

**ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΕΣΤΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΓΟΡΙΑ ΚΑΙ
ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 13 ΕΩΣ 17 ΕΤΩΝ**

της
Ελένης Αδαμίδου

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου του
Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των
Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου
Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση Προληψη – Παρέμβαση -
Αποκατάσταση

Κομοτηνή
2013

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

Βασιλική Ζήση, Επίκουρη καθηγήτρια

Μαρία Χασάνδρα, Λέκτορας

Στυλιανή Χρόνη, Επίκουρη Καθηγήτρια

13389/1

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αδαμίδου Ελένη: Εικόνα σώματος, γενική ψυχική υγεία, εστίες ελέγχου υγείας και κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13 έως 17 ετών
(Με την επίβλεψη της κ. Βασιλικής Ζήση, Επίκουρης Καθηγήτριας)

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση εικόνας σώματος και εστιών ελέγχου υγείας με τη γενική ψυχική υγεία (ΨΥ) και την προδιάθεση για Διατροφικές Διαταραχές (ΔΔ). Στην έρευνα συμμετείχαν 497 έφηβοι, 226 αγόρια και 271 κορίτσια, 13 έως 17 ετών. Για την ανίχνευση προδιάθεσης ΔΔ χρησιμοποιήθηκε το EAT-13 (Douka et al., 2009), για την αξιολόγηση της ΨΥ το GHQ – 12 (Goldberg et al., 1997), οι εστίες ελέγχου υγείας με το MHLC (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978) και η εικόνα σώματος με την κλίμακα των Rand και Wright (1999). Από τις μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs φάνηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΔΔ σχετίζονταν σημαντικά με το φύλο ($p = .004$) και ήταν 1.61 φορές μεγαλύτερος για τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Το φύλο σχετίζονταν σημαντικά με την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος ($p = .04$) με τα χαμηλά ικανοποιημένα άτομα να είναι κατά 2.26 περισσότερες φορές κορίτσια. Η ΨΥ σχετίζονταν σημαντικά με την εικόνα σώματος ($p = .002$) και οι χαμηλά ικανοποιημένοι έφηβοι είχαν 2.74 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν πρόβλημα ΨΥ. Η προδιάθεση για ΔΔ σχετίζονταν με την ΨΥ ($p = .001$) και οι έφηβοι με καλή ΨΥ είχαν 15.2 φορές περισσότερες πιθανότητες να αποφύγουν την ΔΔ. Συμπερασματικά, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ΔΔ ώστε κατόπιν να οργανωθούν παρεμβατικά προγράμματα στο σχολείο ή και έξω από αυτό, που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της εικόνας του σώματος των εφήβων μέσα από την επανεκπαίδευση και υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και τον επαναπροσδιορισμό των προτύπων που προβάλλονται από τα ΜΜΕ.

Λέξεις κλειδιά: έφηβοι, Δείκτης Μάζας Σώματος, ικανοποίηση από την εικόνα σώματος

ABSTRACT

Eleni Adamidou: Body Image, General Health, Health Locus of Control and Risk of Eating Disorders in Boys and Girls aged 13 to 17.

(Under supervision of Vasiliki Zisi, Assistant Professor)

The purpose of this study was to examine the relationship of Body Image (BI) and health locus of control with general Mental Health (MH) and the predisposition for the development of Eating Disorders (ED). Participants in the current study were 497 adolescents (226 male and 271 female), aged 13 to 17 yrs. The questionnaire EAT-13 (Douka et al., 2009) was used for the detection of ED, MH was assessed using the GHQ – 12 (Goldberg et al., 1997), health locus of control was assessed with the MHLC (Wallston et al., 1978) and BI was evaluated using a figures scale (Rand & Wright, 1999). According to the two-way contingency table analysis (Crosstabs), the risk of ED and sex were significantly related ($p = .004$) with girls being exposed in this risk 1.61 times more than boys. Sex was also significantly related with BI satisfaction ($p = .04$) with a probability of 2.26 times for a low satisfied individual to be a girl. MH was significantly related with BI satisfaction ($p = .002$) and the probability of a low satisfied individual to face psychological problems was 2.74 times higher than a BI satisfied individual. The predisposition for ED was significantly related with MH ($p = .001$) and adolescents with good MH were 15.2 times more likely to avoid ED. In conclusion, it is necessary to identify all the factors that contribute to the development of ED in order to organize intervention programs within or out of school curriculum, which will help to improve the body image of adolescents by adopting healthy behaviors.

Keywords: adolescents, Body Mass Index, body image satisfaction

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Πρώτα απ' όλα την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διατριβής μου κα Ζήση Βασιλική, για την ουσιαστική στήριξη και καθοδήγηση που μου παρείχε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας μου, από το σχεδιασμό και την υλοποίηση έως και τη συγγραφή, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες κα Μαρία Χασάνδρα και κα Χρόνη Στυλιανή.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που βοήθησαν να συγκεντρωθεί το απαιτούμενο δείγμα καθώς και τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα. Τέλος ευχαριστώ το σύζυγο μου Θωμά για την συμπαράσταση και υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών και την εκπόνηση της έρευνας. Τη μεταπτυχιακή μου διατριβή την αφιερώνω στην πεντάχρονη κόρη μου Αθανασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	viii
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Σκοπός	3
Περιορισμοί της έρευνας	3
Λειτουργικοί ορισμοί	3
Ερευνητικές Υποθέσεις	4
Μηδενικές Υποθέσεις	4
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	5
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	12
Συμμετέχοντες.....	12
Όργανα μέτρησης.....	14
Σχεδιασμός της έρευνας.....	15
Στατιστική ανάλυση.....	15
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	17
Περιγραφική στατιστική	17
Φύλο και διατροφικές διαταραχές.....	23
Φύλο και Εικόνα Σώματος.....	25
Εικόνα σώματος και Πιθανότητα για Διατροφική Διαταραχή.....	33
Ψυχική Υγεία και Εικόνα σώματος	33
Ψυχική Υγεία και Διατροφικές διαταραχές	36
Εστία Ελέγχου Υγείας και Διατροφική Διαταραχή.....	38

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	41
VII. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	47
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Παράρτημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά	56
Παράρτημα 2. Αξιολόγηση διατροφικής συμπεριφοράς	56
Παράρτημα 3. Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών.....	57
Παράρτημα 4. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης γενικής ψυχικής υγείας	60
Παράρτημα 5. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας.....	61
Παράρτημα 6: Κλίμακα αξιολόγησης της εικόνας σώματος	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Μαθητές που συμμετέχουν στην έρευνα	13
Πίνακας 2. Ηλικία ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων	13
Πίνακας 3. Δείκτης Μάζας Σώματος ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων	13
Πίνακας 4. Συνολικός δείκτης άσκησης ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων	13
Πίνακας 5. Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στους τρεις παράγοντες του EAT13, καθώς και στο συνολικό του σκορ, ανάλογα με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ σε αγόρια και κορίτσια.....	24
Πίνακας 6. Ποσοστά των ατόμων που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι ανάλογα με το φύλο.....	25
Πίνακας 7. Ποσοστά αγοριών και κοριτσιών σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.....	32
Πίνακας 8. Αποτελέσματα ζευγαρωτών συγκρίσεων με τη χρήση της σειριακής μεθόδου Bonferroni του Holm για τα ποσοστά σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης ανάλογα με το φύλο.....	32
Πίνακας 9. Πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ (%) σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.....	33
Πίνακας 10. Ποσοστά αγοριών και κοριτσιών με πρόβλημα ή όχι ψυχικής υγείας σε κάθε κατηγορία ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος	35
Πίνακας 11. Αποτελέσματα ζευγαρωτών συγκρίσεων με τη χρήση της σειριακής μεθόδου Bonferroni του Holm για τα ποσοστά σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης ανάλογα με το επίπεδο Ψυχικής Υγείας	36
Πίνακας 12. Ποσοστά εφήβων στις τρεις κατηγορίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα ή όχι εμφάνισης ΔΔ	37
Πίνακας 13. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της Εστίας Ελέγχου Υγείας ανάλογα με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	39

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1α.	Αριθμός των παιδιών που πειραματίστηκαν ή όχι με το κάπνισμα στο Γυμνάσιο	17
Σχήμα 1β.	Αριθμός των παιδιών που πειραματίστηκαν ή όχι με το κάπνισμα στο Λύκειο	17
Σχήμα 2α.	Συστηματικοί καπνιστές κατά το παρελθόν στο Γυμνάσιο.....	18
Σχήμα 2β.	Συστηματικοί καπνιστές κατά το παρελθόν στο Λύκειο	18
Σχήμα 3α.	Εν ενεργεία καπνιστές του Γυμνασίου	18
Σχήμα 3β.	Εν ενεργεία καπνιστές του Λυκείου	18
Σχήμα 4α.	Συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές του Γυμνασίου.....	19
Σχήμα 4β.	Συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές του Λυκείου	19
Σχήμα 5α.	Βαρείς καπνιστές του Γυμνασίου.....	19
Σχήμα 5β.	Βαρείς καπνιστές του Λυκείου	19
Σχήμα 6.	Ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη εβδομάδα οι μαθητές ανά τάξη και φύλο	20
Σχήμα 7.	Ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα οι μαθητές ανά τάξη και φύλο.....	20
Σχήμα 8α.	Συμπεριφορά καπνίσματος των αγοριών και κοριτσιών του Γυμνασίου	21
Σχήμα 8β.	Συμπεριφορά καπνίσματος των αγοριών και κοριτσιών του Λυκείου ...	21
Σχήμα 9α.	Συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ των αγοριών και κοριτσιών του Γυμνασίου.....	22
Σχήμα 9β.	Συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ των αγοριών και κοριτσιών του Λυκείου.....	22
Σχήμα 10.	Αριθμός των ατόμων κάθε τάξης που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι ανάλογα με το φύλο	23
Σχήμα 11.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα.....	26
Σχήμα 12.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα	26
Σχήμα 13.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα	27
Σχήμα 14.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα	27
Σχήμα 15.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν.....	28
Σχήμα 16.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν.....	28

Σχήμα 17.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν	29
Σχήμα 18.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν.....	29
Σχήμα 19.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.....	30
Σχήμα 20.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.....	30
Σχήμα 21.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.....	31
Σχήμα 22.	Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα	31
Σχήμα 23.	Ο αριθμός των αγοριών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας	34
Σχήμα 24.	Ο αριθμός των κοριτσιών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας.....	34
Σχήμα 25.	Ο αριθμός των κοριτσιών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας.....	35
Σχήμα 26.	Ποσοστά στο σύνολο των συμμετεχόντων στις τρεις κατηγορίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα ή όχι εμφάνισης ΔΔ....	37
Σχήμα 27.	Σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο Εστιών ελέγχου υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα εμφάνισης ή όχι ΔΔ...	38

ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΕΣΤΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 13 ΕΩΣ 17 ΕΤΩΝ

Η εικόνα του σώματος είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου, καθώς και στα βιώματα και στη συμπεριφορά του προς το σώμα του, και ιδιαίτερα προς την φυσική του εμφάνιση (Cash & Pruzinsky, 2002). Την τελευταία εικοσαετία η εικόνα σώματος παρουσιάζει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον σε σχέση με την παχυσαρκία, τις διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) και την αυτοεκτίμηση.

Διάφοροι κοινωνικό-πολιτισμικοί, βιολογικοί και ενδοπροσωπικοί παράγοντες, αυξάνουν το ρίσκο για την δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος, σε αγόρια και κορίτσια παιδικής και εφηβικής ηλικίας (Presnell, Bearman, & Stice, 2004). Η εφηβεία ιδιαίτερα, είναι μια περίοδος με μεγάλες αλλαγές στο σώμα και ειδικά στα κορίτσια, η φυσιολογική ωρίμανση που συμβαίνει στο σώμα τους, τα ωθεί να αισθάνονται άβολα με τις αλλαγές που παρατηρούν και βιώνουν (Child Study Center, 2002). Οι αλλαγές αυτές οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα όσον αφορά στην εικόνα σώματος και ιδιαίτερα όταν το άτομο μπει στη διαδικασία της σύγκρισης της προσωπικής του εικόνας σώματος με τα πρότυπα του γυναικείου σώματος που επιβάλλουν συγκεκριμένα κοινωνικά στερεότυπα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τότε μπορεί να οδηγηθεί και σε ακραίες συμπεριφορές όπως την έντονη ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος και πολλές φορές τον αποκλεισμό της τροφής (Δούκα & Χρυσάγης, 2005; Presnell et al., 2004; Davison, Markey, & Birch, 2003; Groesz, Levine, & Murnen, 2002).

Οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες διαμόρφωσης προτύπων σώματος είναι κυρίως η οικογένεια, το κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Μάλιστα, τα ΜΜΕ είναι ο κύριος φορέας διαμόρφωσης των κοινωνικών προτύπων σώματος κι αυτό, γιατί τόσο η οικογένεια όσο και το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον είναι δέκτες αλλά και πομποί των κοινωνικών προτύπων αφού και εκείνοι άμεσα επηρεάζονται από τα ΜΜΕ.

Στη διεθνή έρευνα έχει ευρέως μελετηθεί η σχέση της εικόνας σώματος με την παχυσαρκία και τις συμπεριφορές υγείας (Downs et al., 2008; Al Sabbah et al., 2009;

Fournier et al., 2009). Ωστόσο, λίγοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εικόνας σώματος, ΔΔ και εστιών ελέγχου υγείας. Στην ανασκοπική του έρευνα ο Grieve (2007) εξέτασε τη μυϊκή δυσμορφία ως ΔΔ και πώς μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της, παράγοντες κοινωνικό περιβαλλοντικοί (επιρροή των ΜΜΕ, αθλητική συμμετοχή), συναισθηματικοί (αρνητικές επιρροές), ψυχολογικοί (δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος, τελειοθηρία) και φυσιολογικοί (σωματικό βάρος). Είναι όμως μια έρευνα που αφορά μόνο άνδρες σε εφηβική και ενήλικη ζωή όπου λαμβάνεται υπόψη μόνο ένας παράγοντας υγείας, η ενασχόληση με άσκηση που στην προκειμένη περίπτωση είναι η άσκηση με αντιστάσεις. Το ίδιο συμβαίνει και στην έρευνα της Μπενέτου και συν. (2008) όπου εξετάζεται η σχέση μεταξύ του σωματικού βάρους και του βαθμού ενασχόλησης με την άσκηση, με τη σωματική κάθεξη και την εικόνα σώματος σε δείγμα έφηβων και νεαρών γυναικών.

Ο Egan και οι συνεργάτες του (2009) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το ΔΜΣ και κατά πόσο αυτή η σχέση επηρεάζει την υγεία 3665 Ινδών κατοίκων τριών Αμερικανικών πόλεων. Η συγκεκριμένη μελέτη έκανε μια εκτεταμένη έρευνα για τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας που αφορούσε την παχυσαρκία. Οι Fouts και Vaughan (2002) εξέτασαν τη σχέση των εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας και την ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΔΔ υπό την επιρροή ενός μόνο παράγοντα, των ωρών παρακολούθησης προγραμμάτων στην τηλεόραση σε κορίτσια ηλικίας 10 έως 17 ετών. Αλλά και στην έρευνα του ο Sung (2004) όπου ασχολήθηκε με τις ΔΔ και τις εστίες ελέγχου υγείας, η ταξινόμηση του δείγματος των 464 κοριτσιών δημοτικών σχολείων, έγινε σύμφωνα μόνο με το δείκτη μάζας σώματος όπου και πάλι δεν φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας τί ρόλο παίζουν στην εμφάνιση των ΔΔ οι εστίες ελέγχου υγείας.

Οι παραπάνω έρευνες, παρόλο που μεμονωμένα εξετάζουν πολλούς παράγοντες, δεν ασχολούνται με τη διερεύνηση συγκεκριμένης συμπτωματολογίας, αλλά ούτε και εξετάζουν την αλληλεπίδραση παραγόντων που μπορεί να συντελούν στην εμφάνιση ΔΔ. Η πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας έγκειται στην πιο ολοκληρωμένη διερεύνηση της ανάπτυξης της συμπτωματολογίας των ΔΔ εξετάζοντας την αλληλεπίδραση παραγόντων όπως η εικόνα σώματος, η γενική ψυχική υγεία (επίπεδα άγχους, κατάθλιψη, αυτοεκτίμησης) και οι εστίες ελέγχου υγείας (εσωτερική, εξωτερική) και στα δυο φύλα, σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση εικόνας σώματος και εστιών ελέγχου υγείας με τη γενική ψυχική υγεία και να μελετήσει σε ποιο βαθμό μπορεί να προδιαθέσει στην ανάπτυξη συμπτωματολογίας διατροφικών διαταραχών (ΔΔ) σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας επαρχιακών πόλεων. Εξέτασε επίσης σε ποιο βαθμό επηρεάζουν παράγοντες όπως το φύλο, και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος και την ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΔΔ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν την επιστημονική κοινότητα στη λήψη μέτρων ως προς την κατεύθυνση της πρόληψης εμφάνισης ΔΔ, δεδομένου ότι η διατάραξη της σωματικής εικόνας φαίνεται να είναι το πρόβλημα-πυρήνας για τα άτομα με διάγνωση μίας διαταραχής διατροφής και ίσως το τελευταίο από τα συμπτώματα που βελτιώνεται με τη θεραπεία (Stewart & Williamson, 2003).

Περιορισμοί της έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν αποκλειστικά και μόνο έφηβοι ηλικίας 13 έως 17 ετών τεσσάρων επαρχιακών πόλεων. Από την έρευνα αποκλείστηκαν μαθητές μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας.

Λειτουργικοί ορισμοί

Διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) με συχνότερες την «Ψυχογενή Ανορεξία» (ΨΑ) και «Ψυχογενή Βουλιμία » (ΨΒ) την «Πολυφαγική/ Αδηφαγική Διαταραχή» τη Μυική Δυσμορφία, ορίζονται ως συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία και χαρακτηρίζονται από ελλιπή, ακατάλληλη, ακανόνιστη ή υπερβολική πρόσληψη τροφής.

Εικόνα σώματος είναι «η ασαφής νοερή απεικόνιση του σχήματος, της μορφής και του μεγέθους του σώματος», η οποία επηρεάζεται από διάφορους ιστορικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους ανεξάρτητους παράγοντες.

Γενική ψυχική Υγεία αναφέρεται στα επίπεδα ευτυχίας, κατάθλιψης, άγχους, στρες, διαταραχών ύπνου που αισθάνεται το άτομο σε μια περίοδο της ζωής του.

Εστία ελέγχου υγείας. Οι εστίες ελέγχου υγείας (Health Locus of Control- HLC) είναι ένας όρος που αναφέρεται στο πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται τους παράγοντες ρύθμισης της υγείας. Μετρά τις πεποιθήσεις υγείας με μια τριμερή προσέγγιση, διαφοροποιώντας τις εστίες ελέγχου υγείας σε εξωτερικές όπου το άτομο φαίνεται ότι επηρεάζεται από τους σημαντικούς άλλους, σε εσωτερικές HLC όπου υπάρχει προσωπική

ευθύνη για την κατάσταση της υγείας του ατόμου και την περίπτωση όπου για την κατάσταση της υγείας του το άτομο θεωρεί πως είναι υπεύθυνη η μοίρα και η τύχη.

Ερευνητικές υποθέσεις

Οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις (H1) της έρευνας είναι οι εξής:

- Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΔΔ από τα αγόρια.
- Το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών επηρεάζεται από το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.
- Άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση εικόνας σώματος.
- Άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές.
- Η τάση για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής επηρεάζει την εστία ελέγχου υγείας

Μηδενικές υποθέσεις

Οι αντίστοιχες μηδενικές υποθέσεις (H₀) της έρευνας είναι οι εξής :

- Τα κορίτσια δεν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΔΔ από τα αγόρια.
- Το φύλο δεν επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών δεν επηρεάζεται από το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.
- Άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) δεν εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση από την εικόνα σώματος.
- Άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) δεν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές.
- Η τάση για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής δεν επηρεάζει την εστία ελέγχου υγείας.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η ανησυχία για την εικόνα σώματος είναι η δύναμη παρακίνησης για την εκδήλωση παθολογικών συμπεριφορών. Η υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με την εξωτερική του εμφάνιση μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές διατροφής συνοδευόμενες από συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές, προκαλώντας πολλά προβλήματα στην υγεία αυτών των ατόμων. Η αυτοκαταστροφική αυτή συμπεριφορά είναι παράδοξη αφού έρχεται σε αντίθεση με τη λογική ανθρώπινη επιδίωξη για υγεία και ευεξία (Heatherton & Baumeister, 1991).

Η διατάραξη της σωματικής εικόνας φαίνεται να είναι το πρόβλημα-πυρήνας για τα άτομα με διάγνωση μίας διαταραχής διατροφής (Stewart & Williamson 2003). Οι ΔΔ έχουν έναν αριθμό παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται η έκφραση τους που μπορεί να είναι γνωστικοί, συμπεριφοριστικοί (εστίες ελέγχου υγείας), κοινωνικό περιβαλλοντικοί (επιρροή των media, συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες), συναισθηματικοί (αρνητικές επιρροές) (δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος, άγχος για την απόκτηση του ιδανικού σώματος, αυτοσεβασμός, παραμόρφωση σώματος, τελειοθηρία) και φυσιολογικοί (βάρος σώματος) (Grieve, 2007). Τα παραπάνω είναι εκλυτικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των ΔΔ και διαφέρουν από άτομο σε άτομο (Χαριλά, 2007)

Οι εστίες ελέγχου υγείας (Health Locus of Control- HLC) είναι ένας όρος που αναφέρεται στο πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται τους παράγοντες ρύθμισης της υγείας τους. Η πολυδιάστατη εστία ελέγχου υγείας (Multidimensional HLC- MHLC) είναι όρος που μετρά τις πεποιθήσεις υγείας με μια τριμερή προσέγγιση, διαφοροποιώντας τις εστίες ελέγχου υγείας σε εξωτερικές όπου το άτομο φαίνεται ότι επηρεάζεται από τους σημαντικούς άλλους, σε εσωτερικές HLC όπου υπάρχει προσωπική ευθύνη για την κατάσταση της υγείας του ατόμου και την περίπτωση όπου για την κατάσταση της υγείας του το άτομο θεωρεί πως είναι υπεύθυνη η μοίρα και η τύχη (K.A. Wallston & B.S. Wallston, 1981).

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διαταραχή με σοβαρές ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες. Η έναρξή της τοποθετείται συνήθως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης

ζωής, η επίπτωσή της ανέρχεται στο 0,5% (Walters & Kendler, 1995), έχει μια προκαθορισμένη πορεία, χαμηλά επίπεδα πλήρους ίασης και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (6%) απ' όλες τις ψυχιατρικές ασθένειες (Harris & Barraclough, 1998). Αξιοσημείωτο επίσης είναι το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι Wright και Bradbard (1980), πως η προτίμηση προς το ιδανικό σώμα αρχίζει να αναπτύσσεται στην ηλικία των 6 με 7 χρόνων και αυξάνεται με το πέρασμα της ηλικίας έως ότου οξυνθεί κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση (Collins & Plahn, 1988).

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζουν να διαφαίνονται με την εφηβεία. Οι ψυχοσωματικές αλλαγές που συντελούνται στην εφηβική ηλικία, οδηγούν στη μείωση τόσο της φυσικής δραστηριότητας (Caspersen, Perreira, & Curran, 2000; Kimm et al., 2000) όσο και της αυτοεκτίμησης (Harter, 1990) και διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, όπως κατάθλιψη, άγχος και ΔΔ (Giudice, 2006). Αυξάνει το βάρος του κοριτσιού με την προσθήκη λίπους, και συγχρόνως λαμβάνει το κοινωνικό μήνυμα, "είσαι όμορφη όταν είσαι αδύνατη". Ενώ τα αγόρια, αντί για λίπος αποκτούν μύες, δηλαδή δύναμη (Χαρίτου-Φατούρου, 2004). Ακόμη η μετάβασή τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών, από το δημοτικό στο γυμνάσιο, ένα χώρο με διαφορετική δομή και λειτουργία, όπου είναι πλέον οι μικρότεροι σε ηλικία και ανάστημα, δημιουργεί μεγαλύτερη αστάθεια αυτοαντίληψης (Μακρή-Μπότσαρη 2001).

Όλοι οι έφηβοι στην Αμερική εκτίθενται στην εικόνα του λεπτού σώματος και στα μηνύματα που προβάλλει η τηλεόραση. Η έκθεση των ατόμων σε αυτές τις εικόνες, τους οδηγεί στην εσωτερίκευση του στερεότυπου του λεπτού σώματος, στη δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος, ώστε οδηγούνται ύστερα σε συμπεριφορές ελέγχου βάρους και την ανάπτυξη ίσως ΔΔ, όπως η νευρική ανορεξία και βουλιμία (Harrison, & Cantor, 1997; Stice, 1994; Tiggemann, & Pickering, 1996;).

Για χρόνια η εστίαση των ερευνών της εικόνας σώματος ήταν στις γυναίκες. Έχει φανεί από διάφορες έρευνες (Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean, 2006; Blowers, Loxton, Grady - Flessner, Occhilinti, & Dawe, 2003) ότι όσο πιο αρνητική είναι η εικόνα που το άτομο έχει για το σώμα του, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχει. Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας και τα κοινωνικά πρότυπα. Οι γυναίκες μαθαίνουν από νωρίς να επενδύουν στη σωματική τους εικόνα ενώ οι άνδρες στην κοινωνική και οικονομική τους θέση. Ωστόσο φαίνεται ότι οι άνδρες όλο και περισσότερο ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους και ο αριθμός των ανδρών που είναι δυσαρεστημένοι με την εικόνα σώματος τους αυξάνεται (Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004). Μια πρόσφατα εξεταζόμενη υποκατηγορία διαταραχής της

σωματικής δυσμορφίας, η μυϊκή δυσμορφία (ΜΔ) η οποία κερδίζει την προσοχή των επιστημόνων, αφορά στους άνδρες (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). Η διαταραχή έχει επιπτώσεις κυρίως σε άτομα που ασχολούνται με άσκηση με αντιστάσεις (body building) (Pope, Katz, & Hudson, 1993). Η ΜΔ είναι ένα μέρος μόνο από την αυξανόμενη εστίαση των ανδρών στο σώμα τους (Pope, Olivardia, Borowiecki, & Cohane, 2001). Ορισμένοι παράγοντες της ΜΔ έχουν εξηγηθεί αλλά δεν έχουν τοποθετηθεί σε μια θεωρητική βάση (Pope et al., 2000).

Οι Furnham και Calnan (1998) αναφέρουν ένα ποσοστό 69% του δείγματος έφηβων αγοριών που ήταν δυσαρεστημένα με το σώμα τους επειδή θεωρούσαν ότι η παρούσα μορφή παρέκλινε από το ιδανικό. Στην έρευνα των Pope, Phillips και Olivardia, (2000) με δείγμα ενήλικους άνδρες από Αυστρία, Γαλλία και ΗΠΑ διαπίστωσαν ότι επιθυμούσαν 28 λίβρες (12,70 κιλά) περισσότερο μυϊκό ιστό. Οι McCreary και Sasse (2000) αναφέρονται σε ένα κινήγι μυϊκής υπερτροφίας όπου εκθέτουν τις αντιλήψεις των ανδρών ότι δεν είναι τόσο μυώδεις, όσο είναι στην πραγματικότητα και αυτό είναι μια αρνητική επιρροή για την εικόνα σώματός τους. Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο τύποι ανδρών και αγοριών που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους, αυτοί που είναι υπέρβαροι και θέλουν να χάσουν βάρος και εκείνοι που είναι αδύνατοι και θέλουν να βάλουν βάρος (Furnham & Calnan, 1998). Και οι δυο ομάδες θέλουν να αποκτήσουν το μεσομορφικό τύπο σώματος.

Παρά το συνεχή βομβαρδισμό από τα ΜΜΕ για το λεπτό ιδανικό σώμα, έρευνες δείχνουν ότι μόνο το 1-5% των νέων γυναικών αναπτύσσει ΔΔ (Hoek, 1993). Αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα μηνύματα που προβάλλονται από τα ΜΜΕ, όπως για παράδειγμα τα άτομα που έχουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους ή έχουν άγχος για το βάρος τους (Levine & Smolak, 1996; 1998; Stice, 1998). Σύμφωνα με μελέτες διαπιστώθηκε ότι κριτήρια όπως το φύλο κυρίως γυναίκες, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση, το χρώμα κυρίως οι έγχρωμοι, η ηλικία κυρίως οι ηλικιωμένοι, η χαμηλή εκπαίδευση συνδέονται με τους εξωτερικούς παράγοντες των εστιών ελέγχου υγείας (Cohen & Azaiza, 2007; Spalding, 1995).

Τα ιδανικά της γυναικείας ομορφιάς διαφέρουν και αλλάζουν σύμφωνα με τα αισθητικά στερεότυπα που επικρατούν σε κάθε εποχή και είναι μεγάλο το ποσοστό των γυναικών το οποίο προσπαθεί να διαμορφώσει το σωματότυπο του σύμφωνα μ' αυτά τα ιδανικά (Mazur, 1986). Το ιδανικό σώμα είναι ένα πρότυπο που μεταβιβάζεται στην κοινωνία μέσω διαφόρων κοινωνικών επιρροών συμπεριλαμβανομένου της οικογένειας, του σχολείου, του αθλητισμού, των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, και των

μέσων μαζικής επικοινωνίας, οι οποίες αλληλεπιδρούν δημιουργώντας προσδοκίες ότι το ιδανικό σώμα παίζει σημαντικό ρόλο, με αποτέλεσμα να προωθείται περισσότερο το πρότυπο αυτό (Smolak, Murnen, & Thompson, 2005; Stanford & McCabe, 2005).

Τα MME ευρέως και συχνά χρησιμεύουν για να προβάλουν, τα όλο και πιο αδύνατα σώματα ανδρών και γυναικών ως πολιτιστικό ιδανικό (Harrison & Cantor, 1997). Επιπλέον τα MME μπορούν να επηρεάσουν την εικόνα σώματος του ατόμου μέσω της αντίθεσης. Οι διαφημίσεις παράγουν την κοινωνική σύγκριση (Richins, 1991). Άνθρωποι που εκτίθενται σε εικόνες όπου προβάλλονται υψηλά πρότυπα ελκυστικότητας (όμορφα, λεπτά, καλλίγραμμα σώματα ανδρών και γυναικών) έρχονται αντιμέτωποι με το πρότυπο και συγκρινόμενοι με αυτό εμφανίζουν δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος (Kenrick & Gutierrez, 1980). Τα άτομα αντιλαμβάνονται την πίεση από τα MME να προσαρμοστούν σε αυτά τα πρότυπα με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ΔΔ οι γυναίκες και μυϊκή δυσμορφία οι άνδρες.

Ο κοινωνικά αποδεκτός ιδεώδης σωματότυπος για τη γυναίκα του τέλους του 20ου και του 21ου αιώνα, θεωρείται το αδυνατισμένο, αλλά μη ρεαλιστικό σώμα, ενώ για τον άνδρα το ιδανικό σώμα είναι το μυώδες που αγγίζει τα όρια του «υπερμεσομορφικού» τύπου σώματος. Τέτοιου είδους πρότυπα αυξάνουν την πίεση σε άνδρες και γυναίκες δημιουργώντας την επιθυμία να αγγίξουν το απρόσιτο (Hargreaves & Tiggemann, 2004; Pope et al., 2001). Οι περισσότερες γυναίκες θέλουν να χάνουν βάρος και είναι συνεχώς φοβισμένες να μην πάρουν κιλά, κάτι που θα τις κάνει να αισθάνονται παχιές (Abraham, 2003). Παρ' όλα αυτά σήμερα, η μέση καθημερινή γυναίκα γίνεται όλο και παχύτερη, γεγονός που αποδεικνύει το χάσμα που υπάρχει μεταξύ της πραγματικότητας και του ιδανικού σώματος που προβάλλεται δημόσια (United States Department of Health & Human Services-USDHHS, 2000).

Η εσωτερίκευση της εικόνας του ιδανικού σώματος εμπεριέχει την αποδοχή του πολιτιστικού ιδανικού. Η εσωτερίκευση του λεπτού ιδανικού σώματος συνδέεται με διαταραχές στην εικόνα του σώματος – δυσαρέσκεια για την εξωτερική εμφάνιση και ως εκ τούτου, κίνδυνο για την εμφάνιση των προαναφερόμενων ψυχολογικών διαταραχών (Low et al., 2003). Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτερος όταν η απόσταση του ιδανικού σώματος από το πραγματικό είναι μεγάλη (Moyers, 2005). Στην έρευνα του Low και των συνεργατών του (2003) φάνηκε ότι οι υπέρβαρες γυναίκες εσωτερίκευαν περισσότερο το πρότυπο του ιδανικού σώματος λόγω της αρνητικής εικόνας σώματος που είχαν. Το ίδιο συνέβη με κορίτσια που είχαν υπερβολικό βάρος καθώς επίσης και με αυτά που είχαν κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα (Thompson et al., 2007).

Γυναίκες με ΔΔ που ακολουθούν μη ρεαλιστικό στόχο, επίτευξη μιας ανέφικτης μορφής σώματος, έχουν ψηλότερα επίπεδα τελειοθρίας από γυναίκες που δεν έχουν ΔΔ (Vohs et al., 2001). Τελειοθρία έχει οριστεί ως το κινήγι μη ρεαλιστικών στόχων (Nugent, 2000).

Η εσωτερίκευση του ιδανικού προτύπου σώματος, επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος αλλά και τον αυτοσεβασμό του ατόμου. Έτσι, ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αιτιολογία των ΔΔ. Στην έρευνα των Mintz και Betz (1986) διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική θετική σχέση μεταξύ αυτοσεβασμού και της προσωπικής αντίληψης για την εικόνα σώματος που έχει ο καθένας για τον εαυτό του. Άνδρες και γυναίκες που είχαν θετική άποψη για την εικόνα σώματος τους είχαν και πιο υψηλά επίπεδα αυτοσεβασμού. Αρνητική σχέση υπάρχει μεταξύ αυτοσεβασμού και εικόνας σώματος διότι άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ΔΔ (Olivardia et al., 2004).

Θετική επίδραση στην εικόνα του σώματος φαίνεται να έχει η άσκηση. Έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ικανοποίησης σώματος (Robinson, 2003). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι αθλητές έχουν θετικότερη εικόνα για το σώμα τους έναντι των μη αθλητών (Hausenblas & Downs, 2001; Hausenblas & Fallon, 2006). Αλλά και στον γενικό πληθυσμό, η άσκηση βοηθάει να περιοριστεί η αρνητική εικόνα που έχει κάποιος για το σώμα του (Depcik & Williams, 2004) και όπως αποδείχτηκε σε γυναίκες ασκούμενες, να βελτιώσει τη σωματική τους κάθεξη (Russell & Cox, 2003). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παίρνουν μέρος σε τακτική φυσική δραστηριότητα (ΦΔ) έχουν σωματική πνευματική και ψυχική υγεία (Hagger, Chatzisarantis & Biddle, 2001; Papacharisis & Goudas, 2003; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2002). Η τακτική ΦΔ έχει πολλά οφέλη στα οποία περιλαμβάνεται η καρδιοαναπνευστική αντοχή η αύξηση της δύναμης και η βελτίωση της εικόνας σώματος. Συνδέεται επίσης θετικά στους εφήβους, με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες (Theodorakis et al., 2002). Ωστόσο μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητα ΔΔ σε αθλητές συγκριτικά με μη αθλητές, και ειδικότερα σε αυτούς που αγωνίζονται σε αθλήματα που υπερτονίζουν το αδύνατο σώμα ή το χαμηλό σωματικό βάρος (Garner et al., 1976; Hulley & Hill, 2001; Stoutjestic & Jevne, 2005; Stoutjesdyk & Jevne, 1993; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Θετική επίσης σχέση φαίνεται να έχουν σύμφωνα με έρευνες, οι εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας και η πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ. Άτομα με εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας θεωρούν πως οι ζωές τους καθορίζονται από

εξωτερικές δυνάμεις όπως η μοίρα και οι άλλοι άνθρωποι (Frenkel, 1995). Προηγούμενη έρευνα βρήκε ότι γυναίκες με εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας, υπερεκτιμούν το σωματικό τους βάρος εκφράζουν μεγάλη δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος, σε σύγκριση με εκείνες τις γυναίκες που έχουν εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας (Adame & Johnson, 1989; Garner, Garfinkel, Stancer, & Moldofsky, 1976). Τόσο οι ανορεξικοί όσο και οι βουλιμικοί ενήλικες εκθέτουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας από τα φυσιολογικά άτομα (Rost, Neuhaus, & Florin, 1982).

Από τις παραπάνω μελέτες διαπιστώνεται ότι γυναίκες με εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας επηρεάζονται πολύ από τις εξωτερικές πηγές πληροφορίας για την εικόνα σώματος, εσωτερικεύουν το πρότυπο σώματος και το συγκρίνουν με το δικό τους με αποτέλεσμα να είναι δυσανεσθημένες με το σώμα τους. Ωστόσο η παραπάνω διαδικασία δεν αντανakλά τις συμπεριφορές όλων των γυναικών (Harrison & Cantor, 1997). Αυτό μπορεί να συμβαίνει εν μέρει στις ενήλικες γυναίκες οι οποίες έχουν εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφοράς υγείας, οι οποίες τους προστατεύουν από τέτοιου είδους μηνύματα. Επιπλέον η κατοχή εσωτερικών εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας μπορεί να οδηγεί στη λιγότερη προσοχή του προτύπου του λεπτού σώματος και τη λιγότερη προθυμία ή ακόμη τη μεγαλύτερη αντίσταση ώστε να εσωτερικευθούν τα μηνύματα αυτά και να γίνει η αρνητική σύγκριση. Το ίδιο διαπιστώθηκε και από την έρευνα των Fouts και Kimberley (2002) όπου κορίτσια με εξωτερική εστία ελέγχου συμπεριφορών υγείας είχαν τη μεγαλύτερη συμπτωματολογία σε ΔΔ από εκείνα με εσωτερική εστία ελέγχου συμπεριφορών υγείας. Η κατοχή εξωτερικής εστίας ελέγχου συμπεριφορών υγείας μπορεί να οδηγήσει στη μεγαλύτερη προσήλωση στα εξωτερικά πρότυπα ώστε πιο εύκολα να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις που θέλουν το πρότυπο του λεπτού σώματος συγκριτικά με αυτές που έχουν εσωτερική εστία ελέγχου συμπεριφορών υγείας (Nagel, & Jones, 1992; Levine, Smolak, & Hayden, 1994; Stice, 1994).

Η αποχή από το φαγητό είναι καταστροφική, βάζει σε κίνδυνο την υγεία με σοβαρές επιπτώσεις για το μέλλον (οστεοπόρωση, κατάγματα, αναιμία, νεφρική ανεπάρκεια, αφυδάτωση, υποχλωρεμία, υποκαλσιαιμία κ.ά.) και έρχεται σε αντίφαση με την έννοια της υγείας και ευεξίας καθώς και της ποιότητας ζωής που είναι το επιδιωκόμενο για τους περισσότερους ανθρώπους. Δημιουργείται έτσι η ανάγκη να αναπτυχθούν στρατηγικές και παρεμβάσεις που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της εικόνας του σώματος των εφήβων μέσα από την επανεκπαίδευση και υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, τον

επαναπροσδιορισμό των προτύπων που προβάλλονται από τα ΜΜΕ και καθιερώνονται ως πολιτιστικά ιδανικά και καλλιέργεια και ανάπτυξη του αυτοσεβασμού του ατόμου από την παιδική του ηλικία.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 497 έφηβοι (Πίνακας 1) , αγόρια και κορίτσια ηλικίας από 13 έως 17 ετών, μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου επαρχιακών πόλεων της Ελλάδας. Οι συμμετέχοντες χωριστήκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες: μαθητές Γυμνασίου και μαθητές Λυκείου. Από τους 178 μαθητές του Γυμνασίου οι 91 ήταν αγόρια και οι 87 κορίτσια ενώ από τους 319 μαθητές Λυκείου οι 135 ήταν αγόρια και οι 184 κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας (Πίνακας 2), των μαθητών του Γυμνασίου είναι τα 14,83 έτη ($\pm 0,52$), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των μαθητών του Λυκείου είναι 16,54 έτη ($\pm 0,49$).

Καταγράφηκαν ορισμένα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων με ερωτηματολόγια, και πιο συγκεκριμένα ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (Πίνακας 3) για την εκτίμηση της σύστασης του σώματος των μαθητών. Ο μέσος όρος του ΔΜΣ των αγοριών του Γυμνασίου είναι 21,31 ($\pm 2,99$) και των κοριτσιών 20,39 ($\pm 3,47$), ενώ ο μέσος όρος του ΔΜΣ των αγοριών του Λυκείου είναι 23,07 ($\pm 3,47$) και των κοριτσιών 21,00 ($\pm 2,85$).

Επίσης υπολογίστηκε ο συνολικός δείκτης σωματικής άσκησης (Πίνακας 4) των μαθητών ανά φύλο και τάξη. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε μια σαφή υπεροχή των αγοριών με συνολικό δείκτη άσκησης 51,23 ($\pm 20,05$) έναντι των κοριτσιών 43,23 ($\pm 31,55$) της Β' Γυμνασίου, ενώ στη Γ' Γυμνασίου δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ αγοριών ($43,70 \pm 24,08$) και κοριτσιών ($43,80 \pm 19,48$). Στην Α' Λυκείου υπάρχει σαφή πτώση του δείκτη σωματικής άσκησης στα αγόρια ($41,58 \pm 26,91$) σε σύγκριση με τα αγόρια του γυμνασίου ενώ ο δείκτης σωματικής άσκησης των κοριτσιών σημειώνει πολύ μεγαλύτερη πτώση ($32,04 \pm 19,57$) τόσο σε σύγκριση με τα αγόρια του Λυκείου όσο και με τα κορίτσια του Γυμνασίου. Στη Β' Λυκείου στα αγόρια παρατηρείται αύξηση του δείκτη άσκησης ($49,67 \pm 28,44$) καθώς και στα κορίτσια ($42,60 \pm 44,07$) συγκριτικά με τα αγόρια και τα κορίτσια της Α' Λυκείου.

Πίνακας 1. Μαθητές που συμμετέχουν στην έρευνα

	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Β΄ Γυμνασίου	43	39	82
Γ΄ Γυμνασίου	48	48	96
Α΄ Λυκείου	80	93	173
Β΄ Λυκείου	55	91	146
Σύνολο	226	271	497

Πίνακας 2. Ηλικία ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων

	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
Β΄ Γυμνασίου	13,95	0,61	14,19	0,64	14,7	0,64
Γ΄ Γυμνασίου	14,99	0,42	14,93	0,40	14,96	0,41
Α΄ Λυκείου	16,02	0,47	15,97	0,44	15,99	0,45
Β΄ Λυκείου	17,16	0,64	17,06	0,46	17,10	0,53
Σύνολο	15,69	1,24	15,90	1,13	15,80	1,18

Πίνακας 3. Δείκτης Μάζας Σώματος ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων

	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
Β΄ Γυμνασίου	21,18	3,36	19,99	4,20	20,63	3,79
Γ΄ Γυμνασίου	21,44	2,63	20,80	2,75	21,13	2,69
Α΄ Λυκείου	23,01	4,78	20,82	2,82	21,84	3,99
Β΄ Λυκείου	23,13	4,86	21,19	2,89	21,93	3,86
Σύνολο	22,37	4,24	20,84	3,04	21,54	3,72

Πίνακας 4. Συνολικός δείκτης άσκησης ανά τάξη και φύλο συμμετεχόντων

	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
Β΄ Γυμνασίου	51,23	20,05	43,23	31,55	47,39	26,35
Γ΄ Γυμνασίου	43,70	24,08	43,80	19,48	43,74	21,76
Α΄ Λυκείου	41,58	26,91	32,04	19,57	36,38	23,62
Β΄ Λυκείου	49,67	28,44	42,60	44,08	45,25	38,99
Σύνολο	45,83	25,73	39,28	31,79	42,23	29,37

Όργανα μέτρησης

Για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών (ΔΔ) χρησιμοποιήθηκε το προσαρμοσμένο σε Ελληνικό πληθυσμό EAT-13 (Douka et al., 2009, Παράρτημα 3). Το EAT-13 περιέχει 13 θέματα σε 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου οι εξεταζόμενοι προσδιορίζουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, από Πάντα, Συνήθως, Συχνά, Μερικές Φορές, Σπανίως έως Ποτέ. Οι συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας για τις τρεις υποκλίμακες του EAT-13 για την Προκατοχή με το Φαγητό, Ενασχόληση με Δίαιτα και Σημαντικοί Άλλοι είναι .77, .69 και .61 αντίστοιχα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιείται μια μεταβλητή: i) η πιθανότητα ή όχι εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, όπως προτείνεται από τους κατασκευαστές, σαν διακριτή μεταβλητή.

Για την αξιολόγηση της γενικής ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο G.H.Q – 12 (Goldberg et al., 1997, Παράρτημα 4). Οι συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας του G.H.Q – 12 κυμαίνονται από .83 έως .95. Από το ερωτηματολόγιο αυτό υπολογίζεται μία διακριτή μεταβλητή, η οποία εκφράζει την απουσία – ύπαρξη προβλημάτων Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες). Οι κατασκευαστές προτείνουν ότι η διάκριση πρέπει να γίνει στα 2/3 του σκορ δηλαδή άτομα με σκορ >9 παρουσιάζουν πρόβλημα ψυχικής υγείας στην παρούσα μελέτη προστέθηκε ακόμη ένα επίπεδο στο 1/3 του σκορ, δηλαδή άτομα με σκορ 5 έως και 8 μπορεί να έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας .

Για την αξιολόγηση των εστιών ελέγχου συμπεριφοράς υγείας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Multidimensional Health Locus of Control Scale που αποτελείται από 16 ερωτήσεις (MHLC, Wallston et al., 1978, Παράρτημα 5), 4 για κάθε παράγοντα. Οι 4 παράγοντες του ερωτηματολογίου είναι: Εσωτερικές εστίες ελέγχου, Ισχυροί άλλοι, Τύχη, Αξία Υγείας. Όπως φαίνεται και στο Παράρτημα, χρησιμοποιήθηκε 6-βάθμια κλίμακα. Για τη στατιστική ανάλυση έγινε αναβαθμονόμηση (recode) στις ερωτήσεις 14 και 15. Οι συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας του MHLC στην παρούσα έρευνα ήταν: για τον παράγοντα Εσωτερικές εστίες ελέγχου .74, για τον παράγοντα Ισχυροί άλλοι .76, για τον παράγοντα Τύχη .69 και για τον παράγοντα Αξία Υγείας .62

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος είναι «η κλίμακα εικόνας του σώματος» (Rand & Wright, 1999, Παράρτημα 6), η οποία εξετάζει μέσα από σκίτσα το βαθμό ικανοποίησης που νιώθουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους. Οι συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου που αφορά παιδιά εφηβικής ηλικίας είναι $90\% \pm 8\%$

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε μία διακριτή μεταβλητή με τρία επίπεδα, δηλαδή άτομα: σωματικά ικανοποιημένα, σωματικά χαμηλά ικανοποιημένα, σωματικά μη ικανοποιημένα.

Σχεδιασμός της έρευνας

Αφού επιλέχθηκαν τυχαία ένα Λύκειο και ένα Γυμνάσιο από κάθε πόλη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια σε μαθητές των δυο τελευταίων τάξεων του Γυμνασίου και των δυο πρώτων τάξεων του Λυκείου.

Στατιστική ανάλυση

1. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός των πινάκων είναι 2 X 2. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων που είχαν πιθανότητα να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι σε κάθε φύλο, με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2
2. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός των πινάκων είναι 2 X 3. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .
3. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών επηρεάζεται από το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός των πινάκων είναι 2 X 3. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων με κίνδυνο εμφάνισης ΔΔ – σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που προέκυψε από το EAT-13 - σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .
4. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση εικόνας σώματος χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός των πινάκων είναι 3 X 3. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων με μεγαλύτερο, μικρότερο ή χωρίς πρόβλημα Ψυχικής Υγείας – σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που προέκυψε από

το Ερωτηματολόγιο Γενικής Ψυχικής Υγείας - σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .

5. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός των πινάκων είναι 3 X 2. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων με και χωρίς προβλήματα Ψυχικής Υγείας σε κάθε επίπεδο πιθανότητας εμφάνισης διατροφικής διαταραχής με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .
6. Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι η τάση για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής επηρεάζει την εστία ελέγχου υγείας, έγινε μονόπλευρη πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (one-way MANOVA). Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι τέσσερις παράγοντες του MHLC (Εσωτερικές εστίες ελέγχου, Ισχυροί άλλοι, Τύχη, Αξία Υγείας). Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η πιθανότητα για εμφάνιση Διατροφικής Διαταραχής.

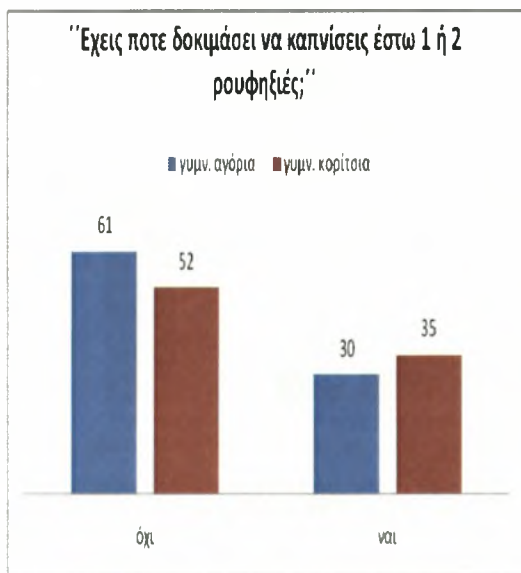
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική στατιστική

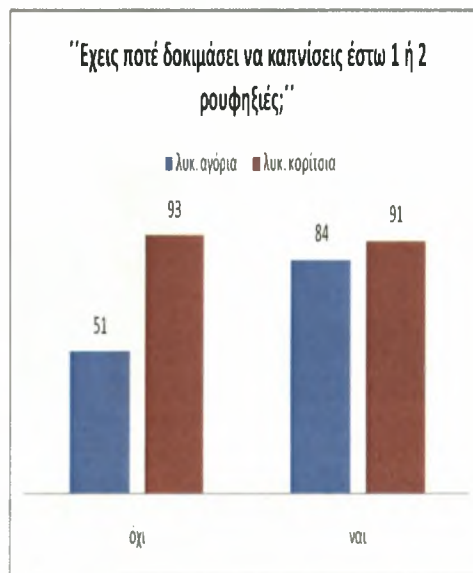
Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα από την συμπεριφορά καπνίσματος των μαθητών. Η κάθε ερώτηση αποτυπώνεται με ένα ξεχωριστό ραβδόγραμμα όπου γίνεται αυτόματα η σύγκριση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών πρώτα του Γυμνασίου (α) και έπειτα του Λυκείου (β)

Το 33% των αγοριών του Γυμνασίου έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 40,2% (Σχήμα 1α.) . Στο Λύκειο, έχει πειραματιστεί με το κάπνισμα το 62,2% των αγοριών ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 49,5% (Σχήμα 1β).

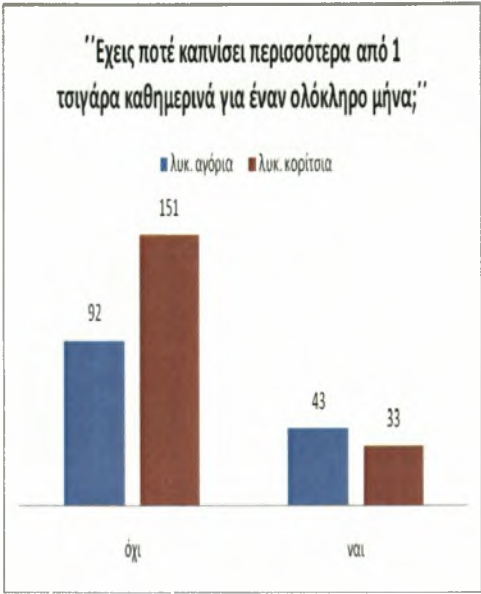
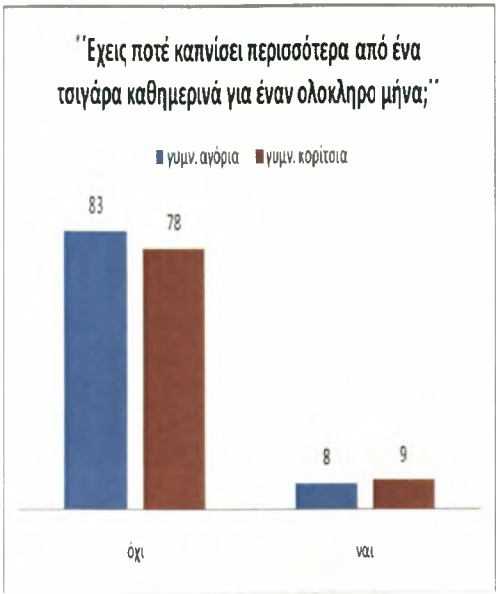
Συστηματικοί καπνιστές στο παρελθόν υπήρξαν το 8,8% των αγοριών του Γυμνασίου, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 10,3% (Σχήμα 2α). Στο Λύκειο συστηματικοί καπνιστές στο παρελθόν υπήρξαν το 31,9% των αγοριών, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 17,9% (Σχήμα 2β).



Σχήμα 1α. Αριθμός των παιδιών που πειραματίστηκαν ή όχι με το κάπνισμα στο Γυμνάσιο



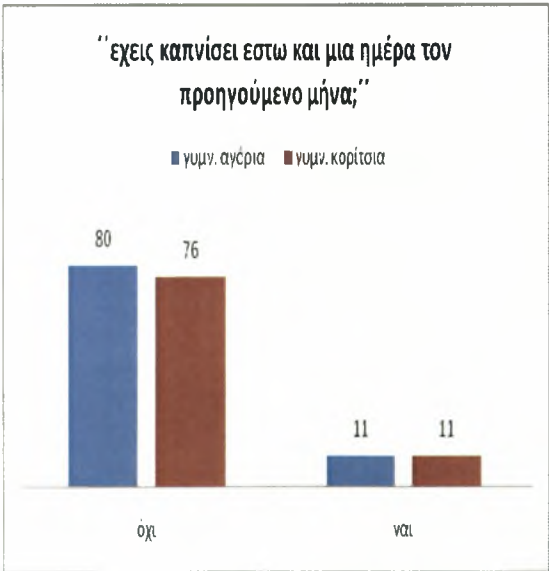
Σχήμα 1β. Αριθμός των παιδιών που πειραματίστηκαν ή όχι με το κάπνισμα στο Λύκειο.



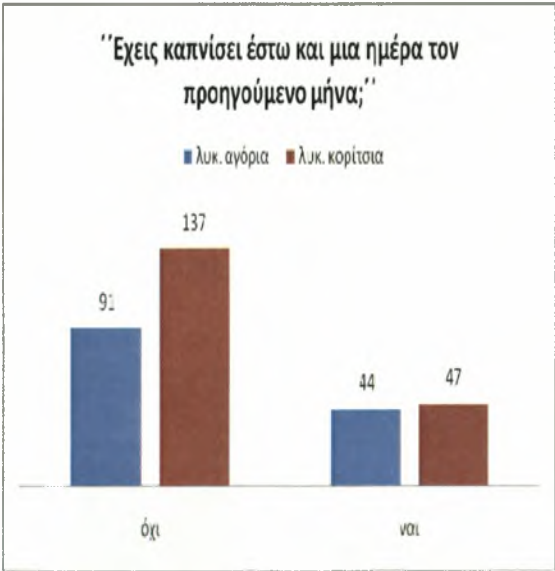
Σχήμα 2α. Συστηματικοί καπνιστές κατά το παρελθόν στο Γυμνάσιο

Σχήμα 2β. Συστηματικοί καπνιστές κατά το παρελθόν στο Λύκειο

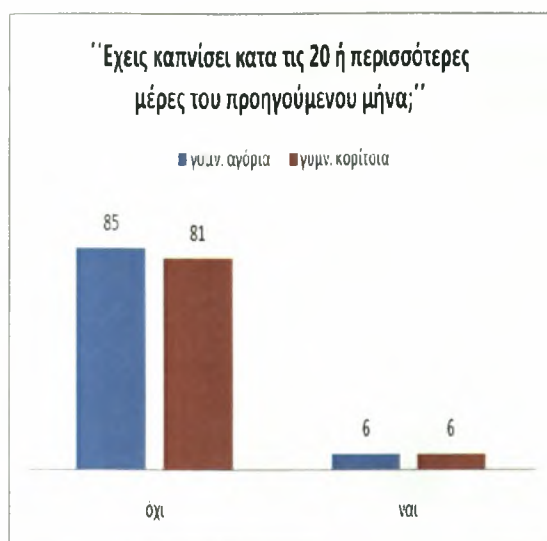
Το 12,1% των αγοριών του Γυμνασίου είναι εν ενεργεία καπνιστές και στα ίδια επίπεδα κυμαίνεται το ποσοστό των κοριτσιών που είναι 12,6% (Σχήμα 3α). Στο Λύκειο εν ενεργεία καπνιστές είναι το 32,6% των αγοριών, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 25,5% (Σχήμα 3β).



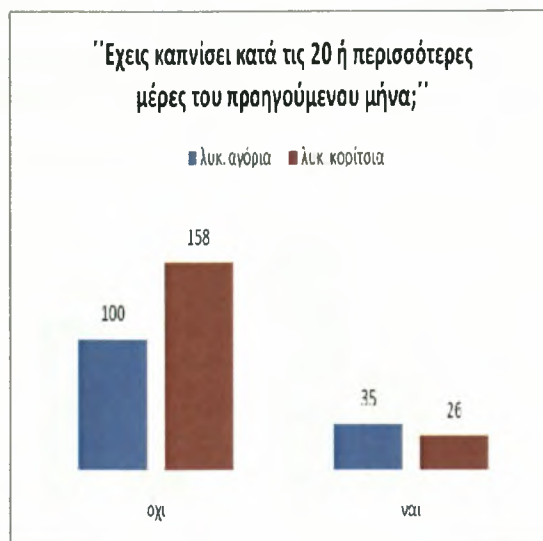
Σχήμα 3α. Εν ενεργεία καπνιστές του Γυμνασίου



Σχήμα 3β. Εν ενεργεία καπνιστές του Λυκείου



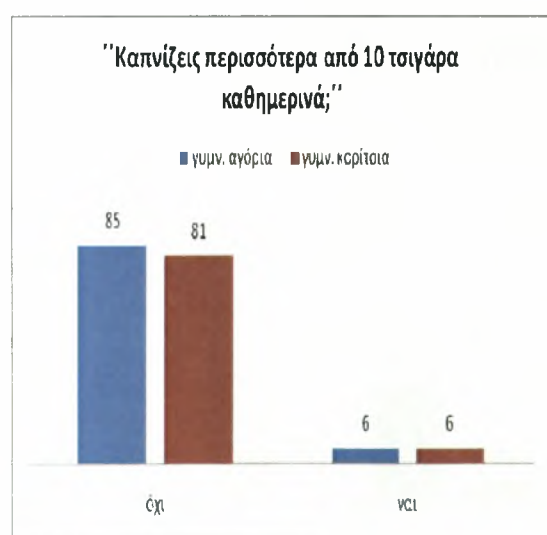
Σχήμα 4α. Συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές του Γυμνασίου



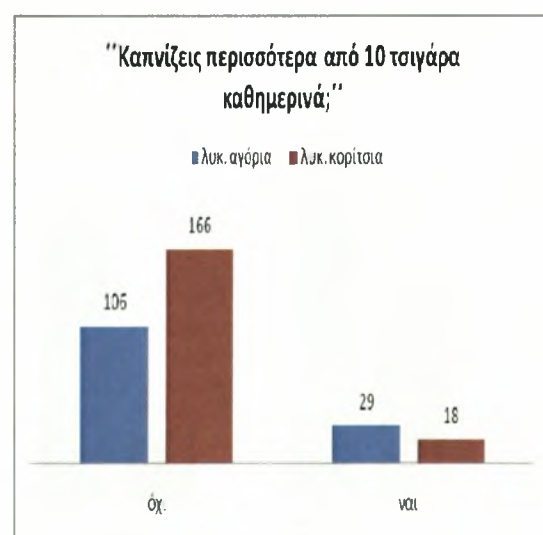
Σχήμα 4β. Συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές του Λυκείου

Συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές είναι το 6,6% των αγοριών του Γυμνασίου, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι λίγο μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 6,9%(Σχήμα 4α). Στο Λύκειο συστηματικοί εν ενεργεία καπνιστές είναι το 25,9% των αγοριών, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 14,1% (Σχήμα 4β).

Βαρείς καπνιστές είναι το 4,4% των αγοριών του Γυμνασίου, ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 5,7% (Σχήμα 5α). Βαρείς καπνιστές είναι το 21,5% των αγοριών του Λυκείου ενώ το ποσοστό των κοριτσιών είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 9,8% (Σχήμα 5β).



Σχήμα 5α. Βαρείς καπνιστές του Γυμνασίου



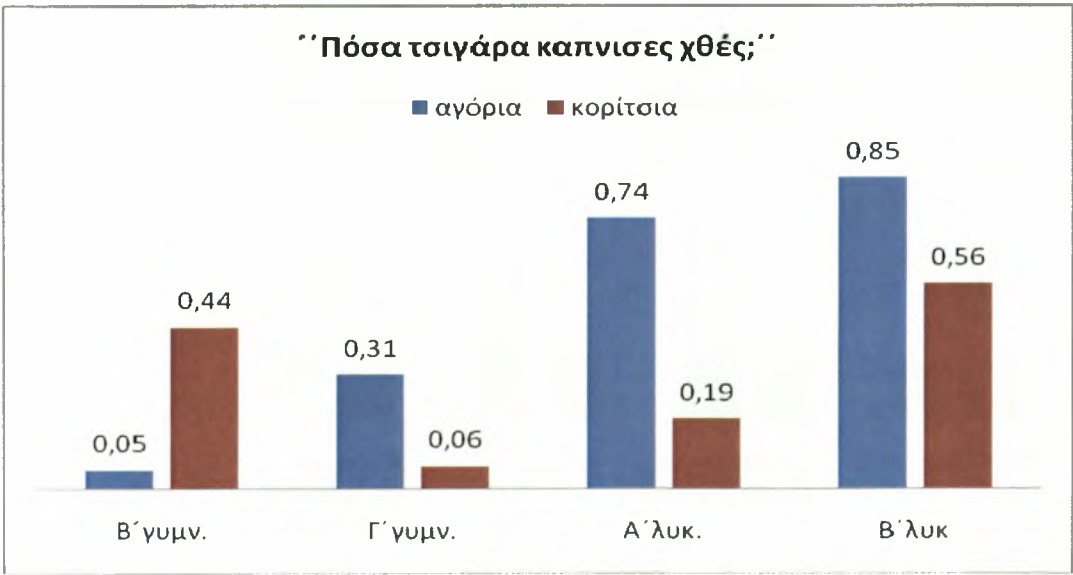
Σχήμα 5β. Βαρείς καπνιστές του Λυκείου



Σχήμα 6. Ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη εβδομάδα οι μαθητές ανά τάξη και φύλο

Στο Σχήμα 6 αξιοσημείωτη είναι η υπεροχή των κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη εβδομάδα σε σύγκριση με τους μαθητές του Γυμνασίου, ενώ τα περισσότερα τσιγάρα κάπνισαν τα αγόρια της Β΄ Λυκείου.

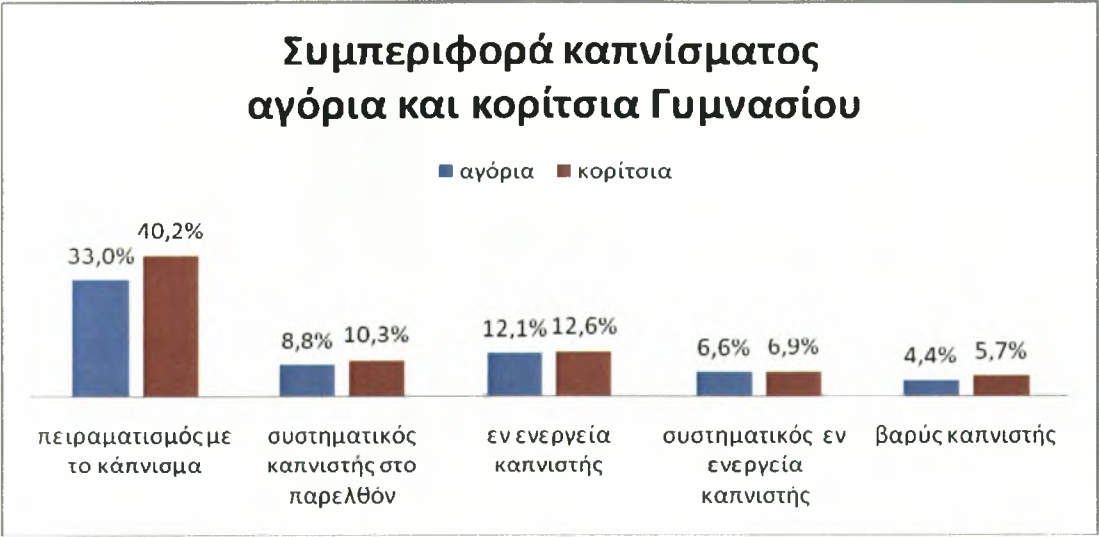
Στο Σχήμα 7 και πάλι υπερέχουν αριθμητικά στα τσιγάρα που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα τα κορίτσια της Β΄ Γυμνασίου για τους μαθητές του Γυμνασίου, ενώ στο σύνολο του δείγματος, τα περισσότερα τσιγάρα κάπνισαν τα αγόρια της Β΄ Λυκείου.



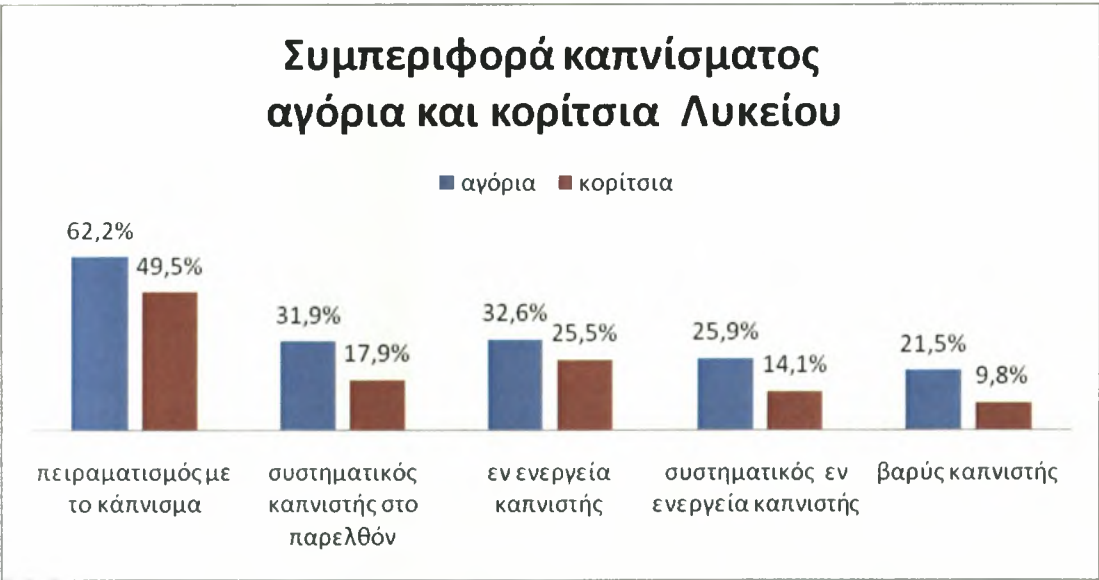
Σχήμα 7. Ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα οι μαθητές ανά τάξη και φύλο

Παρακάτω παρατίθενται δυο συγκεντρωτικά Γραφήματα, όπου αποτυπώνεται η συμπεριφορά καπνίσματος όλων των μαθητών του Γυμνασίου (Σχήμα 8α) και έπειτα η συμπεριφορά καπνίσματος όλων των μαθητών του Λυκείου (Σχήμα 8β).

Στο Σχήμα 8α παρατηρούμε ότι υψηλότερα ποσοστά σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούν στη συμπεριφορά καπνίσματος για τους μαθητές του Γυμνασίου συγκεντρώνουν τα κορίτσια. Ενώ στο Σχήμα 8β, που αφορά στη συμπεριφορά καπνίσματος για τους μαθητές του Λυκείου τα υψηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν τα αγόρια.

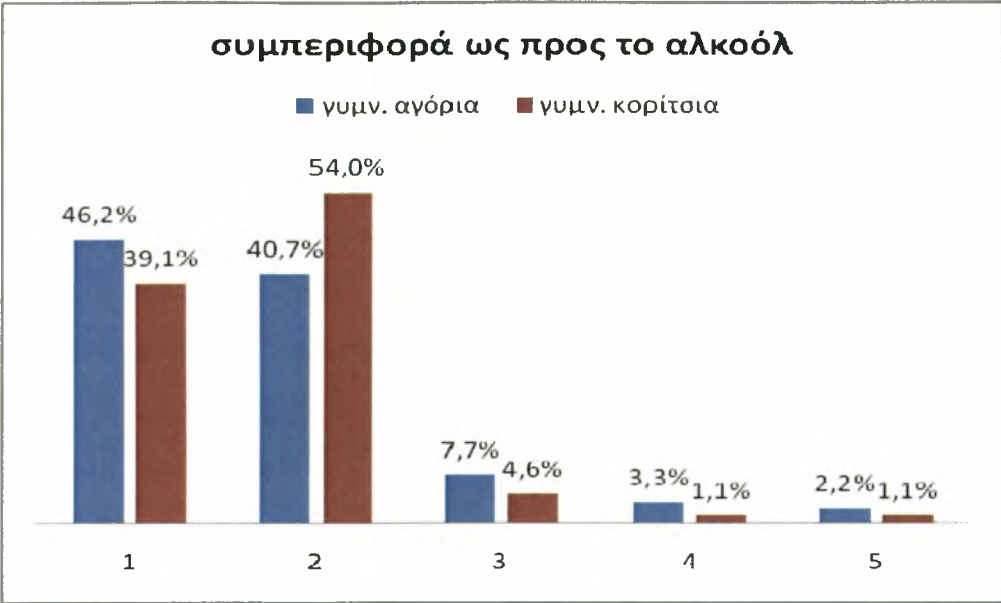


Σχήμα 8α. Συμπεριφορά καπνίσματος των αγοριών και κοριτσιών του Γυμνασίου

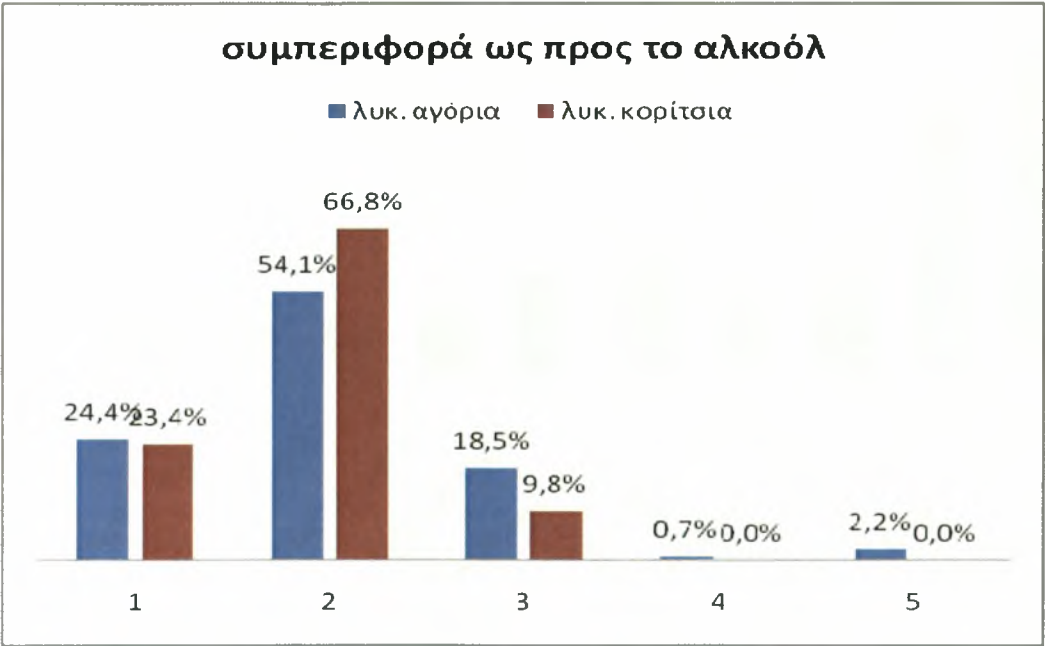


Σχήμα 8β. Συμπεριφορά καπνίσματος των αγοριών και κοριτσιών του Λυκείου

Παρακάτω παρατίθενται δυο συγκεντρωτικά Γραφήματα, όπου αποτυπώνεται η συμπεριφορά ως προς το αλκοόλ όλων των μαθητών του Γυμνασίου (Σχήμα 9α) και έπειτα η συμπεριφορά ως προς το αλκοόλ όλων των μαθητών του Λυκείου (Σχήμα 9β).



Σχήμα 9α. Συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ των αγοριών και κοριτσιών του Γυμνασίου (1=ποτέ, 2= μία φορά την εβδομάδα ή πιο σπάνια, 3= 2-5 μέρες τη βδομάδα, 4= καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια, 5= καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια).



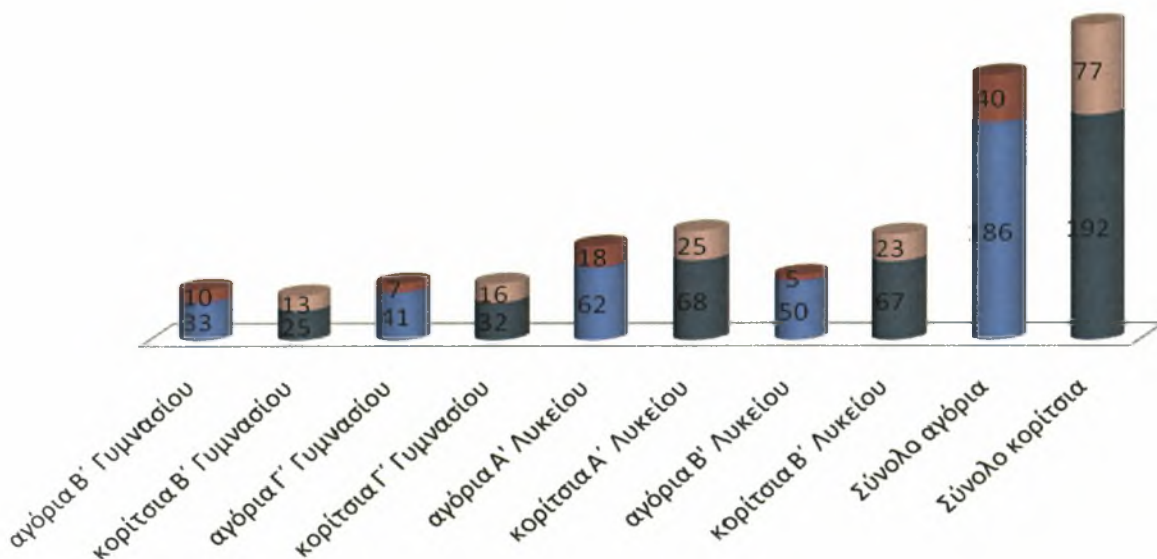
Σχήμα 9β. Συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ των αγοριών και κοριτσιών του Λυκείου (1=ποτέ, 2= μία φορά την εβδομάδα ή πιο σπάνια, 3= 2-5 μέρες τη βδομάδα, 4= καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια, 5= καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια).

Από το Σχήμα 9α εξάγεται το συμπέρασμα ότι ένας μεγάλος αριθμός μαθητών του Γυμνασίου πίνει αλκοόλ μια φορά την εβδομάδα ή πιο σπάνια με το ποσοστό των αγοριών να ανέρχεται στο 40,7% και των κοριτσιών να υπερβαίνει κατά 13 ποσοστιαίες μονάδες το ποσοστό των αγοριών και να αγγίζει το 54,0%. Χαμηλό είναι το ποσοστό των αγοριών 7,7% και ακόμη χαμηλότερο είναι το ποσοστό των κοριτσιών 4,6%, που πίνουν αλκοόλ 2-5 ημέρες την εβδομάδα. Από το Σχήμα 9β εξάγεται το συμπέρασμα ότι ένας μεγάλος αριθμός μαθητών του Λυκείου πίνει αλκοόλ μια φορά την εβδομάδα ή πιο σπάνια με το ποσοστό των αγοριών να ανέρχεται στο 54,1% και των κοριτσιών να υπερβαίνει κατά 12 ποσοστιαίες μονάδες το ποσοστό των αγοριών και να αγγίζει το 66,8%. Ωστόσο αρκετοί είναι και αυτοί που πίνουν αλκοόλ 2-5 ημέρες την εβδομάδα, το ποσοστό των αγοριών είναι μεγαλύτερο και φτάνει το 18,5% ενώ των κοριτσιών ανέρχεται στο 9,8%.

Φύλο και Διατροφικές Διαταραχές

Αριθμός αγοριών και κοριτσιών ανά τάξη που έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν Δ.Δ σύμφωνα με το ΕΑΤ 13

■ όχι ■ ναι



Σχήμα 10. Αριθμός των ατόμων κάθε τάξης που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι ανάλογα με το φύλο σε κάθε τάξη.

Στον Πίνακα 5 παρατίθενται οι Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στους τρεις παράγοντες του ΕΑΤ13, καθώς και στο συνολικό του σκορ, ανάλογα με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ σε αγόρια και κορίτσια, στο σύνολο του δείγματος. Στο Σχήμα 10 αποτυπώνεται ο αριθμός των αγοριών και των κοριτσιών που έχουν την πιθανότητα να αναπτύξουν ΔΔ σε κάθε τάξη. Σε όλες τις τάξεις παρατηρείται μια σαφής αριθμητική υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών ως προς την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ. Αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη αύξηση του αριθμού τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών στην Α΄ Λυκείου, της τάσης να αναπτύξουν ΔΔ. Στη Β΄ Λυκείου ο αριθμός των αγοριών που έχουν την τάση να αναπτύξουν ΔΔ μειώνεται σημαντικά σε επίπεδα χαμηλότερα και από αυτά των αγοριών του Γυμνασίου ενώ ο αριθμός των κοριτσιών της Β΄ Λυκείου παραμένει υψηλός. Στις στήλες όπου αποτυπώνεται ο συνολικός αριθμός των αγοριών και των κοριτσιών όλων των τάξεων του Γυμνασίου και Λυκείου παρατηρείται πως ο αριθμός των κοριτσιών με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ είναι σχεδόν ο διπλάσιος από τον αριθμό των αγοριών που έχουν την τάση να αναπτύξουν ΔΔ.

Πίνακας 5. Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στους τρεις παράγοντες του ΕΑΤ13, καθώς και στο συνολικό του σκορ, ανάλογα με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ σε αγόρια και κορίτσια.

Παράγοντες ΕΑΤ13	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
<i>Προκατοχή με το φαγητό</i>						
Χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	1,88	2,04	2,84	2,68	2,29	2,36
Με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	5,80	1,75	8,85	3,33	7,52	3,11
<i>Δίαιτα</i>						
Χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	1,94	2,41	1,68	1,54	1,83	2,07
Με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	6,10	2,33	5,00	3,31	5,48	2,92
<i>Σημαντικοί άλλοι</i>						
Χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	0,88	1,69	1,16	2,05	1,00	1,84
Με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	2,30	2,86	3,23	3,46	2,83	3,98
<i>Συνολικό σκορ</i>						
Χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	4,70	3,77	5,68	3,05	5,12	3,48
Με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ	14,20	2,15	16,92	5,10	15,74	4,24

Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το φύλο συνδέεται με τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός του πίνακα διπλής εισόδου ήταν 2 X 3 και συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι σε κάθε φύλο, με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .

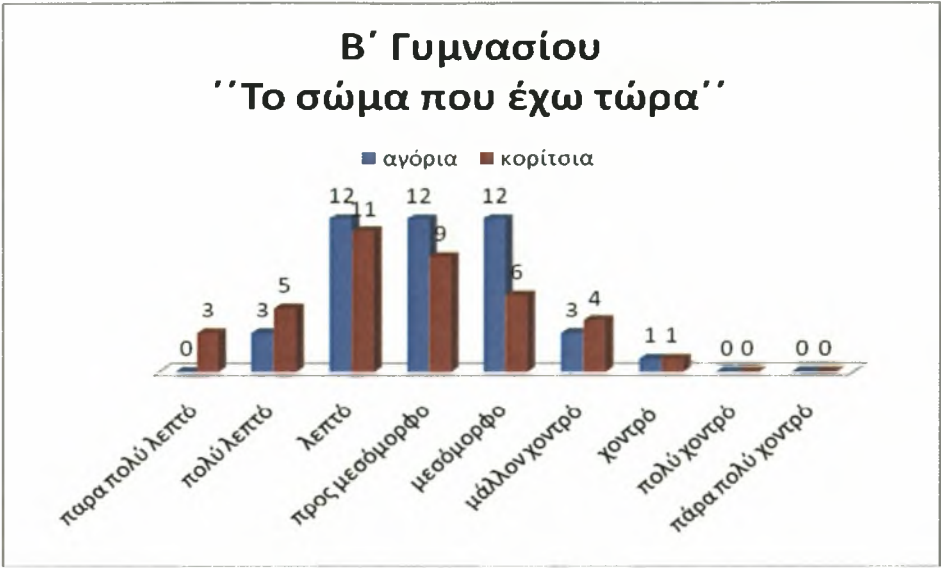
Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ερευνητική υπόθεση. Ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικής διαταραχής φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με το φύλο (Pearson $\chi^2_{1,495} = 8.12$, $p = .004$, Cramér's $V = .13$). Στον Πίνακα 6 φαίνονται τα ποσοστά των ατόμων που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι σε αγόρια και κορίτσια. Η πιθανότητα ένα παιδί να βρίσκεται σε κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής ήταν 1.61 (.29 /.18) περισσότερες φορές για τα κορίτσια απ' ό τι για τα αγόρια.

Πίνακας 6. Ποσοστά των ατόμων που έχουν την τάση να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή ή όχι ανάλογα με το φύλο

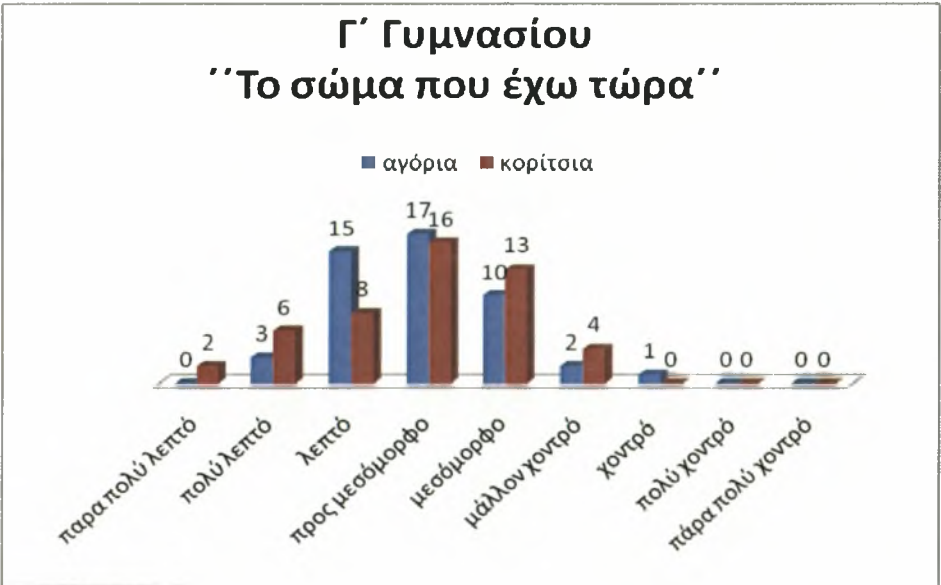
Φύλο	Τάση ανάπτυξης ΔΔ		Σύνολο
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Αγόρια	82.3%	17.7%	100%
Κορίτσια	71.4%	28.6%	100%
Σύνολο	76.4%	23.6%	100%

Φύλο και Εικόνα Σώματος

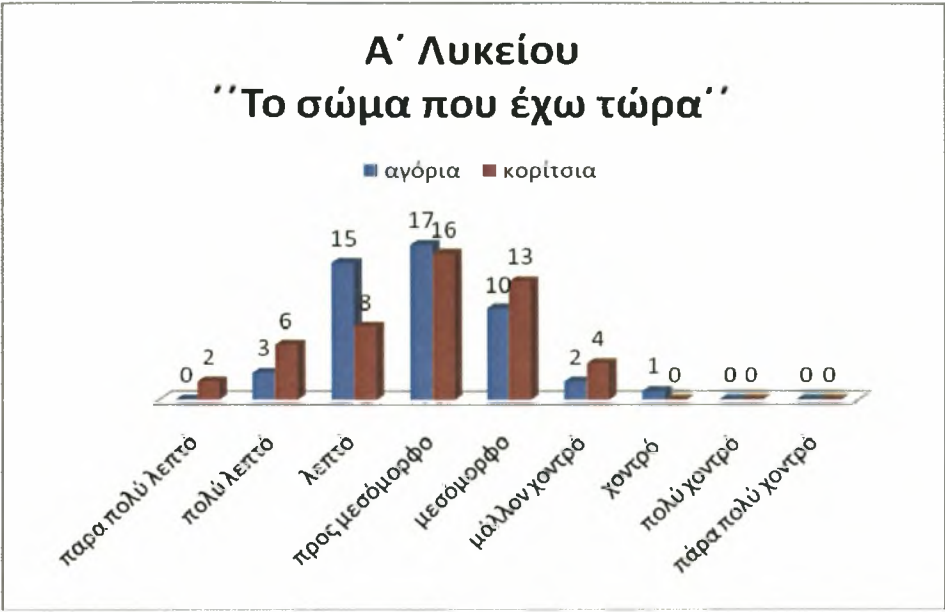
Στα Σχήματα 11 έως 14 φαίνεται ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών ανά τάξη σε σχέση με το σώμα που θεωρούν ότι έχουν τώρα. Από τα γραφήματα αυτά φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών θεωρεί πως έχει λεπτό (26,54%), προς μεσόμορφο (28,76%) και μεσόμορφο (24,33%) σώμα με μικρές διακυμάνσεις μεταξύ αυτών των τριών κατηγοριών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών θεωρεί ότι έχει λεπτό (25,92%) και προς μεσόμορφο (26,66%) σώμα. Αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό των κοριτσιών που σημειώνει το πολύ λεπτό (15,18%) καθώς και το μάλλον χοντρό σώμα (18,51%).



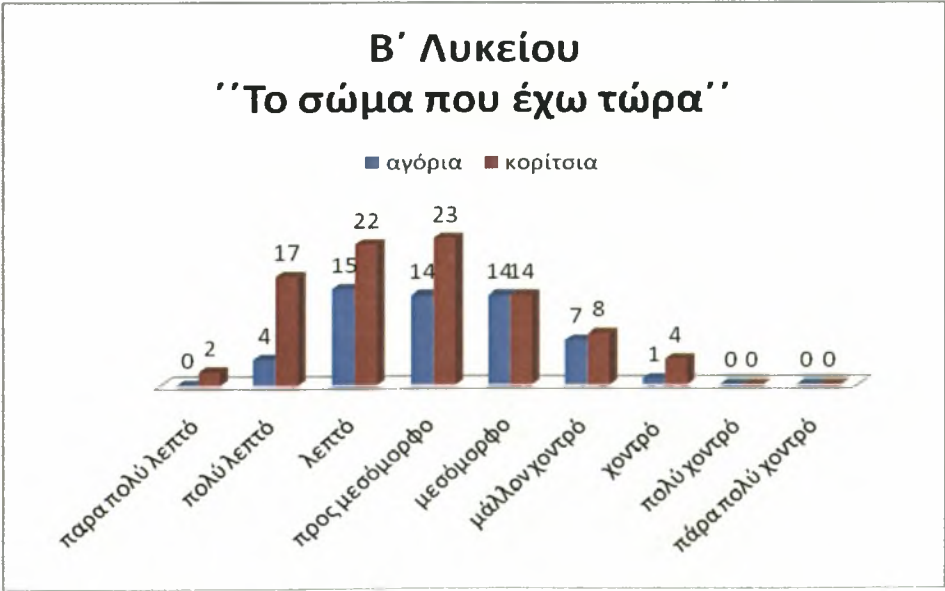
Σχήμα 11. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα



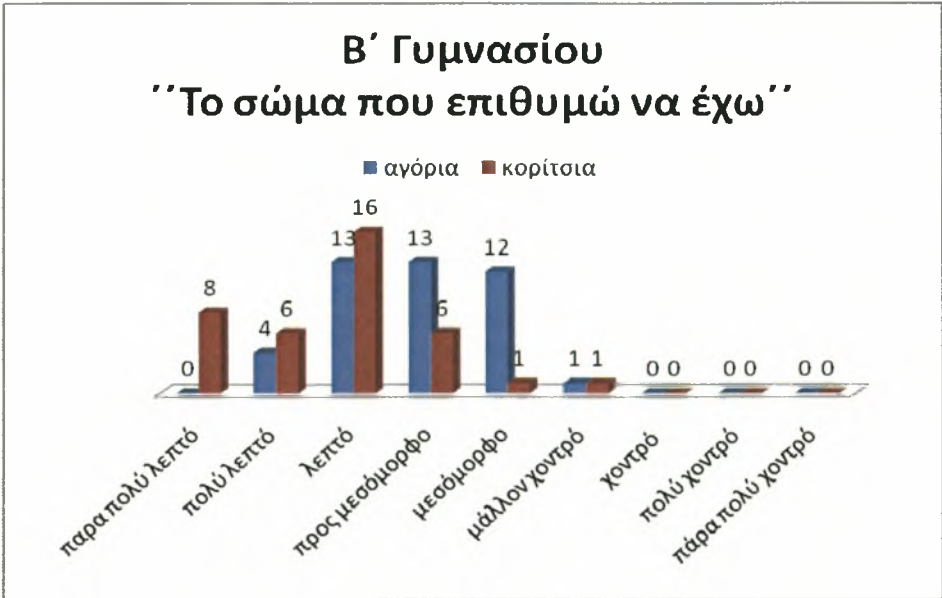
Σχήμα 12. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα



Σχήμα 13. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα



Σχήμα 14. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ότι έχουν τώρα

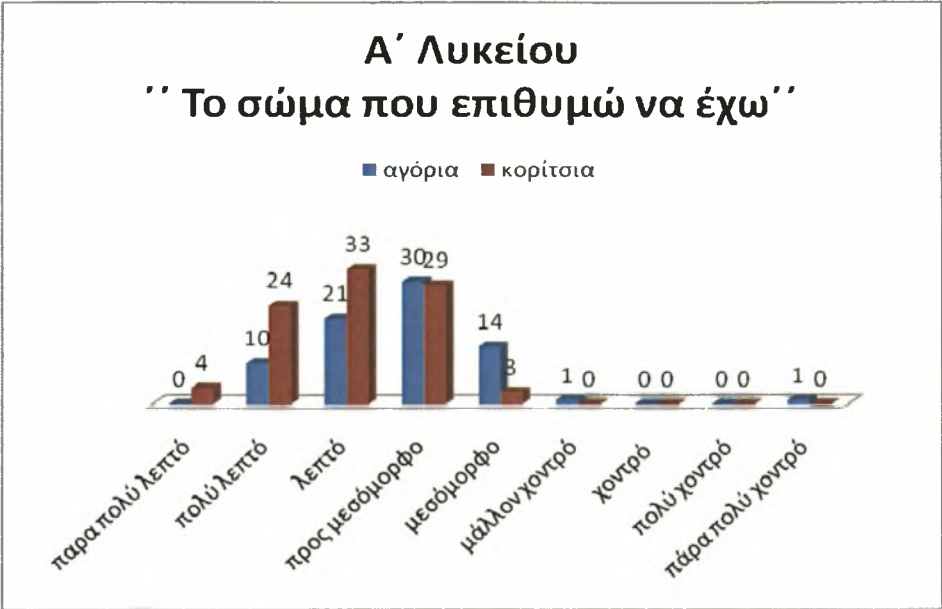


Σχήμα 15. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν

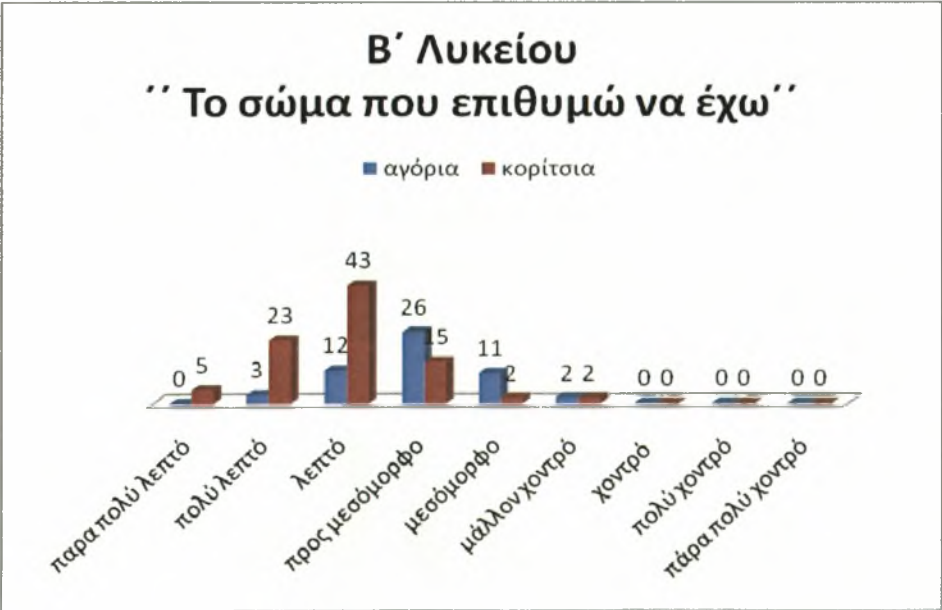
Στα Σχήματα από 15 έως 18 φαίνεται ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών ανά τάξη σε σχέση με το σώμα που επιθυμούν να έχουν. Από τα γραφήματα αυτά φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών επιθυμεί να έχει το προς μεσόμορφο σώμα (40%), ενώ ανάλογο ποσοστό σημειώνουν τα κορίτσια αλλά για το λεπτό σώμα (40,1%). Τα κορίτσια δηλαδή επιθυμούν να έχουν πιο λεπτό σώμα από αυτό που επιθυμούν τα αγόρια.



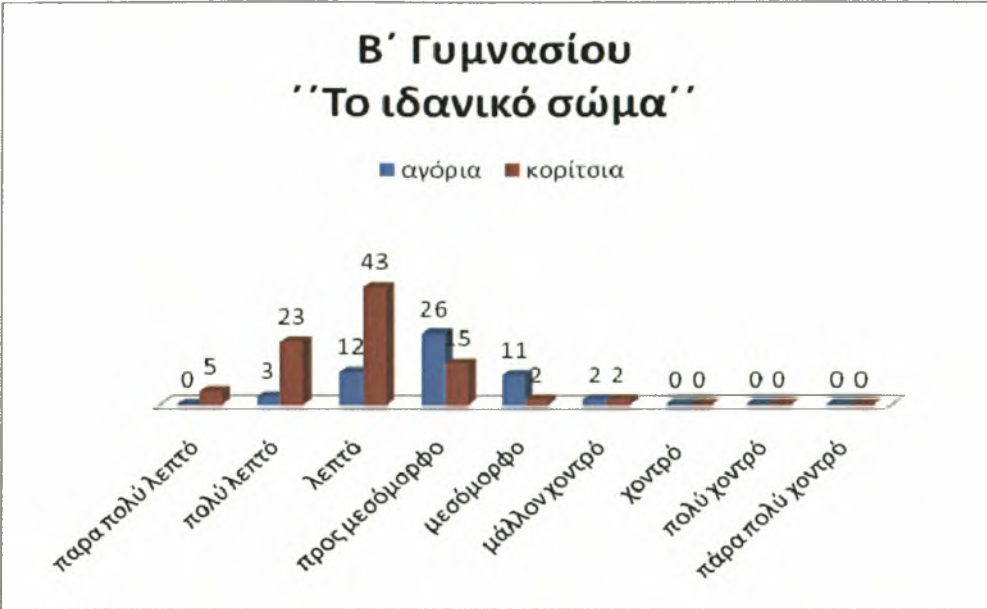
Σχήμα 16. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν



Σχήμα 17. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν



Σχήμα 18. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που επιθυμούν να έχουν

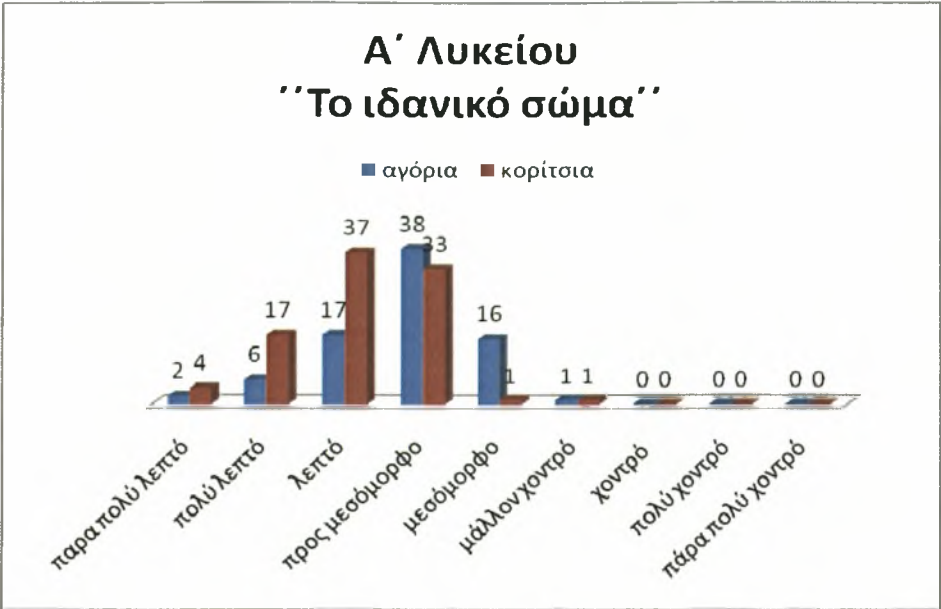


Σχήμα 19. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.

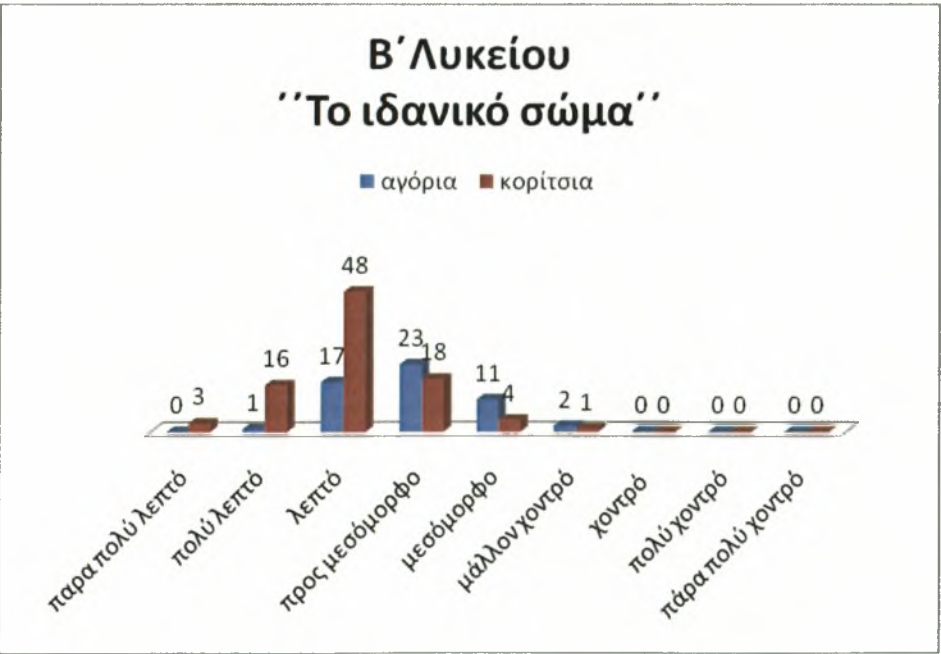
Στα Σχήματα από 20 έως 23 φαίνεται ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών ανά τάξη σε σχέση με το σώμα που θεωρούν ως ιδανικό. Από τα Γραφήματα αυτά φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών θεωρεί ως ιδανικό σώμα το προς μεσόμορφο σώμα (42,6%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών θεωρεί ως ιδανικό το λεπτό σώμα (45,35%).



Σχήμα 20. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Γ΄ Γυμνασίου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.



Σχήμα 21. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Α΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.



Σχήμα 22. Ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών της Β΄ Λυκείου ανά κατηγορία σώματος που θεωρούν ως το ιδανικό σώμα.

Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση Crosstabs (Έλεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός του πίνακα διπλής εισόδου ήταν 2 Χ 3 και συγκρίθηκαν τα ποσοστά των αγοριών και κοριτσιών σε κάθε ένα από τα τρία επίπεδα σωματικής ικανοποίησης με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .

Πίνακας 7. Ποσοστά αγοριών και κοριτσιών σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.

Κατηγορία Ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Σωματικά Ικανοποιημένα	32,7%	22,6%	27,2%
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα	46,5%	52,2%	49,6%
Σωματικά Μη Ικανοποιημένα	20,8%	25,2%	23,2%
Σύνολο	100%	100%	100%

Το φύλο φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κατάταξη των ατόμων στα επίπεδα ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος (Pearson $\chi^2_{2,496} = 6.50$, $p = .04$, Cramér's $V = .12$). Στον Πίνακα 7 φαίνονται τα ποσοστά των αγοριών και κοριτσιών στα τρία επίπεδα σωματικής ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Ακολούθησαν ζευγαρωτά τεστ για να αξιολογηθούν οι διαφορές σε αυτά τα ποσοστά.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ζευγαρωτών συγκρίσεων με τη χρήση της σειριακής μεθόδου Bonferroni του Holm για τα ποσοστά σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης ανάλογα με το φύλο.

Σύγκριση	Pearson χ^2	p	Cramér's V
Σωματικά Ικανοποιημένα - Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα	5.150*	.023	.12
Σωματικά Ικανοποιημένα - Σωματικά Μη Ικανοποιημένα	4.836*	.028	.14
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα - Σωματικά Μη Ικανοποιημένα	0.106	.745	.02

* $p < .05$

Στον Πίνακα 8 φαίνονται τα αποτελέσματα αυτών των τεστ. Χρησιμοποιήθηκε η σειριακή μέθοδος Bonferroni του Holm για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I σε επίπεδο σημαντικότητας .05 για και τις τρεις συγκρίσεις. Η μόνη μη σημαντική σύγκριση ήταν ανάμεσα στα δύο επίπεδα χαμηλής και μη ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Η πιθανότητα ένα παιδί να είναι κορίτσι ήταν 2.26 (.52 /.23) περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί ήταν χαμηλά ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο. Η πιθανότητα ένα παιδί να είναι κορίτσι ήταν 1.09 (.25 /.23) περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί δεν ήταν ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο.

Εικόνα Σώματος και πιθανότητα για Διατροφική Διαταραχή

Πίνακας 9. Πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ (%) σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος.

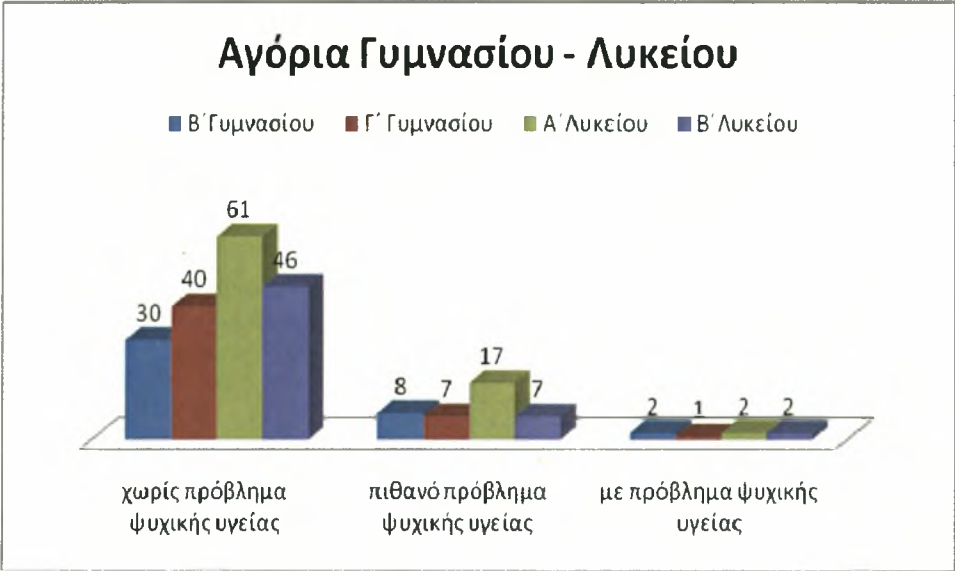
Κατηγορία Ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος	Πιθανότητα για ΔΔ		Σύνολο
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Σωματικά Ικανοποιημένα	28,3%	23,3%	27,1%
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα	50,8%	45,7%	49,6%
Σωματικά Μη Ικανοποιημένα	20,9%	31,0%	23,3%
Σύνολο	100%	100%	100%

Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι η πιθανότητα για εμφάνιση ΔΔ σχετίζεται με την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση Crosstabs (Ελεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός του πίνακα διπλής εισόδου ήταν 2 X 3 και συγκρίθηκαν τα ποσοστά των παιδιών με πιθανότητα ανάπτυξης ΔΔ (όπως διαγνώσθηκε με το EAT13) σε κάθε ένα από τα τρία επίπεδα σωματικής ικανοποίησης με τη χρήση της τιμής Pearson χ2.

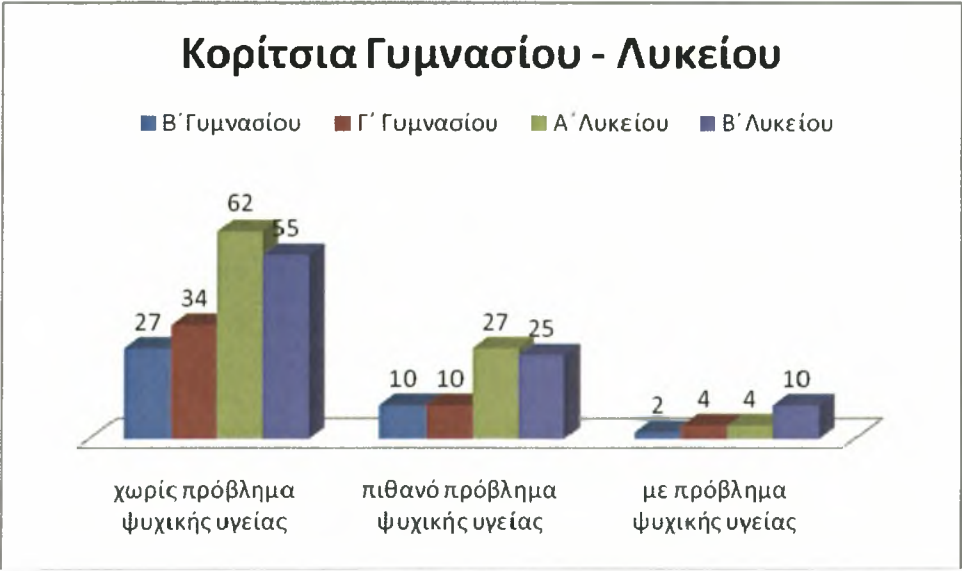
Στον Πίνακα 9 φαίνονται τα ποσοστά των ατόμων με πιθανότητα ή όχι για εμφάνιση ΔΔ στα τρία επίπεδα σωματικής ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Αν και στα παιδιά με χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος τους, το ποσοστό των παιδιών που είχαν την τάση για ΔΔ ήταν μεγαλύτερο συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες, οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν το επίπεδο σημαντικότητας ($Pearson \chi^2_{2,494} = 5.21, p=.07, Cramér's V=.07$). Η πιθανότητα ένα παιδί να έχει την τάση για ΔΔ ήταν 1.34 (.31 /.23) περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί δεν ήταν ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο, ενώ ένα παιδί με χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος του ήταν 2 (.46 /.23) φορές πιο πιθανό να έχει την τάση για ΔΔ σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο.

Ψυχική Υγεία και Εικόνα Σώματος

Στα Σχήματα 23 έως 25 φαίνεται ο αριθμός των αγοριών και κοριτσιών αντίστοιχα, αλλά και του συνόλου των εφήβων, ανά τάξη και κατηγορία ψυχικής υγείας. Αξιοσημείωτη είναι η αριθμητική υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών σε όλες τις τάξεις αλλά κυρίως στις τάξεις του Λυκείου όπου εμφανίζονται να έχουν κάποιο πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας. Σημαντική επίσης είναι η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στη Β΄ Λυκείου με τα κορίτσια να συγκεντρώνουν και πάλι μεγαλύτερο αριθμό στην κατηγορία των ατόμων που παρουσιάζουν πρόβλημα ψυχικής υγείας.

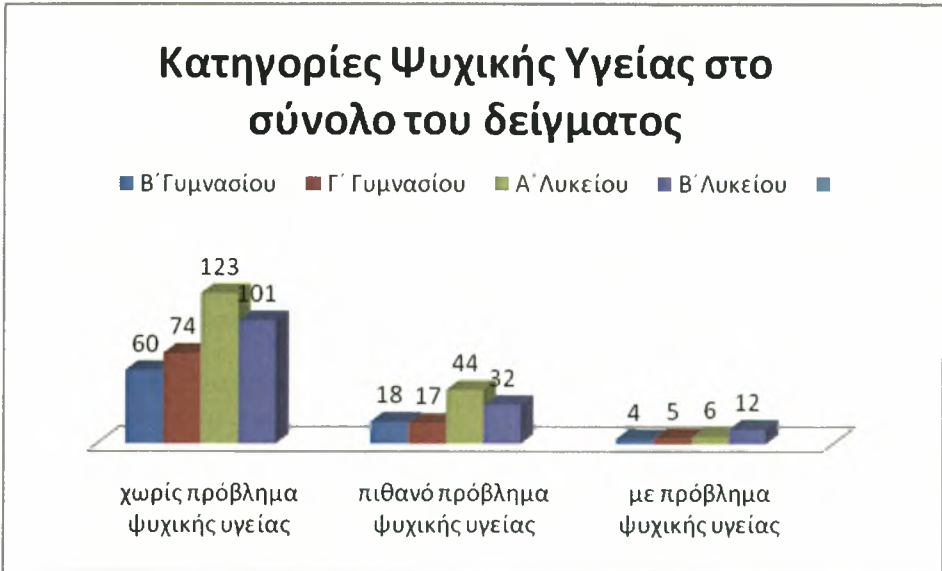


Σχήμα 23. Ο αριθμός των αγοριών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας



Σχήμα 24. Ο αριθμός των κοριτσιών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας

Για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι άτομα με προβλήματα Ψυχικής Υγείας (κατάθλιψη, άγχος, στρες) εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση για την εικόνα του σώματος τους χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση Crosstabs (Έλεγχος Ανεξαρτησίας). Ο σχεδιασμός του πίνακα διπλής εισόδου ήταν 3 X 3 και συγκρίθηκαν τα ποσοστά των ατόμων με και χωρίς προβλήματα Ψυχικής Υγείας σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .



Σχήμα 25. Ο αριθμός των κοριτσιών Γυμνασίου και Λυκείου ανά τάξη και κατηγορία Ψυχικής Υγείας

Το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κατάταξη των ατόμων στα επίπεδα ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος ($\text{Pearson } \chi^2_{4,496} = 16.95, p = .002, \text{Cramér's } V = .13$) και επιβεβαιώθηκε έτσι η ερευνητική υπόθεση. Στον πίνακα 10 φαίνονται τα ποσοστά των ατόμων με διαφορετικά επίπεδα Ψυχικής Υγείας σε κάθε επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Ακολούθησαν ζευγαρωτά τεστ για να αξιολογηθούν οι διαφορές σε αυτά τα ποσοστά.

Πίνακας 10. Ποσοστά αγοριών και κοριτσιών με πρόβλημα ή όχι ψυχικής υγείας σε κάθε κατηγορία ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος

Κατηγορία Ψυχικής Υγείας	Κατηγορία Ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος			Σύνολο
	Ικανοποιημένα	Χαμηλά ικανοποιημένα	Μη Ικανοποιημένα	
Χωρίς πρόβλημα ψυχικής υγείας	31,0%	50,0%	19,0%	100%
Πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας	17,1%	47,7%	35,1%	100%
Με πρόβλημα ψυχικής υγείας	18,5%	51,9%	29,6%	100%
Σύνολο	27,2%	49,6%	23,2%	100%

Στον Πίνακα 11 φαίνονται τα αποτελέσματα αυτών των τεστ. Χρησιμοποιήθηκε η σειριακή μέθοδος Bonferroni του Holm για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου Ι σε επίπεδο

Πίνακας 11. Αποτελέσματα ζευγαρωτών συγκρίσεων με τη χρήση της σειριακής μεθόδου Bonferroni του Holm για τα ποσοστά σε κάθε επίπεδο σωματικής ικανοποίησης ανάλογα με το επίπεδο Ψυχικής Υγείας.

Σύγκριση	Pearson χ^2	p	Cramér's V
<i>Χωρίς πρόβλημα - Πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας</i>			
Σωματικά Ικανοποιημένα - Χαμηλά Ικανοποιημένα	3,54	,060	,099
Σωματικά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	1,09	,297	,059
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	0,00	,995	,001
<i>Χωρίς πρόβλημα - Με πρόβλημα ψυχικής υγείας</i>			
Σωματικά Ικανοποιημένα - Χαμηλά Ικανοποιημένα	15,14*	<,001	,253
Σωματικά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	2,81	,094	,121
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	0,154	,694	,047
<i>Πιθανό πρόβλημα - Με πρόβλημα ψυχικής υγείας</i>			
Σωματικά Ικανοποιημένα - Χαμηλά Ικανοποιημένα	6,85*	,009	,142
Σωματικά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	0,78	,378	,054
Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα - Μη Ικανοποιημένα	0,27	,606	,048

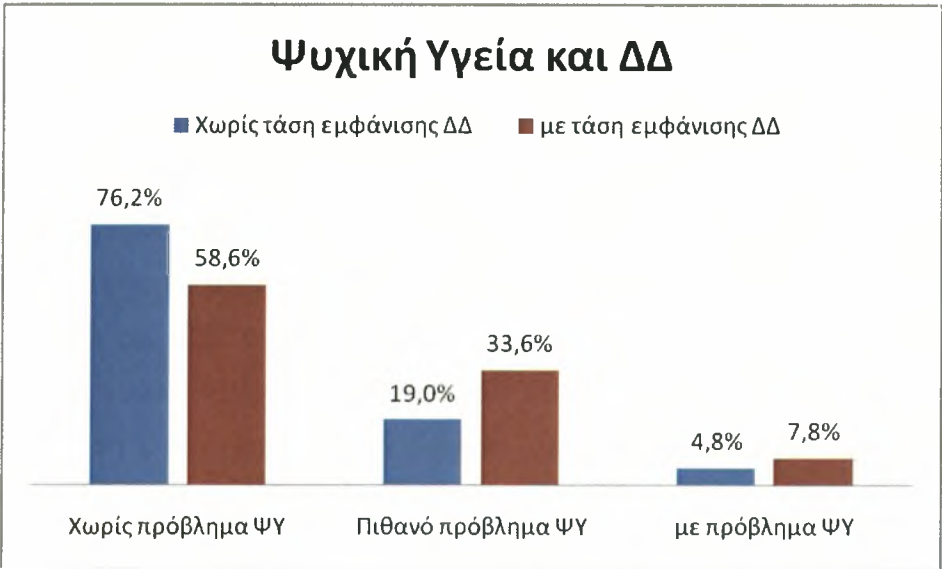
* $p<.05$

σημαντικότητας .05 για όλες τις συγκρίσεις. Στατιστικά σημαντικές διαφορές έδειξαν οι συγκρίσεις των ατόμων που ήταν ικανοποιημένα και χαμηλά ικανοποιημένα από την εικόνα του σώματος τους και περιελάμβαναν άτομα με πρόβλημα ψυχικής υγείας. Η πιθανότητα ένας έφηβος να έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας ήταν 2.74 (.52 /.19) περισσότερες φορές όταν ήταν χαμηλά ικανοποιημένος από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με έναν έφηβο που ήταν ικανοποιημένος, ενώ η πιθανότητα να έχει μικρότερης έκτασης (πιθανό) πρόβλημα ψυχικής υγείας ήταν 2.82 (.48 /.17) περισσότερες φορές όταν ήταν χαμηλά ικανοποιημένος από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με έναν έφηβο που ήταν ικανοποιημένος.

Ψυχική Υγεία και Διατροφικές Διαταραχές

Στο Σχήμα 27 φαίνονται τα ποσοστά των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα, ανά κατηγορία ψυχικής υγείας και σε σύγκριση με την πιθανότητα εμφάνισης ή όχι ΔΔ. Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (76,2%) παρουσιάζεται χωρίς πρόβλημα

ψυχικής υγείας και χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ, εντύπωση προκαλεί το επίσης υψηλό ποσοστό (58,6%) των εφήβων χωρίς πρόβλημα ψυχικής υγείας αλλά με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ. Στις άλλες δυο κατηγορίες ψυχικής υγείας, με πιθανό πρόβλημα ΨΥ και με πρόβλημα ΨΥ παρατηρούμε υψηλότερα ποσοστά να σημειώνουν οι έφηβοι με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ σε σύγκριση με τους έφηβους χωρίς πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ, και αυτούς με το πιθανό πρόβλημα ΨΥ και τάση εμφάνισης ΔΔ να υπερέχουν έναντι των εφήβων με πρόβλημα ΨΥ και τάση εμφάνισης ΔΔ .



Σχήμα 26. Ποσοστά στο σύνολο των συμμετεχόντων στις τρεις κατηγορίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα ή όχι εμφάνισης ΔΔ

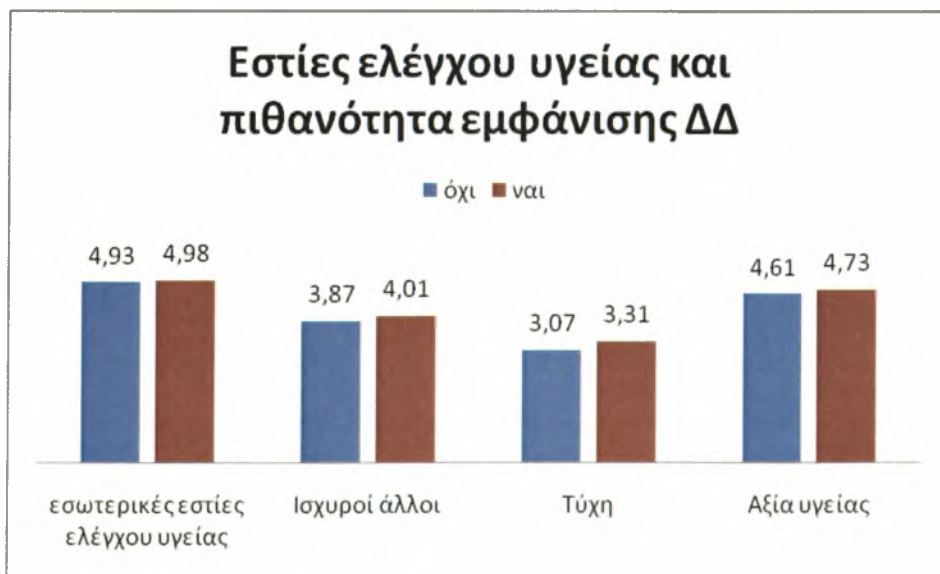
Πίνακας 12. Ποσοστά εφήβων στις τρεις κατηγορίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα ή όχι εμφάνισης ΔΔ.

Κατηγορία Ψυχικής Υγείας	Πιθανότητα για ΔΔ		Σύνολο
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Χωρίς πρόβλημα ψυχικής υγείας	76,2%	58,6%	72,1%
Πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας	19,0%	33,6%	22,5%
Με πρόβλημα ψυχικής υγείας	4,8%	7,8%	5,5%
Σύνολο	100%	100%	100%

Το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την πιθανότητα ΔΔ (Pearson $\chi^2_{2,494} = 13.65$, $p = .001$, Cramér's $V = .17$) και επιβεβαιώθηκε έτσι η ερευνητική υπόθεση. Στον Πίνακα 12 φαίνονται τα ποσοστά των ατόμων με πιθανότητα ή όχι για εμφάνιση ΔΔ στα τρία επίπεδα ψυχικής υγείας. Από τα άτομα που δεν είχαν πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό (76.2%) δεν είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας. Η πιθανότητα ένα παιδί χωρίς πρόβλημα ψυχικής υγείας να μην έχει τάση για ΔΔ ήταν 15.2 (.76 /.05) φορές περισσότερη σε σύγκριση με ένα παιδί που είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας και 4 (.76 /.19) φορές περισσότερη σε σύγκριση με ένα παιδί με πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας.

Εστία Ελέγχου Υγείας και Διατροφική Διαταραχή

Στο Σχήμα 28 αποτυπώνεται η σύγκριση μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών των εστιών ελέγχου υγείας και την πιθανότητα ή όχι εμφάνισης ΔΔ. Από το Σχήμα φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες τόσο αυτοί που δεν έχουν, όσο και αυτοί που έχουν πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ θεωρούν ότι την υγεία τους ελέγχουν εσωτερικές εστίες ελέγχου υγείας και θεωρούν υψηλή την αξία της υγείας σε σύγκριση με τις άλλες δυο κατηγορίες ελέγχου υγείας, ισχυροί άλλοι και τύχη όπου σημειώνουν χαμηλότερα σκορ. Ωστόσο από το Σχήμα συμπεραίνεται ότι η τάση που έχουν οι έφηβοι να εμφανίσουν ή όχι ΔΔ έχει πολύ μικρές διαφορές και στις τέσσερις κατηγορίες εστιών ελέγχου υγείας.



Σχήμα 27. Σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο Εστιών ελέγχου υγείας σε σύγκριση με την πιθανότητα εμφάνισης ή όχι ΔΔ

Πίνακας 13. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της Εστίας Ελέγχου Υγείας ανάλογα με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ.

Παράγοντες Εστίας Ελέγχου Υγείας	Πιθανότητα για ΔΔ			
	ΝΑΙ (n=111)		ΟΧΙ (n=366)	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
Εσωτερικές εστίες ελέγχου υγείας	4,98	0,99	4,93	0,81
Ισχυροί άλλοι	4,01	1,13	3,87	1,09
Τύχη	3,31	1,11	3,07	1,10
Αξία Υγείας	4,73	1,05	4,61	0,97

Στον Πίνακα 13 φαίνονται οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου για την Εστία Ελέγχου Υγείας ανάλογα με την πιθανότητα για εμφάνιση ΔΔ. Τα άτομα με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ έχουν μεγαλύτερα σκορ σε όλους τους παράγοντες της Εστίας Ελέγχου Υγείας (Εσωτερικές εστίες ελέγχου υγείας, Ισχυροί άλλοι, Τύχη, Αξία Υγείας), οι διαφορές όμως μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι μικρές. Τα αποτελέσματα από τη μονόπλευρη πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (one-way MANOVA) δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση της πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ στην Εστία Ελέγχου Υγείας ($Wilk's A=0.84, F_{4,472} = 0.99, p = .126, \eta^2=0.15$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση εικόνας σώματος και εστιών ελέγχου υγείας με τη γενική ψυχική υγεία και να μελετήσει σε ποιο βαθμό μπορεί να προδιαθέσει στην ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΔΔ σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας. Εξέτασε επίσης σε ποιο βαθμό επηρεάζουν παράγοντες όπως το φύλο, και ο δείκτης μάζας σώματος την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος και την ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΔΔ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την πρώτη ερευνητική υπόθεση έδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΔΔ φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με το φύλο. Η πιθανότητα ένα παιδί να βρίσκεται σε κίνδυνο εμφάνισης ΔΔ ήταν 1.61 περισσότερες φορές για τα κορίτσια απ' ό τι για τα αγόρια. Τούτο μπορεί να συμβαίνει όχι μόνο γιατί τα κορίτσια ηλικιακά εισέρχονται πιο νωρίς στην εφηβεία, αλλά προφανώς και λόγω των κοινωνικών προτύπων για το φύλο, που δημιουργούν το στερεότυπο του λεπτού σώματος και καθοδηγούν τη γυναικεία φιλαρέσκεια. Τα πρότυπα αυτά επιβάλλονται από την αρχή σχεδόν της ζωής ενός παιδιού, με αποτέλεσμα η ενασχόληση με την εξωτερική εμφάνιση και την εικόνα σώματος να ξεκινά από πολύ νωρίς, γι αυτό και υπάρχει τόσο μεγάλη διαφορά στην ικανοποίηση από την εικόνα σώματος, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στο Γυμνάσιο. Στο Λύκειο η διαφορά αυτή εξισορροπείται με τα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών ως προς την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος να είναι παρόμοια γιατί αν και τα κορίτσια συνεχίζουν να δέχονται την κοινωνική πίεση για το «λεπτό ιδανικό σώμα» ωστόσο όλο και περισσότερο αυξάνεται το ποσοστό των ανδρών που είναι δυσαρεστημένοι με την εικόνα του σώματός τους λόγω της εσωτερίκευσης του προτύπου ότι «ωραίος άνδρας είναι ο μυώδης άνδρας» με αποτέλεσμα να επιδίδονται σε ένα κυνήγι μυϊκής υπερτροφίας, γεγονός που συμφωνεί και με άλλες έρευνες (Furnham & Calnan, 1998; Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ερευνητική υπόθεση ότι τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΔΔ από τα αγόρια, συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν και άλλες έρευνες (Caspersen, Perreira, & Curran, 2000; Kimm et al., 2000, Χαρίτου-Φατούρου, 2004).

Από τη διερεύνηση της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης, το φύλο φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κατάταξη των ατόμων στα επίπεδα ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Η πιθανότητα ένα παιδί να είναι κορίτσι ήταν 2.26 περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί ήταν χαμηλά ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο. Η πιθανότητα ένα παιδί να είναι κορίτσι ήταν 1.09 περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί δεν ήταν ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο. Αυτό συμβαίνει γιατί εδώ και αρκετά χρόνια, προβάλλεται από τα ΜΜΕ σαν ιδανικό γυναικείο πρότυπο το μη ρεαλιστικό, πολύ λεπτό ή αδύνατο σώμα. Έτσι, η σύγκριση με ένα τέτοιο πρότυπο θα είναι σχεδόν πάντα αρνητική με αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση των γυναικών και εφήβων κοριτσιών από την εικόνα σώματος. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τη διαπίστωση στην οποία κατέληξαν και άλλες έρευνες όπου κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας και τα κοινωνικά πρότυπα. Οι γυναίκες μαθαίνουν από νωρίς να επενδύουν στη σωματική τους εικόνα ενώ οι άνδρες στην κοινωνική και οικονομική τους θέση (Cohen & Azaiza, 2007; Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean, 2006; Blowers, Loxton, Grady - Flessner, Occhilinti, & Dawe, 2003; Spalding, 1995). Η ικανοποίηση των γυναικών από την εικόνα του σώματός τους βέβαια, δεν επηρεάζεται μόνο από τα φυσικά τους χαρακτηριστικά, αλλά και από τον τρόπο που τις βλέπουν οι *σημαντικοί άλλοι*, όπως γονείς, φίλοι, σύζυγος - σύντροφος, από τη σύγκρισή τους με άλλες γυναίκες στο περιβάλλον που ζουν και τη σύγκρισή τους με τα πολιτιστικά πρότυπα (Θεοδωράκης, 1999). Το επίπεδο της αυτοεκτίμησης και η επίδραση των *σημαντικών άλλων* συντελούν στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ατόμων από το σώμα τους (Thomas, 1989).

Όσον αφορά στην τρίτη ερευνητική υπόθεση, ότι ο κίνδυνος εμφάνισης των ΔΔ επηρεάζεται από το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα σώματος, από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκε πως αν και στα παιδιά με χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος τους, το ποσοστό των παιδιών που είχαν την τάση για ΔΔ ήταν μεγαλύτερο συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες, οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν το επίπεδο σημαντικότητας. Η πιθανότητα ένα παιδί να έχει την τάση για ΔΔ ήταν 1.34 περισσότερες φορές όταν αυτό το παιδί δεν ήταν ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο, ενώ ένα παιδί με χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος του ήταν 2 φορές πιο πιθανό να έχει την τάση για ΔΔ σε σύγκριση με ένα παιδί που ήταν ικανοποιημένο. Το γεγονός ότι στην έρευνα μας

τα χαμηλά σωματικά ικανοποιημένα παιδιά εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν ΔΔ συγκριτικά με τα μη ικανοποιημένα σωματικά μπορεί να συνέβη είτε γιατί το επιθυμητό σώμα απείχε πολύ από το υπάρχον σώμα που δήλωσαν τα μη ικανοποιημένα σωματικά παιδιά, οπότε να μην είχαν κίνητρο κατάκτησης του ιδανικού σώματος, είτε να μην αισθάνονταν την κοινωνική πίεση να αποκτήσουν το ιδανικό λεπτό σώμα και να προβούν σε δίαιτες αδυνατίσματος ώστε να εμφανίσουν πιθανά ΔΔ. Ένα ακόμη αίτιο των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, θα μπορούσε να είναι η ανυπαρξία πίεσης από το οικογενειακό περιβάλλον προς την κατεύθυνση υιοθέτησης του πολιτιστικού ιδανικού του λεπτού σώματος. Τούτο μόνο ως μια εικασία θα μπορούσε να ειπωθεί διότι κατά τη σχεδίαση της έρευνας δεν προβλέφθηκε να γίνει έλεγχος του οικογενειακού προφίλ των συμμετεχόντων. Οι περισσότερες έρευνες, ωστόσο, συμφωνούν με την αρχική μας υπόθεση ότι η πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ ενός ατόμου σχετίζεται θετικά με τη μη σωματική ικανοποίηση (Furnham & Calnan, 1998; Harrison & Cantor, 1997; Kenrick & Gutierrez, 1980; McCreary & Sasse, 2000; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000; Stice, 1994; Tiggemann, & Pickering, 1996).

Το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κατάταξη των ατόμων στα επίπεδα ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος και επιβεβαιώθηκε έτσι η τέταρτη ερευνητική υπόθεση, πως άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση από την εικόνα σώματος. Στατιστικά σημαντικές διαφορές έδειξαν οι συγκρίσεις των ατόμων που ήταν ικανοποιημένα και χαμηλά ικανοποιημένα από την εικόνα του σώματός τους και περιελάμβαναν άτομα με πρόβλημα ψυχικής υγείας. Η πιθανότητα ένας έφηβος να έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας ήταν 2.74 περισσότερες φορές όταν ήταν χαμηλά ικανοποιημένος από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με έναν έφηβο που ήταν ικανοποιημένος, ενώ η πιθανότητα να έχει μικρότερης έκτασης (πιθανό) πρόβλημα ψυχικής υγείας ήταν 2.82 περισσότερες φορές όταν ήταν χαμηλά ικανοποιημένος από την εικόνα του σώματός του σε σύγκριση με έναν έφηβο που ήταν ικανοποιημένος. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέληξαν σε συμπέρασμα όμοιο με παλαιότερες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αιτιολογία των ΔΔ. Άνδρες και γυναίκες που είχαν θετική άποψη για την εικόνα του σώματός τους είχαν και πιο υψηλά επίπεδα αυτοσεβασμού. Φαίνεται ότι υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ αυτοσεβασμού και εικόνας σώματος, στην οποία αποδίδεται το γεγονός ότι τα άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ΔΔ (Mintz & Betz, 1986; Olivardia et al., 2004). Ακόμη, η προβολή του λεπτού μη ρεαλιστικού σώματος ως πολιτιστικό ιδανικό, αυξάνει την πίεση σε άνδρες και γυναίκες

δημιουργώντας την επιθυμία να αγγίξουν το απρόσιτο, πράγμα που αυξάνει το άγχος και την εμφάνιση διαταραχών ψυχικής υγείας. (Hargreaves & Tiggemann, 2004; Pope, et al., 2001).

Η πέμπτη ερευνητική υπόθεση, πως άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος ή στρες) έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΔ, επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την πιθανότητα ΔΔ καθώς από τα άτομα που δεν είχαν πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ, το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό (76.2%) δεν είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας. Η πιθανότητα ένα παιδί χωρίς πρόβλημα ψυχικής υγείας να μην έχει τάση για ΔΔ ήταν 15.2 φορές περισσότερη σε σύγκριση με ένα παιδί που είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας και 4 φορές περισσότερη σε σύγκριση με ένα παιδί με πιθανό πρόβλημα ψυχικής υγείας. Η αρνητική σύγκριση της εικόνας σώματος που κάνει το άτομο με το πολιτιστικό πρότυπο του λεπτού σώματος, συνδέεται με διαταραχές στην εικόνα του σώματος – δυσαρέσκεια για την εξωτερική εμφάνιση και ως εκ τούτου, κίνδυνο για την εμφάνιση των προαναφερόμενων ψυχολογικών διαταραχών (Low et al., 2003; Moyers, 2005; Thompson et al., 2007). Αξιοσημείωτο είναι επίσης και το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε η έρευνα του Vohs και των συνεργατών του (2001) η οποία αφορά στην ερευνητική μας υπόθεση, ότι γυναίκες με ΔΔ που ακολουθούν έναν μη ρεαλιστικό στόχο για την επίτευξη μιας ανέφικτης μορφής σώματος, έχουν ψηλότερα επίπεδα τελειοθρησίας από γυναίκες που δεν έχουν ΔΔ. Η τελειοθρησία ως η επίτευξη μη ρεαλιστικών στόχων, προκαλεί μεγάλη πίεση στο άτομο, άγχος έως και κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση της πιθανότητας εμφάνισης ΔΔ στην Εστία Ελέγχου Υγείας οπότε η έκτη ερευνητική υπόθεση, ότι η τάση για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής επηρεάζει την εστία ελέγχου υγείας δεν επιβεβαιώνεται. Στην παρούσα έρευνα, τα άτομα με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ έχουν μεγαλύτερα σκορ σε όλους τους παράγοντες της Εστίας Ελέγχου Υγείας (Εσωτερικές εστίες ελέγχου υγείας, Ισχυροί άλλοι, Τύχη, Αξία Υγείας), οι διαφορές όμως μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι μικρές. Σε άλλες έρευνες διαπιστώνεται ότι γυναίκες ή και κορίτσια με εξωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας επηρεάζονται πολύ από τις εξωτερικές πηγές πληροφορίας για την εικόνα σώματος, εσωτερικεύουν το πρότυπο σώματος και το συγκρίνουν με το δικό τους με αποτέλεσμα να είναι δυσαρεστημένες με το σώμα τους ή ακόμη η κατοχή εσωτερικών εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας μπορεί να οδηγήσει στη λιγότερη προσοχή του προτύπου του λεπτού σώματος και τη λιγότερη προθυμία ή ακόμη

τη μεγαλύτερη αντίσταση ώστε να εσωτερικευθούν τα μηνύματα αυτά και να γίνει η αρνητική σύγκριση (Fouts, Kimberley, 2002; Harrison & Cantor, 1997; Nagel, & Jones, 1992; Levine, Smolak, & Hayden, 1994; Stice, 1994). Τα αποτελέσματα της έρευνας μας πιθανόν να διαφέρουν από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, είτε γιατί οι μαθητές και περισσότερο οι έφηβοι, δε δίνουν ιδιαίτερη σημασία στους παράγοντες υγείας διότι θεωρούν πως τα θέματα υγείας είναι κάτι που θα τους απασχολήσουν μακροπρόθεσμα και όχι στο άμεσο μέλλον, είτε γιατί στα σχολεία μας δεν υπάρχει εκπαίδευση σε θέματα υγείας παρά μόνο μέσα από την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, τα κορίτσια είχαν περισσότερες πιθανότητες από τα αγόρια να εμφανίσουν ΔΔ στην εφηβεία ή σε νεαρή ενήλικη ζωή. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την τάση εμφάνισης ΔΔ ήταν μεγαλύτερη για το Γυμνάσιο. Στο Λύκειο ενώ το ποσοστό των κοριτσιών με τάση εμφάνισης ΔΔ παραμένει στα ίδια επίπεδα, αυξάνει το ποσοστό των αγοριών με τάση εμφάνισης ΔΔ. Αυτό πιθανά φανερώνει ότι η πιο πρόωμη είσοδος των κοριτσιών στην εφηβεία σχετίζεται και με περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης ΔΔ.

Τα κορίτσια σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά χαμηλής και μη ικανοποίησης από την εικόνα σώματος συγκριτικά με τα αγόρια. Προφανώς τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο συγκριτικά με τα αγόρια από το ιδανικό σώμα που προβάλλεται μέσω των ΜΜΕ με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο δυσαρεστημένα με το σώμα τους.

Στην έρευνα μας τα σωματικά χαμηλά ικανοποιημένα παιδιά εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν ΔΔ συγκριτικά με τα μη ικανοποιημένα. Αυτό πιθανά φανερώνει την τάση των εφήβων να αγγίζουν το τέλειο σώμα, περισσότερο όσων θεωρούν ότι η σωματική τους εικόνα απέχει λίγο από το πολιτιστικό πρότυπο του ιδανικού σώματος συγκριτικά με αυτούς που θεωρούν ότι η σωματική τους εικόνα απέχει πολύ από το ιδανικό σώμα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι έφηβοι με χαμηλή ικανοποίηση από την εικόνα σώματος εμφάνιζαν πιθανό πρόβλημα ή πρόβλημα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους έφηβους που ήταν ικανοποιημένοι με τη σωματική τους εικόνα, σημειώνοντας υψηλότερα ποσοστά άγχους. Αυτό φανερώνει ότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εντύπωση που έχει το άτομο για την εικόνα σώματος του και κατ' επέκταση την ικανοποίηση ή όχι για τη σωματική του εικόνα .

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ακόμη ότι αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ είχαν οι συμμετέχοντες με πιθανό πρόβλημα ή κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Αυτό πιθανά φανερώνει ότι το άγχος για την απόκτηση του ιδανικού σώματος μπορεί να οδηγήσει τους έφηβους σε ακραίες διατροφικές συμπεριφορές και σε ΔΔ.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας φάνηκε όσον αφορά στην τάση για μελλοντική εμφάνιση ΔΔ των εφήβων, ότι για τους έφηβους με πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ

δεν φάνηκε να επηρεάζεται η τάση τους αυτή από κάποια Εστία Ελέγχου Υγείας, δεδομένου ότι τα σκορ τους ήταν υψηλότερα συγκριτικά με τα σκορ των εφήβων που δεν εμφάνισαν την τάση για μελλοντική εμφάνιση ΔΔ, σε όλες τις κατηγορίες Εστιών Ελέγχου Υγείας. Αυτό δείχνει προφανώς, ότι τα θέματα υγείας δε βρίσκονται στο άμεσο ενδιαφέρον των εφήβων.

Μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο να εξετάσουν το βαθμό στον οποίο επηρεάζει το επίπεδο αυτοεκτίμησης του ατόμου, την ικανοποίηση από την εικόνα σώματος, αλλά και την επίδραση των σημαντικών άλλων όπως γονείς, φίλοι, σύζυγος – σύντροφος, στη διαμόρφωση ικανοποίησης από την εικόνα σώματος. Ακόμη προτείνεται έλεγχος του οικογενειακού προφίλ των συμμετεχόντων όπου θα ήταν δυνατή η εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκεί η οικογένεια στον έφηβο/η για απόκτηση ή όχι του ιδανικού σώματος και κατ' επέκταση την τάση εμφάνισης ΔΔ. Θα δινόταν πιθανά η δυνατότητα για εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το ποσοστό που συμβάλλει η οικογένεια στην τάση ανάπτυξης ΔΔ. Έτσι θα μπορούσε ενδεχομένως να σχεδιαστεί από την επιστημονική κοινότητα ένα πρόγραμμα παρέμβασης, που να αφορά στην επανεκπαίδευση σε θέματα διατροφής και συμπεριφορών υγείας της οικογένειας με σκοπό τη μείωση ή την εξάλειψη των πιθανοτήτων εμφάνισης ΔΔ στους εφήβους.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, S.F. (2003). Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: Doctors' dilemmas. *The Medical Journal of Australia*, 178, 607-611.
- Adame, D. D., & Johnson, T. C. (1989). Physical fitness, body image, and locus of control in college freshman men and women. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 400-402.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C.A., Elgar, F.J., Aasvee, T.N., Abdeen, Z., & Ojala, K. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9, 52.
- Biro, F.M., Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L., Padgett, J., & Bean, J.A. (2006). Self-esteem in adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 39, 510-507.
- Blowers, L.C., Loxton, N., J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4, 229-244
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Child Study Center. (2002). Adolescence and body image: What's typical and what's not. *Child Study Center Letter*, 6(4). Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2010 από: <http://www.aboutourkids.org/aboutour/letter/marapr02.pdf>
- Cohen, M., & Azaiza, F. (2007) Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity & Disease*, 17(4), 636-642.
- Collins, J.K., & Plahn, M. R. (1988). Recognition accuracy, stereotypic preference, aversion and subjective judgment of body appearance in adolescents & young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 317-332.

- Caspersen, C., Perreira, M. A., & Curran, K. M. (2000). Changes in physical patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 1601-1609.
- Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.
- Depcik, E., & Williams, L. (2004). Weight training and body satisfaction of body-image-disturbed college women. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16(3), 287-299.
- Douka, A., Grammatopoulou Ei., Skordilis, E., & Koutsoyki, D. (2009). Factor analysis and cut-off score of the 26 -item eating. *Biology of Exercise*, 5(1), 2009.
- Δούκα, Α., & Χρυσάγης, Ν. (2005). Αθλητική δραστηριότητα, ψυχογενής ανορεξία και τα προβαλλόμενα σωματικά πρότυπα. *Πρακτικά 17ου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας*, Μαλακόντα Εύβοιας.
- Downs, D.S., & DiNallo, J.M. & Kirner, T.L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: Prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavior Medicine*, 36, 54-63.
- Egan, J.T., Leonardson, G., Best, L.G., Welty, T., Calhoun, D., & Beals, J. (2009). Multidimensional health locus of control in American Indians: The strong heart study. *Ethnicity & Disease*, 19, 338 – 344.
- Fournier, M.E., Austin, B., Samples, C.L., Goodenow, C.S., Wylie, S.A., & Corliss, H.L. (2009). A comparison of weight-related behaviors among high school students who are homeless and non-homeless . *Journal of School Health*, 79 (10), 466-473.
- Frenkel, E., Kugelmass, S., Nathan, M., & Ingraham, L. J. (1995). Locus of control and mental health in adolescence and adulthood. *Schizophrenia Bulletin*, 21(2), 219-226.
- Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorder Review*, 6, 58-72.

- Fouts, G., & Vaughan, K. (2002). Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females. *Journal of Adolescence*, 25, 307–311.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C., & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38, 327–336.
- Giudice, J. (2006). Body image concerns of the adolescent female and the impact on self-esteem and life satisfaction. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67(2-B), 1181.
- Goldberg, D.P, Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191 - 197.
- Grieve, F. G. (2007). Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63–80.
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation in college females of differing exercise frequency, perceived weight discrepancy, and race. *Journal of Sport Behavior*, 26, 56-62.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. J. (2001). The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people. *Journal of Sports Science*, 19, 711-725.
- Hargreaves, D.A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: “comparing” boys and girls. *Body Image*, 1, 351-361.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40–67.
- Harter, S. (1990). Processes underlying the adolescence self-concept formation. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullota (Eds.) *From childhood to adolescence: A transitional period* (pp. 205-239). Newbery Park, CA: Sage.

- Hausenblas, H.A., & Fallon, E.A. (2006). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 21(1), 33-47.
- Hausenblas, H.A., & Downs, D.S. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(3), 323-339.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 86-108.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological evidence of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Hulley, A., & Hill, A. (2001). Eating disorders and health in elite women distance runners. *The International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 312-317.
- Kenrick, D. T., & Gutierrez, S. E. (1980). Contrast effects and judgments of physical attractiveness: When beauty becomes a social problem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 131-140.
- Kimm, S. Y., Glynn, N. W., Kriska, A. M., Fitzgerald, S. L., Aaron, D. J., Similo, S. L., McMahon, R. P., & Burton, B. A. (2000). Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(8), 1445-1454.
- Kristiina, O., Carine, V., Raili, V., Candace, C., Jari, V., & Jorma, T. (2007). Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 50.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1998). The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. In G. Van Noordenbos and W. Vandereycken (Eds), *The prevention of eating disorders* (pp. 23-56). London: Athlone.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M. P. Levine and R. H. Stiegel-Moore (Eds), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 235-257). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of socio-cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14(4), 471-490.
- Low, K.G., Charanasomboon, S., Brown, C., Hiltunen, G., Long, K., Reinhalter, K., et al. (2003). Internalization of the thin ideal, weight and body image concerns. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(1), 81-89.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1986). Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex Roles*, 15, 185–195.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297–304.
- Moyers, S. R. (2005). Actual and ideal self-discrepancy and body satisfaction. Unpublished master's thesis. *Western Kentucky University, Bowling Green, KY*.
- Μπενέτου Αικ., Κωφού Γ., Ζήση Β., & Θεοδωράκης Γ. (2008). Η σχέση του σωματικού βάρους, του βαθμού ενασχόλησης με την άσκηση και της σωματικής κάθεξης, με την εικόνα του σώματος σε κορίτσια ηλικίας 15-25 ετών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(1), 47 – 55.
- Nagel, K.L., & Jones, K.G. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*, 27(105), 107–113.
- Nowicki, S. and Strickland, B. R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 148–154.
- Nugent, S. A. (2000). Perfectionism: Its manifestations and classroom based interventions. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11, 215–222.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Borowiecki, J. J., III, & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5, 112–120.

- Papacharisis, V. & Goudas, M. (2003). Perceptions about exercise and intrinsic motivation of students attending a health related physical education program. *Perceptual and Motor Skills*, 97, 689-696.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pope, H. G., Jr., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406-409.
- Pope, H. G., Jr., Olivardia, R., Boroweicki, J. J., III & Cohane, G. H. (2001). The growing commercial value of the male body: A longitudinal survey of advertising in women’s magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 189-192.
- Pope, H. G., Jr., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Presnell, K., Bearman, S.K. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Rand, C., & Wright, B. (1999). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *Third Place, Gainesville, FL* 32603.
- Richins, M. L. (1991). Social comparison and the idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research*, 18, 71-83.
- Robinson, R.T. (2003). Clothing behavior, body cathexis, and appearance management of women enrolled in a commercial weight loss program. *Institutional Review Board*, 1-232.
- Rost, W., Neuhaus, M., & Florin, I. (1982). Bulimia nervosa: Sex role attitude, sex role behavior, and sex role related locus of control in bulimarexic women. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(4), 403-408.

- Russell, W.D., & Cox, R.H. (2003). Social physique anxiety, body dissatisfaction, and self-esteem in college females of differing exercise frequency, perceived weight discrepancy, and race. *Journal of Sport Behavior*, 26(3), 297-318.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 227–239.
- Stanford, J. N., & McCabe, M. P. (2005). Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. *Body Image*, 2, 105–113.
- Spalding, A.D. (1995). Racial minorities and other highrisk groups with HIV and AIDS at increased risk for psychological adjustment problems in association with health locus of control orientation. *Social Work in Health Care*, 21, 81–114.
- Stewart, T.M., & Williamson, D.A. (2003). Body positive: A new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Clinical Case Studies*, 2 (2), 154-166.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36, 931–944.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14(7), 633–661.
- Stoutjestic, D., & Jevne, R. (2005) . Eating disorders among high performance athletes. *Journal of youth and Adolescence*, 22(3), 271-282.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.
- Sung, M.H. (2004). Relationship between eating disorders, physical symptoms, depression and health locus of control among elementary school girls in South Korea. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(3), 576-585.

- Tiggemann, M., & Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 199–203.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2002). Correlation between exercise and other health related behaviors in Greek students. *International Journal of Physical Education*, 39, 30-34.
- Θεοδωράκης, Γ. (1999). Σωματική εικόνα, σωματική κάθεξη και ψυχική υγεία. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 1, 91-110.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Άσκηση και κάπνισμα. Μέρος 2ο. Έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό. *Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Thomas, V.E. (1989). Body image satisfaction among black women. *The Journal of Social Psychology*, 129, 107-112.
- Thompson, J.K., Shroff, H., Herbozo, S., Cafri, G., Rodriguez, J., & Rodriguez, M. (2007). Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: A comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 24-29.
- Townsend, M., Kaiser, L. Allen, L. Block, J., & Murphy, S. (2003). Selecting items for a food behavior checklist for a limited-resource audience. *Journal Nutrition Education Behavior*, 35, 69 - 82.
- United States Department of Health & Human Services (USDHHS) (2000). Physical activity and fitness. Retrieved September 12th, 2010, from: from <http://www.health.gov/-/healthypeople/document>.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y. et al. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 476–497.
- Walters, E.E., & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexia like syndromes in a population-based sample. *American Psychiatry*, 152, 64-71.

- Wallston K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monography*, 6(2), 160–170.
- Wallston, K.A., & Wallston, B.S. (1981). Health locus of control scales. In H.M. Lefcourt (Ed.) *Research with the Locus of Control Construct: Assessment Methods* (189-243). New York: Academic Press.
- Wright, D.C., & Bradbard, M.R. (1980). Body build-behavioral stereotypes, selfidentification, preference and aversion in Black preschool children. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 1047–1050.
- Χαριλά, Ντ. (2007). Κρίσεις Υπερφαγίας: Γνωσιακοί μηχανισμοί και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Εγκέφαλος*, 45 (2),
- Χαρίτου-Φατούρου, Μ.(2004). Διαταραχές διατροφής και γυναίκα. *Νέα Υγεία*, 45, 6.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../ 19 (ημέρα/μήνας/έτος)

ΑΝΤΡΑΣ: ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ: ☐

Τάξη _____ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐

Υπολογισμός Δείκτη Μάζας Σώματος

Σωματικό βάρος σε χιλιόγραμμα (kg):.....

Σωματικό ανάστημα σε μέτρα:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Αξιολόγηση διατροφικής συμπεριφοράς

Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή σου, κυκλώνοντας την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθειές σου...

1. Τρως περισσότερα από 1 είδος φρούτων καθημερινά;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
2. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες πορτοκάλι ή ήπιες χυμό πορτοκαλιού;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
3. Τρως περισσότερο από 1 είδος λαχανικών την ημέρα;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
4. Πόσα γεύματα λαχανικών τρως κάθε μέρα;	_____ γεύματα λαχανικών			
5. Τρως 2 ή περισσότερα γεύματα λαχανικών στο κυρίως γεύμα σου;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
6. Τρως φρούτα ή λαχανικά σαν σνακ;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
7. Πόσα γεύματα φρούτων τρως κάθε μέρα;	_____ γεύματα φρούτων			
8. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας έφαγες κάποιο ωμό λαχανικό;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
9. Τρως φαγητά με χαμηλά λιπαρά (diet) αντί για φαγητά με πλήρη λιπαρά;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
10. Πίνεις γάλα καθημερινά;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
11. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, ήπιες γάλα σκέτο ή με δημητριακά;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
12. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες ψάρι;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
13. Τρως την πέτσα του κοτόπουλου;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
14. Συνήθως πόσες φορές την εβδομάδα τρως φαγητό από φαστ φουντ;	_____ φορές			
15. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες αυγά;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
16. Αν τρως αυγά, συνήθως πόσα αυγά περίπου τρως την εβδομάδα;	_____ αυγά			

17. Όταν ψωνίζεις, διαβάζεις πρώτα τις ενδείξεις συσκευασίας των τροφίμων πριν επιλέξεις τι θα αγοράσεις;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
18. Πίνεις συστηματικά αναψυκτικά;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
19. Αγοράζεις ενεργειακά ποτά (π.χ.: Red Bull, Gatorade, κ.λπ.) ή άλλα ροφήματα φρούτων;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
20. Θα περιέγραφες τη διαίτα σου σαν άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια ή φτωχή;	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή
21. Ξεμένεις συχνά από φαγώσιμα στο σπίτι;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
22. Ανησυχείς για το αν θα ξεμείνεις από φαγώσιμα πριν μπορέσεις να αγοράσεις άλλα;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών

Παρακαλώ σημειώστε μία απάντηση για καθεμιά από τις παρακάτω προτάσεις

1. Με τρομοκρατεί η ιδέα του να είμαι υπέρβαρος /η.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

3. Σκέφτομαι το φαγητό.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

4. Έχει συμβεί να τρώω υπερβολικά (ακόμα και όταν δεν πεινάω) σε σημείο που να αισθάνομαι ότι ίσως να μην τα καταφέρω να σταματήσω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

5. Κόβω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

6. Γνωρίζω το περιεχόμενο σε θερμίδες των φαγητών που τρώω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες κ.λ.π.)

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

8. Έχω την αίσθηση ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

9. Κάνω εμετό αφού φάω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

10. Αισθάνομαι τρομερές τύψεις/ενοχές αφού φάω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

11. Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι αδύνατος/η.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

12. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

13. Οι άλλοι γύρω μου πιστεύουν ότι είμαι υπερβολικά αδύνατος/η.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

14. Με απασχολεί η σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

15. Μου χρειάζεται περισσότερος χρόνος, από ότι στους άλλους, να φάω τα γεύματα μου.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

16. Αποφεύγω τα φαγητά που έχουν ζάχαρη.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

17. Τρώω φαγητά διαιτης.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

18. Έχω την αίσθηση ότι το φαγητό εξουσιάζει τη ζωή μου.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

19. Δείχνω αυτό-έλεγχο όσον αφορά το φαγητό.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

20. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

21. Αφιερώνω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

22. Αισθάνομαι δυσάρεστα / στενάχωρα μετά την κατανάλωση γλυκών.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

23. Κάνω δίαιτα.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

24. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

25. Έχω τη διάθεση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

26. Απολαμβάνω να δοκιμάζω καινούρια πλούσια φαγητά.

ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΩΣ	ΠΟΤΕ
-------	---------	-------	------------------	---------	------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης γενικής ψυχικής υγείας

Κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων ...	Πολλές φορές	Συχνά	Όχι πολύ συχνά	Σπάνια
1. Ένιωσες ένταση;	1	2	3	4
2. Είχες προβλήματα με τον ύπνο σου;	1	2	3	4
3. Ήσουν ικανός/η να συγκεντρωθείς σε αυτά που έπρεπε να κάνεις;	1	2	3	4
4. Ένιωσες ότι ήσουν χρήσιμος/η;	1	2	3	4
5. Ήσουν ικανός/η να πάρεις αποφάσεις για διαφορετικά θέματα;	1	2	3	4
6. Ήσουν ικανός/η να εκτιμήσεις ότι εσύ έκανες;	1	2	3	4
7. Ήσουν ικανός/η να αντιμετωπίσεις τα προβλήματά σου;	1	2	3	4
8. Έχεις αισθανθεί ευτυχισμένος/η;	1	2	3	4
9. Έχεις νιώσει ανίκανος/η να αντιμετωπίσεις τα προσωπικά σου προβλήματα;	1	2	3	4
10. Έχεις αισθανθεί δυστυχισμένος/η και απογοητευμένος/η;	1	2	3	4
11. Έχεις χάσει την πίστη σου στον εαυτό σου;	1	2	3	4
12. Έχεις νιώσει ανάξιος/α;	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

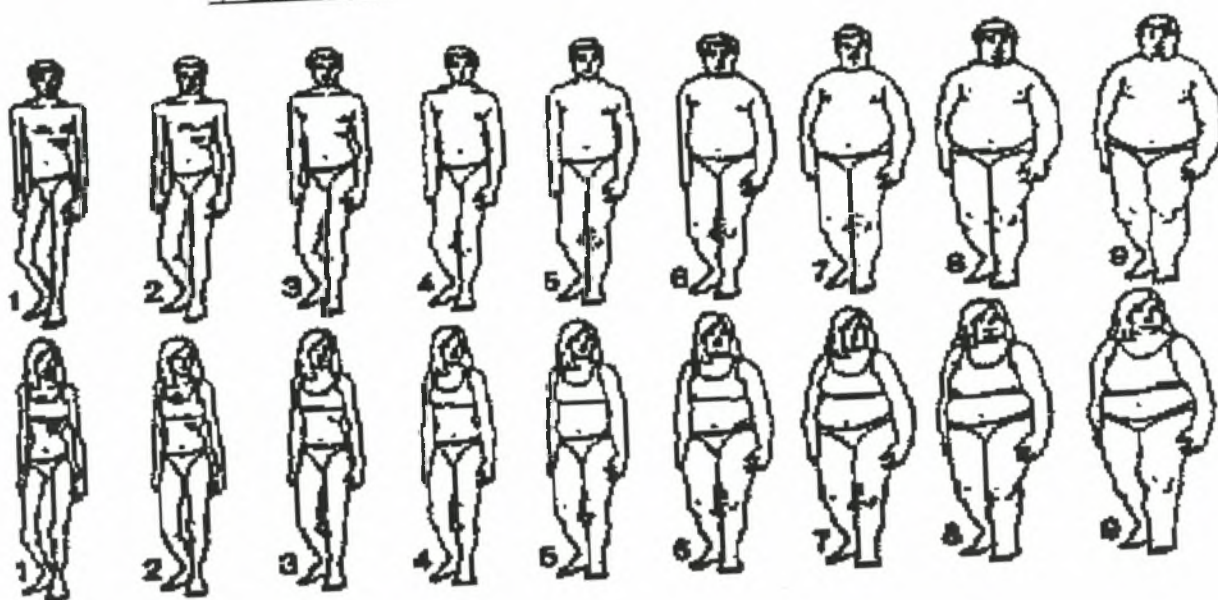
Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας

Διάβασε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και...	...κύκλωσε μία από τις παρακάτω απαντήσεις αυτή που σε εκφράζει καλύτερα					
1. Ελέγχω την υγεία μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
2. Η υγεία μου επηρεάζεται κυρίως από το τι κάνω εγώ για τον εαυτό μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
3. Αν προσέχω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω ασθένειες.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
4. Αν κάνω τις σωστές επιλογές, μπορώ να παραμείνω υγιής.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
5. Η τακτική επαφή με το γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω ασθένειες.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
6. Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, πρέπει να συμβουλευόμαι έναν επαγγελματία με ιατρική εκπαίδευση.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
7. Επαγγελματίες του χώρου υγείας ελέγχουν την υγεία μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
8. Σχετικά με την υγεία μου, μπορώ να κάνω μόνο ό τι μου λέει ο γιατρός μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
9. Ότι και να κάνω, αν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
10. Η καλή υγεία μου οφείλεται κατά κύριο λόγο στην καλή μου τύχη.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
11. Ότι και να κάνω, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσω.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
12. Αν είναι γραφτό, θα παραμένω υγιής.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
13. Αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτα.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
14. Υπάρχουν πολλά πράγματα που με νοιάζουν περισσότερο από την υγεία μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
15. Η καλή υγεία είναι από τα μικρότερης σημασίας για μια ευτυχισμένη ζωή.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
16. Δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό από την υγεία.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

Κλίμακα αξιολόγησης της εικόνας σώματος

Παρατήρησε προσεκτικά το παρακάτω σκίτσο. Η κλίμακα αποτελείται από 9 διαφορετικά σκίτσα που απεικονίζουν ανδρικό και γυναικείο σώμα, που απευθύνονται σε έφηβα αγόρια και κορίτσια αντίστοιχα, και κατόπιν απάντησε στις εξής ερωτήσεις:

YOUNG ADULTS (AGES 16 TO 25)

- α) ποιο σώμα – σκίτσο θεωρείς ότι αντιπροσωπεύει το σώμα σου;.....
- β) ποιο σκίτσο πιστεύεις ότι αντιπροσωπεύει το ιδανικό σώμα;.....
- γ) ποιο σκίτσο αντιπροσωπεύει το σώμα που θα ήθελες να έχεις;.....