



## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

«Εικόνα σώματος και διατροφικές συνήθειες που καταγράφονται στους φοιτητές του τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας Σητείας σε σχέση με τους φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου».



### **ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

### **ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

Γκέρκη Ελευθερία  
Τσακμακίδης Εμμανουήλ  
Χαλά Αυγούστα

ΣΗΤΕΙΑ 2013



Technological Educational Institute of Crete – Branch of Sitia  
Department of Human Nutrition and Dietetics

“Body image and eating habits that are recorded in the students of the Department of Nutrition and Dietetics Sitia in combination the students of department of Social Work of the Technological Educational Institute (TEI) of Crete Heraklion”



**SUPERVISED BY:**

**Charonitaki Aikaterini**

**EDITED BY:**

Gergi Eleftheria  
Tsakmakidis Emmanouil  
Chala Avgousta

Sitia 2013

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	5
Abstract.....	7
Ευχαριστίες.....	8
Εισαγωγή.....	9

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### **Κεφάλαιο 1**

1.1. Ιστορικά Στοιχεία και Σύγχρονες Προοπτικές.....	11
1.1.α Σταθμοί της Εικόνας Σώματος.....	11
1.2 Ιστορικές Τάσεις: Απεικόνιση του Θηλυκού και Ανδρικού Σώματος.....	11
1.2α Γυναίκες.....	11
1.2β Άνδρες.....	13
1.3 Ορισμός Εικόνας Σώματος.....	14
1.4 Παράγοντες που Επιδρούν στην Ανάπτυξη της Εικόνας Σώματος και των Διατροφικών Διαταραχών.....	16
1.4α Πολιτισμός.....	16
1.4β Στάση της Οικογένειας και Κοινωνική Μάθηση.....	16
1.4γ Εικόνα Σώματος και Παχυσαρκία.....	17
1.4δ Άλλοι Παράγοντες Κινδύνου.....	18
1.5 Εικόνα Σώματος και ΜΜΕ.....	20
1.5α Τα Μέσα Ενημέρωσης στην Απεικόνιση της Εικόνας Σώματος.....	20
1.6 Στρατηγικές Επεμβάσεις-Θεραπεία.....	22
1.6α Άσκηση.....	23
1.6β Κοσμητικές Ιατρικές Επεμβάσεις.....	23

#### **Κεφάλαιο 2**

2.1 Εικόνας Σώματος και Διατροφικές Διαταραχές.....	24
2.1α Ορισμός.....	24
2.2 Εικόνα Σώματος και Νευρική Ανορεξία.....	25
2.2α Διαγνωστική σημασία και κλινική εφαρμογή.....	25
2.2β Αιτιολογία.....	26

2.2γ Αντιληπτική διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματος.....	26
2.2δ Δυσαρέσκεια Σώματος: Γνωστικά – Αξιολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα.....	27
2.3 Εικόνα σώματος και βουλιμία .....	28
2.3α Ορισμός.....	28
2.3β Αιτιολογία.....	29
2.3γ Εμπειρικά Ευρήματα.....	29
2.3δ Κλινικές Επιπτώσεις.....	30
2.4 Επεισοδιακή Υπερφαγία.....	30
2.5 Εικόνας Σώματος και Δυσμορφικές Διαταραχές.....	31
2.5α Κλινικά Χαρακτηριστικά.....	31
2.5β Παθολογία και Αιτιολογία .....	32
2.5γ Επιπλοκές.....	32
2.5δ Διαταραχή εικόνας σώματος στη δυσμορφική διαταραχή .....	33
2.6 Ο ρόλος της εικόνας του σώματος για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών .....	33
2.6α Πρωτογενής πρόληψη.....	34
2.6β Πρόληψη με κοινωνική-γνωσιακή θεωρία .....	34
2.6γ Στρεσογόνο Μοντέλο.....	34
2.6δ Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία .....	35

### **Κεφάλαιο 3**

3.1. Διαιτολόγοι και Εικόνα Σώματος .....	37
3.2 Διατροφική Συμπεριφορά και Διατροφικές Διαταραχές Διαιτολόγων.....	38
3.2α Συσχέτιση Εικόνας Σώματος και Διατροφικών Διαταραχών σε Διαιτολόγους.....	40
3.3 Διαιτολόγοι και Παχυσαρκία .....	41
3.4 Διαιτολόγοι και Διατροφικές Γνώσεις – Πως Αυτές Συμβάλλουν στην Διατροφική Συμπεριφορά .....	43
3.5 Σύγκριση Διαιτολόγων με Τους Κλάδους Ειδικοτήτων.....	45

### **Κεφάλαιο 4**

4.1 Προσωπικότητα και αυτοεκτίμηση .....	48
--	----

4.1α Ορισμός.....	48
4.1β Η θεωρία του Hans Jurgen Eysenck .....	49
4.1γ William Sheldon –χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας σε σχέση με τη σωματική διάπλαση.....	50
4.2 Προσωπικότητα και διατροφικές διαταραχές .....	51
4.2.α Διαταραχές προσωπικότητας και διατροφή .....	51
4.2.β Ψυχολογία και διατροφή.....	52

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ :ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Σκοπός της έρευνας .....	56
Μεθοδολογία .....	56
1 Δείγμα.....	56
2 Ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν-Περιγραφή.....	57
2.1 Ερωτηματολόγιο EAT 26 (Eating Attitudes Test) .....	57
2.2 Ερωτηματολόγιο BSQ-34 (Body Shape Questionnaire) .....	58
2.3 Ερωτηματολόγιο B.I.Q. (Body Image Questionnaire) .....	59
2.4 Διαιτητικό Ιστορικό .....	59
2.5 Στατιστική ανάλυση (SPSS) .....	60
3 Αποτελέσματα Έρευνας.....	60
3.1 Προφίλ δείγματος .....	60
3.2 Διατροφικό ιστορικό δείγματος.....	67
3.3 Διαταραχές διατροφικών συνηθειών EAT-26.....	86
3.4 Ανησυχία για το σχήμα σώματος BSQ-34.....	90
3.5 Εικόνα σώματος BIQ.....	101
3.6 Συσχετίσεις .....	114
4 Συζήτηση-Σχολιασμός .....	128
4.1 Συμπεράσματα .....	135
4.2 Περιορισμοί έρευνας.....	137
4.3 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	138
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>140</b>
<b>Παραρτήματα.....</b>	<b>151</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι φοιτητές είναι μια κατηγορία πληθυσμού των οποίων οι διατροφικές συνήθειες παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις κατά τη διάρκεια φοίτησης τους λόγω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, της περιοχής στην οποία σπουδάζουν και της ψυχολογικής τους κατάστασης (λόγο απομάκρυνσης από την οικογένειά τους), πόσο μάλλον για τους φοιτητές Διατροφής – Διαιτολογίας των οποίων ο κύριος όγκος σπουδών τους έχει να κάνει με τη διατροφή. Πολλοί είναι εκείνοι που εξαιτίας αυτών των διαφοροποιήσεων εμφανίζουν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών με κυριότερη την ανορεξία.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί και να συγκριθεί η σχέση των διατροφικών διαταραχών, της εικόνας σώματος και των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών Διατροφής-Διαιτολογίας Σητείας και των φοιτητών κοινωνιολογίας Ηρακλείου και κατά πόσο το αντικείμενο σπουδής του κάθε φοιτητή επηρεάζει την εικόνα, το σχήμα και της διατροφικές του συνήθειες. Για την εξέταση της εικόνας και του σχήματος σώματος μελετήθηκαν οι παράγοντες που προσδιορίζουν την εικόνα και το σχήμα σώματος. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης, η στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση, η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, η στάση ως προς τη φυσική κατάσταση, εκτίμηση της κατάστασης υγείας, στάση ως προς την υγεία, στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών, κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος, εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και η προσωπική εκτίμηση του σωματικού βάρους. Στη συνέχεια αναζητούνται συσχετίσεις μεταξύ εικόνας σώματος και διατροφικών συνηθειών, σχήμα σώματος και διατροφικών συνηθειών, βάρους και διατροφικών συνηθειών και συγκρίνονται μεταξύ των δυο ομάδων φοιτητών.

**Δείγμα:** Το δείγμα μας αποτελείται από 100 φοιτητές, 50 φοιτητές από το τμήμα Διατροφής – Διαιτολογίας Σητείας και 50 φοιτητές από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, από το 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> έτος όπως επίσης και από προτυχιακούς.

**Ερευνητικά εργαλεία:** Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο EAT-26, το ερωτηματολόγιο BSQ-34, το ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος B.I.Q. και το διαιτητικό ιστορικό. Η ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 17).

**Αποτελέσματα:** Από τη παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε παρόμοιο σωματικό βάρος και διατροφικές διαταραχές μεταξύ των διαιτολόγων και των κοινωνιολόγων. Μικρές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών μεταξύ των φοιτητών διαιτολογίας – κοινωνιολογίας με τη πρώτη κατηγορία να εμφανίζει ελαφρώς υψηλότερη πιθανότητα, ενώ επίσης βρέθηκαν μικρές διαφορές στο βαθμό ανησυχίας για το σχήμα σώματος μεταξύ των φοιτητών διαιτολογίας – κοινωνιολογίας με τη πρώτη κατηγορία και πάλι να εμφανίζει ελαφρώς αυξημένη ανησυχία. Επιπλέον, υπήρξαν μικρές διαφορές στις απόψεις για την εικόνα σώματος μεταξύ των δύο ειδικοτήτων. Οι διατροφολόγοι και άτομα άλλων ειδικοτήτων που παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών στις διατροφικές τους συνήθειες έχουν αυξημένη ανησυχία για το σχήμα του σώματός τους, ενώ τείνουν να έχουν και διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος.

Και οι δύο ειδικότητες με έντονη ανησυχία για το σχήμα σώματος παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό αρνητική εικόνα για την εμφάνισή τους. Τέλος, για τους φοιτητές που δεν έχουν ειδικότητα παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών λόγω βουλιμίας, ενώ επιπλέον η κατηγορία αυτή έχει περισσότερο αρνητική άποψη για την εικόνα σώματος.

**Λέξεις κλειδιά:** εικόνα σώματος, διατροφική συνήθεια, διατροφική διαταραχή, φοιτητές Τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας, φοιτητές Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

## ABSTRACT

The students are a class of people whose dietary habits show differences during their studies due to socioeconomic factors, the region in which they study and their psychological state (because they have moved away from their families), let alone students of Dietetics and Nutrition- which the bulk of studies has to do with diet. Many people because of these differences show symptoms of eating disorders with anorexia taking the first place.

The **purpose** of this study was to investigate and compare the relationship of eating disorders, body image and eating habits between students of Nutrition-Dietetics in Sitia and Heraklion Sociology students and whether the object of study of each student affects the image, shape and eating habits. To examine the image and the body shape, the factors that determine the image and body shape were studied. These factors are: the assessment of the external appearance, the attitude towards the outer appearance, the estimation of fitness, the attitude towards fitness, assessment of health status, attitude to health, attitude to treating diseases, satisfaction scale of individual body parts, obsessed with weight control and personal assessment of body weight. Then we look for correlations between body image and eating habits, body shape and eating habits, weight and eating habits and these are compared between the two groups of students.

**Sample:** Our sample consists of 100 students, 50 students from the Department of Nutrition - Dietetics in Sitia and 50 students from the Department of Social Work of the Institute in Heraklion, from the 3rd and 4th year of tuition as well as the undergraduates.

**Research tools:** The tools used were the EAT-26 questionnaire, the questionnaire BSQ-34, the body image questionnaire BIQ and dietary history. Data analysis was performed with the statistical program SPSS (version 17.0).

**Results:** From the present study a similar body weight and eating disorders among nutritionists and sociologists was noticed. Small differences were found between the incidence of eating disorders among dietetics students - sociology students, with the first group showing a slightly higher probability, while small differences in the degree of concern about body shape was found among dietetics students-sociology students, with the first group again showing a slightly increased anxiety. Additionally, there were small differences in views on body image between the two disciplines. Nutritionists and people of other disciplines who exhibit a greater likelihood of disturbances in their eating habits have increased concern about the shape of their bodies, while they tend to have a distorted body image. Both disciplines with a strong concern for body shape exhibit a greater degree of negative image of their appearance. Finally, it was observed that for students who do not have specialisation in dietetics, the greater the BMI is, the greater the chance is in developing eating disorders due to bulimia, while this category has a more negative view on the body image as well.

**Key Words:** body image, food habit, eating disorder, university student, human nutrition and dietetics department, TEI of Crete, university student, social work department, TEI of Crete



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αισθανόμαστε την ανάγκη να επισημάνουμε την απέραντη ευγνωμοσύνη μας στους γονείς μας, Ιωάννη και Αικατερίνη Γκέρκη, Ιορδάνη και Παρασκευή Τσακμακίδη, Μιχάλη και Ελένη Χαλά για όσα μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια των φοιτητικών μας χρόνων και όχι μόνο και την αμέριστη υποστήριξή τους σε κάθε μας επιλογή, καθώς επίσης και τους φίλους μας για την στήριξη και υπομονή τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζουμε στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κ. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη για την εμπιστοσύνη και την αφιέρωση πολύτιμου χρόνου ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εικόνα σώματος είναι μια σύνθετη έννοια που μπορεί να περιλαμβάνει την ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλικότητα, τα πολιτιστικά ήθη και τα θέματα υγείας. Ο Grogan αναφέρεται στην έννοια της εικόνας σώματος ως «η αντίληψη ενός ατόμου, οι σκέψεις και τα συναισθήματα του για το σώμα του / της». (Grogan, 1999) Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και που αφορούν την εικόνα σώματος έχουν δείξει πως γενικά οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση σε σχέση με τους άνδρες (Grogan, 1999). Οι Fallon και Rozin (1985) βρήκαν πως στη πλειοψηφία τους οι γυναίκες επιθυμούν να είναι πιο λεπτές από αυτό που είναι (κατά 85% στους Drewnowski & Yee, 1987). Αντίθετα, σε έρευνα που έγινε από τους Leon et al (1985) περιγράφηκε πως οι άνδρες είναι ικανοποιημένοι με το βάρος που έχουν. Πιο πρόσφατα, αρκετοί ερευνητές έχουν παρατηρήσει επίσης, πως η γενική εικόνα σώματος αλλά και η ικανοποίηση ως προς την εικόνα σώματος έχει να κάνει και με τις σεξουαλικές προτιμήσεις του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως οι ομοφυλόφιλοι άνδρες είναι λιγότερο ευχαριστημένοι με την εικόνα σώματος τους από ότι οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες, ενώ οι ομοφυλόφιλες γυναίκες δε παρουσιάζουν μεγάλη διαφορά ως προς την εικόνα του σώματος τους σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες (e.g. Beren et al., 1996; French, et al, 1996; Lakkis, Ricciardelli, & Williams, 1999; Schneider, O'Leary, & Jenkins, 1995; Siever, 1994; Wagenbach, 1999). Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν βάσει των αποτελεσμάτων τους πως ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος δεν είναι τόσο η σεξουαλικότητα του ατόμου όσο το φύλο του ατόμου (e.g. Brand, Rothblum & Soloman, 1992).

Επίσης, υπάρχει μια γενική άποψη στις δυτικές κοινωνίες πως οι γυναίκες πρέπει να έχουν μια λεπτή και καλλίγραμμη μορφή σώματος, ενώ για τους άνδρες ισχύει πως πρέπει να είναι αδύνατοι αλλά μέτρια γυμνασμένοι (Grogan, 1999). Η μη συμμόρφωση με τα παραπάνω έχει αρνητικές συνέπειες για την κοινωνική εικόνα του ατόμου (Bordo, 1993; Tiggemann & Rothblum, 1988). Ακόμη, οι ταινίες αλλά και γενικά τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν επικριθεί για την προώθηση ενός αδύνατου σώματος σε σχέση με ένα υπέρβαρο σώμα (Major, Testa, & Bylsma, 1991; Myers & Biocca, 1992). Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί πως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλουν ως ιδανικό σώμα, εκείνο το σώμα το οποίο είναι πολύ αδύνατο με αποτέλεσμα να προκαλείται δυσαρέσκεια στις γυναίκες που δεν το έχουν αυτό. (Groesz, Levine and Murnen 2002)

Σε γενικές γραμμές, είναι γνωστή η φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, όπως επίσης και οι διατροφικές διαταραχές του μέσου όρου του πληθυσμού. Ελάχιστες όμως είναι οι πληροφορίες αυτές για μια ειδική κατηγορία του πληθυσμού, τους διαιτολόγους. Ωστόσο έχουν γίνει έρευνες για τα θέματα που αναφέρθηκαν παραπάνω αν και δεν είναι και τόσο πρόσφατες. Έχει βρεθεί πως μια ομάδα διαιτολόγων είχε την τάση προς εμετό μετά την κατανάλωση γεύματος (Crocket and Littrell, 1985). Επίσης, έχει εντοπιστεί πως η επιμονή με το σωματικό βάρος, την εικόνα σώματος, με τα τρόφιμα αλλά και γενικά με τη διατροφή θέτει τους διαιτολόγους σε μεγάλο ρίσκο για βουλιμική συμπεριφορά (Larson 1989). Ακόμη, οι διαιτολόγοι κατά το 25% του συνόλου τους έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε σχέση με το μέσο όρο του πληθυσμού, όπως επίσης και μερικοί φοιτητές διαιτολογίας μάλλον διάλεξαν ειδικά αυτό το επάγγελμα λόγω προσωπικής τους εμπειρίας αλλά και επιμονής με το φαγητό. Σε αντίθεση με τα παραπάνω κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως δε βρήκαν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής σε

γυναίκες που σπούδαζαν διατροφή και διαιτολογία. (Johnston & Christopher,1991; Howat et al., 1993).

Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί από τον Berryman E. Et al. πως δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στα αποτελέσματα φοιτητών διαιτολογίας και μη, όσων αφορά τη φοβία τους ως προς το πάχος. Παρόλα αυτά όμως, υπάρχουν και ενδιαφέρουσες διαφορές ανάμεσα στις δύο αυτές ομάδες (φοιτητές διαιτολογίας και μη). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές διαιτολογίας θεωρούν πως ο μειωμένος αυτοέλεγχος, η έλλειψη αντοχής, η ανασφάλεια και η χαμηλή αυτοεκτίμηση δε συνδράμουν και τόσο στην αιτιολογία της παχυσαρκίας στα άτομα, ενώ οι φοιτητές άλλων τμημάτων θεωρούν πως και αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην αιτιολογία της παχυσαρκίας εξίσου όπως και: η καθιστική ζωή και τα υπερφαγικά επεισόδια. Στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ακόμα πως οι φοιτητές διαιτολογίας καταναλώνουν λιγότερες θερμίδες την ημέρα σε σχέση με τους άλλους φοιτητές.

Πιστεύεται πως οι διαιτολόγοι λόγω το ότι έχουν γνώσεις πάνω σε θέματα σωστής διατροφικής συμπεριφοράς, δε μπορούν να αναπτύξουν διάφορα θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή, όπως διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και παχυσαρκία. Αυτή η άποψη δε συμβαδίζει με κάποιες έρευνες που έχουν γίνει στις οποίες παρατηρείται πως οι διαιτολόγοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες. Από αυτούς που έχουν επιλέξει το επάγγελμα του διαιτολόγου, σύμφωνα με έρευνες, το ένα τρίτο το επέλεξε λόγω εμφάνισης παχυσαρκίας ή διατροφικών διαταραχών στους ίδιους αλλά και στο στενό φιλικό και συγγενικό τους περιβάλλον. (Houston, Bassler, Anderson, 2008).

Στα άτομα τα οποία φοιτούν σαν διαιτολόγοι επίσης, φαίνεται πως υπάρχει μια γενική δυσαρέσκεια σε σχέση με το σωματικό βάρος, με την ανορεξία, όπως ακόμα και με τη διατροφική συμπεριφορά, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δε φοιτούν σαν διαιτολόγοι. (Sue, Rasor-Greenhaegh et al, 2007).

Τέλος, πρωτοετείς φοιτητές διαιτολογίας φαίνεται να έχουν λιγότερο θετικές διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τους τελειόφοιτους και αυτό έρχεται σαν αποτέλεσμα της αυξημένης έκθεσής των τελειόφοιτων σε διατροφικές πληροφορίες. (Reinstein, 1992).

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί, οι οποίες ασχολούνται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων από ανορεξία και βουλιμία στους φοιτητές διαιτολογίας. Υπάρχουν, ωστόσο, αντιφατικά αποτελέσματα στις έρευνες αυτές. Οι Crocket και Littrell (1985) διαπίστωσαν πως μετά την κατανάλωση φαγητού οι φοιτητές διαιτολογίας προκαλούσαν εμετό για να το αποβάλλουν. Ο Larson (1989) διαπίστωσε πως η έντονη σημασία που δίνουν οι φοιτητές διαιτολογίας στο σωματικό βάρος, στην εικόνα, στα τρόφιμα και στη διατροφή οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βουλιμικής συμπεριφοράς. Ο Drake (1989) μέσω της έρευνας που πραγματοποίησε έδειξε πως το 24% των φοιτητών διαιτολογίας παρουσίαζε χαρακτηριστικά ανορεξίας. Ωστόσο, οι Johnston και Christopher (1991) και ο Howat (1993) δε βρήκε κάποια υψηλή συσχέτιση γυναικών, οι οποίες φοιτούσαν ως διαιτολόγοι, με κάποια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Ο Kinzl (1994) διαπίστωσε ότι το 14,4% των φοιτητριών διαιτολογίας διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών, ενώ ο Kinzl (1999) μέσω της έρευνας του έδειξε πως από τα άτομα τα οποία επέλεξαν το επάγγελμα του διαιτολόγου, το 14% από αυτά το επέλεξαν λόγω παρελθοντικών διατροφικών διαταραχών και γενικά προβλημάτων με το βάρος τους, ενώ το 22% ανέφεραν πως η καλή γνώση θεμάτων διατροφής είχε θετικές συνέπειες στη διατροφική συμπεριφορά τους (Wright,O'Toole-Hampshire,2002).

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ**

Κοιτάζοντας πίσω στο χρόνο, πήρε περίπου πάνω από έναν αιώνα οι επιστήμονες να κατανοήσουν αυτό που πραγματικά ονομάζουμε «εικόνα του σώματος». Από διαφορετικές οπτικές γωνίες, οι ψυχολόγοι, οι γιατροί και οι φιλόσοφοι μελέτησαν για τη φύση και τη σημασία της. Οι επιστήμονες μέχρι τώρα έχουν κάνει συστηματικές παρατηρήσεις για να δοκιμάσουν τις ιδέες τους και να ανακαλύψουν το νόημα της εικόνας σώματος. Κλινικοί επαγγελματίες έχουν στραφεί σε διορθωτικά μέτρα που κατευθύνονται προς το σώμα αλλά και το μυαλό, για να μπορέσουν έτσι με αυτό τον τρόπο, να βοηθήσουν τους ανθρώπους των οποίων η ποιότητα ζωής μειώνεται με βάση την εικόνα του σώματός τους (Cash & Pruzinsky, 2002).

#### **1.1α Σταθμοί της εικόνας σώματος**

Σύμφωνα με το κεφάλαιο/τόμο Εικόνα του Σώματος: Ένα εγχειρίδιο Θεωρίας, Έρευνας και Κλινικής Εξάσκησης (Cash & Pruzinsk, 2002), το πεδίο έχει μια συναρπαστική ιστορία και εξελίσσεται σε ενδιαφέρουσες κατευθύνσεις (Pruzinsky & Cash, 2002). Σχεδόν πριν από έναν αιώνα, η αναγνώριση της έννοιας «Εικόνα του Σώματος» ή «Σχήμα του Σώματος» ξεκίνησε με κλινικές προσπάθειες για την κατανόηση των νευροπαθολογικών μορφών της εμπειρίας του σώματος.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του 20ου αιώνα ο Schilder (1935/1950) θεωρήθηκε ως ο μελετητής που «σχεδόν» μόνος του αναβάθμισε την μελέτη της εμπειρίας του σώματος, αλλάζοντας περισσότερο την αντίληψη και ξεφεύγοντας από την τοπικιστική έμφαση που βασιζόνταν στο ότι οι στρεβλές αντιλήψεις προκαλούνται από κάποια βλάβη στον εγκέφαλο (Fisher, 1990). Στην συνέχεια, ο εξέχων ψυχολόγος Seymour Fisher αφιέρωσε μεγάλο μέρος της καριέρας του στην μελέτη της εικόνας σώματος δημοσιεύοντας βιβλία και επιστημονικά άρθρα σχετικά με την κατασκευή του «ορίου του σώματος» (Fisher, 1970/1986; Fisher & Cleveland, 1968).

Παράλληλα, ο Franklin Shontz (1969), ο οποίος ήταν επικριτικός για την ψυχοδυναμική άποψη επιδίωξε να ενσωματώσει τη θεωρία και τα δεδομένα από διάφορα μέρη της πειραματικής ψυχολογίας, θεωρώντας την εμπειρία του σώματος ως πολυδιάστατη και εφάρμοσε επιστημονικά ευρήματα για να μπορέσει να βοηθήσει τα άτομα με σωματικές αναπηρίες (Shontz, 1990).

### **1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΘΗΛΥΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ**

#### **1.2α Γυναικείο Σώμα**

Πολλοί συντάκτες έχουν υποστηρίξει ότι οι πολιτιστικές διαφορές είναι πρώτιστα αρμόδιες για τη διαμόρφωση του ιδανικού σώματος. Αυτά τα στοιχεία προκύπτουν από διάφορες μελέτες που αναφέρουν τις προτιμήσεις σε μία μόνο μορφή σώματος

και από κάποιες άλλες μελέτες που εξετάζουν τις διαφορές που υπάρχουν σε διαφορετικές πολιτιστικές ομάδες.

Υπάρχει μία γενική συμφωνία ότι η κοινωνική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους άνδρες για το ιδανικό σώμα είναι μεγαλύτερη στην δύση. Η εξιδανίκευση της λυγρότητας της γυναίκας γίνεται αντιληπτή ως προϊόν της ιστορικής εξέλιξης που σημειώθηκε κατά τον προηγούμενο αιώνα. Όλα αυτά τα χρόνια έχουν γίνει αρκετές αλλαγές στο σχήμα και το μέγεθος του σώματος που θεωρείται ελκυστικό και υγιή, ειδικά για τις γυναίκες. Εντοπίστηκε μία πολιτισμική αλλαγή στο «ιδανικό σώμα» από το μεσαίωνα μέχρι την αλλαγή του αιώνα, κάτι το οποίο ευνόησε τα περιοδικά μόδας του σήμερα. Στον μεσαίωνα η πληρότητα του στομαχιού θεωρήθηκε ως σύμβολο γονιμότητας (Fallon, 1990). Το θηλυκό σώμα παρουσιάζεται με τα πλήρη, στρογγυλεμένα ισχία και τα στήθη. Η τάση αυτή παριστάνεται και ζωγραφίζεται από τον Ρούμπενς το 1600 στο έργο του Bathsheba Rembrandt van Rijn (1654) που απεικονίζει μία γυναίκα με ένα παχουλό σώμα που αντιπροσώπευε το ιδανικό της εποχής του.

Το 1800 η εξιδανικευμένη μορφή ήταν ακόμη μία παχουλή γυναίκα όπως, για παράδειγμα, το έργο του καλλιτέχνη Courbet το 1855, το οποίο η Ολυμπία του Manet (1863) το θεώρησε αριστούργημα και καταγγέλθηκε γι' αυτό τον χαρακτηρισμό όταν παρουσιάστηκε στο σαλόνι του Παρισιού το 1865, επειδή η εικόνα αντιπροσώπευε μία ξαπλωμένη γυμνή γυναίκα «μεσαίου» μεγέθους, κάτι το οποίο θεωρήθηκε άσεμνο, καθώς ισχυρίστηκαν ότι το θέμα δεν ήταν αρκετά «παχουλό» για να είναι ερωτικό. (Myers & Copplestone, 1985). Το σώμα με τις καμπύλες της γυναίκας εξιδανικευόταν ως αντίθεση με το λυγρό και λεπτό ανδρικό σώμα που παρουσιάστηκε από τους νεο-κλασικιστές, όπως ο Jacques-Louis David. Στη δεκαετία του '50 υπήρξε επίσης, μια σημαντική κίνηση προς τη λυγρότητα και το αδύνατο σώμα. Η Greis Kelly και Audrey Hepburn αδύνατες και λυγρές εμφανίζονται στον κινηματογράφο και γίνονται πρότυπα για αρκετές γυναίκες της εποχής (Mazur, 1986). Η τάση για αδυνάτισμα έγινε ιδιαίτερα οξεία στη δεκαετία του 1960, όταν η Twiggy (μοντέλο μόδας) έγινε το πρότυπο για τη γενιά των νέων γυναικών (Freedman, 1986).

Το αδύνατο σώμα υιοθετήθηκε το 1960 ως το ιδανικό στη Βρετανία από τις γυναίκες όλων των κοινωνικών τάξεων και δίδαξε την αντισυμβατικότητα, την ελευθερία και τη νεανικότητα (Sarah, 1999:27). Στη συνέχεια, μεταξύ της δεκαετίας του '60 και της δεκαετίας του '80 στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες, εμφανίστηκε η τάση τα πρότυπα να εμφανίζονται λεπτότερα και πιο ψηλά (Fallon, 1990). Το αδύνατο ως πρότυπο ομορφιάς γίνεται ακόμα πιο έντονο τη δεκαετία του '90 απ' ότι ήταν στη δεκαετία του '80 και οι σχεδιαστές και συντάκτες περιοδικών επιλέγουν συχνά να χρησιμοποιήσουν τα εξαιρετικά λεπτά πρότυπα για να διαφημίσουν τα ενδύματα και τα προϊόντα ομορφιάς τους. Στα τέλη της δεκαετίας του '90, τα πρότυπα είναι ακόμη λεπτά και αδύνατα και η βιομηχανία μόδας θέλει και παρουσιάζει τα μοντέλα να ποζάρουν στα περιοδικά ως χρήστες ουσιών (δηλαδή πάρα πολύ αδύνατοι και ατημέλητοι).

Πιο πρόσφατα, η Emma Balfour (ανορεξική) είχε καταδικάσει δημόσια τη βιομηχανία μόδας για την ενθάρρυνση των νέων προτύπων και γενικά υποστηρίχθηκε ότι είναι ακόμα μια τάση της μόδας που μπορεί να δώσει το λόγο ανησυχίας, λόγω των πιθανών αρνητικών αποτελεσμάτων που θα προκαλούσε στην εικόνα των νέων γυναικών (Schoemer, 1996: 51).

## 1.2β Ανδρικό Σώμα

Παρόλο που οι περισσότεροι άνδρες δεν τηρούν τα κριτήρια για τη νευρική ανορεξία και τη βουλιμία, πολλοί από αυτούς ασχολούνται με το σχήμα του σώματος τους και το βάρος του. Καθημερινά οι άνδρες βομβαρδίζονται από λεπτά, μυώδη σώματα και μετροσέξουαλ μοντέλα στα ανδρικά περιοδικά. Πολλοί σπαταλούν αρκετά χρήματα σε προϊόντα styling, γυμναστήρια, κομμωτήρια, αποτριχώσεις, θεραπείες κ.α. Τα τελευταία χρόνια τα πρότυπα έχουν γίνει πιο μυώδη και στερούνται σωματικού λίπους. Πολλές φορές στους νεαρούς άνδρες γίνεται εμμονή η απόκτηση αυξημένης μυϊκής μάζας με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε αυξημένη φυσική δραστηριότητα, διαιτητικό περιορισμό και χρήση αναβολικών στεροειδών (Derenne & Beresin, 2006).

Η αντιπροσώπευση του αρσενικού σώματος έχει επίσης μια ενδιαφέρουσα ιστορία. Ο Myers και Coplestone (1985) σημειώνουν ότι οι γλύπτες στην αρχαία Ελλάδα ενδιαφέρθηκαν έντονα για την ανατομία του ανθρώπινου σώματος σε μια ρεαλιστική μορφή. Οι άνδρες παρουσιάζονταν συχνά γυμνοί, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζονταν ντυμένες και πολλές φορές με τα εσώρουχα. Το αρσενικό σώμα ήταν σεβαστό και θεωρούνταν ελκυστικότερο από το θηλυκό σώμα. Στον 7ο αιώνα Π.Χ. το ιδανικό πρότυπο ήταν γνωστό ως «Δαιδαλικό», μετά από το μυθικό Δαίδαλο της Κρήτης. Σε αυτό το στάδιο το αρσενικό σώμα ήταν εξιδανικευμένο και παρουσιάστηκε με καθορισμένους μυς. Επίσης, η εξιδανίκευση του αρσενικού σώματος μπορεί να βρεθεί και στην τέχνη της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, που η επιτομή της φυσικής ομορφιάς για τους Ρωμαίους, που μίσησαν την παχυσαρκία, ήταν ο λεπτός, μυώδης αρσενικός πολεμιστής (Plate 8, p. 87).

Το αρσενικό σώμα συνέχισε να εξουσιάζει την τέχνη μέχρι τα μέσα του 1800, όταν οι καλλιτέχνες, όπως ο Courbet, μετατόπισαν την ερωτική εστίαση από το αρσενικό σώμα στο θηλυκό σώμα. Μετά από αυτό και μέχρι τη δεκαετία του '80, το αρσενικό σώμα εξιδανικεύθηκε σπάνια στην τέχνη. Μια άλλη αξιοσημείωτη εξαίρεση σε αυτήν την γενική τάση είναι η εξιδανίκευση του αρσενικού σώματος στη ναζιστική προπαγάνδα του Β' παγκόσμιου πολέμου. Η Leni Riefenstahl's το 1936 παρουσίασε φωτογραφίες από τους Ολυμπιακούς Αγώνες στους οποίους το σώμα ήταν σύμφωνα με το ελληνικό πρότυπο. Αυτό το ιδανικό (ιδιαίτερα μυώδες) αντανακλάται σε εικόνες στο ειδικό έντυπο body-building που εμφανίστηκε στην Ευρώπη το 1940 (Ewing 1994), ενώ μια περαιτέρω εξαίρεση στην τάση ήταν η απεικόνιση των αρσενικών ειδώλων του Hollywood στη δεκαετία του '50 (Meyer, 1991).

Λίγο πριν από τη δεκαετία του '80 οι εξιδανικευμένες εικόνες του γυμνού ή ημίγυμνου αρσενικού σώματος άρχισαν να γίνονται ευρέως γνωστές στα επικρατούντα δυτικά μέσα. Στη δεκαετία του '80 και στη δεκαετία του '90 παρατηρήθηκε μια αύξηση στην αντικειμενοποίηση του γυμνού αρσενικού σώματος και οι φωτογραφήσεις αυτές στόχευαν πέρα από το ευρύ κοινό και τα ομοφυλοφιλικά άτομα. (Pultz, 1995). Το 1994, οι διαφημιστές αισθάνονται ευτυχείς, αφού μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γυμνό ανδρικό σώμα στη διαφήμιση για να πουλήσουν τα πάντα (O'Kelly, 1994). Ο Baker υποστηρίζει ότι η εξιδανικευμένη εικόνα σώματος που προβάλλεται από τα μέσα ενημέρωσης είναι πιθανό να οδηγήσει σε αύξηση των προβλημάτων με την αυτο-εικόνα και το σώμα στους άνδρες (Gordon, 1990).

Η κοινωνική πίεση στους άνδρες είναι διαφορετική και λιγότερο ακραία από αυτή που ασκείται στις γυναίκες, δεδομένου ότι οι άνδρες τείνουν ακόμα να είναι κριθέντα άτομα με βάση την επίτευξη. (Charkis, 1986 & Orbach, 1993). Παρόλα αυτά,

υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μορφή και το μέγεθος των ατόμων. Τα άτομα είναι συνεχώς κάτω από μία αυξανόμενη κοινωνική πίεση να προσαρμοστούν στη μυϊκή, καλά τονισμένη, μεσομορφική μορφή.

### 1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η εικόνα σώματος είναι μια σύνθετη έννοια που μπορεί να περιλαμβάνει την ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλικότητα, τα πολιτιστικά ήθη και τα θέματα υγείας (Conner, 2004). Ο Grogan αναφέρεται στην έννοια της εικόνας σώματος ως «η αντίληψη ενός ατόμου, οι σκέψεις και τα συναισθήματα του για το σώμα του/της» (Grogan, 1999), ενώ ο Cash & Pruzinsky, πιο πρόσφατα, το 2002, υποστηρίζουν ότι είναι ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που περιλαμβάνει τις αυτο-αντιλήψεις και τις στάσεις (δηλαδή, σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές) έναντι του σώματός κάποιου, αλλά δεν περιορίζεται στη φυσική εμφάνισή. Μια εκτενής ερευνητική λογοτεχνία έχει καθιερώσει τις σημαντικές και ουσιαστικές σχέσεις μεταξύ των τοποθετήσεων της εικόνας σωμάτων, της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και της ευημερίας. Οι αιτίες των προβλημάτων της εικόνας είναι σύνθετες και περιλαμβάνουν τις αναπτυξιακές επιρροές της πολιτιστικής, οικογενειακής, και διαπροσωπικής εμπειρίας, καθώς επίσης και των πραγματικών φυσικών χαρακτηριστικών του ατόμου (Cash, Jakatdar, Fleming –Williams, 2004).

Η εικόνα σώματος είναι ανά πάσα στιγμή η ασυνείδητη μνήμη όλων των βιωμένων σχέσεων και παράλληλα είναι επίκαιρη, ζωντανή, δυναμική. Δομείται μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις, αφού πρώτα το βρέφος έχει διαχωρίσει τον εαυτό του από τη μητέρα του. Στο ίδιο άτομο μπορεί να συνυπάρχει ένα ανάπηρο σωματικό σχήμα και μία υγιής εικόνα σώματος, αλλά και το αντίστροφο. Για παράδειγμα, όταν κάποιος πάσχει από αναπηρία των κάτω άκρων, από οργανική άποψη, έχει ανάπηρο σωματικό σχήμα αλλά υγιή εικόνα σώματος, καθώς γνωρίζει ότι δεν μπορεί να περπατήσει. Αντίθετα, υπάρχει περίπτωση να είναι κάποιος ικανός να περπατήσει αλλά να βιώνει την αίσθηση ότι δεν είναι σε θέση να κουνήσει τα πόδια του, δηλαδή να έχει διαταραγμένη εικόνα σώματος (Dolto, 1999).

Την τελευταία δεκαετία εκτός από την αντίληψη για το σώμα μας, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης του μεγέθους μας, υπάρχει μια συναισθηματική ή συμπεριφοριστική πτυχή στην αξιολόγηση της εικόνας, δηλ. ο τρόπος που αισθανόμαστε για το σώμα μας. Αυτό είναι η πτυχή στην οποία εστιάζουμε συνήθως όταν μιλάμε για την αρνητική εικόνα στους ανθρώπους με διατροφικές διαταραχές, χρησιμοποιώντας τη δυσαρέσκεια σώματος. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια για το σώμα κάποιου και τις πεποιθήσεις για την εμφάνισή του. Η επένδυση αυτή αναφέρεται στη σημασία που δίνεται από το ίδιο το πρόσωπο στην εμφάνισή του. Εν περιλήψει, επομένως, μια αρνητική εικόνα περιλαμβάνει:

- αντιληπτική διαστρέβλωση
- αποτυχία να πραγματοποιηθούν οι μη ρεαλιστικοί στόχοι του μεγέθους και του βάρους που οδηγούν στη δυσαρέσκεια και την αρνητική διάθεση
- επένδυση στην εμφάνιση ως κεντρικό κριτήριο της αυτο-αξιολόγησης με συνέπεια την εκλεκτική ανταπόκριση στα μηνύματα εμφάνισης
- τη συμπεριφορά, όπως η αναζήτηση του αδύνατου μέσω μιας δίαιτας ή άλλων μέτρων απώλειας βάρους (Bell & Rushforth, 2008).

Ιστορικά, πολλές έρευνες για την εικόνα έχουν εστιάσει στις διατροφικές διαταραχές ή την παχυσαρκία μεταξύ των γυναικών. Μια αρνητική εικόνα μπορεί να έχει δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής, κατάθλιψη, κοινωνικές ανησυχίες, μειωμένη σεξουαλική λειτουργία και χαμηλό αυτοσεβασμό.

Μία πρόσφατη αναδύομενη τάση είναι η εκτίμηση της ποιότητας της εικόνας σώματος σε σχέση με τη ζωή και τις ιατρικές επιστήμες με σκοπό τη βελτίωση της υγείας. Η εικόνα του σώματος έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δερματολογία, στη διαιτολογία, στα καλλυντικά και στη επανορθωτική χειρουργική επέμβαση, στην ογκολογία, στην αποκατάσταση φαρμάκων, στην ενδοκρινολογία, στην μαιευτική και γυναικολογία, στην οδοντιατρική και στην ανοσολογία (π.χ., το HIV) (Cash, Jakatdar, Fleming –Williams, 2004).

Η προτίμηση για την ελκυστικότητα είναι καθολική. Το σώμα «που καλλωπίζεται» για να ενισχύσει την εμφάνισή κάποιου (με τον ρουχισμό, τα καλλυντικά, με το κούρεμα, τα κοσμήματα, κλπ.) δίνει ευχαρίστηση και υπερηφάνεια στους ανθρώπους, με την φυσική εμφάνισή τους να είναι κοινή σε όλους τους πολιτισμούς. Η επιθυμία της ελκυστικότητας παρέχει πολλά εξελικτικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα. Υπάρχουν ιδιαίτερα στοιχεία ότι τα ελκυστικά παιδιά και οι ενήλικοι θεραπεύονται ευνοϊκότερα και δοκιμάζουν ένα ευρύ φάσμα από οφέλη. Οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα ενός προσώπου για την εμφάνισή του, είναι πιθανόν να καθορίσουν την εικόνα του από τα πραγματικά φυσικά χαρακτηριστικά του. Η δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος μπορεί να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα στην ψυχολογική και φυσική υγεία. Η αρνητική εικόνα και η ανησυχία για τη μορφή και το βάρος είναι βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των διατροφικών διαταραχών, αν και όχι για την καθεμία διατροφική διαταραχή (Bell & Rushforth, 2008).

Όταν η εικόνα του σώματος εξετάστηκε σε ένα δείγμα γυναικών καπνιστών που συμμετείχαν σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη διακοπής του καπνίσματος για 12 εβδομάδες οι αναλύσεις αποκάλυψαν ότι η αντιληπτική εικόνα του σώματος (εκτίμηση του μεγέθους) μπορούσε να προβλέψει τη διακοπή του καπνίσματος. Η διακοπή του καπνίσματος επιδείνωσε την εικόνα σώματος, αν και τα αποτελέσματα αυτά δεν ήταν πλέον σημαντικά μετά από τον έλεγχο για αύξηση του σωματικού βάρους. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη θεωρία ότι μια αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να παρεμποδίσει τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Επιπλέον, η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της διακοπής του καπνίσματος επηρέασε αρνητικά την εικόνα του σώματος και οδήγησε σε αυξημένο κίνδυνο για υποτροπή (Kingetal, 2005).

Βάση άλλων ερευνών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο διαταραχής εικόνας σώματος (BIDQ) σε φοιτητές κολεγίου βρέθηκε ότι και για τα δύο φύλα, το μέτρο σύγκλιε κατάλληλα με άλλους δείκτες της εικόνας (αξιολόγηση, επιπτώσεις, επένδυση και αντίκτυπος) και συσχετίστηκε θετικά με την κατάθλιψη, την κοινωνική ανησυχία, και την κατανάλωση φαγητού. Τα αποτελέσματα σε αυτήν την αξιολόγηση προέβλεψαν επίσης, την ψυχοκοινωνική λειτουργία πέρα από τη δυσαρέσκεια ως προάγγελο. Η μεγαλύτερη διαταραχή της εικόνας παρατηρήθηκε περισσότερο μεταξύ των γυναικών από τους άνδρες, μεταξύ των βαρύτερων από τις ελαφρύτερες γυναίκες και μεταξύ των λευκών από τις αφρικανικές - αμερικανικές γυναίκες (Cashetal, 2004).



## **1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

### **1.4α Πολιτισμός**

Η πιο ισχυρή επιρροή στην εικόνα του σώματος είναι ο πολιτισμός (McCarthy, 1990). Το λεπτό και αδύνατο σώμα συνήθως εξομοιώνεται με την ελκυστικότητα, την ευτυχία και την επιτυχία, ενώ ταυτόχρονα το λίπος είναι συνδεδεμένο με τέτοιες αρνητικές υποδηλώσεις, όπως την τεμπελιά, την ασχήμια και την αποτυχία (Rothblum, 1994). Κατά συνέπεια, η εμφάνιση, και ιδιαίτερα, η μορφή και το βάρος είναι το κέντρο για την αυτό-αξιολόγηση και την αυτοεκτίμηση των γυναικών.

Μία έρευνα επισημαίνει τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοπολιτιστικών πιέσεων που ενθαρρύνουν την εσωτερικοποίηση του λεπτού ιδανικού προτύπου και τη δυσαρέσκεια ή τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος (Groeszetal, 2002; Polivy & Herman, 2002). Άλλη έρευνα εξέτασε τη σχέση μεταξύ της εμφάνισης με βάση τα σχόλια και την εικόνα του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, εξέτασε τα τμήματα συχνότητας και κινδύνου (επίδραση) των σχολίων σε ένα δείγμα 246 προπτυχιακών γυναικών σπουδαστών ηλικίας 18-25 και βρέθηκαν σημαντικοί συσχετισμοί μεταξύ της συχνότητας και της επίδρασης των σχολίων στην πρόβλεψη της διαταραχής και του αυτοσεβασμού της εικόνας σωμάτων (Herbozo & Thompson, 2006).

Η διαταραχή εικόνας σώματος παρουσιάζεται περισσότερο στις δυτικές λευκές ή καυκάσιες γυναίκες (Altabe, 1998), αλλά λόγω της παγκοσμιοποίησης, τα άτομα στους μη-δυτικούς πολιτισμούς εκτίθενται όλο και περισσότερο στα δυτικά ιδανικά. Τα ισχυρά αρνητικά αποτελέσματα των δυτικών επιρροών από τα μέσα παρατηρήθηκαν σε μια μελέτη από τον Beckeretal (2002). Οι γυναίκες που έμεναν στο Μεξικό αλλά ήταν αμερικανίδες και ήταν πιο αγγλο-προσανατολισμένες είχαν μεγαλύτερη προτίμηση στο αδύνατο σώμα. Σε σύγκριση με τις γυναίκες φυσιολογικού βάρους, οι παχύσαρκες γυναίκες επέλεξαν ως ιδανικά, σώματα που είναι αδύνατα, ρεαλιστικά και πιο ελκυστικά. Ευρήματα δείχνουν την επίδραση της παχυσαρκίας στον εκπολιτισμό, στην εικόνα του σώματος και στις αντιλήψεις για το μέγεθος (Cachelin, Monreal, Juarez, 2006).

### **1.4β Στάση της Οικογένειας και κοινωνική μάθηση**

Η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό ίδρυμα μέσω του οποίου αξίες, συμπεριφορές και στάσεις μεταδίδονται με την πάροδο του χρόνου. Η επιρροή της οικογένειας και ο ρόλος που διαδραματίζουν οι γονείς στην ανάπτυξη, επεκτείνεται στην εφηβική ηλικία και στις αρχές του ενήλικα. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η έμφαση μιας οικογένειας στην εμφάνιση, τη λεπτότητα, τη διατροφή και το βάρος μπορεί να διαδραματίσει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας διαταραγμένης διατροφής (Kluck, 2010).

Προσδοκίες, απόψεις, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία φαίνεται να είναι αλληλεπιδράσεις που μεταφέρονται από τα μέλη της οικογένειας, φίλους, συμμαθητές, ακόμη και αγνώστους. Μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στις ανησυχίες των γονέων για το δικό τους βάρος και για το βάρος των παιδιών τους, αλλά και μία δυσαρέσκεια σώματος για τις κόρες τους (Slade, 1994). Επίσης, τα αδέρφια μπορούν να παρέχουν ένα πρότυπο για την σύγκριση και την αξιολόγηση της εμφάνισης κάποιου και συχνά μπαίνουν στην διαδικασία πειράγματος στην παιδική αλλά και στη εφηβική ηλικία με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες να

εμφανιστεί διαταραχή στην εικόνα του σώματος στο παρόν ή και στο μέλλον. Η προδιάθεση όμως για την ανάπτυξη της αρνητικής εικόνας σώματος, μπορεί να προκληθεί και από τις πιέσεις των γονέων και του σχολικού περιβάλλοντος για το φαγητό (Bell & Rushforth, 2008).

Μία πρόσφατη έρευνα έχει συνδέσει τον πολιτισμό της οικογένειας (συμπεριλαμβανομένου του σχολιασμού του γονέα για το βάρος και το μέγεθος του σώματος) με αυξημένη διαταραγμένη διατροφή και αυξημένη δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος στις κόρες. Δεδομένου ότι η δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος είναι επίσης, ένας παράγοντας κινδύνου για τις διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες, η δυσαρέσκεια για την εικόνα μπορεί να συμβάλει στη σύνδεση μεταξύ της εστίασης της οικογένειας στην εμφάνιση και της διαταραγμένης κατανάλωσης φαγητού. Η μελέτη του Kluck το 2010 περιέλαβε ένα δείγμα 268 γυναικών σε κολλέγιο, με τη χρήση ερωτηματολογίων και με μία σειρά από θέματα για παρατηρήσεις των γονέων τους για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Παρατηρήθηκε ότι η εστίαση της οικογένειας στην εμφάνιση των παιδιών τους και η δυσαρέσκεια του δείγματος για την εικόνα του σώματός τους οδήγησε στην αύξηση των διατροφικών διαταραχών του δείγματος. Επιπλέον, η δυσαρέσκεια της εικόνας συσχετίστηκε και με την διαταραγμένη κατανάλωση των κορών. Δεν προέκυψε κάποιος συγκεκριμένος τύπος γονικών σχολίων σχετικά με το βάρος/μέγεθος ως προάγγελος της διατροφικής διαταραχής, αλλά η ενθάρρυνση για να ελέγξουν το βάρος/μέγεθος ήταν ισχυρότερος προάγγελος της δυσαρέσκειας από τους άλλους τύπους γονικών σχολίων (Kluck, 2010).

Τέλος, εξετάστηκαν σε άλλη μελέτη και οι αντιλήψεις για την ελκυστικότητα μεταξύ των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, οι εκτιμήσεις συλλέχθηκαν σχετικά με το πώς πίστευαν οι γυναίκες, ότι έβλεπαν τη φυσική τους ελκυστικότητα ο σύντροφός, η οικογένεια τους, οι φίλοι τους και οι άγνωστοι. Οι γυναίκες (ηλικίας 19-80 έτη) απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις για την ελκυστικότητα, τα δημογραφικά στοιχεία, το BMI (τον δείκτη μάζας σώματος), την εικόνα σώματος (κλίμακα ικανοποίησης περιοχών σώματος, εκτίμηση της φυσικής ελκυστικότητας και πραγματική-ιδανική απόκλιση βάρους) και τον αυτοσεβασμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των γυναικών για την ελκυστικότητα αντανακλούσε στο επίπεδο της σχέσης με το άλλο άτομο, με τις πιο θετικές να αναφέρονται από τον σύντροφο, στη συνέχεια από την οικογένεια και τους φίλους, και λιγότερο από τους αγνώστους. Αυτές οι αντιλήψεις έχουν άμεση σχέση με την εικόνα του σώματος, την αυτοεκτίμηση και τον ΔΜΣ. (Dijkstra & Barelds, 2011).

#### **1.4γ Εικόνα Σώματος και Παχυσαρκία**

Οι περισσότεροι πιστεύουν και υποθέτουν ότι οι άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι θα πρέπει να αισθάνονται άσχημα για το σώμα τους. Άλλοι βέβαια θεωρούν ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι αδύναμοι, χωρίς θέληση, τεμπέληδες, ανίκανοι, συναισθηματικά ασταθείς, ακόμα και ελαττωματικοί με συνέπεια να τους δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και προκατάληψη για την εικόνα του σώματός τους (Schwartz & Brownell, 2004). Αυτή η υπόθεση αντικατοπτρίζει το ισχυρό κοινωνικό στίγμα κατά της παχυσαρκίας. Έρευνες ωστόσο δείχνουν ότι η παχυσαρκία, ενώ συνδέεται με την κακή εικόνα σώματος, αφού το πραγματικό βάρος είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης για τη δυσαρέσκεια του σώματος, η σοβαρότητα του φαινομένου ποικίλει σημαντικά (Eldredge & Agras, 1996).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η παχυσαρκία συνδέεται με την κακή εικόνα του σώματος, αλλά όχι ότι όλα τα παχύσαρκα άτομα είναι εξίσου ευάλωτα. Η δυσαρέσκεια της ζωής, το κοινωνικό περιβάλλον και η αγωνία για την εικόνα του σώματος που παράγεται από την παχυσαρκία είναι παράγοντες που παρακινούν τους ανθρώπους να χάσουν βάρος. Είναι αρκετά πιθανόν αυτά τα εμπόδια να οδηγούν στην αυξημένη πρόσληψη τροφής και να έχουν σαν αντίκτυπο διαταραχές, όπως η κατάθλιψη. Επομένως, όσο αυξάνεται ο βαθμός παχυσαρκίας, άλλο τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για το σώμα. Σε μία έρευνα από τον Hill και Williams το 1998 που χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα παχύσαρκων γυναικών σε τρεις διαφορετικές ομάδες ΔΜΣ (30-34, 35-39, και  $\geq 40$ ), διαπιστώθηκε ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα επιδεινώνονταν από το χαμηλότερο προς το υψηλότερο ΔΜΣ (Schwartz & Brownell, 2004). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μία άλλη έρευνα κατά την οποία συμμετείχαν 46 γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν σε πρόγραμμα απώλειας βάρους. Η ανάλυση έδειξε ότι η μεγαλύτερη μεταβλητότητα της εικόνας σώματος συνδέθηκε με τη μεγαλύτερη μεταβλητότητα στην αντιληπτή λήψη θερμίδων και με τη μεγαλύτερη μεταβλητότητα στη διάθεση. Τα συμπεράσματα υπονοούν ότι η κατάσταση της εικόνας σώματος είναι μία διαδικασία που μπορεί να επηρεάσει τη διαχείριση απώλειας βάρους (Lattimore & Hutchinson, 2010).

Η δυσαρέσκεια του σώματος στα υπέρβαρα άτομα είναι μεγαλύτερη ανάμεσα στις γυναίκες, σε όσους ήταν παχύσαρκοι στην παιδική τους ηλικία, σε εκείνους που τους έκριναν αρνητικά για το βάρος τους (Myers και Rosen 1999) και σε άτομα με επεισόδια υπερφαγίας (Eldredge & Agras 1996). Σε μία έρευνα από τον Cash και Hicks το 1990, ζητήθηκε από ομάδες φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρων ανδρών και γυναικών να αυτοπροσδιορίσουν εάν είναι φυσιολογικοί ή υπέρβαροι. Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες αξιολόγησαν το σώμα τους ως υπέρβαρο, ενώ ήταν λιγότερο ικανοποιημένες με το σώμα τους από τις γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Οι υπέρβαροι άνδρες, οι οποίοι αξιολόγησαν το σώμα τους ως υπέρβαρο, ήταν λιγότερο δυσαρεστημένοι με το σώμα τους από τους άνδρες φυσιολογικού βάρους, οι οποίοι αξιολόγησαν και αυτοί το σώμα τους ως υπέρβαρο. Σχεδόν τα τρία τέταρτα των υπέρβαρων γυναικών, ενώ μόνο τα δύο τρίτα των υπέρβαρων ανδρών αντιλαμβάνονται οι ίδιοι το σώμα τους ως υπέρβαρο (Schwartz & Brownell, 2004).

Τέλος, σε μία άλλη έρευνα συγκρίθηκαν τρεις ομάδες, στις οποίες τα άτομα ήταν υπέρβαρα, πρώην υπέρβαρα και ποτέ υπέρβαρα. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι τα άτομα που ήταν υπέρβαρα ανέφεραν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια του σώματος, δυσαρέσκεια / δυσφορία και ανησυχία σε σύγκριση με τα άτομα που δεν ήταν ποτέ υπέρβαρα, καθώς επίσης παρατηρήθηκαν και υπερφαγικά επεισόδια, χαμηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση και λιγότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Οι πρώην υπέρβαρες γυναίκες είχαν μεγαλύτερη ανησυχία για την εμφάνιση από τις γυναίκες που δεν ήταν ποτέ υπέρβαρες (Milkewicz, Cash, Hrabosky, 2004).

#### **1.4δ Άλλοι παράγοντες κινδύνου**

Σε μία μελέτη που αξιολογήθηκαν φοιτήτριες ηλικίας 18-22, παρατηρήθηκε ότι τρεις είναι οι κύριες πηγές της επιρροής που συμβάλουν στην ανάπτυξη της εικόνας σώματος και τις διατροφικές διαταραχές: οι γονείς, οι συμμαθητές και τα μέσα ενημέρωσης (Bergetal, 2002), και ενώ η δυναμική της οικογένειας είναι πολύ σημαντική, το ίδιο συμβαίνει και με την βιολογική προδιάθεση για το άγχος και τις διαταραχές της διάθεσης (Derenne & Beresin, 2006). Η αυτο-αξιολόγηση, η ελκυστικότητα, τα εκπαιδευτικά προσόντα, η νεύρωση, η εξωστρέφεια και ο ΔΜΣ

ήταν επίσης, σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εκτίμηση του σώματος (Swami, Hadji-Michael, Furnham, 2008). Μια θετική αυτοεικόνα μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη μιας θετικής αξιολόγησης για το σώμα και να λειτουργήσει ως εφεδρεία σε περίπτωση που διάφορα γεγονότα απειλούν την εικόνα σώματος. Αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια ενός ατόμου για την εικόνα του σώματος του.

Σε μία μελέτη διερευνήθηκε η δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος στους άνδρες ανάλογα με το έθνος, τους κοινωνικούς παράγοντες και με την προσωπικότητα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ασιατική εθνική ταυτότητα, η τελειομανία και εσωτερικευση των ανδρών αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της δυσμορφίας των μυών. Η τελειοθηρία και η εσωτερικοποίηση ήταν οι μόνοι προάγγελοι της χαμηλής δυσαρέσκειας. Ωστόσο, το έθνος, η τελειοθηρία και η εσωτερικοποίηση δεν συνδέθηκαν με τη δυσαρέσκεια για το ύψος τους (Grammas, Schwartz, 2009).

Ένας άλλος παράγοντας λοιπόν για την εμφάνιση της δυσαρέσκειας της εικόνας σώματος είναι η τελειομανία, η οποία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να επενδύσει στην αυτοεκτίμηση και να φτάσει στα υψηλά και απαιτητικά ιδανικά. Τέλος, μπορεί να υπάρχει και μία ανασφαλή προσκόλληση, με την οποία τα άτομα επιδιώκουν την αγάπη και την αποδοχή, καθώς μπορεί να αισθάνονται ανάξια. Ακόμα και αυτό μπορεί να ενθαρρύνει την αρνητική εικόνα. (Bell&Rushforth, 2008).

### **Προτεινόμενο μοντέλο των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας διαταραχής της εικόνας του σώματος (Kearney-Cooke, 2002)**



## 1.5 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΜΕ

Πολλοί θεωρητικοί έχουν παρατηρήσει ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν αντίκτυπο στην εικόνα του σώματος και ότι ασκούν κοινωνικές πιέσεις στους άνδρες και τις γυναίκες για να έχουν μια ιδιαίτερη μορφή και ένα μέγεθος. Ο ρόλος των μέσων σε σχέση με την απεικόνιση του αρσενικού και θηλυκού σώματος συζητείται ευρέως. Οι περισσότεροι κοινωνικοί σχολιαστές συμφωνούν ότι τα μέσα απεικονίζουν τους τρέχοντες κοινωνικούς κανόνες. Η πλειοψηφία των ερευνητών έχει παρατηρήσει, ότι τα μέσα με το να προβάλλουν τη λεπτή μορφή του σώματος, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στους τρόπους που οι γυναίκες και οι άνδρες βλέπουν και αισθάνονται για τη μορφή και το μέγεθος των σωμάτων τους

### 1.5α Τα μέσα ενημέρωσης στην απεικόνιση του σώματος

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (περιοδικά μόδας, τηλεοπτικές διαφημίσεις και επιδείξεις, και κινηματογραφικές ταινίες) παρουσιάζουν εξιδανικευμένες εικόνες εξαιρετικά αδύνατων γυναικών (Nemeroffetal, 1994). Μία σύντομη έκθεση σε εικόνες των λεπτών μοντέλων από τα περιοδικά έχει αποδειχθεί ότι παράγει μια σειρά από άμεσες αρνητικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου μία μεγαλύτερη ανησυχία για το βάρος, τη δυσαρέσκεια του σώματος και την αρνητική διάθεση των αναγνωστών. Ωστόσο, αυτό επιδρά πολύ περισσότερο σε ορισμένα άτομα από ό, τι σε άλλους (Pinhas e tal, 1999; Kingetal, 2000; Polivy & Herman 2004; Stice 2001). Έχει παρατηρηθεί ότι ο τύπος της έκθεσης και όχι το ποσό, συσχετίζεται με την αρνητική εικόνα του σώματος. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά της έκθεσης σε σαπουνόπερες, ταινίες και μουσικά βίντεο συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας για το σώμα, την παρακίνηση για αδυνάτισμα, αλλά και με την κατάθλιψη, αφού αυξάνει την τάση, λόγω της μειωμένης ενέργειας, τα άτομα να κάθονται περισσότερο μπροστά στην τηλεόραση (Jarry & Kossert, 2007).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που είναι ήδη δυσαρεστημένα με το σώμα τους και έχουν διατροφικές διαταραχές, είναι υπέρβαροι (Pinhasetal, 1999; Kingetal, 2000; Polivy & Herman 2004; Stice 2001). Συνήθως, διάφορα δημοφιλή τηλεοπτικά προγράμματα παρουσιάζουν υπέρβαρους χαρακτήρες να είναι συχνά στόχος αρνητικών σχολίων. Δεν παρουσιάζονται ως ηγέτες και δεν εμπλέκονται σε ρομαντικές σχέσεις (Schwartz & Brownell, 2004), ενώ παράλληλα οι τηλεοπτικές εκπομπές συνεχίζουν να διαθέτουν απίστευτα λεπτά πρόσωπα για τους πρωταγωνιστικούς ρόλους. Πιο πρόσφατα, η πραγματικότητα φαίνεται σε ταινίες και εκπομπές, όπως το "The Swan" και "Dr 90210" (εκπομπή με πλαστική χειρουργική). Στο "The Swan", οι νέες γυναίκες χωρίζονται από την οικογένεια τους και τους φίλους τους για αρκετές εβδομάδες για να υποβληθούν σε εντατική δίαιτα και πρόγραμμα άσκησης. Στυλίστες μαλλιών προτείνουν επεκτάσεις μαλλιών και οι πλαστικοί χειρουργοί εκτελούν προσθετική στήθους, λίφτινγκ, Botox και ενέσεις κολλαγόνου σε νεαρές και όχι μόνο. Ακόμη και για την υγεία πολλές φορές τα περιοδικά δεν ελέγχονται. Αν και το σωστό είναι σωστή διατροφή και άσκηση, τα περιοδικά γεμίζουν με διαφημίσεις από κατασταλτικά της όρεξης και συμπληρώματα διατροφής (Derenne & Beresin, 2006).

Έρευνα δείχνει ότι οι γυναίκες και τα κορίτσια που είναι απογοητευμένες με την εμφάνισή τους, αναζητούν ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο από τα ΜΜΕ και ότι τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις τους για την εικόνα του σώματός τους

«ενεργοποιείται» από τις εικόνες των MME. Όσοι σκέφτονται συνεχώς την εμφάνιση τους είναι πιο ευάλωτοι στις επιδράσεις των εξιδανικευμένων εικόνων των μέσων ενημέρωσης και οδεύουν σε έναν φαύλο κύκλο, στον οποίο η αρνητική εικόνα του σώματος επιδεινώνεται περαιτέρω από την έκθεση σε τέτοιες εικόνες (Posavac & Posavac, 2002), ενώ παράλληλα τα περιοδικά συμβάλλουν στο να αλλάξουν την άποψη μιας γυναίκας και να της διδάξουν τους κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους με τους οποίους πρέπει να συμπεριφερθεί για να είναι αποδεκτή (Ferguson, 1985:184). Αντίθετα, οι γυναίκες που ασχολούνται λιγότερο με την εμφάνισή τους «προστατεύονται» από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών των εικόνων (Posavac & Posavac, 2002).

Στη δεκαετία του '80 και τη δεκαετία του '90 το αρσενικό σώμα αρχίζει να παρουσιάζεται περισσότερο στα περιοδικά, ενώ γίνεται περισσότερο δημοφιλές μέσο στη Μεγάλη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι εικόνες των μέσων ενημέρωσης προωθούν το λεπτό και μυώδες σώμα και οι άνδρες προσπαθούν να μιμηθούν αυτά τα πρότυπα, έτσι ώστε να συμβαδίζουν με την κοινωνία (Mishkindetal, 1986:545). Οι πιέσεις της κοινωνίας στο να προσαρμοστεί ο ανδρικός πληθυσμός στο μεσομορφικό τύπο ως ιδανικό σώμα, μπορούν να προκαλέσουν στα άτομα μια αυξημένη δυσαρέσκεια για το σώμα και χαμηλό αυτοσεβασμό (Grogan, 1999:97).

Όσον αφορά τους ομοφυλόφιλους άνδρες διαπιστώθηκε από έρευνες ότι έχουν υψηλότερα σκορ στην τάση για λεπτό σώμα, τη δυσαρέσκεια, την ανησυχία για την εικόνα σώματος και την εμφάνιση τους σε σχέση με τους ετερόφυλους, καθώς επίσης αποδείχθηκε ότι τα μέσα ενημέρωσης μεσολάβησαν για τον καθορισμό του σεξουαλικού προσανατολισμού, της διατροφικής διαταραχής και την ανησυχία της εμφάνισης (MarinoCarper, Negy, Tantleff-Dunn, 2010). Οι χορευτές, είναι επίσης μία κατηγορία που δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην εικόνα σώματος τους. Πιο συγκεκριμένα, έχουν αξιολογηθεί χορευτές (μπαλέτου ειδικότερα) και έχει παρατηρηθεί ότι ο χορός ενισχύει και υπονομεύει την εικόνα σώματος. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι χορευτές είχαν υψηλότερη εκτίμηση του σώματος από ένα δείγμα γυναικών κολεγίου και μικρότερη τάση στο να φθάσουν στο αδύνατο σώμα (Langdon & Petracca, 2010).

Υπάρχει μία γενική συμφωνία ότι οι πιέσεις που δέχονται οι γυναίκες είναι εντονότερες από τις πιέσεις που δέχονται οι άνδρες. Η ανάλυση των ερευνών αποκάλυψε ότι τα μέσα ενημέρωσης απεικονίζουν τις γυναίκες ως ασυνήθιστα αδύνατες, ενώ παρουσιάζουν τους άνδρες με φυσιολογικό βάρος. Επίσης, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που ενημερώνονται και παρακολουθούν αυτά τα περιοδικά εκτίθενται σε πρότυπα της σωματικής ελκυστικότητας που είναι περισσότερο αδύνατα από αυτό που παρουσιάζεται για τους άνδρες (Silverstein et al, 1986: 531).

Επιπλέον, έρευνες δείχνουν ότι η δυσαρέσκεια του σώματος στους νεαρούς άνδρες αυξάνεται όταν βλέπουν σε διαφημίσεις ελκυστικές εικόνες με μυώδεις άνδρες. Το συμπέρασμα από 15 τουλάχιστον μελέτες ήταν ότι η επίδραση της έκθεσης σε εικόνες εξιδανικευμένου ανδρικού σώματος έχει μια μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική επίπτωση στην εικόνα σώματος των ανδρών. Τρεις μελέτες δείχνουν ότι οι νέοι άνδρες που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για αρνητική αυτο-αξιολόγηση, όταν εκτίθενται σε εξιδανικευμένες εικόνες, ενώ οι άνδρες που είναι ικανοποιημένοι με το σώμα τους μπορεί να προστατευτούν από τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να προκληθούν βλέποντας τέτοιες εικόνες (Blond, 2008). Σε μία άλλη μελέτη πέρασαν από μία διαδικασία επιλογής για τη συμμετοχή σε διαφήμιση απλοί άνδρες, γυναίκες φυσιολογικού βάρους και μοντέλα

επαγγελματίες (άνδρες- γυναίκες). Το αποτέλεσμα από αυτή τη δοκιμασία ήταν ότι οι άνθρωποι φυσιολογικού βάρους (άνδρες- γυναίκες), παρότι δεν ήταν μοντέλα επιλέχθηκαν για τη διαφήμιση, καθώς δεν διέφεραν από τις σωματικές αναλογίες που είχαν τα μοντέλα (λεπτοί και μυώδεις) (Diedrichs & Lee, 2010).

Διάφορες άλλες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ της εικόνας των γυναικών με άλλους παράγοντες, όπως η συχνότητα ανάγνωσης περιοδικών και η έκθεση από τα μέσα και τελικά παρατηρήθηκε συσχέτιση με τη δυσαρέσκεια του σώματος, το μειωμένο βάρος και τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών (Stice et al. 1994; Hawkins et al, 2004; Thomsen et al, 2001)

Κάποιες άλλες όμως μελέτες δεν έχουν βρει καμία συσχέτιση. Σε μια μελέτη, η ανάγνωση περιοδικών και όχι η έκθεση στην τηλεόραση, σχετίστηκε με την συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των ατόμων που άρχισαν να κάνουν δίαιτα, να έχουν διαταραχές της εικόνας σώματος και διατροφικές διαταραχές αυξήθηκε μετά την εισαγωγή της τηλεόρασης. Τα βίντεο μουσικής είναι μία ακόμη ισχυρή πηγή διαμόρφωσης, καθώς αποκαλύπτουν υψηλά επίπεδα ερωτισμού απεικονίζοντας συνήθως λεπτές, όμορφες και καλοντυμένες γυναίκες (Tiggemann, 2002).

Συνολικά, η έρευνα υποστηρίζει μια σύνδεση μεταξύ της έκθεσης των μέσων ενημέρωσης και της εικόνας σώματος. Αν και αυτά τα αποτελέσματα λαμβάνονται γενικά για να υποστηρίξουν τη θέση, ότι η έκθεση σε εξιδανικευμένες μορφές οδηγεί στην αρνητική διαμόρφωση της εξωτερικής εμφάνισης, η αντίστροφη αιτιώδης υπόθεση είναι εξίσου εύλογη: Δηλαδή οι γυναίκες που είναι δυσαρεστημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε αυτή, επιδιώκουν ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο από τα μέσα, κάτι το οποίο εντοπίζεται περισσότερο στα περιοδικά μόδας και στα μουσικά βίντεο που απεικονίζουν εικόνες που ενισχύουν την ομορφιά και την εξωτερική εμφάνιση και όχι τόσο στα τηλεοπτικά προγράμματα και τις ταινίες που ενισχύουν μόνο το πρότυπο (λεπτό) σώμα (Tiggemann, 2002).

Εκτός όμως από την προσφυγή των ΜΜΕ για απώλεια βάρους, υπάρχουν και κάποιες ειδησεογραφικές εκπομπές, οι οποίες προειδοποιούν για τους κινδύνους της παχυσαρκίας, συμπεριλαμβανομένου των καρδιακών παθήσεων και των εγκεφαλικών επεισοδίων. Με αυτό τον τρόπο, τα υπέρβαρα άτομα φοβισμένα αρχίζουν αυστηρή δίαιτα και άσκηση. Αυτό όμως έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα να στερούνται τροφή και στη συνέχεια να καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα, που σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή οδηγεί στη αύξηση του ποσοστού παχυσαρκίας και σε διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (Derenne & Beresin, 2006).

## **1.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η διαταραχή εικόνας σώματος έχει γίνει ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ των γυναικών και υπάρχει μια ανάγκη για τη δημιουργία στρατηγικών επεμβάσεων. Οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις έχουν μειώσει τη δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος, αλλά ο αντίκτυπός τους είναι περιορισμένος, λόγω του ότι δεν προσφέρουν στις γυναίκες προσαρμοστικές μεθόδους ερμηνείας για την εμφάνιση που σχετίζονται με τα μηνύματα που λαμβάνουν. Έτσι εξετάστηκε εάν η έκθεση σε μια φεμινιστική σκοπιά μπορεί να προσφέρει εναλλακτικές ερμηνείες των πολιτιστικών μηνυμάτων, αυξάνοντας έτσι την ικανοποίηση της εικόνας του σώματος. Το αποτέλεσμα ήταν ότι η έκθεση σε μία φεμινιστική κατάσταση οδήγησε σε αύξηση του αυτο-προσδιορισμού ως φεμινίστρια και σε μεγαλύτερη ικανοποίηση της εμφάνισης, ενώ παράλληλα οι αλλαγές στην φεμινιστική ταυτότητα οδηγούσαν σε θετικές αλλαγές στην εικόνα του

σώματος. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η έκθεση σε φεμινιστικές θεωρίες μπορούν να χρησιμεύσουν ως μια αποτελεσματική στρατηγική παρέμβασης. Δεν είναι βέβαια και λίγες οι αναφορές ότι ο φεμινισμός οδηγεί και στο άλλο άκρο (Peterson, Tantleff-Dunn, Bedwell, 2006).

### **1.6α Η Άσκηση ως Θεραπεία**

Η έκθεση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην «ιδανική» διάπλαση αυξάνει τη διάθεση και τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, ειδικά στις υψηλού κινδύνου γυναίκες. Έχει βρεθεί όμως, ότι η άσκηση μειώνει αυτή τη διάθεση και τη διαταραχή της εικόνας. Αντίθετα όμως, σε μία έρευνα εξετάστηκε ο ρόλος και οι επιπτώσεις της αερόβιας άσκησης στην ψυχολογία των γυναικών μετά από την έκθεση πρότυπων εικόνων από τα μέσα ενημέρωσης. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι ήθελαν ακόμη περισσότερο να αποκτήσουν λεπτό σώμα, όταν είδαν εικόνες με ιδανικά πρότυπα ή μη φυσικές εικόνες από τα ΜΜΕ, παρόλο που πριν είχαν συμμετάσχει ή όχι σε αερόβια άσκηση για περίπου 30 λεπτά. Οι εικόνες προβολής ιδανικών σωμάτων των μέσων ενημέρωσης συνέχισαν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην διάθεση 1 και 2 ώρες μετά την προβολή, χωρίς όμως να παράγουν μεγαλύτερες ποσότητες άγχους ή θυμού σε σχέση με τις ουδέτερες εικόνες. Σε σύγκριση με τις μη φυσικές εικόνες, η προβολή των εικόνων οδήγησε σε αυξημένη σωματική διάπλαση, κατάθλιψη και δυσαρέσκεια του σώματος. Η αερόβια άσκηση, ωστόσο, δεν αποδυναμώνει την αρνητική διάθεση της κατάστασης που προκλήθηκε από τις εικόνες των μέσων ενημέρωσης (Fallon & Hausenblas, 2005).

### **1.6β Εικόνα Σώματος και Κοσμητικές Ιατρικές Θεραπείες**

Οι κοσμητικές ιατρικές περιθάλψεις έχουν γίνει όλο και περισσότερο δημοφιλείς κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Προβάλλονται συχνά από τα ΜΜΕ και τα άτομα εκδηλώνουν μεγάλη επιθυμία να υποβληθούν στις κοσμητικές διαδικασίες για να ενισχύσουν τη φυσική τους εμφάνιση. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας από καιρό έχουν ενδιαφερθεί για την κατανόηση και για τα κίνητρα που οι περισσότεροι επιδιώκουν μια αλλαγή στη φυσική εμφάνιση καθώς επίσης, και για τις ψυχολογικές συνέπειες αυτών των θεραπειών.

Η εικόνα του σώματος έχει διαδραματίσει καίριο ρόλο στην απόφαση των ατόμων να αναζητήσουν την λύση της ιατρικής επέμβασης όμως, μόλις πρόσφατα άρχισαν να εκπονούνται μελέτες που διερευνούν την προ-και μετεγχειρητική ανησυχία της εικόνας του σώματος. Ενώ η δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος μπορεί να παρακινήσει στην αναζήτηση των κοσμητικών ιατρικών περιθάλψεων, οι ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από τις διαταραχές της εικόνας, όπως η δυσμορφική διαταραχή και οι διατροφικές διαταραχές, μπορεί να είναι σχετικά κοινές μεταξύ αυτών των ασθενών (Sarwer & Csernd, 2004).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

#### 2.1α Ορισμός

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής συναντώνται αρκετά και με μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών παρουσιάζει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα προεξάρχουν στην ενήλικη ζωή αλλά και στη εφηβεία, η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. Συνήθως αυτές οι διαταραχές δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, ενώ αρκετά συχνά πολλοί ασθενείς με ανορεξία και βουλιμία μπορεί να παρουσιάζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, νευρώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας.

Γι' αυτό όταν κάποιος συναντά άτομα με προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, όπως εμετό, υπερφαγία ή υποθερμιδική δίαιτα που πλησιάζει τα όρια της απίσχνασης, θα πρέπει να ψάχνει και για άλλες υποκείμενες διαταραχές πριν αποφασίσει ότι η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα.

Καλό θα ήταν να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και δεν αποτελεί γενικά ψυχική διαταραχή, εκτός και αν οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην αιτιολογία της (Μάνου, 1997).

Η αυτοεκτίμηση της γυναίκας συνδέεται στενά με την εικόνα του σώματος και την ελκυστικότητα ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες (Guiney & Furlong, 1999; Joiner & Kushubeck, 1996). Η εικόνα του σώματος δεν είναι μόνο η ομορφιά και η ελκυστικότητα. Η λεπτότητα παρουσιάζεται σαν αυτοέλεγχος και σαν επίτευγμα. Αυτοί άλλωστε είναι και οι στόχοι των ατόμων με διατροφικές διαταραχές.

Η δυσαρέσκεια του σώματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών και προβλέπει μια σειρά από διατροφικές συμπεριφορικές διαταραχές (Cooley & Toray, 2001; Polivy & Herman, 2002; Stice & Whittenton, 2002). Επίσης, η διαταραχή της εικόνας του σώματος είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη, καθώς και για την χαμηλή αυτοεκτίμηση και τις διατροφικές διαταραχές (Johnson & Wardle, 2005; Stice & Bearman, 2001; Stice et al, 2001). Οι αντιλήψεις για τις ελκυστικές εικόνες που κατέχουν τα μέλη του αντίθετου φύλου για το σώμα είναι ένας καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης της εικόνας μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι ακριβείς στις αντιλήψεις τους σε αυτό που οι γυναίκες βρίσκουν ελκυστικό μεταξύ των ανδρών, αντίθετα όμως, οι γυναίκες θεωρούν ότι οι άνδρες θέλουν τις γυναίκες να είναι λεπτότερες από αυτό που πιστεύουν και θέλουν πραγματικά οι άνδρες. Αυτή η ανακριβής αντίληψη συνδέεται με τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών. Ακόμη, αξιολογήθηκε και ο ρόλος της αυτοεκτίμησης και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα των οποίων η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από την εμφάνιση των προτύπων, βιώνουν περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες, από εκείνους που αντιλαμβάνονται σωστά ότι το αντίθετο φύλο τους βρίσκει ελκυστικούς (Bergstrom, Neighbors, Lewis, 2004).

Σε ακραίες περιπτώσεις η διαταραχή της εικόνας του σώματος, όπως η δυσμορφική διαταραχή του σώματος παρεμβαίνει στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα (Yanover & Thompson, 2008). Η αρνητική εικόνα σώματος τις

περισσότερες φορές σχετίζεται με το βάρος και με άλλα διάφορα μέρη του σώματος, όπως η κοιλιά, η μέση, οι μηροί, οι γλουτοί, η μύτη κ.α., ενώ από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής είναι και η στερητική δίαιτα (O'Dea & Abraham, 2000; Springeret al, 1999).

## **2.2 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο ασιτίας που το ίδιο το άτομο επιβάλλει στον εαυτό του και με τη θέληση του περιορίζει την τροφή, καθώς φοβάται ότι θα αποκτήσει παχύ σώμα. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα φυσιολογικό βάρος, ο έντονος φόβος ότι θα “κερδίσει” βάρος, η διαταραχή στη σωματική εικόνα, η αυξημένη απώλεια βάρους και πολλές φορές η αμηνόρροια στις γυναίκες.

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή αναφέρουν ότι «αισθάνονται παχιά», ακόμα και όταν έχουν απισχνανθεί, ενώ το βάρος τους μπορεί να είναι φυσιολογικό. Αυτό συμβαίνει επειδή η απώλεια βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους για την παχυσαρκία. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μία διαταραγμένη αντίληψη ολόκληρου του σώματος και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας. Δεν τους είναι εύκολο να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας και πιστεύουν ότι διάφορα μέρη του σώματός τους ή ολόκληρο το σώμα τους είναι «πολύ παχιά», ακόμα και όταν είναι ελλιποβαρείς (Μάνου, 1997).

### **2.2α Διαγνωστική σημασία και κλινική εφαρμογή**

Οι περισσότερες σύγχρονες θεωρίες θεωρούν ότι η δυσαρέσκεια του σώματος μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, κάτι το οποίο επιβεβαιώνουν και οι εμπειρικές μελέτες, ότι δηλαδή μια έντονη ανησυχία για τη φυσική εμφάνιση προηγείται χρονικώς από την έναρξη της διαταραχής. Η νευρική ανορεξία έχει συσχετιστεί με την εκτίμηση του μεγέθους. Αυτή η εξήγηση στηρίζεται στο γεγονός ότι οι αδύνατοι ασθενείς έχουν ένα νοσηρό φόβο ότι θα αποκτήσουν βάρος, επειδή «αισθάνονται πάρα πολύ παχιοί (Garner, 2002).

Παρόλα αυτά υπήρξαν έρευνες, οι οποίες αμφισβήτησαν αυτή την απόλυτη συσχέτιση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και τη νευρική ανορεξία, αλλά μετά από κάποιες τεχνικές μέτρησης το 1997, αποδείχτηκε ότι η συσχέτιση αυτή είναι αληθή. Η διαταραχή εικόνας σώματος θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Ακόμα και μετά από την αποκατάσταση βάρους, η πλειοψηφία των ασθενών συνεχίζει να ανησυχεί υπερβολικά για το βάρος του και τη μορφή του σώματος τους. Η εικόνα σώματος είναι σημαντικός προάγγελος της υποτροπής στη νευρική ανορεξία και ασθενείς θεωρούν ότι είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στη μόνιμη αλλαγή (Garner, 2002).

## 2.2β Αιτιολογία

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί φαίνεται να είναι η αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μία φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή, λόγω της σεξουαλικής έντασης στην εφηβική ηλικία. Οι κοινωνικές θεωρίες ωστόσο, στηρίζονται στην έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, στη νεολαία, στην ομορφιά, στην θέληση του ατόμου να είναι λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα σώματός τους και την εμφάνιση. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει την κληρονομική ή γενετική πλευρά της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν ή είχαν στο παρελθόν τη διαταραχή. Οι βιολογικές θεωρίες όμως, εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία κ.α. Ευρήματα δείχνουν ότι στη ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, κάτι που αποδεικνύεται από την απελευθέρωση περισσότερης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας, τη μειωμένη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και από τις διαταραχές και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Μάνου, 1997).

## 2.2γ Αντιληπτική διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματος

Οι κλινικές παρατηρήσεις της διαταραγμένη εικόνας στη νευρική ανορεξία έχουν οδηγήσει σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές τεχνικές της εσφαλμένης εκτίμησης μεγέθους: (1) διαδικασίες εκτίμησης που περιλαμβάνουν την εκτίμηση συγκεκριμένων περιοχών του σώματος (δηλ., πρόσωπο, στήθος, ισχία, κ.λπ.), και (2) τεχνικές που περιλαμβάνουν την εκτίμηση του μεγέθους (βάρους). Σύμφωνα με την ανάλυση, ο μέσος διαταραγμένος ασθενής διαστρεβλώνει το μέγεθός του σε μεγαλύτερη έκταση από το 73% του υγιή πληθυσμού. Αυτή η εστίαση μπορεί να υψώσει την αρνητική συναισθηματική εμπειρία για το βάρος και να ενισχύσει τη διαστρέβλωση του (Garner, 2002).

Η Smeets και οι συνάδελφοί της έχουν προτείνει δύο πιθανές εξηγήσεις για την υπερεκτίμηση του μεγέθους στη νευρική ανορεξία. Η πρώτη είναι ότι η υπερεκτίμηση αυτή απεικονίζει την καθαρή οπτική εσφαλμένη εκτίμηση. Σε αυτήν την περίπτωση, ο ασθενής ανακτά μια παχύτερη εικόνα από την οπτική μνήμη και οι εκτιμήσεις του απεικονίζουν αυτήν την εικόνα. Η δεύτερη εξήγηση αποδίδει την εσφαλμένη εκτίμηση στην αναδημιουργία οπτικών παραστάσεων που βασίζονται στις ιδιαίτερες σκέψεις και τα συναισθήματα. Σε αυτήν την περίπτωση, η διαστρέβλωση του μεγέθους της οπτικής εικόνας είναι μια λειτουργία της μνήμης παρά της αντίληψης. Η ανικανότητα των ανορεκτικών ασθενών «να αντιληφθούν» τον εαυτό τους μπορεί να αφορά την εξασθετισμένη ημισφαιρική συμμετρία στην αποθήκευση των οπτικών παραστάσεων του σώματος ή την εξασθετισμένη αλληλεπίδραση ημισφαιρίων, που στο δεξιό ημισφαίριο μπορεί να παρουσιάζεται μειωμένη ενημέρωση της εικόνας σε σχέση με το αριστερό ημισφαίριο, στο οποίο διατηρείται. Η τρίτη εξήγηση είναι βασισμένη στο γεγονός ότι η υπερεκτίμηση μπορεί απλά να είναι ένα χειροποίητο αντικείμενο σχετικό με το πρότυπο μέγεθος, το οποίο είναι μικρότερο. Σύμφωνα με αυτήν την έννοια, οι γυναίκες με εξασθετισμένα ημισφαίρια υπερεκτιμούν περισσότερο το μέγεθος τους ανεξάρτητα με την παθολογία, καθώς τους είναι πιο δύσκολο να υπολογίσουν τα μικρότερα μεγέθη (π.χ. μπορεί να είναι πιο δύσκολο να

υπολογίσουν το πλάτος ενός μολυβιού από ένα γραφείο). Αυτά είναι κάποια στοιχεία ότι η υπερεκτίμηση μπορεί να γίνει κατανοητή ως μορφή πληροφορίας-επεξεργασίας της προκατάληψης που απεικονίζει μια γνωστική κρίση παρά ως ένα αντιληπτικό γεγονός (Garner, 2002).

## **2.2δ Δυσарέσκεια Σώματος: Γνωστικά – Αξιολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα**

Οι πολιτιστικοί, αναπτυξιακοί, οικογενειακοί, και οι παράγοντες προσωπικότητας είναι καθοριστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της δυσарέσκειας στη νευρική ανορεξία. Οι φεμινιστικές και οι γνωστικές-συμπεριφοριστικές προοπτικές στη νευρική ανορεξία υπογραμμίζουν το πολιτιστικό πλαίσιο στο σχηματισμό των πεποιθήσεων και των συναισθημάτων για την εμφάνιση. Έτσι υποτίθεται ότι η γνωστική ευπάθεια στη νευρική ανορεξία έχει τις ρίζες της σε ορισμένες προσωπικότητες και ευμετάβλητα χαρακτηριστικά, όπως η τελειομανία, η ακαμψία, καθώς και σε παραλλαγές στα νευρωνικά συστήματα που επηρεάζουν τη γνωστική επεξεργασία πληροφοριών.

Η νευρική ανορεξία αναπτύσσεται συχνότερα από την πεποίθηση του προσώπου ότι η αντιληπτική του φυσική ατέλεια μπορεί να διορθωθεί με το να κάνει δίαιτα, με την άσκηση και την απώλεια βάρους. Οι μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η δυσарέσκεια και η έναρξη δίαιτας συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση της συμπτωματολογίας των διαταραχών της τροφής, καθώς επίσης και των πραγματικών διατροφικών διαταραχών. Η διαταραχή του σώματος δημιουργεί πεποιθήσεις στα άτομα ότι το να είσαι λεπτός θεωρείται σημάδι ελέγχου και αυτό-πειθαρχίας, καθώς επίσης πιστεύουν ότι η αξία τους μετράται ανάλογα με το πόσο λεπτοί είναι. Αυτές τις πεποιθήσεις, συνδέονται με την επιτυχία και την αποτυχία. Όταν επιτευχθεί η απώλεια βάρους, η διαδικασία διατηρείται περαιτέρω από τα συμπεριφοριστικά, συναισθηματικά και φυσιολογικά «συμπτώματα λιμού» που τείνουν να στηρίζουν τις ιδιοσυγκρασιακές πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά ελέγχου βάρους (Garner, 2002).

Σύμφωνα με τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες με και χωρίς διατροφικές διαταραχές, ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες για την ανάπτυξη της δυσарέσκειας είναι το πραγματικό βάρος. Στη νευρική ανορεξία όμως, η έννοια της δυσарέσκειας είναι πιο περίπλοκη, επειδή τα περισσότερα άτομα είναι ικανοποιημένα με το βάρος τους, δηλαδή με την ισχνή μορφή τους. Η δυσарέσκεια αυτή μπορεί να οδηγήσει στη νευρική ανορεξία και όταν διαγνωσθεί επίσημα, παρατηρείται ότι ο ασθενής έχει παρόμοια δυσарέσκεια για το σώμα του με αυτή που έχουν οι μέσες φοιτήτριες κολεγίου. Το μόνο θετικό σημάδι που μπορεί να έχει η δυσарέσκεια είναι το να παρουσιάζει ο ασθενής την επιθυμία να κερδίσει βάρος (Garner, 2002).

Μερικές από τις μελέτες που ξεκίνησαν από το 19ο αιώνα δεν αναφέρουν ακόμη ότι η δυσарέσκεια είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής. Στην Ινδία και στην Κίνα οι περιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας που παρουσιάζονται δεν οφείλονται στο φόβο για το βάρος. Αντίθετα, στο δυτικό πολιτισμό οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια μικρή μειονότητα των ασθενών που παρουσιάζουν πολύ χαμηλό βάρος και ότι έχουν κάποια δυσарέσκεια για το σώμα τους που τους οδήγησε να αναπτυχθεί αυτή η διαταραχή. Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς άρχισαν να μειώνουν την πρόσληψη τροφής τους, λόγω των «πνευματικών» ανησυχιών, των φόβων, της αποστροφής στη σύσταση ορισμένων τροφίμων, των αλλεργιών σε κάποια τρόφιμα, ή λόγω μιας συνοπτικής φυσικής ασθένειας. Αυτές οι

περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως «άτυπη» ή ως «αδιευκρίνιστη διαταραχή» (Garner, 2002).

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι μέθοδοι για να μπορέσει να διορθωθεί η διαστρεβλωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος στους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Μία από αυτές τις μεθόδους είναι η παροχή διορθωτικής ανατροφοδότησης, η οποία έχει ως στόχο την βελτίωση με την πάροδο του χρόνου, ενώ μία άλλη στρατηγική είναι οι ασθενείς να παρατηρήσουν το σώμα τους στον καθρέφτη και να εξετάσουν το σχήμα του σώματός τους με βάση αυτό που βλέπουν. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η άσκηση μπορεί να έχει αξία, βοηθώντας τους ασθενείς να ξεπεράσουν την άρνηση της σοβαρότητας της διαταραχής (Garner, 2002)

## **2.3 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

### **2.3α Ορισμός**

Η βουλιμία είναι μία επικρατούσα και χρόνια ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία και αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση της παχυσαρκίας, την κατάχρηση ουσιών και της κατάθλιψης.

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση αυξημένης τροφής με υψηλή θερμιδική αξία που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες τροφές, όπως παγωτά, κέικ, κουλουράκια κ.α. Τα βουλιμικά άτομα συνήθως ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και προσπαθούν να κρύψουν αυτά τα επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά μπορούν να προκληθούν από προσωπικά προβλήματα, δυσφορικές καταστάσεις, από έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά συναισθήματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Κατά τα βουλιμικά επεισόδια το άτομο τις περισσότερες φορές τρώει κρυφά και δεν σταματά ωστόσο πονέσει η κοιλιά του ή κάποιος τον διακόψει ή προκαλέσει έμετο. Ο προκλητός έμετος χρησιμοποιείται από το 80-90% των βουλιμικών, έτσι ώστε να αποφύγουν την αύξηση βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής (Μάνου, 1997).

Τα βουλιμικά άτομα νοιάζονται υπερβολικά για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν με δίαιτα, έντονη άσκηση, νηστεία, προκλητό έμετο ή με τη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Περίπου το 30% των ατόμων αυτών παίρνουν καθαρτικά μετά από αυτά τα επεισόδια. Συχνά παρατηρούνται διακυμάνσεις του βάρους που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους υπερφαγίας και νηστείας.

Οι έρευνες δείχνουν ότι στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων π.χ. χαμηλή αυτό εκτίμηση, αλλά και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων (π.χ. φόβος κοινωνικών καταστάσεων), Αγχωδών Διαταραχών, Κατάχρησης Ουσιών και Εξάρτησης από Ουσίες (ιδιαίτερα αλκοόλ και διεγερτικών) και Διαταραχών Προσωπικότητας (πιο συχνά της Μεταίχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας) (Μάνου, 1997).

Οι διαταραχές της εικόνας σώματος είναι ένας από τους ισχυρούς παράγοντες για την ανάπτυξη της βουλιμίας. Οι διαταραχές αυτές αναφέρονται: 1) στην εσωτερικοποίηση του ιδανικού σώματος (λεπτός), 2) στη δυσαρέσκεια του σώματος και 3) τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για την εικόνα. Ακόμη, διακρίνονται από την

υπερβολική έμφαση που δίνουν στο βάρος και το σχήμα για τον προσδιορισμό της αυτοεκτίμησης, η οποία είναι ένα σύμπτωμα της βουλιμίας (Stice, 2002).

Η πίεση στο να έχουν ένα λεπτό σώμα προέρχεται από διάφορες πηγές, όπως είναι η οικογένεια, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι συνομήλικοι. Οι πιέσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της δυσαρέσκειας του σώματος, καθώς τα άτομα δεν μπορούν να αποκτήσουν εύκολα το πρότυπο σώμα. Στο ίδιο αποτέλεσμα (της αύξησης της δυσαρέσκειας) οδηγεί και η παχυσαρκία, λόγω της διαφοράς που υπάρχει από την εικόνα πολύ λεπτών ατόμων. Οι διαταραχές αυτές αυξάνουν τον κίνδυνο για τη βουλιμική παθολογία μέσα από δύο μηχανισμούς. Ο ένας από αυτούς είναι ότι η δυσαρέσκεια και η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος οδηγεί τα άτομα στην πεποίθηση, ότι εάν κάνουν αυστηρή δίαιτα θα μπορέσουν να ελέγξουν το βάρος τους. Η στερητική δίαιτα με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση και τη συντήρηση της βουλιμικής παθολογίας, αφού υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να καταναλωθεί μεγάλη ποσότητα τροφής ως αντίδραση σε αυτή τη στέρηση.

Τα αυξημένα αρνητικά συναισθήματα θεωρείται ότι αυξάνουν και αυτά την αυξημένη κατανάλωση τροφής, καθώς το χρησιμοποιούν ως μέσο για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσμενείς συγκινήσεις. Έτσι εκτελούν αντισταθμιστικές πράξεις, επειδή πιστεύουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους εξυπηρετεί σαν μία συναισθηματική κάθαρση (Stice, 2002).

### **2.3β Αιτιολογία**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται στην σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. σε κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στην μνήμη του ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν. Από την άλλη όμως αρκετές έρευνες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της διάθεσης και Σχετιζόμενων με ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού. Κάποιο ρόλο στη διαταραχή επίσης, φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές.

### **2.3γ Εμπειρικά Ευρήματα**

Τα εμπειρικά ευρήματα και διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν τον ισχυρισμό ότι οι κοινωνικοπολιτιστικές πιέσεις ενθαρρύνουν την εσωτερικοποίηση του λεπτού – ιδανικού σώματος, τη δυσαρέσκεια και τη διαστρέβλωση της εικόνας. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει και η έκθεση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, οδηγώντας έτσι στην αύξηση των διαταραχών της εικόνας. Επίσης, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μία επέμβαση, όπως η απώλεια βάρους, μειώνουν αυτή τη εσωτερικοποίηση και τη δυσαρέσκεια της εικόνας. Έχει αποδειχτεί ότι οι διαταραχές αυτές της εικόνας στη συνέχεια, σχετίζονται με τη παθολογική βουλιμία, ενώ οι σύγχρονες μελέτες τεκμηριώνουν ότι τα βουλιμικά άτομα έχουν περισσότερη εσωτερικοποίηση για το σώμα πρότυπο και μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους από τα άτομα, τα οποία δεν έχουν καμία διατροφική διαταραχή. Επιπλέον, παρατηρείται ότι τα βουλιμικά άτομα υπερεκτιμούν τα χαρακτηριστικά του σώματος, κάτι το οποίο οφείλεται στις συμπεριφοριστικές διαταραχές για να μπορέσουν να αποκτήσουν τα ιδανικά χαρακτηριστικά για το σώμα.

Μελέτες αποκαλύπτουν σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ των μεταβλητών της δυσαρέσκειας, των διαστρεβλώσεων εικόνας σωμάτων, διαίτας και της βουλιμικής παθολογίας. Η δυσαρέσκεια για το σώμα οδηγεί τα άτομα στο να κάνουν πολλές φορές στερητική ή μη διαίτα, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η παθολογική βουλιμία, ενώ άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η αύξηση της δυσαρέσκειας αυξάνει τα αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα την έναρξη της κατάθλιψης (Stice, 2002 & Fairburn και συν. 2003).

Τέλος, αξιολογήθηκε η εικόνα σώματος γυναικών με νευρική ανορεξία και βουλιμία ως προς γυναίκες που δεν είχαν διατροφικές διαταραχές. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν με τα ιδανικά των ανδρών για τη θηλυκή ελκυστικότητα και βρέθηκε ότι η υπερεκτίμηση του μεγέθους του σώματος ήταν πιο ευδιάκριτη στις δύο ομάδες ασθενών. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ήθελαν περισσότερο να αποκτήσουν ιδανικό βάρος, ενώ η εκτίμηση του ιδανικού γυναικείου σώματος που είχε η κοινωνία και στις τρεις ομάδες γυναικών δεν διέφερε από την αντίληψη των ανδρών για το ελκυστικό γυναικείο σώμα (Benninghoven και συν, 2007).

### **2.3δ Κλινικές επιπτώσεις**

Οι επεμβάσεις μειώνουν την κοινωνικοπολιτιστική πίεση και προωθούν τον υγιή τρόπο για να αποκτήσουν τα άτομα ένα φυσιολογικό βάρος με κανονική, μέτρια φυσική δραστηριότητα, μέτρια κατανάλωση τροφής κ.α. με αποτέλεσμα να μειώνονται οι διαταραχές εικόνας. Επίσης, τα διάφορα προγράμματα για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών φαίνεται από μελέτες να μειώνουν την εσωτερικοποίηση για το ιδανικό – λεπτό σώμα και τις διαστρεβλώσεις της εικόνας, ενώ οι επεμβάσεις πρόληψης μιας διατροφικής διαταραχής που μειώνουν τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και του αρνητικούς παράγοντες επιρροής που εμφανίζονται να αυξάνουν τον κίνδυνο βουλιμίας αποδεικνύονται εποικοδομητικές σύμφωνα με έρευνα του Cash, Strachan, Winzelberg και των συναδέλφων (Cash, Strachan και συν, 1999).

## **2.4 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ (B.E.D.)**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την επεισοδιακή υπερφαγία δίνουν έμφαση στη διατροφική συμπεριφορά και στο συναίσθημα για την υπερβολική κατανάλωση τροφής και σε αντίθεση με αυτούς που πάσχουν από νευρική ανορεξία και βουλιμία, δεν προκαλεί διαταραχή ή ανησυχία για την εικόνα του σώματος. Η βιβλιογραφία τα τελευταία 10 χρόνια δείχνει ότι τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία αποτελούν μία ξεχωριστή υποομάδα των παχύσαρκων, οι οποίοι βιώνουν περισσότερο μία ψυχολογική δυσφορία, όπως κατάθλιψη, άγχος, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Ένα στοιχείο αυτής της ψυχολογική δυσφορίας είναι η κακή εικόνα του σώματος. Μία μελέτη συγκρίνει τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία με άλλες ομάδες διατροφικών διαταραχών και με άτομα φυσιολογικού βάρους που πάσχουν από την ίδια διαταραχή. Τα άτομα αυτά είχαν παρόμοια επίπεδα στο σχήμα σώματος και ανησυχία για το βάρος τους σε σύγκριση με τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αγωνία για την εικόνα του σώματος είναι ένα κεντρικό στοιχείο της επεισοδιακής υπερφαγίας, όπως ακριβώς συμβαίνει και για τις άλλες διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία είχαν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για το σχήμα και το βάρος σε σύγκριση με τα

παχύσαρκα άτομα χωρίς την συγκεκριμένη διαταραχή (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Άλλοι ερευνητές έχουν εξετάσει τη σχέση της υπερφαγίας και της κακή εικόνας του σώματος σε διαφορετικές ομάδες και έχουν βρει ότι σχετίζονται σημαντικά. Σε μία έρευνα από Milkewicz και Cash (2000), μελετήθηκαν γυναίκες, οι οποίες ήταν υπέρβαρες από το παρελθόν, γυναίκες, οι οποίες ήταν υπέρβαρες κατά τη διάρκεια της έρευνας και γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Παρατηρήθηκε ότι η κακή εικόνα του σώματος και η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση σχετίζονταν σημαντικά και στις τρεις ομάδες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο αυτές εμπειρίες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το βάρος.

Σε μία άλλη μελέτη του ψυχοκοινωνικού προτύπου της επεισοδιακής υπερφαγίας από τους Hilbert & Tuschen-Caffier το 2004, διαπιστώθηκε ότι για τις γυναίκες, το 70% των συμπτωμάτων της υπερφαγίας θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί από τις μεταβλητές: αυξομείωση βάρους, πειράγματα για το βάρος και το σχήμα του σώματος, την αρνητική επιρροή και το διαιτητικό περιορισμό. Για τους άνδρες, αυτό το μοντέλο προβλέπει το 61-72% της διακύμανσης των συμπτωμάτων της υπερφαγίας. Αυτή η μελέτη ήταν πολύ σημαντική, δεδομένου ότι τεκμηρίωσε τις ισχυρές σχέσεις μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και βοήθησε στο να προσδιοριστούν εκείνα τα παχύσαρκα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ψυχολογική δυσφορία (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

## **2.5 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΥΣΜΟΜΟΡΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΩΜΑΤΟΣ**

Η δυσμορφική διαταραχή σώματος (BDD) ή αλλιώς γνωστή ως δυσμομορφοβία είναι μία γνωστή διαταραχή της εικόνας σώματος σε όλο τον κόσμο εδώ και περίπου έναν αιώνα. Η διαταραχή αυτή είναι ευρέως γνωστή και εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό, στις ψυχιατρικές και δερματολογικές κλινικές. Πρόκειται για μία ανησυχία στην εμφάνιση που εστιάζει στις ατέλειες του προσώπου. Η παραμικρή ατέλεια του προσώπου, σε αυτά τα άτομα, φαίνεται υπερβολική. Αυτή η ανησυχία προκαλεί τις περισσότερες φορές εξασθένιση στους κοινωνικούς, επαγγελματικούς, προσωπικούς και άλλους τομείς. Έχει χαρακτηριστεί ως μία διαταραχή ψυχωτικού τύπου και ως παραληρητική διαταραχή σωματικού τύπου (Phillips, 2002).

Κάποιες έρευνες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι η διαταραχή αυτή προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Στη μεγαλύτερη δημοσιευμένη σειρά από την Phillips & Diaz, το 51% που προσβάλλεται από αυτή τη διαταραχή ήταν άνδρες. Η πλειοψηφία των ασθενών έχει κάποια διαταραχή προσωπικότητας, συνήθως αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Φαίνεται να είναι χρόνια διαταραχή, αν και η πορεία της είναι πιο ευνοϊκή όταν οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (Phillips & Diaz, 1997).

### **2.5α Κλινικά Χαρακτηριστικά**

Τα άτομα με δυσμομορφική διαταραχή του σώματος ανησυχούν ότι κάποια πτυχή της εμφάνισής τους είναι μη ελκυστική ή παραμορφωμένη, ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να μην υπάρχει καμία ατέλεια ή και να υπάρχει θα είναι ελάχιστα ορατή. Οι ατέλειες αυτές που φαντάζονται συνήθως αφορούν πτυχές ή χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προσώπου ή του κεφαλιού (π.χ. ακμή, σημάδια, μεγάλη ή ιδιόμορφη



μύτη κ.α.). Η δυσμορφία των μυών είναι ένας τύπος της δυσμορφικής αυτής διαταραχής, στην οποία τα άτομα ανησυχούν ότι έχουν ένα μικρόσωμο σώμα, ενώ στην πραγματικότητα είναι ψηλοί και μυώδεις.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι ανησυχίες συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ντροπή, αμηχανία και με το φόβο της απόρριψης. Οι ασθενείς δεν έχουν την διορατικότητα και ούτε αντιλαμβάνονται ότι το υποτιθέμενο ελάττωμα δεν υπάρχει στην πραγματικότητα. Θεωρούν ότι κάθε φορά ο περίγυρός τους αναγνωρίζει αυτό το πιθανό ελάττωμα και ότι ασχολείται συνέχεια με αυτό, κοιτάζοντας το ή χλευάζοντας το (Phillips, 2002).

Όλα τα άτομα με σωματική δυσμορφική διαταραχή εκτελούν πολλές φορές επαναλαμβανόμενες, καταναγκαστικές και συχνά χρονοβόρες συμπεριφορές όπως, το make up, την ενδυμασία, το φτιάξιμο μαλλιών κ.α. με κύρια πρόθεση να αποκρύψουν, να επιθεωρήσουν και να καθορίσουν την αντιληπτική ατέλεια. Ο στόχος μίας τέτοιας συμπεριφοράς είναι να μειωθεί η ανησυχία του ατόμου για την εμφάνισή του, αλλά έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνει το άγχος του και να προσπαθεί κάθε φορά με την ίδια επαναλαμβανόμενη και καταναγκαστική συμπεριφορά να κρύψει την αντιληπτή του ατέλεια (Phillips, 2002).

## **2.5β Παθολογία και Αιτιολογία**

Η παθολογία της δυσμορφικής διαταραχής έχει διερευνηθεί ελάχιστα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι εμφανίζεται κατά 6-10% σε μέλη της οικογένειας με συγγένεια 1ου βαθμού, ενώ στο γενικό πληθυσμό παρατηρείται ότι είναι κληρονομική διαταραχή. Οι νευροψυχολογικές μελέτες δείχνουν ότι η παθογένεση της μπορεί να οφείλεται και σε εκτελεστική δυσλειτουργία με σημαντικό ρόλο αυτό της σεροτονίνης. (Phillips, 2002).

Για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής κύριο ρόλο έχουν και νευροβιολογικοί, εξελικτικοί, κοινωνικοπολιτιστικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Μια μελέτη από την Phillips και τις συναδέλφους της το 1996, διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με την διαταραχή είχαν μικρότερη γονική προσοχή από το υπόλοιπο δείγμα (Phillips, 2002). Φαίνεται εύλογο ότι η συχνή κριτική ή τα πειράγματα για την εμφάνιση κάποιου από το κοινωνικό περίγυρο αποτελούν παράγοντες κινδύνου για BDD και ότι θα ήταν ένας λόγος για την προτροπή αισθητικής χειρουργικής επέμβασης αυτών των ατόμων (Phillips, 2002 & Calogero et al, 2010).

## **2.5γ Επιπλοκές**

Η δυσμορφική διαταραχή προκαλεί δυσφορία και μειωμένη κοινωνική, επαγγελματική και ακαδημαϊκή δραστηριότητα. Σε μία έρευνα που έγινε από τους Phillips και Diaz σε 188 άτομα με δυσμορφική διαταραχή παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι από το ¼ από αυτούς ήταν κλεισμένοι συνεχώς στο σπίτι για τουλάχιστον μία εβδομάδα, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευόταν σε ψυχιατρείο και σχεδόν το 30% είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Phillips & Diaz, 1997). Σε μία μελέτη που έγινε το 1997 από τους Cotterill και Cunliffe παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που αυτοκτόνησαν εκείνο το διάστημα είχαν ακμή ή δυσμορφική διαταραχή σώματος (Cotterill & Cunliffe, 1997). Το 2000, η Phillips και οι συνεργάτες διαπίστωσαν ότι μεταξύ των ασθενών που αναζητούν θεραπεία για δερματολογικά προβλήματα, το 1,9% από αυτούς διαγνώστηκαν θετικοί της διαταραχής. Δεν είναι γνωστό εάν η ποιότητα ζωής είναι χαμηλή γι' αυτά τα άτομα, αλλά στη μοναδική έρευνα που έγινε γι' αυτό το θέμα φάνηκε ότι οι ασθενείς αυτοί

είχαν φτωχότερη πνευματική υγεία και χαμηλή ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με διαβήτη τύπου II, με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή κατάθλιψη (Phillips, 2002).

### **2.5δ Διαταραχή εικόνας σώματος στη δυσμορφική διαταραχή**

Σε μία πιο πρόσφατη μελέτη για την εκτίμηση της ελκυστικότητας μέσα από φωτογραφίες άλλων ανθρώπων αλλά και δικές τους, οι ασθενείς υπερεκτίμησαν την ομορφιά των άλλων προσώπων και υποτίμησαν τη δική τους ελκυστικότητα, ενώ σε μία άλλη έρευνα από τον Stroop οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίθηκαν επιλεκτικά σε λέξεις, όπως ομορφιά, δείχνοντας έτσι μία ανησυχία για την εμφάνισή τους (Phillips, 2002). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και το 2010, όπου οι συμμετέχοντες με δυσμορφική διαταραχή ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με την εμφάνισή τους και η λιγότερη ικανοποίηση συνδέθηκε με μία άλλου τύπου διαταραχή. Σε σύγκριση με τα πρότυπα του πληθυσμού, οι άνδρες και οι γυναίκες που έπασχαν από την διαταραχή ένιωθαν λιγότερο σωματικά υγιείς και οι γυναίκες είχαν επενδύσει λιγότερο σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ωστόσο, σε σύγκριση με τον θηλυκό πληθυσμό, οι γυναίκες ασθενείς ένιωθαν λιγότερο φόβο για την εμφάνισή τους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς με δυσμορφική διαταραχή διαφέρουν από τον πληθυσμό, σε μια σειρά από σημαντικές πτυχές της εικόνας του σώματος (Didie, Kuniega-Pietrzak, Phillips, 2010).

Όσον αφορά τη διαστρέβλωση της εικόνας, δεν είναι γνωστό εάν οι απόψεις των ασθενών για την εμφάνισή τους βασίζονται στην αισθητήρια (αντιληπτική) επεξεργασία ή στη συμπεριφοριστική/γνωστική-αξιολογική δυσαρέσκεια. Κάποιες κλινικές παρατηρήσεις αναφέρουν ότι υπάρχουν άτομα με BDD που έχουν εξασθενημένη αισθητήρια επεξεργασία, κάτι το οποίο ερμηνεύεται σαν παραίσθηση (Phillips, 2002). Σε κάποιες όμως μελέτες φαίνεται ότι αυτό δεν ισχύει, αλλά αντίθετα δείχνουν ότι τα άτομα αυτά έχουν καλύτερη μεροληπτική ικανότητα από τα υγιή άτομα, κάτι το οποίο διαπιστώνεται και από την μελέτη του Thomas και Goldberg, το 1995. Μια άλλη πειραματική μελέτη, από τον Jerome το 1991, ομοίως πρότεινε ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν μια ακριβέστερη αντίληψη για το μέγεθος και τη μορφή της μύτης τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τέλος, τα άτομα με τη διαταραχή έχουν βρεθεί να έχουν ελλείμματα στη λεκτική και μη λεκτική μνήμη, έναντι των κανονικών ελέγχων. Τα ελλείμματα αυτά φαίνονται να οφείλονται στην οργανωτική (εκτελεστική) δυσλειτουργία που συνεπάγεται στα δευτερεύοντα ή άσχετα ερεθίσματα.

### **2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ**

Σε γενικές γραμμές οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η αρνητική εικόνα του σώματος αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του διαταραγμένου τρόπου διατροφής. Ο Stice το 2002, υποστήριξε ότι οι παράγοντες οικογένεια, φίλοι, ΜΜΕ, εσωτερίκευση του λεπτού, προκαλούν αρνητική εικόνα σώματος. Αυτή με τη σειρά της αυξάνει τη συγκρατημένη κατανάλωση τροφής, την υπερφαγία και το αρνητικό συναίσθημα. Με λίγα λόγια η έρευνα δείχνει ότι εάν αποτραπεί η αρνητική εικόνα σώματος, θα μειωθούν οι επιπτώσεις που συμπεριλαμβάνουν την κατανάλωση τροφής.

## 2.6α Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη ή πρόληψη στη δημόσια υγεία, επικεντρώνεται στην αλλαγή των δημόσιων πολιτικών και κοινοτήτων. Θα μπορούσαν να είχαν δημιουργηθεί προγράμματα για άτομα που δεν έχουν ακόμα προβλήματα – διαταραχές, αλλά έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης (π.χ. γονείς με βουλιμία μπορούν με αυτό το πρόγραμμα να βοηθήσουν τα παιδιά τους, που έχουν την προδιάθεση και τους γενετικούς παράγοντες, στο να μην αναπτυχθεί η διαταραχή).

Μία άλλη πρόληψη είναι η δημιουργία προγραμμάτων με γνωστικό – συμπεριφορικό χαρακτήρα, όταν τα άτομα δεν έχουν ακόμη αναπτύξει το πρόβλημα (π.χ. διατροφικές διαταραχές), αλλά βρίσκονται σε κίνδυνο, λόγω της παρουσίας πρόδρομων παραγόντων (π.χ. αρνητική εικόνα σώματος) (Levine & Piran, 2004).

## 2.6β Πρόληψη με κοινωνική-γνωσιακή θεωρία

Η κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura ή η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία αναφέρει τα αποτελέσματα των διατροφικών διαταραχών, τα οποία προέρχονται από τις κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις και το συναίσθημα. Έτσι, θα ήταν καλό να δημιουργηθούν προγράμματα με ασκήσεις για την κατανόηση και τη βελτίωση της εικόνας, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης και της αλλαγής ανθυγιεινών πεποιθήσεων σχετικά με το βάρος και το σχήμα. Θα ήταν χρήσιμο να δοθούν οδηγίες για τη σωστή διατροφή και την άσκηση και να αναλυθούν στρατηγικές στην οικογένεια και στους συνομηλίκους για το πώς θα μπορέσουν τα άτομα να αντισταθούν σε μηνύματα των ΜΜΕ. Τέλος, η κοινωνική μάθηση θα μπορούσε να ενισχυθεί μέσα από διαλέξεις παρατήρησης, παιχνίδια ρόλων, ομαδικές ασκήσεις κ.α. (Levine & Piran, 2004).

## 2.6γ Στρεσογόνο Μοντέλο

Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών προβλημάτων (συμπεριλαμβανομένου και των διατροφικών διαταραχών) και της αρνητικής αυτό-εικόνας, της έλλειψης ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων, τη διαχείριση του άγχους και της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης. Σύμφωνα όμως με το στεσογόνο μοντέλο (NSVS), τα άτομα επωφελούνται στο να μπορούν να διαχειρίζονται το άγχος τους και να αναπτύξουν κι άλλες δεξιότητες για τη λήψη αποφάσεων και επικοινωνίας.

Τα μοντέλα πρόληψης θα ήταν μία καλή προσπάθεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων, ελαχιστοποιώντας έτσι, την ύπαρξη κινδύνου, όπως είναι η αρνητική εικόνα του σώματος. Συγκριτικά με μία ομάδα υγιών ατόμων που δεν έλαβαν προληπτική παρέμβαση, η έγκυρη αξιολόγηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα συνέβαλε στις λιγότερες περιπτώσεις διαταραγμένης κατανάλωσης κατά τη διάρκεια μιας σημαντικής χρονικής περιόδου (π.χ., από τις ηλικίες 13 έως 20) (Levine & Piran, 2004).

## 2.6δ Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία

Σε αντίθεση με έναν μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων για την εικόνα του σώματος, μόνο λίγα έγγραφα έχουν εστιάσει στη θεραπεία μιας διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος και στις διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές, δύο άμεσες και συγκεκριμένες προσεγγίσεις μπορούν να διακριθούν: η γνωστική / συμπεριφοριστική προσέγγιση, η οποία στοχεύει στην εύρεση και τον έλεγχο των συναισθημάτων των ασθενών που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους, με τη βοήθεια συνεντεύξεων και μεθόδων χαλάρωσης και η οπτική προσέγγιση που κάνει χρήση των βιντεοσκοπήσεων, ιδιαίτερα χειρονομιών και κινήσεων, με στόχο να επηρεάσουν το επίπεδο της ευαισθητοποίησης του σώματος (Riva, 1998).

Σε μία μελέτη με 28 ασθενείς που διαγνώστηκαν με επεισόδια υπερφαγίας χρησιμοποιήθηκε η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία για την σύγκριση ορισμένων τμημάτων του σώματος των ασθενών (CBT-E) και τμημάτων του σώματος που έχουν υποστεί αλλαγές αναδόμησης (CBT-C). Αξιολογήθηκαν οι αρνητικές σκέψεις για το σώμα κάποιου, οι δυσλειτουργικές υποθέσεις για τη μορφή, το βάρος και τη δυσαρέσκεια. Μετά τη θεραπεία και 4 μήνες αργότερα, παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες βελτίωση της διαταραχής της εικόνας σε όλους τους δείκτες και σταθερές βελτιώσεις στη συγκεκριμένη και γενική ψυχοπαθολογία της διατροφικής διαταραχής. Αυτά τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η γνωστική αλλά και η συμπεριφορική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές στη βελτίωση και θεραπεία της υπερφαγίας (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Σε μία άλλη έρευνα του Palmeira το 2010 χρησιμοποιήθηκε ένα πρόγραμμα θεραπείας της παχυσαρκίας για να αξιολογηθεί κατά πόσο οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος και στην ψυχολογική ευεξία είναι προάγγελοι της αλλαγής του βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από παρακολούθηση. Συμμετείχαν 142 υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες σε ένα τετράμηνο πρόγραμμα θεραπείας συμπεριφοράς και σε μια δωδεκάμηνη παρακολούθηση. Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας και αυτών των αλλαγών, συσχετίστηκαν με τη μείωση βάρους στους 4 μήνες. Με αυτή τη μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους παρατηρήθηκαν και βραχυπρόθεσμες αλλαγές στη δυσαρέσκεια του μεγέθους του σώματος, αλλά και στη διάθεση. Μπορεί όμως, να υπάρξει και μία μακροπρόθεσμη αλλαγή στη δυσαρέσκεια για το μέγεθος του σώματος και την αυτοεκτίμηση και στη συνέχεια της θεραπείας για την παρακίνηση μεγαλύτερης απώλειας βάρους.

Εκτός από τις αλλαγές στο βάρος, οι συμμετέχοντες σε προγράμματα απώλειας βάρους συχνά αναφέρουν βελτιωμένη ικανοποίηση από τη ζωή και ένα θετικό αίσθημα για το σώμα τους, ενώ παράλληλα μπορούν να μάθουν νέες ικανότητες, όπως το να είναι σωματικά δραστήριοι και να έχουν την αυτο-διαχείριση του βάρους τους. Με αυτό το προγράμματα παρατηρείται αλλαγή του τρόπου ζωής και θετικές επιπτώσεις στα συναισθήματα, στη φυσική δραστηριότητα, στην αυτοεκτίμηση, στην κατάθλιψη και γενικά σε άλλες ψυχολογικές μεταβλητές (Palmeira, 2010).

Σε μία άλλη έρευνα εξετάστηκαν οι πολυδιάστατες πτυχές της εικόνας του σώματος των ατόμων με νευρική βουλιμία (BN) (πριν αλλά και μετά τη θεραπεία) και χωρίς βουλιμία. Έπειτα, διερευνήθηκε κατά πόσο η παρέμβαση θα βελτιώνει την εικόνα του σώματος και κατά πόσο θα ήταν αποτελεσματική μετά τη θεραπεία, αλλά και κατά την μετέπειτα παρακολούθηση. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας και σε συνεχόμενες επισκέψεις παρακολούθησης για 1-6 μήνες. Στην αρχή της μελέτης, οι συμμετέχοντες με νευρική βουλιμία είχαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια και υπερεκτίμηση του μεγέθους του σώματος από την

ομάδα σύγκρισης. Τα αποτελέσματα, στο τέλος της θεραπείας, ανέφεραν σημαντική βελτίωση στην αυτό-αναφερόμενη διαταραχή συμπεριφοράς και υπερεκτίμηση του μεγέθους, με συνεχείς μειώσεις κατά την παρακολούθηση. Ωστόσο, δεν αποδείχτηκε η θετική αποτελεσματικότητα της παρέμβασης κατά την έναρξη, τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας. Οι συνέπειες τη θεραπείας περιλαμβάνουν τη διευκρίνιση της προέλευσης της εικόνας του σώματος, που σχετίζονται με την αγωνία και τη βελτίωση της θεραπείας και τις προσπάθειες για τα αντιληπτικά και τα συμπεριφορικά στοιχεία της εικόνας του σώματος (Peterson et al, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Περίπου το 66% των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1999 - 2002 ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Η βελτίωση των διατροφικών πληροφοριών, της εκπαίδευσης και της παροχής συμβουλών είχαν θεμελιώδη σημασία για την επίτευξη των στόχων του 2010. Το αρνητικό προφίλ της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κακής διατροφής ανάμεσα στους ενήλικες 18-24 ετών είναι ανησυχητική. Γι αυτό το λόγο οι εκπαιδευτές υγείας θα πρέπει να προωθήσουν τη σωστή-υγιεινή διατροφή (Davy, Benes, Driskell, 2006).

Οι φοιτητές που εγγράφονται σε μαθήματα διατροφής στην πλειοψηφία είναι γυναίκες. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η γενική δυσαρέσκεια του σωματικού βάρους (BWD) και η ανορεξία, μπορεί να είναι υψηλότερη σε φοιτητές με ειδίκευση στην διαιτολογία απ ό τι σε φοιτητές άλλων ειδικοτήτων. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να είναι προβληματική στο μέλλον για την προσωπική ζωή ή την επαγγελματική πρακτική του φοιτητή (Agoyo et al, 2010).

Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε γυναίκες, οι οποίες φοιτούσαν ως διαιτολόγοι και είχαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.), βρέθηκε πως επιλέγουν ένα χαμηλότερο ιδανικό βάρος σώματος σε σχέση με το φυσιολογικό βάρος, το οποίο έχουν ήδη σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος. Αυτό, μας κάνει να κατανοήσουμε πως και οι φοιτητές διαιτολογίας μοιράζονται με το γενικό πληθυσμό, την ίδια ανησυχία ως προς την εικόνα σώματός τους, η οποία τις περισσότερες φορές μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών που ανθίζουν στην εποχή μας λόγω των υψηλών κοινωνικών και αισθητικών απαιτήσεων. (Agoyo et al, 2010).

Άλλη μία μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Ρίο ντι Τζανέιρο σε φοιτητές διαιτολογίας για να αξιολογηθεί η αντίληψη της εικόνας σώματος χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο του σχήματος σώματος (BSQ). Το δείγμα αποτελούνταν από 193 φοιτητές, με μέση ηλικία 20,9 χρόνια ( $\pm 2$ ). Η μέση βαθμολογία από το BSQ ήταν 81,2 βαθμοί ( $\pm 33,6$ ), που αντιστοιχεί σε σχετικά χαμηλή ανησυχία για τη σωματική αυτο-εικόνα. Από αυτούς τους φοιτητές με σοβαρή διαστρέβλωση της εικόνας εμφανίστηκε το 6,2%. Επίσης, παρατηρήθηκε και μία σημαντική συσχέτιση ( $p < 0,026$ ) ανάμεσα στο BSQ και στον ΔΜΣ, ενώ η συσχέτιση μεταξύ μέτριας ή σοβαρής αρνητικής σωματικής εικόνας και της δυσαρέσκειας του βάρους ήταν σημαντική ( $p < 0.001$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ιδανική εικόνα σώματος που επικρατεί στην κοινωνία μας, επηρεάζει αυτή την ομάδα επομένως, οι γυναίκες με επαρκές βάρος παρουσιάζουν δυσαρέσκεια της εικόνας σώματός τους, επιθυμώντας να την τροποποιήσουν, προκειμένου να μπορέσουν να προσαρμοστούν στα κοινωνικά πρότυπα (Magalhães et al, 2006).

Το ίδιο επιβεβαιώνεται και στην έρευνα του Agoyo και των συναδέλφων του (2010) που είχε ως αντικείμενο το κατά πόσο είναι ικανοποιημένες οι φοιτήτριες διαιτολογίας, οι οποίες είχαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος (B.M.I.) και κατά πόσο διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο η εικόνα του σώματος στην τελική τους άποψη πάνω σε αυτό. Όλες οι συμμετέχουσες επέδειξαν κάποιου βαθμού δυσαρέσκεια σε σχέση με το σώμα τους. Το 66,7% ήθελε να ζυγίζει λιγότερο και το υπόλοιπο 32,3% ήθελε να ζυγίζει περισσότερο. Παρόμοια αποτελέσματα επιτεύχθηκαν στην Ισπανία, με το 70% των πανεπιστημιακών γυναικών να επιθυμεί να ζυγίζει λιγότερο και στη

Πορτογαλία με το 66,9% αντίστοιχα. Ωστόσο τα ποσοστά ήταν μεγαλύτερα σε αυτή την έρευνα σε σχέση με την έρευνα του Bellisle et al. (2010), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 21 χώρες και έδειξε ότι το 44% επιθυμούσε να ζυγίζει λιγότερο. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης τονίζουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος επιλέγουν ένα ιδανικό σωματικό βάρος, το οποίο θα είναι χαμηλότερο από το πραγματικό τους βάρος. Αυτή τους η επιλογή καθορίζεται από πολιτιστικούς παράγοντες, από την εικόνα σώματος τους, καθώς επίσης και από τις υψηλές κοινωνικοπολιτικές επιρροές σε σχέση με την αισθητική του σώματος βάσει της οποίας σχετίζεται και η ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών (Argoyo et al, 2010).

### **3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ**

Όπως είναι αναμενόμενο, μεταξύ των φοιτητών, το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό είναι σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Οι Prouty et al (2002) και Makino et al (2006) ανέφεραν αντίστοιχα ότι 17% και 5,1% των φοιτητριών είχαν διαταραγμένες στάσεις απέναντι στην τροφή, ενώ οι Tamim et al (2006) ανέφεραν ότι 6,1% των φοιτητριών εφαρμόζαν επικίνδυνες πρακτικές για τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Από το σύνολο των σχολών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει επικεντρωθεί περισσότερο σε αυτές που σχετίζονται με τις επιστήμες της υγείας. Οι Szweda & Thorne (2002) ανέφεραν ότι το 20% των υποψηφίων κοριτσιών για τη νοσηλευτική σχολή και το 19% των πρωτοετών φοιτητριών της ιατρικής είχαν διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες. Επιπλέον, οι Babar et al (2002) βρήκαν ότι το 21,7% των φοιτητριών της ιατρικής και της νοσηλευτικής είχαν ανορεκτική συμπεριφορά (Γονιδάκης και λοιποί, 2010).

Έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες, οι οποίες δείχνουν πως σχεδόν το ένα τρίτο των φοιτητών διαιτολογίας έχουν επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα ύστερα από κάποια προσωπική εμπειρία που είχαν οι ίδιοι, οι φίλοι τους ή το συγγενικό τους περιβάλλον, με τη παχυσαρκία ή άλλες διατροφικές διαταραχές. (Houston, Bassler, Anderson, 2008).

Η διατροφική συμπεριφορά είναι μια σύνθετη έννοια, η οποία καθορίζεται από φυσιολογικούς αλλά και ψυχολογικούς παράγοντες. Το τελευταίο διάστημα, πολλά είναι γνωστά για τη σωστή διατροφική συμπεριφορά αλλά και για τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για τη διατροφική συμπεριφορά, τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αλλά και για τις διατροφικές διαταραχές στους διαιτολόγους (Kinzl et al, 1999).

Λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί που έχουν εστιάσει στα συμπτώματα εμφάνισης της ανορεξίας και της βουλιμίας σε άτομα, τα οποία είναι φοιτητές διαιτολογίας, αλλά ακόμα και αυτές οι έρευνες παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Οι Crockett και Littrell (1985) διαπίστωσαν πως μετά την κατανάλωση φαγητού οι φοιτητές διαιτολογίας προκαλούσαν εμετό για να το αποβάλλουν. Ο Larson (1989) διαπίστωσε πως η έντονη σημασία που δίνουν οι ίδιοι φοιτητές στο σωματικό βάρος, στην εικόνα, στα τρόφιμα και στη διατροφή οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βουλιμικής συμπεριφοράς. Ο Drake (1989) μέσω της έρευνας που πραγματοποίησε έδειξε πως το 24% των φοιτητών διαιτολογίας παρουσίαζε χαρακτηριστικά ανορεξίας. Ωστόσο, οι Johnston και Christopher (1991) και ο Howat

(1993) δε βρήκε κάποια υψηλή συσχέτιση γυναικών, οι οποίες φοιτούσαν ως διαιτολόγοι, με κάποια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Ο Kinzli (1994) διαπίστωσε ότι το 14,4% των φοιτητριών του τμήματος διατροφής διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών, ενώ το 1999 μέσω της έρευνας του έδειξε, πως από τα άτομα τα οποία επέλεξαν το επάγγελμα του διαιτολόγου, το 14% το επέλεξε λόγω παρελθοντικών διατροφικών διαταραχών και γενικών προβλημάτων με το βάρος τους, ενώ το 22% ανέφερε πως η καλή γνώση θεμάτων διατροφής είχε θετικές συνέπειες στη διατροφική συμπεριφορά τους (Kinzli et al, 1999).

Σε μία άλλη μελέτη που εξετάστηκε η διατροφική συμπεριφορά και η ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε αυστριακούς διαιτολόγους, από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν παρατηρήθηκε ότι, 21 διαιτολόγοι (6.6%) ήταν ελλιποβαρείς, περισσότεροι από τα δύο τρίτα ήταν φυσιολογικοί σε βάρος, 40 διαιτολόγοι (12.3 %) είχαν αυξημένο βάρος, ενώ οι 24 (7.5 %) ικανοποίησαν τα κριτήρια EDI για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. Τα ποσοστά των διατροφικών διαταραχών στο παρελθόν ή το παρόν ήταν 2.5 % (v=8) για τη νευρική ανορεξία και 3.4% (v=11) για τη βουλιμία. Από τους 40 υπέρβαρους διαιτολόγους οι 6 (15 %) τηρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο επεισοδιακής υπερφαγίας. Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι αρκετές γυναίκες διαιτολόγοι έχουν παρόμοιο βάρος, διατροφικές συμπεριφορές και διαταραχές με άλλες γυναίκες του γενικού πληθυσμού και ότι κάποιες βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής ή έχουν ήδη μια διατροφική διαταραχή (Kinzli et al, 1999).

Παράλληλα μπορεί να διαπιστωθεί πως οι διαιτολόγοι παρουσιάζουν σχεδόν το ίδιο βάρος, τις ίδιες διαιτητικές συνήθειες αλλά και την ίδια διαιτητική συμπεριφορά, όπως οι υπόλοιποι άνθρωποι. Λόγω των γνώσεων περί διατροφής, ίσως οι διαιτολόγοι παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Ωστόσο, όπως αναφέρεται στην έρευνα, η διατροφική συμπεριφορά δεν εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από τις διατροφικές γνώσεις αλλά και από τις συναισθηματικές ανάγκες του εκάστοτε ατόμου (Hankey et al, 2004)

Πολλά στοιχεία λοιπόν επιβεβαιώνουν ότι οι επαγγελματίες διαιτολογίας έχουν μια ουσιαστικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής κάτι που μπορεί να συμβάλει στην επιλογή του επαγγέλματος τους και της σταδιοδρομίας τους.

Στη σύγκριση που έγινε ανάμεσα στις φοιτήτριες διαιτολογίας που βρίσκονται στην έναρξη των σπουδών τους, σε αυτές που βρίσκονται προς το τέλος των σπουδών τους και τις αντίστοιχες φοιτήτριες μη διαιτολογίας παρατηρήθηκε ότι οι φοιτήτριες διαιτολογίας που ήταν στην αρχή των σπουδών τους εμφάνισαν περισσότερες διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (Strauss, Dahlheimer, Steiner, 1999).

Στην Ισπανία, περίπου 850 φοιτητές ανά έτος κάνουν εγγραφή στα τμήματα διατροφής και διαιτολογίας. Οι Crockett and Littrell έχουν προτείνει ότι εάν ένας διαιτολόγος έχει ένα προσωπικό διατροφικό πρόβλημα, όταν δουλεύει με άλλους που έχουν παρόμοια προβλήματα, μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα του και να παρεμποδιστεί η αποτελεσματική παροχή των προγραμμάτων θεραπείας. Έτσι, ο εντοπισμός των ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή πρέπει να αρχίσει νωρίς. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εντοπίσουν τους μαθητές και να τους βοηθήσουν με την ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης που περιλαμβάνουν την προώθηση και υιοθέτηση των κατάλληλων στάσεων και τροφίμων για το βάρος και την υιοθέτηση των κατάλληλων τροφίμων (Argoyo et al, 2010).



### 3.2.α Συσχέτιση εικόνας σώματος και διατροφικών διαταραχών σε διαιτολόγους

Το DSM – IV αναγνωρίζει δύο διαταραχές της εικόνας σώματος, την νευρογενή ανορεξία και τη βουλιμία. Οι δύο αυτές ασθένειες έχουν να κάνουν με το φόβο της απόρριψης και της αύξησης βάρους (Davy, Benes, Driskell, 2006).

Οι περισσότερες μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι νεότερες γυναίκες αποτελούν την ομάδα με το μέγιστο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές και αρνητική εικόνα σώματος λόγω των πιέσεων από το κοινωνικοπολιτιστικό, οικονομικό και αισθητικό περιβάλλον. Μια υψηλότερη επικράτηση των διατροφικών διαταραχών παρατηρείται στις γυναίκες σπουδαστές της διατροφής και της φυσικής αγωγής και γενικά σε αυτές που η φυσική εμφάνιση είναι σημαντική (Laus, Margarido Moreira and Braga Costa, 2009).

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που προκαλεί διακυμάνσεις στην ικανοποίηση της εικόνα σώματος είναι η πρόσληψη τροφής. Οι συνέπειες από την κατανάλωση τροφής (π.χ. αύξηση βάρους) προκαλούν αλλαγές στην εικόνα σώματος. Η έρευνα δείχνει ότι με βάση την κατανάλωση τροφίμων τα άτομα επιζητούν να είναι λεπτότερα και να είναι ικανοποιημένα με το βάρος τους. Αυτή η επίδραση της τροφής βρέθηκε να ποικίλει ανάλογα με το BMI (Δείκτη Μάζας Σώματος) και την αυτοσυγκράτηση. Ο περιορισμός της τροφής συσχετίστηκε θετικά με την αυτοσυγκράτηση και τις ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα, ενώ η αυξημένη πρόσληψη τροφής είχε ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανοποίηση της εικόνας σώματος σε αυτούς που δεν μπορούσαν να συγκρατηθούν από το φαγητό, έναντι αυτών που μπορούσαν.

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό ρόλο έχει ο BMI. Οι συμμετέχοντες φυσιολογικού βάρους εκτίμησαν ως μεγαλύτερο το τρέχον σωματικό τους μέγεθος και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ του τρέχοντος και ιδανικού βάρους μετά από την κατανάλωση φαγητού από ότι πριν την κατανάλωση. Οι υπέρβαροι δεν επηρεάστηκαν από την κατανάλωση τροφής, ενώ η εκτίμηση του μεγέθους σώματος στους αδύνατους επηρεάστηκε ελάχιστα από την εισαγωγή τροφίμων. Στη συνέχεια, οι υπέρβαροι συμμετέχοντες υπολόγισαν το μέγεθος σώματος τους ως μεγαλύτερο μετά από την κατανάλωση φαγητού. Δεδομένου ότι τα ευρήματα είναι διφορούμενα, παραμένει αβέβαιο πώς ακριβώς ο ΔΜΣ και η αυτοσυγκράτηση επηρεάζονται από τρόφιμα που προκαλούν αλλαγές στην ικανοποίηση της εικόνας σώματος (Fett et al, 2009).

Σε μία μελέτη των Laus, Margarido Moreira και Braga Costa (2009) , αξιολογήθηκε η αντίληψη της εικόνας σώματος, της διατροφικής συμπεριφοράς και της διατροφικής κατάστασης της υγείας ανάμεσα στους σπουδαστές του τμήματος διαιτολογίας και των ανθρώπινων επιστημών. Το ερωτηματολόγιο EAT 26 και το BSQ χρησιμοποιήθηκαν σε ένα δείγμα 127 πρωτοετών φοιτητών διατροφής και φυσικής αγωγής και των ανθρωπιστικών επιστημών. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια μεγάλη επικράτηση διαστρεβλωμένης εικόνας και στις δύο ομάδες. Η συνολική βαθμολογία του τεστ EAT-26 ήταν μεγαλύτερο στους σπουδαστές υγείας, διέφερε σημαντικά από εκείνους που φοιτούσαν στη διαφήμιση και τη διοίκηση επιχειρήσεων, αλλά όχι από εκείνους που σπούδαζαν φυσική αγωγή. Εκτός από αυτό, οι περισσότεροι σπουδαστές ταξινομήθηκαν ως ευτροφικοί και δεν βρέθηκαν παχύσαρκες γυναίκες σε καμία από τις σχολές (Laus, Margarido Moreira and Braga Costa, 2009).

Οι ακατάλληλες και επικίνδυνες συμπεριφορές καθηγητών που είναι σκόπιμες ή μη προς τους μαθητές προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία. Οι επόπτες που σχεδιάζουν το

μάθημα υγείας, διατροφής, εκπαίδευσης και προγράμματα κατά της παχυσαρκίας θα πρέπει να παρέχουν κατάλληλη εκπαίδευση στους διδάσκοντες αυτών. Οι υπηρεσίες περίθαλψης και εποπτείας των δασκάλων ίσως βοηθήσει ώστε να εντοπιστούν να χειριστούν και να εκπαιδεύσουν νέους δασκάλους όσον αφορά την εικόνα σώματος, τη διατροφή, τις διατροφικές διαταραχές και τη φυσική δραστηριότητα. Οι εκπαιδευτικοί πλέον έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, ενημερώνοντάς τα για τη σωστή και υγιεινή διατροφή. Η δυσαρέσκεια σώματος, η έναρξη δίαιτας και οι διαταραγμένες συμπεριφορές κατανάλωσης τροφής είναι γνωστές μεταξύ των νέων που εκπαιδεύουν, συμπεριλαμβανομένων των διατροφολόγων αλλά και εκείνων που έχουν μελετήσει για τα τρόφιμα, την υγεία και την άσκηση. Οι δάσκαλοι της υγειονομικής αγωγής και της φυσικής αγωγής είναι πιθανό να επιθυμήσουν και να απαιτήσουν το τέλειο σώμα και στον κοινωνικό και επαγγελματικό ρόλο τους.

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ανάμεσα σε φοιτητές φυσικής αγωγής και σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης παρατηρήθηκε πως οι φοιτητές αυτών των επαγγεμάτων είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη αρνητικής εικόνας σώματος, στην έναρξη μιας ειδικής διατροφής για απώλεια βάρους και στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε σχέση με φοιτητές άλλων κλάδων, οι οποίοι δεν έχουν καμία σχέση με την υγεία και την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και άσκησης. Επίσης, στη παρούσα μελέτη αποδείχθηκε πως οι φοιτητές και οι φοιτήτριες αυτού του κλάδου, που σχετίζεται με τη παροχή γνώσεων γύρω από τα τρόφιμα, την υγεία και την άσκηση, ανέφεραν πως και στο παρελθόν παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές, κάτι που δε συνέβη στους φοιτητές και φοιτήτριες άλλων κλάδων. Τέλος, φαίνεται ότι οι σπουδαστές και κυρίως οι άνδρες, οι οποίοι παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές δε αναζήτησαν ποτέ την βοήθεια ειδικού (Yager & O’Dea, 2009).

### 3.3 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Τα παχύσαρκα άτομα είναι τρωτά στην προκατάληψη που κυριαρχεί για το αυξημένο σωματικό βάρος από τους αντιπροσώπους υγειονομικής περίθαλψης. Πλήθος ερευνών έχουν καταδείξει ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς είναι επιρρεπείς στην προκατάληψη αυτή από τους παθολόγους, ιατρούς σπουδαστές, νοσοκόμες, ψυχολόγους, εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, και από υπηρεσίες που ειδικεύονται στην παχυσαρκία.

Οι εγγραμμένοι διαιτολόγοι είναι ιδιαίτερα σημαντική ομάδα επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης με στόχο την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση σχετικά με την έννοια του βάρους. Αν και αυτό το θέμα έχει λάβει τη λιγότερη προσοχή στα δείγματα των επαγγελματιών και των σπουδαστών διατροφής, διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι διαιτολόγοι εμπλέκονται επίσης στην προκατάληψη του αυξημένου βάρους (Puhl, Wharton and Heuer, 2009).

Οι διαιτολόγοι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και ικανότητες να αντιμετωπίσουν τα διάφορα διατροφικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζονται στους ανθρώπους. Ο πιο σημαντικός ρόλος των επαγγελματιών διατροφής για την αντιμετώπιση αλλά και θεραπεία της παχυσαρκίας είναι να προσπαθήσουν να αλλάξουν τη συμπεριφορά ως προς το φαγητό αλλά και τη κοινωνική συμπεριφορά των παχύσαρκων. Με τις γνώσεις που έχουν, δε συμμετέχουν μόνο στη πρόληψη της παχυσαρκίας που μπορεί να παρουσιαστεί σε ένα άτομο, αλλά αποτελούν και πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τη θεραπεία της παχυσαρκίας (Dubale, 2004).

Το ίδιο επιβεβαιώνεται και από μία έρευνα ανάμεσα σε φοιτήτριες διαιτολογίας και μη. Παρατηρήθηκε ότι και οι δύο ομάδες είχαν τις ίδιες αντιλήψεις και φόβους όσον αφορά την αρνητική στάση απέναντι στην παχυσαρκία. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι φοιτητές της διαιτολογίας δεν είναι περισσότερο ή λιγότερο ευαίσθητοι στις αρνητικές συμπεριφορές προς την παχυσαρκία από τους συνομηλίκους τους (Berryman et al, 2006).

Ο McArthur και Ross το 1997 ερεύνησαν 439 εγγραμμένους διαιτολόγους (RDS) για τις τοποθετήσεις τους σχετικά με τους υπέρβαρους πελάτες και το βάρος τους. Οι διαιτολόγοι εξέφρασαν επίσης, μία αρνητική στάση απέναντι στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα και ανέφεραν ότι το υπερβολικό βάρος ενός προσώπου ήταν αποτέλεσμα των συναισθηματικών ζητημάτων, των μειωμένων στόχων ή της τήρησης των διατροφικών συστάσεων και άσκησης. Το ίδιο αποτέλεσμα είχε και η έρευνα του Oberrieder και των συναδέλφων του. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος διατροφής και διαιτολογίας μπορεί να αποτύχει να εξετάσει το θέμα της προκατάληψης βάρους (McArthur & Ross, 1997).

Πρόσφατα, ο Berryman και οι συνάδελφοι του (2006) αξιολόγησαν την προκατάληψη βάρους σε ένα δείγμα σπουδαστών διατροφολογίας και μη. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι σπουδαστές διατροφολογίας και οι σπουδαστές που εγγράφηκαν σε άλλα προγράμματα εξέφρασαν και αυτοί τις ίδιες αρνητικές τοποθετήσεις για την παχυσαρκία. Και μεταξύ των δύο ομάδων το 16% εξέφρασε υψηλά επίπεδα φόβου για το αυξημένο βάρος. Οι συντάκτες πρότειναν ότι η εκπαίδευση στη διατροφή ούτε προωθεί αλλά ούτε εξαλείφει επαρκώς την προκατάληψη βάρους μεταξύ των σπουδαστών (Berryman et al, 2006).

Ακόμη μία παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε πρόσφατα για να αξιολογηθεί η στάση των σπουδαστών διατροφολογίας απέναντι στα παχύσαρκα πρόσωπα και για να εξεταστεί εάν το βάρος σώματος ενός ασθενή επηρεάζει τις αποφάσεις θεραπείας των σπουδαστών, καθώς επίσης και την αξιολόγηση της υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ένα μέτριο φόβο για το αυξημένο βάρος και εκτίμησαν ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να συμμορφωθούν στις συστάσεις θεραπείας σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς. Οι σπουδαστές τέλος, αξιολόγησαν τη δίαιτα, την ποιότητα και την κατάσταση υγείας των παχύσαρκων ως φτωχότερη σε σύγκριση με τους μη (Puhl, Wharton and Heuer, 2009).

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα έρευνα ήταν αυτή που έγινε στο πανεπιστήμιο του Κάνσας το 1995 από τον Heidi και τους συνεργάτες του . Το δείγμα περιελάμβανε 234 εγγεγραμμένους διαιτολόγους και 64 φοιτητές διαιτολογίας. Η έρευνα έγινε προκρινόμενου να αποκαλυφθεί και να μελετηθεί η παρουσία αρνητικής στάσης απέναντι στην παχυσαρκία. Η μελέτη αυτή επίσης σύγκρινε το ποσοστό των ατόμων που δήλωναν παχύσαρκα πριν την έναρξη της έρευνας σε σχέση με τα όντως παχύσαρκα άτομα που βρέθηκαν μετά το τέλος της έρευνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν την παρουσία έντονης αρνητικής στάσης και συμπεριφοράς απέναντι στην παχυσαρκία και από τις δυο ομάδες του δείγματος. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από το 37.5% των φοιτητών και το 28.6% των διαιτολόγων που θεωρούσαν τον εαυτό τους παχύσαρκο, μόνο το 14,1% και το 14.5% αντίστοιχα βρέθηκαν όντως παχύσαρκα. Από αυτά τα ποσοστά βρέθηκε επίσης ότι τα παχύσαρκα άτομα είχαν μια ηπιότερη στάση και συμπεριφορά απέναντι στην παχυσαρκία από ότι τα άτομα φυσιολογικού βάρους (Heidi O. et al., 1995).

### 3.4 ΔΙΑΤΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ – ΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ

Παρά το γεγονός πως ο κόσμος πιστεύει πως οι διαιτολόγοι λόγω των γνώσεων τους δε θα πρέπει να παρουσιάζουν ασθένειες οι οποίες σχετίζονται με τη διατροφή, αρκετά συχνά αντιμετωπίζουν πολλές από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει και ο υπόλοιπος πληθυσμός χωρίς καμία εξαίρεση (παχυσαρκία, διαταραχή διατροφικής συμπεριφοράς αλλά και διαγνωσμένες διατροφικές διαταραχές). Υπάρχουν μερικές έρευνες στις οποίες βρέθηκε πως οι διαιτολόγοι δε σχετίζονται με ασθένειες που έχουν σχέση με τη διατροφή αλλά υπάρχουν και άλλες που επιβεβαιώνουν πως διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο σε όλο τον κόσμο να παρουσιάσουν διατροφικές ασθένειες αλλά και διαταραχές σε σχέση με άλλους επαγγελματίες (Houston, Bassler, Anderson, 2008).

Διάφοροι παράγοντες καθορίζουν την επιλογή των τροφίμων από τους φοιτητές. Μεταξύ αυτών είναι η έλλειψη του χρόνου, η ευκολία, το κόστος, η γεύση, η υγεία, το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και ο έλεγχος βάρους. Οι διατροφικές συνήθειες τείνουν να επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια των σπουδών και στην αρχή της ενηλικίωσης. Αρκετά συχνά οι φοιτητές δεν καλύπτουν τις διαιτητικές συστάσεις για την κατανάλωση των θρεπτικών ουσιών. Η διατροφή των σπουδαστών του τμήματος διατροφής και διαιτολογίας είναι υψηλή σε λιπαρά και νάτριο και χαμηλή σε φρούτα και λαχανικά, ενώ καταναλώνουν συχνά φαγητό έτοιμο - τυποποιημένο (Davy, Benes, Driskell, 2006).

Οι νεαρές γυναίκες συνήθως επιθυμούν να χάσουν βάρος, ενώ οι νέοι άνδρες συνήθως θέλουν να κερδίσουν βάρος. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να ξεκινήσουν δίαιτα ή να δοκιμάσουν άλλες πρακτικές απώλειας βάρους από τους άνδρες, οι οποίοι για απώλεια βάρους επιλέγουν την άσκηση (Davy, Benes, Driskell, 2006).

Υπάρχει μεγάλη υποψία ότι οι σπουδαστές διατροφής παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα στην κατανάλωση τροφής, κάτι το οποίο τους παρακινεί να ασχοληθούν με το συγκεκριμένο επάγγελμα και τις γνώσεις. Συγχρόνως, δεν είναι ακόμη σαφές ότι η αυξανόμενη γνώση των σπουδαστών για τη διατροφή συνδέεται με μια υγιή συμπεριφορά κατανάλωσης ή με μια ανθυγιεινή ιδεοληψία επιλογής τροφίμων.

Σε μία έρευνα που διεξήχθη στην Γερμανία οι σπουδαστές διατροφής παρουσίασαν πιο υψηλά επίπεδα διαιτητικού περιορισμού από την ομάδα ελέγχου. Η έλλειψη φυσιολογικών αναστολών και η ορθορεξία δεν διέφερε μεταξύ των σπουδαστών διατροφής και του υπόλοιπου πληθυσμού. Οι ορθορεξικές τάσεις ήταν χαμηλότερες στους μεγαλύτερους φοιτητές, ενώ οι υγιεινές επιλογές τροφίμων δεν διέφεραν μεταξύ των σπουδαστών κατά το πρώτο έτος. Οι πιο προχωρημένοι σπουδαστές διατροφής είχαν πιο υγιεινές επιλογές τροφίμων, ενώ τα άτομα στην ομάδα ελέγχου έδειξαν ελαφρώς πιο ανθυγιεινές επιλογές τροφίμων.

Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι οι σπουδαστές διατροφής περιορίζουν περισσότερο την πρόσληψη τροφής σε σχέση με τους άλλους σπουδαστές, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους, αλλά δεν έχουν διαταραχθεί περισσότερο οι διατροφικές τους συνήθειες από άλλους φοιτητές. Τέλος, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, υιοθετούν ελαφρώς περισσότερες υγιείς επιλογές τροφίμων και μειώνουν την τάση στο να τους γίνεται εμμονή η συμπεριφορά κατανάλωσής τους (Korinth, Schiess and Joachim Westenhoefer, 2009).

Πολλές διαφορετικές μελέτες έχουν παρουσιάσει πως οι φοιτητές διαιτολογίας αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με το φαγητό σε σχέση με φοιτητές άλλων ειδικοτήτων. Αν ισχύει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην

ενίσχυση των γνώσεων τους σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, διότι οι ίδιοι στο μέλλον θα πρέπει να είναι σε θέση να δίνουν διαιτολογικές συμβουλές ως μέρος του επαγγέλματός τους.

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε φοιτητές διαιτολογίας και φοιτητές άλλης ειδικότητας η οποία δεν είχε σχέση με τη διαιτολογία, δόθηκαν ερωτηματολόγια σε μικρές και μεσαίες ηλικίας γυναίκες, δηλαδή σε γυναίκες που βρίσκονταν στο ξεκίνημα της σχολής και σε γυναίκες που βρίσκονταν στο τέλος της σχολής. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως στην αρχή της εκάστοτε σχολής, οι φοιτήτριες διαιτολογίας παρουσίασαν καλύτερες διαιτητικές συνήθειες αλλά και λιγότερες πιθανότητες για τη μελλοντική ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τις φοιτήτριες άλλων ειδικοτήτων, ενώ στο τέλος της εκάστοτε σχολής, οι φοιτήτριες διαιτολογίας παρουσίασαν πολύ λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών στο μέλλον. Τέλος, διαπιστώθηκε πως οι τελειόφοιτοι διαιτολογίας εμφάνισαν καλύτερες διατροφικές συνήθειες σε σχέση με αυτούς που ξεκινούσαν τη σχολή, λόγω της αυξημένης έκθεσής τους σε διατροφικές πληροφορίες (Reinstein et al, 1992).

Μία άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια ομάδα φοιτητών στο πανεπιστήμιο Midwestern για το κατά πόσο επιδρά το φύλο στις διατροφικές τάσεις, τις διατροφικές συνήθειες, τη διατροφή, την αυτο-αξιολόγηση και τις πεποιθήσεις. Ένα ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 105 άνδρες και 181 γυναίκες προπτυχιακούς φοιτητές. Οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερο ( $p < 0,0001$ ) ύψος, βάρος και δείκτη μάζας σώματος. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες σχετικά με τη δοκιμή μιας διατροφής χαμηλής σε λιπαρά ( $P = 0.0075$ ) και χαμηλής σε υδατάνθρακες ( $P = 0.0285$ ), ενώ σημαντικά χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά των γυναικών που δεν είχαν προσπαθήσει ποτέ να ακολουθήσουν δίαιτα σε σχέση με αυτά των ανδρών ( $P = 0.0173$ ). Η επιρροή και η απόκτηση γνώσεων στις γυναίκες από την οικογένεια και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας αποδείχτηκε πως είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτή των ανδρών ( $P = 0.0345$ ) όσον αφορά τα διατροφικά θέματα. Αποδείχτηκε πως οι γυναίκες φοιτήτριες καταναλώνουν πολύ ζάχαρη στη διατροφή τους σε σύγκριση με τους άνδρες ( $P = 0.0157$ ). Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες θεωρούσαν σημαντικό να χάσουν βάρος ( $P < 0,0001$ ), καθώς και να περιορίσουν την κατανάλωση υδατανθράκων ( $P = 0.0077$ ) και την ποσότητα λίπους που καταναλώνεται ( $P = 0.0194$ ). Και τα δύο φύλα όμως, συμφώνησαν στο 94,4% πως είναι απαραίτητο να τρώνε μια ποικιλία τροφίμων για τη καλή υγεία (Davy, Benes, Driskell, 2006)

Στη Μεγάλη Βρετανία πραγματοποιήθηκε μία σύγκριση ανάμεσα σε φοιτητές γενικής ιατρικής, φοιτητές νοσηλευτικής και φοιτητές διαιτολογίας, οι οποίοι πραγματοποιούσαν την πρακτική τους άσκηση. Συγκεκριμένα οι φοιτητές διαιτολογίας ήταν ήδη μέλη της Βρετανικής Ένωσης διαιτολόγων. Η έρευνα αυτή διεξήχθη σε 2290 φοιτητές με σκοπό να καταγραφούν οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις αλλά και οι διατροφικές συνήθειες των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την παχυσαρκία, τη διατροφή και τη διαχείριση του βάρους. Όλοι οι επαγγελματίες έδειξαν μια σαφή κατανόηση της διατροφής και της υγείας. Η κατανόηση ότι η παχυσαρκία είναι νόσος, αλλά και η αποτελεσματικότητα διαχείρισης βάρους χρησιμοποιώντας διαιτολογία χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης ήταν περιορισμένα. Οι περισσότεροι δεν ήταν σίγουροι για την αποτελεσματικότητά τους σχετικά με την παροχή συμβουλών διαχείρισης βάρους. Από αυτή την έρευνα επομένως επιβεβαιώνεται πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν μερικές διατροφικές γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση βάρους και παρόλο που έχουν τις γνώσεις παραμένει ακόμη αμφίβολο για το κατά πόσο μπορούν να δώσουν αποτελεσματικές συμβουλές για τη

διαχείριση βάρους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με περισσότερη εξάσκηση των γνώσεων τους σε πρακτικό επίπεδο (Hankey et al, 2004).

### 3.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Σε έρευνες που σχεδιάστηκαν για να διαπιστωθεί εάν οι φοιτήτριες, οι οποίες έχουν ειδικευση στη διαιτολογία έχουν διατροφικές συνήθειες που διαφέρουν από εκείνες των φοιτητριών που σπουδάζουν σε άλλους κλάδους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτήτριες διαιτολογίας είχαν πιο θετικές συνήθειες κατανάλωσης τροφής σε σχέση με τις φοιτήτριες κοινωνικής επιστήμης και ανθρωπιστικών σπουδών. Το 20% των μελλοντικών διαιτολόγων είχε την τάση για εμετό μετά από αυξημένη κατανάλωση τροφής, ενώ στους άλλους κλάδους (κοινωνικής επιστήμης και οικονομικών) διαπιστώθηκε έχει αυτή την τάση μόλις το 4% (Crockett, Littrell, 1985).

Ακόμη, πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι φοιτήτριες διαιτολογίας είχαν μεγαλύτερη τάση για λεπτό σώμα, αυξημένα ποσοστά για ανάπτυξη βουλιμίας και δυσαρέσκεια του σώματος. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι προκαλούσαν αρκετές φορές εμετό και ότι είχαν λιγότερο θετικές διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τις φοιτήτριες άλλων κλάδων, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι παρατηρήθηκαν και αυξημένα ποσοστά ανορεξίας (Johnston & Christopher, 1991).

Γενικά έχει προταθεί ότι η δυσαρέσκεια για το βάρος του σώματος ή η ανορεξία, μπορεί να είναι υψηλότερη στους σπουδαστές που έχουν σχέση με την οικιακή οικονομία και την διατροφή συγκριτικά με τους σπουδαστές άλλων κλάδων που δεν σχετίζονται τα τρόφιμα και τη διατροφή. Αυτή η παρατήρηση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην επαγγελματική πρακτική ενός σπουδαστή ή στη μελλοντική προσωπική του ζωή. Σκοπός μιας μελέτης ήταν να τεκμηριωθεί η γενική δυσαρέσκεια για το βάρος, έναντι του πραγματικού βάρους, σε μια ομάδα σπουδαστών κολλεγίων που έχουν σχέση με τη διατροφή. Το δείγμα περιέλαβε 169 γυναίκες και 41 άνδρες και βρέθηκε ότι το βάρος σώματος και ο δείκτης μάζας σώματος ήταν  $110 \pm 20.7\%$  του ιδανικού και  $23.4 \pm 4.4$  αντίστοιχα, ενώ η δυσαρέσκεια για το βάρος αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των σπουδαστών και πιο συγκεκριμένα από τις γυναίκες (76.2%). Παράλληλα, διαπιστώθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της αναφερόμενης δυσαρέσκειας βάρους και της πραγματικής θέσης βάρους για τις γυναίκες ( $P < 0.001$ ). Επιπλέον, οι περισσότερες φοιτήτριες της διαιτολογίας ήταν δυσαρεστημένες με το βάρος τους (83%) σε σχέση με τις φοιτήτριες άλλων ειδικοτήτων (75%), αν και η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, ενώ η δυσαρέσκεια για το βάρος δεν ήταν σημαντικά υψηλότερη στους φοιτητές διαιτολογίας, η υψηλή συχνότητα εμφάνισης της δυσαρέσκειας σε όλες τις γυναίκες αποτελεί μια ανησυχία. Υπάρχουν, όμως, πιθανές επιπτώσεις για τις εκπαιδευτικές στρατηγικές και στις σχολές οικιακής οικονομίας όσον αφορά τις κατάλληλες στάσεις σχετικά με το βάρος και τα τρόφιμα (Greenhaegh et al, 2007).

Σε άλλη έρευνα δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο σε διαιτολόγους, νοσοκόμες και δασκάλους γυμνασίου για να αξιολογηθεί η πιθανή ύπαρξη βουλιμικής συμπεριφοράς. Από τα αποτελέσματα της μελέτης δεν βρέθηκε καμία διαφορά σχετικά με το επάγγελμα, το φύλο και τη φυλή. Παρατηρήθηκε όμως μία μεγαλύτερη τάση των διαιτολόγων στη βουλιμική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα άλλα δύο επαγγέλματα. Οι συντάκτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαιτολόγοι δεν είναι πιο επιρρεπείς στη βουλιμική συμπεριφορά από τα μέλη των άλλων συναφών επαγγελμάτων, αλλά επειδή μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των διατροφικών

διαταραχών, είναι πολύ πιθανό να αναγνωρίσουν τα βουλιμικά συμπτώματα από την έναρξη και να επιδιώξουν πιο εύκολα τη θεραπεία προκειμένου να παραμείνουν συνεπείς στους επαγγελματικούς στόχους τους (Howat, Berlay, Wozniak, 1993).

Η εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής (νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας) παρατηρήθηκε και ανάμεσα σε φοιτήτριες της πρωτοβάθμιας φροντίδας μετά από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου EAT 26. Το 17% του πληθυσμού είχε αποτελέσματα πρόβλεψης μιας διατροφικής διαταραχής. Τέσσερις ερωτήσεις του τεστ συσχετίστηκαν θετικά με τη βαθμολογία του EAT-26: "Πόσες δίαιτες έχετε κάνει στο παρελθόν;", "Νιώθετε ότι θα πρέπει να κάνετε δίαιτα;", "Αισθάνεστε δυσαρεστημένοι με το μέγεθος του σώματός σας;" και "Μήπως το βάρος σας επηρεάζει τον τρόπο που αισθάνεστε για τον εαυτό σας;" (Anstine & Grinenko, 2000).

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία ανάμεσα σε 248 φοιτητές διαιτολογίας και 346 φοιτητές άλλης σχολής στην Ankara, παρατηρήθηκε ότι ο μέσος δείκτης μάζας σώματος ήταν 20,6 [+ ή -] 2,63 kg/m<sup>2</sup> για τους σπουδαστές διατροφής και 20,8 [+ ή -] 3,00 kg/m<sup>2</sup> για τους υπόλοιπους σπουδαστές ( $p > 0.05$ ). Οι 41 φοιτητές διατροφής (16,6%) ήταν ελιποβαρείς και οι 12 (4,8%) ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του EAT-26 και του BITE (Bulimic Investigatory Test ) ( $> 20$ ) βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής οι 46 φοιτητές διατροφής (18,6%) και μόνο 3 από τους υπόλοιπους φοιτητές (1,2%). Οι μέσες βαθμολογίες του τεστ για τη διατροφική συμπεριφορά, τη βουλιμία και την αυτοεκτίμηση ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες. Μόνο, το σκορ από το STAI (State-Trait Anxiety Inventory) ήταν υψηλότερο στους φοιτητές διαιτολογίας από τους μη. Επίσης, από την συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές άλλων ειδικοτήτων παραλείπουν από όλα τα γεύματα τους το πρωινό, ενώ οι φοιτητές διατροφής επιλέγουν να ξεκινήσουν δίαιτα για την απώλεια βάρους περισσότερο από τους άλλους μαθητές. Ανθυγιεινοί τρόποι απώλειας βάρους π.χ. με τη χρήση καθαρτικών, διουρητικών, χάπια, υπερβολική άσκηση χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από του φοιτητές άλλων κλάδων. Τέλος, όσον αφορά τη συνολική απώλεια βάρους και τους μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p > 0,05$ ), ενώ είκοσι επτά (10,9%) σπουδαστές διαιτολογίας είχαν επισκεφτεί έναν επαγγελματία για συμβουλές σχετικά με τη διατροφή και την κατανάλωση τροφής (Kiziltan & Karabudak, 2008).

Τέλος, διερευνήθηκαν οι στάσεις απέναντι στην τροφή σε δείγμα από τελειόφοιτες φοιτήτριες του τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφής (ΔΔ) του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου και συγκρίθηκαν με αντίστοιχες τελειόφοιτες φοιτήτριες του Τμήματος Επισκεπτών Υγείας (ΕΥ) του ΤΕΙ Αθήνας. Το ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στο φαγητό EAT-26, μια σειρά από 12 ανδρικές και γυναικείες φιγούρες και δύο ερωτηματολόγια για δημογραφικά, κλινικά και διατροφικά χαρακτηριστικά χορηγήθηκαν σε 44 φοιτήτριες ΔΔ και 37 φοιτήτριες ΕΥ αντίστοιχα. Η ομάδα των φοιτητριών ΔΔ είχε χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες στο EAT-26 ( $p=0,03$ ) και στην υποκλίμακα του αυτοελέγχου του ίδιου ερωτηματολογίου ( $p=0,01$ ). Η βαθμολογία του EAT-26 στην ομάδα των φοιτητριών ΔΔ συσχετίστηκε θετικά με την εικόνα που επέλεξαν για να περιγράψουν την ατομική τους εικόνα (Kendall's tau-b=0,2  $p=0,04$ ) και τη δυσαρέσκεια από το σώμα (Kendall's tau-b=0,3,  $p=0,01$ ). Η ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η αποφυγή του βραδινού γεύματος (OR=0,7,  $p=0,03$ ), η επιλογή ως ιδανικής λεπτότερης γυναικείας φιγούρας (OR=2,1,  $p=0,003$ ) και η υπερεκτίμηση του ατομικού βάρους σώματος (OR=0,5,  $p=0,001$ ) ήταν οι τρεις παράγοντες που προέβλεπαν καλύτερα ποια φοιτήτρια συνολικά και από τις δύο ομάδες, βρισκόταν σε κίνδυνο για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής

(EAT $\geq$ 20). Οι τελειόφοιτες φοιτήτριες ΔΔ παρουσιάζουν λιγότερο διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό συγκριτικά με τις τελειόφοιτες φοιτήτριες της συγκριτικής ομάδας (Γονιδάκης και λοιποί, 2010).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο αρχικά επιχειρείται μια γενική περιγραφή των όρων «προσωπικότητα» και «αυτοεκτίμηση», τόσο ξεχωριστά, όσο και εν συνεχεία σε μια προσπάθεια σύνδεσης των ως άνω εννοιών, με στόχο την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Ακολουθούν ορισμένες βασικές σχετικές θεωρίες και ακολούθως συσχετίζεται η προσωπικότητα με ορισμένες διατροφικές διαταραχές.

#### 4.1α Ορισμός

Ο όρος προσωπικότητα έχει σαφώς ελληνική ρίζα. Προέρχεται από το ρήμα «προσόνομαι», δηλαδή «προς» + «όνομαι», που σημαίνει «αυτό που βλέπω».

Παράλληλα, σχετίζεται και με τη Λατινική λέξη «Persona», η οποία αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να δηλώσει τη μάσκα που φορούν οι ηθοποιοί στο θέατρο για να αποδώσουν διαφορετικούς ρόλους. Σταδιακά όμως, έφτασε στο σημείο να δηλώνει τον εκάστοτε χαρακτήρα που ενσαρκωνόταν παρά τη μάσκα αυτή καθ' αυτή. Η προέλευση της λέξης αποδεικνύεται πολύ σημαντική, αν σκεφτούμε το γεγονός ότι πολλοί ειδικοί θεωρούν ότι η προσωπικότητα δεν είναι τίποτα παραπάνω από μια σειρά ρόλων, τους οποίους καλούμαστε να αποδώσουμε σε διάφορες καταστάσεις της ζωής μας (Dwyer, 1986 & Ellis, 1982).

Σε γενικές γραμμές, η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς (Ellis, 1982).

Έτσι, η έννοια της προσωπικότητας είναι αρκετά ψυχολογική κατά βάση, καθώς συνιστά ουσιαστικά ένα δομικό στοιχείο που αποτελείται από τάσεις συμπεριφοράς που οργανώνονται μέσα σε ένα άτομο. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αντανακλούν σε τάσεις συμπεριφοράς, ενώ ο σχηματισμός τους και τρόπος που διευθύνονται ποικίλει, καθιστώντας μοναδική την κάθε προσωπικότητα. Όπως οι προδιαθέσεις για συμπεριφορά, έτσι και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνεισφέρουν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς αλλά δεν την ερμηνεύουν εξ' ολοκλήρου (Ellis, 1982). Από την άλλη πλευρά, ο όρος αυτοεκτίμηση, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και κρίνουμε τον εαυτό μας, είναι ζωτικής σημασίας για κάθε άνθρωπο καθώς συντελεί στην εξασφάλιση της ψυχικής του ισορροπίας. Η ανάπτυξη και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης αποτελεί μία διαδικασία η οποία αρχίζει από την βρεφική ηλικία περνώντας στην παιδική, εφηβική και στην ενήλικη (Dwyer, 1986, Nias & Dean, 1986).

Κατά το πρώτο έτος της ζωής, το οποίο θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμο στην ανάπτυξη της αίσθησης του εαυτού, το βρέφος αρχίζει να ξεχωρίζει τον εαυτό του από την μητέρα του ενώ ταυτόχρονα εξακολουθεί να είναι εξαρτημένο από την ίδια για την κάλυψη των βασικών του αναγκών-τροφή, ύπνος, στοργή, σωματική αλληλεπίδραση, επικοινωνία. Η ικανοποίηση που βιώνει το βρέφος όταν οι ανάγκες αυτές καλυφθούν ικανοποιητικά οικοδομούν και την αρχική αυτοεκτίμηση του. Σημαντικός σταθμός έπειτα στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης αποτελεί η παιδική ηλικία. Σε αυτό το στάδιο, η ανάληψη πρωτοβουλιών από το παιδί ενθαρρύνει την αίσθηση της αποτελεσματικότητας του, δηλαδή την αίσθηση ικανότητας επίλυσης προβλημάτων που θα το οδηγήσουν σταδιακά και στην αυτονομία του. Καθοριστικός παράγοντας

σε αυτή την κατάσταση βέβαια αποτελεί η ανταπόκριση και η αναγνώριση των πράξεων του και του ιδίου από τα άτομα που το περιβάλλουν.

Η σχέση ωστόσο ανάμεσα στην υποστήριξη των γονέων και στην αυτοεκτίμηση του παιδιού είναι πολύ ισχυρή. Μεγάλος αριθμός ερευνών στον κλάδο της ψυχολογίας αποδεικνύει πως παιδιά, των οποίων οι γονείς ήταν υποστηρικτικοί, εκφραστικοί, στοργικοί και ενθαρρυντικοί είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση. (Eysenck, 1975, Nias & Dean, 1986). Παιδιά με υψηλή αυτοεκτίμηση κατ' επέκταση φαίνεται να έχουν λιγότερο άγχος, καλή προσαρμογή, υψηλή δημοτικότητα και ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Από την άλλη πλευρά, η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίζεται με φτωχές σχολικές επιδόσεις και δυσκολία στην προσαρμογή. Αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν ακόμα πως παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί στην πορεία της ζωής τους να αντιμετωπίσουν σοβαρές διαταραχές όπως κατάθλιψη, νευρική ανορεξία και να επιδείξουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. (Eysenck, 1975, Nias & Dean, 1986). Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου μπορεί να υπάρξει ως βασικό στοιχείο της προσωπικότητάς του και χαρακτηρίζει τόσο το ποιόν αυτού του ατόμου, όσο και τις εκάστοτε ενέργειές του.

#### **4.1β Η θεωρία του Hans Jurgen Eysenck**

Ο καθηγητής Hans Jürgen Eysenck, κατά μια άποψη είναι ο ψυχολόγος που άσκησε τη σημαντικότερη επίδραση στην εποχή του. Υπήρξε για περισσότερα από τριάντα χρόνια καθηγητής Ψυχολογίας στο Ψυχιατρικό Ινστιτούτο του Λονδίνου. Προκάλεσε, άθελά του, σφοδρές αντιδικίες και αυτός ήταν ένας από τους λόγους για τους οποίους τιτοφόρησε την αυτοβιογραφία του "Επαναστάτης με Αιτία" (Rebel with a Cause) (1990). (Ellis, 1982 & Eysenck, 1975).

Υποστήριξε ότι η ψυχοθεραπεία όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση νευρώσεων έχει τα ίδια αποτελέσματα με την παντελή έλλειψη ψυχοθεραπείας. Απέρριψε τις θεωρίες περί υποσυνειδήτου, στρέφοντας την προσοχή του στο ρόλο της εκμάθησης.

Ο Eysenck διαπίστωσε ότι υπήρχε κάποια αντικειμενικότητα στις αισθητικές κρίσεις, έτσι ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν έμφυτο γούστο, ότι ένα έργο τέχνης θεωρείται καλύτερο όταν εμπεριέχει τα χαρακτηριστικά της πολυπλοκότητας και της τάξης, ότι σε γενικές γραμμές οι κρίσεις των ειδικών και των απλών ανθρώπων βρίσκονται περισσότερο σε συμφωνία παρά σε ασυμφωνία και ότι οι διαφορές οφείλονται στην προσωπικότητά τους. (Gibson, 1981, Nias & Dean, 1986). Ένας από τους κύριους στόχους του ήταν να διατυπώσει μια επιστημονική θεωρία της προσωπικότητας. Όταν ξεκίνησε τις έρευνές του το σχετικό πεδίο παρουσίαζε μια χαοτική εικόνα. Είχαν προταθεί χιλιάδες εμφανώς διαφορετικά μεταξύ τους χαρακτηριστικά προσωπικότητας, καθένα εκ των οποίων υποστηριζόταν ή ρίχνονταν στην πυρά από διάφορες αντίπαλες σχολές. Στο πρώτο του βιβλίο Διαστάσεις της Προσωπικότητας (Dimensions of Personality, 1947) ανάλυσε τις ανεξάρτητες διαστάσεις της εξωστρέφειας και της νευρωσικής συμπεριφοράς. Σε ένα επόμενο βιβλίο του, [The Scientific Study of Personality, 1952] πρόσθεσε και τη διάσταση της ψυχωσικής συμπεριφοράς. Ακολούθησε, η Καταγραφή της Προσωπικότητας (Eysenck Personality Inventory, 1964) για τη μέτρηση της εξωστρέφειας (E) και της νευρωσικής συμπεριφοράς (N) και το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire, 1975) για τη μέτρηση της εξωστρέφειας, της νευρωσικής συμπεριφοράς και της ψυχωσικής συμπεριφοράς (P) Και τα δύο χρησιμοποιούνται ευρύτατα ως τεστ προσωπικότητας στην ψυχολογική έρευνα. Έτσι, ακόμα και στη σημερινή εποχή διαπιστώνεται μια γενική συμφωνία ως προς το ότι οι ανεξάρτητες

διαστάσεις μετριούνται στα δάχτυλα του ενός χεριού, από τρεις που πρότεινε ο Eysenck μέχρι (το συνηθέστερο) πέντε.

Η «θρησκευτική» προσκόλλησή του στην επιστημονική μέθοδο τον οδήγησε σε ένα ευρύτατο ψυχολογικό πεδίο με εκπληκτική ποικιλία: συμπεριφορική γενετική, προσωπικότητα, ευφυΐα, κοινωνική στάση, ψυχοθεραπεία και φροϋδική ψυχολογία, θεραπεία συμπεριφοράς, σεξουαλική συμπεριφορά και συμπεριφορά στα πλαίσια του γάμου, κάπνισμα και υγεία, αθλητική ψυχολογία και (συχνά προς κατάπληξη των υποστηρικτών του) στις μη συμβατικές περιοχές της γραφολογίας, της αστρολογίας και της παραψυχολογίας. Η συνεισφορά του Eysenck σε όλους αυτούς τους τομείς αναφέρεται από διάφορες ανθολογίες (Eysenck 1978, Gibson 1981, Matter 1979).

Σήμερα, που οι μέθοδοι συμπεριφορικής θεραπείας που προτάθηκαν για πρώτη φορά από τον Eysenck είναι ευρύτατα αποδεκτές, είναι δύσκολο να φανταστούμε τις οργισμένες αντιδράσεις που αρχικά ξέσπασαν εξαιτίας τους.

#### **4.1γ William Sheldon - χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας σε σχέση με τη σωματική διάπλαση**

Ο William Sheldon μελέτησε διεξοδικά ορισμένα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας σε σχέση με τη σωματική διάπλαση. Έτσι, βρήκε ότι οι διάφοροι σωματότυποι παρουσιάζουν διαφορετικό σχήμα σώματος, διαφορετική αναλογία μυϊκής μάζας και λιπώδους ιστού και διαφορετική κατανομή του λίπους στο σώμα και κατέταξε τους τύπους σώματος σε τρεις βασικές κατηγορίες, τον ενδόμορφο, τον μεσόμορφο και τον εκτόμορφο τύπο σώματος. Έτσι ανάλογα με τη σωματική του διάπλαση ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ενδόμορφο, μεσόμορφο ή εκτόμορφο (Modgil & Modgil, 1986, Nias & Dean, 1986, Mayo, White & Eysenck, 1978).

- Ο ενδόμορφος τύπος σώματος διακρίνεται από το μαλακό και στρογγυλό σχήμα σώματος με μεγάλο βάρος στους γοφούς και τους μηρούς, υψηλή αναλογία λίπους και μυϊκό σύστημα που δεν διακρίνεται.
- Ο μεσόμορφος τύπος σώματος διακρίνεται από το μεγάλο άνοιγμα των ώμων και των γοφών, με μικρή μέση, υψηλή αναλογία μυϊκού ιστού και εμφανή μυϊκό σύστημα.
- Ο εκτόμορφος τύπος σώματος διακρίνεται από τον επίπεδο θώρακα, τους στενούς γοφούς και το αδύνατο μυϊκό σύστημα.

Καθαρός τύπος σώματος συναντάται πολύ σπάνια. Οι περισσότεροι άνθρωποι συνδυάζουν στοιχεία και από τους τρεις τύπους σώματος και ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες όπως ο ενδοεκτόμορφος, ο μεσοεκτόμορφος και ο μεσοενδόμορφος τύπος σώματος. Ο κάθε τύπος σώματος χρειάζεται διαφορετική ποσότητα, συχνότητα και είδος προπόνησης (Modgil & Modgil, 1986). Ο ενδόμορφος τύπος σώματος χρειάζεται περισσότερη αερόβια προπόνηση, λιγότερη προπόνηση δύναμης και διατροφή για το κάψιμο του λίπους και συντήρηση της μυϊκής μάζας. Ακόμη ο ενδόμορφος τύπος χρειάζεται αρκετές ασκήσεις ευλυγισίας, καθώς αυτός ο τύπος σώματος είναι επιρρεπής σε τραυματισμούς στους μυς και στις αρθρώσεις, λόγω του μεγάλου βάρους του σώματος και της υψηλής αναλογίας λιπώδους ιστού (Nias & Dean, 1986, Nyborg, 1997).

Ο μεσόμορφος τύπος σώματος χρειάζεται ίση αναλογία αερόβιας προπόνησης και προπόνησης δύναμης για τη συντήρηση της μυϊκής μάζας και της καλής φυσικής κατάστασης. Αυτός ο τύπος σώματος στην πραγματικότητα χρειάζεται να κάνει ελάχιστα πράγματα για τη συντήρηση της καλής φυσικής κατάστασης και εμφάνισης του σώματος.

Ο εκτόμορφος τύπος σώματος χρειάζεται προπόνηση δύναμης για την ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος και αερόβια προπόνηση για τη συντήρηση της καλής φυσικής κατάστασης. Ο εκτόμορφος τύπος σώματος χρειάζεται απαραίτητα προπόνηση δύναμης για την ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος και ειδικά της περιοχής της μέσης, μια και έχει αποδειχθεί ότι αυτός ο τύπος σώματος συνήθως υποφέρει από πόνους στο κάτω μέρος της πλάτης.

Τύποι σώματος όπως ο μεσόμορφος και ενδιάμεσοι όπως ο μεσοεκτόμορφος και ο μεσοενδόμορφος έχουν εύκολα αποτελέσματα από τα προγράμματα προπόνησης, ενώ τύποι σώματος όπως ο ενδόμορφος, ο εκτόμορφος και ο ενδοεκτόμορφος χρειάζονται μεγάλη προσπάθεια για την απόκτηση καλής εμφάνισης και φυσικής κατάστασης.

Συμπερασματικά, ο επιστημονικός αυτός κλάδος της ψυχολογίας που αποσκοπεί να συνδέσει τη σωματική διάπλαση ενός ατόμου με την προσωπικότητά του, εγείρει κάποια φυλετικά ζητήματα. Για παράδειγμα, αν υπάρχουν φυλετικές διαφορές στην δύναμη των άνω άκρων, τότε η θεωρία του Άαρν Σέλ προβλέπει πως θα πρέπει να υπάρχουν φυλετικές διαφορές και στο βαθμό επιθετικότητας. Σε οποιοδήποτε βαθμό, διακρίσεις με βάση τα χαρακτηριστικά του προσώπου ενός ατόμου είναι μια πραγματικότητα: Η έρευνα των (Smithers & Cooper, 1978) έδειξε ότι σε άτομα με Αφροκεντρικά χαρακτηριστικά προσώπου αποδίδονταν σκληρότερες ποινές φυλάκισης - ακόμα και όταν τα άτομα αυτά είχαν λευκό χρώμα δέρματος. Σε αυτό το σημείο δεν υπάρχει καμιά διαφορά μεταξύ του φυλετικού ρατσισμού και του ρατσισμού που έχει την βάση του στα χαρακτηριστικά του προσώπου. Αυτό που συμπεραίνουμε από αυτή την έρευνα είναι ότι έχουν γίνει προσπάθειες να δειχθεί αν και κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση του βαθμού επιθετικότητας ενός ατόμου και της φυλετικής του προέλευσης.

## **4.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

### **4.2.a Διαταραχές προσωπικότητας και διατροφή**

Σε γενικές γραμμές, στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν μελετηθεί ορισμένα παθολογικά προβλήματα της προσωπικότητας που αναφέρονται ως «Διαταραχές προσωπικότητας» (Δ.Π.) και εμφανίζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% σε άτομα με διατροφικές διαταραχές (Δ.Δ.) (Matsunaga, Kiriike et al, 2000). Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο σε κλινικές περιπτώσεις ασθενών. Η ύπαρξη αυτών (Δ.Π.) και ιδιαίτερα της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας συνδέεται με σοβαρή ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ο βαθμός συνοσηρότητας (Δ.Δ. και Δ.Π.) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών (Matsunaga, Kiriike et al, 2000). Οι τύποι της προσωπικότητας έχουν διακριθεί σε υποκατηγορίες (clusters). Η πρώτη (cluster A) περιλαμβάνει τύπους προσωπικότητας όπως παρανοϊκή, σχιζοειδής και σχιζοτυπική. Η δεύτερη (cluster B) αποτελείται από την αντικοινωνική, οριακή, δραματική, ναρκισσιστική και η τρίτη (cluster C) που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η άρνηση (“avoidance”), η εξάρτηση, ο ψυχαναγκασμός, ο συνδυασμός πάθος-επιθετικότητα και η αυτοδιάψευση (εξαρτημένη, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και αποφευκτική διαταραχή) (Matsunaga, Kiriike et al, 2000, Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Σε έρευνα που έγινε σε άτομα με νευρογενή ανορεξία ή νευρογενή βουλιμία ή με νευρογενή ανορεξία βουλιμικού τύπου) (Matsunaga, Kaye et al, 2000), φάνηκε ότι και στις τρεις ομάδες παρατηρείται πιο συχνά η τρίτη υποκατηγορία προσωπικότητας

και ιδιαίτερα το χαρακτηριστικό της υπερευαισθησίας και ακολουθούν η οριακή προσωπικότητα από την δεύτερη υποκατηγορία, η εξαρτώμενη και η ψυχαναγκαστική από την τρίτη και τέλος η ναρκισσιστική από την δεύτερη. Η πρώτη υποκατηγορία σπάνια διαπιστώνεται. Η δεύτερη είναι πιο κοινή στους βουλιμικούς και τους βουλιμικούς - ανορεκτικούς ασθενείς σε σχέση με τους ανορεκτικούς. Ειδικότερα, η δραματική εμφανίστηκε περισσότερο στους βουλιμικούς από τους ανορεξικούς και αυτό γιατί οι πρώτοι εμφανίζονται πιο εξωστρεφείς από τους δεύτερους. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι βουλιμικοί τύποι εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία.

Επίσης, εμφανίστηκε ισχυρή σχέση μεταξύ της οριακής προσωπικότητας και της βουλιμίας. Η δυσκολία που εμφανίζεται στην κοινωνική προσαρμογή σε άτομα με διατροφικές διαταραχές και οριακή διαταραχή προσωπικότητας πιθανώς επηρεάζεται περισσότερο από την οριακή παθολογία όπως είναι η συναισθηματική αστάθεια και η αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο από τις διατροφικές διαταραχές. Και αυτό γιατί η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας σχετίζεται ισχυρά με γενικά ψυχιατρικά συμπτώματα καθώς επίσης, με ψυχοκοινωνικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα (Matsunaga, Kiriike et al, 2000, Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Σε άλλη έρευνα (Matsunaga, Kiriike et al, 2000) μελετήθηκαν διαταραχές προσωπικότητας σε άτομα που είχαν ξεπεράσει διατροφικές διαταραχές και διαπιστώθηκε ότι οι πρώτες παρατηρήθηκαν σε σημαντικό ποσοστό. Αυτό όμως το ποσοστό ήταν μικρότερο από των ατόμων που έχουν διατροφικές διαταραχές. Αυτή η διαφορά οφείλεται στο ότι κατά τη διάρκεια της διατροφικής διαταραχής οι συνυπάρχοντες ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η κατάθλιψη ή η έντονη ανησυχία μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση ως προς τον προσδιορισμό της λειτουργίας της προσωπικότητας και να διογκώσουν το ποσοστό εμφάνισης συμπεριφορών που σχετίζονται με τις διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης, η αναλογία των διαταραχών προσωπικότητας πιθανώς, είναι μεγαλύτερη σε χρόνια ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε σχέση μ' αυτούς που τις ξεπερνούν.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής ήταν ανάλογα μ' αυτά της έρευνας σε ασθενείς. Εντούτοις, ως πιο συνηθισμένο χαρακτηριστικό βρέθηκε η διαταραχή ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής προσωπικότητας και όχι η υπερευαισθησία. Κύρια χαρακτηριστικά αυτού του τύπου προσωπικότητας είναι η καταπιεστικότητα και η τελειομανία τα οποία προκαλούν σημαντικές επιδράσεις στη σοβαρότητα και τη διατήρηση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα της ανορεξίας. Επομένως, παρ' ότι τα χαρακτηριστικά της τρίτης υποκατηγορίας επηρεάζονται πολύ από ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη, είναι φανερό ότι αποτελούν ως ένα βαθμό σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας αφού συντηρούνται και μετά την ανάρρωση από την διατροφική διαταραχή (Matsunaga, Kiriike et al, 2000, Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Επομένως, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση πιθανώς αιτιολογική σχέση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών αφού ορισμένα σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας πιθανώς προδιαθέτουν για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

#### **4.2.β Ψυχολογία και διατροφή**

Οι διατροφικές διαταραχές τις περισσότερες φορές συσχετίζονται με την παχυσαρκία, απλά και μόνο εξαιτίας της συχνότητας εμφάνισης του φαινομένου σε σχέση με άλλα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Αν και υπάρχουν επιστημονικές υποψίες για εμπλεκόμενους γενετικούς παράγοντες σ' αυτά τα φαινόμενα, διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία, η βουλιμία, η υπερβολική σωματική άσκηση αλλά και κάθε είδους ακραίες δίαιτες με απώτερο στόχο τη σύντομη απώλεια βάρους είναι κατά βάση ψυχογενείς και απορρέουν συνήθως από μια διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που κάνει κάποιον να μην αντιλαμβάνεται την πραγματική του εικόνα στον καθρέφτη και να νομίζει ότι έχει πολύ πιο αυξημένο βάρος απ' ότι ισχύει στ' αλήθεια (Smithers & Cooper, 1978). Άλλες πάλι φορές, ένα άτομο μπορεί να έχει αναπτύξει μια φοβία για την παχυσαρκία και ως εκ τούτου να θέτει παράλογους στόχους απώλειας βάρους, ορμώμενο από τα καλλίγραμμα σώματα των μοντέλων και επιθυμώντας την αποδοχή του περίγυρου. Συνεπώς, καταφεύγει σε εξοντωτικές διατροφικές συμπεριφορές όπως ασιτία ή ακραίες δίαιτες, χρήση διουρητικών ή καθαρτικών και εμετό, οι οποίες ενώ αρχικά φαίνεται πως ανακουφίζουν και επιτυγχάνουν προσωρινά τον πολυπόθητο στόχο της απώλειας βάρους, στη συνέχεια ισχυροποιούν τα ψυχογενή συμπτώματα, εγκαθιδρύουν σταδιακά μια εμμονή με το φαγητό και το βάρος, εξαθλιώνουν και εξουθενώνουν σωματικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά, και δύνανται να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας, ακόμη και στο θάνατο, εάν δεν θεραπευθούν (Smithers & Cooper, 1978). Όλες οι διατροφικές διαταραχές είναι επικίνδυνες για την υγεία και απαντώνται πλέον κατά κόρον και στην Ελλάδα, παρόλη τη βαριά διατροφική μας κληρονομιά ως υπέρμαχους της πολύ δημοφιλούς σε όλο τον κόσμο Μεσογειακής διατροφής. Η διατροφική τούτη μάστιγα αγγίζει κυρίως νεαρά κορίτσια και γυναίκες, αν και δεν είναι διόλου σπάνιο φαινόμενο στους νεαρούς άνδρες αλλά και στους αθλητές (Smithers & Cooper, 1978).

Έτσι, σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές είναι απαραίτητο να υπάρχει επιστημονική διάγνωση δίχως να εξάγονται αυθαίρετα συμπεράσματα από συγγενικά και φιλικά πρόσωπα. Ένα πολύ αδύνατο άτομο δεν είναι απαραίτητα ανορεκτικό, ούτε η ασιτία καθρεφτίζεται στο σώμα ή στο πρόσωπο κάποιου από την πρώτη κιόλας εβδομάδα.

Είναι δύσκολο να ανακαλύψει κανείς τα πραγματικά αίτια για κάθε περίπτωση. Η δυσκολία έγκειται στη διαφορετικότητα των ατόμων και στην ποικιλία των εξωτερικών παραγόντων στους οποίους οφείλεται ένα μέρος του προβλήματος. Κάποιοι από τους παράγοντες που θέτουν την προδιάθεση μιας διατροφικής διαταραχής στους ανθρώπους είναι το φύλο -οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εικόνα του σώματος-, η ηλικία -μεταξύ 15 και 35-κάποια υποβόσκουσα συναισθηματική διαταραχή, η παχυσαρκία -η προσπάθεια απώλειας βάρους με αυστηρή δίαιτα- και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία (Smithers & Cooper, 1978).

Παρουσιάζοντας κάποιους από τους κύριους λόγους ανάπτυξης των διαταραχών σίτισης, καλό θα ήταν να ξεκινήσει κανείς από την παιδική ηλικία. Η ανάπτυξη λοιπόν της ικανότητας του παιδιού να διαχωρίζει τα συναισθήματά του, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση το αίσθημα της πείνας και της ευχαρίστησης, είναι ένας από αυτούς. Όταν αυτό δε συμβαίνει, επιδρά αρνητικά στη μετέπειτα ζωή του ατόμου και μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή κάποιας διαταραχής, όπως η διατροφική στη συγκεκριμένη περίπτωση. Γνωρίζοντας ότι η οικογένεια είναι το πρώτο και πιο σημαντικό σύστημα μέσα στο οποίο αρχίζει η ανάπτυξη ενός παιδιού, συμπεραίνουμε τον σπουδαίο ρόλο της στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξή του. Οι δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ των μελών, οι υπερβολικές απαιτήσεις από την οικογένεια προς το παιδί, οι συνθήκες ανασφαλούς διαβίωσης, ένα υπερβολικό ενδιαφέρον στην εικόνα του σώματος στη συγκεκριμένη περίπτωση, η διαρκής υποτίμησή του και η μη αναγνώριση της ταυτότητας και του διαχωρισμού των ορίων του 'εγώ' από τον

υπόλοιπο κόσμο, είναι μόνο κάποια από τα στοιχεία που συντελούν σε μια μελλοντική διαταραγμένη εικόνα του ατόμου (Smithers & Cooper, 1978, Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Σύμφωνα με έρευνες (Smithers & Cooper, 1978, Matsunaga, Kaye et al, 2000, Matsunaga, Kiriike et al, 2000) η υπερφαγία και η στέρηση φαγητού διεγείρουν το 'σύστημα επιβράβευσης' του εγκεφάλου, όπως ακριβώς συμβαίνει σε περιπτώσεις εξαρτήσεων ουσιών και αλκοολισμού. Ουσίες, απαγορευμένες ή μη, οι οποίες προκαλούν χημική διέγερση, έχουν ως αποτέλεσμα την εξάρτηση. Αυτή η διέγερση σταματάει κάθε δυσάρεστο συναίσθημα. Με τον ίδιο τρόπο και οι διαταραχές σίτισης αναπτύσσονται με στόχο να μπλοκάρουν κάθε ανεξέλεγκτο αρνητικό συναίσθημα και να κάνουν το άτομο να αισθανθεί κατά ένα τρόπο ισορροπία.

Στους ανθρώπους με συναισθηματική και ψυχική ισορροπία το 'σύστημα επιβράβευσης' του εγκεφάλου τους, διεγείρεται όταν για παράδειγμα τρέφονται σωστά, ασκούνται, περνάνε με ευχάριστο τρόπο την ελεύθερη ώρα τους κλπ. Όταν το 'σύστημα επιβράβευσης' μάθει να διεγείρεται με τεχνητά μέσα, όπως οι εξαρτησιογόνες ουσίες, παύει να λειτουργεί κατά τον κοινώς αποδεκτό, φυσιολογικό τρόπο που προαναφέρθηκε. Το ίδιο ισχύει και κατά τη διαταραχή σίτισης. Τα στοιχεία εκείνα της προσωπικότητας που αυξάνουν το ρίσκο των εξαρτήσεων συμβάλλουν και στις διατροφικές διαταραχές. Έχει βρεθεί ότι αυτά τα στοιχεία της προσωπικότητας οφείλονται εν μέρει στην κληρονομικότητα (Smithers & Cooper, 1978).

Κάποια από αυτά τα στοιχεία είναι η τάση να ευχαριστεί τους άλλους και η χαμηλή ικανότητα να διεκδικεί τα δικαιώματά του, η ανάγκη να μειώνει δυσάρεστα συναισθήματα όπως το άγχος, την κατάθλιψη και τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, η τελειομανία και χαρακτηριστικά ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς.

Καταλαβαίνει κανείς ότι οι εξαρτήσεις και οι διαταραχές σίτισης μπορούν να έχουν κοινούς τρόπους θεραπείας. Ο ασθενής έχει ως στόχο να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και να δυναμώσει το εγώ του προκειμένου να μην καταφεύγει σε αυτοκαταστροφικά μέσα για την επίλυση των προβλημάτων του. Είναι αρκετά σημαντικό να μην εθελotuφλούμε όταν τα σημάδια των διαταραχών σίτισης είναι πλέον εμφανή σε οικεία μας άτομα. Ίσως μια πρώτη συζήτηση με το ίδιο το άτομο να του δώσει το έναυσμα να συνειδητοποιήσει εν μέρει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα και να θορυβηθεί με αυτόν τον τρόπο (Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Ιδιαίτερα προσεκτικοί θα πρέπει να είμαστε με τα νεαρότερα άτομα, παιδιά στην εφηβεία και στη μετεφηβική ηλικία. Καλό θα είναι, αν το άτομο είναι ανήλικο, οι γονείς να μιλήσουν σε κάποιον ειδικό-ψυχολόγο προκειμένου να σιγουρευτούν αν πρόκειται για κάποια διαταραχή σίτισης. Ο ειδικός, ανάλογα με την περίπτωση, θα παραπέμψει σε ψυχιατρική παρακολούθηση αν το άτομο είναι σε προχωρημένο στάδιο αστίας ή χρειάζεται κάποια φαρμακευτική αγωγή (Smithers & Cooper, 1978).

Συνήθως, η ψυχιατρική εξέταση είναι απαραίτητη προκειμένου να ολοκληρωθεί η διάγνωση. Αν η διαταραχή βρίσκεται σε ένα αρχικό στάδιο, τότε η ψυχολογική υποστήριξη σε ένα πρώτο συμβουλευτικό στάδιο, στους γονείς ή και στο ίδιο το άτομο ίσως είναι απαραίτητη για την αποφυγή της ανάπτυξης της διαταραχής. Στη συνέχεια, ανάλογα και πάλι με την περίπτωση, το άτομο ίσως μπει σε ένα πρόγραμμα συστηματικής ψυχοθεραπείας, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τα βαθύτερα αίτια του προβλήματος (Matsunaga, Kaye et al, 2000).

Τα άτομα που δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους χρησιμοποιούν το φαγητό σα μια οδό διαφυγής. Επίσης, οι άνθρωποι που αδυνατούν να ακολουθήσουν τις δικές τους ανάγκες και τα δικά τους συναισθήματα χρησιμοποιούν το σώμα τους ως μέσω έκφρασης των όποιων αδυναμιών και προβλημάτων τους. Η

εικόνα του πολύ λεπτού σώματος λοιπόν, που υπάρχει ως πρότυπο σε κάποιες κοινωνίες γίνεται για κάποια άτομα, κυρίως γυναίκες, το άλλοθι άρνησης πρόληψης τροφής με ουτοπικό στόχο την απόκτησή του. Είναι προφανές ότι πίσω από αυτό το στόχο 'κρύβεται' μια βεβαρημένη συναισθηματικά ψυχή που μας ζητά 'βοήθεια' με το δικό της τρόπο (Smithers & Cooper,1978).



## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι με τη βοήθεια της κατάλληλης ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας αλλά και με τα κατάλληλα ερευνητικά στοιχεία, να συγκρίνουμε το κατά πόσο οι διατροφικές γνώσεις, τις οποίες αποκτούν οι τελειόφοιτοι του τμήματος Διατροφής- Διαιτολογίας Σητείας σε σχέση με τους τελειόφοιτους του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου, μπορούν να επηρεάσουν την εικόνα σώματος, καθώς επίσης και την πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, αλλά και ψυχολογικών διαταραχών συναφών με τη διατροφή.

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **1.ΔΕΙΓΜΑ**

Η έρευνα ξεκίνησε τον Μάιο του 2012 και ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2012. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 100 άτομα από τα 3 τελευταία εξάμηνα σπουδών (Ε, ΣΤ, Ζ) και προπτυχιακοί, ως επί το πλείστον νεαρές γυναίκες (18-25 ετών) φοιτήτριες από δύο διαφορετικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Τα 50 άτομα φοιτούσαν στο Τ.Ε.Ι. Σητείας, τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας και τα υπόλοιπα 50 άτομα φοιτούσαν στο Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. Αξίζει να σημειωθεί πως ο λόγος που επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα από 2 διαφορετικές σχολές ήταν για να αξιολογηθεί κατά πόσο οι γνώσεις περί διατροφής θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής των σπουδαστών (σωματικά αλλά και ψυχολογικά) και την εικόνα σώματος τους σε σύγκριση με φοιτητές που ακολουθούν διαφορετική κατεύθυνση σπουδών από αυτή της διατροφής.

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για το σκοπό και το στόχο της έρευνας και δέχτηκαν οικειοθελώς να συμπληρώσουν τέσσερα ερωτηματολόγια: ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ονομάζεται EAT-26, το οποίο θεωρείται το καλύτερο εργαλείο για να αναγνωρίσει κάποιος τα χαρακτηριστικά μιας πιθανής ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Από μόνο του, όμως, το εργαλείο αυτό είναι δύσκολο να δώσει μια εξειδικευμένη διάγνωση διατροφικής διαταραχής, για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν ακόμη, το ερωτηματολόγιο BSQ-34, το ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος (B.I.Q.) και τέλος, το διαιτητικό ιστορικό. Τα άτομα απάντησαν στα ερωτηματολόγια αυτά ύστερα από παρότρυνση μας στο διάλειμμα τους. Οι περισσότεροι εθελοντές συμπλήρωσαν το μεγαλύτερο μέρος όλων των ερωτηματολογίων που τους δόθηκαν.

Από τους 45 εθελοντές διατροφής-διαιτολογίας που συμμετείχαν τα 9 άτομα (20%) ήταν άντρες και τα 36 άτομα (80%) γυναίκες. Αντίστοιχα, από τους εθελοντές κοινωνιολόγους, από τα 50 άτομα που συμμετείχαν τα 4 ήταν άντρες (8%) και τα 46 άτομα γυναίκες (92%).

## **2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η συμπλήρωση των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε για την συσχέτιση ανάμεσα στον εντοπισμό μιας πιθανής ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών και μιας πιθανής διαστρέβλωσης της εικόνας σώματός. Κανένα ερωτηματολόγιο ξεχωριστά δε θα μπορούσε να αποδείξει έστω και την υποψία μιας πιθανής διατροφικής αλλά και ψυχολογικής διαταραχής, επομένως αποφασίστηκε η συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων έτσι ώστε να αυξηθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων που θα λαμβάναμε στο τέλος της έρευνας.

### **2.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EAT 26 (Eating Attitudes Test, ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)**

Το EAT-26 επιλέχθηκε ως το όργανο ελέγχου που χρησιμοποιείται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εξέτασης διαταραχών (1998).

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους εθελοντές είναι το EAT 26, το οποίο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου. Αξίζει να σημειωθεί πως το τεστ είναι ίσως το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο με τυποποιημένο τρόπο αποτίμησης των συμπτωμάτων και ανησυχιών, κάτι το οποίο είναι χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών. Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί χρησιμοποιώντας το EAT-26 ως εργαλείο ελέγχου και βασίζονται στην υπόθεση ότι ο έγκαιρος προσδιορισμός μιας διατροφικής διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε θεραπεία με αποτέλεσμα τη μείωση σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών, ακόμη και του θανάτου.

Αποτελείται από 26 προτάσεις-συμπεριφορές, για τις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα ή τον βαθμό που η κάθε πρόταση τον απασχολεί. Η ολική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει αθροίζοντας το σύνολο των προτάσεων που το απαρτίζουν με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης. Οι 26 ερωτήσεις πέραν του ότι αποτελούν το σύνολο του ερωτηματολογίου χωρίζονται σε 3 ξεχωριστές υποκλίμακες (subscales), όπου η κάθε πρόταση ανήκει σε μια και μόνο υποκλίμακα, οι οποίες είναι οι εξής: «**ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος**» (dieteting), «**βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό**» (bulimia and food preoccupation) και «**έλεγχος της πράξης του τρώγειν**» (oral control). Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας προκύπτει αθροίζοντας τη βαθμολογία όλων των προτάσεων που την απαρτίζουν. Η υποκλίμακα «**ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος**» (dieteting), περιλαμβάνει συμπεριφορές σχετικές με την αποφυγή «παχυντικών» τροφίμων και την ενασχόληση του ατόμου με το σώμα του, σε μια προσπάθεια να γίνει πιο αδύνατο. Η υποκλίμακα «**βουλιμία και**

**ενασχόληση με το φαγητό»** (bulimia and food preoccupation), περιέχει προτάσεις που υποδηλώνουν έντονο ενδιαφέρον για τα τρόφιμα και το φαγητό καθώς και βουλιμική συμπεριφορά. Τέλος η υποκλίμακα **«έλεγχος της πράξης του τρώγειν»** (oral control), περιγράφει τον αυτοέλεγχο τα πράξης του φαγητού και τις πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του για να πάρει βάρος.

Οι περισσότερες έρευνες των εφήβων ή νεαρών ενήλικων γυναικών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο δείχνουν ότι περίπου το 15% από την βαθμολογία είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 20. Ολική βαθμολογία σε αυτό το ερωτηματολόγιο μεγαλύτερη ή ίση του 20 συνεπάγεται μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά και εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών. Το γεγονός αυτό όμως δε σημαίνει ότι το EAT 26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών αλλά αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό πρωταρχικών περιπτώσεων με συμπτώματα μη ισορροπημένων διατροφικών συνθηθειών. (Garner, Olmsted, Bohr et al, 1982). Συμπερασματικά το EAT-26 θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μέτρο αξιολόγησης του ατόμου με το βάρος και το φαγητό.

## **2.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ BSQ-34 (Body Shape Questionnaire)**

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 34 ερωτήσεις και βάσει των αποτελεσμάτων του μπορεί να κατηγοριοποιήσει τα άτομα, σε αυτά που δε παρουσιάζουν καμία ανησυχία για την εικόνα του σώματος τους (BSQ-34 score <80), σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν σχετική ανησυχία (BSQ-34 score 80-110), σε εκείνα που εμφανίζουν μέτρια ανησυχία (BSQ-34 score 111-140) και τέλος σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν υψηλή ανησυχία σχετικά με την εικόνα του σώματός τους (BSQ-34 score >140).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει καλή αξιοπιστία (Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S, 1996) και έχει χρησιμοποιηθεί για τη διεξαγωγή αρκετών ερευνών και πιο συγκεκριμένα για να αξιολογηθεί η δυσαρέσκεια σώματος στις γυναίκες, οι αντιλήψεις και οι συνέπειες από την έκθεση σε φορείς. Συνολικά, οι μελέτες που χρησιμοποιούν ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο BSQ-34 παρέχουν ορισμένα σημαντικά νέα ευρήματα και ένα από αυτά είναι ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα και η εσωτερίκευση των κοινωνικών προτύπων της ομορφιάς είναι σχετικές με το λεπτότερο σώμα, σύμφωνα με τα κοινωνικά και τα ιδανικά πρότυπα. (Glauert, 2008). Ωστόσο, το BSQ-34 θεωρείται ότι αρκετά εκτενές για να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες όπου η δυσαρέσκεια του σχήματος του σώματος δεν είναι ο κύριος σκοπός της έρευνας. (Evans C, Delan B, 1993). Έχει καλή εγκυρότητα μόνο όταν χρησιμοποιείται ταυτόχρονα με άλλες μετρήσεις του σώματος και τέλος αποτελεί κριτήριο εγκυρότητας για κλινικές καταστάσεις (Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S, 1996).

### **2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ B.I.Q (Body Image Questionnaire)**

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στους φοιτητές ήταν το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εικόνας σώματος (B.I.Q), το οποίο δημιουργήθηκε για τη μελέτη της αυτό-αντίληψης των ατόμων σχετικά με την εικόνα σώματός. Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει την αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν ανησυχία για τη φυσική εμφάνιση, όπως είναι η αποφυγή των στενών ενδυμάτων, των κοινωνικών εξόδων και της φυσικής οικειότητας. Δίνει ιδιαίτερη βάση στις αρνητικές αντιλήψεις για το βάρος, τη μορφή και την αντιληπτική διαστρέβλωση του μεγέθους. Διακρίνει τα άτομα με βουλιμία από τους αυτούς που έχουν τον έλεγχο. (Rosen, James, Srebnik et al, 1991).

Σε αντίθεση με άλλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια εικόνας σώματος το B.I.Q. περιγράφει: α) τη διαστρέβλωση της εικόνας σώματος, η οποία λαμβάνει χώρα μεταξύ των φυσικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζει ένα άτομο σε σχέση με τα ιδανικά φυσικά χαρακτηριστικά. β) την εξέταση πολλαπλών φυσικών χαρακτηριστικών του ατόμου και όχι μόνο όσα σχετίζονται με το βάρος. γ) την άποψη και γενικά την αντίληψη των ατόμων που απαντούν στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τα γενικά αλλά και ιδανικά σωματοφυσικά πρότυπα της κοινωνίας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επίσης, βρέθηκε να συσχετίζει την διάσταση της προσωπικότητας του ατόμου με την αποδοχή που έχει αυτή από το κοινωνικό σύνολο. (Thomas, Cash, Marcela et al, 2010). Έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες με δείγμα άνω των 250 ατόμων και έχει δείξει καλή εγκυρότητα. Όσον αφορά την αξιοπιστία, αυτή αυξάνεται με τη ταυτόχρονη χρήση και άλλων μεθόδων μέτρησης. (Thomas, Cash, Marcela et al, 2010).

Για να έχουμε ένα αποτέλεσμα πιθανής ανάπτυξης συμπτωμάτων διαστρέβλωσης της εικόνας σώματος των ατόμων θα πρέπει να αθροίσουμε τα ερωτήματα 9-19 (τα ερωτήματα 8,9 και 11 αντιστρέφονται). Το συνολικό φυσιολογικό εύρος της βαθμολογίας των ερωτημάτων είναι 0-90. Μια υψηλότερη βαθμολογία αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων διαστρέβλωσης της εικόνας. Οι ερωτήσεις 20-21 αποτελούν μέρος της κλινικής αξιολόγησης του συναισθήματος αποφυγής του ατόμου, αλλά εκφράζουν και την ασφάλεια που επιζητούν τα άτομα μέσω της συμπεριφοράς του κοινωνικού συνόλου (Veale, Ellison, Werner et al, 2011).

### **2.4 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Το διαιτητικό ιστορικό αποτελεί μία συνέντευξη με στόχο τη λήψη πληροφοριών για τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων. Αξιολογεί την ποιότητα της διατροφής και τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη. Η μέθοδος αυτή αρχικά δημιουργήθηκε από τον Bruce το 1947 και επρόκειτο για μια απόπειρα να εκτιμηθούν οι διαιτολογικές συνήθειες των ατόμων κατά τη διάρκεια μιας σχετικά μεγάλης χρονικά περιόδου (Μανιός, 2006).

## 2.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (SPSS)

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Software Version 10 for Windows. Αποτελεί το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιείται από τις περισσότερες έρευνες για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων. Παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν με τους συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman, καθώς και παλινδρομήσεις και λογιστικές παλινδρομήσεις μεταξύ ποικίλων χαρακτηριστικών του δείγματος.

## 3. Αποτελέσματα

### 3.1 Προφίλ δείγματος

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στο κοινωνικό – δημογραφικό προφίλ του δείγματος.

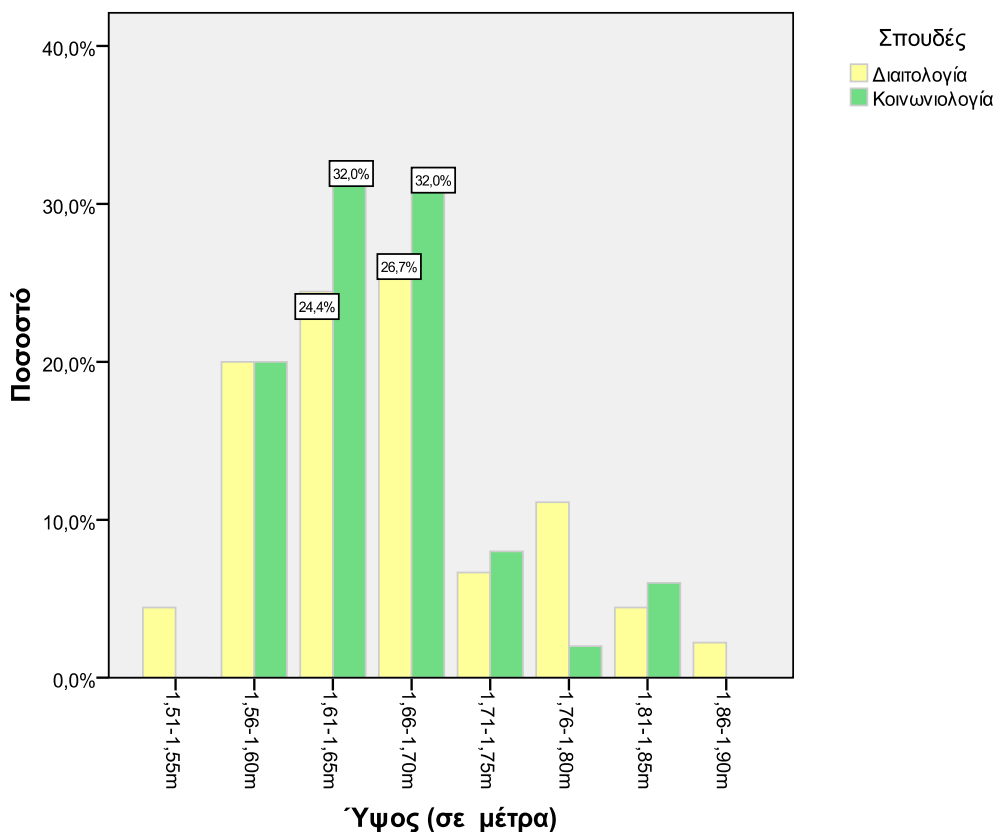
Πίνακας 1: Κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	Διαίτολογία		Κοινωνιολογία		Σύνολο	
	f	%	f	%	f	%
<b>ΦΥΛΟ</b>						
Άντρας	9	20,0	4	8,0	13	13,7
Γυναίκα	36	80,0	46	92,0	82	86,3
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>						
<19	-	-	2	4,0	2	2,1
20-24	38	84,4	45	90,0	83	87,4
25-29	5	11,1	2	4,0	7	7,4
30-34	1	2,2	1	2,0	2	2,1
>=40	1	2,2	-	-	1	1,1
<b>ΟΙΚΟΓ.</b>						
<b>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>						
Ανύπαντρος/η	43	95,6	47	94,0	90	94,7
Χωρισμένος/η	-	-	1	2,0	1	1,1
Παντρεμένος/η ή συζείτε	2	4,4	2	4,0	4	4,2
<b>ΣΕ ΣΧΕΣΗ</b>						
Ναι	19	42,2	36	72,0	55	57,9

Όχι	26	57,8	14	28,0	40	42,1
<b>ΕΡΓΑΣΙΑ</b>						
Εργαζ./ Ελ. επαγγ.	2	4,4	5	10,0	7	7,4
Φοιτητής	41	91,1	45	90,0	86	90,5
<b>Εργασία στο σπίτι</b>	2	4,4	-	-	2	2,1

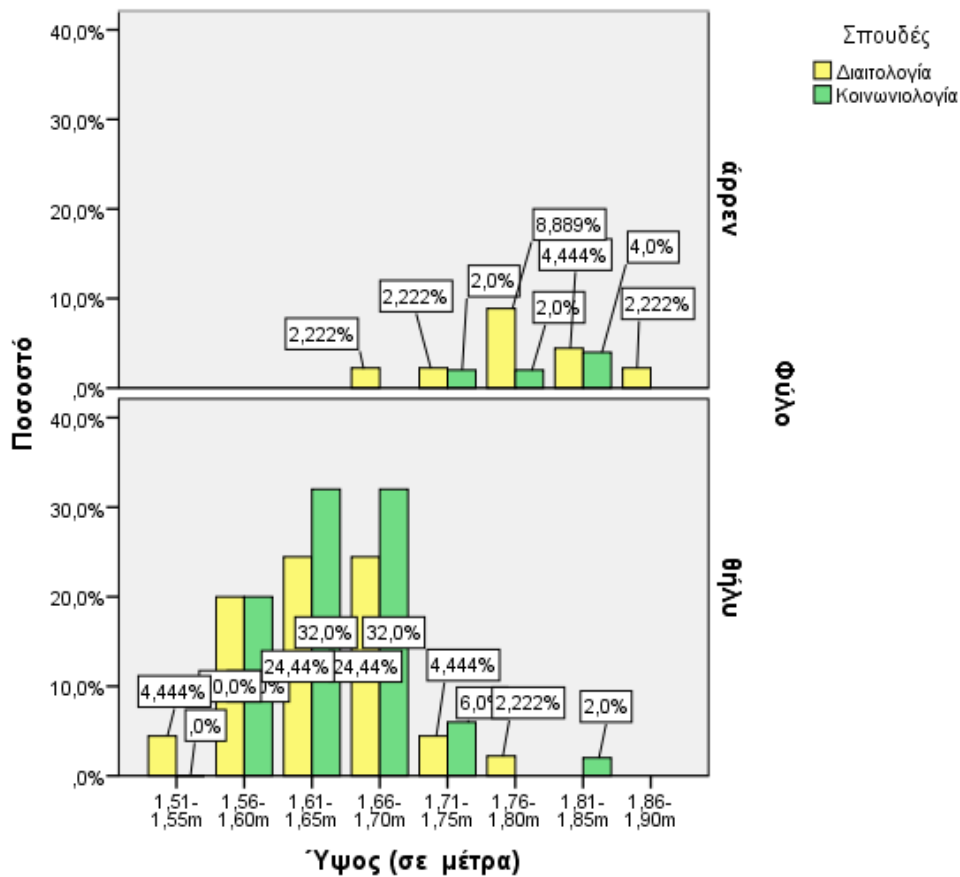
Όπως παρατηρείται από τα στοιχεία του πίνακα 1, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (86.3%) είναι γυναίκες. Κάτι τέτοιο ισχύει τόσο για το δείγμα των φοιτητών Διαιτολογίας (80.0%), όσο και για το δείγμα των φοιτητών Κοινωνιολογίας (92.0%). Αναφορικά με την ηλικιακή δομή του δείγματος, παρατηρείται πως οι περισσότεροι ερωτώμενοι (87.4%) είναι σε ηλικία μεταξύ 20-24 ετών. Συγκεκριμένα το 84.4% των Διαιτολόγων και το 90.0% των Κοινωνιολόγων ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Το νεαρό της ηλικίας προφανώς συνδέεται με το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι είναι φοιτητές. Το αποτέλεσμα αυτό συνδέεται άμεσα με το γεγονός ότι σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων (94.7%) είναι ανύπαντροι. Μόλις ένα άτομο ανήκει στην κατηγορία «χωρισμένος/η» και τέσσερα στην κατηγορία «παντρεμένος/η/ συζώ». Από το σύνολο των ανύπαντρων - χωρισμένων το 57.9% βρίσκεται σε μακροχρόνια σχέση, ενώ το 42.1% έχει δώσει αρνητική απάντηση. Παρατηρείται πως σε μακροχρόνια σχέση είναι κυρίως οι φοιτητές Κοινωνιολογίας (72.0%) και λιγότερο οι φοιτητές Διαιτολογίας (42.2%). Τέλος από το σύνολο του δείγματος μόλις 9 άτομα εργάζονται.

Εξετάζοντας το ύψος των ερωτηθέντων που πήραν μέρος στην έρευνα παρατηρείται πως οι φοιτητές του τμήματος Κοινωνιολογίας έχουν ύψος μεταξύ 1.61m έως 1.70m. Σε αυτά τα όρια ανήκει το 64.0% των φοιτητών αυτού του δείγματος. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τους φοιτητές Διαιτολογίας αφού το 51.1% έχει ύψος από 1.61m έως 1.70m (βλ. διάγραμμα 1).



**Διάγραμμα 1: Ύψος (σε μέτρα) ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών**

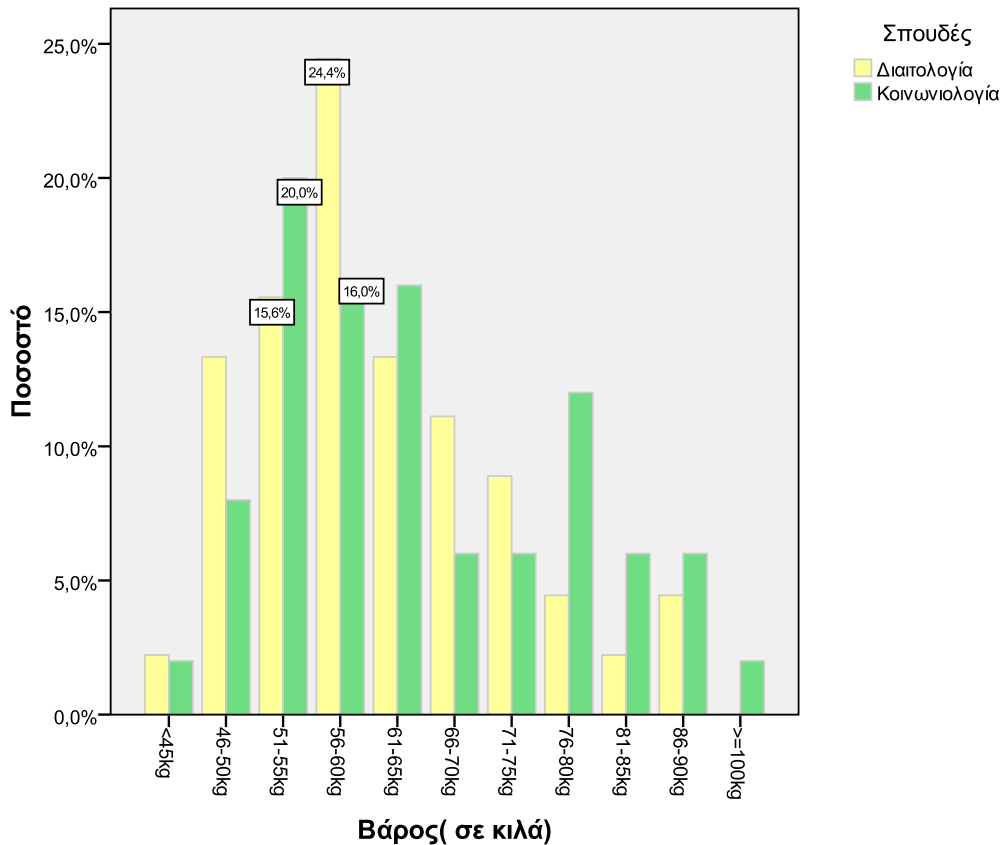
Στο διάγραμμα 2 από την άλλη, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για το ύψος των φοιτητών ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο. Όπως παρατηρείται από το σύνολο των ανδρών που αντιπροσωπεύει το 20.0% του δείγματος, το 8.8% των διαιτολόγων έχει ύψος από 1.76m έως 1.80 m και το 4.4% από 1.81 m έως 1.85. Οι άντρες του τμήματος κοινωνιολογίας έχουν ελαφρώς υψηλότερο ύψος, καθώς οι περισσότεροι είναι μεταξύ 1.81m και 1.85m. Οι γυναίκες από την άλλη παρατηρείται πως έχουν σημαντικά χαμηλότερο ύψος, αφού και για τα δύο τμήματα αθροιστικά το 64.0% έχει ύψος μεταξύ 1.61 m και 1.70 m.



**Διάγραμμα 2: Ύψος (σε μέτρα) ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο**

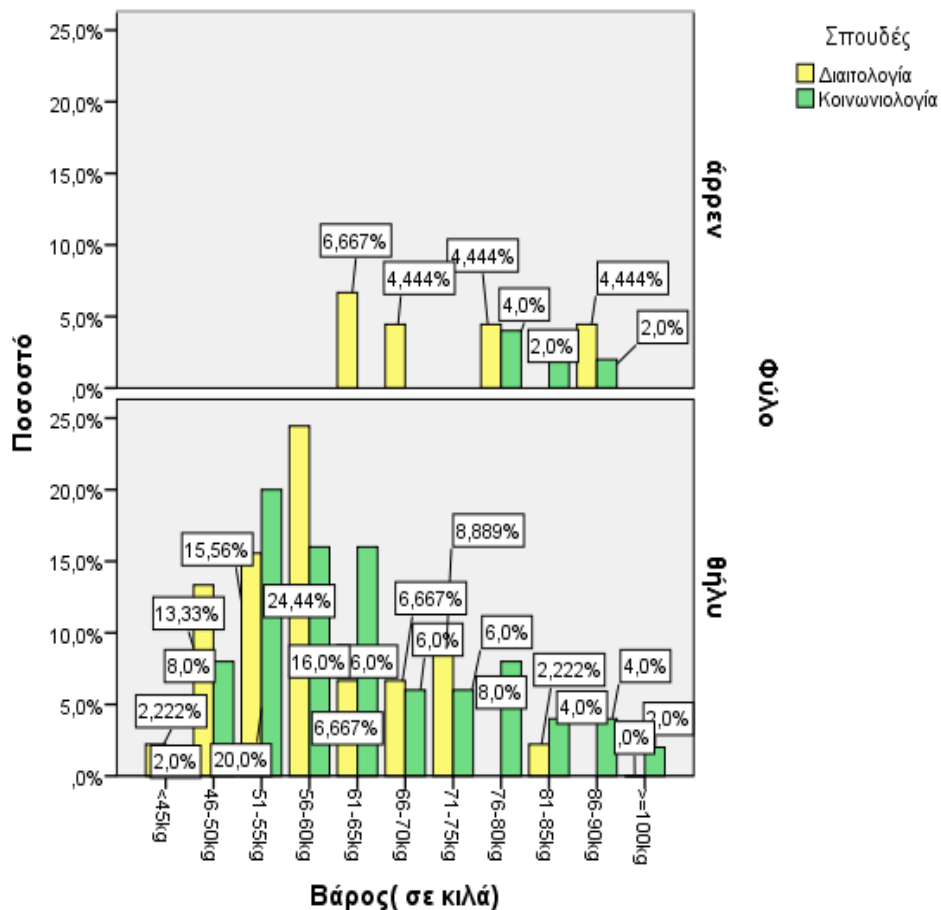
Αναφορικά με το βάρος των ερωτηθέντων όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3 το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών Διαίτολογίας (24.4%) έχουν βάρος μεταξύ 56 – 60 kg και το 15.6% βάρος μεταξύ 51 – 55 kg. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας αφού τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 16.0% και 20.0%.





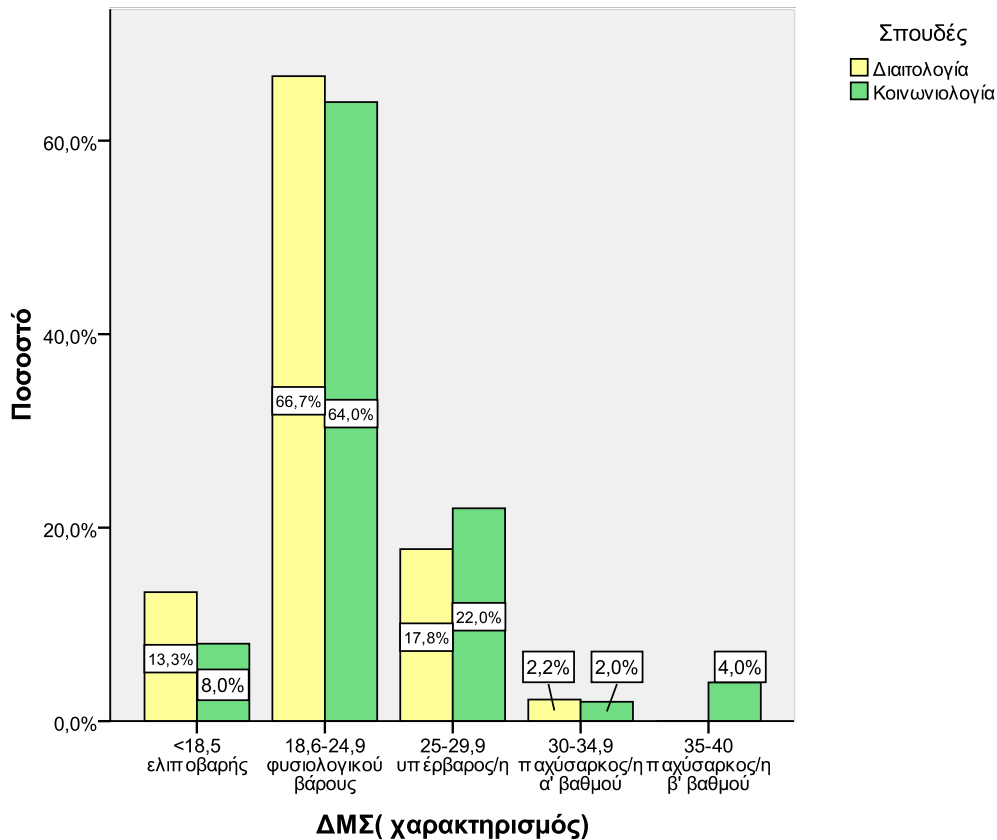
**Διάγραμμα 3: Βάρος (σε κιλά) ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών**

Στο διάγραμμα 4, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για το βάρος των φοιτητών ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο. Όπως παρατηρείται οι άνδρες φοιτητές του τμήματος κοινωνιολογίας έχουν βάρος μεταξύ 76 kg. και 90kg, ενώ για αυτούς του τμήματος διαιτολογίας παρατηρούνται μεγαλύτερες διακυμάνσεις, αφού αρκετοί (6.7%) έχουν χαμηλό βάρος (61-65kg), το 4.4% είναι μεταξύ 66-70 kg., το 4.4% μεταξύ 76-80 kg. ενώ οι υπόλοιποι μεταξύ 96-90 kg. Αναφορικά με τις γυναίκες του τμήματος Διαιτολογίας παρατηρείται πως οι περισσότερες έχουν αρκετά χαμηλό βάρος, αφού το 13.3% είναι μεταξύ 46-50 kg, το 15.6% μεταξύ 51-55 kg, το 24.4% μεταξύ 56-60 kg και το 6.7% μεταξύ 61-65 kg. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες που φοιτούν στο τμήμα Κοινωνιολογίας είναι 8.0%, 20.0%, 16.0% και 6.0%.



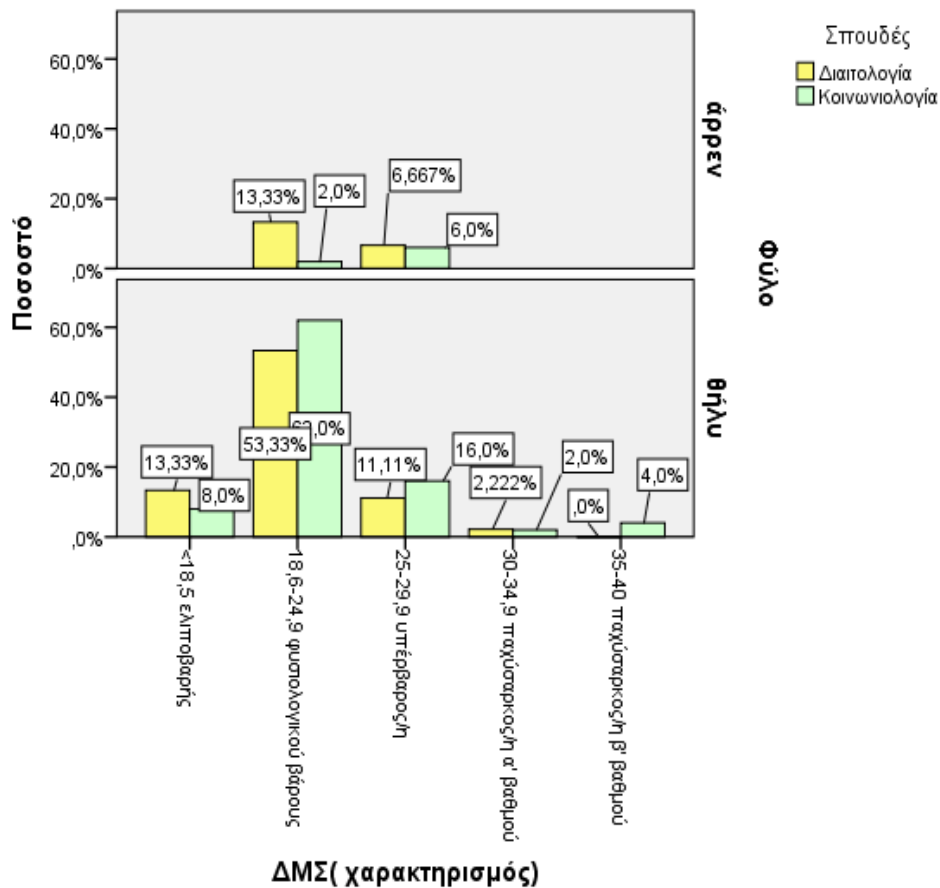
**Διάγραμμα 4: Βάρος (σε κιλά) ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο**

Όπως απεικονίζεται στο διάγραμμα 5 οι φοιτητές και των δύο τμημάτων παρουσιάζουν φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος. Ειδικότερα το 66.7% του συνόλου των Διαιτολόγων εμφανίζει ΔΜΣ από 18.6 έως 24.9 και επομένως εντάσσεται στην κατηγορία των ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Το αντίστοιχο ποσοστό των Κοινωνιολόγων είναι 64.0%. Από την άλλη το 17.8% των Διαιτολόγων είναι υπέρβαροι, το 2.2% παχύσαρκοι Α' βαθμού και το 13.3% ελλιποβαρείς. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 22.0%, 2.0% και 8.0%. Σημειώνεται επιπλέον πως το 4.0% των Κοινωνιολόγων είναι παχύσαρκοι Β' βαθμού.



**Διάγραμμα 5: ΔΜΣ ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών**

Στο διάγραμμα 6, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για το Δείκτη Μάζας Σώματος των φοιτητών ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο. Όπως παρατηρείται οι άνδρες φοιτητές του τμήματος κοινωνιολογίας είναι κυρίως υπέρβαροι αφού από το σύνολο αυτών το 6.0% έχει ΔΜΣ 25-29,9 και μόλις το υπόλοιπο 2.0% έχει φυσιολογικό βάρος. Από την άλλη το 62.0% των γυναικών του τμήματος Κοινωνιολογίας έχει φυσιολογικό βάρος, το 16.0% είναι υπέρβαρες και το 8.0% ελλιποβαρείς. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες του τμήματος Διαιτολογίας είναι 5.3%, 11.1% και 13.3%. Παρατηρείται λοιπόν διαφορά στο ποσοστό των ελλιπόβαρων με τις φοιτήτριες Διαιτολογίας να καταλαμβάνουν μεγαλύτερα ποσοστά στην κατηγορία αυτή.



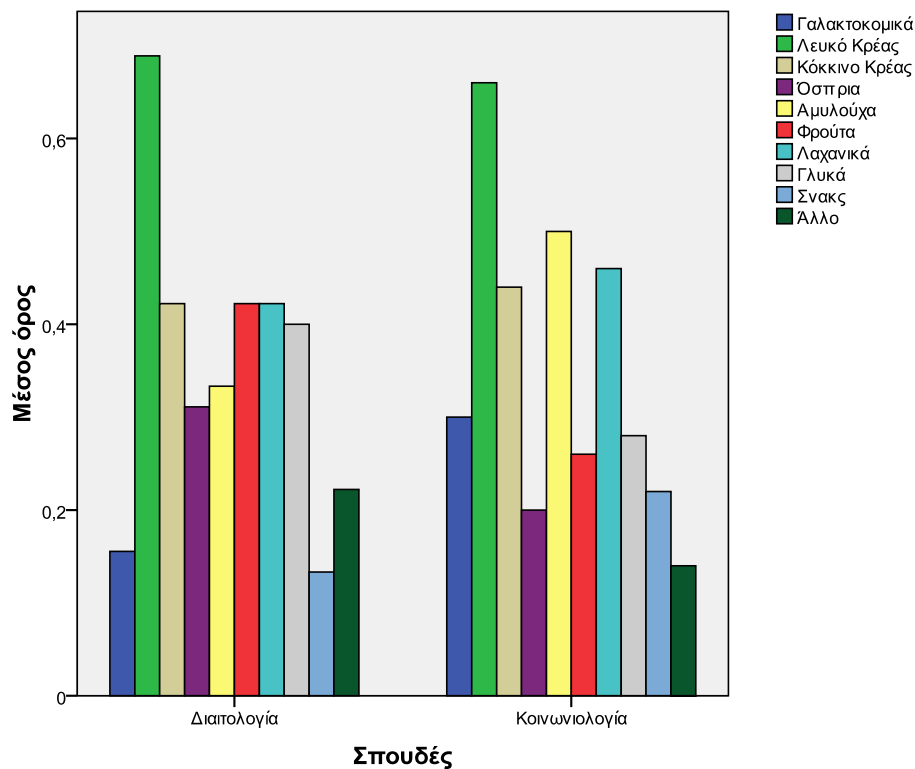
Διάγραμμα 6: ΔΜΣ ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών και ανά φύλο

### 3.2 Διατροφικό ιστορικό δείγματος

Στη ενότητα αυτή παρουσιάζεται το διατροφικό ιστορικό του δείγματος. Αναλυτικότερα όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 7, κατά μέσο όρο οι φοιτητές Διαιτολογίας προτιμούν να τρέφονται κυρίως με λευκό κρέας, κόκκινο κρέας αλλά και φρούτα, ενώ οι φοιτητές Κοινωνιολογίας με λευκό κρέας, αμυλούχα, λαχανικά, καθώς και κόκκινο κρέας .

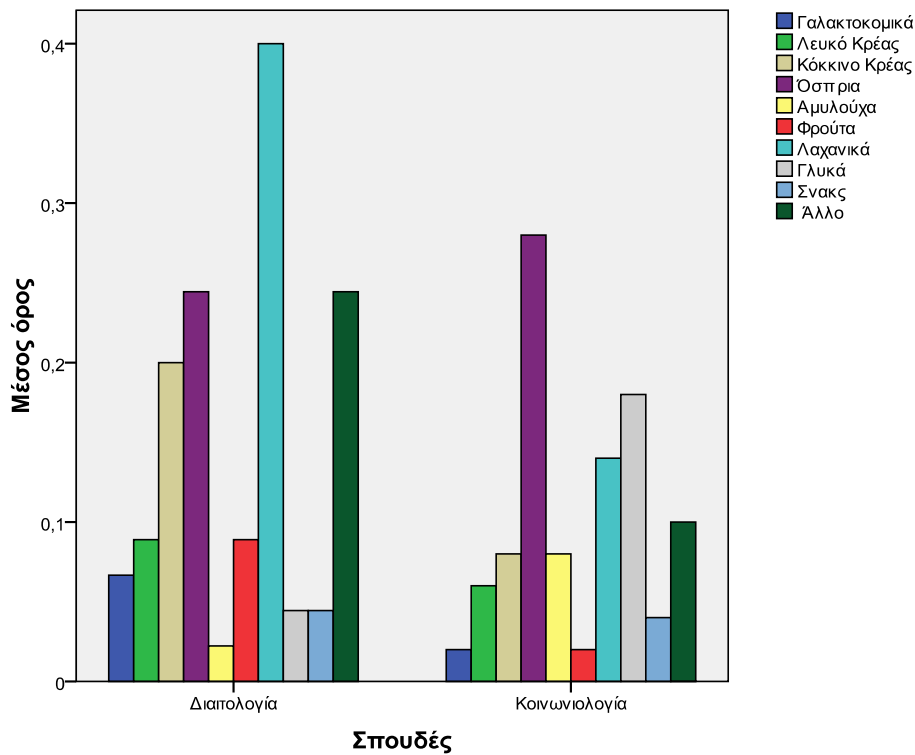
Από την άλλη οι τροφές που κατά μέσο όρο αποφεύγουν οι Διαιτολόγοι είναι τα λαχανικά και τα όσπρια, ενώ οι Κοινωνιολόγοι δεν προτιμούν κυρίως τα όσπρια (βλ. διάγραμμα 8).

Τέλος οι περισσότεροι φοιτητές (84.4% των Διαιτολόγων και το 84.0% των Κοινωνιολόγων) δεν έχουν τροφικές αλλεργίες. Θετική απάντηση έχει δώσει μόλις το 15.6% των Διαιτολόγων και το 16.0% των Κοινωνιολόγων (βλ. διάγραμμα 9).



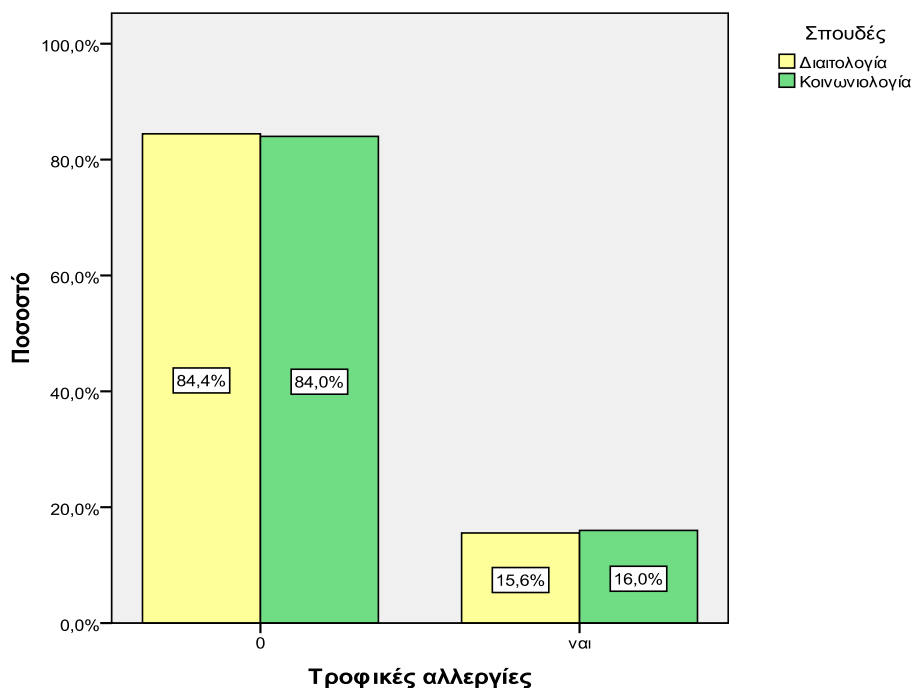
**Διάγραμμα 7: Τροφές που προτιμώνται ανά τμήμα σποδών**

\* 0 = όχι  
1 = ναι



**Διάγραμμα 8: Τροφές που αποφεύγονται ανά τμήμα σποδών**

\* 0 = όχι  
1 = ναι

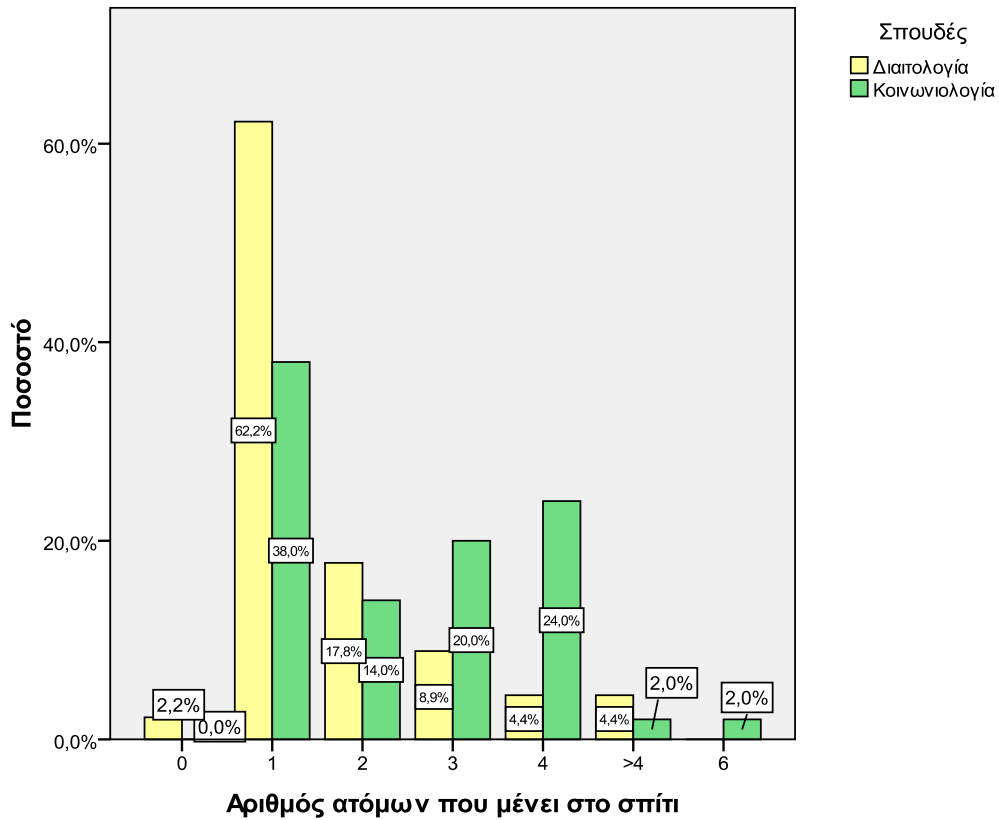


**Διάγραμμα 9: Ποσοστό ερωτηθέντων ανά τμήμα σπουδών που έχει τροφικές αλλεργίες**

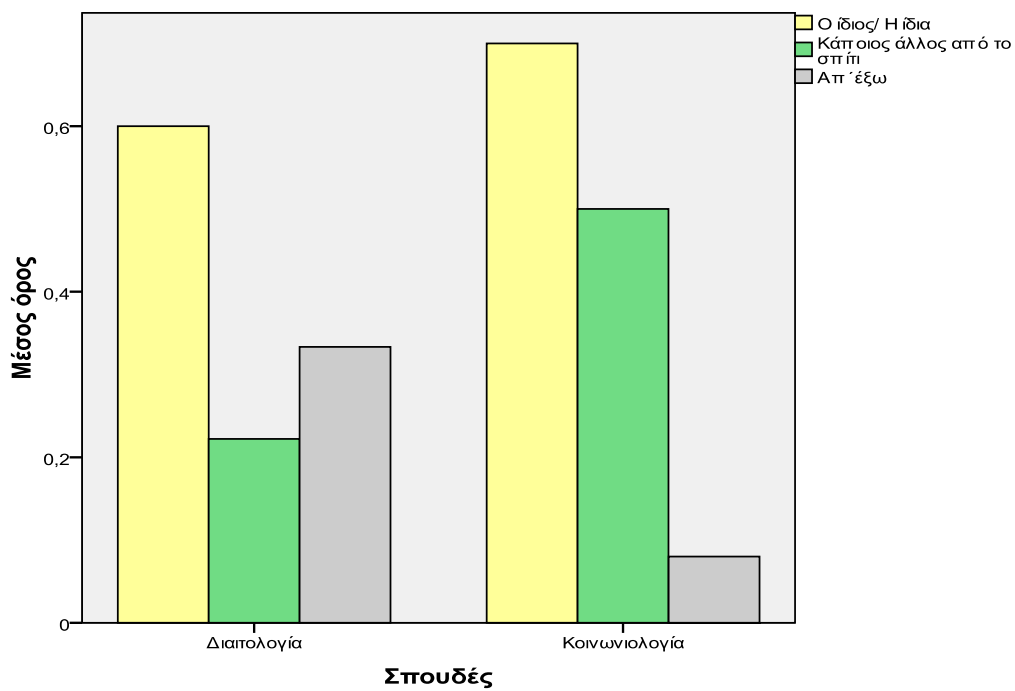
Από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 10, παρατηρείται πως στην ερώτηση «πόσα άτομα μένουν στο σπίτι», το 62.2% των Διαιτολόγων έχει δώσει την απάντηση ένα άτομο, το 17.5% δύο, το 8.9% τρία, το 4.4% τέσσερα και το 4.4% πάνω από τέσσερα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 38.0%, 14.0%, 20.0%, 24.0% και 2.0%.

Από το σύνολο των Διαιτολόγων κατά μέσο όρο οι περισσότεροι μαγειρεύουν οι ίδιοι ή και παραγγέλνουν απ' έξω. Στην περίπτωση των Κοινωνιολόγων μαγειρεύουν οι ίδιοι ή και κάποιος άλλος στο σπίτι (βλ. διάγραμμα 11).

Σχετικά με τον ημερήσιο αριθμό γευμάτων το 46.7% των Διαιτολόγων λαμβάνει τρία γεύματα, το 28.9% τέσσερα, το 11.1% πέντε και το 6.7% πάνω από πέντε γεύματα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 45.0%, 18.0%, 6.0% και 2.0%. Σημειώνεται πως το 4.0% των Κοινωνιολόγων λαμβάνει ένα γεύμα την ημέρα ενώ αρκετοί είναι και αυτοί (24%) που έχουν δώσει την απάντηση - δύο γεύματα. Κανένας από τους Διαιτολόγους δεν λαμβάνει μόνο ένα γεύμα ενώ αυτοί που τρώνε δύο φορές την ημέρα είναι αρκετά λιγότεροι (6.7%) σε σχέση με τους Κοινωνιολόγους (βλ. διάγραμμα 12).

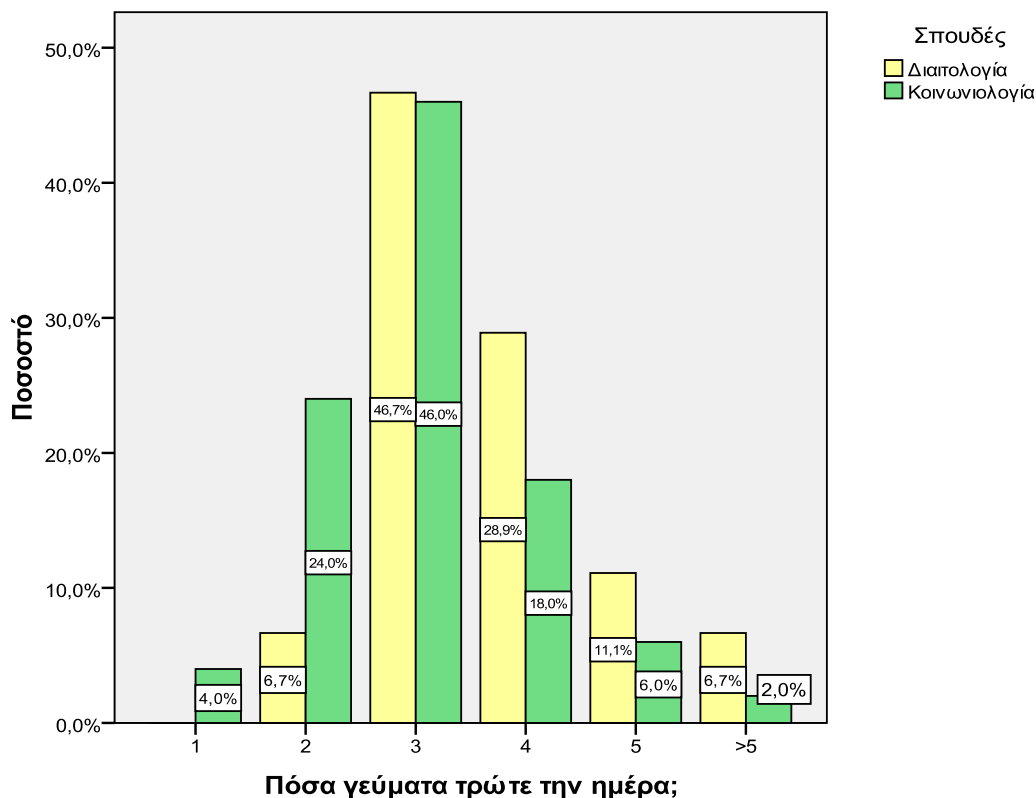


**Διάγραμμα 10: Αριθμός ατόμων που μένει στο σπίτι ανά τμήμα σποδών**



**Διάγραμμα 11: Άτομα που μαγειρεύουν στο σπίτι ανά τμήμα σποδών**

\* 0 = όχι  
1 = ναι

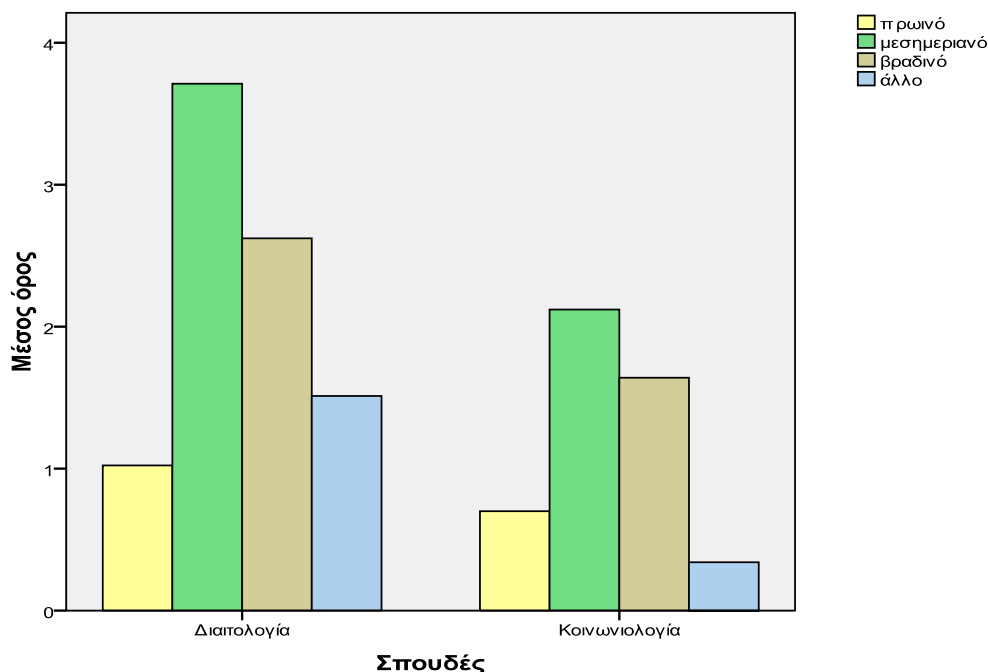


**Διάγραμμα 12: Αριθμός γευμάτων την ημέρα ανά τμήμα σποδών**

Και οι δύο ομάδες που εξετάζονται αναφέρουν πως τα γεύματα που κυρίως λαμβάνουν εκτός σπιτιού είναι το μεσημεριανό και το βραδινό και σπάνια το πρωινό. Ειδικότερα οι Διαιτολόγοι λαμβάνουν το μεσημεριανό εκτός σπιτιού κατά μέσο όρο 4 φορές την εβδομάδα ενώ οι Κοινωνιολόγοι τρεις φορές. Από την άλλη το βραδινό λαμβάνεται κατά μέσο όρο τρεις φορές την εβδομάδα εκτός σπιτιού από τους Διαιτολόγους ενώ από τους Κοινωνιολόγους δύο φορές (βλ. διάγραμμα 13).

Τέλος το 40.0% των Διαιτολόγων όταν λαμβάνει το μεσημεριανό εκτός σπιτιού προτιμά την λέσχη της σχολής. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους Κοινωνιολόγους είναι 30.0%. Όταν πρόκειται για το βραδινό οι Διαιτολόγοι προτιμούν με σειρά προτεραιότητας τη λέσχη (26.7%), ταβέρνες / εστιατόρια (15.6%) καθώς και να παραγγέλνουν απ' έξω (11.1%). Από την άλλη οι Κοινωνιολόγοι προτιμούν για το βραδινό τους κυρίως ταβέρνες/ εστιατόρια (26.0%), να παραγγέλνουν απ' έξω (20.0%) και σπάνια την φοιτητική λέσχη (4.0%) (βλ. πίνακα 2).





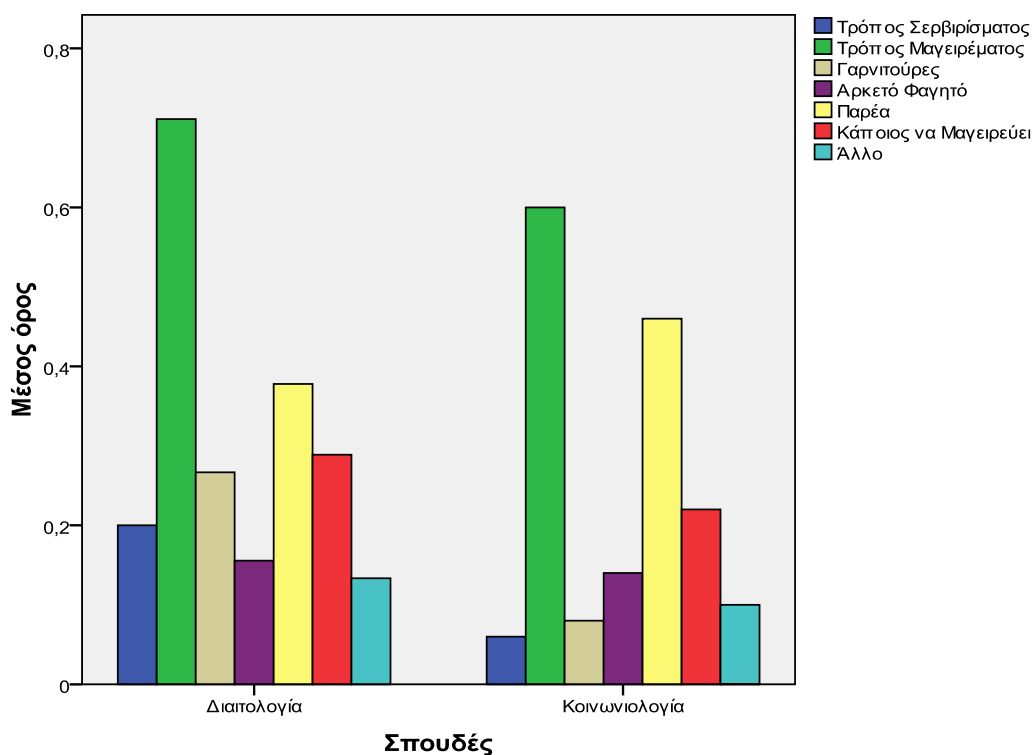
**Διάγραμμα 13: Γεύματα που λαμβάνονται εκτός σπιτιού ανά τμήμα σπουδών (εβδομαδιαία συχνότητα)**

**Πίνακας 2: Γεύματα που λαμβάνονται εκτός σπιτιού ανά τμήμα σπουδών (μέρος σε %)**

ΓΕΥΜΑΤΑ	1 <sup>ο</sup> δείγμα	2 <sup>ο</sup> δείγμα	1 <sup>ο</sup> δείγμα	2 <sup>ο</sup> δείγμα	1 <sup>ο</sup> δείγμα	2 <sup>ο</sup> δείγμα
	Ταβέρνες/ εστιατόρια		Απ' έξω		Λέσχη	
<b>Πρωινό</b>	-		8.9	12.0	8.9	14.0
<b>Μεσημεριανό</b>	8.9	6.0	22.2	14.0	40.0	30.0
<b>Βραδινό</b>	15.6	26.0	11.1	20.0	26.7	4.0
<b>Άλλο</b>	8.9		15.6	6.0	6.7	2.0

\* 1<sup>ο</sup> δείγμα: Διαιτολόγοι  
2<sup>ο</sup> δείγμα: Κοινωνιολόγοι

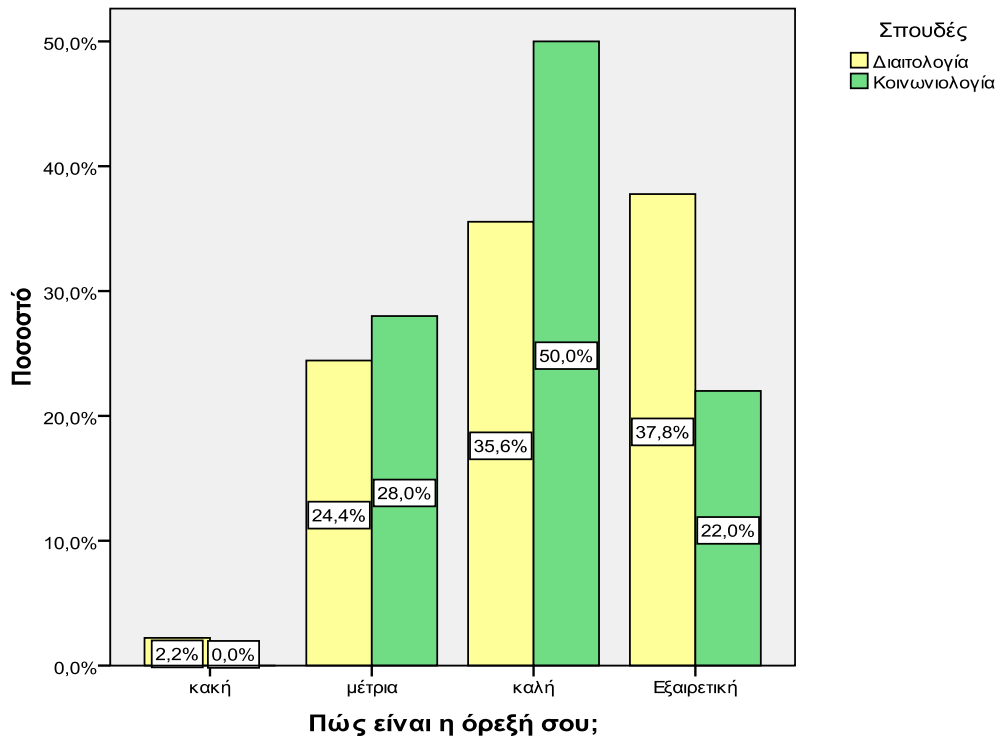
Όπως απεικονίζεται στο διάγραμμα 14, το σημαντικότερο τόσο για τους Κοινωνιολόγους όσο και για τους Διαιτολόγους κατά την διάρκεια ενός γεύματος είναι ο τρόπος μαγειρέματος καθώς και η παρέα. Για τους Διαιτολόγους λιγότερο σημαντικό είναι να υπάρχει μεγάλη ποσότητα φαγητό, ενώ για τους Κοινωνιολόγους οι γαρνιτούρες και ο τρόπος σερβιρίσματος δεν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.



**Διάγραμμα 14: Σημαντικοί παράγοντες κατά την ώρα του γεύματος ανά τμήμα σπουδών**

\* 0 = όχι  
1 = ναι

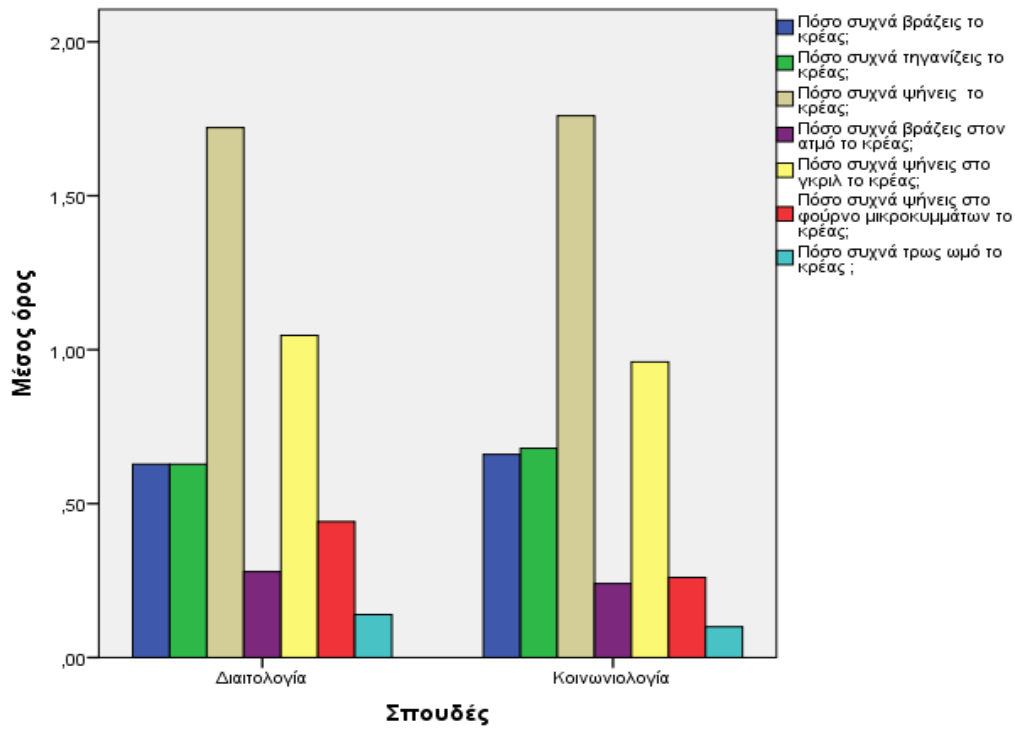
Στην ερώτηση «ποια είναι η όρεξή σας» το 37.8% των Διαιτολόγων έχει δώσει την απάντηση «εξαιρετική», το 35.6% «καλή», το 24.4% «μέτρια» και μόλις το 2.2% «κακή». Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 22.0%, 50.0% και 28.0%. Κανένας φοιτητής από αυτό το τμήμα δεν έχει δώσει την απάντηση «κακή» (διάγραμμα 15).



**Διάγραμμα 15: Βαθμολόγηση όρεξης ανά τμήμα σπουδών**

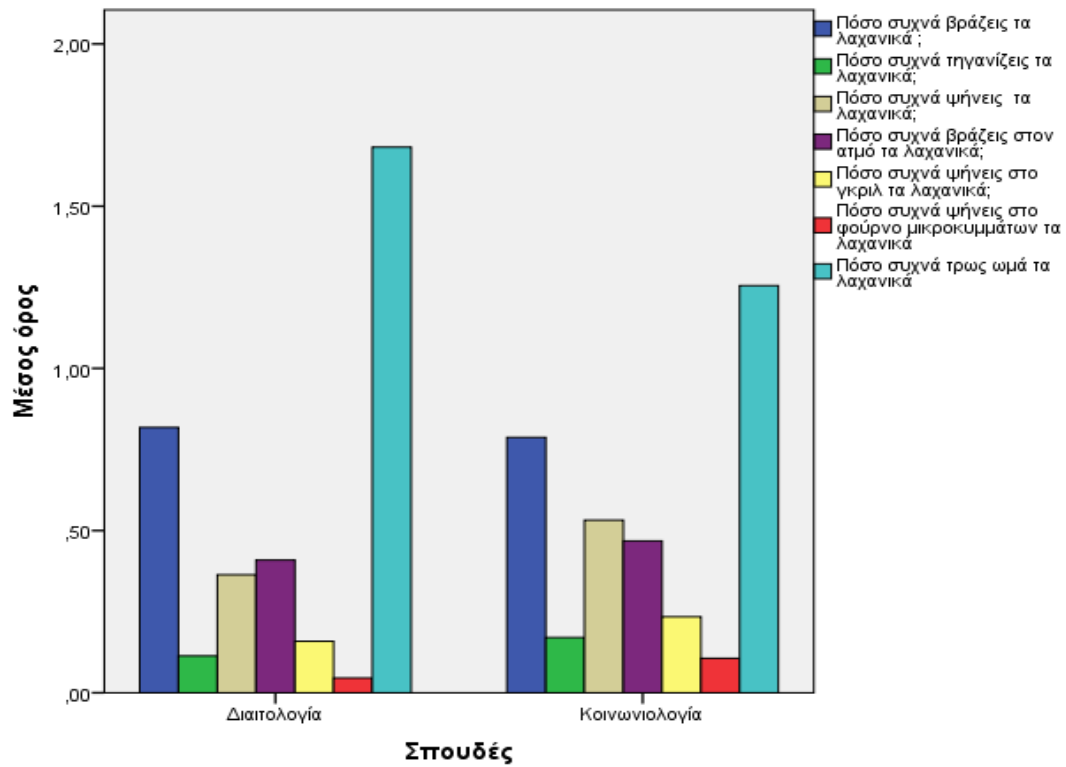
Αναφορικά με τον τρόπο μαγειρέματος κρέατος όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 16, τόσο οι Διαιτολόγοι όσο και οι Κοινωνιολόγοι προτιμούν κατά μέσο όρο να ψήνουν το κρέας, ενώ σχεδόν ποτέ δεν τρώνε ωμό κρέας, κρέας στο μικροκυμάτων ή και βραστό κρέας.

Σχετικά με τον τρόπο μαγειρέματος λαχανικών όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 17, τόσο οι Διαιτολόγοι όσο και οι Κοινωνιολόγοι κατά μέσο όρο προτιμούν να τρώνε τα λαχανικά ωμά, ενώ σχεδόν ποτέ δεν επιλέγουν να τα φτιάχνουν τηγανιτά, στο μικροκυμάτων ή στο γκριλ.



**Διάγραμμα 16: Τρόπος μαγειρέματος κρέατος ανά τμήμα σπουδών**

\* 3 = Συχνά, 2= Περιστασιακά, 1 = Σπάνια, 0 = Ποτέ



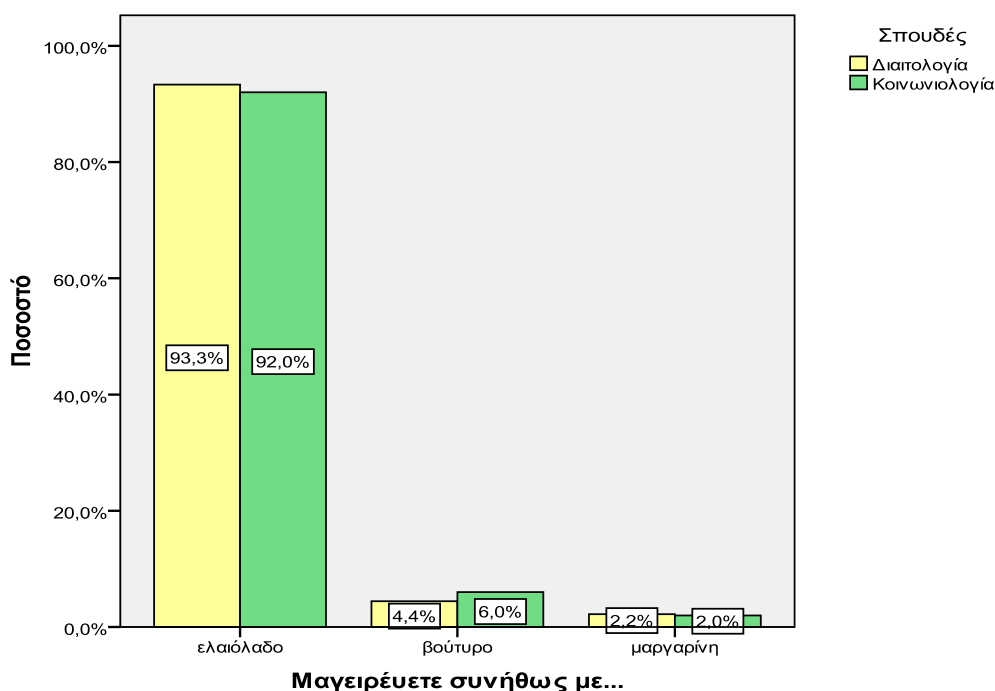
**Διάγραμμα 17: Τρόπος μαγειρέματος λαχανικών ανά τμήμα σπουδών**

\* 3 = Συχνά, 2= Περιστασιακά, 1 = Σπάνια, 0 = Ποτέ

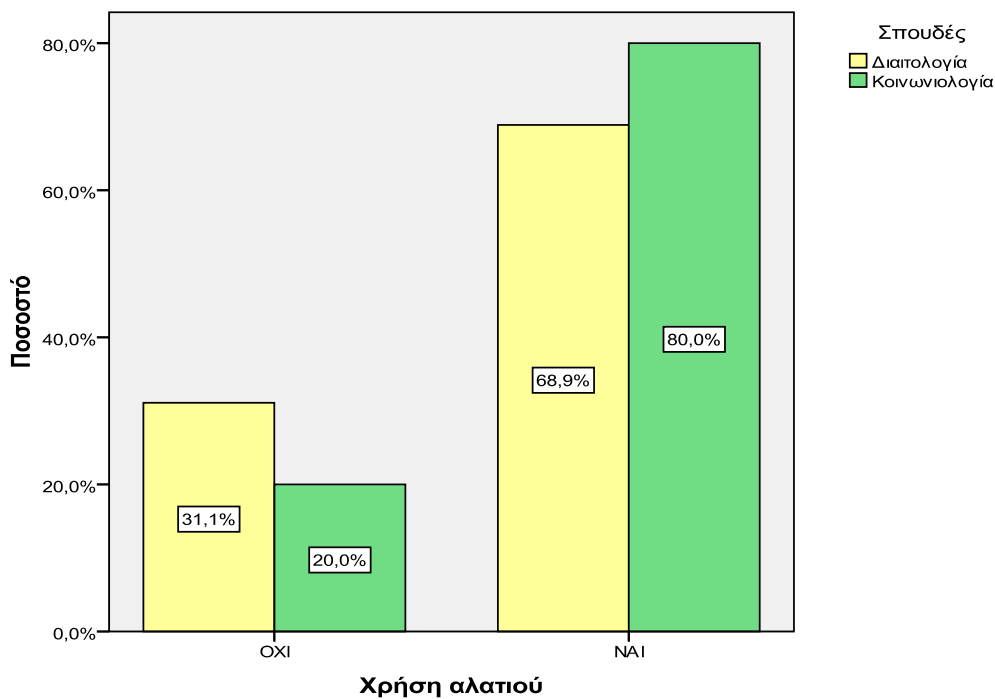
Από την άλλη και τα δύο εξεταζόμενα δείγματα προτιμούν το ελαιόλαδο όταν μαγειρεύουν. Ειδικότερα το 93.3% των Διαιτολόγων χρησιμοποιεί ελαιόλαδο, το 4.4% βούτυρο και μόλις το 2.2% μαργαρίνη. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 92.0%, 6.0% και 2.0% (βλ. διάγραμμα 18).

Το 68.9% των Διαιτολόγων χρησιμοποιεί αλάτι κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος, ενώ το 31.1% έχει δώσει αρνητική απάντηση. Από το δείγμα των φοιτητών Κοινωνιολογίας αισθητά μεγαλύτερο ποσοστό (80.0%) χρησιμοποιεί αλάτι όταν μαγειρεύει (βλ. διάγραμμα 19).

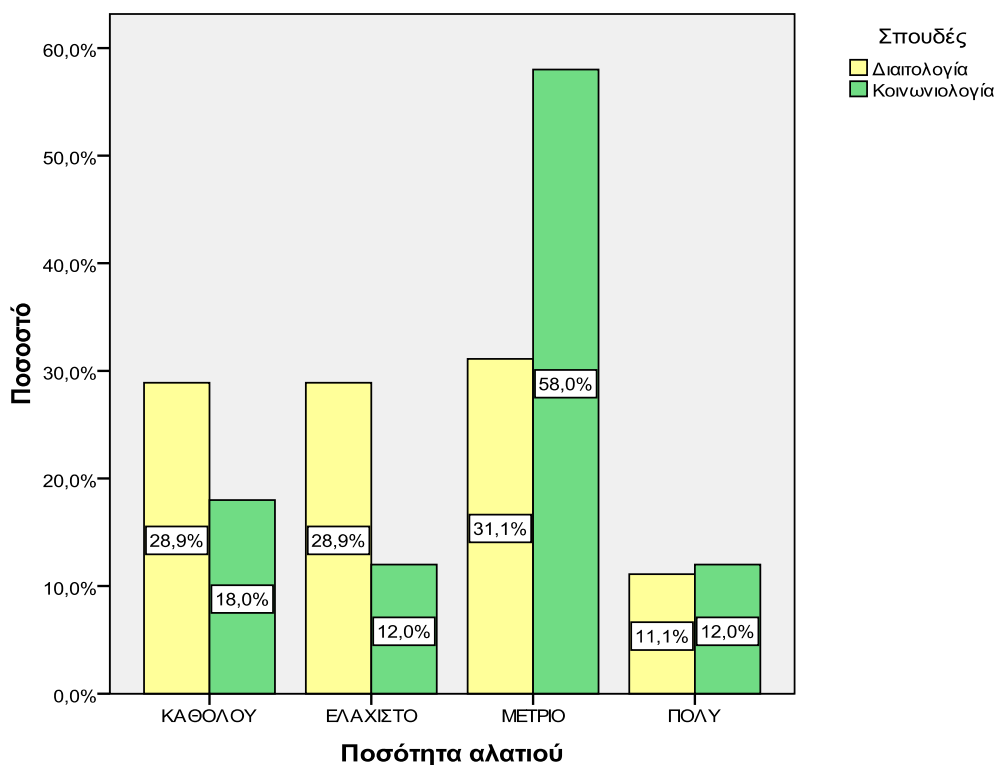
Αναφορικά με την ποσότητα του αλατιού, το 28.9% των Διαιτολόγων δεν χρησιμοποιεί καθόλου αλάτι, το 28.9% χρησιμοποιεί ελάχιστο, το 31.1% μέτρια ποσότητα και μόλις το 11.1% μεγάλη. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 18.0%, 12.0%, 58.0% και 12.0%. Διαπιστώνεται δηλαδή πως οι φοιτητές Κοινωνιολογίας χρησιμοποιούν πολύ πιο συχνά το αλάτι στα φαγητά τους (βλ. διάγραμμα 20).



Διάγραμμα 18: Τρόπος μαγειρέματος ανά τμήμα σπουδών

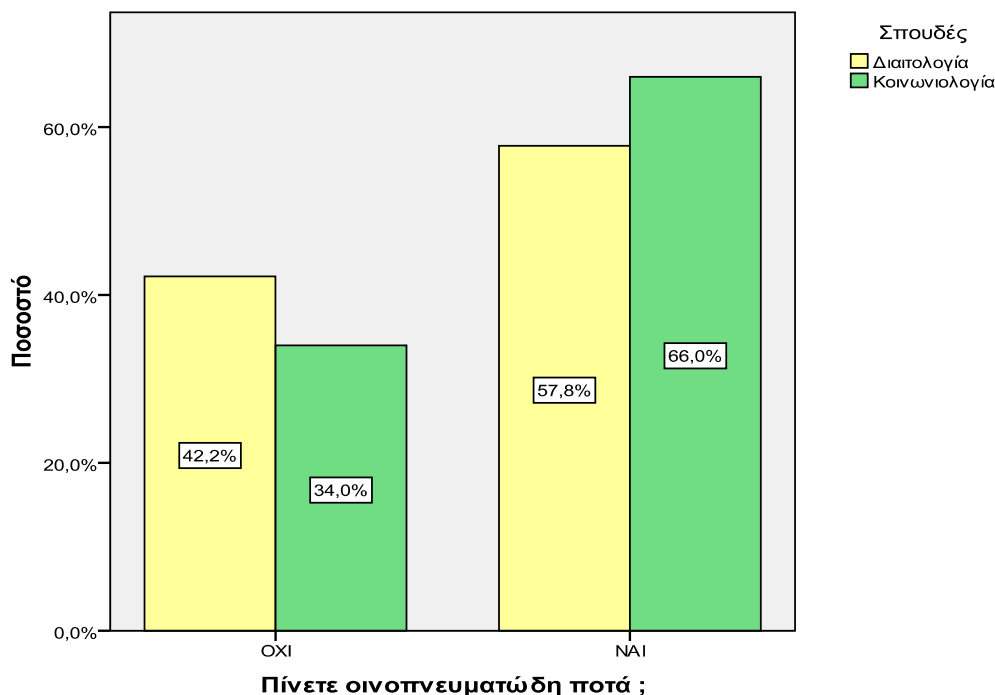


**Διάγραμμα 19: Χρήση αλατιού ανά τμήμα σπουδών**



**Διάγραμμα 20: Ποσότητα αλατιού που χρησιμοποιείται ανά τμήμα σπουδών**

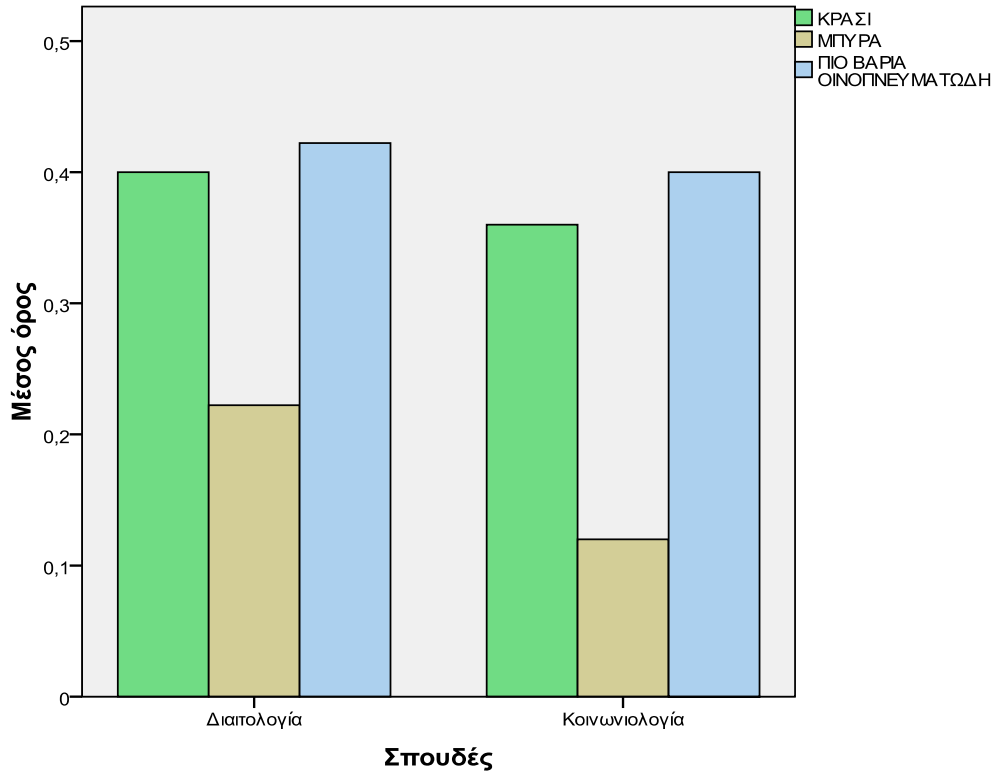
Στην ερώτηση «πίνετε οινοπνευματώδη ποτά», το 57.8% των Διαιτολόγων έχει δώσει θετική απάντηση ενώ το 42.2% αρνητική. Στην περίπτωση των Κοινωνιολόγων οι θετικές απαντήσεις είναι περισσότερες (66.0%) (βλ. διάγραμμα 21).



**Διάγραμμα 21: Ποσοστό ερωτηθέντων που καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά ανά τμήμα σπουδών**

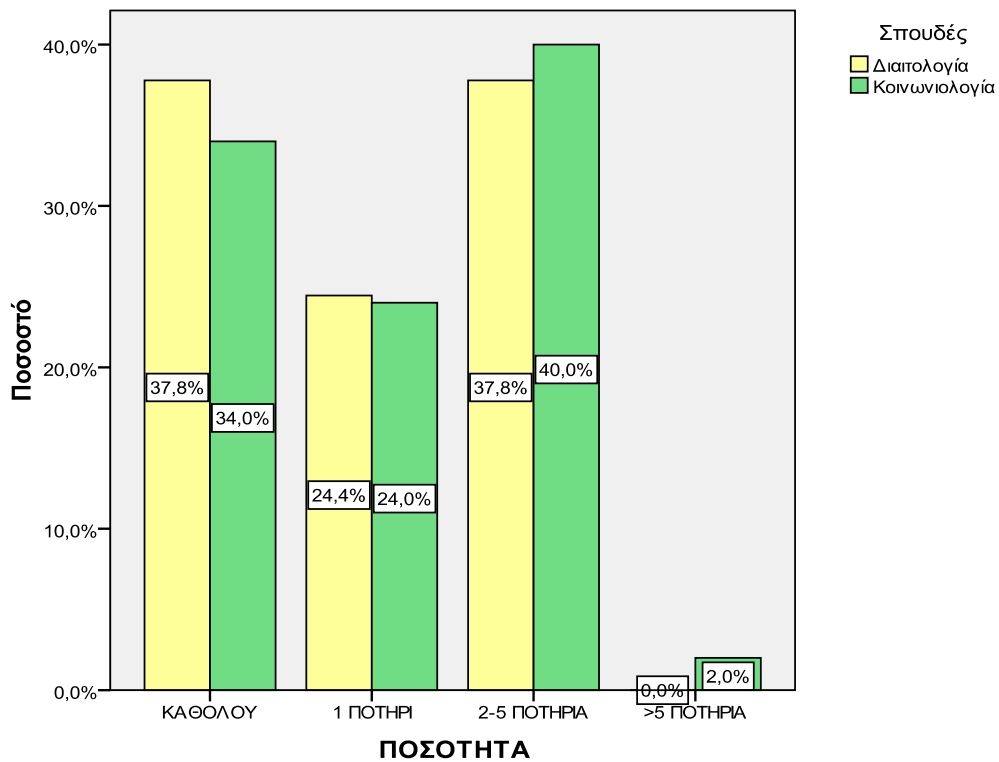
Κατά μέσο όρο τόσο οι Διαιτολόγοι όσο και οι Κοινωνιολόγοι καταναλώνουν κυρίως κρασί αλλά και πιο βαριά οινοπνευματώδη ποτά και σπανιότερα μπύρα (βλ. διάγραμμα 22).

Αναφορικά με την ποσότητα κατανάλωσης παρατηρείται από το διάγραμμα 23 ότι από τους Διαιτολόγους το 37.8% δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά, το 24.4% ένα ποτήρι, το 37.8% μεταξύ 2-5 ποτήρια και κανένας άνω των 5 ποτηριών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 34.0%, 24.0%, 40.0% και 2.0%. Φανερώνεται πως οι τελευταίοι καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών.



\* 0 = όχι  
1 = ναι

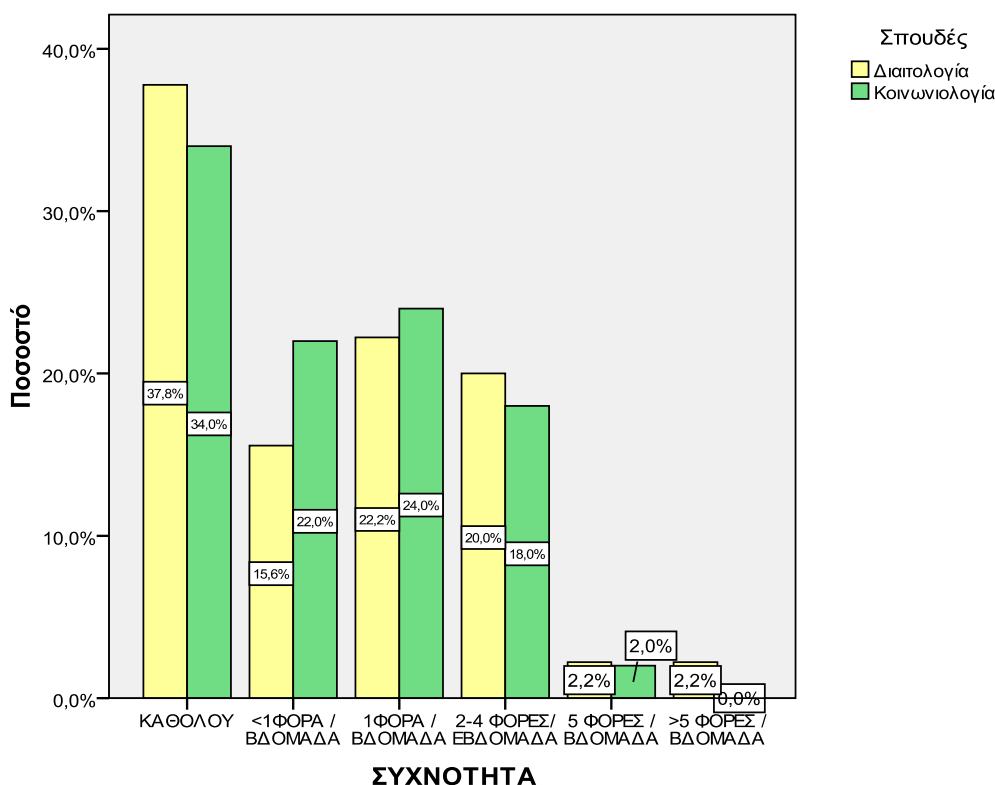
Διάγραμμα 22: Είδος ποτών που καταναλώνονται ανά τμήμα σπουδών



Εικόνα 23: Ποσότητα ποτού που καταναλώνεται ανά τμήμα σπουδών



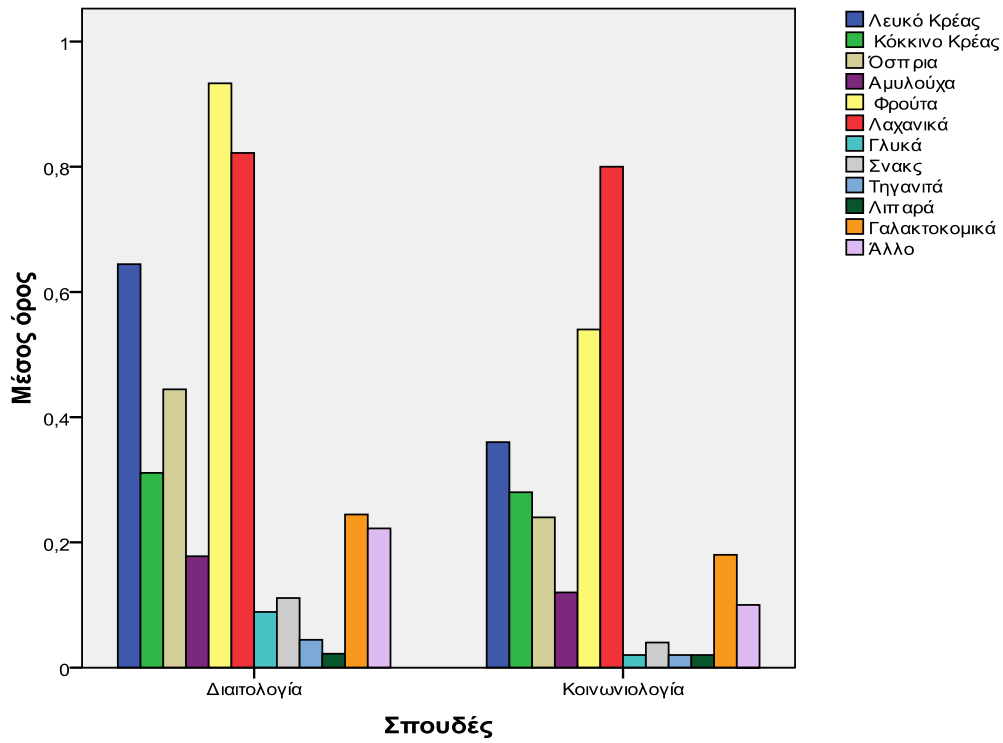
Τέλος αναφορικά με την εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης ποτών, το 15.6% των Διαιτολόγων καταναλώνει λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, το 22.2% 1 φορά, το 20.0% από 2 έως 4 φορές, το 2.2% 5 φορές και το 2.2% άνω των 5. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 22.0%, 24.0%, 18.0% και 2.0% (βλ. διάγραμμα 24).



**Διάγραμμα 24: Συχνότητα κατανάλωσης ποτών ανά τμήμα σπουδών**

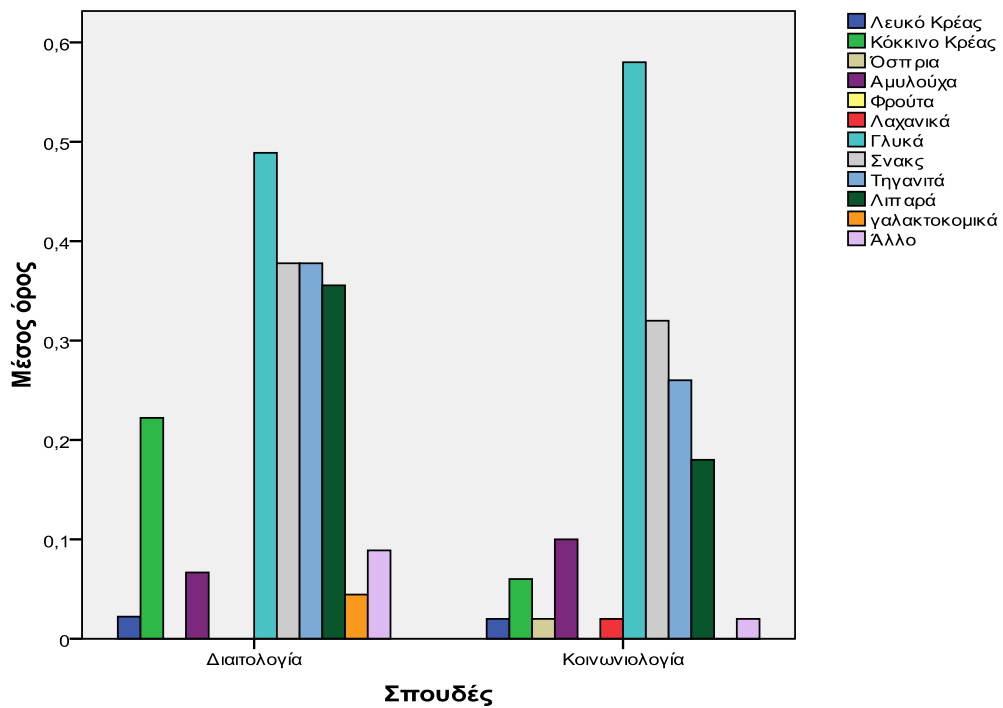
Στην ερώτηση «ποια τρόφιμα θεωρείται καλά για την υγεία σας», τόσο οι φοιτητές Διαιτολογίας όσο και οι φοιτητές Κοινωνιολογίας εκφράζουν θετική άποψη για τα φρούτα, τα λαχανικά και το λευκό κρέας (βλ. διάγραμμα 25).

Από την άλλη σύμφωνα και πάλι με τις δύο ομάδες φοιτητών τα τρόφιμα που βλάπτουν την υγεία είναι με σειρά προτεραιότητας τα γλυκά, τα σνακς, τα τηγανιτά καθώς και τα λιπαρά (βλ. διάγραμμα 26).



Διάγραμμα 25: Τρόφιμα που θεωρούνται καλά για την υγεία ανά τμήμα σπουδών

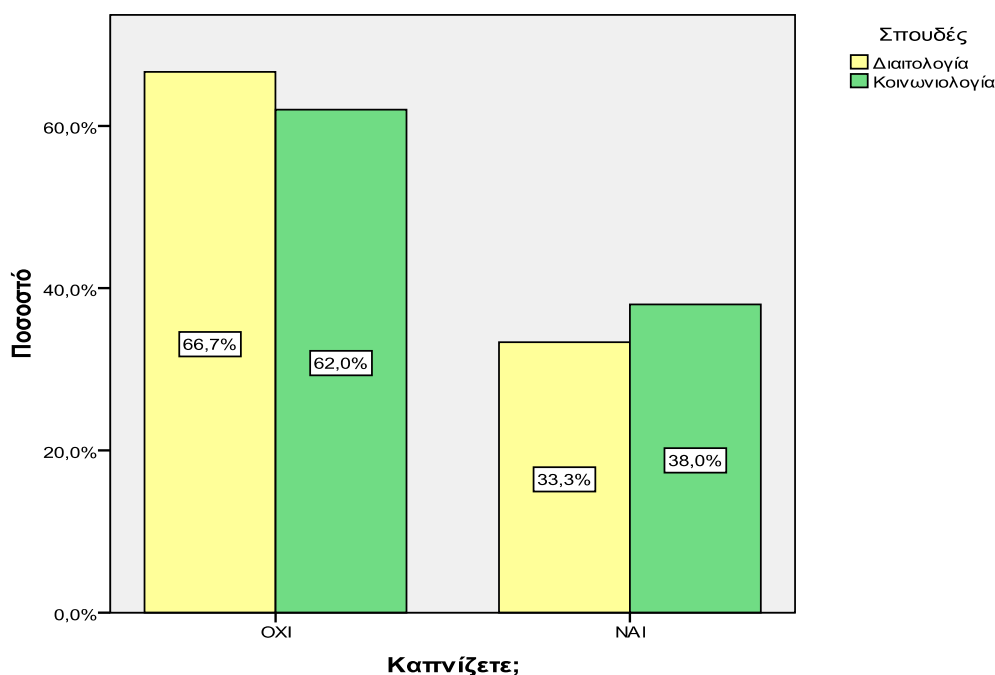
\* 0 = όχι  
1 = ναι



Διάγραμμα 26: Τρόφιμα που θεωρείται πως βλάπτουν ανά τμήμα σπουδών

\* 0 = όχι  
1 = ναι

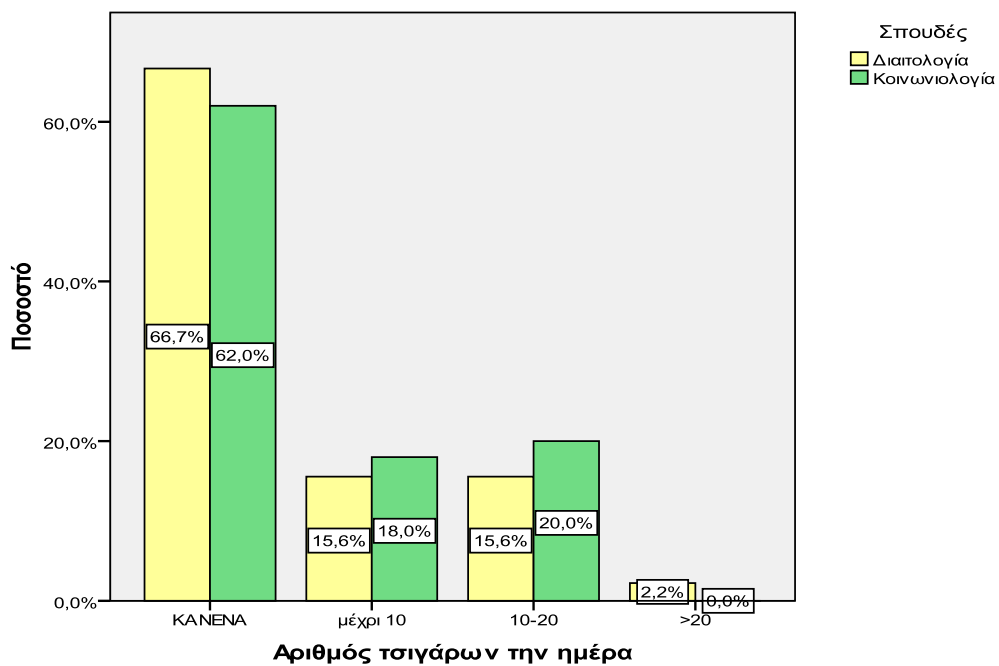
Όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στο διάγραμμα 27, το 33.3% των Διαιτολόγων καπνίζει ενώ το 66.7% έχει δώσει αρνητική απάντηση. Το ποσοστό των Κοινωνιολόγων που καπνίζει είναι ελαφρώς αυξημένο (38.0%).



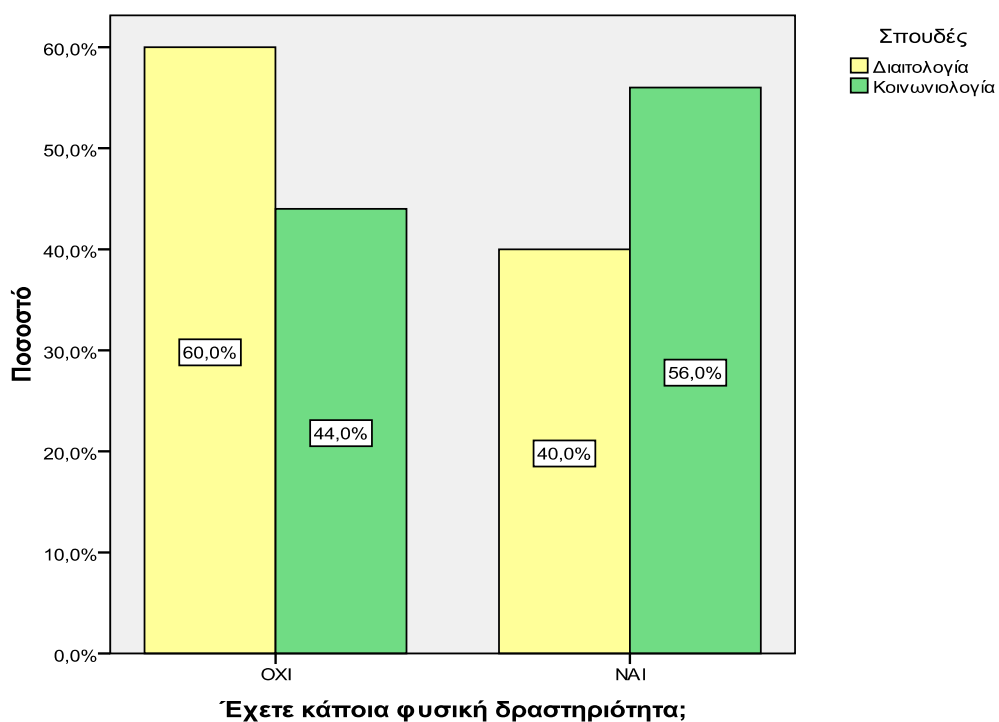
**Διάγραμμα 27: Ποσοστό ερωτηθέντων που καπνίζει ανά τμήμα σπουδών**

Από τους Διαιτολόγους που καπνίζουν το 15.6% καπνίζει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 15.6% από 10 έως 20, ενώ το 2.2% άνω των 20. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 18.0%, 20.0% ενώ κανένας από το δείγμα αυτό δεν καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα (βλ. διάγραμμα 28).

Από την άλλη το 40% των Διαιτολόγων δηλώνει πως έχει κάποια φυσική δραστηριότητα ενώ το 60.0% έχει δώσει αρνητική απάντηση. Το ποσοστό των Κοινωνιολόγων που κάνει φυσική δραστηριότητα είναι αυξημένο (56.0%) (βλ. διάγραμμα 29).

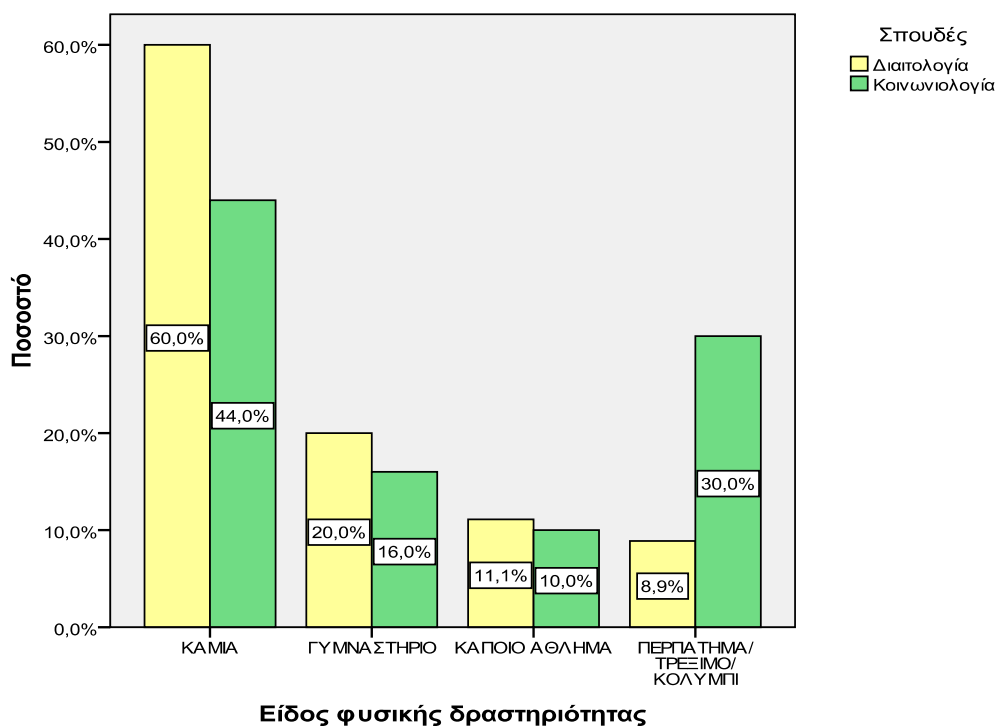


Διάγραμμα 28: Αριθμός τσιγάρων την ημέρα ανά τμήμα σπουδών



Εικόνα 29: Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει κάποια φυσική δραστηριότητα ανά τμήμα σπουδών

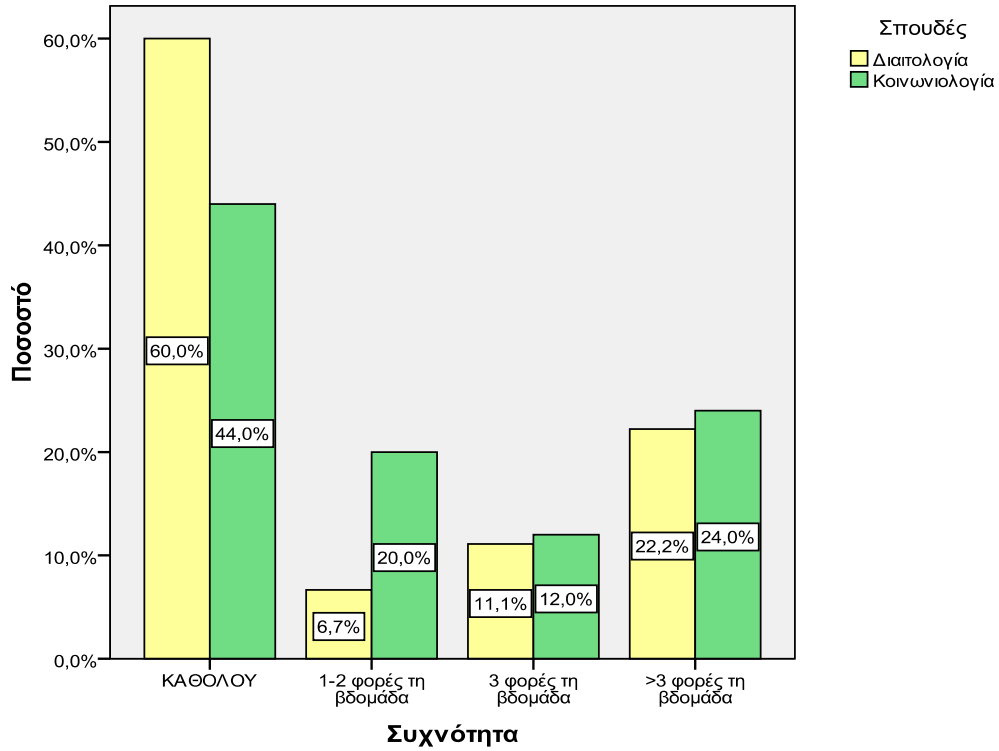
Αναφορικά με το είδος της φυσικής δραστηριότητας το 20.0% των Διαιτολόγων πηγαίνει γυμναστήριο, το 11.1% κάνει άλλο άθλημα και το 8.9% περπάτημα, τρέξιμο και κολύμπι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 16.0%, 10.0% και 30.0% (βλ. διάγραμμα 30).



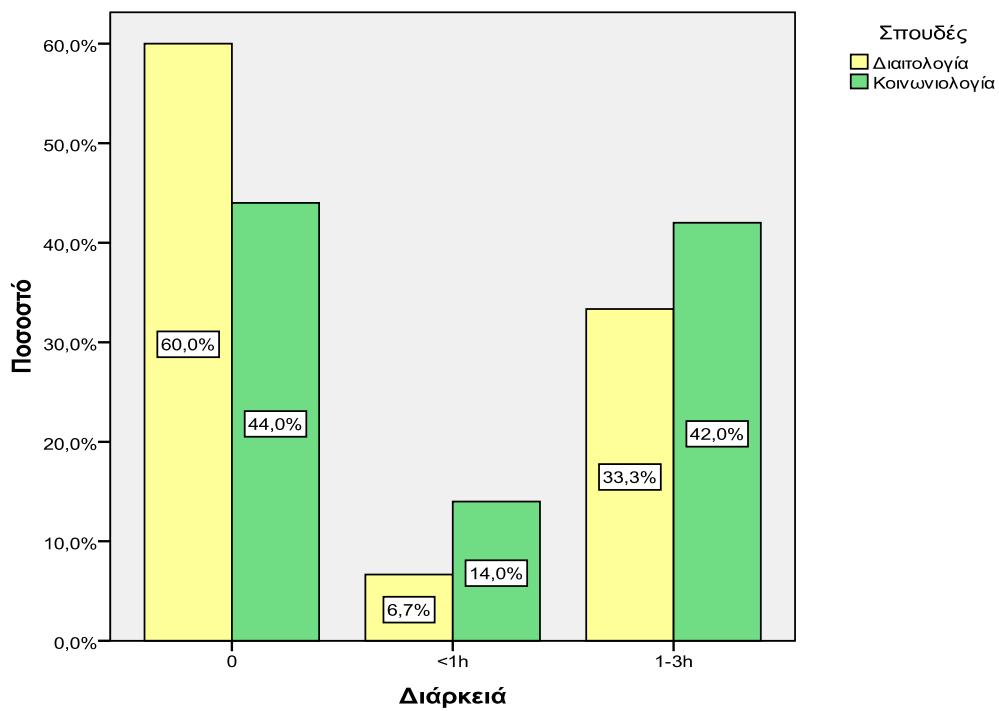
**Διάγραμμα 30: Είδος φυσικής δραστηριότητας ανά τμήμα σπουδών**

Οι Διαιτολόγοι αθλούνται κατά κύριο λόγο συχνά - πάνω από 3 φορές την εβδομάδα (22.2%), το 11.1% 3 φορές την εβδομάδα και μόλις το 6.7% 1-2 φορές την εβδομάδα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 24.0%, 11.1% και 20.0% (βλ. διάγραμμα 31).

Τέλος αναφορικά με την διάρκεια της άθλησης, το 33.3% των Διαιτολόγων κάνει φυσική δραστηριότητα από 1 έως 3 ώρες ενώ μόλις το 6.7% λιγότερο από μια ώρα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας είναι 42.0% και 6.7% (βλ. διάγραμμα 32).

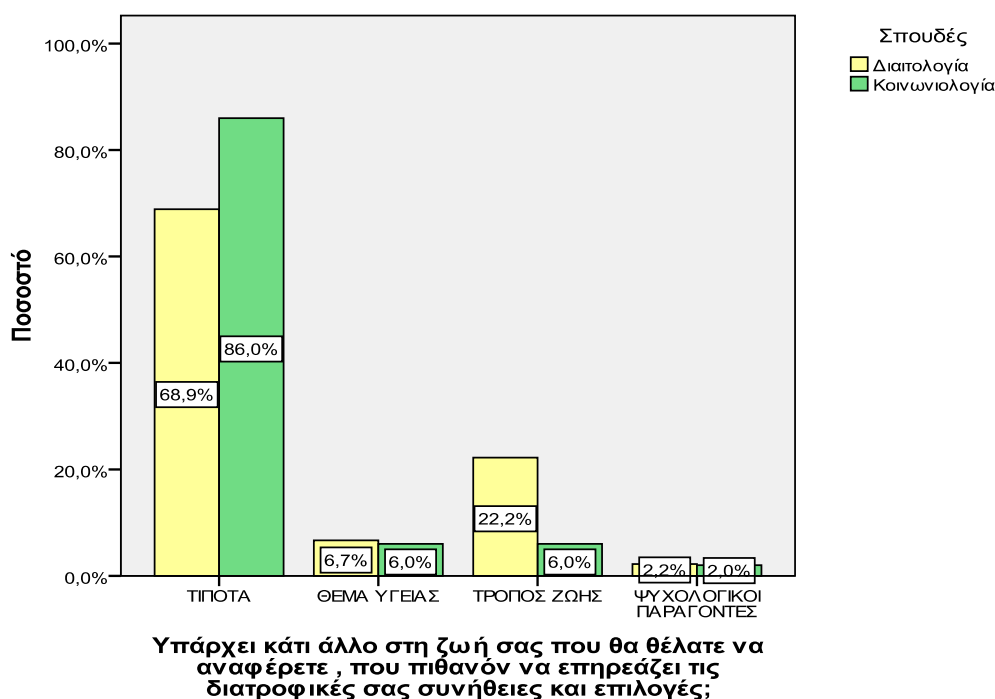


**Διάγραμμα 31: Συχνότητα άθλησης ανά τμήμα σπουδών**



**Διάγραμμα 32: Διάρκεια άθλησης ανά τμήμα σπουδών**

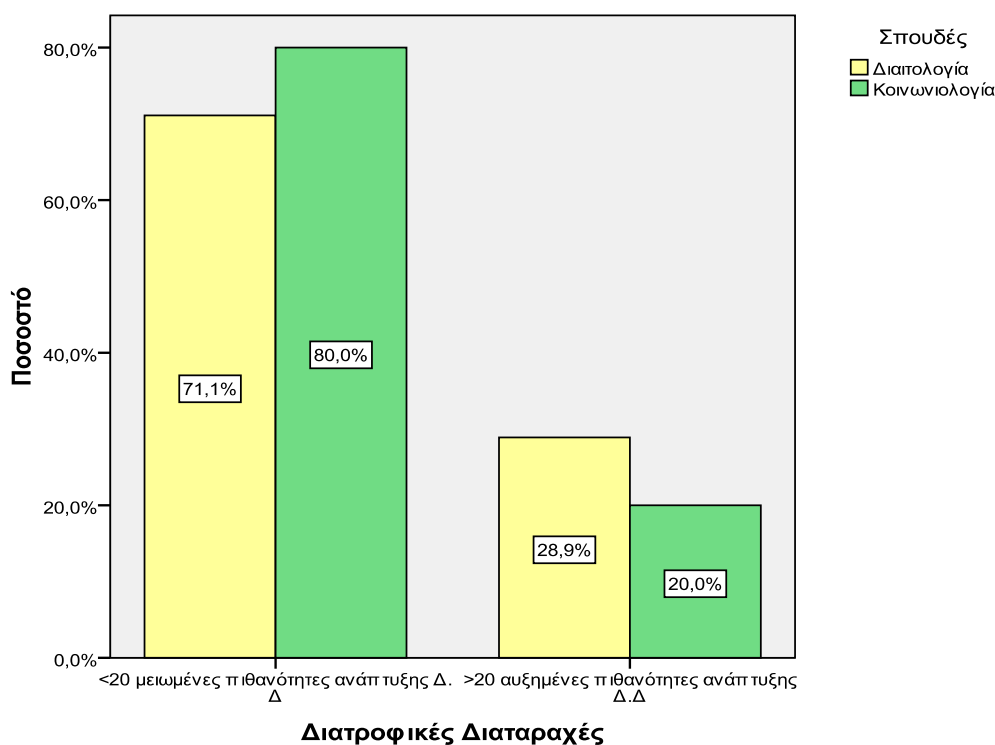
Τέλος στην ερώτηση «υπάρχει άλλο ζήτημα που πιθανόν να επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες και επιλογές», οι περισσότεροι φοιτητές δεν έχουν δώσει κάποια απάντηση. Παρόλο αυτά το 6.7% των Διαιτολόγων έχει απαντήσει «θέματα υγείας», το 22.2% «τρόπος ζωής» και το 2.2% «ψυχολογικοί παράγοντες». Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 6.0%, 6.0% και 2.0% (βλ. διάγραμμα 33).



Διάγραμμα 33: Άλλα ζητήματα που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες

### 3.3 Διαταραχές Διατροφικών Συνηθειών (EAT – 26)

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει πως τα άτομα του δείγματος δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα συμπτώματα Διαταραγμένων Διατροφικών Συνηθειών. Ειδικότερα το 71.1% των φοιτητών Διαιτολογίας εμφανίζει μειωμένη πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών και μόλις το 28.9% αυξημένη πιθανότητα (>20). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας είναι 80.0% και 20.0% (βλ. διάγραμμα 34). Όπως παρατηρείται οι διαφορές μεταξύ των δύο δειγμάτων είναι μικρές. Κάτι τέτοιο αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα του ελέγχου t- test που δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $t = -1.139$ ;  $p > 0.05$ ) ως προς την ανάπτυξη Διαταραχών Διατροφικών Συνηθειών μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας και Κοινωνιολογίας (βλ. πίνακα 3).



**Διάγραμμα 34: Διατροφικές Διαταραχές ανά τμήμα σπουδών**

**Πίνακας 3: Έλεγχος διακυμάνσεων t-test μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας και Κοινωνιολογίας ως προς την πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών διαταραχών**

	Σπουδές	N	Mean	t	p-value
Διατροφικές	Διαπολογία	45	11,76	-1.139	0.258
Διαταραχές	Κοινωνιολογία	50	14,22		

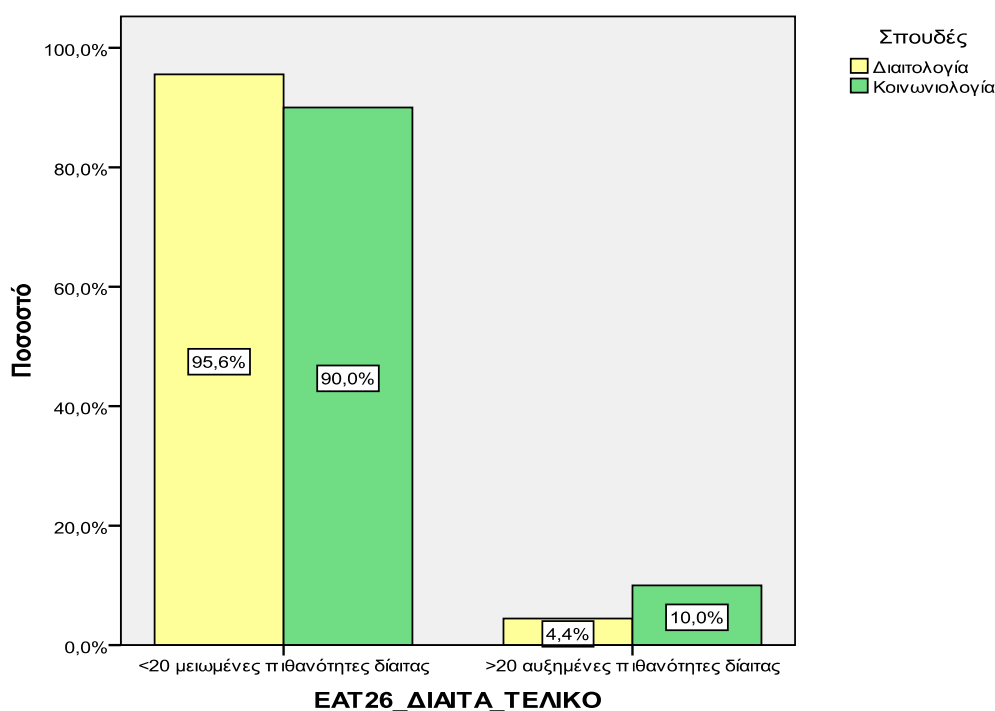
(EAT26)

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου EAT-26 παρατηρούνται τα εξής. Για την πρώτη κλίμακα – διατροφικές διαταραχές λόγω ενασχόλησης με δίαιτες αδυνατίσματος παρατηρείται πως οι φοιτητές και από τις δύο εξεταζόμενες ομάδες έχουν μικρή πιθανότητα εμφάνισης τέτοιου είδους διαταραχών (βλ. σχήμα 35).

Για τις άλλες δύο κλίμακες και συγκεκριμένα: 1) διατροφικές διαταραχές λόγω βουλιμίας και ενασχόληση με φαγητό και 2) διατροφικές διαταραχές λόγω



μειωμένου αυτοελέγχου, διαπιστώθηκε πως κανένας από τους φοιτητές του δείγματος δεν εμφανίζει πιθανότητες ανάπτυξη τέτοιου είδους διαταραχών.



**Διάγραμμα 35: Πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω ενασχόλησης με δίαιτες αδυνατίσματος ανά τμήμα σπουδών**

Όπως γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω και για τις τρεις κλίμακες του EAT – 26, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φοιτητών των δύο δειγμάτων. Κάτι τέτοιο αποδεικνύεται και από τις σημαντικότητες που δείχνει ο έλεγχος t-test και συγκεκριμένα: Δ.Δ. λόγω διαίτας ( $t = -0.456$ ;  $p > 0.05$ ), Δ.Δ. λόγω βουλιμίας ( $t = -1.241$ ;  $p > 0.05$ ) και Δ.Δ. λόγω έλλειψης αυτοελέγχου ( $t = -1.401$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. πίνακα 4).

**Πίνακας 4: Έλεγχος διακυμάνσεων t-test μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας και Κοινωνιολογίας ως προς τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου EAT – 26**

	Σπουδές	N	Mean	t	p-value
EAT26_ΔΙΑΙΤΑ	Διαίτολογία	45	6,5333	-0,456	0,649
	Κοινωνιολογία	50	7,2000		
EAT26_ΒΟΥΛΙΜΙΑ	Διαίτολογία	45	2,6667	-1,241	0,218
	Κοινωνιολογία	50	3,3800		
EAT26_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ	Διαίτολογία	45	2,5556	-1,401	0,164
	Κοινωνιολογία	50	3,4400		

Εξετάζοντας την πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες για τα δύο δείγματα (Κοινωνιολόγοι και Διατροφολόγοι), παρατηρούνται τα εξής:

Από τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στο διάγραμμα 84 (βλ. Παράρτημα), διαπιστώνεται πως από το σύνολο των Διαιτολόγων που εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών, το 53.1% δεν προτιμά τα γλυκά ενώ το 46.9% εντάσσει τα γλυκά στις αγαπημένες τροφές του. Από το σύνολο αυτών που εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα οι περισσότεροι με ποσοστό 76.9% δεν προτιμούν τα γλυκά. Παρόλο αυτά για το δείγμα των διαιτολόγων ο έλεγχος  $\chi^2$  δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2 = 0.140$ ;  $p > 0.05$ ) μεταξύ κατανάλωσης γλυκών και πιθανότητας ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών.

Αναφορικά με τα αντίστοιχα αποτελέσματα για το δείγμα των Κοινωνιολόγων, παρατηρούνται παρόμοια αποτελέσματα. Από το σύνολο των Κοινωνιολόγων με μειωμένη πιθανότητα για ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών οι περισσότεροι με ποσοστό 72.5% δεν καταναλώνουν γλυκά. Ο έλεγχος  $\chi^2$  και πάλι δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2 = 0.875$ ;  $p > 0.05$ ) μεταξύ κατανάλωσης γλυκών και πιθανότητας ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών για το δείγμα των Κοινωνιολόγων (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 85).

Μεταξύ αριθμού γευμάτων την ημέρα και πιθανότητας ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών επίσης δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ούτε για το δείγμα των Διαιτολόγων ( $\chi^2 = 2.270$ ;  $p > 0.05$ ), αλλά ούτε και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2 = 6.612$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. Παράρτημα, διαγράμματα 86 & 89).

Η πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών δεν επηρεάζεται ούτε από την όρεξη που έχει ένα άτομο. Αυτό ισχύει τόσο για το δείγμα των Διαιτολόγων ( $\chi^2 = 5.192$ ;  $p > 0.05$ ), όσο και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2 = 0.041$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. Παράρτημα, διαγράμματα 90 & 91).

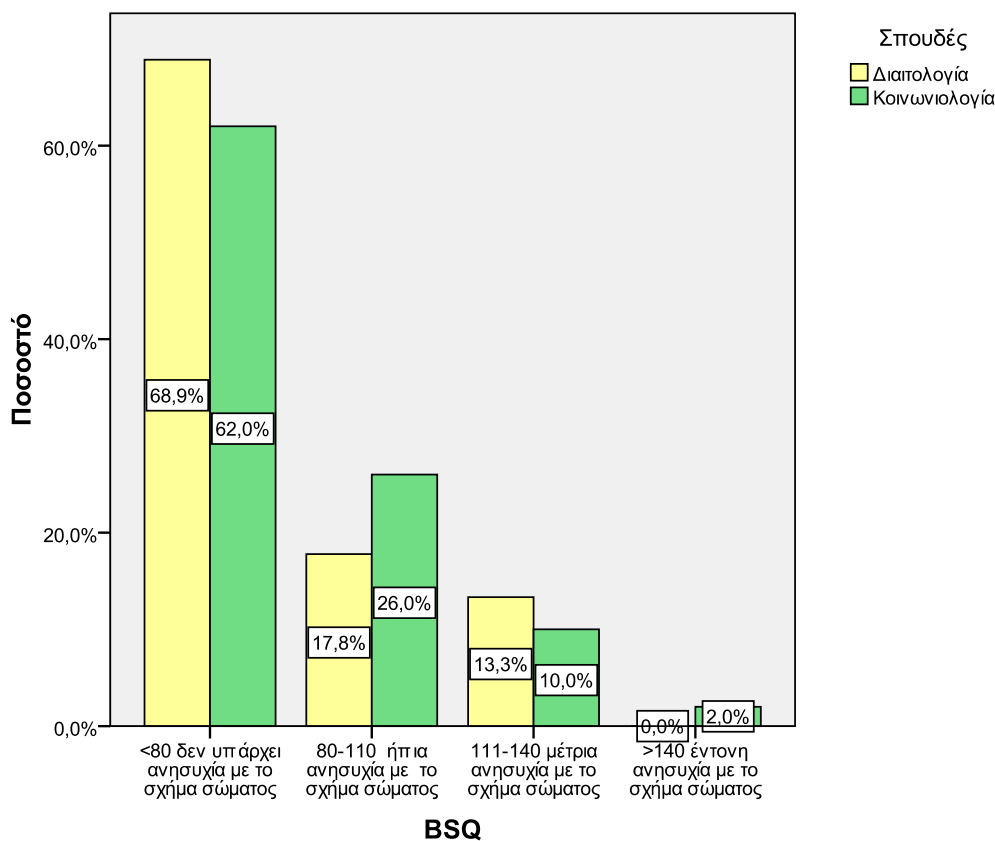
Εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και πιθανότητας εμφάνισης Δ.Δ., παρατηρείται και πάλι ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ούτε για το δείγμα των Διαιτολόγων ( $\chi^2 = 1.013$ ;  $p > 0.05$ ) ούτε για το δείγμα των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2 = 1.426$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. Παράρτημα, διαγράμματα 92 & 93).

Η πιθανότητα εμφάνισης Δ.Δ. δεν σχετίζεται ούτε με το κάπνισμα τόσο στην περίπτωση των Διαιτολόγων ( $\chi^2=0.054$ ;  $p>0.05$ ), όσο και στην περίπτωση των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2=0.340$ ;  $p>0.05$ ) (βλ. Παράρτημα, διαγράμματα 94 & 95).

Τέλος διερευνώντας τη σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και πιθανότητας εμφάνισης Δ.Δ., παρατηρείται πως δεν υπάρχει και πάλι στατιστικά σημαντική σχέση για τα δύο δείγματα – Διαιτολόγοι ( $\chi^2=0.288$ ;  $p>0.05$ ) και Κοινωνιολόγοι ( $\chi^2=0.081$ ;  $p>0.05$ ) (βλ. Παράρτημα, διαγράμματα 96 & 97).

### **3.4 Ανησυχία για το σχήμα του σώματος (BSQ – 34)**

Στο διάγραμμα 36 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναφορικά με τον βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (BSQ – 34). Όπως παρατηρείται, οι περισσότεροι ερωτώμενοι εμφανίζουν μικρή ανησυχία για το σχήμα του σώματός τους. Ειδικότερα το 68.9% των Διαιτολόγων δηλώνει μικρή ανησυχία (<80), το 17.8% ήπια (80-110), το 13.3% μέτρια (111-140) ενώ κανένας φοιτητής δεν εκφράζει έντονη ανησυχία. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας είναι 62.0%, 26.0% και 10.%. Σημειώνεται πως ένα 2.0% των Κοινωνιολόγων εκφράζει έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος.



**Διάγραμμα 36: Ανησυχία για το σχήμα του σώματος (BSQ -34) ανά τμήμα σπουδών**

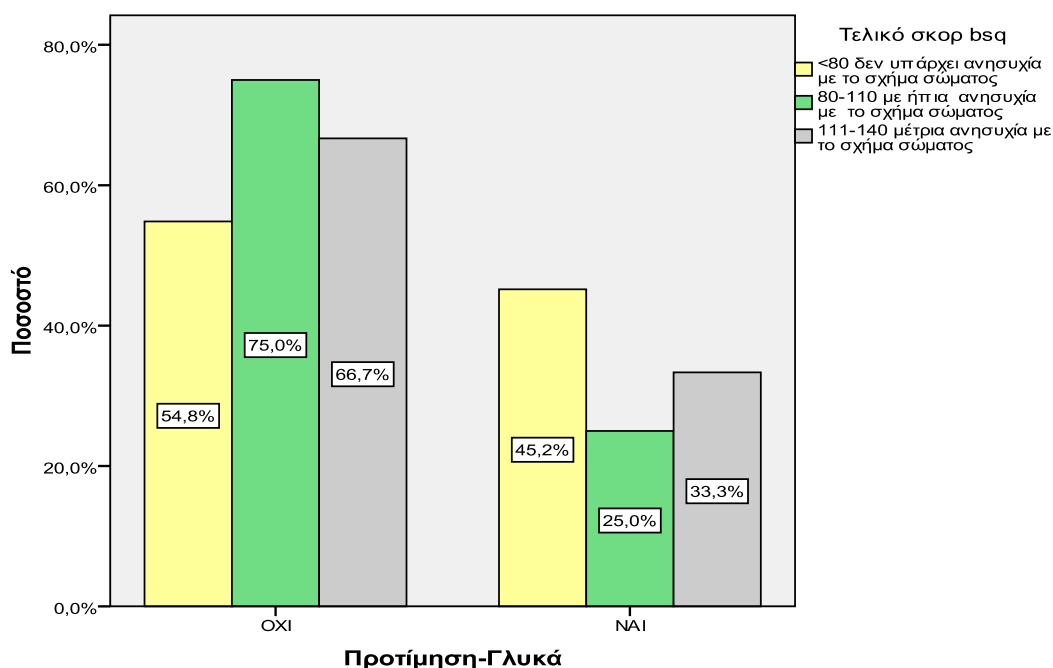
Διαπιστώνεται λοιπόν πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ φοιτητών Διαίτολογίας και Κοινωνιολογίας ως προς την ανησυχία για το σχήμα του σώματος (BSQ -34) ( $t = -0.402$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. πίνακα 5).

**Πίνακας 5: Έλεγχος διακυμάνσεων t-test μεταξύ φοιτητών Διαίτολογίας και Κοινωνιολογίας ως προς την ανησυχία για το σχήμα του σώματος (BSQ -34)**

	Σπουδές	N	Mean	t	p-value
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος (BSQ34)	Διαίτολογία	45	68,58	-0.402	0.689
	Κοινωνιολογία	50	71,06		

Εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ επιβλαβών διατροφικών συνήθειών όπως η κατανάλωση γλυκών και της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος, φανερώνεται πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα δύο δείγματα (Διαίτολόγοι ( $\chi^2 = 1.205$ ;  $p > 0.05$ ) και Κοινωνιολόγοι ( $\chi^2 = 0.869$ ;  $p > 0.05$ ).

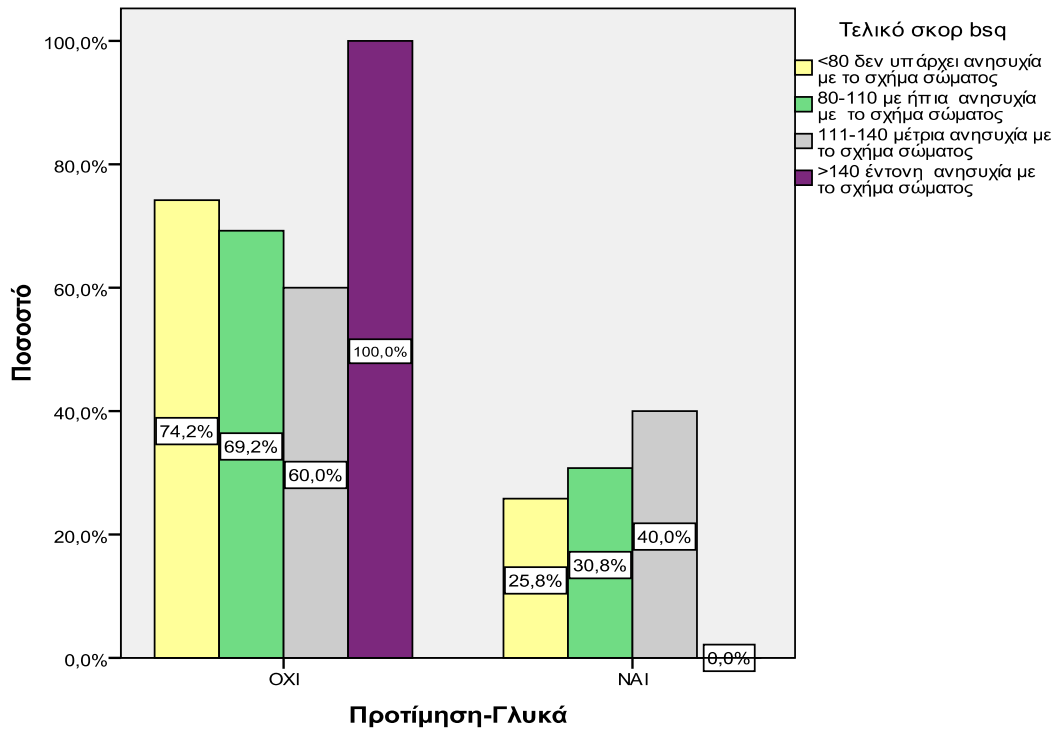
Αναλυτικότερα από τα αποτελέσματα του διαγράμματος 37 παρατηρείται πως δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές στον βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος μεταξύ διαιτολόγων που καταναλώνουν γλυκά και αυτών που δεν καταναλώνουν.



**Διάγραμμα 37: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 1.205$ ;  $p = 0.547$  ( $p > 0.05$ )

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για το δείγμα των Κοινωνιολόγων. Από το σύνολο των ατόμων με μικρή ανησυχία για το σχήμα του σώματος το 74.2% δεν καταναλώνει γλυκά ενώ το 25.8% έχει δώσει θετική απάντηση. Για αυτούς με ήπια ανησυχία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 69.2% και 30.8%, ενώ για τα άτομα με μέτρια 60.0% και 40.0%. Τέλος το σύνολο των ατόμων με έντονη ανησυχία δεν προτιμά να καταναλώνει γλυκά (βλ. διάγραμμα 38).

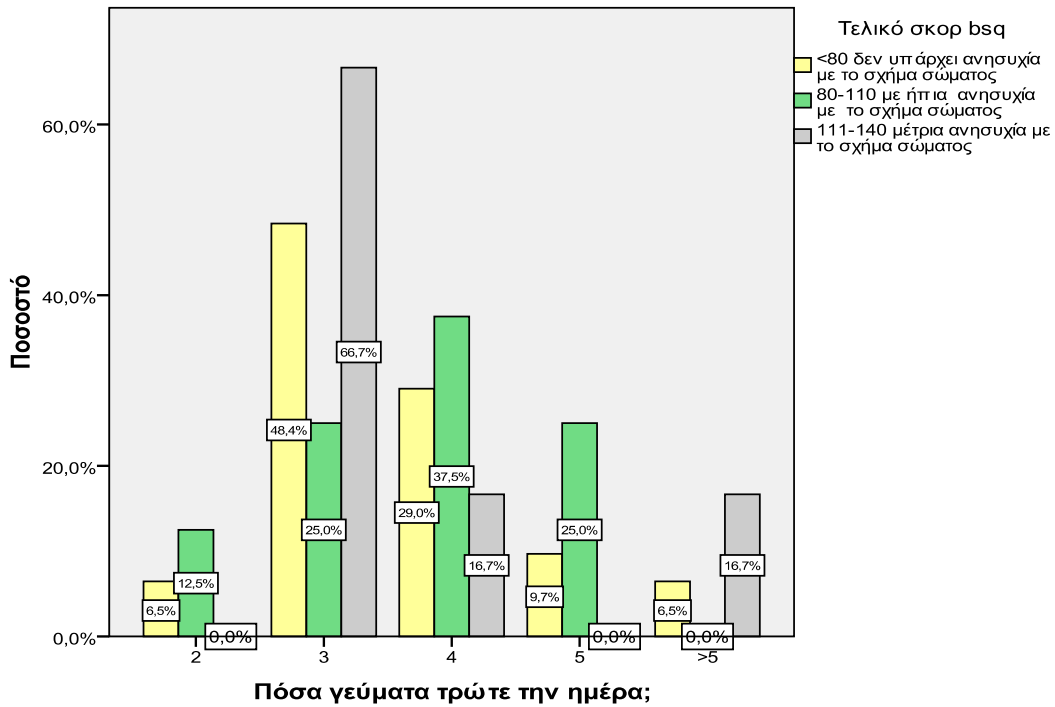


**Διάγραμμα 38: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 0.869$ ;  $p = 0.833$  ( $p > 0.05$ )

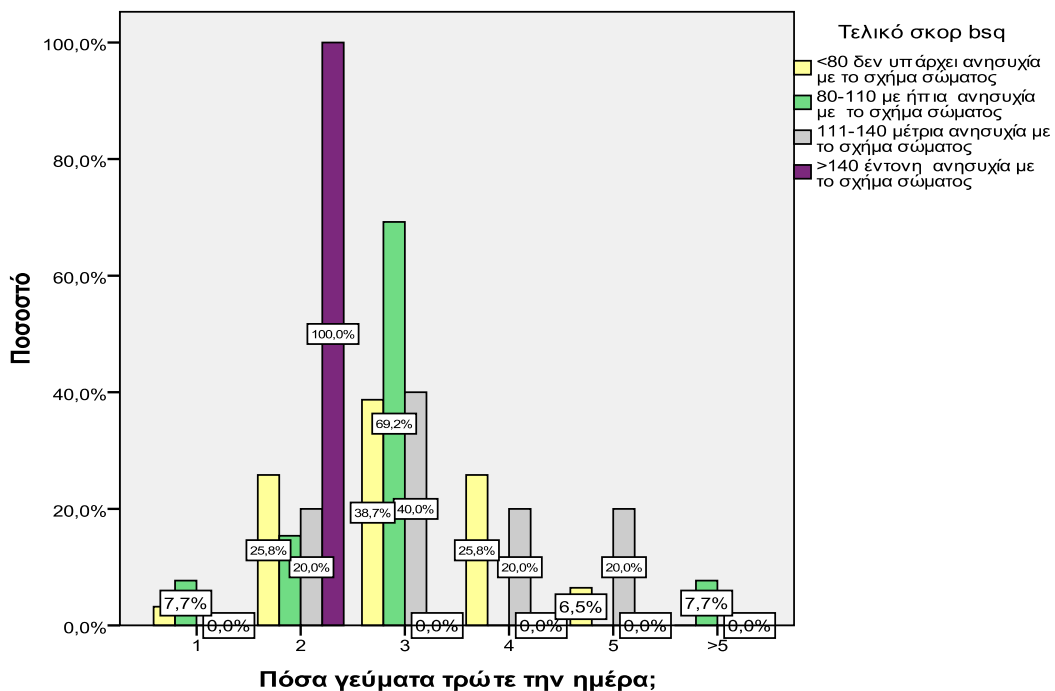
Επιπρόσθετα η ανησυχία για το σχήμα του σώματος δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον αριθμό των καθημερινών γευμάτων ούτε στην περίπτωση των Διαιτολόγων ( $\chi^2=6.213$ ;  $p>0.05$ ) ούτε σε αυτή των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2=14.907$ ;  $p>0.05$ ).

Όπως παρατηρείται στο διάγραμμα 39 τόσο οι Διαιτολόγοι που δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματος όσο και αυτοί που εκφράζουν ήπια και μέτρια ανησυχία καταναλώνουν 2-3 γεύματα την ημέρα. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και για τους κοινωνιολόγους (βλ. διάγραμμα 40).



**Διάγραμμα 39: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 6.213$ ;  $p = 0.623$  ( $p > 0.05$ )

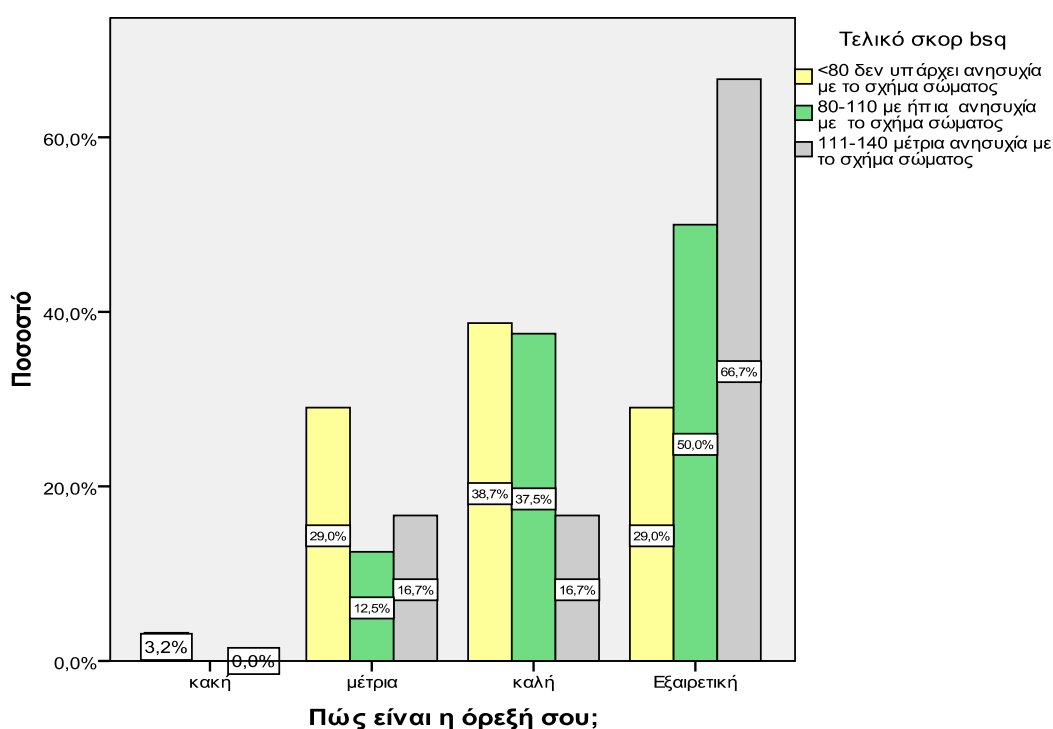


**Διάγραμμα 40: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 14.907$ ;  $p = 0.458$  ( $p > 0.05$ )

Ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι φοιτητές αξιολογούν την όρεξή τους επίσης δεν παρατηρούνται διαφορές στον βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι ( $\chi^2=4.301$ ;  $p>0.05$ ), Κοινωνιολόγοι ( $\chi^2=7.542$ ;  $p>0.05$ ).

Ειδικότερα στην περίπτωση των Διαιτολόγων παρατηρείται πως από το σύνολο αυτών που δεν έχουν καμία ανησυχία, το 39.7% δηλώνει πως έχει «καλή όρεξη» και το 29.0% «εξαιρετική». Τα αντίστοιχα ποσοστά για αυτούς με ήπια ανησυχία είναι 37.5% και 60.0%, ενώ με μέτρια ανησυχία 16.7% και 66.7%. Οι διαφορές όμως όπως έδειξε ο έλεγχος  $\chi^2$  είναι στατιστικά μη σημαντικές (βλ. διάγραμμα 41).



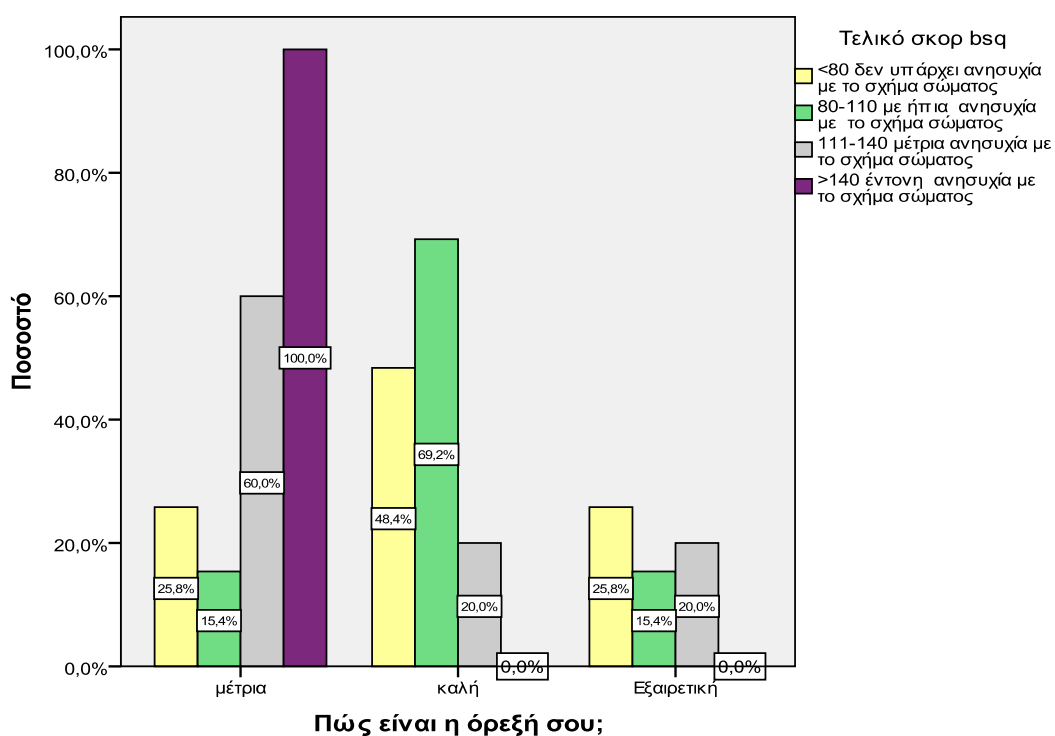
**Διάγραμμα 41: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 4.301$ ;  $p = 0.636$  ( $p>0.05$ )

Αναφορικά με τους Κοινωνιολόγους από το σύνολο αυτών που δεν έχουν καμία ανησυχία, το 48.4% δηλώνει πως έχει «καλή όρεξη» και το 26.8% «εξαιρετική». Τα αντίστοιχα ποσοστά για αυτούς με ήπια ανησυχία είναι 60.2% και 15.4%, ενώ με μέτρια ανησυχία 20.0% και 20.0%. Οι διαφορές όμως όπως έδειξε ο



έλεγχος  $\chi^2$  είναι στατιστικά μη σημαντικές. Σημειώνεται πως όλοι οι φοιτητές Κοινωνιολογίας με έντονη ανησυχία έχουν μέτρια όρεξη. (βλ. διάγραμμα 42).



**Διάγραμμα 42: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

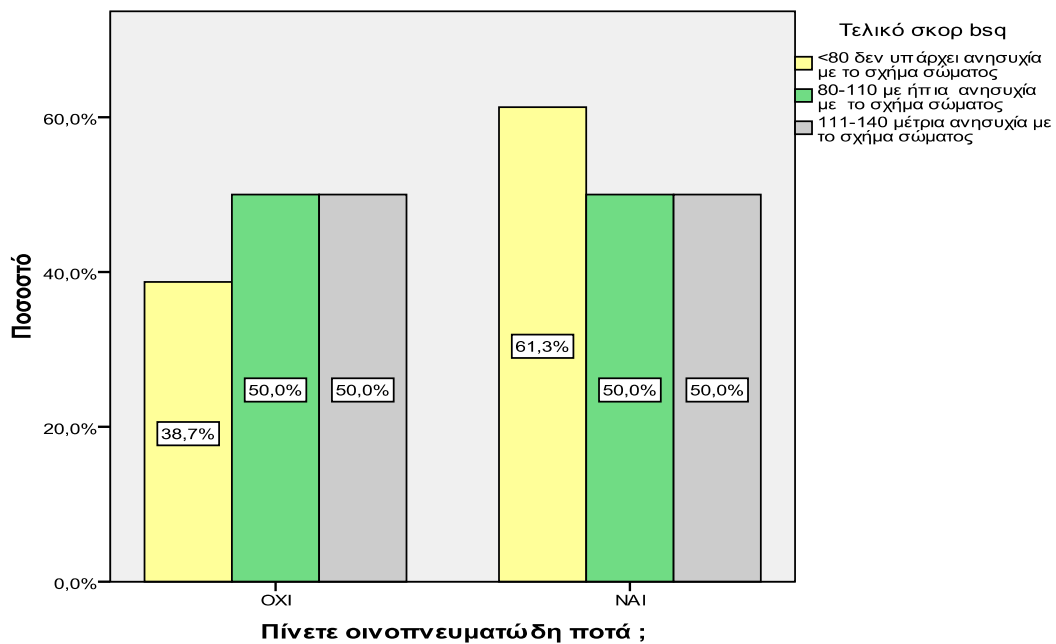
\*  $\chi^2 = 7.542$ ;  $p = 0.274$  ( $p > 0.05$ )

Εξετάζοντας τη σχέση κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και το βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος, δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο για το δείγμα των Διαιτολόγων ( $\chi^2=0.504$ ;  $p>0.05$ ), όσο και για αυτό των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2=1.792$ ;  $p>0.05$ ).

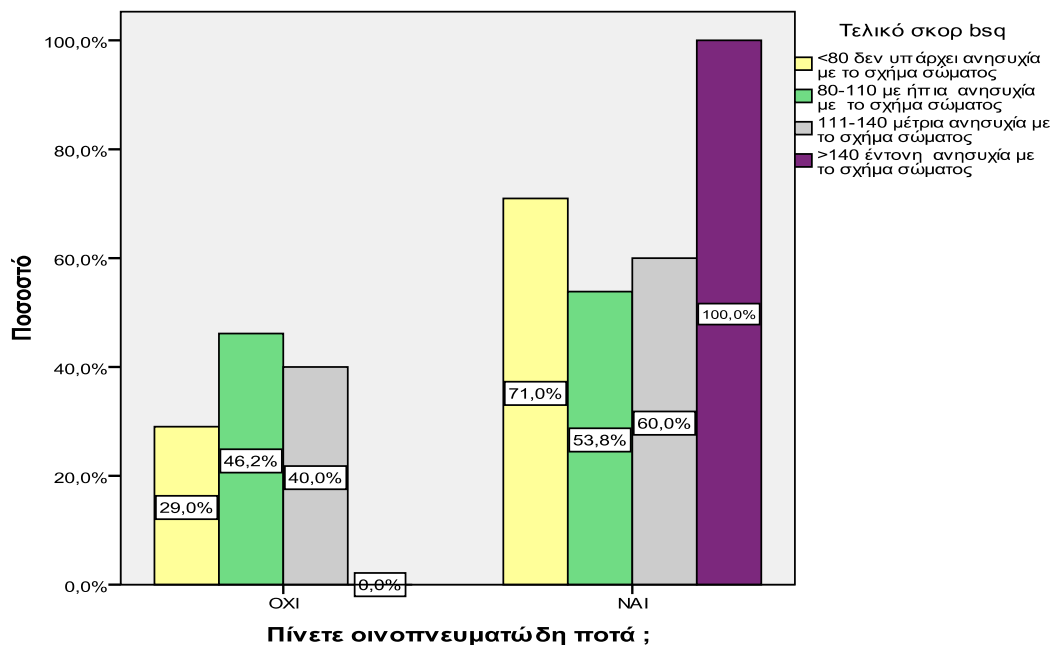
Ειδικότερα αναφορικά με τους διαιτολόγους, από το σύνολο αυτών που δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματός του το 38.7% δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά ενώ το 61.3% καταναλώνει. Τα αντίστοιχα ποσοστά για άτομα με ήπια ανησυχία είναι 50.0% και 50.0%. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με μέτρια ανησυχία (διάγραμμα 43).

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τους Κοινωνιολόγους. Από αυτούς που δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματος, το 38.7% δηλώνει πως δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά και το 61.3% έχει δώσει θετική απάντηση. Για τις υπόλοιπες κατηγορίες τα ποσοστά είναι παρόμοια. Σημειώνεται μόνο πως όσα άτομα

εκφράζουν έντονη ανησυχία για την εικόνα του σώματος, καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά (βλ. διάγραμμα 44).



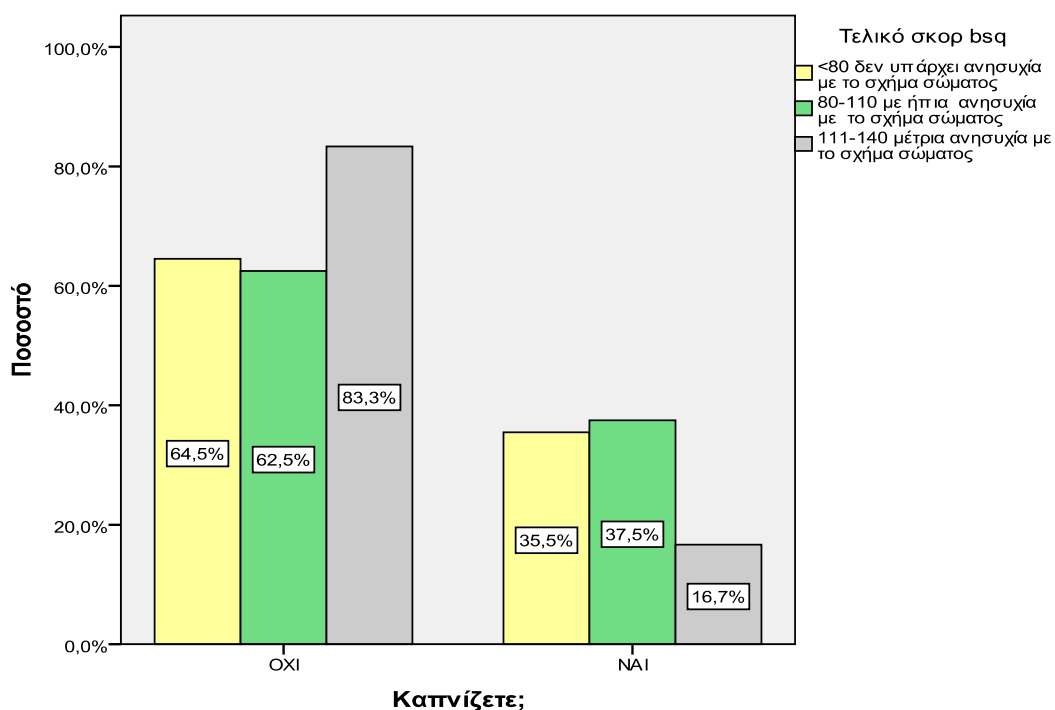
**Διάγραμμα 43: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**  
 \*  $\chi^2 = 0.504$ ;  $p = 0.777$  ( $p > 0.05$ )



**Διάγραμμα 44: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**  
 \*  $\chi^2 = 1.792$ ;  $p = 0.617$  ( $p > 0.05$ )

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στα επόμενα δύο διαγράμματα διαπιστώνεται ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει την ανησυχία που νιώθει το άτομο για το σώμα του. Αυτό ισχύει τόσο για το δείγμα των Διαιτολόγων ( $\chi^2=0.877$ ;  $p>0.05$ ), όσο και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων ( $\chi^2=2.769$ ;  $p>0.05$ ).

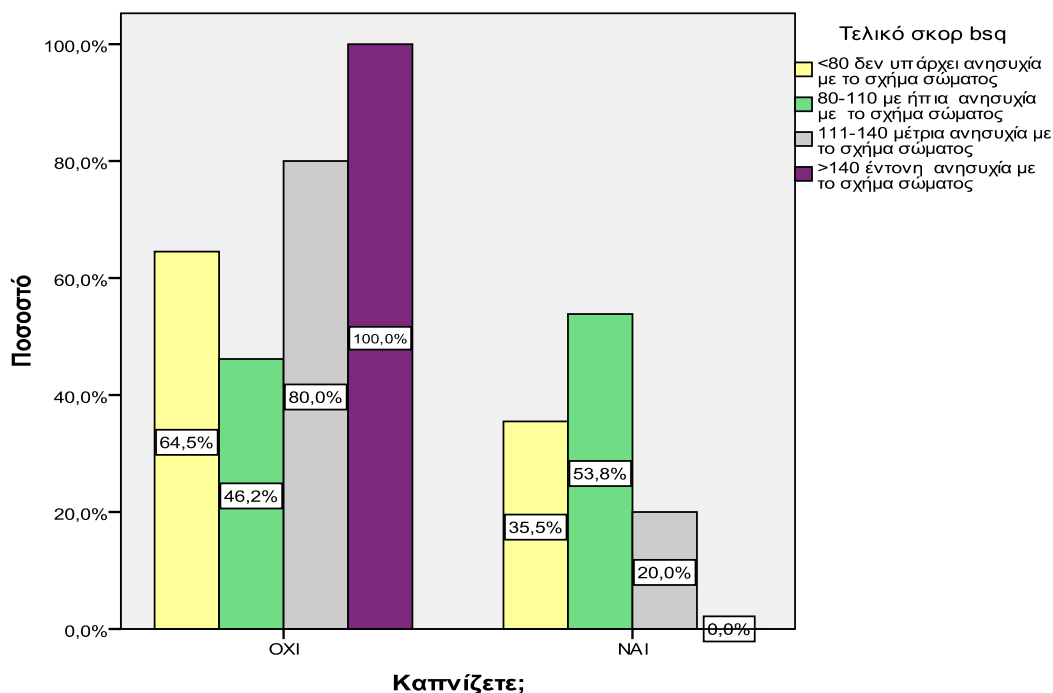
Ενδεικτικά παρατηρείται πως από το σύνολο των Διαιτολόγων που δεν εκφράζουν ανησυχία για το σώμα τους το 64.5% δεν καπνίζει ενώ το 35.5% έχει δώσει θετική απάντηση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για αυτούς με ήπια ανησυχία είναι 62.5% και 37.5%, ενώ για τους φοιτητές με μέτρια ανησυχία 83.3% και 16.7%. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά μη σημαντικές (βλ. διαγράμματα 45).



**Διάγραμμα 45: Κάπνισμα σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 0.877$ ;  $p = 0.645$  ( $p>0.05$ )

Από το σύνολο των Κοινωνιολόγων που δεν έχουν ανησυχία για το σώμα τους, το 64.5% δεν καπνίζει ενώ το 35.5% αντιπροσωπεύεται από καπνιστές. Από τα άτομα με ήπια ανησυχία το 46.2% καπνίζει και το 53.8% έχει δώσει αρνητική απάντηση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για αυτούς με μέτρια ανησυχία είναι 80.0% και 20.0%. Τέλος το σύνολο των Κοινωνιολόγων με έντονη ανησυχία αποτελείται από μη καπνιστές (βλ. διάγραμμα 46).

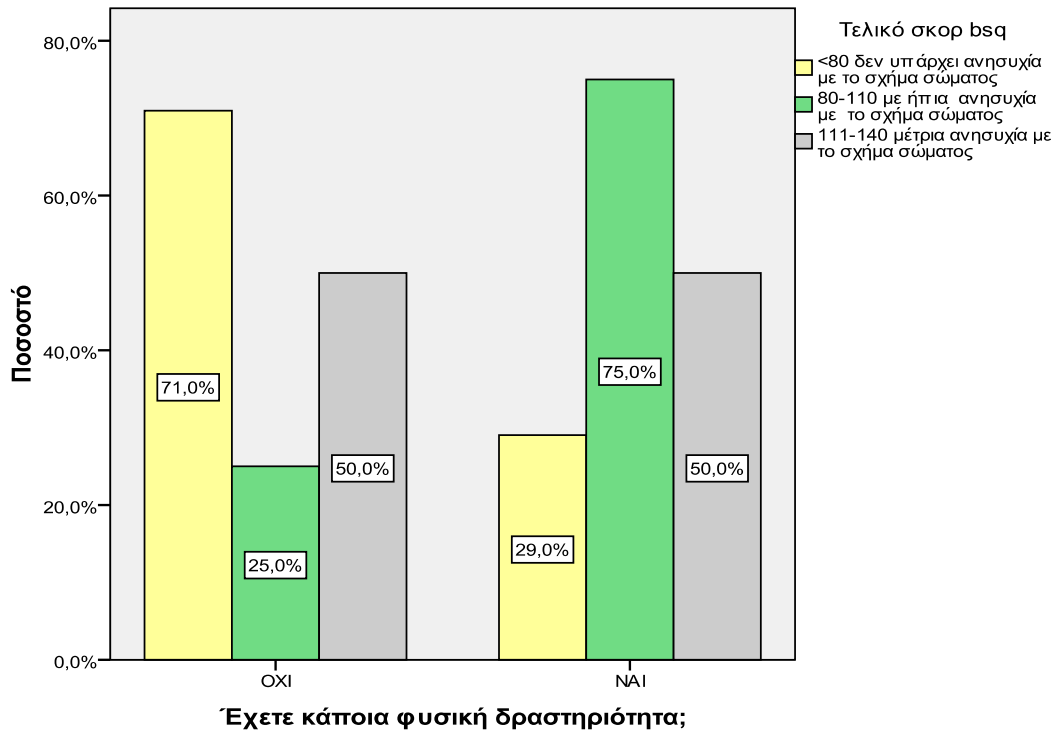


**Διάγραμμα 46: Κάπνισμα σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι )**

\*  $\chi^2 = 2.769$ ;  $p = 0.429$  ( $p > 0.05$ )

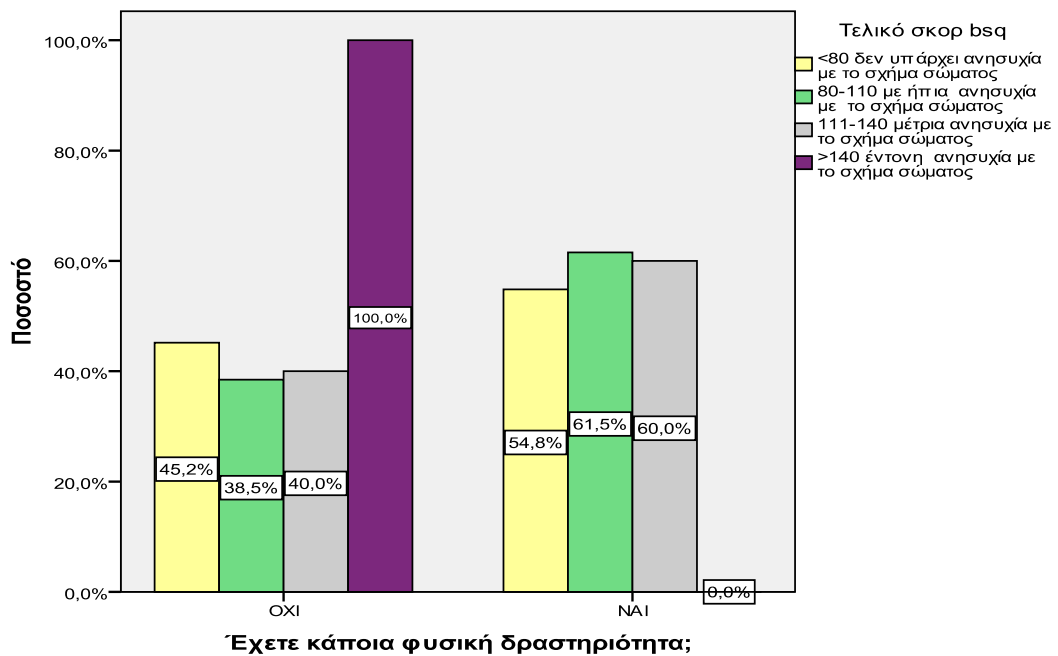
Αναφορικά με την επιρροή της φυσικής δραστηριότητας στην ανησυχία για το σχήμα του σώματος παρατηρείται οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά ( $\chi^2=5.877$ ;  $p < 0.05$ ). Ειδικότερα όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στο διάγραμμα 47, οι Διαιτολόγοι που δεν ανησυχούν για το σχήμα του σώματος τους κατά κύριο λόγο δεν ασχολούνται με κάποια φυσική δραστηριότητα (71.0%). Από την άλλη από το σύνολο των φοιτητών με ήπια ανησυχία το 25.0% δεν έχει κάποια φυσική δραστηριότητα ενώ το 75.0% έχει δώσει θετική απάντηση. Για αυτούς με μέτρια ανησυχία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 50.0% και 50.0%. Φανερώνεται δηλαδή πως όσο μεγαλώνει η ανησυχία τόσο αυξάνεται η επιθυμία για άθληση.

Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2=1.484$ ;  $p > 0.05$ ). Αυτό διαπιστώνεται και από τα αποτελέσματα του διαγράμματος 48. Όπως παρατηρείται δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ φοιτητών με διαφορετική ανησυχία για το σχήμα του σώματος.



**Διάγραμμα 47: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 5.877$ ;  $p = 0.053$  ( $p > 0.05$ )

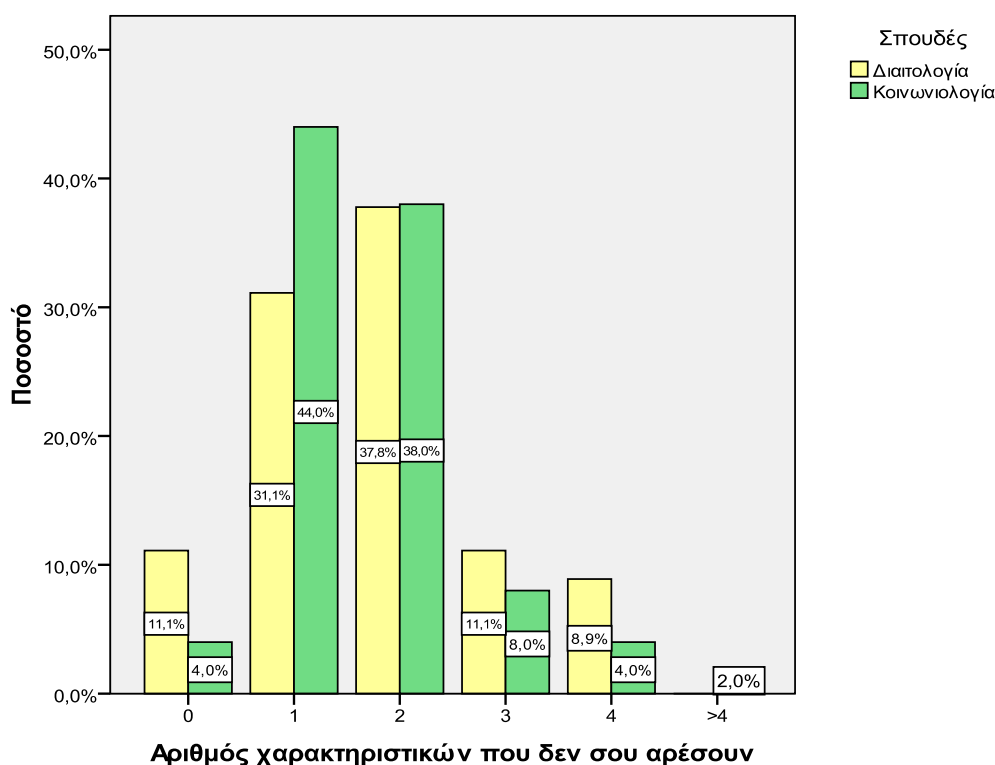


**Διάγραμμα 48: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 1.484$ ;  $p = 0.686$  ( $p > 0.05$ )

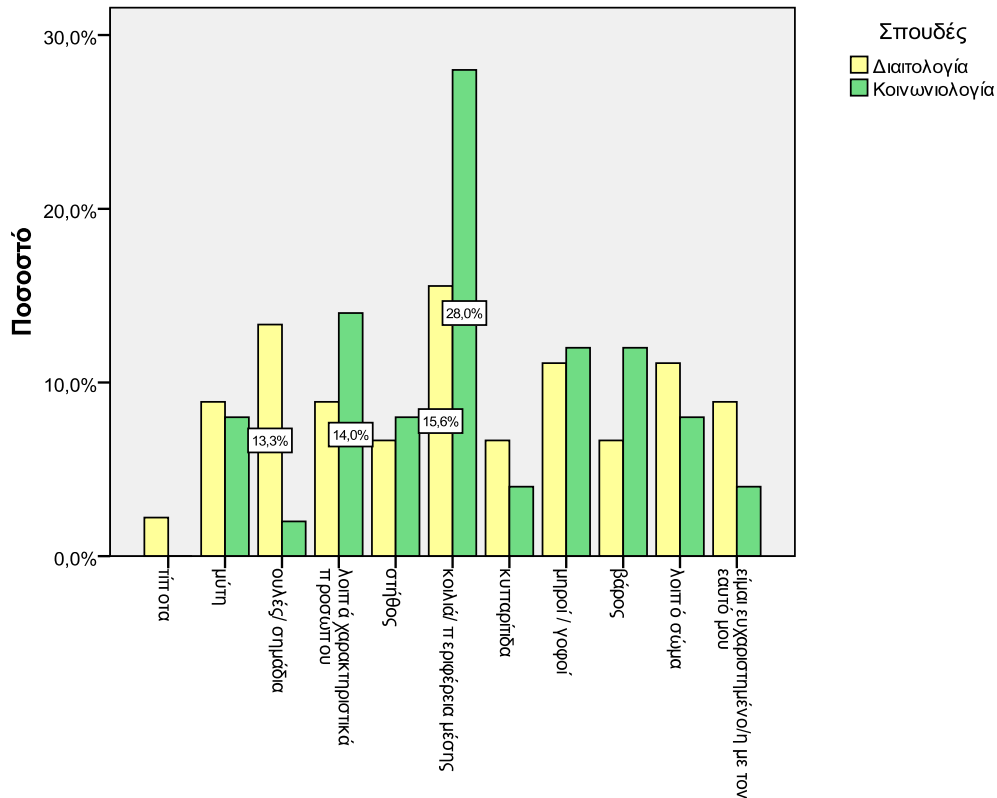
### 3.5 Εικόνα σώματος (BIQ)

Αρχικά στο διάγραμμα 49 απεικονίζεται ο αριθμός των χαρακτηριστικών που δεν αρέσουν στους φοιτητές οι οποίοι πήραν μέρος στην έρευνα. Όπως διαπιστώνεται και στα δύο εξεταζόμενα δείγματα στην ερώτηση «πόσα χαρακτηριστικά πάνω σας δεν σας αρέσουν» οι απαντήσεις είναι κατά μέσο όρο 1-2 χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα το 31.1% των Διαιτολόγων έχει δώσει την απάντηση «ένα» και το 37.5% «δύο». Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Κοινωνιολόγους είναι 41.0% και 38.0%.



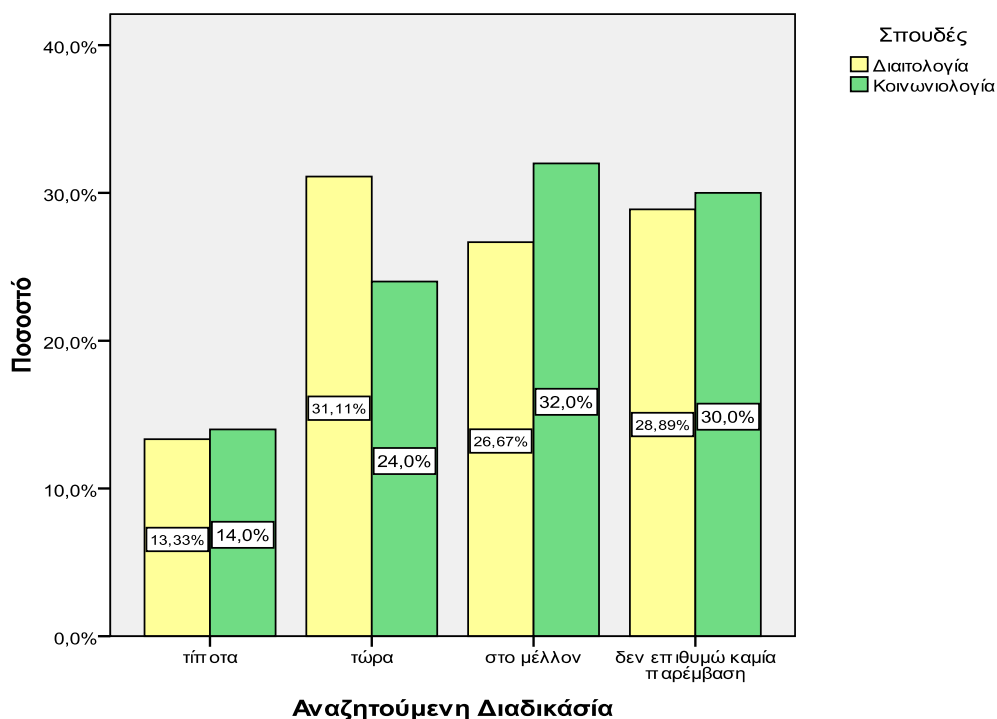
**Διάγραμμα 49: Αριθμός χαρακτηριστικών που δεν αρέσουν ανά τμήμα σπουδών**

Από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που απασχολούν τόσο τους Διαιτολόγους όσο και τους Κοινωνιολόγους είναι η κοιλιά/ περιφέρεια της μέσης, οι διάφορες ουλές/ σημάδια, καθώς και τα λοιπά χαρακτηριστικά προσώπου (βλ. διάγραμμα 50).



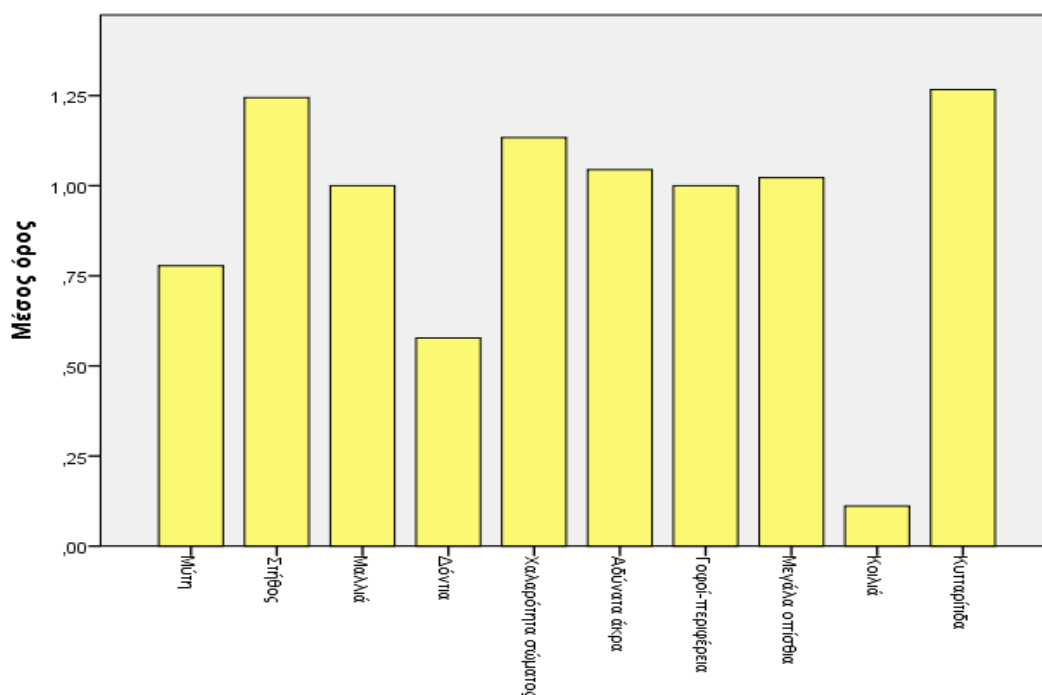
**Χαρακτηριστικό 1**  
**Διάγραμμα 50: Εικόνα σώματος (χαρακτηριστικό 1)**

Όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα του διαγράμματος 51, το 13.3% των Διαιτολόγων δεν επιθυμεί να κάνει τίποτα για την διόρθωση των παραπάνω, το 31.1% επιθυμεί να κάνει κάτι άμεσα, το 26.7% μελλοντικά ενώ το 28.9% δεν επιθυμεί καμία παρέμβαση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας είναι 14.0%, 24.0%, 32.0% και 30.0%.



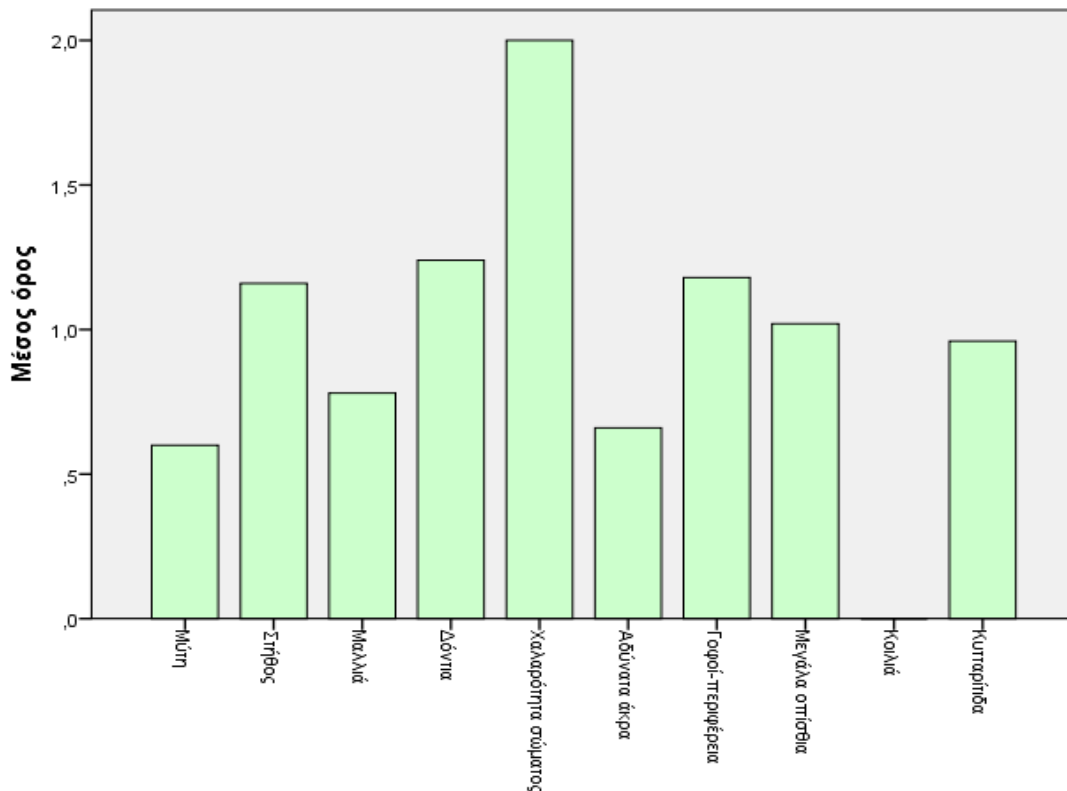
**Διάγραμμα 51: Αναζητούμενη διαδικασία για χαρακτηριστικό 1**

Συνοπτικά οι φοιτητές Διαιτολογίας ανησυχούν κυρίως για το στήθος, καθώς και για την κυτταρίτιδα, ενώ οι φοιτητές Κοινωνιολογίας για την χαλαρότητα του σώματος (βλ. διαγράμματα 52 & 53).



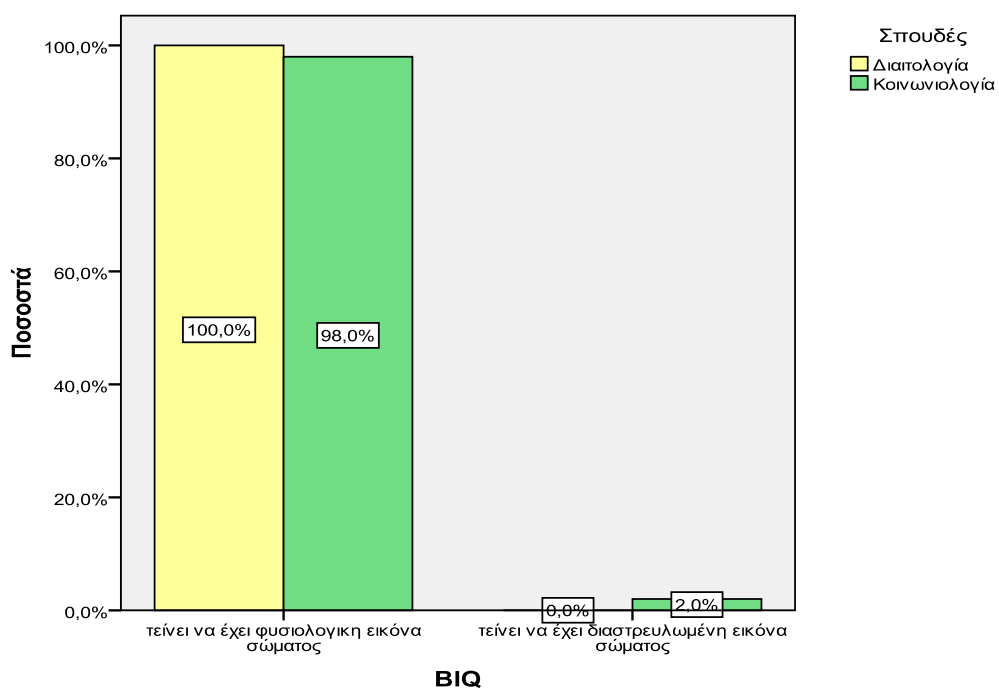
**Διάγραμμα 52: Ανησυχία για διαφορετικά χαρακτηριστικά του σώματος (Διαιτολόγοι)**





**Διάγραμμα 53: Ανησυχία για διαφορετικά χαρακτηριστικά του σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

Τέλος αναφορικά με το τελικό σκορ του ερωτηματολόγιο BIQ διαπιστώνεται πως σχεδόν το σύνολο του δείγματος (100.0% των Διαιτολόγων και το 98.0% των κοινωνιολόγων) τείνουν να έχουν φυσιολογική εικόνα σώματος (βλ. διάγραμμα 54).

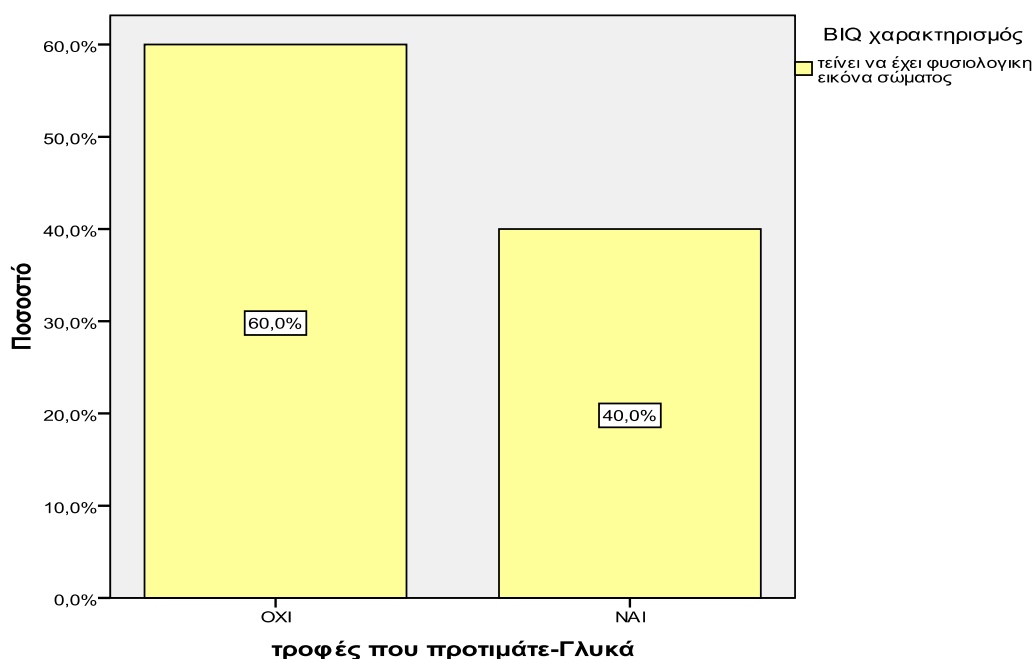


**Διάγραμμα 54: Εικόνα σώματος (BIQ) ανά τμήμα σπουδών**

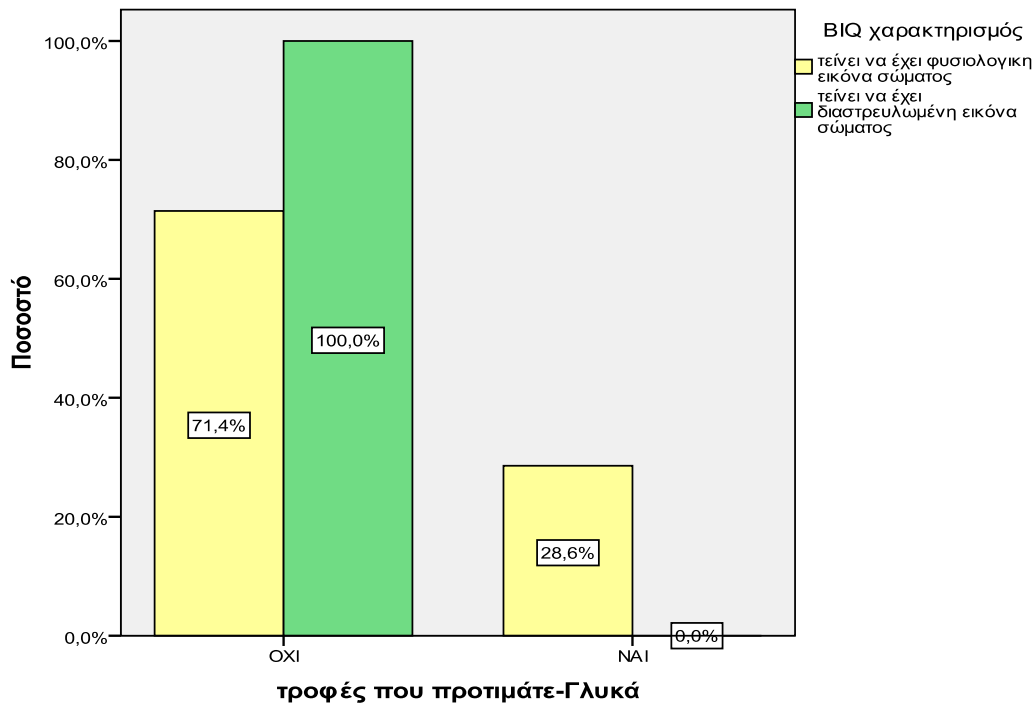
Στη συνέχεια εξετάζεται η επιρροή των διατροφικών συνηθειών στην εικόνα που έχουν οι φοιτητές για το σώμα τους.

Ενδεικτικά το σύνολο των Διαιτολόγων όπως ήδη αναφέρθηκε έχει φυσιολογική εικόνα για το σώμα του. Αυτό ισχύει τόσο για άτομα που τρέφονται μη υγιεινά (π.χ. τρώνε γλυκά), όσο και αυτά που τρέφονται με υγιεινό τρόπο ( βλ. διάγραμμα 55).

Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ φοιτητών που προτιμούν τα γλυκά και αυτών που δεν τα καταναλώνουν ( $\chi^2 = 0.397$ ;  $p > 0.05$ ). Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι από το σύνολο των φοιτητών που έχουν φυσιολογική εικόνα για το σώμα τους, το 71.4% δεν προτιμά να καταναλώνει γλυκά και το 28.6% έχει δώσει θετική απάντηση. Από την άλλη το σύνολο των φοιτητών που έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα δεν προτιμά τα γλυκά (βλ. διάγραμμα 56).



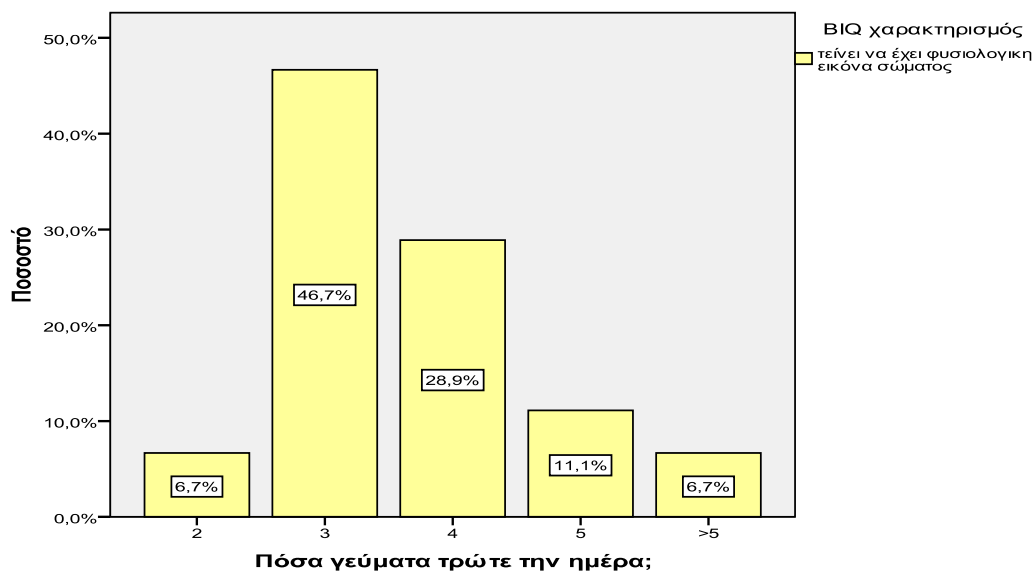
**Διάγραμμα 55: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 56: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

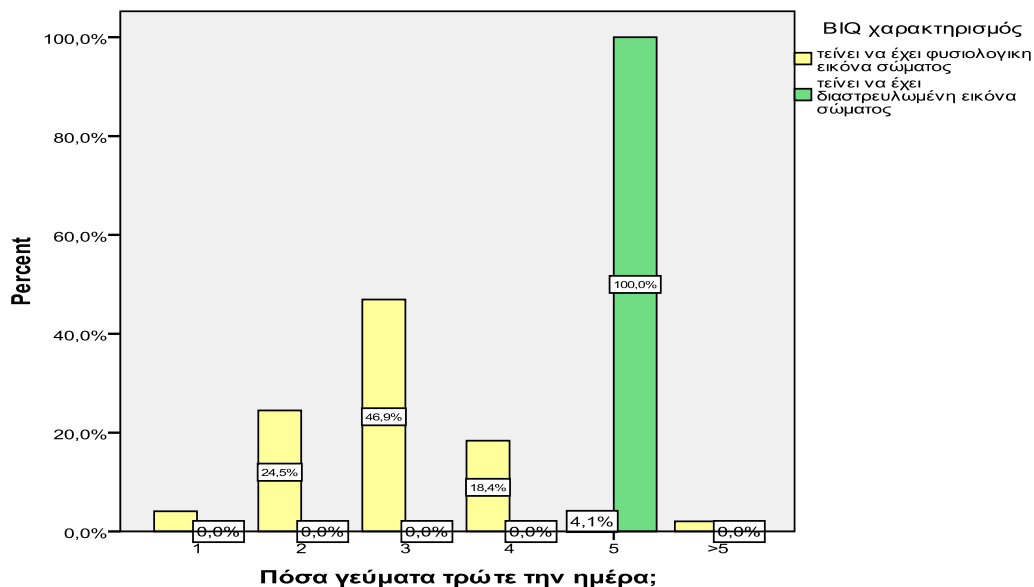
\*  $\chi^2 = 0.397$ ;  $p = 0.529$  ( $p > 0.05$ )

Σε σχέση με την επιρροή του αριθμού των ημερήσιων γευμάτων στην εικόνα που έχουν οι Διαιτολόγοι για το σώμα τους, παρατηρείται πως από το σύνολο αυτών με φυσιολογική εικόνα, οι περισσότεροι με ποσοστό 46.7% κάνουν 2 γεύματα, ενώ το 28.9% 3 γεύματα (βλ. διάγραμμα 57).



**Διάγραμμα 57: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**

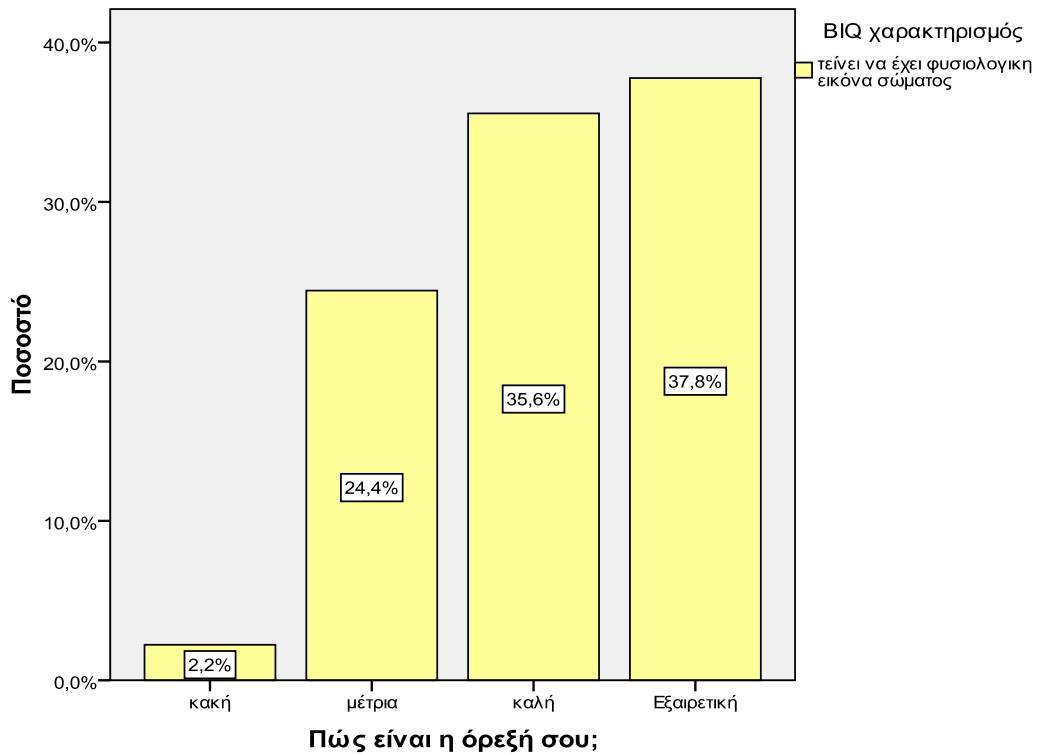
Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων παρόλο που ο έλεγχος  $\chi^2$  δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα άτομα με διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους κάνουν πολύ περισσότερα γεύματα την ημέρα (5), σε σχέση με αυτούς που έχουν φυσιολογική εικόνα (βλ. διάγραμμα 58).



**Διάγραμμα 58: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

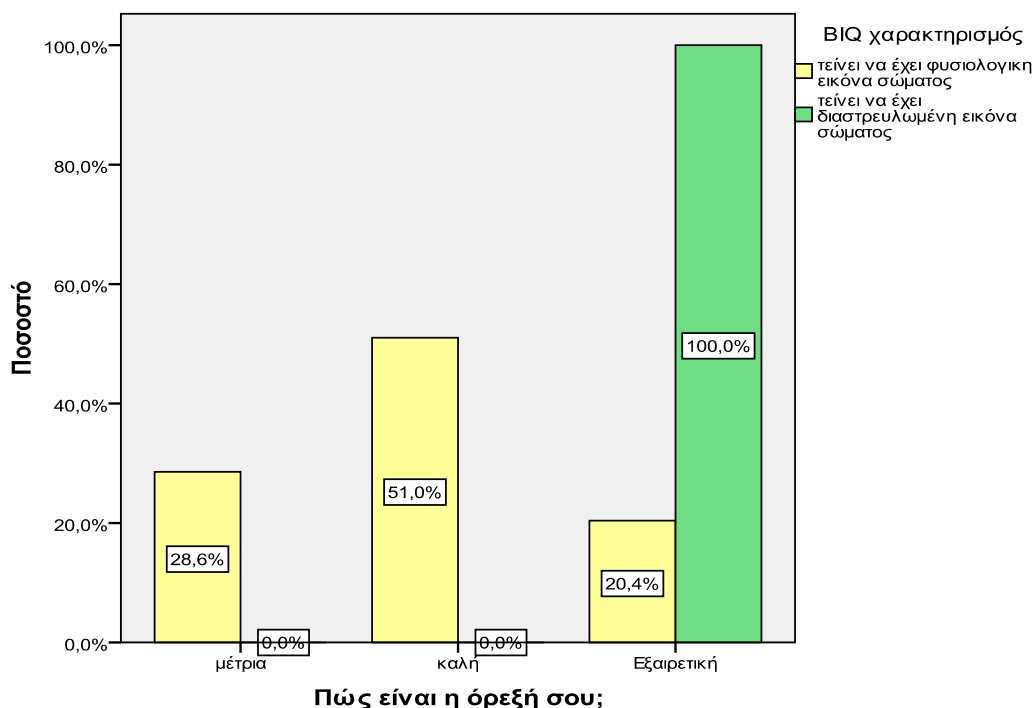
\*  $\chi^2 = 4.902$ ;  $p = 0.428$  ( $p > 0.05$ )

Επιπρόσθετα από το σύνολο των Διαιτολόγων οι οποίοι όπως αναφέρθηκε εμφανίζουν φυσιολογική εικόνα για το σώμα τους, το 24.4% δηλώνει πως έχει μέτρια όρεξη, το 35.6% καλή, το 37.8% εξαιρετική και μόλις το 2.2% κακή (βλ. διάγραμμα 59).



**Διάγραμμα 59: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**

Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων παρόλο που δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2 = 3.618$ ;  $p > 0.05$ ), είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από το σύνολο των ατόμων με φυσιολογική εικόνα για το σώμα τους το 28.6% δηλώνουν πως έχουν μέτρια όρεξη, το 51.0% καλή και μόλις το 20.4% εξαιρετική. Από την άλλη οι Κοινωνιολόγοι με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος στο σύνολό τους δηλώνουν εξαιρετική όρεξη (βλ. διάγραμμα 60).



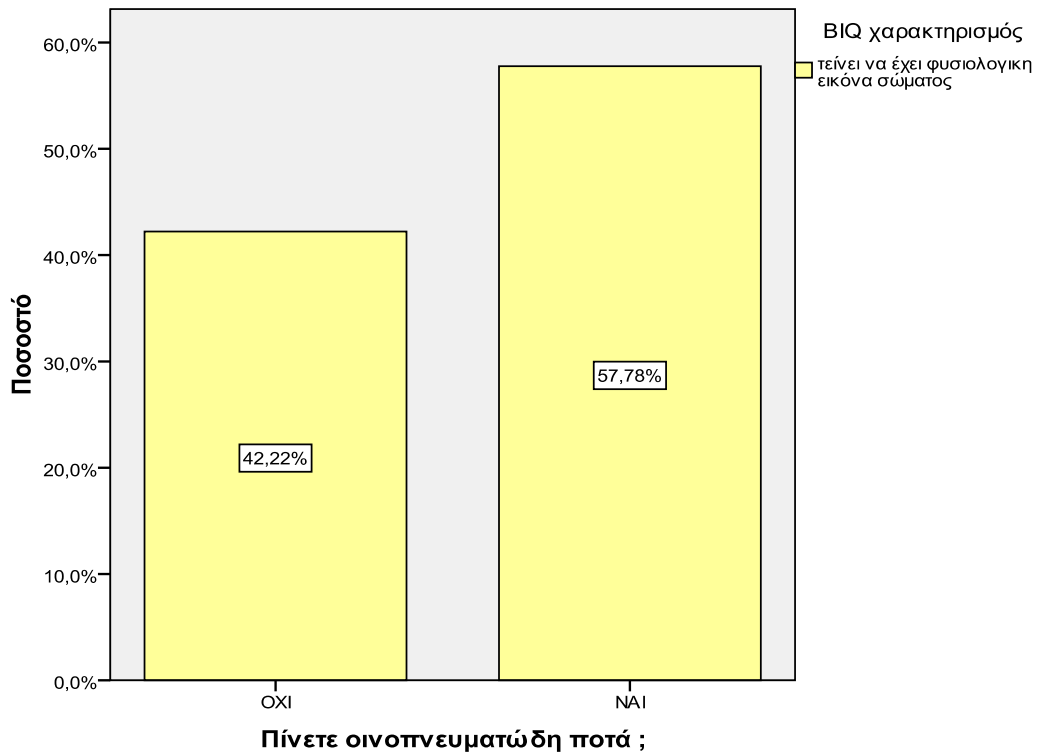
**Διάγραμμα 60: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 3.618$ ;  $p = 0.164$  ( $p > 0.05$ )

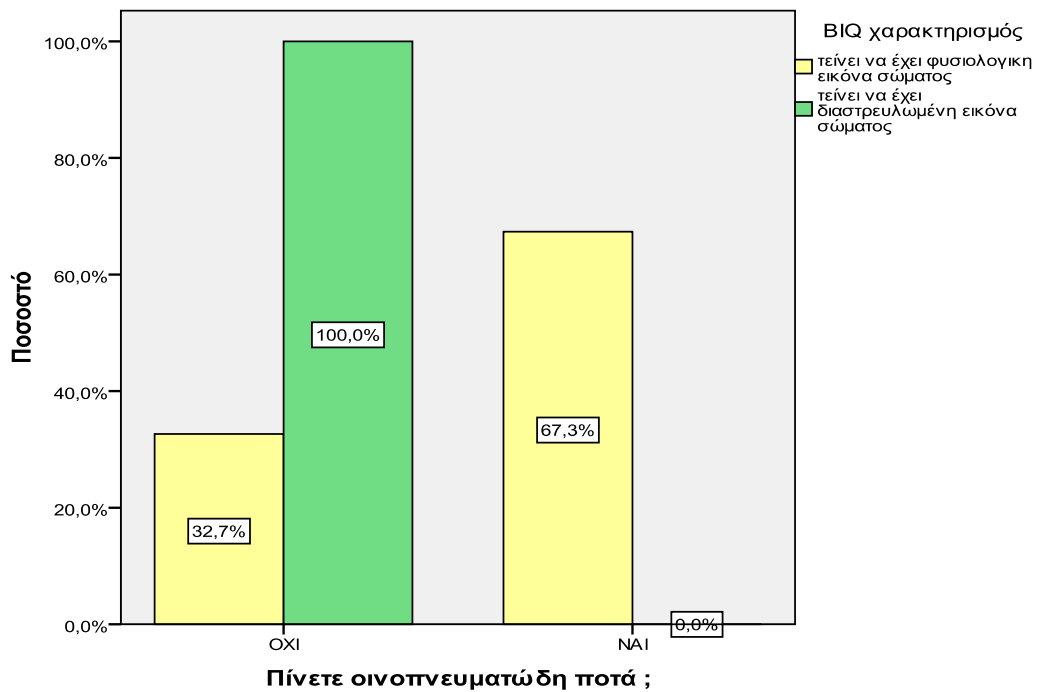
Αναφορικά με τη επιρροή της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών στην εικόνα του σώματος, παρατηρούνται τα εξής:

Από το σύνολο των Διαιτολόγων που εκφράζουν φυσιολογική εικόνα για το σώμα τους, το 42.2% δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά και 57.8% έχει δώσει θετική απάντηση (βλ. διάγραμμα 61).

Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια. Ειδικότερα το 32.7% αυτών με φυσιολογική εικόνα σώματος δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά ενώ το 67.3% έχει δώσει θετική απάντηση. Σημειώνεται όμως πως όλοι οι Κοινωνιολόγοι με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος δεν καταναλώνουν τέτοια ποτά. Η διαφοράς αυτές όμως είναι στατιστικά μη σημαντικές ( $\chi^2 = 1.981$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. διάγραμμα 62).



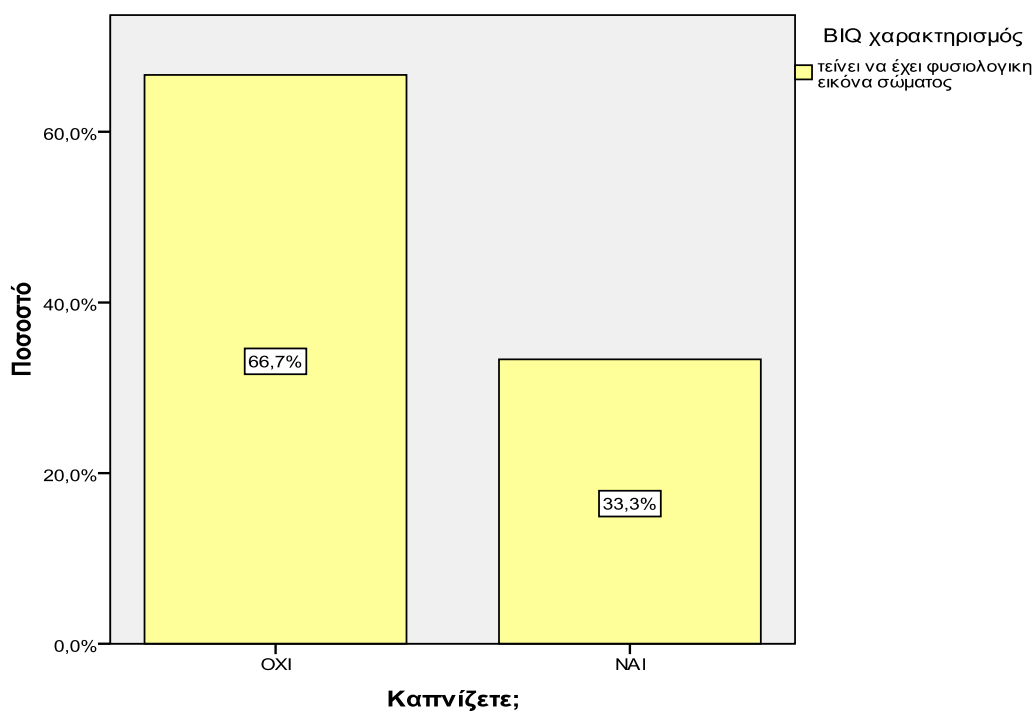
**Διάγραμμα 61: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 62: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 1.981$ ;  $p = 0.159$  ( $p > 0.05$ )

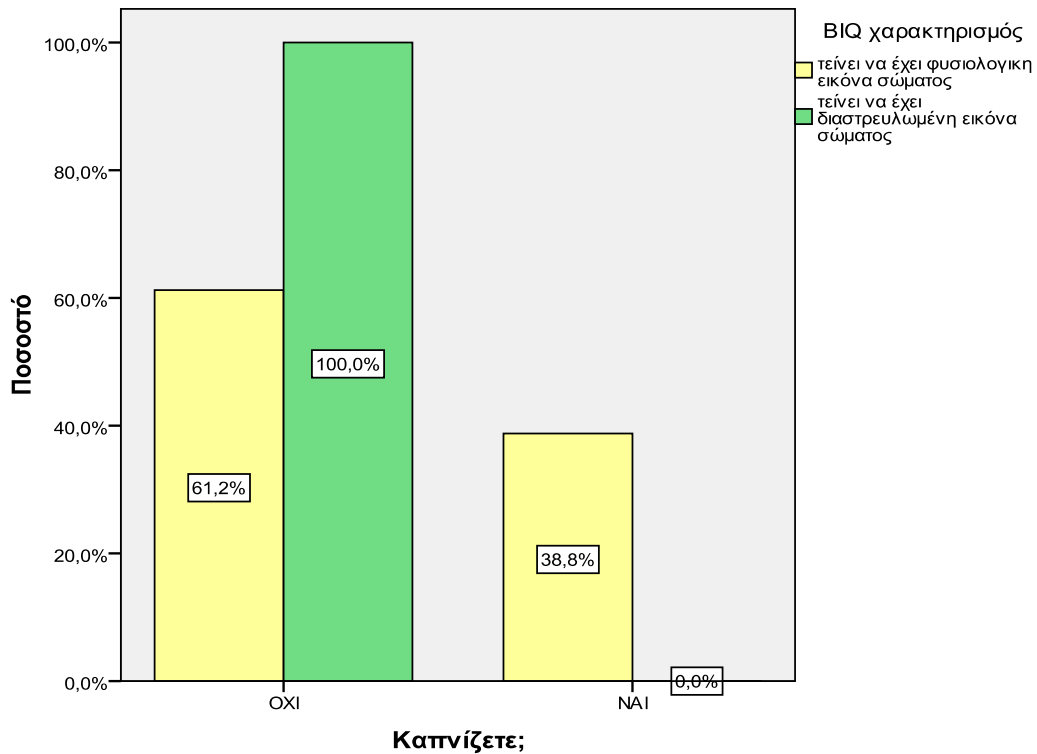
Επιπρόσθετα από το σύνολο των Διαιτολόγων που έχουν φυσιολογική εικόνα σώματος, το 66.7% δεν καπνίζει ενώ το 33.3% έχει δώσει θετική απάντηση (βλ. διάγραμμα 63).



**Διάγραμμα 63: Κάπνισμα σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τους Κοινωνιολόγους. Από το σύνολο αυτών με φυσιολογική εικόνα σώματος το 61.2% δεν καπνίζει ενώ το 38.8% έχει δώσει θετική απάντηση. Είναι σημαντικό να σημειωθεί όμως πως όλοι οι Κοινωνιολόγοι με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος δηλώνουν μη καπνιστές. Οι διαφορές αυτές όμως σύμφωνα με τον έλεγχο  $\chi^2$  είναι στατιστικά μη σημαντικές ( $\chi^2=0.625$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. διάγραμμα 64).



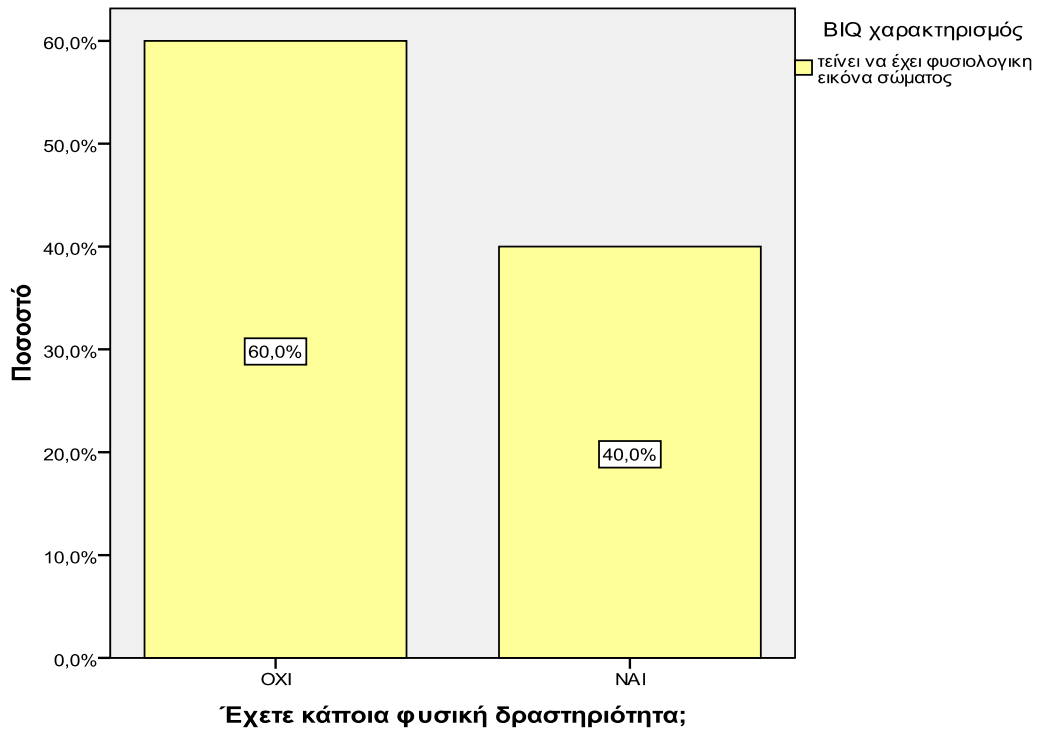


**Διάγραμμα 64: Κάπνισμα σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

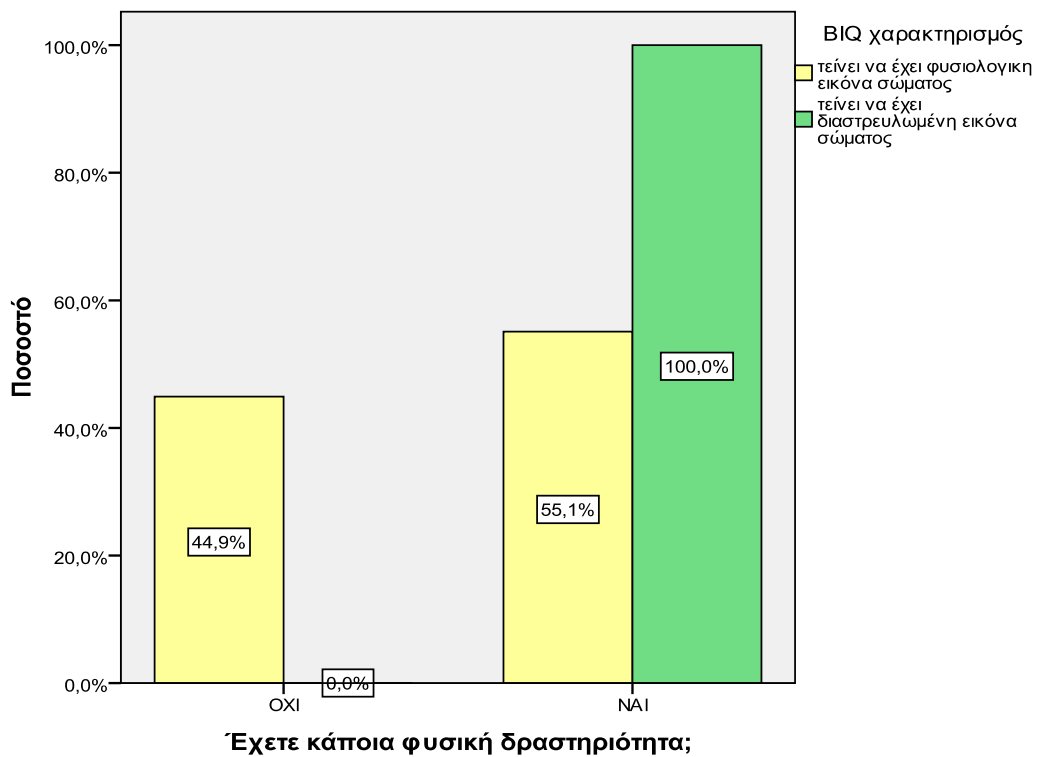
\*  $\chi^2 = 0.625$ ;  $p = 0.429$  ( $p > 0.05$ )

Τέλος όπως παρατηρείται από τα στοιχεία του διαγράμματος 65, από το σύνολο των διαιτολόγων με φυσιολογική εικόνα σώματος το 60.0% δεν ασκεί κάποια φυσική δραστηριότητα, ενώ το υπόλοιπο έχει δώσει θετική απάντηση.

Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων με φυσιολογική εικόνα σώματος, το 44.9% δηλώνει πως δεν έχει κάποια φυσική δραστηριότητα ενώ το υπόλοιπο 55.1% έχει δώσει θετική απάντηση. Σημειώνεται όμως πως το σύνολο των κοινωνιολόγων με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος ασχολείται με κάποια φυσική δραστηριότητα. Η διαφορά και πάλι δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 0.802$ ;  $p > 0.05$ ) (βλ. διάγραμμα 66).



**Διάγραμμα 65: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με εικόνα σώματος (Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 66: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με εικόνα σώματος (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 0.802$ ;  $p = 0.371$  ( $p > 0.05$ )

### 3.6 Συσχετίσεις

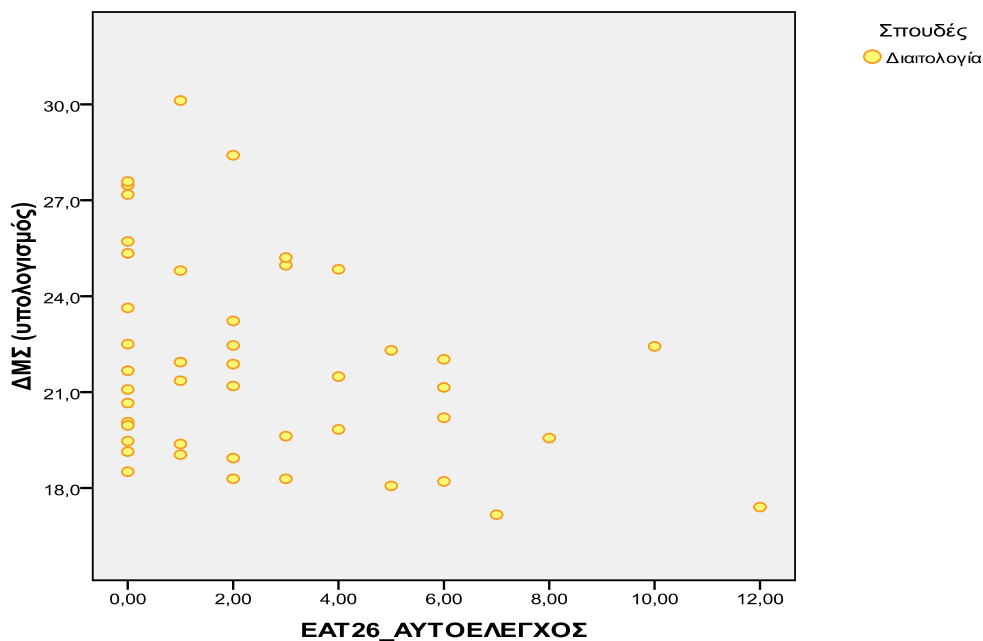
Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ ΔΜΣ, EAT, BSQ και BIQ για την ομάδα των Διαιτολόγων και για την ομάδα των Κοινωνιολόγων.

Πίνακας 6: Συσχετίσεις μεταξύ ΔΜΣ, EAT, BSQ και BIQ για την ομάδα των διαιτολόγων

		ΔΜΣ	EAT26	EAT26_ΔΙΑΙΤΑ	EAT26_ΒΟΥΛΙΜΙΑ	EAT26_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ	BSQ	BIQ
EAT26	<i>r</i>	-,087	1	,940**	,796**	,398**	,760**	,526**
	<i>p-value</i>	,569		,000	,000	,007	,000	,000
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45
EAT26_ΔΙΑΙΤΑ	<i>r</i>	,056	,940**	1	,716**	,125	,777**	,474**
	<i>p-value</i>	,715	,000		,000	,414	,000	,001
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45
EAT26_ΒΟΥΛΙΜΙΑ	<i>r</i>	,004	,796**	,716**	1	,052	,668**	,444**
	<i>p-value</i>	,977	,000	,000		,732	,000	,002
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45
EAT26_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ	<i>r</i>	-,433**	,398**	,125	,052	1	,093	,234
	<i>p-value</i>	,003	,007	,414	,732		,542	,122
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45
BSQ	<i>r</i>	,162	,760**	,777**	,668**	,093	1	,570**
	<i>p-value</i>	,289	,000	,000	,000	,542		,000
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45
BIQ	<i>r</i>	,053	,526**	,474**	,444**	,234	,570**	1
	<i>p-value</i>	,730	,000	,001	,002	,122	,000	
	<i>N</i>	45	45	45	45	45	45	45

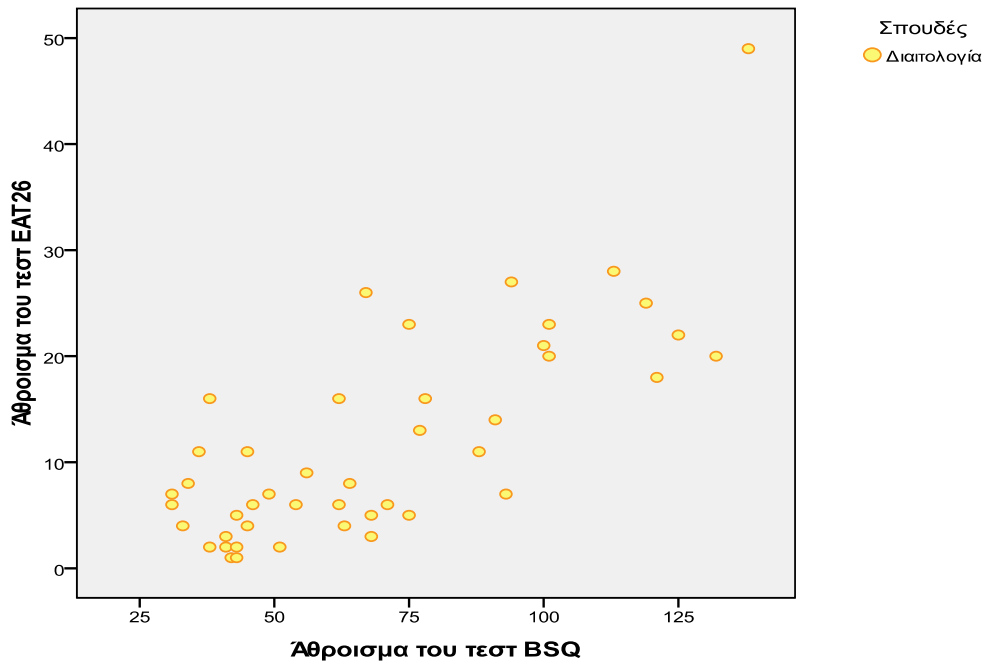
\*\* Στατιστικοί σημαντικότητα στο 1%

Όπως παρατηρείται υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ΔΜΣ και της υποκατηγορίας του EAT-26\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ ( $r = -0.433$ ;  $p < 0.00$ ), που σημαίνει ότι οι φοιτητές Διαιτολογίας με υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος εμφανίζουν φτωχότερο αυτοέλεγχο (βλ. διάγραμμα 67).

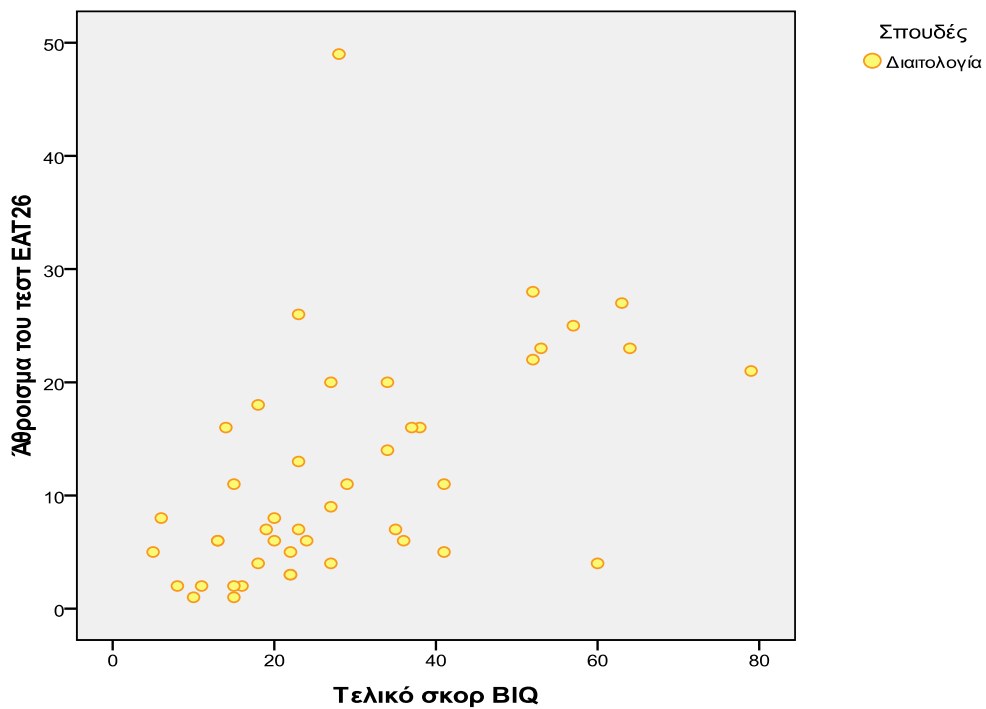


**Διάγραμμα 67: Συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και EAT\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ (Διαιτολόγοι)**

Από την άλλη παρατηρείται θετική στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26 και BSQ ( $r = 0.760$ ;  $p < 0.00$ ), καθώς και μεταξύ EAT-26 και BIQ ( $r = 0.526$ ;  $p < 0.00$ ). Κάτι τέτοιο δείχνει ότι οι φοιτητές Διαιτολογίας με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών έχουν έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος και επίσης τείνουν να έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος (βλ. διάγραμμα 68-69).



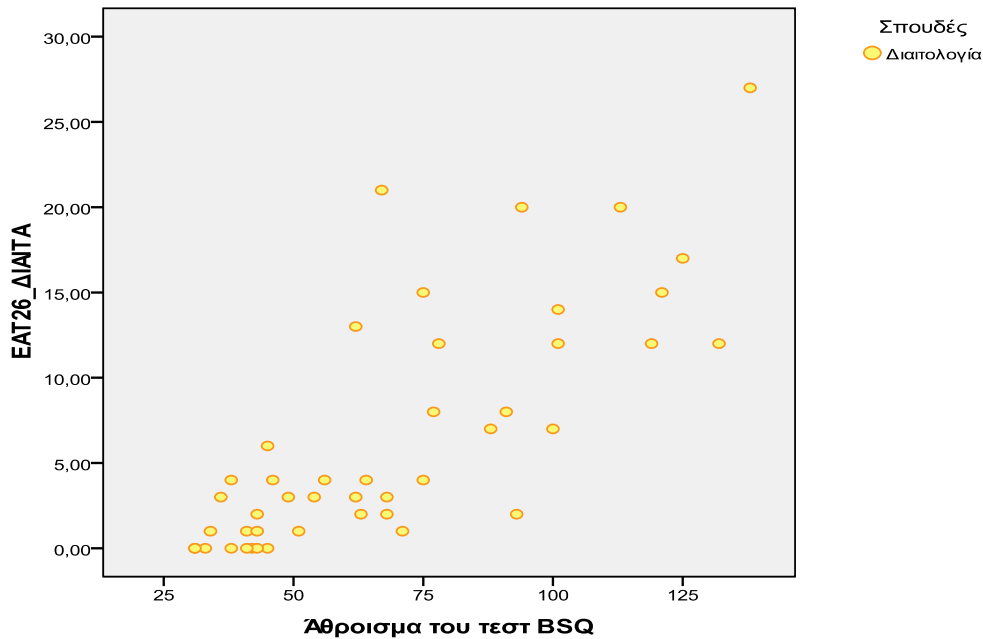
**Διάγραμμα 68: Συσχέτιση μεταξύ EAT και BSQ (Διαιτολόγοι)**



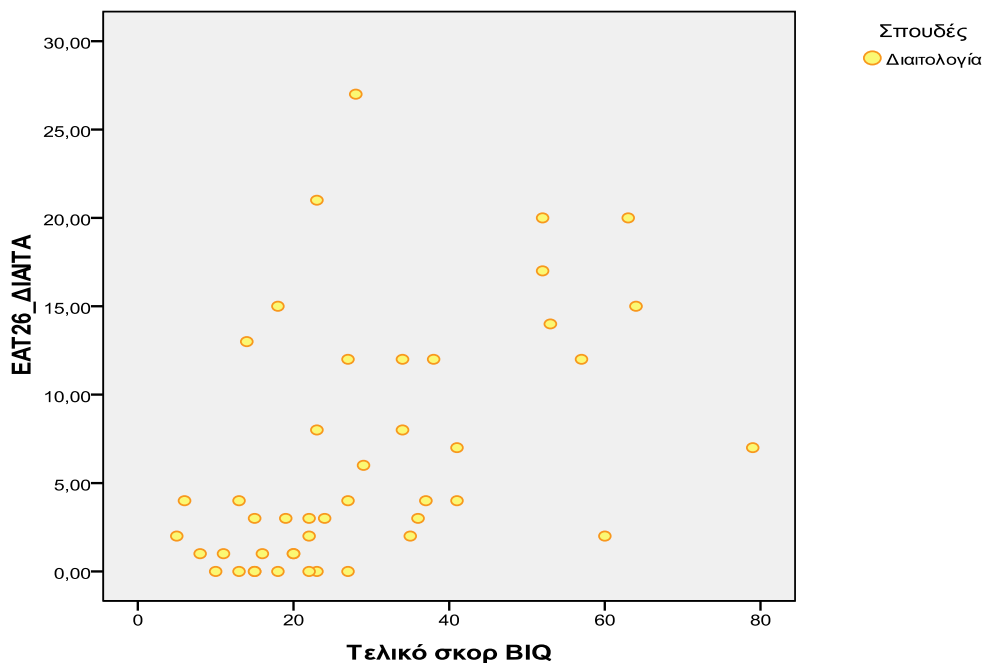
**Διάγραμμα 69: Συσχέτιση μεταξύ EAT και BIQ (Διαιτολόγοι)**

Επιπρόσθετα παρατηρείται θετική σχέση μεταξύ της υποκατηγορίας EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ ( $r = 0.777$ ;  $p < 0.00$ ), καθώς και μεταξύ της υποκατηγορίας EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BIQ ( $r = 0.474$ ;  $p < 0.00$ ). Κάτι τέτοιο δείχνει πως άτομα που επιδίδονται σε περιοριστικές δίαιτες έχουν έντονη ανησυχία για το σχήμα του

σώματος και επίσης τείνουν να έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος (βλ. διάγραμμα 70-71).



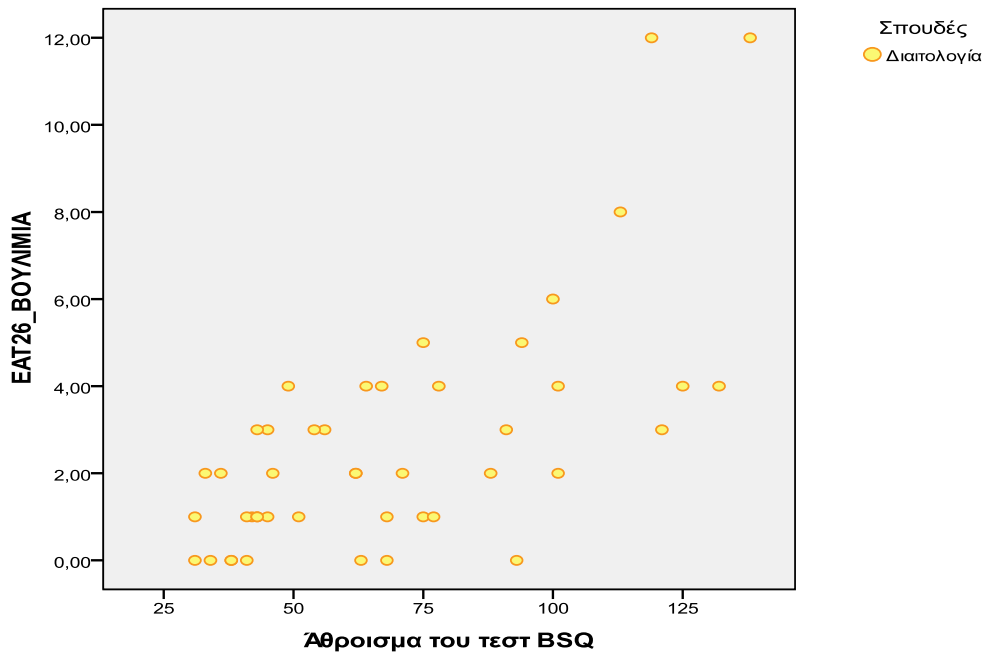
**Διάγραμμα 70: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ (Διαιτολόγοι)**



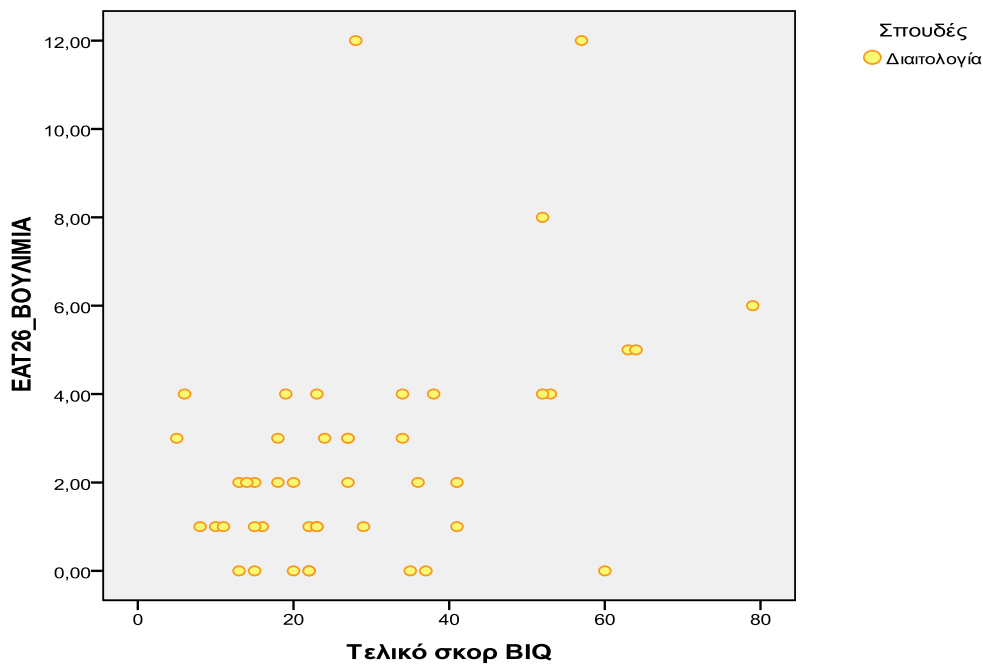
**Διάγραμμα 71: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ\_ΔΙΑΙΤΑ και BIQ (Διαιτολόγοι)**

Το ίδιο ισχύει και για την σχέση της υποκατηγορίας ΕΑΤ-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και BSQ ( $r = 0.668$ ;  $p < 0.00$ ), καθώς και μεταξύ της υποκατηγορίας ΕΑΤ-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και BIQ ( $r = 0.444$ ;  $p < 0.00$ ) (βλ. διάγραμμα 72-73). Συνεπώς όσα άτομα υποκύπτουν

σε βουλιμικά επεισόδια έχουν έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος και επίσης τείνουν να έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος

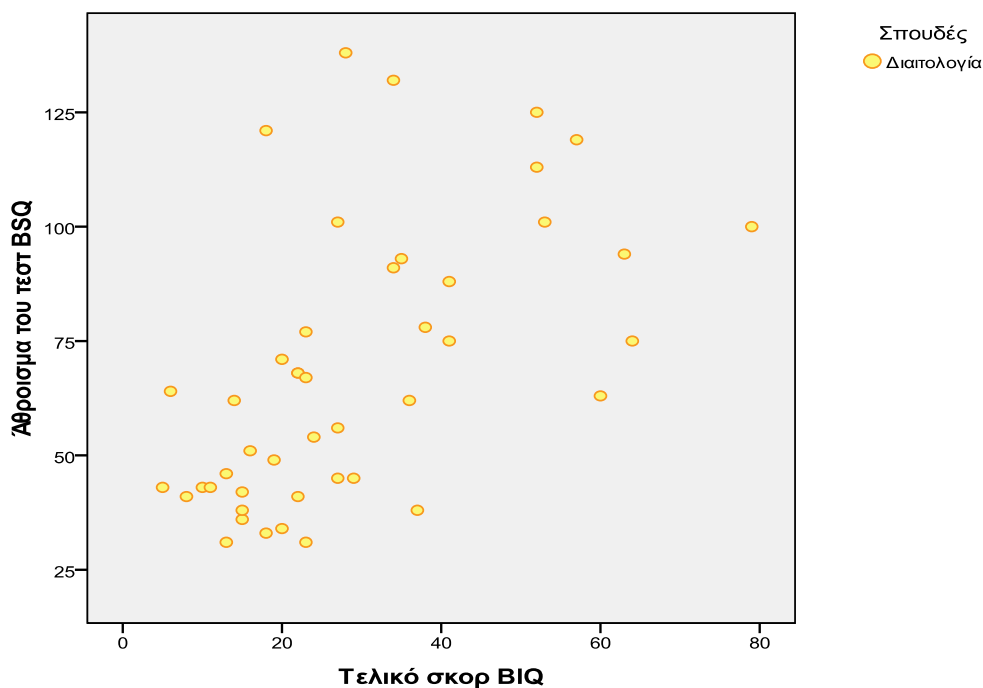


**Διάγραμμα 72: Συσχέτιση μεταξύ EAT-26\_BOYΛΙΜΙΑ και BSQ (Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 73: Συσχέτιση μεταξύ EAT-26\_BOYΛΙΜΙΑ και BIQ (Διαιτολόγοι)**

Τέλος παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ BSQ και BIQ ( $r = 0.570$ ;  $p < 0.00$ ), που σημαίνει ότι οι φοιτητές Διαιτολογίας που έχουν έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος τείνουν να έχουν επίσης αρνητική εικόνα για το σώμα τους (βλ. διάγραμμα 74)



**Διάγραμμα 74: Συσχέτιση μεταξύ BSQ και BIQ (Διαιτολόγοι)**

Τα αποτελέσματα για το δείγμα των Κοινωνιολόγων είναι σχεδόν ίδια (βλ. πίνακα 7).

**Πίνακας 7: Συσχετίσεις μεταξύ ΔΜΣ, EAT, BSQ και BIQ για την ομάδα των κοινωνιολόγων.**

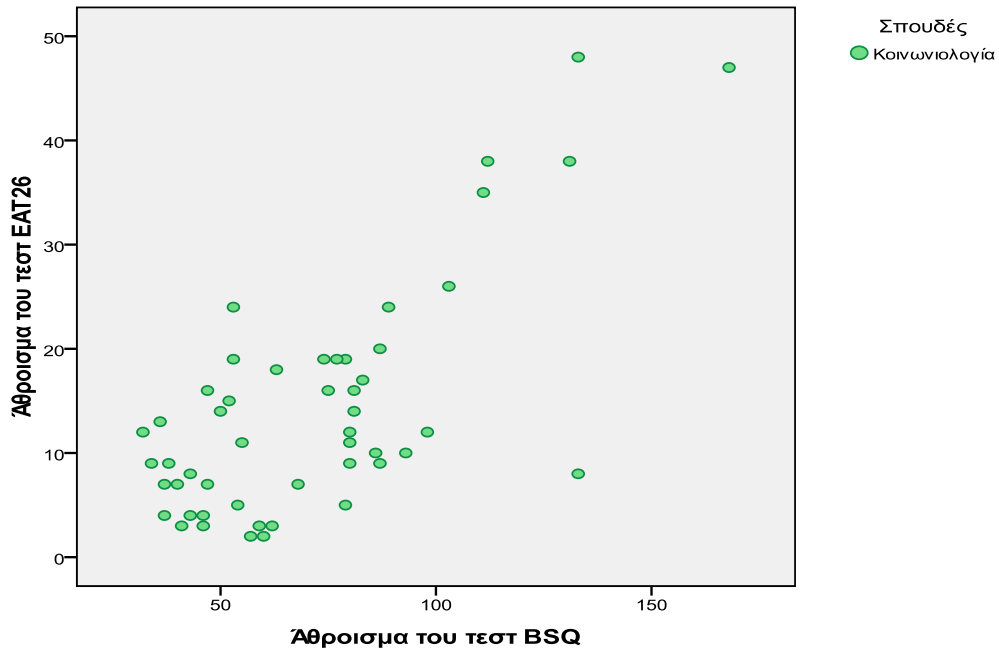
		ΔΜΣ	EAT26	EAT26_ΔΙΑΙΤΑ	EAT26_ΒΟΥΛΙΜΙΑ	EAT26_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ	BSQ	BIQ
<b>EAT26</b>	<i>r</i>	,167	1	,947**	,803**	,547**	,718**	,530**
	<i>p-value</i>	,247		,000	,000	,000	,000	,000
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50
<b>EAT26_ΔΙΑΙΤΑ</b>	<i>r</i>	,222	,947**	1	,772**	,340*	,739**	,514**
	<i>p-value</i>	,122	,000		,000	,016	,000	,000
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50
<b>EAT26_ΒΟΥΛΙΜΙΑ</b>	<i>r</i>	,309*	,803**	,772**	1	,128	,733**	,621**
	<i>p-value</i>	,029	,000	,000		,375	,000	,000
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50
<b>EAT26_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ</b>	<i>r</i>	-,255	,547**	,340*	,128	1	,119	,022
	<i>p-value</i>	,074	,000	,016	,375		,409	,879
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50
<b>BSQ</b>	<i>r</i>	,200	,718**	,739**	,733**	,119	1	,601**
	<i>p-value</i>	,164	,000	,000	,000	,409		,000
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50
<b>BIQ</b>	<i>r</i>	,317*	,530**	,514**	,621**	,022	,601**	1
	<i>p-value</i>	,025	,000	,000	,000	,879	,000	
	<i>N</i>	50	50	50	50	50	50	50

\* Στατιστική σημαντικότητα στο 5%

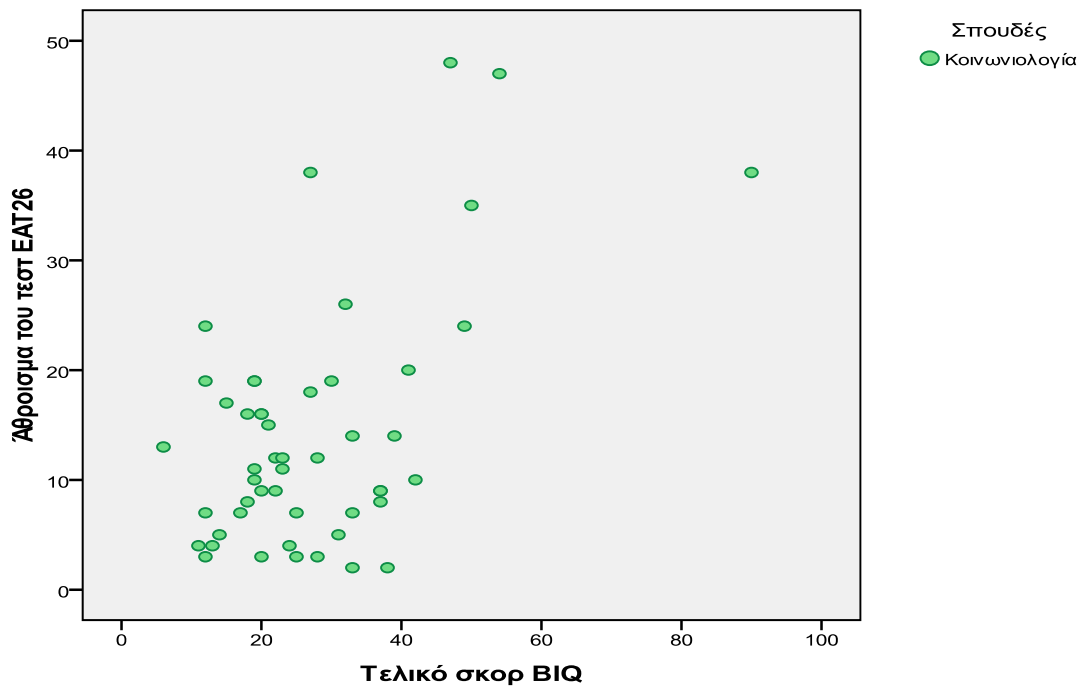
\*\* Στατιστική σημαντικότητα στο 1%



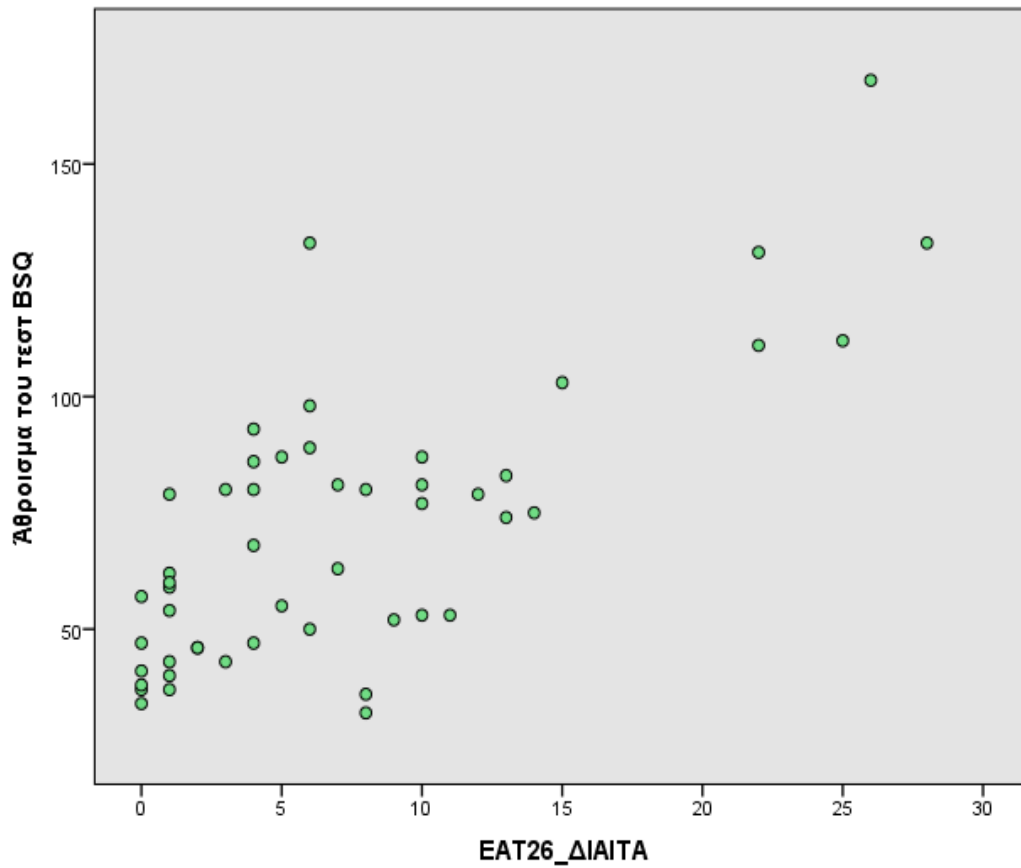
Και πάλι παρατηρούνται οι εξής θετικά στατιστικά σημαντικές σχέσεις: EAT-26 και BSQ ( $r = 0.718$ ;  $p < 0.00$ ), EAT-26 και BIQ ( $r = 0.530$ ;  $p < 0.00$ ), EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ ( $r = 0.739$ ;  $p < 0.00$ ), EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BIQ ( $r = 0.514$ ;  $p < 0.00$ ), EAT-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και BSQ ( $r = 0.733$ ;  $p < 0.00$ ), EAT-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και BIQ ( $r = 0.621$ ;  $p < 0.00$ ) (βλ. διάγραμμα 75-80).



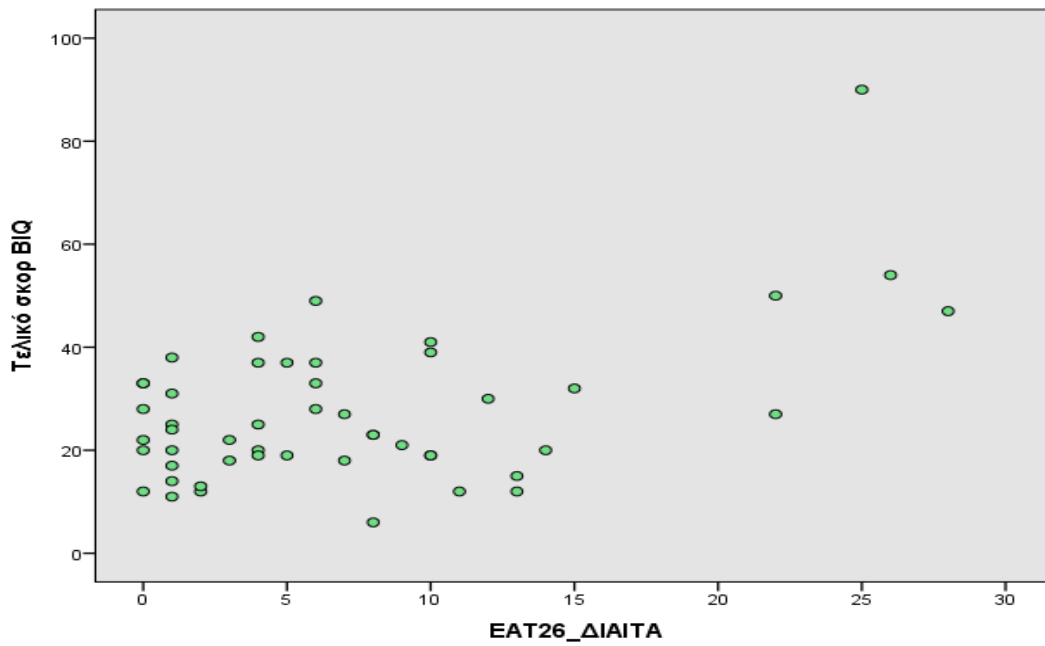
**Διάγραμμα 75: Συσχέτιση μεταξύ EAT-26 και BSQ (Κοινωνιολόγοι)**



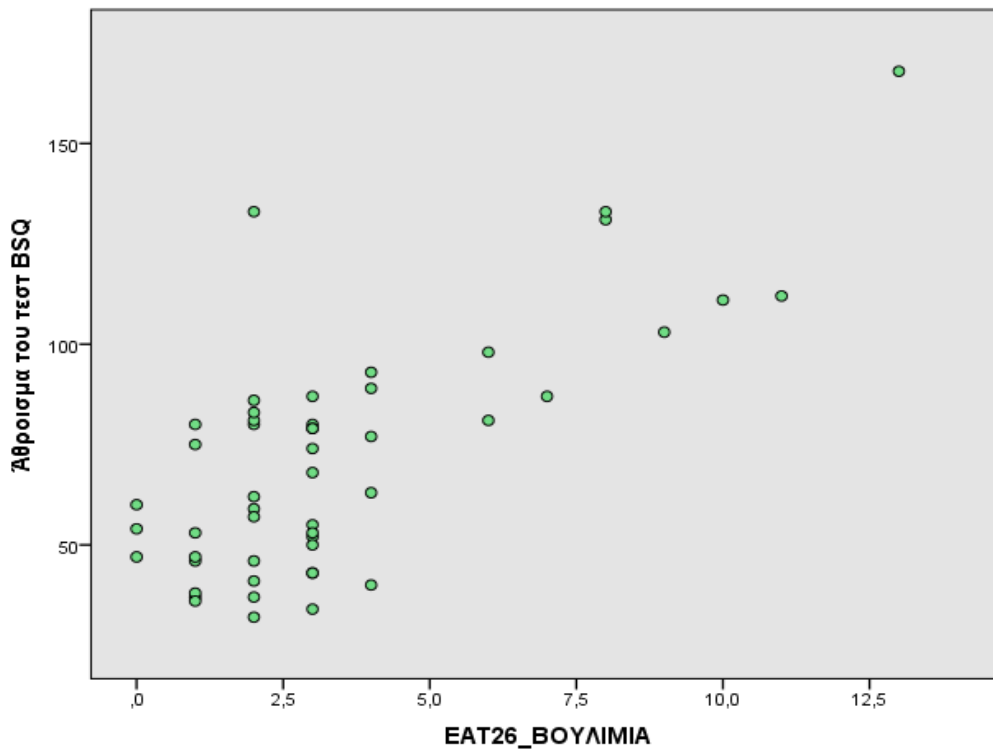
**Διάγραμμα 76: Συσχέτιση μεταξύ EAT-26 και BIQ (Κοινωνιολόγοι)**



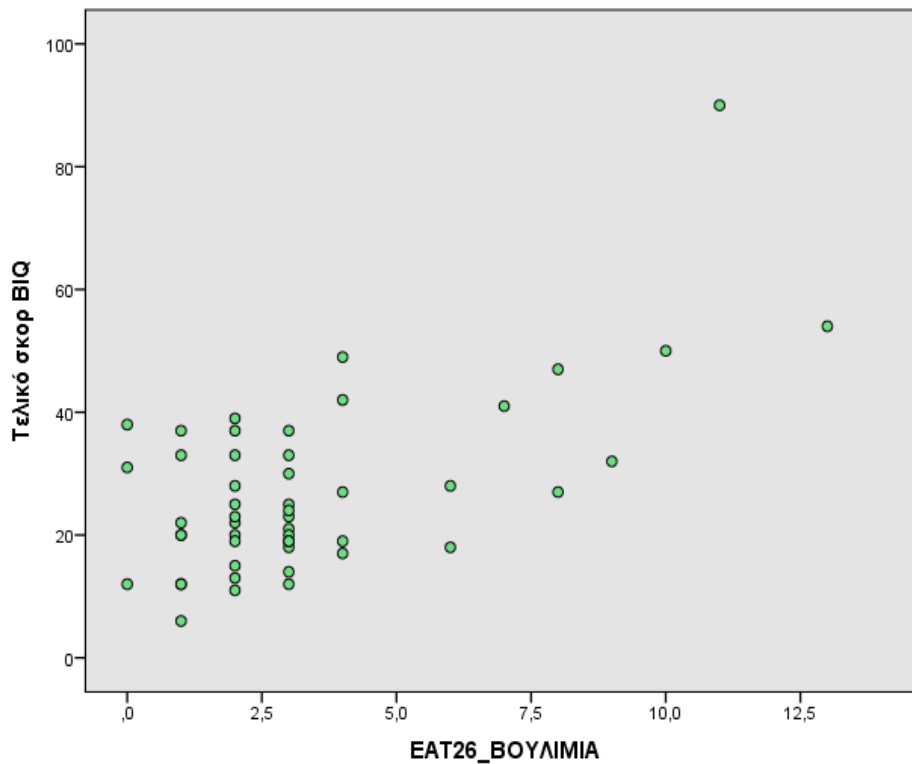
**Διάγραμμα 77: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ (Κοινωνιολόγοι)**



**Διάγραμμα 78: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ-26\_ΔΙΑΙΤΑ και ΒΙQ (Κοινωνιολόγοι)**

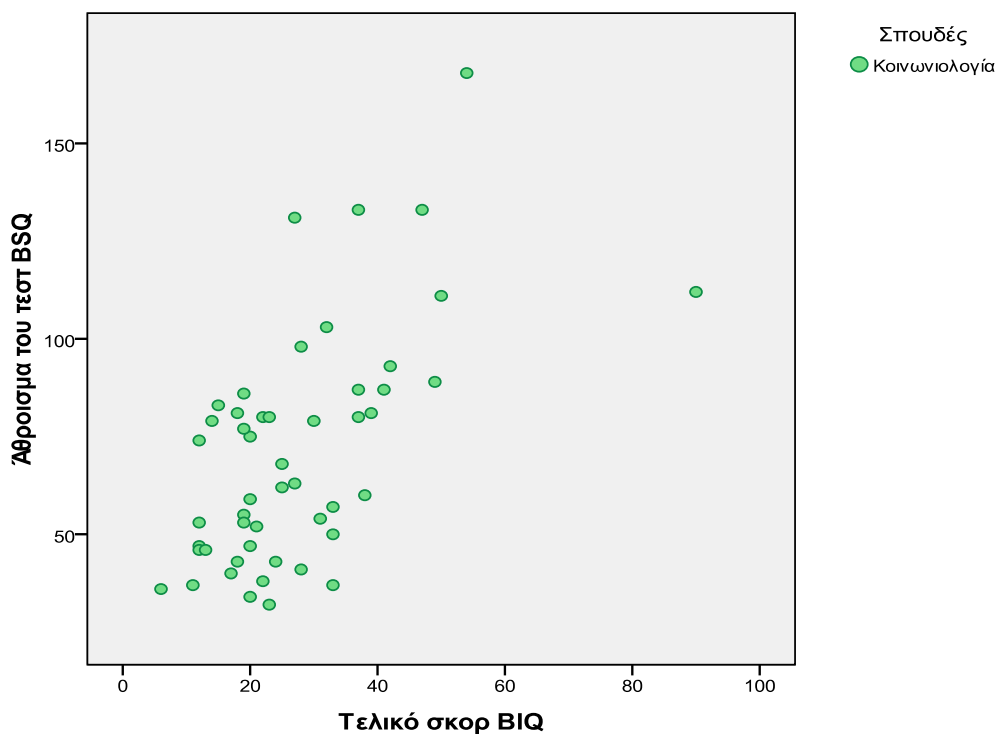


**Διάγραμμα 79: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και BSQ (Κοινωνιολόγοι)**



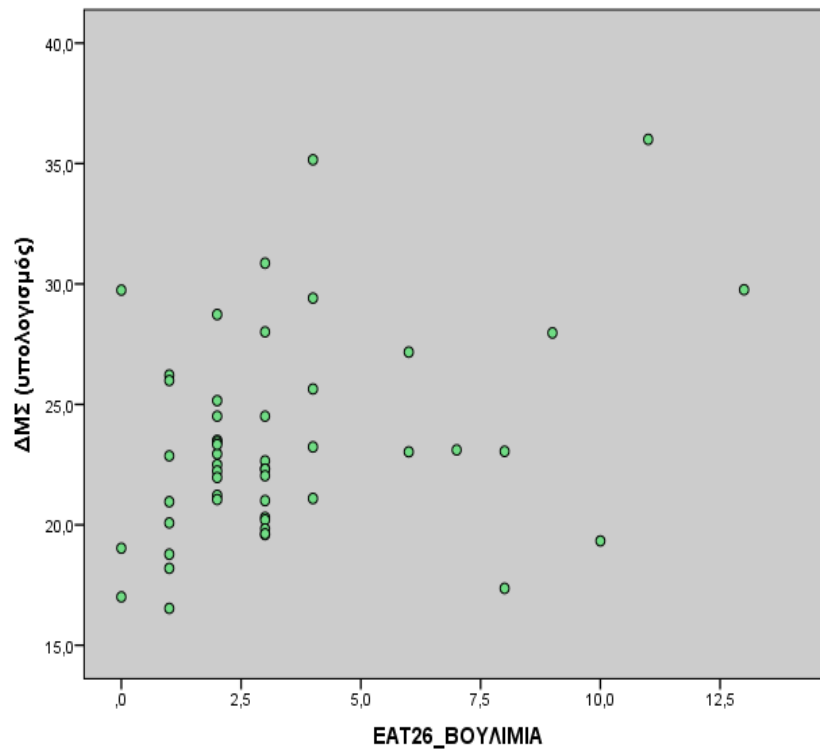
**Διάγραμμα 80: Συσχέτιση μεταξύ ΕΑΤ-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και ΒΙQ (Κοινωνιολόγοι)**

Επιπρόσθετα όπως και στην περίπτωση των Διαιτολόγων έτσι και στην περίπτωση των Κοινωνιολόγων παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ BSQ και BIQ ( $r = 0.601$ ;  $p < 0.00$ ) (βλ. διάγραμμα 81).

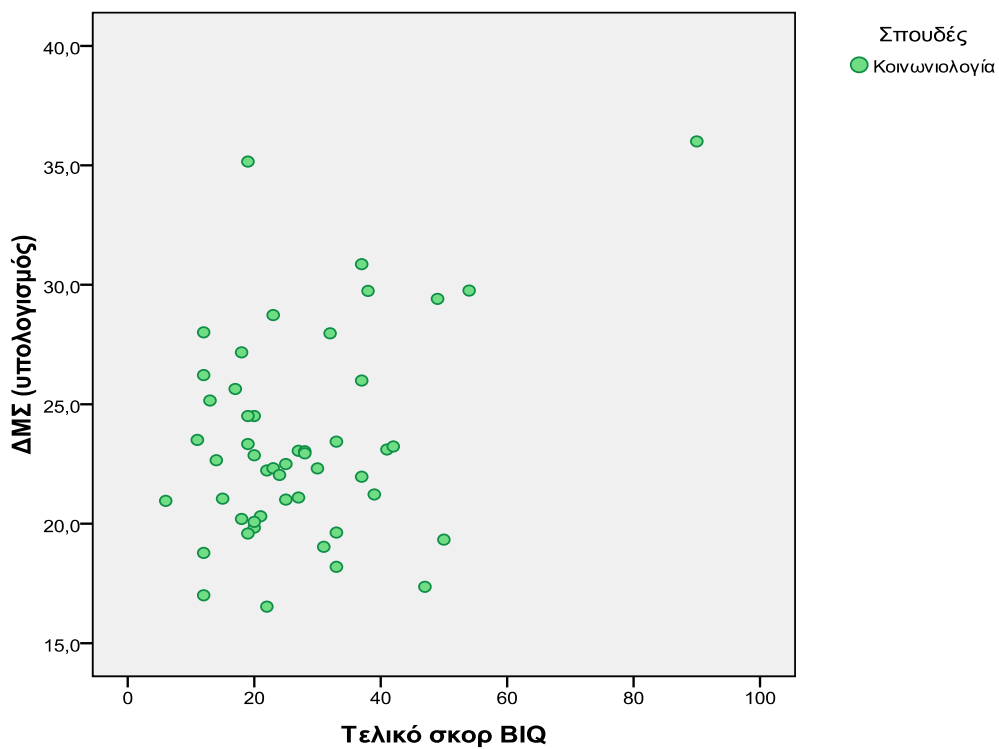


**Διάγραμμα 81: Συσχέτιση μεταξύ BSQ και BIQ (Κοινωνιολόγοι)**

Η μόνη διαφορά παρατηρείται σε ό,τι αφορά τον δείκτη μάζας σώματος, καθώς στην περίπτωση των Κοινωνιολόγων παρατηρούνται οι εξής θετικά σημαντικές σχέσεις : ΔΜΣ και EAT-26 \_BOΥΛΙΜΙΑ ( $r = 0.309$ ;  $p < 0.05$ ) και ΔΜΣ και BIQ ( $r = 0.309$ ;  $p < 0.05$ ), που σημαίνει πως άτομα με υψηλό ΔΜΣ εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση βουλιμικών επεισοδίων, ενώ επιπλέον έχουν περισσότερη αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματός τους (βλ. διάγραμμα 82-83).



**Διάγραμμα 82: Συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και ΕΑΤ-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ (Κοινωνιολόγοι)**



**Διάγραμμα 83: Συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και ΒΙQ (Κοινωνιολόγοι)**

Οι προαναφερθείσες σχέσεις φανερώνονται ξεκάθαρα και μέσω απεικόνισης των αντίστοιχων ποσοστών. Αναλυτικότερα, από το σύνολο των Διαιτολόγων με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης Δ.Δ., οι περισσότεροι με ποσοστό 84.4% δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματός τους. Μόλις το 12.5% εκφράζει μικρή ανησυχία και το 3.1% μέτρια. Αντίστοιχα από αυτούς με μεγάλη πιθανότητα Δ.Δ. το 30.8% έχει ήπια ανησυχία για το σχήμα του σώματος και το 38.5% μέτρια (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 98).

Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για το δείγμα των Κοινωνιολόγων είναι παρόμοια. Τα άτομα με μικρή ανησυχία για Δ.Δ. κατά κύριο λόγο (72.5%) δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματός τους. Από την άλλη από το σύνολο των Κοινωνιολόγων με ανησυχία για Δ.Δ. >20, το 30.0% εκφράζει ήπια ανησυχία για το σχήμα του σώματος, το 40.0% μέτρια, το 10.0% έντονη ενώ μόλις το 20.0% δεν ανησυχεί καθόλου (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 99).

Παρατηρείται επίσης σχέση μεταξύ ανάπτυξης Δ.Δ. λόγω ενασχόλησης με δίαιτα και ανησυχίας για το σώμα. Για το δείγμα των διαιτολόγων παρατηρείται ότι οι φοιτητές με μέτρια ανησυχία για το σώμα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω ενασχόλησης με δίαιτες, ενώ αυτοί που δεν ανησυχούν καθόλου εμφανίζουν μικρή πιθανότητα (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 100).

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων αφού το σύνολο αυτών με έντονη ανησυχία, αλλά και μεγάλο ποσοστό αυτών με μέτρια εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω ενασχόλησης με δίαιτες. Οι πιθανότητα για τους φοιτητές με ήπια ή και καθόλου ανησυχία είναι πολύ μικρή (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 101).

Από τα στοιχεία των διαγραμμάτων 102 – 103 (βλ. Παράρτημα), παρατηρείται πως η μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης βουλιμικών επεισοδίων σχετίζεται με μη ανησυχία για το σχήμα του σώματος. Ειδικότερα για το δείγμα των διαιτολόγων παρατηρείται ότι οι φοιτητές με μέτρια ανησυχία για το σώμα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω βουλιμικών επεισοδίων, ενώ αυτοί που δεν ανησυχούν καθόλου εμφανίζουν μικρή πιθανότητα. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων αφού το σύνολο αυτών με έντονη ανησυχία, αλλά και μεγάλο ποσοστό αυτών με μέτρια εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω βουλιμικών επεισοδίων. Οι πιθανότητα για τους φοιτητές με ήπια ή και καθόλου ανησυχία είναι πολύ μικρή.

Από την άλλη από τα στοιχεία των διαγραμμάτων 104 – 105 (βλ. Παράρτημα) παρατηρείται πως ο μειωμένος αυτοέλεγχος στο φαγητό σχετίζεται με την μειωμένη ανησυχία για το σχήμα του σώματος. Οι διαιτολόγοι που δεν ανησυχούν για την εικόνα του σώματος εμφανίζουν μικρές πιθανότητες για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω μη αυτοελέγχου, ενώ τα άτομα με ήπια και μέτρια ανησυχία εμφανίζουν ελαφρώς μεγαλύτερη πιθανότητα. Και πάλι παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα και για το δείγμα των Κοινωνιολόγων αφού το σύνολο αυτών με έντονη ανησυχία, αλλά και μεγάλο ποσοστό αυτών με μέτρια εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη Δ.Δ. λόγω μη αυτοελέγχου. Οι πιθανότητα για τους φοιτητές με ήπια ή και καθόλου ανησυχία είναι πολύ μικρή.

Στα διαγράμματα 106-107 (βλ. Παράρτημα) φανερώνεται η σχέση μεταξύ πιθανότητας εμφάνισης Δ.Δ. και εικόνας σώματος. Το σύνολο του δείγματος των Διαιτολόγων έχει φυσιολογική εικόνα για το σώμα του. Το μεγαλύτερο ποσοστό (71.1%) εμφανίζει μικρή πιθανότητα (<20) για ανάπτυξη Δ.Δ. και μόλις το 28.9% εμφανίζει πιθανότητα >20. Αναφορικά με το δείγμα των Κοινωνιολόγων από το σύνολο αυτών με μειωμένη πιθανότητα για Δ.Δ. όλοι έχουν φυσιολογική εικόνα για το σώμα τους. Από την άλλη από αυτούς με αυξημένη πιθανότητα >20 για ανάπτυξη Δ.Δ., το 90.0% εκφράζει φυσιολογική άποψη για το σώμα ενώ το 10% έχει διαστρεβλωμένη εικόνα.

Στα διαγράμματα 108-109 (βλ. Παράρτημα) φανερώνεται η σχέση μεταξύ ενασχόλησης με δίαιτα και εικόνας σώματος. Το σύνολο του δείγματος των Διαιτολόγων και όπως παρατηρείται οι περισσότεροι φοιτητές εμφανίζουν μικρή πιθανότητα για Δ.Δ. λόγω ενασχόληση με δίαιτες. Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων όλα τα άτομα με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος, ασχολούνται έντονα με την δίαιτα.

Επιπρόσθετα στα διαγράμματα 110-111 (βλ. Παράρτημα) φανερώνεται η σχέση μεταξύ πιθανότητας εμφάνισης βουλιμίας και εικόνας σώματος. Το σύνολο του δείγματος των Διαιτολόγων έχει φυσιολογική εικόνα για το σώμα του. Όπως παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των φοιτητών εμφανίζουν μικρή πιθανότητα για εμφάνιση βουλιμικών επεισοδίων. Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων όλα τα άτομα με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος εμφανίζουν πολύ συχνά βουλιμικά επεισόδια.

Στα διαγράμματα 112 – 113 (βλ. Παράρτημα) απεικονίζεται η σχέση μεταξύ πιθανότητας εμφάνισης Δ.Δ. λόγω μη αυτοελέγχου και εικόνας σώματος. Το σύνολο

του δείγματος των Διαιτολόγων έχει φυσιολογική εικόνα για το σώμα του και όπως παρατηρείται λίγοι είναι οι φοιτητές που ασκούν υπερβολικό αυτοέλεγχο. Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων όλοι οι φοιτητές με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος καταφέρνουν να ελέγξουν την πράξη του τρώγειν σε πολύ μικρό βαθμό. Εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ ανησυχίας για το σχήμα του σώματος και εικόνας σώματος, διαπιστώνονται τα εξής.

Το σύνολο των Διαιτολόγων έχει φυσιολογική εικόνα σώματος. Από αυτούς οι περισσότεροι με ποσοστό 68.9% δεν ανησυχούν για το σχήμα του σώματος, το 17.8% εκφράζει ήπια ανησυχία και το 13.3% μέτρια (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 114).

Από την άλλη από το σύνολο των Διαιτολόγων με φυσιολογική εικόνα σώματος το 63.3% δεν ανησυχεί για το σχήμα του σώματος, το 26.5% ανησυχεί σε ήπιο βαθμό, το 8.2% σε μέτριο και μόλις το 2.0% σε μεγάλο βαθμό. Το σύνολο όμως των φοιτητών με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος ανησυχούν αρκετά για το σχήμα του σώματός τους (βλ. Παράρτημα, διάγραμμα 115).

Στα διαγράμματα 116-117 (βλ. Παράρτημα) εξετάζεται η σχέση μεταξύ πιθανότητας εμφάνισης Δ.Δ. και ΔΜΣ. Για το δείγμα των Διαιτολόγων παρατηρείται ότι από το σύνολο αυτών με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης Δ.Δ., οι περισσότεροι με ποσοστό 65.6% έχουν φυσιολογικό βάρος, το 25.0% είναι υπέρβαροι και μόλις το 9.4% ελιποβαρείς. Από την άλλη από τους φοιτητές με >20 πιθανότητα εμφάνισης Δ.Δ. το 69.2% έχει φυσιολογικό βάρος, το 23.1% είναι ελιποβαρείς και μόλις το 7.7% παχύσαρκοι. Για το δείγμα των Κοινωνιολόγων παρατηρούνται τα εξής: Τα άτομα με μειωμένη πιθανότητα για Δ.Δ. είναι και πάλι κατά κύριο λόγο με φυσιολογικό βάρος (67.5%). Από το σύνολο αυτών με αυξημένη πιθανότητα για Δ.Δ., το 50.0% έχει φυσιολογικό βάρος, το 30.0% είναι υπέρβαροι, 10.0% ελιποβαρείς και το 10.0% παχύσαρκοι.

Από την άλλη στα διαγράμματα 118-119 (βλ. Παράρτημα) εξετάζεται η σχέση μεταξύ BSQ και ΔΜΣ. Για το δείγμα των Διαιτολόγων δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές. Για το δείγμα όμως των κοινωνιολόγων παρατηρείται πως ενώ τα άτομα που δεν ανησυχούν καθόλου για το σχήμα του σώματός τους ή έχουν ήπια/ μέτρια ανησυχία, έχουν φυσιολογικό βάρος, αυτοί με έντονη ανησυχία για το σχήμα τους σώματος είναι στο σύνολό τους υπέρβαροι.

Τέλος στα διαγράμματα 120-121 (βλ. Παράρτημα) εξετάζεται η σχέση μεταξύ BIQ και ΔΜΣ. Για το δείγμα των Διαιτολόγων δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες



διαφορές, καθώς όλοι οι φοιτητές έχουν φυσιολογική εικόνα σώματος. Αναφορικά με το δείγμα των Κοινωνιολόγων φανερώνεται πως από το σύνολο των φοιτητών με φυσιολογική εικόνα οι περισσότεροι με ποσοστό 65.3% έχουν φυσιολογικό βάρος, ενώ το σύνολο των ατόμων με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος είναι παχύσαρκα.

#### 4. Συζήτηση – Σχολιασμός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η συσχέτιση της εικόνας σώματος και των διατροφικών συνηθειών ανάμεσα στους φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας και στους φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.

Το δείγμα στο οποίο βασίστηκε η έρευνα αποτελείται από άτομα με ύψος 1.61m έως 1.70m κατά μέσο όρο και φυσιολογικό βάρος στο σχεδόν 65.0% των συμμετεχόντων. Δεν παρατηρήθηκαν δηλαδή ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας και άλλων ειδικοτήτων ως προς το δείκτη μάζας σώματος, όπως εξάλλου έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές (Kiziltan & Karabudak, 2008). Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τους φοιτητές διαιτολογίας σχεδόν τα 2/3 έχουν φυσιολογικό βάρος, το 17.8% διαπιστώθηκε πως είναι υπέρβαροι, το 2.2% παχύσαρκοι και το 13.3% ελιποβαρείς. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνών που βασίζονται σε δείγματα γενικού πληθυσμού διαιτολόγων. Για παράδειγμα η έρευνα των Kinzl et al. (1999) η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 500 διαιτολόγων στην Αυστρία, επίσης έδειξε ότι τα δύο τρίτα είχαν φυσιολογικό βάρος, το 6.6% ήταν λιπόβαροι και το 12.3% υπέρβαροι. Κάτι τέτοιο αποτελεί μια πρώτη ένδειξη ότι τα άτομα με γνώσεις διαιτολογίας σε μεγάλο ποσοστό, ελέγχουν το βάρος τους. Αυτό εξάλλου συνδέεται άμεσα με το γεγονός ότι αυτοί που επιλέγουν να ακολουθήσουν το επάγγελμα του διαιτολόγου σύμφωνα με έρευνες (Hughes & Desbrow, 2005), παρακινούνται κυρίως από την επιθυμία τους να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους με πληροφορίες για σωστή και υγιεινή διατροφή. Σημειώνεται όμως ότι συχνά με το πέρασμα του χρόνου οι διαιτολόγοι εμφανίζονται περισσότερο δυσαρεστημένοι με το σωματικό τους βάρος σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Arroyo et al., 2010), ένα θέμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες διαπιστώθηκε πως αυτές είναι παρόμοιες μεταξύ των φοιτητών του τμήματος διατροφής και διαιτολογίας και των φοιτητών του τμήματος κοινωνικής εργασίας. Ειδικότερα παρατηρήθηκε πως και οι δύο ομάδες

εντάσσουν στην καθημερινή τους διατροφή υγιεινό φαγητό όπως κρέας (λευκό και κόκκινο), αλλά και φρούτα και λαχανικά. Ακόμα και ο τρόπος μαγειρέματος που επιλέγεται είναι υγιεινός, αφού για το κρέας προτιμάται το ψήσιμο, ενώ τα λαχανικά τρώγονται ωμά. Επιπρόσθετα πάνω από το 90.0% των φοιτητών που πήραν μέρος στην έρευνα προτιμούν το ελαιόλαδο. Αναφορικά με την χρήση του αλατιού φανερώθηκε ότι οι φοιτητές Κοινωνιολογίας το προτιμούν σε μεγαλύτερο βαθμό (80.0%), από τους φοιτητές Διαιτολογίας, ίσως επειδή οι τελευταίοι έχουν περισσότερες γνώσεις για τις αρνητικές συνέπειες της υπερβολικής χρήσης αυτού του συστατικού. Θα περίμενε κανείς ότι οι φοιτητές Διαιτολογίας λόγω συνεχής ενασχόλησης με τρόπους υγιεινής διατροφής κατά την διάρκεια των σπουδών τους να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με τους φοιτητές κοινωνιολογίας στη διατροφή τους. Το γεγονός όμως ότι και οι δύο ομάδες τρέφονται σωστά ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στη σημερινή εποχή υπάρχει μεγάλη ενημέρωση σχετικά με τροφές και υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά και σημαντικό ενδιαφέρον κυρίως από τους νέους γύρω από τα θέματα αυτά ως αποτέλεσμα της παρακίνησης που γίνεται από διάφορους ειδικούς. Έτσι όχι μόνο τα άτομα που εξειδικεύονται γύρω από την Διαιτολογία, αλλά και οι υπόλοιπες ομάδες εμφανίζουν τάσεις για υγιεινό τρόπο ζωής.

Επιπρόσθετα το γεγονός ότι οι φοιτητές προσπαθούν να τρέφονται σωστά, αποδεικνύεται επιπλέον από το ότι οι μισοί από αυτούς λαμβάνουν τρία γεύματα ημερησίως, ενώ ελάχιστα είναι τα άτομα (<10%), που φθάνουν σε πάνω από πέντε γεύματα. Παρατηρήθηκε όμως τάση από την πλευρά των φοιτητών κοινωνιολογίας για μειωμένο αριθμό ημερησίων γευμάτων, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Kiziltan & Karabudak, 2008), οι οποίοι επισημαίνουν ότι οι φοιτητές άλλων ειδικοτήτων εκτός της διαιτολογίας, παραλείπουν συχνά κάποια βασικά γεύματα όπως για παράδειγμα το πρωινό, ίσως επειδή δεν γνωρίζουν αρκετά τη σημαντικότητα αυτού.

Οι φοιτητές και των δύο τμημάτων διαπιστώθηκε πως προτιμούν να λαμβάνουν το σημαντικότερο ίσως γεύμα – το πρωινό, εντός του σπιτιού. Τα γεύματα που συχνά λαμβάνονται έξω είναι το μεσημεριανό αλλά και το απογευματινό και αυτό ισχύει τόσο για τους φοιτητές Διαιτολογίας όσο και για τους φοιτητές Κοινωνιολογίας. Κάτι τέτοιο ίσως να συνδέεται και με τον τρόπο ζωής και τις υποχρεώσεις ενός φοιτητή. Παρόλο αυτά υπάρχει ένδειξη πως οι Διαιτολόγοι όταν τρώνε εκτός σπιτιού επιλέγουν όσο το δυνατόν πιο υγιεινό φαγητό προτιμώντας την φοιτητική λέσχη ή και ταβέρνες – εστιατόρια. Από την άλλη αρκετά μεγάλο ποσοστό

των Κοινωνιολόγων (20.0%) προτιμά να παραγγέλνει απ' έξω, τροφές που ως γνωστών δεν πληρούν πάντα τις προϋποθέσεις του υγιεινού φαγητού.

Το γεγονός ότι πάνω από το 70.0% των φοιτητών έχει καλή έως και εξαιρετική όρεξη αποτελεί μια πρώτη ένδειξη πως πρόκειται για άτομα χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα σε ό,τι αφορά το θέμα των διατροφικών διαταραχών.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι φοιτητές και των δύο τμημάτων σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50.0% καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά. Σημειώνεται πως η ποσότητα κατανάλωσης είναι ελαφρώς μεγαλύτερη στην περίπτωση των φοιτητών κοινωνικής εργασίας. Από την άλλη ένα ποσοστό λίγο μεγαλύτερο του 30.0% τόσο στην περίπτωση των διαιτολόγων, όσο και στην περίπτωση των κοινωνιολόγων διαπιστώθηκε πως καπνίζει. Και πάλι το κάπνισμα είναι λίγο πιο αυξημένο σε ποσότητα και συχνότητα στην περίπτωση των κοινωνιολόγων, γεγονός που φανερώνει έναν ελαφρώς λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής για την ομάδα αυτή. Τα αποτελέσματα αυτά και κυρίως το γεγονός ότι το μισό δείγμα καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά ίσως και πάλι να συνδέεται με το γεγονός ότι πρόκειται για φοιτητές με συγκεκριμένο τρόπο ζωής.

Παρόλο αυτά είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι φοιτητές κοινωνιολογίας φαίνεται να αθλούνται σε λίγο μεγαλύτερο βαθμό από τους φοιτητές διαιτολογίας. Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να αποτελέσει γενικό συμπέρασμα λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, αλλά ίσως να οφείλεται στο ότι η δεύτερη ομάδα φοιτητών δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ίδια την διατροφή παρά στην άθληση λόγω εξειδίκευσης στο θέμα αυτό. Μια άλλη εξήγηση αυτού του αποτελέσματα θα μπορούσε να είναι ο τόπος στον οποίο φοιτούν οι κοινωνιολόγοι (Ηράκλειο) που ίσως να επιτρέπει σε μεγαλύτερο βαθμό τις εύκολες μετακινήσεις, αλλά και το γεγονός ότι στο ΤΕΙ Ηρακλείου υπάρχει γυμναστήριο, κάτι που διευκολύνει και ίσως παροτρύνει σε μεγαλύτερο βαθμό αυτή την ομάδα φοιτητών να αθλούνται.

Η παρούσα έρευνα απέδειξε πως οι φοιτητές των δύο τμημάτων δεν εμφανίζουν διαταραχές διατροφικών συνηθειών, αφού σε ποσοστό 70.0% για τους διαιτολόγους και 80.0% για τους φοιτητές κοινωνιολογίας η πιθανότητα ήταν μικρότερη από 20 όπως ορίζεται από την κλίμακα EAT – 26. Είναι σημαντικό να σημειωθεί όμως, πως παρόλο που οι διαφορές μεταξύ των φοιτητών από τα δύο εξεταζόμενα τμήματα ήταν ελάχιστες και ουσιαστικά στατιστικά μη σημαντικές, υπήρξε ένδειξη ότι οι φοιτητές που δεν έχουν άμεση σχέση με την διαιτολογία έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Κάτι τέτοιο εξάλλου έχει

επισημανθεί και από άλλους ερευνητές σε παγκόσμιο επίπεδο. Για παράδειγμα οι Strauss, Dahlheimer & Steiner (1999) αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη στους φοιτητές διαιτολογίας πρώτου έτους σε σχέση με αυτούς με προχωρημένες γνώσεις διαιτολογίας, αλλά και σε σχέση με τους φοιτητές άλλων ειδικοτήτων. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και οι Reinstein et al. (1992) οι οποίοι φθάνουν στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές διαιτολογίας μεγαλύτερου έτους σπουδών, έχουν θετικότερες διατροφικές συνήθειες από τους πρωτοετείς, ως αποτέλεσμα της αυξημένης έκθεσής τους σε πληροφορίες αναφορικά με την σωστή διατροφή.

Για τους φοιτητές Διαιτολογίας η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών λόγω ενασχόλησης με δίαιτες διαπιστώθηκε πως υπάρχει για ένα πολύ μικρό ποσοστό <5%, ενώ για τους φοιτητές κοινωνικής εργασίας αυτό ανέρχεται στο 10% περίπου. Παρόλο που για την δεύτερη ομάδα το ποσοστό είναι ελαφρώς αυξημένο, οι διαφορές είναι πολύ μικρές αποτέλεσμα που φανερώνει ότι φοιτητές διαιτολογίας δεν είναι περισσότερο ή λιγότερο ευαίσθητοι στις αρνητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές λόγω ενασχόλησης με δίαιτες σε σχέση με τους φοιτητές άλλων ειδικοτήτων. Κάτι τέτοιο συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών όπως αυτά των Berryman et al., (2006). Είναι σημαντικό να σημειωθεί όμως πως σύμφωνα με άλλους (Kiziltan & Karabudak, 2008), οι φοιτητές άλλων ειδικοτήτων εκτός της διαιτολογίας καταφεύγουν συχνότερα σε μη υγιεινούς τρόπους μείωσης του βάρους όπως για παράδειγμα εξαντλητικές δίαιτες.

Από την άλλη η πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω βουλιμίας καθώς και λόγω έλλειψης αυτοελέγχου της πράξης του τρώγειν, διαπιστώθηκε πως είναι ανύπαρκτη και για τα δύο δείγματα της παρούσας έρευνας. Η έλλειψη στοιχείων αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές λόγω βουλιμίας και μη αυτοελέγχου, δεν προσέφερε την δυνατότητα για σύγκριση. Σημειώνεται όμως πως σύμφωνα με άλλες έρευνες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι φοιτητές διαιτολογίας εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω βουλιμίας. Ενδεικτικά οι Crockett & Littrell (1985) φθάνουν στο συμπέρασμα ότι παρόλο που οι φοιτητές διαιτολογίας έχουν θετικότερες διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τους φοιτητές κοινωνιολογίας και άλλων ανθρωπιστικών επιστημών, εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών στις διατροφικές συνήθειες λόγω βουλιμίας. Επικρατεί όμως και η άποψη ότι οι διαιτολόγοι δεν είναι πιο επιρρεπείς σε βουλιμική συμπεριφορά από ό, τι άτομα άλλων επαγγελμάτων,

αλλά απλά έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των διατροφικών διαταραχών και συνεπώς είναι πιο πιθανό να αναγνωρίσουν συμπτώματα βουλιμίας (Howat, Berplay & Wozniak, 1993).

Η μικρή πιθανότητα ένα άτομο να εμφανίσει προβλήματα που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές προφανώς οφείλεται στο ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, έχουν ένα αρκετά υγιεινό τρόπο ζωής ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες όπως διαπιστώθηκε ήδη.

Επιπρόσθετα από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι ελάχιστα άτομα τόσο στην περίπτωση των φοιτητών διαιτολογίας (περίπου 13%) όσο και στην περίπτωση των φοιτητών κοινωνιολογίας (περίπου 10%) ανησυχούν για το σχήμα του σώματός τους σύμφωνα με τα όρια της κλίμακας BSQ. Μόλις το 2% των κοινωνιολόγων εκφράζει ανησυχία σε πολύ έντονο βαθμό. Τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα χαμηλά και συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνητών. Για παράδειγμα οι Bosi et al., (2006) φανερώνουν ποσοστό της τάξεως του 6.2% για φοιτητές διαιτολογίας που ανησυχούν έντονα για την εικόνα του σώματός τους. Παρόλο που οι μικρές διαφορές δεν επέτρεψαν την σύγκριση ως προς τις διατροφικές συνήθειες, σημειώνεται πως υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με πολύ μεγάλη ανησυχία για το σχήμα του σώματος αποφεύγουν μη υγιεινές τροφές (π.χ. γλυκά), τρώνε λιγότερα γεύματα ημερησίως (έως 2), έχουν μέτρια όρεξη από αυτούς με μικρή ή και καμία ανησυχία για το σώμα τους, ενώ επιπλέον ασχολούνται περισσότερο με φυσικές δραστηριότητες. Σημειώνεται όμως πως η εν λόγω κατηγορία καταναλώνει οινόπνευματώδη ποτά σε μεγαλύτερο βαθμό, αποτέλεσμα που φανερώνει πως τα άτομα που ανησυχούν έντονα για το σχήμα του σώματός τους δεν καταφεύγουν πάντα σε υγιεινούς τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος αλλά σε καταχρήσεις που τελικά μεγάλωνουν το πρόβλημα.

Εξετάζοντας τις απόψεις των φοιτητών που πήραν μέρος στην παρούσα έρευνα αναφορικά με την εικόνα που έχουν για το σώμα τους, διαπιστώθηκε πως αυτή είναι αρκετά θετική, αφού οι φοιτητές διαιτολογίας στο σύνολό τους και οι φοιτητές κοινωνιολογίας σε ποσοστό 98% έχουν φυσιολογική εικόνα σώματος σύμφωνα με τις μετρήσεις της κλίμακας BIQ. Κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με πληθώρα άλλων εμπειρικών μελετών (Klemchuck, Hutchinson & Frank, 1990; McArthur & Howard, 2001; Pearson, Goldklang & Striegel-Moore, 2001), σύμφωνα με τις οποίες οι διαιτολόγοι και επαγγελματίες με παρόμοιες ειδικότητες συχνά εμφανίζουν περισσότερο διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος καθώς και μεγαλύτερη

πιθανότητα για διατροφικές διαταραχές από άτομα με άλλο επάγγελμα. Αυτό ίσως να συνδέεται και με την έντονη ενασχόληση των επαγγελματιών με θέματα που αφορούν στην διατροφή και το σώμα, γεγονός που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει έντονες ψυχολογικές καταστάσεις και τάση για διαστρέβλωσης της εικόνας του σώματος

Τα χαρακτηριστικά που δεν αρέσουν στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (σχεδόν στο 70%) είναι μόλις ένα με δύο. Πρόκειται κυρίως για την κοιλιά/ περιφέρεια της μέσης, τις διάφορες ουλές/ σημάδια, καθώς και τα λοιπά χαρακτηριστικά προσώπου. Όπως παρατηρείται τα χαρακτηριστικά αυτά απασχολούν κατά κύριο λόγο τον γυναικείο πληθυσμό, γεγονός που συνδέεται άμεσα με το ότι το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται κυρίως από γυναίκες (80%). Το πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος δεν επέτρεψε την συσχέτιση της άποψης για την εικόνα του σώματος με τις διατροφικές συνήθειες. Παρόλο αυτό υπάρχουν ενδείξεις πως η διαστρεβλωμένη εικόνα οδηγεί σε αποφυγή κατανάλωσης τροφών που αυξάνουν το βάρος (π.χ. γλυκά), αλλά και οινοπνευματωδών ποτών και τσιγάρων, καθώς και στην αύξηση του αριθμού των ημερησίων γευμάτων. Η σχέση μεταξύ εικόνας σώματος και διατροφικών συνηθειών εξάλλου έχει αποδειχθεί και από αρκετούς άλλους ερευνητές (Makino et al., 2006; Mumford & Choudry, 2000; Spurgas, 2005). Παρόλο που η παρούσα έρευνα δεν προσέφερε την δυνατότητα για σύγκριση μεταξύ φοιτητών με φυσιολογική και διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος, κάτι τέτοιο απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, αφού σύμφωνα με άλλες μελέτες υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα οι Yager & O'Dea (2009) φθάνουν στο συμπέρασμα ότι εκπαιδευτικοί με ειδικότητα σε θέματα υγείας/ φυσικής αγωγής, εμφανίζουν περισσότερο διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους σε σχέση με εκπαιδευτικούς άλλων ειδικοτήτων.

Από την άλλη η παρούσα έρευνα φανέρωσε πως τόσο οι φοιτητές διαιτολογίας όσο και οι φοιτητές κοινωνιολογίας με μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών στις διατροφικές τους συνήθειες, έχουν αυξημένη ανησυχία για το σχήμα του σώματός τους ενώ επιπλέον τείνουν να έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Η σχέση αυτή αποδεικνύεται και από άλλους ερευνητές (Laus, Moreira & Costa, 2009), οι οποίοι φθάνουν στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο αυτό είναι πιο συχνό σε φοιτητές διαιτολογίας και άλλων παρομοίων ειδικοτήτων. Σημειώνεται πως κυρίως οι φοιτητές με ιδιαίτερες διατροφικές διαταραχές (π.χ. λόγω δίαιτας ή βουλιμίας)

εκφράζουν περισσότερο αρνητική άποψη για το σώμα τους. Κάτι τέτοιο συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Leonhard & Barry, 1998), σύμφωνα με τους οποίους η δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος είναι μεγαλύτερη σε άτομα με ειδικές διατροφικές διαταραχές (π.χ. βουλιμία, ανορεξία κλπ.). Είναι σημαντικό να σημειωθεί όμως πως το αποτέλεσμα αυτό φανερώνει ότι τα άτομα με εξειδίκευση στη διαιτολογία παρά την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών ανησυχούν για το σώμα και την εμφάνισή τους, κάτι που ίσως να δείχνει ότι αναγνωρίζουν το πρόβλημα.

Επιπρόσθετα τα άτομα με έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος έχουν και περισσότερο αρνητική εικόνα για την εμφάνισή τους. Τα αποτελέσματα αυτά ισχύουν τόσο για τους διαιτολόγους όσο και για τους κοινωνιολόγους. Κάτι ίσως να συνδέεται και με άλλα ψύχω-σωματικά προβλήματα και έλλειψη αυτοεκτίμησης, αφού συχνά η έντονη για το σχήμα του σώματος οδηγεί σε αρνητική εικόνα για την εμφάνιση χωρίς ωστόσο το άτομο να αντιμετωπίζει πραγματικό πρόβλημα. Συνεπώς η λύση τέτοιων προβλημάτων θα μπορούσε να αναζητηθεί προς άλλες κατευθύνσεις σχετικές με την ψυχολογία και τις εμπειρίες του ατόμου.

Επιπρόσθετα για τους κοινωνιολόγους παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα για ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών λόγω βουλιμίας, ενώ επιπλέον τα υπέρβαρα αυτά άτομα έχουν και πιο αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματός τους. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από άλλους ερευνητές. Για παράδειγμα οι Priya et al., (2010), μετά από ερευνητική διαδικασία βασισμένη σε δείγμα φοιτητών Ιατρικής, φθάνουν στο συμπέρασμα πως ελιπόβαρα ή παχύσαρκά άτομα έχουν περισσότερο διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους, από άτομα με φυσιολογικό βάρος. Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες που πραγματοποιούνται σε δείγματα φοιτητών διαφόρων ειδικοτήτων (Bernardez et al., 2011; Cash & Fleming, 2002; Newman et al., 2006; Kaskeshita & de Soura, 2006; Paxton, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2006; Yates, Edman & Aruguete, 2004) και φαίνεται απολύτως λογικό αφού το αυξημένο σωματικό βάρος οδηγεί σε δυσαρέσκεια και έντονη αρνητική εικόνα που αναπτύσσει το άτομο για το σώμα και την εμφάνισή του.

Παρόλο που η παρούσα έρευνα δεν φανέρωσε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δείκτη μάζας σώματος και πιθανότητας ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών στην περίπτωση των διαιτολόγων, το θέμα αυτό απαιτεί μεγαλύτερη διερεύνηση, καθώς όπως έχει αποδειχθεί από προηγούμενες έρευνες (Kinzl et al., 1999; Worobey & Schoenfeld, 1999) οι Διαιτολόγοι και κυρίως αυτοί με αυξημένη τάση προς την

παχυσαρκία τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα διατροφικές διαταραχές σε σχέση με άτομα άλλων επαγγελματιών με παρόμοιο βάρος. Αυτό ίσως να οφείλεται και σε διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες όπως άγχος και πίεση για συμμόρφωση με τους κανόνες υγιεινής διατροφής. Ειδικότερα οι διαιτολόγοι δεδομένου ότι ασχολούνται συνεχώς με τους τρόπους μείωσης του σωματικού βάρους προσφέρονται μάλιστα συμβολές στους ασθενείς τους σε καθημερινή βάση, όταν οι ίδιοι έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα σχετικά με το βάρος δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το θέμα με ψυχραιμία και καταφεύγουν σε λύσεις που ίσως τους οδηγήσουν σε διάφορες διατροφικές διαταραχές. Παρομοίως σημειώνεται ότι στην παρούσα έρευνα δεν φανερώθηκε σχέση μεταξύ δείκτη μάζας σώματος και ανησυχίας για το σχήμα του σώματος, κάτι που όμως έχει αποδειχθεί σε άλλες έρευνες όπως αυτή των Bosi et al., (2006) και συνεπώς απαιτεί και άλλη διερεύνηση.

#### **4.1 Συμπεράσματα**

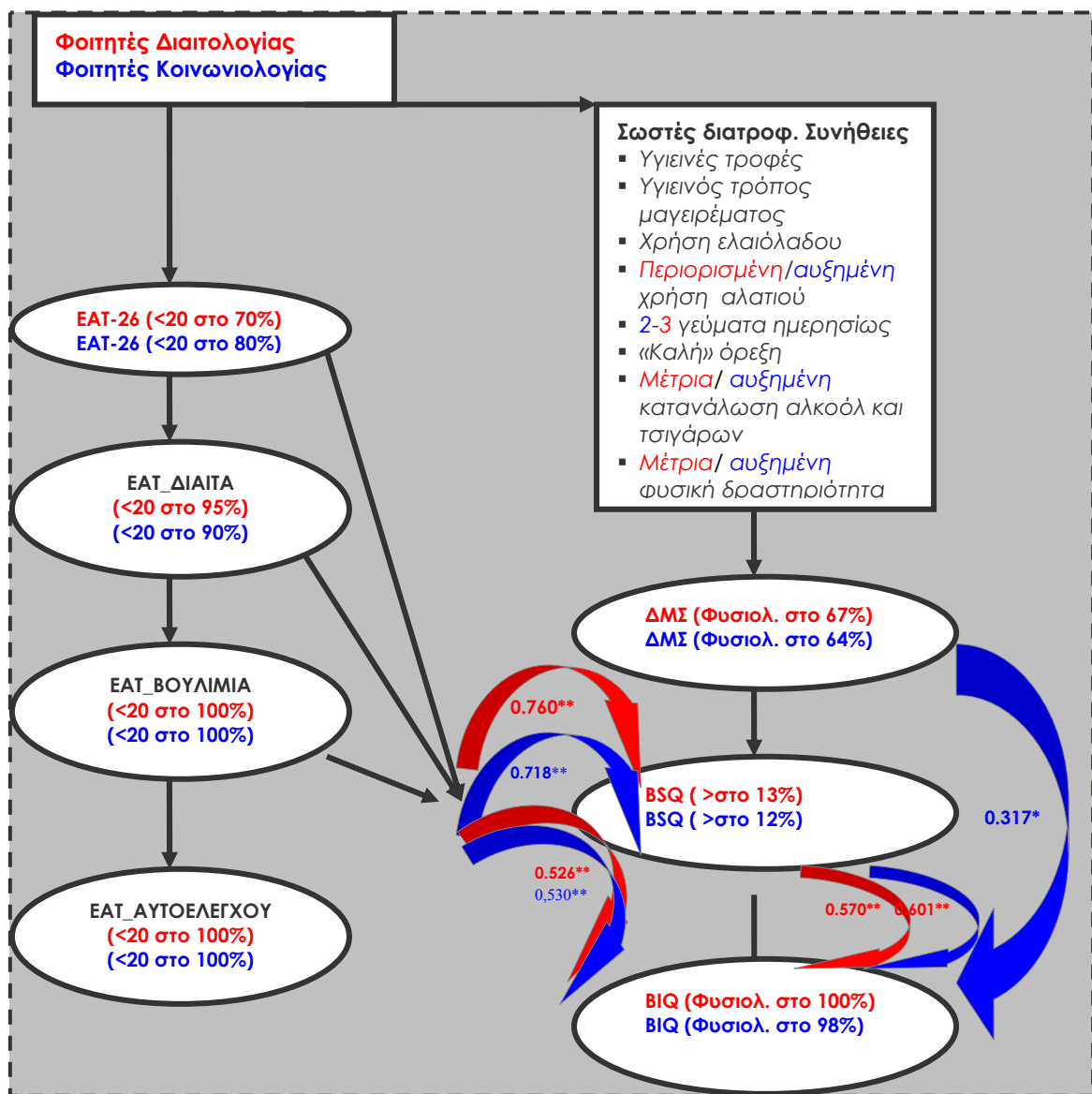
Στο σχήμα 17 απεικονίζεται το ερευνητικό μοντέλο το οποίο βασίστηκε στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Με βάση αυτό τα κύρια συμπεράσματα της εργασίας συνοψίζονται παρακάτω:

- Παρόμοιο σωματικό βάρος και διατροφικές συνήθειες μεταξύ διαιτολόγων και ατόμων άλλης ειδικότητας
- Μικρές διαφορές στην πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών μεταξύ διαιτολόγων και ατόμων άλλης ειδικότητας, με την πρώτη κατηγορία να εμφανίζει ελαφρώς υψηλότερη πιθανότητα
- Οι διαιτολόγοι δεν είναι περισσότερο ή λιγότερο ευαίσθητοι στις αρνητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές λόγω ενασχόλησης με δίαιτες
- Μικρές διαφορές στον βαθμό ανησυχίας για το σχήμα του σώματος μεταξύ διαιτολόγων και ατόμων άλλης ειδικότητας, με την δεύτερη κατηγορία να εκφράζει ελαφρώς μεγαλύτερη ανησυχία
- Μικρές διαφορές στις απόψεις για την εικόνα του σώματος μεταξύ διαιτολόγων και ατόμων άλλης ειδικότητας,
- Διατροφολόγοι και άτομα άλλων ειδικοτήτων που εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών στις διατροφικές τους



συνήθειες, έχουν αυξημένη ανησυχία για το σχήμα του σώματός τους ενώ επιπλέον τείνουν να έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος

- Διατροφολόγοι και άτομα άλλων ειδικοτήτων με έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος έχουν και περισσότερο αρνητική εικόνα για την εμφάνισή τους
- Για τα άτομα που δεν έχουν ειδικότητα στην διαιτολογία, όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα για ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών λόγω βουλιμιάς, ενώ επιπλέον η κατηγορία αυτή έχει και πιο αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματός



**Σχήμα 17: Ερευνητικό μοντέλο**

— Φοιτητές Διαιτολογίας  
— Φοιτητές Κοινωνιολογίας

### 4.3 Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θεωρούνται αξιόπιστα κυρίως λόγω της χρήσης αναγνωρισμένων κλιμάκων – ερωτηματολογίων, κάτι που αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα της μελέτης. Παρόλο αυτά παρουσιάζονται κάποιοι περιορισμοί που χρήζουν προσοχής από μελλοντικούς ερευνητές.

Ο πρώτος περιορισμός σχετίζεται με το μικρό μέγεθος του δείγματος. Ένα μεγαλύτερο δείγμα είναι πολύ πιθανό να φανέρωνε διαφορές ως προς κάποιες παραμέτρους σε ότι αφορά τις απόψεις και τις συνήθειες των δύο εξεταζόμενων ομάδων, όπως εξάλλου έχει φανερωθεί σε άλλες έρευνες. Ορισμένα μη στατιστικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την χρήση μεγαλύτερου σε μέγεθος δείγματος.

Επιπρόσθετα η περιορισμένη συμμετοχή ατόμων με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος και διατροφικές διαταραχές κυρίως λόγω βουλιμίας και αυτοελέγχου, δεν προσέφερε την δυνατότητα για συγκρίσεις και συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές όπως για παράδειγμα με την παράμετρο «εικόνα σώματος».

Από την άλλη η μικρή συμμετοχή ανδρών επίσης θεωρείται πως αποτέλεσε περιορισμός της παρούσας έρευνας. Σε γενικές γραμμές η συμμετοχή ατόμων με διαφορετικά κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά ίσως να φανέρωνε επιπλέον χρήσιμα αποτελέσματα.

Ένα ακόμη σημείο που περιορίζει τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι το ότι στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εικόνας σώματος (B.I.Q), δεν απαντήθηκε το τελευταίο ερώτημα από αρκετά άτομα διότι θεωρήθηκε δύσκολο να ζωγραφίσουν τα ίδια τον εαυτό τους χωρίς να κάνουν καμία διόρθωση.

Θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε ως περιορισμό και το γεγονός πως τα ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν στο δείγμα απαιτούσαν πολλές απαντήσεις όσων αφορά την εικόνα του σώματος τους, όπως επίσης και τη διατροφή τους σε σύντομο χρονικό διάστημα, κάτι το οποίο ίσως να κούραζε τα άτομα και όπως συνεπάγεται από αυτό, να μην έδιναν τις απαντήσεις που θα έδιναν αν είχαν περισσότερο χρόνο ή αν ήταν λιγότερα τα ερωτηματολόγια ή πιο συνοπτικά.

Ένας ακόμα περιορισμός της έρευνας θα μπορούσε να είναι το γεγονός πως το 1/2 του συνολικού δείγματός μας αποτελούνταν από φοιτητές της διατροφής και διαιτολογίας, κάτι το οποίο σημαίνει πως επειδή η έρευνα αυτή αφορούσε άμεσα το επάγγελμά τους, ίσως να μην ήταν τόσο ειλικρινείς στις απαντήσεις που έδιναν στα

ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν γιατί θα ήθελαν το αποτέλεσμα αυτής στο τέλος να έχει θετικά αποτελέσματα στο δείγμα το οποίο εκπροσωπούν.

Ένας περιορισμός είναι το ότι τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους φοιτητές σαν σύνολο. Αυτός είναι περιορισμός διότι αν είχαμε την ευκαιρία να είχαμε συνέντευξη με κάθε άτομα ξεχωριστά θα είχαμε μάλλον πιο σωστές, ολοκληρωμένες και ειλικρινείς απαντήσεις. Αυτό όμως θα ήταν ιδιαίτερα χρονοβόρα αν σκεφτεί κανείς το σύνολο του δείγματος αλλά και το σύνολο των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων.

Τέλος στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων που πολύ πιθανό να επηρεάζει την εικόνα για το σώμα, τον δείκτη μάζας σώματος, αλλά και τις διάφορες διατροφικές διαταραχές.

#### **4.4 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες**

Παρά των χρήσιμων αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας πιστεύουμε πως μελλοντικές έρευνες μπορούν να συμβάλλουν στην επιπλέον διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εικόνας σώματος και των διατροφικών συνηθειών. Οι προτάσεις μου διαμορφώνονται αφορούν τις εξής κατευθύνσεις:

- Επανάληψη της παρούσας έρευνας σε δείγμα μεγαλύτερου μεγέθους το οποίο να προέρχεται από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση.
- Έρευνες σε διεθνές επίπεδο φανερώνουν ότι συχνά με το πέρασμα του χρόνου οι διαιτολόγοι εμφανίζονται περισσότερο δυσαρεστημένοι με το σωματικό τους βάρος σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα, όμως προτείνεται μελλοντικές μελέτες να επικεντρωθούν στην διαπίστωση αυτή.
- Η παρούσα έρευνα δεν επιβεβαίωσε διαφορές μεταξύ διαιτολόγων και ατόμων άλλης ειδικότητας στην πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχών λόγω ενασχόληση με δίαιτα. Καθώς όμως άλλες έρευνες φανερώνουν αυξημένο κίνδυνο από την πλευρά των όσων δεν σχετίζονται με το επάγγελμα διαιτολόγου, το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης στον Ελληνικό πληθυσμό.

- Παρομοίως φανερώθηκε πως έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαιτολόγοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω βουλιμίας. Παρόλο που κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα, προτείνεται μελλοντικές μελέτες να ασχοληθούν με το θέμα αυτό.
- Απαιτείται επιπρόσθετη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δείκτη μάζας σώματος και πιθανότητας ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών στην περίπτωση των διαιτολόγων, υπόθεση που δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα μελέτη, αλλά υπάρχουν ενδείξεις πως ισχύει.
- Τέλος προτείνεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ διατροφικών συνηθειών και εικόνα σώματος με τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου όπως για παράδειγμα η αυτοαξιολόγηση, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κλπ.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Altabe M. (1998). Ethnicity and body image: Quantitative and qualitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 23:153-9
- Arroyo M, Basabe N, Serrano L, Sánchez C, Ansotegui L, Rocandio A. (2010). Prevalence and magnitude of body weight and image dissatisfaction among women in dietetics majors. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 60(2), 126-132
- Babar N, Alam M, Ali SS, Ansari A, Atiq M, Awais A et al (2002). Anorexic behaviour and attitudes among female medical and nursing students at a private university hospital. *J Pak Med Assoc*, 52, 272–276
- Becker, A., Burwell, R., Herzog, D. and Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180:509-14.
- Bell L. & Rushforth J. (2008). Overcoming body image disturbance – A programme for people with eating disorders. *Taylor & Francis e-Library*, 1:1-2
- Benninghoven D, Raykowski L, Solzbacher S et al. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image* 4: 51–59.
- Berg P. J., Thompson K., Obremski-Brandon K., Coover M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance, A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research* 53:1007– 1020
- Bergstrom R.L, Neighbors C, Lewis M.A. (2004). Do men find “bony” women attractive: Consequences of misperceiving opposite sex perceptions of attractive body image. *Body Image* 1: 183–191
- Bernardez, M., Miquelez, M., Garnero, G. & Rodrigues, G. (2011). Agreement between the self-perception on the body image and the nutritional status in college students from Orense. *Nutrición hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 26(3), 472-479
- Berryman D. E., Dubale G. M., Manchester D. S., Mittelstaedt R. (2006). Dietetics Students Possess Negative Attitudes toward Obesity Similar to Nondietetics Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (10), 1678-1682
- Blond A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image* 5:244–250
- Bosi, M., Luiz, R., Morgado, C.M., Santos Costa, M.L. & De Carvalho, R.J. (2006). Self-perception of body image among nutrition students: A study in the city of Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 108-113
- Cachelin F.M, Monreal T.K, Juarez L.C. (2006). Body image and size perceptions of Mexican American women. *Body Image* 3: 67–75

- Calogero R.M, Park L.E, Rahemtulla Z.K. et al. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image* 7: 78–81
- Cash T.F. & Strachan, M.D. (1999). Body images, eating disorders, and beyond. In R. Lemberg (Ed.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 27–36). Phoenix, AZ: Oryx Press. - An overview of evidence for the effectiveness of cognitive-behavioral body image therapy for body dissatisfaction, including the implications of its use in treating eating disorders
- Cash T.F, & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. *New York: Guilford Press*
- Cash T.F, Jakatdar T.A, Williams E.F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body Image* 1: 279–287
- Cash T.F. & Deagle E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 107–125.—A key reference representing a quantitative distillation of more than 20 years of empirical literature on perceptual and attitudinal body image disturbance in eating disorders
- Cash T.F. & Fleming E.C. (2002). The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455-460
- Chapkis W. (1986) Beauty secrets, London: The Women’s Press
- Conner M, Johnson C, Grogan S, (2004) Gender, sexuality, body image and eating behaviours. *J Health Psychol* 9 (4): 505-15.
- Cooley E. and Toray T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.
- Cotterill J.A, & Cunliffe W.J. (1997). Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*, 137: 246–250.—An important clinical report on a series of patients who committed suicide and were in treatment with a dermatologist
- Crockett S. & Littrell, J. (1985). Comparison of eating patterns between dietetic and other college students. *Journal of Nutrition Education*, 17(2), 47-50
- Davy S.R., Benes B.A., Driskell J.A (2006). Sex Differences in Dieting Trends, Eating Habits, and Nutrition Beliefs of a Group of Midwestern College Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (10), 1673-1677
- Derenne J. & Beresin E., (2006), Body Image, Media, and Eating Disorders. *Academic Psychiatry* 30:257-261
- Didie E.R, Kuniega-Pietrzak T, Phillips K.A. (2010). Body image in patients with body dysmorphic disorder: Evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body Image* 7: 66–69
- Diedrichs P.C, Lee C. (2010). The impact of average-size and muscular male fashion models on men’s and women’s body image and advertisement effectiveness. *Body Image* 7: 218–226

- Dijkstra P. & Barelds D.P.H. (2011). Women's meta-perceptions of attractiveness and their relations to body image. *Body Image* 8: 74–77
- Dolto F. (1999). Η ασυνείδητη εικόνα του σώματος. Εστία, Αθήνα
- Double G.M. (2004). An exploration of attitudes toward obesity and association with dietary intake and percent body fat between dietetic and non-dietetic majors. School of the Human and Consumer Sciences and the college of Health and Human Services, 2: 16-23
- Dwyer T. (1986). Editorial comment. *Astrological Journal*, 28(3); 114
- Eldredge, K.L. and Agras, W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 73-82
- Ellis S. (1982). Eysenck methodology (letter). *Astrological Journal*, 24(3); 198-200.
- Etu S.F, Gray J.J. (2010) A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image* 7: 82–85
- Evans C. & Dolan B. (1993). Body shape questionnaire: Derivation of shortened “alternate forms”. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3): 315–321
- Ewing, W.A. (1994) The body: photoworks of the human form. London: Thames and Hudson
- Eysenck H.J. (1975). Planets, stars and personality. *New Behaviour*, 246-249, ο ίδιος Consensus and controversy: Two types of science. In Modgil & Modgil (1986); 375-398, ο ίδιος, Rebel with a Cause: The Autobiography of Hans Eysenck. Allen, London, (1990), ο ίδιος, Eysenck HJ, Nias DKB, (1982). *Astrology: Science or Superstition? Temple Smith, London and St Martin's, New York*
- Fairburn, C. F., Stice, E., Cooper, Z. et al. (2003) Understanding persistence of bulimia nervosa: A five-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.—A community-based investigation of the maintenance factors that predict persistence of bulimia nervosa
- Fallon E.A, Hausenblas H.A. (2005). Media images of the “ideal” female body: Can acute exercise moderate their psychological impact?, 1: 62-73
- Fallon, A. (1990). ‘Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image’, in T. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body images: development, deviance and change* (80–109), *New York: Guilford Press*
- Ferguson M. (1983) Forever feminine: women's magazines and the cult of femininity, *Aldershot, Hants: Gower*, 184
- Fett A, Lattimore P, Roefs A, Geschwind N, Jansen A. (2009). Food cue exposure and body image satisfaction: The moderating role of BMI and dietary restraint. *Body Image* 6: 14–18
- Fisher S. & Cleveland S. E. (1968). *Body image and personality* (second revised ed.). *New York: Dover Publications*.
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. *New York: Appleton-Century-Crofts*

- Fisher, S. (1986). Development and structure of the body image (vols. 1, 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3–20). New York: Guilford Press
- Freedman, R. (1986) *Beauty bound*, Lexington, Mass.: Lexington Books. (1990) ‘Cognitive-behavioral perspectives on body image change’, in T. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body images: development, deviance and change* (272–95), New York: Guilford Press.
- Garner D. M., 2002, Body Image and Anorexia Nervosa, *Body Image*: 34, 295-302
- Garner D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. and Garfinkel P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12: 871-8
- Gibson H.B (1981). Hans Eysenck: The Man and His Work. Peter Owen, London(1981)
- Glauert R. (2008). Body dissatisfaction and its relationship with the perceptual effects of exposure to bodies and attentional biases toward bodies. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [http://repository.uwa.edu.au/R/-?func=dbin-jump-full&local\\_base=GEN01-INS01&object\\_id=10542](http://repository.uwa.edu.au/R/-?func=dbin-jump-full&local_base=GEN01-INS01&object_id=10542).
- Gordon R. (1990) *Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic*, Oxford: Blackwell
- Grammas D.L, Schwartz J.P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image* 6: 31–36
- Greenhaegh S.A. Hurley R.S. Witt D.D., Brown E. Rebovich E.J. (2007). Weight status and weight dissatisfaction of college students enrolled in a basic nutrition course. *Journal of Consumer Studies & Home Economics*, 17 (3), 227–231
- Groesz, L.M., Levine, M.P. and Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body dissatisfaction: A meta analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 1-16
- Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London: Routledge
- Guiney, K.M. and Furlong, N.E. (1999). Correlates of body satisfaction and self-concept in third and sixth graders. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 18: 353-67
- Hankey CR, Eley S, Leslie WS, et al. (2004) “Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health”. *Public Health Nutr*; 7 (2), 337-43
- Heidi O,Robert W, Denise M, Matthew A. (1995).Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *Memorial \Hospital,Kansas*, vol 95, num 8
- Herbozo S, Thompson J.K. (2010). The effects of ambiguous appearance-related feedback on body image, mood states, and intentions to use body change strategies in college women: An experimental study. *Body Image* 7: 327–334



- Hilbert A. & Tuschen-Caffier B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy* 42: 1325–1339
- Houston C, Bassler E, Anderson J. (2008). Eating Disorders among Dietetics Students: An Educator's Dilemma. *Journal of the American dietetic association*. 722-724
- Howat P.M., Beplay S, Wozniak P. (1993). Comparison of bulimic behavior incidence by profession: Dietitian, nurse, teacher. *Journal of Nutrition Education*. 25 (2), 67-69
- Hughes R. & Desbrow B. (2005). Aspiring dietitians study: A pre-enrolment study of students motivations, awareness and expectations relating to careers in nutrition and dietetics. *Nutrition & Dietetics: The Journal of the Dieticians Association of Australia*, 62, 106–109
- Jarry JL, Berardi K. (2004). Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: a review of the empirical literature. *Body Image* 1: 319–333.
- Jarry JL, Kossert AL. (2007). Self-esteem threat combined with exposure to thin media images leads to body image compensatory self-enhancement. *Body Image*: 4(1):39-50
- Jerome, L. (1991). Body size estimation in characterizing dysmorphic symptoms in patients with body dysmorphic disorder (letter). *American Journal of Psychiatry*, 36, 620.-An unpublished study of perception of nose size and shape in BDD patients
- John W, Donna S. (1999). Eating disordered behavior in dietetics students and students in other majors. *Department of Nutritional Sciences, Rutgers University, New Brunswick, NJ 08901-2882*. Vol 99, num 9
- Johnson, F. and Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119-25
- Johnston, C. S. & Christopher, F. S. (1991). Anorexic-like behaviours in dietetic majors and other student populations. *Journal of Nutrition Education*, 23, 148-153
- Joiner, G.W. and Kushubeck, S. (1996). Acculturation, body image, self-esteem, and eating disorder symptomatology in adolescent Mexican American women. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 419-35
- Kaskeshita I.S. & de Soura S. (2006). Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saude Publica*, 40 (3), 497-504
- Kearney-Cooke A. (2002). Familial Influences on Body Image Development. *Body image*, 12: 122
- King TK, Matacin M, White KS, Marcus BH. (2005). A prospective examination of body image and smoking cessation in women. *Body Image*: 2(1):19-28
- Kinzl J.F., Traweger C.M., Trefalt, E., Mangweth, B. & Biebel W. (1999). Dietitians: are they a risk group for eating disorders?. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 62-67

- Kiziltan G. & Karabudak E. (2008). Risk of abnormal eating attitudes among Turkish dietetic students. *Adolescence*, 43(171): 681-690
- Klemchuck C.P., Hutchinson C.B. & Frank R.I. (1990). Body dissatisfaction and eating problems on the college campus: usefulness of the eating disorder inventory with a non-clinical population. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 297-305
- KluckA.S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image* 7: 8–14
- Korinth A, Schiess S and Westenhoefer J. (2009). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*: 13 (1), 32–37
- Langdon S.W. Petracca G. (2010). Tiny dancer: Body image and dancer identity in female modern dancers. *Body Image* 7: 360–363
- Lattimore P. Hutchinson R. (2010). Perceived calorie intake and state body-image satisfaction in women attempting weight loss: A preliminary investigation. *Body Image* 7: 15–21
- Laus M., Moreira R. & Costa T. (2009). Differences in body image perception, eating behavior and nutritional status of college students of health and human sciences. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3)
- Leonhard M.L. & Barry N.J. (1998). Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23, 31-4
- Levine M. & Piran N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image* 1: 57–70
- Magalhães B, Raggio L, Da Costa M, Dos Santos C, De Carvalho. (2006). Self-perception of body image among nutrition students: A study in the city of Rio de Janeiro. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (2), 108-113
- Makino M, Hashizume M, Yasushi M et al. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 9:203–208
- Makino M., Hashizume M., Yasushi M., Tsuboi K. & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Archives of Woman's Mental Health*, 9 (4), 203-208
- Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L. (2004). Prevalence of eating disorders:A comparison of Western and Non-Western countries. *Medscape General Medicine*, 6 (3), 49
- Marian L. Fitzgibbon, Lisa R. Blackman, Mary E. Avellone. (2000). “The Relationship Between Body Image Discrepancy and Body Mass Index Across Ethnic Groups”. *Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois*, 8, 582-589
- Marino Carper T.L, Negy C, Tantleff-Dunn S. (2010). Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation. *Body Image* 7: 301–309
- Mather A. ,(1979). Response to reviews of Recent Advances. *Zetetic Scholar*, 3/4; 96.

- Matsunaga H., Kaye W.H., McConaha C., Plotnicov K., Pollice C., Rao R.(2000).Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*,27:353-357
- Matsunaga H., Kiriike N., Iwasaki Y., Miyata A., Matsui T., Nagata T. et al.(2000). Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan, *International Journal of Eating Disorders*, 27:348-52
- Mayo J, White O, Eysenck H.J (1978).An empirical study of the relation between astrological factors and personality. *Journal of Social Psychology*, 105: 229-236.
- Mazur, A. (1986) ‘U.S. trends in feminine beauty and overadaption’, *Journal of Sex Research*, 22: 281–303
- McArthur A. & Howard A. (2001). Dietetics majors' weight-reduction beliefs, behaviours, and information sources. *Journal of American College Health*, 49, 175-84
- McArthur L, Ross J. (1997). Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *J Am Diet Assoc.* 97:63-66
- McCarthy M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28: 205-18
- Meyer, R. (1991) ‘Rock Hudson’s body’, in D. Fuss (ed.) Inside out: lesbian theories, gay theories (259–90), *New York: Routledge*
- Milkewicz A.N. Cash T.F. Hrabosky J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image 1*: 155–167
- Mishkind, M., Rodin, J., Silberstein, L. and Striegel-Moore, R. (1986) ‘The embodiment of masculinity: cultural, psychological, and behavioural dimensions’, *American Behavioural Scientist*, 29: 545
- Modgil S., Modgil C. (eds) (1986). Hans Eysenck: Consensus and Controversy. Essays in Honour of Hans Eysenck. Falmer, *Lewes UK*; 421
- Mumford D. B. & Choudry I.Y. (2000). Body dissatisfaction and eating attitudes in slimming and fitness gyms in London and Lahore: A cross-cultural study. *European Eating Disorders Review*, 8, 217-224
- Myers A. and Rosen J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(3): 221±30
- Myers B.S. and Coplestone T. (1985) Landmarks of Western art, Middlesex: *Newnes*, 8: 87
- Nemeroff, C.J., Stein, R.I., Diehl, N.S. and Smilack, K.M. (1994). From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, 16: 167-76
- Newman D.L., Sontag L.M. & Salvato R. (2006). Psychosocial aspects of body mass and body image among rural American Indian adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 281-291
- Nias D.K.B., Dean G.A.(1986) Astrology and parapsychology [Eysenck's involvement in]; *In Modgil & Modgil*;357-371

- Nyborg H. (ed)(1997) . The Scientific Study of Human Nature: Tribute to Hans J Eysenck at Eighty. *Pergamon, Oxford*;640
- O’Kelly L. (1994) ‘Body talk’, *The Guardian*, 30–2
- O’Dea J.A. and Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 43-57
- Palmeira A.L., Branco T.L., Martins S.C. et al. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 7: 187–193
- Paxton S.J., Eisenberg M.E. & Neumark-Sztainer D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42, 888-899
- Pearson J., Goldklang D. & Striegel-Moore R. (2001). Prevention of eating disorders: challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-9
- Peterson C.B, Wimmerb S, Ackard D.M. et al. (2004). Changes in body image during cognitive-behavioral treatment in women with bulimia nervosa. *Body Image* 1: 139–153
- Peterson R.D, Tantleff-Dunn S, Bedwell J.S. (2006). The effects of exposure to feminist ideology on women’s body image. *Body Image* 3: 237–246
- Phillips K.A. & Diaz S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 570–577.—An investigation of gender similarities and differences in the largest published series of patients with DSM-IV BDD.
- Phillips K.A. (2002). Body Image and Body Dysmorphic Disorder, *Body Image*: 36, 312-319
- Polivy J. and Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53
- Priya D., Prasanna K.S., Sucharitha S. & Vaz N. (2010). Body image perception and attempts to change weight among female medical students at Mangalore. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 316-320
- Prouty AM, Protinsky HO, Canady D. (2002). College women: eating behaviors and help-seeking preferences. *Adolescence* 37:353–363
- Puhl R, Wharton C, Heuer C. (2009). Weight Bias among Dietetics Students: Implications for Treatment Practices. *American Dietetic Association*, 109(3)
- Pultz, J. (1995) Photography and the body, Plate 11, p. 90; Plate 14, p.93, *London: Orion*
- Reinstein N, Koszewski WM, Chamberlin B, Smith – Johnson C. (1992). “Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference?” *Journal of the American Dietetic Association*. 92(8): 949-53

- Riva G. (1998). Virtual Environment for Body Image Modification: Virtual Reality System for the Treatment of Body Image Disturbances. PII: S0747-5632(98)00018-1
- Rosen J.C, Jones A, Ramirez E, Waxman S (1996). Body Shape Questionnaire : studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3):315-9
- Rosen J.C, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire, 32-37
- Rothblum, E. (1990) 'Women and weight: fad and fiction', *The Journal of Psychology*, 124: 5–24
- Rothblum, E.D. (1994). 'I'll die for the revolution but don't ask me not to diet': Feminism and the continuing stigmatization of obesity. In Fallon, P., Katzman, M.A. and Wooley, S.A. (eds), *Feminist Perspectives in Eating Disorders*. New York: Guilford Press
- Sarah G. (1999). Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. *Taylor & Francis e-Library*, 2001
- Sarwer D.B, Crerand C.E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image 1*: 99–111
- Schilder, P. (1935/1950). The image and appearance of the human body. *New York: International Universities Press*
- Schoemer K. (1996). 'Rockers, models, and the new allure of heroin', *Newsweek*, August, 50–6
- Schwartz M. & Brownell K. (2004). Obesity and body image. *Body Image 1*:43–56.
- Shontz, F. C. (1969). Perceptual and cognitive aspects of body experience. *New York: Macmillan*
- Shontz, F.C. (1990). Body image and physical disability. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 149–169). *New York: Guilford Press*
- Silverstein B., Peterson B. & Purdue L. (1986). 'Some correlates of the thin standard of physical attractiveness of women', *International Journal of Eating Disorders*, 5: 531
- Smithers A.G., Cooper H.J. (1978). Personality and season of birth. *Journal of Social Psychology*, 105: 237-241
- Springer E.A., Winzelberg A.J., Perkins R. and Barr Taylor C. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 13-20
- Spurgas A. K. (2005). Body image and cultural background. *Sociological Inquiry*, 75 (3), 297-316
- Stice E. (2002). Body Image and Bulimia Nervosa, *Body Image*: 35, 304-310
- Stice E. and Whitenton K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-78

- Stice E., Presnell K. and Bearman S.K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608-19
- Stice E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836–840. -Structural equation modeling of direct and indirect effects of media exposure on body dissatisfaction and eating disorder symptomatology
- Stice, E. and Bearman, S.K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-607
- Strauss W.V, Dahlheime S.S. & Steiner J.B. (1999). A Comparison of Dietetics Career Choice Motivators and Prevalence of Eating Disorders in a College Female Population. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(9), A104
- Swami V, Hadji-Michael M, Furnham A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image* 5: 322–325
- Szweda S. & Thorne P. (2002). The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occup Med (Lond)*, 52:113–119
- Tamim H, Tamim R, Almawi W et al. (2006). Risky weight control among university students. *Int J Eat Disord*, 39:80–83
- Thomas C.S. & Goldberg D. P. (1995). Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 9: 231–236.—One of the few studies on body image distortion in BDD
- Thomas F. Cash & Szymanski M. (2010). The Development and Validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(3): 466-477
- Thomas F., Cash T., Pruzinsky. (2002). Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. *Body Image* 1: 25-27
- Thomas F., Cash T.F., Phillips K.A., Santos M.T., Hrabosky J.I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image* 1: 363–372
- Thomsen S.R., McCoy J.K. and Williams M. (2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders*, 9(1): 49-64
- Tiggemann M. (2002). *Media Influences on Body Image Development*, Body Image: 11, New York: The Guilford Press
- Turner S.L., Hamilton H. and Jacobs M. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: An exploratory analysis. *Adolescence*, 32: 603-14
- Veale D., Ellison N., Werner, TG, Dodhia R., Serfaty M. & Clarke A. (2011). Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. doi: 10, 1016

- Worobey J. & Schoenfeld D. (1999). Eating disordered behavior in dietetics students and students in other majors. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 1100-1102
- Yager Z, O’Dea J. (2009). “Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs”. *Advance Access publication*, 24(3), 472–482
- Yanover T, Thompson J.K. (2008). Self-reported interference with academic functioning and eating disordered symptoms: Associations with multiple dimensions of body image. *Body Image* 5: 326–328
- Yates, A., Edman, J., & Aruguete, M. (2004). Ethnic differences in BMI and body/self-dissatisfaction among Whites, Asian subgroups, Pacific Islanders and African Americans. *Journal of Adolescent Health*, 34, 300-307
- Γονιδάκης Φ., Σιγάλα Α, Βάρσου Ε, Λάγιου Α, Παπαδημητρίου Γ.Ν. (2009). Μελέτη των στάσεων απέναντι στην τροφή σε τελειόφοιτες φοιτήτριες Διαιτολογίας/Διατροφής. *Ψυχιατρική*, 20:35–43
- Μανιός Γ. (2006). Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες. *Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*, 2: 28-31
- Μάνος Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Κεφάλαιο: Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής: 339-347. *University Studio Press, Θεσσαλονίκη*.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ BSQ-34

Θα θέλαμε να ξέρουμε πως νιώθεις για την εμφάνισή σου τις περασμένες 4 βδομάδες. Σας παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση και κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό προς τα δεξιά σας. Σας παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις :

#### ΤΙΣ ΠΕΡΑΣΜΕΝΕΣ 4 ΒΔΟΜΑΔΕΣ :

		Ποτέ					
		Σπάνια					
		Μερικές φορές					
		Συχνά					
		Πολύ συχνά					
		Πάντα					
1.	Όταν βαριέσαι σκέφτεσαι τη σιλουέτα του σώματός σου και κατσουφιάζεις; .....	1	2	3	4	5	6
2.	Στενοχωριόσουν τόσο πολύ για τη σιλουέτα του σώματός σου που σε έκανε να νιώθεις ότι οφείλεις να κάνεις δίαιτα;.....	1	2	3	4	5	6
3.	Έχεις σκεφτεί ότι οι γοφοί σου, οι μηροί και τα οπίσθιά σου είναι υπερβολικά μεγάλα σύμφωνα με το υπόλοιπο σώμα σου;....	1	2	3	4	5	6
4.	Φοβήθηκες ότι ίσως πάρεις στο μέλλον κάποια κιλά παραπάνω;	1	2	3	4	5	6
5.	Ανησύχησες μήπως το δέρμα σου δεν είναι σφριγηλό αρκετά;...	1	2	3	4	5	6
6.	Το γεγονός ότι νιώθεις χορτασμένη (π.χ. μετά από ένα μεγάλο γεύμα ) σε έχει κάνει να νιώθεις με παραπάνω κιλά;.....	1	2	3	4	5	6
7.	Έχεις νιώσει τόσο άσχημα για τη σιλουέτα σου, που έχεις κλάψει;.....	1	2	3	4	5	6
8.	Έχεις αποφύγει το τρέξιμο για το λόγο ότι τα παχάκια σου ανεβοκατεβαίνουν;.....	1	2	3	4	5	6
9.	Όταν είσαι με παρέα λεπτών γυναικών, έχεις νιώσει ντροπή και αμηχανία για τη σιλουέτα σου; .....	1	2	3	4	5	6
10.	Έχεις ανησυχήσεις μήπως οι μηροί σου “απλωθούν” όταν πρόκειται να κάτσεις κάτω;.....	1	2	3	4	5	6



11.	Σε έχει κάνει να νιώθεις πλήρης ακόμα και αν έχει φάει μια μικρή ποσότητα τροφής;.....	1	2	3	4	5	6
12.	Έχεις παρατηρήσει τη σιλουέτα άλλων γυναικών και ένιωσες ότι το δικό σου σχήμα σε σύγκριση με των άλλων είναι χάλια;.....	1	2	3	4	5	6

24.	Ανησυχείς όταν οι άλλοι άνθρωποι βλέπουν “σωσίβια” λίπους γύρω από την μέση σου ή το στομάχι σου;.....	Ποτέ	1	2	3	4	5	6
	.....	1	2	3	4	5	6	
	.....	1	2	3	4	5	6	
	.....	1	2	3	4	5	6	
25.	Έχεις νιώσει ότι είναι άδικο που οι άλλες γυναίκες είναι πιο αδύνατες από εσένα;.....	1	2	3	4	5	6	
	.....	1	2	3	4	5	6	
26.	Έχεις ποτέ κάνει εμετό ώστε να νιώθεις πιο αδύνατη;	1	2	3	4	5	6	
13.	Μήπως η σκέψη της σιλουέτας σου έχει διαταράξει την ικανότητά σας ως προς να συγκεντρωθείτε (π.χ. ενώ παρακολουθείτε τηλεόραση ή ακούτε συζητήσεις;).....	1	2	3	4	5	6	
14.	Όταν είσαι γυμνή νιώθεις άσχημα με το σώμα σου όπως για παράδειγμα όταν κάνεις μπάνιο;.....	1	2	3	4	5	6	
15.	Έχεις αποφύγει να φοράς ρούχα τα οποία ιδιαίτερα διαγράφουν τη σιλουέτα του σώματός σου;.....	1	2	3	4	5	6	
16.	Έχεις ποτέ φανταστεί να αφαιρείς κομμάτια από διάφορες περιοχές του σώματός σου;.....	1	2	3	4	5	6	
17.	Το γεγονός ότι έχεις καταναλώσει γλυκά, κέικ ή οποιαδήποτε άλλη τροφή με ψηλό δείκτη θερμίδων, σε έχει κάνει να νιώθεις άσχημα για το σώμα σου;.....	1	2	3	4	5	6	
18.	Έχεις αποφύγει να πας σε κοινωνικές συνεστιάσεις (π.χ. πάρτυ) λόγω του ότι ένιωθες απαίσια για την σιλουέτα σου; .....	1	2	3	4	5	6	
19.	Έχεις νιώσει υπερβολικά τεράστια και στρογγυλή;.....	1	2	3	4	5	6	
20.	Έχεις νιώσει ντροπή για το σώμα σου;.....	1	2	3	4	5	6	
21.	Η στενοχώρια για την σιλουέτα σου σε έχει κάνει να μπει σε δίαιτα;.....	1	2	3	4	5	6	
22.	Έχεις νιώσει πραγματικά χαρούμενη όταν το στομάχι σου είναι άδειο (π.χ. το πρωί);.....	1	2	3	4	5	6	
23.	Έχεις σκεφτεί ότι η σιλουέτα σου οφείλεται στο γεγονός ότι έχεις έλλειψη αυτοελέγχου;.....	1	2	3	4	5	6	

		Ποτέ					
		Σπάνια					
		Μερικές φορές					
		Συχνά					
		Πολύ συχνά					
		Πάντα					
27.	Όταν είσαι παρέα, στενοχωριέσαι όταν καταλαμβάνεις περισσότερο χώρο (π.χ. όταν κάθεσαι στον καναπέ ή στο κάθισμα λεωφορείου);.....	1	2	3	4	5	6
29.	Νιώθεις άσχημα όταν βλέπεις την αντανάκλασή σου (στον καθρέπτη ή σε βιτρίνα του μαγαζιού);.....	1	2	3	4	5	6
32.	Έχεις πάρει φάρμακα για να ενεργηθείς ώστε να νιώσεις πιο αδύνατη;.....	1	2	3	4	5	6
33.	Έχεις νιώσει ιδιαίτερα αμήχανη για τη σιλουέτα σου όταν ήσουν με παρέα άλλων ανθρώπων;.....	1	2	3	4	5	6
34.	Η στενοχώρια για την σιλουέτα σου σε έχει κάνει να νιώσεις ότι οφείλεις να γυμναστείς;.....	1	2	3	4	5	6

## 2. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τροφές που προτιμάτε .....

Τροφές που δεν τρώτε .....

Τροφικές αλλεργίες; .....

Πόσα άτομα μένουν στο σπίτι σας; .....

Ποιός μαγειρεύει;

Πόσα γεύματα τρώτε την ημέρα;

Ποιά γεύματα τρώτε έξω; .....

ΓΕΥΜΑΤΑ	Φορές /Εβδομάδα	ΜΕΡΟΣ
Πρωινό		
Μεσημεριανό		
Βραδινό		
Άλλο		

Ποιά είναι σημαντικά πράγματα για σας στην ώρα του γεύματος;

α. Ο τρόπος σερβιρίσματος του φαγητού

β. Ο τρόπος μαγειρέματος του φαγητού

γ. Οι γαρνιτούρες ή/ και τα συνοδευτικά

δ. Να υπάρχει αρκετό φαί

ε. Να υπάρχει παρέα ή φίλοι

στ. Να υπάρχει κάποιος να μαγειρεύει

ζ. Οτιδήποτε άλλο, Σημειώστε .....

Πώς είναι η όρεξη σας: εξαιρετική / μέτρια/ καλή/ κακή .

Σημειώστε πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις παρακάτω μεθόδους μαγειρέματος;

1 Συχνά/2 Περιστασιακά/3 Σπάνια/4 Ποτέ

Μαγείρεμα	ΚΡΕΑΣ	ΛΑΧΑΝΙΚΑ
Βράσιμο		
Τηγάνισμα		
Ψήσιμο		
Βράσιμο σε ατμό		
Ψητό στο grill		
Φούρνος μικροκυμάτων		
Ωμά		

Μαγειρεύετε συνήθως με

Ελαιόλαδο..... Βούτυρο..... Μαργαρίνη..... Χοιρινό λίπος .....

Άλλο.....

Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αν ναι, πόσο: ΕΛΑΧΙΣΤΟ..... ΜΕΤΡΙΟ..... ΠΟΛΥ.....

Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά; ΝΑΙ ΟΧΙ .

Σημειώστε είδος .....

Ποσότητα .....

Συχνότητα .....

Ποιά τρόφιμα νομίζετε ότι είναι καλά για την υγεία σας;

.....

Ποιά τρόφιμα νομίζετε ότι σας βλάπτουν;

.....

.....  
Καπνίζετε; ΝΑΙ ..... 'ΟΧΙ .....  
Αν ναι, πόσα; ..... Τσιγάρα την ημέρα .....

Έχετε κάποια φυσική δραστηριότητα; ΝΑΙ ..... 'ΟΧΙ .....  
Είδος .....  
Συχνότητα .....  
Διάρκεια .....

Υπάρχει κάτι άλλο στη ζωή σας που θα θέλατε να αναφέρετε, που πιθανόν να επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες και επιλογές;

### **3. Ερωτηματολόγιο για την εικόνα του σώματος (B.I.Q)**

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι μέρος μιας αξιολόγησης ρουτίνας. Όλες οι πληροφορίες θα πρέπει να κρατηθούν αυστηρά εμπιστευτικές.

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

1) Φύλο:  Άντρας  Γυναίκα

2) Ηλικία: \_\_\_\_\_

3) Βάρος: \_\_\_\_\_ Ύψος: \_\_\_\_\_

4) Οικογενειακή κατάσταση Συμπληρώστε με ένα (✓) ένα κουτάκι

Ανύπαντρος  Χωρισμένος

Παντρεμένος ή συζείτε  Χήρος / Χήρα

5) Παρών εργασία Συμπληρώστε με ένα (✓) ένα κουτάκι

Ανεργος  Σε άδεια λόγω ασθένειας  
 Εργαζόμενος ή Ελεύθ. Επαγγ.  Συνταξιούχος  
 Μαθητής  Εργαζόμενος στο σπίτι

5) Παρών εργασία Συμπληρώστε με ένα (✓) ένα κουτάκι

Ανεργος  Σε άδεια λόγω ασθένειας  
 Εργαζόμενος ή Ελεύθ. Επαγγ.  Συνταξιούχος  
 Μαθητής  Εργαζόμενος στο σπίτι

6) Παρακαλείστε να μελετήσετε αυτό το παράδειγμα πριν συμπληρώσετε την Ερώτηση 6. Σε λίγο, θα σας ζητηθεί να περιγράψετε το ή τα χαρακτηριστικά του σώματός σας που αντιπαθείτε ή θα θέλατε να βελτιώσετε. Εάν θέλετε να βελτιώσετε παραπάνω από ένα χαρακτηριστικό, παρακαλείστε να βάλετε σε μια λίστα όλα τα χαρακτηριστικά και να βάλετε ένα (✓) στο κατάλληλο κουτί εάν αναζητείτε μια πλαστική ή δερματολογική διαδικασία για το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό είτε τώρα είτε στο μέλλον. Θα αναφερόμαστε σε όλες αυτές τις θεραπείες ως "διαδικασίες". Παρακαλείστε να σημειώσετε ως πρώτο χαρακτηριστικό, αυτό το οποίο σας ανησυχεί περισσότερο.

Αυτό είναι ένα παράδειγμα μιας γυναίκας της οποίας η κύρια στεναχώρια της ήταν η μύτη της και η οποία ανησυχούσε λιγότερο για το δέρμα ή για τα οπίσθιά της. Τώρα ψάχνει για μια διαδικασία σχετικά με το δέρμα της.

7) Χαρακτηριστικά που προκαλούν ανησυχία.  
 Σας παρακαλούμε να περιγράψετε το ή τα χαρακτηριστικά του σώματός σας, τα οποία αντιπαθείτε ή θέλετε να βελτιώσετε και βάλετε ένα (✓) στο κουτί αν ψάχνετε για μια πλαστική ή δερματολογική διαδικασία είτε τώρα είτε στο μέλλον. Παρακαλείστε να βάλετε ένα (✓) στο κατάλληλο κουτί.

1<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό  
**Η μύτη είναι υπερβολικά στραβή με μία καμπούρα**

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Στο μέλλον  Τώρα

Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

2<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό  
**Σημάδια και ουλές από ακμή στο πρόσωπο**

---

Αναζητούμενη διαδικασία   Τώρα  
 Στο μέλλον

Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

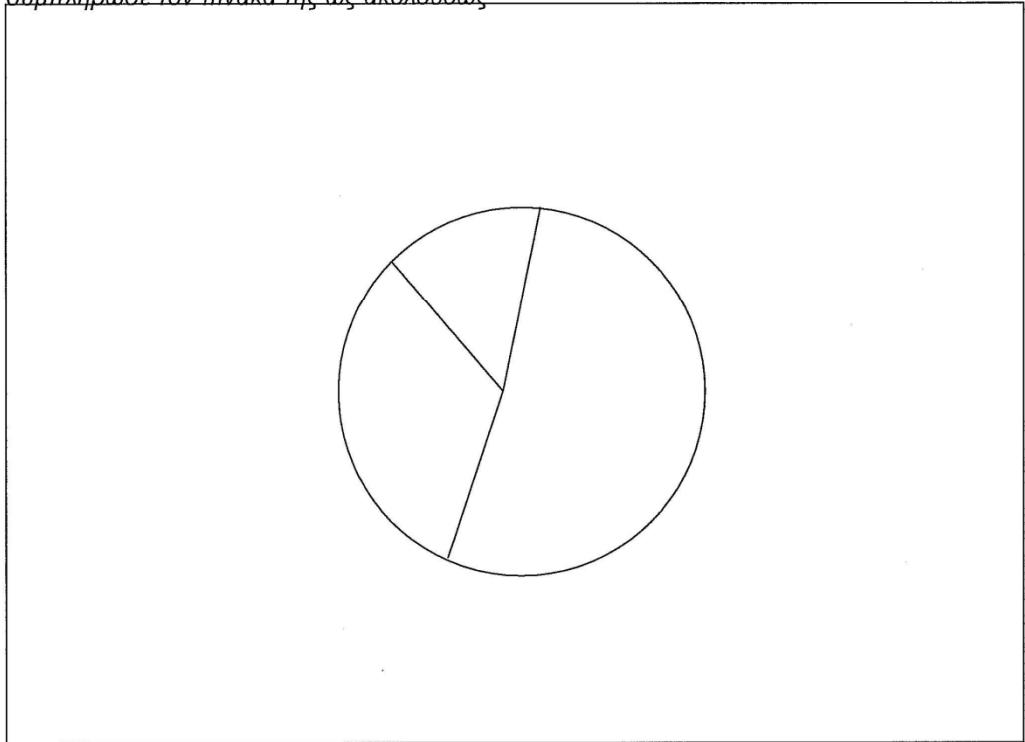
3<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό  
**Τα οπίσθια είναι υπερβολικά μεγάλα**

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον

Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

Μετά θα σας ζητηθεί να ζωγραφίσετε έναν πίνακα στρογγυλό και να υπολογίσετε το ποσοστό επιτυχίας σας που συσχετίζεται με κάθε χαρακτηριστικό. Το πιο πάνω άτομο συμπλήρωσε τον πίνακά της ως ακολούθως



6) Χαρακτηριστικά που προκαλούν ανησυχία.

Παρακαλούμε να περιγράψετε τα χαρακτηριστικά του σώματός σας τα οποία δεν σας αρέσουν ή θα θέλατε να βελτιώσετε και βάλτε ένα (✓) στο κουτάκι αν ψάχνετε για μια διαδικασία πλαστική ή δερματολογική είτε τώρα είτε στο μέλλον.

Παρακαλούμε βάλτε ένα (✓) στο κουτάκι

1<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό (είναι για το χαρακτηριστικό το οποίο σας ενοχλεί περισσότερο)

---

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον  
 Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

2<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό

---

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον  
 Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

3<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό

---

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον  
 Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

4<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό

---

---

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον



Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

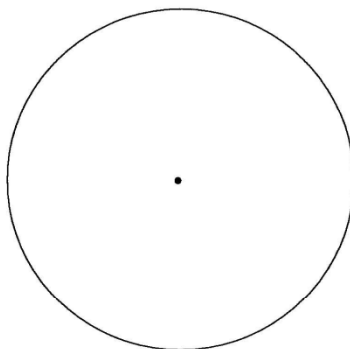
---

---

### 5<sup>ο</sup> Χαρακτηριστικό

Αναζητούμενη διαδικασία  Τώρα  Στο μέλλον  
 Δεν επιθυμώ καμία διαδικασία

Τώρα σας παρακαλούμε να ζωγραφίσετε τον στρογγυλό πίνακα και να υπολογίσετε το ποσοστό επί τις 100 την ανησυχία σας που σχετίζεται με κάθε χαρακτηριστικό. Σας παρακαλούμε να βεβαιωθείτε ότι όλα τα ποσοστά σας ισούται στο 100% όταν τα προσθέεται.



Από εδώ και εμπρός, θα αναφερόμαστε σ' αυτές τις ανησυχίες σας ως "χαρακτηριστικό ή χαρακτηριστικά"

7) Πόσα λεπτά ή ώρες κατά το παρόν καταναλώνεται να σκέπτεστε για τα χαρακτηριστικά σας καθημερινά; Παρακαλούμε να προσθέσετε όλο το χρονικό διάστημα που τα χαρακτηριστικά σας λαμβάνουν την πρώτη θέση στο μυαλό σας και κάνετε τον καλύτερο υπολογισμό.

\_\_\_\_\_ λεπτά ή \_\_\_\_\_ ώρα/ες της ημέρας

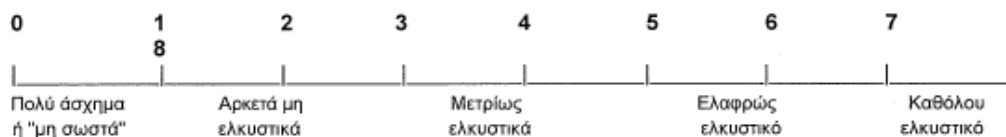
Παρακαλείσθε όπως διαβάσετε τις επόμενες ερωτήσεις που ακολουθούν, προσεκτικά και κυκλώστε το νούμερο που καλύτερα περιγράφει τον τρόπο που νιώθετε

Παρακαλείσθε όπως διαβάσετε τις ετικέτες κάτω από κάθε οριζόντια γραμμή προσεκτικά για να βεβαιωθείτε ότι κυκλώνετε το αριθμό ο οποίος αντικαθρεφτίζει πώς νιώθετε επειδή μερικές απαντήσεις είναι γραμμένες σε αντίστροφη σειρά.

8) Πόσο συχνά επί τούτου ελέγχετε τα χαρακτηριστικά σας; Εννοούμε να μην σας τραβούν την προσοχή τυχαία. Σας παρακαλούμε να συμπεριλάβετε όταν κοιτάζετε το χαρακτηριστικό σας στον καθρέφτη ή σε άλλες αντανακλαστικές επιφάνειες όπως στη βιτρίνα ενός μαγαζιού ή κοιτάζοντας απευθείας ή να το νιώθετε με τα δάχτυλά σας.



9) Πόσο συχνά νιώθετε ότι το ή τα χαρακτηριστικά σας, στην παρούσα φάση είναι άσχημα, μη ελκυστικά ή απλά "μη σωστά";



10) Πόσο απελπιστική ανησυχία, σας προκαλούν το ή τα χαρακτηριστικά σας κατά την παρούσα φάση;



11) Πόσο συχνά το ή τα χαρακτηριστικά σας, σας οδηγούν να αποφύγετε καταστάσεις ή δραστηριότητες κατά την παρούσας φάση;

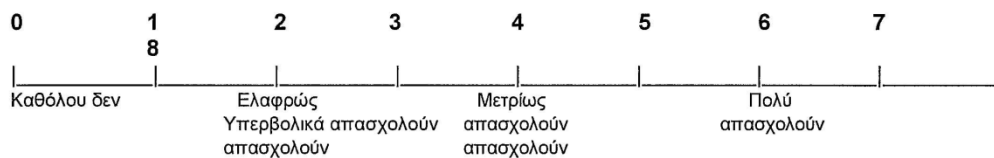


Αν όντως αποφεύγετε, τι ακριβώς είναι αυτό;

---

---

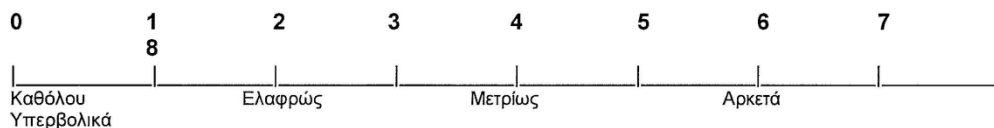
12) Πόσο το ή τα χαρακτηριστικά σας σε απασχολούν κατά την παρούσα φάση;



Εάν έχετε βαθμολογήσει την απασχόληση σχετικά με τα χαρακτηριστικά σας ως 4 ή περισσότερο, πόσο χρονικό διάστημα σας απασχολούσε;

Μήνες \_\_\_\_\_ ή Χρόνια \_\_\_\_\_

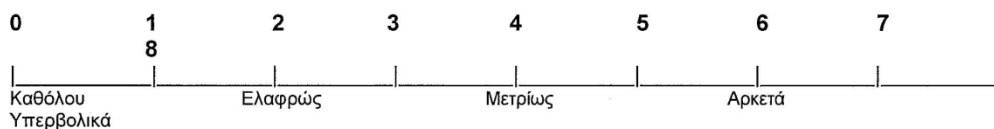
13) Εάν έχεις σύντροφο, πόσο επίδραση έχουν τα χαρακτηριστικά σου, κατά το παρόν στην σχέση σου με τον σύντροφό σου; Εάν δεν έχεις σύντροφο, πόσο επιδράει στο να κάνεις σχέση ή να αναπτύξεις σχέσεις;



Εάν όντως συμβαίνει, πόσο επιδράει στη σχέση σου ή στην ικανότητα να κάνεις σχέση ή να αναπτύξεις μια σχέση;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14) Κατά πόσο αυτά τα χαρακτηριστικά, προς το παρόν έχουν επίδραση στην υπάρχουσα ή πιθανή σεξουαλική σχέση; (π.χ. απόλαυση του σεξ, συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας)

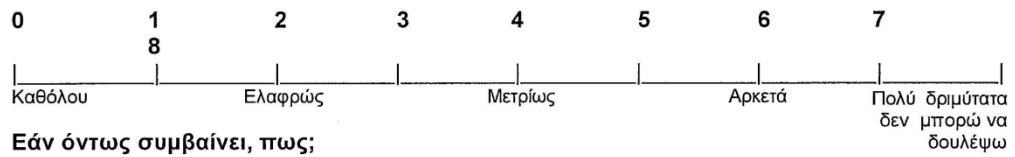


ή αποφεύγεις το σεξ

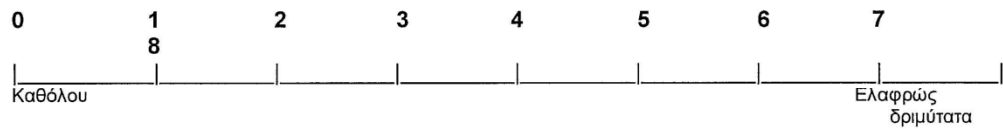
Εάν όντως συμβαίνει, κατά πόσο επιδρούν;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

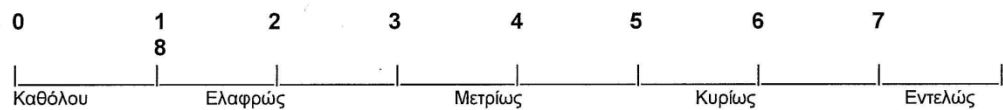
15) Κατά πόσο αυτά τα χαρακτηριστικά κατά το παρόν επεμβαίνουν με την ικανότητά σας να εργάζεστε ή να μελετάτε, ή στο ρόλο σας σαν νοικοκυρά; (Σας παρακαλούμε βαθμολογήστε το ακόμα και αν δεν εργάζεστε ή μελετάτε : εμείς ενδιαφερόμαστε στην ικανότητά σας να εργάζεστε ή να μελετάτε)



**16)** Κατά πόσο τα χαρακτηριστικά αυτά επεμβαίνουν στην κοινωνική σας ζωή;

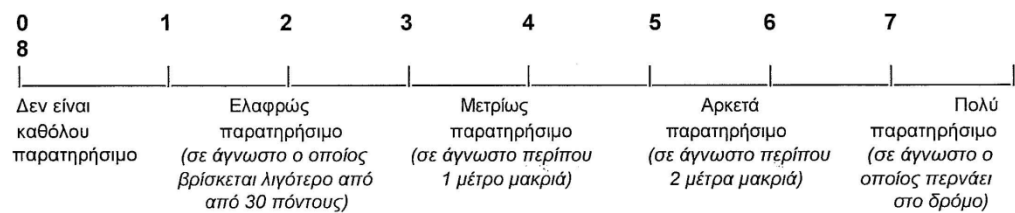


**17)** Κατά πόσο νιώθεις ότι η εμφάνισή σου παίζει το πιο σημαντικό ρόλο στο ποια είσαι;



**18)** Κατά πόσο νιώθεις ότι τα χαρακτηριστικά σου παρατηρούνται από τους άλλους ανθρώπους; (εάν δεν καμουφλάρεις τον εαυτό σου π.χ. με ρούχα, με πρόσθετα μαξιλάρια στήθους ή μείκ απ) και τα χαρακτηριστικά δεν έχουν τονιστεί;

**α. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 1<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό που βαθμολογείτε (αυτό θα πρέπει να είναι το χαρακτηριστικό που σας ανησυχεί περισσότερο )** \_\_\_\_\_



**β. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 2<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει)** \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7
8							
Δεν είναι καθόλου παρατηρήσιμο	Ελαφρώς παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος βρίσκεται λιγότερο από 30 πόντους)		Μετρίως παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 1 μέτρο μακριά)			Αρκετά παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 2 μέτρα μακριά)	Πολύ παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος περνάει στο δρόμο)

γ. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 3<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει) \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7
8							
Δεν είναι καθόλου παρατηρήσιμο	Ελαφρώς παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος βρίσκεται λιγότερο από 30 πόντους)		Μετρίως παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 1 μέτρο μακριά)			Αρκετά παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 2 μέτρα μακριά)	Πολύ παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος περνάει στο δρόμο)

δ. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 4<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει) \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7
8							
Δεν είναι καθόλου παρατηρήσιμο	Ελαφρώς παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος βρίσκεται λιγότερο από 30 πόντους)		Μετρίως παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 1 μέτρο μακριά)			Αρκετά παρατηρήσιμο (σε άγνωστο περίπου 2 μέτρα μακριά)	Πολύ παρατηρήσιμο (σε άγνωστο ο οποίος περνάει στο δρόμο)

19) Κατά πόσο το χαρακτηριστικό σου συγκρίνετε με των άλλων της ίδιας ηλικίας, φύλου ή εθνικής ομάδας;

α. Σας παρακαλούμε να δηλώσεις το 1<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό που βαθμολογείτε (αυτό θα πρέπει να είναι το χαρακτηριστικό που σας ανησυχεί περισσότερο) \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7
8							
Όλοι έχουν το ίδιο χαρακτηριστικό 'πολύ φυσιολογικό'	Πολύ άνθρωποι έχουν το ίδιο χαρακτηριστικό		Μερικοί άνθρωποι έχουν το ίδιο χαρακτηριστικό			Ελάχιστοι άνθρωποι έχουν το ίδιο χαρακτηριστικό	Κανένας άλλος δεν έχει το ίδιο χαρακτηριστικό ή βαθμό ανωμαλίας

β. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 2<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει) \_\_\_\_\_



γ. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 3<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει) \_\_\_\_\_



δ. Σας παρακαλούμε να δηλώσετε το 4<sup>ο</sup> χαρακτηριστικό το οποίο βαθμολογείς (εάν υπάρχει) \_\_\_\_\_



20) Τι αποφεύγετε εξαιτίας του λόγου που νιώθετε για το/τα χαρακτηριστικό/ά σας; Παρακαλείσθε να διαβάσετε τις παρακάτω καταστάσεις και στη 2<sup>η</sup> στήλη δηλώστε τον βαθμό κατά τον οποίο προς το παρόν αποφεύγετε κάθε μια από τις καταστάσεις στην ακόλουθη κλίμακα.



Σας παρακαλώ προσθέστε άλλες καταστάσεις ή δραστηριότητες που αποφεύγετε στο τέλος της λίστας

Κατάσταση ή δραστηριότητα	Συχνότητα (0-4)

Αποφεύγω να πηγαίνω σε πάρτυ ή κοινωνικές συνεσιότητες εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να κάνω ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να πάω σε δημόσια αποδυτήρια εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Θα απέφευγα να ασκούμε σε γυμναστήριο εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να φοράω μαγιώ στην παραλία εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να είμαι σωματικά κοντά σε κάποιον εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να κάνω έρωτα εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου (ή μονό υπό συγκεκριμένες συνθήκες π.χ. με σβηστά φώτα ή φορώντας μαικ απ)	
Αποφεύγω συγκεκριμένους τύπους ρούχων εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου. (Παρακαλείστε να γίνετε συγκεκριμένος)	
Αποφεύγω συγκεκριμένους τύπους φωτισμού εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου. (Παρακαλείστε να γίνετε συγκεκριμένοι)	
Αποφεύγω να κοιτάω εικόνες σε περιοδικά ή στην τηλεόραση εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να με βγάζουν φωτογραφία ή να με τραβάνε βίντεο εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Αποφεύγω να κοιτάω παλιές φωτογραφίες εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου. (Παρακαλείσθε να δηλώσετε αν τις έχετε)	
Αποφεύγω τελείως να κόψω τα μαλλιά μου.	
Αποφεύγω τελείως να κόψω τα μαλλιά μου σε κομμωτήριο.	
Αποφεύγω να κοιτάω τα χαρακτηριστικά μου σε καθρέφτες ή αντανακλώμενες επιφάνειες.	
ΑΛΛΑ (Παρακαλείσθε να δηλώσετε)	

21) Παρακαλείσθε να διαβάσετε τη λίστα των δραστηριοτήτων που ακολουθούν που ίσως θα κάνετε εξαιτίας του τρόπου που νιώθετε λόγω των χαρακτηριστικών σου. Στη δεύτερη στήλη βαθμολόγησε τον βαθμό κατά τον οποίο χρησιμοποιείς κάθε μια από τις συμπεριφορές στην ακόλουθη κλίμακα.



Συμπεριφορά	Συχνότητα
Ελέγχω το/τα χαρακτηριστικά μου στους καθρέφτες.	
Χρησιμοποιώ ειδικό φως για να ελέγξω τα χαρακτηριστικά μου στον καθρέφτη. (Παρακαλώ να το δηλώσετε)	
Ελέγχω τα χαρακτηριστικά μου σε άλλες επιφάνειες που αντανακλούν (π.χ. μαχαιροπίρουνα, παράθυρα, CDs) (Παρακαλούμε όπως δηλώσετε)	
Ελέγχω το/τα χαρακτηριστικά μου απευθείας κοιτάζοντας αυτά χωρίς καθρέφτη	
Ελέγχω το/τα χαρακτηριστικά μου βγάζοντας φωτογραφία τον εαυτό μου	
Ελέγχω το/τα χαρακτηριστικά μου ψηλαφίζοντας αυτό με τα δάκτυλά μου	
Συγκρίνω το/τα χαρακτηριστικά μου με των άλλων στα περιοδικά, στη τηλεόραση ή σε ταινίες.	
Συγκρίνω το/τα χαρακτηριστικά μου με των άλλων ανθρώπων που συναντώ.	
Συγκρίνω το/τα χαρακτηριστικά μου με παλιές φωτογραφίες του εαυτού μου.	
Τσιμπάω το λίπος στο δέρμα μου	



Φοράω κάτι για να αποσπάσω την προσοχή από το χαρακτηριστικό μου (π.χ. κοσμήματα, τατουάζ) (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Αλλάζω τη στάση του σώματός μου για να αποφύγω να φαίνεται το χαρακτηριστικό μου από μια συγκεκριμένη γωνία. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Κρύβω το/τα χαρακτηριστικά μου με κάτι (π.χ. το χέρι μου, καπελάκι του base ball, καπέλο, κασκόλ, φαρδιά ρούχα, εφημερίδα) (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Χρησιμοποιώ πρόσθετα κομμάτια στα ρούχα μου για να καμουφλάρω ή να αυξήσω το μέγεθος του χαρακτηριστικού μου. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Προσπαθώ να πείσω τους άλλους για το πόσο άσχημο είναι το χαρακτηριστικό μου.	
Ζητάω από τους άλλους να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη του ελαττώματος στα χαρακτηριστικά μου.	
Ζητάω επιβεβαίωση στο εάν το χαρακτηριστικό μου έχει χειροτερέψει.	
Ζητάω επιβεβαίωση για το εάν το χαρακτηριστικό μου είναι καμουφλαρισμένο (για παράδειγμα με μεικ απ).	
Συνέχεια αλλάζω τα ρούχα μου πριν βγώ.	
Βάζω τον σύντροφό μου ή μέλος της οικογένειας να με "βοηθήσει" να καμουφλαριστώ ή να ελέγξω της εμφάνισή μου. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Συνέχεια μετράω το/τα χαρακτηριστικά μου.	
ΜΑΛΛΙΑ : Φοράω περούκα εξαιτίας των χαρακτηριστικών μου.	
Προσπαθώ να μακρύνω ή να φτιάξω τα μαλλιά μου για να κρύψω συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Χτενίζω ή βουρτσίζω (φτιάχνω / ισιώνω) ή προσαρμόζω τα μαλλιά μου περισσότερο από ότι κάνουν οι πιο πολλοί άνθρωποι	
Ξυρίζομαι, κόβω ή βγάζω τρίχες περισσότερο από ότι κάνουν οι πιο πολλοί άνθρωποι. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
Χρησιμοποιώ φάρμακα για να βοηθήσω την αύξηση τριχών στο κεφάλι μου.	
ΔΕΡΜΑ : Καθαρίζω το δέρμα μου περισσότερο από ότι κάνουν οι πιο πολλοί άνθρωποι.	

Φοράω περισσότερο μεικ απ από τους άλλους ανθρώπους για να κρύψω τα χαρακτηριστικά μου.	
Χρησιμοποιώ ειδικό στικ κάλυψης σπυριών ή στιγμάτων	
Χρησιμοποιώ ειδικά καθαριστικά προσώπου, βουρτσίσματα ή σάουνα για το δέρμα μου.	
Αποχρωματίζω το δέρμα μου	
Χρησιμοποιώ ηλιακές κρέμες μαυρίσματος για να σκουρύνω το δέρμα μου.	
Πειράζω το δέρμα μου ή σκάω τα σπυράκια μου περισσότερο από ότι κάνουν οι πιο πολλοί άνθρωποι.	
<b>ΓΡΑΜΜΗ Ή ΒΑΡΟΣ:</b> Ασκούμαι για να αλλάξω την γραμμή μου ή το βάρος μου	
Κάνω body building με βάρος	
Χρησιμοποιώ στεροειδή ουσίες	
Ζυγίζομαι περισσότερο απ' ότι είναι απαραίτητο	
Περιορίζω την τροφή μου για να βελτιώσω την γραμμή μου ή να ελαττώσω το βάρος μου	
Κάθομαι με τα δάχτυλα των ποδιών να ακουμπούν στο πάτωμα για να μην απλώνονται οι γλουτοί μου.	
Τρώω περισσότερη τροφή για να αυξήσω το βάρος μου	
Χρησιμοποιώ χάπια διαίτης, χάπια δυσκοιλιότητας ή διουρητικά. (Παρακαλώ δηλώσετε)	
ΑΛΛΑ (Παρακαλώ δηλώσετε)	

**22) Πορτραίτο του εαυτού σας.**

Μπορείτε σας παρακαλώ να ζωγραφίσετε το πορτραίτο σας όπως το αντιλαμβάνεστε ή σύμφωνα με την εντύπωση που έχετε για το πρόσωπό σας ή το σώμα σας (βασισμένο στα χαρακτηριστικά που σας ανησυχούν). Μπορείτε να διαλέξετε ότι υλικό ζωγραφικής επιθυμείτε. Μην ανησυχείτε αν δεν είσατε και τόσο καλλιτέχνης.

#### 4. Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΕΞΗΣ 6 ΕΠΙΡΡΗΜΑΤΑ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΣΑΣ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ Η ΠΡΟΤΑΣΗ:

	<i>Πάντα</i>	<i>Συνήθως</i>	<i>Συχνά</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Ποτέ</i>
1. Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρη/ος.	3	2	1	0	0	0
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.	3	2	1	0	0	0
3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.	3	2	1	0	0	0
4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	3	2	1	0	0	0
5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.	3	2	1	0	0	0
6. Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.	3	2	1	0	0	0
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ).	3	2	1	0	0	0
8. Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.	3	2	1	0	0	0
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό.	3	2	1	0	0	0
10. Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει.	3	2	1	0	0	0
11. Με απασχολεί η ιδέα να γίνω πιο λεπτή/ος.	3	2	1	0	0	0
12. Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω».	3	2	1	0	0	0
13. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος.	3	2	1	0	0	0
14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.	3	2	1	0	0	0
15. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.	3	2	1	0	0	0
16. Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.	3	2	1	0	0	0
17. Τρώω τρόφιμα διαίτης (light).	3	2	1	0	0	0
18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	3	2	1	0	0	0
19. Ελέγχω τον εαυτό μου σε ό,τι	3	2	1	0	0	0

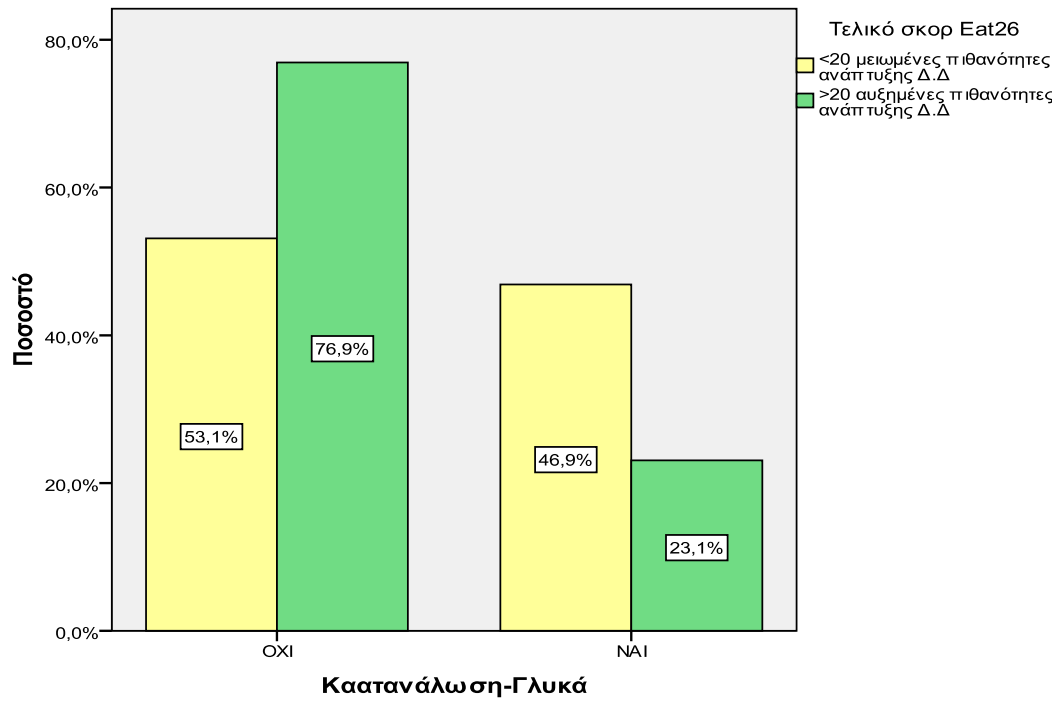
αφορά το φαγητό.						
20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	3	2	1	0	0	0
21. Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	3	2	1	0	0	0
22. Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.	3	2	1	0	0	0
23. Ασχολούμαι με δίαιτες.	3	2	1	0	0	0
24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.	3	2	1	0	0	0
25. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.	3	2	1	0	0	0
26. Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.	0	0	0	1	2	3

27. ΒΑΡΟΣ (ΣΕ ΚΙΛΑ): \_\_\_\_\_

28. ΥΨΟΣ (ΣΕ ΜΕΤΡΑ): \_\_\_\_\_

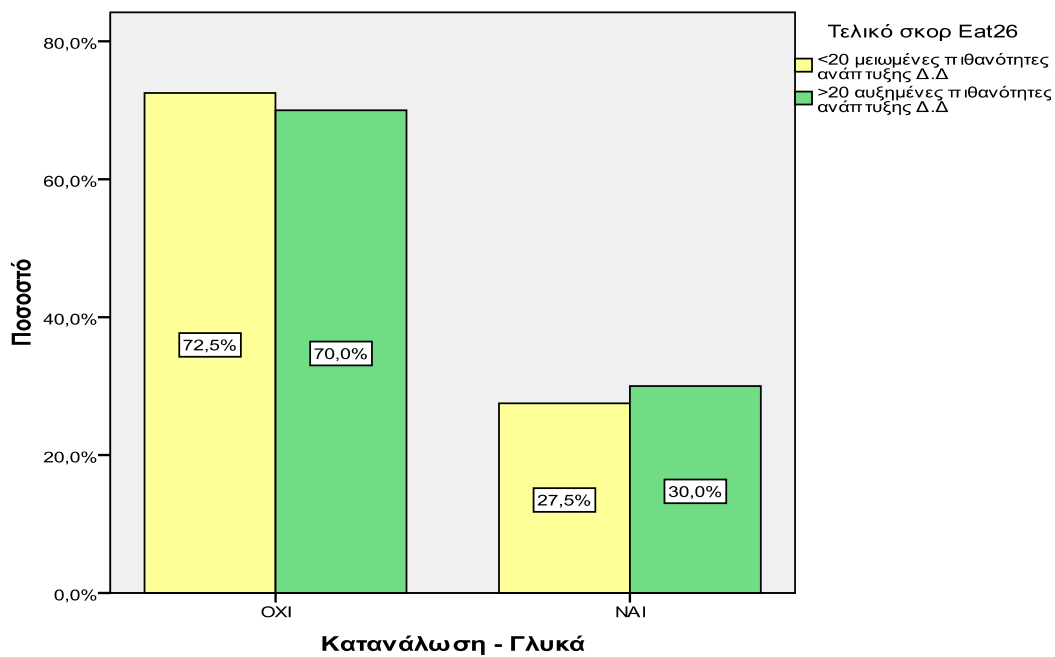
29. ΔΜΣ: \_\_\_\_\_

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ



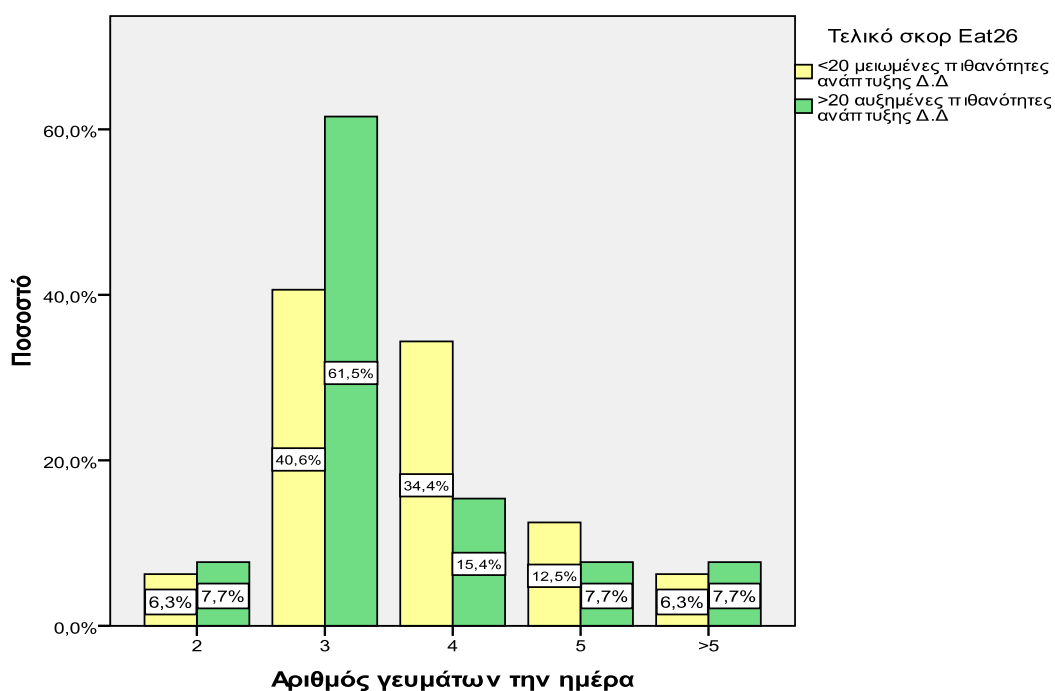
\*  $\chi^2 = 2.181$ ;  $p = 0.140$  ( $p > 0.05$ )

**Εικόνα 84: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**



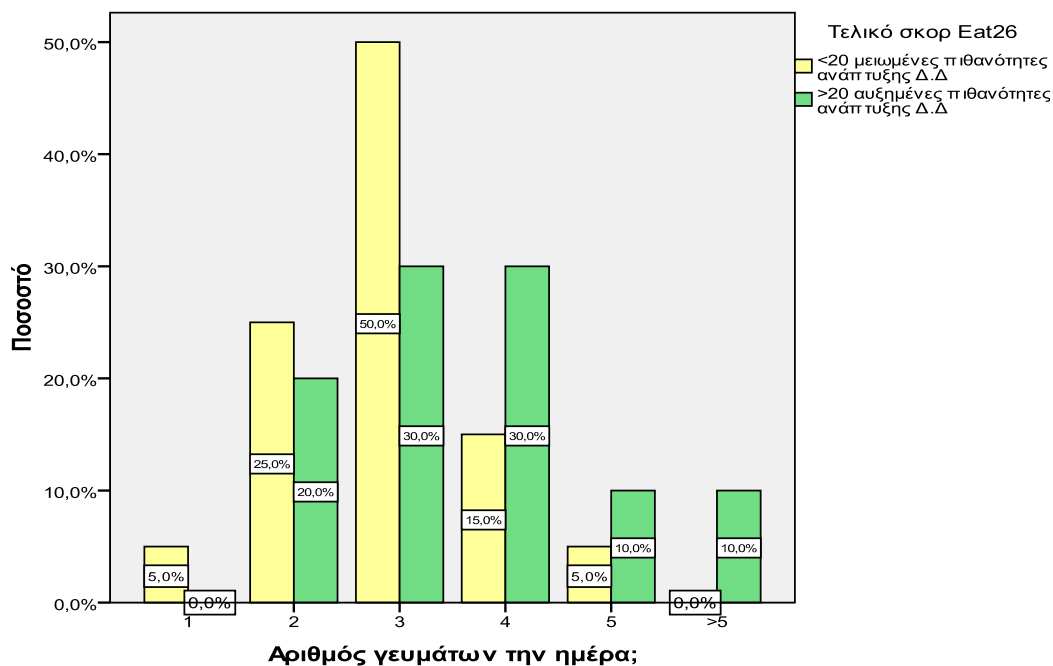
**Διάγραμμα 85: Κατανάλωση γλυκών σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 0.025$ ;  $p = 0.875$  ( $p > 0.05$ )



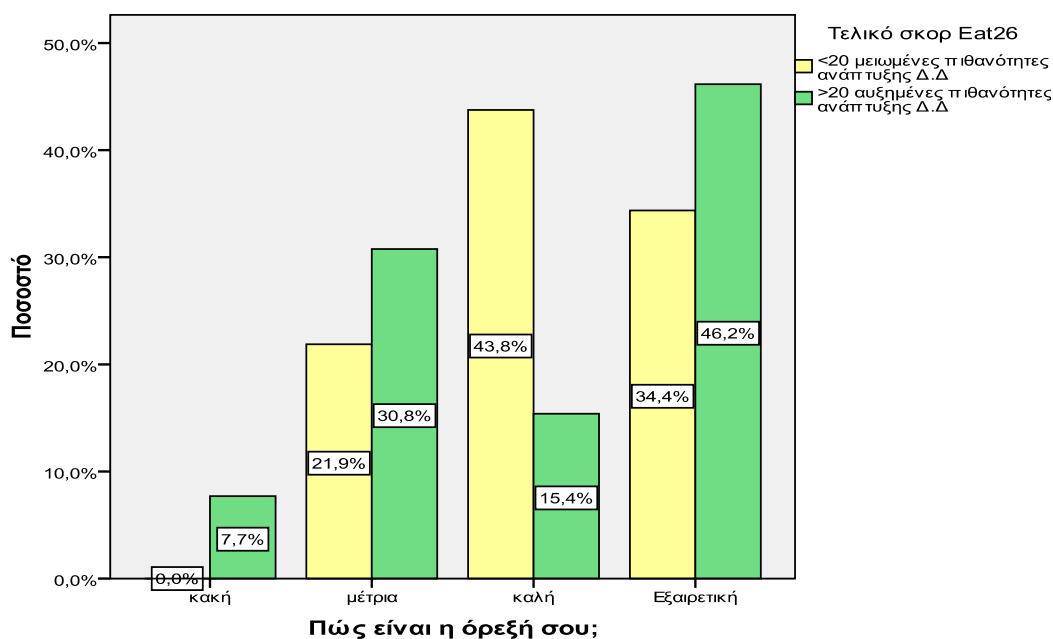
**Διάγραμμα 86: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 2.270$ ;  $p = 0.686$  ( $p > 0.05$ )



**Διάγραμμα 87: Αριθμός γευμάτων σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**

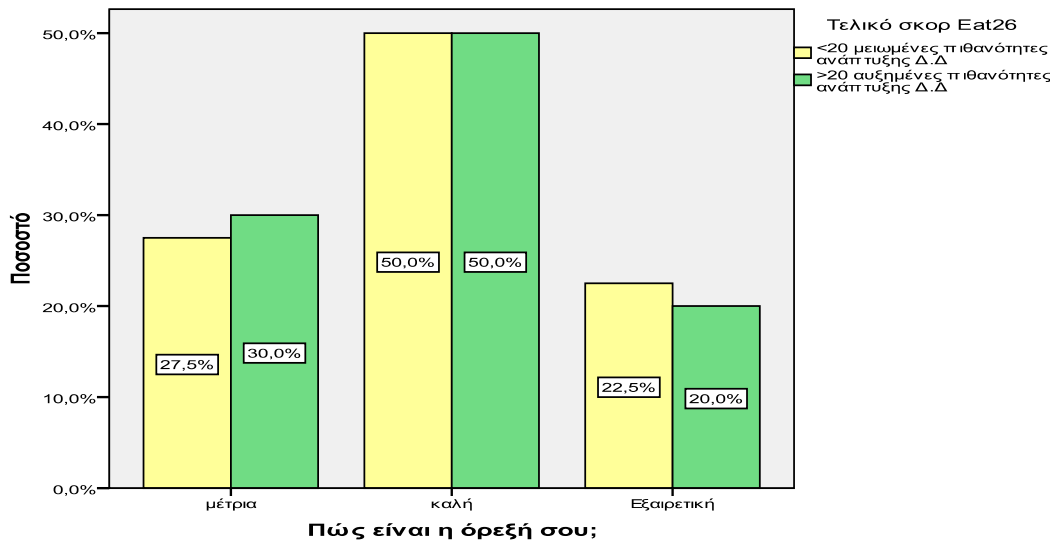
- $\chi^2 = 6.612$ ;  $p = 0.251$  ( $p > 0.05$ )



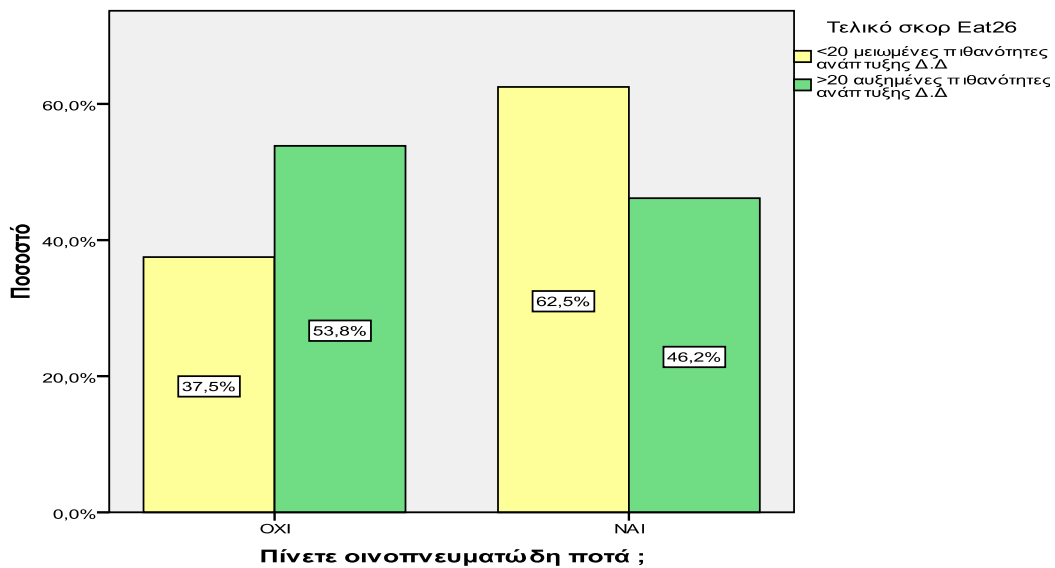
**Διάγραμμα 88: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**

- \*  $\chi^2 = 5.192$ ;  $p = 0.158$  ( $p > 0.05$ )



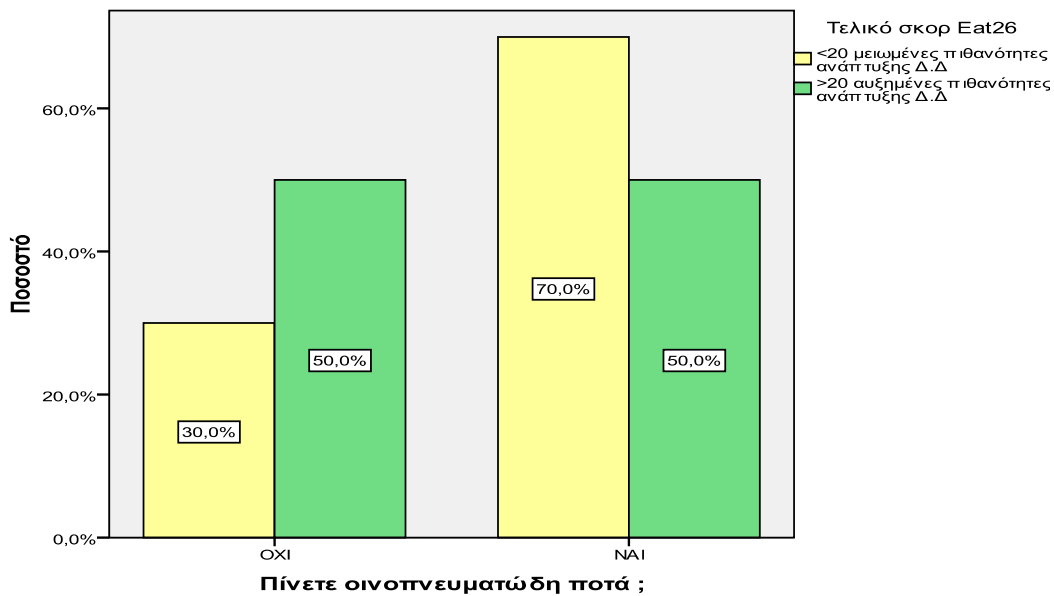


**Διάγραμμα 89: Ποιότητα όρεξης σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**  
 \*  $\chi^2 = 0.041$ ;  $p = 0.980$  ( $p > 0.05$ )



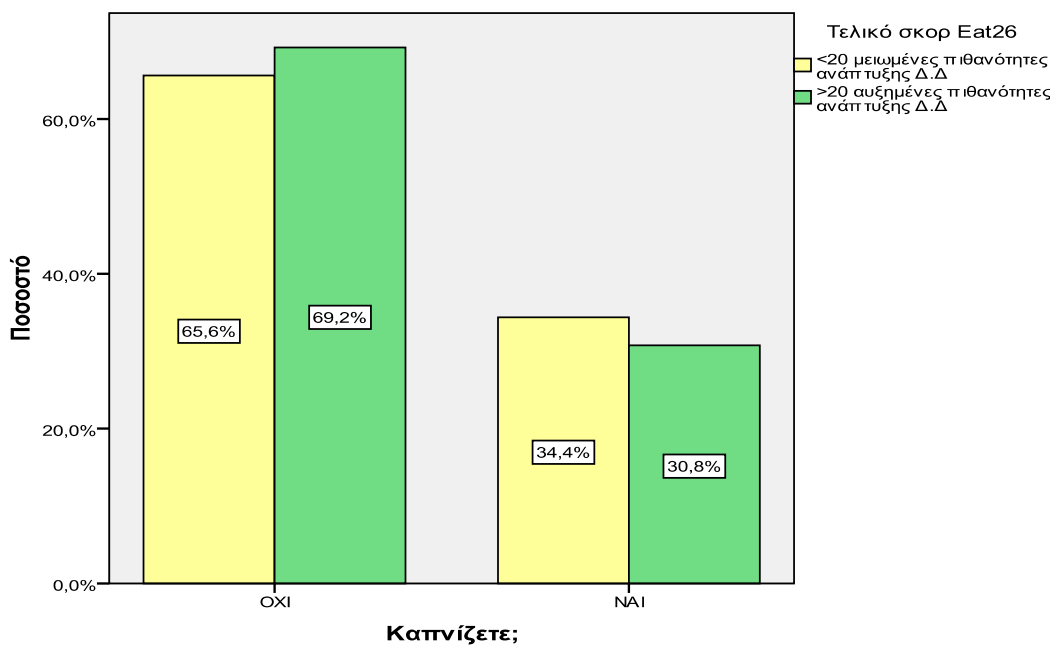
**Διάγραμμα 90: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 1.013$ ;  $p = 0.314$  ( $p > 0.05$ )



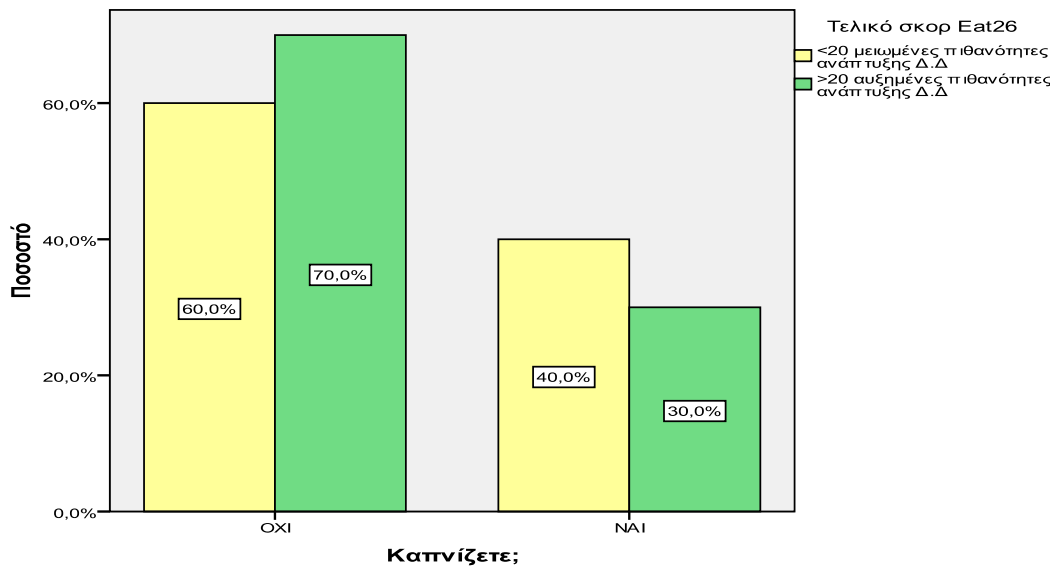
**Διάγραμμα 91: Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**

\*  $\chi^2 = 1.426$ ;  $p = 0.232$  ( $p > 0.05$ )

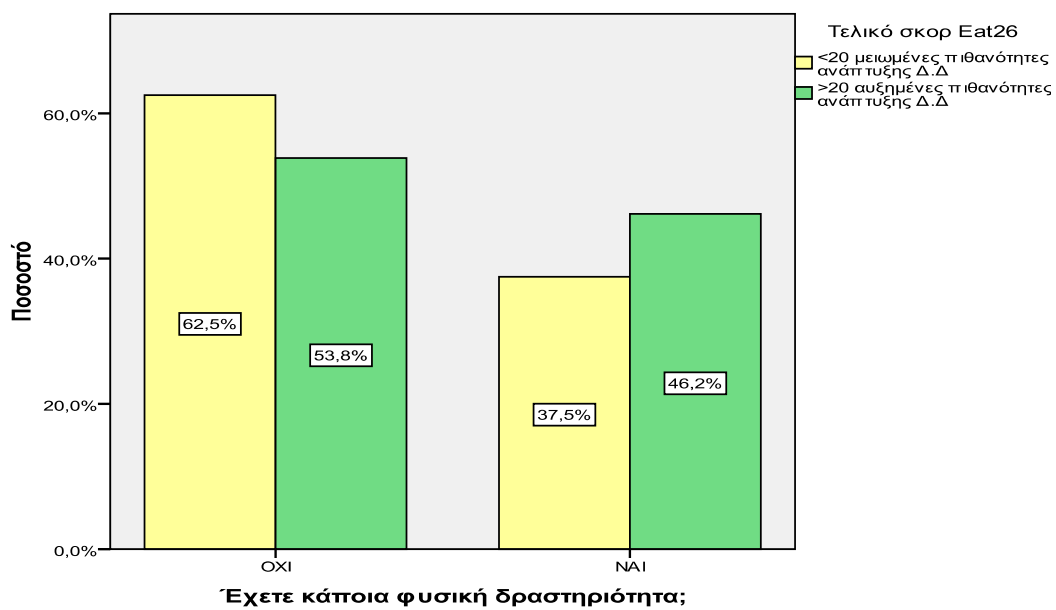


**Διάγραμμα 92: Κάπνισμα σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**

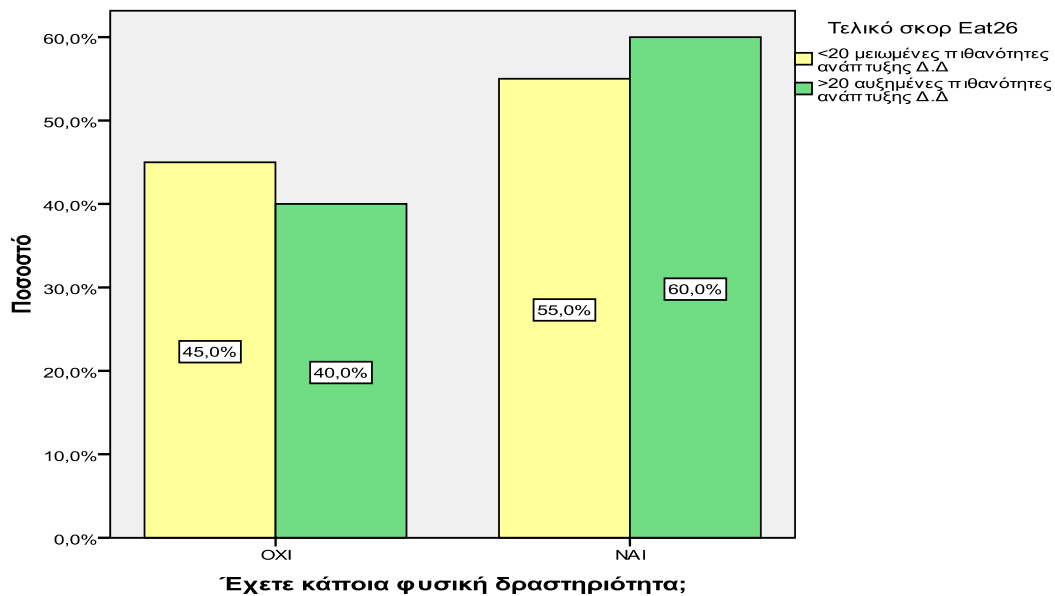
\*  $\chi^2 = 0.054$ ;  $p = 0.816$  ( $p > 0.05$ )



**Διάγραμμα 93: Κάπνισμα σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**  
 \*  $\chi^2 = 0.340$ ;  $p = 0.560$  ( $p > 0.05$ )

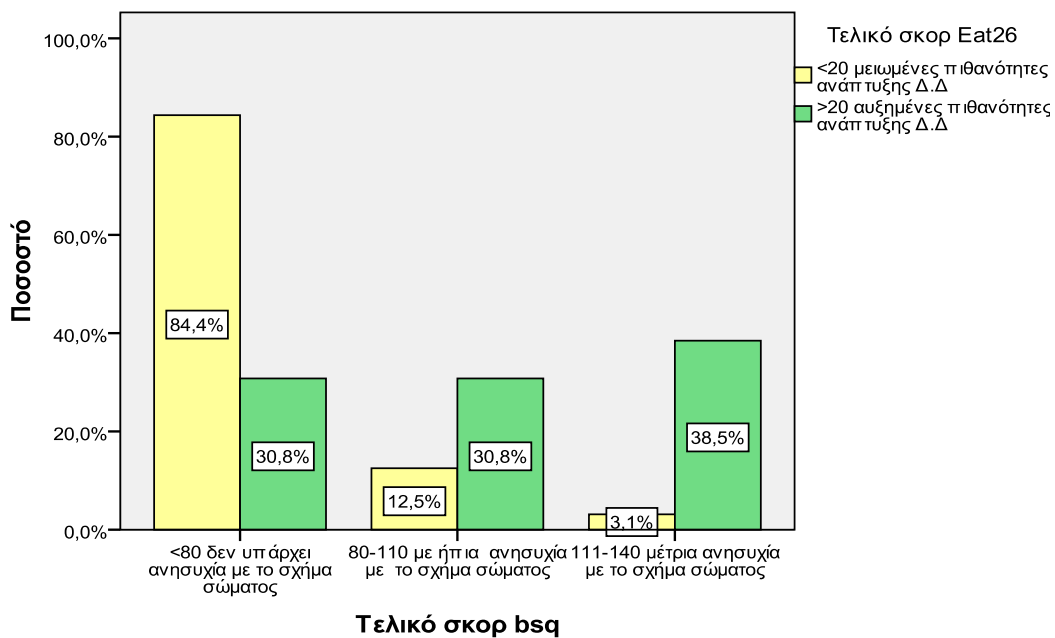


**Διάγραμμα 94: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Διαιτολόγοι)**  
 \*  $\chi^2 = 0.288$ ;  $p = 0.591$  ( $p > 0.05$ )

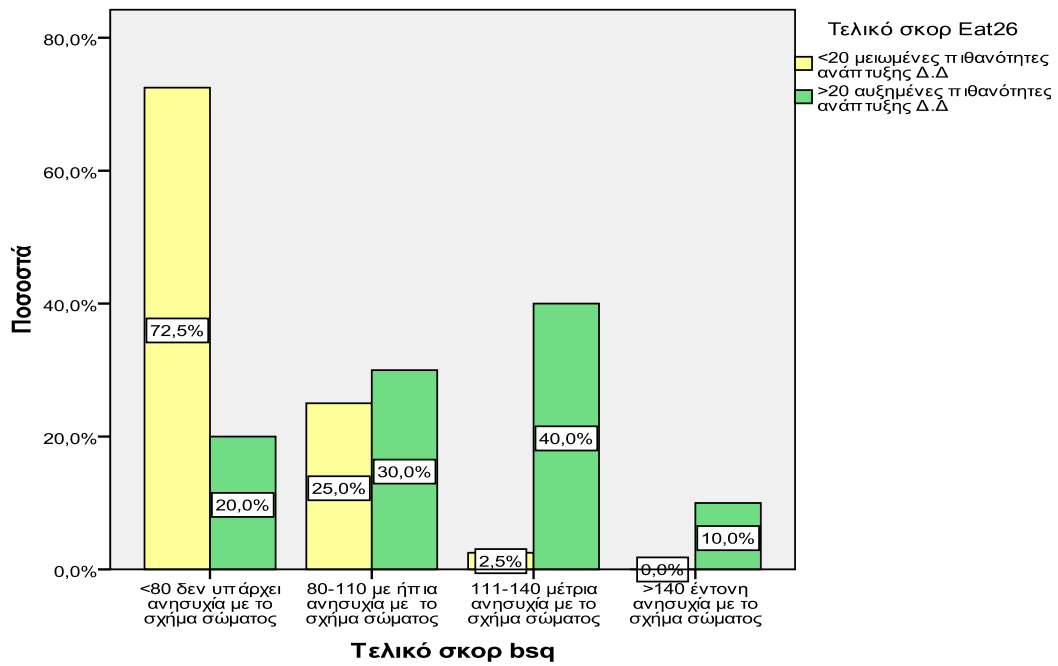


**Διάγραμμα 95: Φυσική δραστηριότητα σε σχέση με πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών (Κοινωνιολόγοι)**

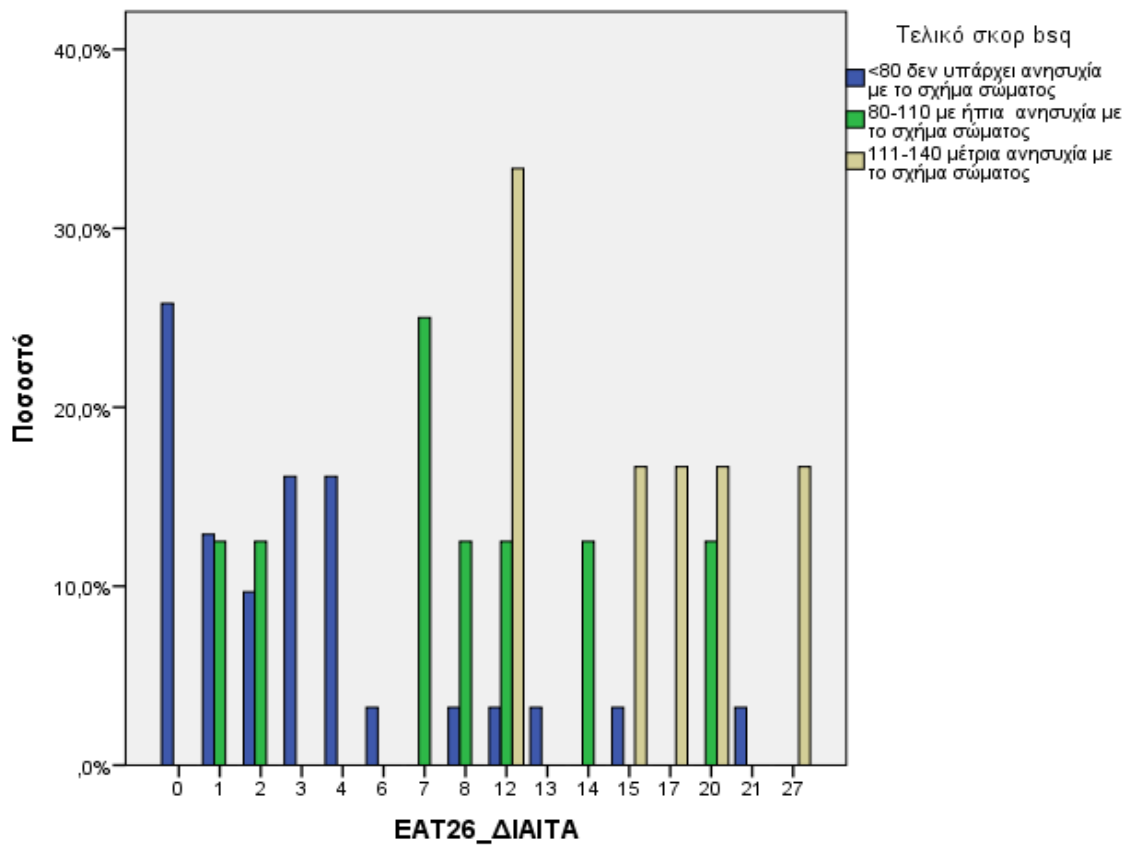
\*  $\chi^2 = 0.081$ ;  $p = 0.766$  ( $p > 0.05$ )



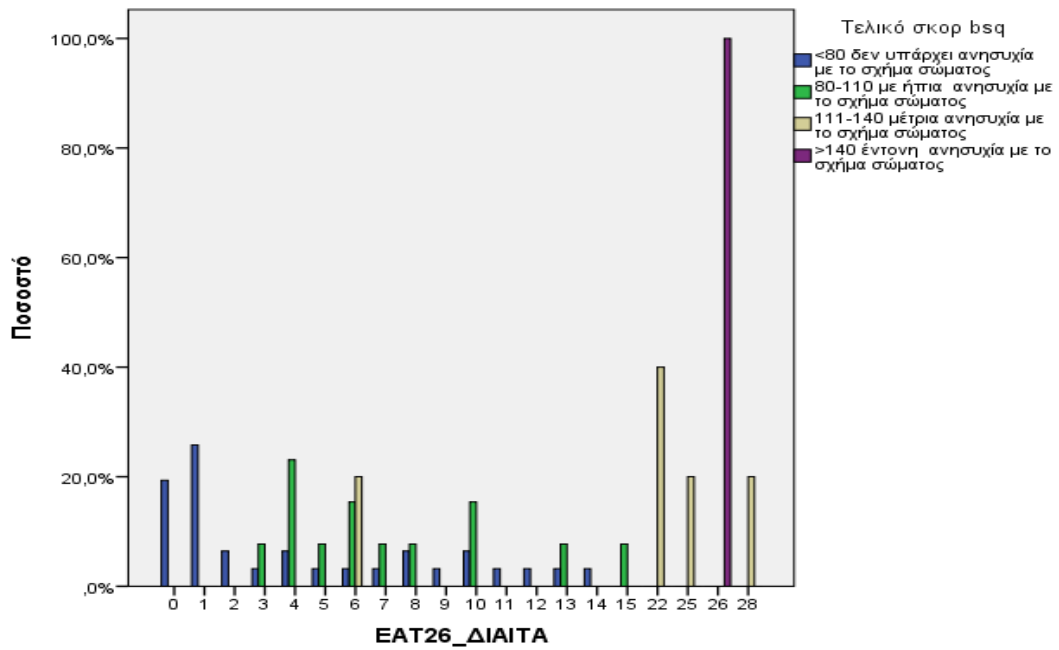
**Διάγραμμα 96: Σχέση EAT-26 και BSQ (% Διαιτολόγοι)**



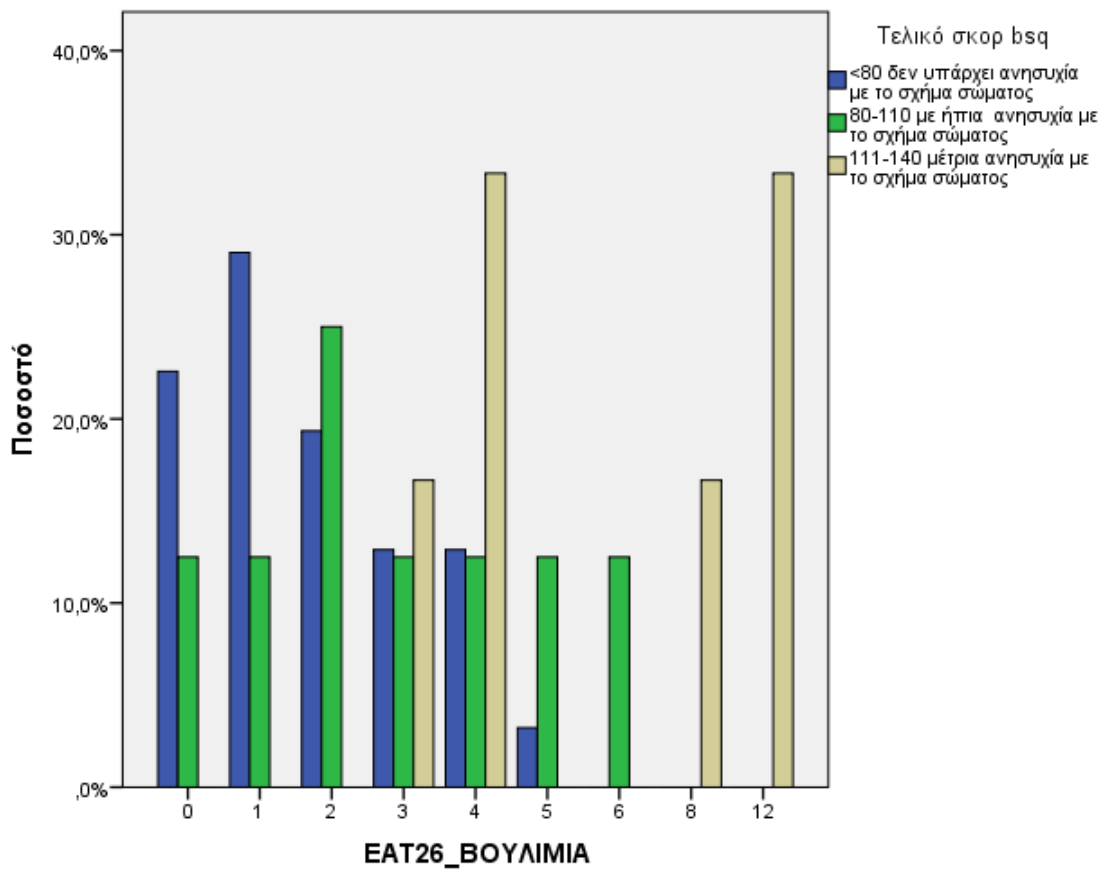
Διάγραμμα 97: Σχέση EAT-26 και BSQ (% Κοινωνιολόγοι)



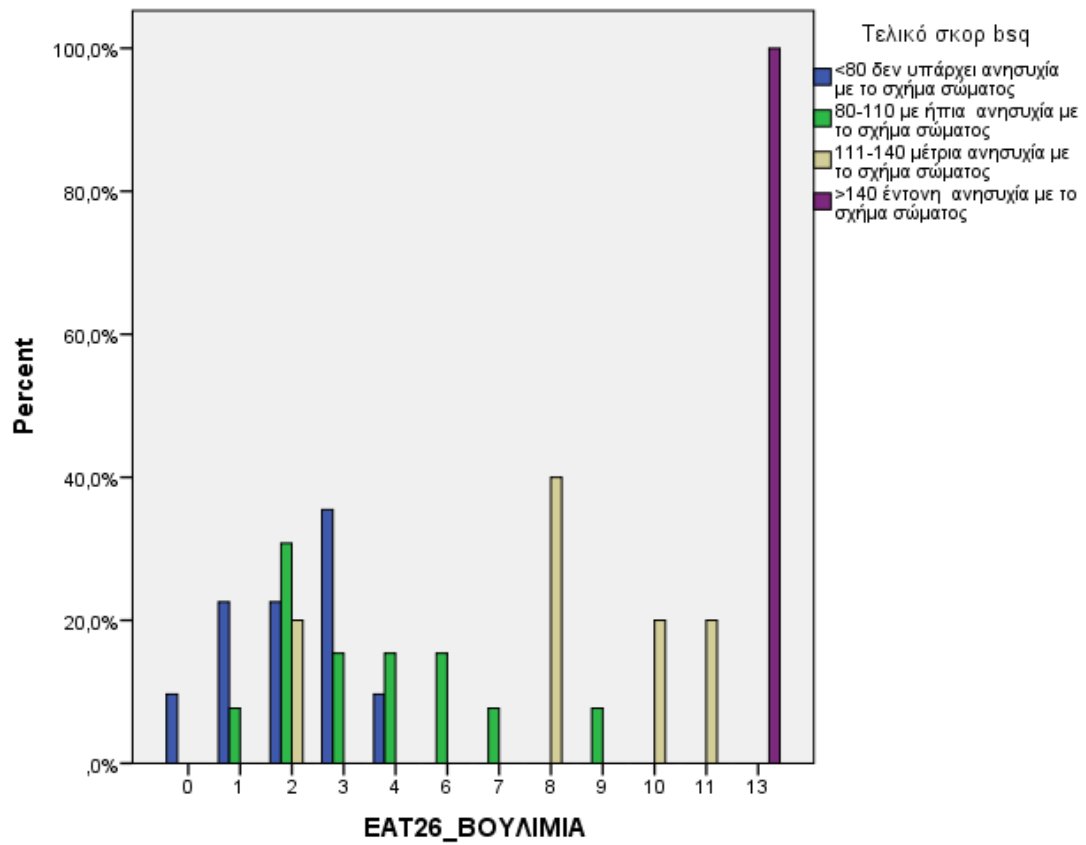
**Διάγραμμα 98: Σχέση EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ (% Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 99: Σχέση EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BSQ (% Κοινωνιολόγοι)**

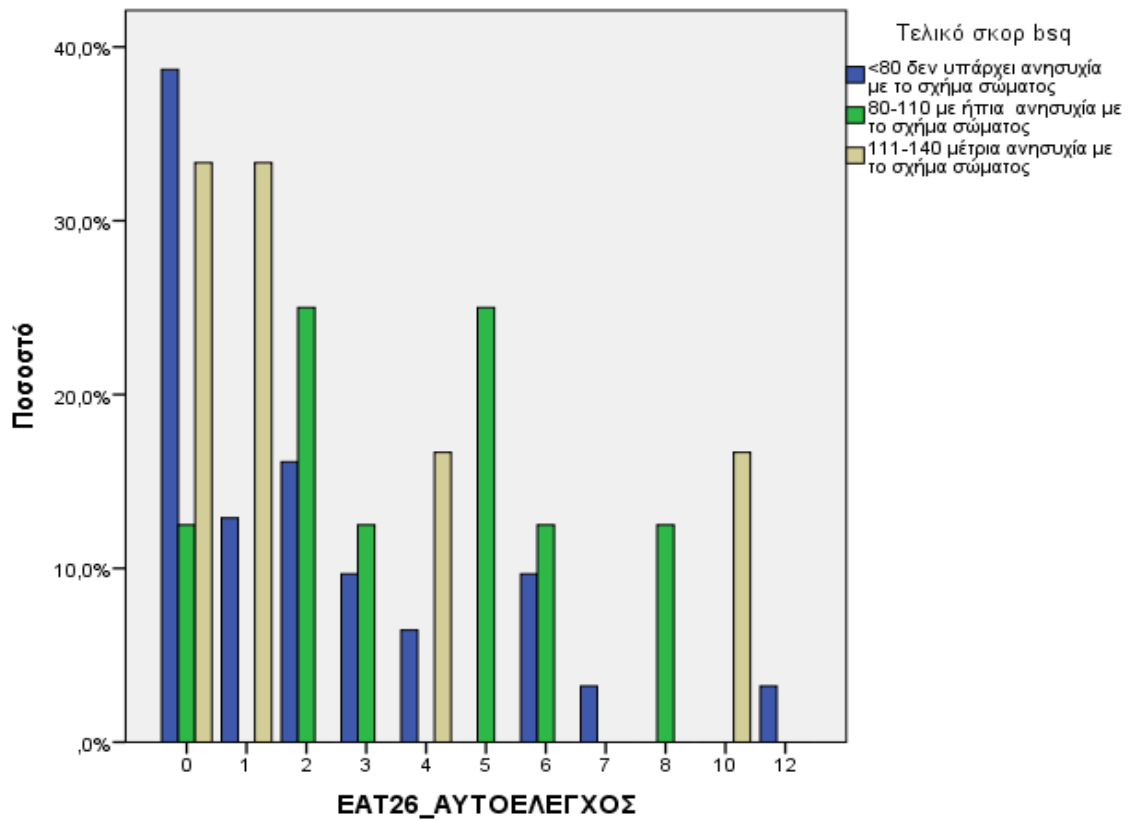


**Διάγραμμα 100: Σχέση EAT\_BOYΛIMIA και BSQ (% Διαιτολόγοι)**

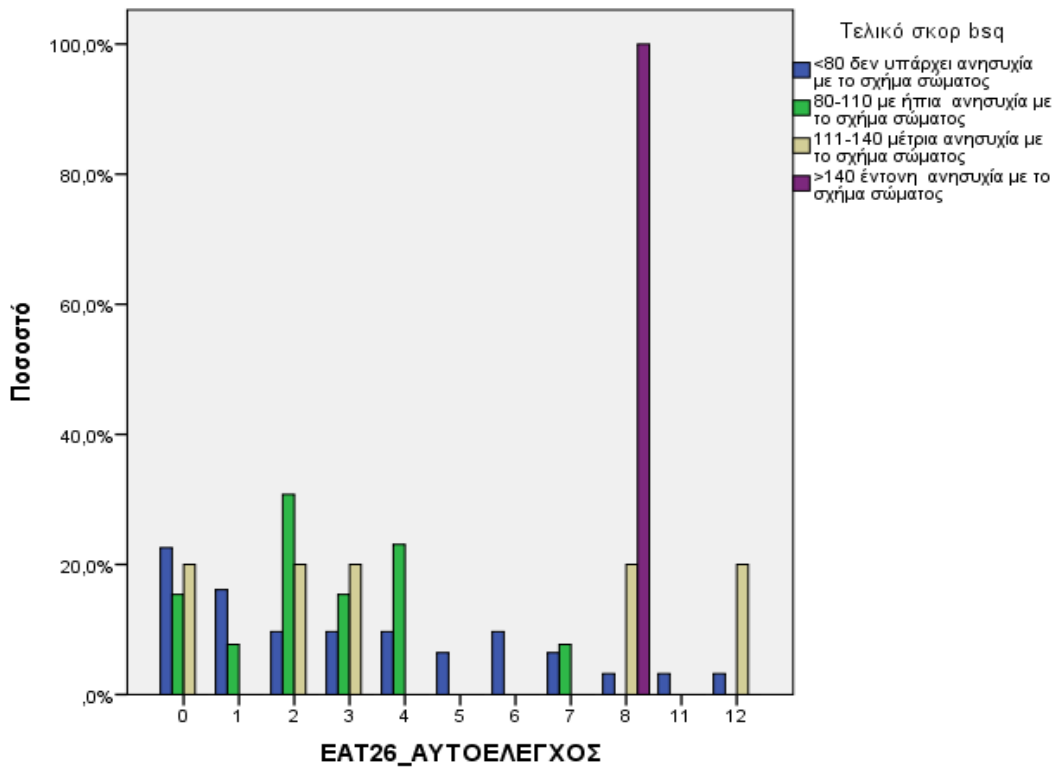


Διάγραμμα 101: Σχέση EAT\_BOYΛIMIA και BSQ (%Κοινωνιολόγοι)

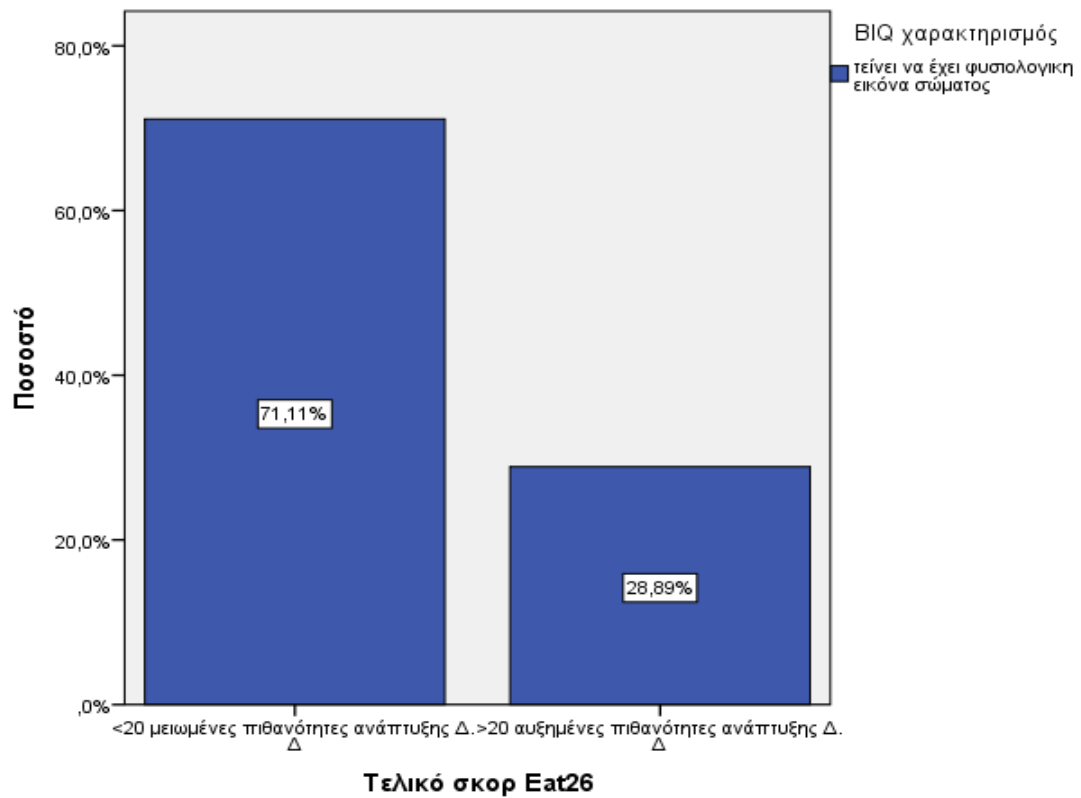




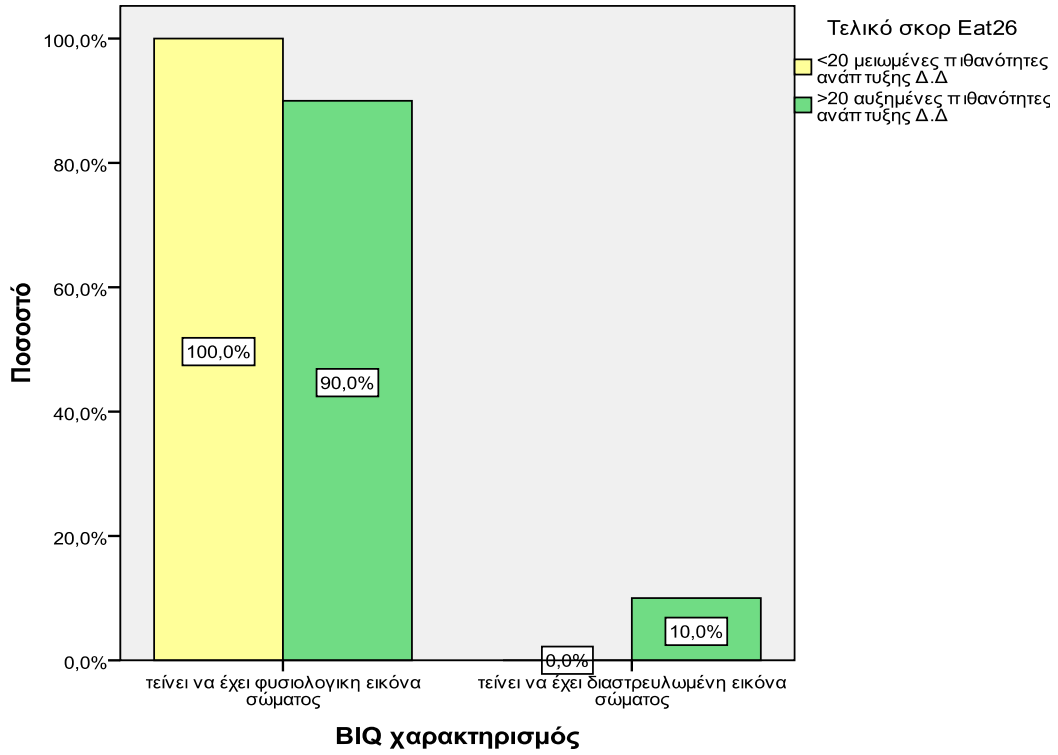
Διάγραμμα 102: Σχέση EAT-26\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ και BSQ (% Διαιτολόγοι)



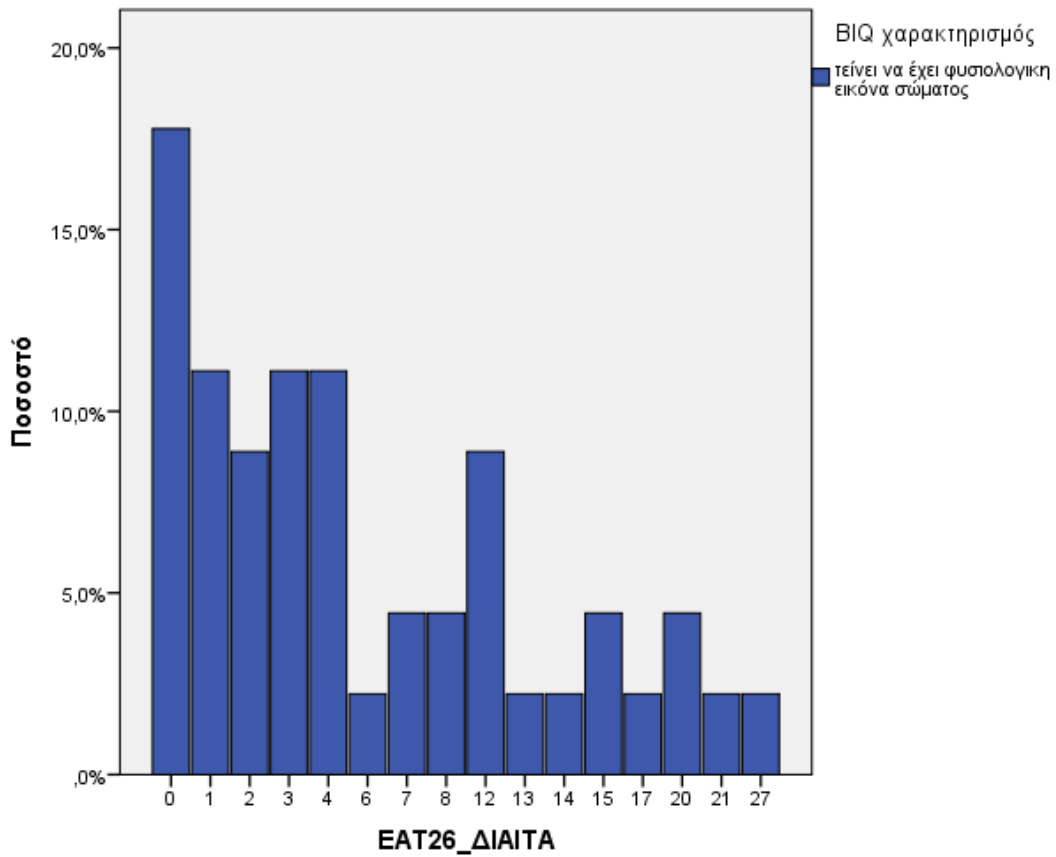
**Διάγραμμα 103: Σχέση EAT-26\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ και BSQ (% Κοινωνιολόγοι)**



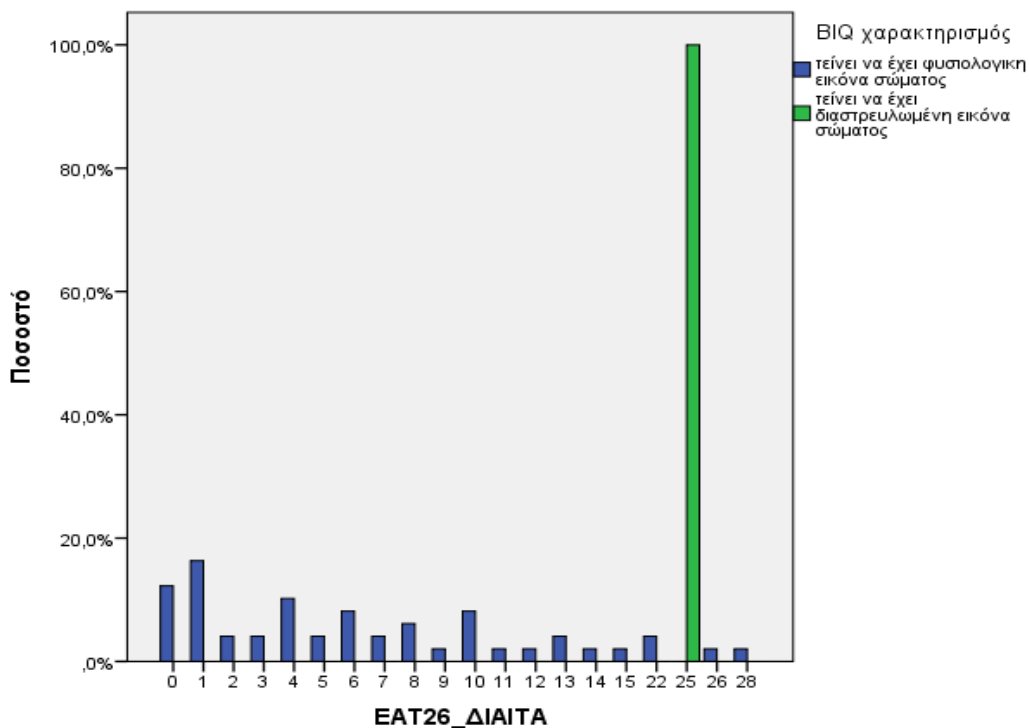
**Διάγραμμα 104: Σχέση EAT-26 και BIQ (% Διαιτολόγοι)**



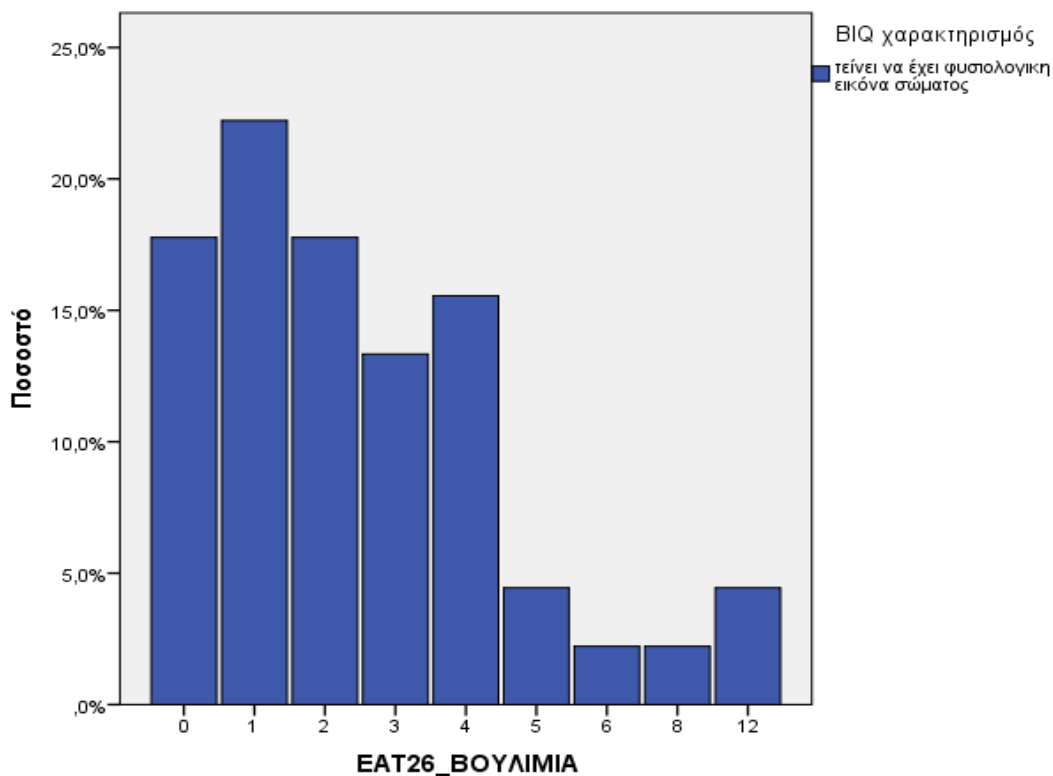
**Διάγραμμα 105: Σχέση EAT -26 και ΒΙQ (% Κοινωνιολόγοι)**



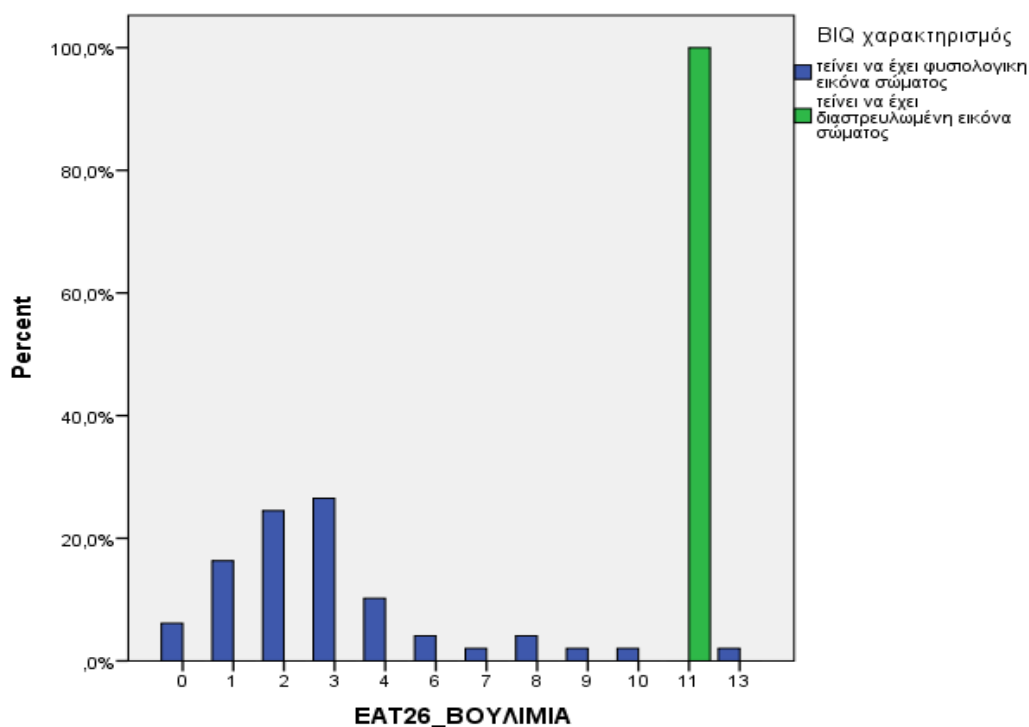
**Διάγραμμα 106: Σχέση EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BIQ (% Διαιτολόγοι)**



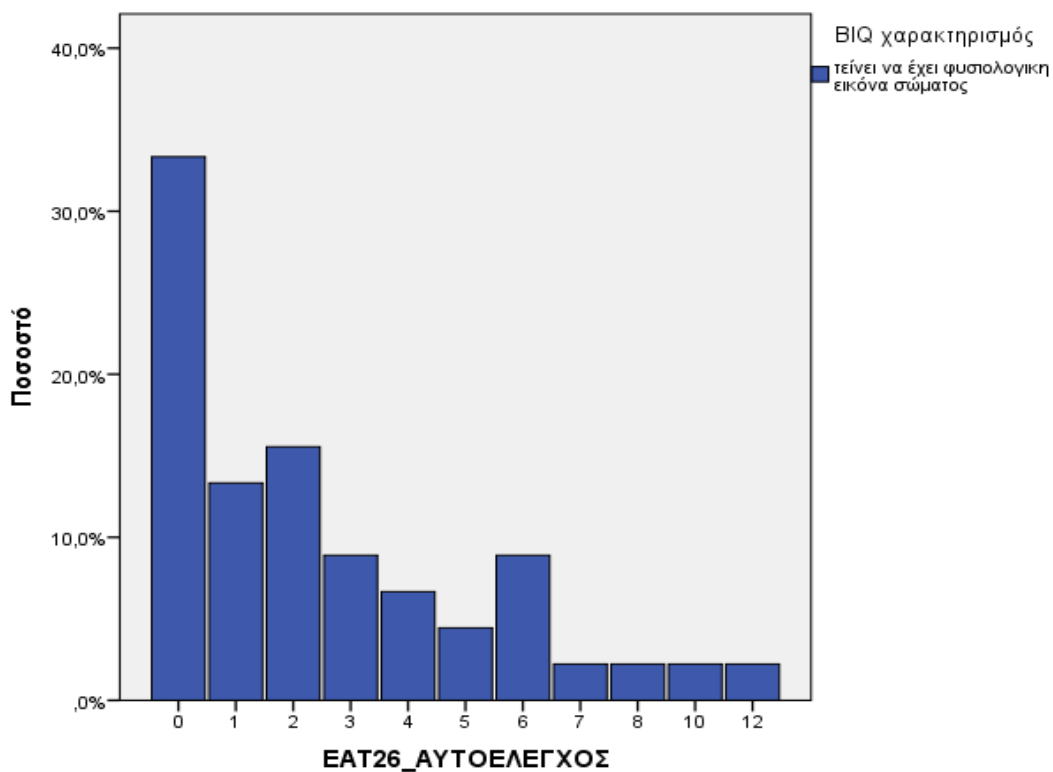
**Διάγραμμα 107: Σχέση EAT-26\_ΔΙΑΙΤΑ και BIQ (% Κοινωνιολόγοι)**



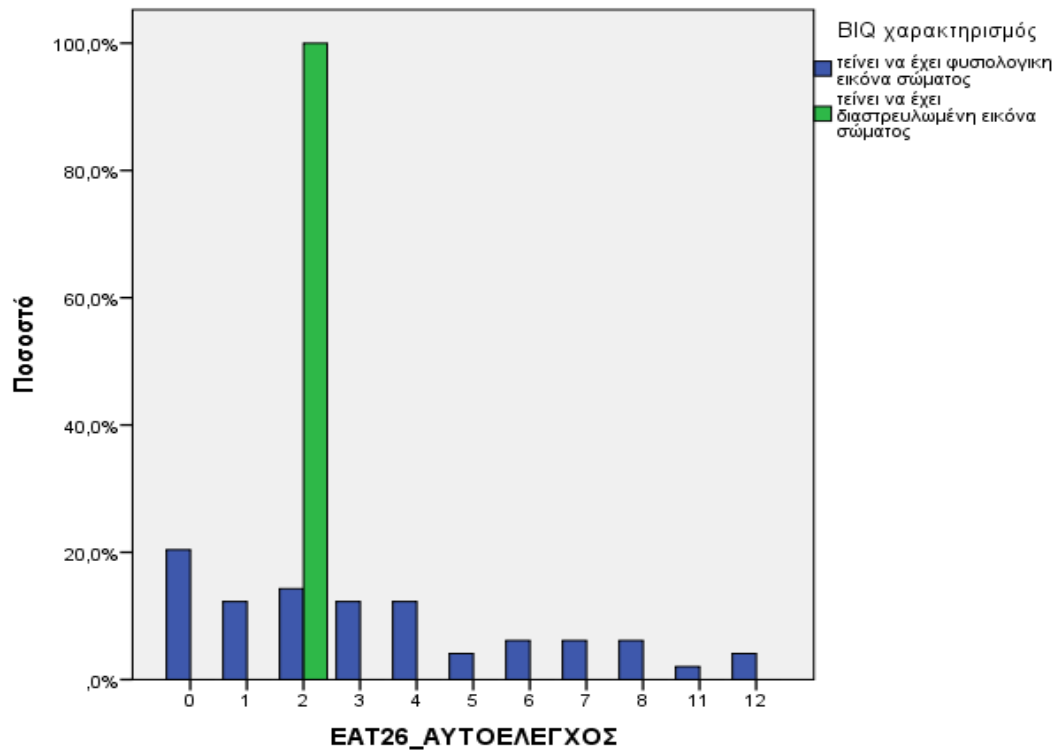
**Διάγραμμα 108: Σχέση EAT-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και ΒΙQ (% Διαιτολόγοι)**



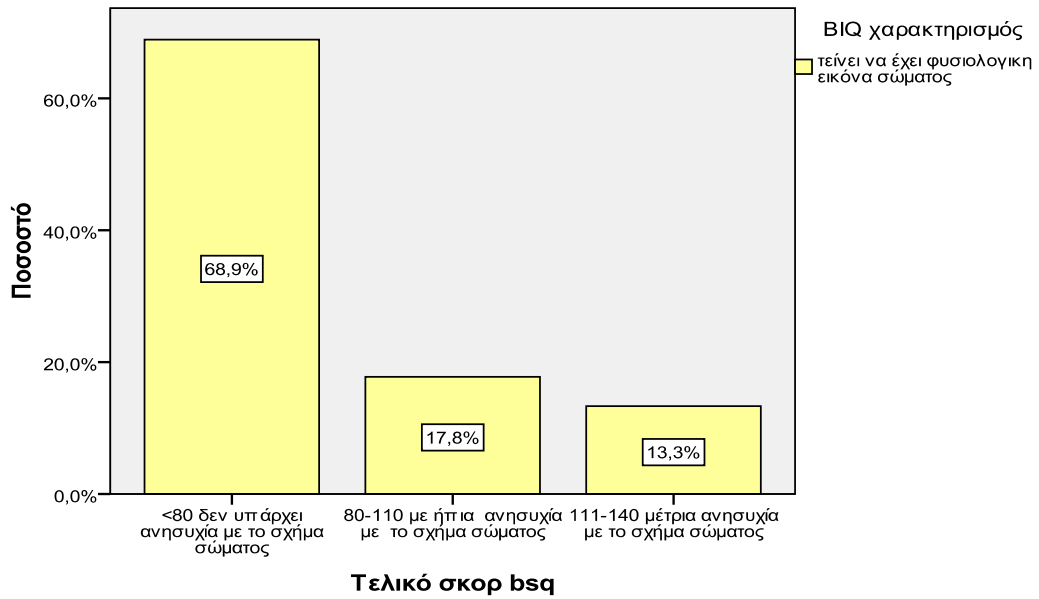
**Διάγραμμα 109: Σχέση EAT-26\_ΒΟΥΛΙΜΙΑ και ΒΙQ (% Κοινωνιολόγοι)**



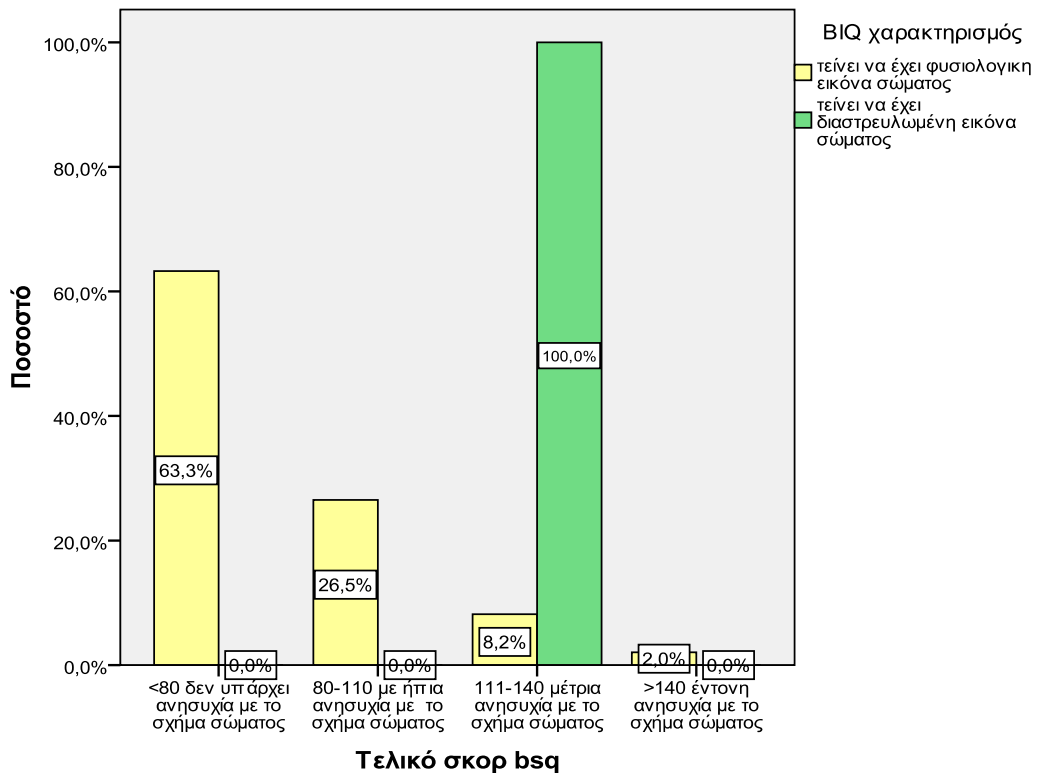
**Διάγραμμα 110: Σχέση EAT-26\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ και ΒΙQ (% Διαιτολόγοι)**



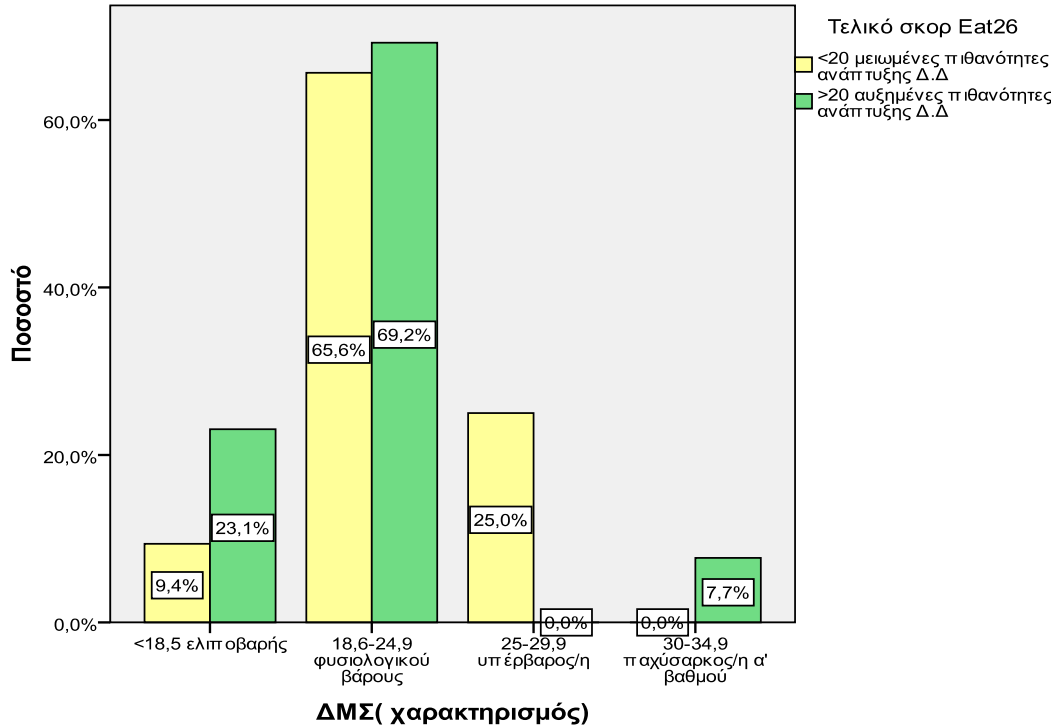
**Διάγραμμα 111: Σχέση EAT-26\_ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ και BIQ (% Κοινωνιολόγοι)**



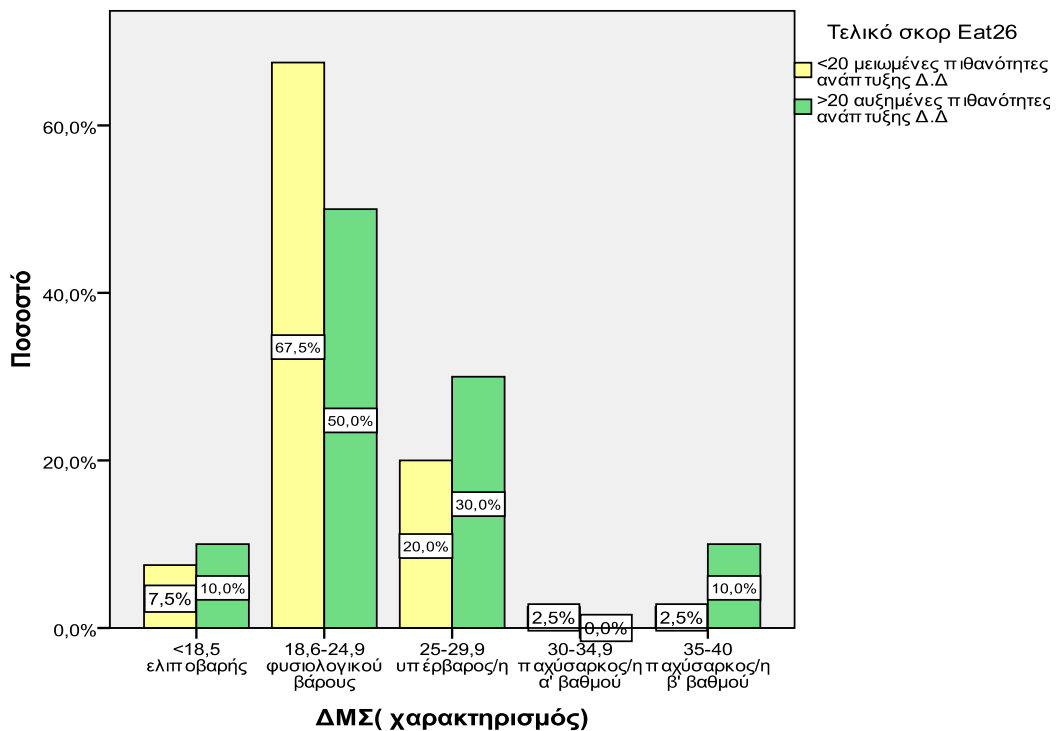
**Διάγραμμα 112: Σχέση BSQ και BIQ (% Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 113: Σχέση BSQ και BIQ (% Κοινωνιολόγοι)**

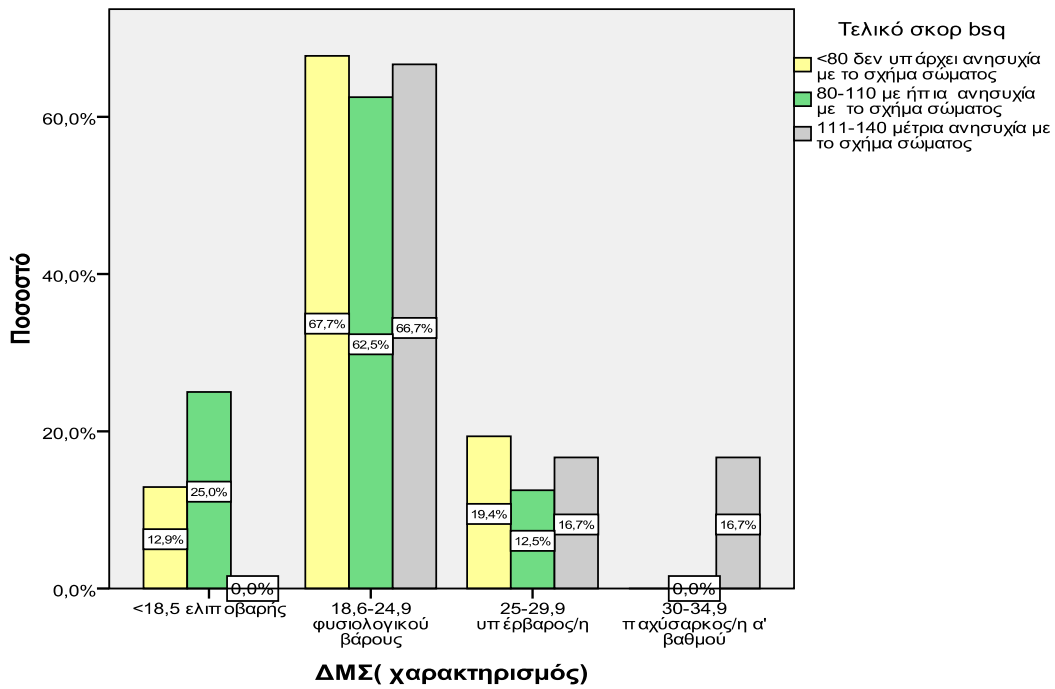


Διάγραμμα 114: Σχέση EAT-26 και ΔΜΣ (% Διαιτολόγοι)

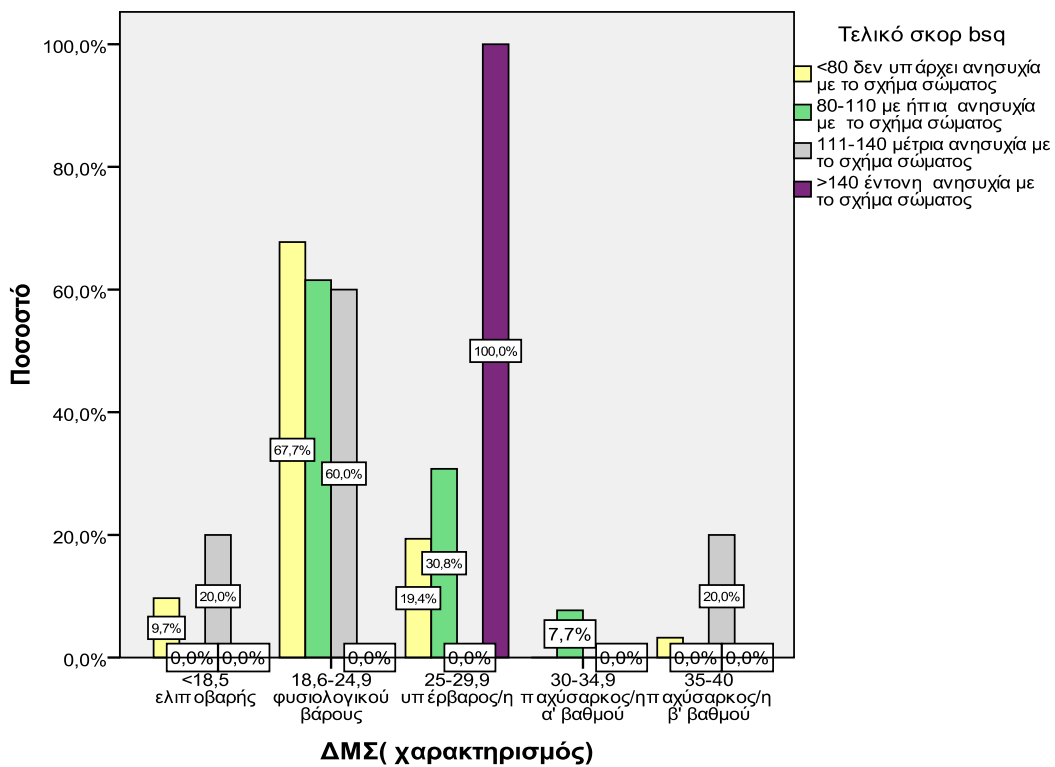


Διάγραμμα 115: Σχέση EAT-26 και ΔΜΣ (% Κοινωνιολόγοι)

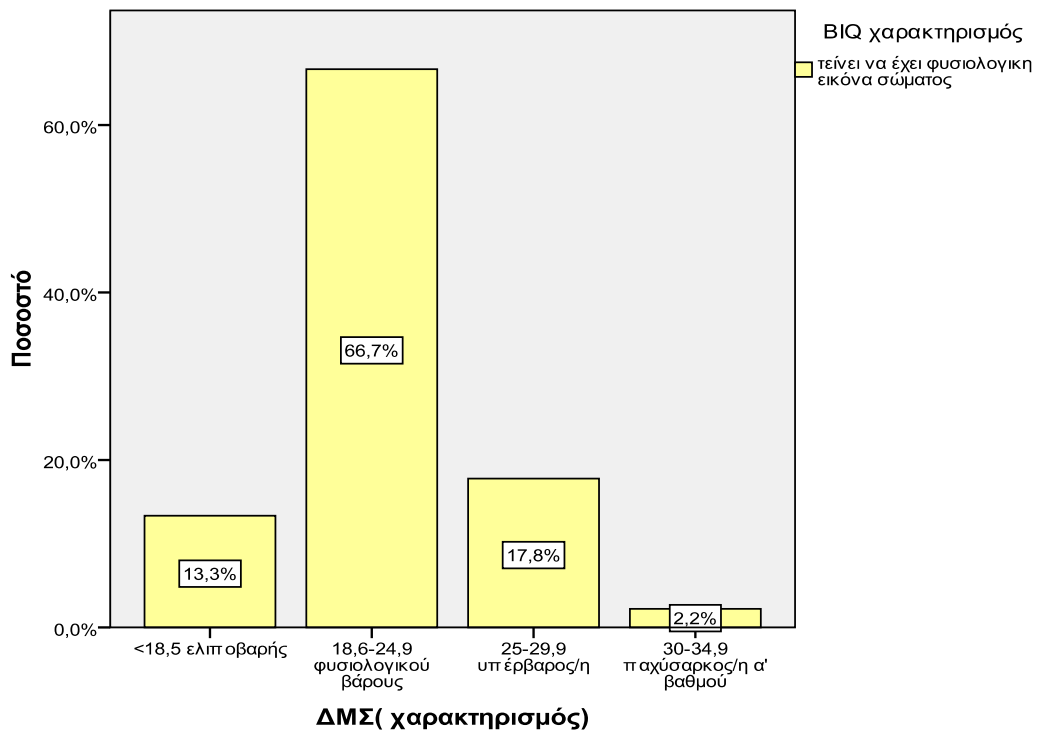




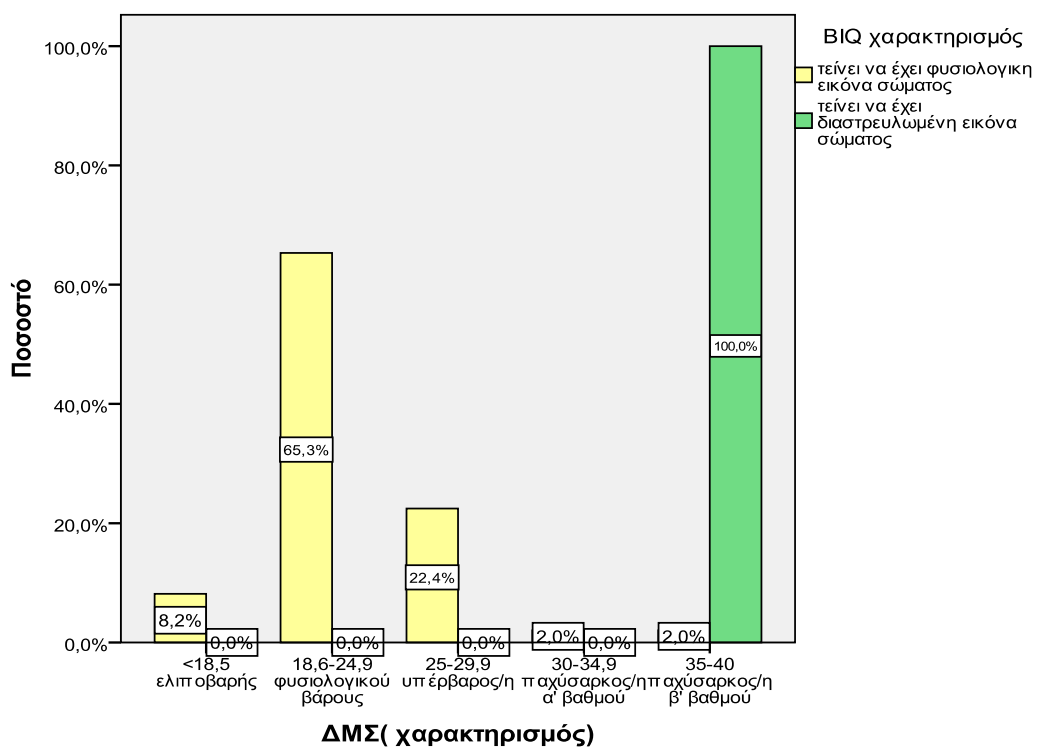
**Διάγραμμα 116: Σχέση BSQ και ΔΜΣ (% Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 117: Σχέση BSQ και ΔΜΣ (% Κοινωνιολόγοι)**



**Διάγραμμα 118: Σχέση BIQ και ΔΜΣ (% Διαιτολόγοι)**



**Διάγραμμα 119: Σχέση BIQ και ΔΜΣ (% Κοινωνιολόγοι)**