

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΝ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ με θέμα:**

**«Αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία στα παχύσαρκα άτομα που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Η συμβολή της ομαδικής θεραπείας πριν και μετά την επέμβαση».**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Μίγκος Ευάγγελος

**Μέλη τριμελούς:**

Λουμάκου Μαρία- Καθηγήτρια Ψυχολογία της Υγείας (Επιβλέπουσα)

Κλεφτάρας Γιώργος- Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας - Ψυχοπαθολογίας

Μπρουσκέλη Βασιλική-Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης στην Προσχολική Ηλικία

**Βόλος, Ιούνιος 2017**

## Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Ο Μίγκος Ευάγγελος γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία στα παχύσαρκα άτομα που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Η συμβολή της ομαδικής θεραπείας πριν και μετά την επέμβαση», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο Δηλών

***Μίγκος Ευάγγελος***

## Περίληψη

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διατροφικά προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών. Στόχος της ψυχολογίας της υγείας είναι, μεταξύ άλλων, η κατάλληλη θεωρητική και εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος, η διερευνητική ανάλυση και η ανάπτυξη και εφαρμογή στοχευμένων πρακτικών και προτάσεων ώστε το πρόβλημα να αντιμετωπισθεί ολόπλευρα και αποτελεσματικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν ζητήματα που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία των ατόμων με παχυσαρκία πριν και μετά την επέμβαση «γαστρικό μανίκι» (sleeve). Στην έρευνα συμμετείχαν πενήντα άτομα που υποβλήθηκαν στην επέμβαση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση ερωτηματολογίων (Self-Comparison Scale και State-Trait Anxiety Inventory). Μετά την εγχείρηση επιλέχθηκαν δέκα εκ των συμμετεχόντων ώστε να ελεγχθούν οι έννοιες της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας και να αποσαφηνισθεί η συμβολή της ομαδικής θεραπείας, με την χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με την χρήση SPSS και οι συνεντεύξεις μελετήθηκαν με την συμβατική μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούσαν την αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία των ατόμων με παχυσαρκία, την μεταβολή των συναισθημάτων τους και τον τρόπο διαχείρισης της αυτοεκτίμησης και αυτοσυνειδησίας μετά την επέμβαση. Διαπιστώθηκε καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων και διαφορές ως προς τον τρόπο που βιώνεται η παχυσαρκία σε σχέση με το φύλο. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποτελούν έναυσμα για περαιτέρω μελέτης των διαφορών των δύο φύλων σε σχέση με τη νοσογόνο παχυσαρκία και υποδεικνύουν την αναγκαιότητα εξειδικευμένων ατομικών και ομαδικών θεραπειών για τα άτομα που υποβάλλονται σε επέμβαση, προ και μετά του χειρουργείου.

## **Abstract**

Obesity is one of the most important nutritional problems of modern societies. The goal of health psychology is, among other things, the appropriate theoretical and conceptual approach to the subject, the exploratory analysis and the development and implementation of specific practices and proposals to address the problem fully and effectively. The purpose of this study was to investigate issues that affect the self-esteem and self-awareness of people with obesity before and after "gastric sleeve" surgery. The study involved fifty people who underwent surgery. The data were collected using questionnaires (Autocontrol Scale and Anxiety Stress State). After the intervention ten participants were selected to test the concepts of self-esteem and self-awareness and to clarify the contribution of group therapy using semi-structured interview. The questionnaire analysis was done using SPSS and the results were investigated using the conventional content analysis method. The results of the survey concerned the self-esteem and self-awareness of people with obesity, the change in their feelings, and how to manage self-esteem and self-consciousness after surgery. We have found better management of emotions and differences in how gender obesity occurs. The results of the survey are the study of gender differences in relation to obesity and indicate the need for specific individual and group therapies for people who undergo surgery before and after surgery.

## ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συχνότητα της παχυσαρκίας αυξάνεται συνεχώς στα κράτη του Δυτικού κόσμου και έχει φτάσει να είναι η δεύτερη αιτία θανάτου σήμερα, ενώ ως παχυσαρκία εννοούμε την αύξηση του βάρους πάνω από το φυσιολογικό που δημιουργεί συσσώρευση λίπους. Σε ορισμένες περιπτώσεις η παχυσαρκία μπορεί να θωρηθεί νοσογόνος ενώ τότε τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της δίαιτας, της άσκησης και της φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους παραμένουν σχετικά πτωχά, ενώ οι χειρουργικές επεμβάσεις, όπως το γαστρικό μανίκι αποτελούν πιο αποτελεσματικές προτάσεις για την αντιμετώπιση της.

Η αυτοσυνειδησία είναι μια ικανότητα που έχει το άτομο να παρατηρεί τον εαυτό του και τις ενέργειες του με σκοπό να μαθαίνει και να προγραμματίζει καλύτερα το μέλλον του, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες δυνατότητες του. (Μέη, 2016).

Η αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζεται ως η πολυδιάστατη εσωτερική άποψη που έχουμε για την αξία μας ως άτομα σε ποικίλους τομείς της ζωής μας. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση άλλοτε παρακινούνται με σκοπό την αλλαγή που τους προκαλεί αυτή την διάθεση και άλλοτε με απόσυρση. Αντίθετα, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση συχνά έρχονται αντιμέτωπα με δυσάρεστα συναισθήματα όπως φόβο, άγχος και μοναξιά ενώ φαίνονται να κρατούν αμυντική στάση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Επίσης υποτιμούν τις πραγματικές τους δυνατότητες ενώ εμφανίζουν την τάση να επικεντρώνονται στις αδυναμίες τους (Λεονταρή Α, 1998).

Η παχυσαρκία επηρεάζει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου. Συχνά τα παχύσαρκα άτομα ταλαιπωρούνται από σοβαρά προβλήματα υγείας όπως υπέρταση, διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, εκφυλιστικές αλλοιώσεις των αρθρώσεων, καρδιακή και πνευμονική δυσλειτουργία κ.α. Επιπλέον άτομα που ταλαιπωρούνται από την παχυσαρκία, έρχονται αντιμέτωπα και με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Υπάρχουν αρκετές αναφορές για σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης, χαμηλής αυτοεκτίμησης, εμφάνιση οριακής διαταραχής προσωπικότητας κ.α (Black et al., 1992; Powers et al., 1999). Τέλος το στίγμα της παχυσαρκίας επηρεάζει το άτομο σε όλους του τομείς της ζωής του. Επιπλέον, τα άτομα που ήταν παχύσαρκα κατά την παιδική ηλικία είναι πιο πιθανό να έχουν κακή εικόνα του σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Stunkard & Burt, 1967), χαρακτηριστικά που συνήθως παραμένουν και στην ενήλικη ζωή (Gortmaker et al., 1993). Όλα τα παραπάνω φαίνεται να επηρεάζουν την όλη εξέλιξη της παχυσαρκίας (Christou, 2004).

Οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι οι δίαιτες, η μείωση δηλαδή της πρόσληψης τροφής, η σωματική άσκηση με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η χρήση φαρμάκων λαμβάνοντας διουρητικά ή και ανορεξιογόνα και οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις όπως γαστροπλαστικές, (π.χ γαστρικό μανίκι), λιποαναρρόφηση κ.α καθώς και διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως η συμπεριφοριστική μέθοδος που επικεντρώνεται στην αλλαγή συνηθειών του ατόμου με παχυσαρκία.

Η παρούσα μελέτη διερευνά τις έννοιες της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας ατόμων με παχυσαρκία, τις μεταβολές των εννοιών αυτών πριν και μετά την επέμβαση «γαστρικό μανίκι» (sleeve) και τις διαφορές τους ανάμεσα στα δύο φύλα. Μελετά τα κίνητρα που οδήγησαν στη λήψη της απόφασης για την συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση, τις σκέψεις, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες που έχουν για το συγκεκριμένο χειρουργείο.

Κατά την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογική τριγωνοποίηση καθώς αξιοποιήθηκε ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων. Όσο αφορά την ποσοτική προσέγγιση χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Self-Comparison Scale πληροφορίες και State-Trait Anxiety Inventory, ενώ για την ποιοτική έγινε χρήση ημιδομημένης συνέντευξης. Το δείγμα της μελέτης ως προς την ποσοτική προσέγγιση αποτελούνταν από 50 άτομα (21 άνδρες και 29 γυναίκες) και μετά επιλέχτηκαν 10 άτομα για να λάβουν μέρος στις συνεντεύξεις. Το δείγμα προήλθε από το Νοσοκομείο του Βόλου καθώς στη συγκεκριμένη κλινική εφαρμόζεται η χειρουργική επέμβαση γαστρικό μανίκι.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία. Όσο αναφορά τα δύο φύλα διαπιστώθηκε πως η αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία σχετίζεται με το φύλο καθώς φάνηκε πως το γυναικείο φύλο παρουσίασε χαμηλούς δείκτες σε σχέση με τους δύο όρους, ενώ το αντρικό φύλο είχε φυσιολογική διακύμανση. Το δείγμα παρουσίασε συγκεκριμένα κίνητρα που το οδήγησε στην πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης. Μερικά από αυτά ήταν τα προβλήματα υγείας, τα συναισθηματικά ζητήματα και η έλλειψη αυτοεκτίμησης. Παρόλα αυτά η έρευνα έδειξε πως το βασικό κίνητρο αφορούσε την ανάγκη ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, καθώς και την βελτίωση της εικόνας τους προς το κοινωνικό σύνολο. Το κύριο συναίσθημα των συμμετεχόντων ήταν η ανυπομονησία για τα αποτελέσματα της επέμβασης. Στη συνέχεια φάνηκε πως η ανυπομονησία συνδέεται με την λανθασμένη αντίληψη που διαπιστώθηκε ότι είχαν σε σχέση με τον χρόνο και την διαδικασία της ανάρρωσης μετά από την συγκεκριμένη επέμβαση. Συναισθήματα απογοήτευσης και θλίψης ήταν επίσης υπαρκτά εκείνη την περίοδο.

Επιπλέον το υποστηρικτικό περιβάλλον φάνηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία των συμμετεχόντων και να είναι βοηθητικό, ενώ ιδιαίτερα χρήσιμη ήταν και η σχέση ιατρού ασθενή στην όλη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος φάνηκε η σημαντικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας καθώς δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να συζητούνται τυχόν απορίες και φόβοι, ενώ δίνεται η δυνατότητα στα άτομα να έρθουν σε επαφή με την πραγματικότητα, να ενημερωθούν και να ανταλλάξουν δικά τους βιώματα μέσα από την εμπειρία των άλλων μελών της ομάδας.

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετό ενδιαφέρον καθώς δίνει απαντήσεις σχετιζόμενες με την εμπειρία ατόμων με παχυσαρκία σε σχέση με το συγκεκριμένο χειρουργείο, αναλύει και συνδέει έννοιες τις αυτοσυνειδησίας και αυτοεκτίμησης με την παχυσαρκία και τονίζει την συμβολή της ψυχοθεραπείας σε διαδικασίες αλλαγής που σχετίζονται με τη διατροφή. Έτσι λοιπόν αναδύονται φαινόμενα όπως η παχυσαρκία και η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της, η ψυχολογική διάθεση του ατόμου με παχυσαρκία, η κοινωνική του ένταξη και συμμετοχή, ο ρόλος του περιβάλλοντος, το ιατρικό προσωπικό και πολλοί άλλοι παράγοντες στη διαμόρφωση των παραπάνω εννοιών. Οι θεραπευτές και οι διαιτολόγοι μπορούν να αξιοποιήσουν την συγκεκριμένη έρευνα ώστε να δίνεται περισσότερη προσοχή στα συναισθήματα των ατόμων με παχυσαρκία και στη διαμόρφωση μιας θετικής εικόνας σώματος, που θα αποφέρει πιο υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και συνεπώς καλύτερα αποτελέσματα.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα από όλους θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Λουμάκου Μαρία για την καθοριστική και πολύτιμη βοήθεια της, για τον χρόνο και για την επιστημονική καθοδήγηση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης.

Ακολούθως ευχαριστώ την σύντροφο της ζωής μου Ανδρέου Ελπίδα, η οποία μου παρείχε την ανιδιοτελή και ανυπολόγιστη υποστήριξη και συμπαράσταση της κατά την διάρκεια δύσκολων στιγμών, καθώς και τους γονείς μου για την οικονομική και ηθική στήριξη τους.

Οφείλω ευχαριστίες στην κ. Κουκουβίνη και στην κ. Πάντζιου για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη που μου παρείχαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω το Νοσοκομείο Βόλου για την φιλοξενία και την εμπιστοσύνη καθώς συνέβαλε καθοριστικά στην πραγματοποίηση της έρευνας.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1.	Εισαγωγή	1
2.	Θεωρητικό Μέρος	4
2.1	Αιτίες Παχυσαρκίας	5
2.2	Οι Επιπτώσεις της Παχυσαρκίας	7
2.2.1	Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην φυσική κατάσταση και υγεία	7
2.2.1.1	Εκφυλιστική Οστεοαρθρίτιδα	7
2.2.1.2	Μεταβολικές Διαταραχές	8
2.2.1.3	Διαβήτης	8
2.2.1.4	Υπέρταση	9
2.2.1.5	Καρδιαγγειακή Δυσλειτουργία	10
2.2.1.6	Πνευμονική Δυσλειτουργία	10
2.2.1.7	Διαταραχές Γονιμότητας	11
2.2.1.8	Καρκίνος	11
2.2.2	Οι Ψυχοσυναισθηματικές και Κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας	12
2.2.2.1	Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας	12
2.2.2.1.1	Αυτοσυνειδησία σε σχέση με την παχυσαρκία	13
2.2.2.1.2	Εικόνα του σώματος σε σχέση με την παχυσαρκία	14
2.2.2.1.3	Αυτοεκτίμηση και Αυτοαντίληψη σε σχέση με την παχυσαρκία	15
2.2.2.2	Κοινωνικά στερεότυπα και κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας	16
2.3	ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ – Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ «SLEEVE»	18
2.4	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	20
2.4.1	Ο Ρόλος της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας στην παχυσαρκία	20
2.4.2	Ομαδική Θεραπεία και παχυσαρκία	24

3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
3.1 Δείγμα	27
3.2 Εργαλεία	28
3.3 Διαδικασία	29
3.4 Ανάλυση δεδομένων	30
4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
4.1 Ποσοτικά αποτελέσματα	30
4.2 Η λήψη της απόφασης για χειρουργική επέμβαση – προσδοκίες (ποιοτικά αποτελέσματα)	32
4.3 Απόφαση για το χειρουργείο	32
4.3.1 Μείωση σωματικού βάρους με την επέμβαση (sleeve). Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	33
4.3.2 Κίνητρα για την απώλεια βάρους	33
4.3.2.1 Εσωτερικά κίνητρα	34
4.3.2.2 Εξωτερικά κίνητρα	34
4.3.3 Συναισθήματα και γνωστικές διεργασίες που οδήγησαν στην απόφαση να γίνει το χειρουργείο	35
4.3.4 Ο ρόλος της ομάδας και του ιατρικού προσωπικού στην λήψη της απόφασης	35
4.3.5 Ο ρόλος του συζύγου	36
4.4 Οι αλλαγές στη ζωή των παχύσαρκων ατόμων μετά το χειρουργείο	37
4.4.1 Αλλαγές σε ατομικό επίπεδο	37
4.4.2 Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες	38
4.4.3 Αλλαγές σε εργασιακό επίπεδο	38
4.4.4 Αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον	39
4.4.5 Αλλαγές στην συντροφική σχέση	40
5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	41
6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ	44
Βιβλιογραφία	45

Πίνακες	64
Παράρτημα Ι	66
Παράρτημα ΙΙ	69

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διατροφικά προβλήματα για τις σύγχρονες κοινωνίες. Έχει δυσάρεστες επιπτώσεις τόσο στο σώμα, όσο και στον ψυχο-κοινωνικό τομέα καθώς και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με παχυσαρκία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ακόμη και στις υποανάπτυκτες πλέον χώρες εμφανίζεται αύξηση της παχυσαρκίας. (Παπαβραμίδης, 2002). Η παχυσαρκία θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό σε βαθμό τέτοιο που να επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου. Φυσιολογικά το λίπος στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα, αν και στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχει τάση τα όρια να είναι λίγο υψηλότερα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει και το 40% ενώ, σε σπάνιες περιπτώσεις, και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία). Το όριο πάνω από το οποίο η συσσώρευση λίπους χαρακτηρίζεται παχυσαρκία είναι >25% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες (Ζαμπάκος Γ, 1989).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι, βάσει επιδημιολογικών ερευνών, πολυάριθμοι όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, κοινωνικοί παράγοντες, βιολογικοί παράγοντες, παράγοντες συμπεριφοράς κτλ. Επομένως, και η αντιμετώπιση της πλέον απαιτεί μια ομάδα διαφόρων ειδικών π.χ γιατρού, ψυχολόγου, διαιτολόγου, γυμναστή κ.α. (Παπαβραμίδης, 2002).

Παράλληλα, η έννοια του εαυτού για τα άτομα με παχυσαρκία μπορεί να τοποθετηθεί στο πλαίσιο μελέτης των στάσεων. Η στάση περιέχει τρία συστατικά στοιχεία: το γνωστικό, το συναισθηματικό και το συμπεριφορικό. Έτσι ως στάση σε σχέση με τον εαυτό, η έννοια του εαυτού θα περιλαμβάνει αντίστοιχα: 1) μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (αυτοαντίληψη), 2) μια συναισθηματική ένταση για την πεποίθηση αυτή (αυτοεκτίμηση) και 3) πιθανόν μια αντίδραση προερχόμενη από τις άλλες δύο πτυχές. Όταν ένα άτομο θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, αισθάνεται απογοητευμένος με την σωματική του εμφάνιση και πιθανόν παρακινείται να κάνει δίαιτα ή αποσύρεται από την κοινωνική ζωή για να αποφύγει τα αρνητικά σχόλια για την παχυσαρκία του (Guyton, 2001).

Η παρούσα μελέτη, διερευνά την διάσταση της αυτοεκτίμησης καθώς εκτιμάται πως επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τα συναισθήματα μας. Ο McDougall (1932) στη θεωρία του περί συναισθημάτων, αναφέρει για την αυτοεκτίμηση (ο τρόπος που αισθανόμαστε σε σχέση με τον εαυτό μας), ότι είναι το κυρίαρχο συναίσθημα, το συναίσθημα στο οποίο όλα τα υπόλοιπα υποτάσσονται.

Καθοριστικός παράγοντας της σκέψης μας και της συμπεριφοράς μας, καθώς και μια βασική ορμή της ανθρώπινης πάλης είναι το κίνητρο του να προστατεύσουμε και να ενισχύσουμε την αυτοεκτίμησή μας. Η υψηλή αυτοεκτίμηση είναι, έμφυτα, ευχάριστη, ικανοποιητική και θεμέλιο υγιούς προσωπικότητας, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι το αντίθετο. Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν καλή προσαρμογή, είναι περισσότερο ειλικρινή με τον εαυτό τους, χρησιμοποιούν σπανιότερα μηχανισμούς άμυνας, αποδέχονται τον εαυτό τους καθώς και τις αδυναμίες του, έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και υψηλά κίνητρα. (Λεονταρή, 1998).

Αντίθετα, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση υποφέρουν από άγχος, υιοθετούν μια στάση άμυνας απέναντι στους άλλους, νιώθουν μοναξιά και υποτιμούν τις πραγματικές τους δυνατότητες. Επικεντρώνονται στις αδυναμίες τους, δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και, συνεπώς, αποφεύγουν τον ανταγωνισμό και φοβούνται την αποτυχία (Λεονταρή Α, 1998).

Σε έρευνες αναφέρεται, ότι η δυτική κοινωνία δίνει έμφαση στο λεπτό σώμα, κατακρίνει το υπερβολικό βάρος και στιγματίζει τους παχύσαρκους. Βέβαια, δεν είναι όλα τα άτομα το ίδιο ευπρόσβλητα και ούτε έχουν όλα πρόβλημα κακής εικόνας σώματος. Αναμφισβήτητα όμως, η παχυσαρκία συνδέεται με σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις. (Epel και λοιποί, 2000,. Puhl και Browell, 2001).

Επίσης, ο ψυχολογικός αντίκτυπος της παχυσαρκίας μπορεί να σκιαγραφηθεί με φυσιολογικές και κοινωνικοψυχολογικές διαδικασίες. Για παράδειγμα, η κακή διατροφή ή το υπερβολικό βάρος μπορούν να επηρεάσουν την διάθεση μέσω αλλαγών που προκαλούν στους νευρομεταβιβαστές, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την εικόνα του σώματος. Το στρες μπορεί να εμποδίσει ή και να αυξήσει την όρεξη για φαγητό (Epel και λοιποί, 2000).

Οι κοινωνικοί παράγοντες γίνονται εύκολα αντιληπτοί. Τα αρνητικά μηνύματα του να είσαι υπέρβαρος είναι αμέτρητα. Αυτό αντανακλά μια ισχυρή προκατάληψη κατά του πάχους που είναι ολοφάνερη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στις καθημερινές συζητήσεις. Η προκατάληψη αυτή γεννά ένα στίγμα και μια μεροληψία. (Browell, 2003). Σε έρευνα (Greenberg και λοιποί, 2003) σχετικά με υπέρβαρους και μη χαρακτήρες τηλεοπτικών προγραμμάτων διαπίστώθηκε ότι τα υπέρβαρα άτομα παρουσιάζονται πιο συχνά ως πλακατζήδες, λιγότερο συχνά συμμετέχουν ως αρχηγοί ή σε ρομαντικές σκηνές, ενώ πολλές φορές τρώνε ανεξέλεγκτα. Ακόμα και σε επαγγέλματα υγείας που ασχολούνται με παχύσαρκα άτομα ενυπάρχει αυτή η υπονοούμενη προκατάληψη.

Άλλες μελέτες (Friedman και Browell, 2002) σε μη κλινικά δείγματα, δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν έχουν περισσότερα σοβαρά πνευματικής υγείας συμπτώματα ή

χαρακτηριστικά δυσπροσαρμοστικής προσωπικότητας από τους μη παχύσαρκους. Η μόνη σημαντική και συνεπής διαφορά μεταξύ των δύο στις ψυχολογικές μετρήσεις είναι η εικόνα σώματος. Τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζονται πιο επιρρεπή στη διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματός τους, πιο απογοητευμένα από την εικόνα του σώματός τους, με περισσότερη ανησυχία για την εξωτερική τους εμφάνιση και με πιο πολλές τάσεις αποφυγής των κοινωνικών συναναστροφών. Τα συμπεράσματα είναι τριών ειδών: τα παχύσαρκα άτομα άλλοτε υπερεκτιμούν, άλλοτε υποτιμούν και άλλοτε είναι ακριβείς στην εκτίμηση του σωματικού τους μεγέθους.

Ωστόσο το πιο σημαντικό ίσως ζήτημα δεν είναι αν τα παχύσαρκα άτομα κάνουν ή όχι ακριβείς εκτιμήσεις των σωματικών τους διαστάσεων, αλλά τι σημαίνει αυτό για εκείνους και πώς επηρεάζει τη ζωή τους. Μια υπόθεση που γεννάται από διάφορες έρευνες είναι ότι η υποτίμηση του μεγέθους του σώματος από τα παχύσαρκα άτομα συνδέεται με αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, θετική αυτοεικόνα και αισιοδοξία (Gardner και λοιποί, 1989). Από την άλλη πλευρά η αυτοσυνειδησία σχετίζεται με πολλούς παράγοντες όπως το κοινωνικό άγχος και το στρές. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αυτοσυνειδησία έχει τρεις υποκλίμακες: την ιδιωτική αυτοσυνειδησία, τη δημόσια αυτοσυνειδησία και το κοινωνικό άγχος. Στην ιδιωτική αυτοσυνειδησία το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε εσωτερικά, ενδόμυχα στοιχεία του εαυτού του, όπως είναι οι σκέψεις και τα συναισθήματα. Στη δημόσια αυτοσυνειδησία το άτομο εστιάζει την προσοχή του στην δημόσια και στην εμφανή όψη του εαυτού του, όπως στην εξωτερική εμφάνιση και στην εντύπωση που δημιουργεί στους άλλους, και τέλος το κοινωνικό άγχος αναφέρεται στην τάση του ατόμου να ανησυχεί για τον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται από τους άλλους (Παναγιώτου και Κόκκινος, 2006). Η έννοια της αυτοσυνειδησίας δεν έχει μελετηθεί σε παχύσαρκα άτομα. Στην παρούσα έρευνα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί η έννοιά της και να συγκριθεί με την έννοια της αυτοεκτίμησης. Επίσης μελετά τον τρόπο που οι παραπάνω έννοιες επηρεάζουν τα παχύσαρκα άτομα στην λήψη της απόφασης για χειρουργική επέμβαση (γαστρικό μανίκι η αλλιώς sleeve).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άτομα που είχαν προγραμματισμένη ημερομηνία για την συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση. Στον Ελλαδικό χώρο, με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαπιστώθηκε πως δεν υφίστανται ερευνητικά δεδομένα για την συγκεκριμένη επέμβαση (γαστρικό μανίκι) σε σχέση με τις παραπάνω έννοιες. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της αυτοσυνειδησίας και της αυτοεκτίμησης στα παχύσαρκα άτομα πριν και μετά την επέμβαση γαστρικό μανίκι και η σύνδεση των δυο εννοιών με την ομαδική θεραπεία (group therapy).

## 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια νόσος που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, χαμηλό ποιοτικό επίπεδο ζωής και πρόωρη θνησιμότητα. Ορίζεται ως μια κατάσταση ανώμαλης ή υπερβολικής συσσώρευσης λίπους στο λιπώδη ιστό, σε βαθμό που να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του ατόμου. Ωστόσο, τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν διαφορές, όχι μόνο στην ποσότητα του επιπλέον λίπους που συσσωρεύουν, αλλά και στην κατανομή του λίπους αυτού. Εκτός αυτού, και άλλοι παράγοντες όπως η πρόσληψη βάρους μετά την ενηλικίωση, η φυσική κατάσταση (fitness) του ατόμου αλλά και η εθνότητα, επηρεάζουν το βαθμό νοσηρότητας της παχυσαρκίας και τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Ως εκ τούτου, έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφοροι τρόποι ταξινόμησης και εκτίμησης του κινδύνου της παχυσαρκίας (Παπαστάμου, 2001).

Η παχυσαρκία τα τελευταία χρόνια έχει πάρει διαστάσεις πανδημίας. Τελευταίες έρευνες εκτιμούν τον αριθμό των υπέρβαρων και παχύσαρκων σε 1.7 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Η παχυσαρκία αυξάνεται πλέον και στις αναπτυσσόμενες χώρες, και πολλές φορές συνυπάρχει και με τον υποσιτισμό, ενώ παρατηρείται κυρίως στα ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Στην έρευνα των Cash και Hicks, (1990) εμφανίστηκαν περισσότερες παχύσαρκες γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ στην μελέτη του Baughman και λοιποί, (2003) φαίνεται πως οι άνδρες υπέρβαροι υπερτερούν των γυναικών.

Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με το NCHS, το 74% του πληθυσμού ηλικίας 20-74 ετών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούσαν οι μεγάλες ηλικίες καθώς και οι γυναίκες χαμηλού κοινωνικού επιπέδου. Τα τελευταία 30 χρόνια παρατηρήθηκε υπερδιπλασιασμός του αριθμού των παχύσαρκων ατόμων από 15% σε 35% και των πασχόντων από νοσογόνο παχυσαρκία από 3.0% σε 6.2%, όμως δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλλαγή μεταξύ των περιόδων 2003-2004 και 2005-2006. Επίσης, ο αριθμός των υπέρβαρων έχει παραμείνει σχετικά σταθερός από το 1980. Ανάλογη αύξηση έχει παρατηρηθεί και στην επίπτωση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία, όπου υπολογίζεται ότι το 10-15% των παιδιών και εφήβων (ηλικίας 6-17 ετών) είναι υπέρβαρα. Επίσης, παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία των ενηλίκων, όπως ο διαβήτης τύπου II, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, το σύνδρομο ύπνου-άπνοιας και η λιπώδης διήθηση του ήπατος, τώρα εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα και στα παιδιά (NCHS, 2006).

Ο βασικός μηχανισμός της παχυσαρκίας είναι η διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης θερμίδων. Υπολογίζεται ότι πρόσληψη επιπλέον 10 kcal/ημέρα οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους κατά 1 kg/έτος (Rosenbaum, 1997). Σε αυτή τη φαινομενικά απλή εξίσωση

έχει πλέον αποδειχθεί ότι ενέχονται διάφοροι παράγοντες, η γενετική προδιάθεση αποκτά πλέον κυρίαρχο ρόλο, ενώ ολοένα ανακαλύπτονται καινούργιοι τρόποι για τη ρύθμιση του σωματικού βάρους, της όρεξης και του μεταβολισμού.

Οι υπόλοιποι παράγοντες (περιβαλλοντικοί, κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί, μόρφωσης και συμπεριφοράς) κατατάσσονται πλέον υπό τον όρο ‘αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος’ (geneenvironment interaction), (Chung, 2008., Crocker, 2009). Έτσι η κληρονομικότητα (που έχει αποδειχθεί με μελέτες σε μονο και διζυγωτικούς διδύμους) δε θεωρείται πλέον μια προκαθορισμένη οντότητα, και το ποσοστό του φαινότυπου που κληρονομείται μπορεί να εξηγηθεί με την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων πάνω στο γενετικό υπόβαθρο του ατόμου. Πράγματι, ενώ το 60-80% των περιπτώσεων μεταβολής του σωματικού βάρους στο γενικό πληθυσμό μπορεί να αποδοθεί σε γενετικά αίτια, τα τελευταία 40 χρόνια η επίπτωση της παχυσαρκίας στα νεαρά άτομα έχει τριπλασιαστεί, παρά την απουσία μεταβολής στο γενετικό υπόβαθρο (Wardle, 2008).

## 2.1 ΑΙΤΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τα αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας διακρίνονται σε ενδογενή και εξωγενή. Στα ενδογενή αίτια εμπεριέχονται οι γενετικοί παράγοντες, τα υποθαλαμικά αίτια και τα ενδοκρινικά αίτια. Στα εξωγενή αίτια εμπεριέχονται οι δίαιτες, η σωματική δραστηριότητα και η λήψη ορισμένων φαρμάκων. Επιπλέον υπάρχουν και άλλα αίτια όπως η διακοπή του καπνίσματος, η ηλικία (Wright & Aronne, 2012., Κουρκούτα και συνεργάτες, 1997), αλλά και ψυχολογικοί παράγοντες. Η παχυσαρκία θεωρείται από πολλούς ότι είναι μια γενετικά καθοριζόμενη χρόνια νόσος, η κλινική εικόνα της εμφανίζεται με ένα ευρύ φάσμα από ήπια σε σοβαρή ενώ προκύπτει από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και γενετικών παραγόντων (Manuscript & Surgery 2010).

Πάνω από το 25-40% των παραγόντων που ευθύνονται για την παχυσαρκία προκύπτουν από ενδογενή αίτια. Έχει διαπιστωθεί πως η κληρονομικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της (Manuscript & Surgery 2010). Τα γονίδια σχετίζονται άμεσα με την παχυσαρκία είτε γιατί ορισμένα επηρεάζουν τμήματα του εγκεφάλου και ελέγχουν την αίσθηση κορεσμού, είτε γιατί μπορούν να καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα επεξεργάζεται την ενέργεια. Σε κάποιες περιπτώσεις η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται στη μετάλλαξη γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες οι οποίες ευθύνονται για την ρύθμιση της όρεξης. Μια από αυτές τις πρωτεΐνες είναι η λεπτίνη, η έλλειψη της οποίας ήταν η πρώτη αιτία μονογονιδιακής παχυσαρκίας. Η παραγωγή της λεπτίνης βρίσκεται στο λευκό λιπώδη ιστό και δρα στον υποθάλαμο, δηλαδή σε ένα τμήμα του εγκεφάλου που λαμβάνει πληροφορίες μέσω ορμονικών και νευρικών σημάτων σχετιζόμενες με την πείνα και τον κορεσμό, βοηθώντας έτσι στην μείωση της όρεξης (Polikandrioti, 2008). Όταν οι



τιμές της λεπτίνης μειώνονται, επηρεάζεται ο έλεγχος του σωματικού βάρους. Αντίθετα, τα αυξημένα επίπεδα μπορεί να σχετίζονται με φλεγμονή και ενδεχομένως με αυξημένη νοσηρότητα παχυσαρκίας (Donini et al., 2013). Μια άλλη ορμόνη που φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι η γκρελίνη, η οποία παράγεται από τα ενδοκρινή κύτταρα του στομάχου ενώ φαίνεται να είναι ένα ιδιαίτερα ισχυρό διεγερτικό της όρεξης. Μετά από γαστρική παράκαμψη βρέθηκε μείωση της συγκεκριμένης ορμόνης στο αίμα. Οι τιμές αυτές έχουν σχέση με την χειρουργική επέμβαση που θα χρησιμοποιηθεί καθώς ανάλογα με το μέγεθος του στομάχου που θα παραμείνει, θα ρυθμιστεί και η γκρελίνη (Matzko et al., 2012).

Κάποιες άλλες αιτίες ανάπτυξης της παχυσαρκίας είναι ορισμένα σύνδρομα ανάπτυξης όπως είναι το σύνδρομο Bardet-Biedl και το σύνδρομο Prader-Willi. Το σύνδρομο Prader-Willi χαρακτηρίζεται από υπερφαγία, αυξημένο βάρος, μυϊκή υποτονία, νοητική καθυστέρηση και χαμηλό ύψος. Η παχυσαρκία στο Prader-Willi αναπτύσσεται κυρίως στην κοιλιά και στους γλουτούς, ενώ μελέτες βρήκαν αύξηση της γκρελίνης στους συγκεκριμένους ασθενείς (Di Lorenzo et al., 2016). Κάποιες άλλες ορμονικές αιτίες που μπορεί να ευθύνονται στην εκδήλωση της παχυσαρκίας είναι η αύξηση της κορτιζόλης προκαλώντας κατακράτηση υγρών στον οργανισμό και αύξηση σωματικού βάρους, ο υποθυρεοειδισμός και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. (NIH, 2012).

Διαπιστώθηκε λοιπόν πως οι ενδογενείς παράγοντες επιδρούν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας εξαρτώνται όμως και με ορισμένους εξωγενείς παράγοντες όπως οι περιβαλλοντικοί. Φαίνεται πως ο σύγχρονος τρόπος ζωής συνηγορεί σε αυτό καθώς στις μέρες μας καταναλώνονται έτοιμα και γρήγορα γεύματα και υπερβολικές ποσότητες ζάχαρης . (Luppino et al., 2010). Άλλες εξωγενείς αιτίες που προκαλούν συσσώρευση περιττού λίπους στο σώμα είναι η υπέρμετρη κατανάλωση τροφής που συνήθως οφείλεται είτε σε ορμονικές ή σε μεταβολικές διαταραχές είτε σε ψυχολογικές αιτίες (Κουρκούτα 2010). Επιπλέον η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την υπερφαγία συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του σωματικού βάρους. Πολλές μελέτες συσχετίζουν την μειωμένη άσκηση με την εκδήλωση παχυσαρκίας (Ziogou, 2015). Μια άλλη εξωγενής αιτία είναι τα φάρμακα που επηρεάζουν τον μεταβολισμό. Ένα τέτοιο προϊόν είναι τα αντιδιαβητικά φάρμακα (Korelman 2000), αλλά και κάποιες ορμόνες όπως τα αντισυλληπτικά και η κορτιζόνη . Σε κάθε περίπτωση πάντως, συνήθως ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων σε ένα ήδη παχύσαρκο άτομο προκαλεί τις μεγαλύτερες δυσκολίες. (Walker, 2006)

Στα ψυχολογικά αίτια της παχυσαρκίας συγκαταλέγονται οι συναισθηματικές, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής οι οποίες συνοδεύονται με την δυσκολία ελέγχου του ατόμου απέναντι στη λήψη τροφής. Κάποια αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος, και η

θλίψη αυξάνουν την όρεξη και την κορτιζόλη στο αίμα με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους (Castonguay, 1991). Άλλα συναισθήματα όπως η ντροπή, το αίσθημα αποστροφής προς τον εαυτό, ο φόβος εγκατάλειψης, η μοναξιά οδηγούν το παχύσαρκο άτομο στην αυξημένη λήψη τροφής με σκοπό να τα διαχειριστεί. Με αυτόν τον τρόπο η διάθεση βελτιώνεται προσωρινά, αλλά το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας, οι ενοχές και η συναισθηματική δυσφορία προκαλούν στη συνέχεια αύξηση του προβλήματος. Το παχύσαρκο άτομο αναπτύσσει μια εξαρτημένη σχέση με την τροφή, που θυμίζει την σχέση του βρέφους με το στήθος της μητέρας του. Με αυτόν τον τρόπο εμφανίζεται ένας φαύλος κύκλος που ορισμένες φορές σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη παχυσαρκίας (Elmore & De Castro, 1990, Venditti et al., 1996, Pendleton et al., 2001, NIH, 2012).

## **2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

### **2.2.1 Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στη φυσική κατάσταση και υγεία**

Η παχυσαρκία έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. Οι πιο σημαντικές συνέπειες για την υγεία των υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων περιλαμβάνουν μυοσκελετικές διαταραχές (ιδιαίτερα οστεοαρθρίτιδες), καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, διαβήτη, προβλήματα γονιμότητας. Στην έρευνα των Κοντορίγα και συνεργάτες, 2011 η υπερχοληστερολαιμία, ο διαβήτης και η αρτηριακή πίεση ήταν οι βασικές ασθένειες συνέπειες της παχυσαρκίας. Η σοβαρή παχυσαρκία συνδυάζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις που όχι μόνο υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής, αλλά είναι ιδιαίτερα απειλητικές και για την ίδια τη ζωή του ασθενούς. Άτομα ηλικίας 25 έως 24 ετών με νοσογόνο παχυσαρκία παρουσιάζουν 12 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν.

#### **2.2.1.1 Εκφυλιστική Οστεοαρθρίτιδα**

Το υπερβάλλον βάρος στους παχύσαρκους ασθενείς οδηγεί σε πρώιμες εκφυλιστικές αλλοιώσεις των αρθρώσεων, κυρίως των γονάτων, των ισχίων και της σπονδυλικής στήλης. Σε μικρότερο βαθμό έχει δειχθεί η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και οστεοαρθρίτιδας της άκρας χείρας. Η παχυσαρκία είναι σοβαρό πρόβλημα σε ασθενείς που χρειάζονται εγχείρηση δισκοκήλης και προκαλεί επιπλοκές σε όσους έχουν υποστεί ήλωση καταγμάτων μηριαίου οστού. Η απώλεια βάρους μετά από βαριατρική επέμβαση, όχι μόνο επιτρέπει την επιτυχή αντικατάσταση της άρθρωσης, αλλά μερικές φορές παρατηρείται ύφεση του έλγους σε τέτοιο βαθμό που αποφεύγεται η ορθοπαιδική επέμβαση (McKee, 1994).

### 2.2.1.2 Μεταβολικές Διαταραχές

Ο σπλαχνικός λιπώδης ιστός είναι μεταβολικά πιο ενεργός, για αυτό η κεντρική παχυσαρκία εμφανίζει μεγαλύτερη νοσηρότητα. Έχει βρεθεί ότι άτομα που εμφανίζουν κεντρική κατανομή του λίπους (ακόμα κι αν το BMI είναι στα φυσιολογικά όρια) έχουν αυξημένο κίνδυνο για παθολογικές καταστάσεις. Αυτές οι παθήσεις, που οφείλονται σε μεταβολικές διαταραχές λόγω αύξησης του λιπώδους ιστού ή της κεντρικής κατανομής του, αποτελούν το λεγόμενο μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο X[46] (Hansen, 1999). Αρχικά σε αυτό το σύνδρομο περιλαμβάνονταν η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αντίσταση στην ινσουλίνη και η δυσλιπιδαιμία. Αργότερα επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει και την υπερουριχαιμία και την υπερπηκτικότητα. Η αντίσταση στην ινσουλίνη και η υπερινσουλιναίμία έχουν προταθεί ως το αίτιο που συνδέει όλες τις ανωτέρω καταστάσεις (Ferrannini, 1991).

### 2.2.1.3 Διαβήτης

Η παχυσαρκία ευνοεί την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Ο μηχανισμός δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σε πειραματόζωα διαπιστώθηκε πως η αφαίρεση του σπλαχνικού λίπους (bad fat) βελτίωσε την ευαισθησία στην ινσουλίνη, ενώ η αφαίρεση του υποδορίου λίπους (good fat) προκάλεσε μεταβολικές επιπλοκές. Στη συνέχεια ορισμένες μελέτες, έδειξαν ισχυρότερη συσχέτιση της κεντρικής παχυσαρκίας (όπως εκφράζεται από το Waist-hip ratio ή καλύτερα με την περιφέρεια μέσης) παρά με το BMI, όσον αφορά την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Διατυπώθηκε λοιπόν η άποψη ότι ο σπλαχνικός λιπώδης ιστός είναι πιο ενεργός μεταβολικά (περισσότερα κύτταρα/όγκο, περισσότερους υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών και τεστοστερόνης, αυξημένη αιμάτωση), και προάγει την παραγωγή μη εστεροποιημένων λιπαρών οξέων, ρεζιστίνης, αδιποκινών (συμπεριλαμβανομένου του TNF-α) καθώς και τη μειωμένη παραγωγή αδιπονεκτίνης. Αυτή η μεταβολή στις εκκρινόμενες ουσίες, έχει δειχθεί πως σχετίζεται με την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη (Freemantle, 2008).

Η αντίσταση στην ινσουλίνη (μειωμένη ευαισθησία ιστών που φυσιολογικά είναι ευαίσθητοι στη δράση της, όπως ήπαρ, μύες και λιπώδης ιστός, μέσω down-regulation των υποδοχέων της ινσουλίνης) μπορεί να εκφράζεται από υπεργλυκαιμία κατά τη φόρτιση με γλυκόζη (per os, έως υπεργλυκαιμία και υπερινσουλιναίμία νηστείας, η οποία εξελίσσεται σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Ο διαβήτης τύπου II έχει γνωστή συσχέτιση με μικρο και μακροαγγειοπάθεια, στεφανιαία νόσο καθώς και αυξημένο κίνδυνο για θάνατο καρδιακής αιτιολογίας. Η απώλεια βάρους μετά από βariatρική επέμβαση οδηγεί σε πλήρη και μακροχρόνια ύφεση του διαβήτη (Kral, 2001).

#### 2.2.1.4 Υπέρταση

Ο κυριότερος μηχανισμός εμφάνισης υπέρτασης στην παχυσαρκία αφορά την ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης. Αυτή γίνεται με τους παρακάτω μηχανισμούς: Η άμεση πίεση των νεφρικών φλεβών, λόγω αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης οδηγεί σε αυξημένη σπειραματική τριχοειδική πίεση διήθησης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διέγερση της παρασπειραματικής συσκευής και την έκκριση ρενίνης, που οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων αλδοστερόνης και αγγειοτενσίνης (Bloomfield, 1996). Η άμεση πίεση στη νεφρική κάψα προκαλεί ένα σύνδρομο διαμερίσματος του νεφρού (renal compartment syndrome) που επίσης προκαλεί ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης αγγειοτενσίνης. Η αυξημένη ενδοπεζωκοτική πίεση εμποδίζει τη φλεβική επιστροφή του αίματος στην καρδιά οδηγώντας σε πτώση της καρδιακής παροχής και συνεπώς, της νεφρικής αρτηριακής πίεσης. Αυτό επίσης διεγείρει την παρασπειραματική συσκευή να εκκρίνει ρενίνη. Η ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης οδηγεί σε κατακράτηση άλατος και νερού και αγγειόσπασμο, με αποτέλεσμα αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Ένας άλλος, μη πλήρως ξεκαθαρισμένος μηχανισμός που ευθύνεται για την εμφάνιση υπέρτασης στην παχυσαρκία, αφορά τη χρόνια υπερλεπτιναιμία (που συναντάται στους παχύσαρκους) και την εκλεκτική αντίσταση σε κάποιες περιφερικές δράσεις αυτής. Η λεπτίνη (η παραγωγή της οποίας φαίνεται να αυξάνεται με τη δράση της αγγειοτενσίνης I-I) έχει δύο δράσεις που αφορούν τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης: τη διέγερση του συμπαθητικού (που αυξάνει την αρτηριακή πίεση) και τη διέγερση της παραγωγής NO από το ενδοθήλιο των αγγείων (που προκαλεί αγγειοδιαστολή, μείωση των αντιστάσεων και πτώση της αρτηριακής πίεσης). Η οξεία χορήγηση λεπτίνης δεν προκαλεί αύξηση της πίεσης γιατί οι δύο δράσεις της αλληλοεξουδετερώνονται. Στη χρόνια υπερλεπτιναιμία, φαίνεται πως υπάρχει αντίσταση στην περιφερική δράση στα αγγεία, με αποτέλεσμα μειωμένη παραγωγή NO, ενώ επικρατεί η διέγερση του συμπαθητικού. Το τελικό αποτέλεσμα είναι αυξημένη κατακράτηση νατρίου και ύδατος στο νεφρό και αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Ridings, 1995). Ένας τρίτος μηχανισμός που μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση υπέρτασης αφορά τον υποαερισμό, που οδηγεί σε πνευμονική αγγειοσύσπασση (λόγω υποξαιμίας) με επακόλουθη αύξηση της πίεσης στην πνευμονική αρτηρία και των περιφερικών αντιστάσεων (Ridings, 1995). Η απώλεια βάρους μετά από χειρουργική επέμβαση βελτιώνει την υπέρταση, βελτίωση που φαίνεται από τη μείωση της δόσης των αντιυπερτασικών φαρμάκων στο 60–70% των ασθενών. Υπό μελέτη είναι και ο ρόλος των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, για τη μείωση της παραγωγής λεπτίνης (Bravo και λοιποί, 2006).

### **2.2.1.5 Καρδιαγγειακή Δυσλειτουργία**

Η καρδιαγγειακή δυσλειτουργία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων, από αθηροσκλήρυνση και στεφανιαία νόσο, έως υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αιφνίδιο θάνατο. Η αθηρωμάτωση των στεφανιαίων, όπως προαναφέρθηκε, οφείλεται στην υπερχοληστερολαιμία, στο χαμηλό δείκτη HDL/LDL και στην υπερέκφραση παραγόντων φλεγμονής από τον λιπώδη ιστό (Bray, 2004). Στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου συμβάλλουν και άλλες συνοδές παθήσεις της παχυσαρκίας, όπως ο διαβήτης κι η αντίσταση στην ινσουλίνη, η υπέρταση και η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου. Η Nurse's Health Study στις ΗΠΑ έδειξε πως γυναίκες με  $BMI > 29 kg/m^2$  είχαν αυξημένη επίπτωση στηθάγχης και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ισχυρή σύνδεση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ κατανομής του λίπους (κεντρική παχυσαρκία) και εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Clark, 1994).

Στους παχύσαρκους και τους υπέρβαρους, η καρδιακή δομή και λειτουργία υφίσταται ορισμένες μεταβολές, ως απάντηση στον αυξημένο όγκο πλάσματος. Η αύξηση του όγκου οδηγεί σε αύξηση της πλήρωσης της αριστερής κοιλίας, αύξηση του όγκου παλμού και τελικά αύξηση της ολικής καρδιακής παροχής. Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι δομικές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα την πάχυνση του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας. Η μακροχρόνια παχυσαρκία έχει ως τελικό αποτέλεσμα τη διάταση της αριστερής κοιλίας με την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια να αποτελεί το κύριο αίτιο θανάτου. Η Framingham Heart Study έδειξε ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς με συνοδό συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζουν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου από το γενικό πληθυσμό (Kannel et al., 1988). Οι συχνότερες αρρυθμίες που παρατηρούνται στην παχυσαρκία είναι οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (10 φορές συχνότερες από τα φυσιολογικά άτομα), οι κοιλιακή και υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και η παράταση του QT, που έχει επίσης ενοχοποιηθεί για αιφνίδιο θάνατο (Spirito et al., 2000).

### **2.2.1.6 Πνευμονική Δυσλειτουργία**

Η κυριότερη μηχανική μεταβολή που παρατηρείται στους παχύσαρκους και αφορά το αναπνευστικό σύστημα είναι η μείωση της ευενδοτότητας του θωρακικού τοιχώματος. Αυτή οφείλεται στη συσσώρευση λίπους γύρω από τις πλευρές, το διάφραγμα και στην κοιλιά. Ταυτόχρονα παρατηρείται ανεπάρκεια των αναπνευστικών μυών (πιθανώς λόγω δυσλειτουργίας του διαφράγματος), αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο κατά την αναπνοή και μείωση των στατικών πνευμονικών όγκων, όπως είναι ο εφεδρικός εκπνευστικός όγκος (ERV). Τα ανωτέρω έχουν ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι παχύσαρκοι ασθενείς να είναι υποξαιμικοί. Σε ήπια παχυσαρκία ωστόσο, οι περισσότεροι μπορούν να αντιρροπούν την αύξηση του  $CO_2$  στο αίμα, που

παρατηρείται κατά την άσκηση. Αντίθετα, στη σοβαρή παχυσαρκία, οι ασθενείς αδυνατούν να αυξήσουν την αναπνοή τους σε κατάσταση stress και μπορεί να είναι και υπερκαπνικοί στην ηρεμία. Αυτό αποτελεί το σύνδρομο υποαερισμού της παχυσαρκίας (Obesity Hypoventilation Syndrome, OHS) και οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν πολυκυτταραιμία, περιοδική αναπνοή με απνοϊκές παύσεις κατά τον ύπνο, πνευμονική υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια (Parameswaran, 2006).

### **2.2.1.7 Διαταραχές Γονιμότητας**

Οι διαταραχές γονιμότητας οφείλονται από τη μία στο μεγάλο όγκο σώματος που περιορίζει τις σωματικές επαφές, (σε συνδυασμό με ψυχολογικούς παράγοντες) και από την άλλη στις ορμονικές μεταβολές λόγω μεγάλης ενεργότητας του σπλαχνικού λιπώδους ιστού. Οι γυναίκες με νοσογόνο παχυσαρκία συνήθως εμφανίζουν στειρότητα, υπερτρίχωση, αμηνόρροια ή υπερμηνόρροια και κύστει ωοθήκης. Τα παραπάνω προκαλούν αύξηση της κυκλοφορούσας ανδροστενοδιόνης και τεστοστερόνης και μείωση των επιπέδων της sex-hormone binding globulin (SHBG) (Kirschner, 1982).

Οι παχύσαρκες γυναίκες συχνά έχουν μακρύτερους και ανωορρηκτικούς κύκλους, ενώ αν μείνουν έγκυες έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επιπλοκών, όπως προεκλαμψία, δυσχέρεια στον τοκετό, φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή. Οι καισαρικές τομές είναι πιο συχνές μεταξύ των παχύσαρκων και η εμβρυϊκή θνητότητα μεγαλύτερη. Η απώλεια βάρους μετά απο βariatρική επέμβαση επαναφέρει τα επίπεδα των γενετικών ορμονών στο φυσιολογικό (Deitel, 1987).

### **2.2.1.8 Καρκίνος**

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθους νεοπλασίας σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους. Έρευνες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των καρκίνων παγκοσμίως (25%-30%), συνδέονται με την παχυσαρκία. Μερικοί από αυτούς τους τύπους είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του νεφρού, ο καρκίνος του μαστού, του παγκρέατος, του οισοφάγου, του ενδομητρίου, των ωοθηκών, του προστάτη, του ήπατος κ.α. (Newby et. al., 2007., Wolin et. al., 2009).

Τα λιποκύτταρα επηρεάζουν πολλές λειτουργίες του οργανισμού, όπως την έκκριση ορμονών, την πέψη κ.α, τροποποιώντας την έκκριση ορμονών όπως της ινσουλίνης, των οιστρογόνων, επιπλέον διασκορπίζουν στο αίμα αυξητικούς παράγοντες και κυτταροκίνες αναγκάζοντας πλήθος κυττάρων να αναπτύσσονται πιο γρήγορα και με μεγαλύτερο ρυθμό από το

φυσιολογικό. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η αύξηση του κινδύνου πρόκλησης καρκίνου καθώς τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται ταχύτερα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μετατραπούν σε καρκινικά, ένας επιπλέον παράγοντας για τον οποίο το λίπος μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση του καρκίνου είναι οι τοξικές ουσίες που συρρέονται σε αυτό και οι οποίες απορροφούνται από τον οργανισμό μέσω διαφόρων μηχανισμών (Newby et al., 2007)

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ με 900.000 ενήλικες συμμετέχοντες και με σκοπό να συσχετηθεί η παχυσαρκία με τον καρκίνο, διαπιστώθηκε πως ενώ στο πρώτο στάδιο της μελέτης κανένα άτομο δεν είχε κάποια μορφή καρκίνου, μετά από 16 χρόνια επίβλεψης εκδηλώθηκαν κάποιες μορφές καρκίνου, ενώ σημειώθηκαν 57.145 θάνατοι από καρκίνο. Στην προσπάθεια των ερευνητών να εξετάσουν την σχέση ανάμεσα στο βάρος και στην ανάπτυξη καρκίνου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα της μελέτης, (ΔΜΣ 30-40), κινδύνευαν σε μεγάλο βαθμό από την πιθανότητα να αναπτύξουν κάποια μορφή καρκίνου σχετιζόμενος με την παχυσαρκία (Calle et al., 2003). Γενικότερα ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι άγνωστος, αλλά υπολογίζεται μεταξύ 112.000 και 365.000 ανά ένα έτος. Οι παχύσαρκοι άνδρες, έχουν 52% υψηλότερο ποσοστό θανάτου από καρκίνο, από αυτούς με φυσιολογικό σωματικό βάρος, το οποίο αφορά καρκίνους του πεπτικού συστήματος και ιδιαιτέρως του παγκρέατος και του ήπατος, οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν 62% υψηλότερο κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου στο μαστό, στις ωοθήκες και στο ενδομήτριο. Οι ερευνητές εκτιμούν, ότι με βάση τα ευρήματά αυτά, πως το 14% περίπου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και 20% στις γυναίκες οφείλονται στην παχυσαρκία (Globocan, 2008).

## **2.2.2 ΟΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι πιθανόν περισσότερο διαδεδομένες από τις σωματικές. Είναι γνωστό πως τα περιττά κιλά των παχύσαρκων ατόμων επηρεάζουν την εικόνα του σώματος τους, προκαλώντας ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα συχνότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ αντιμετωπίζονται με διάκριση και με το στίγμα της παχυσαρκίας στην κοινωνική τους ζωή (Boutelle et al., 2010. Wit et al., 2010. Katon et al., 2010).

### **2.2.2.1 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις παχυσαρκίας**

Το άγχος και η κατάθλιψη, που χαρακτηρίζουν πολλούς από τους παχύσαρκους με βαριά, ιδίως παχυσαρκία, μελετήθηκαν από πλήθος ερευνητών. Σε σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση

βρέθηκε πως τα άτομα με παχυσαρκία έρχονται συχνά αντιμέτωπα πέραν του άγχους και της κατάθλιψης και με διαταραχές προσωπικότητας (Boutelle et al., 2010. Wit et al., 2010. Katon et al., 2010). Από την άλλη οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την διατροφή του ατόμου καθώς έχει διαπιστωθεί πως η τροφή χαρακτηρίζεται πολλές φορές ως απάντηση στο άγχος, στον πόνο ή και στον θυμό (Katon et al., 2010).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH Diagnostic Interview Schedule) των ΗΠΑ ερευνώντας άτομα με βαριά παχυσαρκία βρήκε ότι το 20% αυτών είχε ένα τουλάχιστον επεισόδιο κατάθλιψης. Άλλες έρευνες διαπίστωσαν πως η ψυχολογική κατάπτωση, το άγχος και κατάθλιψη που αισθάνονται οι σοβαρά παχύσαρκοι είναι ανάλογα με ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες σοβαρές ασθένειες, όπως καρκίνος ή τετραπληγία μετά από ατύχημα. (Sullivan et al., 1993)

Επίσης κάποια χαρακτηριστικά των ατόμων με παχυσαρκία όπως η αποφευκτικότητα, η χαμηλή κοινωνικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κακή εικόνα σώματος και εαυτού, η αίσθηση μειωμένης αρρενωπότητας ή θηλυκότητας, η παθητικότητα-εξάρτηση, παθητική επιθετικότητα, η καχυποψία, η αυτοτιμωρητική διάθεση, η παρορμητικότητα έχει βρεθεί να δυσκολεύουν ιδιαίτερα την θεραπευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία όπου η κακή εικόνα εαυτού και η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε ένα παχύσαρκο παιδί λειτουργούν αποφασιστικά στη εξέλιξη του χαρακτήρα του ενώ ακόμα και αν στο μέλλον υπάρξει απώλεια βάρους τα χαρακτηριστικά αυτά της προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αλλάξουν (Seidel & Tijhuis, 2002). Διαπιστώνεται λοιπόν, πως η αρνητική εικόνα για το σώμα τραυματίζει περισσότερο τον ψυχισμό των ανθρώπων. Μεγάλες επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση και συνολικά μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία απ' ό,τι οι άνθρωποι με φυσιολογικό σωματικό βάρος (Azarbad et al., 2010, Katon et al., 2010)

### **2.2.2.1.1 Αυτοσυνειδησία σε σχέση με την παχυσαρκία**

Η συνειδητοποίηση του εγώ, η ικανότητα που έχει κάποιος για να απομακρύνεται από τον εαυτό του για να το γνωρίζει καλύτερα, είναι ένα αναπόσπαστο χαρακτηριστικό του ανθρώπου. Μέσα από την συνειδητοποίηση του εγώ δίνεται η δυνατότητα στον άνθρωπο να βλέπει πως ήταν ο εαυτός του στο παρελθόν ή πως θα είναι στο μέλλον. Με αυτόν τον τρόπο, ο άνθρωπος μπορεί να μαθαίνει πράγματα από το παρελθόν και να προγραμματίσει καλύτερα το μέλλον. Με άλλα λόγια, όταν κάποιος επεξεργάζεται την ταυτότητα του, βρίσκεται ήδη σε μια κατάσταση αυτοσυνειδησίας.

Επιπλέον, ο άνθρωπος κάνει τις επιλογές του ατομικά, γιατί η ατομικότητα είναι μια πλευρά της συνειδησης. Αυτό το διαπιστώνουμε καλύτερα όταν καταλάβουμε ότι η αυτοσυνειδησία είναι μια μοναδική πράξη. Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει πως βλέπεις εσύ τον εαυτό σου, ούτε να



καταλάβει την σχέση που έχεις εσύ με τον εαυτό σου. Έτσι και τα παχύσαρκα άτομα από μόνα τους κάνουν τις επιλογές τους, λειτουργώντας ατομικά και δεν μπορούμε να καταλάβουμε στην σχέση τους με τον εαυτό τους ή πως βλέπουμε εμείς τον εαυτό τους (Μέη, 2016). Η αυτοσυνειδησία προσπαθεί να μας κάνει να αξιοποιήσουμε τις δυνατότητες που έχουμε σαν άτομα. Να πάμε ένα βήμα μπροστά και να αξιοποιήσουμε το εγώ μας στον μεγαλύτερο βαθμό που μπορούμε. Με αυτόν τον τρόπο λειτουργεί η αυτοσυνειδησία και στα παχύσαρκα άτομα (Μέη, 2016).

Ο Henrich (1971) είπε: «Σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από το πώς το ‘εγώ’ φτάνει να σχετιστεί με τον εαυτό του, είτε μέσω ενός ενεργήματος αναστοχασμού είτε με κάποιον άλλο τρόπο, το ‘εγώ’ πρέπει να συλλάβει τον εαυτό του στην αυτοσυνειδησία. Εφόσον η σύλληψη του εαυτού πρέπει συγκεκριμένα να είναι μια συνειδητή σύλληψη, το ‘εγώ’ πρέπει να έχει κάποια ιδέα ότι εκείνο με το οποίο εξοικειώνεται στην αυτοσυνειδησία είναι αυτό το ίδιο». Με άλλα λόγια το άτομο πρέπει να κατανοεί τον εαυτό του και τις αλλαγές που υπόκειται ο εαυτός του σε επίπεδο σωματικό, ψυχολογικό.

#### **2.2.2.1.2 Εικόνα του σώματος σε σχέση με την παχυσαρκία**

Ο Schilder διαμόρφωσε την έννοια της εικόνα του σώματος ως « η εικόνα του σώματος μας που δημιουργούμε στο μυαλό μας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το σώμα φαίνεται στον εαυτό μας» ενώ αργότερα η έννοια επεκτάθηκε και ως « η εικόνα που έχουμε στο μυαλό μας για το μέγεθος το σχήμα και τη μορφή του σώματος μας και τα συναισθήματα μας σχετικά με αυτά τα χαρακτηριστικά και τα συστατικά μέρη του σώματος μας» (Slade, 1988). Σε κάθε περίπτωση η εικόνα που διαμορφώνουμε για το σώμα μας επηρεάζεται από πολιτιστικούς και κοινωνικούς, ατομικούς και βιολογικούς παράγοντες (Slade, 1993). Αρνητική εικόνα σώματος είναι η δυσαρέσκεια που έχουμε για το σώμα μας, δηλαδή οι αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που έχει το άτομο για το σώμα του καθώς αξιολογεί το σώμα του αρνητικά σε σχέση με το μέγεθος, το σχήμα και το βάρος του (Grogan, 2008).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η διαμόρφωση της εικόνας του σώματος είναι πολυπαραγοντική και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα κοινωνικά πρότυπα βάρους και εμφάνισης και η εσωτερίκευση του λεπτού σώματος ως ιδανικού. (Cafri et al., (2005). Η ικανοποίηση του ατόμου με το σώμα του είναι παράγοντας προγνωστικός για την πρόκληση συμπεριφορών σχετιζομένων με την υγεία, καθώς η αρνητική εικόνα του σώματος προκαλεί πολύ συχνά βλαβερές συμπεριφορές ελέγχου του βάρους με κακή διατροφή, χαμηλή άσκηση, κάπνισμα κ.α (Neumark- Stainer, et al., 2006).

Σε σχέση με το φύλο μελέτες δείχνουν πως οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερο δυσαρεστημένες με το σώμα τους από ότι οι άντρες (Shih & Kubo 2002). Επιπλέον, στις Δυτικές κοινωνίες οι νεότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία είναι πιο ευάλωτες στα πρότυπα ομορφιά και κατ' επέκταση στην υιοθέτηση αντιλήψεων ενός αδύνατου καλλίγραμμου γυναικείου σώματος.(Dunkel, Davidson, Qurashi, 2010). Γενικότερα οι γυναίκες σε όλες τις ηλικίες αναζητούν ένα λεπτότερο σώμα ανεξάρτητα από το βάρος του σώματος τους. Από την άλλη οι άνδρες φαίνεται πως σε ένα ποσοστό ενδιαφέρονται να αποκτήσουν πιο αδύνατο σώμα, ενώ άλλοι ενδιαφέρονται για πιο μυώδες σώμα και αύξηση του βάρους τους. Οι μεγαλύτεροι όμως σε ηλικία άνδρες φαίνεται να επιθυμούν συνήθως την μείωση του βάρους. Διαπιστώνεται λοιπόν, πως οι άνδρες γενικά ενδιαφέρονται να αποκτήσουν την ιδανική μορφή του σώματος τους. Επίσης εκείνοι που έχουν απομακρυνθεί από αυτόν τον στόχο ή όσοι στοχεύουν με ιδιαίτερο πείσμα σε αυτό έχουν αυξημένες πιθανότητες να αισθανθούν δυσάρεστα για το σώμα τους.

### **2.2.2.1.3 Αυτοεκτίμηση και Αυτοαντίληψη σε σχέση με την παχυσαρκία**

Η αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζεται ως η πολυδιάστατη εσωτερική άποψη που έχουμε για την αξία μας ως άτομο σε ποικίλους τομείς της ζωής μας. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση άλλοτε παρακινούνται με σκοπό την αλλαγή που τους προκαλεί αυτή την διάθεση και άλλοτε με απόσυρση (James, 1963). Ο James ορίζει την αυτοεκτίμηση ως το πηλίκο των επιτυχιών προς τις προσδοκίες του ατόμου. Κατά αυτόν τον τρόπο η αυτοεκτίμηση είναι ο λόγος των επιτυχιών ανά προσδοκιών: Αυτοεκτίμηση = επιτυχίες/προσδοκίες.

Η αυτοαντίληψη αφορά τη γνωστική πλευρά του ενώ η αυτοεκτίμηση τη συναισθηματική πλευρά. Σύμφωνα με τον Coopersmith, (1967) η αυτοεκτίμηση είναι μια «προσωπική εκτίμηση αυτοαξίας που κάνει το άτομο για τον εαυτό του». Σύμφωνα με τον Rosenberg (1986), η αυτοεκτίμηση δεν σχετίζεται με την εντύπωση ενός ατόμου ότι είναι ανώτερος απέναντι σε άλλους ή την εντύπωση ότι δεν έχει ελαττώματα αλλά σχετίζεται με τα συναισθήματα αυτοαποδοχής και αυτοσεβασμού. Το άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση δεν θεωρεί τον εαυτό του ούτε καλύτερο, ούτε χειρότερο από τους άλλους. Το άτομο όμως με χαμηλή αυτοεκτίμηση πιστεύει για τον ίδιο ότι είναι ανάξιος και ανεπαρκής. Με βάση το παραπάνω για το Rosenberg η αυτοεκτίμηση συνεπάγεται το τύπο αυτοαντίληψης (Rosenberg M, 1986). Για τους Wells και Marzell (1976), η αυτοαντίληψη αφορά τις στάσεις προς τον εαυτό και η αυτοεκτίμηση αποτελεί την αξιολογική πτυχή καθεμιάς στάσης από αυτές (Μακρή& Μπότσαρη, 2001).

Όσον αφορά την παχυσαρκία πέραν των βιολογικών αιτιών, των προβλημάτων στο μεταβολισμό καθώς και άλλων παραγόντων συχνά συνδέεται στενά με την αρνητική εικόνα και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι απόψεις όμως δίστανται για το αν η αρνητική εικόνα εαυτού προκαλεί

την παχυσαρκία ή αν, η παχυσαρκία προκαλεί χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα εαυτού. Το κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον του κάθε ατόμου, η μάθηση και η βιολογική ωρίμανση είναι αλληλένδετα κομμάτια της αυτοεκτίμησης. Παρόλο που η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη ολοκληρώνονται στην περίοδο της εφηβείας, εντούτοις συνεχίζουν να αναπτύσσονται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου και εξαρτώνται άμεσα από προηγούμενες καταστάσεις της ζωής του (Λεονταρή, 1996).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση σύμφωνα με έρευνες (Grillo et al., 1994, Klaczynskiet al., 2004, Palmeira et al., 2009) μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία με αποτέλεσμα το άτομο να οδηγηθεί στην παχυσαρκία. Επίσης, μελέτες (Grillo et al., 1994) δείχνουν ότι τα άτομα με παχυσαρκία δεν διαφέρουν από το γενικό σύνολο, παρά μόνο σε μετρήσεις που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος. Παράλληλα, τα παχύσαρκα άτομα έχουν εσφαλμένη εικόνα σώματος, νιώθουν πιο απογοητευμένα από την εικόνα τους με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση που συνεπάγεται σε αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών.

Η έναρξη της παχυσαρκίας θεωρείται από πολλούς ως σημαντική στην διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου και τις δυσάρεστες συνέπειες που μπορεί να έχει στην ζωή του. Σύμφωνα με έρευνες (McAuley και λοιποί, 2005), τα προγράμματα μείωσης της παχυσαρκίας πρέπει να εστιάζουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, με στόχο την αποφυγή φόβου πρόσληψης τροφής και ενίσχυση μιας θετικής σχέσης με το φαγητό που να περιλαμβάνει στοιχεία ικανοποίησης.

### **2.2.2.2 Κοινωνικά στερεότυπα και κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκία**

Το κοινωνικό στίγμα μπορεί να περιγραφεί ως μια ετικέτα που συνδέει ένα άτομο με ένα σύνολο ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών, τα οποία σχηματίζουν ένα στερεότυπο κι είναι παρόν σε διάφορες περιπτώσεις (Jacoby et al., 2005). Τα στιγματισμένα άτομα, αισθάνονται διαφορετικά ενώ νιώθουν να υποτιμούνται από τους άλλους. Αυτό, μπορεί να συμβεί σε διάφορους κοινωνικούς χώρους όπως στο χώρο εργασίας, εκπαίδευσης, σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, στο σύστημα δικαιοσύνης, ακόμη και στην ίδια τους την οικογένεια (Major & O' Brien, 2005).

Σύμφωνα με τον Goffman (1963), υπάρχουν τρεις μορφές κοινωνικού στίγματος οι εμφανείς και εξωτερικές παραμορφώσεις, οι ψυχικές διαταραχές και εθισμοί καθώς και το φυλετικό και θρησκευτικό στίγμα. Στην πρώτη μορφή εντάσσεται και το στίγμα που προκαλείται από την παχυσαρκία καθώς αλλάζει την συνηθισμένη εικόνα που έχουμε για το σώμα. Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, η εικόνα του σώματος είναι ιδιαίτερα σημαντική ενώ δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τα φυσικά χαρακτηριστικά (χρώμα μαλλιών, τόνος του δέρματος, χρώμα

ματιών), αλλά και από την συμμετρία των σωματικών αναλογιών (Sarwer et al., 2003). Το φαινόμενο αυτό βασίζεται στο κοινωνικά διαμορφωμένο στερεότυπο της εποχής μας ότι το ελκυστικό και όμορφο σώμα είναι το αδύνατο. Επιπλέον τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαμορφώνουν πρότυπα εμφάνισης τόσο στο γυναικείο όσο και στο αντρικό φύλο (Gilbert et al, 1978). Με την πάροδο των χρόνων τα αντρικά πρότυπα γίνονται πιο μυώδη θεωρώντας πως είναι πηγή αρρενωπότητας (Leit et al., 2001). Στην έρευνα των Gill et al.,(2005), το αντρικό φύλο αναφερόταν στο σώμα του ως μέσω έκφρασης της προσωπικότητας τους και δεν επικεντρώνονταν τόσο στους μύες του, ενώ το γυναικείο αδύνατο σώμα θεωρείται πιο ελκυστικό. Τα στερεότυπα βάρους αφορούν και την παιδική ηλικία καθώς σε αντίστοιχη Ελληνική έρευνα βρέθηκε πως τα παιδιά είναι αρνητικά προκατειλημμένα με τα παχύσαρκα άτομα (Koroni et al 2009).

Ο στιγματισμός του βάρους αποτελεί μία μορφή κοινωνικής διάκρισης. Ο τρόπος που εκφράζεται η συγκεκριμένη διάκριση περιλαμβάνει αρνητικές πεποιθήσεις καθώς και συμπεριφορές απόρριψης απέναντι σε ένα άτομο εξαιτίας του σωματικού του βάρους. Τα σύνηθες στερεοτυπικά χαρακτηριστικά που τους προσδίδονται είναι ότι είναι άτομα λιγότερο ικανά, αδέξια, μη ελκυστικά, καθώς και ότι δεν είναι κινητοποιημένα ή ότι έχουν την αποκλειστική ευθύνη για το βάρος τους, ενώ οι αρνητικές συμπεριφορές συνήθως περιλαμβάνουν απόρριψη, προκατάληψη και διακρίσεις σε αποφάσεις και επιλογές. Το άτομο λοιπόν με προβλήματα βάρους βιώνει την εμπειρία να αντιμετωπίζεται με άσχημο τρόπο από το κοινωνικό περίγυρο εξαιτίας του βάρους του. Έχει παρατηρηθεί επίσης πως οι άνθρωποι σκέφτονται και αισθάνονται πιο θετικά για όμορφους ανθρώπους ενώ ταυτόχρονα τους αντιμετωπίζουν πιο ευνοϊκά στις διαπροσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις (Sarwer, et al., 2003). Το άτομο με παχυσαρκία γίνεται συχνά θύμα διακρίσεων και στιγματισμού, καθώς τα παχύσαρκα άτομα συνδέονται συχνά με αρνητικά χαρακτηριστικά, θεωρούνται λαίμαργα και άπληστα, με ελλιπή πειθαρχία και χωρίς να μπορούν να έχουν έλεγχο του εαυτού τους (Sarwer et al., 2003).

Στην έρευνα των Puhl και Heuer (2010) αναφέρετε ότι το στίγμα του βάρους και οι διακρίσεις, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των υπέρβαρων ατόμων. Εξαιτίας του στίγματος τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν την τάση να λαμβάνουν περισσότερη βλαβερή τροφή υιοθετώντας μη υγιείς διατροφικές συμπεριφορές. Επιπλέον οι προσπάθειες των ατόμων να χάσουν το περιττό βάρος τους επηρεάζονται αρνητικά από την στάση και συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι τους. Ερευνώντας άτομα οικογενειών, παρόμοιου μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικής τάξης για επτά χρόνια (16-24 ετών) βρέθηκε, ότι οι σοβαρά παχύσαρκοι είχαν επιτύχει μια πιο χαμηλή ευνοϊκή θέση σε σχέση με τα άτομα που είχαν φυσιολογικό βάρος (Sonn Holm & Sorensen, 1986). Επιπλέον, ένα αξιολογικό εύρημα ερευνών είναι ότι συχνά τα άτομα με παχυσαρκία

αυτοστιγματίζονται με αποτέλεσμα να μειώνεται η διάθεση τους και οι προσπάθειες μείωσης βάρους και να διευρύνεται ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται.

## **2.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ – Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ «SLEEVE»**

Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της δίαιτας, της σωματικής άσκησης και της φαρμακευτικής αγωγής στην μείωση του σωματικού βάρους είναι συνήθως πτωχές και αναποτελεσματικές μέθοδοι ώστε να επέλθει ουσιαστική μείωση βάρους στα παχύσαρκα άτομα, καθώς η παχυσαρκία αποτελεί ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα. Ένας από τους λόγους που εξηγεί αυτήν την εκτίμηση είναι το γεγονός ότι υπάρχει αδυναμία να καθοριστεί μια αιτία για την παχυσαρκία. Πριν εφαρμοστεί κάποιος συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να προηγηθεί ιατρική εκτίμηση του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται ποσοτικά το σωματικό λίπος και η κατανομή του καθώς εντοπίζονται πιθανές αιτίες που οδήγησαν στην παχυσαρκία.

Η βαριατρική χειρουργική είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για την παχυσαρκία. Η λέξη βαριατρική αποτελεί μετάφραση της Αγγλικής «Bariatric» που έχει τις ρίζες της στις Ελληνικές λέξεις «βάρος» και «ιατρική». Η βαριατρική είναι η επιστήμη που ασχολείται με τη νόσο της παχυσαρκίας και τη θεραπεία της. Έχει διαπιστωθεί πως η χειρουργική είναι το πιο αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσον καθώς η παχυσαρκία είναι μια σύνθετη νόσος καθώς συμβάλλουν στην εμφάνισή της πλήθος παραγόντων όπως η κληρονομικότητα, το περιβάλλον, ψυχολογικοί παράγοντες, κ.α. Ο στόχος της βαριατρικής χειρουργικής είναι η μεταβολική ισορροπία του οργανισμού και όχι η θεραπεία κάποιου πάσχοντος οργάνου.

Μια νέα μέθοδος, που τα τελευταία έτη πραγματοποιείται όλο και συχνότερα και ανήκει στη βαριατρική χειρουργική είναι η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή 'sleeve'. Δεν αποτελεί καινούρια τεχνική, καθώς συνιστούσε περιοριστικό στοιχείο πολλών δυσαπορροφητικών επεμβάσεων, όπως η χολοπαγκρεατική εκτροπή με δωδεκαδακτυλικό διακόπτη. Ο Gagner και οι συνεργάτες του προσάρμοσαν την επέμβαση του δωδεκαδακτυλικού διακόπτη με λαπαροσκοπική προσέγγιση, και εισήγαγαν μια σταδιακή εφαρμογή της, με την 'sleeve' να αποτελεί το πρώτο βήμα. Καθώς αυτή φάνηκε να είναι αποτελεσματική στη βραχυχρόνια απώλεια βάρους, προτάθηκε να μελετηθεί ως βαριατρική επέμβαση από μόνη της (Regan et al., 2003). Η τεχνική της ξεκινά με μια επιμήκη διατομή του στομάχου στο μείζον τόξο, το οποίο πρέπει να ελευθερωθεί πλήρως μέχρι το αριστερό σκέλος του διαφράγματος, ώστε να ακολουθήσει πλήρης διατομή του θόλου, όπου βρίσκονται τα

κύτταρα που εκκρίνουν γκρελίνη. Στη συνέχεια πραγματοποιείται επιμήκης γαστρεκτομή που μειώνει το στομάχι σε έναν επιμήκη στενό σωλήνα (μανίκι). Τέλος τοποθετείται ένας ρινογαστρικός σωλήνας για ακριβή μέτρηση και για την αποφυγή στένωσης. Ο τελικός όγκος του στομάχου έχει αναφερθεί να είναι από 60mL έως 200mL (Iannelli et al., 2008).

Ο μηχανισμός δράσης της LSG (Laparoscopic Sleeve Gastrectomy) εκτός από το περιοριστικό στοιχείο, φαίνεται να έχει σχέση και με τη μεταβολή που προκαλεί στην έκκριση γκρελίνης. Περαιτέρω μελέτες πάνω στο θέμα θα ξεκαθαρίσουν περισσότερο το μηχανισμό αυτό. Τα πλεονεκτήματα της επέμβασης είναι πολλά, μεταξύ των οποίων η απουσία πεπτικής αναστόμωσης, ξένου υλικού και ελλείματος στο μεσεντέριο (που προκαλείται από άλλες βariatricές επεμβάσεις και προδιαθέτει σε εσωτερική κήλη) (Iannelli et al., 2006). Επίσης, ολόκληρη η πεπτική οδός είναι διαθέσιμη για ενδοσκόπηση, δεν υπάρχει σύνδρομο dumping (μετεγχειρητική επιπλοκή εγχείρησης του στομάχου, όπου, όταν η τροφή εισέρχεται γρήγορα στην νήστιδα (μέρος του λεπτού εντέρου) πριν να προλάβει να γίνει η πέψη με αποτέλεσμα να απορροφάται γρήγορα και να δημιουργεί μια υπεροσμωτική φόρτιση), ο κίνδυνος για πεπτικά έλκη είναι χαμηλός ενώ η απορρόφηση βιταμινών και ιχνοστοιχείων δε διαταράσσεται. Από την άλλη μεριά, παρόλη την τεχνική ευκολία της, σε εξαιρετικά παχύσαρκους ασθενείς (και ειδικά σε άνδρες με μεγέθυνση του αριστερού λοβού του ήπατος) η τεχνική δυσκολία αυξάνεται, ενώ η συρραπτική γραμμή μπορεί να ανοίξει πιο εύκολα. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως δεν υπάρχει ακόμα ικανοποιητική βιβλιογραφία για τα μακροχρόνια αποτελεσματικότητα της ως μόνη επέμβαση. Τα πρώτα αποτελέσματα αναφέρουν EWL (Excessive Weight Loss) από 42% έως 62%, αλλά φαίνεται πως δεν είναι τόσο αποτελεσματική στη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους και σε πολλές περιπτώσεις θα χρειαστεί να μετατραπεί σε άλλη επέμβαση. Σε άλλες περιπτώσεις η επέμβαση γαστρικό μανίκι βοηθούσε το άτομο να χάσει γρήγορα κιλά τα οποία ξαναέπαιρνε πάλι πίσω πολύ εύκολα εαν δεν πρόσεχε την διατροφή του και δεν έκανε άσκηση συστηματικά. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχουμε και την εμφάνιση νευρικής ανορεξίας η οποία μπορεί να καταλήξει σε βουλμία ή ακόμα και σε κατάθλιψη (Iannelli et al., 2006., Cottam et al., 2006., Moon, 2005).

Η μέση απώλεια πλεονάζοντος βάρους ήταν πάντα σημαντικά καλύτερη μετά από BPD (χολοπαγκρεατική εκτροπή) ( $P=0.0001$  στους 12 μήνες,  $P=0.0003$  στους 24 μήνες). Μετεγχειρητικά, το BMI ήταν σημαντικά καλύτερο στους ασθενείς της ομάδας της BPD από εκείνους της ομάδας RYGBP (γαστρική παράκαμψη – Roux-en-Y) ( $P=0.0257$  στους 12 μήνες,  $P=0.0018$  στους 24 μήνες), ενώ στην ομάδα της RYGBP (γαστρική παράκαμψη – Roux-en-Y) παρατηρήθηκε μικρή αύξηση του μέσου BMI στους 24 μήνες σε σχέση με τη μέτρηση στους 12 μήνες (Silecchia et al., 2006).

Η χειρουργική αντιμετώπιση είδαμε πως αποτελεί τη μοναδική θεραπευτική προσέγγιση στη νοσογόνο παχυσαρκία, καθώς μπορεί να εξασφαλίσει ικανοποιητική απώλεια βάρους και μακροχρόνια διατήρησή του. Όλα αυτά βέβαια, επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες του εκάστοτε γιατρού και του διατροφολόγου και γυμνάζεται (μέτρια άσκηση) τρεις με τέσσερις φορές μέσα στην εβδομάδα. Αυτό βοηθά τον ασθενή να μπορεί να διατηρήσει το βάρος του μετά το χειρουργείο σε φυσιολογικά επίπεδα, καθώς η απώλεια βάρους τους πρώτους μήνες του χειρουργείου είναι ραγδαία (Himpens, 2006).

Η τελευταία στατιστική ανάλυση των βαριατρικών επεμβάσεων παγκοσμίως έγινε το 2008. Σε αντίθεση με το 2003 που είχε γίνει η προηγούμενη ανάλυση, οι τάσεις φαίνονται να έχουν αντιστραφεί, με τον λαπαροσκοπικό ρυθμιζόμενο μάντα να αποτελεί τη συχνότερα πραγματοποιούμενη επέμβαση (42.3%), τη γαστρική παράκαμψη να έρχεται δεύτερη (λαπαροσκοπικά, 39.7%) και την ολική γαστρεκτομή τύπου sleeve τρίτη (4.5%). Όλες οι επεμβάσεις με την εξαίρεση της χολοπαγκρεατικής εκτροπής (συμπεριλαμβανομένου του δωδεκαδακτυλικού διακόπτη) παρουσίασαν αύξηση στον απόλυτο αριθμό τους (Iannelli, 2008).

Επίσης, είναι αξιοσημείωτη η διαφορά στις τάσεις ανάμεσα στην Ευρώπη και την Αμερική. Έτσι, στην Αμερική η συχνότητα του LAGB (λαπαροσκοπικά ρυθμιζόμενος μάντας) αυξήθηκε από 9% το 2003 σε 44% το 2008, ενώ η RYGBP (γαστρική παράκαμψη – Roux-en-Y) μειώθηκε από 85% σε 51%. Αντίθετα, στην Ευρώπη η συχνότητα του LAGB μειώθηκε από 63.7% σε 43.2% ενώ η RYGBP (γαστρική παράκαμψη – Roux-en-Y) αυξήθηκε από 11.1% σε 39%. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι ο χειρουργός πρέπει να διαλέξει την καταλληλότερη επέμβαση για τον εκάστοτε ασθενή. Τα πλεονεκτήματα των επεμβάσεων δυσασπορρόφησης σε ασθενείς με  $BMI > 50 \text{ kg/m}^2$  έχουν ήδη αποδειχτεί. Ωστόσο, σε ασθενείς με  $BMI < 50 \text{ kg/m}^2$ , δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με την ιδανική βαριατρική επέμβαση (Roa et al., 2006).

## **2.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

### **2.4.1 Ο ρόλος της συμβουλευτικής ψυχολογίας στην παχυσαρκία**

Ο όρος «Συμβουλευτική», ο οποίος είναι ευρέως διαδεδομένος στον επιστημονικό χώρο, δεν παρέχει υποδείξεις και συμβουλές. Πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι δεν ανήκουν στον χώρο της ψυχολογίας, συχνά παρανοούν την έννοια της Συμβουλευτικής. Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του συμβούλου δεν είναι να κάνει συστάσεις, ούτε να προσπαθεί να επηρεάσει τον συμβουλευόμενο. Η Συμβουλευτική προάγει μια ισότιμη σχέση ανάμεσα στον σύμβουλο και στο άτομο που ζητάει βοήθεια. Είναι κλάδος της Ψυχολογίας και στοχεύει στην επίλυση των προβλημάτων που

απασχολούν τα άτομα. Ο σύμβουλος χωρίς να επεμβαίνει ή να δίνει συμβουλές, βοηθάει τον συμβουλευόμενο να νιώσει άνετα μέσα στο πλαίσιο που δημιουργούν από κοινού. Παράλληλα, τον βοηθάει να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του και να τον οδηγήσει στις απαντήσεις που ψάχνει για τα ζητήματα που τον απασχολούν (Κασσωτάκης, 2004 & McLeod, 2005).

Η διαδικασία της Συμβουλευτικής στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην εκμετάλλευση μεθόδων και τεχνικών από το χώρο της Ψυχολογίας. Παράλληλα, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στις ικανότητες του συμβούλου να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης, στήριξης και εκτίμησης με τον συμβουλευόμενο. (Ivey & Gluckstern, 1995). Για να μπορεί ο συμβουλευόμενος να νιώσει ασφάλεια και να μιλήσει για τις προσωπικές του εμπειρίες, θα πρέπει ο σύμβουλος να είναι καλός ακροατής και να εμπνέει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στον δόμο. (Ivey, Gluckstern & Bradford Ivey, 1996). Εκτός όμως από την αποσαφήνιση της έννοιας της Συμβουλευτικής καθώς και τα βασικά προσόντα του συμβούλου, είναι απαραίτητο να γίνει και ένας διαχωρισμός ανάμεσα στην Συμβουλευτική και την Ψυχοθεραπεία, παρόλο που τα όρια τους δεν είναι και τόσο ξεκάθαρα. Η Συμβουλευτική είναι μια διαδικασία που έχει ως στόχο να υποστηρίξει και να δυναμώνει το άτομο έτσι ώστε να ξεπερνάει τις δυσκολίες που εμφανίζονται στην τωρινή αλλά και παρελθοντική φάση της ζωής του. Από την άλλη πλευρά η Ψυχοθεραπεία χρειάζεται χρόνο και υπομονή από το εκάστοτε άτομο (McLeod, 2005).

Αυτά είναι και τα όρια της Συμβουλευτικής στην παχυσαρκία. Όταν υπάρχουν άλλα ζητήματα τα οποία δεν μπορούν να ξεπεραστούν με την Συμβουλευτική (διαταραχές συμπεριφοράς), καταλήγουμε σε κάποια μορφή Ψυχοθεραπείας. Συνήθως, η παχυσαρκία μπορεί να αντιμετωπιστεί με την Συμβουλευτική. Ενδυναμώνει το άτομο όχι μόνο σε γνωστικό επίπεδο, αλλά και σε ψυχικό και σε συναισθηματικό, με αποτέλεσμα να διαμορφώνει μια σφαιρική άποψη για το θέμα της παχυσαρκίας. Επομένως, η Συμβουλευτική μπορεί σε πρωταρχικό στάδιο να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1998).

Η Συμβουλευτική διαδικασία έχει όμως κάποιους στόχους. Η ανάπτυξη της αυτοσυνειδησίας είναι ένας από αυτούς. Βοηθάει το άτομο να κατανοήσει τα συναισθηματά του και να αποδεχτεί τον εαυτό του. Η αρμονική σχέση με τον εαυτό του θα βοηθήσει το άτομο να έχει καλύτερες σχέσεις με ανθρώπους από το περιβάλλον της οικογένειας του, της εργασίας του και γενικότερα με όλο το κοινωνικό περιβάλλον που συναναστρέφεται. Παράλληλα ενισχύει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και τον βοηθάει να πιστεύει περισσότερο σε εκείνον. Στόχος της Συμβουλευτικής είναι να κατορθώσει το άτομο όχι μόνο να ξεπεράσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει την τρέχουσα στιγμή, αλλά και να αποκτήσει την ικανότητα μελλοντικά να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τα τρέχουσα ζητήματα μόνος του. Επιπλέον η απόκτηση του ελέγχου του τρόπου ζωής και ο έλεγχος του



εαυτού μας είναι σημαντικοί στόχοι στην Συμβουλευτική διαδικασία. Ο συμβουλευόμενος πρέπει να κατανοήσει τα γεγονότα του παρελθόντος και να δουλέψει την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία. Η ενεργοποίηση των παραπάνω μηχανισμών βοηθά το άτομο τόσο σε προσωπικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο (Woolfe et al., 2010). Οι έννοιες της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας είναι εξίσου σημαντικές στα παχύσαρκα άτομα και είναι από τις πρώτες έννοιες που πρέπει να αναπτυχθούν στην συμβουλευτική διαδικασία.

Παράλληλα, η Συμβουλευτική διαδικασία έχει εφαρμογή όχι μόνο στον χώρο της ψυχολογίας, αλλά και στην καθημερινή ζωή των παχύσαρκων ατόμων. Οι σχέσεις των ατόμων μέσα στην οικογένεια, στον εργασιακό περιβάλλον, στην κοινωνία, βασίζονται σε βασικές αρχές της συμβουλευτικής και βοηθούν τον συμβουλευόμενο να είναι πιο υπεύθυνος και αποφασιστικός. Μέσα από την συμβουλευτική διαδικασία μπορεί ο συμβουλευόμενος να ξεπεράσει τα καθημερινά του προβλήματα και να γίνει καλύτερος.

Στην περίπτωση των παχύσαρκων ατόμων, η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να ανακαλύψουν νέες διατροφικές συνήθειες και να προστατέψουν τον εαυτό τους. Στα πλαίσια της συμβουλευτικής παρέμβασης θα αναζητήσουν την βοήθεια που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν το θέμα της παχυσαρκίας και να προετοιμαστούν για το ενδεχόμενο της χειρουργικής επέμβασης. Έτσι θα είναι συνειδητοποιημένοι και έτοιμοι ψυχολογικά για το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης ενώ παράλληλα θα μπορούν να διατηρούν την αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία σε υψηλά επίπεδα (Houts et al, 2006). Πολλές φορές όμως, η διαδικασία αυτή μόνο εύκολη δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί, καθώς ο σύμβουλος θα πρέπει να ενισχύει τα κίνητρα και τις δεξιότητες των συμβουλευόμενων. Τις περισσότερες φορές αυτός ο στόχος φαντάζει ή είναι αρκετά δύσκολος. Εάν όμως επιτευχθεί, θα βοηθήσει τα παχύσαρκα άτομα να αποκτήσουν στόχους, θα ενισχυθεί το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας με αποτέλεσμα να γίνουν αλλαγές στην ψυχοσύνθεσή τους και κατ' επέκταση στις διατροφικές τους συνήθειες (Puri et al, 2010).

Κατά αυτόν τον τρόπο ο σκοπός των συμβουλευτικών παρεμβάσεων στις διατροφικές συνήθειες στοχεύει στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής από την μια πλευρά, ενώ από την άλλη γίνεται προσπάθεια για περιορισμό συμπεριφορών, που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία (υπερβολική κατανάλωση φαγητού, έλλειψη σωματικής άσκησης). Η παχυσαρκία μπορεί να αντιμετωπιστεί με την έγκαιρη ανίχνευση των παραγόντων που οδήγησαν σε αυτήν και την άμεση αντιμετώπισή τους μέσα από την συμβουλευτική διαδικασία. Βοηθητικό ρόλο σε όλη αυτή την προσπάθεια μπορεί να έχει το οικογενειακό περιβάλλον.

Παράλληλα, ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει πολύ καλά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου με παχυσαρκία (χαμηλή αυτοεκτίμηση, φόβος απώλειας ελέγχου

πρόσληψης τροφής, χαμηλή αυτοσυνειδησία) και να συνεργάζεται με τον εκάστοτε ιατρό. Οφείλει παράλληλα να γνωρίζει ότι η παχυσαρκία μπορεί τις περισσότερες φορές να επηρεάσει σημαντικά την εξέλιξη της συμβουλευτικής διαδικασίας (Omizo & Oda, 1988). Σε κάθε περίπτωση η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης είναι το σημαντικότερο βήμα στην θεραπεία της παχυσαρκίας (Brunzell & Hendrickson-Nelson, 2001).

Η παχυσαρκία ήταν το πρώτο διατροφικό νόσημα στο οποίο εφαρμόστηκε η συμβουλευτική προσέγγιση. Στην σύγχρονη εποχή, η αλλαγή της συμπεριφοράς αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά βήματα για την θεραπεία της παχυσαρκίας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από ένα σύνολο παρεμβάσεων που αποσκοπούν σε αλλαγή (Jensen, et al., 2014). Τα τελευταία χρόνια η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι εκείνη που αποτελεί ένα από τα πιο προτεινόμενα και χρησιμοποιούμενα μοντέλα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Fabricatore, 2007., Rapoport, Clark, & Wardle, 2000). Τον τελευταίο καιρό εφαρμόζονται και άλλα μοντέλα στην θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα και η Συνέντευξη Κινητοποίησης (Carels, et al., 2007., Johnson, et al., 2008., Mastellos, et al., 2014), που βρίσκονται όμως ακόμα σε αρχικό στάδιο και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους.

Μια παρέμβαση τροποποίησης της συμπεριφοράς για τα παχύσαρκα άτομα έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: εστιάζει σε συγκεκριμένο στόχο, ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία και δημιουργεί συγκεκριμένες αλλαγές (Foster, Makris, & Bailer, 2005). Επίσης θα πρέπει το άτομο με παχυσαρκία να γνωρίζει ποιοι είναι οι στόχοι της παρέμβασης, τι προσπαθεί να αλλάξει και πως θα καταφέρει αυτή την αλλαγή.

Στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνικές οι οποίες έχουν αξιολογηθεί πάνω στα άτομα που ταλαιπωρούνται από την παχυσαρκία (Foreyt & Poston, 1998). Η αυτοπαρακολούθηση είναι μια τεχνική όπου το άτομο παρατηρεί την σωματική δραστηριότητα του και το σωματικό του βάρος καθώς επίσης αφουγκράζεται τις συμπεριφορές και τα συναισθημάτων που σχετίζονται με αυτές (Corbalan, et al., 2009). Μια άλλη τεχνική αφορά τον καθορισμό ρεαλιστικών στόχων, δηλαδή την σταδιακή μείωση του σωματικού βάρους, τις αλλαγές στην διαίτα και την σωματική άσκηση (Dubbert & Wilson, 1984). Είναι σημαντικό το άτομο να βοηθηθεί από τον σύμβουλο στην επίλυση των προβλημάτων του που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Perri, et al., 2001) και να λάβει την απαιτούμενη υποστήριξη (συναισθηματική, ψυχολογική) κυρίως ενισχύοντας το οικογενειακό περιβάλλον του (Gorin, et al., 2005., Wing & Jeffery, 1999). Οι παραπάνω τεχνικές εντάσσονται σε θεραπευτικά προγράμματα που δημιουργούνται για την παχυσαρκία, δίνουν έμφαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και διαρκούν συνήθως 16-20 εβδομάδες (Cresci, et al., 2007). Παρά το γεγονός ότι η σπουδαιότητα της συμβουλευτικής στην

παχυσαρκία είναι ευρέως διαδεδομένη καθώς προτείνεται ως αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας της παχυσαρκίας (Seagle, Strain, Makris, & Reeves, 2009), η αποτελεσματικότητα της ακόμα διερευνάται παράλληλα με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαχείρισης βάρους.

## **2.4.2 Ομαδική θεραπεία και παχυσαρκία**

Η μακροχρόνια παρακολούθηση ενός ασθενούς και η διατήρηση επαφής με την θεραπευτική ομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι σημαντικό κομμάτι στην θεραπεία της παχυσαρκίας. Επίσης, εδώ και καιρό είχε επισημανθεί η ανάγκη της ομαδικής θεραπείας και οι τεχνικές της ως αναπόσπαστο κομμάτι στην θεραπεία και πρόληψη της παχυσαρκίας (Seagle, et al., 2009). Η παχυσαρκία δεν στηρίζεται μόνο στη γενετική προδιάθεση ή το περιβάλλον αλλά και στις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις της ζωής ενός ατόμου που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του. Η αρνητική εικόνα του εαυτού συμβάλλει στην συνέχεια ενός φαύλου κύκλου που χρησιμοποιεί το φαγητό ως διέξοδο από το πρόβλημα, με αποτέλεσμα της περισσότερες φορές να οδηγούμαστε στην παχυσαρκία, θέλοντας να καλύψουμε άλλα προβλήματα (Cooper et al., 2010).

Το κάθε άτομο αναπτύσσει διαφορετική σχέση με το φαγητό και δίνει μια άλλη διάσταση στη σημασία που έχει αυτό στην ζωή του. Εδώ, σημαντικό ρόλο παίζει και η βιολογική προδιάθεση του ατόμου για το φαγητό. Επίσης, η οικογένεια συμβάλλει αρκετά στην προώθηση αυτού του προβλήματος σε συνδυασμό με τις συνήθειες της κάθε κοινωνίας, την προσωπικότητα και την προσαρμοστικότητα του ατόμου (Cooper et al., 2010). Είναι σύνηθες φαινόμενο για το άτομο να τρέφεται με βάση τα θέλω του και όχι τόσο της ανάγκης που έχει το ίδιο του το σώμα. Τα άτομα που ταλαιπωρούνται από την παχυσαρκία παρουσιάζουν δυσλειτουργίες ως προς την πρόσληψη τροφής και την εικόνα σώματος. Υποφέρουν από ενοχές καθώς αισθάνονται ότι δεν είναι αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η ομαδική θεραπεία. Η ομαδική θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της παχυσαρκίας, στην αλλαγή της συμπεριφοράς και των σκέψεων που οδηγούν σε αυτήν. Μέσω στοχευμένων στρατηγικών που προέρχονται από την δυναμική της ομάδας, αναγνωρίζει τα άτομα υψηλού κινδύνου και με την συμβολή και των άλλων ατόμων, τα άτομα βοηθούνται στην αλλαγή των ρεαλιστικών στόχων που θέτουν και στην δημιουργία ενός νέου δικτύου κοινωνικής στήριξης (Cooper & Fairburn, 2001).

Αυτού του είδους η θεραπεία βοηθά στην αλλαγή όχι μόνο των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών που αποσκοπούν στον έλεγχο του βάρους του σώματος, αλλά και στην τροποποίηση των πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με άλλες διαστάσεις, όπως η αυτοεκτίμηση και η

αυτοσυνειδησία. Προτεραιότητα της ομαδικής θεραπείας είναι η επιστροφή του ατόμου σε ένα κανονικό πρόγραμμα διατροφής και στην διευκόλυνση του να ανοιχτεί και να μοιραστεί προσωπικές εμπειρίες με τα άλλα άτομα της ομάδας. Μόλις, το άτομο καταφέρει να αποκαταστήσει τον αυτοέλεγχο, η προσοχή στρέφεται σε σκέψεις και συναισθήματα που συντελούν στην διαμόρφωση της παχυσαρκίας. Τα άτομα της ομάδας μοιράζονται εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία και μέσα από την συζήτηση προάγεται η κοινωνική αλληλεπίδραση και η ανακούφιση (Dolores et al., 2009). Όταν το άτομο βρίσκεται σε μια θεραπευτική ομάδα, του δίνεται η ευκαιρία να διερευνήσει σε βάθος τις ψυχοκοινωνικές του προεκτάσεις της παχυσαρκίας και απαλλαγμένο από τα συναισθήματα ενοχών (καθώς βρίσκεται σε μια ομάδα με κοινό πρόβλημα) αντλεί την δύναμη που του χρειάζεται για να βρει μια σωστή καθοδήγηση η οποία θα επιφέρει μεγάλες στην μετέπειτα ζωή του. Παράλληλα, η ομαδική θεραπεία δίνει περεταίρω ευκαιρίες για μοίρασμα κοινών ανησυχιών με συμπάσχοντες αλλά και να αντλήσει κουράγιο από τη συλλογική προσπάθεια και γνώση από την εμπειρία των συνανθρώπων του. Τα τελευταία χρόνια η ομαδική θεραπεία αποτελεί μια σύγχρονη λύση κατά τις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Όπως έχουμε σημειώσει οι συμπεριφοριστικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν συχνά αντίδραση του οργανισμού και στρέφουν το άτομο στην υπερφαγία με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στην παχυσαρκία. Αυτό οδηγεί σε έξαρση των συναισθημάτων, όπως το άγχος, η ντροπή, και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Για αυτό τον λόγο η ομαδική θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση και τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς που είναι βασικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Dolores και λοιποί, 2009). Έτσι ενώ για πολλά χρόνια η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας γινόταν κυρίως με την διαμόρφωση ενός προγράμματος διατροφής, τα τελευταία έτη αντιμετωπίζεται με βαρειατρική χειρουργική και συνδυάζεται με ομαδική θεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός επιβάλλεται καθώς βοηθά το εκάστοτε άτομο να έχει καλύτερα και μακροχρόνια αποτελέσματα.

Είναι επίσης σημαντικό η ομαδική θεραπεία να γίνεται συστηματικά και κάθε φορά να καλύπτεται διαφορετική ενότητα, ώστε να υφίσταται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Ένα παράγοντας που συντελεί σε αυτό είναι ο ρόλος του συντονιστή της ομάδας καθώς καθοδηγεί τα μέλη και υπενθυμίζει πότε παρεκκλίνουν από το θέμα τους. Μέσα στην ομάδα τα άτομα κυριεύονται από αρνητικά συναισθήματα τα οποία διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο και καθορίζουν την έκβαση της ομαδικής θεραπείας. Συχνά το άγχος εμφανίζεται ως ένας από τους κυριότερους λόγους που τα άτομα εγκαταλείπουν την ομαδική θεραπεία. Παρόλα αυτά μέσα από τη συζήτηση, την ενσυναίσθηση και την ανταλλαγή κοινών εμπειριών δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες που ενεργοποιούν το άτομο σε αλλαγή και το απελευθερώνουν το από τα συναισθήματα άγχους και δυσφορίας (Monteleone et al., 2000).

Επιπλέον, κατά την διάρκεια της ομαδικής θεραπείας είναι σημαντικό ο θεραπευτής να λαμβάνει υπόψιν ορισμένες παραμέτρους. Θα πρέπει να αναζητά και να επικαλείται κίνητρα τα οποία θα οδηγούν την ομάδα στην συζήτηση με απώτερο σκοπό την μείωση βάρους. Οφείλει να παρεμβαίνει στην συζήτηση της ομάδας, όταν νιώθει πως τα άτομα βιώνουν έντονο άγχος και να λειτουργεί σαν παράγοντας ηρεμίας και επαναφοράς στην πραγματικότητα. Παράλληλα, οφείλει να προτείνει νέους τρόπους, που θα προάγουν την περαιτέρω συζήτηση ενός θέματος, επιτρέποντας στα άτομα να αποφεύγουν παγιωμένες αντιλήψεις και βοηθώντας τα να επεκτείνουν τους ορίζοντες των μελλοντικών συζητήσεων (Wilborb et al., 2005).

Μια ολοκληρωμένη παρέμβαση περιλαμβάνει εκτός από τις αλλαγές στις συνήθειες της πρόσληψης τροφής και σε παρέμβαση στον πυρήνα της ομάδας. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού απαιτείται στην αρχή να θέτονται από την ομάδα πρωτεύοντες στόχοι, ενώ στην συνέχεια γίνεται ανασκόπηση των παραγόντων που οδήγησαν το κάθε άτομο ξεχωριστά στην αύξηση του βάρους, έχοντας ως αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Σε βάθος χρόνου αναλύονται οι εμπειρίες και τα βιώματα των ατόμων που συμμετέχουν στην ομάδα και τέλος οδηγούνται σε ένα πιο ολοκληρωμένο τρόπο προσέγγισης του θέματος, καταλήγοντας σε προσδοκίες και τρόπους αντιμετώπισης (Dolores και λοιποί, 2009). Έχει γίνει αντιληπτό πως συχνά θέτοντας ένα στόχο μπορούμε να τον επιτύχουμε πιο εύκολα με την βοήθεια της ομάδας. Ο συνδυασμός χειρουργείου και ομαδικής θεραπείας οδηγεί το άτομο σε καλύτερη επίτευξη του στόχου του (Deci & Flaste, 1995, Deci & Ryan, 1985).

Μια θεραπευτική ομάδα είναι μια μικρογραφία της κοινωνίας μέσα στην οποία τελείως διαφορετικοί άνθρωποι συνυπάρχουν και προσπαθούν να καλύψουν σημαντικές ανάγκες. Η ομάδα είναι ένα μέσο και μια μέθοδο εκπαίδευσης καθώς προωθεί την προσωπική και κοινωνική ωριμότητα, μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις και δίνει την δυνατότητα στα άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν να αποκτήσουν πρότυπα συμπεριφοράς. Μέσα από την αλληλεπίδραση και την συμμετοχή στην ομάδα μειώνεται η ψυχολογική επιβάρυνση της παχυσαρκίας (δεν είμαστε οι μόνοι που αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα της παχυσαρκίας) και αντλούνται ιδέες και λύσεις από τις εμπειρίες των άλλων ατόμων που συμμετέχουν στην ομάδα (εναλλακτικές στρατηγικές κ.α). Επομένως, μέσα στο πλαίσιο της ομάδας το άτομο βρίσκει την δύναμη να ξεπεράσει τις στιγμές κρίσης και αδυναμίας, μετατρέποντας τις σε ισχυρά ερεθίσματα ώστε να επιτύχει την ανανέωση και την αλλαγή που επιδιώκει.

Παράλληλα μαθαίνει να μην κρύβει τα προβλήματα του, αλλά να τα φέρνει στην επιφάνεια. Μαθαίνει δηλαδή να αλλάζει την εικόνα που έχει δημιουργήσει για τον εαυτό του με το να αλλάζει αρχικά μέσα ομάδα και στην συνέχεια να αλλάζει και έξω από την ομάδα. Η ομαδική

θεραπεία για την παχυσαρκία έχει ως στόχο να εκπαιδεύσει τους ανθρώπους να ζουν χωρίς στερήσεις με το να αλλάζουν τις συνήθειες που αφορούν το φαγητό και την διατροφή τους. Μετέπειτα μέσα από την ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών μεταξύ των ατόμων της ομάδας δημιουργούνται νέες δεξιότητες οι οποίες έχουν ως απώτερο στόχο την αλλαγή στον τρόπο ζωής του εκάστοτε ατόμου. Έτσι η ομαδική θεραπεία θέτει κάποιους στόχους. Δημιουργεί ένα προστατευτικό περιβάλλον μέσα στην ομάδα με σκοπό να βοηθήσει τα άτομα να ανοιχτούν πιο εύκολα και να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Επιπλέον διευκολύνει στη διαμόρφωση νέων βελτιωτικών προτάσεων με στόχο να γίνονται συγκρίσεις μέσα στην ομάδα οι οποίες αποσκοπούν στην δημιουργία μιας χαλαρότητας και ενός καλού κλίματος απέναντι στα μέλη της ομάδας. Παράλληλα εντοπίζονται τα ατομικά κριτήρια του καθενός με σκοπό την διαμόρφωση ριζικών αλλαγών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τέλος, παρέχει τα εφόδια για αλλαγή της εικόνας του εαυτού, βελτιώνοντας έτσι την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία (Deci & Flaste, 1995., Deci & Ryan, 1985).

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Δείγμα**

Το δείγμα αποτέλεσαν 50 άτομα (21 άνδρες και 29 γυναίκες) τα οποία επιλέχθηκαν από το Νοσοκομείο του Βόλου όπου επρόκειτο να χειρουργηθούν. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν η μητρική τους γλώσσα να ήταν ελληνική ενώ το δείγμα θα έπρεπε να βρίσκεται στο στάδιο λίγο πριν την χειρουργική επέμβαση γαστρικό μανίκι (sleeve).

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων οι ηλικίες κυμαίνονταν από 22 έως 60 έτη για τους άνδρες και 24 έως 54 έτη για τις γυναίκες. Το δείγμα αποτελούνταν απ' όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και όλοι οι συμμετέχοντες θα έκανα την χειρουργική επέμβαση γαστρικό μανίκι στο Νοσοκομείο του Βόλου. Η παχυσαρκία οφείλονταν σε οργανικούς, βιολογικούς και αγνώστου αιτιολογίας παράγοντες. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν συγκεκριμένη ημερομηνία χειρουργείου, είτε επρόκειτο να λάβουν ημερομηνία.

Συνολικά τα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρωτόκολλο της έρευνας ήταν πενήντα (50), από τα οποία είκοσι ένα (21) ήταν άντρες και είκοσι εννιά (29) γυναίκες. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS for windows 10.0. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων όπως και των άλλων βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος ήταν: ηλικία, 24,07 (2,89), ύψος (cm), 1,79 (0,08 ), βάρος (kg), 84,82 (21,27) για τους άνδρες. Ενώ για τις γυναίκες ήταν: ηλικία, 26,67 (2,57), ύψος (cm), 1,66 (0,06 ), βάρος (kg), 79,52 (9,57), (βλ. Πίνακα 1). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, σε ποσοστό 48,3% ήταν απόφοιτοι Ανωτάτων

Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και 28.5% ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) αντίστοιχα, (βλ. Πίνακα 1). Επιπροσθέτως το 28,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ζούσαν με τις οικογένειές τους ενώ το 64,7% του δείγματος δήλωσαν παντρεμένοι (βλ. Πίνακα 1).

### **3.2 Εργαλεία**

Η έρευνα ήταν ένας συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής μελέτης. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται μεθοδολογική τριγωνοποίηση καθώς γίνεται αξιοποίηση του συνδυασμού ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων (Robson, 2007, σ. 207). Στην ποσοτική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια (Self - Comparison Scale και State-Trait Anxiety Inventory) για να γίνει η συλλογή των δεδομένων (Σταλίκας, 2012, σ. 134). Το ερωτηματολόγιο (State-Trait Anxiety Inventory) αποτελείται συνολικά από 40 προτάσεις - συμπεριφορές που αφορούν συναισθήματα και τρόπους αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων. Οι πρώτες 20 προτάσεις αντιστοιχούν σε καταστάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων που διαδραματίζονται εκείνη τη στιγμή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και οι υπόλοιπες 20 προτάσεις αποτελούν εκφράσεις που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν συνήθως τον εαυτό τους.

Το «Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης» όπως μεταφράζεται στα ελληνικά είναι εργαλείο αξιολόγησης του άγχους και μεταφράζεται έτσι γιατί ο ερωτώμενος παραπλανάται από τον τίτλο και απαντά με μεγαλύτερη ακρίβεια στις ερωτήσεις. Το πλήρες όνομα του ερωτηματολογίου είναι State – Trait Anxiety Inventory (STAI) και συγγραφέας του είναι ο Charles D. Spielberger. Οι απαντήσεις για τις πρώτες 20 ερωτήσεις κυμαίνονται κλιμακωτά από «καθόλου», που αντιστοιχεί στον αριθμό 1, μέχρι «πάρα πολύ», που αντιστοιχεί στον αριθμό 4. Ενώ για τις επόμενες 20 προτάσεις οι απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ «σχεδόν πάντοτε» έως «σχεδόν ποτέ», δηλαδή από 1 μέχρι 4 αντίστοιχα. Η βαθμολογία προκύπτει με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης και όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο αυξάνεται το άγχος. Η διάρκεια συμπλήρωσης του κυμαίνεται από 5 - 15 λεπτά και έχει μεταφραστεί σε 66 γλώσσες, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 20.000 δημοσιευμένες μελέτες. Με βάση τα παραπάνω θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο.

Το ερωτηματολόγιο αυτοσυνειδησίας (Self-Comparison Scale) μετρά την τάση του ατόμου για αυτοσυνειδησία ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, δηλαδή τη χρόνια εστιαζόμενη στο εαυτό προσοχή (Σταλίκας, 2012, σ. 575). Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς με 23 δηλώσεις που αντανakλούν την τάση του ερωτώμενου να εστιάζει την προσοχή του στο άτομο ως αντικείμενο. Οι δηλώσεις ταξινομούνται σε τρεις διαστάσεις: την ιδιωτική αυτοσυνειδησία, τη δημόσια αυτοσυνειδησία και το κοινωνικό άγχος. Η ιδιωτική αυτοσυνειδησία (10 δηλώσεις)

αναφέρεται στη τάση του ατόμου να εστιάζει την προσοχή του σε εσωτερικά, ενδόμυχα στοιχεία του εαυτού του, όπως είναι οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι νοητικές διαδικασίες και οι σωματικές αντιδράσεις. Η δημόσια αυτοσυνειδησία (7 δηλώσεις) αναφέρεται στην τάση του ατόμου να εστιάζει την προσοχή του στις δημόσιες, εμφανείς όψεις του εαυτού, όπως η εξωτερική εμφάνιση και η εντύπωση που δημιουργεί στους άλλους. Το κοινωνικό άγχος (6 δηλώσεις) αναφέρεται στην τάση του ατόμου να ανησυχεί για τον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται από του άλλους. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (5=με περιγράφει ακριβώς, 1=δεν με περιγράφει καθόλου).

Στην ποιοτική μελέτη η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη (ως επί των πλείστον με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις εστίαζαν στις εξής περιοχές: α) σε συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία, β) στην εμπειρία της παχυσαρκίας πριν και μετά το χειρουργείο, γ) στα κίνητρα της απόφασης να πραγματοποιήσουν το χειρουργείο, δ) τον τρόπο μεταβολής της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας μετά την επέμβαση, ε) την συμβολή της ομαδικής θεραπείας στην απόφαση τους να χειρουργηθούν, στ) την συμβολή της ομαδικής θεραπείας μετά την επέμβαση, ζ) τις αλλαγές που έχουν συμβεί στην ζωή τους (σωματικές, ψυχικές) μετά την επέμβαση, η) σκέψεις και στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν ώστε να διαχειριστούν τυχόν αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται μετά την επέμβαση. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ενθάρρυναν τους συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα να εκφράσουν τα συναισθηματά τους και τις σκέψεις τους, γεγονός που παρείχε μια ολοκληρωμένη εικόνα της εμπειρίας τους σχετικά με την επέμβαση.

### **3.3 Διαδικασία**

Αρχικά, πριν την επέμβαση και κατά τους μήνες Απρίλιο – Ιούνιο 2015, διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στους 50 συμμετέχοντες. Κάθε ένας από τους συμμετέχοντες προσεγγίστηκε προσωπικά από τον ερευνητή, ο οποίος και ενημέρωνε για το θέμα, το σκοπό της μελέτης και τη διαφύλαξη του απορρήτου των στοιχείων.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μετά την επέμβαση, στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στο Ιούνιο του 2015 έως τον Σεπτέμβριο του 2015. Κάθε συνέντευξη είχε χρονική διάρκεια 40-50 λεπτά. Επιλέχθηκαν 10 άτομα και προσεγγίστηκαν προσωπικά από τον ερευνητή ο οποίος και ενημέρωνε για το θέμα, το σκοπό της μελέτης και τη διαφύλαξη του απορρήτου των στοιχείων. Κατόπιν συνεννόησης ορίζονταν η ημέρα και ώρα της συνέντευξης ώστε να υπάρξει ο διαθέσιμος χώρος και χρόνος που απαιτούνταν. Αξίζει να σημειωθεί ότι, κατά την διάρκεια της συνέντευξης τονιζόταν η δυνατότητα να σταματήσουν σε οποιοδήποτε σημείο το θελήσουν, ή να μην



απαντήσουν σε ερωτήσεις που θα τους έφερναν σε δύσκολη θέση. Επίσης, ζητήθηκε η συγκατάθεση τους προκειμένου να μαγνητοφωνηθούν οι συνεντεύξεις, χωρίς να αποκαλύπτεται η ταυτότητα τους. Το σύνολο και των 10 συμμετεχόντων δέχτηκε να συμμετέχει στη μελέτη με έγγραφη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση.

### **3.4 Ανάλυση Δεδομένων**

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με την χρήση SPSS. Κωδικοποιήθηκαν έτσι ώστε να ελεγχθούν οι έννοιες της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνειδησίας. Η κωδικοποίηση έγινε με την χρήση των ανεξάρτητων δειγμάτων T-Τεστ, για να γίνει η σύγκριση των δύο μεταβλητών (αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία) σε σχέση με τα δύο φύλα.

Οι συνεντεύξεις εφόσον μαγνητοφωνήθηκαν, στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν και αφού διαβάστηκαν διεξοδικά ακολούθησε η κωδικοποίηση και στη συνέχεια εντάχθηκαν σε αντίστοιχες θεματικές ενότητες. Όλα τα στοιχεία που προέκυψαν από την συνέντευξη καταγράφηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το φύλο και την επιτυχία της επέμβασης.

Η παρούσα έρευνα αναλύθηκε μεταξύ άλλων με βάση την φαινομενολογική προσέγγιση, ώστε να περιγραφεί η εμπειρία των συμμετεχόντων όπως αυτή βιώθηκε, καθώς και να εκφραστούν σκέψεις και συναισθήματα. Ο στόχος της φαινομενολογίας είναι η μελέτη των φαινομένων δηλαδή των τρόπων που τα πράγματα εμφανίζονται στην εμπειρία ή στην συνείδηση του ανθρώπου (Ιωσηφίδης, 2003). Η φαινομενολογική έρευνα εμφανίζει τον άνθρωπο στην πολλαπλή του διάσταση ως υλική, πνευματική και ψυχική οντότητα. (Μαντζούκης, 1999).

## **4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **4.1 Ποσοτικά αποτελέσματα**

Όσον αφορά την σύγκριση των ανδρών και των γυναικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν τα ανεξάρτητα δείγματα T-Τέστ (independent sample t-Test). Από αυτά προκύπτει η σύγκριση αυτοεκτίμησης και αυτοσυνειδησίας ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες.

Οι παράγοντες αντιμετώπισης της αυτοεκτίμησης σημειώνουν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,019 για τους άνδρες και 0,010 για τις γυναίκες, οπότε  $P < 0,01$  (βλ. Πίνακα 2).

Η αυτοεκτίμηση ανάμεσα στις δυο ομάδες παρουσιάζει στατιστικές διαφορές, για τους μεν άνδρες σε σημείο 0,058 για τις γυναίκες σε σημείο 0,048, άρα  $P < 0,05$  (βλ. Πίνακα 2).

Η αυτοσυνειδησία μεταξύ των γυναικών και των ανδρών σημειώνει σημαντική διαφορά στατιστικής σπουδαιότητας σε βαθμό 0,065 και 0,040 αντίστοιχα, συνεπώς  $P < 0,05$  (βλ. Πίνακα 2).

Για την σχέση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$ . Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε η αυτοεκτίμηση (βλ. Πίνακα 3). Οι παράγοντες που αναφέρονται είναι εκείνοι που παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα σημαντικής σημαντικότητας.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι, η συναισθηματική επίγνωση (αναγνώριση συναισθημάτων που βοηθούν στην κατανόηση της παχυσαρκίας), η ενσυναίσθηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική υπευθυνότητα (η σχέση κοινωνίας και ατόμου σε συσχέτιση με το βάρος) και η θετική εικόνα για το σώμα έχουν αρνητική συσχέτιση (μικρή στατιστική σημαντικότητα) με την αυτοεκτίμηση. Παράλληλα, ο αυτοσεβασμός, η αντιμετώπιση πραγματικών καταστάσεων, η αισιοδοξία και η ευτυχία σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση με αρνητική συσχέτιση (μεγάλη στατιστική σημαντικότητα). Στον αντίποδα, η αυτοσυνειδησία σχετίζεται θετικά με την αρνητική εικόνα (μικρή σημαντικότητα).

Πίνακας 3. Ο δείκτης συσχέτισης Pearson  $r$  ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία ( $n = 50$ ).

Πίνακας 3. Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με την αυτοσυνειδησία.	
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0,347***
Αυτοσεβασμός	-0,587***
Αυτοδιαπίστωση των δυνάμεων	-0,660***
Ενσυναίσθηση	-0,275*
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0,353**
Κοινωνική υπευθυνότητα	-0,349**
Αντιμετώπιση πραγματικών καταστάσεων	-0,561***
Αντοχή στο στρες	-0,618***
Έλεγχος παρορμητικότητας	-0,406***
Ευτυχία	-0,603***
Αισιοδοξία	-0,540***
Θετική εικόνα	-0,362**
Αρνητική εικόνα	0,019

(\*  $P < 0,05$  & \*\*  $P < 0,01$  & \*\*\*  $P < 0,001$ )

## **4.2 Η Λήψη Της Απόφασης Για Χειρουργική Επέμβαση – Προσδοκίες (Ποιοτικά Αποτελέσματα)**

Από την χειρουργική επέμβαση το 91% προσδοκούσε στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής του υγείας, το 78,5% στη βελτίωση της εξωτερικής του εμφάνισης, το 18,8% επένδυε μέσω της επέμβασης στη βελτίωση των διαπροσωπικών του σχέσεων, το 14,3% στην βελτίωση των σχέσεων με τον σύντροφό τους και το 9,9% σε καλύτερες εργασιακές σχέσεις. (βλ. Πίνακας 4).

Το δείγμα έχει καλές ή πολύ καλές σχέσεις με την οικογένειά του και τα αδέρφια του σε ποσοστό 86% και 93%, αντίστοιχα ενώ όσο αφορά την απόφαση για χειρουργική επέμβαση το 91% δήλωσε ότι έχει την στήριξη της οικογένειάς του. Το 89% έλαβε κυρίως μόνο του τη λήψη αυτής της απόφασης και πολύ λιγότερο μετά από προτροπή κάποιου άλλου (βλ. Πίνακας 4).

Από το γενικό σύνολο το 31,9% ενημερώθηκε από άτομα που ήδη είχαν υποβληθεί στην επέμβαση, το 29,7% από το ιατρικό προσωπικό, το 24,2% από φίλικά του πρόσωπα και το 13,2% από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (βλ. Πίνακας 4).

Επίσης στην πλειοψηφία του (57%) θεωρεί ότι έχει τη στήριξη του κοινωνικού του περίγυρου σχετικά με την επέμβαση, αυτό εκλαμβάνεται κυρίως μέσα από την κατανόηση, τη συζήτηση και την ενθάρρυνση που αντιλαμβάνονταν ότι είχε από αυτό.

Ο σημαντικότερος λόγος που συντέλεσε στην λήψη της απόφασης ήταν η σχετική ενημέρωση με θετική παρότρυνση που είχε από την κλινική και τον θεράποντα ιατρό (49%), σε μικρότερο ποσοστό η προτροπή φίλων και συγγενών που υποβλήθηκε, στο παρελθόν, στην ίδια επέμβαση (28%) και σε ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό από τη υπόδειξη του διαιτολόγου του (12%).

Τέλος, όσο αφορά την απόφαση για το συγκεκριμένο τύπο επέμβασης (sleeve) το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το επέλεξε καθώς του το είχε πρότεινε το ιατρικό προσωπικό της κλινικής (91%), ενώ ένα μικρό ποσοστό έλαβε ενημέρωση, που οδήγησε στην σχετική απόφαση, από το διαδίκτυο και από σχετικά φυλλάδια ή περιοδικά (6%).

## **4.3 Απόφαση για το χειρουργείο**

Η απόφαση για την μείωση σωματικού βάρους στους συμμετέχοντες, περιλαμβάνει τις απόψεις, τις γνωστικές διεργασίες και τα κίνητρα που οδήγησαν στην συγκεκριμένη επιλογή.

### **4.3.1 Μείωση σωματικού βάρους με την επέμβαση (sleeve). Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.**

Οι συμμετέχοντες αναφέρονται στα πλεονεκτήματα και στα μειονεκτήματα της επέμβασης. Η μέθοδος (sleeve) είναι μια καινούργια μέθοδος απώλειας βάρους, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής. Στα πλεονεκτήματα αναφέρεται η γρήγορη απώλεια βάρους, ενώ στα μειονεκτήματα η αποθεραπεία και τη ψυχολογική πίεση που νιώθουν οι συμμετέχοντες.

Τα πλεονεκτήματα είναι ενθαρρυντικά

«..... εντάξει, γνωρίζω από άλλους ότι χάνεις εύκολα βάρος. Αυτό είναι καλό γιατί θα δώ τον εαυτό ξανά όπως ήταν και θα χαρώ πάρα πολύ.»

(Περίπτωση 1)

«..... είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι θα χάσεις γρήγορα βάρος. Για μια γυναίκα αυτό είναι πάρα πολύ καλό. Θα νιώσω ότι αποκτώ ξανά την χαμένη σεξουαλικότητά μου.»

(Περίπτωση 4)

Ακόμα και στα μειονεκτήματα δεν χάνετε η νότα της αισιοδοξίας

«..... το μετά είναι δύσκολο. Τρέξιμο, πολύ τρέξιμο, αλλά γίνεται για καλό σκοπό.»

(Περίπτωση 5)

«...εεεε η πίεση είναι μεγάλη. Η ψυχολογική πίεση εννοώ. Μια χάνεις κιλά, μετά μένεις στάσιμη και άντε πάλι. Όλο αυτό είναι δύσκολο και με κουράζει, αλλά προσπαθώ να μην απογοητεύομαι εύκολα.»

(Περίπτωση 6)

### **4.3.2 Κίνητρα για την απώλεια βάρους**

Τα κίνητρα για την απώλεια βάρους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή του εκάστοτε συμμετέχοντα. Έχουμε εσωτερικά κίνητρα, που αναφέρονται σε συναισθήματα χαράς και ευτυχίας. Από την άλλη έχουμε εξωτερικά κίνητρα, τα οποία είναι η προσωπική ανάπτυξη και ευημερία και το κοινωνικό περιβάλλον.

### 4.3.2.1 Εσωτερικά κίνητρα

Η απώλεια βάρους για τους συμμετέχοντες είναι ένας καθοριστικός παράγοντας χαράς και θετικής διάθεσης. Η αυτοεκτίμηση τους βελτιώνεται.

«..... εντάξει, μόλις γίνει, μετά θα νιώθω άλος άνθρωπος. Θα με βοηθήσει παντού. Θα μπορώ να μετακινούμε εύκολα, δεν θα λαχανιάζω, θα αλλάξουν όλα.»

(Περίπτωση 4)

«..... σιγουρα θα νιώθω πιο όμορφα και πιο ωραία. Τι πιο όμορφο για μια γυναίκα να βρει την χαμένη της αυτοεκτίμηση και να νιώθει ξανά όπως παλιά. Μου έχει λείψει ο παλιός μου ευατός και τον θέλω πίσω ξανά.»

(Περίπτωση 5)

«Τι να πει κανεις. Μόνο χαρά και αγαλίαση νιώθω. Θα τα καταφέρω και θα είμαι στα καλύτερα μου μετά. Δεν θα με σταματήσει τίποτα. Θα αλλάξουν όλα και θα μπορώ να ξαναβγώ έξω στον κόσμο χωρίς να ντρέπομαι. Όλοι θα αναριωτιούνται πως έγινε αυτό, αλλά η χαρά μου θα είναι τόσο μεγάλη που δεν θα με νοιάζει τίποτα.»

(Περίπτωση 6)

### 4.3.2.2 Εξωτερικά κίνητρα

Η ανάγκη για βελτιώση της αυτοεκτίμησης και η εικόνα προς τα έξω σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο είναι από τα σημαντικότερα εξωτερικά κίνητρα

Βλέπουμε ότι η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο είναι μεγάλη.

«..... με απασχολεί τι σκέφτονται και τι λένε οι άλλοι για εμένα. Θέλω να με κοιτάζουν με θαυμασμό και όχι σαν καποιο, ο οποίος είναι για λύπηση. Απλά να είμαι ένα με τους άλλους.»

(Περίπτωση 2)

«θα με βλέπουν και σκέφτονται πως άλλαξε αυτός τόσο πολύ και τόσο γρήγορα. Δεν θα το πιστεύουν, αλλά ούτε εγω θα το πιστεύω, όμως θα χαίρομαι που θα με βλέπουν με άλλο μάτι.»

(Περίπτωση 3)

«Τι να πει κανεις. Μόνο χαρά και αγαλίαση νιώθω. Θα τα καταφέρω και θα είμαι στα καλύτερα μου μετά. Δεν θα με σταματήσει τίποτα. Θα αλλάξουν όλα και θα μπορώ να ξαναβγώ

έξω στον κόσμο χωρίς να ντρέπομαι. Όλοι θα αναρωτιούνται πως έγινε αυτό, αλλά η χαρά μου θα είναι τόσο μεγάλη που δεν θα με νοιάζει τίποτα.»

(Περίπτωση 7)

### **4.3.3 Συναισθήματα και γνωστικές διεργασίες που οδήγησαν στην απόφαση να γίνει το χειρουργείο**

Το χειρουργείο (γαστρικό μανίκι) είναι μια καινούργια διαδικασία για τους συμμετέχοντες. Η επίλογή της δεν ήταν μια εύκολη απόφαση, καθώς υπήρχε φόβος. Έχοντας δοκιμάσει και άλλες εναλλακτικές μεθόδους στο παρελθόν, τους διακατείχε ένα αίσθημα ανασφάλειας. Η αγωνία και το άγχος ήταν πιο έντονο εκείνη την περίοδο.

«στην αρχή είχα ένα άγχος, μια αμφιβολία και φόβο. Λογικό είναι. Έχω προσπαθήσει τόσα πολλά πράγματα και πάντα το καινούργιο τρομάζει.»

(Περίπτωση 3)

«χρειαζόμουν χρόνο και ηρεμία να σκεφτώ τις καινούργιες λεπτομέρειες και οδηγίες. Έπρεπε να ζυγίσω τις καταστάσεις και να κάνω το καλύτερο για μένα.»

(Περίπτωση 4)

«δεν ήταν εύκολη απόφαση. Σκεφτόμουν, εαν δεν πετύχει πάλι. Το καινούργιο πάντα σε τρομάζει και ποτέ δεν ξέρεις τι θα γίνει, αν θα πετύχει. Το είχα μεγάλη ανάγκη.»

(Περίπτωση 6)

### **4.3.4 Ο ρόλος της ομάδας και του ιατρικού προσωπικού στην λήψη της απόφασης**

Ο ρόλος της ομάδας είναι καθοριστικός στην επίτευξη του στόχου (να γίνει το χειρουργείο)

«η ομάδα βοήθησε πάρα πολύ. Μοιράζεσαι απόψεις, εμπειρίες και όλο αυτό σου δίνει δύναμη και κουράγιο. Σκέφτεσαι, δεν είσαι μόνος τελικά»

(Περίπτωση 2)

«..... χαίρομαι που ήμουν σε ομάδα. Με βοήθησε να δω καλύτερα τα πράγματα και πήρα κουράγιο και δύναμη για την επέμβαση. Δεν ντράπηκα να μιλήσω και χάρηκα που υπήρχαν και άλλοι άντρες.»

(Περίπτωση 4)

Η στάση και η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού επηρεάζει την ψυχολογία των συμμετεχόντων. Επίσης η συμπεριφορά του γιατρού είναι καθοριστική για τους συμμετέχοντες και του βοηθά σε πολλά επίπεδα.

«...η συμπεριφορά όλων ήταν τέλεια και με βοήθησε πάρα πολύ αυτό. πάντα με το χαμόγελο και πρόθυμοι να με βοηθήσουν σε ότι χρειαζόμουν. Είναι σημαντικό να ξέρεις ότι το ιατρικό προσωπικό σε προσέχει. Σου δίνει δύναμη και δεν φοβάσαι.»

(Περίπτωση 6)

«..... οι οδηγίες της γιατρού ήταν απλά μαγικές. Ήξερες ότι το άτομο που θα σε χειρουργήσει ήξερε τι θα κάνει. Αυτό με χαλάρωσε και με βοήθησε αφάνταστα.»

(Περίπτωση 8)

«...μπαίνεις στο γραφείο και βλέπεις μια γιατρό. Φαίνόταν έξυπνη και ότι ήξερε τι κάνει. Μόλις μίλησα μαζί της, απλά χαλάρωσα. Όλα έφυγαν και ένιωθα σιγουριά. Άμα ο γιατρός ξέρει τι κάνει, νιώθεις πολύ καλύτερα.»

(Περίπτωση 9)

#### **4.3.5 Ο ρόλος του συζύγου**

Η στάση του συζύγου απέναντι στο χειρουργείο και στον άνθρωπό του είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη του στόχου. Παρέχει στον σύντροφο την ασφάλεια και σιγουριά που χρειάζεται ο καθένας μας, όταν μπαίνουν σε μια τέτοια διαδικασία μείωση βάρους με χειρουργική επέμβαση.

«..... εαν δεν με στήριζε η γυναίκα μου, δεν ξερω εαν θα το έκανα μόνος μου. Είναι σημαντικό να ξέρεις ότι το έτερον σου ήμιση σε στηρίζει σε αυτο που κάνεις. Σου δίνει φτερά να προχωρήσεις και σου παίρνει το άγχος.»

(Περίπτωση 2)

«.... ο άντρας μου ήταν εκεί πάντοτε και σε ότι ήθελα πρόθυμος να με βοηθήσει. Μου έλεγε δεν χρειάζεται να κάνω το χειρουργείο, αλλά εαν αυτό με έκανε να νιώθω καλύτερα, τότε είμαι μαζί σου μου είπε.»

(Περίπτωση 3)

## 4.4 Οι αλλαγές στην ζωή των παχύσαρκων ατόμων μετά το χειρουργείο

Παρατηρήθηκαν αλλαγές στην ζωή των παχύσαρκων ατόμων μετά το χειρουργείο. Οι αλλαγές αυτές εστιάζονται στο ατομικό επίπεδο (φυσική κατάσταση, εικόνα σώματος, βελτίωση αυτοεκτίμησης). Επιπλέον, τα άτομα βίωσαν αλλαγές και στο εργασιακό τους περιβάλλον (καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους, καλύτερη αυτοπεποίθηση). Παράλληλα, διαπιστώθηκαν αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον (σχέση με παιδιά, σχέση με συγγενείς) και στην προσωπική ζωή (σχέση με τον σύντροφο, αλλαγή σεξουαλικής διάθεσης).

### 4.4.1 Αλλαγές σε ατομικό επίπεδο

Οι συμμετέχοντες βιώνουν τρομερές αλλαγές στην δομή του σώματος. Η συγκεκριμένη αλλαγή προκαλεί αύξηση της αυτοπεποίθησης και καλύτερη αυτοεκτίμηση. Η καθημερινή τους ζωή αλλάζει ριζικά ενώ είναι αναγκαία η προσαρμογή τους στο νέο τρόπο ζωής.

«...δεν μπορούσα να το πιστέψω αυτό που γινόταν. Αμέσως μετά την επέμβαση είχα χάσει 10 κιλά. Ήδη έβλεπα την διαφορά και αυτό μου έδινε κίνητρο να συνεχίσω. Να πάω πιο μπροστά και να τα καταφέρω. Να γίνω καλύτερος.»

(Περίπτωση 2)

«... απλά είχα άλλον αέρα. Ήμουν πιο χαρούμενος και πιο ευδιάθετος από την πρώτη μέρα κιόλας. Αυτό που βίωνα ήταν κάτι το μοναδικό. Απλά έπρεπε να αρχίζω να συνηθίζω στο καινούργιο τρόπο ζωής. Αλλιώς είχα συνηθίσει και τώρα έπρεπε να τα έχω όλα με μέτρο σε ένα πρόγραμμα.»

(Περίπτωση 4)

«...η αλλαγή απλά δραματική. Δεν το πίστευα. Ήθελα λίγο χρόνο να το συνειδητοποιήσω. Το σώμα μου πλέον ήταν διαφορετικό και έπρεπε να δω τι θα κάνω. Αλλά η χαρά μου ήταν τεράστια. Σκεφτόμουν ότι πρέπει να πάρω καινούργια ρούχα, πλέον θα ήμουν διαφορετική και γεμάτη ενέργεια.»

(Περίπτωση 6)

«...το πόδι μου είναι καλύτερα. Δεν κουράζεται τόσο. Χανω κιλά και νιώθω πιο ανάλαφρος. Περπατάω με άνεση και πιο σιγούρα. Δεν φοβάμαι πλέον να περπατήσω. Κανει καλό και σε εμένα και στο πόδι μου, αφού πλέον τα κιλά είναι λιγότερα.»

(Περίπτωση 8)



#### 4.4.2 Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες

Οι συμμετέχοντες διατύπωσαν και τις αρνητικές συνέπειες του χειρουργείου στο θέμα διατροφής, τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν στο θέμα της τροφής και την προσαρμογή σε θέματα πρόσληψης της τροφής. Την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση το άτομο θα πρέπει να τρώει υδαρείς τροφές και υγρά και στη συνέχεια τουλάχιστον για ένα μήνα μαλακές τροφές.

«..... μετά το χειρουργείο, στην αρχή είναι δύσκολα. Από εκεί που έτρωγα πολύ, έπρεπε να τρώω πολτοποιημένη τροφή στην αρχή γιατί το στομάχι μου δεν άντεχε. Έπινα νερό μικρές γουλιές, αλλιώς θα έκανα εμετό. Όταν βιάστηκα μερικές φορές και ήπια νερό γρήγορα το στομάχι μου δεν άντεξε.»

(Περίπτωση 4)

«...είχα προετοιμαστεί για το θέμα της πρόσληψης τροφής και νερού για μετά το χειρουργείο, αλλά όταν το βίωσα ήταν πιο δύσκολο από όσο νόμιζα. Έπρεπε την τροφή να την μασάς πάρα πολύ καλά, να μην βιάζεσαι και να πίνεις νερό ήρεμα, γουλιά – γουλιά. Έπρεπε να ζυγίζω την τροφή που τρώω και να προσέχω. Καμία σχέση με παλιά που έτρωγα τα πάντα και γρήγορα.»

(Περίπτωση 7)

#### 4.4.3 Αλλαγές σε εργασιακό επίπεδο

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η δουλειά τους θα επηρεαστεί από την χειρουργική επέμβαση. Θα τους διευκολύνει να είναι πιο άνετοι και πιο γρήγοροι στον εργασιακό τους χώρο. Θα έχουν ένα άλλον αέρα αυτοπεποίθησης που θα τους δώσει την ενέργεια που χρειάζονται στην δουλειά για να πάνε πιο μπροστά. Επίσης, ακόμα και τα άτομα που δεν δούλευαν φαίνεται πως αποκτούν το κίνητρο που τους έλειπε για να εργαστούν. Η κούραση θα είναι λιγότερη λόγω της μείωσης του βάρους και θα είναι πιο ευέλικτοι.

«..... ο εκπαιδευτικός έχει ένα δύσκολο έργο. Όμως τώρα νομίζω θα είναι ευκολότερο. Χάνω κιλά και αυτο με βοηθάει στην δουλειά μου. Έχω ενέργεια και μπορώ να δώσω περισσότερα στους μαθητές μου.»

(Περίπτωση 4)

«.....στην δουλειά μου νομίζω θα είμαι καλύτερος. Θα με κοιτάνε κάπως περίεργα βέβαια και θα αναριωπιούνται πως έχασα τόσα κιλά, αλλά αυτό δεν θα με πειράξει. Εγώ θα είμαι πολύ καλά και θα δουλεύω πιο άνετα.»

(Περίπτωση 5)

«...το να είσαι όλη μέρα σε ένα αυτοκίνητο είναι δύσκολο. Είναι δύσκολη η δουλειά μου. Τώρα όμως που χάνω κιλά θα είμαι καλύτερα. Θα κάθομαι πιο άνετα και δεν θα δυσκολεύομαι τόσο στην αναπνοή. Θα ιδρώνω λιγότερο νομίζω και θα είμαι πιο χαλαρός. Είναι δύσκολο να έχεις πολλά κιλά και να κάθεσαι όλη την ώρα. Λογικά θα το ευχαριστιέμαι τώρα που χάνω κιλά.»

(Περίπτωση 7)

«...το να έχεις κιλά σε δυσκολεύει στην μετακίνηση. Τώρα όμως θα περπατάω παραπάνω και θα ψάξω να βρω κάποια δουλειά. Δεν θα με κοιτάνε περίεργα. Παλιότερα περπατούσα λίγο και κουραζόμουνα. Τώρα όμως θα είμαι πιο άνετη από ποτέ. Θα αισθάνομαι καλύτερα και αυτο θα φαίνεται. Θα έχω άλλο αέρα και θα είμαι πιο αισιόδοξη στο να βρω δουλειά.»

(Περίπτωση 6)

«... .. το να είσαι άνεργος είναι δύσκολο. Αλλά τώρα νομίζω ότι είναι καλύτερα. Έχασα αυτό που με δυσκόλευε. Θα χάσω και άλλα στην πορεία και με άλλον αέρα θα ψάξω για δουλειά. Μπορώ να καταφέρω περισσότερα νομίζω τώρα.»

(Περίπτωση 8)

#### **4.4.4 Αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον**

Οι συμμετέχοντες συνειδητοποίησαν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον ήταν κοντά τους μετά την επέμβαση. Βοηθούσαν όσο μπορούσαν τους συμμετέχοντες στις καθημερινές τους ασχολίες και υποχρεώσεις. Ορισμένοι συμμετέχοντες τόνισαν την συνεισφορά του οικογενειακού περιβάλλοντος ως καθοριστικού παράγοντα στην αποθεραπεία και στην ενίσχυση της ψυχολογίας τους.

«..... εαν ήμουνα μόνος μου θα ήταν δύσκολο να τα καταφέρω. Η στήριξη της οικογένειας μου ήταν καθοριστική. Είναι δύσκολο να πρέπει να συνεχίσεις τους ρυθμούς που είχες και παράλληλα να έχεις ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής. Ήμουν πιο ήρεμος όταν ήξερα ότι είχα βοήθεια.»

(Περίπτωση 2)

«... μετά το χειρουργείο τα πράγματα στην αρχή είναι δύσκολα. Έχοντας όμως δίπλα την οικογενειά μου κατάφερα να αντιμετωπίσω τις δυσκολίες και να προχωρήσω. Η θετική τους ενέργεια ήταν καθοριστική και ιδιαίτερα η κόρη μου που μου στάθηκε από την αρχή.»

(Περίπτωση 1)

«... χάνεις στην αρχή 5 κιλά. Και μετά πρέπει να ακολουθείς αυστηρά τις οδηγίες του διατροφολόγου και του γιατρού. Εάν δεν είχα δίπλα μου την οικογενειά μου δεν ξέρω εάν θα τα κατάφερα. Μπορεί και να τα έβγαζα πέρα αλλά μετά θα ήμουν κομμάτια. Καθοριστική η βοήθειά τους. Να μπορούν να σου κρατάνε τα παιδιά για να μπορείς να τα καταφέρεις.»

(Περίπτωση 7)

#### 4.4.5 Αλλαγές στην συντροφική σχέση

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μεταξύ των άλλων καλύτερη επικοινωνία με τον συντροφό τους, περισσότερος ελεύθερος χρόνος για να κάνουν πράγματα μαζί και καλύτερη σεξουαλική ζωή. Αλλαγή στην διάθεση του συντρόφου να περνάνε περισσότερο χρόνο μαζί και περισσότερο συναισθηματικό δέσιμο.

«..... πολλά άλλαξαν μετά την επέμβαση. Ένιωθα γυναίκα και ο άντρας μου χαιρόταν μαζί μου. Βελτιώθηκε η σεξουαλική μας ζωή και ψυχολογικά ήμασταν καλύτερα. Περνούσαμε περισσότερες ώρες μαζί και με στήριζε στο θέμα της διατροφής. Με πρόσεχε....»

(Περίπτωση 1)

«...μπορούσα πλέον να βγω με την γυναίκα μου για μια βόλτα χωρίς να κουράζομαι εύκολα. Και είμαι στην αρχή ακόμα. Μόλις χάσω και άλλα κιλά θα είμαι καλύτερα. Θα πάμε περισσότερες βόλτες. Μου είχε λείψει όλο αυτό.»

(Περίπτωση 3)

«...μετά την επέμβαση είχα πολύ καλή διάθεση. Η γυναίκα μου με στήριξε, με βοήθησε στο θέμα του φαγητού. Ετοίμαζε αυτά που έπρεπε να φάω, καθώς λόγω δουλειάς δεν μου έμενε και πολύς χρόνος. Η ψυχολογία μου ήταν στα ύψη και μαζί με την γυναίκα μου κάναμε πολλά πράγματα. Ότι δεν μπορούσαμε παλιότερα, ταξίδια, μπάνια στην θάλασσα, εξορμήσεις στην φύση....»

(Περίπτωση 4)

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα εξετάζει την αυτοσυνειδησία και την αυτοεκτίμηση ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα παχυσαρκίας και προετοιμάζονται για την χειρουργική επέμβαση (γαστρικό μανίκι) καθώς και τις μεταβολές που υφίστανται οι δύο έννοιες την περίοδο μετά την επέμβαση.

Πριν την επέμβαση, εκτιμήθηκε η αυτοεκτίμηση και η αυτοσυνειδησία σε σχέση με το φύλο. Από τα ερωτηματολόγια διαπιστώθηκε ότι η αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία σχετίζεται με το φύλο. Όσον αφορά το αντρικό φύλο, οι δύο μεταβλητές παρουσίασαν φυσιολογική διακύμανση, ενώ στο γυναικείο φύλο τα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοσυνειδησίας είναι χαμηλά. Σύμφωνα με τη Πατίτσα και συνεργάτες, (2011), η αυτοεκτίμηση έχει άμεση σχέση με το φύλο. Οι Shih & Kubo (2002) βρήκαν ότι οι γυναίκες βιώνουν αρνητικά συναισθήματα για το σώμα τους σε σχέση με τους άντρες, ανεξάρτητα από το βάρος τους. ακόμα και αν το βάρος τους είναι το ιδανικό φαίνεται πως εκείνες δεν το αντιλαμβάνονται και αισθάνονται άσχημα για το σώμα τους. Επιπλέον, από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία. Δηλαδή, όσο η αυτοεκτίμηση αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και η αυτοσυνειδησία και το αντίστροφα. Έρευνες όπως της Μακρή – Μπότσαρη, (2001), ενισχύουν τον παραπάνω ισχυρισμό της παρούσας μελέτης.

Από τις συνεντεύξεις διαπιστώθηκε, ότι οι συμμετέχοντες είχαν συγκεκριμένα κίνητρα που τους οδήγησαν στην πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης (προβλήματα υγείας, συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα αυτοεκτίμησης). Ένα βασικό κίνητρο αφορούσε την ανάγκη ενίσχυσης της εικόνας που είχαν για τον εαυτό τους και τον τρόπο που τους έβλεπε το κοινωνικό περιβάλλον. Σε αντίστοιχη μελέτη της Δημοπούλου, (2006) το κύριο κίνητρο των ατόμων πέραν των υπολοίπων, ήταν η ανάγκη για βελτίωση της αυτοεκτίμησης. Επιπλέον ενισχύεται η άποψη ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με ασυμφωνία της εικόνας του πραγματικού εαυτού του ατόμου και του εαυτού που θα ήθελε να έχει (ιδανικός εαυτός).

Ένα επαναλαμβανόμενο θέμα που εμφανίστηκε στην μελέτη, ήταν τα συναισθήματα ανυπομονησίας που ήταν έντονα σχεδόν σε όλο το δείγμα στο στάδιο πριν την επέμβαση. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η ανυπομονησία είναι το κύριο χαρακτηριστικό των παχύσαρκων ατόμων που επρόκειτο να εγχειριστούν (Παπαβραμίδης, 2002., Ζαμπάκος, 1989), ενώ αντιλαμβάνονται πως η επέμβαση είναι μια εύκολη και γρήγορη διαδικασία στην αντιμετώπιση των δυσκολιών τους (χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξωτερική εμφάνιση, καλύτερη ποιότητα ζωής). Αρκετές έρευνες όμως δείχνουν πως η χαμηλή αυτοεκτίμηση δύσκολα αλλάζει ακόμα και αν το άτομο χάσει τελικά το απαιτούμενο βάρος.(Seidel & Tjihuis, 2002).

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες πλαισιώνονταν από ένα ιδιαίτερα υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι συντροφοί τους ήταν ενθαρρυντικοί στο άκουσμα της επέμβασης (sleeve), προσπαθούσαν να τονώσουν την ψυχολογία τους και να τους στηρίξουν στο επερχόμενο χειρουργείο. Μελέτες όπως των Wisotsky και Swencion, (2002) παρουσιάζουν την ανάγκη των ατόμων για υποστήριξη και συμπαράσταση από τους συντρόφους τους στο δύσκολο εγχείρημα που προσπαθούσαν να κάνουν.

Η συμβολή της ομάδας ήταν καθοριστική στην ψυχολογία των ατόμων που επρόκειτο να χειρουργηθούν. Μέσα στην ομάδα, αναδύονταν πολλές φορές ερωτήματα, απορίες, άγχος, φόβοι που διακατείχαν τους συμμετέχοντες για την επέμβαση. Αντίστοιχα στην έρευνα της Παπαστάμου (2001) τα άτομα αντιλαμβάνονταν καλύτερα τις ευκολίες καθώς και τις δυσκολίες του χειρουργείου μέσα από τον διάλογο και την συζήτηση.

Επιπλέον η σχέση που αναπτύχθηκε με το ιατρικό προσωπικό καθώς και η εμπιστοσύνη που αισθάνονταν μαζί του οι συμμετέχοντες προκαλούσε αισθήματα ασφάλειας με αποτέλεσμα την μείωση του άγχους τους. Η οικοδόμηση της αναγκαίας συναισθηματικής σχέσης του ιατρού με τον ασθενή επιτυγχάνει αποτελεσματική επικοινωνία με αποτέλεσμα να συνεισφέρει στην επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας (Βενίου και Τεντολούρης, 2013), ενώ και ο Donabedian 1988, αναφέρεται στην σημασία της ικανοποίησης του ασθενούς από το ιατρικό προσωπικό καθώς επικυρώνει ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Με τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή επιτυγχάνεται αύξηση της εμπιστοσύνης του αισθήματος ασφάλειας του ασθενούς, επιπλέον το άτομο αντιλαμβάνεται καλύτερα την πραγματική φύση ενός προβλήματος υγείας, το αποδέχεται και τηρεί με μεγαλύτερη ευκολία και διάθεση το θεραπευτικό πρόγραμμα (Ha, 2010)

Οι συμμετέχοντες της μελέτης αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν μετά το χειρουργείο (sleeve), οι οποίες σχετιζόνταν με τη δυσκολία πρόσληψης τροφής, την απότομη αλλαγή στην καθημερινότητα τους και στην δυσκολία διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Σύμφωνα με τη Παπανικολάου, (2002) τα άτομα με παχυσαρκία μετά από το συγκεκριμένο χειρουργείο αντιμετωπίζουν ως προς την πρόληψη τροφής τα ίδια προβλήματα.

Κατά την διάρκεια της ανάρρωσης εμφανίστηκαν έντονα συναισθήματα απογοήτευσης και δυσαρέσκειας καθώς οι ασθενείς βρίσκονταν αντιμέτωποι σε καταστάσεις που πίστευαν ότι θα ξεπερνούσαν εύκολα και γρήγορα. Διαπιστώνεται έτσι, πως δεν είχαν αντιληφθεί ακριβώς την σοβαρότητα ενός τέτοιου χειρουργείου και ήταν τόση η λαχτάρα τους που ανυπομονούσαν για την εκπλήρωση του ονείρου τους. Θεωρούσαν ότι η ζωή τους θα άλλαζε ριζικά προς το καλύτερο και η αυτοεκτίμησή τους θα ήταν ξαφνικά διαφορετική. Διάφορες έρευνες δείχνουν πως για να είναι η

διαδικασία της ανάρρωσης ομαλότερη είναι σημαντικό οι ασθενείς να γνωρίζουν την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης, να υποβάλλονται σε αξιολόγηση των ικανοτήτων τους ώστε να μπορούν να ενσωματώσουν διατροφική, συμπεριφοριστική και ψυχοκοινωνική συμμόρφωση πριν και μετά την επέμβαση και να αντιληφθούν ότι το χειρουργείο είναι απλά ένας τρόπος βοήθειας απώλειας βάρους, που από μόνο του δε θα επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. (Fried et al., 2013, Bagdade et al., 2012). Οι Schwartz και Brownell (2004) σε σχετική μελέτη αποδεικνύουν την ανάγκη των ατόμων με παχυσαρκία να απευθύνονται σε επεμβάσεις μείωσης του βάρους όχι μόνο ως μέσω αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, αλλά ιδιαίτερα ως ένα γρήγορο μέσον αποκατάστασης και βελτίωσης της αυτοεκτίμησης τους. Ακόμη, οι Dixon και άλλοι (2004) αναφέρουν ότι ενώ στους ασθενείς η σωματική υγεία βελτιώθηκε μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν μετά το χειρουργείο σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα φυσικής και συναισθηματικής ευημερίας απ ότι είχαν πριν. Καταλήγουν επίσης στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση δεν επιλύεται εντελώς, με την απώλεια βάρους. Οι Crowley και συνεργάτες (2002) επισημαίνουν ότι οι επιπλοκές υγείας που επιφέρει η παχυσαρκία είναι εξίσου σημαντικές με τις ψυχολογικές της διαστάσεις. Όσον αφορά το συναισθηματικό επίπεδο μπορούν να εμφανιστούν πλήθος αρνητικών συναισθημάτων με διακυμάνσεις καθώς και μείωση της αυτοεκτίμησης.

Ως προς τις αλλαγές των συμμετεχόντων μετά την επέμβαση τα αποτελέσματα έδειξαν, πως το βάρος τους μειώθηκε αρκετά, αμέσως μετά την επέμβαση, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί η φυσική κατάσταση, η εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση. Οι σχέσεις των συμμετεχόντων σε όλα τα επίπεδα έγιναν πιο ποιοτικές καθώς ενδυναμώθηκε η συζυγική και οικογενειακή ζωή ενώ ενισχύθηκε η κοινωνική ένταξη και συμμετοχή. Πολλές μελέτες παρουσιάζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι παχύσαρκοι ασθενείς στις προσωπικές τους σχέσεις καθώς τις χαρακτηρίζουν χαλαρές με λιγότερη ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη. Η κοινωνική επικοινωνία είναι ιδιαίτερα διαταραγμένη επιδρώντας στην γενικότερη ψυχολογία τους και καθιστώντας την ποιότητα της ζωής τους ιδιαίτερα χαμηλή (Riener et al., 2006). Από την άλλη έχει διαπιστωθεί πως ακόμη και η μικρού βαθμού απώλεια βάρους συνοδεύεται από βελτίωση στους περισσότερους τομείς της ποιότητας ζωής (Sarwer et al., 2013), ενώ η βελτίωση είναι μεγαλύτερη όταν υφίσταται μεγαλύτερη απώλεια βάρους (Samsaet et al., 2001). Πιο αναλυτικά, η ψυχοκοινωνική και η σωματική λειτουργικότητα, καθώς και η γενική υγεία έδειξαν βελτίωση ανάλογη με την μείωση του σωματικού βάρους (Kaukua et al., 2003).

## 6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα ήταν ένας συνδιασμός ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. Οι συμμετέχοντες αναζητήθηκαν μέσω του Νοσοκομείου του Βόλου, όπου και διεξάγονταν η επέμβαση γαστρικό μανίκι (sleeve).

Ένας περιορισμός της έρευνας θα μπορούσε να θεωρηθεί το μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν ήταν απόλυτα ικανοποιητικό. Εάν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο, τα αποτελέσματα θα ήταν πιο ξεκάθαρα ενώ θα μπορούσαν να διερευνηθούν επιμέρους παράμετροι. Επιπλέον το δείγμα είχε ήδη επιλέξει την χειρουργική επέμβαση (sleeve) ως μέσο αποκατάστασης της σωματικής του υγείας, έτσι δεν μας δόθηκε η δυνατότητα να μελετήσουμε πληθυσμό που προτίμησε άλλες χειρουργικές επεμβάσεις.

Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στο Νοσοκομείο του Βόλου αποτελεί από μόνο του ένα περιοριστικό παράγοντα, καθώς συμμετέχοντες από άλλα νοσοκομεία και άλλες γεωγραφικές περιοχές της χώρας θα ήταν δυνατό να αυξήσουν τις δυνατότητες γενίκευσης των συμπερασμάτων της έρευνας. Χρήσιμο θα ήταν να αυξηθεί το μέγεθος του δείγματος σε μελλοντικές μελέτες προσθέτοντας συμμετέχοντες και από άλλες κλινικές της Ελλάδας.

Τέλος μια ενδιαφέρουσα πρόταση για μελλοντική έρευνα θα ήταν ο επανέλεγχος των ίδιων συμμετεχόντων σε βάθος χρόνου (καθώς οι συνεντεύξεις γίνανε ένα με δύο μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση) με σκοπό την διερεύνηση της πορείας τους, καθώς και άλλων σχετικών παραμέτρων. Κάποια ερευνητικά ερωτήματα που διεγείρει η παρούσα μελέτη και θα μπορούσαν να ερευνηθούν σε μετέπειτα έρευνες είναι μεταξύ άλλων, η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν σε αποτυχία μείωσης του σωματικού βάρους μετά την επέμβαση (μη υποστηρικτικό περιβάλλον, αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει στα νέα δεδομένα διατροφής). Οι τυχόν αλλαγές που θα προκληθούν στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση αυτών των ατόμων μετά από ένα χρονικό διάστημα, όταν αποκτήσουν το επιθυμητό βάρος και ανακτήσουν την χαμένη τους αυτοεκτίμηση. Τον τρόπο που βιώνονται οι αλλαγές και ποιες οι σχέσεις τους με το άλλο φύλο σε σχέση με το παρελθόν.

Παράλληλα, τα συμπεράσματά της παρούσας μελέτης μπορούν να γενικευτούν με επιφύλαξη μόνο στον πληθυσμό της Ελλάδας που ανήκει στις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, καθώς το δείγμα μας δεν περιλάμβανε άτομα άλλων εθνικοτήτων. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Hashimoto και άλλων (2003), δείχνουν ότι στις δυτικές βιομηχανοποιημένες κοινωνίες ο φόβος του υπερβολικού βάρους επικρατεί έναντι μιας αναπτυσσόμενης χώρα με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Amaral JF, Tsiaris W, Morgan T, Thompson WR. (1987). Reversal of benign intracranial hypertension by surgically induced weight loss. *Arch Surgery*, 122: 946-9.

Andersen T, Larsen U. (1989). Dietary outcome in obese patients treated with a gastroplasty program. *American Journal Clinical Nutrition*, 50: 1328-40.

Andreoli, Bennett, Carpentter, Rum, Smith. *Cecil Παθολογία Α Τόμος, Διαταραχές της Διατροφής*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996.

Azarbad L, Gonder-Frederick L. (2010). Obesity in women. *Psychiatry Clinical North America*. 33(2):423-40.

Bachieri LE, Meana M, Fisher BL. (2002). Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity Surgery*, 12(6):781-8.

Bachieri LE, Meana M, Fisher BL., (2002). Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity Surgery*, 12(6):781-8.

Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazaks A, Stern JS. (2002). Evaluating a «non diet» wellness intervention for improvement of metabolic fitness psychological well-being and eating and activity behavior. *International Journal Obesity Related Metabolism Disorder*, 26(6):854-65.

Bagdade, P.S. & Grothe, K.B., (2012). Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectrum*, 25(4), pp.211–216.

Barlow S, Dietz W. (1998). Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics*, 102:E29.

Barzilai N, She L, Liu BQ, et al. (1999). Surgical removal of visceral fat reverses hepatic insulin resistance. *Diabetes*, 48: 94-98.

Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. (2003). Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine*, 37(2):129-37.

Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W., (2003). Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine*. 37(2):129-37.



- Bayderdorffer E, Mannes GA, Ochsenkuhn T, Kopcke W, Wiebecke, Paumgartner G. (1993). Increased risk of 'high-risk' colorectal adenomas in over-weight men. *Gastroenterology*, 104: 137-44.
- Beauvois JL, Dubois N, Doise W. *La construction sociale de la personne*. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1999.
- Bell C, Kirkpatrick SW, Rinn RC. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42:431-439.
- Berdanier C. *Advanced Nutrition: Macronutrients*. CRC Press, London, 2000.
- Bloomfield GL, Blocher CR, Fakhry IF, Sica DA, Sugerman HJ. (1996). Elevated intraabdominal pressure upregulates the rennin-angiotensin-aldosterone system. *Journal Trauma*, 40: 193.
- Bloomfield GL, Ridings PC, Blocher CS, Marmarou A, Sugerman HJ. (1997). A proposed relationship between increased intra-abdominal, intrathoracic and intracranial pressure. *Critical Care Medication*, 25: 496-503.
- Bloomfield GL, Ridings PC, Blocher CS, Marmarou A, Sugerman HJ. (1996). Effects of increased intra-abdominal pressure upon intracranial and cerebral perfusion pressure before and after volume expansion. *Journal Trauma*, 40: 936-43.
- Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3):155- 165.
- Bostman OM. (1993). Body mass index and height in patients requiring surgery for lumbar intervertebral disc herniation, 18: 851-4.
- Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*. 29(3):293-8.
- Bravo P, Morse S, Borne D, Aguilar E, Reisin E., (2006). Leptin and hypertension in obesity *Vascular Health and Risk Management*, 2(2) 163-169.
- Bray G, Bouchard G, *Handbook of Obesity: Etiology and Pathophysiology*. 2 ed. 2004: Marcel Dekker Inc. 1200.
- Bray GA. *An Atlas of Obesity and Weight Control*. The Parthenon Publishing Group, New York, 2003.
- Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C. (2001). Research Methods in Psychology. *International Journal Obesity*, 25:759-760.
- Brehm BJ, Rourke KM, Cassell C, Sethuraman G. (2003). Psychosocial outcomes of a pilot multidisciplinary program of weight management. *American Journal of Health Behavior*, 27(4):348-54.

Brodie DA, Slade PD. (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. *Psychological Medicine*, 18:623-631.

Brody T. *Nutritional Biochemistry*. Academic Press, New York, 1999.

Brownell KD, Rodin J. (1994). Medical, metabolic and psychological effects of weight cycling. *Archives of Internal Medicine*, 154:1325-1330.

Bull RH, Engels WD, Engelman F, Bloom L. (1983). Behavioral changes following gastric bypass surgery for morbid obesity: a prospective, controlled study. *Journal Psychosom Research*, 27:457-467.

Bump RC, Sugeran HJ, Fantl JA, et al. (1992). Obesity and lower urinary tract function in women: effects of surgically induced weight loss. *American Journal Obstet Gynecol*, 167: 392-7

Burns RB. *Self Concept Development and Education*. Ltsd, London, 1982.

Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, LA: Freeman.

Byrne SM. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal Psychosom Research*, 53(5):1029-36.

Cabe RE, Farlane T, Polwy J, Olmsted MP. (2001). Eating disorders, dieting and the accuracy of self-reported weight. *International Journal Eating Disorder*, 29:59-64.

Cafri, G Yamamiya, Y., Brannick M., & Thompson, J.K (2005). The influence of Sociocultural Factors on Body Image: A Meta – Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12,4.

Cale E, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. (2003). Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *North England Journal Medication*, 348: 1625-38

Calle E., Rodriguez C. and Walker K., Thun M. (2003). Overweight/ obesity and mortality from cancer in a prospectivity studied cohort of USA adults. *N Engl J Med*. 348. p.1625-1638.

Carson GL, Ruddy ME, Duff AE, Holmes NJ, Cody RP, Brolin RE. (1994). The effect of gastric bypass surgery on hypertension in morbidly obese patients. *Ann International Medication*, 154: 193-200

Cash TF, Hicks KF. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors and well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 14:327- 341. 144.

Castongusy T. W., (1991). “Glucocorticoids as modulators in the control of feeding” *Brain Research Bulletin*, 27, p.p 423-428.

Celio AA, Zabinski MF, Wilfley DE. (2002). African American body images. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, New York.

Chasseguet-Smirgel J. The ego ideal: a psychoanalytic essay on the malady of ideal. Free Association Books, London, 1985.

Chungl W., Leibel R. (2008). Considerations Regarding the Genetics of Obesity, Obesity, 16(Suppl 3), S33-S39.

Claesmer H, Brahler E. (2002). Prevalence estimation of overweight and obesity based on subjective data of body mass index. Gesundheitswesen, 64(3):133-8.

Clark, LT, Karve MM, Roness KT, et al. (1994). Obesity, distribution of body fat and coronary artery disease in black women. American Journal Cardiological, 73(12): p. 895-6.

Coffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. Penguin Books, London, 1984.

Cohen MA, Ellis SM, Le Roux CW, et al. (2003). Oxyntomodulin suppresses appetite and reduces food intake in humans. Journal Clinical Endocrinol Metabolism, 88:4696-701.

Cole JT, Bellizzi CM, Flegal MK, Dietz HW., (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, BMJ, 320:1240-1243.

Collins JK, Beaumont PJ, Touyz SW, Krass J, Thompson P, Philips T. (1987). Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects. International Journal of Eating Disorders, 6:633-638.

Collins JK, Cabe MP, Jupp JJ, Sutton JE. (1983). Body percept change in obese females after weight reduction therapy. Journal of Clinical Psychology, 39:507-511.

Cooper Z, et al., (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. Behavioural Research Therapy.48 (8).

Cooper Z, Fairburn CG. (2001).A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behavioural Research Therapy. 39 (5).

Counihan C. The Anthropology of Food and Body Gender, Meaning and Power. Routledge, New York, 1999.

Courtney-Moore M. Διατολογία. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.

Crocker M., Yanovski, (2009). Obesity: Etiology and Treatment. Endocrinological Metabolism Clinical North America, 38(3): 525-548.

Crowley VE, Yeo GS, O' Rahilly S. (2002). Obesity therapy: altering the energy intake and expenditure balance sheet. Nat Rev Drug Discov, 1(4):276-86.

Cuisado JA, Vaz FJ, Alarcon J, Lopez-Ibor J, Rubio MA, Gaité L. (2004). Psychopathological Status and Interpersonal Functioning Following Weight Loss in Morbidly Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 12(6):835-840.

de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*.

Deci, E.L., & Flaste, R. (1995). *Why we do what we do: The dynamics of personal autonomy*. NY: Grosset – Putman.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self – determination in human behaviour*. NY: Plenum Press.

Degen L, Oesch S, Casanova M, et al. (2005). Effect of peptide YY3-36 on food intake in humans. *Gastroenterology*, 129:1430-6.

Dehghan1 M, Akhtar-Danesh N, Merchant TA., (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention, *Nutrition Journal*, 4:24.

Deitel M.: (2003). Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people, *Obesity Surgery*, 13(3):329-30.

Despres JP et al. (1990). Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis*, 10:497-511.

Di Lorenzo, R. et al., (2016). Weight control and behavior rehabilitation in a patient suffering from Prader Willi syndrome. *BMC Research Notes*, 9(1), p.199.

Dingemans AE, Bruna MJ, Furth EF. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 26:299-307.

Diprose R. *The bodies of women, ethics, embodiment and sexual difference*. Routledge, New York, 1994.

Dittrick D, Thompson J., (2005). Gallbladder pathology in obesity. *Obesity*, 15(2): p.238-242.

Dolores Corbala'n M et al., (2009). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*. 25(7).

Dolto F. *Η ασυνείδητη εικόνα του σώματος*. Εστία, Αθήνα, 1999.

Dominguez Carmona M. (2002). The outriggers of personality *An R. Acad Nac Med*, 119(2):393-411.

Donini, L.M. et al., (2013). How to estimate fat mass in overweight and obese subjects. *International journal of endocrinology*, pp.1–9.

Dymek MP, Grange D, Neven K, Alverdy J. (2002). Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity Research*, 10(11):1135-42.

Elisabeth M Mathus-Vliegen, Sabina de Weerd, Laurens T de Wit. (2004). Health-related quality of life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Science direct surgery*, 135(5):489-497.

Elmore D.K & De Castro J.m., (1990). "Self- rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics and normals". *International Journal of Eating Disorders*, 9, p.p. 170-190.

Erikson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1963.

Expert Panel of the National Institutes of Health. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. *American Journal Clinical Nutrition*, 68(4):899-917.

Fairburn C, Wilson T. (1993). *Binge Eating Nature, Assessment and Treatment*. The Guilford Press, New York.

Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity*. The Guilford Press, New York, 2002.

Featherston M, Hepworth M, Turner B. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Sage Publications, London, 1996.

Fernstrom J., Miller G. *Appetite and Body Weight Regulation Sugar, Fat and Macronutrient substitutes*. CRC Press, London, 1994.

Ferrannini E et al: (1991). Hyperinsulinaemia: the key feature of a cardiovascular and metabolic syndrome. *Diabetologia*, 34:416-422.

Fischer S. *Development and structure of the body image*. La Wrence Erlbann Associates Publisher, New York, 2000. 145.

Flegal K, Carroll M, Ogden C, Curtin L: Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008 *JAMA*. 2010; 303(3):235-241.

Flegal K, Troiano R.: Changes in the distribution of body mass index of adults and children in the US population, *Int J Obes* 2000; 24: 807-18.

Flint A, Raben A, Astrup A, Holst JJ. (1998). Glucagon-like peptide 1 promotes satiety and suppresses energy intake in humans. *Journal Clinical Invest*, 101:515-20.

Floriana S Luppino, Leonore M. de Wit, Paul F. Bouvy, Theo Stijnen, Pim Cuijpers, Brenda W. J. H. Penninx, F.G.Z., (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), pp. 220–229.

- Folley F, Benotti PN, Borlase BC, Hollingshead J, Blackburn GL. (1992). Impact of gastric restrictive surgery on hypertension in the morbidly obese. *American Journal Surgery*, 163: 294-7.
- Foster GD, Phelan S, Wadden TA, Gill D, Ermold J, Didie E. (2004). Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obesity Research*, 12(8):1271-7.
- Freemantle N, Holmes J, Hockey A, Kumar S. (2008). How strong is the association between abdominal obesity and the incidence of type 2 diabetes? *International Journal Clinical Pract*, 62, 9, 1391-1396.
- Fried, M., Yumuk, V., Oppert, JM., Scopinaro, N., Torres, AJ., Weiner, R., Yashkov. Y., Frühbeck, G., (2013). Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity Facts*, 6 (5), p.p 449-468.
- Fromm E. *Aimer la Vie*. Desclee de Brouwer, Lonrai (Orne), 1997.
- Garaulet M., Pérez de Heredia P. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutrition. Hospital*. 25 (1).
- Garfinkel L. Overweight and cancer. *Ann Int Med* 1985; 103: 1034-6
- Garrow JS, James WPT, Ralph A. *Human Nutrition and Dietetics*. Churchill Living Stone, London, 2000.
- Gergen K. *Κορεσμένος Εαυτός*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
- Gilbert, L.A., Deutsch, C.J., & Strahan, R.F. (1978). Feminine and Masculine Dimensions of the Typical, Desirable, and Ideal Woman and Men. *Sex Roles*, 4,5,767-778.
- Gingras J, Fitzpatrick J, Cargar L. (2004). Body of chronic dieters: Lowered appearance evaluation and body satisfaction. *Journal of the American Dietetic Association*, 104:1589-1592.
- Gingras J, Fitzpatrick J, Cargar L. (2004). Body of chronic dieters: Lowered appearance evaluation and body satisfaction. *Journal of the American Dietetic Association*, 104:1589-1592.
- Goetz DR, Caron W. (1999). A biopsychosocial model for youth obesity: Consideration of an ecosystemic collaboration. *International Journal Obesity*, 23:58-64.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Goins RT, Spencer SM, Krummel DA. (2003). Effects of obesity on health related quality of life among Appalachian elderly. *South Med J*, 96(6):552-7.
- Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* ,vol.329, 1008- 12.
- Grillo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19, 443-450.

- Grotle M., Hagen K, Natvig B, Dahl F, Kvien T. (2008). Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up BMC Musculoskeletal Disorders, 9:132.
- Gutierrez-Fisac JL, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar- Castellon P. (2002). Self-perception of being overweight in Spanish adults. European Journal of Clinical Nutrition, 56(9):866-872.
- Gutierrez-Fisac JL, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Banegas JR, GuallarCastillon P. (2002). Self-perception of being overweight in Spanish adults. European Journal of Clinical Nutrition, 56(9):866-872.
- Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas-Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The size of obesity differences associated with educational level in Spain. J Epidemiol Community Health. 1987 & 1995/97; 56(6):457-60.
- Guyton A. Φυσιολογία του ανθρώπου. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2001.
- Guyton AC, & Hall JE. Φυσιολογία του ανθρώπου και μηχανισμοί των νόσων. Γ.Ρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 2001.
- Hansen BC. The metabolic syndrome X. Ann NY Acad Sci 1999, 892: 1-24.
- Harter S. The construction of the self A developmental perspective. The Guilford Press, New York, 1999.
- Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SF, Hill AJ. (2002). Dieticians' view of overweight and obese people and reported management practices. Journal Human Nutrition Diet, 15(5):331-47.
- Hashimoto DM, Schmid J, Martins FM, Fonseca AM, Andrade LH, Kirchengast S, Eggers S. (2003). The impact of weight status on subjective symptomatology of polycystic ovary syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. Anthropol Anz, 61(3):297-310.
- Henrich, D. (1971). "Self - Consciousness: A Critical Introduction to a Theory", Man and World, 4, 3-28.
- Hill A, Roberts J. Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight. J Public Health Med. 1998; 20(2):206-210.
- Holmberg S, Thelin N: (2005). Knee osteoarthritis and body mass index: a population based case control study. Scand J Rheumatology, 34(1): p. 59-64.
- Horney K. Our Inner Conflicts. Norton, New York, 1945.
- Hotamisligil GS, Arner P, Caro JF, et al. (1995). Increased adipose tissue expression of tumor necrosis factor- $\alpha$  in human obesity and insulin resistance. J Clin Invest, 95: 2409- 15.
- Ikeda JP, Lyons P, Schwartzman F, Mitchell RA. (2004). Self-reported experiences of women with body mass indexes of 30 or more. Journal American Diet Association, 104(6):972-4.

Jacalyn J, Comb R. Eating disorders in women and children prevention, stress management and treatment. CRC Press, London, 2001.

Jacoby A, Snape D, Baker GA. (2005). Epilepsy and Social Identity: the Stigma of a Chronic Neurological Disorder, *Lancet Neurology*, vol. 4 (3), 171–8.

Jirik-Babb P, Geliebter A. (2003). Comparison of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese adults female outpatients. *Eat Weight Disord*, 8(2):173-7.

Jorro A. L'enseignant et l'évaluation. Des gestes évaluatifs en question. DeBoeck Université, Bruxelles, 2000.

Jung CG. L'Âme et le Soi Renaissance et individuation. Albin Michel, Paris, 1990. 64 Kohut H. Le SOI le fil rouge. Le psychanalyse des transferts narcissiques. Presses Universitaires de France, Paris, 1974. 146

Kaila B., Raman M. (2008). Obesity: A review of pathogenesis and management strategies. *Can J Gastroenterol*, 0 Vol 22 No 1.

Katon W, Richardson L, Russo J, McCarty CA, Rockhill C, McCauley E, Richards J, Grossman DC. (2010). Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *General Hospital Psychiatry*. 32(3):233-9.

Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-year follow-up study. *International Journal Obesity Relative Metabolism Disorder*, 27(9):1072-80.

Kellum JM, DeMaria EJ, Sugarman HJ. (1998). The surgical treatment of morbid obesity. *Curr Probl Surgery*, 35(9): 785-858.

Kissebah A, Vydelingum N, Murray R, et al. (1982). Relation of body fat distribution to metabolic complications of obesity. *Journal Clinical Endocrinological Metabolism*, 54: 254-7.

Kissebah AH, Krakower GR. Regional adiposity and morbidity. *Physiol Rev* 1994; 74: 761-809.

Kolotkin RL, Crosby RD, Pendleton R, Strong M, Gress RE, Adams T. (2003). Health related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs nontreatmentseeking controls. *Obesity Surgery*, 13(3):371-7.

Kolotkin RL, Crosby RD, William GR. (2002). Health related quality of life varies among obese subgroups. *Obesity Research*, 10(8):854-5.

Kolterman OG, Olefsky JM, Kurakara C, et al. (1980). A defect in cell-mediated immune function in insulin-resistant diabetic and obese subjects. *Journal Lab Clinical Medication*, 96: 535-43.

Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404 (6778): 635-643.



- Koroni, M., Garagouni-Areou, F., Roussi-Vergou, C.J Zafiropoulou,M., & Piperakis, S.M. (2009). The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*, 52, 241-244.
- Kral J. (2001). Morbidity of severe obesity. *Surgery Clinical North America*, 81(5): 1039-61.
- Krishnan EC, Trost L, Aarons S, et al. (1982). Study of function and maturation of monocytes in morbidly obese individuals. *J Surg Res*, 33: 89-97.
- Kuldán JM, Rand CS. (1980). Jejunoileal bypass for obesity general and psychiatric outcome after one year. *Psychosomatics*, 21:534-539.
- Laferrere B, Clarkson JR, Yoshioka MR, Krauskopf K, Thornton JC, Synner FX. (2002). Race, Menopause, Health-Related Quality of Life, and Psychological Well-Being in Obese Women. *Obese Research*, 10:1270-1275.
- Lagergren J, Bergstrom, Lindgren A, et al. (1999). Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *Norht England Journal Medication*, 340: 825-31.
- Lauren L, Cauvin L. (2002). The cumulative impact of being overweight on women's body esteem: a preliminary study. *Eat Weight Disorder*, 7(4):324-7.
- Lean MEJ, Han TS, Morrison CE: (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management, *BMJ*, 311:158-161.
- Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. (1999). Impairment of health and quality of life using US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med*, 159:837-843.
- Lederer, J. *Εγχειρίδιο Διαιτητικής*. Παρισιάνου ΑΕ, 2002.
- Leit, R.A., Pope, H.G., & Gray, J.J. (2001). Cultural Expectations of Muscularity in Men: The Evolution of Playgirl Centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 1, 90-93.
- Leon GR, Eckert ED, Teed DB, Buchwald H. (1979). Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *Journal Behaviour Medication*, 2:39-55.
- Liu GT, Volpe NJ, Schatz NJ, Galetta SL, Farrar JT, Raps EC. (1966). Severe sudden visual loss caused by pseudotumor cerebri and lumboperitoneal shunt failure. *Am J Ophthalmol*, 122: 129-31.
- Longnecker, Ha Jf, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J*, 10:38-43.
- Lundgren JD, Anderson DA, Thompson JK. (2004). Fear of negative appearance evaluation: development and evaluation of a new construct for risk factor work in a field of eating disorders. *Eating Behaviours*, 5(1):75-84.

- Major, B., Laurie T. O'Brien., (2005). The Social Psychology of Stigma, *Annual Review of Psychology*, vol. 56 (1), 393–421.
- Mann, DW. (1997). Θεωρίες περί εαυτού. *Harvard Review of Psychiatry*, 4:175- 183.
- Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med*, 322: 882-9.
- Manson JE, Willett wc, Stamfer MJ, et al. (1995). Body weight and mortality among women. *North England Journal Medication*, 333: 677-85.
- Manuscript, A. & Surgery, A.B., (2010). NIH Public Access., 56(5), pp.1–16.
- Marnett LJ. (2000). Oxyradicals and DNA damage. *Carcinogenesis*, 21: 361-370.
- Martinot D. Le SOI. Les approches psychosociales. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1995.
- Matsuzawa Y, Funahashi T, Kihara S, Shimomura I. (2004). Adiponectin and metabolic syndrome. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 24:29-33.
- Matz PE, Foster GD, Faith MS, Wadden TA. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol*, 70(4):1040-4.
- Matzko, M.E. et al., (2012). Association of ghrelin receptor promoter polymorphisms with weight loss following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 22(5), pp.783–790.
- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R. W., Konopack, J. F., Hu, L., & Marquez, D. X. (2005). Physical activity, self-efficacy, and self-esteem: Longitudinal relationships in older adults. *Journals of Gerontology - Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, P268-P275.
- McKee MD, Waddekk JP. (1994). Intramedullary nailing of femoral fractures in morbidly obese patients. *Journal Trauma*, 36: 208-10.
- Messerli FH, Sundgaard-Riise K, Reisin ED, et al. (1983). Disparate cardiovascular effects of obesity and arterial hypertension. *American Journal Medication*, 74: 808-11.
- Mizuno TM, Kelley KA, Pasinetti GM, Roberts JL, Mobbs CV. (2003). Transgenic neuronal expression of proopiomelanocortin attenuates hyperphagic response to fasting and reverses metabolic impairments in leptin-deficient obese mice. *Diabetes*, 52:2675-83.
- Monteil JM. Soi et le contexte. Armand Colin, Paris, 1993.
- Moustaid N, Berdanier CD. Nutrient-Gene Interactions in Health and Disease. CRC Press, London, 2001.

Monteleone P, Brambilla F, Bortolotti F et al., (2000). Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behaviour, purging behaviour, nutritional status and general psychopathology. *Psychological Medication*, 30, (5).

Mydlo JH, Kanter JL, Kral JG, et al. (1998). A review of the role of obesity and diet in urological complications. *Br J Urol International*, 83: 225-234.

National Institute of Health: Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults - the evidence report, *Obes Res* 1998; 6(suppl 2).

Nauta H, Hospers H, Jansen A. (2001). One year of follow-up effects of two obesity treatment on psychological well-being and weight. *Br Journal Health Psychology*, 6(3):271-84.

Neisser U, Jopling DA. *The conceptual self in context, culture, experience, selfunderstanding*. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.

Neisser U. *The perceived self Ecological and interpersonal sources of self knowledge*. Cambridge University Press, Cambridge, 1993.

Nestle M. *Διατροφή στην Κλινική Πράξη*. ΠαρισιάνοσΓΚ, Αθήνα, 1987.

Newby J., Irigaray P, Lacomme S. and Belpomme D. (2007). Overweight/ obesity and cancer genesis: more than a biological link. *Biomedicine and pharmacotherapy*, 16. p. 665-678.

O'Rahilly S, Farooqi IS. (2006). Genetics of Obesity, *Phil. Trans. R. Soc. B*, 361,1095-110595.

Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic, report of a WHO consultation, Geneva 2000.

Oh DK, Ciaraldi T, Henry RR. (2007). Adiponectin in health and disease. *Diabetes Obesity Metabolism*, 9:282-9.

Olmsted MP, McFarlane T. (2004). Body Weight and Body Image. *Women's Health*, 4:1186-1472.

Olszanesca-Clinianowick M, Zahorska-Markiewicz B, Skubacz M, Zurakowski A, Ziemlewska M, Zak A. (2020). The influence of three months weight reducing treatment on eating behavior in obese women. *Wiad Leck*, 55(9):547-55.

Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., (2006). Self-consciousness and psychological distress:A study using the Greek SCS. *Personality and Individual Differences*, (41), 83–93.

Parker S, Nichter M, Vuckovic N, Sims C, Rittenbaugh C. (1995). Body Image and Weight Concerns among African American and White Adolescent Females: Differences That Make a Difference. *Human Organisation*, 54(2):103-14.

- Perron R, Auble JP, Chicand J, et. all. (1991). Les representation de soi. Developments, dynamiques, conflits. Editions Privat, Toulouse, p. 147
- Pervin L, John O. Θεωρίες προσωπικότητας. Τυπωθήτω, Αθήνα, 1999.
- Phee S, Μουτσόπουλος Χ. Παθολογική Φυσιολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
- Piolat M, Hurtig MC, Pichevin MF. Textes de base en psychologie Le Soi Recherches dans le champ de la cognition sociale. Delachaux et Niestlé TDB, Paris, 1992.
- Polikandrioti, M., (2008). The Role Of Leptin On Weight Management., pp.181–182.
- Pories WJ, MacDonald KG, Morgan EJ, et al. (1992). Surgical treatment of obesity and its effect on diabetes: 10-year follow-up. American Journal Clinical Nutrition, 55: 582-5.
- Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. (1995). Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Annual Surgery, 222: 339-50
- Price RA, Gottesman I. (1991). Body fat in identical twins reared apart: roles for genes and environment. Behaviour Genetics, 21, 1-7.
- Quetelet LAJ: A treatise on man and the development of his faculties, Edinburg 1842, reprinted: Obes Res 1994; 2: 72-85.
- Rexrode, KM, Carey VJ, Hennekens CH, et al. (1998). Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. JAMA, 280(21):1843-1848.
- Ridings PC, Bloomfield GL, Blocher CR, Sugerman HJ. (1995). Cardiopulmonary effects of raised intra-abdominal pressure before and after volume expansion. Journal Trauma, 39: 1071-5.
- Riener, R, Schindler, K, Ludvik, B. (2006). Psychosocial variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. Eating Behaviour, 7(4):309-14.
- Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA, Billion W. (2003). Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. Journal American Diet Association, 103(10):1357-9.
- Roberts RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? Public Health. 1995; 109(4):275-284.
- Rohrer JE, Rohland BM. (2004). Psychosocial risk factors for obesity among women in a family planning clinic. BMC Family Practice, 5:20.
- Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. (1997). Obesity. North England Journal Medication, 337: 396-408.
- Rosenberg M. Conceiving the self. Krieger Publishing, Florida, 1986.

- Samsa GP, Kolotkin RL, Williams GR, Nguyen MH, Mendel CM., (2001). Effect of moderate weight loss on health-related quality of life: an analysis of combined data from 4 randomized trials of sibutramine vs placebo.. *Am J Manag Care*, 7(9):875-83.
- Sanchez-Johnsen LA, Dymek M, Alverdy J, Grange D. (2003). Binge eating and eating related cognitions and behavior in ethnically diverse obese women. *Obesity Research*, .11(8):1002-9.
- Sarafino EP. *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. John Wiley and Sons, INC, New York, 1998.
- Sarwer DB, Moore RH, Diewald LK, Chittams J, Berkowitz RI, Vetter M, Volger S, Wadden TA (2013). The impact of a primary care-based weight loss intervention on the quality of life. *International Journal Obesity (London)*. 37 Suppl 1:S25-30.
- Sarwer, D.B., Grossbart, T.A., Didie, E.R. (2003). Beauty and society. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 22, 2, 79-92.
- Satir V. *Making Contact*. Celestial Arts, California, 1976.
- Schapira DV et al. (1994). Visceral obesity and breast cancer risk. *Cancer*, 74:632-639.
- Scheier, M. F. (1980). Effects of public and private self-consciousness on public expression of personal beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 514–521.
- Schmidt MI, Duncan BB, Canani LH, Karohl C, Chambless L. (1992). Association of waist-hip ratio with diabetes mellitus. Strength and possible modifiers. *Diabetes Care*, 15: 912-4.
- Schwartz MB, Brownell KD. (2004). *Obesity and body image*. Elsevier, 1:43-56.
- Scott S, Morgan D. *Body matters: essays on the sociology of the body*. The Falmer Press, London, 1993.
- Seagle, H. M., Strain, G. W., Makris, A., & Reeves, R. S. (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc*, 109(2), 330-346.
- Section of cancer information. Globocan., (2008). IARC. Available [www.globocan.iarc.fr](http://www.globocan.iarc.fr). Accessed April 4, 2012.
- Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, et al. (2001). Report from a center for disease control and prevention workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *American Journal Clinical Nutrition*. 73:123-126.
- Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, et al. (2001). Report from a center for disease control and prevention workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *American Journal Clinical Nutrition*, 73:123-126.

- Shapiro JR, Anderson DA. (2003). The effects of restraint, gender and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *International Journal Eating Disorder*, 34(1):177-80.
- Smith AI, Funder JW. (1988). Proopiomelanocortin processing in the pituitary, central nervous system and peripheral tissues. *Endocr Rev*, 9: 159-79.
- Smith SC, Edwards CB, Goodman GN. (1997). Symptomatic and clinical improvement in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease following Roux-en-Y gastric bypass, *Obesity Surgery*, 7:479-484.
- Snygg D, Combs AW. *Individual Behavior*. Harper and Row, Boston, 1959.
- Spear B, Barlow W, Ervin C et al., (2007). *Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity Pediatrics*.
- Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC- Oxford participants. *Public Health Nutrition*, 5(4):561-5.
- Stevens A, Lowe J. *Παθολογική Ανατομική. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.*
- Stunkard A, Burt V. (1967). Obesity and the body image: II. Age at onset of disturbance in the body image. *Am J Psychiat* .vol. 123, 1443-7.
- Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. (1990). The body-mass index of twins who have been reared apart. *North England Journal Medication*, 322, 1483-1487.
- Stunkard AJ, Wadden TA. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal Clinical Nutrition*, 55:524-532.
- Sugerman H. (2001). Effects of increased intra-abdominal pressure in severe obesity *Obesity Surgery*, Vol 81, No 5
- Sugerman H, Windsor A, Bessos M, Wolfe M. (1997). Abdominal pressure, sagittal abdominal diameter and obesity co-morbidity. *Journal International Medication*, 241: 71-9.
- Sugerman HJ, Felton WL, Sismanis A., et al. (1995). Effects of surgically induced weight loss on idiopathic intracranial hypertension in morbid obesity. *Neurology*, 45:1655-1659.
- Sugerman HJ, Kellum JM, Reines HD et al. (1996). Greater risk of incisional hernia with morbidly obese patients than steroid-dependent patients and low recurrence with prefascial polypropylene mesh *American Journal Surgery*, 17:80-84.
- Supronowicz P. (2003). Relative validity of self-assessment of silhouette and BMI. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 54(3):301-9.

Tarnopolsky M. *Gender Differences in Metabolism: Practical and Nutritional Implications*. CRC Press, London, 1999.

The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and its Treatment, WHO – Western Pacific Region, IASO, IOTF, February 2000.

Tod AM, Lacey A. (2004). Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs*, 9(2):59-66.

Tod AM, Lacey A. (2004). Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs*, 9(2):59-66.

Tschop M, Weyer C, Tataranni PA, Devanarayan V, Ravussin E, Heiman ML. (2001). Circulating levels are decreased in human obesity. *Diabetes*, 50:707-9.

Van Hout GC, Van Oudheusden I, Van Heck GI. (2004). Psychological drawing of morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14(5):579-88.

Vasankari T, Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K, et al. (2001). Reduced oxidized low-density lipoprotein after weight reduction in obese premenopausal women. *International Journal Obesity*, 25: 205-11.

Vial M. *Se former pour evaluer se donner une problematique et elaborer des concepts*. DeBoeck Universite, Bruxelles, 2001. 148.

Wadden TA, Foster GD, Sarwer DB, Anderson DA, Gladis M, Sanderson RS, Letchak RV, Berkowitz RI, Phelan S. (2004). Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *American Journal Clinical Nutrition*, 80(3):560-8.

Walker, B. R. (2006). Cortisol—cause and cure for metabolic syndrome? *Diabetic Medicine*, 23(12): 1281-1288.

Wampler RS, Lauer JB, Lantz JB. (1980). Psychosocial effects of intestinal bypass surgery. *Journal Counselling Psychology*, 27:492-9.

Wardle J, Carnell S, Haworth CMA, et al. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *American Journal Clinical Nutrition*, 87:398.

Wardle J, Waller J, Fox E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addict Behaviour*, 27(4):561-73.

Watson J. *Male Bodies Health, Culture and Identity*. Open University Press, Buckingham, 2000.

Weber RV, Buckley MC, Fried SK, et al. (2000). Subcutaneous lipectomy causes a metabolic syndrome in hamsters. *American Journal Physiology*, 279: R936-43.

- Westerterp-Plantenga MS, Fredrix E, Steffens AB, Kissileff HR. Food intake and energy expenditure. CRC Press, London, 1994.
- Wilborb C et al., (2005). Obesity: Prevalence, Theories, Medical Consequences, Management, and Research Directions. *Journal International Society Sports Nutrition*, 2 (2).
- Wildman R, Medeiros D. *Advanced Human Nutrition*. CRC Press, London, 2000.
- Williamson DA, Womble LG, Zucker NL, et al. (2000). Body image assessment for obesity (BIAO): development of a new procedure. *International Journal Obesity*, 24:1326- 1332.
- Wisotsky W, Swencion C. (2002). Cognitive-behavioral approaches in management of obesity. *Obesity Research*, 0(12):1259-69.
- Wolfe WA. (2004). A review: maximizing social support- a neglected strategy for improving weight management with African-American women. *Ethn Dis*, 14(2):308-9.
- Wolin K., Carson K. and Coldizz E. (2009). Obesity and cancer. *The oncologist*. 15 (6) p. 556-565.
- Wren AM, Seal LJ, Cohen MA, et al. (2001). Ghrelin enhances appetite and increases food intake in humans. *Journal Clinical Endocrinological Metabolism*, 86:5992.
- Wright, S. M., Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal imaging*. 37(5): 730-732.
- Yu-Jen C, Yiing-Mei I, Shuh-Jen S, Mei-Yen C. Unbearable weight: young adult women's experiences of being overweight. *J Nurs Res*. 2004; 12(2):153-60.
- Ziller RC. *Photographing the self Methods for observing personal orientations*. SAGE Publications, London, 1990.
- Ziogou T., Fradelos E., Kourkouta L. (2015). The use of exercise in mental health care. *American Journal of Nursing Science*, 4(2-1): 16-21.
- Zwaan M, Mitchell JE, Havell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, Kolotkin RL, Crosby RD. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research*, 10(11):1143-51.
- Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swon-Kremeier L, Crosby RD, Seim HC. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5):428-34.
- Γεωργιάννος ΣΝ. *Φυσιολογία της θρέψης, Μεταβολισμός και Τεχνητή εντερική και παρεντερική διατροφή*. Παρισιάνος ΓΡ, Αθήνα, 1998.
- Ζαμπάκος Γ. *Παχυσαρκία*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1989. 126 Ζερβής Χ. *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα, 2001.



- Ζαμπάκος Γ. (1989). Παχυσαρκία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Ζερφυρίδης ΓΚ. Διατροφή του Ανθρώπου. Γιαχούδη-Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη, 1998.
- Καλαντζής Α. Αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος Ψυχολογική Θεώρηση Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα, 1998.
- Κλεφτάρας Γ. Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους: Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα. Ψυχολογία. 2000; 7: 46-62. 130 Λεονταρή Α. Αυτοαντίληψη. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- Κουρκούτα Λ Ι. (2010). Διαγνωστική Νοσηλευτική Προσέγγιση. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Λεονταρή Α. (1998). Αυτοαντίληψη. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Λεονταρή, Α. (1996). Αυτοαντίληψη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακρή-Μπότσαρη Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μακρή-Μπότσαρη Ε. Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- Μόρτογλου Α. Παχυσαρκία ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους. Advance Publishing, 1996.
- Μουτσόπουλος ΧΜ., Εμμανουήλ ΔΣ. Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.
- Παπαβραμίδης ΣΘ. Παχυσαρκία Θεωρία και Πράξη. Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης, Θεσσαλονίκη, 2002.
- Παπανικολάου Γ. (2002). Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Παπανικολάου Γ.Κ., Αθήνα.
- Παπανικολάου Γ. Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Παπανικολάου Γ.Κ., Αθήνα, 2002.
- Παπαστάμου Σ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία, Επιστημονικοί Προβληματισμοί και Μεθοδολογικές Κατευθύνσεις. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- Ποταμιάνος Γ. Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
- Ρόλλο Μέη (2016). «Η έρευνα του ανθρώπου για τον εαυτό του», εκδόσεις Κονιδάρη.
- Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στη Ελλάδα. Πεδίο, Αθήνα.
- Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στη Ελλάδα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2012, σελ. 134.
- Τανού ΧΓ. Αυτοεκτίμηση και Αξιολογικό Σύστημα των Εφήβων. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1985.

Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα, 2002.

Τσακόπουλος Μ, Vander A, Sherman J, Luciano D. Φυσιολογία του ανθρώπου Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού II. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001.

Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α. (2002). Διατροφή για υγεία, Άσκηση και Αθλητισμός. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Χασαπίδου Μ, Φαχαντίδου Α. Διατροφή για υγεία, Άσκηση και Αθλητισμός. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002.

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Στοιχεία Συμμετεχόντων (Πίνακας 1)

Δείγμα	N	Ηλικία	Ύψος (cm)	Βάρος (Kg)
Άντρες	21	24.07	1.79	84.82
Γυναίκες	29	26.67	1.66	79.52

Στοιχεία Συμμετεχόντων (Πίνακας 1)

Δείγμα	N	ΑΕΙ %	ΤΕΙ %	Ζουν με την οικογένεια %	Παντρεμένοι %
(Άντρες και Γυναίκες)	50	48.3	28.5	28.3	64.7

Αντιμετώπιση της Αυτοεκτίμησης (Πίνακας 2)

	t	df	Sig. (2 tailed)
Άντρες	-2.458	48	0.019

Αυτοεκτίμηση (Πίνακας 2)

	t	df	Sig. (2 tailed)
Άντρες	2.742	48	0.058

Αυτοσυνειδησία (Πίνακας 2)

	t	Df	Sig. (2 tailed)
Άντρες	2.693	48	0.040

Αντιμετώπιση της Αυτοεκτίμησης (Πίνακας 2)

	t	df	Sig. (2 tailed)
Γυναίκες	-2.458	48	0.010

Αυτοεκτίμηση (Πίνακας 2)

	t	df	Sig. (2 tailed)
Γυναίκες	2.742	48	0.048

Αυτοσυνειδησία (Πίνακας 2)

	t	Df	Sig. (2 tailed)
Γυναίκες	2.693	48	0.065

Προσδοκίες (Πίνακας 4)

Δείγμα	N	Βελτίωση σωματικής και ψυχικής υγείας	Βελτίωση εξωτερικής εμφάνισης	Βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων	Βελτίωση σχέσης με τον σύντροφο
(Άντρες και Γυναίκες)	10	91%	78.5%	18.8%	14.3%

Λήψη Απόφασης (Πίνακας 4)

Δείγμα	N	Καλές σχέσεις με την οικογένεια	Καλές σχέσεις με τα αδέρφια	Στήριξη της οικογένειας για την επέμβαση	Λήψη απόφασης – ατομική
(Άντρες και Γυναίκες)	10	86%	93%	91%	89%

Λήψη Απόφασης (Πίνακας 4)

Δείγμα	N	Ενημερώθηκε από άτομα που είχαν κάνει την επέμβαση	Ενημέρωση από το Ιατρικό προσωπικό	Ενημέρωση από φιλικά πρόσωπα	Ενημέρωση από Μ.Μ.Ε
(Άντρες και Γυναίκες)	50	31.9%	29.7%	24.2%	13.2%

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

#### ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

#### ΤΙΤΛΟΣ :

**Αυτοεκτίμηση και αυτοσυνειδησία στα παχύσαρκα άτομα που κάνουν τη χειρουργική επέμβαση γαστρικό μανίκι. Η συμβολή της ομαδικής θεραπείας πριν και μετά την επέμβαση.**

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ: ΜΙΓΚΟΣ ΒΑΓΓΕΛΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΟΥΜΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

Έχετε επιλεγθεί για να λάβετε μέρος σε μια έρευνα στα πλαίσια πτυχιακής μελέτης εάν το επιθυμείτε. Παρακαλώ αφιερώστε λίγο χρόνο για να διαβάσετε τα όσα ακολουθούν ώστε να κατανοήσετε τον σκοπό για τον οποίο γίνεται αυτή η έρευνα και τι περιλαμβάνει.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να ερευνήσουμε την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία στα παχύσαρκα άτομα που κάνουν την χειρουργική επέμβαση γαστρικό μανίκι (sleeve). Παράλληλα, θα αξιολογήσουμε την συμβολή της ομαδικής θεραπείας στα παχύσαρκα άτομα πριν και μετά την επέμβαση με την διενέργεια συνέντευξης που η διάρκεια της θα είναι στα δεκαπέντε λεπτά.

Η έρευνα θα περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίων, δυο συνολικά, που θα αφορούν την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνειδησία. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις αρκεί να είστε απολύτως ειλικρινείς. Ο χρόνος που απαιτείτε δεν ξεπερνά τα 10 λεπτά.

Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι αυστηρά εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας. Επιπρόσθετα οποτεδήποτε μετανιώσετε ή θελήσετε να διακόψετε την συμμετοχή σας στην έρευνα, μπορείτε να το κάνετε χωρίς εξηγήσεις.

ΜΙΓΚΟΣ ΒΑΓΓΕΛΗΣ

E-mail: [emigkos@uth.gr](mailto:emigkos@uth.gr)

## ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Συμφωνώ να συμμετάσχω εθελοντικά στην έρευνα:

- Είμαι 18 ετών και άνω.
- Έχω διαβάσει όλες τις πληροφορίες που μου δόθηκαν και ενδεχόμενες απορίες, μου έχουν αποσαφηνιστεί.
- Έχω ενημερωθεί για τον τρόπο που θα γίνει η έρευνα.
- Κατανοώ ότι η προσωπική μου ανάμιξη και οι πληροφορίες που θα καταθέσω για τον σκοπό της έρευνας θα είναι εμπιστευτικές..
- Κατανοώ ότι έχω την ευχέρεια να διακόψω την συνεργασία όποτε θελήσω, χωρίς εξηγήσεις.

Υπογραφή Εθελοντή: .....

Ημερομηνία : .....

Ως ερευνητής επιβεβαιώνω υπεύθυνα ότι έχω εξηγήσει στον/ην εθελοντή/ντρια την φύση και τον σκοπό που γίνεται η έρευνα.

Υπογραφή Ερευνητή: .....

Ημερομηνία : .....

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα κενά που σας ζητούνται.

- 1 Φύλο : .....
- 2 Βάρος : .....
- 3 Ύψος : .....
- 4 Ηλικία : .....

Ποία από τις παρακάτω κατηγορίες περιγράφει καλύτερα την ιδιότητά/ επάγγελμά σας ;

- ...
- ...
1. Οικιακά .....
  2. Δημόσιος Υπάλληλος .....
  3. Ιδιωτικός Υπάλληλος .....
  4. Ελεύθερος Επαγγελματίας .....
  5. Άνεργος .....
  6. Άλλο .....

Μπορείτε να μας πείτε πιο είναι το επίπεδο μόρφωσής σας;

1. Δημοτικό .....
2. Γυμνάσιο .....
3. Λύκειο .....
4. Ιδιωτική σχολή .....
5. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα .....
6. Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα .....
7. Μεταπτυχιακές σπουδές .....
8. Διδακτορικό .....
9. Άλλο .....

Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ...
1. Ζω με την οικογένεια μου .....
  2. Ανύπαντρος /η .....
  3. Παντρεμένος /η .....
  4. Διαζευγμένος /η .....
  5. Ελεύθερη συμβίωση .....
  6. Χήρος /α .....
  7. Άλλο .....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Π

### Κλίμακα Αυτοσυνειδησίας

Απαντήστε επιλέγοντας σε ποιο βαθμό η κάθε μια από τις πιο κάτω δηλώσεις σας χαρακτηρίζει. Απαντήστε γράφοντας τον αριθμό που αντιπροσωπεύει το πόσο τυπική η χαρακτηριστική είναι η κάθε περιγραφή για τον εαυτό σας. Χρησιμοποιήστε την πιο κάτω κλίμακα.

Καθόλου δεν με περιγράφει	Συνήθως δεν με περιγράφει	Κάποτε με περιγράφει, κάποτε δεν με περιγράφει	Συνήθως με περιγράφει	Με περιγράφει ακριβώς
1	2	3	4	5

- 1  Πάντα προσπαθώ να κατανοήσω τον εαυτό μου
- 2  Με απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο ενεργώ
- 3  Συνήθως δεν με απασχολεί συνειδητά ο εαυτός μου
- 4  Μου παίρνει χρόνο να ξεπεράσω την ντροπαλότητα μου σε ένα καινούριο περιβάλλον
- 5  Σκέφτομαι πολύ για τον εαυτό μου
- 6  Με απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζω τον εαυτό μου στους άλλους
- 7  Συχνά είμαι το αντικείμενο των φαντασιώσεων μου
- 8  Δυσκολεύομαι να εργαστώ όταν κάποιος με παρακολουθεί
- 9  Ποτέ δεν αναλύω τον εαυτό μου
- 10  Ντρέπομαι εύκολα
- 11  Με απασχολεί η εμφάνιση μου
- 12  Δεν το βρίσκω δύσκολο να μιλώ στους άλλους
- 13  Γενικά δίνω προσοχή στα βαθύτερα μου αισθήματα
- 14  Συνήθως ανησυχώ αν θα κάνω καλή εντύπωση
- 15  Συνεχώς διερευνώ τα κίνητρα μου
- 16  Αισθάνομαι άγχος όταν μιλώ μπροστά σε μια ομάδα ανθρώπων
- 17  Ένα από τα τελευταία πράγματα που κάνω πριν φύγω από το σπίτι είναι να κοιτάξω στον καθρέφτη
- 18  Κάποτε έχω την αίσθηση ότι βρίσκομαι κάπου και παρακολουθώ τον εαυτό μου
- 19  Με απασχολεί το τι σκέφτονται οι άλλοι
- 20  Γρήγορα προσέχω τις αλλαγές στη διάθεση μου
- 21  Συνήθως είμαι εις γνώση του τρόπου με τον οποίο φαίνομαι στους άλλους
- 22  Είμαι εις γνώση του τρόπου που λειτουργεί το μυαλό μου όταν προσπαθώ να λύσω ένα πρόβλημα
- 23  Όταν είμαι ανάμεσα σε πλήθος ανθρώπων νιώθω νευρικήτητα



## Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

C. D Spilberger

(Στάθμιση στα Ελληνικά Α. Λιάκου)

### STAI – X-1

**Οδηγίες:** Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4.	Είμαι στεναχωρημένος/η.	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13.	Έχω μια νευρική τρεμούλα.	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4

16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος.	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ.	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4

### Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

C. D Spilberger

STAI – X-2

**Οδηγίες:** Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22.	Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι	1	2	3	4
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος.	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4

28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31.	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	1	2	3	4
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4