

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ψυχοσυμπεριφορική Αντιμετώπιση στη Διαχείριση Απώλειας Βάρους

Της φοιτήτριας: Μηλιώτη Αλεξάνδρα

Επιβλέπων καθηγήτρια: Κομνηνού Δέσποινα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	4
Εισαγωγή	8
Θεωρητικό Μέρος	
1. ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	11
1.1. Ατομικοί Παράγοντες	13
1.2 Γενετικοί Παράγοντες	14
1.3 Ψυχολογικές Καταστάσεις	15
1.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου	16
1.5 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	17
2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	18
2.1 Διαταραχή Εικόνας Σώματος	19
2.2 Νευρική Ανорεξία	20
2.3 Νευρική Βουλμία	21
2.4 Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας	21
2.5 Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας	22
3. ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ	23
3.1 Διατροφή Και Άσκηση	24
3.2 Φαρμακευτική Αγωγή και Βαριατρικές Επεμβάσεις	27
3.3 Ψυχολογική και Συμπεριφορική Αντιμετώπιση - Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία	28
4. ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	29
4.1 Περιγραφή του μοντέλου	29
4.2 Στάδια Αλλαγής	30
4.3 Διαδικασίες Αλλαγής	32

4.4 Μοντέλο Ισορροπίας Λήψης Αποφάσεων	34
4.5 Αυτό-αποτελεσματικότητα	35
4.6 Αυτό-εκτίμηση	38
4.7 Αλεξιθυμία	40
4.8 Κινητήρια Συνέντευξη - Κίνητρο για την αλλαγή	41

Ερευνητικό Μέρος

5. ΜΕΘΟΔΟΣ	44
5.1 Σκοπός	44
5.2 Μεθοδολογία	44
5.3 Διαδικασία	45
5.4 Ομάδες Παρέμβασης	46
5.5 Ανάλυση Ερωτηματολογίου	46
5.6 Ανθρωπομετρικά Στοιχεία	47
5.7 Στατιστική Ανάλυση	48
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	51
6.1 Περιγραφικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία	51
6.2 Ομάδες Παρέμβασης	56
6.3 Συγκεντρωτικά Ανθρωπομετρικά Στοιχεία	60
6.4 Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης	64
6.5 Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης	68
6.6 Ομάδα Ελέγχου	72
6.7 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το ΔΜΣ	76
6.8 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το Ποσοστό Σωματικού Λίπους	78
6.9 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους	80
6.10 Σύγκριση της Αυτόεκτίμησης μεταξύ των Ομάδων Χαμηλής και Υψηλής Συμμόρφωσης	82

6.11 Σύγκριση της Αυτό-αποτελεσματικότητας μεταξύ των Ομάδων Χαμηλής και Υψηλής Συμμόρφωσης 85

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ 88

Παράρτημα 91

Βιβλιογραφία 130

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αυξανόμενη επικράτηση της παχυσαρκίας υπογραμμίζει την ανάγκη για τεκμηριωμένες και στοχευμένες παρεμβάσεις για τη διαχείριση βάρους που να μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλο τον πληθυσμό. Η χρήση της ψυχοσυμπεριφορικής παρέμβασης με τη μορφή του Διαθεωρητικού Μοντέλου, σε συνδυασμό με την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την αλλαγή των διατροφικών συμπεριφορών.

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της ψυχοσυμπεριφορικής παρέμβασης στη διαχείριση της απώλειας βάρους, χρησιμοποιώντας ως δείκτες την αυτο-αποτελεσματικότητα και την αυτοεκτίμηση σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα.

Μέθοδος: Υπέρβαροι και Παχύσαρκοι ενήλικες ($n=175$; $\Delta\text{M}\Sigma$ $33,2 \text{ Kg/m}^2$), χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (Ομάδα Ελέγχου, Χαμηλής Συμμόρφωσης και Υψηλής Συμμόρφωσης). Με το ψυχομετρικό ερωτηματολόγιο 'Motivation Profiler', υπολογίστηκε το στάδιο αλλαγής, το σκορ αυτοεκτίμησης και το σκορ αυτό-αποτελεσματικότητας του κάθε ατόμου από τις ομάδες Χαμηλής και Υψηλής Συμμόρφωσης. Επιπρόσθετα, έγιναν και οι απαραίτητες σωματομετρήσεις με τον λιπομετρητή TANITA BC-418 MA. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με το Microsoft Excel 2010 και το IBM SPSS STATISTICS V.20.

Αποτελέσματα: Η ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης σημείωσε στατιστικά σημαντική αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας ($p<0,01$) δίχως παράλληλη αύξηση της αυτοεκτίμησης ($p=0,631$). Ενώ, η σημαντικά αυξημένη αυτοεκτίμηση ($p=0,025$) της ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης, σε σχέση με την ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης στην αρχή της παρέμβασης, φαίνεται να συνέβαλε στη χαμηλή προσκόλληση στην ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση. Η ελάττωση που παρατηρήθηκε στις ανθρωπομετρικές παραμέτρους που μελετήθηκαν ($\Delta\text{M}\Sigma$, Ποσοστό Σωματικού Λίπους και Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους) σε όλες τις

ομάδες διατροφικής παρέμβασης, με ή χωρίς ψυχοσυμπεριφορική διαχείριση, δεν έδειξε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων.

Συμπεράσματα: Η ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση στην διαχείριση της απώλειας βάρους, φαίνεται να ενισχύει την αυτό-αποτελεσματικότητα, ενώ η αυτοεκτίμηση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα, ο οποίος συμβάλλει στο βαθμό της συμμόρφωσης. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση της αυτοεκτίμησης ούτως ώστε να ευνοήσει το βαθμό της συμμόρφωσης, που θα οδηγήσει στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Περαιτέρω έρευνες προτείνεται να γίνουν με ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση της αυτοεκτίμησης, με στόχο το συναρμονισμό αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας για την καλύτερη έκβαση της παρέμβασης.

Λέξεις – Κλειδιά: Αυτοεκτίμηση, Αυτό-αποτελεσματικότητα, Διαθεωρητικό Μοντέλο, Διατροφική Συμπεριφορά, Ψυχοσυμπεριφορική Παρέμβαση

ABSTRACT

Introduction: The increasing prevalence of obesity underlines the need for well-documented and targeted weight-management interventions that can be applied to the entire population. The use of psycho-behavioral intervention in the form of the Transtheoretical Model, in combination with an assessment of self-esteem and self-efficacy, can be the basis for changing eating habits.

Aim of Study: To investigate the role of psycho-behavioral intervention in managing weight loss, using specifically well designed psychometric tools such as self-efficacy and self-esteem in overweight and obese individuals.

Method: Overweight and obese adults (n = 175; BMI 33.2 Kg / m²) were divided into three groups (Control Group, Low Compliance and High Compliance). With the 'Motivation Profiler' psychometric questionnaire, the stage of change, the self-esteem score and the self-efficacy score of each individual in the Low and High Compliance teams were calculated. Additionally, the somatic measurements were taken with the TANITA BC-418 MA. Statistical analysis of the data was done with Microsoft Excel 2010 and IBM SPSS STATISTICS V.20.

Results: The High Compliance team reported a statistically significant increase in self-efficacy (p <0.01) without a parallel increase in self-esteem (p =0,631). While the significantly increased self-esteem (p = 0.025) of the Low Compliance Group, compared to the High Compliance team at the beginning of the intervention, appears to have contributed to low attachment to psycho-behavioral intervention. The decrease observed in the anthropometric parameters studied (BMI, Body Fat Percentage and Visceral Fat Level) in all diet intervention groups, with or without psycho-behavioral management, showed no statistically significant difference between the three groups.

Conclusions: Psycho-behavioral intervention in managing weight loss seems to enhance self-efficacy, while self-esteem is an independent factor contributing

to the degree of compliance. Therefore, it seems important to emphasize on managing self-esteem in order to promote compliance, which will subsequently increase self-efficacy. Further research is proposed with particular emphasis on the management of self-esteem in order to produce a synergistic effect along with self-efficacy for a better outcome of the intervention.

Key Words: Self-esteem, Self-Efficacy, Transtheoretical Model, Nutritional Behavior, Psycho-behavioral Intervention

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας καθώς έχει ήδη προσβάλλει 310 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και τείνει να πάρει διαστάσεις πανδημίας. Παρουσιάζεται ως μια πολυπαραγοντική νόσος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, από το 1984, έχει εντάξει την παχυσαρκία στον κατάλογο των παθήσεων και χαρακτηρίζει την παχυσαρκία «μία από τις σύγχρονες μάστιγες που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού, και χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιποαποθήκες του σώματος». Κύρια αιτία πρόκλησης της παχυσαρκίας θεωρείται η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση. Η αύξηση αυτή μπορεί να επέλθει και εξαιτίας κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Πολλοί έχουν την τάση να καταφεύγουν στις γευστικές απολαύσεις ως μέσο εκτόνωσης από ένα ψυχολογικό ή κοινωνικό stress.

Ο σχεδιασμός μιας κατάλληλης στρατηγικής πρόληψης ικανής να επιφέρει τροποποίηση συμπεριφοράς, προαγωγή σωστής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός σκοπός κάθε κοινωνίας και κυβέρνησης. (Τριγώνη, Δημητράκη & Μελισσάς 2014) (Σαρίδη & Ντόκου 2010)

Το διαθεωρητικό μοντέλο είναι ένα μοντέλο που πραγματεύεται την *αλλαγή* της συμπεριφοράς. Έχει αποτελέσει τη βάση για την κατασκευή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την προώθηση την αλλαγής των συμπεριφορών υγείας (διακοπή των επικίνδυνων και υιοθέτηση προστατευτικών συμπεριφορών). Περιγράφει πώς οι άνθρωποι τροποποιούν μία προβληματική συμπεριφορά ή υιοθετούν μία θετική συμπεριφορά.

Ο dr Prochaska ήταν αυτός που διαπίστωσε ότι αν και μελέτες δείχνουν ότι όλες οι μορφές θεραπείας φαίνεται να βοηθούν ανθρώπους που αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς, κανείς δεν φαίνεται να είναι σε θέση να κατανοήσει το γιατί. Δεν υπήρχε κάποια θεωρία που να μπορεί να καλύψει όλες τις υπόλοιπες και να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι καταφέρνουν να αλλάξουν τη

συμπεριφορά τους. Ο ίδιος καταμέτρησε τουλάχιστον 300 διαφορετικές προσεγγίσεις και ερμηνείες στο χώρο της αλλαγής της συμπεριφοράς.

Η παρατήρηση αυτή οδήγησε τον dr Prochaska και τον συνάδελφό του dr Carlo Di Clemente στο να μελετήσουν τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι επιτυγχάνουν στο να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Ο στόχος τους ήταν να εξετάσουν αν υπήρχαν κάποια κοινά patterns μεταξύ διαφορετικών γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων της σύγχρονης ψυχολογίας. Η ανακάλυψη των κοινών σταδίων και διαδικασιών, αρχικά προέκυψε από σε βάθος συνεντεύξεις με άτομα που κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τον εθισμό τους στη νικοτίνη. Η διατύπωση των σταδίων αλλαγής αποτέλεσε μία καινοτομία στον τρόπο που ο χώρος αντιμετώπιζε την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Το διαθεωρητικό μοντέλο αποτελεί μία προσπάθεια ενοποίησης μιας σειράς θεωριών σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς (για το λόγο αυτό ονομάζεται διαθεωρητικό). Στη θεωρία αυτή υιοθετούνται μία σειρά εννοιών που είναι βασικές σε άλλες θεωρίες. Κεντρική έννοια του μοντέλου είναι αυτή των σταδίων αλλαγής, γύρω από την οποία οργανώνονται όλες οι άλλες έννοιες. Η έννοια αυτή δεν είναι δανεισμένη από άλλη θεωρία. Επιπλέον, το μοντέλο περιλαμβάνει μία σειρά εννοιών που λειτουργούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, οι οποίες ονομάζονται διαδικασίες αλλαγής (οι οποίες προκαλούν την αλλαγή, δηλαδή την μετακίνηση από το ένα στάδιο στο άλλο). Οι έννοιες αυτές προέρχονται από μοντέλα ψυχοθεραπείας. Πρόκειται για δέκα γνωστικές και συμπεριφορικές ενέργειες που διευκολύνουν την αλλαγή. Το μοντέλο περιγράφει επίσης και μία σειρά εννοιών που αποτελούν εξαρτημένες μεταβλητές, δηλαδή την ισορροπία απόφασης (ζύγισμα υπέρ/κατά) και η αυτό-αποτελεσματικότητα (αυτοπεποίθηση και πειρασμός).

Η θεωρία έχει να κάνει με συναισθήματα, γνωστικές επιδράσεις, και τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα σε μεγάλο βαθμό η μέτρηση των σημαντικών εννοιών να βασίζεται σε μεθόδους αυτοαναφοράς. Κατά συνέπεια., ζητήματα μέτρησης είναι πολύ σημαντικά για την εφαρμογή του μοντέλου και η κατασκευή

σύντομων, αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησης αποτελεί ένα κρίσιμο βήμα στην εφαρμογή της θεωρίας.

Η ποιότητα της υγείας του ανθρώπου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις συνήθειες του τρόπου ζωής του. Με την άσκηση ελέγχου στις συνήθειες υγείας οι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν περισσότερο υγιείς και να καθυστερήσουν την διαδικασία της γήρανσης. Η άσκηση, η μείωση του διαιτητικού λίπους, η αποχή από το κάπνισμα, η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης χαμηλά και η ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων προσφέρουν τεράστια οφέλη για την υγεία. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική αλλαγή στην αντίληψη για την ανθρώπινη υγεία και ασθένεια από ένα μοντέλο ασθένειας σε ένα μοντέλο για την υγεία. Είναι εξίσου σημαντικό να μιλήσουμε για τα επίπεδα ζωτικότητας όσο και για τον βαθμό απομείωσης. Το μοντέλο υγείας, ως εκ τούτου, εστιάζει στην προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών. Η αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας παίζει βασικό ρόλο στην αυτο-διαχείριση των συνηθειών που ενισχύουν την υγεία και εκείνων που τη βλάπτουν.

Η αυτό-αποτελεσματικότητα ασχολείται με τις πεπαιθήσεις των ανθρώπων για τις δυνατότητές τους να ασκούν έλεγχο επί τη δική τους λειτουργία και πάνω στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Τέτοιες πεπαιθήσεις επηρεάζουν ποιά μαθήματα δράσης οι άνθρωποι θα ακολουθήσουν, τους στόχους που θέτουν για τους εαυτούς τους, τις δεσμεύσεις τους, την πόση προσπάθεια βάζουν, τον πόσο καιρό θα επιμείνουν τα εμπόδια και τις αποτυχίες, την ανθεκτικότητα στις αντιξοότητες, το αν τα πρότυπα σκέψης τους είναι παρεμποδιστικά ή υποβοηθητικά, το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν στην αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών απαιτήσεων και το επίπεδο των επιτευγμάτων που συνειδητοποιούν.

Το διαθεωρητικό μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε ένα εύρος συμπεριφορών, όπως διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση φυσικής άσκησης, διατροφή με χαμηλά λιπαρά, έλεγχος για ραδόνιο, κατάχρηση αλκοόλ, έλεγχος βάρους, χρήση προφυλακτικού, χρήση αντηλιακού για την πρόληψη του καρκίνου του

δέρματος, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, μαστογραφία, οργανωτική αλλαγή, διαχείριση στρες. (Velicer et al. 1998)

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να κατανοήσουμε το ψυχοσυμπεριφορικό προφίλ των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στη διαχείριση της απώλειας βάρους. Η παρουσία ψυχολογικών διαταραχών, που είναι βαθιά ριζωμένες στο υποσυνείδητο των ασθενών, η έλλειψη κινήτρων και αισθήματος αυτό-αποτελεσματικότητας οδηγούν σε ανεπαρκή απώλεια βάρους ή σε αδυναμία διατήρησης αυτής της απώλειας. Τα διατροφικά πρότυπα αυτών των ασθενών, είναι σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο, οι συμπεριφορές που πρέπει σταδιακά να αλλάξουν για μια πιο υγιή ζωή και για την καταπολέμηση προβλημάτων όπως η παχυσαρκία.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας ενεργειακής ανισορροπίας μεταξύ των θερμίδων που προσλαμβάνονται και των θερμίδων που καταναλώνονται, δημιουργώντας ένα πλεόνασμα ενέργειας και μια κατάσταση θετικού ενεργειακού ισοζυγίου που οδηγεί σε υπερβολικό σωματικό βάρος. Αυτή η ενεργειακή ανισορροπία είναι εν μέρει αποτέλεσμα σοβαρών κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών σε επίπεδα πολύ πέρα από τον έλεγχο οποιουδήποτε ατόμου. Αυτές οι "ογκογενείς" αλλαγές - η οικονομική ανάπτυξη, η αυξανόμενη διαθεσιμότητα άφθονων, φθηνών και συχνά φτωχών σε θρεπτική αξία τροφίμων, η εκβιομηχάνιση, οι μηχανοκίνητες μεταφορές, η αστικοποίηση - εμφανίζονται στις χώρες υψηλού εισοδήματος από τις αρχές του 20ου αιώνα και σήμερα αυτές οι δυνάμεις επιταχύνονται στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Οι κληρονομικοί παράγοντες -η γενετική, το οικογενειακό ιστορικό, οι

φυλετικές / εθνοτικές διαφορές- και ο ιδιαίτερος κοινωνικοοικονομικός και κοινωνικοπολιτιστικός κόσμος μας έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν επίσης, τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Έτσι, ενώ η ρύθμιση του σωματικού βάρους είναι και πρέπει να θεωρηθεί ως μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ περιβαλλοντικών, κοινωνικοοικονομικών και γενετικών παραγόντων, τελικά, οι προσωπικές συμπεριφορές ως απάντηση σε αυτές τις συνθήκες συνεχίζουν να διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Είναι σημαντικό ότι εκτός από τη γενετική, κάθε παράγοντας κινδύνου που συζητείται παρακάτω, είναι τροποποιήσιμος. (Hruby & B. Hu 2015)

Παράγοντες κινδύνου

Ατομικοί

- Ενεργειακή κατανάλωση που υπερβαίνει τις ενεργειακές ανάγκες
- Πυκνές θερμιδικές επιλογές με ελάχιστα θρεπτικά συστατικά (π.χ. ζαχαρούχα ποτά)
- Χαμηλή σωματική δραστηριότητα
- Καθιστική ζωή
- Λίγος ή υπερβολικός ύπνος
- Γενετικοί Παράγοντες
- Προ- και περιγεννητικές εκθέσεις
- Ορισμένες ασθένειες (π.χ., ασθένεια του Cushing)
- Ψυχολογικές καταστάσεις (π.χ. κατάθλιψη, στρες)
- Ειδικά φάρμακα (π.χ. στεροειδή)

Κοινωνικοοικονομικοί

- Χαμηλή εκπαίδευση
- Φτώχεια
- Περιβάλλον
- Έλλειψη πρόσβασης σε πόρους φυσικής δραστηριότητας
- Γεωγραφικές περιοχές με ελάχιστη έως καθόλου πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα, όπως φρέσκα προϊόντα / παντοπωλεία
- Ιοί

- ο Παχύσαρκοι κοινωνικοί δεσμοί

1.1. Ατομικοί Παράγοντες

Διατροφή

Στις δεκαετίες που προηγήθηκαν του 21ου αιώνα, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου της παχυσαρκίας επικεντρώθηκε σε ατομικές, σε μεγάλο βαθμό τροποποιήσιμες, συμπεριφορές. Ο ρόλος της διατροφής και της σωματικής άσκησης για τον μετριασμό του κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας και για τη μείωση της επικρατούσας παχυσαρκίας έχει λάβει την μέγιστη προσοχή. Η θερμιδική πρόσληψη και η δαπάνη που απαιτούνται για τη διατήρηση του σωματικού βάρους ή την υγιή ανάπτυξη έχουν ιστορικά ληφθεί στο επίκεντρο και ο θερμικός περιορισμός παραμένει σήμερα πρωταρχικός στόχος των πιο δημοφιλών και κλινικών προσεγγίσεων για τη διαχείριση βάρους και απώλειας βάρους. (Hruby & B. Hu 2015)

Ο υποσιτισμός στα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρείται ότι παίζει κάποιο ρόλο στην αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ενδοκρινικές μεταβολές που πραγματοποιούνται στον οργανισμό σε περιόδους υποσιτισμού, μπορεί να προωθούν την αποθήκευση λίπους σε περιπτώσεις ύπαρξης περισσότερης ενέργειας μέσω της τροφής. (Caballero 2001)

Καθώς οι κοινωνίες εξαρτώνται όλο και περισσότερο από ενεργειακά πυκνά τρόφιμα, μεγάλες μερίδες και γεύματα φαστ-φουντ, η σχέση μεταξύ κατανάλωσης φαστ-φουντ και παχυσαρκίας γίνεται όλο και πιο στενή. (Rosenheck 2008)

Η ευρεία διαθεσιμότητα διατροφικών κατευθυντήριων οδηγιών ελάχιστα κατάφερε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υπερκατανάλωσης τροφής και των κακών διατροφικών επιλογών. (Marantz, Bird & Alderman, 2008)

Φυσική δραστηριότητα, καθιστική συμπεριφορά και ύπνος

Οι προσωπικές συμπεριφορές πέρα από τη διατροφή (σωματική δραστηριότητα, ύπνος, καθιστική ζωή και χρόνος στην οθόνη, άγχος) έχουν επίσης ανεξάρτητα συνδεθεί με την αλλαγή στο βάρος. Σε συνδυασμό με τη διατροφή, αυτά τα στοιχεία έχουν συνεργιστικές και πιθανές σωρευτικές επιδράσεις στην ικανότητα ενός ατόμου να διατηρεί ή να αποκτά ένα υγιές σωματικό βάρος κατά τη διάρκεια της πορείας ζωής. Τα πρόσφατα αναθεωρημένα στοιχεία από τυχαιοποιημένες δοκιμές και μελέτες παρατήρησης υποστηρίζουν τις συστάσεις των ΗΠΑ για τη διαχείριση βάρους του 2008, που δείχνουν σταθερά ότι γενικά απαιτούνται 150-250 λεπτά ανά εβδομάδα μέτριας έντασης για την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους ή για την ενίσχυση της απώλειας βάρους όταν συνοδεύεται από διαιτητικό περιορισμό. Η δραστηριότητα (> 250 λεπτά την εβδομάδα) συνδέεται με την απώλεια βάρους και τη συντήρηση βάρους μετά την απώλεια βάρους. Δραστηριότητες που περιλαμβάνουν καθιστική στάση, αλλά οι οποίες δεν είναι πραγματικά ξεκούραστες συμπεριφορές, όπως η λήψη λιγότερων από 6 ή περισσότερων από 8 ωρών ύπνου σε ενήλικες και εφήβους ή <10-11 ώρες ύπνου σε παιδιά, προβολή τηλεόρασης ή προβολή οθόνης και άλλες ώρες αναψυχής σε καθιστική θέση σχετίζονται επίσης με την αύξηση του σωματικού βάρους. (Hruby & B. Hu, 2015)

1.2 Γενετικοί Παράγοντες

Όπως συμβαίνει και με άλλα προβλήματα υγείας, η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο πολυμορφισμός διαφόρων γονιδίων, τα οποία ελέγχουν την όρεξη και το μεταβολισμό, προδιαθέτει για παχυσαρκία, όταν υπάρχει αρκετή, μέσω της τροφής, ενέργεια. Έχει βρεθεί ότι άτομα με δύο αντίγραφα του γονιδίου FTO (fat mass and obesity associated gene), δηλαδή το γονίδιο σχετιζόμενο με τη λιπώδη μάζα και την παχυσαρκία, ζυγίζουν περίπου 3–4 κιλά περισσότερο και διατρέχουν κατά 1,67 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν παχυσαρκία σε

σύγκριση με εκείνους χωρίς την παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου. (Loos & Bouchard 2008)

1.3 Ψυχολογικές Καταστάσεις

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες άγχους μπορούν να περιλαμβάνουν τόσο τα γεγονότα και τις συνθήκες σε επίπεδο οικιακού όσο και ατομικού επιπέδου. Τα γεγονότα και οι συνθήκες στο επίπεδο του σπιτιού περιλαμβάνουν το διαζύγιο, την κακή γονική ποιότητα, την κακή ψυχική υγεία των γονέων, τις χρόνιες φυσικές καταστάσεις υγείας των μελών της οικογένειας, την ενδοοικογενειακή βία, την κακοποίηση παιδιών και τη γενική συγγένεια μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι εκδηλώσεις και οι συνθήκες στο επίπεδο του ατόμου περιλαμβάνουν τη συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές και την κακή ψυχική υγεία. Και στις δύο περιπτώσεις, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες άγχους αποτελούν εμπόδιο στις ψυχικές και σωματικές ικανότητες ενός ατόμου. Η κατανόηση του αντίκτυπου των στρεσογόνων παραγόντων στην ανάπτυξη των παιδιών, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα παιδιά που μεγαλώνουν σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, καθώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες άγχους είναι συχνότεροι σε όσους ζουν στη φτώχεια. (Gundersen et al. 2011)

Το άγχος και η θεωρούμενη χαμηλή κοινωνική θέση φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για παχυσαρκία. Η επίδραση του καπνίσματος στο βάρος ενός ατόμου είναι σημαντική. Οι άνδρες που διακόπτουν το κάπνισμα παίρνουν κατά μέσο όρο 4.4 κιλά σε διάστημα δέκα ετών, ενώ οι γυναίκες 5.0 κιλά. (Flegal et al. 1995)

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα άτομα με υπερβολικό βάρος συχνά στιγματίζονται και, ως εκ τούτου, δεν είναι ασυνήθιστο για όσους είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι να εμφανίζουν σημάδια δυσφορίας, άγχους ή κατάθλιψης. (Jeffers et al. 2013)

1.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου

Εισόδημα και εκπαίδευση

Το εισόδημα είχε έναν μεταβαλλόμενο ρόλο στον κίνδυνο παχυσαρκίας τον περασμένο αιώνα. Μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, οι ΗΠΑ και η Ευρώπη θα μπορούσαν να συνδέσουν τον πλούτο άμεσα με την παχυσαρκία - όσο πλουσιότερο το άτομο, τόσο πιο πιθανό να είναι υπέρβαρο. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες, ίσως λόγω της αφθονίας των φθηνών και εξαιρετικά διαθέσιμων τροφίμων, σε συνδυασμό με την αλλαγή των κοινωνικοπολιτιστικών κανόνων, ο σύνδεσμος αυτός έχει ανατραπεί. Σήμερα, ο πλούτος τείνει να αντιστρατεύεται αντιστρόφως με την παχυσαρκία και είναι εκείνοι που βρίσκονται κάτω από το επίπεδο της φτώχειας που φαίνεται να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας.

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων όσον αφορά την κατάσταση του εισοδήματος και την παχυσαρκία, και ιδίως την αντιστροφή της τάσης στους άνδρες, μπορεί εν μέρει να οφείλονται σε χαμηλόμισθες θέσεις εργασίας που συνήθως συνεπάγονται περισσότερο απαιτητική εργασία στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Ο ρόλος της εκπαίδευσης είναι επιπλέον πολύ σημαντικός.

Καθώς αυξάνεται ο πλούτος στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, αναμένεται ότι τα πρότυπα της παιδικής παχυσαρκίας θα αρχίσουν να μιμούνται πιο στενά τις χώρες υψηλού εισοδήματος. (Hruby & B. Hu 2015)

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και του ΔΜΣ διαφέρει. Στα ανεπτυγμένα κράτη τα επίπεδα παχυσαρκίας στους ενήλικους και τα ποσοστά υπέρβαρων εφήβων σχετίζονται με την εισοδηματική ανισότητα. Παρόμοια σχέση παρατηρείται σε πολιτείες των ΗΠΑ: ακόμη και σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις, ο αριθμός των παχύσαρκων ενηλίκων είναι στις υποδεέστερες πολιτείες μεγαλύτερος. Πολλές απόψεις έχουν προταθεί για την εξήγηση της σχέσης μεταξύ ΔΜΣ και κοινωνικής τάξης. Θεωρείται ότι οι εύποροι στις

αναπτυγμένες χώρες έχουν την οικονομική ευχέρεια να προμηθεύονται θρεπτικότερες τροφές και ότι η κοινωνική πίεση που δέχονται όσον αφορά τη διατήρηση λεπτής σιλουέτας είναι μεγαλύτερη. Επίσης, έχουν περισσότερες δυνατότητες καθώς και μεγαλύτερες προσδοκίες για τη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης. Στις υποανάπτυκτες χώρες η περιορισμένη οικονομική ευχέρεια για την αγορά τροφίμων, η μεγάλη κατανάλωση ενέργειας μέσω της σωματικής εργασίας και οι κοινωνικές αξίες σύμφωνα με τις οποίες προτιμούνται τα άτομα με αυξημένες σωματικές διαστάσεις, θεωρούνται ότι είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στις καταστάσεις που έχουν παρατηρηθεί. (McLaren 2007)

Κοινωνικός Περίγυρος και ΜΜΕ

Η γενική στάση του περιγύρου ενός ατόμου απέναντι στη σωματική μάζα μπορεί, επίσης, να παίζει ρόλο στην παχυσαρκία. Εκτός αυτού, έχει βρεθεί σχέση στις κατά καιρούς αλλαγές του ΔΜΣ μεταξύ φίλων, συζύγων και αδελφών. (Christakis & Fowler 2007)

Η έρευνα δείχνει ότι ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως η σοβαρή παχυσαρκία μεταξύ των δύο φύλων, το ιστορικό της διατροφής, η αντίληψη του βάρους και η ανησυχία, η διατροφική συγκράτηση και τα προβλήματα με την εικόνα σώματος, δημιουργούν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άλλες ανησυχίες για την ψυχική υγεία. Η δυσαρέσκεια για το σώμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για να εξεταστεί σε σχέση με τις αντιληπτές πιέσεις από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία έχουν όλο και περισσότερο επικεντρωθεί στο λεπτό-ιδανικό για τις γυναίκες και μυϊκή δύναμη για τους άνδρες. (Jeffers et al. 2013)

1.5 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Το περιβάλλον:

Η έρευνα για το περιβάλλον τείνει να επικεντρώνεται σε μερικά μετρήσιμα χαρακτηριστικά των περιοχών, που σχετίζονται με την κατάσταση βάρους. Αυτά

τα χαρακτηριστικά κυμαίνονται από πιο συγκεκριμένους παράγοντες (π.χ. εστιατόρια γρήγορου φαγητού, σούπερ μάρκετ, πάρκα, μεταφορές κ.λπ.) σε παράγοντες με μεγαλύτερη διακύμανση (π.χ., ευελιξία, υγιεινή γειτονιάς). Η αναδυόμενη εικόνα επισημαίνει την υπεροχή των περιοχών που σχετίζονται με τη διατροφή έναντι εκείνων που συνδέονται με τη σωματική δραστηριότητα.

Περιβαλλοντικά «παθογόνα» - ιοί, μικροβιοκτόνα και κοινωνικά δίκτυα:

Οι αυξανόμενες αποδείξεις από μελέτες σε ζώα και ανθρώπους δείχνουν ότι η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε μόλυνση ή ότι η ίδια η παχυσαρκία μπορεί να είναι μια μόλυνση. Οι μολυσματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τους ιούς, τα τρισεκατομμύρια μικροβίων που κατοικούν στο ανθρώπινο έντερο και, φυσικά, τους παχύσαρκους ανθρώπους ως μολυσματικούς παράγοντες οι ίδιοι. (Hruby & B. Hu 2015)

2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με πολλές σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. διαταραχές διάθεσης και άγχους) και ιατρικές νοσηρότητες (π.χ., μη φυσιολογικούς καρδιακούς ρυθμούς, μειωμένη πυκνότητα οστού, διαταραχές ηλεκτρολυτών, βλάβη οδοντικού σμάλτου).

Τα ποσοστά των ασθενών με Νευρική Ανορεξία ή με Νευρική Βουλιμία είναι αρκετά υψηλότερα στους εφήβους και τους νέους σε σχέση με άτομα μέσης ηλικίας (>40 ετών), ενώ οι Κρίσεις Υπερφαγίας, είτε ως Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας, είτε ως Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας είναι πιο συχνές σε άτομα μέσης ηλικίας. (Barak et al. 2015)

2.1 Διαταραχή Εικόνας Σώματος

Ο σχηματισμός της εικόνας του σώματος σε ένα άτομο εμφανίζεται κατά την εφηβεία, αν και τροποποιείται σε όλη τη διάρκεια της μετέπειτα ζωής. Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της γνωστικής και της συναισθηματικής αντιμετώπισης και της “συμπεριφοράς” της φυσιολογικής λειτουργίας του σώματος. Η ανάπτυξη της εικόνας του σώματος είναι εξαιρετικού ενδιαφέροντος, καθώς παρατηρούνται σοβαρές γνωστικές και φυσιολογικές αλλαγές κατά την εφηβεία. Τα παιδιά παίρνουν το 50% το μόνιμου ενήλικου βάρους τους, και συγκεκριμένα τα κορίτσια παρατηρούν αύξηση του λίπους και της περιφέρειας, ενώ επιθυμούν ένα λεπτό σώμα. Αντίθετα, τα αγόρια σε αυτή την ηλικία αναζητούν το ιδανικό του μεγαλόσωμου και μυώδους άνδρα. Γνωστικά, η εφηβεία συνοδεύεται και από αυξημένη ευαισθητοποίηση των κοινωνικών προτύπων και των αξιών γύρω από την εμφάνιση. Παράλληλα, και η παραγωγή γονάδων αυξάνει το σεξουαλικό ενδιαφέρον και οδηγεί σε μεγαλύτερη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος. Μέσα από την ευχαρίστηση για το σώμα, αντλείται αυτό-εκτίμηση. Η χαμηλή αυτό-εκτίμηση είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για τη δυσαρέσκεια του σώματος. Άτομα που θέτουν πολύ υψηλούς στόχους και επιθυμούν την τελειότητα, μπορεί να μην παρατηρήσουν ποτέ το πραγματικό ιδανικό τους σώμα και να είναι μόνιμα απογοητευμένοι.

Οι κοινωνικοί παράγοντες δημιουργούν μη ρεαλιστικά πρότυπα εμφάνισης που πολλές φορές δεν είναι καν εφικτά να πραγματοποιηθούν. Στους έφηβους, σημαντικό ρόλο, παίζουν επίσης οι παρέες των συνομηλίκων τους. Η συμπεριφορά των γονέων και ιδίως της μητέρας απέναντι στο φαγητό, και απέναντι στα παιδιά ως προς το σώμα τους είναι καθοριστική και μπορεί να οδηγήσει σε διαρκή ανάγκη για απώλεια βάρους.

Η δυσαρέσκεια του σώματος δεν συνεπάγεται παθολογικές εκδηλώσεις, ωστόσο αυτές παρουσιάζονται όταν υπάρχουν και διατροφικές διαταραχές. Οι πτυχές της διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος, η χαμηλή αυτό-εκτίμηση και η αυτό-

προοριζόμενη τελειομανία, μπορούν να οδηγήσουν τους εφήβους αλλά και όλους στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. (Carson et al. 2012)

2.2 Νευρική Ανορεξία

Η Νευρική Ανορεξία είναι μια Διατροφική Διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικό χαμηλό σωματικό βάρος μαζί με έντονο φόβο απόκτησης βάρους και διαταραγμένη θεώρηση του βάρους και της εικόνας σώματος, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο. (American Psychiatric Association 2013). Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας όλων των ψυχιατρικών διαταραχών και από εξαιρετικά υψηλά ποσοστά υποτροπής. (Gorwood et al. 2016)

Η απώλεια βάρους στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας επέρχεται και διατηρείται εξαιτίας της ανεπαρκούς λήψης τροφής. Συνήθως αυτό οφείλεται περισσότερο στον περιορισμό της κινητοποίησης για πρόσληψη τροφής, παρά σε απώλεια της όρεξης ή σε μείωση της παρόρμησης για φαγητό.

Ορισμένοι από τους πάσχοντες θα ενδώσουν στην ανάγκη να καταναλώσουν περισσότερη τροφή απ'ότι σκόπευαν , ίσως και να επιδιώξουν να αποτρέψουν τις συνέπειες μέσω μη φυσιολογικών μεθόδων ελέγχου του βάρους, συμπεριλαμβανομένου του εμετού ή της λήψης καθαρτικών ή διουρητικών, ή με υπέρμετρη άσκηση.

Συνήθως, το άτομο νιώθει ότι έχει καταναλώσει υπερβολικές ποσότητες τροφής, αν και αντικειμενικά έχει λάβει λιγοστή τροφή. Αυτή η αίσθηση κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας τροφής, οφείλεται στην εκτίμηση του ατόμου ότι έχει υπερβεί τους προσωπικούς του κανόνες.

Η Ψυχογενής Ανορεξία, διακρίνεται σε δύο τύπους: έναν Περιοριστικό Τύπο και έναν Τύπο Υπερφαγίας/ Περιορισμού. (Palmer 2000)

2.3 Νευρική Βουλιμία

Η Νευρογενής Βουλιμία έχει δύο βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, θα πρέπει να συνοδεύεται από την υποκειμενική αίσθηση απώλειας του ελέγχου και δεύτερον, θα πρέπει να αφορά μια ποσότητα τροφής, η οποία κάτω από φυσιολογικές συνθήκες θα θεωρούνταν υπερβολική. Η ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής θα πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. , συνήθως παραμένει κρυφή και εκδηλώνεται όταν το άτομο μένει μόνο του. Προκειμένου να μιλήσουμε για πλήρες Σύνδρομο Ψυχογενούς Βουλιμίας, στα πλαίσια της Ταξινόμησης του DSM-IV, η υπερφαγία θα πρέπει να εκδηλώνεται τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Ορισμένες φορές το συνοδευτικό συναίσθημα της πράξης είναι αυτό της πλήρους αποτυχίας και της ενοχής. Άλλες φορές βιώνεται η κάθαρση και η εκτόνωση της έντασης. Όπως και στην περίπτωση της Νευρικής Ανορεξίας, η Νευρική Βουλιμία αναδύεται χαρακτηριστικά μέσα από ένα υπόβαθρο προσπαθειών μείωσης της ποσότητας της τροφής που καταναλώνει το άτομο. (Palmer 2000). Το άτομο τείνει να υιοθετήσει διάφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές προσπαθώντας να αποτρέψει τις συνέπειες της υπερφαγίας στο σωματικό του βάρος. Η επιστράτευση αυτών των συμπεριφορών αποτελεί αναγκαίο κριτήριο προκειμένου να μιλήσουμε για ψυχογενή βουλιμία. Η συνηθέστερη από αυτές είναι ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, αλλά και η κατάχρηση καθαρικών φαρμάκων ή και διουρητικών. Υπάρχουν και άλλες μέθοδοι που είναι δυνατόν να επιστρατευτούν όπως η αποχή από το φαγητό και η υπερβολική άσκηση. (Cooper 1995)

2.4 Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Από τον Μάιο του 2013, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών - Πέμπτη Έκδοση (DSM-5 -2013) αναγνώρισε τη διαταραχή διατροφικής κατανάλωσης (Binge Eating Disorder - BED) ως διακριτή διατροφική διαταραχή. Για τη διάγνωση Επεισοδιακής Υπερφαγίας σύμφωνα με

τα κριτήρια DSM-5, πρέπει να υπάρξουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερτροφίας (που συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες) και χαρακτηρίζεται από κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων τροφής σε διακριτή περίοδο από αυτή που είναι τυπική για τα περισσότερα άτομα υπό παρόμοιες καταστάσεις και αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων. Πρέπει επίσης να υπάρξει έντονη δυσφορία που σχετίζεται με τη διατροφική συμπεριφορά. Σε αντίθεση με τη νευρική βουλιμία και την νευρική ανορεξία του τύπου εξαναγκασμού, δεν υπάρχουν επαναλαμβανόμενες ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η υπερβολική άσκηση ή η εκκαθάριση. Το DSM-5 περιγράφει επίσης τα κριτήρια σοβαρότητας για το Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας, με το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας να βασίζεται στον αριθμό εβδομαδιαίων επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού (ήπια, 1-3, μέτρια, 4-7, σοβαρά, 8-13 και ακραία 14).

Απαιτείται, ωστόσο, περαιτέρω εξέταση του ορισμού, του τι θεωρείται «μεγάλη ποσότητα τροφής» σε σχέση με το Σύνδρομο Επεισοδιακής Υπερφαγίας αλλά και τη συμπερίληψη στα Διαγνωστικά Κριτήρια της σημασίας της αντίληψης της εικόνας του σώματος και του βάρους. (Wilfley, Citrome & Herman 2016)

2.5 Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας

Το Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας (Night Eating Disorder-NES) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1955 ως μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από πρωινή ανορεξία, υπερφαγία το βράδυ και αϋπνία. Η διαταραχή θεωρήθηκε ως αντίδραση στο άγχος και αρχικά μελετήθηκε μεταξύ παχύσαρκων ατόμων που ήταν ανθεκτικοί στην τυπική θεραπεία απώλειας βάρους. Από την αρχική αυτή περιγραφή έχουν συμπεριληφθεί πολλά στον ορισμό του Συνδρόμου.

Ορισμένες πρόσφατες μελέτες έχουν εξηγήσει τη Διαταραχή αυτή ως καθυστέρηση του κερκαδικού ρυθμού στην πρόσληψη τροφής, που εκδηλώνεται με ένα ή και τα δύο από τα ακόλουθα βασικά κριτήρια: Υπερφαγία το βράδυ, με

κατανάλωση τουλάχιστον 25% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης μετά το βραδινό γεύμα και/ή τουλάχιστον δύο νυκτερινές αφυπνίσεις την εβδομάδα με κατάποση τροφίμων. Είναι απαραίτητο όμως να συνδέονται και τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: πρωινή ανορεξία, έντονη επιθυμία ή επιθυμία για φαγητού μεταξύ του δείπνου και της έναρξης του ύπνου ή κατά τη διάρκεια του ύπνου, η πεποίθηση ότι το άτομο πρέπει να φάει για να κοιμηθεί και η πεσμένη διάθεση κατά το βράδυ και τις νυκτερινές ώρες. Η νυκτερινή αυξημένη κατανάλωση πρέπει να είναι παρούσα τουλάχιστον 3 μήνες. (Allison et al. 2010)

Για το Σύνδρομο Νυκτερινής Υπερφαγίας, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 1,5% στον γενικό πληθυσμό, 9% έως 14% στις κλινικές παχυσαρκίας και από 8% έως 42% μεταξύ των ασθενών με βαριατρική χειρουργική επέμβαση.

Το NES και το BED εμφανίζονται επίσης σε άτομα με φυσιολογικό βάρος, αλλά λιγότερο συχνά, και ενδέχεται να προδιαθέτουν για υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία. Επειδή το BED και το NES μπορούν να συμβάλλουν στο υπερβολικό βάρος και στην παχυσαρκία ή να βοηθήσουν στη διατήρηση αυτών, οι διαταραχές αυτές αποτελούν σημαντικές ανησυχίες για τη δημόσια υγεία. (Allison et al. 2005)

3. ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ

Απαιτούνται συστάσεις που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν από άτομα για απώλεια βάρους και διατήρηση της απώλειας βάρους. Χρησιμοποιώντας την έννοια του ενεργειακού ισοζυγίου, οι στρατηγικές μπορούν να επικεντρωθούν στην κατανάλωση ενέργειας (δηλαδή στη διατροφή) ή στην ενεργειακή δαπάνη (π.χ. σωματική δραστηριότητα) ή σε συμπεριφορές που υποστηρίζουν αλλαγές είτε στην ενεργειακή κατανάλωση είτε στην ενεργειακή δαπάνη. (Ramage et al. 2014)

3.1 Διατροφή Και Άσκηση

Οι δίαιτες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ποικίλλουν ευρύτατα ως προς τη σύνθεσή τους. Η εξατομίκευση της δίαιτας αποτελεί εχέγγυο για τη μακροχρόνια προσήλωση των παχύσαρκων ατόμων και κατά συνέπεια για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Κατάλληλες κρίνονται μόνο οι δίαιτες εκείνες που σέβονται τις αρχές της υγιεινής διατροφής (μείωση του κορεσμένου λίπους, έμφαση στα φρούτα και στα λαχανικά κ.ά.). Η σταθεροποίηση του απωλεσθέντος βάρους απαιτεί συνεχή προσπάθεια και διατροφή με σχετική μείωση του λίπους, καθώς και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Κατ' αρχήν, συνιστάται η λήψη ενός λεπτομερούς διαιτητικού ιστορικού. Ακολουθεί η σύνταξη διαιτολογίου με στόχο τη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης κατά 500–750 θερμίδες την ημέρα. Αυτό συχνά επαρκεί για να επιτευχθεί ο ανωτέρω στόχος. Υπογραμμίζεται, επίσης, ότι καθώς χάνει κάποιος βάρος οι ενεργειακές ανάγκες μειώνονται (ελάττωση των καύσεων) και γι' αυτό απαιτείται συνήθως περαιτέρω μείωση της θερμιδικής πρόσληψης. Μια απλή τακτική κατά την αρχική φάση είναι η χορήγηση διαιτών που περιλαμβάνουν ποικιλία φυσικών τροφίμων, εκτός από τα ιδιαίτερα λιπαρά, της τάξης των 1.200–1.500 θερμίδων για γυναίκες και 1.500–1.800 θερμίδες για άνδρες. (Κατσιλάμπρος 2015)

Μια ελάχιστη πρόσληψη ενέργειας 1200 kcal για γυναίκες και 1500 kcal για τους άνδρες είναι απαιτούμενη επειδή είναι πιθανό η θερμιδική πρόσληψη κάτω από αυτό το επίπεδο να μην παρέχει τις επαρκείς βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία. (Lau et al. 2007)

Η θεραπεία με δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCD, 800 kcal / d) ή δίαιτα χαμηλών θερμίδων (LCD, 1200 kcal / d) σχετίζεται με σημαντική αρχική απώλεια βάρους, αλλά και με μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με την απώλεια βάρους μέσω ενός μέτριου περιορισμού στην πρόσληψη ενέργειας. Η διατήρηση μιας μεγάλης απώλειας βάρους απαιτεί σημαντικές προσπάθειες

αλλαγής συμπεριφοράς, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται μη βariatρικές χειρουργικές μέθοδοι. (Johansson, Neovius & Hemmingsson 2014)

Οι κλασικές δίαιτες είναι σχετικά πτωχές σε λίπος (περίπου 30% της συνολικής ενέργειας). Οι υδατάνθρακες καλύπτουν το 50% περίπου και οι πρωτεΐνες το 20% του συνόλου των ημερήσιων θερμίδων. Έμφαση δίνεται στη μείωση του κορεσμένου (ζωικού) λίπους, καθώς και στην αύξηση των φυτικών ινών, των φρούτων και των λαχανικών. Το τελευταίο σαφώς συμβάλλει στην αύξηση του αισθήματος κορεσμού, εκτός βέβαια της προσφοράς αναγκαίων βιταμινών και ιχνοστοιχείων.

Μια μείωση της ενεργειακής προσφοράς κατά 500–600 θερμίδες/ημέρα έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους κατά 500 g/εβδομάδα (περίπου 2 kg το μήνα, για τους πρώτους μόνο μήνες)· αργότερα, ο ρυθμός επιβραδύνεται (βλ. παραπάνω). Τονίζεται όμως ότι απαιτείται εξατομίκευση της δίαιτας ανάλογα με την πορεία της απώλειας βάρους. Είναι επίσης αναγκαίο να λαμβάνονται κατά το δυνατόν υπ' όψη οι διατροφικές προτιμήσεις του ατόμου. Αυτό είναι σημαντικό για τη μακρά –συνήθως πολύ μακρά, όπως κατά κανόνα απαιτείται– προσήλωση στη δίαιτα. (Κατσιλάμπρος 2015)

Επί του παρόντος, πιστεύεται ότι πολλές διαιτητικές στρατηγικές παίζουν ρόλο στην καταπολέμηση της υπερκατανάλωσης τροφής και της παχυσαρκίας (που ορίζεται ως δείκτης μάζας σώματος [BMI] ≥ 30 kg / m²). Οι επαγγελματίες διαχείρισης βάρους συστήνουν διατροφικά σχέδια απώλειας βάρους που αντικαθιστούν το κλασικό πρότυπο διατροφής (δηλ. Τρία μεγάλα γεύματα την ημέρα) με την κατανάλωση μικρότερων γευμάτων πιο συχνά καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, προκειμένου να επεκταθεί η καθημερινή θερμιδική πρόσληψη. Υποστηρίζεται ότι, όσοι καταναλώνουν μικρά γεύματα με μεγαλύτερη συχνότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας είναι πιο πιθανό να έχουν φυσιολογικό BMI, υγιή επίπεδα ορισμένων σημείων κινδύνου για ασθένειες (π.χ. τριγλυκερίδια, χοληστερόλη και μεταβολισμό γλυκόζης) και, κατά συνέπεια, μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ή διάγνωσης στεφανιαίας νόσου (CHD)

ή / και άλλων μεταβολικών νοσημάτων όπως η παχυσαρκία και ο διαβήτης τύπου 2. (Kulovitz et al. 2013)

Η σωματική άσκηση πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής διαχείρισης της παχυσαρκίας. Θα πρέπει να συνταγογραφείται εξατομικευμένα και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου σε σχέση με το βαθμό παχυσαρκίας, την ηλικία και τη παρουσία συνοδών νοσημάτων. Η αναερόβια άσκηση όχι μόνο συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών ενέργειας και απώλειας λίπους, αλλά επίσης προστατεύει από την απώλεια άλιπης μάζας, βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, μειώνει τους καρδιομεταβολικούς κινδύνους της υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία, και προκαλεί το αίσθημα ευεξίας. Η αερόβια άσκηση βελτιώνει τη μεταφορά οξυγόνου προς τους μύες και όταν πραγματοποιείται σε χαμηλή ένταση προάγει την αυξημένη χρησιμοποίηση των αποθεμάτων λίπους αντί των περιορισμένων αποθηκών του γλυκογόνου. (Wing 1999)

Η άσκηση, συμπεριλαμβανομένης της αερόβιας και της υψηλής έντασης αερόβιας, εκτός από τα οφέλη στην υγεία και τη μείωση του κινδύνου για σοβαρά μεταβολικά νοσήματα, βοηθάει σε μια μέτρια απώλεια βάρους. Η απώλεια αυτή εξαρτάται από το χρόνο και την ένταση της άσκησης, αλλά και από ατομικούς παράγοντες. Ακόμη και σε άτομα που δεν παρατηρήθηκε μείωση του σωματικού βάρους, βελτιώθηκαν ωστόσο, τα επίπεδα σπλαχνικού λίπους και το συνολικό ποσοστό λίπους του σώματος. (Swifta et al. 2014)

Οι τρέχουσες συστάσεις για φυσική δραστηριότητα, σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολλέγιο της Αθλητικής Ιατρικής, είναι 150 min/week για διατήρηση και βελτίωση της υγείας, 150-250 min/week για πρόληψη της απόκτησης βάρους, 225-420 min/week για σημαντική για την υγεία απώλεια βάρους και 200-300 min/week για διατήρηση της απώλειας βάρους. (Riebe et al. 2015)

Δουλεύοντας σε ατομικό επίπεδο, η εκπαίδευση σχετικά με αποτελεσματικές μεθόδους για την απώλεια βάρους και τη συντήρηση βάρους μπορεί να χρησιμεύσει για να δώσει τη δυνατότητα στα άτομα να αρχίσουν να κάνουν

αλλαγές ενώ ξεκινά η δράση σε άλλα επίπεδα. Απαιτούνται δράσεις τόσο στο περιβαλλοντικό όσο και στο ατομικό επίπεδο. Πολλές μελέτες έχουν καταφέρει να προκαλέσουν απώλεια βάρους στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, η διατήρηση της απώλειας βάρους έχει αποδειχθεί πολύ πιο δύσκολη. (Ramage et al. 2014)

3.2 Φαρμακευτική Αγωγή και Βαριατρικές Επεμβάσεις

Παρ' όλο που η παρέμβαση στον τρόπο ζωής (διατροφή και άσκηση) παραμένει ο βασικός άξονας της θεραπείας της παχυσαρκίας, η αποτελεσματικότητά της περιορίζεται από την κακή μακροπρόθεσμη διατήρηση. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει ιστορικά αποτύχει στην παραγωγή βιώσιμης απώλειας βάρους. Πολλά από τα παλαιότερα φάρμακα απώλειας βάρους έχουν δυσμενή προφίλ. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα παλαιότερων φαρμάκων για την απώλεια βάρους, καθώς και τα τρέχοντα δεδομένα που σχετίζονται με τη λορκασερίνη, τη φαιντερμίνη / τοπιραμάτη και τη ναλτρεξόνη-βουπροπιόνη (σύγχρονα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας), αξιολογούνται ακόμη. Αν και σχετίζονται με μέτρια απώλεια βάρους και κάποια βελτίωση σε ανεπιθύμητες μεταβολικές επιδράσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία, κανένα από αυτά τα φάρμακα δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη θνησιμότητα. Επιπλέον, η μακροπρόθεσμη ασφάλεια αυτών των φαρμάκων παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγνωστη. Η βαριατρική χειρουργική επέμβαση είναι μια επιλογή για ασθενείς με νοσηρή παχυσαρκία που έχουν αποτύχει σε συμβατική θεραπεία. (Ling et al. 2013)

Ο όρος «βαριατρική χειρουργική» εφαρμόζεται σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις που αποσκοπούν στη μείωση του υπερβολικού βάρους. Οι υποψήφιοι για βαριατρικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν σήμερα ασθενείς με νοσηρή παχυσαρκία ($BMI > 40,0 \text{ kg / m}^2$) ή ασθενείς με $BMI > 35,0 \text{ kg / m}^2$ που έχουν επίσης σημαντικές συννοσηρότητες, όπως σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM), υπέρταση ή αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA). (Fried et al. 2014)

Ο τύπος της βαριατρικής διαδικασίας που εκτελείται εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τις προτιμήσεις του χειρουργού.

Παραδοσιακά, οι επεμβάσεις ταξινομούνται ως περιοριστικού τύπου, δυσαπορροφητικού τύπου ή μικτού τύπου. Περιοριστικές τεχνικές (για παράδειγμα ο ρυθμιζόμενος σιλικονούχος δακτύλιος και η κάθετη γαστροπλαστική) μειώνουν το μέγεθος του στομάχου, το οποίο προκαλεί κορεσμό με μικρότερους όγκους τροφής σε σχέση με πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Οι Δυσαπορροφητικού Τύπου επεμβάσεις (για παράδειγμα, η παράκαμψη δωδεκαδακτύλου-νήστιδος ή δωδεκαδακτυλοειλική αναστόμωση) παρακάμπτουν τμήματα του εντέρου προκαλώντας έτσι έναν ορισμένο βαθμό μακροαπορροφητικής δυσαπορρόφησης που μπορεί να είναι μεταβλητός και παροδικός. Οι μικτές παρεμβάσεις συνδυάζουν περιορισμό και δυσαπορρόφηση (για παράδειγμα, Roux en Y-γαστρική παράκαμψη [RYGB] και χολοπαγκρεατική εκτροπή με ή χωρίς δωδεκαδακτυλικό διακόπτη). Επιπλέον, η βαριατρική χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε ανθεκτικό γλυκαιμικό έλεγχο σε σύγκριση με την εντατική ιατρική θεραπεία. (Kashyap et al. 2013)

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι μια εξαιρετικά αποτελεσματική επιλογή για τη μείωση του βάρους και της συννοσηρότητας, παρέχοντας ιατρική σημαντική απώλεια βάρους που διατηρείται για περισσότερο από 5 χρόνια στους περισσότερους ασθενείς. Όπως σημειώνεται, τα μεταβολικά οφέλη μετά από βαριατρική χειρουργική είναι γενικά πιο μεγάλα από εκείνα που επιτυγχάνονται μετά από αλλαγή στον τρόπο ζωής και από ιατρική περίθαλψη. (Grams & Garvey 2015)

3.3 Ψυχολογική και Συμπεριφορική Αντιμετώπιση - Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία

Η ψυχολογική εκτίμηση του ασθενούς με παχυσαρκία στοχεύει στον εντοπισμό των παραγόντων της διατήρησης του υπερβολικού βάρους, όπως οι διατροφικές διαταραχές ή οι καταθλιπτικές διαταραχές. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει στην καλύτερη διαχείριση του βάρους. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία έχει δείξει την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Νέες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις διερευνώνται. Η ύπνωση και η ενσυναίσθηση

(mindfulness) προτείνονται για τη διαχείριση των συναισθημάτων και του στρες. Η οικογενειακή θεραπεία υποδεικνύεται όταν το άτομο επηρεάζεται από τη συνοδεία. Οι ψυχολογικές δυσκολίες πρέπει να αποτελούν αντικείμενο ειδικής φροντίδας. (Volery et al. 2015)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια θεραπεία πολλαπλών συστατικών που περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία: εξομάλυνση της κατανάλωσης τροφής, ψυχοκοινωνική εκπαίδευση, εντοπισμός και αναγνώριση υπερβολικών εκτιμήσεων σχετικά με το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος, τον εντοπισμό δεικτών για τις συμπεριφορές βουλιμίας και τη χρήση στρατηγικών όπως ο έλεγχος ερεθισμάτων, η έκθεση με πρόληψη απόκρισης (ERP) και πρόληψη υποτροπών. Λίγα είναι γνωστά για το ποια από αυτά τα πολλά συστατικά είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική θεραπεία, αν και οι μελέτες υποδηλώνουν ότι η γνωστική συνιστώσα είναι κρίσιμη για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Fairburn, Marcus & Wilson 1993)

4. ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

4.1 Περιγραφή του μοντέλου

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο είναι ένα ολοκληρωμένο μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς. Το μοντέλο περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα τροποποιούν μια προβληματική συμπεριφορά ή αποκτούν μια θετική συμπεριφορά. Το κεντρικό οργανωτικό κατασκεύασμα του μοντέλου είναι τα Στάδια της Αλλαγής. Το μοντέλο περιλαμβάνει επίσης μια σειρά από ανεξάρτητες μεταβλητές, τις Διαδικασίες της Αλλαγής και μια σειρά από μέτρα για την έκβαση, συμπεριλαμβανομένης της Ισορροπίας Αποφάσεων και της Κλίμακας Πειρασμού. Οι Διαδικασίες της Αλλαγής είναι δέκα γνωστικές και συμπεριφορικές δραστηριότητες που διευκολύνουν την αλλαγή.

4.2 Στάδια Αλλαγής

Μη προβληματισμός: τα άτομα που κατατάσσονται σε αυτό το στάδιο δεν έχουν την πρόθεση να αναλάβουν δράση στο μέλλον (συνήθως αναφερόμαστε στους επόμενους 6 μήνες). Οι άνθρωποι μπορεί να βρίσκονται στο στάδιο αυτό γιατί είτε δεν έχουν καθόλου πληροφόρηση είτε έχουν ελλιπή πληροφόρηση για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Τείνουν να αποφεύγουν να διαβάζουν, να συζητούν ή να σκέφτονται τη συμπεριφορά τους και τους κινδύνους της.

Προβληματισμός: σε αυτό το στάδιο κατατάσσονται τα άτομα που δηλώνουν ότι έχουν την πρόθεση να αλλάξουν εντός έξι μηνών. Έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των υπέρ της αλλαγής, αλλά έχουν και καλή γνώση των κατά. Αυτή η σχέση μεταξύ υπέρ/κατά της αλλαγής μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα αμφιθυμίας που μπορεί να καταστήσει το άτομο κολλημένο στο στάδιο αυτό για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το φαινόμενο αυτό συχνά χαρακτηρίζεται ως χρόνιος προβληματισμός ή χρόνια αναβλητικότητα. Και αυτή η κατηγορία ατόμων δεν είναι έτοιμη για παραδοσιακά προγράμματα τα οποία στοχεύουν στη δράση.

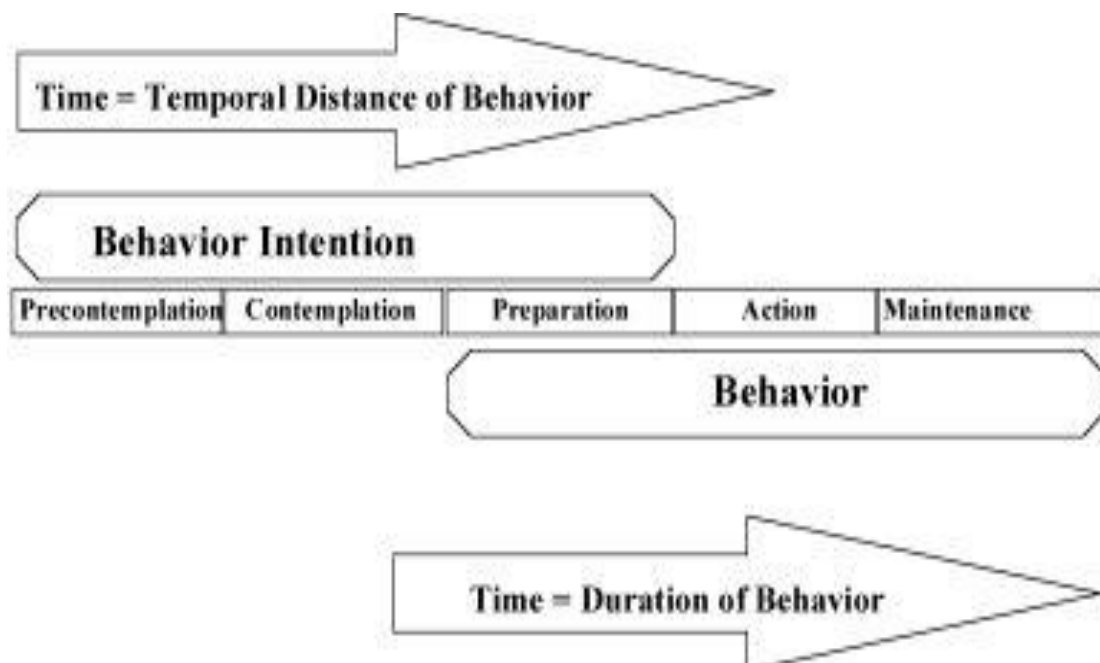
Προετοιμασία: το στάδιο όπου τα άτομα επιθυμούν την αλλαγή στο άμεσο μέλλον, συνήθως ορισόμενο ως τον επόμενο μήνα. Τυπικά έχουν αναλάβει κάποια σημαντική δράση τον προηγούμενο χρόνο, και έχουν ένα σχέδιο δράσης. Τα άτομα αυτά είναι κατάλληλα για παραδοσιακά προγράμματα που στοχεύουν στη δράση.

Δράση: στο στάδιο αυτό το άτομο έχει κάνει σημαντικές προποποιήσεις στον τρόπο ζωής του τους περασμένους έξι μήνες. Συνήθως η αλλαγή που λαμβάνει χώρα στο στάδιο αυτό είναι αυτή που αναφέρεται σε άλλες προσεγγίσεις ως αλλαγή της συμπεριφοράς, καθώς πρόκειται για παρατηρήσιμη αλλαγή. Ωστόσο σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο η αλλαγή αυτή αναφέρεται σε ένα μόνο στάδιο της συνολικής διαδικασίας. Προκειμένου να θεωρηθεί ότι έχει περάσει στο στάδιο της δράσης, η δράση που έχει αναλάβει το άτομο θα πρέπει να πληρεί ένα κριτήριο κοινά αποδεκτό από τους ειδικούς ότι είναι επαρκές για τη

σημαντική μείωση του κινδύνου. Στην περίπτωση της δίαιτας, το κοινά αποδεκτό κριτήριο είναι λιγότερο από το 30% των καταναλωνόμενων θερμίδων να προέρχεται από κατανάλωση λίπους. Στο στάδιο αυτό είναι πολύ σημαντική η επιφυλακή για την αποφυγή των υποτροπών.

Διατήρηση: τα άτομα του σταδίου αυτού εξακολουθούν να δουλεύουν για την αποφυγή των υποτροπών, αλλά δεν εφαρμόζουν διαδικασίες αλλαγής τόσο συχνά όσο τα άτομα στο στάδιο της δράσης. Έχουν μικρότερο πειρασμό για υποτροπή, και η αυτοπεποίθησή τους ότι μπορούν να συνεχίσουν την αλλαγή διαρκώς ενισχύεται.

Υποτροπή: συμβαίνει όταν τα άτομα επιστρέφουν σε ένα προηγούμενο στάδιο αλλαγής. Η υποτροπή είναι μία μορφή παλινδρόμησης, όπου το άτομο από το στάδιο της δράσης ή διατήρησης επιστρέφει σε ένα προηγούμενο στάδιο. Ωστόσο, τα άτομα μπορούν να παλινδρομήσουν από ένα στάδιο σε οποιοδήποτε άλλο στάδιο. Δυστυχώς η υποτροπή τείνει να είναι ο κανόνας για τις περισσότερες περιπτώσεις αλλαγής συμπεριφορών υγείας.



Εικόνα 1. Η διάσταση του χρόνου ως βασική έννοια του μοντέλου

Οι έννοιες μέτρησης της αλλαγής περιλαμβάνουν τα υπέρ και τα κατά της ισορροπίας απόφασης, την αυτό-αποτελεσματικότητα ή τον πειρασμό, και την στοχευόμενη συμπεριφορά (μετάβαση από ένα οποιοδήποτε στάδιο σε ένα επόμενο). (Velicer et al. 1998)

4.3 Διαδικασίες Αλλαγής

Διαδικασίες αλλαγής: αποτελούν έκδηλες και άδηλες δραστηριότητες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να μετακινηθούν μεταξύ των σταδίων. Αποτελούν σημαντικούς οδηγούς για προγράμματα παρεμβάσεων, καθώς αυτές είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που οδηγούν τους ανθρώπους στη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Την μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη έχουν λάβει δέκα διαδικασίες έως τώρα. Οι πέντε ταξινομούνται ως βιωματικές διαδικασίες (experiential processes) και έχουν μεγαλύτερη χρήση στα πρώιμα στάδια, ενώ οι άλλες πέντε ταξινομούνται ως συμπεριφορικές διαδικασίες (behavioural processes), και εφαρμόζονται κυρίως στις μεταβάσεις μεταξύ μεταγενέστερων σταδίων.

Βιωματικές διαδικασίες:

1.Συνειδητοποίηση: αύξηση της επίγνωσης σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες και τις θεραπείες για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας

2.Εκδραμάτηση: αρχικά προκαλεί έντονες συναισθηματικές εμπειρίες ακολουθούμενες από μειωμένο συναίσθημα εάν ληφθεί η κατάλληλη δράση..

3.Επανα-αξιολόγηση περιβάλλοντος: συνδυάζει συναισθηματική και συμπεριφορική αξιολόγηση του πώς η παρουσία ή η απουσία μίας προσωπικής συνήθειας επιδρά στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

4.Κοινωνική απελευθέρωση: απαιτεί μία αύξηση των κοινωνικών ευκαιριών ή επιλογών ιδιαίτερα για άτομα που είναι στερημένα ή καταπιεσμένα.

5.Επανα-αξιολόγηση εαυτού: συνδυάζει γνωστικές και συναισθηματικές εκτιμήσεις της εικόνας του ατόμου για τον εαυτό του (self-image), με και χωρίς την εν λόγω ανθυγιεινή συνήθεια.

Συμπεριφορικές διαδικασίες:

1.Έλεγχος ερεθισμάτων: απομάκρυνση ερεθισμάτων που προκαλούν την μη υγιή συμπεριφορά και προσθήκη ερεθισμάτων που προκαλούν την υγιή συμπεριφορά.

2.Βοηθητικές σχέσεις: συνδυασμός φροντίδας, εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, αποδοχής και υποστήριξης για την υγιή αλλαγή συμπεριφοράς.

3.Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων: απαιτεί την εκμάθηση υγιών συμπεριφορών που μπορούν να αντικαταστήσουν τις προβληματικές συμπεριφορές.

4.Διαχείριση ενισχύσεων: παρέχει συνέπειες για την ακολούθηση βημάτων προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση. Μπορεί και να περιλαμβάνει την χρήση τιμωριών, ωστόσο ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι αυτοί που αλλάζουν βασίζονται περισσότερο σε ανταμοιβές παρά σε τιμωρίες.

5.Απελευθέρωση εαυτού: περιλαμβάνει την πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει, αλλά και την δέσμευση και επαναδέσμευση να δράσει με βάση την πεποίθηση αυτή. Έρευνα σε σχέση με τα κίνητρα δείχνει ότι τα άτομα που έχουν δύο επιλογές έχουν μεγαλύτερη δέσμευση από τα άτομα που έχουν μία επιλογή. Άτομα με τρεις επιλογές έχουν ακόμη μεγαλύτερη δέσμευση, ενώ άτομα με τέσσερις επιλογές και πάνω δεν έχουν μεγαλύτερη ενίσχυση της δύναμης θέλησης

Τυπικά, η χρήση βιωματικών διαδικασιών κορυφώνεται στα αρχικά στάδια ενώ η χρήση των συμπεριφορικών κορυφώνεται στα τελικά στάδια. (Velicer et al. 1998)

4.4 Μοντέλο Ισορροπίας Λήψης Απόφασεων

Η έννοια της ισορροπίας της απόφασης περιλαμβάνει το ζύγισμα των υπέρ και κατά της αλλαγής. Ο Janis και ο Mann υποστηρίζουν ότι τα πέντε πρότυπα συνδέονται με διαφορετικές απαντήσεις που δίνει το άτομο σε μια σειρά ερωτήσεων. Εάν το άτομο αισθάνεται ότι δεν υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι από την τρέχουσα πολιτική του, θα ανταποκριθεί με αδράνεια. Αν αισθάνεται ότι υπάρχει κίνδυνος αν συνεχιστεί, αλλά κανένας στην υιοθέτηση μιας νέας πολιτικής, θα αλλάξει χωρίς να βιώσει συγκρούσεις. Εάν αισθάνεται ότι η σημερινή πολιτική αποτυγχάνει, αλλά δεν υπάρχει εναλλακτική λύση, θα αντιμετωπίσει την αμυντική αποφυγή. Εάν σκέφτεται ότι μπορεί να υπάρχει μια καλή εναλλακτική λύση αλλά δεν έχει χρόνο να την ψάξει, θα την υποτιμήσει. Μόνο αν βλέπει κινδύνους τόσο στην παρούσα πολιτική του όσο και στην προφανή εναλλακτική λύση σε αυτό, πιστεύει ότι υπάρχει μια διαφορετική πορεία δράσης και έχει αρκετό χρόνο για να σκεφτεί. Αυτό το μοντέλο σύγκρουσης, όπως το ονομάζουν οι συγγραφείς, ενσωματώνει τα δύο πρώτα στάδια ενός μοντέλου λήψης αποφάσεων πέντε σταδίων, τα τελευταία στάδια είναι η στάθμιση των εναλλακτικών λύσεων, η συζήτηση για τη δέσμευση και η τήρηση της απόφασης ενόψει των αποτυχιών. (Janis & Mann 1977)

Η κλίμακα ισορροπίας απόφασης αναφέρεται στο ζύγισμα της σημαντικότητας (importance) των υπέρ και των κατά. Έχει παρατηρηθεί ένας προβλέψιμος τρόπος με τον οποίο τα υπέρ και τα κατά σχετίζονται με τα στάδια της αλλαγής, όπου στα αρχικά στάδια τα κατά βαρύνουν περισσότερο από τα υπέρ, ενώ στα τελευταία στάδια τα υπέρ βαρύνουν περισσότερο από τα κατά. Ωστόσο, για την αλλαγή μη υγιών συμπεριφορών, στα τελευταία στάδια τόσο τα υπέρ όσο και τα κατά παρουσιάζουν μείωση, ενώ για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, στα τελευταία στάδια τα υπέρ παραμένουν υψηλά. Οι δύο αυτές κλίμακες δείχνουν

κάποιες από τις γνωστικές αλλαγές που είναι απαραίτητες για την μετακίνηση στα αρχικά στάδια της αλλαγής. (Velicer 1998)

4.5 Αυτό-αποτελεσματικότητα

Η ποιότητα της υγείας του ανθρώπου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις συνήθειες του τρόπου ζωής του. Με την άσκηση ελέγχου στις συνήθειες υγείας οι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν περισσότερο υγιείς και να καθυστερήσουν την διαδικασία της γήρανσης. Η άσκηση, η μείωση του διαιτητικού λίπους, η αποχή από το κάπνισμα, η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης χαμηλά και η ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων προσφέρουν τεράστια οφέλη για την υγεία. Η αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας παίζει βασικό ρόλο στην αυτο-διαχείριση των συνηθειών που ενισχύουν την υγεία και εκείνων που τη βλάπτουν.

Η αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητα ασχολείται με τις πεποιθήσεις των ανθρώπων για τις δυνατότητές τους να ασκούν έλεγχο επί τη δική τους λειτουργία και πάνω στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Τέτοιες πεποιθήσεις επηρεάζουν ποιά μαθήματα δράσης οι άνθρωποι θα ακολουθήσουν, τους στόχους που θέτουν για τους εαυτούς τους, τις δεσμεύσεις τους, την πόση προσπάθεια βάζουν, τον πόσο καιρό θα επιμείνουν τα εμπόδια και τις αποτυχίες, την ανθεκτικότητα στις αντιξοότητες, το αν τα πρότυπα σκέψης τους είναι παρεμποδιστικά ή υποβοηθητικά, το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν στην αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών απαιτήσεων και το επίπεδο των επιτευγμάτων που συνειδητοποιούν.

Στην κοινωνική γνωστική θεωρία, η αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητα λειτουργεί σε συνεννόηση με άλλους καθοριστικούς παράγοντες στην ρύθμιση των συνηθειών του τρόπου ζωής. Αυτά περιλαμβάνουν τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα που οι άνθρωποι αναμένουν να ακολουθούν τις πράξεις τους. Αυτές οι προσδοκίες μπορεί να λάβουν τη μορφή αποστροφής ή ευχαρίστησης για τα φυσιολογικά αποτελέσματα, την έγκριση ή την αποδοκιμασία των κοινωνικών αντιδράσεων ή αυτό-αξιολόγηση που εκφράζεται ως αυτό-

ικανοποίηση ή αυτό-μομφή. Οι προσωπικοί στόχοι που πηγάζουν από ένα σύστημα αξιών παρέχουν περαιτέρω κίνητρα και οδηγούς για την επιλογή υγιών συνηθειών. Οι κοινωνικοί διαμεσολαβητές και τα εμπόδια λειτουργούν ως ένα άλλο σύνολο καθοριστικών παραγόντων για την προαγωγή συνηθειών υγείας.

Η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην αιτιώδη δομή, διότι επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας τόσο άμεσα, όσο και μέσω της επιρροής της σε αυτούς τους άλλους καθοριστικούς παράγοντες. Όσο ισχυρότερη είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα, τόσο υψηλότεροι είναι οι στόχοι που θέτουν οι άνθρωποι για τους εαυτούς τους, τόσο περισσότερο αναμένουν να παράγουν το επιθυμητό αποτέλεσμα από τις προσπάθειες τους και τόσο περισσότερο βλέπουν τα εμπόδια για την προσωπική αλλαγή να υπερνικούνται.

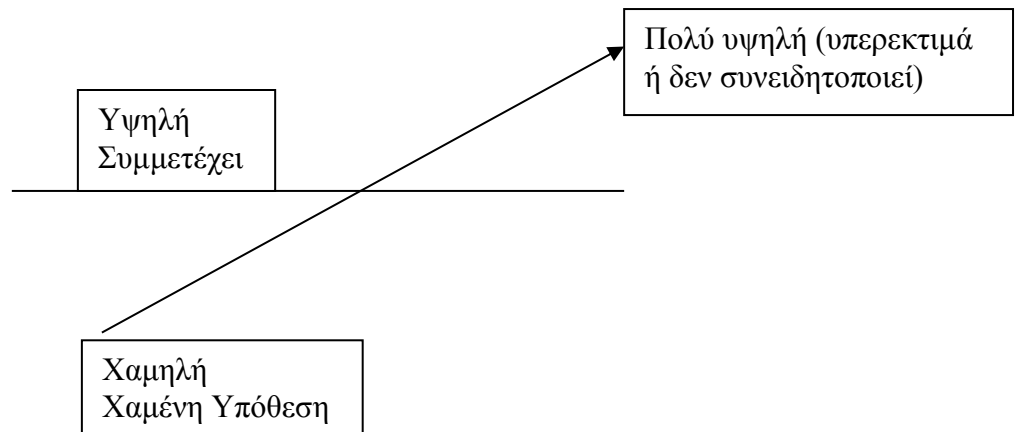
Στην κοινωνική γνωστική θεωρία, οι αντιδράσεις στρες προκύπτουν από την αντιληπτή αναποτελεσματικότητα να ασκήσει το άτομο έλεγχο επί των απειλών αποστροφής και την εκπλήρωση των περιβαλλοντικών απαιτήσεων. Αν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τους δυναμικούς στρεσογόνους παράγοντες, δεν διαταράσσονται από αυτούς. Αλλά, εάν πιστεύουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τα γεγονότα αποστροφής, τότε διατρέχουν κίνδυνο για τον εαυτό τους και επηρεάζουν το επίπεδο της λειτουργίας τους. Η αντιληπτή αναποτελεσματικότητα για τη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων ενεργοποιεί τα αυτόνομα συστήματα των κατεχολαμινών και των οπιοειδών που ρυθμίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα με τρόπους που μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στην ασθένεια.

Η κοινωνική στήριξη μειώνει την ευπάθεια στο άγχος, την κατάθλιψη, και την σωματική ασθένεια. Όμως, η κοινωνική υποστήριξη δεν είναι μια αυτό-σχηματιζόμενη οντότητα που περιμένει γύρω από τους ανθρώπους ενάντια στο άγχος. Οι άνθρωποι πρέπει να βγούνε έξω και να βρουν, να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν υποστηρικτικές σχέσεις για τους ίδιους. Αυτό απαιτεί μια ισχυρή αίσθηση κοινωνικής αποτελεσματικότητας. Η αντιληπτή κοινωνική αναποτελεσματικότητα συμβάλλει στην κατάθλιψη τόσο άμεσα, περιορίζοντας την ανάπτυξη της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική στήριξη, με τη σειρά

της, ενισχύει την αντίληψη αυτο-αποτελεσματικότητας. Αναλύσεις αποδεικνύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη ανακουφίζει από την κατάθλιψη και προωθεί τη βελτίωση της υγιούς συμπεριφοράς μόνο στο βαθμό που ενισχύει την προσωπική αποτελεσματικότητα. (Bandura 2001)

Η δομή των εργαλείων μέτρησης της αυτό-αποτελεσματικότητας και του πειρασμού παρουσιάζει τρεις παράγοντες που αντιπροσωπεύουν τους πιο κοινούς τύπους δύσκολων καταστάσεων: α) αρνητικό συναίσθημα ή συναισθηματική ένταση, β) θετικές κοινωνικές περιστάσεις, και γ) έντονη επιθυμία (cravings). Τα εργαλεία (κλίμακες) μέτρησης της αυτό-αποτελεσματικότητας/πειρασμού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην ανίχνευση αλλαγών στις μετακινήσεις των τελευταίων σταδίων και προβλέπουν αποτελεσματικά τις υποτροπές.

Η δύναμη της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα άτομα συνεχίζουν τις προσπάθειες μέχρι να επιτύχουν το στόχο, αν η αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητά τους είναι υψηλότερη του μέσου όρου. Το άτομο που έχει την αίσθηση της υψηλής αυτό-αποτελεσματικότητας είναι εκείνο που κάνει δράσεις για τη βελτίωση της υγείας σε περίπτωση ασθένειας σκεφτόμενο ότι είναι ικανό να το πετύχει, ενώ το άτομο με μικρή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας έχει την τάση να αισθάνεται αβοήθητο και να τα παρατάει. Το βέλτιστο επίπεδο της αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι λίγο πάνω από τις πραγματικές ικανότητες ενθαρρύνοντας το άτομο να αναλάβει δράση και να αποκτήσει εμπειρία. Πάρα πολύ υψηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας (υπερεκτίμηση ικανοτήτων ή μη συνειδητοποίηση δυσκολιών), μπορεί να είναι επιβλαβής, γιατί το άτομο επαναπαύεται στις "δάφνες" του, θεωρεί ότι τα κάνει όλα σωστά αλλά φταίει το πρόγραμμα/μέθοδος, αυτό που εξωτερικά αντιλαμβάνεται ότι τον επηρεάζει. Μια χαμηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας εμποδίζει την ανάπτυξη και τη βελτίωση δεξιοτήτων. Είναι χαμένη υπόθεση. (Velicer et al. 1998)



Εικόνα 2. Αυτό-αποτελεσματικότητα και Προσπάθεια Αλλαγής

4.6 Αυτό-εκτίμηση

Σύμφωνα με το τριμερές πρότυπο του εαυτού, ο εαυτός αποτελείται από τρεις πτυχές: προσωπική, σχεσιακή και συλλογική. Αντίστοιχα, τα άτομα μπορούν να αποκτήσουν μια αίσθηση αυτοπεποίθησης μέσω των προσωπικών τους χαρακτηριστικών (προσωπική αυτοεκτίμηση), της σχέσης με άλλους (σχεσιακή αυτοεκτίμηση) ή της κοινωνικής ομαδικής συμμετοχής (συλλογική αυτοεκτίμηση). (Brewer & Gardner 1996)

Η αυτοεκτίμηση αναφέρεται στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα και τις εκτιμήσεις που έχουμε για τον εαυτό μας και αντιπροσωπεύει την αίσθηση της αυτοπεποίθησης. (Rosenberg 1979)

Ο Rosenberg δημιούργησε μια κλίμακα υπολογισμού της αυτοεκτίμησης. Η κλίμακα αποτελείται από 10 στοιχεία- δηλώσεις που αφορούν την πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του, με αντικείμενα που απαντώνται σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων - από την έντονη αποδοχή έως την έντονη διαφωνία. Το αρχικό δείγμα για το οποίο αναπτύχθηκε η κλίμακα αποτελούνταν από 5,024 παιδιά Γυμνασίου και Λυκείου από 10 τυχαία επιλεγμένα σχολεία στη Νέα Υόρκη. (Rosenberg 1965)

Η ζωή με χρόνιες ασθένειες, όπως η παυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο, μπορεί να είναι αγχωτική και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμηση των ατόμων. Η υψηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να αποτελέσει πόρο για την αντιμετώπιση της ασθένειας, την προστασία από την κατάθλιψη, το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα. Αντίθετα, η ασθένεια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να απειληθεί από τις συνέπειες που σχετίζονται με την ασθένεια ή από τη μειωμένη αντιμετώπιση των προκλήσεων της καθημερινής ζωής. Με τη σειρά της, η χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει σε ανθυγιεινές συμπεριφορές σε μια προσπάθεια αυτορρύθμισης των αρνητικών συναισθημάτων. Χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει βρεθεί σε παχύσαρκα άτομα σε σύγκριση με μη κλινικούς πληθυσμούς. Η αυτοεκτίμηση φαίνεται να είναι χαμηλότερη στα παχύσαρκα παιδιά και τους ενήλικες. Επιπλέον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συσχετιστεί με μειωμένη μείωση βάρους στα παχύσαρκα άτομα μετά από τη θεραπεία, μια σχέση που μπορεί να διαμεσολαβείται από συχνότερη συναισθηματική κατανάλωση σε άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ανθυγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής αποτελούν κυρίαρχη δύναμη στην πρόκληση της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Το άτομο που αντιλαμβάνεται ότι ο τρόπος ζωής του είναι μια σημαντική αιτία της ασθένειας του μπορεί να αισθάνεται ντροπή ή ενοχή. Τα παχύσαρκα άτομα συχνά αισθάνονται ένοχοι για υπερκατανάλωση τροφής και συνήθως κατηγορούν τους εαυτούς τους, ενδέχεται δε να δεχθούν στιγματισμό, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο χαμηλής αυτοεκτίμησης. (Bonsaksena, Fagermoenb & Lerdalc 2015)

Η αυτοεκτίμηση και τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. κατάθλιψη) έχουν προταθεί ως μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας του σώματος και διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής, αλλά με μικτά αποτελέσματα. Κλινικά, αυτή η πρόταση σημαίνει ότι η δυσαρέσκεια του σώματος έχει έμμεσο αντίκτυπο στην διαταραγμένη κατανάλωση και ότι η αυτοεκτίμηση και τα αρνητικά συναισθήματα είναι οι ενδιάμεσοι παράγοντες ή μηχανισμοί μέσω των οποίων μεταφέρεται η επίδραση στην διαταραγμένη διατροφή.

Υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί ο διαμεσολαβητικός ρόλος της αυτοεκτίμησης και της κατάθλιψης, στη σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας του σώματος και

διαταραχής φαγητού. Εάν η σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας και διαταραχής του σώματος μπορεί να εξηγηθεί από την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη, ενεργώντας ως ενδιάμεσοι παράγοντες, οι κλινικοί που παρεμβαίνουν κατά της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής μπορεί να ωφεληθούν από τη στοχοθέτηση της αυτοεκτίμησης και της κατάθλιψης. Τέτοιες επεμβάσεις μπορεί να επικεντρωθούν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και στην επίλυση των συναισθηματικών προβλημάτων γενικά, με άλλα μέσα εκτός από την ικανοποίηση του σώματος, καθώς και στη μείωση της σημασίας της φυσικής εμφάνισης για την αυτοαξιολόγηση. (Brechan & Kvaalem 2015)

4.7 Αλεξιθυμία

Η έννοια της αλεξιθυμίας πηγάζει από το πεδίο των συναισθημάτων και της ψυχοσωματικής. Στα τέλη της δεκαετίας του 1940, ο MacLean (1949) περιέγραψε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ψυχοσωματικές αναφορές, η αναφερόμενη συναισθηματική εμπειρία είναι ελλιπής διότι δεν χαρακτηρίζεται από την αναμενόμενη πλήρη συνειδητή συμβολική και λεκτική επεξεργασία. Αυτή η ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με βάση την ψυχανάλυση. Ο Nemiana και ο Σιφναίος (1970) περιγράφουν τις χαρακτηριστικές πτυχές της συναισθηματικής εμπειρίας αυτών των ασθενών. Αυτοί οι ασθενείς εκδήλωσαν είτε πλήρη ανυπαρξία συναισθημάτων ή σχεδόν πλήρη ανικανότητα να θέσουν σε λέξη αυτό που βιώνουν. Οι σχέσεις της πλειοψηφίας των ασθενών χαρακτηρίζονταν από μια σχεδόν πλήρη απουσία φαντασίας που σχετίζεται με την εσωτερική, ιδιωτική ψυχική ζωή και τις σκέψεις, τις στάσεις και τα συναισθήματα και μια απομνημόνευση, συχνά με έντονες λεπτομέρειες περιστάσεων και γεγονότων στο περιβάλλον τους, συμπεριλαμβανομένων των δικών τους πράξεων. Αργότερα ο Σίφναίος εισήγαγε τον όρο «αλεξιθυμία» για αυτό το σύνολο χαρακτηριστικών, το οποίο ήταν «από την ελληνική α = έλλειψη, λεξίς = εργασία, θύμος = διάθεση ή συγκίνηση». (Vorst & Bermond 2001)

Προς διερεύνηση και επίλυση της αλεξιθυμίας έχει αναδειχθεί ως μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση στον τομέα των εθισμών η Κινητήρια Συνέντευξη, μια προσέγγιση παροχής συμβουλών με επίκεντρο τον ασθενή. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της σε παρεμβάσεις απώλειας βάρους είναι ασαφής. (Armstrong et al. 2011)

4.8 Κινητήρια Συνέντευξη - Κίνητρο για την αλλαγή

Η Κινητήρια Συνέντευξη (Motivational Interviewing-MI), η οποία ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, έχει γίνει μια αναγνωρισμένη προσέγγιση συμβουλευτικής. Η MI είναι μια προσέγγιση της συμβουλευτικής που είναι, ταυτόχρονα, μια φιλοσοφία και μια ευρεία συλλογή τεχνικών που χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διερευνήσουν και να επιλύσουν την αμφισημία σχετικά με τη συμπεριφορική αλλαγή. Εν συντομία, η φιλοσοφία του MI είναι ότι οι άνθρωποι πλησιάζουν την αλλαγή όντας σε ποικίλα επίπεδα ετοιμότητας. Ο ρόλος των επαγγελματιών είναι να βοηθήσουν τους πελάτες να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των συνεπειών της αλλαγής ή / και να αλλάξουν μέσα από μια συνεντεύξη χωρίς κριτική, στην οποία οι πελάτες κάνουν το μεγαλύτερο μέρος της ομιλίας. Ένα κεντρικό δόγμα του MI είναι ότι οι παρεμβάσεις βοήθειας έχουν συνεργατική φύση και καθορίζονται από μια ισχυρή σχέση μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη. Η MI είναι αναμφίβολα ανθρωποκεντρική και ταυτόχρονα οδηγεί στην καθοδήγηση των πελατών προς την αλλαγή συμπεριφοράς.

Οι επαγγελματίες που εκπαιδεύονται στην MI αποκτούν γενικά γνώσεις και δεξιότητες σε τέσσερις τομείς: (α) έκφραση της ενσυναίσθησης, η οποία εξυπηρετεί πολλούς στόχους όπως η βελτίωση της σχέσης, η βοήθεια των πελατών να αισθάνονται κατανοητοί, επιτρέποντας στους πελάτες να διερευνήσουν τις εσωτερικές σκέψεις και τα κίνητρά τους. (β) ανάπτυξη ανισότητας - ασυμφωνίας, που ουσιαστικά σημαίνει ότι οι πελάτες υποστηρίζουν, για τους εαυτούς τους, τους λόγους για τους οποίους θα πρέπει να αλλάξουν βλέποντας το χάσμα ανάμεσα στις αξίες τους και τις τρέχουσες

προβληματικές τους συμπεριφορές, (γ) ανοχή στην αντίσταση, πράγμα που σημαίνει ότι η απροθυμία των πελατών να κάνουν αλλαγές γίνεται σεβαστή, θεωρείται κανονική και όχι παθολογική και δεν προωθείται από αμυντικές ή επιθετικές τεχνικές συμβουλών και (δ) υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας των πελατών, πράγμα που σημαίνει ότι η εμπιστοσύνη των πελατών στην ικανότητά τους να μεταβάλλονται αναγνωρίζεται ως βασική προϋπόθεση για επιτυχείς προσπάθειες αλλαγής. (Lundahl et al. 2010)

Το κίνητρο ενός ασθενούς να αλλάξει είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της ψυχολογικής θεραπείας. Η νευρική ανορεξία παρέχει ίσως το κλασικό παράδειγμα μιας κλινικής διαταραχής που είναι εμφανώς δύσκολη στη θεραπεία, εν μέρει, επειδή οι ασθενείς με τη διαταραχή αντιμετωπίζουν έλλειψη κινήτρων - αν όχι αντίσταση - να αλλάξουν. Η νευρική βουλιμία επίσης συχνά χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς βαθμούς κινήτρων και αμφισημία σχετικά με την αλλαγή. Εάν οι ψυχολογικές θεραπείες πρέπει να είναι σε μέγιστη αποτελεσματικότητα, πρέπει να περιλαμβάνουν εμπειρικά υποστηριζόμενες στρατηγικές για την ενίσχυση και την ενίσχυση του κινήτρου των ασθενών για αλλαγή. (Wilson & Schlam 2004)

Τα στάδια του μοντέλου αλλαγής έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη της Κινητήριας Συνέντευξης. Οι DiClemente and Velasquez (2002) συζητούν ότι το μοντέλο «έχει παίξει έναν αναπόσπαστο ρόλο στην ανάπτυξη της κινητήριας συνέντευξης» και έχει «φυσική εφαρμογή».

Υπάρχουν δύο λόγοι για αυτό: Πρώτον, η Κινητήρια Συνέντευξη πιστεύεται ότι καταδεικνύει τα κίνητρα που απαιτούνται για να μετακινήσει άτομα μέσα από τα διαφορετικά στάδια της αλλαγής. Δεύτερον, η πιο προφανής σχέση μεταξύ των συνεντεύξεων με κινητήρια δύναμη και των σταδίων της αλλαγής είναι ότι η κινητοποίηση των συνεντεύξεων έχει ένα εξαιρετικό συμβουλευτικό ύφος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που βρίσκονται σε πρώιμα στάδια. (Diclemente & Velasquez 2002)

Ο Κινητοποιητικός Διάλογος μπορεί να είναι χρήσιμος ανά πάσα στιγμή, ανεξάρτητα από οποιοδήποτε τεχνητά επιβαλλόμενο στάδιο. Υπογραμμίζοντας το σημείο αυτό, οι Rollnick και Miller (1995) υπογράμμισαν ότι «η ετοιμότητα για αλλαγή δεν είναι χαρακτηριστικό πελάτη, αλλά ένα διακυμάνσιμο προϊόν διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης». (Rollnick & Miller 1995)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία, αποτελεί μια μελέτη του ψυχοσυμπεριφορικού προφίλ ασθενών με παχυσαρκία.

5.1 Σκοπός:

Να διερευνηθεί κατά πόσο η ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει την απώλεια βάρους, χρησιμοποιώντας ως δείκτες την αυτο-αποτελεσματικότητα και την αυτο-εκτίμηση σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα.

5.2 Μεθοδολογία

Δείγμα μελέτης

Η συλλογή του δείγματος έγινε από τον Οκτώβριο του 2016 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2017 . Το δείγμα αποτελείται από 175 άτομα, 141 γυναίκες (80,6%), 34 άνδρες, (19,4%). Αφορά μόνο ενήλικες, οι οποίοι χωρίστηκαν σε ηλικιακές ομάδες 18-34 ετών (30 άτομα, 17,1%), 35-54 ετών (96 άτομα, 54,9%), 55-74 ετών (48 άτομα, 27,4%) και 75+ ετών (1 άτομο, 0,6%). Όλοι ήταν πλήρως ενημερωμένοι και υπέγραψαν τη συγκατάθεσή τους για την συλλογή και χρήση των προσωπικών τους στοιχείων στην παρούσα έρευνα. Η συλλογή του δείγματος έγινε τυχαία, από δύο ιατρικά κέντρα διαχείρισης βάρους, ένα στην Θεσσαλονίκη και ένα στην Αθήνα.

5.3 Διαδικασία

Η συλλογή των στοιχείων για την έρευνα έγινε από ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν οι ασθενείς καθ' όλη την διάρκεια των συνεδριών τους. Τα ερωτηματολόγια αυτά σχεδιάστηκαν στο πλαίσιο διερεύνησης των ψυχολογικών παραγόντων που εμπλέκονται με τη διαδικασία απώλειας βάρους. Επιπλέον, συμπεριελήφθησαν και ανθρωπομετρικές μετρήσεις.

Στην πρώτη συνεδρία τους, οι ασθενείς έπαιρναν έναν κωδικό με τον οποίο είχαν πρόσβαση στην ηλεκτρονική ιστοσελίδα <http://www.mental-profiler.com>, ώστε να απαντήσουν στο αρχικό ερωτηματολόγιο με τίτλο «Motivation Profiler». Η απάντηση των ερωτηματολογίων γινόταν ηλεκτρονικά και ανώνυμα, για να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια. Από το σπίτι τους, καλούνταν κάθε φορά να συμπληρώσουν το νέο ερωτηματολόγιο λίγο πριν την επόμενη συνεδρία τους. Οι απαντήσεις τους ήταν πλήρως προσωπικές, και ο γιατρός λάμβανε μόνο το αποτέλεσμα, το οποίο περιελάμβανε το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκονταν οι ασθενείς, σύμφωνα με το Διαθεωρητικό Μοντέλο, το ποσοστό αυτό-αποτελεσματικότητας και αυτό-εκτίμησης, καθώς και έκανε προβλέψεις βελτίωσης ή υποτροπής της συμπεριφοράς τους.

Σχεδιάστηκαν, επίσης, καρτέλες ιατρών και καρτέλες ασθενών. Οι καρτέλες ιατρών έχουν ως σκοπό την ενημέρωση των ιατρών για την κάθε ξεχωριστή κατάσταση, ενώ οι καρτέλες ασθενών δίνονται από τον ειδικό στους ασθενείς προς μελέτη στο σπίτι με ασκήσεις που τους βοηθούν να ακολουθήσουν τη σωστή πορεία στα στάδια αλλαγής και να αποφύγουν δύσκολες καταστάσεις που οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες και πειρασμούς, προς αποφυγήν υποτροπής.

Οι καρτέλες αυτές και το Ερωτηματολόγιο παρατίθενται στο Παράρτημα.

5.4 Ομάδες Παρέμβασης

Το δείγμα χωρίστηκε σε 3 ομάδες – κατηγορίες. Η πρώτη ομάδα αφορούσε άτομα με Χαμηλή Συμμόρφωση, τα οποία απάντησαν μια φορά το ερωτηματολόγιο, αλλά δε συνέχισαν να ενδιαφέρονται για το συμπεριφορικό κομμάτι της παρέμβασης. Η δεύτερη ομάδα αφορούσε τα άτομα με Υψηλή Συμμόρφωση, τα οποία απάντησαν στο ερωτηματολόγιο τουλάχιστον 2 φορές και συμμετείχαν ενεργά στις ασκήσεις συμπεριφοράς που τους δίνονταν από τον εκάστοτε ειδικό. Τέλος, η τρίτη ομάδα (Ομάδα Ελέγχου), αφορούσε τα άτομα τα οποία παρακολουθούσαν τις συνεδρίες, αλλά δεν απάντησαν το ερωτηματολόγιο και δεν συμμετείχαν στο συμπεριφορικό κομμάτι της παρέμβασης, παρά μόνο στο διατροφικό.

Από την κάθε ομάδα συλλέχθηκαν τα δεδομένα της Πρώτης και τελευταίας επίσκεψης καθώς και της επίσκεψης με τη βέλτιστη απώλεια βάρους (με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος).

Η σύγκριση των Ομάδων έγινε βάση των διαφορών στο Βάρος, τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το Ποσοστό Λίπους Σώματος, το Επιπέδο Σπλαχνικού Λίπους, το Σκορ Αυτοεκτίμησης και το Σκορ Αυτοαποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια αυτών των 3 επισκέψεων.

5.5 Ανάλυση Ερωτηματολογίου

Το αρχικό ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 2 ουσιαστικά μέρη. Τα πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την αυτό-εκτίμηση και το δεύτερο για την αυτό-

αποτελεσματικότητα. Το ερωτηματολόγιο Motivation Profiler περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, καθεμία από τις οποίες πρέπει να απαντηθεί σε 20 δευτερόλεπτα. Η συμπλήρωση όλου του ερωτηματολογίου διαρκεί 10 λεπτά και πρέπει να συμπληρωθεί μια φορά μόνο μεταξύ δύο συνεδριών γιατί έχει μεγάλη σημασία ο αυθορμητισμός στις απαντήσεις. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σαν ψυχομετρικό εργαλείο εκτίμησης της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτό-εκτίμησης πρέπει να έχει μια συγκεκριμένη ροή των ερωτήσεων – απαντήσεων γιατί μεταξύ τους υπάρχει άμεσος επηρεασμός. Ο ασθενής είναι καλό να είναι μόνος του όταν το συμπληρώνει γιατί μπορεί εύκολα να επηρεαστεί από την παρουσία κάποιου άλλου. Ο ειδικός δεν έχει πρόσβαση στις απαντήσεις αλλά μόνο στο σύνολο του σκορ που έρχεται αυτόματα στην ιατρική του καρτέλα όταν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Το σκορ αυτό σύμφωνα με την τρέχουσα κατάσταση του ασθενή που εκτιμάται από την τελευταία επίσκεψη βοηθάει να κατανοήσουμε την ψυχολογία του ασθενούς που κρύβεται πίσω από την συμπεριφορά του για την προσπάθεια διαχείρισης του βάρους του.

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

5.6 Ανθρωπομετρικά Στοιχεία

Μετρήθηκε το Ύψος σε εκατοστά με τον υψομετρητή SECA, το Βάρος σε κιλά, το Ποσοστό Σωματικού Λίπους και το Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους, με το λιπομετρητή TANITA BC-418 MA. Τέλος, υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (βάρος/ ύψος υψωμένο στο τετράγωνο), ώστε να καταταγούν στην αντίστοιχη κατηγορία: Υπέρβαροι με $\Delta M\Sigma=25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ και Παχύσαρκοι με $\Delta M\Sigma= >29.9 \text{ kg/m}^2$.

5.7 Στατιστική Ανάλυση

Με την ολοκλήρωση συλλογής δεδομένων ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με τη βοήθεια του Microsoft Excel 2010 και του προγράμματος IBM SPSS STATISTICS V.20.

Αρχικά υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δεδομένων , όπως οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, τα τυπικά σφάλματα του μέσου όρου, οι μέγιστες και οι ελάχιστες τιμές.

Ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στη μεθοδολογία της ανάλυσης διασποράς κατά έναν παράγοντα η οποία αποτελεί γενίκευση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιείται για συγκρίσεις των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων πληθυσμών. Έτσι, επιτυγχάνεται η ταυτόχρονη σύγκριση των μέσων τιμών περισσότερων από δύο, ανεξάρτητων πληθυσμών.

Τα βασικά στοιχεία του μοντέλου της ανάλυσης διασποράς κατά ένα παράγοντα είναι απλά. Σε κάθε δοκιμασία υποθέτουμε ότι αντιστοιχεί μια κατανομή πιθανοτήτων της εξαρτημένης μεταβλητής. Σε αυτό το μοντέλο υποθέτουμε ότι κάθε μια από τις κατανομές πιθανότητας είναι κανονική με την ίδια διασπορά και ότι οι παρατηρήσεις που παίρνονται από κάποιες πειραματικές μονάδες για κάθε δοκιμασία είναι τυχαίες παρατηρήσεις από την αντίστοιχη κατανομή και ανεξάρτητες από τις παρατηρήσεις κάθε άλλης δοκιμασίας. Τυχόν διαφορές στις μέσες τιμές θα έδειχναν διαφορές στις επιδράσεις των δοκιμασιών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αυτός είναι ο βασικός λόγος που η ανάλυση διασποράς επικεντρώνεται στις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής των δοκιμασιών που εξετάζονται. Έτσι η ανάλυση των δεδομένων βασίζεται στο να προσδιοριστεί αν οι μέσες τιμές που αντιστοιχούν σε κάθε δοκιμασία είναι οι ίδιες, και αν δεν είναι, να εξετασθεί πως διαφέρουν και ποιες είναι οι επιπτώσεις των διαφορών. Πολλές φορές ωστόσο, για να πραγματοποιηθούν ανά δύο συγκρίσεις μεταξύ των μέσων χωρίς την αύξηση του σφάλματος τύπου I (απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης όταν αυτή αληθεύει), απαιτείται η εφαρμογή μιας Post hoc μεθόδου πολλαπλής

σύγκρισης. Συνήθως εφαρμόζεται το κριτήριο του Tukey ή του Bonferroni και σπανιότερα το κριτήριο του Scheffe. (Winer, Brown & Michels, 1991)

Στατιστικοί έλεγχοι

Στους πρώτους τέσσερις ελέγχους προτού γίνει η ανάλυση διασποράς δημιουργήθηκε νέο δείγμα που προήλθε από τη διαφορά των μετρήσεων της πρώτης από την τελευταία επίσκεψη. Αρχικά ήταν αναγκαίο να διερευνηθεί αν τα δείγματα μας ακολουθούν κανονική κατανομή πράγμα που ελέγχθηκε με τη χρήση του μη-παραμετρικού τεστ Kolmogorov-Smirnov. Εν συνεχεία εφόσον σημειωνόταν επιτυχία στο τεστ πραγματοποιούσα την ανάλυση διασποράς.

Με σκοπό τη περαιτέρω ανάλυση εξάρτησης μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τις εκάστοτε διαφορές, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Tukey. Συγκεκριμένα ερευνήθηκαν κατά ζεύγη όλες οι ομάδες, δηλαδή ελέγχθηκε η ύπαρξη εξάρτησης σχετικά με τις διαφορές μεταξύ όλων των ομάδων ανα ζεύγη. Για παράδειγμα το γεγονός ότι η ανάλυση διασποράς είχε σαν αποτέλεσμα την ανεξαρτησία των ομάδων όσο αναφορά την απώλεια βάρους δεν αποκλείει το ενδεχόμενο της εξάρτησης μεταξύ δύο εκ των τριών κατηγοριών μας.

Στο δεύτερο σκέλος ελέγχθηκε αν το σκορ της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας διαφέρει στα άτομα της ομάδας υψηλής συμμόρφωσης πριν και μετά τη θεραπεία. Όταν θέλουμε να ελέγξουμε αν υπάρχει σχέση μεταξύ παρατηρήσεων που προέρχονται από εξαρτημένα δείγματα, όπως στην περίπτωση μας, όπου οι μετρήσεις αφορούν το ίδιο άτομο κάθε φορά, πριν και μετά από μια διαδικασία, εφαρμόζουμε t test για ζευγαρωτές παρατηρήσεις. Έτσι διατυπώνονται οι εξής έλεγχοι υποθέσεων με μηδενική την υπόθεση που θέλει τις μέσες τιμές των δύο δειγμάτων να είναι ίσες μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής που τις θέλει να διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά.

Επιπροσθέτως με στόχο να ελεγχθεί αν το σκορ της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης που σημείωσαν οι ασθενείς στη πρώτη τους επίσκεψη διαφέρει μεταξύ των ομάδων χαμηλής και υψηλής συμμόρφωσης πραγματοποιήθηκε το t-test για ανεξάρτητα δείγματα αυτή τη φορά. (Κολυβά- Μαχαίρα & Μπόρα-Σέντα 1999)

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

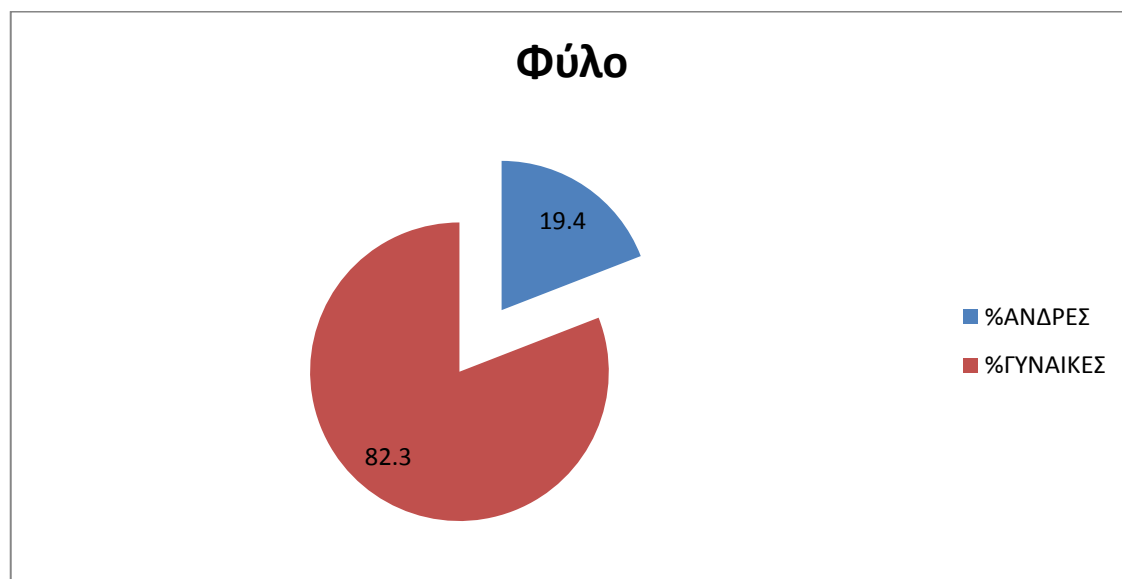
6.1 Περιγραφικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία

6.1.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος με βάση το φύλο

Πίνακας 6.1.1 Κατάταξη σύμφωνα με το φύλο

Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό
Άνδρες	34	19,4
Γυναίκες	144	82,3
Σύνολο	175	100,0

Διάγραμμα 6.1.1 Ποσοστό Ανδρών και Γυναικών στο συνολικό δείγμα



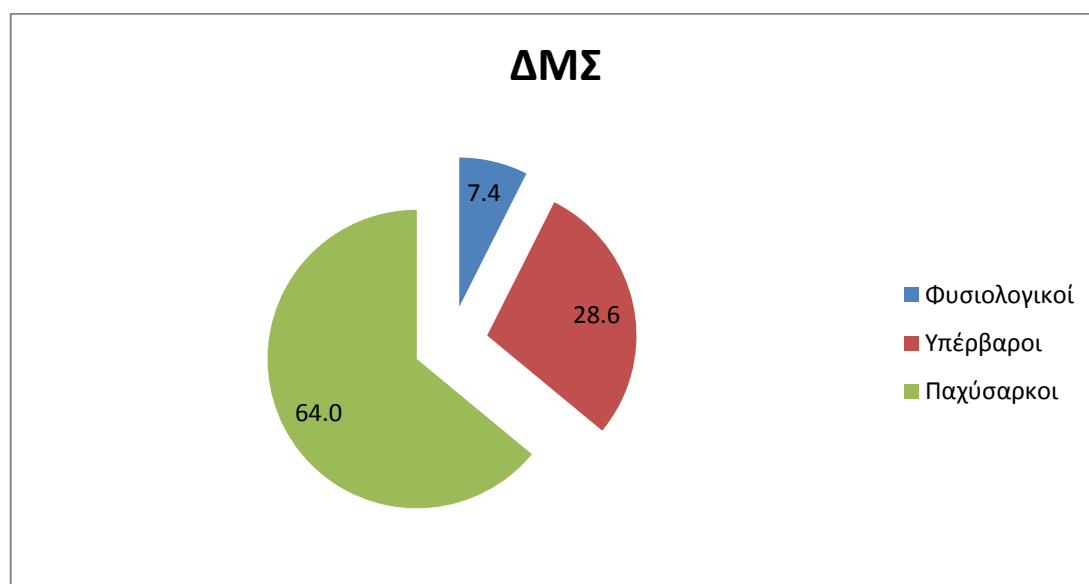
Στην έρευνα συμμετείχαν 175 άτομα, από τα οποία τα 144 (82,3%) είναι γυναίκες και 34 (19,4%) είναι άνδρες.

6.1.2 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος

Πίνακας 6.1.2 Κατάταξη σύμφωνα με το ΔΜΣ

Κατηγορίες ΔΜΣ	Συχνότητα (N)	Ποσοστό
Φυσιολογικοί	13	7,4
Υπέρβαροι	50	28,6
Παχύσαρκοι	112	64,0
Σύνολο	175	100,0

Διάγραμμα 6.1.2 Ποσοστό ατόμων Φυσιολογικού Βάρους, Υπερβαρων και Παχύσαρκων



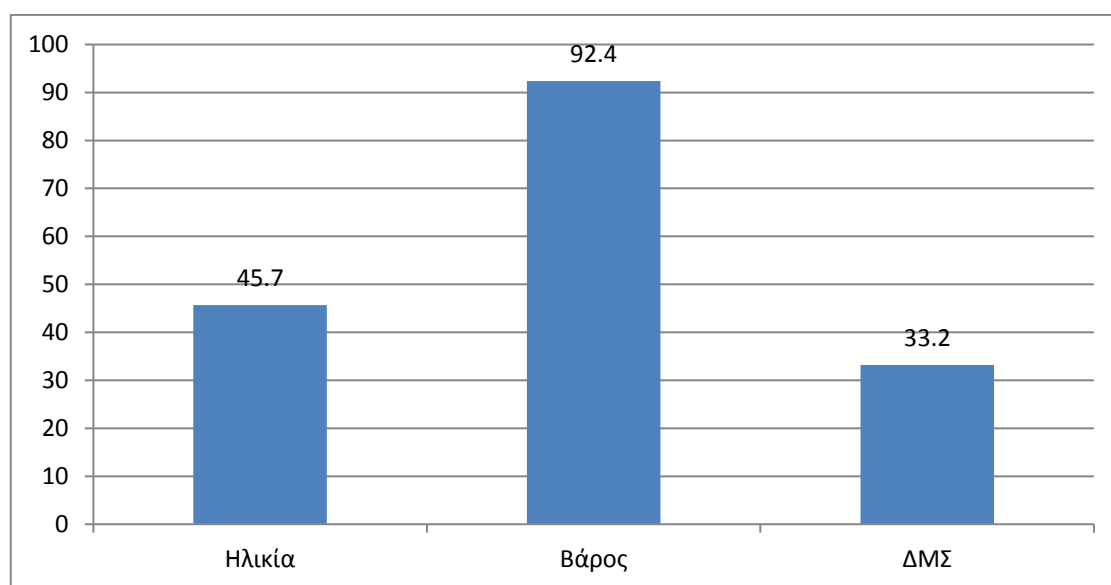
Το δείγμα με βάση το ΔΜΣ αποτελείται από 13 (7,4%) Νορμοβαρή άτομα, 50 (28,6%) Υπέρβαρα και από 112 (64%) Παχύσαρκα.

6.1.3 Ανθρωπομετρικά στοιχεία για ηλικία, βάρος και ΔΜΣ

Πίνακας 6.1.3 Μ.Ο., τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα, Ελάχιστο και Μέγιστο για την Ηλικία, το Βάρος και το ΔΜΣ

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μ.Ο. (SEM)	Μ.Ο.± SEM	Min.	Max.
Ηλικία	45,7	11,98	3,45	45,7 ± 3,54	18	77
Βάρος	92,4	23,63	6,98	92,4 ± 6,98	57,7	206,5
ΔΜΣ	33,2	7,40	2,51	33,2 ± 2,51	21,5	55,7

Διάγραμμα 6.1.3 Μ.Ο. Ηλικίας, Βάρους και ΔΜΣ του δείγματος



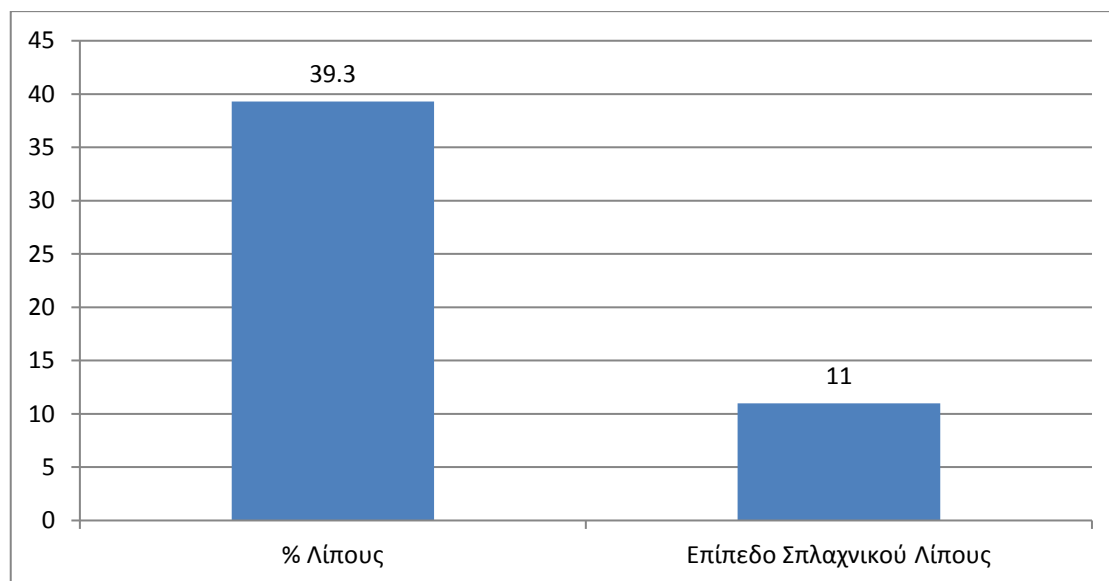
Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.1.3, η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 45,7 έτη με τυπικό σφάλμα 3,45 και με τυπική απόκλιση 11,98. Το μέσο βάρος του δείγματος είναι 92,4 Kg με τυπικό σφάλμα 6,98 και τυπική απόκλιση 23,63, ενώ ο μέσος ΔΜΣ είναι 33,2 Kg/m², με τυπικό σφάλμα 2,51 και τυπική απόκλιση 7,40

6.1.4 Ανθρωπομετρικά στοιχεία για Ποσοστό Λίπους και Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους

Πίνακας 6.1.4 Μ.Ο., τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα, Ελάχιστο και Μέγιστο για το Ποσοστό Λίπους και για το Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μ.Ο. (SEM)	Μ.Ο.± SEM	Min.	Max.
% Λίπους	39,3	8,13	2,97	39,3 ± 2,97	14,1	58,5
Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους	11	6,49	0,86	11 ± 0,86	2	44

Διάγραμμα 6.1.4 Μ.Ο. Ποσοστού Λίπους και Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους του δείγματος



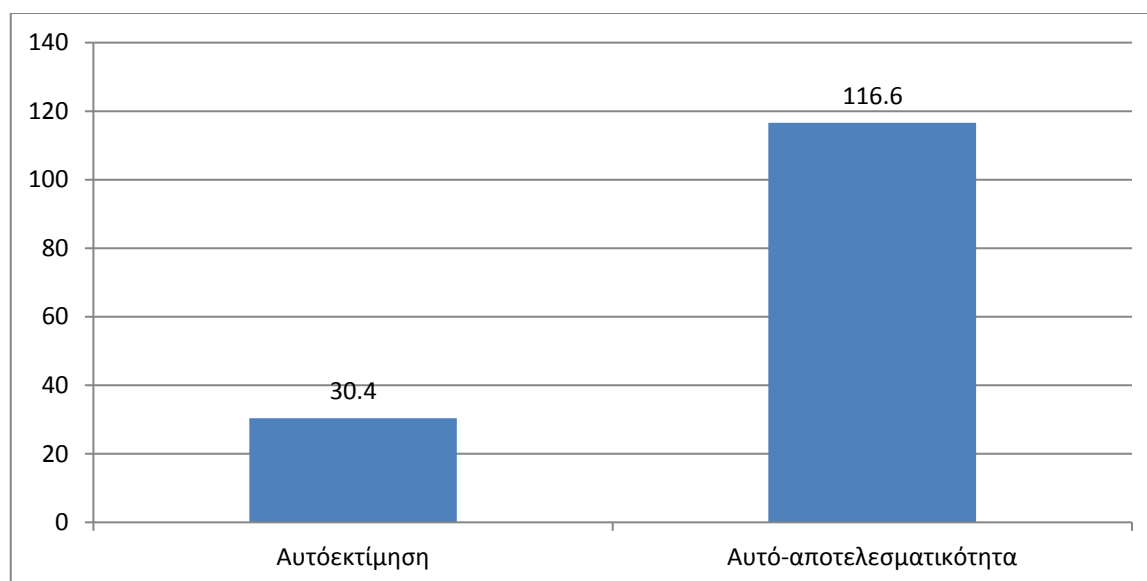
Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.1.4, το μέσο ποσοστό λίπους του δείγματος είναι 39,3%, με τυπικό σφάλμα 2,97 και τυπική απόκλιση 8,13. Το μέσο Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους είναι 11 με τυπικό σφάλμα 0,86 και τυπική απόκλιση 6,49.

6.1.5 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος για την Αυτόεκτίμηση και την Αυτό-αποτελεσματικότητα

Πίνακας 6.1.5 Μ.Ο., τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα, Ελάχιστο και Μέγιστο για την Αυτόεκτίμηση και την Αυτό-αποτελεσματικότητα

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μ.Ο. (SEM)	Μ.Ο.± SEM	Min.	Max.
Αυτόεκτίμηση	30,4	4,50	2,47	30,4 ± 2,47	21	40
Αυτό-αποτελεσματικότητα	116,6	34,86	9,46	116,6 ± 9,46	2	179

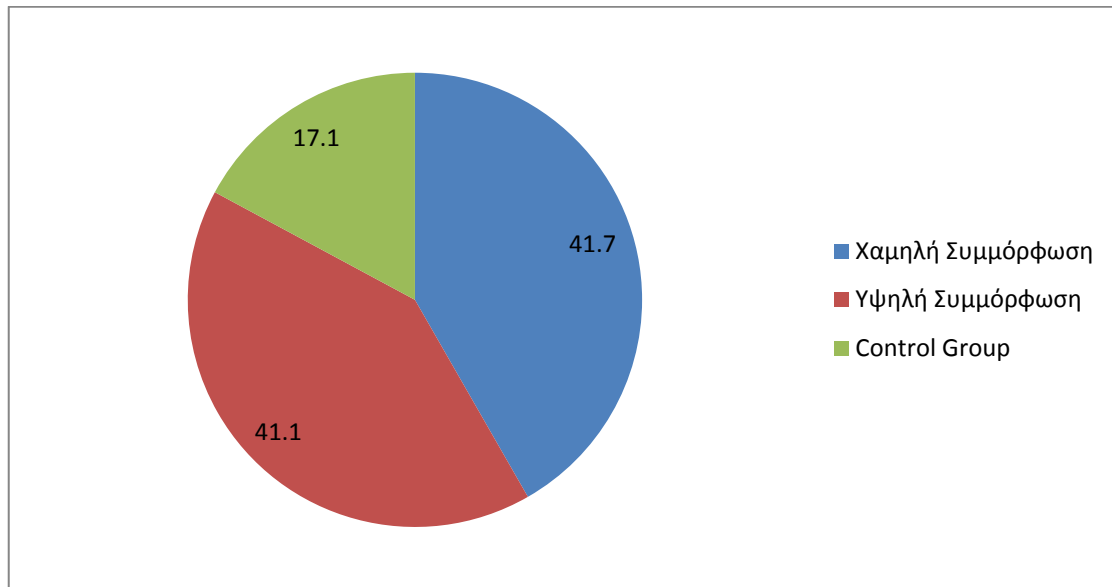
Διάγραμμα 6.1.5 Μ.Ο. Αυτοεκτίμησης και Αυτόαποτελεσματικότητας του δείγματος



Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.1.5, η μέση τιμή της Αυτόεκτίμησης είναι 30,4, με τυπικό σφάλμα 2,47 και τυπική απόκλιση 4,50, η μέση τιμή της Αυτό-αποτελεσματικότητας είναι 116,6 με τυπικό σφάλμα 9,46 και τυπική απόκλιση 34,86.

6.2 Ομάδες Παρέμβασης

Διάγραμμα 6.2.1 Ποσοστά ατόμων ανά κάθε κατηγορία παρέμβασης – Ομάδες: «Χαμηλή Συμμόρφωση», «Υψηλή Συμμόρφωση», «Ομάδα Ελέγχου»



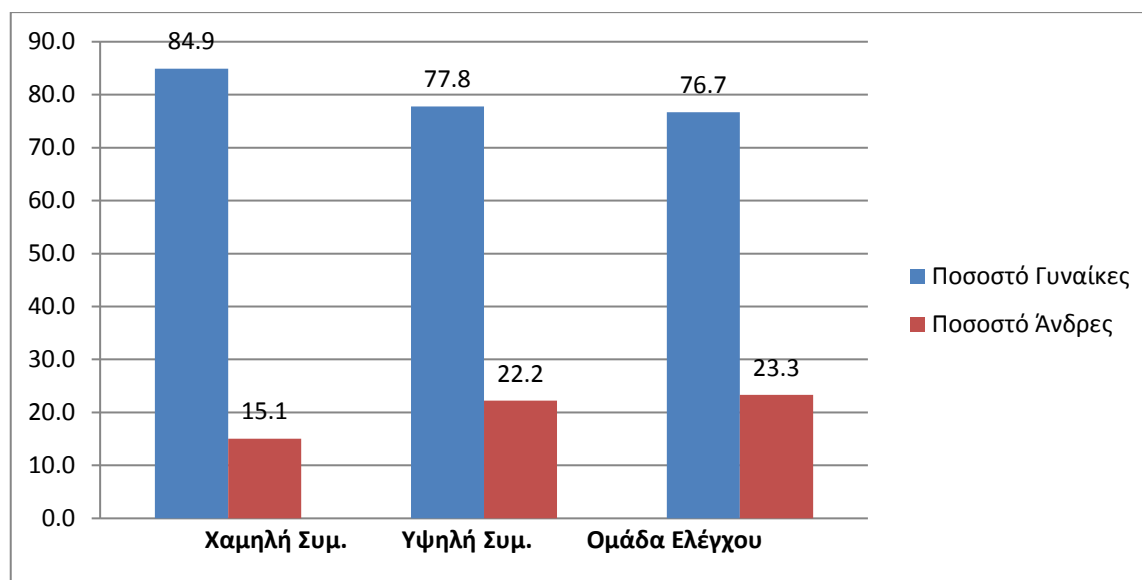
Η αξιολόγηση των ασθενών σύμφωνα με τη συμμόρφωσή τους στην ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση, ταξινομήθηκε σε «Χαμηλή Συμμόρφωση» (73 άτομα, 41,7%) , «Υψηλή Συμμόρφωση» (72 άτομα, 41,1%) και «Ομάδα Ελέγχου» (30 άτομα, 17,1%).

6.2.1 Περιγραφικά στοιχεία των Ομάδων Συμμόρφωσης με βάση το Φύλο

Πίνακας 6.2.1 Κατάταξη σύμφωνα με το φύλο στις ομάδες συμμόρφωσης

Φύλο	Χαμηλή Συμμόρφωση	Υψηλή Συμμόρφωση	Ομάδα Ελέγχου	Σύνολο
Γυναίκες	62	56	23	141
Άνδρες	11	16	7	34
Σύνολο	73	72	30	175

Διάγραμμα 6.2.2 Ποσοστό συμμετοχής ανδρών/γυναικών στις ομάδες συμμόρφωσης



Στην Ομάδα χαμηλής συμμόρφωσης τα 62 (84,9%) άτομα είναι γυναίκες, ενώ τα 11 (15,1% άνδρες). Στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης τα 56 (77,8%) είναι γυναίκες, ενώ τα 16 (22,2%) άνδρες. Τέλος, στην Ομάδα Ελέγχου, τα 23 (76,7%) άτομα είναι γυναίκες, ενώ τα 7 (23,3%) άνδρες.

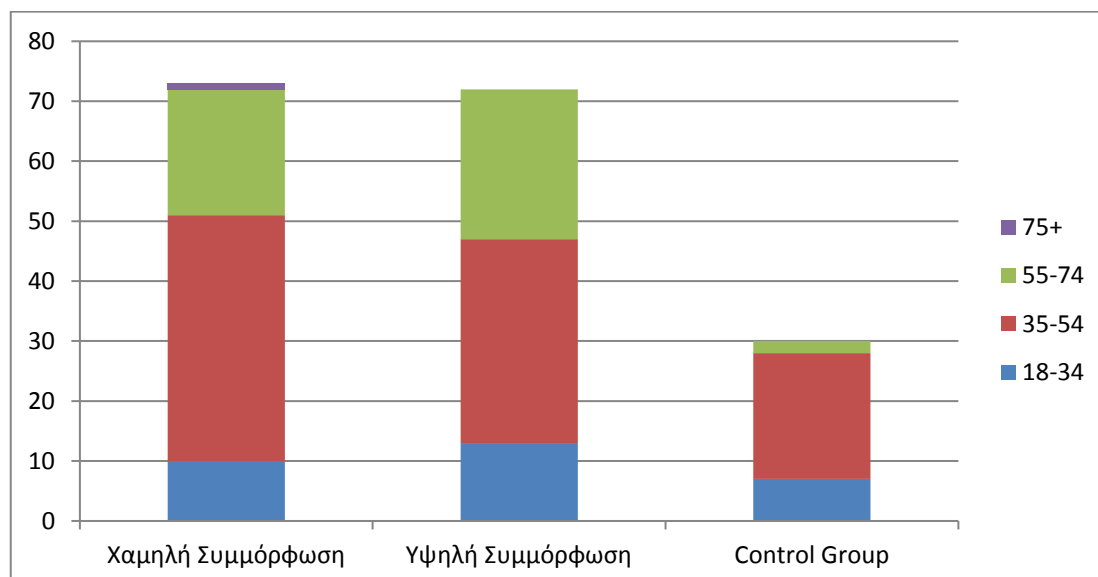
6.2.2 Περιγραφικά στοιχεία των Ομάδων Συμμόρφωσης με βάση την Ηλικία

Πίνακας 6.2.2 Κατάταξη σύμφωνα με την ηλικία στις ομάδες συμμόρφωσης

	Χαμηλή Συμμόρφωση	Υψηλή Συμμόρφωση	Ομάδα Ελέγχου	Σύνολο
Μ.Ο	47	46	41,4	44,8
Εύρος Ηλικίας	18-77	18-68	18-60	
Κατηγορίες				
18-34	10	13	7	30
35-54	41	34	21	96
55-74	21	25	2	48
75+	1	0	0	1

Η μέση ηλικία στην Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης είναι 47 έτη, στην Υψηλή Συμμόρφωση 46 έτη, ενώ στην Ομάδα Ελέγχου 41,4 έτη.

Διάγραμμα 6.2.3 Ποσοστά της κάθε ηλικιακής ομάδες στις ομάδες συμμόρφωσης



Στην ομάδα «Χαμηλή Συμμόρφωση», τα 10 άτομα (13,7%) ήταν στην κατηγορία ηλικίας 18-34 ετών, τα 41 άτομα (56,2%) ήταν στην κατηγορία 35-54 ετών, τα 21 (28,8%) στις ηλικίες 55-74 και μόλις 1 άτομο (1,4%) πάνω από 75 ετών.

Στην ομάδα «Υψηλή Συμμόρφωση», τα 13 άτομα (18,1%), ανήκουν στην κατηγορία ηλικίας 18-34 ετών, τα 34 άτομα (47,2%) στην κατηγορία 35-54 ετών, τα 25 άτομα (34,7%) στην κατηγορία 55-74 και κανένα άτομο (0,0%) στην κατηγορία ηλικίας πάνω από 75 ετών.

Στην «Ομάδα Ελέγχου», τα 7 άτομα (23,3%) ανήκουν στην κατηγορία ηλικίας 18-34 ετών, τα 21 άτομα (70%) στην κατηγορία ηλικίας 35-54 ετών, τα 2 άτομα (6,7%) στην κατηγορία 55-74 ετών και κανένα άτομο (0,0%) στην κατηγορία πάνω από 75 ετών.

6.3 Συγκεντρωτικά Ανθρωπομετρικά Στοιχεία

Πίνακας 6.3.1 Χαρακτηριστικά της 1^{ης} επίσκεψης, της ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης

1η επίσκεψη	Χαμηλή Συμμόρφωση		Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
	ΔΜΣ(Kg/m ²)	Ποσοστό Λίπους(%)	
Ελάχιστο	21,5	18,1	2,0
Μέγιστο	55,7	58,5	44,0
Εύρος	34,2	40,4	42,0
Μ.Ο.	31,3	37,4	10,4
Τυπική Απόκλιση	7,176	8,128	8,128
Τυπικό Σφάλμα	3,663	4,374	1,220
	Αυτό- εκτίμηση	Αυτό- αποτελεσματικότητα	
Ελάχιστο	23	20	
Μέγιστο	40	180	
Εύρος	17	160	
Μ.Ο.	31	121	
Τυπική Απόκλιση	4,743	34,860	
Τυπικό Σφάλμα	3,657	14,149	

Πίνακας 6.3.2 Χαρακτηριστικά της τελευταίας επίσκεψης, της ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης

Τελευταία Επίσκεψη	Χαμηλή Συμμόρφωση		Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
	ΔΜΣ(Kg/m ²)	Ποσοστό Λίπους(%)	
Ελάχιστο	21	16,6	2,0
Μέγιστο	53,0	55,2	37,0
Εύρος	31,6	38,6	35,0
Μ.Ο.	30,3	36,2	9,7
Τυπική Απόκλιση	6,950	7,956	6,283
Τυπικό Σφάλμα	3,549	4,237	1,130

Πίνακας 6.3.3 Χαρακτηριστικά της καλύτερης επίσκεψης, της ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης

Χαμηλή Συμμόρφωση			
Καλύτερη Επίσκεψη	ΔΜΣ(Kg/m²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	21	16,6	2,0
Μέγιστο	53	55,2	37,0
Εύρος	31,6	38,6	35,0
Μ.Ο.	29,7	35,0	9,2
Τυπική Απόκλιση	6,653	7,947	6,876
Τυπικό Σφάλμα	3,471	4,102	1,078

Πίνακας 6.3.4 Χαρακτηριστικά της 1^{ης} επίσκεψης, της ομάδας Υψηλής Συμμόρφωσης

Υψηλή Συμμόρφωση			
1η επίσκεψη	ΔΜΣ(Kg/m²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	23	21	5,0
Μέγιστο	80	58	33,0
Εύρος	56,6	37	28,0
Μ.Ο.	34,6	40,8	12,0
Τυπική Απόκλιση	7,527	7,804	5,476
Τυπικό Σφάλμα	4,080	4,805	1,412
	Αυτό-εκτίμηση	Αυτό-αποτελεσματικότητα	
Ελάχιστο	21	2	
Μέγιστο	40	179	
Εύρος	19	177	
Μ.Ο.	30	117	
Τυπική Απόκλιση	4,097	36,564	
Τυπικό Σφάλμα	3,486	13,746	

Πίνακας 6.3.5 Χαρακτηριστικά της τελευταίας επίσκεψης, της ομάδας Υψηλής Συμμόρφωσης

Υψηλή Συμμόρφωση			
Τελευταία Επίσκεψη	ΔΜΣ(Kg/m²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	23	17,7	4,0
Μέγιστο	77	56,2	29,0

Εύρος	54,0	38,5	25,0
Μ.Ο.	34,0	39,2	11,0
Τυπική Απόκλιση	7,161	7,811	5,863
Τυπικό Σφάλμα	3,964	4,623	1,345
	Αυτό- εκτίμηση	Αυτό- αποτελεσματικότητα	
Ελάχιστο	22	51	
Μέγιστο	40	180	
Εύρος	18	129	
Μ.Ο.	30	130	
Τυπική Απόκλιση	4,155	28,688	
Τυπικό Σφάλμα	3,504	15,326	

Πίνακας 6.3.6 Χαρακτηριστικά της καλύτερης επίσκεψης, της ομάδας Υψηλής Συμμόρφωσης

Υψηλή Συμμόρφωση			
Καλύτερη Επίσκεψη	ΔΜΣ (Kg/m ²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	23	17,7	3,0
Μέγιστο	77	56,2	29,0
Εύρος	54,9	38,6	11,0
Μ.Ο.	32,0	37,3	26,0
Τυπική Απόκλιση	7,298	7,815	5,852
Τυπικό Σφάλμα	3,775	4,394	1,265

Πίνακας 6.3.7 Χαρακτηριστικά της 1^{ης} επίσκεψης της Ομάδας Ελέγχου

Ομάδα Ελέγχου			
1η επίσκεψη	ΔΜΣ(Kg/m ²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	25	14,1	8,0
Μέγιστο	53,2	53,6	18,0
Εύρος	28,2	39,5	10,0
Μ.Ο.	34,6	40,3	12,8
Τυπική Απόκλιση	6,773	8,252	6,362
Τυπικό Σφάλμα	6,309	7,361	2,330

Πίνακας 6.3.8 Χαρακτηριστικά της τελευταίας επίσκεψης της Ομάδας Ελέγχου

Ομάδα Ελέγχου			
Τελευταία Επίσκεψη	ΔΜΣ(Kg/m²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	23,8	14,7	8,0
Μέγιστο	52,3	53,8	18,0
Εύρος	28,5	39,1	10,0
Μ.Ο.	32,4	38,3	11,9
Τυπική Απόκλιση	6,275	8,805	6,230
Τυπικό Σφάλμα	5,916	6,997	2,172

Πίνακας 6.3.9 Χαρακτηριστικά της καλύτερης επίσκεψης της Ομάδας Ελέγχου

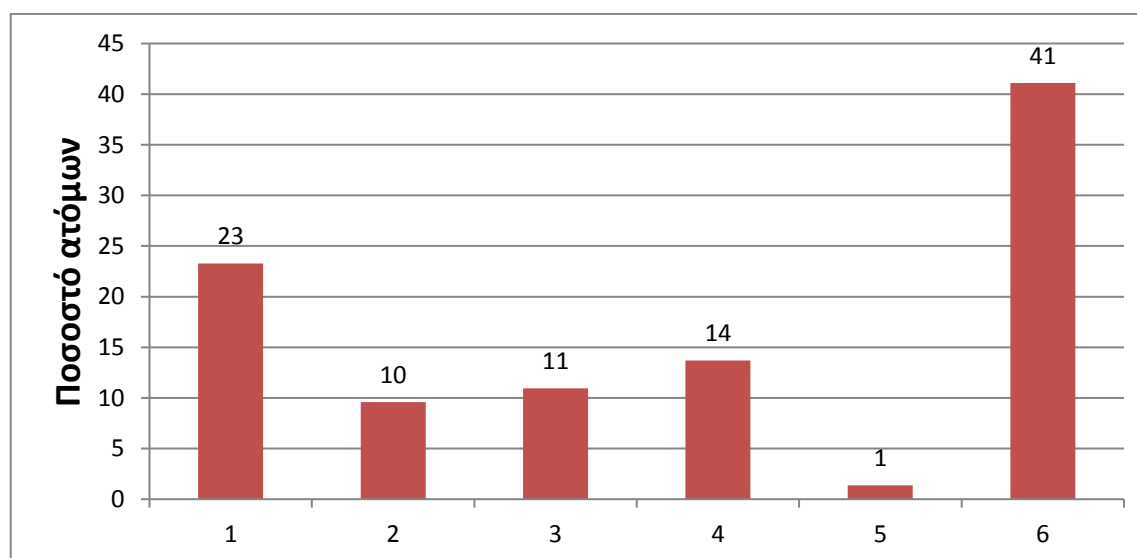
Ομάδα Ελέγχου			
Καλύτερη Επίσκεψη	ΔΜΣ (Kg/m²)	Ποσοστό Λίπους(%)	Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους
Ελάχιστο	23,3	14,9	4,0
Μέγιστο	52,3	53,8	18,0
Εύρος	29,0	38,9	14,0
Μ.Ο.	31,7	38,1	11,4
Τυπική Απόκλιση	6,758	10,568	6,235
Τυπικό Σφάλμα	5,785	6,957	2,089

6.4 Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης

Πίνακας 6.4.1 Κατηγοριοποίηση στα Στάδια Αλλαγής, των ατόμων της ομάδας «Χαμηλής Συμμόρφωσης»

Κατηγορία-Στάδιο	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό ατόμων (%)
1	17	23
2	7	10
3	8	11
4	10	14
5	1	1
6	30	41
Άθροισμα	73	100

Διάγραμμα 6.4.1 Αριθμός Σταδίου Αλλαγής – Ποσοστό ατόμων σε κάθε Στάδιο – Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης



Στην ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης, υπολογίστηκαν πόσα άτομα ανήκαν σε κάθε Στάδιο, από το Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska και Di Clemente. Τα 17 άτομα (23%) βρίσκονταν στο στάδιο του Μη Προβληματισμού, τα 7 άτομα (10%) βρίσκονταν στο στάδιο του Προβληματισμού, τα 8 άτομα (11%) βρίσκονταν στο στάδιο της Προετοιμασίας για Αλλαγή, τα 10 άτομα (14%)

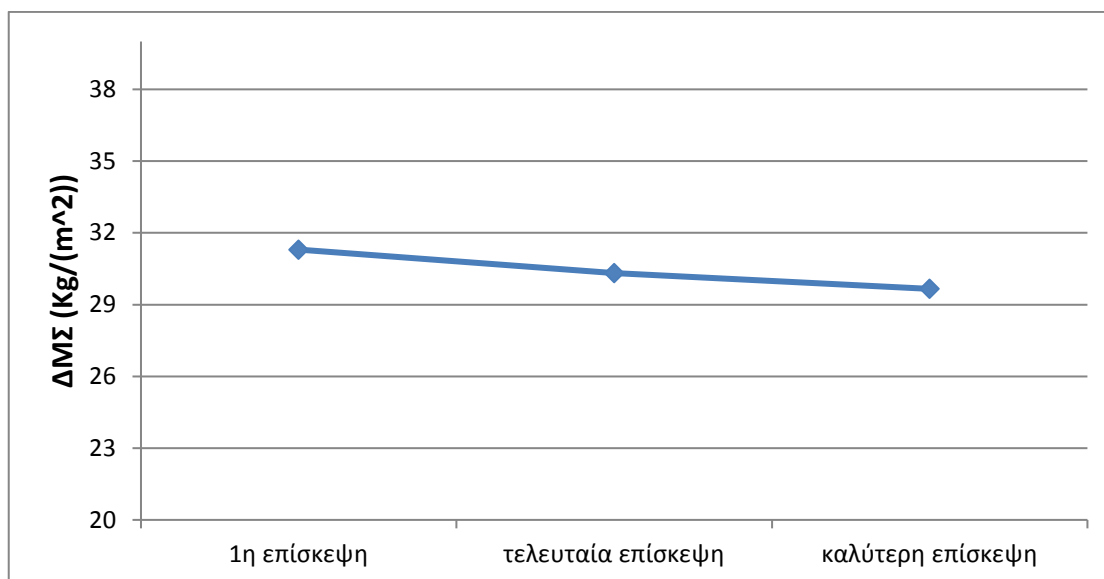
βρίσκονταν στο στάδιο της Δράσης, 1 άτομο (1%) στο στάδιο της Συντήρησης και τα 30 άτομα (41%) στο στάδιο της Υποτροπής.

Πίνακας 6.4.2 Μ.Ο., BMI, % Λίπους, Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους, Αυτόεκτίμηση, Αυτό-αποτελεσματικότητα στην 1^η επίσκεψη της Ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης

Χαμηλή Συμμόρφωση			
Μ.Ο.	1η επίσκεψη	τελευταία επίσκεψη	καλύτερη επίσκεψη
BMI	31,3	30,3	29,7
% Λίπους	37,4	36,2	35,0
Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους	10,4	9,7	9,2
Σκορ Αυτόεκτίμησης	31	-	-
Σκορ Αυτόαποτελεσματικότητας	121,0	-	-

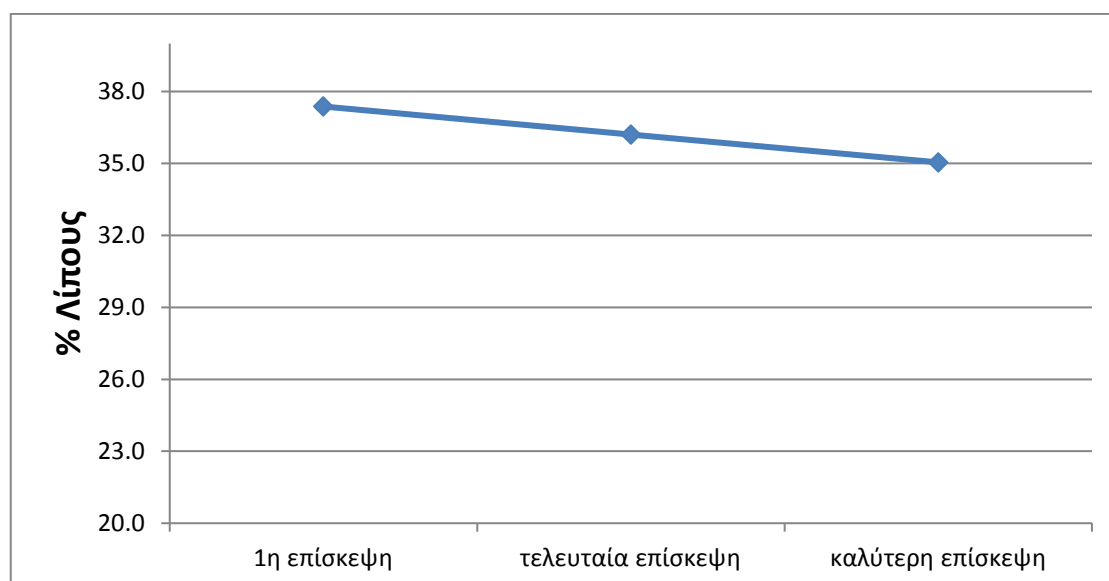
Για την 1^η επίσκεψη της Ομάδας «Χαμηλής Συμμόρφωσης», ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 31,3 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 37,4%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 10,4, του Σκορ Αυτό-εκτίμησης 31 και του Σκορ Αυτό-αποτελεσματικότητας 121. Για την τελευταία τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 30,3 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 36,2%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 9,7. Ενώ στην καλύτερή τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 29,7 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 35%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 9,2.

Διάγραμμα 6.4.2 Μ.Ο. ΔΜΣ (Kg/m²) στην Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης



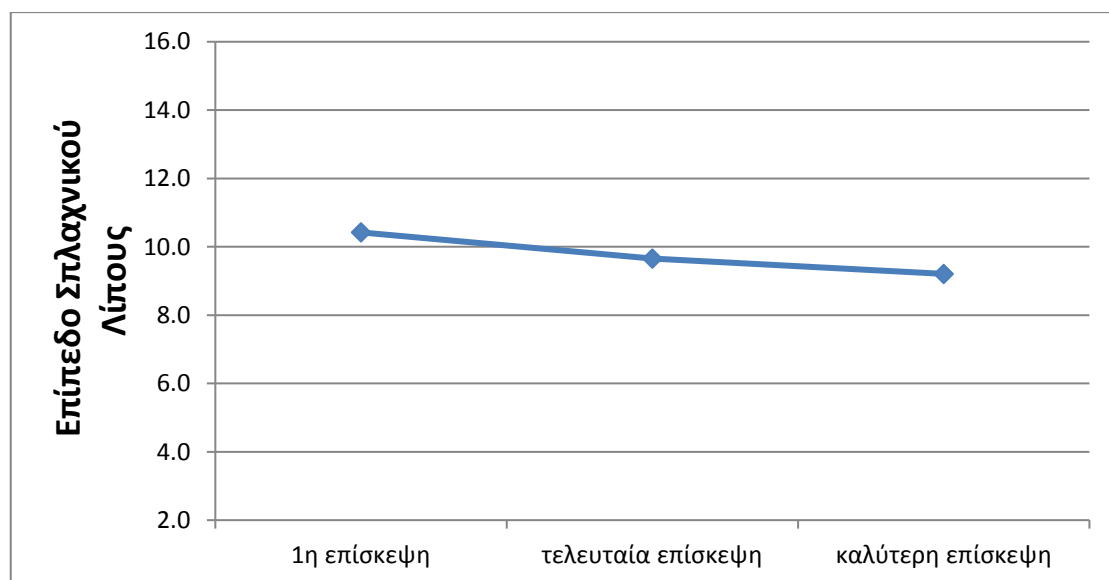
Ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 31,3 Kg/m², στην τελευταία επίσκεψη ήταν 30,3 Kg/m² και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 29,7 Kg/m². Η καλύτερη επίσκεψη του κάθε ασθενή μπορεί να ήταν η τελευταία του επίσκεψη αλλά μπορεί να ήταν και κάποια ενδιάμεσα στην πρώτη και την τελευταία.

Διάγραμμα 6.4.3 Μ.Ο. Ποσοστού Λίπους στην Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης



Ο Μέσος Όρος του Ποσοστού Λίπους Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 37,4 %, στην τελευταία επίσκεψη ήταν 36,2% και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 35%.

Διάγραμμα 6.4.4 Μ.Ο. Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης



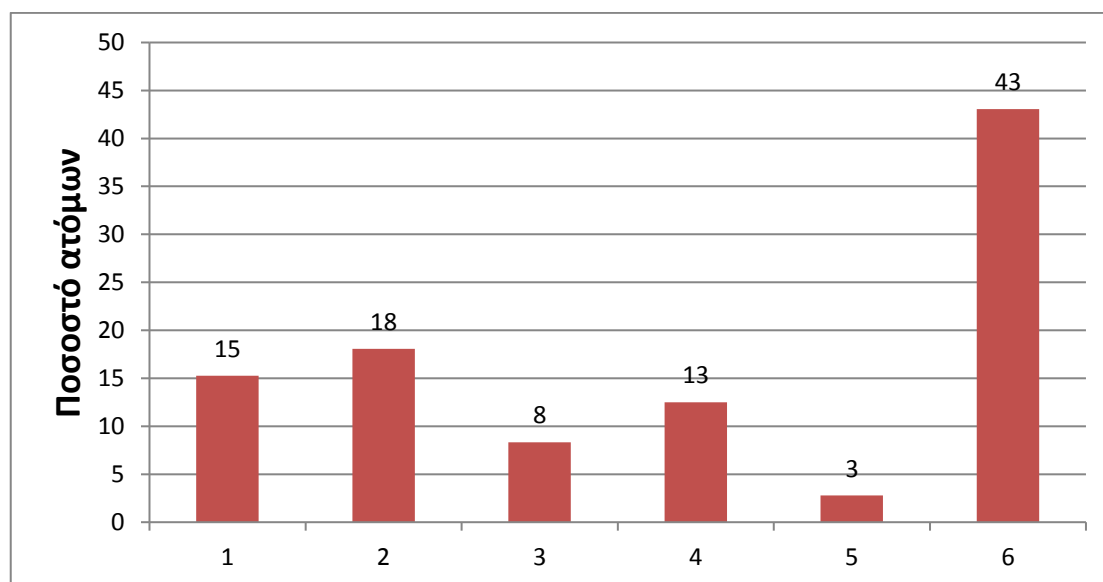
Ο Μέσος Όρος του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 10,4, στην τελευταία επίσκεψη ήταν 9,7 και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 9,2 .

6.5 Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης

Πίνακας 6.5.1 Κατηγοριοποίηση στα Στάδια Αλλαγής, των ατόμων της Ομάδας «Υψηλής Συμμόρφωσης»

Κατηγορία-Στάδιο	Αριθμός σταδίου	Ποσοστό(%)
1	11	15
2	13	18
3	6	8
4	9	13
5	2	3
6	31	43
Άθροισμα	72	100

Διάγραμμα 5.5.1 Αριθμός Σταδίου Αλλαγής – Ποσοστό ατόμων σε κάθε Στάδιο – Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



Στην ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης, υπολογίστηκαν επίσης, πόσα άτομα ανήκαν σε κάθε Στάδιο, από το Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska και Di Clemente. Τα 11 άτομα (15%) βρίσκονταν στο στάδιο του Μη Προβληματισμού, τα 13 άτομα (18%) βρίσκονταν στο στάδιο του Προβληματισμού, τα 6 άτομα (8%) βρίσκονταν στο στάδιο της Προετοιμασίας για Αλλαγή, τα 9 άτομα (13%)

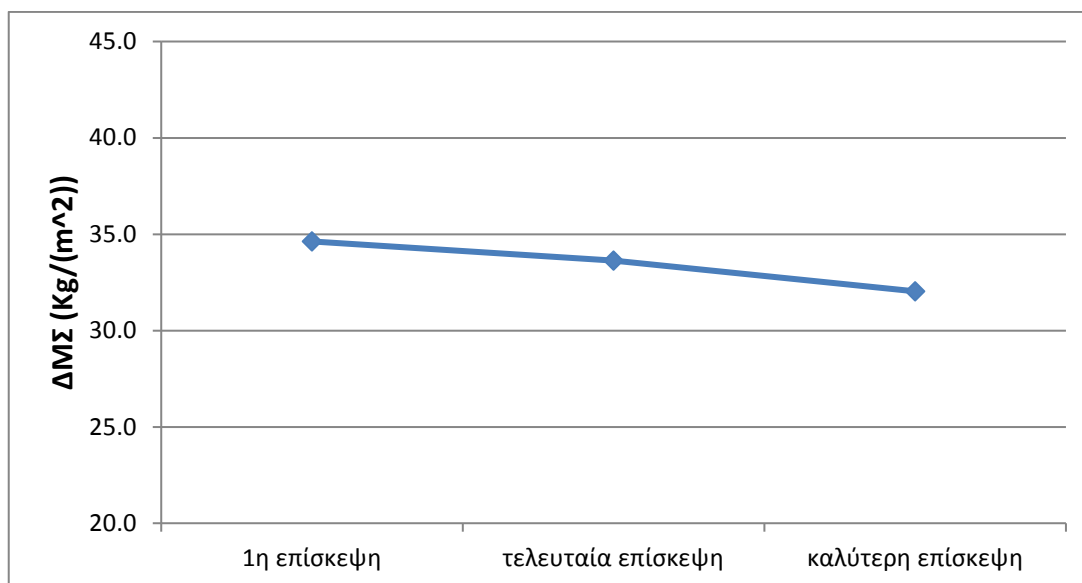
βρίσκονταν στο στάδιο της Δράσης, 2 άτομα (3%) στο στάδιο της Συντήρησης και τα 31 άτομα (43%) στο στάδιο της Υποτροπής.

Πίνακας 6.5.2 Μ.Ο., BMI, % Λίπους, Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους, Αυτόεκτίμηση, Αυτό-αποτελεσματικότητα στην 1^η επίσκεψη της Ομάδας Υψηλής Συμμόρφωσης

Υψηλή Συμμόρφωση			
Μ.Ο.	1η επίσκεψη	τελευταία επίσκεψη	καλύτερη επίσκεψη
BMI	34,6	33,6	32,0
% Λίπους	40,8	39,2	37,3
Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους	12,0	11,4	10,7
Σκορ Αυτόεκτίμησης	29,6	29,7	
Σκορ Αυτόαποτελεσματικότητας	117	130	

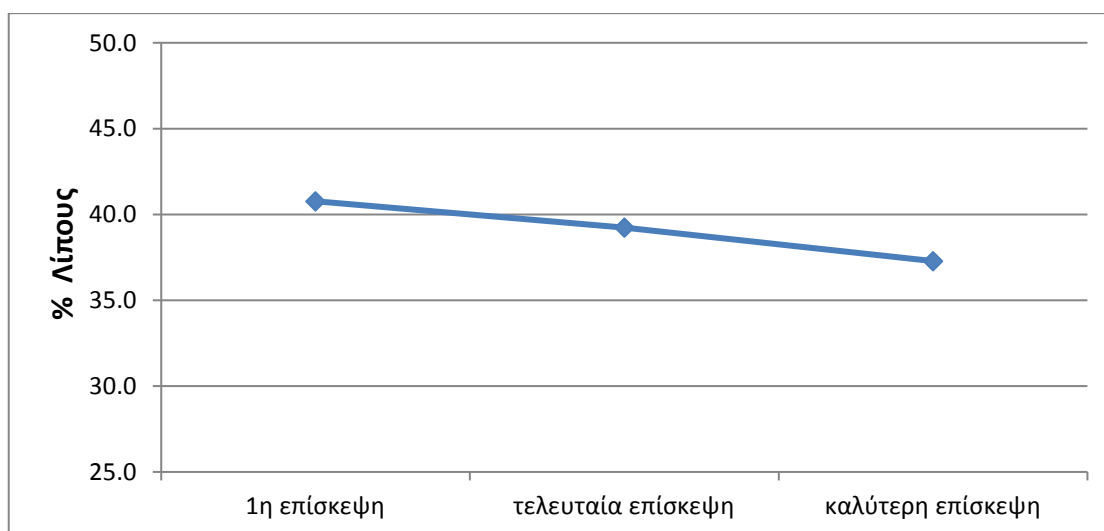
Για την 1^η επίσκεψη της Ομάδας «Υψηλής Συμμόρφωσης», ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 34,6 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 40,8%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 12, του Σκορ Αυτό-εκτίμησης 29,6 και του Σκορ Αυτό-αποτελεσματικότητας 117. Για την τελευταία τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 33,6 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 39,2%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 11,4, του Σκορ Αυτό-εκτίμησης 29,7 και του Σκορ Αυτό-αποτελεσματικότητας 130. Ενώ στην καλύτερή τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 32,0 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 37,3%, του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 10,7.

Διάγραμμα 6.5.2 Μ.Ο. ΔΜΣ (Kg/m²) στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



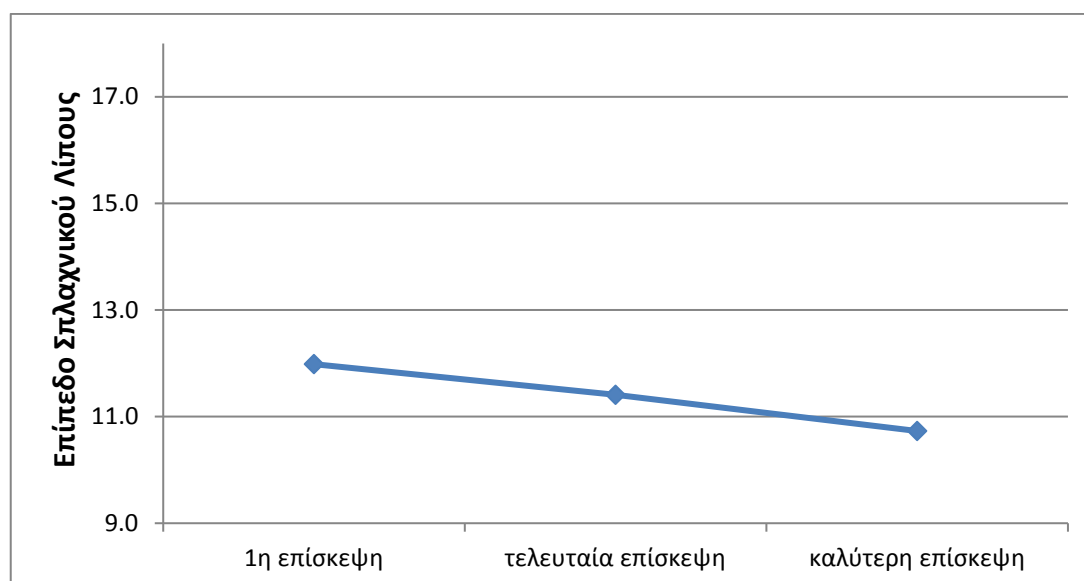
Ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 34,6 Kg/m², στην τελευταία επίσκεψη ήταν 33,6 Kg/m² και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 32,0 Kg/m².

Διάγραμμα 6.5.3 Μ.Ο. Ποσοστού Λίπους στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



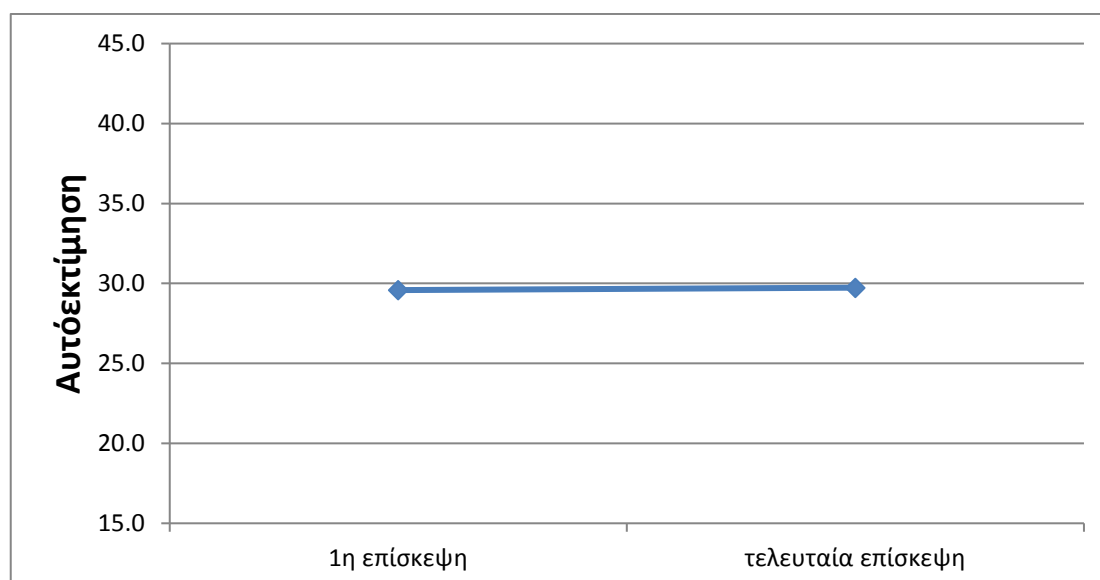
Ο Μέσος Όρος του Ποσοστού Λίπους Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 40,8 %, στην τελευταία επίσκεψη ήταν 39,2% και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 37,3%.

Διάγραμμα 6.5.4 Μ.Ο. Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



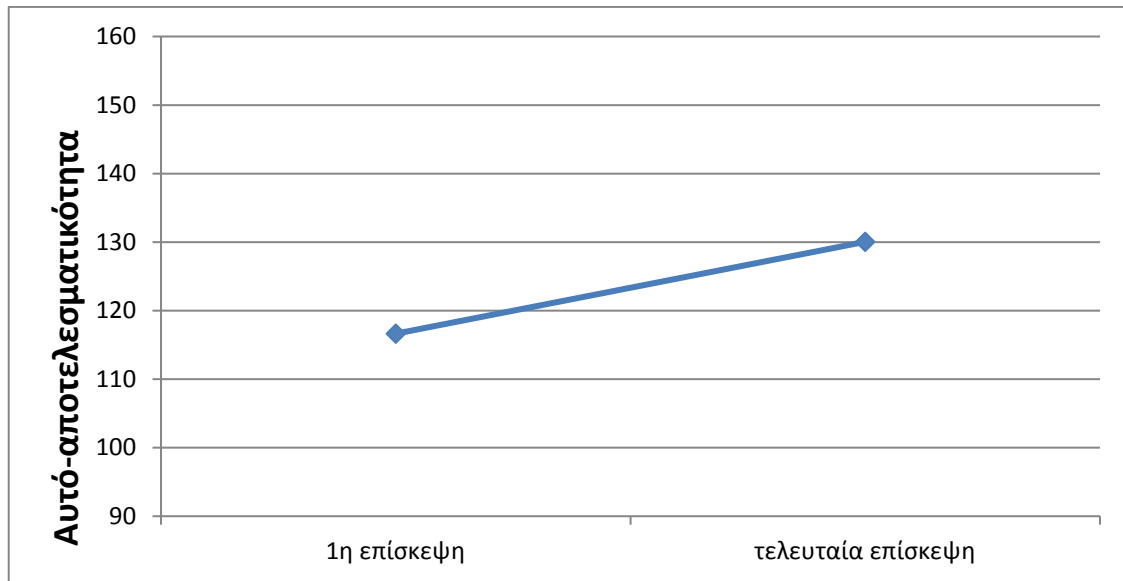
Ο Μέσος Όρος του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 12, στην τελευταία επίσκεψη ήταν 11,4 και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 10,7.

Διάγραμμα 6.5.5 Μ.Ο. Αυτόεκτίμησης στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



Ο Μέσος Όρος του Σκορ Αυτό-εκτίμησης ήταν 29,6 στην 1^η επίσκεψη και 29,7 στην τελευταία.

Διάγραμμα 6.5.6 Μ.Ο. Αυτό-αποτελεσματικότητα στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης



Ο Μέσος Όρος του Σκορ Αυτό-αποτελεσματικότητας ήταν 117 στην 1^η επίσκεψη και 130 στην τελευταία.

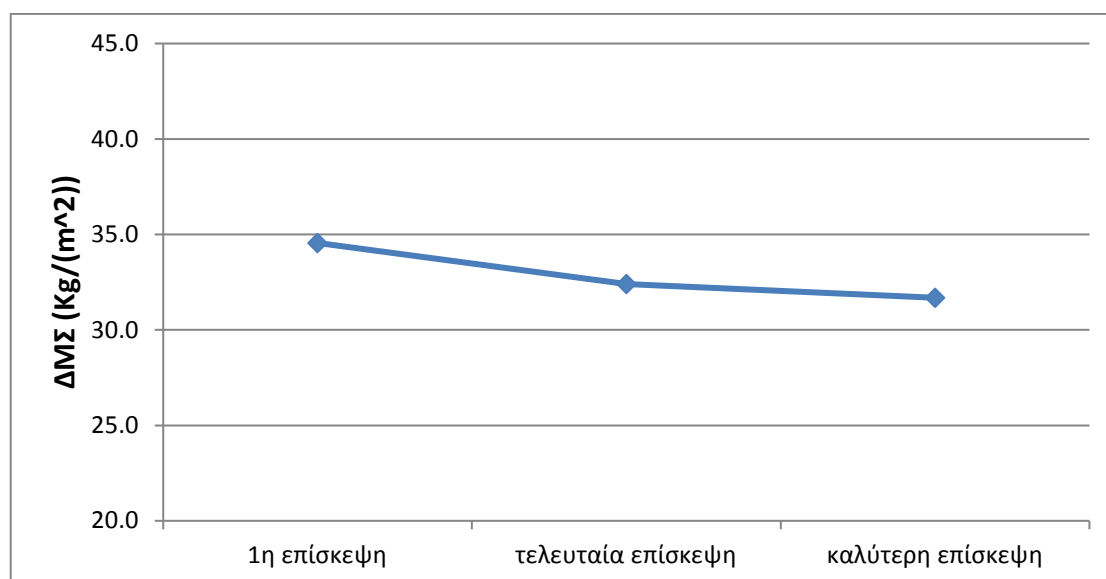
6.6 Ομάδα Ελέγχου

Πίνακας 6.6.1 Μ.Ο., BMI, % Λίπους, Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους στην 1^η επίσκεψη της Ομάδας Ελέγχου

Control Group			
Μ.Ο.	1η επίσκεψη	τελευταία επίσκεψη	καλύτερη επίσκεψη
BMI	34,6	32,4	31,7
% Λίπους	40,3	38,3	38,1
Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους	12,8	11,9	11,4

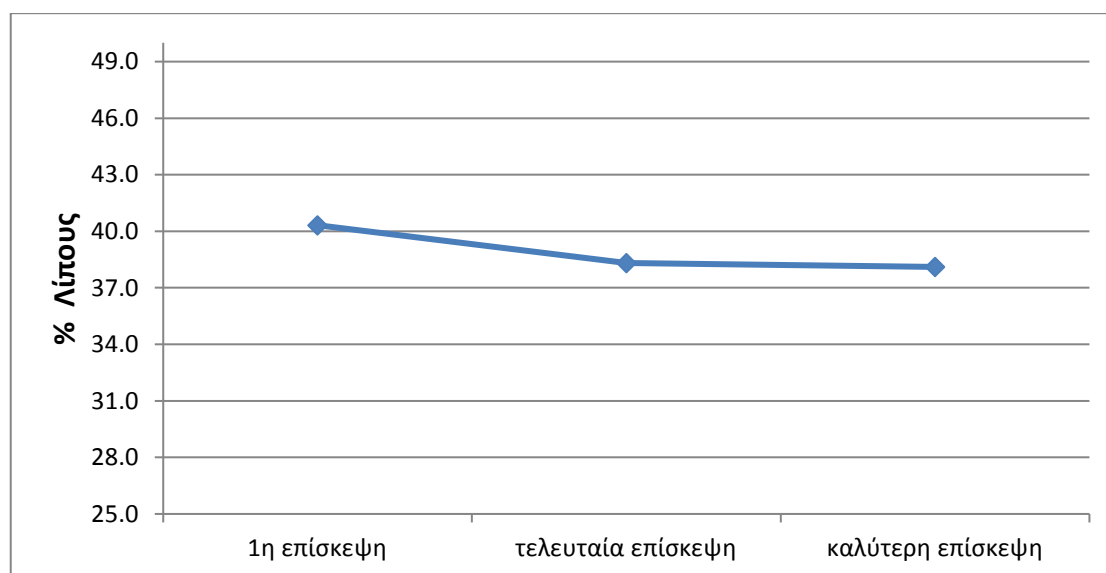
Για την 1^η επίσκεψη της «Ομάδας Ελέγχου», ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 34,6 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 40,3% και του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 12,8. Για την τελευταία τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 32,4 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 38,3% και του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 11,9. Ενώ στην καλύτερή τους επίσκεψη ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος είναι 31,7 Kg/m², του Ποσοστού Λίπους 38,1%, και του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους 11,4.

Διάγραμμα 6.6.1 Μ.Ο. ΔΜΣ (Kg/m²) στην Ομάδα Ελέγχου



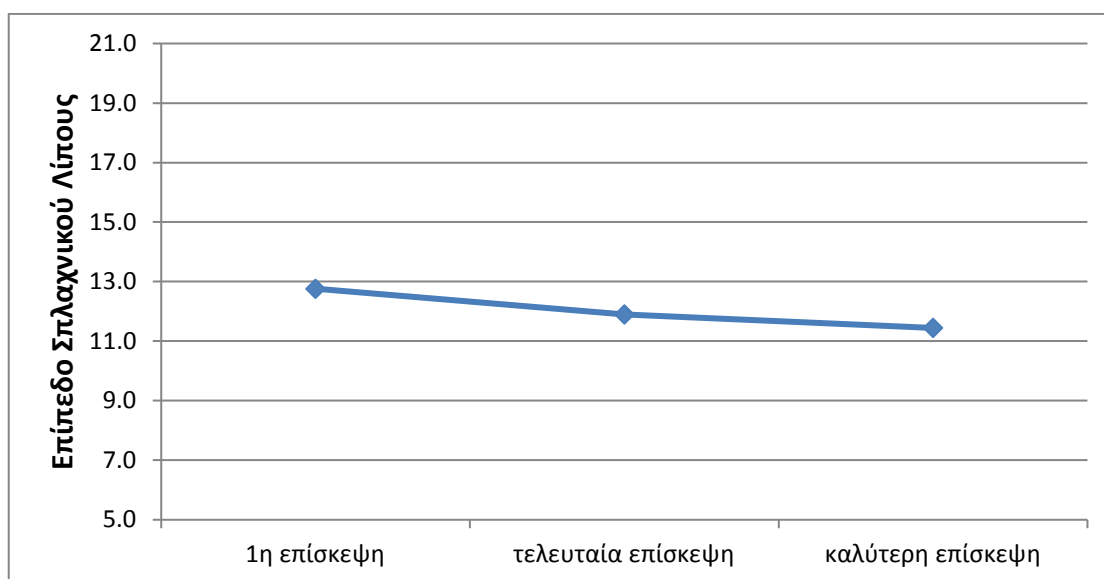
Ο Μέσος Όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 34,6 Kg/m², στην τελευταία επίσκεψη ήταν 32,4 Kg/m² και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 31,7 Kg/m².

Διάγραμμα 6.6.2 Μ.Ο. Ποσοστού Λίπους στην Ομάδα Ελέγχου



Ο Μέσος Όρος του Ποσοστού Λίπους Σώματος στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 40,3 %, στην τελευταία επίσκεψη ήταν 38,3 % και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 38,1%.

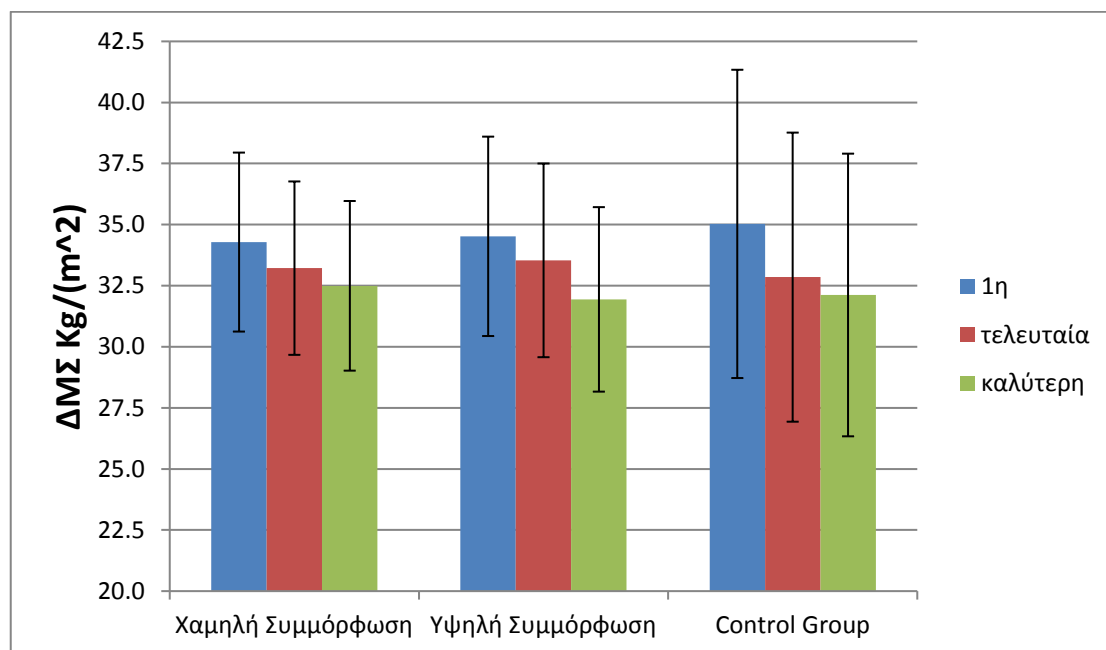
Διάγραμμα 6.6.3 Μ.Ο. Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Ομάδα Ελέγχου



Ο Μέσος Όρος του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους στην Πρώτη Επίσκεψη ήταν 12,8 στην τελευταία επίσκεψη ήταν 11,9 και στην Καλύτερη επίσκεψη ήταν 11,4.

6.7 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το ΔΜΣ

Διάγραμμα 6.7.1. Τυπικό Σφάλμα Ομάδων Συμμόρφωσης - % Μ.Ο. Ποσοστού Σωματικού Λίπους



Σύγκριση του επί τοις εκατό (%) Μέσου Όρου των τριών Ομάδων μεταξύ τους. Όπως φαίνεται και οι τρεις ομάδες έχουν μια πτώση του Δείκτη Μάζας Σώματος κατά τη διάρκεια των επισκέψεων.

Πίνακας 6.7.1 Διαφορά ΔΜΣ

ANOVA	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	34,032	2	17,016	2,626	,075
Within Groups	1114,742	172	6,481		
Σύνολο	1148,774	174			

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,75 μεγαλύτερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι ανεξάρτητα, δηλαδή ο δείκτης μάζας σώματος δεν διαφέρει ανά την κατηγορία των ατόμων μεταξύ τους.

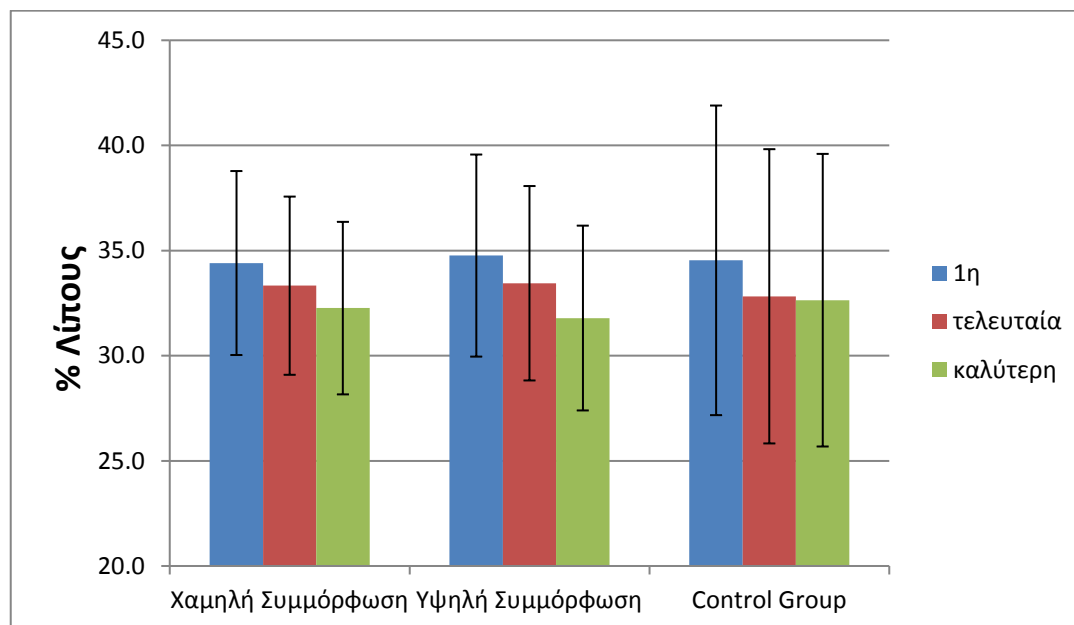
Πίνακας 6.7.2 Κριτήριο Tukey – Dependent Variable: Διαφορά ΔΜΣ

(I) κατηγορία	(J) κατηγορία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλή	Υψηλή	-,0121	,4228	1,000	-1,012	,988
	Control	-1,1760	,5521	,087	-2,481	,129
Υψηλή	Χαμηλή	,0121	,4228	1,000	-,988	1,012
	Control	-1,1639	,5532	,092	-2,472	,144
Control	Χαμηλή	1,1760	,5521	,087	-,129	2,481
	Υψηλή	1,1639	,5532	,092	-,144	2,472

Όπως ήταν αναμενόμενο η στάθμη σημαντικότητας μεταξύ των ομάδων ανά ζεύγη είναι μεγαλύτερη σε όλες τις περιπτώσεις από 0,05 πράγμα που σημαίνει τα δείγματα είναι ανεξάρτητα.

6.8 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το Ποσοστό Σωματικού Λίπους

Διάγραμμα 5.8.1 Τυπικό Σφάλμα Ομάδων Συμμόρφωσης - % Μ.Ο. Ποσοστού Σωματικού Λίπους



Σύγκριση του επί τοις εκατό (%) Μέσου Όρου του Ποσοστού Σωματικού Λίπους των τριών Ομάδων μεταξύ τους. Όπως φαίνεται και οι τρεις ομάδες έχουν μια πτώση του Ποσοστού Σωματικού Λίπους κατά τη διάρκεια των επισκέψεων.

Πίνακας 6.8.1 Διαφορά Λίπους

ANOVA	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15,219	2	7,609	,479	,620
Within Groups	2730,476	172	15,875		
Total	2745,694	174			

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,620, μεγαλύτερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι ανεξάρτητα, δηλαδή το ποσοστό λίπους δεν διαφέρει ανά την κατηγορία των ατόμων μεταξύ τους.

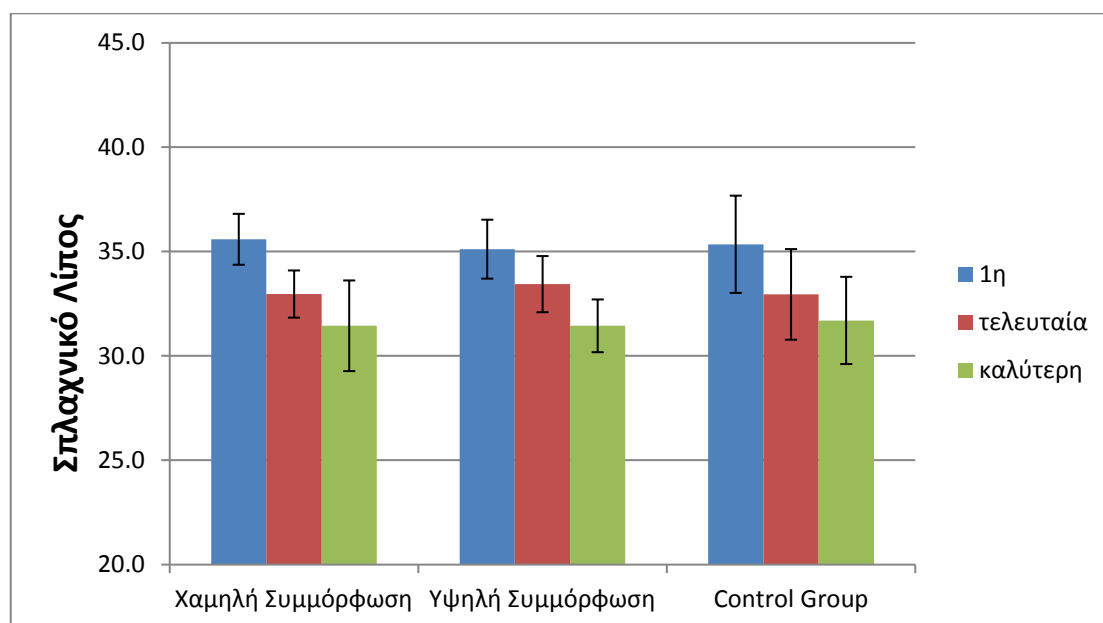
Πίνακας 6.8.2 Κριτήριο Tukey – Dependent Variable: Διαφορά Λίπους

(I) κατηγορία	(J) κατηγορία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλή	Υψηλή	-,3718	,6618	,841	-1,936	1,193
	Control	-,8254	,8641	,606	-2,868	1,217
Υψηλή	Χαμηλή	,3718	,6618	,841	-1,193	1,936
	Control	-,4536	,8658	,860	-2,501	1,593
Control	Χαμηλή	,8254	,8641	,606	-1,217	2,868
	Υψηλή	,4536	,8658	,860	-1,593	2,501

Είναι προφανές πως η στάθμη σημαντικότητας μεταξύ όλων των πιθανών ζευγαριών είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από 0,05 πράγμα που σημαίνει πως δεν υπάρχει καμία εξάρτηση μεταξύ των δειγμάτων μας.

6.9 Σύγκριση και των τριών Ομάδων μεταξύ τους ως προς το Επίπεδο Σπλαχνικού Λίπους

Γράφημα 6.9.1 Τυπικό Σφάλμα Ομάδων Συμμόρφωσης - % Μ.Ο. Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους



Σύγκριση του επί τοις εκατό % Μέσου Όρου του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους. Φαίνεται ότι υπάρχει μείωση του Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους και στις τρεις ομάδες συμμόρφωσης.

Πίνακας 6.9.1 Διαφορά Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους

ANOVA	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,635	2	,818	,030	,971
Within Groups	4760,159	172	27,675		
Σύνολο	4761,794	174			

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,971, μεγαλύτερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς, δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι ανεξάρτητα, δηλαδή το σπλαχνικό λίπος δεν διαφέρει ανά την κατηγορία των ατόμων μεταξύ τους.

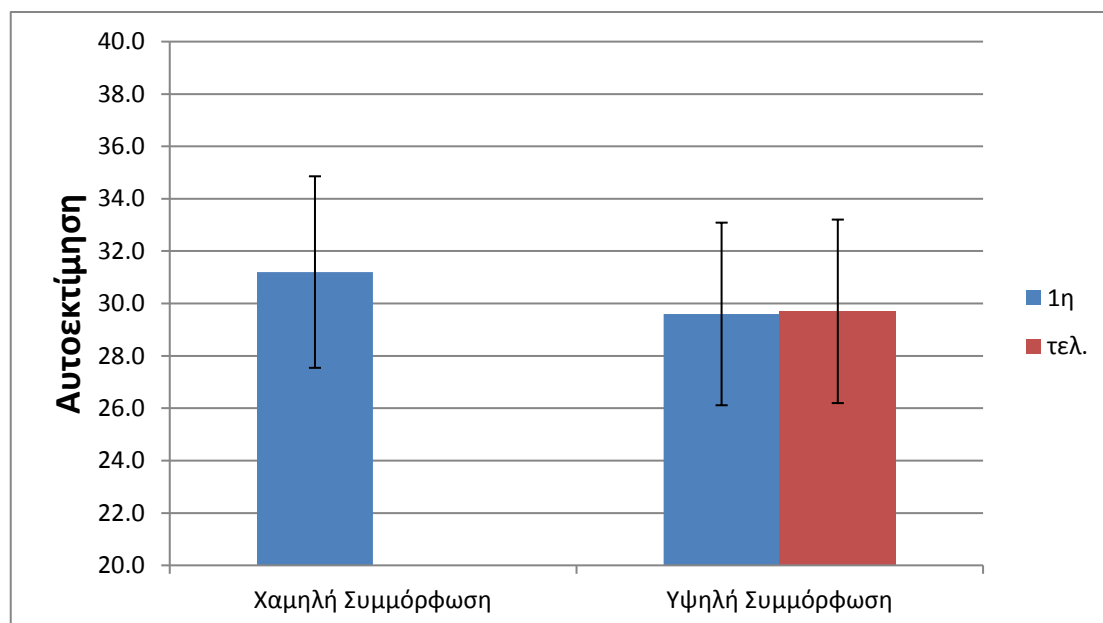
Πίνακας 6.9.2 Κριτήριο Tukey – Dependent Variable: Διαφορά Επιπέδου Σπλαχνικού Λίπους

(I) κατηγορία	(J) κατηγορία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλή	Υψηλή	,2123	,8738	,968	-1,853	2,278
	Control	,1123	1,1409	,995	-2,585	2,810
Υψηλή	Χαμηλή	-,2123	,8738	,968	-2,278	1,853
	Control	-,1000	1,1432	,996	-2,803	2,603
Control	Χαμηλή	-,1123	1,1409	,995	-2,810	2,585
	Υψηλή	,1000	1,1432	,996	-2,603	2,803

Είναι προφανές πως η στάθμη σημαντικότητας μεταξύ όλων των πιθανών ζευγαριών είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από 0,05 πράγμα που σημαίνει πως δεν υπάρχει καμία εξάρτηση μεταξύ των δειγμάτων μας.

6.10 Σύγκριση της Αυτοεκτίμησης μεταξύ των Ομάδων Χαμηλής και Υψηλής Συμμόρφωσης

Γράφημα 6.10.1 Τυπικό Σφάλμα Ομάδων Συμμόρφωσης - % Μ.Ο. Αυτοεκτίμησης



Από το Γράφημα φαίνεται ότι η Ομάδα «Χαμηλής Συμμόρφωσης» ξεκίνησε με ένα Μέσο Όρο Αυτοεκτίμησης 31,2, ενώ η Ομάδα «Υψηλής Συμμόρφωσης» ξεκίνησε με ένα Μέσο Όρο Αυτοεκτίμησης 29,7 (-0,5).

Από την Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης, η διαφορά στο Μέσο Όρο του Σκορ Αυτοαποτελεσματικότητας είναι μόλις 0,1 (από 29,6 -29,7) στην Αυτοεκτίμηση των ασθενών μεταξύ της αρχής και του τέλους της συμπεριφορικής παρέμβασης.

6.10.1 Έλεγχος αυτοεκτίμησης της πρώτης επίσκεψης μεταξύ της Ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης και Υψηλής Συμμόρφωσης

Πίνακας 6.10.1 Περιγραφικά Στατιστικά στοιχεία για την Αυτοεκτίμηση

Group Statistics

	Κατηγορία	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Αυτοεκτίμηση	Χαμηλή	73	31,2466	4,74277	,55510
	Υψηλή	72	29,583	4,09655	,48278

Πίνακας 6.10.2 Independent Samples Test – t-test για την αυτοεκτίμηση

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal var	2,86	,093	2,259	143	,025	1,66324	,73642	,20757	3,1189
Non Equal var			2,261	140,6	,025	1,66324	,73567	,20883	3,1176

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,025 μικρότερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι εξαρτημένα, δηλαδή το σκορ αυτοεκτίμησης μεταξύ των δύο ομάδων διαφέρει στατιστικώς σημαντικά.

6.10.2 Έλεγχος ύπαρξης διαφοράς στο σκορ αυτοεκτίμησης στην υψηλή ομάδα συμμόρφωσης

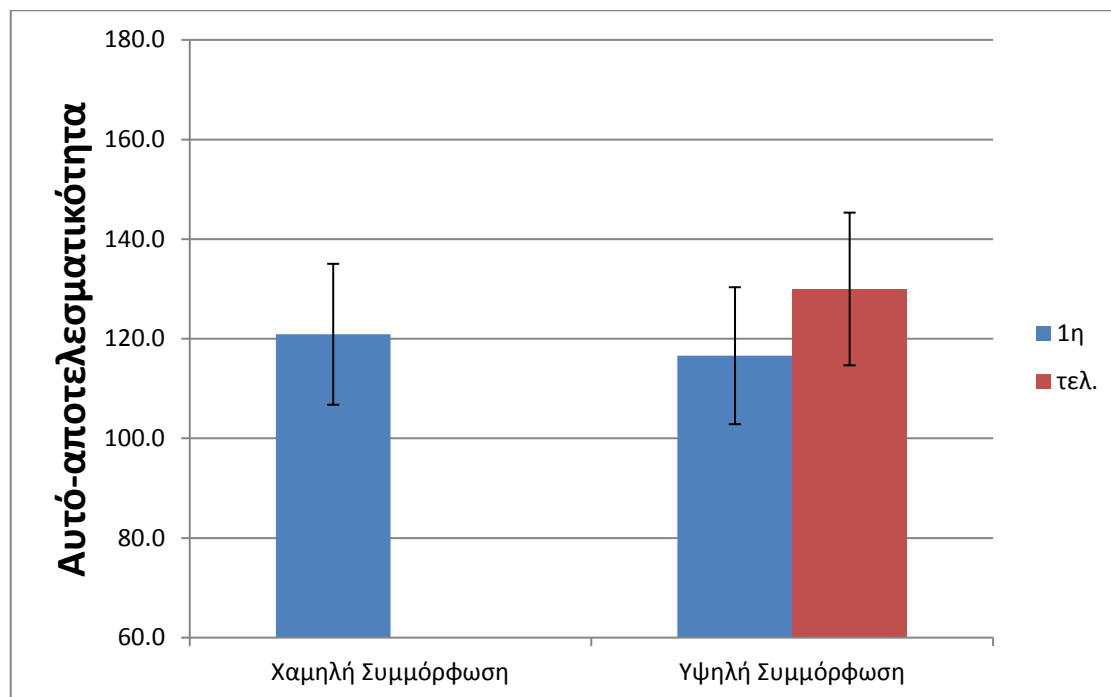
Πίνακας 6.10.3 Paired Samples Test – Αυτόεκτίμηση στην Υψηλή Ομάδα Συμμόρφωσης

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Πριν Μετά	-,15278	2,6836	,3162	-,78339	,47784	-,483	71	,631

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,631, μεγαλύτερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι ανεξάρτητα, δηλαδή το σπλαχνικό λίπος δεν διαφέρει ανά την κατηγορία των ατόμων μας.

6.11 Σύγκριση της Αυτό-αποτελεσματικότητας μεταξύ των Ομάδων Χαμηλής και Υψηλής Συμμόρφωσης

Γράφημα 6.11.1 Τυπικό Σφάλμα Ομάδων Συμμόρφωσης - % Μ.Ο. Αυτό-αποτελεσματικότητας



Από το γράφημα φαίνεται ότι η Ομάδα της «Χαμηλής Συμμόρφωσης» ξεκίνησε την παρέμβαση με υψηλότερο Μέσο Όρο Αυτοαποτελεσματικότητας (120,9) από την Ομάδα «Υψηλής Συμμόρφωσης» (116,6), με διαφορά 4,3 μονάδες.

Στην Ομάδα «Υψηλής Συμμόρφωσης», η διαφορά μεταξύ της 1ης (116,6) και της τελευταίας επίσκεψης (130) είναι 13,4, και έτσι παρατηρείται μια αξιοσημείωτη αύξηση στο Μέσο Όρο του Σκορ Αυτοαποτελεσματικότητας.

6.11.1 Έλεγχος Αυτό-αποτελεσματικότητας της πρώτης επίσκεψης μεταξύ Ομάδας Χαμηλής Συμμόρφωσης και Υψηλής Συμμόρφωσης

Πίνακας 6.11.1 Περιγραφικά Στατιστικά στοιχεία για την Αυτό-αποτελεσματικότητα

	Κατηγορία	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Αυτοαποτελεσματικότητα	Χαμηλή	73	120,8904	34,85986	4,08004
	Υψηλή	72	116,6389	36,56378	4,30908

Πίνακας 6.11.2 Independent Samples Test – t-test για την αυτόεκτίμηση

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal var	,154	,695	,717	143	,475	4,25152	5,93225	-7,474	15,977
Equal var			,716	142,46	,475	4,25152	5,93421	-7,478	15,982

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του p value είναι 0,475, μεγαλύτερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση άρα μπορούμε να ισχυριστούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι ανεξάρτητα, δηλαδή το σκορ αυτοαποτελεσματικότητας είναι ανεξάρτητο μεταξύ των ομάδων.

6.11.2 Έλεγχος ύπαρξης διαφοράς στο σκορ αυτοαποτελεσματικότητας στην υψηλή ομάδα συμμόρφωσης

Πίνακας 6.11.3 Paired Samples Test – Αυτό-αποτελεσματικότητα στην Ομάδα Υψηλής Συμμόρφωσης

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Πριν Μετά	-13,75	31,970	3,7678	-21,2627	-6,2372	-3,6	71	,000

Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 και η τιμή του pvalue είναι 0,000, μικρότερη από τη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου. Συνεπώς απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να πούμε ότι κατά 95% τα δείγματα μας είναι εξαρτημένα, δηλαδή το σκορ αυτοαποτελεσματικότητας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά στα άτομα της ομάδας υψηλής συμμόρφωσης πριν και μετά τη θεραπεία.

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκε η προσπάθεια αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς και η απώλεια βάρους, χρησιμοποιώντας το θεωρητικό υπόβαθρο και τη μεθοδολογία που έχουν εφαρμοστεί πάνω σε πολλές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης και της διατροφικής.

Η σχεδίαση του Διαθεωρητικού Μοντέλου ξεκίνησε από τους Prochaska και Diclemente, σε μια μελέτη για την διακοπή του καπνίσματος. Η εξέλιξή του μοντέλου συνεχίστηκε και το 1992 με τη βοήθεια του Norcross, ενώ το 1997, ο Velicer και ο Prochaska παρουσίασαν το ολοκληρωμένο μοντέλο. (Prochaska & Diclemente, 1983), (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) (Prochaska & Velicer, 1997)

Η διαφορά μεταξύ του μέσου όρου της αυτοεκτίμησης των ομάδων χαμηλής και υψηλής συμμόρφωσης, ήταν σημαντική στατιστικά ($p=0,025$, $<0,05$), με την ομάδα Χαμηλής Συμμόρφωσης να παρουσιάζει υψηλότερα σκορ αυτοεκτίμησης. Ωστόσο, παρέμεινε σταθερή στην Ομάδα «Υψηλής Συμμόρφωσης», παρά την παρέμβαση.

Σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0,000$, $<0,05$) παρατηρήθηκε και στην αυτο-αποτελεσματικότητα, πριν και μετά την ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση στην ομάδα «Υψηλής Συμμόρφωσης».

Από τότε, διεξάχθηκε πλήθος μελετών, με εφαρμογή του Διαθεωρητικού Μοντέλου, για την αλλαγή διαφόρων συμπεριφορών.

Η πρώτη μελέτη που έδειξε την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς που βασίζονται σε όλες τις συμπεριφορές που εμπλέκονται στη διαχείριση βάρους σε υπέρβαρο και παχύσαρκο δείγμα, έγινε το 2008 από τον Johnson και τους συνεργάτες του. Σημαντικό ποσοστό του δείγματος της μελέτης (27,4%) έχασε το 5% του σωματικού του βάρους και βελτίωσε κατά πολύ τους δείκτες υγείας. (Johnson et al. 2008)

Η μελέτη SUCCEED συμπεριέλαβε άτομα που επέζησαν μετά από αφαίρεση όγκου του ενδομητρίου, τα οποία ωστόσο, είχαν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας λόγω παχυσαρκίας. Επιτεύχθηκε αύξηση της αυτοεκτίμησης των ασθενών και στατιστικά σημαντική μείωση του βάρους σώματος. (McCarroll et al. 2013)

Αλλά και σε πιο πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2015, φάνηκε ότι με την αύξηση της αυτοεκτίμησης σε γυναίκες με κεντρική παχυσαρκία, επιτεύχθηκε σημαντική στατιστικά απώλεια βάρους. (Choo & Kang, 2015)

Η διατροφική παρέμβαση είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα και στις 3 ομάδες. Η ψυχοσυμπεριφορική παρέμβαση παρουσίασε ενδιαφέροντα ευρήματα.

Περιορισμοί

Ο αριθμός του δείγματος ($n=175$) της συγκεκριμένης μελέτης, είναι μικρός ώστε να δώσει αξιόπιστα συμπεράσματα που να ισχύουν για όλο τον πληθυσμό. Επιπλέον, η ομάδα ελέγχου αποτελείται από 30 άτομα στα οποία δεν πραγματοποιήθηκε μεν η συμπεριφορική παρέμβαση με τη μορφή των γραπτών ασκήσεων και τις τακτικής παρακολούθησης μέσω του ψυχομετρικού ερωτηματολογίου, αλλά εφαρμόστηκε μια προσπάθεια αλλαγής συμπεριφοράς, βασισμένη στην συζήτηση και την ενημέρωση των ασθενών.

Προτάσεις

Συμπερασματικά, από την έρευνα αυτή προτείνεται η διαχείριση της απώλειας βάρους στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, να συμπεριλαμβάνει τη συμπεριφορική παρέμβαση και να προωθεί την αύξηση της αυτοεκτίμησης συναρμονισμένη με την αυτό-αποτελεσματικότητα του ατόμου, για να έχει καλύτερα αποτελέσματα.

Ωστόσο, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης των δεικτών αυτοεκτίμησης και αυτό-αποτελεσματικότητας με την προσπάθεια αλλαγής συμπεριφοράς, καθώς και της συσχέτισης του Διαθεωρητικού Μοντέλου με την απώλεια βάρους. Απαιτείται η υιοθέτηση αποτελεσματικότερης συμβουλευτικής και παρέμβασης από τους διαιτολόγους – διατροφολόγους, με απώτερο σκοπό την πρόληψη και θεραπεία.

Η αυτοεκτίμηση φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για να πετύχει η προσκόλληση στην παρέμβαση και να βελτιωθεί η αυτοαποτελεσματικότητα. Ίσως εκεί βρίσκεται και το κλειδί στην διατήρηση του βάρους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Mental Profiler

ΤΟ ΚΙΝΗΤΡΟ ΣΑΣ

Που βρίσκεστε σε σχέση με τις διατροφικές σας συνήθειες;

- Οι διατροφικές μου συνήθειες δεν αποτελούν πρόβλημα για μένα
- Έχω την πρόθεση να αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες, αλλά δεν αισθάνομαι ακόμα αρκετά έτοιμος
- Σκοπεύω να αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες μέσα στις επόμενες 2 εβδομάδες
- Άλλαξα τις διατροφικές μου συνήθειες τους τελευταίους 6 μήνες
- Άλλαξα τις διατροφικές μου συνήθειες περισσότερο από 6 μήνες πριν
- Είχα αλλάξει τις διατροφικές μου συνήθειες αλλά υποτροπίασα

ΑΥΤΟ-ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η λέξη “εκτίμηση” προέρχεται από τη λατινική λέξη “estimare” η οποία σημαίνει “καθορίζω την αξία του”, όπως επίσης “σχηματίζω μια άποψη προς”. Η αυτό-εκτίμηση αναφέρεται στο πως βλέπουμε τον εαυτό μας, και αν μας αρέσει αυτό το οποίο βλέπουμε.

Διαβάστε την κάθε πρόταση ξεχωριστά και βάλτε τικ στο κουτί που σας περιγράφει καλύτερα.

1. Αισθάνομαι ότι είμαι πρόσωπο που αξίζω, τουλάχιστον τόσο όσο οι άλλοι
 - Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ

- Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
2. Νομίζω ότι σαν άτομο έχω κάποια καλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα
- Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
3. Αισθάνομαι άχρηστος μερικές φορές
- Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
4. Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι άνθρωποι
- Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
5. Αισθάνομαι ότι δεν έχω πολλά πράγματα για τα οποία θα μπορούσα να είμαι περήφανος
- Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
6. Έχω μια θετική στάση για τον εαυτό μου
- Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Συμφωνώ

- Συμφωνώ απόλυτα

7. Γενικά, είμαι ικανοποιημένος από τον εαυτό μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

8. Νομίζω ότι θα έπρεπε να έχω περισσότερο σεβασμό για τον εαυτό μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

9. Αισθάνομαι άχρηστος μερικές φορές

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

10. Μερικές φορές δεν είμαι καθόλου καλός

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Βαθμολογήστε πόσο σίγουρος/η νιώθετε ότι μπορείτε να αντισταθείτε στο φαγητό σε μια κλίμακα 10 βαθμών με το 0 να αντιστοιχεί στο καθόλου σίγουρος/η και το 9 στο πολύ σίγουρος/η.

Δηλώστε πόσο αληθινά είναι για εσάς, καθένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά ή οι αντίστοιχες περιγραφές, κλικάροντας τη σχετική απάντηση.

11. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν είμαι ανήσυχος/η (νευρικός/η).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

12. Μπορώ να ελέγξω τη διατροφή μου τα Σαββατοκύριακα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

13. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και αν χρειάζεται να πω “όχι” στους άλλους.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

14. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν νιώθω σωματικά εξαντλημένος/η.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

15. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν παρακολουθώ τηλεόραση.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

16. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν είμαι πεσμένος/η ψυχολογικά.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

17. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό, όταν υπάρχουν διαθέσιμα πολλά διαφορετικά είδη τροφίμων.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

18. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και όταν αισθάνομαι ότι είναι αγένεια να αρνηθώ να μου σερβίρουν δεύτερη φορά.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

19. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και όταν έχω πονοκέφαλο.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

20. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν διαβάζω.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

21. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν είμαι θυμωμένος/η (ή νευριασμένος/η) .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

22. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό, ακόμη και όταν είμαι σ' ένα πάρτι.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

23. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και όταν οι άλλοι με πιέζουν να φάω.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

24. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν πονάω.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

25. Μπορώ να αντισταθώ στην κατανάλωση φαγητού πριν πάω για ύπνο.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

26. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν έχω βιώσει αποτυχία.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

27. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και όταν είναι διαθέσιμα τρόφιμα υψηλών θερμίδων.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

28. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό ακόμη και όταν πιστεύω ότι οι άλλοι θα ενοχληθούν αν δεν φάω.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

29. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν νιώθω άβολα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

30. Μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό όταν είμαι χαρούμενος/η.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ!

Έχετε συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο Motivational Profiler. Κάντε κλικ στο κουμπί “Τέλος” ώστε να επικυρώσετε τις απαντήσεις σας. Αυτές θα κρυπτογραφηθούν και θα αποθηκευτούν σε ασφαλή τοποθεσία όπου μόνο ο γιατρός σας θα μπορεί να τις δει.

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας.

Κλειδί #1: Γνωρίστε τον εαυτό σας

Το πρώτο και πιο σημαντικό πράγμα είναι να αναγνωρίσετε τις ικανότητες και τις αδυναμίες σας. Όπως συνήθιζε να λέει και ο Σωκράτης: «Γνώθι σ' αυτόν». Εστιάστε στα προτερήματα, παρά στα ελαττώματα σας. Γιατί δε ρωτάτε τους ανθρώπους γύρω σας τι εκτιμούν σε εσάς; Αυτό ίσως σας προσφέρει κάποιες ευχάριστες εκπλήξεις! Σταματήστε να ανησυχείτε για τα ελαττώματα σας. Ο καθένας από μας έχει. Θυμηθείτε: «Κανένας δεν είναι τέλειος!». Μπορείτε είτε να αποδεχτείτε τα ελαττώματα σας ή να τα μετατρέψετε σε δυνατά σημεία.

- Κάνετε μια λίστα με 3 πεδία στα οποία η γνώση σας είναι η μεγαλύτερη
-
-
-

Φανταστείτε ότι θέλετε να διδάξετε σε κάποιον κάτι από αυτά τα πεδία και σημειώστε τι θα λέγατε

- Κάνετε μια λίστα με 3 περιπτώσεις στις οποίες είχατε επιτυχία:
 -
 -
 -
- Κάνετε μια λίστα με τα 5 κύρια ελαττώματα και τα 5 κύρια προτερήματα σας:

Προτερήματα	Ελαττώματα

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας

Κλειδί#2: Ιεραρχήστε τις προτεραιότητές σας!

Αφού έχετε εντοπίσει τα προτερήματα και τις αδυναμίες σας, θα πρέπει να καθορίσετε τις αξίες και τις προτεραιότητές σας. Σύμφωνα με τον φιλόσοφο Σενέκα « *Εάν ένας άνθρωπος δεν γνωρίζει σε ποιο λιμάνι πλέει, κανένας άνεμος δεν είναι ευνοϊκός για αυτόν*». Πράγματι, υπάρχουν αμέτρητοι στόχοι που μπορούν να τεθούν (δεν έχει σημασία το μέγεθος τους), οι οποίοι μόλις επιτευχθούν, θα σας κάνουν να νιώθετε καλά και να αυξήσετε την αυτοπεποίθησή σας (δουλειές σπιτιού, εξισορρόπηση προϋπολογισμού, αθλητισμός, δημιουργία ενός έργου, κλπ).

- Κάντε μια λίστα με τις αξίες που θεωρείτε θεμελιώδεις (το σεβασμό των άλλων, την ελευθερία, την ασφάλεια) και δεν θα τις αφήνατε για τίποτα:
 -
 -
 -

- Κάντε μια λίστα με 5 πράγματα που πραγματικά σας αρέσουν και 5 που δεν σας αρέσουν.

Μου αρέσει	Δεν μου αρέσει

- Κάντε μια λίστα με τις τρέχουσες προτεραιότητές σας: Επανεξετάστε τα διαφορετικά σχέδια σας και επιλέξτε αυτά που πραγματικά έχουν σημασία.

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας.

Κλειδί # 3: Κάνετε κάτι γι' αυτό!

Τώρα γνωρίζετε πού βρίσκεστε και πού θέλετε να πάτε, οπότε **είναι ώρα να κινητοποιηθείτε!** Ο στόχος είναι να έχετε κάποιες δραστηριότητες η επίτευξη των οποίων θα ενισχύσει την αυτοεκτίμηση σας και με αυτόν τον τρόπο θα αποφύγετε 4 σημαντικά κακά: μελαγχολία, αίσθημα αυτολύπησης, αυτοκατηγορία, αναβλητικότητα.

Θα έχετε καταλάβει ότι κάποια σχέδια είναι πιο σημαντικά για σας σε σχέση με άλλους. Ταξινομήστε τα με βάση τη σημασία τους. **Για κάθε ένα από αυτά, αποφασίστε τι βήματα πρέπει να κάνετε και εντοπίστε την πρώτη ενέργεια που πρέπει να κάνετε.** Θέστε **ορισμένες προθεσμίες** για το κάθε βήμα. Για παράδειγμα, αν σχεδιάζετε να ξαναξεκινήσετε το ποδήλατο, θα χρειαστεί να συντηρήσετε το ποδήλατο που έχετε ή να αγοράσετε ένα καινούριο και μετά να καθορίσετε πού θα κάνετε ποδήλατο, πόση ώρα, κτλ.

- Σχέδιο 1:
- Σχέδιο 2:
- Σχέδιο 3:

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας.

Κλειδί #4: Να είστε ειλικρινής με τον εαυτό σας!

Όταν αντιμετωπίζετε ένα πρόβλημα, είναι πολύ εύκολο να εστιάσετε στις αρνητικές πτυχές και να διογκώσετε. Ωστόσο, λύσεις πάντα υπάρχουν. Να είστε απλά ειλικρινείς με τον εαυτό σας και ξεκινήστε την αναζήτησή σας. Οι δύο πιο συνηθισμένοι τρόποι για να λέμε ψέματα στον εαυτό μας είναι:

- Με το να αρνούμαστε τα αρνητικά συναισθήματα: *«Αυτό δεν με ενοχλεί καθόλου», «Αυτό δεν με εκπλήσσει, και έτσι δεν απογοητεύομαι», «Δεν ανησυχώ»*
- Με το αρνούμαστε να αποδεχτούμε πλήρως την επιθυμία μας να αλλάξουμε: *«Έτσι είναι η ζωή!», «Θα το συνηθίσω!», «Έτσι συμβαίνουν τα πράγματα!»*

Κάνετε στον εαυτό σας τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Κάποιο κοντινό σας πρόσωπο κάνει κάτι που δεν σας αρέσει και σας ρωτάει: *«Δεν είσαι θυμωμένος, έτσι δεν είναι;»* Τι απαντάτε;
- Μόλις μάθατε ότι η θέση που επιθυμείτε δόθηκε σε κάποιον άλλο. Ένας συνάδελφος σας λέει: *«Όχι και τόσο απογοητευμένος;»* Τι απαντάτε;
- Πιστεύετε ότι έχετε επιρροή στις διατροφικές σας συνήθειες; Αν ναι, πώς;
- Πιστεύετε ότι η οικογένεια και οι φίλοι σας επηρεάζουν τις διατροφικές σας συνήθειες;
- Πιστεύετε ότι ο γιατρός σας μπορεί να έχει κάποια επιρροή στις διατροφικές σας συνήθειες;
- Πιστεύετε ότι το σωματικό σας βάρος είναι προκαθορισμένο από τη γέννηση σας;

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας

Κλειδί #5: Βάλτε τέλος στην «επικριτική εσωτερική φωνή» και διώξτε μακριά άσχημες σκέψεις!

Η επικριτική εσωτερική φωνή αναφέρεται στην αυτομομφή και σε όλες εκείνες τις επικριτικές σκέψεις που συνήθως κάνουμε. Είναι αυτή η λεπτή φωνή που μας λέει λίγο πριν κάνουμε κάτι: «Ποιο είναι το νόημα;», «Δεν θα λειτουργήσει έτσι κι αλλιώς» ή αφού έχουμε κάνει κάτι: «Αυτό ήταν τρομερή αποτυχία!», «Αυτό ήταν άχρηστο», ή «Τι τραγικά ανεπαρκής κίνηση!». Αυτή η εσωτερική κριτική έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση: οδηγεί σε αποτροπή, απαξίωση και απογοήτευση...

1. Προσπαθήστε να ανακαλέσετε μία περίπτωση στην οποία, παρόλο που είχατε πει: «Δεν θα λειτουργήσει», τα πράγματα πήγαν τελικά καλά.
2. Προσπαθήστε να ανακαλέσετε μια περίπτωση όπου κάνατε κάτι και αμέσως μετά σκεφτήκατε:
«Αυτό ήταν άχρηστο» ή «Αυτό ήταν ανούσιο!». Εκ των υστέρων, πόσο βάσιμες βρίσκετε αυτές τις σκέψεις; Τι σας δίδαξε αυτή η περίπτωση; Πόσο σας βοήθησε η εμπειρία αυτή σε παρόμοιες περιπτώσεις;
3. Αν προκύψει παρόμοια περίπτωση, ρωτήστε τον εαυτό σας:
 - Είναι αυτή η σκέψη ρεαλιστική;
 - Με βοηθάει να νιώσω καλύτερα;
 - Με βοηθάει να αντιμετωπίσω την κατάσταση;
 - Θα με βοηθήσει να αντιμετωπίσω την κατάσταση καλύτερα την επόμενη φορά;
4. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, προσπαθήστε να εντοπίσετε άσχημες σκέψεις, όπως: “Τι αδέξιος/α που είμαι!”, “Είμαι πραγματικά απελπισμένος/η!”, “Είμαι ανόητος/η!” Όλα αυτά τα αρνητικά

«εσωτερικά σχόλια» εμποδίζουν τη διαδικασία της σκέψης σας και θα πρέπει συστηματικά να εξαλειφθούν: “Όχι. Δεν είμαι απελπισμένος/η”

Μετά από λίγο καιρό, αυτό θα γίνεται αυτόματα.

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας.

Κλειδί #6: Έχετε αυτοπεποίθηση!

Αυτοπεποίθηση σημαίνει να μπορείτε να εκφράζετε τις σκέψεις, τις επιθυμίες και τα συναισθήματα σας ενώ ταυτόχρονα σέβεστε τις επιθυμίες και τα συναισθήματα των άλλων. Σημαίνει να μπορείτε να πείτε «όχι» χωρίς να είστε επιθετικός/ή, να ζητάτε πράγματα χωρίς να έχετε συνέχεια συγγνώμη, να αντιδράτε ήρεμα στην κριτική, κλπ. Μάθετε να εκφράζετε τις επιθυμίες και τα συναισθήματα σας με σαφήνεια.

1. Κάνετε μία λίστα με τις περιστάσεις που σας δημιούργησαν άγχος, π.χ ρωτήσατε έναν περαστικό για οδηγίες, είπατε «όχι» σε έναν συνάδελφο, ζητήσατε αύξηση από το αφεντικό σας, αρνηθήκατε να σας ξανασερβίσουν, κτλ). Ταξινομήστε τις ανάλογα με το πόσο σας άγχωσαν, από τις λιγότερο μέχρι τις περισσότερο αγχωτικές.

-
-

2. Παρατηρείστε προσεκτικά τους ανθρώπους γύρω σας: πώς επικοινωνούν αυτό που θέλουν, πώς αρνούνται. Προσδιορίστε τους παρακάτω τέσσερις τύπους συμπεριφοράς: Συνεσταλμένος (υποτάσσεται), Επιθετικός (κυριαρχεί μέσω της δύναμης του), Χειριστικός (κυριαρχεί μέσω της πονηριάς και της πανουργίας του), Με αυτοπεποίθηση. Παρατηρείστε πώς γίνονται τα αιτήματα και πώς ικανοποιούνται.

3. Παρατηρείστε τη δική σας συμπεριφορά. Πότε αισθανθήκατε

συνεσταλμένος/η; Επιθετικός/ή; Χειριστικός/ή; Με αυτοπεποίθηση; Περιγράψτε μια κατάσταση στην οποία αισθάνεστε ή έχετε αισθανθεί έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Βελτιώστε την αυτοεκτίμηση σας.

Κλειδί #7: Βασιστείτε στην κοινωνική υποστήριξη

Έχετε κάνει το καλύτερο για να βελτιωθείτε και βιώνετε ένα βαθμό από την επιτυχία σας καθημερινά. **Κάθε απόγευμα, κάνετε μία λίστα με τα κατορθώματά σας, ανεξάρτητα από το πόσο μικρά μπορεί να είναι, και μη διστάσετε να συγχαρείτε τον εαυτό σας.**

Μη διστάσετε να ζητήσετε τη στήριξη των γύρω σας. Η «κοινωνική υποστήριξη» αποτελείται από όλες αυτές τις σχέσεις που διατηρούμε με τους ανθρώπους γύρω μας αλλά και από την υποστήριξη που λαμβάνουμε από αυτές τις σχέσεις. Η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους είναι ουσιαστική για την αυτοεκτίμηση σας.

- **Μη διστάσετε να ζητήσετε υποστήριξη** αλλά να δεχθείτε το γεγονός ότι μπορεί να μη σας δοθεί αμέσως.

- **Έχετε συχνές εναλλαγές στις σχέσεις σας με τα άτομα του κοινωνικού σας δικτύου.** Μη χρησιμοποιείτε την κοινωνική υποστήριξη μόνο για να διαμαρτυρηθείτε ή σε δύσκολες στιγμές.

- **Έχετε ποικιλία στους ανθρώπους που σας υποστηρίζουν κοινωνικά.** Αυτοί συνήθως ανήκουν σε 3 κατηγορίες: Αγαπημένοι, Συνάδελφοι και φίλοι, Γνωστοί. Κατατάξτε τους δικούς σας εδώ:

- ο Οι αγαπημένοι:
- ο Οι φίλοι και οι συνάδελφοι:

- ο Οι γνωστοί:

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Έχω αλλάξει τις διατροφικές μου συνήθειες πάνω από 6 μήνες!»

Έχετε πετύχει να αλλάξετε τις διατροφικές σας συνήθειες και τώρα αισθάνεστε πιο σίγουροι. Μπράβο! Έχετε διανύσει πολύ δρόμο και αποκομίσει σημαντικά οφέλη! Ωστόσο, ένα στραβοπάτημα είναι πάντα δυνατό. Εάν συμβεί αυτό, απλά μπορείτε να το θεωρήσετε ως μια μικρή αναποδιά στην πορεία σας για την επίτευξη βιώσιμων αλλαγών.

ΝΑ ΘΥΜΑΣΤΕ...

- **Να εξετάζετε τακτικά τη λίστα σας με τα προσωπικά πλεονεκτήματα:** Θυμάστε, όταν το γράψατε αυτό; Μερικά από αυτά τα οφέλη, στην αρχή φάνηκε αρκετά αδύνατο να επιτευχθούν, και όμως, τώρα τα έχετε καταφέρει! Τονίστε τα πλεονεκτήματα που απολαμβάνετε σήμερα και επικεντρωθείτε στο πώς θα επιτύχετε τα υπόλοιπα.
- **Να ενημερώνετε τακτικά το σχέδιο δράσης σας:** προσαρμόστε τους στόχους σας και επιτύχετε τους στις ημερομηνίες που ορίσατε. Επανεξετάστε όλους τους στόχους που έχετε καταφέρει και προσθέστε νέους αν χρειάζεται. Μην απελπίζεστε! Ξέρετε πώς να αλλάξετε τη συμπεριφορά σας, το έχετε ήδη κάνει!

ΥΠΕΡΝΙΚΗΣΤΕ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΕΜΠΟΔΙΑ

Έχετε αξιολογήσει τα προσωπικά σας πλεονεκτήματα, αυτά που σας βοήθησαν να αλλάξετε τις διατροφικές σας συνήθειες. Συγχαρητήρια! Έχετε διανύσει πολύ δρόμο στην πορεία προς την επιτυχία!

Τώρα ήρθε η ώρα να αναλύσετε τα εναπομείναντα εμπόδια, αυτά που θα μπορούσαν να μετριάσουν την υπέροχη αποφασιστικότητά σας. Είναι δύο διαφορετικών τύπων:

- **Φυσικά ή πραγματικά εμπόδια:** «Το γραφείο μου είναι περιτριγυρισμένο από

ταχυφαγεία», «Δεν μπορώ να βρω το χρόνο να ασκηθώ ...» «Δεν ξέρω πώς να το αντιμετωπίσω όταν κάποιος με καλεί για γεύμα».

- **Συναισθηματικά εμπόδια:** Αυτές είναι οι αρνητικές σκέψεις που ανακύπτουν και προκαλούν φόβους («Τι θα συμβεί αν πάρω όλα τα κιλά πίσω;» «Ο σύζυγός μου απειλεί να με αφήσει αν αδυνατίσω» «Θα αλλάξει η σεξουαλική μου ζωή από όλα αυτά ;»), θυμό (« με όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζω, θα έπρεπε να χάσω βάρος πιο γρήγορα », « Ο φίλος μου έχει χάσει περισσότερο βάρος από ό, τι εγώ », « δεν είναι δίκαιο, ο σύζυγός μου τρώει σαν άλογο και δεν βάζει ούτε ένα γραμμάριο »), ή απογοήτευση (« η ζωή χωρίς ένα ποτό ή κάποιο πατατάκι / σοκολάτα, είναι πάρα πολύ δύσκολη ...»).

Τώρα που έχετε απαριθμήσει τα εμπόδια αυτά, ήρθε η ώρα να μειώσετε τις επιπτώσεις τους. Αναφέρατε στον παρακάτω πίνακα τι πρέπει να κάνετε για να μειώσετε ή να εξαλείψετε κάθε εμπόδιο.

ΒΑΣΙΣΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Σε καμία περίπτωση μην ακυρώνετε τα ραντεβού σας, ειδικά αν έχετε ξεστρατίσει! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθήσει να ρυθμίσετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή / και τις δυσκολίες σας. Ο θεραπευτής σας έχει βοηθήσει να πετύχετε μέχρι τώρα. Δεν υπάρχει κανένας λόγος για τον οποίο αυτός ο συνδυασμός να μην συνεχίσει να δουλεύει! **Συναινείτε στο να σας τηλεφωνεί ο θεραπευτής σας, στην περίπτωση που χάσετε ένα ραντεβού;**

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Έχω παρεκκλίνει»

Εντάξει. Παρεκκλίνετε λοιπόν. Αντί να κατηγορείτε τον εαυτό σας, προσπαθήστε να αποκομίσετε όποια μαθήματα έχει να σας δώσει αυτό το επεισόδιο και να συνεχίσετε το δρόμο σας προς την επιτυχία. Οι υποτροπές αποτελούν μέρος της διαδικασίας της αλλαγής, δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένα από τα στάδια που περιλαμβάνονται στη διαδικασία τροποποίησης των διαιτητικών σας συνηθειών. Θεωρείστε το σαν μια αναποδιά, αλλά με τίποτα σαν μια αποτυχία.

Αποβάλλετε αρνητικές σκέψεις όπως: “*Είμαι απεγνωσμένος*”, “*Δε μπορώ να το κάνω αυτό*”. Αντίθετα, κοιτάξτε πόσο μακριά έχετε φτάσει! Έχετε ήδη κάνει σημαντική πρόοδο!

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ...

Ανατρέξτε ξανά στη λίστα με τα προσωπικά οφέλη: πώς νιώσατε όταν τα γράφατε; Κάποια από τα οφέλη που θα αποκομίζατε φαίνονταν αρκετά δύσκολο να επιτευχθούν, αλλά τελικά τα καταφέρατε! Επισημάνετε όλα τα πλεονεκτήματα που ήδη απολαμβάνετε, και επικεντρωθείτε στο πώς θα πετύχετε τα υπόλοιπα.

ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΕΚΕΙΝΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ... ΠΟΥ ΔΕ ΜΠΟΡΕΣΑΤΕ ΝΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΠΕΙΡΑΣΜΟ.

Έχετε χρησιμοποιήσει το φαγητό ως «ικανοποίηση», ακόμα κι αν ξέρετε ότι καμία βραχυπρόθεσμη ικανοποίηση δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη μακροπρόθεσμη ικανοποίηση της επίτευξης όλων των στόχων σας με τη μέθοδο Eurodiet.

Έτσι, ας εργαστούμε σε αυτά τα ζητήματα. Προσπαθήστε να φανταστείτε: Ποια **άλλη άμεση ικανοποίηση θα μπορούσε να αντικαταστήσει το φαγητό**, ενώ σας επιτρέπει να παραμείνετε σταθεροί στην απόφασή σας να αλλάξετε τις διατροφικές

σας συνήθειες; Διερευνήσετε τις αμέτρητες δυνατότητες που προσφέρονται από τις 5 αισθήσεις μας και θα βρείτε ότι υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία από εναλλακτικές ικανοποιήσεις από τις οποίες μπορείτε να επιλέξετε: να αναπολήσετε ένα όμορφο τοπίο, να κοιτάξετε φωτογραφίες της παιδικής σας ηλικίας, να δείτε μια καλή ταινία, να ακούσετε ένα κωμικό σκετς και να γελάσετε, να ακούσετε μουσική, τον ήχο των κυμάτων, ή ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα χαλάρωσης. Θα μπορούσατε επίσης να παίξετε με ένα «αντι-στρες» μπαλάκι, να χαϊδέψετε το κατοικίδιο σας, να κάνετε ένα μασάζ, να απολαύσετε τις διάφορες μυρωδιές στον κήπο, να αγοράσετε στον εαυτό σας ένα μπουκέτο λουλούδια ή κάποιο άρωμα, να ανάψετε ένα αρωματικό κερί, να πάτε για έναν περίπατο ή τρέξιμο, να διαβάσετε, να ασχοληθείτε με τον κήπο, να πάτε για ψώνια ... Σχεδιάστε τη δική σας λίστα των εναλλακτικών του φαγητού λύσεων.

ΣΤΗΡΙΧΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Μην ακυρώνετε ραντεβού σε καμία περίπτωση, ειδικά αν έχετε παρεκκλίνει! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθάει να ρυθμίζετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή / και τις δυσκολίες σας. Ο θεραπευτής σας σας έχει βοηθήσει να πετύχετε μέχρι τώρα και δεν υπάρχει κανένας λόγος για τον οποίο αυτός ο συνδυασμός θα πάψει να λειτουργεί! **Συναινείτε στο να σας τηλεφωνεί ο θεραπευτής, στην περίπτωση που χάσετε ένα ραντεβού;**

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

Διατροφικές συνήθειες

Ο Ιπποκράτης είπε: «*Η τροφή σου να είναι το φάρμακό σου*». Πράγματι, ορισμένες ειδικές δίαιτες, όπως αυτή στο νησί της Οκινάουα και η περίφημη Κρητική διατροφή, έχουν αποδειχθεί ως ευεργετικές όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής. Ως βάση τους έχουν την κατανάλωση φυτικών ελαίων, φρούτων, λαχανικών και ψαριών.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής μας δεν προάγει την υγιεινή διατροφή. Το υπερβάλλον βάρος είναι όλο και πιο συχνό σε όλο τον κόσμο, και προσβάλλει κυρίως όλο και νεότερους. Οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες συνεχώς αυξάνονται, με τα πάρα πολλά γλυκά και αναψυκτικά, το συνεχόμενο τσιμπολόγημα, τα επεξεργασμένα τρόφιμα που περιέχουν πολύ αλάτι και πρόσθετα. Τα τακτικά γεύματα έχουν εξαλειφθεί καθώς και φιλικές συναναστροφές που τα συνόδευαν. Εξαιτίας όλων αυτών, ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και πολλές χώρες έχουν ξεκινήσει τεράστιες εκστρατείες για την προώθηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

Εκτός από τα προβλήματα που δημιουργεί στην καθημερινή ζωή, το υπερβάλλον βάρος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για διάφορες σοβαρές παθήσεις: καρδιαγγειακές παθήσεις (υπέρταση, έμφραγμα του μυοκαρδίου) προκαλεί μεταβολικές διαταραχές (διαβήτη τύπου-2, αυξημένη χοληστερόλη και επίπεδα τριγλυκεριδίων). Έχει επίσης αντίκτυπο στην άπνοια ύπνου, προκαλεί παθολογικά προβλήματα στα οστά και τις αρθρώσεις, όπως οστεοαρθρίτιδα, ευθύνεται ακόμη και για ορισμένες μορφές καρκίνου.

Έχει αποδειχθεί ότι μια μικρή απώλεια του 5 έως 10% του σωματικού βάρους μειώνει σημαντικά τους κινδύνους αυτούς. Πράγματι, μια αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες επέτρεψε σε πολλούς ασθενείς να:

- Μειώσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή για το διαβήτη τύπου 2, την υπέρταση και / ή την υπερχοληστερολαιμία.
- Βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και την αυτοεκτίμηση τους.
- Ανακουφίσουν τα οστά και τις αρθρώσεις τους.
- Βελτιώσουν το σύνδρομο υπνικής άπνοιας.
- Μειώσουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις.
- Μειώσουν τον κίνδυνο να νοσήσουν από ορισμένες μορφές καρκίνου, κλπ.

Εάν πάσχετε από οποιοδήποτε από αυτά τα προβλήματα, η αλλαγή της διατροφής σας θα μπορούσε να σας οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της κατάστασή σας. Μην διστάσετε να μιλήσετε και να συμβουλευτείτε τον ιατρό σας. Αυτός / ή έχει εκπαιδευτεί ειδικά για να σας βοηθήσει.

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Θα ήθελα να αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες...»

Είστε δυσαρεστημένοι με τις διατροφικές σας συνήθειες και θα θέλατε να τις αλλάξετε; Καλή ιδέα! Ωστόσο, **τα εκπληκτικά πλεονεκτήματα που πρόκειται να κερδίσετε μπορεί να μην είναι άμεσα εμφανή**, και παραθέτοντας το φιλόσοφο Σενέκα, «*Αν κάποιος δεν ξέρει σε ποιο λιμάνι πλέει, κανένας άνεμος δεν είναι ευνοϊκός*». Αυτό σημαίνει ότι, θα πρέπει να γνωρίζετε ποια πλεονεκτήματα θα σας φέρει αυτή η αλλαγή, για να δημιουργήσετε και να διατηρήσετε το απαιτούμενο κίνητρο.

ΒΡΕΙΤΕ ΧΡΟΝΟ

Η τακτική υποστήριξη και παρακολούθηση είναι απαραίτητες για την επιτυχία. Ελέγξτε το ημερολόγιό σας και βρείτε ελεύθερο χρόνο να δείτε το θεραπευτή σας ή / και δημιουργήσετε χρόνο ρυθμίζοντας άλλες δεσμεύσεις .

ΕΚΤΙΜΗΣΤΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ

Είναι πάντα καλή ιδέα να έχετε το «*γνώθι σ'αυτόν*», οπότε γιατί να μην ξεκινήσετε ένα **ημερολόγιο διατροφής**, όπου θα εισάγετε ό,τι τρώτε; Εισάγοντας ένα σταυρό στην αντίστοιχη κατηγορία της **διατροφικής-πυραμίδας**, θα είστε σε θέση να έχετε μια εικόνα για το πόσο ισορροπημένη είναι η διατροφή σας. Βοηθά επίσης να καταγράφετε πόσα ποτήρια νερό πίνετε κάθε μέρα, καθώς επίσης και το επίπεδο της φυσικής σας δραστηριότητας. Για το σκοπό αυτό, τοποθετήστε ένα βηματόμετρο στην ζώνη σας για να μετρήσετε τον αριθμό των βημάτων που κάνετε κάθε μέρα. Θα βρείτε ένα πρότυπο

«ημερολογίου διατροφής» , στο τέλος αυτού του εγγράφου. Απλά τυπώστε μια σελίδα για κάθε ημέρα της εβδομάδας.

ΚΑΝΤΕ ΜΙΑ ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Συνεχώς ακούτε πόσο σημαντικό είναι να χάσετε βάρος, αν θέλετε να έχετε μια καλή κατάσταση υγείας. **Αυτό είναι απολύτως σωστό. Τα υπέρβαρα άτομα ζουν με αυξημένο κίνδυνο**, αλλά μπορούν να προλάβουν και να βελτιώσουν την υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και το διαβήτη τύπου 2 με την απώλεια βάρους, η οποία θα μειώσει επίσης τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων τους καθώς επίσης και τον κίνδυνο από ορισμένες μορφές καρκίνου. Μεταξύ άλλων πλεονεκτημάτων, η απώλεια βάρους βοηθά στην αντιμετώπιση της άπνοιας ύπνου και ρυθμίζει άλλα αντίστοιχα θέματα...

Αυτά είναι σημαντικά οφέλη, αλλά αυτό που μας ενδιαφέρει είναι **τα οφέλη που ΕΣΕΙΣ θα κερδίσετε μέσω της όλης διαδικασίας**. Σχεδιάστε τον «κατάλογο των προσωπικών σας πλεονεκτημάτων», που θα προκύψουν από την αλλαγή των διατροφικών σας συνηθειών και/ή της απώλειας βάρους. Κάντε μια λίστα με όλα τα προσωπικά κέρδη που αναμένετε να έχετε στην ακόλουθη σελίδα και μετά τοποθετείστε την κάπου, όπου θα τη βλέπετε συχνά.

Καλύψτε όλες σας τις προσδοκίες, τόσο φυσικές και υλικές, όσο και ψυχολογικές. Για παράδειγμα, θα μπορούσατε να γράψετε: «Θα χωρέσω στο πράσινο παντελόني μου (ή στο μπλε φόρεμα μου) ξανά!» «Θα ασκώμαι κάθε μέρα» «Θα είμαι περήφανη/ος για τον εαυτό μου» «Θα αισθάνομαι καλύτερα» «Θα είμαι σε θέση να καθίσω με σταυρωμένα τα πόδια » ...). Ο καθένας μας έχει τους δικούς του λόγους που επιθυμεί να χάσει βάρος. **Όσο πιο προσωπικά είναι τα πλεονεκτήματα που θα καταγράψετε, τόσο περισσότερο «αποτελεσματικό» θα είναι το έργο σας και θα ικανοποιήσετε το κίνητρό σας.**

Βαθμολογήστε πόσο σημαντικά είναι αυτά τα πλεονεκτήματα για εσάς επιλέγοντας ένα από τα τρία : «*αρκετά σημαντικά*», «*σημαντικά*», ή «*πολύ σημαντικά*».

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σημαντική είναι η απώλεια βάρους για εσάς;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σίγουροι αισθάνεστε για αυτήν την απώλεια βάρους;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

«Παρέκκλινα!»

Εντάξει. Παρεκκλίνετε λοιπόν. Αντί να κατηγορείτε τον εαυτό σας, προσπαθήστε να αποκομίσετε όποια μαθήματα αυτό το επεισόδιο έχει να σας δώσει και να συνεχίσετε τον δρόμο σας προς την επιτυχία. Οι υποτροπές αποτελούν μέρος της διαδικασίας της αλλαγής, ένα από τα στάδια που περιλαμβάνονται στη διαδικασία τροποποίησης των διαιτητικών σας συνηθειών. Θεωρίστε το σαν μια αναποδιά, αλλά με τίποτα, σαν μια αποτυχία.

Αποβάλλετε αρνητικές σκέψεις όπως: «*Είμαι απεγνωσμένος*», «*Δε μπορώ να το κάνω αυτό*». Αντίθετα, κοιτάξτε πόσο μακριά έχετε φτάσει! Έχετε ήδη κάνει σημαντική πρόοδο!

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ...

ΓΕΓΟ ΝΟΣ	Τι συμβαίνει:	<i>Το αφεντικό μου φώναξε για κάτι στη δουλειά.</i>
ΣΚΕΨ ΕΙΣ	Τι λέω στον εαυτό μου	<i>Είναι άδικο! Έκανα το καλύτερο που μπορούσα.</i>
ΣΥΝΑΙ ΣΘΗΜ ΑΤΑ (λύπη,	Τι νιώθω αυθόρμητα	<i>Θυμός χρωματισμένος με θλίψη.</i>

θυμός, ενόχληση, ενοχή. ..)		
ΣΥΜΠ ΕΡΙΦ ΟΡΑ	Αυτό στο οποίο καταφεύγω ενστικτωδώς	<i>Τσιμπολογώ γλυκά</i>

Ανατρέξτε ξανά στη λίστα με τα προσωπικά οφέλη: πώς νιώσατε όταν τα γράφατε; Κάποια από τα οφέλη που θα αποκομίζατε φαίνονταν αρκετά δύσκολο να επιτευχθούν, αλλά τελικά τα καταφέρατε! Επισημάνετε όλα τα πλεονεκτήματα που ήδη απολαμβάνετε και επικεντρωθείτε στο πώς θα πετύχετε τα υπόλοιπα.

ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΕΚΕΙΝΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ... ΠΟΥ ΔΕ ΜΠΟΡΕΣΑΤΕ ΝΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΠΕΙΡΑΣΜΟ.

Η «*παρέκκλιση*» είναι συνήθως η απάντηση σε ένα συγκεκριμένο γεγονός που προκάλεσε αρνητικές σκέψεις, που οδήγησαν στην εμφάνιση ορισμένων συναισθημάτων. Είναι πολύ σημαντικό **να προσδιορίσετε με ακρίβεια τις σκέψεις που προηγήθηκαν των συναισθημάτων σας, και οδήγησαν σε αυτή τη συμπεριφορά.** Πραγματικά, αυτές είναι δύσκολο να τροποποιηθούν, δεδομένου ότι είναι αυθόρμητες. Για παράδειγμα:

Έχοντας προσδιορίσει τις αρνητικές σκέψεις, θα πρέπει να είστε σε θέση να τις αναγνωρίσετε την επόμενη φορά που θα εμφανιστούν. Μόλις τις εντοπίσετε, μπορείτε να τις αντιμετωπίσετε, χρησιμοποιώντας όποια στρατηγική θα έχετε επινοήσει εν τω μεταξύ.

Η πρώτη στρατηγική συνίσταται στο ... **ΠΕΡΙΜΕΝΕ!** Την επόμενη φορά που θα εμφανιστεί το συναίσθημα που έχετε εντοπίσει, κοιτάξτε το, όπως θα κάνατε με μία πινακίδα STOP. Τις περισσότερες φορές, η ακολουθία συναίσθημα-συμπεριφορά καθίσταται ανενεργή μετά από 10 λεπτά.

Μπορείτε επίσης, σε ένα πρώτο στάδιο, να αναπτύξετε συμπεριφορές αποφυγής (σε αυτή την περίπτωση, μπορείτε να περπατήσετε γύρω από το τετράγωνο). Ωστόσο, αυτό μπορεί να αποδεικνύεται δύσκολο, καθώς η απάντηση είναι συχνά «αυτόματη».

Τελευταίο, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό: μπορείτε να εκπαιδεύσετε τον εαυτό σας ώστε να **αντικαθιστά την αρνητική σκέψη με μια άλλη**, πιο προσαρμοσμένη απάντηση, η οποία δεν θα προκαλεί την ίδια συμπεριφορά. Στην προκειμένη περίπτωση, θα μπορούσατε να πείτε στον εαυτό σας: *«Εντάξει, το αφεντικό μου φώναξε. Ωστόσο, είχα κάνει τη δουλειά μου σωστά και δεν έχω κανένα λόγο να αισθάνομαι ένοχος/η. Αν είναι δυσάρεστος, είναι δικό του πρόβλημα, όχι δικό μου.»*

Τώρα, σκεφτείτε ξανά τις δικές σας εμπειρίες και περιγράψτε τις στο φύλλο εργασίας. Προσπαθήστε να θυμηθείτε το τελευταίο πράγμα που σκέφτηκατε, λίγο πριν *«παρεκκλίνετε»*.

ΣΤΗΡΙΧΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Μην ακυρώνετε ραντεβού σε καμία περίπτωση, ειδικά αν έχετε παρεκκλίνει! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθάει να ρυθμίζετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή / και τις δυσκολίες σας. Ο θεραπευτής σας σας έχει βοηθήσει να πετύχετε μέχρι τώρα και δεν υπάρχει κανένας λόγος για τον οποίο αυτός ο συνδυασμός θα πάψει να λειτουργεί! **Συναινείτε στο να σας τηλεφωνεί ο θεραπευτής, στην περίπτωση που χάσετε ένα ραντεβού;**

«Προετοιμάζομαι για την αλλαγή»

Έχετε αποφασίσει να αλλάξετε τις διατροφικές σας συνήθειες. Μπράβο! Ωστόσο, όλα τα μεγάλα έργα απαιτούν δύο βασικές δράσεις: μια αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης και την εκπόνηση ενός σχεδίου δράσης. Για παράδειγμα όταν θέλετε να αλλάξετε το αυτοκίνητό σας, πρώτα σκέφτεστε τους λόγους (πιο κατάλληλο μέγεθος, πιο γρήγορο, να μην τρίζουν τα αμορτισέρ ...), προκειμένου να αποφασίσετε πια από τα μοντέλα θα δείτε. Μετά από αυτό, καθορίζετε ένα σχέδιο δράσης: συλλέγετε πληροφορίες, προετοιμάζετε το σχέδιο χρηματοδότησης, κλείνετε ραντεβού με τον αντιπρόσωπο του αυτοκινήτου, κάνετε test drive, και μόνο όταν όλες αυτές οι πτυχές έχουν εξεταστεί μπορείτε να βγείτε στο δρόμο.

ΓΝΩΡΙΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ

Αν δεν το έχετε ήδη, ζητήστε από το θεραπευτή σας την κάρτα «*Κίνητρα 2*» AKY (Ατομική Κάρτα Υποστήριξης), έτσι ώστε να μπορείτε να απαριθμήσετε **τα προσωπικά σας πλεονεκτήματα**. Σε αυτό το στάδιο είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πόσο και πώς τρώτε. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την **τήρηση ημερολογίου διατροφής**.

ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Ενημερωθείτε για το τι προσφέρουν οι τοπικές αρχές όσον αφορά σε δραστηριότητες που θα σας άρεσε να ασχοληθείτε (χαλάρωση, γιόγκα, γυμναστήριο, πισίνες ...) Μερικές φορές υπάρχουν τμήματα που προορίζονται αποκλειστικά για υπέρβαρα άτομα, μια μεγάλη βοήθεια για να ξεπεραστεί μέρος των αναστολών.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων (π.χ.: «Θα ακολουθήσω φάση 1 για ένα δεκαπενθήμερο, με στόχο απώλεια βάρους κιλά.» «Θα αγοράσω ποδήλατο γυμναστικής και θα το χρησιμοποιώ για λεπτά την ημέρα», «θα χωρέσω στο αγαπημένο μου τζιν») και προθεσμίες («πριν από το επόμενο ραντεβού μου ... πριν από το καλοκαίρι ... »). Αυτή η ατομική κάρτα υποστήριξης θα σας βοηθήσει να εκπονήσετε μια συγκεκριμένη ατζέντα προς την επιτυχία.

Τα μέτρα που χρειάζεται να λάβετε είναι ο καθορισμός των στόχων και του σχεδίου δράσης σας. Σκεφτείτε προσεκτικά κάθε βήμα που απαιτείται για την επίτευξη των στόχων σας (όπως αναφέρεται πιο κάτω) και γράψτε τις ενέργειες που σκέφτεστε να κάνετε. Αν χρειαστεί, το σχέδιο δράσης μπορεί να ανανεωθεί στην πορεία. Αν πιστεύετε ακράδαντα τους στόχους σας και δώσετε στον εαυτό σας τα μέσα, δεν μπορεί παρά να τους πετύχετε.

1. Προσδιορίστε και καταγράψτε τους στόχους σας, όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ακρίβεια.
2. Ποια μέτρα χρειάζεται να ληφθούν για την επίτευξη των στόχων σας; Πώς θα γνωρίζετε ότι έχετε επιτύχει ένα στόχο;
3. Τι ανταμοιβή σχεδιάζετε για τον εαυτό σας για την επίτευξη κάθε στόχου;

Τοποθετείστε το σχέδιο δράσης σας στην κουζίνα (ή αλλού) για να υπενθυμίζετε στον εαυτό σας τους στόχους σας και τη δέσμευσή σας για αλλαγή.

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σημαντική είναι η απώλεια βάρους για εσάς;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σίγουροι αισθάνεστε για αυτήν την απώλεια βάρους; 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Έχω αλλάξει τις διατροφικές μου συνήθειες»

Έχετε αλλάξει τον τρόπο που τρώτε τελευταία; Μπράβο!

Έχετε πιθανώς αρχίσει να βλέπετε τα οφέλη αυτής της αλλαγής, αλλά μπορεί να προκύψουν άλλες πιο δύσκολες καταστάσεις στην καθημερινή σας ζωή. Αυτή η ατομική κάρτα υποστήριξης θα σας βοηθήσει να διατηρήσετε τα επιτεύγματά σας.

ΒΑΣΙΣΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Μην ακυρώνετε ραντεβού σε καμία περίπτωση! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθάει να ρυθμίζετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή τις **δυσκολίες** σας.

ΕΝΤΟΠΙΣΤΕ «ΣΥΜΜΑΧΟΥΣ» ΚΑΙ «ΕΧΘΡΟΥΣ» ΣΤΟΝ ΚΥΚΛΟ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΑΣ

Οι αλλαγές, τόσο στην εξωτερική σας εμφάνιση όσο και στον τρόπο ζωής σας, μπορεί να προκαλέσουν περίεργες αντιδράσεις γύρω σας. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να το παρακάνουν με τα *«Συγχαρητήρια!»* και να σας κάνει να σκεφτείτε: *«Αξίζω περισσότερο απ' ό,τι μια απλά ωραία περιφέρεια μέσης»*. Αντίθετα, άλλοι μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά αρνητικοί: *«Αυτές οι δίαιτες αστραπή ποτέ δεν διαρκούν πολύ!»*, *«Οι περισσότεροι άνθρωποι βάζουν όλο το χαμένο βάρος πίσω μέσα σε ένα χρόνο έτσι κι αλλιώς!»* Μην επηρεάζεστε από τέτοιου είδους σχόλια. Τέτοιες συμπεριφορές πηγάζουν συνήθως από τις απογοητεύσεις των ίδιων των ατόμων ή τα προσωπικά τους προβλήματα. Εκπαιδεύστε τον εαυτό σας να ψάξει πιθανές εξηγήσεις για τη συμπεριφορά τους: ζήλια; άγχος; ή απλά μικροπρέπεια; Πολλά μπορούν να οδηγήσουν μερικούς ανθρώπους στο να προσπαθήσουν να σαμποτάρουν τις προσπάθειές σας!

Όποιοι και αν είναι οι λόγοι για τη συμπεριφορά τους, η καλύτερη απάντηση συνίσταται στην **ήρεμη εξήγηση** ότι **έχετε αναλάβει αυτό το πρόγραμμα με τη δική σας θέληση, ότι σας παρακολουθεί επαγγελματίας υγείας, ότι η μέθοδος είναι αξιόπιστη, ότι έχουν το δικαίωμα να έχουν τη δική τους άποψη, αλλά ότι σίγουρα δεν πρόκειται να σας αλλάξουν γνώμη τώρα.** Αφήστε τους να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και συνεχίστε να επικεντρώνεστε στα **ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΣΑΣ**.

Οι αληθινοί φίλοι σας εκτιμούν για αυτό που είστε, ανεξάρτητα από το βάρος σας. Οι περισσότεροι θα παραμείνουν ουδέτεροι και θα σεβαστούν την απόφασή σας. Ψάξτε για τουλάχιστον 3 άτομα στον κύκλο των φίλων και συγγενών σας που θα μπορούσαν να σας βοηθήσουν και να σας υποστηρίξουν. Κάποιες φορές, οι γνωστοί είναι που μπορεί να αποδειχθούν πιο χρήσιμοι. Δείξτε στους «υποστηρικτές» σας πώς μπορούν να σας βοηθήσουν καλύτερα. Κάποιοι μπορεί να σας βοηθήσουν με το να σας συγχαίρουν τακτικά, άλλοι με το να σέβονται τις διατροφικές σας επιλογές ...

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σημαντική είναι η απώλεια βάρους για εσάς;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σίγουροι αισθάνεστε για αυτήν την απώλεια βάρους; 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Να αλλάξω ή να μην αλλάξω;...»

Οι αλλαγές πάντα εμπεριέχουν και κάποιες θυσίες *«Τρώγοντας μια εξαίσια πουτίγκα θα καθυστερήσει την ημέρα που θα μπορέσω να χωρέσω στο αγαπημένο μου τζιν»*.

Μερικές φορές, μπορεί να αισθάνεστε ότι τίποτα δεν μπορεί να σας σταματήσει, αλλά άλλες φορές, η όλη διαδικασία μπορεί να φαίνεται υπερβολικά δύσκολη και ενοχλητική. Έχοντας επίγνωση του τι σας βοηθά να αδυνατίσετε, είναι εξίσου σημαντικό να αναλύσετε τις αντιστάσεις εκείνες που εξακολουθούν να σας συνδέουν με τις τρέχουσες διατροφικές σας συνήθειες.

Ο καθένας μας έχει τους δικούς του λόγους για τους οποίους επιθυμεί να χάσει βάρος, αλλά και τη δική του απροθυμία στο να κάνει κάτι. Κάντε μια λίστα με τους ΔΙΚΟΥΣ ΣΑΣ προσωπικούς λόγους, και το βαθμό που είναι σημαντικοί για εσάς. **Όσο πιο προσωπικά είναι τα κέρδη που θα απαριθμήσετε, τόσο περισσότερο αυτή η απλή διαδικασία θα τροφοδοτήσει το κίνητρό σας.**

Να θυμάστε ότι τα οφέλη που προκύπτουν από την τρέχουσα συμπεριφορά σας είναι σχεδόν πάντα βραχυπρόθεσμα ή άμεσα, ενώ τα μειονεκτήματα της διατήρησης αυτής της συμπεριφοράς είναι συνήθως μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, που επηρεάζουν κυρίως την υγεία. Αυτή η ατομική κάρτα υποστήριξης θα σας βοηθήσει να συνειδητοποιήσετε τι πραγματικά περιμένετε από την απώλεια βάρους. Μόλις ξέρετε τι να περιμένετε, μπορείτε να προβείτε σε μια τεκμηριωμένη επιλογή.

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σημαντική είναι η απώλεια βάρους για εσάς;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σίγουροι αισθάνεστε για αυτήν την απώλεια βάρους;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Μπορώ να δω τον εαυτό μου...»

Προβλέψτε την επιτυχία σας με **θετική απεικόνιση**. Αντί να ρίξετε το βάρος σε αρνητικές σκέψεις, όπως: «Είμαι απελπισμένος», «Δεν πρόκειται ποτέ να πετύχει», κοιτάξτε πίσω σε όλα αυτά που έχετε επιτύχει! Έχετε ήδη διανύσει πολύ δρόμο.

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ...

Ανατρέξτε ξανά στη λίστα με τα προσωπικά οφέλη: πώς νιώσατε όταν τα γράφατε; Κάποια από τα οφέλη που θα αποκομίζατε φαίνονταν αρκετά δύσκολο να επιτευχθούν, αλλά τελικά τα καταφέρατε! Επισημάνετε όλα τα πλεονεκτήματα που ήδη απολαμβάνετε και επικεντρωθείτε στο πώς θα πετύχετε τα υπόλοιπα.

ΦΑΝΤΑΣΤΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΦΤΑΣΕΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ-ΣΤΟΧΟ ΣΑΣ...

Οι αθλητές βελτιώνουν την απόδοσή τους με το να το φαντάζονται αυτό, εκατοντάδες φορές πριν από την ημέρα του αγώνα. Το ίδιο ισχύει και για την απώλεια βάρους. Αν προβάλλετε νοητικά τον εαυτό σας μέσα στο χρόνο, τη στιγμή που θα έχετε πετύχει την απώλεια βάρους, οι σκέψεις και τα συναισθήματά σας θα κατευθύνονται προς την επιτυχία.

Καθιερώστε 20 λεπτά για τον εαυτό σας καθημερινά, σιγουρεύοντας ότι δε θα σας ενοχλήσουν. Είτε καθιστός / ή είτε ξαπλωμένος / η, κλείστε τα μάτια σας και χαλαρώστε. Εκπνεύστε αργά, όσο μπορείτε, και στη συνέχεια, εισπνεύστε για 10 δευτερόλεπτα. Επαναλάβετε αυτόν τον κύκλο βαθιάς αναπνοής τουλάχιστον 5 φορές.

Μόλις αισθανθείτε ωραία και χαλαρά, προσπαθήστε να απεικονίσετε τον εαυτό σας με το ιδανικό σας βάρος. Φανταστείτε πώς θα είναι η σιλουέτα σας.

«Κοιτάξτε» νοητικά τα ισχία σας, τη μέση σας, το στήθος σας και τα χέρια σας. Στη συνέχεια, «κοιτάξτε» το πρόσωπό σας και δείτε πώς η έκφραση του προσώπου σας έχει αλλάξει. Παρατηρήστε τις διαφορές στην εμφάνιση του σώματός σας.

Κρατώντας τα μάτια σας κλειστά, φανταστείτε τον εαυτό σας να προβάλλεται σε γιγαντοοθόνη. Κοιτάξτε τον εαυτό σας σαν ένα χαρακτήρα από την ταινία και παρακολουθήστε τον νέο σας εαυτό να κινείται, να περπατάει, να τρέχει, να περιστρέφεται κτλ. Επαναλάβετε την ταινία σε αργή κίνηση και απολαύστε το σόου.

Στη συνέχεια, αλλάξτε θέσεις με τον χαρακτήρα από την ταινία. Είστε στην οθόνη, κοιτάζοντας τους θεατές. Φανταστείτε πώς σας βλέπουν, και να θυμάστε αυτό το συναίσθημα.

Στη συνέχεια, επικεντρωθείτε και πάλι στο σώμα σας και «κάντε μια ανασκόπηση», αλλά με την αντίστροφη σειρά: πρώτα το πρόσωπο, μετά οι βραχίονες, το στήθος, κλπ. Κάνετε άλλους 5 κύκλους βαθιάς αναπνοής και «ξυπνήστε», έχοντας κατά νου την εικόνα του ιδανικού σώματος. Βεβαιωθείτε ότι θα κάνετε αυτή την άσκηση καθημερινά.

ΣΤΗΡΙΧΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Μην ακυρώνετε ραντεβού σε καμία περίπτωση, ειδικά αν έχετε παρεκκλίνει! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθάει να ρυθμίζετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή / και τις δυσκολίες σας. Ο θεραπευτής σας σας έχει βοηθήσει να πετύχετε μέχρι τώρα και δεν υπάρχει κανένας λόγος για τον οποίο αυτός ο συνδυασμός θα πάψει να λειτουργεί! **Συναινείτε στο να σας τηλεφωνεί ο θεραπευτής, στην περίπτωση που χάσετε ένα ραντεβού;**

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

«Στρατηγικές...»

Έχετε πετύχει να αλλάξετε τις διατροφικές σας συνήθειες και τώρα αισθάνεστε πιο σίγουροι. Μπράβο! Έχετε διανύσει πολύ δρόμο προς όφελός σας! Ωστόσο, παρασπονδίες είναι πάντα δυνατό να συμβούν. Σε περίπτωση που συμβεί αυτό, ποτέ μην ξεχνάτε ότι είναι μόνο μικρά εμπόδια στην πορεία σας για την επίτευξη μόνιμων αλλαγών.

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ...

- **Ανατρέξτε στη λίστα με τα προσωπικά σας πλεονεκτήματα και πάλι:** θυμηθείτε πώς αισθανθήκατε όταν τη γράψατε; Μερικά από αυτά τα πλεονεκτήματα, τότε φαινόταν εντελώς αδύνατο να επιτευχθούν, και όμως, τα καταφέρατε! Επισημάνετε όλα τα πλεονεκτήματα που ήδη απολαμβάνετε και επικεντρωθείτε στο πώς θα έχετε την ευκαιρία να επιτύχετε τους εναπομείναντες στόχους σας.
- **Ενημερώνετε τακτικά το σχέδιο δράσης σας:** προσαρμόστε τους στόχους σας και τις προθεσμίες που θέσατε με ημερομηνίες. Επισημάνετε όλους τους στόχους που έχουν ήδη επιτευχθεί και προσθέστε νέους, εάν παραστεί ανάγκη. Εμπιστευθείτε τον εαυτό σας: ξέρετε πώς να αλλάξετε τη συμπεριφορά σας, μόλις το έχετε κάνει!

ΔΩΣΤΕ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΤΑ ΕΦΟΔΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ...

Δυσκολίες και πειρασμοί είναι βέβαιο ότι θα προκύψουν, γι' αυτό να είστε έτοιμοι! Προβλέψτε καταστάσεις υψηλού κινδύνου που θα μπορούσαν να σας παρασύρουν να επανέλθετε σε κακές συνήθειες και φανταστείτε ποιες στρατηγικές θα μπορούσαν να αναπτυχθούν για να αντιμετωπίσετε τέτοιες περιπτώσεις. Απλά αποδεχτείτε τις περιστασιακές υποτροπές-παρασπονδίες, δηλαδή τα εμπόδια, και εκπαιδευτείτε πώς μπορείτε να τα αποτρέψετε και να τα διαχειριστείτε. Μερικοί

απλοί κανόνες θα σας βοηθούσαν να ελαχιστοποιήσετε τις επιπτώσεις τους. Για παράδειγμα, παρακάτω θα δείτε το πώς να προσαρμόσετε το πρόγραμμα Eurodiet σε εορταστικές εκδηλώσεις:

- **Προβλέψτε και διορθώστε υποτροπές-παρασπονδίες:** για δύο έως τρεις ημέρες πριν και μετά από μια εορταστική περίοδο, μπορείτε να εφαρμόσετε την προηγούμενη φάση από αυτή που είστε, (δηλ. τη φάση 3B, αν είστε ήδη στη φάση 3Γ). Αν πρόκειται μόνο για ένα «υψηλού κινδύνου» γεύμα, φάτε ένα σνακ Eurodiet λίγο πριν.
- **Περιορίστε τις ποσότητες:** Δοκιμάστε απ' όλα τα πιάτα που θέλετε, αλλά να αποφύγετε τη δεύτερη μερίδα, ακόμη και αν σας πιέζουν. Αν είστε ιδιαίτερα επιρρεπείς στο επιδόρπιο, μην τελειώσετε το κυρίως πιάτο. Αυτό θα σας επιτρέψει να τηρήσετε ένα βασικό κανόνα: ποτέ δεν τρώω αν δεν πεινάω. Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ σε ένα ή δύο ποτήρια σαμπάνιας ή / και ένα ή δύο ποτήρια κρασί. Κατά τη διάρκεια του γεύματος, πιείτε εναλλάξ από το ποτήρι του νερού σας και το ποτήρι του κρασιού σας, έτσι το κρασί θα «διαρκέσει περισσότερο». Ποτέ μην επιτρέπετε να ξαναγεμίσουν το ποτήρι σας, αν δεν είναι άδειο. Θα πρέπει να αποφεύγετε τα κοκτέιλ και τα «μικτά-ποτά», καθώς περιέχουν πάρα πολλή ζάχαρη.
- **Να είστε επιλεκτικοί:** Αποφύγετε τα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή / και υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη σνακ (φιστίκια, πατατάκια, κράκερ ...). Δώστε προτεραιότητα στο ψωμί ολικής αλέσεως και στα λαχανικά. Εντοπίστε τα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά πιάτα (φουά γκρα, κρέας, τυρί ...) και φάτε μόνο πολύ λίγο από αυτά. Προτιμήστε «χαμηλών θερμίδων» καρυκεύματα («χαμηλών θερμίδων» βινεγκρέτ, «χαμηλών θερμίδων» κρέμα γάλακτος, σάλτσα φρέσκιας ντομάτας ...) αντί για τα λιπαρά καρυκεύματα (μαγιονέζα, βούτυρο, κρέμα γάλακτος ...).
- **Αφήστε τα συναισθήματα ενοχής στο σπίτι!** Οι εορταστικές εκδηλώσεις είναι μοναδικές ευκαιρίες για να μοιραστείτε ένα καλό γεύμα με φίλους και συγγενείς. Ο καθένας τις απολαμβάνει, οπότε γιατί όχι και εσείς; Η ευχαρίστηση είναι ένα ζωτικής σημασίας συστατικό της ευτυχίας, και ως εκ τούτου, της

συνολικής ισορροπίας σας. Μπορείτε να απολαύσετε τη χαρά της συναναστροφής ακόμη και σε μια «χωνευτική» βόλτα που μπορείτε να προτείνετε σε όλους μετά το γεύμα!

ΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΣΚΕΨΗ

Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα φανταζόμενοι όσο πιο πολλές καταστάσεις «υψηλού κινδύνου» μπορείτε, ανεξαρτήτως αν προηγουμένως έχετε βιώσει αντίστοιχες καταστάσεις ή όχι. Οι πιο συνηθισμένες είναι τα Χριστούγεννα και οι οικογενειακές συγκεντρώσεις, οι καλοκαιρινές διακοπές, ένα μπάρμπεκιου με τους γείτονές σας ... όλες αυτές τις πολύ ευχάριστες περιστάσεις κατά τις οποίες ένα άτομο θα μπορούσε να παρεκκλίνει.

Προβλέψτε κάθε κατάσταση, αποκωδικοποιώντας τις σκέψεις που έρχονται στο μυαλό σας αυθόρμητα. Στην επόμενη στήλη, απαριθμήστε τις θετικές σκέψεις που θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν τις αυθόρμητες αντιδράσεις. Τέλος, σχεδιάστε ένα πρακτικό οδηγό στρατηγικής δράσης για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Μην ξεχνάτε ότι τα πλεονεκτήματα ισχύουν και μακροπρόθεσμα!

ΒΑΣΙΣΤΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΑΣ!

Σε καμία περίπτωση μην ακυρώνετε τα ραντεβού σας, ειδικά αν είχατε κάποια υποτροπή-παρασπονδία! Ο θεραπευτής σας είναι εκεί για να σας στηρίξει και να σας βοηθήσει να ρυθμίσετε το διατροφικό σας πρόγραμμα ανάλογα με την πρόοδο ή / και τους περιορισμούς σας. Συναινείτε στο να σας τηλεφωνεί ο θεραπευτής, στην περίπτωση που χάσετε ένα ραντεβού;

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σημαντική είναι η απώλεια βάρους για εσάς;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε κλίμακα από 0 έως 10, πόσο σίγουροι αισθάνεστε για αυτήν την απώλεια βάρους;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Θυμηθείτε: η τακτική παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας σας!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

Allison, K.A, Lundgren, J.D, O'Reardon, J.P, Geliebter, A, Gluck, M.E, Vinai, P, Mitchell, J.E, Schenck, C.H, Howell, M.J, Crow, S.J, Engel, S, Latzer, Y, Tzischinsky, O, Mahowald, M.W, Stunkard, A.J 2010 'Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome', *International Journal of Eating Disorders*, vol.43, no. 3, pp. 241-247, 43:3 241–247

Allison, K.A., Grilo, C.A, Robin M. Masheb, R.M, Stunkard, A.J 2005, 'Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: A Comparative Study of Disordered Eating', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 6, pp. 1107–1115

American Psychiatric Association 2013, 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', 5th Edition. , (DSM-5), American Psychiatric Publishing, Washington, DC

Armstrong, M.J, Mottershead, T.A, Ronksley, P. E, Sigal, R. J, Campbell, T. S & Hemmelgarn, B. R. 2011, 'Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Obesity Reviews*, vol.12, no. 9, pp. 709-723

Bandura, A. 2001, 'International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences', 1st Edition, Editors-in-Chief: Smelser, N.S. & Baltes, P.B, Self-efficacy and Health, pp. 13815-13820, USA

Barak, R.E, Fitzsimmons-Craft, E.E, Benyamin, Y, Crow, S.J, Peterson, C.B, Hill, L.L, Crosby, R.D, Mitchell, J.E, and Le Grange, D 2015 'Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder in Midlife and Beyond', *The Journal of Nervous and Mental Disease* vol. 203, no. 8, pp. 583-590

Bonsaksena, T, Fagermoenb, M.S & Lerdalc, A. 2015, 'Factors associated with self-esteem in persons with morbid obesity and in persons with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study', *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 20, no. 4, pp. 431–442

Brechan, I, Kvaem, I.L 2015, 'Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression,' *Eating Behaviors*, vol. 17, March , pp. 49-58

Brewer, M. B, & Gardner, W. 1996, 'Who is this "We"? Levels of collective identity and self representations', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, no. 1, pp. 83-93.

Caballero, B 2001, 'Introduction Symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors'. *Journal of Nutrition*, vol. 131, no. 3, pp. 866S–870S

Carson, A. Benowitz-Fredericks, Garcia, K, Massey, M, Vasagar, B, Borzekowski, D.L.G 2012 'Body Image, Eating Disorders, and the Relationship to Adolescent Media Use' *Pediatric Clinical Nutrition of America*, vol. 59, no.3, pp. 693–704

Choo J, Kang H. 2015, 'Predictors of initial weight loss among women with abdominal obesity: a path model using self-efficacy and health-promoting behaviour', *Journal of advanced nursing*, vol. 71, no. 5, pp. 1087-1097

Christakis, NA, Fowler, JH 2007, 'The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years' *New England Journal of Medicine*, vol. 357 no.4, pp. 357:370-379

Cooper, P.J 1995 'Eating Disorders and Their Relationship to mood and anxiety disorders, *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*', Guilford Press, New York and London

Dallow, C.B, Anderson, J 2003, 'Using Self-efficacy and a Transtheoretical Model to Develop a Physical Activity Intervention for Obese Women', *The Science of Health Promotion*, vol.12, no.6, pp. 373-381

Diclemente, C & Velasquez, M 2002, 'Motivational Interviewing and the Stages of Change', *Motivational Interviewing*, Edition, 2nd Edition, Publisher: The Guilford Press, pp.201-216

Fairburn C.G, Marcus, M.D, Wilson, G.T 1993, 'Cognitive-behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual', In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*, pp. 361-404, New York, US: Guilford Press

Flegal, KM, Troiano, RP, Pamuk, ER, Kuczmarski, RJ, Campbell, SM 1995, 'The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States', *The New England Journal Of Medicine*, vol. 333, no. 18, pp. 1165–1170

Fried, M, Yumuk, V, Oppert, J.M, Scopinaro, N, Torres, A, Weiner, R, Yashkov, Y, Frühbeck, G 2014, 'Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery', *Obesity Surgery*, Vol. 24,no. 1, pp. 42–55

Gorwood, P, Collet, C.B, Chartrel, N, Duclos, J, Dechelotte, P, Hanachi, M, Fetissof, S, Godart, N, Melchio, J.C, Ramoz, N, Jovene, C.R, Tolle, V, Viltart, O. & Epelbaum, J 2016 'New Insights in Anorexia Nervosa', *Frontiers in Neuroscience*, vol.10, no.256

Grams, J. & Garvey, W.T 2015, 'Weight Loss and the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes Using Lifestyle Therapy, Pharmacotherapy, and Bariatric Surgery: Mechanisms of Action', *Current Obesity Reports*, vol. 4, no. 2, pp. 287-302

Gundersen, C, Mahatmya, D, Garasky, S & Lohman, B 2011, 'Linking psychosocial stressors and childhood obesity', *Obesity Reviews*, vol.12, no.5, pp. e54–e55

Hruby, A & Hu, FB 2015, 'The Epidemiology of Obesity: A Big Picture', *Pharmacoeconomics*, vol. 33, no. 3, pp. 677-679

<https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>

Janis, I. & Mann. L. 1977, 'Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment', The Free Press, pp. 488, New York

Jeffers ,A.J, Cotter, A.W, Snipes, D.J, Benotsch, EJ 2013, 'BMI and depressive symptoms: The role of media pressures', Eating Behaviors, vol. 14, no. 4, pp. 468–471

Johansson, K, Neovius, M & Hemmingsson, E 2014, 'Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', American Journal of Clinical Nutrition, vol.99, no. 1, pp. 14–23.

Johnson, S.S, Paiva, A.L, Cummins, C.O, Johnson, J.L, Dymont, S.J, Wright, J.A, Prochaska, J.O, Prochaska, J.M, Sherman, K. 2008, 'Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis', Preventive Medicine, vol. 46, pp. 238-246

Kashyap, S. R, Bhatt, D.L, Wolski, K, Watanabe, R.M, Abdul-Ghani, M, Abood, B, Pothier, C.E, Brethauer, S, Nissen, S, Gupta, M, Kirwan, J.P, Schauer, P.R 2013, 'Metabolic effects of bariatric surgery in patients with moderate obesity and type 2 diabetes: analysis of a randomized control trial comparing surgery with intensive medical treatment', Diabetes Care vol. 36, no. 8, pp. 2175–2182

Kulovitz, M.G, Kravitz, L.R, Mermier, C, Gibson, A.L, Conn, C.A, Kolkmeier, D, Kerksick, C.M 2013, 'Potential role of meal frequency as a strategy for weight loss and health, in overweight or obese adults' Nutrition Journal, vol. 30, no. 4, pp. 386-92

Lau, D.C.W, Douketis, J.D, Morrison, K.M, Hramiak, I.M, Sharma, A.M, Ur, E, and for members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel 2007, 'Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children', Canadian Medical Association Journal, vol.176, no. 8, pp. 1–117

Ling, H, Lenz, T.L, Burns, T.L, and Hilleman D.E, 2013, 'Reducing the Risk of Obesity: Defining the Role of Weight Loss Drugs', Pharmacotherapy, vol. 33, no.12, pp. 1308-21

Loos, RJ, Bouchard, C 2008, 'FTO: the first gene contributing to common forms of human obesity', Obesity Reviews, vol. 9, no. 3, pp.: 246–250

Lundahl, B.D, Kunz, C, Brownell, C, Tollefson, D & Burke, B.L 2010, 'A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies', Research on Social Work Practice vol. 20, no. 2, pp. 137-160

Marantz, PR, Bird, ED, Alderman, MH 2008, 'A call for higher standards of evidence for dietary guidelines', American Journal Preventive Medicine, vol. 34, no. 3, pp. 234–240

- McCarroll, M, Frasure, M, Gil, K, Kavanagh, M, Waggoner, S, Von Gruenigen, V, 2013, 'Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): A randomized controlled trial', *Gynecologic Oncology*, vol. 132, no. 2, pp. 397-402
- McLaren, L 2007, 'Socioeconomic status and obesity', *Epidemiologic Reviews*, vol. 29, no. 1, pp. 29–48
- Palmer, B 2006, 'Διατροφικές Διαταραχές και η Αντιμετώπισή τους: Κλινικός Οδηγός αξιολόγησης και Θεραπείας', *Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.*, Αθήνα
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. 1983 'Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.51, no.3, pp.390-395
- Prochaska, J.O, DiClemente, C.C, & Norcross, J.C. 1992, 'In search of how people change: Applications to addictive behavior', *American Psychologist*, vol.47, no. 9, pp. 1102-1114.
- Prochaska, J. O & Velicer, W.F 1997, 'The Transtheoretical Model of health behavior change', *American Journal of Health Promotion*, vol. 12, no. 1, pp. 38-48.
- Ramage, S, Farmer, A, Eccles, K.A. & McCargar, L. 2014, 'Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review', *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, vol. 39, pp. 1–20
- Riebe, D, Franklin, B, Thompson, A, Garber, P, Carol, C, Ewing, C, Whitfield, A, Geoffrey, P, Magal, P, Pescatello, M, Linda, S, 2015 'Updating ACSM's Recommendations for Exercise Preparticipation Health Screening', *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 47, no. 11, pp. 2473–2479
- Rollnick, S, Miller, W.R 1995, 'What is Motivational Interviewing?', *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, Vol. 23, no. 4, pp. 325-334
- Rosenberg, M 1965, 'Society and the adolescent self-image', 'Self-Esteem Scale', *Princeton University Press*, Princeton, NJ, vol. 148, no. 3671, pp. 804
- Rosenberg, M. 1979, 'Conceiving the self'. New York : Basic Books
- Rosenheck, R 2008, 'Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk', *Obesity Reviews*, vol. 9, no. 6, pp. 535–547
- Swifta, D.L, Johannsenc, N.M, Laviec, C.J, Earnestd, C.P, Churchc, T.S 2014, 'The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance' *Progress in Cardiovascular Diseases*, vol.56, no. 3, pp. 441-447
- Velicer, WF, Diclemente, CC, Rossi, JS, Prochaska, JO 1990, 'Relapse Situations and Self-Efficacy: An Integrative Model', *Addicted Behavior*, vol. 15, no. 3, pp. 271-283

Velicer, WF, Prochaska, JO, Fava, JL, Norman, JG, & Redding, CA 1998, 'Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change', *Homeostasis in Health and Disease*, vol. 38, no. 5-6, pp. 216-233

Volery M, Bonnemain A, Latino A, Ourrad N, Perroud A. 2015, 'Obesity psychological treatment: beyond cognitive and behavioral therapy', *Revue Medicale Suisse*, vol. 25 no. 11, pp. 467:704-708

Vorst, H, Bermond, B. 2001, 'Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire', *Individual Differences*, vol. 30, no. 3, pp. 414

Wilfley, D.E, Citrome, L, Herman, B.H 2016 'Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria', *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol.12, pp.2213–2223

Wilson, G.T & Schlam, T.R 2004, 'The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders', *Clinical Psychology Review*, vol. 24, no. 3, pp. 361-378

Winer, B.J, Brown, D.R, Michels, K.M, 1991 'Statistical Principles In Experimental Design', 3rd Edition

Wing, R.R 1999, 'Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: current evidence and research issues', *Medical Science Sports Exercice*, vol. 31 no. 1, pp. S547–S552

Ελληνική Βιβλιογραφία

Κατσιλάμπρος, Ν.Λ, 2015, 'Η διαιτητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στους ενήλικους: Τι είναι βέβαιο και τι αμφισβητείται', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, vol. 32, no. 3, pp. 340-343

Κολυβά-Μαχαίρα, Φ. & Μπόρα-Σέντα, Ε. 1999, 'Στατιστική. Θεωρία και Εφαρμογές' Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη

Σαρίδη, Μ, Ντόκου, Μ 2010, 'Παχυσαρκία: μια πολυπαραγοντική Νόσος.', *Το βήμα του Ασκληπιού*, vol. 9, no. 2, pp. 131-143

Τριγώνη, Μ, Δημητράκη, Μ, Μελισσάς, Ι 2014, 'Νοσογόνος Παχυσαρκία και ψυχοκοινωνική κατάσταση ασθενών: ποιες οι προσδοκίες τους από τη χειρουργική επέμβαση;', *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, vol. 6, no. 1, pp. 44-54