



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΚΟΥΤΑ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

«ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ
ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ»



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κωσταρέλλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλη Επιτροπής

Αντωνοπούλου Αικατερίνη, Λέκτορας

Μαλινδρέτος Γιώργος, Επίκουρος Καθηγητής

Αθήνα, 2011

Πάντα πίστευα πως για να πετύχεις τον οποιοδήποτε στόχο χρειάζεται υπομονή και πείσμα.

Τον τελευταίο χρόνο συνειδητοποίησα πως για την ολοκλήρωση της οποιασδήποτε επιτυχίας ο καθοριστικότερος παράγοντας είναι η αγάπη και η στήριξη.

Δεν είναι τα ωραία λόγια που σου δίνουν ώθηση να συνεχίζεις, είναι οι ματιές στα βλέμματα που σε πείθουν πως μπορείς.

Θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω τόσο την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Βασιλική Κωσταρέλλη που πίστεψε σε μένα και με στήριξε όσο και τους καθηγητές Αντωνοπούλου Αικατερίνη και Μαλινδρέτο Γεώργιο που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της, και που με την έμπρακτη υποστήριξη τους εκπονήθηκε η παρούσα πτυχιακή μελέτη.

Ευχαριστώ τον Θεό και τους γονείς μου Οδυσσέα και Ελένη. Στα αδέρφια μου Γεωργία και Κωνσταντίνο χρωστάω αμέτρητα ευχαριστώ για την βαθιά αγάπη και υποστήριξη που μου έδειξαν.

Επιπλέον ευχαριστώ όλους όσους συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη με κάθε τρόπο γιατί χωρίς αυτούς θα ήταν ανέφικτη η πραγματοποίηση της.

Στην οικογένεια μου

Κούτα Ελισάβετ

Αθήνα, 2011

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	-2-
----------------	-----

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	-6-
1.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	-6-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	-7-
2.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	-8-
2.2.1 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	-11-
2.3 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	-11-
2.3.1 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	-12-
2.3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	-13-
2.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ.....	-14-
2.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	-15-
2. 6 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	-17-
2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΔΩΝΗ.....	-18-
2.8 ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ.....	-18-

2.8.1 ANTIMETΩΠΙΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	-21-
------------------------------------	------

2.9 ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ- ΕΡΕΥΝΕΣ.....	-22-
---	------

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	-26-
3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
3.2 ΔΕΙΓΜΑ	
3.3 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	
3.4 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	-27-
3.4.1 ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΘΕΛΟΝΤΗ	-27-
3.4.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.....	-28-
3.4.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MBSRQ.....	-28-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.....	-31-
4.2 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΗ.....	-32-
4.3 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΑΤ-26	-40-
4.4 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ MBSRQ.....	-42-
4.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	-45-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	-48-
5.2ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	-51-
5.3 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	-57-

ΜΕΡΟΣ Α' : ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο επιπολασμός της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς καθώς επίσης και τα επίπεδα ικανοποίησης εικόνας σώματος σε δείγμα ανδρών φοιτητών με σχέση τον τομέα σπουδών που ακολουθούν. (Επιστήμες που αφορούν την υγεία σε σχέση με τις επιστήμες που δεν έχουν σχέση με την υγεία.)

1.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η πλειονότητα των επιστημονικών μελετών που εξετάζει την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και τους παράγοντες που την επηρεάζουν έχει επικεντρωθεί κυρίως στις γυναίκες. Ο κύριος λόγος είναι ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά σε σχέση με τους άνδρες.

Ωστόσο τα τελευταία χρόνια στις δυτικές κοινωνίες όπου το πρότυπο ενός δυνατού, καλοσχηματισμένου σώματος προβάλλεται ως πιο επιθυμητό, ένας αυξανόμενος αριθμός νεαρών ανδρών και εφήβων φαίνεται να ασχολείται με δίαιτες αδυνατίσματος και να παρουσιάζει στοιχεία διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

Ως εκ τούτου στη παρούσα μελέτη αποφασίστηκε να εξεταστεί η διατροφική συμπεριφορά, εικόνα σώματος, και οι παράγοντες που τα επηρεάζουν σε δείγμα νεαρών ανδρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αναμφισβήτητα οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ασθένεια της σημερινής εποχής. Τα προβαλλόμενα πρότυπα, η ακατάπαυστη προσπάθεια επίτευξης του ποθητού καθώς και η αφθονία αγαθών έχουν δημιουργήσει σε αρκετά άτομα το άγχος και την πίεση ως προς την λήψη τροφής με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιου είδους διατροφικής διαταραχής. Η νοσηρή εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους αποτελεί παράδειγμα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να βλάψει τόσο την σωματική όσο και την ψυχολογική υγεία του ατόμου (Fairburn & Walsh, 2002). Υπάρχουν πολλές μορφές διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς την ένταση των συμπτωμάτων και την σοβαρότητα τους (Cotrufo et al., 1998). Οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε 3 κύριες κατηγορίες, Νευρογενής Ανορεξία, Νευρογενής Βουλιμία και άτυπες διατροφικές διαταραχές ή μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διατροφικές διαταραχές (EDNOS). Οι διαταραχές αυτές έχουν πολλά κοινά στοιχεία μεταξύ τους και έτσι ένας ασθενής εύκολα μεταβαίνει από την μία στην άλλη.

Συχνά οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Η υπερφαγία ή η αποχή από το φαγητό χρησιμοποιούνται για την κάλυψη κάποιου συναισθηματικού κενού ή φόβου ή πίεσης που μπορεί να βρίσκεται το άτομο την συγκεκριμένη περίοδο. Μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών έχουν τα άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία όπως και νεαρές γυναίκες. Τα επίπεδα διαταραχών στους άνδρες φαίνεται μέχρι τώρα να βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα από τις γυναίκες. Παρόλα αυτά σε έρευνα που έγινε στο Puerto Rico σε πρωτοετής φοιτητές του Πανεπιστημίου οι νεαροί άνδρες φάνηκε να εμφανίζουν κατά 20% διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Στην μελέτη αυτή έλαβαν μέρος συνολικά 2,163 φοιτητές (1,429 γυναίκες και 722 άνδρες). Το 32,20% δήλωσε

πως βρίσκοντας σε δίαιτα προσπαθώντας να χάσουν κιλά και το 33% εξέφρασαν δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος τους. (Reyes-Rodriguez et al., 2004).

Οι δύο πιο σημαντικές και γνωστές διατροφικές διαταραχές όπου θα μελετηθούν εκτενέστερα πιο κάτω είναι η νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμία. (Fairburn & Harrison, 2003).

Η αιτιολογία των παραπάνω νόσων είναι πολυπαραγοντική για αυτό η κατανόηση των αιτιών που οδηγούν σε αυτές καθίσταται δύσκολη. Είναι τεκμηριωμένη η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης που σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς αυξάνουν το κίνδυνο εκδήλωσης τους. (Fairburn & Harrison, 2003)

2.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Νευρογενής Ανορεξία είναι ψυχιατρική διαταραχή με διάφορες επιπλέον διαταραχές εκτός από την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Ουσιαστικά αναφέρεται ως η ανικανότητα μερικών ατόμων να διατηρηθούν στο ελάχιστο επιθυμητό όριο για το βάρος και την ηλικία τους απέχοντας σχεδόν ακόμη και 85% από το ιδανικό (Kaustav & Debasish, 2010). Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στην Δυτικές Χώρες όπου οι τροφές βρίσκονται σε αφθονία και σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα. Τα πρότυπα ομορφιάς και ιδανικής σιλουέτας στην γυναίκες φλερτάρουν με το υπερβολικά αδύνατο και αδύναμο σώμα. Τα άτομα έχουν έντονο φόβο για αύξηση του βάρους τους ακόμα και εάν είναι ελλειποβαρής. Χρησιμοποιούνται εξαντλητικές και υπερβολικές δίαιτες αδυνατίσματος καθώς και έντονη άσκηση (Attia & Walsh, 2009). Δεν είναι ακριβής ακόμη ο λόγος για τον οποίο εμφανίζεται η ανορεξία σε μερικά άτομα αλλά πιστεύεται ότι συντελείται από την ύπαρξη πολλών παραγόντων όπως γενετικοί και ορμονικοί. Πιο ευάλωτα εμφανίζεται να είναι τα άτομα νεαρής ηλικίας όπως και οι γυναίκες ειδικότερα αυτές με υψηλούς στόχους και ακαδημαϊκή εκπαίδευση (American Psychiatric Association, 2006).

Πίνακας 2.2.α. Διαγνωστικά κριτήρια ανορεξίας(NA).(DSM -IV American Psychiatric Association ,1994).

Συνεχή εμμονή και να φοβο στην εναπόθεση λιπους ακόμα και όταν είναι αυτό το άτομο ελλειποβαρής

Αρνηση να διατηρηθεί στο φυσιολογικό βάρος 15% ή περισσότερο χαμηλό απο το επιθυμητο.

Η εικόνα που έχει για το σώμα της/του είναι εξαιρετικά διαστρεβλωμένη,επικεντρώνεται πολύ στο σχήμα σώματος και στο σωματικό βάρος και αρνείται να παραδεχτεί την σοβαρότητα της απώλειας κιλών

Ενδοκρινολογικές διαταραχές που εκδηλώνεται στις γυναίκες με αμηνόρροια για περισσότερους απο 3 καταμηνιαίους κύκλους.

Επιπλέον τα άτομα αυτά περιορίζουν αισθητά την ποσότητα του φαγητού ή ακόμη και όταν γευματίζουν αναγκάζουν τον εαυτό τους να καταφύγει στον εμετό, συνεπώς αποβολή του φαγητού που μόλις κατανάλωσαν. Υπάρχουν κάποια συμπτώματα ή συμπεριφορές που υποδηλώνουν μια φοβία ως προς το φαγητό και μια ενοχική στάση όπως καταγράφονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 2.2.β Συμπτώματα Νευρογενής Ανορεξίας

Υπερβολική ευαισθησία στο κρύο

Χρησιμοποιούν χάπια διουρητικά ή καθαρτικά ή χάπια για την μείωση της όρεξης

Απώλεια οστικής μάζας και μυικού ιστού

Κηλιδωμένο ή κίτρινο δέρμα που είναι ξηρό

Τεμαχίζουν το φαγητό σε πολύ μικρές μερίδες και το περιστρέφουν στο πιατό

Ασκούνται συνεχώς ακόμη και με άστατο καιρό ή τραυματισμένοι δεν χάνουν την προπόνηση τους

Αρνούνται να γευματίζουν με άλλα πρόσωπα ή αποφεύγουν να παρευρίσκονται σε γεύματα

Υψηλότερο κίνδυνο παρουσίασης μιας τέτοιας διατροφικής διαταραχής έχουν τα άτομα που είναι τελειομανή, ακόμη στον υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης συγκαταλέγονται τα άτομα που έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και υψηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων γενικότερα. Επίσης η νευρική ανορεξία έχει συσχετιστεί με την ύπαρξη έντονου ψυχολογικού στρες (Attia & Walsh, 2009).

2.2.1 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

- Περιοριστικός Τύπος (restrictive type) Ο συγκεκριμένος περιοριστικός τύπος στερείται την τροφή και υπάρχει απίσχναση αλλά δεν εμφανίζει συμπεριφορές αδηφαγίας με κάθαρση. (αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). (Walsh et al 2000; Kaye, 2008; Palmer, 2006).
- Αδηφαγικός/ καθαρτικός τύπος (binge eating/purging type). Στον συγκεκριμένο τύπο το άτομο εμφανίζει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας που εναλλάσσονται με περιόδους στις οποίες καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). (Walsh et al 2000; Kaye, 2008; Palmer, 2006).

2.3 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Νευρογενή βουλιμία χαρακτηρίζεται η ασθένεια όπου τα άτομα έχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Μετά από μία τέτοια συμπεριφορά τέτοιου επεισοδίου τα άτομα αισθάνονται ενοχές και τύψεις για το φαγητό και βρίσκουν τρόπους να το αποβάλλουν. Αυτό συνήθως γίνεται με αυτοπροκαλούμενο εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά χάπια ή ακόμη και με εξαντλητικές ώρες γυμναστικής. Για να θεωρηθεί ένα άτομο βουλιμικό θα πρέπει να έχει το ελάχιστο 2 επεισόδια υπερφαγίας για τους 3 τελευταίους μήνες. Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία αισθάνονται άσχημα με το σώμα τους έχοντας διαστρεβλωμένη εικόνα στο μυαλό τους. Πιστεύουν ότι η ευτυχία τους εξαρτάται από την απώλεια κιλών και ενός ελκυστικότερου σωματότυπο. Εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα όπου η εμμονή τους για την απώλεια κιλών τους εξαντλεί αφού στερούνται για λίγο το φαγητό και καταλήγουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε υδατάνθρακες και θερμίδες (Davison & Neale, 1994).

Πίνακας 2.3.α Διαγνωστικά κριτήρια Νευρογενούς Βουλιμίας. (DSM -IV American Psychiatric Association ,1994)

1) Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Προσδιορίζεται έτσι από την ταυτόχρονη κατανάλωση μιας ποσότητας τροφής σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π. χ 2 ωρών) και η ποσότητα αυτή είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα καταναλώνε ένα φυσιολογικό άτομο. Αισθάνονται ακόμη ανικανότητα ελέγχου της ποσότητας τροφής που καταναλώνουν.
2) Επανειλημμένη νοσηρή συμπεριφορά που στόχο έχει την αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους με την χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, χρήση φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.
3) Η αυτοεκτίμηση τους καθορίζεται αρνητικά από το βάρος και το σχήμα του σώματος τους.
4) Η συχνότητα των φαινομένων υπερφαγίας και η επακολουθεί αποβολή της τροφής μέσω εμέτου θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.
5) Η διαταραχή αυτή μπορεί να μην εμφανίζεται ταυτόχρονα με τα επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας.

2.3.1 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

- **Περιοριστικός τύπος:** Μετά το επεισόδιο υπερφαγίας το άτομο κάνει χρήση όπως η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών ή αυτοπροκαλούμενος εμετός (Walsh et al 2000; Kaye, 2008; Palmer, 2006).
- **Μη περιοριστικός τύπος:** Κατά την διάρκεια του επεισοδίου ακολουθούνται περισσότερες μέθοδοι όπως η αποχή από το φαγητό ή η υπερβολική άσκηση. Οι

αυτοπροκαλούμενοι εμετοί και η χρήση των διουρητικών και καθαρτικών δεν εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα (Walsh et al 2000; Kaye, 2008; Palmer, 2006).

Η πρόγνωση για την θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας είναι καλύτερη από ότι την ανορεξίας. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50% αναρρώνουν πλήρως και ένα ποσοστό γύρω στο 30% διατηρεί μία μη αλλιώς προσδιοριζόμενη διατροφική διαταραχή. Ένα ποσοστό της τάξης του 25% από αυτούς που αναρρώνουν παραμένει με κάποιες διατροφικές διαταραγμένες συνήθειες (Walsh et al., 2000).

2.3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην θεραπεία κατά την ανορεξίας και βουλιμίας γίνεται μια συνεργασία των επιστημονικών αρμόδιων όπως ψυχολόγοι, γιατροί, διαιτολόγοι και νοσηλευτές. (Katzman & Zipursky, 1997). Σημαντικό ρόλο παίζει η καθολική συνεργασία της ομάδας με τους γονείς και τον οικογενειακό περίγυρο. Κάτι που δυσχεραίνει την διάγνωση των κλινικών διαταραχών είναι η αδυναμία του πάσχοντα να αναγνωρίσει και να παραδεχτεί ότι είναι άρρωστος, έχοντας ως αποτέλεσμα να μην ζητάει βοήθεια. Οι στόχοι που θέτονται είναι η σταδιακή αποκατάσταση της υγείας και η επανάκτηση του βάρους μεθοδικά. Ακόμη θέτεται σαν στόχος η επαναφορά των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και η τροποποίηση των αντιλήψεων τους για την πείνα και τον κορεσμό. Σημαντικό σημείο αποτελεί η πάχυνση των γυναικών προκειμένου να επανέλθει η έμμηνος ρύση.(Bulik et al, 2007). Για την θεραπεία αυτών έχουν δομηθεί πολλά προγράμματα και εφαρμόζονται ανάλογα με τον ασθενή και την περίπτωση του. Κάποιες φορές η εναπόθεση βάρους επιτυγχάνεται με πρόγραμμα διατροφής, μειώνοντας την φυσική άσκηση και αυξάνοντας την κοινωνική ενασχόληση και εργασία.

2.4. ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Η΄ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (EDNOS)

Μια σχετικά νέα κατηγορία είναι η μη αλλιώς προσδιοριζόμενη διατροφικές διαταραχές και ο σκοπός ύπαρξης της είναι η περιγραφή των ατόμων εκείνων που έχουν στοιχεία από τις βασικότερες διατροφικές διαταραχές (Νευρογενής Ανορεξία και Νευρογενής Βουλιμία) αλλά δεν πληρούν όλα τα συμπτώματα προκειμένου να γίνει διάγνωση για Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία. Πιο συγκεκριμένα ακόμα οι άτυπες διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν: την περιοριστική λήψη τροφής, έλεγχο της πράξης του τρώγειν, ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος και σύνδρομο της υπερφαγίας (Binge eating disorder). Τα επεισόδια συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα σε περίοδο 6 μηνών. Οι πάσχοντες νιώθουν έντονα αίσθημα αδυναμίας να αντισταθούν στο φαγητό. Τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα από τα αγόρια και ύπαρξη παχυσαρκίας αυξάνει τον κίνδυνο.

2.4.1 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Πίνακας 2.4.α Διαγνωστικά Κριτήρια των Μη αλλιώς προσδιοριζόμενων διατροφικών διαταραχών. (DSM -IV American Psychiatric Association, 1994).

- | |
|---|
| 1) Πληρούνται στις γυναίκες όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας εκτός από το γεγονός ότι το άτομο έχει κανονικούς εμμηνορρυσιακούς κύκλους. |
| 2) Πληρούνται όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία αλλά το βάρος του ατόμου είναι σε φυσιολογικά επίπεδα. |
| 3) Πληρούνται όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Βουλιμία εκτός από τα επεισόδια υπερφαγίας και των μηχανισμών αποβολής της τροφής που εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα από ότι ορίζουν τα κριτήρια Βουλιμίας. |
| 4) Απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά από το άτομο με φυσιολογικό βάρος σώματος μετά την κατανάλωση πχ. Μικρής ποσότητας γλυκού. |

5) Η επαναλαμβανόμενη μάσηση και απόπτωση της τροφής χωρίς την κατάποση σε κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής

6) Ύπαρξη του συνδρόμου υπερφαγίας (Binge eating disorder-BED) με την απουσία όμως ανάρμοστης συμπεριφοράς αποβολής της τροφής όπως συμβαίνει στην Ψυχογενή Βουλιμία.

2.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η νέα παγκόσμια επιδημία του 21^{ου} αιώνα παρουσιάζεται να είναι η παχυσαρκία. (Allison et al., 1999). Ακολουθώντας τον ορισμό που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας λαμβάνουμε ως υπέρβαρους τα άτομα εκείνα που έχουν δείκτη μάζας σώματος BMI(body mass index) από 25- 29,9 kg/m² και ως παχύσαρκους αυτούς που υπερβαίνουν το >30 kg/m². Ορίζεται έτσι ως η υπερβάλλουσα συσσώρευση λίπους στον οργανισμό, σε βαθμό που επηρεάζεται η υγεία και η ευεξία του ατόμου. Η παχυσαρκία δεν θεωρείται πλέον απειλή για την υγεία αλλά αποτελεί αυτή καθ' αυτή νόσος με πολύπλευρους και πολυσύνθετους αιτιολογικούς παράγοντες. Τα ποσοστά για την Ελλάδα παρουσιάζονται ιδιαίτερα αποθαρρυντικά καθώς σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας, επί 28.000 ατόμων προέκυψε ότι:

- Το 30% των Ελληνίδων γυναικών είναι παχύσαρκες (1η θέση στην Ευρώπη)
- Το 30% των Ελλήνων ανδρών είναι παχύσαρκοι (2η θέση στην Ευρώπη)
- Το 26% των αγοριών και το 19% των κοριτσιών ηλικίας 6–17 ετών είναι υπέρβαροι
- Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε ποσοστό παιδικής παχυσαρκίας.

Τα άτομα με αυτή την ασθένεια έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη, καρδιαγγειακών ασθενειών, και καρκίνου.(WHO, 2000). Οι αυξημένοι κίνδυνοι που συνδέονται με την παχυσαρκία σχετίζονται όχι μόνο με το ποσοστό σωματικού λίπους αλλά και με την κατανομή αυτού στο σώμα. Συχνά όμως τείνει να συγχέεται το σωματικό βάρος με το σωματικό λίπος. Αυτό που ουσιαστικά παίζει καθοριστικό ρόλο δεν είναι τόσο το σωματικό βάρος όσο το

σωματικό λίπος. Ως διευκρινιστική εικόνα αυτού θα μπορούσε να είναι οι αθλητές που ενώ έχουν υψηλό δείκτη μάζας σώματος και παρουσιάζονται ως υπέρβαροι ή ακόμη και παχύσαρκοι λόγω της υπερβολικής μυώδους μάζας τους ενώ έχουν μειωμένο σωματικό λίπος.(Hammond, 2000). Το συνολικό σωματικό λίπος μπορεί να υπολογιστεί από την εκτίμηση της λιπώδους μάζας (FM) και της άλιπης μάζας FFM του ατόμου. Η λιπώδης μάζα περιλαμβάνει όλα τα λιπίδια του λιπώδους ιστού και άλλων ιστών απαραίτητα και μη. Η άλιπη μάζα συνίσταται από όλες τις υπόλοιπες χημικές ουσίες και ιστούς συμπεριλαμβανομένου του νερού, τους μύες τους συνδετικούς ιστούς τα οστά και τα εσωτερικά όργανα. Ο υπολογισμός του σχετικού σωματικού λίπους % body fat (BF) προκύπτει από την διαίρεση της λιπώδους μάζας με το συνολικό σωματικό βάρος BW (Body weight). Επομένως, $\%BF = (FM/BW) \cdot 100$. Το σύνηθες είναι 15% για τους άντρες και 23% για τις γυναίκες. Ως βλαβερό για την υγεία θεωρείται η υπέρβαση του 25% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες. (Lohman, 1992). Το σπλαχνικό λίπος αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις και άλλα μεταβολικά νοσήματα όπως ο διαβήτης τύπου 2, από ότι το συνολικό σωματικό λίπος (Heyward & Stolarczyk, 1996).

Εάν αναλογιστεί κανείς τα οφέλη από την μείωση του σωματικού βάρους δεν θα μπορεί παρά να αποτελεί προτεραιότητα η άμεση αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Σε μια έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Harvard της Βοστώνης η μείωση και η σταθερότητα του βάρους συνδέεται άμεσα με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και την θνησιμότητα. Επιπλέον βελτιώνει την διάθεση το άγχος την κατάθλιψη τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες αλλά και την ποιότητα ζωής (IOTF,2000). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α με 4309 ενήλικες συμμετέχοντες βρέθηκε συσχετισμός της παχυσαρκίας με διαταραχές στον ύπνο. Συγκεκριμένα το ποσοστό που είχε εκτιμηθεί για διαταραγμένο ύπνο οφειλόμενο κατά μεγάλο ποσοστό στα επιπλέον κιλά του ατόμου $BMI > 30$ ήταν από 7-36% (Chaoyang et al., 2006). Αξιοσημείωτο θεωρείται το γεγονός ότι το ποσοστό των αντρών ήταν το διπλάσιο(80%) από αυτό των γυναικών(40%) νεότερες των 55 χρόνων. Τα άτομα με σπλαχνικό λίπος είχαν υψηλότερα ποσοστά από τα άλλα παχύσαρκα άτομα που δεν εστιαζόταν το λίπος στην κοιλία κατά 10.9% (Resta et al., 2003). Η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση φαίνεται να διεκδικεί την δική της μερίδα στην παχυσαρκία αφού σε έρευνα που έγινε στην Αυστραλία το 2006 ανάμεσα σε 1467 άντρες από 39-73 χρονών εκείνοι με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο είχαν υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν παχυσαρκία $BMI > 30$ και συγκεκριμένα σπλαχνικό λίπος $> 102\text{cm}$ σε ποσοστό 32.4%. Τα άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο το 32.0% ήταν καπνιστές $> 15\text{cig/day}$ προτιμούσαν το

γρήγορο φαγητό και γυμνάζονταν ή ασκούσαν ελάχιστα. Παρουσιάζεται έτσι ο συσχετισμός πως η παχυσαρκία συντελείται από τις διατροφικές προτιμήσεις καθώς και την εργασιακή ιδιότητα και το κοινωνικό προφίλ των ατόμων. (Sharon L. et al, 2006).

Ως θεραπεία προτείνεται η μείωση της πρόσληψης θερμίδων και η άσκηση. Συντελείται έτσι ένα καλύτερο λιπιδεμικό προφίλ με ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία αλλά και στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενή. Σε νοσογόνο παχυσαρκία η βariatρική που είναι σχετικά ένας νέος κλάδος στην Ιατρική υπόσχεται πολλά για το προσεχές μέλλον με επαναστατικές και καθολικές μεθόδους για την καταπολέμηση της ασθένειας αυτής.

2. 6 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ

Εικόνα σώματος νοείται η εικόνα που κάθε άτομο έχει για την φυσική εξωτερική εμφάνιση του όπως και κάθε αρνητικό ή θετικό συναίσθημα αφορά το σχήμα και το μέγεθος του σώματος του. Έχοντας μια αρνητική εικόνα για το σώμα αυτό καθ' αυτό μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη κάποιου είδους διατροφικής διαταραχής. Αυτό οφείλεται στην ανησυχία και τον φόβο που έχουν τα άτομα αυτά για να μην πάρουν βάρος σε σχέση με αυτά που έχουν μικρότερες ανησυχίες για το βάρος τους (Bruin et al., 2007). Ένας άλλος ορισμός παρουσιάζει την εικόνα σώματος σαν την σύνθεση της εξωτερικής εμφάνισης με την υγεία του σώματος (Feingold & Mazzella, 1998).

Στην Αμερική μόνο το 3% των ενηλίκων ακολουθούν υγιή διατροφική συμπεριφορά ,έχουν ($\Delta\text{ΜΣ} < 25\text{kg/m}^2$), καταναλώνουν 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως, δεν καπνίζουν και γυμνάζονται τακτικά (Reeves & Rafferty, 2005).

Οι περισσότερες μελέτες μέχρι τώρα δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και κακή εικόνα σώματος σε σχέση με τους άνδρες (Costarelli et al, 2009). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι ελάχιστες μελέτες έχουν ερευνήσει την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την εικόνα σώματος σε άνδρες. Η πλειονότητα των οποίων έχει ασχοληθεί με άνδρες αθλητές. (Rodriguez et al, 2011). Οι άνδρες για πολύ καιρό παρέμεναν στην αφάνεια των ερευνών αλλά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αλλαγή τόσο στην στάση όσο και στην συμπεριφορά των ανδρών ως προς την εξωτερική εμφάνιση και το σχήμα του σώματος τους. Οι άνδρες που δεν είναι ικανοποιημένοι με

την μυϊκή δύναμη τους βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Olivardia et al., 2004). Όσον αφορά την εικόνα σώματος στις γυναίκες για ένα πιο αδύνατο σώμα αποτελεί η ωραία εξωτερική εμφάνιση ενώ στους άνδρες είναι η ωραία εξωτερική εμφάνιση σε συνδυασμό με την μυϊκή δύναμη (Feingold&Mazzella, 1998).

2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΔΩΝΗ

Η κοινωνική πίεση από τις διαφημιστικές καμπάνιες και την προβολή αθλητικών προτύπων είναι αυτή που τις περισσότερες φορές επηρεάζει και επιβάλλει στους νέους το πώς πρέπει να είναι και να φαίνονται. Για πολλές δεκαετίες προωθείται το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας για την γυναίκα και το πρότυπο γραμμωμένου σώματος για τον άνδρα.

Όροι όπως μυϊκή δυσμορφία, bigorexia ή αλλιώς αντίστροφη ανορεξία συνθέτουν το *Σύνδρομο του Αδωνη* και αποτελούν απλά τους πρωταρχικούς ορισμούς για μια ειδική διατροφική διαταραχή με ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Το κύριο στοιχείο τους δεν είναι πόσο λεπτός και αδύνατος είναι ένας άντρας αλλά πόσο μυώδες και καλοσχηματισμένος παρουσιάζεται. Το φαινόμενο αυτό αυξάνεται σταδιακά τόσο στις Η.Π.Α όσο και σε άλλες χώρες του κόσμου (Leone et al., 2005).

2.8 ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ

Μυϊκή Δυσμορφία είναι μια μορφή έμμονης καταναγκαστικής σωματικής διαταραχής. Προσδιορίζεται από παθολογική ενασχόληση-έγνοια για μυώδης και λιγνή εμφάνιση. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή έχουν ως τελικό στόχο να φαίνονται εξαιρετικά μυώδη και λεπτά ταυτόχρονα. Περνάνε πάρα πολλές ώρες στο γυμναστήριο και ξοδεύουν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους σε συμπληρώματα διατροφής.

Σημαντικό κεφάλαιο αποτελεί για την επιστημονική κοινότητα το σύνδρομο αυτό με όλες του τις παραμέτρους καθώς παρουσιάζεται δυσκολία τόσο στην διάγνωση όσο και στην

αντιμετώπιση- θεραπεία αυτού του φαινομένου, λόγω του ότι οι ασθενείς δεν νιώθουν να πάσχουν από κάτι και το κυριότερο είναι πως η εξωτερική εμφάνιση τους δεν προδίδει μια διατροφική διαταραχή, πόσο μάλλον ψυχολογική, έτσι ώστε να παραπέμπει σε υποστηρικτική βοήθεια. Συχνότερα παρουσιάζεται σε αθλητές όπου είναι πιο ευάλωτοι στο να αναπτύξουν μια διατροφική διαταραχή οφειλόμενη στην πίεση που δέχονται από το άθλημα και τις εντατικές προπονήσεις. Δεν εξαιρούνται όμως δυστυχώς τα άτομα που δεν αθλούνται υπέρ-εντατικά αφού ο βομβαρδισμός ιδεατών προτύπων στιγματίζει τους έφηβους υποτάσσοντας τους σε μοναχά μια εικόνα προτύπου άνδρα μέσα από περιοδικά εκγύμνασης, φωτογραφίες διασήμων και άλλων πηγών. Εάν και όπως έχει ήδη λεχθεί, δεν είναι εμφανή τα συμπτώματα που υποδηλώνουν αυτή την πάθηση, υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (James E. et al., 2005).

Πινάκας .2.8.α Ενδείξεις Μυϊκής Δυσμορφίας:

Μανιακή αυτοπροβολή μπροστά στο καθρέφτη
Υπερβολικές ώρες στο γυμναστήριο
Αποκοπή από την κοινωνική ζωή – Έχουν περιορισμένο χρόνο
Περιορισμός φαγητού – Διαδικασία νηστείας
Αφυδάτωση του σώματος
Χρήση στεροειδών ορμονών
Προσωπικοί περιορισμοί (δεν μεταθέτουν το γυμναστήριο ή την άσκηση τους λόγω κάποιου γεγονότος)

Στον Πίνακα 2.8.β παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο του Pope et al., 2000 για την ανίχνευση συμπτωμάτων μυϊκής δυσμορφίας.

Πίνακας 2.8.β Διαγνωστικές Ερωτήσεις Μυϊκής Δυσμορφίας

1. Πόσο συχνά επηρεάζονται οι κοινωνικές σου σχέσεις από την άσκηση και την διατροφικό σου πρόγραμμα;
2. Οι ανησυχίες για την εξωτερική σου εμφάνιση και προπονητική απόδοση επηρεάζουν τις ακαδημαϊκές σου επιδόσεις ή την εργασία σου;
3. Απουσιάζεις συχνά από κοινωνικές εκδηλώσεις ή την εργασία σου λόγω των ανησυχιών για την εμφάνιση σου;
4. Παίρνεις μέτρα αποφυγής προβολής του σώματος σου σε άλλους? Αποφεύγεις τις ώρες αιχμής για να μην τύχει να αλλάξεις ρούχα μετά το γυμναστήριο μπροστά σε άλλους? Επιλέγεις χαλαρά ρούχα και ευρύχωρα;
5. Οι ανησυχίες σου επηρεάζουν και την σεξουαλική σου ζωή;
6. Πόσο χρόνο αφιερώνεις στην περιποίηση του εαυτού σου καθημερινά ;
7. Πόσες ώρες δαπανάς στο γυμναστήριο με ασκήσεις αντίστασης (βάρη) αντί να βελτιώνεις την επίδοσή σου σε ένα άθλημα;
8. Πόσο συχνά η εμφάνιση σου σε γεμίζει με ανησυχίες , άγχος , πίεση , απογοήτευση;
9. Πόσο συχνά η διατροφή σου εμπεριέχει συγκεκριμένα φαγητά (με χαμηλό ποσοστό λίπους, υψηλό σε πρωτεΐνη, χαμηλό σε υδατάνθρακες) και πόσο συχνά παίρνεις συμπληρώματα διατροφής με σκοπό την αλλαγή της εξωτερικής σου εικόνας;
10. Έχεις πάρει ποτέ φάρμακα απαγορευμένα ή μη με σκοπό την αύξηση της μυϊκής σου μάζας;

Οι ερωτήσεις αυτές λειτουργούν σαν κατευθυντήριες γραμμές για τους γιατρούς, προπονητές, διαιτολόγους που μαζί με άλλα στοιχεία βοηθούν στο τελικό πόρισμα. Αυτές καθ' αυτές δεν αποτελούν αποδεικτικά στοιχεία για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Ανησυχία όμως προκαλεί στην ιατρική κοινότητα το σύνδρομο αυτό αφού υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και σε μερικές περιπτώσεις έχουν καταγραφεί και θάνατοι. Αρχικά η αφυδάτωση που προκαλείται από την έντονη άσκηση και την μειωμένη κατανάλωση υγρών μπορεί να προκαλέσει ζαλάδες, πονοκεφάλους, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μυϊκές κράμπες, ταχυκαρδία, έντονη κόπωση και σε εξαιρετικές περιπτώσεις θάνατος μετά από αναισθησία. Η κατάχρηση δε των στεροειδών ορμονών από τα άτομα αυτά επηρεάζει το συκώτι και τα νεφρά που δεν μπορούν να μεταβολίσουν την αυξημένη αυτή ποσότητα προκαλώντας νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Επιπλέον οι εξαντλητικές δίαιτες μπορούν να οδηγήσουν σε κόπωση λόγω έλλειψης μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών, ζαλάδες, πονοκεφάλους, απώλεια αισθήσεων, διαταραχές νευρικού συστήματος και εγκεφάλου ακόμα και κόμα.

2.8.1 Αντιμετώπιση – Θεραπεία

Για να γίνουν κατανοητές οι θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει πρώτα να προσπεραστούν οι κοινοί φραγμοί και αναστολές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να διαγνωστεί νωρίς όπως συμβαίνει σε ανορεξία και βουλιμία έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορέσουν να επέμβουν αποτελεσματικά. Αυτό θα πρέπει να γίνει με την συγκατάβαση και αποδοχή του πάσχοντα που συχνά εμφανίζεται να μην πείθετε για την κατάσταση που βρίσκεται πόσο μάλλον να αναζητά θεραπεία. Κρίνεται αναγκαία η ανάδειξη και προβολή των σωστών προτύπων από την κοινωνία και η προσεκτική ενημέρωση των εφήβων στο πώς να προσέχουν να διατηρούν και να αγαπούν το σώμα τους θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ισορροπία είναι το μυστικό για να διατηρείται κανείς στα επιθυμητά επίπεδα καθώς η γνώση τον οπλίζει στο να αντιστέκεται στα ψεύτικα και μαρκετιστικά πρότυπα των μέσων. Μέχρι τώρα δεν υπήρξε συγκεκριμένη θεραπεία ή πρόγραμμα στοχευόμενο παρά μόνο προσεγγίσεις της κατάστασης. Δυσκολία παρουσιάζει επίσης σε σχέση με την ανορεξία όπου εκεί επιβάλλεται η παρέμβαση και επαναφορά του ατόμου στο φυσιολογικό βάρος λόγω υψηλού συσχετισμού με την θνησιμότητα, εν αντιθέσει με την μυϊκή δυσμορφία όπου λόγω πρόσφατου φαινομένου ακόμα τα

επίπεδα θνησιμότητας είναι χαμηλά. Πρωταρχικό ρόλο έχουν οι προπονητές που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους αθλητές τους και είναι αναγκαία η γνώση τους στα θέματα αυτά έτσι ώστε να αντιληφθεί νωρίς στον αθλητή του την υπερβολή αυτή. Υπάρχει θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά (πχ fluoxetine).αφού υπάρχει έντονη συσχέτιση της απογοήτευσης κα της ενοχής στα άτομα που είτε δεν είναι ικανοποιημένοι με την εικόνα σώματος τους είτε ασκούνται μανιακά σε βαθμό που το ιδανικό δεν τους ικανοποιεί ποτέ. (Pope et al., 2000).

2.9 ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ- ΕΡΕΥΝΕΣ

Έχουν εμφανιστεί κατά καιρούς δεκάδες τρόποι απώλειας σωματικού βάρους και γνωστές δίαιτες αδυνατίσματος που υπόσχονται θεαματικά αποτελέσματα. Η απώλεια των παραπανίσιων κιλών και η ιδεατή σιλουέτα είναι ένα θέμα που προβληματίζει πολλούς ανθρώπους που αναζητούν την μέθοδο εκείνη που θα τους δώσει τα άριστα επιθυμητά αποτελέσματα στο μικρότερο δυνατό χρόνο. Οι θεμέλιοι λίθοι των προγραμμάτων αυτών βασίζονται στην πηγή των τροφίμων και στην μείωση τροφών πλούσιων σε θερμίδες(πχ πατατάκια, σοκολάτες γάλακτος, μπέρκες). Βασίζονται δηλαδή στην αναλογία των μακροθρεπτικών συστατικών πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη. Σε έρευνα που έγινε στο Ισραήλ συμμετείχαν 71 νέοι (29 αγόρια και 42 κοπέλες) ηλικίας μεταξύ 12-18 χρόνων που ήταν διαγνωσμένοι με παχυσαρκία. Η έρευνα διεξαγόταν από το Ιανουάριο μέχρι και το Μάρτιο του 2005 και σκοπός ήταν η ανεύρεση της αποτελεσματικότερης δίαιτας βασισμένοι στην αναλογία των μακροθρεπτικών. Έτσι χώρισαν τους νέους σε 3 ομάδες. Η πρώτη ομάδα έπαιρνε Χαμηλή Ποσότητα Υδατανθράκων (60g, 20%), Υψηλή Ποσότητα Πρωτεΐνης (150g, 50%), Χαμηλή Ποσότητα Λιπών (40g, 30%). Η ομάδα αυτή ονομαζόταν LCLF (Low carbohydrate-low fat).Η δεύτερη ομάδα έπαιρνε Χαμηλή Ποσότητα Υδατανθράκων (60g, 20%), Χαμηλή Ποσότητα Πρωτεΐνης(60g, 20%), Υψηλή Ποσότητα Λίπους (80g, 60%). Η ομάδα αυτή ονομαζόταν LCHF (Low carbohydrate- High fat). Η Τρίτη ομάδα έπαιρνε Υψηλή Ποσότητα Υδατανθράκων (150-180g, 50-60%), Χαμηλή Ποσότητα Πρωτεΐνης (60g, 20%), Χαμηλή Ποσότητα Λιπών (40g, 30%). Η ομάδα αυτή ονομαζόταν HCLF (High carbohydrate, Low Fat). Το πρόγραμμα στις ομάδες αυτές διήρκεσε 12 εβδομάδες από τον Μάρτιο μέχρι αρχές Ιουνίου 2005, και οι 3 ομάδες είχαν συνολικό ποσοστό θερμίδων 1200kcal/day. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα LCLF που αρχικά είχε μέσο όρο

BMI 36kg/m² μειώθηκε στο 33.3kg/m² και η % λιπώδους μάζας από 42.4% αρχικά μειώθηκε στο 36.9. Η ομάδα LCHF που αρχικά είχε BMI 33.6 kg/m² μειώθηκε στο 31.6 kg/m², και λιπώδη ιστό από 41.4% μειώθηκε στο 38.8. Η ομάδα HCLF με αρχικό μέσο όρο BMI 34.4 kg/m² μειώθηκε στο 32.8 και λιπώδη μάζα από 40.3% σε 36.2% τελικό. (Gavan et al., 2005).

Πινάκας 1. Ποσοστιαίες διαφορές αρχικών με τελικών ποσοστών των 3 ομάδων.

	LCLF	LCHF	HCLF
ΔΜΣ	2.7 μονάδες	2 μονάδες	1,6 μονάδες
% fat-mass	5,5 μονάδες	2,3 μονάδες	4,1 μονάδες

(Gavan et al., 2005) Συνοπτικές Πίνακας: LCLF- Low carbohydrate-low fat, LCHF- Low carbohydrate- High fat, HCLF- High carbohydrate, Low Fat.

Από τον πίνακα αυτό φαίνεται πως τα άτομα της ομάδας με τους χαμηλούς υδατάνθρακες και χαμηλό λίπος έχασαν περισσότερο λιπώδη μάζα και βελτίωσαν το ΔΜΣ πιο αποτελεσματικά από τις άλλες ομάδες.

Σε μια τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική μεταξύ Σεπτεμβρίου Δεκεμβρίου 2002 έλαβαν μέρος συνολικά 9300 άτομα και σκοπός ήταν να εξετάσουν το ποσοστό χρηστών δίαιτας χαμηλής σε υδατάνθρακες και υψηλή σε πρωτεΐνη και κατά πόσο οι χρήστες είδαν αποτελέσματα. Ποσοστό 12,5% δήλωσε να χρησιμοποιεί πάντα αυτή την μέθοδο και 3,4% ήταν χρήστες εκείνη την χρονική περίοδο που διεξαγόταν η έρευνα. Οι άνδρες με ποσοστό 40% φαίνεται να έκαναν χρήση της μεθόδου αυτής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (περισσότερο των 12 μηνών) από ότι οι γυναίκες 30%. Οι πλείστοι δήλωσαν θετικά αποτελέσματα με την μέθοδο αυτή σε συνδυασμό με φυσική δραστηριότητα. (Blanck et al., 2002).

Ακόμη μια τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, Κολομβία και Πουέρτο Ρίκο το 1998 με 135,435 ενήλικες συμμετέχοντες βρέθηκε ότι: 10,2% των παχύσαρκων γυναικών και 3,1% παχύσαρκων αντρών χρησιμοποίησαν φαρμακευτική αγωγή για την απώλεια βάρους τα τελευταία 2 χρόνια. Το 28,2% έχασε τουλάχιστον 10% από το αρχικό βάρος. Μόνο το

26.7% από αυτούς που χρησιμοποίησαν φαρμακευτική αγωγή συνδύασαν φυσική δραστηριότητα και προσεγμένη διατροφική αγωγή με λιγότερες θερμίδες (Blanck et al., 2004).

Σε έρευνα που έγινε το 2004 στο Autonomous University of Tlaxcala (AUT) στο Μεξικό και έλαβαν μέρος 2,651 φοιτητές του Πανεπιστημίου επιχειρήθηκε η ταξινόμηση των τρόπων που χρησιμοποιούν οι φοιτητές για την απώλεια σωματικού βάρους. Δόθηκαν 7 επιλογές και οι συμμετέχοντες έπρεπε να διαλέξουν την μέθοδο εκείνη που χαρακτήριζε καλύτερο τον τρόπο που χρησιμοποιούν οι ίδιοι για να χάσουν κιλά. Οι επιλογές ήταν δίαιτα, έντονη γυμναστική, φάρμακα, εναλλακτική θεραπευτική αγωγή, επαγγελματική υποστήριξη (από Γυμναστή, Διαιτολόγο, Ψυχολόγο), προϊόντα αδυνατίσματος (κρέμες, χάπια, τσάι κ.α.) και τέλος συνταγές από βιβλία και περιοδικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από το σύνολο, οι 123 φοιτητές επέλεξαν την δίαιτα (16.4%), 513 (68.3) έντονη γυμναστική, 6 φοιτητές (0.8%) τα φάρμακα, την εναλλακτική θεραπευτική αγωγή 14 (1.9%), για βοήθεια από ειδικούς κατέφυγαν οι 27 (3.6%), 49 (6.5) χρησιμοποίησαν προϊόντα αδυνατίσματος και 19 (2.5%) προσπάθησαν μέσα από βιβλία και περιοδικά. Όταν συγκρίθηκε το τελικό BMI με το αρχικό πιο εμφανή αποτελέσματα είχαν οι φοιτητές που έκαναν δίαιτα με (27.1 -25.3 BMI) , εκείνοι που έκαναν έντονη γυμναστική (25.7- 24.2 BMI) και οι φοιτητές που χρησιμοποίησαν εναλλακτική θεραπευτική αγωγή (29.7- 26.2 BMI). (Hernandez et al., 2004).

Εαν εξαιρεθούν τα πλεονεκτήματα της δίαιτας που ουσιαστικά είναι το ποθητό αποτέλεσμα της απώλειας κιλών, υπάρχουν σημαντικά μειονεκτήματα και σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία. Πρώτον, είναι πολύ μικρό το ποσοστό των ατόμων εκείνων που καταφέρνουν να τηρήσουν μια δίαιτα και να φτάσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα της,(Garner & Wooley., 1991). Δεύτερον, η επαναλαμβανόμενη διαδικασία προσπάθειας απώλειας κιλών και επανάκτηση τους είναι ένας συνεχής κύκλος που σταδιακά μπορεί να προκαλέσει καρδιαγγειακά προβλήματα και κινδύνους στην υγεία. (Jeffery., 1996). Τρίτον, το κυμαινόμενο βάρος και οι επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες προσπάθειες είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε πτώση του ηθικού και κατάθλιψη. (Brownell & Rodin., 1994). Τέταρτον, η έμμονη ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος έδειξε να σχετίζεται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών όπως Νευρική Ανορεξία και Βουλιμία. (Wilson., 1993).

Για την επιλογή της καταλληλότερης διατροφικής αγωγής καλό θα ήταν να υπάρχει πάντα η συμβουλή ενός αρμοδίου έτσι ώστε να αποφεύγονται τυχόν λάθη ή εξαντλητικές πειστικές

δίαιτες που δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επιπλέον κάθε άτομο είναι ξεχωριστό με τα δικά του χαρακτηριστικά και δεν πρέπει να ακολουθεί ειδικές ενδείξεις άλλων ατόμων.

Συστάσεις για απώλεια σωματικού βάρους :

- Τουλάχιστον 3 γεύματα ημερησίως , το πρωινό θεωρείται εξαιρετικά σημαντικό,
- πλούσιο σε φυτικές ίνες φρούτα και λαχανικά
- Προσοχή στο αλάτι (όχι περισσότερο από 9gr/ημερα)/ ζάχαρη/ κατεργασμένα τρόφιμα,
- Πάντα πάνω από 800 Kcals/ ημέρα ,
- Πρόσληψη τροφής από όλες τις κατηγορίες τροφίμων,
- Περισσότεροι υδατάνθρακες και λιγότερο λίπος,
- Απώλεια σωματικού βάρους όχι περισσότερο από 1kg την εβδομάδα .
- Καλύτερα εάν η διατροφή και ο τρόπος ζωής σας , σας το επιτρέπει μην χρησιμοποιείτε χάπια και φάρμακα στην απώλεια σωματικού βάρους (Garrow et al., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Κατά την χρονική περίοδο 10 Δεκεμβρίου 2010 με 10 Ιανουαρίου 2011 είχαν διανεμηθεί 135 από την ερευνήτρια ερωτηματολόγια και 80 συμπληρώθηκαν μέσω διαδικτύου. Συνολικά καταμετρήθηκαν στην μελέτη τα 200 αφού από τα 135 που διανεμήθηκαν τα (5) δεν επιστράφηκαν και τα 7 δεν είχαν συμπληρωθεί σωστά. Από τα 80 ερωτηματολόγια τα 3 δεν είχαν συμπληρωθεί σωστά. Το δείγμα αποτελείτο από άνδρες φοιτητές. Εξ αυτών 34 φοιτητές ήταν της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, 32 της Γυμναστικής Ακαδημίας, 31 του τμήματος Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, 38 του τμήματος της Γεωγραφίας, 28 από το τμήμα της Πληροφορικής και Τηλεματικής και 37 από την Οδοντιατρική Σχολή.

3.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας αποσκοπούσε στον έλεγχο και τις πιθανές διαφορές μεταξύ των φοιτητών που σχετίζονται οι σπουδές τους με επαγγέλματα υγείας και αυτών που δεν έχουν σχέση με επαγγέλματα υγείας. Στους φοιτητές που σχετίζονται συγκαταλέγονται (Ιατρική, Γυμναστική Ακαδημία, Οικιακή Οικονομία) και σε αυτούς που δεν σχετίζονται (Γεωγραφία, Πληροφορική-Τηλεματική, Οδοντιατρική). Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την χρήση ενός ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου που αποτελούταν από 3 τμήματα. (Γενικό Ερωτηματολόγιο Εθελοντή, Ελληνική Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Συνηθειών, Eating Attitudes Test- και την Ελληνική Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος, Multidimensional Body Self Questionnaire –MBSRQ).

3.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν τα εξής :

- Γενικό Ερωτηματολόγιο Εθελοντή
- Ελληνική Προσαρμογή του Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών, Eating Attitudes Test-26 (Garner D.,1982), (Costarelli et al.,2009).
- Ελληνική Προσαρμογή του Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος,Multidimensional Body Self Questionnaire -MBSRQ (Cash T.F., 2000)

Τα εργαλεία αυτά μαζί με την φόρμα συγκατάθεσης που βρισκόταν στην πρώτη σελίδα αποτελούσαν ένα ενιαίο πακέτο ερωτήσεων. Επιβεβαιώνεται στην φόρμα ότι τα στοιχεία παραμένουν άκρως εμπιστευτικά και για οποιεσδήποτε διευκρινιστικές ερωτήσεις ως προς την ορθή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα δίνοντας οι κατάλληλες κατευθυντήριες γραμμές.

3.4 Κλίμακες Μέτρησης

3.4.1. Γενικό Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο καταλληλότητας απαρτίζεται συνολικά από 8 ερωτήσεις που συντάχθηκαν έτσι ώστε να δώσουν πληροφορίες αρχικά για τα βασικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου όπως ηλικία, ύψος, βάρος και η σχολή/πανεπιστήμιο που φοιτούν. Κατά δεύτερον να προσδιοριστούν οι διατροφικές συνήθειές του και η συχνότητα εξάσκησης. Ακόμη εντάσσονται ερωτήσεις που αφορούν το σωματικό βάρος, μεθόδους απώλειας που χρησιμοποίησαν στην περίπτωση εκείνη που προσπάθησαν να χάσουν κιλά. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαντήθηκε από όλους.

3.4.2 Ελληνική Προσαρμογή Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Συνηθειών, Eating Attitudes Test-26

Το Eat-26 είναι πιθανώς το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο που αξιολογεί σκέψεις, συμπτώματα και συμπεριφορές που σχετίζονται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αποτελείται από 26 ερωτήσεις που ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει την συχνότητα εκείνη που τον αντιπροσωπεύει περισσότερο. Οι απαντήσεις κυμαίνονται ανάμεσα στις επιλογές : Πάντα, Συνήθως, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια και ποτέ. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 78 και σύμφωνα με την μεθοδολογία αυτοί που σκοράρουν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 20 εμφανίζουν μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Eat-26 υπάγονται στις εξής 3 υποκατηγορίες: 'ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος', 'βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό', 'έλεγχος της πράξης του τρώγειν'. Σε κάθε υποκατηγορία αντιστοιχούν συγκεκριμένες ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο όπως εμφανίζονται πιο κάτω. (Garner., 1982).

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος	1/6/7/10/11/12/14/16/17/22/23/24/25
Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό	3/4/9/18/21/26
Έλεγχος της πράξης του τρώγειν	2/5/8/13/19/20

3.4.3 Ελληνική Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος, Multidimensional Body Self Questionnaire -MBSRQ

Το ερωτηματολόγιο 'Αξιολόγησης της εικόνας του σώματος-MBSRQ' είναι ένα εργαλείο υπολογισμού των στάσεων και συμπεριφορών που εμφανίζουν οι άνθρωποι για την προσωπική εκτίμηση της εικόνας του σώματος τους περιλαμβάνοντας ακόμη προτάσεις που αφορούν την

σωματική εμφάνιση, στις προσπάθειες για υγιεινή διατροφή αλλά και συμπεριφορές που αντιστοιχούν στην φροντίδα της υγείας. Οι απαντήσεις κυμαίνονται ανάμεσα στις επιλογές : οπωσδήποτε διαφωνώ, κυρίως διαφωνώ, ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, κυρίως συμφωνώ, οπωσδήποτε συμφωνώ. Όσο περισσότερο αυξάνεται η βαθμολογία του ερωτηματολογίου τόσο πιο υγιείς είναι η στάση του ατόμου στους παρακάτω τομείς ενώ όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία οι στάσεις του ατόμου δεν είναι υγιείς. (Cash T.F.,2000) .

Αποτελείται από 69 προτάσεις-συμπεριφορές που χωρίζονται σε 10 υποκατηγορίες:

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
1)Εκτίμηση εξωτερικής Εμφάνισης	11/21/39/42/48
2)Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση	1/2/12/13/22/23/31/32/40/41/49/50
3)Εκτίμηση Φυσικής Κατάστασης	3/14/24/33/36
4)Στάση ως προς την Φυσική Κατάσταση	4/6/15/16/25/26/34/35/43/44/52/53
5) Εκτίμηση της κατάστασης της Υγείας	7/9/17/27/45/51/54
6) Στάση ως προς την υγεία	8/18/19/28/29/38/55
7) Στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών	37/46/47/56
8) Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος	61/62/63/64/65/66/67/68/69
9) Εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους	10/20/57/58
10) Εκτίμηση του σωματικού βάρους	59/60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (statistical package for the social science για τα windows), έκδοση 18. Στα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναφέρονται οι τιμές του μέσου όρου καθώς και της τυπικής απόκλισης εντός παρενθέσεως. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων εξετάστηκαν με το Mann- Whitney U test και Spearman Correlation. Οι μη αριθμητικές μεταβολές παρουσιάζονται ως ποσοστά.

4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα από την στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων όσον αφορά τα γενικά ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, τις διαιτητικές συνήθειες και την αξιολόγηση της εικόνας σώματος.

4.1.1 ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Συνολικά τα άτομα που συνθέτουν το δείγμα είναι 200.

Πίνακας 1. Ηλικία και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων. Μέσος όρος και (τυπική απόκλιση).

	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134)	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66)	Σύνολο Δείγματος (n=200)
Ηλικία	21.90 (2.64)	20.89 (2.77)	21.57 (2.72)
Ύψος (m)	1.79 (.075)	1.77 (.077)	1.78 (.076)
Βάρος (kg)	76.15 (10.74)	75.31 (11.81)	75.87 (11.08)
ΔΜΣ (kg/m ²)	23.60 (2.55)	23.83 (2.87)	23.68 (2.65)

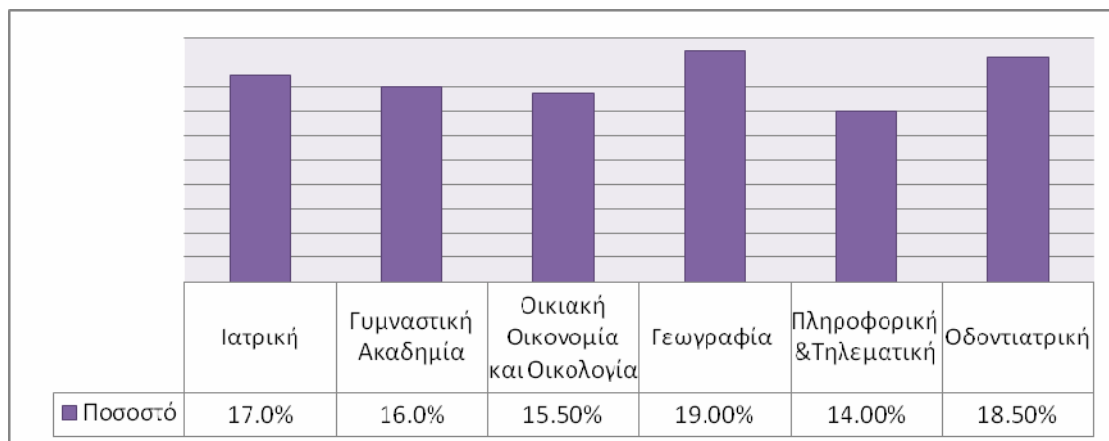
Πίνακας.2 Ποσοστά παχυσαρκίας (n=200).

	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134)	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66)	Σύνολο (n=200)
Κανονικό βάρος (20-24,9)	105 78.4%	43 65.2%	148 74%
Υπέρβαροι (25-29,9)	27 20.1%	21 31.8%	48 24%
Παχύσαρκοι (30-34,9)	2 1.5%	2 3%	4 2%

4.1.2. Απαντήσεις Γενικού Ερωτηματολογίου Εθελοντή

Το ερωτηματολόγιο καταλληλότητας απαντήθηκε από όλους τους συμμετεχόντες και οι ερωτήσεις ήταν οι ίδιες για όλους. Τα αποτελέσματα αυτών παρουσιάζονται πιο κάτω:

Διάγραμμα 4.1.2.1. Σχολές

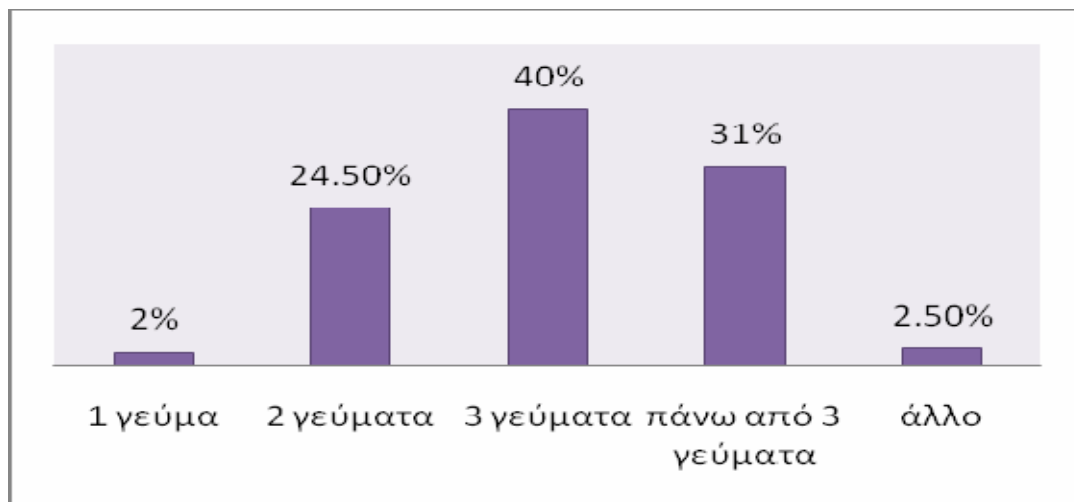


Πίνακας 4.1.2.1. Σχολές χωρισμένες σε αυτές ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και σε αυτές που δεν σχετίζεται. (Αριθμός ατόμων) και ποσοστά, %.

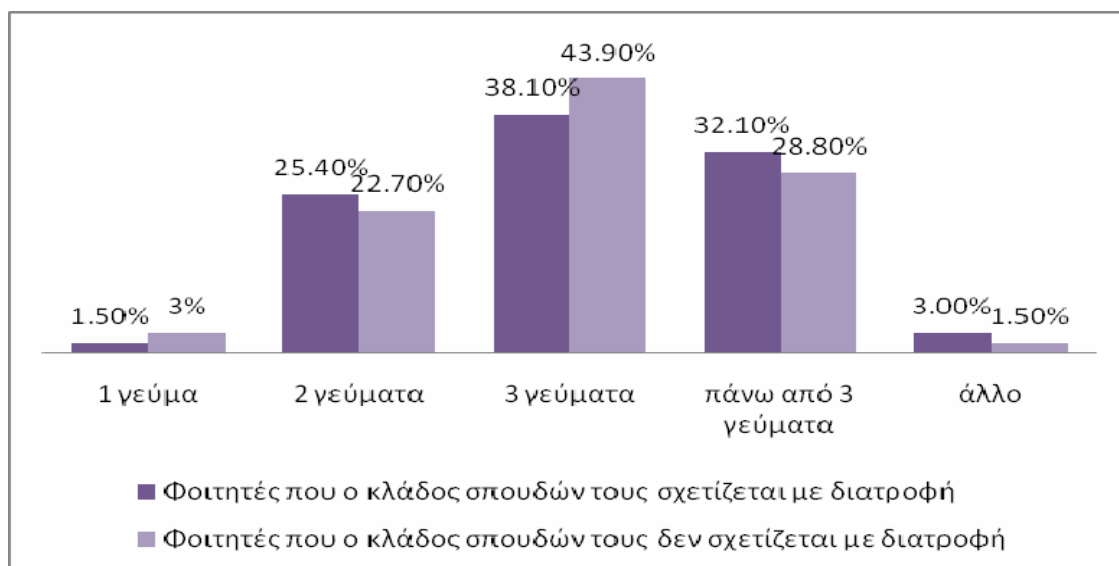
Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134)		Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66)	
Ιατρική (34)	17%	Γεωγραφία (38)	19%
Γυμναστική Ακαδημία (32)	16%	Τημεματική και Πληροφορική (28)	14%
Οικιακή Οικονομία και Οικολογία (31)	15.5%		
Οδοντιατρική (37)	18,5%		

Σχετικά με τα γεύματα που καταναλώνουν οι φοιτητές ημερησίως (στο σύνολο) φαίνεται ότι το 2% καταναλώνει μόνο 1 γεύμα την ημέρα, το 24,5% καταναλώνει 2 γεύματα, το 40% 3 γεύματα, ενώ πάνω από 3 γεύματα καταναλώνει ποσοστό 31% των φοιτητών. Το 2,50% δήλωσε να καταναλώνει κατί άλλο.

Διάγραμμα 4.1.2.2 Ημερήσια κατανάλωση γευμάτων (% , n=200).



Διάγραμμα 4.1.2.2.β Ημερησία ποσότητα γευμάτων(%). Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).

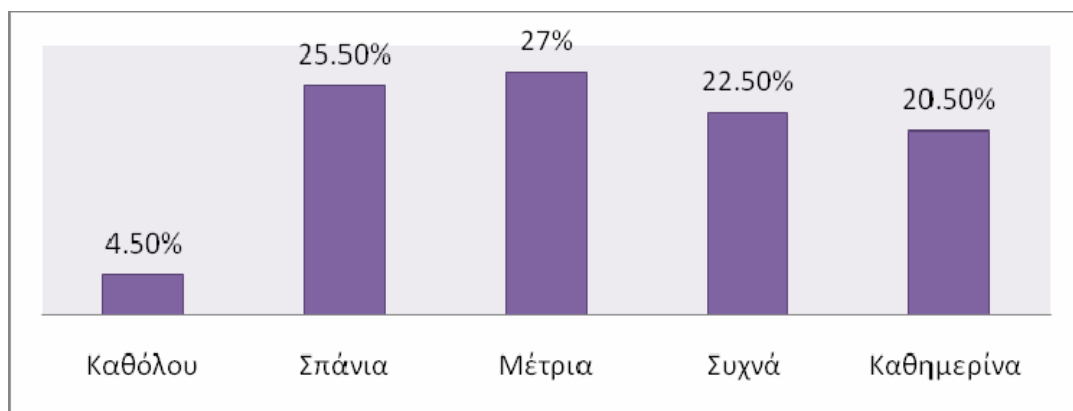


Εντοπίζεται στατιστική διαφορά μεταξύ των φοιτητών και την κατανάλωση γευμάτων.

Παρατηρείται πως καλύτερη διατροφική συνήθεια κατανάλωσης πάνω από 3 ημερήσια γεύματα έχουν με ποσοστό 32.10% οι φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή έναντι 28.8%, ενώ οι φοιτητές που δεν σχετίζονται φαίνεται να καταναλώνουν 3 γεύματα ημερησίως με μεγαλύτερο ποσοστό από όλους, 43.9% .

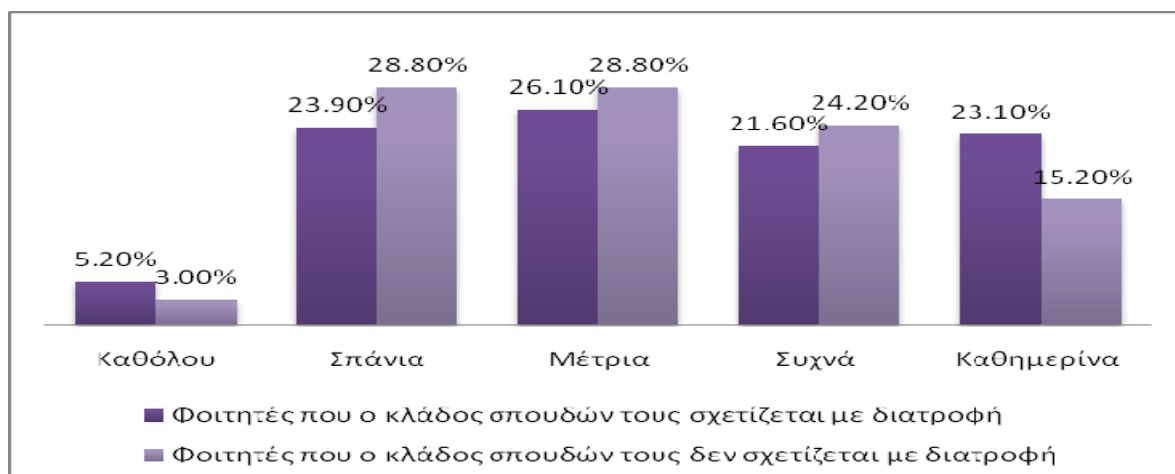
Στην ερώτηση πόσο συχνά γυμνάζεται το σύνολο του δείγματος απάντησε πως το 4,5% δεν γυμνάζεται καθόλου, το 25,5% γυμνάζεται σπάνια. Το 27% γυμνάζεται μέτρια, συχνά γυμνάζεται το 22,5% ενώ σε καθημερινή βάση γυμνάζεται το 20,5%

Διάγραμμα 4.1.2.3 Απαντήσεις στην ερώτηση «Πόσο συχνά γυμνάζεστε» (% , n=200).

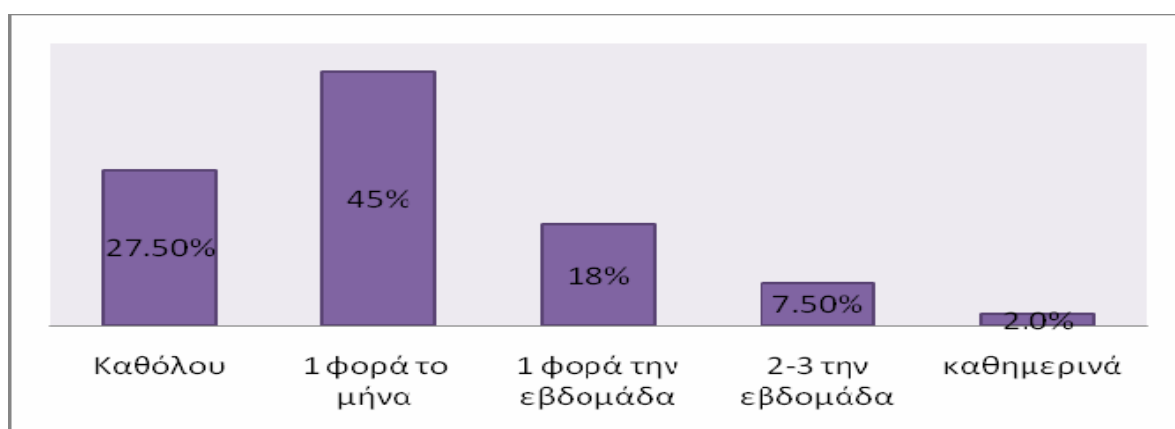


Διάγραμμα 4.1.2.3.β Απαντήσεις στην ερώτηση «Πόσο συχνά γυμνάζεστε»(%), ανάλογα με τον τομέα σπουδών.

Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).

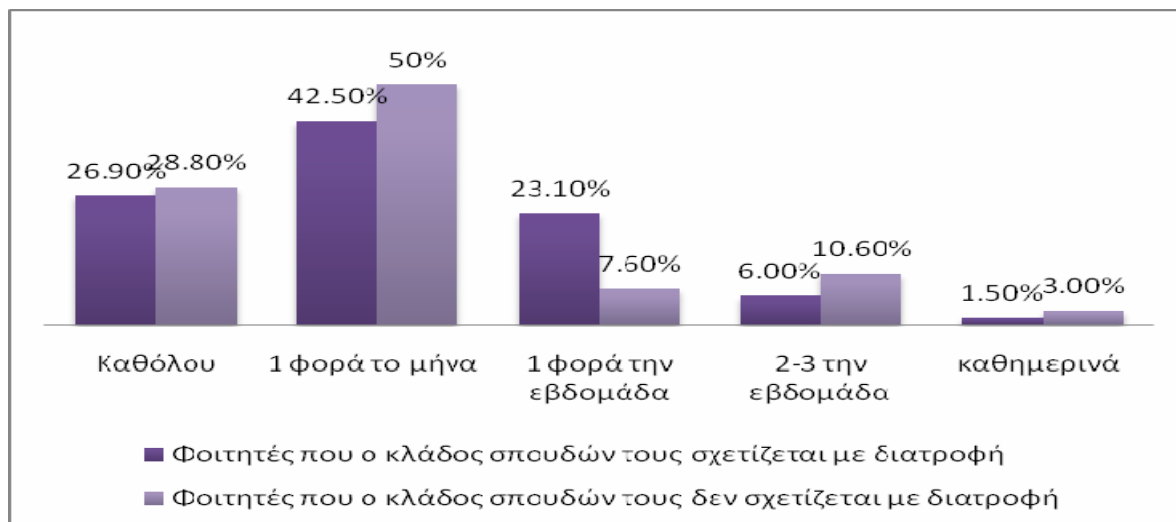


Διάγραμμα 4.1.2.4. Συχνότητα που ζυγίζονται (% , n=200).

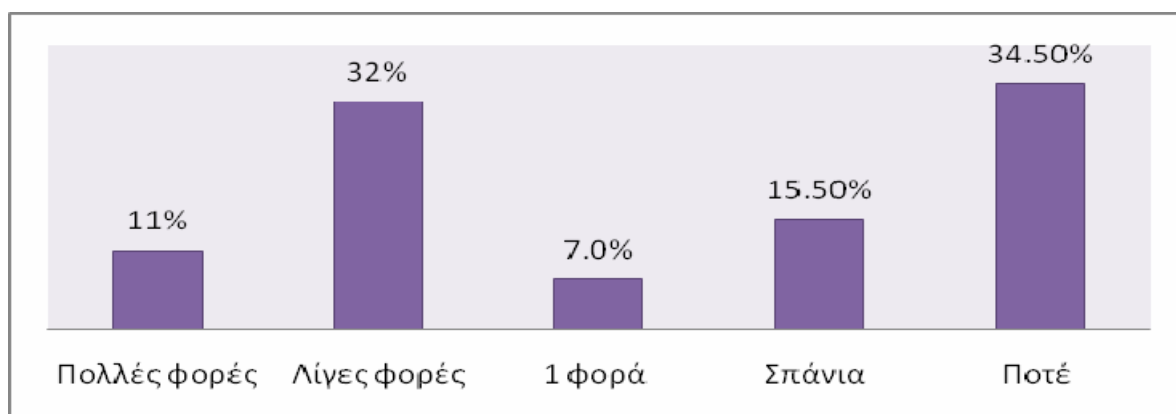


Διάγραμμα 4.1.2.4.β Συχνότητα που ζυγίζονται (%).

Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).

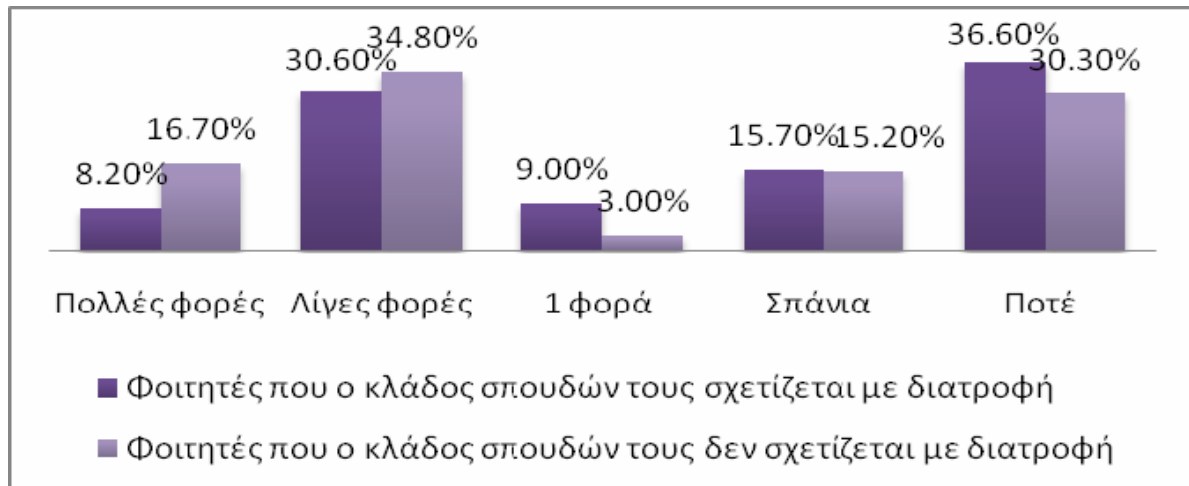


Διάγραμμα 4.1.2.5 .Προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους (% , n=200).

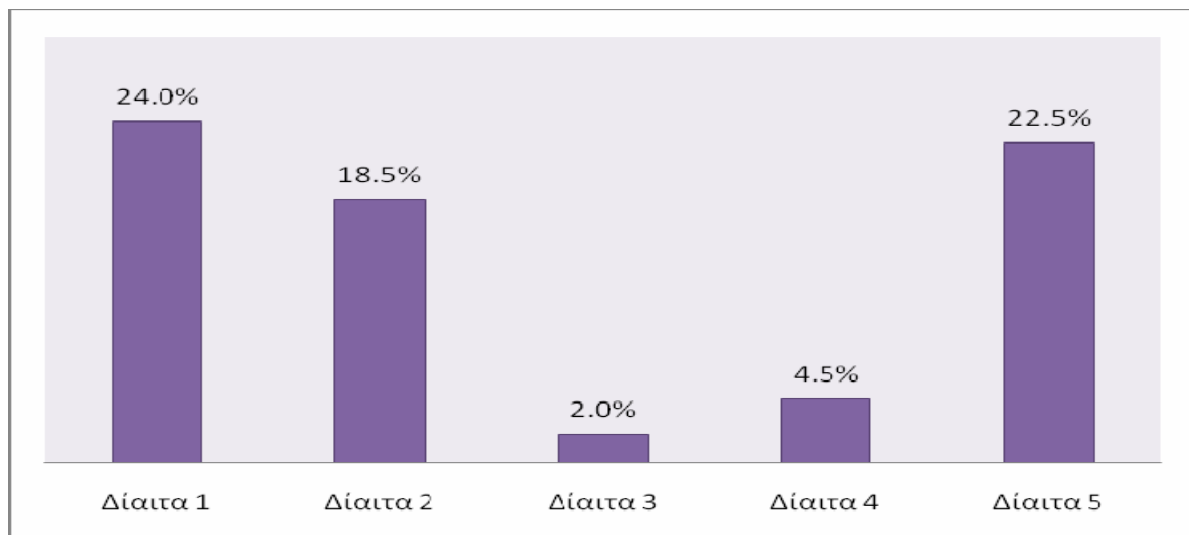


Διάγραμμα 4.1.2.5.β Προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους(%).

Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).



Διάγραμμα. 4.1.2.6 Μέθοδος απώλειας σωματικού βάρους (% , n=200).



Διευκρίνιση Πίνακα 5.α

Δίαιτα 1 : Δίαιτα Χαμηλής συγκέντρωσης θερμίδων

Δίαιτα 2 : Δίαιτα Χαμηλής συγκέντρωσης λίπους

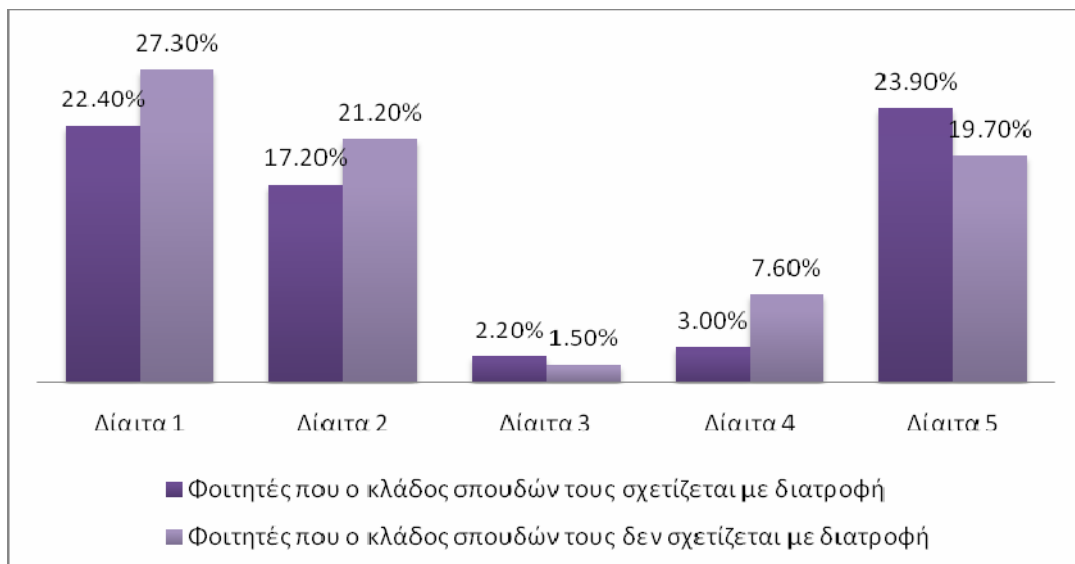
Δίαιτα 3 : Δίαιτα Περιορισμού Υγρών

Δίαιτα 4 : Αδρανής (σάουνα) ή ενεργητική (μέσω άσκησης) αφυδάτωση

Δίαιτα 5 : Έντονη Γυμναστική

Διάγραμμα.4.1.2.6.β Μέθοδος απώλειας σωματικού βάρους (%).

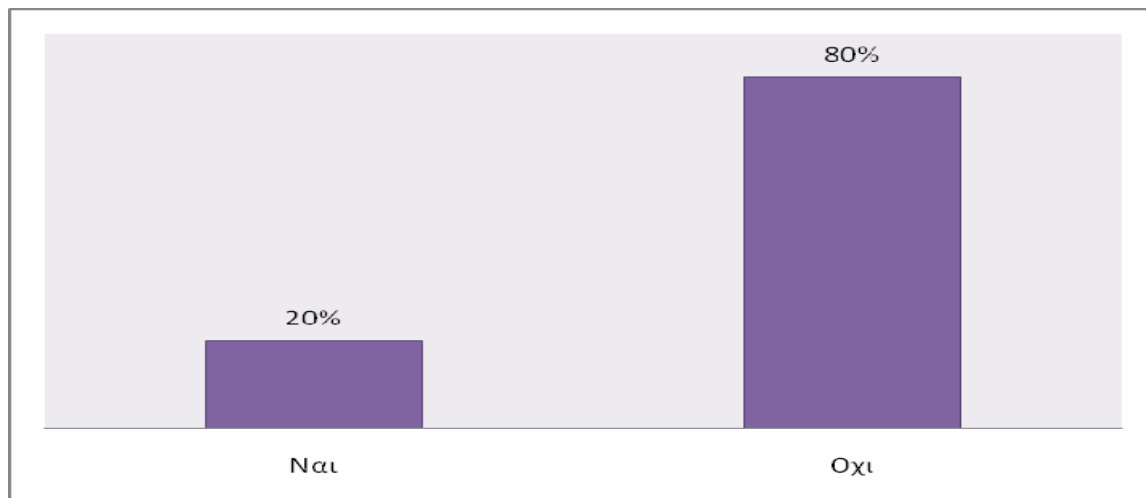
Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).



Διάγραμμα 4.1.2.7 . Δημοφιλέστερος τρόπος απώλειας σωματικού βάρους ανά σχολή (% , n=200).

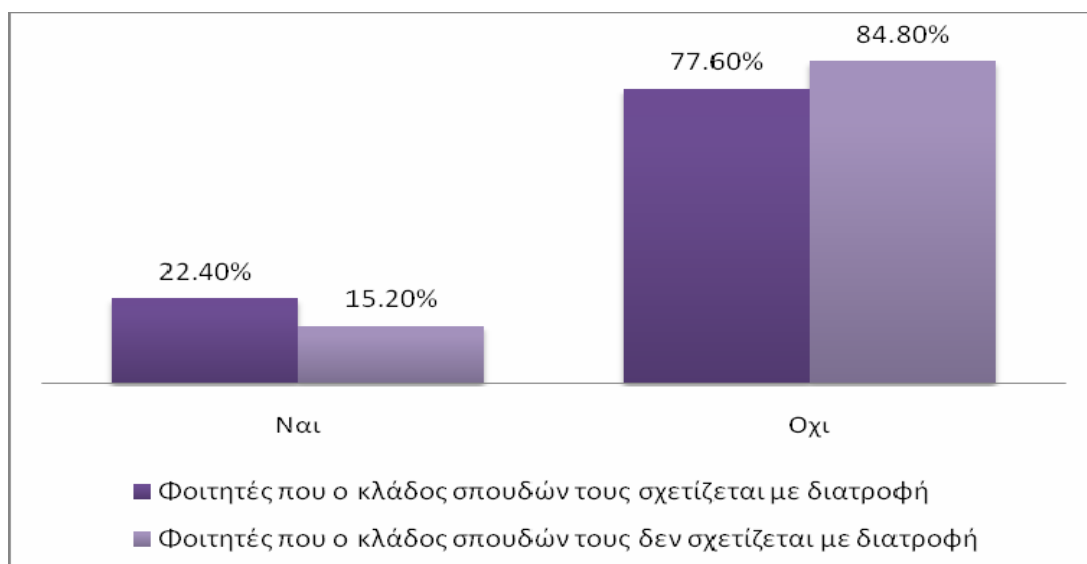


Διάγραμμα.4.1.2.8 Χρήση Συμπληρωμάτων Διατροφής (% , n=200).



Διάγραμμα 4.1.2.8.β Χρήση Συμπληρωμάτων Διατροφής (%).

Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134), και Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66).



4.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ EAT-26.

Πίνακας.4.3.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου διαιτητικών συνηθειών EAT-26. (Κατηγοριοποίηση σε άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και άτομα με μη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά).

	Μη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (n=179)	Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (n=21)	Σύνολο (n=200)
EAT-26 - total score	7.73 (4.58)	25.71 (4.56)	9.62 (7.17)
EAT-26 – Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος	3.27 (3.18)	14.62 (5.42)	4.46 (4.91)
EAT-26-Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό	2.21 (1.94)	6.14 (1.85)	2.62 (2.27)
EAT-26 – έλεγχος της πράξης του τρώγειν	1.91 (2.26)	4.29 (3.34)	2.16 (2.49)

Πίνακας 4.3.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου διαιτητικών συνηθειών EAT-26. (Κατηγοριοποίηση σε φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή, φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή).

	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134)	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66)	Σύνολο (n=200)
EAT-26 - total score	9.53 (6.81)	9.80 (7.90)	9.62 (7.17)
EAT-26 Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος	4.26 (4.44)	4.86 (5.77)	4.46 (4.91)
EAT-26 Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό	2.66 (2.33)	2.53 (2.17)	2.62 (2.27)
EAT-26 Έλεγχος της πράξης του τρώγειν	2.21 (2.57)	2.31 (2.47)	2.16 (2.49)

4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ MBSRQ

Πίνακας 4.4.1 Αποτελέσματα ερωτηματολόγιου εικόνας σώματος MBSRQ (κατηγοριοποίηση σε Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και σε Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή).

	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή (n=134)	Φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή (n=66)	Σύνολο (n=200)
Εκτίμηση Εξωτερικής Εμφάνισης	3.00 (0.43)	2.99 (0.46)	3.00 (0.44)
Στάση ως προς την Εξωτερική Εμφάνιση	3.26 (0.38)	3.22 (0.35)	3.25 (0.37)
Εκτίμηση Φυσικής Κατάστασης	3.17 (0.75)	3.12 (0.46)	3.15 (0.67)
Στάση ως προς την Εξωτερική Εμφάνιση	2.99 (0.29)	2.98 (0.33)	2.99 (0.31)
Εκτίμηση Υγείας	3.30 (0.43)	3.12 (0.47)**	3.24 (0.45)
Στάση ως προς την Υγεία	3.45 (0.53)	3.23 (0.54)**	3.38 (0.54)
Στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών	2.72 (0.75)	2.83 (0.52)	2.76 (0.55)
Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος	3.74 (0.61)	3.63 (0.61)	3.70 (0.61)

Εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους	2.39 (0.80)	2.32 (0.79)	2.37 (0.80)
Εκτίμηση του σωματικού βάρους	2.96 (0.68)	2.87 (0.82)	2.93 (0.73)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος (τυπική απόκλιση). Η σύγκριση γίνεται ανάμεσα στους φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και στους φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με διατροφή, με την χρήση του Mann- Whitney U test. ** $p < 0.01$.

Από τα πιο πάνω αποτελέσματα φαίνεται πως στις δύο κατηγορίες ‘Εκτίμηση Υγείας’ και ‘Στάση ως προς την Υγεία’ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και σε αυτούς που δεν σχετίζεται. Οι φοιτητές που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία κάνουν καλύτερη εκτίμηση της Υγείας τους και έχουν καλύτερη στάση ως προς την Υγεία. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός πως ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και Υγεία και έτσι είναι ενήμεροι στα θέματα αυτά.

Πίνακας.4.4.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου εικόνας σώματος MBSRQ. (Κατηγοριοποίηση σε άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και άτομα με μη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά).

	Μη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (n=179)	Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (n=21)	Σύνολο (n=200)
Εκτίμηση Εξωτερικής Εμφάνισης	2.98 (0.45)	3.10 (0.36)	3.00 (0.44)
Στάση ως προς την Εξωτερική Εμφάνιση	3.22 (0.36)	3.42 (0.34)**	3.25 (0.37)
Εκτίμηση Φυσικής Κατάστασης	3.15 (0.69)	3.16 (0.41)	3.15 (0.67)
Στάση ως προς την Εξωτερική Εμφάνιση	2.99 (0.31)	3.03 (0.22)	2.99 (0.31)
Εκτίμηση Υγείας	3.24 (0.44)	3.27 (0.53)	3.24 (0.45)
Στάση ως προς την Υγεία	3.37 (0.55)	3.44 (0.52)	3.38 (0.54)
Στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών	2.76 (0.54)	2.73 (0.68)	2.76 (0.55)
Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος	3.73 (0.60)	3.47 (0.63)**	3.70 (0.61)
Εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους	2.28 (0.76)	3.16 (0.69)**	2.37 (0.80)
Εκτίμηση του σωματικού βάρους	2.89 (0.73)	3.21 (0.62)	2.93 (0.73)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος (τυπική απόκλιση). Η σύγκριση γίνεται ανάμεσα στην ομάδα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την ομάδα με μη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, με την χρήση του Mann- Whitney U test. **p<0.01.

4.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Πίνακας 4.5.1 Συσχέτιση του BMI με το Eat-26, με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho.

	Spearman's rho
Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος	0.148*
Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό	0.164*
Έλεγχος της πράξης του τρώγειν	-0.230**

*P<0.05 **P<0.01

Πίνακας 4.5.2 Συσχέτιση του BMI με το MBSRQ, με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho.

	Spearman's rho
Εκτίμηση φυσικής κατάστασης	-0.162*
Εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους	0.186**
Εκτίμηση σωματικού βάρους.	0.394**

*P<0.05 **P<0.01

Πίνακας 4.5.3 Συσχέτιση του BMI με διάφορους άλλους παράγοντες με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho.

	Spearman's rho
Προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους	-0.235**
Γεύματα	0.141*
Συχνότητα εκγύμνασης	0.153*

*P<0.05 **P<0.01

Πίνακας 4.5.4 Συσχέτιση του Eat-26 με MBSRQ, με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho.

	Spearman's rho
Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος	-0.203**
Εμμονή με τον έλεγχο σωματικού βάρους	0.399**
Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση	0.174*
Στάση ως προς την υγεία	0.147*

*P<0.05 **P<0.01

Πίνακας 4.5.5 Συσχέτιση ερώτησης «Πόσο συχνά γυμνάζεστε» με MBSRQ, με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman's rho.

	Spearman's rho
Εκτίμηση φυσικής κατάστασης	0.219**
Εκτίμηση της κατάστασης υγείας	0.320**
Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους	0.241**

περιοχές του σώματος.	
Στάση ως προς την υγεία	0.307*

*P<0.05 **P<0.01

Κάποιες άλλες συσχετίσεις που βρέθηκαν

- ❖ Συσχέτιση Γευμάτων με την ερώτηση «Πόσο συχνά γυμνάζεστε». Spearman's rho =0.218** p<0.01
- ❖ Συσχέτιση Γευμάτων με την υποκατηγορία του Eat-26 «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό». Spearman's rho =0.170* p<0.05
- ❖ Συσχέτιση Γευμάτων με την υποκατηγορία του MBSRQ «Στάση ως προς την υγεία ». Spearman's rho =0.155* p<0.05
- ❖ Συσχέτιση Ύψους με την ερώτηση «Προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους». Spearman's rho =0.260** p<0.01
- ❖ Συσχέτιση ερώτησης «Πόσο συχνά γυμνάζεστε» με την ερώτηση «Πόσο συχνά ζυγίζεστε» Spearman's rho =0.248** p<0.01
- ❖ Συσχέτιση ερώτησης «Πόσο συχνά γυμνάζεστε» με ερώτηση του ερωτηματολογίου MBSRQ Μυϊκή δύναμη. Spearman's rho =0.350** p<0.01
- ❖ Συσχέτιση ερώτησης «Πόσο συχνά ζυγίζεστε» με την ερώτηση «προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους» Spearman's rho = -0.268** p<0.01
- ❖ Συσχέτιση ερώτησης «Πόσο συχνά ζυγίζεστε» με την υποκατηγορία του ερωτηματολογίου MBSRQ «εμμονή με τον έλεγχο σωματικού βάρους» Spearman's rho =0.262** p<0.01

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο επιπολασμός της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς καθώς επίσης και τα επίπεδα ικανοποίησης εικόνας σώματος σε δείγμα ανδρών φοιτητών με σχέση τον τομέα σπουδών που ακολουθούν. (Επιστήμες που αφορούν την υγεία σε σχέση με τις επιστήμες που δεν έχουν σχέση με την υγεία.)

Διατροφικές Διαταραχές

Στην παρούσα μελέτη τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων συνολικά ήταν 26% επί του συνολικού δείγματος. Διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά, (δηλαδή στο ερωτηματολόγιο Eat-26 σκόραραν τιμές υψηλότερες από 20) φαίνεται να είχαν 21 φοιτητές, ποσοστό 10.5%. Σε προηγούμενη μελέτη που πραγματοποιήθηκε και αφορούσε αποκλειστικά γυναίκες 21 εξ αυτών ποσοστό 22.8% παρουσίασαν μια διατροφική διαταραγμένη συμπεριφορά (Costarelli et al., 2009). Αυτό αποδεικνύει πως οι γυναίκες είναι αυτές που ασχολούνται περισσότερο με δίαιτες αδυνατίσματος, ενασχόληση με το φαγητό εκδήλωση βουλιμίας και έλεγχο της πράξης του τρώγειν. Παρόλα αυτά μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οι άνδρες φαίνεται να μην απέχουν ιδιαίτερα από τις γυναίκες, έχοντας και αυτοί ανησυχίες για την διατροφή τους με αρκετά υψηλό ποσοστό.

Σημαντικό θεωρείται ακόμη το γεγονός πως στον διαχωρισμό που έγινε επί του συνολικού δείγματος σε φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με διατροφή και τους φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερες στατιστικές διαφορές παρά μόνο ένα μικρό προβάδισμα των φοιτητών που δεν σχετίζεται ο κλάδος σπουδών τους με την διατροφή, στην ενασχόληση τους με δίαιτες αδυνατίσματος. Η έμμενη ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση μιας διατροφικής διαταραχής. (Wilson., 1993). Ως εκ τούτου ο κλάδος σπουδών που ακολουθούν οι φοιτητές φαίνεται να μην επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες τους. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενη μελέτη που είχε γίνει, όπου οι πρωτοετείς φοιτητές της Διατροφής-Διαιτολογίας φαίνεται να σκόραραν υψηλότερα από ότι άλλοι φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετιζόταν με την διατροφή. (Gonidakis et al., 2009). Επιπλέον βρέθηκε θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με το ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών Eat-26 στις υποκατηγορίες ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος,

βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό. Αυτό σημαίνει πως όσο πιο υψηλό ΔΜΣ παρουσίαζαν οι συμμετέχοντες τόσο πιο έντονα συνδέονταν με διαταραγμένη διατροφική διαταραγμένη συμπεριφορά. Ακόμη παρουσιάστηκε αρνητική συσχέτιση με τον έλεγχο της πράξης του τρώγειν. Τα άτομα με ΔΜΣ υψηλό φαίνεται να μην μπορούν να ελέγχουν το φαγητό τους και την ποσότητα κατανάλωσης του. Αυτό σημαίνει πως όσο πιο ψηλό ΔΜΣ παρουσίαζαν οι συμμετέχοντες τόσο πιο έντονα συνδέονταν με διαταραγμένη διατροφική διαταραγμένη συμπεριφορά.

Εικόνα Σώματος

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι θετικότερη στάση και εκτίμηση για την υγείας τους είχαν οι φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με την διατροφή. (Πίνακας 4.4.1).

Η ανάλυση έδειξε ακόμη στατιστικά σημαντικές διαφορές όταν χωρίσαμε το δείγμα μας σε διατροφικά διαταραγμένους φοιτητές και μη διατροφικά διαταραγμένους. Τα άτομα που δεν έχουν διατροφική διαταραγμένη συμπεριφορά είναι περισσότερο ικανοποιημένα από επιμέρους περιοχές του σώματος τους. Εν αντιθέσει εμμονή με το έλεγχο του σωματικού βάρους έδειξαν να εμφανίζουν περισσότερο τα άτομα με διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά.

Στον συσχετισμό που έγινε μεταξύ του ΔΜΣ και του ερωτηματολογίου MBSRQ βρέθηκε αρνητική συσχέτιση στην κατηγορία ‘εκτίμηση φυσικής κατάστασης’. Αυτό φανερώνει πως τα άτομα με υψηλό δείκτη ΔΜΣ δυσκολεύονται να εκτιμήσουν την φυσική τους κατάσταση σε σχέση με τα άτομα που έχουν χαμηλότερο ΔΜΣ. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και με προηγούμενη πρόσφατη μελέτη που έγινε στην Ταϊβάν με δείγμα 883 νεαρών ηλικίας 12-16 χρονών όπου υπήρξε σημαντική συσχέτιση του ΔΜΣ με την εικόνα σώματος χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MBSRQ. Τα άτομα με υψηλό ΔΜΣ σκόραραν χαμηλότερα στις ερωτήσεις για την εικόνα σώματος τους. (Chen et al., 2010).

Δίαιτες αδυνατίσματος και διατροφική συμπεριφορά εθελοντών

Ενδιαφέρον παρουσίασαν ακόμη οι μεταξύ των σχολών διαφορές στον τρόπο απώλειας σωματικού βάρους καθώς και σε άλλες απαντήσεις τους. Ποσοστό 65.5% των φοιτητών απάντησαν πως προσπάθησαν έστω και μία φορά στην ζωή τους να χάσουν βάρος. Το ποσοστό αυτό βρίσκεται σύμφωνα το 40% των Μεξικάνων Φοιτητών που δήλωσαν πως είχαν προσπαθήσει να χάσουν βάρος σε προηγούμενη μελέτη, (Hernandez et al., 2004). Περισσότερες φορές έχουν προσπαθήσει να χάσουν βάρος οι φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους δεν σχετίζεται με την διατροφή. (Διάγραμμα 4.1.2.5.β). Έτσι σαν μέθοδο απώλειας σωματικού βάρους οι φοιτητές της Γυμναστικής Ακαδημίας χρησιμοποιούν σαν μέθοδο απώλειας την έντονη γυμναστική, ενώ οι φοιτητές της Ιατρικής σχολής κάνουν δίαιτα χαμηλής πρόσληψης θερμίδων. Το ίδιο και οι φοιτητές της Πληροφορικής και της Οικιακής Οικονομίας. Οι Οδοντίατροι φαίνεται να εμπιστεύονται καλύτερα μια δίαιτα χαμηλή σε λίπος, ενώ οι φοιτητές της Γεωγραφίας με ισόποσο ποσοστό επιλέγουν την έντονη γυμναστική και δίαιτα χαμηλή σε λίπος (Διάγραμμα 4.1.2.7).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών του δείγματος δεν χρησιμοποιεί συμπληρώματα διατροφής ενώ από εκείνους που χρησιμοποιούν το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τους φοιτητές που ο κλάδος σπουδών τους σχετίζεται με την διατροφή (Διάγραμμα 4.1.2.8.β).

Η ιδιαιτερότητα της παρούσα μελέτης προσδιορίζεται από το δείγμα που σκοπίμως επιλέγεται να είναι μόνο άντρες, δεν μελετήθηκαν οι φοιτητές άνδρες σαν μονοδιάστατο δείγμα που να αφορά την εικόνα σώματος τους την διατροφική διαταραγμένη συμπεριφορά και τους τρόπους απώλειας σωματικού βάρους.

Θεωρείται αναγκαία η περαιτέρω και εκτενέστερη μελέτη των διατροφικών συνηθειών σε μεγαλύτερο δείγμα αφού αυτό αποτελεί και το μειονεκτικό σημείο της παρούσας μελέτης.

Συμπερασματικά ένας αυξανόμενος αριθμός ανδρών φαίνεται να εμφανίζει διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και κακή εικόνα σώματος γεγονός που σημαίνει ότι οι ειδικοί επιστήμονες και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας σε θέματα διατροφής θα πρέπει να είναι ενήμεροι. Περισσότερες μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια εμφάνισης διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε άντρες καθώς επίσης και η αντιμετώπιση τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Allison DB., Fontaine KR., Manson JE., Stevens J., VanItallie TB., (1999). *Annual deaths attributable to obesity in the United States*. Obesity Research Center, St Luke's/Roosevelt Hospital Center, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY 10025, USA. 282(16):1530-8.
2. Am J Psychiatry American Psychiatric Association. (2006). *Treatment of patients with eating disorders*, third edition.; 163(7): 4-54.
3. Attia E., Walsh BT., (2009). *Behavioral management of anorexia nervosa*. N Engl J Med. (360):500-506.
4. Blanck HM., Gillespie C., Serdula Mk., Khan LK., Galusk DA., Ainsworth BE., (2002). *Use of low-carbohydrate, High protein diets among Americans: correlates, duration, and weight loss*. Division of Nutrition and Psysical Activity, Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia, USA. MedGenMed. 8(2):5.
5. Blanck HM., Serdula Mk., Khan LK., (2004). *Diet and Physical activity behavior among users of prescription weight loss medications*. Division of Nutrition and Physical Activity, Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia, USA. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2004,(1):17.
6. Brownell KD., Rodin J., (1994). *Medical, metabolic and psychological effects of weight cycling*. Arch Intern Med; 154:1325-1330.
7. Bruin K., Oudejans R., Bakker F., (2007). *Dieting and Body image in Aesthetic Sports: A comparison of Dutch Female Gymnasts and non-aesthetic Sport Participants*. Psycology of Sports and exercise (8):507-520.

8. Bulik CM., Berkamn ND., Brownley KA., Sedway JA., Lohr KN., (2007). *Anorexia nervosa treatment a systematic review of randomized controlled trials*. Int J eat disord. 40(4): 310-320.

9. Cash, T.F., (2000) *The MBSRQ Users' Manual, 3rd edn*. Norfolk, VA: Old Dominion University

10. Chaoyang Li., Earl S Ford., Guixiang Zhao., Janet B Croft., Lina S Balluz., Ali H. Mokdad., (2006). *Prevalence of self-reported clinically diagnosed sleep apnea according to obesity status in men and women: National Health and Nutrition Examination Survey*: 51,(1):18-23.

11. Chen L., Fox K., Haase A., Ku P., (2010). *Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese adolescents*. Asia Pac J Clin Nutr ;19 (2):172-17.

12. Costarelli V., Demerzi M., Stamou D., (2009). *Disordered eating attitudes in relation with body image and emotional intelligence in young women*. The British association, J Hum Nutr Diet.

13. Cotrufo P., Barretta V., Monteleone P., Maj M., (1998). *Full- Syndrome, partial- syndrome and subclinical eating disorders : an epidemiological study of female students in Southern Italy*. Acta Psychiatr Scand, 98 (2) :112-5.

14. Davison C.G., Neale M.J., (1994). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

15. Fairburn CG., Harrison PJ., (2003). *Eating disorders*. Oxford University department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, UK .361, (9355):407 – 416.

16. Fairburn CG., Walsh BT., (2002). *Atypical eating disorder(eating disorder not otherwise specified). Eating disorder and obesity: A comprehensive handbook*. In: Fairburn, Browell, editors. London: Guilford. 171-7.

17. Feingold A., Mazzella R., (1998). *Gender differences in body image are increasing*. Psychological Science, (9):190-195.

18. Garner DM., Wooley SC., (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. Clin Psychol Rev; 11:729-780.

19. Garrow JS., WPT James., A Ralph Chur Chill., (2000). *Human nutrition and dietetics* Livingstone 10th edition.

20. Gavan M.Y., Nagelberg N., Demol S., Moshe P., Shlomit S., (2005). *Influence of weight-loss diets with different macronutrient compositions on health-related quality of life in obese youth*. (51):697-703.

21. Gonidakis F., Sigala A., Varsou E., Papadimitriou G., (2009). *A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female Nutrition and Dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece*. U.S National Library of Medicine National Institutes of Health.

22. Hammond KA., (2000). *Dietary and Clinical Assessment*, In Mahan LK & Escott. Krause's food, Nutrition and Dietary Therapy Saunders 10th edition; 353:379.

23. Hernadez MP., Carrasco DD., Lamure M., Loyo LP., Palafox HC., Perez PD., Flores Y., Salmeron J., (2004). *Weight loss practices among University students in Mexico*. Int J Puplic Health; 55:221-225.

24. Heyward HV., Stolarczyk ML., (1996). *Applied Body Composition Assessment*, Human Kinetics
25. Imm PS., Pruitt J., (1991). *Body shape satisfaction in female exercisers and nonexercisers*. Women Health.(17):87–96.
26. Jeffery RW., (1996). *Does weight cycling present a health risk?* Am J Clin Nutr 63(Suppl 3):452S-455S.
27. Katzman DK., Zipursky RB., (1997). *Adolescents with anorexia nervosa: the impact of the disorder of bones and brains*. Ann N Y Acad. Sci.(817) :127-37.
28. Kaustav C., Debasish B., (2010). *Management of anorexia and bulimia nervosa*. An evidence based review. Department of Psychiatry, Postgraduate institute of medical Education and Research, Chandigarh-160 012 India. Indian J Psychiatry 52(2).
29. Kaye W., (2008). *Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa* Purdue Ingestive Behaviour Research Center Symposium Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents. Physiol Behav; 94(1): 121-135.
30. Leone J.E., Sedory E†., Gray K., (2005). *Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders*. Journal of Athletic Training 40(4):352–359, National Athletic Trainers’ Association, Inc
31. Lohman GT., (1992). *Advances in Body Composition Assessment*, Human Kinetics.
32. Mae Lynn Reyes-Rodriguez., Debra L. Franko., Anguelique Matos- Lamourt., Cynthia M.Bulik., Ann Von Holle., Luis R.Camara-Fuentes., Dianisa Rodriguez-Anglero., Sarah

- Cervantes-Lopez., Alba Suarez-Torres., (2004). *Eating Disorder Symptomatology: Prevalence among latino college Freshmen Students*.
33. Margetts BM., Thompson RL., Speller V., McVey D., (1998). *Factors which influence 'healthy' eating patterns: results from the 1993 Health Education Authority health and lifestyle survey in England*. Public Health Nutrition, 1(3): 193-8.
34. Olivardia R., Pope H.G., Borowiecki, J.J., & Cohane, G.H., (2004). *Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms*. Psychology of men and Masculinity, (5): 112-120.
35. Pope HG Jr., Phillips KA., Olivardia R., (2000) *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. New York, NY: The Free Press.
36. Reeves M. J., Rafferty AP., (2005). *Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States*. Archives of Internal Medicine,(165),854-867.
37. Resta O., Caratozzolo G., Pannacciulli N., (2003). *Gender, age, and menopause effects on the prevalence and the characteristics of obstructive sleep apnea in obesity*. Eur.J.Clin.Invest.(33):1084-1089.
38. Rodriguez ML., Sala M., Von Holla A., Bulik CM., Camara- Fuentes L., Suarez-Torres A., (2011). *A description of disordered eating behaviors in Latino males*. Department of Psychiatry, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, USA. Jan; 59(4):266-72.

39. Sharon L Brennan., Margaret J., Herny., Geoffrey C Nicholson., Mark A. Kotowicz., Julie A. Pasco., (2006). *Socioeconomic status, obesity and lifestyle in men: The Geelong Osteoporosis Study*. 7.(1):31-41.
40. Walsh J., Wheat M., Freund K., (2000). *Detection, Evaluation, and treatment of Eating disorders. The role of the Primary Care Physician*. J Gen Inter Med; (15):577-590.
41. Wilson GT., (1993). *Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating*. Ann Intern Med; 119:727-730.
42. World Health Organization (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894. Geneva:World Health Organization.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Κασσωτάκη Μαριδάκη Επιμέλεια, Palmer R., (2006). *Διατροφικές Διαταραχές και η αντιμετώπιση τους. Κλινικός Οδηγός αξιολόγησης και θεραπείας*. Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα.

Πηγές από Διαδίκτυο

www.iatrikostypos.com

www.iotf.org

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Είδικα σχεδιασμένο Ερωτηματολόγιο

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Φόρμα συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Τίτλος : Εικόνα σώματος , διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά, πρακτικές απώλειας σωματικού βάρους σε φοιτητές άνδρες

Ερευνητής : Κούτα Ελισάβετ

Υπολογισμένος χρόνος Συμπλ. :10'

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Δρ.Β.Κωσταρέλλη

Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για τον πολύτιμο χρόνο που αφιερώνετε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αυτού. Λαμβάνετε μέρος στην πτυχιακή εργασία που ως στόχο έχει την μελέτη των διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών ως προς την υγεία και την εικόνα σώματος . Η πρώτη σελίδα αναφέρεται σε κάποια γενικά χαρακτηριστικά που εξατομικεύουν τις απαντήσεις σας και είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η ειλικρίνεια σας είναι απαραίτητη και δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις σε καμία περίπτωση.

Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι αυστηρά εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας.

Εάν επιθυμείτε τα αποτελέσματα των δικών σας απαντήσεων όσον αφορά την διατροφική σας συμπεριφορά παρακαλώ όπως συμπληρώσετε:

Επιθυμώ να πάρω απάντηση

• email :

Δεν επιθυμώ να πάρω απάντηση

Για περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Ελισάβετ Κούτα

email:elizabethkouta@hotmail.com

Τηλ : 69 98 35 99 70

Κ.Βασίλική Κωσταρέλλη

Email: costarv@hua.gr

1) ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα κενά όπου ζητείτε και στις υπόλοιπες ερωτήσεις επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1.

Ηλικία (έτη)	
Ύψος (m)	
Βάρος (kg)	

2.

Τι σπουδάζετε ;	
-----------------	--

3 . Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως ;

	1
	2
	3
	Πάνω απο 3
	Άλλο

4. Πόσο συχνά γυμνάζεστε;

	Καθόλου
	Σπάνια
	Μέτρια
	Συχνά
	Καθημερινά

5. Πόσο συχνά ζυγίζεστε;

☐	Καθόλου
☐	1 φορά το μήνα
☐	1 φορά την εβδομάδα
☐	2-3 την εβδομάδα
☐	Καθημερινά

6α. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να χάσετε σωματικό βάρος ;

☐	Πολλές φορές
☐	Λίγες φορές
☐	1 φορά
☐	Σπάνια
☐	Ποτέ

6β. Ποιά μέθοδο χρησιμοποιήσατε;

☐	Δίαιτα χαμηλής συγκέντρωσης θερμιδών
☐	Δίαιτα χαμηλής συγκέντρωσης λίπους
☐	Περιορισμός υγρών
☐	Αδρανής (σάουνα) ή ενεργητική (μέσω άσκησης) αφυδάτωσης
☐	Έντονη γυμναστική
☐	Άλλο

8. Παίρνετε συμπληρώματα διατροφής ;

☐	Ναι
☐	Όχι

9. Τους τελευταίους 12 μήνες τα κιλά σας ήταν :

	Σταθερά
	Αυξομειώνονταν κατά 1 kg
	Αυξομειώνονταν κατά 3 kg
	πάνω από 4kg

2 .ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

EAT-26(Eating Attitudes Test)

Συμπληρώστε τα παρακάτω με ένα √ σε **μία** από τις 6 επιλογές που σας αντιπροσωπεύει.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1.Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρος/ος.						
2.Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.						
3.Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.						
4.Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.						
5.Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.						
6.Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.						
7.Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ).						

8.Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.						
9.Κάνω εμετό μετά το φαγητό.						
10.Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει.						
11.Με απασχολεί η επιθυμία να γίνω πιο λεπτή/ός.						
12.Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω».						
13.Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος.						
14.Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.						
15.Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.						
16.Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.						
17.Τρώω τρόφιμα «διαίτης» (light).						
18.Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.						
19.Ελέγχω τον εαυτό μου σε ό,τι αφορά το φαγητό.						
20.Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.						
21.Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.						
22.Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.						
23.Ασχολούμαι με δίαιτες.						
24.Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.						

25.Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.						
26.Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούρια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.						

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)

	Οπωσδήποτε διαφωνώ	Κυρίως διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Οπωσδήποτε συμφωνώ
1.Πριν βγω έξω, πάντα προσέχω την εμφάνιση μου.					
2.Προσέχω να αγοράζω ρούχα που να με κολακεύουν.					
3.Θα περνούσα τα περισσότερα τεστ φυσικής κατάστασης.					
4.Είναι σημαντικό να έχω σωματική δύναμη.					
5.Το σώμα μου είναι ελκυστικό					

6.Δεν ακολουθώ ένα κανονικό πρόγραμμα εξάσκησης					
7.Έχω τον έλεγχο της υγείας μου.					
	Οπωσδήποτε διαφωνώ	Κυρίως διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Οπωσδήποτε συμφωνώ
8.Γνωρίζω τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος.					
9.Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής.					
10.Μονίμως ανησυχώ ότι έχω ή θα έχω παραπάνω κιλά.					
11.Μου αρέσει ακριβώς όπως είμαι τώρα.					
12.Κοιτάζομαι στον καθρέπτη με κάθε ευκαιρία.					
13.Πριν βγω έξω, χρειάζομαι πολλή					

ώρα για να ετοιμαστώ.					
14.Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή.					
15.Το να συμμετέχω σε αθλήματα δεν έχει νόημα για μένα.					
16.Δεν αθλούμαι για να διατηρηθώ σε καλή φυσική κατάσταση.					
17.Η υγεία μου είναι ένα θέμα με αναπάντεχα σκαμπανεβάσματα.					
18.Από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα είναι να προσέχω την υγεία μου.					
19.Δεν κάνω τίποτα, που ενδεχομένως να βλάψει την υγεία μου.					
20.Γνωρίζω και την πιο μικρή μεταβολή στο βάρος μου.					
21.Οι περισσότεροι άνθρωποι θα με θεωρούσαν εμφανίσιμο /η.					

22.Είναι σημαντικό πάντα να φαίνομαι όμορφος /η.					
23.Χρησιμοποιώ πολύ λίγα προϊόντα περιποίησης.					
24.Μαθαίνω εύκολα σωματικές δεξιότητες.					
25.Το να είμαι γυμνασμένος /η (σε καλή φυσική κατάσταση) δεν είναι προτεραιότητα στη ζωή μου.					
26.Ασχολούμαι με δραστηριότητες για να αυξήσω τη σωματική μου δύναμη.					
27.Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος /η.					
28.Διαβάζω βιβλία και περιοδικά που αναφέρονται στην υγεία.					
29.Παίρνω την υγεία μου στα σοβαρά					
30.Μου αρέσει όπως δείχνω					

χωρίς τα ρούχα.					
	Οπωσδήποτε διαφωνώ	Κυρίως διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Οπωσδήποτε συμφωνώ
31.Έχω επίγνωση αν η περιποίησή μου δεν είναι σωστή.					
32.Συνήθως φοράω ότι είναι βολικό, χωρίς να νοιάζομαι πως δείχνει.					
33.Δεν είμαι καλός /η στα αγωνίσματα ή στα παιχνίδια.					
34.Σπάνια σκέφτομαι τις αθλητικές μου δεξιότητες.					
35.Γυμνάζομαι για να βελτιώσω τις σωματικές μου αντοχές.					
36.Από τη μια μέρα στην άλλη δεν					

γνωρίζω σε τι κατάσταση βρίσκεται η υγεία του σώματός μου.					
37.Εάν είμαι άρρωστος /η δεν δίνω μεγάλη προσοχή στα συμπτώματα.					
38.Δεν κάνω καμία σημαντική προσπάθεια να ακολουθώ μια ισορροπημένη διατροφή.					
39.Μου αρέσει ο τρόπος που τα ρούχα ταιριάζουν σε μένα.					
40.Δεν με ενδιαφέρει τι νομίζουν οι άλλοι για την εμφάνιση μου.					
41.Φροντίζω ιδιαιτέρως την περιποίηση των μαλλιών μου.					
42.Σιχαίνομαι την σωματική μου εμφάνιση					
43.Δεν με ενδιαφέρει να βελτιώσω την απόδοση μου στις					

φυσικές δραστηριότητες.					
44. Προσπαθώ να είμαι σωματικά δραστήριος /α.					
45. Συχνά αισθάνομαι ευπρόσβλητος /η στις ασθένειες.					
46. Δίνω μεγάλη προσοχή στο σώμα μου για κάθε σημάδι ασθένειας.					
47. Εάν προσβληθώ από κρυολόγημα ή από γρίπη, απλά το αγνοώ και συνεχίζω όπως συνήθως.					
48. Σωματικά δεν είμαι ελκυστικός /η.					
49. Πάντα προσπαθώ να βελτιώνω τη σωματική μου εμφάνιση.					
50. Ποτέ δεν σκέφτομαι την εμφάνιση μου.					
51. Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η.					

52.Έχω πολλές γνώσεις σχετικά με τη φυσική μου κατάσταση.					
	Οπωσδήποτε διαφωνώ	Κυρίως διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Οπωσδήποτε συμφωνώ
53.Ασχολούμαι με ένα άθλημα τακτικά κατά τη διάρκεια του χρόνου.					
54.Είμαι ένα σωματικά υγιές άτομο.					
55.Είμαι πολύ ενήμερος /η ακόμη και για τις μικρές αλλαγές στη σωματική μου υγεία.					
56.Στα πρώτα σημάδια μιας ασθένειας, ζητώ αμέσως ιατρική συμβουλή.					
57.Βρίσκομαι σε δίαιτα.					

Δ2. Για τις επόμενες τρεις ερωτήσεις χρησιμοποιήστε για να απαντήσετε την κλίμακα που δίνεται κάτω από τις ερωτήσεις και κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει.

1. Έχω προσπαθήσει να χάσω βάρος με γρήγορες ή υπερεντατικές δίαιτες:

1	2	3	4	5
• Ποτέ	• Σπανίως	• Μερικές φορές	• Συχνά	• Πολύ συχνά

2. Νομίζω ότι είμαι:

1	2	3	4	5
• Υπερβολικά ελλιποβαρής	• Κάπως αδύνατος/η	• Κανονικό Βάρος	• Σχετικά υπέρβαρος	• Πολύ υπέρβαρος

3. Κοιτάζοντας με , οι περισσότεροι θα σκεφτόταν ότι είμαι:

1	2	3	4	5
• Πολύ αδύνατος	• Σχετικά αδύνατος	• Κανονικό Βάρος	• Σχετικά υπέρβαρος	• Πολύ υπέρβαρος

Δ3. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 έως το 5 και σημειώστε πόσο ικανοποιημένος /η είστε με κάθε μια από τις ακόλουθες περιοχές ή χαρακτηριστικά του σώματος σας.

1	2	3	4	5
Πολύ	Μέτρια	Ούτε δυσαρεστημένος /η	Μέτρια	Πολύ
δυσαρεστημένος /η	δυσαρεστημένος /η	ούτε ικανοποιημένος /η	ικανοποιημένος/η	ικανοποιημένος

	1	2	3	4	5
1.Πρόσωπο. (χαρακτηριστικά, χρώμα προσώπου)					
2.Μαλλιά (χρώμα, πυκνότητα, σύσταση)					
3.Κάτω κορμός (γλουτοί, γοφοί, μηρός, πόδια).					
4.Μέσος κορμός (μέση, στομάχι)					
5.Άνω κορμός (στήθος, ώμος, βραχίονας).					
6.Μυϊκή δύναμη.					
7.Βάρος.					
8.Ύψος.					
9.Γενική εμφάνιση.					