



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Αξιολόγηση της προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενούς διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών σε συστηματικά αθλούμενους πληθυσμούς»

Χρήστος Λεων. Βλάχος
Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Σγάντζος Μάρκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας - Ιστορίας της Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζηγιάννου Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2022



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



DIPLOMA THESIS

**“Evaluation of the predisposition to psychogenic eating disorders
in regularly exercised populations”**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.:
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Εικόνα σώματος – Σωματική δυσαρέσκεια	8
2. Διατροφικές διαταραχές	12
2.1. Ορισμός και Επιπολασμός Διατροφικών Διαταραχών	12
2.2. Αίτια Διατροφικών Διαταραχών	15
2.3. Ταξινόμηση Διατροφικών Διαταραχών	15
2.3.1. Ψυχογενής ανορεξία (Anorexia nervosa - NA)	15
2.3.2. Ψυχογενής βουλιμία (Bulimia nervosa - NB)	17
2.3.3. Επεισοδιακή Υπερφαγία (Binge Eating Disorder – BED)	18
2.3.4. Ορθορεξία (Orthorexia)	19
2.4 Διατροφικές διαταραχές και εικόνα σώματος	20
3. Διατροφικές διαταραχές και άσκηση μια βιβλιογραφική ανασκόπηση	23
4. Ερωτηματολόγια έρευνας	26
4.1. Δημογραφικές πληροφορίες	26
4.2. Ερωτηματολόγιο Body Shape -34 (BSQ-34)	27
4.3. Τεστ διατροφικών στάσεων – 26 (EAT-26)	27
4.4. Κλίμακα αξιολόγησης εικόνας σώματος (Body-Image Assessment Scale)	28
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
5. Σκοπός της εργασίας	29
6. Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος	29
7. Αποτελέσματα	30
8. Συζήτηση – Συμπεράσματα	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	40
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	47

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ - ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Ξεκινώντας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στη δημιουργία, ολοκλήρωση και τελειοποίηση της διπλωματικής μου εργασίας. Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Μπονώτη Κωνσταντίνο για τις συμβουλές και τις κατευθύνσεις του, ώστε να βρεθούν περαιτέρω πηγές άντλησης πληροφοριών, τις απαραίτητες διορθώσεις της όσον αφορά τα στοιχεία και το κείμενο της εργασίας και γενικά την όλη υποστήριξη της σε όλο το πλαίσιο ολοκλήρωσης της εργασίας μου. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Μιγδάνη Αθανάσιο για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγηση του καθ' όλη τη διάρκεια σύνταξης της διπλωματικής μου καθώς και τους συμφοιτητές μου που με υποστήριζαν στη διάρκεια της φοίτησής μου.

Με εκτίμηση

Χρήστος Λεων. Βλάχος

Διαιτολόγος Διατροφολόγος

ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΗ

Στους γονείς μου και στην αδερφή μου που είναι πάντα στο πλευρό μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές και συχνά θανατηφόρες ασθένειες, που σχετίζονται με σοβαρές διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές και τις σχετικές σκέψεις και συναισθήματα των ανθρώπων. Η ενασχόληση ενός ατόμου με το σωματικό βάρος, την εικόνα σώματος και την υπερβολική άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές. Οι κοινές διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν τη νευρική ανορεξία, τη νευρική βουλιμία, τη διαταραχή υπερφαγίας και η ορθορεξία.

Η εικόνα σώματος, η διαίτα, οι διατροφικές διαταραχές και η άσκηση είναι αναζητήσεις που επικρατούν μεταξύ ανδρών και γυναικών παγκοσμίως. Άντρες και γυναίκες, υιοθετούν ολοένα και περισσότερο επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, όπως η υπερβολική άσκηση και οι διαταραχές διατροφής. Δεδομένης της σοβαρότητας και της δυσκολίας αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών, η πρόληψη αυτών των προβλημάτων αποτελεί αναγνωρισμένο στόχο δημόσιας υγείας [1].

Προγράμματα προαγωγής υγείας και αγωγής υγείας διεξάγονται σε πολλά κράτη από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, αλλά λίγα έχουν επιτύχει σημαντικές βελτιώσεις στις στάσεις και συμπεριφορές που στόχο έχουν την υγεία [1].

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της συχνότητας προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενών διατροφικών διαταραχών σε πληθυσμούς που εκτελούνε συστηματική φυσική δραστηριότητα υψηλής έντασης στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην ιστορική πόλη του Μεσολογγίου .

Επιμέρους Στόχοι είναι

- Διερεύνηση του βαθμού διαστρέβλωσης της εικόνας σώματος των συμμετεχόντων με την χρήση του ερωτηματολογίου BSQ-34 (Body Shape Questionnaire-34).
- Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων και ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.
- Διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των ανθρωπομετρικών δεικτών και της εικόνας σώματος του δείγματος με την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών λήψης τροφής.

Λέξεις κλειδιά : *εικόνα σώματος, διατροφή, άσκηση, διατροφικές διαταραχές*

ABSTRACT

Eating disorders are serious and often fatal diseases, associated with severe eating disorders and related thoughts and feelings. A person's preoccupation with body weight, body image and excessive exercise can lead to eating disorders. Common eating disorders include anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and orthorexia.

Body image, diet, eating disorders and exercise are quests that are prevalent among men and women worldwide. Men and women are increasingly adopting body image-related behaviors that are harmful to their health, such as excessive exercise and eating disorders. Given the severity and difficulty of dealing with eating disorders, the prevention of these problems is a recognized public health objective [1].

Health promotion and health education programs have been conducted in many states since the mid-1980s, but few have achieved significant improvements in health-oriented attitudes and behaviors [1].

The purpose of this research study is to evaluate the frequency of predisposition to psychogenic eating disorders in populations that perform systematic high-intensity physical activity in Greece and specifically in the historic city of Messolonghi.

Sub-Objectives are :

- Investigation of the degree of distortion of the body image of the participants using the questionnaire BSQ-34 (Body Shape Questionnaire-34).
- Recording of demographic data and anthropometric characteristics of the participants.
- Investigation of the possible correlation of anthropometric indicators and body image of the sample with the possibility of eating disorders.

Keywords: body image, diet, exercise, eating disorders

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρακάτω εργασία, με θέμα «Αξιολόγηση της προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενών διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών σε συστηματικά αθλούμενους πληθυσμούς», μελετά την σχέση μεταξύ της εικόνας σώματος, της άσκησης και των διατροφικών διαταραχών, σε άντρες και γυναίκες.

Η εργασία αποτελείται από δυο μέρη το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος της εργασίας, μελετάται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, μέσα από τέσσερις διαφορετικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα, γίνεται αναφορά στην εικόνα σώματος και στην σωματική δυσαρέσκεια. Στην συνέχεια, η δεύτερη ενότητα αναπτύσσει τις διατροφικές διαταραχές καθώς και τη σχέση διατροφικών διαταραχών και εικόνα σώματος. Η τρίτη ενότητα αναφέρει βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις σχετικές με το θέμα και η τέταρτη ενότητα αναπτύσσει τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην έρευνα.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας, αναπτύσσεται η έρευνα, η οποία έγινε σε 100 άτομα της Ιεράς Πόλης του Μεσολογγίου οι οποίοι γυμνάζονται σε γυμναστήρια, σχολές χορού, ακαδημίες ποδοσφαίρου, ακαδημίες πετοσφαίρισης κ.α

Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα και την συζήτηση.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εικόνα σώματος – Σωματική δυσαρέσκεια

Ως εικόνα σώματος ορίζεται η αντίληψη που έχει το άτομο στο μυαλό του για το μέγεθος, τη δομή, το σχήμα και το περίγραμμα του σώματος του, καθώς και τα συναισθήματα σχετικά με αυτά τα χαρακτηριστικά και τα μέρη που το αποτελούν [1 , 2 , 3]. Οι Fortes, Almeida και Ferreira [4] υποστηρίζουν ότι η εικόνα του σώματος μπορεί να εστιαστεί στο πόσο αδύνατο είναι ένα σώμα και αναφέρεται περισσότερο στο σωματικό λίπος [5], και στο μυϊκό λίπος που έχει σχέση με το μέγεθος και τον όγκο των μυών. Ο τρόπος που βλέπουμε τον εαυτό μας και το σώμα μας έχει αντίκτυπο στην υγεία μας στην ψυχική μας υγεία και στις σχέσεις μας. Μια υγιής εικόνα σώματος περιλαμβάνει την αντικειμενική αντίληψη για την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου και την ικανότητα να διαχωρίζει την αξία του ατόμου από την εμφάνισή του. [1 , 4].

Η σωματική δυσαρέσκεια (**Body Dissatisfaction, BD**), είναι μια διαταραχή που αφορά την εικόνας του σώματος και περιλαμβάνει τέσσερις πτυχές [6] :

- την αντιληπτική, η οποία έχει σχέση με την τρέχουσα αντίληψη για την εικόνα του σώματος που έχει το κάθε άτομο.
- Την συμπεριφορική, η οποία έχει σχέση με τι κάνει ο καθένας για την εικόνα του σώματός του.
- Την θυμική, η οποία αφορά την αίσθηση που έχει το κάθε άτομο για την εικόνα του σώματός του.
- Την γνωστική, η πτυχή αυτή αφορά, τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του ατόμου για την εικόνα του σώματός του.

Στις αρχές του 2018, το Μουσείο στο Fashion Institute of Technology φιλοξένησε μια έκθεση με τίτλο « The Body: Fashion and Physique. Η έκθεση έδειξε πώς το σώμα - η φυσική του μορφή - γίνεται μέρος της μόδας και, ως εκ τούτου, του πολιτισμού [3,4].

Για αιώνες, οι γυναίκες αισθάνονταν πιέσεις να φαίνονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Τεχνουργήματα ήδη από το 30.000 π.Χ. απεικονίζουν γυναίκες σε σχήμα αχλαδιού και ολόσωμο. Οι ανθρωπολόγοι υποστηρίζουν ότι η καμπυλότητα αντιπροσώπευε τη δύναμη του γυναικείου σώματος - τη γονιμότητα, ιδιαίτερα - κατά την παλαιολιθική περίοδο, καθιστώντας έτσι τον ιδανικό σωματότυπο για την αύξηση του πληθυσμού [3,4].

Καθώς αναπτύχθηκαν οι πολιτισμοί, το ιδανικό άλλαξε και η γονιμότητα δεν ήταν πλέον τόσο κρίσιμη όσο πριν. Στην αρχαία Αίγυπτο, οι γυναίκες ενθαρρύνονταν να ασκήσουν την ανεξαρτησία τους και απολάμβαναν ισότιμη ιθαγένεια με τους άνδρες. Αυτή η πολιτιστική αλλαγή

επέτρεψε σε πολλές γυναίκες να εργάζονται έξω από το σπίτι και, ως αποτέλεσμα, οι τύποι του σώματός τους άλλαξαν επειδή εργάζονταν σε ρόλους που απαιτούσαν κάποια σωματική εργασία. Όσες ήταν λεπτές θεωρούνταν πιο όμορφες [3, 4].

Είναι ενδιαφέρον, ότι στην αρχαία Ελλάδα, οι άνδρες είχαν πολύ ωραιότερα σώματα από τις γυναίκες και προσπαθούσαν πολύ για αυτό. Αντίθετα οι γυναίκες δεν ασχολούνταν αρκετά με το σχήμα του σώματός τους. Οι πλούσιοι άνδρες στην Αθήνα ή τη Σπάρτη περνούσαν έως και οκτώ ώρες την ημέρα κάνοντας άσκηση [3, 4].

Κατά τη διάρκεια των Μεσαίων, της Αναγέννησης και της Βικτωριανής περιόδου, το πλούσιο σώμα, θεωρούνταν σύμβολο πλούτου και ευημερίας. Η ισορροπημένη φιγούρα της κλεψύδρας ήταν η επιθυμητή και το επιτύγχαναν με την χρήση του κορσέ, αλλά οι γυναίκες, οι άνδρες και τα παιδιά υπέμειναν πολύ πόνο για να πετύχουν αυτή την φιγούρα [3, 4].

Μόλις στις αρχές του 20ου αιώνα συνέβη η επόμενη αλλαγή σε αυτό που η κοινωνία θεωρούσε «όμορφο». Στις ΗΠΑ, ειδικότερα, οι γυναίκες ήθελαν να είναι ίσες με τους άντρες και άλλαξαν τις στιλιστικές τους συνήθειες [3,4].

Μέχρι τη δεκαετία του 1960, πολλά σπίτια είχαν τηλεοράσεις και οι κινηματογραφικές αίθουσες γέμιζαν με κόσμο, οπότε το κοινό επηρεαζόταν άμεσα από τους διάσημους. Τα τελευταία χρόνια, το ιδανικό σώμα, αλλάζει με τον καθημερινό καταιγισμό των εικόνων των μέσων ενημέρωσης. Οι γυναίκες θέλουν να είναι πιο αδύνατες και οι άνδρες θέλουν να είναι πιο μυώδεις. Η αισθητική χειρουργική είναι πιο συχνή από ποτέ. Οι άνθρωποι συχνά αναζητούν γρήγορες επιδιορθώσεις σε πράγματα που αντιλαμβάνονται ως ατελή στην εικόνα του σώματος [3, 4].

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη σωματικής δυσαρέσκειας (BD), που σχετίζεται με την εικόνα σώματος [7, 8, 9], ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες έχουν υψηλότερο επιπολασμό μυϊκής δυσμορφίας λόγω του έμμονου στόχου να επιτύχουν μυϊκή υπερτροφία με ελάχιστο σωματικό λίπος [3, 10]. Αυτή η δυσαρέσκεια μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση μεταμόρφωσης της εικόνας του σώματος μέσω της χρήσης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, του ανεπαρκούς διατροφικού σχεδιασμού, της υπερβολικής σωματικής άσκησης και των επεμβατικών αισθητικών διαδικασιών [1, 11].

Ο όρος σωματική δυσαρέσκεια χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Rodin [12] και τους συνεργάτες του το 1984 για να περιγράψει τη δυσαρέσκεια με το μέγεθος και το σχήμα του σώματος. Διαπιστώθηκε ότι ήταν τόσο διαδεδομένο στις γυναίκες που προσδιορίστηκε ως σωματική δυσαρέσκεια. Μελέτη μεγάλης κλίμακας μελέτη σε Ισλανδούς ηλικίας 18 έως 79 ετών έδειξε ότι σχεδόν το 43 τοις εκατό ήταν δυσαρεστημένοι με το σωματικό τους βάρος και πάνω από το 71 τοις εκατό πίστευαν ότι έπρεπε να χάσουν βάρος [13]. Παρόλο που ο μέσος ΔΜΣ ήταν υψηλότερος μεταξύ των ανδρών, περισσότερες γυναίκες παρά άντρες ήταν δυσαρεστημένες με το σωματικό τους βάρος σε κάθε ηλικιακή ομάδα.

Αν και είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο, ότι η σωματική άσκηση παρέχει σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά οφέλη [14,15], πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η υπερβολική σωματική άσκηση μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη εξαρτημένων και παθολογικών συμπεριφορών, όπως ο εθισμός στην άσκηση [15,16]. Ο εθισμός στην άσκηση χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο ρυθμό σωματικής άσκησης, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα ανεκτικότητας ή/και ψυχολογικά συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη [17]. Αυτή η εθιστική συμπεριφορά μπορεί να εμφανιστεί τόσο σε αθλητές όσο και σε μη αθλητές [18]. Ο εθισμός των μη αθλητών στην άσκηση είναι παρόμοιος με συμπτώματα άλλων εθιστικών συμπεριφορών, όπως αλλαγές στη διάθεση, απώλεια ελέγχου συμπεριφοράς, σύνδρομο στέρησης, υπερβολικός χρόνος αφιερωμένος στην προετοιμασία και αποκατάσταση της άσκησης και συμπεριφορές κινδύνου για διατροφικές διαταραχές (EDs) [19,20].

Τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί ο αριθμός των περιπτώσεων εθισμού στην άσκηση μεταξύ των ασκούμενων διαφορετικών τύπων σωματικής άσκησης (fitness και crossfit) [1]. Λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του αριθμού των ασκούμενων και την υψηλό επιπολασμό της σωματικής δυσσάρεσκειας (BD) στον παγκόσμιο πληθυσμό, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι παθολογικές και εξαρτημένες συμπεριφορές οι οποίες έχουν σχέση με την αναζήτηση της αισθητικής του σώματος μεταξύ των ασκούμενων [22 , 23, 24].

Η σωματική δυσσάρεσκεια (BD), μπορεί επίσης να είναι ένας υποδηλωτικός παράγοντας για την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών ή εθισμών, όπως η συμπεριφορά κινδύνου για διατροφικές διαταραχές (EDs) [23]. Οι διατροφικές διαταραχές (EDs), επηρεάζονται από μια σειρά παραγόντων, όπως η μείωση κατανάλωσης τροφής, υψηλή ανησυχία για την αισθητική του σώματος και διαταραγμένες διατροφικές στάσεις [16, 26]. Αυτά τα πρότυπα διατροφής μπορεί να γίνουν πιο ακραία και να προκαλέσουν δυσμενείς συνέπειες για τη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική υγεία [14 , 15].

Μια συχνή διατροφική διαταραχή μεταξύ των ασκούμενων είναι η ορθορεξία, η οποία αντιστοιχεί στην υπερβολική δέσμευση για υγιεινή διατροφή. Σε αντίθεση με άλλες διατροφικές διαταραχές, η ορθορεξία χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική ανησυχία για την υγιεινή τροφή και όχι από την ποσότητα της τροφής ή την εμμονή με το τέλειο σώμα [27 , 28].

Η έρευνα δείχνει ότι η εικόνα του σώματος είναι συχνά ένα από τα τελευταία συμπτώματα μιας διατροφικής διαταραχής που βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψη διαφορετικές θεραπείες και συμπτώματα μεταξύ των ασθενών, τα στάδια ανάκαμψης από μια διατροφική διαταραχή ακολουθούν ένα αρκετά παρόμοιο μοτίβο. Σχεδόν παγκοσμίως, η ανάκτηση βάρους και οι αλλαγές συμπεριφοράς φαίνεται να προηγούνται της ψυχολογικής ανάκαμψης. Και κάποιος βαθμός αγωνίας και ενασχόλησης με την εικόνα του σώματος μπορεί να επιμείνει μετά την

ανάρρωση μιας διατροφικής διαταραχής, καθώς δεν είναι φυσιολογικό για τα άτομα στην κοινωνία μας να είναι εντελώς απαλλαγμένα από ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος [29,30].

Διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για να θεραπεύσουν μια αρνητική εικόνα σώματος. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι οι παρακάτω [31, 32] :

- γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία
- προπόνηση φυσικής κατάστασης – γυμναστική
- παρεμβάσεις διατροφικής εκπαίδευσης στα μέσα μαζικής επικοινωνίας
- ενίσχυση της αυτοεκτίμησης
- ψυχοεκπαίδευση
- ευγνωμοσύνη

Σε πολλές περιπτώσεις, οι θεραπείες ενσωματώνουν περισσότερες από μία κατηγορίες παρέμβασης. Για παράδειγμα, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες και τα προγράμματα παιδείας στα μέσα επικοινωνίας περιλαμβάνουν συχνά ψυχοεκπαίδευση.

• **Γνωστικές-Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις**

Οι γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι αυτές που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αντιμετώπιση της εικόνας του σώματος. Αυτές οι παρεμβάσεις βοηθούν τα άτομα να τροποποιήσουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές που συμβάλλουν στην αρνητική εικόνα του σώματος. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την αυτο-παρακολούθηση, τη γνωστική αναδιάρθρωση, την εκπαίδευση εκτίμησης του μεγέθους του σώματος, την έκθεση σε ερεθίσματα και την παρακολούθηση του σώματος στον καθρέφτη. Ένα από τα πιο γνωστά γνωστικά-συμπεριφορικά προγράμματα για την αντιμετώπιση της εικόνας του σώματος είναι το Βιβλίο Εργασίας Εικόνας Σώματος του Thomas Cash [31, 32].

• **Γυμναστική**

Η γυμναστική, περιλαμβάνουν άσκηση που στοχεύει στη βελτίωση των σωματικών ικανοτήτων όπως η μυϊκή δύναμη. Αντικειμενικές βελτιώσεις στη φυσική κατάσταση δεν είναι τόσο σημαντικές όσο οι αντιληπτές βελτιώσεις. Η προπόνηση φυσικής κατάστασης μπορεί επίσης να βελτιώσει την εικόνα του σώματος ενθαρρύνοντας τα άτομα να εστιάζουν περισσότερο στη λειτουργικότητα του σώματός τους και λιγότερο στην εμφάνισή τους [31, 32].

• **Παρεμβάσεις διατροφικής εκπαίδευσης στα μέσα μαζικής επικοινωνίας**

Οι παρεμβάσεις διατροφικής εκπαίδευσης στα μέσα μαζικής επικοινωνίας, διδάσκουν στα άτομα να αξιολογούν κριτικά και να αμφισβητούν τις εικόνες και τα μηνύματα των μέσων που μπορούν να συμβάλουν στην αρνητική εικόνα του σώματος. Για παράδειγμα, εικόνες πολύ αδύνατων

μοντέλων και μηνύματα όπως : «το λεπτό σώμα είναι πιο όμορφο από ένα πιο παχύ», μπορούν να αμφισβητηθούν [31, 32].

- **Παρεμβάσεις Αυτοεκτίμησης**

Οι στρατηγικές αυτοεκτίμησης που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της αρνητικής εικόνας σώματος επικεντρώνονται στον εντοπισμό και την εκτίμηση των ατομικών διαφορών τόσο όσον αφορά την εικόνα του σώματος όσο και τις εσωτερικές ιδιότητες και ταλέντα. Οι στρατηγικές επικεντρώνονται επίσης στην ανάπτυξη δεξιοτήτων υγιούς αντιμετώπισης [31, 32].

- **Ψυχοεκπαίδευση**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές στρατηγικές διδάσκουν τα άτομα για θέματα που σχετίζονται με την αρνητική εικόνα του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των αιτιών και των συνεπειών της. Οι ψυχοεκπαιδευτικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με έναν από τους άλλους τύπους παρεμβάσεων [31, 32].

- **Παρεμβάσεις με βάση την ευγνωμοσύνη**

Μια νεότερη σειρά παρεμβάσεων εικόνας σώματος περιλαμβάνει στρατηγικές που βασίζονται στην ευγνωμοσύνη, όπως ημερολόγια ευγνωμοσύνης, λίστες, στοχασμούς και διαλογισμούς. Τέτοιες παρεμβάσεις επιδιώκουν να αυξήσουν την εκτίμηση για πτυχές του εαυτού που δεν βασίζονται στην εμφάνιση [31, 32].

2. Διατροφικές διαταραχές

2.1. Ορισμός και Επιπολασμός Διατροφικών Διαταραχών

Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική σχέση με το φαγητό. Για κάποιους, είναι πηγή παρηγοριάς, απόλαυσης ή διατροφής. Άλλοι μπορεί να έχουν αρνητική και ακόμη και επιβλαβή σχέση με το φαγητό. Οι διατροφικές διαταραχές είναι καταστάσεις συμπεριφοράς που χαρακτηρίζονται από σοβαρή και επίμονη διαταραχή στις διατροφικές συμπεριφορές και συναφείς ενοχλητικές σκέψεις και συναισθήματα. Μπορεί να είναι πολύ σοβαρές καταστάσεις που επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία του ατόμου [32, 33].

Αυτή η υπερεκτίμηση σχήματος και βάρους είναι σύμπτωμα ορισμένων, αλλά όχι όλων, των διατροφικών διαταραχών. Η αυτοαξιολόγηση κάποιου που επηρεάζεται δυσανάλογα από το σχήμα και το βάρος του σώματος συνάδει με τη διάγνωση είτε νευρικής ανορεξίας, είτε νευρικής βουλιμίας.

Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας είναι επιπρόσθετα συνεπής με μια διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα κάποιου ή μια αδυναμία αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους. Η υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους δεν είναι απαραίτητο χαρακτηριστικό της διαταραχής υπερφαγίας (BED), της πιο κοινής διατροφικής διαταραχής. Η έρευνα δείχνει ότι μόνο το 60 τοις εκατό περίπου των ασθενών με BED πληρούσαν τα κριτήρια για την υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους. Μέσα από τις έρευνες, φαίνεται ότι οι ασθενείς με BED που αντιμετωπίζουν μια ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους μπορεί να έχουν μια πιο σοβαρή μορφή BED. Οι ασθενείς με τη διατροφική διαταραχή αποφυγής περιοριστικής πρόσληψης τροφής (ARFID) συνήθως δεν αντιμετωπίζουν καθόλου ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους [12, 13].

Οι διατροφικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές διάθεσης, άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών. Η έρευνα καταδεικνύει, ότι τα γονίδια και η κληρονομικότητα παίζουν ρόλο στο γιατί μερικοί άνθρωποι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για διατροφική διαταραχή σε σχέση με κάποιους άλλους, αλλά οι διατροφικές διαταραχές μπορεί επίσης να πλήξουν και εκείνους που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της πάθησης [32, 33].

Τα παγκόσμια στατιστικά στοιχεία για τον επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών δείχνουν ότι [34, 35, 36, 37, 38] :

Συχνότητα διατροφικών διαταραχών :

- Ο παγκόσμιος επιπολασμός της διατροφικής διαταραχής αυξήθηκε από 3,4% σε 7,8% μεταξύ 2000 και 2018.
- 70 εκατομμύρια άνθρωποι διεθνώς ζουν με διατροφικές διαταραχές.
- Η Ιαπωνία έχει τον υψηλότερο επιπολασμό διατροφικών διαταραχών στην Ασία, ακολουθούμενη από το Χονγκ Κονγκ, τη Σιγκαπούρη, την Ταϊβάν και τη Νότια Κορέα.
- Η Αυστρία είχε το υψηλότερο ποσοστό επικράτησης στην Ευρώπη με 1,55% από το 2012.
- Σχεδόν οι μισοί Αμερικανοί γνωρίζουν κάποιον με διατροφική διαταραχή.
- Περίπου 30 εκατομμύρια Αμερικανοί ζουν με μια διατροφική διαταραχή.
- Οι διατροφικές διαταραχές είναι η τρίτη πιο κοινή χρόνια ασθένεια μεταξύ των εφήβων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- 10 εκατομμύρια άνδρες στις ΗΠΑ θα υποφέρουν από μια διατροφική διαταραχή στη διάρκεια της ζωής τους.
- Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών στη διάρκεια της ζωής είναι υψηλότερος μεταξύ εκείνων με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (5,5% έναντι 2% για τη βουλιμία και 1,2% για την ανορεξία).

Επιπολασμός διατροφικών διαταραχών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία [34, 35, 36, 37, 38] :

- Οι διατροφικές διαταραχές ήταν πιο διαδεδομένες μεταξύ των νεαρών γυναικών (3,8%) από τους άνδρες (1,5%) στις ΗΠΑ από το 2001-2004.
- Το ένα τέταρτο των ατόμων με ανορεξία είναι άνδρες. Οι άνδρες έχουν αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν επειδή διαγιγνώσκονται πολύ αργότερα από τις γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται εν μέρει στην εσφαλμένη αντίληψη ότι οι άνδρες δεν αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές.
- Παγκοσμίως, το 13% των γυναικών άνω των 50 ετών αντιμετωπίζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές.
- Η διάμεση ηλικία έναρξης της διατροφικής διαταραχής ήταν τα 21 έτη για τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και τα 18 έτη για την ανορεξία και τη ψυχογενή βουλιμία.
- Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών στη διάρκεια της ζωής στις ΗΠΑ ήταν 2,7% μεταξύ των εφήβων την περίοδο 2001-2004.
- Από τους εφήβους με διατροφικές διαταραχές, η ηλικιακή ομάδα 17 έως 18 ετών είχε τον υψηλότερο επιπολασμό (3%).

Στατιστικά στοιχεία για τις διατροφικές διαταραχές αθλούμενων [34, 35, 36, 37, 38] :

- Οι αθλητές αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά υπερβολικής άσκησης από τους μη αθλητές.
- Οι αθλητές είναι πιο πιθανό να ελεγχθούν θετικοί για μια διατροφική διαταραχή από τους μη αθλητές, αλλά τα ποσοστά σε όλες τις πιθανές διαγνώσεις διατροφικής διαταραχής είναι παρόμοια.
- Οι αθλητές μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία για μια διατροφική διαταραχή λόγω του στίγματος, της προσβασιμότητας και των φραγμών που σχετίζονται με τον αθλητισμό.

Ο αντίκτυπος των διατροφικών διαταραχών [34, 35, 36, 37, 38] :

- Περίπου ένα άτομο πεθαίνει κάθε ώρα ως άμεσο αποτέλεσμα μιας διατροφικής διαταραχής.
- Οι διατροφικές διαταραχές έχουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από οποιαδήποτε ψυχική ασθένεια.
- Η ανορεξία είναι η πιο θανατηφόρα ψυχική ασθένεια. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι τα άτομα με ανορεξία έχουν 56 φορές περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν από τα άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή.
- Έως και οι μισοί από τους ανθρώπους με διατροφική διαταραχή έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή παράνομων ναρκωτικών σε ποσοστό πέντε φορές υψηλότερο από τον γενικό πληθυσμό.
- Η συντριπτική πλειονότητα (97%) των ατόμων που νοσηλεύονται για διατροφική διαταραχή έχουν συνυπάρχουσα κατάσταση υγείας. Οι διαταραχές διάθεσης, όπως η μείζονα κατάθλιψη,

είναι η κύρια υποκείμενη πάθηση που ακολουθείται από αγχώδεις διαταραχές, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η διαταραχή χρήσης ουσιών.

2.2. Αίτια Διατροφικών Διαταραχών

Πολυάριθμοι εμφανίζονται οι παράγοντες που οδηγούν τον άνθρωπο στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Αρχικά, το κοινωνικό πλαίσιο υποστηρίζει πως το λεπτό σώμα ταυτίζεται με το σεξουαλικά επιθυμητό σώμα και ταυτόχρονα συνδέεται με τις έννοιες της νεότητας, της υγείας και της κομψότητας. Το προσωπικό πλαίσιο, (για παράδειγμα η εφηβεία, η ενηλικίωση και η μετάβαση στην ωριμότητα σχετίζονται με βαθιές αλλαγές στο σώμα, στον κοινωνικό ρόλο και στην αίσθηση του εαυτού της γυναίκας), ωθεί τη γυναίκα στο να ασχολείται ιδιαίτερα με το σώμα της [39, 40].

Επίσης, το πρότυπο της διατροφής και η σχέση με την τροφή, διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα των οικογενειακών επιδράσεων η και των εμπειριών κατά την παιδική ηλικία, όπως η κακοποίηση ή διάφορες αντίξοες συνθήκες ζωής [39, 40].

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάσταση διάθεσης, η τελειομανία, η συναισθηματική απορρύθμιση, ο προβληματισμός σχετικά με το βάρος και τη σωματική διάπλαση, η διαταραγμένη εικόνα σώματος και η αυτοεκτίμηση φαίνεται να εμπλέκονται στην πολυπαραγοντική αιτιολόγηση των διατροφικών διαταραχών [39, 40].

2.3. Ταξινόμηση Διατροφικών Διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές ταξινομούνται ως εξής [41] :

- τη ψυχογενή ανορεξία (Anorexia nervosa - NA),
- τη ψυχογενή βουλιμία (Bulimia nervosa - NB),
- Επεισοδιακή υπερφαγία (Binge Eating Disorder – BED),
- η Ορθορεξία (Orthorexia).

2.3.1. Ψυχογενή ανορεξία (Anorexia nervosa - NA)

Χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας είναι η μειωμένη πρόσληψη τροφής και απώλεια βάρους με αποτέλεσμα χαμηλό βάρος για το ύψος και την ηλικία. Η νευρική ανορεξία έχει την

υψηλότερη θνησιμότητα από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διάγνωση εκτός από τη διαταραχή χρήσης οπιοειδών και μπορεί να είναι μια πολύ σοβαρή κατάσταση. Ο δείκτης μάζας σώματος ή ΔΜΣ, είναι συνήθως κάτω από 18,5 σε ένα ενήλικο άτομο με νευρική ανορεξία [42, 43].

Το άτομο με ψυχογενή ανορεξία φοβάται μήπως αυξηθεί το βάρος του και γίνει παχύς ή υπέρβαρος. Αν και ορισμένα άτομα με ανορεξία αναφέρουν, ότι θέλουν και προσπαθούν να πάρουν βάρος, η συμπεριφορά τους δεν συνάδει με αυτή την πρόθεση. Παραδειγματικά αναφέρουμε, ότι μπορεί να τρώνε μόνο μικρές ποσότητες τροφών με λίγες θερμίδες και να ασκούνται υπερβολικά. Μερικά άτομα με νευρική ανορεξία τρώνε επίσης κατά διαστήματα υπερφαγίας και μετά κάνουν εμετό ή χρησιμοποιούν καθαρτικά.

Υπάρχουν δύο επί μέρους τύποι της ψυχογενούς ανορεξίας [42, 43] :

- περιοριστικός τύπος, στον οποίο τα άτομα χάνουν βάρος κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση, και
- τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης κατά τον οποίο τα άτομα εμπλέκονται επίσης σε διαλείπουσα υπερφαγία ή/και συμπεριφορές καθαρισμού.

Με την πάροδο του χρόνου, τα άτομα με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν τα παρακάτω συμπτώματα [42, 43] :

- Η έμμηνος ρύση σταματά.
- Ζάλη ή λιποθυμία από αφυδάτωση.
- Εύθραυστα μαλλιά/νύχια.
- Δυσανεξία στο κρύο μυϊκή αδυναμία και απώλεια.
- Καούρα και παλινδρόμηση (σε όσους κάνουν εμετό).
- Σοβαρή δυσκοιλιότητα, φούσκωμα και πληρότητα μετά τα γεύματα.
- Κατάγματα από στρες από καταναγκαστική άσκηση καθώς και απώλεια οστού με αποτέλεσμα οστεοπενία ή οστεοπόρωση (λέπτυνση των οστών).
- Κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, άγχος, κακή συγκέντρωση και κόπωση.

Επίσης, παρουσιάζουν σοβαρές ιατρικές επιπλοκές οι οποίες μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή και περιλαμβάνουν ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού, ειδικά σε εκείνους τους ασθενείς που κάνουν εμετό ή χρησιμοποιούν καθαρτικά, προβλήματα στα νεφρά ή επιληπτικές κρίσεις [42, 43].

Η θεραπεία για τη νευρική ανορεξία περιλαμβάνει βοήθεια των προσβεβλημένων για να ομαλοποιήσουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές και τον έλεγχο του βάρους και να αποκαταστήσουν το βάρος τους.

Ιατρική αξιολόγηση και θεραπεία οποιωνδήποτε συνυπαρχουσών ψυχιατρικών ή ιατρικών καταστάσεων είναι σημαντικό στοιχείο στο σχεδιασμό θεραπείας. Το διατροφικό σχέδιο θα πρέπει να επικεντρώνεται στο να βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν το άγχος σχετικά με το φαγητό και να

εξασκούνται στην κατανάλωση μιας ευρείας και ισορροπημένης γκάμας τροφών διαφορετικής θερμιδικής πυκνότητας σε τακτικά χωριστά γεύματα [42, 43].

Για τους εφήβους, οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες περιλαμβάνουν τη βοήθεια των γονέων να υποστηρίξουν και να παρακολουθούν τα γεύματα του παιδιού τους.

Η αντιμετώπιση της σωματικής δυσαρέσκειας είναι επίσης σημαντική, αλλά συχνά χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να διορθωθεί από το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά.

Στην περίπτωση σοβαρής νευρικής ανορεξίας, όταν η θεραπεία εξωτερικών ασθενών δεν είναι αποτελεσματική, ενδείκνυται εισαγωγή σε ειδικό πρόγραμμα συμπεριφοράς στο νοσοκομείο ή στο σπίτι. Τα περισσότερα νοσηλευτικά προγράμματα είναι αποτελεσματικά για την αποκατάσταση του βάρους και την ομαλοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς, αν και ο κίνδυνος υποτροπής κατά το πρώτο έτος μετά την έξοδο από το πρόγραμμα παραμένει σημαντικός [42, 43].

2.3.2. Ψυχογενής βουλιμία (Bulimia nervosa - NB)

Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία συνήθως εναλλάσσουν δίαιτες ή τρώνε μόνο «ασφαλείς τροφές» χαμηλών θερμίδων με υπερφαγία σε «απαγορευμένες» τροφές με πολλές θερμίδες. Υπερβολική κατανάλωση φαγητού ορίζεται ως η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα που σχετίζεται με την αίσθηση απώλειας ελέγχου του τι ή πόσο τρώει κάποιος [44].

Η ψυχογενής βουλιμία είναι συνήθως κρυφή και σχετίζεται με αισθήματα ντροπής ή αμηχανίας. Τα γεύματα μπορεί να είναι πολύ μεγάλα και το φαγητό συχνά καταναλώνεται γρήγορα, ανεξάρτητα από την πληρότητα και το αίσθημα κορεσμού σε σημείο ναυτίας και δυσφορίας [44, 45].

Οι υπερβολές στην διατροφή συμβαίνουν τουλάχιστον εβδομαδιαία και συνήθως ακολουθούνται από τις λεγόμενες «αντισταθμιστικές συμπεριφορές» για την πρόληψη της αύξησης βάρους. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν νηστεία, έμετο, κατάχρηση καθαρικών ή καταναγκαστική άσκηση. Όπως και στη νευρική ανορεξία, τα άτομα με νευρική βουλιμία απασχολούνται υπερβολικά με σκέψεις για φαγητό, βάρος ή σχήμα σώματος, που επηρεάζουν αρνητικά και δυσανάλογα την αυτοεκτίμησή τους [44, 45].

Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να είναι ελαφρώς λιποβαρή, κανονικού βάρους, υπέρβαρα ή ακόμα και παχύσαρκα. Ωστόσο, εάν είναι λιποβαρή, θεωρείται ότι έχουν νευρική ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρισμού και όχι νευρική βουλιμία. Τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι μπορεί να μην γνωρίζουν ότι ένα άτομο έχει νευρική βουλιμία επειδή δεν φαίνεται λιποβαρές και επειδή οι συμπεριφορές του είναι κρυφές και μπορεί να περάσουν απαρατήρητες από τους κοντινούς του ανθρώπους [44, 45].

Τα συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας περιλαμβάνουν [44, 45] :

- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού.
- Χρόνιος πονόλαιμος.
- Πρήξιμο των σιελογόνων αδένων στα μάγουλα.
- Οδοντική τερηδόνα που προκύπτει από τη διάβρωση του σμάλτου των δοντιών από το οξύ του στομάχου.
- Καούρα και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- Κατάχρηση καθαρτικών ή χαπιών αδυνατίσματος.
- Επαναλαμβανόμενη ανεξήγητη διάρροια.
- Κατάχρηση διουρητικών (χάπια νερού).
- Αίσθημα ζάλης ή λιποθυμίας από υπερβολικές συμπεριφορές καθαρισμού που οδηγούν σε αφυδάτωση.

Η νευρική βουλιμία μπορεί να οδηγήσει σε σπάνιες αλλά δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές, όπως ρήξη οισοφάγου, ρήξη στομάχου και επικίνδυνες καρδιακές αρρυθμίες. Η ιατρική παρακολούθηση σε περιπτώσεις σοβαρής νευρικής βουλιμίας είναι σημαντική για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση τυχόν πιθανών επιπλοκών [44, 45].

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για τη νευρική βουλιμία είναι η θεραπεία με τα ισχυρότερα στοιχεία. Βοηθά τους ασθενείς να ομαλοποιήσουν τη διατροφική τους συμπεριφορά και να διαχειριστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα που διαιωνίζουν τη διαταραχή. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν επίσης να είναι χρήσιμα στη μείωση της κατανάλωσης τροφής και για τον εμετό [44, 45].

2.3.3. Επεισοδιακή Υπερφαγία (Binge Eating Disorder – BED)

Όπως και με τη νευρική βουλιμία, τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας έχουν επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα, βιώνουν μια αίσθηση απώλειας ελέγχου στο φαγητό τους και στενοχωριούνται από την υπερφαγία. Σε αντίθεση με τα άτομα με νευρική βουλιμία, ωστόσο, δεν χρησιμοποιούν τακτικά αντισταθμιστικές συμπεριφορές για να απαλλαγούν από το φαγητό προκαλώντας εμετό, νηστεία, άσκηση ή κατάχρηση καθαρτικών. Η υπερφαγία είναι χρόνια και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές για την υγεία, όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιαγγειακές παθήσεις [46, 47].

Η διάγνωση της διαταραχής υπερφαγίας απαιτεί συχνές υπερφαγίες (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες), που σχετίζονται με την αίσθηση έλλειψης ελέγχου και με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά [46, 47] :

- Τρώνε πιο γρήγορα από το κανονικό.

- Τρώνε παραπάνω από το αίσθημα κορεσμού.
- Τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν αισθάνονται πεινασμένοι.
- Αίσθημα αηδίας με τον εαυτό του, κατάθλιψη ή πολύ ενοχές μετά το φαγητό.

Όπως και με τη νευρική βουλιμία, η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη διαταραχή υπερφαγίας είναι η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία για την υπερφαγία. Η διαπροσωπική θεραπεία έχει επίσης αποδειχθεί αποτελεσματική, όπως και η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

2.3.4. Ορθορεξία (Orthorexia).

Ο όρος «ορθορεξία» επινοήθηκε το 1998 και σημαίνει εμμονή με τη σωστή ή «υγιεινή» διατροφή. Το να γνωρίζουμε και να ανησυχούμε για τη διατροφική ποιότητα των τροφών που τρώμε δεν αποτελεί πρόβλημα από μόνο του, αλλά τα άτομα με ορθορεξία προσηλώνονται τόσο στη λεγόμενη «υγιεινή διατροφή» που βλάπτουν πραγματικά την ευημερία τους [48].

Χωρίς επίσημα διαγνωστικά κριτήρια, είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια πόσα άτομα έχουν ορθορεξία και εάν πρόκειται για μια αυτόνομη διατροφική διαταραχή, για έναν τύπο υπαρχουσών διατροφικών διαταραχών όπως η ανορεξία ή για μια μορφή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Μελέτες έχουν δείξει ότι πολλά άτομα με ορθορεξία έχουν επίσης ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [48].

Διαγνωστικά κριτήρια της ορθορεξίας [48]:

- Καταναγκαστικός έλεγχος των καταλόγων συστατικών και των διατροφικών ετικετών.
- Αύξηση ανησυχίας για την ποιότητα των συστατικών.
- Διακοπή μιας μεγάλης ομάδας τροφίμων (όπως η ζάχαρη, όλοι οι υδατάνθρακες, όλα τα γαλακτοκομικά, όλα τα κρέατα, όλα τα ζωικά προϊόντα).
- Αδυναμία να φάνε οτιδήποτε άλλο εκτός από μια στενή ομάδα τροφών που θεωρούνται «υγιεινά» ή «αγνά».
- Ασυνήθιστο ενδιαφέρον για την υγεία του τι τρώνε οι άλλοι.
- Ξοδεύουν ώρες την ημέρα σκεπτόμενοι τι φαγητό θα μπορούσε να σερβιριστεί σε επερχόμενες εκδηλώσεις.
- Εμφάνιση υψηλών επιπέδων αγωνίας όταν δεν διατίθενται «ασφαλή» ή «υγιεινά» τρόφιμα.
- Έμμομη παρακολούθηση ιστολογίων τροφίμων και «υγιεινού τρόπου ζωής» στο Twitter και στο Instagram.
- Ανησυχίες για την εικόνα του σώματος μπορεί να υπάρχουν ή να μην υπάρχουν.

Όπως η νευρική ανορεξία έτσι και η ορθορεξία περιλαμβάνει περιορισμό της ποσότητας και της ποικιλίας των τροφίμων που καταναλώνονται, καθιστώντας πιθανό τον υποσιτισμό. Επομένως, οι δύο διαταραχές μοιράζονται πολλές από τις ίδιες σωματικές συνέπειες [48].

Δεν υπάρχουν κλινικές θεραπείες, που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για την ορθορεξία, αλλά πολλοί ειδικοί στις διατροφικές διαταραχές αντιμετωπίζουν την ορθορεξία ως μια παραλλαγή ανορεξίας και/ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Έτσι, η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία για την αύξηση της ποικιλίας των τροφών που καταναλώνονται και την έκθεση σε τροφές που προκαλούν άγχος ή φοβούνται, καθώς και αποκατάσταση βάρους, όπου απαιτείται [48].

2.4. Διατροφικές διαταραχές και εικόνα σώματος

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σύνθετες ψυχικές ασθένειες που προκαλούνται από γενετικούς καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες – η αρνητική εικόνα σώματος είναι μόνο ένας από τους πιθανούς παράγοντες. Ωστόσο, η αρνητική εικόνα του σώματος είναι εμφανής στις διατροφικές διαταραχές, επειδή πολλοί άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές δίνουν μεγάλη σημασία στο σχήμα και το βάρος του σώματός τους όταν προσδιορίζουν τη δική τους αυτοεκτίμηση [49].

Αυτή η «υπερεκτίμηση σχήματος και βάρους» είναι σύμπτωμα ορισμένων, αλλά όχι όλων, διατροφικών διαταραχών. Η αυτοαξιολόγηση κάποιου που επηρεάζεται δυσανάλογα από το σχήμα και το βάρος του σώματος συνάδει με τη διάγνωση είτε νευρικής ανορεξίας είτε νευρικής βουλιμίας. Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας είναι επιπρόσθετα συνεπής με μια διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα κάποιου ή μια αδυναμία αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους [49].

Η υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους δεν είναι απαραίτητο χαρακτηριστικό της διαταραχής υπερφαγίας (BED), της πιο κοινής διατροφικής διαταραχής. Η έρευνα δείχνει ότι μόνο το 60 τοις εκατό περίπου των ασθενών με διαταραχής υπερφαγίας (BED) πληρούσαν τα κριτήρια για την υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με διαταραχής υπερφαγίας (BED) που αντιμετωπίζουν μια ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος μπορεί να έχουν μια πιο σοβαρή μορφή διαταραχής υπερφαγίας (BED). Οι ασθενείς με τη διατροφική διαταραχή αποφυγής και περιορισμού πρόσληψης τροφής (ARFID) συνήθως δεν αντιμετωπίζουν καθόλου ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος [49].

Τα μέσα ενημέρωσης παίζουν μεγάλο ρόλο στην εικόνα του σώματος ενός εφήβου. Η διαφήμιση σε εφηβικά περιοδικά και στην εφηβική τηλεόραση συνήθως εντυπωσιάζει τα μοντέλα που δεν μοιάζουν με τον μέσο άνθρωπο. Στην πραγματικότητα, τα σημερινά μοντέλα γυναικών ζυγίζουν γενικά 23% λιγότερο από τη μέση γυναίκα.

Ο μέσος νέος στις Ηνωμένες Πολιτείες βλέπει περίπου 13.000 έως 30.000 διαφημίσεις κάθε χρόνο μόνο στην τηλεόραση και πιθανώς εκατοντάδες περισσότερες την ημέρα μέσω περιοδικών,

διαφημιστικών πινακίδων και διαδικτύου. Με όλη αυτή την έκθεση, ο έφηβος σας μπορεί να λαμβάνει το λάθος μήνυμα σχετικά με την εικόνα του σώματος πολύ συχνά [50].

Τα μέσα ενημέρωσης που απευθύνονται σε έφηβες τείνουν να τονίζουν τον ιδανικό σωματότυπο τον αδύνατο, η ομορφιά βρίσκεται στο αδύνατο σώμα. Οι τηλεοπτικές εκπομπές, οι ταινίες και άλλες μορφές λαϊκής κουλτούρας συχνά γοητεύουν τη λεπτότητα ως το ιδανικό ομορφιάς. Η λαϊκή κουλτούρα συχνά απεικονίζει μόνο αδύνατα άτομα και προσφέρει ελάχιστη αναπαράσταση άλλων σωματικών τύπων, σχημάτων και μεγεθών. Τέτοιες απεικονίσεις μπορούν να συμβάλουν σε προβλήματα σώματος και, ενδεχομένως, σε διατροφικές διαταραχές. Τα μοντέλα είναι πάρα πολύ αδύνατα και ψηλά. Το βάρος των μοντέλων είναι πολύ χαμηλό για τη μέση γυναίκα. Τα ελιποβαρύ κορίτσια, τα οποία επηρεάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, δεν μπορούν να βελτιώσουν το βάρος τους και την υγεία τους με το πέρασμα των χρόνων [50].

Η εφηβεία, είναι μια περίοδος που η έκθεση σε αυτά τα μηνύματα μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιζήμια. Η έναρξη της εφηβείας και οι επακόλουθες σωματικές αλλαγές που επιφέρει αυτό το αναπτυξιακό στάδιο μπορεί να οδηγήσουν σε αισθήματα ανασφάλειας και κακής εικόνας του σώματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι και τα αγόρια επηρεάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τον σωματότυπο. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι τα αγόρια μπορούν επίσης να αναπτύξουν προβλήματα εικόνας σώματος, είτε αυτές οι ανησυχίες επικεντρώνονται στο βάρος, στους μυς ή σε κάποιο άλλο εσωτερικευμένο ιδανικό ομορφιάς. Είναι επίσης σημαντικό οι γονείς να ενθαρρύνουν το παιδί τους να παρακολουθεί εκπομπές, οι οποίες απεικονίζουν χαρακτήρες που τους μοιάζουν. Να παρακολουθούν εκπομπές και μοντέλα τα οποία ανταποκρίνονται σε φυσιολογικά και κανονικά πρότυπα, γιατί η θετικότητα του σώματος είναι σημαντική [50].

Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να ελαχιστοποιήσουν τον αντίκτυπο των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην εικόνα του σώματός της με τα εξής [50] :

- Βοηθώντας να αναζητήσουν πρότυπα που είναι θετικά στο σωματικό βάρος.
- Περιορίστε τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία να διαβάζουν στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ότι δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό σωματικό βάρος. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να αφαιρέσουν όλα τα εφηβικά περιοδικά, απλά να γνωρίζουν τι αγοράζουν τα παιδιά τους και τι παρακολουθούν.
- Προωθήστε υγιεινές συνήθειες. Βοηθήστε το παιδί σας να επικεντρωθεί στην υγιεινή διατροφή και την άσκηση που προάγουν την ευεξία.
- Δώστε ένα καλό παράδειγμα μέσω της δικής σας συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης μιας θετικής στάσης για την εικόνα του σώματός σας, είναι επίσης σημαντικό.
- Ξεκινήστε ένα πρόγραμμα διαφημιστικής ευαισθητοποίησης στο σχολείο, μιλώντας με τους εκπαιδευτικούς.

- Μιλήστε μαζί με τα παιδιά σας, για το πώς αλλοιώνονται και περνούν οι φωτογραφίες των μοντέλων.
- Μιλήστε για τους κινδύνους στην υγεία από το αδυνάτισμα και χρησιμοποιήστε τα μέσα για διδακτικές στιγμές.
- Μιλήστε για επιτεύγματα αντί για εμφάνιση.
- Μάθετε στους εφήβους να αποδέχονται το σώμα τους. Θυμίστε τους ότι ο καθένας είναι διαφορετικός.

Το πανεπιστημιακό περιβάλλον παρέχει επίσης μια ιδανική ευκαιρία για την πρόληψη αυτών των προβλημάτων λόγω της πρόσβασης των φοιτητών στον έλεγχο και διάγνωση προβλημάτων υγείας και στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε μαθήματα, σε προγράμματα μικρών ομάδων ή στις φοιτητικές εστίες. Πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις πρόληψης έχουν εφαρμοστεί στο πανεπιστημιακό περιβάλλον από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, ωστόσο είχαν περιορισμένη επιτυχία. Γενικά, τα προγράμματα εκπαίδευσης υγείας για τη βελτίωση της εικόνας του σώματος και την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στο πανεπιστημιακό περιβάλλον, μέσα από μελέτες, παρατηρούμαι, ότι η πλειονότητα των μελετών διεξήχθη είτε μεταξύ γυναικών προπτυχιακών φοιτητών ψυχολογίας είτε γυναικών που στρατολογήθηκαν χρησιμοποιώντας διαφημίσεις στην πανεπιστημιούπολη. Το τελευταίο μειώνει την ικανότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πανεπιστημιακό πληθυσμό ή τη γενική κοινότητα. Επιπλέον, υπήρξε έλλειψη διαχρονικών μελετών που είναι μεθοδολογικά ορθές, καθώς μόνο το 82% ($n = 22$) από τις 27 παρεμβάσεις που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση χρησιμοποίησε τυχαία ανάθεση ομάδων και μόνο το 52% ($n = 14$) περιλάμβανε οποιαδήποτε έλεγχο παρακολούθησης. Γεγονός που εμποδίζει την γενίκευση συμπερασμάτων [51].

Λόγο του κοινοτικού περιβάλλοντος και της ακαδημαϊκής ατμόσφαιρας του πανεπιστημιακού περιβάλλοντος, είναι πιθανό οι πρωτοβουλίες προαγωγής της υγείας που στοχεύουν στην προστασία της εικόνας του σώματος των μαθητών και στην προώθηση στάσεων και συμπεριφορών υγιούς εικόνας σώματος θα μπορούσαν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά ως μέρος μαθημάτων ή διαδικτυακών δραστηριοτήτων. Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας να δοθεί προσοχή στην προσέγγιση και την παράδοση των πρωτοβουλιών πρόληψης για να διασφαλιστεί ότι είναι κατάλληλες και αποτελεσματικές για το κοινό της πανεπιστημιούπολης. Μια πρόσφατη μελέτη των Meier *et al.* (2007) [52], διερεύνησε τη συμβολή των ομάδων συζήτησης για την υγεία με φοιτητές στην προαγωγή της υγείας στην πανεπιστημιούπολη και προτείνεται αυτή η προσέγγιση για τη συμμετοχή της κοινότητας στον σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στην πανεπιστημιούπολη. Στην τρέχουσα ανασκόπηση όλων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ελεγχόμενης εικόνας σώματος και διατροφικών διαταραχών τα τελευταία 20 χρόνια, βρέθηκε, ότι οι βασισμένες στην πληροφόρηση, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είχαν περιορισμένη επιτυχία

και δεν θα συνιστώνται για πανεπιστήμια μεγάλης κλίμακας ως πρωτοβουλίες πρόληψης. Δεδομένης των επιτυχών προγραμμάτων μεταξύ των προπτυχιακών πληθυσμών, συνιστούνται εκπαιδευτικές προσεγγίσεις βασισμένες σε παιδεία ως αναφορά την χρήση μαζικών μέσων επικοινωνίας και αυτοεκτίμηση, χρησιμοποιώντας κάποια παροχή μέσω υπολογιστή για τη βελτίωση της εικόνας του σώματος και των σχετικών συμπεριφορών υγείας ανδρών και γυναικών φοιτητών πανεπιστημίου [53].

3. Διατροφικές διαταραχές και άσκηση μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι γυναίκες που ασκούσαν τακτικά είχαν υψηλότερη συσχέτιση μεταξύ των στάσεων διατροφικής διαταραχής και των συμπτωμάτων εξάρτησης από την άσκηση σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον, δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η διάρκεια της άσκησης και η εβδομαδιαία συχνότητα σωματικής δραστηριότητας δεν συσχετίστηκαν με αυτήν την υψηλότερη συσχέτιση στις γυναίκες. Αντίθετα, μόνο οι άνδρες παρουσίασαν ένα είδος «πρωταρχικής» εξάρτησης από την άσκηση, δηλαδή σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στα συμπτώματα εξάρτησης από την άσκηση αλλά χαμηλή σε στάσεις διατροφικής διαταραχής [54].

Σύμφωνα με τους Assunção, Cordás και Araújo (2002), [55], το 90% των διατροφικών διαταραχών εμφανίζονται στις γυναίκες. Σε αυτή την μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το EAT-26, το οποίο χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση ατόμων που είναι ευαίσθητα στην ανάπτυξη ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας. Αυτό το ερωτηματολόγιο υποδεικνύει την παρουσία μη φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς, η οποία υποδηλώνει κίνδυνο υποκείμενης ψυχοπαθολογίας.

Ένα άλλο ενδιαφέρον αποτέλεσμα έρευνας των Bona et al., (2019) [56], είναι, ότι οι γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν πιο δυσαρεστημένες με το σώμα τους από ότι οι άνδρες. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερες αλλαγές στο σώμα και λόγω ορμονικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν υψηλότερη σωματική δυσαρέσκεια (BD) (56). Επιπλέον, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από ότι οι άντρες με κοινωνικοπολιτιστικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, όπως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και η κρίση των άλλων ανθρώπων [57]. Για παράδειγμα, όταν μια γυναίκα βλέπει μια φωτογραφία ενός μοντέλου σε ένα μέσο κοινωνικής δικτύωσης, αυτή η κατάσταση έχει τη δύναμη να την οδηγήσει στην υιοθέτηση παθολογικής διατροφικής συμπεριφοράς για να πετύχει αυτό το «ιδανικό σώμα» [58]. Οι Costa et al. (2015), [59] συνέκριναν σωματική δυσαρέσκεια (BD) μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά τη διάρκεια της άσκησης στο γυμναστήριο, επαληθεύοντας παρόμοια αποτελέσματα με αυτά αυτής της μελέτης, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερη παρουσία σωματικής δυσαρέσκειας (BD). Σε άλλη μελέτη των Costa et al. (2016) [60] με Ιταλούς ασκούμενους διαπίστωσαν, ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες διατροφικής δυσαρέσκειας

(ED) και σωματικής δυσαρέσκειας (BD), σε σχέση με τους άντρες, ενώ οι άνδρες παρουσίαζαν υψηλότερη παρουσία εθισμού στην άσκηση.

Η σωματική δυσαρέσκεια (BD) μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση ανεπαρκή διατροφική συμπεριφορά και υπερβολική άσκηση. Αυτό το εύρημα καταδεικνύει ότι το ιδανικό της ομορφιάς που επιβάλλεται από τα μέσα ενημέρωσης και την κοινωνία μπορεί να κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται πιο δυσαρεστημένοι και με την επιθυμία να αλλάξουν το σώμα τους [61]. Στις μέρες μας, η BD είναι ένας σημαντικός λόγος για την αύξηση της πρακτικής υπερβολικής άσκησης και την υιοθέτηση ανεπαρκών διατροφικών συμπεριφορών τόσο σε αθλητές όσο και σε μη αθλητές [32 , 33 , 63]. Οι Palma et al. [6] βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα διερεύνησης της σωματικής δυσαρέσκειας (BD) και του εθισμού στην άσκηση μεταξύ των συμμετεχόντων στη φυσική κατάσταση, επιβεβαιώνοντας ότι οι συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα εθισμού στην άσκηση παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα σωματικής δυσαρέσκειας. Ο Clifford e Blyth (2014)[64] παρατήρησε ότι η διάρκεια και η συχνότητα της σωματικής άσκησης κατά τη διάρκεια της εβδομάδας σχετίζονται με την τάση ανάπτυξης εξαρτημένων συμπεριφορών μεταξύ των φοιτητών πανεπιστημίου.

Επίσης, ερωτηθέντες χωρίς πρόβλημα σωματική δυσαρέσκειας (BD) ή και με πρόβλημα σωματικής δυσαρέσκειας (BD) είχαν υψηλό επίπεδο ορθορεξικής συμπεριφοράς. Είναι δυνατόν να πούμε ότι τα άτομα ξεκινούν την αναζήτηση υγιεινής τροφής για να επιτύχουν καλύτερα πρότυπα υγείας και δεν σχετίζεται άμεσα με το βαθμό δυσαρέσκειας του οργανισμού [65]. Οι Boná et al. [36] σε μελέτη τους, σε γυναίκες με επιπολασμό διατροφικής δυσαρέσκειας (ED) (π.χ. ανορεξία, βουλιμία, ορθορεξία) παρατήρησαν, ότι υπήρχε σχέση μεταξύ της διατροφικής δυσαρέσκειας (ED), της εικόνας του σώματος και της πρακτικής άσκησης, ωστόσο, όπως και η παρούσα έρευνα, οι συγγραφείς δεν βρήκαν άμεση συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Από την άλλη, οι Boná et al. [36] και Yates [66] παρατήρησαν τη συσχέτιση αυτού του τύπου συμπεριφοράς με την εικόνα σώματος [απώλεια βάρους, δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος]. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ορθορεξία είναι μια νέα έννοια στη βιβλιογραφία, οι μελέτες εξακολουθούν να είναι σπάνιες και δείχνουν ασαφείς πτυχές και συμπεράσματα, κυρίως επειδή δεν υπάρχει συναίνεση μεταξύ των ερευνητών σχετικά με την αιτιολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια, τα συμπτώματα και τους τρόπους θεραπείας αυτής της διαταραχής [17, 28].

Οι Nunes *et al.* (2005) [67], δηλώνει ότι οι βαθμολογίες πάνω από 21 βαθμοί στο EAT-26 υποδηλώνουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής. Στην συγκεκριμένη έρευνα το μόνο το 25% όλων των γυναικών που ερωτήθηκαν σημείωσαν λιγότερο από 21 στο EAT-26. Αντίθετα, το 75% των ανδρών σημείωσε λιγότερο από 21 στο EAT-26.

Σύμφωνα με τους Hausenblans & Fallon (2002) [68], υπάρχουν πολλά άτομα που έχουν μη φυσιολογικές σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό, αλλά δεν παρουσιάζουν ένα ή περισσότερα κριτήρια για μια διάγνωση διατροφικής διαταραχής. Επιπλέον, οι

υποκλινικές περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες. Η παρούσα μελέτη ανέφερε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του EAT-26⁺ και των συμπτωμάτων υψηλής εξάρτησης από την άσκηση μόνο στις γυναίκες. Μέσω μιας συνέντευξης διαγνωστικής ανάλυσης λόγου της εξάρτησης από την άσκηση στις γυναίκες, οι Bamber *et al.* (2003) [69], ανέφεραν ότι όλες οι γυναίκες με συμπτώματα εξάρτησης από την άσκηση στη μελέτη τους είχαν επίσης διαγνωστεί με διατροφική διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV. Επιπλέον, οι Bratland-Sanda *et al.* (2011) [70], παρατήρησαν μια συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών εξάρτησης από την άσκηση σε ενήλικες γυναίκες ασθενείς με συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Έτσι, αυτό το φαινόμενο δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο τυχαία. Ο κίνδυνος στάσεων διατροφικής διαταραχής είναι πιο διαδεδομένος στις γυναίκες παρά στους άνδρες, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η δευτερογενής εξάρτηση από την άσκηση θα ήταν επίσης πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Ωστόσο, στην τρέχουσα μελέτη, αποδεικνύουμε ότι το 41% των ατόμων στην ομάδα ScED ήταν άνδρες, γεγονός που υποδηλώνει ότι η δευτερογενής εξάρτηση από την άσκηση εμφανίζεται και στους άνδρες [70].

Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν ότι η πρακτική του υπερβολικού τζόκινγκ θα μπορούσε να είναι ανάλογο των διατροφικών διαταραχών στους άνδρες [66]. Το βασικό κίνητρο για την υπερβολική άσκηση επικεντρώθηκε κυρίως στην ανησυχία για το βάρος και την εικόνα του σώματος [68]. Από την άλλη, το ίδιο κίνητρο υπάρχει και στους άνδρες bodybuilders. Μάλιστα, υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία για μια υποομάδα bodybuilders με διαταραχές της εικόνας του σώματος [66]. Τέτοιες διαταραχές, τις οποίες οι συγγραφείς ονόμασαν «αντίστροφη ανορεξία», χαρακτηρίζονται από τον παθολογικό φόβο ενός ατόμου να γίνει πολύ εύθραυστο και αδύνατο, ακόμη και όταν είναι πολύ ισχυρό. Από την άλλη πλευρά, η παρούσα μελέτη έδειξε την παρουσία συμπτωμάτων εξάρτησης από την άσκηση χωρίς EAT-26⁺ στους άνδρες, υποδηλώνοντας ότι η πρωτογενής εξάρτηση από την άσκηση υπάρχει πράγματι στους άνδρες. Αυτό το εύρημα οδηγεί στην υπόθεση ότι η εξάρτηση από την άσκηση ως φαινόμενο «καθαυτή» θα μπορούσε να υπάρχει κυρίως στους άνδρες [71].

Μια σειρά από συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ηλικία μπορεί να είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας για την ανάπτυξη εξαρτημένων συμπεριφορών [72, 73, 74]. Η εφηβεία θεωρείται μια ευαίσθητη περίοδος λόγω αυξημένων ευκαιριών που μπορεί να οδηγήσουν στην υιοθέτηση ριψοκίνδυνων συμπεριφορών (π.χ. σεξουαλική συμπεριφορά, διατροφικές διαταραχές, αλκοολούχα ποτά, σωματική δυσαρέσκεια (BD) και εθισμός στην άσκηση) [73, 74]. Οι Bóna *et al.* [36] παρατήρησαν, ότι η ηλικία ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών μεταξύ των επαγγελματιών του bodybuilding, ειδικά για τους νεότερους ασκούμενους. Ο Orrit [75] διαπίστωσε ότι η ένδειξη της μυϊκής δυσμορφίας συνδέθηκε με τον συναισθηματικό έλεγχο μεταξύ των νέων. Έτσι, αποδεικνύοντας ότι η ηλικία μπορεί να είναι ένας παρεμβατικός παράγοντας στην ανάπτυξη της διατροφικής δυσαρέσκειας και ότι οι νεότεροι άνθρωποι έχουν

μεγαλύτερη προδιάθεση σε αυτές τις παθολογικές συμπεριφορές. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες όπως η κουλτούρα, οι συνήθειες, ο τρόπος ζωής και το είδος της άσκησης μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ανάπτυξη εξαρτημένων συμπεριφορών [76].

Ωστόσο, η μελέτη που αναπτύχθηκε από τους Blaydon και Lindner (2002) [77], έδειξε την παρουσία της κύριας εξάρτησης από την άσκηση στις γυναίκες τριαθλητές. Η πιο εύλογη εξήγηση για την απουσία γυναικών στην ομάδα PrED στην παρούσα μελέτη είναι το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ανήκαν στον γενικό πληθυσμό (δηλαδή, πήραν συνεντεύξεις σε δημόσιους χώρους) και δεν ήταν μέλη μιας συγκεκριμένης αθλητικής ομάδας.

Οι Rosa *et al.* (2004) [78], χρησιμοποίησε την ίδια κλίμακα εξάρτησης από την άσκηση και μέτρησε την αλλαγή της κατάστασης της διάθεσης μετά από μια οξεία δοκιμασία άσκησης τριών διακριτών ομάδων: ατόμων χωρίς να ασκούνται, ασκούμενων με χαμηλά επίπεδα εξάρτησης από την άσκηση και ασκούμενων με υψηλά επίπεδα εξάρτησης από την άσκηση. Στη μελέτη του, διαπιστώθηκε ότι μόνο οι ασκούμενοι με υψηλά επίπεδα εξάρτησης στην άσκηση ήταν οι πιο επιρρεπείς σε αλλαγές της διάθεσης που προκαλούνται από ένα οξύ τεστ άσκησης, υποδεικνύοντας ότι για αυτά τα άτομα, η άσκηση παρήγαγε αρνητική ενίσχυση που συνέβαλε στην ανάπτυξη εξάρτησης από την άσκηση. Ωστόσο, οι Modolo *et al.* (2011) [79] έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στις καταστάσεις αρνητικής διάθεσης μεταξύ ανδρών και γυναικών ερασιτεχνών αθλητών με εξάρτηση από την άσκηση. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει μια διάκριση μεταξύ των αθλητών και του ευρύτερου πληθυσμού που ασκείται ως προς την ανάπτυξη συμπτωμάτων εξάρτησης από την άσκηση.

4. Ερωτηματολόγια έρευνας

4.1. Δημογραφικές πληροφορίες

Προκειμένου να αξιολογηθεί το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων, αναπτύχθηκε ένα ημιδομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, όπως : η ηλικία, το φύλο, οι σπουδές, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση, το βάρος σώματος, η φυσική δραστηριότητα και οι καθημερινές διατροφικές συνήθειες.

4.2. Ερωτηματολόγιο Σχήματος Σώματος - Body Shape -34 (BSQ-34)

Η ενασχόληση με το σώμα, η ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του και κατ' επέκταση η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος, απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και ιδιαίτερα του δυτικού κόσμου. Η αρνητική εικόνα για το σώμα, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη διατροφικών και άλλων συναισθηματικών διαταραχών [2]. Το Ερωτηματολόγιο Σχήματος Σώματος - Body Shape Questionnaire- 34 (BSQ), αναπτύχθηκε από τους Cooper et al., (1987) [43] και είναι ένα τεστ αυτο-ολοκλήρωσης με 34 ερωτήσεις που προσπαθεί να αξιολογήσει την ανησυχία που παρουσιάζει το άτομο με το βάρος και τη φυσική του εμφάνιση.

Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια κλίμακα τύπου likert 6 σημείων, που κυμαίνεται από 1 (ποτέ) έως 6 (πάντα). Αθροίζοντας τα αποτελέσματα κάθε ερώτησης, μπορούμε να ταξινομήσουμε τα αποτελέσματα, με βάση την βαθμολογία, ως εξής [80] :

- λιγότερο από 80 βαθμούς = απουσία δυσαρέσκειας
- από 80 έως 110 βαθμούς = μια ελαφριά δυσαρέσκεια
- από 110 έως 140 βαθμούς = μέτρια δυσαρέσκεια
- βαθμολογία πάνω από 140 βαθμούς = σοβαρή σωματική δυσαρέσκεια.

4.3. Τεστ Συνηθειών Διατροφής – Eating Attitudes Test (EAT-26)

Το Τεστ Συνηθειών Διατροφής – Eating Attitudes Test (EAT-26), αναπτύχθηκε από τους Garner et al. (1982) [62] και χρησιμοποιείται ως εργαλείο μέτρησης της συχνότητας του περιορισμού της τροφής (ψυχογενής ανορεξία, της υπερφαγίας, των συμπεριφορών καθαρισμού και της περιβαλλοντικής πίεσης για την πρόσληψη τροφής.

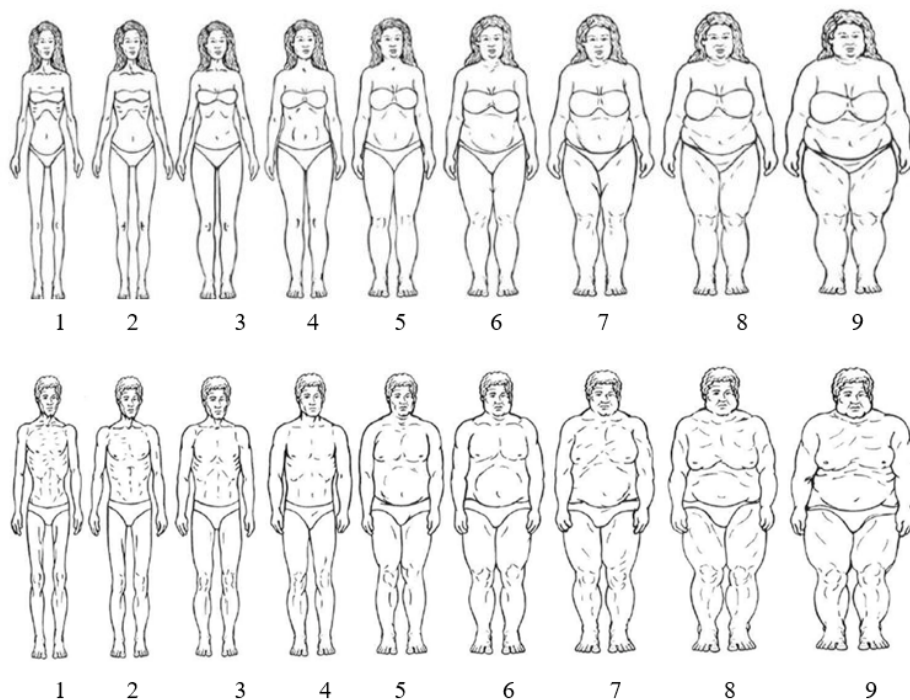
Αποτελείται από 26 στοιχεία που απαντώνται σε κλίμακα τύπου likert που ποικίλλουν από 0 έως 3 βαθμούς (πάντα = 3, συχνά = 2, συχνά = 1, σπάνια = 0, σχεδόν ποτέ = 0 και ποτέ = 0), εκτός για την ερώτηση 4, της οποίας η βαθμολογία αντιστρέφεται (πάντα = 0, συχνά = 0, συχνά = 0, λίγες φορές = 1, σχεδόν ποτέ = 2 και ποτέ = 3) [81].

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων για κάθε θέμα, που κυμαίνεται από 0 έως 78 βαθμούς. Βαθμολογίες υψηλότερες από 21 θεωρούνται ενδεικτικές συμπεριφοράς κινδύνου για την διατροφική στάση του κάθε ερωτώμενου [81].

4.4. Κλίμακα αξιολόγησης εικόνας σώματος (Body-Image Assessment Scale)

Το Body Image Questionnaire-20, είναι ένα από τα πιο εφαρμοσμένα μέτρα αυτοαναφοράς στο πλαίσιο της αξιολόγησης εικόνας σώματος [43].

Το Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD) με εικονικά γραμμικά σχέδια που αντιπροσωπεύουν ενήλικες άνδρες και γυναίκες με βάρη που κυμαίνονται από 60% κάτω έως 140% πάνω από το μέσο όρο. Οι διαστάσεις του ώμου, του θώρακα, της μέσης, του πλάτους των ισχίων, του μηρού και του άνω άκρου ποδιού καθορίστηκαν από ανθρωπομετρικά δεδομένα από τον Collins, 1991,[82]. Με την βοήθεια αυτής της κλίμακας φαίνεται η ικανοποίηση ή μη από την εικόνα του σώματος. Κάθε ερωτώμενος, πρέπει να επιλέξει μετά από προσεκτική επισκόπηση των εικόνων, πια εικόνα είναι αυτή που ταιριάζει πιο πολύ με την αντίληψη που έχει για το σώμα του (εικόνα 1.).



Εικόνα 1. Κλίμακα αξιολόγησης εικόνας σώματος (Body-Image Assessment Scale)

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της συχνότητας προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενών διατροφικών διαταραχών σε πληθυσμούς που εκτελούνε συστηματική φυσική δραστηριότητα υψηλής έντασης.

Επιμέρους Στόχοι:

- Διερεύνηση του βαθμού διαστρέβλωσης της εικόνας σώματος των συμμετεχόντων με την χρήση του ερωτηματολογίου BSQ-34 (Body Shape Questionnaire-34).
- Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων και ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.
- Διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των ανθρωπομετρικών δεικτών και της εικόνας σώματος του δείγματος με την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών λήψης τροφής.

6. Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Τον πληθυσμό μελέτης της έρευνας, αποτέλεσαν οι κάτοικοι της Ιεράς Πόλης του Μεσολογγίου σε χώρους εκγύμνασης όπως γυμναστήρια, σχολές χορού, ακαδημίες ποδοσφαίρου, ακαδημίες πετοσφαίρισης κ.α., με την χρήση διαδικτυακών ερωτηματολογίων.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 100 άτομα και απαντήθηκαν από 87 άτομα, τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, γεγονός που θα αναγράφεται στην αρχή του εντύπου συναίνεσης και τα αποτελέσματα-συμπεράσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν με πλήρη εχεμύθεια, αποκλειστικά για επιστημονικούς λόγους.

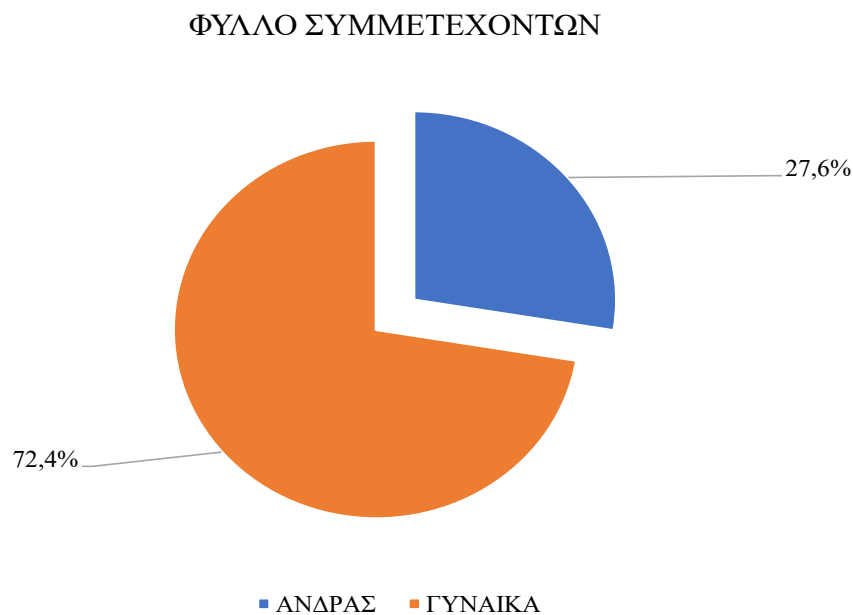
Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση έντυπων και ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διεξήχθη με το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS statistics 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Το Kolmogorov-Smirnov test χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της κανονικότητας της κατανομής των εξεταζόμενων μεταβλητών. Οι αριθμητικές μεταβλητές όπως η ηλικία, τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και οι τιμές των εργαλείων BSQ-34, EAT-26 και BIA-Scale των συμμετεχόντων παρουσιάζονται ως μέσες τιμές και \pm τυπικές αποκλίσεις (SD). Ο έλεγχος πιθανής συσχέτισης μεταξύ ύπαρξης παιδικής παχυσαρκίας και εργαλείων BSQ-34 και EAT-26 πραγματοποιήθηκε με το independent samples t-test.

Επιπλέον για να εκτιμηθεί πιθανή συσχέτιση μεταξύ βάρους και εργαλείων BSQ-34 και EAT-26 χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες συνάφειας Pearson's r και Spearman's Rho . Προκειμένου να ελεγχθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων BSQ-34 και EAT-26 και του τρόπου που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την εικόνα του σώματός τους (BIA-Scale), διενεργήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-way Anova).

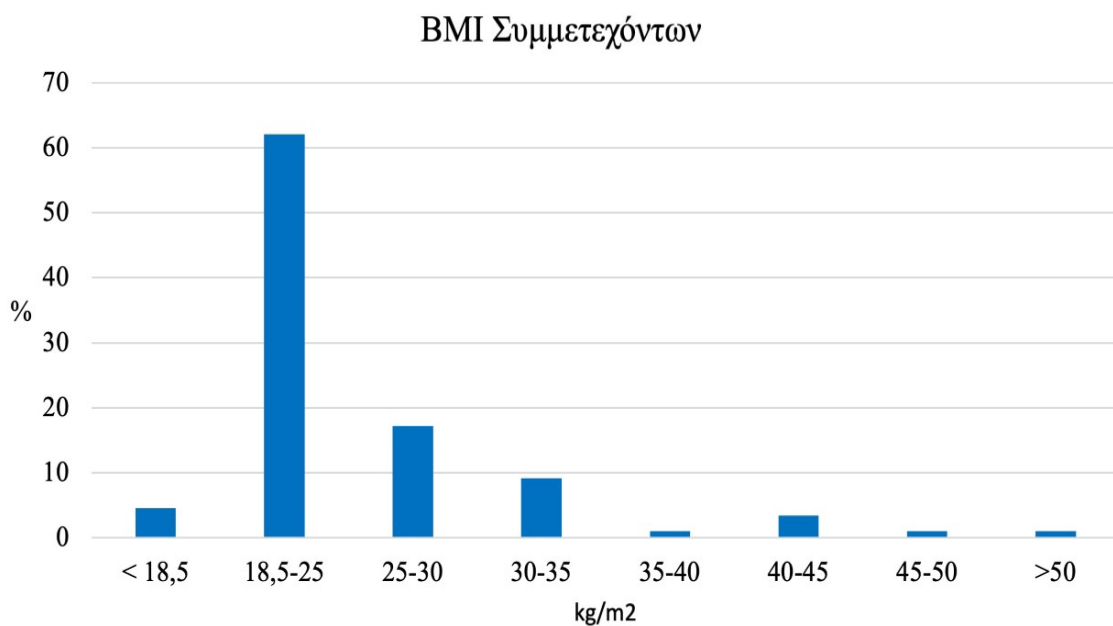
Η στατιστική σημαντικότητα αναφέρεται ως $p < 0.05$. Τα γραφήματα τύπου πίτας, μπάρας, γραμμής και διασποράς σχεδιάστηκαν με το Microsoft office excel 2019.

7. Αποτελέσματα



Γράφημα 1.

Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα 1, το 27,6% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν άνδρες και το 72,4% γυναίκες.



Γράφημα 2.

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω γράφημα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είχε φυσιολογικό BMI (62,1%). Ωστόσο, ένα 4,6% του δείγματος ήταν ελλιποβαρείς και ένα 33,3% ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι

	mean	minimum	maximum	SD
Ηλικία	31,8	12	56	8,5
Βάρος (kg)	72,4	42	186	22,9
Ύψος (cm)	169,7	156	192	7,9
ΔΜΣ (kg/ m ²)	24,9	16,2	55,5	6,6
Υψηλότερο βάρος (kg)	80,2	18	230	28,3
Ποσοστό λίπους (%)	23,7	8	52,3	11,4
Ηλικία υψηλότερου βάρους	26,4	12	79	11,4
Χαμηλότερο βάρος (kg)	59,3	31,5	97	12,1
Ηλικία χαμηλότερου βάρους	21,9	11	38	5,2
BSQ-34	153,1	48	199	38,9
EAT-26	13	0	50	11,1
<u>BIAScale</u>	3,8	1	9	1,4

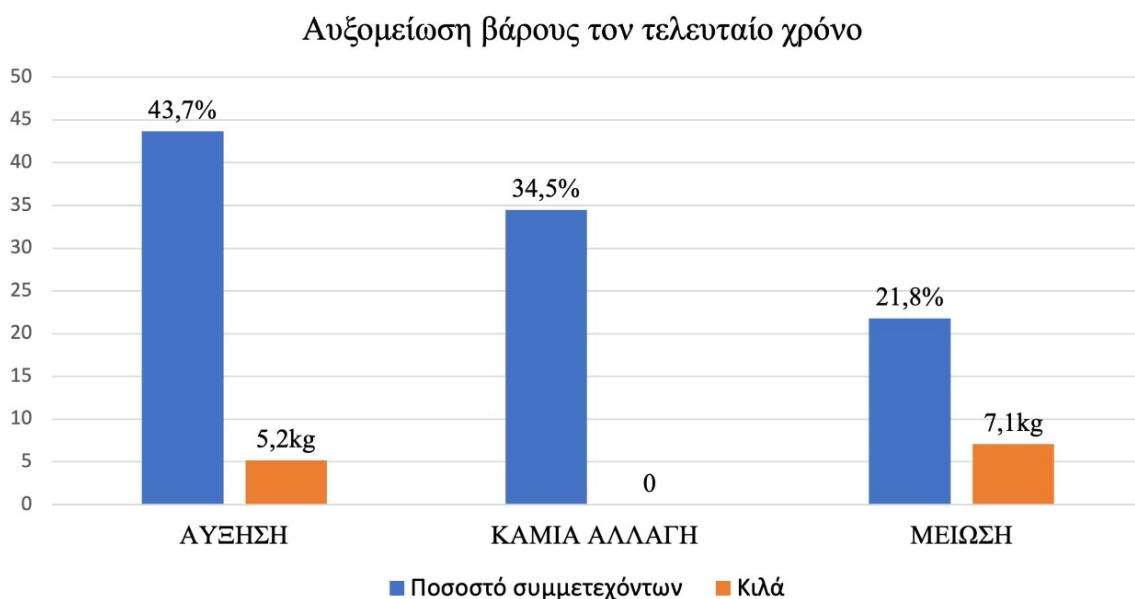
Πίνακας 1.

Στο παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται όλες οι αριθμητικές μεταβλητές που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες σε μορφή μέσων τιμών (mean), τυπικών αποκλίσεων (SD) και ελάχιστων και μέγιστων τιμών.



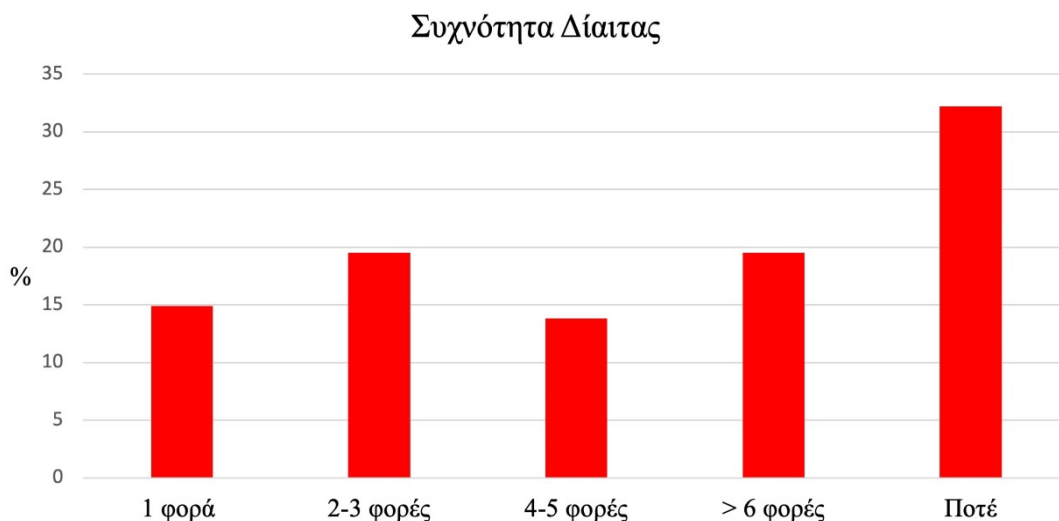
Γράφημα 3

Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα 3, ένα μεγάλο σχετικά ποσοστό των συμμετεχόντων (46%) δήλωσε πως το βάρος του επηρεάζει την αυτοαξιολόγησή του και τη συναισθηματική του διάθεση.



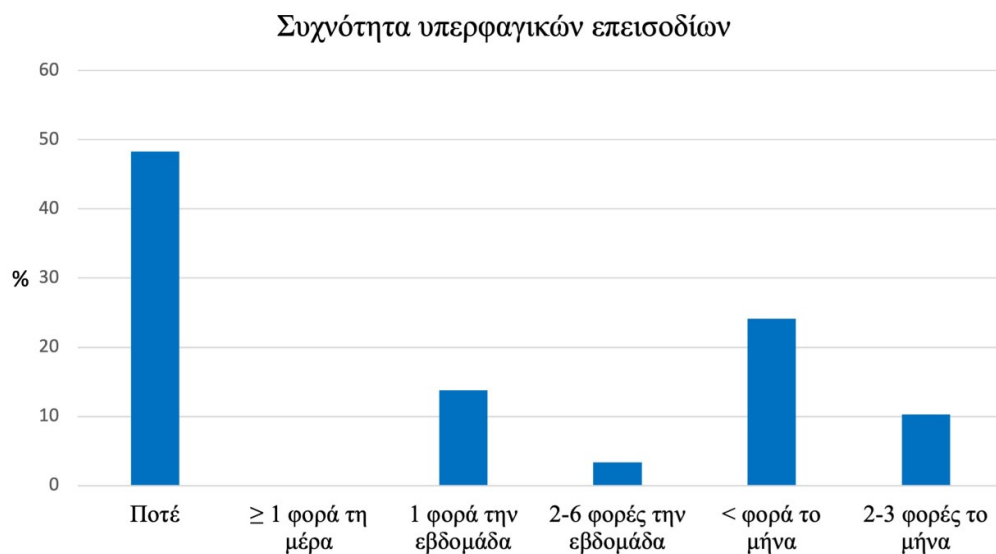
Γράφημα 4.

Σύμφωνα με την επεξεργασία των αποτελεσμάτων το 43,7% του δείγματος παρουσίασε αύξηση του σωματικού του βάρους, το 34,5% καμία αλλαγή και το 21,8 μείωση το τελευταίο έτος.



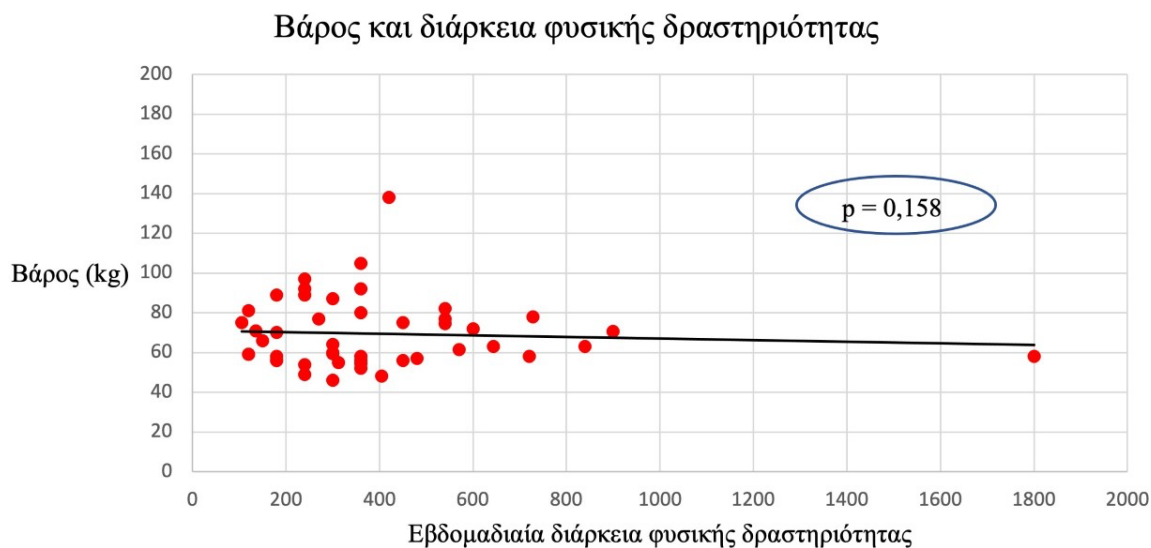
Γράφημα 5.

Στο παραπάνω γράφημα 5 παρουσιάζεται διαγραμματικά η συχνότητα προσφυγής των συμμετεχόντων σε δίαιτες αδυνατίσματος με στόχο τη ρύθμιση του βάρους τους.



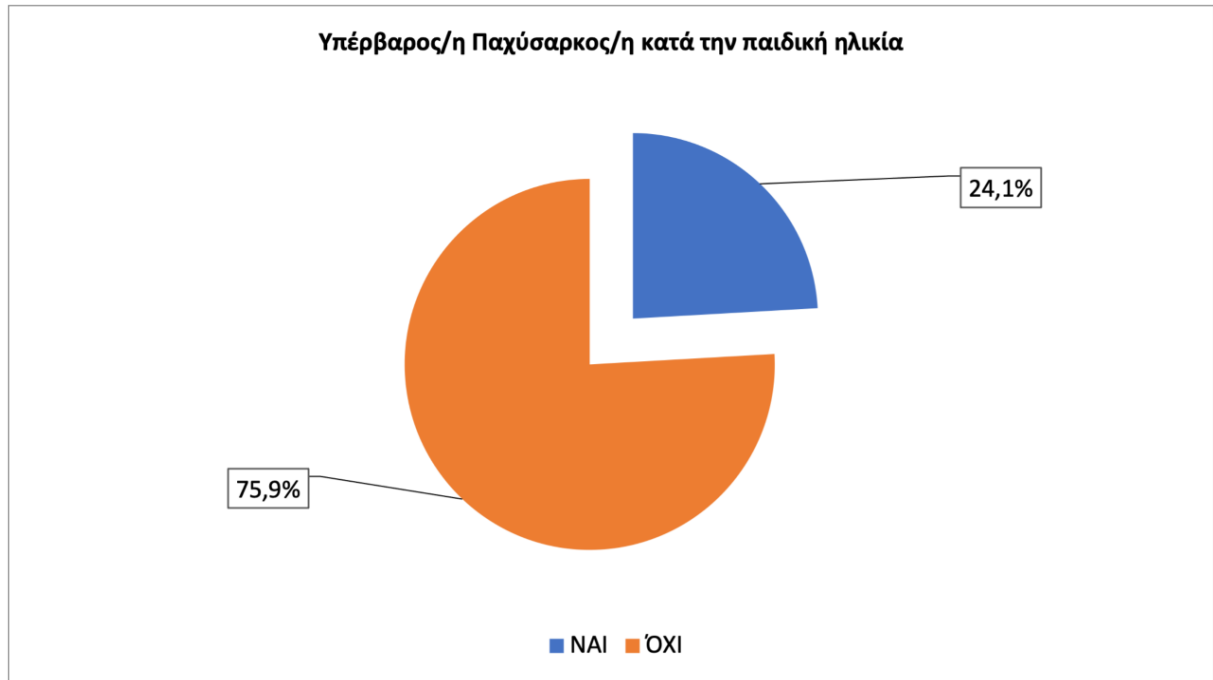
Γράφημα 6.

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω γράφημα 6 ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων της μελέτης (51,7%) δήλωσε πως παρουσιάζει υπερφαγικά / αδηφαγικά επεισόδια σε συστηματική βάση ενώ το 48,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν παρουσιάζει υπερφαγικά / αδηφαγικά επεισόδια.



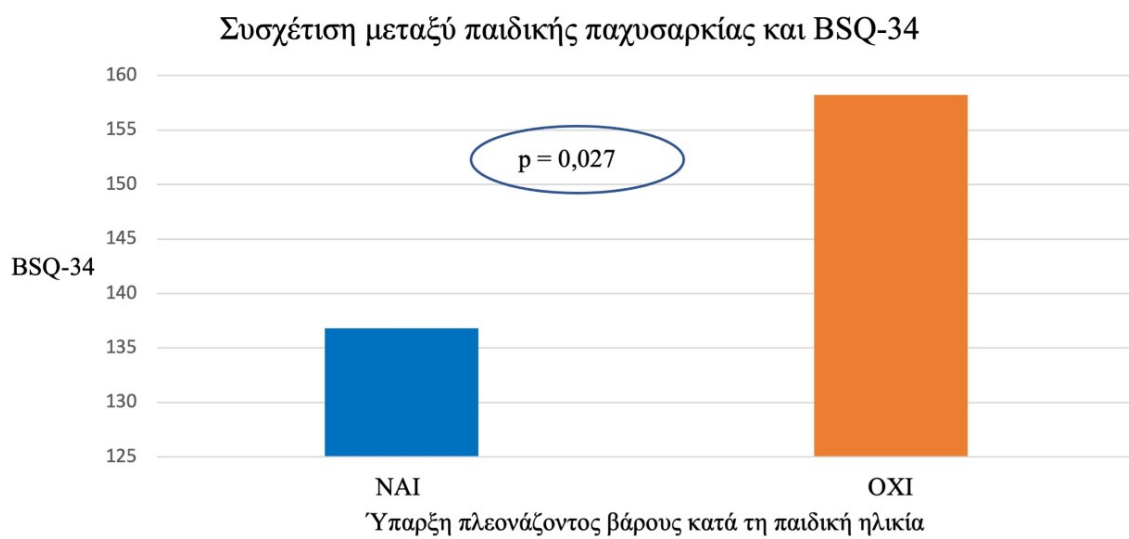
Γράφημα 7.

Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα 7, εμφανίστηκε μια αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ βάρους και εβδομαδιαίας διάρκειας φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων, χωρίς όμως αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.



Γράφημα 8.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχτηκαν, το 24,1% των συμμετεχόντων της μελέτης δήλωσε την ύπαρξη παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία.



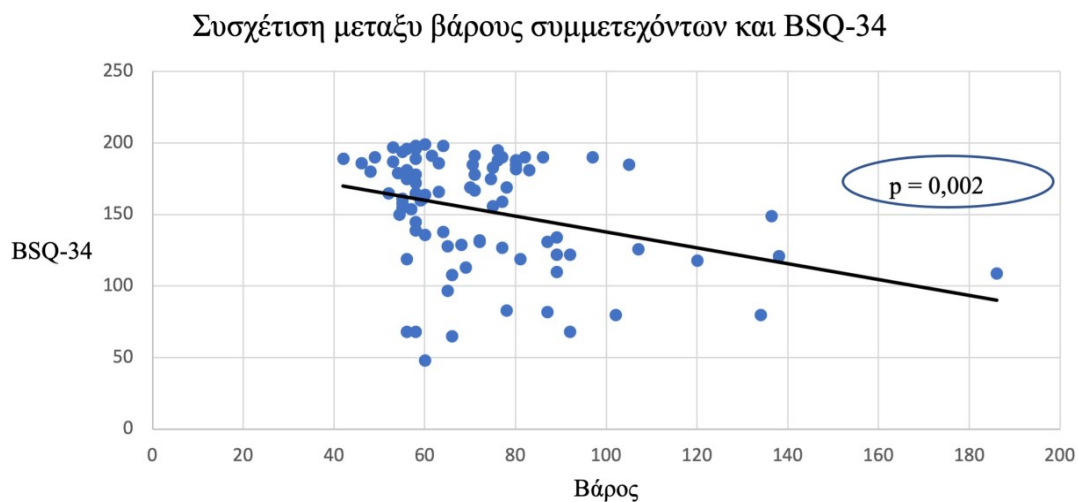
Γράφημα 9.

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω γράφημα 9, οι συμμετέχοντες που ήταν παχύσαρκοι/υπέρβαροι κατά την παιδική ηλικία σκοράρανε στατιστικά χαμηλότερα στο εργαλείο Body Shape Questionnaire ($p = 0,027$), συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν ήταν παχύσαρκοι/υπέρβαροι.



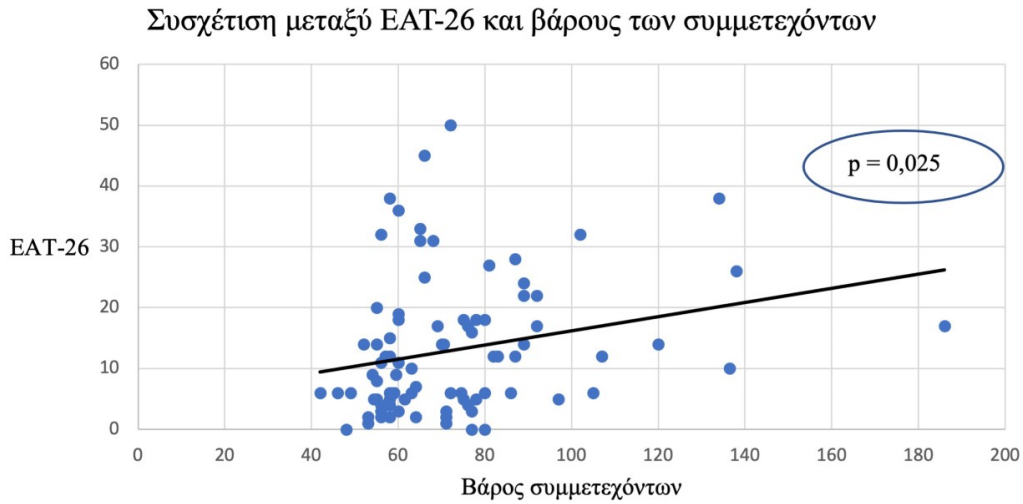
Γράφημα 10.

Όπως διακρίνεται στο παραπάνω γράφημα 10, τύπου μπάρας οι συμμετέχοντες που δηλώσαν την ύπαρξη παχυσαρκίας κατά την παιδική τους ηλικία εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στο εργαλείο ανίχνευσης EAT-26 ($p = 0,205$) σε σύγκριση με αυτούς που δεν ήταν υπέρβαροι/παχύσαρκοι. Η διαφορά δεν άγγιξε τη στατιστική σημαντικότητα.



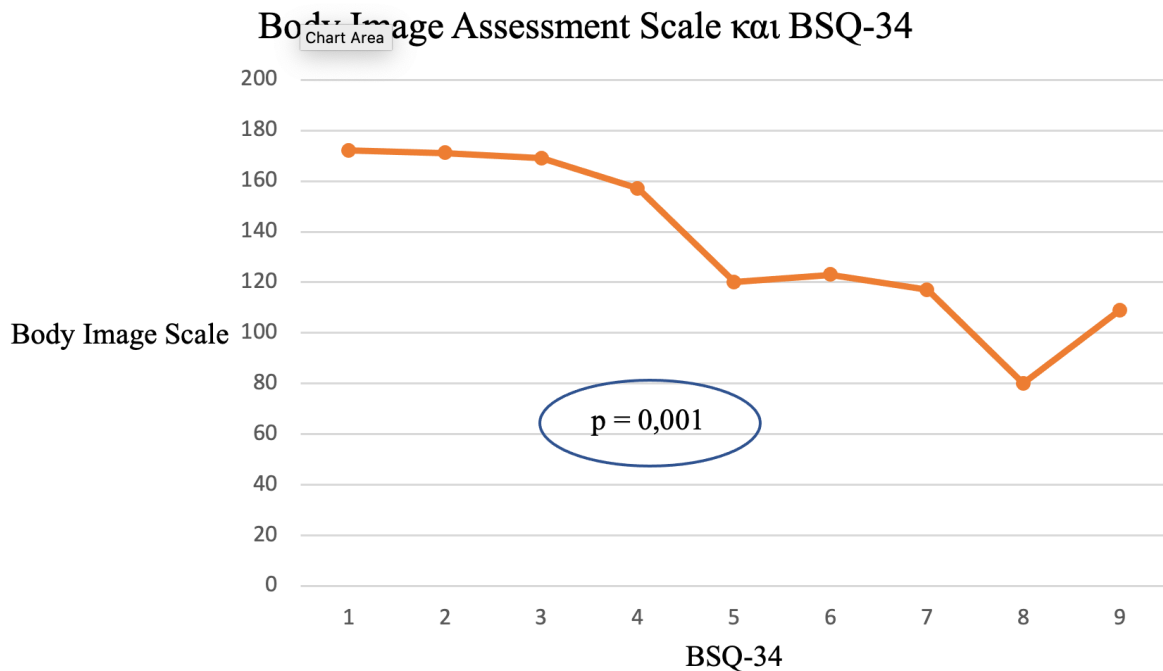
Γράφημα 11.

Όπως διακρίνεται στο παραπάνω γράφημα 11, παρουσιάστηκε μια σημαντικά αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του εργαλείου Body Shape Questionnaire και του βάρους των συμμετεχόντων ($p = 0,002$).



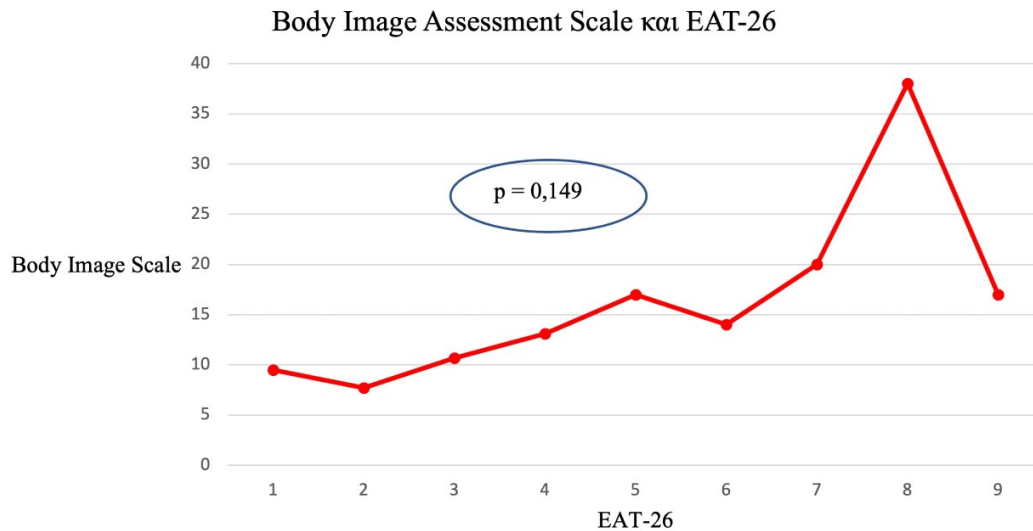
Γράφημα 12

Όπως διακρίνεται στο παραπάνω γράφημα 12, παρουσιάστηκε μια σημαντικά θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του εργαλείου EAT-26 και του βάρους των συμμετεχόντων ($p = 0,025$).



Γράφημα 13.

Στο παραπάνω γράφημα 13, παρουσιάζεται πως οι συμμετέχοντες που αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως πιο ευμεγέθες είχαν στατιστικά χαμηλότερες μέσες τιμές στο εργαλείο Body Shape Questionnaire ($p = 0,001$).



Γράφημα 14.

Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζεται πως οι συμμετέχοντες που αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως πιο ευμεγέθης είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στο εργαλείο EAT - 26 ($p = 0,149$), χωρίς όμως αυτό να αγγίζει τη στατιστική σημαντικότητα.

8. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, η εικόνα του σώματος μπορεί να θεωρηθεί καθοριστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά κινδύνου για διατροφικές διαταραχές.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δώσανε οι 87 ερωτώμενοι, συμπεραίνουμε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (62,1%) των ερωτώμενων, είχε φυσιολογικό BMI, το βάρος του επηρεάζει την αυτοαξιολόγησή του και τη συναισθηματική του διάθεση. Επίσης, παρουσιάζουν υπερφαγικά/αδηφαγικά (ποσοστό 51,7%), επεισόδια σε συστηματική βάση ενώ δεν τηρούν κάποιο συστηματικό πρόγραμμα άσκησης.

Ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία, οι ερωτώμενοι (51,7%) επιθυμούν να έχουν ένα αδύνατο σώμα και αυτό τους οδηγεί σε διατροφικές διαταραχές.

Όσον αφορά την άσκηση οι περισσότεροι δεν αθλούνται σε σταθερή βάση.

Όσοι από τους ερωτώμενους (24%), ήταν παχύσαρκοι κατά την παιδική ηλικία, επιθυμούν να έχουν χαμηλό σωματικό βάρος.

Όσοι ήταν παχύσαρκοι/υπέρβαροι κατά την παιδική ηλικία είχαν στατιστικά αποτελέσματα χαμηλότερα στο εργαλείο Body Shape Questionnaire ($p = 0,027$), συγκριτικά με όσους δεν ήταν παχύσαρκοι/υπέρβαροι, εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στο εργαλείο ανίχνευσης EAT-26 ($p = 0,205$).

Η σημαντικά αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του εργαλείου Body Shape Questionnaire και του βάρους των συμμετεχόντων ($p = 0,002$), δείχνει ότι οι ερωτώμενοι θέλουν να έχουν ακόμη χαμηλότερο βάρος σώματος. Ενώ οι συμμετέχοντες, που αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως πιο ευμεγέθες είχαν στατιστικά χαμηλότερες μέσες τιμές στο εργαλείο Body Shape Questionnaire ($p = 0,001$).

Συνοπτικά φαίνεται ότι το βάρος είναι παράμετρος που μπορεί να προδιαθέτει στην αρνητική εικόνα σώματος του ατόμου καθώς και στην ανάπτυξη διαταραραγμένων διατροφικών συμπεριφορών.

Περισσότερη έρευνα απαιτείται σε τόσο σε ενηλίκους όσο και σε παιδιά και εφήβους προκειμένου να γενικευθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

BIBLIOGRAFIA

1. Fortes Ld. Relação entre imagem corporal e internalização geral e atlética em jovens atletas de atletismo do sexo feminino [Relationship between body image and general and athletic internalization in young female athletics athletes]. *Rev Bras Cineantropometria Desempenho Hum* [online]. 2015;17(4):428–37.
2. Silva SU, Barufaldi LA, Andrade SS, Santos MA, Claro RM. Nutritional status, body image, and their association with extreme weight control behaviors among Brazilian adolescents, National Adolescent Student Health Survey 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;29(21):11–18.
3. Souza VKS, Silva ECA, de Souza GSF, Cordeiro SA, de Oliveira JCS, da Silva ECA, et al. Vigorexia o distúrbio da imagem corporal que assola o século XXI: uma revisão da literatura. [Vigorexia the body image disorder that plagues the XXI Century: a review of the literature]. *Int JNutrol*. 2018;11(S 01):Trab815.
4. Fortes LS, Almeida SS, Ferreira MEC. Processo maturacional, insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens atletas [maturational process, body dissatisfaction and inadequate eating behavior in young athletes]. *Rev Nutr*. 2012;8(10):12–29.
5. Rodgers R, Chabrol H, Paxton SJ. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image*. 2011;8(3):208–15.
6. Palma A, Esteves AA, Assis M, Mourão L, Lüdorf SA, Vilhena LM. Imagem corporal e dependência de exercícios físicos em frequentadores de uma academia de ginástica da cidade do Rio de Janeiro [body image and dependence on physical exercises in attendants of a gym in the city of Rio de Janeiro]. *Pensar a Prática*. 2014;17(1):12–37.
7. de Oliveira-Cardoso ÉA, dos Santos MA. Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister [psychodynamics of eating disorders: indicators of the Pfister colored pyramids test]. *Psico-USF*. 2014;19(2):209–20.
8. Schaal K, Tafflet M, Nassif H, Thibault V, Pichard C, Alcotte M, et al. Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One*. 2011;6(5):e19007.
9. Martinsen M, Sundgot-Borgen J. Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc*. 2013;45(6):1188–97.
10. EAW K, de Oliveira FB, da Silva LA, Salvador AA, Rossetti FX, dos Anjos Tamasia G, et al. Vigorexia and its nutritional correlations. *Res Soc Dev*. 2018;7(1):1471194.

11. Fortes LdS, de Sousa Almeida S, MEC F. Prevalência De Insatisfação corporal E Comportamento Alimentar De Risco Para Transtornos Alimentares Em Jovens Atletas [prevalence of body dissatisfaction and risk eating behavior for eating disorders in young athletes]. *Pensar Prática*. 2014;17(1):8–19.
12. Matthiassdottir E, Jonsson SH, Kristjansson AL. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent?. *Eur J Public Health*. 2012;(22)1:116-21. doi:10.1093/eurpub/ckq178
13. Murray SB, Rieger E, Karlov L, Touyz SW. Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *J Eat Disord*. 2013;(1):11. doi:10.1186/2050-2974-1-11
14. Siqueira AF, Rebesco DB, Amaral FA, Maganhini CB, Agnol SMD, Furmann M, et al. Efeito De um Programa De Fisioterapia Aquática no Equilíbrio E Capacidade Funcional De Idosos [Efeito De um Programa De Fisioterapia Aquática Não-Equilíbrio E Capacidade Funcional De Idosos]. *Saúde Pesquisa*. 2017;10(2):331–8.
15. Agostini CM, Rodrigues VS, Guimarães AC, Damázio LCM, Vasconcelos NN. Análise do Desempenho motor E do Equilíbrio corporal De Idosos Ativos com Hipertensão arterial E diabetes Tipo 2 [analysis of motor performance and body balance of active elderly with hypertension and type 2 diabetes]. *Rev Atenção Saúde (antiga Rev Bras Ciên Saúde)*. 2018;16(55):29–35.
16. Zeulner B, Ziemainz H, Beyer C, Hammon M, Janka R. Disordered eating and exercise dependence in endurance athletes. *Advances in Physical Education*. 2016;6(2):76–87.
17. Rudolph S. The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2018;23(5):581–6.
18. McNamara J, McCabe MP. Striving for success or addiction? Exercise dependence among elite Australian athletes. *J Sports Sci*. 2012;30(8):755–66.
19. Marques A, Peralta M, Catuda R. Dependência em exercício físico: uma análise na perspectiva da saúde pública. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*. 2017;39:89–99.
20. Zeeck A, Leonhart R, Mosebach N, Schlegel S, Linster HW, Hartmann A. Psychopathologische Aspekte von sport: Eine deutsche adaptation der, exercise dependence scale (EDS-R). *Z Sportpsychol*. 2013;20(3):94–106.
21. Baptista JG, Palma A. Dependência De Exercício E Motivos Para Exercitar: Estudo com Frequentadores De Uma Academia do Rio De Janeiro [dependence on exercise and reasons to exercise: study with attendants of an academy in Rio De Janeiro]. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2016;36:50–60.
22. Lichtenstein MB, Jensen TT. Exercise addiction in CrossFit: prevalence and psychometric properties of the exercise addiction inventory. *Addict Behav Rep*. 2016;3:33–7.

23. Angleri V, Ugrinowitsch C, Libardi CA. Crescent pyramid and drop-set systems do not promote greater strength gains, muscle hypertrophy, and changes on muscle architecture compared with traditional resistance training in well-trained men. *Eur J Appl Physiol*. 2017;117(2):359–69.
24. de Liz CM, Andrade A. Análise qualitativa dos motivos de adesão e desistência da musculação em academias. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2016;38(3):267–74.
25. Vilela L, Barroso SM, Scorsolini-Comin F. Padrões alimentares e imagem corporal em mulheres frequentadoras de academia de atividade física. *Psico-USF*. 2013;18(3):445–54.
26. Almeida C, Borba VV, Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2018;23(4):443–51.
27. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, et al. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2012;17(4):e226–e33.
28. Rudolph S, Göring A, Jetzke M, Großarth D, Rudolph H. Zur Prävalenz von orthorektischem Ernährungsverhalten bei sportlich aktiven Studierenden: Zur Prävalenz von orthorektischem Ernährungsverhalten bei sportlich aktiven Studierenden. *Dtsch Z Sportmed*. 2017;68(1):222–42.
29. Smith-Jackson T, Reel JJ, Thackeray R. Coping with "bad body image days": strategies from first-year young adult college women. *Body Image*. 2011;(8)4:335-42. doi:10.1016/j.bodyim.2011.05.002
30. Wolfe WL, Patterson K. Comparison of a gratitude-based and cognitive restructuring intervention for body dissatisfaction and dysfunctional eating behavior in college women. *Eat Disord*. 2017;(25)4:330-344. doi:10.1080/10640266.2017.1279908
31. Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds). In *Body Image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press, New York-London
32. Fortes LS, Neves CM, Filgueiras JF, Almeida SS, Ferreira MEC. Body dissatisfaction, psychological commitment to exercise and eating behavior in young athletes from aesthetic sports. *Rev Bras Cineantropometria Desempenho Hum*. 2013;15(6):695–704.
33. Costa ACP, MCdM DT, dos Santos Alvarenga M. Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a imagem corporal de frequentadores de academia [attitudes towards exercise and dissatisfaction with body image of gym goers]. *Rev Bras Educação Física Esporte*. 2015;29(3):453–64.
34. Manore MM, Meyer NL, Thompson JL. *Sport nutrition for health and performance: human kinetics*; 2018.
35. Herranz Valera J, Acuña Ruiz P, Romero Valdespino B, Visioli F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2014;19(4):469–72.

36. Bóna E, Szél Z, Kiss D, Gyarmathy VA. An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia Bulimia Obes.* 2019;24(1):13–20.
37. Ato M, Lopez JJ, Benavente A. A classification system for research designs in psychology. *An Psicol.* 2013;29(3):1038–59.
38. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, CMFPd S. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):559–65.
39. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4):871–8.
40. Bighetti F, CBd S, JEd S, Ribeiro RP. Tradução e validação do eating attitudes test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr.* 2004;53(6):339–46.
41. Donini LM, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes.* 2004;9(2):151–7.
42. Pontes JB, Montagner MI, Montagner MÂ. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15 [Orthorexia nervosa: cultural adaptation of the Ortho-15]. *Demetra: Alimentação, Nutrição Saúde.* 2014;9(2):533–48.
43. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(4):485–94.
44. Di Pietro M, Silveira DXd. Internal validity, dimensionality and performance of the body shape questionnaire in a group of Brazilian college students. *Braz J Psychiatry.* 2009;31(1):21–4.
45. Assunção SSM, Cordás TA, Araújo L. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2002;29(1):4–13.
46. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155.
47. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J.* 2012;24(3):69–71.
48. Marôco J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações: ReportNumber, Lda; 2010.
49. Kline RB. Assumptions in structural equation modeling. 2012.
50. Lapierre MA, Fleming-milici F, Rozendaal E, Mcalister A, Castonguay J. The Effect of Advertising on Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2017;140(Suppl 2):S152-S156. doi:10.1542/peds.2016-1758V
51. O'Brien K. M., LeBow M. D. Reducing maladaptive weight management practices: developing a psycho educational intervention program, *Eating Behaviors*, 2007, vol. 8 (pg. 195-210).

52. Meier S., Stock C., Kramer A.. The contribution of health discussion groups with students to campus health promotion, *Health Promotion International*, 2007. Published 12 December, 2006. doi:10.1093/heapro/dal041.
53. O'Dea J., Abraham S. F.. Eating and exercise disorders in young college men, *Journal of American College Health*, 2002, vol. 50 (pg. 273-278).
54. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175–91.
55. Assuncao, S. S. M.; Cordas, T. A.; Araujo, L. A. S. B. Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.19, p. 4-13, 2002.
56. Bóna E, Szél Z, Kiss D, Gyarmathy VA. An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2019;24(1):13–20.
57. Souza VKS, Silva ECA, de Souza GSF, Cordeiro SA, de Oliveira JCS, da Silva ECA, et al. Vigorexia o distúrbio da imagem corporal que assola o século XXI: uma revisão da literatura. [Vigorexia the body image disorder that plagues the XXI Century: a review of the literature]. *Int JNutrol*. 2018;11(S 01):Trab815.
58. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012;24(3):69–71.
59. Costa ACP, MCdM DT, dos Santos Alvarenga M. Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a imagem corporal de frequentadores de academia [attitudes towards exercise and dissatisfaction with body image of gym goers]. *Rev Bras Educação Física Esporte*. 2015;29(3):453–64.
60. Costa S, Hausenblas HA, Oliva P, Cuzzocrea F, Larcán R. Maladaptive perfectionism as mediator among psychological control, eating disorders, and exercise dependence symptoms in habitual exerciser. *J Behav Addict*. 2016;5(1):77–89.
61. de Bruin AK, Oudejans RR, Bakker FC. Dieting and body image in aesthetic sports: a comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychol Sport Exerc*. 2007;8(4):507–20.
62. Perini TA, Vieira RS, Vigário PdS, Oliveira GLd, Ornellas JdS, Oliveira Fpd. Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. *Rev Bras Med Esporte* 2009:54–57.
63. Fortes LS, Filgueiras JF, Oliveira FC, Almeida SS, Ferreira MEC. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo

- feminino [Etiological model of risk behaviors for eating disorders in Brazilian female adolescents]. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e000024115.
64. Clifford T, Blyth C. A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in university sports teams. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2019;24(3):473–80.
 65. Coelho GC, Troglia GM, Hammes L, Galvão TD, Cyrino LAR. As consequências físicas, psíquicas e sociais em indivíduos com ortorexia nervosa [the physical, psychological and social consequences in individuals with orthorexia nervosa]. *RBONE-Rev Bras Obesidade Nutrição Emagrecimento*. 2016;10(57):160–8.
 66. Yates, A; Leehey, K.; Shisslak, C. M. Running: an analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 309, n. 1, p. 48-58, July 1983.
 67. Nunes, R. V. ; Pozza, P. C. ; Nunes, C. G. V. ; Campestrini, E. ; Kuhl, R. ; da Rocha, L. D. ; Costa, F. G. P., 2005. Energy values of animal by-products for poultry. *Rev. Bras. Zootec.*, 34 (4): 1217-1224
 68. Hausenbals, J. A.; Fallon, E. A. Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, New York, v. 32, n. 2, p.179-185, sept. 2002.
 69. Bamber D, Cockerill IM, Rodgers S., Carroll D. Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med* 2003;37:393–40
 70. Bratland-Sanda S., Martinsen E., Rosenvinge J., Hoffart A., Sundgot-Borgen J. Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: The importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders Review*, 2011, <https://doi.org/10.1002/erv.971>
 71. Pope, H. G.; Katz, D. L; Hudson, J. I. Anorexia nervosa and <<reverse anorexia>> among 08 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, Philadelphia, v. 34, n. 6, p. 406-409, nov./dec. 1993.
 72. Connell CM, Gilreath TD, Hansen NB. A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behavior among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70(6):943–51.
 73. Gunning N, Jotangia D, Nicholson S, Ogunbadejo T, Reilly N, Simmonds N, et al. Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2009. London: Information Centre for Health and Social Care; 2010.
 74. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes*. 2009;14(1):33–7.
 75. Orrit G. Muscle Dysmorphia: predictive and protective factors in adolescents. *Cuad Psicol Deporte*. 2019;19(3):1–11.

76. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord-Stud Anorexia Bulimia Obes.* 2009;14(1):33–7.
77. Blaydon, M. J.; Lindner, K. J. Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating Disorders, New York*, v. 10, n. 1, p. 49-60, nov./dec. 2002.
78. Rosa, D. A. et al. Mood changes after maximal exercise testing in subjects with symptoms of exercise dependence. *Perceptual and Motor Skills, Missoula*, v. 99, n. 1, p. 341-353, aug. 2004.
79. Modolo, V. B. et al. Negative addiction to exercise: are there differences between genders? *Clinics, São Paulo*, v. 66, n. 2, p. 255-260, oct. 2011.
80. Cooper, F.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., and Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, (4), 485-494.
81. Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Bohr, Y., & Garfinkel P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
82. Collins E., Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, Vo. 10, Issue 2 p. 199-208, March 1991

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης: Αξιολόγηση της προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενούς διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών σε συστηματικά αθλούμενους πληθυσμούς.

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της συχνότητας προδιάθεσης εμφάνισης ψυχογενών διατροφικών διαταραχών σε πληθυσμούς που εκτελούν συστηματική φυσική δραστηριότητα υψηλής έντασης.

Επιμέρους Στόχοι:

- Διερεύνηση του βαθμού διαστρέβλωσης της εικόνας σώματος των συμμετεχόντων με την χρήση του ερωτηματολογίου BSQ-34 (Body Shape Questionnaire-34).
- Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων και ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.
- Διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των ανθρωπομετρικών δεικτών και της εικόνας σώματος του δείγματος με την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών λήψης τροφής.

Συγκατάθεση Συμμετοχής:

Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε. Σας βεβαιώνουμε πως θα κρατηθεί μια άκρως εμπιστευτική στάση όσον αφορά την συλλογή, επεξεργασία και δημοσίευση των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για ερευνητικούς σκοπούς. Τα συμπεράσματα τα οποία θα προκύψουν με το πέρασμα της μελέτης θα είναι στην διάθεση οποιουδήποτε ενδιαφερόμενου.

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας, η υπογραφή σας παρακάτω αποδεικνύει ότι όλη η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την συναίνεση σας.

Εγώ, ο/η υπογραφομένος/η, κατανοώ τις παραπάνω εξηγήσεις και συμφωνώ στην εθελοντική συμμετοχή μου στη μελέτη αυτή.

Υπογραφή συμμετέχων/ουσα

Ημερομηνία:

Παρακαλώ μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις ή απορίες έχετε όσον αφορά τη φύση της έρευνας στο τηλέφωνο: 6977 250 237 και e-mail:

blaxosxr@gmail.com

Χρήστος Βλάχος, Διαιτολόγος Διατροφολόγος

Μεταπτυχιακός Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κωνσταντίνος Μπονώτης

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

email: kbonotis@med.uth.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΩΝΥΜΟ- ΑΠΟΡΡΗΤΟ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία: _____ ετών
3. Βάρος (κιλά) : _____ κιλά
4. Ύψος: _____ εκατοστά
5. Ποσοστό σωματικού λίπους % _____
6. Νομός Διαμονής _____ Δήμος/Κοινότητα _____
7. Ποια είναι η παρούσα οικογενειακή σας κατάσταση;
- α) Άγαμος/η β) Έγγαμος/η γ) Διαζευγμένος/η
- δ) Χήρα/ος
8. Έχετε παιδιά Ναι Όχι
- (Αν ναι) Αριθμός Παιδιών _____
9. Ποια βαθμίδα εκπαίδευσης έχετε τελειώσει;
- α) Δεν πήγα καθόλου σχολείο
β) Δημοτικό
γ) Γυμνάσιο
δ) Λύκειο
ε) Σχολή ιδιωτική ή δημόσια διετούς εκπαίδευσης (ΙΕΚ)
ζ) ΑΕΙ-ΤΕΙ
η) Μεταπτυχιακές σπουδές

10. Παρακαλώ αναφέρετε το επάγγελμά σας

11. Τον τελευταίο χρόνο είχατε κάποια αυξομείωση του συνηθισμένου βάρους σας;

Αύξηση προσδιορίστε κιλά _____

Καμία αλλαγή

Μείωση προσδιορίστε κιλά _____

12. Η φυσική δραστηριότητα (περπάτημα, τρέξιμο, βάρη κτλ) αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς σας;

ναι

όχι

αν ναι προσδιορίστε το είδος, την συχνότητα/εβδομάδα και πόση ώρα την ημέρα

13. Ποιο είναι το υψηλότερο βάρος που έχετε φτάσει _____ (και σε ποια ηλικία);

14. Ποιο είναι το χαμηλότερο βάρος που έχετε φτάσει _____ (και σε ποια ηλικία);

15. Το νούμερο που δείχνει η ζυγαριά σου επηρεάζει την διάθεση σου και τον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό σου όλη την ημέρα;

Ναι

Όχι

16. Πόσες φορές έχεις κάνει δίαιτα στο παρελθόν;

1 φορά 2-3 φορές 4-5 φορές >6 φορές Ποτέ

17. Τους τελευταίους 6 μήνες, έχεις κάνει υπερφαγικό επεισόδιο (μεγαλύτερη ποσότητα τροφής από το φυσιολογικό) όπου αισθάνεσαι ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;

Ποτέ < 1 φορά τον μήνα 2-3 φορές τον μήνα

1 φορά την εβδομάδα 2-6 φορές την εβδομάδα ≥ 1 φορά την ημέρα

18. Ασκείσαι για περισσότερα από 60 λεπτά την ημέρα με στόχο να χάσεις κιλά ή να ελέγξεις το βάρος σου;

Ποτέ < 1 φορά τον μήνα 2-3 φορές τον μήνα

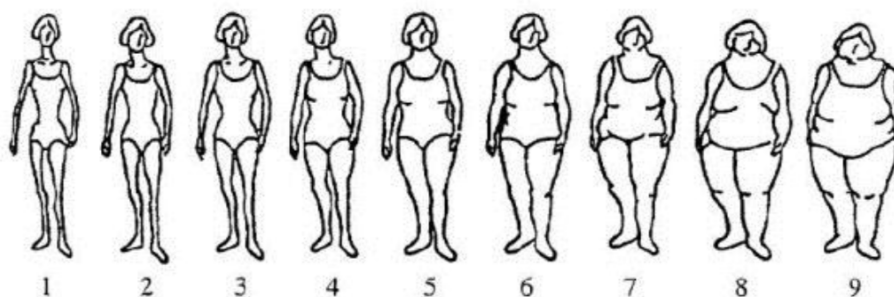
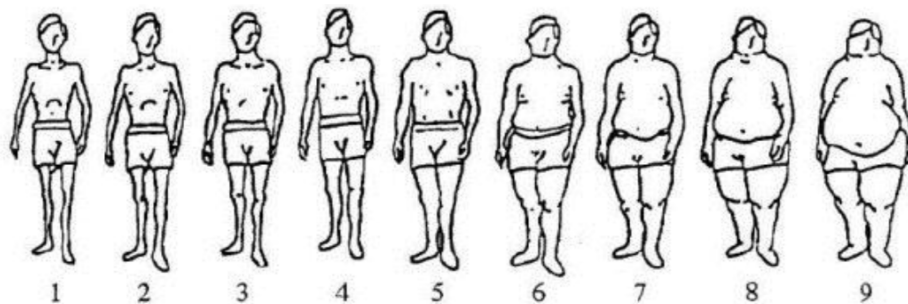
1 φορά την εβδομάδα 2-6 φορές την εβδομάδα ≥ 1 φορά την ημέρα

19. Υπήρξατε υπέρβαρος ή παχύσαρκος κατά την παιδική ηλικία;

Ναι Όχι

Κλίμακα αξιολόγησης εικόνας σώματος (Body-Image Assessment Scale)

Παρατήρησε τις φιγούρες (πάνω οι άνδρες, κάτω οι γυναίκες) και επέλεξε αυτή που θεωρείς ότι αντιστοιχεί στο δικό σου σώμα.



Ερωτηματολόγιο BSQ-34 (Body Shape Questionnaire)

Θα θέλαμε να μάθουμε το πως ένιωθες για την εμφάνισή σου τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Παρακαλούμε, συμπλήρωσε όλες τις ερωτήσεις του παρακάτω ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες:						
1. Το να αισθάνεσαι ότι βαριέσαι, σου δημιουργούσε μελαγχολικές σκέψεις για το σχήμα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
2. Ανησύχησες τόσο πολύ για το σώμα σου ώστε ένιωθες ότι θα έπρεπε να κάνεις δίαιτα;	1	2	3	4	5	6
3. Σκέφτηκες ότι οι μηροί, η περιφέρεια ή τα οπίσθιά, σου είναι πολύ μεγάλα (παχιά-παχύς) σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
4. Φοβήθηκες ότι θα μπορούσες να γίνεις παχιά/ύς (ή παχύτερη/ος);	1	2	3	4	5	6
5. Ανησύχησες ότι το σώμα σου δεν είναι αρκετά σφιχτό;	1	2	3	4	5	6
6. Το ότι ένιωθες φουσκωμένη/ος (π.χ αφού είχες φάει ένα μεγάλο γεύμα) σε έκανε να νιώσεις παχιά/ύς;	1	2	3	4	5	6
7. Ένωσες τόσο άσχημα για το σχήμα του σώματός σου ώστε έκλαψες;	1	2	3	4	5	6
8. Απέφυγες να τρέξεις επειδή το σώμα σου θα μπορούσε να ταλαντεύεται; (να κουνιέται πάνω κάτω)	1	2	3	4	5	6
9. Το να είσαι με αδύνατες/ους γυναίκες/άνδρες σε έκανε να νιώσεις άβολα με το σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
10. Ανησύχησες ότι οι μηροί σου «ξεχειλίζουν» όταν κάθεσαι;	1	2	3	4	5	6
11. Το να φας ακόμη και μια μικρή ποσότητα τροφής σε έκανε να νιώσεις παχιά/ύς;	1	2	3	4	5	6
12. Πρόσεξες το σώμα άλλων γυναικών/ ανδρών και ένιωσες ότι το δικό σου σχήμα σώματος ήταν συγκριτικά χειρότερο;	1	2	3	4	5	6
13. Το να σκέφτεσαι το σώμα σου παρενέβη στην ικανότητά σου να συγκεντρώνεσαι (π.χ. ενώ βλέπεις τηλεόραση, διαβάζεις, ακούς μια συζήτηση);	1	2	3	4	5	6
14. Το να είσαι γυμνή/ος, όπως όταν κάνεις μπάνιο, σε έκανε να νιώσεις παχιά/ύς;	1	2	3	4	5	6
15. Απέφυγες να φορέσεις ρούχα τα οποία διαγράφουν το σχήμα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
16. Φαντάστηκες να αφαιρείς κομμάτια από διάφορες περιοχές του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
17. Το να τρως γλυκά, κέικ ή άλλες τροφές υψηλών θερμίδων σε έκανε να νιώσεις παχιά/ύς;	1	2	3	4	5	6
18. Έχεις αποφύγει κοινωνικές εκδηλώσεις (π.χ. πάρτυ) επειδή ένιωσες άσχημα για το σχήμα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6

19. Ένωσες υπερβολικά μεγαλόσωμη/ος και στρογγυλεμένη/ος;	1	2	3	4	5	6
20. Ένωσες ντροπή για το σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
21. Η ανησυχία για το σώμα σου σε ανάγκασε να κάνεις δίαιτα;	1	2	3	4	5	6
22. Ένωσες πάρα πολύ χαρούμενη/ος με το σώμα σου όταν το στομάχι σου ήταν άδειο (π.χ. το πρωί);	1	2	3	4	5	6
23. Σκέφτηκες ότι έχεις το σώμα που έχεις επειδή σου λείπει ο αυτό-έλεγχος;	1	2	3	4	5	6
24. Ανησύχησες μήπως οι άλλοι θα δουν “σωσίβιο” λίπους γύρω από τη μέση ή το στομάχι σου;	1	2	3	4	5	6
25. Ένωσες ότι δεν είναι δίκαιο το ότι άλλες γυναίκες / άνδρες είναι πιο αδύνατοι από εσένα;	1	2	3	4	5	6
26. Έκανες εμετό με σκοπό να νιώσεις πιο αδύνατη/ος;	1	2	3	4	5	6
27. Όταν ήσουν με παρέα ανησύχησες ότι καταλαμβάνεις πάρα πολύ χώρο (π.χ. όταν κάθεται σε ένα καναπέ ή σε μια θέση λεωφορείου);	1	2	3	4	5	6
28. Ανησύχησες ότι η σάρκα σου κάνει «λακκούβες»;	1	2	3	4	5	6
29. Το να δεις το είδωλό σου (π.χ. σε ένα καθρέφτη ή βιτρίνα καταστήματος) σε έκανε να νιώσεις άσχημα για το σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
30. Τσίμπησες με τα δάκτυλά σου σημεία το σώματός σου για να δεις πόσο λίπος υπάρχει;	1	2	3	4	5	6
31. Απέφυγες καταστάσεις όπου οι άλλοι θα μπορούσαν να δουν το σώμα σου (π.χ. κοινόχρηστα αποδυτήρια ή πισίνες);	1	2	3	4	5	6
32. Πήρες καθαρτικά με σκοπό να νιώσεις πιο αδύνατη/ος;	1	2	3	4	5	6
33. Ένωσες άβολα με το σχήμα του σώματός σου συγκεκριμένα όταν βρέθηκες με παρέα;						
34. Η ανησυχία για το σώμα σου σε έκανε να νιώσεις ότι θα έπρεπε να γυμναστείς;	1	2	3	4	5	6

Ερωτηματολόγιο EAT-26 (Eating Attitudes Test)

Παρακαλούμε συμπλήρωσε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, σημειώνοντας τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζετε την αντίστοιχη συμπεριφορά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Σκορ
1. Τρομάζω στην ιδέα του να είμαι υπέρβαρη-ος	3	2	1	0	0	0	
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω	3	2	1	0	0	0	
3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού	3	2	1	0	0	0	
4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω	3	2	1	0	0	0	
5. Τεμαχίζω (κόβω) το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια	3	2	1	0	0	0	
6. Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω	3	2	1	0	0	0	
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, μακαρόνια κλπ)	3	2	1	0	0	0	
8. Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο	3	2	1	0	0	0	
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό	3	2	1	0	0	0	
10. Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει	3	2	1	0	0	0	
11. Με απασχολεί η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη-ος	3	2	1	0	0	0	
12. Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω»	3	2	1	0	0	0	
13. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατη-ος	3	2	1	0	0	0	
14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω πολύ λίπος στο σώμα μου	3	2	1	0	0	0	
15. Μου παίρνει πιο πολύ χρόνο από τους άλλους να τελειώσω τα γεύματά μου	3	2	1	0	0	0	
16. Αποφεύγω τα τρόφιμα που έχουν ζάχαρη	3	2	1	0	0	0	
17. Τρώω τρόφιμα «διαίτης» (light)	3	2	1	0	0	0	
18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου	3	2	1	0	0	0	
19. Έχω αυτοέλεγχο σε σχέση με το φαγητό	3	2	1	0	0	0	
20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω	3	2	1	0	0	0	
21. Αφιερώνω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό	3	2	1	0	0	0	
22. Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά	3	2	1	0	0	0	
23. Κάνω συστηματικά δίαιτα	3	2	1	0	0	0	
24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι	3	2	1	0	0	0	
25. Έχω την επιθυμία να κάνω εμετό μετά το φαγητό	3	2	1	0	0	0	
26. Μου αρέσει να δοκιμάζω νέα τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες	0	0	0	1	2	3	
Συνολικό σκορ:							