



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συσχέτιση βαθμού θρησκευτικής (ελλην)ορθόδοξης πίστης με τον Δείκτη Μάζας Σώματος και τις προκύπτουσες από αυτόν ασθένειες (παχυσαρκία, διαβήτης, καρδιαγγειακά, εγκεφαλικά, υπέρταση)

Γεώργιος Κ. Τσεκούρας
Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καψωριτάκης Ανδρέας , Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Μανωλάκης Αναστάσιος, Επίκουρος καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μπαργιώτα Αλεξάνδρα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Τμήμα
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2021



UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE



DIPLOMA THESIS

**Correlation of degree of religious (Greek) Orthodox faith with
Body Mass Index and the resulting diseases (obesity, diabetes,
cardiovascular, cerebral, hypertension)**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
1. Εισαγωγή.....	7
2. Γενικό μέρος	9
2.1. Παχυσαρκία.....	9
2.1.1. Ορισμός.....	9
2.1.2. Παράγοντες εμφάνισης παχυσαρκίας.....	9
2.1.3. Επιπτώσεις παχυσαρκίας.....	12
2.2. Δείκτης Μάζας Σώματος	14
2.3. Θρησκεία.....	16
2.3.1. Ορισμός.....	16
2.3.2. Θρησκευτικές συνήθειες - Νηστεία.....	17
2.3.3. Μεταβολές σωματικών δεικτών κατά την διάρκεια νηστείας.....	20
3. Ειδικό μέρος.....	22
3.1. Σκοπός της μελέτης.....	22
3.2. Πληθυσμός της μελέτης - Μεθοδολογία	22
3.3. Αποτελέσματα.....	26
3.3.1. Κατανομή ατόμων βάσει της έντασης της θρησκευτικής πίστης.....	26
3.3.2. Μεταβολή της έντασης της πίστης	26
3.3.3. Ηλικιακή κατανομή	36
3.3.4. Αποτελέσματα αναφορικά με την παχυσαρκία	37
3.3.5. Μεταβολή σωματικού βάρους την τελευταία πενταετία.....	42
3.3.6. Ανάλυση των διατροφικών συνηθειών των ερωτηθέντων κατά την διάρκεια της νηστείας.....	45
3.3.7. Διάφορες παθήσεις και η συσχέτιση τους με την ένταση της πίστης.....	53
3.4. Συζήτηση.....	58
4. Βιβλιογραφία.....	61
Παράρτημα.....	64

*Στον Επιβλέποντα Καθηγητή μου και τα Μέλη της Τριμελούς Επιτροπής
για τις πολύτιμες υποδείξεις τους*

*Στους καθηγητές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
για τη μεταλαμπάδευση των γνώσεων τους*

*Στην οικογένειά μου
για τη διαρκή και πολύπλευρη στήριξη*

*Στους ασθενείς του ΓΝ Αγρινίου
για το παράδειγμα που δίνουν με τον αγώνα και την υπομονή τους*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θρησκευτική πίστη ενός ατόμου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση των συνηθειών του και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις καθημερινές του δραστηριότητες. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης της πίστης ενός ατόμου με την εκδήλωση κάποιας πάθησης ή την εμφάνιση παχυσαρκίας κατά την διάρκεια της ζωής του. Προκειμένου η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων να καταστεί δυνατή, διαμορφώθηκαν ερωτηματολόγια με σκοπό να αξιολογηθεί η ένταση της πίστης των συμμετεχόντων, καθώς και η σωματική τους κατάσταση. Ως πληθυσμός δείγματος επιλέχθηκαν άτομα με παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιαγγειακή υπέρταση, αρθρίτιδα ή το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, παχύσαρκα άτομα καθώς και καθόλα υγιή άτομα. Τα ερωτηματολόγια αυτά αναλύθηκαν εκτενώς και χρησιμοποιήθηκαν ώστε αρχικά να διαμορφωθεί μια εικόνα για την ένταση πίστης κάθε συμμετέχοντα και αυτή να συσχετισθεί ακολούθως με την σωματική του κατάσταση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής παρουσιάζονται εκτενώς στο ειδικό μέρος της εργασίας, ενώ εν συντομία, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά την παχυσαρκία έδειξαν πως τόσο τα άτομα με έντονη πίστη όσο και τα λιγότερο πιστά άτομα εμφανίζουν BMI που καταδεικνύει παχυσαρκία, ενώ αντίθετα τα άτομα με μέτρια ένταση πίστης παρουσιάζουν φυσιολογικά BMI, χωρίς να μπορεί να εξακριβωθεί εάν υπάρχει σαφής συσχέτιση, θετική ή αρνητική, της πίστης με την εμφάνιση παχυσαρκίας. Όσον αφορά την εκδήλωση κάποιας πάθησης, δεν παρατηρήθηκε κάποιο μοτίβο εκδήλωσης παθήσεων που να σχετίζεται εμφανώς με την ένταση της πίστης ενός ατόμου, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα πως δεν υφίσταται κάποιος βαθμός συσχέτισης μεταξύ πίστης και της εκδήλωσης κάποιας πάθησης.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, Νηστεία, Ένταση πίστης, Δείκτης Μάζας Σώματος, Πάθηση.

ABSTRACT

A person's religious belief plays a key role in shaping his habits and largely determines his daily activities. The purpose of this study is to investigate the degree to which a person's faith is associated with the onset of a disease or the occurrence of obesity during his lifetime. In order to be able to draw safe conclusions, questionnaires were formulated in order to assess the intensity of the participants' faith, as well as their physical condition. People with diseases such as diabetes, cardiovascular hypertension, arthritis or acute myocardial infarction, obese people and completely healthy people were selected as the sample population. These questionnaires were extensively analyzed and used to first form an image of each participant's faith intensity and then to correlate it with their physical condition. The results of this analysis are presented in detail in the specific part of the work, while in short, the answers of the respondents regarding obesity showed that both people with strong faith and the least loyal people show a BMI that indicates obesity, while on the contrary people with moderate faith intensity normally show a BMI, without being able to determine whether there is a clear correlation, positive or negative, of faith with the occurrence of obesity. Regarding the manifestation of a disease, no pattern of manifestation of diseases was observed that is clearly related to the intensity of a person's faith, which leads to the conclusion that there is no degree of correlation between faith and the manifestation of a disease.

Keywords: Obesity, Fasting, Belief Intensity, Body Mass Index, Disease.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θρησκευτική πίστη αποτελεί μια από τις πιο θεμελιώδεις αρχές που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την συμπεριφορά και τις συνήθειες ενός ατόμου στην καθημερινή του ζωή. Η θρησκεία αποτελεί το εντονότερο χαρακτηριστικό και συνιστά στοιχείο βαθιά ριζωμένο στην καρδιά των πολιτισμών και ειδικότερα χωρών όπως είναι η Ελλάδα. Οι ηθικοί κανόνες, η αξία της εργασίας, η σημασία της προσπάθειας, η έννοια του καλού και του κακού, η ενίσχυση του συλλογικού πνεύματος και της έμπρακτης συνεισφοράς στον συνάνθρωπο αποτελούν συμπεριφορές άρρηκτα συνδεδεμένες με την στάση ζωής που ορίζει η χριστιανική πίστη και απορρέουν από το χριστιανικό πνεύμα.

Εκτός από το θεωρητικό πλαίσιο βάση του οποίου ασκεί την επίδραση του ο χριστιανισμός στην καθημερινή ζωή του πιστού και την καθιέρωση πάγιων ηθικών κανόνων που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις, η χριστιανική θρησκεία έχει άμεση επίδραση σε πιο πρακτικές πτυχές της καθημερινότητας του ανθρώπου. Θρησκευτικές εορτές, εκδηλώσεις λατρείας σε θρησκευτικούς χώρους, προσαρμογή διατροφικών συνηθειών ανάλογα με τις οδηγίες των κληρικών αποτελούν εικόνες οικίες για τον καθένα από εμάς.

Ιδιαίτερα έντονη είναι η επίδραση του χριστιανισμού στους διατροφικούς κανόνες που διέπουν την ζωή ενός πιστού ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των ημερών της νηστείας. Η διατροφή παίζει αναπόσπαστο ρόλο στα θρησκευτικά έθιμα πολλών θρησκειών, όπως και για τον χριστιανισμό. Για πολλές θρησκείες, ο ρόλος αυτός εκδηλώνεται με τη μορφή εξειδικευμένων περιόδων νηστείας. Ως νηστεία ορίζεται η μερική ή ολική αποχή από όλα τα τρόφιμα ή η επιλεκτική αποχή από τα απαγορευμένα τρόφιμα, όπως το κρέας, τα γαλακτοκομικά και σε ορισμένες περιπτώσεις το λάδι. Αν και η θρησκευτική νηστεία είναι συχνά μια περίοδος μεγάλης πνευματικής ανάπτυξης, μπορεί επίσης να είναι μια περίοδος μεγάλης βελτίωσης της σωματικής υγείας κάποιου. Ως πιθανή μη φαρμακολογική παρέμβαση για τη βελτίωση της υγείας και την αύξηση της μακροζωίας, η νηστεία έχει αποτελέσει αντικείμενο πολυάριθμων επιστημονικών ερευνών. Οι τρεις πιο συχνά μελετημένες νηστείες είναι ο θερμιδικός περιορισμός (CR), η νηστεία εναλλακτικής ημέρας (ADF) και ο διαιτητικός περιορισμός (DR). Είναι εύκολο να συμπεράνει κανείς την σημαντική και έντονη επίδραση που έχει αυτή η προσαρμογή της διατροφής ενός ανθρώπου στην υγεία του και ιδιαίτερα στις μεταβολές του σωματικού του βάρους. Έτσι, είναι έκδηλο πως ενώ οι θρησκευτικές νηστείες γίνονται κυρίως για πνευματικούς σκοπούς, έχουν επίσης τη δυνατότητα να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη σωματική υγεία κάποιου. Αντίστοιχα, οι επιπτώσεις της θρησκευτικής νηστείας στην υγεία έχουν γίνει πρόσφατα αντικείμενο επιστημονικής έρευνας, με τις περισσότερες έρευνες να γίνονται τις τελευταίες δύο δεκαετίες με πολλές από αυτές να καταλήγουν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα. Δεδομένου επίσης πως η νηστεία αποτελεί

σημαντικό δείκτη της πίστης ενός ατόμου, και ίσως το σημαντικότερο παράγοντα με τον οποίο η πίστη μπορεί να επηρεάσει την σωματική υγεία ενός ατόμου, είναι λογικό πως η μελέτη και η κατανόηση εις βάθος του τρόπου με τον οποίο η νηστεία αλλάζει και διαμορφώνει την διατροφή ενός πιστού θα συνδράμει σημαντικά στην εξαγωγή ενός γενικότερου συμπεράσματος για τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ της έντασης της πίστης, του σωματικού βάρους και κατ' επέκταση της σωματικής υγείας ενός ατόμου.

Εύλογα λοιπόν γεννάται το ερώτημα κατά πόσο η θρησκευτική πίστη αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την σωματική υγεία ενός ανθρώπου ή αν αντίθετα έχει θετική επίδραση σε αυτή. Δεδομένου του μεγάλου αριθμού των ορθόδοξων χριστιανών τόσο ανά τον κόσμο, όσο και στην ελληνική κοινότητα, τέτοια συμπεράσματα θα αποτελούσαν εργαλείο για την βελτίωση της υγείας ή και την αποφυγή ορισμένων παθήσεων, είτε μέσω αναπροσαρμογής των διατροφικών συνηθειών κατά τις περιόδους νηστείας σε περίπτωση που αυτές καθίστανται επιβλαβείς, είτε με την γενικότερη υιοθέτηση τους στην καθημερινότητα, εφόσον αυτές κρίνονται ως ευεργετικές.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

2.1.1 Ορισμός

Η παχυσαρκία είναι μία παθολογική κατάσταση πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, η οποία μπορεί να σχετίζεται με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, γενετικές, υποθαλαμικές και ενδοκρινικές ασθένειες [1]. Ειδικότερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει την παχυσαρκία ως τη μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την υγεία). (www.who.int). Η παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές, καθώς και διαταραχές της συμπεριφοράς, ενώ θεωρείται χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζεται δύσκολα [2].

2.1.2 Παράγοντες εμφάνισης της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία ως πάθηση μπορεί να αποδοθεί σε πληθώρα αιτιολογικών παραγόντων, είτε γενετικών (60%) [2], είτε σε εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (40%) [2], οι οποίοι αφορούν κυρίως τις καθημερινές διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Στους εξωγενείς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα και trans λιπαρά και πτωχή σε θρεπτικά συστατικά, η απουσία σωματικής άσκησης και ο καθιστικός τρόπος ζωής και γενικότερα καταστάσεις που να διαταράσσουν το ενεργειακό ισοζύγιο. Έκτος από τα παραπάνω, παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση παχυσαρκίας αποτελούν η ηλικία (αύξηση ποσοστού παχυσαρκίας σε ηλικία πάνω από τα 65 έτη), το φύλο (συχνότερη στις γυναίκες), η φυλή (πιο συχνή στις μαύρες Αμερικανίδες), η κοινωνική τάξη (συχνότερη στις χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τάξεις του αναπτυγμένου κόσμου) [2].

Διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ως κύρια αιτία του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας θεωρείται η διαταραχή της ενεργειακής ισορροπίας, κατά την οποία η ενεργειακή πρόσληψη υπερβαίνει την ενεργειακή κατανάλωση για μια σημαντική χρονική περίοδο (www.who.int).

Ως ενεργειακό ισοζύγιο ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η καθημερινή πρόσληψη ενέργειας ενός ατόμου μέσω της διατροφής του ισούται με την καθημερινή κατανάλωση ενέργειας, η οποία

οφείλεται στο βασικό μεταβολικό ρυθμό, τη θερμογένεση λόγω τροφής και την σωματική δραστηριότητα. Ως ενεργειακό ισοζύγιο δηλαδή, ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το σωματικό βάρος ενός ατόμου παραμένει σταθερό. Είναι προφανές λοιπόν πως αυξημένη πρόσληψη ενέργειας οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ μείωση της πρόσληψης ενέργειας προκαλεί αντίστοιχα μείωση του σωματικού βάρους, εφόσον το επίπεδο της καθημερινής δραστηριότητας παραμένει σταθερό. Ακόμα και πολύ μικρές αποκλίσεις από το ενεργειακό ισοζύγιο, της τάξης του 1-2% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, μπορούν να οδηγήσουν σε μεγάλες μακροπρόθεσμες αλλαγές στο σωματικό βάρος (~20 kg) [3].

Διατροφή και τρόπος ζωής

Τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά, επεξεργασμένους υδατάνθρακες, κόκκινο κρέας, ζαχαρούχα ποτά συνθέτουν το καθημερινό διαιτολόγιο ενός συνηθισμένου ανθρώπου στην σύγχρονη Ελλάδα. Το αποκαλούμενο “fast food” συνιστά σημαντικό τμήμα της διατροφής αρκετών ελληνικών οικογενειών. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη καθημερινής σωματικής άσκησης και τον καθιστικό τρόπο ζωής που επιλέγει ο σύγχρονος άνθρωπος συγκαταλέγονται στα σημαντικότερα αίτια της παχυσαρκίας. Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί πως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) περίπου 2 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως οφείλονται στο καθιστικό τρόπο ζωής, ο οποίος ενδέχεται να είναι μεταξύ των 10 κύριων αιτιών θανάτου παγκοσμίως (www.who.int).

Νευροενδοκρινικά αίτια

Παραδείγματα τέτοιων παθολογικών καταστάσεων που να σχετίζονται άμεσα με την παχυσαρκία αποτελούν ο υποθυρεοειδισμός, η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης και το σύνδρομο Cushing.

- Υποθυρεοειδισμός: ο θυρεοειδής αδένας είναι ένας εξωκρινής αδένας ο οποίος μέσω της έκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών T3 και T4 επιτελεί τις διάφορες λειτουργίες του, εκ των οποίων η πιο βασική είναι η ρύθμιση του μεταβολισμού. Ως υποθυρεοειδισμός ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο θυρεοειδής υπολειτουργεί και δεν παράγει επαρκείς ποσότητες των θυρεοειδικών ορμονών. Έτσι, ένα από τα βασικότερα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η πάθηση αυτή είναι η αύξηση του σωματικού βάρους [4]
- Ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης: η αυξητική ορμόνη επηρεάζει σημαντικά το σωματικό βάρος ενός ατόμου εξαιτίας των αναβολικών, λιπολυτικών και αντι-διουρητικών δράσεων της [5]. Είναι εύλογο λοιπόν πως διαταραχές στην παραγωγή της ενδέχεται να προκαλέσουν μεταβολές στο σωματικό βάρος.

- Σύνδρομο Cushing: Ως σύνδρομο Cushing ορίζεται το σύνολο των σωματικών και πνευματικών αλλαγών που προκαλούνται σε ένα άτομο ως αποτέλεσμα της υπερπαραγωγής κορτιζόλης από τα επινεφρίδια. Ένα από τα συμπτώματα της νόσου αποτελεί η παχυσαρκία κορμού (αύξηση βάρους στην κοιλιακή χώρα) [6].

Ψυχιατρικές καταστάσεις

Διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι βουλιμικές διαταραχές, το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας και άλλες ψυχικές παθήσεις είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για την σωματική κατάσταση του ατόμου. Άτομα με ψυχικές διαταραχές κινδυνεύουν περισσότερο από την εμφάνιση παχυσαρκίας, συγκριτικά με άτομα χωρίς τέτοιου είδους διαταραχές [7]. Παρ' όλα αυτά, η παχυσαρκία δε θεωρείται ψυχική διαταραχή και συνεπώς δεν αναγράφεται στο DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ως ψυχική ασθένεια. [8]

Φαρμακευτικές αγωγές

Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται φάρμακα που αυξάνουν την όρεξη όπως το λίθιο (θεραπεία διπολικής διαταραχής), τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα αντιεπιληπτικά, ορισμένα αντισταμινικά φάρμακα και όλες οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης), καθώς και φάρμακα που αυξάνουν την κατακράτηση υγρών, όπως τα κορτικοστεροειδή, τα οιστρογόνα και οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου (Ca^{2+}).

Γενετικοί παράγοντες

Κατά διαστήματα έχει εμφανιστεί πληθώρα βιβλιογραφικών αναφορών που συσχετίζει την παχυσαρκία με μεγάλο αριθμό γενετικών παραγόντων και γονιδίων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αναφορές πως εάν οι γονείς είναι παχύσαρκοι, οι περισσότερες πιθανότητες είναι ότι τα παιδιά που θα αποκτήσουν θα είναι παχύσαρκα, γεγονός που καταδεικνύει το γενετικό υπόβαθρο που υποβόσκει στην εκδήλωση της παχυσαρκίας [9,10] . Οι αποκλίσεις που παρατηρούνται είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς σε θέματα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας που διαφοροποιεί τους γονείς από τα παιδιά [11].

Όσον αφορά το γενετικό υπόβαθρο της παχυσαρκίας, αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί ως συνδρομική, μονογονιδιακή ή πολυγονιδιακή.

1. Συνδρομική παχυσαρκία: Η συνδρομική παχυσαρκία οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες [12]. Μεταξύ όλων, το σύνδρομο Prader-Willi (PWS) είναι το συνηθέστερο σύνδρομο στους ανθρώπους που σχετίζεται με την παχυσαρκία, με χαμηλότερη εκτιμώμενη συχνότητα 1 στις 25.000 γεννήσεις [13].
2. Μονογονιδιακή παχυσαρκία: έχουν εντοπιστεί και μελετηθεί μεταλλάξεις γονιδίων που σχετίζονται με την μεταβολή της όρεξης. Ειδικότερα, μεταλλάξεις έχουν εντοπιστεί σε γονίδια που σχετίζονται με το σηματοδοτικό μονοπάτι λεπτίνης - μελανοκορτίνης στον υποθάλαμο, βασικό ρυθμιστή της όρεξης, της πρόσληψης τροφής και κατανάλωσης [14]. Έχουν εντοπιστεί και ταυτοποιηθεί πληθώρα ενδογενών μορίων και νευροδιαβιβαστών που συμμετέχουν σε αυτό το σηματοδοτικό μονοπάτι, από το οποίο τελικά παράγεται ένα ανορεξιογόνο σήμα όταν ενεργοποιείται και ένα ορεξιογόνο σήμα όταν καταστέλλεται (ο ακριβής μηχανισμός του μονοπατιού λεπτίνης - μελανοκορτίνης δεν αναλύεται καθώς δεν αποτελεί σκοπό της παρούσας εργασίας η αναλυτική περιγραφή του γενετικού υπόβαθρου της παχυσαρκίας). Είναι προφανές λοιπόν πως ορισμένες μεταλλάξεις γονιδίων των νευροδιαβιβαστών αυτών ή των υπολοίπων ενδογενών μορίων, οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους και τελικά σε παχυσαρκία.
3. Πολυγονιδιακή παχυσαρκία: Ορισμένες τέτοιες γενετικές παραλλαγές που εμπλέκονται με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος είναι ο πολυμορφισμός rs9939609 του γονιδίου FTO, ο πολυμορφισμός rs7782313 του γονιδίου MC4R και ο πολυμορφισμός rs2815752 του γονιδίου NEGR1 [12].

2.1.3 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία αποτελεί μια νοσηρή κατάσταση για τον οργανισμό και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία του. Οι επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει είναι πολυποικίλες και διαφέρουν μεταξύ τους στον βαθμό βαρύτητας. Έτσι, μπορούν να κυμανθούν από μια ήπια δυσφορία, δυσκινησία και γενικότερη ατονία μέχρι και σοβαρές και ιδιαίτερα επικίνδυνες για τον οργανισμό καταστάσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ή οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

Γενικά

Ο αριθμός των δευτεροπαθών επιπτώσεων της παχυσαρκίας που οδηγούν σε λειτουργικές δυσκολίες είναι ιδιαίτερα μεγάλος και οι μορφές των επιπτώσεων αυτών πολυδιάστατες. Οι διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας στην παχυσαρκία είναι συχνότερες, με αποτέλεσμα το αίσθημα δύσπνοιας στην κόπωση να αποτελεί κοινό σύμπτωμα στους παχύσαρκους ασθενείς [2]. Επιπλέον, παρατηρείται ιδιαίτερη καταπόνηση των αρθρώσεων των γονάτων των παχύσαρκων ατόμων, ενώ η παχυσαρκία είναι

ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας σε άτομα με αρθρίτιδες. Γίνεται επίσης αναφορά μεγάλου αριθμού οσφυαλγίων που πιθανώς να σχετίζονται με την παχυσαρκία. Οι διαταραχές του ύπνου είναι επίσης συνηθισμένες στα παχύσαρκα άτομα.

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2

Ο διαβήτης τύπου 2 συνιστά μια πάθηση ιδιαίτερα διαδεδομένη στον δυτικό κόσμο και είναι ισχυρά συνδεδεμένη με την παχυσαρκία, καθώς υπολογίζεται πως ένα μεγάλο ποσοστό διαβητικών ασθενών, περίπου το 57% αυτών, είναι παχύσαρκο [2]. Στα παχύσαρκα άτομα, ο λιπώδης ιστός απελευθερώνει αυξημένες ποσότητες μη εστεροποιημένων λιπαρών οξέων, γλυκερόλης, ορμονών, προ-φλεγμονωδών κυτοκινών και άλλων παραγόντων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη αντοχής στην ινσουλίνη. Όταν η περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη συνοδεύεται από εξασθένηση και δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος (κύτταρα που απελευθερώνουν ινσουλίνη), παρατηρείται αποτυχία ελέγχου των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 [12]. Συνήθως οι υπέρβαροι ή/ και παχύσαρκοι έχουν κάποιου είδους ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και εν τέλει ο διαβήτης αναπτύσσεται συνήθως σε εκείνα τα άτομα που δεν έχουν επαρκή έκκριση ινσουλίνης [18].

Καρδιαγγειακές παθήσεις και παθήσεις του κυκλοφορικού.

Είναι ευρέως γνωστό πως η παχυσαρκία συνιστά έναν από τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων όπως για παράδειγμα η υπέρταση. Ειδικότερα, περίπου το 17% των ασθενών με υπέρταση εμφανίζουν αυξημένο σωματικό βάρος [2], ενώ φαίνεται ότι η κεντρική (κοιλιακή) κατανομή του λίπους σχετίζεται ισχυρότερα με την υπέρταση [19]. Επίσης το 17% των ατόμων που πάσχουν από στεφανιαία νόσο είναι παχύσαρκα [2]. Επιπλέον, στα παχύσαρκα άτομα έχει βρεθεί επιμήκυνση του διαστήματος QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, η οποία σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση αρρυθμιών [20].

Η παχυσαρκία σχετίζεται, ακόμη, με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας (LDL-C), με χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης υψηλής πυκνότητας (HDL-C) και με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων [21]. Ειδικότερα, όσον αφορά στην αύξηση της χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας, έχει βρεθεί ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με αύξηση των μικρών πυκνών σωματιδίων LDL τα οποία, ως γνωστόν, αποτελούν τα κυρίως αθηρογόνα σωματίδια της LDL [22].

Καρκίνος

Η παχυσαρκία φαίνεται να ευθύνεται για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου. Συγκεκριμένα μελέτες δείχνουν πως το 13% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου σχετίζεται με την παχυσαρκία, ενώ τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων μορφών καρκίνου συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα όπως του εντέρου, του παγκρέατος, των νεφρών, της μήτρας, του μαστού, των ωοθηκών, του οισοφάγου [12]. Έχει βρεθεί ότι οι παχύσαρκοι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του προστάτη [23] ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες μεγάλης ηλικίας, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους του αναπαραγωγικού συστήματος όπως ο καρκίνος του ενδομητρίου, των ωοθηκών και του μαστού [24]. Η παχυσαρκία, επίσης, σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της χοληδόχου κύστης και καρκίνου του νεφρού [2]. Επιπλέον, η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου, του μυελού των οστών, του παχέος εντέρου (στους άνδρες), των χοληφόρων οδών, του παγκρέατος, και των νεφρών [12]. Για κάθε πέντε μονάδες αύξησης του δείκτη μάζας σώματος ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται από 9% στην περίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στους άνδρες, έως 56% στην περίπτωση του καρκίνου του χοληφόρου συστήματος [12]. Αντίστοιχα, ο κίνδυνος καρκίνου της μήτρας αυξάνεται κατά 21% για κάθε αύξηση κατά 0,1 της αναλογίας μέσης/ γοφών στις γυναίκες [12].

2.2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Προκειμένου να προσδιορίσουμε κατά πόσο ένα άτομο είναι παχύσαρκο ή όχι δεν αρκεί να γνωρίζουμε απλώς το σωματικό του βάρος, καθώς τότε μπορεί να οδηγηθούμε σε εσφαλμένα συμπεράσματα. Ένας ευρέως διαδεδομένος τρόπος που χρησιμοποιείται ώστε να διαγνώσουμε εάν ένα ενήλικο άτομο είναι παχύσαρκο ή όχι είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος, (ΔΜΣ/Body Mass Index, BMI). Ως Δείκτης Μάζας Σώματος ορίζεται το πηλίκο του βάρους του ατόμου (σε κιλά/kg) προς το τετράγωνο του ύψους του (σε μέτρα²/ m²), δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$ (kg/m²). Για παράδειγμα ένα άτομο βάρους 80 κιλών και ύψους 1,80 μέτρων έχει $\Delta\text{Μ}\Sigma = 80/1,80^2 = 24,7$ kg/m² και θεωρείται φυσιολογικό.

	B M I	Κίνδυνος συν-νοσηρότητας
Ελλιποβαρής	< 18,5 kg/m ²	Χαμηλός (αλλά αυξημένος κίνδυνος άλλων κλινικών προβλημάτων)
«Φυσιολογικό» σωματικό βάρος	18,5 – 24,9 kg/m ²	Μέσος
Σωματικό υπέρβαρο	25,0 – 29,9kg/m ²	Αυξημένος
Παχυσαρκία βαθμού I	30,0 – 34,9 kg/m ²	Πολύ αυξημένος
Παχυσαρκία βαθμού II	35,0 – 39,9 kg/m ²	Σοβαρός
Νοσογόνος παχυσαρκία βαθμού III	>40 kg/m ²	Πολύ σοβαρός

Πίνακας 1 Ανατύπωση από Κ. Ταχτσόγλου, Χ. Ηλιάδης. Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας. Επιστημονικά Χρονικά 2015

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο παραπάνω πίνακας αφορά ενήλικους, ενώ για άτομα έως 18 ετών η αξιολόγηση και τελικά ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως παχύσαρκου βάσει του ΔΜΣ γίνεται όταν αυτός ξεπερνά [15] :

- 2 ετών: το 20,9 για τα αγόρια και το 19,81 για τα κορίτσια.
- 5 ετών: το 19,3 για τα αγόρια και το 19,17 για τα κορίτσια.
- 10 ετών: το 24 για αγόρια και το 24,11 για τα κορίτσια.
- 15 ετών: το 28,3 για τα αγόρια και το 29,11 για τα κορίτσια. [16].

Εκτός από τον δείκτη μάζας σώματος, σε ορισμένες περιπτώσεις χρήσιμος δείκτης για τον προσδιορισμό υπάρχουσας παχυσαρκίας αποτελεί η περίμετρος της μέσης ή το πηλίκο της περιμέτρου της μέσης προς την περίμετρο των ισχίων (WHR). Δεδομένου πως ένα από τα κύρια αίτια εμφάνισης συννοσηρότητας κατά την παχυσαρκία αποτελεί η κατανομή του λίπους στην κοιλιακή χώρα και κατά συνέπεια η συσσώρευση σπλαχνικού λίπους, η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης αποτελεί έναν απλό, αλλά εξαιρετικά χρήσιμο δείκτης της κατανομής του λίπους, άρα και της παχυσαρκίας, στη καθημερινή κλινική πράξη [17].

	Αυξημένος κίνδυνος	Πολύ αυξημένος κίνδυνος
Ανδρες (περίμετρος μέσης) (W H R)	> 94 cm > 0,85	> 102 cm > 1,0
Γυναίκες (περίμετρος μέσης) (W H R)	> 80 cm > 0,70	> 88 cm > 0,85

Πίνακας 2 Ανατύπωση από Κ. Ταχτσόγλου, Χ. Ηλιάδης. Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας. Επιστημονικά Χρονικά 2015

2.3 ΘΡΗΣΚΕΙΑ

2.3.1 Ορισμός

Η εύρεση ενός ακριβούς ορισμού που να περιγράφει με επάρκεια τον όρο θρησκεία και να περικλείει μέσα του κάθε πτυχή της έννοιας αυτής είναι από μόνο του ένα δύσκολο επιχείρημα, γεγονός που οφείλεται στην πολυπλοκότητα της. Η θρησκεία θα μπορούσε πιθανώς να οριστεί ως ένα πολιτιστικό σύστημα σχεδιασμένων ηθών, συμπεριφορών, απόψεων και καθημερινών πρακτικών, όπως κοσμοθεάσεων, ιερών κειμένων, ιερών τόπων και οργανισμών, τα οποία συνδέουν τους ανθρώπους με υπερφυσικά φαινόμενα ή οντότητες [25].

Οι κύριες συνιστώσες τις οποίες θα συναντήσουμε εάν προσπαθήσουμε να αποδομήσουμε την θρησκεία στις θεμελιώδεις αρχές της είναι [26]:

- Πίστη: η εμπιστοσύνη του ανθρώπου στο Υπερβατικό. Η πίστη αυτή καταγράφεται σε κείμενα και αποτυπώνεται σε μνημεία τέχνης. Η στοχαστική επεξεργασία της πίστης είναι η Θεολογία. Η θεσμοποίηση της πίστης είναι το Δόγμα [26].
- Λατρεία: το σύνολο των λεγομένων καιπραττομένων της θρησκείας όπως αυτά ενσαρκώνονται στην αρχιτεκτονική, τη διακόσμηση και τη μουσική επένδυση [26].
- Ιερός φόβος: Ο αρχέγονος και ενδόμυχος φόβος του ανθρώπου προς το υπέρτατο υπερφυσικό ον, ο οποίος πηγάζει από την αποδεδειγμένη ή όχι ικανότητα του υπερφυσικού όντος, να τιμωρεί ή να εξουσιάζει την ζωή του ανθρώπου, λόγω του υπερφυσικού και του υπέρτατου που το χαρακτηρίζει. Το μέγεθος του φόβου του ανθρώπου για πιθανή τιμωρία από το υπέρτατο ον ή τον Θεό που λατρεύει, ποικίλει ανάλογα με την δομή της κοινωνίας, τον τόπο, την εποχή που

ζει, ακόμα και από τον ίδιο τον χαρακτήρα και την ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου. Σε όλες σχεδόν τις θρησκείες έχει καταγραφεί το στοιχείο του φόβου του ανθρώπου και της τιμωρίας του Θεού[26].

- Ήθος: η πίστη έχει ως επακόλουθο ένα δεσμευτικό ήθος: τρόπος ζωής ορισμένος και οριοθετημένος [26].

2.3.2 Θρησκευτικές συνήθειες - Νηστεία

Ετυμολογικά, η λέξη “νηστεία” προέρχεται από το στερητικό -νη και το ρήμα -εσθίω που σημαίνει τρώω. Η προέλευση της λέξης δείχνει και την σημασία της, δηλαδή πως η νηστεία αποτελεί μια περίοδο αποχής από την τροφή, χωρίς ωστόσο αυτό να αποδίδει σωστά την σημασία της λέξης. Έτσι ως νηστεία ορίζεται η μερική ή ολική αποχή από όλα τα τρόφιμα ή η επιλεκτική αποχή από τα απαγορευμένα τρόφιμα. Παρόλο που η νηστεία έχει συνδεθεί κυρίως με την θρησκευτική ζωή και του κανόνες που αυτή επιτάσσει, η νηστεία ως λέξη δεν περιορίζεται στην στέρηση τροφής για θρησκευτικούς σκοπούς, αλλά έχει μια πιο διευρυμένη έννοια και αφορά πληθώρα καταστάσεων. Έτσι, κάποιος μπορεί να νηστέψει προκειμένου να χάσει βάρος, είτε λόγω προσωπικής φιλοδοξίας, είτε λόγω ιατρικών λόγων ή για να υποβληθεί σε ορισμένες εξετάσεις ή σε κάποια επέμβαση.

Οι τρεις πιο συχνά μελετημένες νηστείες είναι ο θερμιδικός περιορισμός (caloric restriction CR), η νηστεία εναλλακτικής ημέρας (alternate-day fasting/ADF) και ο διατητικός περιορισμός (dietary restriction DR). Μια περίληψη των βασικών χαρακτηριστικών των ανωτέρω νηστειών παρουσιάζεται παρακάτω.

- Ο θερμιδικός περιορισμός (caloric restriction CR) είναι η μείωση της πρόσληψης χιλιοθερμίδων (kcal) κατά ένα ορισμένο ποσοστό (συνήθως 20 - 40%) της μέσης ημερήσιας κατανάλωσης. Η CR έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την υγεία και αυξάνει τη μακροζωία σε μια διαφορετική ομάδα ειδών, όπως ο σκύλος, η μύγα φρούτων, τα τρωκτικά, η αράχνη, τα πρωτεύοντα πλην του ανθρώπου και η ζέβρα [27]. Επιπλέον, η CR φαίνεται να καθυστερεί την εμφάνιση των ακόλουθων ασθενειών: αυτοάνοσες ασθένειες, αθηροσκλήρωση, μυοκαρδιοπάθειες, καρκίνος, διαβήτης, νεφρικές παθήσεις, νευροεκφυλιστικές ασθένειες και αναπνευστικές παθήσεις [28]. Όσον αφορά την καρδιαγγειακή υγεία, μεταξύ των αλλαγών που έχουν σημειωθεί μετά από ένα σχήμα CR είναι η μείωση του καρδιακού παλμού ηρεμίας (HR) και της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), αύξηση στη μεταβλητότητα του HR και βελτίωση στη λειτουργία της αριστερής κοιλίας, ανάκτηση τόσο του HR όσο και

της ΑΠ μετά την άσκηση και αγγειοδιαστολή που προκαλείται από την αυξημένη αιματική ροή [29]. Όσον αφορά τη γλυκορρυθμιστική υγεία, η CR έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης νηστείας, αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, μειώνει το ποσοστό σωματικού λίπους και μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης διαβήτη [30].

- Η νηστεία εναλλακτικής ημέρας (alternate-day fasting - ADF) αποτελείται από εναλλασσόμενες περιόδους 24 ωρών: κατά τη διάρκεια των “ελεύθερων από νηστεία περιόδων”, οι νηστευτές μπορούν να καταναλώνουν τροφή κατά βούληση, ενώ κατά τη διάρκεια της “περιόδου νηστείας”, η κατανάλωση φαγητού περιορίζεται ή διακόπτεται εντελώς. Το νερό επιτρέπεται κατά βούληση καθ' όλη τη διάρκεια. Οι δοκιμές ADF σε ζώα έχουν αναφέρει παρατεταμένη διάρκεια ζωής [26] καθώς και επιβράδυνση ή πλήρη πρόληψη της ανάπτυξης πολλών νοσηροτήτων, συμπεριλαμβανομένων καρδιαγγειακών παθήσεων, νεφρικών παθήσεων, καρκίνου και διαβήτη [29]. Η ADF έχει σημειωθεί ότι προκαλεί ευεργετικές αλλαγές στην καρδιαγγειακή υγεία, όπως μειωμένο HR και BP, αυξημένη μεταβλητότητα HR και ηπιότερη μετεμφραγματική χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια [29,31]. Όσον αφορά τη γλυκορρυθμισμό, η επίδραση της ADF εξαρτάται από το φύλο. Για παράδειγμα, η ADF βελτίωσε την ευαισθησία στην ινσουλίνη στους άνδρες, αλλά δεν είχε καμία επίδραση σε αυτή τη μεταβλητή στις γυναίκες [32]. Επιπλέον, η ανοχή στη γλυκόζη παρέμεινε αμετάβλητη στους άνδρες που συμμετείχαν σε ένα σχήμα ADF, αλλά οι γυναίκες που έλαβαν το ίδιο σχήμα παρουσίασαν μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη [32].
- Ο διαιτητικός περιορισμός (dietary restriction DR) είναι η μείωση ενός ή περισσότερων συστατικών της διατροφικής πρόσληψης (συνήθως μακροθρεπτικών συστατικών) με ελάχιστη έως καθόλου μείωση της συνολικής πρόσληψης kcal. Η έρευνα δείχνει ότι ούτε ο περιορισμός των υδατανθράκων ούτε ο περιορισμός των λιπιδίων παρατείνουν τη ζωή [33]. Από την άλλη πλευρά, ο περιορισμός της πρωτεΐνης αυξάνει τη μέγιστη διάρκεια ζωής κατά περίπου 20% [34] και αυτή η παράταση της ζωής μπορεί να οφείλεται αποκλειστικά στη μείωση του αμινοξέος μεθειονίνη [35]. Αυτά τα ευρήματα αναφέρονται σε ζώα, επομένως απαιτείται περαιτέρω εργασία με ανθρώπινα υποκείμενα δοκιμών προτού εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Η μορφή νηστείας την οποία ακολουθούν οι χριστιανοί ορθόδοξοι του ελλαδικού χώρου φαίνεται να συμβαδίζει περισσότερο με τα πρότυπα του διαιτητικού περιορισμού (DR). Έτσι, το πρότυπο αυτό

διατροφής χαρακτηρίζεται από την αποχή από τροφές κυρίως ζωικής προέλευσης όπως το κρέας, τα γαλακτοκομικά και τα ψάρια ενώ ως διατροφικές επιλογές κυριαρχούν τα δημητριακά (όπως τα μακαρόνια, το ρύζι, η βρώμη και το καλαμπόκι), τα όσπρια, τα λαχανικά, το μέλι και άλλα τρόφιμα φυτικής προέλευσης.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως εκτός από τις μεγάλες θρησκευτικές γιορτές και τις περιόδους πριν από αυτές, κατά τις οποίες ακολουθείται η διατροφή που επιβάλλουν οι κανόνες της νηστείας, ημέρες νηστείας είναι επίσης οι Τετάρτες και οι Παρασκευές όλου του χρόνου. Όλες οι υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας είναι “καταλύσιμες”, δηλαδή επιτρέπεται η κατανάλωση όλων των τροφών, με εξαίρεση συγκεκριμένες περιόδους. Έτσι, στην ορθόδοξη χριστιανική πίστη διακρίνουμε τρία πρότυπα διατροφής:

1. Κατάλυση εις πάντας : Επιτρέπει την κατάλυση οποιασδήποτε τροφής.
2. Κατάλυση οίνου και ελαίου: Επιτρέπει την κατάλυση κρασιού, λαδιού και όλων των φυτικών προϊόντων.
3. Ξηροφαγία (νηστεία άνευ ελαίου): Επιτρέπει την κατάλυση μόνο φυτικών προϊόντων εκτός από το λάδι και το κρασί.

Το πρόγραμμα των ημερών νηστείας όπως καθορίζεται από την ορθόδοξη εκκλησία είναι το εξής:

1. Η μεγάλη νηστεία της Τεσσαρακοστής: Αρχίζει την Καθαρά Δευτέρα και τελειώνει το Μεγάλο Σάββατο, της Αναστάσεως. Στις 25 Μαρτίου, ημέρα του Ευαγγελισμού, και την Κυριακή των Βαΐων, επιτρέπεται η κατανάλωση ψαριών.
2. Η νηστεία των Χριστουγέννων: Από 15 Νοεμβρίου έως 24 Δεκεμβρίου. Από τις 15 Νοεμβρίου έως τις 17 Δεκεμβρίου επιτρέπεται η κατανάλωση ψαριών όλες τις ημέρες εκτός Τετάρτης και Παρασκευής.
3. Η νηστεία της Παναγίας: Από 1 έως 14 Αυγούστου. Την 6η Αυγούστου (Μεταμόρφωση του Σωτήρος) επιτρέπεται η κατανάλωση ψαριών.
4. Η νηστεία των Αποστόλων: Από τη Δευτέρα μετά την Κυριακή των Αγίων Πάντων έως τις 28 Ιουνίου (παραμονή των Αγίων Πέτρου και Παύλου). Καθ' όλο το διάστημα της νηστείας, επιτρέπεται η κατανάλωση ψαριών κάθε μέρα, εκτός Τετάρτης και Παρασκευής.

Αυστηρότατη νηστεία, κατά την οποία δεν επιτρέπεται η κατανάλωση ακόμα και λαδιού ή κρασιού, γίνεται επίσης και τις εξής τέσσερις ημέρες:

1. 5 Ιανουαρίου: Παραμονή των Θεοφανείων.
2. 29 Αυγούστου: Αποτομή της Τιμίας Κεφαλής του Αγίου Ιωάννου του Προδρόμου.
3. 14 Σεπτεμβρίου: Ύψωση του Τιμίου Σταυρού.
4. 24 Δεκεμβρίου: Παραμονή Χριστουγέννων.

2.3.3 Μεταβολές σωματικών δεικτών κατά την διάρκεια της νηστείας

Η ημερήσια πρόσληψη kcal μπορεί να μειωθεί ή όχι κατά τις περιόδους νηστείας [36]. Όσον αφορά το ποσοστό κατανάλωσης ενέργειας, φαίνεται να είναι ευρέως αποδεκτό ότι η νηστεία των ελληνορθόδοξων χριστιανών αυξάνει την πρόσληψη υδατανθράκων και μειώνει την πρόσληψη λίπους [36]. Επίσης, η ποσότητα της πρόσληψης πρωτεϊνών σε σχέση με την πρόσληψη υδατανθράκων και λίπους μπορεί να μειωθεί ή όχι κατά τη διάρκεια της ελληνορθόδοξης χριστιανικής νηστείας [37]. Όταν εκφράζεται ως απόλυτη ποσότητα, τόσο η συνολική πρόσληψη λίπους όσο και η συνολική πρόσληψη πρωτεΐνης μειώνονται κατά την περίοδο της νηστείας, ενώ η συνολική πρόσληψη υδατανθράκων δεν αλλάζει [38]. Η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών και η κατανάλωση trans λιπαρών οξέων μειώνονται κατά τις περιόδους νηστείας, ενώ η κατανάλωση μονοακόρεστων λιπαρών δε μεταβάλλεται [37,38]. Επιπλέον, η κατανάλωση πολυακόρεστων λιπαρών μπορεί να μειωθεί ή όχι κατά τη διάρκεια της νηστείας των ελληνορθόδοξων χριστιανών [37,38].

Όσον αφορά την πρόσληψη βιταμινών και μετάλλων, η πρόσληψη τόσο της ριβοφλαβίνης [36] όσο και του ασβεστίου [37,38,39] μειώνονται κατά τις περιόδους νηστείας. Από την άλλη πλευρά, η πρόσληψη μαγνησίου αυξάνεται κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων [38]. Η πρόσληψη των ακόλουθων βιταμινών και μετάλλων δεν φαίνεται να αλλάζει κατά τις περιόδους νηστείας: βιταμίνη Α [36]; θειαμίνη [36]; νιασίνη [36]; βιταμίνη C [36] βιταμίνη E [36]; φώσφορος [36]; κάλιο [36]; και ψευδάργυρος [36]. Από ορισμένες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η κατανάλωση φυλλικού οξέος αυξάνεται κατά τη διάρκεια της νηστείας των ελληνορθόδοξων χριστιανών [36], ενώ σε άλλη μελέτη δε διαπιστώθηκε καμία διαφορά στην κατανάλωση μεταξύ των νηστευτών και των μη νηστευτών [69]. Έχει βρεθεί ότι η πρόσληψη νατρίου είτε μειώνεται [36] είτε δεν αλλάζει [38] κατά τη διάρκεια της νηστείας. Επίσης, η βιταμίνη B12 μπορεί να μειωθεί ή όχι κατά τη διάρκεια της νηστείας των ελληνορθόδοξων χριστιανών [37,38,39].

Όσον αφορά τις βιοχημικές εξετάσεις, τόσο τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης όσο και τα επίπεδα LDL-C μειώνονται κατά τις περιόδους νηστείας [36]. Ορισμένες μελέτες καταδεικνύουν μείωση στα επίπεδα HDL-C [40], ενώ άλλες μελέτες δεν καταδεικνύουν καμία αλλαγή [36,38]. Η αναλογία LDL-C / HDL-C δε μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ελληνορθόδοξης χριστιανικής νηστείας [40]. Μια μελέτη έδειξε μείωση στην αναλογία TC / HDL-C [41], ενώ μια άλλη μελέτη δεν έδειξε καμία μεταβολή της αναλογίας [40]. Όσον αφορά τα επίπεδα τριγλυκεριδίων, μια μελέτη διαπίστωσε αύξηση κατά τις περιόδους νηστείας [36], ενώ άλλες μελέτες δεν σημείωσαν καμία αλλαγή [37,40]. Εκτός από τα λιπίδια του αίματος, η νηστεία των ελληνορθόδοξων χριστιανών μπορεί να μειώσει ή όχι τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα [36,37,40]. Επίσης, πληθώρα μελετών σημειώνουν πως η πρόσληψη φυτικών ινών αυξάνεται κατά τις περιόδους νηστείας [40], ενώ ελάχιστες είναι οι μελέτες που δεν αναφέρεται καμία αλλαγή [37].

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η συσχέτιση του βαθμού της θρησκευτικής πίστης με το σωματικό βάρος του ατόμου και ακόμα περισσότερο με τον δείκτη μάζας σώματος και κατ' επέκταση η εύρεση ενός βαθμού αλληλεξάρτησης της θρησκευτικής πίστης με ασθένειες οι οποίες, είτε έμμεσα είτε άμεσα σχετίζονται με την παχυσαρκία, όπως ο διαβήτης ή η καρδιαγγειακή υπέρταση. Με πιο απλά λόγια το βασικό ερώτημα της συγκεκριμένης εργασίας είναι εάν ο βαθμός της πίστης ενός ατόμου επηρεάζει την σωματική του υγεία και αν ναι, σε ποιον βαθμό γίνεται αυτό. Τελικά γίνεται απόπειρα να συνδεθούν μεταξύ τους με όσο το δυνατόν πιο ισχυρά στατιστικά στοιχεία δύο έννοιες τόσο ανεξάρτητες μεταξύ τους όσο και αλληλένδετες, αυτές της θρησκευτικής πίστης και της καλής ή κακής σωματικής υγείας.

3.2 Πληθυσμός της μελέτης - Μεθοδολογία

Προκειμένου να εξαχθούν τα ζητούμενα συμπεράσματα σχηματίστηκαν ερωτηματολόγια τα οποία διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν από έναν συγκεκριμένο αριθμό ατόμων-δείγματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό διαμορφώθηκε έτσι ώστε να προσδιορίσουμε με την μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια τον βαθμό πίστης του ατόμου. Έτσι, τα ερωτήματα τα οποία έχουν συμπεριληφθεί αφορούν τις καθημερινές συνήθειες που επιτάσσει η θρησκευτική ζωή, όπου ο ερωτηθείς καλείται να απαντήσει για το πόσο πιστά τις ακολουθεί, καθώς και ερωτήματα που ξεφεύγουν από πρακτικά και συμπεριφορικά ζητήματα και προσπαθούν να αποτυπώσουν την βαθύτερη πίστη του ερωτώμενου.

Τα δεδομένα που προέκυψαν μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτό, αναλύθηκαν ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός πίστης του ατόμου και τελικά να προκύψει ένα όσο το δυνατόν πιο ακριβές συμπέρασμα που να συσχετίζει τον βαθμό που η πίστη επηρεάζει την σωματική υγεία του ατόμου. Έτσι, στηριζόμενοι στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου κατατάξαμε το βαθμό της πίστης καθενός ατόμου και την βαθμολογήσαμε από το 0 έως το 5. Δηλαδή ένα βαθιά θρησκευόμενο άτομο που οι καθημερινές του συνήθειες καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από τους κανόνες που ορίζει η θρησκεία αξιολογείται με βαθμό 5, ενώ αντίθετα όταν για ένα άτομο εξαχθεί μέσω του ερωτηματολογίου πως δεν πιστεύει καθόλου, τότε ο βαθμός της πίστης το αξιολογείται με 0.

Για τον προσδιορισμό του βαθμού έντασης της θρησκευτικής πίστης κάθε ατόμου, χρησιμοποιήθηκε ένα σύστημα μοριοδότησης των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα στις ερωτήσεις υπ' αριθμόν 8 έως και 18, καθώς και στην ερώτηση 21. Έτσι, ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων που ελήφθησαν υπ' όψιν για την ποσοτικοποίηση του θρησκευτικού αισθήματος των ατόμων ήταν 12.

Για καθεμία εκ των ερωτήσεων 8 έως και 18, οι απαντήσεις μοριοδοτήθηκαν ως εξής:

<u>Επιλεγθείσα απάντηση</u>	<u>Μόρια που χορηγήθηκαν βάσει της απάντησης</u>
1	0 μόρια
2	1 μόριο
3	2 μόρια
4	3 μόρια
5	4 μόρια

Για την ερώτηση 21, η απάντηση μοριοδοτήθηκε ως εξής:

<u>Επιλεγθείσα απάντηση</u>	<u>Μόρια που χορηγήθηκαν βάσει της απάντησης</u>
1	4 μόρια
2	3 μόρια
3	2 μόρια
4	1 μόριο
5	0 μόρια

Στη συνέχεια, τα μόρια αθροίστηκαν χωρίς τη χρήση συντελεστών βαρύτητας (με θεωρητικό ελάχιστο αθροίσματος το 0 και θεωρητικό μέγιστο αθροίσματος το 48, αφού αξιολογήθηκαν 12 ερωτήσεις με ελάχιστη βαθμολογία το 0 και μέγιστη βαθμολογία το 4 για καθεμία εξ αυτών) και έγινε η κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα σε μία από τις 6 προαναφερθείσες ομάδες με βάση το βαθμό της έντασης του θρησκευτικού τους αισθήματος. Η κατανομή αυτή διενεργήθηκε ως εξής:

<u>Σύνολο μορίων</u>	<u>Κατηγορία έντασης θρησκευτικού αισθήματος στην οποία εντάσσεται το άτομο</u>
0-7	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 0
8-15	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 1
16-23	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 2
24-32	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 3
33-40	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 4
41-48	Ομάδα με βαθμό έντασης θρησκευτικού αισθήματος 5

Σε όλες τις κατηγορίες αντιστοιχίζεται το ίδιο εύρος μορίων (8 μόρια) με εξαίρεση την κατηγορία 3, η οποία αντιστοιχίζεται σε διάστημα εύρους 9 μορίων.

Το ερωτηματολόγιο είναι μη σταθμισμένο, η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελληνική και κατεβλήθη προσπάθεια, ώστε το ύφος του κειμένου να είναι απλό και κατανοητό σε ανθρώπους όλων των εκπαιδευτικών επιπέδων. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν ως μοναδική ή πρώτη γλώσσα τους την ελληνική, ενώ, σε περίπτωση που οι ερωτηθέντες είχαν οποιαδήποτε απορία, ο ερευνητής παρείχε διευκρινίσεις.

Παρακάτω θα γίνει μια αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, όπου ο κάθε ερωτηθείς θα αναφέρεται ως νούμερο π.χ. 1, και έπειτα θα αναφέρεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI), η μεταβολή του σωματικού του βάρους την τελευταία πενταετία, εάν πάσχει από κάποια πάθηση και η ένταση της θρησκευτικής του πίστης, η οποία θα προκύπτει με τον τρόπο που αναλύθηκε παραπάνω. Έτσι, γίνεται μια συσχέτιση της πίστης του κάθε ατόμου με την σωματική του κατάσταση, δηλαδή το Δείκτη Μάζας Σώματος και την ύπαρξη ή όχι κάποιας ασθένειας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανεμήθηκε σε ασθενείς όπως διαβητικούς, υπερτασικούς, παχύσαρκους, εμφραγματίες, άτομα που πάσχουν από αρθρίτιδες οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί κατά το παρελθόν στο νοσοκομείο του Αγρινίου και πλέον έχουν εξέλθει. Ο πληθυσμός των ατόμων που συμμετείχαν αφορούσε 23 διαβητικούς, 18 υπερτασικούς, 7 εμφραγματίες και 12 ασθενείς με αρθρίτιδα, ενώ το σύνολο των ερωτηθέντων είναι 97 άτομα, εκ των οποίων οι 37 ήταν υγείς και από το σύνολο όσων συμμετείχαν στην έρευνα 52 ήταν αρσενικού γένους και 45 θηλυκού. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να υπογράψουν πως συμμετείχαν στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο βάσει των προσωπικών απόψεων, εμπειριών και συνηθειών. Αξίζει να σημειωθεί πως ως δείγμα επιλέχθηκαν κατά κόρον χριστιανοί ορθόδοξοι ελληνικής καταγωγής, ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονισθεί πως το σκεπτικό βάσει του οποίου επιλέχθηκε η πληθυσμιακή ομάδα που αποτέλεσε το δείγμα δεν σχετίζεται σε καμία περίπτωση με θρησκευτικά, πολιτισμικά ή φυλετικά κριτήρια. Η έρευνα μέσω ερωτηματολογίων έγινε εκτός του χώρου του νοσοκομείου με ασθενείς που είχαν προηγουμένως νοσηλευθεί εντός αυτού, διότι υπήρξαν τυπικά κωλύματα για την γρήγορη εξασφάλιση άδειας διενέργειας ερωτηματολογίων εντός του χώρου του νοσοκομείου και ετίθετο θέμα χρονικής πίεσης για την ολοκλήρωση της έρευνας. Έτσι προσέγγιζα τα άτομα του δείγματος μέσω των καταστάσεων καθημερινής σίτισης, τους ενέτασσα στο δείγμα και κατόπιν τους έκανα το ερωτηματολόγιο συνήθως τη μέρα του εξιτηρίου εκτός της πύλης του νοσοκομείου Αγρινίου, όπου εργάζομαι ως διαιτολόγος.

3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.3.1 Κατανομή ατόμων βάσει της έντασης της θρησκευτικής πίστης

Ένταση θρησκευτικής πίστης.	N	Ποσοστό %
5	23	23,73
4	16	16,49
3	8	8,24
2	13	13,40
1	26	26,80
0	11	11,34

Πίνακας 3 Κατανομή πληθυσμού δείγματος με κριτήριο την ένταση θρησκευτικής πίστης

Ο παραπάνω πίνακας προκύπτει έπειτα από ανάλυση των ερωτήσεων 8 έως 21 του ερωτηματολογίου που αφορούσαν τις συνήθειες των ερωτηθέντων που επηρεάζονται από την θρησκευτική πίστη, ώστε να προκύψει η ένταση της θρησκευτικής πίστης. Προκύπτει λοιπόν πως σε ποσοστό 40,22% οι ερωτηθέντες βαθμολογούνται ως πολύ πιστοί, το 21,64% αξιολογείται ως μέτρια πιστό, ενώ το 38,14% αξιολογείται ως λίγο ή καθόλου πιστό. Δηλαδή ο αριθμός των πολύ πιστών ατόμων με τα λιγότερο πιστά δεν εμφανίζει μεγάλη απόκλιση, γεγονός που βοηθάει στο να εξαχθούν συμπεράσματα για την συσχέτιση του βαθμού πίστης με την εμφάνιση παχυσαρκίας ή άλλων παθήσεων.

3.3.2 Μεταβολή της έντασης της πίστης

Σημαντικό επίσης στοιχείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων, εκτός από τον βαθμό πίστης των ατόμων την στιγμή που γίνεται η έρευνα, είναι και κατά πόσο αυτή μεταβλήθηκε στη διάρκεια του χρόνου. Προκειμένου να οδηγηθούμε σε κάποιο αποτέλεσμα στο παραπάνω ερώτημα, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν για την συχνότητα επίσκεψής τους στην εκκλησία τόσο την περίοδο που έγινε η έρευνα, όσο και κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Κατά την ίδια λογική κλήθηκαν να απαντήσουν και στην ερώτηση κατά πόσο πιστά ακολουθούν το πρόγραμμα νηστείας που ορίζει η χριστιανική πίστη, τόσο κατά την παιδική τους ηλικία όσο και την στιγμή που διεξάγεται η έρευνα. Τα αποτελέσματα αυτά θα μας βοηθήσουν να εξάγουμε ασφαλέστερα συμπεράσματα στο κατά πόσο η

θρησκευτική πίστη σχετίζεται με τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI) καθώς και με την ύπαρξη κάποιας πάθησης. Αυτό γίνεται με τον εξής τρόπο: εάν υποθέσουμε πως κάποιος έχει αυξημένο σωματικό βάρος, το οποίο μεταβλήθηκε την τελευταία 5ετία, ενώ ο ίδιος δηλώνει πως η πίστη του ήταν έντονη καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, τότε θα ήταν λάθος να υποθέσουμε πως το αυξημένο σωματικό βάρος σχετίζεται άμεσα με την θρησκευτική του πίστη, αλλά ίσως προκαλείται από κάποιον άλλον εξωγενή παράγοντα. Με το ίδιο σκεπτικό εάν κάποιος δηλώνει πως η θρησκευτική του πίστη εντάθηκε τα τελευταία χρόνια και την ίδια στιγμή αυξήθηκε και το σωματικό του βάρος παράλληλα, τότε θα μπορούσε να υπάρχει ένας ενδεχόμενος βαθμός συσχέτισης των δύο φαινομένων αυτών. Αντίθετα, εάν ένα άτομο με θρησκευτική πίστη 0, συνήθιζε παλαιότερα να τηρεί τους κανόνες που καθορίζει η θρησκευτική πίστη, ενώ προσφάτως αναθεώρησε την στάση του αυτή και την ίδια στιγμή αυξήθηκε το σωματικό του βάρος, τότε είναι εύλογο να υποθέσουμε πως η αυτή η αλλαγή στο σωματικό του βάρος σχετίζεται με την αλλαγή των συνηθειών του που σχετίζεται με την θρησκευτική του πίστη και να διερευνήσουμε την συσχέτιση αυτή. Οι πίνακες 3 έως 8 παρουσιάζουν τα δεδομένα αυτά για κάθε ομάδα ατόμων με κοινό βαθμό πίστης ξεχωριστά.

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	0	0
	Μέτρια	1	9,09
	Σχεδόν καθόλου	4	36,36
	Καθόλου	6	54,54
Πόσο συχνά συνηθίζατε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πάρα πολύ	1	9,09
	Πολύ	4	36,36
	Μέτρια	3	27,27
	Σχεδόν καθόλου	2	18,18
	Καθόλου	1	9,09

Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	0	0
	Μέτρια	0	0
	Σχεδόν καθόλου	3	27,27
	Καθόλου	8	72,73
Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστέψετε	Πάρα πολύ	1	9,09
	Πολύ	3	27,27
	Μέτρια	5	45,45
	Σχεδόν καθόλου	2	18,18
	Καθόλου	0	0

Πίνακας 4 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 0

Όσον αφορά τα άτομα που απαρτίζουν την ομάδα με βαθμό πίστης 0, είναι ευδιάκριτο πως υπήρξε σημαντική “μεταβολή” της έντασης της πίστης τους κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής τους. Παρόλο που η πλειοψηφία τους δηλώνει πως δεν επισκέπτεται θρησκευτικούς χώρους λατρείας σχεδόν καθόλου ή καθόλου (36,36% και 54,54% των ατόμων με ένταση πίστης 0 αντίστοιχα), βλέπουμε πως η πλειοψηφία τους συνήθιζε να επισκέπτεται τους χώρους λατρείας κατά την παιδική του ηλικία, δηλαδή το 36,36 συνήθιζε να την επισκέπτεται συχνά και το 27,27% μέτρια, ενώ μόλις το 9.09% (δηλαδή μόλις 1 άτομο) συνήθιζε να μην επισκέπτεται καθόλου την εκκλησία και κατά την παιδική του ηλικία. Με τον ίδιο τρόπο, τα άτομα της ομάδας αυτής δηλώνουν πως στην παρούσα φάση της ζωής τους επιλέγουν να μην ακολουθούν καθόλου ή σχεδόν καθόλου το πρόγραμμα νηστειών του θρησκευτικού ημερολογίου (72,73% και 27,27% αντίστοιχα), ενώ κανένα άτομο δεν δηλώνει πως νηστεύει πλέον. Την ίδια στιγμή ωστόσο, η πλειοψηφία δηλώνει πως κατά την παιδική τους ηλικία συνήθιζε να ακολουθεί το πρόγραμμα της νηστείας έστω και με μέτρια ένταση (45,45%), ενώ κανένας δεν δηλώνει πως δεν νήστευε καθόλου σε αντίθεση με την τωρινή επιλογή τους.

Καταλήγουμε λοιπόν πως η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας με ένταση πίστης 0 συνήθιζε να ακολουθεί ορισμένους θρησκευτικούς κανόνες κατά την παιδική τους ηλικία (είτε λόγω προσωπικής

επιλογής είτε λόγω προτροπής του οικογενειακού του περιβάλλοντος), ενώ κατά την ενήλικη ζωή τους η στάση τους αυτή άλλαξε.

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	0	0
	Μέτρια	1	3,85
	Σχεδόν καθόλου	18	69,23
	Καθόλου	7	26,92
Πόσο συχνά συνηθίζατε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πάρα πολύ	3	11,53
	Πολύ	8	30,76
	Μέτρια	11	42,32
	Σχεδόν καθόλου	4	15,39
	Καθόλου	0	0
Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	0	0
	Μέτρια	1	3,85
	Σχεδόν καθόλου	9	34,62
	Καθόλου	16	61,54

Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστέψετε	Πάρα πολύ	1	3,85
	Πολύ	7	26,92
	Μέτρια	15	57,69
	Σχεδόν καθόλου	2	7,69
	Καθόλου	1	3,85

Πίνακας 5 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 1

Όσον αφορά τα άτομα με ένταση θρησκευτικής πίστης 1, παρατηρούμε και εδώ παρόμοια μεταβολή στην ένταση της πίστης κατά το πέρασμα του χρόνου με αυτή των ατόμων με ένταση πίστης 0. Δηλαδή, η πλειοψηφία δηλώνουν πως ενώ κατά την παιδική τους ηλικία συνήθιζαν τόσο να επισκέπτονται την εκκλησία όσο και να νηστεύουν με μέτρια ένταση (42,32% και 57,69% αντίστοιχα), την στιγμή που διεξήχθη η έρευνα το 69,23% δεν επισκέπτεται σχεδόν καθόλου τους θρησκευτικούς χώρους λατρείας και το 61,54% δεν ακολουθεί καθόλου το πρόγραμμα νηστειών. Έτσι, παρατηρούμε και σε αυτή την περίπτωση πως, ενώ κατά την παιδική τους ηλικία η ένταση της θρησκευτικής τους πίστης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως πιο ισχυρή, κατά την ενήλικη ζωή τους αυτό μεταβλήθηκε.

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	4	30,77
	Μέτρια	6	46,16
	Σχεδόν καθόλου	3	23,77
	Καθόλου	0	
Πόσο συχνά συνηθίζατε να	Πάρα πολύ	2	15,38

επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πολύ	4	30,77
	Μέτρια	5	38,46
	Σχεδόν καθόλου	2	15,38
	Καθόλου	0	0
Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	1	7,70
	Μέτρια	5	38,46
	Σχεδόν καθόλου	5	38,46
	Καθόλου	2	15,38
Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστέψετε	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	2	15,38
	Μέτρια	6	46,15
	Σχεδόν καθόλου	4	30,79
	Καθόλου	1	7,70

Πίνακας 6 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 2

Μεταξύ των ατόμων με ένταση θρησκευτικής πίστης 2, παρατηρούμε πως η συνέπεια με την οποία επισκέπτονται τους χώρους λατρείας και τηρούν το πρόγραμμα παρέμεινε σε μέτρια ένταση από την παιδική τους ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή τους. Έτσι, τόσο η συχνότητα που επισκέπτονταν τους χώρους λατρείας παλαιότερα αλλά και τώρα, όσο και η συνέπειά με την οποία ακολουθούν το πρόγραμμα νηστείας παραμένουν μέτριας έντασης.

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	1	7,70
	Μέτρια	5	38,46
	Σχεδόν καθόλου	1	7,70
	Καθόλου	1	7,70
Πόσο συχνά συνηθίζετε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πάρα πολύ	1	7,70
	Πολύ	4	30,79
	Μέτρια	2	15,38
	Σχεδόν καθόλου	1	7,70
	Καθόλου	0	0
Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	0	0
	Πολύ	2	15,38
	Μέτρια	5	38,46
	Σχεδόν καθόλου	1	7,70
	Καθόλου	0	0

Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστεύσετε	Πάρα πολύ	1	7,70
	Πολύ	4	30,79
	Μέτρια	3	23,77
	Σχεδόν καθόλου	0	0
	Καθόλου	0	0

Πίνακας 7 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 3

Όπως και στα άτομα με ένταση πίστης 2, έτσι και σε αυτά με ένταση πίστης 3, παρατηρούμε πως η συχνότητα με την οποία επισκέπτονται την εκκλησία παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη από την παιδική τους ηλικία. Αντίθετα, σε αυτή την ομάδα ατόμων παρατηρούμε πως η συνέπεια με την οποία ακολουθούν το πρόγραμμα νηστείας ήταν μεγαλύτερη κατά την παιδική τους ηλικία, καθώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως στην παιδική τους ηλικία νήστευε πολύ (30,79%), ενώ πλέον μόλις το 15,38% συνεχίζει να νηστεύει με την ίδια ένταση. Ωστόσο δεν θα ήταν εύστοχο να υποθέσουμε πως η ένταση της πίστης τους έχει μεταβληθεί, αλλά θα ήταν πιο ορθό να πούμε πως παραμένει σταθερή.

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	3	18,75
	Πολύ	7	43,75
	Μέτρια	5	31,25
	Σχεδόν καθόλου	1	6,25
	Καθόλου	0	0

Πόσο συχνά συνηθίζατε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πάρα πολύ	1	6,25
	Πολύ	5	31,25
	Μέτρια	8	50
	Σχεδόν καθόλου	2	12,5
	Καθόλου	0	0
Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	3	18,75
	Πολύ	9	56,25
	Μέτρια	3	18,75
	Σχεδόν καθόλου	1	6,25
	Καθόλου	0	0
Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστεύετε	Πάρα πολύ	1	6,25
	Πολύ	6	37,5
	Μέτρια	8	50
	Σχεδόν καθόλου	1	6,25
	Καθόλου	0	0

Πίνακας 8 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 4

Στην ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 4, φαίνεται πως, έστω και σε μικρό βαθμό, η ένταση της πίστης τους έχει γίνει πιο έντονη. Αυτό προκύπτει καθώς η πλειοψηφία δηλώνει πως πλέον επισκέπτεται πολύ τους θρησκευτικούς χώρους λατρείας (43,75%), ενώ την ίδια στιγμή δηλώνει πως κατά την παιδική της ηλικία την επισκέπτονταν μέτρια (50%). Αντίστοιχα, φαίνεται πως πλέον η πλειοψηφία ακολουθεί με μεγάλη συνέπεια το πρόγραμμα νηστειών (56,25%), σε αντίθεση με την παιδική τους ηλικία, όπου η πλειοψηφία δηλώνει πως το ακολουθούσε μέτρια (50%).

Ερώτηση	Απάντηση	N	%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;	Πάρα πολύ	9	39,13
	Πολύ	10	43,48
	Μέτρια	4	17,39
	Σχεδόν καθόλου	0	0
	Καθόλου	0	0
Πόσο συχνά συνηθίζετε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία	Πάρα πολύ	7	30,43
	Πολύ	9	39,13
	Μέτρια	6	26,09
	Σχεδόν καθόλου	1	4,38
	Καθόλου	0	0
Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου	Πάρα πολύ	10	43,48
	Πολύ	9	39,13
	Μέτρια	4	17,39
	Σχεδόν καθόλου	0	0
	Καθόλου	0	0

Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιον βαθμό σας υποχρέωνε να νηστέψετε	Πάρα πολύ	4	17,39
	Πολύ	7	30,43
	Μέτρια	9	39,13
	Σχεδόν καθόλου	2	8,70
	Καθόλου	1	4,34

Πίνακας 9 Μεταβολή πίστης ατόμων με βαθμό πίστης 5

Τέλος, όσον αφορά την ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 5, παρατηρούμε πως η συνέπεια με την οποία ακολουθούν το πρόγραμμα νηστειών αυξήθηκε αισθητά συγκριτικά με την παιδική τους ηλικία (το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε πως το ακολουθεί πάρα πολύ πιστά αυξήθηκε σε 43,48% από 17,39%), ενώ η συχνότητα που επισκέπτονται τους χώρους λατρείας παρέμεινε σχεδόν αναλλοίωτη, αφού το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν πως επισκέπτονται πολύ συχνά τους χώρους λατρείας αυτούς κατά την ενήλικη ζωή τους κυμαίνεται στο 43,48% και κατά την παιδική τους ηλικία στο 39,13%.

3.3.3 Ηλικιακή κατανομή

Κατά την αναζήτηση δείγματος έγινε η προσπάθεια να επιλεγθούν άτομα που να καλύπτουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ηλικιακό φάσμα και να εξασφαλιστεί μια ομοιόμορφη κατανομή των ηλικιών ώστε να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, όπως είναι λογικό, αναζητώντας άτομα που να πάσχουν από χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο διαβήτης ή η αρτηριακή υπέρταση, οι ηλικίες που τελικά αποτελούν τον πληθυσμό του δείγματος είναι κυρίως μεγάλες και ξεπερνούν τα 40 έτη, ενώ οι νεότερες ηλικίες αφορούν κατά κόρον υγιείς ανθρώπους.

Ηλικία(έτη) / Ένταση πίστης	0	1	2	3	4	5	Σύνολο
0-18	0	0	0	0	0	0	0
18-30	4	15	3	0	1	0	23
30-40	4	6	8	2	3	3	26
40-50	2	4	2	4	9	10	31
50-60	1	1	0	1	2	6	11
60-70	0	0	0	1	1	4	6
Σύνολο	11	26	13	8	16	23	97

Πίνακας 10 Ηλικιακή κατανομή των ομάδων διαφορετικής έντασης πίστης.

Παρατηρούμε λοιπόν πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπως και αναμενόταν, παρουσιάζουν μεγαλύτερη ένταση θρησκευτικής πίστης, ενώ μεταβαίνοντας σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες παρατηρούμε ελάττωση της έντασης θρησκευτικής πίστης.

3.3.4 Αποτελέσματα αναφορικά με την παχυσαρκία

Όπως περιγράφεται και παραπάνω, ως κριτήριο για την αξιολόγηση του σωματικού βάρους και του δείκτη παχυσαρκίας χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI). Ο Δείκτης Μάζας Σώματος προκύπτει όταν το σωματικό βάρος (σε kg) ενός ατόμου διαιρεθεί με το τετράγωνο του ύψους του (σε m²). Ο δείκτης μάζας σώματος λοιπόν αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα κριτήρια που χρησιμοποιείται για τον χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως παχύσαρκου.

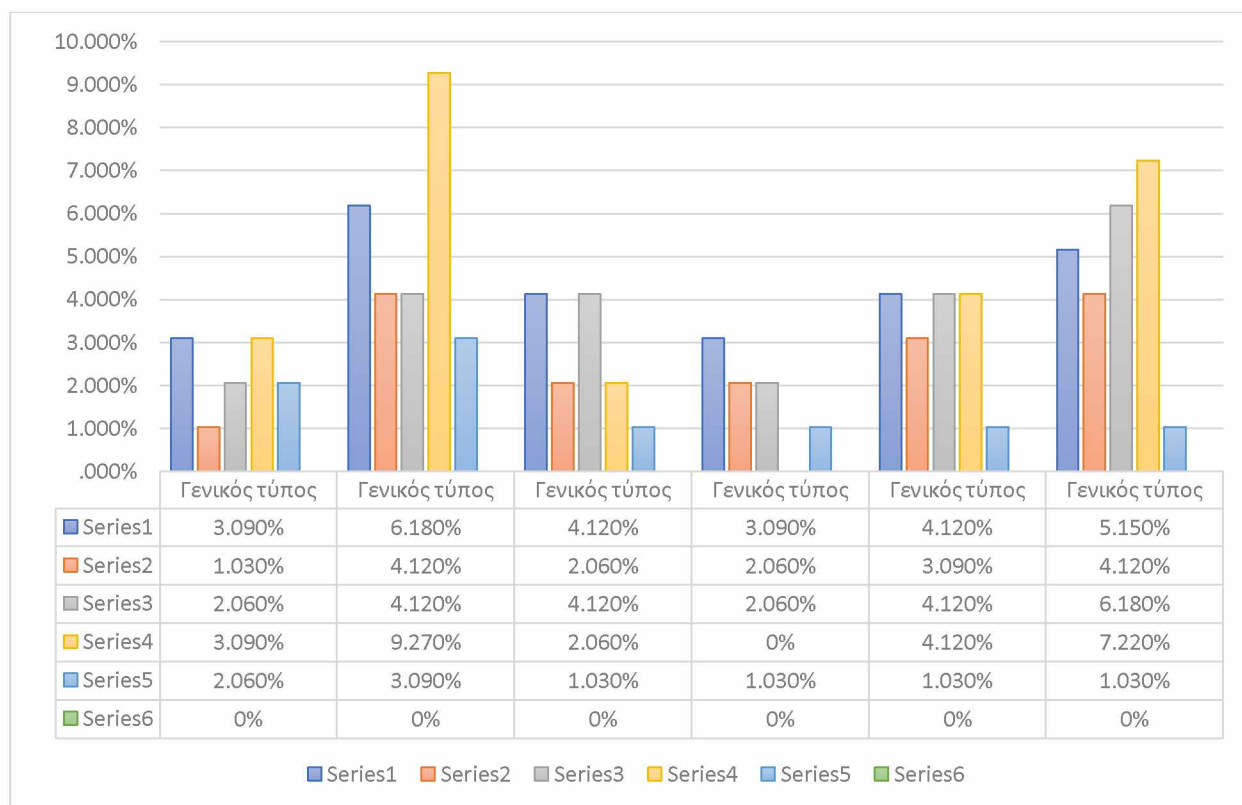
BMI/Ένταση πίστης	0	1	2	3	4	5	ΣΥΝΟΛΟ
<18,5	3	6	4	3	4	5	25
18,5-24,9	1	4	2	2	3	4	16
25-29,9	2	4	4	2	4	6	22
30-34,9	3	9	2	0	4	7	25
35-39,9	2	3	1	1	1	1	9
>40	0	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	11	26	13	8	16	23	97

Πίνακας 11 Κατανομή των ατόμων βάση του Δείκτη Μάζας Σώματος και της ένταση θρησκευτικής τους πίστης.

Ο παραπάνω πίνακας σε ένα αρχικό στάδιο βοηθάει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων που μετέπειτα θα αξιοποιηθούν ώστε να εξαχθεί ένα τελικό συμπέρασμα για τον βαθμό συσχέτισης ανάμεσα στην ένταση της πίστης και το δείκτη παχυσαρκίας.

Από τον παραπάνω πίνακα λοιπόν, φαίνεται πως βάσει των απαντήσεων των ερωτηθέντων βλέπουμε πως στο δείγμα μας δεν υπάρχουν άτομα με BMI μεγαλύτερο του 40, δηλαδή άτομα που να παρουσιάζουν νοσογόνο παχυσαρκία τύπου 3. Αυτό το γεγονός ενδεχομένως να οφείλεται στον πολύ μικρό αριθμό τέτοιων ατόμων στο γενικό πληθυσμό και στην δυσκολία μετακίνησης που αυτά παρουσιάζουν, γεγονός που δεν διευκολύνει την εντόπιση τους ώστε να αποτελέσουν μέρος του πληθυσμού που ερωτήθηκε. Βέβαια, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως μια τέτοια ιδιαίτερα νοσηρή κατάσταση ενδεχομένως να εξαρτάται σε πολύ μικρό βαθμό από την ένταση της πίστης του ατόμου, αλλά οφείλεται σε άλλους εξωγενείς παράγοντες που καθορίζονται από άλλες παραμέτρους. Σε κάθε περίπτωση μια απόπειρα συσχέτισης μιας τόσο νοσηρής κατάστασης της υγείας, ιδιαίτερα με την απουσία δεδομένων, πιθανόν θα οδηγούσε σε εσφαλμένα συμπεράσματα κυρίως λόγω του πολύ χαμηλού ποσοστού του γενικού πληθυσμού που τα άτομα αυτά αντιπροσωπεύουν.

Φαίνεται επίσης πως τα άτομα με παχυσαρκία βαθμού 2 (δηλαδή με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 35 και 39,9) αντιπροσωπεύει περίπου το 9,3% των ερωτηθέντων. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων ή των ατόμων με παχυσαρκία τύπου 1 (48,45%), ενώ με φυσιολογικό βάρος βρέθηκε μόλις το 16.49%. Τέλος, ένας αριθμός ατόμων, ο οποίος αντιπροσωπεύει το 25,77% χαρακτηρίζεται ως ελλιποβαρής, με το BMI τους να έχει τιμές <18,5. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως παρόλο που στον γενικό πληθυσμό το ποσοστό των ελλιποβαρών ατόμων είναι πολύ μικρότερο από αυτό της έρευνας, στην έρευνα επιλέχθηκε τα άτομα αυτά να αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό αριθμό τους δείγματος, εξίσου μεγάλο με αυτόν των παχύσαρκων ή των φυσιολογικών ατόμων, ώστε να γίνει καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων και να εξαχθεί ένα πιο σαφές συμπέρασμα για την συσχέτιση της πίστης με το BMI των ερωτηθέντων. Συνεπώς, υπήρξε σκόπιμη υπεραντιπροσώπηση των ελλιποβαρών υποκειμένων στο σύνολο του δείγματος για τον προαναφερθέντα λόγο.



Πίνακας 12: Στατιστική ανάλυση της κατανομής του BMI, ανάλογα του βαθμού έντασης της πίστης. Η πρώτη στατιστική ομάδα αντιστοιχεί στα άτομα με ένταση πίστης 0, η δεύτερη αντιστοιχεί σε άτομα με ένταση πίστης 1, η τρίτη αντιστοιχεί σε άτομα με ένταση πίστης 2, η τέταρτη αντιστοιχεί σε άτομα με ένταση πίστης 3, η πέμπτη σε άτομα με ένταση πίστης 4 και η έκτη σε άτομα με βαθμό πίστης 5. Οι στήλες, οι οποίες στο ραβδόγραμμα απεικονίζονται με διαφορετικά χρώματα αντιστοιχούν στις διαφορετικές τιμές του BMI, δηλαδή η στήλη 1 (βαθύ μπλε) αντιστοιχεί σε BMI <18,5, η στήλη 2 (κόκκινο) σε BMI 18.5-

24,9, η στήλη 3 (γκρι) σε BMI 25-29,9, η στήλη 4 (κίτρινο) σε BMI 30-34,9, η στήλη 5 (γαλάζιο) σε BMI 35-39,9 και η στήλη 6 (πράσινο) σε BMI >40. Τα ποσοστά του κάθετου άξονα αναφέρονται στο ποσοστό % επί του συνόλου των ατόμων, όπως και τα ποσοστά που αναγράφονται στον πίνακα.

Ο πίνακας 4 μας βοηθάει να αναλύσουμε ακόμα περισσότερο τα αποτελέσματα και να καταφέρουμε να εξάγουμε ευκολότερα συμπεράσματα για τον Δείκτη Μάζας Σώματος των ατόμων που η ένταση της πίστης τους αξιολογείται με τον ίδιο βαθμό. Με αυτό τον τρόπο συγκρίνουμε τα άτομα με παρόμοιο βαθμό έντασης πίστης μεταξύ τους ώστε να μπορέσουμε να εξάγουμε κάποιο συμπέρασμα βλέποντας εάν οι πολύ πιστοί διαφέρουν συγκριτικά με τους λιγότερο πιστούς. Αρχικά βλέπουμε πως τόσο τα άτομα με μεγάλη ένταση πίστης, δηλαδή αυτά που βαθμολογήθηκαν με 4 και 5, όσο και αυτά που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως λιγότερο πιστά, δηλαδή αυτά που βαθμολογήθηκαν με 0 και 1, χαρακτηρίζονται από BMI που κυμαίνεται μεταξύ 30 και 34,9 ή με BMI μικρότερο του 18,5, δηλαδή είναι άτομα είτε με παχυσαρκία τύπου 1, είτε ελλειποβαρή. Αντίθετα, τα άτομα μέτριας πίστης (δηλαδή άτομα που βαθμολογήθηκαν με 2 και 3) εμφανίζουν BMI που κυμαίνεται κυρίως είτε στην κλίμακα του ελλειποβαρούς, είτε του κανονικού βάρους, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει ο μικρός αριθμός παχύσαρκων ατόμων σε αυτή την ομάδα (μόλις 4, δηλαδή το 16,6% των ατόμων που ανήκουν σε αυτή την ομάδα και το 4,12% του συνόλου των ερωτηθέντων).

Πιο αναλυτικά για την κάθε ομάδα:

1. Άτομα με βαθμό πίστης 0: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 11 άτομα, δηλαδή το 11,34% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από αυτά, ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5) χαρακτηρίζονται τα 3, δηλαδή το 27,27% των ατόμων της ομάδας αυτής και το 3,09% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικό (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζεται μόλις 1 άτομο, δηλαδή το 9,09% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται 2 άτομα, δηλαδή το 18,08% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) βρέθηκαν 3 άτομα (27,27% της ομάδας) και με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκαν 2 άτομα, δηλαδή το 18,18% της ομάδας. Κανένα άτομο δεν βρέθηκε με BMI μεγαλύτερο του 40. Παρατηρείται δηλαδή μια μεγάλη διασπορά αποτελεσμάτων, με τα άτομα της ομάδας αυτής να μπορούν να χαρακτηριστούν είτε ως ελλειποβαρή ή με παχυσαρκία τύπου 1.
2. Άτομα με βαθμό πίστης 1: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 26 άτομα, δηλαδή το 26,80% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από τα άτομα αυτά, τα 6 χαρακτηρίζονται ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5) και αποτελούν το 23,07% των ατόμων της ομάδας αυτής και

το 6,18% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικά (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζεται μόλις 4 άτομα, δηλαδή το 15,38% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται επίσης 4 άτομα, δηλαδή το 15,38% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) βρέθηκαν 9 άτομα (34,61% της ομάδας) και με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκαν 3 άτομα, δηλαδή το 11,53% της ομάδας. Κανένα άτομο δεν βρέθηκε με BMI μεγαλύτερο του 40. Σε αυτή την ομάδα φαίνεται πως η πλειοψηφία των ατόμων που την αποτελούν, εμφανίζουν αυξημένο BMI, ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ 30 και 34,9. Ενδιαφέρον είναι επίσης πως και σε αυτή την ομάδα μικρό ποσοστό ατόμων έχουν σωματικό βάρος που να χαρακτηρίζεται φυσιολογικό.

3. Άτομα με βαθμό πίστης 2: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 13 άτομα, δηλαδή το 13,40% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από αυτά, ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5) χαρακτηρίζονται τα 4, δηλαδή το 30,76% των ατόμων της ομάδας αυτής και το 4,12% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικά (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζονται 2 άτομα, δηλαδή το 15,38% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται 4 άτομα, δηλαδή το 30,76% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) βρέθηκαν 2 άτομα (15,38% της ομάδας) και με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκε μόλις 1 άτομο, δηλαδή το 7,69% της ομάδας. Κανένα άτομο δεν βρέθηκε με BMI μεγαλύτερο του 40. Φαίνεται λοιπόν πως η πλειοψηφία των ατόμων σε αυτή την ομάδα εμφανίζουν χαμηλό σωματικό βάρος ή ελάχιστα αυξημένο.
4. Άτομα με βαθμό πίστης 3: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 8 άτομα, δηλαδή το 8,24% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από αυτά, ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5) χαρακτηρίζονται τα 3, δηλαδή το 37,5% των ατόμων της ομάδας αυτής και το 3,09% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικά (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζονται 2 άτομα, δηλαδή το 25% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται 2 άτομα, δηλαδή το 25% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) δεν βρέθηκε κανένα άτομο. Τέλος, με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκε 1 άτομο, δηλαδή το 12,5% της ομάδας. Κανένα άτομο δεν βρέθηκε με BMI μεγαλύτερο του 40. Σε αυτή την ομάδα ατόμων, η πλειοψηφία χαρακτηρίζεται ως ελλειποβαρής, ενώ με εξαίρεση ένα μόλις άτομο, το BMI δεν αγγίζει μεγάλα νούμερα και κυμαίνεται κυρίως μεταξύ 18,5 και 30.
5. Άτομα με βαθμό πίστης 4: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 16 άτομα, δηλαδή το 16,49% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από αυτά, ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5)

χαρακτηρίζονται τα 4, δηλαδή το 25% των ατόμων της ομάδας αυτής και το 4,12% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικά (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζονται μόλις 3 άτομα, δηλαδή το 18,75% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται 4 άτομα, δηλαδή το 25% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) βρέθηκαν 4 άτομα (25% της ομάδας) και με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκε μόλις 1 άτομο, δηλαδή το 6,25% της ομάδας. Κανένα άτομο δεν βρέθηκε με BMI μεγαλύτερο του 40. Σε αυτή την ομάδα ατόμων υπάρχει μια διασπορά ανάμεσα στις διάφορες τιμές BMI, χωρίς ωστόσο αυτές να φτάνουν μεγάλες τιμές.

6. Άτομα με βαθμό πίστης 5: σε αυτή την ομάδα ανήκουν συνολικά 23 άτομα, δηλαδή το 23,71% του συνολικού πληθυσμού ερωτηθέντων. Από αυτά, ως ελλειποβαρή (δηλαδή BMI<18,5) χαρακτηρίζονται τα 5, δηλαδή το 21,73% των ατόμων της ομάδας αυτής και το 5,15% του συνολικού δείγματος. Ως φυσιολογικά (δηλαδή BMI 18,5-24,9) χαρακτηρίζονται 4 άτομα, δηλαδή το 17,39% του πληθυσμού της ομάδας. Στην κατηγορία των υπέρβαρων ατόμων (δηλαδή αυτών με BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25 και 29,9) κατατάσσονται 6 άτομα, δηλαδή το 26,09% των ατόμων της ομάδας, ενώ με παχυσαρκία τύπου 1 (δηλαδή με BMI μεταξύ 30 και 34,9) βρέθηκαν 7 άτομα (30,43% της ομάδας) και με παχυσαρκία τύπου 2 (δηλαδή με BMI μεταξύ 35 και 39,9) βρέθηκε μόλις 1 άτομο, δηλαδή το 4,34% της ομάδας.

3.3.5 Μεταβολή σωματικού βάρους την τελευταία πενταετία

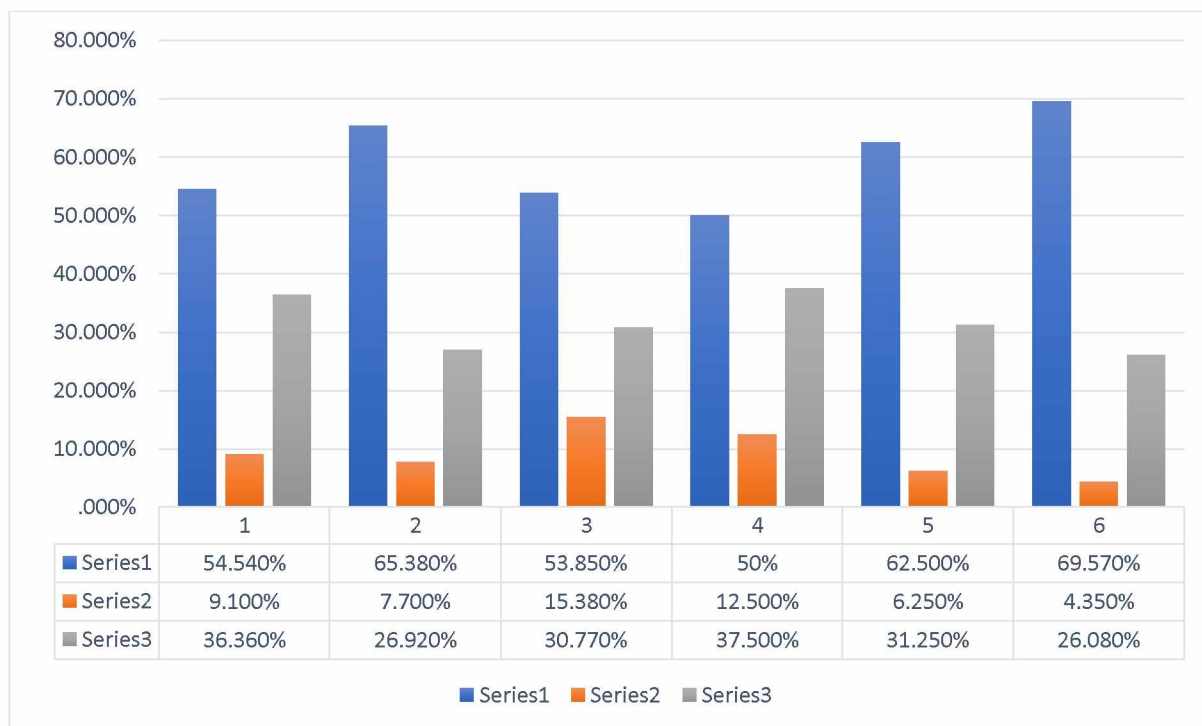
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση για το πώς έχει μεταβληθεί το σωματικό τους βάρος την τελευταία πενταετία. Γενικά, βλέπουμε πως η πλειοψηφία έχει απαντήσει πως το σωματικό της βάρος έχει αυξηθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά τα τελευταία 5 χρόνια (61,86%), ενώ μόλις το 8,24% δηλώνει πως το σωματικό του βάρος έχει μειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια. Τέλος, συνολικά 29 άτομα, δηλαδή το 29,90% των ερωτηθέντων, δήλωσε πως το σωματικό του βάρος έχει παραμείνει σχεδόν το ίδιο. Η γενικότερη αύξηση του σωματικού βάρους του πληθυσμού μπορεί να εμφανίζει ως ένα βαθμό κάποια συσχέτιση με την πίστη των ατόμων, ωστόσο η ομοιόμορφη κατανομή μεταξύ των ατόμων με διαφορετική ένταση πίστης υποδηλώνει πως ενδεχομένως δεν σχετίζεται άμεσα και σε σημαντικό βαθμό με την πίστη και τις συνήθειες τους όπως αυτές διαμορφώνονται από την θρησκεία. Αντίθετα, αυτή η γενικότερη αύξηση του σωματικού βάρους ίσως οφείλεται στην γήρανση του πληθυσμού, η οποία επιφέρει μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας του οργανισμού καθώς και μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Ειδικότερα, όσον αφορά την μείωση της σωματικής δραστηριότητας δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως σε ένα μεγάλο ποσοστό ο πληθυσμός του δείγματος της εργασίας αποτελείται από ασθενείς με διάφορες παθήσεις, οι οποίες σε

σημαντικό ο βαθμό περιορίζουν την κινητικότητα και την αυτονομία των ατόμων, γεγονός που ενδεχομένως προκαλεί και την αύξηση του σωματικού βάρους.

Μεταβολή σωματικού βάρους/ένταση θρησκευτικής πίστης.	0	1	2	3	4	5	ΣΥΝΟΛΟ
Έχει αυξηθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά.	6	17	7	4	10	16	60
Έχει μειωθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά	1	2	2	1	1	1	8
Είναι περίπου το ίδιο.	4	7	4	3	5	6	29
ΣΥΝΟΛΟ	11	26	13	8	16	23	97

Πίνακας 13: Μεταβολή του σωματικού βάρους του πληθυσμού την τελευταία πενταετία.

Στον πίνακα 13, παρουσιάζονται αναλυτικά τα στατιστικά δεδομένα για την μεταβολή του σωματικού βάρους των ερωτηθέντων την τελευταία πενταετία. Τα ποσοστά που παρουσιάζονται στον πίνακα 14 αφορούν κάθε ομάδα ατόμων με κοινή ένταση πίστης ξεχωριστά, και αφορούν το σύνολο του πληθυσμού που την απαρτίζουν. Δηλαδή, το ποσοστό του 54,54% των ατόμων με ένταση πίστης 0 και σημαντική αύξηση του σωματικού την τελευταία πενταετία αφορά το 54,54% των 11 ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα αυτή.



Πίνακας 14: Στατιστική ανάλυση της μεταβολής του σωματικού βάρους την τελευταία πενταετία ανά ομάδα ατόμων με κοινό βαθμό έντασης θρησκευτικής πίστης. Τα ποσοστά που εμφανίζονται στο διάγραμμα και στον πίνακα δεδομένων αφορούν την επι τοις εκατό αναλογία για το σύνολο των ατόμων με κοινό βαθμό έντασης πίστης, και όχι το ποσοστό επί του συνολικού αριθμού συμμετεχόντων.. Δηλαδή, στην πρώτη ομάδα δεδομένων απεικονίζονται τα ποσοστά για τα άτομα με ένταση πίστης 0, στην δεύτερη ομάδα για τα άτομα με ένταση πίστης 1, στην τρίτη ομάδα δεδομένων για τα άτομα με ένταση πίστης 2, στην τέταρτη ομάδα για τα άτομα με ένταση θρησκευτικής πίστης 3, στην πέμπτη ομάδα δεδομένων παρουσιάζονται τα στοιχεία για τα άτομα με ένταση πίστης 4 και στην έκτη ομάδα για τα άτομα με ένταση θρησκευτικής πίστης 5. Επιπλέον, για κάθε ομάδα δεδομένων, η σειρά 1 (μπλε ράβδος) αντιστοιχεί σε αύξηση του σωματικού βάρους τουλάχιστον κατά 5 κιλά, η σειρά 2 (πορτοκαλί ράβδος) αντιστοιχεί σε μείωση του σωματικού βάρους τουλάχιστον κατά 5 κιλά και τέλος η σειρά 3 (γκρι ράβδος) αντιστοιχεί σε μικρή ή σχεδόν καθόλου μεταβολή του σωματικού βάρους. (Τα δεδομένα του πίνακα 12 προέρχονται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, παρατηρείται μια ομοιόμορφη κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά την μεταβολή του σωματικού βάρους, και τα συμπεράσματα είναι κοινά για κάθε ομάδα ατόμων, όπως αυτές διαμορφώνονται βάσει της έντασης της πίστης τους. Βλέπουμε λοιπόν πως για όλες τις ομάδες ατόμων, σε ποσοστό μεγαλύτερο ή ίσο του 50%, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως την τελευταία πενταετία το σωματικό τους βάρος έχει αυξηθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά.

Ειδικότερα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφοροποίηση που ενδεχομένως παρατηρείται μεταξύ των πολύ πιστών ή των πολύ λίγο πιστών και των μέτρια πιστών όσον αφορά την αύξηση του σωματικού βάρους. Έτσι, βλέπουμε πως στα άτομα με ένταση πίστης 0, ένα σημαντικό ποσοστό που κυμαίνεται στο 69,57% δήλωσε πως το σωματικό του βάρος αυξήθηκε τουλάχιστον κατά 5 κιλά την τελευταία πενταετία, ενώ μεγάλο ήταν και το ποσοστό των ατόμων με ένταση πίστης 1 που δήλωσαν την ίδια μεταβολή βάρους (65,38%). Αντίθετα, τα άτομα της ομάδας με ένταση πίστης 3, παρουσιάζουν το μικρότερο ποσοστό στην αύξηση του σωματικού βάρους από όλες τις υπόλοιπες ομάδες (50%). Επιπλέον, τα άτομα με μέτρια ένταση πίστης, δηλαδή τα άτομα των ομάδων με ένταση πίστης 2 και 3, παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης του σωματικού βάρους, δηλαδή 15,38% και 12,50% αντίστοιχα. Τέλος, το ποσοστό των ατόμων που το σωματικό τους βάρος δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία πέντε χρόνια είναι παρόμοιο για όλες τις ομάδες και δεν παρουσιάζει μεγάλη μεταβολή. Γενικότερα, ένα τελικό συμπέρασμα το οποίο μπορεί να εξαχθεί από τα παραπάνω δεδομένα, είναι πως τα πολύ πιστά και τα λιγότερο πιστά άτομα έχουν παρουσιάσει την μεγαλύτερη αύξηση του σωματικού τους βάρους τα τελευταία πέντε χρόνια, ενώ τα άτομα με μέτρια ένταση πίστης παρουσιάζουν μεγαλύτερη μείωση του σωματικού τους βάρους. Ωστόσο, το γεγονός πως δεν υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων, δεν μας επιτρέπει να εξαγάγουμε ένα ασφαλές συμπέρασμα για το κατά πόσο η ένταση της θρησκευτικής πίστης προκαλεί μεταβολή του σωματικού βάρους, είτε αυξάνοντας είτε μειώνοντας το.

Προκειμένου ωστόσο να συσχετίσουμε την μεταβολή του σωματικού βάρους των ερωτηθέντων με την θρησκευτική τους πίστη, δεν αρκεί να συνδέσουμε την πίστη τους την δεδομένη στιγμή με την μεταβολή του βάρους τους την τελευταία πενταετία, αλλά πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν και τον αστάθμητο παράγοντα της μεταβολής της θρησκευτικής τους πίστης κατά την διάρκεια της ζωής τους. Εάν δηλαδή ένα άτομο δηλώνει, μέσω των απαντήσεων του, ένταση πίστης 4, η οποία παραμένει ίδια από την παιδική του ηλικία (πίνακας 7), αλλά παρουσίασε αύξηση του σωματικού του βάρους κατά την τελευταία πενταετία, θα ήταν λάθος να υποθέσουμε πως για αυτή την μεταβολή του βάρους ευθύνεται η έντονη θρησκευτική του πίστη. Όπως είναι προφανές όμως, είναι δύσκολο να γνωρίζουμε ακριβώς τον τρόπο που έχει μεταβληθεί η πίστη ενός ατόμου κατά την διάρκεια της ζωής του, όπως είναι δύσκολο να γνωρίζουμε και τις αυξομειώσεις του σωματικού του βάρους ανά πάσα στιγμή, γεγονός που καθιστά λάθος να προσπαθήσουμε να συσχετίσουμε την μεταβολή του βάρους με την πίστη την τελευταία πενταετία, ειδικά από την στιγμή που τα ποσοστά αύξησης ή μείωσης του βάρους παρουσιάζουν ομοιομορφία μεταξύ όλων των ομάδων.

3.3.6 Ανάλυση των διατροφικών συνηθειών των ερωτηθέντων κατά την διάρκεια της νηστείας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν οι διατροφικές συνήθειες των ερωτηθέντων και ο τρόπος που αυτές μεταβάλλονται κατά την διάρκεια της νηστείας. Τα δεδομένα αυτά εξάγονται από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στις ερωτήσεις 22 και 23 του ερωτηματολογίου (βλέπε παράρτημα), όπου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποιες τροφές αποφεύγουν και ποιες επιλέγουν κατά την διάρκεια της νηστείας. Δεδομένου πως τα άτομα με ένταση πίστης 0 και 1 δηλώνουν πως ακολουθούν τους κανόνες της νηστείας σε πολύ μικρό ή και μηδενικό βαθμό, είναι προφανές πως οι απαντήσεις τους, στις λίγες περιπτώσεις όπου υπήρχαν στα ερωτήματα αυτά, ενδεχομένως να ανταποκρίνονται σε πολύ μικρό βαθμό στην πραγματικότητα. Έτσι, μια εκτεταμένη ανάλυση των διατροφικών συνηθειών που προκύπτουν από τις απαντήσεις τους και των επιπτώσεων που οι συνήθειες αυτές ενδεχομένως έχουν στην σωματική κατάσταση του ατόμου, κρίνεται ατελέσφορη και επιλέγεται να μην γίνει.

Αντίθετα, ιδιαίτερα σημαντικές για την εξαγωγή όσο το δυνατόν ασφαλέστερων συμπερασμάτων για τον τρόπο που επηρεάζει η νηστεία τη σωματική υγεία ενός ατόμου, αποτελούν οι απαντήσεις στα ίδια ερωτήματα των ατόμων με ένταση πίστης 4 και 5. Θεωρώντας πως τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα πιστά και ακολουθούν σε μεγάλο βαθμό τους διατροφικούς κανόνες της νηστείας, οι απαντήσεις τους αποτελούν σημαντικά ευρήματα για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Ωστόσο, εξίσου σημαντικές είναι και οι απαντήσεις τους στη ερώτηση 24 του ερωτηματολογίου (βλέπε παράρτημα), όπου οι συμμετέχοντες ερωτώνται για το πώς μεταβάλλεται το σωματικό τους βάρος κατά την διάρκεια της νηστείας. Οι απαντήσεις στο ερώτημα αυτό, σε συνδυασμό με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες κατά την νηστεία, θα βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τον τρόπο που επηρεάζει η νηστεία την μεταβολή του σωματικού βάρους. Δεδομένου πως η νηστεία αποτελεί σημαντικό δείκτη της πίστης ενός ατόμου και ίσως το σημαντικότερο παράγοντα με τον οποίο η πίστη μπορεί να επηρεάσει την σωματική υγεία ενός ατόμου, η μελέτη των σχετικών απαντήσεων θα συντελέσει στην εξαγωγή ενός γενικότερου συμπεράσματος για τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ της έντασης της πίστης και του σωματικού βάρους ενός ατόμου.

Προκειμένου να εξάγουμε καλύτερα και ασφαλέστερα αποτελέσματα, στην ανάλυση των ερωτήσεων αυτών επιλέγεται να γίνει μια σύμπτυξη των ατόμων με ένταση πίστης 4 και 5 σε μια κοινή ομάδα που τα άτομα που την απαρτίζουν χαρακτηρίζονται ως πολύ πιστά. Αντίστοιχα τα άτομα με ένταση πίστης 2 και 3 αποτελούν την ομάδα ατόμων που χαρακτηρίζονται ως άτομα μέτριας πίστης και τέλος τα άτομα με ένταση πίστης 0 και 1 αποτελούν την ομάδα ατόμων που χαρακτηρίζονται ως λίγο/καθόλου πιστά. Με αυτόν τον τρόπο η ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται ευκολότερη και πιο σύντομη, ενώ το πιο σημαντικό στοιχείο αποτελεί πως η δεξαμενή απαντήσεων για κάθε ομάδα αυξάνεται σημαντικά και έτσι μπορούν να εξαχθούν καλύτερα συμπεράσματα.

Αποτελέσματα ατόμων με ένταση πίστης 4 και 5

Το σύνολο των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα των πολύ πιστών ατόμων είναι 39, αποτελούν το 40,21% του συνόλου των ερωτηθέντων και συνιστούν την πολυπληθέστερη ομάδα από τις 3 τις οποίες έχουν διαμορφωθεί πλέον. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων τους παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 15:

Ερώτηση	Απάντηση	N	Ποσοστό % επι του συνόλου των απαντήσεων	Ποσοστό % επι του συνόλου των ερωτηθέντων
Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που επιλέγετε να καταναλώνετε κατά την διάρκεια της νηστείας:	Όσπρια	15	12,82	38,46
	Αρακά	2	1,71	5,13
	Φασολάκια	3	2,56	7,69
	Λαχανικά	16	13,68	41,03
	Ρύζι	5	4,27	12,82
	Μακαρόνια	16	13,68	41,03
	Ξηρούς καρπούς	4	3,42	10,25
	Μέλι, ταχίνι	6	5,13	15,38
	Ψωμί	32	27,35	82,05
	Σόγια	1	0,85	2,56
	Ψάρια	2	1,71	5,13
	Σιροπιαστά γλυκά	14	11,97	35,89
	Άλλο	1	0,85	2,56

Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που αποφεύγετε κατά την διάρκεια της νηστείας	Κρέας	39	33,33	100
	Γαλακτοκομικά	37	31,62	94,87
	Αυγά	20	17,10	51,28
	Λάδι	9	7,70	23,08
	Ψάρια	4	3,42	10,26
	Σοκολάτα	5	4,27	12,82
	Σιροπιαστά	3	2,56	7,69
	Δεν νηστεύω	0	0	0
	Άλλο	0	0	0
Πως μεταβάλλεται το σωματικό σας βάρος σε περιόδους νηστείας	Συνήθως αυξάνεται	17	-	43,59
	Συνήθως μειώνεται	16	-	41,03
	Δεν μεταβάλλεται σημαντικά	6	-	15,38

Πίνακας 15: Τα ποσοστά του πίνακα στην στήλη «ποσοστά % του συνόλου των απαντήσεων» αναφέρονται στο σύνολο των απαντήσεων που δόθηκαν και όχι στο σύνολο των ερωτηθέντων. Δεδομένου πως συνολικά στην ομάδα αυτή υπάρχουν 39 άτομα και όλα έδωσαν 3 απαντήσεις στα ερωτήματα που αφορούν την διατροφή τους, το σύνολο των απαντήσεων διαμορφώνεται σε 117, και βάσει αυτού του αριθμού διαμορφώνονται τα ποσοστά. Στην στήλη «ποσοστό % του συνόλου των ερωτηθέντων» το ποσοστό διαμορφώνεται βάσει του αριθμού των ερωτηθέντων που είναι 39. Έτσι, εάν μια απάντηση συγκεντρώνει 39 απαντήσεις, θεωρείται πως το 100% των ερωτηθέντων έδωσε την απάντηση αυτή. Δεδομένου πως κάθε άτομο έδωσε 3 απαντήσεις, είναι προφανές πως το άθροισμα των ποσοστών της στήλης αυτής θα είναι το 300%.

Φαίνεται λοιπόν, πως όσον αφορά την μεταβολή του σωματικού του βάρους κατά την νηστεία, τα αποτελέσματα είναι σε έναν βαθμό αντικρουόμενα. Έτσι, ενώ το 43,59% απαντά πως το σωματικό του βάρος αυξάνεται κατά την διάρκεια της νηστείας, ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 41,03% απαντά πως το σωματικό του βάρος μειώνεται (είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον πως 17 άτομα δηλώνουν πως

το σωματικό βάρος τους αυξάνεται και 16 άτομα πως μειώνεται, δηλαδή διαφέρουν μόλις κατά 1 άτομο), ενώ μόλις το 15,38% δηλώνει πως το σωματικό του βάρος παραμένει σχεδόν το ίδιο. Το γεγονός πως ουσιαστικά ο πληθυσμός της ομάδας εμφανίζεται “διχασμένος” ως προς την μεταβολή του σωματικού του βάρους, ενδεχομένως να οφείλεται στις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες που το κάθε άτομο αποκτά κατά την διάρκεια της νηστείας, καθώς είναι προφανές πως μία διατροφή πλούσια σε τροφές με υδατάνθρακες και λιπαρά, όπως μακαρόνια ή σιροπιαστά γλυκά προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ μια διατροφή που αποτελείται κυρίως από όσπρια και λαχανικά συμβάλλει στην ελάττωση του βάρους.

Αρχικά, όσον αφορά τις τροφές που οι ερωτηθέντες επιλέγουν να αποφεύγουν κατά την διάρκεια της νηστείας είναι οι αναμενόμενες. Και οι 39 ερωτηθέντες δήλωσαν πως κατά την διάρκεια των ημερών νηστείας αποφεύγουν την κατανάλωση κρέατος, ενώ το 31,62% των απαντήσεων (δηλαδή οι 37 από τους 39 ερωτηθέντες που αντιστοιχεί στο 94,87% του συνόλου των ατόμων) δήλωσαν πως αποφεύγουν το γάλα και τα παράγωγά του. 20 άτομα δήλωσαν πως κατά την νηστεία αποφεύγουν τα αυγά (δηλαδή το 17,10% των συνολικών απαντήσεων και το 51,28% των ερωτηθέντων) και 9 άτομα δήλωσαν πως αποφεύγουν το λάδι (δηλαδή το 7,70% των συνολικών απαντήσεων και το 23,08% των ερωτηθέντων). Αντίθετα, μόλις το 12,82% των ερωτηθέντων (δηλαδή 5 άτομα ή 4,27% των απαντήσεων) δήλωσε πως αποφεύγει την σοκολάτα και μόλις το 7,69% των ερωτηθέντων (δηλαδή 3 άτομα ή 2,56% των απαντήσεων) δήλωσε πως αποφεύγει τα σιροπιαστά γλυκά. Από τα δεδομένα αυτά βλέπουμε σχεδόν το σύνολο των ατόμων συμφωνούν πως αποφεύγουν το κρέας και τα γαλακτοκομικά, ενώ διαφοροποιούνται στην τρίτη τους απάντηση. Εκεί, η πλειοψηφία επιλέγει να αποφεύγει τα αυγά, ενώ σημαντικά μικρό είναι το ποσοστό που επιλέγει να αποφεύγει τα γλυκά όπως η σοκολάτα.

Σε αντίθεση με τις τροφές που επιλέγουν να αποφεύγουν κατά την νηστεία, όπου η εικόνα είναι αρκετά ξεκάθαρη, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά τις τροφές που επιλέγουν γίνονται πιο πολύπλοκες. Το 82,05% των ερωτηθέντων απάντησε πως κατά την διάρκεια της νηστείας επιλέγει να καταναλώνει ψωμί, γεγονός που το καθιστά την πιο συχνή επιλογή σε σχέση με τις υπόλοιπες τροφές. Έπειτα ακολουθούν τα λαχανικά και τα μακαρόνια, για τα οποία δήλωσαν πως επιλέγουν να καταναλώνουν το 41,03% των ερωτηθέντων, ενώ το 12,8% των συνολικών απαντήσεων αφορούσε την κατανάλωση οσπρίων. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το σημαντικά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσε πως κατά την διάρκεια της νηστείας επιλέγει να καταναλώνει σιροπιαστά γλυκά (το 35,89% των ερωτηθέντων και το 17,97% των συνολικών απαντήσεων). Τέλος, τροφές όπως το ρύζι, οι ξηροί καρποί και το μέλι συγκεντρώνουν μικρό ποσοστό των απαντήσεων (4,27%, 3,42% και 5,13% των συνολικών απαντήσεων αντίστοιχα), ενώ μόλις 1 από τους ερωτηθέντες δήλωσε πως επιλέγει να καταναλώνει παράγωγα σόγιας κατά την διάρκεια της νηστείας (0,85% των συνολικών απαντήσεων).

Γενικότερα παρατηρείται μια μεγάλη διασπορά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά τα τρόφιμα που αυτοί επιλέγουν κατά την διάρκεια της νηστείας. Με εξαίρεση την κατανάλωση ψωμιού, η οποία επιλέγεται από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, βλέπουμε πως οι διατροφικές επιλογές των ερωτηθέντων παρουσιάζουν μία τάση “διχασμού” μεταξύ τροφών όπως τα μακαρόνια και τα λαχανικά. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως εξηγεί ως έναν βαθμό την σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων μεταξύ των ερωτηθέντων για την μεταβολή του σωματικού τους βάρους. Δεν θα ήταν λάθος να υποθέσουμε πως τα άτομα που κατά την διάρκεια της νηστείας επιλέγουν τροφές χαμηλής θερμιδικής αξίας, όπως λαχανικά και όσπρια, είναι αυτά που τελικά παρουσιάζουν ελάττωση του σωματικού τους βάρους, ενώ αντίθετα, άτομα που επιλέγουν να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, όπως μακαρόνια και σιροπιαστά γλυκά, συνιστούν την κατηγορία των ατόμων που βλέπουν το σωματικό τους βάρος να αυξάνεται κατά την διάρκεια της νηστείας. Είναι σημαντικό ωστόσο εδώ να σημειώσουμε πως, παρ’ όλο που γνωρίζουμε τις διατροφικές επιλογές των ερωτηθέντων ως έναν βαθμό, συνεχίζουμε να αγνοούμε σημαντικούς παράγοντες που θα έδιναν περισσότερες πληροφορίες για τους λόγους διακύμανσης του σωματικού τους βάρους, όπως η ποσότητα των τροφών που καταναλώνουν ή ο αριθμός και η συχνότητα των γευμάτων που επιλέγουν αυτοί να κάνουν.

Αποτελέσματα ατόμων με ένταση πίστης 2 και 3

Παρ’ όλο που τα άτομα της ομάδας αυτής δηλώνουν πως δεν ακολουθούν τους διατροφικούς κανόνες της νηστείας με την ίδια ένταση με τα πολύ πιστά άτομα, ο τρόπος που διαμορφώνεται τελικά η διατροφική τους καθημερινότητα φανερώνει επιπλέον πτυχές για τον τρόπο που η πίστη επηρεάζει την σωματική υγεία. Στην ομάδα αυτή των ατόμων με μέτρια ένταση πίστης, όπως διαμορφώνεται από τις δύο υποομάδες που την αποτελούν, ανήκουν συνολικά 21 άτομα.

Ερώτηση	Απάντηση	N	Ποσοστό % επι του συνόλου των απαντήσεων	Ποσοστό % επι του συνόλου των ερωτηθέντων
Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που επιλέγετε να	Όσπρια	17	26,98	80,95
	Αρακά	10	15,87	47,63
	Φασολάκια	7	11,11	33,33

καταναλώνετε κατά την διάρκεια της νηστείας:	Λαχανικά	14	22,22	66,67
	Ρύζι	1	1,59	4,76
	Μακαρόνια	1	1,59	4,76
	Ξηρούς καρπούς	2	3,17	9,52
	Μέλι, ταχίνι	2	3,17	9,52
	Ψωμί	4	6,35	19,05
	Σόγια	5	7,95	23,81
	Ψάρια	0	0	0
	Σιροπιαστά γλυκά	0	0	0
	Άλλο	0	0	0
	Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που αποφεύγετε κατά την διάρκεια της νηστείας	Κρέας	21	33,33
Γαλακτοκομικά		12	19,05	57,14
Αυγά		8	12,70	38,10
Λάδι		1	1,58	4,76
Ψάρια		4	6,35	19,05
Σοκολάτα		9	14,29	42,85
Σιροπιαστά		8	12,70	38,10
Δεν νηστεύω		0	0	0
Άλλο		0	0	0

Πως μεταβάλλεται το σωματικό σας βάρος σε περιόδους νηστείας	Συνήθως αυξάνεται	4	-	19,05
	Συνήθως μειώνεται	5	-	23,81
	Δεν μεταβάλλεται σημαντικά	12	-	57,14

Πίνακας 16: Τα ποσοστά του πίνακα στην στήλη «ποσοστά % του συνόλου των απαντήσεων» αναφέρονται στο σύνολο των απαντήσεων που δόθηκαν και όχι στο σύνολο των ερωτηθέντων. Δεδομένου πως συνολικά στην ομάδα αυτή υπάρχουν 21 άτομα και όλα έδωσαν 3 απαντήσεις στα ερωτήματα που αφορούν τη διατροφή τους, το σύνολο των απαντήσεων διαμορφώνεται σε 63, και βάσει αυτού του αριθμού διαμορφώνονται τα ποσοστά. Στην στήλη «ποσοστό % του συνόλου των ερωτηθέντων» το ποσοστό διαμορφώνεται βάσει του αριθμού των ερωτηθέντων που είναι 21. Έτσι, εάν μια απάντηση συγκεντρώνει 21 απαντήσεις, θεωρείται πως το 100% των ερωτηθέντων έδωσε την απάντηση αυτή. Δεδομένου πως κάθε άτομο έδωσε 3 απαντήσεις, είναι προφανές πως το άθροισμα των ποσοστών της στήλης αυτής θα είναι το 300%.

Τα άτομα με ένταση πίστης 2 και 3, παρ' όλο που από την γενικότερη συμπεριφορά τους κρίνεται πως έχουν ένταση πίστης μικρότερη από αυτά των ομάδων ένταση 4 και 5, αποτελούν εξίσου μια πληθυσμιακή ομάδα που φαίνεται να ακολουθεί τους βασικούς κανόνες της νηστείας. Ωστόσο, ορισμένες από τις απαντήσεις τους αποδίδονται στο γεγονός ότι οι ερωτηθέντες δεν απάντησαν με ειλικρίνεια και, ως εκ τούτου, οι απαντήσεις δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Κατ' επέκταση, οφείλουμε να είμαστε προσεκτικοί και στην εξαγωγή συμπερασμάτων και ακόμη περισσότερο σε μια προσπάθεια γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Αρχικά διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία των ατόμων αυτών κατά την διάρκεια της νηστείας δεν παρατηρεί καμία μεταβολή του σωματικού της βάρους (57,14%). Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από την ελαττωμένη ένταση με την οποία ακολουθούν τους κανόνες της νηστείας, το οποίο σημαίνει πως οι διατροφικές τους συνήθειες δεν μεταβάλλονται σημαντικά, άρα και το σωματικό τους βάρος παραμένει αμετάβλητο. Βλέπουμε επίσης μικρά ποσοστά ατόμων των οποίων το σωματικό βάρος μεταβάλλεται κατά την διάρκεια την νηστείας (19,05% δηλώνει αύξηση και 23,81% μείωση του σωματικού βάρους), οπότε δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι πως αυτή η μεταβολή οφείλεται στην νηστεία. Γενικότερα, παρατηρείται πως και τα 21 άτομα της ομάδας αυτής αποφεύγουν το κρέας κατά την διάρκεια της νηστείας, ωστόσο μόλις το 57,14% των ερωτηθέντων δηλώνει πως αποφεύγει το γάλα και τα παράγωγά του. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο μεγάλος αριθμός ατόμων που δήλωσε πως

αποφεύγει τη σοκολάτα και τα σιροπιαστά κατά την νηστεία (42,85% των ερωτηθέντων και 14,29% των απαντήσεων για την σοκολάτα, 38,10% των ερωτηθέντων και 12,70% των απαντήσεων για τα σιροπιαστά γλυκά), συγκριτικά με τα άτομα με ένταση πίστης 4 και 5 (πίνακας 14). Ωστόσο θα ήταν λάθος να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως πράγματι αυτή η ομάδα ατόμων αποφεύγει τα συγκεκριμένα τρόφιμα, αλλά ενδεχομένως οι επιλογές τους αυτές οφείλονται στο γεγονός πως δεν αποφεύγουν τρόφιμα όπως το γάλα και τα αυγά, οπότε η επιλογή των απαντήσεων αυτών έγινε περισσότερο με γνώμονα την τύχη, παρά τις πραγματικές τους επιλογές.

Τέλος, προκύπτει πως τα άτομα της ομάδας αυτής επιλέγουν να καταναλώνουν κυρίως τρόφιμα όπως όσπρια (26,98% των συνολικών απαντήσεων και 80,95% των ερωτηθέντων), λαχανικά (22,22% των συνολικών απαντήσεων και 66,67% των ερωτηθέντων) και αρακά (15,87% των συνολικών απαντήσεων και 47,63% των ερωτηθέντων), ενώ σχετικά μεγάλος ήταν ο αριθμός των ατόμων που δήλωσε πως επιλέγει να καταναλώνει προϊόντα σόγιας (συνολικά 5 απαντήσεις). Η επιλογή τροφών όπως όσπρια και λαχανικά σε μεγάλο βαθμό από τα άτομα της ομάδας αυτή, ενδεχομένως θα μπορούσε να αποδοθεί και στη μέτριας έντασης πίστη τους. Παρ' όλο που κάτι τέτοιο φαντάζει οξύμωρο, υποθέτοντας πως τα άτομα αυτά είναι απαλλαγμένα ως έναν βαθμό από ισχυρό θρησκευτικό κίνητρο να νηστεύουν, η απόφαση τους αυτή αποτελεί επιλογή και κατά συνέπεια θα μπορούσε να μεταφραστεί και ως μια ευκαιρία για αποτοξίνωση του οργανισμού και βελτίωση της σωματικής τους ευεξίας.

3.3.7 Διάφορες παθήσεις και η συσχέτιση τους με την ένταση της πίστης.

Στην κατηγοριοποίηση των ατόμων με διάφορες παθήσεις, θεωρούμε την παχυσαρκία μια νοσηρή για τον οργανισμό κατάσταση με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία του ατόμου, είτε μακροπρόθεσμα είτε βραχυπρόθεσμα. Συνεπώς, άτομα με παχυσαρκία τύπου I και II (καθώς και τύπου III, που ωστόσο δεν συμπεριλαμβάνεται στο δείγμα μας οπότε δεν αναφέρεται στο εξής), δηλαδή με BMI μεγαλύτερο του 30,00, θεωρούνται άτομα με χρόνιες παθήσεις και θα συζητηθούν εν συντομία παρακάτω. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως όταν θα αναφερόμαστε σε παχύσαρκο άτομο θα εννοούμε ένα υγιές κατά τ' άλλα άτομο χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις.

Πάθηση/ένταση πίστης	0	1	2	3	4	5	Σύνολο
Διαβήτης	1	4	3	2	5	8	23
Υπέρταση	0	1	3	2	7	5	18
Έμφραγμα	1	2	2	0	1	1	7
Αρθρίτιδα	2	3	1	3	1	2	12
Παχυσαρκία	4	11	2	0	1	7	25
Υγής	3	5	2	1	1	0	12
Σύνολο	11	26	13	8	16	23	97

Πίνακας 17 Κατανομή ατόμων που πάσχουν από κάποια πάθηση ανάλογα με την ένταση της θρησκευτικής τους πίστης.

Ακολουθώς αναλύονται τα δεδομένα που προκύπτουν για κάθε πάθηση ξεχωριστά:

i. Σακχαρώδης Διαβήτης

Το σύνολο των ασθενών που πάσχουν από διαβήτη και συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 23 άτομα. Βλέπουμε πως η πλειοψηφία των ατόμων αυτών που πάσχουν από διαβήτη είναι άτομα με ένταση πίστης 4 και 5 (21,74% και 34,78% του συνολικού αριθμού ατόμων με διαβήτη), δηλαδή πρόκειται για βαθιά θρησκευόμενα άτομα. Εξίσου μεγάλο ποσοστό των ασθενών με διαβήτη παρουσιάζει ένταση πίστης 1 (17,39% του συνόλου των ασθενών). Αρχικά, φαίνεται πως όσο πιο πιστό είναι ένα άτομο, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη, παρά το μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ένταση πίστης 1. Ωστόσο το συμπέρασμα αυτό είναι βεβιασμένο και δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα απόλυτα.

Εφόσον τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα είναι όλα ενήλικα μπορούμε να υποθέσουμε πως η πλειοψηφία των ατόμων πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η συγκεκριμένη πάθηση εμφανίζεται συνήθως κατά την ενήλικη ζωή ενός ατόμου και η πλειοψηφία των ασθενών είναι προχωρημένης ηλικίας. Δεδομένου λοιπόν πως τα άτομα με ένταση πίστης 4 και 5 είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών (πίνακας 10) καταλαβαίνουμε πως ο μεγάλος αριθμός διαβητικών με ένταση πίστης 4 και 5 σχετίζεται ενδεχομένως περισσότερο με την μεγάλη ηλικία αυτών παρά με την ένταση της πίστης τους, χωρίς αυτό να αποκλείει κάποια συσχέτιση μεταξύ πίστης και της εκδήλωσης του διαβήτη.

ii. Υπέρταση

Το σύνολο των υπερτασικών ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 18. Από αυτά, η πλειοψηφία τους παρουσιάζει ένταση θρησκευτικής πίστης 4 (38,89% του συνόλου των ατόμων με υπέρταση), ενώ κανένα άτομο με ένταση πίστης 0 δεν παρουσιάζει υπέρταση. Επιπλέον μεγάλο ποσοστό των υπερτασικών ανήκουν στην ομάδα ατόμων με ένταση θρησκευτικής πίστης 5 (27,78% του συνόλου των ατόμων με υπέρταση). Τα ποσοστά των υπερτασικών ατόμων με ένταση πίστης 1, 2 και 3 είναι αντίστοιχα 5,55%, 16,67% και 11,11%. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός πως όχι μόνο τα άτομα με ένταση πίστης 4 αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό των συνολικών υπερτασικών, αλλά και πως τα υπερτασικά άτομα συνιστούν το 25% των συνολικών ατόμων με ένταση πίστης 4. Από τα δεδομένα αυτά φαίνεται πως υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ υπέρτασης και έντασης θρησκευτικής πίστης, καθώς η πλειοψηφία των υπερτασικών αποτελείται από ιδιαίτερα πιστά άτομα. Ωστόσο θα ήταν λάθος να γενικεύσουμε το συμπέρασμα αυτό και να υποθέσουμε πως υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ πίστης και υπέρτασης και να θεωρήσουμε πως όσο πιο πιστό είναι ένα άτομο, τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίσει υπέρταση κατά την διάρκεια της ζωής του, καθώς όπως και με τον διαβήτη, η υπέρταση αποτελεί μια πάθηση που εκδηλώνεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία αποτελούν και τον βασικό πληθυσμό των ατόμων με μεγάλη ένταση πίστης.

iii. Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Το σύνολο των ατόμων με ιστορικό μυοκαρδιακού εμφράγματος που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 7 άτομα. Σε αυτό τον πληθυσμό ατόμων που έχουν υποστεί έμφραγμα παρατηρείται μια ομοιόμορφη κατανομή μεταξύ των ομάδων ατόμων με διαφορετική ένταση πίστης. Συγκεκριμένα, στις ομάδες ατόμων με ένταση πίστης 1 και 2 εντάσσονται από 2 εμφραγματίες (28,57% των συνολικών ατόμων με έμφραγμα σε κάθε ομάδα αντίστοιχα), στις ομάδες ατόμων με ένταση πίστης 0, 4 και 5 εντάσσεται από 1 άτομο (14,29% των συνολικών εμφραγματιών σε κάθε ομάδα αντίστοιχα), ενώ τέλος κανένα άτομο με έμφραγμα δεν ανήκει στην ομάδα με ένταση πίστης 3. Τα δεδομένα αυτά δεν επιτρέπουν να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για την συσχέτιση πίστης και εκδήλωσης εμφράγματος και φαίνεται να είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους.

iv. Αρθρίτιδα

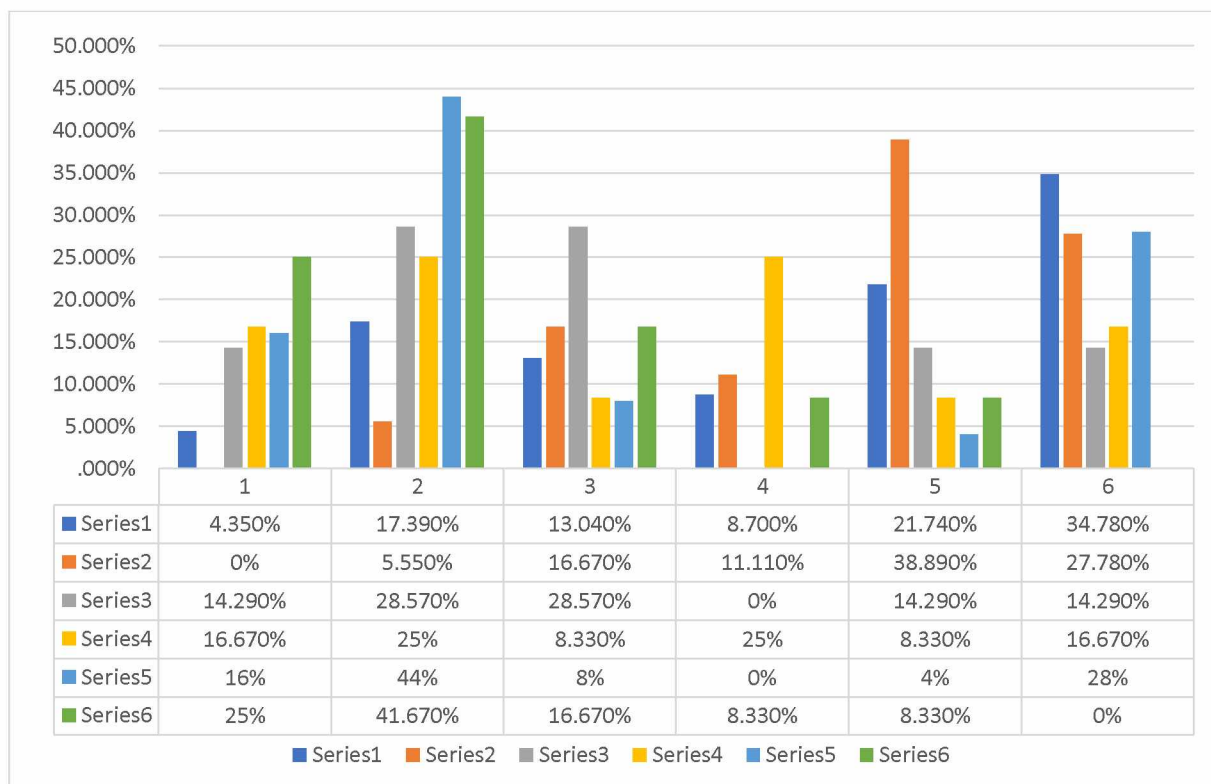
Το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή αρθρίτιδας (ρευματοειδή, ουρική κτλ.) είναι 12. Και σε αυτή την περίπτωση πάθησης παρατηρούμε μια ομοιόμορφη κατανομή των ατόμων στις διάφορες ομάδες με κοινή ένταση πίστης. Προκύπτει λοιπόν

πως στις ομάδες ατόμων με ένταση πίστης 1 και 3 ανήκουν από 3 άτομα με αρθρίτιδα (25% του συνολικού αριθμού ατόμων με αρθρίτιδα), από 2 άτομα με αρθρίτιδες ανήκουν στις ομάδες ατόμων με ένταση πίστης 0 και 5 (16,67% του συνολικού αριθμού ατόμων με αρθρίτιδα) και τέλος στις ομάδες ατόμων με ένταση πίστης 2 και 4 ανήκει από 1 άτομο με αρθρίτιδα (8,33% του συνολικού αριθμού ατόμων με αρθρίτιδα). Όπως και στις παραπάνω παθήσεις, έτσι και η αρθρίτιδα αποτελεί μια πάθηση κλιμακούμενης έντασης, τα συμπτώματα της οποίας χειροτερεύουν με το πέρασμα του χρόνου, ενώ συνήθως εκδηλώνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η εμφάνιση αρθρίτιδας σε άτομα με διαφορετική ένταση πίστης υποδεικνύει πως δεν υπάρχει σαφής βαθμός συσχέτισης μεταξύ της εμφάνισης της πάθησης αυτής και της πίστης ενός ατόμου.

v. *Παχυσαρκία και υγιή άτομα*

Η εμφάνιση παχυσαρκίας και η διακύμανση του σωματικού βάρους των ερωτηθέντων αναλύεται εκτενώς σε προηγούμενη ενότητα, οπότε σε αυτό το σημείο επιλέγεται να μην εμβαθύνουμε σε αυτό το φαινόμενο. Είναι σημαντικό ωστόσο, προκειμένου να αποφύγουμε λανθασμένα συμπεράσματα, να αναφερθούμε στον αριθμό παχύσαρκων ατόμων με ένταση πίστης 1. Τα άτομα λοιπόν με αυξημένο BMI και ένταση πίστης 1 είναι συνολικά 11 και αποτελούν το 44% του συνολικού πληθυσμού των παχύσαρκων. Το ποσοστό αυτό εκ πρώτης όψεως φαίνεται ιδιαίτερα μεγάλο, ωστόσο θα ήταν λάθος να υποθέσουμε πως τα άτομα χαμηλής πίστης είναι παχύσαρκα. Αυτό συμβαίνει διότι αφενός η ομάδα ατόμων με ένταση θρησκευτικής πίστης 1 είναι η πολυπληθέστερη ομάδα, και αφετέρου επειδή ως παχύσαρκα άτομα ορίσαμε παραπάνω τα άτομα με BMI μεγαλύτερο του 30 και χωρίς συνυπάρχουσες ασθένειες. Η ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 1 αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από νέους ανθρώπους (οι ηλικίες 18-30 αποτελούν το 57,69% των συνολικών ατόμων της ομάδας), γεγονός που μεταφράζεται σε χαμηλά ποσοστά ατόμων που πάσχουν από κάποια από τις παραπάνω παθήσεις.

Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, δηλαδή λόγω του μεγάλου αριθμού ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα και του νεαρού της ηλικίας τους, η ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 1 έχει και τον μεγαλύτερο αριθμό υγιών ατόμων. Συγκεκριμένα, από το σύνολο των 12 υγιών ατόμων (δηλαδή ατόμων χωρίς κάποια πάθηση και με BMI μικρότερο του 30), τα 5, δηλαδή ένα ποσοστό της τάξεως του 41,67%, ανήκει στην ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 1. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός πως στην ομάδα ατόμων με ένταση πίστης 5 δεν ανήκει κανένα πλήρως υγιές άτομο, γεγονός που αποτελεί ένδειξη ύπαρξης ενός βαθμού συσχέτισης μεταξύ της έντονης πίστης και της ύπαρξης κάποιας πάθησης, χωρίς ωστόσο η ένδειξη αυτή να είναι ισχυρή και φυσικά δεν μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα.



Πίνακας 18 Στατιστική ανάλυση της κατανομής των διαφόρων παθήσεων ανάλογα με την ένταση πίστης των ατόμων. Στην πρώτη ομάδα δεδομένων απεικονίζονται τα ποσοστά για τα άτομα με ένταση πίστης 0, στην δεύτερη ομάδα για τα άτομα με ένταση πίστης 1, στην τρίτη ομάδα δεδομένων για τα άτομα με ένταση πίστης 2, στην τέταρτη ομάδα για τα άτομα με ένταση θρησκευτικής πίστης 3, στην πέμπτη ομάδα δεδομένων παρουσιάζονται τα στοιχεία για τα άτομα με ένταση πίστης 4 και στην έκτη ομάδα για τα άτομα με ένταση θρησκευτικής πίστης 5. Κάθε σειρά δεδομένων, η οποία απεικονίζεται με διαφορετικό χρώμα στο ραβδόγραμμα αντιστοιχεί σε διαφορετική πάθηση ή κατάσταση σωματικής υγείας. Έτσι, η σειρά 1 (η οποία απεικονίζεται με μπλε χρώμα σε κάθε ομάδα) αντιστοιχεί στον διαβήτη, η σειρά 2 (η οποία απεικονίζεται με πορτοκαλί χρώμα σε κάθε ομάδα) αντιστοιχεί στην υπέρταση, η σειρά 3 (η οποία απεικονίζεται με γκρι χρώμα σε κάθε ομάδα) αντιστοιχεί σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα, η σειρά 4 (η οποία απεικονίζεται με κίτρινο χρώμα σε κάθε ομάδα) αντιστοιχεί στην αρθρίτιδα, η σειρά 5 (η οποία απεικονίζεται με γαλάζιο χρώμα) αφορά παχύσαρκα άτομα και η σειρά 6 (η οποία απεικονίζεται με πράσινο χρώμα σε κάθε ομάδα) αντιστοιχεί σε υγιή άτομα. Τα ποσοστά τα οποία απεικονίζονται στο ραβδόγραμμα και στην πίνακα απεικονίζουν το επί τοις εκατό του συνόλου των ατόμων με την πάθηση και προκύπτουν μετά από αφαίρεση των ατόμων που πάσχουν με μία πάθηση και ανήκουν σε μια ομάδα με συγκεκριμένο βαθμό έντασης πίστης προς το σύνολο των πασχόντων με την πάθηση αυτή.

Ο πίνακας 18 απεικονίζει αναλυτικά όσα περιγράφονται παραπάνω και βοηθάει στον οπτικοποίηση των παραπάνω δεδομένων. Γίνεται έκδηλη λοιπόν η ομοιόμορφη κατανομή των ατόμων με αρθρίτιδα ανάμεσα στις ομάδες ατόμων με κοινή ένταση πίστης, η απουσία υγιών ατόμων από την ομάδα με ένταση πίστης 5, καθώς και τα υψηλά ποσοστά παχύσαρκων και υγιών ατόμων που βρίσκονται στην ομάδα με ένταση πίστης 1.

3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θρησκευτική πίστη αποτελεί στοιχείο της ιδιοσυγκρασίας πολλών ανθρώπων και επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητά τους, είτε δηλώνουν πως η πίστη τους είναι έντονη, είτε δηλώνουν πως είναι λιγότερο δυνατή. Κάθε άνθρωπος αποτελεί ένα πολυσύνθετο όν με διαφορετικές συνιστώσες να καθορίζουν την συμπεριφορά του σε διαφορετικές εκφάνσεις της ζωής του. Είναι κατανοητό λοιπόν πως η εξαγωγή ενός απόλυτου συμπεράσματος για την συσχέτιση της πίστης με την σωματική υγεία ενός ατόμου είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Παραπάνω έγινε μια απόπειρα να συσχετισθεί η ένταση της πίστης ενός ατόμου με τον δείκτη μάζας σώματός του και με την ύπαρξη κάποιας παθήσεως. Είναι προφανές ωστόσο πως ένα τέτοιο εγχείρημα, εκτός από καινοτόμο, συνάμα είναι και ιδιαίτερα δύσκολο να επιτευχθεί.

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναλύθηκαν αρχικά ώστε να προσδιοριστεί η ένταση της πίστης τους, και βάσει αυτού τα άτομα κατηγοριοποιήθηκαν σε 6 ομάδες αυξανόμενης έντασης πίστης. Έπειτα, βάση των απαντήσεων που δόθηκαν, υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος καθενός ατόμου ξεχωριστά και στην συνέχεια τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν σε συσχέτιση με την ένταση της πίστης των ατόμων. Προέκυψε λοιπόν πως μεγάλο BMI παρουσίαζαν τόσο τα άτομα με μεγάλη ένταση πίστης, όσο και αυτά μικρότερης έντασης, ενώ τα άτομα μέτριας έντασης παρουσίαζαν μικρότερο σωματικό βάρος. Παρατηρούμε δηλαδή πως είναι παχύσαρκα το 45,94% των ατόμων με ένταση πίστης 0 και 1 και το 33,33% των ατόμων με ένταση πίστης 4 και 5, ενώ αντίθετα μόλις το 19,05% των ατόμων με ένταση πίστης 2 και 3 παρουσιάζουν BMI μεγαλύτερο του 30. Τα δεδομένα αυτά οδηγούν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα, καθώς τόσο τα πολύ πιστά όσο και τα πολύ λίγο πιστά άτομα εμφανίζουν αυξημένο BMI, και παρόλο που φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ πίστης και σωματικού βάρους, ο τρόπος που το ένα επηρεάζεται από το άλλο δεν είναι ξεκάθαρος και είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί. Προκειμένου να καταλήξουμε σε πιο ασφαλή συμπεράσματα, δεν αρκεί μόνο να γνωρίζουμε το σωματικό βάρος αλλά οφείλουμε να μελετήσουμε και την μεταβολή του στην διάρκεια της ζωής του ατόμου, μελετώντας ταυτόχρονα αν και πώς μεταβλήθηκε την ίδια στιγμή το σωματικό βάρος. Ωστόσο τα δεδομένα αυτά είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συλλεχθούν, ενώ την ίδια

στιγμή θα πρέπει να αμφισβητηθεί ως έναν βαθμό και η αξιοπιστία των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως ο τρόπος που η πίστη επιδρά πιο δραστικά στην υγεία ενός ανθρώπου γενικότερα είναι μέσω των μεταβολών της διατροφής, δηλαδή μέσω της νηστείας. Στην παρούσα εργασία έγινε μια απόπειρα να σκιαγραφηθούν οι διατροφικές συνήθειες των πιστών και παράλληλα να συσχετιστούν με την μεταβολή του βάρους τους. Ωστόσο τα αποτελέσματα δεν οδήγησαν και πάλι σε σαφή συμπεράσματα, καθώς μεταξύ των πολύ πιστών ατόμων παρουσιάζεται μια τάση «διχασμού» μεταξύ αύξησης και μείωσης του σωματικού βάρους, ενώ τα μέτρια πιστά άτομα φαίνεται πως καταφέρνουν να μειώσουν το σωματικό τους βάρος κατά την διάρκεια της νηστείας.

Αναφορικά με τις διάφορες παθήσεις και το τρόπο που η πίστη μπορεί να επηρεάζει τις παθήσεις τα αποτελέσματα είναι πιο ξεκάθαρα. Γενικότερα παρατηρήθηκε μια ομοιόμορφη κατανομή ασθενών σε όλες τις ομάδες ατόμων με κοινή ένταση πίστης, ενώ οι λίγες διαφορές που παρατηρήθηκαν στα ποσοστά για ορισμένες παθήσεις μπορεί να αποδοθούν στον πληθυσμό και τα χαρακτηριστικά του. Για παράδειγμα, βρέθηκε πως το 66,67% των ασθενών με υπέρταση παρουσιάζουν ένταση πίστης 4 και 5. Κατά συνέπεια εύλογα θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως όσο πιο έντονη είναι η πίστη τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος που εγκυμονεί για την εμφάνιση υπέρτασης. Μια τέτοια γενίκευση ωστόσο είναι λανθασμένη και δεν ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματικότητα. Γνωρίζοντας πως ως πάθηση, η υπέρταση εκδηλώνεται κατά κόρον σε άτομα μεγάλης ηλικίας, και δεδομένου πως ο πληθυσμός που αποτελεί τις ομάδες με ένταση πίστης 4 και 5 είναι προχωρημένης ηλικίας, συμπεραίνουμε πως ο μεγάλος αριθμός υπέρτασικών σε αυτές τις ομάδες δεν οφείλεται στην συσχέτιση της πίστης με την εκδήλωση υπέρτασης, αλλά σε άλλους παράγοντες που δεν καθορίζονται από την πίστη. Το παράδειγμα αυτό αποδεικνύει πως η παθοφυσιολογία των παθήσεων και τα επιδημιολογικά τους χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με την απουσία στοιχείων που να προκύπτουν από την έρευνα, δεν επιτρέπουν να συμπεράνουμε πως υπάρχει οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ της πίστης και των επιλεγμένων παθήσεων.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά το σωματικό βάρος του ατόμου και τον τρόπο που η πίστη σχετίζεται με αυτό, το συμπέρασμα που βγαίνει από την παρούσα μελέτη είναι πως αν και φαίνεται να υπάρχει κάποιος βαθμός συσχέτισης, ο ακριβής τρόπος που η πίστη επηρεάζει το βάρος δεν είναι ξεκάθαρος. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα πως είναι δύσκολο, και ενδεχομένως λανθασμένο να αναζητήσουμε έναν γενικό κανόνα που θα διέπει καθολικά την σχέση μεταξύ πίστης και σωματικού βάρους. Αντίθετα, ίσως θα ήταν πιο σωστό να πούμε πως ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά εκλαμβάνει την πίστη και τελικά επιλέγει να υιοθετεί τους κανόνες της είναι ο καθοριστικός παράγοντας που κρίνει εάν η πίστη τελικά θα είναι ωφέλιμη ή επιβαρυντική όσον αφορά το σωματικό

του βάρους. Ενδεχομένως, περαιτέρω μελέτες να διερευνήσουν εις βάθος διαφορετικές πτυχές της θρησκευτικής ζωής και του τρόπου που αυτή σχετίζεται με το σωματικό βάρος και να συντελέσουν στην εξαγωγή ενός πιο συγκεκριμένου και ασφαλούς συμπεράσματος. Αναφορικά με τις διάφορες παθήσεις, φαίνεται πως δεν τεκμαίρεται η συσχέτιση μεταξύ πίστης και εκδήλωσης κάποιας από τις ασθένειες που ερευνήθηκαν, καθώς άλλοι εξωγενείς και κληρονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν πιο καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και την ένταση των παθήσεων αυτών.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Antonino De Lorenz , Santo Gratteri , Paola Gualtieri , Andrea Cammarano , Pierfrancesco Bertucci , Laura Di Renzo Why primary obesity is a disease? 2019 May 22;17(1):169.
2. Η. Κατσίκης, Δ. Φλωράκης, Α. Καρκανάκη, Α. Πιούκα, Δ. Χατζηδημητρίου, Δ. Πανίδης Παχυσαρκία ΙΙ: Επιδημιολογία, οικονομικό κόστος, κλινική αξιολόγηση του παχύσαρκου ασθενή ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ 2009, 21(4):332-340.
3. Romieu, I., Dossus, L., Barquera, S., Blottière, H. M., Franks, P. W., Gunter, M., Hwalla, N., Hursting, S. D., Leitzmann, M., Margetts, B., Nishida, C., Potischman, N., Seidell, J., Stepien, M., Wang, Y., Westerterp, K., Winichagoon, P., Wiseman, M., Willett, W. C., IARC working group on Energy Balance and Obesity (2017). Energy balance and obesity: what are the main drivers?. *Cancer causes & control* : CCC, 28(3), 247-258.
4. Aiceles, V. & da Fonte Ramos, C. (2016). A link between hypothyroidism, obesity and male reproduction. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 25(1), pp. 5-13. Retrieved 30 Jan. 2019, from doi:10.1515/hmbci-2015-0054.
5. Rosén T, Bosaeus I, Tölli J, Lindstedt G, Bengtsson BA (1993). «Increased body fat mass and decreased extracellular fluid volume in adults with growth hormone deficiency». *Clin. Endocrinol. (Oxf)* 38 (1): 63–71.
6. Leonie H A Broersen, Cornelia D Andela, Olaf M Dekkers, Alberto M Pereira, Nienke R Biermasz, Improvement but No Normalization of Quality of Life and Cognitive Functioning After Treatment of Cushing Syndrome 2019, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*,104: 5325–5337.
7. Haslam DW, James WP. «Obesity» 2005. *Lancet* 366 (9492): 1197–209
8. Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. «Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years» Feb . 2004. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43 (2): 134–50
9. Τοκμακίδης Σ. Άσκηση και Χρόνιες Παθήσεις. Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2003.
10. Martinez JA. Obesity in young Europeans: genetic and environmental influences. *Eur J Clin Nutr.* 2000; 54: S56-S60.
11. Κλεισούρας Β. Φυσιολογία της Άσκησης. Εκδ. Πασχαλίδη. Αθήνα, 2001.
12. Ηλιοπούλου Σ. GENETIC PREDISPOSING FACTORS AND OBESITY, πτυχιακή εργασία παν. Λάρισας 2019 : 10-17.
13. Korbonits M (ed): Obesity and Metabolism. *Front Horm Res.* Basel, Karger, 2008, vol 36: 37-60

14. Martin, K. A., Mani, M. V., & Mani, A. (2015). New targets to treat obesity and the metabolic syndrome. *European journal of pharmacology*, 763(Pt A), 64-74.
15. (Κ. Ταχτσόγλου, Χ. Ηλιάδης. Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2015;20(1): 54-63
16. Rankinen T., Zuberi A., Chagnon Y. C., et al. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity*, 2006; 14(4): 529-644.
17. Bleich, S. N., Bennett, W. L., Gudzone, K. A., Cooper, L. A. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity*, 2012; 20(5): 999-1005.
18. Steven E. Kahn, Rebecca L. Hull & Kristina M. Utzschneider, Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes, *Nature* 2007 444: 840-846.
19. Van Gaal LF, Mertens IL. Effects of obesity on cardiovascular system and blood pressure control, digestive disease and cancer. In *Clinical Obesity*, Kopelman PG and Stock MJ editors, Blackwell Science, Oxford 1998:205-225.
20. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983; 67:968-977.
21. Linn S, Fulwood R, Carroll M, Brook JG, Johnson C, Kalsbeek WD, Rifkind BM. Serum total cholesterol: HDL cholesterol ratios in US white and black adults by selected demographic and socioeconomic variables (NHANES II). *Am J Public Health* 1991; 81:1038-1043.
22. Lamon-Fava S, Wilson PW, Schaefer EJ. Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women. The Framingham Offspring Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1996; 16:1509-1515.
23. Freedland SJ, Wen J, Wuerstle M, Shah A, Lai D, Moalej B, Atala C, Aronson WJ. Obesity is a significant risk factor for prostate cancer at the time of biopsy. *Urology* 2008; 72:1102-1105.
24. Leitzmann MF, Koebnick C, Danforth KN, Brinton LA, Moore SC, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Lacey JV Jr. Body mass index and risk of ovarian cancer. *Cancer* 2009; 115:812-822.
25. Huston Smith, *Οι θρησκείες του κόσμου. Μια περιήγηση στις θρησκευτικές παραδόσεις.*, μτφρ.Δ.Π.Κωστελένος, εκδ.Γκοβόστη, Αθήνα, 1995, σελ.11.
26. Μάριος Μπέγζος, «Θρησκεία», στο: *Θρησκευολογικό Λεξικό, Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 2000, σελ 242-247.
27. Spindler SR: Caloric restriction: From soup to nuts. *Ageing Res Rev.* 2009, 9 (3): 324-353.
28. Vaquero A, Reinberg D: Calorie restriction and the exercise of chromatin. *Genes Dev.* 2009
29. Mattson MP, Wan R: Beneficial effects of intermittent fasting and caloric restriction on the cardiovascular and cerebrovascular systems. *J Nutr Biochem.* 2005, 16: 129-137.

30. Fontana L, Klein S: Aging, adiposity, and calorie restriction. *JAMA*. 2007, 297: 986-994
31. Ahmet I, Wan R, Mattson MP, Lakatta EG, Talan M: Cardioprotection by intermittent fasting in rats. *Circulation*. 2005,
32. Varady KA, Hellerstein MK: Alternate-day fasting and chronic disease prevention: a review of human and animal trials. *Am J Clin Nutr*. 2007, 86: 7-13.
33. Ayala V, Naudi A, Sanz A, Caro P, Portero-Otin M, Barja G, Pamplona R: Dietary protein restriction decreases oxidative protein damage, peroxidizability index, and mitochondrial complex I content in rat liver. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007,
34. Pamplona R, Barja G: Mitochondrial oxidative stress, aging and caloric restriction: the protein and methionine connection. *Biochim Biophys Acta*. 2006, 1757: 496-508.
35. Caro P, Gomez J, Sanchez I, Garcia R, Lopez-Torres M, Naudi A, Portero-Otin M, Pamplona R, Barja G: Effect of 40% restriction of dietary amino acids (except methionine) on mitochondrial oxidative stress and biogenesis, AIF and SIRT1 in rat liver. *Biogerontology*. 2009, 10: 579-592.
36. John F Trepanowski & Richard J Bloomer, The impact of religious fasting on human health, *Nutrition Journal* volume 9, Article number: 57 (2010).
37. Sarri K, Bertias G, Linardakis M, Tsinos G, Tzanakis N, Kafatos A: The effect of periodic vegetarianism on serum retinol and alpha-tocopherol levels. *Int J Vitam Nutr Res*. 2009, 79: 271-280.
38. Papadaki A, Vardavas C, Hatzis C, Kafatos A: Calcium, nutrient and food intake of Greek Orthodox Christian monks during a fasting and non-fasting week. *Public Health Nutr*. 2008, 11: 1022-1029
39. Sarri KO, Linardakis MK, Bervanaki FN, Tzanakis NE, Kafatos AG: Greek Orthodox fasting rituals: a hidden characteristic of the Mediterranean diet of Crete. *Br J Nutr*. 2004, 92: 277-284.
40. Sarri KO, Tzanakis NE, Linardakis MK, Mamalakis GD, Kafatos AG: Effects of Greek Orthodox Christian Church fasting on serum lipids and obesity. *BMC Public Health*. 2003
41. Papadaki A, Vardavas C, Hatzis C, Kafatos A: Calcium, nutrient and food intake of Greek Orthodox Christian monks during a fasting and non-fasting week. *Public Health Nutr*. 2008, 11: 1022-1029.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο:
 - a) Άρρεν
 - b) Θήλυ

2. Ηλικία:

3. Καταγωγή:.....

4. Επίπεδο σπουδών:
 - a) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
 - b) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
 - c) Τριτοβάθμια εκπαίδευση

5. Ύψος (κατά προσέγγιση):

6. Σωματικό βάρος (κατά προσέγγιση):.....

7. Κατά την τελευταία 5ετία, πώς έχει μεταβληθεί το σωματικό σας βάρος;
 - a) Έχει αυξηθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά
 - b) Έχει μειωθεί τουλάχιστον κατά 5 κιλά
 - c) Είναι περίπου το ίδιο

Στις ερωτήσεις 8-21 επιλέξτε έναν από του αριθμούς 1 έως 5 όπου κάθε αριθμός εκφράζει κατά πόσο σας αντιπροσωπεύει η κάθε απάντηση (1= καθόλου, 2=σχεδόν καθόλου, 3= μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

8. Πόσο συχνά επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

9. Πόσο συχνά συνηθίζατε να επισκέπτεστε θρησκευτικούς χώρους λατρείας κατά την παιδική σας ηλικία;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

10. Πόσο συχνά προσεύχεστε μόνοι σας στον χώρο κατοικίας σας;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

11. Επισκέπτεστε συχνά κάποιον κληρικό ώστε να συνομιλήσετε μαζί του ή να ζητήσετε συμβουλές για προσωπικά σας ζητήματα;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

12. Σε περίοδο μεγάλης θρησκευτικής εορτής δεν δύνασθε να παρευρεθείτε σε κάποιον χώρο λατρείας. Το γεγονός αυτό σε ποιόν βαθμό σας προκαλεί ενόχληση;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

13. Εάν αντιμετωπίζατε μια δυσκολία θα στρεφόσασταν προς την προσευχή ως διέξοδο;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

14. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η θρησκευτική σας πίστη επηρεάζει τις διατροφικές σας συνήθειες;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

15. Πόσο πιστά θεωρείτε πως ακολουθείτε το πρόγραμμα των νηστειών κατά την διάρκεια του χρόνου;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

16. Κατά την διάρκεια της περιόδου της νηστείας, πόσο πιστά ακολουθείτε τους διατροφικούς κανόνες που επιβάλλονται από την θρησκεία; (π.χ. αποχή από κρέας γαλακτοκομικά κτλ)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

17. Κατά την παιδική σας ηλικία, το οικογενειακό σας περιβάλλον σε ποιο βαθμό σας προέτρεπε να νηστέψετε;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

18. Νιώθετε ενόχληση όταν κάποιος από το κοντινό σας περιβάλλον δεν ακολουθεί τους κανόνες (π.χ. νηστεία) που επιτάσσουν οι θρησκευτικές συνήθειες;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

19. Σε περιόδους κατά τις οποίες δεν νηστεύετε, θεωρείτε πως ακολουθείτε μια ισορροπημένη διατροφή;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

20. Πιστεύετε πως κατά την διάρκεια της νηστείας ωφελείτε την υγεία σας;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

21. Εάν γνωρίζατε πως οι διατροφικές συνήθειες που ακολουθείτε σε περιόδους νηστείας επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία σας θα ήσασταν διατεθειμένος να την διακόψετε;

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

22. Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που επιλέγετε να καταναλώνετε κατά την διάρκεια της νηστείας:

- a) Όσπρια (π.χ. φακές, ρεβύθια κτλ)
- b) Αρακά
- c) Φασολάκια
- d) Λαχανικά
- e) Ρύζι
- f) Μακαρόνια
- g) Ξηρούς καρπούς

- h) Μέλι, ταχίνι
- i) Ψωμί
- j) Σόγια
- k) Ψάρια
- l) Σιροπιαστά γλυκά
- m) Άλλο

23. Επιλέξτε έως 3 από τις παρακάτω τροφές που αποφεύγετε κατά την διάρκεια της νηστείας:

- a) Κρέας
- b) Γαλακτοκομικά
- c) Αυγά
- d) Λάδι
- e) Ψάρια
- f) Σοκολάτα
- g) Σιροπιαστά
- h) Δεν νηστεύω
- i) Άλλο

24. Πως μεταβάλλεται το σωματικό σας βάρος σε περιόδους νηστείας;

- a) Συνήθως αυξάνεται
- b) Συνήθως μειώνεται
- c) Δεν μεταβάλλεται σημαντικά

25. Γνωρίζετε τι αντιπροσωπεύει ο Δείκτης Μάζας Σώματος;

- a) Ναι
- b) Όχι

26. Πόσο επιβαρυντική θεωρείται πως είναι η κατάσταση της παχυσαρκίας για την υγεία σας;

- a) Δεν θεωρώ πως είναι επιβαρυντική
- b) Όχι σημαντικά
- c) Την επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό
- d) Δεν γνωρίζω

27. Επιλέξτε μέχρι 3 παθήσεις που πιστεύετε πως σχετίζονται με την παχυσαρκία:

- a) Διαβήτης
- b) Καρδιαγγειακή υπέρταση
- c) Υποθυρεοειδισμός
- d) Υπερθυρεοειδισμός
- e) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- f) Αύξηση χοληστερίνης
- g) Αρθρίτιδες
- h) Οσφυαλγίες
- i) Άσθμα

28. Πάσχετε από κάποια από τις άνωθεν παθήσεις ή από κάποια άλλη πάθηση;

- a) Ναι Παρακαλώ αναφέρατε:
- b) Όχι

29. Εάν έχετε διαγνωσθεί με κάποια άλλη ασθένεια, ποιά είναι αυτή;

.....

30. Αν ναι, σε ποια ηλικία διαγνωσθήκατε με την άνωθεν ασθένεια;

.....

31. Έχετε οικογενειακό ιστορικό που να σχετίζεται με την πάθηση αυτή;

a) Ναι

b) Όχι

32. Εάν ναι, ποιός είναι ο βαθμός συγγένειας με το άτομο αυτό;(π.χ. πατέρας, μητέρα θείος)

.....