

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ»

Επιμέλεια: Μπαζούκη Ελένη, Α.Μ.: 4276
Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Βασιλοπούλου Αιμιλία

“ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ, ΣΤΗΝ
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΠΡΩΚΤΟΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

26/2/2020



Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την εποπτεύουσα καθηγήτρια κα Βασιλοπούλου Αιμιλία για την καθοδήγηση και τη βοήθεια της, καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Την ευχαριστώ ειλικρινά για τις γνώσεις που μου παρείχε, για το ενδιαφέρον, για τη συγγραφή και διόρθωση της εργασίας.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τους γιατρούς με τους οποίους συνεργάστηκα, την κα Αναστασίου- Κατσιαρδάνη και τον κύριο Τάσιο, για την λήψη των ειδικών περιστατικών ώστε να συγκεντρωθεί ο απαραίτητος αριθμός αλλεργικών περιστατικών για την διεκπεραίωση της έρευνας.

Επιπλέον ευχαριστώ τις μητέρες των υγείων παιδιών που βοήθησαν στην ολοκλήρωση της έρευνας και στη συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων για την ομάδα ελέγχου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου και τους φίλους μου, για την ηθική συμπαράσταση, κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Περιεχόμενα	3
1. Περίληψη	4
1.1. Λέξεις κλειδιά	4
1.2. Abstract.....	4
2. Εισαγωγή.....	5
3. Αλλεργία- Ορισμός	6
3.1. Τροφική Αλλεργία- Εισαγωγικές πληροφορίες.....	6
3.2. Τροφική Αλλεργία- Διαφοροποιήσεις σε παιδιά και ενήλικες- Διαφοροποιήσεις ανά χώρες.	7
3.3. Τροφική Αλλεργία και κληρονομικότητα	8
3.4. Τροφικές αλλεργίες- Περιβάλλον και Κάπνισμα.	8
4. Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα- Εισαγωγικές Πληροφορίες	9
4.1. Ορισμός, επιπολασμός και ποιότητα ζωής των παιδιών με Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα.....	9
4.2. Αλλεργία στο γάλα- Ορισμός, Εμφάνιση και Επιπολασμός.....	10
4.3. Τρόποι Διάγνωσης της Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας.....	11
4.4. Συμπτωματολογία Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας.....	11
4.5. Θεραπεία κατά τη περίοδο του θηλασμού και αλλεργιογόνες τροφές που σχετίζονται με την εμφάνιση ΑΠ.....	12
4.6. Συστάσεις για σωστή εισαγωγή στερεών τροφίμων	13
5. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
5.1 Σκοπός Εργασίας.....	15
5.2. Μεθοδολογία	15
5.3. Δειγματοληψία.....	15
5.4. Ερωτηματολόγια.....	15
5.5. Ανάλυση Αποτελεσμάτων	16
6. Αποτελέσματα έρευνας σύμφωνα με το πρόγραμμα spss.	17
6.1. Αποτελέσματα MedDietScore.....	17
6.2. Αποτελέσματα από το Κλινικό Ιστορικό	17
6.3. Διατροφή (FFQ) Diet (FFQ) – Σύγκριση μεταξύ εγκύων μητέρων.....	23
6.4. Διατροφή (FFQ) Diet (FFQ) – Σύγκριση μεταξύ μητέρων σε θηλασμό.....	54
7. Συμπεράσματα- Συζήτηση	89
Βιβλιογραφία.....	92

1. Περίληψη

Οι τροφικές αλλεργίες αποτελούν μια συνήθη διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει ραγδαία αύξηση. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα εργασία θα μελετηθεί η Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα από διατροφική πλευρά. Η Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα (ΑΠ) χαρακτηρίζεται από την παρουσία βλεννογόνων, αφρώδων και αιματηρών κοπράνων σε ένα κατά τα άλλα υγιές βρέφος. Οι διατροφικές πρωτεΐνες που περνούν από το μητρικό γάλα είναι υπεύθυνες για την πλειονότητα των περιπτώσεων και προκαλούν φλεγμονώδη απόκριση στο ορθό και στο απώτερο σιγμοειδές κόλον.

Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσει και να αναλύσει πώς επηρεάζει η διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, την εμφάνιση Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας (ΑΠ) στα παιδιά. Η έρευνα ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2018. Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 18 άτομα, κάτοικοι του Νομού Μαγνησίας. Η μελέτη βασίστηκε σε δια ζώσης συνέντευξη με τρία ερωτηματολόγια, το Ατομικό Κλινικό Ιστορικό, το Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων κατά τη διάρκεια της Εγκυμοσύνης και το Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης τροφίμων κατά τη διάρκεια του Θηλασμού. Τα κριτήρια ενσωμάτωσης των ασθενών στην έρευνα ήταν τα βρέφη να είναι διαγνωσμένα με Ιστορικό ΑΠ.

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων αναλυθήκαν σε ειδικό πρόγραμμα ανάλυσης ενώ αξιολογήθηκε και η προσκόλληση της διατροφής των μητέρων στο μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής. Τέλος, η παρούσα εργασία παρέχει χρήσιμες πληροφορίες που σχετίζονται με τη διατροφή, την ανάπτυξη και τη διαχείριση της Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας.

1.1. Λέξεις κλειδιά

Αλλεργία, Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα, Ερευνητική Μελέτη, Εγκυμοσύνη, Θηλασμός, Διατροφή

1.2. Abstract

Food allergies are a common childhood disorder, which has been increasing rapidly in recent years. In particular, the present study will study the Allergic Proctocolitis from a nutritional point of view. Allergic Proctocolitis is characterized by the presence of mucus, foam and bloody stools in an otherwise healthy infant. Dietary proteins that pass through breast milk are responsible for the majority of cases and cause an inflammatory response in the rectum and distal sigmoid colon.

The purpose of this study is to analyze how maternal nutrition during pregnancy and lactation affects the occurrence of Allergic Proctocolitis (AP) in children. The survey began in June 2017 and was completed in December 2018. The study involved 18 volunteers, residents of the Magnesia Prefecture. The study was based on an in-depth interview with three questionnaires, the Individual Clinical History, the Pregnancy Food Frequency Questionnaire and the Food Frequency Questionnaire during Breastfeeding. The criteria for incorporating patients into the study were infants diagnosed with a history of AP.

The results of the questionnaires were analyzed in a special analysis program and the adherence of maternal nutrition to the Mediterranean diet model was assessed. Finally, the present work provides useful information related to the nutrition, development, and management of Allergic Proctocolitis.

2. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη αλλεργικών ασθενειών που προκαλούνται από IgE επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ρύπανση και η γεωργία. Ο επιπολασμός και το φυσικό ιστορικό αυτής της διαταραχής δεν είναι αρκετά σαφές καθώς υπάρχουν ελλείψεις μελετών που να υποδεικνύουν τρόφιμα υπεύθυνα για την εμφάνιση Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας. Η διάγνωση εξαρτάται από την επίλυση των συμπτωμάτων μετά την εξάλειψη των τροφών ενεργοποίησης και την εφαρμογή προκλήσεων σε τρόφιμα που μπορεί να χρειαστούν αρκετές ημέρες για την ανάπτυξη συμπτωμάτων για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να ερευνήσει το πεδίο της εμφάνισης Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας (ΑΠ) στα παιδιά και κατά πόσο αυτή η εμφάνιση επηρεάζεται από τη διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Τα πεδία που μελετήθηκαν ήταν η κλινική εικόνα και η σοβαρότητα της νόσου που διαγνώστηκαν σε ασθενείς, τα τρόφιμα που είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση ΑΠ, το ιστορικό της οικογένειας σε αλλεργίες που ευθύνονται σε τρόφιμα, οι οδηγίες χειρισμού από τους αρμόδιους γιατρούς καθώς και η ανοχή του παιδιού στην ΑΠ.. Επίσης, στην παρούσα εργασία εμφανίζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τις μητέρες και αφορούσαν τις διατροφικές τους συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μια σύγκριση με αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Η διατροφική παρέμβαση έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει τους ασθενείς που ζούνε με τροφικές αλλεργίες καθώς και το οικείο περιβάλλον τους. Αυτό θα οδηγήσει στην προστασία του ασθενή και την εξασφάλιση ενός καλού βιοτικού επιπέδου.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί στην παρούσα εργασία ότι η ΑΠ δεν πρέπει να συγχέεται με τη δυσανεξία στη λακτόζη. Εδώ εμπλέκεται ο μεταβολισμός και όχι το ανοσοποιητικό σύστημα.

3. Αλλεργία- Ορισμός

Με τον όρο αλλεργία εννοείται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός αντιδρά απέναντι σε αβλαβείς περιβαλλοντικές ουσίες, που ονομάζονται αλλεργιογόνα. Ο όρος «Αλλεργία» προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «άλλος και έργο» που σημαίνουν παρέκκλιση από τη φυσιολογική αντίδραση ενός οργανισμού, μια παρέκκλιση που παρατηρείται στα αλλεργικά άτομα, δηλαδή άτομα με ευαισθητοποιημένο οργανισμό. (Κουφου, Ελπίδα, 2012)

Αλλεργιογόνο είναι μια ουσία ξένη προς το σώμα που σε αλληλεπίδραση με το ανοσοποιητικό σύστημα προκαλεί αλλεργική αντίδραση. Ως αλλεργιογόνα μπορούν να δράσουν ορισμένες τροφές όπως τα αυγά, τα ψάρια, τα θαλασσινά, οι φράουλες, τα μανιτάρια, φάρμακα, καλλυντικά, η γύρη διαφόρων φυτών, φτερά και τρίχες διαφόρων ζώων, η σκόνη κ.α. Σύμφωνα με έρευνα αλλεργιογόνο είναι το αντιγόνο που έχει την ιδιότητα να προκαλεί την παραγωγή αντισωμάτων IgE, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση αλλεργικής αντίδρασης. (Chaziza, Christina, 2018)

Αντίσωμα είναι πρωτεΐνη (ανοσοσφαιρίνη) που παράγεται και εκκρίνεται από τα Β λεμφοκύτταρα ως απόκριση στην αναγνώριση ενός ξένου μορίου (αντιγόνου). Το αντίσωμα έχει την ικανότητα να συνδέεται με το συγκεκριμένο αντιγόνο. Τα αντισώματα αναγνωρίζουν συγκεκριμένες περιοχές του αντιγόνου οι οποίες ονομάζονται επίτοποι. (Chaziza, Christina, 2018)

Αντισώματα IgE, ανήκουν σε μια από τις κατηγορίες αντισωμάτων. Τα αντισώματα IgE παράγονται από τον οργανισμό των ευαισθητοποιημένων ατόμων έναντι συγκεκριμένων αλλεργιογόνων. Η παραγωγή IgE είναι το πρώτο στάδιο για την εκδήλωση των συμπτωμάτων της αλλεργίας. (Chaziza, Christina, 2018)

3.1. Τροφική Αλλεργία- Εισαγωγικές πληροφορίες

Τροφική αλλεργία είναι η μη φυσιολογική ανοσοποιητική αντίδραση του οργανισμού σε τρόφιμα που είναι ακίνδυνα στους περισσότερους ανθρώπους. Αυτό συμβαίνει επειδή παράγονται αντισώματα από το σώμα μας ενάντια στην πρωτεΐνη της τροφής, δηλαδή το αλλεργιογόνο, έτσι ώστε να απελευθερώνονται ισταμίνη και άλλα αμυντικά χημικά στοιχεία στον οργανισμό μας όταν τρώμε την τροφή προκαλώντας φλεγμονή. Τα χημικά αυτά στοιχεία είναι που ενεργοποιούν αντιδράσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν το αναπνευστικό μας σύστημα, την γαστρεντερική οδό, το δέρμα ή το καρδιαγγειακό σύστημα. Εναλλακτικά τροφική αλλεργία είναι η ανεπιθύμητη αντίδραση σε κάποιο τρόφιμο ή συστατικό αυτού, με εμπλοκή του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος. Δεν υπάρχει θεραπεία που να απαλλάσσει μονίμως από τις τροφικές αλλεργίες. Μετά τη διάγνωση, η μόνη λύση είναι αυτή της «αποφυγής» μέσω του αποκλεισμού των ένοχων τροφών από το διαιτολόγιο του πάσχοντος. Επισημαίνεται ότι η κατάργηση ορισμένων τροφών, ιδίως εάν πρόκειται για κάποια από τις βασικές τροφές οποιουδήποτε διαιτολογίου, προϋποθέτει σχετική ιατρική συμβουλή ώστε να αποφευχθούν τυχόν διατροφικές ελλείψεις, ιδίως στα παιδιά. (Bahna, 2001)

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός ο οποίος έκανε τη πρώτη αναφορά στο φαινόμενο της τροφικής αλλεργίας. Αργότερα ακολούθησαν αναφορές από τον Αριστοτέλη, τον Γαληνό και τον ρωμαίο φιλόσοφο Τίτο Λουκρήτιο Κάρο.

Τα συχνότερα τρόφιμα με ικανότητα πρόκλησης αλλεργίας περιλαμβάνουν το γάλα, το αυγό, τα φυτικά, τα ψάρια κ.α. με κοινό αλλεργιογόνο παράγοντα τις περιεχόμενες πρωτεΐνες τους. Ανάμεσα στα άλλα, τα πρόσθετα των τροφίμων (συντηρητικά, ενισχυτικά γεύσης και χρώματα) είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση εκδηλώσεων, με το μηχανισμό δράσης, να παραμένει πολλές φορές άγνωστος. Η ραγδαία αύξηση των τροφικών αλλεργιών αποτελεί σύγχρονη πραγματικότητα καθώς πλήττει το 2% των ενηλίκων και το 0,3-7% των παιδιών στην Ευρώπη, κρίνεται απαραίτητη η χρήση αποτελεσματικών μεθόδων διάγνωσης και αντιμετώπισης. Η εξάπλωση της τροφικής αλλεργίας φαίνεται να αυξάνεται όπως και όλες οι αλλεργικές αντιδράσεις. (Castellazzi AM., et al., 2013)

Μελέτες βασισμένες σε προκλήσεις που σχετίζονται με τις τροφές από το στόμα υποδεικνύουν ότι η επικράτηση της τροφικής αλλεργίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας κυμαίνεται επί του παρόντος μεταξύ 5% και 10% σε ορισμένες δυτικές χώρες (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία) και

7% στην Κίνα, μέτρηση του sIgE. Ο επιπολασμός της τροφικής αλλεργίας κυμαίνεται πλέον μεταξύ 3% και 35% σε αυτοαναφερόμενες μελέτες, που είναι χαμηλότερες (2-5%) κατά την εκτίμηση της ευαισθητοποίησης και των συμπτωμάτων στα τρόφιμα. Ο επιπολασμός της τροφικής αλλεργίας είναι ακόμα χαμηλότερος όταν εκτελούνται διπλές τυφλές προκλήσεις ελεγχόμενου από εικονικό φάρμακο (DBPCFC), αλλά μόνο ένας περιορισμένος αριθμός μελετών έχει χρησιμοποιήσει αυτή τη μέθοδο για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της τροφικής αλλεργίας. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Η τροφική υπερευαισθησία είναι μία αντίδραση στην οποία μεσολαβούν οι IgE και συμβαίνει όταν το ανοσολογικό σύστημα αντιδρά σε μία φυσιολογικά αβλαβή τροφική πρωτεΐνη που το σώμα έχει εσφαλμένα αναγνωρίσει ως επικίνδυνη. Αυτή η διεργασία είναι ανοσοπαθολογική και διαμεσολαβούμενη από την IgE διαδικασία που είναι αναπαραγώγιμη μέσω μίας σχέσης αιτίας-αποτελέσματος. Οι αντιδράσεις που συμμετέχουν οι IgE μηχανισμοί συνήθως συμβαίνουν αμέσως ή μέσα σε 2 ώρες από την έκθεση. Η σοβαρότητα μπορεί να κυμανθεί από ήπια έως και πολύ σοβαρή για τη ζωή. (Bahna SL., 2001)

3.2. Τροφική Αλλεργία- Διαφοροποιήσεις σε παιδιά και ενήλικες- Διαφοροποιήσεις ανά χώρες.

Κάθε άτομο και ειδικά ένα παιδί που έχει γενετική προδιάθεση σε ατοπική νόσο ή ατοπία έχει αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης τροφικών αλλεργιών. Η αλλεργική νόσος περιλαμβάνει αλλεργίες σε αερομεταφερόμενα τεμαχίδια (π.χ. μούχλα, γύρη), τροφική αλλεργία, ατοπική δερματίτιδα (έκζεμα) καθώς και άσθμα. Τα παιδιά με ατοπική δερματίτιδα είναι 35% πιο πιθανό να εμφανίσουν τροφικές αλλεργίες απ' ό,τι άλλα ατοπικά παιδιά, με περίπου το 6-8 % των ασθματικών παιδιών να έρχονται αντιμέτωπα με συριγμό προκαλούμενο από τροφές. (Sampson, 2004) Ατοπία είναι η τάση προς εκδήλωση αλλεργιών, καθορισμένη γενετικά.

Η συχνότητα τροφικής αλλεργίας φαίνεται να ελαττώνεται με τη πάροδο της ηλικίας. Τα βρέφη κάτω των 2 ετών είναι πιθανότερο να αναπτύξουν τροφικές αλλεργίες απ' ό,τι τα μεγαλύτερα παιδιά ή οι ενήλικες. Οι δύο τελευταίες κατηγορίες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν εισπνευστικές αλλεργίες παρά τροφικές αλλεργίες. Η συχνότητα των τροφικών αλλεργιών είναι 6-8% στα παιδιά και 3-4% στους ενήλικες. (Sicherer and Sampson, 2006 και Nowak - Wegrzyn A, Sampson H, 2006)

Οι ενήλικες συνήθως διατηρούν την τροφική αλλεργία εφ' όρου ζωής, ενώ τα παιδιά μερικές φορές την ξεπερνούν. Τα παιδιά τείνουν περισσότερο να ξεπερνούν αλλεργίες που προκαλούνται από γάλα ή σόγια, παρά αλλεργίες από φυστίκια, ψάρι ή γαρίδα. Τα τρόφιμα στα οποία οι ενήλικες και τα παιδιά αντιδρούν είναι αυτά που καταναλώνουν πιο συχνά. Για παράδειγμα, στην Ιαπωνία η αλλεργία από ρύζι είναι συχνότερη, ενώ στις Σκανδιναβικές χώρες η αλλεργία από μπακαλιάρο συναντάται περισσότερο. Στην Ισπανία το λεύκωμα (ασπράδι) του αυγού είναι το πιο κοινό αλλεργιογόνο, ακολουθούμενο από το γάλα αγελάδας και τα ψάρια ενώ στις Η.Π.Α. το αντίστοιχο συμβαίνει με το αυγό, το γάλα αγελάδας και τα φυστίκια.

Τα τρία αυτά τρόφιμα αντιπροσωπεύουν το 50% των περιπτώσεων «ευαισθητοποίησης» σε παιδιά κάτω των 2 ετών. Σε παιδιά άνω των 4 ετών, τα αλλεργιογόνα που περιέχονται σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως ξηροί καρποί, φρούτα και όσπρια εμφανίζονται συχνότερα. (Cianferoni A, Muraro A., 2012)

3.3. Τροφική Αλλεργία και κληρονομικότητα

Ο κίνδυνος ανάπτυξης τροφικής αλλεργίας εξαρτάται από την κληρονομικότητα, την έκθεση σε ένα αντιγόνο, τη γαστρεντερική διαπερατότητα και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η έκθεση στα μικρόβια. Η κληρονομικότητα θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ατοπικής νόσου. Η ειρωνεία έγκειται στο γεγονός ότι η περιορισμένη έκθεση σε μικρόβια και ο μικρός αριθμός λοιμώξεων στη παιδική ηλικία ακόμα θεωρούνται αίτιο για την αυξημένη επίπτωση της ατοπικής νόσου στον πληθυσμό, με συνέπεια της έναρξης της ατοπικής πορείας, ενός συνόλου καταστάσεων, γεγονότων και χαρακτηριστικών που προηγούνται της ανάπτυξης των μόνιμων αλλεργικών διαταραχών (Hahn E et al., 2005)

Η έκθεση σε ένα αντιγόνο είναι προαπαιτούμενη για την ανάπτυξη τροφικής αλλεργίας. Η αρχική έκθεση μπορεί να συμβεί προγεννητικά ή μετά την γέννηση. Η μετά τη γέννηση ευαισθητοποίηση μπορεί να συμβεί σε έκθεση στα τροφικά αλλεργιογόνα μέσω εισπνοής, δερματικής επαφής ή κατάποσης. Η ευαισθητοποίηση σε τροφικό αλλεργιογόνο μπορεί να συμβεί με ένα τροφικό αντιγόνο στο τροφικό γάλα. Η επισήμανση αυτή μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη κατά τη λήψη ιατρικού διατροφικού ιστορικού και μπορεί να εξηγήσει μια αλλεργική απόκριση που λαμβάνει χώρα όταν ένα βρέφος φαίνεται να καταναλώνει το αντιγόνο μέσω της τροφής για πρώτη φορά. (Friedman and Zeiger, 2005)

3.4. Τροφικές αλλεργίες- Περιβάλλον και Κάπνισμα.

Η ποσότητα του παρουσιαζόμενου αντιγόνου και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί επίσης να επηρεάζουν την ανάπτυξη τροφικής αλλεργίας. Η επιδράσεις του τροφίμου και άλλων αντιγόνων μπορεί να είναι δραστικές. Κλινικά συμπτώματα τροφικής αλλεργίας μπορεί να παρουσιάζουν αύξηση όταν υπάρχουν περιβαλλοντικές και κλιματικές αλλαγές. Ομοίως, τα αποτελέσματα περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η πρώιμη έκθεση στα μικρόβια, το κάπνισμα, το στρες, η άσκηση και το κρύο μπορεί να επαυξήσουν τα κλινικά συμπτώματα της τροφικής αλλεργίας. Είναι σαφές ότι η ανάπτυξη αλλεργικών ασθενειών που προκαλούνται από IgE επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ρύπανση και η γεωργία, αλλά και η διατροφή. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

4. Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα- Εισαγωγικές Πληροφορίες

Είναι μια αλλεργική νόσος της βρεφικής ηλικίας που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παρουσιάζεται σε βρέφη τα οποία θηλάζουν αποκλειστικά, κάτι που ενοχοποιεί το μητρικό γάλα. Πιο συγκεκριμένα, το συνηθέστερο αίτιο που προκαλεί τη νόσο είναι το αγελαδινό γάλα που καταναλώνει η μητέρα και το οποίο μέσω του θηλασμού περνά στο βρέφος, ενώ σε δεύτερη κλίμακα περνούν άλλα αλλεργιογόνα τρόφιμα όπως η σόγια, το αυγό, τα σιτηρά, τα ψάρια, το καλαμπόκι, τα οστρακοειδή, το φιστίκι το αράπικο και οι ξηροί καρποί. Πιθανολογείται ωστόσο ότι το έντερο των παιδιών αυτών παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα ανώριμο να δεχθεί τις πρωτεΐνες αυτές, κάτι που αυτοπεριορίζεται καθώς το παιδί μεγαλώνει.

Στον αποκλειστικό θηλασμό τα συμπτώματα της συγκεκριμένης αλλεργίας είναι πιο ήπια συγκριτικά με τη σίτιση με γάλα αγελάδας, όπου τα συμπτώματα είναι εντονότερα. Η διάγνωση της ΑΠ είναι αποκλειστικά κλινική και γίνεται με πρόκληση διατροφής από το στόμα. Τα κλινικά συμπτώματα είναι η παρουσία βλέννης και αίματος στις κενώσεις του παιδιού. Ορισμένα από αυτά τα συμπτώματα (π.χ. αίμα) μπορεί να τα έχουμε και σε άλλες παθολογικές ή αλλεργικές καταστάσεις όπως διαταραχές της εντερικής χλωρίδας, γαστρεντερίτιδες, ραγάδες, διαταραχές πήξης, εγκολεασμό, . Για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό ο αλλεργιολόγος να εντοπίσει την κλινική εικόνα που είναι ύποπτη για αλλεργική πρωκτοκολίτιδα. (Kaya, Aysenur, et al., 2015)

Συνήθως η αλλεργία εκδηλώνεται στους πρώτους μήνες ζωής, εξαλείφεται κατά τα πρώτα έτη ζωής και θεωρείται μια καλοήθης νόσος. Για να τεθεί οριστικά η διάγνωση της αλλεργικής πρωκτοκολίτιδας, θα πρέπει μετά από την ύφεση των συμπτωμάτων να υπάρξει σχετικά γρήγορη επανέκθεση στα υπεύθυνα τρόφιμα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις θηλασμού ο αποκλεισμός των γαλακτοκομικών από τη διατροφή της μητέρας, οδηγεί στην άμεση διακοπή των βλεννοαιματηρών κενώσεων. Η μητέρα πρέπει να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί στην ορθή ανάγνωση ετικέτας, ώστε να αναγνωρίζει τα ίχνη γαλακτοκομικών που μπορεί να οδηγήσουν στην υποτροπή αυτής της νόσου. Στην περίπτωση που ο θηλασμός δεν είναι εφικτός, χορηγείται μερικώς υδρολυμένο γάλα, ή υποκατάστατο αγελαδινού γάλακτος, ή στοιχειακό γάλα για την ίαση της νόσου. (Kaya, Aysenur, et al., 2015)

Τέλος είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ΑΠ δεν πρέπει να συγχέεται με τη δυσανεξία στη λακτόζη. Εδώ εμπλέκεται ο μεταβολισμός και όχι το ανοσοποιητικό σύστημα. Δυσανεξία στη λακτόζη είναι η αδυναμία του οργανισμού να μεταβολίσει την λακτόζη (δισακχαρίτης), το βασικό σάκχαρο του γάλακτος. Αυτή η αδυναμία οφείλεται στην έλλειψη του ενζύμου λακτάση, που κανονικά παράγεται από κύτταρα του λεπτού εντέρου. Αυτές οι δυο έννοιες δεν ήταν αποσαφηνισμένες και ακριβείς και κάλυπταν η μία την άλλη. (Kaya, Aysenur, et al., 2015)

4.1. Ορισμός, επιπολασμός και ποιότητα ζωής των παιδιών με Αλλεργική Πρωκτοκολίτιδα

Η πρωτεϊνική πρωκτοκολίτιδα, γνωστή και ως αλλεργική πρωκτοκολίτιδα (ΑΠ), χαρακτηρίζεται από την παρουσία βλεννογόνων, αφρώδων και αιματηρών κοπράνων σε ένα κατά τα άλλα υγιές βρέφος. Οι διατροφικές πρωτεΐνες που περνούν από το μητρικό γάλα είναι υπεύθυνες για την πλειονότητα των περιπτώσεων και προκαλούν φλεγμονώδη απόκριση στο ορθό και στο απώτερο σιγμοειδές κόλον. Η παγκόσμια κοινότητα έχει στραφεί προς την εύρεση μιας φαρμακευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Μέχρι στιγμής η μονή λύση παραμένει η αποφυγή της αλλεργιογόνους ουσίας καθώς και οι διαγνωστικές μέθοδοι για την ανίχνευση των αλλεργιών.

Επομένως, η σωστή αντιμετώπιση της παιδικής τροφικής αλλεργίας κρίνεται υψίστης σημασίας, (Kaya A. Et al., 2015).

Ο επιπολασμός και το φυσικό ιστορικό αυτής της διαταραχής δεν είναι σαφές. Η διάρροια, η αιμορραγία από το ορθό και οι διατροφικές διαταραχές στα νεογέννητα και στα βρέφη κάνουν τους γιατρούς και τους γονείς να ανησυχούν, γεγονός που οδηγεί στην εφαρμογή δαπανηρών ιατρικών εξετάσεων και επεμβατικών διαδικασιών όπως η κολονοσκόπηση και η βιοψία. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες διαγνωστικές δοκιμασίες και οι παρούσες πρακτικές, όπως η δοκιμασία patch patch (APT), η ειδική IgE (SpIgE), η δοκιμή δερματικών δακτύλων (SPT) και η ενδοσκοπική με βιοψίες, δεν ανταποκρίνονται στην απαιτούμενη ειδικότητα και ευαισθησία. Η διάγνωση εξαρτάται από την επίλυση των συμπτωμάτων μετά την εξάλειψη των τροφών ενεργοποίησης και την εφαρμογή προκλήσεων σε τρόφιμα που μπορεί να χρειαστούν αρκετές ημέρες για την ανάπτυξη συμπτωμάτων για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Είναι επίσης σαφές ότι η ανάπτυξη αλλεργικών ασθενειών που προκαλούνται από IgE επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η ρύπανση και η γεωργία, αλλά και η διατροφή. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 10% των παιδιών χωρίς αλλεργικό γονέα ή αδελφό και το 20% έως 30% των ατόμων με αλλεργίες στους συγγενείς πρώτου βαθμού παρουσιάζουν αλλεργικές παθήσεις κατά την παιδική ηλικία, (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017). Σε γενικές γραμμές όμως υπάρχει μια έλλειψη δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό, τη διάγνωση, τη διαχείριση και την πρόγνωση για αυτό τον τύπο αλλεργικής νόσου. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι έως το 60% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά και αναλύονται με μητρική αποβολή του αγελαδινού γάλακτος και των πρωτεϊνών σόγιας. Η πλειονότητα των περιπτώσεων επιλύεται κατά την ηλικία των 12 μηνών. Τα βρέφη δεν ταλαιπωρούνται και έχουν την εμφάνιση ενός κατά τα άλλα υγιούς βρέφους. (Anna Nowak-Węgrzyn, M.D, 2015)

4.2. Αλλεργία στο γάλα- Ορισμός, Εμφάνιση και Επιπολασμός

Η αλλεργία πρωτεΐνης αγελαδινού γάλακτος (CMPA) είναι ένα κοινό εύρημα στην παιδιατρική πρακτική και συννοσηρότητα σε ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα. Ο μηχανισμός που σχετίζεται με την αλλεργία πρωτεΐνης αγελαδινού γάλακτος ταξινομείται σε μεσολάβηση IgE, με τη μεσολάβηση μη IgE ή αμφοτέρους τους τύπους που συμβαίνουν ταυτόχρονα. Τα παιδιά μπορούν να παρουσιάσουν δερματικές βλάβες, συμπτώματα γαστρεντερικού συστήματος και αναπνευστικά συμπτώματα, (Sirasuda Sommanus et al., 2014).

Η πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος είναι ένα από τα πιο κοινά αλλεργιογόνα για τα βρέφη. Ο επιπολασμός αυτής της αλλεργίας είναι περίπου στο ποσοστό του 2-3 % στα πρώτα τρία χρόνια ζωής όπου οι περισσότεροι άλλα όχι όλοι οι αλλεργικοί ασθενείς στην πρωτεΐνη του γάλακτος, ξεπερνούν την αλλεργία. (Sirasuda Sommanus et al., 2014)

Η διάγνωση και η θεραπεία της αλλεργίας στην πρωτεΐνη αγελαδινού γάλακτος (CMPA) εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση. Δεδομένου ότι κανένα από τα συμπτώματα της CMPA δεν είναι συγκεκριμένο και δεδομένου ότι δεν υπάρχει ευαίσθητη διαγνωστική εξέταση (εκτός από μια δοκιμασία πρόκλησης), η διάγνωση της CMPA παραμένει δύσκολη. Μια βαθμολογία με βάση τα συμπτώματα είναι χρήσιμη σε παιδιά με συμπτώματα που εμπλέκουν διαφορετικά συστήματα οργάνων. Η συνιστώμενη διαιτητική θεραπεία είναι ένα εκτεταμένο υδρολυμένο γάλα αγελάδας. Συνιστάται με βάση τα αμινοξέα στις πιο σοβαρές περιπτώσεις. Ωστόσο, η βρεφική συνταγή σόγιας και τα προϊόντα υδρόλυσης από άλλες πρωτεϊνικές πηγές (ρύζι) κερδίζουν δημοτικότητα, καθώς έχουν καλύτερη γεύση και είναι φθηνότερα από τα υδρολύματα μεγάλης περιεκτικότητας σε αγελαδινό γάλα. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις επιβεβαίωσαν την ασφάλεια της σόγιας και εκτιμούν ότι όχι περισσότερο από 10-15% των βρεφών CMPA γίνονται αλλεργικοί στη σόγια. Μια ακριβής διάγνωση της CMA είναι ακόμα δύσκολη. Η αναζωογόνηση της σόγιας και η ανάπτυξη

υδρολυμάτων ρυζιού προκαλούν τα εκτεταμένα υδρολύματα με βάση το γάλα της αγελάδας ως πρώτη επιλογή και τον τύπο αμινοξέων. (Yvan Vandenplas et al., 2014)

4.3. Τρόποι Διάγνωσης της Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν επί του παρόντος διαθέσιμες τυποποιημένες δοκιμές για την ανίχνευση του ΑΠ. Το παρόν κριτήριο-πρότυπο-δοκιμασία για τη διάγνωση γαστρεντερικών αλλεργιών σε τρόφιμα παραμένει η δίαιτα εξάλειψης, ακολουθούμενη από την επανεισαγωγή (δοκιμή πρόκλησης από το στόμα) τροφίμων για να επιβεβαιωθεί η βελτίωση των συμπτωμάτων αποκλεισμού και η επιστροφή τους στην επαναλαμβανόμενη έκθεση του συγκεκριμένου αλλεργιογόνου. (Kaya, Aysenur et al., 2015)

Όσον αφορά τον διατροφικό αποκλεισμό, είναι ένα ακόμη εργαλείο διαγνωστικής διαδικασίας που χρησιμοποιείται για την περίπτωση των χρόνιων συμπτωμάτων. Με τη δίαιτα αποκλεισμού όλες οι μορφές του τροφίμου πρέπει να απομακρυνθούν από τη διατροφή. Μια καταγραφή τροφίμων τηρείται κατά τη διάρκεια της φάσης αποκλεισμού. Αυτή η καταγραφή χρησιμοποιείται ώστε να βεβαιωθεί το γεγονός ότι όλα τα ύποπτα τρόφιμα έχουν αποκλειστεί από τη διατροφή αλλά και για να εκτιμηθεί η διατροφική επάρκεια της διαίτας. Χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και ανόργανων στοιχείων θα πρέπει να εξετάζεται όταν μια αυστηρά περιορισμένη δίαιτα συνεχίζεται για περισσότερο από 7-14 μέρες. Η δίαιτα αποκλεισμού θα πρέπει να εξατομικεύεται από ένα ή δύο ύποπτα τρόφιμα τη φορά για κάθε περίοδο δύο εβδομάδων. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Όταν η υποψία για τις τροφές δεν έχει εξαλειφτεί τότε θα δοθεί μια πιο αυστηρή δίαιτα που ονομάζεται στοιχειακή δίαιτα. Μία στοιχειακή δίαιτα προλαμβάνει την δυσθρεψία αλλά είναι δαπανηρή, μη καλά αποδεκτή και θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Διάφορα προϊόντα της εταιρίας Neocate προορίζονται για βρέφη με αλλεργίες. Οι τροφές επιστρέφουν στη διατροφή κάθε φορά από μία, ενώ ο ασθενής λαμβάνει τη στοιχειακή φόρμουλα. Κάθε ασθενής αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να παρακολουθείται στενά από το γιατρό του. (Nowak-Wegrzyn A and Sampson H, 2006)

Η τροφική πρόκληση μπορεί να αποδείξει ή όχι τη σχέση τροφίμου- συμπτώματος. Εάν τα συμπτώματα βελτιωθούν μόνο με τον αποκλεισμό πολλών τροφίμων, είναι αναγκαίες πολλές τροφικές προκλήσεις. Μία τέτοια πρόκληση πραγματοποιείται όταν τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει και έχουν σταματήσει όλα τα αντισταμινικά. Τα τρόφιμα δοκιμάζονται ένα κάθε φορά σε διαφορετικές μέρες ώστε να μην υπάρξει σύγχυση, ενώ το άτομο παρακολουθείται στενά για την αντιμετώπιση πιθανών συμπτωμάτων. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

4.4. Συμπτωματολογία Αλλεργικής Πρωκτοκολίτιδας.

Η τροφική αλλεργία είναι μια αντίδραση που προκαλείται από την IgE σε μια τροφή, συνήθως κατά τη διάρκεια των 2 ωρών μετά την πρόσληψη. Αντιπροσωπεύει ένα πρόβλημα υγείας που μπορεί να οδηγήσει σε απειλητικές για τη ζωή αντιδράσεις και μπορεί ακόμη και να βλάψει την ποιότητα ζωής. Οποιοδήποτε τρόφιμο μπορεί να προκαλέσει αλλεργική αντίδραση. στην πραγματικότητα, έχουν αναγνωριστεί περισσότερα από 170 τρόφιμα ως πιθανώς αλλεργιογόνα, αλλά η συντριπτική πλειονότητα των κλινικά διαγνωσμένων αλλεργιών σε τρόφιμα προκαλούνται μόνο από λίγα από αυτά τα τρόφιμα. Παρά τις σημαντικές προόδους της γνώσης της τροφικής αλλεργίας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, τα κενά στον τομέα αυτό είναι προφανή, ειδικά σε σχέση με την εισαγωγή αλλεργιογόνων τροφίμων και σε σχέση με την εφαρμογή ανοσοθεραπείας τροφίμων. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Σύμφωνα με τα κλινικά ιστορικό που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι μητέρες των ασθενών έπρεπε να χαρακτηριστεί η ασθένεια ήπιας, μέτριας ή βαριάς βαρύτητας. Ο χαρακτηρισμός αυτός θα διαπιστωνόταν και από τους γιατρούς που επέβλεπαν το περιστατικό. Επιπλέον ο χαρακτηρισμός

θα είχε άμεση σχέση με τις επιπλοκές που πιθανώς να είχε το βρέφος κατά την διάγνωση του, όπως για παράδειγμα αναιμία, υπολευκωματιναιμία και άλλες επιπλοκές εργαστηριακά.

4.5. Θεραπεία κατά τη περίοδο του θηλασμού και αλλεργιογόνες τροφές που σχετίζονται με την εμφάνιση ΑΠ.

Η διατροφή μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη αλλεργιών κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ανάπτυξης, μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού ή της διατροφής με το μπιμπερό, και αργότερα μετά τον απογαλακτισμό όταν εισάγονται άλλα τρόφιμα. Επιπλέον, τα τρόφιμα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο για την ενεργό πρόληψη (μέσω χρονισμού της εισαγωγής) της διαχείρισης (υδρολυμένης φόρμουλας), ή ακόμα και της θεραπείας (ανοσοθεραπείας) της τροφικής αλλεργίας. Οι πρώτες 1000 ημέρες της ζωής είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη των βρεφών. Ειδικά κατά το πρώτο έτος έχουν μια διατροφή περιορισμένης μεταβλητότητας, που αποτελείται κυρίως από μητρικό γάλα και / ή βρεφική συνταγή, ακολουθούμενη από την εισαγωγή φυσιολογικού γάλακτος και στερεών τροφών. Κατά συνέπεια, η σύνθεση αυτών των τροφίμων έχει πιο σημαντική επίδραση στην ανοσολογική ανάπτυξη απ' ό τι αργότερα στη ζωή, όταν η διατροφή είναι πιο ποικίλη και το ανοσοποιητικό σύστημα έχει ήδη ωριμάσει. Η πρώτη επαφή των βρεφών με τη διατροφή είναι μετά από τη σύλληψη, όταν η διατροφική κατάσταση της μητέρας μπορεί ήδη να έχει αντίκτυπο στην ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου. Επιπλέον, η μητρική διατροφή μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σύνθεση του μητρικού γάλακτος. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Η θεραπεία του AP είναι στην εξάλειψη της προσβλητικής τροφής από τη διαίτα. Η ολική αποφυγή ενός τροφικού αλλεργιογόνου είναι η μόνη αποδεδειγμένη θεραπεία για μια τροφική αλλεργία. Στην ΑΠ, η αιμορραγία από το ορθό διαχωρίζεται γενικά μέσα σε 72 και 96 ώρες από τη μητρική αποφυγή της παραβατικής τροφής. (Lucarelli S, et al., 2011)

Πολλές μελέτες σχετικά με τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και της αλλεργίας έχουν δείξει αποτελέσματα στις αλλεργικές εκβάσεις. Ένας από τους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν τα συγκρουόμενα συμπεράσματα που περιγράφονται παραπάνω μπορεί να είναι το αποτέλεσμα διαφορών στη σύνθεση του μητρικού γάλακτος. Για παράδειγμα, τα υψηλότερα επίπεδα TOP-β στο μητρικό γάλα έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με χαμηλότερο επιπολασμό αλλεργίας, αν και υπάρχουν και αντικρουόμενες απόψεις που δεν έβρισκαν αυτή τη σχέση. Όταν η αποφυγή τροφικών αλλεργιογόνων δεν είναι δυνατή, όπως συμβαίνει με τα βρέφη με αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, τα υδρολυμένα τρόφιμα χρησιμοποιούνται στη διαχείριση της αλλεργίας του γάλακτος αγελάδας για την πρόληψη αλλεργικών αντιδράσεων. Για τα βρέφη που διαγιγνώσκονται με αλλεργία γάλακτος αγελάδας που αποτελείται από εκτεταμένα υδρολυμένο γάλα, πρωτεΐνη σόγιας ή ρυζιού, χρησιμοποιούνται τύποι αμινοξέων. Για βρέφη που κινδυνεύουν να αναπτύξουν αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, υπάρχουν και άλλες μορφές γάλακτος. Αυτά αποτελούνται από πρωτεΐνες γάλακτος που υδρολύονται μόνο εν μέρει. Καθώς οι περισσότεροι από τους επιτόπιους σύνδεσης IgE έχουν απομακρυνθεί με υδρόλυση, αυτά τα προϊόντα υδρολύσεως μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αλλεργιών γάλακτος αγελάδας, αν και δεν υπάρχει επιστημονική συναίνεση για την αποτελεσματικότητά της ακόμη. Έρευνες έχουν δείξει ότι η πρόσληψη φυλλικού οξέος μπορεί να συνδεθεί με αλλεργική νόσο της παιδικής ηλικίας. Από την άλλη πλευρά, άλλα συστατικά μητρικής διατροφής, όπως πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, προβιοτικά και πρεβιοτικά, μπορεί να έχουν προστατευτική επίδραση στην ανάπτυξη αλλεργιών (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Το ανθρώπινο γάλα είναι η καλύτερη πηγή διατροφής για το βρέφος ενάντια στην ατοπική νόσο καθώς και η προστασία του. Όταν η χρήση του ανθρώπινου γάλακτος δεν είναι εφικτή, έτοιμα βρεφικά γάλατα με εκτενώς υδρολυμένο αγελαδινό γάλα αποτελούν τις προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις σε σχέση με τα αγελαδινά γάλατα του εμπορίου. Εάν τα συμπτώματα επιμείνουν, πρέπει να δοθεί γάλα βασιζόμενο στα αμινοξέα. Εμπορικά διαθέσιμα γάλατα με υδρολυμένη καζεΐνη που ανταποκρίνονται σε αυτό το κριτήριο έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως για

τη σίτιση βρεφών που είναι αλλεργικά στην πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος, με σπάνιες αναφορές σε ανεπιθύμητες ενέργειες, (Yvan Vandenplas et al., 2014).

Έχει επίσης καταγραφεί ευαισθησία στο μητρικό γάλα. Αλλεργιογόνα στη δίαιτα της μητέρας (γάλα αγελάδας, φιστίκια, αυγά, οστρακοειδή) μπορούν να περάσουν στο μητρικό γάλα και να προκαλέσουν ευαισθητοποίηση και έπειτα μια αλλεργική αντίδραση στο τρεφόμενο αποκλειστικά με μητρικό γάλα βρέφος. Εάν το βρέφος εξακολουθεί να θηλάζει, η μητέρα πρέπει να ακολουθήσει μια δίαιτα ελεύθερη από αλλεργιογόνα τρόφιμα ώστε να φανεί αν τα συμπτώματα του βρέφους υποχωρούν. Τροφικές προκλήσεις για κάθε τρόφιμο θα καθορίσουν τη σχέση τροφίμων και συμπτωμάτων. Η μητέρα καταναλώνει ένα ύποπτο τρόφιμο πριν το θηλασμό και το βρέφος εξετάζεται για συμπτώματα. Αν διαπιστωθούν συμπτώματα τότε το τρόφιμο αφαιρείται από τη διατροφή της μητέρας μέχρι το βρέφος να απογαλακτιστεί. Ένα συμπλήρωμα ασβεστίου με βιταμίνη D μπορεί να βοηθήσει στην κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών της θηλάζουσας μητέρας. (Shimpson and Hanifin, 2006)

4.6. Συστάσεις για σωστή εισαγωγή στερεών τροφίμων

Μετά τον απογαλακτισμό και την εισαγωγή γάλακτος και στερεών τροφών στη διατροφή, πρόσθετοι παράγοντες μπορεί να αποτρέψουν ή να συμβάλουν στην ανάπτυξη αλλεργιών. Ουσιαστικά, όλα τα διαιτητικά αντιγόνα είναι πρωτεΐνες και επομένως συνιστώνται εξαιρετικά εύπεπτες δίαιτες για άτομα με αλλεργία στα τρόφιμα για να μειωθεί ο αριθμός των άθικτων αντιγόνων που φθάνουν στα μπαλώματα του Peyer. Τα στερεά τρόφιμα περιλαμβάνουν φρούτα και λαχανικά, βιταμίνες, πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και (ακατέργαστο) αγελαδινό γάλα, αλλά η επεξεργασία τροφίμων μπορεί επίσης να επηρεάσει την ανάπτυξη αλλεργιών. (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

Η αναπτυξιακή ικανότητα ενός βρέφους καθώς και οι διατροφικές του απαιτήσεις είναι οι βασικοί παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τον κατάλληλο χρόνο εισαγωγής των διαφόρων τροφίμων. Οι προτεινόμενες ηλικίες για την εισαγωγή στερεών τροφίμων είναι αυτή των 4-6 μηνών και η μορφή με την οποία εισάγονται είναι η πολτοποιημένη. Δημητριακά, λαχανικά, φρούτα, κρέας, ψάρι μπορούν να εισαχθούν όντας καλά μαγειρεμένα, λιωμένα ή ψιλοκομμένα χωρίς αλάτι ή ζάχαρη. Μετά τους 6 μήνες προτείνεται η σταδιακή διακοπή των πολτοποιημένων τροφών. Στην ηλικία των 9-12 μηνών επιτρέπεται η κατανάλωση γευμάτων σε μικρά κομμάτια καθώς αναπτύσσεται η ικανότητα χειρισμού των χεριών άρα και του κουταλιού από το παιδί. (Butte et al., 2004)

Μετά το πέρας της βρεφικής ηλικίας και κατά τη διάρκεια εισαγωγής στερεών τροφίμων οι οικογένειες των βρεφών χρειάζονται οδηγίες για την αποφυγή αλλεργιογόνων τροφών αντικαθιστώντας τα αλλεργιογόνα με επιτρεπτά τρόφιμα κατά το σχεδιασμό και την παρασκευή γευμάτων, αλλά και για την επιλογή διατροφικά επαρκών τροφών προς αντικατάσταση. Για παράδειγμα τα τρόφιμα που πρέπει να αποφεύγονται μπορεί να είναι κρυμμένα στη δίαιτα σε μη γνώριμες μορφές. Όταν ένα ευαίσθητο σε τρόφιμο άτομο καταναλώσει ένα κρυμμένο αλλεργιογόνο, το πιο συχνό αναφερόμενο αίτιο είναι ότι το ασφαλές τρόφιμο είχε επιμολυνθεί. Αυτό μπορεί να συμβεί με τη χρήση κοινών σκευών σερβιρίσματος (π.χ. μηχανή κοπής), με τη χρήση ίδιου εξοπλισμού για πολλά διαφορετικά τρόφιμα (π.χ. ξύλο κοπής, μαχαίρι) ακόμα και τη χρήση ενός τροφίμου για πολλαπλές χρήσεις (π.χ. λάδι).

Καθώς ο επιπολασμός των τροφικών αλλεργιών σε πολλές χώρες συνεχίζει να αυξάνεται, παραμένει το ερώτημα πότε θα εισαχθούν συγκεκριμένα αλλεργιογόνα στερεά τρόφιμα σε βρέφη. Η τρέχουσα σύσταση συναίνεσης των αλλεργιολόγων είναι η εισαγωγή στερεών τροφών μετά από την ηλικία των 4 μηνών για την πρόληψη της τροφικής αλλεργίας. Αυτό τεκμηριώνεται από μελέτες παρατήρησης ότι η μεταγενέστερη εισαγωγή στερεών τροφών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, γαστρεντερικών διαταραχών και ανάπτυξης αλλεργίας. Ωστόσο, οι τρέχουσες διαιτητικές οδηγίες εξακολουθούν να συνιστούν την εισαγωγή στερεών τροφών σε ηλικία περίπου 6 μηνών. Η πρόθεση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών είναι να αποφευχθεί η

αντικατάσταση του θηλασμού με χαμηλότερης ενεργειακής και θρεπτικής αξίας θρεπτικά συστατικά (σίγουρα σε υποσιτιζόμενες κοινότητες) πέραν των 6 μηνών, προκαλώντας συνεπώς υποσιτισμό. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η έγκαιρη εισαγωγή τροφικών αλλεργιογόνων στη διατροφή των μικρών παιδιών, καθώς και η έγκαιρη εισαγωγή διαφόρων τροφίμων μπορεί στην πραγματικότητα να εμποδίσουν την αλλεργία των τροφίμων, υποδεικνύοντας ότι η ανοσολογική ανοχή μπορεί εύκολα να προκληθεί σε τρόφιμα αλλεργιογόνα στην πρώιμη ζωή. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος να καθυστερήσει η εισαγωγή των αλλεργιογόνων τροφίμων στη διατροφή του βρέφους μετά την έναρξη των στερεών τροφών. Παρόλα αυτά, ορισμένα βρέφη ευαισθητοποιούνται σε αλλεργιογόνα τροφίμων πριν από οποιαδήποτε γνωστή κατάποση στερεών τροφών και οι μελλοντικές ερευνητικές ανάγκες πρέπει να επικεντρωθούν σε στρατηγικές για την πρόληψη της ευαισθητοποίησης των αλλεργιογόνων τροφίμων πριν από τη συμπληρωματική διατροφή (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017)

5. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 Σκοπός Εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών της μητέρας κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού με τη χρήση του ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και του διατροφικού εργαλείου MedDietScore για τη συσχέτισή τους με την εμφάνιση ΑΠ. Με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θέλουμε να εντοπίσουμε την επιρροή των διατροφικών συνηθειών της μητέρας στην εμφάνιση της ΑΠ τα οποία μπορούν να συμφωνούν με μια μελέτη μεγαλύτερου πληθυσμού.

5.2. Μεθοδολογία

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης έρευνας που διεξάγεται σε 5 Νομούς της Ελλάδας. Το δείγμα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκε σε συνεργασία με τον Αλλεργιολόγο Τάσιο Ιωάννη και την Παιδιάτρο Κατσιαρδάνη-Αναστασίου Αναστασία έπειτα από την Γραπτή συγκατάθεση των γονέων για συμμετοχή στην έρευνα. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τους γιατρούς αφορούσαν το Κλινικό Ιστορικό των παιδιών με Α.Π.. Τα δεδομένα που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού συλλέχθηκαν με δια ζώσης συνέντευξη από τις μητέρες των παιδιών.

5.3. Δειγματοληψία

Η έρευνα ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβρη του 2018. Στην μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 18 άτομα, κάτοικοι του Νομού Μαγνησίας. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για το στόχο και το σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν έντυπη συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους. Η μελέτη βασίστηκε σε δια ζώσης συνέντευξη με τρία ερωτηματολόγια:

- 1) Κλινικό Ιστορικό
- 2) Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων κατά τη διάρκεια της Εγκυμοσύνης
- 3) Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης τροφίμων κατά τη διάρκεια του Θηλασμού

Τα κριτήρια ενσωμάτωσης των ασθενών στην έρευνα ήταν τα βρέφη να είναι διαγνωσμένα με Ιστορικό ΑΠ.

5.4. Ερωτηματολόγια

Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης τροφίμων

Το ερωτηματολόγιο Συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων από το 1990 αποτελεί μία ποιοτική μέθοδο καταγραφής της διαιτητικής πρόσληψης. Συμπληρώνεται είτε απευθείας, είτε μέσω συνέντευξης. Διάρκει 20-30 λεπτά και παρουσιάζει 100-150 τρόφιμα περίπου. (Shim J.S., et al, 2014)

Το ερωτηματολόγιο στην παρούσα μελέτη αποτελείται από 146 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τις ομάδες τροφίμων είναι επιλογές απάντησης: «ποτέ/ σπάνια», «1-3 φορές / μήνα», «1-2 φορές/ βδομάδα», «3-6 φορές / βδομάδα», «1 φορά την ημέρα» και « >2 φορές την ημέρα». Για την διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών οι ερωτήσεις ήταν στο σύνολο 12 και είχαν ως επιλογές απάντησης: «πάντα», «συχνά», «μερικές φορές» και «ποτέ». Σε ότι αφορά τα συμπληρώματα διατροφής οι επιλογές ήταν οι εξής: «καθημερινά», «2-3 φορές/ εβδομάδα», «εβδομαδιαία», «μηνιαία», «λίγες φορές το χρόνο» και «δεν λαμβάνω». Οι λήψη συμπληρωμάτων διατροφής καθορίστηκε σε κάθε περίπτωση έπειτα από επικοινωνία των μητέρων με τον παιδίατρο.

MedDietScore

Δείκτης αποτελούμενος από 11 συνιστώσες (ερωτήσεις διατροφικού περιεχομένου) με σκοπό την αποτίμηση της προσκόλλησης στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής. Κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε μία κύρια ομάδα τροφίμων του Μεσογειακού προτύπου. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει τις ομάδες: μη επεξεργασμένα δημητριακά, πατάτες, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψάρια, κόκκινο κρέας, πουλερικά, γαλακτοκομικά προϊόντα πλήρη, ελαιόλαδο στο μαγείρεμα, αλκοολούχα ροφήματα. Ο δείκτης MedDietScore έχει για κάθε ερώτηση 6 κατώφλια διατροφικής πρόσληψης σύμφωνα με την εβδομαδιαία κατανάλωση όπου το καθένα αντιστοιχεί σε μια βαθμολογία από το 0-5.

Η τιμή του MedDietScore υπολογίστηκε ξεχωριστά για κάθε δείγμα και βρέθηκε ο Μέσος Όρος για την περίοδο της εγκυμοσύνης και για την περίοδο του θηλασμού ξεχωριστά.

5.5. Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας ήταν το IBM- SPSS, 21,0 μοντέλο. Λήφθηκε μοντέλο στατιστικής συχνότητας $\alpha = 0,05$. Έγινε έλεγχος κανονικότητας όσον αφορά τις κατανομές ποσοτικών μεταβλητών με Shapiro Wilk test, kurtosis test, skewness test, Levene's test και με παρατήρηση ιστογραμμάτων. Οι μεταβλητές περιεγράφηκαν είτε ως ποσοτικές είτε ως ποιοτικές. Ο έλεγχος διαφοράς μέσου όρου/ μέσης τιμής μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών σε σχέση με την ομάδα στην οποία ανήκουν (ΥΠ/ΑΠ) πραγματοποιήθηκε με τη στατιστική δοκιμασία «Independent t-test» για τις ποσοτικές μεταβλητές που κατανέμονταν κανονικά και με τη στατιστική δοκιμασία «Mann Whitney t-test» για τις ποσοτικές μεταβλητές που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Η συσχέτιση συχνότητας εμφάνισης των ποιοτικών μεταβλητών με τις ομάδες του πληθυσμού του δείγματος (ΥΠ/ΑΠ) πραγματοποιήθηκε με τη στατιστική δοκιμασία «Exact Square Test του Fisher» λόγω μικρής συχνότητας εμφάνισης του πληθυσμού ανάμεσα στις ομάδες.

6. Αποτελέσματα έρευνας σύμφωνα με το πρόγραμμα spss.

6.1. Αποτελέσματα MedDietScore

Η αξιολόγηση της διατροφής με MedDietScore συμβάλλει στο να προσδιοριστεί ο βαθμός προσκόλλησης ενός ατόμου στη μεσογειακή διατροφή. Ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκει το άτομο, η προσκόλληση του μπορεί να χαρακτηριστεί ως χαμηλή (Σκορ 0 – 20) μέτρια (Σκορ 21 – 35) και υψηλή (Σκορ 36 – 55). Η επιλογή χρήσης του συγκεκριμένου Score έγινε διότι αποτελεί το κατάλληλο εργαλείο για άτομα που ακολουθούν εν μέρει το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στην καθημερινότητά τους. Ο μέσος όρος του Score κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν 26,5 μονάδες για την ομάδα των μητέρων με ΥΠ και 22 μονάδες για την ομάδα των μητέρων με παιδιά με ΑΠ. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός προσκόλλησης τους στη μεσογειακή διατροφή μπορεί να χαρακτηριστεί ως μέτριος και να υπογραμμιστεί ότι οι μητέρες με ΥΠ εμφάνιζαν μεγαλύτερη προσκόλληση στο πρότυπο Μεσογειακής Διατροφής.

Ακολουθεί πίνακας με την αξιολόγηση του MedDietScore από το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Μ.Ο. ΟΜΑΔΑ ΑΠ	Μ.Ο. ΟΜΑΔΑ ΥΠ
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	22	26,5

Ο μέσος όρος του Score κατά τη διάρκεια του θηλασμού ήταν 23,7 μονάδες για την ομάδα των μητέρων με ΥΠ και μόλις 14,8 μονάδες για την ομάδα των μητέρων με παιδιά με ΑΠ. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός προσκόλλησης τους στη μεσογειακή διατροφή μπορεί να χαρακτηριστεί ως μέτριος για τις μητέρες με ΥΠ και ως χαμηλός για τις μητέρες με παιδιά με ΑΠ. Οι μητέρες με ΥΠ εμφάνιζαν μεγαλύτερη προσκόλληση στο πρότυπο Μεσογειακής Διατροφής, αν και είναι μειωμένη συγκριτικά με εκείνη που είχαν κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Τέλος στην ομάδα των μητέρων με παιδιά με ΑΠ παρατηρείται μείωση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή κατά επτά μονάδες συγκριτικά με την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Ακολουθεί πίνακας με την αξιολόγηση του MedDietScore από το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Μ.Ο. ΟΜΑΔΑ ΑΠ	Μ.Ο. ΟΜΑΔΑ ΥΠ
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	14,8	23,7

6.2. Αποτελέσματα από το Κλινικό Ιστορικό

Το δείγμα που συλλέχθηκε αποτελούνταν από 55,6% αγόρια (10) και από 44,4% κορίτσια (8) με μέσο όρο σημερινής ηλικίας σχεδόν 26 μηνών και για τις δυο ομάδες (ΥΠ, ΑΠ). Ο μέσος όρος του βάρους των βρεφών κατά την γέννηση ήταν 3,3433 κιλά για τα παιδιά με ΑΠ και 3,2317 κιλά για τα υγιή παιδιά. Ο μέσος όρος ύψους των παιδιών με ΑΠ ήταν 51,0833 εκατοστά και 50,2917 εκατοστά των υγιών παιδιών. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης του WHO τα βρέφη χαρακτηρίζονται φυσιολογικά. Το δείγμα (ΥΠ, ΑΠ) κατά την περίοδο που συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια είχε μέσο όρο ύψους 90-92 εκατοστά και ζύγιζε σχεδόν 13,5 κιλά.

Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της ΑΠ ήταν οι 1,2 μήνες. Ο μέσος όρος βάρους και ύψους κατά τη διάγνωση ήταν τα 4,6667 κιλά και 57,0833 εκατοστά. Τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν ήταν αίμα στα κόπρανα σε όλο το ασθενές δείγμα, ενώ η βλέννη απουσίαζε. Επιπλοκές στη Νόσο όπως αναιμία, υποαλβουμιναιμία και άλλες εργαστηριακές επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών παιδιών. Η βαρύτητα της ΑΠ χαρακτηρίστηκε στην αρχή από τις μητέρες και στη συνέχεια εξακριβώθηκε και από τον προσωπικό γιατρό του παιδιού. Η ΑΠ ήταν

κυρίως μέτριας βαρύτητας και μόλις ένας ασθενής διαπιστώθηκε με σοβαρή βαρύτητα της νόσου. Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά ποσοστά του πληθυσμού.

<u>Ερωτήσεις για ΑΠ</u>	<u>Απαντήσεις</u>	<u>Συχνότητες N</u> <u>ΑΠ</u>	<u>Πληθυσμός%</u>
Συμπτώματα: Αίμα στα κόπρανα	<i>Ναι</i>	6	33.3
	<i>Όχι</i>	0	0.0
Συμπτώματα: Βλέννη στα κόπρανα	<i>Ναι</i>	4	22.2
	<i>Όχι</i>	2	11.1
Επιπλοκές: Αναιμία	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	33.3
Επιπλοκές: Υποαλβουμιναμία	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	33.3
Επιπλοκές: Άλλες εργαστηριακές	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	33.3
Βαρύτητα της Νόσου	<i>Ήπια</i>	2	11.1
	<i>Μέτρια</i>	3	16.7
	<i>Σοβαρή</i>	1	5.6

Όσον αφορά τις αλλεργικές απαντήσεις σε τρόφιμα, το αγελαδινό γάλα και το μοσχάρι ήταν τα εκείνα που άντλησαν θετικές απαντήσεις από τους ασθενείς. Στο αγελαδινό γάλα το 100% του πληθυσμού απάντησε θετικά ενώ στο μοσχάρι το 66,6% απάντησαν ναι και το 33,4 όχι. Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται αναλυτικά τα ποσοστά του πληθυσμού.

<u>Αλλεργική απάντηση σε:</u>	<u>Απαντήσεις</u>	<u>Συχνότητες N</u> <u>ΑΠ</u>	<u>Πληθυσμός%</u>
Αγελαδινό γάλα	<i>Ναι</i>	6	100.0
	<i>Όχι</i>	0	0.0
Αυγό	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	100.0
Σιτηρά	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	100.0
Καλαμπόκι	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	100.0
Σόγια	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	6	100.0
Μοσχάρι	<i>Ναι</i>	4	66.6
	<i>Όχι</i>	2	33.4

Ο θηλασμός αποτελούσε βασικό κομμάτι της συγκεκριμένης έρευνας. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι ο μέσος όρος διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού των βρεφών ήταν οι 4,2 μήνες για τα παιδιά με ΑΠ και οι 9,3 μήνες για τα ΥΠ. Φόρμουλες εισήχθησαν και στις δύο ομάδες. Όλα τα παιδιά με ΑΠ χρησιμοποίησαν κάποια φόρμουλα για τη σίτισή τους ενώ 8/12 υγιή παιδιά χρησιμοποίησαν φόρμουλα κατά τη βρεφική ηλικία. Μόλις ένα αλλεργικό παιδί δεν θήλασε καθόλου και χρησιμοποίησε άμεσα κατά τη γέννηση του έτοιμο σκεύασμα. Ο μέσος όρος εισαγωγής φόρμουλας στα υγιή βρέφη ήταν οι 3,8 μήνες και στα βρέφη με ΑΠ οι 3,5 μήνες.

Μητρικό θηλασμό με δίαιτα ελεύθερη γαλακτοκομικών και δίαιτα ελεύθερη άλλων αλλεργιογόνων εφάρμοσε το 16,7% του πληθυσμού. Φόρμουλα ελεύθερων αμινοξέων (AAF) χρησιμοποίησε το 5,6% του πληθυσμού. Ανοχή σε αλλεργιογόνα έδειξε το 22,2% του πληθυσμού εκ των οποίων όλοι

ήταν από την ομάδα παιδιών με ΑΠ. Δύο άτομα από την ομάδα των παιδιών με ΑΠ ακόμα δεν έχουν υποβληθεί σε τεστ πρόκλησης ώστε να θεωρηθεί ότι η νόσος έχει ξεπεραστεί.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται αναλυτικές πληροφορίες για την περίοδο του θηλασμού. Αναφέρονται επίσης αναλυτικά όλα τα είδη φόρμουλας γάλακτος που χρησιμοποιήθηκαν από τον πληθυσμό.

Ερωτήσεις	Απαντήσεις	Συχνότητες N (εκ των οποίων άτομα με ΑΠ)	Πληθυσμός%
Μητρικός θηλασμός με δίαιτα ελεύθερης γαλακτοκομικών	<i>Απουσία Μητρικού Θηλασμού</i>	1 (1)	5.6
	<i>Ναι</i>	3 (3)	16.7
	<i>Όχι</i>	14 (2)	77.8
Μητρικός θηλασμός με δίαιτα άλλων αλλεργιογόνων	<i>Απουσία Μητρικού Θηλασμού</i>	1 (1)	5.6
	<i>Ναι</i>	3 (3)	16.7
	<i>Όχι</i>	14 (2)	77.8
Εκτενώς υδρολυμένο γάλα	<i>Απουσία Μητρικού Θηλασμού</i>	1 (1)	5.6
	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (5)	94.4
Formula ελεύθερων αμινοξέων (AAF)	<i>Απουσία Μητρικού Θηλασμού</i>	1 (1)	5.6
	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (4)	88.8
Ανοχή στα αλλεργιογόνα	<i>Ναι</i>	4 (4)	22.2
	<i>Όχι</i>	12	11.1
	<i>Δεν έχει ξεπεραστεί ακόμα</i>	2 (2)	66.7
Είδος φόρμουλας γάλακτος	<i>Almiron repti</i>	0	0.0
	<i>Neocate</i>	1	5.6
	<i>AC Sanilac</i>	3 (1)	16.7
	<i>AC Frozilac</i>	1	5.6
	<i>Hipp 2</i>	2 (1)	11.1
	<i>NAN Βρεφικό</i>	0	0.0
	<i>NAN HA</i>	0	0.0
	<i>Υποαλλεργικό</i>		
	<i>Novalac Allernova</i>	0	0.0
	<i>Υποαλλεργικό</i>		
	<i>Nutricia Almirol</i>	0	0.0
	<i>Growing up</i>		
<i>Συνδιασμός ≥2 φορμουλών</i>	6 (4)	33.3	
<i>Δεν έλαβαν φόρμουλα γάλακτος</i>	5	27.8	
Φόρμουλα με υποκατάστατο αγελαδινού γάλακτος	<i>Ναι</i>	7 (6)	38.9
	<i>Όχι</i>	11	61.1
Φόρμουλα με μερικός υδρολυμένο γάλα	<i>Ναι</i>	3 (3)	16.7
	<i>Όχι</i>	15 (3)	83.3
Φόρουμα με στοιχειακό γάλα	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (5)	94.4
Περιέχει η φόρμουλα Προβιοτικά;	<i>Ναι</i>	3 (1)	16.7
	<i>Όχι</i>	15 (2)	83.3

Όσον αφορά τις αλλεργίες των παιδιών στα τρόφιμα, το 33,3% του πληθυσμού εμφανίζει αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, εκ των οποίων όλοι είναι από το δείγμα των παιδιών με ΑΠ, 5,6% εμφανίζει αλλεργία στο αυγό (άτομο από την ομάδα παιδιών με ΑΠ). Άλλα τρόφιμα που εμφανίζουν αλλεργίες στην ομάδα παιδιών με ΑΠ είναι το Μοσχάρι, το Κοτόπουλο, το Μήλο, το Καρότο, Αιγοπρόβειο και η Augmentin. Αντιδράσεις όπως άσθμα ή συριγμό δεν εμφάνισε κανένα μέλος του δείγματος ενώ έκζεμα εμφανίστηκε σε ποσοστό 11,1% το οποίο ανήκε σε άτομα της ομάδας παιδιών με ΑΠ. Αναφέρονται όλα τα ποσοστά του πληθυσμού αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

<i>ΠΑΙΔΙΑ: ΑΛΛΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΙΜΑ</i>			
Αγελαδινό γάλα	<i>Ναι</i>	6 (6)	33.3%
	<i>Όχι</i>	12	66.7%
Αυγό	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6%
	<i>Όχι</i>	17 (5)	94.4%
Ψάρι	<i>Ναι</i>	0	0.0%
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0%
Σιτηρά	<i>Ναι</i>	0	0.0%
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0%
Οστρακοειδή	<i>Ναι</i>	0	0.0%
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0%
Αράπικο φιστίκι	<i>Ναι</i>	0	0.0%
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0%
Σόγια	<i>Ναι</i>	0	0.0%
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0%
Άλλο/α τρόφιμο/α	<i>Μοσχάρι</i>	3 (3)	16.7
	<i>Augmentin</i>	1 (1)	5.6
	<i>Μοσχάρι, Κοτόπουλο, Μήλο, Καρότο, Αιγοπρόβειο</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι αλλεργία σε άλλο τρόφιμο</i>	13 (1)	72.2
Άσθμα/Συριγμός διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0
Έκζεμα διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	2 (2)	11.1
	<i>Όχι</i>	16 (4)	88.9

Το σύνολο των μητέρων του δείγματος κλήθηκε να απαντήσει σε ένα πλήθος ερωτήσεων που αφορούσαν τις ίδιες. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν την ύπαρξη αλλεργίας από κάποιο τρόφιμο. Καμία από τις μητέρες του δείγματος μας δεν έχει διαγνωστεί από γιατρό με αλλεργία σε κάποιο τρόφιμο. Στη συνέχεια ακολούθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν τα ιατρικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά. Το 5,6% του πληθυσμού των μητέρων είχε διαγνωστεί με άσθμα ή συριγμό, το 16,7% με έκζεμα, όλο το πλήθος ανήκε στην ομάδα των μητέρων με παιδιά με ΑΠ. Το 11,1% του πληθυσμού των μητέρων κάπνιζε και το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων (55,6%) κατείχε πτυχίο Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ ή πενταετές σπουδές ή Στρατιωτικές σπουδές. Ακολουθεί πίνακας που αναλύει όλα τα ποσοστά του πληθυσμού που προαναφέρθηκαν.

ΜΗΤΕΡΕΣ: ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ/ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			
Άσθμα/Συριγμός διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (5)	94.4
Έκζεμα διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	3 (3)	16.7
	<i>Όχι</i>	15 (3)	83.3
Κάπνισμα	<i>Ναι</i>	2 (2)	11.1
	<i>Όχι</i>	16 (4)	88.9
Τόπος διαμονής	<i>Βελεστίνο</i>	5 (1)	27.8
	<i>Βόλος</i>	12 (4)	66.7
	<i>Αλμυρός</i>	1 (1)	5.6
Επίπεδο Μόρφωσης	<i>ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ</i>	0	0.0
	<i>ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ</i>	0	0.0
	<i>Πτυχίο Επαγγελματικής Ειδικότητας Επιπέδου 3 ΣΕΚ/Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Κατάρτισης Επιπέδου 1 ΙΕΚ/ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ/ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ</i>	3 (1)	16.7
	<i>ΔΙΠΛΩΜΑ/ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΣΧΟΛΗΣ/ ΠΤΥΧΙΟ 4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ</i>	2 (1)	11.1
	<i>ΠΤΥΧΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ/ΤΕΙ /ΠΕΝΤΑΕΤΕΙΣ ΣΠΟΥΔΕΣ/ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ</i>	10 (3)	55.6
	<i>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ</i>	2	11.1
	<i>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ</i>	1 (1)	5.6

Στη συνέχεια έπρεπε να απαντηθεί ένα πλήθος ερωτήσεων που αφορούσαν τους πατέρες των παιδιών. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν την ύπαρξη αλλεργίας από κάποιο τρόφιμο. Κανένας από τους πατεράδες του δείγματος δεν έχει διαγνωστεί από γιατρό με αλλεργία σε κάποιο τρόφιμο. Στη συνέχεια ακολούθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν τα ιατρικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά. Το 5,6% του πληθυσμού είχε διαγνωστεί με άσθμα ή συριγμό, το 11,1% με έκζεμα. Το 44,4% του πληθυσμού κάπνιζε, σε ποσοστό 38,9% κατείχε πτυχίο Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ ή πενταετείς σπουδές ή Στρατιωτικές σπουδές και παρομοίως σε ποσοστό 38,9% κατείχε πτυχίο ΣΕΚ ή Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Κατάρτισης Επιπέδου 1 ή ΙΕΚ ή Απολυτήριο Γενικού Λυκείου ή Απολυτήριο Επαγγελματικού Λυκείου. Ακολουθεί πίνακας που αναλύει όλα τα ποσοστά του πληθυσμού που προαναφέρθηκαν.

ΠΑΤΕΡΕΣ: ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ/ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			
Άσθμα/Συριγμός διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	1	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (6)	94.4
Έκζεμα διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	2 (1)	11.1
	<i>Όχι</i>	16	89.8
Κάλνισμα	<i>Ναι</i>	8 (4)	44.4
	<i>Όχι</i>	10 (2)	55.6
Τόπος διαμονής	<i>Βελεστίνο</i>	5 (1)	27.8
	<i>Βόλος</i>	12 (4)	66.7
	<i>Αλμυρός</i>	1 (1)	5.6
Διαμονή σε Αγροτική περιοχή	<i>Ναι</i>	5 (1)	27.8
	<i>Όχι</i>	13 (5)	72.2
Διαμονή σε Αστική περιοχή	<i>Ναι</i>	13 (5)	72.2
	<i>Όχι</i>	5 (1)	27.8
Επίπεδο Μόρφωσης	<i>ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ</i>	0	0.0
	<i>ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ</i>	2	11.1
	<i>Πτυχίο Επαγγελματικής Ειδικότητας Επιπέδου 3 ΣΕΚ/Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Κατάρτισης Επιπέδου 1 ΙΕΚ/ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ/ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ</i>	7 (4)	38.9
	<i>ΔΙΠΛΩΜΑ/ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΣΧΟΛΗΣ/ ΠΤΥΧΙΟ 4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ</i>	0	0.0
	<i>ΠΤΥΧΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ/ΤΕΙ/ ΠΕΝΤΑΕΤΕΙΣ ΣΠΟΥΔΕΣ/ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ</i>	7 (2)	38.9
	<i>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ</i>	2	11.1
	<i>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ</i>	0	0.0

Τέλος, έπρεπε να απαντηθεί ένα πλήθος ερωτήσεων που αφορούσαν τα αδέρφια των παιδιών. Το 44,4% του δείγματος είχε ακόμα ένα παιδί στην οικογένεια. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν την ύπαρξη αλλεργίας από κάποιο τρόφιμο. Το 5,6% των αδερφών είχε διαγνωστεί με αλλεργία στο γάλα και στο ψάρι. Στη συνέχεια ακολούθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν ιατρικά χαρακτηριστικά τα οποία έδειξαν ότι το 5,6% του πληθυσμού είχε διαγνωστεί με άσθμα, συριγμό και έκζεμα. Ακολουθεί πίνακας όπου αναλύονται όλα τα ποσοστά πληθυσμού.

ΑΔΕΡΦΙΑ			
Αριθμός	<i>1 ακόμη παιδί στην οικογένεια</i>	10 (5)	44.4
	<i>Κανένα άλλο παιδί στην οικογένεια</i>	8 (1)	55.6
ΑΔΕΡΦΙΑ: ΑΛΛΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΙΜΑ			
Αγελαδινό Γάλα	<i>Ναι</i>	1	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (6)	94.4
Αυγό	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (6)	94.4
Ψάρι	<i>Ναι</i>	1	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (6)	94.4
Σιτηρά	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0
Οστρακοειδή	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0
Ξηρή καρποί	<i>Ναι</i>	0	0.0
	<i>Όχι</i>	18 (6)	100.0
Άλλο/α τρόφιμο/α	<i>Όχι αλλεργεία σε άλλο τρόφιμο</i>	17 (6)	94.4
	<i>Μέλι</i>	1	5.6
ΑΔΕΡΦΙΑ: ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ			
Άσθμα/Συριγμός διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (5)	94.4
Έκζεμα διαγνωσμένο από ιατρό	<i>Ναι</i>	1 (1)	5.6
	<i>Όχι</i>	17 (5)	94.4

6.3. Διατροφή (FFQ) Diet (FFQ) – Σύγκριση μεταξύ εγκύων μητέρων.

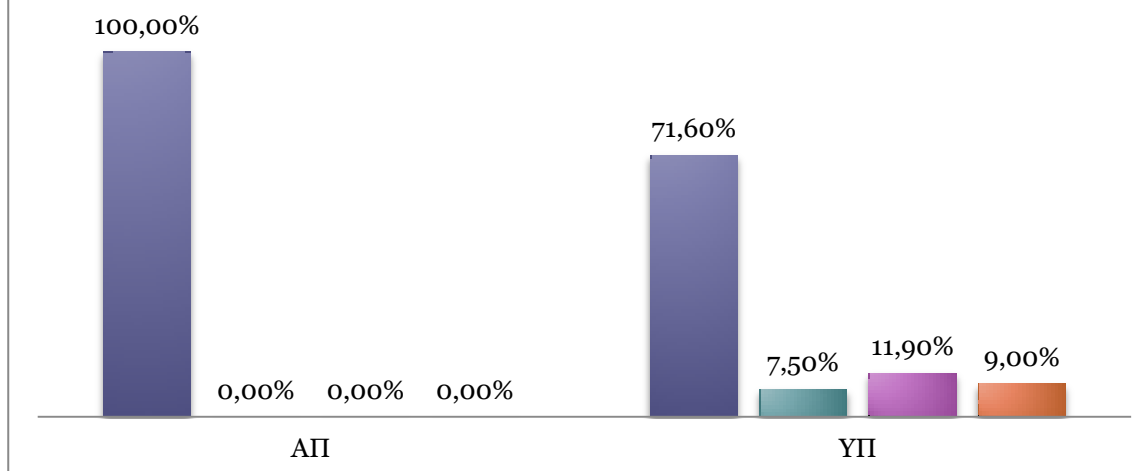
Διατροφικές Συνήθειες εγκύων μητέρων

Το δείγμα της παρούσας εργασίας κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Ακολούθησε μία σειρά από ερωτήσεις οι οποίες είχαν επιλογές απάντησης: «πάντα», «συχνά», «μερικές φορές» και «ποτέ». Στις απαντήσεις έγινε στατιστικός έλεγχος, στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου εμφανίζονται όλα τα γραφήματα από τις ερωτήσεις που εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (μητέρες με ΥΠ και μητέρες με παιδιά με ΑΠ).

Στην ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνεις πρωινό;», υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με ΥΠ τείνουν να καταναλώνουν πρωινό σε μικρότερη συχνότητα από της μητέρες με παιδιά με ΑΠ.

Πόσο συχνά καταναλώνεις πρωινό;

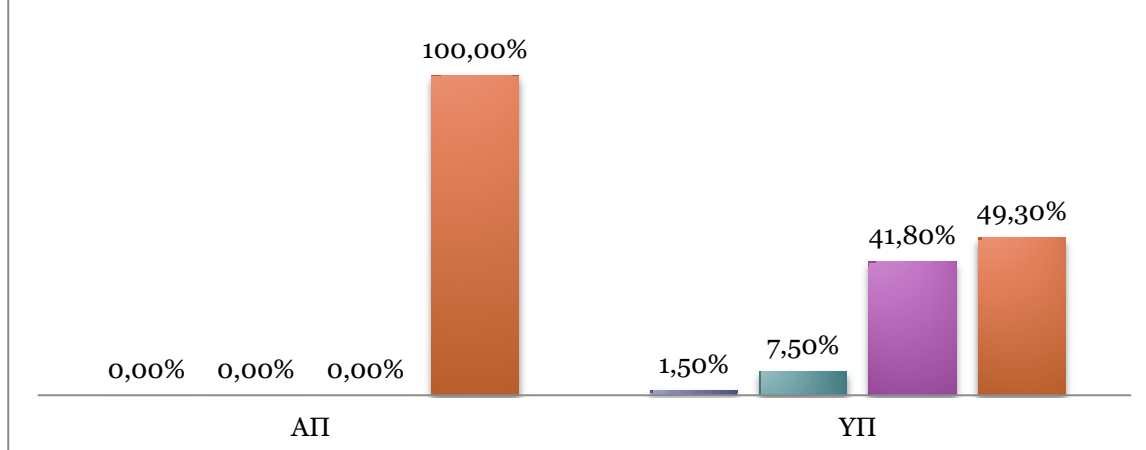
■ Πάντα ■ Συχνά ■ Μερικές Φορές ■ Ποτέ



Στην ερώτηση «Τρώς από το ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Τρώς από το ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος;

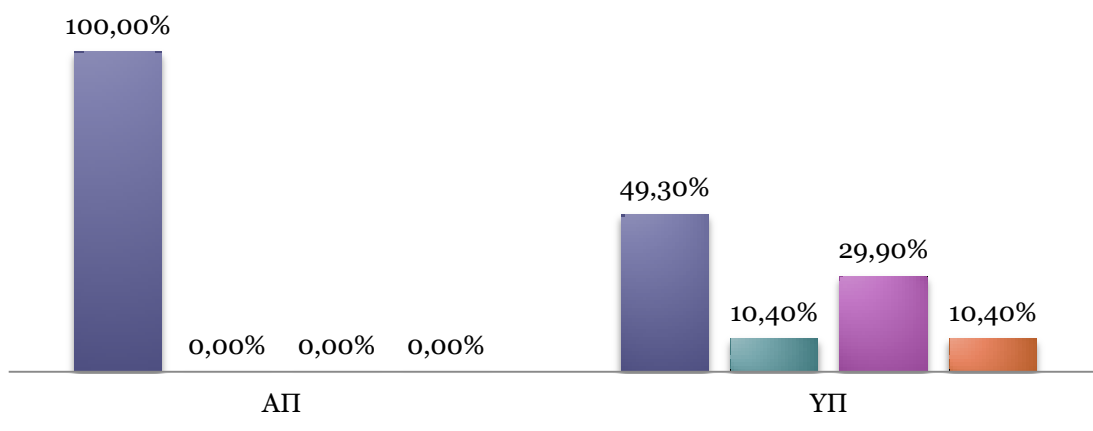
■ Πάντα ■ Συχνά ■ Μερικές Φορές ■ Ποτέ



Στην ερώτηση «Χρησιμοποιείς αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να χρησιμοποιούν αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα σε μικρότερη συχνότητα.

Χρησιμοποιείς αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα;

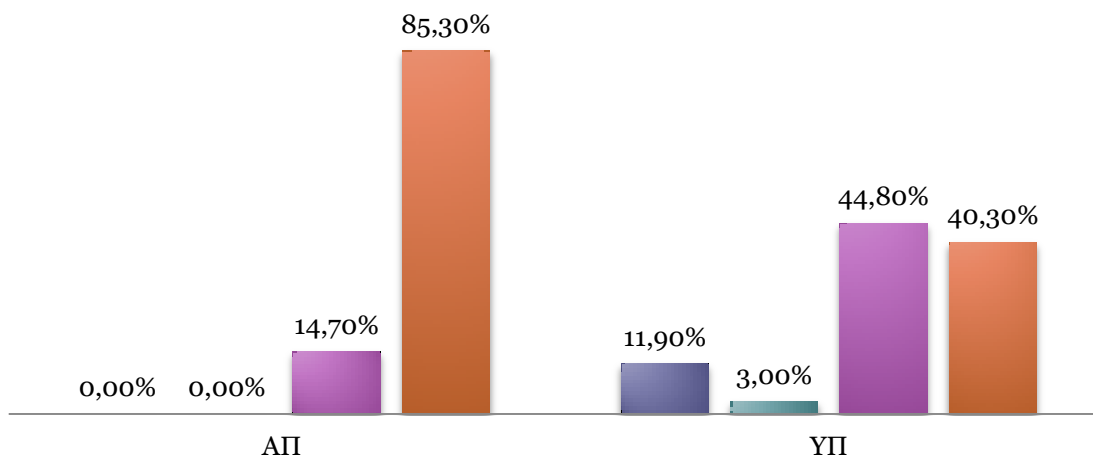
■ Πάντα ■ Συχνά ■ Μερικές Φορές ■ Ποτέ



Στην ερώτηση «Χρησιμοποιείς αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να χρησιμοποιούν αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα σε μεγαλύτερη συχνότητα.

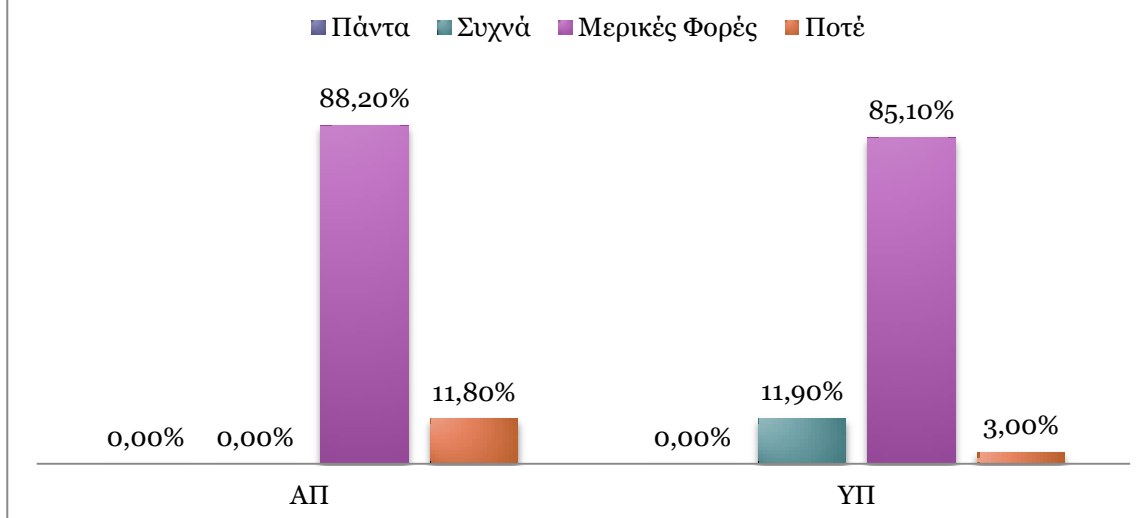
Χρησιμοποιείς αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα;

■ Πάντα ■ Συχνά ■ Μερικές Φορές ■ Ποτέ



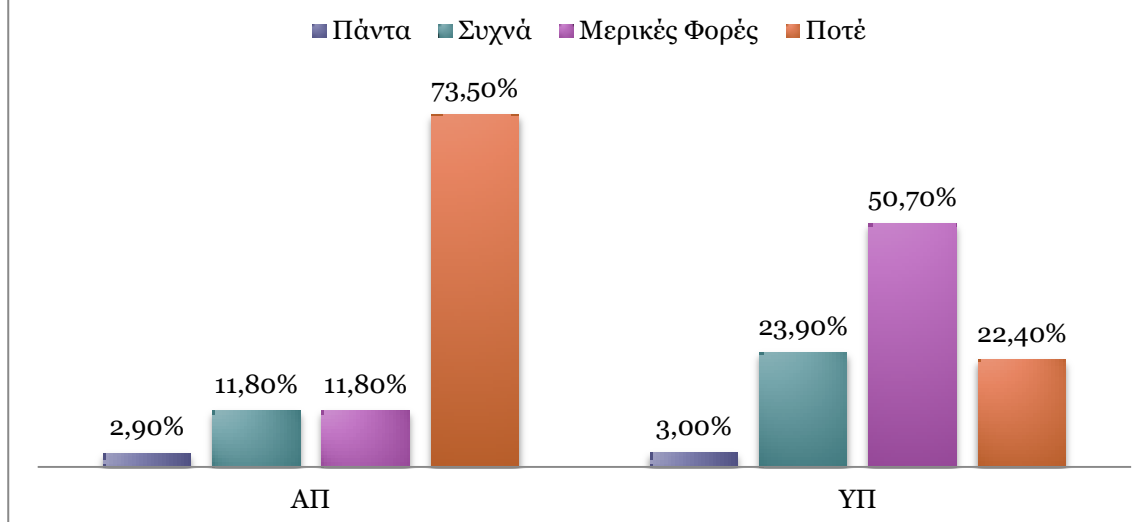
Στην ερώτηση «Πόσο συχνά παραγγέλνεις από έξω ή τρως εκτός σπιτιού;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να παραγγέλνουν από έξω ή τρώνε εκτός σπιτιού σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Πόσο συχνά παραγγέλνεις από έξω ή τρώς εκτός σπιτιού;

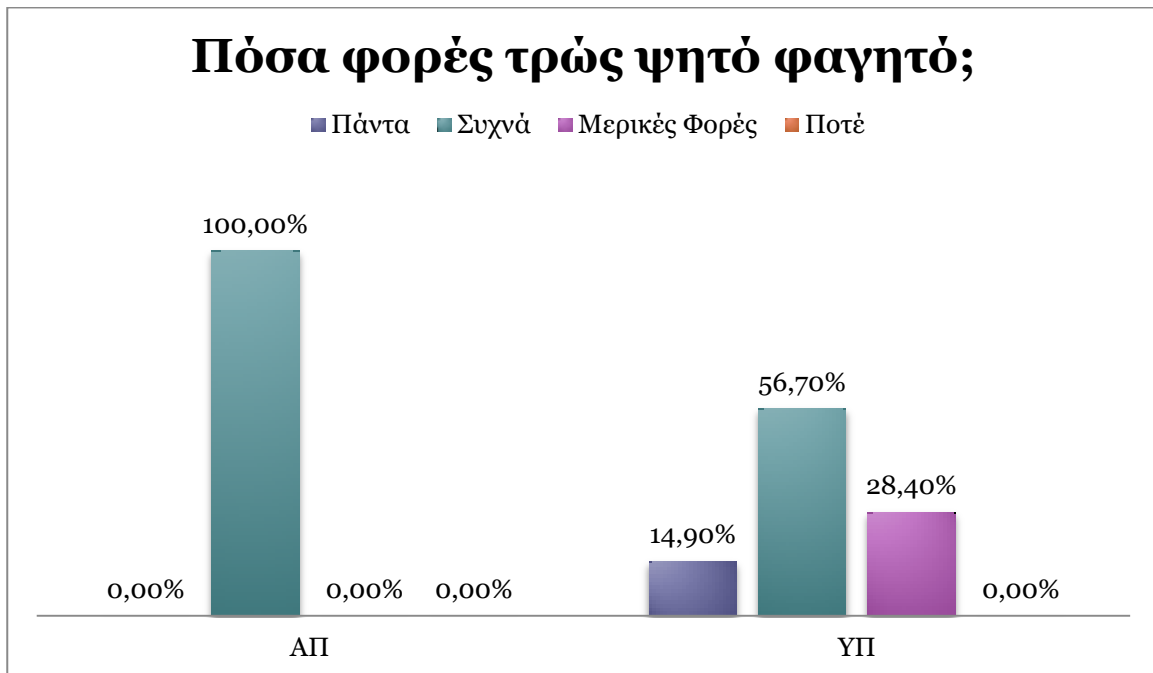


Στην ερώτηση «Καταναλώνεις βιολογικά προϊόντα η προϊόντα σόγιας;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα

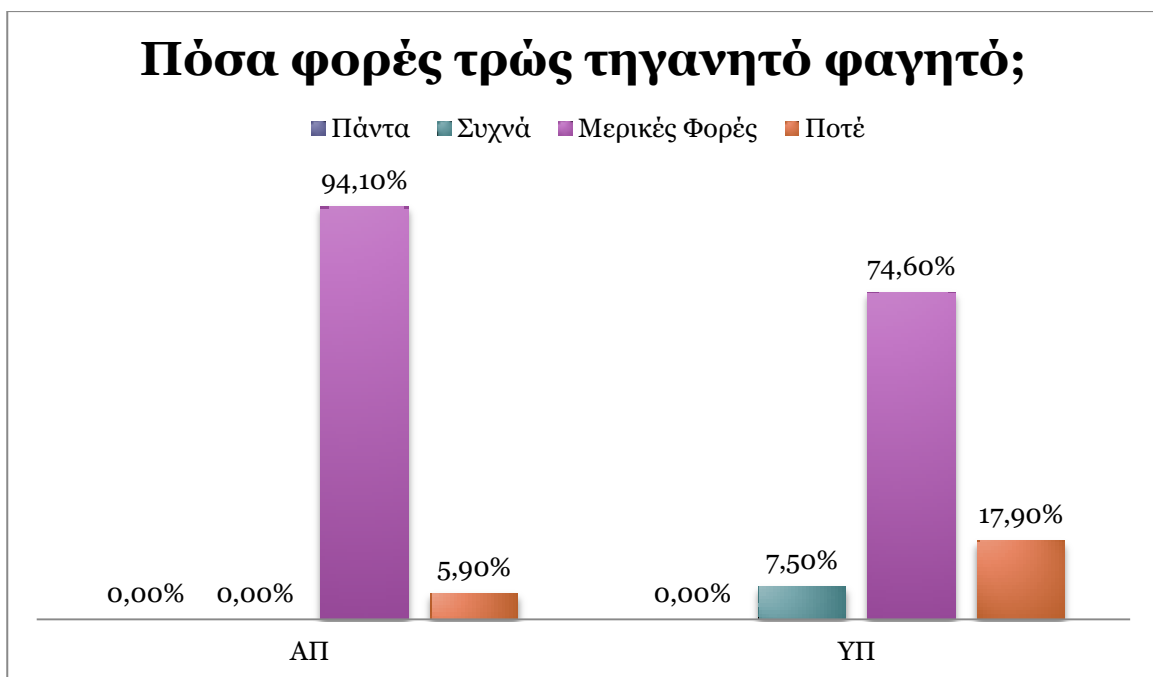
Καταναλώνεις βιολογικά προϊόντα η προϊόντα σόγιας;



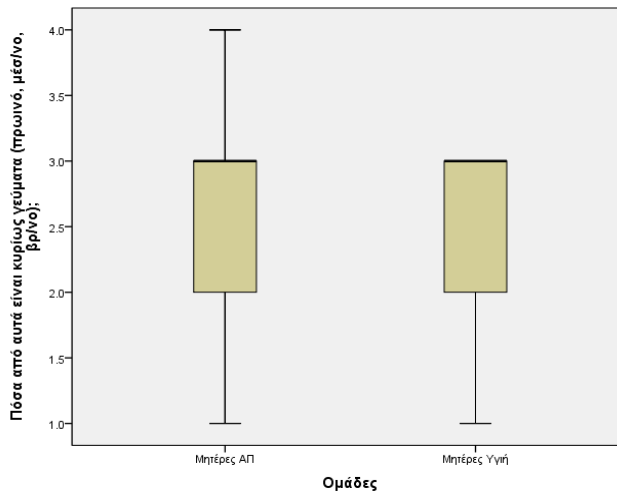
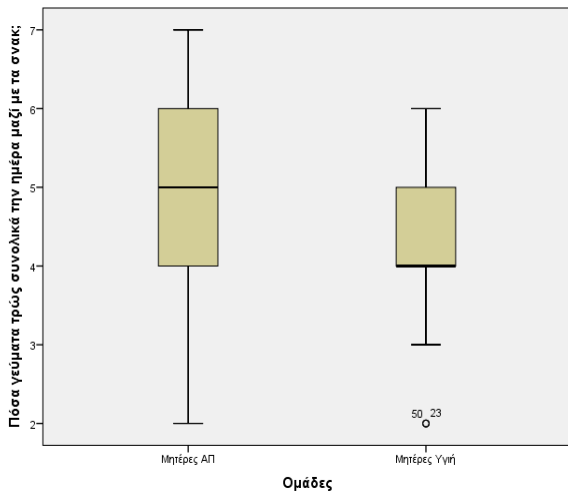
Στην ερώτηση «Πόσα φορές τρώς ψητό φαγητό;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μικρότερη συχνότητα



Στην ερώτηση «Πόσα φορές τρώς τηγανητό φαγητό;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μικρότερη συχνότητα



Στην ερώτηση «Πόσα γεύματα τρώς συνολικά την ημέρα μαζί με τα σνακ; Πόσα από αυτά είναι κυρίως γεύματα (πρωινό, μέσ/νο, βρ/νο);» υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (t-test, $p < 0.05$) στο ερώτημα πόσα γεύματα τρώς συνολικά την ημέρα. Οι μητέρες με παιδιά με ΑΠ κατά μέσο όρο καταναλώνουν περισσότερα γεύματα την ημέρα (4,88 έναντι 4,24). Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στο ερώτημα πόσα είναι τα κυρίως γεύματα.

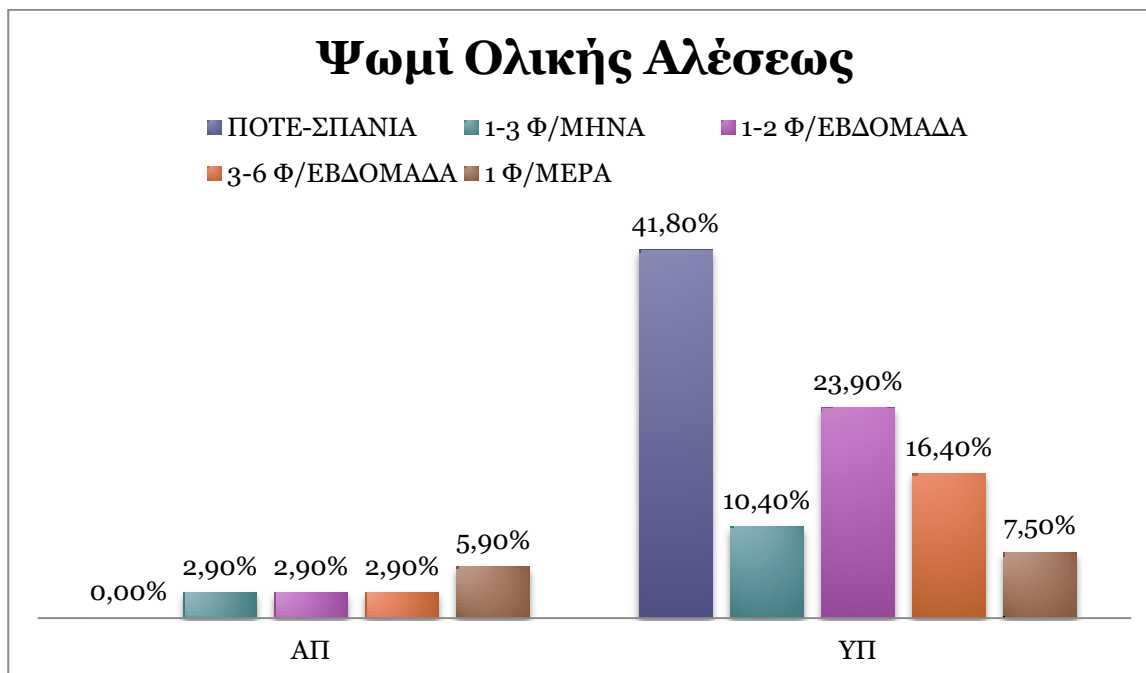


Σύγκριση FFQ διατροφής μεταξύ εγκύων μητέρων – Αναλυτικά

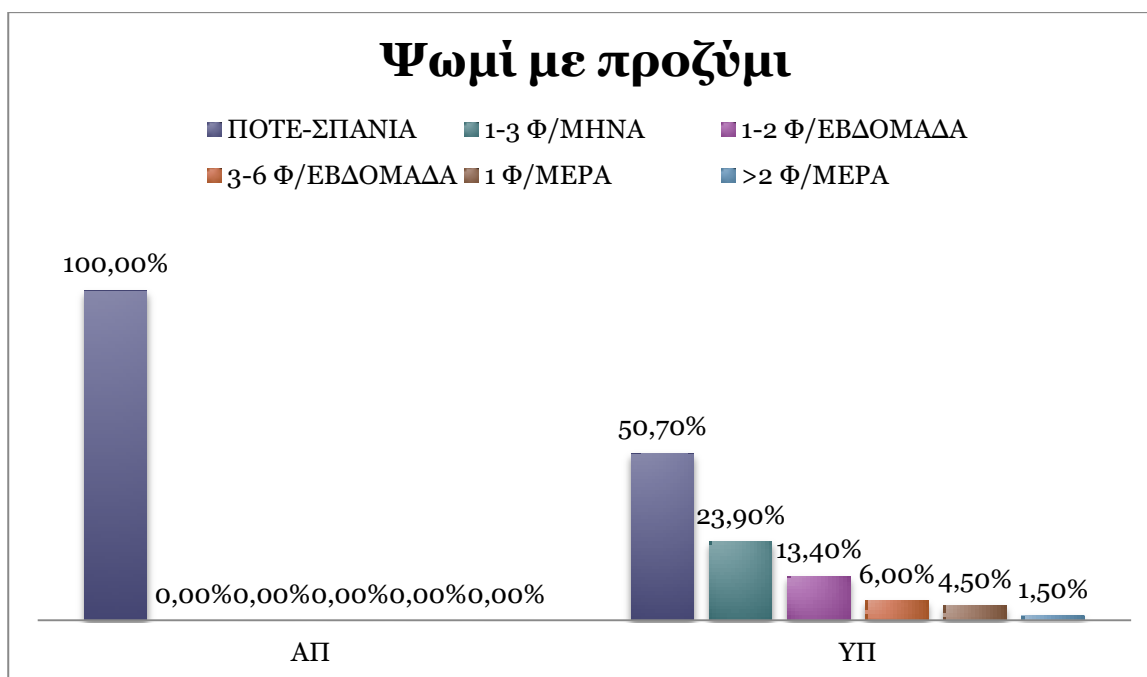
Στη συνέχεια το δείγμα κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τις ομάδες τροφίμων είναι επιλογές απάντησης: «ποτέ/ σπάνια», «1-3 φορές / μήνα», «1-2 φορές/ βδομάδα», «3-6 φορές / βδομάδα», «1 φορά την ημέρα» και « >2 φορές την ημέρα». Σε ότι αφορά τα συμπληρώματα διατροφής οι επιλογές ήταν οι εξής: «καθημερινά», «2-3 φορές/ εβδομάδα», «εβδομαδιαία», «μηνιαία», «λίγες φορές το χρόνο» και «δεν λαμβάνω». Στις απαντήσεις έγινε στατιστικός έλεγχος, στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου εμφανίζονται όλα τα γραφήματα από τις ερωτήσεις που εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (μητέρες με ΥΠ και μητέρες με παιδιά με ΑΠ).

Ακολουθούν τρόφιμα τα οποία ανήκουν στην ομάδα των αμυλούχων Τροφίμων. Στην ερώτηση για το λευκό ψωμί δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($X^2 > 0.05$).

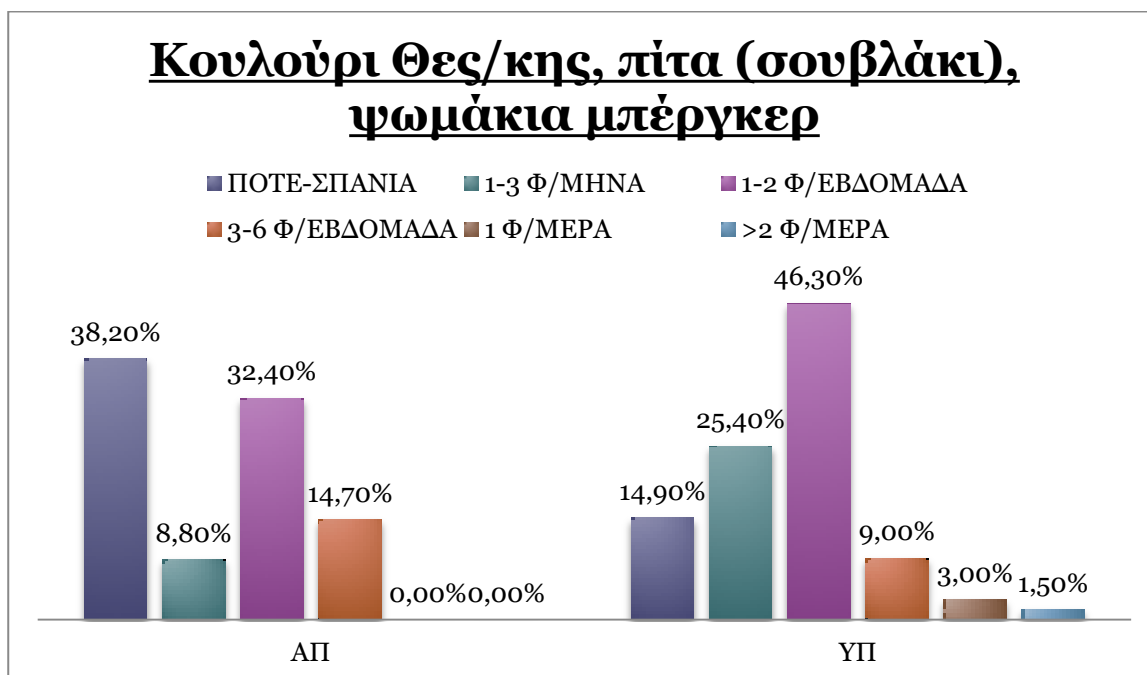
Στην ερώτηση για το ψωμί ολικής υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Στις μητέρες με υγιή παιδιά υπάρχει ένα ποσοστό > 42% να καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα ψωμί ολικής (>1-3 φορές/μήνα), ενώ η πλειονότητα των μητέρων (85,3%) με παιδιά ΑΠ Ποτέ ή Σπάνια.



Στην ερώτηση για το ψωμί με προζύμι στις μητέρες με υγιή παιδιά υπάρχει ένα ποσοστό > 49% με τάση να καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα ψωμί με προζύμι (>1-3 φορές/μήνα), ενώ όλες οι μητέρες με παιδιά ΑΠ Ποτέ ή Σπάνια.



Στην ερώτηση για το Κουλούρι Θεσ/κης, πίτα (σουβλάκι), ψωμάκια μπέργκερ οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι οι μητέρες με παιδιά με ΑΠ.



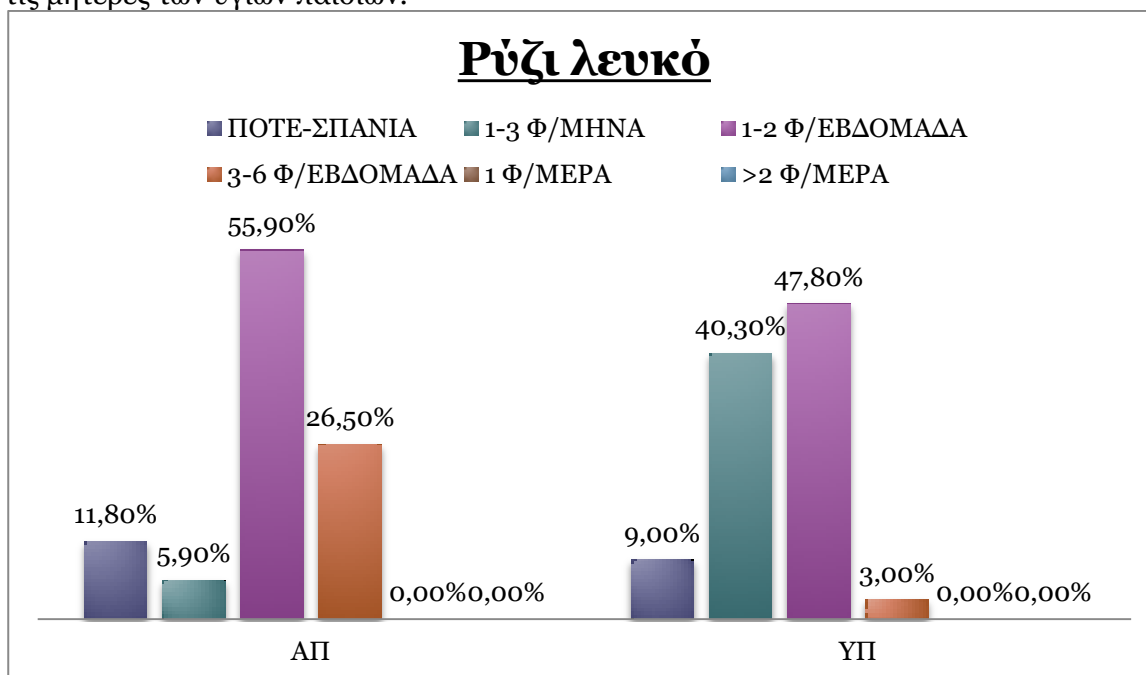
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούν τα κριτσίνια (2 τμχ), παξιμάδια (1 μέτριο), κουλούρια (2 τμχ). Η πλειονότητα των μητέρων και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει κριτσίνια/παξιμάδια/κτλ σε συχνότητα $\leq 1-2$ /εβδομάδα.

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τα μπισκότα. Η πλειονότητα των μητέρων (>50%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει μπισκότα σε συχνότητα $\leq 1-3$ φορές /μήνα.

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για το πλιγούρι. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει πλιγούρι σε συχνότητα «Πότε-Σπάνια».

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη ερώτηση για τα δημητριακά πρωινού - μπάρες δημητριακών. Η πλειονότητα των μητέρων (>60%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει πλιγούρι σε συχνότητα <1-2-φορές την εβδομάδα.

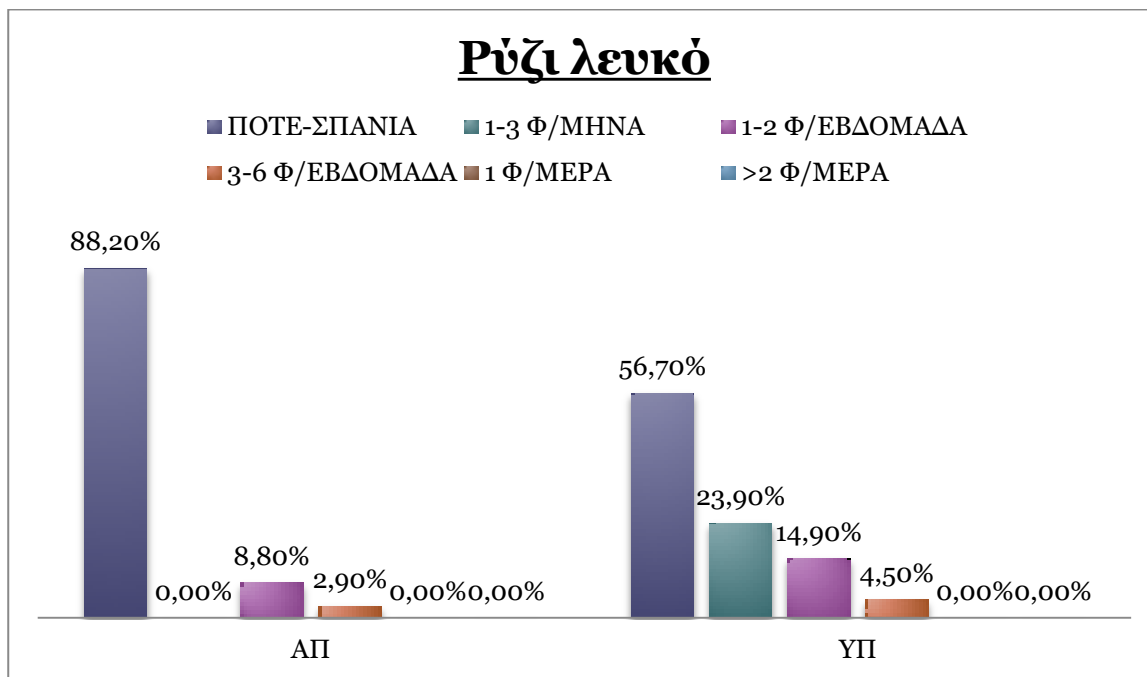
Στην ερώτηση για το ρύζι λευκό φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπάρχει η τάση οι μητέρες με παιδιά ΑΠ να καταναλώνουν λευκό ρύζι με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τις μητέρες των υγιών παιδιών.



Στην ερώτηση για το Ρύζι καστανό δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει ρύζι καστανό σε συχνότητα πότε-σπάνια.

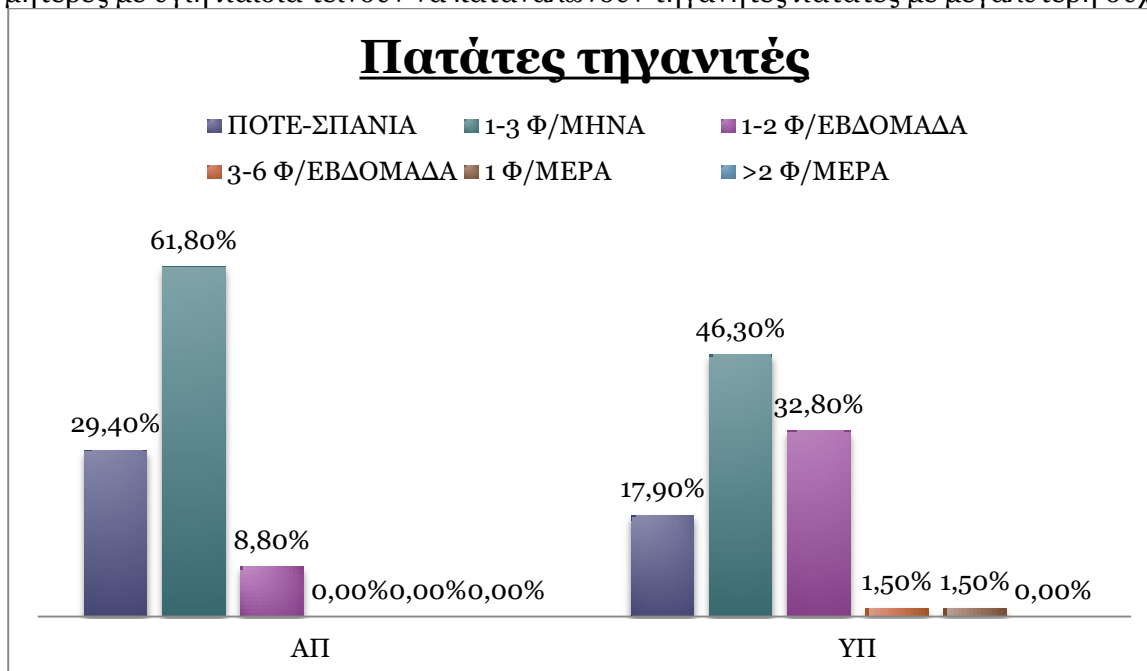
Στην ερώτηση για τα μακαρόνια, κριθαράκι, χυλοπίτες, άλλα ζυμαρικά δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει ρύζι καστανό σε συχνότητα > 1-2 φορές την εβδομάδα.

Στην ερώτηση για τα ζυμαρικά ολικής αλέσεως φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπάρχει η τάση οι μητέρες των υγιών παιδιών να καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ζυμαρικά ολικής.



Στην ερώτηση για τις Πατάτες βραστές ,Φούρνου, πουρές δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων (>60%) καταναλώνουν πατάτες βραστές κτλ σε συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα.

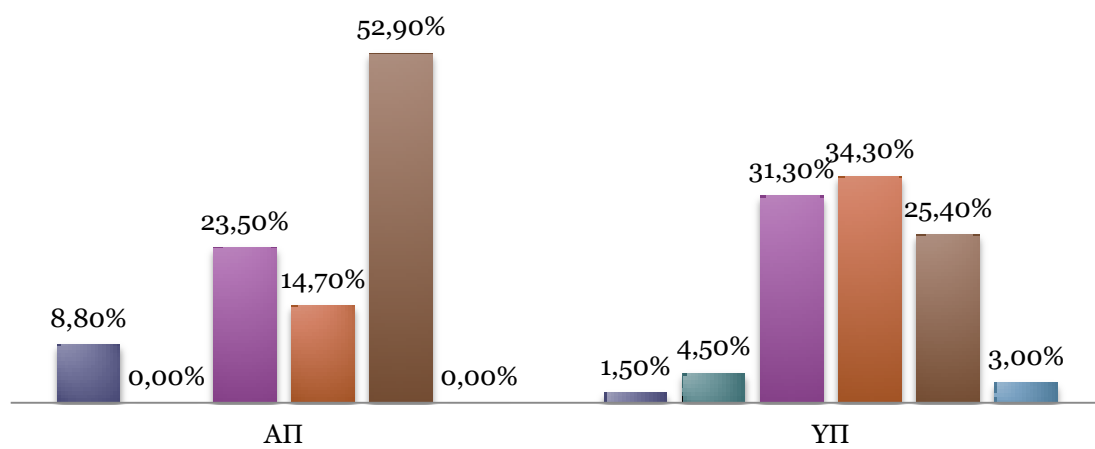
Στην ερώτηση για τις πατάτες τηγανιτές φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν τηγανητές πατάτες με μεγαλύτερη συχνότητα.



Στη συνέχεια ακολουθεί η κατηγορία των φρέσκων λαχανικά (ωμές/βραστές σαλάτες). Στην ερώτηση για τη Τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν Τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά με μεγαλύτερη συχνότητα.

Τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά

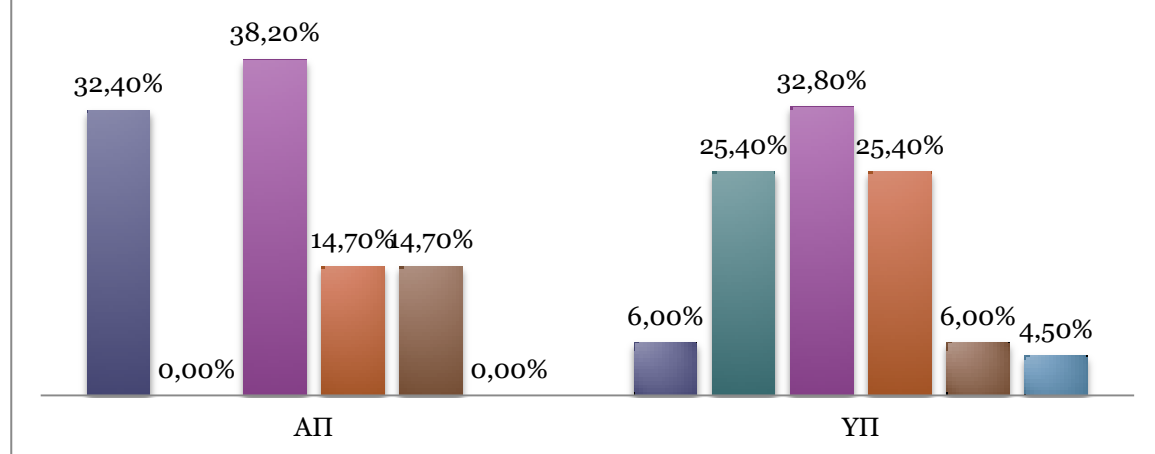
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
 ■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το Μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν Μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα με μικρότερη συχνότητα από τις μητέρες με ΥΠ.

Μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
 ■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

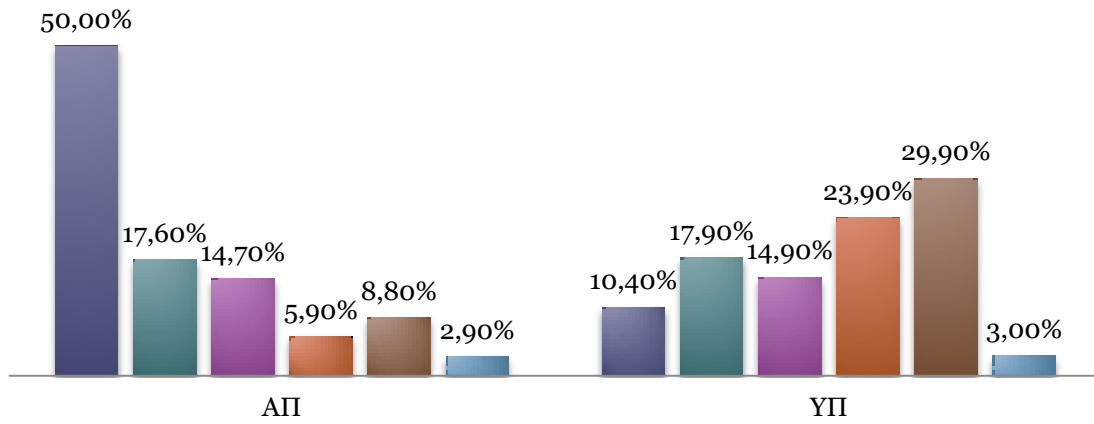


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων για τις ερωτήσεις που αφορούσαν το μπρόκολο, κουνουπίδι, κολοκυθάκια, χόρτα, πράσο, σπανάκι, σέλινο, τουρσί ή ξινολάχανο.

Στη ομάδα των φρέσκων φρούτων και συγκεκριμένα στην ερώτηση για το πορτοκάλι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν πορτοκάλι με μεγαλύτερη συχνότητα.

Πορτοκάλι

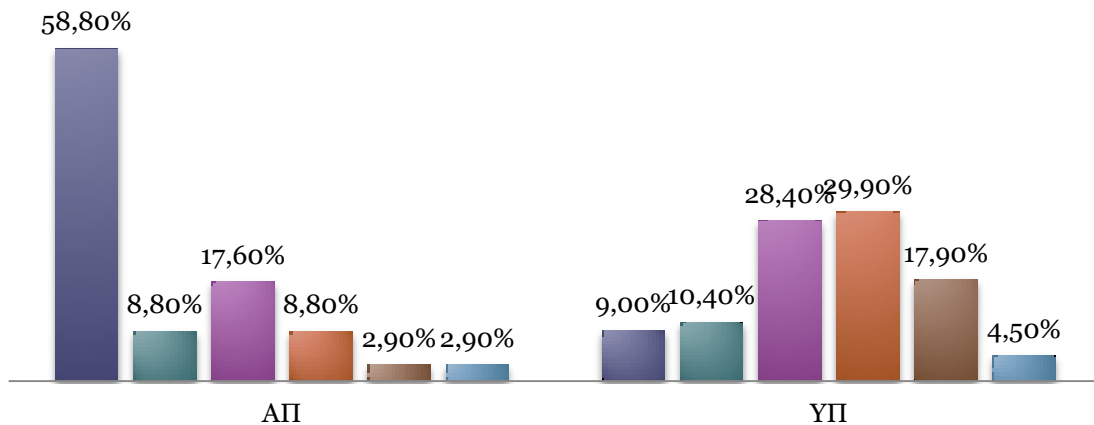
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το μήλο, αχλάδι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν μήλο/αχλάδι με μεγαλύτερη συχνότητα.

Μήλο, αχλάδι

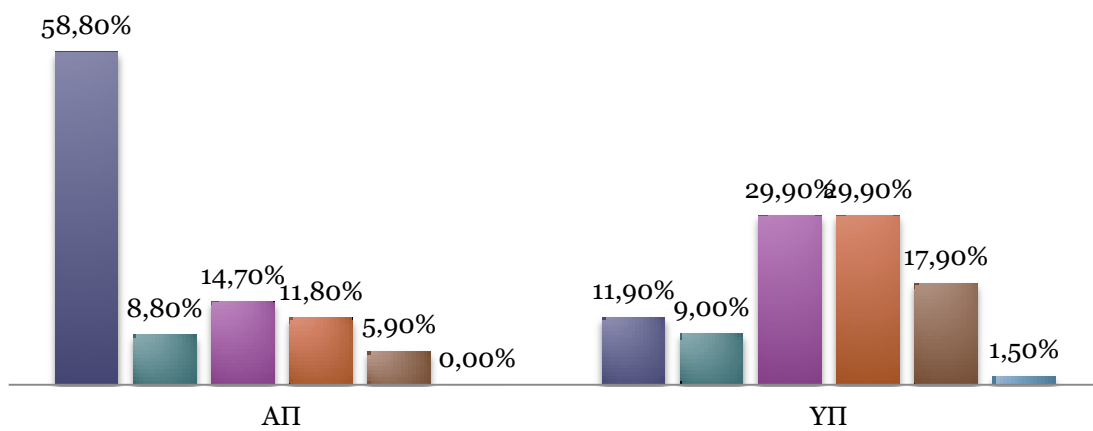
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για άλλα χειμερινά φρούτα υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν χειμερινά φρούτα με μεγαλύτερη συχνότητα.

Άλλα χειμερινά φρούτα

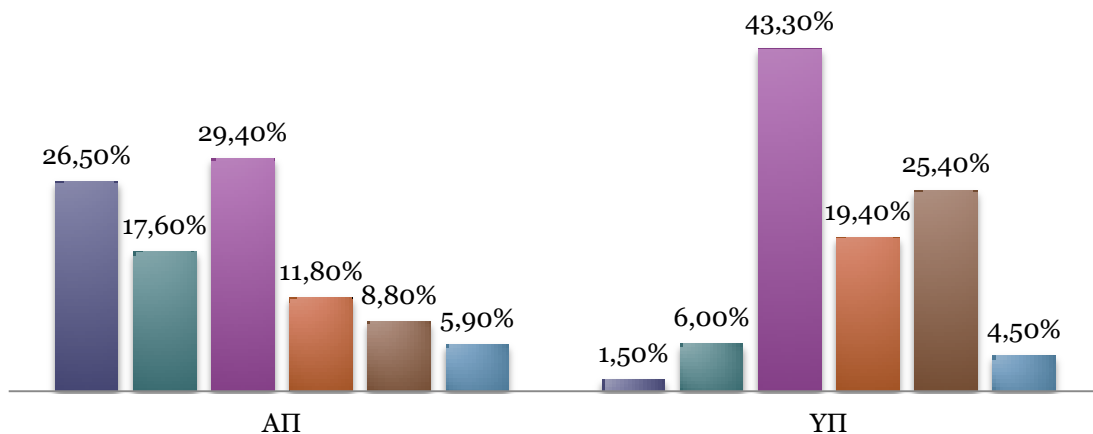
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη μπανάνα υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν μπανάνα με μεγαλύτερη συχνότητα.

Μπανάνα

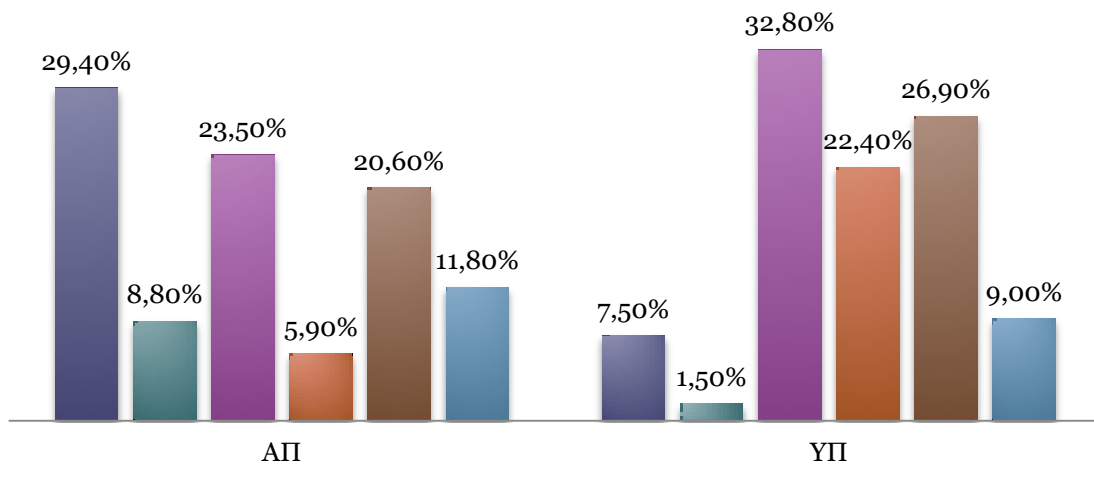
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για άλλα καλοκαιρινά φρούτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν μπανάνα με μεγαλύτερη συχνότητα.

Άλλα καλοκαιρινά φρούτα

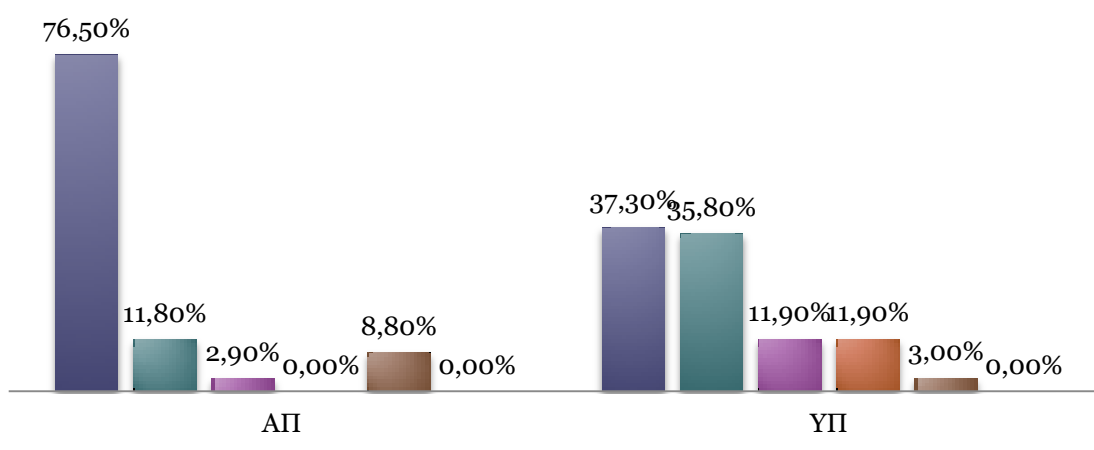
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τα αποξηραμένα φρούτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΥΠ τείνουν να καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ενώ οι μητέρες με παιδιά με ΑΠ ποτέ ή σπάνια.

Αποξηραμένα φρούτα

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

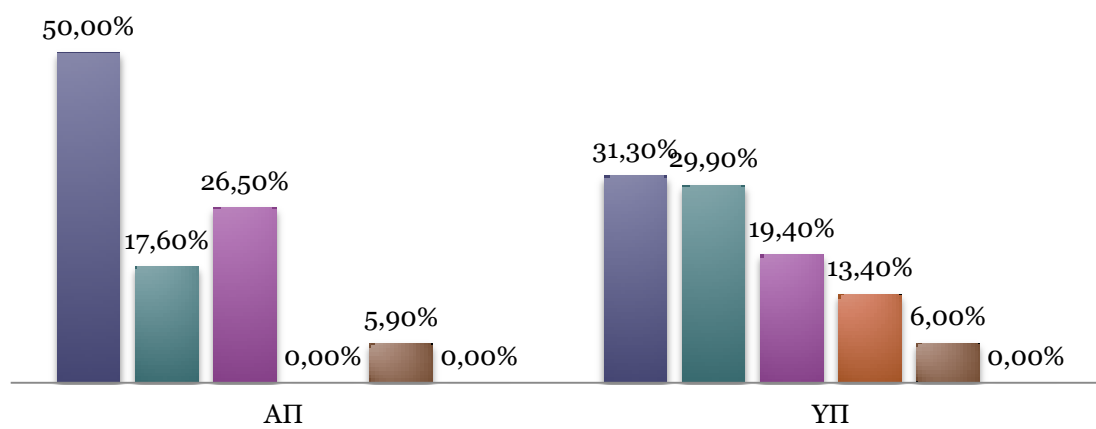


Στην συνέχεια ακολουθεί η κατηγορία που αφορά όσπρια και καρπούς. Στα όσπρια δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων

Στην ερώτηση για τις ελιές φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ελιές σε μικρότερη συχνότητα.

Ελιές

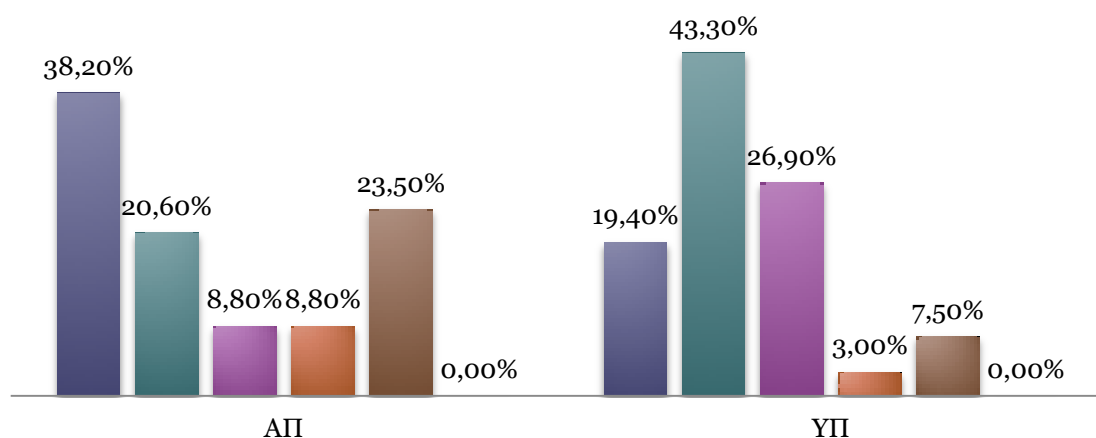
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τους ξηρούς καρπούς φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ξηρούς καρπούς με μικρότερη συχνότητα. Εξαιρέση αποτελεί ένα ποσοστό της τάξης του 23,5% που καταναλώνει ξηρούς καρπούς καθημερινά.

Ξηροί καρποί

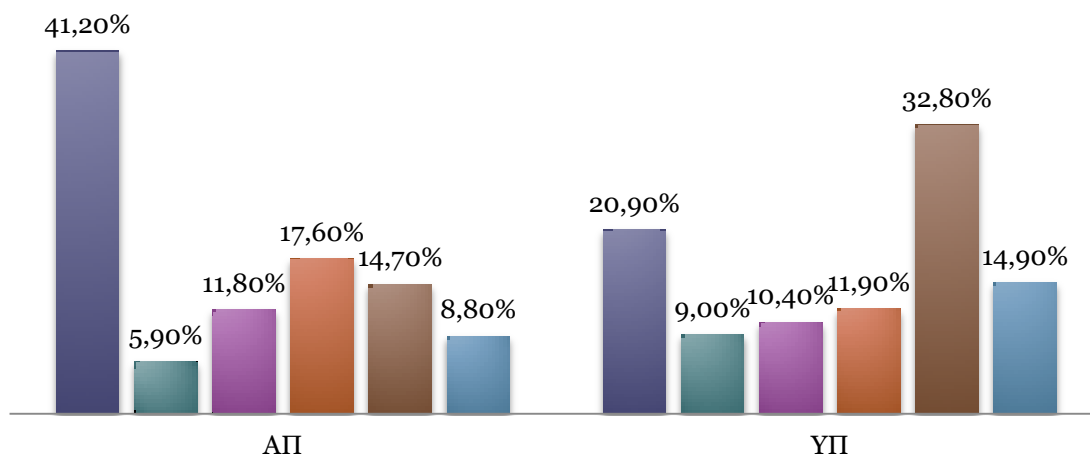
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Ακολουθεί η κατηγορία των γαλακτοκομικών προϊόντων. Στην ερώτηση για το Γάλα/γιαούρτι πλήρες φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν γάλα/γιαούρτι σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Γάλα/γιαούρτι πλήρες

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

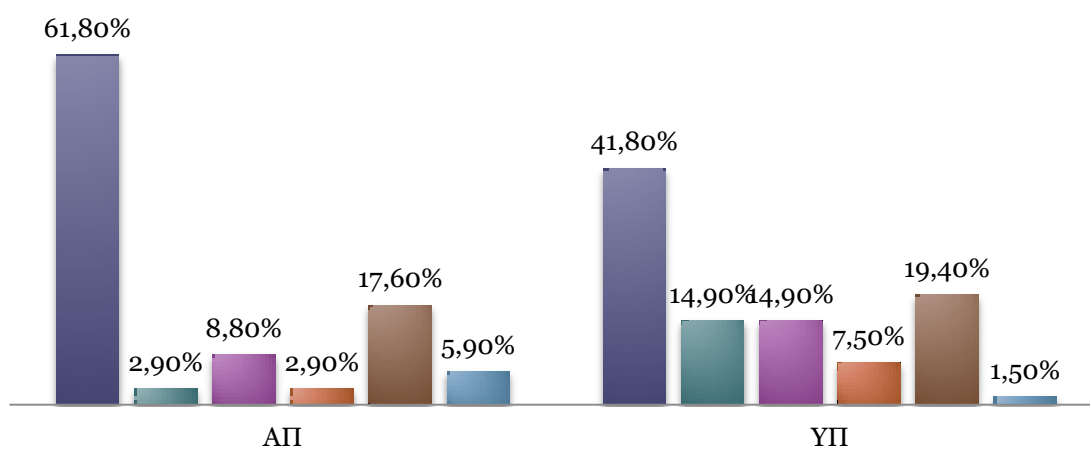


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στις ερωτήσεις για το Γιαούρτι παραδοσιακό με πέτσα, Γάλα ή Γιαούρτι με προβιοτικά,

Στην ερώτηση για το Γάλα/γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν Γάλα/Γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά σε μικρότερη συχνότητα

Γάλα/γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά

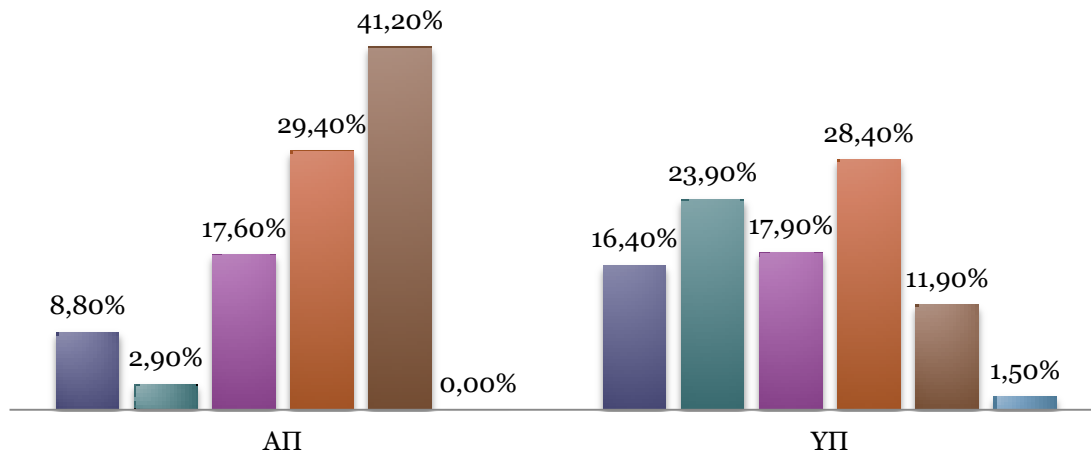
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το Τυρί κίτρινο, τυρί σε κρέμα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν τυρί κτλ σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Τυρί κίτρινο, τυρί σε κρέμα

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



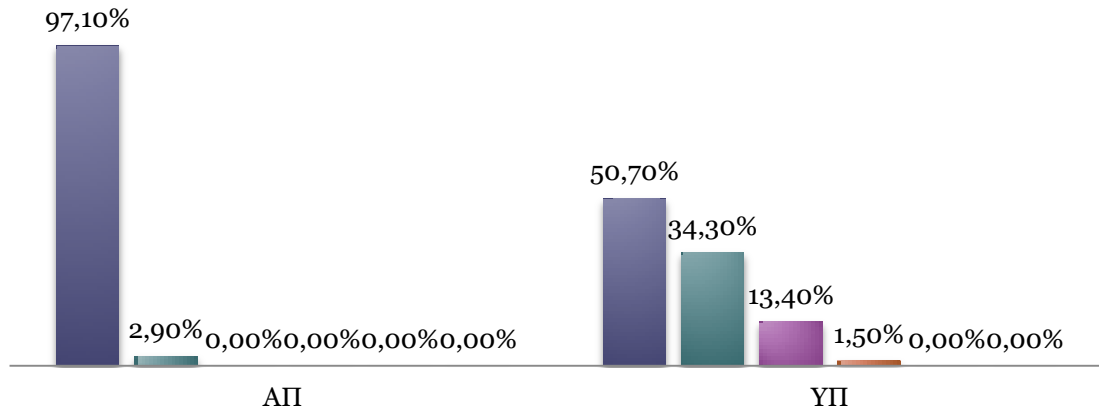
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις για το τυρί φέτα, χαλούμι, ανάρη, Τυρί άπαχο ή χαμηλό σε λιπαρά και στο κεφίρ.

Ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν την κατηγορία τροφίμων Υψηλής Περιεκτικότητας Πρωτεϊνών/Υψηλής Βιολογικής Αξίας. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν το αυγό (βραστό, τηγανιτό, ομελέτα), το Μοσχάρι (μπριζόλα, κομμάτι), το Μπιφτέκι, κεμπάπ, κεφτεδάκια, κιμάς, το Κοτόπουλο/γαλοπούλα, το Χοιρινό (μπριζόλα, κομμάτι).

Στην ερώτηση για τη Σούβλα κοτόπουλο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν κοτόπουλο σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Σούβλα κοτόπουλο

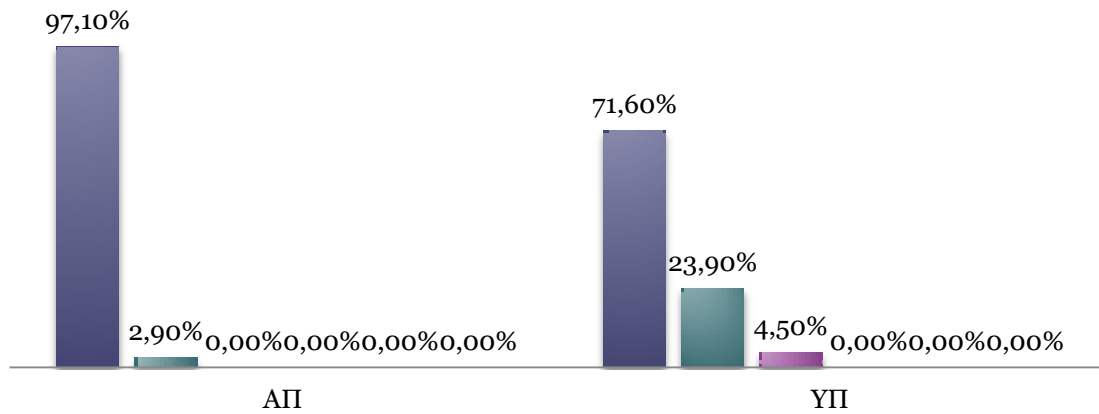
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη Σούβλα χοιρινό φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν χοιρινό σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Σούβλα χοιρινό

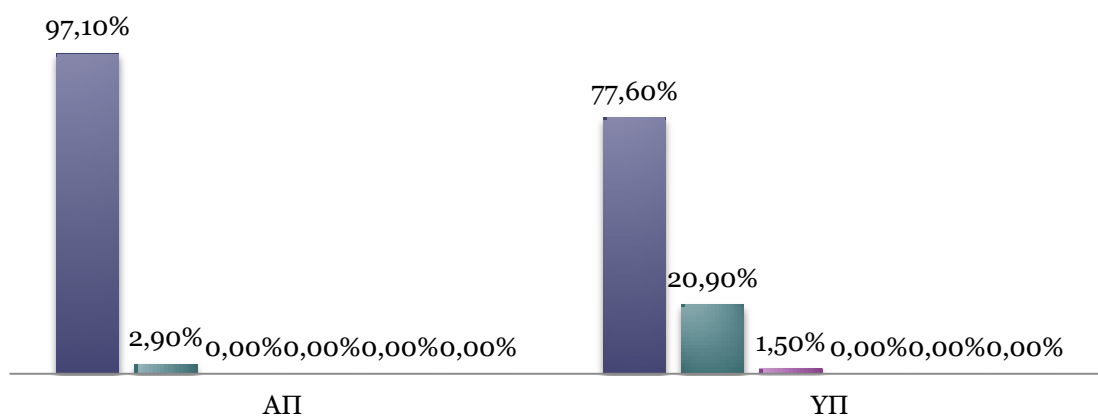
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη Σούβλα αρνί φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν αρνί σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα

Σούβλα αρνί

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

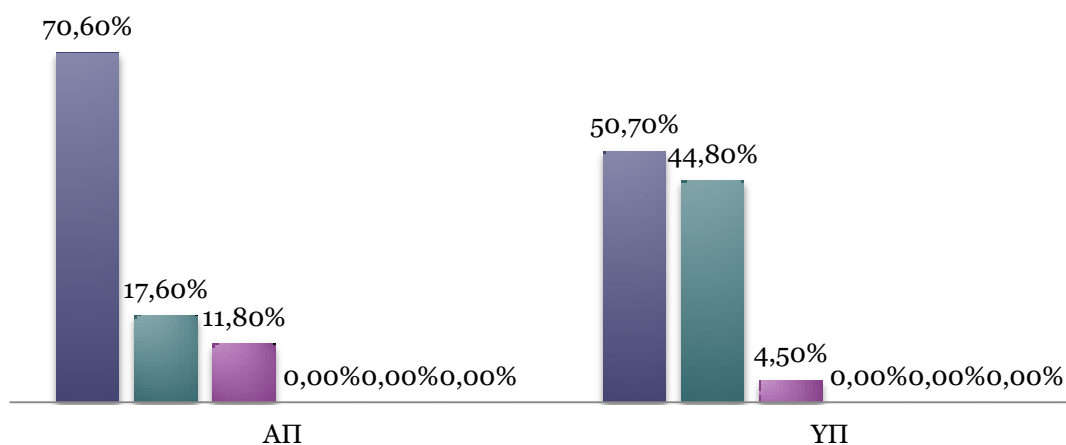


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν το Κοτόπουλο σουβλάκι, Χοιρινό σουβλάκι, Σεφταλιά (1 πίτα), Μιξ σουβλάκι/σεφταλιά (1 πίτα).

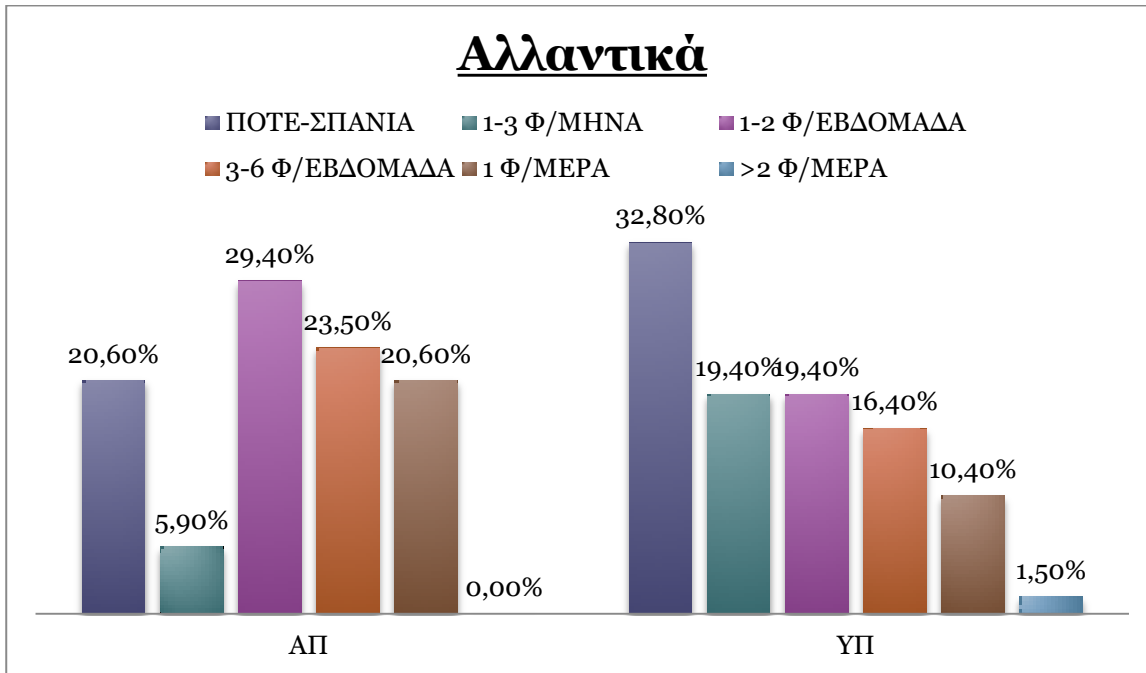
Στην ερώτηση για το αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παιδάκια φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παιδάκια

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

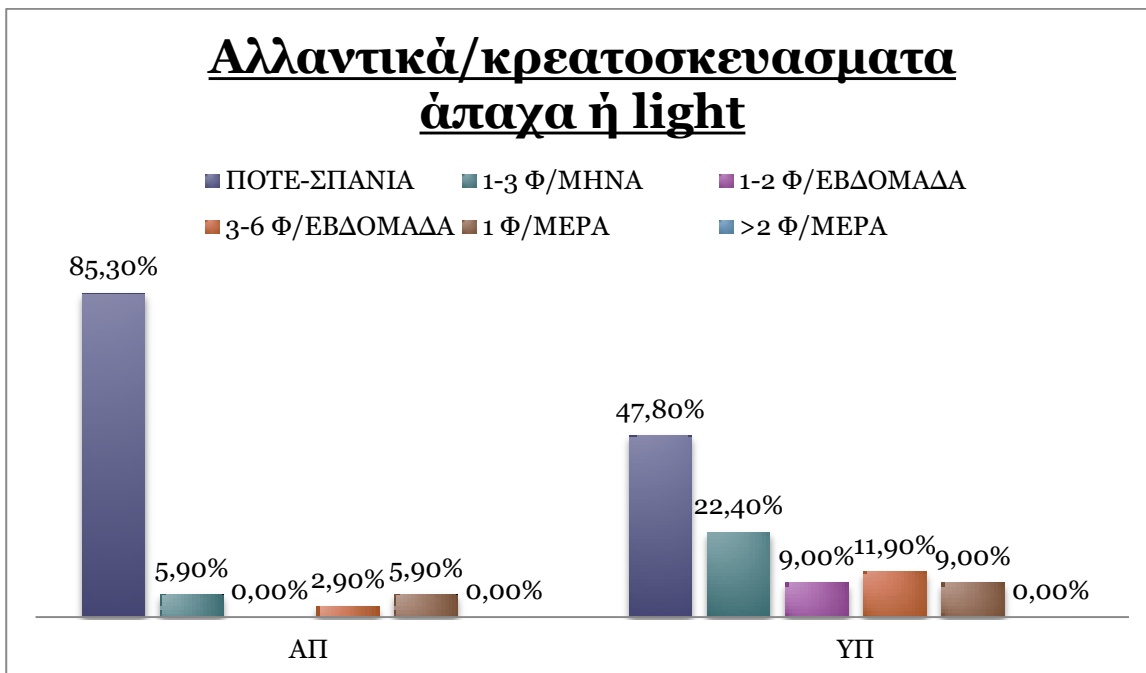


Στην ερώτηση για τα αλλαντικά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



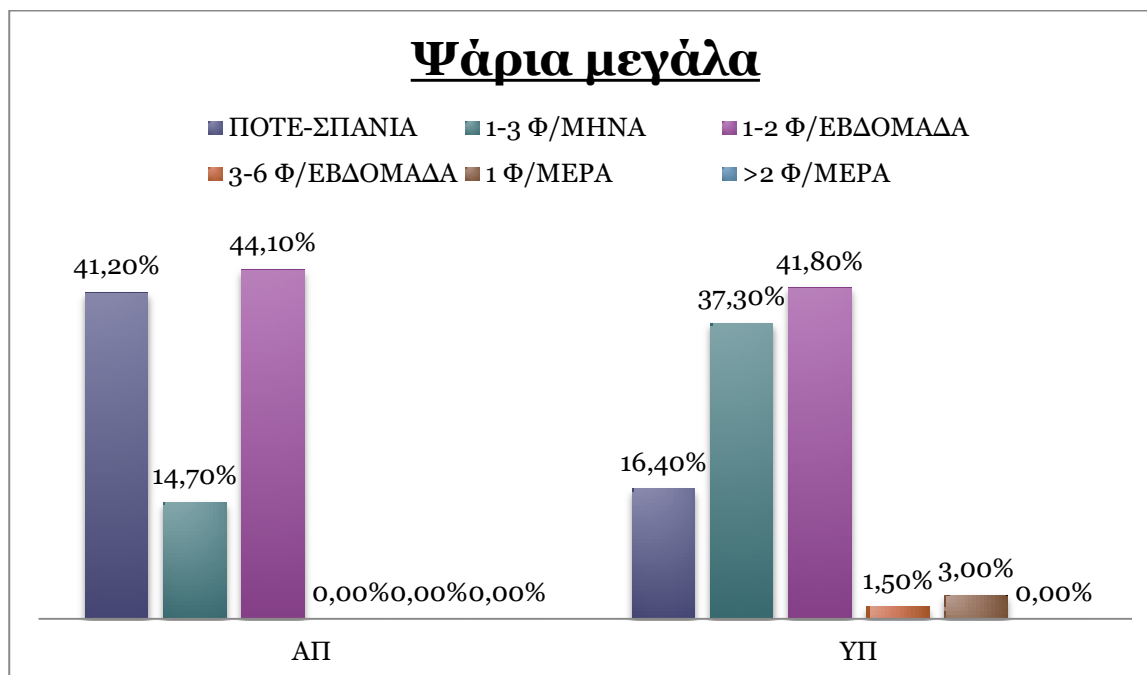
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση για τα λουκάνικα (1 μέτριο), μπέικον.

Στην ερώτηση για τα αλλαντικά/κρεατοσκευασματα άπαχα ή light φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Στην ερώτηση που αφορούσε τα ψάρια μικρά δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Στην ερώτηση για τα ψάρια μεγάλα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

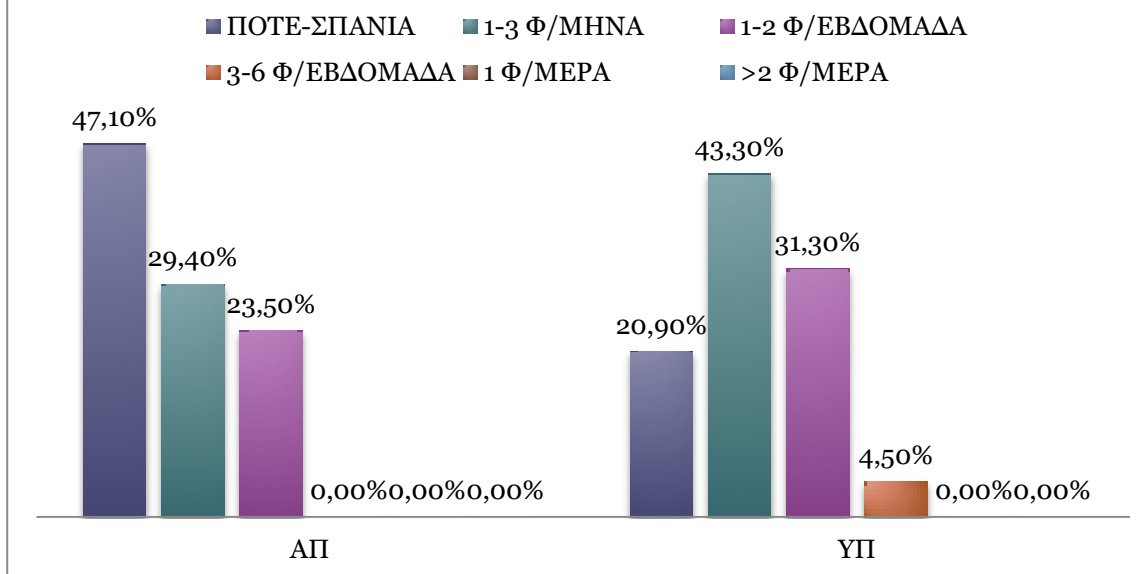


Στην ερώτηση για τα θαλασσινά (χταπόδι, καλαμάρι, γαρίδες) φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Στη συνέχεια ακολουθεί η κατηγορία μαγειρευτά Φαγητά. Στην ερώτηση για το σπανακόρυζο, λαχανόρυζο, γεμιστά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

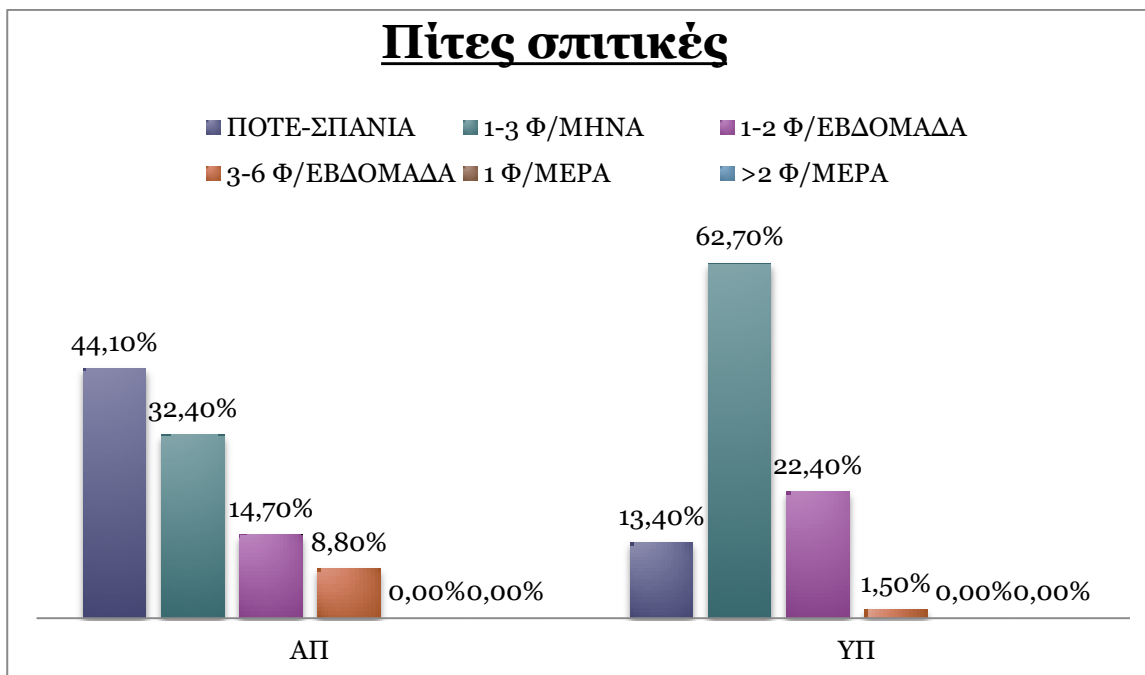
Σπανακόρυζο, λαχανόρυζο, γεμιστά



Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων σε ερωτήσεις που αφορούσαν το Παστίτσιο, μουσακάς, παπουτσάκια, Αρακάς, φασολάκια, μπάμιες, αγκινάρες.

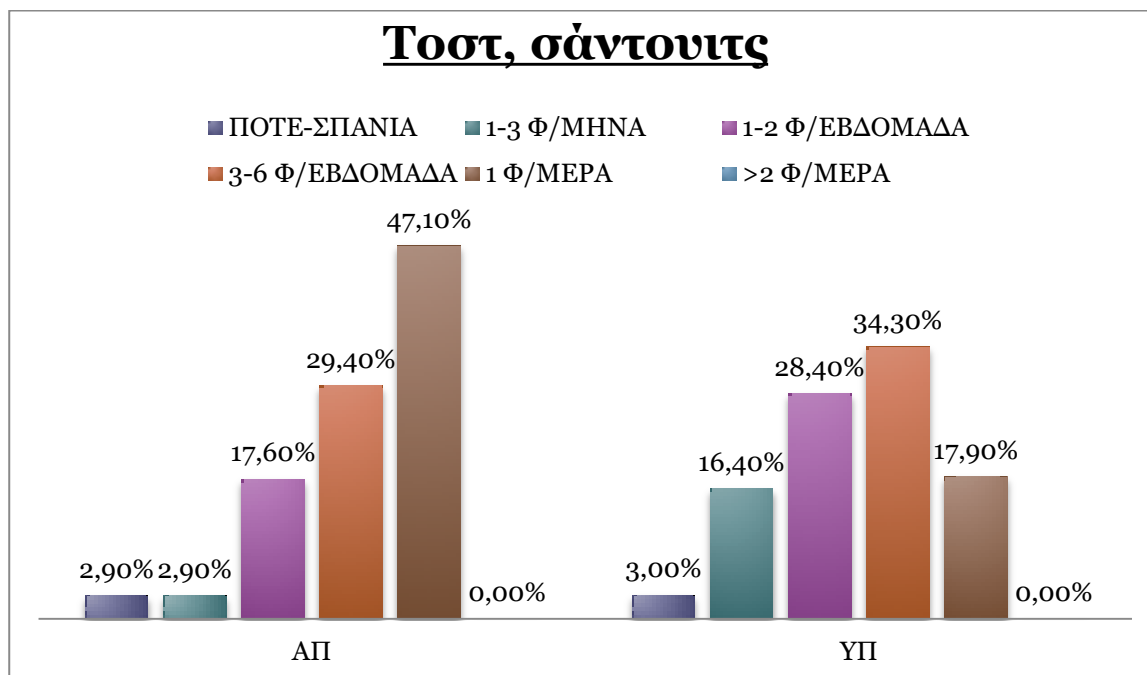
Ακολουθούν ερωτήσεις από την κατηγορία με τα αρτοσκευάσματα. Στην ερώτηση για τις πίτες σπιτικές φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Πίτες σπιτικές



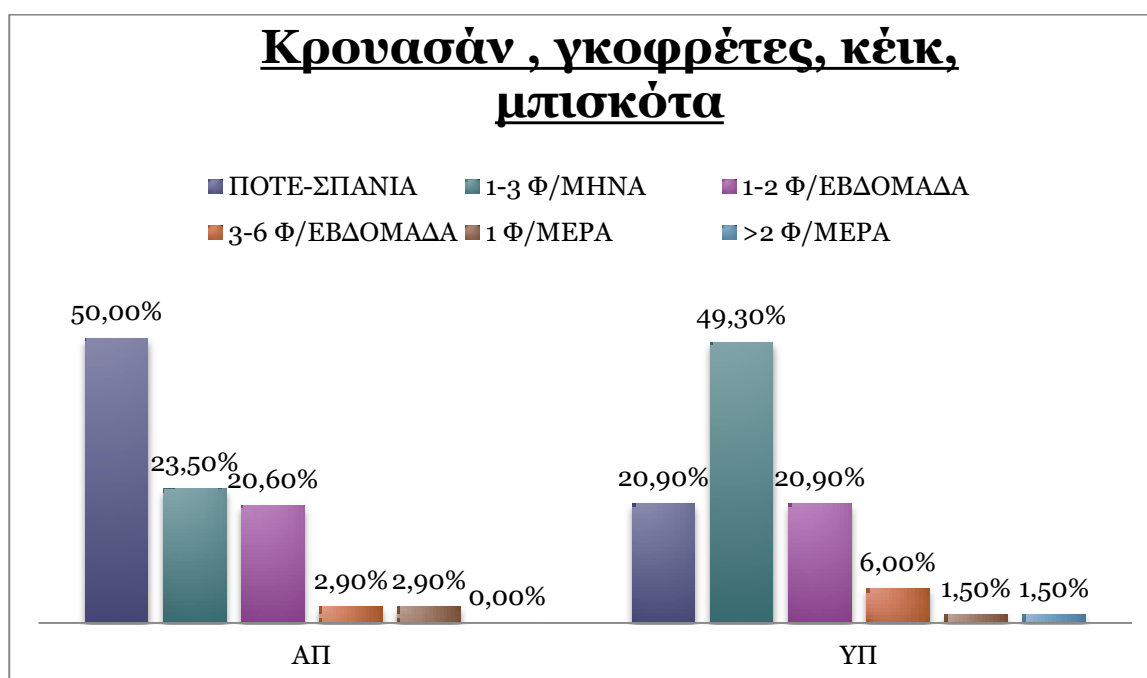
Αντίθετα στην ερώτηση για τις πίτες έτοιμες δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Στην ερώτηση για το τoστ, σάντουιτς φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

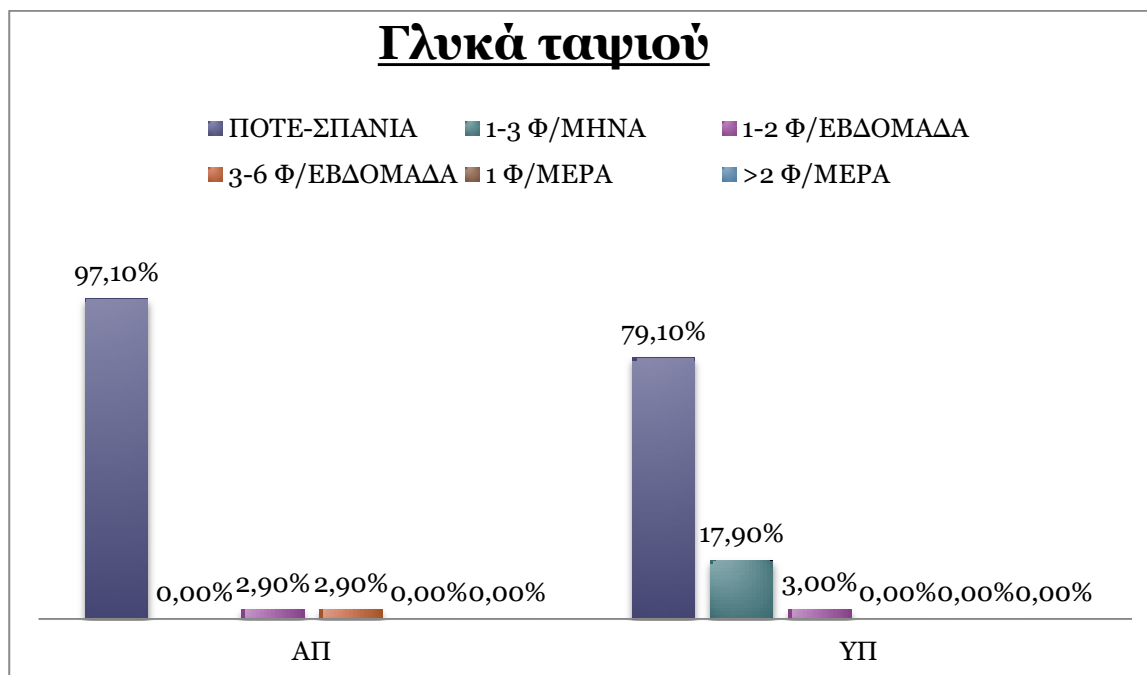


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση για την πίτσα.

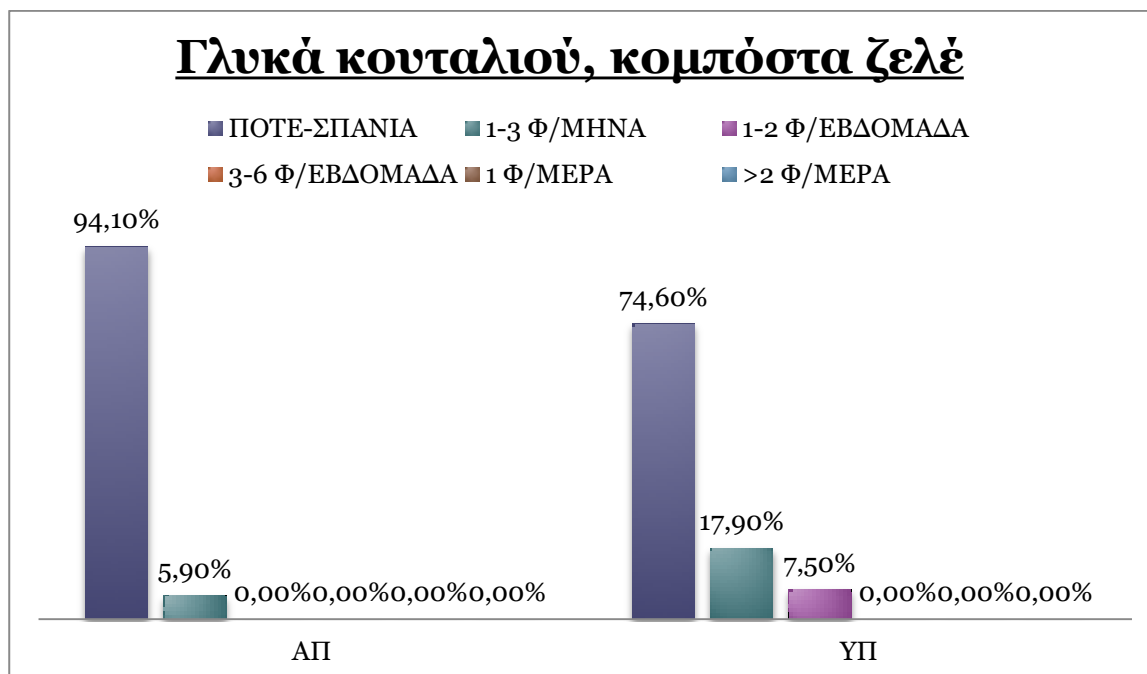
Στην ερώτηση για το κρουασάν , γκοφρέτες, κέικ, μπισκότα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Έλεται η κατηγορία με τα γλυκίσματα. Στην ερώτηση για τα Γλυκά ταψιού φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



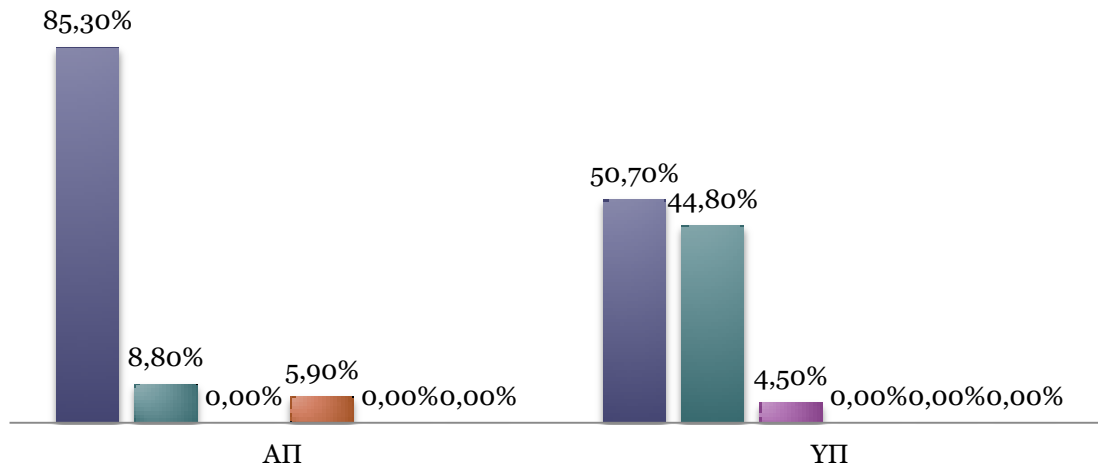
Στην ερώτηση για τα γλυκά κουταλιού, κομπόστα ζελέ φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Στην ερώτηση για τις πάστες, τάρτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Πάστες, τάρτα

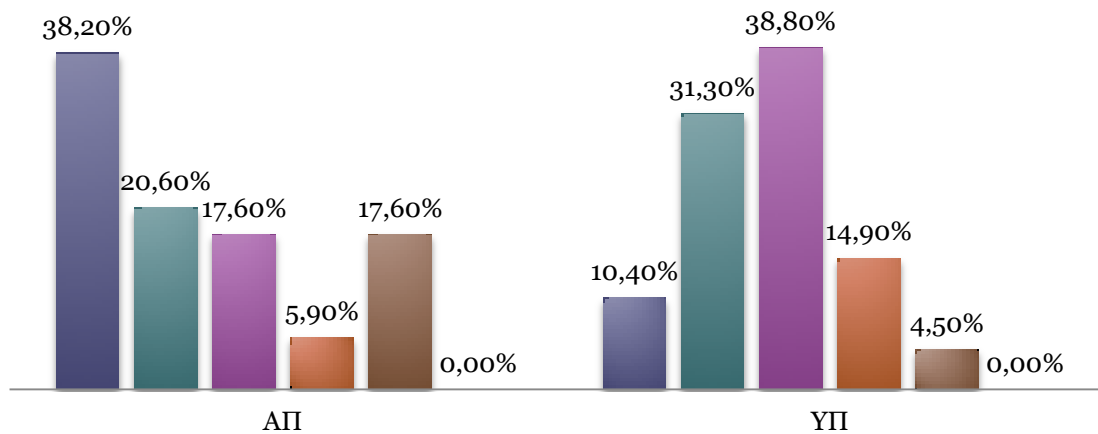
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη σοκολάτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Σοκολάτα

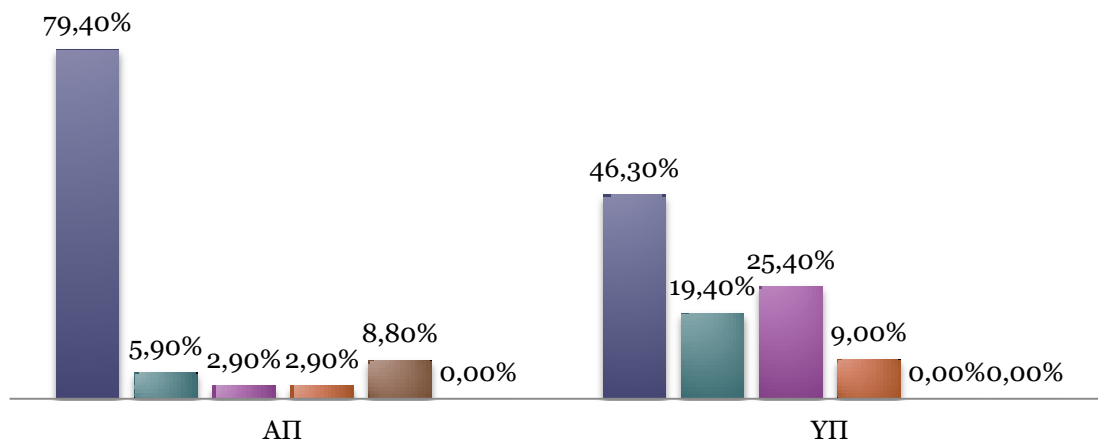
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη μαύρη σοκολάτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Μαύρη Σοκολάτα

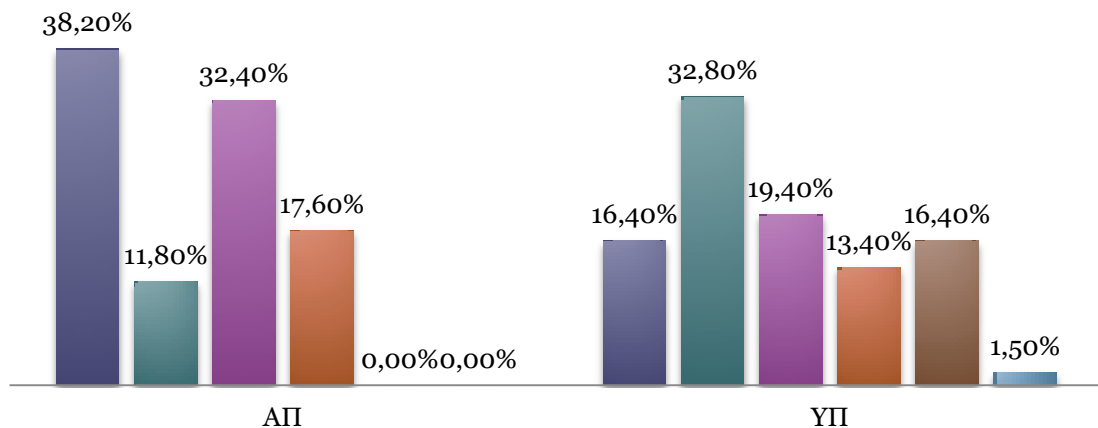
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το μέλι, μαρμελάδα ζάχαρη φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Μέλι, μαρμελάδα ζάχαρη

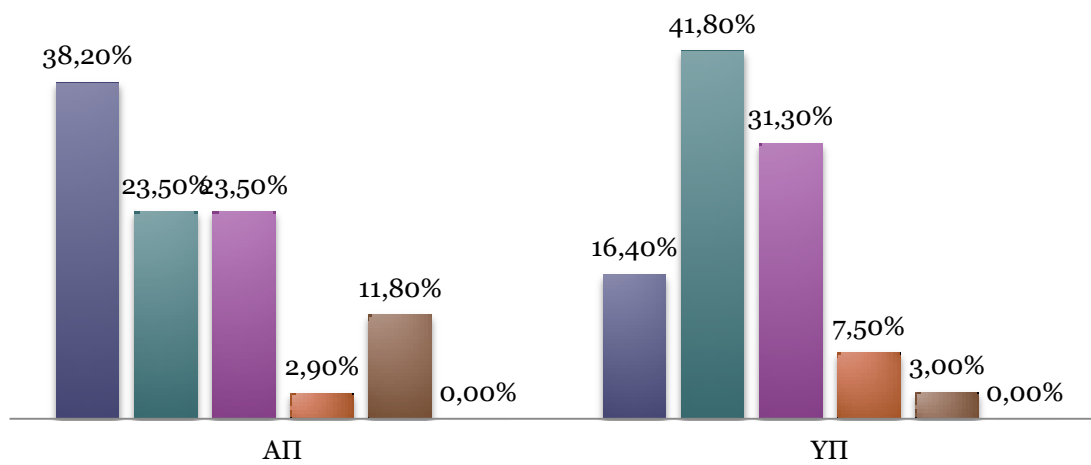
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το παγωτό, μιλκ σεικ, κρέμα, ρυζόγαλο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Παγωτό, μιλκ σικ, κρέμα, ρυζόγαλο

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



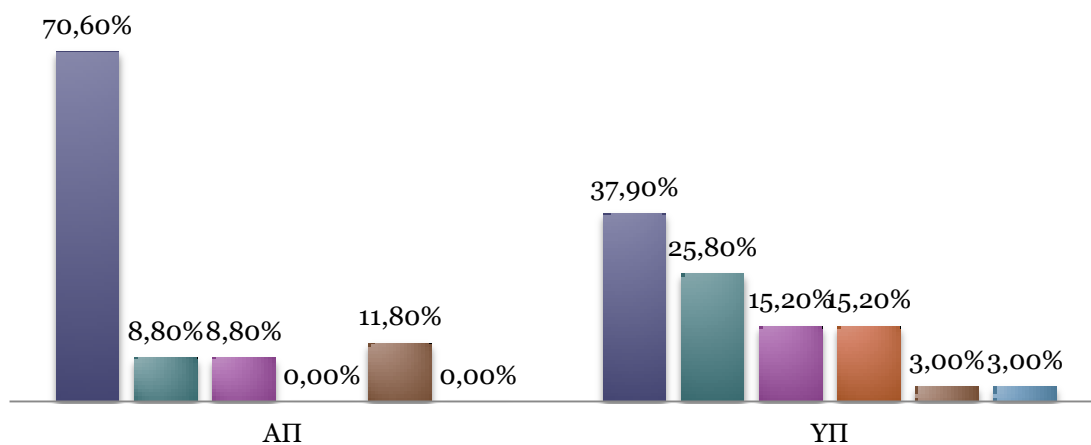
Στην κατηγορία των σνακ και στην ερώτηση για τα πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Ακολουθεί η κατηγορία με τα μη Αλκοολούχα Ποφύματα. Στην ερώτηση για τον Καφέ δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Στην ερώτηση για το τσάι, αλλά αφεψήματα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Τσάι, αλλά αφεψήματα

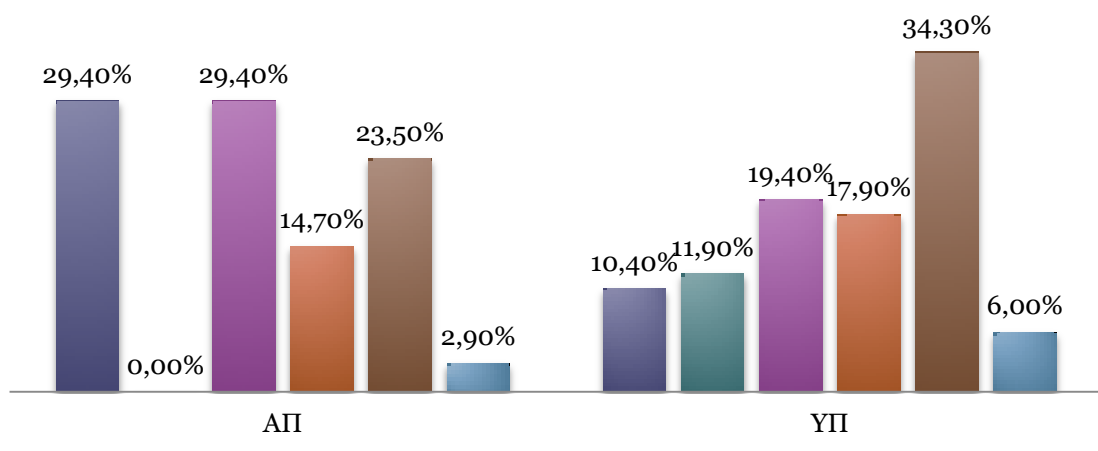
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τον χυμό φρούτων φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Χυμός φρούτων

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

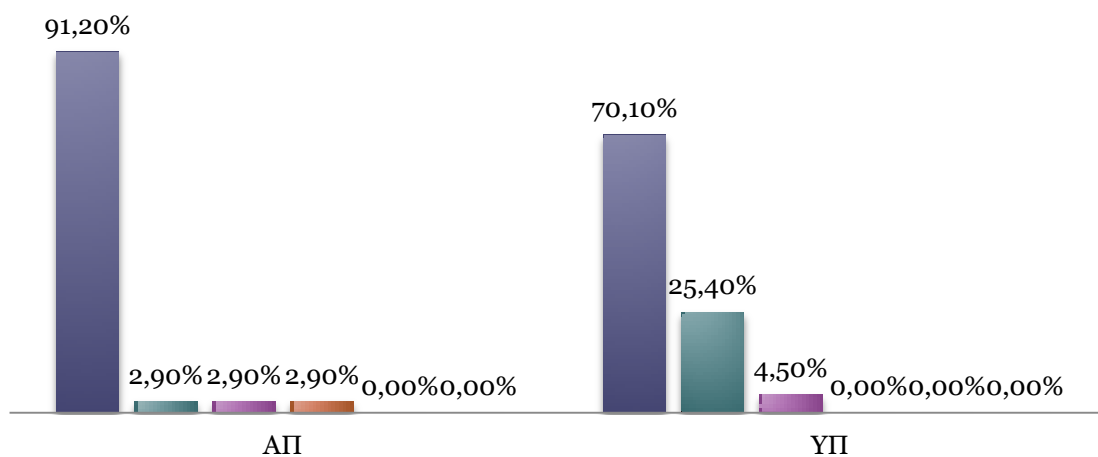


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν τα αναψυκτικά και τα αναψυκτικά light.

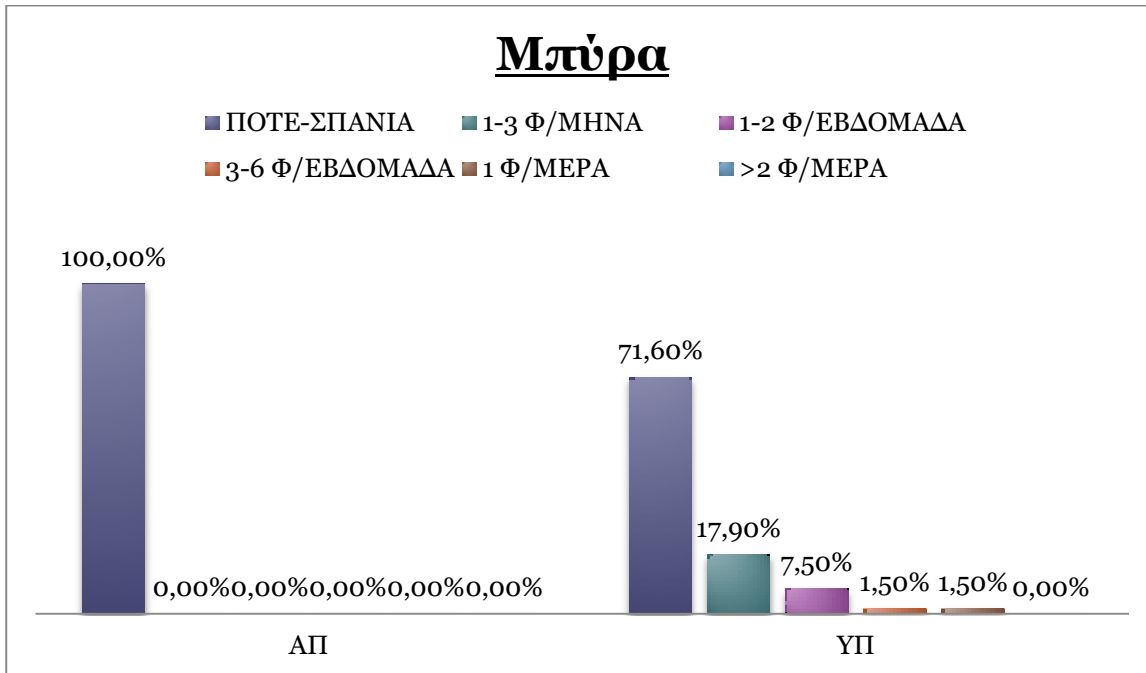
Στη συνέχεια ακολουθεί η κατηγορία με τα αλκοολούχα ροφήματα. Στην ερώτηση για το κρασί φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Κρασί

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



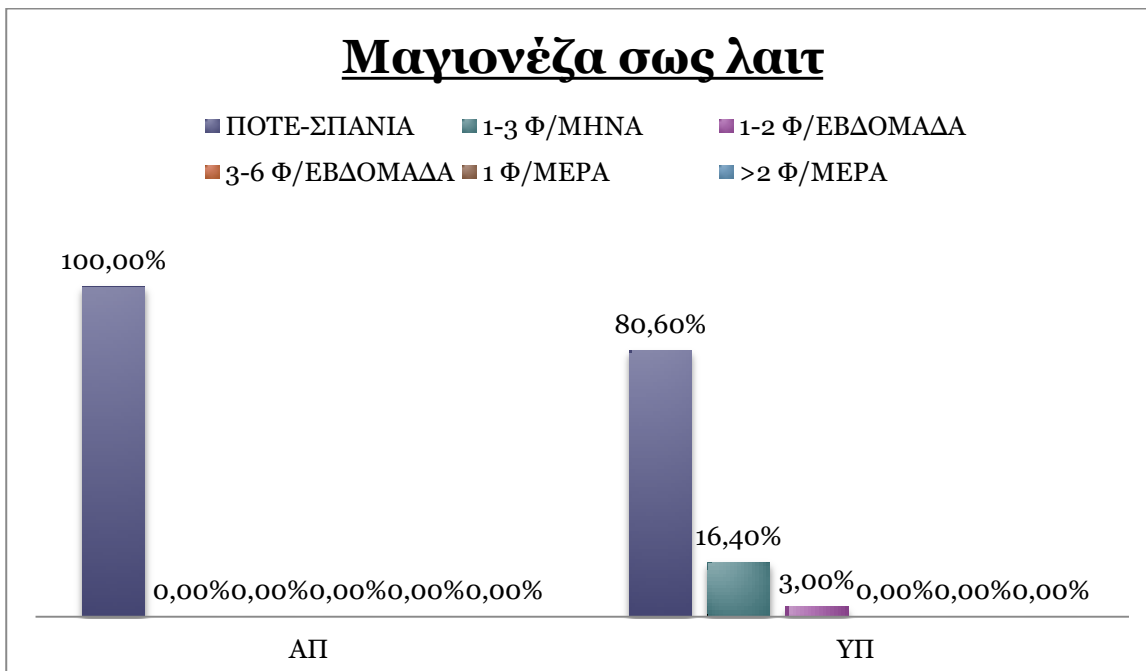
Στην ερώτηση για τη μπύρα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων σε κάποιο άλλο είδος αλκοόλ.

Όσον αφορά την κατηγορία των λιπαρών ουσιών στην ερώτηση για τη μαγιονέζα, σως δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων.

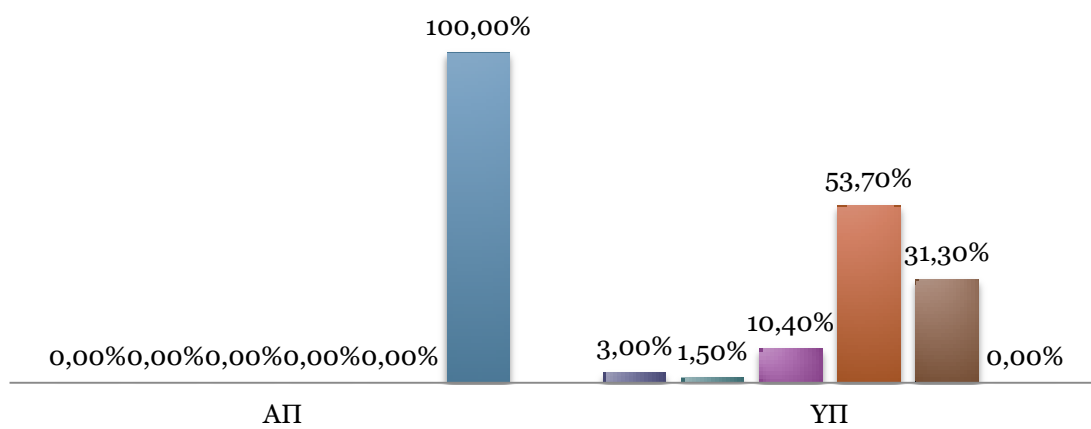
Στην ερώτηση για τη μαγιονέζα σως λάιτ φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.



Στην ερώτηση που αφορούσε το ελαιόλαδο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Ελαιόλαδο

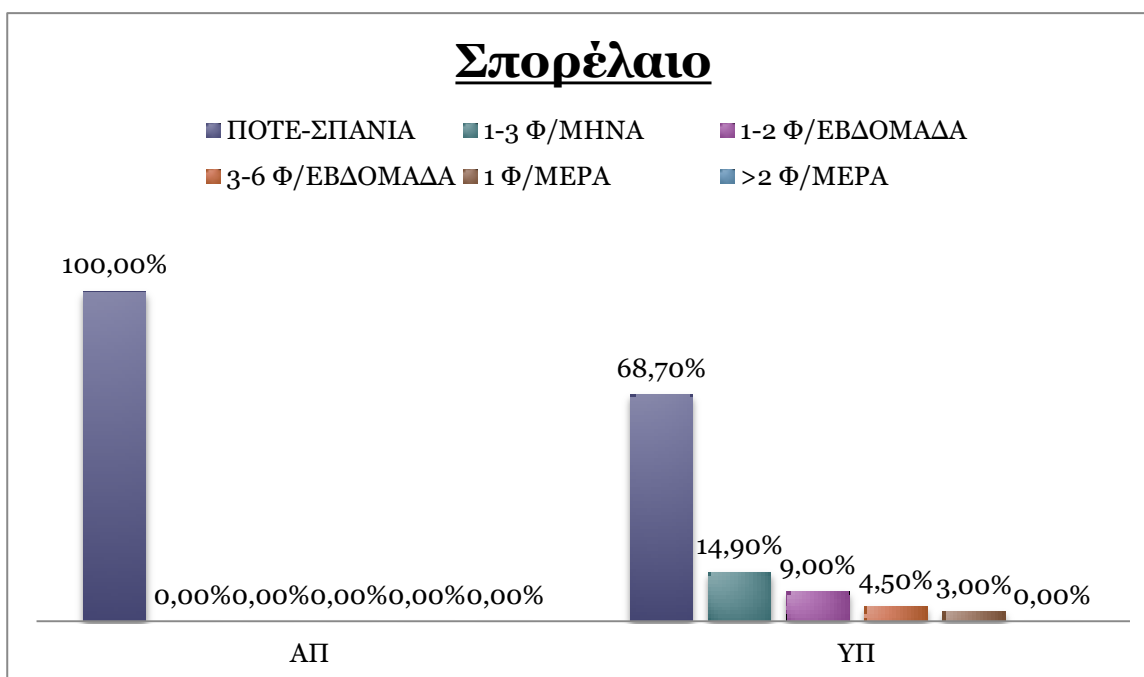
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση που αφορούσε το σπορέλαιο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Σπορέλαιο

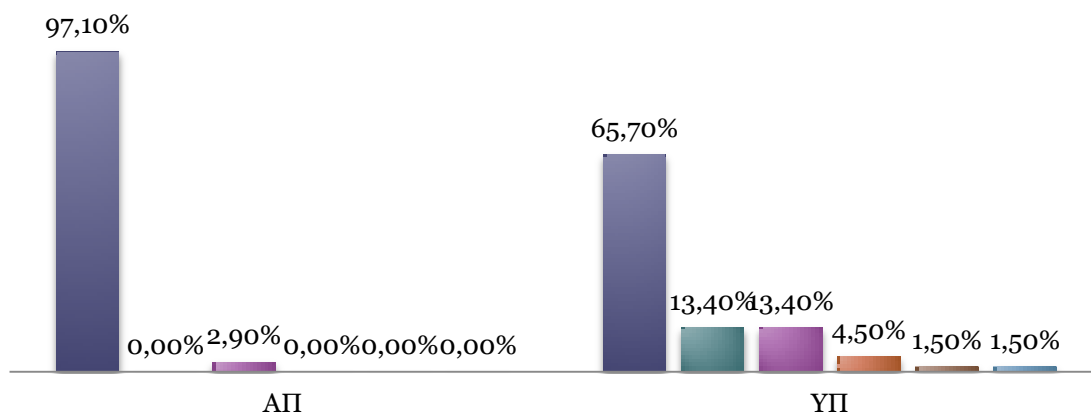
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη μαργαρίνη φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Μαργαρίνη

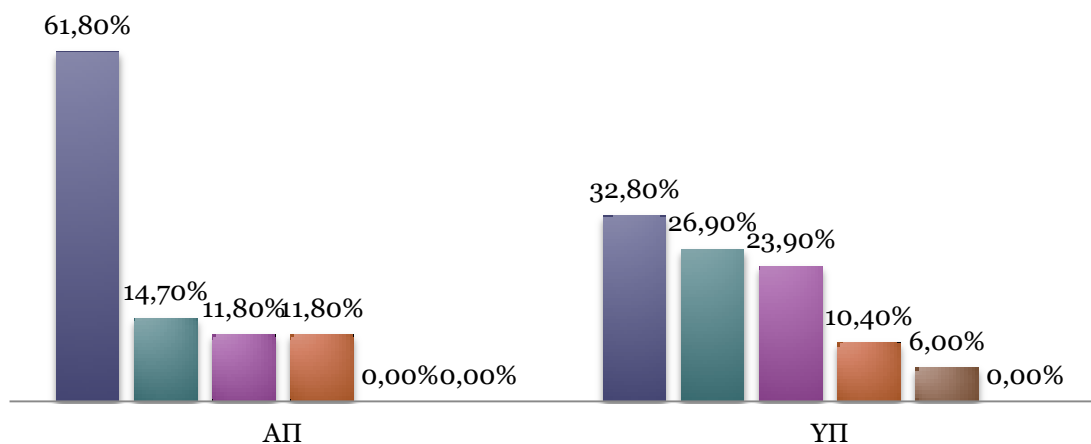
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το βούτυρο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Βούτυρο

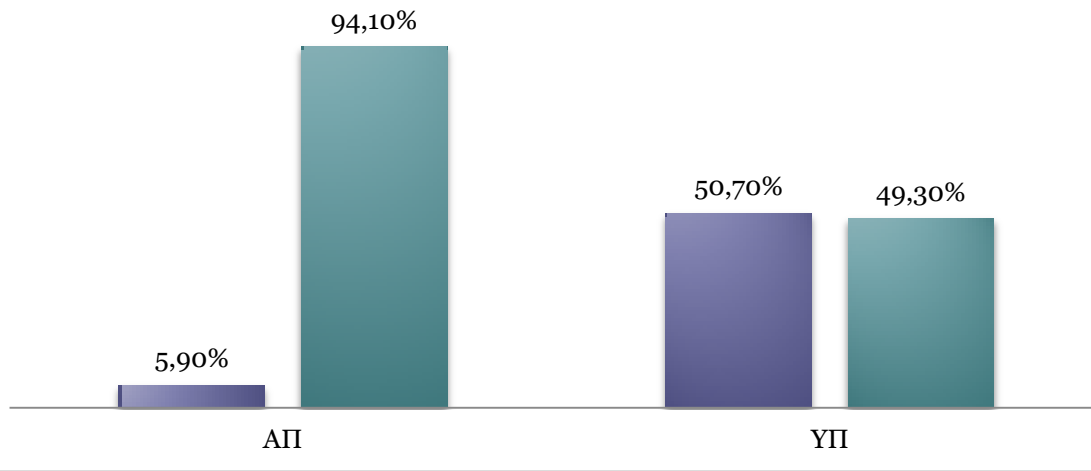
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Όσον αφορά τη λήψη συμπληρωμάτων από τις μητέρες κατά την περίοδο εγκυμοσύνης, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($X^2 > 0.05$). Το 94,1% των μητέρων με ΑΠ παιδιά λαμβάνουν συμπληρώματα διατροφής την περίοδο της εγκυμοσύνης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μητέρων με υγιή παιδιά είναι 49,3 %.

Λαμβάνεις συμπληρώματα διατροφής;

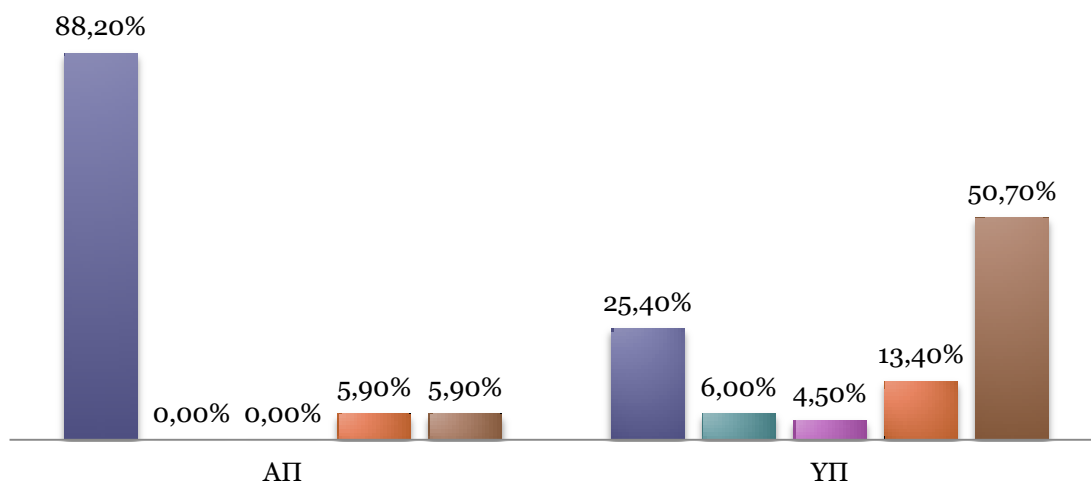
■ ΝΑΙ ■ ΌΧΙ



Όταν οι μητέρες λαμβάνουν συμπληρώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συχνότητα λήψης των συμπληρωμάτων είναι συνήθως καθημερινή.

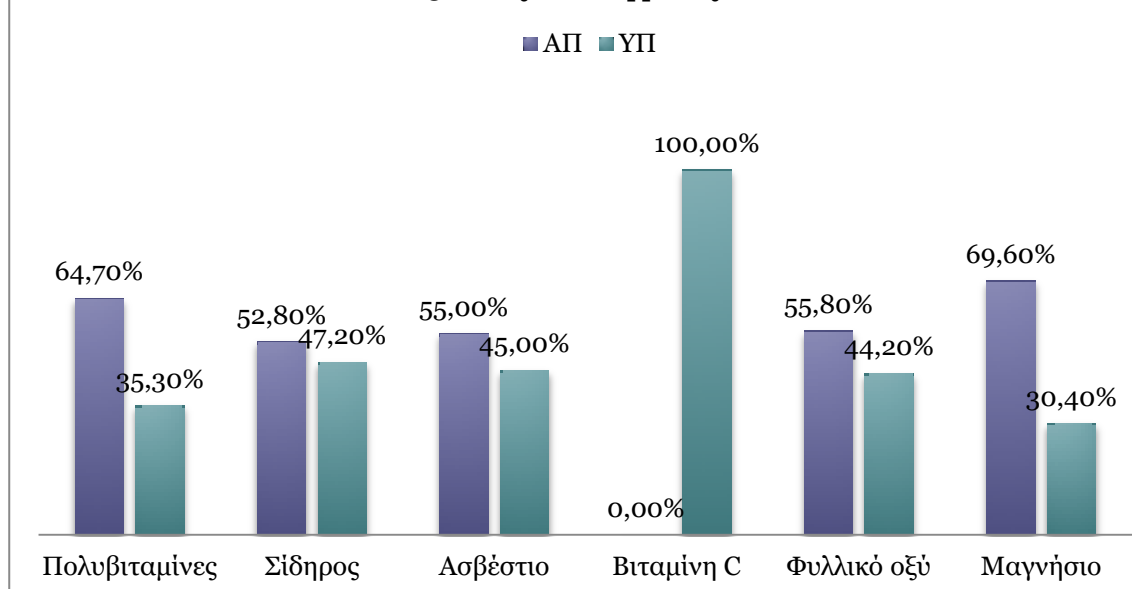
Συχνότητα λήψης συμπληρωμάτων

■ Καθημερινά ■ 2-3 φ/ βδομάδα ■ Μηνιαία ■ Λίγες φορές το χρόνο ■ ποτέ



Τα συμπληρώματα που λαμβάνουν οι δύο ομάδες των μητέρων κατά την εγκυμοσύνη δίνεται στον παρακάτω πίνακα. Κατά μέσο όρο μία μητέρα λαμβάνει περίπου 3 διαφορετικά συμπληρώματα (292,3%/100). Το 81,5% των μητέρων ανέφεραν μεταξύ των συμπληρωμάτων που λαμβάνουν τον Σίδηρο, 66,2% το Φυλλικό Οξύ και το 61,5% το ασβέστιο. Τα παραπάνω συμπληρώματα ήταν τα πιο δημοφιλή και στις δύο ομάδες μητέρων.

Είδος Συμπληρωμάτων



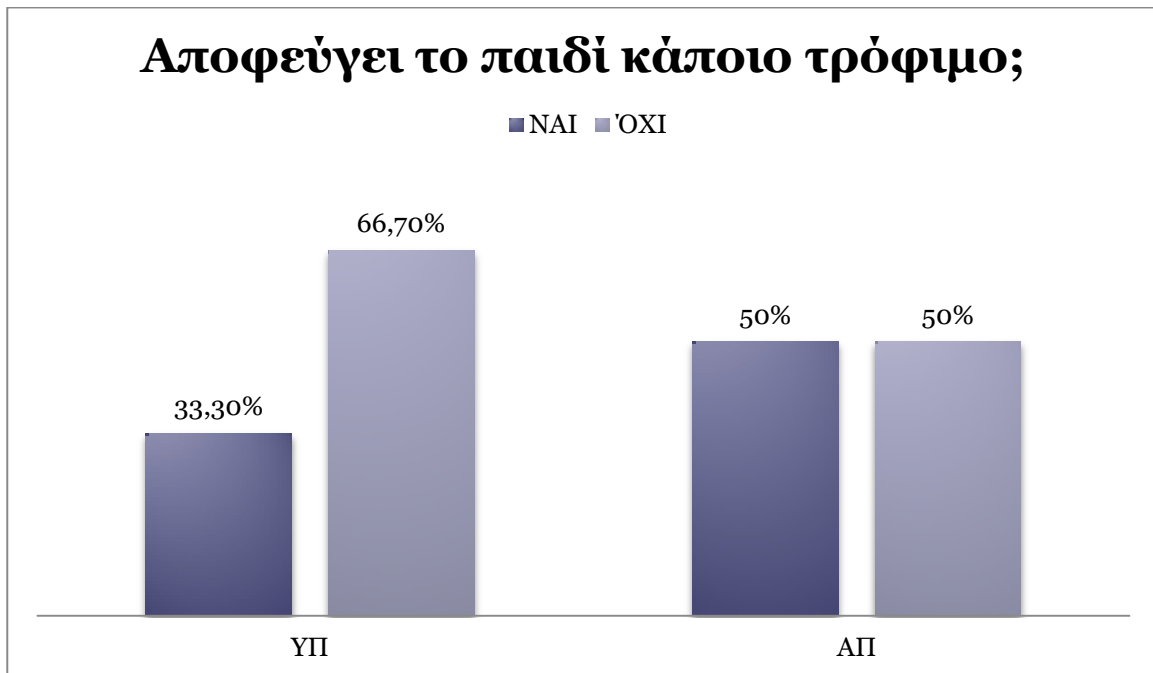
6.4. Διατροφή (FFQ) Diet (FFQ) – Σύγκριση μεταξύ μητέρων σε θηλασμό

Το δείγμα της παρούσας εργασίας κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας κατά τη περίοδο του θηλασμού. Ακολούθησε μία σειρά από ερωτήσεις οι οποίες είχαν επιλογές απάντησης: «ναι», «όχι». Στις απαντήσεις έγινε στατιστικός έλεγχος, στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου εμφανίζονται όλα τα γραφήματα από τις ερωτήσεις που εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (μητέρες με ΥΠ και μητέρες με παιδιά με ΑΠ).

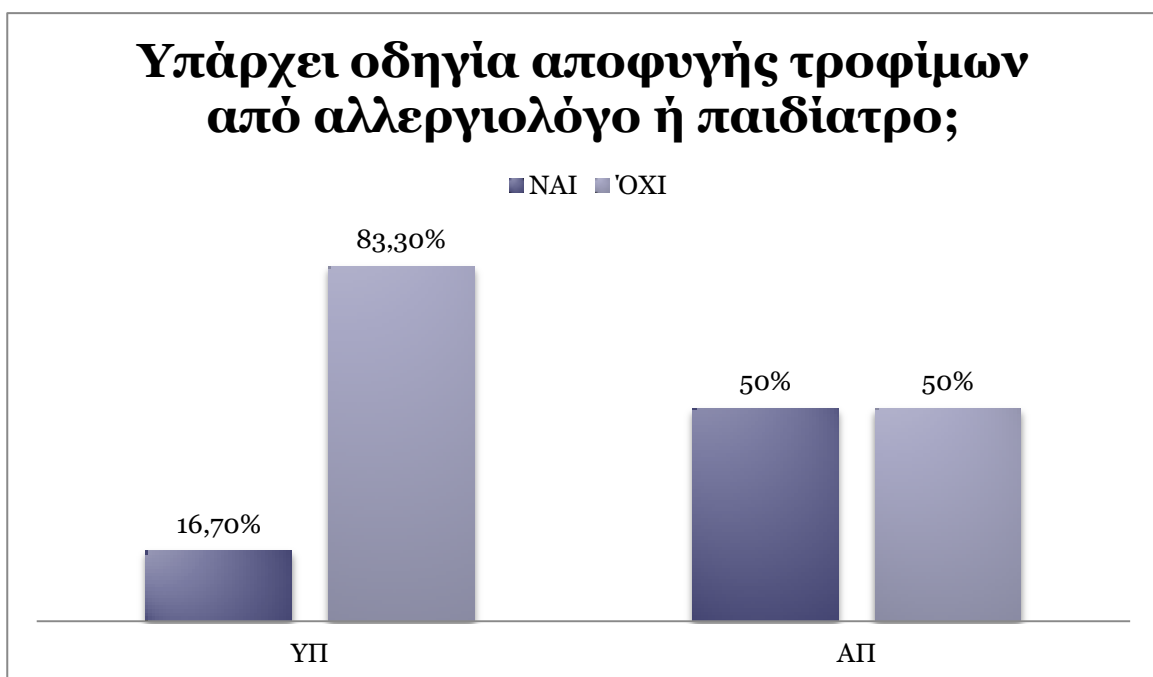
Εισαγωγικές Ερωτήσεις

Στο ερωτηματολόγιο του θηλασμού η πρώτη ερώτηση αφορούσε την ηλικία εισαγωγής στερεών τροφών (σε μήνες) στα παιδιά. Ο μέσος όρος εισαγωγής στα ΥΠ ήταν 5,8333 και στα παιδιά με ΑΠ ήταν 5,2500.

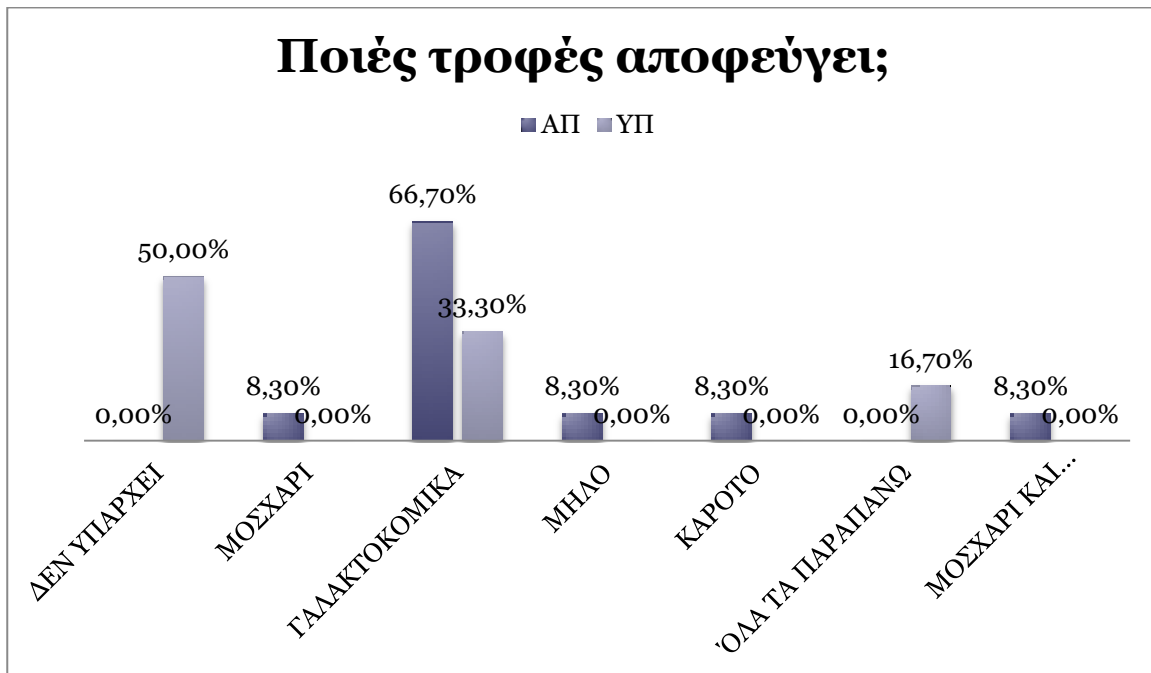
Στην ερώτηση αν «αποφεύγει το παιδί τους κάποιο τρόφιμο», το 66,7% των ΥΠ απάντησαν αρνητικά και το 33,3% θετικά. Στην ομάδα των ΑΠ τα αποτελέσματα ήταν ισόβαθμα, 50% του της ομάδας αποφεύγει τη χρήση κάποιου τροφίμου και 50% όχι.



Στην ερώτηση αν υπάρχει οδηγία αποφυγής τροφίμων από αλλεργιολόγο ή παιδίατρο, το 83,3% των ΥΠ απάντησαν αρνητικά και το 16,7% θετικά. Στην ομάδα των ΑΠ τα αποτελέσματα ήταν ισόβαθμα, 50% του της ομάδας αποφεύγει τη χρήση κάποιου τροφίμου και 50% όχι.



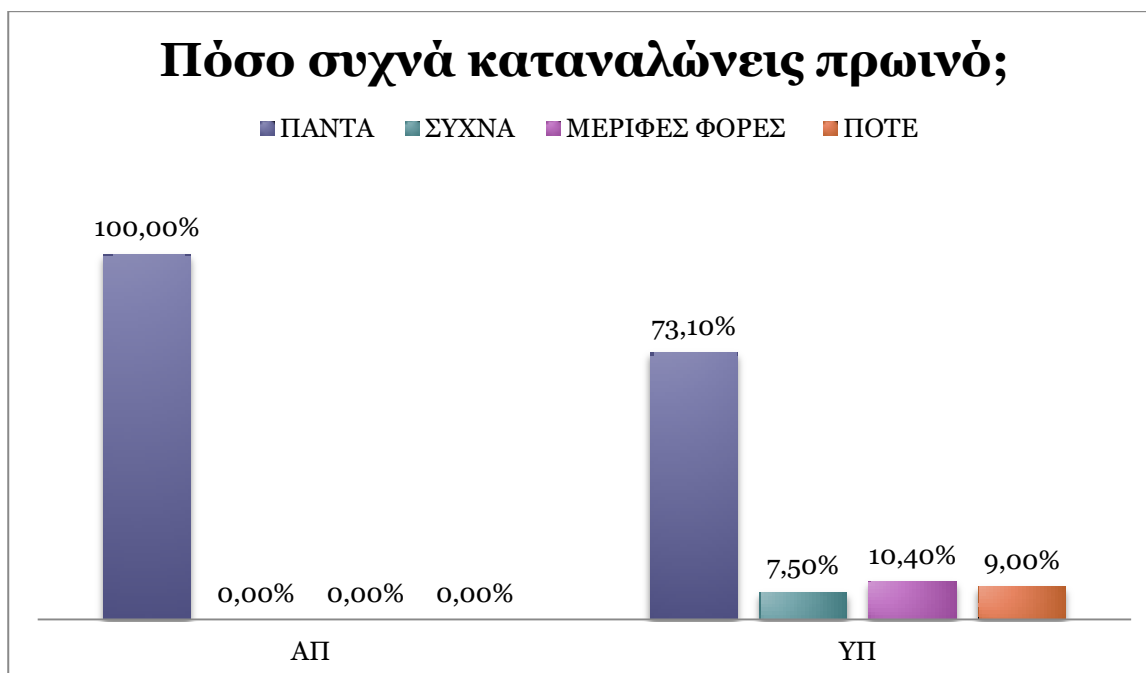
Στην ερώτηση ποιες τροφές αποφεύγει το παιδί σας αυτή τη χρονική στιγμή το 8,3% των ΥΠ και το 50% των ΑΠ απάντησαν ότι δεν υπάρχει κάτι που να αποφεύγει να καταναλώνει το παιδί τους. Σε ποσοστό 8,3% κυμαίνονταν το μοσχάρι, το καρότο, το μήλο και τα γαλακτοκομικά για την ομάδα των ΥΠ. Στην ομάδα των παιδιών με ΑΠ το 33,3% αποφεύγει τα γαλακτοκομικά και το 16,7% όλα τα παρακάτω τρόφιμα.



Διατροφικές Συνήθειες μητέρων

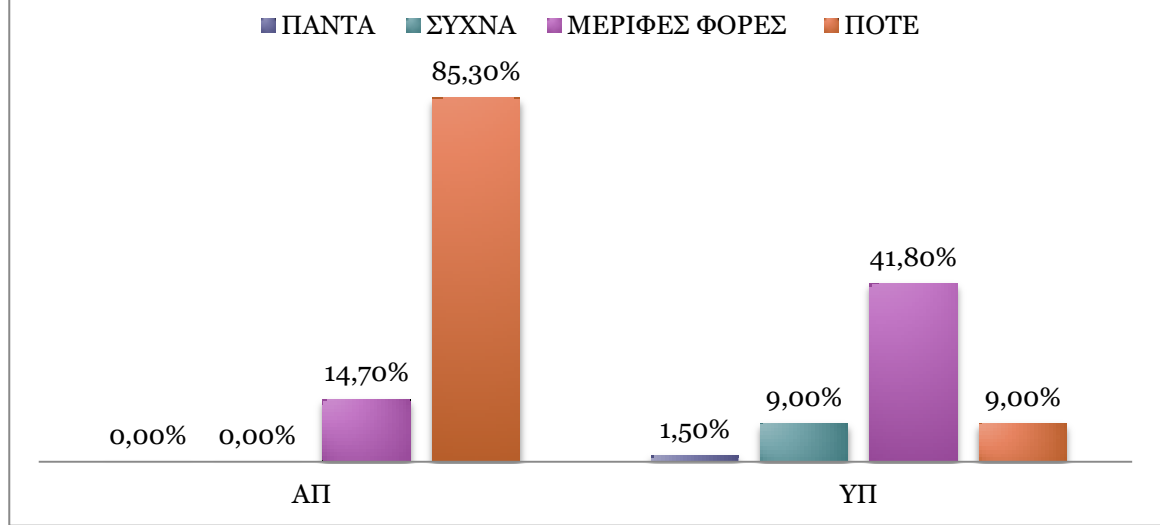
Στη συνέχεια ακολουθούν ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες των μητέρων κατά το θηλασμό και είχαν επιλογές απάντησης: «πάντα», «συχνά», «μερικές φορές» και «ποτέ». Στις απαντήσεις έγινε στατιστικός έλεγχος, στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου εμφανίζονται όλα τα γραφήματα από τις ερωτήσεις που εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (μητέρες με ΥΠ και μητέρες με παιδιά με ΑΠ).

Στην ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνεις πρωινό;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν πρωινό σε μικρότερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.



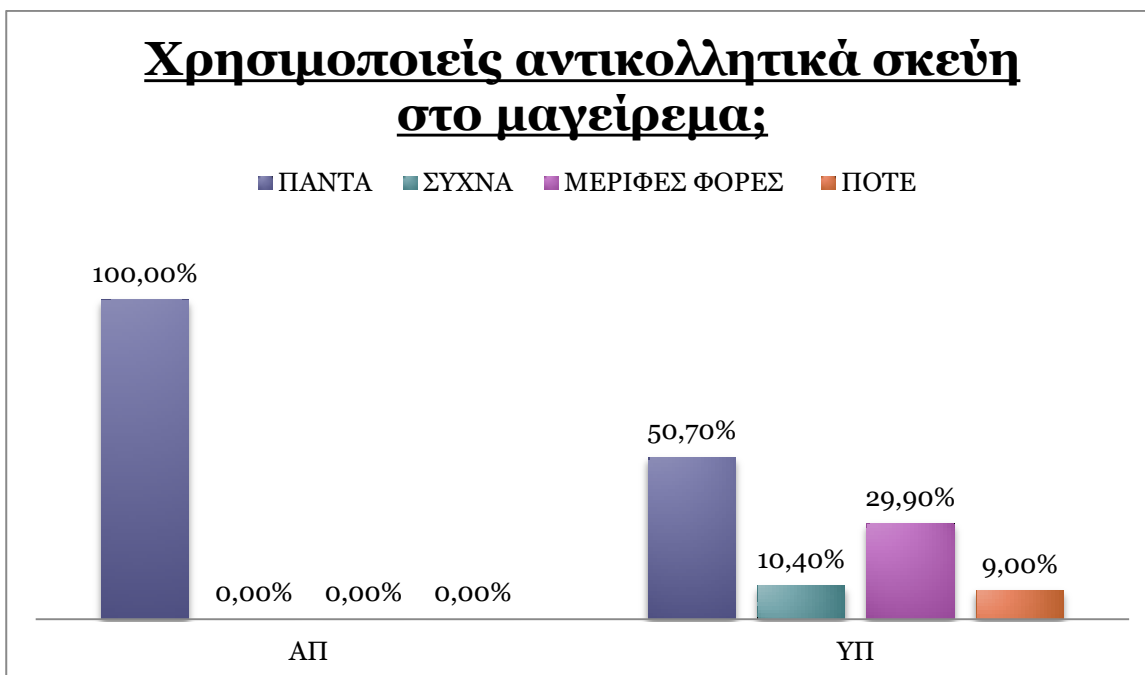
Στην ερώτηση «Τρώς από το ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος σε μεγαλύτερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.

Τρώς από το ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέατος;



Στην ερώτηση «Χρησιμοποιείς αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να Χρησιμοποιούν αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα σε μικρότερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

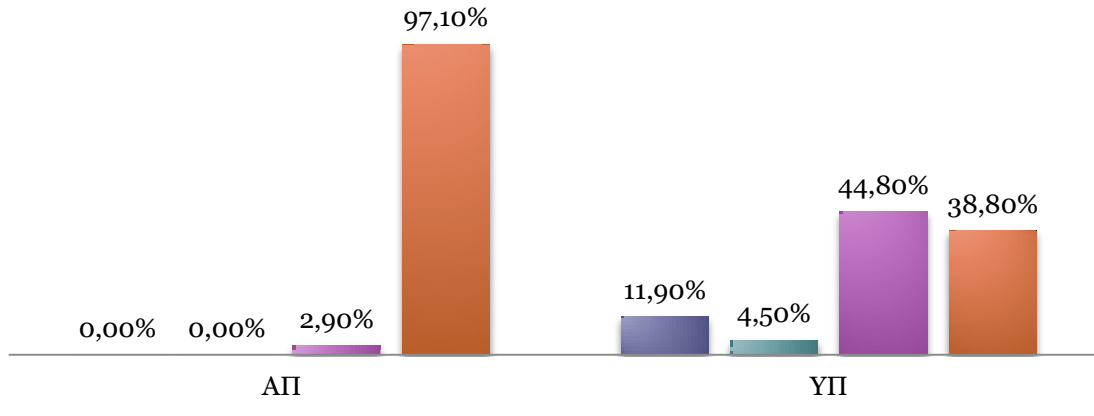
Χρησιμοποιείς αντικολλητικά σκεύη στο μαγείρεμα;



Στην ερώτηση «Χρησιμοποιείς αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να χρησιμοποιούν αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα σε μεγαλύτερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Χρησιμοποιείτε αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα;

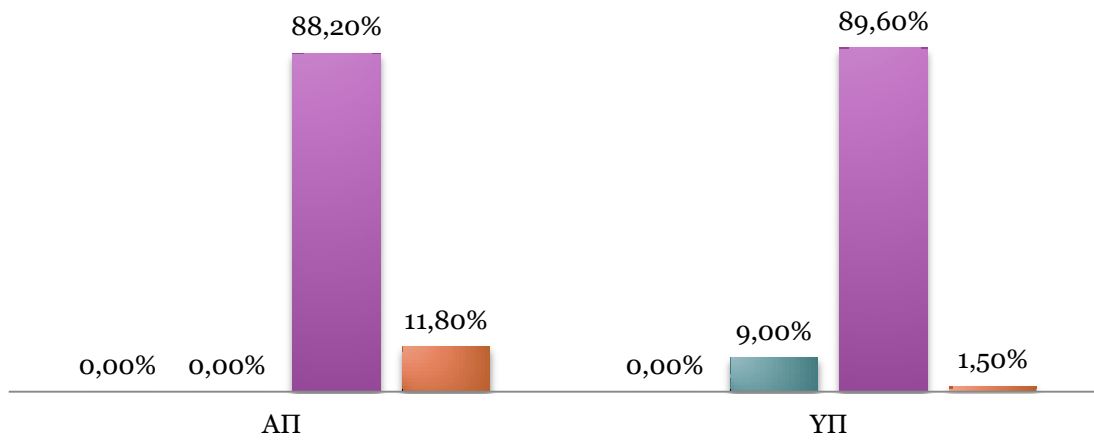
■ ΠΑΝΤΑ ■ ΣΥΧΝΑ ■ ΜΕΡΙΦΕΣ ΦΟΡΕΣ ■ ΠΟΤΕ



Στην ερώτηση «Πόσο συχνά παραγγέλνεις από έξω ή τρως εκτός σπιτιού;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να παραγγέλνουν από έξω ή τρώνε εκτός σπιτιού σε μεγαλύτερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.

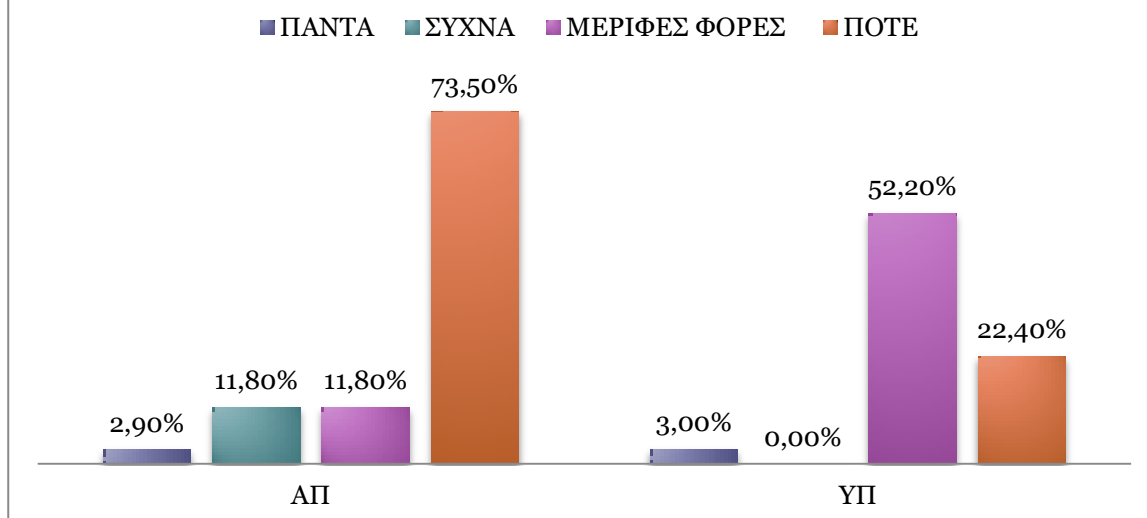
Πόσο συχνά παραγγέλνεις από έξω ή τρως εκτός σπιτιού;

■ ΠΑΝΤΑ ■ ΣΥΧΝΑ ■ ΜΕΡΙΦΕΣ ΦΟΡΕΣ ■ ΠΟΤΕ



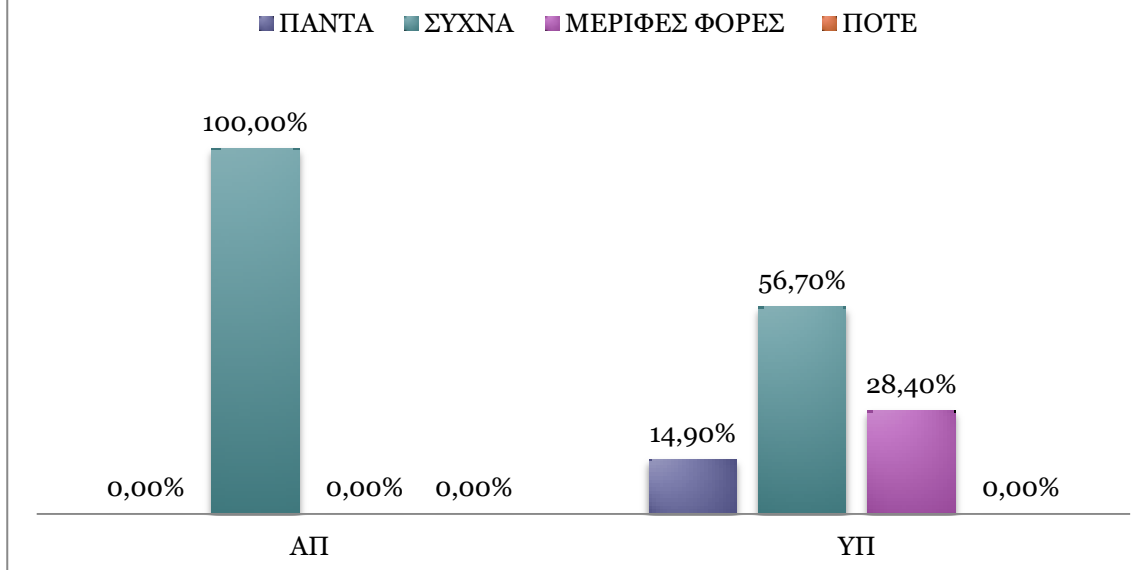
Στην ερώτηση «Καταναλώνεις βιολογικά προϊόντα ή προϊόντα σόγιας;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.

Καταναλώνεις βιολογικά προϊόντα η προϊόντα σόγιας;

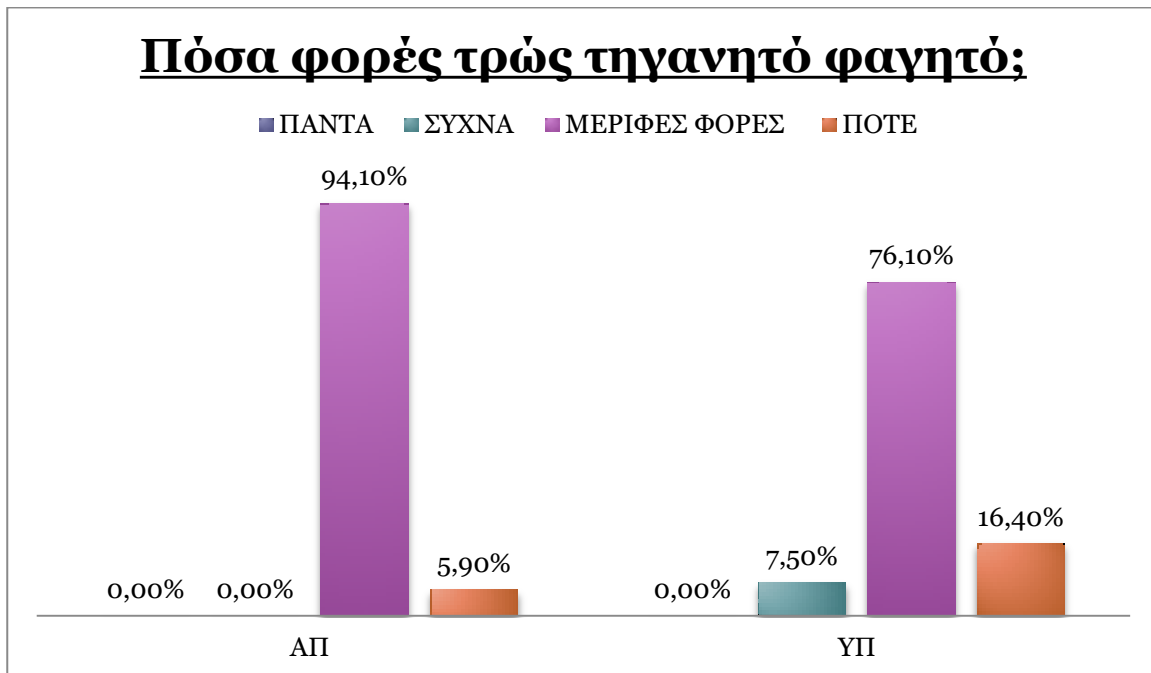


Στην ερώτηση «Πόσα φορές τρώς ψητό φαγητό;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μικρότερη συχνότητα. Ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.

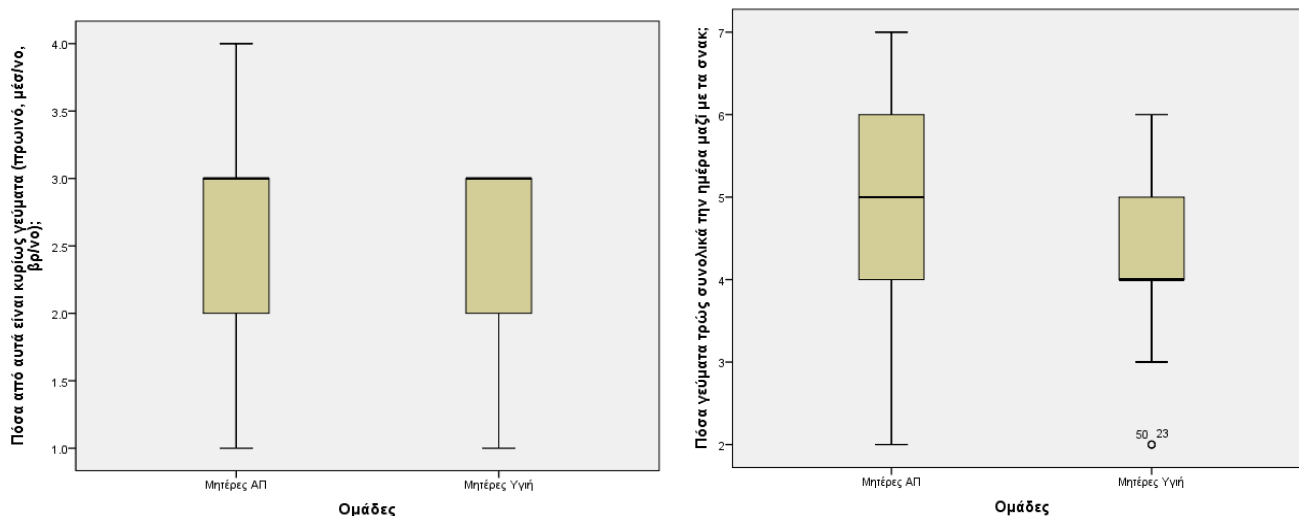
Πόσα φορές τρώς ψητό φαγητό;



Στην ερώτηση «Πόσα φορές τρώς τηγανητό φαγητό;» υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να τα καταναλώνουν σε μικρότερη συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα με την περίοδο εγκυμοσύνης.



Υπάρχει στατιστικώς σημαντικά διαφορά μεταξύ των ομάδων (t-test, $p < 0.05$) στο ερώτημα «πόσα γεύματα τρώς συνολικά την ημέρα μαζί με τα σνακ; Πόσα από αυτά είναι κυρίως γεύματα (πρωινό, μέσ/νο, βρ/νο); «Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά κατά μέσο όρο καταναλώνουν περισσότερα γεύματα την ημέρα (4,88 έναντι 4,24). Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στο ερώτημα πόσα είναι τα κυρίως γεύματα.

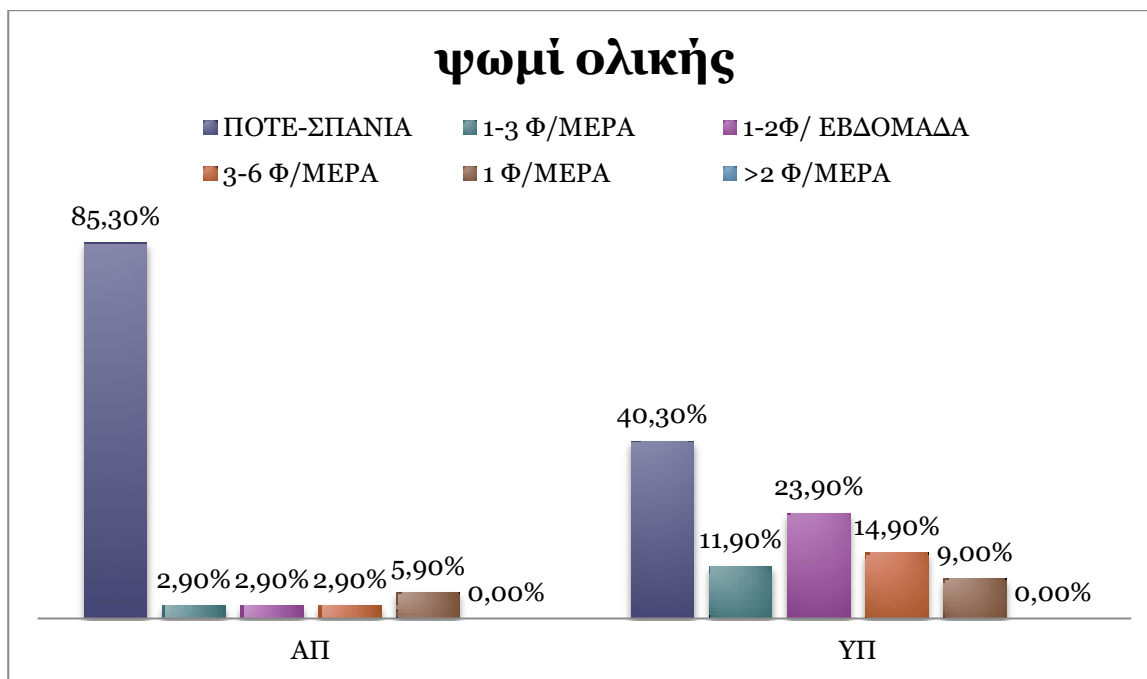


Σύγκριση FFQ διατροφής μεταξύ μητέρων σε θηλασμό- Αναλυτικά

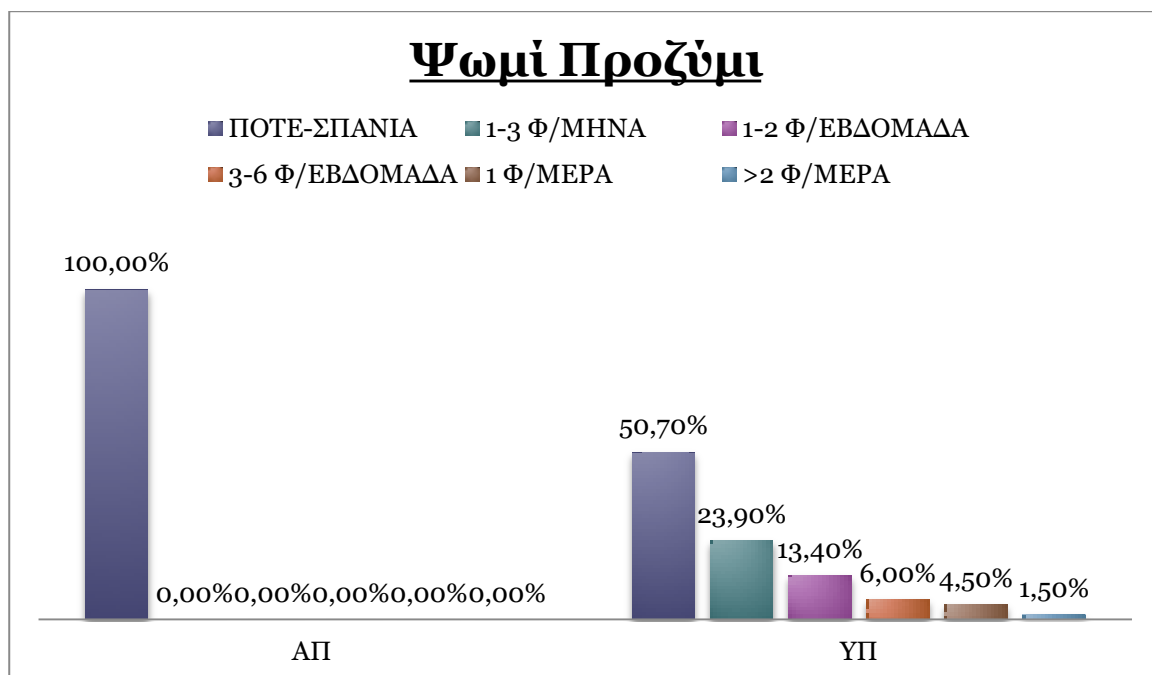
Στη συνέχεια το δείγμα κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων κατά τη περίοδο του θηλασμού. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τις ομάδες τροφίμων είναι επιλογές απάντησης: «ποτέ/ σπάνια», «1-3 φορές / μήνα», «1-2 φορές/ βδομάδα», «3-6 φορές / βδομάδα», «1 φορά την ημέρα» και « >2 φορές την ημέρα». Σε ότι αφορά τα συμπληρώματα διατροφής οι επιλογές ήταν οι εξής: «καθημερινά», «2-3 φορές/ εβδομάδα», «εβδομαδιαία», «μηνιαία», «λίγες φορές το χρόνο» και «δεν λαμβάνω». Στις απαντήσεις έγινε στατιστικός έλεγχος, στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου εμφανίζονται όλα τα γραφήματα από τις ερωτήσεις που εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (μητέρες με ΥΠ και μητέρες με παιδιά με ΑΠ).

Η πρώτη κατηγορία τροφίμων που αναλύεται είναι αυτή των αμυλούχων τροφίμων. Στην ερώτηση για το λευκό ψωμί δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

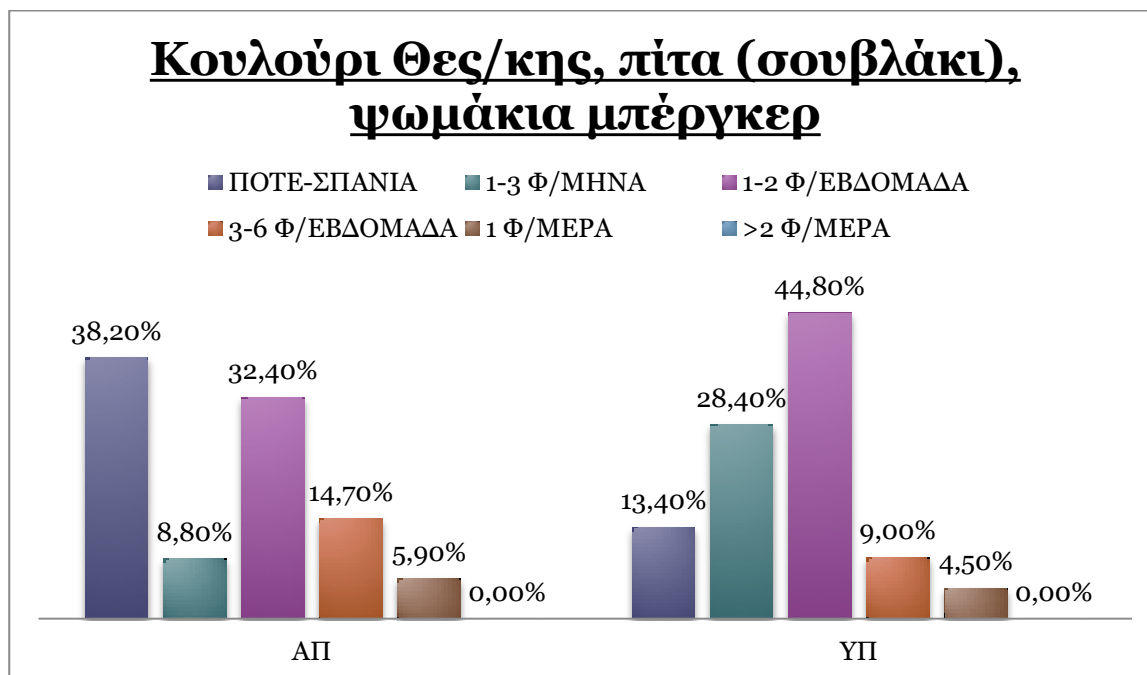
Στην ερώτηση για το ψωμί ολικής υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Στις μητέρες με υγιή παιδιά υπάρχει ένα ποσοστό > 42% να καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα ψωμί ολικής (>1-3 φορές/μήνα), ενώ η πλειονότητα των μητέρων (85,3%) με παιδιά ΑΠ Ποτέ ή Σπάνια. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στις μητέρες με υγιή παιδιά υπάρχει ένα ποσοστό > 49% με τάση να καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα ψωμί με προζύμι (>1-3 φορές/μήνα), ενώ όλες οι μητέρες με παιδιά ΑΠ Ποτέ ή Σπάνια. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στην ερώτηση για το Κουλούρι Θεσ/κης, πίτα (σουβλάκι), ψωμάκια μπέργκερ φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Στις μητέρες με υγιή παιδιά η συχνότητα κατανάλωσης είναι μεγαλύτερη σε σχέση με αυτά των μητέρων με ΥΠ. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τα κριτσίνια (2 τμχ), παξιμάδια (1 μέτριο), κουλούρια (2 τμχ). Η πλειονότητα των μητέρων και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει κριτσίνια/παξιμάδια/κτλ σε συχνότητα $\leq 1-2$ /εβδομάδα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τα μπισκότα. Η πλειονότητα των μητέρων (>50%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει μπισκότα σε συχνότητα $\leq 1-3$ φορές /μήνα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

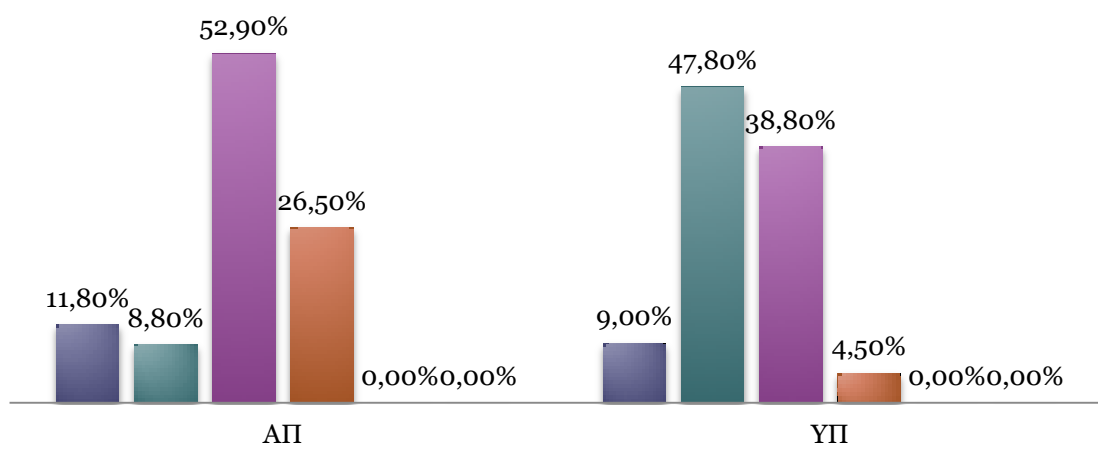
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για το πλιγούρι. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει πλιγούρι σε συχνότητα «Ποτέ- Σπάνια». Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τα Δημητριακά πρωινού - μπάρες δημητριακών. Η πλειονότητα των μητέρων (>60%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει πλιγούρι σε συχνότητα <1-2-φορές την εβδομάδα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για το ρύζι λευκό φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπάρχει η τάση οι μητέρες με παιδιά ΑΠ να καταναλώνουν λευκό ρύζι με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τις μητέρες των υγιών παιδιών. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Ρύζι λευκό

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



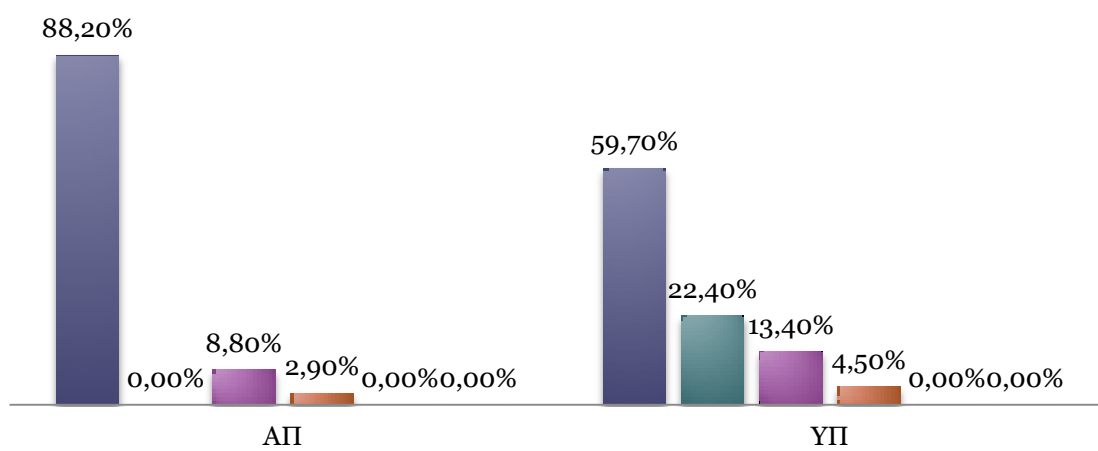
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για το καστανό ρύζι. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει ρύζι καστανό σε συχνότητα πότε-σπάνια. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για τα μακαρόνια, κριθαράκι, χυλοπίτες, άλλα ζυμαρικά δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων (>70%) και των δύο ομάδων τείνει να καταναλώνει ρύζι καστανό σε συχνότητα > 1-2 φορές την εβδομάδα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για τα ζυμαρικά ολικής αλέσεως φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπάρχει η τάση οι μητέρες των υγιών παιδιών να καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ζυμαρικά ολικής. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Ζυμαρικά ολικής αλέσεως

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

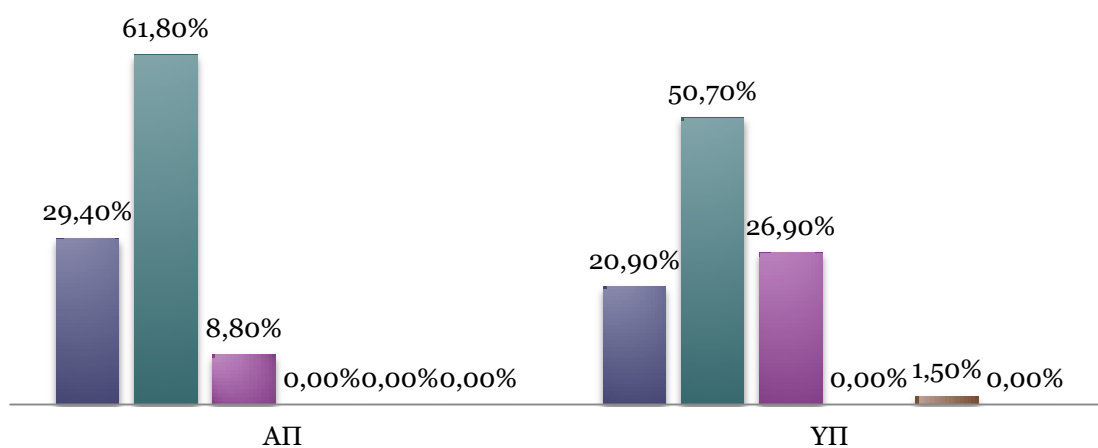


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τις Πατάτες βραστές ,Φούρνου, πουρές. Η πλειονότητα των μητέρων (>60%) καταναλώνουν πατάτες βραστές κτλ σε συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

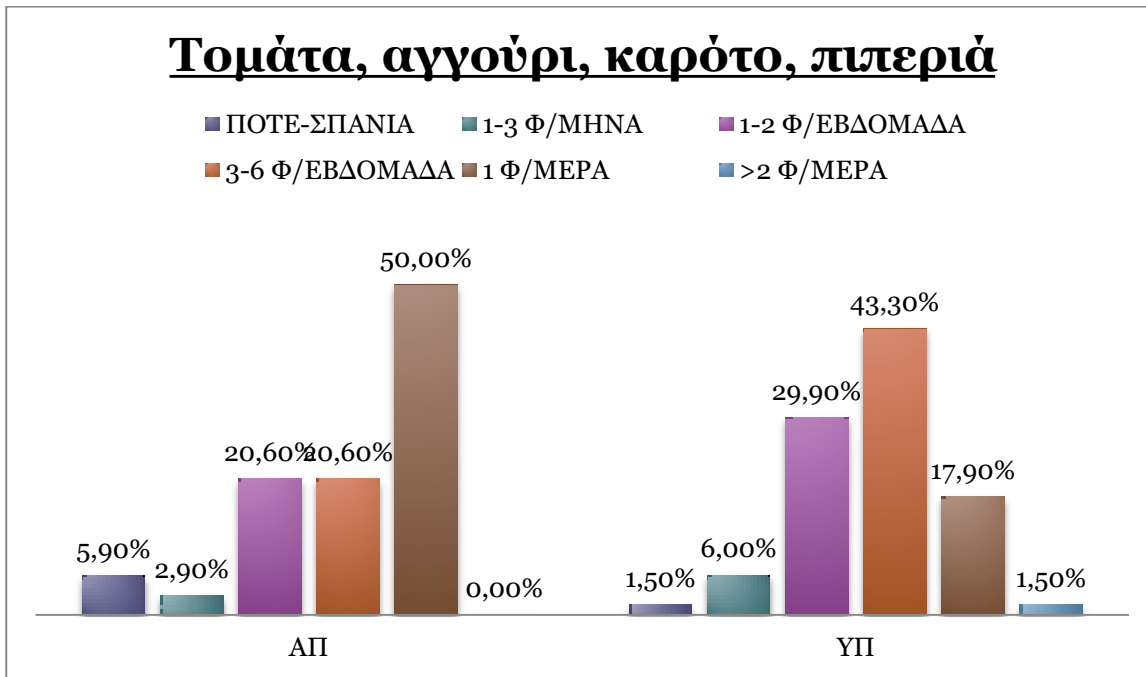
Φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τις πατάτες τηγανιτές. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν τηγανητές πατάτες με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Πατάτες τηγανιτές

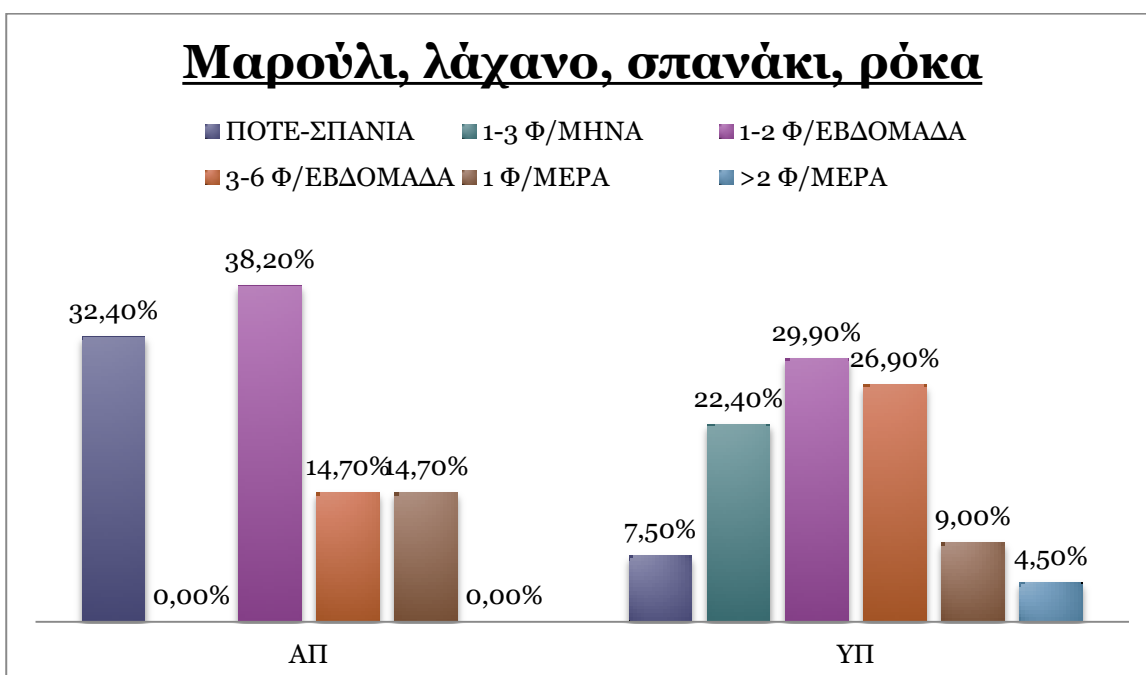
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Ακολουθεί η κατηγορία των Φρέσκων Λαχανικών (ωμές/βραστές σαλάτες). Στην ερώτηση για τη τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

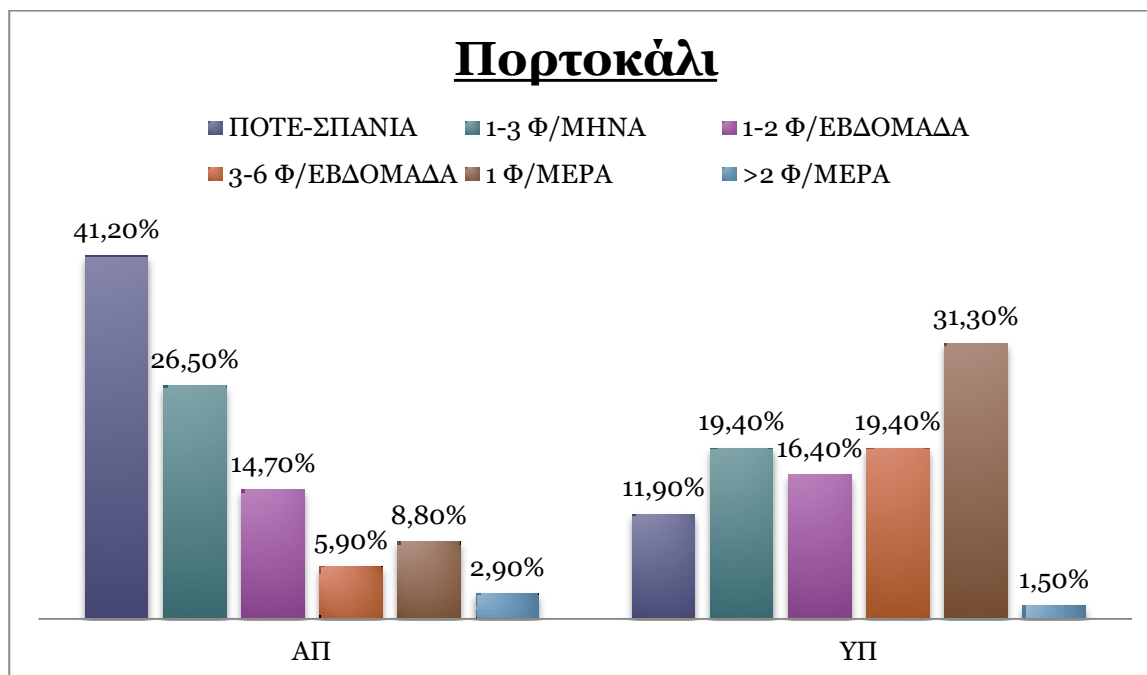


Στην ερώτηση για το μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

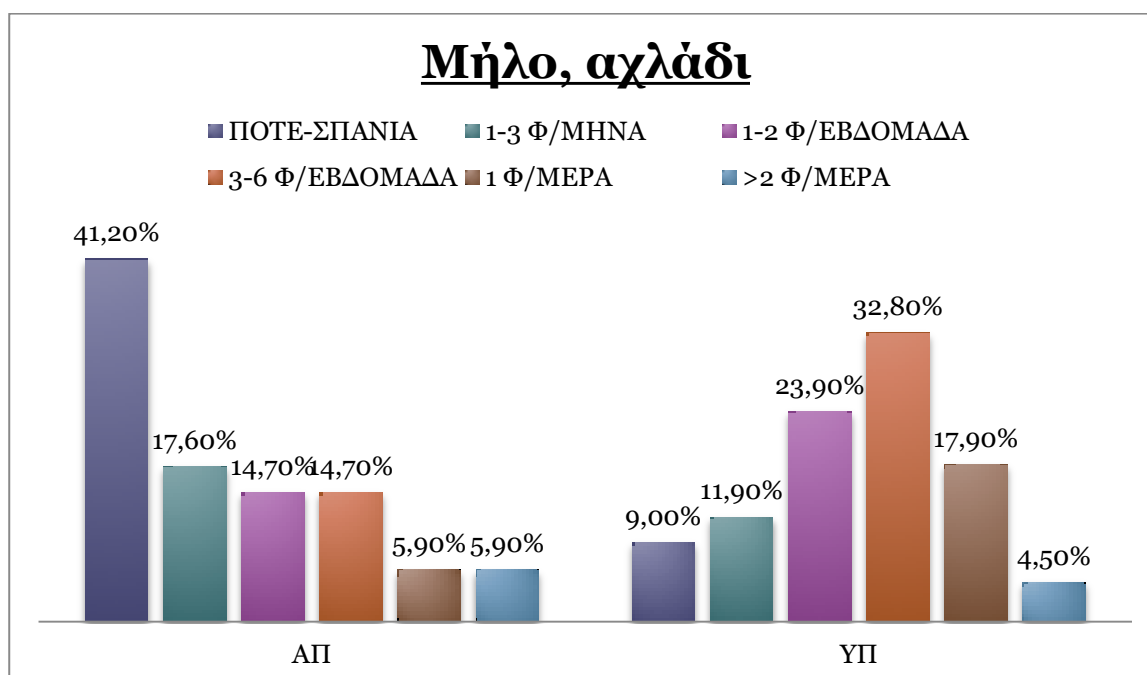


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων για τις ερωτήσεις που αφορούσαν το μπρόκολο, κουνουπίδι, κολοκυθάκια, Χόρτα, πράσο, σπανάκι, σέλινο, Τουρσί ή ξινολάχανο. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης

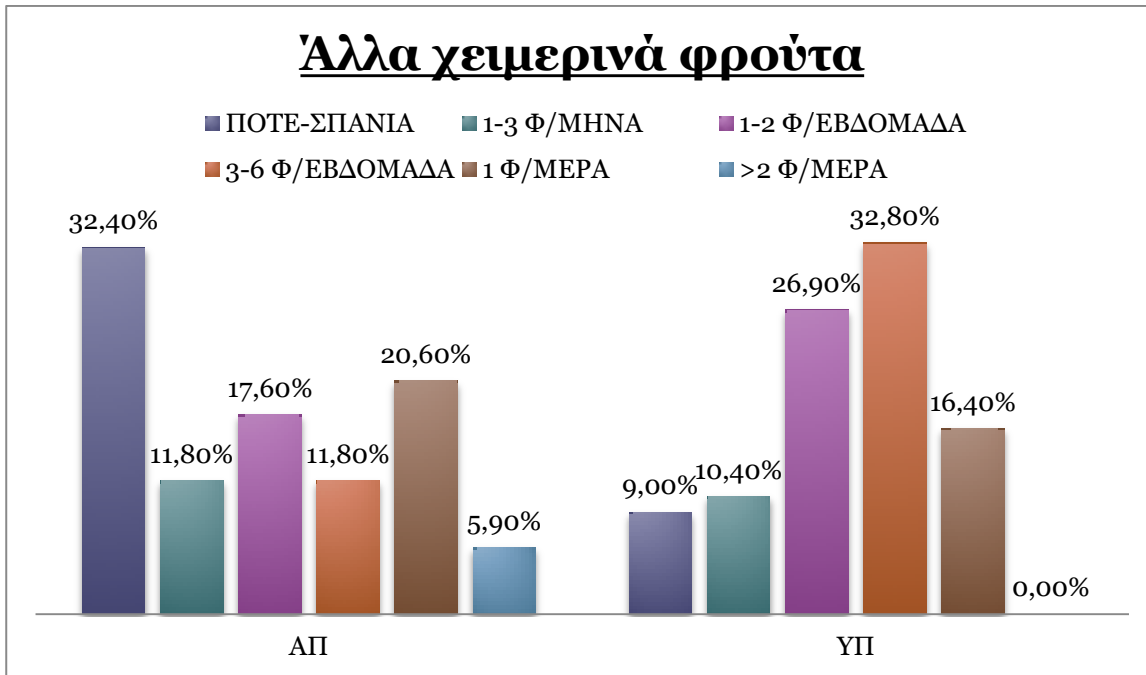
Ακολουθεί η κατηγορία φρέσκων Φρούτων. Στην ερώτηση για το πορτοκάλι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν πορτοκάλι με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



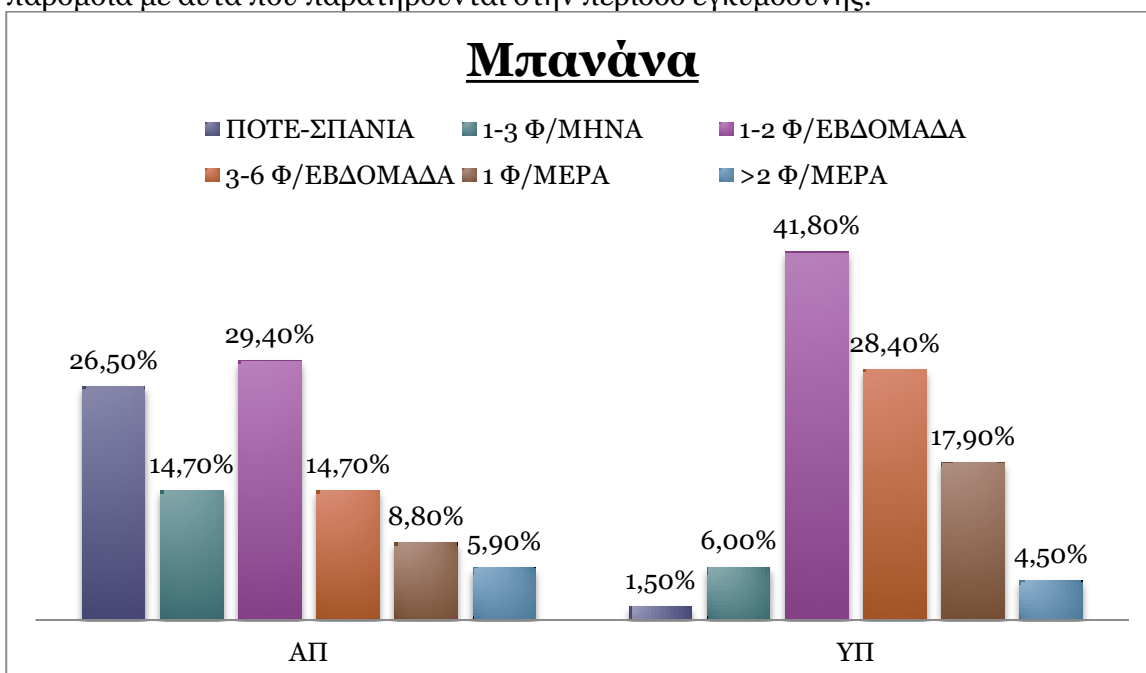
Στην ερώτηση για το μήλο, αχλάδι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν μήλο/αχλάδι με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



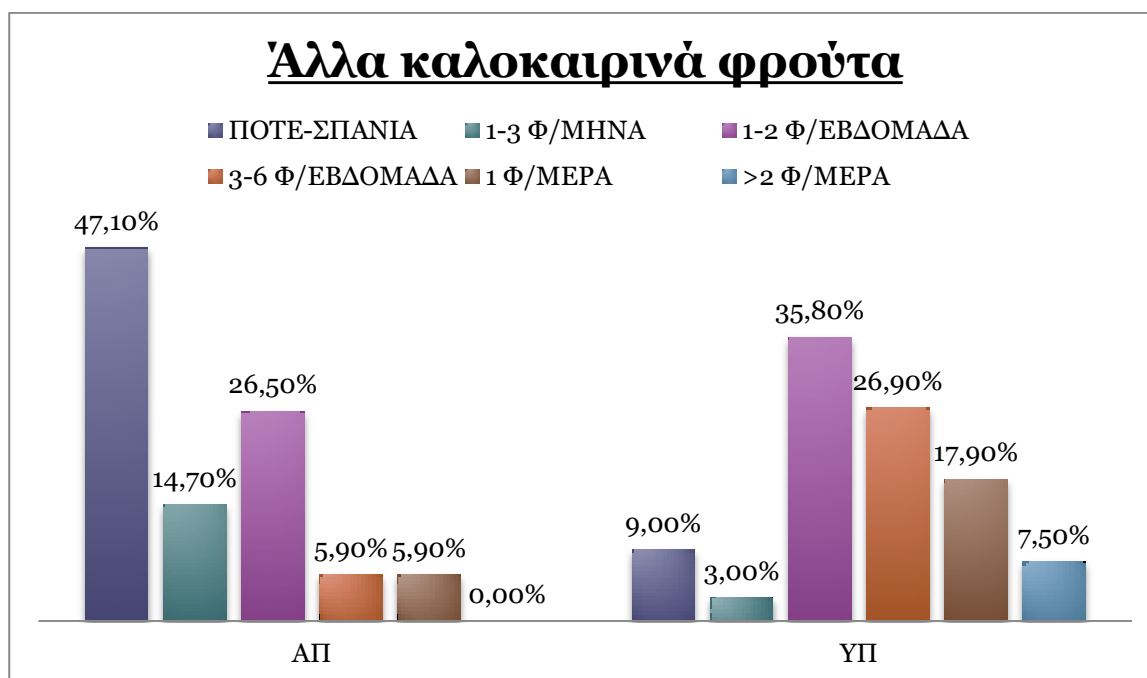
Στην ερώτηση για άλλα χειμερινά φρούτα υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν χειμερινά φρούτα με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης για τις μητέρες με υγιή παιδιά. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά αυξάνουν την συχνότητα κατανάλωσης χειμερινών φρούτων σε σχέση με την περίοδο της εγκυμοσύνης.



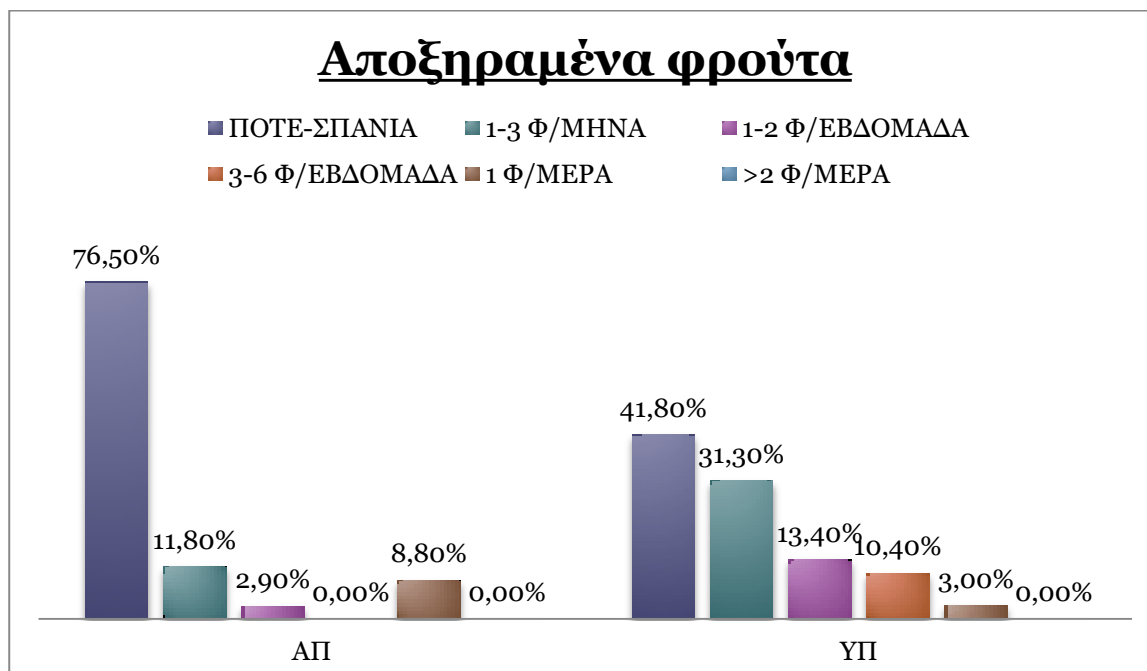
Στην ερώτηση για τη μπανάνα υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν μπανάνα με μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στην ερώτηση για άλλα καλοκαιρινά φρούτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Υπάρχει η τάση κατά την περίοδο του θηλασμού να μειώνεται η συχνότητα κατανάλωσης των άλλων καλοκαιρινών φρούτων και στις δύο ομάδες.

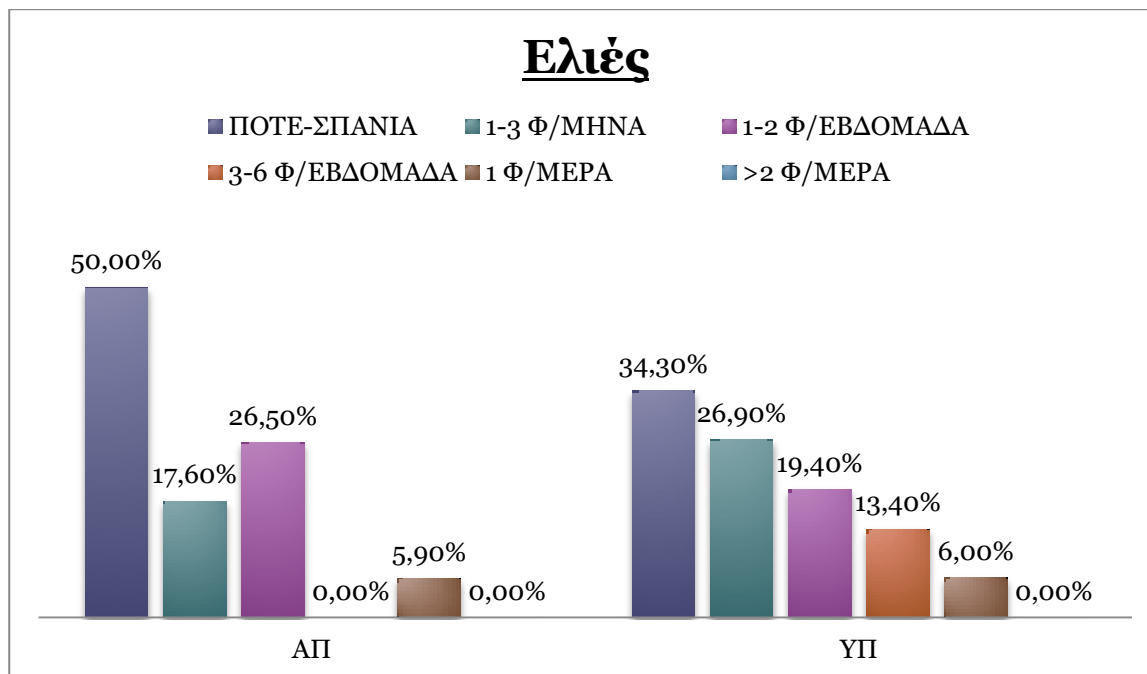


Στην ερώτηση για τα αποξηραμένα φρούτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

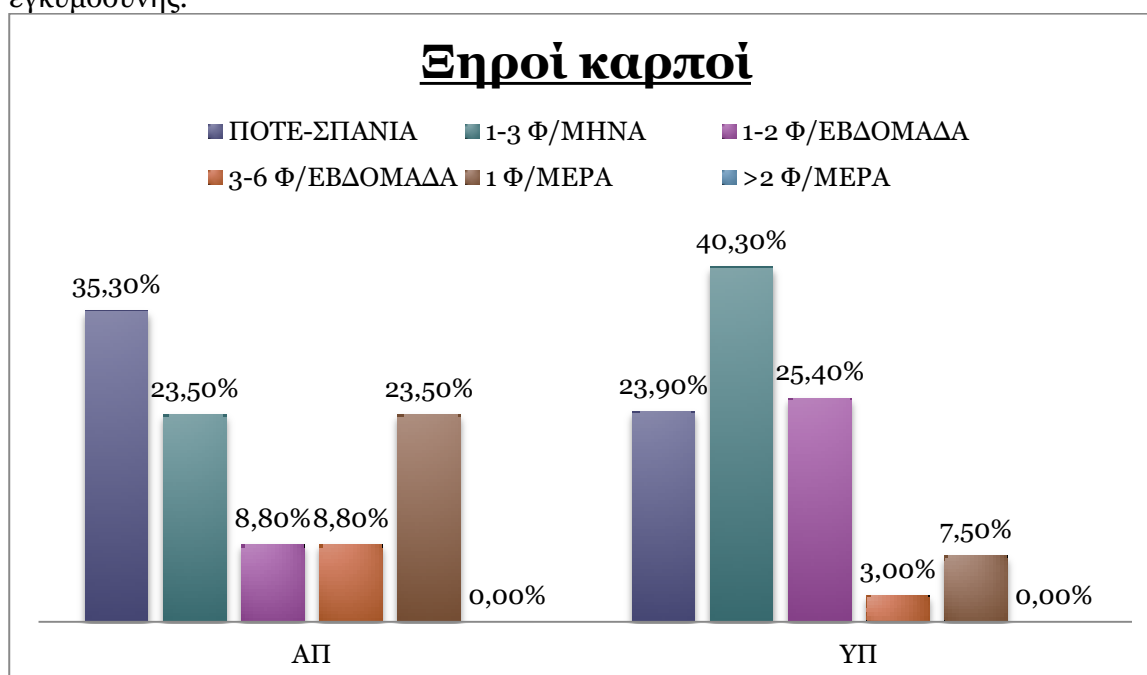


Στη συνέχεια ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν την κατηγορία όσπρια, καρποί. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τα όσπρια. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης για τις ΑΠ μητέρες. Οι μητέρες των υγιών τείνουν να μειώνουν την συχνότητα κατανάλωσης οσπρίων την περίοδο του θηλασμού.

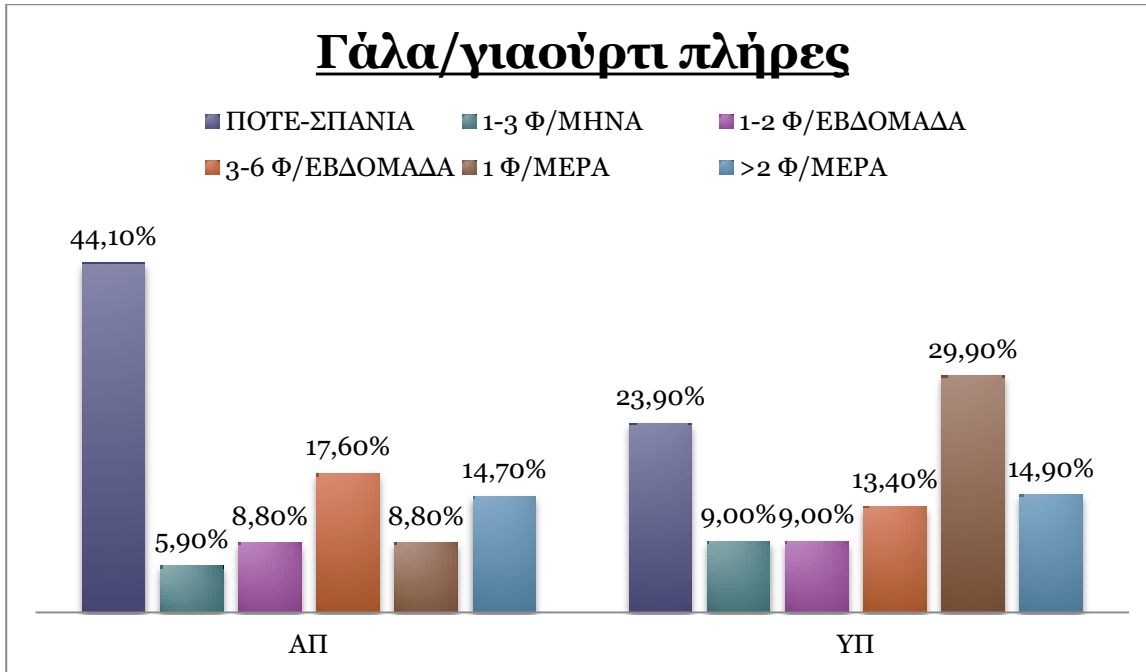
Στην ερώτηση για τις ελιές φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ελιές σε μικρότερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση για τους ξηρούς καρπούς. Η πλειονότητα των μητέρων με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν ξηρούς καρπούς με μικρότερη συχνότητα. Εξάιρεση αποτελεί ένα ποσοστό της τάξης του 23,5% που καταναλώνει ξηρούς καρπούς καθημερινά. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Ακολουθεί η κατηγορία με τα Γαλακτοκομικά Προϊόντα. Στην ερώτηση για το γάλα/γιαούρτι πλήρες φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι μητέρες με υγιή παιδιά τείνουν να καταναλώνουν γάλα/γιαούρτι σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

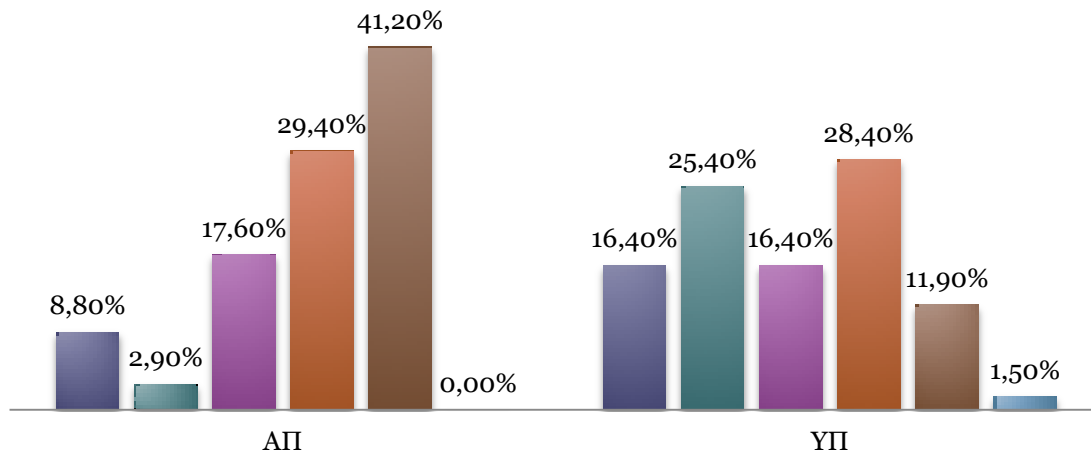


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων Γιαούρτι παραδοσιακό με πέτσα, Γάλα ή Γιαούρτι με προβιοτικά και το Γάλα/γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για το τυρί κίτρινο, τυρί σε κρέμα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειονότητα των μητέρων με ΑΠ παιδιά τείνουν να καταναλώνουν τυρί κτλ σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Τυρί κίτρινο, τυρί σε κρέμα

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



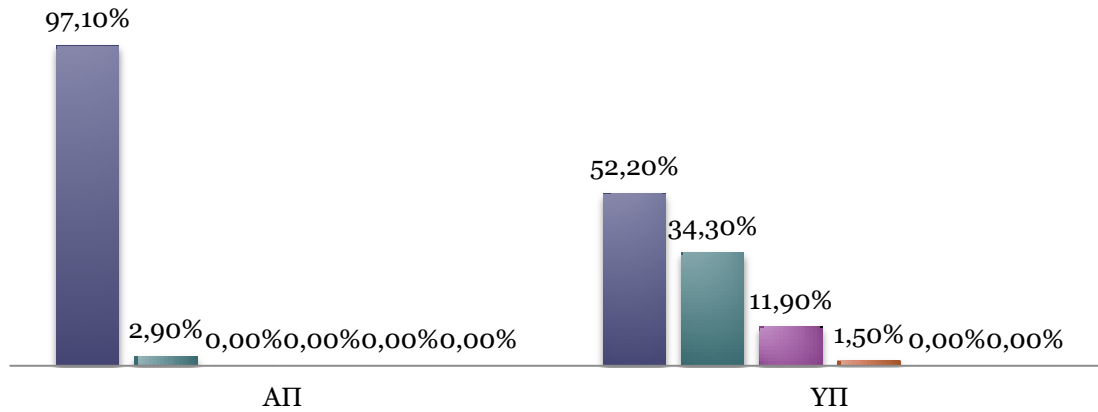
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν Τυρί φέτα, χαλούμι, ανάρη, Τυρί άλαχο ή χαμηλό σε λιπαρά, κεφίρ. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Έπονται τα Τρόφιμα Υψηλής Περιεκτικότητας Πρωτεϊνών Υψηλής Βιολογικής Αξίας. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν Αυγό (βραστό, τηγανιτό, ομελέτα), Μοσχάρι (μπριζόλα, κομμάτι), Μπιφτέκι, κεμπάπ, κεφτεδάκια, κιμάς, Κοτόπουλο/γαλοπούλα, Χοιρινό (μπριζόλα, κομμάτι). Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για τη Σούβλα κοτόπουλο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν Κοτόπουλο σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Σούβλα κοτόπουλο

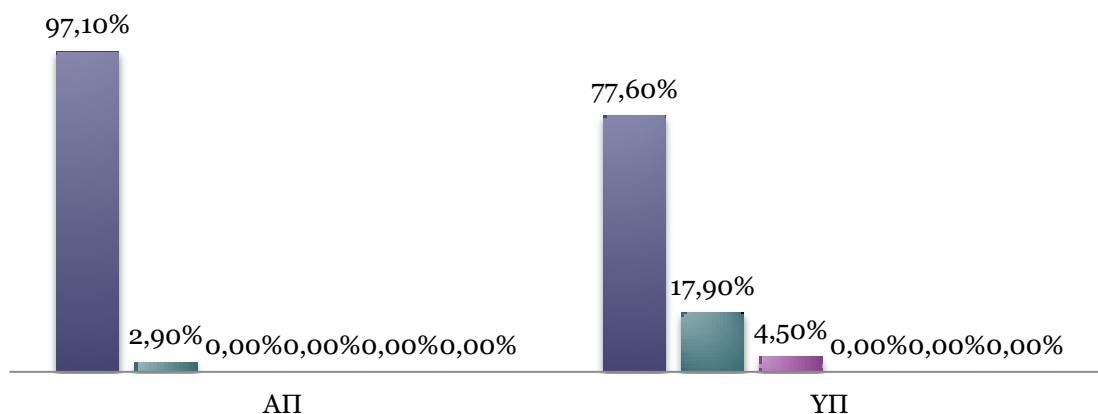
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη Σούβλα χοιρινό φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν χοιρινό σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Σούβλα χοιρινό

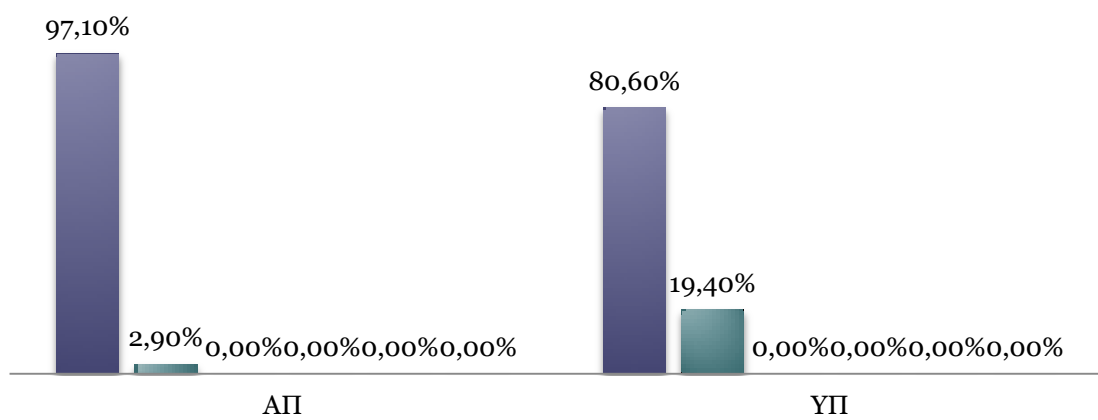
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη Σούβλα αρνί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($X^2 < 0.05$). Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να καταναλώνουν αρνί σούβλας σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Σούβλα αρνί

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

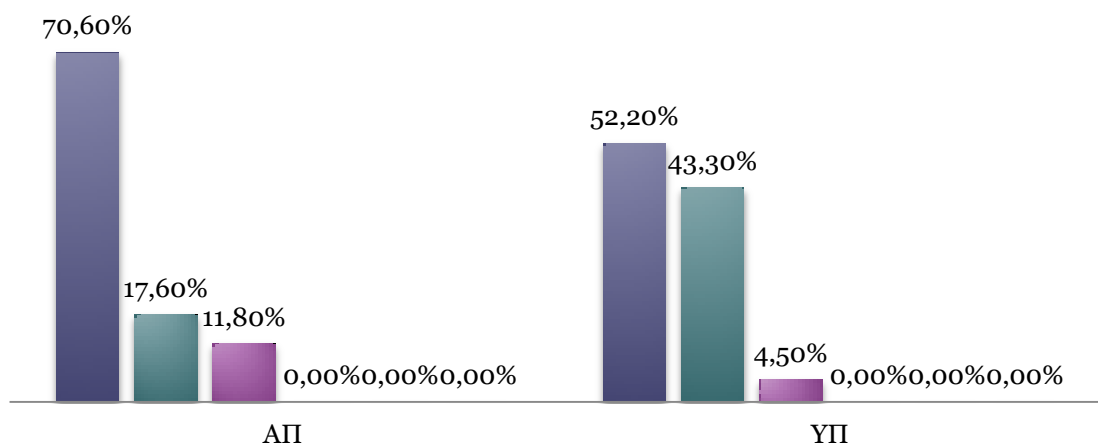


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν Κοτόπουλα σουβλάκι, Χοιρινό σουβλάκι, Σεφταλιά (1 πίτα), Μιξ σουβλάκι/σεφταλιά (1 πίτα). Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

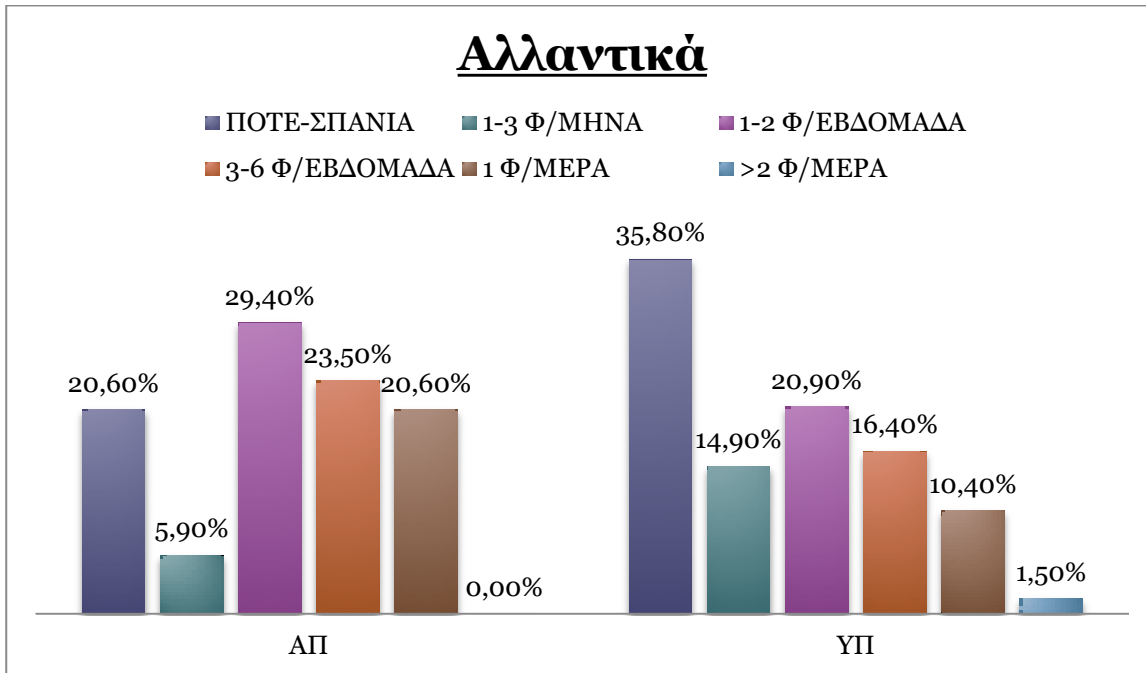
Στην ερώτηση για το Αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παιδάκια φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παιδάκια

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

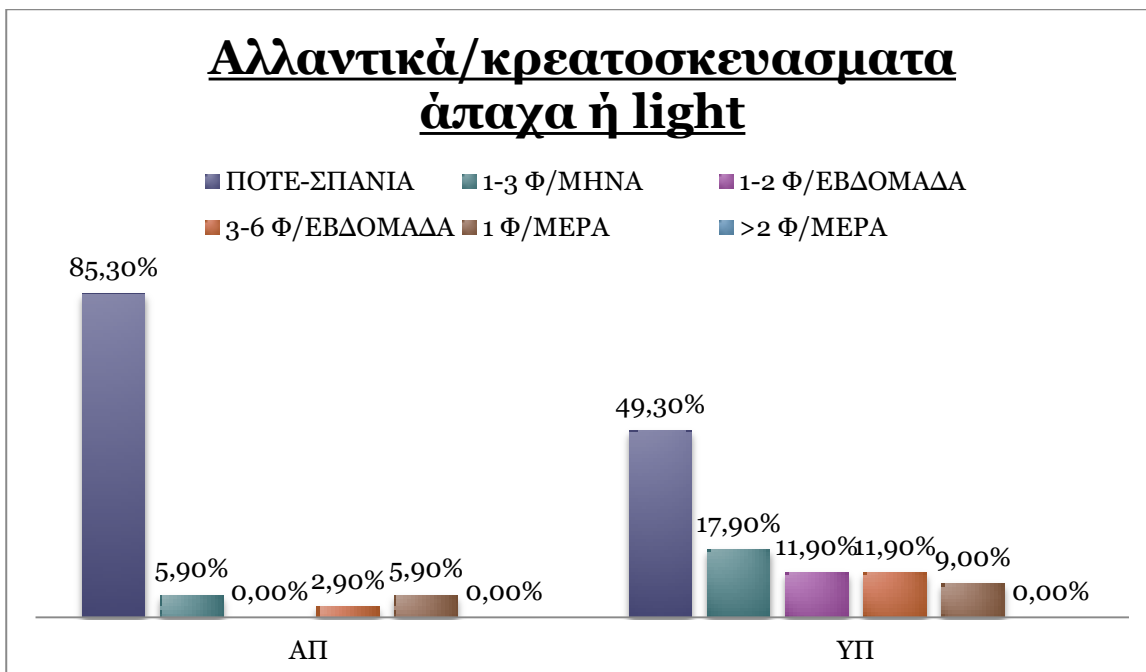


Στην ερώτηση για τα αλλαντικά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



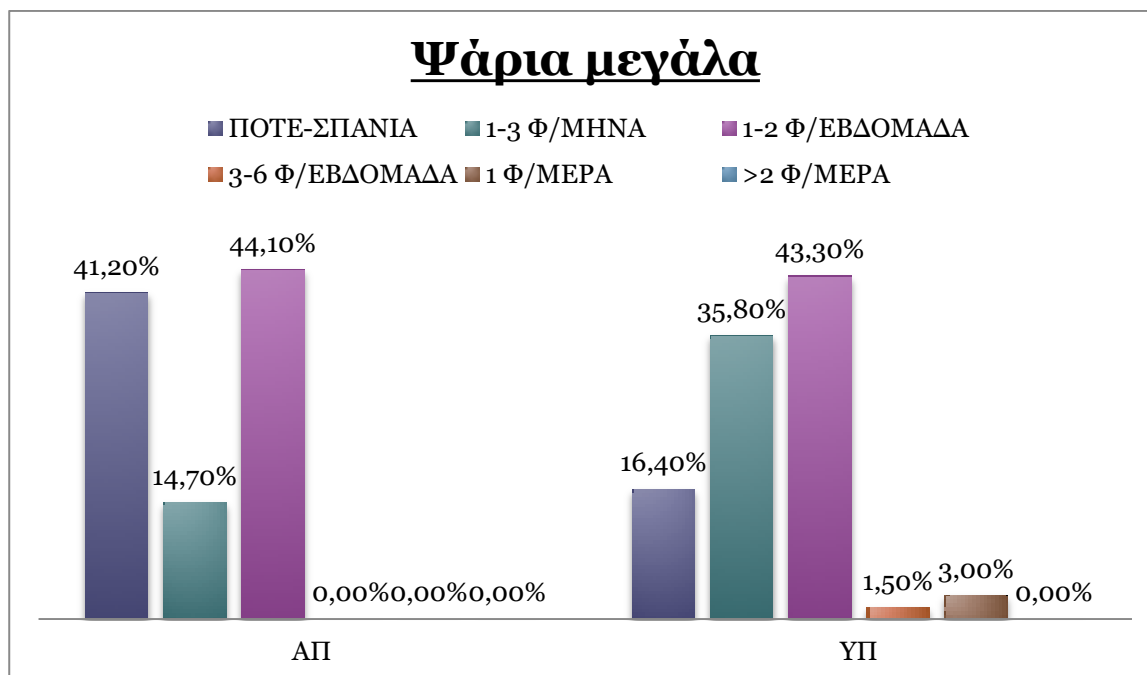
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση για τα λουκάνικα (1 μέτριο), μπέικον. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης

Στην ερώτηση για τα αλλαντικά/κρεατοσκευασματα άπαχα ή light φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

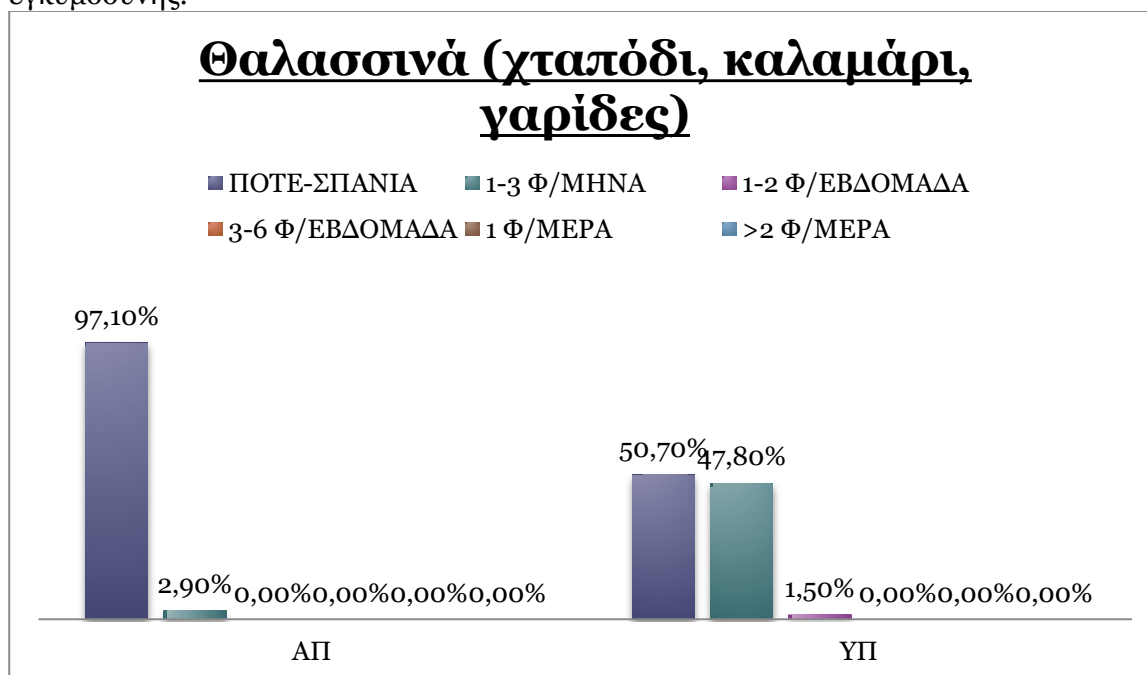


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση για τα μικρά ψάρια. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης

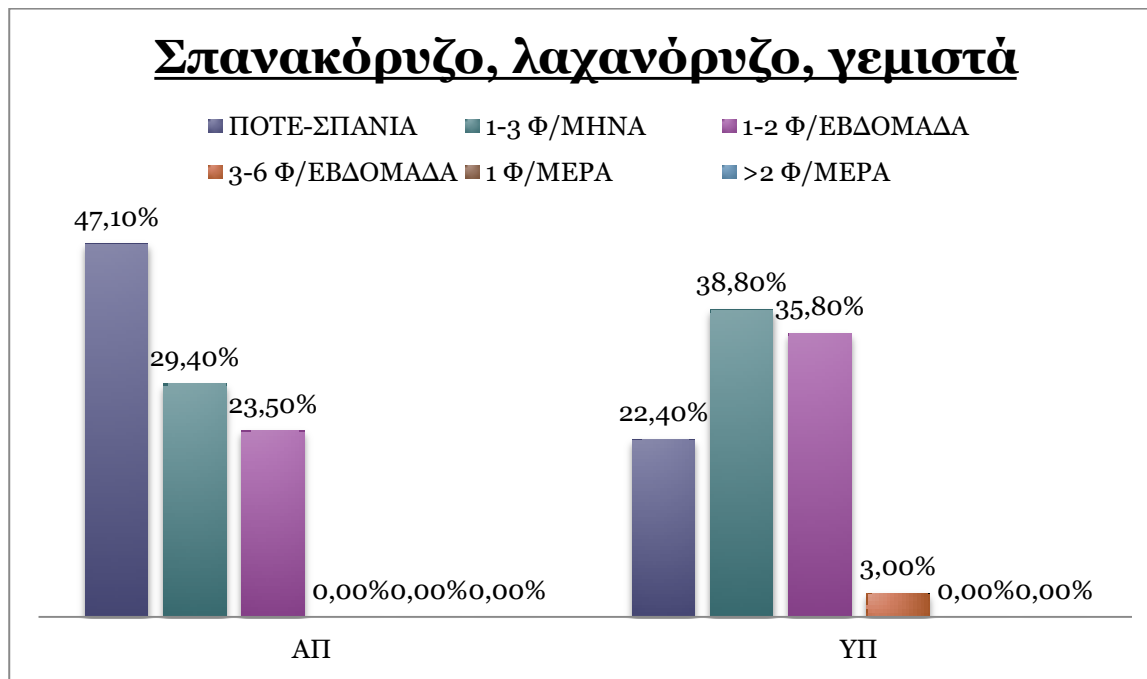
Στην ερώτηση για τα ψάρια μεγάλα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στην ερώτηση για τα θαλασσινά (χταπόδι, καλαμάρι, γαρίδες) φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Ακολουθεί η ανάλυση από τις ερωτήσεις που αφορούσαν τα Μαγειρευτά Φαγητά. Πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση για το σπανακόρυζο, λαχανόρυζο, γεμιστά φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

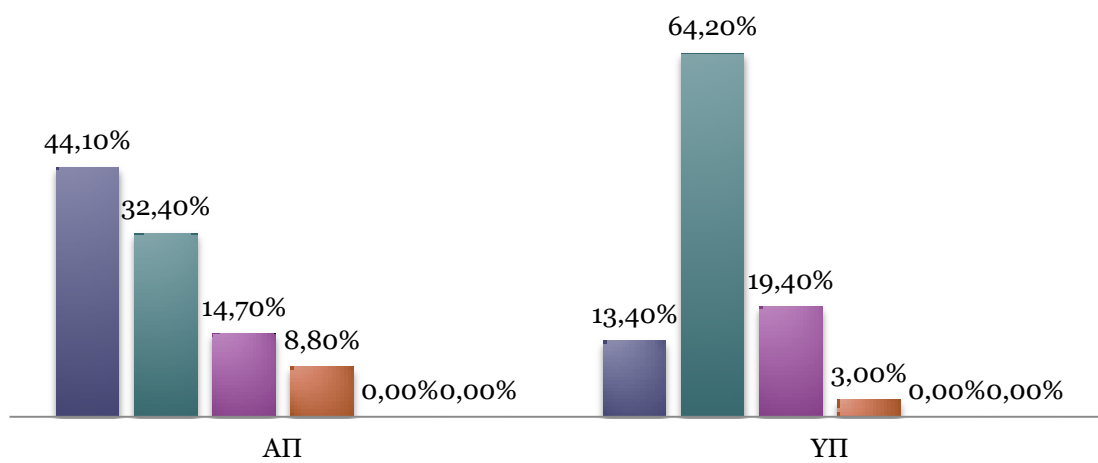


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις για το παστίσιο, μουσακάς, παπουτσάκια, αρακάς, φασολάκια, μπάμιες, αγκινάρες. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης

Ακολουθεί η κατηγορία με τα αρτοσκευάσματα. Στην ερώτηση για τις πίτες σπιτικές φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Πίτες σπιτικές

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

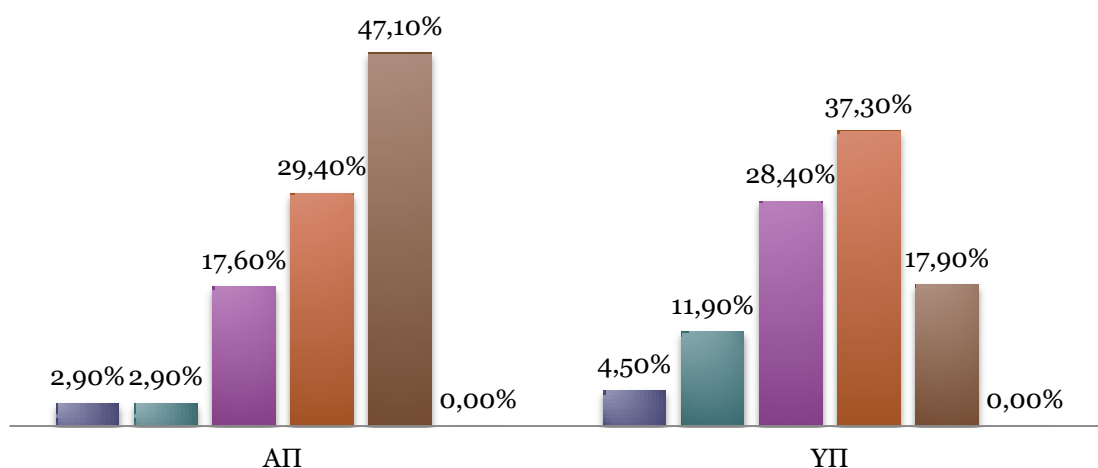


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση που αφορούσε τις έτοιμες πίτες. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση για το τοστ, σάντουιτς φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

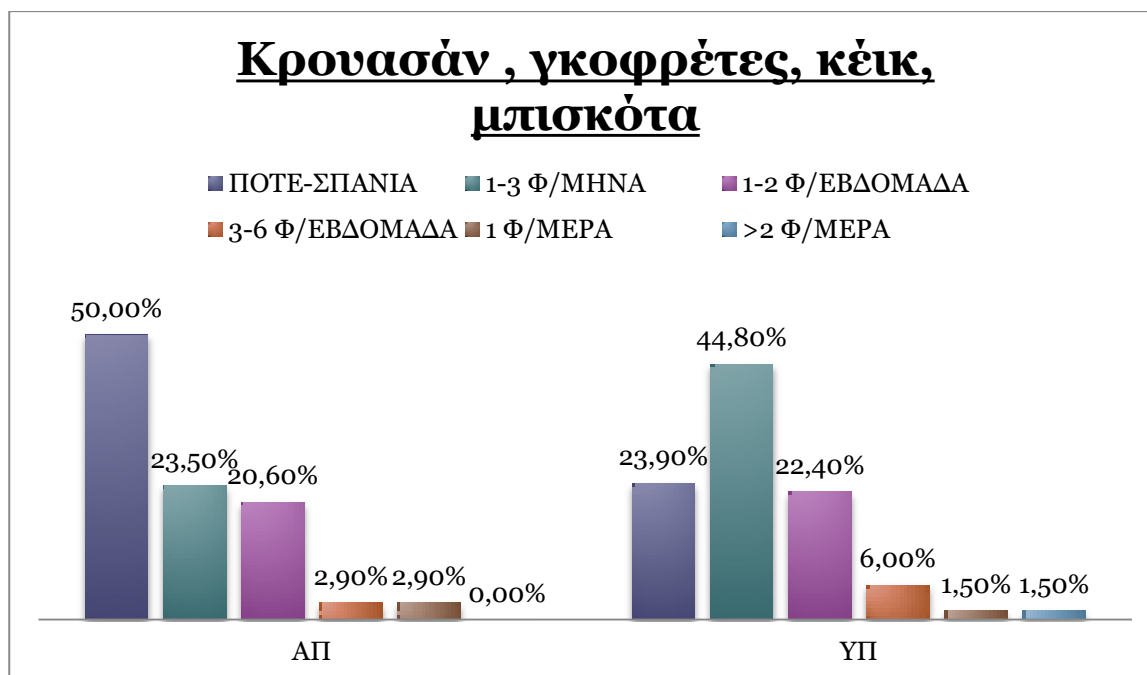
Τοστ, σάντουιτς

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

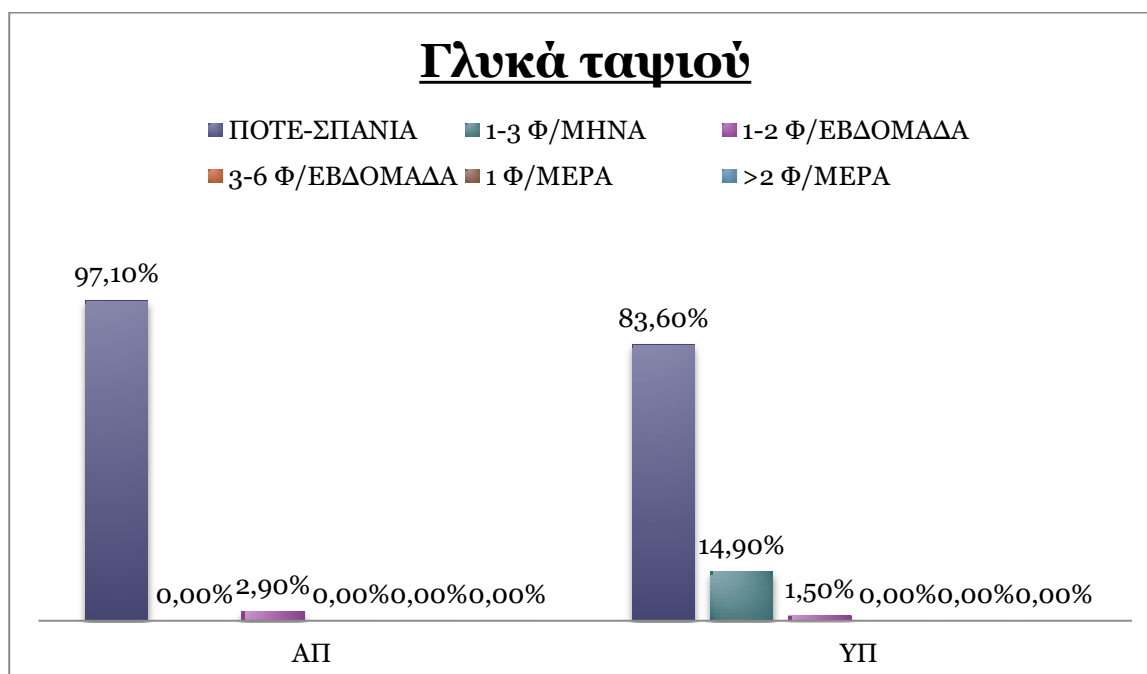


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στην ερώτηση που αφορούσε την πίτσα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

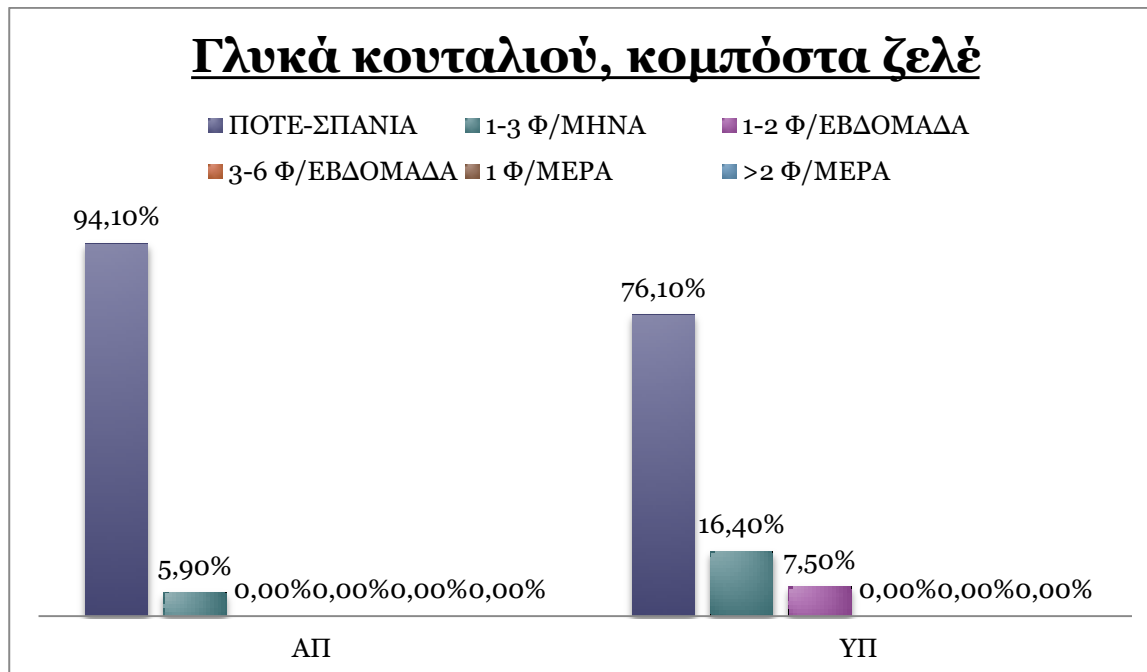
Στην ερώτηση για το κρουασάν , γκοφρέτες, κέικ, μπισκότα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



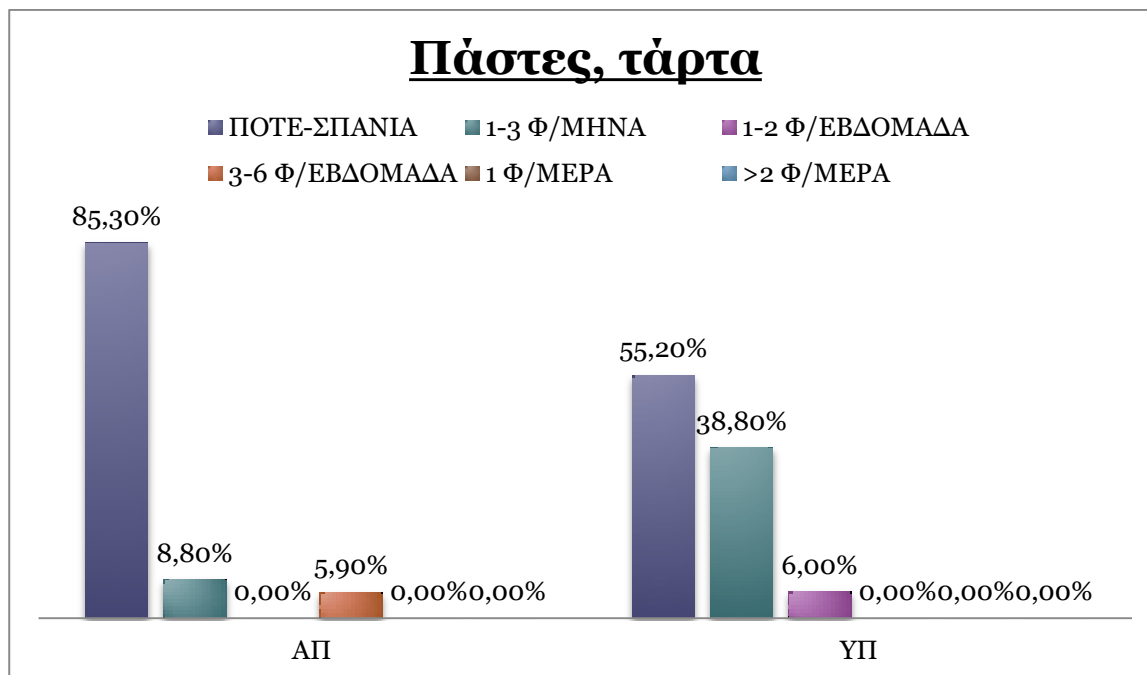
Ακολουθεί η κατηγορία με τα γλυκίσματα. Στην ερώτηση για τα γλυκά ταψιού φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



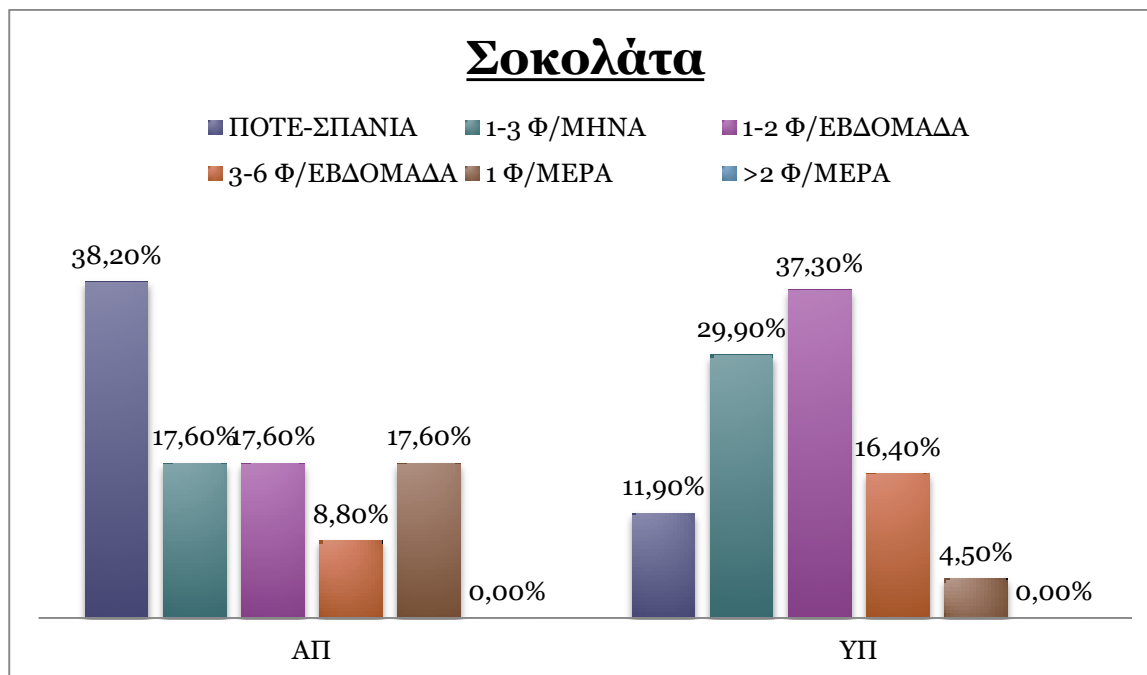
Στην ερώτηση για τα γλυκά κουταλιού, κομπόστα ζελέ φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



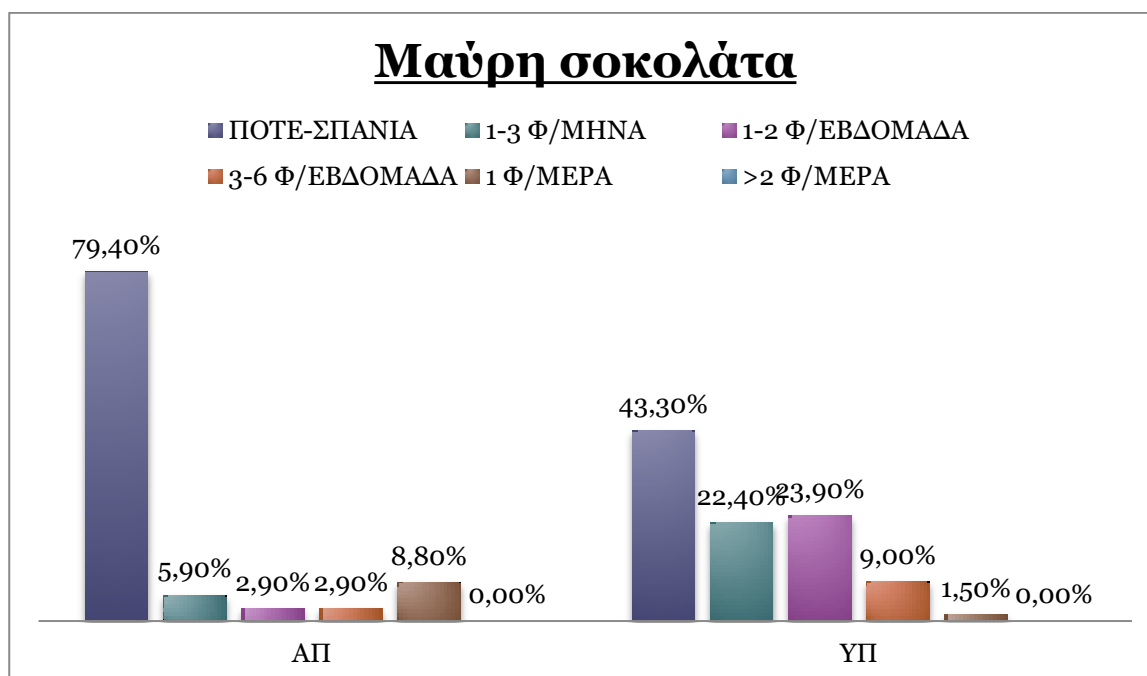
Στην ερώτηση για τις πάστες, τάρτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



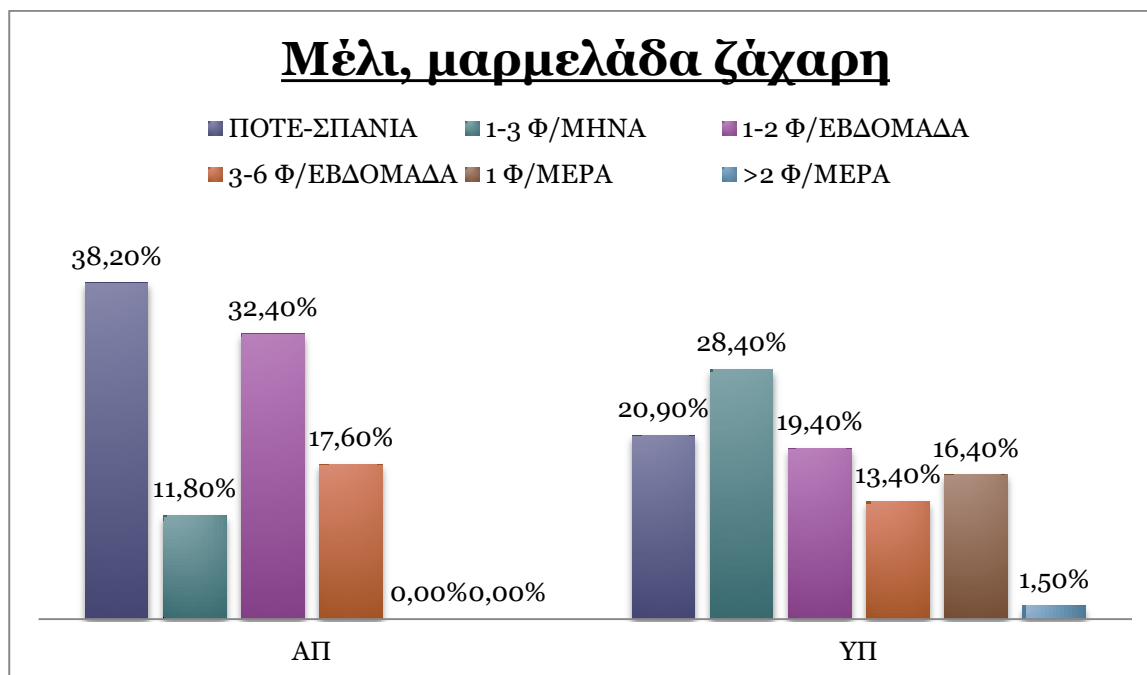
Στην ερώτηση για τη σοκολάτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



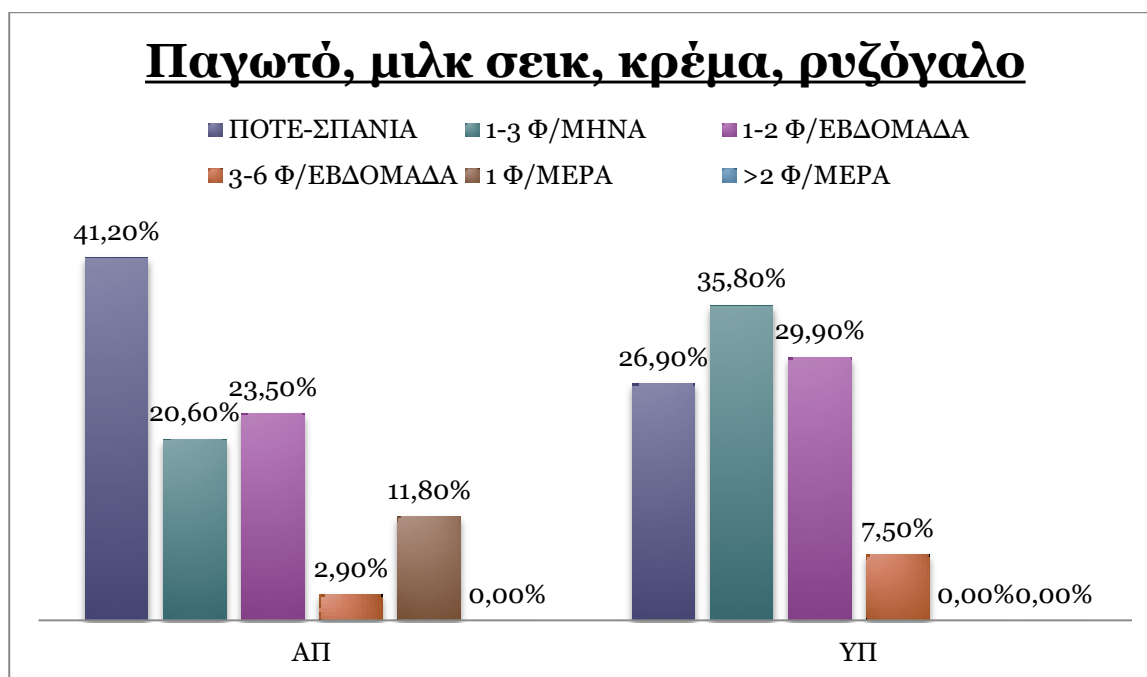
Στην ερώτηση για τη μαύρη σοκολάτα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στην ερώτηση για το μέλι, μαρμελάδα ζάχαρη φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



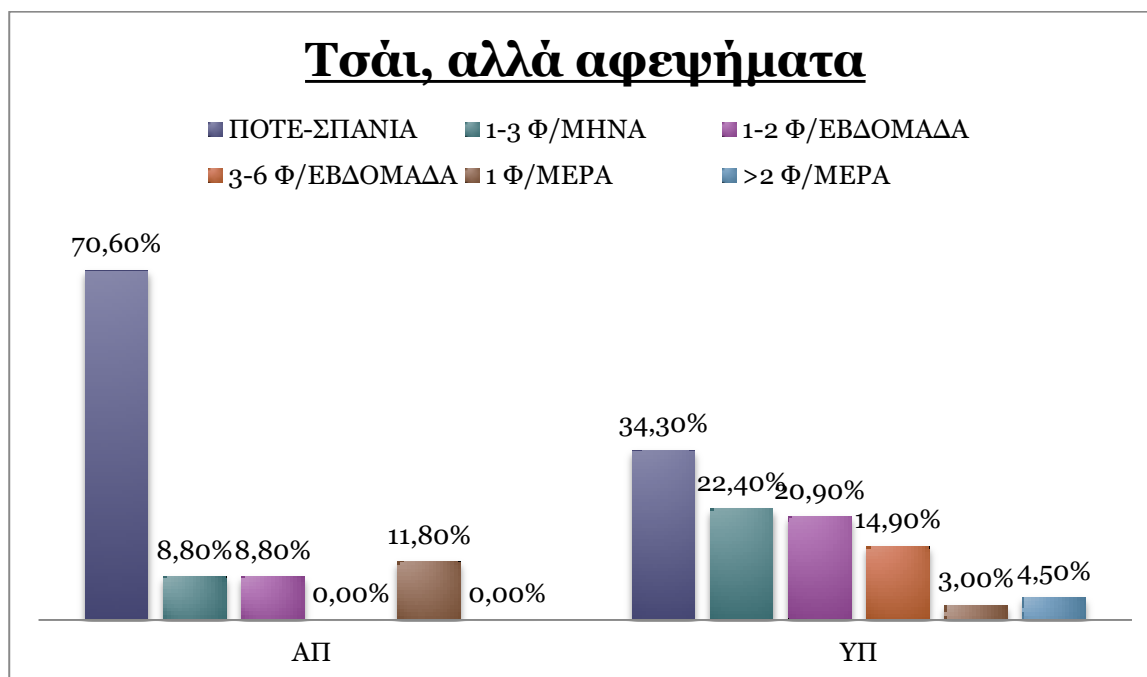
Στην ερώτηση για το παγωτό, μιλκ σεικ, κρέμα, ρυζόγαλο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης για τις μητέρες ΑΠ. Οι μητέρες των υγιών τείνουν να μειώσουν την συχνότητα κατανάλωσης σε σχέση με την περίοδο εγκυμοσύνης.



Ακολουθεί η κατηγορία των σνακ. Στην ερώτηση για τα πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στα μη Αλκοολούχα Ποφήματα και πιο συγκεκριμένα στον καφέ δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

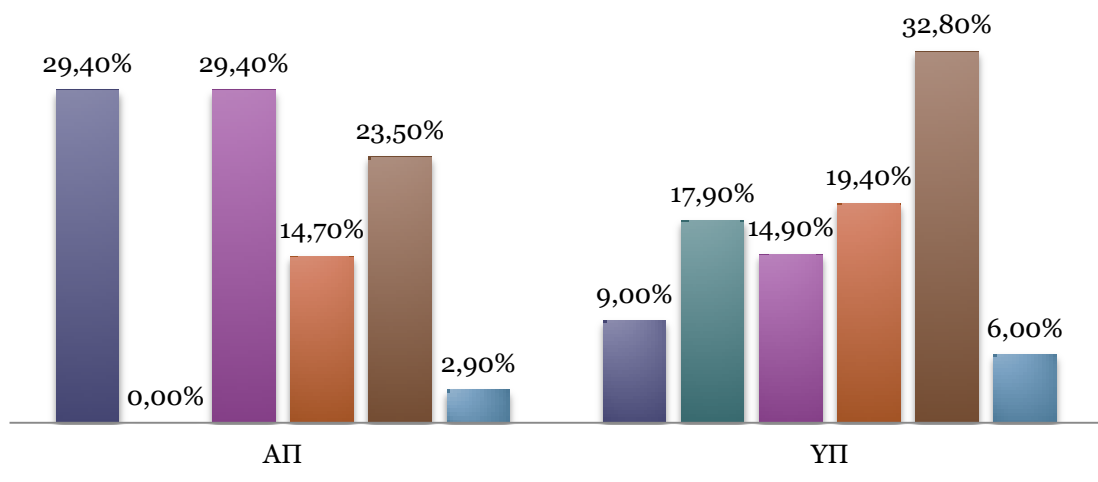
Στην ερώτηση για το τσάι, αλλά αφεψήματα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



Στην ερώτηση για το χυμό φρούτων φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Χυμός φρούτων

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ

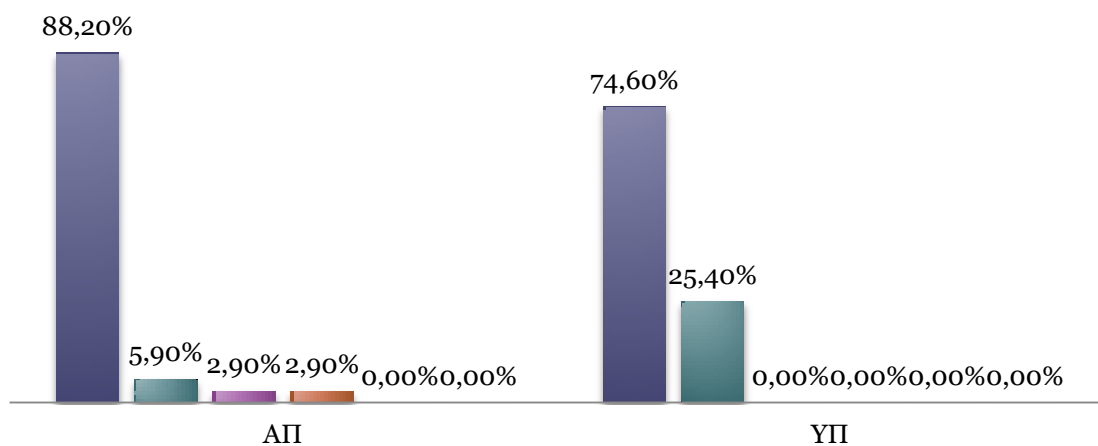


Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν τα αναψυκτικά και τα αναψυκτικά light. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

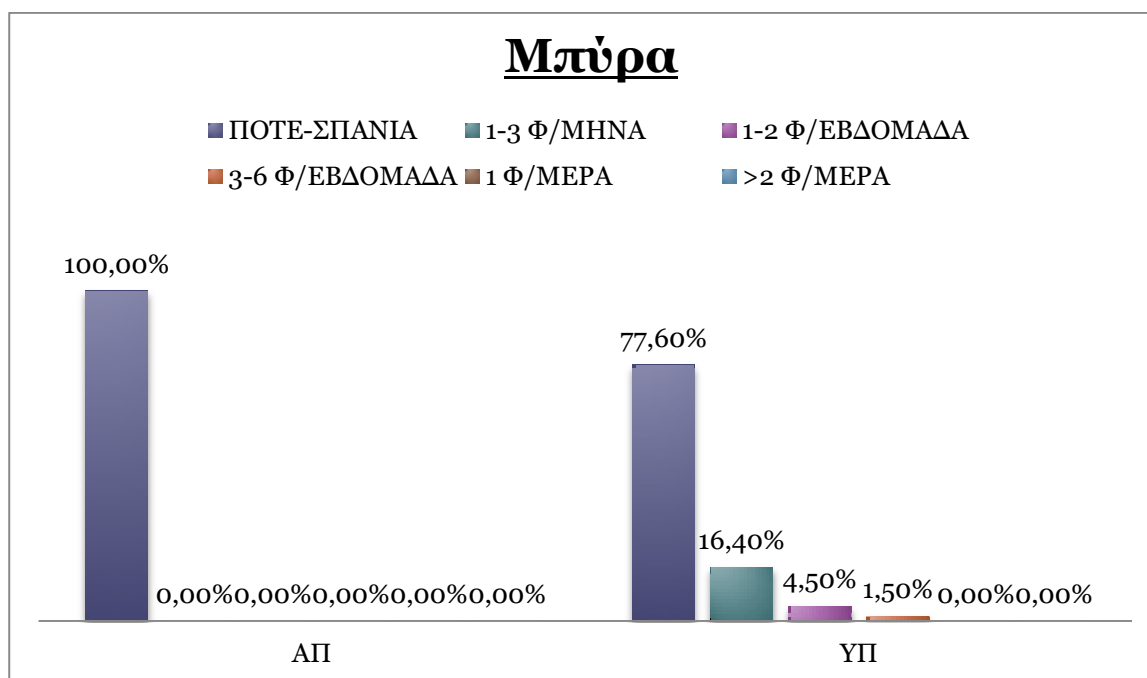
Στη συνέχεια αναλύονται τα αλκοολούχα ροφήματα. Στην ερώτηση για το κρασί φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Κρασί

■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη μπύρα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.



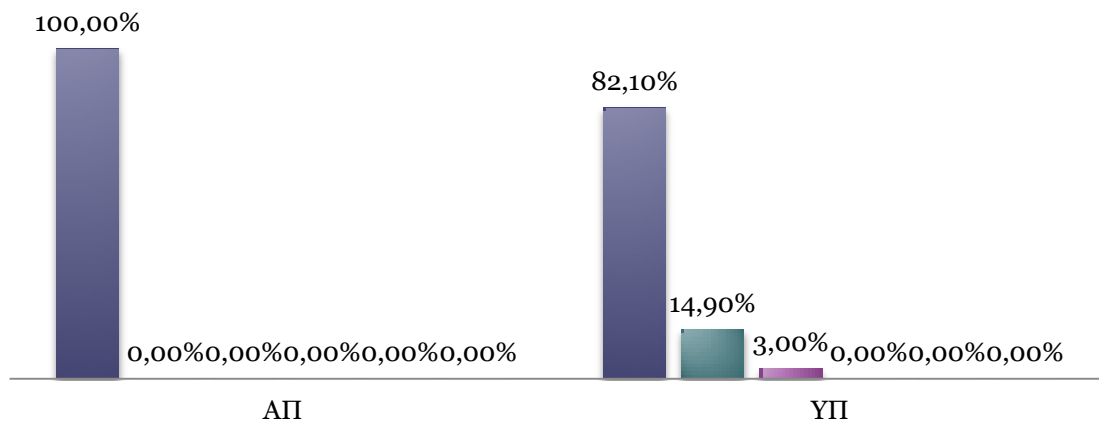
Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις που αφορούσαν άλλο είδος αλκοόλ. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Έπειτα αναλύονται τρόφιμα που ανήκουν στην κατηγορία λιπαρές ουσίες. Στην ερώτηση για τη μαγιονέζα, σως δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Στην ερώτηση μαγιονέζα σως λαιτ φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να την καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Μαγιονέζα σως λαιτ

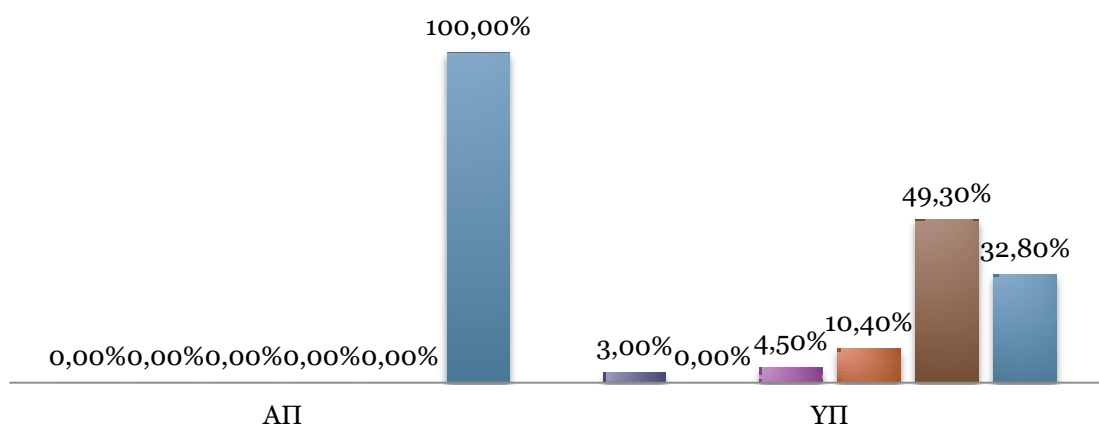
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το ελαιόλαδο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των ΑΠ παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Ελαιόλαδο

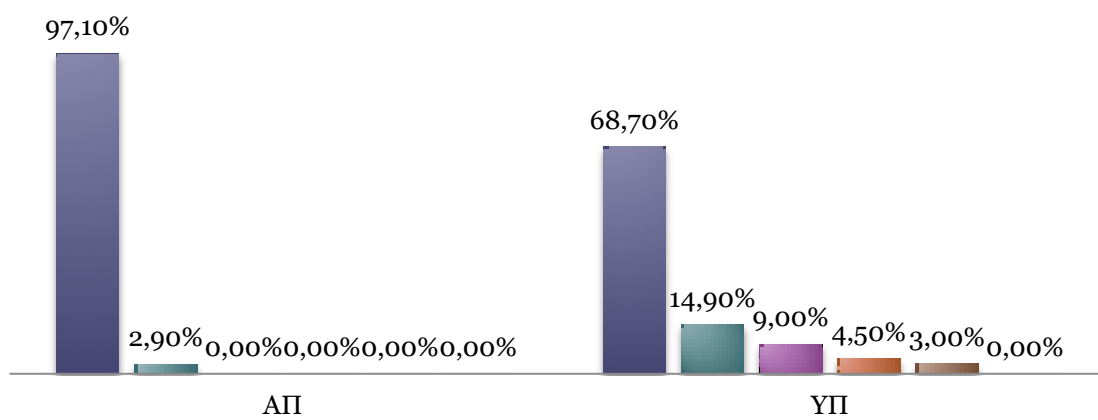
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το σπορέλαιο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Σπορέλαιο

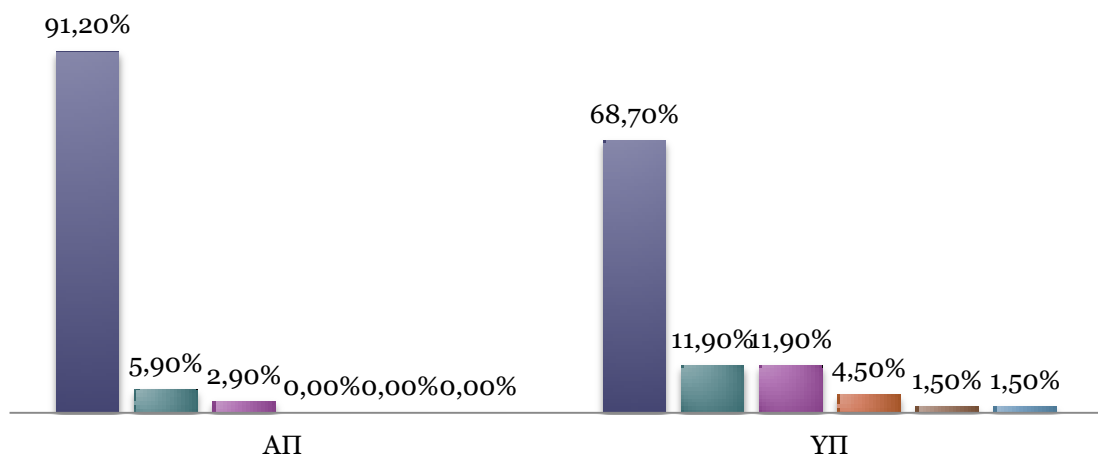
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για τη μαργαρίνη φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Μαργαρίνη

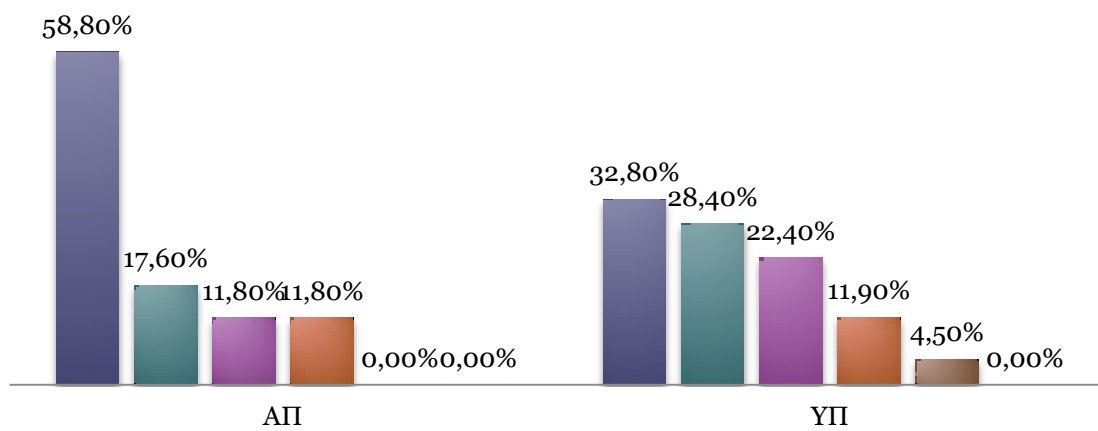
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Στην ερώτηση για το βούτυρο φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι μητέρες των υγιών παιδιών τείνουν να το καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Βούτυρο

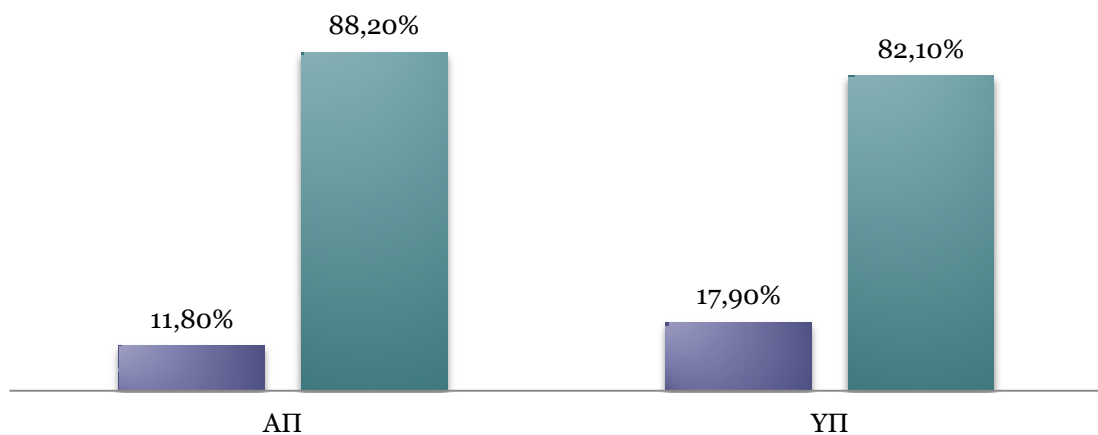
■ ΠΟΤΕ-ΣΠΑΝΙΑ ■ 1-3 Φ/ΜΗΝΑ ■ 1-2 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
■ 3-6 Φ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ■ 1 Φ/ΜΕΡΑ ■ >2 Φ/ΜΕΡΑ



Όσον αφορά τα συμπληρώματα διατροφής που καταναλώνει η μητέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($X^2 > 0.05$). Το 88,2% των μητέρων με ΑΠ παιδιά δεν λαμβάνουν συμπληρώματα διατροφής την περίοδο θηλασμού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μητέρων με υγιή παιδιά είναι 82,1%. Τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης. Οι μητέρες μειώνουν δραστικά την λήψη συμπληρωμάτων.

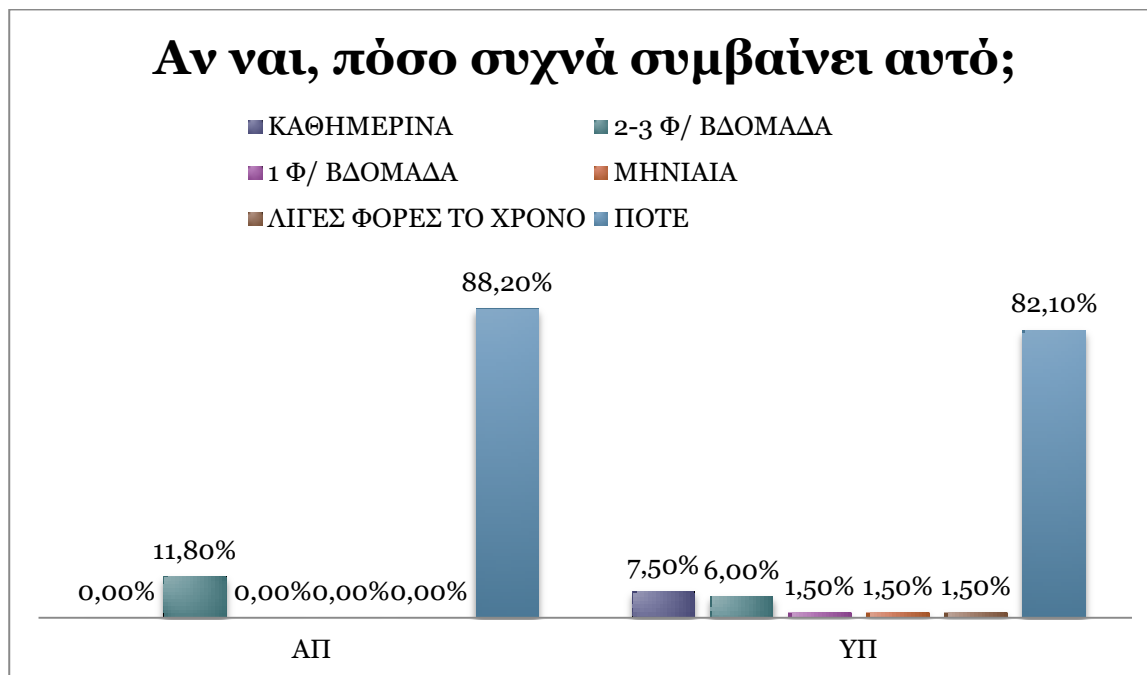
Λαμβάνεις συμπληρώματα διατροφής;

■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ



Όταν οι μητέρες λαμβάνουν συμπληρώματα κατά την διάρκεια του θηλασμού, η συχνότητα λήψης των συμπληρωμάτων είναι συνήθως καθημερινή ή 2-3 φορές την εβδομάδα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στην περίοδο εγκυμοσύνης.

Αν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;



Τα συμπληρώματα που λαμβάνουν οι δύο ομάδες των μητέρων κατά τον θηλασμό δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Συμπληρώματα				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Συμπληρώματα	Πολυβιταμινες	8	21.6%	50.0%
	Σίδηρο	10	27.0%	62.5%
	Ασβέστιο	5	13.5%	31.3%
	Φυλλικό_οξύ	5	13.5%	31.3%
	Μαγνήσιο	3	8.1%	18.8%
	Ψευδάργυρος	1	2.7%	6.3%
	Ω3	1	2.7%	6.3%
	Φυτικές στερόλες	1	2.7%	6.3%
	Βιταμίνη D	1	2.7%	6.3%
	Σκόρδο	1	2.7%	6.3%
	Πιπερόριζα	1	2.7%	6.3%
Total		37	100.0%	231.3%

Κατά μέσο όρο μία μητέρα λαμβάνει περίπου 2 διαφορετικά συμπληρώματα (231,1%/100). Το 62,5% των μητέρων ανέφεραν μεταξύ των συμπληρωμάτων που λαμβάνουν τον Σίδηρο, 50.0% τις πολυβιταμίνες, ενώ το 31,3% το Φυλλικό Οξύ και το ασβέστιο.

Από τα παραπάνω συμπληρώματα, οι πολυβιταμίνες ήταν το μόνο που καταναλώναν και οι δύο ομάδες και το μοναδικό για τις μητέρες ΑΠ κατά την περίοδο του θηλασμού. Το πιο δημοφιλές συμπλήρωμα στις μητέρες με υγιή παιδιά ήταν ο Σίδηρος.

7. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Τα βρέφη και τα παιδιά αποτελούν μια ευπαθή κατηγορία πληθυσμού με αυξημένες ανάγκες που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Ειδικά τα παιδιά που υποφέρουν από τροφικές αλλεργίες, καθώς πολλές φορές η αλλεργία εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους για την σωματική και ψυχική υγεία τους. Ο επιπολασμός των τροφικών αλλεργιών τα τελευταία χρόνια λειοντά και αυξάνεται, μεγαλώνοντας το ποσοστό των παιδιών που νοσούν από αυτές.

Συνήθως η αλλεργία εκδηλώνεται στους πρώτους μήνες ζωής, εξαλείφεται κατά τα πρώτα έτη ζωής και θεωρείται μια καλοήθης νόσος. Με τα συγκεκριμένα δεδομένα μελετών συμφωνούν και τα δικά μας αποτελέσματα. (Kaya A. Et al., 2015)Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της ΑΠ ήταν οι 1,2 μήνες και ο μέσος όρος ανοχής στην ΑΠ για το 66,6% ήταν σχεδόν οι 16 μήνες, ενώ το 33,3% των ατόμων του δείγματος μας ακόμα δεν έχουν ξεπεράσει την ΑΠ. Σύμφωνα με έρευνα η πλειονότητα των περιπτώσεων επιλύεται κατά την ηλικία των 12 μηνών. Τα βρέφη δεν ταλαιπωρούνται και έχουν την εμφάνιση ενός κατά τα άλλα υγιούς βρέφους. Το συγκεκριμένο δεδομένο έρχεται να συμφωνήσει με τα δικά μας δεδομένα όπου ο μέσος όρος του βάρους και του ύψους των παιδιών με ΑΠ κατά τη γέννηση, τη διάγνωση και τις σημερινές τιμές χαρακτηρίστηκε φυσιολογικός σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης του WHO. Τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν ήταν αίμα στα κόπρανα σε όλο το ασθενές δείγμα, ενώ η βλέννη απουσίαζε. Επιπλοκές στη νόσο όπως αναιμία, υποαλβουμιναιμία και άλλες εργαστηριακές επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών παιδιών.

Μια γενική εικόνα της παρούσας έρευνας είναι ότι το αγελαδινό γάλα αποτελεί βασικό αίτιο που προκαλεί τη νόσο. Το 100% του πληθυσμού των παιδιών με ΑΠ εμφάνισαν θετική αλλεργική απάντηση στο συγκεκριμένο τρόφιμο. Πλήθος μελετών υποστηρίζουν επίσης ότι το αγελαδινό γάλα που καταναλώνει η μητέρα αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο και το οποίο μέσω του θηλασμού περνά στο βρέφος, ενώ σε δεύτερη κλίμακα περνούν άλλα αλλεργιογόνα τρόφιμα όπως η σόγια, το αυγό, τα σιτηρά, τα ψάρια, το καλαμπόκι, τα οστρακοειδή, το φιστίκι το αράπικο και οι ξηροί καρποί. Άλλη μελέτη έδειξε ότι το 60% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά και αναλύονται με μητρική αποβολή του αγελαδινού γάλακτος και των πρωτεϊνών σόγιας. Το δικό μας δείγμα δεν εμφάνισε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στις πρωτεΐνες σόγιας.

Σημείο που προκαλεί ενδιαφέρον είναι η κληρονομικότητα αλλεργιών από συγγενείς. Στην παρούσα εργασία το 50% των μητέρων με παιδιά με ΑΠ είχαν εκδηλώσει έκζεμα. Το ποσοστό των πατέρων που αφορούσαν άσθμα και έκζεμα ήταν της τάξης του 16,6%. Το 16,6% των αδερφών των παιδιών με ΑΠ εμφάνισαν και αυτά αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, στο μέλι καθώς επίσης εμφάνισαν άσθμα ή έκζεμα. Αντίστοιχες έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 20% έως 30% των ατόμων με αλλεργίες στους συγγενείς πρώτου βαθμού παρουσιάζουν αλλεργικές παθήσεις κατά την παιδική ηλικία, (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017).

Σύμφωνα με έρευνα (Sirasuda Sommanus et al., 2014), τα παιδιά μπορούν να παρουσιάσουν δερματικές βλάβες, συμπτώματα γαστρεντερικού συστήματος και αναπνευστικά συμπτώματα. Ενδιαφέρουσα είναι η θετική συσχέτιση και με το δικό μας δείγμα όπου τα παιδιά με ΑΠ εμφάνισαν άσθμα σε ποσοστό 33,3% αλλά δεν είχαν εκδήλωση δερματικών βλαβών, όπως έκζεμα.

Η συνιστώμενη διαιτητική θεραπεία είναι ένα εκτεταμένο υδρολυμένο γάλα αγελάδας. Αξίζει επιπρόσθετα να αναφερθεί ότι υδρολυμένα τρόφιμα χρησιμοποιούνται στη διαχείριση αλλεργίας και για την πρόληψη αλλεργικών αντιδράσεων. Συνιστάται με βάση τα αμινοξέα στις πιο σοβαρές περιπτώσεις. (Yvan Vandenplas et al., 2014). Στη παρούσα έρευνα το δείγμα μας χρησιμοποίησε σε ποσοστό 16,6% φόρμουλα ελεύθερων αμινοξέων. Διάφορα προϊόντα της εταιρίας Neocate προορίζονται για βρέφη με αλλεργίες (Nowak-Wegrzyn A and Sampson H, 2006). Στη παρούσα έρευνα το δείγμα των παιδιών χρησιμοποιούσε μια πληθώρα από βρεφικά ειδικά γάλατα και πολλά από αυτά δεν ανήκαν στην εταιρία Neocate.

Αξιοσημείωτη παρατήρηση στην παρούσα έρευνα αποτελούν τα τρόφιμα που προκαλούν εκδήλωση της ΑΠ εκτός του αγελαδινού γάλακτος και άλλων αλλεργιογόνων τροφίμων. Πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά για το μωσχάρι, το κοτόπουλο, το μήλο, το καρότο και το αιγοπρόβειο. Έρευνες έχουν αναγνωρίσει περισσότερα από 170 τρόφιμα ως πιθανώς αλλεργιογόνα, τα κενά όμως στον τομέα αυτό είναι προφανή, ειδικά σε σχέση με την εισαγωγή αλλεργιογόνων τροφίμων και σε σχέση με την εφαρμογή ανοσοθεραπείας τροφίμων, (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017).

Ένα ακόμα σημείο της εργασίας το οποίο πρέπει να σχολιαστεί είναι αυτό της αξιολόγησης του MedDietScore. Στην παρούσα εργασία εμφανίζεται μεγαλύτερη προσκόλληση στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής στην ομάδα των ΥΠ και αρκετά μικρότερη στην ομάδα των παιδιών με ΑΠ. Πιο συγκεκριμένα το MedDietScore είχε διαφορά 4,5 μονάδες μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, με την ομάδα των ΥΠ να νικά την ομάδα των παιδιών με ΑΠ. Αξιοσημείωτη είναι η διαφορά και κατά τη διάρκεια του θηλασμού όπου η διαφορά είναι σχεδόν 9 μονάδες μεταξύ των δύο ομάδων, με την ομάδα των ΥΠ να νικούν και εδώ.

Για την σωστή παρέμβαση κρίνεται αναγκαία η σωστή εισαγωγή στερεών τροφίμων κατά τη βρεφική ηλικία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η έγκαιρη εισαγωγή τροφικών αλλεργιογόνων στη διατροφή των μικρών παιδιών, καθώς και η έγκαιρη εισαγωγή διαφόρων τροφίμων μπορεί στην πραγματικότητα να εμποδίσουν την αλλεργία των τροφίμων, υποδεικνύοντας ότι η ανοσολογική ανοχή μπορεί εύκολα να προκληθεί σε τρόφιμα αλλεργιογόνα στην πρώιμη ζωή. Τα στερεά τρόφιμα περιλαμβάνουν φρούτα και λαχανικά, βιταμίνες, πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και (ακατέργαστο) αγελαδινό γάλα, αλλά η επεξεργασία τροφίμων μπορεί επίσης να επηρεάσει την ανάπτυξη αλλεργιών, (Neerven R.J.J.V., Savelkoul H., 2017). Στην συγκεκριμένη έρευνα, ο μέσος όρος εισαγωγής τροφίμων στα παιδιά ήταν η ηλικία των 5,8 μήνες για την ομάδα των ΥΠ και 5,2 μήνες για τα παιδιά με ΑΠ. Δεν υπήρχε δηλαδή κάποια διαφορά που να υποδηλώνει διαφορά στην εισαγωγή στερεών τροφίμων.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι το κομμάτι του θηλασμού. Το 50% των μητέρων των παιδιών με ΑΠ εφάρμοσε μητρικό θηλασμό με δίαιτα ελεύθερης γαλακτοκομικών, και το 50% θηλασμό με δίαιτα άλλων αλλεργιογόνων. Όσον αφορά τον διατροφικό αποκλεισμό, είναι ένα ακόμη εργαλείο διαγνωστικής διαδικασίας που χρησιμοποιείται για την περίπτωση των χρόνιων συμπτωμάτων. Όταν η υποψία για τις τροφές δεν έχει εξαλειφτεί τότε θα δοθεί μια πιο αυστηρή δίαιτα που ονομάζεται στοιχειακή δίαιτα. Ένα συμπλήρωμα ασβεστίου με βιταμίνη D μπορεί να βοηθήσει στην κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών της θηλάζουσας μητέρας, (Lucarelli S, et al., 2011). Κατά μέσο όρο μία μητέρα λαμβάνει περίπου 2 διαφορετικά συμπληρώματα. Το 62,5% των μητέρων ανέφεραν μεταξύ των συμπληρωμάτων που λαμβάνουν τον σίδηρο, 50% τις πολυβιταμίνες, ενώ το 31,3% το φυλλικό οξύ και το ασβέστιο. Από τα παραπάνω συμπληρώματα, οι πολυβιταμίνες ήταν το μόνο που κατανάλωναν και οι δύο ομάδες και το μοναδικό για τις μητέρες ΑΠ κατά την περίοδο του θηλασμού. Το πιο δημοφιλές συμπλήρωμα στις μητέρες με υγιή παιδιά ήταν ο σίδηρος. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης μία μητέρα λαμβάνει περίπου 3 διαφορετικά συμπληρώματα. Το 81,5% των μητέρων ανέφεραν μεταξύ των συμπληρωμάτων που λαμβάνουν τον σίδηρο, 66,2% το φυλλικό οξύ και το 61,5% το ασβέστιο.

Όσον αφορά τον ρόλο των διαιτολόγων στην παιδική τροφική αλλεργία, από την παρούσα ανασκόπηση γίνεται αντιληπτό ότι η σωστή και έγκαιρη πρόληψη βοηθάει στην μείωση των εκδηλώσεων της. Αρχικά, οι νέοι γονείς πρέπει να πληροφορούνται για την σημασία του θηλασμού και την σωστή εισαγωγή στέρεων τροφών όσον αφορά την πρώτη γραμμή πρόληψης, δηλαδή την μείωση των πιθανοτήτων το βρέφος να εξελιχθεί σε ένα παιδί με τροφικές αλλεργίες. Σε περίπτωση που είναι διαγνωσμένη η τροφική αλλεργία, το παιδί και το περιβάλλον του πρέπει να κατανοήσουν την φύση της, την παθοφυσιολογία, τα σημάδια εμφάνισης της και τους τρόπους

αποφυγής της. Έτσι θα μπορέσουν να το αποδεχτούν, να έχουν καλύτερη αντιμετώπιση και οργάνωση της καθημερινής ζωής.

Ο κύριος στόχος είναι η όσο το δυνατόν ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων. Ο στόχος αυτός περιλαμβάνει μια καλή ποιότητα ζωής και την αύξηση του αισθήματος ελέγχου. Το παιδί με τροφικές αλλεργίες έχει μια φυσιολογική ζωή όπως όλοι οι συνομήλικες του, απλά πρέπει να προσέχει σε κάποια σημεία. Παρ' όλα αυτά το θέμα της ΑΠ χρίζει περαιτέρω έρευνα.

Βιβλιογραφία

1. Anna Nowak-Węgrzyn, M.D: Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis, *Allergy Asthma Proc*, 2015
2. Bahna SL: In vivo food allergy tests : the good, the bad and the worst, San Antonio, Text, November 19, 2011 American College of Allergy, Asthma and Immunology, Sixtieth Annual Meeting.
3. Butte et al., : The Start Healthy feeding guidelines for infants and toddlers, *J Am Diet Assoc* 104: 442, 2004
4. Castellazzi AM, et al., :Probiotics and food allergy. *Ital J Pediatr.*, 2013
5. Chaziza, Christina, *Gluten: Allergy – Intolerance – Sensitivity*, 2018
6. Cianferoni A, Muraro A.: Food-induced anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2012
7. Friedman N and Zeiger R: The role of breastfeeding in the development of allergies and asthma, *J Allergy Clin Immunol* 115: 1238, 2005
8. Hahn E et al.: The atopic march: the parent of allergic disease development in childhood, *Immunol Allergy Clin North Am* 25:2, 2005
9. Kaya, Aysenur, et al.,:Characteristics and Prognosis of Allergic Proctocolitis in Infants, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2015
10. Koufou, Elpida, *Food allergies in childhood*, 2012
11. Lucarelli S, et al.: Allergic proctocolitis refractory to maternal hypoallergenic diet in exclusively breast-fed infants: a clinical observation, *BMC Gastroenterol*, 2011
12. Neerven R.J.J.V., Savelkoul H.,: Nutrition and Allergic Diseases, *Nutrients*, 2017
13. Nowak- Węgrzyn A, Sampson H: Adverse reactions to foods, *Medical Clin North m* 90:1, 2006
14. Sampson H: Update on food allergy , *J Allergy Clin Immunol* 113:5, 2004
15. Shim J.S., et al.: Dietary assessment methods in epidemiologic studies, *Epidemiol Health*, 2014
16. Sicherer S, Sampson H: Food allergy, *J Allergy Clin Immunol* 117:2, 2006
17. Sirasuda Sommanus et al., : Cow's milk protein allergy: Immunological response in children with cow's milk protein tolerance, 2014
18. Yvan Vandenplas et al.: Treatment of Cow's Milk Protein Allergy, *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.*, 2014