBS-T scores συγκριτικά με τις γυναίκες **(Διάγραμμα 10)**, ωστόσο η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων με τη διενέργεια του τεστ των Mann-Whitney, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (U= 3098,5, z =-1,368, p=0,171), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (U=3137,0, z= -1,763, p=0,078) και (U=3442,0, z= -0,306, p=0,760) αντίστοιχα.



Διάγραμμα 10. *Σχέση μεταξύ φύλου και Total MEBS-T score.*

Ηλικία

Η ηλικία των συμμετεχόντων εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την κλιμακα MEBS-T (r = +0,224, p=0,003) **(Διάγραμμα 11)**, την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (r = +0,153, p=0,039) και την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (r =+0,269, p=0,000).



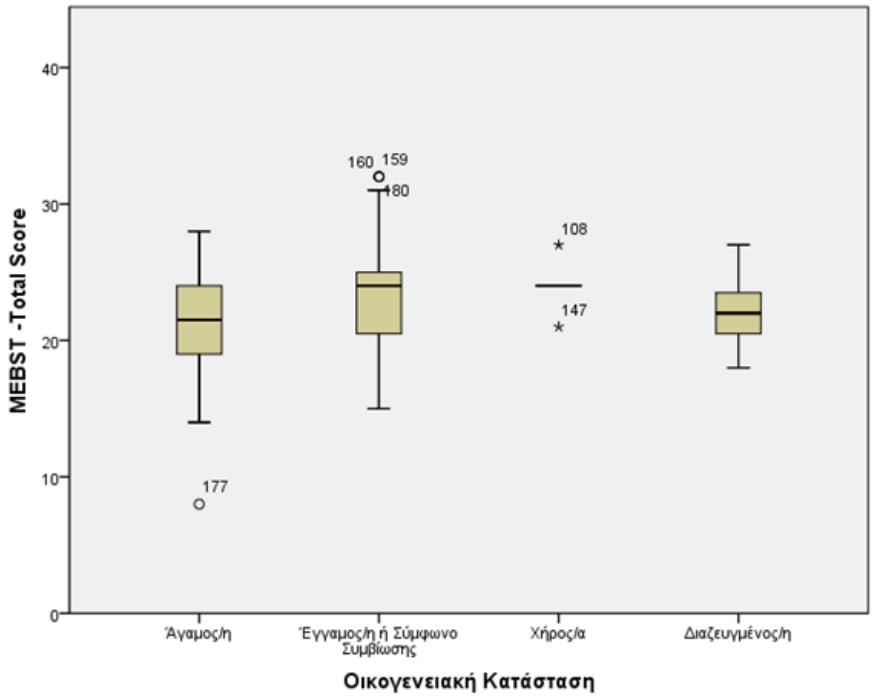
Διάγραμμα 11. *Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και Total MEBS-T score.*

Οικογενειακή κατάσταση

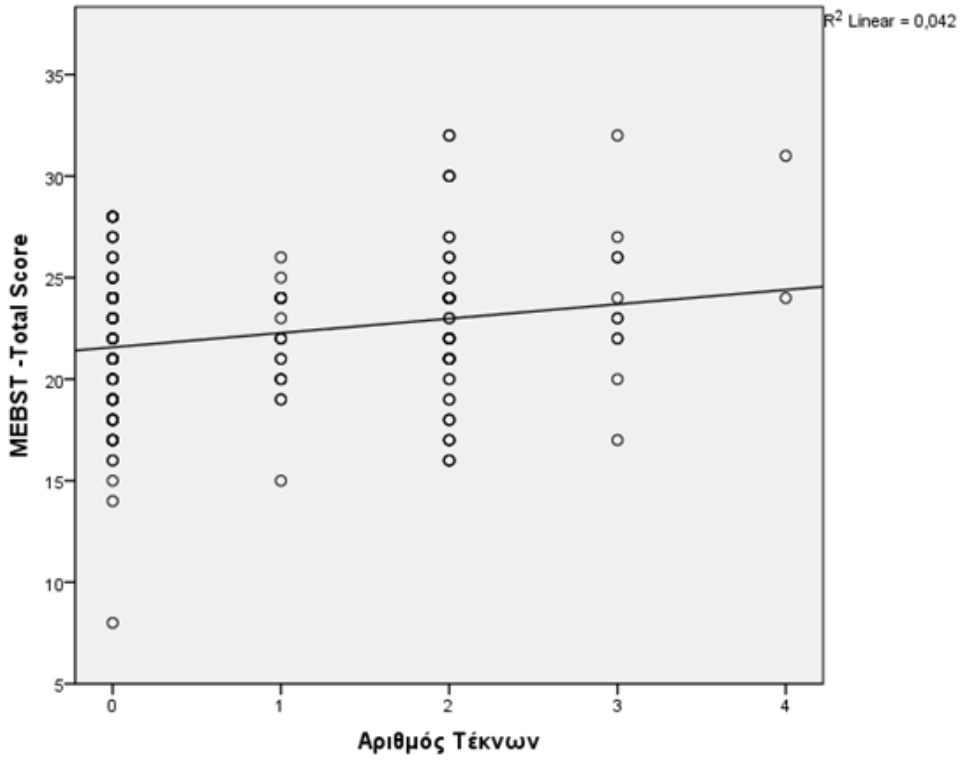
Με την διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κλίμακα MEBS-T (H=9,329, df=3, p=0,025) και την υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης (H=12,454, df=3, p=0,006), αλλά όχι με την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (H=5,977, df= 3, p=0,113). Συγκεκριμένα, μεγαλύτερα επίπεδα Ενσυνείδητης Διατροφικής Συμπεριφοράς (MEB) είχαν οι έγγαμοι συμμετέχοντες σε σχέση με άλλες ομάδες (π.χ. άγαμοι ή διαζευγμένοι), όπως φαίνεται και στο **Διάγραμμα 12.**

Αριθμός παιδιών

Ο αριθμός παιδιών των συμμετεχόντων εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την κλιμακα MEBS-T (r = +0,159, p=0,034) **(Διάγραμμα 13)** και την υποκλίμακα Αισθητηριακης Προσοχής (r = +0,235, p=0,002), αλλά όχι και με την υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης (r = + 0,086, p=0,251).



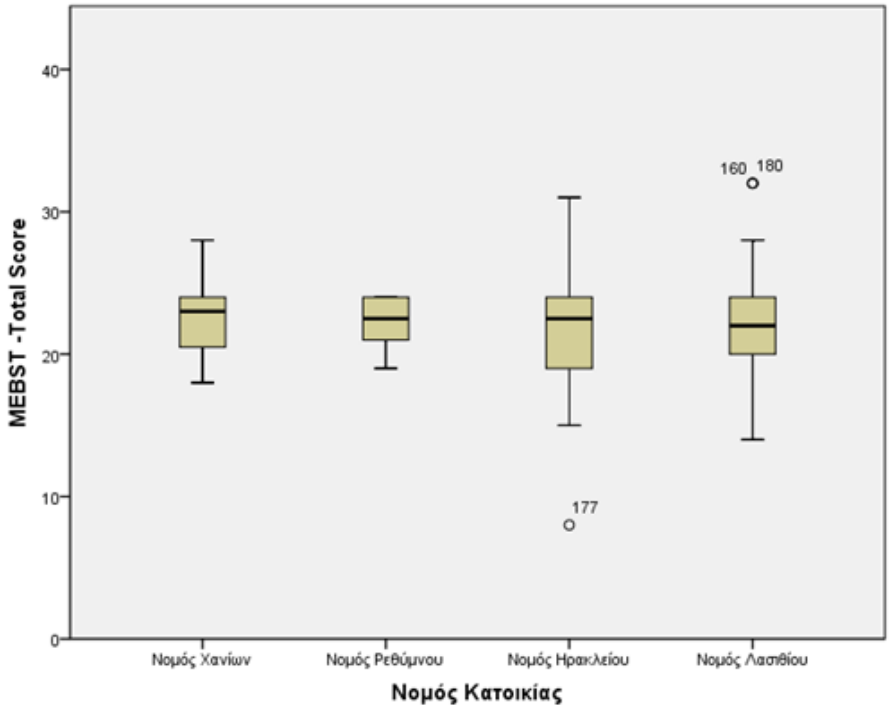
Διάγραμμα 12. *Σχέση μεταξύ Οικογενειακής κατάστασης και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 13. *Συσχέτιση μεταξύ αριθμού παιδιών και Total MEBS-T score.*

Νομός κατοικίας

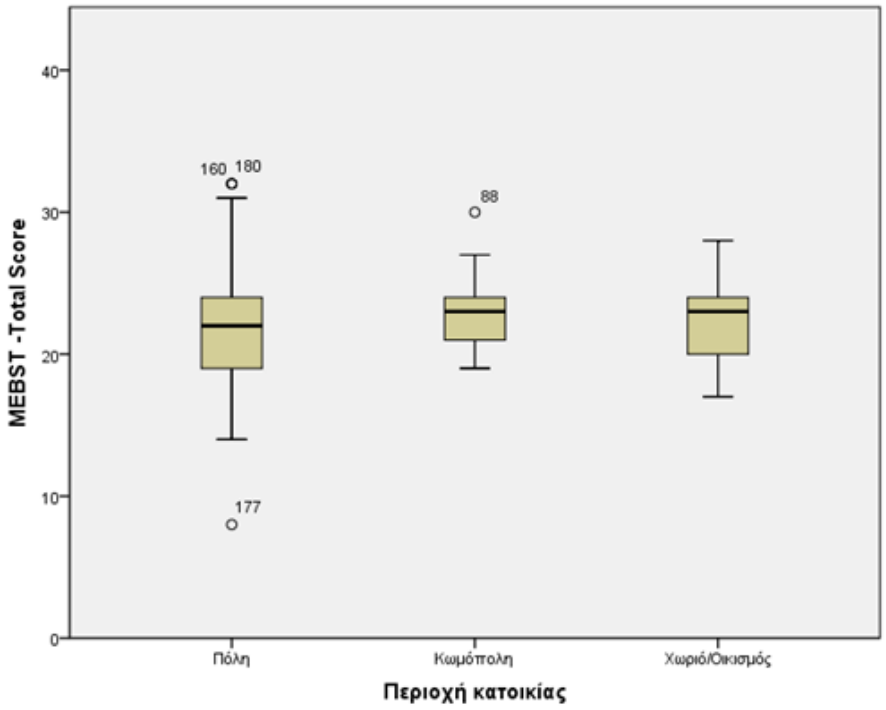
Οι διαφορές μεταξύ των διαφορετικών νομών κατοικίας με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικές, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H= 0,071, df=3, p=0,995), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=0,792, df=3, p=0,851) και (H=1,809, df=3, p=0,613) αντίστοιχα **(Διάγραμμα 14).**



Διάγραμμα 14. *Σχέση μεταξύ νομού κατοικίας και Total MEBS-T score.*

Τόπος κατοικίας

Ελαφρώς αυξημένη φάνηκε να είναι η MEB σε άτομα που κατοικούν σε κωμοπόλεις ή σε χωριά/οικισμούς σε σύγκριση με τους κατοίκους πόλεων **(Διάγραμμα 15)**. Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ των διαφορετικών νομών κατοικίας με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικές, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=1,006, df =2, p=0,605), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=5,173, df=2, p=0,075) και (H=0,129, df=2, p=0,937 αντίστοιχα).



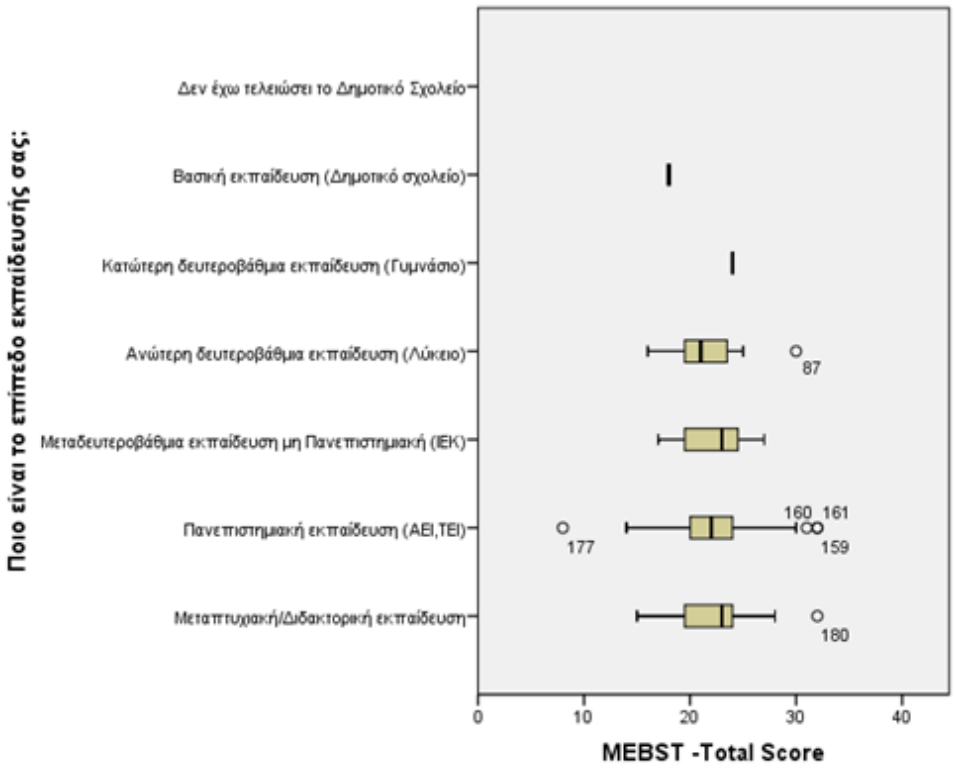
Διάγραμμα 15. *Σχέση μεταξύ περιοχής κατοικίας και Total MEBS-T score.*

Επίπεδο εκπαίδευσης

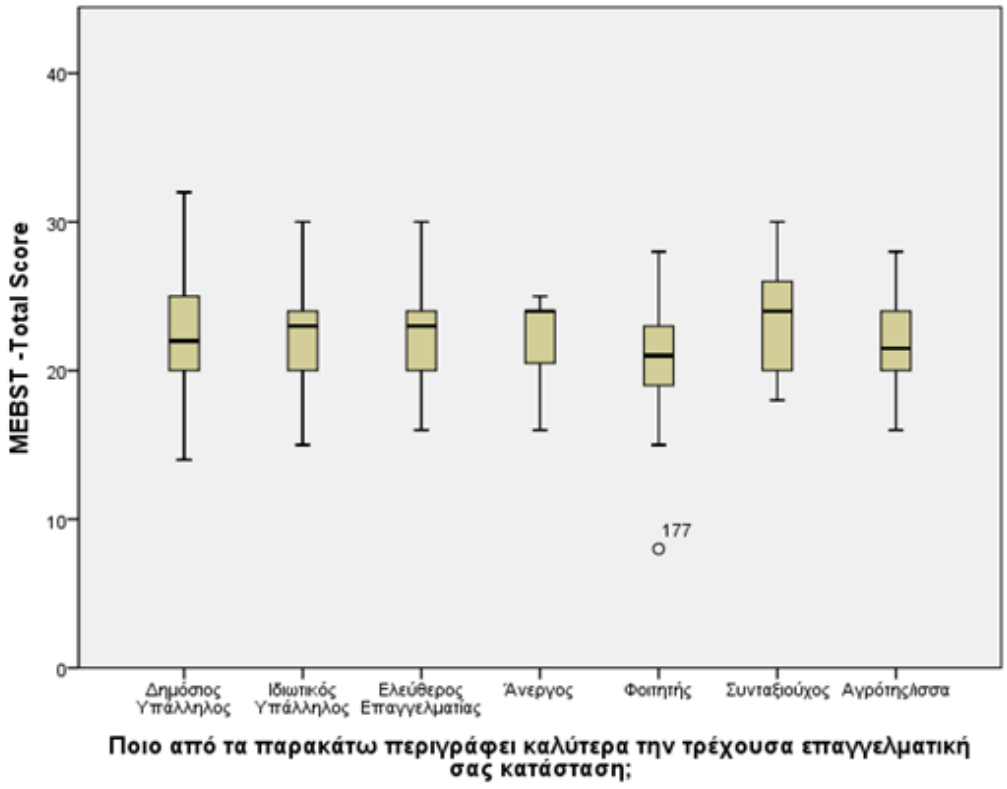
Οι διαφορές μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικές, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=3,373, df=5, p=0,643), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=3,295, df=5, p=0,655) και (H=2,905, df=5, p=0,715) αντίστοιχα **(Διάγραμμα 16).**

Επαγγελματική κατάσταση

Η σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και MEB, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=6,306, df=6, p=0,390), ούτε με τις 2 υποκλίμακες της (H=2,383, df=6, p=0,881) και (H=11,526, df=6, p=0,073) αντίστοιχα. **(Διάγραμμα 17).**



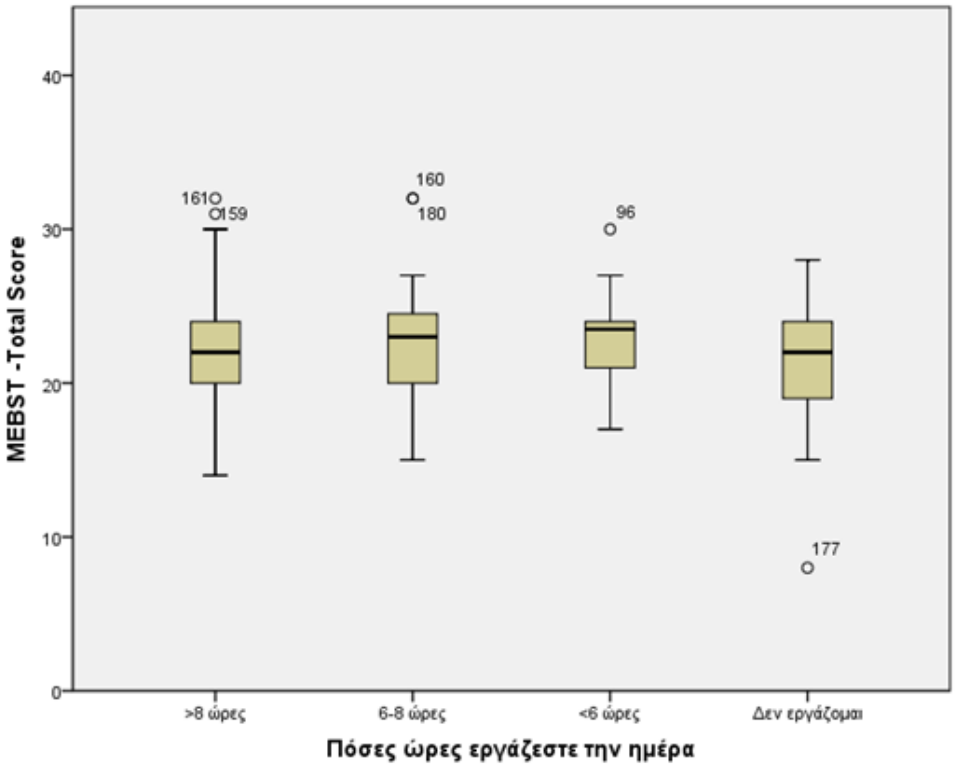
Διάγραμμα 16. *Σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 17. *Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και Total MEBS-T score.*

Ώρες εργασίας

Η σχέση μεταξύ ωρών εργασίας και MEB, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H= 0,757, df=3, p=0,860), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=0,131, df=3, p=0,988) και (H=1,616, df=3, p=0,656) **(Διάγραμμα 18).**

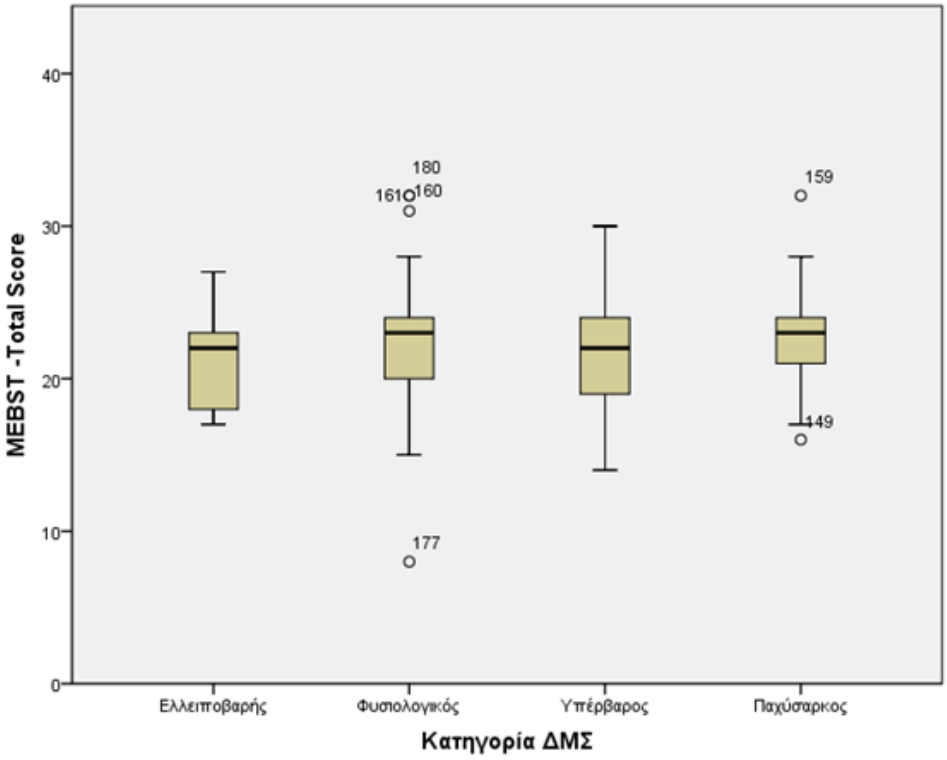


Διάγραμμα 18. *Σχέση μεταξύ ωρών εργασίας και Total MEBS-T score.*

4.3.2. Συσχετίσεις ΕΔ με χαρακτηριστικά τρόπου ζωής

ΔΜΣ

Ο ΔΜΣ των συμμετεχόντων δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την κλιμακα MEBS-T (r = -0,009, p=0,903), ούτε με την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (r = +0,014, p=0,850) ή την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (r =-0,009, p=0,909). Επιπρόσθετα, ούτε μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών ΔΜΣ φάνηκε να υπάρχει κάποια σημαντικά στατιστική διαφορά για την κλίμακα MEBS-T (H=1,637, df,=3, p=0,651), ή τις 2 υποκλίμακες (H=0,857, df=3, p=0,836) και (H=3,293, df=3, p=0,349) αντίστοιχα, έπειτα από την διενέργεια του τεστ των Kruskal- Wallis **(Διάγραμμα 19)**.

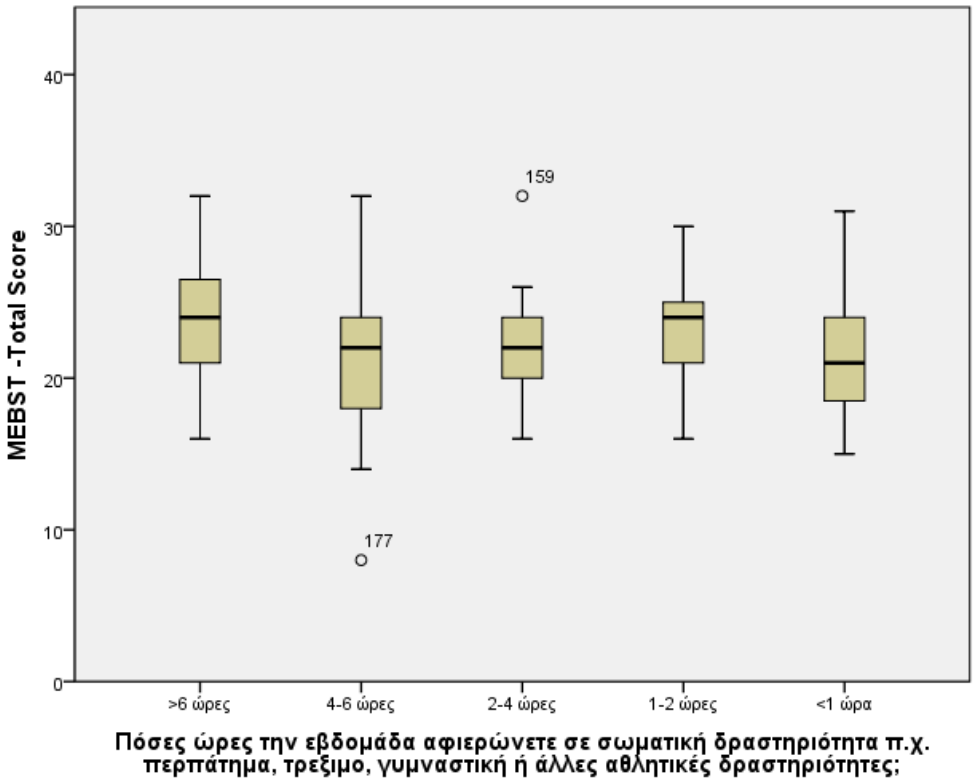


Διάγραμμα 19. *Σχέση μεταξύ κατηγορίας ΔΜΣ και Total MEBS-T score.*

Σωματική δραστηριότητα (χρόνος/εβδομάδα)

Η σχέση μεταξύ χρόνου σωματικής δραστηριότητας και MEB, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική

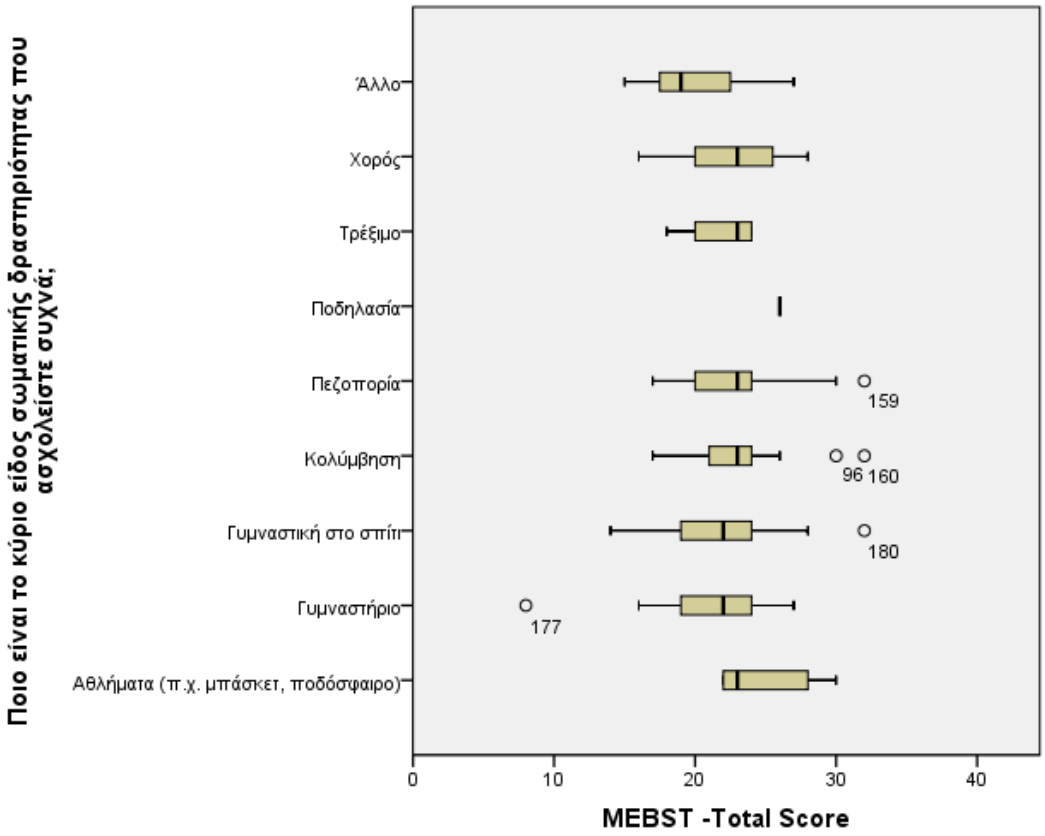
κλίμακα MEBS-T (H=9,361, df=4, p=0,053), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=6,180, df=4, p=0,186) και (H=5,824, df=4, p=0,213) αντίστοιχα. **(Διάγραμμα 20).**



Διάγραμμα 20. *Σχέση μεταξύ χρόνου σωματικής δραστηριότητας ανά εβδομάδα και Total MEBS-T score.*

Τύπος σωματικής δραστηριότητας

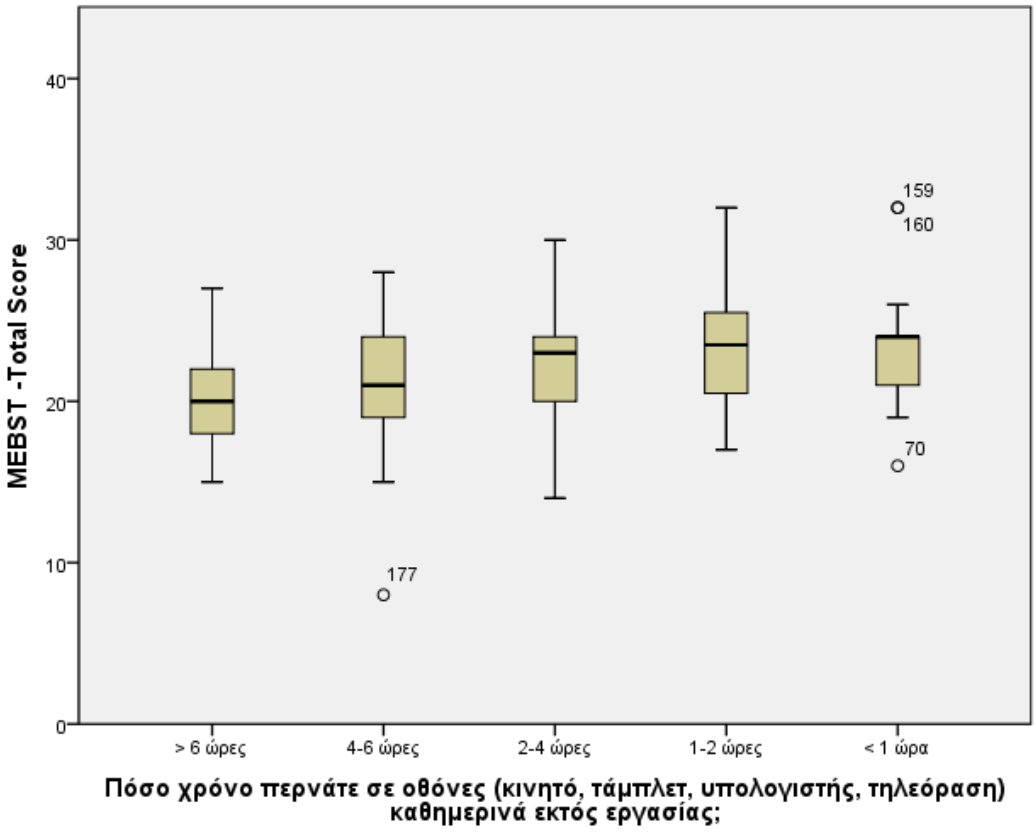
Η σχέση μεταξύ τύπου σωματικής δραστηριότητας και MEB, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=10,624, df=8, p=0,224), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=7,816, df=8, p=0,452) και (H=10,635, df =8, p=0,223) αντίστοιχα. **(Διάγραμμα 21).**



Διάγραμμα 21. *Σχέση μεταξύ κύριου είδους σωματικής δραστηριότητας και Total MEBS-T score.*

Χρόνος σε οθόνη

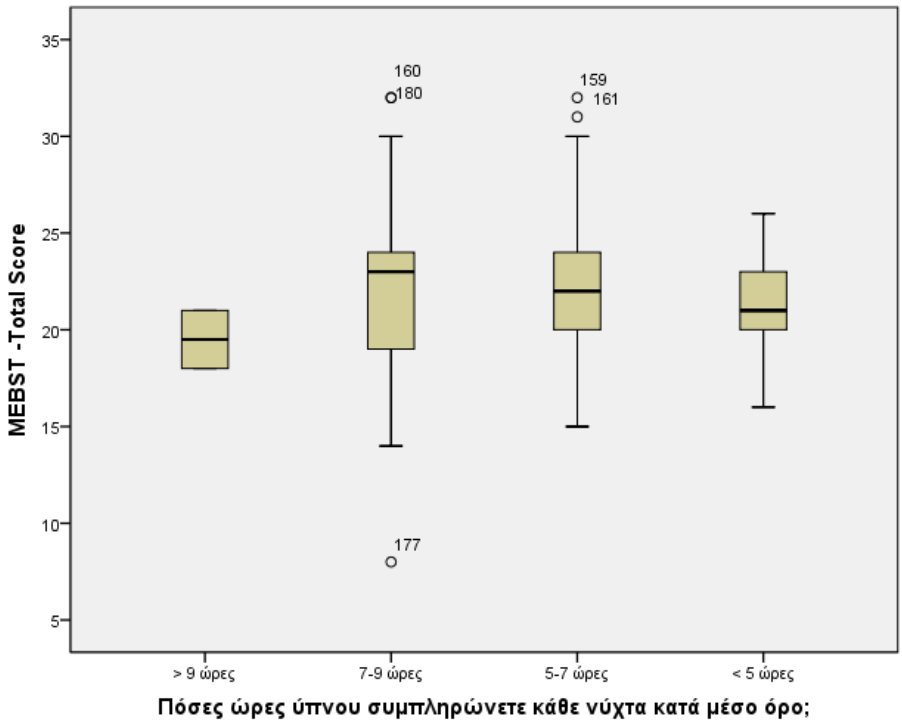
Η ανάλυση με το τεστ Kruskal-Wallis ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου που αφιερώνεται σε οθόνες (εκτός εργασίας) και ΕΔ. Συγκεκριμένα, για τη συνολική κλίμακα MEBS-T, παρατηρήθηκαν σημαντικές στατιστικά διαφορές μεταξύ των ομάδων διαφορετικών ωρών χρήσης οθόνης (H=15,523, df=4, p=0,004). Επιπλέον, τόσο για την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής όσο και για την υποκλίμακα Μη-κριτικής Επίγνωσης, οι διαφορές μεταξύ των ομάδων ήταν επίσης στατιστικά σημαντικές (H=14,144, df=4, p=0,007) και (H=10,341, df=4, p =0,035) αντίστοιχα. Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 22,** άτομα που περνούσαν περισσότερες ώρες σε οθόνες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα MEB, υποδεικνύοντας την πιθανή αρνητική συσχέτιση του χρόνου που δαπανάται σε οθόνες με την ΕΔ.



Διάγραμμα 22. *Σχέση μεταξύ χρόνου σε οθόνες (εκτός εργασίας) και Total MEBS-T score.*

Ώρες Ύπνου

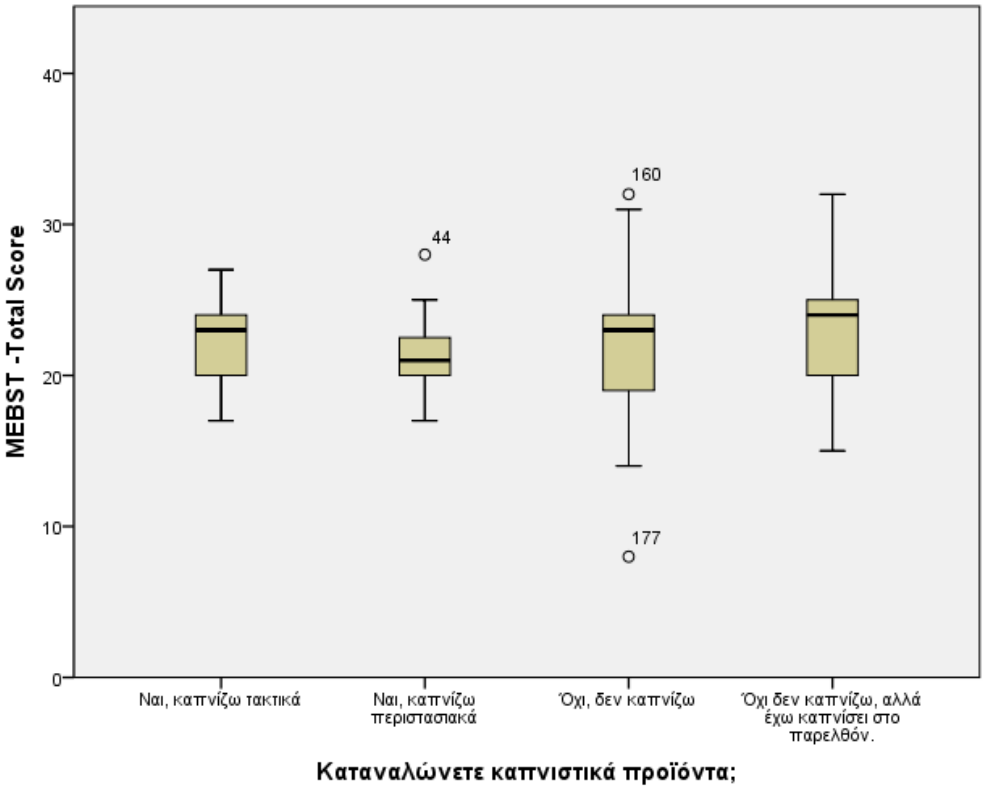
Η σχέση μεταξύ ωρών ύπνου και ΕΔ, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=2,078, df=3, p=0,556), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=2,044, df=3, p=0,563) και (H=0,693, df=3, p=0,857) αντίστοιχα) **(Διάγραμμα 23).**



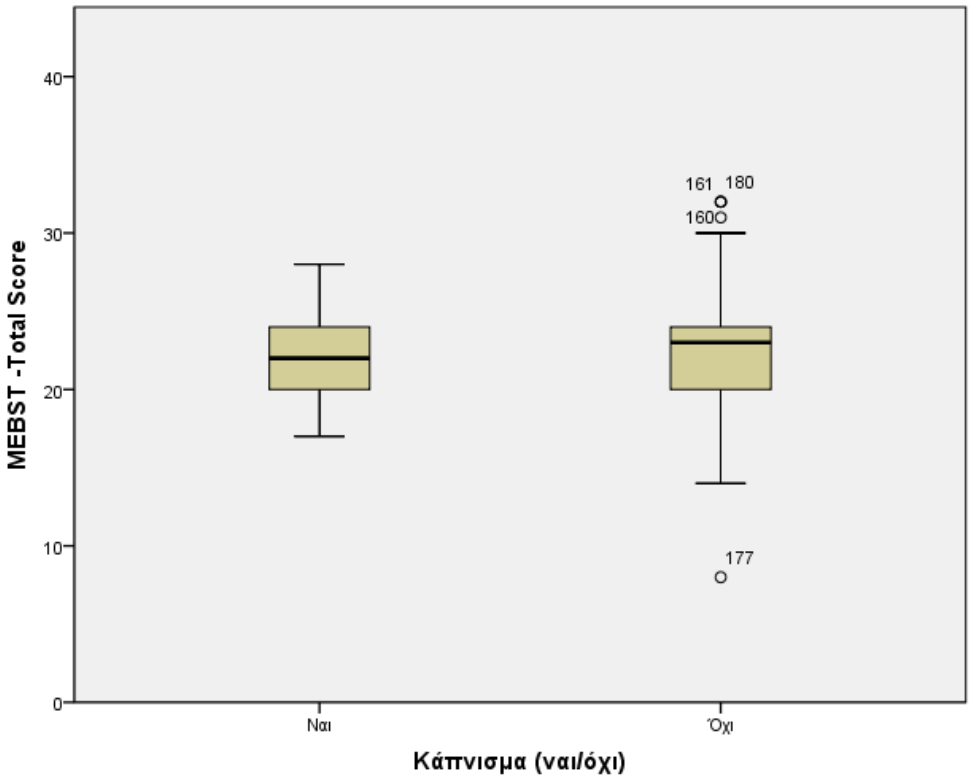
Διάγραμμα 23. *Σχέση μεταξύ ωρών Ύπνου και Total MEBS-T score.*

<u>*Κάπνισμα*</u>

Όσον αφορά το κάπνισμα, οι μη-καπνιστές εμφάνισαν ελαφρώς αυξημένα επίπεδα ΜΕΒ σε σύγκριση με τους καπνιστές, (**Διάγραμμα 24, 25**), ωστόσο η σχέση μεταξύ καπνίσματος και ΕΔ, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=3,326, df=3,p=0,344), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=1,622, df=3, p=0,654) και (H=3,372, df=3, p=0,338) αντίστοιχα.



Διάγραμμα 24. *Σχέση μεταξύ καπνίσματος και Total MEBS-T score.*



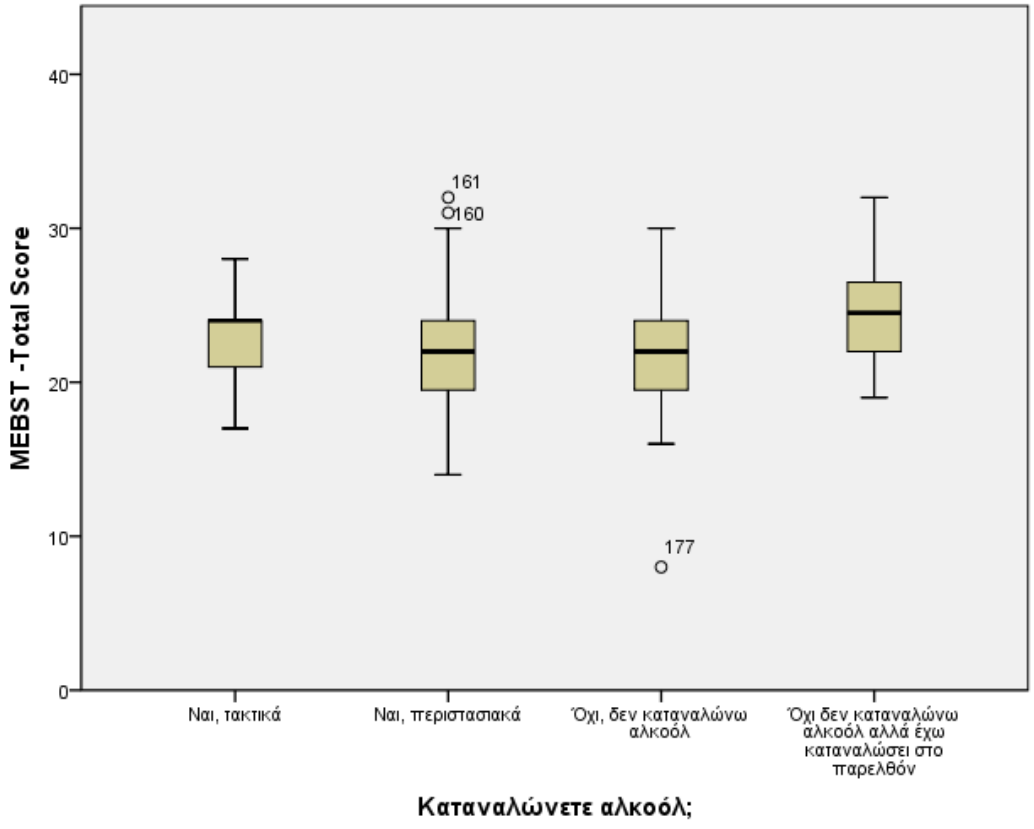
Διάγραμμα 25. *Σχέση μεταξύ καπνίσματος και Total MEBS-T score (ναι/όχι).*

Κατανάλωση αλκοόλ

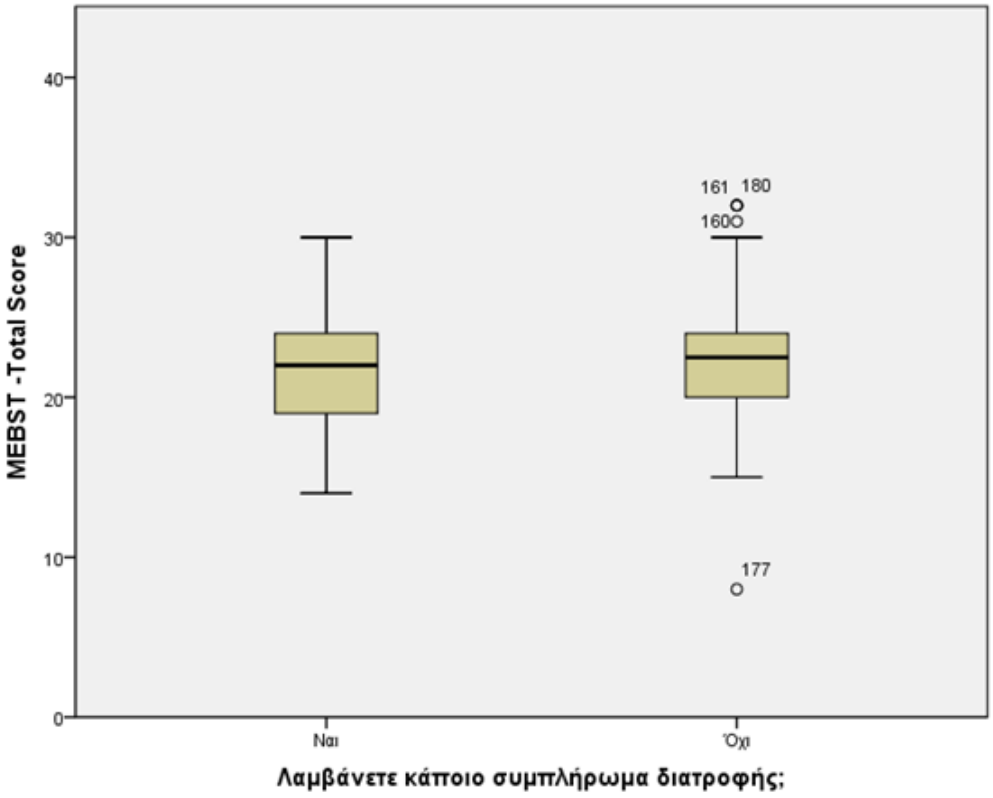
Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και ΕΔ, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε για την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=6,185, df=3, p=0,103), ούτε για τις 2 υποκλίμακες της (H=3,176, df=3, p=0,365) και (H=5,078, df=3, p=0,166) αντίστοιχα **(Διάγραμμα 26).**

Χρήση συμπληρωμάτων διατροφής

Η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής, με τη διενέργεια του τεστ των Mann-Whitney, δεν φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την συνολική κλίμακα MEBS-T (U=3410,0 z=-0,219, p=0,827), ή τις 2 υποκλίμακες της (U=3137,0, z=-0,854, p=0,393) και (U=3364,0, z=-0,365, p=0,715 αντίστοιχα) **(Διάγραμμα 27).**



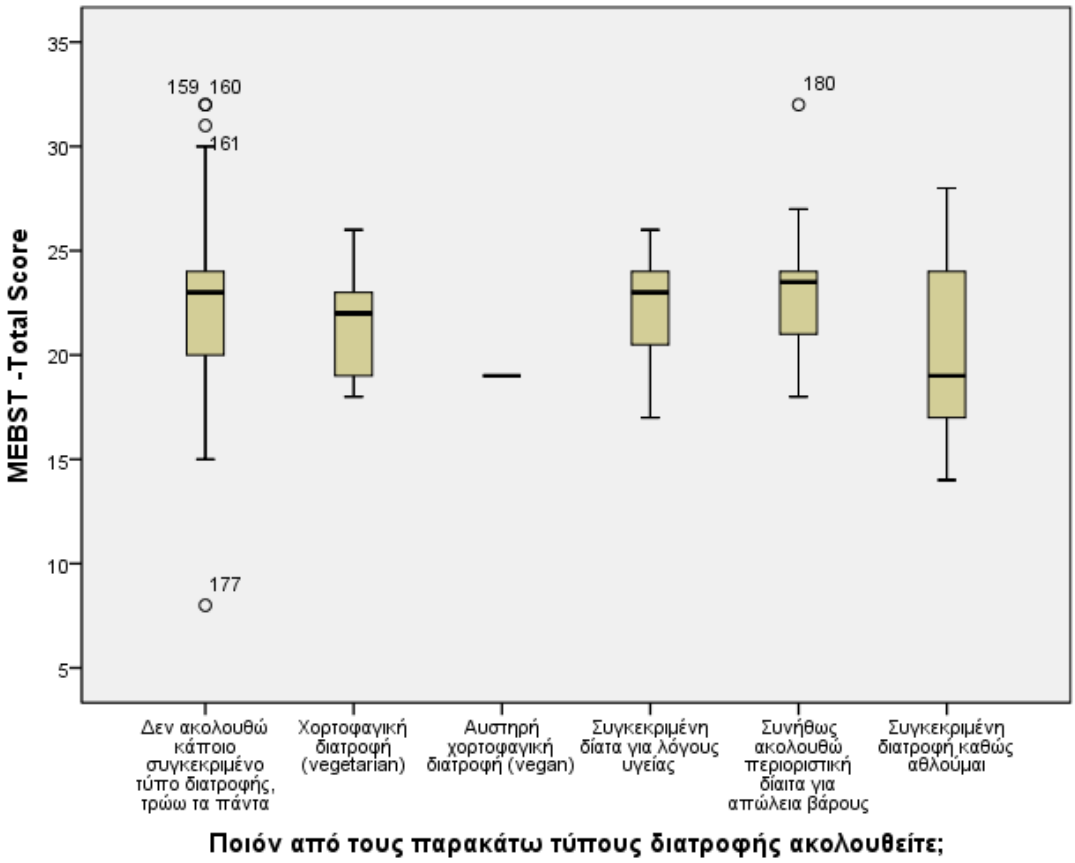
Διάγραμμα 26. *Σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 27. *Σχέση μεταξύ λήψης συμπληρωμάτων διατροφής και Total MEBS-T score.*

Τύπος διατροφής

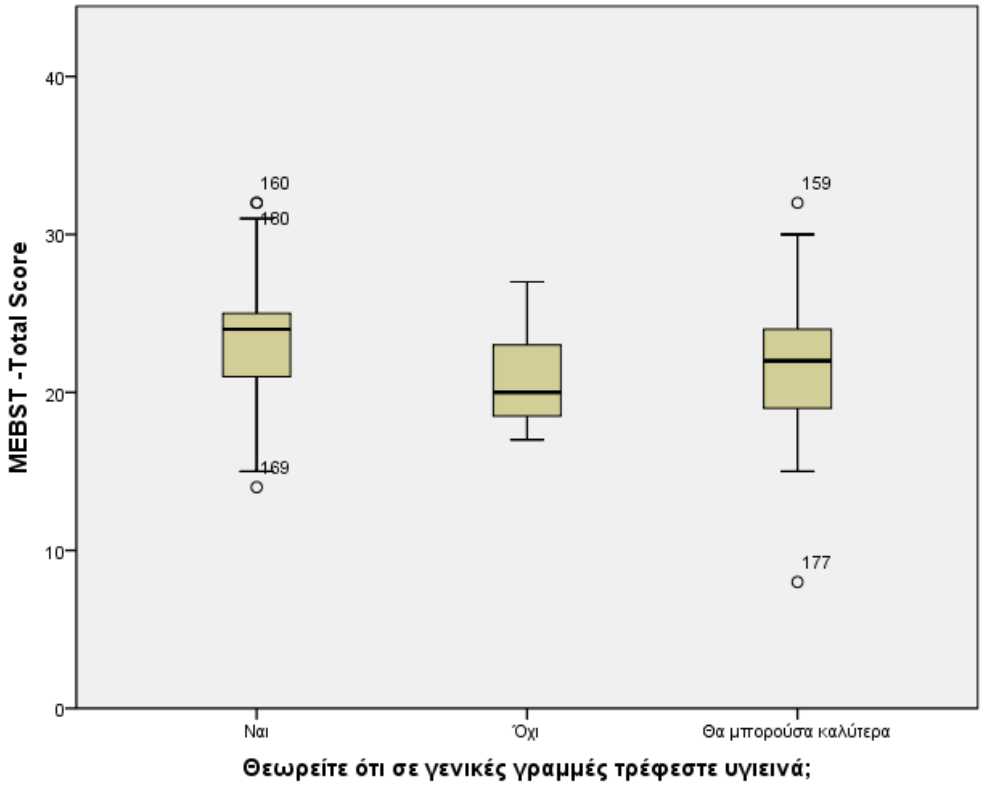
Ο τύπος διατροφής που ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=4,434, df=5, p=0,489), ή τις 2 υποκλίμακες της (H=6,127, df=5, p=0,286) και (H=4,260, df=5, p=0,513) αντίστοιχα **(Διάγραμμα 28).**



Διάγραμμα 28. *Σχέση μεταξύ τύπου διατροφής και Total MEBS-T score.*

Αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής

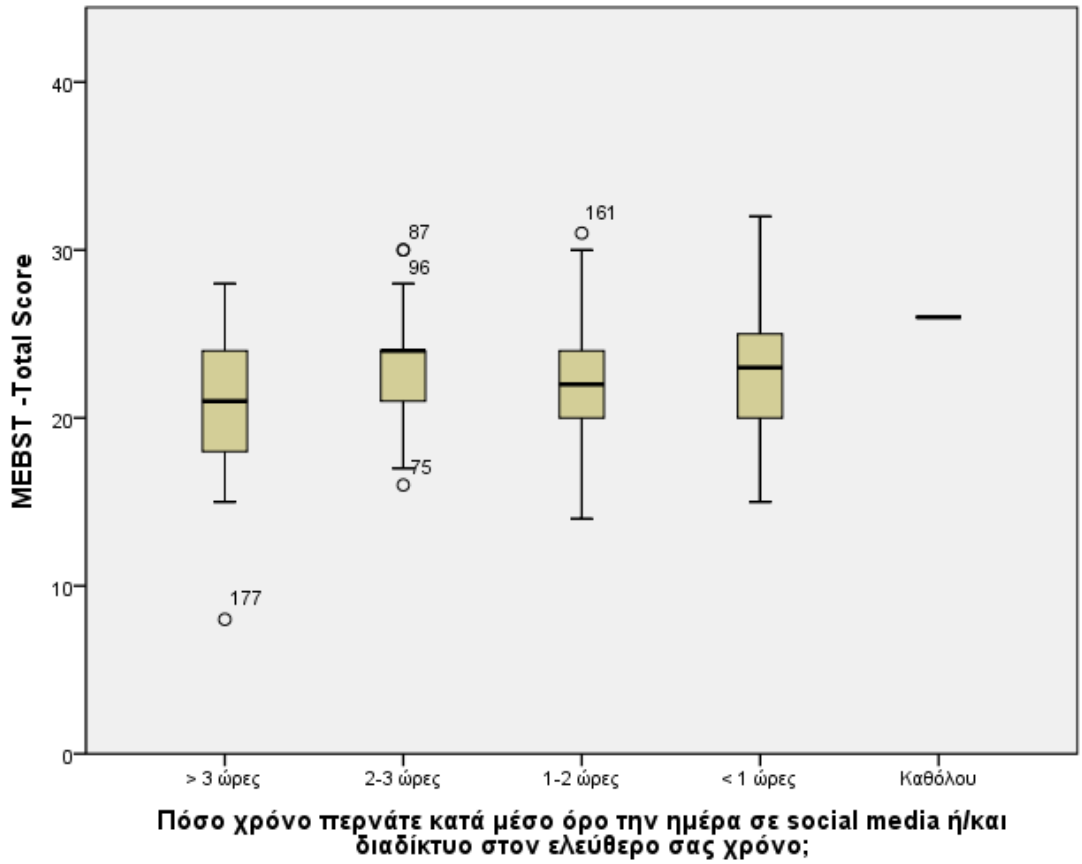
Η ανάλυση με το τεστ Kruskal-Wallis ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ποιότητας διατροφής και ΕΔ. Παρατηρήθηκε υψηλή στατιστική σημαντικότητα για τη συνολική κλίμακα MEBS-T (H=8,757, df=2, p=0,013) και την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (H=6,118, df=2, p=0,047), όχι όμως και για την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (H=3,645 df=2, p=0,162). Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 29,** άτομα που θεωρούν ότι τρέφονται υγιεινά παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα ΜΕΒ συγκριτικά με άτομα που δεν πιστεύουν ότι τρέφονται υγιεινά, γεγονός που υποδηλώνει την πιθανή θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας διατροφής και της ΕΔ του ατόμου.



Διάγραμμα 29. *Σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ποιότητας διατροφής και Total MEBS-T score.*

Χρόνος σε social media ή/και διαδίκτυο

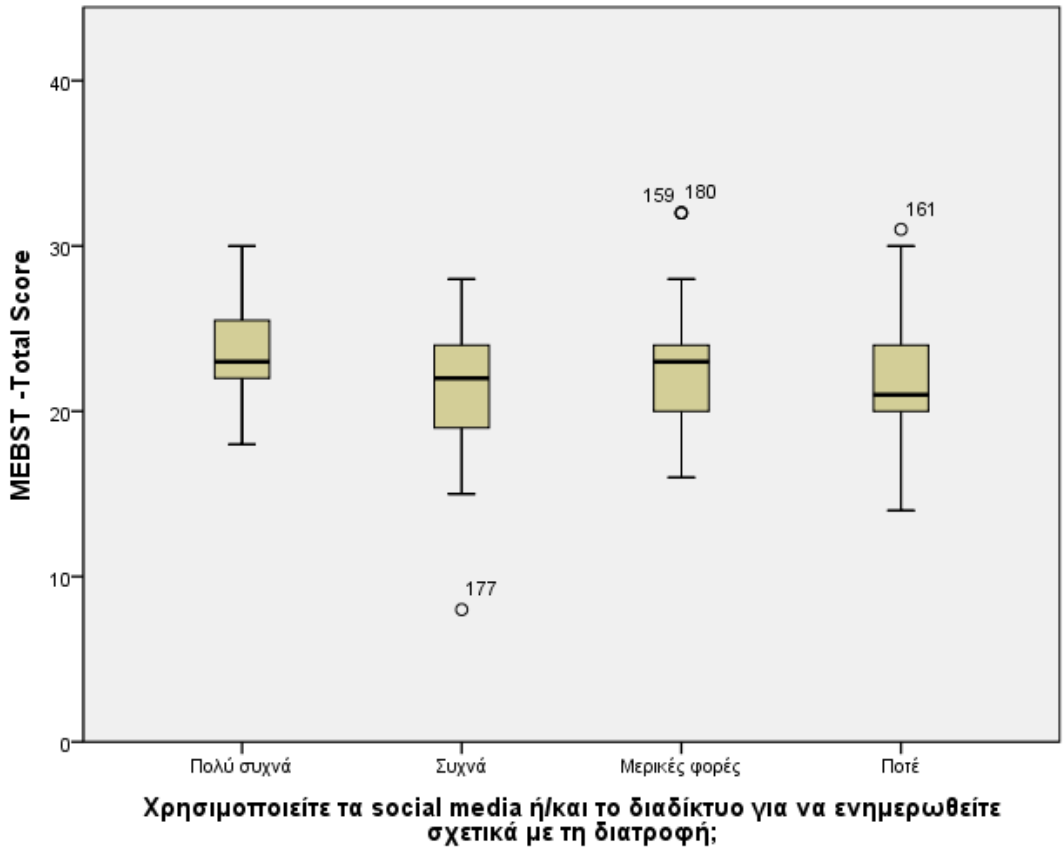
Η ανάλυση με το τεστ Kruskal-Wallis ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων χρόνου χρήσης social media και ΕΔ. Οριακά δεν παρατηρήθηκε υψηλή στατιστική σημαντικότητα για τη συνολική κλίμακα MEBS-T (H=9,300, df=4, p=0,053). Ωστόσο υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (H=10,231, df=4, p=0,037), όχι όμως και για την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (H=5,820, df=4, p=0,213). Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 30**, άτομα που περνούν περισσότερες ώρες στα social media και το διαδίκτυο φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ΕΔ, υπονοώντας μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ χρόνου σε οθόνες και ΕΔ.



Διάγραμμα 30. *Σχέση μεταξύ χρόνου στα social media/ διαδίκτυο και Total MEBS-T score.*

Ενημέρωση για διατροφή από social media ή/και διαδίκτυο

Το κατά πόσο οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν τα social media ή/και το διαδίκτυο για να ενημερωθούν για τη διατροφή, με τη διενέργεια του τεστ των Kruskal-Wallis, δεν φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την συνολική κλίμακα MEBS-T (H=2,841, df=3, p=0,417) ή τις 2 υποκλίμακες της (H=2,295, df=2, p=0,513) και (H=4,785, df=2, p=0,188) αντίστοιχα. **(Διάγραμμα 31).**

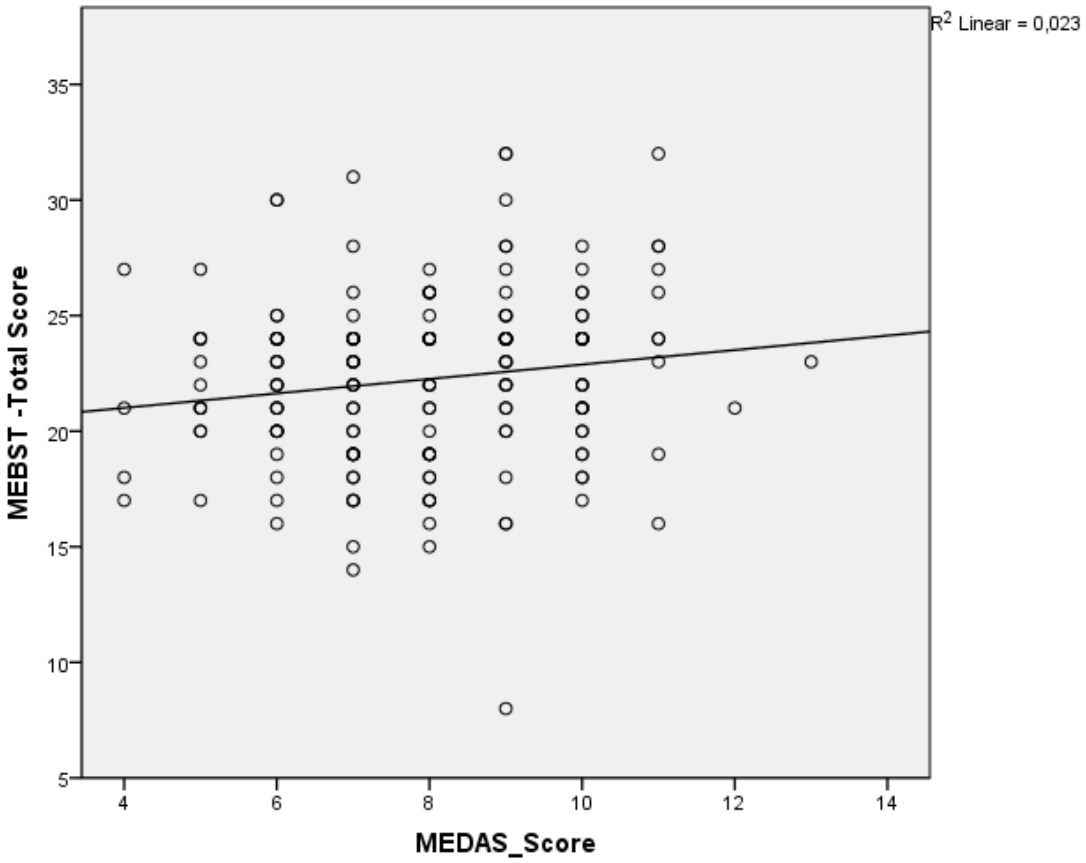


Διάγραμμα 31. *Σχέση μεταξύ ενημέρωσης για διατροφή από social media/ διαδίκτυο και Total MEBS-T score.*

4.3.3. Συσχετίσεις ΕΔ με προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή και με αντιλαμβανόμενα επίπεδα στρες

Προσκόλληση με μεσογειακή διατροφή

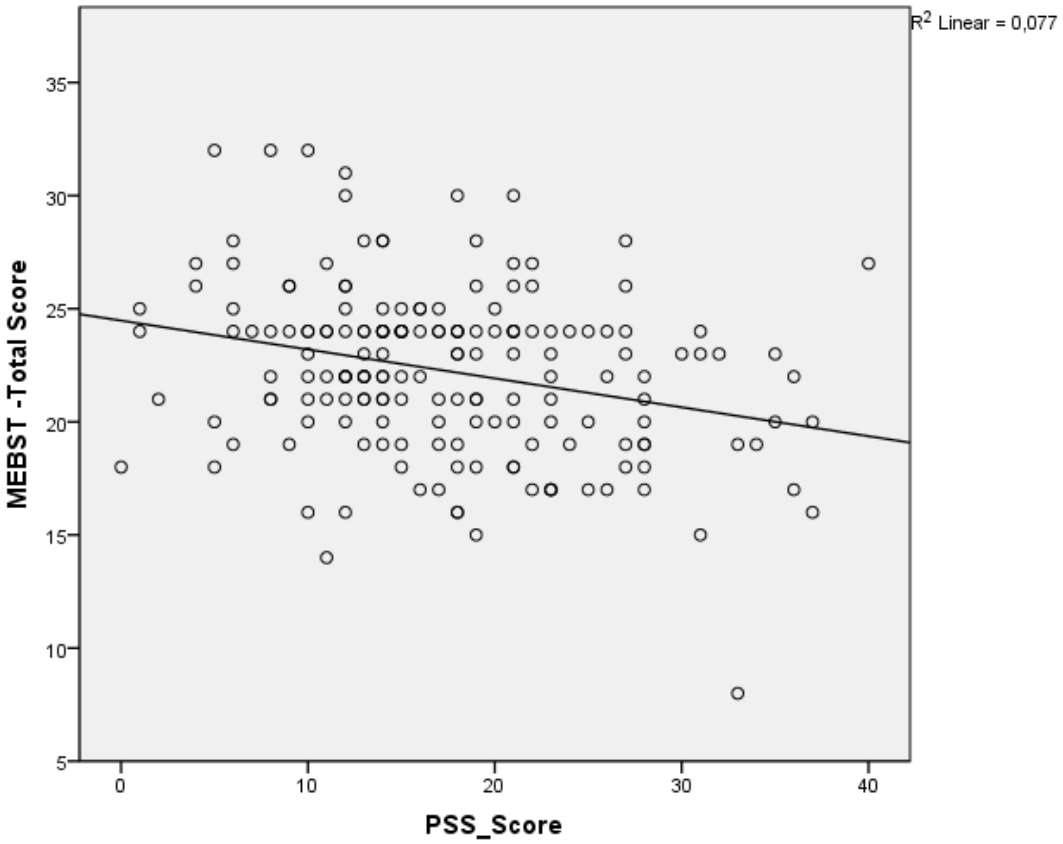
Η προσκόλληση με τη μεσογειακή διατροφή (MEDAS score) εμφάνισε στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την κλίμακα MEBS-T (r = +0,176, p=0,019) **(Διάγραμμα 32)**, και την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (r = +0,206, p=0,005), ωστόσο δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της με την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (r =+0,103, p=0,171).



Διάγραμμα 32. *Συσχέτιση μεταξύ προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή και Total MEBS-T score.*

Αντιλαμβανόμενο στρες

Το αντιλαμβανόμενο στρες των συμμετεχόντων εμφάνισε ισχυρά στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με την κλίμακα MEBS-T (r = -0,263, p=0,000) **(Διάγραμμα 33)**, και την υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής (r =-0,315, p=0,000), ωστόσο δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του με την υποκλίμακα της Μη κριτικής Επίγνωσης (r =-0,080, p=0,290).



Διάγραμμα 33. *Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και Total MEBS-T score.*

Κεφάλαιο 5ο : Συζήτηση και συμπεράσματα

5.1. Συζήτηση

Παρά την ολοένα αυξανόμενη προσοχή της επιστημονικής κοινότητας στην ΕΔ και τη σημασία της για την ψυχική και σωματική υγεία, τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που την προσδιορίζουν παραμένουν περιορισμένα. Η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων της ΕΔ είναι κρίσιμη τόσο για την κατανόηση του θεωρητικού της υποβάθρου όσο και για την αξιολόγηση του ρόλου της στην προαγωγή της υγείας. Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών, δημογραφικών παραγόντων και των παραγόντων τρόπου ζωής που επηρεάζουν την ΕΔ, καθώς και η εξέταση της σχέσης της με την ποιότητα διατροφής, όπως εκφράζεται μέσω της συμμόρφωσης με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, και με το αντιλαμβανόμενο στρες. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα αξιολόγησε για πρώτη φορά την αξιοπιστία του εργαλείου MEBS-T σε ελληνικό πληθυσμό, με στόχο την ενίσχυση της χρήσης έγκυρων και αξιόπιστων μεθοδολογικών εργαλείων στη μελέτη της ΕΔ.

Όσον αφορά την αξιοπιστία του εργαλείου MEBS-T για την εφαρμογή του σε ελληνικό πληθυσμό, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας, τόσο για τη συνολική κλίμακα (α = 0,83) όσο και για τις υποκλίμακες «Αισθητηριακής προσοχής» (α = 0,84) και «Μη κριτικής Επίγνωσης» (α = 0,78). Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αρχικά ευρήματα ανάλυσης αξιοπιστίας του εργαλείου (Mantzios, 2023a), όπου η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας στο σύνολό της (α = 0,85) και των δύο υποκλιμάκων (α = 0,85 και α = 0,82 αντίστοιχα) ήταν επίσης ικανοποιητική. Συνεπώς, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν τη χρήση του εργαλείου MEBS-T εργαλείου ως έγκυρου και αξιόπιστου μέσου για τη μελέτη της ΕΔ στην Ελλάδα, ιδίως σε πληθυσμό της Κρήτης.

Σχετικά με τους προσδιοριστές της ΕΔ, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν συσχετίσεις της ΕΔ τόσο με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όσο και με παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και ο αριθμός τέκνων, εμφανισαν θετικές σημαντικές συσχετίσεις με την ΕΔ. Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά με τα επίπεδα ΕΔ, με τους έγγαμους συμμετέχοντες να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ΕΔ συγκριτικά με άλλες ομάδες. Παράλληλα αναδείχθηκαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις παράγοντων τρόπου ζωής, όπως ο χρόνος σε οθόνες, ο χρόνος χρήσης των

μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή/και διαδικτύου και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής, με τα επίπεδα ΕΔ των συμμετεχόντων. Επίσης αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ΕΔ με την συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής και αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα στρες του ατόμου.

Ειδικότερα, όσον αφορά τους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ΕΔ ($r= 0,224$, $p<0,05$), ευρήματα τα οποία συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες (Framson et al., 2009; Durukan & Gül, 2019; Chamhuri et al., 2022; Paolassini-Guesnier et al., 2025), υπογραμμίζοντας την αύξηση της ΕΔ με την αύξηση της ηλικίας. Επιπλέον, οι άντρες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα ΕΔ συγκριτικά με τις γυναίκες, σε αντίθεση με τα ευρήματα των Paolassini-Guesnier et al. (2025), ωστόσο η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική στην παρούσα μελέτη ούτε για την κλίμακα MEBS-T στο σύνολό της αλλά ούτε και στις δύο υποκλίμακες της ($p>0,05$).

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν επίσης την οικογενειακή κατάσταση ως παράγοντα που επηρεάζει την ΕΔ, καθώς οι έγγαμοι συμμετέχοντες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα ΕΔ συγκριτικά με άλλες ομάδες ($p<0,05$). Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αριθμού τέκνων και ΕΔ ($r= 0,159$, $p<0,05$). Τα ευρήματατα αυτά, δείχνουν ότι συντροφικότητα και η γονεϊκότητα πιθανώς σχετίζονται με την υιοθέτηση περισσότερο ενσυνείδητων διατροφικών συμπεριφορών. Αν και δεν υπάρχουν αντίστοιχα ευρήματα από άλλες μελέτες όσον αφορά την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης ή τον αριθμό παιδιών στην ΕΔ, στοιχεία δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της διατροφής, με τους έγγαμους να εμφανίζουν περισσότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Vinther et al., 2016).

Όσον αφορά τους παράγοντες τρόπου ζωής, τα αποτελέσματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των ΕΔ σε σχέση με τον χρόνο οθόνης κατά τον ελεύθερο χρόνο ($p<0,01$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που αφιέρωναν περισσότερες ώρες σε οθόνες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ΕΔ. Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και στη σχέση μεταξύ ΕΔ και χρόνου χρήσης των social media, ωστόσο η σημαντικότητα εμφανίστηκε μόνο σε σχέση με την υποκλίμακα της Αισθητηριακής Προσοχής ($p<0,05$). Δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες που να διερευνούν τη σύνδεση μεταξύ χρήσης οθόνης, διαδικτύου, social media και ΕΔ. Ωστόσο, έρευνες δείχνουν ότι η αυξημένη χρήση οθόνης/διαδικτύου σχετίζεται αρνητικά με την ενσυνειδητότητα ως χαρακτηριστικό (Woodlief, 2017), γεγονός που

ενδέχεται να επηρεάζει την ΕΔ. Επίσης αν και η παρούσα μελέτη δεν εξέτασε τη χρήση οθόνης κατά την κατανάλωση φαγητού, τα ευρήματα συνάδουν με εκείνα των He et al. (2023), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η αυξημένη χρήση οθόνης στη διάρκεια των γευμάτων συνδέεται με σημαντικά χαμηλότερη ΔΔ, περισσότερο διαταραγμένα διατροφικά πρότυπα (disordered eating) και αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη.

Η παρούσα μελέτη δεν εντόπισε συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και ΕΔ, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που έχουν αναδείξει τη σύνδεσή τους (Framson et al., 2009; Warren et al., 2017; Durukan & Gül, 2019; Köse & Çıplak, 2019; Topan et al., 2021; Hinton et al., 2024). Παρομοίως, δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με τις συνήθειες σωματικής δραστηριότητας, το κάπνισμα ή την κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ ΕΔ και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας διατροφής, καθώς οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι ακολουθούν υγιεινή διατροφή εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ΕΔ σε σύγκριση με όσους αξιολόγησαν αρνητικά τις διατροφικές τους συνήθειες ($p<0,05$).

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν επίσης τη θετική συσχέτιση μεταξύ ΕΔ και συμμόρφωσης με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, καθώς άτομα με υψηλότερα MEDAS scores εμφάνισαν αυξημένα Total MEBS-T scores ($r= 0,176$, $p<0,05$), καθώς και υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής ($r= 0,206$, $p<0,01$). Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με αντίστοιχες μελέτες (Christodoulou et al., 2024; Paulassini-Guessnier et al., 2024), υποδεικνύοντας τη σύνδεση της ΕΔ με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Η έρευνα των Paulassini-Guessnier et al. (2024) ανέδειξε επίσης τη συσχέτιση της ΕΔ με τη συμμόρφωση στις εθνικές διατροφικές συστάσεις της Γαλλίας, δεδομένα τα οποία συνολικά υποδεικνύουν την επίδραση της ΕΔ στην ποιότητα της διατροφής του ατόμου. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί με πλήθος μηχανισμών. Σε μια συστηματική ανασκόπηση που εξερεύνησε τον ρόλο της ΕΔ στην αλλαγή των διατροφικών συμπεριφορών, παρατηρήθηκε ότι τα κύρια εμπλεκόμενα μονοπάτια αφορούσαν την αυξημένη επίγνωση και τη μειωμένη ανταπόκριση σε εσωτερικά συναισθηματικά και εξωτερικά ερεθίσματα σε άτομα με υψηλότερα επίπεδα ΕΔ (Warren et al., 2017).

Τέλος, η παρούσα μελέτη ανέδειξε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ ΕΔ και επιπέδων αντιλαμβανόμενου στρες, καθώς τα άτομα με υψηλότερα PSS scores εμφάνισαν χαμηλότερα Total MEBS-T scores ($r= -0,263$, $p<0,01$) και μειωμένες τιμές στην υποκλίμακα της Αισθητηριακής Προσοχής ($r= -0,315$, $p<0,01$). Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν από τη μελέτη των Christodoulou et al. (2024), η οποία κατέγραψε θετική συσχέτιση μεταξύ ΕΔ και

ψυχικής ανθεκτικότητας, αναδεικνύοντας την ΕΔ ως προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής υγείας. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Paulassini-Guessnier et al. (2024) στην οποία αναδείχθηκε η αρνητική συσχέτιση της ΕΔ με το άγχος. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν την αρνητική συσχέτιση της ΕΔ με το άγχος και το στρες, καθώς και τη σημαντική επίδρασή της ΕΔ στην ψυχική υγεία και ευεξία.

5.2. Περιορισμοί

Η μελέτη περιορίζεται γεωγραφικά στην περιοχή της Κρήτης, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί δειγματοληψία ευκολίας, επομένως τα αποτελέσματα αφορούν τον Κρητικό πληθυσμό και δεν είναι γενικεύσιμα για όλη την Ελλάδα. Για να γίνει μια πιο ακριβής εκτίμηση, είναι απαραίτητη η υλοποίηση μιας μελέτης μεγαλύτερης κλίμακας που να περιλαμβάνει έναν πιο αντιπροσωπευτικό πληθυσμό. Επίσης, η μελέτη δεν μπόρεσε να λάβει υπόψη την πιθανή συνύπαρξη άλλων παραμέτρων, όπως ψυχικές ή σωματικές παθήσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Οι παράγοντες αυτοί ενδέχεται να συμβάλλουν στην ποικιλία των συμπεριφορών και των παραμέτρων της ΕΔ που εξετάστηκαν. Τέλος, παρά τις εντοπισμένες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, η παρούσα μελέτη δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για αιτιότητα, συνεπώς δεν μπορεί να εξαχθεί συμπέρασμα σχετικά με το αν η ΕΔ προκαλεί αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές ή στα επίπεδα στρες ή αν συμβαίνει το αντίθετο.

5.3. Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική μελέτη

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την ΕΔ, τους παράγοντες που την καθορίζουν, καθώς και τη σύνδεσή της με την ποιότητα διατροφής και το αντιλαμβανόμενο στρες. Η επικύρωση του εργαλείου MEBS-T σε πληθυσμό της Κρήτης, καταδεικνύει την αξιοπιστία του στην αξιολόγηση της ΕΔ σε ελληνικό πληθυσμό. Σημαντικές συσχετίσεις αναδείχθηκαν μεταξύ της ΕΔ και δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, καθώς και παραμέτρων του τρόπου ζωής, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η χρήση οθονών και μέσων κοινωνικής δικτύωσης και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής. Ξεχωριστής σημασίας είναι η θετική σύνδεση της ΕΔ με τη συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής και η αρνητική της

συσχέτιση με το αντιλαμβανόμενο στρες. Η μελέτη υπογραμμίζει τη δυνατότητα της ΕΔ να συμβάλλει στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και στη βελτίωση της ποιότητας διατροφής, ενώ η σύνδεσή της με το άγχος και το στρες ανοίγει νέους δρόμους για την κατανόηση του ρόλου της στην ψυχική ευεξία. Παρόλα αυτά, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερους και πιο διαφοροποιημένους πληθυσμούς, για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων και την καλύτερη κατανόηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ της ΕΔ, των διατροφικών συνηθειών και της ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, *9*, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077

Cairncross, M., & Miller, C. J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *24*(5), 108705471562530. https://doi.org/10.1177/1087054715625301

Carrière, K., Shireen, S. H., Siemers, N., Preißner, C. E., Starr, J., Falk, C., & Knäuper, B. (2022). Development and Validation of the Four Facet Mindful Eating Scale (FFaMES). *Appetite*, *168*, 105689. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105689

Chamhuri, N. H., Mohd Tohit, N., Azzeri, A., Chamhuri, N., & M. Alias, S. R. (2022). Age and fasting blood sugar levels are associated factors for mindful eating among Type 2 diabetes mellitus patients during COVID-19 pandemic confinement. *PLOS ONE*, *17*(9), e0274327. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274327

Choi, S.-H., & Lee, H. (2019). Associations of mindful eating with dietary intake pattern, occupational stress, and mental well-being among clinical nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(2). https://doi.org/10.1111/ppc.12441

Christodoulou, E., Deligiannidou, G.-E., Kontogiorgis, C., Giaginis, C., & Koutelidakis, A. E. (2024). Fostering Resilience and Wellness: The Synergy of Mindful Eating and the Mediterranean Lifestyle. *Applied Biosciences*, *3*(1), 59–70. https://doi.org/10.3390/applbiosci3010004

Clementi, C., Casu, G., & Gremigni, P. (2017). An Abbreviated Version of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *49*(4), 352-356.e1. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.01.016

Cohen, S., Kamarck, T. and Mermelstein, R. (1983). Perceived Stress Scale. *PsycTESTS Dataset*. [online] doi:https://doi.org/10.1037/t02889-000

Conversano, C., Orrù, G., Pozza, A., Miccoli, M., Ciacchini, R., Marchi, L., & Gemignani, A. (2021). Is Mindfulness-Based Stress Reduction Effective for People with Hypertension? A Systematic Review and Meta-Analysis of 30 Years of Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6), 2882. https://doi.org/10.3390/ijerph18062882

Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness Training and Physical Health. *Psychosomatic Medicine*, *81*(3), 224–232. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000675

Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, *18*(6), 260–264. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008

Durukan, A., & Gül, A. (2019). Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, *18*, 100172. https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2019.100172

Erbakan, A. N., Muzeyyen Arslan Bahadir, M. A., Gonen, O., & Kaya, F. N. (2024). Mindful Eating and Current Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes. *Curēus*, *16*(3). https://doi.org/10.7759/cureus.57198

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(4), 716–721. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, *109*(8), 1439–1444. https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006

Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *20*(11), 1619–1627. https://doi.org/10.1111/obr.12918

Gilbert, D., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, *1*(4), 227–234. https://doi.org/10.1007/s12671-010-0032-3

García-Conesa, M.-T., Philippou, E., Pafilas, C., Massaro, M., Quarta, S., Andrade, V., Jorge, R., Chervenkov, M., Ivanova, T., Dimitrova, D., Maksimova, V., Smilkov, K., Ackova, D.G., Miloseva, L., Ruskovska, T., Deligiannidou, G.E., Kontogiorgis, C.A. and Pinto, P. (2020). Exploring the Validity of the 14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS): A Cross-National Study in Seven European Countries around the Mediterranean Region. *Nutrients*, 12(10), p.2960. doi:https://doi.org/10.3390/nu12102960.

Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2014). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *38*(2), 348–362. https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *59*(59), 52–60. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011

Grider, H. S., Douglas, S. M., & Raynor, H. A. (2020). The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *121*(4). https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.019

Hayashi, L. C., Benasi, G., St-Onge, M.-P., & Aggarwal, B. (2021). Intuitive and mindful eating to improve physiological health parameters: a short narrative review of intervention studies. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, *0*(0). https://doi.org/10.1515/jcim-2021-0294

He, J., Fu, Y., Cui, S., Barnhart, W. R., Zhang, X., Han, J., Wang, Y., Ganson, K. T., & Nagata, J. M. (2023). Screen use while eating is associated with lower intuitive eating and higher disordered eating in Chinese adult men and women. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(10), 1961–1972. https://doi.org/10.1002/eat.24026

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, *51*(2), 199–213. https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2

Hinton, E. C., Beesley, V., Leary, S. D., & Ferriday, D. (2024). Associations between body mass index and episodic memory for recent eating, mindful eating, and cognitive distraction: A cross-sectional study. *Obesity Science & Practice*, *10*(1). https://doi.org/10.1002/osp4.728

Hulbert-Williams, L., Nicholls, W., Joy, J., & Hulbert-Williams, N. (2013). Initial Validation of the Mindful Eating Scale. *Mindfulness*, *5*(6), 719–729. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0227-5

Jacob, J., & Panwar, N. (2023). Effect of age and gender on dietary patterns, mindful eating, body image and confidence. *BMC Psychology*, *11*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-023-01290-4

Jamil, A., Gutlapalli, S. D., Ali, M., Oble, M. J. P., Sonia, S. N., George, S., Shahi, S. R., Ali, Z., Abaza, A., & Mohammed, L. (2023). Meditation and Its Mental and Physical Health Benefits in 2023. *Cureus*, *15*(6). https://doi.org/10.7759/cureus.40650

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological health: a Review of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041–1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 763–771. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005

Köse, G., & Çıplak, M. E. (2019). Does mindful eating have a relationship with gender, body mass index and health promoting lifestyle? *Progress in Nutrition*, *22*(2). https://doi.org/10.23751/pn.v22i2.9268

Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, *5*(3), 282–297. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1

Lee, S.-H., Hwang, S.-M., Kang, D.-H., & Yang, H.-J. (2019). Brain education-based meditation for patients with hypertension and/or type 2 diabetes. *Medicine*, *98*(19), e15574. https://doi.org/10.1097/md.0000000000015574

Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(7). https://doi.org/10.1002/eat.23509

Mantzios, M. (2020). (Re)defining mindful eating into mindful eating behaviour to advance scientific enquiry. *Nutrition and Health*, *27*(4), 026010602098409. https://doi.org/10.1177/0260106020984091

Mantzios, M. (2023a). Development and initial validation of the trait and state Mindful Eating Behaviour Scales. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *28*(1). https://doi.org/10.1007/s40519-023-01614-8

Mantzios, M. (2023b). Mindful eating: A conceptual critical review of the literature, measurement and intervention development. *Nutrition and Health*, 026010602311534. https://doi.org/10.1177/02601060231153427

Mantzios, M., Egan, H., Hussain, M., Keyte, R., & Bahia, H. (2018). Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(6), 833–840. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0548-4

Mantzios, M., Zervos, K., Koletsi, M., & Giannou, K. (2023). Mindful eating and eating behaviours in Greece: exploring the validity and reliability of two mindful eating scales and other eating behaviours for Greek-speaking populations. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *28*(1). https://doi.org/10.1007/s40519-023-01615-7

Monroe, J. T. (2015). Mindful Eating. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *9*(3), 217–220. https://doi.org/10.1177/1559827615569682

Morillo-Sarto, H., López-del-Hoyo, Y., Pérez-Aranda, A., Modrego-Alarcón, M., Barceló-Soler, A., Borao, L., Puebla-Guedea, M., Demarzo, M., García-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2022). "Mindful eating" for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*, *31*(2), 303–319. https://doi.org/10.1002/erv.2958

Niazi, A. K., & Niazi, S. K. (2011). Mindfulness-based Stress reduction: a non-pharmacological Approach for Chronic Illnesses. *North American Journal of Medical Sciences*, *3*(1), 20. https://doi.org/10.4297/najms.2011.320

Paolassini-Guesnier, P., Van Beekum, M., Kesse-Guyot, E., Baudry, J., Srour, B., Bellicha, A., Shankland, R., Rodhain, A., Leys, C., Hercberg, S., Touvier, M., Allès, B., & Péneau, S. (2025). Mindful eating is associated with a better diet quality in the NutriNet-Santé study. *Appetite*, *206*(206), 107797. https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107797

Peitz, D., Schulze, J., & Warschburger, P. (2020). Getting a Deeper Understanding of Mindfulness in the Context of Eating Behavior: Development and Validation of the Mindful Eating Inventory. *Appetite*, 105039. https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105039

Preissner, C. E., Oenema, A., & de Vries, H. (2022). Examining socio-cognitive factors and beliefs about mindful eating in healthy adults with differing practice experience: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-022-00977-4

Sala, M., Rochefort, C., Lui, P. P., & Baldwin, A. S. (2019). Trait mindfulness and health behaviours: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, *14*(3), 345–393. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1650290

Sala, M., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2018). A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and eating disorder symptoms in individuals diagnosed with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *27*(3), 295–305. https://doi.org/10.1002/erv.2657

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M.A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverría, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V. and Covas, M. (2011). A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *The Journal of Nutrition*, 141(6), pp.1140–1145. doi:https://doi.org/10.3945/jn.110.135566

Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? *Clinical Handbook of Mindfulness*, 17–35. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2

Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(4), 213–225. https://doi.org/10.1038/nrn3916

Tapper, K. (2022). Mindful eating: what we know so far. *Nutrition Bulletin*, *47*(2). https://doi.org/10.1111/nbu.12559

Topan, A., Ayyıldız, T. K., Seval, M., Kurt, A., & Top, F. Ü. (2021). The relationship between mindful eating, body mass index and physical activity in nursing students – a cross-sectional study. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, *19*(3), 233–240. https://doi.org/10.15584/ejcem.2021.3.4

Tuncer, G. Z., & Çetinkaya Duman, Z. (2022). Effects of the guided self-help based on shared decision making on eating behaviors in an individual with bipolar disorder. *Nursing Forum*. https://doi.org/10.1111/nuf.12826

Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(1), 137–153. https://doi.org/10.1037/a0030893

Vinther, J. L., Conklin, A. I., Wareham, N. J., & Monsivais, P. (2016). Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based

prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. *Social Science & Medicine*, *157*(157), 120–126. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.004

Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A Structured Literature Review on the Role of mindfulness, Mindful Eating and Intuitive Eating in Changing Eating behaviours: Effectiveness and Associated Potential Mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, *30*(2), 272–283. https://doi.org/10.1017/s0954422417000154

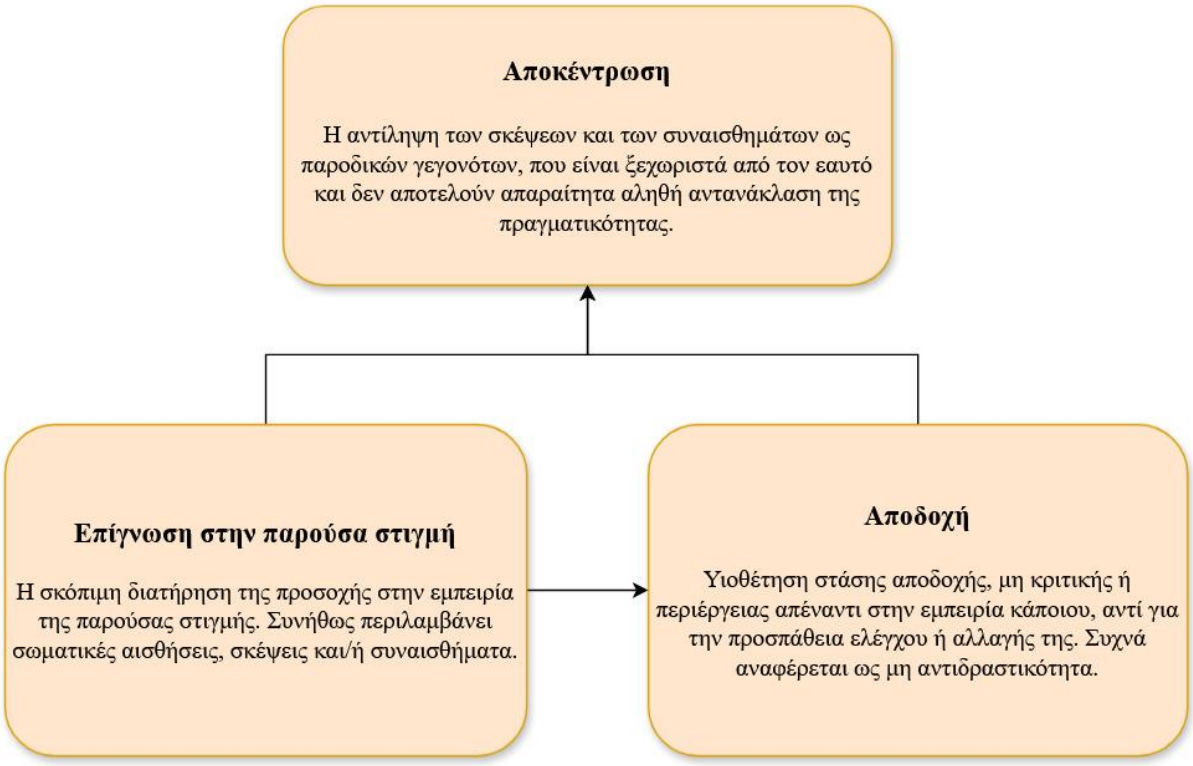
Woodlief, D. T. (2017). *Smartphone Use and Mindfulness: Empirical Tests of a Hypothesized ConnectionHypothesized Connection*. https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5259&context=etd

Winkens, L. H. H., van Strien, T., Barrada, J. R., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H., & Visser, M. (2018). The Mindful Eating Behavior Scale: Development and Psychometric Properties in a Sample of Dutch Adults Aged 55 Years and Older. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *118*(7), 1277-1290.e4. https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.01.015

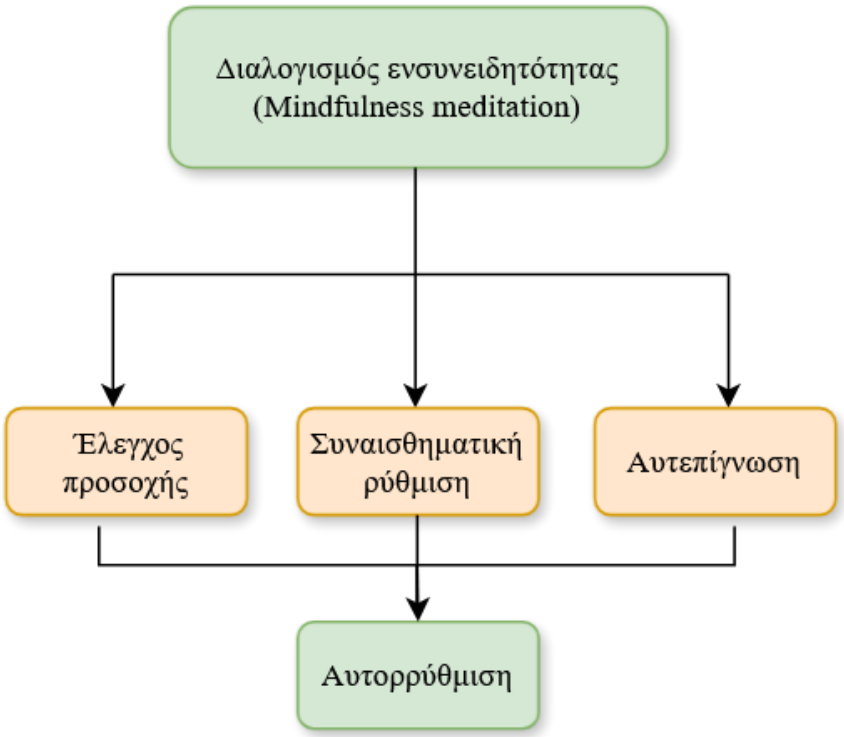
Yeşil, E., Tayfur, M., Köseoğlu, S., Dortdogan, S., & Eren, K. (2023). The Relationship Between Mindful Eating and Nutritional Status in Pregnancy. *Istanbul Sabahattin Zaim University Journal of the Institute of Science and Technology*, *4*(3), 171–175. https://doi.org/10.47769/izufbed.1199043

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΣΧΗΜΑΤΑ



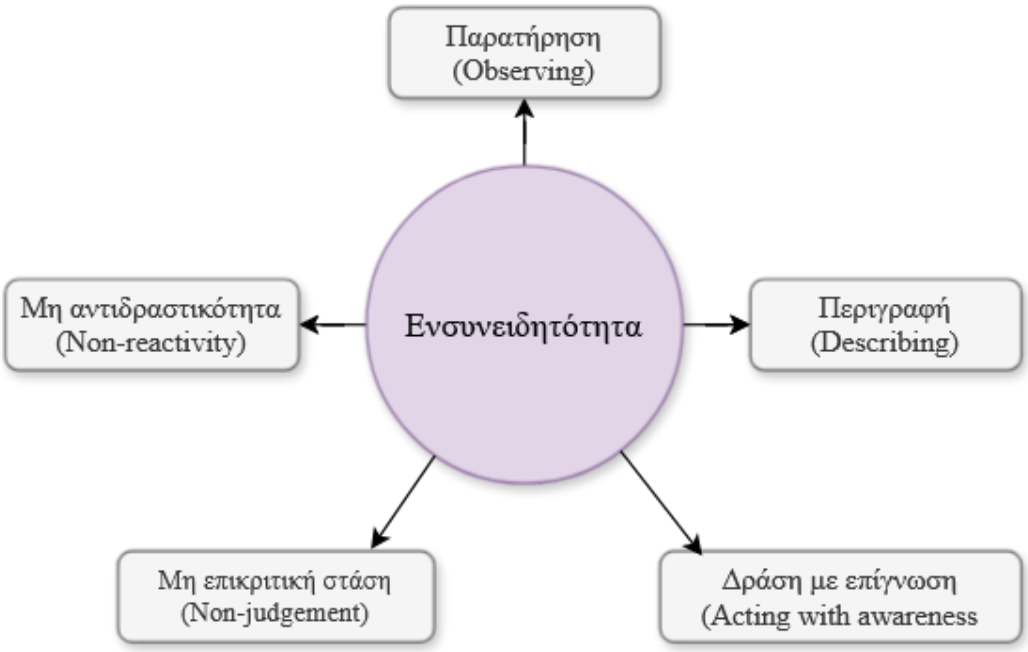
Σχήμα 1. *Τα 3 σημεία κλειδιά της ενσυνειδητότητας (Tapper, 2022).*



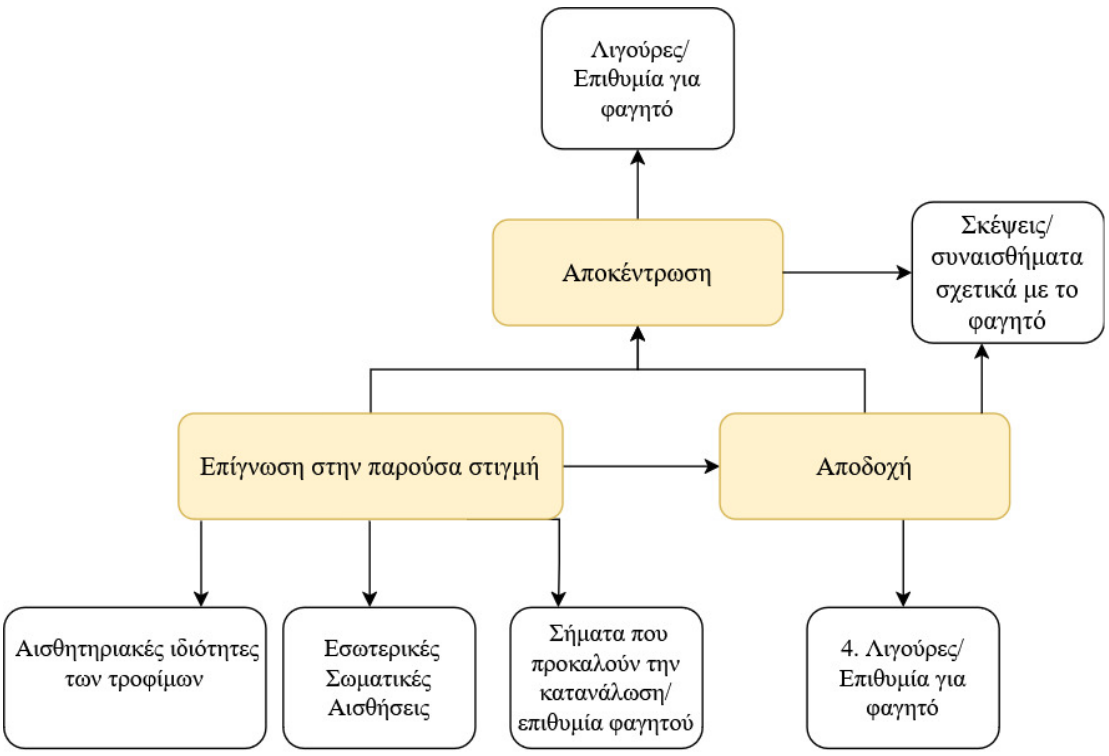
Σχήμα 2. *Τα τρία αλληλένδετα στοιχεία του διαλογισμού ενσυνειδητότητας, με στόχο την αυτορρύθμιση (Tang et al., 2013).*



Σχήμα 3. *Τα τρία στάδια πρακτικής του διαλογισμού (Tang et al., 2013).*



Σχήμα 4. *Οι 5 διακριτές πτυχές της ενσυνειδητότητας.*



Σχήμα 5. *Εφαρμογή ενσυνειδητότητας σε σκέψεις, συναισθήματα σωματικές αισθήσεις και συμπεριφορές σχετιζόμενες με το φαγητό (Tapper, 2022).*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. *Άσκηση ΕΔ με μια σταφίδα.*

Οδηγίες: Διαβάστε και εκτελέστε κάθε βήμα ξεχωριστά. Προσεγγίστε την άσκηση με ανοιχτό μυαλό και ήπια περιέργεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.	
1. Παρατηρήστε τη σταφίδα.	*Κρατήστε τη σταφίδα στην παλάμη του χεριού σας ή ανάμεσα στα δάχτυλά σας. Εστιάστε σε αυτήν, φανταστείτε ότι δεν έχετε ξαναδεί ποτέ ένα αντικείμενο σαν αυτό.*
2. Εξετάστε την προσεκτικά.	*Αφήστε τα μάτια σας να εξερευνήσουν κάθε μέρος της, παρατηρώντας τα σημεία όπου πέφτει το φως, τις πιο σκούρες κοιλότητες, τις πτυχώσεις, τις αυλακώσεις και τυχόν ασυμμετρίες ή μοναδικά χαρακτηριστικά.*
3. Αισθανθείτε την υφή της.	*Γυρίστε τη σταφίδα ανάμεσα στα δάχτυλά σας, εξερευνώντας την υφή της. Μπορείτε να κλείσετε τα μάτια σας αν αυτό βοηθά στην καλύτερη αίσθηση αφής.*
4. Μυρίστε τη σταφίδα.	*Φέρτε τη σταφίδα κοντά στη μύτη σας. Με κάθε εισπνοή, εισπράξτε όποια μυρωδιά, άρωμα ή ευωδία μπορεί να αναδυθεί. Παρατηρήστε αν κάτι ενδιαφέρον συμβαίνει στο στόμα ή στο στομάχι σας.*
5. Βάλτε τη σταφίδα στο στόμα σας.	*Χωρίς να τη μασήσετε, παρατηρήστε πώς το σώμα σας κινείται για να τη μεταφέρει στο στόμα. Περάστε λίγες στιγμές εξερευνώντας τις αισθήσεις της σταφίδας στο στόμα σας, χρησιμοποιώντας τη γλώσσα σας.*
6. Γευτείτε τη σταφίδα.	*Όταν είστε έτοιμοι, ετοιμαστείτε να τη μασήσετε. Παρατηρήστε πώς και πού πρέπει να βρίσκεται για να τη μασήσετε. Στη συνέχεια, πολύ συνειδητά, κάντε μία ή δύο δαγκωνιές και παρατηρήστε τι συμβαίνει, βιώνοντας όποια κύματα γεύσης προκύψουν καθώς συνεχίζετε να μασάτε. Χωρίς να την καταπιείτε ακόμα, παρατηρήστε τις αισθήσεις γεύσης και υφής στο στόμα και πώς αυτές μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, στιγμή προς στιγμή, καθώς και οποιαδήποτε αλλαγή στο ίδιο το αντικείμενο.*
7. Καταπιείτε τη σταφίδα.	Εστιάστε στην αίσθηση της κατάποσης. Υπάρχει κάποια επίγευση; Πώς αισθάνεστε σωματικά και συναισθηματικά; Περάστε λίγο χρόνο σκεπτόμενοι την εμπειρία σας.

(Bond Institute of Health and Sport, 2016)

Πίνακας 2. *Πρόγραμμα 9 συνεδριών (MB- EAT) με στόχο την αντιμετώπιση της υπερφαγίας.*

Αριθμός Συνεδρίας	Περιεχόμενο Συνεδρίας
Συνεδρία 1η	*Εισαγωγή στο μοντέλο αυτορρύθμισης, άσκηση με σταφίδα, εισαγωγή στον διαλογισμό ενσυνειδητότητας.*
Συνεδρία 2η	*Σύντομος διαλογισμός (συνεχίζεται σε όλες τις συνεδρίες), άσκηση ΕΔ με τυρί και κρακεράκια, επεξήγηση της έννοιας της ΕΔ, σάρωση σώματος (body scan).*
Συνεδρία 3η	*Θέμα: Ερεθίσματα υπερφαγίας – Διαλογισμός, άσκηση ΕΔμε γλυκό υψηλής θερμιδικής αξίας π.χ. brownies.*
Συνεδρία 4η	*Θέμα: Σημάδια πείνας - Σωματική vs συναισθηματική πείνα, διαλογισμός σχετικά με πείνα, άσκηση κατανάλωσης τροφής, ενσυνείδητες διατροφικές επιλογές (μπισκότα ή πατατάκια), θεραπευτικό αυτο-άγγιγμα σώματος.*
Συνεδρία 5η	*Θέμα: Σημάδια κορεσμού – Τύπος και επίπεδο σημάτων κορεσμού, διαλογισμός για κορεσμό, ασκήσεις γιόγκα σε καθιστική θέση.*
Συνεδρία 6η	*Θέμα: Σημάδια πληρότητας – Τύπος και επίπεδο σημάτων πληρότητας, διαλογισμός για πληρότητα, γεύμα Pot-Luck (κοινό γεύμα που ο καθένας φέρνει από ένα φαγητό).*
Συνεδρία 7η	*Θέμα: Συγχώρεση – Διαλογισμός συγχώρεσης.*
Συνεδρία 8η	*Θέμα: Εσωτερική σοφία – Διαλογισμός σοφίας, διαλογισμός βαδίσματος.*
Συνεδρία 9η	*Θέμα: "Το πρόσεξαν οι άλλοι; Που πηγαίνετε από εδώ και πέρα;" Διατήρηση αλλαγών, πρόληψη υποτροπών, εορταστικό Pot-Luck γεύμα.*

(Kristeller et al., 2013)

Πίνακας 3. *Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά δείγματος.*

Μεταβλητές	Ποσοστά (%)

Φύλο	
Άντρες	33,3
Γυναίκες	66,7
Ηλικία	
έως 25 ετών	23,0
26-35 ετών	19,1
36-45 ετών	18,6
46-55 ετών	19,7
56-65 ετών	14,8
άνω των 65 ετών	4,9
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	45,9
Έγγαμοι	42,6
Διαζευγμένοι	8,7
Χήροι	2,7
Αριθμός παιδιών	
0	50,0
1	11,0
2	31,9
>3	7,1
Νομός Κατοικίας	
Ηρακλείου	52,5
Λασιθίου	35,0
Χανίων	8,2
Ρεθύμνου	4,4
Περιοχή κατοικίας	
Πόλη	76,0
Κωμόπολη	12,0
Χωριό/οικισμός	12,0
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές	32,8
Πανεπιστημιακές σπουδές	48,1
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και Άλλα	19,1
Επαγγελματική κατάσταση	
Δημόσιοι υπάλληλοι	27,3
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	20,8
Φοιτητές	16,9
Ελεύθεροι επαγγελματίες	12,0
Συνταξιούχοι	8,2
Αγρότες	8,2
Άνεργοι	6,6
Ώρες εργασίας ανά ημέρα	
0 ώρες	25,7
<6 ώρες	10,9
6-8 ώρες	27,3
>8 ώρες	36,1

Πίνακας 4. *Χαρακτηριστικά τρόπου ζωής συμμετεχόντων.*

Μεταβλητές	Ποσοστά (%)
ΔΜΣ	
Ελλειποβαρείς	4,9
Φυσιολογικό βάρος	47,5
Υπέρβαροι	31,7
Παχύσαρκοι	15,9
Χρόνος ΣΔ/ εβδομάδα	
>6 ώρες	13,3
4-6 ώρες	15,5
2-4 ώρες	22,7
1-2 ώρες	23,2
<1 ώρα	25,4
Κύριο είδος ΣΔ	
Γυμναστήριο	23,4
Γυμναστική στο σπίτι	11,1
Πεζοπορία	36,8
Κολύμβηση	7,6
Χορός	4,7
Αθλήματα (π.χ. μπάσκετ, ποδόσφαιρο)	2,9
Τρέξιμο	2,9
Άλλο	10,5
Χρόνος σε οθόνη/ημέρα (εκτός εργασίας)	
>6 ώρες	12,6
4-6 ώρες	19,2
2-4 ώρες	27,5
1-2 ώρες	27,5
< 1 ώρα	13,2
Χρόνος σε social media (SM) ή/και internet /ημέρα	
>3 ώρες	22,0
2-3 ώρες	20,9
1-2 ώρες	30,2
<1 ώρες	26,9
Χρήση SM/internet για διατροφική ενημέρωση	
Πολύ συχνά	8,7
Συχνά	19,7
Μερικές φορές	52,5
Ποτέ	19,1
«Θεωρείτε ότι τρέφεστε υγιεινά;»	
Ναι	43,7
Όχι	8,7

Θα μπορούσα καλύτερα	47,5
Τύπος διατροφής	
Δεν ακολουθώ συγκεκριμένη διατροφή/ Τρώω τα πάντα	73,8
Χορτοφαγική διατροφή (Vegetarian)	4,9
Αυστηρά χορτοφαγικά διατροφή (vegan)	0,5
Περιοριστική διατροφή για απώλεια βάρους	9,8
Συγκεκριμένη διατροφή για λόγους υγείας	6,0
Συγκεκριμένη διατροφή καθώς αθλούμαι	4,9
Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής	
Ναι	32,2
Όχι	67,8
Ώρες ύπνου/νύχτα	
>9 ώρες	1,1
7-9 ώρες	47,5
5-7 ώρες	48,6
<5 ώρες	2,7
Κάπνισμα	
Ναι, καπνίζω τακτικά	18,6
Ναι, καπνίζω περιστασιακά	10,4
Όχι, δεν καπνίζω	47,5
Όχι, αλλά έχω καπνίσει στο παρελθόν	23,5
Κατανάλωση αλκοόλ	
Ναι, πίνω αλκοόλ τακτικά	7,7
Ναι, πίνω αλκοόλ περιστασιακά	61,5
Όχι, δεν καταναλώνω αλκοόλ	24,2
Όχι, δεν καταναλώνα αλκοόλ, αλλά έχω καταναλώσει στο παρελθόν	6,6

Πίνακας 5. *Κατανομή αποκρίσεων στις 14 προτάσεις της κλίμακας συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή διατροφή (Mediterranea Diet Adherence Screener, MEDAS)*

Προτάσεις κλίμακας MEDAS	**Ποσοστά (%)**

1. Χρησιμοποιείτε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λίπους για το μαγείρεμα;	
Όχι	2,2
Ναι	97,8
2. Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου του ελαιόλαδου που χρησιμοποιείτε για το τηγάνισμα, τις σαλάτες, τα γεύματα έξω από το σπίτι κ.λπ.);	
3 κ.σ. ή λιγότερο	45,4
4 κ.σ. ή *περισσότερο*	54,6
3. Πόσες μερίδες λαχανικών καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 200g, γαρνιτούρες 1/2 μερίδα)	
1 ή λιγότερο	47,0
2 ή περισσότερες	53,0
4. Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;	
2 ή λιγότερες	78,1
3 ή περισσότερες	21,9
5. Πόσες μερίδες κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 100-150g)	
1 ή περισσότερες	22,0
Λιγότερο από 1	20,9
6. Πόσες μερίδες βούτυρο, μαργαρίνη ή άλλη λιπαρή ύλη καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 12 g)	
1 ή περισσότερες	15,3
Λιγότερο από 1	84,7
7. Πόσα αναψυκτικά ανθρακούχα ή/και με ζάχαρη καταναλώνετε ανά ημέρα;	
1 ή περισσότερα	9,8
Λιγότερο από 1	90,2
8. Πίνετε κρασί; Πόσο καταναλώνετε ανά εβδομάδα;	
6 ποτήρια ή λιγότερο	95,6
7 ποτήρια ή περισσότερο	4,4
9. Πόσες μερίδες από όσπρια καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα : 150g)	
2 ή λιγότερες	73,8
3 ή περισσότερες	26,2
10. Πόσες μερίδες ψαριών / θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 100-150 g ψαριών, 4-5 κομμάτια ή 200 g θαλασσινών)	
2 ή λιγότερες	95,1
3 ή περισσότερες	4,9
11. Πόσες φορές καταναλώνετε γλυκά του εμπορίου (όχι σπιτικά), όπως κουλουράκια, κέικ, ανά εβδομάδα;	
2 ή περισσότερες	33,3
Λιγότερες από 2	66,7
12. Πόσες φορές καταναλώνετε ξηρούς καρπούς ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 30 g)	
2 ή λιγότερες	63,4
3 ή περισσότερες	36,6
13. Προτιμάτε να τρώτε κοτόπουλο, γαλοπούλα ή κουνέλι αντί για μοσχαρίσιο κρέας, χοιρινό, χάμπουργκερ ή λουκάνικα;	
Όχι	24,0
Ναι	76,0

14. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα πιάτα με σάλτσα από ντομάτα, κρεμμύδι, πράσο ή σκόρδο μαγειρεμένα σε ελαιόλαδο;		
	1 ή λιγότερες	15,4
	2 ή περισσότερες	84,6

Πίνακας 6. *Κατανομή αποκρίσεων στις 10 προτάσεις της κλίμακας Αντιλαμβανόμενου Στρες (Perceived Stress Scale-10 , PSS-10)*

Προτάσεις κλίμακας PSS-10	**Ποσοστά (%)**				
	Ποτέ	***Σπάνια***	***Μερικές φορές***	***Αρκετά συχνά***	***Συχνά***
1. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αναστατωθήκατε επειδή κάτι συνέβη απροσδόκητα;	5,5	23,0	37,7	23,5	10,4
2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ανίκανος(-η) να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;	15,8	34,4	29,5	13,7	6,6
3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε νευρικός(-η) και "αγχωθήκατε";	3,3	19,1	36,1	25,1	16,4
4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε σιγουριά για την ικανότητα σας να χειριστείτε προσωπικά προβλήματά;	3,8	12,6	29,0	36,1	18,6
5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι όλα πήγαιναν όπως τα θέλετε;	6,6	15,3	36,1	34,4	7,7
6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι δεν θα μπορούσατε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;	10,4	33,9	32,2	14,2	9,3
7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ικανός(-ή) να ελέγξετε διάφορα ερεθίσματα (προκλήσεις) στη ζωή σας;	2,7	14,8	35,0	36,6	10,9
8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι είστε "κύριος(-α)" των καταστάσεων;	4,4	14,8	31,7	34,4	14,8
9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οργιστήκατε επειδή τα πράγματα ξέφυγαν από τον έλεγχο σας;	14,2	36,1	24,0	17,5	8,2
10. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι συσσωρεύτηκαν τόσες δυσκολίες σε σημείο που δεν θα μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;	18,0	42,6	18,0	12,6	8,7

Πίνακας 7*. Κατανομή αποκρίσεων στις 8 προτάσεις της κλίμακας Ενσυνείδητης διατροφικής συμπεριφοράς (Mindful Eating Behaviour Scale - Trait, MEBS-T)*

Προτάσεις κλίμακας MEBS-T	**Ποσοστά (%)**			
	Διαφωνώ Απόλυτα	***Διαφωνώ***	***Συμφωνώ***	***Συμφωνώ Απόλυτα***
1. Γεύομαι πλήρως αυτό που τρώω.	1,6	12,0	63,9	22,4
2. Παρατηρώ τη μυρωδιά, την υφή ή/και τα χρώματα του φαγητού που τρώω.	2,2	13,7	60,1	24,0
3. Επικεντρώνομαι σε αυτό που τρώω.	2,7	24,6	57,4	15,3
4. Γεύομαι πλήρως κάθε μπουκιά που τρώω.	1,6	28,4	58,5	11,5
5. Παρατηρώ σκέψεις ή/και συναισθήματα που δεν σχετίζονται με το φαγητό μου, αλλά ξαναστρέφω την προσοχή μου στο φαγητό και στην εμπειρία του φαγητού.	3,8	36,8	50,5	8,8
6. Όταν τρώω, έχω σκέψεις ή/και συναισθήματα, αλλά συνεχίζω να επικεντρώνομαι ξανά στο φαγητό.	5,5	37,0	51,4	6,1
7. Διατηρώ την προσοχή μου στο τι τρώω, παρόλο που αντιλαμβάνομαι σκέψεις ή/και συναισθήματα ενώ τρώω.	5,0	32,8	54,4	7,8
8. Όταν τρώω, ξεπερνώ άσχετες σκέψεις ή/και συναισθήματα επικεντρώνοντας στο φαγητό και στην αίσθηση του φαγητού.	7,8	37,2	46,7	8,3

Πίνακας 8. *Μέτρα θέσης και διασποράς για scores κλιμάκων MEDAS, PSS-10, MEBS-T (& υποκλίμακες).*

Κλίμακες	**Μέση τιμή**	**Διάμεσος**	**Τυπική απόκλιση**	**Ελάχιστη τιμή**	**Μέγιστη τιμή**
MEDAS	8,0	8,0	1,8	4,0	13,0
PSS-10	17,5	17,0	8,0	0,0	40,0
MEBS-T	22,3	22,0	3,7	8,0	32,0

- **Υποκλίμακα Αισθητηριακής Προσοχής**	11,8	12,0	2,2	4,0	16,0
- **Υποκλίμακα Μη κριτικής επίγνωσης**	10,5	11,0	2,2	4,0	16,0

Πίνακας 9. *Μέσοι όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της κλίμακας MEBS-T.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q1	3,07	0,647	178
Q2	3,06	0,682	178
Q3	2,86	0,703	178
Q4	2,79	0,661	178
Q5	2,66	0,697	178
Q6	2,58	0,694	178
Q7	2,65	0,699	178
Q8	2,56	0,751	178

Πίνακας 10. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q1	19,17	11,101	0,534	0,808
Q2	19,18	10,984	0,525	0,809
Q3	19,38	10,520	0,616	0,796
Q4	19,45	10,656	0,633	0,795
Q5	19,58	11,069	0,489	0,814
Q6	19,66	11,221	0,456	0,818
Q7	19,59	10,560	0,611	0,797
Q8	19,68	10,660	0,530	0,809

Πίνακας 11. *Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q1	3,07	0,638	183
Q2	3,06	0,681	183
Q3	2,85	0,699	183
Q4	2,80	0,653	183

Πίνακας 12. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής της υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q1	8,71	2,976	0,648	0,805
Q2	8,72	2,916	0,615	0,820
Q3	8,93	2,737	0,684	0,789
Q4	8,98	2,774	0,740	0,765

Πίνακας 13. *Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ένα από τα στοιχεία της υποκλίμακας Μη Κριτικής Επίγνωσης.*

	Μ.Ο.	**Τυπική απόκλιση**	**n**
Q5	2,66	0,697	178
Q6	2,58	0,694	178
Q7	2,65	0,699	178
Q8	2,56	0,751	178

Πίνακας 14. *Συσχετίσεις κάθε πρότασης- μεταβλητής της Υποκλίμακας Αισθητηριακής Προσοχής με το συνολικό άθροισμα των προτάσεων- μεταβλητών, Δείκτης Cronbach's Alpha με τη διαγραφή της κάθε μιας μεταβλητής.*

	Μ.Ο. κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου	**Διακύμανση κλίμακας με διαγραφή αντικειμένου**	**Διορθωμένος Δείκτης Συσχέτισης με συνολικό άθροισμα**	**Δείκτης Cronbach's Alpha με διαγραφή αντικειμένου**
Q5	7,80	2,931	0,618	0,715
Q6	7,87	2,938	0,620	0,715
Q7	7,80	2,916	0,624	0,712
Q8	7,89	3,022	0,501	0,777

Πίνακας 15. *Συσχετίσεις total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης, με αριθμητικές μεταβλητές (Ηλικία, αριθμός παιδιών, ΔΜΣ, MEDAS score, PSS score, με την χρήση του συντελεστή Spearman.*

	Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
	Spearman's rho		
Ηλικία	+0,224*	+0,153*	+0,269**
Αριθμός παιδιών	+0,159*	+0,235**	+0,086
ΔΜΣ	-0,009	+0,014	-0,009
MEDAS score (Συμμόρφωση με Μεσογειακή διατροφή)	+0,176*	+0,206**	+0,103
PSS score (Αντιλαμβανόμενο στρες)	-0,263**	-0,315**	-0,080

*p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 16. *Αναλύσεις Mann-Whitney U για τη διερεύνηση σχέσης κατηγορικών μεταβλητών δύο ομάδων με τα total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης.*

	Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
Φύλο	U = 3098,5	U = 3137,0	U = 3442,0
	z = -1,368	z = -1,763	z = -0,306
	p = 0,171	p = 0,078	p = 0,760
Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής	U = 3410,0	U = 3377,5	U= 3364,0
	z = -0,219	z = -0,854	z = 0,365
	p = 0,827	p = 0,393	p= 0,715

*p<0,05, **p<0,01

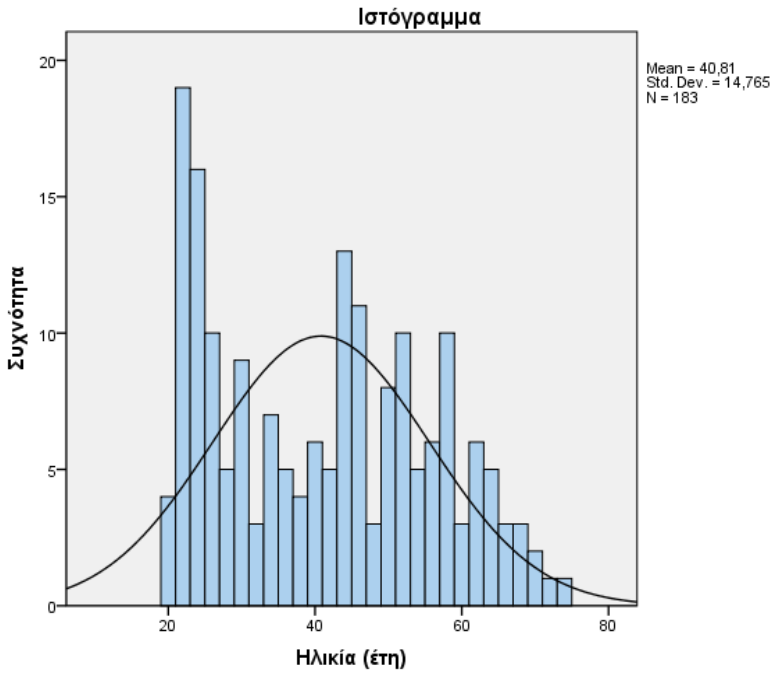
Πίνακας 17. *Αναλύσεις Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση σχέσης κατηγορικών μεταβλητών (άνω των δύο ομάδων) με τα total MEBS-T score και score Υποκλιμάκων Αισθητηριακής Προσοχής και Μη κριτικής Επίγνωσης.*

		Total MEBS-T score	**Υποκλίμακα Αισθητηριακής Επίγνωσης**	**Υποκλίμακα Μη κριτικής Επίγνωσης**
	df	*(chi Square – H) / p-value*		
Οικογενειακή κατάσταση	3	H= 9,329 p = 0,025*	H= 5,977 p = 0,113	H= 12,454 p = 0,006**
Νομός κατοικίας	3	H= 0,071 p = 0,995	H= 0,792 p = 0,851	H= 1,809 p = 0,613
Τύπος κατοικίας	2	H= 1,006 p = 0,605	H= 5,173 p = 0,075	H= 0,129 p = 0,937
Επίπεδο εκπαίδευσης	5	H= 3,373 p = 0,643	H= 3,295 p = 0,655	H= 2,905 p = 0,715
Επαγγελματική κατάσταση	6	H= 6,306 p = 0,390	H= 2,383 p = 0,881	H= 11,526 p = 0,073
Ώρες εργασίας	3	H= 0,757 p = 0,860	H= 0,131 p = 0,988	H= 1,616 p = 0,656
Κατηγορίες ΔΜΣ	3	H= 1,637 p = 0,651	H= 0,857 p = 0,836	H= 3,293 p = 0,349
Χρόνος ΦΔ (ανά εβδομάδα)	4	H= 9,361 p = 0,053	H= 6,180 p = 0,186	H= 5,824 p = 0,213
Τύπος κύριας ΦΔ	8	H= 10,624 p = 0,224	H= 7,816 p = 0,452	H= 10,635 p = 0,223
Χρόνος σε οθόνη εκτός εργασίας (ανά ημέρα)	4	H= 15,523 p = 0,004**	H= 14,144 p = 0,007**	H= 10,341 p = 0,035*
Ώρες ύπνου	3	H= 2,078 p = 0,556	H= 2,044 p = 0,563	H= 0,693 p = 0,857
Κάπνισμα	3	H= 3,326	H= 1,622	H= 3,372

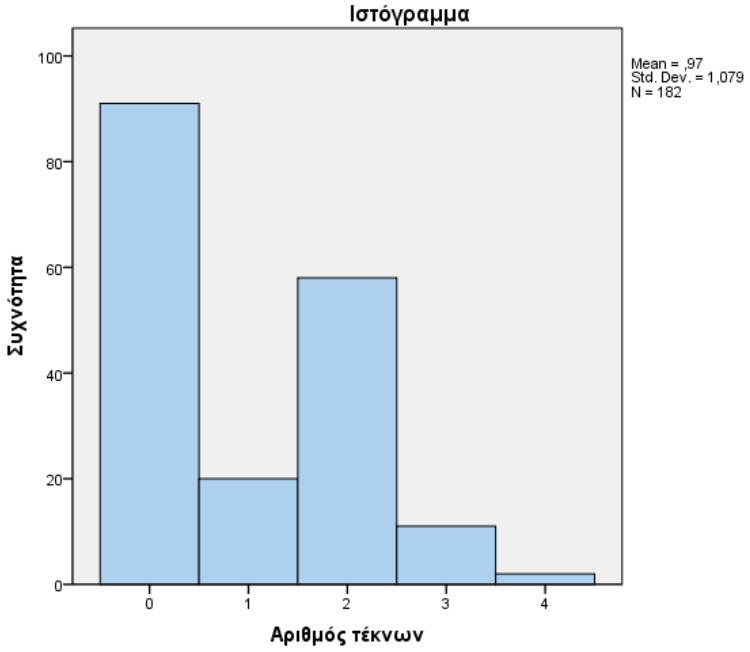
		p = 0,344	p = 0,654	p = 0,338
Κατανάλωση αλκοόλ	3	H= 6,185 p = 0,103	H= 3,176 p = 0,365	H= 5,078 p = 0,166
Τύπος διατροφής	5	H= 4,434 p = 0,489	H= 6,217 p = 0,286	H= 4,260 p = 0,513
Αντιλαμβανόμενη ποιότητα διατροφής	2	H= 8,757 p = 0,013*	H= 6,118 p = 0,047*	H= 3,645 p = 0,162
Χρόνος σε SM ή/ και διαδίκτυο (ανά ημέρα)	4	H= 9,300 p = 0,053	H= 10,231 p = 0,037*	H= 5,820 p = 0,213
Ενημέρωση για διατροφή από SM ή/και διαδίκτυο	3	H= 2,841 p = 0,417	H= 2,295 p = 0,513	H= 4,785 p = 0,188

**p<0,05, **p<0,01*

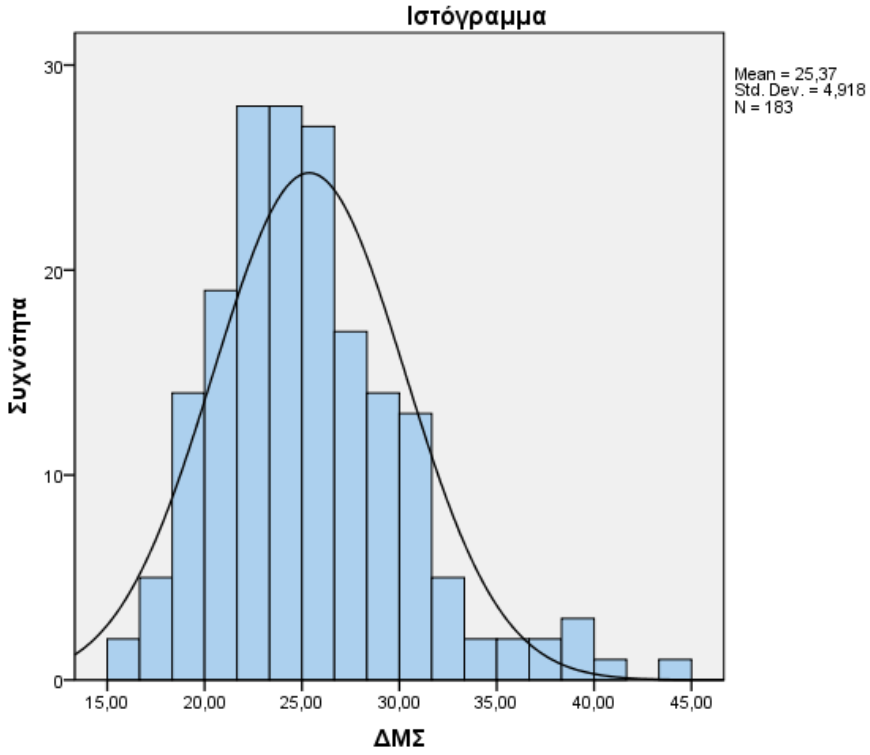
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ



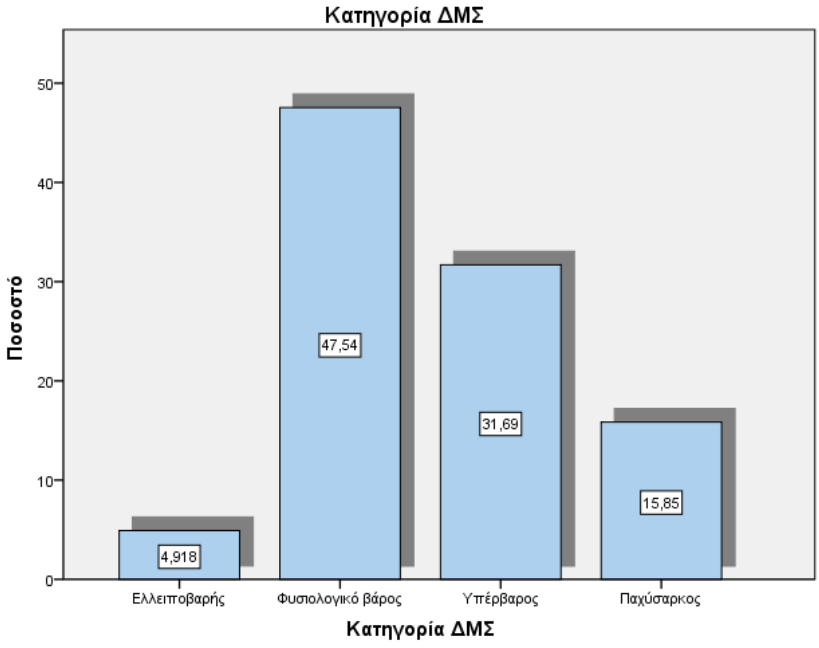
Διάγραμμα 1. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ηλικία των συμμετεχόντων.*



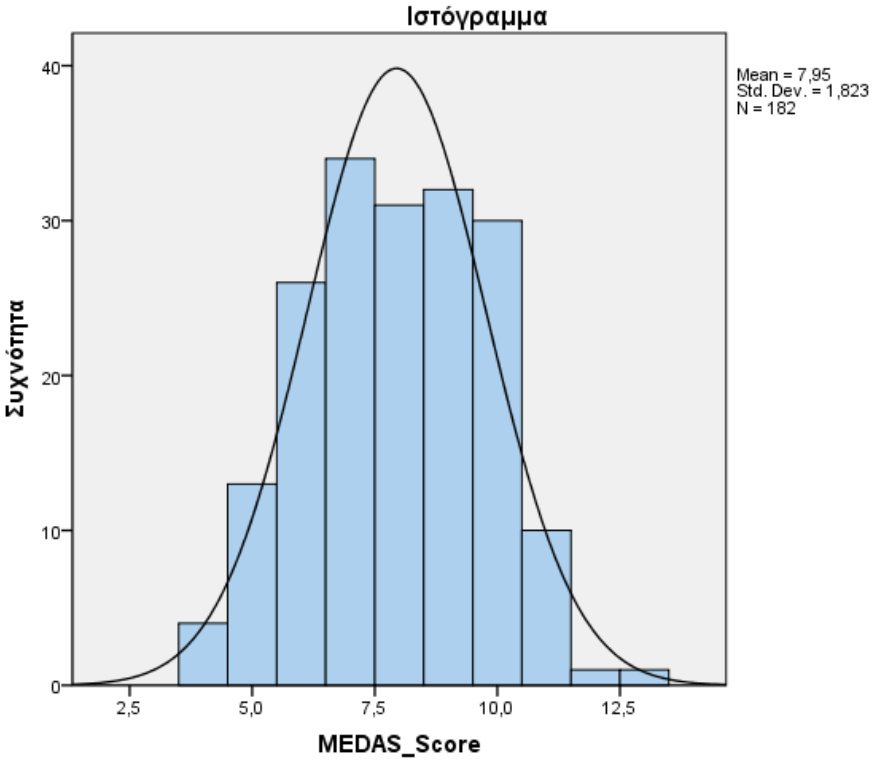
Διάγραμμα 2. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τον αριθμό παιδιών των συμμετεχόντων.*



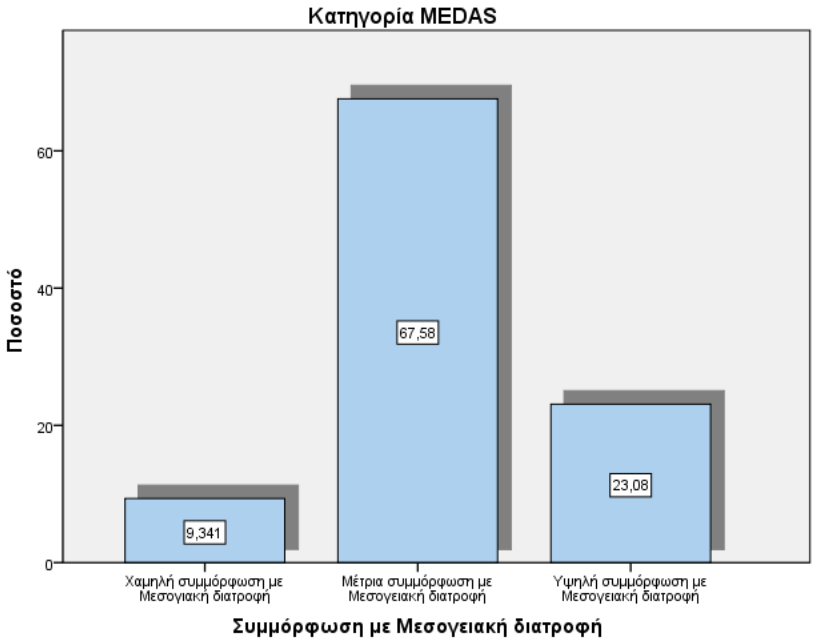
Διάγραμμα 3. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για ΔΜΣ συμμετεχόντων.*



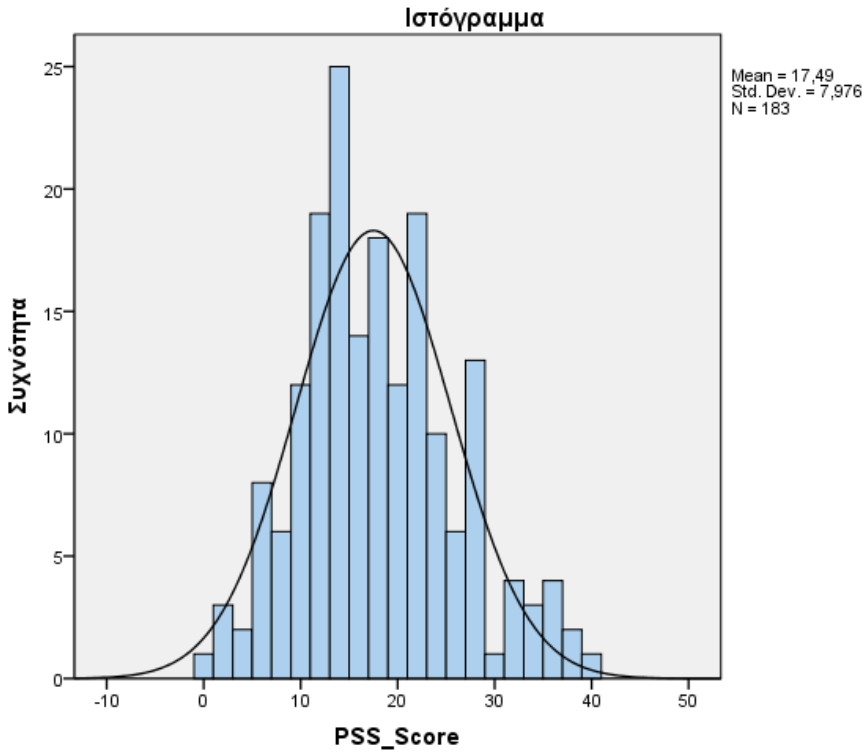
Διάγραμμα 4. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες ΔΜΣ.*



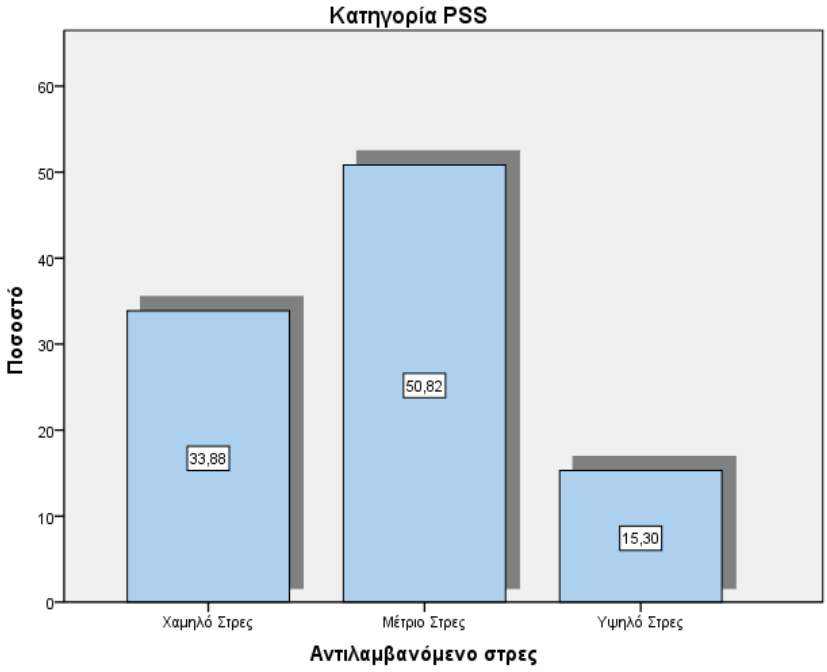
Διάγραμμα 5. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του MEDAS score.*



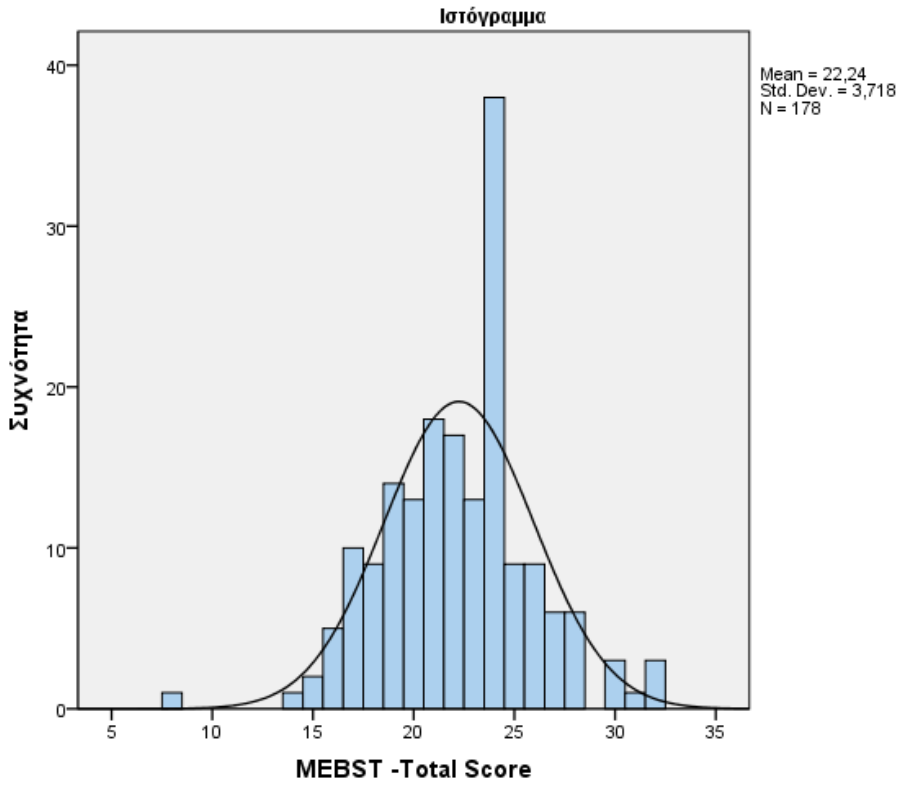
Διάγραμμα 6. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες συμμόρφωσης με Μεσογειακή διατροφή.*



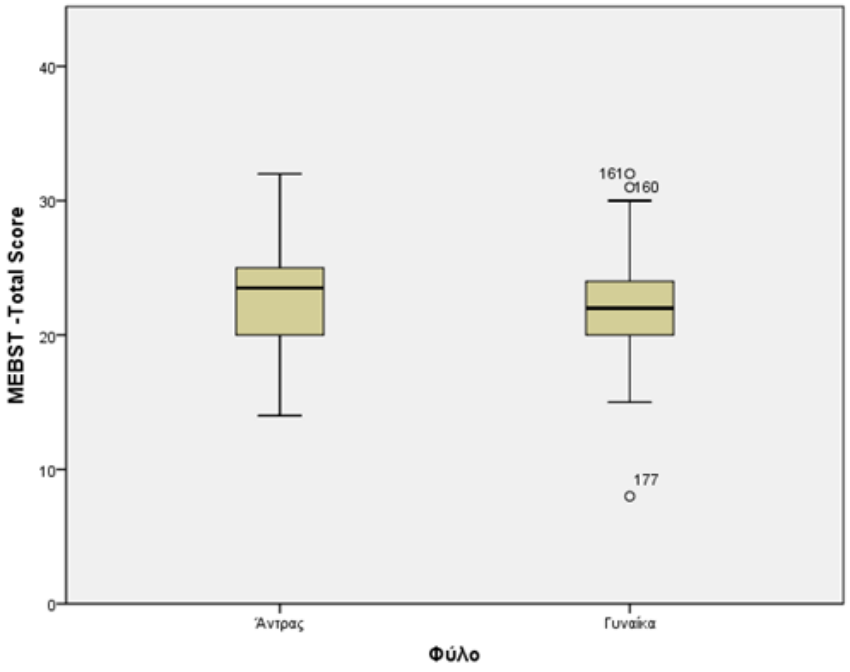
Διάγραμμα 7. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του PSS-10 score.*



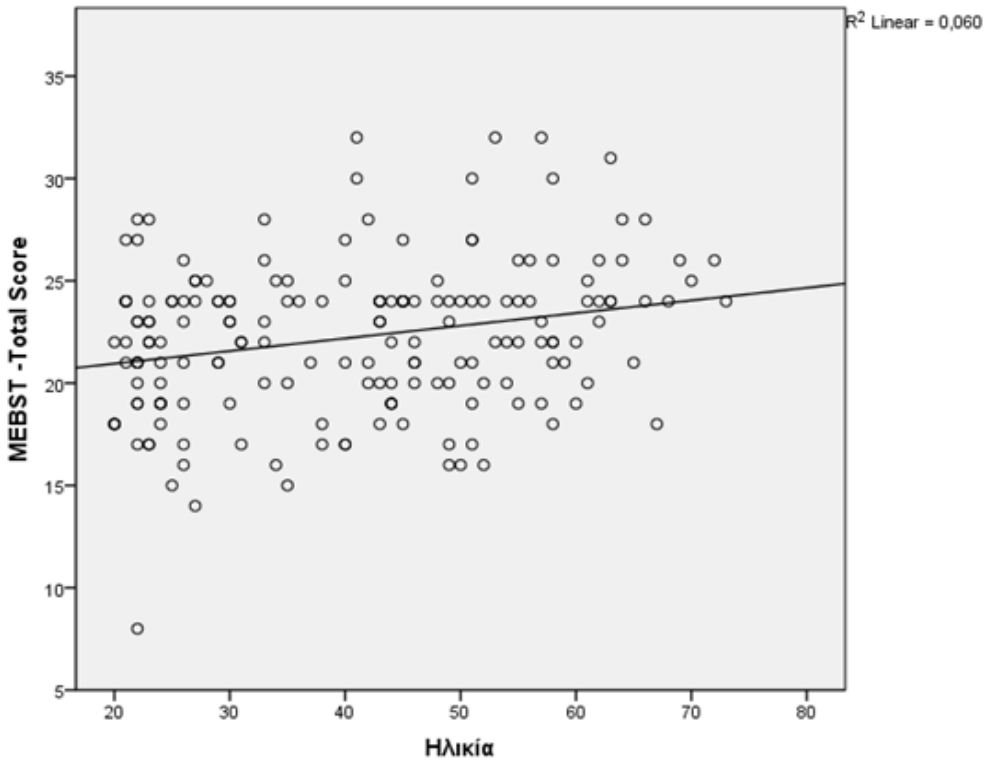
Διάγραμμα 8. *Ραβδοδιάγραμμα κατανομής συμμετεχόντων (%) σε κατηγορίες με βάση το αντιλαμβανόμενο στρες.*



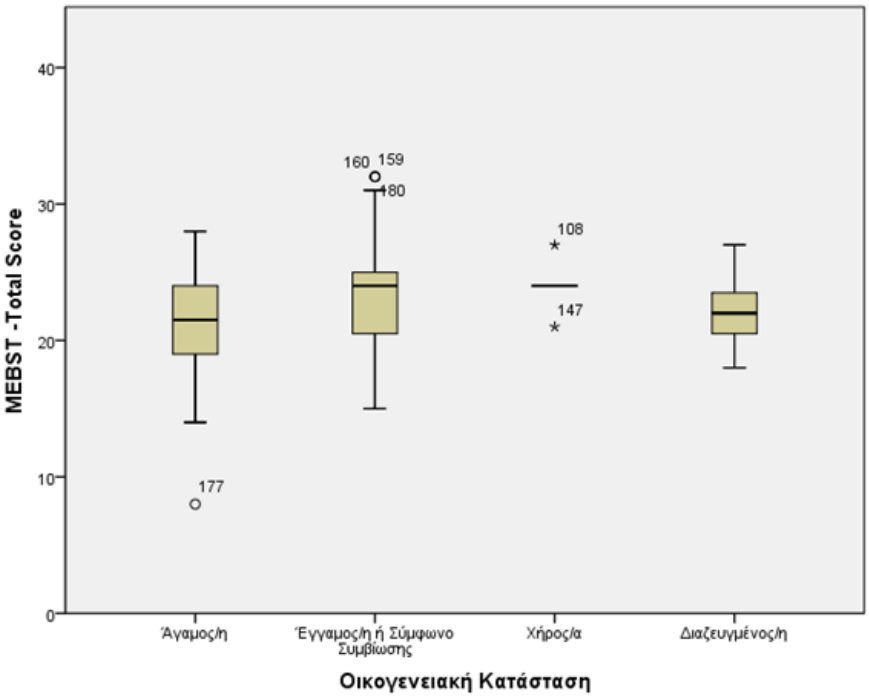
Διάγραμμα 9. *Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τις τιμές του PSS-10 score.*



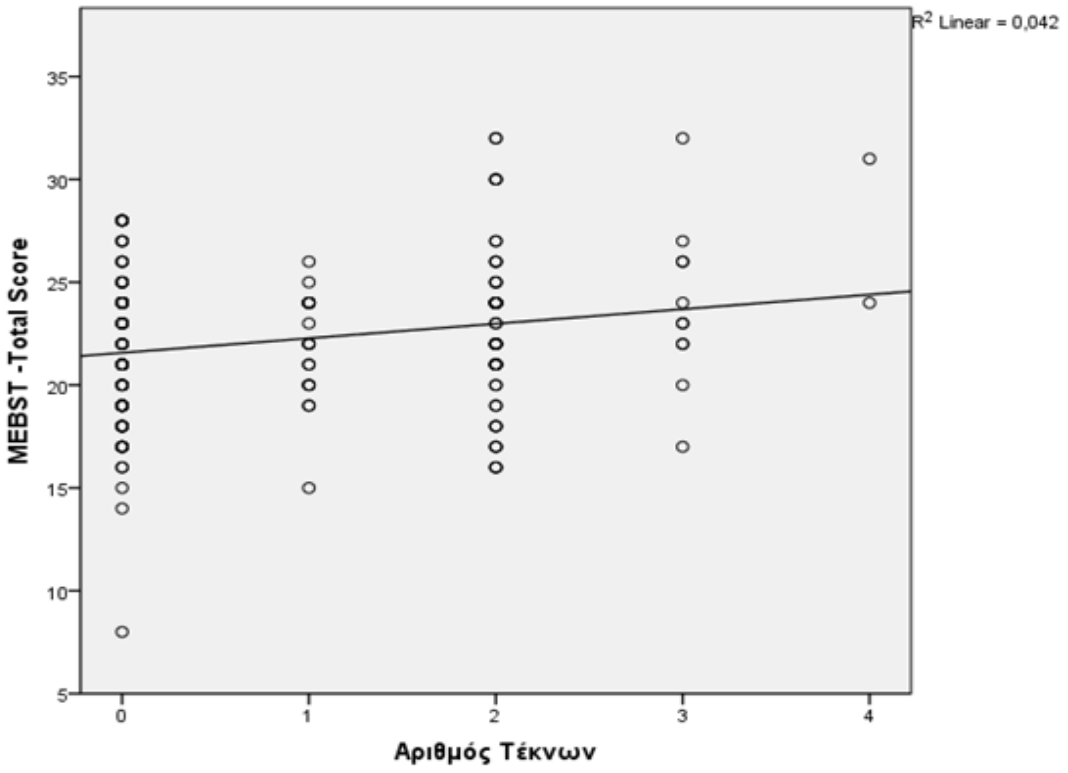
Διάγραμμα 10. *Σχέση μεταξύ φύλου και Total MEBS-T score.*



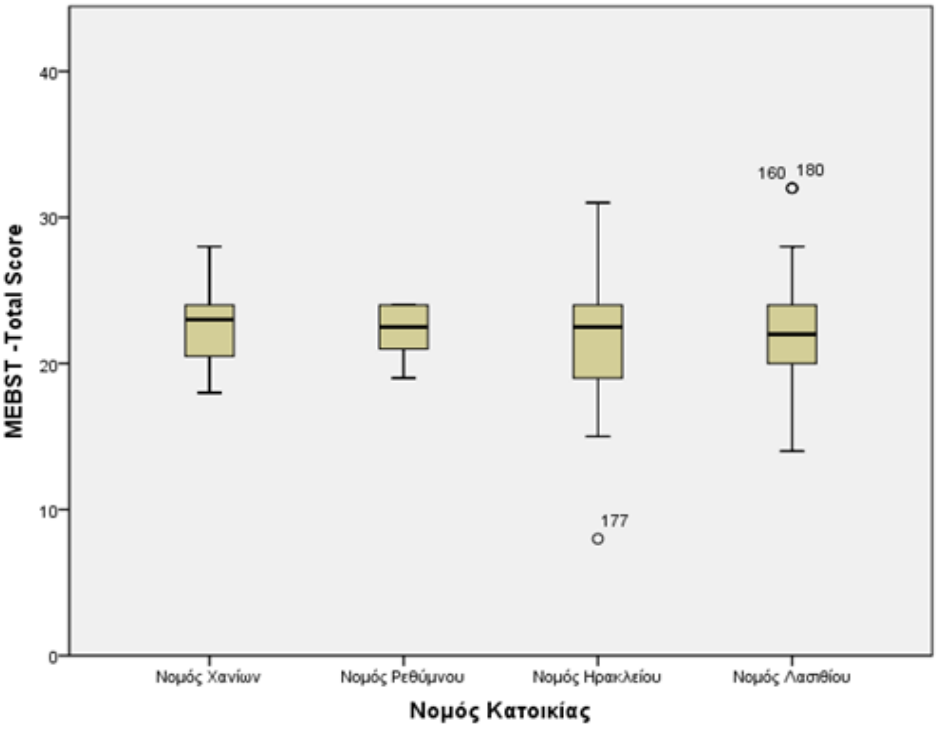
Διάγραμμα 11. *Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και Total MEBS-T score.*



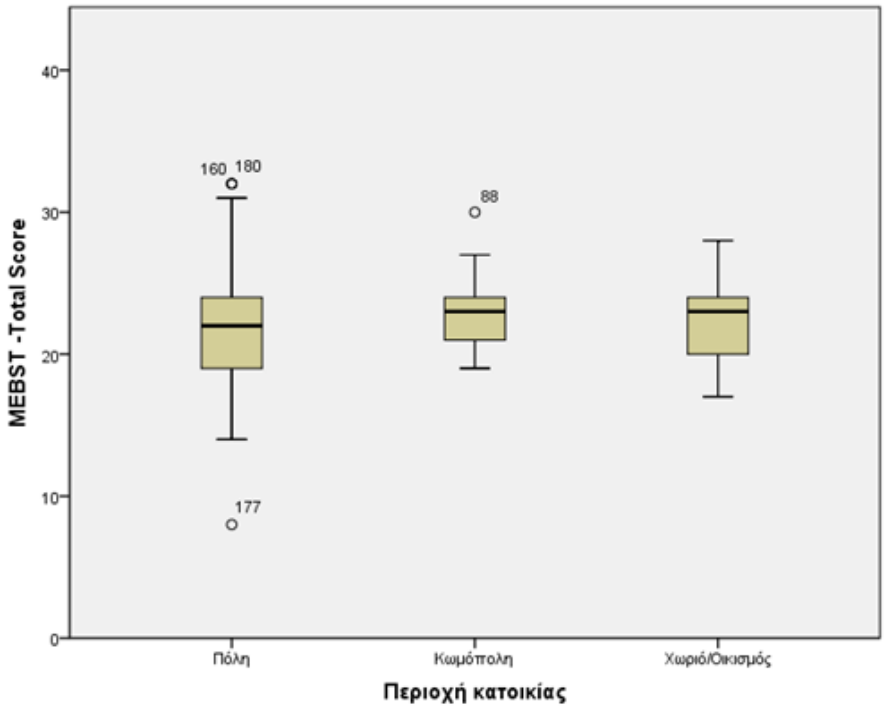
Διάγραμμα 12. *Σχέση μεταξύ Οικογενειακής κατάστασης και Total MEBS-T score.*



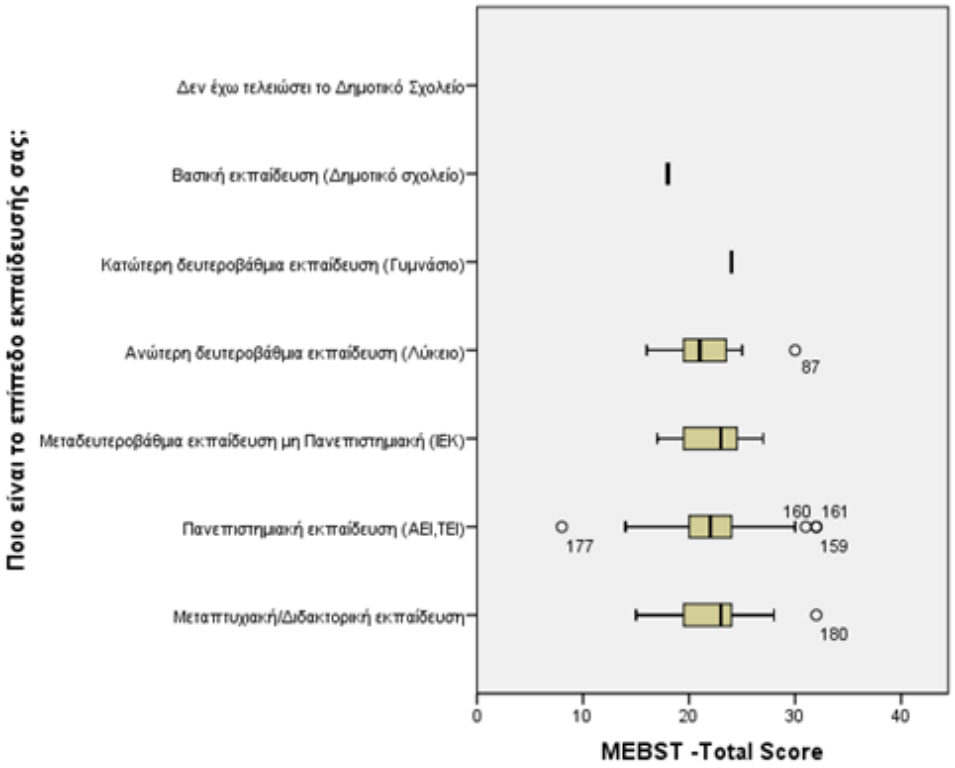
Διάγραμμα 13. *Συσχέτιση μεταξύ αριθμού παιδιών και Total MEBS-T score.*



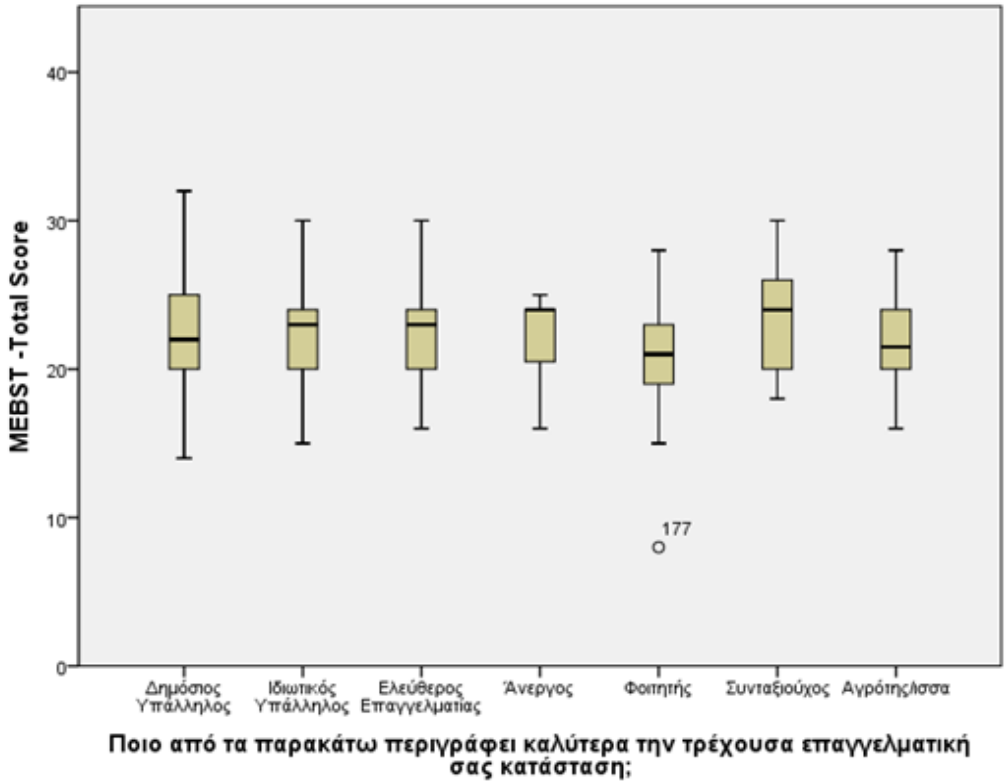
Διάγραμμα 14. *Σχέση μεταξύ νομού κατοικίας και Total MEBS-T score.*



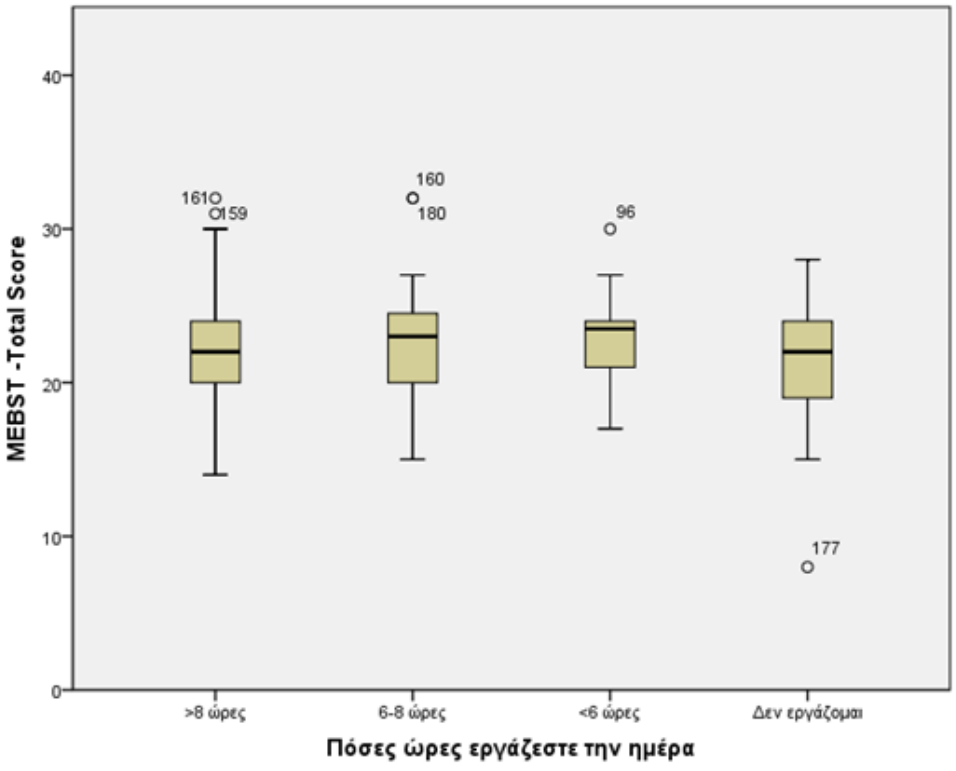
Διάγραμμα 15. *Σχέση μεταξύ περιοχής κατοικίας και Total MEBS-T score.*



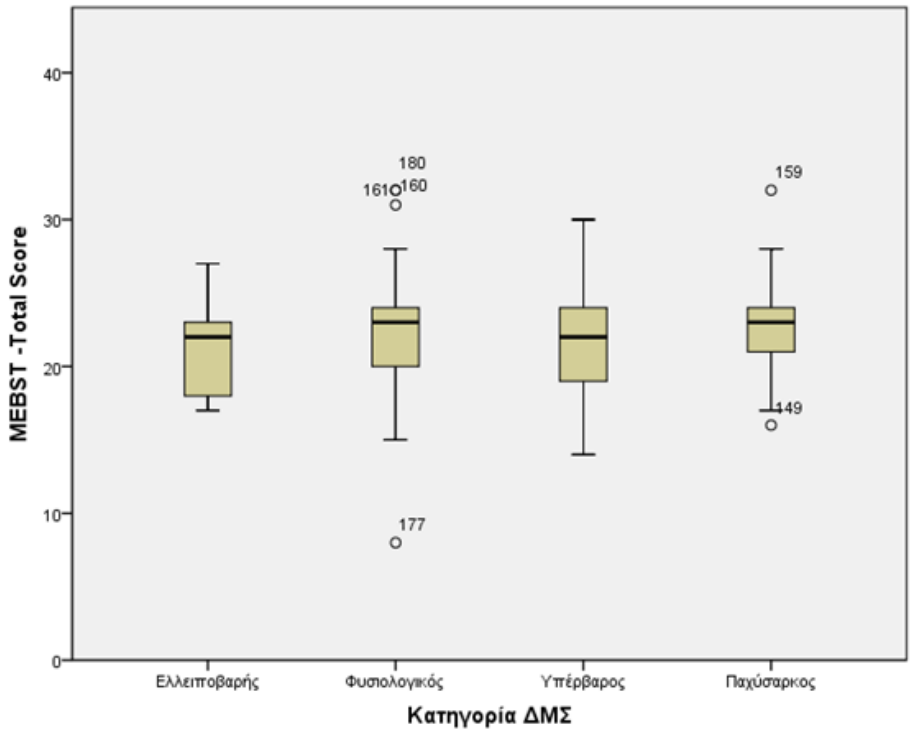
Διάγραμμα 16. *Σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και Total MEBS-T score.*



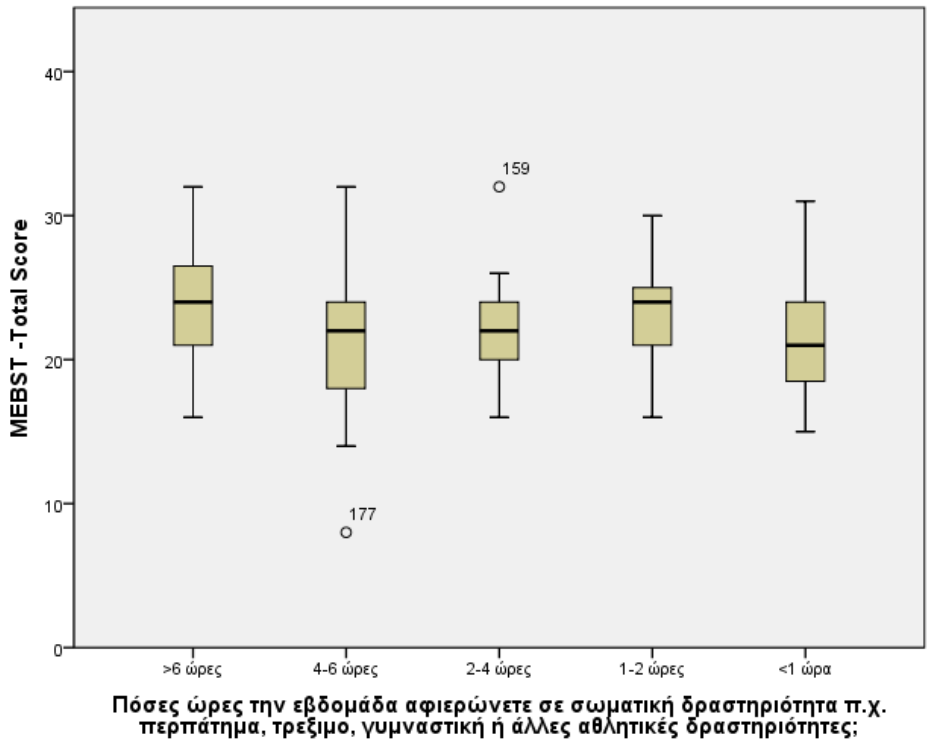
Διάγραμμα 17. *Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και Total MEBS-T score.*



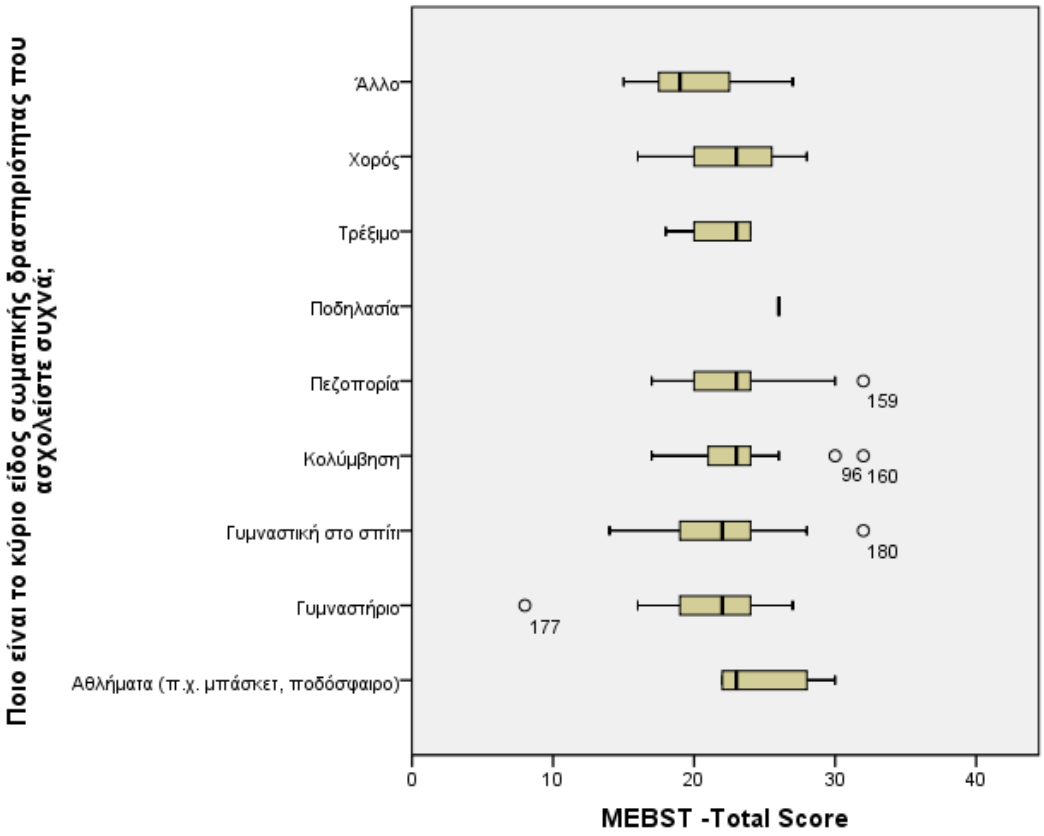
Διάγραμμα 18. *Σχέση μεταξύ ωρών εργασίας και Total MEBS-T score.*



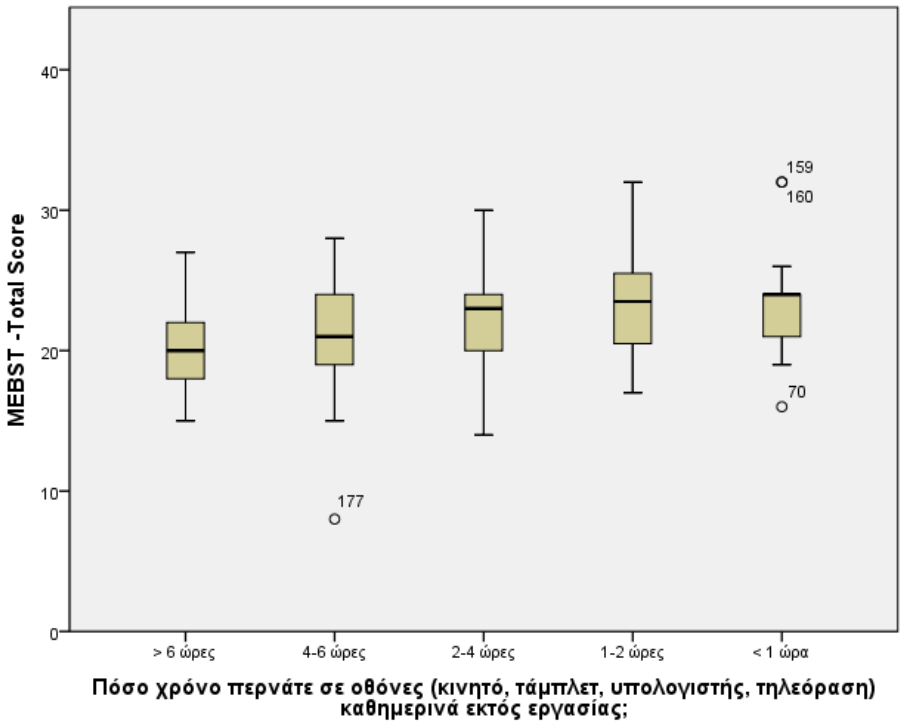
Διάγραμμα 19. *Σχέση μεταξύ κατηγορίας ΔΜΣ και Total MEBS-T score.*



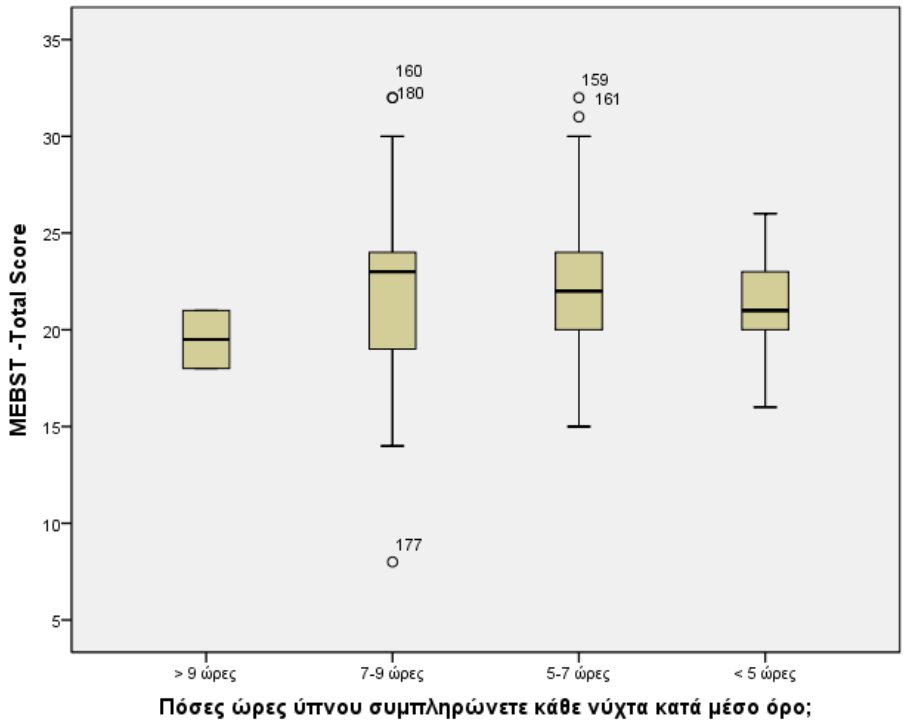
Διάγραμμα 20. *Σχέση μεταξύ χρόνου σωματικής δραστηριότητας ανά εβδομάδα και Total MEBS-T score.*



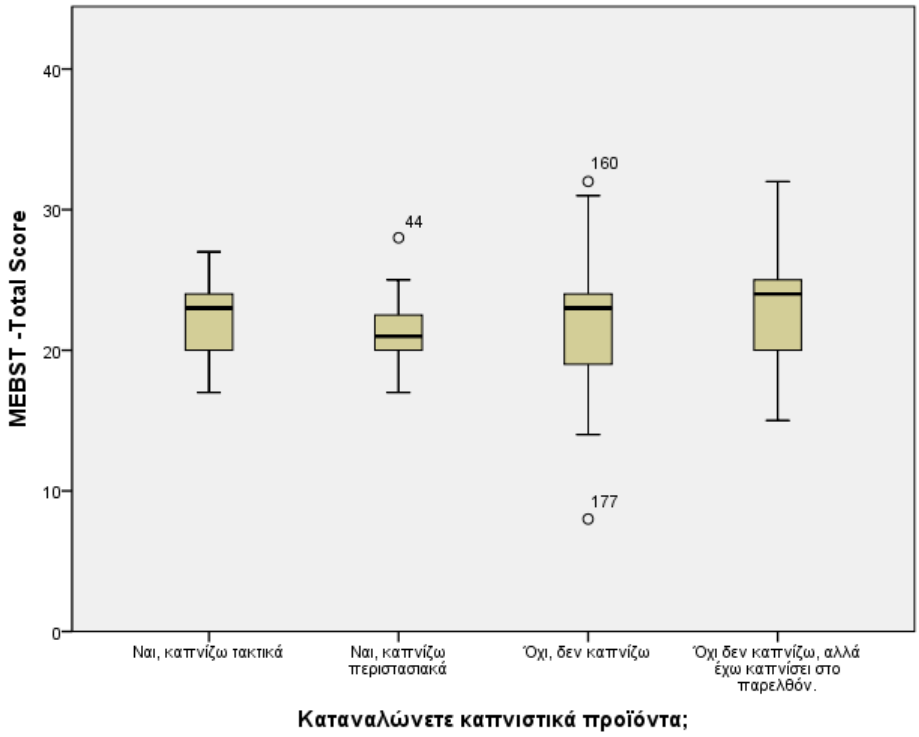
Διάγραμμα 21. *Σχέση μεταξύ κύριου είδους σωματικής δραστηριότητας και Total MEBS-T score.*



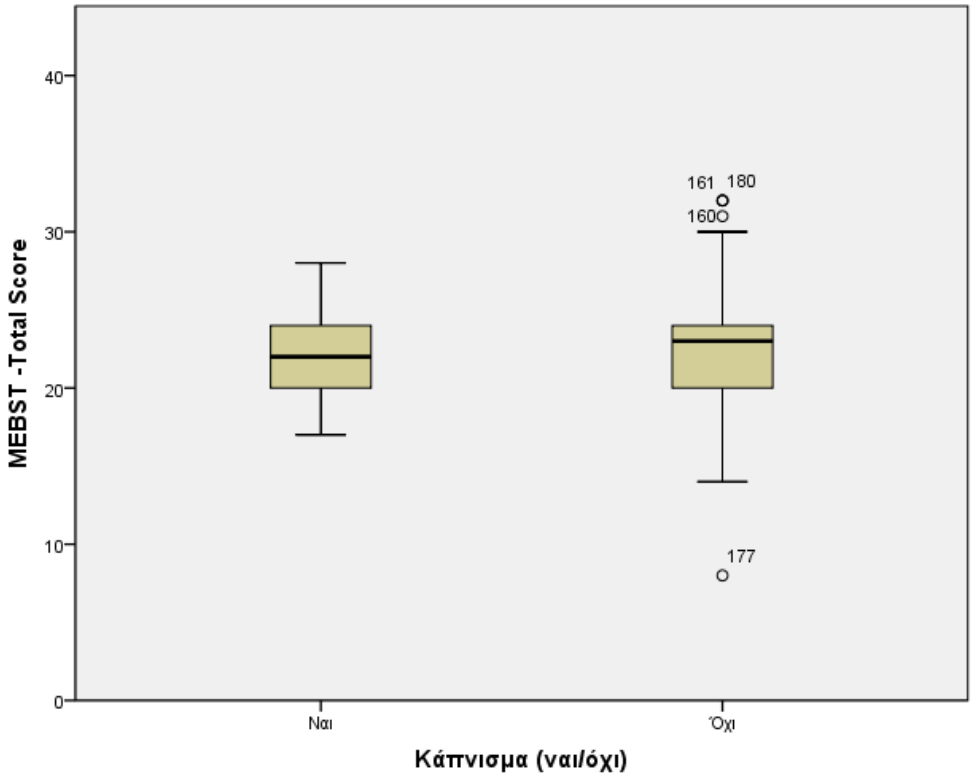
Διάγραμμα 22. *Σχέση μεταξύ χρόνου σε οθόνες (εκτός εργασίας) και Total MEBS-T score.*



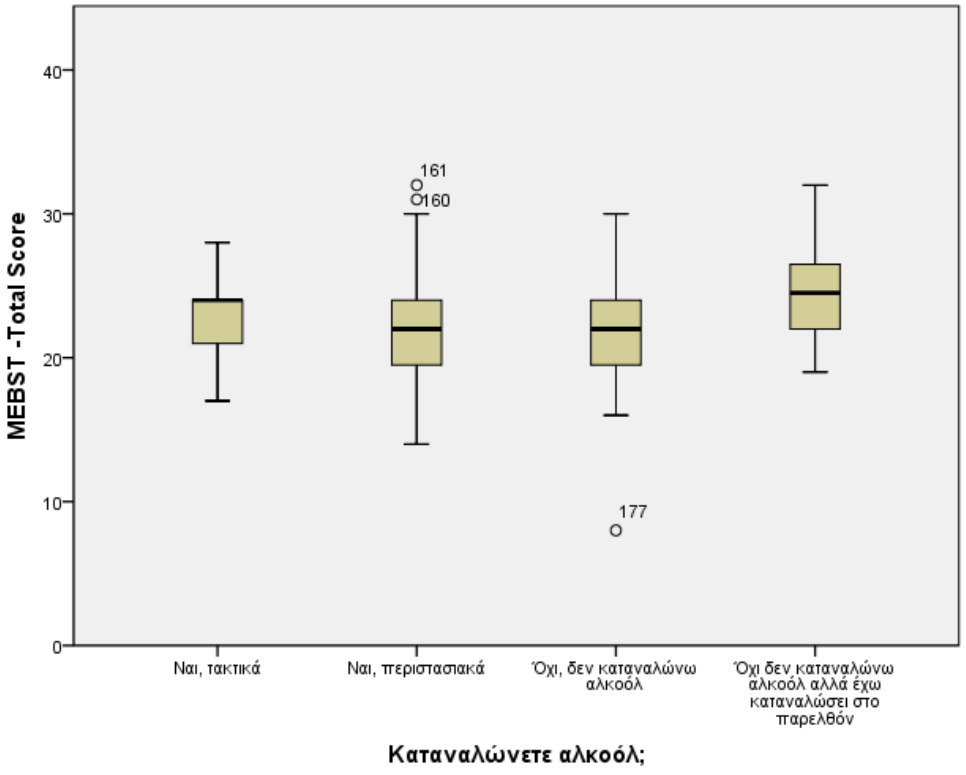
Διάγραμμα 23. *Σχέση μεταξύ ωρών Ύπνου και Total MEBS-T score.*



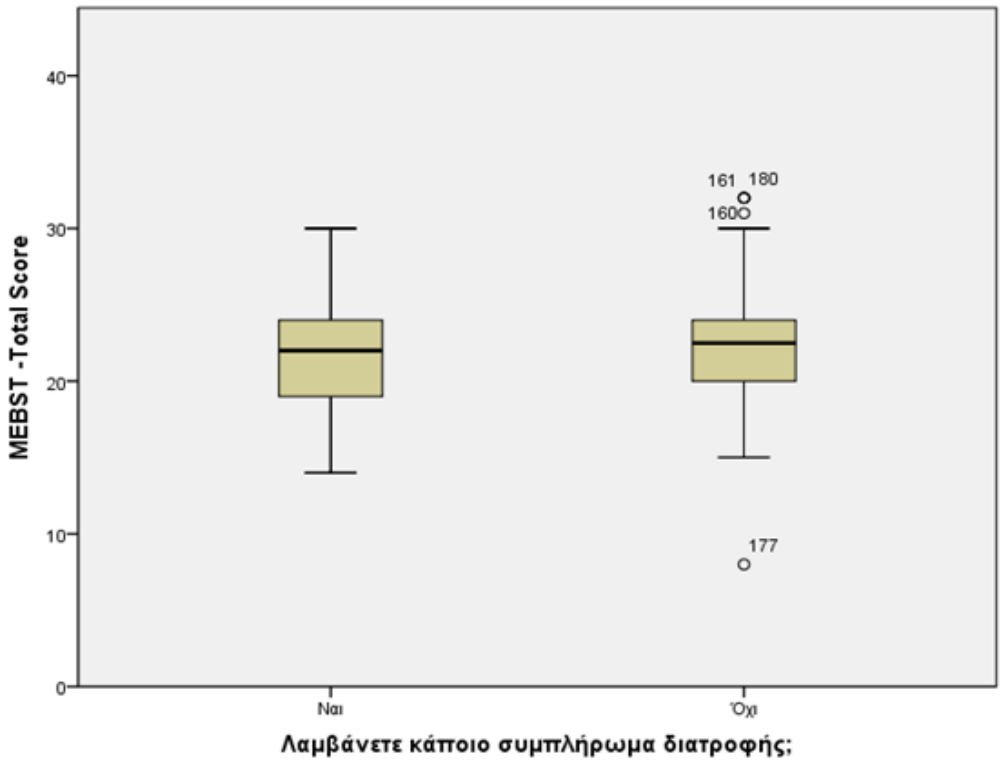
Διάγραμμα 24. *Σχέση μεταξύ καπνίσματος και Total MEBS-T score.*



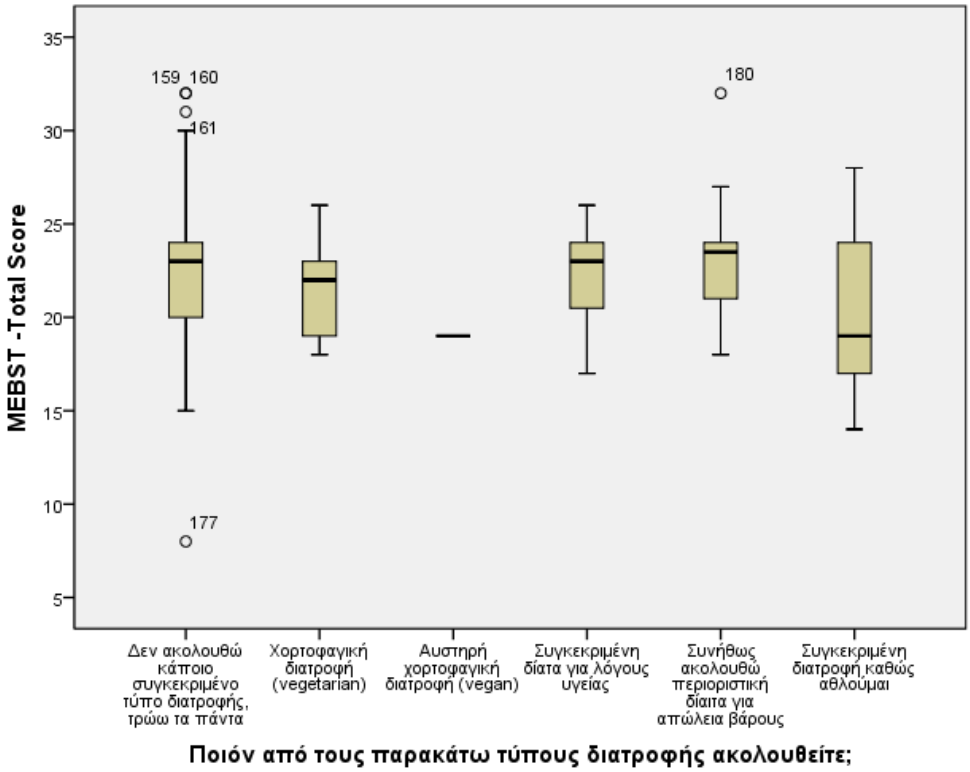
Διάγραμμα 25. *Σχέση μεταξύ καπνίσματος και Total MEBS-T score (ναι/όχι).*



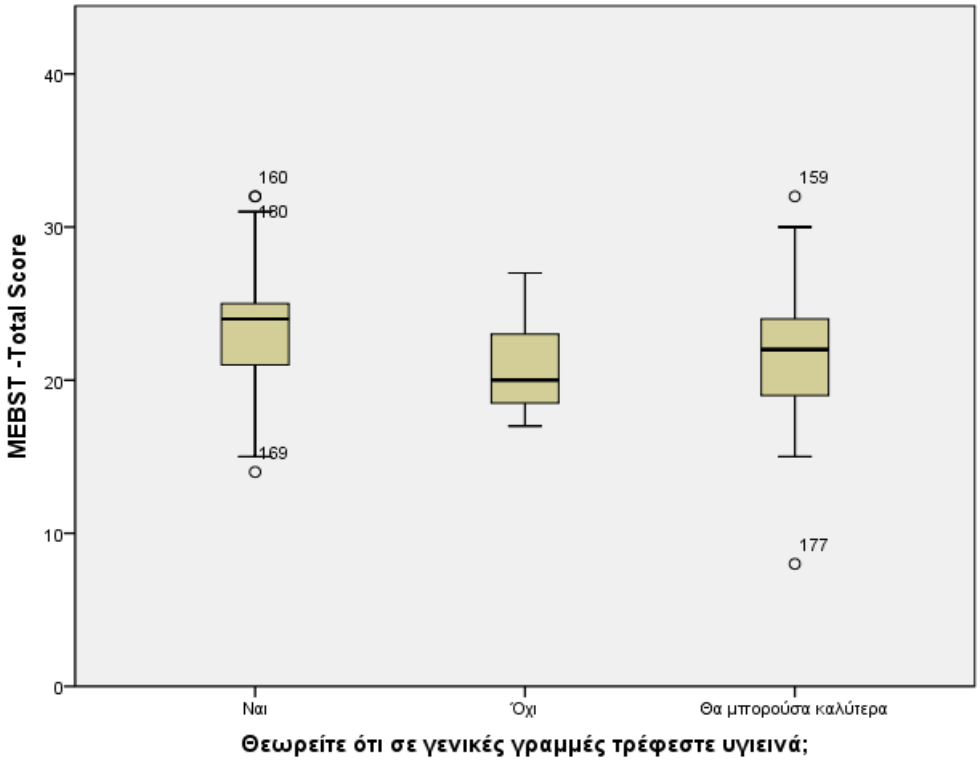
Διάγραμμα 26. *Σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και Total MEBS-T score.*



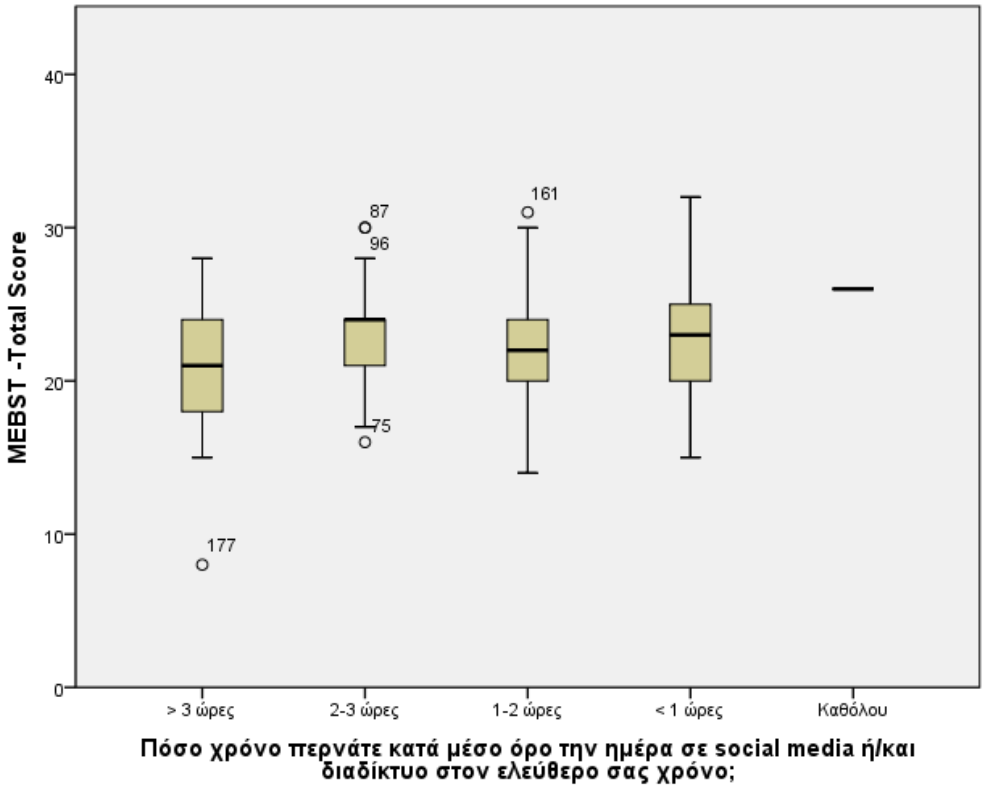
Διάγραμμα 27. *Σχέση μεταξύ λήψης συμπληρωμάτων διατροφής και Total MEBS-T score.*



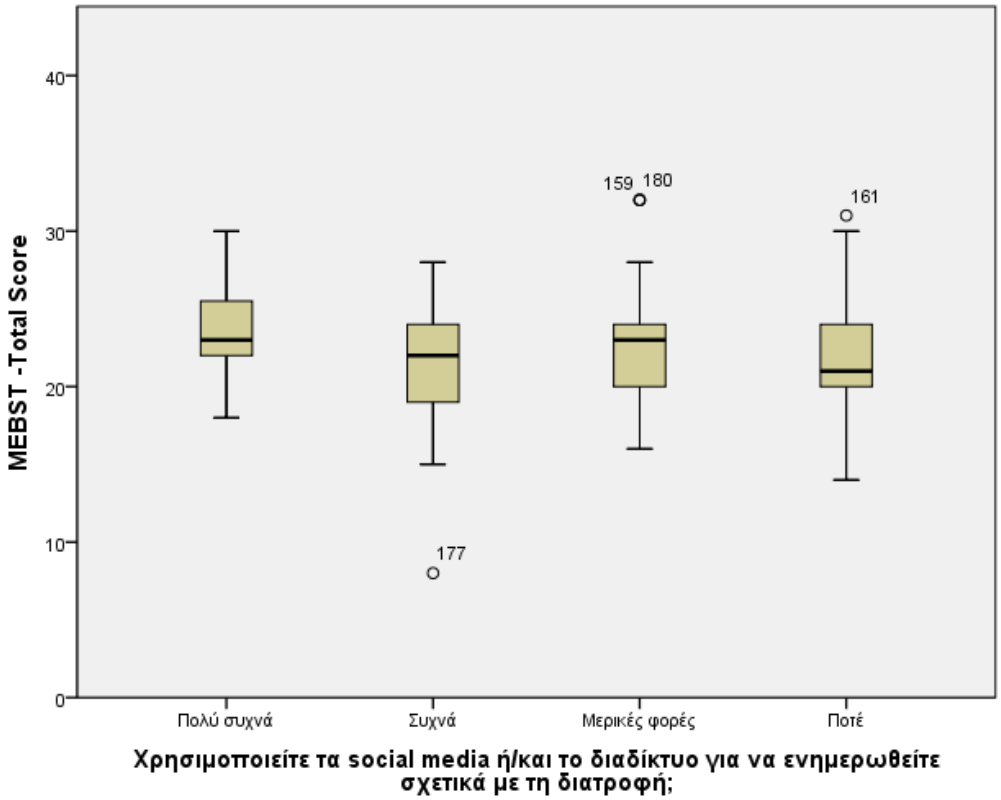
Διάγραμμα 28. *Σχέση μεταξύ τύπου διατροφής και Total MEBS-T score.*



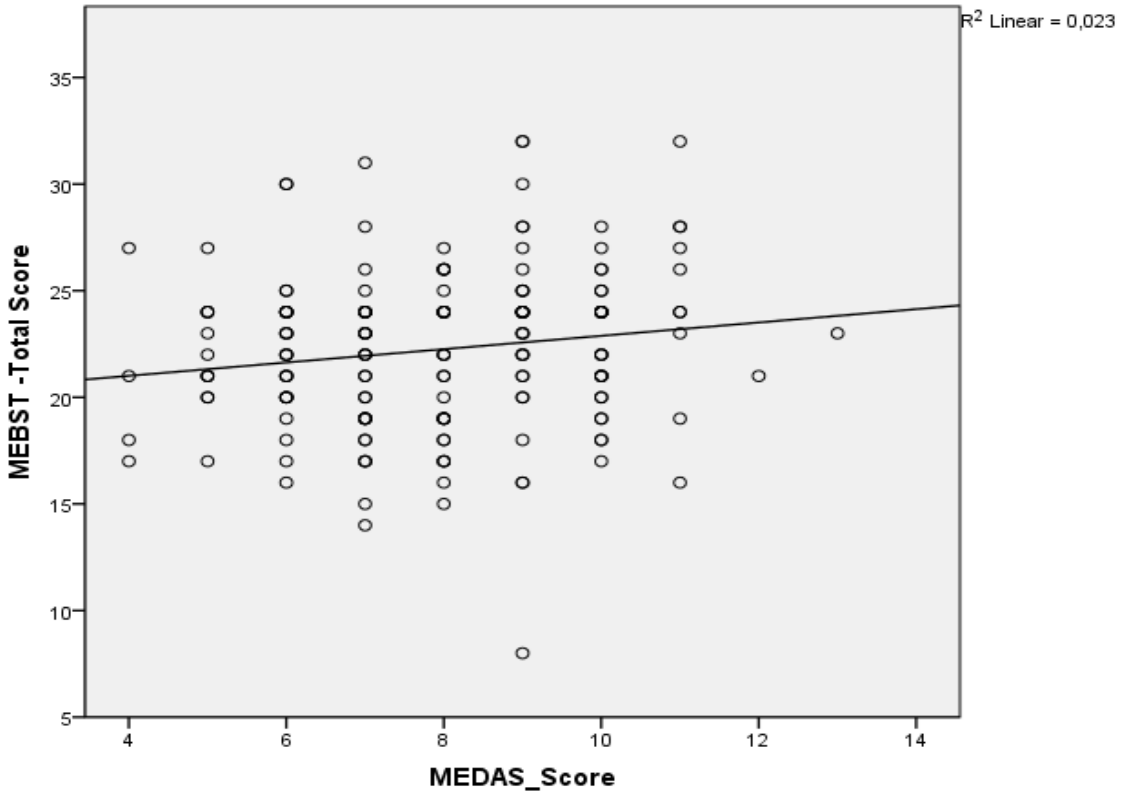
Διάγραμμα 29. *Σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ποιότητας διατροφής και Total MEBS-T score.*



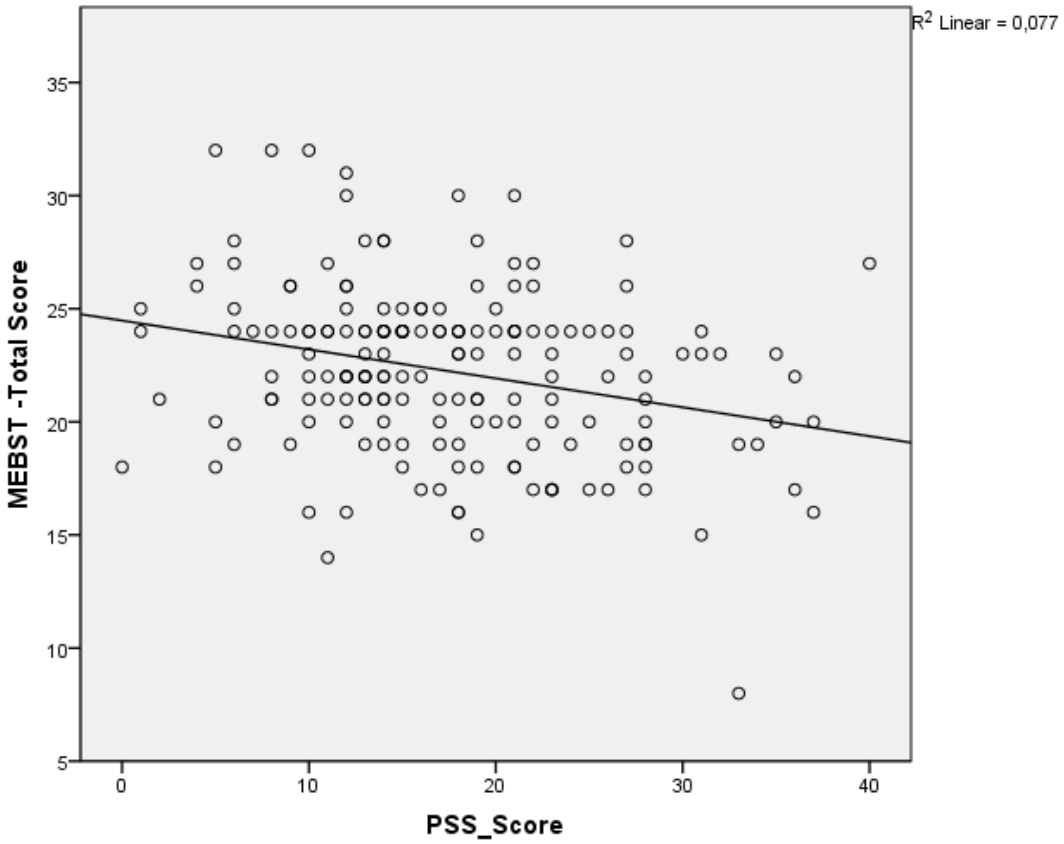
Διάγραμμα 30. *Σχέση μεταξύ χρόνου στα social media/ διαδίκτυο και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 31. *Σχέση μεταξύ ενημέρωσης για διατροφή από social media/ διαδίκτυο και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 32. *Συσχέτιση μεταξύ προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή και Total MEBS-T score.*



Διάγραμμα 33. *Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες και Total MEBS-T score.*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

«Ενσυνείδητη διατροφή και δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας: μια συγχρονική μελέτη σε ενήλικες γυναίκες και άνδρες στην Κρήτη»

*Το ερωτηματολόγιο αφορά άτομα που διαμένουν εντός Κρήτης.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος επιστημονικής μελέτης που διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της κ. Ρέας Σταματίου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛΜΕΠΑ) υπό την επίβλεψη της Δρ. Μουρατίδου Θεοδώρας, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Κοινοτικής Διατροφής του ΕΛΜΕΠΑ.

Ο τίτλος της έρευνας είναι "Ενσυνείδητη διατροφή και συσχετίσεις με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, ποιότητα διατροφής και δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας σε γυναίκες και άντρες από αστικές και ημιαστικές περιοχές της Κρήτης".

Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι σημαντικές για την επιστημονική κοινότητα καθώς τα αποτελέσματα της μελέτης θα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της ενσυνείδητης διατροφής με την ποιότητα διατροφής και τα επίπεδα στρες του ατόμου. Επιπλέον, στο πλαίσιο της μελέτης θα γίνει αξιολόγηση της εγκυρότητας του εργαλείου αξιολόγησης ενσυνείδητης διατροφής MEBS-T για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό.

Η μελέτη έχει πάρει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του ΕΛΜΕΠΑ και η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνται περίπου 15-20 λεπτά. Όλα τα δεδομένα που θα συμπληρώσετε είναι εμπιστευτικά και ανώνυμα. Η διαχείριση των απαντήσεων σας θα γίνει κάτω από απόλυτη εμπιστευτικότητα σύμφωνα με τους κανονισμούς περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων και οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης. Κανένας άλλος εκτός από τους ερευνητές δε θα έχει πρόσβαση στις απαντήσεις σας.

Για οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε στο e-mail: myx22@edu.hmu.gr

Εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στη μελέτη επιλέξτε το αντίστοιχο πεδίο στην παρακάτω παράγραφο παρέχοντας τη συγκατάθεσή σας για να προχωρήσετε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

***Συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα μελέτη** *

Με το παρόν δηλώνω ενήμερος/η ότι τα δεδομένα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι εμπιστευτικά και χρησιμοποιούνται ανώνυμα για στατιστική επεξεργασία και επιστημονική δημοσίευση.

Ενότητα 1: Κοινωνικο-δημογραφικές Ερωτήσεις

1. Ημερομηνία Γέννησης

(*ημέρα/μήνα/έτος)

2. Φύλο:

- Γυναίκα
- Άντρας

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η ή Σύμφωνο Συμβίωσης
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

4. Αριθμός τέκνων:

*Συμπληρώστε το συνολικό αριθμό των παιδιών σας. Τοποθετήστε 0 αν η ερώτηση δεν είναι σχετική:*_____

5. Νομός κατοικίας:

- Νομό Χανίων
- Νομό Ρεθύμνου
- Νομό Ηρακλείου
- Νομό Λασιθίου

6. Πού κατοικείτε;

- Πόλη
- Κωμόπολη
- Χωριό/Οικισμό

7. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;

- Μεταπτυχιακή/διδακτορική εκπαίδευση
- Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΑΕΙ,ΤΕΙ)
- Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση μη Πανεπιστημιακή (ΙΕΚ)
- Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση(Λύκειο)
- Κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο)
- Βασική εκπαίδευση (Δημοτικό σχολείο)
- Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο

8. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την τρέχουσα επαγγελματική σας κατάσταση;

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Άνεργος (αναζητώ εργασία)
- Φοιτητής
- Συνταξιούχος
- Αγρότης/ισσα
- Άλλο:

9. Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα;

- Περισσότερο από 8 ώρες την ημέρα
- 6-8 ώρες την ημέρα
- Λιγότερο από 6 ώρες την ημέρα
- Δεν εργάζομαι

Ενότητα 2: Ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής

1. Συμπληρώστε το βάρος σε κιλά (kg) που έχετε τώρα, π.χ. 60

_____

2. Συμπληρώστε το ύψος σας σε μέτρα (m) π.χ. 1,72 *

_____

3. Πόσες ώρες την εβδομάδα αφιερώνετε σε σωματική δραστηριότητα, όπως περπάτημα, τρέξιμο, γυμναστική, ή άλλες αθλητικές δραστηριότητες;

- Περισσότερο από 6 ώρες την εβδομάδα
- 4-6 ώρες την εβδομάδα
- 2-4 ώρες την εβδομάδα
- 1-2 ώρες την εβδομάδα
- Λιγότερο από 1 ώρα την εβδομάδα ή καθόλου
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

4. Ποιο είναι το κύριο είδος σωματικής δραστηριότητας που ασχολείστε συχνά; (μια επιλογή)

- Τρέξιμο
- Γυμναστική στο σπίτι
- Γυμναστική στο γυμναστήριο
- Κολύμβηση
- Ποδηλασία
- Χορός
- Αθλήματα (π.χ., μπάσκετ, ποδόσφαιρο)
- Πεζοπορία
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

5. Πόσο χρόνο περνάτε σε οθόνες (κινητό, τάμπλετ, υπολογιστής, τηλεόραση) καθημερινά για δραστηριότητες εκτός χρόνου εργασίας;

- Περισσότερο από 6 ώρες
- 4-6 ώρες
- 2-4 ώρες
- 1-2 ώρες
- Λιγότερο από 1 ώρα
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

6. Πόσες ώρες ύπνου συμπληρώνετε κατά μέσο όρο κάθε νύχτα;

- Περισσότερο από 9 ώρες
- 7-9 ώρες
- 5-7 ώρες
- Λιγότερο από 5 ώρες
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

7. Καταναλώνετε καπνιστικά προϊόντα;

- Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
- Ναι, καπνίζω τακτικά

- Ναι, καπνίζω περιστασιακά
- Όχι, δεν καπνίζω
- Όχι, δεν καπνίζω αλλά έχω καπνίσει στο παρελθόν
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

8. Καταναλώνετε αλκοόλ;

- Ναι, τακτικά
- Ναι, περιστασιακά
- Όχι, δεν καταναλώνω αλκοόλ
- Όχι, δεν καταναλώνω αλκοόλ αλλά έχω καταναλώσει στο παρελθόν
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

9. Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;

- Ναι
- Όχι

10. Ποιον από τους παρακάτω τύπους διατροφής ακολουθείτε; *(1 επιλογή)*

- Δεν ακολουθώ κάποιον συγκεκριμένο τύπο διατροφής, τρώω τα πάντα.
- Χορτοφαγική διατροφή (vegetarian).
- Αυστηρή χορτοφαγική διατροφή (vegan).
- Συγκεκριμένη διατροφή για λόγους υγείας
- Ακολουθώ συνήθως περιοριστική διατροφή για απώλεια βάρους
- Συγκεκριμένη διατροφή καθώς αθλούμαι
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

11. Θεωρείτε ότι σε γενικές γραμμές τρέφεστε υγιεινά;

- Ναι
- Όχι
- Θα μπορούσα καλύτερα
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

12. Πόσο χρόνο αφιερώνετε κατά μέσο όρο την ημέρα στα social media ή/και το διαδίκτυο στον ελεύθερο χρόνο σας;

- Περισσότερο από 3 ώρες
- 2-3 ώρες
- 1-2 ώρες
- Λιγότερο από 1 ώρα
- Καθόλου

- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

13. Χρησιμοποιείτε τα social media ή/και το διαδίκτυο για να ενημερωθείτε σχετικά με την διατροφή;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Μερικές φορές
- Καθόλου
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Ενότητα 3: Ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (MEDAS)

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την **κατανάλωση** συστατικών στοιχείων της **μεσογειακής δίαιτας** (και σε κάποιες περιπτώσεις τις **ποσότητες** αυτών).

1. Χρησιμοποιείτε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λίπους για το μαγείρεμα**;**

- Ναι
- Όχι

2. Πόσο ελαιόλαδο καταναλώνετε ανά ημέρα (συμπεριλαμβανομένου του ελαιόλαδου που χρησιμοποιείτε για το τηγάνισμα, τις σαλάτες, τα γεύματα έξω από το σπίτι κ.λπ.);

- 4 ή περισσότερες κουταλιές της σούπας
- 3 ή λιγότερες κουταλιές της σούπας

3. Πόσες μερίδες λαχανικών καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα : 200g ή 1 φλ. φρέσκα. 0.5 φλ. μαγειρεμένα, γαρνιτούρες 1/2 μερίδα)

- 2 ή περισσότερες (εκ των οποίων 1 ή περισσότερες ωμές ή σαν σαλάτα)
- 1 ή λιγότερο

4. Πόσες μερίδες φρούτων (συμπεριλαμβανομένων των φρέσκων χυμών) καταναλώνετε ανά ημέρα;

- 3 ή περισσότερες
- 2 ή λιγότερες

5. Πόσες μερίδες κόκκινου κρέατος, χάμπουργκερ ή λουκάνικων καταναλώνετε ανά ημέρα;(1 μερίδα: 100-150g)

- Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
- Λιγότερο από 1

6. Πόσες μερίδες βούτυρο, μαργαρίνη ή άλλη λιπαρή ύλη καταναλώνετε ανά ημέρα; (1 μερίδα: 12g ή περίπου 2-3 κουταλάκια του γλυκού)

- Λιγότερο από 1
- 1 ή περισσότερες

7. Πόσα αναψυκτικά ανθρακούχα ή/και με ζάχαρη καταναλώνετε ανά ημέρα;

- Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.
- Λιγότερο από 1
- 1 ή περισσότερα

8. Πίνετε κρασί; Πόσο καταναλώνετε ανά εβδομάδα;

- 7 ποτήρια ή περισσότερο
- 6 ποτήρια ή λιγότερο

9. Πόσες μερίδες από όσπρια καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα : 150g ή περίπου 1 φλ. μαγειρεμένα)

- 3 ή περισσότερες
- 2 ή λιγότερες

10. Πόσες μερίδες ψαριών / θαλασσινών καταναλώνετε ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 100-150 g ψαριών, 4-5 κομμάτια ή 200 g θαλασσινών)

- 3 ή περισσότερες
- 2 ή λιγότερες

11. Πόσες φορές καταναλώνετε γλυκά του εμπορίου (όχι σπιτικά), όπως κουλουράκια, κέικ, ανά εβδομάδα;

- Λιγότερες από 2
- 2 ή περισσότερες

12. Πόσες φορές καταναλώνετε ξηρούς καρπούς ανά εβδομάδα; (1 μερίδα: 30 g ή περίπου 1 μικρή χούφτα)

- 3 ή περισσότερες
- 2 ή λιγότερες

13. Προτιμάτε να τρώτε κοτόπουλο, γαλοπούλα ή κουνέλι αντί για μοσχαρίσιο κρέας, χοιρινό, χάμπουργκερ ή λουκάνικα;

- Ναι
- Όχι

14. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε βραστά λαχανικά, ζυμαρικά, ρύζι ή άλλα πιάτα με σάλτσα από ντομάτα, κρεμμύδι, πράσο ή σκόρδο μαγειρεμένα σε ελαιόλαδο;

- 2 ή περισσότερες
- 1 ή λιγότερες

Ενότητα 4: Ερωτηματολόγιο Στρες (PSS)

Οι παρακάτω ερωτήσεις σας ρωτούν για τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας **κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα**. Στη κάθε περίπτωση, παρακαλώ επιλέξτε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κατά τον συγκεκριμένο τρόπο.

1. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αναστατωθήκατε επειδή κάτι συνέβη απροσδόκητα;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

5= Πολύ συχνά

2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ανίκανος(η) να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε νευρικός(η) και "αγχωθήκατε";

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε σιγουριά για την ικανότητα σας να χειριστείτε προσωπικά προβλήματά;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι όλα πήγαιναν όπως τα θέλετε;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι δεν θα μπορούσατε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ικανός να ελέγξετε διάφορα ερεθίσματα (προκλήσεις) στη ζωή σας;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε ότι είστε "κύριος(α)" των καταστάσεων;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οργιστήκατε επειδή τα πράγματα ξέφυγαν από τον έλεγχο σας;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

10. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσατε ότι συσσωρεύτηκαν τόσες δυσκολίες σε σημείο που δεν θα μπορούσατε να τις ξεπεράσετε;

0= Ποτέ

1= Σπάνια

2= Μερικές φορές

3= Αρκετά συχνά

4= Πολύ συχνά

Ενότητα 5: Ερωτηματολόγιο Ενσυνείδητης Διατροφής-Mindful Eating Behaviour Scale – Trait (MEBS-T)

Παρακάτω θα βρείτε μια λίστα με δηλώσεις. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα αξιολόγησης για να υποδείξετε **πόσο καλά** κάθε δήλωση περιγράφει την εμπειρία σας με το φαγητό.

1. Γεύομαι **πλήρως** αυτό που τρώω.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

2. Παρατηρώ τη **μυρωδιά, την υφή ή/και τα χρώματα** του φαγητού που τρώω.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

3. **Επικεντρώνομαι** σε αυτό που τρώω.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

4. Γεύομαι πλήρως **κάθε μπουκιά** που τρώω.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

5. Παρατηρώ σκέψεις ή/και συναισθήματα **που δεν σχετίζονται με το φαγητό μου,** αλλά **ξαναστρέφω** την προσοχή μου στο φαγητό και στην εμπειρία του φαγητού..

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

6. Όταν τρώω, **έχω σκέψεις ή/και συναισθήματα**, αλλά συνεχίζω να **επικεντρώνομαι ξανά στο φαγητό**.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

7. **Διατηρώ την προσοχή μου στο τι τρώω**, παρόλο που αντιλαμβάνομαι σκέψεις ή/και συναισθήματα ενώ τρώω.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα

8. Όταν τρώω, **ξεπερνώ** άσχετες σκέψεις ή/και συναισθήματα **επικεντρώνοντας στο φαγητό** και στην αίσθηση του φαγητού.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Συμφωνώ

4= Συμφωνώ απόλυτα