



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
“ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ”

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας, Εικόνας Σώματος και Ψυχικής Υγείας, σε φοιτητές της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας”

Τσιανάκα Άννα

(Α.Μ: 01269)

Διατροφολόγος Α.Τ.Ε.Ι.Θ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ευάγγελος Φραδέλος

Παπαθανασίου Ιωάννα

Μάλλη Φωτεινή

Επιβλέπων Καθηγητής

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
“ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ”

“The investigation of the correlation between Orthorexia Nervosa, body image and mental health, amongst Nursing Students of the University of Thessaly, Greece”

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες (5)

Περίληψη (6-8)

Abstract (8-9)

Εισαγωγή (9-11)

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1: Νευρική Ορθορεξία

1.1 Η έννοια της Νευρικής Ορθορεξίας (11-13)

1.2 Δυτικός πολιτισμός και Νευρική Ορθορεξία. (13-15)

1.3 Ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας (15-17)

1.4 Παθοφυσιολογία της Νευρικής Ορθορεξίας και η πιθανή αμφίδρομη σχέση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και Ενδοκρινικού συστήματος (17-19)

1.5 Τα χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας σύμφωνα με πρόσφατες ποιοτικές μελέτες (19-22)

1.6 Διαγνωστικά κριτήρια της Νευρικής Ορθορεξίας (Orthorexia Nervosa or ON) (22)

1.6.1 Διαγνωστικά Κριτήρια από τον Setnick, 2013 (22-23)

1.6.2 Διαγνωστικά Κριτήρια από Moroze et al, 2014 (23-24)

1.6.3 Διαγνωστικά Κριτήρια από Barthels et al, 2015 (24-25)

1.6.4 Διαγνωστικά Κριτήρια από τους Dunn and Bratman, 2016 (25)

1.6.5 Διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρική Ορθορεξία, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες (25-26)

1.7 Προτεινόμενο Ψυχοκοινωνικό μοντέλο για τη Νευρική Ορθορεξία από Sarah E. McComb , Jennifer S. Mills, 2019. (26-27)

1.8 Η οδός ανάπτυξης της Νευρικής Ορθορεξίας, οι βασικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης αυτής και η κατάταξη των συμπτωμάτων της, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρωτότυπης μελέτης σε Ολλανδούς επαγγελματίες υγείας, το 2021 (27-30)

1.9 Παράγοντες κινδύνου ή προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας (ON), σύμφωνα με τα πιο έγκυρα ερευνητικά δεδομένα (30-31)

1.9.1 Δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με έρευνες:

1.9.1.1 Ηλικία (31)

1.9.1.2 Φύλο (31-32)

1.9.1.3 Οικογενειακό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και επίπεδο σπουδών (32)

1.9.2 Παράγοντες κινδύνου που αφορούν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (32-34)

1.9.3 Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες κινδύνου (34-36)

1.9.4 Διατροφικοί παράγοντες κινδύνου (36-38)

1.9.5 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εικόνα σώματος (39-41)

1.9.6 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index or BMI) (41)

1.9.7 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση (41-42)

1.9.8 Η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας (42-43)

1.9.9 Επαγγέλματα και σπουδές σε τομείς της υγείας, ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας (43-44)

1.9.10 Η χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών και του καπνίσματος, ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας (44)

1.10 Εργαλεία αξιολόγησης/ανίχνευσης της Νευρικής Ορθορεξίας (44-45)

1.10.1 Orthorexia self-test (BOT) (45-46)

1.10.2 ORTO-15 (46-49)

1.10.3 Το Ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Συνηθειών (Eating Habits Questionnaire or EHQ) (49-50)

1.10.4 Dusseldorf Orthorexia Scale (DOS) (50-51)

1.10.5 Barcelona Orthorexia Scale (BOS) (51-52)

1.10.6 Teruel Orthorexia Scale (TOS) (52)

1.11 Επιπτώσεις της Νευρικής Ορθορεξίας στην υγεία (52-53)

1.12 Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Νευρικής Ορθορεξίας (53-55)

Κεφάλαιο 2: Εικόνα σώματος και Νευρική Ορθορεξία

2.1 Η έννοια της εικόνας σώματος (55-57)

2.2 Κλίμακα σωματικής εκτίμησης BAS (Body Appreciation Scale) (57-58)

Κεφάλαιο 3: Ψυχική υγεία και Νευρική Ορθορεξία

3.1 Η Νευρική Ορθορεξία και η σχέση της με τις ψυχικές διαταραχές (58-60)

3.1.1 Ομοιότητες και διαφορές της Νευρικής Ορθορεξίας με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (60-62)

3.1.2 Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας (Orthorexia Nervosa) και των Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorders or ED) (63-66)

3.1.3 Ομοιότητες και διαφορές της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) με άλλες διαταραχές (66-68)

3.2 Αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και η κλίμακα SCL-90R (68-70)

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 4:

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα (70)

4.2 Υλικό και μέθοδος

4.2.1 Σχεδιασμός μελέτης (70)

4.2.2 Πληθυσμός και δείγμα (70)

4.2.3 Οργάνωση, συλλογή δεδομένων και δεοντολογία (71)

4.2.4 Εργαλεία μέτρησης (71-72)

4.2.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων (72)

Κεφάλαιο 5:

5.1 Αποτελέσματα: Περιγραφική ανάλυση

5.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά δείγματος (72-77)

5.1.2 Κλίμακα Νευρικής Ορθορεξίας GREEK ORTO-15 (77-78)

5.1.3 Κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς της

ψυχοπαθολογίας “SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised)” (78-79)

5.1.4 Κλίμακα εκτίμησης θετικής εικόνας σώματος BSA (Body Scale Appreciation) (79-80)

5.2 Επαγωγική ανάλυση

5.2.1 Σχέση Ψυχικής Υγείας και Νευρικής Ορθορεξίας (80)

5.2.2 Σχέση Εικόνας Σώματος και Νευρικής Ορθορεξίας (n=261) (80-81)

5.2.3 Η σχέση των Ατομικών Χαρακτηριστικών Α' του δείγματος, με τη κλίμακα ORTO-15 για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορεξίας (n=261) (81-82)

5.2.4 Η σχέση των Ατομικών Χαρακτηριστικών Β' του δείγματος, με τη κλίμακα ORTO-15 για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορεξίας (n=261) (82-83)

5.2.5 Συσχέτιση Ατομικών Χαρακτηριστικών (Α) με το σκορ της κλίμακας SCL-90-R για τη ψυχική υγεία (n=261) (83-87)

5.2.6 Συσχέτιση Ατομικών Χαρακτηριστικών Β' με το σκορ της κλίμακας SCL-90-R για τη ψυχική υγεία (n=261) (87-97)

5.2.7 Συσχέτιση Ατομικών χαρακτηριστικών Α' με το σκορ της κλίμακας Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) (97-98)

5.2.8 Συσχέτιση Ατομικών χαρακτηριστικών Β', με το σκορ της κλίμακας Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) (98-99)

Κεφάλαιο 6:

6.1 Συζήτηση (99-101)

6.2 Περιγραφική Ανάλυση Ατομικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος (101-102)

6.3 Κλίμακα Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15) (102-103)

6.4 Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SCL-90-R) (103-105)

6.5 Κλίμακα Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) (105-106)

6.6 Σχέση Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15) και Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) (106)

6.7 Σχέση Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15) και Ψυχικής Υγείας (SCL-90-R) (106)

6.8 Συμπεράσματα (106-109)

Βιβλιογραφία (109-116)

Παραρτήματα

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγια (116-125)

Παράρτημα 2: Άδεια διενέργειας της έρευνας (125)

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη φίλη μου Δήμητρα και την εξαδέλφη μου Δήμητρα, γιατί χωρίς εκείνες, η συμμετοχή μου σε αυτό το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, θα ήταν αδύνατη. Επίσης οφείλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ευάγγελο Φραδέλο, για τη βοήθεια του.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο όρος Νευρική Ορθορεξία (Orthorexia Nervosa or ON) δημιουργήθηκε για να περιγράψει αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά ενός ατόμου, σε σχέση με την υγιεινή διατροφή και συγκεντρώνει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον από την επιστημονική κοινότητα, αλλά προς το παρόν δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός αυτής γιατί τα διαγνωστικά κριτήρια βρίσκονται υπό διαπραγμάτευση και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη βιβλιογραφία παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ως προς την ακρίβεια των υπολογισμών τους (**Argentis 2020**). Η Νευρική Ορθορεξία πιθανότατα εμφανίζει κοινά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά με τις Διατροφικές Διαταραχές (Eating Disorders or ED) και την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive-Compulsive Disorder or OCD) (**Koven & Abry, 2015**). Η Νευρική Ορθορεξία αποτελεί ουσιαστικά μια εμμονή σχετικά με τη κατανάλωση υγιεινής και αγνής («καθαρής») τροφής (**Koven & Abry, 2015; Scarff, 2017**). Αυτό δυνητικά μπορεί να μετατραπεί σε μια διαταραχή με επιπτώσεις όπως οι διατροφικοί περιορισμοί, οι ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με τον υποσιτισμό, οι συναισθηματικές μεταβολές, η κοινωνική απόσυρση και γενικότερα η κακή ποιότητα ζωής (**Scarff, 2017**).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας περιγραφικής μελέτης συσχέτισης, συγχρονικού τύπου (Cross sectional study) ή χρονικής στιγμής μελέτης, ήταν η διερεύνηση της σχέσης της Νευρικής Ορθορεξίας με την Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία σε δείγμα φοιτητών της Νοσηλευτικής σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε το ποσοστό εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας στο δείγμα των φοιτητών, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας των φοιτητών, αξιολογήθηκε η Εικόνα Σώματος των φοιτητών και η σχέση της με τη Νευρική Ορθορεξία και τέλος υπολογίστηκε εάν τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών επηρεάζουν τη Νευρική Ορθορεξία, την Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από συνολικά n=261 φοιτητές της Νοσηλευτικής. Το 80,1% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 19,9% ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 20,9 έτη. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Δειγματοληψίας Ευκολίας (Convenience Sampling). Τα δεδομένα του δείγματος συλλέχθηκαν με ένα ανώνυμο πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από 4 μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τη καταγραφή των ατομικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την άθληση, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Το δεύτερο μέρος αφορούσε τη συμπλήρωση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου ORTO-15, όπως έχει σταθμιστεί από τους Γονιδάκη, Πουλοπούλου, Μιχόπουλο και Βάρσου (2021), για την εκτίμηση της ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας. Το τρίτο μέρος αφορούσε την αξιολόγηση της θετικής εικόνας σώματος με τη χρήση της Κλίμακας Εκτίμησης Σώματος “ Body Appreciation Scale (BAS)” των **Laura Avalos, Tracy L. Tylka, Nichole Wood-Barcalow (2005)**, η προσαρμογή της οποίας στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε το 2016, από τους **George Alexias, Constantinos Togas, & Robert Mellon**. Το τέταρτο και τελευταίο μέρος αφορούσε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised), το οποίο παρέχει μια

σφαιρική εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο της Νευρικής Ορθορεξίας των φοιτητών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ήταν αρκετά υψηλό και ανερχόταν στο 38,3% με επιλογή cut-off score 35, καθώς αυτό το όριο συνήθως επιλέγεται από τις πιο έγκυρες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, που χρησιμοποίησαν το ORTO-15 (**Ramacciotti et al. 2011, Missbach et al. 2015, Varga et al. 2014, Reynolds 2018**). Συσχέτιση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας δεν προκύπτει στο δείγμα των φοιτητών, καθώς $p > 0,05$. Προκύπτει όμως θετική συσχέτιση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Θετικής Εικόνας Σώματος, εφόσον $p = 0,008$ ($< 0,05$). Μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των Ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος: Φύλο, Ηλικία, Εργασία παράλληλα με τις σπουδές, Κάπνισμα, Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), Έτος Σπουδών, Συχνότητα Άσκησης, Συχνότητα Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και Ενδιαφέρον για Likes, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση. Μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και της κλίμακας αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς $p = 0,000$. Στατιστικά σημαντική διαφορά επίσης προκύπτει μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και της κλίμακας αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), καθώς $p = 0,011$. Τέλος, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και της Κλίμακας αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), καθώς $p = 0,033$. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Θετικής Εικόνας Σώματος και των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εργασία παράλληλα με σπουδές και το κάπνισμα, καθώς $p > 0,05$. Από τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το Φύλο επηρεάζει τις υποκλίμακες Σωματοποίηση ($p = 0,007$), Φοβικό Άγχος ($p = 0,008$) και το Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων ($p = 0,024$) της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία. Η Ηλικία επηρεάζει την υποκλίμακα της SCL-90-R, Φοβικό άγχος ($p = 0,023$), η Εργασία παράλληλα με τις σπουδές επηρεάζει την υποκλίμακα της Επιθετικότητας ($p = 0,009$), το Κάπνισμα επηρεάζει όλες τις υποκλίμακες της SCL-90-R ($p < 0,05$), εκτός του Φοβικού Άγχους με $p = 0,052$ ($p > 0,05$) και το Έτος σπουδών επηρεάζει δύο υποκλίμακες της SCL-90-R, την Επιθετικότητα ($p = 0,006$) και το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ($p = 0,025$). Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των φοιτητών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της Ψυχικής υγείας δεν προέκυψε, καθώς $p > 0,05$. Στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει όμως μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και των υποκλιμάκων Σωματοποίηση ($p = 0,003$) και Άγχος ($p = 0,007$). Επίσης προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Συχνότητα Χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και των υποκλιμάκων Άγχος με $p = 0,050$ και Φοβικό Άγχος με $p = 0,039$. Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του Ενδιαφέροντος για τα Likes που επιδεικνύουν οι φοιτητές και των υποκλιμάκων της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική υγεία δεν προέκυψε, καθώς $p > 0,05$.

Συμπεράσματα: Κανένα από τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Δεν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας στο δείγμα των φοιτητών, καθώς $p > 0,05$. Τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη Θετική Εικόνα Σώματος, βρέθηκε πως ήταν ο μειωμένος Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), η μειωμένη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και η αυξημένη Συχνότητα της Άσκησης. Τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη Ψυχική Υγεία είναι το Φύλο, το Κάπνισμα, η Συχνότητα Άσκησης και η Συχνότητα Χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης. Σε μικρότερο

βαθμό η Ψυχική Υγεία φαίνεται να επηρεάζεται από την Ηλικία και το Έτος σπουδών. Τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος που επηρεάζουν αρνητικά, ταυτόχρονα τη Θετική Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία, είναι η μειωμένη Συχνότητα της Άσκησης και η αυξημένη Συχνότητα Χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ).

Abstract

Purpose: The term Orthorexia Nervosa (ON) was created in order to describe the changes of a person's thoughts and behavior in relation to healthy nutrition. Officially, there is no scientifically acceptable definition of Orthorexia Nervosa. Over the past decade, the scientific community has showed an increased interest in order to clarify the definition, the diagnostic criteria and the appropriate screening tools for Orthorexia Nervosa. Orthorexia Nervosa shares common psychopathological characteristics with Eating Disorders or ED and Obsessive-Compulsive Disorder or OCD, so it is not clear if is an entirely different eating disorder or the result of an existing one. Orthorexia Nervosa can turn out to be a disorder with many complications such as nutritional deficiencies, medical conditions that relate to malnutrition, emotional imbalance, social isolation and bad quality of life in general (Scarff, 2017). The aim of this cross-sectional study was the investigation of the correlation between Orthorexia Nervosa, Body Image and Mental Health, amongst Nursing Students of the University of Thessaly in Greece.

Methods: The sample of the study included a total of 261 Nursing students (n=261). 80,1% of the participants were women and rest 19,9% were men. The average age of the participants was 20,9 έτη. Convenience Sampling was used for this study. Data were collected with the use of an anonymous self-administered questionnaire which was consisted of four parts. The first part included questions about the personal features of every participant, such as age, sex, family status, socioeconomic status, sexual preferences, exercise, interest in social media. The second part was the completion of the Greek version of the ORTO-15 questionnaire. The third part of the study's questionnaire was the evaluation of the positive Body Image by filling in the Greek version of the Body Appreciation Scale (BAS). The fourth and last part of this study's questionnaire was the completion of the SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised), which is a general psychopathology tool.

Results: Orthorexia Nervosa in the sample of this study was detected at a rate of 38,3% with a cut-off score 35, which is recommended by the most accurate studies using ORTO-15, in the international bibliography (**Ramacciotti et al. 2011, Missbach et al. 2015, Varga et al. 2014, Reynolds 2018**). No significant statistical correlation was found between Orthorexia Nervosa and Mental Health ($p > 0,05$). No significant statistical correlation was found between Orthorexia Nervosa and the individual characteristics of the sample such as sex, age, working alongside studies, smoking, B.M.I (Body Mass Index), college year, exercise frequency, use of social media frequency and interest in assessing likes on social media. On the other hand, a significant statistical correlation was found between Orthorexia Nervosa and Positive Body Image (BAS), ($p=0,008$). Significant statistical correlation was also found between Positive Body Image (BAS) and B.M.I (Body Mass Index), ($p=0,000$), between Positive Body Image (BAS) and Exercise Frequency, ($p=0,011$). Between Positive

Body Image (BAS) and the use of social media, καθώς $p=0,033$. No statistical correlation was found between Positive Body Image and the individual characteristics of the sample, such as sex, age, work while studying and smoking ($p>0,05$). Among the individual characteristics of the sample, Gender influences the subscales Somatization ($p=0.007$), Fear Anxiety ($p=0.008$) and Total Positive Symptoms ($p=0.024$) of the SCL-90-R Mental Health Scale. Age affects the SCL-90-R subscale, Phobic Anxiety ($p=0.023$), Working alongside studies affects the Aggression subscale ($p=0.009$), Smoking affects all SCL-90-R subscales ($p<0, 05$), except for Phobic Anxiety with $p=0.052$ ($p>0.05$) and Year of study affects two subscales of the SCL-90-R, Aggression ($p=0.006$) and Total Positive Symptoms ($p=0.025$). No statistically significant difference was found between students' Body Mass Index (BMI) and the subscales of the SCL-90 Questionnaire ($p>0.05$). However, a statistically significant difference emerges between the Frequency of Exercise and the subscales Somatization ($p=0.003$) and Anxiety ($p=0.007$). A statistically significant difference also emerges between the Frequency of Social Media Use and the subscales Anxiety ($p=0.050$) and Phobic Anxiety ($p=0.039$). No statistically significant difference was found between Interest in Likes displayed by the students and the subscales of the SCL-90-R Mental Health Scale ($p>0.05$).

Conclusions: None of the individual characteristics of the sample was found to correlate with Orthorexia Nervosa. There is also no correlation between Orthorexia Nervosa and the students' Mental ($p>0.05$). The individual characteristics of the sample which affect the Positive Body Image are found to be an increased B.M.I (Body Mass Index), an increased use of social media and an increased Exercise frequency. The individual characteristics of the sample which affect students' Mental Health are those of Sex, Smoking, Exercise frequency and the frequent use of social media. Additionally, there was found a low impact on Mental Health caused by Age and the college year. As far as it concerns the negative effects on both Positive Body Image and Mental Health, it was found, that low Exercise frequency and frequent use of social media were to blame.

Εισαγωγή

Η υγιεινή διατροφή αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα απέναντι σε πολλές ασθένειες, κυρίως μη μεταδοτικές (**World Health Organization, 2020**). Για αυτό το λόγο, τη τελευταία δεκαετία, οι κυβερνήσεις πολλών κρατών, ένωσαν τις δυνάμεις τους σε μια προσπάθεια να ενισχύσουν την υγιεινή διατροφική συμπεριφορά (**Barnhill et al., 2014**). Η προώθηση της υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς σε παγκόσμιο επίπεδο, είχε ως συνέπεια η υγιεινή διατροφή να αποτελέσει κοινωνικό ρεύμα (**McCartney, 2016**). Σύμφωνα με το Google Trends, ο αριθμός των αναζητήσεων για τον όρο “πώς να τρώτε υγιεινά”, σχεδόν τριπλασιάστηκε τα τελευταία δεκαέξι χρόνια (**Google, 2018**).

Αν και η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς έχει θετικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο, όπως είναι η καταπολέμηση της παχυσαρκίας (**Shugart, 2016**), μπορεί ωστόσο να δημιουργήσει και προβλήματα, όταν οι αντιλήψεις που σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή ρέπουν στην υπερβολή. Μία από τις πιθανές επιπτώσεις της αύξησης της δημοτικότητας της τάσης για υγιεινή διατροφή, σε διάφορους πληθυσμούς, είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης μιας προβληματικής ενασχόλησης που αφορά στη ποιότητα της τροφής (**McCartney,**

2016).

Τα τελευταία χρόνια, αυξημένο είναι το ενδιαφέρον για μία νέα διατροφική τάση, τη Νευρική Ορθορεξία (Orthorexia Nervosa or ON) (**Dunn and Bratman, 2016**). Έρευνες έχουν ορίσει την Νευρική Ορθορεξία ως μια παθολογική εμμονή με την αποκλειστική κατανάλωση τροφίμων που θεωρούνται υγιεινά και αγνά. Όσοι ακολουθούν μια τέτοιου είδους δίαιτα, αποφεύγουν τη κατανάλωση τροφών που πιθανότατα περιέχουν συντηρητικά, εντομοκτόνα ή παρασιτοκτόνα. Επίσης, πολλές φορές μπορεί να αποκλείονται από τη διατροφή ολόκληρες ομάδες τροφίμων που δεν θεωρούνται “καθαρά”. **Koven and Abry, 2015; Dell’Osso et al., 2016a; Barnes and Caltabiano, 2017**).

Αυτή τη στιγμή η Νευρική Ορθορεξία δεν συμπεριλαμβάνεται ως διαταραχή στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ή DSM-V) καθώς δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια (**Allison & Lundgren, 2016**). Ωστόσο, ανεξάρτητα από τον επίσημο ορισμό της Νευρικής Ορθορεξίας, φαίνεται πως αποτελεί ένα σχετικά διαδεδομένο φαινόμενο στις χώρες του Δυτικού κόσμου (**Clifford & Blyth, 2019; Grammatikopoulou et al., 2018; Lopes et al., 2018; Reynolds, 2018**) και έχει επίσης αναγνωριστεί η ύπαρξή της από επαγγελματίες υγείας (**Syurina et al., 2018; Vandereycken, 2011**), παρόλο που ο επιπολασμός της συχνά έχει υπολογιστεί με τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων χαμηλής ακρίβειας (**Valente et al., 2019**). Η έρευνα που αφορά στην Νευρική Ορθορεξία μέχρι στιγμής, δεν έχει συνοχή και εστιάζει περισσότερο στα διαγνωστικά κριτήρια, στα διαγνωστικά εργαλεία και στον γενικό επιπολασμό του διατροφικού μοτίβου συμπεριφοράς (**Barthels et al., 2015; Brytek-Matera, 2012; Dunn & Bratman, 2016; Moroze et al., 2015**).

Παρόλο που έχουν προταθεί διάφορα διαγνωστικά κριτήρια από διαφορετικούς συγγραφείς (**Cena et al., 2019; Dunn & Bratman, 2016; Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager, & Weintraub, 2015**), οι ορισμοί για τη Νευρική Ορθορεξία έως τώρα, συμφωνούν στην εξής περιγραφή: Η Νευρική Ορθορεξία είναι μια εμμονική προσήλωση στην κατανάλωση τροφών που θεωρούνται υγιεινές ή αγνές, μαζί με τη συνύπαρξη ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς και υπερβολικής ενασχόλησης με τη τροφή. Το άτομο βιώνει συναισθηματικό στρες που σχετίζεται με το ανθυγιεινό φαγητό αλλά και με τις επιδράσεις αυτού στο σώμα και τη συνολική υγεία. Επιπλέον, η ανάγκη για υπερβολική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή μπορεί να επιφέρει κοινωνικές, σωματικές, συναισθηματικές και οικονομικές επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει από Νευρική Ορθορεξία. Θα πρέπει να γίνεται διάκριση της εξαιρετικά υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς από τη Νευρική Ορθορεξία, μία κατάσταση που αποτελεί κλινικά, ένα σημαντικό πρόβλημα.

Συνολικά, η κατανόηση της Νευρικής Ορθορεξίας ως έννοιας, αποτελεί μία πρόκληση. Η έλλειψη μιας ξεχωριστής διαγνωστικής κατηγορίας για τη Νευρική Ορθορεξία στο DSM-5 και τα αντικρουόμενα διαγνωστικά κριτήρια, έχουν αφήσει τους ερευνητές να προσπαθούν να κατανοήσουν και να συμφωνήσουν σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της (**Bauer, Fust'e, Andr'es, & Saldana, 2018**). Για παράδειγμα, οι **Gleaves, Graham και Ambwani (2013)** αναρωτιούνται: "Υπάρχει καν η Νευρική Ορθορεξία με τον τρόπο που ορίζεται;", ενώ ο **Bratman (2016)** προβληματίζεται για το ρόλο της άσκησης και της επιθυμίας του ατόμου να είναι "σε φόρμα" και τη σχέση αυτού με τη Νευρική Ορθορεξία. Βασικό ερώτημα αποτελεί το αν η Νευρική Ορθορεξία αξίζει να αναγνωριστεί ως ξεχωριστή διαταραχή ή αν αποτελεί παραλλαγή άλλων διατροφικών διαταραχών που απαριθμούνται στο DSM-V. Κάτι τέτοιο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη

σημαντική ρευστότητα μεταξύ της διάγνωσης των Διατροφικών Διαταραχών και την επικάλυψή τους με άλλες διαταραχές, όπως οι αγχώδεις και οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές (Dell'Osso et al., 2016).

Είναι επιτακτική επομένως, η ανάγκη για περισσότερες μελέτες που να προσδιορίζουν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της Νευρικής Ορθορεξίας με σκοπό την ανάδειξη των ομάδων υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη αυτής (MacComb & Mills, 2019). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται πως η τελειομανία, τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, η ψυχική καταπόνηση, το ιστορικό διατροφικής διαταραχής, η κακή εικόνα σώματος, η δίαιτα και η επιθυμία για το αδύνατο βάρος σώματος αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ), η άσκηση, η επαγγελματική ενασχόληση στον τομέα της υγείας, η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και η δυσαρέσκεια με το σώμα, φαίνεται να παρουσιάζουν μικτά αποτελέσματα όσον αφορά τη σχέση τους με τη Νευρική Ορθορεξία, δίνοντας το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα (Barnes & Catalabiano, 2017; MacComb and Mills, 2019; Turner and Lefevre, 2017).

Σκοπός της παρούσης ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της σχέσης της Νευρικής Ορθορεξίας με τη Θετική Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία. Επιπρόσθετα διερευνάται η σχέση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος όπως το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, οι σπουδές, αλλά και η σχέση της Νευρικής Ορθορεξίας με τη Συχνότητα της Άσκησης και τη χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ), όπως είναι το Instagram και το Facebook.

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1: Νευρική Ορθορεξία

1.1 Η έννοια της Νευρικής Ορθορεξίας.

Η περιγραφή της Νευρικής Ορθορεξίας (Orthorexia Nervosa ή αλλιώς εν συντομία ON), πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ιατρό Bratman το 1997, σε άρθρο του στο περιοδικό Yoga Journal. Ο Bratman για να περιγράψει ότι εκείνος αντιλήφθηκε ως παθολογική εμμονή με την υγιεινή διατροφή, επινόησε τον όρο “Νευρική Ορθορεξία”, από τις ελληνικές λέξεις “ορθό” που σημαίνει σωστό και “όρεξη”. Αργότερα, το 2000, εκδόθηκε βιβλίο που περιείχε περισσότερες λεπτομέρειες για τη Νευρική Ορθορεξία, με τίτλο “Health food junkies” από τους **Bratman & Knight**. Εκτός από μια κριτική στο βιβλίο αυτό, η οποία δημοσιεύτηκε στο Περιοδικό της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (JAMA), **Fugh-Berman, 2001** και γίνεται πρόταση να συμπεριληφθεί ο όρος Νευρική Ορθορεξία στο “ιατρικό λεξικό”, το πρώτο άρθρο που δημοσιεύθηκε σε ακαδημαϊκό περιοδικό και περιέγραφε τη Νευρική Ορθορεξία ως μια “μανιακή εμμονή” για την επίδιωξη υγιεινής διατροφής, ήταν μια έρευνα Ιταλών επιστημόνων το 2004 (**Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2004**). Η μελέτη αυτή ήταν μια μελέτη ορόσημο για τη μετάβαση της έννοιας της Νευρικής Ορθορεξίας από έναν απλό συλλογισμό, σε μια ιδέα άξια επιστημονικής διερεύνησης. Είναι σημαντικό η Νευρική Ορθορεξία (Orthorexia Nervosa) να διαφοροποιηθεί από την υγιή Ορθορεξία (Healthy Orthorexia), η οποία αποτελεί ένα “υγιές ενδιαφέρον για τη διατροφή και γενικά μια υγιεινή διατροφική συμπεριφορά που είναι μέρος της ταυτότητας κάθε ατόμου.

Η προσοχή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) γύρω από το φαινόμενο της Νευρικής Ορθορεξίας

προηγήθηκε της προσοχής των σημαντικών ακαδημαϊκών μελετών. Οι **Håman, Barker-Ruchti, Patriksson, and Lindgren (2016)** αφιέρωσαν ολόκληρη έρευνα για να μελετήσουν το τρόπο με τον οποίο η Νευρική Ορθορεξία παρουσιάζεται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μετά την σύλληψη της έννοιας από τον Bratman, το 1997. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται πως η δημοσιότητα της Νευρικής Ορθορεξίας στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης σχετίζεται με τις διατροφικές επιλογές και τον επιθετικό υγιεινό τρόπο ζωής και αποτελεί μια αποκρυστάλλωση των αντιλήψεων που αφορούν τις ιδεολογίες περί “υγιεινού” και της ατομικής ευθύνης ως το μοναδικό ρυθμιστικό παράγοντα της προσωπικής υγείας και ευεξίας (**Håman et al., 2016**).

Τα κύρια χαρακτηριστικά του φαινομένου της Νευρικής Ορθορεξίας είναι: Σκέψεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή και προετοιμασία φαγητού που απαιτούν υπερβολική δαπάνη χρόνου, αίσθημα ανωτερότητας απέναντι σε όσους έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες και αυστηρή τήρηση συγκεκριμένου “υγιεινού” διαιτολογίου. Σε περίπτωση που το άτομο παραβεί τους κανόνες της υγιεινής διατροφής που έθεσε το ίδιο για τον εαυτό του, τότε ως αντιστάθμισμα υιοθετεί αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς. Παρατηρείται επομένως, συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τη συμμόρφωση του ατόμου στη δίαιτα του και ο “σωστός” τρόπος διατροφής γίνεται το επίκεντρο της ζωής του (**Bratman, 1997; Brytek-Matera et al., 2015; Gleaves et al., 2013**).

Η Νευρική Ορθορεξία (ON) ορίστηκε σε διαφορετικές έρευνες με τρεις ή τέσσερις περιγραφές σε ανασκοπική βιβλιογραφική έρευνα των **Hellas Cena, Friederike Barthels, Massimo Cuzzolaro, Steven Bratman, Anna Brytek-Matera, Thomas Dunn, Marta Varga, Benjamin Missbach, Lorenzo M. Donini, με τίτλο: Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature, 2018**. Οι πιο συχνές περιγραφές αυτής ήταν με τις λέξεις εμμονή, ψύχωση και ανησυχία ή υπερβολική ενασχόληση. Η εμμονή υποδεικνύει μια επίμονη και δυσάρεστη σκέψη, ενώ η ψύχωση είναι μια στερεοτυπική συμπεριφορά που συνδέεται με εμμονική και ανθυγιεινή ενασχόληση ή προσκόλληση. Η ανησυχία αναφέρεται σε μια κατάσταση δυσφορίας που περιλαμβάνει υπερβολικό ενδιαφέρον, αβεβαιότητα και φόβο, ενώ η υπέρμετρη ενασχόληση θεωρείται συνώνυμο της ανησυχίας σε μεγαλύτερο όμως βαθμό, αντιπροσωπεύοντας μια κατάσταση στην οποία κάποιος επιστά όλη του την προσοχή, συνεχώς.

Οι παραπάνω περιγραφές συμπληρώνουν τον ορισμό της Νευρικής Ορθορεξίας, μιας και εξετάζουν διαφορετικές πτυχές και στιγμιότυπα του ίδιου προβλήματος το οποίο είναι η ανησυχία σχετικά με μια υγιεινή δίαιτα που οδηγεί σε υπερβολική ενασχόληση (preoccupation) με τη τροφή και εξελίσσεται σε επίμονη και ανησυχιακή σκέψη (obsession) και στερεοτυπική συμπεριφορά (fixation). Στους παραπάνω όρους έδωσαν έμφαση διαφορετικά επίθετα που προσδιορίζουν διαφορετικές πτυχές της συμπεριφοράς με ποσοτική προσέγγιση όπως: υπερβολικό, ακραίο, ακατανίκητο, χρονοβόρο. Η ποιοτική προσέγγιση αναδείχθηκε λαμβάνοντας υπόψη κλινικά χαρακτηριστικά (όπως ανθυγιεινό, παθολογικό) και ψυχολογικά χαρακτηριστικά (όπως άκαμπτο, παρορμητικό, μανιακό, ιδεατό).

Ως προς τη διατροφική συμπεριφορά, η κατάλληλη τροφή μπορεί να περιγραφεί με διαφορετικά επίπεδα ποιότητας σε διάφορες έρευνες. Στις περισσότερες από αυτές η τροφή περιγραφόταν με ένα γενικό και μερικές φορές αρνητικό τρόπο, όπως υγιεινή, κατάλληλη, σωστή, ασφαλής ή ανθυγιεινή, ανάλογα με το πως την αντιλαμβάνονταν οι συγγραφείς. Σε κάποιες άλλες μελέτες, η τροφή περιγραφόταν ως καθαρή (οργανική, βιολογική) και η “καθαρότητα” αυτής σχετιζόταν με το τρόπο παραγωγής της.

Τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ορισμός της υγιεινής τροφής δεν αναφερόταν στη βιολογική της ποιότητα αλλά σε υποκειμενικές ψευδο-ηθικές αντιλήψεις περί καθαρότητας της τροφής. Η δίαιτα που ακολούθησαν όσοι είχαν Νευρική Ορθορεξία ορίστηκε βάσει διαφορετικών χαρακτηριστικών σε διατροφικό επίπεδο με λέξεις όπως “περιοριστική” και χαρακτηριζόταν από αποφυγή συγκεκριμένων τροφών, διαστρεβλωμένες διατροφικές συνήθειες αλλά και έλλειψη βασικών θρεπτικών συστατικών. Οι λέξεις/φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συμπεριφορικό επίπεδο για να περιγράψουν το είδος της διατροφής ατόμων με Νευρική Ορθορεξία ήταν: τελετουργική, αυστηρά ελεγχόμενη, το επίκεντρο της ζωής του ατόμου, παράγοντας αλλαγής των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου.

1.2 Δυτικός πολιτισμός και Νευρική Ορθορεξία.

“Κουλτούρα, ή αλλιώς πολιτισμός, με την ευρεία εθνογραφική έννοια, είναι εκείνο το περίπλοκο όλον, που περιλαμβάνει, τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τη τέχνη, τις ηθικές αξίες, τους νόμους, τα έθιμα και όλες τις υπόλοιπες ικανότητες και συνήθειες που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας” (Tylor, 1958).

Επίσημος ορισμός για τον όρο “Δυτικός πολιτισμός” δεν υπάρχει. Σύμφωνα με τον ορισμό του πολιτισμού, ο δυτικός πολιτισμός αποτελεί έναν όρο που χρησιμοποιείται ευρέως και αναφέρεται στη κληρονομιά των κοινωνικών κανόνων, των ηθικών αξιών, των πολιτικών συστημάτων και συγκεκριμένων τεχνουργημάτων και τεχνολογιών που αφορούν στην Ευρώπη. Σημαντικό κομμάτι του “Δυτικού πολιτισμού” αποτελούν οι κοσμοθεωρίες του ατομικισμού, του υλισμού και του καπιταλισμού (Eckersley, 2006; Hesse-Biber et al., 2006).

Ως υλισμός ορίζεται η προτεραιότητα που δίνεται στα υλικά αγαθά και στα χρήματα. Αποτελεί τη βάση της οικονομίας που βασίζεται στη κατανάλωση στον Δυτικό πολιτισμό. Οι αξίες του υλισμού τείνουν να μειώσουν τα συναισθήματα ασφάλειας, αυταξίας, αυτονομίας και διατήρησης στενών κοινωνικών σχέσεων, δημιουργώντας δυσαρέσκεια στα άτομα (Eckersley, 2006).

Στο “Δυτικό πολιτισμό” πρωταγωνιστικό ρόλο έχει ο ατομικισμός, στον οποίο το άτομο είναι το επίκεντρο και έχει ελευθερία επιλογών. Ως αποτέλεσμα της έμφασης στον ατομικισμό, υπήρξε αύξηση των προσωπικών προσδοκιών, μείωση της κοινωνικής στήριξης/πρόνοιας και αναζήτηση του αυτοελέγχου (Eckersley, 2006).

Η καπιταλιστική κοσμοθεωρία στην οποία η παραγωγή αποτελεί προσωπική ιδιοκτησία, δημιουργεί την ανάγκη για μια αγορά που αποσκοπεί αποκλειστικά στο κέρδος και γνωρίζει άνθιση στον “Δυτικό πολιτισμό” (Hesse-Biber et al., 2006).

Τέσσερις κύριες βιομηχανίες που συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές ξεχωρίζουν στην αγορά: Η βιομηχανία τροφίμων, η βιομηχανία της δίαιτας και της απώλειας βάρους, η βιομηχανία της γυμναστικής ως τρόπου ζωής και η βιομηχανία της αισθητικής χειρουργικής. Και οι τέσσερις αυτές βιομηχανίες στοχεύουν στο μέγιστο κέρδος και καλύπτουν τις ανάγκες που δημιουργούν οι διατροφικές διαταραχές με τη βοήθεια των μέσων μαζικής πληροφόρησης (Hesse-Biber et al., 2006). Για αυτό το λόγο οι τρεις παραπάνω κοσμοθεωρίες, οι τέσσερις βιομηχανίες και τα μέσα μαζικής πληροφόρησης, που αποτελούν βασικά συστατικά του “Δυτικού Πολιτισμού”, έχουν όλα συνδεθεί με παράγοντες κινδύνου για την υγεία στο “Δυτικό Πολιτισμό” (Eckersley, 2006; Hesse-Biber et al., 2006).

Μελέτες επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας που διεξήχθησαν έως σήμερα, υποστηρίζουν πως η Ορθορεξία συναντάται κυρίως στις χώρες του “Δυτικού Πολιτισμού”, γεγονός που οδηγεί στην υπόθεση πως υπάρχει επιρροή των υποκείμενων συνθηκών, όπως τα πολιτισμικά πλαίσια αυτών των χωρών (**Varga et al., 2013; Dunn and Brantman, 2016**). Λαμβάνοντας υπόψη πως ο “Δυτικός Πολιτισμός” και οι αξίες του διαδίδονται παντού και ταχύτατα λόγω της παγκοσμιοποίησης, μια περαιτέρω διερεύνηση στο πως ο “Δυτικός Πολιτισμός” επηρεάζει τη Νευρική Ορθορεξία, αποτελεί θέμα υψίστης σημασίας σε παγκόσμιο επίπεδο (**Dell'Osso et al., 2016b**). Αρκετοί ερευνητές πρότειναν πως ο “Δυτικός Πολιτισμός” ίσως να αποτελεί παράγοντα υπεύθυνο για την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας (**Donini et al., 2004; Varga et al., 2013; Koven and Abry, 2015; Oberle et al., 2017**). Για παράδειγμα, ο **Donini et al., (2004)** έχει αναφέρει πως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δημιουργούν κλίμα φόβου όσον αφορά στο μολυσμένο φαγητό, όπως είναι το ψάρι ή το κοτόπουλο και πιέζουν τους καταναλωτές να είναι πιο προσεκτικοί στην επιλογή υγιεινού ή αλλιώς “καθαρού/αγνού” φαγητού.

Σύμφωνα με τον **Varga et al., (2013)** οι αξίες που έχει δημιουργήσει ο “Δυτικός Πολιτισμός” ενδυναμώνουν τις πεποιθήσεις των ατόμων που εμφανίζουν Νευρική Ορθορεξία, π.χ. εμμονή με έναν υγιεινό τρόπο ζωής και την απόκτηση αδύνατου και μωδούς σώματος. Προκύπτει έτσι μια σύγκρουση μεταξύ των ιδανικών κοινωνικών προτύπων και των ατομικών δυνατοτήτων. Για να ανταπεξέλθει κανείς στις προσδοκίες της κοινωνίας, θα πρέπει να επιλέγει υγιεινά τρόφιμα, να ετοιμάζει ο ίδιος τα γεύματά του και να ασκείται συστηματικά ανεξαρτήτως οικονομικού κόστους. Αντιθέτως, οι ανθυγιεινές τροφές, δηλαδή τα χαμηλής ποιότητας τρόφιμα, είναι φθηνότερα και όχι δυσεύρετα. Για αυτό το λόγο όταν ένα άτομο είναι ικανό να διατηρήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, είναι κοινωνικά αποδεκτό και θεωρείται πως έχει τον έλεγχο του σώματος του και κατ' επέκταση της ζωής του, γεγονός για το οποίο προσπαθούν όλοι όσοι πάσχουν από Νευρική Ορθορεξία.

Πολλά στοιχεία που αποτελούν τον “Δυτικό Πολιτισμό” συνδέονται με την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας, όπως και με την εμφάνιση της Νευρικής Ανορεξίας και της Νευρικής Βουλιμίας για τις οποίες έχει εδώ και καιρό αποδειχθεί πως τις επηρεάζει (**Klump et al., 2009**). Η βιβλιογραφία αποδεικνύει πως τα παραπάνω σύνδρομα εμφανίζονται συχνότερα στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες και πιο συχνά στις χώρες του “Δυτικού Πολιτισμού” (**Pate et al., 1992; Miller and Pumariega, 2001**).

Έρευνα ανθρωπολογικού ενδιαφέροντος που διενεργήθηκε σε Ολλανδούς επαγγελματίες υγείας με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης του “Δυτικού Πολιτισμού” στην ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας, ανέδειξε ως τα πιο επιδραστικά στοιχεία που αποτελούν τον “Δυτικό Πολιτισμό” είναι τα ψηφιακά μέσα (Ιντερνετ), οι δημοφιλείς τάσεις στη διατροφή που υποστηρίζουν πως η βιολογική- οργανική- μη ζωϊκής προέλευσης τροφή αλλά και η χαμηλή σε λιπαρά- χαμηλή σε υδατάνθρακες- χωρίς γλουτένη διατροφή είναι και η πιο υγιεινή. Ως λιγότερο επιδραστικοί παράγοντες του “Δυτικού Πολιτισμού” θεωρήθηκαν ο ατομικισμός, ο καπιταλισμός, ο υλισμός, η αισθητική χειρουργική βιομηχανία και η διαφήμιση. Οι πεποιθήσεις δηλαδή για το τι θεωρείται υγιεινό και ανθυγιεινό είχαν τη μεγαλύτερη επιρροή στην ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας.

1.3 Ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας.

Η περιορισμένη βιβλιογραφία σχετικά με την Νευρική Ορθορεξία (ΟΝ) κυριαρχείται από μελέτες που αναφέρουν τον επιπολασμό της χρησιμοποιώντας το πιο διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησής αυτής, το ORTO-15 ή μία από τις πολλές προσαρμογές του. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει αυτές τις μελέτες, το ποσοστό επικράτησης και τη χώρα προέλευσής τους.

Μελέτη	Επιπολασμός (%)	Country Χώρα
Donini et al. (2005)	6.9	Ιταλία
Bosi et al. (2007)	45.5	Τουρκία
Aksoydan and Camci (2009)	56.4	Τουρκία
Fidan, Ertekin, İşıkay, and Kirpinar (2010)	43.6	Τουρκία
Ramacciotti et al. (2011)	57.6	Ιταλία
Alvarenga et al. (2012)	81.9	Βραζιλία
Segura-García et al. (2012)	Άντρες: 28, Γυναίκες: 30	Ιταλία
de Souza and Rodrigues (2014)	88.7	Βραζιλία
Varga et al. (2014)	74.2	Ουγγαρία
Valera, Ruiz, Valdespino, and Visioli (2014)	86	Ισπανία
Asil and Sürücüoğlu (2015)	41.9	Τουρκία
Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, and Hay (2015)	Άντρες: 43.2, Γυναίκες: 68.6	Πολωνία
Gubiec et al. (2015)	59	Πολωνία
Jerez et al. (2015)	30.7	Χιλή
Missbach et al. (2015)	69.1	Αυστρία
Stochel et al. (2015)	Μελέτη 1: 53.7, Μελέτη 2: 52.6	Πολωνία
Segura-Garcia et al. (2015)	Κλινικό δείγμα: 58, Δείγμα ελέγχου: 6	Ιταλία

Πίνακας 1: Ανατύπωση από: A summary of studies reporting prevalence of orthorexia nervosa (ON) using the ORTO-15, or a derivative, in chronological order.

Γενικά, οι μελέτες αυτές είναι κοινοτικά ή πανεπιστημιακά δείγματα. Ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας (ΟΝ) ποικίλλει ευρέως από 6% σε δείγμα Ιταλών, έως 88,7% σε δείγμα που αποτελείται εξ'

ολοκλήρου από γυναίκες Διατροφολόγους στη Βραζιλία. Οι περισσότερες μελέτες επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας αναφέρουν τακτικά ποσοστά από 30% έως 70%. Επιφανειακά, οι αριθμοί αυτοί φαίνονται ανησυχητικοί. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά δεν συνάδουν με την ευρύτερη επικράτηση των Διατροφικών Διαταραχών, οι οποίες πιστεύεται ότι είναι σχετικά σπάνιες στον γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά επικράτησης των γνωστών Διατροφικών Διαταραχών, όπως της Νευρικής Ανορεξίας και της Νευρικής Βουλιμίας, εκτιμάται ότι δεν ξεπερνούν το 2% περίπου (**Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012**). Μια πιθανή εξήγηση για τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας, είναι η απουσία δεδομένων σε όλες τις κλίμακες μέτρησης αυτής, που να εξετάζουν δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα, διαπροσωπικό άγχος ή προβλήματα υγείας εξαιτίας συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών. Μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πότε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά μπορεί να περιγραφεί ως ακραία ή άτυπη, αλλά όχι παθολογική. Μια ευρέως αποδεκτή πρακτική για τον προσδιορισμό της παθολογικής συμπεριφοράς ή της "κλινικής σημασίας", είναι το γεγονός ότι η συμπεριφορά είναι διαπροσωπικά δυσάρεστη ή προκαλεί βλάβη σε σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας όπως ο επαγγελματικός, ο κοινωνικός ή ο εκπαιδευτικός τομέας (**Spitzer & Wakefield, 1999**).

Η παθολογική συμπεριφορά ξεπερνά επίσης τα όρια από ακραία σε ανησυχητικά, όταν τα άτομα υποφέρουν από ιατρικές επιπτώσεις εξαιτίας των επιλογών τους. Υπό αυτό το πρίσμα, χωρίς στοιχεία που να προσδιορίζουν κλινικά σημαντική συμπεριφορά, διαπροσωπικό άγχος ή ιατρικά προβλήματα σχετικά με τη διατροφή, είναι πιθανό ότι αυτές οι κλίμακες απλώς να προσδιορίζουν την υγιεινή διατροφή. Το ελάττωμά τους, λοιπόν, είναι ότι δεν προσδιορίζουν ταυτόχρονα αν η συμπεριφορά είναι επίσης παθολογική. Αυτό σίγουρα μπορεί να εξηγήσει γιατί υπάρχουν υψηλοί αριθμοί ατόμων που σημειώνουν σκορ που υποδηλώνει Νευρική Ορθορεξία σε συγκεκριμένες ομάδες, όπως το 86% των ασκούμενων στη γιόγκα Ashtanga (**Valera et al., 2014**), το 88,7% των φοιτητών Διατροφής (**De Souza & Rodrigues, 2014**) και το 81,9% των Διαιτολόγων (**Alvarenga et al., 2012**).

Οι **Donini et al. (2005)** επαινούνται για αυτό το πρώιμο, σημαντικό πρώτο βήμα στην προσπάθεια επικύρωσης ενός μέτρου για τη Νευρική Ορθορεξία, ωστόσο το ORTO-15 έχει αρκετούς ψυχομετρικούς περιορισμούς. Δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι οι συγγραφείς ακολούθησαν μια παραδοσιακή προσέγγιση κατασκευής δοκιμασιών. Η ανάπτυξη της εγκυρότητας της δομής δεν διατυπώνεται με σαφήνεια, η δημιουργία ενός συνόλου στοιχείων δεν συζητείται, οι μέθοδοι στάθμισης απουσιάζουν και δεν παρέχονται βασικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Όλα όσα προαναφέρθηκαν αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της κατασκευής δοκιμασιών (**Cicchetti, 1994- Clark & Watson, 1995- Cook & Beckman, 2006- Cronbach & Meehl, 1955**).

Πολλοί συγγραφείς εγείρουν ανησυχίες σχετικά με την ακρίβεια του ORTO-15. Οι **Ramacciotti et al.(2011)**, για παράδειγμα, ανησυχούν ότι η βαθμολογία αποκοπής με όριο το 40, στο ORTO-15, είναι πολύ υψηλή, με αποτέλεσμα να προκύπτουν πάρα πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Προτείνεται από τους παραπάνω ερευνητές ότι μια βαθμολογία αποκοπής με όριο το 35, θα βελτίωνε την ανίχνευση, μειώνοντας το ποσοστό επιπολασμού στο δείγμα από 57,6% σε 11,9%. Και άλλοι ερευνητές εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με την ακρίβεια των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ORTO-15 (**Missbach et al., 2015- Varga et al., 2014**).

Επιπλέον, η προσαρμογή ενός μέτρου που αναπτύχθηκε σε μία χώρα για να χρησιμοποιηθεί σε μία άλλη είναι

δύσκολη. Όταν οι **Bosi et al. (2007)** πήραν το ORTO-15 από τους Ιταλούς ερευνητές, αναγνώρισαν ότι χρησιμοποιούσαν μια βορειοαμερικανική κατασκευή της υγιεινής διατροφής (the Bratman Test), που είχε μεταφραστεί στα ιταλικά (και επεκτάθηκε από τη μορφή ναι/όχι), σε κλίμακα με στοιχεία που αναφέρονταν σε αγγλόφωνο περιοδικό, τα οποία στη συνέχεια μεταφράστηκαν στα τουρκικά. Πολλές προσαρμογές του ORTO-15 δεν υπερβαίνουν την απλή μετάφραση των στοιχείων του τεστ. Είναι υποχρεωτικό να δίνεται προσοχή στο κατά πόσον τα χαρακτηριστικά ενός πολιτισμού αποτυπώνονται επαρκώς από το εργαλείο της μέτρησης, όταν χρησιμοποιείται σε άλλη χώρα (**Geisinger, 1994**).

Προκαταρκτική έρευνα δείχνει ότι όταν η κλινική εξασθένιση εξετάζεται σε συνδυασμό με τις βαθμολογίες ORTO, τα ποσοστά επιπολασμού της ON είναι πολύ χαμηλά, επιβεβαιώνοντας ότι είναι ανώμαλη στον γενικό πληθυσμό. Όταν οι **Dunn et al. (2017)** χρησιμοποίησαν μόνο το ORTO, το 71% του αμερικανικού δείγματός τους πληρούσε το όριο για Νευρική Ορθορεξία. Ωστόσο, αφού εξέτασαν εάν η διαίτα των συμμετεχόντων είχε οδηγήσει σε έκπτωση της καθημερινής τους ζωής, ή οδήγησε σε ιατρικά προβλήματα, το ποσοστό επικράτησης ήταν μόλις 1%. Ομοίως, ο **Reynolds (2018)** διαπίστωσε ότι μεταξύ ενός Αυστραλιανού πανεπιστημιακού δείγματος, ο επιπολασμός της ON ήταν 21% όταν χρησιμοποιήθηκε το ORTO ακόμη και μετά τη χρήση του πιο συντηρητικού ορίου < 35. Ωστόσο, όταν λαμβανόταν υπόψη η κλινική βλάβη, ο επιπολασμός ήταν μόνο 6%. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν υπόψη την κλινική βλάβη κατά την αξιολόγηση της Νευρικής Ορθορεξίας, ώστε τα ποσοστά επιπολασμού που ανιχνεύονται να είναι όσο το δυνατό πιο ακριβή.

1.4 Παθοφυσιολογία της Νευρικής Ορθορεξίας και η πιθανή αμφίδρομη σχέση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και Ενδοκρινικού συστήματος.

Τα ακριβή αίτια της Νευρικής Ορθορεξίας είναι άγνωστα ακόμη, αν και πιθανότατα να οφείλονται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία παρουσιάζουν νευροσυμπεριφορικές ελλείψεις, παρόμοιες με όσους πάσχουν από Νευρική Ανορεξία (Orthorexia Nervosa or AN) και την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive Compulsive Disorder or OCD). Επίσης παρουσιάζουν δυσκολία στην υιοθέτηση και προσαρμογή στις αλλαγές (π.χ επίλυση προβλημάτων), έλλειψη προσοχής σε εξωτερικά ερεθίσματα και μειωμένη λειτουργική μνήμη. Δεδομένων των παραπάνω ελλείψεων καθώς και παρόμοιας συμπτωματολογίας, υπάρχει ανάλογη εγκεφαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με Νευρική Ορθορεξία και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Μελέτες νευροαπεικόνισης που διεξήχθησαν σε ασθενείς με Νευρική Ορθορεξία αποκάλυψαν πως αυτοί οι ασθενείς παρουσίαζαν δυσλειτουργία στο σύστημα αναμετάδοσης του σήματος της ντοπαμίνης στο κύκλωμα της ανταπόδοσης/ανταμοιβής του κοιλιακού πλέγματος και του ρυθμιστικού μηχανισμού της τροφής στον υποθάλαμο. Επιπλέον οι ασθενείς παρουσίαζαν δυσμορφία και δυσλειτουργία στις νευρικές συνδέσεις όπως παρατηρείται και στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Στις μελέτες νευροαπεικόνισης αποκαλύφθηκε αυξημένος όγκος και εκτεταμένη ενεργοποίηση του κορχομετωπιαίου φλοιού: μία περιοχή του προμετωπιαίου φλοιού στους μετωπιαίους λοβούς του εγκεφάλου που εμπλέκεται στη γνωσιακή διαδικασία λήψης αποφάσεων. Κάτι τέτοιο ίσως σχετίζεται με εμμονική σκέψη. Ο μειωμένος όγκος και η δραστηριότητα του

υπερμεσολόβιου έλικα που παρατηρήθηκαν με νευροαπεικόνιση, ίσως να σχετίζονται με δυσκολία στον εντοπισμό λάθους και της αίσθησης του φόβου, ενώ παρατηρούμενη υπερδιέγερση του βρεγματικού λοβού και της παρεγκεφαλίδας πιθανότατα να σχετίζεται με παθολογικές συμπεριφορές.

Η Νευρική Ορθορεξία είναι παρούσα σε κλινικά περιστατικά με ενδοκρινή και μεταβολικά νοσήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα Τουρκικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε το 2015, σε άνδρες και γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη, το ποσοστό εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας για τους άνδρες ήταν 15,5% και για τις γυναίκες 11,1%. Ο κίνδυνος εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας δεν σχετιζόταν με τον σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ), το δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ) ή το μορφωτικό επίπεδο του υπό εξέταση πληθυσμού. Η Νευρική Ορθορεξία σύμφωνα με τη κλινική εμπειρία παρουσιάζει μια αμφίδρομη σχέση με τις ενδοκρινολογικές και μεταβολικές ασθένειες.

Η Νευρική Ορθορεξία μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε υποσιτισμό και σε ενδοκρινολογικής φύσεως ασθένειες που σχετίζονται με αυτόν. Η έλλειψη μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών ίσως δημιουργεί προδιάθεση για δυσλειτουργίες του υποθαλάμου της υπόφυσης, του αναπαραγωγικού συστήματος και του θυρεοειδούς αδένα. Η παραπάνω κλινική εικόνα ίσως να είναι παρόμοια με εκείνη της Νευρικής Ανορεξίας. Η έλλειψη της βιταμίνης D, που εκδηλώνεται ως οστεομαλακία ίσως επιταχύνεται λόγω της Νευρικής Ορθορεξίας. Η γλυκαιμική αστάθεια ίσως είναι ακόμη μια εκδήλωση της Νευρικής Ορθορεξίας. Σε νεαρότερα άτομα, η κακή διατροφή, δευτερογενώς της Νευρικής Ορθορεξίας, πιθανότατα να οδηγεί σε χαμηλό ποσοστό οστικής πυκνότητας, υποθαλαμική αμηνόρροια και μείωση της ανάπτυξης στην εφηβεία. Ταυτόχρονα, οι ενδοκρινολογικές εκδηλώσεις ίσως να επιταχύνουν την εγκατάσταση της Νευρικής Ορθορεξίας. Η απώλεια όρεξης, όπως συναντάται στον υποθυρεοειδισμό, στον υποϋποφισισμό και στη νόσο Άντισον, πιθανότατα να δημιουργήσει πρόωρα εσφαλμένη αξιολόγηση των τροφών και της ετικέτας των τροφίμων, πριν αυτά καταναλωθούν. Είναι ειρωνικό το γεγονός πως μια θεραπεία για τη Νευρική Ορθορεξία ίσως να επιταχύνει την εκδήλωση ενδοκρinoπαθολογίας. Για παράδειγμα η χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ως θεραπεία για τη Νευρική Ορθορεξία, μπορεί να έχει ως παρενέργειες τη πρόσληψη βάρους και τη δυσγλυκαιμία.

Η αντιμετώπιση των ενδοκρινολογικών ασθενειών προκαλεί αντίστοιχα τη πιθανή εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας (ON). Ανεπιτυχείς προσπάθειες για απώλεια βάρους από υπέρβαρα άτομα, με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, σακχαρώδη διαβήτη και υποθαλαμική παχυσαρκία ίσως να πυροδοτήσουν την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Αυτή η επιπλοκή εμφανίζεται συχνά σε ανθρώπους που εστιάζουν τη προσοχή τους στην αυτοφροντίδα τους, χωρίς όμως να αναζητούν τη γνώμη ενός εξειδικευμένου επαγγελματία. Είναι παράδοξο το γεγονός πως η Νευρική Ορθορεξία μπορεί να έχει και θεραπευτικές δυνατότητες επίσης. Η Νευρική Ορθορεξία ίσως να αναπτύσσεται ως μηχανισμός άμυνας για να περιορίσει ή να ρυθμίσει μια κατάσταση ενδοκρινολογικής φύσεως.

Στην Ενδοκρινολογική πρακτική συναντάται συχνά ποικιλία περιστατικών Νευρικής Ορθορεξίας. Έχουν παρατηρηθεί περιστατικά ατόμων με υπερβάλλοντα ζήλο για την αποφυγή αλατιού, δημητριακών ή υδατανθράκων γενικά, υπερκατανάλωσης φρούτων, τεχνητών γλυκαντικών ουσιών και πρωτεϊνών. Όλα αυτά τα περιστατικά αποτελούν την εκδήλωση μιας προσπάθειας υιοθέτησης υγιεινής διατροφής χωρίς τη σωστή όμως πληροφόρηση. Θα πρέπει να τονιστεί πως χρειάζεται να γίνουν περαιτέρω έρευνες για τη σχέση των

ενδοκρινών ασθενειών και της Νευρικής Ορθορεξίας, μιας και όσα αναφέρθηκαν παραπάνω βασίζονται μόνο στη κλινική εμπειρία.

1.5 Τα χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας σύμφωνα με πρόσφατες ποιοτικές μελέτες.

Ελάχιστες ποιοτικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τη Νευρική Ορθορεξία. Παρακάτω παρατίθενται οι πιο πρόσφατες ποιοτικές μελέτες που διερευνούν τα χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας. Τα χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) σύμφωνα με πρόσφατη ποιοτική μελέτη το 2020, από τους **Anna Cheshire, Michelle Berry, Alison Fixsen**, με τίτλο: **What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation**, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η προσκόλληση στο φαγητό και ο επίσημος αντίκτυπος αυτής στο άτομο, αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας.

Ο τύπος της διαίτας που ακολουθείται ή της τροφής που αποτελεί τη πρώτη επιλογή σε σχέση με άλλες, αποτελούν γεγονότα που ποικίλουν σημαντικά στη Νευρική Ορθορεξία. Δεν βρέθηκε καμμία τυπική προτίμηση για το είδος του φαγητού που καταναλώνεται από όσους παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία, εκτός από τα τρόφιμα που οι ίδιοι θεωρούν υγιεινά. Για τους συμμετέχοντες της έρευνας, η λέξη “υγιεινό” θα μπορούσε να συμπεριλάβει την έμφαση στη ποιότητα της τροφής (π.χ. οργανικής προέλευσης τροφή, έλλειψη συντηρητικών), φαγητό που θα βοηθήσει στη διατήρηση ενός υγιούς σώματος (π.χ. σώμα με χαμηλό ποσοστό λίπους, αύξηση της μυϊκής μάζας) ή ηθικές ανησυχίες (π.χ. φυτοφαγία, περιβαλλοντολογική ευαισθησία).

Από τις συνεντεύξεις της παραπάνω μελέτης προέκυψαν τρία κύρια χαρακτηριστικά για την Νευρική Ορθορεξία: Ακαμψία και έλεγχος (**Rigidity and control**), κριτική (**Judgement**) και αρνητικά συναισθήματα (**Negative impact**). Η ακαμψία (**Rigidity and control**), ο έλεγχος της ακαμψίας αλλά και ο έλεγχος σε σχέση με τη τροφή, συγκεκριμένα με την επιλογή φαγητού, τη προετοιμασία αυτού και τις διατροφικές συνήθειες, προέκυψε ως το πρωταρχικό χαρακτηριστικό για την Νευρική Ορθορεξία. Στην μελέτη αυτή τα αποτελέσματα συμφωνούσαν πως για όσους παρουσιάζουν Ορθορεξικές τάσεις και δεν είναι ικανοί να ακολουθήσουν πιστά τη διαίτα της επιλογής τους, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να αποδειχθεί “καταστροφικό”, στο σημείο που το άτομο θα προτιμούσε να μη καταναλώσει καθόλου τροφή, αν η “σωστή” για εκείνο τροφή, δεν ήταν διαθέσιμη. Ευχάριστα γεγονότα όπως είναι οι διακοπές, μπορεί να αποτελέσουν πηγή ανησυχίας και άγχους εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής των διατροφικών συνηθειών του ατόμου. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες αποκάλυψαν, πως όσο περισσότερο αγχωμένοι ένιωθαν, τόσο περισσότερο αυξανόταν η ανάγκη τους για έλεγχο της τροφής που θα καταναλωνόταν. Όλοι όσοι παρουσίαζαν τάσεις για Νευρική Ορθορεξία, διασφαλίζοντας την αυστηρή τήρηση της διαίτας τους, παρουσίασαν υπερβολική ενασχόληση με τη τροφή σε σημείο όπου επηρεαζόταν η ψυχική τους υγεία, όσο και η καθημερινή τους λειτουργικότητα. Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της Νευρικής Ορθορεξίας είναι η κριτική (Judgement) η οποία αποτελεί την άποψη πως η προσκόλληση σε μια “υγιεινή” διαίτα είναι “σωστό” ή “ηθικό” να είναι έτσι, εφόσον αυτή η διατροφή αποτελεί το “υγιές” πρότυπο. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τη διαίτα-πρότυπο είναι ανήθικη και λανθασμένη. Επομένως κάθε προσωπική διατροφική παρεκτροπή θεωρείται αποτυχία. Οι παρεκκλίσεις από αυτό που θεωρείται “σωστό” και “υγιεινό” ερμηνεύονται από τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία ως έλλειψη πνευματικής

δέσμευσης για την επίτευξη της αυτοφροντίδας και της μέγιστης δυνατής υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις οι αυτοεπικρίσεις των συμμετεχόντων καταλήγουν σε κριτική των διατροφικών συνηθειών άλλων ατόμων, θεωρώντας πως οι δικές τους διατροφικές συνήθειες είναι ανώτερες των άλλων. Τέτοιου είδους κριτική απευθυνόταν όχι μόνο στο είδος της διατροφής αλλά και σε εκείνους που επέλεγαν αυτού του είδους τη διατροφή. Επίσης τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία δίνουν μεγάλη σημασία στην εξωτερική εμφάνιση, η οποία αποτελεί για αυτά δείκτη υγείας. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλεί αμφιβολία και δυσπιστία στα άτομα με Νευρική Ορθορεξία, για τα άτομα που τρέφονται μεν υγιεινά, αλλά είναι για παράδειγμα υπέρβαρα. Το τρίτο χαρακτηριστικό της Νευρικής Ορθορεξίας είναι τα αρνητικά συναισθήματα (Negative impact). τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν συνέπεια της προσήλωσης σε μια υγιεινή διατροφή και εμφανίστηκαν ως ένα δυνατό χαρακτηριστικό της Νευρικής Ορθορεξίας. Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν η Νευρική Ορθορεξία δημιουργεί επιπλέον ψυχο-συναισθηματικής φύσεως προβλήματα ή ενισχύει τα ήδη υπάρχοντα. Όλοι όσοι επιδεικνύουν υπερβολική προσήλωση σε μια “υγιεινή” διατροφή συχνά παγιδεύονται σε επαναλήψεις συναισθημάτων αποτυχίας, άγχους, κατάθλιψης και ενοχής. Η απόκλιση από τις “υγιεινές” διατροφικές συνήθειες επιφέρει επιπλέον άγχος, συνεχή ανησυχία και μερικές φορές κατάθλιψη αλλά και μίσος προς τον εαυτό.

Οι συμμετέχοντες στη παραπάνω έρευνα των **Anna Cheshire, Michelle Berry, Alison Fixsen, (2020)**, παρουσίασαν αντιφάσεις. Ορισμένοι συμμετέχοντες στη προσπάθειά τους να ελέγξουν το στρες ασκώντας έλεγχο στη διατροφή τους, επωμίστηκαν με επιπλέον άγχος. Άλλοι συμμετέχοντες στη μελέτη αναγνώρισαν πως πρέπει να είναι πιο άνετοι με τη διαίτά τους και αρκετοί θεώρησαν πως κάτι τέτοιο είναι αδύνατο και βίωσαν άγχος και/ή κατάθλιψη όταν δεν πειθαρχούσαν αυστηρά στη διαίτα τους. Η κοινωνικοποίηση με φίλους και με την οικογένεια για έξοδο σε γεύμα ή ποτό, αποτελεί πρόκληση για την αυστηρή τήρηση του διαιτολογίου των ατόμων με τάση για Νευρική Ορθορεξία. Για τους συμμετέχοντες στην έρευνα τους οποίους ενδιέφερε να διατηρήσουν τις φιλικές τους σχέσεις, οι κοινωνικές τους υποχρεώσεις πραγματοποιούνταν είτε με προγραμματισμό του είδους της τροφής που θα καταναλώσουν πριν και μετά την έξοδό τους, είτε αυξάνοντας την άσκηση, είτε διενεργώντας αποτοξίνωση (“καθαρισμό”) μετά από μια παραβίαση των αυτοεπιβαλλόμενων κανόνων διατροφής. Αρκετοί επέλεγαν να περιορίσουν τις κοινωνικές τους εξόδους, αν και η κοινωνική απόσυρση προκαλούσε προστριβή με τον/την σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους οι οποίοι με τη σειρά τους βίωναν στρες για την αντικοινωνική και ιδιάζουσα διατροφική συμπεριφορά των αγαπημένων τους. Επιπλέον, ο αρνητικός συναισθηματικός αντίκτυπος της διαίτας ενός ατόμου (π.χ. άγχος, νεύρα) αποτελεί πηγή τριβών στις σχέσεις. Πέρα από τις αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις, παρατηρήθηκε και οικονομική επιβάρυνση στους συμμετέχοντες στη παραπάνω μελέτη, οι οποίοι θεώρησαν πως τα πλεονεκτήματα των υγιεινών διατροφικών τους επιλογών, άξιζαν το οποιοδήποτε οικονομικό κόστος. Τέλος, οι αποκλεισμοί συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων δημιουργούσε σοβαρά προβλήματα υγείας στους συμμετέχοντες της παραπάνω μελέτης, λόγω της εμφάνισης διατροφικών ελλείψεων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των **Elina Mitrofanova, Elizabeth K. L. Pummell, Hilda M. Mulrooney, and Andrea Petróczi**, το 2021, με τίτλο: *Using Behavioral Reasoning Theory to Explore Reasons for Dietary Restriction: A Qualitative Study of Orthorexic Behavioral Tendencies in the UK*, εντόπισαν τέσσερις αιτίες για τις οποίες ακολουθείται από τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία η αυτοπροσδιοριζόμενη “υγιεινή” διατροφή.

Αυτές οι αιτίες είναι: 1) Η διαδρομή ή το ταξίδι, 2) Οι κανόνες ή ο έλεγχος, 3) Οι κοινωνικοί και 4) Οι ηθικοί λόγοι. Τα άτομα αυτής της μελέτης, αν και κάτοικοι του Ηνωμένου Βασιλείου κατά τη στιγμή της συλλογής δεδομένων, προέρχονταν από διάφορα πολιτισμικά υπόβαθρα. Οι συμμετέχοντες της μελέτης μίλησαν για τις διατροφικές συνήθειες και πεποιθήσεις που υιοθέτησαν. Η αλλαγή για όλα τα άτομα ήταν σταδιακή και συχνά περιεγράφηκε ως "μετάβαση". Αρκετοί παράγοντες αναφέρθηκαν ως σημαντικοί για την έναρξη του ταξιδιού-μετάβασης. Ο πρώτος παράγοντας περιεγράφηκε ως επαναξιολόγηση του τι θεωρούνταν υγιεινή διατροφή από τους συμμετέχοντες και τις οικογένειες τους. Αυτή η επανεκτίμηση αντιπροσώπευε μια αλλαγή στη γνώση του "φάε ό,τι είναι στο πιάτο σου" με την άσκηση εξουσίας πάνω στις ατομικές επιλογές τροφίμων. Η δεύτερη σημαντική επιρροή για την ανάπτυξη "υγιεινών" διατροφικών συνηθειών ήταν η μετεγκατάσταση σε άλλη χώρα. Τέλος, για τους περισσότερους συμμετέχοντες η έναρξη της αλλαγής των γνώσεων σχετικά με την "υγιεινή" διατροφή θα μπορούσε να εντοπιστεί στην επιρροή της οικογένειας, των φίλων ή των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Όσον αφορά στους Κανόνες ή αλλιώς τον Έλεγχο, τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν ότι ακολουθούν πολύ συγκεκριμένους διατροφικούς κανόνες. Ορισμένα τρόφιμα περιεγράφηκαν ως "αηδιαστικά" και "βρώμικα", συμπεριλαμβανομένων των επεξεργασμένων τροφίμων, των προϊόντων "δίαιτας" και "χαμηλών λιπαρών", των τροφίμων που περιέχουν συντηρητικά, της σοκολάτας, των γαλακτοκομικών, των τροφίμων που περιέχουν πρόσθετη ζάχαρη και των έτοιμων φαγητών. Τα σπιτικά γεύματα περιεγράφηκαν ως "καθαρότερα τρόφιμα". Κατά ειρωνικό τρόπο, παρά τους εκτεταμένους διατροφικούς περιορισμούς τους, τα άτομα πρότειναν ότι ο υπερβολικός έλεγχος ήταν ανθυγιεινός. Αυτός ο άκαμπτος έλεγχος της διατροφής επεκτάθηκε και στις επιλογές των ατόμων όσον αφορά στην εργασία, τους προορισμούς διακοπών αλλά και τους τόπους διαμονής. Για παράδειγμα, ένας συμμετέχων στη μελέτη περιέγραψε την επιλογή του να εργαστεί με μερική απασχόληση, καθώς αυτό το ωράριο εργασίας του επέτρεπε να διατηρεί αυστηρές ώρες φαγητού. Οι κοινωνικοί λόγοι περιλαμβάνουν τις αναλύσεις των ατόμων σχετικά με τον αντίκτυπο της "υγιεινής" διατροφής στη καθημερινή κοινωνική τους ζωή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η διατροφή τους αποτελούσε προτεραιότητα και επηρέαζε τον άμεσο κοινωνικό τους κύκλο. Από τη μία πλευρά, τα άτομα δεν αντιλαμβάνονταν κάποια δυσφορία που θα μπορούσε να προκαλέσει η διατροφή τους στους γνωστούς τους και προσδιόρισαν τη διατροφή τους ως αναπόσπαστο μέρος της ταυτότητάς τους. Επίσης πρότειναν ότι οι φίλοι τους ήταν πλήρως ενημερωμένοι για τις διατροφικές τους συνήθειες και δεν ήταν διατεθειμένοι να διατηρήσουν τις φιλίες τους σε περίπτωση που ο κοινωνικός τους κύκλος δεν σεβόταν τις επιλογές τους. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι από τους συμμετέχοντες καταλάβαιναν ότι οι διατροφικές τους συνήθειες είχαν αρνητικό αντίκτυπο στις κοινωνικές τους σχέσεις. Τέλος, οι ηθικοί λόγοι που ευθύνονται για την υιοθέτηση μιας "υγιεινής" διατροφικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν τις περιβαλλοντικές ανησυχίες που αφορούν στις πρακτικές παραγωγής τροφίμων και τη προστασία των ζώων. Αυτό το ηθικό αίτιο σχετίζεται με μια αλλαγή στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων που περιεγράφηκε νωρίτερα στο αίτιο "Ταξίδι". Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως η τροφή πρέπει να καταναλώνεται με σκοπό την επιβίωση και όχι την απόλαυση.

1.6 Διαγνωστικά κριτήρια της Νευρικής Ορθορεξίας (Orthorexia Nervosa or ON).

Επίσημη λίστα διαγνωστικών κριτηρίων για τη Νευρική Ορθορεξία δεν υπάρχει ακόμη, παρόλο που έχουν προταθεί διαγνωστικά κριτήρια από τέσσερις συγγραφείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV ή V) σε μια προσπάθεια προσαρμογής των διαγνωστικών κριτηρίων που ισχύουν για τη Νευρική Ανορεξία (Anorexia Nervosa or AN), τη Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder or ARFID) και τη Διαταραχή Δυσμορφίας Σώματος (Body Dismorphic Disorder or BDD), στη Νευρική Ορθορεξία. Η επιστημονική κοινότητα είναι σε συνεχή διάλογο με σκοπό να αποφασίσει εάν η Νευρική Ορθορεξία πρέπει να θεωρείται ξεχωριστή διατροφική διαταραχή, ένας συνδυασμός αναγνωρισμένων διατροφικών διαταραχών, αν ανήκει στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive Compulsive Disorder or OCB) ή αν τελικά είναι απλά μια διαταραγμένη διατροφική συνήθεια.

Τα χαρακτηριστικά που ίσως επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της Νευρικής Ορθορεξίας περιλαμβάνουν σύμφωνα με τον **Jonathan R. Scarff, 2017**, εμμονική προσήλωση στην επιλογή, στο σχεδιασμό, στην αγορά, στη προετοιμασία και στη κατανάλωση της τροφής. Το φαγητό θεωρείται πηγή ευεξίας και υγείας, παρά ευχαρίστηση. Τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία πιστεύουν ακράδαντα πως η κατανάλωση ή η αποφυγή συγκεκριμένων τροφών, μπορεί να αποτρέψει ή να θεραπεύσει μια ασθένεια, επηρεάζοντας έτσι την ευεξία του. Οι διατροφικές πρακτικές που υιοθετούνται από το άτομο, βασίζονται σε επίμονες πεποιθήσεις που υποστηρίζουν τα οφέλη αυτών στην υγεία τους, παρά την ύπαρξη ενδείξεων υποσιτισμού. Παρατηρείται έντονο άγχος ή/και αισθήματα αποστροφής και δυσαρέσκειας όταν το άτομο βρίσκεται κοντά σε απαγορευμένες για το ίδιο, τροφές. Το άτομο με Νευρική Ορθορεξία βιώνει αλλαγές στις διατροφικές του πεποιθήσεις, ενώ άλλες συνήθειες του που αφορούν το φαγητό παραμένουν ίδιες. Υπάρχει διαστρεβλωμένη αντίληψη της εικόνας σώματος σχετικά με τη πεποίθηση του ατόμου πως το σώμα πρέπει να παραμένει “καθαρό”, ασχέτως βάρους σώματος. Παρακάτω παρατίθενται τα Διαγνωστικά Κριτήρια για τη Νευρική Ορθορεξία που έχουν προταθεί με χρονολογική σειρά.

1.6.1 Διαγνωστικά Κριτήρια από τον Setnick, 2013.

Σύμφωνα με τον **Setnick, 2013**, υπάρχουν τρία κριτήρια που διαγιγνώσκουν τη Νευρική Ορθορεξία και είναι τα παρακάτω: Το κριτήριο Α αφορά στη παθολογική ενασχόληση με τη διατροφή, πέρα από το φυσιολογικό αλλά και το απαραίτητο για τη διατήρηση της υγείας. Η δίαιτα επηρεάζει υπερβολικά την αυτοαξιολόγηση όπως αποδεικνύεται από χαρακτηριστικά όπως η φοβική αποφυγή τροφών που θεωρούνται ανθυγιεινές, η άρνηση να πλησιάσει έστω κανείς, την θεωρούμενη ανθυγιεινή τροφή, ή να βιώσει πανικό καθώς θα παρακολουθεί άλλα άτομα να τη καταναλώνουν. Ένα άλλο χαρακτηριστικό αποτελεί το σοβαρό συναισθηματικό άγχος ή/και κακοποίηση εαυτού, όταν καταναλωθεί τροφή που θεωρείται ανθυγιεινή. Παρατηρείται συνεχής αποτυχία για τη κάλυψη των αναγκαίων διατροφικών αναγκών, με αποτέλεσμα διατροφικές ελλείψεις και/ή ψυχολογική εξάρτηση από διατροφικά συμπληρώματα ως υποκατάστατα τροφίμων, εξαιτίας της πεποίθησης ότι τα τεχνητά θρεπτικά συστατικά είναι ανώτερα των φυσικών, ή γιατί τα τρόφιμα θεωρούνται μολυσμένα (εξαιρούνται οι περιπτώσεις τροφών που είναι όντως μολυσμένα). Πραγματοποιείται τήρηση περιοριστικής δίαιτας που συστήθηκε για την αντιμετώπιση ασθένειας από την

οποία το άτομο δεν πάσχει, ή για να προληφθεί ασθένεια η οποία στη πραγματικότητα δεν επηρεάζεται από τη διατροφή. Παρατηρείται επίσης επιμονή στα πλεονεκτήματα συγκεκριμένης δίαιτας, παρόλο που δεν υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να τα επιβεβαιώνουν. Τέλος, αξιοσημείωτη είναι η επιρροή των διατροφικών επιλογών του ατόμου στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Για παράδειγμα, το άτομο απομονώνεται την ώρα του φαγητού, αποφεύγει τις κοινωνικές υποχρεώσεις που αφορούν στο φαγητό ή παραμελεί τις εργασιακές, σχολικές ή οικογενειακές ευθύνες του, καθώς διαθέτει υπερβολικά μεγάλα χρονικά διαστήματα στην ενασχόληση με το φαγητό. Το κριτήριο Β αφορά στις διατροφικές επιλογές του ατόμου, οι οποίες δεν αποτελούν αποτέλεσμα έλλειψης διαθέσιμου φαγητού ή πολιτισμική πρακτική διατροφικών απαγορεύσεων, ενώ το κριτήριο Γ αναφέρει πως το άτομο παρακινείται από την ανάγκη για τη συντήρηση της καλής του υγείας ή την επίτευξη της μακροζωίας, παρά από την ανάγκη για επίτευξη χαμηλού βάρους σώματος. Τέλος το κριτήριο Δ αναφέρει πως η διατροφική διαταραχή που παρατηρείται, δεν οφείλεται σε σωματική ασθένεια ή σε άλλη ψυχική διαταραχή όπως η Νευρική Ανορεξία, η Νευρική Βουλμία ή η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

1.6.2 Διαγνωστικά Κριτήρια από Moroze et al, 2014.

Τα διαγνωστικά κριτήρια από Moroze et al, 2014, είναι τα εξής: Ως Κριτήριο Α αναγνωρίζεται η εμμονική ενασχόληση με τη κατανάλωση “υγιεινών τροφίμων”, εστιάζοντας σε ανησυχίες που αφορούν τη ποιότητα και τη σύνθεση των γευμάτων. Ισχύουν δύο οι περισσότερα από τα παρακάτω:

- Κατανάλωση διατροφικά μη ισορροπημένης δίαιτας εξαιτίας εμμονικών πεποιθήσεων που αφορούν στη “καθαρότητα” της τροφής.
- Υπερβολική ενασχόληση και ανησυχία σχετικά με τη κατανάλωση μη υγιεινών τροφών και των επιπτώσεων της ποιότητας και της σύνθεσης των τροφίμων στη σωματική ή/και πνευματική υγεία.
- Αυστηρή αποχή από τη κατανάλωση τροφών οι οποίες θεωρούνται ανθυγιεινές. Αυτές οι τροφές μπορεί να συμπεριλαμβάνουν λιπαρά τρόφιμα, συντηρητικά, πρόσθετα τροφίμων, ζωϊκά προϊόντα κ.α.
- Όσοι εργάζονται στον κλάδο των τροφίμων ή της διατροφής και ξοδεύουν υπερβολικό χρόνο (π.χ. περισσότερες από τρεις ώρες ανά ημέρα), για να διαβάζουν, να αγοράζουν και να προετοιμάζουν τα γεύματά τους, αναζητώντας ποιοτικά ανώτερες τροφές, με υψηλή περιεκτικότητα σε υγιεινά συστατικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις τους.
- Υπάρχουν αισθήματα ενοχής και ανησυχίας μετά από παραβίαση της “υγιεινής διατροφής” και τη κατανάλωση ανθυγιεινών (“ακάθαρτων/μολυσμένων”) τροφών.
- Δεν υπάρχει καμία ανοχή σε διαφορετικές διατροφικές πεποιθήσεις.
- Τα άτομα ξοδεύουν υπερβολικά μεγάλα χρηματικά ποσά σε σχέση με ένα μέσο εισόδημα για τη διατροφή τους, επειδή πιστεύουν πως τα ποιοτικά τρόφιμα πρέπει να είναι και πιο ακριβά.. Ως Κριτήριο Β αναγνωρίζεται το γεγονός πως η εμμονική ενασχόληση με τη τροφή γίνεται βλαβερή, όταν παρατηρείται ένα από τα ακόλουθα:
- Βλάβη της σωματικής υγείας που οφείλεται σε διατροφικές ανισορροπίες (π.χ. υποσιτισμός).
- Σοβαρό άγχος ή ανικανότητα για τη διεκπεραίωση κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών

υποχρεώσεων εξαιτίας των εμμονικών σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την “υγιεινή” διατροφή. Ως Κριτήριο Γ αναφέρεται πως η διαταραχή δεν είναι τίποτε άλλο από μια επιδείνωση των συμπτωμάτων μιας άλλης διαταραχής, όπως είναι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ή η Σχιζοφρένεια ή μιας οποιαδήποτε ψυχωτικής διαταραχής. Τέλος, ως Κριτήριο Δ αναφέρεται πως η συμπεριφορά του Ορθορεξικού ατόμου, δεν καθοδηγείται από κανόνες Ορθόδοξων θρησκειών ή από ανάγκη τήρησης συγκεκριμένης δίαιτας λόγω διαγνωσμένης τροφικής αλλεργίας, ή ασθενειών που απαιτούν ειδική διατροφή.

1.6.3 Διαγνωστικά Κριτήρια από Barthels et al, 2015.

Σύμφωνα με τον **Barthels et al, 2015**, τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρική Ορθορεξία έχουν ως εξής: Το κριτήριο Α είναι η επίμονη και διαρκή ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή, τις υγιεινές τροφές και τα υγιεινά γεύματα. Το κριτήριο Β είναι η παρουσία έντονου στρες για την αποφυγή τροφίμων που θεωρούνται ανθυγιεινά σύμφωνα με προσωπικές πεποιθήσεις. Ως κριτήρια Γ, περιγράφονται η ύπαρξη τουλάχιστον δύο υπερεκτιμημένων αντιλήψεων που αφορούν τρόφιμα και των μελλοντικών ευεργετικών επιδράσεων στην υγεία (Γ1), και/ή τα τελετουργικά μοτίβα όσων αφορά στην αγορά, στη προετοιμασία και στη κατανάλωση του φαγητού, η οποία δεν οφείλεται σε ενδιαφέρον για τη γαστρονομία, αλλά σε διατροφικό αυτοπεριορισμό λόγω διαστρεβλωμένων απόψεων σχετικά με τις ιδιότητες ορισμένων τροφών, (Γ2). Η παρέκκλιση ή η αδυναμία συμμόρφωσης στους υποκειμενικά σωστούς διατροφικούς κανόνες, προκαλεί έντονο φόβο ο οποίος μπορεί να αποφευχθεί μόνο με αυστηρή υποταγή στους αυτοεπιβαλλόμενους κανόνες. Ως Κριτήρια Δ, (Κριτήριο Δ1) το άτομο με εμμονή για την υγιεινή διατροφή υποφέρει ή βιώνει προβλήματα κλινικού ενδιαφέροντος σε κοινωνικό, επαγγελματικό επίπεδο αλλά και σε άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής του (π.χ. οι γονείς με Νευρική Ορθορεξία ταΐζουν τα παιδιά τους με τρόπο που δεν ταιριάζει στην ηλικία τους, εξαιτίας στρεβλών διατροφικών πεποιθήσεων). Επίσης, (Κριτήριο Δ2) παρουσιάζονται διατροφικές ελλείψεις λόγω μη ισορροπημένης δίαιτας. Η επίγνωση της ασθένειας που προκαλούν οι διατροφικές ελλείψεις, δεν είναι απαραίτητα παρούσα και μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις η έλλειψή της επίγνωσης αυτής, μπορεί να αποτελεί δείκτη σοβαρότητας της διαταραχής. Ως κριτήριο Ε αναφέρεται η σκόπιμη απώλεια βάρους και το χαμηλό βάρος σώματος, αλλά δεν παρατηρούνται ανησυχίες σχετικά με το βάρος και το σχήμα σώματος.

Για τη διάγνωση της Ορθορεξίας, τα κριτήρια Α, Β, Γ και Ε είναι ξεκάθαρα. Το κριτήριο Δ δεν είναι ικανοποιητικά ξεκάθαρο, γιατί συνιστάται στη διάγνωση της Νευρικής Ανορεξίας (Anorexia nervosa ή AN).

1.6.4 Διαγνωστικά Κριτήρια από τους Dunn and Bratman, 2016.

Υπάρχουν δύο μεγάλα στάδια που οδηγούν σε ορθορεξική συμπεριφορά. Το πρώτο στάδιο είναι μια σχετικά ακίνδυνη επιλογή μιας υγιεινής δίαιτας και το δεύτερο στάδιο είναι μια ανθυγιεινή εμμονή για τις “υγιεινές” τροφές, που αποτελεί την εξέλιξη του πρώτου σταδίου (**Bratman, 2017**). Μόνο το δεύτερο στάδιο αποτελεί ένδειξη παθολογίας, αν και όταν υπάρχουν παράλογες αντιλήψεις στο πρώτο στάδιο, εσφαλμένα αρκετές

φορές κατηγοριοποιείται ως διατροφική διαταραχή (**Bratman, 2017**). Τα προτεινόμενα επομένως διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρική Ορθορεξία από τους **Dunn and Bratman, 2016** είναι τα εξής:

Ως κριτήριο Α αναγνωρίζεται η εμμονική προσήλωση στην υγιεινή διατροφή όπως αυτή ορίζεται βάσει διατροφικών θεωριών ή πεποιθήσεων. Οι πεποιθήσεις αυτές συνοδεύονται από υπερβολικό συναισθηματικό άγχος που αφορά στις διατροφικές επιλογές που θεωρούνται ανθυγιεινές. Η απώλεια βάρους προκύπτει ως αποτέλεσμα των διατροφικών επιλογών, αλλά δεν αποτελεί πρωταρχικό στόχο. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω: Υπάρχει ψυχαναγκαστική/παθολογική συμπεριφορά και/ή μανιακή ενασχόληση που αφορά στις επιτρεπτές και ταυτόχρονα περιοριστικές διαιτητικές πρακτικές, οι οποίες είναι σύμφωνες με τις πεποιθήσεις του ατόμου και έχουν ως στόχο τη βέλτιστη δυνατή υγεία. Η παραβίαση των αυτοεπιβαλλόμενων διαιτητικών κανόνων προκαλεί υπερβολικό φόβο ασθένειας, αίσθημα μόλυνσης/βρωμιάς και/ή σωματικής δυσφορίας, που συνοδεύονται από άγχος και ντροπή. Οι διατροφικοί περιορισμοί κλιμακώνονται και με το πέρασμα του χρόνου μπορεί να φτάσουν στο σημείο αποκλεισμού ολόκληρων ομάδων τροφίμων. Προοδευτικά το άτομο συμμετέχει σε συχνό και/ή πλήρη νηστεία, η οποία θεωρείται αποτοξίνωση. Αυτή η κλιμάκωση της κατάστασης οδηγεί σε απώλεια βάρους, αλλά η ανάγκη για απώλεια βάρους είναι απύσαστη, κρυμμένη ή καταπιεσμένη, λόγω του ιδεασμού σχετικά με την υγιεινή διατροφή.

Ως Κριτήριο Β αναγνωρίζεται η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και η εμμονική ενασχόληση που οδηγούν σε κλινική βλάβη, εφόσον παρατηρούνται ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: Υποσιτισμός, σοβαρή απώλεια βάρους, ή άλλες ιατρικές επιπλοκές που προκαλούνται από τη περιοριστική δίαιτα. Αν παρατηρείται, έντονο εσωτερικό άγχος ή βλάβη/ανικανότητα εκπλήρωσης κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών υποχρεώσεων ως δευτερεύον αποτέλεσμα των πεποιθήσεων ή συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή. Αν υπάρχει θετική εικόνα σώματος, αυταξίας, ταυτότητας και/ή αυτοεκτίμησης, τα οποία είναι εξαιρετικά συνδεδεμένα με τη συμμόρφωση στην αυτοεπιβαλλόμενη ορθή υγιεινή διατροφική συμπεριφορά.

1.6.5 Διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρική Ορθορεξία, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες.

Η **Cena et al. (2018)** ανέδειξε τις κυρίαρχες τάσεις για τον ορισμό και τα διαγνωστικά κριτήρια στη βιβλιογραφία της για τη Νευρική Ορθορεξία και κατέληξε πως σε όλες τις σχετικές με τη Νευρική Ορθορεξία μελέτες, συμπεριλαμβανόντουσαν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της στο άτομο, ο υποσιτισμός και η απώλεια βάρους ως βασικά διαγνωστικά κριτήρια. Οι μελέτες επιπλέον συμφωνούσαν μεταξύ τους στο γεγονός ότι η εμμονική προσήλωση στην υγιεινή διατροφή και το συναισθηματικό άγχος που ακολουθεί τη μη συμμόρφωση ή παρέκκλιση από τη δίαιτα, θα πρέπει να περιλαμβάνεται στα κυριότερα διαγνωστικά κριτήρια για την Ορθορεξία. Επομένως υπάρχει κατά κάποιο τρόπο μια συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για αρκετά από τα στοιχεία που συνιστούν τη Νευρική Ορθορεξία.

Ακόμη βέβαια, επικρατεί διαφωνία μεταξύ των μελετητών σχετικά με το αν στα διαγνωστικά κριτήρια θα πρέπει να συμπεριληφθούν η απουσία της επιθυμίας για απώλεια βάρους, η κλιμάκωση των διατροφικών περιορισμών με το πέρασμα του χρόνου και η σπατάλη χρημάτων και χρόνου για την αγορά και τη προετοιμασία του φαγητού (**Cena et al., 2018**).

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να συνεχίσουν να θεωρούν τη κλινική βλάβη (clinical impairment) ως

διαγνωστικό κριτήριο της Νευρικής Ορθορεξίας όταν διεξάγουν εκτίμηση αυτής, ώστε ο επιπολασμός που ανιχνεύεται από τους ερευνητές να είναι πιο ακριβής. Οι ορισμοί για τη Νευρική Ορθορεξία που αναπτύχθηκαν πρόσφατα από ερευνητές, συμπεριλαμβάνουν τη κλινική βλάβη ως βασικό διαγνωστικό κριτήριο. Εάν επαληθευτούν τα στοιχεία που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη για να οριστεί η Νευρική Ορθορεξία, όπως για παράδειγμα οι ακραίες διατροφικές συμπεριφορές, ο ψυχαναγκασμός, η διαταραχή εικόνας σώματος, η ανησυχία για το βάρος σώματος, οι ιατρικές επιπλοκές και η ψυχολογική δυσλειτουργία, τότε θα μπορούσαν να οριστούν και τα διαγνωστικά της κριτήρια. Η εγκυρότητα ορισμένων από τα προτεινόμενα διαγνωστικά κριτήρια για την Νευρική Ορθορεξία, αποτελεί σημείο εκκίνησης για την τροποποίηση των ήδη υπάρχοντων και την ανάπτυξη νέων με τα οποία θα συμφωνούν απόλυτα μεταξύ τους οι ερευνητές.

1.7 Προτεινόμενο Ψυχοκοινωνικό μοντέλο για τη Νευρική Ορθορεξία από Sarah E. McComb , Jennifer S. Mills, 2019.

Η πρώτη εκτενής έρευνα για τη Νευρική Ορθορεξία και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτή, πραγματοποιήθηκε το 2019, από τους Sarah E. McComb, Jennifer S. Mills με τίτλο: Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors και όρισε ξεκάθαρα τους παράγοντες κινδύνου. Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο για τη Νευρική Ορθορεξία που προτείνει η παραπάνω έρευνα, είναι:

1) Κοινωνικοί παράγοντες (Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο):

- Προκαταλήψεις σχετικές με το βάρος σώματος και στιγματισμός της παχυσαρκίας.
- Διαθεσιμότητα οργανικού/”καθαρού” φαγητού.
- Υψηλότερο εισόδημα.
- Πρόσβαση σε γνώση/ έρευνες που αφορούν τη τροφή.
- Χρόνος για σχεδιασμό και προετοιμασία των γευμάτων.

2) Ψυχολογικοί παράγοντες (Εσωτερικές προσωπικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές):

- Τελειομανία.
- Δίαιτα/Περιοριστική διατροφή.
- Τάση απόκτησης λεπτού σώματος/ εσωτερίκευση του ιδανικού αδύνατου σώματος.
- Νευρωτισμός (άγχος, αρνητικά συναισθήματα).
- Ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις.
- Τρέχουσα παρούσα διατροφική διαταραχή ή ιστορικό διατροφικής διαταραχής.
- Φόβος απώλειας ελέγχου.
- Πεποίθηση ευπάθειας σε ασθένειες.

Ο περιορισμός της τροφής, συμπεριλαμβανομένης και της Νευρικής Ορθορεξίας, λαμβάνει χώρα σε οποιοδήποτε πολιτιστικό ρεύμα που στιγματίζει τη παχυσαρκία. Ένα κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο το οποίο είναι αναγκαίο αλλά όχι επαρκές για τη Νευρική Ορθορεξία, είναι εκείνο στο οποίο το άτομο έχει πρόσβαση σε οργανική, ανεπεξέργαστη τροφή, χρόνο και χρήμα για έρευνα σε σχέση με τη προετοιμασία του φαγητού

και θετική ενίσχυση για την αναζήτηση “καθαρής τροφής”. Το άτομο ίσως είναι ήδη σε αναζήτηση μιας υποκοουλτούρας που παρέχει επικύρωση των πεποιθήσεών του σχετικά με την υγιεινή διατροφή (π.χ. μέσα κοινωνικής δικτύωσης, βιβλία μαγειρικής). Ωστόσο, όπως το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο που περιεγράφηκε παραπάνω θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη ποικίλων διατροφικών συνηθειών (π.χ. χορτοφαγία), η Νευρική Ορθορεξία η οποία περιλαμβάνει δυσφορία ή βλάβη, πιθανότατα καθοδηγείται από ψυχολογικούς παράγοντες. Η βιβλιογραφία επισημαίνει έναν αριθμό των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και συμπεριφοράς που ίσως οδηγούν στη Νευρική Ορθορεξία και αυτά αναφέρονται στο παραπάνω σχήμα. Οι τελευταίοι δύο παράγοντες κινδύνου της λίστας που αφορούν στο άτομο και είναι ο φόβος απώλειας ελέγχου και η πεποίθηση της ευπάθειας απέναντι σε ασθένειες, οι οποίοι είναι απλά υποθέσεις έως τώρα, θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω.

1.8 Η οδός ανάπτυξης της Νευρικής Ορθορεξίας, οι βασικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης αυτής και η κατάταξη των συμπτωμάτων της, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρωτότυπης μελέτης σε Ολλανδούς επαγγελματίες υγείας, το 2021.

Το εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο βασίστηκε η μελέτη των **Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina**, οπτικοποιεί το τρόπο με τον οποίο μια ψυχική νόσος αναπτύσσεται στον άνθρωπο, ξεκινώντας από την προδιάθεση για την ανάπτυξη αυτής, η οποία με το πέρασμα του χρόνου εμφανίζει συμπτώματα της ασθένειας. Η προδιάθεση ή αλλιώς τα ανενεργά συμπτώματα μιας ψυχικής νόσου, ενεργοποιούνται από γεγονότα που πυροδοτούνται και από το περιβάλλον, έως ότου εμφανιστεί η νόσος. Το παραπάνω πλαίσιο επιδεικνύει την εξέλιξη της διαταραχής από ανεκτή σε μη ανεκτή και υποδεικνύει τη κατάλληλη θεραπεία για τη κάθε φάση. Το μοντέλο αυτό είναι βασισμένο στη θεωρία του δικτύου των ψυχικών διαταραχών του **Borsboom (2017) (the network theory of mental disorders by Borsboom, 2017)**, το μοντέλο ανάπτυξης σε έλλειψη της **Syurina et al. (2015) (the growing into deficit model by Syurina et al. 2015)** και του δυναμικού βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας της **Lehman et al., 2017**.

Η θεωρία του δικτύου της ψυχοπαθολογίας (**Borsboom, 2017**), εμφανίζει την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών ως μια διαδικασία εξάπλωσης της ενεργοποίησης σε ένα δίκτυο συμπτωμάτων. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει πως ένα εναρκτήριο γεγονός (π.χ. καρκίνος στην οικογένεια) ίσως ενεργοποιήσει ένα σύμπτωμα (π.χ. την επιθυμία για βελτίωση της υγείας του ατόμου), γεγονός που ίσως ενισχύσει την εμφάνιση ενός άλλου σχετικού συμπτώματος (π.χ. την αύξηση του ενδιαφέροντος για το υγιεινό φαγητό). Οι ψυχικές διαταραχές είναι επομένως το αποτέλεσμα ομάδων συμπτωμάτων σε ζεύγη, τα οποία συνεχώς αλληλοενισχύονται. Η σύνδεση της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) με τη θεωρία του δικτύου είναι τόσο κατάλληλη, όσο λογική είναι και η σύνδεση των Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorders or ED) με την ίδια θεωρία (**Borsboom, 2017**). Η θεωρία του δικτύου παρουσιάζει αλληλοεπικάλυψη με τη καμπύλη του **Snyderman (Snyderman's curve) (Syurina, 2015)**, η οποία αναπαριστά την ανάπτυξη σε έλλειψη και τη πορεία κοινών σύνθετων ασθενειών. Επιπλέον η καμπύλη αυτή αναπαριστά την εξέλιξη της ασθένειας από ανεκτή σε μη ανεκτή και με αυτό το τρόπο υποδεικνύει ποια μορφή θεραπείας είναι η καταλληλότερη για κάθε φάση. Τέλος, το δυναμικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας (**Lehman et al., 2017**) είναι χρήσιμο για τη κατηγοριοποίηση των

συμπτωμάτων της Νευρικής Ορθορεξίας (ΟΝ) και τη κατανόηση της αλληλεπίδρασης των συμπτωμάτων. Το μοντέλο οραματίζεται την υγεία ενός ατόμου, η έλλειψη της οποίας, αποτελεί αποτέλεσμα συνδυασμού βιολογικών, ψυχολογικών, διαπροσωπικών και συγκυριακών δυναμικών που αναπτύσσονται και αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου. Οι βιολογικές επιρροές αποτελούν διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο σώμα και μπορούν να επηρεάσουν την υγεία του ανθρώπου, όπως είναι το ανοσοποιητικό σύστημα. Οι ψυχολογικές επιρροές είναι όλες διαδικασίες που ρυθμίζονται από τον εγκέφαλο και επηρεάζουν την υγεία ενός ατόμου σε επίπεδο γνωστικό, συναισθηματικό, συμπεριφορικό και κινήτρου. Οι διαπροσωπικές επιρροές περιλαμβάνουν όλες τις επιρροές των κοινωνικών επαφών ενός ατόμου. Αυτές ίσως είναι η άμεση επαφή με ένα άλλο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος ή η επίδραση πράξεων άλλων ατόμων με τα οποία υπάρχει κοινωνική σχέση ή αλληλεπίδραση. Οι συγκυριακοί παράγοντες (Contextual factors) περιλαμβάνουν όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και τις διαπροσωπικές διαδικασίες, όπως το κοινό πολιτισμικό πλαίσιο, οι άγραφοι κοινωνικοί κανόνες, οι νόμοι και οι ηθικές αξίες (Lehman et al., 2017).

Οι παραπάνω θεωρίες χρησιμοποιήθηκαν για τη κατασκευή του οδηγού της συνέντευξης και του ερωτηματολογίου αλλά και στην ανάλυση των δεδομένων της πρωτοποριακής μελέτης με τίτλο *Developmental pathway of orthorexia nervosa: Factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals* από τους **Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina**, που πραγματοποιήθηκε το 2021, σε Ολλανδούς επαγγελματίες υγείας με σκοπό τη διερεύνηση της οδού ανάπτυξης της Νευρικής Ορθορεξίας και των βιο-ψυχο-κοινωνικών αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων που βοηθούν στην εκδήλωσή της. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της καταγραφής και ανάλυσης πληροφοριών σχετικά με ασθενείς που αναγνωρίστηκαν από επαγγελματίες υγείας, ως δυνητικά πληρούντες τα κριτήρια της Νευρικής Ορθορεξίας (ΟΝ).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας σύμφωνα με τη παραπάνω μελέτη είναι η επίδραση του περιβάλλοντος, οι πρωταρχικοί κίνδυνοι και τα εναρκτήρια συμπτώματα. Παραδείγματα περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία είναι οι πολιτικές και οι νόμοι των χωρών, οι πολιτισμικοί θεσμοί και οι εκάστοτε κοινωνικές τάσεις. Ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας που επηρεάζει την Νευρική Ορθορεξία είναι η ύπαρξη υπερβολικά υγιεινών ή ανθυγιεινών διατροφικών συνθηκών στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου (π.χ. το οικογενειακό περιβάλλον). Τα κοινωνικά μέσα δικτύωσης και πληροφόρησης μαζί με ψευδοεπιστήμονες “ειδικούς” της διατροφής, αποτελούν επίσης περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την Νευρική Ορθορεξία (ΟΝ). Παρόλα αυτά υπάρχει έλλειψη συμπεράσματος για τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων των Ολλανδών επαγγελματιών υγείας σχετικά με το εάν οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες του άμεσου περιβάλλοντος επηρεάζουν την Νευρική Ορθορεξία, αφού εξετάστηκαν μόνο οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

Για να διερευνηθούν οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για Νευρική Ορθορεξία (ΟΝ), ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στη μελέτη των **Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina, 2021** να αναγνωρίσουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που συναντούσαν.

Σε όλες τις περιπτώσεις, ο/η ασθενής ήταν νέα γυναίκα (16–35 ετών), μεσαίου ή ανώτερου βαθμού εκπαίδευσης, με ενεργό τρόπο ζωής και φιλόδοξο τύπο προσωπικότητας. Μερικοί επιστήμονες υγείας ανέλυσαν το φιλόδοξο τύπο προσωπικότητας, αναφέροντας τη τελειομανία ως χαρακτηριστικό της

προσωπικότητας.

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων της έρευνας συμφώνησαν με τις συνεντεύξεις. Σχετικά με την αυτοπεποίθηση των ασθενών, οι συνεντεύξεις των επαγγελματιών υγείας ήταν υπερ της χαμηλής αυτοπεποίθησης των ασθενών (74%). Σχετικά με το βάρος σώματος, το χαμηλό ή κανονικού βάρους σώματος αποτέλεσε το συχνότερο χαρακτηριστικό των ασθενών (92%). Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ασαφή όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από την κοινωνική τους ζωή και τις σχέσεις τους με φίλους, συναδέλφους ή συμμαθητές.

Τα εναρκτήρια συμπτώματα ήταν δύσκολο να ταυτοποιηθούν από τους επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στις συνεντεύξεις της παραπάνω μελέτης των **Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina, 2021**. Οι εμπειρίες πρόσφατου χωρισμού, οικογενειακών προβλημάτων και οι κακές οικογενειακές σχέσεις, αναφέρθηκαν ως γεγονότα που πυροδοτούν την έναρξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Άλλα γεγονότα που πυροδοτούν τη Νευρική Ορθορεξία αποτελούν οι δυσκολίες που προκύπτουν από υπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, κυρίως από τη κατάθλιψη και τον αυτισμό. Άλλα πιθανά γεγονότα που πυροδοτούν την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας περιλαμβάνουν σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την εφηβεία, το αυξημένο ενδιαφέρον για συνεχή αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με το φαγητό και το ενδιαφέρον για υιοθέτηση μερικώς χορτοφαγικής, πλήρως χορτοφαγικής ή ωμοφαγικής διατροφής.

Επίσης βρέθηκαν δύο παράγοντες που σχετίζονται με θέματα που αφορούν το σώμα και πυροδοτούν την εμφάνιση της Ορθορεξίας. Οι παράγοντες αυτοί ήταν η διάγνωση προβλημάτων υγείας και ο προγραμματισμός κοσμητικής χειρουργικής επέμβασης μετά τη διάγνωση προβλήματος υγείας. Και τα δύο παραδείγματα πυροδότησης της Νευρικής Ορθορεξίας επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα της έρευνας. Παρά τη ταυτοποίηση των εναρκτήριων γεγονότων πυροδότησης της Ορθορεξίας, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν την άποψη πως δεν είναι ξεκάθαρα τα εναρκτήρια γεγονότα για την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας ή ποιοι παράγοντες πυροδοτούν την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Τα συμπτώματα που περιγράφονται στην έρευνα των **Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina** παρουσιάζουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη και μπορούν να χωριστούν σε βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά.

Πολλά από τα βιολογικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν στην έρευνα αυτή, από τους επαγγελματίες υγείας, μπορούν να θεωρηθούν “σωματικές εκδηλώσεις” παρά κλινικά βιολογικά συμπτώματα. Όσον αφορά στα βιολογικά συμπτώματα, η χαμηλή πρόσληψη φαγητού στους ασθενείς τους ήταν ένα χαρακτηριστικό που παρατηρήθηκε από όλους τους επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι δίαιτες των ασθενών ήταν χαμηλές κυρίως σε λίπη, σε υδατάνθρακες και σε ζάχαρη. Επίσης, οι δίαιτες ήταν χορτοφαγικές ή ωμοφαγικές και σε κάποια περίπτωση χωρίς γλουτένη. Οι ασθενείς συμφωνούσαν στη πλειοψηφία τους ως προς το ποιο φαγητό θεωρούσαν υγιεινό. Ένα ακόμη κύριο σύμπτωμα, ήταν η σοβαρή απώλεια βάρους, την οποία οι περισσότερες γυναίκες ασθενείς συνειδητοπούσαν μεν, αλλά δε τη θεωρούσαν πρόβλημα δε. Ως αποτέλεσμα της απώλειας βάρους μερικοί ασθενείς βίωναν ζαλάδες, οι μισές γυναίκες ασθενείς έπαψαν να έχουν έμμηνο ρύση και πολλές γυναίκες ασθενείς παρουσίασαν έλλειψη θρεπτικών συστατικών με αποτέλεσμα να νιώθουν κόπωση. Αρκετές γυναίκες ασθενείς που διατηρούσαν έναν ενεργό τρόπο ζωής πριν την ανάπτυξη των συμπτωμάτων της Νευρικής Ορθορεξίας, συνέχιζαν να γυμνάζονται, αν και η γυμναστική

έγινε για αυτές εμμονή.

Από ψυχολογικής πλευράς, οι ασθενείς διέφεραν στο πόσο καλά ένιωθαν. Ορισμένοι ένιωθαν σχετικά καλά, αλλά οι περισσότερες από τις μισές γυναίκες ασθενείς της μελέτης βίωναν αισθήματα άγχους, κατάθλιψης σε σχέση με το φαγητό και με καταστροφικές σκέψεις που αφορούν το φαγητό (π.χ. σε περίπτωση που δεν τηρείται μια “υγιεινή” διατροφή, είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί καρκίνος). Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν πως η συμπεριφορά των ασθενών τους είχε αντίκτυπο στη κοινωνική τους ζωή. Εφόσον ο ελεύθερος χρόνος των ασθενών μοιραζόταν μεταξύ άσκησης, αγοράς και προετοιμασίας φαγητού, οι μισές γυναίκες ασθενείς ξόδευαν λιγότερο χρόνο με τους φίλους τους. Σύμφωνα με ορισμένους επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να παρευρεθούν σε κοινωνικές εκδηλώσεις γιατί σε αυτές θα περιλαμβανόταν γεύμα το οποίο δεν θα πληρούσε τα κριτήρια ενός “υγιεινού” κατά τη δική τους γνώμη, γεύματος. Αν βέβαια η κοινωνική εκδήλωση περιλάμβανε “υγιεινό” φαγητό, η κοινωνική πρόσκληση σε μια τέτοια εκδήλωση, θα γινόταν αποδεκτή.

1.9 Παράγοντες κινδύνου ή προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας (ON), σύμφωνα με τα πιο έγκυρα ερευνητικά δεδομένα.

Η ταυτοποίηση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας και κυρίως των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική για πολλούς λόγους. Ένας από αυτούς τους λόγους είναι η δημιουργία παρεμβάσεων με σκοπό τη πρόληψη αλλά και τη θεραπεία της Ορθορεξίας. Ένας δεύτερος λόγος είναι να βρεθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές της Ορθορεξίας από άλλες διαταραχές όπως η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) και ο αυτισμός. Τρίτος λόγος είναι το γεγονός πως θα πρέπει να καθοριστεί ποιες ομάδες ανθρώπων, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν Νευρική Ορθορεξία. Τέλος, η ταυτοποίηση των προγνωστικών παραγόντων είναι απαραίτητη για τη κατανόηση της Νευρικής Ορθορεξίας, με σκοπό να κατηγοριοποιηθεί διαγνωστικά ως μια νέα Διατροφική Διαταραχή (Eating Disorder or ED), μια παραλλαγή της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (Obsessive Compulsive Disorder or OCD), ή απλώς ως μια νέα, ξεχωριστή διαταραχή.

1.9.1. Δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με έρευνες:

1.9.1.1 Ηλικία.

Υπάρχουν διαφορετικά ευρήματα που αφορούν τη σχέση της ηλικίας με τη Νευρική Ορθορεξία. Αρκετές μελέτες αναγνωρίζουν πως οι νεαροί ενήλικες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Σε δείγμα Ιταλών αθλητών, η Ορθορεξία παρουσιαζόταν συχνότερα σε νεαρότερα άτομα (Segura-Garcia et al., 2012). Επιπλέον η Ορθορεξία επικρατούσε σε νεαρότερες Ιταλίδες φοιτήτριες, παρά σε μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες (Dell 'Osso et al., 2016a) και σε Κροάτες φοιτητές (Livazovic & Mudrinic, 2016). Το ίδιο φαινόμενο παρατηρούνταν σε Γερμανούς αθλούμενους σε γυμναστήρια (Rudolph, 2017), σε Πορτογάλους αθλούμενους σε γυμναστήρια (Almeida et al., 2018) και σε όσους συμμετείχαν σε έρευνες διαδικτυακά (Dittfeld et al., 2017; Missbach et al., 2015), παρόλο που αυτές οι επιδράσεις ήταν πολύ

μικρές.

Αντίθετα, σε δείγμα πληθυσμού από την Ουγγαρία και την Ιταλία, η ύπαρξη Νευρικής Ορθορεξίας ήταν πιο πιθανή όσο η ηλικία αυξανόταν (**Donini et al., 2004 ; Varga et al., 2014**). Ωστόσο, αρκετές άλλες μελέτες κατέληξαν σε μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και ηλικίας ανάμεσα σε δείγματα πληθυσμού με διαφορετικό πολιτισμικό και ηλικιακό εύρος (**Aksoydan & Camci, 2009; Fidan et al., 2010, Bundros et al., 2016; Depa et al., 2017; Grammatikopoulou et al., 2016; Herranz Valera et al., 2014 ; Reynolds, 2018 ; Turner & Lefevre, 2017**).

Συνοπτικά, η βιβλιογραφία είναι μοιρασμένη μεταξύ αποτελεσμάτων που δείχνουν πως το νεαρό της ηλικίας σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας και αποτελεσμάτων που δείχνουν πως η ηλικία δεν έχει σχέση με την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Οι καλύτερες ποιοτικά έρευνες συμφωνούν πως η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο είναι ανάγκη να διεξαχθούν επιπλέον έρευνες ειδικά για τα άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, εφόσον τα υπάρχοντα δεδομένα αφορούν άτομα ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών.

1.9.1.2 Φύλο.

Τα αποτελέσματα μελετών που αφορούν τη σχέση μεταξύ φύλου και Νευρικής Ορθορεξίας είναι μικτά. Η Ορθορεξία βρέθηκε πως είναι διαδεδομένη περισσότερο σε γυναίκες παρά σε άντρες, με αύξηση κινδύνου εμφάνισης έως και 2,5 φορές περισσότερο (**Sanlier et al., 2016**), σε δείγματα πληθυσμού από Γερμανία (**Missbach et al., 2015**), από Ισπανία (**Parra-Fernandez et al., 2018a , 2018b**); **Roncero et al., 2017**), από Ιταλία (**Dell 'Osso et al., 2016a**) και Τουρκία (**Sanlier et al., 2016**). Στα δείγματα που αναφέρθηκαν παραπάνω οι υπό μελέτη γυναίκες επικρατούσαν σε ποσοστά (58%–74.6%), γεγονός που δικαιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών.

Αντιθέτως, η Νευρική Ορθορεξία βρέθηκε να επικρατεί περισσότερο σε άντρες Τούρκους φοιτητές της Διατροφής (**Karakus et al., 2017**), παρόλο που στο υπό μελέτη δείγμα οι γυναίκες ήταν η πλειοψηφία. Σε δείγματα πληθυσμού μελέτης με περίπου ίση συμμετοχή ανδρών και γυναικών, η Νευρική Ορθορεξία παρατηρούνταν συχνότερα σε άντρες Τούρκους φοιτητές (**Fidan et al., 2010**) και σε άντρες Ιταλούς παρά σε γυναίκες (**Donini et al., 2004**). Επιπλέον, η Ορθορεξία εμφανιζόταν επίσης πιο συχνά σε άντρες Σουηδούς φοιτητές παρά σε γυναίκες, όταν το όριο του σκορ για τη Νευρική Ορθορεξία άλλαξε από <40 στο <35 στη κλίμακα του ORTO (**Malmberg et al., 2017**).

Η πλειοψηφία των μελετών, συμπεριλαμβανομένων και των ποιοτικά ανώτερων, κατέληξαν πως η Νευρική Ορθορεξία δεν σχετίζεται με το φύλο. Καμία σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ φύλου και Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα πληθυσμού από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (**Bundros et al., 2016; Dunn et al., 2017; Hayles et al., 2017; Oberle et al., 2017**), από την Αυστραλία (**Barnes & Caltabiano, 2017 ; Reynolds, 2018**), τη Πολωνία (**Brytek-Matera et al., 2015a**), τη Γερμανία (**Depa et al., 2017 ; Luck-Sikorski et al., 2018**), τη Κροατία (**Livazovic & Mudrinic, 2016**), τη Πορτογαλία (**Almeida et al., 2018**), την Ελλάδα (**Grammatikopoulou et al., 2018**), το Ηνωμένο Βασίλειο (**Clifford & Blyth, 2018**), ή την Ιταλία (**Brytek Matera et al., 2017**). Επίσης, καμία διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας λόγω

φύλου, δε βρέθηκε μεταξύ αντρών και γυναικών καλλιτεχνών (Aksoydan & Camci, 2009), μεταξύ ειδικευόμενων ιατρών (Bagci Bosi et al., 2007), ή δασκάλων γιόγκα (Herranz Valera et al., 2014).

1.9.1.3 Οικογενειακό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και επίπεδο σπουδών.

Τα ευρήματα μελετών που αφορούν στη σχέση μεταξύ οικογενειακού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου/ επιπέδου εκπαίδευσης και Νευρικής Ορθορεξίας είναι μικτά. Η Νευρική Ορθορεξία βρέθηκε να επικρατεί σε Ιταλούς φοιτητές Πανεπιστημίου των οποίων οι γονείς είχαν λάβει οχτώ ή περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης σε σχέση με τους φοιτητές των οποίων οι γονείς είχαν λάβει λιγότερα από οχτώ χρόνια εκπαίδευσης (Dell 'Osso et al., 2016a ; Dell 'Osso et al., 2017). Επιπλέον, σε δείγμα πληθυσμού από την Αυστραλία, η ύπαρξη της Νευρικής Ορθορεξίας ήταν πιο κοινή σε όσους ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου, παρά σε όσους είχαν απλά ένα απολυτήριο λυκείου (Barnes & Caltabiano, 2017). Ωστόσο, δεν βρέθηκε συσχέτιση του επιπέδου της εκπαίδευσης με τη Νευρική Ορθορεξία σε Τούρκους φοιτητές της Ιατρικής (Fidan et al., 2010), σε Τούρκους καλλιτέχνες (Aksoydan & Camci, 2009), σε Τούρκους Διατροφολόγους (Asil & Surucuoglu, 2015), αλλά και σε δείγμα πληθυσμού από την Ιταλία (Donini et al., 2004).

Ο κίνδυνος για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας αυξανόταν, όσο αυξανόταν και το οικονομικό εισόδημα σε δείγμα πληθυσμού από τη Πολωνία (Hyrynik et al., 2016). Είναι πιθανό η Νευρική Ορθορεξία να επικρατεί ανάμεσα σε άτομα με υψηλό εισόδημα εξαιτίας της μεγαλύτερης οικονομικής ευχέρειας η οποία απαιτείται για την αγορά τροφίμων υψηλής ποιότητας, μιας και όσοι εμφανίζουν Νευρική Ορθορεξία εστιάζουν στη ποιότητα της τροφής. Επιπλέον, οι άνθρωποι με ευμάρεια έχουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή.

1.9.2 Παράγοντες κινδύνου που αφορούν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Για τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που αποτελούν δυνητικά παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας, δεν έχει βρεθεί συσχέτιση που να αφορά ούτε την αυτοεκτίμηση (Barnes & Caltabiano, 2017; Oberle et al., 2017), ούτε το είδος της προσκόλλησης (Barnes & Caltabiano, 2017). Η αυτοεκτίμηση (self-esteem) Polivy & Herman, 2002, η ανασφαλής προσκόλληση (insecure attachment) Jewell et al., 2016; Tasca & Balfour, 2014 και η δυσαρέσκεια για το σώμα (body dissatisfaction) APA, 2013, συνδέονται άμεσα με άλλες Διατροφικές Διαταραχές, όπως η Νευρική Ανορεξία (AN) και Νευρική Βουλιμία (BN). Ωστόσο μία ή δύο μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της αυτοεκτίμησης με τη Νευρική Ορθορεξία (ON) εξήγαγαν ασαφή αποτελέσματα. Η βιβλιογραφία παρέχει μικτά αποτελέσματα μελετών για το αν η δυσαρέσκεια για το σώμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας (Barthels et al., 2017; BrytekMatera et al., 2015a), διαχωρίζοντας την Νευρική Ορθορεξία από τη Νευρική Ανορεξία και Βουλιμία, λόγω της ύπαρξης φόβου για αύξηση του βάρους σώματος και της εμφάνισης διαταραχής εικόνας σώματος, στις δύο τελευταίες (APA, 2013).

Μόνο δύο μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και Νευρικής Ορθορεξίας. Η μία αφορά δείγμα πληθυσμού από την Αυστραλία (Barnes & Caltabiano, 2017) και η άλλη δείγμα πληθυσμού από την

Αμερική (**Oberle et al., 2017**). Και οι δύο αυτές μελέτες δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και αυτοεκτίμησης και ο αριθμός των γυναικών στο δείγμα ανερχόταν στο 80%, οπότε δεν μπορεί να εκτιμηθεί με μεγάλη ακρίβεια η σχέση αυτοεκτίμησης και Ορθορεξίας σε τόσο μικρό δείγμα αντρών.

Μία μελέτη έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ Ναρκισσισμού και Νευρικής Ορθορεξίας και κατέληξε στο συμπέρασμα πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ τους, σε δείγμα Αμερικανών φοιτητών πανεπιστημίου (**Oberle et al., 2017**).

Πέντε μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της τελειομανίας. Οι **Oberle et al. (2017)** και **Hayles et al. (2017)** κατέληξαν πως τα υψηλά συνολικά σκορ για τη τελειομανία σχετίζονταν με μεγαλύτερη τάση για Νευρική Ορθορεξία ανάμεσα σε Αμερικανούς φοιτητές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Ωστόσο, οι **Barnes & Caltabiano (2017)**, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η τελειομανία δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας σε Αυστραλούς φοιτητές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Επιπλέον, μια μελέτη καλής ποιότητας, από τους **Barrada and Roncero (2018)** έδειξε πως η τελειομανία σχετίζεται με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα πληθυσμού Ισπανικού πανεπιστημίου. Επίσης, μελέτη των **Parra-Fernandez et al. (2018a)** έδειξε πως τα υψηλότερα σκορ στις υποκατηγορίες της τελειομανίας σχετίζονταν με μεγαλύτερη τάση εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα πληθυσμού από την Ισπανία.

Έως σήμερα, μία μόνο μελέτη έχει εξετάσει πως τα “Big Five” χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία είναι τα παρακάτω: Να είναι κανείς ανοιχτός σε νέες εμπειρίες (openness to experience), η ευσυνειδησία (conscientiousness), η εξωστρέφεια (extraversion), η ευπροσηγορία (agreeableness) και ο νευρωτισμός (neuroticism), σχετίζονται με την ύπαρξη της Νευρικής Ορθορεξίας (**Gleaves et al. 2013**). Αυτή η μελέτη διαπίστωσε πως ο νευρωτισμός ήταν το μόνο χαρακτηριστικό από τα “big five” χαρακτηριστικά προσωπικότητας το οποίο σχετιζόταν σημαντικά με την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας ανάμεσα σε Αμερικανούς τελειόφοιτους φοιτητές (**Oberle et al., 2017**), υποδεικνύοντας πως όλοι όσοι είναι συναισθηματικά ασταθείς και έχουν ελάχιστο έλεγχο στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, είναι πιο πιθανό να βιώσουν Νευρική Ορθορεξία.

1.9.3 Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες κινδύνου.

Η βιβλιογραφία του παρελθόντος φαίνεται να υποστηρίζει σταθερά πως τα έντονα Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα σχετίζονται με την ύπαρξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Η ανάγκη για τήρηση συγκεκριμένων αυτοεπιβαλλόμενων κανόνων σε σχέση με την άσκηση, εμμονές σχετικά με το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών και ο φόβος της σίτισης σε κοινωνικές εκδηλώσεις, αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για την ύπαρξη Νευρικής Ορθορεξίας σε Ιταλούς αθλητές (**Segura-Garcia et al., 2012**). Το ίδιο ισχύει και σε Αμερικανούς φοιτητές (**Oberle et al., 2018**). Ανάμεσα σε Ιταλούς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όλοι όσοι είχαν Νευρική Ορθορεξία, ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν υψηλά ποσοστά υπερβολικής ενασχόλησης σε τελετουργικές διαδικασίες που σχετίζονταν με το φαγητό, σε σχέση με όσους δεν είχαν Νευρική Ορθορεξία και αυτό αποτελούσε μια μεγάλη συσχέτιση (**Segura-Garcia et al., 2015**). Τα Ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το φαγητό βρέθηκε επίσης πως σχετίζονται με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση

Νευρικής Ορθορεξίας σε Τούρκους Διατροφολόγους (**Asil & Surucuoglu, 2015**) και σε δείγμα Ισπανικού πληθυσμού (**Roncero et al., 2017**). Οι σχετιζόμενοι με τη τροφή ψυχαναγκασμοί, σχετίζονται με μεγαλύτερη εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας και κάτι τέτοιο δεν αποτελεί έκπληξη, λαμβάνοντας υπόψη πως η Νευρική Ορθορεξία χαρακτηρίζεται από την υπερβολική ενασχόληση με τη τροφή και από την τήρηση τελετουργικών διαδικασιών προετοιμασίας των γευμάτων. Η ύπαρξη Ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς σχετίστηκε με μεγαλύτερη εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας σε Τούρκους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (GAD), Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) και Κρίση Πανικού (**Poyraz et al., 2015**). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε δείγμα Τούρκικης κοινότητας (**Cicekoglul & Tuncay, 2018**), σε δείγμα από Ισπανούς φοιτητές (**Barrada & Roncero, 2018**), καθώς και σε Αμερικανούς φοιτητές (**Bundros et al., 2016; Hayles et al., 2017**). Η υπερβολική ενασχόληση και η τήρηση συγκεκριμένου προγράμματος δεν περιοριζόταν μόνο στο φαγητό, αλλά επεκτανόταν σε εμμονές μόλυνσης και παρορμήσεις που αφορούσαν την υγιεινή του σώματος, του ντυσίματος, του ελέγχου των παρορμήσεων και εμμονικές σκέψεις για πρόκληση βλάβης στον ίδιο τον εαυτό ή σε άλλους. Όλα αυτά σχετίζονται με την εμφάνιση σοβαρότερων συμπτωμάτων Νευρικής Ορθορεξίας. Επιπλέον, τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα βρέθηκε πως επικρατούσαν περισσότερο σε δείγμα πληθυσμού από τη Γερμανία, με χαρακτηριστικά Νευρικής Ορθορεξίας, σε σχέση με όσους δεν τα είχαν (**Strahler et al., 2018**). Τα παραπάνω αποτελέσματα με συνέπεια προτείνουν, πως όλοι όσοι παρουσιάζουν τάση για Ιδεοψυχαναγκαστικές σκέψεις και συμπεριφορές, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας.

Σύμφωνα με έγκυρες μελέτες, όλοι όσοι ανέφεραν ότι παρουσίασαν στο παρελθόν, ιστορικό άλλων τύπων ψυχοπαθολογίας, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας. Αυτοαναφερόμενη Κατάθλιψη, Αρνητικότητα (negative effect), Αυτοκτονικές σκέψεις (**Barrada & Roncero, 2018; Gleaves et al.,** όπως παρατίθεται στη μελέτη των **Oberle et al., 2017**), Άγχος (**Strahler et al., 2018**) και Διαταραχή Σωματικής Δυσμορφίας (Body Dysmorphia) (**Bo et al., 2014; Bundros et al., 2016**) σχετίζονται όλα θετικά με τη συμπτωματολογία της Νευρικής Ορθορεξίας, καθώς και με την ύπαρξη διάγνωσης για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (**Luck-Sikorski et al., 2018**). Σε μελέτη του **Strahler et al. (2018)** βρέθηκε πως η αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη επικρατούσε σε δείγμα Γερμανών με Νευρική Ορθορεξία, αν και τα σκορ για τη κατάθλιψη δεν προέβλεπαν συνολικά Νευρική Ορθορεξία. Η Νευρική Ορθορεξία, βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με μεγαλύτερη Διαταραχή Μυϊκής Δυσμορφίας (Muscle Dysmorphia) ανάμεσα σε Ιταλούς αθλητές του body building, αλλά όχι ανάμεσα σε αθλητές που επιδίδονταν σε σπορ δύναμης ή γυμναστές (**Cerea et al., 2018**). Γερμανοί συμμετέχοντες που ανέφεραν τρέχουσα ψυχική ασθένεια ήταν επίσης πιο πιθανό να παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν ανέφεραν ιστορικό ψυχικής διαταραχής (**Missbach et al., 2015; Strahler et al., 2018**). Όλοι όσοι εμφάνιζαν Νευρική Ορθορεξία, ήταν πιο πιθανό να λάμβαναν ταυτόχρονα ψυχοθεραπεία και αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα σε σχέση με όσους δεν εμφάνιζαν Νευρική Ορθορεξία, αν και τα παραπάνω δεν ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για το συνολικό σκορ της Νευρικής Ορθορεξίας (**Strahler et al., 2018**).

Η υιοθέτηση συγκεκριμένης δίαιτας αποτελεί σταθερό προγνωστικό παράγοντα της Νευρικής Ορθορεξίας σε ένα σημαντικό αριθμό υψηλής ποιότητας μελετών (**Hyrynik et al., 2016; Missbach et al., 2015; Roncero et al., 2017**). Όλοι όσοι είχαν ιστορικό μιας διατροφικής διαταραχής, ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν Νευρική

Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν είχαν βιώσει ποτέ διατροφική διαταραχή (**Barnes & Caltabiano, 2017; Brytek-Matera et al., 2015a; Gramaglia et al., 2017; Segura-Garcia et al., 2015**), αν και δεν διερευνήθηκε αν η Ορθορεξία προηγούνταν ή ακολουθούσε τη διατροφική διαταραχή. Τα ποσοστά επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας κυμαίνονταν από 28% έως 82,7% σε κλινικά δείγματα Πολωνών και Ιταλών ασθενών με διατροφικές διαταραχές (**Brytek-Matera et al., 2015b; Segura-Garcia et al., 2015**). Σε δείγμα γυναικών από την Ιταλία και τη Πολωνία με Νευρική Ανορεξία (AN), το 60.9% και το 85.6% αυτών αντίστοιχα, είχαν ταυτόχρονα και Νευρική Ορθορεξία (ON). Ωστόσο, τα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας στο υγιές δείγμα ελέγχου ήταν επίσης αρκετά υψηλά, 46% και 82% αντίστοιχα (**Gramaglia et al., 2017**). Ωστόσο, ο επιπολασμός της ON στο δείγμα ελέγχου από τη Πολωνία, ήταν εξαιρετικά υψηλός (82%) και αντανάκλωνε σε μεγάλο βαθμό τον επιπολασμό που βρέθηκε στο κλινικό δείγμα (85,6%). Τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού τόσο στον γενικό πληθυσμό από τη Πολωνία, όσο και στο κλινικό δείγμα, υποδηλώνουν περαιτέρω ότι το ORTO έχει ελαττώματα και πιθανότατα δεν υπολογίζει την Νευρική Ορθορεξία ως μια μορφή ψυχοπαθολογίας, αλλά πιθανότατα αποτελεί εργαλείο μέτρησης της μη κλινικής υγιεινής διατροφής. Το ιστορικό μιας παρελθοντικής διατροφικής διαταραχής βρέθηκε πως είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα Αυστραλών φοιτητών πανεπιστημίου, πιο πολύ και από την υπερβολική ενασχόληση με το βάρος (**Barnes & Caltabiano, 2017**). Σε δείγμα πληθυσμού από τη Γερμανία, όσοι ανέφεραν πως πάσχουν από διατροφική διαταραχή ήταν επίσης πιο πιθανό να αναφέρουν πως πάσχουν και από Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν ανέφεραν την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής (**Missbach et al., 2015**). Ωστόσο, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των **Missbach et al. (2015)** επιστρατεύτηκαν διαδικτυακά για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Για αυτό το λόγο είναι πιθανό όλοι όσοι έλαβαν μέρος στη παραπάνω μελέτη να ενδιαφέρονταν εξαιρετικά για τη διατροφή και την υγεία, με αποτέλεσμα το δείγμα της μελέτης να αποτελείται από δυσανάλογο αριθμό συμμετεχόντων με Νευρική Ορθορεξία ή με Διατροφικές Διαταραχές.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που παρατηρείται στη Νευρική Ανορεξία ή στη Βουλιμία δεν αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για τη εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (disordered eating) όμως, που περιλαμβάνει αυστηρούς περιορισμούς, τσιμπολογήματα και αποτοξίνωση, έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται με τη Νευρική Ορθορεξία και για αυτό το λόγο όσοι παρουσιάζουν αυτού του τύπου τη συμπεριφορά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Βέβαια, δεν είναι ξεκάθαρο αν η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας ή αν η Νευρική Ορθορεξία προηγείται αυτής και αργότερα οδηγεί σε Διατροφικές Διαταραχές όπως η Νευρική Ανορεξία. Μακράς διάρκειας έρευνες πρέπει να πραγματοποιηθούν για να καθορίσουν τη σχέση κατεύθυνσης μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των τύπων Διαταραγμένης Διατροφικής Συμπεριφοράς που παρατηρούνται στην Ανορεξία και στη Βουλιμία.

Υψηλά σκορ σε ερωτηματολόγιο που αφορά τις διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες (Disordered Eating Habits), σχετίστηκαν με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας ανάμεσα σε Τούρκους φοιτητές Ιατρικής (**Fidan et al., 2010**), σε Τούρκους Διαιτολόγους (**Asil & Surucuoglu, 2015**), σε Τούρκους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (Generalized Anxiety Disorder), Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive Compulsive Disorder) ή Κρίση Πανικού (Panic Disorder)

(Poyraz et al., 2015). Το ίδιο ισχύει και για Τούρκους φοιτητές πανεπιστημίου (Agopyan et al., 2018; Sanlier et al., 2016), για Πολωνούς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (Brytek-Matera, Ogoza, Gramaglia, & Zeppego, 2015b), για Ιταλούς αθλητές (Segura Garcia et al., 2012), δείγμα πληθυσμού από την Αυστραλία (Reynolds, 2018) και σε δείγμα πληθυσμού από την Ισπανία (Roncero et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, υψηλά ατομικά σκορ στο ερωτηματολόγιο EAT (Eating Attitudes Test), που αφορά τη διαταραγμένη διατροφή, επίσης σχετίστηκαν με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας (Barrada & Roncero, 2018; Roncero et al., 2017).

Ωστόσο, οι Brytek-Matera et al. (2017) ανακάλυψαν πως η διαταραγμένη διατροφή (Disordered eating) σχετιζόταν με Νευρική Ορθορεξία σε άντρες, αλλά όχι σε γυναίκες. Η διαταραγμένη διατροφή (Disordered Eating), επίσης σχετίστηκε με μεγαλύτερη τάση για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα Αμερικανών φοιτητών (Hayles et al., 2017) αλλά και σε δείγμα Αμερικανών Διαιτολόγων (Tremelling et al., 2017).

Τέλος, η συναισθηματική κατανάλωση τροφής (emotional eating) βρέθηκε με συνέπεια πως δεν σχετίζεται με τη Νευρική Ορθορεξία (Brytek-Matera et al., 2018; Grammatikopoulou et al., 2018; Strahler et al., 2018).

1.9.4 Διατροφικοί παράγοντες κινδύνου.

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει της σχέση της χορτοφαγικής ή χορτοφαγικής-vegan διατροφής, με την Νευρική Ορθορεξία. Σύμφωνα με τους (Herranz Valera et al., 2014), Ισπανοί γυμναστές που ήταν χορτοφάγοι, ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν ήταν. Ομοίως, σε δείγμα πληθυσμού από την Ιταλία, όσοι δήλωναν χορτοφάγοι ή ωμοφάγοι ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν Νευρική Ορθορεξία, σε σχέση με όσους δεν ήταν (Dell'Osso et al., 2016a; Dell'Osso et al., 2017). Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν και μελέτες σε δείγματα πληθυσμού από τη Γερμανία (Barthels et al., 2018; Luck-Sikorski et al., 2018; Missbach et al., 2015), και τη Πολωνία (Brytek-Matera et al., 2018; Dittfeld et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, όσοι υιοθετούν μια διατροφή μόνο με γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά και λαχανικά (Lacto-Ovo-Vegetarian), κατέχουν τα πιο υψηλά σκορ για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Τα αμέσως υψηλότερα ποσοστά ανάπτυξης Νευρικής Ορθορεξίας παρατηρούνται σε όσους καταναλώνουν μόνο αυγά και λαχανικά (Ovo-Vegetarian), σε όσους καταναλώνουν μόνο γαλακτοκομικά και λαχανικά μόνο (Lacto-Vegetarian) και όσους καταναλώνουν μόνο φυτικές τροφές και αποφεύγουν και τα ζωϊκής προέλευσης προϊόντα όπως είναι το αυγό, το γάλα και το μέλι (Vegan) (Dittfeld et al., 2017). Ομοίως, Αμερικανοί φοιτητές πανεπιστημίου που ήταν Χορτοφάγοι-Vegan, ή σε δίαιτα χορτοφαγική με περιστασιακή κατανάλωση ψαριού (Pescatarian), ή σε Παλαιολιθική διατροφή (Paleo) όπου επιτρέπονται το κρέας, το ψάρι, τα λαχανικά, τα φρούτα, οι καρποί, οι σπόροι, τα βότανα και απαγορεύονται τα trans λιπαρά οξέα όπως η μαργαρίνη και όλες οι επεξεργασμένες τροφές) ή σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης, είχαν επίσης, μεγαλύτερη τάση για Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν ακολουθούσαν κάποια ειδική διατροφή (Barnett et al., 2016). Επίσης, οι Χορτοφάγοι-Vegan επέδειξαν πιο υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές αλλά δεν διέφεραν από τους Χορτοφάγους στον αριθμό των προβλημάτων που προκαλούνται από την υγιεινή διατροφή ή στα θετικά συναισθήματα που σχετίζονται με αυτή (Brytek-Matera et al., 2018).

Αντίθετα, οι Dunn et al. (2017) ανακάλυψαν πως Αμερικανοί φοιτητές πανεπιστημίου χωρίς διατροφικούς

περιορισμούς, ήταν πιο πιθανό να παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με τους Χορτοφάγους-Vegan, γεγονός που εγείρει ερωτήματα σχετικά με την εγκυρότητα των εργαλείων αξιολόγησης της Νευρικής Ορθορεξίας, δεδομένου ότι οι διατροφικοί περιορισμοί είναι το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής.

Αρκετές άλλες μελέτες κατέληξαν πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ Χορτοφαγίας (Veganism and Vegetarianism) και Νευρικής Ορθορεξίας. Επίσης, δεν ανίχνευσαν υψηλότερα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας σε αυτές τις δύο ομάδες Χορτοφάγων, όταν τις συνέκριναν με παμφάγους ή όσους ακολουθούν διατροφή Paleo (Παλαιολιθικής εποχής) (Cicekoglú & Tuncay, 2018; Dunn et al., 2017; Herranz Valera et al., 2014; Strahler et al., 2018; Turner & Lefevre, 2017).

Συμπερασματικά, ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει διαπιστώσει πως η Χορτοφαγική διατροφή (Vegetarianism και Veganism) σχετίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας. Όλες αυτές οι έρευνες είχαν κυρίως δείγμα που αποτελούνταν στη πλειοψηφία του από γυναίκες και τα αποτελέσματα αυτών ίσως να μην ισχύουν για τους άντρες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως όλες οι μελέτες υψηλής ποιότητας που διερεύνησαν τη Χορτοφαγική διατροφή (Vegetarianism και Veganism) ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας, κατέληξαν ομόφωνα πως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας, κυρίως λόγω των επιπτώσεων που έχουν οι παραπάνω τύποι διατροφής, στα άτομα που τους υιοθετούν.

Αρκετές διαφορετικές διατροφικές συνήθειες ταυτοποιήθηκαν ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Η τήρηση αυστηρού διατροφικού προγράμματος και η σπατάλη χρόνου για τη προετοιμασία των γευμάτων επίσης σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για Ορθορεξία (Missbach et al., 2015). Η επιθυμία για αποφυγή συγκεκριμένων ειδών τροφίμων προέβλεψε Νευρική Ορθορεξία σε Ιταλούς αθλητές (Segura-Garcia et al., 2012). Επίσης, η τήρηση Μεσογειακής διατροφής, η οποία χαρακτηρίζεται από τη χρήση του ελαιόλαδου ως κύρια πηγή λιπαρών οξέων, τη κατανάλωση μεγάλης ποσότητας λαχανικών, ξηρών καρπών, ψαριού και λευκού κρέατος αντί κόκκινου, παρατηρούνταν συχνότερα σε όσους είχαν Νευρική Ορθορεξία (Strahler et al., 2018). Όλοι όσοι είχαν Νευρική Ορθορεξία ήταν λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν κορεσμένα λιπαρά ή ζωικής προέλευσης προϊόντα, ενώ η κατανάλωση πρωτεΐνης, υδατανθράκων, λίπους, μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, φυτικών ινών και αλατιού δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία σε δείγμα πληθυσμού στην Ελλάδα (Grammatikopoulou et al., 2018). Ο περιορισμός στη πρόσληψη τροφής ή ο περιορισμός στη ενεργειακή πρόσληψη, επίσης σχετίστηκε θετικά με την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα πληθυσμού από τη Πολωνία (Brytek-Matera et al., 2018), την Αυστραλία (Reynolds, 2018) και τη Γερμανία (Strahler et al., 2018).

Επιπλέον, όλοι όσοι ασχολούνται με δίκτυα εναλλακτικών μορφών διατροφής και προτιμούν την αγορά τροφίμων βιολογικής προέλευσης και τοπικής παραγωγής, αλλά και χειροποίητων τροφών, ήταν πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν Νευρική Ορθορεξία (Barnett et al., 2016).

Η ύπαρξη δύο ή περισσότερων τροφικών δυσανεγιών, χωρίς να είναι ξεκάθαρο αν οι τροφικές δυσανεξίες ήταν πραγματικές ή φανταστικές, επίσης αποτέλεσαν πιθανό προγνωστικό παράγοντα Νευρικής Ορθορεξίας σε σχέση με όσους είχαν μία ή καμμία τροφική δυσανεξία (Missbach et al., 2015). Ωστόσο, η ύπαρξη τροφικής δυσανεξίας δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία σε δύο δείγματα πληθυσμού από την Αυστραλία (Barnes & Caltabiano, 2017; Reynolds, 2018). Επίσης βρέθηκε πως η αναγκαστική αποφυγή

συγκεκριμένων τροφών εξαιτίας μιας τροφικής αλλεργίας ή διαίτας που συστήνεται για ιατρικούς λόγους, δεν αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για Νευρική Ορθορεξία (**Barnes & Caltabiano, 2017; Reynolds, 2018**).

Ο αριθμός των ειδών τροφής που επιλέγονται προς κατανάλωση, δεν σχετίστηκε με την Νευρική Ορθορεξία (**Turner & Lefevre, 2017**). Το γεγονός ότι η Νευρική Ορθορεξία δεν σχετίζεται με την αποφυγή τροφών, από τους **Turner and Lefevre (2017)**, φαίνεται αντιφατικό, δεδομένου ότι η Νευρική Ορθορεξία χαρακτηρίζεται από την αποφυγή “ακάθαρτων” και “ανθυγιεινών” τροφών και ίσως να υπονοεί πως το ερωτηματολόγιο ORTO-15 υστερεί σε εγκυρότητα κατασκευής και αποτυγχάνει να μετρήσει τη Νευρική Ορθορεξία. Η πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής επίσης δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία σε δείγμα από τη Πορτογαλία (**Almeida et al., 2018**).

Πιο συγκεκριμένα, οι διατροφικές ανησυχίες βρέθηκε πως αποτελούν προγνωστικό παράγοντα μεγαλύτερου κινδύνου για την ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας. Η έως τώρα βιβλιογραφία με ακρίβεια δείχνει πως η εμπειρία με δίαιτες στο παρελθόν, σχετίζεται θετικά με μεγαλύτερη τάση για Νευρική Ορθορεξία και κάτι τέτοιο ισχύει για δείγματα πληθυσμών από τη Γερμανία (**Barthels et al., 2018; Missbach et al., 2015**), την Αυστραλία (**Reynolds, 2018**), την Ισπανία (**Roncero et al., 2017**), την Ιταλία (**Bo et al., 2014; Segura-Garcia et al., 2012**), τη Τουρκία (**Bagci Bosi et al., 2007**) και την Ουγγαρία (**Varga et al., 2014**). Όλες οι παραπάνω μελέτες καταδεικνύουν πως η υιοθέτηση διαίτας φαίνεται να είναι ένας ακριβής διαπολιτισμικός προγνωστικός παράγοντας της Νευρικής Ορθορεξίας.

1.9.5 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εικόνα σώματος.

Η σχέση μεταξύ της εικόνας σώματος και της Νευρικής Ορθορεξίας (ON), δεν είναι ξεκάθαρη στη μελέτη των **Barthels et al., 2017**, καθώς γίνεται σύγκριση της εικόνας σώματος μεταξύ γυναικών που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία και Νευρική Ορθορεξία μαζί, γυναικών μόνο με Νευρική Ανορεξία και υγιών ομάδων ελέγχου. Συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου, όλοι όσοι εμφάνιζαν Νευρική Ανορεξία και Νευρική Ορθορεξία μαζί, είχαν χαμηλότερο σκορ για τους ακόλουθους τρεις δείκτες της εικόνας του σώματος: Ζωτικότητα (vitality), αποδοχή του σώματος (body acceptance) και σεξουαλική ικανοποίηση (sexual satisfaction). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στην επαφή με το σώμα (body contact), την ανάγκη για σωματική επαφή (the need for physical contact) ή την ικανοποίηση από την εμφάνιση του σώματος και την ανάγκη για την επίδειξη αυτού (enjoying one's body and wanting to show it off to others). Η υπό μελέτη ομάδα μόνο με Νευρική Ανορεξία, είχε χαμηλότερο σκορ από την ομάδα ελέγχου σε όλες τις πτυχές της εικόνας σώματος που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα επίπεδα διαταραχής εικόνας σώματος ήταν σχετικά παρόμοια μεταξύ της ομάδας με Νευρική Ανορεξία μόνο και της ομάδας με Νευρική Ανορεξία και Νευρική Ορθορεξία μαζί. Ωστόσο, η ομάδα ατόμων με Ορθορεξία και Ανορεξία μαζί, ήταν γενικά ευχαριστημένη με το σώμα της, ενώ η ομάδα με Ανορεξία μόνο, δεν ήταν. Ένας περιορισμός σε αυτή τη μελέτη είναι το γεγονός ότι απέτυχε να συμπεριλάβει μια ομάδα ατόμων μόνο με Ορθορεξία και για αυτό το λόγο είναι δύσκολο να υπάρξει συμπέρασμα για το πως η Ορθορεξία από μόνη της επηρεάζει την εικόνα σώματος.

Άλλοι ερευνητές έχουν εξετάσει άτομα που έπασχαν αποκλειστικά από Νευρική Ορθορεξία. Η επένδυση στην

εξωτερική εμφάνιση και η ενασχόληση με το υπερβάλλον βάρος (υπέρβαρο), συνδέθηκαν και τα δύο με αυξημένη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας (ON), ανάμεσα σε δείγμα πληθυσμού από την Αυστραλία (**Barnes & Caltabiano, 2017**) και τη Πολωνία (**Brytek-Matera et al., 2015a, 2015b**). Επίσης, η εμμονική ενασχόληση με το σχήμα του σώματος, σχετίστηκε με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας (ON), ανάμεσα σε Αυστραλούς φοιτητές πανεπιστημίου (**Reynolds, 2018**). Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδεικνύουν πως όλοι όσοι έχουν άγχος για το βάρος σώματός τους και όσοι δίνουν μεγάλη σημασία στην εξωτερική τους εμφάνιση, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας.

Ομοίως, το άγχος για την εμφάνιση (appearance anxiety) και το κοινωνικό άγχος της σωματικής διάπλασης (social physique anxiety), σχετίζονται με αυξημένη τάση για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας, ανάμεσα σε δείγμα Αμερικανών (**Hayles et al., 2017**) και σε δείγμα Σουηδών (**Eriksson et al., 2008**). Επίσης, όλοι όσοι θεωρούσαν τους εαυτούς τους λιγότερο παχύσαρκους και περισσότερο μυώδεις, βρισκόντουσαν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας (**Oberle & Lipschuetz, 2018**).

Για τους παραπάνω λόγους τα αποτελέσματα που αφορούν τη σχέση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και τη Νευρική Ορθορεξία είναι ανάμεικτα. Η Νευρική Ορθορεξία σχετίζεται με την ικανοποίηση που έχει κανείς από το ίδιο του το σώμα και την ανάγκη επίδειξης αυτού, αλλά έχει σχετιστεί με μεγαλύτερο άγχος για την εμφάνιση (appearance anxiety) και την ανησυχία για το υπερβολικό βάρος σώματος (overweight preoccupation).

Τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τη δυσαρέσκεια σώματος και τη Νευρική Ορθορεξία, δεν έχουν καταλήξει σε κοινό συμπέρασμα. Σε δείγμα Ισπανών φοιτητών η δυσαρέσκεια για το σώμα παρατηρήθηκε συχνότερα σε όσους είχαν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους δεν είχαν (**Parra-Fernandez et al., 2018a**). Η εκτίμηση της εμφάνισης (appearance evaluation) σχετίστηκε αρνητικά με τη τάση για Νευρική Ορθορεξία σε φοιτητές πανεπιστημίων της Ισπανίας, υποδεικνύοντας ότι όσοι είχαν μεγαλύτερη τάση για Νευρική Ορθορεξία, αξιολογούσαν λιγότερο ευνοϊκά την εμφάνισή τους (**Barrada & Roncero**). Επιπλέον, μελέτη που διεξήχθη σε Πορτογάλους αθλούμενους σε γυμναστήρια, όσοι από αυτούς είχαν Νευρική Ορθορεξία, ήταν πιο πιθανό να είναι δυσαρεστημένοι με την εξωτερική τους εμφάνιση σε σχέση με όσους δεν είχαν Νευρική Ορθορεξία. (**Almeida et al., 2018**). Αντιθέτως, τα αισθήματα ελκυστικότητας και η δυσαρέσκεια για το σώμα, δεν αποτελούν προγνωστικό παράγοντα Νευρικής Ορθορεξίας σε Πολωνούς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (**Brytek-Matera et al., 2015a**). Η δυσαρέσκεια για το σώμα, επίσης δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία, ανάμεσα σε δείγμα ανδρών από την Ιταλία, ενώ στο αντίστοιχο δείγμα των γυναικών, η δυσαρέσκεια για το σώμα μειώθηκε καθώς η Νευρική Ορθορεξία γινόταν πιο παθολογική (**Brytek-Matera et al., 2017**).

Η επιθυμία για το αδύνατο σώμα (drive for thinness) (**Barthels et al., 2017**) και η εσωτερίκευση προτύπων για το ιδανικό αδύνατο σώμα (thin-ideal internalization) (**Eriksson et al., 2008**) αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της Νευρικής Ορθορεξίας και παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση της Νευρικής Ανορεξίας (AN) και της Νευρικής Βουλμίας (BN) (**Dobmeyer & Stein, 2003; Thompson & Stice, 2001**). Οι περισσότεροι ορισμοί που αφορούν τη Νευρική Ορθορεξία υποστηρίζουν πως η απώλεια βάρους δεν αποτελεί το στόχο, αλλά πιθανότατα να αποτελεί συνέπεια των περιορισμών στη διατροφή του ατόμου εξαιτίας του τι θεωρούν οι ίδιοι ως υγιεινή και “καθαρή” τροφή. Είναι επιτακτική η ανάγκη για τη διενέργεια

μελετών μακροχρόνιας διάρκειας, ώστε να διαπιστωθεί αν τα πρώιμα στάδια επιθυμίας για αδύνατο σώμα (drive for thinness) και η εσωτερίκευση προτύπων για το ιδανικό αδύνατο σώμα (thin-ideal internalization) σχετίζονται με Ορθορεξικές συμπεριφορές, αποδεικνύοντας πως η απώλεια βάρους ή η διατήρηση χαμηλού βάρους σώματος, αποτελεί πραγματικό στόχο.

Η επιδίωξη του αδύνατου σώματος (Drive for thinness), έχει διερευνηθεί μόνο σε δύο μελέτες έως τώρα. Σε ένα δείγμα φοιτητών πανεπιστημίου από την Ισπανία, η επιδίωξη του αδύνατου σώματος (drive for thinness) ήταν πιο πιθανό να υπάρχει σε όσους παρουσίαζαν Νευρική Ορθορεξία (ON) σε σχέση με όσους δεν παρουσίαζαν (Parra-Fernandez et al., 2018a). Ομοίως, βρέθηκε πως η σύγκριση των σκορ για την επιδίωξη του αδύνατου σώματος (drive for thinness), σε δύο δείγματα γυναικών από τη Πολωνία, το ένα με Ανορεξία (AN) μόνο και το άλλο με Ανορεξία και Ορθορεξία μαζί, δεν παρουσίασαν καμμία διαφορά μεταξύ τους, αλλά εμφάνισαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με την υγιή ομάδα ελέγχου (Brytek-Matera et al., 2017). Περαιτέρω έρευνα κρίνεται απαραίτητη με σκοπό να διευκρινιστεί η σχέση δείχνει της επιδίωξης για το αδύνατο σώμα (drive for thinness) και της Νευρικής Ορθορεξίας.

Έως σήμερα, μία μόνο μελέτη έχει εξετάσει πως η εσωτερίκευση προτύπων για το ιδανικό αδύνατο σώμα (thin-ideal internalization) σχετίζεται με την Νευρική Ορθορεξία. Αυτή η μελέτη κατέληξε πως μεταξύ ανδρών, η εσωτερίκευση προτύπων για το ιδανικό αδύνατο/μυώδες σώμα (thin/muscular-ideal internalization) ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση Νευρικής Ορθορεξίας. Ομοίως, ανάμεσα σε γυναίκες, η επίγνωση των ιδανικών προτύπων αδύνατου σώματος και η εσωτερίκευση προτύπων ιδανικού σώματος (thin-ideal awareness and internalization), ήταν και οι δύο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας (Eriksson et al., 2008).

1.9.6 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index or BMI).

Ευρήματα μελετών που αφορούν τη σχέση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) με τη Νευρική Ορθορεξία, δεν συμβαδίζουν. Σύμφωνα με τις πιο έγκυρες έως σήμερα μελέτες, ο δείκτης μάζας σώματος δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη Νευρικής Ορθορεξίας, σε δείγματα Αμερικανών φοιτητών πανεπιστημίου (Oberle et al., 2017; Oberle & Lipschuetz, 2018), σε δείγμα πληθυσμού από τη Τουρκία (Aksoydan & Camci, 2009; Karakus et al., 2017; Sanlier et al., 2016), από την Ισπανία (Barrada & Roncero, 2018; Herranz Valera et al., 2014; Parra-Fernandez et al., 2018a, 2018b), σε διεθνές δείγμα γυναικών (Turner & Lefevre, 2017), σε Ιταλούς τελειόφοιτους φοιτητές και σε δείγμα γενικού πληθυσμού από την Ιταλία (Dell'Osso et al., 2017; Donini et al., 2004), σε Αυστραλούς φοιτητές πανεπιστημίου (Reynolds, 2018), σε Έλληνες άντρες φοιτητές Διαιτολογίας (Grammatikopoulou et al., 2018) και σε δείγμα πληθυσμού από την Ουγγαρία (Varga et al., 2014). Ωστόσο, ένας υψηλός δείκτης μάζας σώματος σχετίστηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας σε Τούρκους φοιτητές Ιατρικής σχολής (Fidan et al., 2010), σε Αμερικανούς φοιτητές (Bundros et al., 2016; Oberle et al., 2017), σε Τούρκους Διαιτολόγους (Asil & Surucuoglu, 2015), σε δείγμα πληθυσμού από τη Γερμανία (Luck-Sikorski et al., 2018; Missbach et al., 2015), από την Ισπανία (Roncero et al., 2017) και από τη Πολωνία (Hyrynik et al., 2016).

Συσχέτιση ενός υψηλού δείκτη μάζας σώματος με τον κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας βρέθηκε σε

δείγμα Ελλήνων φοιτητών Διαιτολογίας, για ολόκληρο το δείγμα των φοιτητών, αλλά και για τις γυναίκες φοιτήτριες ξεχωριστά (**Grammatikopoulou et al., 2018**).

Έως σήμερα, μόνο τρεις μελέτες από τους **Brytek-Matera et al., 2018**, **Dell’Osso et al., 2016a** και **Tremelling et al., 2017**, έχουν καταλήξει πως ένας χαμηλός δείκτης μάζας σώματος αποτελεί προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας.

1.9.7 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση.

Αρκετές μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η ενασχόληση με τη σωματική άσκηση σχετίζεται θετικά με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Ο βαθμός ενασχόλησης με αθλήματα αποτελεί προγνωστικό παράγοντα αυξημένης εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας σε Ιταλούς αθλητές (**Segura-Garcia et al., 2012**), και συνδέθηκε με μεγαλύτερη εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας σε Ούγγρους (**Varga et al., 2014**) και Πολωνούς φοιτητές (**Hyrnik et al., 2016**). Επιπλέον, η συχνότητα της άσκησης και η επένδυση στη καλή φυσική κατάσταση, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες Νευρικής Ορθορεξίας σε γυναίκες από τη Πολωνία και τη Σουηδία, αλλά όχι σε άντρες (**Brytek-Matera et al., 2015a; Eriksson et al., 2008**). Επίσης, ανάμεσα σε Πορτογάλους συμμετέχοντες σε προγράμματα γυμναστικής, όλοι όσοι παρουσίαζαν Νευρική Ορθορεξία ήταν πιο πιθανό να ασκούνται τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα στο γυμναστήριο, σε σύγκριση με όσους δεν παρουσίαζαν Νευρική Ορθορεξία (**Almeida et al., 2018**).

Η συχνότητα της άσκησης επίσης βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένη τάση για Νευρική Ορθορεξία σε φοιτητές Πανεπιστημίου από το Ηνωμένο Βασίλειο και δεν βρέθηκε διαφορά στα σκορ Νευρικής Ορθορεξίας μεταξύ ατόμων που ασχολούνται με άσκηση με βάρη και ατόμων που ασχολούνται με αθλήματα τακτικής (**Clifford & Blyth, 2018**).

Ο εθισμός στην άσκηση και οι ώρες προπόνησης ανά εβδομάδα, σχετίστηκαν με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας σε Γερμανούς που ήταν μέλη γυμναστηρίων (**Rudolph, 2017**). Ομοίως, η συχνότητα αερόβιας άσκησης και προπόνησης σε ασκήσεις δύναμης, ο εθισμός στην άσκηση και η καταναγκαστική και καθοδηγούμενη από κανόνες άσκηση, σχετίστηκε με μεγαλύτερη τάση για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα Αμερικανών φοιτητών πανεπιστημίου (**Oberle et al., 2018**).

Η νευρική ορθορεξία (ON) και ο εθισμός στην άσκηση (Exercise Addiction or ExAdd) είναι δύο διαφορετικά φαινόμενα που ίσως παρουσιάζουν επικάλυψη. Σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, που πραγματοποιήθηκε στις σημαντικότερες μελέτες που αναφέρουν τη Νευρική Ορθορεξία και τις “εθιστικές” συμπεριφορές άσκησης, η Ορθορεξική συμπεριφορά σχετίστηκε ελαφρώς έως μέτρια με τη σωματική άσκηση και τον εθισμό σε αυτή. Παρόλο που υπήρξε συσχετισμός μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και του εθισμού στη σωματική άσκηση, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συνοσηρότητα μεταξύ αυτών.

Επιπλέον, η πραγματοποίηση άσκησης ως εσωτερικό κίνητρο, για βελτίωση της ψυχολογικής υγείας, για τη βελτίωση του σώματος και τη κοινωνική αποδοχή (π.χ. για να μοιράζεται κανείς τον ελεύθερο χρόνο του με φίλους) και τη βελτίωση της σωματικής υγείας, σχετίζονται με αυξημένη τάση για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας ανάμεσα σε Αμερικανούς φοιτητές. Στην ίδια μελέτη, το εξωτερικό κίνητρο για άσκηση (π.χ. άσκηση γιατί υπάρχει πίεση από άλλους) δεν ήταν προγνωστικός παράγοντας Νευρικής Ορθορεξίας (**Oberle**

et al., 2018).

Αντίθετα, η ενασχόληση με την άσκηση δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία σε Αμερικανούς φοιτητές πανεπιστημίου (Dunn et al., 2017), σε δείγματα φοιτητών από τη Πολωνία (Brytek-Matera et al., 2015a, 2015b), σε Ιταλούς φοιτητές πανεπιστημίου (Bo et al., 2014), σε δείγμα πληθυσμού από τη Γερμανία (Strahler et al., 2018) και σε δείγμα πληθυσμού από την Ισπανία (Roncero et al., 2017). Επομένως είναι αδιευκρίνιστο εάν και ποιο ρόλο παίζει η άσκηση στην ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας.

1.9.8 Η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας.

Οι Turner and Lefevre (2017), εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και Νευρικής Ορθορεξίας. Η χρήση του Facebook, του Pinterest, της Google+ και του Tumblr βρέθηκε πως δεν σχετίζεται με την ύπαρξη Νευρικής Ορθορεξίας σε διεθνές δείγμα γυναικών που στρατολογήθηκαν διαδικτυακά.

Ωστόσο, μεγαλύτερη χρήση του Instagram σχετίστηκε με την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας, αν και αυτή ήταν μια πολύ μικρή συσχέτιση/ επίδραση. Οι συγγραφείς διαφωνούν πως η χρήση του Instagram ίσως οδηγεί στην ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας (ON) γιατί το Instagram επιτρέπει στους χρήστες να ακολουθήσουν κυρίως λογαριασμούς με περιεχόμενο που αφορά το φαγητό. Η παρατεταμένη έκθεση σε τέτοιου είδους περιεχόμενο, μπορεί να οδηγήσει τους χρήστες να πιστέψουν πως η ακραία υγιεινή διατροφή είναι πιο φυσιολογική από ότι πραγματικά είναι και κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει συμμόρφωση με τις εκάστοτε δημοφιλείς υγιεινές διατροφικές συνήθειες που προτείνει το Instagram. Ωστόσο, η επιλεκτική έκθεση σε περιεχόμενο που αφορά στο φαγητό, είναι επίσης πιθανή σε άλλα κοινωνικά δίκτυα που μελετήθηκαν, αλλά δεν σχετίστηκαν με τη Νευρική Ορθορεξία.

Παρόλο που τα παραπάνω ίσως να είναι αληθή, οι συγγραφείς απέτυχαν να λάβουν υπόψη τις αμφίδρομες συνέπειες. Είναι εξίσου πιθανό, όσοι εμφανίζουν Νευρική Ορθορεξία, να χρησιμοποιούν το Instagram ως πλατφόρμα αναζήτησης περιεχομένου το οποίο ενισχύει τις αξίες της υγιεινής διατροφής. Στη προκειμένη περίπτωση το Instagram δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης Ορθορεξίας, αλλά μπορεί να την ενισχύσει ή να τη διαιωνίσει.

Επιπλέον, ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας σε αυτό το δείγμα της μελέτης από τους Turner and Lefevre (2017), ήταν πολύ υψηλός, φτάνοντας στο 90%. Το 80% του δείγματος της έρευνας υποδεικνύει πως οι σχετιζόμενες με το φαγητό εικόνες ήταν η πρώτη ή η δεύτερη πιο δημοφιλή εικόνα στη ροή των ειδήσεων. Κάτι τέτοιο υποδεικνύει πως η μελέτη ίσως να έπεσε πάνω σε μια υποκατηγορία χρηστών του Instagram οι οποίοι χρησιμοποιούν την εφαρμογή κυρίως για να ακολουθήσουν λογαριασμούς που αφορούν στο φαγητό. Κάτι τέτοιο επηρεάζει την γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας για το μέσο χρήστη του Instagram. Θα χρειαστεί επομένως να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες για να διευκρινιστεί η σχέση μεταξύ των μέσων κοινωνικής δικτύωσης με τη Νευρική Ορθορεξία.

1.9.9 Επαγγέλματα και σπουδές σε τομείς της υγείας, ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας .

Υψηλό ποσοστό επιπολασμού Νευρικής Ορθορεξίας έχει διαπιστωθεί σύμφωνα με έρευνες, σε άτομα που σπουδάζουν ή εργάζονται στον τομέα της υγείας. Η Νευρική Ορθορεξία βρέθηκε να επικρατεί περισσότερο ανάμεσα σε φοιτητές γυμναστικής, παρά σε φοιτητές διοίκησης επιχειρήσεων (Malmborg et al., 2017). Ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας ανάμεσα σε Τούρκους φοιτητές Ιατρικής ήταν 43.6%, ενώ σε Τούρκους Διαιτολόγους ήταν 41.9% (Asil & Surucuoglu, 2015). Ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας ανάμεσα σε Αμερικανούς Διαιτολόγους ήταν 49.5% (Tremelling et al., 2017), και 86% ανάμεσα σε Ισπανούς δασκάλους Γιόγκα (Herranz Valera et al., 2014).

Ενώ φαίνεται πως υπάρχει ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας ήταν υψηλός ανάμεσα σε όσους απασχολούνταν σε επαγγέλματα υγείας, πολλές μελέτες έχουν αποτύχει να συγκρίνουν αυτά τα δείγματα με δείγματα ελέγχου που δεν σχετίζονται με επαγγέλματα υγείας. Για αυτό το λόγο είναι δύσκολο να διευκρινιστεί εάν η εργασία στον τομέα της υγείας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας, παρόλο που τα ποσοστά του επιπολασμού της στο γενικό πληθυσμό είναι υψηλά (Missbach et al., 2015; Turner & Lefevre, 2017).

Όταν χρησιμοποιήθηκαν ομάδες ελέγχου διαφορετικών επαγγελματιών και σπουδών, βρέθηκε πως δεν υπήρχαν διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας. Για παράδειγμα, δεν βρέθηκαν διαφορές στον επιπολασμό της Νευρικής Ορθορεξίας μεταξύ Γερμανών φοιτητών Διαιτολογίας και άλλων φοιτητών, ή μεταξύ επαγγελματιών υγείας και άλλων ειδικοτήτων (Missbach et al., 2015). Ομοίως, δεν βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας μεταξύ Τούρκων φοιτητών στον τομέα της υγείας και σε Τούρκους φοιτητές κοινωνικών επιστημών, φυσικών επιστημών ή μαθηματικών (Sanlier et al., 2016). Επιπλέον, δεν βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας (ON) μεταξύ φοιτητών στο τομέα της υγείας ή φοιτητών γυμναστικής και σε όσους δεν ανήκαν στις παραπάνω κατηγορίες, σε δείγμα πληθυσμού από τη Πορτογαλία (Almeida et al., 2018). Επίσης, δεν βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά Νευρικής Ορθορεξίας σε δείγμα φοιτητών από το Ηνωμένο Βασίλειο, από τους οποίους ορισμένοι ήταν αθλητές και άλλοι όχι (Clifford & Blyth, 2018).

Από την έως τώρα ερευνητική βιβλιογραφία, παραμένει αδιευκρίνιστη η σχέση φοίτησης ή εργασίας στον τομέα της υγείας με την ύπαρξη Νευρικής Ορθορεξίας. Είναι επίσης πιθανό πως όλοι όσοι παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία ίσως να ελκύονται από επαγγέλματα που ανήκουν στον τομέα της υγείας, εφόσον το ενδιαφέρον τους για την υγιεινή διατροφή είναι αυξημένο.

1.9.10 Η χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών και του καπνίσματος, ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της Νευρικής Ορθορεξίας.

Είναι θέμα διαίσθησης πως όσοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ, καπνού και παράνομων ουσιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας, γιατί η βέλτιστη υγεία σχετίζεται με την αποφυγή όλων των παραπάνω (Thompson & Warburton, 2007).

Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ δεν σχετίζονταν με τη Νευρική Ορθορεξία σε δείγμα πληθυσμού από την

Τουρκία (Aksoydan & Camci, 2009; Karakus et al., 2017) και την Ουγγαρία (Varga et al., 2014). Σε δείγματα πληθυσμού από την Ισπανία (Almeida et al., 2018) και τη Γερμανία (Strahler et al., 2018), το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και εθιστικών ναρκωτικών ουσιών δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τη Νευρική Ορθορεξία. Σε δείγμα πληθυσμού από την Ισπανία, το κάπνισμα δεν σχετίστηκε με την Ορθορεξία (Parra-Fernandez et al., 2018a; Roncero et al., 2017), αλλά όλοι όσοι δεν κατανάλωναν αλκοόλ ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με όσους το κατανάλωναν (Roncero et al., 2017). Επιπλέον, σε δείγμα μελέτης από τη Πολωνία, οι μη καπνιστές βρέθηκε να είναι πιθανότερο να εμφανίσουν Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με τους καπνιστές (Hyrynik et al., 2016).

Οι έως τώρα μελέτες δείχνουν πως το αλκοόλ, το κάπνισμα και οι ναρκωτικές ουσίες, είτε δεν σχετίζονται με τη Νευρική Ορθορεξία, είτε όσοι αποφεύγουν τις παραπάνω συνήθειες, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας.

1.10 Εργαλεία αξιολόγησης/ανίχνευσης της Νευρικής Ορθορεξίας.

Πρόσφατη ανασκοπική βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Cena et al., αναφέρει πως δεν υπάρχουν προς το παρόν επίσημα διαγνωστικά κριτήρια για την Νευρική Ορθορεξία. Κατά συνέπεια, αρκετές έρευνες υιοθέτησαν, διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια η κάθε μια, για τη Νευρική Ορθορεξία, χρησιμοποιώντας ακόμη και τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια που ισχύουν για τη Νευρική Ανορεξία (AN), τη Διαταραχή αποφυγής/ περιορισμένης πρόσληψης τροφής (ARFID) και της Διαταραχής Σωματικής Δυσμορφίας. Η υιοθέτηση διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων για τη Νευρική Ορθορεξία είχε ως συνέπεια την ανάπτυξη διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων με διαφορετικούς βαθμούς επιπολασμού που κυμαίνονταν από 1-90%. Υπάρχει ένας σχετικά μεγάλος αριθμός διαγνωστικών εργαλείων για τη Νευρική Ορθορεξία, με ελάχιστα κοινά σημεία μεταξύ αυτών, με διαφορετικές ερμηνείες των διαγνωστικών κριτηρίων της και διαφορετικούς ορισμούς της Νευρικής Ορθορεξίας. Συνολικά έξι διαγνωστικά εργαλεία μέχρι στιγμής έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες για την ανίχνευση της Νευρικής Ορθορεξίας. Αυτά είναι το Orthorexia self-test (BOT), το ORTO-15 test, το Eating Habits Questionnaire (EHQ), το Dusseldorf Orthorexia Scale, το Barcelona Orthorexia Scale (BOS) και το Teruel Orthorexia Scale (TOS). Από τα παραπάνω διαγνωστικά εργαλεία, αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι το ORTO-15 και το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τη Νευρική Ορθορεξία (BOT).

1.10.1 Orthorexia self-test (BOT).

Το αυτοσυμπληρούμενο τεστ BOT αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό ιατρό Steven Bratman και ήταν το πρώτο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για να ανιχνεύσει τη Νευρική Ορθορεξία (ON), στις αρχές του 2000 και το οποίο παρουσίασε στο βιβλίο του Health Food Junkies. Ο εννοιολογικός χαρακτηρισμός της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) στην οποία βασίζεται το εργαλείο, ορίζει τη Νευρική Ορθορεξία ως "εμμονή για την υγιεινή διατροφή, η οποία φαίνεται να αποκτά τα χαρακτηριστικά μιας Διατροφικής Διαταραχής (Eating Disorder or ED)".

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ορισμένα χαρακτηριστικά της διαταραχής που ο συγγραφέας εντόπισε στην καθημερινή του πρακτική ως θεραπευτής εναλλακτικής ιατρικής. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής: (α) το άτομο σκέφτεται, διαβάζει για το φαγητό αλλά ψωνίζει και μαγειρεύει για περισσότερες από 3 ώρες την ημέρα, (β) το άτομο σχεδιάζει τα μελλοντικά του γεύματα σχολαστικά, (γ) δεν νοιάζεται τόσο για την απόλαυση του φαγητού αλλά για τη κατανάλωση υγιεινού φαγητού, (ε) το άτομο γίνεται πιο αυστηρό στη τήρηση της δίαιτας του, (στ) οι κοινωνικές εμπειρίες του ατόμου που σχετίζονται με το φαγητό μειώνονται, (ζ) το άτομο διακατέχεται από αισθήματα ανωτερότητας, (η) αισθάνεται ενοχές, (θ) απομονώνεται κοινωνικά, (ι) το άτομο επιθυμεί να έχει την αίσθηση του ελέγχου και (ια) εξαιτίας όλων των παραπάνω, η συνολική ποιότητα ζωής του μειώνεται

Δεν αναφέρθηκε η χρήση καμίας μεθοδολογικής κατασκευής για την ανάπτυξη του εργαλείου. Για το λόγο αυτό, ο Bratman προσδιόρισε το BOT ως "άτυπο" τεστ ή πιο πρόσφατα, ακόμη και ως "ανύπαρκτο" τεστ [3]. Το εργαλείο αποτελείται από 10 ερωτήσεις ναι/όχι, η απάντηση των οποίων επιτρέπει τον προσδιορισμό της Νευρικής Ορθορεξίας. Συγκεκριμένα, εάν ένα άτομο απαντήσει "ναι" σε δύο ή τρεις ερωτήσεις, παρουσιάζει το ελάχιστο σκορ ώστε να χαρακτηριστεί πως εμφανίζει οριακά Νευρική Ορθορεξία. Εάν ένα άτομο απαντήσει "ναι" σε τέσσερις ερωτήσεις, αντιμετωπίζει πρόβλημα και εάν ένα άτομο απαντήσει "ναι" σε όλες τις ερωτήσεις, χρειάζεται άμεσα βοήθεια.

Η αρχική έκδοση του BOT στερείται επικύρωσης. Στη βιβλιογραφία, δεν βρέθηκαν ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου. Προσαρμογή του BOT έχει γίνει στα γερμανικά και στα σουηδικά. Η γερμανική έκδοση του BOT, το ORTHO-10, πέρασε από διαδικασία επικύρωσης στη Γερμανία, όπου αποκλείστηκε ένα στοιχείο από το ερωτηματολόγιο και προτάθηκε ένα μοντέλο δύο παραγόντων, με τους παράγοντες να είναι "οι ειδικές διατροφικές διαταραχές" και "η ειδική Νευρική Ορθορεξία". Η εσωτερική συνοχή αποδείχθηκε καλύτερη για τον πρώτο παράγοντα από ό,τι για τον δεύτερο ($\alpha=0,71$ και $\alpha=0,57$, αντίστοιχα), με συνολικό Cronbach alpha $\alpha=0,73$ για το τυχαίο δείγμα.

Παρά την έλλειψη επικύρωσης, το αρχικό BOT χρησιμοποιήθηκε σε τέσσερις μελέτες, η σουηδική του έκδοση χρησιμοποιήθηκε σε μία μελέτη [13] και το ORTHO-10, η γερμανική έκδοση του BOT, σε δύο μελέτες. Οι μελέτες αποσκοπούσαν στη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας και στη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και άλλων φαινομένων. Καμία από τις μελέτες αυτές δεν αποσκοπούσε στον προσδιορισμό του επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας. Η κύρια κριτική που ασκήθηκε προς το εν λόγω εργαλείο ήταν η φτωχή κλινική του χρησιμότητα λόγω της έλλειψης επικύρωσης.

1.10.2 ORTO-15

Το τεστ ORTO-15 είναι το διαγνωστικό εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο για την αξιολόγηση της Νευρικής Ορθορεξίας. Δημιουργήθηκε τα έτη 2004-2005 από μια ερευνητική ομάδα Ιταλών και όρισε τη Νευρική Ορθορεξία ως διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό διατροφικών, συμπεριφορικών και ιδεοφοβικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Τα διαγνωστικά κριτήρια που επιλέχθηκαν από τους συγγραφείς για τη διάγνωση της Νευρικής Ορθορεξίας ήταν

η παρουσία φανατικών διατροφικών συνηθειών με αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία και η παρουσία ιδεοψυχαναγκαστικών συνηθειών ή φοβίας.

Το τεστ ORTO-15 προέρχεται από το BOT, αλλά οι συγγραφείς τροποποίησαν ορισμένα στοιχεία του και πρόσθεσαν ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν τα ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά. Το αρχικό ερωτηματολόγιο ORTO-15 αποσκοπούσε στον εντοπισμό της Νευρικής Ορθορεξίας σε Ιταλικό δείγμα (Donini et al., 2005) και κατά τη δημιουργία του, οι Donini et al. (2005) χρησιμοποίησαν έξι από τα δέκα αρχικά στοιχεία ναι/όχι του Bratman, δημιουργώντας επιπλέον εννέα νέα στοιχεία. Απορρίπτοντας τη μορφή ναι/όχι, οι Donini et al. επέκτειναν τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου με κλίμακα Likert από 1 έως 4 (πάντα, συχνά, μερικές φορές, ποτέ) όσον αφορά στις διατροφικές προτιμήσεις και στις διατροφικές συνήθειες (Donini et al., 2005).

Το τελικό εργαλείο αποτελείται από 15 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, οι οποίες αφορούν το γνωστικό επίπεδο, το κλινικό επίπεδο και το συναισθηματικό επίπεδο. Οι ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν τη τάση για Νευρική Ορθορεξία βαθμολογούνται με ένα βαθμό, ενώ τέσσερις βαθμοί αποδίδονται σε όσους δείχνουν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Επομένως, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν χαμηλή τάση για Νευρική Ορθορεξία, ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη τάση για Νευρική Ορθορεξία. Το όριο βαθμολογίας που καθόρισαν αρχικά οι συγγραφείς ήταν το 40. Ωστόσο, μπορούν επίσης να βρεθούν έγκυρες μελέτες που χρησιμοποιούν ως όριο το 35 (Ramacciotti et al. 2011, Missbach et al. 2015, Varga et al. 2014, Reynolds 2018). Μετά την κατασκευή του εργαλείου ακολούθησε η επικύρωση του, η οποία επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τριών παραγόντων και ανέφερε 100% ευαισθησία, 73,6% εξειδίκευση, 17,6% θετική προγνωστική αξία και 100% αρνητική προγνωστική αξία.

Από τη δημοσίευσή του ORTO-15 και έπειτα, υπήρξαν πρόσθετες εκδόσεις αυτού που χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες γλώσσες. Το ORTO-15 έχει επίσης αποτελέσει τη βάση για προσαρμογές και σε άλλες γλώσσες. Οι διάφορες μεταφράσεις καθώς και οι τροποποιήσεις του εργαλείου που πιστεύεται ότι είναι οι καλύτερα προσαρμοσμένες στη γλώσσα του δείγματος που αξιολογείται, είναι τα εξής: το ORTO-11, το ORTO-11-Hu, το Πολωνικό ORTHO-15 και το ORTO-9-GE, τα οποία απορρίπτουν διάφορα στοιχεία από το αρχικό ORTO-15. Κάθε ένα από τα παραπάνω εργαλεία διαγράφει τέσσερις διαφορετικές ερωτήσεις από το αρχικό ORTO-15. Πράγματι, τόσο το ORTO-11 όσο και το ORTO-11-Hu περιέχουν τέσσερα στοιχεία λιγότερα από το ORTO-15.

Το ORTO-15 και οι προσαρμογές αυτού χρησιμοποιήθηκαν σε 32 μελέτες. Οι στόχοι αυτών των μελετών ήταν ουσιαστικά πέντε: (α) Ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας, (β) ο εντοπισμός διαπολιτισμικών διαφορών, (γ) η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Νευρικής Ανορεξίας ή της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (ΙΨΔ) και (δ) ο επιπολασμός της Νευρικής Ορθορεξίας. Δύο μελέτες περίπτωσης υιοθέτησαν το ORTO-15 για την αξιολόγηση της παρουσίας Ορθορεξικών χαρακτηριστικών. Πολλές από τις μελέτες διεξήχθησαν σε δείγμα φοιτητών (n=15), ενώ άλλες μελέτες επικεντρώθηκαν σε ομάδες κινδύνου, όπως ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές (n=3), αθλητές ή αθλούμενους σε γυμναστήρια (n=3), Διαιτολόγους (n=2), χορτοφάγους (n=1), αθλούμενους στη γιόγκα (n=1) και καλλιτέχνες (n=1).

Το ερωτηματολόγιο ORTO-15 έχει παρατηρηθεί πως υπερεκτιμά τον επιπολασμό της Νευρικής Ορθορεξίας,

επειδή αναγνωρίζει εσφαλμένα τη διαίτα ως επιβλαβή, χωρίς να συνυπολογίζει και τη συνοδή παθολογία. Επίσης, η εγκυρότητα του εργαλείου, μαζί με την εσωτερική αξιοπιστία του, έχουν αμφισβητηθεί. Ο μεγαλύτερος περιορισμός που έχει το ORTO-15 είναι το γεγονός πως δεν αξιολογεί τη κλινική βλάβη που προκαλείται από τη προσκόλληση στη υγιεινή διατροφή, όπως για παράδειγμα την υπερβολική απώλεια βάρους, τις κοινωνικές και επαγγελματικές επιπτώσεις στα άτομα με Νευρική Ορθορεξία, γεγονός που πιθανότατα εξηγεί γιατί τα ποσοστά επιπολασμού της είναι τόσο υψηλά (Dunn et al. 2017).

Τέλος, το ORTO-15 κατηγορήθηκε ότι δεν βασίζεται στα πιο πρόσφατα αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια που ανέπτυξαν οι Dunn και Bratman. Παρόλα αυτά ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς αναγνώρισαν ότι το ORTO-15 αποτελεί επί του παρόντος τη μόνη αποδεκτή μέθοδο αξιολόγησης των συμπτωμάτων της Νευρικής Ορθορεξίας.

Η μελέτη με τίτλο: **Validation of the Greek ORTO-15 questionnaire for the assessment of orthorexia nervosa and its relation to eating disorders symptomatology των Fragiskos Gonidakis, C. Pouloupoulou, I. Michopoulos, E. Varsou, το 2021**, είναι η πρώτη προσπάθεια προσέγγισης της Νευρικής Ορθορεξίας στην Ελλάδα. Η ελληνική έκδοση του ORTO-15 απέδειξε πως είναι ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της Ορθορεξικής συμπτωματολογίας, παρέχοντας έτσι στους ερευνητές ένα μεταφρασμένο, προσαρμοσμένο και επικυρωμένο εργαλείο για τη μελέτη της Νευρικής Ορθορεξίας στην Ελλάδα και πιθανώς και στη Κύπρο. Η μελέτη επιβεβαίωσε επίσης τα ευρήματα άλλων μελετών οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και ιδιαίτερα η διαίτα και η βουλιμία, σχετίζονται με τη Νευρική Ορθορεξία. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποδεικνύουν την εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου ORTO-15. Ένας προβληματισμός που προέκυψε κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης, ήταν η χρήση του κατάλληλου ορίου βαθμολόγησης (cut off score). Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, αυτό αποτελεί έναν από τους κύριους προβληματισμούς για την εφαρμογή του ORTO-15 και των εκδόσεών του. Δεδομένου ότι δεν έχει προκύψει ακόμη συναίνεση, αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η ίδια μεθοδολογία με άλλες μελέτες και εφαρμόστηκαν τα σημεία αποκοπής 40, 35 και 30 τα οποία έδωσαν αποτέλεσμα 55, 29,1% και 2,5% αντίστοιχα.

Το όριο του 30, παρήγαγε ένα πιο λογικό αποτέλεσμα (2,5% θετικών περιπτώσεων), οπότε έγινε η υπόθεση ότι το όριο 30 (cut off score) μπορεί να είναι το πιο κατάλληλο για τον ελληνικό πληθυσμό. Ένα άλλο θέμα που έπρεπε να ληφθεί υπόψη ήταν η πολιτιστική και γλωσσική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

Το ORTO-15 έχει προσαρμοστεί και επικυρωθεί σε διάφορες γλώσσες, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας όσον αφορά τα τρόφιμα και τη διατροφή και τα αποτελέσματα που αφορούν στην εσωτερική εγκυρότητα μεταξύ αυτών των εκδόσεων του ORTO-15 ποικίλλουν, με τον Cronbach α να κυμαίνεται από 0,30 έως 0,82. Στη μελέτη επικύρωσης του Greek ORTO-15, διαπιστώθηκε ένα Cronbach $\alpha=0,7$, το οποίο υποδηλώνει μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου. Στην ελληνική έκδοση του ORTO-15 συμπεριελήφθησαν όλα τα στοιχεία του αρχικού ερωτηματολογίου και θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αρχικής διαδικασίας αξιοπιστίας δοκιμής-επαναληπτικής εξέτασης, έγινε εμφανές ότι η μετάφραση της ερώτησης 15 ("επί του παρόντος, είστε μόνος όταν τρώτε;") δεν κατέστησε σαφές στους εν λόγω συμμετέχοντες ότι ρωτήθηκαν αν τρώνε μόνοι τους

από επιλογή ή όχι. Όπως ομοίως αναφέρουν οι **Haddad et al.**, στην ελληνική κουλτούρα τα κοινά γεύματα με την οικογένεια και τους φίλους αποτελούν μέρος της καθημερινότητας και αυτός είναι πιθανώς ο λόγος για τον οποίο υπήρξε σύγχυση στους συμμετέχοντες εάν η ερώτηση αναφερόταν στην επιλογή τους να τρώνε μόνοι ή στο γεγονός ότι είναι υποχρεωμένοι να τρώνε μόνοι λόγω υποχρεώσεων. Έτσι, το στοιχείο 15 αναδιαμορφώθηκε ως εξής: "Επί του παρόντος, επιλέγετε να είστε μόνοι σας όταν τρώτε;" Η αναδιατύπωση του στοιχείου είχε θετικό πρόσημο, οπότε αυτό διατηρήθηκε και στην ανάλυση. Όπως αναφέρθηκε στα αποτελέσματα, η ανάλυση παρήγαγε λύση τριών παραγόντων. Μια λύση τριών παραγόντων παρόμοια με αυτή που παρήχθη στην παρούσα ελληνική μελέτη έχει αναφερθεί από την Ισπανική και Λιβανέζικη έκδοση του ORTO-15. Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, η Τουρκική, η Ουγγρική και η Γερμανική έκδοση του ORTO-15, ανέφεραν λύση ενός παράγοντα ενώ η Πολωνική έκδοση, λύση δύο παραγόντων.

Αν και η παρούσα μελέτη παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη Νευρική Ορθορεξία στον ελληνικό πληθυσμό, δεν απαλλάσσεται από περιορισμούς. Ο σημαντικότερος περιορισμός αφορά τα μειονεκτήματα του ORTO-15. Το ORTO-15 έχει αποτελέσει στόχο σημαντικής ανησυχίας στη βιβλιογραφία σχετικά με την ασταθή παραγοντική δομή του και το ευρύ φάσμα των ποσοστών επικράτησης, τα οποία κυμαίνονται από 6,9% έως 75,2%. Οι **Dunn et al.** θεωρούν πιθανότερο ότι αυτά τα ποσοστά αντανakλούν πιθανώς το γεγονός ότι το ORTO-15 αναγνωρίζει λανθασμένα τη προσεκτική διατροφή ως επιβλαβή, ενώ ταυτόχρονα αποτυγχάνει να αναγνωρίσει οποιαδήποτε συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία. Οι συγγραφείς εκτιμούν ότι ο πραγματικός επιπολασμός της ΟΝ είναι μικρότερος από 1%. Ένας δεύτερος περιορισμός ήταν ότι η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε αυτοδιαχειριζόμενα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, ο πληθυσμός αποτελούνταν από φοιτητές πανεπιστημίων που διέμεναν στην Αθήνα, την πρωτεύουσα της Ελλάδας, οπότε τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν για το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότερες μελέτες για τη Νευρική Ορθορεξία έχουν διεξαχθεί μεταξύ φοιτητών πανεπιστημίου. Οι **Parra Fernandez et al.** αναφέρουν ότι, από διατροφικής άποψης, ο πληθυσμός αυτός είναι ιδιαίτερα ευάλωτος επειδή, ως άτομα βρίσκονται σε μια ηλικία που διαμορφώνουν τις διατροφικές τους συνήθειες και τις αντιλήψεις για την εικόνα του σώματός τους, οπότε διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν Διατροφικές Διαταραχές. Ένας τρίτος περιορισμός της μελέτης σχετικά με τη σύγκριση της ελληνικής έκδοσης του ORTO-15 με το αρχικό ερωτηματολόγιο και τα παράγωγά του, ήταν η αναδιατύπωση του στοιχείου 15. Αν και η αναδιατύπωση κρίθηκε απαραίτητη για να συμπεριληφθεί το στοιχείο 15 στην τελική ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, η αλλαγή της μετάφρασης του στοιχείου 15 μπορεί να αποδειχθεί εμπόδιο σε μια μελλοντική σύγκριση μεταξύ των διαφόρων γλωσσικών και πολιτισμικών προσαρμογών του ORTO-15. Τέλος, ένας τέταρτος περιορισμός της μελέτης ήταν το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος της διαδικασίας δοκιμαστικής επανάληψης. Από τους 40 πανεπιστημιακούς φοιτητές που προσεγγίστηκαν αρχικά, δυστυχώς μόνο 20 από αυτούς συμφώνησαν να μας δώσουν τα προσωπικά τους στοιχεία επικοινωνίας, ώστε να μπορέσουμε να επικοινωνήσουμε μαζί τους μετά από 2 εβδομάδες για τη διαδικασία επαναληπτικής εξέτασης. Παρόλο που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ένα μέγεθος δείγματος 10-40 ατόμων μπορεί να θεωρηθεί επαρκές, μια ομάδα 20 συμμετεχόντων εξακολουθεί να είναι σχετικά μικρή για τη μέτρηση της αξιοπιστίας της δοκιμής-επαναληπτικής δοκιμής. Συμπερασματικά, η μέτρηση της Νευρικής Ορθορεξίας σε Έλληνες φοιτητές παρήγαγε παρόμοια αποτελέσματα με αυτά άλλων Ευρωπαϊκών

χωρών. Αν και το ORTO-15 απέχει πολύ από το να είναι το τέλειο εργαλείο αξιολόγησης της Νευρικής Ορθορεξίας, δε παύει να αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο και η εισαγωγή του στην Ελλάδα μπορεί να ανοίξει το δρόμο για περισσότερη έρευνα, σχετικά με τη Νευρική Ορθορεξία.

Επιπλέον, δύο πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες εισήγαγαν δύο νέα εργαλεία βασισμένα στο ORTO-15. Η πρώτη μελέτη, διεξήχθη από τους **Rogoza και Donini** και ερεύνησε μια αναθεωρημένη έκδοση του αρχικού ORTO-15, το ORTO-R, με στόχο κυρίως την αξιολόγηση των Ορθορεξικών σκέψεων και συμπεριφορών. Περιέχοντας 6 στοιχεία από τα συνολικά 15, το ORTO-R παρουσίασε αποδεκτή αξιοπιστία. Η δεύτερη μελέτη που διεξήχθη από τους **Oberle, De Nadai και Madrid**, εισήγαγε το Orthorexia Nervosa Inventory (ONI), μια κλίμακα 24 στοιχείων που περιλαμβάνει στοιχεία που αξιολογούν τη σωματική βλάβη λόγω διατροφικών ελλείψεων. Το ONI παρουσίασε αρκετά καλή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία δοκιμής-επαναληπτικής εξέτασης. Αν και αυτές οι νέες μετρήσεις φαίνεται να είναι αρκετά υποσχόμενες για την αξιολόγηση της Ορθορεξικής συμπτωματολογίας, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την καθιέρωση διαπολιτισμικά αξιόπιστων μετρήσεων της Νευρικής Ορθορεξίας.

1.10.3 Το Ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Συνηθειών (Eating Habits Questionnaire or EHQ).

Το Ερωτηματολόγιο των Διατροφικών Συνηθειών (Eating Habits Questionnaire or EHQ) δημιουργήθηκε από τους **Gleaves, Ambwani και Graham**, το 2013 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Νευρικής Ορθορεξίας στον οποίο βασίζεται το παραπάνω ερωτηματολόγιο ορίζει τη Νευρική Ορθορεξία ως “συντριπτική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή” (“overwhelming preoccupation on eating healthfully”). Τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή του ερωτηματολογίου, προέκυψαν από την ανάλυση των μελετών περίπτωσης από τους Bratman και Knight. Η κατασκευή του εργαλείου ξεκίνησε από ένα αρχικό σύνολο 160 στοιχείων. Στη συνέχεια, τέσσερις προχωρημένοι μεταπτυχιακοί φοιτητές κλινικής ψυχολογίας που ασχολούνται με τη Νευρική Ορθορεξία αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο το περιεχόμενο που εξέταζε το ερωτηματολόγιο EHQ αποτύπωνε τη Νευρική Ορθορεξία. Διατηρήθηκαν μόνο τα στοιχεία στα οποία συμφωνούσαν και οι τέσσερις βαθμολογητές. Η διαδικασία αυτή οδήγησε σε ερωτηματολόγιο 59 στοιχείων.

Μετά τη διαδικασία της επικύρωσης, το τελικό εργαλείο αποτελούνταν από 21 στοιχεία. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο των 21 στοιχείων κατατάσσονται σε μια κλίμακα Likert (από "Λάθος, Καθόλου αληθές" έως "Πολύ αληθές"). Οι τομείς που διερευνώνται από το ερωτηματολόγιο είναι η γνώση της υγιεινής διατροφής, τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή και το θετικό συναίσθημα σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Η επικύρωση που ακολούθησε επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τριών παραγόντων, με εσωτερική συνοχή $\alpha=0,90$, $\alpha=0,82$ και $\alpha=0,86$ για τους τρεις παράγοντες, αντίστοιχα. Από την τρέχουσα βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν πέντε μελέτες που χρησιμοποίησαν το EHQ.

Οι κύριοι στόχοι αυτών των μελετών ήταν (α) η αξιολόγηση των συσχετίσεων της Νευρικής Ορθορεξίας με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, (β) η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της άσκησης και (γ) η διερεύνηση της επίδρασης των ηθικών ή μη ηθικών κινήτρων για την τήρηση ειδικών διατροφικών συνηθειών στην εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Η πλειονότητα των μελετών διεξήχθη σε

δείγμα που αποτελούνταν από φοιτητές (n=3). Εκτός από την έλλειψη εγκυρότητας σε σχέση με τα διαγνωστικά κριτήρια, δεν διατυπώθηκαν περαιτέρω επικρίσεις για το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολόγησης.

1.10.4 Dusseldorf Orthorexia Scale (DOS)

Η κλίμακα DOS (Dusseldorf Orthorexia Scale) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της Νευρικής Ορθορεξίας που αναπτύχθηκε το 2015 από τους **Barthels, Meyer** και **Pietrowsky** στη Γερμανία. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Νευρικής Ορθορεξίας ήταν "μια πιθανώς παθολογική εμμονή σε μια υγιεινή διατροφή". Τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή του εργαλείου προέκυψαν από την ανάλυση των μελετών περίπτωσης των Bratman και Knight. Η ποσοτική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε μια πολυεπίπεδη διαδικασία επιλογής αντικειμένων και ανάλυσης παραγόντων, με αξιολόγηση σε δείγμα 1340 ατόμων.

Το εργαλείο αποτελείται από δέκα ερωτήσεις που αποσκοπούν στη μέτρηση της Ορθορεξικής διατροφικής συμπεριφοράς. Εφαρμόζεται μια τετραβάθμια κλίμακα Likert, η οποία κυμαίνεται από το "Αυτό ισχύει για μένα" (τέσσερις βαθμοί) έως το "Αυτό δεν ισχύει για μένα" (ένας βαθμός). Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν την παρουσία Νευρικής Ορθορεξίας. Ως τιμή ορίου του σκορ που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι το 30, ενώ βαθμολογίες που κυμαίνονται μεταξύ 25 έως και 29, υποδηλώνουν κίνδυνο για εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Η επικύρωση του εργαλείου επιβεβαίωσε ένα μονοπαραγοντικό μοντέλο και εσωτερική συνοχή $\alpha=0,84$.

Μετά την κατασκευή και την επικύρωσή του στα Γερμανικά, επικυρώθηκε στα Αγγλικά (E-DOS). Το E-DOS επιβεβαίωσε ένα Cronbach alpha $\alpha=0,88$ και έδειξε ότι η εξάλειψη οποιουδήποτε από τα δέκα στοιχεία δεν θα αύξανε την τιμή αυτή. Επιπλέον, επιβεβαίωσε το μονοπαραγοντικό μοντέλο. Πέντε μελέτες που διεξήχθησαν στη Γερμανία υιοθέτησαν τη χρήση του DOS για την αξιολόγηση της ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας από το 2016 έως το 2018. Οι στόχοι αυτών των μελετών αφορούν στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των ειδικών διαιτών ή της Νευρικής Ανορεξίας και τον προσδιορισμό του επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας.

Μόνο μία κριτική, αλλά σημαντική, έχει ασκηθεί στο DOS και αφορά στην ανικανότητά του να διακρίνει τους Ανορεξικούς από τους Ορθορεξικούς ασθενείς.

1.10.5 Barcelona Orthorexia Scale (BOS)

Η κλίμακα BOS (Barcelona Orthorexia Scale) αναπτύχθηκε το 2018 από τους **Bauer et al.**, στην Ισπανία. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Νευρικής Ορθορεξίας στην οποία βασίστηκε η κατασκευή του εργαλείου, ορίζει τη Νευρική Ορθορεξία ως "παθολογική εμμονή με την υγιεινή πρόσληψη τροφής". Όσων αφορά στα διαγνωστικά κριτήρια, το εργαλείο βασίστηκε στα τελευταία διαγνωστικά κριτήρια που αναπτύχθηκαν από τους Dunn και Bratman και στη διαθέσιμη επιστημονική βιβλιογραφία για τη Νευρική Ορθορεξία.

Η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε για την ανάπτυξη του εργαλείου ήταν η μέθοδος Delphi, η οποία αποτελεί μια επαναληπτική διαδικασία κατά την οποία Ισπανοί και Άγγλοι εμπειρογνώμονες στον τομέα των

Διατροφικών Διαταραχών εξέφρασαν τη γνώμη τους για τη Νευρική Ορθορεξία, περισσότερες από μία φορές. Η διαδικασία ήταν ανώνυμη και οι εμπειρογνώμονες έλαβαν ανατροφοδότηση μετά από κάθε γύρο μέσω ομαδικής στατιστικής απάντησης. Οι εμπειρογνώμονες αξιολόγησαν για κάθε στοιχείο: α) την αντιπροσωπευτικότητα της συγκεκριμένης περιοχής περιεχομένου της Νευρικής Ορθορεξίας, β) τη σαφήνεια και γ) τις πιθανές παρατηρήσεις. Μόνο οι εμπειρογνώμονες που συμμετείχαν στον προηγούμενο γύρο προσκλήθηκαν στον επόμενο γύρο. Στον δεύτερο και τρίτο γύρο, οι εμπειρογνώμονες είχαν τη δυνατότητα να δουν τη στατιστική ανταπόκριση της ομάδας, η οποία εκφράστηκε μέσω της διαμέσου και του διατεταρτημοριακού εύρους. Όταν πάνω από το 50% των απαντήσεων συμφωνούσαν με μια δήλωση, τότε θεωρούνταν ως ομόφωνη απάντηση. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 64 στοιχεία που διερευνούσαν έξι τομείς: (α) γνωστικό, (β) συναισθηματικό, (γ) συμπεριφορικό, (δ) αρνητικές συνέπειες στην υγεία, (ε) αρνητικές συνέπειες στην κοινωνική και ακαδημαϊκή λειτουργικότητα και (στ) διαφορική διάγνωση.

Το BOS στερείται επικύρωσης και ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν διαθέσιμες ψυχομετρικές ιδιότητες για να συμβουλευτεί κανείς. Έως τώρα μελέτες που να χρησιμοποιήσαν το BOS για την αξιολόγηση της Ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας δεν υπάρχουν. Για αυτό ακριβώς το λόγο δεν έχει ασκηθεί κριτική σε αυτό το εργαλείο. Ωστόσο, οι ίδιοι οι συγγραφείς εντόπισαν ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, οι Ισπανοί εμπειρογνώμονες είχαν σημαντικά λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη Νευρική Ορθορεξία σε σχέση με τους Άγγλους. Δεύτερον, δεν ασχολήθηκαν όλοι οι εμπειρογνώμονες ειδικά με τη Νευρική Ορθορεξία, αλλά ορισμένοι από αυτούς ασχολήθηκαν με τις Διατροφικές Διαταραχές γενικότερα. Τρίτον, πολλοί από τους συμμετέχοντες εργάζονταν στον τομέα των Διατροφικών Διαταραχών, αλλά το 57% από αυτούς δεν είχαν στο ενεργητικό τους καμία ακαδημαϊκή δημοσίευση σχετικά με τη Νευρική Ορθορεξία.

1.10.6 Teruel Orthorexia Scale (TOS)

Η κλίμακα TOS (Teruel Orthorexia Scale) είναι το πιο πρόσφατο εργαλείο που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της Νευρικής Ορθορεξίας. Δημιουργήθηκε το **2018** από τους **Barrada και Roncero**, στην Ισπανία. Η σύλληψη του έννοιας της Νευρικής Ορθορεξίας στην οποία βασίστηκαν οι συγγραφείς του TOS προέρχεται από την τελευταία δημοσίευση του Steven Bratman όπου η Νευρική Ορθορεξία ορίζεται ως "η παθολογική πτυχή της Ορθορεξίας", η οποία είναι "μια ακραία ή υπερβολική ενασχόληση με την κατανάλωση τροφίμων που θεωρούνται υγιεινά". Αυτή η αντίληψη για τη Νευρική Ορθορεξία συνεπάγεται επίσης τη παρουσία μιας "υγιούς Ορθορεξίας" (Healthy Orthorexia), η οποία αντιθέτως, αποτελεί μια προσέγγιση της υγιεινής διατροφής που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί παθολογική.

Τα διαγνωστικά κριτήρια που εξέτασαν οι συγγραφείς βασίστηκαν σε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, μετά την οποία, οι δύο συγγραφείς ανέπτυξαν ανεξάρτητα μια σειρά στοιχείων που προσδιορίζουν τη Νευρική Ορθορεξία. Το πρώτο βήμα για τη δημιουργία του εργαλείου ήταν η ανάπτυξη μιας δεξαμενής 93 στοιχείων που χαρακτηρίζουν τη Νευρική Ορθορεξία. Μετά τη διαγραφή των διπλοτύπων, παρέμειναν 46 στοιχεία, τα οποία στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν από τους συγγραφείς. Με στόχο τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, τα περιττά στοιχεία διαγράφηκαν, μέχρι την τελική μορφή ενός

ερωτηματολογίου 17 ερωτήσεων. Ακολούθησε η διαδικασία επικύρωσης, η οποία επιβεβαίωσε ένα μοντέλο δύο παραγόντων, την υγιή Ορθορεξία και τη Νευρική Ορθορεξία, με εσωτερική συνοχή $\alpha=0,85$ για την υγιή Ορθορεξία και εσωτερική συνοχή $\alpha=0,81$ για τη Νευρική Ορθορεξία. Η παρούσα ανασκόπηση δεν εντόπισε καμία μελέτη που να χρησιμοποιεί το TOS για την αξιολόγηση της ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας.

1.11 Επιπτώσεις της Νευρικής Ορθορεξίας στην υγεία.

Οι επιπτώσεις της Νευρικής Ορθορεξίας είναι επιζήμιες για τη σωματική αλλά και τη ψυχική υγεία. Αν και δεν υπάρχουν μακροχρόνιες εμπειρικές μελέτες για τις επιπτώσεις της Νευρικής Ορθορεξίας, υπάρχουν ανεπίσημες ενδείξεις ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ορθορεξία μπορεί να παρουσιάσουν διατροφικές ελλείψεις λόγω αποκλεισμού ολόκληρων ομάδων τροφίμων από τη διατροφή τους. Η ύπαρξη διατροφικών ελλείψεων μπορεί να οδηγήσει στις ίδιες ιατρικές επιπλοκές που παρατηρούνται με τη σοβαρή Νευρική Ανορεξία, όπως: οστεοπενία, αναιμία, υπονατριαίμια, μεταβολική οξέωση, πανκυτταροπενία, ανεπάρκεια τεστοστερόνης και βραδυκαρδία.

Από ψυχολογικής πλευράς, τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία βιώνουν έντονη απογοήτευση όταν οι διατροφικές τους συνήθειες διαταράσσονται ή ανατρέπονται, αηδία όταν η αγνότητα της τροφής φαίνεται να διακυβεύεται και ενοχή μαζί με απέχθεια, για τον ίδιο τους τον εαυτό όταν διαπράττουν διατροφικές παραβάσεις. Επιπλέον, τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία βιώνουν χρόνια ανησυχία για την επίτευξη της βέλτιστης υγείας. Έτσι, κάθε διατροφική παρέκκλιση μπορεί να προκαλέσει στο άτομο με Νευρική Ορθορεξία, την επιθυμία για αυτοτιμωρία μέσω της εφαρμογής πιο αυστηρής δίαιτας, ή μέσω αυστηρής νηστείας με σκοπό την αποτοξίνωση του οργανισμού.

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί ακόμη μια επίπτωση της Νευρικής Ορθορεξίας, καθώς τα άτομα που πάσχουν από αυτή, μπορεί να πιστεύουν ότι η διατήρηση των υγιεινών διατροφικών τους συνηθειών είναι εφικτή μόνο όταν είναι μόνα και έχουν έτσι τον έλεγχο του περιβάλλοντός τους. Επίσης μπορεί να υιοθετήσουν μια στάση ηθικής ανωτερότητας απέναντι σε όσους δεν ακολουθούν παρόμοια “υγιεινή” διατροφή με αποτέλεσμα να μην επιθυμούν να αλληλοεπιδρούν μαζί τους.

Όλα όσα αναφέρθηκαν είναι παγιωμένα σε μια χρόνια ανησυχία σχετικά με την ατέλεια και τη μη βέλτιστη υγεία. Διατροφικές παρεκκλίσεις ίσως πυροδοτήσουν μια επιθυμία για αυτοτιμωρία, που μπορεί να ακολουθείται από μια πιο αυστηρή δίαιτα ή αποτοξινωτική δίαιτα (δίαιτα κάθαρσης).

1.12 Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Νευρικής Ορθορεξίας.

Είναι σημαντικό να αναπτυχθεί ένας ορισμός για τη Νευρική Ορθορεξία που να είναι κοινά αποδεκτός από τους ερευνητές, γεγονός που θα συμβάλει στην εξάλειψη των ασυνεπειών στον τρόπο με τον οποίο οι μελέτες αντιλαμβάνονται τη Νευρική Ορθορεξία (ON). Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός σταθερού ορισμού για τη Νευρική Ορθορεξία θα διευκολύνει τους μελλοντικούς ερευνητές να αναπτύξουν πιο αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης αυτής. Κατά αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να αποτυπωθούν οι βασικές έννοιες και τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρικής Ορθορεξίας, με σκοπό την επίλυση της σύγχυσης σχετικά με τον πραγματικό επιπολασμό της.

Επίσης σημαντικό είναι να διευκρινιστούν οι πραγματικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι συνδέονται με την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας ώστε η πρόληψη να καθίσταται δυνατή.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν την κλινική κατάσταση που ονομάζεται Νευρική Ορθορεξία. Μια ολοκληρωμένη λήψη ιατρικού ιστορικού μπορεί να αποκαλύψει συμπτώματα που υποδηλώνουν Ορθορεξία και να βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία. Σε αντίθεση με τους ασθενείς με Νευρική Ανορεξία (AN), οι ασθενείς με Νευρική Ορθορεξία (ON) μπορεί να είναι πιο εύκολα δεκτικοί στη θεραπεία, δεδομένης της επιδίωξης και της έμφασης που δίνουν στην ευεξία.

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν μελέτες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Νευρικής Ορθορεξίας, αν και υπάρχουν προτάσεις για βέλτιστες πρακτικές. Η ιδανική παρέμβαση περιλαμβάνει μια διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από γιατρούς, ψυχοθεραπευτές και διαιτολόγους, έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί ένας συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και ψυχοεκπαίδευσης, με στενή παρακολούθηση σε εξωτερικά ιατρεία. Σε περιπτώσεις σημαντικής απώλειας βάρους λόγω υποσιτισμού, είναι απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο, με έμπειρο ιατρικό προσωπικό.

Όσον αφορά στην φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπες ουσίες, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης φαίνεται να βοηθούν στην αντιμετώπιση της Νευρικής Ορθορεξίας, όπως βοηθούν και στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας αλλά και της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής. Αντιψυχωσικά φάρμακα όπως η ολανζαπίνη έχουν χρησιμοποιηθεί, για να μειώσουν τον εμμονικό χαρακτήρα της σκέψης που σχετίζεται με το φαγητό. Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία μπορεί πιθανότατα να απορρίψουν τη θεραπεία με την χρήση φαρμάκων εφόσον τα θεωρούν "μη φυσικές" ουσίες.

Όταν εξετάζεται η ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εξατομικεύονται με βάση τα συμπτώματα που εμφανίζει ο κάθε ασθενής, αναγνωρίζοντας ότι οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να επικεντρώνονται όχι μόνο στο τι τρώνε οι ασθενείς, αλλά και στο τρόπο με τον οποίο φωνίζουν, προετοιμάζουν αλλά και αισθάνονται για τα τρόφιμα που καταναλώνουν. Οι στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διεύρυνση των διατροφικών επιλογών, την αύξηση της κοινωνικοποίησης κατά τη διάρκεια των γευμάτων και την ενίσχυση των δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου. Η πρόληψη μέσω της θεραπείας ERP (**Exposure and Response Prevention**), ενδεχομένως σε συνδυασμό με την εκπαίδευση αντιστροφής των συνηθειών, μπορεί να είναι πιο επιτυχής για τη θεραπεία των εμμονικών και ψυχαναγκαστικών πτυχών της Νευρικής Ορθορεξίας. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy or CBT) πιθανό να είναι ευεργετική για την υπεργενίκευση, την καταστροφολογία και άλλες γνωστικές διαστρεβλώσεις (**cognitive distortions**) γύρω από το φαγητό, τη διατροφή, την υγεία, καθώς και τη τελειομανία. Διάφορες μορφές εξάσκησης χαλάρωσης (**relaxation therapy**) μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προγευματικού και μεταγευματικού άγχους, αλλά και άλλων εκδηλώσεων άγχους που αφορούν την υγεία του ατόμου.

Τέλος, η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την εμπειρικά επικυρωμένη επιστήμη της Διατροφής, μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία να απαλλαγούν από τις λανθασμένες πεποιθήσεις που αφορούν ορισμένες τροφές. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι η εκπαίδευση για τη διατροφή και την υγεία, ενώ προφανώς χρειάζεται να περιέχει αντικειμενικές έννοιες σχετικά με τα θρεπτικά συστατικά και τη φυσιολογία, θα πρέπει επίσης να αναγνωρίζει τις βαθιά συναισθηματικές πτυχές των πεποιθήσεων για τα τρόφιμα αλλά και των

διατροφικών επιλογών, ώστε να ενσωματώνει συναισθηματικές προσεγγίσεις στη συμβουλευτική των ασθενών. Οι ιδεολογίες, είτε αποτελούνται από πεποιθήσεις βασισμένες στην πραγματικότητα, είτε από μαγικές πεποιθήσεις, παρέχουν δομή και τάξη στη ζωή του ατόμου, μειώνουν το άγχος του και αποτελούν μέσο για την άσκηση ελέγχου στο περιβάλλον. Η ψυχοεκπαίδευση, στο βαθμό που αμφισβητεί ένα παγιωμένο σύστημα πεποιθήσεων, θα πρέπει να γίνεται με την εκτίμηση της πιθανότητας να προκαλέσει σημαντική συναισθηματική αναστάτωση στον ασθενή.

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων καθιστά δυνατή την ταχύτερη δράση με σκοπό τη θεραπεία,, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες ανάρρωσης του ασθενούς. Ένας κρίσιμος προβληματισμός, ο οποίος θα μπορούσε να τροφοδοτήσει την ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, αφορά το ρόλο της ταυτότητας. Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι η ταυτότητα διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στη διατήρηση και την ανάρρωση από τις διατροφικές διαταραχές (Stockford et al., 2019). Είναι πιθανό η ταυτότητα να διαδραματίζει επίσης ρόλο στην ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας αλλά και να εξελίσσεται ταυτόχρονα με την ανάπτυξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Προς υποστήριξη αυτής της υπόθεσης φαίνεται να υπάρχει η **ego syntonic** φύση των συμπτωμάτων της ON (Koven & Abry, 2015). Επομένως, η εξέταση της ταυτότητας στη θεραπεία της ON (π.χ. Πρόγραμμα Παρέμβασης για την Ταυτότητα (Stein et al., 2013) θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη.

Επίσης, ωφέλιμη για την κλινική και θεραπευτική πρακτική είναι η κατανόηση του κατά πόσον οι δύο φάσεις της Νευρικής Ορθορεξίας, δηλαδή η "υγιής ορθορεξία" και η "νευρική ορθορεξία", θα μπορούσαν να είναι δύο στάδια που χαρακτηρίζουν την εξέλιξη ενός ενιαίου φαινομένου (Bratman, 2017) ή δύο διακριτά φαινόμενα (Barrada & Roncero, 2018). Αν η πρώτη υπόθεση είναι αληθινή, τότε η αποκατάσταση θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αναστροφή της Νευρικής Ορθορεξίας στο αρχικό της στάδιο. Αν η δεύτερη είναι αληθινή, τότε η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στη μετατροπή της "Νευρικής Ορθορεξίας" σε "Υγιή Ορθορεξία". Δεδομένου ότι τα αποτελέσματά μας φαίνεται να συμφωνούν κυρίως με την εννοιολογική θεώρηση του Bratman σχετικά με την ανάπτυξη της Ορθορεξίας, είναι αναγκαία η καθιέρωση μιας θεραπευτικής πρακτικής η οποία καθοδηγεί τον ασθενή αντίστροφα, με σκοπό ο ασθενής να ανακαλύψει την αρχική υγιή προσέγγιση στις διατροφικές του συνήθειες.

Κεφάλαιο 2: Εικόνα σώματος και Νευρική Ορθορεξία.

2.1 Η έννοια της εικόνας σώματος.

Η εικόνα του σώματος είναι η υποκειμενική εικόνα που έχουν οι άνθρωποι για το σώμα τους, ανεξάρτητα από το πώς το σώμα τους φαίνεται στην πραγματικότητα (Schilder, 2013). Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια που αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν, σκέφτονται, αισθάνονται και ενεργούν απέναντι στο σώμα τους (Cash & Pruzinsky, 2002). Αυτές οι αντιλήψεις, σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές και επηρεάζουν πολλές πτυχές της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και συνολικά της ποιότητας ζωής (Cash & Smolak, 2011).

Υπάρχουν τέσσερις διαστάσεις της εικόνας του σώματος: η αντίληψη, η νόηση, το συναίσθημα και η συμπεριφορά (Banfield & McCabe, 2002). Η αντιληπτική διάσταση της εικόνας του σώματος ορίζεται ως η ακρίβεια της κρίσης των ατόμων για το μέγεθος, το σχήμα και το βάρος τους σε σχέση με τις πραγματικές

τους αναλογίες. Η συναισθηματική διάσταση περιλαμβάνει τα συναισθήματα που έχουν τα άτομα για την εμφάνιση του σώματός τους και η γνωστική διάσταση αναφέρεται στις σκέψεις και τις πεποιθήσεις σχετικά με την εμφάνιση του σώματος (Cash & Green, 1986). Η συμπεριφορική διάσταση της εικόνας του σώματος αφορά στις συμπεριφορές στις οποίες επιδίδεται κάποιος, ως αποτέλεσμα της εικόνας του σώματός του (Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996).

Είναι χρήσιμο να θεωρηθεί η εικόνα του σώματος ως ένα συνεχές, που κυμαίνεται από καμία διαταραχή έως μια ακραία διαταραχή. Δυστυχώς, οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν ήπια έως μέτρια δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος τους (Thompson, Heinberg, Altabe & TantleffDunn, 1999). Η αρνητική εικόνα του σώματος εκφράζεται σε ένα ή περισσότερα από τα συστατικά στοιχεία της εικόνας του σώματος και συχνά χαρακτηρίζεται από δυσαρέσκεια για την εμφάνιση αλλά και εμπλοκή σε συμπεριφορές όπως συνεχής έλεγχος του βάρους, έλεγχος στον καθρέφτη ή αποφυγή δημόσιων εμφανίσεων (Menzel, Krawczyk, & Thompson, 2011).

Η πρώιμη εκτεταμένη βιβλιογραφία για την εικόνα σώματος εστίαζε στην παθολογία αυτής, εξετάζοντας το βαθμό αρνητικής προδιάθεσης των ατόμων απέναντι στα ίδια τους τα σώματα (Cash, 2002). Η βιβλιογραφία έχει υπογραμμίσει τους ατομικούς, διαπροσωπικούς, πολιτισμικούς και οικογενειακούς προγνωστικούς παράγοντες αλλά και τις επιπτώσεις της αρνητικής εικόνας σώματος (Cash & Deagle, 1997; Cash & Fleming, 2002; Noles, Cash, & Winstead, 1985; Powell & Hendricks, 1999; Stice, 2002; Tylka & Subich, 2004; Wiederman, 2002).

Η αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες και για τα δύο φύλα, συμπεριλαμβανομένων της διαταραγμένης διατροφής, της κατάθλιψης, του κοινωνικού άγχους, της μειωμένης σεξουαλικής λειτουργίας, της χαμηλής αυτοεκτίμησης και συνολικά της μειωμένης ποιότητας ζωής (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004). Πρόσφατα, ωστόσο, υποστηρίχθηκε ότι μια τέτοια αρνητική εστίαση έχει περιορίσει την ολιστική κατανόηση της εικόνας του σώματος, καθώς και τις επιλογές θεραπείας αλλά και πρόληψης (Tylka, 2011).

Ιστορικά, η βιβλιογραφία σχετικά με τη δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος φαίνεται να αφορά κυρίως τις γυναίκες (Brennan, Lalonde, & Bain, 2010). Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να εμπλέκονται τόσο σε ασφαλείς όσο και σε επικίνδυνες δίαιτες, να μη συμφωνούν για το ιδανικό για εκείνες βάρος σώματος σε σχέση με το ύψος, την ηλικία και την άσκηση, να έχουν κάνει ενεργά δίαιτα κατά τους τελευταίους 6 μήνες, να συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα απώλειας βάρους και να προτιμούν να είναι πιο αδύνατες σε σχέση με τους άνδρες (Brodie, Slade, & Riley, 1991- Jeffrey, Adlis, & Forster, 1991- Klesges, Mizes, & Klesges, 1987- Rozin & Fallon, 1988). Ωστόσο, αν και σε σύγκριση με τις γυναίκες, η ικανοποίηση των ανδρών από το σώμα εμφανίζεται υψηλή, οι έρευνες δείχνουν ότι ορισμένοι άνδρες κάνουν δίαιτα λόγω των πολιτισμικών προτύπων της ανδρικής ελκυστικότητας που απαιτούν δυνατό άνω μέρους του σώματος και καλή φυσική κατάσταση. Επιπλέον, αναφέρουν ένα προτιμώμενο μέγεθος σώματος, το οποίο είναι διαφορετικό από το αντιλαμβανόμενο σχήμα τους (Brodie et al., 1991- Jeffrey et al., 1991- Klesges et al., 1987- Rozin & Fallon, 1988). Έχει υποστηριχθεί ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν βασικό παράγοντα στην ανάπτυξη της δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος (Morrison, Kalin, & Morrison, 2004- Morrison, Morrison, & Hopkins, 2003).

Αν και το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που αφορά στην εικόνα σώματος προέρχεται παραδοσιακά από την κατανόηση εμπειριών που αφορούν την αρνητική εικόνα σώματος, η βιβλιογραφία που αφορά στη θετική εικόνα σώματος, ευτυχώς αυξάνεται ραγδαία (**Bailey, Cline, & Gammage, 2016**). Παλαιότερα, η έρευνα σχετικά με τη θετική εικόνα σώματος ως έννοια ήταν σχεδόν ανύπαρκτη, αλλά τώρα πια παρατηρείται αυξανόμενος αριθμός μελετών σε διαφορετικές ηλικίες και χώρες (**Tylka & Wood-Barcalow, 2015**). Η θετική εικόνα του σώματος χαρακτηρίζεται από α) την αρνητική εικόνα του σώματος, β) είναι πολύπλευρη, γ) είναι ολιστική, δ) είναι σταθερή και εύπλαστη, ε) είναι προστατευτική, στ) συνδέεται με την αυτοαντίληψη της αποδοχής του σώματος από τους άλλους και ζ) διαμορφώνεται από τις κοινωνικές ταυτότητες (**Tylka & Wood-Barcalow, 2015**). Η θετική εικόνα σώματος διακρίνεται από την απουσία δυσαρέσκειας για το σώμα (**Tylka, 2011- Tylka & Wood-Barcalow, 2015- Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010**). Οι **Avalos, Tylka και Wood-Barcalow (2005)** προσδιόρισαν τέσσερις ιδιότητες που υποδηλώνουν τη θετική εικόνα σώματος: 1) θετικές απόψεις για το σώμα, 2) αποδοχή του σώματος ανεξάρτητα από το σχήμα του, 3) προστασία του σώματος με την απόρριψη μη ρεαλιστικών προτύπων εικόνων σώματος, τα οποία προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης και 4) σεβασμός των αναγκών του σώματος με την υιοθέτηση υγιών συνθηκών. Ο σεβασμός των αναγκών του σώματος είναι μια συνιστώσα της θετικής εικόνας σώματος, η οποία θεωρείται παράγοντας που τείνει να αποτρέπει αρνητικά για την ψυχική υγεία αποτελέσματα. Συνδέεται επίσης με θετικά χαρακτηριστικά, όπως η υγιής σεξουαλική ζωή και η απόρριψη της ανάγκης για πλαστικές επεμβάσεις (**Satinsky, Reece, Dennis, Sanders, & Bardzell, 2012**).

Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες αλλά και τις συνέπειες της θετικής εικόνας σώματος υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θετική εικόνα σώματος πιθανότατα να είναι οι αντίθετοι από εκείνους που επηρεάζουν την αρνητική εικόνα σώματος (π.χ. υψηλή αυτοεκτίμηση σε αντίθεση με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση) **Striegel-Moore and Cachelin, 1999**. Οι **Williams et al., το 2004**, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα της θετικής εικόνας σώματος, μελέτησε δύο ομάδες γυναικών, η μία με χαρακτηριστικά θετικής εικόνας σώματος και η άλλη με χαρακτηριστικά αρνητικής εικόνας σώματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η ομάδα των γυναικών με τη θετική εικόνα σώματος ανέφερε μεγαλύτερη ικανοποίηση για την εμφάνιση του σώματος τους, λιγότερο άγχος για την εικόνα σώματος και μεγαλύτερη τάση να αισθάνονται ότι η εικόνα του σώματός τους επηρεάζει θετικά τη ζωή και τη λειτουργικότητά τους. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε πως όσες γυναίκες είχαν θετική εικόνα σώματος, διακατέχονταν από υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας, αυτοεκτίμησης και αντιμετώπισης τυχόν προβλημάτων μέσω ορθολογικής θετικής αποδοχής. Επίσης οι ίδιες γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα τελειομανίας, αποφυγής και ανάγκης για βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης.

Οι **Seligman & Csikszentmihalyi, 2000** υποστήριζαν πως οι ερευνητές θα πρέπει να μη ξεχνούν πως η ψυχολογία δεν αποτελεί μόνο τη μελέτη της παθολογίας αλλά και τη μελέτη των θετικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τα οποία συντελούν στη διατήρηση της συνολικής ψυχικής υγείας.

2.2 Κλίμακα σωματικής εκτίμησης BAS (Body Appreciation Scale).

Αρκετοί μελετητές (**Cash, 2002; Striegel-Moore & Cachelin, 1999- Williams et al., 2004**) έχουν

υποστηρίζει ότι υπήρχε κενό στη βιβλιογραφία που αφορά στη κατανόηση της θετικής εικόνας σώματος και των μεταβλητών της. Για αυτό ακριβώς τον λόγο ήταν επιτακτική η ανάγκη για τη δημιουργία εργαλείων αξιολόγησης της θετικής εικόνας σώματος (Williams et al., 2004). Το 2005, οι Laura Avalos, Tracy L. Tylka, Nicole Wood-Barcalow, ανέπτυξαν ένα εργαλείο αξιολόγησης της εικόνας σώματος το οποίο εξέταζε πτυχές της θετικής εικόνας σώματος και αξιολόγησαν τις ψυχομετρικές του ιδιότητες σε τέσσερις μελέτες.

Η κλίμακα εκτίμησης σώματος BAS (Body Appreciation Scale) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση της θετικής εικόνας σώματος που αποτελείται από 13 στοιχεία (Avalos et al., 2005). Η BAS (Body Appreciation Scale) αξιολογεί τις θετικές απόψεις και την αποδοχή του σώματος, την παροχή προσοχής στις σωματικές ανάγκες και την εμπλοκή σε ένα στυλ επεξεργασίας πληροφοριών που προστατεύει από δυνητικά επιβλαβή μηνύματα που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος (Avalos et al., 2005). Έχει καλή κατασκευαστική εγκυρότητα και υψηλή εσωτερική συνοχή (Wood-Barcalow & Tylka, 2015). Η παραγοντική δομή της BAS (Body Appreciation Scale) κατά τους Avalos et al., 2005 περιλαμβάνει μία μόνο διάσταση και ορισμένες μελέτες το επιβεβαιώνουν (π.χ. Swami et al., 2008). Αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης θετικής εικόνας σώματος και έχει πλέον χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες και πληθυσμούς. Η μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή της Κλίμακας Εκτίμησης Σώματος (BAS) στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε το 2016, από τους George Alexias, Constantinos Togas, & Robert Mellon με τίτλο “Psychometric properties of the Greek version of the body appreciation scale”.

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι ήταν να εξεταστεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου και οι άλλες ψυχομετρικές του ιδιότητες (εσωτερική συνοχή, αξιοπιστία δοκιμής-επαναληπτικής εξέτασης, εγκυρότητα κατασκευής). Κατά τους συγγραφείς δεν υπάρχουν άλλα ερωτηματολόγια που να αξιολογούν τη θετική εικόνα του σώματος στην Ελληνική γλώσσα, επομένως η Ελληνική έκδοση της Κλίμακας Εκτίμησης Σώματος ξεπερνά αυτή την έλλειψη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κλινική και ερευνητική χρήση.

Η μετάφραση της αρχικής Κλίμακας Εκτίμησης Σώματος (BAS) βασίστηκε σε ελάχιστα μεταφραστικά κριτήρια που αναπτύχθηκαν από την Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή του Medical Outcomes Trust (2002) και σε μια σειρά από κατευθυντήριες γραμμές της Διεθνούς Επιτροπής Δοκιμών (Van de Vijver & Hambleton, 1996). Η μετάφραση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του πρωτοκόλλου πολλαπλής μετάφρασης προς τα εμπρός και προς τα πίσω. Αποφασίστηκε επίσης ότι η ερώτηση 12 της αρχικής κλίμακας (BAS 12: Δεν επιτρέπω στις μη ρεαλιστικά αδύνατες εικόνες γυναικών που παρουσιάζονται στα μέσα ενημέρωσης να επηρεάζουν τις στάσεις μου απέναντι στο σώμα μου/ δεν επιτρέπω σε μη ρεαλιστικά μυώδεις εικόνες ανδρών που παρουσιάζονται στα μέσα ενημέρωσης να επηρεάζουν τις στάσεις μου απέναντι στο σώμα μου, θα αναδιατυπωνόταν με μια θετική προσέγγιση, ώστε να είναι πιο κατανοητή. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 17 μήνες. Το δείγμα περιλάμβανε 2313 άτομα από όλη την Ελλάδα. Η εσωτερική συνοχή των 13 στοιχείων του BAS αναλύθηκε με τη βοήθεια του Συντελεστή Cronbach α , η τιμή του οποίου ήταν 0,87 και αποδεικνύει πως η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ήταν πολύ ικανοποιητική.

Κεφάλαιο 3: Ψυχική υγεία και Νευρική Ορθορξία.

3.1 Η Νευρική Ορθορεξία και η σχέση της με τις ψυχικές διαταραχές.

Αυξημένη είναι η προσοχή που λαμβάνει η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές, αφού σύμφωνα με τον παγκόσμιο στόχο “δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία” (Prince et al., 2007). Οι διατροφικές διαταραχές όπως η Νευρική Ανορεξία και η Νευρική Βουλμία αποτελούν σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας με σοβαρές συνέπειες στη σωματική υγεία και στη κοινωνική ευημερία του ανθρώπου. Οι διαταραχές αυτές έχουν ποσοστά θνησιμότητας υψηλότερα σε σχέση με το σύνολο των ψυχικών ασθενειών (Klump et al., 2009). Το 2013, οι διατροφικές διαταραχές ευθύνονταν για το 0,1% των παγκόσμια προσαρμοσμένων ετών ζωής λόγω αναπηρίας (Erskine et al., 2016).

Μέχρι στιγμής η επιστημονική κοινότητα δεν έχει ορίσει ένα ξεκάθαρο ορισμό για τη Νευρική Ορθορεξία και δεν μπορεί να τη κατατάξει επίσημα ως Διατροφική Διαταραχή ή ως διαταραχή τους φάσματος της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Για αυτό το λόγο η Νευρική Ορθορεξία δεν έχει επίσημα αναγνωριστεί ως διαταραχή και δεν περιλαμβάνεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, έκδοση πέμπτη (Diagnostic and Statistical Manual V or DSM-V), ούτε στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, έκδοση δέκατη (International Classification of Diseases-10 or ICD-10).

Αρκετοί ερευνητές έχουν τονίσει τις ομοιότητες μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) και άλλων διατροφικών διαταραχών, του αυτισμού ή της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD) (Dell’Osso et al., 2016b; Koven & Arby, 2015; Varga et al., 2013), δημιουργώντας αντιπαραθέσεις σχετικά με το εάν η Νευρική Ορθορεξία αποτελεί ξεχωριστή διατροφική διαταραχή, αν είναι μια πρόδρομη μορφή της Νευρικής Ανορεξίας (AN) ή ένας τρόπος διατήρησης αυτής. Ακόμη ίσως η Νευρική Ορθορεξία να αποτελεί υποκατηγορία της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD) ή μια διατροφική συμπεριφορά-πολιτισμικών επιρροών.

Η Νευρική Ορθορεξία, η Νευρική Ανορεξία και η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα, συνοσηρότητα αλλά και παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις. Τα κοινά χαρακτηριστικά των τριών παραπάνω καταστάσεων υγείας σύμφωνα με τους Koven & Abry, 2015, είναι η τελειομανία (perfectionism), η γνωσιακή ακαμψία (cognitive rigidity), το χαρακτηριστικό άγχος (trait anxiety), η μειωμένη λειτουργικότητα (impaired functioning), ο ανεπαρκής εξωτερικός έλεγχος (poor external monitoring) και η εξασθενημένη μνήμη εργασίας (impaired working memory).

Ομοίως, όπως τα άτομα με Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, έτσι και τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία, είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν τελετουργικά μοτίβα που βασίζονται σε αυτοεπιβαλλόμενους κανόνες, να έχουν εμμονές σχετικά με την επιμόλυνση των τροφών και το θερμιδικό περιεχόμενο αυτών, καθώς και παρορμήσεις στη συμπεριφορά που αφορούν το ντύσιμο, την ατομική υγιεινή και τον έλεγχο των ψυχαναγκασμών (Bundros et al., 2016; Hayles et al., 2017; Poyraz et al., 2015).

Δυστυχώς δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες σε κλινικούς ασθενείς που να αφορούν στην επικάλυψη μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των Ιδεοψυχαναγκαστικών Διαταραχών (OC) σε κλινικούς ασθενείς. Τα περισσότερα δεδομένα αφορούν σε μη κλινικούς ασθενείς ή σε ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη Νευρικής Ορθορεξίας, τα οποία έχουν αναλυθεί συγκρίνοντας τη ταυτόχρονη παρουσία συμπτωμάτων Νευρικής Ορθορεξίας (ON) και Ιδεοψυχαναγκαστικών Διαταραχών (OC).

Η κλινική και επιδημιολογική επικάλυψη μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) και των Διατροφικών

Διαταραχών (Eating Disorders or ED), έχει εξονυχιστικά μελετηθεί από αρκετές έρευνες. Οι **Segura-Garcia et al.** παρουσίασαν σε μελέτη τους την επικράτηση αυξημένου επιπολασμού Νευρικής Ορθορεξίας σε ασθενείς που ακολούθησαν μια τριετή θεραπευτική αγωγή για Διατροφικές Διαταραχές (Eating Disorders or ED).

Οι **Barthels and coll.** συνέκριναν μεταξύ τους τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά τριών δειγμάτων, με Νευρική Ορθορεξία, Διατροφικές διαταραχές και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Τα δείγματα αποτελούνταν από 40 ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές, 30 ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και 2 αντίστοιχες ομάδες ελέγχου των 33 και 30 ατόμων η κάθε μία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως τα επίπεδα της Νευρικής Ορθορεξίας ήταν στο ίδιο υψηλό επίπεδο και για τους ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές αλλά και για τους ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Πρόσφατη συστηματική μελέτη ανασκόπησης του 2021, συνέκρινε τα αποτελέσματα τριάντα έξι μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής, από PubMed, Medline, SCOPUS, PsychINFO, CINAHL και Web of Science. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι τα συμπτώματα της Νευρικής Ορθορεξίας συνδέονται περισσότερο με τις Διατροφικές Διαταραχές παρά με την Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή. Παρά τις ομοιότητες της Νευρικής Ορθορεξίας με τις παραπάνω δύο διαταραχές, οι συγκεντρωτικές συσχετίσεις μεταξύ των τριών διαταραχών δεν ήταν σημαντικές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η Νευρική Ορθορεξία πιθανόν να αποτελεί μια ξεχωριστή Διατροφική Διαταραχή. Αν κάτι τέτοιο όντως ισχύει, τότε η Νευρική Ορθορεξία θα πρέπει να συμπεριληφθεί ως αναδυόμενο σύνδρομο στην ταξινόμηση του εγχειριδίου DSM-5.

Ωστόσο, παρά τις ομοιότητες μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των διαφόρων μορφών ψυχοπαθολογίας, παραμένει ασαφές εάν η Νευρική Ορθορεξία θα πρέπει να θεωρείται ψυχική διαταραχή και για αυτό το λόγο απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού είναι πιθανό να οφείλονται στο γεγονός ότι τα κοινά κριτήρια για την Νευρική Ορθορεξία αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν τις κοινωνικές, επαγγελματικές και σωματικές βλάβες που προκαλούνται από την εξαιρετικά αυστηρή "υγιεινή" διατροφή. Επειδή η υγιεινή διατροφή υπάρχει σε ένα συνεχές φάσμα συμπεριφοράς από "φυσιολογική" έως "μη φυσιολογική", η ταξινόμηση του πότε η υγιεινή διατροφή γίνεται διαταραγμένη, καθίσταται δύσκολη. Είναι απαραίτητο η έρευνα να εντοπίσει πώς και πότε οι τάσεις για Νευρική Ορθορεξία κρίνονται κλινικά σημαντικές, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τη φύση της παθολογίας της.

Η κλινική σημασία θα μπορούσε να προσδιοριστεί από την αγωνία σχετικά με τις εμμονές, τους ψυχαναγκασμούς, τα τελετουργικά διατροφικά μοτίβα, τον υπερβολικά μεγάλο χρόνο που δαπανάται για την προετοιμασία του φαγητού, από την ύπαρξη αυτοτιμωρίας μετά την παράβαση των αυτοεπιβαλλόμενων διατροφικών κανόνων, την ακραία απώλεια βάρους ή το μειωμένο βάρος σώματος και τις συνοδές σωματικές βλάβες.

Επίσης είναι σημαντικό να διενεργηθούν ποιοτικές μελέτες περίπτωσης με σκοπό την ανάδειξη των πραγματικών ομοιοτήτων μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και της Νευρικής Ορθορεξίας, με σκοπό τη σύσταση πιο έγκυρων διαγνωστικών κριτηρίων και εργαλείων αξιολόγησης. Μελέτες όπου γίνεται σύγκριση μεταξύ ασθενών με τάσεις Νευρικής Ορθορεξίας και Διατροφικών Διαταραχών μαζί, υπάρχουν. Μελέτες όμως, που να συγκρίνουν τα χαρακτηριστικά ασθενών μόνο με Νευρική Ορθορεξία και ασθενών μόνο με Ανορεξία ή Βουλιμία, δεν έχουν πραγματοποιηθεί ακόμα.

3.1.1 Ομοιότητες και διαφορές της Νευρικής Ορθορεξίας με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Η ύπαρξη ιδεοψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών αποτελεί έναν από τους πιο έγκυρους συσχετισμούς με την ύπαρξη της Νευρικής Ορθορεξίας. Η βιβλιογραφία συνεχώς τονίζει πως όλοι όσοι εμφανίζουν υψηλά σκορ σε ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία και αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το εάν οι εμμονές σχετίζονταν με το φαγητό ή όχι (Poyraz et al., 2015; Roncero et al., 2017; Segura Garcia et al., 2015).

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, όπως και η Νευρική Ορθορεξία απαντάται εξίσου συχνά σε άντρες όσο και σε γυναίκες. Η βιβλιογραφία έχει υποδείξει αρκετούς κοινούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής. Άτομα με Νευρική Ορθορεξία είναι πιθανότερο να είναι τελειομανείς (Hayles et al., 2017; Oberle et al., 2017), να έχουν ένα ιστορικό ψυχοπαθολογίας ή μια παρούσα ψυχοπαθολογία (Missbach et al., 2015) και να παρουσιάζουν συνυπάρχουσα κατάθλιψη, αρνητική επίδραση (negative affect), άγχος ή αυτοκτονικές σκέψεις (Gleaves et al., as cited in Oberle et al., 2017). Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2021, από τους G. Vaccari et al., οι ασθενείς που έπασχαν από Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD), παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά σε συμπτώματα Νευρικής Ορθορεξίας (ON).

Τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία (ON) παρουσιάζουν συγκεκριμένες ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις όπως: επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές σκέψεις σχετικά με το φαγητό και την υγεία σε ακατάλληλες στιγμές, υπερβολική ανησυχία για τη πιθανότητα δηλητηρίασης από “ακάθαρτο- μη υγιεινό” φαγητό και μια μεγάλη ανάγκη για προετοιμασία των γευμάτων τους με τελετουργικό τρόπο.

Όπως συμβαίνει με τα άτομα που πάσχουν από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD), έτσι και τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία (ON) έχουν περιορισμένο χρόνο στη διάθεσή τους για άλλες δραστηριότητες, καθώς η προσήλωση σε ένα αυστηρό διατροφικό μοτίβο παρεμβαίνει στις καθημερινές συνήθειες ενός φυσιολογικού ατόμου. Οι εμμονές και οι παρορμήσεις είναι χρονοβόρες και προκαλούν δυσλειτουργία σε κοινωνικό επίπεδο λόγω των άκαμπτων συνηθειών που αφορούν στη προετοιμασία του φαγητού.

Ωστόσο, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) και της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD), η πιο σημαντική διαφορά είναι το γεγονός πως το περιεχόμενο των εμμονικών σκέψεων στη Νευρική Ορθορεξία (ON) θεωρείται **ego-syntonic** (ως όρος στη ψυχανάλυση, αναφέρεται σε συμπεριφορές, αξίες και συναισθήματα τα οποία βρίσκονται σε αρμονία ή είναι αποδεκτά με τις ανάγκες και τους στόχους του εγώ, ή συμβαδίζουν με την ιδανική αυτοεικόνα του ατόμου **Howard Rosenthal, Human Services Dictionary (2003) p. 102**). Αντίθετα στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) το περιεχόμενο των εμμονικών σκέψεων θεωρείται **ego-dystonic** (ως όρος στη ψυχανάλυση είναι το αντίθετο του ego syntonic και αναφέρεται στις σκέψεις και τις συμπεριφορές που συγκρούονται με τις ανάγκες και τους στόχους του εγώ ή βρίσκονται σε σύγκρουση με την ιδανική αυτοεικόνα του ατόμου **Howard Rosenthal, Human Services Dictionary (2003) p. 102**).

Όπως και στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ομοίως και στη Νευρική Ορθορεξία, οι επαναλαμβανόμενες

και επίμονες σκέψεις σχετικά με το φαγητό βιώνονται ως παρεμβατικές. Για παράδειγμα, όσοι πάσχουν από Νευρική Ορθορεξία διακατέχονται από σκέψεις σχετικά με τη ποιότητα τροφής (π.χ.: αν είναι οργανική), τη προέλευση της (π.χ. αν έχει εκτεθεί σε εντομοκτόνα, αν τα γαλακτοκομικά προϊόντα προέρχονται από βοοειδή που λαμβάνουν συμπληρώματα ορμονών), τη συσκευασία αυτής (π.χ.: η συσκευασία του τροφίμου περιέχει καρκινογόνες ουσίες;) ακόμη και το τρόπο μαγειρέματός της (π.χ. ποια είναι η κατάλληλη θερμοκρασία μαγειρέματος ώστε να μη μειωθεί η θρεπτική της αξία της τροφής) (Koven & Arby, 2015).

Όλοι όσοι παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία για να εξουδετερώσουν τις παρεμβατικές σκέψεις, επιδίδονται σε ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τη τροφή (π.χ. δεν αναμιγνύουν συγκεκριμένους τύπους πρωτεΐνης ή συστατικών σε ένα γεύμα με φόβο πως ο συνδυασμός θα έχει ως αποτέλεσμα επιβλαβείς τοξίνες και άρα το φαγητό θα μολυνθεί). Επίσης, μπορούν να ξοδέψουν ώρες για να τεμαχίσουν σχολαστικά το φαγητό σε ομοιόμορφα κομμάτια, να επιθεωρούν τις τροφές για ελαττώματα και να οργανώνουν τα μελλοντικά τους γεύματα.

Στα κριτήρια της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών έκδοση πέμπτη (DSM-5), διευκρινίζεται πως δεν συμπεριλαμβάνεται το τελετουργικό διατροφικό μοτίβο όπως αυτό απαντάται στις Διατροφικές Διαταραχές. Εξαιτίας αυτής τη υπόθεσης και δεδομένου των ομοιοτήτων μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας, Νευρικής Ανορεξίας και Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, πιθανότατα η Νευρική Ορθορεξία να μην ανήκει στη ίδια κατηγορία με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Η Νευρική Ορθορεξία (ON) μοιράζεται χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν επικάλυψη και με την Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (**Obsessive Compulsive Personality Disorder or OCPD**). Η Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας αποτελεί σύνδρομο το οποίο ανήκει στη κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας και το οποίο χαρακτηρίζεται από φόβο και συστολή στη συμπεριφορά του ατόμου.

Η Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη Νευρική Ορθορεξία, οι οποίες περιλαμβάνουν τη τελειομανία, την αυστηρή σκέψη, την υπερβολική αφοσίωση, την υπερηθική και τη χρονοβόρα ενασχόληση με τη λεπτομέρεια και τους αυτοεπιβαλλόμενους κανόνες.

Τα αποτελέσματα μελετών που αφορούν στη σχέση μεταξύ Ιδεο-Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας (OCPD) και Ιδεο-Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD) υποστηρίζουν πως υπάρχει χαμηλός βαθμός συσχέτισης, ενώ άλλες μελέτες υποστηρίζουν πως υπάρχουν σημαντικές και συγκεκριμένες συσχετίσεις μεταξύ τους. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις πως η Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (OCPD) σχετίζεται περισσότερο από την η Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD), με τις διατροφικές διαταραχές και συγκεκριμένα με την Νευρική Ανορεξία. Άλλες μελέτες έχουν δείξει πως η παρουσία χαρακτηριστικών της Ιδεο-Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας (OCPD) σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη παθολογικών διατροφικών συνηθειών.

Χαρακτηριστικά της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) μπορούν επίσης να μοιάζουν με άγχος που σχετίζεται με την υγεία και παρατηρείται στις Διαταραχές Σωματικών Συμπτωμάτων (Στο DSM-5 έχουν αφαιρεθεί οι διαγνώσεις: σωματοποιητική, υποχονδρίαση, διαταραχή πόνου, αδιαφοροποίητη, σωματόμορφη και σε μεγάλο βαθμό έχουν αντικατασταθεί από το όρο: διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων που ορίζεται ως ο πόνος που είναι αρκετά σοβαρός, ώστε να δικαιολογείται η παρέμβαση ειδικού). Στις παραπάνω διαταραχές,

τα άτομα βιώνουν ένα ή περισσότερα χρόνια ιατρικώς ανεξήγητα, σωματικά συμπτώματα, με τα οποία το άτομο ασχολείται σε υπερβολικό βαθμό ή τα φοβάται πολύ και συχνά καταφεύγει σε παραδοσιακές αλλά και μη παραδοσιακές ιατρικές θεραπείες. Η ενασχόληση του ατόμου σε υπερβολικό βαθμό με την υγεία του, δημιουργεί έντονες σωματικές εμπειρίες και τα άτομα βιώνουν έντονο άγχος σχετικά με την πιθανότητα μιας μη διαγνωσμένης ασθένειας, συχνά αφιερώνοντας υπερβολικά μεγάλο χρόνο και ενέργεια σε αυτές τις ανησυχίες. Σε μία τέτοια κατάσταση, ένα άτομο θα ήταν πιο πιθανό να στραφεί προς μια αντισταθμιστική διατροφική διαχείριση μετά από δυσαρέσκεια με την παραδοσιακή ιατρική ή μετά από συγκεκριμένες συμβουλές επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση της ασθένειας, μέσω διατροφικών αλλαγών.

3.1.2 Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας (Orthorexia Nervosa) και των Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorders or ED).

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ψυχιατρικές καταστάσεις που συνδέονται με σοβαρές συνέπειες για τη σωματική υγεία (Scoffier-Meriaux et al.,2015; Treasure et al.,2010). Οι διεθνείς εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνονται έως και 15% (Hay et al., 2015- Stice et al., 2013). Έχει προταθεί ότι η διαταραγμένη διατροφή παρουσιάζεται σε ένα συνεχές που κυμαίνεται από τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά έως τη διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή (Vainik et al.,2015). Ως διατροφική διαταραχή ορίζεται μια κατάσταση που έχει διαγνωστεί από εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας. Συμπεριφορές όπως η περιοριστική διατροφή, η νηστεία, ο αυτοαποκαλούμενος έμετος, η χρήση καθαρτικών και τη βουλιμία, παρουσία ή απουσία διαγνωσμένης διατροφικής διαταραχής, θεωρούνται διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και έχει διαπιστωθεί ότι είναι κοινές σε δείγματα πληθυσμών παγκοσμίως (Ortega-Luyando et al.,2015). Η γενική διατροφική παθολογία περιλαμβάνει ένα φάσμα γνωστικών συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής εκτός από τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, όπως η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος και η επιθυμία για απώλεια βάρους. Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με τα εργαλεία αξιολόγησης (Fairburn & Beglin,1994- Garner et al.,2009). Η εννοιολογική προσέγγιση των διατροφικών διαταραχών έχει επεκταθεί ραγδαία τα τελευταία 10 χρόνια και περιλαμβάνει τη Διαταραχή Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder or BED) και τη Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder or ARFID) εκτός από τη Νευρική Ανορεξία και τη Νευρική Βουλιμία. Αυτές αναγνωρίζονται πλέον ως τέσσερις καλώς ορισμένες διαταραχές, οι οποίες έχουν επαναταξινομηθεί ως Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής (ΔΣΣ) στη 5η αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) που δημοσιεύθηκε το 2013 και στην 11η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Ασθενειών και των Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10), που δημοσιεύθηκε το 2019. Η Νευρική Ανορεξία και η Νευρική Βουλιμία είναι διατροφικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από την εσωτερίκευση του ιδανικού του αδύνατου σώματος και από ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους σώματος. Και στις δύο περιπτώσεις, η υπερεκτίμηση του βάρους και του σχήματος του σώματος που αποτελούν την ανησυχία για την εικόνα του σώματος, είναι μείζονος ή πρωταρχικής σημασίας για την αντίληψη του εαυτού. Η Νευρική Ανορεξία διακρίνεται ως μια κατάσταση εθελούσιου υποσιτισμού, κατά την οποία τα άτομα είναι ελλιποβαρή και ακολουθούν συμπεριφορές που έχουν ως σκοπό να αποτρέψουν την

αύξηση του σωματικού τους βάρους. Περιλαμβάνει άτομα που παρουσιάζουν βουλιμία ή και όχι, τρώνε ή εξαγνίζουν τον εαυτό τους προκαλώντας έμετο ή κάνοντας χρήση καθαρτικών και διουρητικών. Τα άτομα με Νευρική Βουλιμία αντίθετα, δεν είναι ελλιποβαρή και βρίσκονται σε έναν φαύλο κύκλο αδηφαγίας και κάθαρσης ή/και νηστείας συνοδευόμενο από καταναγκαστική άσκηση.

Η Διαταραχή Υπερφαγίας (BED) και η Διαταραχή Περιορισμένης πρόσληψης τροφής (ARFID) είναι οι πρώτες Διατροφικές Διαταραχές που δεν έχουν ως κύριο διαγνωστικό κριτήριο την ανησυχία για την εικόνα του σώματος. Διακρίνονται από το γεγονός ότι αποτελούν διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς, η πρώτη με επαναλαμβανόμενα βουλιμικά επεισόδια χωρίς τακτική κάθαρση και η δεύτερη με αποφυγή και αποστρόφη της τροφής.

Όλες οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σε όλο το ηλικιακό φάσμα, αν και η Νευρική Ανορεξία και η Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής παρουσιάζονται συχνότερα στην παιδική και εφηβική ηλικία, ενώ η Νευρική Βουλιμία και η Διαταραχή Υπερφαγίας είναι ασυνήθιστη σε παιδιατρικούς πληθυσμούς.

Παρατηρούνται αρκετές ομοιότητες μεταξύ των κλινικών εκδηλώσεων σε άτομα με τάση για Νευρική Ορθορεξία και σε άτομα με τάση για Νευρική Ανορεξία. Άτομα με Νευρική Ορθορεξία, συνηθίζουν να περιορίζουν την ενεργειακή τους πρόσληψη, φαινόμενο που παρατηρείται και στη Νευρική Ανορεξία **(Reynolds, 2018; Strahler et al., 2018)**. Ως αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού της τροφής και της μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης, οι ασθενείς με Νευρική Ανορεξία (AN), όπως και όσοι παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία (ON) υποφέρουν από πείνα, υποσιτισμό, σοβαρή απώλεια βάρους, έλλειψη σε βασικά θρεπτικά συστατικά και συνοδές ιατρικές επιπλοκές όπως είναι η αμηνόρροια, η καρδιακή ανεπάρκεια, η βραδυκαρδία, η αναιμία και η μεταβολική οξέωση **(Catalina Zamora, Bote Bonaecha, Garcia Sanchez, & Rios Rial, 2005; Park et al., 2011)**. Η διαταραγμένη κοινωνική ζωή και η κοινωνική απομόνωση είναι ακόμη ένα κοινό χαρακτηριστικό της Ορθορεξίας και της Ανορεξίας, εφόσον τα άτομα είναι απασχολημένα για υπερβολικά μεγάλα χρονικά διαστήματα με τη δίαιτά τους ή έρχονται σε συνεχή αντιπαράθεση με τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους, για θέματα που αφορούν τη διατροφή.

Η Νευρική Ορθορεξία και η Νευρική Ανορεξία μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά όπως είναι η τελειομανία, το υψηλό χαρακτηριστικό άγχος και η μεγάλη ανάγκη για άσκηση ελέγχου **10**. Τόσο τα Ορθορεξικά όσο και τα Ανορεξικά άτομα είναι προσανατολισμένα στα επιτεύγματα, εκτιμώντας τη συμμερφωση στη δίαιτα τους ως δείκτη αυτοπειθαρχίας και της παρέκκλισης από τη δίαιτα ως δείκτη αποτυχίας του αυτοελέγχου τους. Τα Ορθορεξικά και τα Ανορεξικά άτομα έχουν περιορισμένη αντίληψη της κατάστασης τους και συχνά αρνούνται τη λειτουργική βλάβη που συνεπάγεται της διαταραχής τους **1**.

Όσοι πάσχουν από Ορθορεξία και Ανορεξία μαζί, εκδηλώνουν συναισθήματα ενοχής και απέχθειας προς τον εαυτό τους σε περίπτωση που αθετήσουν τους διατροφικούς κανόνες που οι ίδιοι έθεσαν στον εαυτό τους **(Beumont, 2013; Mathieu, 2005)**.

Έτσι απαιτούν από τον εαυτό τους μεγαλύτερη αυτοπειθαρχία για να επιβάλλουν αυτοπεριορισμούς στη διατροφή τους, βιώνοντας συναισθήματα ηθικής ανωτερότητας απέναντι σε όσους δεν μπορούν να εφαρμόσουν τους ίδιους με εκείνους περιορισμούς **(Varga et al., 2013)**.

Η πιο σημαντική ομοιότητα όμως μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας (ON) και Νευρικής Ανορεξίας (AN), είναι η διαταραγμένη κατανάλωση τροφής (disordered eating).

Μία σημαντική διαφορά της Ανορεξίας με την Ορθορεξία, είναι πως τα άτομα με Ανορεξία ασχολούνται υπερβολικά με την εικόνα σώματος και ζουν με το φόβο της παχυσαρκίας. Αλλάζουν επομένως τις διατροφικές τους συνήθειες, με σκοπό την απώλεια βάρους και όχι τη σωματική υγεία όπως συμβαίνει με τα άτομα που εμφανίζουν Νευρική Ορθορεξία (ΟΝ). Επίσης, παρατηρείται στα άτομα που παρουσιάζουν Νευρική Ανορεξία μια τάση απόκρυψης των διατροφικών τους συμπεριφορών, ενώ τα άτομα με Νευρική Ορθορεξία είναι πιο πιθανό να επιδεικνύουν τις διατροφικές τους συνήθειες και να νιώθουν ηθικά ανώτεροι σε σχέση με όσους δεν έχουν τις ίδιες με εκείνους διατροφικές προτιμήσεις.

Η κυριότερη διαφορά μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας με τη Νευρική Ανορεξία και η Νευρική Βουλιμία έγκειται στο γεγονός ότι η υπερβολική ενασχόληση με τη διατροφή, δεν συνδέεται με τη ποσότητα του φαγητού ή την απώλεια βάρους, αλλά με την πεποιθήσεις του ατόμου που αφορούν στη ποιότητα των τροφών (**Andreas et al., 2018**).

Τέλος, αρκετές μελέτες υψηλής αξιοπιστίας δείχνουν πως άντρες και γυναίκες έχουν ίσες πιθανότητες να παρουσιάσουν Νευρική Ορθορεξία (**Dunn et al., 2017; Herranz Valera et al., 2014; Oberle et al., 2017**). Ο παραπάνω ισχυρισμός δεν ισχύει για άλλες διατροφικές διαταραχές όπως η Νευρική Ανορεξία (ΑΝ) και η Νευρική Βουλιμία (ΒΝ), όπου οι γυναίκες διατρέχουν τον δεκαπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με τους άντρες, να τις παρουσιάσουν (**APA, 2013**).

Η υψηλή συνοσυρότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Νευρικής Ανορεξίας υποδηλώνει πως η Νευρική Ορθορεξία ίσως να έχει ως κίνητρο την επιθυμία για απώλεια βάρους. Η Νευρική Ορθορεξία ίσως να εκδηλώνεται ως ένας πιο κοινωνικά αποδεκτός τρόπος ώστε το άτομο να προβεί σε περιορισμούς στη διατροφή του και να επιτύχει ένα αδύνατο σώμα, με πρόσχημα την επίτευξη ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Έχει αποδειχθεί πως οι Ορθορεξικές συμπεριφορές (τσιμπολόγημα, αποτοξίνωση), δεν μειώνονται μετά από θεραπεία που αφορά στις διατροφικές διαταραχές, αλλά αντίθετα αυξάνονται σημαντικά, γεγονός που είναι άκρως ανησυχητικό (**Segura-Garcia et al., 2015**). Ένα σημαντικό κομμάτι της θεραπείας των διατροφικών διαταραχών είναι η επανασίτιση (refeeding) και ο σχεδιασμός μιας υγιούς σίτισης (planning healthy eating). Είναι πιθανό μετά από αυτή τη θεραπεία, το δομημένο σχέδιο σίτισης (structured meal plan), στο οποίο οι ασθενείς ενθαρρύνονται να υιοθετήσουν, να εξελίσσεται σε συμπτώματα Νευρικής Ορθορεξίας που περιλαμβάνουν το λεπτομερή σχεδιασμό και τη σχολαστική προετοιμασία υγιεινών γευμάτων. Αυτός ο προγραμματισμός των γευμάτων επιτρέπει στον ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο του βάρους και της σίτισής του, αλλά με ένα κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη πιθανές αμφίδρομες επιδράσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της Νευρικής Ορθορεξίας. Επιλυμένες διατροφικές διαταραχές μπορεί να μετουσιωθούν σε Νευρική Ορθορεξία, αλλά είναι επίσης πιθανό η Νευρική Ορθορεξία να οδηγήσει σε Νευρική Ανορεξία ή να αποτελέσει σύμπτωμα της Νευρικής Ανορεξίας. Μελέτες μακράς διάρκειας χρειάζεται να πραγματοποιηθούν για να εκτιμηθεί εάν η Ορθορεξία προηγείται της εμφάνισης άλλων διατροφικών διαταραχών ή αναπτύσσεται ως ένας κοινωνικά αποδεκτός τρόπος με σκοπό να δικαιολογηθεί η διαταραγμένη διατροφή. Εν κατακλείδι, όσοι άνθρωποι παρουσιάζουν Νευρική Ορθορεξία, αν και δυσαρεστημένοι με το σώμα τους, ασχολούνται υπερβολικά με διάφορες πτυχές της εμφάνισής τους και τους ενδιαφέρει η εικόνα σώματος.

Όσοι πάσχουν από Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (Avoidant/Restrictive Food Intake

Disorder or ARFID), όπως και όσοι πάσχουν από Νευρική Ανορεξία (Anorexia Nervosa ή ON), μπορεί να βιώσουν μια διαταραχή σίτισης που συντηρείται από μια επίμονη αποτυχία να καλυφθούν συγκεκριμένες διατροφικές ή ενεργειακές ανάγκες μέσω του αποκλεισμού τροφίμων ή ομάδων τροφίμων, ή περιορίζοντας σημαντικά τη πρόσληψη τροφής (APA, 2013). Αυτή η διατροφική διαταραχή μπορεί να προκληθεί από ανησυχία για της αρνητικές επιπτώσεις της “λάθος” διατροφής, όπως είναι ο φόβος επιμόλυνσης ή κατανάλωσης τοξινών, ακριβώς όπως συμβαίνει και στην Νευρική Ορθορεξία. Άλλη μία ομοιότητα μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων είναι το γεγονός πως παρατηρείται σημαντική απώλεια βάρους, σοβαρή έλλειψη θρεπτικών συστατικών και διαταραχή της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του ατόμου.

Οι κοινές ψυχοκοινωνικές διαταραχές που παρατηρούνται στη Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής και στην Νευρική Ορθορεξία είναι οι παρακάτω:

- Αυξημένο άγχος κατά τη διάρκεια των γευμάτων ή ψυχική ένταση κατά τη διάρκεια αυτών και αποφυγή γευμάτων με τη παρέα συγγενών και φίλων.
- Ανικανότητα διατήρησης κοινωνικών σχέσεων λόγω συγκρούσεων που αφορούν πεποιθήσεις σχετικά με τις διατροφικές επιλογές.

Η διατροφική διαταραχή που παρατηρείται στην Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (ARFID), δεν παρατηρείται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της Νευρικής Ανορεξίας ή της Βουλμίας και δεν υπάρχει απόδειξη διαταραγμένης εικόνας σώματος ή ανησυχίας για το βάρος σώματος όπως συμβαίνει στη Νευρική Ορθορεξία.

Η Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής ή ARFID εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες και το Άγχος μαζί με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) αποτελούν συνοδά νοσήματα (APA, 2013). Η άποψη πως η Νευρική Ορθορεξία μοιάζει περισσότερο στη Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής έχει υποστηριχτεί από αρκετούς ερευνητές (Dell’Osso et al., 2016a; Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager, & Weintraub, 2015) και μάλιστα είναι πιθανό η Νευρική Ορθορεξία να αποτελεί υποκατηγορία της δεύτερης.

Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν πως η Νευρική Ορθορεξία ίσως είναι καλύτερο να διαγνωστεί ως Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder or ARFID), η οποία αποτελεί μια διατροφική διαταραχή. Στη διαταραχή αυτή παρατηρείται έλλειψη ενδιαφέροντος για το φαγητό, αποφυγή τροφίμων εξαιτίας των αισθητηριακών χαρακτηριστικών τους και απέχθεια για ορισμένες τροφές, με αποτέλεσμα το άτομο να αποτυγχάνει συστηματικά να καλύψει τις διατροφικές και ενεργειακές του ανάγκες (Kreipe and Palomaki, 2012; Dunn and Bratman, 2016).

Ωστόσο, οι κλινικές περιγραφές για τη Διαταραχή Περιορισμένης Πρόσληψης Τροφής (ARFID) προτείνουν πως αναπτύσσεται συχνότερα στη νεογνική ή αργότερα στη πρώιμη παιδική ηλικία, μετά από μια τραυματική εμπειρία που αφορά στο φαγητό. Κάτι τέτοιο δεν έχει καταγραφεί στη Νευρική Ορθορεξία η οποία επηρεάζεται από κοινωνικοπολιτιστικά στερεότυπα που αφορούν στην υγιεινή ζωή και έχουν αποκτηθεί κατά τη πρώιμη ενήλικη ζωή.

3.1.3 Ομοιότητες και διαφορές της Νευρικής Ορθορεξίας (ON) με άλλες διαταραχές.

Παρόλο που έως τώρα δεν υπάρχουν εμπειρικές μελέτες που να περιγράφουν τη Νευρική Ορθορεξία ως κατάσταση που να σχετίζεται με τις διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων, το άγχος που αφορά στην υγεία σχετίζεται θετικά με το φαγητό και την υπερβολική ενασχόληση με αυτό. Υπάρχουν επομένως αποδείξεις πως το άγχος που αφορά στην υγεία, σηματοδοτεί σημαντικές, προβληματικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου **25**. Υπάρχει επομένως η πιθανότητα, η Νευρική Ορθορεξία (ON) να σηματοδοτεί μια πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία με τη μορφή μιας πάθησης που να ανήκει στο φάσμα της ψύχωσης.

Έως σήμερα, υπάρχει μόνο μία μελέτη περίπτωσης, μιας ενήλικης γυναίκας, της οποίας οι ορθορεξικές διατροφικές συνήθειες, αντιπροσωπεύουν τη πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας. Ενώ η συνοσηρότητα της σχιζοφρένειας και των διατροφικών διαταραχών γενικά υπολογίζεται πως είναι χαμηλή, ο μεγάλος αριθμός περιπτώσεων που αναφέρονται ως Ανορεξία και προηγούνται του πρώτου επεισοδίου ψύχωσης, έχουν πυροδοτήσει θεωρίες για α) τα εμμονικά χαρακτηριστικά της ανορεξίας που έχουν τη προοπτική να εξελιχθούν σε πιο ακριβείς παραισθήσεις με τη πάροδο του χρόνου και β) τη διατροφική ανεπάρκεια λόγω της αποφυγής ή του περιορισμού του είδους της τροφής, η οποία μπορεί από μόνη της να πυροδοτήσει ψύχωση.

Καθώς η Νευρική Ορθορεξία (ON) αποτελεί μια πρόσφατα καταγεγραμμένη οντότητα, απαιτείται μια ανάλυση σε βάθος χρόνου για να καθοριστεί η έκταση στην οποία η Ορθορεξία υπερπηδά το κίνδυνο για υποβόσκουσα ανάπτυξη σχιζοφρένειας, παραληρηματικής διαταραχής και συνοδών διαταραχών. Σε θεωρητικό επίπεδο, τα χαρακτηριστικά της Ορθορεξίας που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη σχέση με το φάσμα των ψυχώσεων είναι η σκέψη πως το φαγητό είναι μαγικό. Υπάρχουν λανθασμένες απόψεις που βασίζονται σε κανόνες που διέπονται από τον κίνδυνο μιας πιθανής επιμόλυνσης (π.χ. η πεποίθηση πως τα αντικείμενα που ήρθαν σε επαφή αληθινή ή φανταστική, συνεχίζουν να επηρεάζουν το ένα το άλλο στο πέρασμα του χρόνου ή στον ίδιο χώρο), ή η πεποίθηση πως επιφανειακές ομοιότητες μεταξύ αντικειμένων ή ιδεών είναι στη πραγματικότητα ουσιαστικές. Οι μαγικές απόψεις που αφορούν το φαγητό αφορούν την ιατρική κοινότητα όταν ο αποκλεισμός τροφίμων από τη διατροφή ενός ατόμου και η άρνηση κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών, οδηγούν σε σοβαρές διατροφικές ελλείψεις.

Από ψυχιατρικής πλευράς, ο αυξημένος μαγικός ιδεασμός (magical ideation), ανεξαρτήτως περιεχομένου, αποτελεί κοινό σύμπτωμα σχιζοτυπικής διαταραχής προσωπικότητας και είναι ένας καλός προγνωστικός δείκτης μελλοντικής ψύχωσης.

Έρευνες έχουν τονίσει τις ομοιότητες μεταξύ των συμπτωμάτων της Νευρικής Ανορεξίας (AN) και της Διαταραχής του Φάσματος του Αυτισμού (Autism Spectrum Disorders or ASD), όπως είναι η άκαμπτη συμπεριφορά. Ωστόσο, καμμία έρευνα έως σήμερα δεν έχει εξετάσει τους κοινούς παράγοντες κινδύνου μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Διαταραχής του φάσματος του Αυτισμού, ή τον επιπολασμό της Διαταραχής του Φάσματος του Αυτισμού (ASD) σε πληθυσμό ατόμων με Νευρική Ορθορεξία (ON).

Η εξέταση των επικαλυπτόμενων διαγνωστικών χαρακτηριστικών αποκαλύπτει πως η Νευρική Ορθορεξία και η Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού μοιράζονται μερικά κοινά χαρακτηριστικά. Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η επίδειξη περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων μοτίβων συμπεριφοράς, εμμονικά ενδιαφέροντα και άκαμπτη προσκόλληση σε μονότονη καθημερινότητα, αν και στην Νευρική Ορθορεξία αυτές οι συμπεριφορές σχετίζονται μόνο με το φαγητό. Ελλείψεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση που παρατηρούνται στη Διαταραχή Φάσματος του Αυτισμού πιθανότατα παρατηρούνται και στη Νευρική

Ορθορεξία, εφόσον η ηθικά ανώτερη στάση όσων πάσχουν από Νευρική Ορθορεξία (ON) αλλά και η μη ανεκτικότητα στις διατροφικές πεποιθήσεις των άλλων, έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένα ενδιαφέροντα και αποτυχία σύναψης νέων σχέσεων αλλά και διατήρησης παλιών κοινωνικών επαφών (Dell'Osso et al., 2016b). Είναι ακόμη πιθανή η ύπαρξη κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργίας/ανικανότητας εξαιτίας των παραπάνω συμπτωμάτων, κάτι που παρατηρείται και στη Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού (ASD). Επιπλέον, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως η Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού (ASD) έχει υπερεκπροσωπηθεί σε πληθυσμούς με Νευρική Ανορεξία, η οποία επίσης μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με την Νευρική Ορθορεξία (ON). Τα ποσοστά ατόμων με Νευρική Ανορεξία (AN) φτάνουν το 16% σε εφήβους και το 23% σε ενήλικες, συμφωνώντας με τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής του Φάσματος του Αυτισμού (ASD), (Dell'Osso et al., 2016b).

3.2 Αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και η κλίμακα SCL-90R

Ο Κατάλογος Ελέγχου Συμπτωμάτων-90-Αναθεωρημένος (SCL-90-R; Derogatis, 1977) αναπτύχθηκε ως αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο και αποτελεί μια κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς των ατόμων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Το ερωτηματολόγιο SCL-90-R αποτελείται από 90 στοιχεία/ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Η βαθμολογία της κλίμακας πραγματοποιείται με πενταβάθμια κλίμακα Likert (0-1-2-3-4) δηλαδή Καθόλου, Λίγο, Μέτρια, Πολύ, Πάρα πολύ, ανάλογα με το βαθμό ενόχλησης των συμπτωμάτων του ασθενούς. Η μέγιστη βαθμολογία της κλίμακας είναι το 360. Η κλίμακα SCL-90-R παρέχει τρεις γενικούς δείκτες εκτίμησης της συμπτωματολογίας, που σχετίζονται με τον αριθμό και την ένταση των επιμέρους υποκειμενικών συμπτωμάτων, καθώς και ένα προφίλ βαθμολογιών με βάση εννέα υποκλίμακες που σχετίζονται με τις κατηγορίες των διαταραχών. Οι τρεις γενικοί δείκτες εκτίμησης της συμπτωματολογίας είναι:

ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που προκύπτει από το πηλίκο: άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος διαπιστώσεων), ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός) και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ). Αναλυτικότερα, οι υποκλίμακες καταγράφουν τις παρακάτω διαστάσεις ψυχοπαθολογίας:

- 1) Σωματοποίηση (Somatization), η οποία περιλαμβάνει 12 διαπιστώσεις και αντανακλά διαταραχή (distress) που ξεκινά από την αντίληψη σωματικής δυσλειτουργίας. Συμπεριλαμβάνονται παράπονα εστιασμένα στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο γαστρεντερικό σύστημα και σε άλλα συστήματα. Πόνοι στη ράχη και δυσανεξία στο μυϊκό σύστημα, πονοκέφαλοι και άλλα σωματικά ισοδύναμα του Άγχους. Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive), η οποία περιλαμβάνει 10 διαπιστώσεις και εστιάζει σε σκέψεις, πράξεις και παρορμήσεις, που το άτομο βιώνει ως αδιάλειπτες και είναι αδύνατο να τις ελέγξει, αφού το άτομο αισθάνεται ότι προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες. Στην υποκλίμακα αυτή συμπεριλαμβάνονται και συμπεριφορές ενδεικτικές μιας γενικότερης γνωστικής δυσκολίας.

- 2) Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity), η οποία περιλαμβάνει 16 διαπιστώσεις και αποκαλύπτει αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και κατωτερότητας σε σύγκριση με άλλα άτομα. Αποδοκιμασία, αισθήματα αμηχανίας, έντονη δυσφορία κατά τη διάρκεια διαπροσωπικών συναλλαγών, αισθήματα καχυποψίας και αρνητικές προσδοκίες που αφορούν τη διαπροσωπική επικοινωνία αποτελούν τυπικές πηγές δυσφορίας.
- 3) Κατάθλιψη (Depression), η οποία περιλαμβάνει 13 διαπιστώσεις, με τη παρουσία συμπτωμάτων συναισθηματικής δυσφορίας, όπως σημάδια απόσυρσης από το ενδιαφέρον για τα γεγονότα της ζωής, απώλεια ενέργειας και έλλειψη κινητοποίησης. Αισθήματα απελπισίας και ματαιότητας είναι εμφανή καθώς και άλλες σωματικές και γνωστικές παράμετροι κατάθλιψης. Συμπεριλαμβάνονται και οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.
- 4) Άγχος (Anxiety), το οποίο περιλαμβάνει 10 διαπιστώσεις. Διαπιστώνονται γενικές ενδείξεις, όπως ένταση, ανησυχία, νευρικότητα και σωματικές εκδηλώσεις όπως τρόμος (τρέμουλο). Η υποκλίμακα του Άγχους αξιολογεί το ελεύθερο άγχος και κρίσεις πανικού, συμπεριλαμβανομένου και των αισθημάτων διάσχισης/ ψυχικής αποσύνδεσης (disassociation).
- 5) Θυμός- Επιθετικότητα (Hostility), η οποία περιλαμβάνει 6 διαπιστώσεις και αξιολογεί τρεις κατηγορίες εχθρικής συμπεριφοράς που αφορούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πράξεις του ατόμου. Τα θέματα κυμαίνονται από αίσθημα ενόχλησης, παρόρμηση, καταστροφή αντικειμένων έως και ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα θυμού και καυγάδες.
- 6) Φοβικό Άγχος (Phobic Anxiety), το οποίο περιλαμβάνει 7 διαπιστώσεις και διερευνά φοβίες που αφορούν τα ταξίδια μακριά από το σπίτι, τους ανοιχτούς χώρους, τους δημόσιους χώρους ή το συνωστισμό. Συμπεριλαμβάνονται επιπλέον αρκετά θέματα που αφορούν τη φοβική κοινωνική συμπεριφορά.
- 7) Παρανοειδής Ιδεασμός (Paranoid ideation), ο οποίος περιλαμβάνει 6 διαπιστώσεις και τα θέματα τα οποία τον αφορούν αναπτύχθηκαν γύρω από τα πρωτοπαθή χαρακτηριστικά της παρανοειδούς σκέψης, όπως είναι η εχθρότητα, η καχυποψία, η παραγωγική σκέψη, οι παραισθήσεις, η επικέντρωση (centrality), το αίσθημα μεγαλείου (grandiosity), η απώλεια αυτονομίας.
- 8) Ψυχωτισμός (Psychotism), ο οποίος περιλαμβάνει 10 διαπιστώσεις και παρουσιάζει ποικιλία οξέων συμπτωμάτων αλλά και συμπεριφορές λιγότερο ενδεικτικές ως δείκτες ψύχωσης. Ακόμη, αναδεικνύει δευτερεύοντα σημεία ψυχωσικής συμπεριφοράς και δείκτες σχιζοειδούς τρόπου ζωής.

Στις παρακάτω υποκλίμακες, οι ερωτήσεις της κλίμακας SCL-90, κατανέμονται ως εξής:

- 1) Σωματοποίηση: 1,4,12,27,40,42,48,52,53,56,58.
- 2) Ιδεοψυχαναγκασμός: 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65.
- 3) Διαπροσωπική ευαισθησία: 6,21,34,36,41,61,69,73.
- 4) Κατάθλιψη: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79.
- 5) Άγχος: 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86
- 6) Επιθετικότητα: 11,24,63,67,74,81.
- 7) Φοβικό Άγχος: 13,25,47,50,70,75,82.

- 8) Παρανοειδής Ιδεασμός: 8,18,43,68,76,83
- 9) Ψυχωτισμός: 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90.
- 10) Διάφορα συμπτώματα όπως Διαταραχές του ύπνου: 44 (Αϋπνία), 64 (Πρωινή Αφύπνιση), 66 (Ανησυχία), Διαταραχές στη πρόσληψη τροφής: 29 (Βουλιμία), 60 (Ανορεξία), Σκέψεις θανάτου: 59, Ενοχή: 89.

Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου SCL-90-R πραγματοποιήθηκε σε υγιείς μάρτυρες και σε μεικτό ψυχιατρικό πληθυσμό για τον έλεγχο της εγκυρότητας του με σκοπό το σταθμισμένο εργαλείο SCL-90-R να είναι χρήσιμο για την εκτίμηση της συμπτωματολογίας στη Ψυχιατρική έρευνα και κλινική πράξη από τους **Donias S., Karastergiou A., & Manos N. (1991)**. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα και σημαντική συσχέτιση με συναφείς υποκλίμακες του ερωτηματολογίου MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Η κλίμακα SCL-90-R παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας, είναι εύκολη στη χρήση, σχετικά σύντομη και περιλαμβάνει αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα. Είναι ιδανικό εργαλείο για την εκτίμηση της αλλαγής στη συμπτωματολογία με τη πάροδο του χρόνου, καθώς και ως εργαλείο ελέγχου μετά την εφαρμογή θεραπείας. Η χρήση του συνιστάται με σκοπό την αξιολόγηση της γενικής ψυχολογικής καταπόνησης ατόμων ή πληθυσμών, παρά ως εργαλείο εκτίμησης της ειδικής ψυχοπαθολογίας.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 4:

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.

Σκοπός

Το αντικείμενο της παρούσης ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας, της Εικόνας σώματος αλλά και της Ψυχικής Υγείας, σε δείγμα φοιτητών της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ερευνητικά ερωτήματα

Ειδικότερα τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης ήταν τα εξής:

- 1) Ποιό είναι το επίπεδο Νευρικής Ορθορεξίας των φοιτητών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας;
- 2) Υπάρχει σχέση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας στο δείγμα των φοιτητών;
- 3) Ποιά είναι η Εικόνα Σώματος των φοιτητών και ποια η σχέση της με τη Νευρική Ορθορεξία;
- 4) Επηρεάζουν τα Δημογραφικά στοιχεία τη Ψυχική Υγεία, την Εικόνα Σώματος και τη Νευρική Ορθορεξία;

4.2 Υλικό και μέθοδος.

4.2.1 Σχεδιασμός μελέτης.

Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης, συγχρονικού τύπου (Cross sectional study) ή χρονικής στιγμής.

4.2.2 Πληθυσμός και δείγμα.

Το Μελετώμενο Πληθυσμό (Study Population) αποτελούν φοιτητές της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το Δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά $n=261$ φοιτητές της Νοσηλευτικής. Οι φοιτητές πρώτου έτους σπουδών ήταν $n=66$, του δεύτερου έτους σπουδών ήταν $n=95$, του 3ου έτους σπουδών ήταν $n=97$ και του τέταρτου έτους σπουδών ήταν $n=3$.

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Δειγματοληψίας Ευκολίας (Convenience Sampling).

4.2.3 Οργάνωση, συλλογή δεδομένων και δεοντολογία.

Για την οργάνωση και τη διενέργεια της έρευνας ακολουθήθηκαν πιστά οι κανόνες δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, πρώτο μέλημά μας ήταν η επικοινωνία (1/02/2022) με τον κ. Φραγκίσκο Γονιδάκη, εκδηλώνοντας τη πρόθεσή μας για τη χρήση του ερωτηματολογίου GREEK ORTO-15 στη παρούσα έρευνα και αιτούμενοι τη συγκατάθεσή του. Το αίτημα μας έγινε δεκτό άμεσα, με ιδιαίτερη προθυμία και ευχαρίστηση (2/02/2022).

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο τμήμα της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2022 έως και τον Μάρτιο του 2022. Τα δεδομένα του δείγματος συλλέχθηκαν με ένα ανώνυμο πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους φοιτητές του τμήματος της Νοσηλευτικής προσωπικά από τη γράφουσα με παράλληλη προφορική ενημέρωση των φοιτητών για τους σκοπούς και τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η συμμετοχή των φοιτητών ήταν εθελοντική, μετά από συναίνεσή τους, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Χορηγήθηκαν συνολικά 265 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 261 (98,5% το ποσοστό ανταπόκρισης).

4.2.4 Εργαλεία μέτρησης.

Ειδικότερα το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε απαρτιζόταν από τέσσερα μέρη (Παράρτημα), που ήταν τα εξής:

A. Δελτίο καταγραφής ατομικών χαρακτηριστικών.

Περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την άθληση, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

B. Ερωτηματολόγιο GREEK ORTO-15

Για την εκτίμηση της ύπαρξης Νευρικής Ορθορεξίας στο δείγμα της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου ORTO-15, όπως έχει σταθμιστεί από τους Γονιδάκη, Πουλοπούλου, Μιχόπουλος και Βάρσου (2021). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις ενώ οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από 1= Πάντα, 2= Συχνά, 3= Μερικές φορές και 4=Ποτέ. Από την άθροιση των επιμέρους απαντήσεων προκύπτει το σκορ. Χαμηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο υποδηλώνει υψηλότερη συμπτωματολογία Νευρικής Ορθορεξίας. Οι συγγραφείς του ORTO-15 προτείνουν το όριο του σκορ 40 για τη διάγνωση της Νευρικής Ορθορεξίας, ενώ στη στάθμιση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν και τα τρία όρια σκορ: 40, 35 και 30 για να εξάγουν αποτελέσματα. Το όριο σκορ 30 βρέθηκε από τους Έλληνες ερευνητές πως παρήγαγε πιο λογικό αποτέλεσμα και ήταν

καταλληλότερο για τον ελληνικό πληθυσμό.

Γ. Ερωτηματολόγιο BAS (Body Appreciation Scale)

Για την αξιολόγηση της θετικής εικόνας σώματος χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Εκτίμησης Σώματος “ Body Appreciation Scale (BAS)” των Laura Avalos, Tracy L. Tylka, Nichole Wood-Barcalow (2005) και η προσαρμογή του στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε το 2016, από τους George Alexias, Constantinos Togas, & Robert Mellon. Η κλίμακα BAS αποτελείται συνολικά από 13 ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από 1= Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά και 5= Πάντα. Με την κλίμακα αυτή εκτιμάται η θετική εικόνα σώματος. Από την άθροιση των επιμέρους απαντήσεων προκύπτει το σκορ. Υψηλότερες τιμές σκορ δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εικόνα σώματος.

Δ. Ερωτηματολόγιο SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised)

Το ερωτηματολόγιο SCL-90-R, είναι αυτοσυμπληρούμενο και παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας. Αποτελεί ένα εργαλείο που παρέχει τρεις γενικούς δείκτες άγχους που σχετίζονται με τον αριθμό και την ένταση των επιμέρους υποκειμενικών συμπτωμάτων, καθώς και ένα προφίλ βαθμολογιών με βάση εννέα υποκλίμακες που σχετίζονται με τις κατηγορίες των διαταραχών. Οι υποκλίμακες είναι: Σωματοποίηση (SOM), Ιδεοψυχαναγκασμός (OBS), Διαπροσωπική ευαισθησία (INT), Κατάθλιψη (DEP), Άγχος (ANX), Θυμός/Επιθετικότητα (HOS), Φοβικό άγχος (PHOB), Παρανοϊκός Ιδεασμός (PAR) και Ψυχωτισμός (PSY). Το ερωτηματολόγιο SCL-90-R αποτελείται από 90 στοιχεία/ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert ως εξής: 0=Καθόλου, 1=Λίγο, 2=Μέτρια, 3=Πολύ, 4=Πάρα πολύ.

4.2.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 for Windows”, με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής, Δαφέρμος, Β. (2011), Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Ειδικότερα, η περιγραφική ανάλυση περιλάμβανε τη κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και % σχετική συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, διάμεσος τιμή, μέγιστη και ελάχιστη τιμή). Η επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιλάμβανε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r), τον έλεγχο t -test και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε το LSD test. Τα σκορ (score) της κλίμακας GREEK ORTO-15, της κλίμακας SCL-90-R και της κλίμακας BAS χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης (outcome) των μελετώμενων σχέσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

5.1 Αποτελέσματα: Περιγραφική ανάλυση.

5.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά δείγματος.

Πίνακας 1. Ατομικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (Α' και Β')

		n=261	%
Φύλο	ΑΡΡΕΝ	52	19,9
	ΘΗΛΥ	209	80,1
ΔΜΣ (Κατηγορίες)	ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ (<18,5)	28	11,0
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ (18,5-24,99)	158	62,2
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ (25-30)	53	20,9
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ Α' (30-35)	13	5,1
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ Β' (35-40)	2	0,8
Τμήμα Σπουδών	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	261	100
Έτος Σπουδών	1	66	25,3
	2	95	36,4
	3	97	37,2
	4	3	1,1
Χρωστούμενα Μαθήματα	0 ΕΩΣ 2	214	82,0
	3 ΕΩΣ 6	37	14,2
	7 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	10	3,8
Καταγωγή	ΧΩΡΙΟ	60	23,1
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	47	18,1
	ΠΟΛΗ	153	58,8
Οικογενειακή Κατάσταση	ΜΟΝΟΣ/Η	154	59,0
	ΣΕ ΣΧΕΣΗ	99	37,9
	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	8	3,1
Διαμονή	ΜΟΝΟΣ/Η	139	53,3
	ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	76	29,1
	ΑΛΛΟ	46	17,6
Μόρφωση Πατέρα	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	31	12,1
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ/ΛΥΚΕΙΟ	114	44,5
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	111	43,4
Μόρφωση Μητέρας	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	21	8,1

	ΓΥΜΝΑΣΙΟ/ΛΥΚΕΙΟ	115	44,6
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	122	47,3
Εργασία Πατέρα	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	205	81,3
	ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	24	9,5
	ΑΝΕΡΓΟΣ	23	9,1
	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	187	73,0
Εργασία Μητέρας	ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	32	12,5
	ΑΝΕΡΓΟΣ	37	14,5
	ΚΑΤΩ ΑΠΟ 10000/ΕΤΟΣ	71	27,2
Οικονομική Κατάσταση	10000-25000/ΕΤΟΣ	155	59,4
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 25000/ΕΤΟΣ	35	13,4
	Εργασία παράλληλα με σπουδές	ΝΑΙ	96
	ΟΧΙ	165	63,2
Κάπνισμα	ΝΑΙ	64	24,5
	ΟΧΙ	197	75,5
Χρήση ουσιών	ΝΑΙ	4	1,5
	ΟΧΙ	257	98,5
Συχνότητα Άσκησης	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	6,5
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	32,6
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	87	33,3
	ΚΑΘΟΛΟΥ	72	27,6
Πρόβλημα Υγείας	ΝΑΙ	25	9,6
	ΟΧΙ	236	90,4
Σεξουαλική Προτίμηση	ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΦΙΛΟΣ/Η	241	92,3
	ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΣ/Η	3	1,1
	ΑΜΦΙΦΥΛΟΦΙΛΟΣ	16	6,1
	ΑΦΥΛΟΦΙΛΟΣ	1	0,4
Χρήση ΜΚΔ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	28,4
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5	131	50,2

		ΩΡΕΣ	
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2	42 16,1
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14 5,4
		ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1 ,4
		ΠΟΛΥ	5 1,9
Ενδιαφέρον για Like		ΑΡΚΕΤΑ	46 17,6
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110 42,1
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99 37,9
Ικανοποίηση από Like		ΝΑΙ	86 33,0
		ΟΧΙ	20 7,7
		ΑΔΙΑΦΟΡΟ	155 59,4
		ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	235 90,0
Συναισθήματα λόγω λίγων Like		ΛΥΠΗ	3 1,1
		ΘΥΜΟ	1 ,4
		ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	22 8,4

Από τον Πίνακα 1, σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών της Νοσηλευτικής, προκύπτει ότι το 80,1% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 19,9% ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 20,9- 25,6 χρονών. Οι φοιτητές του δείγματος δήλωσαν ετεροφυλόφιλοι σε ποσοστό 92,3%, αμφιφυλόφιλοι δήλωσαν σε ποσοστό 6,1%, ομοφυλόφιλοι δήλωσαν το 1,1% και αφυλοφιλικό ένα 0,4%.

Το 11% του δείγματος ήταν ελλιποβαρείς, το 62,2% είχαν φυσιολογικό βάρος, το 20,9% ήταν υπέρβαροι, το 5,1% ήταν παχύσαρκοι α' βαθμού και 0,8% ήταν παχύσαρκοι β' βαθμού. Το 6,5 % των ερωτηθέντων γυμνάζεται καθημερινά, το 32,6% γυμνάζονται από 2-5 φορές τη βδομάδα, το 33,3% λιγότερο από 2 φορές τη βδομάδα και το 27,6% δεν γυμνάζεται καθόλου.

Το σύνολο των ερωτηθέντων σπουδάζουν στη Νοσηλευτική σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ποσοστό 25,3% του δείγματος φοιτά στο 1^ο έτος της σχολής, το 36,4% στο 2^ο έτος, το 37,2% στο 3^ο έτος και το 1,1 στο 4^ο έτος. Το 82% των φοιτητών χρωστάει από 0-2 μαθήματα, το 14,2% από 3-6 μαθήματα και το 3,8% χρωστάει από 7 μαθήματα και περισσότερο.

Το 58,8% των συμμετεχόντων κατάγεται από πόλη, το 23,1% από χωριό και το υπόλοιπο δείγμα 18,1%, από κωμόπολη. Το 59% των φοιτητών είναι άγαμοι, το 37,9% βρίσκονται σε σχέση και το υπόλοιπο 3,1% είναι έγγαμοι. Το 53,3% διαμένουν μόνοι, το 29,1% διαμένουν με τους γονείς τους και το υπόλοιπο 17,6% διαμένουν υπό άλλες συνθήκες.

Το 43,4 των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ο πατέρας τους είναι απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ , το 44,5 δήλωσε πως ο πατέρας τους είναι απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου και το υπόλοιπο 12,1% ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος Δημοτικού. Το 47,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η μητέρα τους είναι απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ, το 44,6 είναι

απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου και το υπόλοιπο 8,1% έχουν τελειώσει το Δημοτικό. Το 81,3% δήλωσαν πως ο πατέρας τους εργάζεται πλήρως, το 9,5% μερικώς και το υπόλοιπο 9,1% είναι άνεργος. Το 73% δήλωσαν πως η μητέρα τους εργάζεται πλήρως, το 12,5% ότι η μητέρα τους εργάζεται μερικώς και το 14,5% ότι είναι άνεργη. Το 13,4% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το ετήσιο οικονομικό τους εισόδημα είναι πάνω από 25.000€, το 59,4% από 10.000 έως 25.000€ και το 27,2% κάτω από 10.000€.

Το 36,8% των ερωτηθέντων εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους, ενώ το 63,2% όχι. Το 24,5% του δείγματος των φοιτητών είναι καπνιστές, ενώ το 75,5 όχι. Το 1,5% του δείγματος κάνει χρήση απαγορευμένων ουσιών ενώ το 98,5% όχι. Το 9,6% των φοιτητών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 90,4% όχι.

Το 28,4% των φοιτητών του δείγματος κάνει χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης πάνω από 5 ώρες την ημέρα, το 50,2% από 2-5 ώρες την ημέρα, το 16,1% λιγότερο από 2 ώρες τη μέρα και το 5,4 % ακόμη σχεδόν καθόλου. Το 37,9% των φοιτητών δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τα Likes, το 42,1% ενδιαφέρεται ελάχιστα, το, ένα ποσοστό 17,6% ενδιαφέρεται αρκετά, το 1,9% πολύ και το 0,4% πάρα πολύ. Το 59,4% του δείγματος των φοιτητών αδιαφορούν για τα Likes, το 33% λαμβάνουν ικανοποίηση με αυτά, ενώ ένα ποσοστό 7,7% δεν αισθάνεται ικανοποίηση από τα Likes. Η πλειοψηφία των φοιτητών σε ποσοστό 90% είναι αδιάφοροι στην περίπτωση που θα λάβει η δημοσίευσή τους ελάχιστο αριθμό Likes, 8,4% των φοιτητών νιώθει απογοήτευση, 1,1% νιώθει λύπη και 0,4% νιώθει θυμό.

Πίνακας 2. Μέσες τιμές & Τυπικές Αποκλίσεις Ατομικών Χαρακτηριστικών Δείγματος (n=261)

Ηλικία

Mean & SD	20,9 ± 4,07
min-max	18-48 ετών

Βάρος

Mean & SD	66,24±15,54
min-max	32-175kg

Ύψος

Mean & SD	168,75 ± 8,54
min-max	150-200cm

ΔΜΣ

Mean & SD	22,98 ± 3,97
min-max	11,61-36,89

SELFIES/μέρα

Mean & SD	0,96 ± 3,58
min-max	0-50

SELFIES/Εβδομάδα

Mean & SD	5,32 ± 26,45
min-max	0-400

SELFIES/μήνα

Mean & SD	14,91 ± 66,43
min-max	0-1000
Κοινοποίηση SELFIES/μέρα	
Mean & SD	0,23 ± ,88
min-max	0-10
Κοινοποίηση SELFIES/Εβδομάδα	
Mean & SD	0,98 ± 2,75
min-max	0-35
Κοινοποίηση SELFIES/Μήνα	
Mean & SD	2,85 ± 6,3
min-max	0-50

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει πως η μέση τιμή ηλικίας του δείγματος είναι τα 20,9 έτη (SD=4,07) και η μέση τιμή του Δ.Μ.Σ είναι 22,98 (SD=3,97). Η μέση τιμή των selfies/ημέρα είναι 0,98 (SD=3,58), η μέση τιμή των selfies/βδομάδα ήταν 5,32 (SD=26,45) και μέση τιμή των selfies/μήνα ήταν 14,91 (SD=66,43). Οι φοιτητές του δείγματος κοινοποιούν τις selfies με μέση τιμή 0,23/ημέρα (SD=0,88), με μέση τιμή 0,98 την βδομάδα (SD=2,75) και με μέση τιμή 2,85 το μήνα (SD=6,3) (Πίνακα 2).

5.1.2 Κλίμακα Νευρικής Ορθορξίας GREEK ORTO-15

Πίνακας 3. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις της κλίμακας ORTO-15 και την αξιοπιστία αυτής

	N	e	a			
	N	Minimum	Maximum	n	Std. Deviation	Cronbach's α
				3		
				6		
				,		
				2		
Orto_total	261	24	50	9	3,79	0,689

Η κλίμακα Greek ORTO-15 είχε μέσο όρο 36,29 με SD=3,79 και το σκορ διακυμάνθηκε από 24-50. Η αξιοπιστία της κλίμακας κατέδειξε οριακά ικανοποιητικά αποτελέσματα καθώς $\alpha=0,689$ για το σύνολο της κλίμακας, οριακά τιμή $<0,70$ (Πίνακας 3). Τα αποτελέσματα όσων αφορά στην εσωτερική εγκυρότητα μεταξύ διαφόρων των εκδόσεων του ORTO-15 ποικίλλουν, με το Cronbach α να κυμαίνεται από 0,30 [37] έως 0,82 [38]. Στη μελέτη των Fragiskos Gonidakis, C. Pouloupoulou, I. Michopoulos, E. Varsou, το 2021, για τη στάθμιση του ORTO-15 στα ελληνικά, διαπιστώθηκε ένα Cronbach $\alpha=0,7$, το οποίο υποδηλώνει μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 4. ORTO-15 (<30)

	N= 261	%
Άτομα χωρίς Νευρική Ορθορεξία (ON)	246	94,3
Άτομα με Νευρική Ορθορεξία (ON)	15	5,7

(Κλίμακα μέτρησης: 1=Πάντα και 4=Ποτέ)

Με cut-off score 30, το 5,7% των φοιτητών του δείγματος εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία, ενώ το 94,3% δεν εμφάνιζε (Πίνακας 4).

Πίνακας 5. ORTO-15 (<35)

	N= 261	%
Άτομα χωρίς Νευρική Ορθορεξία (ON)	161	61,7
Άτομα με Νευρική Ορθορεξία (ON)	100	38,3

(Κλίμακα μέτρησης: 1=Πάντα και 4=Ποτέ)

Με cut-off score 35, το **38,3%** των φοιτητών του δείγματος εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία, ενώ το 61,7% δεν εμφάνιζε (Πίνακας 5).

Πίνακας 6. ORTO-15 (<40)

	N= 261	%
Άτομα χωρίς Νευρική Ορθορεξία (ON)	33	12,6
Άτομα με Νευρική Ορθορεξία (ON)	228	87,4

(Κλίμακα μέτρησης: 1=Πάντα και 4=Ποτέ)

Με cut-off score 40, το 87,4% των φοιτητών του δείγματος εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία, ενώ το 12,6% δεν εμφάνιζε (Πίνακας 6).

Από τους Πίνακες 4, 5 και 6 προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα με τη χρήση διαφορετικών cut-off scores:

- 1) Με cut-off score<30, το 5,7% εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία.
- 2) **Με cut-off score<35, το 38,3% εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία.**
- 3) Με cut-off score<40, το 87,4% εμφάνιζε Νευρική Ορθορεξία.

Πιο λογικά αποτελέσματα εκτίμησης της Νευρικής Ορθορεξίας στο δείγμα της έρευνας δίνει το cut-off score<35. Επομένως το 38,3% των φοιτητών του δείγματος βρέθηκε να εμφανίζει Νευρική Ορθορεξία.

5.1.3 Κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς της ψυχοπαθολογίας “SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised)”.

Πίνακας 7: Μέσες τιμές, Τυπικές Αποκλίσεις Παραγόντων SCL-90-R & Αξιοπιστία κλίμακας.

SCL-90-R	N= 261	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Cronbach's α
Σωματοποίηση	259	0,00	4,00	0,81	0,69	
Ιδεοψυχαναγκασμός	261	0,00	3,80	1,20	0,71	
Διαπροσωπική ευαισθησία	260	0,00	3,22	0,95	0,69	
Κατάθλιψη	261	0,00	3,38	1,03	0,76	
Άγχος	260	0,00	4,00	0,83	0,80	
Επιθετικότητα	260	0,00	4,00	0,92	0,80	
Φοβικό Άγχος	261	0,00	3,43	0,59	0,63	
Παρανοειδής Ιδεασμός	261	0,00	3,33	1,10	0,73	0,942
Ψυχωτισμός	260	0,00	2,80	0,66	0,56	
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	257	,04	3,42	0,91	0,59	
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	261	3,00	87,00	43,91	20,95	
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	257	1,00	4,00	1,74	0,46	

Από τον παραπάνω Πίνακα 7, προκύπτουν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των 12 υποκλιμάκων που του ερωτηματολογίου SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 Revised), καθώς και η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του της κλίμακας SCL-90-R, προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,942$ για το σύνολο της κλίμακας, τιμή $>0,70$ γεγονός που δηλώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας.

5.1.4 Κλίμακα εκτίμησης θετικής εικόνας σώματος BSA (Body Scale Appreciation).

Πίνακας 8: Κλίμακα εκτίμησης θετικής εικόνας σώματος (BSA) των φοιτητών της Νοσηλευτικής (n=261)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Cronbach's α
Επίπεδο Εικόνας (BAS)	261	13	63	46,44	8,95	0,88

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της θετικής εικόνας σώματος προσδιοριζόμενη με τον συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,882$, τιμή $>0,70$,

γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία συνοχής των ερωτήσεων της κλίμακας. Η κλίμακα αξιολόγησης της θετικής εικόνας σώματος είχε μέση τιμή 46,44 με SD=8,95. Έχοντας ως δεδομένο πως το μέγιστο σκορ που μπορεί να συγκεντρωθεί στη συγκεκριμένη κλίμακα είναι το 65, βλέπουμε ότι σε γενικές γραμμές οι υποψήφιοι είναι ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματος τους (Πίνακας 8).

5.2 Επαγωγική ανάλυση.

5.2.1 Σχέση Ψυχικής Υγείας και Νευρικής Ορθορεξίας.

Πίνακας 9: Συσχέτιση των παραγόντων Ψυχικής Υγείας της Κλίμακας SCL-90-R και της κλίμακας ORTO-15 (n=261), με cut-off score 35.

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της Ψυχικής Υγείας και της Νευρικής Ορθορεξίας, διενεργήσαμε Pearson Correlation r μεταξύ των 12 υποπαραγόντων του ερωτηματολογίου της Ψυχοπαθολογίας και του παράγοντα ORTO-15.

		Orto-15
Κλίμακα SCL-90-R		total
Σωματοποίηση		-,041
Ιδεοψυχαναγκασμός		-,056
Διαπροσωπική ευαισθησία		-,015
Κατάθλιψη		-,028
Άγχος		-,020
Επιθετικότητα		-,015
Φοβικό Άγχος		,037
Παρανοειδής Ιδεασμός		,013
Ψυχωτισμός		-,063
Γενικός Δείκτης	Συμπτωμάτων	-,034
Δείκτης	Θετικών Συμπτωμάτων	,022
Δείκτης	Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	-,118

*p>0,05

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας (p>0,05). Συνεπώς, δεν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της Ψυχικής Υγείας των φοιτητών και της Νευρικής Ορθορεξίας (Πίνακας 9).

5.2.2 Σχέση Εικόνας Σώματος και Νευρικής Ορθορξίας (n=261).

Πίνακας 10. Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας της Νευρικής Ορθορξίας (ORTO-15) & της κλίμακας Θετικής Εικόνας Σώματος των φοιτητών (BAS) (n=261), με cut-off score 35.

Επίπεδο	Σωματικής	Εκτίμησης	Orto-15_total
(BAS)			.008
			p<0,05

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε τη σχέση της Εικόνας Σώματος των φοιτητών με την Νευρική Ορθορξία διενεργήσαμε Pearson Correlation r μεταξύ του παράγοντα της Νευρικής Ορθορξίας ORTO-15 και του παράγοντα BAS για τη θετική Εικόνα Σώματος. Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει **στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορξίας και της Εικόνας Σώματος καθώς $p=0,008$ ($<0,05$).** Συνεπώς, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της θετικής εικόνας σώματος και της Νευρικής Ορθορξίας.

5.2.3 Η σχέση των Ατομικών Χαρακτηριστικών Α' του δείγματος, με τη κλίμακα ORTO-15 για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορξίας (n=261).

Πίνακας 11: Αποτελέσματα t-test μεταξύ Ατομικών Χαρακτηριστικών Α' & κλίμακας ORTO-15 (n=261), με cut-off score 35.

Ατομικά Χαρακτηριστικά Α'	N=261	Mean	Std. Deviatio			
			n	t	p	
Φύλο	Άρρεν	52	37,04	4,27	1,601	0,111
	Θήλυ	209	36,10	3,65		
Ηλικία	<21 ετών				-1,118	0,265
	(18-20 ετών)	162	36,03	3,90		
	>21 ετών					
	(21-48 ετών)	96	36,57	3,53		
Εργασία παράλληλα με σπουδές	ΝΑΙ	96	36,53	3,80	0,792	0,429
	ΟΧΙ	165	36,15	3,79		
Κάπνισμα	ΝΑΙ	64	36,42	4,22	0,326	0,745
	ΟΧΙ	197	36,24	3,65		

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν επηρεάζει κάποιο από τα παραπάνω ατομικά χαρακτηριστικά τη Νευρική Ορθορξία, διενεργήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων με τον παράγοντα Νευρική Ορθορξία και το φύλο, την ηλικία, της εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα. Από τον παραπάνω πίνακα δεν προέκυψε

στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς $p > 0,05$. Επομένως το φύλο, η ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα δεν αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας (πίνακας 11).

Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης Ανονα για με τη κλίμακα ORTO-15 για τη Νευρική Ορθορεξία και τα εξής ατομικά χαρακτηριστικά: το Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), τα Έτη σπουδών, την Συχνότητα Άσκησης, τη χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης και το Ενδιαφέρον για Likes.

5.2.4 Η σχέση των Ατομικών Χαρακτηριστικών Β' του δείγματος, με τη κλίμακα ORTO-15 για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορεξίας (n=261).

Πίνακας 12: Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης Ανονα μεταξύ Ατομικών Χαρακτηριστικών Β & κλίμακας ORTO-15 (με cut-off score 35)

Ατομικά Χαρακτηριστικά Β'	N=26	Mean	Std. Deviation	F		
				F	p	
ΔΜΣ	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	36,43	3,16	0,654	0,581
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	36,39	3,93		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	35,75	3,59		
	Παχύσαρκος Α' & Β' (30-40)	15	37,13	3,52		
Έτος Σπουδών	1	66	36,03	2,54	0,252	0,777
	2	95	36,46	4,32		
	3 & 4	100	36,29	3,97		
Συχνότητα Άσκησης	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	35,18	3,30	2,483	0,061
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	35,59	3,74		
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ	87	36,63	4,02		
	ΑΠΟ 2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	72	36,96	3,54		
	ΚΑΘΟΛΟΥ	74	36,26	3,67		
Χρήση ΜΚΔ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	131	36,62	3,74	1,074	0,360
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	42	35,45	4,15		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2	14	35,86	3,72		
	ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	52	36,62	3,90		
Ενδιαφέρον για LIKES	ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	110	36,00	3,85	0,583	0,559
	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	99	36,43	3,68		
	ΚΑΘΟΛΟΥ					

Από τον παραπάνω πίνακα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά γιατί η τιμές που βρέθηκαν για κάθε από τα παραπάνω Ατομικά Χαρακτηριστικά (B) ήταν $p > 0,05$. Συμπεραίνουμε επομένως ότι ο Δ.Μ.Σ (Δείκτης Μάζας Σώματος), η Συχνότητα Άσκησης, το έτος Σπουδών, η συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και το ενδιαφέρον για Likes δεν επηρεάζουν την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας (πίνακας 12).

5.2.5 Συσχέτιση Ατομικών Χαρακτηριστικών (A) με το σκορ της κλίμακας SCL-90-R για τη ψυχική υγεία (n=261).

Διενεργήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων μεταξύ Φύλου, Ηλικίας, Εργασίας παράλληλα με τις σπουδές και Καπνίσματος σε σχέση με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα t-test μεταξύ Φύλου & Ψυχικής Υγείας (Κλίμακα SCL-90-R).

SCL-90-R	Φύλο	N=261	Mean	Std. Deviation	t	p
Σωματοποίηση	Άρρεν	52	0,58	0,69	-2,705	0,007
	Θήλυ	207	0,86	0,68		
Ιδεοψυχαναγκασμός	Άρρεν	52	1,19	0,74	-0,160	0,873
	Θήλυ	209	1,21	0,71		
Διαπροσωπική ευαισθησία	Άρρεν	52	0,79	0,67	-1,832	0,068
	Θήλυ	208	0,99	0,69		
Κατάθλιψη	Άρρεν	52	0,89	0,77	-1,527	0,128
	Θήλυ	209	1,07	0,76		
Άγχος	Άρρεν	52	0,66	0,81	-1,714	0,088
	Θήλυ	208	0,87	0,79		
Επιθετικότητα	Άρρεν	52	0,87	0,90	-0,510	0,611
	Θήλυ	208	0,93	0,77		
Φοβικό Άγχος	Άρρεν	52	0,39	0,57	-2,791	0,008
	Θήλυ	209	0,64	0,64		
Παρανοειδής Ιδεασμός	Άρρεν	52	1,05	0,82	-0,467	0,641
	Θήλυ	209	1,11	0,71		
Ψυχωτισμός	Άρρεν	52	0,59	0,58	-1,006	0,316
	Θήλυ	208	0,68	0,56		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	Άρρεν	52	0,78	0,63	-1,757	0,080
	Θήλυ	205	0,94	0,58		
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	Άρρεν	52	38,06	19,81	-2,270	0,024
	Θήλυ	209	45,37	21,02		

Δείκτης	Ενόχλησης	Θετικών	Άρρεν	52	1,70	0,52		
Συμπτωμάτων			Θήλυ	205	1,76	0,44	-0,860	0,391

Από τον παραπάνω Πίνακα 13, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,05$) μόνο μεταξύ του Φύλου και της Σωματοποίησης ($p = 0,007$), του Φύλου με το Φοβικό Άγχος ($p = 0,008$) και του φύλου με το Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων ($p = 0,024$). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο και στις τρεις συσχετίσεις σε σχέση με τους άντρες. Επομένως η ψυχική υγεία των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο από αυτή των αντρών με συμπτώματα Σωματοποίησης και Φοβικού Άγχους. Οι γυναίκες επίσης βιώνουν πιο έντονα ψυχικά Θετικά Συμπτώματα, σε σχέση με τους άντρες. **Μεταξύ του φύλου και των υπόλοιπων παραγόντων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$).**

Πίνακας 14. Αποτελέσματα t-test μεταξύ Ηλικίας & Κλίμακας SCL-90R για τη Ψυχική Υγεία (n=261)

SCL-90	Ηλικία	N	Mean	Std.		t	p	
				Deviation				
Σωματοποίηση	<21 ετών	162	0,81	0,70	0,139	0,890		
	>21 ετών	94	0,80	0,68				
Ιδεοψυχαναγκασμός	<21 ετών	162,00	1,27	0,73	1,942	0,053		
	>21 ετών	96,00	1,09	0,69				
Διαπροσωπική ευαισθησία	<21 ετών	162,00	0,98	0,68	0,906	0,366		
	>21 ετών	95,00	0,90	0,69				
Κατάθλιψη	<21 ετών	162,00	1,08	0,79	1,241	0,216		
	>21 ετών	96,00	0,96	0,71				
Άγχος	<21 ετών	161,00	0,85	0,83	0,581	0,562		
	>21 ετών	96,00	0,79	0,74				
Επιθετικότητα	<21 ετών	162,00	0,90	0,77	-	0,599		
	>21 ετών	95,00	0,96	0,86				
Φοβικό Άγχος	<21 ετών	162,00	0,66	0,65	2,289	0,023		
	>21 ετών	96,00	0,47	0,59				
Παρανοειδής Ιδεασμός	<21 ετών	162,00	1,15	0,72	1,503	0,134		
	>21 ετών	96,00	1,01	0,76				
Ψυχωτισμός	<21 ετών	162,00	0,71	0,59	1,855	0,065		
	>21 ετών	95,00	0,58	0,50				
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	<21 ετών	161,00	0,94	0,60	1,228	0,221		
	>21 ετών	93,00	0,85	0,58				
Δείκτης	Θετικών	<21 ετών	162,00	45,31	20,85	1,386	0,167	
Συμπτωμάτων		>21 ετών	96,00	41,58	21,02			
Δείκτης	Ενόχλησης	Θετικών	<21 ετών	161,00	1,76	0,46	0,682	0,496

Συμπτωμάτων >21 ετών 93,00 1,72 0,46

Από τον παραπάνω Πίνακα 14, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μόνο μεταξύ Ηλικίας και του Φοβικού άγχους καθώς $p=0,023$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές ηλικίας από <21 ετών (18-20 ετών) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τους φοιτητές ηλικίας από >21 ετών (21-48 ετών). Μεταξύ της ηλικίας και των υπόλοιπων παραγόντων, ($p>0,05$), οπότε και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα t-test μεταξύ Εργασίας παράλληλα με τις σπουδές & της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία.

SCL-90-R	Εργασία και σπουδές	N	Mean	Std. Deviation	t	p																																																																																																																						
Σωματοποίηση	ΝΑΙ	95	0,91	0,76	1,910	0,057																																																																																																																						
	ΟΧΙ	164	0,74	0,64			Ιδεοψυχαναγκασμός	ΝΑΙ	96	1,28	0,74	1,288	0,199	ΟΧΙ	165	1,16	0,70	Διαπροσωπική ευαισθησία	ΝΑΙ	95	0,94	0,66	-0,071	0,943	ΟΧΙ	165	0,95	0,70	Κατάθλιψη	ΝΑΙ	96	1,07	0,77	0,644	0,520	ΟΧΙ	165	1,01	0,76	Άγχος	ΝΑΙ	96	0,91	0,82	1,246	0,214	ΟΧΙ	164	0,78	0,78	Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009	ΟΧΙ	165	0,82	0,74	Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ
Ιδεοψυχαναγκασμός	ΝΑΙ	96	1,28	0,74	1,288	0,199																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	1,16	0,70			Διαπροσωπική ευαισθησία	ΝΑΙ	95	0,94	0,66	-0,071	0,943	ΟΧΙ	165	0,95	0,70	Κατάθλιψη	ΝΑΙ	96	1,07	0,77	0,644	0,520	ΟΧΙ	165	1,01	0,76	Άγχος	ΝΑΙ	96	0,91	0,82	1,246	0,214	ΟΧΙ	164	0,78	0,78	Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009	ΟΧΙ	165	0,82	0,74	Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45								
Διαπροσωπική ευαισθησία	ΝΑΙ	95	0,94	0,66	-0,071	0,943																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	0,95	0,70			Κατάθλιψη	ΝΑΙ	96	1,07	0,77	0,644	0,520	ΟΧΙ	165	1,01	0,76	Άγχος	ΝΑΙ	96	0,91	0,82	1,246	0,214	ΟΧΙ	164	0,78	0,78	Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009	ΟΧΙ	165	0,82	0,74	Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																			
Κατάθλιψη	ΝΑΙ	96	1,07	0,77	0,644	0,520																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	1,01	0,76			Άγχος	ΝΑΙ	96	0,91	0,82	1,246	0,214	ΟΧΙ	164	0,78	0,78	Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009	ΟΧΙ	165	0,82	0,74	Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																														
Άγχος	ΝΑΙ	96	0,91	0,82	1,246	0,214																																																																																																																						
	ΟΧΙ	164	0,78	0,78			Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009	ΟΧΙ	165	0,82	0,74	Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																									
Επιθετικότητα	ΝΑΙ	95	1,09	0,87	2,634	0,009																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	0,82	0,74			Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198	ΟΧΙ	165	0,62	0,67	Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																				
Φοβικό Άγχος	ΝΑΙ	96	0,52	0,57	-1,291	0,198																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	0,62	0,67			Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161	ΟΧΙ	165	1,05	0,70	Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																															
Παρανοειδής Ιδεασμός	ΝΑΙ	96	1,18	0,79	1,405	0,161																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	1,05	0,70			Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359	ΟΧΙ	164	0,64	0,53	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																																										
Ψυχωτισμός	ΝΑΙ	96	0,70	0,61	0,920	0,359																																																																																																																						
	ΟΧΙ	164	0,64	0,53			Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204	ΟΧΙ	163	0,87	0,57	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																																																					
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	94	0,97	0,63	1,274	0,204																																																																																																																						
	ΟΧΙ	163	0,87	0,57			Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186	ΟΧΙ	165	42,57	20,24	Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																																																																
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	96	46,22	22,03	1,359	0,186																																																																																																																						
	ΟΧΙ	165	42,57	20,24			Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																																																																											
Δείκτης Ενόχλησης	ΝΑΙ	94	1,78	0,47	0,973	0,331																																																																																																																						
	ΟΧΙ	163	1,72	0,45																																																																																																																								

Θετικών**Συμπτωμάτων**

Από τον παραπάνω Πίνακα 15 προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μόνο μεταξύ των φοιτητών που εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους και την **Επιθετικότητα** ($p=0,009$). **Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο στις υποκλίμακες της ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους φοιτητές που δεν εργάζονταν.** Μεταξύ της μεταβλητής Εργασία παράλληλα με τις σπουδές και των υπόλοιπων παραγόντων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$).

Πίνακας 16. Αποτελέσματα t-test μεταξύ Καπνίσματος & κλίμακας SCL-90-R, για τη Ψυχική Υγεία

SCL-90-R	Κάπνισμα	N=261	Mea	Std.	t	p
			n	Deviation		
Σωματοποίηση	NAI	64	1,17	0,77	5,077	0,000
	OXI	195	0,69	0,62		
Ιδεοψυχαναγκασμός	NAI	64	1,38	0,68	2,326	0,021
	OXI	197	1,14	0,72		
Διαπροσωπική ευαισθησία	NAI	63	1,10	0,72	2,018	0,045
	OXI	197	0,90	0,67		
Κατάθλιψη	NAI	64	1,24	0,79	2,549	0,011
	OXI	197	0,96	0,74		
Άγχος	NAI	64	1,18	0,86	3,835	0,000
	OXI	196	0,71	0,74		
Επιθετικότητα	NAI	64	1,24	0,96	3,292	0,001
	OXI	196	0,81	0,71		
Φοβικό Άγχος	NAI	64	0,72	0,72	1,954	0,052
	OXI	197	0,54	0,60		
Παρανοειδής Ιδεασμός	NAI	64	1,34	0,82	3,081	0,002
	OXI	197	1,02	0,69		
Ψυχωτισμός	NAI	64	0,82	0,63	2,453	0,016
	OXI	196	0,61	0,53		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	NAI	63	1,15	0,64	3,812	0,000
	OXI	194	0,83	0,56		
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	NAI	64	52,0 2	21,00	3,645	0,000
	OXI	197	41,2 8	20,30		

Δείκτης Ενόχλησης θετικών Συμπτωμάτων	ΝΑΙ	63	1,89	0,47	2,991	0,003
--	-----	----	------	------	-------	--------------

Από τον παραπάνω Πίνακα 16 προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του Καπνίσματος και όλων των υποκλιμάκων της Ψυχικής Υγείας ($p < 0,05$), **εκτός του Φοβικού Άγχους**. Πιο συγκεκριμένα, ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων και ο Δείκτης Ενόχλησης θετικών Συμπτωμάτων έδειξαν ότι οι φοιτητές που καπνίζουν συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο στις υποκλίμακες ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους φοιτητές που δεν καπνίζουν (Πίνακας 16).

5.2.6 Συσχέτιση Ατομικών Χαρακτηριστικών Β' με το σκορ της κλίμακας SCL-90-R για τη ψυχική υγεία (n=261) .

Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης Ανονα για όλους τους υποκλίμακες της Ψυχικής Υγείας και το Δείκτη Μάζας Σώματος, τα Έτη Σπουδών, την Συχνότητα Άσκησης, την Χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, τις Σπουδές και το Ενδιαφέρον για Likes.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα διακύμανσης Ανονα μεταξύ Έτους σπουδών & της κλίμακας SCL-90-R, για τη Ψυχική Υγεία.

SCL-90-R	Έτη σπουδών	N=261	Mean	Std. Deviation	F	p
Σωματοποίηση	1ο έτος	66	0,65	0,72	2,452	0,088
	2ο έτος	95	0,88	0,66		
	3ο & 4ο έτος	98	0,84	0,69		
Ιδεοψυχαναγκασμός	1ο έτος	66	1,12	0,69	2,523	0,082
	2ο έτος	95	1,33	0,74		
	3ο & 4ο έτος	100	1,14	0,68		
Διαπροσωπική ευαισθησία	1ο έτος	66	0,80	0,64	3,010	0,051
	2ο έτος	94	1,06	0,69		
	3ο & 4ο έτος	100	0,94	0,70		
Κατάθλιψη	1ο έτος	66	0,92	0,77	1,688	0,187
	2ο έτος	95	1,14	0,78		
	3ο & 4ο έτος	100	1,01	0,75		
Άγχος	1ο έτος	66	0,66	0,83	2,261	0,106
	2ο έτος	94	0,93	0,77		
	3ο & 4ο έτος	100	0,85	0,79		
Επιθετικότητα	1ο έτος	66	0,70	0,70	5,139	0,006
	2ο έτος	95	1,10	0,82		
	3ο & 4ο έτος	99	0,89	0,81		
Φοβικό Άγχος	1ο έτος	66	0,57	0,72	0,211	0,810

	2ο έτος	95	0,62	0,56		
	3ο & 4ο έτος	100	0,57	0,64		
Παρανοειδής Ιδεασμός	1ο έτος	66	0,96	0,69		
	2ο έτος	95	1,21	0,77	2,432	0,090
	3ο & 4ο έτος	100	1,08	0,72		
Ψυχωτισμός	1ο έτος	66	0,60	0,54		
	2ο έτος	95	0,73	0,60	1,087	0,339
	3ο & 4ο έτος	99	0,64	0,53		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	1ο έτος	66	0,78	0,60		
	2ο έτος	93	1,01	0,58	3,002	0,051
	3ο & 4ο έτος	98	0,89	0,59		
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	1ο έτος	66	38,52	19,65		
	2ο έτος	95	47,60	19,80	3,740	0,025
	3ο & 4ο έτος	100	43,97	22,23		
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	1ο έτος	66	1,68	0,48		
	2ο έτος	93	1,82	0,46	2,205	0,112
	3ο & 4ο έτος	98	1,71	0,42		

Από τον παραπάνω Πίνακα 17, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα για τα Έτη Σπουδών των φοιτητών και την Επιθετικότητα ($p=0,006$) αλλά για τα Έτη Σπουδών των φοιτητών με το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ($p=0,025$). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που είναι στο πρώτο έτος σπουδών παρουσίασαν τη χαμηλότερη μέση τιμή στις υποκλίμακες ψυχικής υγείας. Οι φοιτητές του 2^{ου} έτους παρουσίασαν την υψηλότερη μέση τιμή Επιθετικότητας. Ίδια εικόνα παρουσιάζουν και οι μέσες τιμές στον Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων. Μεταξύ της μεταβλητής Έτη Σπουδών και των υπόλοιπων υποκλιμάκων ψυχικής υγείας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$).

Πίνακας 18: Αποτελέσματα σύγκρισης με Ανονα, του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ) & της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία

SCL-90	Δείκτης Μάζας Σώματος	N	Mean	Std. Deviation	F	p
Σωματοποίηση	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,79	0,65	0,265	0,851
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	156	0,77	0,68		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	0,85	0,73		
	Παχύσαρκος A' & B' βαθμού (30-40)	15	0,87	0,61		

Ιδεοψυχαναγκασμός	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	1,09	0,58	0,397	0,756
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	1,19	0,69		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	1,24	0,81		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	1,30	0,82		
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,89	0,53		
Διαπροσωπική ευαισθησία	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	0,94	0,69	0,255	0,857
	Υπέρβαρος (25-30)	52	0,93	0,69		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	1,07	0,81		
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,90	0,62		
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	1,02	0,76		
Κατάθλιψη	Υπέρβαρος (25-30)	53	1,09	0,83	0,364	0,779
	Παχύσαρκος Α' & Β' (30-40)	15	1,05	0,82		
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,94	0,71		
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	157	0,77	0,78		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	0,88	0,83		
Άγχος	Παχύσαρκος Α' & Β' (30-40)	15	0,87	0,85	0,500	0,682
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,82	0,65		
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	157	0,89	0,77		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	1,08	0,98		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	0,74	0,56		
Επιθετικότητα	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,80	0,71	1,779	0,152
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	0,54	0,61		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	0,61	0,68		
	Παχύσαρκος Α' & Β' (30-40)	15	0,40	0,42		
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,80	0,71		
Φοβικό Άγχος	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	0,54	0,61	1,779	0,152
	Υπέρβαρος (25-30)	53	0,61	0,68		
	Παχύσαρκος Α' & Β' (30-40)	15	0,40	0,42		
	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,80	0,71		
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	0,54	0,61		

Παρανοειδής Ιδεασμός	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	1,13	0,63	0,513	0,674
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	1,05	0,73		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	1,12	0,80		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	1,28	0,73		
Ψυχωτισμός	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,49	0,39	2,095	0,101
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	157	0,64	0,56		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	0,72	0,60		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	0,90	0,64		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	0,86	0,47	0,370	0,775
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	155	0,88	0,59		
	Υπέρβαρος (25-30)	52	0,96	0,65		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	0,97	0,58		
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	44,07	19,01	.233	0,874
	Φυσιολογικό (18,5- 24,99)	158	42,93	20,80		
	Υπέρβαρος (25-30)	53	44,17	20,72		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	47,33	24,89		
Δείκτης Ενόχλησης θετικών Συμπτωμάτων	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	1,67	0,34	0,639	0,590
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	155	1,73	0,46		
	Υπέρβαρος (25-30)	52	1,80	0,52		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	1,81	0,36		

Από τον παραπάνω Πίνακα 18, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών Δ.Μ.Σ των φοιτητών και των υποκλιμάκων ψυχικής υγείας ($p>0,05$) μετά από ανάλυση διακύμανσης Ανοva.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα σύγκρισης με Ανοva, της Συχνότητας Σωματικής Άσκησης & της κλίμακας

SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία

SCL-90-R		N=261	Mea n	Std. Deviati on	F	p
Σωματοποίηση	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,53	0,49	4,753	0,003
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	0,64	0,58		
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ					
	ΑΠΟ	87	0,87	0,67		
	2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
Ιδεοψυχαναγκασμός	ΚΑΘΟΛΟΥ	70	0,99	0,81	1,833	0,141
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,85	0,37		
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	1,17	0,71		
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ					
	ΑΠΟ	87	1,24	0,71		
Διαπροσωπική ευαισθησία	2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ				0,975	0,405
	ΚΑΘΟΛΟΥ	72	1,28	0,76		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,86	0,64		
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	84	0,86	0,59		
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ					
Κατάθλιψη	ΑΠΟ	87	0,98	0,70	1,316	0,270
	2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
	ΚΑΘΟΛΟΥ	72	1,04	0,77		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,93	0,58		
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	0,92	0,73		
Άγχος	ΛΙΓΟΤΕΡΟ				4,139	0,007
	ΑΠΟ	87	0,93	0,82		
	2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
	ΚΑΘΟΛΟΥ	72	0,99	0,92		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,47	0,56		
Επιθετικότητα	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	84	0,65	0,64	1,524	0,209
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,76	0,57		

		ΛΙΓΟΤΕΡΟ					
		ΑΠΟ	87	0,97	0,82		
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
		ΚΑΘΟΛΟΥ	71	1,04	0,90		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,44	0,44		
		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	0,46	0,54		
Φοβικό Άγχος		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	0,69	0,67	2,548	0,056
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
		ΚΑΘΟΛΟΥ	72	0,65	0,70		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,91	0,67		
		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	1,10	0,69		
Παρανοειδής Ιδεασμός		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	1,13	0,70	0,419	0,740
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
		ΚΑΘΟΛΟΥ	72	1,10	0,84		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,49	0,43		
		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	0,61	0,52		
Ψυχωτισμός		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	0,69	0,56	1,255	0,290
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
		ΚΑΘΟΛΟΥ	71	0,74	0,63		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	0,70	0,43		
		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	83	0,81	0,51		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	0,96	0,59	2,472	0,062
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
		ΚΑΘΟΛΟΥ	70	1,01	0,69		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	35,5	15,65		
				3			
		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	40,5	20,36		
				8			
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	47,2	21,05	2,594	0,053
		2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ		1			
		ΚΑΘΟΛΟΥ	72	45,8	21,85		
				5			
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	1,72	0,52		
Δείκτης Ενόχλησης θετικών Συμπτωμάτων		2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	83	1,69	0,38	1,749	0,16
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ	87	1,72	0,44		

ΑΠΟ
2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ
ΚΑΘΟΛΟΥ 70 1,85 0,52

Από τον παραπάνω Πίνακα 19, με ανάλυση διακύμανσης Ανονα μεταξύ της **Συχνότητας Άσκησης** και των υποκλιμάκων **Σωματοποίηση** και **Άγχος**, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. **Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που δεν γυμνάζονται καθόλου είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Σωματοποίησης ($p=0,003$) σε σχέση με τους φοιτητές που γυμνάζονται καθημερινά και το ίδιο ισχύει και για την υποκλίμακα Άγχος ($p=0,007$).** Μεταξύ της μεταβλητής Συχνότητα Άσκησης και των υπόλοιπων υποκλιμάκων Ψυχικής Υγείας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$),

Πίνακας 20. Αποτελέσματα σύγκρισης με Ανονα, της Συχνότητας χρήσης μέσων κοινωνικής δικτύωσης (ΜΚΔ) & της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία.

SCL-90-R		N=261	Mean	Std. Deviation	F	p
Σωματοποίηση	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	0,88	0,63	0,877	0,453
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	130	0,81	0,69		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ	42	0,66	0,57		
	ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	13	0,80	1,18		
Ιδεοψυχαναγκασμός	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	1,36	0,70	1,874	0,151
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	1,14	0,72		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ	42	1,16	0,67		
	ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	1,11	0,72		
Διαπροσωπική ευαισθησία	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	1,12	0,73	2,540	0,057
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	130	0,91	0,66		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ	42	0,78	0,61		
	ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	0,91	0,80		
	Total	260	0,95	0,69		
Κατάθλιψη	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	1,18	0,81	1,624	0,184
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	1,01	0,74		

		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,87	0,64		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	0,93	1,02		
Άγχος		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	73	1,03	0,80	2,636	0,050
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	0,80	0,77		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,63	0,62		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	0,69	1,25		
Επιθετικότητα		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	74	1,11	0,80	2,253	0,083
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	130	0,87	0,80		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,75	0,55		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	0,93	1,23		
Φοβικό Άγχος		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	74	0,76	0,77	2,825	0,039
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	0,53	0,54		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,47	0,45		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	0,56	0,95		
Παρανοειδής Ιδεασμός		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	74	1,21	0,67	1,711	0,165
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	1,10	0,77		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,90	0,53		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	1,02	1,08		
Ψυχωτισμός		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ	74	0,76	0,60	1,144	0,332
		ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	0,63	0,55		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	0,59	0,42		
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ					
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	13	0,72	0,81		
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	73	1,04	0,59	2,165	0,093
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ					
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	129	0,88	0,58		

		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ					
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2	42	0,77	0,44		
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	13	0,86	0,98		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ					
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	74	48,77	20,45		
Δείκτης	Θετικών	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	131	42,93	21,43	2,284	0,079
Συμπτωμάτων		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ					
		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ	42	40,69	18,57		
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	37,07	22,77		
		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ					
		ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΩΡΕΣ	73	1,84	0,45		
Δείκτης	Ενόχλησης	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	129	1,72	0,44	1,985	0,117
θετικών		ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ					
Συμπτωμάτων		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ	42	1,65	0,37		
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	13	1,78	0,76		

Από τον παραπάνω Πίνακα 20, μετά από ανάλυση διακύμανσης Ανονα, προκύπτει **στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ της Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και του **Άγχους** ($p=0,050$) αλλά και μεταξύ της Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και του **Φοβικού Άγχους** ($p=0,039$). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης καθημερινά, πάνω από 5 ώρες, είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Άγχους σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά λιγότερο από 2 ώρες. Η ίδια εικόνα παρατηρείται και στον παράγοντα Φοβικό Άγχος. Μεταξύ της μεταβλητής Συχνότητας Χρήσης ΜΚΔ και των υπόλοιπων υποκλιμάκων Ψυχικής Υγείας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$).

Πίνακας 21. Αποτελέσματα σύγκρισης με Ανονα, του Ενδιαφέροντος για Likes & της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική Υγεία

SCL-90-R		N=261	Mean	Std. Deviation	F	p
Σωματοποίηση	ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/	51	0,84	0,64	0,112	0,894
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ					
	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	0,80	0,61		
	ΚΑΘΟΛΟΥ					
Ιδεοψυχαναγκασμός	ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/	52	1,22	0,62	0,018	0,982
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ					
	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	1,20	0,71		

		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	1,20	0,76		
Διαπροσωπική ευαισθησία		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	1,04	0,68	0,740	0,478
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	109	0,94	0,68		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	0,90	0,70		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	1,10	0,76		
Κατάθλιψη		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	1,01	0,75	0,239	0,788
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	1,02	0,79		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	0,87	0,72		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	109	0,88	0,79		
Άγχος		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	0,75	0,84	0,720	0,488
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	51	1,08	0,72		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	0,88	0,77		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	0,88	0,87		
Επιθετικότητα		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	0,59	0,56	0,627	0,535
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	0,63	0,62		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	0,54	0,68		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	1,19	0,77		
Φοβικό Άγχος		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	1,08	0,73	0,561	0,571
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	1,06	0,73		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	0,78	0,64		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	0,67	0,54		
Παρανοειδής Ιδεασμός		ΚΑΘΟΛΟΥ	98	0,59	0,53	2,078	0,127
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	51	0,97	0,56		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	108	0,91	0,58		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	98	0,87	0,62		
Ψυχωτισμός		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	46,79	21,05	2,343	0,098
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	45,74	21,79		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	40,37	19,62		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	51	0,97	0,56		
Γενικός Συμπτωμάτων	Δείκτης	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	108	0,91	0,58	0,493	0,611
		ΚΑΘΟΛΟΥ	98	0,87	0,62		
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	46,79	21,05		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	45,74	21,79		
Δείκτης Συμπτωμάτων	Θετικών	ΚΑΘΟΛΟΥ	99	40,37	19,62	2,343	0,098
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	46,79	21,05		
		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	45,74	21,79		
		ΚΑΘΟΛΟΥ	99	40,37	19,62		

Δείκτης	Ενόχλησης	ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	51	1,80	0,42		
Θετικών Συμπτωμάτων		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	108	1,68	0,41	1,785	0,170
		ΚΑΘΟΛΟΥ	98	1,79	0,51		

Από τον παραπάνω Πίνακας 21, μετά από ανάλυση διακύμανσης Ανονα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του **Ενδιαφέροντος για τα Likes και των υποκλιμάκων Ψυχικής υγείας** ($p>0,05$).

Επομένως συμπεραίνουμε ότι η αυξημένη Συχνότητα Χρήσης ΜΚΔ επηρεάζει δύο μόνο υποκλίμακες της κλίμακας Ψυχικής Υγείας, οπότε επηρεάζει σε μικρό βαθμό τη ψυχική υγεία. Αντίθετα, το ενδιαφέρον για τα Like δε φαίνεται να επηρεάζει τη ψυχική υγεία.

5.2.7 Συσχέτιση Ατομικών χαρακτηριστικών Α' με το σκορ της κλίμακας Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS).

Διενεργήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων μεταξύ Φύλου, Ηλικίας, της Εργασία παράλληλα με τις σπουδές και του Καπνίσματος με τη κλίμακα Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος. Προέκυψαν οι παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 22: Αποτελέσματα t-test μεταξύ Ατομικών χαρακτηριστικών Α' και της κλίμακας BAS (n=261).

Ατομικών χαρακτηριστικών Α'	N	Std.		t	p
		Mea n	Deviati on		
Φύλο	Άρρεν	52	48,3 3	8,91	0,508 0,089
	Θήλυ	208	45,9 7	8,92	
Ηλικία	18-20 ετών	162,00	46,6 9	8,72	0,532 0,595
	21-48 ετών	95,00	46,0 7	9,43	
Εργασία παράλληλα με Σπουδές	ΝΑΙ	96	45,3 3	9,83	- 1,533 0,126
	ΟΧΙ	164	47,0 9	8,35	
Κάπνισμα	ΝΑΙ	63	44,9 0	9,22	- 1,572 0,117
	ΟΧΙ	197	46,9 3	8,82	

Από τον παραπάνω Πίνακα 22, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των συγκεκριμένων Ατομικών χαρακτηριστικών (Α) και της κλίμακας Θετική Εικόνα Σώματος BAS ($p>0,05$).

5.2.8 Συσχέτιση Ατομικών χαρακτηριστικών Β', με το σκορ της κλίμακας Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS).

Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης Ανονα μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) και του Έτους σπουδών, του Δ.Μ.Σ, τη Συχνότητα Άσκησης, τη Χρήση Συχνότητας ΜΚΔ και το Ενδιαφέροντος για τα Likes.

Πίνακας 23. Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης Ανονα μεταξύ Ατομικών χαρακτηριστικών Β' & της κλίμακας BAS

Ατομικών χαρακτηριστικών Β'		N=261	Mean	Std. Deviation	F	p
Έτη Σπουδών	1ο έτος	66	46,05	9,18	0,120	0,887
	2ο έτος	94	46,40	9,73		
	3ο & 4ο έτος	100	46,74	8,06		
	Total	260	46,44	8,95		
	<hr/>					
ΔΜΣ	Ελλιποβαρής (<18,5)	28	50,50	6,41	7,289	0,000
	Φυσιολογικό (18,5-24,99)	158	47,44	8,96		
	Υπέρβαρος (25-30)	52	42,83	8,14		
	Παχύσαρκος Α' & Β' βαθμού (30-40)	15	41,67	10,67		
	<hr/>					
Συχνότητα Άσκησης	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	17	49,71	6,00	3,790	0,011
	2-5/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	85	48,33	8,98		
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ	87	45,80	9,15		
	2/ΕΒΔΟΜΑΔΑ					
	ΚΑΘΟΛΟΥ	71	44,18	8,70		
<hr/>						
Χρήση ΜΚΔ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ	5	74	44,00	2,968	0,033
	ΩΡΕΣ					
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 2-5 ΩΡΕΣ	130	47,65	7,49		
	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	42	46,29	7,96		
	<hr/>					

		ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ				
		ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ	14	48,57	12,43	
		ΑΡΚΕΤΑ/ΠΟΛΥ/Π	52	46,67	9,46	
Ενδιαφέρον	για	ΑΡΑ ΠΟΛΥ				0,041
LIKES		ΕΛΑΧΙΣΤΑ	110	46,50	7,76	0,960
		ΚΑΘΟΛΟΥ	98	46,26	9,94	

Από τον παραπάνω Πίνακα 23, προκύπτει **στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ΔΜΣ ($p=0,000$), της Συχνότητας Άσκησης ($p=0,011$) και της Συχνότητας Χρήσης ΜΚΔ ($p=0,033$), σε σύγκριση με τη κλίμακα (BAS). Πιο συγκεκριμένα, βλέπουμε ότι οι φοιτητές που ήταν ελλιποβαρείς συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στην Θετική Εικόνα Σώματος τους ενώ οι παχύσαρκοι φοιτητές συγκέντρωσαν χαμηλότερη μέση τιμή.**

Σε ότι αφορά τη φυσική δραστηριότητα, οι φοιτητές που ασκούσαν καθημερινά, συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος τους, από τους φοιτητές που ασκούνται πιο σπάνια και οι οποίοι συγκέντρωσαν τη χαμηλότερη μέση τιμή Θετικής Εικόνας Σώματος.

Οι φοιτητές που ασχολούνται με τα ΜΚΔ καθημερινά λιγότερο από 1 ώρα συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά πάνω από 5 ώρες.

Για τις μεταβλητές Έτη Σπουδών και Ενδιαφέροντος για τα Likes, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη Θετική Εικόνα Σώματος ($p>0,05$).

Κεφάλαιο 6:

6.1 Συζήτηση

Πιο λογικά αποτελέσματα για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορεξίας στο δείγμα της έρευνας, δίνει το cut-off score=35. Σύμφωνα με το cut-off score=35, το 38,3% των φοιτητών του δείγματος, εμφανίζουν Νευρική Ορθορεξία. Η συνολική συσχέτιση της κλίμακας Greek ORTO-15 με τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών Νοσηλευτικής όπως το φύλο, η ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς $p>0,05$. Επομένως το φύλο, η ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα δεν αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με σχετικές έρευνες για το φύλο, την ηλικία και το κάπνισμα αλλά δεν υπάρχει προς το παρόν καμία μελέτη που να περιλαμβάνει τον συσχετισμό της εργασίας παράλληλα με τις σπουδές και τη Νευρική Ορθορεξία. Μεταξύ της κλίμακας ORTO-15 της Νευρικής Ορθορεξίας και των Ατομικών Χαρακτηριστικών: Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), Έτος σπουδών, Συχνότητα Άσκησης, χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και Ενδιαφέρον για Likes επίσης δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$). Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των πιο έγκυρων μελετών όπου ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), η Συχνότητα της

Άσκησης και η χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ), δεν βρέθηκαν να σχετίζεται με τη Νευρική Ορθορεξία. Σχετικά με τη σχέση της Νευρικής Ορθορεξίας και τους Έτος σπουδών των φοιτητών αλλά και των Ενδιαφέροντος για Likes, δεν υπάρχουν προς το παρόν μελέτες.

Από την επαγωγική ανάλυση της Κλίμακας SCL-90-R σε συσχέτισμό με τα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, προέκυψε πως: υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ **Φύλου** και **Σωματοποίησης**, μεταξύ **Φύλου** και **Φοβικού Άγχους** καθώς αλλά του Φύλου με τον **Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ)**. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτήτριες συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο και στις τρεις συσχέτισεις σε σχέση με τους φοιτητές. Μεταξύ του Φύλου και των υπόλοιπων υποκλιμάκων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Στατιστική σημαντικότητα προκύπτει επίσης μεταξύ της **Ηλικίας** και του **Φοβικού άγχους** και συγκεκριμένα, οι φοιτητές ηλικίας από <21 ετών (18-20 ετών) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τους φοιτητές ηλικίας από >21 ετών (21-48 ετών). Μεταξύ της Ηλικίας και των υπόλοιπων υποκλιμάκων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Μεταξύ της **Εργασίας παράλληλα με τις σπουδές** και της **Επιθετικότητας** προκύπτει στατιστική σημαντικότητα και συγκεκριμένα, οι φοιτητές/τριες που εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους φοιτητές/τριες που δεν εργάζονται. Μεταξύ του Καπνίσματος και όλων των υποκλιμάκων της Ψυχικής Υγείας, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα, εκτός του Φοβικού Άγχους. Πιο συγκεκριμένα, **ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)**, έδειξαν ότι οι φοιτήτριες που καπνίζουν, συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους φοιτητές που δεν καπνίζουν. Στατιστική σημαντικότητα προέκυψε **για το Έτος Σπουδών** των φοιτητών και την **Επιθετικότητα**, αλλά και για το **Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ)**. Επίσης δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών του **Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ)** των φοιτητών **και των υποκλιμάκων** της του ερωτηματολογίου για τη **Ψυχική Υγεία** ($p>0,05$). **Στατιστικά σημαντική διαφορά όμως προέκυψε μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και των υποκλιμάκων Σωματοποίηση και Άγχος**. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που δεν γυμνάζονται καθόλου είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Σωματοποίησης σε σχέση με τους φοιτητές που γυμνάζονται καθημερινά και το ίδιο ισχύει και για την υποκλίμακα Άγχος. Μεταξύ της Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και του Άγχους αλλά και του **Φοβικού Άγχους** προκύπτει **στατιστικά σημαντική διαφορά**. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) καθημερινά, πάνω από 5 ώρες, είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Άγχους σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά λιγότερο από 2 ώρες. Η ίδια εικόνα παρατηρείται και στον παράγοντα Φοβικό Άγχος. Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του Ενδιαφέροντος για τα Likes που επιδεικνύουν οι φοιτητές και των υποκλιμάκων Ψυχικής υγείας ($p>0,05$) δεν προέκυψε.

Η κλίμακα αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) είχε μέση τιμή 46,44 με $SD=8,95$. Εφόσον το μέγιστο σκορ που μπορεί να συγκεντρωθεί στη συγκεκριμένη κλίμακα είναι το 65, βλέπουμε ότι σε γενικές γραμμές οι υποψήφιοι είναι ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματος τους. Από την επαγωγική ανάλυση της κλίμακα BAS, σε συσχέτισμό με τα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών της Νοσηλευτικής, όπως το Φύλο, η Ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές, και του καπνίσματος δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα.

Ο συσχετισμός της κλίμακας BAS με τα υπόλοιπα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών όπως είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η Συχνότητα Άσκησης και η Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, αποκαλύπτει στατιστική σημαντικότητα. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που ήταν ελλιποβαρείς ($\Delta.Μ.Σ < 18,5$) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στην Θετική Εικόνα Σώματος (BAS), ενώ οι παχύσαρκοι φοιτητές ($\Delta.Μ.Σ > 30$), συγκέντρωσαν χαμηλότερη μέση τιμή. Σε ότι αφορά στη Συχνότητα Άσκησης, οι φοιτητές που ασκούνταν καθημερινά, συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος (BAS), ενώ τη χαμηλότερη μέση τιμή συγκέντρωσαν οι φοιτητές που ασκούνταν πιο σπάνια. Οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης καθημερινά, λιγότερο από 1 ώρα συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος (BAS) σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά πάνω από 5 ώρες. Για τα Ατομικά Χαρακτηριστικά: Έτη Σπουδών και Ενδιαφέρον για Likes, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη Θετική Εικόνα Σώματος.

Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες αλλά και τις συνέπειες της Θετικής Εικόνας Σώματος υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Θετικής Εικόνας Σώματος φαίνεται πως προκύπτει στατιστική σημαντικότητα. Συνεπώς, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Θετικής Εικόνας Σώματος και της Νευρικής Ορθορεξίας, διαπίστωση που βρίσκεται σε συμφωνία με ορισμένες έρευνες αν και τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αφορούν στη σχέση Νευρικής Ορθορεξίας και Εικόνας Σώματος είναι μεικτά (Barthels et al., 2017; Oberle & Lipschuetz, 2018).

Καμμία στατιστική σημαντικότητα δεν προέκυψε μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας, αν και υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που βρίσκεται σε διαφωνία με τη παραπάνω διαπίστωση.

6.2 Περιγραφική Ανάλυση Ατομικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος

Από την περιγραφική ανάλυση των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος προέκυψε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών της Νοσηλευτικής ήταν γυναίκες (80,1%). Ο μέσος όρος ηλικίας ανδρών και γυναικών είναι 20,9- 25,6 χρονών. Οι φοιτητές του δείγματος δήλωσαν ετεροφυλόφιλοι σε ποσοστό 92,3%.

Το 62,2% είχε φυσιολογικό βάρος, το 20,9% ήταν υπέρβαροι, το 5,1% ήταν παχύσαρκοι α' βαθμού και 0,8% ήταν παχύσαρκοι β' βαθμού. Το 6,5 % των ερωτηθέντων γυμνάζεται καθημερινά, το 32,6% γυμνάζονται από 2-5 φορές τη βδομάδα, το 33,3% γυμνάζεται λιγότερο από 2 φορές τη βδομάδα και το 27,6% δεν γυμνάζεται καθόλου.

Ποσοστό 25,3% του δείγματος φοιτά στο 1^ο έτος της σχολής, 36,4% στο 2^ο έτος, το 37,2% στο 3^ο έτος και το 1,1 στο 4^ο έτος. Το 82% των φοιτητών χρωστάει από 0-2 μαθήματα, το 14,2% από 3-6 μαθήματα και το 3,8% χρωστάει από 7 μαθήματα και περισσότερο.

Το 36,8% των ερωτηθέντων εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους, ενώ το 63,2% όχι. Το 24,5% του δείγματος των φοιτητών είναι καπνιστές, ενώ το 75,5 όχι. Το 1,5% του δείγματος κάνει χρήση απαγορευμένων ουσιών ενώ το 98,5% όχι.

Το 28,4% των φοιτητών του δείγματος κάνει χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης πάνω από 5 ώρες την ημέρα και το 50,2% από 2-5 ώρες την ημέρα, το 16,1% λιγότερο από 2 ώρες τη μέρα και το 5,4 % σχεδόν

καθόλου. Το 37,9% των φοιτητών δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τα Likes, το 42,1% ενδιαφέρεται ελάχιστα, το 17,6% ενδιαφέρεται αρκετά, το 1,9% πολύ και το 0,4% πάρα πολύ. Το 59,4% του δείγματος των φοιτητών αδιαφορεί για τα Likes, το 33% λαμβάνει ικανοποίηση με αυτά, ενώ ένα ποσοστό 7,7% δεν αισθάνεται ικανοποίηση από τα Likes. Η πλειοψηφία των φοιτητών σε ποσοστό 90% είναι αδιάφοροι στην περίπτωση που θα λάβει η δημοσίευση τους μικρό αριθμό Likes, το 8,4% των φοιτητών νιώθει απογοήτευση, το 1,1% νιώθει λύπη και το 0,4% νιώθει θυμό.

6.3 Κλίμακα Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15)

Από την ανάλυση της κλίμακας της Νευρικής Ορθορεξίας (**ORTO-15**), τα αποτελέσματα έδειξαν πως το ποσοστό του δείγματος που εμφανίζει Νευρική Ορθορεξία είναι 38,3 % με βάση το όριο του σκορ 35 (cut off score <35). Παρόλο που οι συγγραφείς της προσαρμοσμένης στα ελληνικά κλίμακας ORTO-15, θεώρησαν πως το cut off score <30 είναι καταλληλότερο για τον ελληνικό πληθυσμό, επιλέχθηκε το cut off score <35 για τα αποτελέσματα της κλίμακας της Νευρικής Ορθορεξίας στη παρούσα μελέτη, γιατί τα αποτελέσματα ήταν πιο λογικά με βάση και τη διεθνή βιβλιογραφία. Το όριο βαθμολογίας που καθόρισαν αρχικά οι συγγραφείς ήταν το 40. Ωστόσο, μπορούν επίσης να βρεθούν μελέτες που χρησιμοποιούν ως όριο το 35.

Από την επαγωγική ανάλυση της κλίμακας Greek ORTO-15 για την εκτίμηση της Νευρικής Ορθορεξίας σε συσχέτισμό με τα Ατομικά Χαρακτηριστικά των φοιτητών της Νοσηλευτικής στο δείγμα της μελέτης προέκυψαν: Για το φύλο, την ηλικία, την εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς $p > 0,05$. Επομένως το φύλο, η ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές και το κάπνισμα δεν αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση Νευρικής Ορθορεξίας. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με έρευνες των Aksoydan & Camci, 2009; Fidan et al., 2010, Bundros et al., 2016; Depa et al., 2017; Grammatikopoulou et al., 2016; Herranz Valera et al., 2014; Reynolds, 2018 ; Turner & Lefevre, 2017, οι οποίες κατέληξαν σε μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ Νευρικής Ορθορεξίας και ηλικίας ανάμεσα σε δείγματα πληθυσμού με διαφορετικό πολιτισμικό και ηλικιακό εύρος. Η πλειοψηφία των μελετών, συμπεριλαμβανομένων και των ποιοτικά ανώτερων, κατέληξαν πως η Νευρική Ορθορεξία δεν σχετίζεται με το φύλο. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της Νευρικής Ορθορεξίας (Bundros et al., 2016; Dunn et al., 2017; Hayles et al., 2017; Oberle et al., 2017; Barnes & Caltabiano, 2017 ; Reynolds, 2018; Brytek-Matera et al., 2015a; Depa et al., 2017; Luck-Sikorski et al., 2018; Livazovic & Mudrinic, 2016; Almeida et al., 2018; Grammatikopoulou et al., 2018; Clifford & Blyth, 2018; BrytekMatera et al., 2017). Υπάρχουσα βιβλιογραφία με μελέτες που να περιλαμβάνουν συσχέτισμό της εργασίας παράλληλα με τις σπουδές και της Νευρικής Ορθορεξίας δεν υπάρχει προς το παρόν. Υπάρχουν όμως μελέτες που βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της ερευνάς μας οι οποίες κατέληξαν πως το κάπνισμα δεν σχετιζόταν με τη Νευρική Ορθορεξία (Aksoydan & Camci, 2009; Karakus et al., 2017; Varga et al., 2014; Almeida et al., 2018; Strahler et al., 2018; Parra-Fernandez et al., 2018a; Roncero et al., 2017).

Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης Anova για τη κλίμακα ORTO-15 της Νευρικής Ορθορεξίας και των Ατομικών Χαρακτηριστικών: Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), Έτος σπουδών, Συχνότητα Άσκησης, χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και Ενδιαφέρον για Likes. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική

διαφορά ($p>0,05$), μεταξύ αυτών των Ατομικών Χαρακτηριστικών και της Νευρικής Ορθορεξίας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των πιο έγκυρων μελετών όπου ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ) δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη Νευρική Ορθορεξία (Oberle et al., 2017; Oberle & Lipschuetz, 2018; Aksoydan & Camci, 2009; Karakus et al., 2017; Sanlier et al., 2016; Barrada & Roncero, 2018; Herranz Valera et al., 2014; ParraFernandez et al., 2018a, 2018b; Turner & Lefevre, 2017; Dell'Osso et al., 2017; Donini et al., 2004; Reynolds, 2018; Grammatikopoulou et al., 2018; Varga et al., 2014). Σχετικά με το Έτος σπουδών των φοιτητών και τη σχέση του με τη Νευρική Ορθορεξία, δεν υπάρχουν προς το παρόν. Η ενασχόληση με την άσκηση δεν σχετίστηκε με τη Νευρική Ορθορεξία και σε έρευνες από τους (Dunn et al., 2017; Brytek-Matera et al., 2015a, 2015b; Bo et al., 2014; Strahler et al., 2018; Roncero et al., 2017). Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επίσης είναι σε συμφωνία με τη μελέτη των Turner and Lefevre (2017), στην οποία δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και της Νευρικής Ορθορεξίας. Μελέτες στις οποίες να έχει διερευνηθεί η σχέση του Ενδιαφέροντος για Likes και της Νευρικής Ορθορεξίας δεν υπάρχουν προς το παρόν.

6.4 Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SCL-90-R)

Από την περιγραφική ανάλυση της Κλίμακας SCL-90-R για την εκτίμηση των συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι υποκλίμακες Σωματοποίηση, Άγχος και Επιθετικότητα είχαν τις υψηλότερες τιμές στο δείγμα των φοιτητών του δείγματος. Από τους τρεις γενικούς δείκτες, την υψηλότερη τιμή είχε ο Δείκτης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός).

Η υποκλίμακα **Σωματοποίηση (Somatization)**, η οποία περιλαμβάνει 12 διαπιστώσεις και αντανακλά διαταραχή (distress) που ξεκινά από την αντίληψη σωματικής δυσλειτουργίας. Συμπεριλαμβάνονται παράπονα εστιασμένα στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο γαστρεντερικό σύστημα και σε άλλα συστήματα. Πόνοι στη ράχη και δυσανεξία στο μυϊκό σύστημα, πονοκέφαλοι και άλλα σωματικά ισοδύναμα του άγχους. Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive), η οποία περιλαμβάνει 10 διαπιστώσεις και εστιάζει σε σκέψεις, πράξεις και παρορμήσεις, που το άτομο βιώνει ως αδιάλειπτες και είναι αδύνατο να τις ελέγξει, αφού το άτομο αισθάνεται ότι προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες. Στην υποκλίμακα αυτή συμπεριλαμβάνονται και συμπεριφορές ενδεικτικές μιας γενικότερης γνωστικής δυσκολίας. Η υποκλίμακα **Φοβικό Άγχος (Phobic Anxiety)** περιλαμβάνει 7 διαπιστώσεις και διερευνά φοβίες που αφορούν τα ταξίδια μακριά από το σπίτι, τους ανοιχτούς χώρους, τους δημόσιους χώρους ή το συνωστισμό. Συμπεριλαμβάνονται επιπλέον αρκετά θέματα που αφορούν τη φοβική κοινωνική συμπεριφορά (Donias S., Karastergiou A., & Manos N., 1991)

Από την επαγωγική ανάλυση της Κλίμακας SCL-90-R σε συσχετισμό με τα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, προέκυψε πως: υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ Φύλου και Σωματοποίησης καθώς $p<0,05$ και συγκεκριμένα $p=0,007$, μεταξύ Φύλου και Φοβικού Άγχους καθώς $p=0,008$, αλλά και του Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) καθώς $p=0,024$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτήτριες συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο και στις τρεις

συσχετίσεις σε σχέση με τους φοιτητές. Μεταξύ του Φύλου και των υπόλοιπων υποκλιμάκων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς $p > 0,05$.

Στατιστική σημαντικότητα προκύπτει επίσης μεταξύ **Ηλικίας** και του **Φοβικού άγχους** καθώς $p = 0,023$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές ηλικίας από < 21 ετών (18-20 ετών) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τους φοιτητές ηλικίας από > 21 ετών (21-48 ετών). Μεταξύ της Ηλικίας και των υπόλοιπων υποκλιμάκων ($p > 0,5$), οπότε και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στατιστική σημαντικότητα προκύπτει μεταξύ της **Εργασίας παράλληλα με τις σπουδές** και της **Επιθετικότητας** με $p = 0,009$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές/τριες που εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους φοιτητές/τριες που δεν εργάζονται. Μεταξύ της Εργασίας παράλληλα με τις σπουδές και των υπόλοιπων υποκλιμάκων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$). Μεταξύ του Καπνίσματος και όλων των υποκλιμάκων της Ψυχικής Υγείας ($p < 0,05$), προέκυψε στατιστική σημαντικότητα, εκτός του Φοβικού Άγχους. Πιο συγκεκριμένα, **ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΑΣ), ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)**, έδειξαν ότι οι φοιτήτριες που καπνίζουν, συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους φοιτητές που δεν καπνίζουν.

Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης Anova για όλες τις υποκλίμακες της SCL-90-R και τα υπόλοιπα Ατομικά Χαρακτηριστικά, δηλαδή **το Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), το Έτος σπουδών, την Συχνότητα άσκησης, την Χρήση ΜΚΔ και το Ενδιαφέρον για Likes**. Στατιστική σημαντικότητα προέκυψε για **το Έτος Σπουδών** των φοιτητών και την **Επιθετικότητα** με $p = 0,006$, αλλά και με **το Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ)** με $p = 0,025$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που είναι στο πρώτο έτος σπουδών παρουσίασαν τη χαμηλότερη μέση τιμή στις υποκλίμακες SCL-90-R. **Οι φοιτητές του 2^{ου} έτους** παρουσίασαν την υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα **Επιθετικότητα**. Ίδια εικόνα παρουσιάζουν και οι μέσες τιμές στον **Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)**. Μεταξύ του ατομικού χαρακτηριστικού Έτος Σπουδών και των υπολοίπων υποκλιμάκων της κλίμακας SCL-90-R, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$). Επίσης **δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ) των φοιτητών και των υποκλιμάκων της του ερωτηματολογίου για τη Ψυχική Υγεία** ($p > 0,05$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και των υποκλιμάκων Σωματοποίηση και Άγχος. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που δεν γυμνάζονται καθόλου είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Σωματοποίησης ($p = 0,003$) σε σχέση με τους φοιτητές που γυμνάζονται καθημερινά και το ίδιο ισχύει και για την υποκλίμακα Άγχος ($p = 0,007$). Μεταξύ της μεταβλητής Συχνότητα Άσκησης και των υπόλοιπων υποκλιμάκων Ψυχικής Υγείας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$). Μεταξύ της Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και του Άγχους ($p = 0,050$) αλλά και του **Φοβικού Άγχους** ($p = 0,039$) προκύπτει **στατιστικά σημαντική διαφορά**. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) καθημερινά, πάνω από 5 ώρες, είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο Άγχους σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά λιγότερο από 2 ώρες. Η ίδια εικόνα παρατηρείται και στον παράγοντα Φοβικό Άγχος. Μεταξύ της Συχνότητας Χρήσης ΜΚΔ και των υπόλοιπων υποκλιμάκων Ψυχικής Υγείας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$). Στατιστικά σημαντική

διαφορά μεταξύ του Ενδιαφέροντος για τα Likes που επιδεικνύουν οι φοιτητές και των υποκλιμάκων Ψυχικής υγείας ($p>0,05$) δεν προέκυψε.

6.5 Κλίμακα Εκτίμησης Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS)

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος προσδιοριζόμενη με τον συντελεστή Cronbach's alpha, ήταν $\alpha=0,882$, (τιμή $>0,70$), γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία συνοχής των ερωτήσεων της κλίμακας. Η κλίμακα αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος είχε μέση τιμή 46,44 με $SD=8,95$. Εφόσον το μέγιστο σκορ που μπορεί να συγκεντρωθεί στη συγκεκριμένη κλίμακα είναι το 65, βλέπουμε ότι σε γενικές γραμμές οι υποψήφιοι είναι ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματος τους.

Από την επαγωγική ανάλυση της κλίμακα BAS, σε συσχέτισμό με τα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών της Νοσηλευτικής, όπως το Φύλο, η Ηλικία, η εργασία παράλληλα με τις σπουδές, και του καπνίσματος δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα.

Ο συσχετισμός της κλίμακας BAS με τα υπόλοιπα Ατομικά Χαρακτηριστικά του δείγματος των φοιτητών όπως είναι ο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η Συχνότητα Άσκησης και η Συχνότητας Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, αποκαλύπτει στατιστικά σημαντικότητα με $p=0,000$, $p=0,011$ και $p=0,033$, αντίστοιχα.

Πιο συγκεκριμένα, βλέπουμε ότι οι φοιτητές που ήταν ελλιποβαρείς ($\Delta.Μ.Σ<18,5$) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στην Θετική Εικόνα Σώματος (BAS), ενώ οι παχύσαρκοι φοιτητές ($\Delta.Μ.Σ>30$), συγκέντρωσαν χαμηλότερη μέση τιμή.

Σε ότι αφορά στη φυσική δραστηριότητα, οι φοιτητές που ασκούσαν καθημερινά, συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος (BAS), ενώ τη χαμηλότερη μέση τιμή συγκέντρωσαν οι φοιτητές που ασκούνται πιο σπάνια.

Οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης καθημερινά, λιγότερο από 1 ώρα συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στη Θετική Εικόνα Σώματος (BAS) σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά πάνω από 5 ώρες.

Για τα Ατομικά Χαρακτηριστικά: Έτη Σπουδών και Ενδιαφέρον για Like, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη Θετική Εικόνα Σώματος ($p>0,05$).

Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες αλλά και τις συνέπειες της Θετικής Εικόνας Σώματος υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη Θετική Εικόνα Σώματος πιθανότατα να είναι οι αντίθετοι από εκείνους που επηρεάζουν την αρνητική εικόνα σώματος (Striegel-Moore and Cachelin, 1999).

6.6 Σχέση Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15) και Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS)

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε τη σχέση της Νευρικής Ορθορεξίας με τη Θετική Εικόνα Σώματος των φοιτητών, διενεργήσαμε Pearson Correlation r μεταξύ της κλίμακας ORTO-15 (με cut-off score 35) και της

κλίμακας BAS για την αξιολόγηση της Θετικής Εικόνας Σώματος. Φαίνεται πως προκύπτει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Θετικής Εικόνας Σώματος καθώς $p=0,008$. ($<0,05$). Συνεπώς, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Θετικής Εικόνας Σώματος και της Νευρικής Ορθορεξίας, διαπίστωση που βρίσκεται σε συμφωνία με ορισμένες έρευνες αν και τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αφορά στη σχέση Νευρικής Ορθορεξίας και Εικόνας Σώματος είναι μεικτά (Barthels et al., 2017; Oberle & Lipschuetz, 2018).

6.7 Σχέση Νευρικής Ορθορεξίας (GREEK ORTO-15) και Ψυχικής Υγείας (SCL-90-R)

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας, διενεργήσαμε Pearson Correlation r μεταξύ των 12 υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου της SCL-90-R και της κλίμακας ORTO-15. Δεν προέκυψε καμία στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας ($p>0,05$), αν και υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που βρίσκεται σε διαφωνία με τη παραπάνω διαπίστωση. Σύμφωνα με έγκυρες μελέτες, όλοι όσοι παρουσιάζουν τάση για Ιδεοψυχαναγκαστικές σκέψεις και συμπεριφορές, όσοι ανέφεραν ότι παρουσίασαν στο παρελθόν, ιστορικό άλλων τύπων ψυχοπαθολογίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας (Segura-Garcia et al., 2015; Oberle et al., 2018; Asil & Surucuoglu, 2015; Roncero et al., 2017; Poyraz et al., 2015; Cicekoglu & Tuncay, 2018; Barrada & Roncero, 2018; Hayles et al., 2017; Bo et al., 2014; Bundros et al., 2016; Luck-Sikorski et al., 2018; Strahler et al., 2018; Cerea et al., 2018; Missbach et al., 2015; Strahler et al., 2018; Hyrnik et al., 2016; Barnes & Caltabiano, 2017; Brytek-Matera et al., 2015a; Gramaglia et al., 2017).

6.8 Συμπεράσματα

Το επίπεδο της Νευρικής Ορθορεξίας των φοιτητών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ήταν αρκετά υψηλό και ανερχόταν στο 38,3% με επιλογή cut-off score 35, καθώς αυτό το όριο συνήθως επιλέγεται από τις περισσότερες έρευνες που χρησιμοποιούν το ORTO-15. Πιθανότατα η επιλογή του cut-off score 30 να είναι καταλληλότερη για τον Ελληνικό πληθυσμό με τη χρήση της κλίμακας Greek-ORTO-15 (Fragiskos Gonidakis, C. Pouloroulou, I. Michopoulos, E. Varsou, 2021). Το ORTO-15 έχει αρκετούς περιορισμούς, με τον μεγαλύτερο από αυτούς να είναι το γεγονός πως δεν αξιολογεί τη κλινική βλάβη που προκαλεί η προσκόλληση στη υγιεινή διατροφή, όπως για παράδειγμα την υπερβολική απώλεια βάρους, τις κοινωνικές και επαγγελματικές επιπτώσεις, γεγονός που πιθανότατα εξηγεί γιατί τα ποσοστά επιπολασμού της Νευρικής Ορθορεξίας είναι τόσο υψηλά (Dunn et al. 2017). Επιπλέον το ερωτηματολόγιο ORTO-15, υπερεκτιμά τον επιπολασμό της Νευρικής Ορθορεξίας επειδή αναγνωρίζει εσφαλμένα τη δίαιτα ως επιβλαβή, χωρίς να συνυπολογίζει και τη συνοδή παθολογία Παρόλα αυτά, αρκετοί συγγραφείς αναγνώρισαν ότι το ORTO-15 αποτελεί επί του παρόντος, τη μόνη αποδεκτή μέθοδο αξιολόγησης των συμπτωμάτων της Νευρικής Ορθορεξίας.

- Ατομικά χαρακτηριστικά και η σχέση τους με τη Νευρική Ορθορεξία

Μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος: φύλο, ηλικία, εργασία

παράλληλα με τις σπουδές, κάπνισμα, Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), Έτος σπουδών, Συχνότητα Άσκησης, Συχνότητα Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και Ενδιαφέρον για Likes, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση.

- Ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος και η σχέση τους με τη Θετική Εικόνα Σώματος

Προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ΔΜΣ και της κλίμακας Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) καθώς $p=0,000$. Οι φοιτητές που ήταν ελλιποβαρείς ($\Delta.Μ.Σ < 18,5$) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη κλίμακα αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), ενώ οι παχύσαρκοι φοιτητές ($\Delta.Μ.Σ > 30$), συγκέντρωσαν χαμηλότερη μέση τιμή. Άρα μειωμένη Θετική Εικόνα Σώματος παρουσίασαν όσοι ήταν παχύσαρκοι, ενώ όσοι παρουσίασαν αυξημένη Θετική Εικόνα Σώματος ήταν ελλιποβαρείς.

Επίσης προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και της κλίμακας αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), καθώς $p=0,011$, με τους φοιτητές που ασκούσαν καθημερινά, συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη κλίμακα αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), ενώ τη χαμηλότερη μέση τιμή συγκέντρωσαν οι φοιτητές που ασκούνται πιο σπάνια.

Τέλος, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ και της Χρήσης Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) και της κλίμακας αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS), καθώς $p=0,033$. Οι φοιτητές που ασχολούνται με τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης καθημερινά αλλά σπάνια (λιγότερο από ώρα), συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στη κλίμακα Θετικής Εικόνας Σώματος (BAS) σε σχέση με τους φοιτητές που ασχολούνται καθημερινά πάνω από 5 ώρες. Πιθανότατα όσοι ξοδεύουν λιγότερο χρόνο στα Μέσα Κοινωνικής δικτύωσης, δεν έρχονται σε επαφή με μη ρεαλιστικά πρότυπα σώματος, οπότε και δεν επηρεάζεται η αντίληψή τους για την Εικόνα Σώματος. Διατηρούν έτσι μια αυξημένη Θετική Εικόνα Σώματος. Επομένως τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη Θετική Εικόνα Σώματος, βρέθηκε πως ήταν ο μειωμένος Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), η αυξημένη Συχνότητα της Άσκησης και η μειωμένη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ).

Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Θετικής Εικόνας Σώματος και των ατομικών δημογραφικών χαρακτηριστικών: ηλικία, φύλο, εργασία παράλληλα με σπουδές και κάπνισμα, καθώς $p > 0,05$.

-Ατομικά χαρακτηριστικά και η σχέση τους με τη Ψυχική Υγεία

Το Φύλο επηρεάζει τις υποκλίμακες **Σωματοποίηση** ($p=0,007$), **Φοβικό άγχος** ($p=0,008$), και το **Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων** ($p=0,024$). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτήτριες συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο και στις τρεις συσχετίσεις σε σχέση με τους φοιτητές.

Η Ηλικία επηρεάζει την υποκλίμακα της SCL-90-R, **Φοβικό άγχος**, καθώς $p=0,023$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές ηλικίας < 21 ετών (18-20 ετών) συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή Φοβικού Άγχους σε σχέση με τους φοιτητές ηλικίας > 21 ετών (21-48 ετών).

Η Εργασία παράλληλα με τις σπουδές βρέθηκε να επηρεάζει την υποκλίμακα της **Επιθετικότητας** ($p=0,009$). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές/τριες που εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους, συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο στην Επιθετικότητα σε σχέση με τους φοιτητές/τριες που δεν εργάζονται.

Το **Κάπνισμα** βρέθηκε να επηρεάζει όλες τις υποκλίμακες της SCL-90-R ($p < 0,05$), εκτός του Φοβικού Άγχους με $p=0,052$ ($p > 0,05$). Πιο συγκεκριμένα, ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), έδειξαν ότι οι φοιτητές που

καπνίζουν, συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους φοιτητές που δεν καπνίζουν.

Το Έτος σπουδών επηρεάζει δύο υποκλίμακες της SCL-90-R, την **Επιθετικότητα** με $p=0,006$ και το **Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων** με $p=0,025$. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές του πρώτου έτους σπουδών παρουσίασαν τη χαμηλότερη μέση τιμή στην Επιθετικότητα και στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, ενώ οι φοιτητές του τρίτου και τέταρτου έτους σπουδών παρουσίασαν την υψηλότερη μέση τιμή στις παραπάνω υποκλίμακες.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των φοιτητών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της Ψυχικής υγείας δεν προέκυψε, καθώς $p>0,05$.

Στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει μεταξύ της Συχνότητας Άσκησης και των υποκλιμάκων Σωματοποίηση ($p=0,003$) και Άγχους ($p=0,007$). Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές που δεν γυμνάζονται καθόλου είχαν τους μεγαλύτερους μέσους όρους Σωματοποίησης και Άγχους, σε σχέση με τους φοιτητές που γυμνάζονται καθημερινά.

Η αυξημένη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) επηρεάζει τις υποκλίμακες **Άγχος** με $p=0,050$ και **Φοβικό Άγχος** με $p=0,039$.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του Ενδιαφέροντος για τα Likes που επιδεικνύουν οι φοιτητές και των υποκλιμάκων της κλίμακας SCL-90-R για τη Ψυχική υγεία δεν προέκυψε, καθώς $p>0,05$.

Δεν προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Ψυχικής Υγείας στο δείγμα των φοιτητών γεγονός που υποστηρίζει πως η Νευρική Ορθορεξία ίσως να μην αποτελεί είδος ξεχωριστής ψυχικής διαταραχής. Το αποτέλεσμα αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η κλίμακα SCL-90-R αποτελεί ιδανικό εργαλείο για την εκτίμηση της αλλαγής στη συμπτωματολογία με τη πάροδο του χρόνου ή ως εργαλείο ελέγχου μετά την εφαρμογή θεραπείας. Η χρήση του συνιστάται με σκοπό την αξιολόγηση της γενικής ψυχολογικής καταπόνησης ατόμων ή πληθυσμών, παρά ως εργαλείο εκτίμησης της ειδικής ψυχοπαθολογίας (Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N., 1991).

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Θετικής Εικόνας Σώματος και της Νευρικής Ορθορεξίας εφόσον προκύπτει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Νευρικής Ορθορεξίας και της Θετικής Εικόνας Σώματος καθώς $p=0,008$ ($<0,05$). Κάτι τέτοιο σημαίνει πως τα άτομα με αυξημένο σκορ στη κλίμακα BAS και άρα πολύ θετική εικόνα για το σώμα τους, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ορθορεξίας.

Συμπερασματικά, κανένα από τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση της Νευρικής Ορθορεξίας. Τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη κλίμακα αξιολόγησης της Θετικής Εικόνας Σώματος, βρέθηκε πως ήταν ο μειωμένος Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ), η μειωμένη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ) και η αυξημένη Συχνότητα της Άσκησης. Όσον αφορά στα ατομικά χαρακτηριστικά και τη σχέση τους με τη κλίμακα αξιολόγησης της Ψυχικής Υγείας (SCL-90-R), βρέθηκαν οι εξής συσχετίσεις: Όσον αφορά στη Ψυχική υγεία, η υποκλίμακα Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R, βρέθηκε να επηρεάζεται από το Φύλο, το Κάπνισμα και το Έτος σπουδών. Η υποκλίμακα Σωματοποίηση της κλίμακας SCL-90-R, βρέθηκε να επηρεάζεται από το Φύλο, το Κάπνισμα και τη Συχνότητα της Άσκησης. Η υποκλίμακα Άγχος της κλίμακας SCL-90-R, βρέθηκε να επηρεάζεται από τη Συχνότητα Άσκησης και από τη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ). Η υποκλίμακα Φοβικό Άγχος φαίνεται ότι επηρεάζεται εκτός από τη Συχνότητα χρήσης των Μέσων

Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ), από το Φύλο, αλλά και από την Ηλικία. Επομένως, εκείνα τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη Ψυχική Υγεία είναι το Φύλο, το Κάπνισμα, η Συχνότητα Άσκησης και η Συχνότητα Χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, ενώ σε μικρότερο βαθμό η Ψυχική Υγεία φαίνεται επηρεάζεται από την Ηλικία και το Έτος σπουδών. Τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος που επηρεάζουν ταυτόχρονα τη Θετική Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία, είναι η Συχνότητα της Άσκησης και η Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ). Η μειωμένη Συχνότητα της Άσκησης και η αυξημένη Συχνότητα χρήσης των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Μ.Κ.Δ), επηρεάζουν αρνητικά τη Θετική Εικόνα Σώματος αλλά και τη Ψυχική Υγεία.

Βιβλιογραφία

Emma R. Douma, Martina Valente, Elena V. Syurina. Developmental pathway of orthorexia nervosa: Factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals, Epub 2020 Oct 15, doi: 10.1016/j.appet.2020.105008.

Syurina, E. V., Bood, Z. M., Ryman, F. V., & Muftugil-Yalcin, S. Cultural phenomena believed to be associated with orthorexia nervosa—opinion study in Dutch Health Professionals, eCollection 2018, doi: 10.3389/fpsyg.2018.01419.

Anna Cheshire, Michelle Berry, Alison Fixsen. What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation, Epub 2020 Jul 24, doi: 10.1016/j.appet.2020.104798.

Thomas M. Dunn, Steven Bratman. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria, Epub 2015 Dec 18, doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.

Sanjay Kalra, Nitin Kapoor, Jubbin Jacob, Orthorexia nervosa: Recent advances in Endocrinology, 2020 Jul;70(7):1282-1284, J Pak Med Assoc.

Frida V. M. Ryman, Tomris Cesuroglou, Zarah M. Blood and Elena V Syurina. Orthorexia Nervosa: Disorder or Not? Opinions of Dutch Health Professionals, eCollection 2019, doi: 10.3389/fpsyg.2019.00555.

Amy A. Ross Arguedas. “Can naughty be healthy?”: Healthism and its discontents in news coverage of orthorexia nervosa, Epub 2020 Jan 7, doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112784

Hellas Cena, Friederike Barthels, Massimo Cuzzolaro, Steven Bratman, Anna Brytek-Matera, Thomas Dunn, Marta Varga, Benjamin Missbach, Lorenzo M. Donini, Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature, Epub 2018 Nov 9, doi: 10.1007/s40519-018-0606-y.

Sarah E. McComb, Jennifer S. Mills. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors, Epub 2019 May 7, doi: 10.1016/j.appet.2019.05.005.

Jonathan R. Scarff, MD. Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating, Fed Pract 2017 Jun;34(6):36-39

Elina Mitrofanova, Elizabeth K. L. Pummell, Hilda M. Mulrooney and Andrea Petróczi. Using Behavioural Reasoning Theory to Explore Reasons for Dietary Restriction: A Qualitative Study of Orthorexic Behavioural Tendencies in the UK, 2021, eCollection 2021, doi: 10.3389/fpsyg.2021.685545

1) Nancy S Koven Alexandra W Abry. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives, 2015, eCollection 2015, doi: 10.2147/NDT.S61665.

Jana Strahler, Hanna Wachten and Anett Mueller-Alcazar. Obsessive healthy eating and orthorexic eating tendencies in sport and exercise contexts: A systematic review and meta-analysis, 2021, doi: 10.1556/2006.2021.00004

Barbara J. Lehman, Diana M. David, Jennifer A. Gruber. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system, 2017, DOI: 10.1111/spc3.12328, <https://doi.org/10.1111/spc3.12328>

Martina Valente, Elena V. Syurina, Lorenzo Maria Donini. Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search, *Eat Weight Disord.* 2019 ;24(4):671-682. doi: 10.1007/s40519-019-00735-3.

Fragiskos Gonidakis, C. Pouloupoulou, I. Michopoulos, E. Varsou. Validation of the Greek ORTO-15 questionnaire for the assessment of orthorexia nervosa and its relation to eating disorders symptomatology, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (2021), Epub 2021 Jan 21, doi: 10.1007/s40519-020-01080-6.

George Alexias, Constantinos Togas, & Robert Mellon. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE GREEK VERSION OF THE BODY APPRECIATION SCALE, *Hellenic Journal of Psychology*, Vol. 13 (2016), pp. 73-92

Laura Avalos, Tracy L. Tylka, Nichole Wood-Barcalow, The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation *Body Image.* 2005 Sep;2(3):285-97. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002.

Andrea Zagaria MA, Mariacarolina Vacca PhD, Silvia Cerolini PhD, Andrea Ballesio PhD, Caterina Lombardo PhD. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis, 2021, <https://doi.org/10.1002/eat.23654>

G. Vaccari, A. Cutino, F. Luisi, N. Giambalvo, S. Navab Daneshmand, M. Pinelli, G. Maina, G. M. Galeazzi, S. Kaleci, U. Albert, A. R. Atti, S. Ferrari. Is orthorexia nervosa a feature of obsessive–compulsive disorder? A multicentric, controlled study, *Epub* 2021 Feb 5, doi: 10.1007/s40519-021-01114-7.

Tanya Gilmartin, Caroline Gurvich, Gemma Sharp. The relationship between disordered eating behavior and the five factor model personality dimensions: A systematic review, 2022, DOI: 10.1002/jclp.23337

Phillipa Hay. Current approach to eating disorders: a clinical update, 2020, doi:10.1111/imj.14691

Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991), Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*, 2(1), 42–48.

Δαφέρμος, Β. (2011), *Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Joao Breda, Lea Samanta Nash Castro, Stephen Whiting, Julianne Williams, Jo Jewell, Kaia Engesveen, Kremlin Wickramasinghe. Towards better nutrition in Europe: Evaluating progress and defining future directions, *Food Policy* Volume 96, October 2020, 101887.

Anne Barnhill, Katherine F. King, Nancy Kass, Ruth Faden, The Value of Unhealthy Eating and the Ethics of Healthy Eating Policies, *Kennedy Institute of Ethics Journal* Johns Hopkins University Press Volume 24, Number 3, September 2014, pp. 187-217, 10.1353/ken.2014.0021

Margaret McCartney: Clean eating and the cult of healthism, *BMJ* 2016; 354 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4095> (Published 25 July 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;354: i4095

Shugart, H.A (2016), *Heavy: The obesity crisis in cultural context*. Oxford University Press.

World Health Organization. (2020, April 29). Healthy eating. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/derail/healthy-diet>.

- Google. (2018). Google trends. <http://trends.google.com/trends/explore?date=all&q=how%20to%20eat%20healthy>.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and weight disorders-studies on anorexia. Bulimia and Obesity*, 22(3), 381-385. <http://doi.org/10.1007/s40519-0417-6>
- Bratman, S. (1997), Health food junkies, *Yoga Journal*, 136,42-50.
- Grammatikopoulou, M.G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., and Mavridis, P., Dardavessis, T., Chonrdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food related stress among dietitian students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 259-467.
- McCartney, M. (2016). Margaret McCartney: Clean eating and the cult of healthism. *BMJ*, 354, i4095.
- Arusoglu G, Kabakci E, Koksall G, et al. Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Turckeye Uyarlama Calismasi [Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish]. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(3):283-291. Turkish.
- Fidan T, Ertekin V, Isikay S, et al. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2010;51(1):49-54.
- Kinzl JF, Hauer K, Trawegwer C, et al. Orthorexia nervosa in Dieticians. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):395-396.
- Bauer, S. M., Fustre, A., & Saldana, C. (2018). The Barcelona orthorexia scale (BOS): Development process using the Delphi method. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <http://doi.org/10.1007/s40519-018-0556-4>.
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., et al. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651-1660. <http://doi.org/10.2147/NDT.S108912>.
- Gleaves, D/ H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring 'orthorexia': Development of the eating habits questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2), 1-18. Retrieved from https://scholar.dickinson.edu/faculty_publications/427/.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03325060>.
- Ramacciotti, C., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e127-e130. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03325318>.
- Lindeman M, Keskiavaara P, Roschier M. Assessment of magical beliefs about food and health. *J Health Psychol*. 2000;5(2):195-209.
- Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad, or genuine disorder? Professionals 'opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord*. 2011;19(2):145-155.
- Stein, K. F., Corte, C., Chen, D. G., Nuliyalu, U., & Wing, J. (2013). A randomized clinical trial of an identity intervention programme for women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2). 130-142.
- Rebecca Reynolds. Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eat*

Weight Disord. 2018;23(4):453-458. doi: 10.1007/s40519-018-0535-9.

Tom Clifford , Charlotte Blyth. A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eat Weight Disord.* 2019;24(3):473-480. doi: 10.1007/s40519-018-0584-0.

Rui Lopes, Raquel Melo , Bernardo Dias Pereira. Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eat Weight Disord.* 2020;25(1):163-167. doi: 10.1007/s40519-018-0539-5.

Stine Marie Hafstad , Jonas Bauer , Anette Harris , Ståle Pallesen . The prevalence of orthorexia in exercising populations: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord.* 2023;11(1):15. doi: 10.1186/s40337-023-00739-6.

Abwwani, S., M., Gao, Z., & Austin, S.B. (2019). Is #cleaneating a healthy or harmful dietary strategy? Perceptions of clean eating and associations with disordered eating among young adults. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 17. <http://doi.org/10.1186/s40337-019-0246-2>.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bauer, S, M., Fuste, A., & Saldana, C. (2018). The barcelona orthorexia scale (BOS): Development process using Delphi method. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <http://doi.org/10.1007/s40519-018-0556-4>.

Haman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E.-C. (2016). The framing of orthorexia nervosa in Swedish daily newspapers: A longitudinal qualitative content analysis. *Scandinavian Sport Studies Forum*, 7, 27-46.

Pixie G. Turner, Carmen E. Lefevre. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* (2017) 22:227-284. DOI 10.1007/s40519-0364-2.

Edward B. Tylor, *Primitive culture*, 1958, Harper, New York, NY.

Bálint File , Zsolt Keczer, Anna Vancsó, Beáta Bóthe, István Tóth-Király, Márton Hunyadi, Adrienn Ujhelyi , István Ulbert , Júlia Góth, Gábor Orosz. Emergence of polarized opinions from free association networks. *Behav Res Methods.* 2019;51(1):280-294. doi: 10.3758/s13428-018-1090-z.

L Vuillier , S Robertson , M Greville-Harris. Orthorexic tendencies are linked with difficulties with emotion identification and regulation. *J Eat Disord.* 2020; 8:15. doi: 10.1186/s40337-020-00291-7. eCollection 2020.

Benjamin Missbach, Thomas M Dunn, Jürgen S König. We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies". *Appetite.* 2017; 108:521-524. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.010.

Sharlene Hesse-Biber, Patricia Leavy, Courtney E. Quinn, Julia Zoino. The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum* 29 (2006) 208 – 224.

Márta Varga, Szilvia Dukay-Szabó, Ferenc Túry, Eric F van Furth. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2013;18(2):103-111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y.

Asil, E., and Surucuoglu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dieticians. *Ecol. Food Nutr.* 54, 303-313. doi: 10.1080/03670244.2014.987920

- Dunn, T. M., Gibbs., Whitney, N., and Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1% data from a US sample. *Eat. Weight Disord.* 22, 185-192. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8
- Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S., and Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr. psychiatry* 51, 49-54. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001
- Kreipe, R. E., and Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 14, 421-431. doi: 10.1007/s11920-012-0293-8
- Segura-Garcia, C., Rammacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Bruni, A., et al. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat. Weight Disord.* 20, 161-166. doi: 10.1007/s40519-014-0171-y
- Alvarenga, M., Martins, M., Sato, K., Vargas, S., Philippi, S., & Scagliusi, F. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of Orto-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4),284-290. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309. <http://dx.doi.org/10.1037//1040-3590.7.3.309>.
- Cook, D.A., & Beckman, T.J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119(2), 166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036> (e167-166.e116).
- Cronbach, L., J., & Meehl, P. E (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281.
- De Souza, Q. J. O. V., & Rodriguez, A. M. (2014). Risk behavior for orthorexia nervosa in nutrition students. *Revista Chilena de Nutricion*, 63(3), 200-204. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000026>.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03325060>.
- Fugh-Berman, A. (2001). Health food: Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. *JAMA.*, 285(17), 2255-2256. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.17.2255-jbk0502-2-1>.
- Geisinger, K.F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.304>.
- Missbach, B. Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PloS One*, 10(8), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J.C (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *The American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1856-1864.
- Valera, J. H., Ruiz, P.A., Valdespino, B.R., & Visioli, F. (2014), Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-014-0131-6>.

Denny Borsboom. (2017), A network theory of mental disorders, *World Psychiatry*, <https://doi.org/10.1002/wps.20375>.

Lopes R, Melo R, Pereira BD (2018) Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eat Weight Disord*. <http://doi.org/10.1007/s40519-018-0539-5>

Barnett MJ, Dripps WR, Blomquist KK (2016) Organivore or Organorexic? Examining the relationship between alternative food network engagement, disordered eating, and special diets. *Appetite* 105:713-720. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.008>

Rudolph S (2018) The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eat Weight Disord* 23:581. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>

Almeida, C., Vieira Borba, V., & Santos, L., (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders*, 23, 443-451, <https://doi.org/10.1007/s40519-0517-y>.

Jana Strahler , Chadia Haddad, Pascale Salameh , Hala Sacre , Sahar Obeid, Souheil Hallit · Cross-cultural differences in orthorexic eating behaviors: Associations with personality traits. *Nutrition*. 2020; 77:110811. doi: 10.1016/j.nut.2020.110811

Clare Stockford , Biza Stenfert Kroese, Adam Beesley , Newman Leung: Women's recovery from anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Eat Disord*. 2019;27(4):343-368. doi: 10.1080/10640266.2018.1512301.

Bundros, J Clifford, D., Silliman, R., & Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Brantman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.144>.

Cerea, S Bottesi, G., Pacelli, Q.F., Paoli, A., & GHisi, M. (2018). Muscle dysmorphia and its associated psychological features in three groups of recreational athletes. *Scientific Reports*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27176-9>.

Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S., Hilzendegen, C., & Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item DOS. *Eating and Weight Disorders*, 22, 193-199. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0334-0>.

Dittfield, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzek, A., & Ziora, K. (2017). A study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Brantman Test for Orthorexia). *Psychiatria Polska*, 51, 1133-1144. <http://doi.org/10.12740/PP/75739>.

Erickson, I., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes towards appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 389-394. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x>.

Dobmeyer, A.C., & Stein, D.M. (2003). A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*, 4(2), 135-147. [https://doi.proxy.library.brocku.ca/10.1016/S1471-0153\(03\)00013-8](https://doi.proxy.library.brocku.ca/10.1016/S1471-0153(03)00013-8).

Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R., & Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: Two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviors in clinical and non clinical samples. *Biomed Central Psychiatry*, 17(75), 1-5 0, [1186/s12888-017-1241-2](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1241-2).

Hayles, O., Wu, M. S., De Nadai, A.S., & Storch, E. A. (2017). Orthorexia nervosa: An examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31, 124-135. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.2.124>.

Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A., & Rybakowski, J. K (2016). The

assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20, 199-230. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1197271>.

94) Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., et al. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 354-373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>.

Karakus, B., Hidiroglu, S., Keskin, N., & Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *Nothern Clinics of Instabul*, 4, 117-123. <http://doi.org/10.14744/nci.2017.20082>.

Livazovic, G., & Mudrinic, I. (2016). Dissatisfaction with physical appearance and behaviors associated with eating disorders in adolescents. *Criminology and Social Integration Journal*, 25, 90-109.

Luck-Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K., & Riedel-Heller, S. (2018). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0502-5> Advance on line publication.

Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders*. Advance online publication <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0508-z>.

Parra-Fernandez, M.-L., Rodriguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.-D., Perez-Haro, M. J., Oberle, C. D., Fernandez-Martinez, E., et al. (2018a). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behavior disorders. *BMC Psychiatry*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0>.

Polivy, J., & Hrmann, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.53.01.187>.

Poyraz, C. A., Tufekcioglu, E. Y., Ozdemir, A., Bas, A., Kani, A. S., Erginoz, E., et al. (2015). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Yeni Symposium*, 53, 22-26. <https://doi.org/10.5455/NYS.2015610232140265205490>.

Rudolph, S. (2017). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>.

Sunlier, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G., & Celik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlation with gender, education, and body mass index. *Ecology of Food and Nutrition*, 55, 226-278. <https://doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276>.

Tasca, G., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 710-717. <http://doi.org/10.1002/eat.22302>.

Thompson, D. H., & Warburton, D. M. (2007). Differences between smokers, ex-smokers, and non-smokers, and implications for their health. *Psychology and Health*, 7, 311-321. <https://doi.org/10.1080/08870449208403160>.

Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117, 1612-1617. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>.

Menzel, J. E., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2011). Attitudinal assessment of body image for adolescents and adults. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp.154-169). New York, NY: Guilford.

Schilder, P. (2013). The image and appearance of the human body. Oxford, UK: Kegan Paul.

Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence of dietary restraint and affect regulation mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 340-363.

Swami, V., & Chamorro-Premuzic, T. (2008). Factor structure of the Body Appreciation Scale among Malaysian women. *Body Image*, 5(4), 409-413.

Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.

Tylka, T.L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K (1996) Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.

Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). But I like my body: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106-116.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγια

A) ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προγράμματος “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Άννα Τσιανάκα, Διατροφολόγο Α.Τ.Ε.Ι.Θ. με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Ευάγγελο Φραδέλο, Επίκουρο Καθηγητή Κλινικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο τίτλος της μεταπτυχιακής εργασίας είναι: “ Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ Ορθορεξίας, της Εικόνας Σώματος και της Ψυχικής Υγείας φοιτητών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.”

Πρέπει να είστε 18 χρονών (ή μεγαλύτεροι) για να συμμετέχετε στην έρευνα.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης. Μπορείτε επίσης να αποφασίσετε να το συζητήσετε με την οικογένεια ή τους φίλους σας. Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.

ΣΚΟΠΟΣ της ΕΡΕΥΝΑΣ

Σας ζητάμε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα γιατί ο σκοπός της είναι ο εντοπισμός της σχέσης της Νευρικής Ορθορεξίας με την Εικόνα Σώματος και τη Ψυχική Υγεία σε δείγμα φοιτητών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της

συνέντευξης αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε να παραλειφθούν.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ο όρος Νευρική Ορθορεξία δημιουργήθηκε για να περιγράψει αλλαγές στις σκέψεις και στη συμπεριφορά ενός ατόμου σε σχέση με την υγιεινή διατροφή. Η Νευρική Ορθορεξία πιθανότατα εμφανίζει κοινά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά με τις Διατροφικές Διαταραχές και με την Ιδεοψυχαναστική Διαταραχή (OCD) (Kovent & Arby, 2015). Πρόκειται ουσιαστικά για μια εμμονή που μπορεί να εμφανίσει το άτομο σχετικά με τη κατανάλωση υγιούς και “καθαρής” τροφής (Kovent & Arby, 2015 ; Scarff, 2017). Αυτό δυνητικά μπορεί να μετατραπεί σε μια διαταραχή με επιπτώσεις, όπως οι διατροφικοί περιορισμοί, ο υποσιτισμός, οι συναισθηματικές μεταβολές, η κοινωνική απόσυρση και γενικά σε μία κακή ποιότητα ζωής (Scarff, 2017). Τη τελευταία δεκαετία οι περισσότερες Ευρωπαϊκές επιστημονικές μελέτες επικεντρώθηκαν κυρίως στην ανάδειξη των διαγνωστικών κριτηρίων, στη μέτρηση και στην επικράτηση της Ορθορεξίας, παραμελώντας την εξέταση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Ο προσδιορισμός αυτών των παραγόντων είναι σημαντικός για τη πρόληψη και τη παρέμβαση σε περιπτώσεις όπου η Ορθορεξία αγγίζει τα όρια της διαταραχής. Επιπλέον, τέτοιου είδους μελέτες μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό υψηλού κινδύνου πληθυσμιακών ομάδων για εμφάνιση Ορθορεξίας (MacComb & Mills, 2019).

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας ή όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σας αφορούν.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή.

Σε περίπτωση ηχογράφησης, θα ζητηθεί η συγκατάθεσή σας. Μπορείτε να αρνηθείτε να ηχογραφηθείτε. Ο ερευνητής θα μεταγράψει τις ηχογραφήσεις και μπορεί να σας προμηθεύσει με ένα αντίγραφο του απομαγνητοφωνημένου κειμένου κατόπιν αιτήσεώς σας. Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να επεξεργαστείτε την απομαγνητοφώνηση. Προτάσεις οι οποίες έχετε ζητήσει από τον ερευνητή να παραληφθούν δεν θα χρησιμοποιηθούν και θα σβηστούν από όλα τα αντίστοιχα αρχεία.

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. Σε περίπτωση που φωτογραφίες σας, βίντεο ή ακουστικές ηχογραφήσεις χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς, η ταυτότητά σας θα προστατεύεται ή θα συγκαλύπτεται.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακλύσουν περιστάσεις που το απαιτούν.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή .

Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή:

Άννα Τσιανάκα, Διατροφολόγος Α.Τ.Ε.Ι.Θ και μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προγράμματος “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας” του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, email: a.tsianaka@yahoo.gr, τηλέφωνο: 6945169949.

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία

B. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Συμπληρώστε με ένα X το τετραγωνάκι της επιλογής σας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση.

Μη ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

Δ1. Φύλο:

Άρρεν Θήλυ

Δ2. Ηλικία:

Δ3. Βάρος::

Δ4. Ύψος:

Δ5. Τμήμα σπουδών:

Δ6. Έτος σπουδών:

Δ7. Πόσα μαθήματα χρωστάτε:

1) 0 έως 2 2) 3 έως 6 3) 7 και πάνω

Δ8. Καταγωγή:

1) Χωριό 2) Κωμόπολη 3) Πόλη

Δ9. Οικογενειακή κατάσταση:

1) Μόνος/η 2) Σε σχέση 3) Παντρεμένος/η

Δ10. Διαμονή:

1) Μόνος/η 2) Με τους γονείς 3) Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφο, σύζυγο)

Δ11. Μορφωτικό επίπεδο γονέων: Πατέρας Μητέρα

1) Δημοτική εκπαίδευση

2) Γυμνάσιο/Λύκειο

3) Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι.

Δ12. Εργασιακή κατάσταση γονέων: Πατέρας Μητέρα

1) Πλήρης απασχόληση

2) Μερική απασχόληση

3) Άνεργος

Δ13. Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:

1) Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο

2) 10.000 – 25.000 το χρόνο

3) Πάνω από 25.000 το χρόνο

Δ14. Εργάζεστε ή έχετε εργαστεί παράλληλα με τις σπουδές σας;

1) Ναι 2) Όχι

Δ15. Καπνίζετε;:

1) Ναι 2) Όχι

Δ16i. Κάνετε χρήση κάποιας άλλης παράνομης ουσίας;

1) Ναι 2) Όχι

Δ16ii. Αν ναι, ποια είναι αυτή;

Δ17. Σωματική άθληση:

Δ17i α) Πόσο συχνά αθλείστε;

1. Καθημερινά 2. 2 έως 5 φορές την εβδομάδα

3. Λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα 4. Καθόλου

Δ17ii β) Πόση ώρα αφιερώνετε στην άσκηση κάθε φορά

Δ17iii γ) και τι είδους άσκηση είναι αυτή;

Δ18. Υγεία:

Δ18i Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;

1) Ναι 2) Όχι

Δ18ii Αν ναι, ποιο είναι αυτό;

Δ19. Σεξουαλικές προτιμήσεις:

1) Ετεροφυλόφιλος/η 2) Ομοφυλόφιλος/η 3) Αμφιφυλόφιλος 4) Αφυλόφιλος

Δ20. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter, Instagram κ.λπ.) τα χρησιμοποιείτε:

1) Καθημερινά περισσότερο από 5 ώρες

2) Καθημερινά από 2 έως 5 ώρες

3) Καθημερινά λιγότερο από 2 ώρες

4) Πιο σπάνια

Δ21. Πόσες selfies (πρόσωπο, σώμα) βγάζετε κατά μέσο όρο:

Δ21i 1) Την ημέρα

Δ21ii 2) Την εβδομάδα

Δ21iii 3) Το μήνα

Δ22. Πόσες από τις φωτογραφίες που αφορούν το δικό σας πρόσωπο ή/και σώμα, μοιράζεστε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης:

Δ22i 1) Την ημέρα

Δ22ii 2) Την εβδομάδα

Δ22iii 3) Το μήνα

Δ23. Σας ενδιαφέρει ο αριθμός των like στις φωτογραφίες “selfie” στα μέσα δικτύωσης;

α) Πάρα πολύ

β) Πολύ

γ) Αρκετά

δ) Ελάχιστα

ε) Καθόλου

Δ24. Αισθάνεστε ικανοποίηση όταν σας κάνουν like στις selfies σας;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Αδιάφορο

Δ25. Όταν δεν έχετε αρκετά like σε μία selfie, πώς νιώθετε;

- α) Αδιαφορία
- β) Λύπη
- γ) Θυμό
- δ) Απογοήτευση

Γ) SYMPTOM CHECKLIST – 90 – R

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μμερικές φορές οι άνθρωποι . Παρακαλείστε να διαβάζετε το κάθε ένα προσεκτικά . Ύστερα βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος που δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας . Πρέπει να βάλετε μόνο έναν αριθμό σε κύκλο σε κάθε γραμμή και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση .

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΡΙΚΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν απ' το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι Κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάστε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στο θώρακα;	0	1	2	3	4

13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεστε σε ανοικτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάστε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δε μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάστε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε Τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

28. Αισθάνεστε ότι εμποδίζετε να κάνετε αυτό που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεστε μμοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεστε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4

36. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι δε σας καταλαβαίνουν ή δε σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυκαρδία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4

41. Αισθάνεστε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύες;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεστε ότι σας παρακολουθούν ή μιμλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αύπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4

46. Δυσκολεύεστε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάστε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεστε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι Πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε ότι αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεστε μμούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε έναν κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4

56. Αισθάνεστε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεστε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι Θα πεθάνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν σας κοιτούν ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάστε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4

68. Έχετε ιδέες και σκέψεις που οι άλλοι δε συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ απελπισμένος όταν βρίσκεστε με άλλους;	0	1	2	3	4

70. Δεν αισθάνεστε άνετα μμέσα στο πλήθος (π.χ. στα καταστήματα);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με Τρόμο ή Πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεστε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεστε νευρικήτητα όταν μένετε μόνοι;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεστε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεστε σε κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δε μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεστε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι Κάτι κακό Θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4

81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάστε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ Κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι Θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι Θα Πρέπει να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι, έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεστε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δε λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Δ) Ερωτηματολόγιο Greek ORTO-15

Παράρτημα 2: Άδεια διενέργειας της έρευνας.

Δόθηκε άδεια διενέργειας της παραπάνω έρευνας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

