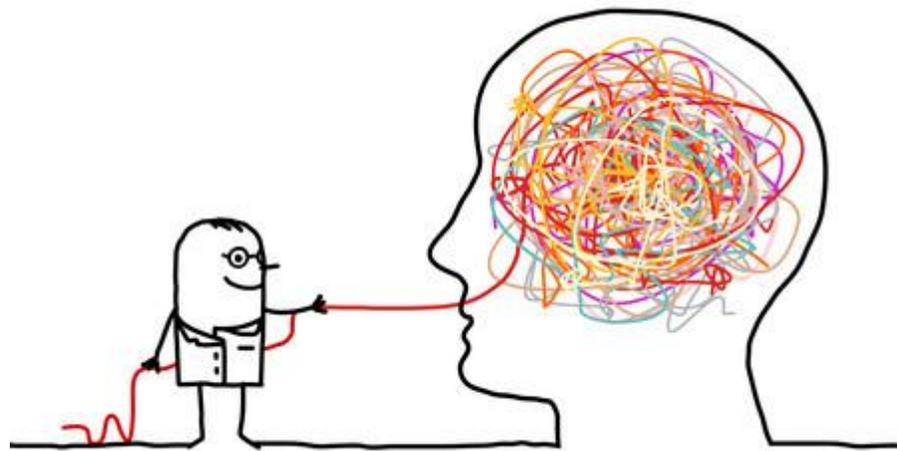




ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Συσχέτιση Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας με την Παχυσαρκία»



Ον/πώνυμο φοιτητριών: Καρτσωνάκη Ευτυχία ΑΜ: 1378
Μουτάφη Πετρούλα ΑΜ: 1704

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής (επιβλέπουσα): Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Θαλασσινός Νικόλαος

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Σφακιανάκη Ειρήνη

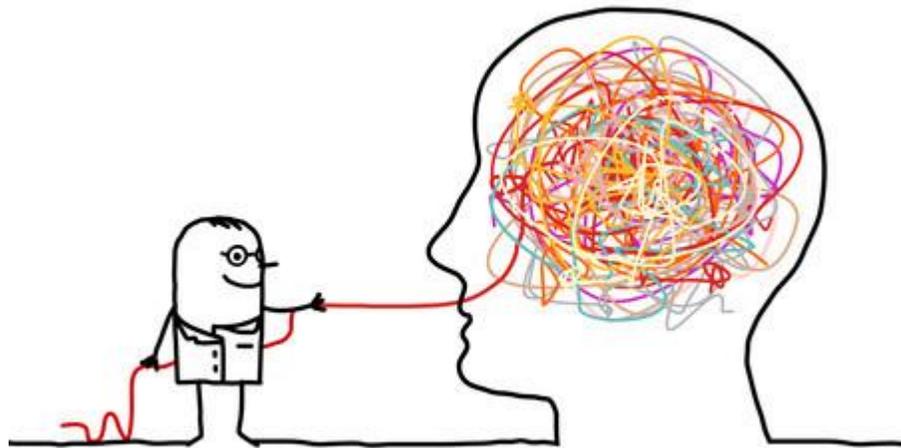
ΣΗΤΕΙΑ, «ΙΟΥΛΙΟΣ» «2020»



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS SCIENCES

THESIS for Undergraduate Degree

« Correlation between Obesity's characteristics with Personality»



Names & Surnames : Kartsonaki Eftichia YD: 1378
Moutafi Petroula YD: 1704

Three-member Examination Committee

Member 1 (supervisor): Charonitaki Aikaterini

Member 2: Thalassinos Nikolaos

Member 3: Sfakianaki Eirini

SITIA, «JULY» «2020»

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέων:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Αποδέχομαι ότι η Βιβλιοθήκη μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο, καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

Ευχαριστίες

Νοιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε από καρδιάς τους γονείς μας Σπύρο & Ελευθερία Καρτσωνάκη και Νίκο & Μαρία Μουτάφη, για την στήριξη και την υπομονή τους στη μόρφωσή μας όλα αυτά τα χρόνια.

Επίσης ένα μεγάλο και εγκάδιο ευχαριστώ στα σημαντικά για εμάς πρόσωπα της ζωής μας Στάθη Μπίκο, Γιώργο & Μαρία Μπίκου, Βαγγέλη Γουρνά, Φωτεινή & Πηνελόπη Μουτάφη που έπαιξαν ουσιαστικό ρόλο τόσο με την πολύτιμη βοήθεια τους όσο και με την ψυχολογική τους ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας.

Τέλος ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα και καθηγήτριά μας κ. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη για την καθοδήγηση και την βοήθειά της έως το πέρας της εργασίας μας.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο κύριες θεματικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναφερόμαστε στις θεωρίες προσωπικότητας του Eysenck, του Sheldon και του Adler, επίσης δε στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Στη δεύτερη ενότητα περιγράφουμε την έννοια της παχυσαρκίας, την πιθανή σχέση που έχει με την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο εκτίμησης του βάρους του ατόμου. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 122 άτομα ηλικίας 19-72 ετών με 70 γυναίκες, 44 άντρες και 8 χωρίς προσδιορισμό φύλου, με μη φυσιολογικό βάρος και υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος. Τα ερωτηματολόγια που εφαρμόστηκαν στους συμμετέχοντες ήταν τα εξής:

- Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Ενηλίκων του Eysenck (EPQ),
- Ερωτηματολόγιο Ευαισθησίας στην Ανησυχία (ASI-R),
- Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Διεκδικητικής Συμπεριφοράς του Rathus,
- Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Κατάθλιψης (CES-D),
- Τεστ «Σχεδιάστε έναν Άνθρωπο» (DAP) και
- Ερωτηματολόγια Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων.

Τα ερωτηματολόγια αυτά συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες ατομικά και ανώνυμα.

Η επεξεργασία των δεδομένων των ερωτηματολογίων, καθώς επίσης η εξαγωγή αποτελεσμάτων έγιναν μέσω του προγράμματος IBM SPSS statistics version 19.

Μελετήσαμε τις δύο κύριες ενότητες και τα συνοπτικά αποτελέσματα από τη συσχέτιση των αναλυτικών στοιχείων είναι τα ακόλουθα:

- α. Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν υψηλό δείκτη νευρωτισμού και είναι κυρίως γυναίκες.
- β. Τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν εξωστρέφεια.

- γ. Η διατροφή των παχύσαρκων ατόμων αποτελείται από ποικιλία τροφίμων, με μεγαλύτερη προτίμηση στο άμυλο και το κρέας.
- δ. Ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος συνδέεται με χαμηλό ψυχωτισμό.
- ε. Τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό ψεύδους, που σημαίνει ότι η πλειάδα των συμμετεχόντων δεν ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων.
- ζ. Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη.
- η. Τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν μηδενικό και ελάχιστο βαθμό ευαισθησίας στην ανησυχία.
- θ. Τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν μέτριο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς.

Η μελέτη αυτή έγινε στη Σητεία, ως πτυχιακή εργασία στο ΤΕΙ Διατροφής και Διαιτολογίας.

Τα συμπεράσματα της έρευνάς αυτής μπορεί να αποτελέσουν κίνητρο για μετέπειτα διερεύνηση.

Λέξεις κλειδιά

Προσωπικότητα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, παχυσαρκία, αίτια και τρόποι αντιμετώπισης παχυσαρκίας

Summary

The present fully completed study consists of two main subject units.

In the first unit we refer to the theories of Personality of Eysenck, Sheldon and Adler, as well as to the Characteristics of Personality.

In the second unit we describe the concept of Obesity, its possible relation to personality and the way of estimating a person's body weight.

In this research 122 individuals, aged 19-72 years old, took part. Most of them were women and all of them had a not normal weight and a high Body Mass Index.

The questionnaires applied to the participants were the following:

- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ),
- Anxiety Sensitivity Index (ASI-R),
- Questionnaire of Assertiveness Schedule of Rathus,
- Questionnaire of Depression Scale (CES-D),
- Test «Draw a Person» (DAP), and
- Questionnaires of Food Frequency Consumption.

These questionnaires have been answered by the participants individually and anonymously.

The processing of their consequent data and the derivation of relative results were effectively possible by the application IBM SPSS statistics, version 19.

We have studied the material of the two main subject units and our concise conclusions are the following:

- a. The overweight and obese persons, mainly women, appear to be at a high index of neuroticism.
- b. The obese persons show substantial extroversion.

- c. The diet of obese persons consists of a variety of food, with a greater preference to starch and meat.
- d. A high Body Mass Index is connected to a low psychoticism.
- e. The obese persons presented a high degree of untruth, as the majority of the participants have not given sincere answers to the questions of this research.
- f. The overweight and obese persons do not show any depression.
- g. The obese persons show a zero and minimum grade of anxiety sensitivity.
- h. The obese persons present a moderate degree of assertiveness behavior.

The present study has been developed as a thesis in the Technological Educational Institute of Sitia, Crete, Greece, at the Department of Nutrition and Dietetics.

The results of present research may prove to be helpful in any further analysis of these and other related issues.

Keywords

Personality, personality traits, obesity, causes and ways to deal with obesity

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	7
1 ^ο Κεφάλαιο.....	9
1.1 Ορισμός Προσωπικότητας.....	9
1.2 Εισαγωγή στις Θεωρίες προσωπικότητας.....	9
1.2.1 Θεωρία του Eysenck.....	9
1.2.2 Θεωρία του Sheldon.....	11
1.2.3 Θεωρία του Adler.....	12
1.3 Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.....	14
2 ^ο Κεφάλαιο.....	18
2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας.....	18
2.1.1 Αιτιολογία Παχυσαρκίας.....	18
2.1.2 Παχυσαρκία και σχετιζόμενες παθήσεις.....	21
2.1.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	22
3 ^ο Κεφάλαιο.....	24
3.1 Προσωπικότητα και παχυσαρκία.....	24
3.2 Προσωπικότητα, Παχυσαρκία & Οικογένεια.....	30
3.2.1 Προσωπικότητα & Απώλεια Βάρους.....	32
3.2.2 Σωματική δραστηριότητα και Προσωπικότητα.....	33
3.2.3 Ψυχολογικές Διαταραχές & Παχυσαρκία.....	34
3.2.4 Συμπερασματικά.....	36
4 ^ο Κεφάλαιο.....	37
4.1 Υπολογισμός και εκτίμηση της ενεργειακής και διαιτητικής πρόσληψης του ατόμου.....	37
4.2 Μείωση του βάρους και διατήρηση σταθερής άπαχης μάζας σώματος (Lean Body Mass).....	42

4.3 Συμβουλευτική αντιμετώπιση παχυσαρκίας.....	46
4.3.1 Επίτευξη προσέγγισης συνεργασίας.....	46
4.3.2 Καθορισμός εφικτών στόχων.....	47
4.3.3 Αυτό - παρακολούθηση	51
5^ο Κεφάλαιο.....	53
5.1 Σκοπός της έρευνας.....	53
5.2 Μεθοδολογία της έρευνας	53
5.3 Αποτελέσματα της έρευνας	56
6^οΚεφάλαιο.....	120
6.1 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και συμπεράσματα	120
7^ο Κεφάλαιο.....	128
7.1 Επίλογος	128
7.2 Μελλοντική έρευνα	128
Βιβλιογραφία:	129
Παράρτημα	138

Εισαγωγή

Η παχυσαρκία έχει περιγραφεί ως ένα από τα σύγχρονα προβλήματα δημόσιας υγείας. Ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί από το 1980 σε επίπεδο που σχεδόν το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πλέον ταξινομηθεί ως υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Η παχυσαρκία έχει αρνητική επίδραση σχεδόν σε όλες τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος και αποτελεί σημαντική απειλή για την ανθρώπινη υγεία (Chooi, et al., 2019). Η μεταβολή της καθημερινότητας, η αλλαγή στις συνήθειες, η εργασία και η επιλογή καθιστικής ζωής είναι αυτά που ίσως έχουν παίξει ρόλο στην πρόκληση αυτής της κατάστασης (Cooper, et al., 2004).

Εκτός από τους παράγοντες που συνδέονται με τον τρόπο ζωής, στην παχυσαρκία παίζουν ρόλο οι γενετικοί παράγοντες, οι ψυχικοί και η φαρμακευτική αγωγή. Το βασικότερο αίτιο για την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι η υπέρμετρη κατανάλωση τροφής, που οδηγεί στην υπερβολική πρόσληψη θερμίδων. Επιπλέον η κατανάλωση τροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα, και λιπαρά, τα λίγα και μεγάλα σε ποσότητα γεύματα μέσα στη μέρα, η χαμηλή σωματική άσκηση αποτελούν ένα σύνολο που οδηγεί στην παχυσαρκία (Ταχτσόγλου και Ηλιάδης, 2015 ; Schulte, al., 2016). Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλαπλών παθήσεων όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, τα μυοσκελετικά προβλήματα και οι διάφορες μορφές καρκίνου. Όλα αυτά μαζί συμβάλλουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής του ατόμου, στην παραγωγικότητα της εργασίας του και στο κόστος περίθαλψης του (Chooi, et al., 2019).

Η παχυσαρκία εκτός από τις επιπτώσεις που παρουσιάζει στη σωματική υγεία έχει συνέπειες και στην ψυχολογία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να έχουν και αυτά επίδραση στο σωματικό βάρος (Sutin and Terracciano, 2016). Παραδείγματος χάριν, ο νευρωτισμός, η παρορμητικότητα, το άγχος και η κατάθλιψη είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους. Εμείς θα εστιάσουμε στη σχέση που υπάρχει μεταξύ υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων με την προσωπικότητα. Πρόκειται να

εξετάσουμε τον τρόπο που το υπερβολικό βάρος συνδέεται με τις διαστάσεις προσωπικότητας του Eysenck: Νευρωτισμό, Εξωστρέφεια/ Εσωστρέφεια, Ψυχωτισμό και Κλίμακα ψεύδους, καθώς και άλλα ψυχολογικά ερωτηματολόγια, όπως η Κλίμακα Κατάθλιψης, η Κλίμακα Ευαισθησίας στην ανησυχία και η Κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς του Rathus.

1^ο Κεφάλαιο

1.1 Ορισμός Προσωπικότητας

Η προσωπικότητα είναι ένας κλάδος της ψυχολογίας που περιγράφει τη μοναδικότητα του ατόμου και εξετάζει την ταυτότητά του. Σε κάθε άνθρωπο συνδυάζονται με μοναδικό τρόπο γενετικές προδιαθέσεις, κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και εμπειρίες, σχηματίζοντας έτσι την προσωπικότητά του (Ποταμιάνος και Αναγνωστόπουλος, 2012).

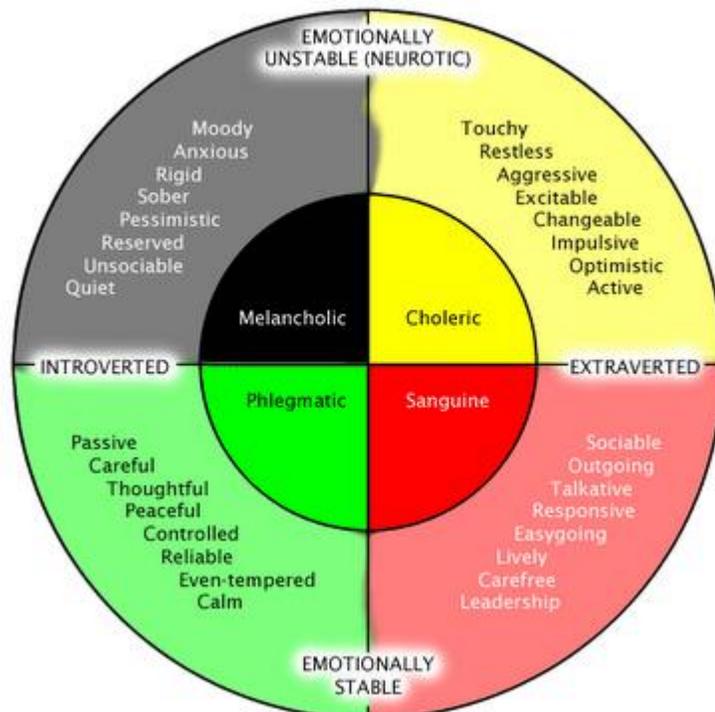
1.2 Εισαγωγή στις Θεωρίες προσωπικότητας

Όταν μελετάται ένα παχύσαρκο άτομο προσεκτικά, πρέπει ο ειδικός να γνωρίζει και να ερευνά στοιχεία της προσωπικότητάς του, τί το χαρακτηρίζει, πώς βρέθηκε στη θέση αυτή και γιατί συμπεριφέρεται με τον συγκεκριμένο τρόπο. Το « τί » αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του ατόμου και στο πώς οργανώνεται το ένα σε σχέση με τα άλλα. Το « πώς » αναφέρεται στις δυνάμεις που προσδιορίζουν την προσωπικότητα του ατόμου, σε ποιο βαθμό και με ποιους τρόπους αλληλεπιδρούν οι γενετικές και οι περιβαλλοντικές δυνάμεις για να φέρουν αυτό το αποτέλεσμα. Το « γιατί » αναφέρεται στα αίτια της συμπεριφοράς του ατόμου (Pervin & Cervone, 2013).

1.2.1 Θεωρία του Eysenck

Η θεωρία του Eysenck βασίστηκε στη θεωρία του Γαλινού η οποία απέδιδε την ψυχοσύνθεση του ατόμου στην επίδραση που είχαν πάνω του τα τέσσερα υγρά του σώματος, όπως εκείνος τα προσδιόρισε, δηλαδή το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη και η μαύρη χολή. Βάση αυτών των υγρών η ανθρώπινη ψυχοσύνθεση χωρίζεται σε τρεις άξονες ανεξάρτητους μεταξύ τους, αυτούς της θεωρίας του Eysenck, της Εξωστρέφειας-Εσωστρέφειας (E), του Νευρωτισμού-Σταθερότητας (N) και έναν νεότερο, του Ψυχωτισμού-Υπερεγώ (P) (Ιστορία της Ιατρικής, 1968).

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει τον κύκλο του Eysenck. Στον οριζόντιο άξονα είναι η διάσταση της Εξωστρέφειας-Εσωστρέφειας (E) και στον κάθετο άξονα η διάσταση του Νευρωτισμού-Σταθερότητας (N). Τα τεταρτημόρια του κύκλου αναπαριστούν τα τέσσερα Ταπεραμέντα της προσωπικότητας. (Σχήμα 1).



Eysenck, H.J and Eysenck, M.W. *Personality and Individual Differences*. Plenum Publishing, 1958.

Σχήμα 1: Διαστάσεις προσωπικότητας του Eysenck

Πηγή: Eysenck, H.J and Eysenck, M.W. *Personality and Individual Differences*, Plenum Publishing, 1958

Στον άξονα της Εξωστρέφειας-Εσωστρέφειας (E) το άτομο τοποθετείται ανάλογα με το επίπεδο της εγκεφαλικής του διέγερσης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιζητά ή να αποφεύγει ερεθίσματα που θα αυξήσουν αυτό το επίπεδο διέγερσης αν είναι από φυσικού του χαμηλό (Εξωστρεφής) ή θα το μειώσουν στην αντίθετη περίπτωση αν είναι από φυσικού του υψηλό (Εσωστρεφής) (Κουτουβίδης, και συν., 2005).

Στον άξονα του Νευρωτισμού-Σταθερότητας (N) το άτομο τοποθετείται βάση της ύπαρξης ή έλλειψης σταθερότητας στο αυτόνομο νευρικό του σύστημα το οποίο προσδιορίζει τις ακούσιες λειτουργίες του (όπως το σφυγμό, την πέψη και την αναπνοή). Άτομα στην πλευρά του Νευρωτισμού παρουσιάζουν έντονη παρόρμηση λόγω αυξημένου στρες και "ορμής" ενώ άτομα στην πλευρά της Σταθερότητας έχουν ήπιες και περισσότερο ελεγχόμενες αντιδράσεις (Κουτουβίδης, και συν., 2005).

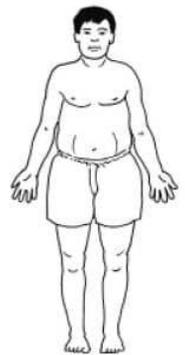
Στον τρίτο άξονα, που προτάθηκε από τον Eysenck, αυτόν του Ψυχωτισμού-Υπερεγώ (P), το άτομο τοποθετείται με κριτήριο την τάση που έχει να αναπτύξει ψυχωτικές συμπεριφορές. Ένα άτομο με υψηλό ψυχωτισμό παρουσιάζει εχθρική συμπεριφορά, έλλειψη κοινωνικής συνείδησης και ενσυναίσθησης και υψηλό εγωκεντρισμό (Eysenck and Eysenck, 1968).

Σύμφωνα με τον Eysenck η ψυχολογία του ατόμου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την νευροφυσιολογική του κατασκευή η οποία είναι κληρονομική. Έτσι θεωρείται ότι το DNA του ατόμου επηρεάζει την ψυχοσύνθεσή του στην ενήλικη φάση. Πέρα από αυτήν την επιρροή όμως μεγάλο ρόλο παίζει και η διαμόρφωση της προσωπικής συνείδησης του ατόμου, η οποία, όπως οι Eysenck θεωρούν, είναι επίκτητο χαρακτηριστικό, διαμορφωμένο σε μεγάλο βαθμό κατά την ανήλικη ζωή του ατόμου, κυρίως με τη μέθοδο της κατευθυνόμενης συμπεριφοράς. Σε αυτήν οι κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές επιβραβεύονται ενώ οι κοινωνικά μη αποδεκτές τιμωρούνται, είτε με τιμωρία από τους γονείς, είτε με κοινωνικό αποκλεισμό, είτε εν τέλει από το νομικό-σωφρονιστικό σύστημα (Κουτουβίδης, και συν., 2005).

1.2.2 Θεωρία του Sheldon

Η θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Sheldon υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι σώματος ή σωματότυποι (Ενδομορφικός, Μεσομορφικός, Εξωμορφικός), συσχετίζοντας τον καθένα από αυτούς με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και αντικατοπτρίζοντας τη σχέση ανάμεσα στη σωματική διάπλαση και το ταπεραμέντο.

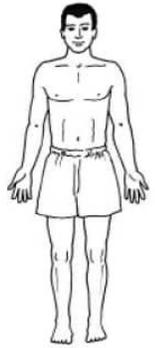
Ενδομορφικός : Είναι γνωστός και ως σπλαχνικός σωματότυπος. Έχει υπέρ-αναπτυγμένο πεπτικό σύστημα. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτού του σωματότυπου συνήθως είναι η χαλαρότητα, η ανοχή, η κοινωνικότητα. Επίσης το



Endomorph

άτομο έχει καλή αίσθηση του χιούμορ, αγάπη για το φαγητό και έχει ανάγκη από στοργή. Το σώμα του εμφανίζεται φυσικά στρογγυλό σε σχήμα αχλαδιού, με φαρδύς γοφούς, στενότερους ώμους και τάση συσσώρευσης επιπλέον λίπους.

Μεσομορφικός : Βρίσκεται ανάμεσα στον Ενδομορφικό και τον Εξωμορφικό σωματότυπο. Έχει αναπτυγμένο μυϊκό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από θάρρος, τόλμη, επιθυμεί την εξουσία και την κυριαρχία. Αδιαφορεί για τη γνώμη των άλλων, είναι ανταγωνιστικό και περιπετειώδες. Το σώμα του εμφανίζεται σκληρό και μυώδες, με φαρδύς ώμους και στενή μέση.



Mesomorph

Εξωμορφικός : Είναι το αντίθετο του Ενδομορφικού. Έχει υπέρ- ανεπτυγμένο νευρικό σύστημα. Τα γνωρίσματά του είναι η κοινωνική ανησυχία και ευσυνειδησία, η εσωστρέφεια με προτίμηση στην απομόνωση, ο σκεπτικισμός και η φιλοτεχνία. Το σώμα του εμφανίζεται με στενούς ώμους, λεπτά πόδια και χέρια, επίπεδο στήθος, ελαφρά μυώδες. Μπορεί να φάει όσο ο Ενδομορφικός χωρίς να φαίνεται να κερδίζει βάρος αν και κατακρατά λίπος.



Ectomorph

Σύμφωνα με αυτούς τους σωματότυπους ο Sheldon δημιούργησε μια κλίμακα όπου παρουσιάζονται όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί του τύπου του σώματος. Η κλίμακα κυμαίνεται από 1 (χαμηλό) έως 7 (υψηλό) και ο σωματότυπος αναπαριστάται με μια σειρά από φωτογραφίες. Με βάση αυτήν την κλίμακα ο καθαρά Ενδομορφικός είναι 7- 1- 1, ο καθαρά Μεσομορφικός 1- 7- 1, και ο καθαρά Εξωμορφικός 1- 1- 7. Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να σημειωθεί ότι σε ένα άτομο σπάνια συναντάται ένας μόνο από τους τρεις σωματότυπους. Συνήθως παρατηρείται συνδυασμός αυτών (Garza, 2014; Igharo and Bakke, 2013).

Ο Sheldon υποστηρίζει ότι ο σωματότυπος του ατόμου μπορεί να επηρεαστεί από το περιβάλλον, τη διατροφή και το πέρασμα της ηλικίας του. Πράγμα το οποίο όμως δεν σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να μεταβεί ριζικά από τον ένα σωματότυπο στον άλλο (Igharo and Bakke, 2013).

1.2.3 Θεωρία του Adler

Είναι γνωστή και ως *Ατομική Ψυχολογία του Adler* γιατί επικεντρώνεται στη μελέτη της προσωπικότητας του ατόμου. Θεωρεί ότι το άτομο σχηματίζει την προσωπικότητά του σύμφωνα με το δικό του προσωπικό πλάνο ζωής, το περιβάλλον του και τον τρόπο ζωής του (Boeree, 1997).

Από τη βρεφική ηλικία ακόμα, το άτομο συγκρίνει τον εαυτό του με τα μεγαλύτερα άτομα του περιβάλλοντος του (π.χ. γονείς) κατανοώντας έτσι ότι το ίδιο βρίσκεται σε υποδεέστερη θέση καθώς εξαρτάται πλήρως από αυτούς. Σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα καταφέρει να διαχειριστεί αυτό το αίσθημα κατωτερότητας παίζει η μητρική φιγούρα. Πράγμα το οποίο σημαίνει, ότι αν η μητέρα είναι αρκετά απαιτητική τροφοδοτεί την κατωτερότητα στο παιδί της. Παράλληλα, αν είναι υπερπροστατευτική, τότε το παιδί δυσκολεύεται να εκτιμήσει σωστά το περιβάλλον του στην καθημερινότητα (Positivus, 2017).

Ο τρόπος λοιπόν που το άτομο μεγαλώνοντας λειτουργεί ώστε να λύσει τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν στη ζωή του δημιουργεί έναν ιδιαίτερο τύπο κάθε ατόμου. Ωστόσο η κατηγοριοποίηση αυτών των τύπων δεν είναι απόλυτη. Κάθε άνθρωπος μπορεί να έχει ένα συνδυασμό αυτών δημιουργώντας έτσι τον δικό του ξεχωριστό τύπο. Οι βασικοί τύποι σύμφωνα με τον Adler είναι:

- 1) **Κυριαρχικός τύπος:** Είναι κοινωνικά δραστήριος αλλά με την αρνητική έννοια καθώς παρουσιάζει έλλειψη κοινωνικού αισθήματος και αυτό τον κάνει να φέρεται με αντικοινωνικό τρόπο. Τέτοια άτομα μπορεί να είναι αλκοολικοί, ναρκομανείς και με αυτοκτονικές τάσεις.
- 2) **Παρασιτικός τύπος:** Παρουσιάζει και αυτός έλλειψη κοινωνικού αισθήματος και συνηθίζει να στηρίζεται στους άλλους για να λύσει τα προβλήματά του. Είναι συνήθως άτομα που παρουσιάζουν ευαισθησία, εμμονές, καταναγκασμούς, άγχος, φοβίες κ.ά. εφόσον ο τρόπος ζωής που κάνουν το επιτρέψει.
- 3) **Αποφευκτικός τύπος:** Είναι αναποφάσιτος γιατί φοβάται την αποτυχία. Το αίσθημα κοινωνικότητάς του είναι χαμηλό και κρατά απόσταση από τους άλλους ανθρώπους. Αυτά τα άτομα όταν νιώσουν αρκετή ψυχολογική πίεση τείνουν να γίνονται ψυχωτικά.
- 4) **Κοινωνικά χρήσιμος τύπος:** Είναι κοινωνικά δραστήριος με κοινωνικά αισθήματα και ουσιαστικό ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους. Αυτός ο τύπος μπορεί να

χαρακτηριστεί ως ένα υγιές άτομο με ενέργεια και κοινωνικό ενδιαφέρον (Boeree, 1997).

Επίσης ο Adler ήταν από τους πρώτους που έδωσε βαρύτητα στις οικογενειακές σχέσεις. Η σειρά γέννησης φαίνεται να επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών:

Το πρώτο παιδί έχει την ολοκληρωτική προσοχή των γονιών του. Συνήθως γίνεται κακομαθημένο, αλλά είναι αξιόπιστο και εργάζεται σκληρά για να προχωρήσει. Όταν έρχεται ένα δεύτερο παιδί θεωρεί ότι χάνει τη θέση του και δεν είναι πια μοναδικό, κλέβοντάς του εκείνο την αγάπη που μέχρι τώρα λάμβανε.

Το δεύτερο παιδί αγωνίζεται να ξεπεράσει το μεγαλύτερο, προκαλώντας ανταγωνισμό μεταξύ τους που τα επηρεάζει μεγαλώνοντας.

Το μοναχοπαιδί μαθαίνει να λειτουργεί καλά με τους ενήλικες και όχι τόσο καλά με τους συνομηλίκους του. Συχνά παραχαϊδεύεται και θέλει να είναι το κέντρο της προσοχής, πράγμα που μεγαλώνοντας διαπιστώνει ότι δεν συμβαίνει μέσα στην κοινωνία (Positivus, 2017; Boeree, 1997).

1.3 Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι αυτά που καθορίζουν την συμπεριφορά του ατόμου και το διαφοροποιούν από ένα άλλο. Σε αυτά βασίζεται το σύνολο της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ατόμου σε ποικίλες καταστάσεις και σε βάθος χρόνου (Ποταμιάνος και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Όπως θα παρουσιαστεί και στα επόμενα κεφάλαια υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που φαίνεται να έχουν σχέση με την παχυσαρκία:

Νευρωτισμός: Ο νευρωτισμός αντικατοπτρίζει τα αρνητικά συναισθήματα. Περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως είναι το άγχος, η ευερεθιστότητα, η παρορμητικότητα, η κατάθλιψη και η ευαισθησία. Άτομα με υψηλό επίπεδο νευρωτισμού συχνά αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα συμπεριλαμβανομένης της κακής διάθεσης και των σωματικών συμπτωμάτων. Επίσης, αυτά τα άτομα επηρεάζονται αρκετά από τις αρνητικές καταστάσεις της ζωής και παραμένουν σε κακή διάθεση (Li, et al., 2017 ; Suls, et al., 1998 ; Costa, et al., 1992)

Άγχος: Το άγχος είναι μια κατάσταση που μπορεί να παρουσιαστεί σε όλες τις ηλικίες και στοχεύει στην αύξηση της προσοχής του ατόμου, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τον επερχόμενο κίνδυνο. Σύμφωνα με την εξέλιξη υπάρχει ισχυρή γενετική και βιολογική βάση. Η προσαρμογή του ατόμου σε μια στρεσογόνο κατάσταση δεν είναι πάντα εύκολη. Όταν το άγχος ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές ασθένειες (Beekman, et al., 2015).

Ευερεθιστότητα: Είναι ένα αίσθημα διέγερσης και υπερβολικής ανταπόκρισης στα ερεθίσματα. Η ευερεθιστότητα είναι ένα σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε πολλές διαφορετικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης. Η χρόνια ευερεθιστότητα συναντάται συχνά σε παιδιά με άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή αντιδραστικότητας και με σοβαρή δυσλειτουργία διάθεσης. Η ευερεθιστότητα είναι ένα σύμπτωμα περίπου στο 61% των παιδιών με κατάθλιψη και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ταυτόχρονων αντικοινωνικών συμπεριφορών συμπεριλαμβανομένης της εναντιωματικής-προκλητικής διαταραχής και διαταραχής συμπεριφοράς (Stringaris, et al., 2013). Η ευερεθιστότητα στην εναντιωματική-προκλητική διαταραχή στην παιδική ηλικία σχετίζεται επίσης και με άλλα πιο αρνητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Στους ενήλικους, περίπου το 50% από αυτούς με βαριά καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζουν σημαντική ευερεθιστότητα που σχετίζεται με αυξημένη σε ένταση κατάθλιψη, μεγαλύτερα σε διάρκεια και ένταση καταθλιπτικά επεισόδια και μειωμένο έλεγχο παρόρμησης - μεταξύ άλλων αρνητικών μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων (Judd, et al., 2013).

Παρορμητικότητα: Η παρορμητικότητα ορίζεται ως η γρήγορη δράση με ελάχιστη σκέψη για το αποτέλεσμα που μπορεί να προκληθεί. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η παρορμητικότητα σε κάποιες περιπτώσεις ίσως συμβάλλει στην καλύτερη λήψη αποφάσεων. Παρ' όλα αυτά, όταν αυτή βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα τα άτομα προσαρμόζονται δύσκολα στο κοινωνικό περιβάλλον, με πιθανές δυσμενείς τελικά συνέπειες (Mitchell and Potenza, 2014).

Κατάθλιψη: Είναι μια ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που το άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και ενεργεί. Είναι όμως θεραπεύσιμη. Η κατάθλιψη προκαλεί στο άτομο αισθήματα θλίψης και απουσία ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα ευχαριστούσαν το άτομο. Μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία από συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα

και μπορεί να μειώσει την λειτουργικότητα του ατόμου στο σπίτι ή την εργασία του (Ranna Parekh, 2017).

Κυκλοθυμία: Χαρακτηρίζεται από απότομες μεταβολές στη διάθεση, επιμονή, αυθόρμητη και αντιδραστική συμπεριφορά. Αυτά με τη σειρά τους συνδέονται με ένα φάσμα ανησυχητικής και παρορμητικής συμπεριφοράς του ατόμου, με αποτέλεσμα μια αρκετά σύνθετη παρουσία (Perugi et al. 2017).

Ψυχωτισμός: Ο ψυχωτισμός ορίζεται ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που ο βαθμός του διαφοροποιείται σε κάθε άτομο. Τα άτομα με υψηλό δείκτη ψυχωτισμού παρουσιάζονται ως ψυχρά, απρόσωπα, μονήρη, εχθρικά και επιθετικά ακόμα και προς τα άτομα που αγαπούν, δεν δείχνουν συμπάθεια στους άλλους και δεν νιώθουν εμπιστοσύνη προς αυτούς (Eysenck and Eysenck, 1975).

Εξωστρέφεια: Σχετίζεται με το βαθμό διέγερσης του νευρικού συστήματος. Συνήθως ως εξωστρεφή άτομα θεωρούνται αυτά που αγαπούν την κοινωνικότητα. Ωστόσο, η κοινωνικότητα περιέχει και άλλες πτυχές της εξωστρέφειας. Οι εξωστρεφείς εκτός από κοινωνικοί είναι πιο δραστήριοι, παρορμητικοί και λιγότερο συνεσταλμένοι από ό,τι οι εσωστρεφείς. Ο κλασικός εξωστρεφής έχει ανάγκη να βρίσκονται άτομα γύρω του για να μιλάει και γι' αυτό έχει πολλούς φίλους, ενώ δεν του αρέσει να μελετά μόνος του. Είναι αισιόδοξος, ανέμελος, ετοιμόλογος και του αρέσουν οι αλλαγές. Αποζητά την εξέλιξη και την ενασχόληση με νέα πράγματα, ενώ κάποιες φορές είναι επιθετικός χωρίς να διατηρεί την ψυχραιμία του. Γενικά δυσκολεύεται στον έλεγχο των συναισθημάτων του και δεν είναι πάντα αξιόπιστος (Xu, et al. ,2015).

Αυτοεκτίμηση: Ως αυτοεκτίμηση μπορεί να οριστεί η συνολική εικόνα του εαυτού. Είναι η αίσθηση που έχει το άτομο για την αξία του ή όχι ως άνθρωπος. Δηλαδή είναι ο βαθμός στον οποίο το άτομο εκτιμά, επιβραβεύει ή τον ικανοποιεί ο εαυτός του. Η αυτοεκτίμηση θεωρείται γενικά ως η αξιολόγηση της αυτο-ιδέας και η ευρύτερη προβολή του εαυτού που συμπεριλαμβάνει την αντίληψη, τη συμπεριφορά, την εκτίμηση και τη στοργικότητα. (Adler and Stewart, 2010).

Διεκδικητικότητα: Είναι μια σειρά λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων μέσα σε διάφορες καταστάσεις. Δηλαδή είναι η ικανότητα να λέει κάποιος όχι ή να ζητάει κάτι, να διατυπώνει

αρνητικά και θετικά συναισθήματα, να εκφράζει τη γνώμη του και τα δικαιώματά του. Τα μη διεκδικητικά άτομα θεωρούνται τελειομανή και ασκούν αυστηρή αυτοκριτική έχοντας μη ρεαλιστικούς στόχους και μεγάλη επιθυμία να γίνονται αρεστά από όλους. Χαρακτηριστικά της διεκδικητικότητας είναι η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του εαυτού και των άλλων, άρνηση στις απαιτήσεις των άλλων, αποδοχή και ανταπόδοση φιλοφρονήσεων, ικανότητα έναρξης- διατήρησης και ολοκλήρωσης συζητήσεων, έκφραση γνώμης και έκφραση και αποδοχή αγάπης (Πατέρα, και συν., 2008 ; Lazarus, 1973).

Αντικοινωνική συμπεριφορά: Ως αντικοινωνική συμπεριφορά χαρακτηρίζονται οι πράξεις που παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων ανθρώπων. Αναπτύσσεται μέσα στο οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Στους εφήβους εκδηλώνεται με παραβατικότητα όπως είναι η εκδίκηση, η εμπλοκή σε σύλληψη και η φυλάκιση, η απώλεια μισθών- περιουσίας και ζωής. Στα ενήλικα άτομα η αντικοινωνική συμπεριφορά έχει σχέση με κλοπές ή σωματικές επιθέσεις αλλά μπορεί να περιλαμβάνει και άλλες ενέργειες όπως ψέματα, διπλοπροσωπία, χειραγώγηση των άλλων για προσωπικό όφελος. Χαρακτηριστικό αυτής της συμπεριφοράς είναι ότι το άτομο αδιαφορεί για το θύμα (Calkins, et al., 2009).

Τερπνότητα: Είναι η προσπάθεια του ατόμου να είναι ευχάριστο μέσα σε κοινωνικές καταστάσεις. Η τερπνότητα σχετίζεται με τον αλτρουισμό. Άτομα με υψηλά επίπεδα τερπνότητας τείνουν να είναι βοηθητικά, συμπαθητικά, συνεργάσιμα, υποχωρητικά, έμπιστα και ευθύ (Costa, et al., 1991 ; Li, et al., 2017).

2^ο Κεφάλαιο

2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η παχυσαρκία είναι η κατάσταση όπου το άτομο έχει αποθηκεύσει ποσοστό σωματικού λίπους πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει την υγεία του. Αυτό συνήθως προκύπτει από τη συνεχή και μακροχρόνια επιλογή ενός θετικού ισοζυγίου, που έχει ως αποτέλεσμα την αποθήκευση ενέργειας με τη μορφή λίπους και την αύξηση του βάρους σώματος του ατόμου. Το ισοζύγιο ενέργειας μπορεί να μεταβληθεί από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ενώ το άτομο μπορεί να επηρεαστεί από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, από γενετικούς και άλλους βιολογικούς παράγοντες (WHO, 1997). Η παιδική ηλικία όπως και τα πρώτα στάδια της εφηβείας έχουν μεγάλη σημασία, καθώς αποτελούν το στάδιο όπου καθορίζεται ο αριθμός των λιποκυττάρων. Το μέγεθος των λιποκυττάρων αυξάνεται φτάνοντας στο μέγιστό τους και έπειτα διαιρούνται. Επομένως, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα της αύξησης του μεγέθους των λιποκυττάρων, του αριθμού τους ή από συνδυασμό αυτών (Escofer et al., 1996; Chumlea et al., 1982).

2.1.1 Αιτιολογία Παχυσαρκίας

Γενετικοί παράγοντες:

Η παχυσαρκία είναι μία νόσος που μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι και το περιβάλλον του ατόμου. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι το 40-70% της παχυσαρκίας, οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες έχει φανεί ότι δείκτες όπως ο ΔΜΣ, η ποσότητα λεπτίνης στο αίμα, το πάχος της δερματοπτυχής ή η ποσότητα του λίπους στο σώμα συνδέονται άμεσα με τους συγγενείς α' βαθμού αν και δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί σε ποιο βαθμό επιδρά το περιβάλλον και σε ποιο οι γενετικοί παράγοντες. Επιπρόσθετα, μελέτες σε διδύμους (μονοζυγωτικοί) και υιοθετημένα παιδιά δείχνουν ότι οι κληρονομικοί παράγοντες συνδέονται με την παχυσαρκία (Φλωράκης, και συν. 2009 ; Herrera and Lindgren, 2010).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες:

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην αύξηση της παχυσαρκίας συμβάλλουν οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες όπως είναι η κληρονομικότητα και το οικογενειακό ιστορικό. Το περιβάλλον αποτελεί έναν από τους τροποποιήσιμους παράγοντες όπως επίσης είναι οι διατροφικές επιλογές, η σωματική άσκηση και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ατόμου. Ο σημερινός τρόπος ζωής και επιβίωσης του ατόμου δεν απαιτεί πλέον ιδιαίτερη σωματική προσπάθεια. Επίσης για την ψυχαγωγία του επιλέγει καθιστικές δραστηριότητες, όπως είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης αντί κάποιας χειρονακτικής εργασίας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την αυξημένη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων συμβάλλουν στην αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας (Ζαμπέλας, 2011 ; Grey, et al, 2018).

Η διάσταση που μπορεί να πάρει η παχυσαρκία οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και όχι μόνο σε κάποιο ελάττωμα του ατόμου. Σε μια έρευνα που έλαβαν μέρος 12.669 ενήλικες στη Φιλανδία βρέθηκε σημαντικός κίνδυνος άμεσης αύξησης βάρους της τάξης των 5kg/5yrs. Ο βαθμός αυτής της αύξησης βάρους παρατηρήθηκε σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, χαμηλή εκπαίδευση και σε άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα (Rissanen, et al., 1991).

Παρ' όλο που οι περιβαλλοντικές συνθήκες βοηθούν στην αύξηση της παχυσαρκίας, οι δυτικές κοινωνίες θέτουν σαν πρότυπο ομορφιάς και επιτυχίας το λεπτό σώμα. Με αυτό τον τρόπο το αδύνατο σώμα θεοποιείται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να κάνουν προσπάθεια να αλλάξουν τον τρόπο διατροφής και δραστηριότητάς τους. Δυστυχώς όμως η προσπάθεια αυτή της αλλαγής είναι απότομη και εφήμερη. Αποτέλεσμα αυτού είναι η αυξομείωση ή η ανακύκλωση βάρους με σημαντικές μεταβολικές και ψυχολογικές συνέπειες, ενώ κάποιες φορές η αστάθεια αυτή οδηγεί τελικά στην αύξηση βάρους δηλαδή την παχυσαρκία (Ζαμπέλας, 2011).

Διατροφικοί παράγοντες:

Στην εμφάνιση της παχυσαρκίας συμβάλει η διατροφή που επιλέγει το άτομο. Η υπέρμετρη κατανάλωση τροφής οδηγεί στην αυξημένη συσσώρευση λίπους στο σώμα. Η πολυφαγία μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες, ορμονικούς ή και προβλήματα στο μεταβολισμό. Όλα αυτά ουσιαστικά οδηγούν στην αυξημένη κατανάλωση θερμίδων. Επίσης, σε μελέτες φάνηκε ότι τα άτομα που κατανάλωναν 1-2 γεύματα την ημέρα παρουσίαζαν μεγαλύτερο βάρος από άτομα που κατανάλωναν 3 ή παραπάνω γεύματα. Ο αριθμός των

γευμάτων δεν οδηγεί από μόνος του στην αύξηση του βάρους. Όταν όμως αυτό συνυπάρχει με την αυξημένη κατανάλωση θερμίδων, την μείωση σωματικής δραστηριότητας, τη μείωση του μεταβολισμού με το πέρασ την ηλικίας, τότε η υπερλιπογένεση που υπάρχει στον περιορισμένο αριθμό γευμάτων, οδηγεί στην παχυσαρκία (Ταχτσόγλου και Ηλιάδης, 2015). Ακόμα ένα σημαντικό στοιχείο που μπορεί να συμβάλλει στην παχυσαρκία είναι ο εθισμός που υπάρχει στα τρόφιμα. Σε έρευνες που έγιναν φάνηκε ότι η κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα και λιπαρά συνδέεται με νευροβιολογικές αλλαγές στο σύστημα ανταμοιβής, όπως η μείωση των υποδοχέων της ντοπαμίνης και οι δείκτες εθισμού. Προβλήματα όπως η παχυσαρκία, η υπερτροφία και οι εθιστικές διαταραχές έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την απώλεια ελέγχου στην κατανάλωση τροφής. Τέλος τα τρόφιμα που είναι πολύ επεξεργασμένα με πρόσθετο λίπος και εξευγενισμένους υδατάνθρακες (π.χ. σοκολάτα, πίτσα, τσιπ) έχουν σχέση με εθιστικούς δείκτες στην κατανάλωση τροφής (Schulte, al., 2016).

Ψυχολογικοί παράγοντες:

Στην παχυσαρκία μπορεί να αναγνωριστούν μια ποικιλία ψυχικών διαταραχών με επικρατέστερη όμως την διαταραχή της κατάθλιψης. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία, σε γενικό πληθυσμό με σύνολο 5000 ατόμων και με ηλικία από 35-75 ετών βρέθηκε θετική σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και κατάθλιψης. Η σχέση παχυσαρκίας και κατάθλιψης φάνηκε να είναι αμφίδρομη (Wiltink, et al., 2013). Σε νεότερη έρευνα φάνηκε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους υπάρχουν σε υψηλό βαθμό στα παχύσαρκα άτομα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής, στην αυτοεκτίμηση και στην διατροφική στάση των ατόμων αυτών. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι στα παχύσαρκα άτομα η αυτοεκτίμηση επηρεάζει αρνητικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και ότι η αυτοεκτίμηση μειώνεται με τον αυξανόμενο ΔΜΣ. Επίσης, παρόλο που δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ανδρών με και χωρίς παχυσαρκία, αναφέρθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι υψηλότερα στις γυναίκες που έχουν παχυσαρκία σε σύγκριση με τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος (Degirmenci, et al., 2015). Τέλος, στους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση παχυσαρκίας είναι και η παρορμητικότητα. Πρόσφατα, εξακριβώθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην παρορμητικότητα και στην παχυσαρκία, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει την

υψηλή συχνότητα των μεταβολικών διαταραχών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, ακόμη και χωρίς την λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με την μορφή πρόληψης έχει τη δυνατότητα να ελαττώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Επιπρόσθετα, μπορεί να μειώσει τον υψηλό βαθμό παρορμητικότητας, περιορίζοντας τον κίνδυνο για επιθετικότητα του ατόμου (Sfera et al., 2017).

Φαρμακευτική αγωγή:

Η χορήγηση φαρμάκων στοχεύει στην θεραπεία μιας νόσου. Δυστυχώς όμως αυτό μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες στο άτομο. Μια από αυτές είναι και η αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό αποτελεί μια σημαντική συνέπεια καθώς η υπερβολική αύξηση του βάρους επιβαρύνει την υγεία του ατόμου και σίγουρα δεν το βοηθά στη συμμόρφωσή του με τη φαρμακοθεραπεία. Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων που συμβάλλουν στην αύξηση βάρους είναι τα αντιψυχωσικά (π.χ. κλοζαπίνη, ολανζαπίνη), τα αντικαταθλιπτικά (π.χ. τρικυκλικά, αναστολείς μονοαμινοξειδάσης), τα αντιυπεργλυκαιμικά (π.χ. μετφορμίνη, ινσουλίνη) και τα κορτικοειδή (π.χ. κορτιζόνη, πρεδνιζόνη). Τα αντικαταθλιπτικά φαίνεται να συμβάλλουν λιγότερο στην αύξηση βάρους σε σύγκριση με τα αντιψυχωσικά. Επομένως, όταν παρατηρηθεί μεταβολή στο σωματικό βάρος ο ειδικός υγείας χρειάζεται να μειώσει τη δόση του φαρμάκου, να το αντικαταστήσει με άλλο, ή να διακόψει τη χορήγησή του (Wharton, et al., 2018).

2.1.2 Παχυσαρκία και σχετιζόμενες παθήσεις

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας που συνεχώς αυξάνεται. Τα παχύσαρκα άτομα είναι πιο επιρρεπή στον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων παθήσεων. Τέτοιες παθήσεις είναι τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης τύπου II, οι γαστρεντερικές διαταραχές, τα αναπνευστικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως και οι αρθρικές και μυϊκές διαταραχές (Früh, 2017).

Η μεταβολή του φυσιολογικού βάρους σε παχυσαρκία προκαλεί μια φαινοτυπική αλλαγή στον λιπώδη ιστό με αποτέλεσμα την δημιουργία μιας χρόνιας ήπιας φλεγμονής. Επίσης η παχυσαρκία σχετίζεται με δυσλιπιδαιμικό προφίλ. Ο συνδυασμός της χρόνιας ήπιας φλεγμονής με την δυσλιπιδαιμία βοηθούν στην ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, γεγονός που

οδηγεί στην αύξηση του κινδύνου για καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια. Η χρόνια φλεγμονή λόγω της παχυσαρκίας επηρεάζει την αντοχή στην ινσουλίνη που είναι και αυτή που προδιαθέτει τον διαβήτη τύπου II. Επιπρόσθετα η παχυσαρκία συνδέεται με την αποφρακτική υπνική άπνοια κυρίως με την εναπόθεση λίπους στο πάνω μέρος του θώρακος. Τέλος το υπερβάλλον σωματικό βάρος αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου όπως του ορθού, του παγκρέατος κ.ά. (Fruh,2017).

2.1.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Σύμφωνα με το εθνικό ινστιτούτο υγείας και περίθαλψης NICE (National Institute for Health and Care Excellence) διαθέτονται οι παρακάτω θεραπευτικές επιλογές:

✓ Με βασικό στόχο η συνολική ενεργειακή πρόσληψη του ατόμου να είναι λιγότερη από αυτήν που δαπανάται, γενικά συστήνεται να ακολουθείται μια ισορροπημένη διαίτα σε βάθος χρόνου ακόμα και αν δεν υπάρχει απώλεια βάρους καθώς προσφέρονται άλλα οφέλη στην υγεία του ατόμου.

✓ Με λήψη διαιτητικών εφαρμογών που μπορεί να περιλαμβάνουν διαφόρους τύπους δίαιτας όπως μικτής δίαιτας μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης, διαίτα χαμηλών θερμίδων και διαίτα πολύ χαμηλών θερμίδων.

✓ Με τη θεραπεία της συμπεριφοράς όπου στόχος είναι η ενίσχυση των αλλαγών, η πρόληψη επιπλοκών, ο καθορισμός θεραπευτικών στόχων, ο αυτοέλεγχος της συμπεριφοράς και της προόδου, η επίλυση προβλημάτων κ.ά.

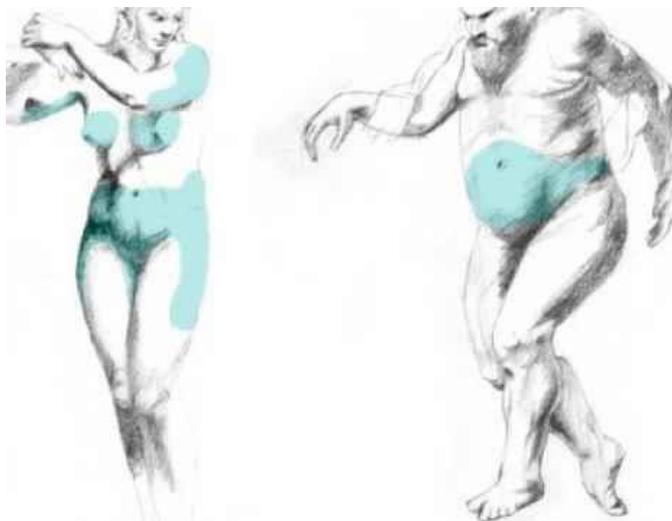
✓ Με κινησιοθεραπεία, όπου γίνεται ώθηση του ατόμου να κάνει δραστηριότητες που μπορούν να ενσωματωθούν στην καθημερινή του ζωή όπως γρήγορο περπάτημα, κηπουρική, ποδηλασία, προγράμματα γυμναστικής με επίβλεψη, κολύμπι, περπάτημα με στόχο συγκεκριμένο αριθμό βημάτων κ.α. Ενθαρρύνεται άσκηση για 30 λεπτά τουλάχιστον με μέτρια ή μεγαλύτερη ένταση φυσική δραστηριότητα για 5 ή περισσότερες φορές/ εβδομάδα.

✓ Με χορήγηση φαρμάκων μόνο μετά από προσπάθεια του ατόμου για απώλεια βάρους με χρήση δίαιτας, άσκησης και έλεγχο συμπεριφοράς. Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της χορήγησης υπάρξει ανησυχία από τους ειδικούς για τυχόν έλλειψη του ατόμου σε

μικροθρεπτικά συστατικά (π.χ. υπερήλικες ή παιδιά στην ανάπτυξη), συστήνεται η λήψη συμπληρωμάτων πλούσιων σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

√ Με χειρουργική θεραπεία (εφόσον όλα τα προηγούμενα αποτύχουν), όπως ο ρυθμιζόμενος γαστρικός ιμάντας, η λαπαροσκοπική διαμερισματοποίηση – γαστροπλαστική, η γαστρική παράκαμψη, η χολοπαγκρεατική εκτροπή. Χρησιμοποιείται σε άτομα με ΔΜΣ $40\text{kg}/\text{m}^2$ ή και περισσότερο ή όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται ανάμεσα στο $35\text{kg}/\text{m}^2$ με $40\text{kg}/\text{m}^2$, με την προϋπόθεση ότι τα άτομα αυτά έχουν εμφανίσει παράλληλα και άλλες σημαντικές ασθένειες π.χ. διαβήτης τύπου II, ή υψηλή πίεση αίματος που θα μπορούσαν να βελτιωθούν εάν χάσουν βάρος.

Είναι σημαντικό το πρόγραμμα για την απώλεια βάρους να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες κάθε ατόμου χωριστά όπως και στην κατάσταση της υγείας του και στον τρόπο ζωής του. (NICE, 2014).



3^ο Κεφάλαιο

3.1 Προσωπικότητα και παχυσαρκία

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν το σωματικό βάρος (Sutin and Terracciano, 2016). Ο χαρακτηριστικός τρόπος που σκέφτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται κάθε άτομο βασίζεται στο μοντέλο των «πέντε παραγόντων». Το μοντέλο αυτό των πέντε παραγόντων αποτελείται από τον Νευρωτισμό, την Εξωστρέφεια, την Ανοιχτότητα, την Τερπνότητα και την Συνείδηση.

Από αυτούς τους πέντε παράγοντες αυτός που εμφανίζει μεγαλύτερη συσχέτιση με τον αυξημένο ΔΜΣ και την παχυσαρκία είναι η **Συνείδηση**. Έχει βρεθεί σε αρκετούς πληθυσμούς που είχαν συμπληρώσει διάφορα ερωτηματολόγια για την προσωπικότητα ότι η εμφάνιση υψηλής Συνείδησης συνδέεται με χαμηλό ΔΜΣ σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα, με τις γυναίκες όμως να εμφανίζουν μεγαλύτερη συσχέτιση (Sutin and Terracciano, 2017). Τα άτομα με υψηλή Συνείδηση φαίνονται να είναι οργανωτικά, πειθαρχημένα και να ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους (Wimmelman, et al. 2018).

Ο Νευρωτισμός και το σωματικό βάρος συνδέονται με μια πολύπλοκη σχέση. Τα άτομα που έχουν την τάση να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα και άγχος σχετίζονται με μεγαλύτερο ΔΜΣ και παχυσαρκία, αν και αυτό δεν αποδεικνύεται σε όλες τις μελέτες. Σε αυτήν την πολύπλοκη σχέση μπορούν να παίξουν ρόλο μια ποικιλία παραγόντων. Ένας από αυτούς είναι το φύλο και παρατηρήθηκε πώς τη μεγαλύτερη συσχέτιση εμφανίζουν οι γυναίκες και όχι οι άντρες. Ακόμα ο Νευρωτισμός φαίνεται να εντείνει τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές όπως χαμηλό σωματικό βάρος ή παχυσαρκία (Sutin and Terracciano, 2017).

Η σχέση της **Εξωστρέφειας** με το σωματικό βάρος επίσης δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση. Όπως και προηγουμένως με τον Νευρωτισμό, η σχέση αυτή Εξωστρέφειας με τον ΔΜΣ φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Οι άντρες με υψηλή Εξωστρέφεια έχουν μεγαλύτερο ΔΜΣ, ενώ στις γυναίκες η σχέση αυτή δεν εμφανίζεται (Sutin and

Terracciano, 2017), εκτός από περιπτώσεις όπως είναι η εγκυμοσύνη, η εμμηνόπαυση και η υψηλή συνείδηση (Wimmelmann, et al. 2018). Η αυξημένη Εξωστρέφεια στους άντρες συνδέεται με συχνές κοινωνικές εξόδους στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η κατανάλωση ποτού και φαγητού. Δεν νοιάζονται τόσο για τις θερμίδες που καταναλώνουν και για το βάρος τους, γεγονός που τους οδηγεί στην αύξηση του ΔΜΣ με το πέρασμα της ηλικίας. (Wimmelmann, et al. 2018). Σε μια άλλη μελέτη, φάνηκε ότι υπάρχει μικρή διαφορά στην εξωστρέφεια μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία. Η διαφορά αυτή είναι μικρή και ίσως να οφείλεται στις διαφορές που έχουν τα δύο φύλα ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την εικόνα τους. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους άντρες στη ζεστασιά και στα θετικά συναισθήματα, ενώ οι άνδρες βαθμολογούνται υψηλότερα από τις γυναίκες στην επιθετικότητα και στην αναζήτηση ενθουσιασμού (Weisberg, et al., 2011).

Η σχέση μεταξύ **Τερπνότητας** και ΔΜΣ παραμένει διαφορούμενη (Sutin and Terracciano, 2017). Ο ΔΜΣ βρέθηκε να έχει σχέση με την Τερπνότητα και στις γυναίκες και στους άντρες. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν μέτρια κλίμακα στην Τερπνότητα τείνουν να έχουν χαμηλό ΔΜΣ και λιγότερο κίνδυνο για παχυσαρκία. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα έρχεται μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από εννέα μελέτες κοορτής. Μελετήθηκαν 78.931 άτομα με μέσο όρο ηλικίας 50 ετών και βρέθηκε ότι η Τερπνότητα δεν έχει σημαντική σχέση με την παχυσαρκία. Επομένως αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα προηγούμενα στοιχεία για την Τερπνότητα σε σχέση με τον ΔΜΣ και την παχυσαρκία. Επιπλέον σε μια ακόμα έρευνα με 154 γυναίκες (υπέρβαρες και παχύσαρκες) με μέσο όρο ηλικίας 42,4 βρέθηκε να έχουν υψηλό βαθμό Τερπνότητας συγκριτικά με μια τυπική ομάδα αναφοράς γυναικών, όπου ο υψηλός αυτός βαθμός μπορεί να προδιαθέτει χαμηλή βαθμολογία στην ευαισθησία στην πείνα. Άρα μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ευαισθησία στην πείνα και οι μη σωστές διατροφικές συμπεριφορές παίζουν ρόλο στον υψηλό ΔΜΣ και στην παχυσαρκία μεταξύ των γυναικών που έχουν χαμηλή Τερπνότητα (Wimmelmann, et al. 2018).

Τέλος η σχέση μεταξύ του χαρακτηριστικού της **Ανοιχτότητας** και του ΔΜΣ επίσης παραμένει διαφορούμενη (Sutin and Terracciano, 2017). Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι η Ανοιχτότητα έχει σχέση με την νοημοσύνη. Η νοημοσύνη του ατόμου έχει συσχετιστεί με

θετικές επιδράσεις για την υγεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο είναι ικανό να έχει γνώσεις, να σκέφτεται, να λύνει διάφορα προβλήματα στοχεύοντας στην καλύτερη υγεία του, στην πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών και στην αποφυγή νοσημάτων. Παραδείγματος χάριν σε δύο διαχρονικές μελέτες που έγιναν στη Δανία φάνηκε ότι η χαμηλή ευφυΐα και η χαμηλή εκπαίδευση έχουν σχέση με την αύξηση του ΔΜΣ και την παχυσαρκία. Τα άτομα με υψηλό βαθμό στην Ανοιχτότητα βρέθηκε να έχουν λάβει κατά 2,4 χρόνια περισσότερη εκπαίδευση από ότι τα άτομα που είχαν χαμηλό βαθμό στην Ανοιχτότητα. Επομένως, αυτή η έρευνα δείχνει ότι η χρονική συνέχεια στην εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει εν μέρει την σχέση ανάμεσα στην Ανοιχτότητα του ατόμου και στον ΔΜΣ για παχυσαρκία (Wimmelmann, et al. 2018).

Η προσωπικότητα του ατόμου αλλά και η μεταβολή της ηλικίας του σχετίζονται με την αλλαγή του σωματικού βάρους του. Παρακολουθώντας αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενδιαφέρον έχει να αναφερθεί ότι σε βάθος χρόνου η Συνείδηση και ο Νευρωτισμός παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Τα υψηλά επίπεδα Συνείδησης συσχετίστηκαν με χαμηλό κίνδυνο για παχυσαρκία. Τα άτομα με αυξημένη Συνείδηση, ακόμα και κατά την ενηλικίωση, παραμένουν πειθαρχημένα και οργανωμένα με αποτέλεσμα το βάρος τους να μην αυξάνεται σημαντικά. Από την άλλη πλευρά ο Νευρωτισμός αν και φαίνεται να μην σχετίζεται με την παχυσαρκία στο πέρασμα της ηλικίας, η παρορμητικότητα που είναι ένα χαρακτηριστικό του Νευρωτισμού έχει συσχετιστεί με την αύξηση του βάρους. Παραδείγματος χάριν άτομα με υψηλή παρορμητικότητα έχουν 15kg παραπάνω βάρος σε σύγκριση με αυτά που έχουν χαμηλή παρορμητικότητα κατά την ενηλικίωση (Sutin and Terracciano, 2017).

Εκτός από το μοντέλο των «πέντε παραγόντων» υπάρχουν και κάποια άλλα γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους.

Σε μία μελέτη πάνω στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι το χαρακτηριστικό της **αντικοινωνικής συμπεριφοράς** δεν έχει σχέση με τον αυξημένο ΔΜΣ στους άνδρες. Αντίθετα υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, του αυξημένου βάρους (ΔΜΣ 25- 29,99 kg/m²) και της παχυσαρκίας (ΔΜΣ ≥ 40 kg/m²) στις γυναίκες (Goldstein, et al., 2008).

Τα άτομα με χαμηλή **διεκδικητική συμπεριφορά** μπορεί να εμφανίσουν πρόβλημα σε θέματα διατροφής. Τα μη διεκδικητικά άτομα νιώθουν ότι γενικά δεν έχουν τον έλεγχο κυρίως στο να βάλουν όρια στη συμπεριφορά των άλλων ή στο να ζητούν βοήθεια όταν το έχουν ανάγκη με εξαίρεση όμως το φαγητό (King and Klawitter, 2007). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η πείνα να έχει θετική συσχέτιση με τη μη διεκδικητική συμπεριφορά (Elfhag, 2005).

Σε μελέτη βρέθηκε ότι οι άντρες πιθανόν να είναι επιθετικοί αντί παθητικοί και αυτό γιατί η ανδρική συμπεριφορά μέσω της κοινωνίας ενθαρρύνεται με επιθετικότητα και ανταγωνιστικότητα (Whangarei Rape Crisis Centre and Candace Bagnall, 1992). Σε πιο πρόσφατη έρευνα των Costa, Terracciano and Mcrae, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες ήταν περισσότερο διεκδικητικοί από τις γυναίκες (Costa, et al., 2001).

Σημαντικό χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την παχυσαρκία είναι η **αυτοεκτίμηση**. Τα αποτελέσματα από μια έρευνα κοορτής έδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν υψηλό ΔΜΣ είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση από την εφηβεία μέχρι τα μέσα της ενήλικης ζωής (16-42yrs). Αυτό μπορεί να οφείλεται στις πιέσεις από τα πρότυπα που προβάλλονται από μικρή ακόμα ηλικία για το αδύνατο γυναικείο σώμα ως ιδανικό. Αντίθετα στους άντρες δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της αυτοεκτίμησης, που μπορεί να οφείλεται εν μέρη στην σύσταση του σώματος των αντρών (μυϊκή μάζα ενάντια λίπους) που παίζει και αυτό σημαντικό ρόλο εκτός από το ίδιο το βάρος (Kiviruusu, et al., 2016).

Η ψύχωση είναι ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να επηρεάσει το σωματικό βάρος και έχει συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές. Η εμφάνιση μιας ψύχωσης αλλά και η θεραπεία της μπορεί να βελτιώσει ή να επιβαρύνει την διατροφική διαταραχή. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας υπάρχει κίνδυνος το άτομο να υποσιτιστεί και αυτό γιατί η διατροφική διαταραχή μπορεί να φαίνεται ασήμαντη συγκριτικά με τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως επίσης υπάρχει και κίνδυνος για αύξηση του σωματικού βάρους λόγω φαρμακευτικής αγωγής. Οι παραληρητικές ιδέες μπορούν επίσης να προκαλέσουν σοβαρή διατροφική διαταραχή καθώς το άτομο αποφεύγει τη κατανάλωση τροφής (Seeman, 2014).

Σε μία άλλη έρευνα πάνω σε πληθυσμό της Αγγλίας εφαρμόστηκαν τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας των Eysenck (EPQ) με σκοπό να ερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ γυναικών και αντρών στους άξονες της προσωπικότητας με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Η μελέτη αυτή διερεύνησε τη σχέση ΔΜΣ με τον νευρωτισμό, την εξωστρέφεια, και τον

ψυχωτισμό ανάμεσα στις γυναίκες και τους άντρες και οι διαφορές των αποτελεσμάτων ήταν ορατές μεταξύ των δύο φύλων. Οι γυναίκες που είχαν υψηλό ΔΜΣ παρουσίαζαν αυξημένο νευρωτισμό και μειωμένη εξωστρέφεια. Οι άντρες που είχαν υψηλό ΔΜΣ παρουσίαζαν αυξημένη εξωστρέφεια και ψυχωτισμό. Οι συσχετισμοί για τους τρεις άξονες του EPQ ήταν αρκετά διαφορετικοί μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Παρ' όλα αυτά, στην έρευνα αυτή, στα άτομα με φυσιολογικό βάρος η μεταβλητότητα του ΔΜΣ είχε μικρή συσχέτιση με την μεταβλητότητα στον νευρωτισμό, την εξωστρέφεια, και τον ψυχωτισμό και αυτό επιπλέον διαφοροποιείται ανά φύλο (Faith, et al., 2001).

Σε πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. από τις Barry και Petry (2008), μελετήθηκε η αλλαγή του ΔΜΣ ανδρών και γυναικών υπό την έκθεση στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή τους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η μεταβολή του ΔΜΣ έχει σχέση με τον αριθμό των στρεσογόνων περιστατικών που βιώνει κάποιος κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Αυξημένο βάρος σώματος συνδέεται με την αλληλεπίδραση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων άγχους, όπως της πίεσης εργασίας, της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, των προβλημάτων στα οικονομικά/ νομικά ζητήματα και των ανησυχιών σχετικών με την υγεία, της έλλειψης υποστήριξης από την κοινωνία, του χαμηλού αυτοσεβασμού, και της κακής ποιότητας ζωής. Στον εργασιακό τομέα, η χαμηλή λήψη αποφάσεων ή ελέγχου, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και η υψηλή δυσαναλογία προσπάθειας - ανταμοιβής, έχουν συνδεθεί με τα πιο υψηλά επίπεδα άγχους και τον υψηλότερο ΔΜΣ. Σε ενδεχόμενο βίωμα θανάτου ή σοβαρής αρρώστιας ενός συγγενικού ή φιλικού προσώπου, ανεργίας, ενός χωρισμού ή διαζυγίου επηρεάζεται αρκετά ο ΔΜΣ, περισσότερο των γυναικών έναντι των αντρών (Barry and Petry, 2008).

Στο ερωτηματολόγιο του Eysenck επίσης ένα σημαντικό στοιχείο είναι το **ψεύδος**. Ως ψέμα χαρακτηρίζεται η απόκρυψη μιας αληθινής απάντησης. Επομένως, το ψέμα μπορεί να θεωρηθεί ότι συνεπάγεται την διακοπή μιας αρχικής, γρήγορης απόκρισης (την αλήθεια) ενώ δημιουργείται μια εναλλακτική απόκριση (το ψέμα). Σε μία έρευνα που εξέτασε το ψέμα σύμφωνα με το χρόνο απάντησης των συμμετεχόντων, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνο απάντησης και στον νευρωτισμό. Επίσης σημαντική ήταν η σχέση με το χρόνο απάντησης ψεύδους και τις γυναίκες. Όταν ο χρόνος απόκρισης είναι μεγάλος αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ψέμα και σε αυτό παίζουν ρόλο οι μεταβλητές της προσωπικότητας

(Farrow, et al., 2003). Αυτό αποδεικνύεται και από μια πιο πρόσφατη έρευνα που έγινε με το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck και το φύλο, όπου βρέθηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο L (Eitan, 2011).

Σε μια μελέτη που έγινε σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού της Γαλλίας βρέθηκε ότι τα άτομα με υψηλή παρορμητικότητα ήταν πιο πιθανό να είναι παχύσαρκα σε σχέση με άτομα με χαμηλή παρορμητικότητα. Τα παρορμητικά άτομα μπορεί να χαρακτηρίζονται από αδιαφορία για τα τρόφιμα που επιλέγουν όπως και για τα αποτελέσματά που μπορεί να προκαλέσουν στην υγεία τους. **Η παρορμητικότητα** έχει συνδεθεί με μια τάση για υπερφαγία αλλά και με άλλες διατροφικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά προκειμένου να ανταμείψουν τον εαυτό τους επιλέγουν τρόφιμα που τους δίνουν ευχαρίστηση. Πιο συγκεκριμένα στους άντρες υπήρξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ παρορμητικότητας και παχυσαρκίας κυρίως 3^{ου} βαθμού. Ενώ στις γυναίκες αν και φάνηκε να ήταν πιο παρορμητικές από τους άντρες, η σχέση ανάμεσα στην παρορμητικότητα και στο βάρος δεν ήταν τόσο σημαντική όσο ήταν στους άντρες. Αυτό το γεγονός μπορεί να αιτιολογηθεί από ότι οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για το σχήμα του σώματός τους όπως και για τον έλεγχο του βάρους τους συγκριτικά με τους άνδρες, πράγμα που θα μπορούσε να προκαλέσει ένα εμπόδιο στις παρορμητικές συμπεριφορές απέναντι στα τρόφιμα. Συνήθως τα παρορμητικά άτομα δείχνουν να προτιμούν την κατανάλωση γλυκών και λιπαρών τροφίμων τα οποία όμως μακροχρόνια μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο σωματικό βάρος (Bénard, et al., 2017).

Συνοπτικά, σύμφωνα με τη Bruch οι παχύσαρκοι άνθρωποι μπορούν να χαρακτηριστούν ότι έχουν:

- i. Προβλήματα με την ερμηνεία της εσωτερικής τους κατάστασης,
- ii. Ιδιαίτερα ευμετάβλητη διάθεση,
- iii. Παρορμητικότητα ή αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων,
- iv. Ισχυρή ανάγκη για άμεση ικανοποίηση,
- v. Υψηλά επίπεδα ανησυχίας και έντασης, και
- vi. Χαμηλή προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες.

Ένα παχύσαρκο άτομο αντιμετωπίζει πρόβλημα στο να επισημάνει την πραγματική αιτία των δυσάρεστων συναισθημάτων κι έτσι βιώνει τη δυσαρέσκεια ως ισχυρό πόθο για φαγητό.

Τέτοια άτομα καθοδηγούνται από τις εξωτερικές ή/και τις εσωτερικές παρορμήσεις τους τις οποίες δεν μπορούν να αναγνωρίσουν ούτε να ελέγξουν κατάλληλα.

Βέβαια θα πρέπει να επισημανθεί πως κανένα από τα γνωρίσματα προσωπικότητας που αναφέρονται, δεν προκαλεί αυτό καθ' εαυτό την υπερβολική κατανάλωση φαγητού, αλλά απαιτείται ένας συνδυασμός τους για να παρουσιαστεί η υπερκατανάλωση (Bruch, 1973; Palme^a and Palme^b, 1999).

Σε μία προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Terracciano, και συν., (2009) σε ελλειποβαρή, κανονικού βάρους και παχύσαρκα άτομα, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης παρορμητικότητας (συγκεκριμένα ως προς τη διατροφική συμπεριφορά) και χαμηλή οργανωτικότητα στους υπέρβαρους και παχύσαρκους. Τρία χρόνια αργότερα, στην ίδια μελέτη, νέες αναλύσεις επιβεβαίωσαν ότι η παρορμητικότητα και η έλλειψη οργάνωσης ήταν σημαντικοί προάγγελοι του αυξημένου λιπώδη ιστού.

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα έχουν τη δυσκολία να αντισταθούν στην έντονη επιθυμία για φαγητό και έχουν έλλειψη μεθοδικής και οργανωμένης συμπεριφοράς, κάτι το οποίο μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στον έλεγχο της διατροφής και του βάρους (Terracciano, et al., 2009).

3.2 Προσωπικότητα, Παχυσαρκία & Οικογένεια

Ο Alfred Adler (1870-1937), ήταν ένας από τους πρώτους που μίλησε για την επιρροή της σειράς γέννησης στην προσωπικότητα. Σύμφωνα με τον Adler, οι πρωτότοκοι «εκθρονίζονται» όταν έρχεται ένα δεύτερο παιδί, και αυτό μπορεί να έχει μια μόνιμη επιρροή σε αυτούς. Τα νεότερα παιδιά και τα μοναχοπαιδιά μπορεί να είναι χαϊδεμένα και κακομαθημένα, κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει την προσωπικότητα τους στο μέλλον (Boeree, 1997).

Μετά την θεωρία του Alder, η επιρροή της σειράς γέννησης σχετικά με την ανάπτυξη της προσωπικότητας έχει γίνει ένα αμφισβητούμενο ζήτημα στην επιστήμη της ψυχολογίας. Μεταξύ του ευρέως κοινού, θεωρείται ότι η προσωπικότητα επηρεάζεται έντονα από την σειρά γέννησης, αλλά πολλοί ψυχολόγοι το αμφισβητούν αυτό. Μια σημαντική σύγχρονη

θεωρία της προσωπικότητας δηλώνει ότι το μοντέλο των «πέντε παραγόντων» δηλαδή η εξωστρέφεια, η τερπνότητα, η ευσυνειδησία, ο νευρωτισμός, και η ανοιχτότητα με τη σημασία της δεκτικότητας σε μια εμπειρία, μπορούν να επηρεαστούν βάσει της σειράς γέννησης ενός παιδιού.

Ο Frank Sulloway (2001) προτείνει ότι η σειρά γέννησης έχει ισχυρά και συνεπή αποτελέσματα στα πέντε μεγάλα γνωρίσματα προσωπικότητας. Υποστηρίζει ότι οι πρωτότοκοι είναι περισσότερο ευσυνείδητοι, πιο κοινωνικοί, λιγότερο δεκτικοί και λιγότεροι ανοιχτοί στις νέες ιδέες έναντι των μεταγενέστερων στην γέννηση (Sulloway, 2001).

Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι μερικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας διαδραματίζουν έναν ρόλο στην ανάπτυξη του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στα παιδιά. Έχει βρεθεί ότι η αρνητική διάθεση προαναγγέλλει την αυξανόμενη πρόσληψη βάρους στα νήπια ηλικίας μεταξύ 6 και 12 μηνών. Τα νήπια εκείνα που είναι εύθικτα και δύσκολα παρηγορούνται έχει βρεθεί ότι αναπτύσσουν υψηλό πάχος δερματοπτυχής και παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα δραστηριότητας από άλλα παιδιά στην ηλικία των 2- 3,5 χρονών. Μια ερμηνεία για αυτό θα μπορούσε να είναι ότι συχνά τους παρέχεται περισσότερη τροφή ώστε να παραμείνουν ήσυχα. Η κατά την κρίση της μητέρας δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού έχει συνδεθεί με πρόσληψη βάρους κατά την μέση παιδική ηλικία αλλά μπορεί να αποτελέσει κι ένα παράγοντα κινδύνου για μια γενικά κακή διάπλαση του σώματος του παιδιού κατά την ενηλικίωση. (Deforche, et al., 2009).

Σε έρευνα ενός δείγματος Ιρανικού πληθυσμού, όπου αξιολογήθηκε ο ΔΜΣ των παιδιών και των γονέων τους, βρέθηκε ότι οι γονείς που ήταν παχύσαρκοι ήταν πιο πιθανό να έχουν παχύσαρκα παιδιά σε σχέση με τους γονείς που είχαν φυσιολογικό βάρος. Τα παιδιά τείνουν να μιμούνται τα γονικά πρότυπα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο τρόπος ζωής όπως και οι διατροφικές επιλογές που ακολουθούν να καθοδηγούνται από αυτές των γονιών τους. Παραδείγματος χάριν η επιλογή των γονέων σε τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες και λίπος (τηγανητά, γλυκά, γρήγορο φαγητό κ.ά.), ο περιορισμένος χρόνος φυσικής δραστηριότητας και η αύξηση των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης και Η/Υ συμβάλλουν στην ανάπτυξη παχυσαρκίας των ίδιων αλλά και των παιδιών τους (Bahreynian, et al., 2017).

Μια άλλη πεποίθηση που μπορεί να αναπτύξει ένα παχύσαρκο άτομο η οποία πηγάζει από την οικογένεια είναι ότι δεν αξίζει ως οντότητα, και έτσι αποκτά την αίσθηση της

ανεπάρκειας. Πολλά παχύσαρκα άτομα μαθαίνουν να βάζουν τις ανάγκες των άλλων μπροστά από τις δικές τους, και παραμελούν την υγεία τους, με αποτέλεσμα όταν προσλάβουν βάρος να το αντιλαμβάνονται ως επιβεβαίωση της ανεπάρκειας τους (Cohrane, 2008).

3.2.1 Προσωπικότητα & Απώλεια Βάρους

Ένα παχύσαρκο άτομο είναι στιγματισμένο από το βάρος και αυτό πολλές φορές συνδέεται με φτωχή ψυχολογική προσαρμογή που μπορεί να εμποδίσει την επιτυχή μείωση του βάρους. Τα μακροπρόθεσμα προβλήματα βάρους με επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες απώλειάς του, έχουν δυσμενή αντίκτυπο στον αυτοσεβασμό (Krentz, 2006).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ουάσιγκτον από τον Cloninger, (2007), έγινε προσπάθεια συσχέτισης της παχυσαρκίας και της αποτυχίας απώλειας βάρους με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου. Για αυτή τη συσχέτιση χρησιμοποιήθηκε μια μέθοδος μέτρησης εφτά διαστάσεων της προσωπικότητας (Temperament and Character Inventory, TCI): της επιδίωξης καινοτομίας, της επιμονής, της συνεργατικότητας, της αυτοκυριαρχίας, της υπέρβασης του εαυτού, της αποφυγής κόπου και της εξάρτησης από την επιβράβευση.

Τα παχύσαρκα άτομα τείνουν να επιδιώκουν καινοτόμες λύσεις ως προς την απώλεια βάρους τους επιλέγοντας συνήθως φυγόπονους και μη αποδεκτούς τρόπους για να επιτύχουν τον σκοπό τους, έχουν χαμηλή επιμονή και δεν μπορούν να αυτοκυριαρχούνται. Τα παχύσαρκα άτομα που επιδιώκουν την απώλεια βάρους και επισκέπτονται ειδικούς για αυτό, παρουσιάζονται να έχουν υποτακτικότητα και συνεργατικότητα. Επιπρόσθετα από τα παχύσαρκα άτομα εκείνα που επιδιώκουν την απώλεια βάρους με αποδεκτούς τρόπους, όπως η συνεργασία με διαιτολόγο, και καταφέρνουν να χάσουν το 10% του βάρους τους, δεν χαρακτηρίζονται από επιδίωξη καινοτομίας με σκοπό τη μείωση του βάρους σε σύγκριση με όσους τελικά αποτυγχάνουν να χάσουν βάρος.

Οι ερευνητές σημείωσαν πως «τα υψηλά αποτελέσματα επιδίωξης καινοτομίας δείχνουν μια ισχυρή υποκίνηση από την όρεξη» κι αυτό επειδή η επιδίωξη καινοτομίας συνδέθηκε έντονα με την παχυσαρκία στον γενικό πληθυσμό και με τη δυσκολία των παχύσαρκων ατόμων στην απώλεια του βάρους.

Οι άνθρωποι που αυτοκυριαρχούνται είναι σε θέση να θέσουν και να ακολουθήσουν τους στόχους τους. Αυτό διότι στα παχύσαρκα υποκείμενα που σημείωσαν χαμηλά σκορ αυτοκυριαρχίας σε σύγκριση με τα αδύνατα υποκείμενα, η δυσκολία τους στην απώλεια βάρους μπορεί μερικώς να προέρχεται από τη δυσκολία τους στον καθορισμό και την επίτευξη των στόχων.

Τα εξαρτώμενα άτομα από επιβράβευση, σύμφωνα με το TCI, τείνουν να είναι συναισθηματικά θερμά και κοινωνικά και χρειάζονται την κοινωνική έγκριση. Τα παχύσαρκα άτομα που συμβουλευτήκαν διαιτολόγο έτειναν να εμπίπτουν σε αυτήν την ομάδα. Έτσι ο λόγος για τον οποίο έκαναν μια αποδεκτή προσπάθεια και συμβουλευτήκαν διαιτολόγο, ήταν γιατί ήταν πρόθυμα να χάσουν βάρος και να συγκεντρώσουν την κοινωνική έγκριση (Alehart, 2007).

3.2.2 Σωματική δραστηριότητα και Προσωπικότητα

Σε μία αναθεώρηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για τους γενετικούς παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αθλητική συμμετοχή και καθημερινή σωματική δραστηριότητα, οι Beunen και Thomis συμπεραίνουν πως η δραστηριότητα είναι ένα γνώρισμα προσωπικότητας που καθορίζεται γενετικά και δεν βρέθηκε καμιά σημαντική επιρροή από το περιβάλλον. Σχετική μελέτη ερεύνησε τη μετάδοση της προσωπικότητας στα παιδιά, και βρήκε ότι η «ενεργειακή» προσωπικότητα ('bubbles with life') διαρκεί σταθερά στον χρόνο, εξηγείται μόνο γενετικά και δεν αναπτύσσεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μια ανενεργή προσωπικότητα μπορεί να ασκήσει αρνητική κοινωνική επίδραση (νοοτροπία, πρότυπα, κανόνες και αυτόδυναμικότητα) στην σωματική δραστηριότητα, η οποία θα μπορούσε στη συνέχεια να επηρεάσει την ίδια τη συμπεριφορά.

Έτσι, ένας εγγενής και σταθερά ανενεργός τύπος προσωπικότητας μπορεί να είναι η αιτία πού κάποιος μπορεί να δυσκολεύεται να πείσει τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα να αποκτήσουν και ειδικά να διατηρήσουν έναν ενεργό τρόπο ζωής. Από την άλλη πλευρά, μια ενεργή προσωπικότητα μπορεί να ασκήσει θετικό αποτέλεσμα στην κοινωνική επίδραση και στην συμπεριφορά δραστηριότητας, αποτρέποντας τα παιδιά να αναπτύξουν υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία (Deforche, 2009).

Η προσωπικότητα, έχει βρεθεί ότι έχει σχέση με τη σωματική δραστηριότητα, τον καθιστικό τρόπο ζωής και την διατροφική συμπεριφορά τα οποία με τη σειρά τους αυξάνουν τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συνδέεται με την δραστηριότητα είναι η Εξωστρέφεια. Τα εξωστρεφή άτομα φαίνεται να ασκούνται τακτικότερα από ότι τα άτομα που είναι λιγότερο εξωστρεφή. Επίσης ο Νευρωτισμός και η Ευσυνειδησία βρέθηκε να έχουν στενή σχέση με τη δραστηριότητα. Τα άτομα που είναι πιο ευαίσθητα στις αρνητικές καταστάσεις και στο άγχος φάνηκε να ασχολούνται λιγότερο με τη σωματική άσκηση συγκριτικά με άτομα πιο υπεύθυνα και πειθαρχημένα. Το τελευταίο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που φαίνεται να παίζει ρόλο στη δραστηριότητα είναι αυτό της Ανοιχτότητας όχι όμως και εκείνο της Τερπνότητας (Sutin and Terracciano, 2017).

Ακόμα ένα ζήτημα που σχετίζεται με τη φυσική δραστηριότητα είναι η συχνότητα που επιλέγει το άτομο να ασχοληθεί με μια καθιστική δραστηριότητα (παρακολούθηση τηλεόρασης ή διάβασμα). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συσχετιζόμενα με την καθιστική ενασχόληση προκαλούν απόκλιση από την σωματική άσκηση (Sutin and Terracciano, 2017).

3.2.3 Ψυχολογικές Διαταραχές & Παχυσαρκία

Η άποψη της Bruch (1973) για τους ανθρώπους με διατροφικές διαταραχές είναι ότι παρουσιάζονται ανίκανοι να διαφοροποιήσουν τα συναισθήματα της πείνας και της ικανοποίησης. Αντ' αυτού, αντιλαμβάνονται τα διάφορα συναισθήματα της δυσαρέσκειας και της απογοήτευσης ως πείνα. Με βάση την Bruch, αυτό μπορεί να προκληθεί με τις ελαττωματικές διαδικασίες εκμάθησης της κατανάλωσης τροφής στην παιδική ηλικία, όταν οι γονείς δίνουν στο παιδί κάποιο τρόφιμο κάθε φορά που αυτό είναι δυσαρεστημένο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αυτοί οι γονείς να ανατρέφουν τα παιδιά τους με την πεποίθηση ότι η κατανάλωση τροφίμου είναι η κατάλληλη απάντηση- αντίδραση στα διάφορα συναισθήματα της δυσαρέσκειάς τους (Palme^a, and Palme^b, 1999).

Μια διαταραχή που συμβάλλει στην παχυσαρκία είναι η κατάθλιψη. Σε μελέτη των Lim, και συν., (2008) η οποία εξέταζε τη σχέση της παχυσαρκίας με την κατάθλιψη και την κόπωση στα δύο φύλα, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη υπήρχε στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες, ενώ

όταν προστέθηκε και η μεταβλητή της κόπωσης, στις γυναίκες το αποτέλεσμα παρέμεινε το ίδιο. Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στις γυναίκες μπορεί να επηρεάζονται περισσότερο από το σχήμα σώματος, παρά από την πραγματική ποσότητα σωματικού λίπους ενώ οι τιμές κατάθλιψης στους άνδρες δεν σχετίζονται με την παχυσαρκία (Lim, et al., 2008).

Επίσης, σε μια νεότερη μελέτη βρέθηκε ότι η παχυσαρκία και η κατάθλιψη έχουν μια αμφίδρομη σχέση με ισχυρότερη αυτή στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 70% των καταθλιπτικών εφήβων γυναικών και το 38% των μεγαλύτερων σε ηλικία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν παχυσαρκία (Rajan and Menon, 2017).

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες όπως και η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία υπάρχει πιθανότητα να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αγχώδων διαταραχών. Τα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, φόβο, αγωνία όπως και σωματοποίηση αυτών με υψηλούς παλμούς, κούραση και γενική ένταση. Συνήθως εμφανίζονται μορφές γενικευμένης διαταραχής άγχους, διαταραχής πανικού, διαταραχών μετατραυματικού στρες και ειδικών φοβιών. Τα παχύσαρκα άτομα μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές άγχους με ποικίλους τρόπους. Παραδείγματος χάριν, ο στιγματισμός και η διαφοροποίηση λόγω του σωματικού βάρους τους προκαλεί δυσφορία. Η αυξημένη κοινωνική διάκριση που κυρίως υπάρχει στις παχύσαρκες γυναίκες λόγω των προτύπων, πιθανόν να σχετίζεται περισσότερο με τις διαταραχές άγχους στις γυναίκες απ' όσο στους άντρες. Επίσης, άλλο ένα παράδειγμα είναι η αρνητική επίπτωση που έχει η παχυσαρκία στην υγεία και ο αντίκτυπός της στην ποιότητα ζωής του ατόμου προκαλώντας του αρκετό άγχος. Και τα δύο αυτά παραδείγματα μπορούν να οδηγήσουν σε αγχώδεις διαταραχές. Αντίστροφα με τα παραπάνω οι διαταραχές άγχους μπορούν να προκαλέσουν αύξηση στο σωματικό βάρος. Στα άτομα με στρες παρατηρήθηκε δυσλειτουργία στον υποθάλαμο, στην υπόφυση και στα επινεφρίδια επηρεάζοντας την όρεξη με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Οι διαταραχές άγχους εκτός του ότι αυξάνουν την όρεξη ενισχύουν την επιθυμία για τροφές πλούσιες σε ζάχαρη και λιπαρά (Gariery, et al., 2010).

Σε έρευνα που έγινε σε πληθυσμό της Σκωτίας βρέθηκε ότι τα άτομα με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο να είναι παχύσαρκα συγκριτικά με άτομα του ίδιου φύλου και ηλικίας χωρίς σχιζοφρένεια (Cameron, et al., 2017). Σε αυτήν την αύξηση βάρους

σημαντικό ρόλο παίζει η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν τα άτομα με σχιζοφρένεια (π.χ. σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά) καθώς έχουν αρνητική επίδραση στον μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων (Menu, et al., 2015).

Επίσης σε μια Εθνική Επισκόπηση στις ΗΠΑ φάνηκε ότι άτομα με διαγνωσμένη διπολική διαταραχή συνδέονται με την παχυσαρκία. Τα άτομα αυτά συνήθως είναι υπέρβαρα, παχύσαρκα ή μπορεί να παρουσιάζουν κεντρική παχυσαρκία ή και συνδυασμό αυτών, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους και σε χαμηλή ποιότητα ζωής (Tully, et al., 2018).

3.2.4 Συμπερασματικά

Η γνώση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που μπορεί να έχει ένα άτομο το οποίο βάση αυτών των γνωρισμάτων ενδέχεται να αναπτύξει παχυσαρκία, είναι χρήσιμη για το σωστό χειρισμό, την σωστή πρόληψη ή αντιμετώπιση του ατόμου αυτού. Τα αποτελέσματα των ερευνών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθηθούν τα παχύσαρκα άτομα να χάσουν βάρος. Παραδείγματος χάριν, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσδιοριστεί εκ των προτέρων στους ασθενείς ποιος μπορεί να ωφεληθεί από τη συμπεριφορική θεραπεία απώλειας βάρους. Ή ακόμα τα προγράμματα απώλειας βάρους μπορούν να σχεδιαστούν με βάση τα γνωρίσματα προσωπικότητας των ενδιαφερομένων για καλύτερο αποτέλεσμα.



shutterstock.com • 634220045

4^ο Κεφάλαιο

4.1 Υπολογισμός και εκτίμηση της ενεργειακής και διαιτητικής πρόσληψης του ατόμου

Εκτίμηση ενεργειακής πρόσληψης

Ενεργειακή πρόσληψη είναι η συλλογή στοιχείων για τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, με σκοπό την εύρεση διατροφικών ανισοροπιών και άλλων παραγόντων που παίζουν ρόλο στην κατανάλωση τροφής. Τα στοιχεία αυτά συμβάλλουν στη θέσπιση ρεαλιστικών στόχων για την επιλογή κατάλληλου διαιτολογίου σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου (Μανιός, 2006). Η εκτίμηση της ενεργειακής και διαιτητικής πρόσληψης του ατόμου γίνεται με τη χρήση των διαιτητικών ερωτηματολογίων και ημερολογίων:

1. Διαιτητικό ιστορικό: Παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες για τις διατροφικές συνήθειες, του ατόμου, έτσι ώστε να αναγνωριστεί η διατροφική του κατάσταση. Επίσης περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό (χειρουργεία, φάρμακα, βιοχημικές εξετάσεις), επάγγελμα, ωράριο, φυσική δραστηριότητα κτλ. (Moore, 2000).
2. 3ήμερη ή 7ήμερη καταγραφή: Το άτομο καλείται να καταγράψει όλα τα τρόφιμα και ποτά που κατανάλωσε σε διάστημα 3ών ή 7 ημερών συμπεριλαμβανομένης μίας ημέρας από το Σαββατοκύριακο. Ο προσδιορισμός της ποσότητας των τροφίμων γίνεται με τη χρήση οικιακών σκευών ως μεζούρες (Yang, et al., 2010).
3. Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ): Είναι ένα ερωτηματολόγιο που περιέχει έναν κατάλογο τροφίμων και τη συχνότητα κατανάλωσής τους ανά ημέρα/εβδομάδα/μήνα. Ο εξεταστής προκειμένου να προσδιορίσει την ποσότητα που κατανάλωσε ο εξεταζόμενος χρησιμοποιεί φωτογραφίες ή προπλάσματα τροφίμων (Fagúndez, et al., 2015).
4. 24ωρη Ανάκληση Τροφίμων: Ο διαιτολόγος ζητά από τον ενδιαφερόμενο να ανακαλέσει στη μνήμη του όλα τα τρόφιμα και ποτά που κατανάλωσε μέσα στο προηγούμενο 24ωρο. Ως βοηθήματα χρησιμοποιούνται και εδώ οι φωτογραφίες, τα προπλάσματα τροφίμων και οικιακά σκεύη για την αντίληψη της ποσότητας που καταναλώθηκε (Fagúndez, et al., 2015). Επίσης ζητείται από τον ενδιαφερόμενο να περιγράψει τους

τρόπους που έχει επιλέξει να παρασκευάσει αυτά τα τρόφιμα. Αν έχει καταναλώσει συσκευασμένα τρόφιμα τότε ζητείται και η εμπορική τους ονομασία (Shim, et al., 2014).

Αξιολόγηση σωματικού βάρους

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι μια απλή εξίσωση που χρησιμοποιεί το βάρος (kg)/ [ύψος(m)]². Το αποτέλεσμα αυτής της εξίσωσης μας δείχνει πού κατατάσσεται ένα ενήλικο άτομο σύμφωνα με το βάρος του στον παρακάτω πίνακα. Ο πίνακας του ΔΜΣ είναι κοινός και για τα δύο φύλα και οι τιμές του δεν επηρεάζονται από την ηλικία. Επίσης μας δείχνει μια γενική εικόνα του κινδύνου συνοσηρότητας του ατόμου.

Ένα από τα βασικά μειονεκτήματα του ΔΜΣ είναι ότι δεν υπολογίζει τη σύσταση του σώματος. Δηλαδή το ποσοστό μυϊκής ή λιπώδους μάζας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ένα άτομο με ΔΜΣ= 30 kg/m² να θεωρείται ως παχύσαρκο αγνοώντας αν αυτό το βάρος αποτελείται κυρίως από μυϊκό ιστό (WHO, 2000).

Ταξινόμηση του ΔΜΣ (WHO, 2000)

Ταξινόμηση	ΔΜΣ (kg/m ²)	Κίνδυνος Συνοσηρότητας
Λιποβαρής	< 18,5	Χαμηλός (αλλά κίνδυνος άλλων κλινικών προβλημάτων)
Φυσιολογικός	18,5- 24,9	Χαμηλός
Υπέρβαρος	25- 29,9	Αυξημένος
Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού	30-34,9	Πολύ αυξημένος
Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού	35-39,9	Σοβαρά αυξημένος
Παχυσαρκία 3 ^{ου} βαθμού (νοσηρή παχυσαρκία)	>40	Πολύ σοβαρά αυξημένος

Πηγή: WHO, Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

Περίμετρος Μέσης

Είναι η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης σε cm. Με αυτό τον δείκτη αξιολογούμε τη συσσώρευση κοιλιακού λίπους. Αυξημένη περίμετρος παρατηρείται κυρίως στους άντρες. Στις γυναίκες αυτό ισχύει μόνο για την περίοδο πριν την εμμηνόπαυση. Και στα δύο φύλα η αυξημένη περίμετρος μέσης συνδυάζεται με κίνδυνο μεταβολικών επιπλοκών.

Ταξινόμηση Περιμέτρου Μέσης (WHO, 2000)

Περιφέρεια Μέσης (cm)		Κίνδυνος μεταβολικών επιπλοκών
Άντρες	Γυναίκες	
≥ 94	≥ 80	Αυξημένος
≥ 102	≥ 88	Σοβαρά αυξημένος

Πηγή: WHO, Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

Περίμετρος Μέσης προς Ισχία

Ο Δείκτης περιμέτρου μέσης προς ισχία μας δείχνει τη συσσώρευση λίπους στην περιοχή της κοιλιάς. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να αξιολογήσουμε τον κίνδυνο που διατρέχει το άτομο σε παθήσεις σχετιζόμενες με την παχυσαρκία.

Ταξινόμηση Περιμέτρου Μέσης προς Ισχία (WHO, 2000)

Κίνδυνος επιπλοκών	Άντρες	Γυναίκες
Αυξημένος	>1.0	>0,85

Πηγή: WHO, Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

Υπολογισμός ενεργειακής δαπάνης

Ο υπολογισμός του βασικού μεταβολισμού μπορεί να γίνει με μια πληθώρα εξισώσεων, όπως των Harris and Benedict (1919), Mifflin- St Jeor (1990) κτλ, και η επιλογή εξαρτάται από την κρίση του διαιτολόγου. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά οι δύο συχνότερα χρησιμοποιούμενες εξισώσεις:

- Harris and Benedict:

$$\text{Άνδρες : } 66 + (13,7 * \text{Βάρος}) + (5 * \text{Ύψος}) - (6,8 * \text{Ηλικία}) = \text{kcal}$$

Γυναίκες : $665 + (9,6 * \text{Βάρος}) + (1,85 * \text{Ύψος}) - (4,7 * \text{Ηλικία}) = \text{kcal}$

● Mifflin- St Jeor:

Άνδρες : $(10 * \text{Βάρος}) + (6,25 * \text{Ύψος}) - (5 * \text{Ηλικία}) + 5 = \text{kcal}$

Γυναίκες : $(10 * \text{Βάρος}) + (6,25 * \text{Ύψος}) - (5 * \text{Ηλικία}) - 161 = \text{kcal cm}$

Το βάρος αναφέρεται σε kg, το ύψος σε cm, και η ηλικία σε χρόνια. Έρευνα έδειξε ότι η εξίσωση που παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό σφάλματος είναι αυτή του Mifflin - St Jeor (Μανιός, 2006).

Υπολογισμός φυσικής δραστηριότητας

Ο συντελεστής που λαμβάνει υπόψη του τη φυσική δραστηριότητα εργασίας και ελεύθερου χρόνου είναι ο PAL (Physical Activity Level) και βάση αυτού μπορούμε να υπολογίσουμε τις ενεργειακές ανάγκες του κάθε ατόμου πολλαπλασιάζοντας τον συντελεστή επί τον βασικό του μεταβολισμό (Biesalski and Grimm, 2008).

Ταξινόμηση επιπέδου φυσικής δραστηριότητας (Department of Health, 1991)

PAL Εκτός Εργασίας	PAL Εργασίας					
	Ελαφρύ		Μέτριο		Έντονο	
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες
Ελαφρύ	1,4	1,4	1,6	1,5	1,7	1,5
Μέτριο	1,5	1,5	1,7	1,6	1,8	1,6
Έντονο	1,6	1,6	1,8	1,7	1,9	1,7

Πηγή: Department of Health (DH). Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom. Report of the Panel on Dietary Reference Values of the Committee on Medical Aspects of Food Policy. Report on Health and Social Subjects 41. London: HMSO, 1991.

Επιθυμητό - Ιδανικό βάρος

Αυτό είναι το βάρος του ατόμου που δεν υπερβαίνει το 20% του επιθυμητού και εμφανίζει τη μικρότερη θνησιμότητα και νοσηρότητα ή την καλύτερη υγεία. Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ο προσωπικός στόχος του παχύσαρκου ατόμου για το επιθυμητό βάρος του. Πιο συγκεκριμένα, ένα επιθυμητό βάρος - στόχος πολύ μικρότερο από το πραγματικό βάρος του παχύσαρκου ατόμου μεταφράζεται σε ένα μέγεθος ιδανικού βάρους (έως 120% του επιθυμητού), το οποίο απαιτεί από το συγκεκριμένο άτομο υπερβολική απώλεια βάρους, άρα και αποτρεπτικό παράγοντα προσπάθειας μείωσής του (Moore, 2000).

Ο υπολογισμός του ιδανικού – επιθυμητού βάρους γίνεται με τη μέθοδο Hamwi.

Για γυναίκες:

45,2kg για ύψος μέχρι 152cm και 0,89kg για κάθε cm πάνω από τα 152cm.

Για άντρες:

48kg για ύψος μέχρι 152cm και 1,06kg για κάθε cm πάνω από τα 152cm.

Αξιολόγηση του υφιστάμενου βάρους με βάση το ιδανικό βάρος

%Ιδανικού βάρους= $100 \times \frac{\text{Υφιστάμενο σωματικό βάρος}}{\text{Ιδανικό σωματικό βάρος}}$ (Μανιός, 2006).

Πίνακας Αξιολόγησης του βάρους αντρών και γυναικών ως προς το ιδανικό βάρος (American Dietetic Association, 2000)

% Ιδανικού βάρους	Αξιολόγηση
>200	Θνησιγενής παχυσαρκία
130-199	Παχυσαρκία
110-129	Αυξημένο βάρος
90-109	Φυσιολογικό
80-89	Χαμηλής σοβαρότητας υποσιτισμός
70-79	Μέτριας σοβαρότητας υποσιτισμός
<70	Σοβαρός υποσιτισμός

Πηγή: American Dietetic Association, The South Suburban Dietetic Association and Canada Do. Nutrition assessment of adults. Chapter 1. In: Manual of clinical dietetics (6th ed.). Chicago, Illinois, 2000).

Παρέμβαση:

Ο περιορισμός του σωματικού βάρους μπορεί να πραγματοποιηθεί με την κατανάλωση λιγότερων θερμίδων από εκείνες που χρειάζεται το άτομο για να καλύψει τις ενεργειακές του ανάγκες. Η διαίτα, η αλλαγή συνηθειών, η γυμναστική, η εγχείρηση και τα φάρμακα, αποτελούν μεθόδους που στοχεύουν στη μείωση του σωματικού βάρους (Moore, 2000).

4.2 Μείωση του βάρους και διατήρηση σταθερής άπαχης μάζας σώματος (Lean Body Mass)

Δίαιτα χαμηλών θερμίδων (LCD)

Η LCD αναφέρεται σε ενεργειακό περιεχόμενο 800-1500kcal/ημέρα. Είναι μια δίαιτα υψηλή σε υδατάνθρακες (50-60%), χαμηλή σε λίπος (κάτω από 30%), υψηλή σε φυτικές ίνες και με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Το αλκοόλ και τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες θα πρέπει να αποφεύγονται. Τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα συνήθως υποτιμούν την ενεργειακή τους πρόσληψη. Για τον έλεγχο της ενεργειακής τους πρόσληψης υπάρχουν διαθέσιμες ελεγχόμενες μερίδες, συσκευασμένα γεύματα, μπάρες και ποτά, με την ποσότητα ενέργειας που τα άτομα χρειάζονται. (Fock and Khoo, 2013).

Δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCD)

Η δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCD) έχει ενεργειακό περιεχόμενο 200- 800kcal/ημέρα. Δεν συστήνεται για γενική χρήση αλλά μόνο με ιατρική επίβλεψη, καθώς η μη ελεγχόμενη δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ανισορροπία στους ηλεκτρολύτες, αυξημένο κίνδυνο χολολίθων, κούραση, ζαλάδες και πονοκεφάλους (Fock and Khoo, 2013). Πρόκειται για ειδικά διαιτητικά σκευάσματα, πλούσια σε πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, που χορηγούνται για 12-16 εβδομάδες και έπειτα γίνεται σταδιακή έναρξη κανονικής τροφής για 3 εβδομάδες ή και περισσότερο. Με αυτή τη δίαιτα επιτυγχάνεται απώλεια 1,5- 2,3kg/εβδομάδα, με τα υψηλότερα νούμερα να παρατηρούνται συνήθως στους άνδρες. Μαζί με τα ειδικά σκευάσματα λαμβάνονται και τουλάχιστον 2L υγρών, ελεύθερα θερμίδων, για να περιοριστεί ο κίνδυνος αφυδάτωσης (Moore, 2000).

Δίαιτες υψηλές σε πρωτεΐνες

Σε αυτές τις δίαιτες η πρωτεΐνη αποτελεί το 25-35% της ενεργειακής πρόσληψης. Η εφαρμογή αυτών των διαιτών φαίνεται να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη απώλεια βάρους συγκριτικά με μια δίαιτα με χαμηλότερο ποσοστό πρωτεΐνης, π.χ. 15%. Τα υψηλά ποσοστά πρωτεΐνης μπορεί να ενδείκνυνται σε κάποιες περιπτώσεις ατόμων αλλά δεν είναι κατάλληλα για όλους. Δυστυχώς οι δίαιτες υψηλές σε πρωτεΐνες δεν βοηθούν στην προάσπιση της υγείας του οργανισμού, καθώς προκαλούν αύξηση της ουρίας, του ουρικού οξέος και του κινδύνου για

νεφρολιθίαση. Αντιθέτως μια μικρή αύξηση στην πρόσληψη πρωτεΐνης σε ηλικιωμένα άτομα με οστεοπόρωση φαίνεται να βοηθά στην καλύτερη απορρόφηση του ασβεστίου (Cuenca-Sánchez, et al., 2015).

Κλασικές δίαιτες

Οι κλασικές δίαιτες θεωρούνται ακόμη και σήμερα, πρωταρχικής σημασίας για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Οι δίαιτες αυτές θέτουν ένα πρόγραμμα που θα πρέπει να ακολουθείται αυστηρά για μεγάλο χρονικό διάστημα, λαμβάνοντας υπόψη τις διατροφικές προτιμήσεις του ατόμου. Στο διαιτολόγιο γίνεται μείωση των θερμίδων κατά 500- 750kcal ανά ημέρα, πράγμα που βοηθά στην επίτευξη του στόχου. Αυτή η δίαιτα είναι σχετικά φτωχή σε λίπος (30% της συνολικής ενέργειας) με έμφαση στη μείωση του κορεσμένου (ζωικού) λίπους. Οι πρωτεΐνες καλύπτουν το 20% των συνολικών θερμίδων και οι υδατάνθρακες αποτελούν το υπόλοιπο 50%, εστιάζοντας στην αύξηση των φυτικών ινών, φρούτων και λαχανικών με σκοπό την αύξηση του κορεσμού και την κάλυψη των απαραίτητων ιχνοστοιχείων και βιταμινών. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο οργανισμός προβάλλει αντίσταση στην απώλεια βάρους, με αποτέλεσμα να μειώνει τις ανορεξιογόνες ορμόνες (λεπτίνη, πεπτίδιο YY, χολοκυστοκινίνη, αμυλίνη) και να αυξάνει ορισμένους ορεξιογόνους παράγοντες (γκρελίνη, GIP, παγκρεατικό πολυπεπτίδιο).

Παρατηρείται ότι μόλις το 10-20% των παχύσαρκων ατόμων επιτυγχάνουν μακροχρόνια διατήρηση απώλειας του βάρους με μια ολιγοθερμιδική δίαιτα. Από παλαιότερες έρευνες φαίνεται ότι μια απώλεια βάρους 10% αντιστοιχεί σε μείωση μέχρι και 550 θερμίδων ανά ημέρα της ολικής κατανάλωσης ενέργειας. Πράγμα που σημαίνει ότι η προσπάθεια διατήρησης του βάρους χρειάζεται να είναι συνεχής (Κατσιλάμπρος, 2015).

Δίαιτες χαμηλών υδατανθράκων και δίαιτες με χαμηλό λίπος

Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με έρευνες, οι Δίαιτες Χαμηλών Υδατανθράκων (ΔΧΥ) και οι Δίαιτες Χαμηλών Λιπαρών (ΔΧΛ) παρατηρήθηκαν ως ευρέως διαδεδομένες. Και στις δύο αυτές δίαιτες παρατηρείται απώλεια βάρους, χωρίς μεγάλες διαφορές μεταξύ τους. Στη ΔΧΥ γίνεται πολύ μεγάλη μείωση στην πρόσληψη υδατανθράκων έχει δε διαπιστωθεί ότι οδηγεί σε αύξηση της LDL χοληστερόλης αλλά και της θνησιμότητας.

Σε σχετική έρευνα έγινε σύγκριση ανάμεσα στη δίαιτα χαμηλού λίπους με υψηλές ή μέτριες πρωτεΐνες και στη δίαιτα υψηλού λίπους με υψηλές ή μέτριες πρωτεΐνες. Στην πράξη αυτές οι δίαιτες διατηρούσαν μειωμένο το κορεσμένο λίπος στο 8% των συνολικών θερμίδων και την κατανάλωση φυτικών ινών στα 20γρ/ημέρα/1000cal. Επίσης καταγράφεται να καταναλώθηκαν τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Επομένως γίνεται αναφορά για μια υγιεινή διατροφή. Το αποτέλεσμα από αυτές τις δίαιτες έδειξε ότι δεν υπήρξε διαφορά στην απώλεια βάρους, στη μείωση σωματικού λίπους και του ενδοκοιλιακού λίπους καθώς και στην άλιπη μάζα σώματος. Αυτά τα δεδομένα σημειώνουν τη σημασία της υγιεινής διατροφής χωρίς να λαμβάνονται τόσο υπόψη οι αναλογίες των μακροθρεπτικών συστατικών. Άρα ένα άτομο δεν πρέπει να εστιάζει μόνο στην μέτρηση θερμίδων αλλά σε μια συνολικά καλύτερη ποιότητα διατροφής όπως π.χ. της Μεσογειακής διατροφής (Κατσιλάμπρος, 2015).

Μεσογειακή διατροφή

Ως Μεσογειακή διατροφή ονομάζουμε τις παραδοσιακές διατροφικές επιλογές των χωρών που βρίσκονται κοντά στη Μεσόγειο, κυρίως της Ελλάδας και της Νότιας Ιταλίας. Η Μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση ελαιολάδου ως βασική πηγή λιπαρών, δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, μέτρια πρόσληψη ψαριών και γαλακτοκομικών, μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος καθώς και χαμηλή έως μέτρια πρόσληψη αλκοόλ κυρίως κόκκινου κρασιού. Τις τελευταίες δεκαετίες η συγκεκριμένη διατροφή έγινε γνωστή στον ιατρικό τομέα καθώς παρουσιάζει μακροχρόνια και ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία. Σύμφωνα με έρευνες παρατηρήθηκε ότι η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί μια ασπίδα ως προς την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μεταβολικού συνδρόμου, καρκίνου, νευροεκφυλιστικών ασθενειών και φυσικά της παχυσαρκίας (Lăcătușu, et al., 2019).

Η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή διατροφής καθώς έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία. Τα αποτελέσματα από μια έρευνα έδειξαν ότι ακολουθώντας αυτόν τον τρόπο διατροφής, αυξάνεται η αντιοξειδωτική ικανότητα στο πλάσμα του αίματος. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, που είναι από τα βασικά σημεία της Μεσογειακής διατροφής, παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του οξειδωτικού στρες, μειώνοντας την οξείδωση των λιπιδίων, όπως επίσης παίζει ρόλο και στη μείωση των παραγόντων που προκαλούν αύξηση στο δείκτη φλεγμονής του αίματος (CRP) (Azzini, et al., 2011).

Κινησιοθεραπεία - φυσική δραστηριότητα

Η αύξηση του σωματικού βάρους και η παχυσαρκία έχουν αντίστροφη συσχέτιση με τη σωματική δραστηριότητα. Οι κλινικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προτείνουν διαιτητικές αλλαγές με περιορισμό των προσλαμβανόμενων θερμίδων και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Αυτό βασίζεται σε συνεχείς ενδείξεις απ' όπου φαίνεται ότι συνδυάζοντας την αλλαγή στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα επιτυγχάνεται μεγαλύτερη απώλεια βάρους από όταν εφαρμόζεται μόνο η αλλαγή στη διατροφή (Jakicic, et al., 2018).

Η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να έχει επίδραση στην πρόσληψη τροφής επηρεάζοντας τις ορμόνες της όρεξης όπως η γκρελίνη, το πεπτίδιο YY (PYY) και το πεπτίδιο 1 τύπου GLP (GLP-1). Αν και υπάρχουν διφορούμενες απόψεις, φαίνεται ότι μετά από μια έντονη προπόνηση μπορεί να μειωθεί προσωρινά η όρεξη για 2-10 ώρες. Ο βαθμός που μπορεί να μειωθεί η όρεξη μετά την άσκηση μπορεί να επηρεάζεται από κάποια χαρακτηριστικά του ατόμου όπως π.χ. το σωματικό λίπος, το επίπεδο φυσικής κατάστασης, την ηλικία ή το φύλο. Επίσης παίζει ρόλο ο χρόνος που διήρκεσε η προπόνηση επίσης δε η ένταση και ο τύπος της άσκησης (Howe, et al., 2014).

Για την επίτευξη απώλειας βάρους χρειάζονται τουλάχιστον 300 λεπτά μέτριας έντασης αερόβιας σωματικής άσκησης ανά εβδομάδα. Εάν η ένταση της άσκησης είναι μεγαλύτερη, τότε μειώνεται ο χρόνος. Για τη διατήρηση σε βάθος χρόνου μείωσης του βάρους έως 3%, χρειάζεται συνεχής αερόβια δραστηριότητα μέτριας έως υψηλής έντασης και συγκεκριμένα, περπάτημα 150-250 λεπτά μέτριας έντασης ανά εβδομάδα. Αντίστοιχα σε άσκηση μεγαλύτερης έντασης ο χρόνος μπορεί να μειωθεί, π.χ. στα 75 λεπτά τρέξιμο την εβδομάδα. Για διατήρηση του βάρους μετά από μεγάλη απώλεια, συστήνονται περισσότερα λεπτά άσκησης, π.χ. 200-300 λεπτά αερόβιας άσκησης μέτριας έντασης την εβδομάδα (Lagerros, 2015).



4.3 Συμβουλευτική αντιμετώπιση παχυσαρκίας

Από βασικά στοιχεία ερευνών προκύπτει ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της παχυσαρκίας γίνεται με τη χρήση Συμπεριφοριστικής Θεραπείας. Με τη θεραπεία αυτή μπορεί να επιτευχθεί μόνιμη απώλεια σωματικού βάρους 10% του αρχικού. Το ποσοστό αυτό της απώλειας φαίνεται να ευνοεί σημαντικά την υγεία και την ψυχολογία του ατόμου. Το βάρος αυτό μπορεί να επαναπροσληφθεί σταδιακά μέσα σε διάρκεια 3 χρόνων.

Η αλλαγή της διατροφής παίζει σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια απώλειας βάρους και της παχυσαρκίας. Παρ' όλα αυτά, πρωτεύον στόχος στη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι η μακροπρόθεσμη αλλαγή και σταθεροποίηση της συμπεριφοράς (Cooper, et al., 2004).

Η Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) (Cognitive Behaviour Therapy) περιέχει γνωστικές και συμπεριφοριστικές πρακτικές. Η ΓΣΘ βοηθά ένα παχύσαρκο άτομο να αντιλαμβάνεται τις δυσλειτουργικές του συμπεριφορές και τον τρόπο που σκέφτεται (το γνωσιακό κομμάτι) και να δημιουργήσει νέους τρόπους αντιμετώπισής τους (το συμπεριφοριστικό κομμάτι) (Ζαμπέλας, 2007).

Τα χαρακτηριστικά της ΓΣΘ που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην πρακτική του διαιτολόγου είναι:

✓ Επίτευξη προσέγγισης συνεργασίας

✓ Καθορισμός εφικτών στόχων

✓ Αυτοπαρακολούθηση

4.3.1 Επίτευξη προσέγγισης συνεργασίας

Ανάπτυξη συνεργατικής σχέσης διαιτολόγου- ενδιαφερόμενου:

Βασικό χαρακτηριστικό είναι να γίνεται προσπάθεια για τη δημιουργία μιας επιτυχημένης διατροφικής συμβουλευτικής διαδικασίας με το ενδιαφερόμενο άτομο για απώλεια βάρους. Είναι πολύ σημαντικό ο διαιτολόγος να μπορεί να κρίνει πόσα πράγματα είναι σε θέση να επιτύχει ο ενδιαφερόμενος (Cooper, et al., 2004, Endevelt and Gesser- Edelsburg, 2014).

Γενικά είναι αναγκαίο να μη γίνεται κατακλυσμός ερωτήσεων και σημειώσεων και να δίνεται χρόνος για να απαντηθούν οι ερωτήσεις.

Αξιολόγηση του ιστορικού και του βάρους του ενδιαφερόμενου:

Ο διαιτολόγος θα πρέπει αρχικά να εξετάσει τη βαρύτητα του προβλήματος του βάρους του ενδιαφερόμενου, ζητώντας από αυτόν να το περιγράψει και πώς αυτό τον επηρεάζει στην καθημερινότητά του. Το ιστορικό θα δώσει πληροφορίες στον διαιτολόγο για να αξιολογήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος, έπειτα να καθορίσει τους θεραπευτικούς στόχους του ενδιαφερόμενου και στη συνέχεια να αρχίσει να συνδέει το γνωστικό - συμπεριφοριστικό μοντέλο ελέγχου του βάρους με τα προβλήματα που αντιμετώπιζε αυτό το άτομο στη διαχείριση του βάρους του.

Κατεύθυνση του ενδιαφερόμενου στη θεραπεία:

Ο διαιτολόγος είναι σκόπιμο να διευκρινίσει τα δύο στάδια που υπάρχουν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, δηλαδή αρχικά την απώλεια βάρους και έπειτα τη συντήρησή του. Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, παρ' όλο που είναι σημαντική η απώλεια βάρους, είναι επίσης σκόπιμη η εδραίωση συνηθειών και νοοτροπιών που παίζουν βασικό ρόλο στην διατήρηση του βάρους. Στην πορεία της θεραπείας δίνεται έμφαση σχεδόν απόλυτα στη διατήρηση του βάρους. Είναι σημαντικό ο διαιτολόγος να εξηγεί στο άτομο με παραδείγματα τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν επαναπρόσληψη του βάρους, χρησιμοποιώντας παλαιότερες συμπεριφορές που είχε το ίδιο. Στον ασθενή τονίζεται ότι τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι τόσο συμπεριφοριστικοί (π.χ. να μην κάνει κάποιος το σωστό), όσο και γνωστικοί (π.χ. οι στόχοι και οι προσδοκίες του να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα του σώματος του). Η διατήρηση του βάρους που χάθηκε είναι ένα δύσκολο και σημαντικό στάδιο καθώς απαιτείται συνεχής προσπάθεια από τον θεραπευμένο για μακροχρόνια σταθεροποίηση του βάρους του. Επομένως ασφαλιστική δικλείδα στον έλεγχο του βάρους για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελεί η επικέντρωση στη διατήρηση του βάρους που επιτεύχθηκε και όχι τόσο η ίδια η απώλεια βάρους. Βαδίζοντας προς την ολοκλήρωση της θεραπείας, ο διαιτολόγος ζητά από τον ασθενή να γίνει διακοπή της απώλειας βάρους και να ξεκινήσει μια προσπάθεια συντήρησής του, έτσι ώστε το άτομο να εκπαιδευτεί στο να παραμένει το βάρος του σταθερό (Cooper, et al., 2004).

4.3.2 Καθορισμός εφικτών στόχων

Γνωσιακή αναδόμηση και ανάπτυξη <<θετικών>> σκέψεων:

Βασικό κομμάτι της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι ο προσδιορισμός των δυσλειτουργικών σκέψεων και η δημιουργία νέων τρόπων αντιμετώπισής τους. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαιτητική συμπεριφορά είναι οι περιορισμοί γύρω από την τροφή π.χ. απαγορευτικά και επιτρεπτά τρόφιμα, διαιτητικοί κανόνες χωρίς εναλλακτικές επιλογές, καθώς και οι αρνητικές σκέψεις π.χ. άσπρο ή μαύρο και όλα ή τίποτα (Ζαμπέλας, 2007).

Ο διαιτολόγος όταν σχεδιάζει το πρόγραμμα που θα ακολουθήσει ο ενδιαφερόμενος είναι σημαντικό να παραμένει σε ένα ελαστικό έλεγχο, έτσι ώστε να μειωθεί το ποσοστό αποτυχίας. Οι εκφράσεις όπως «πάντοτε», «ποτέ πια», «καθόλου» ή «μόνο» καλό είναι να αποφεύγονται, καθώς αποτελούν πολύ αυστηρές στρατηγικές συμπεριφοράς που βασίζονται στη λογική «όλα ή τίποτα». Το παχύσαρκο άτομο που προσπαθεί «να μην πιει ποτέ πια αλκοόλ» ή «να τρώει μόνο ψωμί ολικής αλέσεως», νιώθει όλο το σύστημα ελέγχου της συμπεριφοράς του να γκρεμίζεται όταν πιει «μόνο μια γουλιά αλκοόλ» ή όταν καταναλώσει «μόνο μια φέτα ψωμί τοστ». Αυτά τα παραδείγματα δεν παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο από διαιτητική άποψη όσο ψυχολογική καθώς χάνεται ο αυτοέλεγχος και εγκαθίσταται η σκέψη «πάλι δεν συγκρατήθηκα, τώρα πια δεν έχει νόημα να συνεχίσω». Η συμπεριφορά αυτή προσλαμβάνεται από το άτομο ως αποτυχία, με αποτέλεσμα να υπάρχει σοβαρή επίπτωση στην αυτοπεποίθησή του και επαναφορά προηγούμενων συνηθειών του. Βέβαια, είναι χρήσιμο να αναφέρουμε ότι ναι μεν ο ελαστικός έλεγχος περιέχει σαφείς και συγκεκριμένες οδηγίες που πρέπει να ακολουθηθούν, όταν όμως συμβεί κάποια μικρή παρέκκλιση αυτό δεν σημαίνει και την κατάρρευση της όλης προσπάθειας. Ακολουθώντας μια ελαστική στρατηγική ελέγχου δίνεται το περιθώριο στον ενδιαφερόμενο να διορθώσει τη λανθασμένη συμπεριφορά και να συνεχίσει την προσπάθειά του (Smith, et al., 1999).

Ρεαλιστικοί στόχοι σε βραχυπρόθεσμο χρονικό διάστημα:

Σημαντικό θέμα αποτελεί ο καθορισμός και η διαχείριση των στόχων που έχει ο ενδιαφερόμενος. Στόχος της γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας για την επιτυχημένη συντήρηση βάρους είναι να ξεπεραστεί το εμπόδιο της αποτυχίας των θεσπισμένων στόχων που έχει το άτομο. Το ενδεχόμενο αυτό της αποτυχίας μπορεί να οφείλεται είτε σε μη ρεαλιστικούς στόχους απώλειας βάρους, είτε στο ότι τα άτομα έχουν την πεποίθηση ότι αφού δεν μπορούν να καταφέρουν την επιθυμητή απώλεια βάρους δεν μπορούν να επιτύχουν και άλλους πρωτεύοντες στόχους τους (π.χ.

αύξηση αυτοπεποίθησης ή διαπροσωπικών σχέσεων). Στόχος είναι ο ενδιαφερόμενος να αποδεχτεί το κατάλληλο τελικό βάρος και να αναγνωρίσει ότι οι πρωτεύοντες στόχοι του είναι ανεξάρτητοι από την απώλεια βάρους, μπορούν δε να επιτευχθούν. Ακόμα και αν φαίνεται πως η βραχυπρόθεσμη απώλεια βάρους αποτελεί έναν εφικτό στόχο, η μακροπρόθεσμη διατήρηση του μειωμένου βάρους παραμένει ένα δύσκολο πρόβλημα. Άτομα που κατάφεραν να κρατήσουν το νέο τους βάρος, παρατηρήθηκε ότι διατηρούσαν αυξημένη σωματική δραστηριότητα, ακολουθούσαν δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά και έλεγχαν τακτικά το βάρος τους, σε αντίθεση με τα άτομα που ξαναπήραν βάρος (Σίμος, 2008).

Ανταμοιβή - ενίσχυση/ενθάρρυνση θετικών συμπεριφορών:

Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι έχουν την τάση να συσχετίζουν την απόλαυση με τη σκέψη ότι συμμετέχουν σε μια υγιή συμπεριφορά. Είναι πιο πιθανό να προθυμοποιούνται να συμμετάσχουν σε μια συμπεριφορά και να ικανοποιούνται από αυτήν όταν γνωρίζουν ότι πρόκειται για μια υγιή συμπεριφορά. Σε ένα εύρος υγιών συμπεριφορών (συμπεριλαμβανομένης της σωματικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών), το αποτέλεσμα των θετικών συναισθηματικών επιδράσεων (δηλαδή το ότι μια συμπεριφορά θεωρείται ευχάριστη από το άτομο) έχει παρατηρηθεί ότι είναι ακόμη πιο ισχυρό από την επίδραση των θετικών γνωστικών συμπεριφορών, δηλαδή από την επίγνωση ότι μια συμπεριφορά μπορεί να είναι ευεργετική για την υγεία του ατόμου. (Cappellen, et al., 2018)

Στον καθορισμό στόχων είναι σημαντικό να υπάρχει ανταμοιβή της θετικής συμπεριφοράς του ενδιαφερόμενου. Ο διαιτολόγος είναι αυτός που θα καθοδηγήσει τον ενδιαφερόμενο να ανταμείβει ο ίδιος τον εαυτό του όταν πετυχαίνει ένα στόχο. Η ανταμοιβή αυτή πρέπει να είναι μη διατροφικής φύσεως. Με αυτό τον τρόπο μέσω της ανταμοιβής και της ενθάρρυνσης επιτυγχάνεται η ενεργοποίηση του ενδιαφερόμενου (Ζαμπέλας, 2007).

Ο διαιτολόγος περίπου μια φορά το μήνα, μετά από την 6^η εβδομάδα παρακολούθησης του ενδιαφερόμενου, πρέπει να τον ρωτήσει τί αλλαγές έκανε ή έζησε εκτός από το φαγητό και το βάρος του. Στόχος είναι ο ενδιαφερόμενος να κατανοήσει τα οφέλη που έχει στη ζωή του μέσω της θεραπείας και να μην εστιάζει αποκλειστικά στο βάρος του. Όλες οι θετικές αλλαγές που καταφέρνει το άτομο πρέπει να στηρίζονται και να επιβραβεύονται. Επίσης όταν το άτομο προσπαθεί να κάνει ουσιαστικές αλλαγές στην καθημερινότητά του (π.χ. να είναι πιο

κοινωνικός ή να αρχίσει μια δραστηριότητα), αυτό πρέπει να ενισχύεται ιδιαίτερα (Cooper, et al., 2004).

Έλεγχος ερεθισμάτων:

Το άτομο μαθαίνει να αντιδρά είτε σε εξωτερικά ερεθίσματα (συμβάντα- καταστάσεις) είτε σε εσωτερικά (συναισθήματα- σκέψεις). Προκειμένου να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα στην προσπάθεια του ενδιαφερόμενου είναι σκόπιμο να υπάρξει μια αλλαγή στο περιβάλλον του. Έτσι θα γίνεται περιορισμός στα ερεθίσματα που ήδη του προκαλούν λανθασμένη στάση συμπεριφοράς προς το φαγητό και θα ενισχύεται η επιθυμητή συμπεριφορά (Ζαμπέλας, 2007).

Αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου

Είναι συχνό φαινόμενο σε καταστάσεις θυμού, έντασης και συσώρευσης εκνευρισμού να αυξάνεται η ανάγκη για φαγητό. Συχνότερα εμφανίζεται η ανεξέλεγκτη υπερφαγία σε έντονες καταστάσεις στρες, όπως είναι η λεγόμενη «αντίδραση αποφυγής» που εμφανίζεται όταν το άτομο πρέπει να εκτελέσει μια δύσκολη για αυτό εργασία. Η διαρκής αίσθηση πίεσης ή υποχρέωσης για αυτήν την εργασία δημιουργεί δυσθυμία, με αποτέλεσμα το άτομο να αποφεύγει την άμεση αντιμετώπισή της, γεμίζοντας τον χρόνο του με πρόσληψη φαγητού.

Ο διαιτολόγος συζητώντας με τον ενδιαφερόμενο θα πρέπει να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες περιπτώσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην υπερφαγία. Όταν πρόκειται για αντικειμενικά αγχογόνες καταστάσεις, όπως ο μεγάλος εκνευρισμός, η αναστάτωση, το άτομο θα πρέπει από μόνο του να προσπαθήσει να μετριάσει το στρες. Στις καταστάσεις αυτές δεν υφίσταται κάποιο βασικό «διατροφικό πρόβλημα», αλλά ένα διαρκές ζήτημα ψυχολογικής φόρτισης για το οποίο γίνεται προσπάθεια να απαλυνθεί με φαγητό (Lillis and Wing, 2015).

Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι καταστάσεις πρέπει ο διαιτολόγος να έχει αρχικά καθοδηγήσει τον ενδιαφερόμενο για το τί μπορεί να κάνει σε κάθε τέτοια περίπτωση. Ο ενδιαφερόμενος είναι χρήσιμο να αναζητήσει υποστήριξη από το περιβάλλον του. Επίσης είναι χρήσιμο να βρει κάποια ενασχόληση που θα μπορεί να διατηρεί την προσοχή του στο στόχο του και δεν θα αποσπάται προς αντίθετη κατεύθυνση από διάφορα ερεθίσματα ή σκέψεις (Ζαμπέλας, 2007).

Αξιολόγηση κινητοποίησης του ενδιαφερόμενου

Παρουσιάζοντας ο διαιτολόγος στον ενδιαφερόμενο όλες αυτές τις πληροφορίες ίσως εκείνος νιώσει ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτές. Γι' αυτόν το λόγο ο διαιτολόγος πρέπει να ρωτάει τη γνώμη του σχετικά με την πορεία της θεραπείας αλλά και το επίπεδο που μπορεί εκείνος να δεσμευτεί.

Εάν το άτομο δεν μπορεί να κινητοποιηθεί, τότε είναι σημαντικό να ερευνάται γιατί διστάζει και τι είναι αυτό που το ανησυχεί. Ο διαιτολόγος είναι σημαντικό να είναι ευθύς απέναντι στο πρόβλημα το οποίο διαπιστώνει. Προκειμένου να βοηθηθεί ο ενδιαφερόμενος του ζητάει να φτιάξει μια λίστα με τα υπέρ και τα κατά που προκύπτουν από τη θεραπεία. Σε αυτό το σημείο ο εξεταστής πρέπει να είναι προσεκτικός και διερευνητικός και να αποφεύγει να έρθει σε αντιπαράθεση με το εξεταζόμενο άτομο (Cooper, et al., 2004).

4.3.3 Αυτό - παρακολούθηση

Η αυτο-παρακολούθηση θεωρείται από τους πιο σημαντικούς παράγοντες της συμπεριφορικής θεραπείας για την απώλεια βάρους. Η γραπτή καταγραφή της διατροφικής πρόσληψης, της άσκησης και του σωματικού βάρους δίνει την ευκαιρία στο άτομο να παρατηρεί την εξέλιξή του προς την επίτευξη απώλειας βάρους και να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες της (Peterson, et al., 2014). Με την εξέλιξη της τεχνολογίας και του διαδικτύου έχουν δημιουργηθεί πλέον και διάφορες εφαρμογές ηλεκτρονικών ημερολογίων καταγραφής που βοηθούν στην αυτό-παρακολούθηση. Ο χρήστης έχει εύκολη πρόσβαση σε αυτές είτε μέσω Η/Υ είτε μέσω tablet ή κινητών τηλεφώνων. Εκτός από τη δυνατότητα ηλεκτρονικής καταγραφής, ο κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να αποθηκεύει διαδικτυακά τη συχνότητα που καταναλώνει κάποια τρόφιμα. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια διαδικτυακή κοινότητα όπου τα μέλη έχουν κοινούς στόχους και κίνητρα (Yu, et al., 2015). Η διατροφική καταγραφή περιλαμβάνει τον τύπο και την ποσότητα των τροφίμων και ποτών που καταναλώνονται. Επίσης κάποιες φορές συμπεριλαμβάνεται και η καταγραφή κάποιας κατάστασης όπως ο χρόνος, το περιβάλλον, τα συναισθήματα του ατόμου ή η αίσθηση πείνας (USDA, 2012). Μερικά από τα πλεονεκτήματα της καταγραφής είναι:

-  Βοηθάει στην αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενή
-  Καλύτερη κατανόηση της προβληματικής συμπεριφοράς

- + Καλύτερη διαχείριση τροφής
- + Παρακολούθηση βελτίωσης του ατόμου και καταστάσεων όπου εμφανίζεται η προβληματική συμπεριφορά
- + Ο ασθενής παρατηρεί τις θετικές αλλαγές του
- + Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το είδος των θερμίδων που καταναλώνει. Αυτό τον βοηθάει στο να εστιάσει καλύτερα στην απώλεια βάρους και τη διατήρησή του.

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι η καταγραφή του ενδιαφερόμενου πρέπει να ανταποκρίνεται στην πραγματική κατανάλωση τροφής και άσκησης και να μην αποκρύπτονται πληροφορίες. Όσο πιο αξιόπιστη είναι η καταγραφή τόσο καλύτερα αποτελέσματα θα υπάρξουν (Cooper, et al., 2004).



5^ο Κεφάλαιο

Ερευνητικό μέρος

5.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η εξαγωγή αποτελεσμάτων σχετικά με:

✚ Τις καθημερινές διατροφικές συνήθειες των ατόμων με υψηλό έως και πολύ υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος, το περιβάλλον που επιλέγεται για την κατανάλωση των γευμάτων, ο τρόπος μαγειρέματος καθώς και αν τα άτομα αυτά θα κατέβαλλαν προσπάθειες για απώλεια βάρους. Ακόμη εξετάζεται αν στο συγκεκριμένο δείγμα λαμβάνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή ή υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας, λόγω του αυξημένου βάρους.

✚ Τη μελέτη της ψυχοσύνθεσης σε αυτό το δείγμα, μέσα από ερωτηματολόγια που εξετάζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. εσωστρέφεια-εξωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός, κλίμακα ψεύδους), το επίπεδο κατάθλιψης (π.χ. φόβος, καταπίεση, επιθυμία για φαγητό, ελπίδα για το μέλλον, μοναξιά, λύπη/ευτυχία), την ανησυχία (π.χ. φόβος για τυχόν εγκεφαλικό, για ασφυξία, για στομαχικές διαταραχές), και τη διεκδικητική συμπεριφορά των ατόμων (π.χ. δυσκολία για ανάπτυξη σχέσεων με άτομα του αντίθετου φύλου, μη ανάπτυξη απόψεων μπροστά σε άλλους κ.α.).

Τέλος σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή συχνότητας λήψης ποικίλων κατηγοριών τροφίμων (Food Frequency Questionnaire - F.F.Q) όπως π.χ. των γαλακτοκομικών, κρεατικών κ.α.

5.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Μία εμπειριστατωμένη έρευνα πραγματοποιείται σε δείγμα ατόμων, χρησιμοποιώντας ως βασικά εργαλεία ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια που να απαντούν στους σκοπούς της

έρευνας αυτής. Για τη συγκεκριμένη λοιπόν πρωτογενή έρευνα, το πρώτο βήμα ήταν ο καθορισμός του δείγματος και ο αριθμός μελών του δείγματος ώστε τα αποτελέσματα να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αξιόπιστα.

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα ήταν δείγμα κρίσης (άτομα με μη φυσιολογικό βάρος και υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος) και το σύνολο των συμμετεχόντων 122. Η διαδικασία της έρευνας πραγματοποιήθηκε στη Σητεία, μέσα από εργασίες φοιτητών που έγιναν στο ΤΕΙ Διατροφής και Διαιτολογίας. Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας στηρίχτηκε στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και απευθύνονταν σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Τα ερωτηματολόγια αυτά είχαν την κατάλληλη δομή, τον κατάλληλο σχεδιασμό και ερωτήματα που θα έφερναν σε πέρας τους στόχους της έρευνας με τη συλλογή σημαντικών πληροφοριών.

Τα ερωτηματολόγια (βλ. Παράρτημα) απαντήθηκαν από συνολικά 122 άτομα:

Στην πρώτη ομάδα ερωτήσεων εμπεριέχουν **6** ερωτήματα που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, **7** ερωτήματα που αφορούν τα σωματικά τους χαρακτηριστικά, **3** ερωτήματα σχετικά με τις επιτυχίες/αποτυχίες των συμμετεχόντων, **3** ερωτήματα μόνο για τις γυναίκες που συμμετείχαν και βρίσκονται σε κάποια ιδιαίτερη περίοδο της ζωής τους, **9** υποερωτήματα σχετικά με τη σύσταση και λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμη περιλαμβάνονται **44** ερωτήματα και υποερωτήματα που αφορούν τις καθημερινές διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων (όπως π.χ. συχνότητα των 3 βασικών γευμάτων, τρόπος μαγειρέματος λαχανικών και κρεατικών κ.α.), **4** ερωτήματα που αφορούν τις φυσικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων, **4** που αφορούν την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και **3** τη συνήθεια για κάπνισμα.

Στη δεύτερη ομάδα ερωτήσεων ανήκουν **80** ερωτήματα με υποερωτήματα που αφορούν ασθένειες καταγεγραμμένες στο ιστορικό του κάθε συμμετέχοντα, όπως π.χ. δυσλειτουργίες στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο αναπνευστικό, δυσλειτουργίες του θυρεοειδή κ.α. Η συνέχεια διαμορφώνεται με το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας ενηλίκων - Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) - το οποίο περιέχει **84** υποερωτήματα σχετικά με το χαρακτήρα, τις αντιδράσεις και τον ψυχισμό των συμμετεχόντων που κατηγοριοποιούνται σε **4** κλίμακες (P= υπερεγώ-ψυχωτισμός, N= νευρωτισμός- σταθερότητα, E= εξωστρέφεια-εσωστρέφεια και L= κλίμακα ψεύδους) που αντιστοιχούν σε αυτά τα ερωτήματα. Ακολουθεί

το ερωτηματολόγιο Κλίμακας Ευαισθησίας στην Ανησυχία - Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) - με **36** υποερωτήματα που αφορούν φοβίες των συμμετεχόντων (όπως π.χ. φόβος ανακοπής όταν διακόπτεται η ανάσα τους, φόβος για το τι θα συμβεί όταν παθαίνουν ναυτία). Έπειτα υπάρχουν, α) το ερωτηματολόγιο Κλίμακας Διεκδικητικής Συμπεριφοράς του Rathus με **30** υποερωτήματα που αφορούν την διεκδικητικότητα των συμμετεχόντων (όπως π.χ. ο τρόπος αντίδρασης όταν δεν τους αρέσει το φαγητό που τους έχουν σερβίρει ή ο τρόπος αντίδρασης του συμμετέχοντα όταν κάποιος του ζητάει μια χάρη) και β) το ερωτηματολόγιο Κλίμακας Κατάθλιψης - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) - με **20** υποερωτήματα που αφορούν το επίπεδο κατάθλιψης των συμμετεχόντων (όπως π.χ. «ένιωθα μοναξιά», «νόμιζα ότι η ζωή μου ήταν μια αποτυχία»).

Στην τρίτη ομάδα ερωτήσεων υπάρχουν **18** ερωτήματα που αντιστοιχούν στο αν τα χαρακτηριστικά από δύο φιγούρες του τεστ Ζωγραφίστε έναν άνθρωπο – DAP, είναι συνηθισμένα ή όχι και ποιά στοιχεία είναι παραμορφωμένα.

Τέλος στην τέταρτη ομάδα υπάρχουν ερωτήσεις σχετικές με τη συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων κατηγοριών τροφίμων (π.χ. τρόφιμα που ανήκουν στα γαλακτοκομικά όπως κατανάλωση γιαουρτιού, τυριού κλπ.).

Όλα αυτά τα ερωτήματα ανήκουν στις κατηγορίες:

- (1) Πολλαπλής επιλογής
- (2) Διχοτόμησης
- (3) Κλίμακας Thurstone
- (4) Βαθμολόγησης/ Ιεράρχησης
- (5) Κλίμακας Likert
- (6) Ανοικτού τύπου

Η βαρύτητα τη παρούσας έρευνας πέφτει στη μελέτη των διατροφικών συνηθειών των συμμετεχόντων (αν καταναλώνουν τα 3 βασικά γεύματα ημερησίως, αν είναι σπιτικά μαγειρεμένα, αν οι αγαπημένες τροφές έχουν λιπαρά ή είναι υγιεινές, ο τρόπος μαγειρέματος, η κατανάλωση ή μη φρούτων και λαχανικών), σε αντιστοιχία με ορισμένα σωματικά

χαρακτηριστικά τους, αλλά και στην ψυχοσύνθεσή τους, για την ακρίβεια στις ευαισθησίες, τους φόβους, τον τρόπο αντίδρασης σε πράξεις άλλων ατόμων.

Η επεξεργασία των δεδομένων, καθώς επίσης η εξαγωγή αποτελεσμάτων, έγιναν μέσω του προγράμματος IBM SPSS statistics ver 19 χρησιμοποιώντας τις εντολές Descriptive Statistics Frequencies, Descriptive Statistics Descriptives, One-way Anova, Correlate.

5.3 Αποτελέσματα της έρευνας

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που έλαβε μέρος στην παρούσα έρευνα (57.4%) ήταν γυναικείου φύλου και το (36,1%) αντρικού φύλου .

Πίνακας 1α. Το φύλο των συμμετεχόντων

Το φύλο σας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΤΡΑΣ	44	36,1	38,6	38,6
	ΓΥΝΑΙΚΑ	70	57,4	61,4	100,0
	Total	114	93,4	100,0	
Missing	System	8	6,6		
Total		122	100,0		

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (31,1%), είναι απόφοιτοι Τεχνολογικών και Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, ενώ με μικρή διαφορά (25,4%) ακολουθούν οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Στην τρίτη θέση έρχονται οι απόφοιτοι των ΙΕΚ (18,9%), ενώ πολύ λιγότερα άτομα έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση και μόνο το 3.3% έχουν ολοκληρώσει Μεταπτυχιακές σπουδές ή το Διδακτορικό τους.

Πίνακας 1β. Το εκπαιδευτικό ιστορικό των συμμετεχόντων

Το εκπαιδευτικό ιστορικό					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	7	5,7	6,8	6,8
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	31	25,4	30,1	36,9
	ΙΕΚ	23	18,9	22,3	59,2
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	38	31,1	36,9	96,1
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	4	3,3	3,9	100,0
	Total	103	84,4	100,0	
Missing	System	19	15,6		
Total		122	100,0		

Από το σύνολο ατόμων (80.3%) που απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα σχετικά με το επάγγελμα τους, η πλειάδα, το 32% για την ακρίβεια, απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα, το 13,9% στο δημόσιο και το 11,5% απασχολούνται ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Σε πολύ μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται γυναίκες που απασχολούνται μόνο με τα οικιακά (9.8%), άτομα που σπουδάζουν (8,2%) και το 3,3% είναι άνεργοι.

Πίνακας 1γ. Το επαγγελματικό ιστορικό των συμμετεχόντων

Το επαγγελματικό ιστορικό					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	39	32,0	39,8	39,8
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	17	13,9	17,3	57,1
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	14	11,5	14,3	71,4
	ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	4	3,3	4,1	75,5
	ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ	10	8,2	10,2	85,7
	ΟΙΚΙΑΚΑ	12	9,8	12,2	98,0
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	2	1,6	2,0	100,0
	Total	98	80,3	100,0	
	Missing	System	24	19,7	
Total		122	100,0		

Λόγω ότι στη χώρα μας περιλαμβάνονται πολλοί Νομοί, οι απαντήσεις που δόθηκαν για το τόπο διανομής, αφορούν περιφέρειες της Ελλάδας, με εξαίρεση το Ν. Αττικής που έχει προστεθεί ως ξεχωριστός Νομός. Η πλειάδα των ατόμων που συμμετείχε στην παρούσα

ερώτηση (13,9%) έχει ως τόπο διαμονής το Ν. Αττικής και το 9.8% την Κρήτη. Όσο αφορά τις περιφέρειες Πελοποννήσου και Μακεδονίας, ισοβαθούν ως τόποι διαμονής ενός ελάχιστου ποσοστού των συμμετεχόντων (4.1%). Από την Περιφέρεια Θεσσαλίας, οι συμμετέχοντες είναι πολύ λιγότεροι (3,3%) και από τα Νησιά των Κυκλάδων (2.5%).

Πίνακας 1δ. Ο τόπος διαμονής των συμμετεχόντων

Ο τόπος διαμονής					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ	17	13,9	36,2	36,2
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	5	4,1	10,6	46,8
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	4	3,3	8,5	55,3
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ	5	4,1	10,6	66,0
	ΚΥΚΛΑΔΕΣ	3	2,5	6,4	72,3
	ΚΡΗΤΗ	12	9,8	25,5	97,9
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΡΑΚΗΣ	1	,8	2,1	100,0
	Total	47	38,5	100,0	
Missing	System	75	61,5		
Total		122	100,0		

Η οικογενειακή κατάσταση των περισσότερων συμμετεχόντων είναι το 32,8% άγαμοι και το 23,8% έγγαμοι με παιδιά. Ένα μικρότερο ποσοστό (17,2%) είναι έγγαμοι , ενώ πολύ μικρότερα ποσοστά (1,6%) διεζευγμένοι.

Πίνακας 1ε. Τωρινή οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 1ε. Τωρινή οικογενειακή κατάσταση					
		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ	40	32,8	42,1	42,1
	ΕΓΓΑΜΟΣ	21	17,2	22,1	64,2
	ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	29	23,8	30,5	94,7

	ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ	1	,8	1,1	95,8
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	2	1,6	2,1	97,9
	ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΣ	1	,8	1,1	98,9
	ΧΗΡΑ/ΟΣ ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ	1	,8	1,1	100,0
	Total	95	77,9	100,0	
Missing	System	27	22,1		
Total		122	100,0		

Η ηλικιακή κλίμακα όπου κυμαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (23,8%) , είναι μεταξύ 18 και 24 ετών, ενώ ακολουθεί η ηλικιακή κλίμακα 51 ως 60 ετών με 21,3% των συμμετεχόντων. Το 10,7% και 15,6% ανήκουν στις ηλικιακές κλίμακες μεταξύ 36-41 ετών και 42-50 ετών αντίστοιχα. Το 9,8% των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή κλίμακα μεταξύ των 25-30 ετών και το 7.4% στην ηλικιακή κλίμακα 31 ως 35 ετών αντίστοιχα.

Πίνακας στ. Η ηλικία των συμμετεχόντων

Η ηλικία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-24	29	23,8	25,7	25,7
	25-30	12	9,8	10,6	36,3
	31-35	9	7,4	8,0	44,2
	36-41	13	10,7	11,5	55,8
	42-50	19	15,6	16,8	72,6
	51-60	26	21,3	23,0	95,6
	>60	5	4,1	4,4	100,0
	Total	113	92,6	100,0	
Missing	System	9	7,4		
Total		122	100,0		

Στοιχεία που σχετίζονται με το Δ.Μ.Σ.

Όπως φαίνεται στους ακόλουθους πίνακες, είναι σημαντικά για τη συγκεκριμένη έρευνα ορισμένα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως το ύψος, το βάρος, ο ΔΜΣ και ειδικά τα δύο τελευταία. Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησαν σε αυτό το ερώτημα

(42,6%) έχει ένα φυσιολογικό ύψος 1.61-1.70m, ένα ελαφρώς μικρότερο ποσοστό 27% έχει ύψος 1.71-1.80m (για άντρες είναι κανονικό), ενώ το 18.9% των ερωτηθέντων είναι μικρού ύψους 1.50-1.60m Ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό του δείγματος (8.2%) ανήκει στη κατηγορία των ψηλών ανθρώπων με ύψος 1.81-1.90m, ενώ το 2,5% κατηγοριοποιείται στους πολύ ψηλούς ανθρώπους με ύψος >1.90m.

Πίνακας 2α. Το ύψος των συμμετεχόντων

Το ύψος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.50-1.60	23	18,9	18,9	18,9
	1.61-1.70	52	42,6	42,6	61,5
	1.71-1.80	33	27,0	27,0	88,5
	1.81-1.90	10	8,2	8,2	96,7
	>1.90	3	2,5	2,5	99,2
	Missing	1	,8	,8	100,0
	Total				
	Total	122	100,0	100,0	

Οι κλίμακες του βάρους των συμμετεχόντων είναι αρκετές, ξεκινώντας από 51 kg και φτάνοντας έως πάνω από 100 kg. Τα υψηλότερα ποσοστά 31,1% και 28,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι το βάρος τους είναι μεταξύ 81-90 kg και 91-100 kg αντίστοιχα, γεγονός που οφείλεται στη μη άσκηση κάποιας φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με το μη ορθό διατροφικό τους πρόγραμμα. Στη μεγαλύτερη κλίμακα βάρους (>100kg) υπάρχει ένα επίσης υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων 23%, ενώ αντίθετα σε μικρότερες κλίμακες βάρους 71-80 kg και 61-70 kg τα ποσοστά των συμμετεχόντων είναι μικρότερα, 13,1% και 3,3% αντίστοιχα.

Πίνακας 2β. Το βάρος των συμμετεχόντων (κατά την έρευνα)

Το παρόν βάρος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51-60	1	,8	,8	,8

	61-70kg	4	3,3	3,3	4,1
	71-80kg	16	13,1	13,1	17,2
	81-90kg	38	31,1	31,1	48,4
	91-100kg	35	28,7	28,7	77,0
	>100kg	28	23,0	23,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Όσο αφορά το σύνθητες βάρος των ατόμων που έλαβαν μέρος στο συγκεκριμένο ερώτημα, επαναλαμβάνονται τα υψηλά ποσοστά στις μεγάλες κλίμακες βάρους, καθώς όπως δήλωσαν, το βάρος τους δεν διαφοροποιήθηκε ποτέ. Συγκεκριμένα το βάρος του 17,2% ήταν 81-90 kg και του 13,1% στο κλιμάκιο 91-100 kg. Ένα μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (11,5%) είχε ανέκαθεν βάρος άνω των 100 kg, ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό (4,1%) είχε βάρος 61-70 kg.

Πίνακας 2γ. Το σύνθητες βάρος των συμμετεχόντων

Το σύνθητες βάρος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-50kg	1	,8	1,4	1,4
	51-60	2	1,6	2,9	4,3
	61-70kg	5	4,1	7,2	11,6
	71-80kg	10	8,2	14,5	26,1
	81-90kg	21	17,2	30,4	56,5
	91-100kg	16	13,1	23,2	79,7
	>100kg	14	11,5	20,3	100,0
	Total	69	56,6	100,0	
Missing	System	53	43,4		
Total		122	100,0		

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, χαρακτηρίζεται ως το ιδανικό εργαλείο για τον βαθμό παχυσαρκίας ενός ατόμου. Στο συγκεκριμένο ερώτημα, η συντριπτική πλειοψηφία, το 66,4% για την ακρίβεια, πάσχει από Α Βαθμού παχυσαρκία (30-34.9), ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό 14.8% πάσχει από παχυσαρκία Β Βαθμού (35-39,9), στην κατηγορία με τον μέγιστο ΔΜΣ δηλαδή >40 ανήκει η μειοψηφία των συμμετεχόντων (7.4%), ενώ το υπόλοιπο 10.7% ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων με ΔΜΣ 25-29.9.

Πίνακας 2δ. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος των συμμετεχόντων

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	13	10,7	10,7	10,7
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	81	66,4	66,9	77,7
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	18	14,8	14,9	92,6
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	9	7,4	7,4	100,0
	Total	121	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		122	100,0		

Στον ακόλουθο πίνακα πραγματοποιήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στο Φύλο των συμμετεχόντων και τον Δείκτη Μάζα Σώματος, από τα σημαντικότερα στοιχεία που εξετάζονται στην παρούσα έρευνα. Η παχυσαρκία Α Βαθμού (30-34.9), εντοπίζεται κυρίως στις γυναίκες και συγκεκριμένα σε 47 άτομα γυναικείου φύλου από τα 113 άτομα που απάντησαν. Η ίδια κλίμακα του ΔΜΣ, εντοπίζεται μόνο σε 28 άτομα του αντρικού φύλου. Η παχυσαρκία Β Βαθμού εντοπίζεται μόνο σε 9 άντρες και 9 γυναίκες, ενώ η παχυσαρκία Γ Βαθμού σε 5 γυναίκες και 3 άντρες αντίστοιχα. Στην πρώτη θέση, όπου βρίσκονται άτομα υπέρβαρα στο όριο εκκίνησης παχυσαρκίας, εντοπίζονται 8 γυναίκες και 4 άντρες.

Πίνακας 2ε. Συσχέτιση Δείκτη Μάζα Σώματος με το Φύλο

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος * Το φύλο σας Crosstabulation				
Count		Το φύλο σας		
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	Total
Ο Δείκτης Μάζας Σώματος	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	4	8	12
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	28	47	75
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	9	9	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	3	5	8
Total		44	69	113

Όπως φαίνεται από τον ακόλουθο πίνακα, τα υπέρβαρα άτομα με ΔΜΣ 25-29.9 δεν έχουν κάποιες ιδιαίτερες τροφικές προτιμήσεις καθώς καταναλώνουν πληθώρα τροφίμων. Συγκεκριμένα 3 από τα 6 άτομα καταναλώνουν μεγάλη ποικιλία τροφίμων ενώ 2 δείχνουν τη προτίμηση τους σε τροφές που εμπεριέχουν άμυλο και σε κρεατικά. Όσο αφορά την κατηγορία παχύσαρκων ατόμων Α Βαθμού με ΔΜΣ 30-34.9, από τα 33 άτομα τα 13 φαίνεται ότι δεν έχει ιδιαίτερη προτίμηση σε καμία τροφή, καθώς καταναλώνουν πολλά είδη τροφίμων, ενώ από 7 άτομα φαίνεται η προτίμηση σε τροφές που εμπεριέχουν άμυλο και σε κρεατικά. Άτομα με τον ίδιο βαθμό παχυσαρκίας, 2 σε κάθε περίπτωση, δείχνουν τη προτίμηση τους σε : (α) έτοιμα φαγητά και γλυκά ή μόνο γλυκά (β) γλυκά - μακαρόνια - τυρί (γ) γαλακτοκομικά. Στον Β Βαθμό παχυσαρκίας, με ΔΜΣ 35-39.9 μόνο σε 2 άτομα, από το σύνολο των συμμετεχόντων φαίνεται η προτίμηση σε έτοιμα φαγητά και γλυκά ή μόνο γλυκά και 3 άτομα (1 σε κάθε περίπτωση) σε: (α) κρεατικά (β) λαδερά - φρούτα - γαλακτοκομικά - γλυκά (γ) κρεατικά και λαχανικά. Στην κατηγορία ατόμων με παχυσαρκία Γ Βαθμού, φαίνεται η προτίμηση ενός ατόμου σε τροφές που περιέχουν άμυλο και σε κρεατικά και ενός άλλου ατόμου σε κρεατικά - ψάρι - λαδερά.

Πίνακας 2στ. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με τις τροφές προτίμησης των συμμετεχόντων

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ*ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ																	
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ		ΚΡΕΑΣ & ΑΜΥΛΟ/ΚΡΕΑΣ	ΠΟΛΛΕΣ ΤΡΟΦΕΣ	ΛΑΔΕΡΑ /ΦΡΟΥΤΑ/ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	ΚΡΕΑΣ/ΠΙΤΤΕΣ	ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ & ΓΑΛΚΑ/ΜΟΝΟ ΓΑΛΚΑ	ΟΣΠΡΙΑ/ΟΣΠΡΙΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ	ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ	ΚΡΕΑΣ & ΓΑΛΚΑ	ΚΡΕΑΣ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ	ΚΡΕΑΣ & ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	ΓΑΛΚΑ/ΜΑΚΑΡΟΝΙΑ/ΤΥΡΙ	ΚΡΕΑΣ/ΨΑΡΙ/ΛΑΔΕΡΑ	ΤΡΟΦΕΣ ΜΕ ΑΜΥΛΟ	ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	ΤΟΤΑΛ	
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	7	13	0	1	2	1	1	1	1	1	2	0	1	2	33		
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	

	39.9															
	ΠΑΧΥ ΣΑΡΚΙ Α Γ ΒΑΘΜ ΟΥ>40	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
ΤΟΤ ΑΛ		11	16	1	1	4	1	1	1	2	1	2	1	2	2	46

Όσο αφορά τη συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. των συμμετεχόντων με το συνολικό βαθμό ψυχωτισμού, παρατηρείτε ότι στο crosstabs υπάρχουν κελιά με συμμετέχοντες <5. Πιο αναλυτικά: από τους (13) συνολικά συμμετέχοντες με ΔΜΣ 25-29.9 (που χαρακτηρίζονται ως υπέρβαροι) οι περισσότεροι (11) έχουν ελάχιστο βαθμό ψυχωτισμού. Η πλειάδα των συμμετεχόντων (56) συγκεντρώνεται με ελάχιστο βαθμό ψυχωτισμού από την κατηγορία συμμετεχόντων Α Βαθμού παχυσαρκία 30-34.9, ενώ αρκετά λιγότεροι της ίδιας κατηγορίας (12) έχουν μηδενικό βαθμό ψυχωτισμού, ενώ υπάρχουν άλλα 7 άτομα με μέτριο βαθμό ψυχωτισμού. Στην κατηγορία ατόμων παχυσαρκίας Β Βαθμού, τα 9 από το σύνολο των ατόμων εμφανίζουν μηδενικό βαθμό ψυχωτισμού και (8) ελάχιστο βαθμό.

Πίνακας 2ζ. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το συνολικό βαθμό ψυχωτισμού των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού του ασθενή Crosstabulation							
Count							
		Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού του ασθενή					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	11	<5	<5	<5	13
Μάζας	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α	12	56	7	<5	<5	80
Σωματος	ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9						
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β	9	8	<5	<5	<5	18
	ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9						
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ	<5	7	<5	<5	<5	9
	ΒΑΘΜΟΥ >40						
Total		23	82	8	<5	<5	120

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τον συνολικό βαθμό νευρωτισμού των συμμετεχόντων, παρατηρείτε ότι στο crosstabs υπάρχουν κελιά με συμμετέχοντες <5, ενώ εξάγονται τα εξής αποτελέσματα: **(α)** η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζονται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 50 εξ αυτών έχουν ένα μέτριο βαθμό νευρωτισμού (0-1), οι 10 ελάχιστο βαθμό νευρωτισμού (-2 ως -1) , 8 πάσχουν από τον μέγιστο βαθμό νευρωτισμού και 7 από βαθμό νευρωτισμού +1 έως +2, **(β)** από τα 18 άτομα Β βαθμού παχυσαρκίας (35-39.9), οι περισσότεροι (11) έχουν ένα μέτριο βαθμό νευρωτισμού, 3 άτομα βαθμό νευρωτισμού +1 έως +2 και 4 βρίσκονται στους δύο πρώτους βαθμούς νευρωτισμού (μηδενικό και ελάχιστο), **(γ)** από τα 13 υπέρβαρα άτομα, τα 6 έχουν μέτριο βαθμό νευρωτισμού (0 ως 1), τα 5 ελάχιστο βαθμό νευρωτισμού (-1 ως 0) και 2 άτομα έχουν τις μέγιστες βαθμίδες νευρωτισμού (+1 έως +2 και +2 και άνω).

Πίνακας 2η. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το συνολικό βαθμό νευρωτισμού των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού του ασθενή Crosstabulation							
Count		Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού του ασθενή					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης Μάζας Σωματος	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	5	6	<5	<5	
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	5	10	50	7	8	80
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	<5	<5	11	<5	<5	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	7	<5	<5	9
Total		7	17	74	13	9	120

Στο ακόλουθο σχήμα, είναι δύο τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που συσχετίζονται με τον ΔΜΣ, η εξωστρέφεια και η εσωστρέφεια και παρατηρείτε ότι στο crosstabs υπάρχουν κελιά με συμμετέχοντες <5. Τα αρνητικά πρόσημα (-1 έως -2 και -2 και κάτω) συμβαδίζουν με άτομα που δεν ανοίγονται σε άλλα άτομα και εκδηλώνουν μια εσωστρέφεια, σε αντίθεση με ποσοστά συμμετεχόντων που βρίσκονται στις θετικές βαθμολογίες. Όσο αφορά τη μέτρια κλίμακα (0 έως 1) χαρακτηρίζονται άτομα που εκδηλώνονται ανάλογα με τις καταστάσεις και τα άτομα που έρχονται αντιμέτωποι σε κάθε στιγμή.

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τον συνολικό βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας των συμμετεχόντων εξάγονται τα εξής αποτελέσματα: **(α)** Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 35 εξ αυτών έχουν ένα μέτριο βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας (0-1) που σημαίνει ότι κάποιους ανθρώπους τους εμπιστεύονται και φέρονται ως εξωστρεφείς και με άλλους συμπεριφέρονται ως εσωστρεφείς. Οι 34 έχουν υψηλό βαθμό εξωστρέφειας (+1 έως +2) , οι 6 ελάχιστο βαθμό εξωστρέφειας (-2 έως -1) είναι περισσότερο εσωστρεφή άτομα, 3 χαρακτηρίζονται απόλυτα εσωστρεφείς και 2 απόλυτα εξωστρεφείς, **(β)** από τα 18 άτομα που αντιμετωπίζουν παχυσαρκία Β Βαθμού , τα περισσότερα (10) έχουν μέτριο βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας (0-1), 5 υψηλό βαθμό εξωστρέφειας (+1 έως +2), 1 άτομο χαρακτηρίζεται ως απόλυτα εξωστρεφές (2 και άνω), άλλο 1 απόλυτα εσωστρεφές (-2 και κάτω) και 1 ακόμη άτομο ελάχιστα εσωστρεφές με βαθμολογία μεταξύ -1 και -2, **(γ)** από τους υπέρβαρους συμμετέχοντες (13) , οι 8 χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό εξωστρέφειας (+1 έως +2) και οι υπόλοιποι 5 από μέτριο βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας (0 έως +1), που σημαίνει ότι κάποιους ανθρώπους τους εμπιστεύονται και τους φέρονται ως εξωστρεφείς και με άλλους συμπεριφέρονται ως εσωστρεφείς, **(δ)** από τα 9 άτομα με Γ Βαθμό παχυσαρκίας, οι 4 καταλαμβάνονται από υψηλό βαθμό εξωστρέφειας (+1 έως +2) , ενώ 2 από έναν εξίσου υψηλό βαθμό εσωστρέφειας (-2 έως -1), άλλα 2 άτομα χαρακτηρίζονται τόσο από εσωστρέφεια όσο και από εξωστρέφεια (0 έως +1) και 1 άτομο χαρακτηρίζεται απόλυτα εσωστρεφές (-2 και κάτω).

Πίνακας 20. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το συνολικό βαθμό εσωστρέφειας/εξωστρέφειας των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Ο συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας Crosstabulation							
Count							
		Ο συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	<5	5	8	<5	13
Μάζας	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α	<5	6	35	34	<5	80
Σωματος	ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	<5	<5	10	5	<5	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β	<5	<5	<5	<5	<5	9
	ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	<5	<5	<5	<5	<5	
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ	<5	<5	<5	<5	<5	
	ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	<5	<5	<5	
Total		5	9	52	51	<5	120

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τον συνολικό βαθμό ψεύδους των συμμετεχόντων εξάγονται τα εξής αποτελέσματα , ενώ στο crosstabs υπάρχουν απαντήσεις <5: **(α)** Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 65 εξ αυτών διακατέχονται από υψηλό βαθμό ψεύδους (1 έως +2) , ενώ πολλοί λιγότεροι από μέτριο βαθμό ψεύδους (0 έως +1) , 5 από ελάχιστο βαθμό ψεύδους και 4 από τον μέγιστο βαθμό (+2 και άνω), **(β)** από τα 18 άτομα που αντιμετωπίζουν παχυσαρκία Β Βαθμού , τα περισσότερα (10) διακατέχονται από υψηλό βαθμό ψεύδους, οι 4 από μέτριο (0 έως +1) , οι 3 διακατέχονται από τον ελάχιστο βαθμό ψεύδους και 1 καθόλου, **(γ)** από τους υπέρβαρους συμμετέχοντες (13) , οι 8 διακατέχονται από υψηλό βαθμό ψεύδους (+1 έως +2) , οι 2 από μέτριο βαθμό ψεύδους (0 έως +1), **(δ)** από τα 9 άτομα με Γ Βαθμό παχυσαρκίας, οι 6 καταλαμβάνονται από υψηλό βαθμό ψεύδους (+1 έως +2).

Πίνακας 2ι. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με το συνολικό βαθμό ψεύδους των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Ο συνολικός βαθμός ψεύδους Crosstabulation		
Count		
	Ο συνολικός βαθμός ψεύδους	Total

		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δείκτης Μάζας Σώματος	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	<5	<5	8	<5	13
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	<5	5	6	65	<5	80
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	<5	<5	<5	10	<5	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	<5	6	<5	9
	Total	5	8	12	89	6	120

Ο δείκτης μάζας σώματος εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα κατάθλιψης. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ των συμμετεχόντων, τόσο φαίνονται να αυξάνονται και τα ποσοστά κατάθλιψης.

Ο δείκτης μάζας σώματος εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς του Rathus. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ τόσο μειώνεται η διεκδικητική συμπεριφορά των συμμετεχόντων.

Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα εσωστρέφειας/εξωστρέφειας (η βαθμολόγηση για τους εσωστρεφείς συμμετέχοντες αντιστοιχούσε στις αρνητικές κλίμακες, ενώ η εξωστρέφεια στις πιο θετικές). Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο ψυχωτισμός των συμμετεχόντων, τόσο αυξάνεται και η εξωστρέφεια.

Ο νευρωτισμός εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα ψεύδους. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός τόσο μειώνεται το ψεύδος των συμμετεχόντων.

Ο νερωτισμός εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός των συμμετεχόντων, τόσο φαίνονται να αυξάνονται και τα ποσοστά ευαισθησίας στην ανησυχία.

Η κλίμακα εσωστρέφειας/εξωστρέφειας εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική ψυχωτισμού. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η εξωστρέφεια των συμμετεχόντων, τόσο φαίνονται να αυξάνονται και τα ποσοστά ψυχωτισμού.

Η κλίμακα εσωστρέφειας/εξωστρέφειας εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς του Rathus. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η εξωστρέφεια των συμμετεχόντων, τόσο φαίνονται να αυξάνονται και τα ποσοστά διεκδικητικότητας.

Η κλίμακα ψεύδους εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολικό βαθμό νευρωτισμού. Συνεπώς, όσο αυξάνεται το ψεύδος τόσο μειώνεται ο νευρωτισμός των συμμετεχόντων.

Η κλίμακα ψεύδους εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολικό βαθμό κατάθλιψης. Συνεπώς, όσο αυξάνεται το ψεύδος τόσο μειώνεται η κατάθλιψη των συμμετεχόντων.

Η συνολική κλίμακα κατάθλιψης εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τον δείκτη μάζας σώματος. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η κατάθλιψη των συμμετεχόντων, τόσο φαίνεται να αυξάνεται ο ΔΜΣ.

Η κλίμακα κατάθλιψης εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολικό βαθμό ψεύδους. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η κατάθλιψη τόσο μειώνεται το ψεύδος των συμμετεχόντων.

Η συνολική κλίμακα κατάθλιψης εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με την ευαισθησία στην ανησυχία. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η κατάθλιψη των συμμετεχόντων, τόσο φαίνεται να αυξάνεται η ευαισθησία στην ανησυχία.

Η συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με το νευρωτισμό. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η ευαισθησία στην ανησυχία των συμμετεχόντων, τόσο φαίνεται να αυξάνεται ο νευρωτισμός.

Η συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η ευαισθησία στην ανησυχία των συμμετεχόντων, τόσο φαίνεται να αυξάνεται η κατάθλιψη.

Η συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς του Rathus εμφανίζει απλή αρνητική συσχέτιση με τον δείκτη μάζας σώματος. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η διεκδικητικότητα τόσο μειώνεται ο ΔΜΣ των συμμετεχόντων.

Η συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς του Rathus εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με την εσωστρέφεια/εξωστρέφεια. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η διεκδικητικότητα των συμμετεχόντων, τόσο φαίνεται να αυξάνεται η εξωστρέφεια.

Πίνακας 22. Συγκεντρωτικός πίνακας συσχέτισης του ΔΜΣ με όλα τα ψυχολογικά ερωτηματολόγια

Correlations									
		Ο Δεικτης Μαζας Σωματος	Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού του ασθενή	Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμ ού του ασθενή	Ο συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/ εξωστρέφειας	Ο συνολικός βαθμός ψευδους	Η συνολική κλίμακα καταθλιψης του ασθενή	Κλίμακα ευαισθησιας στην ανησυχια του συμμετεχοντ α	Συνολική κλίμακα διεκδικητικ ής συμπεριφορ άς RATHUS του ασθενη
Ο Δεικτης Μαζας Σωματος	Pearson Correlation Sig. (2- tailed)	1	-,079	,039	-,159	-,137	,272**	,004	-,224*
	Sum of Squares and Cross- products	62,628	-5,383	3,000	-11,283	-9,908	17,458	,375	-20,822
	Covariance	,522	-,045	,025	-,095	-,083	,147	,003	-,196
	N	121	120	120	120	120	120	120	107
Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού του ασθενή	Pearson Correlation Sig. (2- tailed)	-,079	1	,144	,187*	-,130	,044	,134	,152
	Sum of Squares and Cross- products	-5,383	73,967	12,000	14,372	-10,355	3,074	15,256	15,037
	Covariance	-,045	,616	,100	,120	-,086	,026	,127	,142
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού του ασθενή	Pearson Correlation Sig. (2- tailed)	,039	,144	1	,173	-,189*	,102	,203*	-,056
		,671	,115		,058	,038	,268	,025	,570

	Sum of Squares and Cross-products	3,000	12,000	94,000	15,000	-17,000	8,000	26,000	-5,888
	Covariance	,025	,100	,783	,125	-,142	,067	,217	-,056
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Ο συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/ εξωστρέφειας	Pearson Correlation	-,159	,187*	,173	1	-,105	-,022	-,035	,308**
	Sig. (2-tailed)	,082	,040	,058		,251	,812	,703	,001
	Sum of Squares and Cross-products	-11,283	14,372	15,000	80,066	-8,752	-1,587	-4,132	31,879
	Covariance	-,095	,120	,125	,667	-,073	-,013	-,034	,301
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Ο συνολικός βαθμός ψευδους	Pearson Correlation	-,137	-,130	-,189*	-,105	1	-,277**	-,028	,050
	Sig. (2-tailed)	,136	,157	,038	,251		,002	,756	,606
	Sum of Squares and Cross-products	-9,908	-10,355	-17,000	-8,752	86,430	-20,950	-3,496	5,047
	Covariance	-,083	-,086	-,142	-,073	,720	-,175	-,029	,048
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Η συνολική κλίμακα καταθλιψης του ασθενή	Pearson Correlation	,272**	,044	,102	-,022	-,277**	1	,281**	-,158
	Sig. (2-tailed)	,003	,632	,268	,812	,002		,002	,104
	Sum of Squares and Cross-products	17,458	3,074	8,000	-1,587	-20,950	66,083	30,174	-14,832
	Covariance	,147	,026	,067	-,013	-,175	,551	,251	-,140
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Κλίμακα ευαισθησίας	Pearson Correlation	,004	,134	,203*	-,035	-,028	,281**	1	-,063

στην ανησυχία του συμμετεχόντα	Sig. (2-tailed)	,969	,142	,025	,703	,756	,002		,517
	Sum of Squares and Cross-products	,375	15,256	26,000	-4,132	-3,496	30,174	174,264	-9,682
	Covariance	,003	,127	,217	-,034	-,029	,251	1,452	-,091
	N	120	121	121	121	121	121	121	107
Συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS του ασθενή	Pearson Correlation	-,224*	,152	-,056	,308**	,050	-,158	-,063	1
	Sig. (2-tailed)	,021	,118	,570	,001	,606	,104	,517	
	Sum of Squares and Cross-products	-20,822	15,037	-5,888	31,879	5,047	-14,832	-9,682	145,850
	Covariance	-,196	,142	-,056	,301	,048	-,140	-,091	1,376
	N	107	107	107	107	107	107	107	107

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τη συνολική κλίμακα κατάθλιψης των συμμετεχόντων εξάγονται τα εξής αποτελέσματα, ενώ στο crosstabs παρατηρούνται πολλές απαντήσεις <5:

(α) Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 55 εξ αυτών διακατέχονται από τη χαμηλότερη κλίμακα κατάθλιψης (-2 και κάτω) ενώ 20 εξ αυτών από ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης (-2 έως -1). Τρία (3) άτομα με Α Βαθμό παχυσαρκίας έχουν έναν μέτριο βαθμό κατάθλιψης και 2 άτομα πολύ (1 έως 2) και πάρα πολύ υψηλό βαθμό (2 και άνω) αντίστοιχα, **(β)** από τα 18 άτομα που αντιμετωπίζουν παχυσαρκία Β Βαθμού, τα περισσότερα (10) διακατέχονται από ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης (-2 έως -1), ενώ 8 δεν διακατέχονται από κατάθλιψη (-2 και κάτω), **(γ)** από ακόμη λιγότερους συμμετέχοντες (13), υπέρβαρους για την ακρίβεια, 11 δεν διακατέχονται από κατάθλιψη (-2 και κάτω).

**Πίνακας 2κ. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με τη συνολική κλίμακα κατάθλιψης των
συμμετεχόντων**

Ο Δεικτης Μάζας Σώματος * Η συνολική κλίμακα καταθλιψης του ασθενή Crosstabulation							
Count		Η συνολική κλίμακα καταθλιψης του ασθενή					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης Μάζας Σώματος	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	11	<5	<5	<5	<5	13
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	55	20	<5	<5	<5	80
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	8	10	<5	<5	<5	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	<5	<5	<5	9
	Total	77	36	<5	<5	<5	120

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τη συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα, ενώ στο crosstabs παρατηρούνται πολλές απαντήσεις <5: **(α)** Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 28 εξ αυτών από τη χαμηλότερη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 και κάτω), ενώ 15 εξ αυτών από ελάχιστο βαθμό ευαισθησία στην ανησυχία (-2 έως -1), 17 άτομα με Α Βαθμό παχυσαρκίας έχουν μία μέτρια κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία και 2 άτομα πολύ (1 έως 2) αντίστοιχα, **(β)** από τα 18 άτομα που αντιμετωπίζουν παχυσαρκία Β Βαθμού, τα περισσότερα (8) διακατέχονται από μηδενική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 και κάτω), 2 από την ελάχιστη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 έως -1), 5 από μία μέτρια κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία, **(γ)** από ακόμη λιγότερους συμμετέχοντες (13), υπέρβαρους για την ακρίβεια, οι 3 δεν διακατέχονται καθόλου στην κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 και κάτω), οι 4 παρουσιάζουν την ελάχιστη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 έως -1), 2 καταλαμβάνονται από υψηλή κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (+1 έως +2), 0 από τη μέγιστη και 2 από υψηλή κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (+1 έως +2), **(δ)** από τα 9 άτομα με Γ Βαθμό παχυσαρκίας, οι 2 καταλαμβάνονται

από υψηλή κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (+1 έως +2), 2 από τη μέτρια κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία, σε 4 άτομα παρατηρείται η ελάχιστη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 έως -1) και σε 1 παρατηρείται η χαμηλότερη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία (-2 και κάτω).

Πίνακας 2λ. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με τη συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία του ασθενή Crosstabulation							
Count							
		Κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία του ασθενή					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης Μάζας	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	<5	<5	<5	<5	13
Σωματος	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	28	15	17	18	<5	80
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	8	<5	5	<5	<5	18
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	<5	<5	<5	9
Total		40	25	28	24	<5	120

Από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τη συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS των συμμετεχόντων, εξάγονται τα εξής αποτελέσματα ενώ στο crosstabs παρατηρούνται πολλές απαντήσεις <5: **(α)** Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (70) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία (ΔΜΣ 30-34.9) και οι 30 εξ αυτών διακατέχονται από μία μέτρια κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (0 έως 1), 15 εξ αυτών από υψηλή κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (1 έως 2), 9 άτομα με Α Βαθμό παχυσαρκίας έχουν το μέγιστο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (2 και άνω), **(β)** από τα 16 άτομα που αντιμετωπίζουν παχυσαρκία Β Βαθμού, τα περισσότερα (8) διακατέχονται από μέτρια κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (0 έως 1), 3 βρίσκονται στο μέσο όρο της κλίμακας διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (-2 έως -1), 3

από τη μέγιστη κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (2 και άνω), 1 από κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (-2 έως -1) και 1 από πολύ υψηλό βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (1 έως 2), (γ) από ακόμη λιγότερους συμμετέχοντες (12), υπέρβαρους για την ακρίβεια, οι 3 διακατέχονται από ελάχιστο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (-2 έως -1), 3 έχουν μέτριο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (0 έως 1), 3 καταλαμβάνονται από υψηλό βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (1 έως 2), 2 από τη μέγιστο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS και 1 βρίσκεται στο μέσο όρο, (δ) από τα 9 άτομα με Γ Βαθμό παχυσαρκίας, οι 4 βρίσκονται στο μέσο όρο της κλίμακας διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (-2 και κάτω), 1 εμφανίζει ελάχιστο βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (-2 έως -1), σε 4 άτομα παρατηρείται μέτριος βαθμό διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS (0 έως +1).

Πίνακας 2μ. Συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με τη συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS των συμμετεχόντων

Ο Δεικτης Μάζας Σωματος * Συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS του ασθενη Crosstabulation							
Count							
		Συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS του ασθενη					Total
		-1 ΩΣ 0 (ΚΑΘΟΛΟΥ)	0-1 (ΕΛΑΧΙΣΤΑ)	-1 ΩΣ -2 (ΜΕΤΡΙΑ)	-2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΟΛΥ)	+2 ΚΑΙ ΚΑΤΩ (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)	
Ο Δεικτης Μάζας Σωματος	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29.9	<5	<5	<5	<5	<5	12
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α ΒΑΘΜΟΥ 30-34.9	6	10	30	15	9	70
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Β ΒΑΘΜΟΥ 35-39.9	<5	<5	8	<5	<5	16
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Γ ΒΑΘΜΟΥ >40	<5	<5	<5	<5	<5	9
	Total	14	15	45	19	14	107

Τα άτομα στα οποία παρατηρήθηκε αλλαγή βάρους 1-5kg, ήταν ένα απειροελάχιστο ποσοστό, της τάξεως του 3.3% . Στο 3.3% επίσης, παρατηρήθηκε αλλαγή βάρους 6-11kg και σε ένα ποσοστό της τάξεως του 2,5% παρατηρήθηκε αλλαγή βάρους 12-22kg.

Πίνακας 2ε. Η αλλαγή του σωματικού βάρους

Η αλλαγή του σωματικού βάρους					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5kg	4	3,3	33,3	33,3
	6-11	4	3,3	33,3	66,7
	12-22	3	2,5	25,0	91,7
	ΚΑΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗ	1	,8	8,3	100,0
	Total	12	9,8	100,0	
Missing	System	110	90,2		
Total		122	100,0		

Φιλοδοξίες/επιτυχίες/αποτυχίες των συμμετεχόντων

Κάποιες από τις φιλοδοξίες των συμμετεχόντων χαρακτηρίζονται πιο ρεαλιστικές ή πιο απλές, καθώς οι φιλοδοξίες πάντα συνδέονται και με άλλα στοιχεία όπως η ηλικία, οι ανάγκες, η οικονομική κατάσταση. Η πλειάδα όσων έδωσαν απάντηση σε αυτό το ερώτημα, για την ακρίβεια το 10,7%, φιλοδοξεί την επαγγελματική αποκατάστασή του ή και την αναβάθμιση ακόμη της ήδη υπάρχουσας θέσης του. Το 3,3%, εκτός από την παράμετρο «πολλές φιλοδοξίες», σημειώνεται και στην περίπτωση που το άτομο φιλοδοξεί στη δημιουργία μιας ευτυχισμένης οικογένειας.

Πίνακας 3α. Οι φιλοδοξίες των υποκειμένων

Οι φιλοδοξίες των υποκειμένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΟΓΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ/ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	1	,8	3,6	3,6
	ΚΑΛΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ/ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	4	3,3	14,3	17,9
	ΑΥΟΓΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ/ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ& ΚΑΛΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ/ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1	,8	3,6	21,4

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ / ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΘΕΣΗΣ	13	10,7	46,4	67,9
	ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	1	,8	3,6	71,4
	ΕΠΠΑΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	2	1,6	7,1	78,6
	ΑΓΟΡΑ ΑΚΡΙΒΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ Ή ΑΚΙΝΗΤΩΝ	1	,8	3,6	82,1
	ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑΣ	1	,8	3,6	85,7
	ΠΟΛΛΕΣ ΦΙΛΟΛΟΞΙΕΣ	4	3,3	14,3	100,0
	Total	28	23,0	100,0	
Missing	System	94	77,0		
Total		122	100,0		

Σχετικά με τις επιτυχίες που έχουν σημειωθεί μέχρι τη δεδομένη χρονική στιγμή από τους συμμετέχοντες, για το 5,7% είναι η επαγγελματική αποκατάστασή τους και για το 4,1% η δημιουργία μιας όμορφης οικογένειας. Από ένα μικρότερο ποσοστό (2,5%) σημειώθηκαν επιτυχίες σε κάποιους γραπτούς διαγωνισμούς προς πρόσληψή τους, κάποιες γραπτές εξετάσεις κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ή και διακρίσεις σε κάποιο άθλημα.

Πίνακας 3β. Οι επιτυχίες των υποκειμένων

Οι επιτυχίες των υποκειμένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ/ΑΝΟΔΟ	7	5,7	30,4	30,4
	ΕΝΑΝ ΠΕΤΥΧΗΜΕΝΟ ΓΑΜΟ/ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	5	4,1	21,7	52,2
	ΑΓΟΡΑ ΚΙΝΗΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ	1	,8	4,3	56,5
	ΝΑ ΒΟΗΘΑ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ	1	,8	4,3	60,9
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	2	1,6	8,7	69,6
	ΕΝΑΝ ΠΕΤΥΧΗΜΕΝΟ ΓΑΜΟ/ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	1	,8	4,3	73,9

	ΕΠΙΤΥΧΙΕΣ ΣΕ ΓΡΑΠΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ/ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥΣ&ΣΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ	3	2,5	13,0	87,0
	ΕΠΙΤΥΧΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ	2	1,6	8,7	95,7
	ΕΝΑΝ ΠΕΤΥΧΗΜΕΝΟ ΓΑΜΟ/ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ & ΑΓΟΡΑ ΚΙΝΗΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ	1	,8	4,3	100,0
	Total	23	18,9	100,0	
Missing	System	99	81,1		
Total		122	100,0		

Ένα στοιχείο στο οποίο σημειώθηκε μεγάλος αριθμός μη απαντημένων ερωτήσεων ήταν οι αποτυχίες των συμμετεχόντων, με τη μεγαλύτερη αποτυχία (4,1%) στις προσωπικές και φιλικές σχέσεις, καθώς οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι δύσκολο το "χτίσιμο" των σχέσεων πλέον. Αποτυχία για το 1,6% είναι η μη επαγγελματική αποκατάστασή τους στον τομέα που σπούδασαν ή σε κάποιον άλλον.

Πίνακας 3γ. Οι αποτυχίες των υποκειμένων

Οι αποτυχίες των υποκειμένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ ΣΕ ΓΡΑΠΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ/ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥΣ	1	,8	7,1	7,1
	ΜΗ ΚΑΛΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ	1	,8	7,1	14,3
	ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ/ΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	5	4,1	35,7	50,0
	ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ ΣΕ ΓΡΑΠΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ/ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥΣ & ΜΗ ΚΑΛΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ	1	,8	7,1	57,1
	ΜΗ ΣΤΑΘΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΧΕΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	2	1,6	14,3	71,4
	ΘΑΝΑΤΟΣ 1 ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	1	,8	7,1	78,6
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	2	1,6	14,3	92,9
	Η ΜΗ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ	1	,8	7,1	100,0

	Total	14	11,5	100,0	
Missing	System	108	88,5		
Total		122	100,0		

Η συντριπτική πλειοψηφία, το 77% για την ακρίβεια, δεν έχει κάποιο λόγο για λήψη βιταμινών ή ιχνοστοιχείων, ενώ για το ελάχιστο 1,6% είναι αναγκαία η λήψη τους.

Πίνακας 4. Λήψη βιταμινών ή ιχνοστοιχείων

Λήψη βιταμινών ή ιχνοστοιχείων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,6	2,1	3,1
	OXI	94	77,0	96,9	100,0
	Total	97	79,5	100,0	
Missing	System	25	20,5		
Total		122	100,0		

Φαρμακευτική αγωγή των συμμετεχόντων

Από το σύνολο των συμμετεχόντων υπήρξε ένα 20,5% που προτίμησε να μη δώσει απάντηση ως προς την ανάγκη λήψης κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Από το σύνολο όσων έλαβαν μέρος στο συγκεκριμένο ερώτημα, το 18% έδωσε θετική απάντηση, ενώ για το μεγαλύτερο ποσοστό (60,7%) η απάντηση ήταν αρνητική.

Πίνακας 5α. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	22	18,0	22,7	23,7
	OXI	74	60,7	76,3	100,0
	Total	97	79,5	100,0	
Missing	System	25	20,5		
Total		122	100,0		

Η συνηθέστερη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται από την πλειάδα των συμμετεχόντων είναι ο συνδυασμός SERETIPE & IMIGRAN (1,6%) και σπρέι Κορτιζόνης (1,6%) αντίστοιχα. Ορισμένοι ελάχιστοι ασθενείς (0,8%) λαμβάνουν καθημερινώς T4 (διαφόρων mg) για παθήσεις του θυρεοειδή μαζί με κάποια αντιβίωση ή διουρητικά ή ακόμη και μόνο T4. Τέλος από ένα πολύ μικρό ποσοστό συμμετεχόντων (0,8%) λαμβάνεται ως φαρμακευτική αγωγή ο συνδυασμός TABLON & VOSCOPAN και αντιπηκτικά.

Πίνακας 5β. Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες

Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SERETIPE & IMIGRAN	2	1,6	20,0	20,0
	ΣΠΡΕΙ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ	2	1,6	20,0	40,0
	T4+ANTIBIΩΣΗ	1	,8	10,0	50,0
	T4 & ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ	1	,8	10,0	60,0
	ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ & ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ	1	,8	10,0	70,0
	ΑΝΤΙΠΗΠΤΗΚΑ	1	,8	10,0	80,0
	T4	1	,8	10,0	90,0
	TABLON & VOSCOPAN	1	,8	10,0	100,0
	Total	10	8,2	100,0	
Missing	System	112	91,8		
Total		122	100,0		

Μεταξύ των πιο συνηθισμένων αιτιών που κάποια άτομα λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, είναι η πίεση, η χοληστερόλη, η υπέρταση, οι κίρσοι, αλλά πιο συνηθισμένη είναι ο υπερθυρεοειδισμός. Με βάση το 4,1% του συνόλου που απάντησε σε αυτό το ερώτημα, ο υπερθυρεοειδισμός εμφανίστηκε είτε από γενετικά αίτια, είτε από τον υπερβολικά αγχώδη τρόπο ζωής. Για το 1,6% η υπέρταση και οι κίρσοι είναι λόγοι που οδηγούν σε λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Η πίεση σε συνδυασμό με σάκχαρο και χοληστερόλη, η υψηλή ολική

χοληστερόλη, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι λόγοι που οδηγούν σε λήψη φαρμακευτικής αγωγής για κάθε ποσοστό της τάξεως του 0,8%.

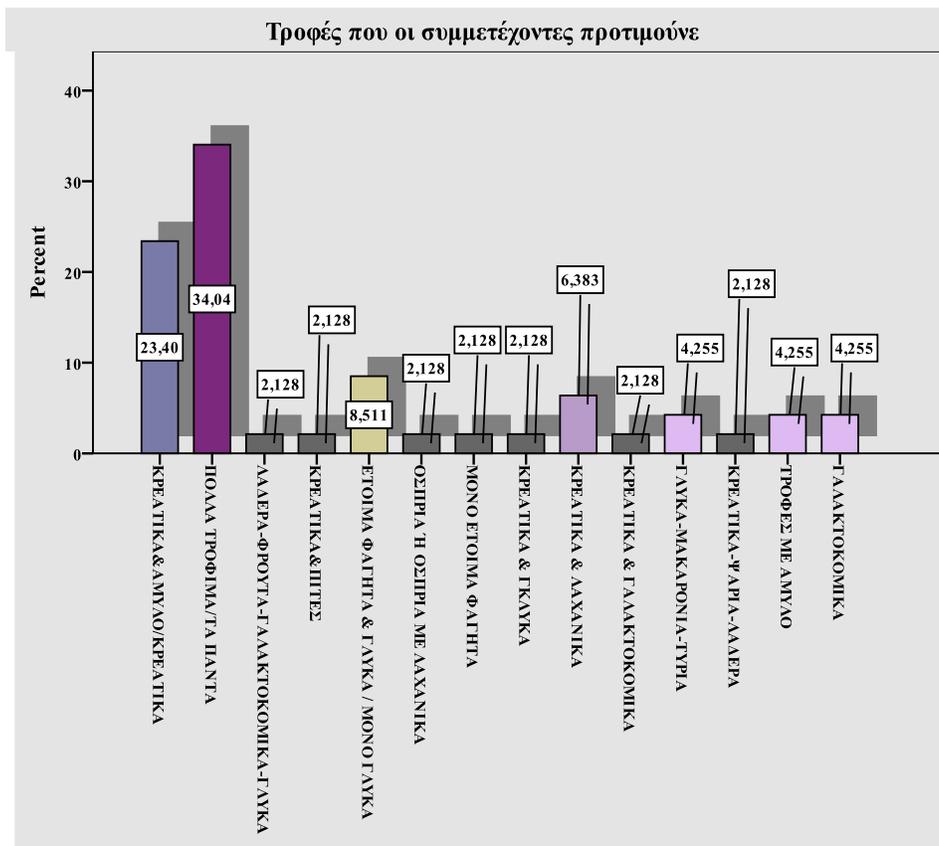
Πίνακας 5ε. Ο λόγος που οι συμμετέχοντες λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή

Ο λόγος που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες αυτή τη φαρμακευτική αγωγή					
		Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulati ve Percent
Valid	ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	5	4,1	38,5	38,5
	ΠΙΕΣΗ&ΖΑΚΧΑΡΟ&ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	1	0,8	7,7	46,2
	ΥΨΗΛΗ ΟΛΙΚΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	1	0,8	7,7	53,8
	ΥΠΕΡΤΑΣΗ & ΚΙΡΣΟΙ	2	1,6	15,4	69,2
	ΠΙΕΣΗ	1	0,8	7,7	76,9
	ΥΠΕΡΤΑΣΗ & ΣΑΚΧΑΡΟ & ΚΑΡΔΙΑ	1	0,8	7,7	84,6
	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	1	0,8	7,7	92,3
	ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΡΟΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	1	0,8	7,7	100,0
	Total	13	10,7	100,0	
	Missing	System	109	89,3	
Total		122	100,0		

Διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων

Οι τροφές στις οποίες φαίνεται έντονη η προτίμηση, όσων από τους συμμετέχοντες απάντησαν, είναι πολλές και κάποιες φορές όλες οι τροφές ανεξαιρέτως (34,04%) έτσι ώστε να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τον οργανισμό. Από ένα μικρότερο ποσοστό (23.4%) η έντονη προτίμηση σημειώνεται για γεύματα στα οποία συνδυάζεται κάποιο κρεατικό με άμυλο ή μόνο για κρεατικά. Ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (8.51%) δείχνει προτίμηση σε μη μαγειρευτά φαγητά και γλυκά. Για κάποια ακόμη μικρότερα ποσοστά συμμετεχόντων, σημειώνεται προτίμηση σε λαχανικά και κρεατικά, γαλακτοκομικά που συνοδεύουν κάποιο κρέας ή και σκέτα γαλακτοκομικά (περισσότερο στο πρωινό), λαδερά και ψάρια.

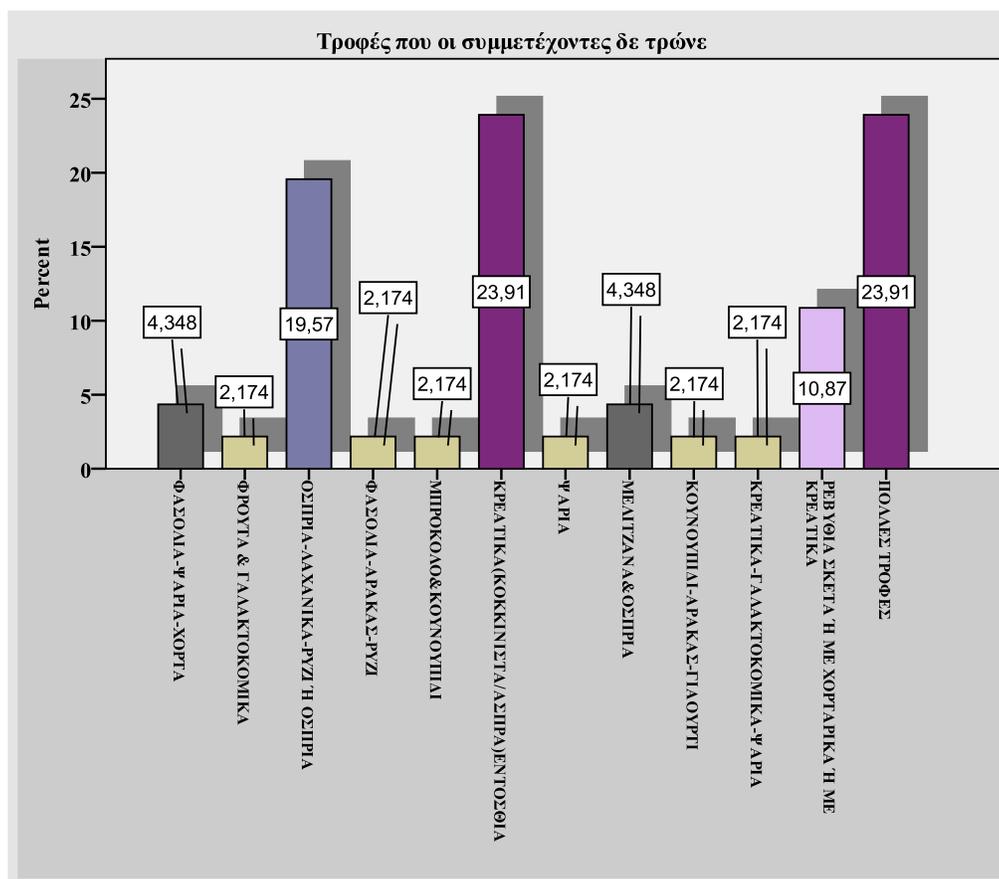
Σχήμα1α. Τροφές που οι συμμετέχοντες προτιμούνε



Είναι πολλές οι τροφές που δεν συγκαταλέγονται στις προτιμήσεις των ερωτηθέντων και στην πρώτη θέση βρίσκονται τα κρεατικά που μαγειρεύονται με ανθυγιεινό τρόπο ή που περιέχουν εντόσθια (23.9%). Με ελαφρώς μικρότερη διαφορά (19.57%) τα όσπρια, τα λαχανικά

(ειδικότερα το μπρόκολο και το κουνουπίδι) και το ρύζι είναι επίσης τροφές που δεν συγκαταλέγονται στις αγαπημένες των συμμετεχόντων. Ακόμη για ένα 10.87% τα ρεβίθια, μαγειρεμένα σε οποιαδήποτε μορφή, δεν ανήκουν στις τροφές που προτιμώνται από τους συμμετέχοντες.

Σχήμα 1β. Τροφές που οι συμμετέχοντες δεν τρώνε



Με βάση τα αποτελέσματα του παρακάτω σχήματος, το 95.24% των συμμετεχόντων δεν ταλαιπωρείται από κάποια τροφική αλλεργία.

Σχήμα 2α. Αν οι συμμετέχοντες έχουν τροφικές αλλεργίες



Το μεγαλύτερο μερίδιο των συμμετεχόντων που έλαβε μέρος σε αυτή την ερώτηση (21,3%) ζει μαζί με άλλα τρία άτομα στο σπίτι και συγκεκριμένα με τους γονείς και τον/την αδερφό/ή ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας συμμετέχοντες με τον/τη σύζυγο και τα παιδιά τους. Για το 11,5% ο συνολικός αριθμός ατόμων στο σπίτι είναι δύο. Το 10,7% είναι συμμετέχοντες που μένουν με κάποιο σύντροφο ή τον/τη σύζυγο τους ή συγκατοικούν με κάποιο άλλο άτομο, ενώ ελάχιστοι (7,4%) μένουν μόνοι τους (συνήθως σπουδαστές).

Πίνακας 6. Αριθμός ατόμων που μένουν στο σπίτι του συμμετέχοντα

Αριθμός ατόμων στο σπίτι του συμμετέχοντα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ	9	7,4	13,4	13,4
	ΔΥΟ ΑΤΟΜΑ	14	11,5	20,9	34,3
	ΤΡΕΙΑ ΑΤΟΜΑ	13	10,7	19,4	53,7
	ΤΕΣΣΕΡΑ ΑΤΟΜΑ	26	21,3	38,8	92,5
	5 ΑΤΟΜΑ	4	3,3	6,0	98,5
	> 5 ΑΤΟΜΑ	1	,8	1,5	100,0
	Total		67	54,9	100,0
Missing	System	55	45,1		
Total		122	100,0		

Τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα αφορούν το αν μαγειρεύει κάποιος στο σπίτι ή οι συμμετέχοντες καταφεύγουν σε γεύματα μη σπιτικά. Για τους περισσότερους συμμετέχοντες (35.2%) είναι σημαντικό που μαγειρεύουν οι ίδιοι ενώ για ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό υπάρχει κάποιος άλλος που αναλαμβάνει (9,0%). Ωστόσο, υπάρχει και ένα 7,4% που συνήθως καταφεύγει σε μη σπιτικό φαγητό γιατί δεν υπάρχει κάποιος στο σπίτι που να μαγειρεύει. Σε ελάχιστες περιπτώσεις (2.5%) μαγειρεύουν δύο άτομα στο σπίτι.

Πίνακας 7. Τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη παρασκευή των γευμάτων

Πόσα είναι τα άτομα από το σπίτι που μαγειρεύουν					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ	43	35,2	65,2	65,2
	ΚΑΝΕΝΑΣ	9	7,4	13,6	78,8
	ΔΥΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΝΟΙΚΟΥΣ	3	2,5	4,5	83,3
	ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ	11	9,0	16,7	100,0
	Total	66	54,1	100,0	
Missing	System	56	45,9		
Total		122	100,0		

Για τους περισσότερους που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση (14,8%), τα καθημερινά γεύματα είναι τρία, ενώ για ορισμένους από τους συμμετέχοντες τα βασικά καθημερινά γεύματα είναι τέσσερα (13,9%) ή μόνο ένα (13,9%). Δύο γεύματα μόνο σε καθημερινή βάση είναι απαραίτητα για το 9,0%, ενώ τέλος πέντε ή και περισσότερα γεύματα καθημερινώς είναι αναγκαία για το 4,1%.

Πίνακας 8α. Ο αριθμός γευμάτων των συμμετεχόντων

Ο αριθμός γευμάτων των συμμετεχόντων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΥΟ ΓΕΥΜΑΤΑ	11	9,0	15,3	15,3
	ΤΡΙΑ ΓΕΥΜΑΤΑ	18	14,8	25,0	40,3
	ΕΝΑ ΜΟΝΟ ΓΕΥΜΑ	17	13,9	23,6	63,9

	ΤΕΣΣΕΡΑ ΓΕΥΜΑΤΑ	17	13,9	23,6	87,5
	ΠΕΝΤΕ Η ΞΕΙ ΓΕΥΜΑΤΑ	5	4,1	6,9	94,4
	ΠΟΤΕ 3 ΠΟΤΕ 4 ΓΕΥΜΑΤΑ	2	1,6	2,8	97,2
	2-3 ΓΕΥΜΑΤΑ ΑΝΑΛΟΓΩΣ	2	1,6	2,8	100,0
	Total	72	59,0	100,0	
Missing	System	50	41,0		
Total		122	100,0		

Πολύ θετικό ως αποτέλεσμα είναι το γεγονός ότι από ένα υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (21,3%) κανένα από τα καθημερινά γεύματα δεν λαμβάνεται εκτός σπιτιού, ενώ από το 18,0% ένα μόνο γεύμα καθημερινά ή κάποιες ημέρες της εβδομάδας λαμβάνεται εκτός σπιτιού. Το 3,3% λαμβάνει το βραδινό του κάποιες ημέρες της εβδομάδας, επίσης δε και κάποιο άλλο γεύμα 2-4 φορές την εβδομάδα, εκτός σπιτιού.

Πίνακας 8β. Τα γεύματα των συμμετεχόντων εκτός σπιτιού

Τα γεύματα που τρώνε οι συμμετέχοντες εκτός σπιτιού					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ή >1 ΑΠΟ ΤΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ/ΣΧΕΛΟΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	22	18,0	35,5	35,5
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΒΡΑΔΥ	4	3,3	6,5	41,9
	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	2	1,6	3,2	45,2
	ΠΡΟΓΕΥΜΑ/ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ	1	,8	1,6	46,8
	2-4 ΦΟΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	4	3,3	6,5	53,2
	1 ΦΟΡΑ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	1	,8	1,6	54,8
	ΚΑΝΕΝΑ	26	21,3	41,9	96,8
	ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ/ΣΠΑΝΙΑ	2	1,6	3,2	100,0
	Total	62	50,8	100,0	
Missing	System	60	49,2		
Total		122	100,0		

Η συχνότητα με την οποία λαμβάνονται τα καθημερινά γεύματα κυμαίνεται μεταξύ 7 βαθμίδων οι οποίες έχουν ως εξής: β1: 0 φορές, β2: 2 φορές εβδομαδιαίως, β3: 3-4 φορές εβδομαδιαίως, β4: 5 φορές εβδομαδιαίως, β5: καθημερινά, β6: 1 φορά εβδομαδιαίως και β7: 6 μέρες εβδομαδιαίως. Η συχνότητα λοιπόν που οι συμμετέχοντες λαμβάνουν το πρόγευμά τους είναι με Μ.Ο. 4,22 που σημαίνει πέντε φορές εβδομαδιαίως, ενώ το μεσημεριανό δεν παραλείπεται καμία ημέρα (Μ.Ο. 4,70). Όσο αφορά το βραδινό επίσης δεν παραλείπεται καμία ημέρα, ενώ κάποιο ενδιάμεσο γεύμα, όπως δεκατιανό ή απογευματινό, λαμβάνεται από τους συμμετέχοντες πέντε φορές εβδομαδιαίως (Μ.Ο. 4,36).

Πίνακας 8γ. Συχνότητα που οι συμμετέχοντες λαμβάνουν τρία βασικά γεύματα και ένα ενδιάμεσο

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Η συχνότητα που οι συμμετέχοντες παίρνουν πρόγευμα	68	1	7	4,22	1,573
Η συχνότητα που οι συμμετέχοντες παίρνουν το μεσημεριανό τους γεύμα	70	1	7	4,70	1,121
Η συχνότητα που οι συμμετέχοντες παίρνουν το βραδινό τους γεύμα	69	1	7	4,61	1,166
Η συχνότητα που οι συμμετέχοντες παίρνουν κάποιο άλλο γεύμα	28	1	6	4,36	1,283
Valid N (listwise)	28				

Για τη συντριπτική πλειοψηφία 37,7% των ατόμων που συμμετείχαν σε αυτό το ερώτημα, για το πιο κατάλληλο μέρος για το πρόγευμα είναι ο χώρος του σπιτιού, ενώ για το 5,7% είναι κάποια καφετέρια ή κάποιο εστιατόριο. Για κάποια μικρά ποσοστά των συμμετεχόντων, όπως π.χ για το 3,3% κάποιες φορές το πρόγευμα είναι αναγκαίο να λαμβάνεται σε κάποιον χώρο

εκτός σπιτιού (επαγγελματικοί λόγοι) και κάποιες άλλες φορές στον χώρο του σπιτιού. Τέλος για το ελάχιστο ποσοστό συμμετεχόντων, το 1,6% δηλ., το κατάλληλο μέρος για να παίρνει το πρόγευμά του είναι ο χώρος εργασίας.

Πίνακας 9α. Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το πρωινό τους

Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το πρόγευμα τους					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΝΤΑ ΣΠΙΤΙ	46	37,7	78,0	78,0
	ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	2	1,6	3,4	81,4
	ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΚΑΦΕ/ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ	7	5,7	11,9	93,2
	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΠΙΤΙΚΑΚΟΙΕΣ ΕΞΩ	4	3,3	6,8	100,0
	Total	59	48,4	100,0	
Missing	System	63	51,6		
Total		122	100,0		

Από το σύνολο των ατόμων που απάντησε σε αυτό το ερώτημα το 39,3% προτιμά να παίρνει το μεσημεριανό γεύμα κάθε μέρα στον χώρο του σπιτιού, ενώ αρκετά λιγότεροι (7,4%) ορισμένες ημέρες παίρνουν το μεσημεριανό τους γεύμα σε κάποιον άλλο χώρο εκτός σπιτιού (ανάλογα με τις υποχρεώσεις τους). Λόγω εργασιακού ωραρίου, από το 4,9% το μεσημεριανό γεύμα λαμβάνεται μόνο στον χώρο εργασίας και από το υπόλοιπο 0,8% σε κάποια φοιτητική λέσχη.

Πίνακας 9β. Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το μεσημεριανό τους

Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το μεσημεριανό τους					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΝΤΑ ΣΠΙΤΙ	48	39,3	71,6	71,6
	ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1	,8	1,5	73,1
	ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	6	4,9	9,0	82,1
	ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΚΑΦΕ/ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ	3	2,5	4,5	86,6
	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΠΙΤΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΕΞΩ	9	7,4	13,4	100,0
	Total	67	54,9	100,0	

Missing	System	55	45,1		
Total		122	100,0		

Το βραδινό αποτελεί ένα ακόμη γεύμα, το οποίο η πλειάδα (32%) προτιμά να παίρνει στον χώρο του σπιτιού, ενώ το 13,1% μερικές φορές παίρνει το βραδινό γεύμα κάπου έξω (σε κάποιο εστιατόριο ή σε κάποιο άλλο σπίτι) και τις υπόλοιπες φορές στον χώρο του σπιτιού. Για το 6,6% ο μοναδικός χώρος που λαμβάνεται το βραδινό γεύμα είναι κάποιο καφέ ή εστιατόριο (ή ακόμη και κάπου με έτοιμα φαγητά), ενώ για το 1,6%, λόγω εργασιακού ωραρίου, το βραδινό γεύμα λαμβάνεται μόνο στον χώρο εργασίας.

Πίνακας 9γ. Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το βραδινό τους

Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν το βραδινό τους					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΝΤΑ ΣΠΙΤΙ	39	32,0	59,1	59,1
	ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1	,8	1,5	60,6
	ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	2	1,6	3,0	63,6
	ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΚΑΦΕ/ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ	8	6,6	12,1	75,8
	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΠΙΤΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΕΞΩ	16	13,1	24,2	100,0
	Total	66	54,1	100,0	
Missing	System	56	45,9		
Total		122	100,0		

Κατά τη διάρκεια της ημέρας μεσολαβούν ορισμένα άλλα γεύματα όπως το δεκατιανό ή το απογευματινό (συνήθως φρούτα ή κάποιο σνακ) τα οποία το 8,2% παίρνει πάντα στο σπίτι, ενώ με ελάχιστη διαφορά το 6,6% λαμβάνει σε κάποιο καφέ. Το 4,1% προτιμάει να παίρνει το δεκατιανό ή το απογευματινό γεύμα ή και τα δύο ορισμένες φορές στο σπίτι και ορισμένες (λόγω υποχρεώσεων) σε κάποιον άλλο χώρο. Τέλος το 2,5% προτιμάει να παίρνει τα ενδιάμεσα γεύματα ή κάποιο από τα ενδιάμεσα γεύματα στον χώρο εργασίας.

Πίνακας 9δ. Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν κάποιο άλλο γεύμα

Το μέρος που οι συμμετέχοντες παίρνουν κάποιο άλλο γεύμα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΝΤΑ ΣΠΗΤΙ	10	8,2	38,5	38,5
	ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3	2,5	11,5	50,0
	ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΚΑΦΕ	8	6,6	30,8	80,8
	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΠΗΤΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΕΞΩ	5	4,1	19,2	100,0
	Total	26	21,3	100,0	
Missing	System	96	78,7		
Total		122	100,0		

Ως το πιο σημαντικό στοιχείο στα γεύματα του 9,8% του συνόλου των ατόμων που απάντησε σε αυτό το ερώτημα χαρακτηρίζεται ο τρόπος μαγειρέματος, ενώ ακολουθούν με 7,4% ο τρόπος σερβιρίσματος και ο συνδυασμός: του τρόπου μαγειρέματος με τα συνοδευτικά/γαρνιτούρες (και ποτά), τις πλούσιες μερίδες και την καλή παρέα ή τους καλούς φίλους. Οι πλούσιες μερίδες χαρακτηρίζεται ως το πιο σημαντικό στοιχείο μόνο από ένα μικρό ποσοστό 4,9% του συνόλου των απαντήσεων. Από ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό 4,1%, ως σημαντικότερο στοιχείο των γευμάτων χαρακτηρίζεται ο τρόπος μαγειρέματος σε συνδυασμό με την καλή παρέα ή τους καλούς φίλους. Για ακόμη μικρότερα ποσοστά των συμμετεχόντων σε αυτό το ερώτημα 3,3% και 2,5% αντιστοίχως τα σημαντικότερα στοιχεία για τα γεύματα είναι ο συνδυασμός: (α) του τρόπου μαγειρέματος με τις πλούσιες μερίδες και (β) του τρόπου μαγειρέματος με τις πλούσιες μερίδες, τα συνοδευτικά και ένα άτομο που να μαγειρεύει.

Πίνακας 10. Τα σημαντικότερα στοιχεία στα γεύματα των συμμετεχόντων

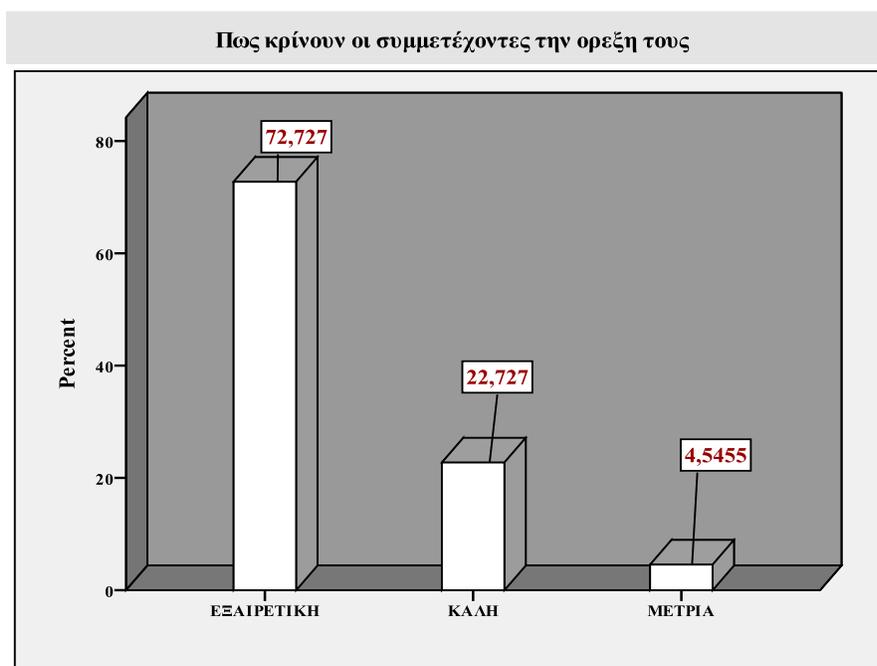
Τα σημαντικότερα στοιχεία στα γεύματα σας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΤΡΟΠΟΣ ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑΤΟΣ	9	7,4	15,0	15,0

ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ	12	9,8	20,0	35,0
ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ/ΓΑΡΝΙΤΟΥΡΕΣ / ΠΟΤΑ	1	,8	1,7	36,7
ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ	6	4,9	10,0	46,7
ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ	1	,8	1,7	48,3
ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ/ΓΑΡΝΙΤΟΥΡΕΣ /ΠΟΤΑ &ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ, ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ	9	7,4	15,0	63,3
ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΑ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ	1	,8	1,7	65,0
ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ/ΓΑΡΝΙΤΟΥΡΕΣ / ΠΟΤΑ, ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΑ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ	3	2,5	5,0	70,0
ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ	4	3,3	6,7	76,7
ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ	1	,8	1,7	78,3
ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΑ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ	1	,8	1,7	80,0
ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ	5	4,1	8,3	88,3
ΤΡΟΠΟΣ ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑΤΟΣ & ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ	2	1,6	3,3	91,7
ΤΡΟΠΟΣ ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑΤΟΣ & ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ& ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ & ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΑ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ	2	1,6	3,3	95,0

	ΤΡΟΠΟΣ ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑΤΟΣ & ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ & ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ & ΚΑΛΗ ΠΑΡΕΑ/ΦΙΛΟΙ	1	,9	2,7	97,7
	ΤΡΟΠΟΣ ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑΤΟΣ& ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΜΕΡΙΔΕΣ& ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΑ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ	1	,8	1,7	100,0
	Total	60	49,2	100,0	
Missin g	System	62	50,8		
Total		122	100,0		

Όσο αφορά το ερώτημα που τέθηκε στους συμμετέχοντες "πως είναι η όρεξη σας" , από τη συντριπτική πλειοψηφία 72,72% κρίνεται ως εξαιρετική, ενώ αντιθέτως από το ελάχιστο 4,54% κρίνεται μέτρια. Ωστόσο υπάρχει και ένα 22,72% όπου θεωρεί ότι η όρεξη για φαγητό είναι σε καλό επίπεδο.

Σχήμα 3. Η όρεξη των συμμετεχόντων



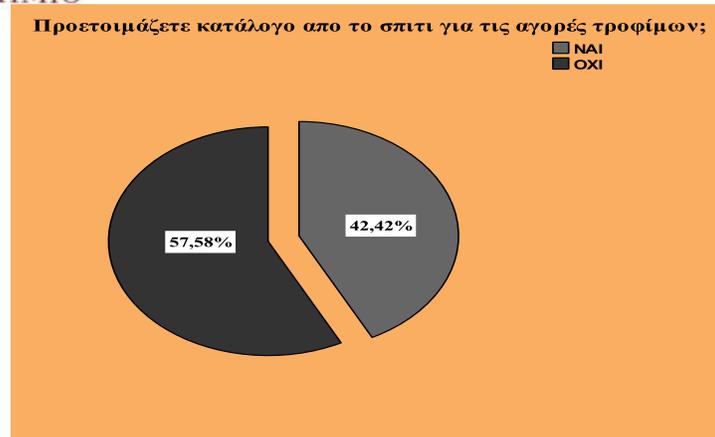
Από όσους απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα του πίνακα 11, το 15,6% θεωρεί ότι είναι καλύτερο να αγοράζουν εκείνοι τα τρόφιμα, ενώ το 4,9% θεωρεί ότι είναι καλύτερα να φροντίζει για την αγορά τροφίμων κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Περιπτώσεις που όλα ή τα περισσότερα μέλη της οικογένειας φροντίζουν για την αγορά τροφίμων αντιστοιχούν μόνο στο 2,5% των απαντήσεων. Ωστόσο, υπάρχουν και οικογένειες (1,6%) που μοιράζουν την αγορά τροφίμων και ορισμένες φορές είναι υποχρέωση του συμμετέχοντα ενώ κάποιες άλλες υποχρέωση ενός άλλου μέλους της οικογένειας.

Πίνακας 11. Τα μέλη της οικογένειας που αγοράζουν τα τρόφιμα

Ποιος από τα μέλη της οικογένειας αγοράζει τα τρόφιμα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑΣ	19	15,6	63,3	63,3
	ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	6	4,9	20,0	83,3
	ΠΟΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΑΖΙ	3	2,5	10,0	93,3
	ΠΟΤΕ Ο ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑΣ ΠΟΤΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ	2	1,6	6,7	100,0
	Total	30	24,6	100,0	
Missing	System	92	75,4		
Total		122	100,0		

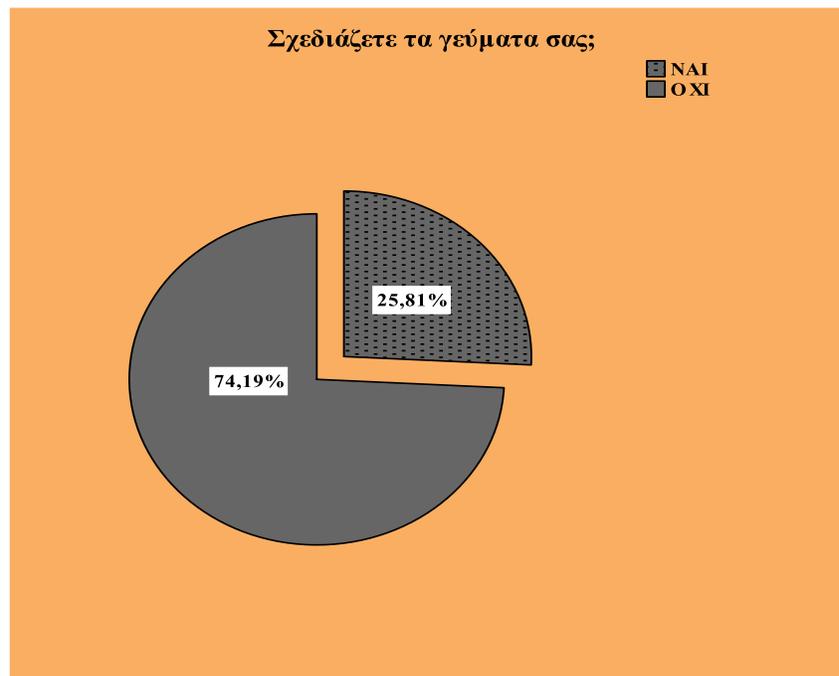
Η προετοιμασία καταλόγου από το σπίτι, όταν πρόκειται για αγορές τροφίμων, πραγματοποιείται από το 57,58%, δεν πραγματοποιείται από το 42,4%.

Σχήμα 4. Προετοιμασία καταλόγου από το σπίτι για τις αγορές τροφίμων



Ο σχεδιασμός των καθημερινών γευμάτων πραγματοποιείται από το 74,19% των ερωτηθέντων που απάντησαν, σε αντίθεση με το 25,81% που δεν προβαίνει στον σχεδιασμό αυτόν.

Σχήμα 5. Σχεδιασμός των γευμάτων των συμμετεχόντων



Η συχνότητα που (58) άτομα από το σύνολο των συμμετεχόντων, προτιμούνε το κρέας βραστό είναι ανάλογα των περιστάσεων όπως και το κρέας ψητό στο grill. Από (60) άτομα

φαίνεται η σπάνια προτίμηση προς το τηγανητό κρέας, ενώ (59) άτομα προτιμούν να καταναλώνουν ψητό κρέας σε τακτά χρονικά διαστήματα και από (57) άτομα φαίνεται ότι το κρέας στον ατμό και αντίστοιχα στο φούρνο καταναλώνεται πολύ σπάνια. Όσο αφορά το ωμό κρέας, από τη πλειάδα των συμμετεχόντων δε καταναλώνεται ποτέ.

Πίνακας 12α. Συχνότητα των διάφορων μεθόδων μαγειρέματος του κρέατος

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το βραστό κρέας	58	1	4	2,26	1,101
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το τηγανητό κρέας	60	1	9	2,65	1,287
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το ψητό κρέας	59	1	4	1,31	,749
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το κρέας στον ατμό	57	1	4	3,54	,946
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το ψητό κρέας στο grill	58	1	4	2,17	1,062
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το κρέας στο φουρνο μικροκυμάτων	57	1	4	3,54	1,001
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μέθοδο μαγειρέματος το ωμό κρέας	54	2	4	3,85	,492
Valid N (listwise)	54				

Η συχνότητα προτίμησης της πλειάδας των συμμετεχόντων (59) βρίσκεται στα ωμά και τα βραστά λαχανικά, με συχνή και περιστασιακή κατανάλωση. Από 58 άτομα, περιστασιακή επίσης κατανάλωση γίνεται σε ψητά λαχανικά και από 57 άτομα γίνεται κατανάλωση

λαχανικών στον ατμό σε πιο σπάνια συχνότητα. Τα τηγανητά λαχανικά, χρησιμοποιούνται από 56 άτομα, αλλά σε πολύ αραιά χρονικά διαστήματα. Όσο αφορά το μαγείρεμα λαχανικών στο grill και στον φούρνο δεν προτιμάται ποτέ, τουλάχιστον από την πλειάδα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12β. Συχνότητα διαφόρων μεθόδων κατανάλωσης των λαχανικών

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα βραστά λαχανικά	59	1	4	2,17	1,101
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα τηγανητά λαχανικά	56	2	4	3,50	,688
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα ψητά λαχανικά	58	1	4	2,71	1,076
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα λαχανικά στον ατμό	57	1	4	3,46	,908
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα ψητά λαχανικά στο grill	55	1	4	3,64	,729
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα λαχανικά στο φουρνο μικροκυματων	55	2	4	3,85	,448
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε ως μεθοδο μαγειρέματος τα ωμά λαχανικά	59	1	5	1,63	1,049
Valid N (listwise)	54				

Οι επιλογές των ατόμων που απάντησαν στο ερώτημα ως προς τα κατάλληλα υλικά για τον τρόπο μαγειρέματος, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα, είναι ποικίλες, με το ελαιόλαδο να κυριαρχεί στην πρώτη θέση καθώς χρησιμοποιείται από το 44,3%. Το επόμενο

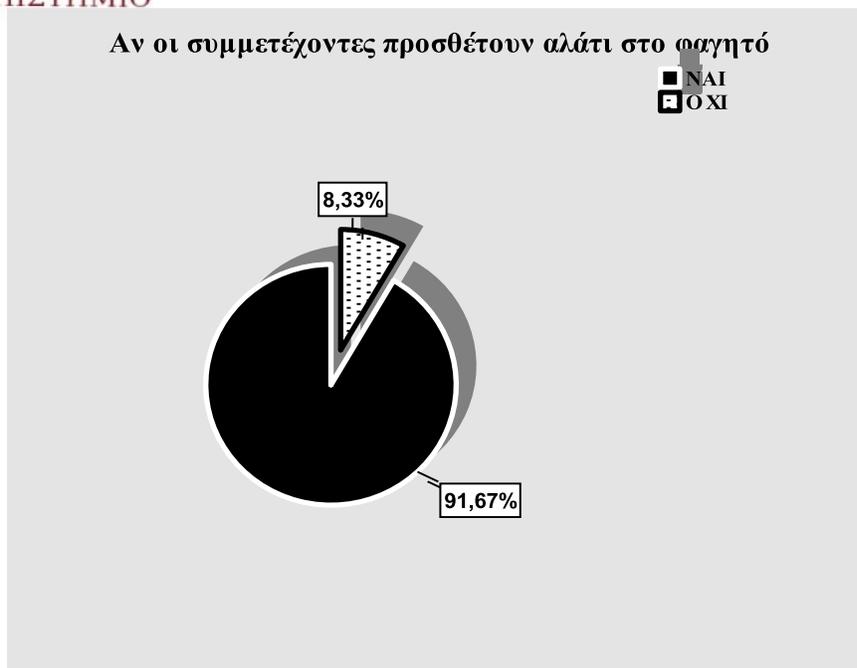
υλικό στην προτίμηση των συμμετεχόντων για τον τρόπο παρασκευής των γευμάτων είναι το βούτυρο (3,3%) ενώ ακολουθούν το χοιρινό λίπος και άλλα έλαια (1,6%) και η μαργαρίνη (0,8%).

Πίνακας 13. Υλικά για τη παρασκευή γευμάτων

Τρόπος μαγειρέματος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ	54	44,3	83,1	83,1
	ΒΟΥΤΥΡΟ	4	3,3	6,2	89,2
	ΧΟΙΡΙΝΟ ΛΙΠΟΣ	2	1,6	3,1	92,3
	ΑΛΛΟ	2	1,6	3,1	95,4
	1&2	1	,8	1,5	96,9
	ΜΑΡΓΑΡΙΝΗ	1	,8	1,5	98,5
	1&6	1	,8	1,5	100,0
	Total	65	53,3	100,0	
Missing	System	57	46,7		
Total		122	100,0		

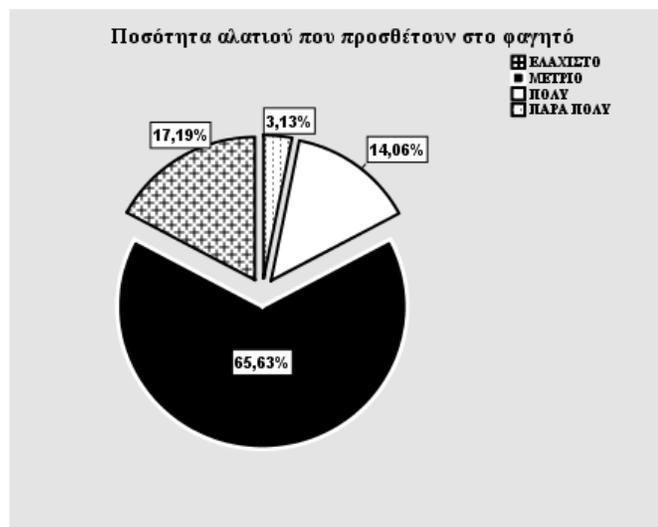
Όπως φαίνεται από τα ακόλουθα σχήματα, από τη συντριπτική πλειοψηφία 91,67% των ατόμων που απάντησαν για τη χρήση αλατιού, η απάντηση ήταν θετική.

Σχήμα 6α. Αν οι συμμετέχοντες προσθέτουν αλάτι στο φαγητό τους



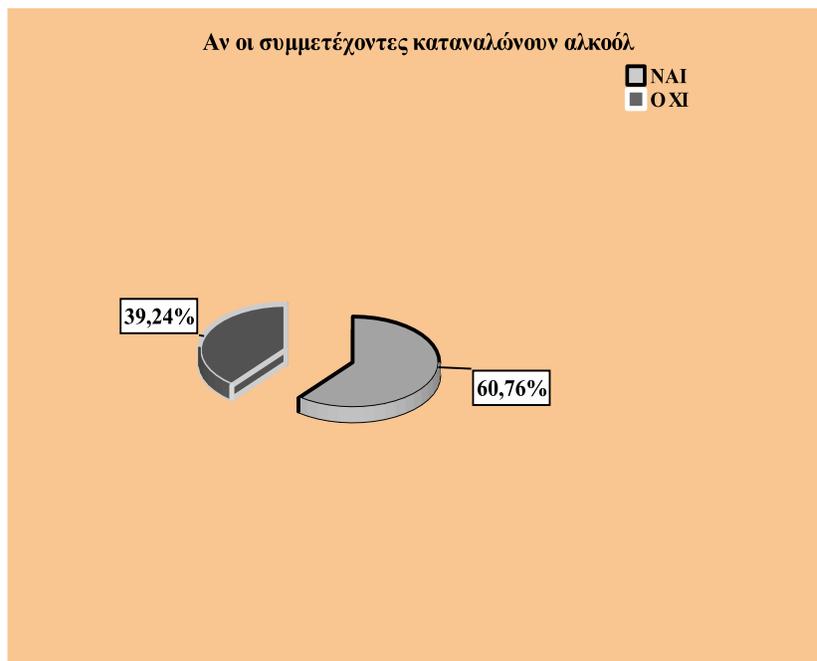
Η ποσότητα αλατιού που προστίθεται στα γεύματα από τους συμμετέχοντες ή από άλλο μέλος της οικογένειας που έχει αναλάβει αυτόν τον ρόλο, είναι διαφορετική. Από την πλειάδα των ατόμων που απάντησαν, δηλ. το 65.63%, η μέτρια ποσότητα αλατιού κρίνεται η κατάλληλη. Από το 17.19% η ελάχιστη ποσότητα αλατιού στο φαγητό κρίνεται ως κατάλληλη, ενώ από το 14.06% κρίνεται το πολύ αλάτι στο φαγητό και το 3.1% πάρα πολύ αλάτι.

Σχήμα 6β. Η ποσότητα του αλατιού στο φαγητό



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το 60,76% για την ακρίβεια, δεν προβαίνει στη κατανάλωση κάποιου αλκοολούχου ποτού, σε αντίθεση με το 39.24%.

Σχήμα 7α. Κατανάλωση αλκοόλ



Η πρώτη θέση στα είδη αλκοολούχων ποτών καταλαμβάνεται από το κρασί (12.3%) καθώς βρίσκεται στην προτίμηση του μεγαλύτερου μέρους των ερωτώμενων, ενώ ακολουθεί η κατανάλωση διαφορετικών αλκοολούχων ποτών κάθε φορά (11.5%), ανάλογα με τις ανάγκες των ερωτώμενων. Με αρκετά μεγάλη διαφορά στην επόμενη θέση ποσοστού κατανάλωσης με 2.5% βρίσκεται ένα είδος αλκοολούχου ποτού με περισσότερη ποσότητα αλκοόλ όπως το ουίσκι. Ακολουθούν η βότκα (1.6%), η ρακί (0.8%), και οι συνδυασμοί ουίσκι και ρακί ή ουίσκι και βότκα με κατανάλωση από το 0.8% των συμμετεχόντων για τον καθένα από αυτούς τους συνδυασμούς.

**Πίνακας 7β. Το είδος του ποτού/των ποτών που καταναλώνουν
οι συμμετέχοντες**

Το είδος του/ων ποτού/ών που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΥΙΣΚΙ	3	2,5	7,7	7,7
	ΡΑΚΙ	1	,8	2,6	10,3
	ΟΥΙΣΚΙ & ΡΑΚΙ	1	,8	2,6	12,8
	ΚΡΑΣΙ	15	12,3	38,5	51,3
	ΒΟΤΚΑ	2	1,6	5,1	56,4
	ΛΙΑΦΟΡΑ	14	11,5	35,9	92,3
	ΟΥΙΣΚΙ & ΒΟΤΚΑ	1	,8	2,6	94,9
	ΡΑΚΙ & ΜΠΥΡΑ	1	,8	2,6	97,4
	ΚΡΑΣΙ & ΟΥΖΟ	1	,8	2,6	100,0
	Total	39	32,0	100,0	
Missing	System	83	68,0		
Total		122	100,0		

Η ποσότητα ενός ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών που καταναλώνεται από τους συμμετέχοντες της έρευνας διαφέρει, καθώς από τη πλειάδα (15.6%) καταναλώνεται μια φυσιολογική ποσότητα 1-2 ποτήρια.

Η μέγιστη ποσότητα που είναι 4-5 ποτήρια καταναλώνεται από τη μειοψηφία των συμμετεχόντων, το 1.6%. Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξεως του 5.7% ικανοποιείται με την κατανάλωση ενός ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών με 2-3 ποτήρια και το 4.1% ικανοποιείται με την κατανάλωση τριών ή τεσσάρων ποτηριών.

**Πίνακας 7γ. Η ποσότητα αλκοολούχου ποτών που καταναλώνουν
οι συμμετέχοντες**

Η ποσότητα του/των αλκοολούχου/ων ποτού/ών που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 ΠΟΤΗΡΙΑ	19	15,6	57,6	57,6
	2-3 ΠΟΤΗΡΙΑ	7	5,7	21,2	78,8
	3-4 ΠΟΤΗΡΙΑ	5	4,1	15,2	93,9
	4-5 ΠΟΤΗΡΙΑ	2	1,6	6,1	100,0
	Total	33	27,0	100,0	
Missing	System	89	73,0		
Total		122	100,0		

Στη συχνότητα επίσης κατανάλωσης ενός ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών σημειώνονται διαφορές, όπως για παράδειγμα, το 13.9% των συμμετεχόντων καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα, σε κάποιες εξόδους ή με φιλοξενούμενους στο σπίτι. Από το 5.7% σημειώνεται αυστηρά κατανάλωση κάποιου αλκοολούχου ποτού μόνο σε εξόδους ή στο σπίτι σπάνια σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Ωστόσο υπάρχουν άτομα (4.1%) που προβαίνουν σε κατανάλωση ενός ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών 3-4 φορές την εβδομάδα ή και σε καθημερινή ακόμα βάση. Μικρή συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, όπως 1-2 φορές το μήνα ή 4-5 φορές το μήνα, σημειώνεται από ένα μικρό ποσοστό 1.6% καθώς επίσης μικρή συχνότητα, 7 φορές το μήνα, σημειώνεται μόνο από το 0.8%.

**Πίνακας 7δ. Η συχνότητα αλκοολούχου/ων ποτών που καταναλώνουν
οι συμμετέχοντες**

Η συχνότητα του/ων αλκοολούχου/ων ποτού/ών που καταναλώνουν οι συμμετέχοντες					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΟΝΟ ΣΕ ΕΞΟΔΟΥΣ/ΣΠΑΝΙΑ	7	5,7	17,9	17,9
	1-2 ΦΟΡΑ/ΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	17	13,9	43,6	61,51
	3-4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	5	4,1	12,8	74,4
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ/ΣΧΕΛΟΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	5	4,1	12,8	87,2
	1 - 2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	1,6	5,1	92,3

	4-5 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	1,6	5,1	97,4
	7 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	1	,8	2,6	100,0
	Total	39	32,0	100,0	
Missing	System	83	68,0		
Total		122	100,0		

Τα φρούτα και τα λαχανικά θεωρούνται οι καλύτερες τροφές για το μεγαλύτερο ποσοστό 14,8% των συμμετεχόντων και καλές τροφές θεωρούνται για το 5.7%. Όσο αφορά μόνο τα φρούτα, αυτά θεωρούνται καλή τροφή για ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό των συμμετεχόντων, για το 2.5%, το οποίο ισχύει και για τον συνδυασμό των οσπρίων με λαχανικά και πολλές άλλες τροφές. Κάποιες τροφές όπως λαδερά, γαλακτοκομικά, τα γλυκά, τα λευκά κρεατικά, τα φασόλια, τα ψάρια και ορισμένοι συνδυασμοί αυτών θεωρούνται καλές τροφές από μειωηφικά ποσοστά των συμμετεχόντων όπως για παράδειγμα από το 1.6% και 0.8% αντίστοιχα.

Πίνακας 8. Οι καλές τροφές κατά τις απόψεις των συμμετεχόντων

Ποιες θεωρούνται καλές τροφές					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΦΡΟΥΤΑ	3	2,5	5,3	5,3
	ΛΑΧΑΝΙΚΑ	7	5,7	12,3	17,5
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ	18	14,8	31,6	49,1
	ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	1	,8	1,8	50,9
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	1	,8	1,8	52,6
	ΛΑΔΕΡΑ-ΓΛΥΚΑ-ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	2	1,6	3,5	56,1
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΚΡΕΑΤΙΚΑ (ΒΡΑΣΤΑ-ΛΑΧΑΝΙΚΑ)	1	,8	1,8	57,9
	ΤΑ ΠΑΝΤΑ/ΠΟΛΛΕΣ ΤΡΟΦΕΣ	5	4,1	8,8	66,7
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΟΣΠΡΙΑ	5	4,1	8,8	75,4
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΛΕΥΚΑ ΚΡΕΑΤΙΚΑ	2	1,6	3,5	78,9

	ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΛΕΥΚΑ ΚΡΕΑΤΙΚΑ & ΨΑΡΙΑ	1	,8	1,8	80,7
	ΦΑΣΟΛΙΑ	1	,8	1,8	82,5
	ΟΣΠΡΙΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ	3	2,5	5,3	87,7
	ΦΡΟΥΤΑ & ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ & ΨΑΡΙΑ	1	,8	1,8	89,5
	ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΛΑΔΕΡΑ-ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ-ΕΛΙΕΣ	1	,8	1,8	91,2
	ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ & ΟΣΠΡΙΑ	1	,8	1,8	93,0
	ΠΟΛΛΕΣ ΤΡΟΦΕΣ	3	2,5	5,3	98,2
	ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΟΣΠΡΙΑ	1	,8	1,8	100,0
	Total	57	46,7	100,0	
Missing	System	65	53,3		
Total		122	100,0		

Ορισμένες διατροφικές συνήθειες, όπως τα πολλά λιπαρά και τα έτοιμα φαγητά (μαγειρευτά ή μη), σύμφωνα με το 13.1% των συμμετεχόντων, βλάπτουν την ανθρώπινη υγεία, όπως επίσης και τα τηγανητά σύμφωνα με το 4.9%. Ο συνδυασμός αυτών των δύο καθώς και τα γλυκά βλάπτουν την ανθρώπινη υγεία για ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό των συμμετεχόντων, 3.3% και 3.3% αντίστοιχα. Τα κρεατικά, ειδικά αυτά με πολλά λιπαρά, ή τα εντόσθια, σε συνδυασμό με τρόφιμα που μαγειρεύονται σε τηγάνι, χαρακτηρίζονται βλαβερά για την υγεία από το 2.5% των συμμετεχόντων. Τροφές όπως θαλασσινά και ψάρια, αλλαντικά, κρέας με πολλά λιπαρά (όπως π.χ. το αρνί), τα αυγά, το κόκκινο κρέας και το ψωμί, οι ξηροί καρποί και αλκοολούχα ποτά όπως το κόκκινο γλυκό κρασί, χαρακτηρίζονται βλαβερά για την υγεία από μειωηφικά σε κάθε περίπτωση ποσοστά όπως 1.6% και 0.8%.

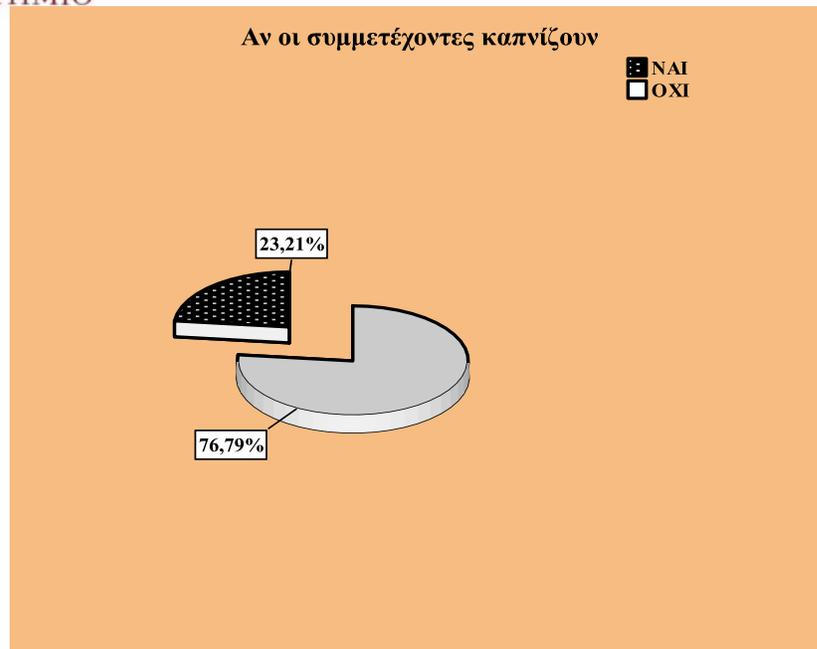
Πίνακας 9. Διατροφικές συνήθειες που βλάπτουν την ανθρώπινη υγεία

Διατροφικές συνήθειες που βλάπτουν την ανθρώπινη υγεία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΤΗΓΑΝΗΤΑ	6	4,9	12,5	12,5

	ΑΛΚΟΟΛ	1	,8	2,1	14,6
	ΠΟΛΛΑ ΛΙΠΑΡΑ/ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ	16	13,1	33,3	47,9
	ΓΛΥΚΑ	4	3,3	8,3	56,3
	ΤΗΓΑΝΗΤΑ & ΠΟΛΛΑ ΛΙΠΑΡΑ/ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ	4	3,3	8,3	64,6
	ΓΛΥΚΑ & ΠΟΛΛΑ ΛΙΠΑΡΑ/ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ	2	1,6	4,2	68,8
	ΤΗΓΑΝΗΤΑ & ΚΡΕΑΤΙΚΑ/ΕΝΤΟΣΘΙ Α	3	2,5	6,3	75,0
	ΑΡΝΙ/ΚΑΤΣΙΚΙ	1	,8	2,1	77,1
	ΑΛΛΑΝΤΙΚΑ	1	,8	2,1	79,2
	ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ & ΞΗΡΟΙ ΚΑΡΠΟΙ	2	1,6	4,2	83,3
	ΨΑΡΙΑ/ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ	1	,8	2,1	85,4
	ΠΗΠΕΡΑΤΑ ΦΑΓΗΤΑ	1	,8	2,1	87,5
	ΤΗΓΑΝΗΤΑ & ΑΛΚΟΟΛ & ΠΟΛΛΑ ΛΙΠΑΡΑ/ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ	1	,8	2,1	89,6
	ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ & ΨΩΜΙ	1	,8	2,1	91,7
	ΑΥΓΑ	1	,8	2,1	93,8
	ΤΗΓΑΝΗΤΑ & ΓΛΥΚΑ	2	1,6	4,2	97,9
	ΓΛΥΚΑ & ΑΜΥΛΟ	1	,8	2,1	100,0
	Total	48	39,3	100,0	
Missing	System	74	60,7		
Total		122	100,0		

Η συντριπτική πλειοψηφία 76.79% των ατόμων που απάντησαν στο σχετικό ερώτημα για το κάπνισμα ήταν αρνητική, σε αντίθεση με το 23.21% που ήταν θετική.

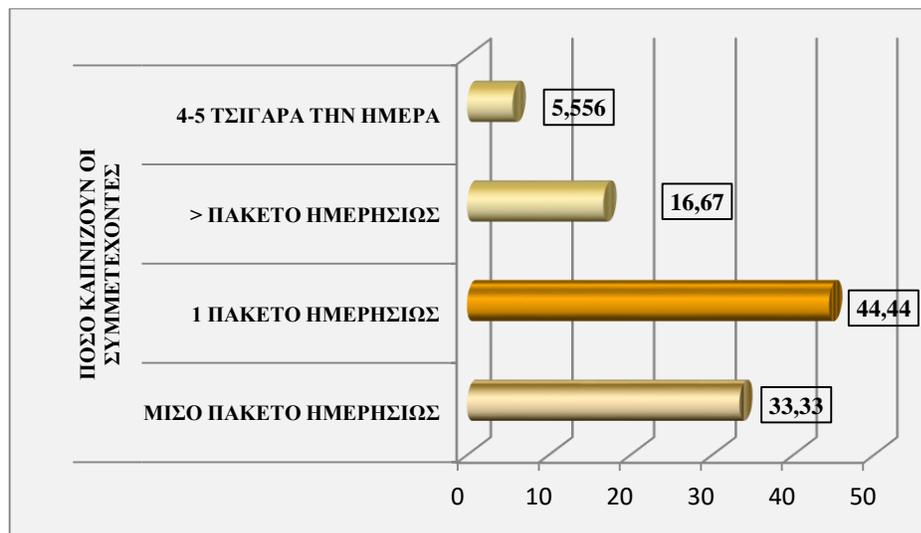
Σχήμα 8α. Αν οι συμμετέχοντες καπνίζουν



Από το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στο συγκεκριμένο ερώτημα για το κάπνισμα, το 44,44% δηλαδή, καταναλώνεται 1 πακέτο τσιγάρα ημερησίως και από το 33,33% μισό πακέτο.

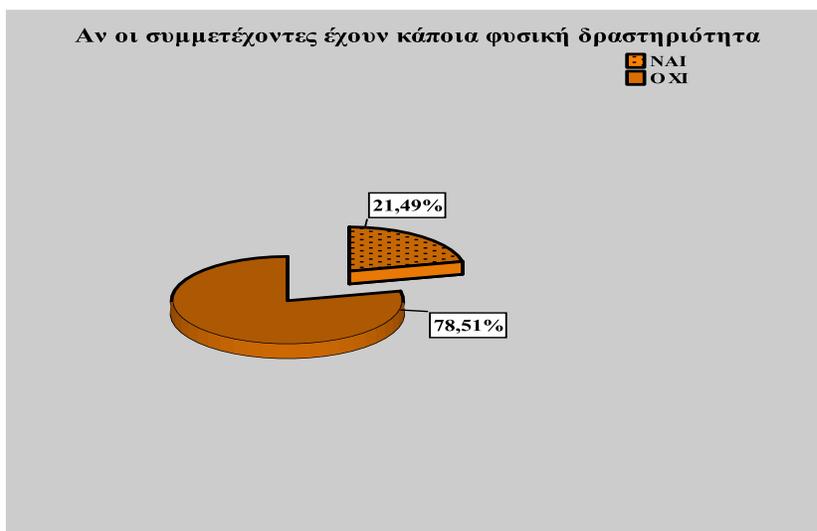
Αρκετά μικρότερη ποσότητα τσιγάρων, λιγότερο από 1 πακέτο την ημέρα και μόνο 4-5 τσιγάρα καταναλώνεται από το 16,67% και από το 5,55% αντίστοιχα.

Σχήμα 8β. Πόσο καπνίζουν οι συμμετέχοντες



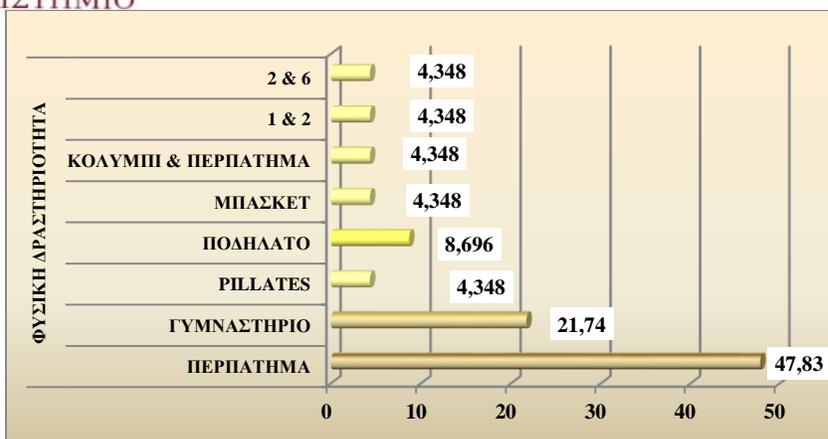
Το 78.5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν ακολουθεί κάποια φυσική δραστηριότητα, σε αντίθεση με 21.29% που προτιμάει, με κάποια ορισμένη συχνότητα, να έχει κάποια φυσική δραστηριότητα.

Σχήμα 9α. Αν οι συμμετέχοντες έχουν κάποια φυσική δραστηριότητα



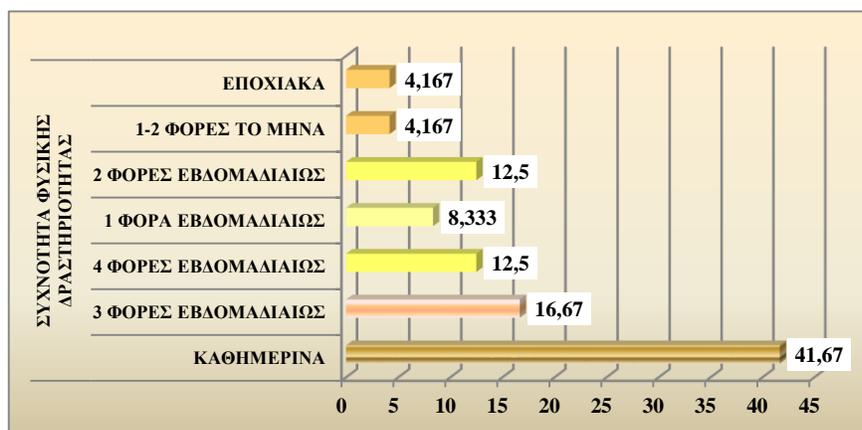
Από το σύνολο των φυσικών δραστηριοτήτων των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, η πλειάδα, το 47.83%, προτιμάει το περπάτημα και το 21,74% κάποιο πρόγραμμα με όργανα στο γυμναστήριο ή aerobic ή οτιδήποτε άλλο. Το ποδήλατο προτιμάται από το 8.69% μόνο, ενώ αθλήματα όπως το μπάσκετ, το Pilates, ο συνδυασμός κολύμπι και περπάτημα, όπως και άλλοι συνδυασμοί αθλημάτων, προτιμώνται από ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του 4.34%.

Σχήμα 9β. Οι φυσικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων



Το μεγαλύτερο μέρος από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων, το 41,67%, σημειώνει κάποια άσκηση σε καθημερινή βάση, ενώ λίγο πιο σπάνια 3 φορές εβδομαδιαίως σημειώνεται από το 16.6%. Ορισμένα άτομα (ποσοστό 12,5%), λόγω περιορισμένου χρόνου, ακολουθούν κάποια φυσική δραστηριότητα 2 ημέρες της εβδομάδας, ενώ κάποια φυσική δραστηριότητα 4 ημέρες της εβδομάδας ακολουθείται από το ίδιο ποσοστό.

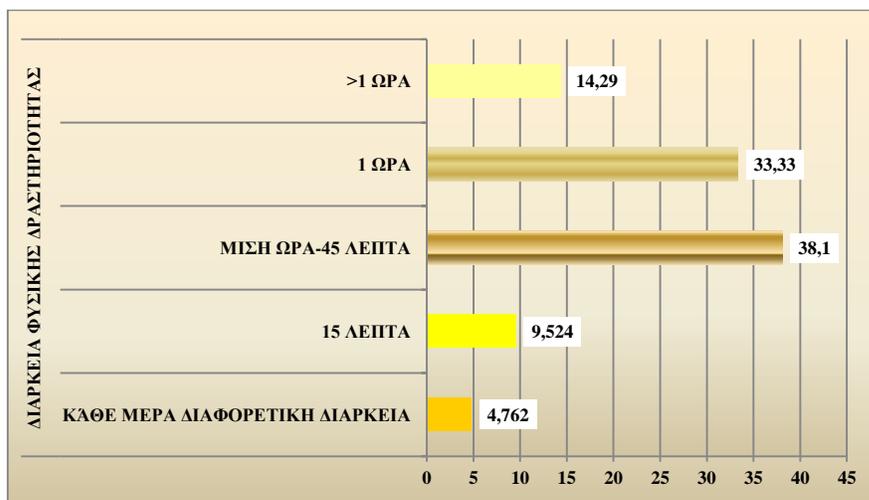
Σχήμα 9γ. Η συχνότητα των φυσικών δραστηριοτήτων



Η χρονική διάρκεια κάποιας φυσικής δραστηριότητας για το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος (38.1%), είναι μισή ώρα με 45 λεπτά ενώ η ιδανική διάρκεια για το αμέσως μικρότερο ποσοστό δείγματος (33.3%) είναι μία ώρα. Η χρονική διάρκεια μιας φυσικής δραστηριότητας που ξεπερνάει τη μία ώρα σημειώνεται από το 14.2%. Όσο αφορά τα μικρότερα ποσοστά του δείγματος που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 9.52% και 4.76%, τα 15

λεπτά είναι ιδανικός χρόνος για το πρώτο και η διαφορετική χρονική διάρκεια κάθε φορά για το δεύτερο.

Σχήμα 9δ. Η διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας



Η υπέρταση είναι μία από τις πολλές παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος (υπόταση, χοληστερόλη, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια πνευμονία) στο ιστορικό των συμμετεχόντων, αλλά η μοναδική από την οποία ένα ελάχιστο ποσοστό (6,6%) ταλαιπωρείται, σε αντίθεση με το 93,4% που δεν την παρουσιάζει.

Πίνακας 10. Η υπέρταση ως πάθηση του καρδιαγγειακού στο ιστορικό των ερωτώμενων

Η υπέρταση ως πάθηση του καρδιαγγειακού στο ιστορικό των ερωτώμενων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	8	6,6	100,0	100,0
Missing	OXI	114	93,4		
Total		122	100,0		

Παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, το TSH και άλλες, χαρακτηρίζονται ως παθήσεις του μεταβολικού συστήματος Πάθηση στον

υποθυρεοειδισμό αναφέρεται μόνο από το ελάχιστο 4.1% των συμμετεχόντων. Στους περισσότερους από αυτούς τους συμμετέχοντες η πάθηση αναπτύχθηκε λόγω υπερβολικού στρες και άγχους και όχι λόγω γενετικών αιτιών.

Πίνακας 11. Ο υπερθυρεοειδισμός ως πάθηση του μεταβολισμού στο ιστορικό των συμμετεχόντων

Ο υποθυρεοειδισμός ως πάθηση του μεταβολισμού στο ιστορικό των ερωτώμενων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	4,1	100,0	100,0
Missing	OXI	117	95,9		
Total		122	100,0		

Μεταξύ διαφόρων παθήσεων του γαστρεντερικού συστήματος (πεπτικό έλκος, οξεία διάρροια, δυσπεψία, μετεγχειρητικό σύνδρομο), από το πεπτικό έλκος ταλαιπωρείται το 5.7% του συνόλου των συμμετεχόντων. Από τις λοιπές παθήσεις δεν σημειώνεται κάποια δυσλειτουργία στους οργανισμούς των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 12. Το πεπτικό έλκος ως πάθηση του γαστρεντερικού το ιστορικό των συμμετεχόντων

Το πεπτικό έλκος ως πάθηση του γαστρεντερικού στο ιστορικό των συμμετεχόντων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	7	5,7	100,0	100,0
Missing	OXI	115	94,3		
Total		122	100,0		

Οι πολυκυστικές ωοθήκες, τα ινομύματα, ο καρκίνος του τραχήλου, είναι από τις πιο σοβαρές γυναικολογικές παθήσεις. Ωστόσο, από πολυκυστικές ωοθήκες ταλαιπωρείται μόνο το 1.6% των γυναικών του συνολικού δείγματος.

Πίνακας 13. Οι πολυκυστικές ωοθήκες ως γυναικολογική πάθηση στο ιστορικό των γυναικών

Οι πολυκυστικές ωοθήκες ως γυναικολογική πάθηση στο ιστορικό των συμμετεχόντων γυναικών					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,6	100,0	100,0
Missing	OXI	120	98,4		
Total		122	100,0		

Το 12.3% του συνόλου των συμμετεχόντων πάσχει από κάποια άλλη ασθένεια που δεν διευκρινίζεται.

Πίνακας 14. Άλλη ασθένεια στο ιστορικό των συμμετεχόντων

Άλλη ασθένεια στο ιστορικό των συμμετεχόντων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	15	12,3	100,0	100,0
Missing	OXI	107	87,7		
Total		122	100,0		

Η πλειάδα των συμμετεχόντων, το 92.6% για την ακρίβεια, δεν υποβλήθηκε ως τώρα σε κάποια χειρουργική επέμβαση, αντίθετα με το 7.4%.

Πίνακας 15α. Αν οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε κάποια χειρουργική επέμβαση

Αν έγινε κάποια χειρουργική επέμβαση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	9	7,4	100,0	100,0
Missing	ΟΧΙ	113	92,6		
Total		122	100,0		

Η σκωληκοειδίτιδα χαρακτηρίζεται ως η συνηθέστερη χειρουργική επέμβαση για τη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, για το 4.1% συγκεκριμένα, ενώ υποβλήθηκαν σε νεφρολιθιάσεις αρκετά λιγότερα άτομα από το δείγμα (2.5%). Ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό, της τάξεως του 1.6%, έχει αφαιρέσει με χειρουργική επέμβαση τις αμυγδαλές, ενώ το 0.8% έχει υποστεί γυναικολογική χειρουργική επέμβαση.

Πίνακας 15β. Τα σημεία που έγινε η χειρουργική επέμβαση

Τα σημεία που έγινε η χειρουργική επέμβαση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΕΙΣ	3	2,5	27,3	27,3
	ΣΚΩΛΗΚΩΕΙΔΙΤΙΔΑ	5	4,1	45,5	72,7
	ΑΜΥΓΔΑΛΕΣ	2	1,6	18,2	90,9
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	1	,8	9,1	100,0
	Total	11	9,0	100,0	
Missing	System	111	91,0		
Total		122	100,0		

Συμπεριφορά των συμμετεχόντων κατά τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Στη συμπεριφορά ορισμένων εκ του συνόλου των συμμετεχόντων σημειώνονται ορισμένες δυσκολίες, όπως για παράδειγμα η έκφραση δυσαρέσκειας με τις χαμηλές επιδόσεις τους στις ζωγραφιές (5,7%) και οι ενδείξεις κούρασης (5,7%).

Οι ενδείξεις κούρασης για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, σε συνδυασμό με την έκφραση δυσαρέσκειας για τις επιδόσεις στις ζωγραφιές, χαρακτηρίζονται ως δυσκολίες στη συμπεριφορά του 4.9% των συμμετεχόντων.

Ο συνδυασμός: ενδείξεις κούρασης, απρόσεκτη και γρήγορη γραφή και η μικρή προσοχή στα ερεθίσματα χαρακτηρίζονται ως δυσκολίες στη συμπεριφορά του 4.1%, καθώς επίσης και μόνον η ακραία προσοχή στα ερεθίσματα.

Για ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό ατόμων του δείγματος (2.5%) τα δύσκολα σημεία ήταν η κατανόηση των οδηγιών, η κούραση να συμμετέχουν στην έρευνα και η ακραία προσοχή και μελέτη. Από άλλα, πολύ μικρά ποσοστά ατόμων από το σύνολο του δείγματος (1,6%), σημειώθηκαν δύσκολες συμπεριφορές σε διαφορετικά σημεία, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 16. Δυσκολίες στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων

		Η συμπεριφορά συμμετεχόντων που παρουσιάζει δυσκολίες			
		Frequency	Percent	Valid percent	Comulative percent
Valid	Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών	1	8	1,6	1,6
	Ενδείξεις κούρασης	7	5,7	11,5	13,1
	Ακραία προσοχή κ μελέτη	5	4,1	8,2	21,3
	Έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	7	5,7	11,5	32,8
	Αποτυχημένες προσπάθειες για διόρθωση λαθών	4	3,3	6,6	39,3
	Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης	1	0,8	1,6	41,8
	Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης & Έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	1	0,8	1,6	42,6
	Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & Έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	1	0,8	1,6	44,3
	Ενδείξεις κούρασης & απρόσεκτη γραφή & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα	5	4,1	8,2	52,5

Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή-μελέτη	3	2,5	4,9	57,4
Ενδείξεις κούρασης & Έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	6	4,9	9,8	67,2
Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης & αποτυχημένες προσπάθειες για διόρθωση λαθών	1	0,8	1,6	68,9
Ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή- μελέτη & έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	2	1,6	3,3	72,1
Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα	1	0,8	1,6	73,8
Ενδείξεις κούρασης & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα & φτωχός συντονισμός κίνησης	1	0,8	1,6	75,4
Ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή-μελέτη & δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών-ενδείξεις κούρασης-εκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	1	0,8	1,6	77
Ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή-μελέτη	2	1,6	3,3	80,3
Γρήγορη και απρόσεκτη γραφή & δυσκολίες στην κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης	1	0,8	1,6	82
Ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή-μελέτη & δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ενδείξεις κούρασης	2	1,6	3,3	85,2
Ακραία προσοχή - μελέτη & έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	3	2,5	4,9	90,2
Ακραία προσοχή - μελέτη & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα	1	0,8	1,6	91,8
Δυσκολίες στη κατανόηση οδηγιών & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα	1	0,8	1,6	93,4
Ενδείξεις κούρασης- έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική & αποτυχημένες προσπάθειες για διόρθωση λαθών & ελάχιστη προσοχή στα ερεθίσματα	1	0,8	1,6	95,1
Γρήγορη και απρόσεκτη γραφή	1	0,8	1,6	96,7

	Ενδείξεις κούρασης & ακραία προσοχή - μελέτη & έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική & αποτυχημένες προσπάθειες για διόρθωση λαθών	1	0,8	1,6	98,4
	Γρήγορη και απρόσεκτη γραφή & έκφραση δυσαρέσκειας με την επίδοση στη ζωγραφική	1	0,8	1,6	100
	Total	61	50	100	
Missing	System	51	50		
Total		122	100		

Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας Eysenck

Στους ακόλουθους πίνακες φαίνεται ο Μ.Ο. του συνολικού βαθμού των συμμετεχόντων : του ψυχωτισμού, του νευρωτισμού, της εξωστρέφειας/ εσωστρέφειας, του ψεύδους, της κατάθλιψης, της ανησυχίας στην ευαισθησία, της διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS. Η βαθμολογία των ακόλουθων πινάκων έχει ως εξής: Minimum 1: μηδενικός βαθμός, 2: ελάχιστος , 3 μέτριος, 4 πολύ , Maximum 5: πάρα πολύ.

Στους ακόλουθους πίνακες φαίνεται ο συσχετισμός του φύλου (άντρες - γυναίκες) με ψυχολογικές συμπεριφορές. Στον πρώτο λοιπόν πίνακα φαίνεται ότι οι 44 άντρες συμμετέχοντες έχουν μηδενικό βαθμό ψυχωτισμού με (Mean 1,95) και οι (70) γυναίκες εντοπίζονται με τον ελάχιστο βαθμό ψυχωτισμού (Mean 2,06).

Πίνακας 18α. Συνολικός βαθμός ψυχωτισμού με συσχέτιση με το φύλο

Descriptives								
Ο συνολικός βαθμός ψυχωτισμού με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	1,95	,746	,112	1,73	2,18	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	2,06	,849	,102	1,85	2,26	1	5
Total	114	2,02	,809	,076	1,87	2,17	1	5

Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού για τους 44 άντρες συμμετέχοντες είναι σε μέτριο επίπεδο (Mean 3,11) ενώ στις 70 γυναίκες συμμετέχοντες είναι σε χαμηλότερο επίπεδο με (Mean 2,9).

Πίνακας 18β. Συνολικός βαθμός νευρωτισμού με συσχέτιση με το φύλο

Descriptives								
Ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	3,11	,754	,114	2,88	3,34	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	2,90	,980	,117	2,67	3,13	1	5
Total	114	2,98	,902	,084	2,82	3,15	1	5

Ο συνολικός βαθμός εξωστρέφειας για τους 44 άντρες συμμετέχοντες, καθώς επίσης για τις 70 γυναίκες συμμετέχοντες, εντοπίζεται στο μέτριο βαθμό με (Mean 3,32) και (Mean 3,3) αντίστοιχα, που σημαίνει ότι κάποιους ανθρώπους τους εμπιστεύονται και σε κάποιες καταστάσεις φέρονται ως εξωστρεφείς και με άλλους ανθρώπους και σε άλλες καταστάσεις συμπεριφέρονται ως εσωστρεφείς. Η βαθμολόγηση για τους εσωστρεφείς συμμετέχοντες αντιστοιχούσε στις αρνητικές κλίμακες, ενώ η εξωστρέφεια στις πιο θετικές και υψηλές που είναι οι τελευταίες.

Πίνακας 18γ. Συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας σε συσχέτισμό με το φύλο

Descriptives								
Ο συνολικός βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	3,32	,771	,116	3,08	3,55	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	3,30	,874	,104	3,09	3,51	1	5
Total	114	3,31	,832	,078	3,15	3,46	1	5

Στο συνολικό βαθμό Ψεύδους για τους 44 άντρες ο Μ.Ο. εντοπίζεται στο (Mean 3.84) που σημαίνει ότι βρίσκονται στο πολύ υψηλό επίπεδο (διότι είναι πολύ κοντά στο 4), και για τις 70 γυναίκες ο συνολικός βαθμός ψεύδους είναι επίσης σε υψηλό επίπεδο με (Mean 3,63).

Πίνακας 18δ. Ο συνολικός βαθμός ψεύδους σε συσχέτιση με το φύλο

Descriptives								
Ο συνολικός βαθμός ψεύδους με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	3,84	,745	,112	3,61	4,07	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	3,63	,854	,102	3,42	3,83	1	5
Total	114	3,71	,817	,077	3,56	3,86	1	5

Στη συνολική Κλίμακα Κατάθλιψης για τους 44 άντρες ο Μ.Ο. (εντοπίζεται Mean 1.45) που σημαίνει ότι βρίσκεται σε σχεδόν μηδενικό επίπεδο, όπως επίσης για τις 70 γυναίκες με (Mean 1,5) συνολική Κλίμακα Κατάθλιψης βρίσκεται σε σχεδόν μηδενικό επίπεδο.

Πίνακας 19. Συνολική Κλίμακα κατάθλιψης των συμμετεχόντων

Descriptives								
Η συνολική κλίμακα κατάθλιψης με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	1,45	,820	,124	1,21	1,70	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	1,49	,717	,086	1,31	1,66	1	4
Total	114	1,47	,755	,071	1,33	1,61	1	5

Για τους 44 άντρες συμμετέχοντες, καθώς επίσης για τις 70 γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, η κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία, κυμαίνεται στο ελάχιστο επίπεδο με (Mean 2,45) και (Mean 2,3) αντίστοιχα.

Πίνακας 20. Συνολική Κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία των συμμετεχόντων σε συσχέτισμό με το φύλο

Descriptives								
Κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	44	2,45	1,229	,185	2,08	2,83	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	70	2,30	1,196	,143	2,01	2,59	1	5
Total	114	2,36	1,206	,113	2,14	2,58	1	5

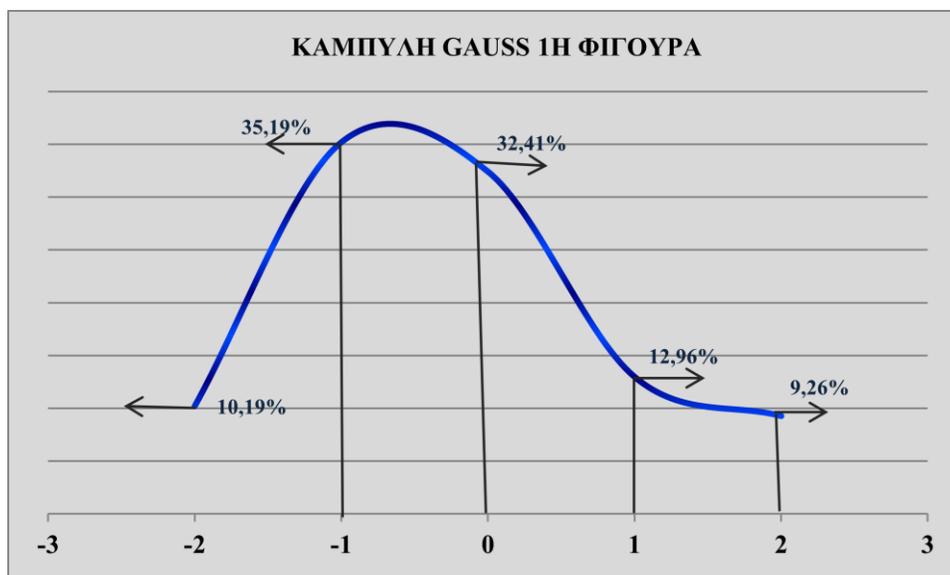
Στη κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS εντοπίζεται διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, καθώς για τις 57 γυναίκες εντοπίζεται βαθμός ελάχιστος προς το μέτριο (γιατί το Mean 2,74 είναι μεγαλύτερο του 2,5) ενώ για τους 43 άντρες εντοπίζεται μέτριος βαθμός (Mean 3,56).

Πίνακας 21. Συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS των συμμετεχόντων

Descriptives								
Συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS με το φύλο								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΝΤΡΑΣ	43	3,56	1,140	,174	3,21	3,91	1	5
ΓΥΝΑΙΚΑ	57	2,74	1,078	,143	2,45	3,02	1	5
Total	100	3,09	1,173	,117	2,86	3,32	1	5

Η βαθμολόγηση που ακολουθεί είναι της Καμπύλης Gauss. Φυσιολογικά άτομα χαρακτηρίζονται εκείνα που η βαθμολογία τους βρίσκεται κοντά στο 0, δηλαδή το 32,41% του συνόλου των συμμετεχόντων. Τα άτομα με βαθμολογία μεταξύ του -1 και του -2 (35,1%) δεν χαρακτηρίζονται για την οργανωτικότητα τους ή για την τελειομανία τους τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή. Όσο πιο κοντά στον Μ.Ο. βρίσκονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων, τόσο περισσότερα λάθη σημειώνονται κυρίως λόγω απροσεξίας. Αντίθετα με όσους βρίσκονται στις ακραίες θέσεις βαθμολόγησης -2 και κάτω (10,1%) και 2 και άνω (9,26%) χαρακτηρίζονται στην πρώτη περίπτωση από οργανωτικότητα και τελειομανία, όπως επίσης τα λάθη που διαπράττουν είναι αρκετά λιγότερα, ενώ τα άτομα με περισσότερα λάθη από το ΜΟ διακρίνονται για την παρορμητικότητα τους και την έλλειψη προσοχής. Το ίδιο συμβαίνει και με το 12,96% των συμμετεχόντων που βρίσκονται μεταξύ των 1 και 2. Συνεπώς το δείγμα της παρούσας πτυχιακής δείχνει να παρουσιάζει μια προσοχή, μεγάλη οργανωτικότητα και τελειομανία.

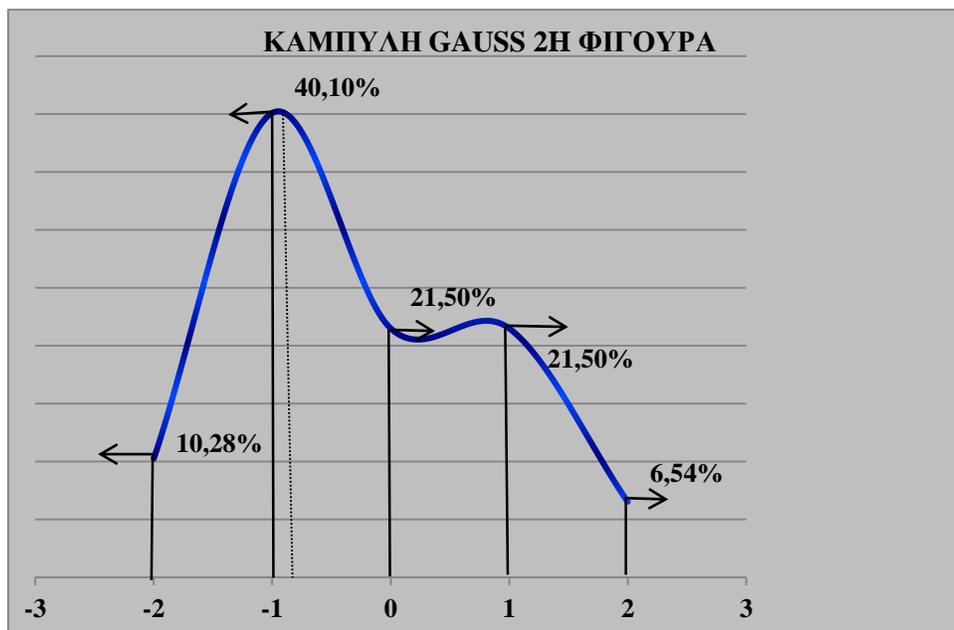
Σχήμα 10α. Καμπύλη Gauss 1η φιγούρα



Η βαθμολόγηση που ακολουθεί είναι επίσης της Καμπύλης Gauss. Φυσιολογικά άτομα χαρακτηρίζονται εκείνα που η βαθμολογία τους βρίσκεται κοντά στο 0, δηλαδή το 21,5% του

συνόλου των συμμετεχόντων, όπως επίσης και εκείνα με βαθμολογία μεταξύ του 0 και του 1 (21,5%). Τα άτομα με βαθμολογία μεταξύ του -1 και του -2 (40,1%) χαρακτηρίζονται για την οργανωτικότητα τους ή για τη τελειομανία τους τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή. Όσο πιο κοντά στον Μ.Ο. βρίσκονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων, τόσο περισσότερα λάθη σημειώνονται. Αντίθετα με όσους βρίσκονται στις ακραίες θέσεις βαθμολόγησης -2 και κάτω (10,28%) χαρακτηρίζονται από οργανωτικότητα και τελειομανία, αφού τα λάθη που διαπράττουν είναι αρκετά λιγότερα, ενώ τα άτομα με ατομική απόκλιση από 2 και άνω (6,54%) χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα και απροσεξία.

Σχήμα 10β. Καμπύλη Gauss 2η φιγούρα



6^ο Κεφάλαιο

6.1 Συσχέτιση αποτελεσμάτων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και συμπεράσματα

Στην παρούσα πτυχιακή παρουσιάστηκε μια συσχέτιση του ψυχωτισμού με το φύλο: Στον πρώτο λοιπόν πίνακα φαίνεται ότι οι 44 άντρες συμμετέχοντες έχουν μηδενικό βαθμό ψυχωτισμού και οι (70) γυναίκες εντοπίζονται με τον ελάχιστο βαθμό ψυχωτισμού.

Επομένως συμπεραίνουμε ότι τα περισσότερα άτομα από το δείγμα μας βρίσκονται στον ελάχιστο βαθμό ψυχωτισμού και επίσης ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο βαθμό ψυχωτισμού συγκριτικά με τους άντρες, σε αντίθεση με την έρευνα των Faith, και των συνεργατών του (2001), που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και έδειξε ότι οι άντρες είχαν αυξημένο ψυχωτισμό σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Στον πίνακα 2ζ βλέπουμε τη σχέση του ΔΜΣ με τον ψυχωτισμό, όπου φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες βρίσκονται στους Α και Β Βαθμούς παχυσαρκίας και κατατάσσονται, κυρίως στην ελάχιστη κλίμακα του ψυχωτισμού. Άρα αντιλαμβανόμαστε ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν παρουσιάζουν ψυχωτισμό. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμφωνεί με έρευνα των Faith, και των συνεργατών του, (2001) η οποία δείχνει ότι ο υψηλός ΔΜΣ συνδέεται με αυξημένο ψυχωτισμό.

Παρατηρώντας τον πίνακα 18β, που μας δείχνει τον συνολικό βαθμό νευρωτισμού σε σχέση με το φύλο, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο βαθμό νευρωτισμού από τους άντρες. Πιο αναλυτικά, ο συνολικός βαθμός νευρωτισμού για τους άντρες συμμετέχοντες είναι σε μέτριο επίπεδο (Mean 3,11) ενώ στις γυναίκες συμμετέχοντες είναι σε χαμηλότερο επίπεδο με (Mean 2,9). Επομένως η πλειονότητα των ατόμων από το δείγμα μας τοποθετείται στον μέτριο με ελάχιστο βαθμό νευρωτισμού και γενικά υπερτερούν αριθμητικά οι γυναίκες. Συγκρίνοντας αυτό το αποτέλεσμα με το αντίστοιχο της έρευνας των Sutin και Terracciano (2017) φαίνεται ότι διαφωνεί στο ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο νευρωτισμό από τους άντρες. Επιπρόσθετα, μία άλλη έρευνα που έγινε στη Γαλλία δείχνει ότι ένα χαρακτηριστικό του νευρωτισμού είναι η παρορμητικότητα. Αυτή η μελέτη έδειξε ακόμα ότι οι άντρες

παρουσίαζαν ισχυρή συσχέτιση παρορμητικότητας και παχυσαρκίας, κυρίως 3^{ου} βαθμού, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου, παρόλο που ήταν πιο παρορμητικές από τους άντρες, η σχέση της παρορμητικότητας με το βάρος ήταν λιγότερο σημαντική. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ανησυχία για την εικόνα του σώματός τους και το βάρος τους σε σχέση με τους άντρες, γεγονός το οποίο μπορεί να δημιουργεί ένα φράγμα στις παρορμητικές συμπεριφορές τους προς τα τρόφιμα (Bénard, et al., 2017).

Σύμφωνα με τον πίνακα 2η, που παρουσιάζει τη συσχέτιση του ΔΜΣ με τον νευρωτισμό, φαίνεται ότι ο Α και ο Β Βαθμός παχυσαρκίας συνδέονται περισσότερο με μέτριο βαθμό νευρωτισμού. Στον Α Βαθμό παχυσαρκίας βρίσκονται οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (80), με τους 50 εξ αυτών να τοποθετούνται στην κλίμακα με μέτριο νευρωτισμό. Στον Β Βαθμό παχυσαρκίας βρίσκεται ένας μικρότερος αριθμός από τους συμμετέχοντες (18), με τους 11 εξ αυτών να τοποθετούνται στην κλίμακα με μέτριο νευρωτισμό. Στον Γ Βαθμό παχυσαρκίας βρίσκονται συνολικά 9 συμμετέχοντες, με τους 7 εξ αυτών να τοποθετούνται στην κλίμακα με μέτριο νευρωτισμό και τους 2 στην κλίμακα με πολύ νευρωτισμό. Συγκρίνοντας αυτά τα αποτελέσματα με τη βιβλιογραφία (Sutin and Terracciano, 2017) παρατηρούμε ότι ο νευρωτισμός και το σωματικό βάρος συνδέονται με μία περίπλοκη σχέση. Άτομα που εστιάζουν σε αρνητικές καταστάσεις και άγχος εμφανίζουν μεγαλύτερο ΔΜΣ και παχυσαρκία, αν και αυτό δεν επιβεβαιώνεται από όλες τις έρευνες. Επίσης ο νευρωτισμός φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές, όπως χαμηλό σωματικό βάρος ή παχυσαρκία. Ένα χαρακτηριστικό του νευρωτισμού είναι η παρορμητικότητα που έχει σχετιστεί με το αυξημένο βάρος. Για παράδειγμα, άτομα με υψηλή παρορμητικότητα έχουν επιπλέον βάρος σε σχέση με αυτά που έχουν χαμηλή παρορμητικότητα. Σύμφωνα με τη μελέτη των Bénard, και των συνεργατών του, (2017), τα άτομα με υψηλή παρορμητικότητα ήταν πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη παχυσαρκίας από ότι τα άτομα με χαμηλή παρορμητικότητα. Τα άτομα με παρορμητισμό συνήθως δείχνουν αδιαφορία για τις τροφές που επιλέγουν, αγνοώντας τις επιπτώσεις που αυτές θα έχουν στην υγεία τους. Επίσης επιλέγουν τρόφιμα που τους προσφέρουν ευχαρίστηση (γλυκά και λιπαρά τρόφιμα) που όμως σε βάθος χρόνου μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά το βάρος τους.

Στον πίνακα 18γ εμφανίζεται ο βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας σε σχέση με το φύλο των ατόμων. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι: ο συνολικός βαθμός εξωστρέφειας για τους 44 άντρες συμμετέχοντες, καθώς επίσης για τις γυναίκες συμμετέχοντες, εντοπίζεται

στο μέτριο βαθμό με (Mean 3,32) και (Mean 3,3) αντίστοιχα. Ο μέτριος βαθμός εσωστρέφειας/εξωστρέφειας σημαίνει ότι κάποιους ανθρώπους τους εμπιστεύονται και φέρονται σε αυτούς ως εξωστρεφείς ενώ σε άλλους συμπεριφέρονται ως εσωστρεφείς. Άρα στον μέτριο βαθμό (τα άτομα συμπεριφέρονται ως εξωστρεφή ή εσωστρεφή ανάλογα με τα άτομα που συναναστρέφονται) και στον υψηλό βαθμό (εξωστρεφή άτομα) υπερτερεί το γυναικείο φύλο. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο αριθμός των γυναικών του δείγματός μας ήταν σημαντικά μεγαλύτερος των αντρών. Μία έρευνα των Yanna και των συνεργατών του (2011), έδειξε ότι υπάρχει μικρή διαφορά στο επίπεδο εξωστρέφειας μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία. Αυτή η μικρή διαφορά ίσως να αιτιολογείται με τις διαφορές που έχουν τα δύο φύλα ως προς τον τρόπο που βλέπουν την εικόνα τους. Οι γυναίκες βαθμολογούνται υψηλότερα από τους άντρες στη ζεστασιά και στα θετικά συναισθήματα, ενώ οι άνδρες έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τις γυναίκες στην επιθετικότητα και στην αναζήτηση ενθουσιασμού (Weisberg, et al., 2011).

Παρατηρώντας τον πίνακα 2θ, ο οποίος δείχνει τη συσχέτιση του ΔΜΣ με την εσωστρέφεια/εξωστρέφεια, βλέπουμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες βρίσκονται στον Α και στον Β Βαθμό παχυσαρκίας, με τα πιο πολλά άτομα να τοποθετούνται στον μέτριο βαθμό εσωστρέφειας/εξωστρέφειας και στον υψηλό βαθμό εξωστρέφειας. Πιο αναλυτικά:

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80) χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία. Οι 35 εξ αυτών έχουν έναν μέτριο βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας, που σημαίνει ότι κάποιους ανθρώπους τους εμπιστεύονται και φέρονται σε αυτούς ως εξωστρεφείς, ενώ σε άλλους συμπεριφέρονται ως εσωστρεφείς. Οι 34 έχουν υψηλό βαθμό εξωστρέφειας και οι 2 είναι απόλυτα εξωστρεφείς. Από τα 18 άτομα που βρίσκονται στην παχυσαρκία Β Βαθμού, τα περισσότερα (10) έχουν μέτριο βαθμό εξωστρέφειας/εσωστρέφειας, 5 υψηλό βαθμό εξωστρέφειας και 1 άτομο χαρακτηρίζεται ως απόλυτα εξωστρεφές. Το σωματικό βάρος με την εξωστρέφεια συνδέονται με μία περίπλοκη σχέση η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Άντρες με μεγάλο ΔΜΣ έχουν υψηλή εξωστρέφεια, αντίθετα στις γυναίκες αυτό δεν επιβεβαιώνεται (Sutin and Terracciano, 2017), εκτός από καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη, η εμμηνόπαυση και η υψηλή συνείδηση (Wimmelmann, et al. 2018). Οι άντρες με αυξημένη εξωστρέφεια έχουν συχνές κοινωνικές εξόδους, όπου γίνεται κατανάλωση φαγητού και ποτού. Παράλληλα δεν δίνουν σημασία στις

θερμίδες που μπορεί να καταναλώσουν, στάση που σε βάθος χρόνου συνδέεται με αύξηση του ΔΜΣ (Wimmelmann, et al. 2018). Επομένως το αποτέλεσμα της έρευνάς μας είναι αντίθετο ως προς το φύλο με τη βιβλιογραφία, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι ο μεγαλύτερος αριθμός από το δείγμα των συμμετεχόντων που είχαμε αποτελούνταν από γυναίκες, αλλά δεν είναι αντίθετο ως προς τη συσχέτιση του ΔΜΣ και της εξωστρέφειας με τα περισσότερα εξωστρεφή άτομα να είναι παχύσαρκα.

Στον πίνακα 18δ, όπου παρουσιάζεται η σχέση ψεύδους με το φύλο, παρατηρείται ότι στον συνολικό βαθμό Ψεύδους για τους 44 άντρες ο Μ.Ο. εντοπίζεται στο 3.84 που σημαίνει ότι βρίσκονται στο πολύ υψηλό επίπεδο, και για τις 70 γυναίκες ο συνολικός βαθμός ψεύδους είναι επίσης σε υψηλό επίπεδο με Mean 3,63.

Σε μία έρευνα που εξέτασε το ψέμα, με βάση τον χρόνο απάντησης των συμμετεχόντων, βρέθηκε σημαντική σχέση του χρόνου απάντησης των γυναικών με το ψέδος. Όταν ο χρόνος απόκρισης είναι μεγάλος αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ψέμα και σε αυτό παίζουν ρόλο οι μεταβλητές της προσωπικότητας (Farrow, et al., 2003). Αυτό αποδεικνύεται και από μία έρευνα που έγινε με το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck και το φύλο, όπου βρέθηκε ότι οι άντρες βαθμολογούνται υψηλότερα στο P (ψυχωτισμός) και χαμηλότερα στο L (κλίμακα ψεύδους), σε σύγκριση με τις γυναίκες που εμφανίζουν υψηλότερο L (Eitan, 2011). Επομένως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνά μας βρίσκονταν στον υψηλό βαθμό ψεύδους και αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι πολλά άτομα θέλουν να νιώθουν κοινωνικά αποδεκτά και γι αυτό δημιουργούν πλασματική εικόνα του εαυτού τους.

Στον πίνακα 2ι παρουσιάζεται η σχέση του ΔΜΣ με τον συνολικό βαθμό ψεύδους των συμμετεχόντων. Παρατηρώντας τον πίνακα βλέπουμε ότι τα άτομα με υψηλό βάρος, και παχυσαρκία Α, Β και Γ βαθμού βρίσκονται υψηλά στην κλίμακα ψεύδους. Η συντριπτική πλειοψηφία από τους 80 συμμετέχοντες βρίσκονται στην Α Βαθμού παχυσαρκία και οι 65 εξ αυτών χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό ψεύδους. Επομένως, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η πλειάδα των συμμετεχόντων δεν ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων. Σε έρευνα βρέθηκε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι ψεύδονται όταν τους ζητηθούν πληροφορίες για το βάρος και το ύψος τους καθώς αισθάνονται τη σύγκριση με άλλα άτομα (Pappas, 2012).

Παρατηρώντας τον πίνακα 1,9, όπου παρουσιάζεται η σχέση φύλου με την κατάθλιψη, βλέπουμε ότι το σύνολο των ατόμων βρίσκεται στην κατώτατη και στην ελάχιστη κλίμακα κατάθλιψης και αποτελείται κυρίως από γυναίκες. Πιο αναλυτικά, στη συνολική Κλίμακα Κατάθλιψης για τους 44 άντρες ο Μ.Ο. είναι 1.45 που σημαίνει ότι βρίσκονται σε σχεδόν μηδενικό επίπεδο, όπως επίσης για τις 70 γυναίκες με Mean 1,5 η συνολική Κλίμακα Κατάθλιψης βρίσκεται σε σχεδόν μηδενικό επίπεδο. Όμως στον πίνακα 22 όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση του ΔΜΣ με όλα τα ψυχολογικά ερωτηματολόγια φάνηκε ότι υπήρχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ανεξάρτητα από το φύλο. Στην έρευνα των Lim, και συν. (2008), που εξέτασε τη σχέση της παχυσαρκίας με την κατάθλιψη και την κόπωση στα δύο φύλα, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη υπήρχε στις γυναίκες αλλά όχι στους άνδρες. Σε μία πιο πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι οι άντρες, με και χωρίς παχυσαρκία, δεν εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, σε αντίθεση με τις παχύσαρκες γυναίκες που βρίσκονταν υψηλότερα από τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος (Degirmenci, et al., 2015). Άρα, τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης σε σύγκριση με αυτές τις έρευνες δεν επιβεβαιώνονται καθώς αποδείχτηκε ότι ο υψηλός ΔΜΣ συσχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ανεξάρτητα από το φύλο.

Σύμφωνα με τον πίνακα 2κ, όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με την κλίμακα κατάθλιψης, παρατηρείται ότι τα άτομα με υψηλό βάρος και παχυσαρκία Α, Β και Γ βαθμού βρίσκονται στην κατώτατη και στην ελάχιστη κλίμακα κατάθλιψης. Το πλήθος των συμμετεχόντων συγκεντρώνεται: **(α)** Στην Α Βαθμού παχυσαρκία 80 άτομα και οι 55 εξ αυτών βρίσκονται στη χαμηλότερη κλίμακα κατάθλιψης, ενώ 20 εξ αυτών στον ελάχιστο βαθμό κατάθλιψης. **(β)** Στην παχυσαρκία Β Βαθμού 18 άτομα, από τα οποία τα περισσότερα (10) κατατάσσονται στην ελάχιστη κλίμακα κατάθλιψης, ενώ 8 δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη. Όμως στον πίνακα 22 όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση του ΔΜΣ με όλα τα ψυχολογικά ερωτηματολόγια, φάνηκε ότι υπήρχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ανεξάρτητα από το φύλο. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σε σύγκριση με τις ακόλουθες έρευνες επιβεβαιώνονται σε σχέση με τον ΔΜΣ και την κατάθλιψη αλλά όχι με το φύλο. Σε μελέτη των Lim, και συν. (2008), βρέθηκε ότι η κατάθλιψη υπήρχε στις γυναίκες αλλά όχι στους άνδρες, επί πλέον δε όταν προστέθηκε και η κόπωση στις γυναίκες το αποτέλεσμα παρέμεινε το ίδιο. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι στα καταθλιπτικά συμπτώματα στις γυναίκες μπορεί να μην παίζει τόσο ρόλο το σωματικό λίπος όσο η εικόνα και το σχήμα του σώματος, ενώ η

παχυσαρκία δεν σχετίζεται με την κατάθλιψη στους άντρες (Lim, et al., 2008). Σε μία ακόμη έρευνα βρέθηκε ότι η κατάθλιψη και το άγχος υπάρχουν σε υψηλό βαθμό στα παχύσαρκα άτομα. Αυτό έχει ως επακόλουθο κάποιες αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, στην αυτοεκτίμηση και στη διατροφική συμπεριφορά των ατόμων αυτών. Η αυτοεκτίμηση στα παχύσαρκα άτομα επηρεάζει αρνητικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους, καθώς η αυτοεκτίμηση μειώνεται με τον αυξανόμενο ΔΜΣ. Ακόμη, ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ανδρών με και χωρίς παχυσαρκία, διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι υψηλότερα στις γυναίκες που έχουν παχυσαρκία συγκριτικά με τις γυναίκες φυσιολογικού βάρους (Degirmenci, et al., 2015). Σε πιο πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι η παχυσαρκία και η κατάθλιψη έχουν μια αμφίδρομη σχέση με επικρατέστερη αυτή στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν παχυσαρκία έχουν το 70% των καταθλιπτικών εφήβων γυναικών και το 38% των μεγαλύτερων σε ηλικία (Rajan and Menon, 2017).

Στον πίνακα 20 παρουσιάζεται η κλίμακα ευαισθησίας των συμμετεχόντων στην ανησυχία σε σχέση με το φύλο. Παρατηρώντας τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές, πιο συγκεκριμένα: για τους 44 άντρες συμμετέχοντες, καθώς επίσης για τις 70 γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, η κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία, κυμαίνεται στο ελάχιστο επίπεδο με Mean 2,45 και Mean 2,3, αντίστοιχα. Σε μελέτη αποδείχτηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη κοινωνική διάκριση στις παχύσαρκες γυναίκες λόγω των προτύπων. Αυτό το γεγονός είναι πιθανό να ενεργοποιεί τις διαταραχές άγχους, ανησυχίας, ειδικών φοβιών, περισσότερο στις γυναίκες από όσο στους άντρες (Gariery, et al., 2010). Συγκρίνοντας τα δικά μας αποτελέσματα με αυτή την έρευνα παρατηρούμε ότι η ανησυχία στις γυναίκες δεν επιβεβαιώνεται, καθώς αν και έλαβαν μέρος περισσότερες γυναίκες δεν βαθμολογήθηκαν τόσο υψηλά στην κλίμακα ανησυχίας.

Σύμφωνα με τον πίνακα 2λ, στον οποίο παρουσιάζεται η σχέση του Δ.Μ.Σ. με τη συνολική κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία των συμμετεχόντων, παρατηρούμε ότι: Η συντριπτική πλειοψηφία των 80 συμμετεχόντων χαρακτηρίζεται από Α Βαθμού παχυσαρκία, οι 28 εξ αυτών τοποθετούνται στη χαμηλότερη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία, ενώ οι 15 στον ελάχιστο βαθμό ευαισθησίας στην ανησυχία. Τέλος, 17 άτομα έχουν μέτρια κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία και 2 άτομα βρίσκονται στην υψηλότερη κλίμακα. Σε σχετική έρευνα φάνηκε ότι η παχυσαρκία παίζει ρόλο στην ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών. Τα άτομα

μπορεί να εμφανίσουν υπερβολική ανησυχία, φόβο, αγωνία και γενική ένταση. Τα άτομα με παχυσαρκία είναι πιθανό να παρουσιάσουν διαταραχές με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, όταν στιγματίζεται και διαφοροποιείται το άτομο από το κοινωνικό σύνολο, λόγω του σωματικού βάρους, αυτό του προκαλεί δυσφορία. Άλλο ένα παράδειγμα είναι οι αρνητικές επιπτώσεις που έχει η παχυσαρκία στην υγεία και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής του ατόμου, προκαλώντας του αρκετό άγχος. Και τα δύο αυτά παραδείγματα μπορούν να οδηγήσουν σε αγχώδεις διαταραχές (Gariery, et al., 2010). Το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας δεν επιβεβαιώθηκαν από την παρούσα έρευνα, καθώς το πλήθος των συμμετεχόντων που βρίσκονταν στον Α Βαθμό παχυσαρκίας τοποθετούνται κυρίως στη μηδενική και ελάχιστη κλίμακα ευαισθησίας στην ανησυχία.

Παρατηρώντας τον πίνακα 21, όπου εμφανίζεται η κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS των συμμετεχόντων, φαίνεται ότι: εντοπίζεται διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, καθώς για τις 57 γυναίκες εντοπίζεται βαθμός ελάχιστος προς το μέτριο (Mean 2,74) ενώ για τους 43 άντρες εντοπίζεται μέτριος βαθμός (Mean 3,56).

Σε αντίστοιχη έρευνα βρέθηκε ότι οι άντρες μπορεί να είναι επιθετικοί αντί παθητικοί και αυτό γιατί η ανδρική κοινωνικοποίηση ενθαρρύνεται με επιθετικότητα και ανταγωνιστικότητα (Whangarei Rape Crisis Centre and Candace Bagnall, 1992). Σε πιο πρόσφατη έρευνα των Costa, Terracciano και Mcrae, (2009) φάνηκε ότι οι άντρες ήταν περισσότερο διεκδικητικοί από τις γυναίκες (Costa, et al., 2001). Τα αποτελέσματα από τις δύο αυτές έρευνες σε σύγκριση με τη δική μας επιβεβαιώνονται, με τους άντρες να εμφανίζονται στις υψηλότερες κλίμακες διεκδικητικότητας.

Στον πίνακα 2μ, που παρουσιάζει τη σχέση του Δ.Μ.Σ. με τη συνολική κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS των συμμετεχόντων, φαίνεται ότι: Η πλειάδα των συμμετεχόντων (70 άτομα) βρίσκεται στον Α Βαθμό παχυσαρκίας, οι 30 εξ αυτών βρίσκονται στη μέτρια κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS και οι 15 στην υψηλή κλίμακα διεκδικητικής συμπεριφοράς RATHUS. Τα αποτελέσματά της παρούσας πτυχιακής δεν επιβεβαιώνονται απόλυτα από πρόσφατη μελέτη, στην οποία φάνηκε ότι τα άτομα με χαμηλή διεκδικητική συμπεριφορά πιθανόν να παρουσιάσουν διατροφικά προβλήματα (King and Klawitter, 2007). Αυτό συμβαίνει καθώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων του δείγματός μας βρίσκονταν στη

μέτρια κλίμακα διεκδικητικότητας και παρουσίαζαν Α βαθμού παχυσαρκία. Παρόλα αυτά από τη συσχέτιση φάνηκε ότι η χαμηλή διεκδικητικότητα συσχετίζεται με υψηλό ΔΜΣ.

Σύμφωνα με τον πίνακα 2στ. όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση του Δ.Μ.Σ. με τις τροφές προτίμησης των συμμετεχόντων, παρατηρούμε ότι: στην κατηγορία των ατόμων με Α Βαθμού παχυσαρκία με ΔΜΣ 30-34.9, από τα 33 συνολικά άτομα, τα 13 φαίνεται ότι καταναλώνουν πολύ μεγάλη ποικιλία τροφίμων, ενώ 7 από τα άτομα φαίνεται ότι προτιμούν τροφές που εμπεριέχουν άμυλο και κρεατικά. Στην εμφάνιση της παχυσαρκίας συμβάλει η διατροφή που επιλέγει το άτομο. Σε σχετική έρευνα φάνηκε ότι η υπερβολική και χωρίς μέτρο κατανάλωση τροφής οδηγεί στην αυξημένη συσσώρευση λίπους στο σώμα (Ταχτσόγλου και Ηλιάδης, 2015). Σε παρόμοιες μελέτες βρέθηκε ότι η παχυσαρκία, η υπερκατανάλωση τροφής και οι εθιστικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την απώλεια ελέγχου στην κατανάλωση τροφής. Τέλος τα πολύ επεξεργασμένα τρόφιμα με πρόσθετο λίπος και εξευγενισμένους υδατάνθρακες (π.χ. σοκολάτα, πίτσα, τσιπς) έχουν σχέση με εθιστικούς δείκτες στην κατανάλωση τροφής (Schulte, al., 2016). Επομένως αντιλαμβανόμαστε ότι τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τις παραπάνω έρευνες.

7^ο Κεφάλαιο

7.1 Επίλογος

Κατά την ολοκλήρωση της εργασίας μας διαπιστώσαμε ότι με την παχυσαρκία συνδέονται τρία χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Αυτά είναι:

α) Ο νευρωτισμός, β) η εξωστρέφεια και γ) η κατάθλιψη

Παρατηρήσαμε ακόμα ότι στην κλίμακα ψεύδους των ερωτηματολογίων υπήρξαν αρκετοί συμμετέχοντες που βρίσκονταν υψηλά στην κατάταξη, δεδομένο που ίσως σημαίνει ότι δεν ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις τους.

Θεωρούμε το γεγονός αυτό καθώς και τη σημαντική διαφορά στον αριθμό αντρών και γυναικών που συμμετείχαν ως παράγοντες που οδήγησαν σε επί μέρους σφάλματα της έρευνας ή/και αναντιστοιχίες με άλλες συγγενείς μελέτες.

7.2 Μελλοντική έρευνα

Στόχος κάθε επόμενης έρευνας θα πρέπει να είναι να αποφευχθούν λάθη κατά την οργάνωση και διεξαγωγή της. Με στόχο πιο ακριβή αποτελέσματα μελλοντικών ερευνών θα μπορούσε να υπάρξει μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων και ίσος αριθμός αντρών και γυναικών. Επίσης θα μπορούσαν να ακολουθηθούν πρακτικές με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ εξεταστή και συμμετέχοντα, ώστε να μειωθεί ο βαθμός ψεύδους στις απαντήσεις του.

Με βάση την παρούσα έρευνα θα ήταν ίσως σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον ψυχολογικά ερωτηματολόγια, τα οποία θα βοηθήσουν στη διατύπωση διαιτολογίων για άτομα με συγκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ή με ψυχολογικές διαταραχές. Επίσης μέσω αυτών των ερωτηματολογίων μπορεί να γίνεται καλύτερη προσέγγιση του παχύσαρκου ατόμου με σκοπό την προτροπή για άσκηση εκ μέρους του.

Βιβλιογραφία:

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

Adler, N.E. and Stewart, J. (2010) Preface to the biology of disadvantage: Socioeconomic Status and Health. *Ann N Y Acad Sci.* 1186(1), 1-4

Arehart-Treichel, J. (2007). Obesity, Weight-loss Failure Linked to personality Traits. *Psychiatric News*, 42 (10), 28-35.

Azzini, E., Polito, A., Fumagalli, A., Intorre, F., Venneria, E., Durazzo, A., Zaccaria, M., Ciarapica, D., Foddai, M.S., Mauro, B., Raguzzini, A., Palomba, L. and Maiani, G. (2011) Mediterranean Diet Effect: an Italian picture. *Nutr J*, 16, 10-125.

Bahreynian, M., Qorbani, M., Khaniabadi, B.M., Motlagh, M.E., Safari, O., Asayesh, H. and Kelishadi, R. (2017). Association between Obesity and Parental Weight Status in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 9 (2), 111–117.

Balogun, J.A.(1987). Body image before and after assessment of physical performance. *Journal of Sports Medicine*, 27(3), 343-344.

Barry, D., and Petry, N. (2008) Gender Differences in Associations Between Stressful Life Events and Body Mass Index. *Prev Med.* 47(5), 498- 503.

Beekman, A.T., Voshaar, R.O. and Pachana, N.A. (2015), Late- life anxiety is coming of age. *Int Psychogeriatr.* 27 (7), 1053-6.

Bénard, M., Camilleri, G.M., Etilé, F., Méjean, C., Bellisle, F., Reach, G., Hercberg, S. and Péneau, S. (2017). Association between Impulsivity and Weight Status in a General Population. *Nutrients*, 9 (3), 217.

Biesalski, H.D. and Grimm, P. (2008). *Εγχειρίδιο Διατροφής*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Boeree, C. George (1997) *Personality theories*. Psychology Department Shippensburg University <https://the-eye.eu/public/WorldTracker.org/Psychology/Boere%20-%20Personality%20Theories.pdf>) *

Calkins, S. D. and Keane, S. P. (2009). Developmental origins of early antisocial behavior *Dev Psychopathol* 21(4), 1095–1109.

Cameron, I.M., Hamilton, R.J., Fernie, G. and MacGillivray, S. A. (2017). Obesity in individuals with schizophrenia: a case controlled study in Scotland. *BJPsych Open*, 3, 254–256.

Cappellen, P. V., Rice, E. L., Catalino L.I. and Fredrickson B.L. (2018). Positive Affective Processes Underlie Positive Health Behavior Change. *Psychol Health*, 33 (1), 77–97.

Carlos De La Garza, (2014), Sheldon W. <https://www.scribd.com/document/228368439/Dr-William-Sheldon> [10 Οκτωβρίου 2018].

Cervone, D. and Pervin, L.A. (2013) *Θεωρίες Προσωπικότητας Έρευνα και εφαρμογές*. Αρ. έκδοσης: 2761. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg. http://issuu.com/gutenbergbooks/docs/pervin_theories_prosopikotitas

Chapman, B.P., (2009) Can the Influence of Childhood SES on Men and Women’s Adult Body Mass be Explained by Adult SES or Personality? Findings From a National Sample. *Health Psychol*. 28(4), 419- 427.

Chooi, Y. C., Ding, C. and Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism* 92, 6-10.

Chumlea, W.C., Siervogel, R.M., Roche, A.F., Mukherjee, D., and Webb, P. (1982) Changes in adipocyte cellularity in children 10 to 18 years of age. *Int J Obes*. 6(4), 383-389.

Cohrane, G. (2008). Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. *Canadian Family Physician*, 54(4), 543-547.

Cooper, Z., Fainburn, C.G., Hawker, D.M. (2004). Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία της Παχυσαρκίας. Εκδόσεις Πατάκη: Αθήνα.

Costa Jr, P. T., McCrae, R. R. and Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*.12 (9), 887-898.

Costa, P. T., and McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment* 4(1), 5-13.

Costa, P. T., Terracciano, A. and Mcrae, R. R. (2001) Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of personality and Social Psychology*. 81 (2), 322-331.

Cuenca-Sánchez M., Navas-Carrillo D. and Orenes-Piñero E. (2015) Controversies surrounding high-protein diet intake: satiating effect and kidney and bone health, *Adv Nutr.* 6 (3), 260-6.

Deforche, B., Bourdeaudhuij, I., D'hondt, E. and Cardon, G. (2009). Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body mass index in 6- to 10-yr-old children: a cross sectional study. *International journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 25.

Department of Health (DH). Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom. Report of the Panel on Dietary Reference Values of the Committee on Medical Aspects of Food Policy. Report on Health and Social Subjects 41. London: HMSO, 1991.

Degirmenci, T., Kalkan- Oguzhanoglu, N., Sozeri- Varma, G., Özdel, O. and Fenkci, S.(2015) Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Noro Psikiyatrs Ars* 52(1), 42–46.

Devlin, M.J., Yanovski, S.Z. and Wilson, G.T. (2000). Obesity: What mental health professionals need to know. *Am J Psychiatry* 157(6), 854- 66.

Di Pietro, L., Andra, R.F., Williamson, D.F. and Stunkard, A.J. (1992). Depressive symptoms and weight change in national cohort of adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 16 (10), 745-53.

Eitan, D. G., (2011) Is the Truth Visible? Study Along the L Scale. *PsychologyJournal* 4, 73-87

Elfhag, K. (2005). Personality correlates of obese eatingbehaviour: Swedish universities Scales of Personality and the ThreeFactor Eating Questionnaire. *Eating Weight Disord*, 10 (4), 210-215.

Endevelt, R. and Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Prefer Adherence.* 8, 147–154.

Eysenck H. J. and Eysenck S. B. G., (1968) A factorial study of psychoticism as a dimension of personality *Multivariate behavior research*, All- clinical Special Issue, 15-31.

In: Δημητρίου, Ε. Χ. (1986) Εγκέφαλος 23, σελ:41-54)

Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1975) *Manual of the EPQ (Personality Questionnaire)* Hodder and Stoughton Educational, London. In: Δημητρίου, Ε. Χ. (1986) Εγκέφαλος 23, σελ:41-54

Fagúndez, L.J.M., Torres, A.R., Sánchez, M.E.G., Aured, M.L.T., Rodrigo, C.P. and Rocamora, J.A.I. (2015). Diet history: Method and applications. *Nutr Hosp.* 31 (3),57-61.

Faith, M.S., Flint, J., Fairburn, C.G., Goodwin, G.M., and Allison, D.B. (2001) Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight. *Obesity Research*, 9(10), 647-650.

Farrow, T. F. D., Reilly, R., Rahman, T. A. Herford, A. E. , Woodruff P. W. R. and Spence, S. A. (2003). Sex and Personality Traits Influence the Difference Between Time Taken to Tell the Truth or Lie. *Percept Mot Skills* 97 (2), 451-60.

Fock, K.M. and Khoo, J. (2013). Diet and exercise in management of obesity and overweight. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 28(4), 59-63.

Fontaine, K.R. and Barofsky, I. (2001). Obesity and health related quality of life. *Obes Rev* 2 (3), 173- 82.

Fruh, S.M. (2017). Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 29, 53-514.

Garipey, G., Nitka, D. and Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34, 407–419.

Goldstein, R. B. , Dawson, D. A., Stinson, F. S., Ruan, W.J. , Chou,S. P., Pickering, R. P. , and Grant, B. F. (2008). Antisocial Behavioral Syndromes and Body Mass Index Among Adults in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry*, 49 (3), 225–237.

Gray, L.C., Messer, L.C., Rappazzo, K.M., Jagai, J. S., Grabich, S.C., and Lobdell, D. T. (2018). The association between physical inactivity and obesity is modified by five domains of environmental quality in U.S. adults: A cross-sectional study. *PLoS One*. 13(8).

Herrera, B. M. and Lindgren, C.M. (2010). The Genetics of Obesity. *Curr Diab Rep*10(6), 498–505.

Howe, S.M., Hand, T.M. and Manore, M.M. (2014). Exercise-trained men and women: role of exercise and diet on appetite and energy intake. *Nutrients*, 6 (11), 4935-60

Igharo, O.K. and Bakke M.M. (2013). Investigation of William H. Sheldon’s Constitutional Theory of Personality: A Case Study of the University of the Gambia. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 4(7), 85.

Jakicic, J.M., Rogers, R. J., Davis K. K. and Collins, K. A. (2018) Role of Physical Activity and Exercise in Treating Patients with Overweight and Obesity. *Clinical Chemistry* 64, 199–107.

- Judd, L.L., Schettler, P.J., Coryell, W., Akiskal, H.S. and Fiedorowicz, J.G.(2013). Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. *JAMA Psychiatry*. 70(11), 1171-80.
- King, K. and Klawitter, B. (2007). *Nutrition Therapy advanced counseling skills*. 3rd edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kiviruusu, O., Konttinen, H., Huurre, T., Aro, H., Mauri Marttunen, M. and Haukkala, A. (2016). Self-esteem and Body Mass Index from Adolescence to Mid-adulthood. A 26-year Follow-up. *Int.J. Behav. Med.* 23, 355–363.
- Krentz, A.J (2006). Self-image in obesity: clinical and public health implications. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99 (5), 215-217.
- Lăcătușu, C.M., Grigorescu, E.D., Floria, M., Onofriescu, A. and Mihai, B. M. (2019). The Mediterranean Diet: From an Environment-Driven Food Culture to an Emerging Medical Prescription. *Int J Environ Res Public Health*, 16 (6), 942.
- Lagerros, Y. T. (2015). Aerobic physical activity and dietary advice advocated in obesity and overweight. *Lakartidningen*, 112.
- Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*. 4 (5), 697-699.
- Li, T., Yan, X., Li, Y., Wang, J., Li, Q., Li, H. and Li, J. (2017). Neuronal Correlates of Individual Differences in the Big Five Personality Traits: Evidences from Cortical Morphology and Functional Homogeneity. *Front Neurosci*. 11, 414.
- Lillis, J. and Wing, R.R. (2015). The role of avoidance-based coping in the psychosocial functioning of weight loss treatment-seeking adults. *Obes Sci Pract*. 1 (1), 59–64.
- Lim, W., Kamala S. Thomas, K.S., Bardwell, W.A., and Dimsdale, J.E. (2008) Which Measures of Obesity are Related to Depressive Symptoms and in Whom? *Psychosomatics*. 49(1), 23-28.
- Manu, P., Dima, L., Shulman, M., Vancampfort, D., De Hert, M. and Correll, C. U. (2015). Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *Acta Psychiatr Scand*, 132, 97–108.
- Magkos F. and Yannakoulia M. (2003). Methodology of dietary assessment in athletes: concepts and pitfalls. *Curr Opin Nutr Metab Care* 6(5),539-49.
- Mitchell, Marci R. and Potenza, Marc N. (2014). Addictions and personality traits: Impulsivity and related constructs. *Curr Behav Neurosci Rep*. 1(1), 1–12.

Moore, M.C. (2000). *Διαιτολογία*. Τρίτη Έκδοση. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

National Institute of Mental Health, (2016) Obsessive- Compulsive disorder: When Unwanted Thoughts or Irresistible Actions Take Over. NIH Publication No. TR 16-4676. U.S. Department of Health and human services.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence), (2014) Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. *NICE clinical guideline 189*,1-65.

Palme^a, G., and Palme^b, J. (1999) Personality Characteristics of Females Seeking Treatment for Obesity, Bulimia Nervosa and Alcoholic Disorders. *Personality and Individual Differences*. 26, 255- 263.

Pappas, S. (2012) Study: Most People Lie on Weight Surveys. *Life Science*

Perugi, G., Hantouche, E., and Vannucchi, G. (2017). Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The “Primacy” of Temperament. *Curr Neuropsychopharmacol*. Vol 15(3), 372–379.

Peterson, N.D., Middleton, K. R., Nackers, L.M., Kristen E. Medina K. E., Milsom, V. A., and Perri, M.G. (2014) Dietary Self-Monitoring and Long-Term Success with Weight Management. *Obesity (Silver Spring)*. 22 (9), 1962–1967.

Positivus (2017), <https://sciencearchives.wordpress.com/2017/02/07/alfred-adler> [23 Οκτωβρίου 2018].

Psychology of personality period 8. (2005), Introduction to Psychology of Personality, Type and Trait Theories, Sheldon's Personality Theory <https://sites.google.com/site/psychologyofpersonalityperiod8/home/type-and-trait-theories/sheldon-s-personality-theory> [10 Οκτωβρίου 2018].

Rajan, T.M. and Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med*, 63(3), 182–190.

Ranna Parekh, (2017) <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression> [26 Οκτωβρίου 2018]

Rissanen, A.M., Eliovaara, M., Knerkt, P., Reunanen, A. and Aromaa, A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. *Eur J Clin Nutr* 45 (9), 419- 30.

Schulte, E. M., Tuttle, H. M. and Ashley N. Gearhardt, A. N. (2016). Belief in Food Addiction and Obesity-Related Policy Support. *PLoS One*, 11 (1).

Seeman, V.M. (2014). Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World J Psychiatry*, 4(4), 112–119.

Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, (2018)

www.semel.ucla.edu/adhdandmood/irritability-mood [11 Νοεμβρίου 2018]

Sfera, A., Osorio, C., Inderias, L.A., Parker, V., Price, A.I. and Cummings, M. (2017) The Obesity–Impulsivity Axis: Potential Metabolic Interventions in Chronic Psychiatric Patients. *Front Psychiatry*. 8, 20.

Soriguer Escofer, F.J. , Esteva de Antonio, I., Tinahones, F.J., and Pareja, A. (1996) Adipose tissue fatty acids and number of fat cells from birth to 9 years of age- a cross- sectional study in 96 boys. *Metabolism* 45(11), 1395-1401.

Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W.S., Costello, E.J. and Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 52(8), 831-40.

Shah, McGovern, P., French, S., Baxter, J. (1994). Comparison of low fat, ad libitum complex- carbohydrate diet with a low energy in moderately obese woman. *Am. J. Clin. Nutr.* 59:980-984.

Shim, J.S., Oh, K. and Kim, H.C. (2014). Dietary assessment methods in epidemiologic studies. *Epidemiol Health*. 36

Smith, C.F., Williamson, D.A., Bray, G.A. Ryan, D.H. (1999). Flexible vs rigid dieting strategies: relationship with adverse behavioural outcomes. *Appetite* 32:295-305.

Sulloway, F.J. (2001). *Birth Order, sibling competition, and Human Behavior*. In Paul S. Davies and Harmon R. Holcomb, (Eds), *Conceptual challenges in Evolutionary Psychology: Innovative Research strategies*. vol.27. Dordrecht and Boston: Kluwer Academic Publishers. pp 39-83.

(http://www.sulloway.org/Holcomb.pdf?fbclid=IwAR2EFLGz67SryRFLkwXl2RcYqvmuxwXmfomek_I6dzUx_el4fhoerNaSyfo)

Suls, J., Martin, R., and David, J. P. (1998). Person- environment fit and its limits: Agreeableness, neuroticism, and emotional reactivity to interpersonal conflict. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(1), 88-98.

Sutin, A.R. and Terracciano, A. (2016). Personality Traits and Body Mass Index: Modifiers and Mechanisms. *Psychol Health*, 31(3), 259–275.

Sutin, A.R. and Terracciano, A. (2017). Personality and Body Weight: Mechanisms, Longitudinal Associations and Context. *HHS Author Manuscripts*, 26, 1–11.

Terracciano, A., Sutin, A.R., McCrae, R.R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Uda, M., and Costa, P.T. Jr. (2009) Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Me.* 71(6), 682-689.

Tully, A., Murphy, E., Smyth, S., Conway, Y., Geddes, J., Devane, D., Kelly, P. J. and Jordan, Fionnuala (2018). Interventions for the management of obesity in people with bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Review, Issue 4*, 1-17.

U.S. Department of Agriculture (2012) Diet Self-Monitoring and Body Weight: A Review of the Evidence. *Center for Nutrition Policy and Promotion*.

Weisberg, Y. J. DeYoung, C. G. and Hirsh, J. B., (2011). Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Front Psychol.* 2, 178.

Whangarei Rape Crisis Centre and Candace Bagnall, (1992). Assertive behavior. *Printed by Victorian Printing*

Wharton, S., Raiber, L., Serodio, K.J., Lee, J. and Christensen, R. AG. (2018). Medications that cause weight gain and alternatives in Canada: a narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 11, 427–438.

Wiltink, J., Michal, M., Wild, P.S., Zwiener, I., Blettner, M., Münzel, T., Schulz, A., Kirschner, Y., and Beutel, M.E. (2013). Associations between depression and different measures of obesity (BMI, WC, WHtR, WHR). *BMC Psychiatry.* 12 (13), 223.

Wimmelmann, C.L.^{a,b} Lund, R.^{a,b}, Flensburg-Madsen, T.^{a,b}, Christensen, U.^{a,b} Osler, M.^{a,c,d} and Mortensen^{a,b}, E.L. (2018). Associations of Personality with Body Mass Index and Obesity in a Large Late Midlife Community Sample. *Obes Facts* 11 (2), 129–143.

World Health Organization, (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series: No 894*. Geneva: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

Xu, L, Tianliang, Y. and Taoyu, W. (2015). Functional neuroimaging of extaversion-introversion. *Neuroscience Bulletin.* 31(6), 663- 675.

Yang, Y.J., Kim, M.K., Hwang, S.H., Ahn, Y., Shim, J.E. and Kim, D.H. (2010). Relative validities of 3-day food records and the food frequency questionnaire. *Nutr Res Pract.* 4 (2), 142–148.

Yu, Z., Sealey-Potts, C. and Rodriguez, J. (2015). Dietary Self-Monitoring in Weight Management: Current Evidence on Efficacy and Adherence. *J Acad Nutr Diet.* 115 (12), 1931-8.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Φλωράκης, Δ., Κατσίκης, Η., Καρκανάκη, Α., Χατζηδημητρίου, Δ., Ζουρνατζή, Β. και Πανίδης, Δ. (2009). Παχυσαρκία Ι: Ορισμός, ταξινόμηση, αιτιολογία, παθοφυσιολογία. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*. 21 (4), 299-310.

Κατσιλάμπρος, Λ.Κ. (2015). Η διαιτητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στους ενήλικους, Τι είναι βέβαιο και τι αμφισβητείται, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 32 (3), 340- 343.

Κουτουβίδης Ν., Μηνογιάννη Α., και Βάρσου, Σ. (2005), Η συμβολή της Θεωρίας της Προσωπικότητας στην κατανόηση της εγκληματικής συμπεριφοράς <http://www.encephalos.gr/full/41-2-04g.htm> [05 Οκτωβρίου 2018].

Μανιός, Γ. (2006). *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό και Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί και Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Πατέρα, Α. και Πολυτίμου, Α. (2008). Παρατηρήσεις για την διεκδικητικότητα και τη σχέση της με την ενσυναίσθηση σε Έλληνες φοιτητές. *Ψυχιατρική* 19 (3), 238–244.

Ποταμιανός, Γ. Α. και Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012) *Προσωπικότητα: Θεωρίες, Κλινική Πρακτική και Έρευνα*. Δεύτερη βελτιωμένη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σίμος, Γ. (2008). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία της παχυσαρκίας. *Εγκέφαλος*, Τόμος 45, Τεύχος 2.

Συλλογικό έργο, (1968) *Ιστορία της Ιατρικής*. Τόμος 1^{ος}. Αθήνα: Εκδόσεις Πάπυρος Press, ΕΠΕ. In: Δημητρίου, Ε. Χ. (1986) *Εγκέφαλος* 23, σελ: 41-54

Ταχτσόγλου, Κ. και Ηλιάδης, Χ. (2015). .Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 20, (1): 54-63.

Ζαμπέλας, Α. (2007). *Κλινική διαιτολογία και διατροφή*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: Αθήνα.

Ζαμπέλας, Α. (2011) *Κλινική διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE (E.P.Q.)

Προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό (Ευαγγ. Χρ. Δημητρίου)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΗΛΙΚΙΑ ΦΥΛΟ
.....

Απαντήστε σε κάθε ερώτηση βάζοντας ένα κύκλο γύρω από το ΝΑΙ ή ΟΧΙ που υπάρχει μετά την ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ούτε (πονηρές) ερωτήσεις. Εργάσου γρήγορα και μην πολύ σκέφτεσαι να βρεις την ακριβή σημασία της κάθε ερωτήσεως.

ΜΗ ΞΕΧΑΣΕΙΣ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ

E 1.	Έχεις άλλα ενδιαφέροντα εκτός της εργασίας σου (χόμπι);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 2.	Πριν κάνεις κάτι, σταματάς να το ξανασκεφτείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 3.	Αλλάζει συχνά το κέφι σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 4.	Θεωρείς τον εαυτό σου ομιλητικό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 5.	Θα σε στεναχωρούσε να έχεις χρέος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 6.	Νιώθεις ποτέ κακόκεφος, χωρίς ιδιαίτερο λόγο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 7.	Σου έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρεις περισσότερα από όσα ανήκαν στο μερίδιό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 8.	Θα έλεγες ότι είσαι ζωντανό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 9.	Θα σε στεναχωρούσε πολύ να δεις ένα παιδάκι ή ένα ζώο να υποφέρει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 10.	Στεναχωριέσαι συχνά για πράγματα που δεν θα έπρεπε να είχες κάνει ή πει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 11.	Κρατάς πάντα την υπόσχεση σου, άσχετα με το πόσο δύσκολο είναι να την εκτελέσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 12.	Θα σε ευχαριστούσε το πήδημα με αλεξίπτωτο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 13.	Μπορείς εύκολα να αφήσεις τον εαυτό σου και να διασκεδάσεις σε ένα εύθυμο πάρτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 14.	Είσαι ευέξαπτος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 15.	Σου έτυχε ποτέ να ρίξεις το βάρος σε άλλον για δικά σου σφάλματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 16.	Σ' αρέσει να γνωρίζεις πρόσωπα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 17.	Πληγώνεσαι εύκολα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 18.	Έχεις μόνο καλές και παραδεκτές συνήθειες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-E 19.	Έχεις την τάση να μένεις στο περιθώριο, όταν βρίσκεσαι σε κοινωνικές εκδηλώσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

P 20.	Θα έπαιρνες φάρμακα που μπορεί να είχαν παράξενη ή επικίνδυνη ενέργεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 21.	Αισθάνεσαι συχνά <<μπουχτισμένος>>;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 22.	Έχεις ποτέ πάρει κάτι που ανήκε σε άλλον (έστω και μία καρφίτσα);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 23.	Σου αρέσει να βγαίνεις συχνά έξω;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 24.	Σου αρέσει να πληγώνεις ανθρώπους που αγαπάς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 25.	Ενοχλείσαι συχνά από αισθήματα ενοχής;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 26.	Μιλάς καμιά φορά για πράγματα για τα οποία όμως δεν έχεις ιδέα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 27.	Έχεις εχθρούς που θέλουν το κακό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 28.	Θεωρείς τον εαυτό σου νευρικό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 29.	Έχεις πολλούς φίλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 30.	Σου αρέσουν τα χοντρά αστεία, που καμιά φορά μπορεί να πληγώσουν τους άλλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 31.	Είσαι στενάχωρος τύπος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 32.	Όταν ήσουν παιδί, έκανες αμέσως και χωρίς γκρίνια αυτό που σου έλεγαν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 33.	Θα έλεγες ότι είσαι αμέριμνος άνθρωπος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 34.	Δίνεις μεγάλη σημασία στους καλούς τρόπους και την καθαριότητα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 35.	Ανησυχείς ότι μπορεί να σου συμβούν σοβαρά πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 36.	Έχεις καταστρέψει ή χάσει ποτέ κάτι που ανήκε σε άλλον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 37.	Παίρνεις πρωτοβουλία για να κάνεις καινούργιους φίλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 38.	Μπορείς εύκολα να καταλάβεις πως αισθάνονται όταν σου λένε τα βάσανά τους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 39.	Θα έλεγες ότι είσαι άτομο που το χαρακτηρίζει η υπερένταση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-E 40.	Μένεις τον περισσότερο χρόνο σιωπηλός, όταν βρίσκεσαι με άλλους ανθρώπους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 41.	Νομίζεις πως ο θεσμός του γάμου είναι παλιάς μόδας και θα έπρεπε να εγκαταλειφθεί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 42.	Παινεύεσαι καμιά φορά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 43.	Μπορείς να δώσεις κάποια ζωή σε ένα ανιαρό πάρτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 44.	Σε ενοχλούν οι άνθρωποι που οδηγούν προσεχτικά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 45.	Ανησυχείς για την υγεία σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 46.	Έχεις ποτέ πει κάτι κακό ή άσχημο για κάποιον άλλο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 47.	Σου αρέσει να λες αστεία και ανέκδοτα στους φίλους σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 48.	Νομίζεις ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν την ίδια γεύση για σένα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 49.	Σου αρέσει να ανακατεύεσαι με ανθρώπους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 50.	Σε στεναχωρεί όταν ξέρεις ότι υπάρχουν λάθη στην δουλειά σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 51.	Υποφέρεις από αϋπνία;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 52.	Πλένεσαι πάντα πριν φας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 53.	Έχεις πάντα σχεδόν μια έτοιμη απάντηση όταν σε ρωτούν κάτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 54.	Έχεις συχνά αισθανθεί άτονος και κουρασμένος χωρίς να υπάρχει λόγος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 55.	Έχεις ποτέ κλέψει σε παιχνίδι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 56.	Σου αρέσουν οι καταστάσεις όπου πρέπει να ενεργείς γρήγορα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 57.	Είναι (ή ήταν) η μητέρα σου μια καλή γυναίκα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 58.	Βρίσκεις ότι συχνά η ζωή είναι χωρίς ενδιαφέρον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 59.	Σου έτυχε ποτέ να εκμεταλλευτείς κάποιον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 60.	Αναλαμβάνεις ποτέ περισσότερες δραστηριότητες από όσες σου επιτρέπει ο	ΝΑΙ	ΟΧΙ

	χρόνος σου;		
P 61.	Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προσπαθούν να σε αποφύγουν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 62.	Ανησυχείς πολύ για την εμφάνιση σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 63.	Ευχήθηκες ποτέ να ήσουν νεκρός;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 64.	Θα απέφευγες να πληρώσεις τους φόρους, αν ήξερες ότι δεν θα σε έβρισκαν ποτέ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 65.	Μπορείς να ζωντανέψεις ένα πάρτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 66.	Φροντίζεις να μην είσαι αγενής με τους ανθρώπους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 67.	Βρίσκεις ότι μένεις για πολλή ώρα στεναχωρημένος μετά από μια δυσάρεστη εμπειρία;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 68.	Σου έτυχε ποτέ να επιμείνεις να γίνει το δικό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 69.	Υποφέρεις από τα νεύρα σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 70.	Χαλάνε εύκολα οι φιλίες σου χωρίς δικό σου φταίξιμο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 71.	Αισθάνεσαι ποτέ μοναξιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 72.	Κάνεις πάντα αυτό που διδάσκεις στους άλλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 73.	Σε ευχαριστεί καμιά φορά να πειράζεις τα ζώα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 74.	Πληγώνεσαι εύκολα όταν οι άνθρωποι βρίσκουν λάθη σε σένα ή στην δουλειά σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 75.	Έχεις αργήσει ποτέ στη δουλειά σου ή σε ένα ραντεβού;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 76.	Σου αρέσει να βρίσκεσαι σε περιβάλλον με ζωηρή κίνηση και ενθουσιασμό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 77.	Θα σου άρεσε να σε φοβούνται οι άλλοι άνθρωποι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 78.	Είσαι άλλοτε γεμάτος ενεργητικότητα και άλλοτε νωθρός;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 79.	Αναβάλεις καμιά φορά για αύριο αυτό που θα έπρεπε να κάνεις σήμερα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 80.	Σε θεωρούν οι άλλοι άνθρωποι πολύ ζωντανό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 81.	Σου λένε οι άνθρωποι πολλά ψέματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 82.	Είσαι πολύ ευαίσθητος για ορισμένα πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 83.	Είσαι πάντα πρόθυμος να το ομολογήσεις όταν έχεις κάνει λάθος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 84.	Θα αισθανόσουν μεγάλη λύπη για ένα ζώο που πιάστηκε σε μια παγίδα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΕΛΕΓΞΕΙΣ ΑΝ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

P= N= E= L=

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΗΣΥΧΙΑ

Οδηγίες: Σημειώστε με ένα κύκλο κατά πόσο κάθε μια από τις προτάσεις που ακολουθούν χαρακτηρίζει ή περιγράφει τον εαυτό σας, χρησιμοποιώντας τους κωδικούς που δίνονται παρακάτω

	Πολ ύ λίγο	Λίγο	Κάπο ς καλά	Αρκετ ά καλά	Πολ ύ Καλ ά
1. Όταν η αναπνοή μου δεν είναι κανονική φοβάμαι πως κάτι κακό θα μου συμβεί	0	1	2	3	4
2. Φοβάμαι όταν έχω την αίσθηση τρεμούλας	0	1	2	3	4
3. Όταν έχω δυσκολία να σκεφτώ ξεκάθαρα ανησυχώ ότι κάτι ίσως πάει στραβά με εμένα	0	1	2	3	4
4. Όταν το στομάχι μου είναι ερεθισμένο ανησυχώ μήπως έχω σοβαρή αρρώστια	0	1	2	3	4
5. Η αίσθηση ασφυξίας με φοβίζει	0	1	2	3	4
6. Όταν αρχίζω να ιδρώνω σε κάποια κανονική κατάσταση, φοβάμαι ότι οι άλλοι άνθρωποι θα σκέφτονται επικριτικά για μένα	0	1	2	3	4
7. Φοβάμαι όταν νιώθω το σώμα μου παράξενο ή διαφορετικό από ότι	0	1	2	3	4

8. Όταν η καρδιά μου χτυπάει γρήγορα, ανησυχώ ότι θα πάθω ανακοπή	0	1	2	3	4
9. Όταν νιώθω σφίξιμο στο στήθος φοβάμαι ότι δεν θα αναπνεύσω καλά	0	1	2	3	4
10. Όταν μουδιάζει το πρόσωπο μου ανησυχώ μήπως πάθω εγκεφαλικό	0	1	2	3	4
11. Με φοβίζει όταν νιώθω μούδιασμα ή μυρμηκίαση στα χέρια	0	1	2	3	4
12. Πιστεύω πως θα ήταν αηδιαστικό να κάνω εμετό δημοσίως	0	1	2	3	4
13. Όταν δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε κάτι ανησυχώ ότι ίσως θα τρελαθώ	0	1	2	3	4
14. Είναι σημαντικό για μένα να μην δείχνω νευρικός/η	0	1	2	3	4
15. Φοβάμαι όταν έχω τάσεις λιποθυμίας	0	1	2	3	4
16. Όταν πονάω το στήθος μου ανησυχώ ότι θα πάθω ανακοπή καρδιάς	0	1	2	3	4
17. Όταν νιώθω κάποιο έντονο πόνο στο στομάχι ανησυχώ ότι μήπως έχω καρκίνο	0	1	2	3	4
18. Νομίζω ότι θα ήταν τρομερό για μένα να λιποθυμήσω δημοσίως	0	1	2	3	4
19. Με φοβίζει όταν κοκκινίζω	0	1	2	3	4

μπροστά σε άλλους
ανθρώπους

20. Με φοβίζει όταν δεν δύναμαι να συγκεντρωθώ σε κάτι	0	1	2	3	4
21. Όταν έχω έντονο πονοκέφαλο ανησυχώ μήπως πάθω εγκεφαλικό	0	1	2	3	4
22. Όταν έχω παράξενα συναίσθηματα ή νιώθω <<χαμένος στο διάστημα>> ανησυχώ ότι θα πάθω ψυχολογικά προβλήματα	0	1	2	3	4
23. Όταν νιώθω πως δεν έχω αρκετό οξυγόνο φοβάμαι πως θα πνιγώ	0	1	2	3	4
24. Όταν οι σκέψεις μου είναι σε εγρήγορση ανησυχώ ότι μπορεί να τρελαθώ	0	1	2	3	4
25. Φοβάμαι όταν η καρδιά μου χτυπάει γρήγορα	0	1	2	3	4
26. Όταν νιώθω ζάλη ανησυχώ ότι κάτι πάει στραβά στο μυαλό μου	0	1	2	3	4
27. Όταν έχω διάρροια ανησυχώ ότι έχω πρόβλημα υγείας	0	1	2	3	4
28. Όταν σταματάει το μυαλό μου ανησυχώ ότι υπάρχει κάτι πολύ σοβαρό με μένα	0	1	2	3	4
29. Όταν κομπιάζει ο λαιμός μου ανησυχώ ότι ίσως θα πεθάνω από πνίξιμο	0	1	2	3	4
30. Όταν παρατηρώ ότι έχω αρρυθμίες καρδιάς ανησυχώ	0	1	2	3	4

ότι κάτι πάει στραβά με την
υγεία μου

31. Όταν τρέμω παρουσία άλλων ανθρώπων φοβάμαι για το τι μπορούν να σκεφτούν για μένα	0	1	2	3	4
32. Με φοβίζει όταν το περιβάλλον φαίνεται παράξενο ή εξωπραγματικό	0	1	2	3	4
33. Με φοβίζει η αίσθηση ναυτίας	0	1	2	3	4
34. Ανησυχώ ότι ίσως οι άλλοι άνθρωποι θα παρατηρήσουν την ανησυχία μου	0	1	2	3	4
35. Όταν δυσκολεύομαι να καταπιώ ανησυχώ ότι θα πνιγώ	0	1	2	3	4
36. Φοβάμαι όταν μου κόβετε η ανάσα	0	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (CES- D)

Οδηγίες :βαλτέ ένα κύκλο για κάθε πρόταση που περιγράφει καλύτερα ,πόσο συχνά νιώθετε η συμπεριφερθήκατε κατά αυτόν ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

	Σπάνια ή καθόλου (λιγότερο από 1μέρα)	Μερικές φορές (1-2 μέρες)	Αρκετές φορές (3-4 μέρες)	Σταθερά ή περισσότερες φορές (5-7 μέρες)
1. Ενοχλήθηκα από πράγματα που συνήθως δεν σε ενοχλούσαν	0	1	2	3
2. Δεν ένιωθα την επιθυμία να φάω	0	1	2	3
3. Δεν μπορούσα να μην είμαι μελαγχολικός ακόμα και με την βοήθεια από την οικογένεια μου η από την οικογένεια μου η από τους φίλους .	0	1	2	3
4. Ένιωθα ότι είμαι καλά το ίδιο όσο οι άλλοι	0	1	2	3
5. Είχα πρόβλημα να συγκεντρωθώ για αυτά που έκανα.	0	1	2	3
6. Ένοιωθα καταπιεσμένος/η	0	1	2	3
7. Ένοιωθα ότι το καθετί ήταν μια προσπάθεια	0	1	2	3
8. Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον	0	1	2	3
9. Νόμιζα ότι η ζωή μου ήταν μια αποτυχία	0	1	2	3
10. Ένιωθα φόβο	0	1	2	3
11. Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος	0	1	2	3
12. Ήμουν ευτυχισμένος /η	0	1	2	3
13. Μιλούσα λιγότερα από ότι συνήθως	0	1	2	3

14. Ένοιωθα μοναξιά	0	1	2	3
15. Οι άνθρωποι ήταν εχθρικοί	0	1	2	3
16. Διασκέδαζα τη ζωή	0	1	2	3
17. Έκλαιγα	0	1	2	3
18. Ένοιωθα λυπημένος /η	0	1	2	3
19. Ένοιωθα ότι δεν αρέσω στους ανθρώπους	0	1	2	3
20. Δεν μπορούσα να αρχίσω τίποτα	0	1	2	3

ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ RATHUS

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ :
Ρ.ΜΕΛΛΟΝ&Θ.ΠΕΝΘΕΡΟΥΔΑΚΗ,1999

Οδηγίες : Σημειώστε κατά πόσο κάθε μια από τις προτάσεις που ακολουθούν χαρακτηρίζει ή περιγράφει τον εαυτό σας, χρησιμοποιώντας τους κωδικούς που δίνονται παρακάτω.

+3 πολύ χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **πολύ σωστά**

+2 αρκετά χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **αρκετά σωστά**

+1 κάπως χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως σωστά**

-1 κάπως χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως λανθασμένα**

-3 καθόλου χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως λανθασμένα**

__1. Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο επιθετικοί και διεκδικητικοί από εμένα.

- __2. Έχω διστάσει να προτείνω η να αποδεχτώ κάποιο ραντεβού, επειδή ντρεπόμουν.
- __3. Όταν το φαγητό μου σερβίρεται σε ένα εστιατόριο δεν μου αρέσει, κάνω παράπονα στο σερβιτόρο η στην σερβιτόρα.
- __4. Προσέχω να αποφεύγω να πληγώνω τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων ,ακόμα και όταν νοιώθω ότι έχω πληγωθεί
- __5. Εάν ένας πωλητής μπει σε μεγάλο κόπο για να μου δείξει εμπόρευμα που τελικά δεν μ' αρέσει αρκετά , δυσκολεύομαι να μην αγοράσω κάτι.
- __6. Όταν μου ζητάνε να κάνω κάτι, επιμένω να μάθω το λόγο .
- __7. Υπάρχουν στιγμές που αναζητώ μια σθεναρή λογομαχία
- __8. Αγωνίζομαι να πετύχω όπως ακριβώς και οι περισσότεροι άνθρωποι στη θέση μου.
- __9. Οι άνθρωποι συνήθως με εκμεταλλεύονται .
- __10. Μου αρέσει να ξεκινάω συζητήσεις με νέες γνωριμίες και αγνώστους.
- __11. Συνήθως, όταν αισθάνομαι έλξη προς ένα άτομο, δεν ξέρω τι να του πω .
- __12. Διστάζω να τηλεφωνώ σε εταιρίες και ιδρύματα
- __13. Θα προτιμούσα να στείλω γραπτά αιτήσεις για κάποια δουλειά ή για εισαγωγή σε κάποιο πανεπιστήμιο παρά να δώσω προσωπικές συνεντεύξεις .
- __14. Μου προκαλεί αμηχανία το να επιστρέψω εμπορεύματα .
- __15. Αν ένας στενός συγγενής (τον οποίο σεβόμουν) με ενοχλούσε ,θα προτιμούσα να αποσιωπήσω τα συναισθήματα μου παρά να εκφράσω την ενόχληση μου.
- __16. Στο παρελθόν έχω αποφύγει να κάνω ερωτήσεις από φόβο μήπως με περάσουν για ηλίθιο/α.
- __17. Κατά την διάρκεια μια διαφωνίας , μερικές φορές φοβάμαι ότι θα αναστατωθώ τόσο που θα τρέμω σύγκορμος/η.
- __18. Εάν ένας διάσημος και σεβαστός ομιλητής προτείνει μια άποψη η οποία νομίζω ότι δεν είναι σωστή , θα αναφέρω και την δική μου γνώμη στο ακροατήριο .
- __19. Αποφεύγω να διαφωνώ για τις τιμές με τους υπαλλήλους και τους πωλητές.
- __20. Όταν έχω κάνει κάτι σπουδαίο η αξιόλογο, φροντίζω να το μαθαίνουν οι άλλοι.
- __21. Είμαι ανοιχτός και ειλικρινής όσον αφορά στα συναισθήματα μου .

- __22. Εάν κάποιος/α διαδίδει ψεύτικα και κακόφημα σχόλια για εμένα ,τότε θα τον/την αντιμετωπίσω όσο το δυνατόν γρηγορότερα για να «τα πούμε» γύρω από αυτό το θέμα.
- __23. Συχνά, δυσκολεύομαι να πω «όχι»
- __24. Έχω την τάση να καταπνίγω τα αισθήματα μου παρά να κάνω σκηνή .
- __25. Κάνω παράπονα για την απαίσια εξυπηρέτηση σε ένα εστιατόριο και σε άλλες παρόμοιες καταστάσεις.
- __26. Όταν με κολακεύουν, μερικές φορές δεν ξέρω τι να τους πω .
- __27. Σε ένα θέατρο, κινηματογράφο η σε μια διάλεξη, εάν ένα ζευγάρι συζητούσε κάπως δυνατά, θα τους ζητούσα να κάνουν ησυχία η να συζητήσουν κάπου αλλού.
- __28. Όποιος προσπαθεί να με σπρώξει προκειμένου να πάρει την θέση μου σε κάποια ουρά , πάει γυρεύοντας για καβγά.
- __29. Εκφράζω την άποψη μου με πρωτοβουλία.
- __30. Υπάρχουν στιγμές που δεν μπορώ να πω τίποτα .

ΣΧΕΔΙΑΣΤΕ ΕΝΑΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

ΨΥΧΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΙΙ- ΙΙ. ΜΕΛΛΟΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Φιγούρα _____ του υποκειμένου _____

Γένος φιγούρας: Αρσενικό

Θηλυκό Ασαφές

1.Ύψος φιγούρας _____ ασυνήθιστο

2.Φάρδος φιγούρας _____ ασυνήθιστο

3.Απόσταση από την κορυφή _____ ασυνήθιστο

4.Απόσταση από τη βάση _____ ασυνήθιστο

5.Απόσταση από την αριστερή πλευρά _____

ασυνήθιστο

6. Απόσταση από δεξιά πλευρά _____

ασυνήθιστο

7. Κλίση φιγούρας _____ ασυνήθιστο

8. Ενωμένα πόδια

9. Σχεδιασμένη γραμμή βάσης

10. Γράμματα ή αριθμοί

11. Περιστροφή σελίδας

12. Φιγούρα στραμμένη αριστερά/ δεξιά

13. Φιγούρα στραμμένη μακριά

14. Αποτυχημένη σύνθεση

α) κεφαλιού _____

β) χεριών _____

γ) ποδιών _____

15. Διαφανές

16. Νέα αρχή

17. Παράλειψη κεφαλιού

18. Παράλειψη μαλλιών

19. Παράλειψη ματιών

20. Παράλειψη μύτης

21. Παράλειψη στόματος

22. Παράλειψη κορμού

23. Παράλειψη χεριών

24. Παράλειψη δακτύλων

25. Παράλειψη ποδιών

26. Παράλειψη πελμάτων

- 27.Σβήσιμο καβάλου
- 28.Σκίαση καβάλου
- 29.Σκίαση παλάμης
- 30.Σκίαση πελμάτων
- 31.Σκίαση εξωτερικής επιφάνειας
- 32.Κενά μάτια
- 33.Κλειστά μάτια
- 34.Αλλήθωρα μάτια
- 35.Επίμονο κοίταγμα αριστερά/ δεξιά
- 36.Σούφρωμα στόμα
- 37.Σχιστό στόμα
- 38.Δόντια
- 39.Αντικείμενο στο στόμα
- 40.Τεντωμένα χέρια
- 41.Σφίξιμο στον κορμό
- 42.αντιφατινή στάση
- 43.Απουσία παλάμης
- 44.Κρυμένες παλάμες
- 45.Γροθιές
- 46.Νύχια
- 47.Επιθετικά σύμβολα
- 48.Προσάρτηση αντικειμένου
- 49.Συμπληρωμένο φόντο
- 50.Τέρας

51. Πολλαπλές φιγούρες

52. Γυμνή φιγούρα

53. Ένστολη φιγούρα

Σύνολο ασυνήθιστων χαρακτηριστικών _____

$$\frac{(X-M)}{S} = \frac{(\square - \square)}{\square} = \frac{\square}{\square} = \square$$

Ημερολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ)

Πόσο συχνά καταναλώνεις τα ακόλουθα τρόφιμα: βάλε ένα X στο σημείο που θεωρείς κατάλληλο.

	Περισσότερο από 1 φορά την ημέρα	1 φορά ανά ημέρα	2-3 φορές ανά εβδομάδα	Σπάνια-ποτέ	Ποτέ **	Συναισθήματα ***
Γάλα						
Τυρί, γιαούρτι						
Παγωτό*						
Κρέας, ψάρι, πουλερικά						
Αυγά						
Φυστικοβούτυρο, ξηροί καρποί						
Κιτροειδή φρούτα (π.χ. πορτοκάλι, γκρέιπφρουτ,						

ντομάτα)						
Σκούρα πράσινα, φυλλώδη ή σκούρα πορτοκαλί λαχανικά (μπρόκολο, καρότα, γλυκοπατάτες)						
Άλλα φρούτα, λαχανικά, πατάτες						
Ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, ζυμαρικά						
Γλυκά						
Αλμυρά σνακ (πατατάκια, chips)						
Αναψυκτικά						
Αλκοόλ (μπύρα, κρασί κ. ά.)						
Καφέ, τσάι						

	Περισσότερο από 1 φορά την ημέρα	1 φορά ανά ημέρα	2-3 φορές ανά εβδομάδα	Σπάνια - ποτέ	Ποτέ*	Συναισθήματα**
Βιταμίνες, βότανα, άλλα συμπληρώματα						
Έτοιμο φαγητό (fast food)						

*Εποχιακό τρόφιμο

**χρονική στιγμή που καταναλώνεται συνήθως το τρόφιμο

***συναισθήματα που προκαλούν την κατανάλωση, συναισθήματα κατά και μετά την κατανάλωση