



ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

Ανησυχία για την εικόνα σώματος σε ασκούμενους σε γυμναστήρια της
Θεσσαλονίκης.



Όνοματεπώνυμο: Γεωργιάδου Ελισάβετ 4022

Επιβλέπουσα: Βασιλοπούλου Αιμιλία

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Αιμιλία Βασιλοπούλου για την πολύτιμη βοήθειά της και τις ουσιαστικές συμβουλές της στην εκπόνηση της εργασίας καθώς και την οικογένειά μου για την στήριξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε επαγγελματίες αθλητές ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών διερευνάται σε μεγάλη έκταση στη βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά διαπιστώνεται ένα κενό στην ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με την σχέση με την εικόνα σώματος και τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές σε ερασιτέχνες ασκούμενους.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του κινδύνου διατροφικών διαταραχών σε τυχαιοποιημένο δείγμα ερασιτεχνών αθλητών από 4 περιοχές της Θεσσαλονίκης.

Συλλέξαμε 96 ερασιτέχνες αθλούμενους σε 4 περιοχές, στη Δημοτική Κοινότητα 2^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, στη Δημοτική Κοινότητα 3^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, στο Δήμο Καλαμαριάς και στη Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως. Τα ερωτηματολόγια καταρτιζόνταν από 6 τμήματα. Το πρώτο αφορούσε το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων. Το δεύτερο αφορούσε τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων και βασιζόνταν στο εργαλείο Food Frequency Questionnaire (FFQ). Το τρίτο αφορούσε τρεις παράγοντες κατανάλωσης τροφής (γνωστικός περιορισμός, ανεξέλεγκτη διατροφή, συναισθηματική διατροφή) και βασιζόνταν στο εργαλείο Three Eating Factor Questionnaire – R21 (TFEQ-R21). Το τέταρτο αφορούσε διατροφικές διαταραχές και βασιζόνταν στο εργαλείο Eating Attitudes Test (EAT-26). Το πέμπτο αφορούσε τα δελεαστικά τρόφιμα και τη διατροφική συμπεριφορά και βασιζόνταν στο εργαλείο Self-Regulation of Eating Behaviour Questionnaire (SREBQ-GR). Το έκτο αφορούσε τη φυσική δραστηριότητα και βασιζόνταν στο εργαλείο International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο σύνολο του δείγματος η πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών τείνει να είναι μικρή. Ανησυχία εμφάνισαν οι συμμετέχοντες για την απώλεια θερμίδων κατά την άσκηση, για το λίπος στο σώμα και την άσκηση αυτοελέγχου σχετικά με το φαγητό. Ωστόσο, οι παχύσαρκοι ανησυχούν λιγότερο. Διακρίνεται επίσης, μια τάση οι συμμετέχοντες να καταναλώνουν λάδι, λευκό κρέας και ψωμί. Παρόλα αυτά, σε περιοχές της Δυτικής Θεσσαλονίκης οι συμμετέχοντες κάνουν αυξημένη χρήση έτοιμου και τηγανητού φαγητού αλλά καταναλώνουν περισσότερα φρούτα. Σε γενικότερα πλαίσια, διακρίνεται η τάση για την κατανάλωση 5 γευμάτων την ημέρα, με το πρωινό να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διατροφής και ιδιαίτερα στην περιοχή της Καλαμαριάς. Επίσης, φάνηκε η τάση για την αποφυγή δελεαστικών τροφίμων και η

αυτοσυγκράτηση με σκοπό τον έλεγχο του βάρους. Η συχνότητα φυσικής δραστηριότητας κυμάνθηκε σε 3 με 4 φορές φορές ανά εβδομάδα με την αεροβική, το crossfit και την καλισθενική να ξεχωρίζουν ως είδη άσκησης.

ABSTRACT

The risk of eating disorders concerning professional athletes, is extensively investigated in the literature. However, there is a gap in research activity on the relationship between body image and the risk of eating disorders in amateurs.

The purpose of the present study is to investigate a random sample of amateur athletes residing in Thessaloniki.

We recruited 96 amateur athletes in 4 areas, in the Municipal Community of the 2nd District of Thessaloniki, in the Municipal Community of the 3rd District of Thessaloniki, in the Municipality of Kalamaria and the Municipal Community of Stavroupoli. The questionnaires were composed of 6 sections. The first concerned the medical history of the participants. The second one was about food frequency and was based on the Food Frequency Questionnaire (FFQ). The third concerned three food consumption factors (cognitive restriction, uncontrolled eating, emotional eating) and was based on the Three Eating Factor Questionnaire - R21 (TFEQ-R21). The fourth concerned eating disorders and was based on the Eating Attitudes Test (EAT-26). The fifth related to seductive foods and eating behavior and was based on the Self-Regulation of Eating Behavior Questionnaire (SREBQ-GR). The sixth concerned physical activity and was based on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) tool.

The results showed that throughout the sample it appeared that the probability of eating disorders in the sample tended to be low. Participants were concerned about calorie loss during exercise, body fat, and self-control over eating. However, obese people are less worried. There is also a tendency for participants to consume oil, white meat and bread. However, in areas of Western Thessaloniki, participants make more use of ready and fried food but consume more fruit. In general, the trend is to eat 5 meals a day, with breakfast being an integral part of the diet and especially in the Kalamaria area. There was also a tendency to avoid tempting foods and restraint in order to control weight. The frequency of physical activity varied from 3 to 4 times per week with aerobics, crossfit and calisthenics being distinguished as exercise types.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	14
1.1 Γενικά στοιχεία.....	14
1.2 Στοιχεία από την έρευνα για την εικόνα του σώματος.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	23
2.1 Γενικά στοιχεία.....	23
2.2 Επιπλοκές των διατροφικών διαταραχών	24
2.3 Ποσοστά στον πληθυσμό.....	25
2.4 Διατροφικές διαταραχές στους αθλητές.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	30
3.1 Νευρική ανορεξία.....	30
3.2 Νευρική βουλιμία.....	31
3.3 Διατροφικές διαταραχές και άσκηση	35
3.4 Παράγοντες που συνδέονται με την άσκηση και τις διατροφικές διαταραχές.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
4.1 Σκοπός της έρευνας	40
4.2 Δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας	40
4.3 Δείγμα.....	41
4.4 Σχεδίαση	41
4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και περιγραφή εργαλείων	41

4.6 Στατιστική ανάλυση.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	45
5.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ιατρικού ιστορικού και δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	45
5.1.1 Φύλο και ηλικία	45
5.1.2 Σωματομετρικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	45
5.1.3 Άσκηση και ποιότητα ζωής συμμετεχόντων	49
5.1.4 Ιατρικό ιστορικό συμμετεχόντων.....	51
5.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου FFQ	52
5.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου EAT-26.....	65
5.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου TFEQ – R21	68
5.5 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου SREBQ – GR	72
5.6 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου IPAQ.....	76
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	93
Ξενόγλωσσες αναφορές.....	93
Ελληνόγλωσσες αναφορές	105

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών ως προς το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων	45
Πίνακας 2: Μέση τιμή (Μ.Τ.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), μέγιστη και ελάχιστη τιμή για την κατανομή των ανδρών ως προς το ύψος, το βάρος (παρόν, υψηλότερο, χαμηλότερο, ιδανικό και προσωπική εκτίμηση ιδανικού) και το ΔΜΣ	46
Πίνακας 3: Μέση τιμή (Μ.Τ.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), μέγιστη και ελάχιστη τιμή για την κατανομή των γυναικών ως προς το ύψος, το βάρος (παρόν, υψηλότερο, χαμηλότερο, ιδανικό και προσωπική εκτίμηση ιδανικού) και το ΔΜΣ	46
Πίνακας 4: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων λιπομέτρησης δερματοπτυχών των ανδρών	48
Πίνακας 5: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων λιπομέτρησης δερματοπτυχών των γυναικών	48
Πίνακας 6: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων ωρών ύπνου των συμμετεχόντων	51
Πίνακας 7: Συχνότητες και ποσοστά νοσημάτων ανά περιοχή.....	52
Πίνακας 8: Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης διάφορων τροφών/ ροφημάτων	55
Πίνακας 9: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης πρωινού ανά περιοχή	59
Πίνακας 10: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς το σύνολο γευμάτων ανά περιοχή.....	59
Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς το σύνολο κυρίως γευμάτων ανά περιοχή	60
Πίνακας 12: Κατανομή συχνότητας, ποσοστών και στατιστική σημαντικότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τις διατροφικές τους συνήθειες	62
Πίνακας 13: Κατανομή απαντήσεων για τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής	64
Πίνακας 14: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής.....	65
Πίνακας 15: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών και στατιστική σημαντικότητα για τις προτάσεις του eat -26.....	66

Πίνακας 16: Μέσος όρος (Μ.Ο.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.) και στατιστική σημαντικότητα για τις ερωτήσεις του ΤΦΕQ -R21 (1 = απολύτως αληθές, 4 = απολύτως ψευδές).....69

Πίνακας 17. Μέσος όρος (Μ.Ο.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.) και στατιστική σημαντικότητα απαντήσεων συμμετεχόντων για το βαθμό που τους αντιπροσωπεύουν οι ερωτήσεις του SREBQ – GR (0 = Ποτέ, 4 = Πάντα)76

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής συμμετεχόντων ανά κατηγορία του ΔΜΣ.....	48
Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με το είδος άσκησης που πραγματοποιούν	49
Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με τη διάρκεια που ασκούνται	50
Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με τη συχνότητα που ασκούνται ανά βδομάδα	51
Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατά την οποία νιώθουν πείνα.....	71
Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με τη βαθμολογία που θα έβαζαν στον εαυτό τους αναφορικά με την αυτοσυγκράτησή τους απέναντι στο φαγητό.....	72
Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με ποια τρόφιμα κρίνουν ως δελεαστικά	73
Γράφημα 8: Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τις βλέψεις τους να μειώσουν την κατανάλωση των «δελεαστικών τροφίμων»...	74
Γράφημα 9: Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τις βλέψεις τους να ακολουθήσουν υγιεινή διατροφή.....	75
Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών έντονης άσκησης κατά τις τελευταίες 7 ημέρες	77
Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο έντονης άσκησης που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες.....	78
Γράφημα 12: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών μέτριας άσκησης κατά τις τελευταίες 7 ημέρες.....	79
Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο μέτριας άσκησης που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες	80
Γράφημα 14: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών που περπάτησαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες.....	81
Γράφημα 15: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο περπατήματος που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες.....	82

Γράφημα 16: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο που κατανάλωσαν στο να παραμείνουν καθιστοί κατά τις τελευταίες 7 ημέρες83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εικόνα του σώματος είναι μια πολυδιάστατη έννοια με πολλές συνιστώσες που καλύπτουν διάφορες ιδιότητες όπως η μυϊκή δύναμη, η ελαστικότητα και το σωματικό βάρος Verplanken & Velsvik, (2008).

Παρόλο που η θετική εικόνα του σώματος εμφανίστηκε στην επιστημονική κοινότητα μόνο μέσα στην προηγούμενη δεκαετία, η έρευνα δείχνει ότι πρόκειται για μια πολύπλευρη δομή που αποτελείται από την εκτίμηση σώματος, τον εσωτερικό προσανατολισμό προς το σώμα και την ικανοποίηση από τις ικανότητες του σώματος (Frisén & Holmqvist, 2010). Τα άτομα που εκτιμούν το σώμα τους αναγνωρίζουν ότι αυτό είναι μοναδικό και δέχονται τα ελαττώματά τους καθώς και τα στοιχεία που συνδέονται με αυτό. Δείχνουν σεβασμό στο σώμα με την κάλυψη των αναγκών του, συμμετέχοντας σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (Homan & Tylka, 2014). Ωστόσο, η δυσαρέσκεια του σώματος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές (Wardle, Waller, & Fox, 2002).

Η τακτική συμμετοχή, βέβαια, στη σωματική δραστηριότητα προσδίδει πολλά θετικά αποτελέσματα υγείας, όπως ο μειωμένος κίνδυνος κατάθλιψης και παχυσαρκίας (Tyson, Wilson, Crone, Brailsford, & Laws, 2010). Επίσης, οδηγεί σε σωματικά και πνευματικά οφέλη που μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της φυσικής και ψυχολογικής ποιότητας ζωής (Penedo & Dahn, 2005). Η σωματική δραστηριότητα συνδέεται πράγματι με ορισμένα θετικά σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα υγείας (Iannotti, Janssen, Haug, Kololo, Annaheim, & Borraccino, 2009).

Η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και κατάστασης υγείας έχει περιγραφεί εκτενώς σε αρκετές μελέτες (La Torre, Masala, De Vito, Langiano, Capelli, & Ricciardi, 2006; LePage & Crowther, 2010). Εντούτοις, ενώ τα κίνητρα υγείας μπορούν να συσχετιστούν με θετικές συνέπειες της σωματικής άσκησης για άτομα με χαμηλή δυσαρέσκεια του σώματος, η μεγαλύτερη αποδοχή των κινήτρων για την υγεία και την υγεία, καθώς και η εμφάνιση και τα κίνητρα βάρους συνδέονται με ακόμη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια του σώματος (Kilpatrick, Hebert, & Bartholomew, 2005).

Σε γενικές γραμμές, η ικανοποίηση του σώματος, του βάρους και του σχήματος μειώνεται με την αύξηση του ΔΜΣ και η αναζήτηση της επιθυμητής φυσικής μορφής συνεπάγεται ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και δραστηριοτήτων όπως η δίαιτα και η

σωματική άσκηση (Kilpatrick, Hebert, & Bartholomew, 2005). Η διαίτα είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες, οι οποίοι τείνουν να ασκούν σωματική άσκηση και όχι διαίτα για να αλλάξουν την εμφάνιση του σώματός τους και να χάσουν βάρος (Gough, 2007).

Η διατροφή και η σωματική άσκηση επηρεάζουν την υγεία τόσο από κοινού όσο και ξεχωριστά. Αν και οι επιδράσεις της διαίτας και της σωματικής δραστηριότητας στην υγεία συχνά αλληλεπιδρούν, υπάρχουν πρόσθετα οφέλη για την υγεία που αποκομίζονται από τη σωματική άσκηση ανεξάρτητα από τη διατροφή και τη διαίτα και υπάρχουν σημαντικοί κίνδυνοι που δεν σχετίζονται με την παχυσαρκία. Η σωματική δραστηριότητα είναι θεμελιώδες μέσο για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων (WHO, 2008).

Σημαντικά κίνητρα για συμμετοχή στη σωματική άσκηση είναι η διαχείριση του βάρους, η εμφάνιση και η δυσαρέσκεια του σώματος (Kilpatrick, Hebert, & Bartholomew, 2005). Ωστόσο, μια αρνητική εικόνα του σώματος μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στη σωματική συμμετοχή και μπορεί να εμπλέκεται σε άγχος που συνδέεται με αρνητική αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης (Focht & Hausenblas, 2004).

Από τα παραπάνω μπορεί να καταλάβει κανείς πως η βιβλιογραφία δείχνει ξεκάθαρα τη συμβολή της άσκησης στην καλή υγεία. Ωστόσο, υπάρχει μια τάση για την προβολή ιδιαίτερα λεπτών σωμάτων και σωμάτων που μοιάζουν σχεδόν ανορεξικά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ακόμα περισσότερο στην αθλητική σκηνή. Ειδικά στον τομέα της ψυχαγωγίας και των κοινωνικών μέσων μαζικής ενημέρωσης, αποκαλύπτουμε τα διαστρεβλωμένα μηνύματα που σχετίζονται με το σώμα με ανεξέλεγκτο τρόπο. Στην εποχή των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης, οι άνθρωποι επηρεάζονται και ως εκ τούτου αναπτύσσουν ανθυγιεινά ιδεώδη του σώματος. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για περαιτέρω μελέτες για να καταλάβουμε αυτή τη σύγκρουση και την επίδραση εξωτερικών και εγγενών παραγόντων που διαμορφώνουν τα ιδεώδη της εικόνας του σώματος (Ünal, 2008).

Έτσι η παρούσα εργασία προσπαθεί να ρίξει φως στις αντιλήψεις που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, της διατροφής και της διαίτας σε ερασιτέχνες αθλητές έτσι ώστε να αποκαλυφθεί τελικά αν τα μηνύματα που λαμβάνουν οι ερασιτέχνες αθλητές από τη σύγχρονη κοινωνία επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

1.1 Γενικά στοιχεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization - WHO) ορίζει την υγεία ως *“κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας”* (WHO, 1996, σελ. 107). Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι η υγεία ενός ατόμου σχετίζεται με πολλαπλούς και διαδραστικούς παράγοντες που εμπίπτουν σε ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο λειτουργίας.

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επίσης, υπογραμμίζει το γεγονός ότι χιλιάδες παράγοντες συνδυάζονται για να επηρεάσουν την αντίληψη ενός ατόμου για τη δική του λειτουργική κατάσταση, τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια. Ωστόσο, αυτός ο ορισμός δεν αντανακλά πλήρως την αξία των ατόμων στη ζωή.

Ως έννοια, η εικόνα του σώματος είναι μια απίστευτα πολύπλοκη οντότητα που απαιτεί προσεκτική εξέταση και αξιολόγηση. Ωστόσο, δεδομένης της πολυπλοκότητας των ιδιαίτερων ανησυχιών για την εικόνα του σώματος και λόγω του γεγονότος ότι η αντίληψη και ο αντίκτυπός της είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένος, μπορεί να προκύψουν σημαντικά εμπόδια στην αξιολόγηση και την αναγνώριση των ασθενειών.

Ως άμεσο αποτέλεσμα, η διεξαγωγή έρευνας στον τομέα της εικόνας του σώματος θέτει πραγματικές και σημαντικές προκλήσεις. Ο πιο σημαντικός περιορισμός, αφορά το γεγονός ότι οι ορισμοί του τι αντιπροσωπεύει η εικόνα του σώματος είναι περιορισμένοι.

Κατά καιρούς, οι χρησιμοποιούμενοι ορισμοί τείνουν να είναι απλοϊκοί και συχνά αντιφατικοί σε πολλές μελέτες. Δεν υπάρχει κανένας ορισμός που να λειτουργεί ως πρότυπο ή να είναι κοινά αποδεκτός, ειδικά για την εικόνα του σώματος ως μετρήσιμη οντότητα.

Για παράδειγμα, ο White (2000) επισημαίνει ότι ο όρος της εικόνας του σώματος συχνά χρησιμοποιείται εναλλακτικά με πτυχές της ψυχολογικής προσαρμογής όπως η σεξουαλικότητα ή το στίγμα. Επομένως, αυτή η στενότητα μπορεί να παραλείψει να εξετάσει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο επενδύει στην εμφάνισή του καθώς σχετίζεται με τα δικά του πολιτισμικά χαρακτηριστικά και ενδεχομένως τις προσδοκίες. Αυτός είναι λοιπόν ένας

δείκτης της αξίας που δίνει ένα συγκεκριμένο άτομο στην εμφάνισή του σε σχέση με τις αντιληπτές προσδοκίες που κρίνει ότι έχουν αξία στην κοινωνία που ζει.

Η εικόνα του σώματος είναι στην πραγματικότητα ένα πολυπαραγοντικό κατασκεύασμα που αντανακλά πολύ περισσότερο την άποψη του ατόμου για τη σωματική του εμφάνιση. Μπορεί να περιλαμβάνει αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα για ολόκληρο το σώμα ενός ατόμου και πώς λειτουργεί το σώμα του ατόμου αυτού (Fingeret et al., 2011), καθώς και την ικανότητά του να συσχετίζει το σώμα του με άλλους (Serto, Doganavsargil & Elbi, 2009).

Επομένως, η εικόνα του σώματος είναι δυναμική και εμφανίζεται σε ένα υποσυνείδητο επίπεδο με ισχυρούς δεσμούς με τα πρότυπα του φυσιολογική που θέτει η κοινωνία. Συνεπώς, η ιδέα ότι η εικόνα του σώματος αντικατοπτρίζεται στις κοινωνικές μας αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να συμπεριληφθεί στον ορισμό (Dropkin, 1999).

Οι Fingeret, Yuan, Urbauer, Weston, Nipomnick και Weber (2011) σημειώνουν ότι ένα βασικό στοιχείο της εμπειρίας της εικόνας του σώματος είναι ότι, λόγω της υποκειμενικής φύσης της κατασκευής, η εμπειρία μπορεί να μην αντικατοπτρίζει την αντικειμενική πραγματικότητα του σώματος (Fingeret et al., 2011).

Υπάρχει μια μεγάλη κοινότητα ερευνητών που αποδεικνύει ότι η φυσική ελκυστικότητα ή η κανονικότητα, έχει δραματική επίδραση στις κοινωνικές εντυπώσεις που δημιουργούνται από άλλους (Rumsey & Harcourt, 2004). Η κοινότητα των ερευνητών έχει γενικά αποκαλύψει ότι τα άτομα που θεωρούνται ότι έχουν μια πιο ελκυστική ή κανονική εμφάνιση θεωρούνται ότι έχουν πιο επιθυμητές προσωπικές ιδιότητες από εκείνους που θεωρούνται μη ελκυστικοί ή διαφορετικοί (Tantleff-Dunn & Lindner, 2011).

Αυτή η αντίληψη της ελκυστικότητας σημαίνει ότι τα άτομα που θεωρούνται πιο φυσικά ελκυστικά είναι συχνά πιο δημοφιλή και είναι πιο πιθανό να βιώσουν συναισθήματα κοινωνικής συνάφειας (Tantleff-Dunn & Lindner, 2011).

Έχει αναγνωριστεί ότι οι αντιλήψεις για την εικόνα του σώματος ξεκινούν από την παιδική ηλικία και ότι αυτές οι αντιλήψεις θα συνεχίσουν να επηρεάζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις καθ' όλη τη ζωή τους (Rumsey & Harcourt, 2007).

Υπάρχει, επίσης, αναδυόμενη έρευνα που υποδηλώνει ότι η κοινωνική λειτουργία δεν επηρεάζεται μόνο από την πραγματική αντιληπτή φυσική ελκυστικότητα, αλλά και από το πώς ένα άτομο αντιλαμβάνεται το δικό του σώμα. Τα άτομα που αναφέρουν περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για το σώμα τους τείνουν να αναφέρουν μεγαλύτερη δυσφορία στις

κοινωνικές καταστάσεις και την έκθεση και αυξημένα επίπεδα κοινωνικής αποφυγής (Tantleff-Dunn & Lindner, 2011).

Αυτή η κοινωνική αποφυγή μπορεί στη συνέχεια να επηρεάσει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την επαγγελματική κατάσταση και δυνητικά τις οικογενειακές σχέσεις. Τα άτομα που θεωρούνται διαφορετικά, ή που έχουν ιδιαίτερη παραμόρφωση του προσώπου, συχνά αναφέρουν αντιλήψεις για παρενοχλητική ματιά από άλλους ή δημόσια αποφυγή από τα ίδια τα άτομα (Levine et al., 2005).

Αυτή η διείσδυση ή αποφυγή μπορεί να οδηγήσει ή να είναι το αποτέλεσμα αυξημένης αρνητικής αυτοαντίληψης και αρνητικής εικόνας του σώματος. Αυτή η αρνητική εικόνα του σώματος έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε μειωμένη ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι μια αρνητική αυτοαντίληψη ή αντιληπτή αρνητική αξιολόγηση από άλλους είναι πιθανό να οδηγήσει σε μείωση στην αντιληπτή αυτοπεποίθηση (Tantleff-Dunn & Lindner, 2011).

1.2 Στοιχεία από την έρευνα για την εικόνα του σώματος

Η εικόνα του σώματος έχει μεγάλη σημασία για το πλήρες φάσμα της ανθρώπινης κοινότητας. Έχει μελετηθεί σε διάφορους κλάδους και επαγγέλματα όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η ανθρωπολογία και η φιλοσοφία και έχουν κατασκευαστεί πολλές θεωρίες για τη σημασία και την ανάπτυξή της.

Οι έρευνες για την εικόνα του σώματος συνέχισαν και επεκτάθηκαν τα τελευταία χρόνια, με την τάση να επικεντρώνονται στις συνθήκες παραμόρφωσης. Η αξιολόγηση της εικόνας του σώματος έχει καταστεί προτεραιότητα, με επίκεντρο την ανάπτυξη καλύτερων εργαλείων που θα βοηθήσουν στην αναγνώριση της διαταραχής της εικόνας του σώματος.

Συνεπώς, συνεχίζει η επιστημονική κοινότητα που καταβάλλει προσπάθειες για την καλύτερη κατανόηση του δυνητικού αντίκτυπου των αλλαγών της εικόνας του σώματος στη λειτουργική κατάσταση ενός ατόμου.

Η εικόνα του σώματος και η γενική εμφάνιση αναγνωρίζονται ως ιδιαίτερα πολύτιμες στη σύγχρονη δυτική κουλτούρα. Αυτή η έμφαση αναγνωρίζεται εύκολα με τη χρήση των εικόνων από τα μέσα ενημέρωσης για την εμπορία ποικίλων προϊόντων. Μια προοπτική στην ανάπτυξη της εικόνας του σώματος που θεωρεί αυτή την αξία την κοινωνικοπολιτισμική προοπτική (Tiggemann, 2011).

Αυτή η προοπτική αποτελεί βασική αρχή ότι τα κοινωνικοπολιτιστικά ιδεώδη και οι πιέσεις είναι πρωταρχικής σημασίας για την εκδήλωση της εικόνας του σώματος ενός ατόμου και συγκεκριμένα για τη δυσαρέσκεια ή τη διαταραχή της εικόνας του σώματος (Tiggemann, 2011).

Μια βασική κατανόηση αυτής της προοπτικής κατέχει τέσσερις κεντρικές πεποιθήσεις. Η πρώτη είναι ότι υπάρχουν πολιτισμικά ειδικά κοινωνικά ιδεώδη εμφάνισης και λειτουργίας. Για παράδειγμα, στη Δυτική κουλτούρα, το ιδανικό για τις γυναίκες θεωρείται νεανικό, με ένα ψηλό και λεπτό σώμα με μετρίως μεγάλο στήθος, μαυρισμένο αλλά όχι πολύ μαυρισμένο και καθαρό δέρμα.

Η δεύτερη είναι ότι αυτά τα ιδεώδη μεταδίδονται μέσω διαφόρων κοινωνικοπολιτιστικών διαύλων, δηλαδή της οικογένειας, των συνομηλίκων και των μέσων ενημέρωσης. Μια περιστασιακή ματιά στα πρωτοσέλιδα των περισσότερων περιοδικών δείχνει πώς το παράδειγμα αυτό παρουσιάζεται και μεταδίδεται στη δυτική κουλτούρα.

Η τρίτη πεποίθηση είναι ότι τα άτομα εσωτερικοποιούν αυτά τα πρότυπα ή αποκτούν μια ατομική έννοια από αυτά με ένα επακόλουθο επίπεδο σπουδαιότητας να συσχετίζεται με αυτό το ιδεώδες.

Η τέταρτη πεποίθηση είναι ότι υπάρχει ένα επίπεδο ικανοποίησης (ή δυνητικά δυσαρέσκειας) κάθε ανθρώπου με τον εαυτό του (εμφάνιση και λειτουργία) το οποίο θα αναπτυχθεί με βάση την έκταση στην οποία το άτομο αυτό ταιριάζει με τα καθορισμένα ιδεώδη της κουλτούρας του ατόμου (Tiggemann, 2011).

Αυτό το επίπεδο ικανοποίησης δημιουργείται μέσω της εσωτερικής σύγκρισης του ατόμου με αυτό το καθορισμένο ιδεώδες με βάση την ποσότητα αξίας που δίνεται στο ιδανικό από ένα συγκεκριμένο άτομο. Συλλογικά, αυτές οι τέσσερις κεντρικές πεποιθήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της εικόνας του σώματος και την περαιτέρω κατανόηση της εικόνας του σώματος.

Η κοινωνικοπολιτιστική προοπτική έχει παραδοσιακά εφαρμοστεί στον τομέα του σωματικού βάρους και του σχήματος σώματος. Ωστόσο, θα μπορούσε επίσης να εφαρμοστεί σε οποιαδήποτε πτυχή της εικόνας του σώματος, όπου ένα άτομο θα μπορούσε δυνητικά να θεωρεί τον εαυτό του διαφορετικό ή ανεπαρκή από το κανονικό ή το προσδόκιμο.

Κατ' αρχήν, αυτή η θεωρία θα μπορούσε να εφαρμοστεί εξίσου και σε άλλα χαρακτηριστικά του σώματος όπως το μέγεθος του μαστού, το σχήμα των ματιών, το μέγεθος μιας ουλής ή τη συμμετρία του προσώπου (Tiggemann, 2011).

Η κοινωνικοπολιτιστική θεωρία, ωστόσο, παρουσιάζει τόσο περιορισμούς όσο και ισχυρές δυνάμεις. Πρώτον, όταν λαμβάνεται υπόψη στην απλούστερη μορφή της, η θεωρία υποδηλώνει ότι ο καθένας θα αντιμετωπίσει ακραία δυσαρέσκεια στο σώμα, ιδιαίτερα στη δυτική κουλτούρα, όπου το ιδανικό είναι ουσιαστικά απρόσιτο για τον μέσο άνθρωπο. Αυτό είναι προφανώς ανακριβές. Αν και όλα τα άτομα μπορεί να αντιλαμβάνονται διαφορετικά σε κάποιο χρονικό σημείο, δεν θα αντιμετωπίσει ο καθένας μια ακραία διαταραχή της σωματικής εικόνας ως αποτέλεσμα της διαφοράς που πιστεύει ότι υπάρχει. Επομένως, αυτή η θεωρία στερείται τον εντοπισμό πιθανών μεσολαβητικών παραγόντων που μπορούν να προστατεύσουν τα άτομα από αυτό το επίπεδο δυσφορίας.

Ωστόσο, αυτή η προοπτική παρέχει έναν απλό τρόπο κατανόησης της σημασίας της εικόνας του σώματος, όπως προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις με την κουλτούρα ενός ατόμου. Η έρευνα έχει επίσης έχει αποδείξει ότι τα κοινωνικά ιδεώδη περνούν μέσα από τα μέσα, την οικογένεια και τους συνομηλίκους σε άτομα, γεγονός που οδηγεί σε σύγκριση με αυτά τα ιδανικά (Thompson & Stice, 2001).

Μια δεύτερη οπτική για την εικόνα του σώματος που εισήγαγε αρχικά ο Albert Bandura, αναγνωρίζει τον αντίκτυπο των κοινωνικοπολιτιστικών αξιών και ονομάζεται η οπτική της γνωστικής-συμπεριφορικής. Ένα από τα κεντρικά στοιχεία της θεωρίας της γνωστικής-συμπεριφορικής οπτικής είναι η παρατήρηση. Η παρατηρησιακή μάθηση συμβαίνει όταν η αντίδραση ενός οργανισμού επηρεάζεται από την παρατήρηση άλλων, που ονομάζονται μοντέλα (Weiten, Dunn, & Yost Hammer, 2012).

Ουσιαστικά, αυτή η περιγραφή υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν ποιες (κοινωνιακές) προσδοκίες υπάρχουν, πώς να ανταποκρίνονται σε αυτές και πώς πρέπει να δρουν μέσω της παρακολούθησης άλλων, που είναι παρόμοιοι με μας. Δηλαδή, μαθαίνουμε τις συμπεριφορές και τις προσδοκίες των ανδρών και των γυναικών.

Για την περαιτέρω κατανόηση της γνωστικής-συμπεριφορικής οπτικής, καθώς σχετίζεται με την ανάπτυξη και τη λειτουργία της εικόνας του σώματος, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ των παραγόντων που μπορούν να αναφέρονται ως ιστορικοί και εκείνων που είναι προσεγγιστικοί. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική, καθώς δείχνει πώς δημιουργείται η εικόνα του σώματος καθώς και ποιοι παράγοντες υπάρχουν που διατηρούν την εικόνα του σώματος σε όλη τη ζωή ενός ατόμου.

Ιστορικοί παράγοντες, είναι εκείνα τα γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου που επηρεάζουν τον τρόπο που κάποιος τελικά σκέφτεται, αισθάνεται και δρα με σεβασμό στο σώμα του.

Μεταξύ αυτών των ιστορικών παραγόντων είναι η πολιτισμική κοινωνικοποίηση, οι σχέσεις οικογένειας και ομότιμων, τα φυσικά χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα του ατόμου (Cash, 2011).

Αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν θεμελιώδεις στάσεις της εικόνας του σώματος μέσω της κοινωνικής μάθησης και της νοητικής επεξεργασίας που σχετίζονται με το επίπεδο της αξιολόγησης της εικόνας του σώματος και της επένδυσης που θα αντιμετωπίσει ένα άτομο. Σε αυτό το πλαίσιο, η αξιολόγηση αναφέρεται στο επίπεδο ικανοποίησης ή σχετικής δυσαρέσκειας που αντιμετωπίζουν τα άτομα και η επένδυση αφορά το ποσό της αξίας που το άτομο τοποθετεί σε αυτή την αξιολόγηση (Cash, 2011).

Αντίθετα, οι προσεγγιστικοί παράγοντες αναφέρονται σε εκείνες τις τρέχουσες επιρροές που είτε συμβάλλουν στη διατήρηση της εικόνας του σώματος, είτε επιφέρουν αλλοίωση της προηγούμενης αντίληψης κάποιου. Ένας μεγάλος όγκος επιστημονικής έρευνας που σχετίζεται με την εικόνα του σώματος έχει θεμέλια από την άποψη της γνωστικής συμπεριφοράς.

Συγκεκριμένα, αυτή η προοπτική έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών, της δυσμορφικής διαταραχής του σώματος και των αντιδράσεων του ατόμου σε συνθήκες εμφάνισης που αλλοιώνουν την εμφάνιση όπως η λεύκη, τα εγκαύματα ή τα ατυχήματα και ο καρκίνος (Cash, 2011).

Αυτή η προοπτική, όπως και άλλες, χρησιμοποιούνται συχνότερα στη μελέτη της διαταραχής της εικόνας του σώματος. Ωστόσο, μπορεί επίσης να εφαρμοστεί άμεσα στην ανάπτυξη θετικής εικόνας σώματος. Έτσι, αυτή η προοπτική θεωρείται κατά πάσα πιθανότητα ένα τεράστιο πλεονέκτημα για τη συνολική μελέτη της εικόνας του σώματος ως εννοιολογικής οντότητας.

Δεδομένου ότι αυτή η προοπτική έχει χρησιμοποιηθεί για την καθοδήγηση της έρευνας για την εικόνα του σώματος, μπορεί να είναι απαραίτητο να εξεταστούν τα παραδείγματα που συνδέονται με την προοπτική γνωστικής συμπεριφοράς κατά την έρευνα της εικόνας του σώματος. Πράγματι, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας χρησιμοποίησε τη γνωστική συμπεριφορική προοπτική για να καθοδηγήσει τη μελέτη της εικόνας του σώματος στους κλινικούς πληθυσμούς. Η προοπτική έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα για τη μελέτη της διαταραγμένης κατανάλωσης τροφής, όχι μόνο για την περαιτέρω κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αναπτύσσεται η διαταραχή, αλλά και ως τρόπος καθοδήγησης των θεραπειών (Cash, 2011).

Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με σοβαρή ιατρική και ψυχοκοινωνική νοσηρότητα και τεράστιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, είναι κατανοητό ότι έχουν αναπτυχθεί πολλές έρευνες για την κατανόηση αυτής της ομάδας συνθηκών καθώς και των σχετικών θεραπειών και αποτελεσμάτων.

Οι διατροφικές διαταραχές διαγιγνώσκονται συχνότερα σε έφηβες και νεαρές γυναίκες, με εκτίμηση ότι έως και το 90% των διαγνωσμένων περιπτώσεων εντοπίζονται σε γυναίκες. Οι έρευνες που σχετίζονται με διαταραχές της διατροφής, συμπεριλαμβανομένης της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας, της διαταραχής και της διαταραχής της διατροφής που δεν καθορίζονται διαφορετικά (EDNOS), είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην κατανόηση των διαταραχών της σωματικής εικόνας.

Μεταξύ αυτών των συνθηκών υπάρχουν και παρόμοια διαγνωστικά κριτήρια που σχετίζονται με θέματα σωματικής εικόνας, όπως η έντονη ανησυχία και το αρνητικό συναίσθημα όσον αφορά το σώμα, το βάρος ή το μέγεθος του σώματος ενός ατόμου (American Psychological Association, 2000).

Μια άλλη ομοιότητα μεταξύ αυτών των διατροφικών διαταραχών, είναι ότι υπάρχει μια διαταραχή στο μέγεθος της επιρροής του σωματικού ζυγίσματος ή του σχήματος στην αξιολόγηση του ατόμου από την αξία του (American Psychological Association, 2000). Αυτά τα θέματα βάρους και σχήματος είναι ανεξάρτητα από την τρέχουσα κατάσταση του σώματος του ατόμου.

Ωστόσο, μια διαταραχή στην εικόνα του σώματος μπορεί να θεωρηθεί όχι μόνο ως βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό, αλλά επίσης ως ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής της διατροφής. Η διαταραχή της εικόνας του σώματος είναι επίσης φαινομενικά το πιο επίμονο σύμπτωμα, καθώς παραμένει συχνά μετά την επίλυση άλλων συμπτωμάτων συμπεριφοράς (Selwyn Delinsky, 2011).

Η έρευνα και η θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές επικεντρώνεται συχνότερα στις πεποιθήσεις που συνδέονται με την προοπτική της γνωστικής συμπεριφοράς (Hrabosky, 2011). Αυτές οι θεραπείες, μπορεί να περιλαμβάνουν θεραπεία για τη διόρθωση των διαταραγμένων προτύπων γνωστικής λειτουργίας που σχετίζονται με διαταραχές της σωματικής εικόνας. Η αποτελεσματικότητα αυτού του τύπου θεραπείας έχει προωθήσει την κατανόηση της έννοιας της ανάπτυξης και συντήρησης της εικόνας του σώματος.

Αυτό έχει επιτευχθεί με την επιτυχία των θεραπειών που βοηθούν τα άτομα να ξεπεράσουν τις διατροφικές διαταραχές και να αναπτύξουν μια πιο θετική εικόνα του

σώματος. Η κατανόηση του ρόλου της εικόνας του σώματος σε αυτές τις συνθήκες έδωσε μια πραγματική βάση για την κατανόηση της εικόνας του σώματος καθώς σχετίζεται με άλλες συνθήκες, συγκεκριμένα εκείνες που οδηγούν σε παραμόρφωση. Μια τέτοια παραμόρφωση μπορεί να βρεθεί ότι είναι το άμεσο αποτέλεσμα μιας πάθησης, όπως είναι για πολλές δερματολογικές παθήσεις ή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα θεραπείας (αγωγών) για μία πάθηση όπως είναι συχνά για τον καρκίνο.

Μια ανασκόπηση της εμπειρικής έρευνας σχετικά με την εικόνα του σώματος σε ενήλικες διαπίστωσε ότι η δυσαρέσκεια του σώματος, στις περισσότερες περιπτώσεις σχετιζόταν με το σχήμα του σώματος και / ή το βάρος, ήταν εκπληκτικά σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια ζωής των ενηλίκων για τις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 65-85 ετών μεταξύ των μελετών που διαπιστώθηκαν κατά τη διαδικασία επανεξέτασης (Tiggemann, 2004).

Η μελέτη του Tiggemann εντόπισε επίσης μια διάκριση για τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που υπογράμμισε τη διαφορά ανάμεσα στην αξιολόγηση της εικόνας του σώματος (δυσαρέσκεια) και στην επένδυση (σημασία) (Tiggemann, 2004).

Περαιτέρω, αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι η σχετική σημασία του σωματικού σχήματος, του βάρους και της εμφάνισης μειώθηκε με την αυξανόμενη ηλικία παρά την έλλειψη αλλαγής της δυσαρέσκειας (Tiggemann, 2004).

Ωστόσο, έχει αναγνωριστεί ότι η έμφαση στην εμφάνιση θεωρείται ολοένα και πιο σημαντική για τις γυναίκες, γεγονός που δημιούργησε την τάση για υψηλότερα επίπεδα διαταραχής της εικόνας του σώματος στις γυναίκες (Murnen, 2011).

Στον σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, οι γυναίκες συχνά συμπληρώνουν πολλαπλούς ρόλους στην κοινωνία (π.χ. μητέρα, εργαζόμενο και εθελοντές). Ωστόσο, υπάρχει συχνά η προσδοκία ότι οι γυναίκες θα έχουν απασχόληση εκτός του σπιτιού, εξακολουθούν να είναι υπεύθυνες για το μέγιστο των παιδιών και παρά όλα αυτά η προσδοκία εξακολουθεί να εκπληρώνει αυτούς τους ρόλους διατηρώντας παράλληλα την εστίαση στην εμφάνισή τους και ενδεχομένως ακόμη και την απαίτηση να είναι προτεραιότητα. Αυτή η εμπειρία συχνά αναφέρεται ως η σούπερ γυναίκα που εκπληρώνει όλες τις υποχρεώσεις με αβίαστη τελειότητα (Murnen, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη τις προσδοκίες της εννοιολογικής σκέψης της σούπερ γυναίκας, τότε μπορεί να δημιουργήσει το δυναμικό σοβαρής δυσφορίας όταν κάποιος δεν μπορεί να επιτύχει αυτή την προσδοκία. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι άνδρες δεν θα βιώσουν επίσης, δυσφορία βέβαια. Αυτή η έμφαση σχετίζεται με την πολιτιστική προσδοκία ότι οι γυναίκες

πληρούν μια ιδανική εμφάνιση. Όπως υποδεικνύουν οι θεωρίες για την ανάπτυξη της εικόνας του σώματος, ο βαθμός στον οποίο μια γυναίκα εκτιμά αυτή την προσδοκία μπορεί να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι αντιλήψεις της εικόνας του σώματος μπορεί να σχετίζονται με τις αντιλήψεις αυτοαξιολόγησης (Przedziecki et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Γενικά στοιχεία

Οι διατροφικές διαταραχές (Eating Disorders - ED) είναι βιολογικές ψυχολογικές διαταραχές, οι φυσικές συμπεριφορές των οποίων μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών στην 5^η Έκδοση (DSM-V) απαριθμεί τέσσερις ξεχωριστές κατηγορίες διαταραχών διατροφής: νευρική ανορεξία (Anorexia Nervosa - AN), νευρική βουλιμία (Bulimia Nervosa - BN), άλλες συγκεκριμένες διατροφικές και καταναλωτικές διαταραχές (Other Specified Feeding and Eating Disorders - OSFED) και Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας ή Αδηφαγική Διαταραχή (Binge Eating Disorder -BED) (Attia et al., 2013).

Η νευρική ανορεξία η οποία περιορίζει σημαντικά την πρόσληψη τροφής για να επιτύχει εξαιρετικά χαμηλό σωματικό βάρος, έχει δύο υποτύπους:

1. Τον περιοριστικό υπότυπο (AN-Restricting), στον οποίο ο ασθενής περιορίζει την τροφή και
2. Τον υποτύπο ανορεξίας με επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικό (AN- binge-purge), στον οποίο ο ασθενής συνήθως περιορίζει την τροφή, αλλά έχει επίσης επεισόδια υπερφαγίας (Attia et al., 2013).

Η νευρική βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, ακολουθούμενα από ακατάλληλους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς για την εξάλειψη της κατανάλωσης τροφής και θερμίδων. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον καθαρισμό μέσω μεθόδων όπως ο εμετός που προκαλείται από τον ίδιο ή η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Υπάρχει επίσης μια υποομάδα ατόμων με βουλιμία που δεν χρησιμοποιούν καθαρτικές μεθόδους και αντ' αυτού χρησιμοποιούν τακτικές όπως υπερβολική άσκηση και νηστεία.

Οι άλλες συγκεκριμένες διατροφικές και καταναλωτικές διαταραχές, μια κατηγορία η οποία πρόσφατα έλαβε τη δική της κατηγορία στο DSM-V, περιλαμβάνει επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ αλλά όχι αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Οι άλλες συγκεκριμένες διατροφικές και καταναλωτικές διαταραχές είναι μια νέα κατηγορία που περιλαμβάνει κατώφλι και άτυπες συνθήκες. σε αυτή την κατηγορία, ένα άτομο έχει σαφώς

διατροφική διαταραχή, αλλά τα φυσικά και / ή ψυχολογικά συμπτώματα δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των εν λόγω κριτηρίων (American Psychiatric Association, 2013).

Αυτή η κατηγορία είναι παρόμοια με την παλαιότερα χρησιμοποιημένη κατηγορία διατροφικών διαταραχών που δεν καθορίζονται διαφορετικά (Eating Disorders Not Otherwise Specified - EDNOS). Παρόλο που λαμβάνουν λιγότερη προσοχή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την έρευνα από τη νευρική ανορεξία, τη νευρική βουλιμία και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας ή αδηφαγικής διαταραχής, οι άλλες συγκεκριμένες διατροφικές και καταναλωτικές διαταραχές είναι ίσως οι πιο συνηθισμένες διατροφικές διαταραχές που εμφανίζονται στη βιβλιογραφία (Dalle Grave & Calugi, 2007).

Ένα κοινό στοιχείο σε όλες τις διατροφικές διαταραχές είναι ότι τα άτομα βασίζονται στο βάρος και το σχήμα για να εδραιώσουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και της εκτίμησης της αξίας τους (Fairburn & Bohn, 2005).

2.2 Επιπλοκές των διατροφικών διαταραχών

Οι σωματικές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από τις διατροφικές διαταραχές είναι πολυάριθμες και μπορούν να ποικίλλουν ανάλογα με τη συμπεριφορά των ατόμων με τη διατροφική διαταραχή και τη διάρκεια της διατροφικής διαταραχής.

Η νευρική ανορεξία μπορεί, μεταξύ πολλών άλλων πραγμάτων, να συνοδεύεται από μειωμένη οστική πυκνότητα, συνεχώς αίσθηση κρύου, αμηνόρροια και προβλήματα γονιμότητας, χαμηλή πίεση, καρδιαγγειακά προβλήματα, μυϊκή αδυναμία και μείωση της κινητικότητας του εντέρου και των νεφρών (Rosen, 2010).

Οι ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία συμπεριλαμβάνουν το λήθαργο, την ευερεθιστότητα, την κοινωνική αφαίρεση, την αδυναμία συγκέντρωσης, την υπερβολική φυσική δραστηριότητα και την ακολουθία ενός εξουθενωτικού προγράμματος σε καθημερινή βάση (Klein & Walsh, 2004).

Σχετικά με τη νευρική βουλιμία, συχνές επιπλοκές είναι η ανισορροπία των ηλεκτρολυτών, οι επιπλοκές του γαστρεντερικού συστήματος, η αφυδάτωση, οι ανωμαλίες της μέσης και προβλήματα γονιμότητας, το φούσκωμα, και οι βλάβες των νεφρών (Rosen, 2010).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα με νευρική βουλιμία τείνουν να έχουν φυσιολογικό βάρος, και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι ακόμη ελαφρώς υπέρβαροι.

Σχετικά με τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας ή την αδηφαγική διαταραχή, οι ιατρικές επιπλοκές της είναι τυπικά το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία και τα συνακόλουθα επακόλουθα των προβλημάτων που σχετίζονται με το υπερβολικό σωματικό βάρος, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Lask & Bryant-Waugh, 2000).

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Τα ποσοστά θνησιμότητας για τη νευρική ανορεξία ήταν σταθερά υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού (Birmingham et al., 2005).

Οι συχνές αιτίες θανάτου στις περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών είναι οι αυτοκτονίες και τα καρδιακά επεισόδια. Ο κίνδυνος θανάτου από νευρική ανορεξία, δυστυχώς, αυξάνεται με τη διάρκεια της νόσου (Papadopoulos, Ekblom, Brandt, & Ekselius, 2009).

Επίσης, η νευρική βουλιμία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (ή αδηφαγική διαταραχή) συνδέονται επίσης με αυξημένη θνησιμότητα και οι δύο παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό θανάτων από αυτοκτονία σε σχέση με τους πληθυσμούς που δεν πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Crow et al., 2009)

2.3 Ποσοστά στον πληθυσμό

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, παρατηρείται πως τα ποσοστά των διατροφικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό παρουσιάζουν μια τάση αύξησης. Το ακριβές ποσοστό των διατροφικών διαταραχών, βέβαια, είναι αδύνατον να προσδιοριστεί για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών αριθμών των ατόμων με διατροφικές διαταραχές που πράγματι ταυτοποιούνται και αντιμετωπίζονται, των διαφορετικών ορισμών των διατροφικών διαταραχών που χρησιμοποιούνται στις μελέτες που επικρατούν και των δυνατοτήτων αύξησης της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές (Currin, Schmidt, Treasure & Jick, 2005).

Οι Hudson, Hiripi, Pope Jr και Kessler (2007) εκτιμούν ότι τα ποσοστά της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας είναι 0,9%, 1,5% και 3,5% αντίστοιχα για τις γυναίκες και 0,3%, 0,5% και 2,0% αντίστοιχα για τους άνδρες.

Τα ποσοστά για τις άλλες συγκεκριμένες διατροφικές και καταναλωτικές διαταραχές δεν είναι ακόμη διαθέσιμα λόγω του νέου χαρακτήρα της διάγνωσης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα άτομα μπορούν να έχουν περισσότερες από μία διαγνωστικές εξετάσεις

κατά τη διάρκεια της ζωής τους για μια διατροφική διαταραχή και δεν είναι ανήκουστο να μεταβαίνουν από τη μία διάγνωση στην άλλη. Έτσι, αυξάνονται τα ποσοστά διάγνωσης διατροφικών διαταραχών κατά την εξέταση της παρουσίας σε όλη τη ζωή του πληθυσμού (Favaro, Ferrara & Santonastaso, 2003).

Ακόμα κι έτσι, οι αριθμοί δείχνουν ότι το 1% του πληθυσμού έχει υποφέρει από νευρική ανορεξία, 2% από το νευρική βουλιμία, και πάνω από 5% διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας σε κάποιο σημείο της ζωής τους - πάνω από 25 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ μόνο (Hunt & Rothman, 2007).

Αυτοί οι αριθμοί δεν περιλαμβάνουν άλλες υπο-κατηγορίες διατροφικών διαταραχών όπως άτυπη νευρική ανορεξία, η άτυπη νευρική βουλιμία, η διαταραχή καθαρισμού και άλλες εκδηλώσεις διατροφικών διαταραχών που δεν ταιριάζουν καλά στη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας ή της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας ή της διαταραγμένης διατροφής, υποδηλώνοντας ότι το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών είναι πιθανόν υψηλότερο από το εκτιμώμενο 8%. Αυτό υποστηρίζεται από τους Hunt & Rothman (2007) διαπιστώνοντας ότι το 76% των φοιτητών αναφέρουν ότι γνωρίζουν κάποιον με κάποια διατροφική διαταραχή. Σε μια δημοσκόπηση που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 10% των ερωτηθέντων αποκάλυψε διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής (Solmi et al., 2014).

Οι διατροφικές διαταραχές, ιδιαίτερα η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας παρουσιάζει μικρότερο χάσμα μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με άλλες διατροφικές διαταραχές. Αν και συνεχίζει να αναφέρεται συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι άνδρες, μία μελέτη ανέφερε υψηλότερα ποσοστά σε άνδρες απ' ότι γυναίκες (Erskine & Whiteford, 2018).

Οι άνδρες πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, συχνά με τα ίδια ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα ως συνέπειες, παρόλο που τα συμπτώματα αυτά δεν αναγνωρίζονται τόσο εύκολα όπως θα ήταν σε γυναίκες ασθενείς. Στην πραγματικότητα, σε ένα περιβάλλον θεραπείας, οι άντρες ασθενείς τείνουν να έχουν πιο σοβαρά, απειλητικά για τη ζωή ζητήματα από τα αντίστοιχα γυναικών λόγω μεγαλύτερων περιόδων κακής διατροφής, συνήθως επειδή υπάρχει μεγαλύτερη καθυστέρηση στους άνδρες που λαμβάνουν θεραπεία (Strother, Lemberg, Stanford & Turberville, 2012).

Επιπλέον, ορισμένα από τα σημάδια και τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών στους άνδρες μπορεί να διαφέρουν από αυτά των γυναικών. Για παράδειγμα, οι άνδρες με διατροφικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να είναι αθλητές και να επικεντρώνονται περισσότερο στο σχήμα του σώματος και τα επίπεδα μυϊκότητας από τις γυναίκες (Keamey-Cooke & Steichen-Asch, 2014).

2.4 Διατροφικές διαταραχές στους αθλητές

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, μπορούν να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και στην απόδοση των αθλητών. Σε σύγκριση με τους μη αθλητές, τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες αθλητές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους αθλητές που συμμετέχουν σε αθλήματα όπου το χαμηλό σωματικό βάρος προσφέρουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Ο έλεγχος για διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, διατροφικές διαταραχές και για συναφείς επιπτώσεις στην υγεία θα πρέπει να αποτελεί συνήθη συνιστώσα των εξετάσεων προετοιμασίας των αθλητών και οι γιατροί κάθε αθλητικής ομάδας θα πρέπει να γνωρίζουν τα ενημερωμένα διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές στα έγγραφα που ορίζονται επίσημα όπως το Diagnostic and Statistical Manual-V.

Ένα τμήμα που συνδέεται με τον αθλητισμό και την υγεία είναι οι τραυματισμοί που σημειώνονται τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε ερασιτεχνικό επίπεδο, οι οποίοι στον ερασιτεχνικό αθλητισμό τείνουν να είναι το ίδιο σοβαροί από τους επαγγελματίες (Chalmers, 2002). Οι ερασιτέχνες αθλητές είναι πιθανό να μην αναγνωρίσουν τους φυσικούς κινδύνους ως μέρος της εμπειρίας και μπορεί να τραυματιστούν λόγω της άγνοιας τους (Finley, 2010).

Αντίστοιχα, το ίδιο ισχύει και για τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες και την πνευματική υγεία. Οι επαγγελματίες αθλητές έχουν ως οδηγό τον προπονητή τους που τους καθοδηγεί τόσο σε θέματα ασκήσεων αλλά και διατροφής. Η απουσία του προπονητή σε αθλητές αυξάνει τον κίνδυνο τόσο για κακές πρακτικές στις προπονήσεις αλλά και στη διατροφή. Έτσι, οι επαγγελματίες αθλητές νιώθουν περισσότερη αυτοεκτίμηση και χαρακτηρίζονται από καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους ερασιτέχνες, κάτι το οποίο στη συνέχεια μπορεί να οδηγήσει τους ερασιτέχνες αθλητές σε διατροφικές διαταραχές (Samadzadeh, Abbasi, & Shahbazzadegan, 2011).

Οι αθλητές με διατροφικές διαταραχές πρέπει να υποβάλλονται σε διεξοδική αξιολόγηση και θεραπεία από μια έμπειρη πολυεπιστημονική ομάδα. Οι γιατροί των ομάδων διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την εκκαθάριση συμμετοχής και την επιστροφή στο παιχνίδι. Η χρήση κατευθυντήριων γραμμών βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία για την εκκαθάριση και την επιστροφή στο παιχνίδι, ενθαρρύνει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία μεταξύ της ομάδας αθλητικής ιατρικής και του αθλητή.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία και την απόδοση των αθλητών. Παρόλο που οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 90% αυτών που αναζητούν ιατρική περίθαλψη για διατροφικές διαταραχές, μπορούν να επηρεαστούν και οι άνδρες. Η κατανόηση της επιδημιολογίας και της παθοφυσιολογίας των διατροφικών διαταραχών επιτρέπει στον κλινικό ιατρό του αθλητισμού να βελτιστοποιήσει τον ρόλο του στην εξέταση αθλητών που διατρέχουν κίνδυνο παρέχοντας θεραπεία. Με την έγκαιρη και ολοκληρωμένη παρέμβαση, οι κλινικοί ιατροί μπορούν να μειώσουν τις σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την απόδοση (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012).

Η διαταραγμένη διατροφή είναι πιο διαδεδομένη στους αθλητές από τους μη αθλητές, γεγονός που απεικονίζει τη σχετική σημασία αυτού του προβλήματος στην αθλητική κοινότητα (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Η πλειονότητα των μελετών διερευνά την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών σε γυναίκες αθλητές. Σε μια μελέτη 522 αθλητών ελίτ και 448 μη αθλητών έγιναν έλεγχοι που βασίστηκαν σε ένα διαταραγμένο ερωτηματολόγιο διατροφής, μια κλινική εξέταση και μια συνέντευξη, το 18% των αθλητών διαγνώστηκαν με διατροφική διαταραχή σε σύγκριση με μόνο το 5% των μη αθλητών (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013). Επιπλέον, οι αθλητές τείνουν να υποεκτιμούν τα διαταραγμένα συμπτώματα διατροφής στα ερωτηματολόγια σε σύγκριση με τους μη αθλητές.

Μια παρόμοια αλλά μεγαλύτερη μελέτη που περιελάβανε 1620 αθλητές και 1696 μη αθλητές βρήκε παρόμοια αποτελέσματα και το 20% των γυναικών αθλητών πληρούσε κριτήρια για κάποια διαταραχή της διατροφής, σε σύγκριση με το 9% των γυναικών μη αθλητών (Torstveit, Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 2008).

Ακόμη και μεταξύ των γυναικών αθλητών, τα ποσοστά διαταραχής της διατροφής ποικίλλουν ανάλογα με τον αθλητισμό και είναι γενικά υψηλότερα σε αθλήματα με κατηγορίες βάρους (όπως κωπηλασία), αισθητικά αθλήματα (όπως γυμναστική ή πατινάζ)

και αθλήματα όπου η χαμηλή σωματική μάζα θεωρείται πλεονεκτική (όπως ιστιοδρομία ή ποδηλασία).

Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίχθηκαν από τη μελέτη των Torstveit, Rosenvinge και Sundgot-Borgen (2008), σύμφωνα με την οποία τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών στα αισθητικά αθλήματα και τα εξαρτώμενα από το βάρος αθλήματα ήταν 25%, έναντι 12% σε άλλα αθλήματα.

Στη μελέτη του 2013, το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών στα αισθητικά αθλήματα ήταν 42%, σε αθλήματα αντοχής ήταν 24%, στον τεχνικό αθλητισμό ήταν 17% και στους αθλητικούς αγώνες 16% (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Ομοίως, σε μία μελέτη 2015, 108 ελίτ Γερμανών αθλητών που είχαν αντίστοιχη ηλικία με 108 μη αθλητές (είχαν αντιστοιχηθεί δηλαδή τα δείγματα), τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών ήταν 17% για αισθητικά αθλήματα, 2% για αθλήματα με μπάλες και 2% για μη αθλητές (Thiemann et al., 2015).

Παρόμοια με την τάση των ποσοστών διατροφικών διαταραχών, οι αδύνατοι αθλητές σε αθλήματα παρουσίαζαν πιο διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές από ότι οι μη αδύνατοι αθλητές (Greenleaf, Petrie, Carter, & Reel, 2009).

Ο Glazer (2008) διαπίστωσε ότι οι διαταραγμένες βαθμολογίες διατροφής στα τυποποιημένα ερωτηματολόγια ήταν υψηλότερες στους αθλητές από τους μη αθλητές και ακόμα υψηλότερες σε αθλητές που απαιτείται να έχουν αθλητικά και αδύνατα σώματα.

Σε μερικές μελέτες το 70% των αθλητών σε αθλήματα κατηγορίας βάρους ήταν σε δίαιτα ή παρουσίαζαν μη φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής για να μειώσουν το βάρος τους πριν από κάποιο αγώνα (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτυχθούν κάποιες βασικές διατροφικές που αποτελούν απειλή για τη ζωή πολλών ανθρώπων παγκοσμίως. Οι διατροφικές διαταραχές είναι μια πραγματικότητα που χρίζει αντιμετώπισης άμεσα από την επιστημονική κοινότητα.

3.1 Νευρική ανορεξία

Η νευρική ανορεξία είναι μια ιδιαίτερα σοβαρή ψυχική διαταραχή. Μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, φύλων, σεξουαλικών προσανατολισμών, φυλών και εθνοτικών προελεύσεων. Ωστόσο, οι έφηβες και οι νεαρές γυναίκες είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένες σε κίνδυνο. Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο κέρδους βάρους και διαταραχής της εικόνας του σώματος, που οδηγούν σε αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς ή σε άλλες συμπεριφορές απώλειας βάρους, όπως καθαρισμό ή υπερβολική σωματική δραστηριότητα (Zipfel et al., 2013).

Επιπλέον, η γνωστική και συναισθηματική λειτουργία διαταράσσεται έντονα σε άτομα με αυτή τη διαταραχή. Η σοβαρή ιατρική νοσηρότητα και η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι ο κανόνας (Agras, 2010). Η νευρική ανορεξία σε ενήλικες και ηλικιωμένους εφήβους συνήθως έχει υποτροπιάζουσα ή παρατεταμένη πορεία και τα επίπεδα αναπηρίας και θνησιμότητας είναι υψηλά, ειδικά χωρίς θεραπεία (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011).

Ακόμη και τα μερικά σύνδρομα (δηλαδή η υποσυνδρομική νευρική ανορεξία) συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Η ποιότητα ζωής είναι φτωχή και το βάρος που βαραίνει τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινωνία είναι μεγάλο (Stuhldreher et al., 2012). Το χαμηλό σωματικό βάρος ή ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι το κεντρικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας.

Η σοβαρότητα της νευρικής ανορεξίας ταξινομείται σε τέσσερα επίπεδα με τη χρήση του ΔΜΣ του ατόμου: ακραία (ΔΜΣ <15 kg / m²), σοβαρή (ΔΜΣ 15-15,99 kg / m²), μέτρια (BMI 16-16,99 kg / m²) και ήπια (BMI ≥17 kg / m²). Μια συστηματική ανασκόπηση από τους Treasure, Stein & Maguire (2015) ανέφερε ενδείξεις για διαφορετικές τροχιές και νευρογνωστικές διαταραχές για διαταραχές του φαγητού που χαρακτηρίζονται από σοβαρό

περιορισμό (π.χ. δυσκαμψία) ή υπερκατανάλωση (π.χ. παρορμητικότητα και κίνδυνος διαταραχών χρήσης ουσιών) και στοιχεία αποτελεσματικής δευτερογενούς πρόληψης ή πρώιμης θεραπείας (Touyz et al. 2013).

Η αρχική αξιολόγηση του ασθενούς με νευρική ανορεξία περιλαμβάνει μια σε βάθος συνέντευξη, μια φυσική εξέταση και έρευνες για τη διαπίστωση της σοβαρότητας και της φύσης των συμπτωμάτων διαταραχής της διατροφής και της διάγνωσης, των συμπτωματικών ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων και του κινδύνου, των παρελθουσών θεραπειών, και των διαθέσιμων τρόπων στήριξης.

Συνεπώς, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας σε όλα τα επίπεδα να είναι ικανοί να εντοπίζουν την νευρική ανορεξία και να υπάρχει έγκαιρη πρόσβαση σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδα φροντίδας. Αυτή η έγκαιρη πρόσβαση, είναι ιδιαίτερα σημαντική εν όψει των αποδεικτικών στοιχείων ότι υπάρχει ένα κρίσιμο παράθυρο για αποτελεσματική παρέμβαση στα πρώιμα στάδια της νόσου (δηλαδή, διάρκεια <3 ετών) πέρα από την οποία η πλήρης ανάκαμψη γίνεται πολύ πιο δύσκολη (Hay, Touyz & Sud, 2012).

3.2 Νευρική βουλιμία

Η βιβλιογραφία αναφέρει πως στις περισσότερες περιπτώσεις η βουλιμία εμφανίζεται σε ηλικίες μετά την εφηβεία. Κατά τη βουλιμία ο ασθενής λαμβάνει μεγάλα γεύματα και πλούσια σε θερμίδες. Όταν συμβαίνει αυτό, τότε ο ασθενής εμφανίζει ένα επεισόδιο υπερφαγίας. Αποτέλεσμα του επεισοδίου υπερφαγίας είναι ο ασθενής να αισθάνεται τύψεις μιας και δε μπορεί να ελέγξει την κατανάλωση τροφής και τον εαυτό του και έτσι καταφεύγει σε ακραίες λύσεις για να ανακουφιστεί όπως ο εμετός που προκαλείται από τον ίδιο ή η χρήση καθαρτικών χημικών ουσιών για να αποφύγει την προσθήκη επιπλέον λίπους και βάρους στο σώμα του.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, πως η βουλιμία διαφέρει από την ανορεξία αφού στην ανορεξία ο ασθενής έχει την αίσθηση του ελέγχου και μπορεί να ελέγξει και το βάρος του και τον εαυτό του. Η βουλιμία, βέβαια, οδηγεί σε μια επαναλαμβανόμενη φάση υπερφαγίας και τύψεων, οι οποίες τύψεις στη συνέχεια οδηγούν σε εμετό και χημικά για να ανακουφιστεί ο ασθενής και να νιώσει ότι μπορεί να ελέγξει το πρόβλημα (Εμμανουηλίδου, 2011).

Ο βουλιμικός ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί έτσι, όταν εμφανίζει υπερφαγία τουλάχιστον δύο φορές κάθε εβδομάδα ενώ παράλληλα η υπερφαγία εμφανίζεται ήδη για τουλάχιστον 3 μήνες με συχνότητα δύο επεισοδίων τη βδομάδα. Σχετικά με τις θερμίδες των γευμάτων υπερφαγίας, αυτές εντοπίζεται πως φτάνουν το σύνολο της πρόσληψης θερμίδων μέσα σε μια ημέρα για τα δεδομένα ενός ενήλικα.

Ο ασθενής για να φέρει μια ισορροπία σε όλη αυτή τη διαταραχή των θερμίδων, στη συνέχεια γυμνάζεται πολύ και τρώει λιγότερο. Έπειτα, η ζωή του ασθενή γίνεται μια συνεχής προσπάθεια να μην παχύνει και να έχει ένα σταθερό βάρος που δεν αυξάνεται.

Ωστόσο, ενώ το να εντοπιστεί ένας ανορεξικός ασθενής είναι σχετικά εύκολο, γιατί τα συμπτώματα είναι εμφανή στην εικόνα του σώματος του ασθενή, στην περίπτωση ενός βουλιμικού ασθενή ο εντοπισμός των συμπτωμάτων δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί γιατί οι τρόποι που ο ασθενής βρίσκει (π.χ. εμετός και χημικά) διατηρούν το βάρος του σταθερό και δεν το αυξάνουν (Εμμανουηλίδου, 2011).

Ένας ορισμός της βουλιμίας σχετίζει το πρόβλημα αυτό ως μια κατάσταση «η οποία εκδηλώνεται με επεισόδια ανεξέλεγκτης, παρορμητικής και ταχείας πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (κρίσεις υπερφαγίας), που ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, λήψη καθαρτικών ή διουρητικών, νηστεία ή εργώδη σωματική άσκηση, που αποσκοπούν στην αποτροπή της αύξησης του βάρους καταναγκαστική υπερφαγία και κάθαρση» (Karlan & Sadock, 2007).

Οι πρώτες αναφορές στη βουλιμία ξεκινούν κατά την αρχαιότητα αλλά η βουλιμία δεν ήταν ανωμαλία μέχρι την έλευση του 20^{ου} αιώνα όταν ο Osler έθεσε τη βουλιμία στην κατηγορία των ανωμαλιών που σχετίζονται με την πείνα και τον κορεσμό και μάλιστα την συνέδεσε παράλληλα και με τις ψυχικές ασθένειες.

Επίσης, το 1930 τα βουλιμικά επεισόδια συνδέθηκαν με τη μειωμένη κοινωνική αποδοχή. Μέχρι τη δεκαετία του 1970 τα βουλιμικά επεισόδια αντιμετωπίζονταν ως αποτελέσματα της νευρικής ανορεξίας, αλλά επειδή τη δεκαετία του 1970 τα επεισόδια βουλιμίας αυξήθηκαν σημαντικά, η βουλιμία αναγνωρίστηκε ως διαταραχή λήψης τροφής διαφορετική από τη ανορεξία (Russel, 1979).

Τα στοιχεία σε ασθενείς με επεισόδια βουλιμίας συνδέονται κυρίως με βιολογικούς παράγοντες και σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν εντοπίζεται πως οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν χαμηλή δραστηριότητα της νεφροπεφρίνης και της σεροτονίνης. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών και εξαιτίας του εμετού σημειώνεται

αύξηση των ενδορφίνων του πλάσματος – μια αύξηση που ίσως οδηγεί σε νέα βουλιμικά επεισόδια.

Περνώντας στο επίπεδο που αφορά την κοινωνία, είναι δυστυχώς, πραγματικότητα πως τα πρότυπα που έχουν καθιερωθεί προς την προβολή του λεπτού σώματος ως το επιθυμητό. Έτσι, οι βουλιμικοί ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τα στερεότυπα αυτά και θέτουν και αυτοί τα αντίστοιχα πρότυπα ως προσωπικό τους στόχο. Αξιοσημείωτο είναι, ωστόσο, πως τα βουλιμικά επεισόδια είναι από λιγότερα έως απόντα σε πολιτισμούς και κοινωνίες με διαφορετικά πρότυπα από αυτά του Δυτικού πολιτισμού.

Περνώντας στο επίπεδο που αφορά την ψυχολογία, οι ασθενείς και ιδιαίτερα ο έφηβος είναι δύσκολο να ανταποκριθούν στις αλλαγές που επιφέρει αυτή η φάση της ζωής τους ενώ σε σχέση με τους ανορεξικούς ασθενείς χαρακτηρίζονται ως περισσότερο κοινωνικοί έχοντας περισσότερες κοινωνικές επαφές και παράλληλα χαρακτηρίζονται περισσότερο παρορμητικοί (Kaplan & Sadock, 2007).

Επίσης, ορισμένοι βουλιμικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από άγχος και συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται μέχρι και κίνδυνος αυτοκτονίας. Αξίζει να αναφερθεί πως πολλοί βουλιμικοί ασθενείς κάνουν κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ενώ δεν είναι λίγοι αυτοί που φτάνουν μέχρι και στο επίπεδο κλοπής ειδών διατροφής από σχετικά καταστήματα (Kaplan & Sadock, 2007).

Η βουλιμία εκδηλώνεται μέσω επανειλημμένων επεισοδίων υπερφαγίας και ορίζεται επίσημα στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV, 2000). Η υπερφαγία και αντίστοιχα το επεισόδιο υπερφαγίας συνδέεται με τη λήψη τροφής, η οποία είναι τόση σε ποσότητα που ξεπερνά τις δυνατότητες κατανάλωσης ενός απλού ανθρώπου (American Psychiatric Association, 2000).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως η βουλιμία μπορεί να χαρακτηρίζεται από δύο διαφορετικούς τύπους. Ο πρώτος τύπος είναι ο καθαρτικός και ο τύπος αυτός βουλιμίας σχετίζεται με τη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών χημικών ουσιών ή και εμετού έπειτα από το επεισόδιο υπερφαγίας.

Ο δεύτερος τύπος βουλιμίας είναι ο μη καθαρτικός που σχετίζεται με άλλες ενέργειες προκειμένου ο ασθενής να μην αυξήσει το βάρος του, όπως είναι η υπερβολική δίαιτα, ο υποσιτισμός και η ψυχαναγκαστική ή υπερβολική άσκηση. Έτσι, δε χρησιμοποιεί συχνά τα

μέσα που χρησιμοποιεί ένας ασθενής κατά την καθαρτική βουλιμία (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Σε πολλές περιπτώσεις, τα επεισόδια υπερφαγίας και η βουλιμία έρχεται ως αποτέλεσμα μιας περιόδου που ο ασθενής περιορίζει την πρόσληψη θερμίδων στα πλαίσια δίαιτας για να χάσει βάρος. Έτσι, πολλές φορές ο ασθενής δε μπορεί να αντισταθεί στα δελεαστικά και παχυντικά τρόφιμα είτε επειδή πεινάει είτε επειδή είναι φορτισμένος συναισθηματικά.

Οι βουλιμικοί ασθενείς στις περισσότερες περιπτώσεις, δίνουν ιδιαίτερη σημασία τόσο στην εικόνα του σώματός τους όσο και στο βάρος τους. Μάλιστα, με βάση τους δύο αυτούς παράγοντες κρίνουν τον εαυτό τους τόσο ως προς την εξωτερική τους εμφάνιση αλλά και ως προς την αξία τους ως άνθρωποι. Έτσι, επειδή συνήθως δεν είναι συμβατοί με τα πρότυπα και στερεότυπα του βάρους και της εικόνας τους σώματος του πολιτισμού στον οποίο εντάσσονται, μειώνεται σημαντικά η αυτοεκτίμησή τους.

Αποτέλεσμα της προσπάθειας των βουλιμικών ασθενών να είναι συμβατοί με τα πρότυπα, κάτι το οποίο δεν πετυχαίνουν, είναι πως κατά τα επεισόδια υπερφαγίας οι ασθενείς απομακρύνονται από το στόχο του βάρους και της εικόνας σώματος και έτσι καταφεύγουν σε ακραίες λύσεις που έχουν ήδη αναφερθεί για να αποφύγουν την αύξηση του βάρους τους και την αλλαγή της εικόνας του σώματός τους. Έτσι, οδηγούνται σε μια επαναληπτική φάση από υπερφαγία, βουλιμία και δίαιτα που ουσιαστικά συντηρεί τη διαταραχή και δυσκολεύει τη ζωή των βουλιμικών ασθενών (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Ανάμεσα στις επιπλοκές της βουλιμίας συναντώνται κυρίως τα προβλήματα με το γαστρεντερικό σύστημα και άλλα προβλήματα όπως οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές κυρίως εξαιτίας του εμετού και των χημικών καθαρτικών ουσιών που οι ασθενείς χρησιμοποιούν για να αποβάλλουν τις περιττές θερμίδες που κατανάλωσαν στα επεισόδια υπερφαγίας.

Παρόλα αυτά, ένας σημαντικός κίνδυνος ακόμα και για τη ζωή των βουλιμικών ασθενών ως επιπλοκή της ασθένειας είναι τα καρδιολογικά προβλήματα και για το λόγο αυτό οι γιατροί συνιστούν την εξέταση στοιχείων όπως το κάλιο και το νάτριο, γιατί επηρεάζονται από τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Επίσης, συστήνεται και η καρδιολογική παρακολούθηση των ασθενών (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, Merikangaset, 2011).

3.3 Διατροφικές διαταραχές και άσκηση

Από τις πολύ πρώτες περιγραφές, οι κλινικοί γιατροί έχουν παρατηρήσει μια επίμονη κίνηση για τη σωματική άσκηση ως εξέχοντα χαρακτηριστικό πολλών διατροφικών διαταραχών σε σχετικούς ασθενείς, (Shroff et al., 2006). Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε σημαντική έρευνα για ψυχαναγκαστική άσκηση τόσο μεταξύ διατροφικών διαταραγμένων ασθενών όσο και μη κλινικών ομάδων (Davis, 2000). Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η προβληματική άσκηση κατέχει κεντρικό ρόλο στην παθογένεση των διατροφικών διαταραχών (Davis, Kennedy, Ralevski & Dionne, 1994). Πράγματι, αναγνωρίζεται πλέον ως σημαντικός παράγοντας στην αιτιολογία, την ανάπτυξη και τη διατήρηση διατροφικών διαταραχών σε διαγνώσεις (Thien, Thomas, Markin & Birmingham, 2000).

Η σημασία της ψυχαναγκαστικής άσκησης στις διατροφικές διαταραχές τονίζεται από το γεγονός ότι είναι συχνά ένα από τα τελευταία συμπτώματα που υποχωρούν (Davis, Kennedy, Ralevski & Dionne, 1994). Για παράδειγμα, μια τριετής ανάλυση ασθενών σε νοσοκομειακό ιστορικό διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με διαταραχές σε διαγνώσεις οι οποίες σχετίζονταν με ψυχαναγκαστική άσκηση χρειάστηκαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα νοσηλείας από τους ασθενείς που δεν είχαν διαγνώσεις που σχετίζονταν με ψυχαναγκαστική άσκηση (Solenberger, 2001).

Επιπλέον, η ψυχαναγκαστική άσκηση έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για υποτροπή σε νευρική ανορεξία (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock & Woodside, 2004). Μια 10ετής μελέτη παρακολούθησης 95 ασθενών με νευρική ανορεξία διαπίστωσε ότι η αυξημένη άσκηση όχι μόνο προέβλεπε σημαντικά μικρότερο χρόνο υποτροπής, αλλά ήταν επίσης μία από τις δύο μόνο μεταβλητές (πάνω από 50) που συνδέονταν με χρόνια έκβαση (Strober, Freeman & Morrell, 1997).

Επιπλέον, οι Mond και συν. (2004) έχουν αποδείξει σε μια σειρά ερευνών, ότι ο βαθμός στον οποίο η άσκηση γίνεται αποκλειστικά (ή κυρίως) για να αλλάξει το βάρος ή το σχήμα, είναι μία από τις διαστάσεις της ψυχαναγκαστικής άσκησης που συνδέεται στενότερα με την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών και τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Πράγματι, η καταναγκαστική άσκηση αποδείχθηκε ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να διαχωρίσει ένα άτομο που πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή από ένα άλλο που δεν πάσχει (Mond & Calogero, 2009).

Επιπλέον, έχει σημειωθεί ότι παράγοντες όπως η διαίτα και η άσκηση τείνουν να ενισχύονται η μία από την άλλη λόγω των πολλών προσωπικών και κοινωνικών ωφελειών που προκύπτουν (Davis, 1997). Πράγματι, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η άσκηση για την απώλεια βάρους είναι ένας από τους κύριους λόγους που αναφέρουν οι άνδρες και οι γυναίκες για την έναρξη ενός προγράμματος εκγύμνασης (Davis et al., 1995).

Εντούτοις, ανησυχητικά, η άσκηση μπορεί να προάγει τις ανησυχίες για το βάρος και τη διατροφή σε ορισμένα ευαίσθητα άτομα, επειδή η αρχική απώλεια βάρους που συχνά συνοδεύει τακτική άσκηση, προκαλεί ορισμένες κοινωνικές νόρμες οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο ενδιαφέρον για τη εξωτερική εμφάνιση και εικόνα του σώματος.

Αυτό, βέβαια, έρχεται σε αντίθεση με την επικρατούσα κοινωνικο-γνωστική / νοητική-συμπεριφορική λογική που θεωρεί την ψυχαναγκαστική άσκηση ως σύμπτωμα και όχι ως μια ενέργεια που προϋπάρχει και οδηγεί σε μια διατροφική διαταραχή. Έτσι, το γεγονός αυτό οδηγεί στην ενίσχυση της άποψης που εισάγει μια αμοιβαία σχέση που ενισχύεται μεταξύ της ψυχαναγκαστικής άσκησης και των διατροφικών διαταραχών (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Η σημασία της συσχέτισης μεταξύ παθολογίας της άσκησης και διατροφικών διαταραχών υποστηρίζεται και από εμπειρικές έρευνες, που αποδεικνύουν πως τα προβλήματα βάρους και σχήματος – εικόνας, που αποτελούν κεντρικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής άσκησης, είναι σημαντικότερα από την καταναγκαστική άσκηση όταν δεν υπάρχει πρόβλημα διατροφικής διαταραχής. (Mond et al., 2006). Πράγματι, οι Mond και συν. (2006) κατέδειξαν ότι δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ άσκησης και μειωμένης ποιότητας ζωής όταν η διατροφική παθολογία ελέγχθηκε στατιστικά.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται παραπάνω υποστηρίζουν σαφώς ότι η παθολογία του φαγητού αποτελεί κεντρική συνιστώσα της ψυχαναγκαστικής άσκησης τόσο από άποψη ανάπτυξης όσο και συντήρησης. Ουσιαστικά, τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η σχέση ανάμεσα στην ψυχαναγκαστική άσκηση και τις διατροφικές δεν είναι μονόπλευρη. Αντίθετα, παρατηρεί κανείς μια αμοιβαία σχέση ανάμεσα στις δύο έννοιες και η ψυχαναγκαστική άσκηση ενισχύει τις διατροφικές διαταραχές και το αντίστροφο.

Ωστόσο, παρά την βασική σημασία των διατροφικών διαταραχών στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ψυχαναγκαστικής άσκησης, αναγνωρίζεται τώρα ότι η καταναγκαστική

άσκηση είναι κάτι περισσότερο από μια απλή στρατηγική για την απώλεια ενέργειας ή την καύση θερμίδων σε άτομα με περιττό βάρος (Davis, Katzman & Kirsh, 1999).

Πράγματι, μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φανερώνει σαφώς άλλους βασικούς παράγοντες εκτός από τις ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα – εικόνα του σώματος, που μπορούν επίσης να συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχαναγκαστικής άσκησης.

3.4 Παράγοντες που συνδέονται με την άσκηση και τις διατροφικές διαταραχές

Από το σύνολο των ιδεοληπτικών ιδιοπαθών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη διαταραχή της διατροφής, όπως η τελειομανία, η ακαμψία και η προληπτική επαφή με τον διαπροσωπικό και τον διανοητικό έλεγχο (Halmi, 2005), η τελειομανία είναι αυτή που θεωρείται πως έχει την πιο έντονη σχέση τόσο με την ψυχαναγκαστικής άσκηση (Flett & Hewitt, 2005) όσο και με τις διατροφικές διαταραχές (Halmi et al., 2000).

Επιπλέον, η ακαμψία έχει χαρακτηριστεί από καιρό ως χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής άσκησης (Wyatt, 1997) και μια ανάλυση της παθολογίας της προσωπικότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές έδειξε ότι περίπου οι μισοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από το χαρακτηριστικό της ακαμψίας (Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley, & Birmingham, 1999).

Τελειομανία

Ο τελειομανισμός τυπικά περιγράφει ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη και την επιδίωξη υψηλών προσωπικών προτύπων (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990) και έχει καθιερωθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών (Mond et al., 2008).

Όσον αφορά την ψυχαναγκαστική άσκηση, ορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν ότι ο τελειομανισμός είναι ένας ισχυρός συσχετισμός της ψυχαναγκαστικής άσκησης (Shroff et al., 2006). Πράγματι, η ψυχαναγκαστική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται σταθερά με υψηλότερα επίπεδα τελειομανίας τόσο σε διαταραγμένα όσο και σε μη διατροφικά διαταραγμένα δείγματα (Shroff et al., 2006).

Η σημασία της τελειομανίας επισημαίνεται περαιτέρω από το εύρημα ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία που χαρακτηρίζονται από ψυχαναγκαστική άσκηση αναφέρουν σημαντικά

υψηλότερα επίπεδα τελειομανίας από αντίστοιχα επίπεδα ατόμων που δεν κάνουν κάποια μορφή άσκηση (Davis et al., 1998).

Ο τελειομανισμός έχει αποδειχθεί ότι είναι ανεξάρτητος από την κατάσταση της διατροφής σε ασθενείς με νευρική ανορεξία και σε ένα δείγμα ασθενών με δείγματα καταναγκαστικής άσκησης και νευρικής ανορεξίας, ο αυξημένος τελειομανισμός συνδέθηκε με την κακή έκβαση της θεραπείας κατά της καταναγκαστικής άσκησης (Long & Hollin, 1995).

Αυτό υποστηρίζει την ιδέα ότι ο τελειομανισμός είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ψυχαναγκαστική άσκηση και επιπλέον, μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας συντήρησης από μόνος του.

Παρά τις προηγούμενες αποδείξεις, η κατανόηση της σχέσης μεταξύ τελειομανίας και ψυχαναγκαστικής άσκησης επηρεάζεται από τη χρήση διαφορετικών εννοιολογιών τελειοποίησης.

Για παράδειγμα, τα εμπειρικά ευρήματα έχουν δείξει ότι ενώ τα υψηλά προσωπικά πρότυπα παραμένουν ένα αδιαμφισβήτητο συστατικό της τελειομανίας, δεν είναι απαραίτητα παθολογικά (Hall, Kerr, Kozub & Finnie, 2007).

Πράγματι, πρόσφατα ευρήματα έχουν καταδείξει με συνέπεια ότι υπάρχουν δύο διακριτές, αν και σχετικές, διαστάσεις τελειομανίας. Ενώ η πρώτη διάσταση αντικατοπτρίζει τον καθορισμό και την προσπάθεια για υψηλά πρότυπα ατομικής, ο δεύτερος αντικατοπτρίζει μια τάση προς αυτοκριτική και είναι η αυτοκριτική διάσταση που αποτελεί τον κύριο δείκτη του δυσλειτουργικού συστατικού της τελειομανίας (Dunkley et al., 2006).

Δυστυχώς, καμία μελέτη που εξετάζει τη σχέση μεταξύ τελειομανίας και ψυχαναγκαστικής άσκησης έχει εξετάσει ειδικά την αυτοκριτική διάσταση της τελειομανίας. Ωστόσο, παρά την έλλειψη μελετών που εξετάζουν ρητά τις δύο προτεινόμενες διαστάσεις της τελειομανίας, υπάρχουν ενδείξεις ότι και οι δύο σχετίζονται με την ψυχαναγκαστική άσκηση.

Για παράδειγμα, αν και δεν έχουν εξεταστεί ρητά, πολλά από τα σημερινά μέτρα της τελειομανίας έχουν αποδειχθεί ότι χτυπούν και τις δύο διαστάσεις (Bieling et al., 2004).

Η εξέταση των μελετών που χρησιμοποιούν αυτά τα μέτρα με μέτρα ψυχαναγκαστικής άσκησης υποστηρίζει σαφώς τη σχέση ανάμεσα στην ψυχαναγκαστική άσκηση και τόσο στα

υψηλά προσωπικά πρότυπα όσο και στις αυτοκριτικές διαστάσεις της τελειοποίησης (Shroff et al., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του κινδύνου διατροφικών διαταραχών σε τυχαιοποιημένο δείγμα ερασιτεχνών αθλητών από 4 περιοχές της Θεσσαλονίκης: α) τη Δημοτική Κοινότητα του 2^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, β) τη Δημοτική Κοινότητα του 3^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, γ) το Δήμο Καλαμαριάς και δ) τη Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως.

Πρωτεύοντες στόχοι της έρευνας είναι:

1. Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται το φαγητό από τους αθλούμενους και του τρόπου με τον οποίο τρώνε.
2. Η διερεύνηση της αυτορρύθμισης της διατροφικής συμπεριφοράς και των επιλογών απέναντι στα δελεαστικά τρόφιμα.

4.2 Δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας

Οι δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας είναι:

3. Η εξέταση του ιατρικού ιστορικού των ερασιτεχνών αθλητών για τη διερεύνηση της εικόνας του σώματός τους.
4. Η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών μέσα από το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών.
5. Η διερεύνηση της αντίληψης των αθλητών σχετικά με την πείνα και την αυτοσυγκράτηση.
6. Η διερεύνηση του είδους και της συχνότητας της φυσικής δραστηριότητας που ακολουθούν.

4.3 Δείγμα

Συνολικά στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 96 άτομα. Αναλυτικότερα και συγκεκριμένα για τις 4 περιοχές που επιλέχθηκαν για να συμμετέχουν στην έρευνα 21 υποκείμενα ανήκαν στη 2^η Δημοτική κοινότητα Θεσσαλονίκης, 21 υποκείμενα ανήκαν από την 3^η Δημοτική κοινότητα Θεσσαλονίκης, 29 ανήκαν στο Δήμο Καλαμαριάς και 25 ανήκαν στη Δημοτική Κοινότητα Σταυρούπολης. Έτσι, μπορεί να σημειωθεί ότι με βάση τους κατοίκους των περιοχών και τα δείγματα που επιλέχθηκαν η έρευνα και τα αποτελέσματά της μπορούν να θεωρηθούν έγκυρα και αντιπροσωπευτικά.

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία, προκειμένου να επιλεγεί στατιστικά σημαντικό δείγμα από τους ερασιτέχνες αθλητές για τις 4 περιοχές (Lohr, 2019).

4.4 Σχεδίαση

Η έρευνα βασίστηκε σε ποσοτική μεθοδολογία έρευνας με χρήση ερωτηματολογίου και ερωτήσεις κλειστού τύπου. Σκοπός της έρευνας είναι να γίνει μια ποσοτική διερεύνηση σε ένα δείγμα πάνω σε χαρακτηριστικά που μπορούν να μετατραπούν σε αριθμούς και ποσοστά μέσω στατιστικής ανάλυσης.

Αυτός ο σχεδιασμός εξασφαλίζει ότι η διαδικασία της ποσοτικής έρευνας είναι πολύ πιο αποτελεσματική από ότι θα ήταν εάν χρησιμοποιήθηκαν ανοικτά ερωτήματα ποιοτικού τύπου. Είναι πιο αποτελεσματικός, διότι δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί η χρονοβόρα διαδικασία κωδικοποίησης τεράστιων ποσοτήτων ανοικτών απαντήσεων (Polit & Beck, 2010).

4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και περιγραφή εργαλείων

Η συλλογή των δεδομένων για την έρευνα βασίστηκε στο εργαλείο του ερωτηματολογίου. Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου, βρίσκονται και οι λόγοι επιλογής του από την ερευνήτρια. Τα πλεονεκτήματα, λοιπόν, είναι:

- Θεωρείται οικονομικό μέσο.

- Αποστέλλεται εύκολα σε μεγάλους πληθυσμούς.
- Συμπληρώνεται εύκολα μιας και βασίζεται κυρίως σε ερωτήσεις κλειστού τύπου.
- Μπορεί να οδηγήσει σε δεδομένα που αναλύονται στατιστικά με τυποποιημένες μεθόδους.
- Οι απαντήσεις δε μπορούν να επηρεαστούν από τον ερευνητή.
- Παρέχει οικονομία από πλευράς χρόνου τόσο για τους συμμετέχοντες όσο και για τους ερευνητές (Τσιώλης, 2014).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν 6 διαφορετικά ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορούσε το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο ελέγχονταν η πιθανή ύπαρξη νοσημάτων. Ελέγχονταν η ύπαρξη 3 βασικών κατηγοριών νοσημάτων. Η πρώτη κατηγορία νοσημάτων ήταν τα καρδιαγγειακά που αναφέρονταν στην υπέρταση, τις αρρυθμίες, τη στεφανιαία νόσο, την αρτηριοσκλήρυνση και την υπόταση.

Η δεύτερη κατηγορία ήταν τα μεταβολικά νοσήματα που αναφέρονταν στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, στην αρθρίτιδα, στην οστεοπόρωση, στο θυρεοειδή και στη νεφρική ανεπάρκεια.

Η τρίτη κατηγορία ήταν τα αναπνευστικά νοσήματα που αναφέρονταν στη δύσπνοια, στο άσθμα, στη βρογχίτιδα και στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Τέλος, υπήρχε και μια επιπλέον κατηγορία άλλων νοσημάτων που αναφέρονταν στην αναιμία, στις αλλεργίες, στην επιληψία, στα οιδήματα, στην ηπατίτιδα, στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, στον καρκίνο, στη λοιμώδη μονοκυρήνωση, στη δυσμηνόρροια, στον αλκοολισμό, στην κατάθλιψη, στη βουλιμία, στην ανορεξία, στην αθηρογενή διαταραχή και στις διαταραχές εμμηνορροσίας.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφιερώθηκε στη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων που σχετίζονται με τη μεσογειακή διατροφή και βασίζεται στο ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (Food Frequency Questionnaire - FFQ). Η βασική έκδοση του ερωτηματολογίου μπορεί να βρεθεί στην πρωτότυπη μορφή του από τον πρώτο εκδότη (National Cancer Institute, 2019).

Το τρίτο ερωτηματολόγιο αφιερώθηκε στην αξιολόγηση τριών γνωστικών και συμπεριφορικών τομέων κατανάλωσης τροφής: του γνωστικού περιορισμού, της ανεξέλεγκτης διατροφής και της συναισθηματικής διατροφής. Το ερωτηματολόγιο τριών παραγόντων κατανάλωσης τροφής (Three Eating Factor Questionnaire – R21 - TFEQ-R21) είναι μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης που χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες συμπεριφοράς

κατανάλωσης σε άτομα με υπέρβαρο και φυσιολογικό βάρος. Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις σε μια κλίμακα Likert τεσσάρων σημείων για τις ερωτήσεις 1-20 και σε μια αριθμητική κλίμακα βαθμολόγησης οκτώ σημείων για την ερώτηση 21. Οι ερωτήσεις έχουν θέματα σχετικά με τον τρόπο που τρέφονται οι συμμετέχοντες, τη συχνότητα που τρέφονται, τους λόγους που τρέφονται, τη συχνότητα που πεινούν και το βαθμό αυτοσυγκράτησης (Cappelleri et al., 2009).

Το τέταρτο ερωτηματολόγιο αφιερώνεται στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων για να αναδειχθούν πιθανές διατροφικές διαταραχές. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι το Eating Attitudes Test (EAT-26) που είναι ίσως το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο τυποποιημένο μέτρο αυτοαναφοράς για τα συμπτώματα και τις ανησυχίες που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές.

Το EAT-26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μη κλινικό και κλινικό περιβάλλον που δεν επικεντρώνεται ειδικά στις διατροφικές διαταραχές. Μπορεί να χορηγείται σε ομαδικό ή ατομικό περιβάλλον και έχει σχεδιαστεί για να το διαχειρίζονται επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σχολικοί σύμβουλοι, προπονητές, σύμβουλοι κατασκηνώσεων και άλλοι που ενδιαφέρονται να συγκεντρώσουν πληροφορίες για να καθορίσουν εάν ένα άτομο πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικό για αξιολόγηση διατροφικής διαταραχής. Είναι ιδανικό για σχολικά περιβάλλοντα, αθλητικά προγράμματα, γυμναστήρια, κλινικές υπογονιμότητας, παιδιατρικές κλινικές και ψυχιατρικά τμήματα εξωτερικών ασθενών. Προορίζεται κυρίως για εφήβους και ενήλικες.

Το EAT-26 ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση του κινδύνου διαταραχής της διατροφής στα γυμνάσια, στα κολλέγια και σε άλλα ειδικά δείγματα κινδύνου όπως οι αθλητές. Ο έλεγχος διατροφικών διαταραχών βασίζεται στην υπόθεση ότι η έγκαιρη ταυτοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε θεραπεία, μειώνοντας έτσι τις σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές επιπλοκές ή ακόμη και τον θάνατο. Το EAT-26 θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως το πρώτο βήμα σε μια διαδικασία διαλογής σε δύο στάδια.

Η ολοκλήρωση του EAT-26 αποδίδει ένα "δείκτη παραπομπής" βάσει τριών κριτηρίων: 1) το συνολικό σκορ με βάση τις απαντήσεις στις ερωτήσεις EAT-26, 2) απαντήσεις στα ερωτήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τα συμπτώματα κατανάλωσης και την απώλεια βάρους και 3) τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) του ατόμου που υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος τους (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982).

Το πέμπτο ερωτηματολόγιο αφιερώνεται στα δελεαστικά τρόφιμα και τη διατροφική συμπεριφορά και είναι το ερωτηματολόγιο αυτορύθμισης διατροφικής συμπεριφοράς στα Ελληνικά (Self-Regulation of Eating Behaviour Questionnaire – SREBQ-GR). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο ενότητες όπου η πρώτη αφορά τις προτιμήσεις στην κατανάλωση κάποιων συγκεκριμένων δελεαστικών τροφίμων όπως η σοκολάτα κτλ, και ακολουθούν δυο ερωτήσεις αναφορικά με την πρόθεση για υιοθέτηση καλύτερων διατροφικών επιλογών. Το δεύτερο μέρος αφορά πέντε ερωτήσεις σχετικές με την διατροφική συμπεριφορά (Kliemann, Beeken, Wardle & Johnson, 2016).

Το έκτο και τελευταίο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αφιερώνεται στη φυσική δραστηριότητα του δείγματος και είναι το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (International Physical Activity Questionnaire -IPAQ). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που οι συμμετέχοντες έκαναν τις τελευταίες 7 μέρες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στην καθημερινότητά τους (Papathanasiou et al., 2009).

4.6 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση βασίστηκε στη ποσοτική στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων. Η ανάλυση βασίστηκε σε περιγραφικές μεθόδους παράγοντας πίνακες και γραφήματα που παρουσιάζουν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν στις 4 διαφορετικές περιοχές της Θεσσαλονίκης. Αξίζει να σημειωθεί πως η ανάλυση βασίστηκε στο διαχωρισμό των περιοχών και έτσι, τα δεδομένα χωρίστηκαν σε 4 βασικές ομάδες όπως και τελικά παρουσιάζονται σε επόμενη παράγραφο. Η ανάλυση βασίστηκε στο στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες SPSS και στην έκδοση 25 ακολουθώντας τις πολύτιμες οδηγίες του βιβλίου της Συμεωνάκη (2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έπειτα από την ανάλυση των απαντήσεων των έξι ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν στο δείγμα στα πλαίσια της έρευνας παράχθηκαν τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό. Τα αποτελέσματα χωρίζονται σε 6 τμήματα ανάλογα με το ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούν. Στο πρώτο ερωτηματολόγιο εντάσσονται και τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος όπως τα άτομα ανά περιοχή, το φύλο και η ηλικία.

5.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ιατρικού ιστορικού και δημογραφικών χαρακτηριστικών

5.1.1 Φύλο και ηλικία

Ο Πίνακας 1 προβάλλει τα παραπάνω χαρακτηριστικά αναλυτικά ως προς τα ποσοστά και τις αντίστοιχες συχνότητες.

Πίνακας 1: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών ως προς το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Απαντήσεις	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Ανδρας	46	47,9
	Γυναίκα	50	52,1
Ηλικιακή ομάδα	19 – 29 ετών	64	66,7
	30 – 39 ετών	26	27,1
	40 – 49 ετών	-	-
	Άνω των 50 ετών	6	6,3

5.1.2 Σωματομετρικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Ο Πίνακας 2 προβάλλει τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ανδρών. Από τα δεδομένα προκύπτει το μέσος ύψος που έφτασε τα 1,77 μέτρα. Το υψηλότερο βάρος κατά μέσο όρο έφτασε τα 77,5 κιλά περίπου, ενώ το χαμηλότερο έφτασε τα 69,8 κιλά περίπου. Το

μέσο ιδανικό βάρος διαμορφώθηκε στα 74,3 περίπου κιλά και η προσωπική εκτίμηση για το ιδανικό βάρος στα 74,3 κιλά περίπου κατά μέσο όρο. Αναλυτικά τα στοιχεία προβάλλονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Μέση τιμή (Μ.Τ.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), μέγιστη και ελάχιστη τιμή για την κατανομή των ανδρών ως προς το ύψος, το βάρος (παρόν, υψηλότερο, χαμηλότερο, ιδανικό και προσωπική εκτίμηση ιδανικού) και το ΔΜΣ

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά ανδρών (N=46)				
Μεταβλητή	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ύψος (σε m)	1,77	0,07	1,60	1,90
Παρόν Βάρος (σε kg)	75,39	8,1	65	85
Υψηλότερο βάρος (σε kg, όχι σε περίοδο εγκυμοσύνης)	77,5	9,28	50	90
Χαμηλότερο βάρος (σε kg, κατά την ενήλικη ζωή)	69,8	8,1	52	80
Ιδανικό βάρος (σε kg)	74,3	9	53,6	86,3
Προσωπική εκτίμηση για ιδανικό βάρος (σε kg)	74,3	7,9	55	85
Δείκτης μάζας Σώματος (BMI)	24	2	22,1	28,4

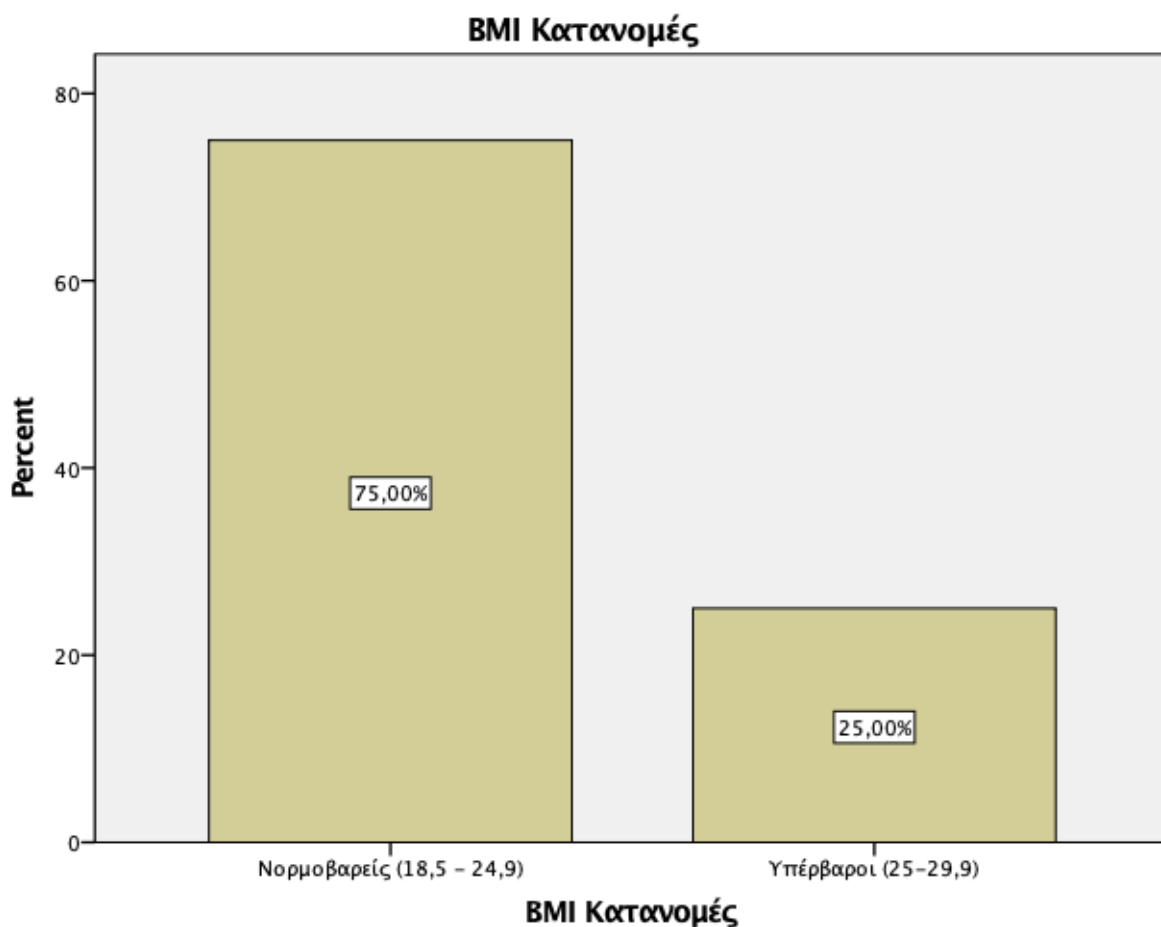
Ο Πίνακας 3 προβάλλει τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των γυναικών. Από τα δεδομένα προκύπτει το μέσος ύψος που έφτασε τα 1,766μέτρα. Το υψηλότερο βάρος κατά μέσο όρο έφτασε τα 67,6 κιλά περίπου, ενώ το χαμηλότερο έφτασε τα 59,1 κιλά περίπου. Το μέσο ιδανικό βάρος διαμορφώθηκε στα 58,1 περίπου κιλά και η προσωπική εκτίμηση για το ιδανικό βάρος στα 59,7 κιλά περίπου κατά μέσο όρο. Αναλυτικά τα στοιχεία προβάλλονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Μέση τιμή (Μ.Τ.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), μέγιστη και ελάχιστη τιμή για την κατανομή των γυναικών ως προς το ύψος, το βάρος (παρόν, υψηλότερο, χαμηλότερο, ιδανικό και προσωπική εκτίμηση ιδανικού) και το ΔΜΣ

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά γυναικών (N=50)				
Μεταβλητή	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ύψος (σε m)	1,66	0,04	1,58	1,75
Παρόν Βάρος (σε kg)	64,4	9,2	50	80
Υψηλότερο βάρος	67,6	9,7	53	86

(σε kg, όχι σε περίοδο εγκυμοσύνης)				
Χαμηλότερο βάρος (σε kg, κατά την ενήλικη ζωή)	59,1	7,5	48	70
Ιδανικό βάρος (σε kg)	58,1	5,3	50	67,8
Προσωπική εκτίμηση για ιδανικό βάρος (σε kg)	59,7	4,8	52	67
Δείκτης μάζας Σώματος (BMI)	23,2	3,3	18,8	29,4

Σχετικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) το Γράφημα 1 δείχνει ότι δεν υπάρχει κανείς ελλειποβαρής στο δείγμα. Αξιόλογο είναι πως το 75% (N=72) του δείγματος θεωρούνται νορμοβαρείς αλλά το 25% (N=24) θεωρούνται υπέρβαροι.



Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής συμμετεχόντων ανά κατηγορία του ΔΜΣ

Στη συνέχεια ακολουθεί μια σειρά μετρήσεων διαφορετικών δερματοπτυχών. Σύμφωνα με τον Πίνακα 4 η μέση τιμή του λίπους στους άνδρες έφτασε το 15,3%. Η δερματοπτυχή τρικέφαλου έφτασε κατά μέσο όρο τα 26,7 εκατοστά ενώ του στήθους τα 24,37 εκατοστά. Η μέση τιμή της δερματοπτυχής της κοιλιάς διαμορφώθηκε στα 24,76 εκατοστά για το δείγμα και η ίδια τιμή για τη δερματοπτυχή μηρού έφτασε τα 31,28 εκατοστά. Τέλος, η δερματοπτυχή του υπερλαγονίου έφτασε σε μέση τιμή τα 28,54 εκατοστά.

Πίνακας 4: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων λιπομέτρησης δερματοπτυχών των ανδρών

Αποτελέσματα Λιπομέτρησης	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
% λίπος (δερματοπτυχές)	15,3113	2,29690	12,45	19,89
Τρικέφαλου	26,70	,940	25	29
Στήθους	24,37	1,162	22	28
Κοιλιάς	24,76	,923	23	27
Μηρού	31,28	1,409	29	34
Υπερλαγόνιο	28,54	,959	27	31

Στη συνέχεια ακολουθεί μια σειρά μετρήσεων διαφορετικών δερματοπτυχών. Σύμφωνα με τον Πίνακα 5 η μέση τιμή του λίπους στις γυναίκες έφτασε το 15,6%. Η δερματοπτυχή τρικέφαλου έφτασε κατά μέσο όρο τα 20,63 εκατοστά ενώ του στήθους τα 14,94 εκατοστά. Η μέση τιμή της δερματοπτυχής της κοιλιάς διαμορφώθηκε στα 20,12 εκατοστά για το δείγμα και η ίδια τιμή για τη δερματοπτυχή μηρού έφτασε τα 20,12 εκατοστά. Τέλος, η δερματοπτυχή του υπερλαγονίου έφτασε σε μέση τιμή τα 27,38 εκατοστά.

Πίνακας 5: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων λιπομέτρησης δερματοπτυχών των γυναικών

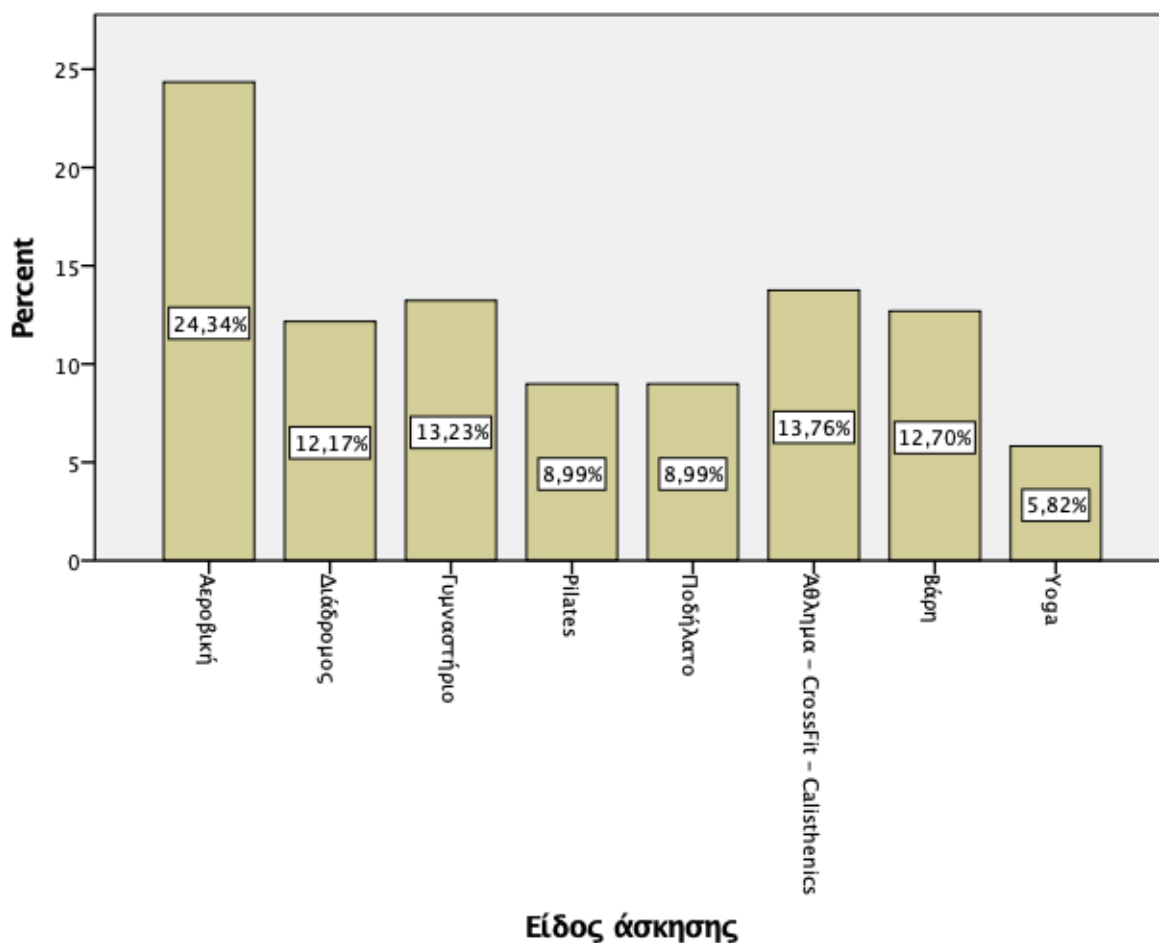
Αποτελέσματα Λιπομέτρησης	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
% λίπος (δερματοπτυχές)	15,6	4,6	9,11	23,21
Τρικέφαλου	20,63	3,71	16	28
Στήθους	14,94	4,95	4	24
Κοιλιάς	20,12	3,09	17	26
Μηρού	27,38	3,31	23	33

Υπερλαγόνιο	23,92	3,02	21	30
--------------------	-------	------	----	----

5.1.3 Άσκηση και ποιότητα ζωής συμμετεχόντων

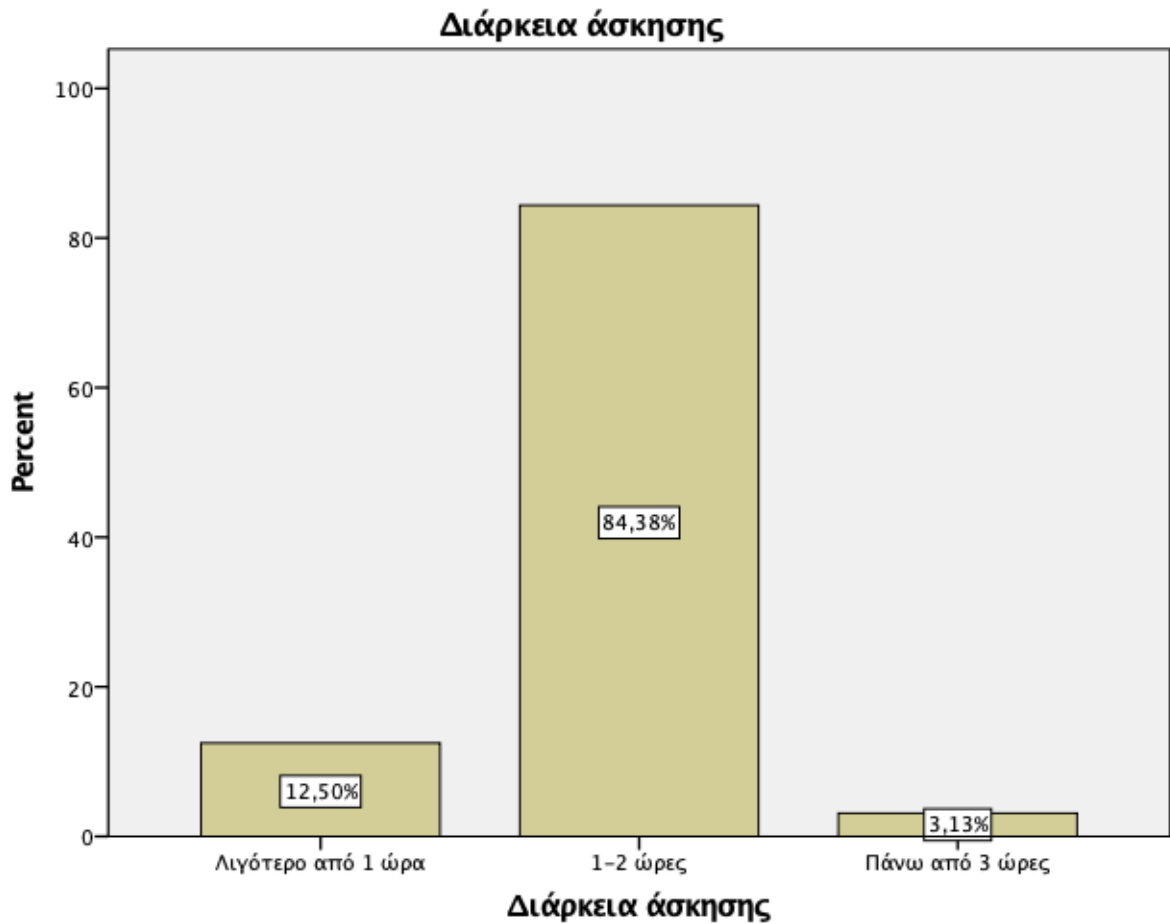
Η άσκηση στο δείγμα είναι αυτονόητη μιας και το 100% του δείγματος (N = 96) ασκείται.

Το είδος της άσκησης αναλύεται στο Γράφημα 2. Για το δείγμα η δημοφιλέστερη άσκηση είναι η αεροβική αφού περίπου 1 στους 4 συμμετέχοντες την επιλέγει. Παρόλα αυτά και με όμοια ποσοστά στο δείγμα παρουσιάζονται και οι ασκήσεις του γυμναστηρίου, του CrossFit, της calisthenics, των βαρών αλλά και του διαδρόμου.



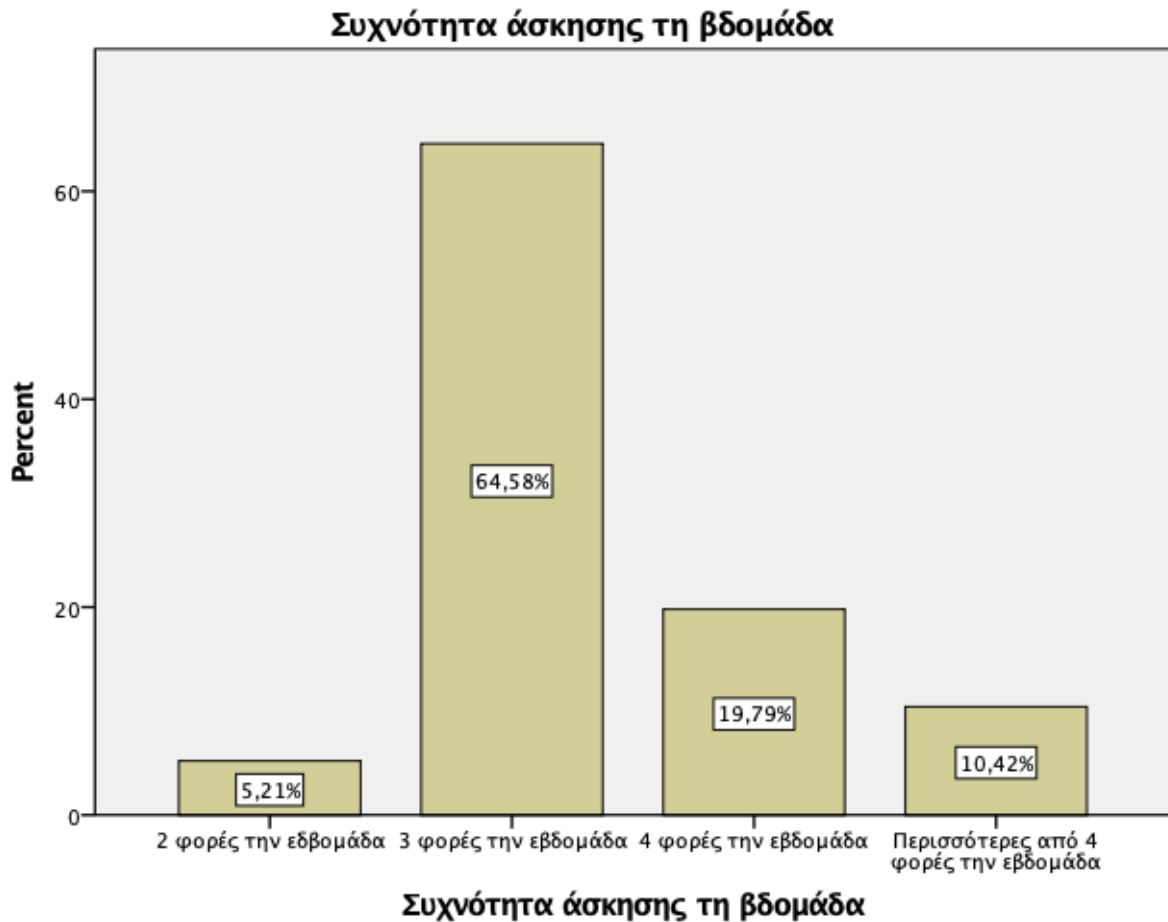
Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με το είδος άσκησης που πραγματοποιούν

Η διάρκεια της άσκησης τέθηκε ως ερώτημα στη συνέχεια στο δείγμα. Το Γράφημα 3 παρουσιάζει πως 84,38% (N=81) του δείγματος ασκείται για 1 με 2 ώρες.



Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με τη διάρκεια που ασκούνται

Εκτός από τη διάρκεια άσκησης ζητήθηκε από το δείγμα και η συχνότητα άσκησης από το Γράφημα 4 προκύπτει πως το 64,58% (N=62) του δείγματος ασκείται 3 φορές την εβδομάδα. Επιπλέον περίπου το 20% (N=19) ασκείται περισσότερο και η συχνότητα φτάνει τις 4 φορές την εβδομάδα.



Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων ανάλογα με τη συχνότητα που ασκούνται ανά βδομάδα

Επόμενο θέμα προς ανάλυση είναι αυτό του ύπνου. Έγινε διάκριση του ύπνου ανάλογα με το αν συμβαίνει μέσα στην εβδομάδα ή το Σαββατοκύριακο. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 6 το δείγμα τις καθημερινές κοιμάται περίπου 7,5 ώρες κατά μέσο όρο ενώ το Σαββατοκύριακο η μέση διάρκεια του ύπνου προσεγγίζει τις 10 ώρες περίπου.

Πίνακας 6: Μέση τιμή (Μ.Τ.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστη και μέγιστη τιμή αποτελεσμάτων ωρών ύπνου των συμμετεχόντων

Ωρες καθημερινού ύπνου	Μέση τιμή (Μ.Τ.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Δευτέρα Παρασκευή	7,66	1,17	6	10
Σαββατοκύριακο	9,98	1,18	6	14

5.1.4 Ιατρικό ιστορικό συμμετεχόντων

Η παράγραφος αφιερώνεται στο σύνολο νοσημάτων ανά περιοχή των συμμετεχόντων. Από τα ποσοστά και τις συχνότητες που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7 διακρίνεται πως τα νοσήματα αποτελούν πρόβλημα μόνο σε μικρά ποσοστά των συμμετεχόντων σε όλες τις περιοχές. Από όλα τα νοσήματα ξεχωρίζουν οι αλλεργίες που εντοπίζονται τόσο σε όλες τις περιοχές και αντιστοιχούν στα μεγαλύτερα τμήματα του δείγματος ανά περιοχή σε σχέση με τα άλλα νοσήματα.

Πίνακας 7: Συχνότητες και ποσοστά νοσημάτων ανά περιοχή

Νοσήματα	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	Δήμος Καλαμαριάς	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως
Καρδιαγγειακά				
Υπόταση	4,8% (1)	9,5% (2)	2,1% (1)	2% (1)
Άλλο	9,5% (2)	-	-	-
Μεταβολικά				
Θυροειδή	4,8% (1)	19% (4)	6,9% (2)	-
Αναπνευστικά				
Δύσπνοια	4,8% (1)	2% (1)	6,9% (2)	4,2% (4)
Άσθμα	4,8% (1)	2% (1)	3,4% (1)	4,2% (4)
Άλλα				
Αναιμία	9,5% (2)	-	-	-
Αλλεργία	19% (4)	14,3% (3)	13,8% (4)	12% (3)
Δυσμηνόρροια	4,8% (1)	-	3,4% (1)	-
Ανορεξία	4,8% (1)	9,5% (2)	3,4% (1)	-

5.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου FFQ

Συχνότητα κατανάλωσης τροφών

Η ανάλυση συνεχίζεται με τα αποτελέσματα των ερωτήσεων του εργαλείου FFQ. Ο Πίνακας 5, χωρίζει τις τροφές σε κατηγορίες και σε κάθε κατηγορία προβάλλεται η συχνότητα κατανάλωσης του δείγματος.

Πρώτη κατηγορία τροφίμων είναι τα μη επεξεργασμένα δημητριακά, που αφορά τη 1 φέτα ψωμιού ολικής άλεσης, τη ½ κούπα ζυμαρικών, τη μισή κούπα ρυζιού και το ψωμί με προζύμι. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες καταναλώνουν ψωμί ολικής, ζυμαρικά ή ρύζι 1 – 6 φορές την εβδομάδα (46,9%, N=45) και ψωμί με προζύμι στην ίδια συχνότητα (55,2%, N=53). Δεύτερη κατηγορία είναι οι πατάτες, που αφορά τις βραστές ή τηγανιτές πατάτες και τον πουρέ πατάτας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες καταναλώνουν 1-4 φορές την εβδομάδα πατάτες (44,8%, N=43). Στη συνέχεια εξετάζονται τα φρούτα τα οποία το δείγμα καταναλώνει στην πλειοψηφία του λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα (46,9%, N=45). Για τα λαχανικά προκύπτει πως η κατανάλωση συμβαίνει 1-12 φορές την εβδομάδα (32,3%, N=31). Ωστόσο, το 51% (N = 49) του δείγματος δεν καταναλώνει ποτέ λαχανικά σε μορφή τουρσί. Συνεχίζοντας, τα όσπρια καταναλώνονται λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα από το 63,5%, (N=61). Επίσης, το 68,8% του δείγματος (N=66) δήλωσε πως καταναλώνει στην ίδια συχνότητα ψάρια. Για το κρέας προκύπτει πως το κόκκινο καταναλώνεται από τους περισσότερους 1-2 φορές την εβδομάδα (57,3%, N=55) και η ίδια συχνότητα κατανάλωσης προκύπτει και για το λευκό κρέας (62,5%, N=60). Η συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών με πλήρες λίπος διαμορφώθηκε στις 11-15 φορές την εβδομάδα για τους περισσότερους στο δείγμα (43,8%, N=42). Για την κατηγορία γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά η συχνότητα για την πλειοψηφία του δείγματος περιορίζεται κυρίως στις 1-3 φορές το μήνα ή και ποτέ αλλά και σπάνια. Για το ελαιόλαδο και τις ελιές, οι περισσότεροι στο δείγμα δήλωσαν πως τα καταναλώνουν ελαιόλαδο μέχρι 3 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 50% (N=48) και ελιές μέχρι 1 φορά την εβδομάδα σε ποσοστό 60,4% (N=58). Τέλος, το δείγμα καταναλώνει στην πλειοψηφία του λιγότερο από 300 ml ημερησίως (65,6%, N=63).

Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη ομάδα, που αφορά την κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, παρατηρείται ότι η απάντηση με τα υψηλότερα ποσοστά είναι ‘1-6 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστό 42,9% για το 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 52,4% για το 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 51,7% για τον δήμο Καλαμαριάς και 40% για τον δήμο Σταυρούπολης. Στην κατανάλωση ψωμιού με προζύμι τα μεγαλύτερα ποσοστά είναι επίσης στην απάντηση ‘1-6 φορές/εβδομάδα’ για το 52,4% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 57,1% στο 3^ο, 58,6% στην Καλαμαριά και 52% στον δήμο Σταυρούπολης.

Όσον αφορά την κατηγορία της πατάτας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντούν πως καταναλώνουν βραστές-τηγανιτές πατάτες ή πουρέ ‘1-4 φορές/εβδομάδα’ σε ποσοστά 47,6% για το 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 42,9% για το 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 41,4% για τον δήμο Καλαμαριάς και 48% για τον δήμο Σταυρούπολης.

Για την κατανάλωση των φρούτων η συνηθέστερη απάντηση με ποσοστά 51,7% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 38,1% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης και 62,1% στον δήμο Καλαμαριάς είναι ‘<1 φορά/εβδομάδα’, ενώ για τον δήμο Σταυρούπολης η πιο συχνή απάντηση είναι ‘1-2 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστό 48%.

Στα ωμά ή επεξεργασμένα λαχανικά η απάντηση με τα υψηλότερα ποσοστά είναι ‘1-12 φορές/εβδομάδα’ και ‘7-12 φορές/εβδομάδα’ για το 2^ο δημοτικό διαμέρισμα με ποσοστά 38,1% εξίσου, για το 3^ο δημοτικό διαμέρισμα η συχνότερη απάντηση είναι ‘1-12 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστό 33,3% όπως επίσης και για τον δήμο Καλαμαριάς με ποσοστό 34,5% και για τον δήμο Σταυρούπολης η συνηθέστερη απάντηση είναι ‘7-12 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστό 36%.

Τα όσπρια φαίνεται ότι καταναλώνονται ‘<1 φορά/εβδομάδα’ σε όλες εξίσου τις περιοχές με ποσοστά που ανέρχονται στο 66,7% για το 2^ο και 3^ο δημοτικό διαμέρισμα αντίστοιχα, 65,5% για τον δήμο Καλαμαριάς και 56% για τον δήμο Σταυρούπολης.

Τα ψάρια καταναλώνονται <1 φορά επίσης, σε ποσοστό 71,4% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 66,7% στο 3^ο, 65,5% στον δήμο Καλαμαριάς και 73% στον δήμο Σταυρούπολης.

Στο κόκκινο κρέας η κατανάλωση είναι ‘1-2 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστά που αγγίζουν το 52,4% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 61,9% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 62,1% στον δήμο Καλαμαριάς και 52% στον δήμο Σταυρούπολης. Η ίδια απάντηση, δηλαδή ‘1-2 φορές/εβδομάδα’ υπερिशύει και στην συχνότητα κατανάλωσης πουλερικών και τα ποσοστά είναι στο 76,2% για το 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 57,1% για το 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 58,6% για τον δήμο Καλαμαριάς και 60% για τον δήμο Σταυρούπολης.

Όσον αφορά τα γαλακτοκομικά προϊόντα και συγκεκριμένα τα πλήρη λιπαρών η συχνότερη απάντηση είναι ότι καταναλώνονται ‘11-15 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστά 42,9% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 47,6% στο 3^ο, 48,3% στον δήμο Καλαμαριάς και 36% στον δήμο Σταυρούπολης, το γιαούρτι με πέτσα καταναλώνεται κατά κύριο λόγο ‘ποτέ- σπάνια’ με τα ποσοστά να ανέρχονται σε 61,9% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, 62,1% στον δήμο Καλαμαριάς, 52% στον δήμο Σταυρούπολης και μόνο στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα φαίνεται να καταναλώνεται ‘1-3 φορές/εβδομάδα’ με ποσοστό 47,6%, ενώ τα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά καταναλώνονται κατά 61,9% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 47,6% στο 3^ο, 65,5% στον δήμο Καλαμαριάς και 52% στον δήμο Σταυρούπολης ‘1-3 φορές/εβδομάδα’.

Επίσης από τα ποσοστά του πίνακα τα οποία ανέρχονται σε 38,1% στο 2^ο και 61,9% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, αλλά και 41,4% στον δήμο Καλαμαριάς και 60% στον δήμο Σταυρούπολης, φαίνεται ότι οι ασκούμενοι των περιοχών αυτών χρησιμοποιούν ελαιόλαδο κατά το μαγείρεμα ‘λιγότερη ή ίση με μια φορά/εβδομάδα’.

Πίνακας 8: Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης διάφορων τροφών/ ροφημάτων

Κατηγορία	Είδη	Περιοχή	Ποτέ/ Σπάνια	1 -6 φορές/ εβδομάδα	7 – 12 φορές/ εβδομάδα	13-18 φορές/ εβδομάδα	19-31 φορές/ εβδομάδα	≥ 32 φορές/ εβδομάδα	
Μη επεξεργασμένα δημητριακά	ψωμί ολικής=1φετα, ζυμαρικά, ρύζι=1/2φλιτζάνι	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	9,5% (2)	42,9% (9)	23,8% (5)	14,3% (3)	9,5% (2)		
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	14,3% (3)	52,4% (11)	19% (4)	9,5% (2)	4,8% (1)		
		Δήμος Καλαμαριάς	6,9% (2)	51,7% (15)	20,7% (6)	10,3% (3)	10,3% (3)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	4% (1)	40% (10)	32% (8)	20% (5)	4% (1)		
		Όλες οι περιοχές	8,3% (8)	46,9% (45)	24% (23)	13,5% (13)	7,3% (7)		
		Ψωμί με προζύμι	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	23,8% (5)	52,4% (11)	9,5% (2)	14,3% (3)	-	-
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	57,1% (12)	14,3% (3)	9,5% (2)	-	-	
		Δήμος Καλαμαριάς	13,8% (4)	58,6% (17)	10,3% (3)	17,2% (5)	-	-	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	12% (3)	52% (13)	28% (7)	8% (2)	-	-	
		Όλες οι περιοχές	16,7% (16)	55,2% (53)	15,6% (15)	12,5% (12)	-	-	
	Κατηγορία	Είδη	Περιοχή	Ποτέ	1 – 4 φορές/ εβδομάδα	5 – 8 φορές/ εβδομάδα	9 – 15 φορές/ εβδομάδα	16- 21 φορές/ εβδομάδα	≥ 22 φορές/ εβδομάδα
	Πατάτες	Βραστές πατάτες = ½ φλ., Πουρές πατάτας = ½ φλ., τηγανιτές πατάτες = 1 φλ.	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	47,6% (10)	9,5% (2)	9,5% (2)	14,3% (3)	
Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης			28,6% (6)	42,9% (9)	14,3% (3)	9,5% (2)	4,8% (1)		
Δήμος Καλαμαριάς			17,2% (5)	41,4% (12)	13,8% (4)	10,3% (3)	17,2% (5)		
Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως			24% (6)	48% (12)	8% (2)	12% (3)	8% (2)		
Όλες οι περιοχές			21,9% (21)	44,8% (43)	11,5% (11)	10,4% (10)	11,5% (11)		
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	Ποτέ/ Σπάνια	<1 φορά/ εβδομάδα	1 – 2 φορές/ εβδομάδα	3 φορές/ εβδομάδα	4 φορές/ εβδομάδα	≥ 5 φορές/ εβδομάδα	
Φρούτα	1 μερίδα = 1 μέτριο	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		51,7% (12)	33,3% (7)	4,8% (1)	-	4,8% (1)	
		Δημοτική		38,1%	23,8%	19%	9,5%	9,5%	

		Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	(8)	(5)	(4)	(2)	(2)		
		Δήμος Καλαμαριάς	62,1% (18)	6,9% (2)	20,7% (6)	6,9% (2)	3,4% (1)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	28% (7)	48% (12)	16% (4)	8% (2)	-		
		Όλες οι περιοχές	- (45)	46,9% (26)	27,1% (26)	15,6% (15)	6,3% (6)	4,2% (4)	
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	Ποτέ	1 -12 φορές/ εβδομάδα	7 – 12 φορές/ εβδομάδα	13 – 20 φορές/ βδομάδα	21 – 32 φορές/ εβδομάδα	≥ 33 φορές/ εβδομάδα	
Λαχανικά (ωμά ή επεξεργασμένα)	1 μερίδα = 1 φλ. ωμά φυλλώδη λαχανικά, ½ φλ. λαχανικά ή στον ατμό	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	9,5% (2)	38,1% (8)	38,1% (8)	9,5% (2)	4,8% (1)		
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	-	33,3% (7)	28,6% (6)	23,8% (5)	14,3% (3)		
		Δήμος Καλαμαριάς	13,8% (4)	34,5% (10)	24,1% (7)	20,7% (6)	6,9% (2)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	12% (3)	24% (6)	36% (9)	24% (6)	4% (1)		
		Όλες οι περιοχές	9,4% (9)	32,3% (31)	31,3% (30)	19,8% (19)	7,3% (7)	-	
		Λαχανικά τουρσί	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	57,1% (12)	23,8% (5)	9,5% (2)	4,8% (1)	4,8% (1)	-
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	42,9% (9)	9,5% (2)	28,6% (6)	14,3% (3)	4,8% (1)		
		Δήμος Καλαμαριάς	48,3% (14)	31% (9)	10,3% (3)	6,9% (2)	3,4% (1)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	56% (14)	20% (5)	4% (1)	16% (4)	4% (1)		
		Όλες οι περιοχές	51% (49)	21,9% (21)	12,5% (12)	10,4% (10)	4,2% (4)		
	Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	Ποτέ	<1 φορά/ εβδομάδα	1 – 2 φορές/ εβδομάδα	3 - 4 φορές/ εβδομάδα	5 - 6 φορές/ εβδομάδα	≥ 6 φορές/ εβδομάδα
	Όσπρια	1 μερίδα = 1 φλ.	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	23,8% (5)	66,7% (14)	9,5% (2)			
Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης			23,8% (5)	66,7% (14)	9,5% (2)				
Δήμος Καλαμαριάς			20,7% (6)	65,5% (19)	13,8% (4)				
Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως			24% (6)	56% (14)	20% (5)				
Όλες οι περιοχές			22,9% (22)	63,5% (61)	13,5% (13)	-	-	-	
Ψάρια	1 μερίδα = 120 γρ μαγειρεμένα (~4 σπριτόκουτα διάσταση)	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)	71,4% (15)	19% (4)	4,8% (1)			
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)	66,7% (14)	19% (4)		9,5% (2)		
		Δήμος Καλαμαριάς	3,4% (1)	65,5% (19)	17,2% (5)	10,3% (3)	3,4% (1)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως		73% (18)	24% (6)	4% (1)			
		Όλες οι περιοχές	3,1% (3)	68,8% (66)	19,8% (19)	5,2% (5)	3,1% (3)	-	

Κόκκινο Κρέας	1 μερίδα = 120 γρ μαγειρεμένα (-4 σπριτόκουτα διάσταση)	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	28,6% (6)	52,4% (11)	14,3% (3)	4,8% (1)		
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	14,3% (3)	61,9% (13)	4,8% (1)	19% (4)		
		Δήμος Καλαμαριάς	10,3% (3)	62,1% (18)	17,2% (5)	3,4% (1)	6,9% (2)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	20% (5)	52% (13)	8% (2)	8% (3)	12% (3)	
		Όλες οι περιοχές	-	17,7% (17)	57,3% (55)	11,5% (11)	4,2% (4)	9,4% (9)
Πουλερικά (κοτόπουλο/γαλοπούλα)	1 μερίδα = 120 γρ μαγειρεμένα (-4 σπριτόκουτα διάσταση)	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)	76,2% (16)	9,5% (2)	4,8% (1)	4,8% (1)	
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)	57,1% (12)	23,8% (5)	9,5% (2)	4% (1)	
		Δήμος Καλαμαριάς	3,4% (1)	58,6% (17)	24,1% (7)	10,3% (3)	3,4% (1)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως		60% (15)	12% (3)	24% (6)	4% (1)	
		Όλες οι περιοχές	-	3,1% (3)	62,5% (60)	17,7% (17)	12,5% (12)	4,2% (4)
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	≤ 5 φορές/εβδομάδα	11 – 15 φορές/εβδομάδα	16 – 20 φορές/εβδομάδα	21 – 28 φορές/εβδομάδα	29 – 30 φορές/εβδομάδα	≥ 30 φορές/εβδομάδα
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λίπος)	1 μερίδα = 1 φλ γάλα ή γιαούρτι, 30 γρ τυρί (1 σπριτόκουτο διάσταση)	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	42,9% (9)	23,8% (5)		14,3% (3)	
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	47,6% (10)	4,8% (1)	19% (4)	9,5% (2)	
		Δήμος Καλαμαριάς	6,9% (2)	48,3% (14)	13,8% (4)	6,9% (2)	24,1% (7)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	8% (2)	36% (9)	12% (3)	20% (5)	24% (6)	
		Όλες οι περιοχές	12,5% (12)	43,8% (42)	13,5% (13)	11,5% (11)	18,8% (18)	-
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	Ποτέ/ Σπάνια	1 – 3 φορές/μήνα	1 -2 φορές/εβδομάδα	3 - 6 φορές/εβδομάδα	1 φορά/ ημέρα	≥ 2 φορές/ ημέρα
Γαλακτοκομικά (χαμηλά λιπαρά)	Γιαούρτι ή γάλα με προβιοτικά	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	66,7% (14)	4,8% (1)	9,5% (2)		
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	23,8% (5)	52,4% (11)	23,8% (5)			
		Δήμος Καλαμαριάς	13,8% (4)	58,6% (17)	13,8% (4)	13,8% (4)		
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	16% (4)	48% (12)	32% (8)	4% (1)		
		Όλες οι περιοχές	17,7% (17)	56,3% (54)	18,8% (18)	7,3% (7)	-	-
Γιαούρτι με πέτσα	Γιαούρτι με πέτσα	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	42,9% (9)	47,6% (10)	9,5% (2)			
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	61,9% (13)	23,8% (5)	9,5% (2)	4,8% (1)		
		Δήμος Καλαμαριάς	62,1% (18)	24,1% (7)	10,3% (3)	3,4% (1)		

		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	52% (13)	36% (9)	8% (2)	4% (1)	-	-	
		Όλες οι περιοχές	55,2% (53)	32,3% (31)	9,4% (9)	3,1% (3)	-	-	
	Τυρί άπαχο ή χαμηλό σε λιπαρά	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)	61,9% (13)	14,8% (1)			14,3% (3)	
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	33,3% (7)	47,6% (10)	4,8% (1)			14,3% (3)	
		Λήμος Καλαμαριάς	17,2% (5)	65,5% (19)	6,9% (2)			10,3% (3)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	24% (6)	52% (13)	20% (5)			4% (1)	
		Όλες οι περιοχές	22,9% (22)	57,3% (55)	9,4% (9)	-	-	10,4% (10)	
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	≤ 1 φορά/εβδομάδα	1 – 3 φορές/εβδομάδα	3 – 5 φορές/εβδομάδα	Καθημερινά	
Ελιές & Παράγωγα	Ελαιόλαδο στο μαγείρεμα	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)		38,1% (8)	33,3% (7)	19% (4)	4,8% (1)	
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		4,8% (1)	61,9% (13)	28,6% (6)	4,8% (1)		
		Λήμος Καλαμαριάς	3,4% (1)	3,4% (1)	41,4% (12)	34,5% (10)	13,8% (4)	3,4% (1)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως		4% (1)	60% (15)	16% (4)	12% (3)	8% (2)	
		Όλες οι περιοχές	2,1% (2)	3,1% (3)	28,1% (27)	50% (48)	12,5% (12)	4,2% (4)	
	Ελιές	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	28,6% (6)			66,7% (14)		4,8% (1)	-
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	33,3% (7)			52,4% (7)	4,8% (1)	9,5% (2)	
		Λήμος Καλαμαριάς	20,7% (6)			65,5% (19)	3,4% (1)	10,3% (3)	
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	40% (10)			56% (14)	4% (1)		
		Όλες οι περιοχές	30,2% (29)			60,4% (58)	3,1% (3)	6,3% (6)	
Κατηγορία	Είδος	Περιοχή	< 300 ml/ ημέρα	300 ml/ ημέρα	400 ml/ ημέρα	500 ml/ ημέρα	600 ml/ ημέρα	≥ 700 ml/ ημέρα	
Αλκοόλ	Αλκοολούχα Ποφήματα (ml/ημ., 100 ml =12 γρ .αιθανόλη = 1 ποτήρι κρασί	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	57,1% (12)	42,9% (9)					
		Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	61,9% (13)	38,1% (8)					
		Λήμος Καλαμαριάς	65,5% (19)	35,5% (10)					
		Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	76% (19)	24% (6)					
		Όλες οι περιοχές	65,6% (63)	33,4% (33)	-	-	-	-	

Διατροφικές συνήθειες

Το δείγμα επίσης ρωτήθηκε για ορισμένες διατροφικές συνήθειες. Ο Πίνακας 9 παρουσίαζε τη συχνότητα κατανάλωσης πρωινού για το δείγμα. Το 40,63% (N=39) καταναλώνει μερικές φορές πρωινό ενώ το 29,17% (N=28) καταναλώνει πάντα πρωινό.

Πιο αναλυτικά, η συνηθέστερη απάντηση στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης είναι ότι καταναλώνουν πρωινό ‘μερικές φορές’ με ποσοστό 47,6%, όπως επίσης και στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα ε ποσοστό 33,3% καθώς και στον δήμο Σταυρούπολης με ποσοστό 52%. Στον δήμο Καλαμαριάς οι ασκούμενοι απάντησαν πως καταναλώνουν πρωινό ‘πάντα’ με ποσοστό που αγγίζει το 37,9% (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης πρωινού ανά περιοχή

	Περιοχή	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ
Πόσο συχνά καταναλώνεις πρωινό	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	23,8% (5)	9,5% (2)	47,6% (10)	19% (4)
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	28,6% (6)	23,8% (5)	33,3% (7)	14,3% (3)
	Δήμος Καλαμαριάς	37,9% (11)	6,9% (2)	31% (9)	24,1% (7)
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	24% (6)	12% (3)	52% (13)	12% (3)
	Όλες οι περιοχές	29,2% (28)	12,5% (12)	40,6% (39)	17,7% (17)

Το σύνολο των γευμάτων μαζί με τα σνακ ήταν η επόμενη ερώτηση που τέθηκε στο δείγμα. Σύμφωνα με τον Πίνακα 10 το 91,67 % (N=88) του δείγματος καταναλώνει 5 γεύματα κάθε μέρα και το 8,33% (N=8) περισσότερα από 5.

Στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης το ποσοστό των ασκούμενων που καταναλώνει 5 γεύματα ανέρχεται σε 90,5%, στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα σε 95,2%, στον δήμο Καλαμαριάς σε 93,1% και στον δήμο Σταυρούπολης σε 88%.

Πίνακας 10: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς το σύνολο γευμάτων ανά περιοχή

	Περιοχή	5 Γεύματα	> 5 γεύματα
Πόσα γεύματα τρως συνολικά την ημέρα μαζί με τα σνακ;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	90,5% (19)	9,5% (2)
	Δημοτική Κοινότητα 3ου	95,2% (20)	4,8% (1)

Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης			
	Δήμος Καλαμαριάς	93,1% (27)	6,9% (2)
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	88% (22)	12% (3)
	Όλες οι περιοχές	91,7% (88)	8,3% (8)

Επίσης το δείγμα ρωτήθηκε για τον αριθμό των κυρίως γευμάτων που καταναλώνει στη διάρκεια μιας ημέρας. Από τον Πίνακα 11 προκύπτει πως το 69,79% (N=67) του δείγματος καταναλώνει 3 κυρίως γεύματα. Πιο συγκεκριμένα το 90,5 % στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, το 95,2% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, το 93,1% στον δήμο Καλαμαριάς και το 88% στον δήμο Σταυρούπολης απάντησαν πως καταναλώνουν 3 κύρια γεύματα την ημέρα.

Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς το σύνολο κυρίως γευμάτων ανά περιοχή

Περιοχή		3 γεύματα	Κανένα
Ποια από αυτά είναι κυρίως γεύματα	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	90,5% (19)	9,5% (2)
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	95,2% (20)	4,8% (1)
	Δήμος Καλαμαριάς	93,1% (27)	6,9% (2)
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	88% (22)	12% (3)
	Όλες οι περιοχές	91,7% (88)	8,3% (8)

Έπειτα, εξετάζονται συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες με πρώτη την κατανάλωση ορατού λίπους ή πέτσας, κάτι το οποίο η πλειοψηφία του δείγματος δεν κάνει ποτέ (69,8%, N=67). Η απάντηση «πάντα» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$. Η χρήση αντικολητικών σκευών γίνεται συχνά για την πλειοψηφία στο δείγμα (61,5%, N=59) και στη σχετική ερώτηση, η απάντηση «ποτέ» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$. Ωστόσο, στην ίδια συχνότητα γίνεται και η χρήση αλατιού για την πλειοψηφία του δείγματος (43,8%, N=59) και η απάντηση «μερικές φορές» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες.

Επίσης, το 50% του δείγματος (N=48) τρώει ψητό φαγητό 1-3 φορές την εβδομάδα και η απάντηση «ποτέ» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$. Το 59,4% του δείγματος (N=57) τρώει τηγανιτό φαγητό έως 1 φορά την εβδομάδα και η απάντηση «1-3 φορές την εβδομάδα» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$. Ακόμα, το 56,3% του δείγματος (N=54) παραγγέλλει απ' έξω στην ίδια συχνότητα και η απάντηση >3 φορές την εβδομάδα διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$. Τέλος, το 85,66% του δείγματος (N=77) καταναλώνει βιολογικά προϊόντα ή προϊόντα σόγιας μέχρι 1 φορά την εβδομάδα και η απάντηση «σπάνια» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες $p = 0,000 < 0,05$ (Πίνακας 12).

Παράλληλα εκτελέστηκε έλεγχος διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One Way ANOVA) μέσω της οποίας αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στις ερωτήσεις κατανάλωσης λίπους ή πέτσας, ψητού φαγητού και χρήσης αλατιού στο μαγείρεμα. Μάλιστα, και στις 3 περιπτώσεις οι άνδρες καταναλώνουν συχνότερα ψητό φαγητό από τις γυναίκες ($F=6,252$, $p=0,014$), καταναλώνουν συχνότερα ορατό λίπος ή πέτσα ($F=14,415$, $p=0,000$) και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά αντικολητικά σκεύη στο μαγείρεμα ($F=12,203$, $p=0,001$).

Συγκριτικά με τις περιοχές, το 61,9% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, το 76,2% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, το 75,9% στον δήμο Καλαμαριάς και το 64% στον δήμο Σταυρούπολης απάντησαν 'ποτέ' στην ερώτηση αν καταναλώνουν το ορατό λίπος ή την πέτσα του κρέατος. Επίσης, σχετικά με την χρήση αντικολητικών σκευών στο μαγείρεμα, η επικρατέστερη απάντηση είναι 'Συχνά' με ποσοστά 66,7% στο 2^ο και 3^ο δημοτικό διαμέρισμα αντίστοιχα, 58,4% στον δήμο Καλαμαριάς και 56% στον δήμο Σταυρούπολης. Η χρήση αλατιού στο φαγητό μετά το μαγείρεμα ήταν η επόμενη ερώτηση, με το 42,9% των αθλούμενων του 2^{ου} δημοτικού διαμερίσματος, το 52,4% του 3^{ου} δημοτικού διαμερίσματος, το 37,9% του δήμου Καλαμαριάς και το 44% του δήμου Σταυρουπόλεως να απαντούν ότι χρησιμοποιούν 'Συχνά' αλάτι μετά το φαγητό.

Ακόμα, στην ερώτηση 'πόσες φορές τρως ψητό φαγητό;' Η επικρατέστερη απάντηση είναι 'Συχνά' σε όλες εξίσου τις περιοχές με ποσοστά 66,7% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 52,4% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 48,3 στον δήμο Καλαμαριάς και 36% στον δήμο Σταυρούπολης. Ενώ για την κατανάλωση τηγανιτού φαγητού η συνηθέστερη απάντηση είναι 'Μερικές φορές' με ποσοστά 61,9% για ο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 66,7% για το 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 58,6% για τον δήμο Καλαμαριάς και 59,4% για τον δήμο Σταυρούπολης. Σχετικά με τις παραγγελίες ή το φαγητό εκτός σπιτιού οι ασκούμενοι απαντούν ότι 'Μερικές

φορές' τρώνε έξω ή παραγγέλνουν φαγητό από έξω, με ποσοστά που αγγίζουν το 57,1% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, το 52,4% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, το 62,1% στον δήμο Καλαμαριάς και το 52% στον δήμο Σταυρούπολης. Η κατανάλωση βιολογικών προϊόντων και προϊόντων σόγιας φαίνεται ότι πραγματοποιείται 'Μερικές φορές' από τους αθλούμενους, με ποσοστά που ανέρχονται σε 85,7% στο 2^ο δημοτικό διαμέρισμα, 86,7% στο 3^ο δημοτικό διαμέρισμα, 75,6% στον δήμο Καλαμαριάς και 59,9% στον δήμο Σταυρούπολης.

Ωστόσο, ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, στις κατηγορίες ΔΜΣ και στις διαφορετικές περιοχές δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 12: Κατανομή συχνότητας, ποσοστών και στατιστική σημαντικότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τις διατροφικές τους συνήθειες

	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Τρώω από το ορατό λίπος ή την πέτσα του κρέατος;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	61,9% (13)		28,6% (6)	9,5% (2)		,012
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	76,2% (16)		19% (4)		4,8% (1)	,000
	Δήμος Καλαμαριάς	75,9% (22)		13,8% (4)	6,9% (2)	3,4% (1)	,000
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	64% (16)		24% (6)		12% (3)	,004
	Όλες οι περιοχές	69,8% (67)		20,8% (20)	4,2% (4)	5,2% (5)	,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Χρησιμοποιείς αντικολητικά σκεύη στο μαγείρεμα;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	9,5% (2)		23,8% (5)	66,7% (14)		,004
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	4,8% (1)		28,6% (6)	66,7% (14)		,002
	Δήμος Καλαμαριάς	13,8% (4)		27,6% (8)	58,6% (17)		,010
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	4% (1)		40% (10)	56% (14)		,005
	Όλες οι περιοχές	8,3% (8)	-	30,2% (29)	61,5% (59)		,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value

Χρησιμοποιείς αλάτι στο φαγητό μετά το μαγείρεμα;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	28,6% (6)		9,5% (2)	42,9% (9)	19% (4)	,165
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	23,8% (5)		14,3% (3)	52,4% (11)	9,5% (2)	,026
	Δήμος Καλαμαριάς	34,5% (10)		20,7% (6)	37,9 (11)%	6,9% (2)	,072
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	24% (6)		16% (4)	44% (11)	16% (4)	,155
	Όλες οι περιοχές	18,1% (27)	-	15,6% (15)	43,8% (42)	12,5% (12)	,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Πόσες φορές τρώς ψητό φαγητό;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		23,8% (5)	9,5% (2)	66,7% (14)		,004
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		14,3% (3)	33,3% (7)	52,4% (11)		,102
	Δήμος Καλαμαριάς		27,6% (8)	24,1% (7)	48,3% (14)		,227
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως		32% (8)	32% (8)	36% (8)		,961
	Όλες οι περιοχές		25% (24)	25% (24)	50% (48)		,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Πόσες φορές τρώς τηγανιτό φαγητό;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)		61,9% (13)	14,3% (3)	4,8% (1)	,001
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	19% (4)		66,7% (14)		14,3% (3)	,005
	Δήμος Καλαμαριάς	17,2% (5)		58,6% (17)	13,8% (4)	10,3% (3)	,000
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	24% (6)		52% (13)	4% (1)	20% (5)	,008
	Όλες οι περιοχές	19,8% (19)	-	59,4% (57)	19,8% (8)	12,5% (12)	,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Πόσο συχνά παραγγέλνεις απ' έξω ή	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος	33,3% (7)		57,1% (12)	4,8% (1)	4,8% (1)	,001

τρως εκτός σπιτιού;	Θεσσαλονίκης						
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	38,1% (8)		52,4% (11)	4,8% (1)	4,8% (1)	,002
	Δήμος Καλαμαριάς	31% (9)		62,1% (18)	3,4% (1)	3,4% (1)	,000
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	44% (11)		52% (13)	4% (1)		,007
	Όλες οι περιοχές	36,5% (35)	-	56,3% (54)	4,2% (4)	3,1% (3)	,000
	Περιοχή	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	P-value
Πόσο συχνά καταναλώνετε βιολογικά προϊόντα ή προϊόντα σόγιας;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		4,8% (1)	85,7% (18)	14,3% (3)		,275
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		4,8% (1)	86,7% (19)	14,3% (3)		,513
	Δήμος Καλαμαριάς			75,6% (25)	10,3% (3)		,040
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως			59,6% (15)	6,9% (2)		,841
	Όλες οι περιοχές		2,2% (2)	85,6% (77)	12,2% (11)		,000

Στη συνέχεια, το δείγμα ρωτήθηκε για τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής. Από τον Πίνακα 13 συμπεραίνεται πως το 53,1% (N=51) του δείγματος λαμβάνει συμπληρώματα. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο στη Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης η πλειοψηφία που αντιστοιχεί στο 52,4% (N=11) δε λαμβάνει συμπληρώματα διατροφής.

Πίνακας 13: Κατανομή απαντήσεων για τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής

	Περιοχή	Όχι	Ναι
Λαμβάνεις συμπληρώματα διατροφής;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	47,6% (10)	52,4% (11)
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	52,4% (11)	47,6% (10)
	Δήμος Καλαμαριάς	44,8% (13)	55,2% (16)
	Δημοτική	44%	56%

	Κοινότητα Σταυρουπόλεως	(11)	(14)
	Όλες οι περιοχές	46,9% (45)	53,1% (51)

Παράλληλα, το δείγμα ρωτήθηκε και για τη συχνότητα λήψης συμπληρωμάτων διατροφής. Από τον Πίνακα 14 συμπεραίνεται πως το 84,31% (N=43) του δείγματος λαμβάνει 2-3 φορές την εβδομάδα συμπληρώματα.

Πίνακας 14: Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής

	Περιοχή	Καθημερινά	2-3 φορές ανά εβδομάδα	Εβδομαδιαία
Αν λαμβάνεις συμπληρώματα διατροφής, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;	Δημοτική Κοινότητα 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης	9,1% (1)	72,7% (8)	18,2% (2)
	Δημοτική Κοινότητα 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης		90% (9)	10% (1)
	Δήμος Καλαμαριάς	6,3% (1)	93,8% (15)	
	Δημοτική Κοινότητα Σταυρουπόλεως	7,1% (1)	78,6% (11)	14,3% (2)
	Όλες οι περιοχές	5,9% (3)	84,3% (43)	9,8% (5)

5.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου EAT-26

Για τις απαντήσεις του εργαλείου EAT-26, διαμορφώθηκε ο Πίνακας 7. Τα περιττά κιλά και ο χαρακτηρισμός του υπέρβαρου δεν απασχολεί το δείγμα σε ποσοστό 59,4% (N=57). Οι απαντήσεις δε διαφέρουν σημαντικά ($p=0,066 > 0,05$). Επίσης το δείγμα δεν αποφεύγει το φαγητό όταν πεινάει σε ποσοστό 95,8% (N=92) και η απάντηση αυτή διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p=0,000 < 0,05$).

Παράλληλα έγιναν έλεγχοι One Way ANOVA για όλες τις ερωτήσεις σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την περιοχή και τα επίπεδα ΔΜΣ. Στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών, της αποφυγής φαγητού όταν υπάρχει αίσθηση πείνας, του θερμιδικού φορτίου, των ενοχών μετά το φαγητό, της απώλειας θερμίδων κατά την άσκηση, της κατανάλωσης διαιτητικών προϊόντων και της χρήσης καθαρτικών εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Μάλιστα σε όλες τις περιπτώσεις οι γυναίκες ήταν περισσότερο θετικές στις απαντήσεις τους από ότι οι άνδρες. Επομένως, γίνεται φανερό ότι οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες σε σχέση με τα περιττά κιλά και την εικόνα του σώματός τους καθώς καταφεύγουν πιο συχνά σε δίαιτες και στην κατανάλωση διαιτητικών προϊόντων από ότι οι άνδρες, αλλά και σε πιο ακραίες μεθόδους για την απώλεια κιλών, όπως είναι τα καθαρτικά και τα διουρητικά.

Στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών, της αποφυγής φαγητού όταν υπάρχει αίσθηση πείνας, του τεμαχισμού του φαγητού σε μικρές μερίδες, του θερμιδικού φορτίου, των υδατανθράκων, της σκέψης του λίπους, της αποφυγής φαγητών με ζάχαρη, της υιοθέτησης διαιτητικών συμπεριφορών και της επιπλέον άσκησης για απώλεια βάρους εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις κατηγορίες ΔΜΣ. Στις ερωτήσεις αυτές μάλιστα, οι νορμοβαρείς είναι θετικότεροι στις απαντήσεις τους από ότι οι υπέρβαροι.

Επίσης, στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών – δηλαδή στην ιδέα ότι κάποιος θα γίνει υπέρβαρος εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις περιοχές. Στην ερώτηση αυτή, οι κάτοικοι της Δημοτικής Κοινότητας 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης ανησυχούν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους κατοίκους της Δημοτικής Κοινότητας 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα είναι ($F = 3,079, p = ,031 < 0,05$).

Οι διαφορετικές ομάδες ηλικιών δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις του εργαλείου EAT-26.

Πίνακας 15: Κατανομή συχνότητας και ποσοστών και στατιστική σημαντικότητα για τις προτάσεις του eat -26

Ερώτηση	Όχι αι	N	P value
Τρομοκρατούμαι στην ιδέα ότι μπορεί να γίνω υπέρβαρος/η	59,4% (57)	40,6 % (39)	,066
Αποφεύγω το φαγητό όταν πεινάω	95,8% (92)	4,2% (4)	,000
Με απασχολεί το φαγητό	50% (48)	50% (48)	1,000
Τσιμπολογάω σε βαθμό που δεν μπορώ να σταματήσω.	66,7% (48)	33,3 (16)	,001

	(64)	% (32)	
Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρές μερίδες.	81,3% (78)	18,8% (18)	,000
Με απασχολεί το θερμιδικό φορτίο των τροφών που καταναλώνω.	55,2% (53)	44,8% (43)	,307
Κυρίως αποφεύγω τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες (ρύζι, μακαρόνια, ψωμί κλπ).	82,3% (79)	17,7% (17)	,000
Νιώθω ότι οι άλλοι θα ήθελαν τα τρώω περισσότερο.	82,3% (79)	17,7% (17)	,000
Κάνω εμετό αφού έφαγα.	95,8% (92)	4,2% (4)	,000
Νιώθω φοβέρες ενοχές αφού φάω.	94,8% (91)	5,2% (5)	,000
Με απασχολεί η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η.	54,2% (52)	45,8% (44)	,414
Σκέφτομαι την απώλεια θερμίδων όταν ασκούμαι.	42,7% (41)	57,3% (55)	,153
Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η.	70,8% (68)	29,2% (28)	,000
Με απασχολεί η σκέψη του λίπους στο σώμα μου.	40,6% (39)	59,4% (57)	,066
Αργώ να ολοκληρώσω το γεύμα μου σε σχέση με τους άλλους.	46,9% (45)	53,1% (51)	,540
Αποφεύγω φαγητά που έχουν ζάχαρη.	57,3% (55)	42,7% (41)	,153
Τρώω διαιτητικά προϊόντα.	78,1% (75)	21,9% (21)	,000
Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	79,2% (76)	20,8% (20)	,000
Ασκώ αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό.	33,3% (32)	66,7% (64)	,001
Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	85,4% (82)	14,6% (14)	,000
Αποδίδω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	67,7% (65)	32,3% (31)	,001
Νιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά.	75% (72)	25% (24)	,000
Υιοθετώ διαιτητικές συμπεριφορές.	65,6%	34,4%	,002

	(63)	% (33)	
Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου	92,7% (89)	7,3% (7)	,000
Έχω την παρόρμηση να κάνω εμετό μετά το φαγητό.	95,8% (92)	4,2% (4)	,000
Μου αρέσει να καταναλώνω νέα τρόφιμα.	24%% (23)	76% % (73)	,000
Κατά τους τελευταίους 6 μήνες.....	Όχι	Ναι	P - value
Τσιμπολόγαγες σε τέτοιο βαθμό που ένιωσες ότι είναι αδύνατο να σταματήσεις;	77,2% (74)	22,9 % (33)	,000
Έκανες τον εαυτό σου να αρρωστήσει (να κάνει εμετό) με στόχο να ελέγξεις το βάρος ή το σχήμα του σώματος σου;	100% (96)	-	,000
Χρησιμοποίησες καθαρτικά, διουρητικά ή χάπια διαίτας προκειμένου να ελέγξεις το βάρος ή το σχήμα του σώματος σου;	94,8% (91)	5,2% (5)	,000
Έκανες άσκηση παραπάνω από μια ώρα την μέρα προκειμένου να χάσεις η να ελέγξεις το βάρος;	70,8% (68)	29,2 % (28)	,000
Έχασες 10kg (20pounds) η παραπάνω;	94,8% (91)	5,2% (5)	,000

5.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου TFEQ – R21

Οι ερωτήσεις του TFEQ-R21 βασίζονταν ως επί το πλείστον σε μια 4βαθμη κλίμακα Likert η οποία ξεκινούσε με τις απόλυτα αληθείς απαντήσεις και κατέληγε στις απόλυτα ψευδείς. Με βάση την κλίμακα αυτή και τις απαντήσεις δημιουργήθηκε ο Πίνακας 8 που παρουσιάζει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση. Από τα δεδομένα συμπεραίνεται πως οι απαντήσεις δεν περιλαμβάνουν καθόλου την έννοια της απόλυτης αλήθειας. Οι περισσότερες απαντήσεις επίσης εμφανίζουν μέσο όρο απαντήσεων κοντά στο 2,5 γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα πως το δείγμα κρατά μια περισσότερο ουδέτερη στάση.

Ορισμένες ερωτήσεις που προσεγγίζουν κατά μέσο όρο το 3 και άρα κινούνται σε μέτρια προς αληθή επίπεδα είναι οι *Συχνά νιώθω τόσο πεινασμένος/η που το στομάχι μου μοιάζει σαν να μην έχει πάτο (σαν άβυσσος)* (M.O.=3,01, T.A.=,935) και *Όταν νιώθω κατάθλιψη θέλω να φάω* (M.O.=3,00, T.A.=1,257).

Παράλληλα εκτελέστηκε και έλεγχος One Way ANOVA για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις απαντήσεις σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το ΔΜΣ και τις περιοχές.

Στις ερωτήσεις *Σκοπίμως λαμβάνω μικρές μερίδες για να ελέγγω το βάρος μου, Ξεκινώ να τρώω όταν αγχώνομαι, Δεν τρώω μερικά φαγητά επειδή με παχαίνουν* η επίδραση του ΔΜΣ είναι στατιστικά σημαντική. Στην πρώτη και Τρίτη ερώτηση οι υπέρβαροι σημειώνουν αρνητικότερες απαντήσεις ενώ στη δεύτερη συμβαίνει το αντίθετο. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα του ελέγχου είναι ($F = 4,800, p = 0,031 < 0,05$), ($F = 4,944, p = 0,029 < 0,05$) και ($F = 16,588, p = 0,000 < 0,05$).

Στις ερωτήσεις *Σκοπίμως λαμβάνω μικρές μερίδες για να ελέγγω το βάρος μου, Όταν μυρίζω μια ζεστή μπριζόλα ή ένα ζουμερό κομμάτι κρέας, το βρίσκω πολύ δύσκολο να μην φάω, ακόμα και αν μόλις ολοκλήρωσα το γεύμα μου* η επίδραση του φύλου είναι στατιστικά σημαντική. Στην πρώτη ερώτηση οι γυναίκες έχουν δώσει θετικότερες απαντήσεις από τους άνδρες με στατιστικά σημαντική διαφορά και στη δεύτερη ερώτηση το αντίστροφο. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα του ελέγχου είναι ($F = 6,071, p = 0,016 < 0,05$) και ($F = 19,593, p = 0,000 < 0,05$).

Στις ερωτήσεις *Σκοπίμως λαμβάνω μικρές μερίδες για να ελέγγω το βάρος μου, Είμαι πάντα πεινασμένος/η αρκετά ώστε να φάω οποιαδήποτε ώρα* η επίδραση της ηλικίας είναι στατιστικά σημαντική. Στις ερωτήσεις αυτές οι νεότεροι συμμετέχοντες δίνουν θετικότερες απαντήσεις από τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα του ελέγχου είναι ($F = 20,573, p = 0,000 < 0,05$) και ($F = 8,438, p = 0,000 < 0,05$).

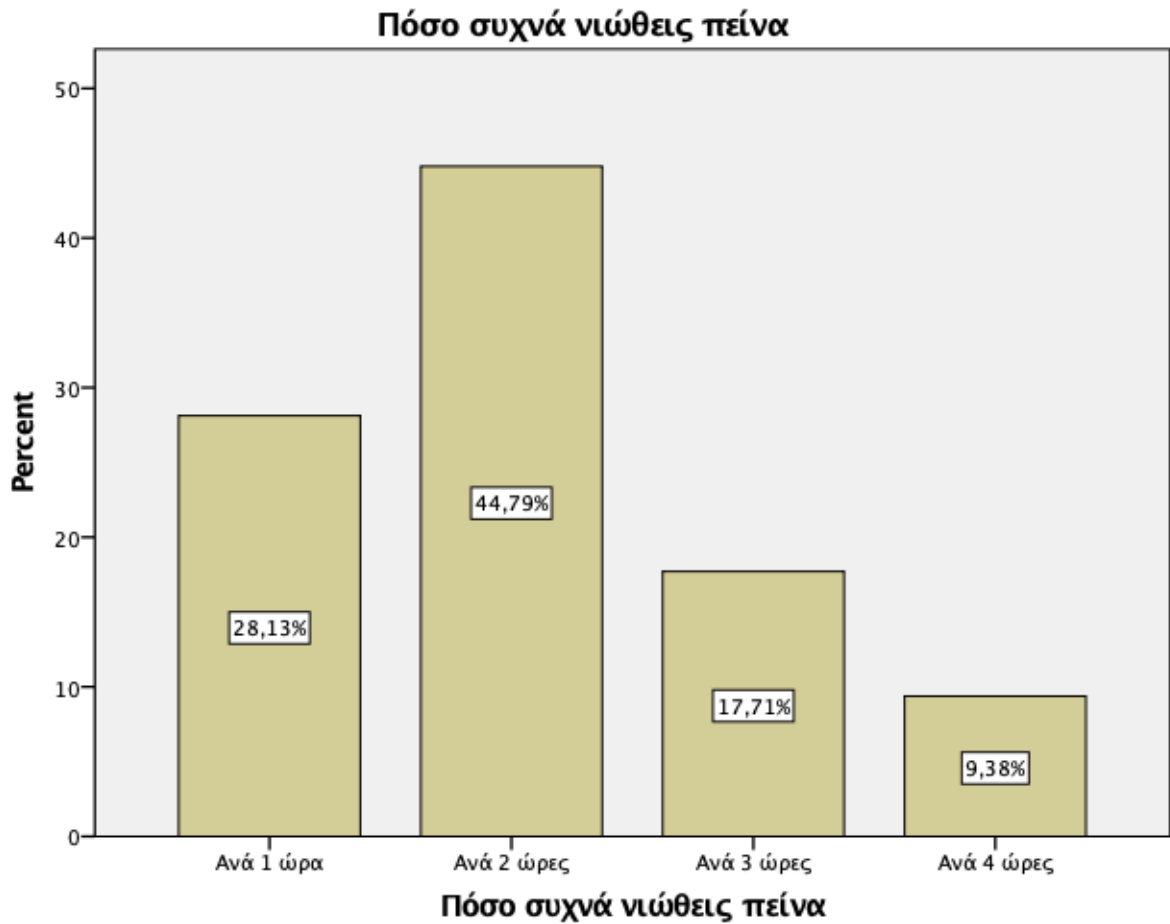
Ωστόσο, ανάμεσα στις περιοχές της έρευνας και στις απαντήσεις των παρακάτω ερωτήσεων δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 16: Μέσος όρος (Μ.Ο.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.) και στατιστική σημαντικότητα για τις ερωτήσεις του TFEQ -R21 (1 = απολύτως αληθές, 4 = απολύτως ψευδές)

Ερώτηση	Μέσος όρος (Μ.Ο.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	P - value
Σκοπίμως λαμβάνω μικρές μερίδες για να ελέγγω το βάρος μου	2,47	1,399	,000
Ξεκινώ να τρώω όταν αγχώνομαι	2,43	1,271	,001
Μερικές φορές όταν ξεκινώ να τρώω δεν μπορώ να σταματήσω	2,74	1,154	,086
Όταν νιώθω λυπημένος/η τρώω συχνά πολύ παραπάνω	2,57	1,054	,004
Δεν τρώω μερικά φαγητά επειδή με παχαίνουν	2,67	,937	,002

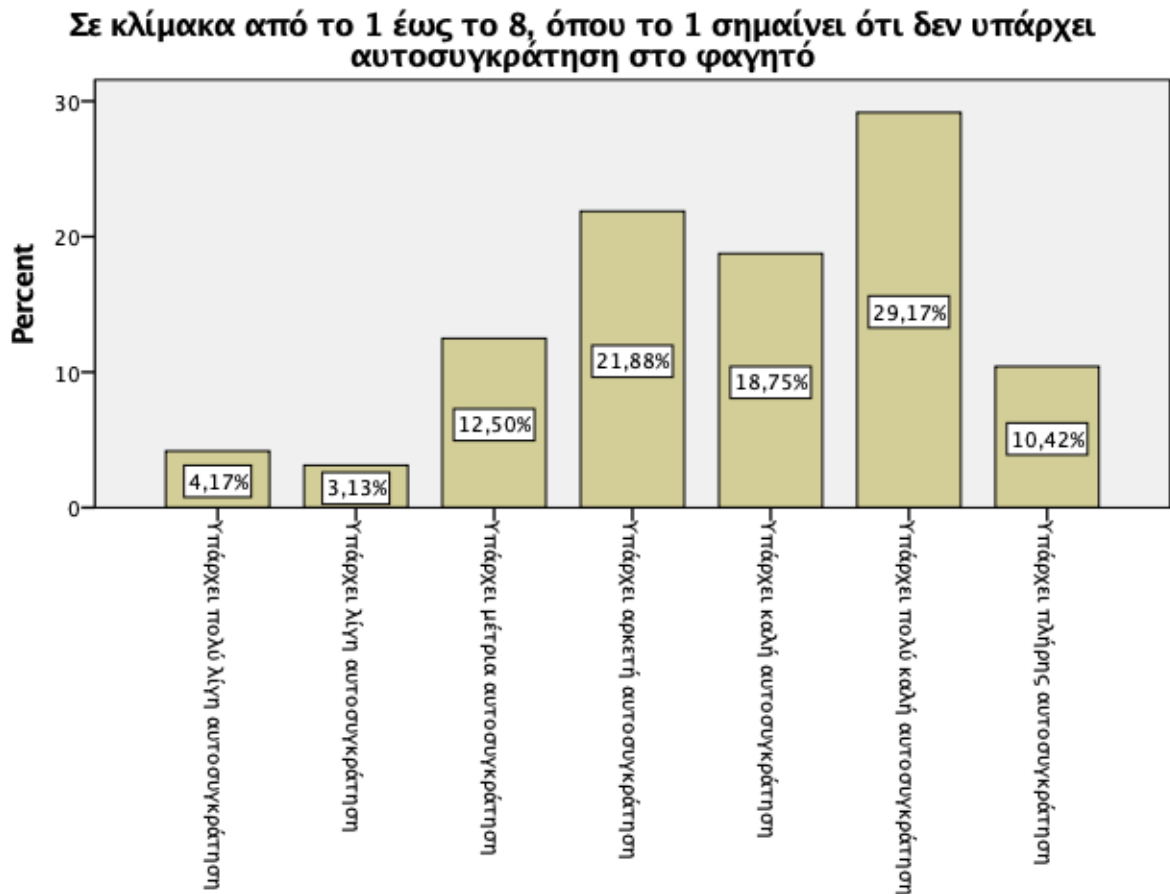
Όταν βρίσκομαι με κάποιον που τρώει, συχνά με κάνει να θέλω και εγώ να φάω	2,49	,906	,000
Όταν νιώθω πεισμένος/η ή "κενός/ή" συχνά με κάνει να νιώθω ότι πρέπει να φάω	2,50	,962	,000
Συχνά νιώθω τόσο πεινασμένος/η που το στομάχι μου μοιάζει σαν να μην έχει πάτο (σαν άβυσσος)	3,01	,935	,000
Πάντα νιώθω τόσο πεινασμένος/η που είναι δύσκολο για μένα να σταματήσω να τρώω πριν φάω όλο το φαγητό στο πιάτο μου	2,76	1,229	,000
Όταν νιώθω μοναξιά παρηγορώ τον εαυτό μου με φαγητό	2,69	1,242	,004
Συνειδητά μειώνω το φαγητό που καταναλώνω ώστε να μην πάρω βάρος	2,26	1,059	,124
Όταν μυρίζω μια ζεστή μπριζόλα ή ένα ζουμερό κομμάτι κρέας, το βρίσκω πολύ δύσκολο να μην φάω, ακόμα και αν μόλις ολοκλήρωσα το γεύμα μου	2,73	1,138	,000
Είμαι πάντα πεινασμένος/η αρκετά ώστε να φάω οποιαδήποτε ώρα	2,81	1,009	,021
Αν νιώθω νευρικότητα, προσπαθώ να ηρεμήσω τρώγοντας	2,60	1,147	,000
Όταν βλέπω κάτι νόστιμο, συχνά νιώθω τόσο πεινασμένος ώστε να πρέπει να φάω κάτι άμεσα	2,56	1,054	,290
Όταν νιώθω κατάθλιψη θέλω να φάω	3,00	1,257	,000
Αποφεύγεις συχνά να αποθηκεύεις δελεαστικά τρόφιμα;	2,40	1,041	,077
Τρως συχνά λιγότερο από όσο θέλεις/επιθυμείς;	2,33	1,012	,058

Επιπλέον, το δείγμα ρωτήθηκε για τη συχνότητα αίσθησης πείνας. Το Γράφημα 18 που παρουσιάζει τις σχετικές απαντήσεις δείχνει πως το 44,79% (N=43) του δείγματος πεινάω ανά 2 ώρες, το 28,13% (N=27) ανά 1 ώρα και το 17,71% (N=17) ανά 3 ώρες.



Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεως συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατά την οποία νιώθουν πείνα

Τέλος, το δείγμα ρωτήθηκε και για τη δυνατότητα αυτοσυγκράτησης. Τα δεδομένα στο Γράφημα 19 δείχνουν πως το δείγμα κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα αυτοσυγκράτησης και περίπου το 80% (N=77) του δείγματος δηλώνει αυτοσυγκράτηση πάνω από μέτρια επίπεδα.



Σε κλίμακα από το 1 έως το 8, όπου το 1 σημαίνει ότι δεν υπάρχει ...

Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεως συμμετεχόντων αναφορικά με τη βαθμολογία που θα έβαζαν στον εαυτό τους αναφορικά με την αυτοσυγκράτησή τους απέναντι στο φαγητό

5.5 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου SREBQ – GR

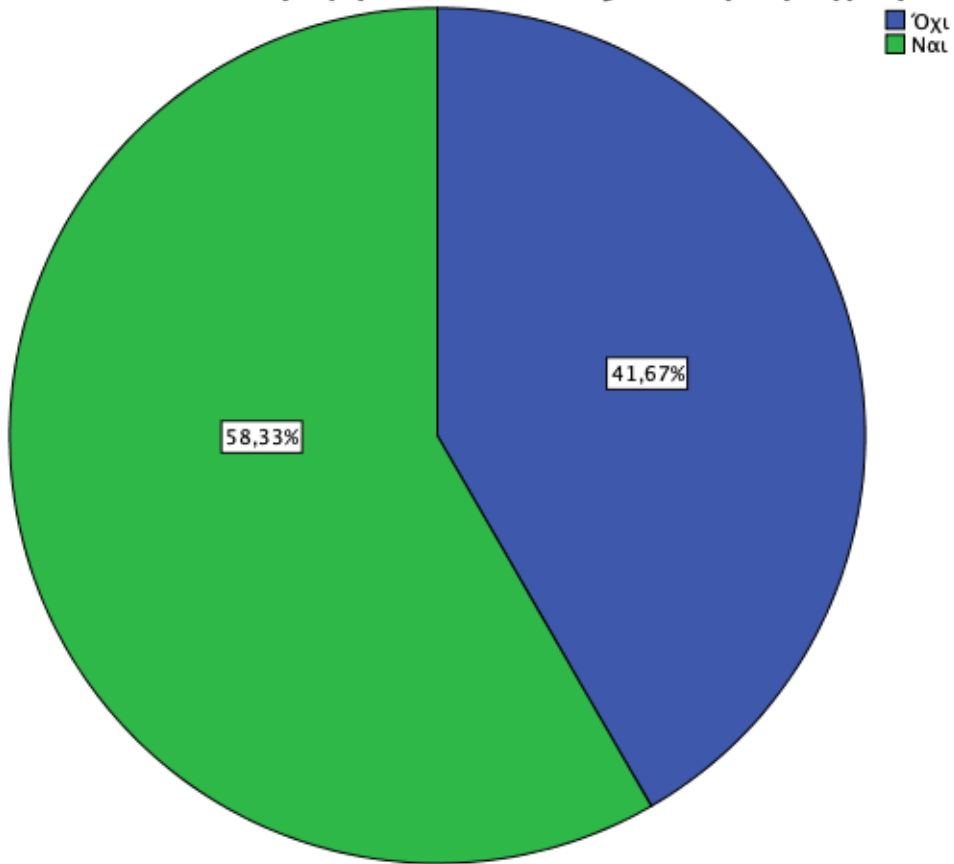
Η ενότητα των αποτελεσμάτων του εργαλείου SREBQ-GR ξεκινά με την ερώτηση του ποια είναι τα τρόφιμα αυτά. Το Γραφημα 20 δείχνει πως για το 31,25% (N=30) του δείγματος δελεαστικό τρόφιμα είναι τα πατατάκια και για το 20,83% (N=20) η σοκολάτα. Τα γλυκά γενικά είναι το δελεαστικό τρόφιμο του 16,67% (N=16) του δείγματος.



Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με ποια τρόφιμα κρίνουν ως δελεαστικά

Στη συνέχεια, το δείγμα ρωτήθηκε αν έχει σκοπό να μειώσει την κατανάλωση αυτών των τροφίμων και τα αποτελέσματα προβάλλει το Γράφημα 21. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 58,33% (N=56) του δείγματος σκοπεύει να μειώσει την κατανάλωση των δελεαστικών τροφίμων ενώ το 41,67% (N=40) δηλώνει το αντίθετο.

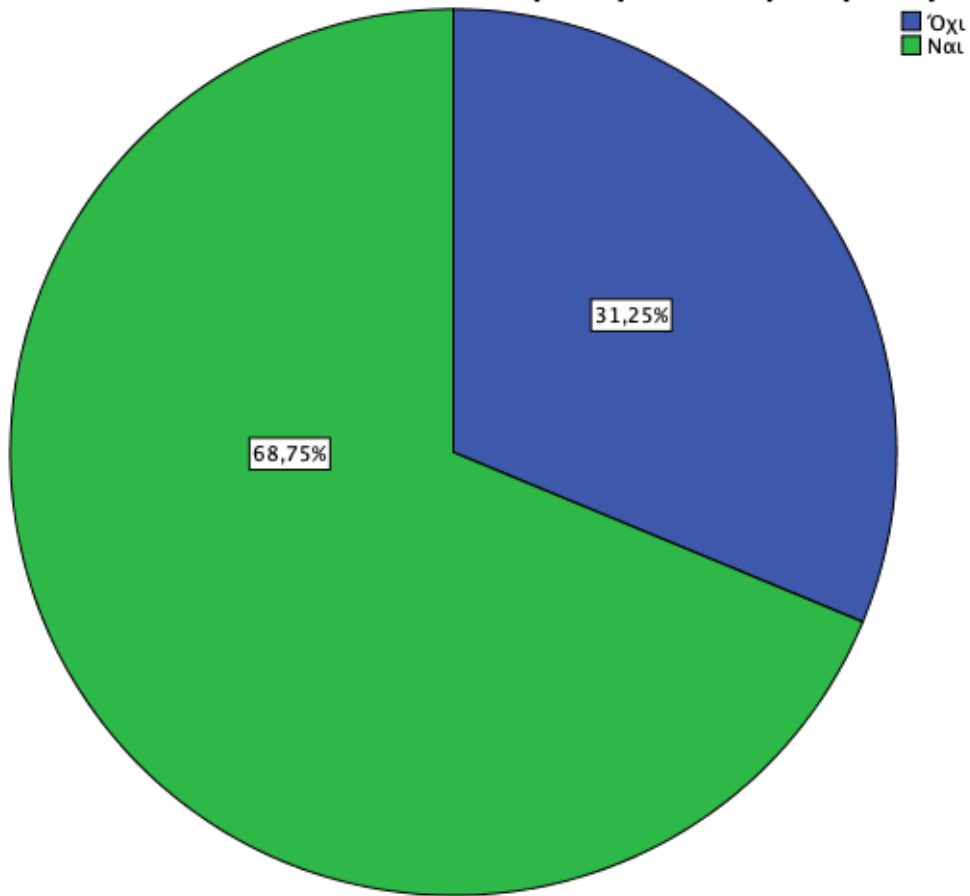
Σκοπεύετε να μειώσετε την κατανάλωση της ποσότητας των «δεδειαστικών τροφίμων» που επιλέξατε στην προηγούμενη ερώτηση;



Γράφημα 8: Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τις βλέψεις τους να μειώσουν την κατανάλωση των «δεδειαστικών τροφίμων»

Παράλληλα, το δείγμα ρωτήθηκε αν θα ακολουθήσει μια πιο υγιεινή διατροφή. Το Γράφημα 22 που προβάλλει τις απαντήσεις του δείγματος δείχνει πως το 68,75% (N=66) σκοπεύει να βελτιώσει τη διατροφή του και το 31,25% (N=30) δε σκοπεύει να κάνει κάτι τέτοιο.

Σκοπεύετε να ακολουθήσετε μια πιο υγιεινή διατροφή;



Γράφημα 9: Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τις βλέψεις τους να ακολουθήσουν υγιεινή διατροφή

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα σύνολο ερωτήσεων σχετικά με τη διατροφή τους, σε 4βαθμή κλίμακα Likert όπου το 0 αντιστοιχεί στο ποτέ και το 4 στο πάντα. Άρα, οι τιμές των μέσων όρων κοντά στο 0 δείχνουν μια τάση προς το ποτέ και οι τιμές των μέσων όρων κοντά στο 4 δείχνουν μια τάση προς το πάντα. Ο Πίνακας 9 είναι αφιερωμένος στην παρουσίαση των σχετικών αποτελεσμάτων στις απαντήσεις και παρουσιάζει τις τιμές των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων για τις αντίστοιχες ερωτήσεις.

Σύμφωνα με τα δεδομένα, οι συμμετέχοντες δεν εγκαταλείπουν πολύ εύκολα τη «διατροφική» τους πρόθεση (Μ.Ο. = ,72, Τ.Α. = ,970), αντιστέκονται κάποιες φορές στα «δελεαστικά τρόφιμα» (Μ.Ο. = 1,68, Τ.Α. = 1,447), ορισμένες φορές κάνουν αλλαγές στη διατροφή τους αν δεν τρέφονται με τον τρόπο που έχουν αποφασίσει (Μ.Ο. = 1,53, Τ.Α. = 1,056), μερικές φορές αποσπάται η προσοχή τους από τον τρόπο που έχουν αποφασίσει να τρέφονται (Μ.Ο. = 1,53, Τ.Α. = 1,101) και σπάνια δεν τους είναι εύκολο να θυμούνται τι έχουν φάει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας (Μ.Ο. = 1,20, Τ.Α. = 1,053).

Παράλληλα εκτελέστηκε και έλεγχος One Way ANOVA για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις απαντήσεις σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το ΔΜΣ και τις περιοχές.

Στην ερώτηση *Μου είναι δύσκολο να θυμάμαι τι έχω φάει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας* η επίδραση του φύλου είναι στατιστικά σημαντική. Μάλιστα, προκύπτει πως για τους άνδρες είναι πιο συχνά δύσκολο να θυμούνται τι έχουν φάει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας σε σχέση με τις γυναίκες ($F=9,070, p=0,003 < 0,05$).

Στην ερώτηση *Αντιστέκομαι στα «δελεαστικά τρόφιμα»* η επίδραση του ΔΜΣ είναι στατιστικά σημαντική. Μάλιστα, προκύπτει πως για τους υπέρβαρους είναι πιο συχνά δύσκολο να αντιστέκονται στα «δελεαστικά τρόφιμα» σε σχέση με τους νορμοβαρείς ($F=9,637, p=0,003 < 0,05$).

Τέλος, οι περιοχές και η ηλικία δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που εξετάστηκαν στον Πίνακα 9.

Πίνακας 17. Μέσος όρος (Μ.Ο.), Τυπική απόκλιση (Τ.Α.) και στατιστική σημαντικότητα απαντήσεων συμμετεχόντων για το βαθμό που τους αντιπροσωπεύουν οι ερωτήσεις του SREBQ – GR (0 = Ποτέ, 4 = Πάντα)

Ερώτηση	Μέσος όρος (Μ.Ο.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)	P - value
A. Εγκαταλείπω πολύ ευκολά τη «διατροφική πρόθεσή» μου.	,72	,970	,000
B. Αντιστέκομαι στα «δελεαστικά τρόφιμα».	1,68	1,447	,000
Γ. Αν δεν τρέφομαι με τον τρόπο που έχω αποφασίσει, κάνω αλλαγές στη διατροφή μου.	1,53	1,056	,000
Δ. Αποσπάται εύκολα η προσοχή μου από τον τρόπο που έχω αποφασίσει να τρέφομαι.	1,41	1,101	,741
Ε. Μου είναι δύσκολο να θυμάμαι τι έχω φάει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.	1,20	1,053	,000

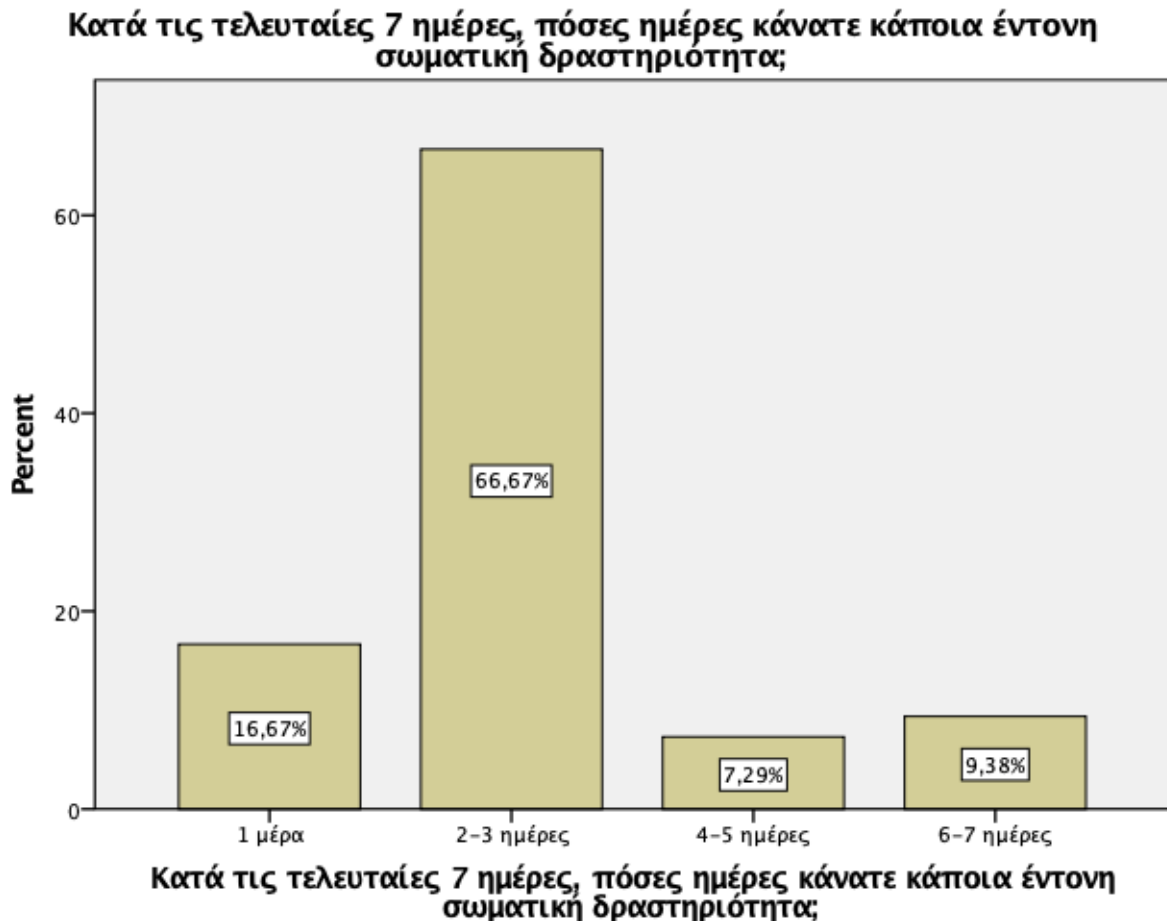
5.6 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου IPAQ

Έντονη άσκηση

Τα αποτελέσματα του εργαλείου IPAQ ξεκινούν με την έντονη άσκηση. Αρχικά, από το ζήτημα ζητήθηκε η συχνότητα έντονης άσκησης την τελευταία εβδομάδα. Από το Γράφημα 23 προκύπτει πως το 66,67% (N=64) του δείγματος έκανε έντονη δραστηριότητα 2-3 ημέρες την τελευταία εβδομάδα. Η επίδραση της ηλικίας στην ερώτηση αυτή είναι στατιστικά

σημαντική και οι νεότεροι συμμετέχοντες κάνουν περισσότερες φορές έντονη δραστηριότητα σε σχέση με τους γηραιότερους ($F=7,056, p=0,001 < 0,05$).

Οι περιοχές, ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη συχνότητα της έντονης άσκησης.

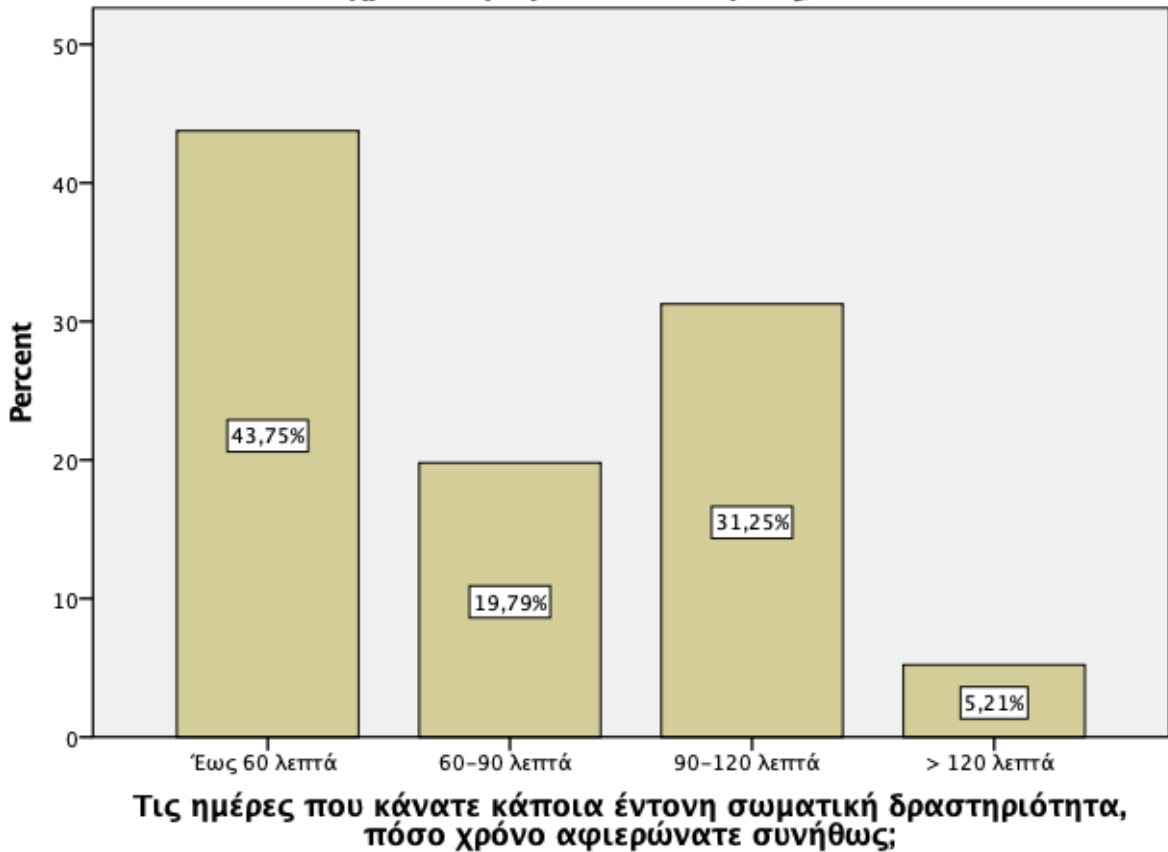


Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών έντονης άσκησης κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

Παράλληλα, ζητήθηκε από το δείγμα και ο χρόνος έντονης άσκησης. Στο Γράφημα 24 παρατηρείται πως το 43,75% ($N=42$) του δείγματος έκανε έντονη άσκηση έως 60 λεπτά και το 31,25% ($N=30$) 90-120 λεπτά. Η επίδραση της ηλικίας στην ερώτηση αυτή είναι στατιστικά σημαντική και οι νεότεροι συμμετέχοντες ξοδεύουν περισσότερο χρόνο σε έντονη δραστηριότητα σε σχέση με τους γηραιότερους ($F=3,347, p=0,039 < 0,05$).

Οι περιοχές, ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη διάρκεια της έντονης άσκησης.

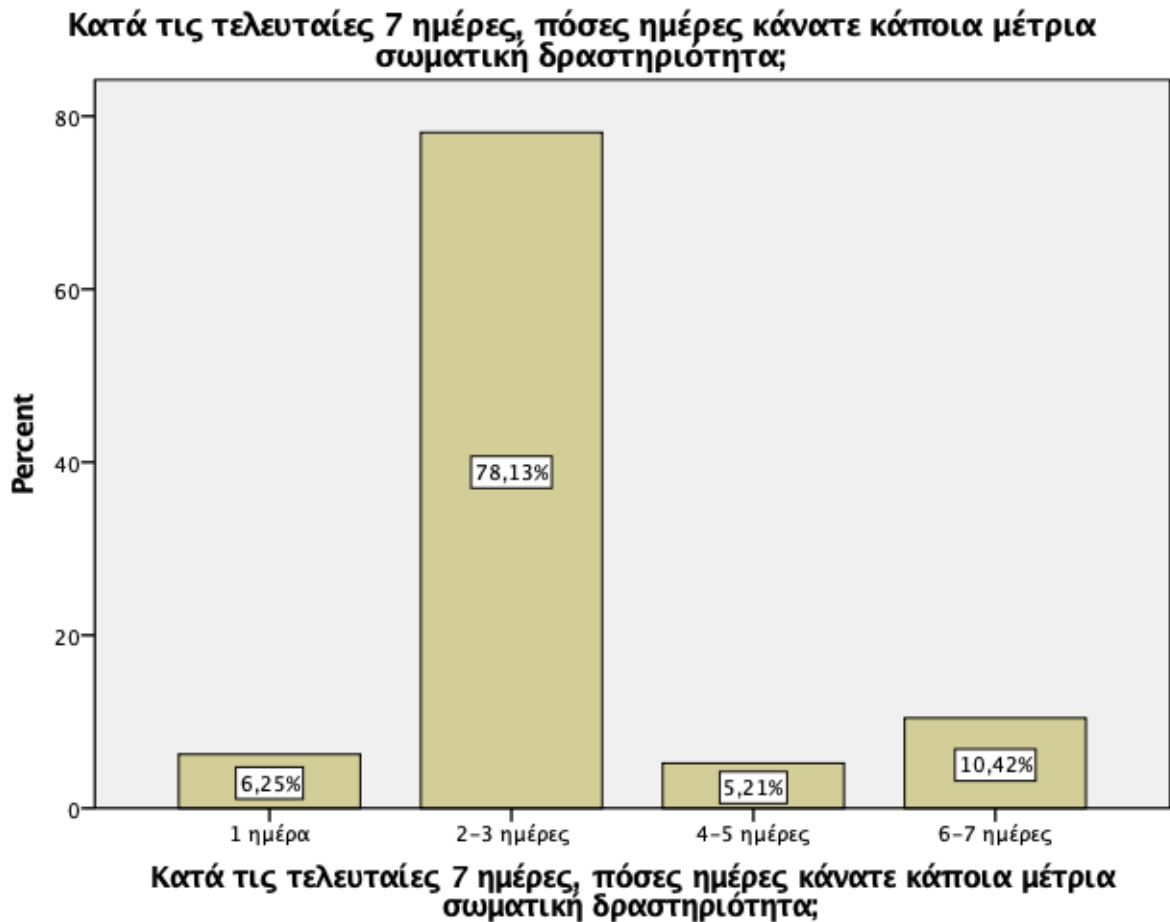
Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνατε συνήθως;



Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο έντονης άσκησης που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

Μέτριας έντασης άσκηση

Εκτός από την έντονη άσκηση το δείγμα ρωτήθηκε και για την μέτριας έντασης άσκηση. Αρχικά, ζητήθηκε η συχνότητα αυτού του τύπου της άσκησης για την τελευταία εβδομάδα και σύμφωνα με το Γράφημα 25, το 78,13% (N=75) του δείγματος κάνει μέτριας έντασης άσκηση 2-3 φορές την εβδομάδα. Στην ερώτηση αυτή καμία από τις μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, του ΔΜΣ και της περιοχής δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.



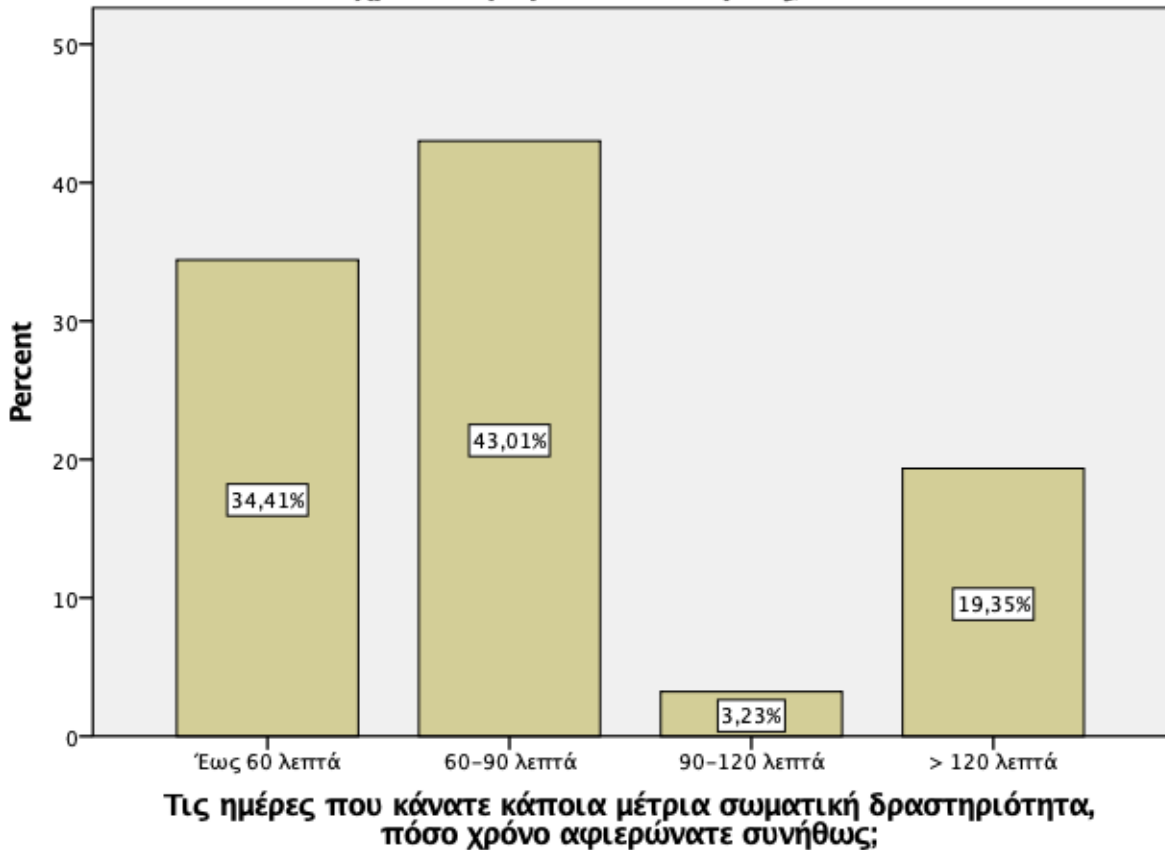
Γράφημα 12: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών μέτριας άσκησης κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

Επίσης, ζητήθηκε και ο χρόνος που αφιερώνει το δείγμα σε μέτριας έντασης άσκησης. Οι απαντήσεις προβάλλονται στο Γράφημα 26. Τα δεδομένα δείχνουν πως το 43,01% (N=40) του δείγματος ξοδεύει 60-90 λεπτά στην άσκηση μέτριας έντασης και το 34,41% (N=32) μέχρι 60 λεπτά. Η επίδραση του φύλου στην ερώτηση αυτή, είναι στατιστικά σημαντική και οι γυναίκες κάνουν για περισσότερο χρόνο μέτριας έντασης δραστηριότητα σε σχέση με τους άνδρες ($F=5,172, p=0,025 < 0,05$).

Ακόμα, η επίδραση της περιοχής είναι στατιστικά σημαντική και οι συμμετέχοντες της Δημοτικής Κοινότητας 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης ασκούνται σε μέτρια ένταση για περισσότερο χρόνο σε σχέση με τους συμμετέχοντες της Δημοτικής Κοινότητας 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης ($F=2,872, p=0,041 < 0,05$).

Ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το χρόνο της μέτριας έντασης άσκησης.

Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνατε συνήθως;



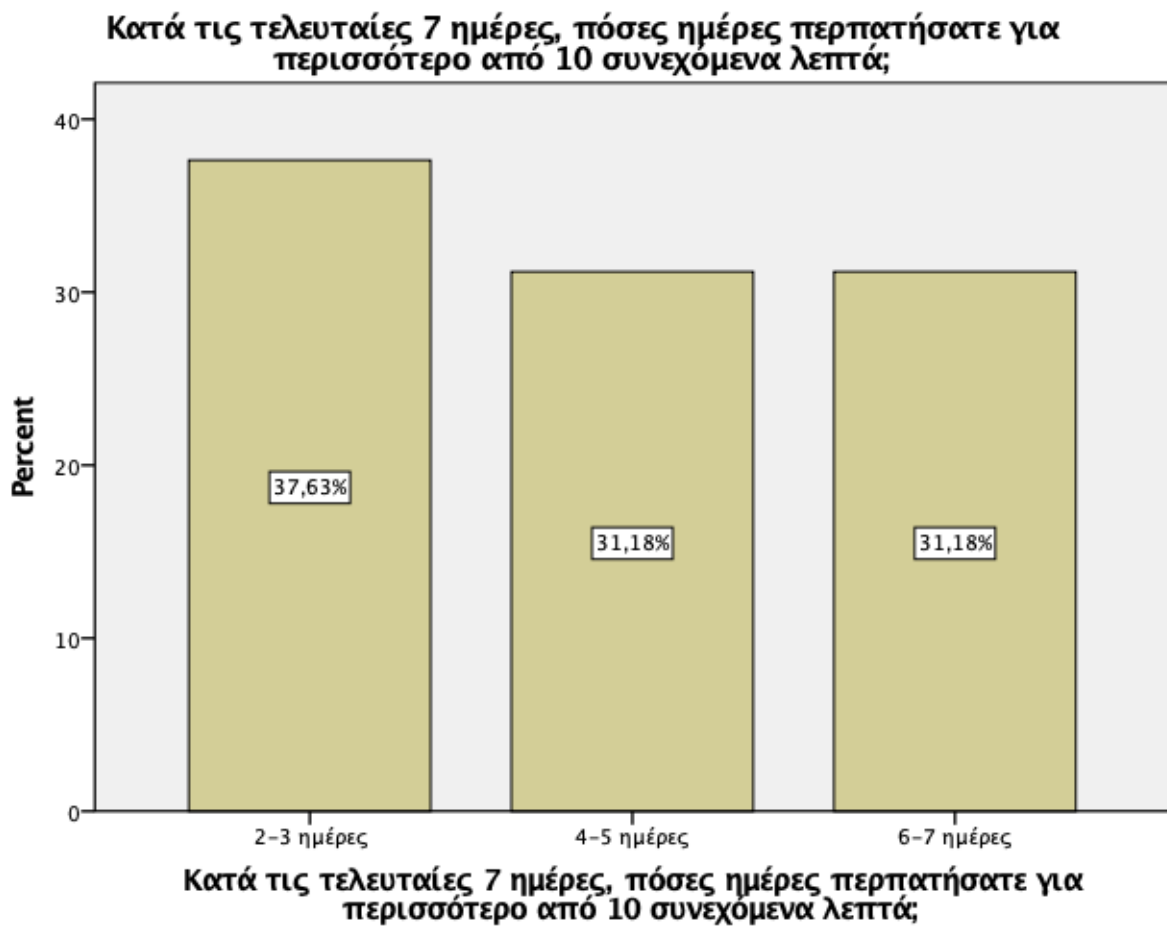
Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο μέτριας άσκησης που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

Περπάτημα

Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση για το περπάτημα στο δείγμα. Αρχικά, ζητήθηκε η συχνότητα που το περπάτημα διήρκεσε πάνω από 10 λεπτά. Από το Γράφημα 27 προκύπτει πως για το 37,63% (N=35) του δείγματος το περπάτημα για πάνω από 10 λεπτά συνέβη 2-3 φορές τις τελευταίες 7 ημέρες. Επιπλέον, το 31,18% (N=29) του δείγματος περπάτησε για περισσότερο από 10 λεπτά 4-5 φορές την τελευταία εβδομάδα. Το ίδιο ποσοστό ισχύει και για τις περιπτώσεις που το περπάτημα άνω των 10 λεπτών συνέβη 6-7 φορές την τελευταία εβδομάδα.

Η επίδραση της ηλικίας στην ερώτηση αυτή είναι στατιστικά σημαντική και οι νεότεροι συμμετέχοντες περπατούν συχνότερα για περισσότερο από 10 λεπτά σε σχέση με τους γηραιότερους ($F=5,400, p=0,006 < 0,05$).

Οι περιοχές, ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη συχνότητα του περπατήματος για περισσότερο από 10 λεπτά.

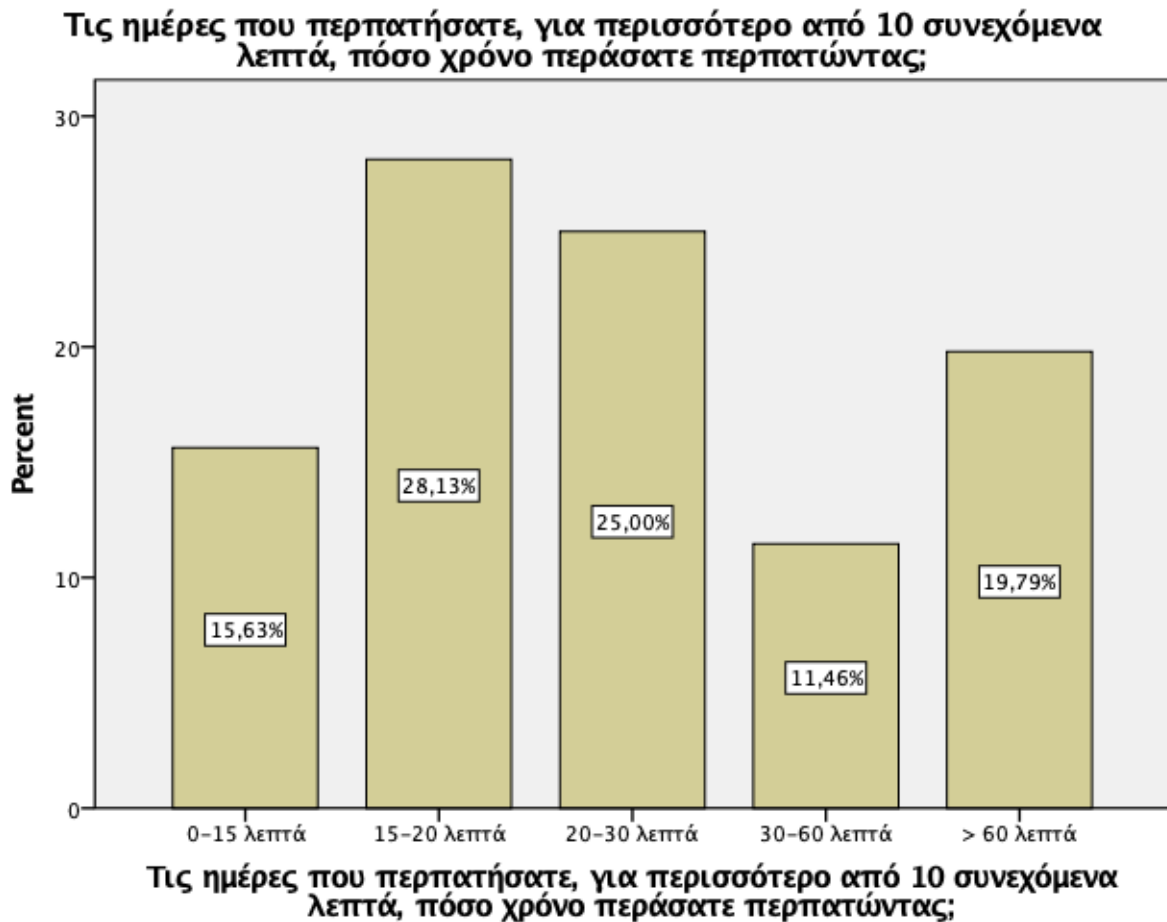


Γράφημα 14: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό ημερών που περπάτησαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

Παράλληλα, ζητήθηκε και ο χρόνος που το δείγμα περπάτησε στις περιπτώσεις που αυτό υπερέβη τα 10 λεπτά. Το Γράφημα 28 δείχνει πως για το 28,13% (N=27) του δείγματος το περπάτημα διήρκεσε 15-20 λεπτά, για το 25% (N=24) διήρκεσε 20-30 λεπτά και για το 19,79% (N=19) διήρκεσε πάνω από 60 λεπτά.

Η επίδραση της ηλικίας στην ερώτηση αυτή είναι στατιστικά σημαντική και οι νεότεροι συμμετέχοντες περπατούν για περισσότερο χρόνο σε σχέση με τους γηραιότερους (F=6,728, $p=0,012 < 0,05$).

Οι περιοχές, ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη διάρκεια του περπατήματος όταν αυτό είναι για περισσότερο από 10 λεπτά.



Γράφημα 15: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο περπατήματος που κατανάλωσαν κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

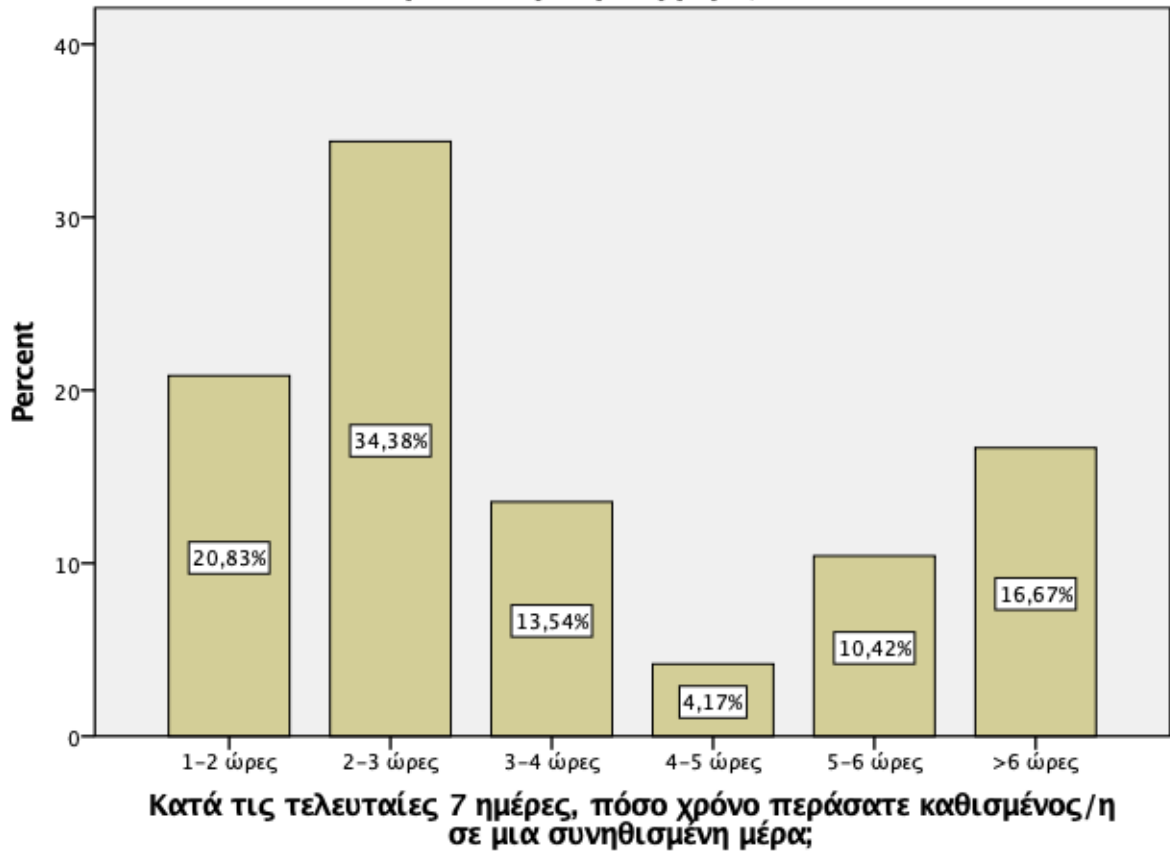
Διάρκεια παραμονής σε καθιστική θέση

Τελευταία ερώτηση προς ανάλυση για το εργαλείο IPAQ αφορά την παραμονή σε καθιστική θέση και το χρόνο που το δείγμα ξόδεψε σε τέτοια τύπου θέση τις τελευταίες 7 ημέρες. Στο Γράφημα 29 παρουσιάζονται οι σχετικοί χρόνοι και προκύπτει πως για το 34,38% (N=33) η καθιστική θέση διήρκεσε 2-3 ώρες, για το 20,83% (N=20) διήρκεσε 1-2 ώρες, ενώ για το 16,67% (N=16) διήρκεσε πάνω από 6 ώρες.

Η επίδραση της ηλικίας στην ερώτηση αυτή είναι στατιστικά σημαντική και οι νεότεροι συμμετέχοντες ξεξεύουν λιγότερο χρόνο καθιστοί σε σχέση με τους γηραιότερους ($F=4,934$, $p=0,009 < 0,05$).

Οι περιοχές, ο ΔΜΣ και το φύλο δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη διάρκεια της παραμονής σε καθιστική θέση.

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα;



Γράφημα 16: Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνο που κατανάλωσαν στο να παραμείνουν καθιστοί κατά τις τελευταίες 7 ημέρες

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βάση της ελλιπούς διερεύνησης στη διεθνή βιβλιογραφία για τον κίνδυνο διατροφικών διαταραχών σε ερασιτέχνες αθλητές, η μελέτη αυτή αφιερώθηκε στη διερεύνηση αυτή σε τυχαίοποιημένο δείγμα 96 ατόμων από 4 διαφορετικές περιοχές της Θεσσαλονίκης, της Δημοτικής Κοινότητας 2^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, της Δημοτικής Κοινότητας 3^{ου} Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, του Δήμου Καλαμαριάς και της Δημοτικής Κοινότητας Σταυρουπόλεως.

Στο σύνολο του δείγματος προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο δείγμα τείνει να είναι μικρή. Ανησυχία εμφάνισαν οι συμμετέχοντες για την απώλεια θερμίδων κατά την άσκηση, για το λίπος στο σώμα και την άσκηση αυτοελέγχου σχετικά με το φαγητό. Τα ευρήματα αυτά σχετικά με την ένδειξη για μικρή πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο δείγμα ερασιτεχνών αθλούμενων, κινούνται σε αντίθετη κατεύθυνση σε σχέση με άλλες έρευνες όπως αυτών των Yannakouli et al. (2004), η οποία μιλάει για αύξηση των διατροφικών διαταραχών στην σύγχρονη εποχή.

Επιπλέον, αποδείχθηκε πως κατά τους 6 τελευταίους μήνες, οι συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν στοιχεία που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες, απάντησαν αρνητικά στις ερωτήσεις «τσιμπολόγαγες σε τέτοιο βαθμό που ένιωσες ότι είναι αδύνατο να σταματήσεις», «Χρησιμοποίησες καθαρτικά, διουρητικά ή χάπια δίαιτας προκειμένου να ελέγξεις το βάρος ή το σχήμα του σώματος σου», «Έκανες άσκηση παραπάνω από μια ώρα την μέρα προκειμένου να χάσεις η να ελέγξεις το βάρος σου;», «Έχασες 10kg ή παραπάνω».

Άξιο αναφοράς είναι πως το φύλο φάνηκε να επιδρά σημαντικά σε ορισμένες ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών, της αποφυγής φαγητού όταν υπάρχει αίσθηση πείνας, του θερμιδικού φορτίου, των ενοχών μετά το φαγητό, της απώλειας θερμίδων κατά την άσκηση, της κατανάλωσης διαιτητικών προϊόντων και της χρήσης καθαρτικών εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Μάλιστα σε όλες τις περιπτώσεις οι γυναίκες ήταν περισσότερο θετικές στις απαντήσεις τους από ότι οι άνδρες. Από το γεγονός αυτό συμπεραίνεται πως όντως υπάρχει μια τάση οι διατροφικές διαταραχές να σχετίζονται περισσότερο με τις γυναίκες παρά με τους άνδρες και όντως είναι ένα γεγονός που έχει σημειωθεί και σε άλλες έρευνες (Hoek & Van Hoeken, 2003; Woodside et al., 2001).

Επίσης, στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών, της αποφυγής φαγητού όταν υπάρχει αίσθηση πείνας, του τεμαχισμού του φαγητού σε μικρές μερίδες, του θερμιδικού φορτίου, των υδατανθράκων, της σκέψης του λίπους, της αποφυγής φαγητών με ζάχαρη, της υιοθέτησης διαιτητικών συμπεριφορών και της επιπλέον άσκησης για απώλεια βάρους εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές και ως προς τις κατηγορίες ΔΜΣ. Στις ερωτήσεις αυτές μάλιστα, οι νορμοβαρείς είναι θετικότεροι στις απαντήσεις τους από ότι οι υπέρβαροι. Το γεγονός αυτό δείχνει πως οι υπέρβαροι συμμετέχοντες δεν είναι ευαισθητοποιημένοι για την εικόνα του σώματός τους όπως σε άλλες έρευνες (Schwartz & Brownell, 2004). Επίσης, αξιόλογο είναι να αναφερθεί πως με βάση τα συμπεράσματα με βάση το ΔΜΣ προκύπτει πως η μη ευαισθητοποίηση για την εικόνα του σώματος των παχύσαρκων δεν οδηγεί σε ενέργειες για τον έλεγχο ή τη μείωση του βάρους κάτι που αντιτίθεται στα ευρήματα των Eldredge και Agras (1996).

Ακόμα, στις ερωτήσεις των πολλών περιττών κιλών – δηλαδή στην ιδέα ότι κάποιος θα γίνει υπέρβαρος, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις περιοχές. Στην ερώτηση αυτή, οι κάτοικοι της Δημοτικής Κοινότητας 2ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης ανησυχούν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους κατοίκους της Δημοτικής Κοινότητας 3ου Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα λεγόμενα της Σακώλη (2006) που συνδέει διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές με διαφορετικές διατροφικές ανησυχίες και ανησυχίες σχετικές με τα περιττά κιλά.

Ένα ακόμα βασικό ερώτημα της έρευνας ήταν η διερεύνηση της αυτορρύθμισης της διατροφικής συμπεριφοράς και των επιλογών απέναντι στα δελεαστικά τρόφιμα. Τα τρόφιμα αυτά εξαιτίας των συστατικών τους μπορούν να προκαλέσουν στα άτομα να παρεκκλίνουν από μια φυσιολογική διατροφή, να καταναλώσουν τα τρόφιμα αυτά σε μεγάλες ποσότητες και να υιοθετήσουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες. Μάλιστα, εξαιτίας της προβολής των τροφίμων αυτών στα μέσα υπάρχει μια τάση για κατανάλωση τροφών που χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά λιπαρών αλλά και θερμίδων (Proctor et al., 2003).

Στον άξονα διερεύνησης των δελεαστικών τροφίμων οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να σημειώσουν τα σημαντικότερα δελεαστικά τρόφιμα. Το πιο δημοφιλές δελεαστικό τρόφιμο αποδείχθηκε με διαφορά να είναι τα πατάκια και στη συνέχεια, ακολούθησε η σοκολάτα και τα γλυκά. Ωστόσο, αξιόλογο είναι πως το δείγμα στην πλειοψηφία του δήλωσε πως έχει σκοπό να μειώσει τις ποσότητες των δελεαστικών τροφίμων στη διατροφή του αλλά και να ξεκινήσει προσπάθειες για μια περισσότερο υγιεινή διατροφή. Επίσης, αποδείχθηκε πως οι συμμετέχοντες δεν εγκαταλείπουν πολύ εύκολα τη «διατροφική πρόθεσή» τους,

αντιστέκονται κάποιες φορές στα δελεαστικά τρόφιμα, ορισμένες φορές κάνουν αλλαγές στη διατροφή τους αν δεν τρέφονται με τον τρόπο που έχουν αποφασίσει, μερικές φορές αποσπάται η προσοχή τους από τον τρόπο που έχουν αποφασίσει να τρέφονται και σπάνια δεν τους είναι εύκολο να θυμούνται τι έχουν φάει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.

Αξίζει να σημειωθεί πως στην ερώτηση «Αντιστέκομαι στα δελεαστικά τρόφιμα» η επίδραση του ΔΜΣ είναι στατιστικά σημαντική. Μάλιστα, προκύπτει πως για τους υπέρβαρους είναι πιο συχνά δύσκολο να αντιστέκονται στα «δελεαστικά τρόφιμα» σε σχέση με τους νορμοβαρείς. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Σπανουδάκη και Χριστουλάκη (2018) στην οποία όντως τα παχύσαρκα άτομα συνδέονται με την κατανάλωση δελεαστικών τροφίμων.

Ανάμεσα στους δευτερεύοντες στόχους της έρευνας τέθηκε και η εξέταση του ιατρικού ιστορικού των ερασιτεχνών αθλητών για τη διερεύνηση της εικόνας του σώματός τους. Όσον αφορά λοιπόν το ιατρικό ιστορικό των αθλούμενων, φαίνεται πως οι προαναφερόμενοι δεν πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς τα ποσοστά εκείνων που απάντησαν πως δεν πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα ξεπερνάει το 85% σε όλες τις περιοχές, με μια εξαίρεση ένα ποσοστό της τάξης του 9,5% που απάντησε ότι πάσχει από υπόταση στο 3ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης. Επίσης, στα μεταβολικά οι απαντήσεις ήταν ως επί το πλείστον αρνητικές, με μόνο ένα ποσοστό 19% να απαντά ότι πάσχει από θυρεοειδή στο 3ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης. Στα αναπνευστικά νοσήματα οι απαντήσεις ήταν επίσης αρνητικές με ποσοστά πάνω από 88%, ενώ στα λοιπά νοσήματα ένα ποσοστό 19% από το 2ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης απάντησε πως έχει αλλεργίες.

Από τα παραπάνω στοιχεία του ιατρικού ιστορικού προκύπτει λοιπόν πως οι αθλούμενοι που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν υγιείς σε όλες εξίσου τις περιοχές, με ορισμένες, ωστόσο εξαιρέσεις. Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί πως αθλούμενοι σε άλλες έρευνες δείχνουν παρόμοια χαρακτηριστικά, και μάλιστα υπάρχει η πεποίθηση ότι τα άτομα που αθλούνται παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα καλής υγείας και δε σχετίζονται με ιδιαίτερα προβλήματα στην καρδιά ή στο αναπνευστικό (Calogero & Pedrotty, 2007; Hickson & Frost, 2004). Μάλιστα, υπογραμμίζεται πως η διατροφή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία και την ποιότητα στη ζωή του ανθρώπου και γενικότερα η σωστή - ισορροπημένη διατροφή οδηγεί σε καλή ποιότητα ζωής και μικρότερες πιθανότητες ασθένειας (Hickson & Frost, 2004).

Ακόμα, ένας ακόμα δευτερεύων στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών μέσα από το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών.

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε πως το δείγμα καταναλώνει 1 – 6 φορές την εβδομάδα ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά και ρύζι, και επιπλέον, καταναλώνουν ψωμί με προζύμι στην ίδια συχνότητα. Σχετικά με τις βραστές ή τηγανιτές πατάτες και τον πουρέ πατάτας οι περισσότεροι συμμετέχοντες καταναλώνουν 1-4 φορές την εβδομάδα τα προϊόντα αυτά. Όσον αφορά τα φρούτα, το δείγμα τα καταναλώνει στην πλειοψηφία του λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα. Για τα λαχανικά προκύπτει πως η κατανάλωση συμβαίνει 1-12 φορές την εβδομάδα. Ωστόσο, η πλειοψηφία στο δείγμα δεν καταναλώνει ποτέ λαχανικά σε μορφή τουρσί. Συνεχίζοντας, τα όσπρια καταναλώνονται λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα. Ακόμα, η πλειοψηφία δήλωσε πως καταναλώνει στην ίδια συχνότητα ψάρια. Για το κρέας προκύπτει πως το κόκκινο καταναλώνεται από τους περισσότερους 1-2 φορές την εβδομάδα και η ίδια συχνότητα κατανάλωσης προκύπτει και για το λευκό κρέας. Η συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών με πλήρες λίπος διαμορφώθηκε στις 11-15 φορές την εβδομάδα για τους περισσότερους στο. Για την κατηγορία γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά η συχνότητα για την πλειοψηφία του δείγματος περιορίζεται κυρίως στις 1-3 φορές το μήνα ή και ποτέ αλλά και σπάνια. Για το ελαιόλαδο και τις ελιές, οι περισσότεροι στο δείγμα δήλωσαν πως καταναλώνουν ελαιόλαδο μέχρι 3 φορές την εβδομάδα και ελιές μέχρι 1 φορά την εβδομάδα σε ποσοστό. Τέλος, το δείγμα καταναλώνει στην πλειοψηφία του λιγότερο από 300 ml ημερησίως. Μάλιστα, για τις μικρές ποσότητες αλκοόλ, αξίζει να σημειωθεί πως σε έρευνες έχει ειπωθεί πως η μεγάλες ποσότητες κατανάλωσης αλκοόλ σε καθημερινή βάση συνδέονται με την κακή διατροφή και συμβάλουν αρνητικά στην υγεία και τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων (Anderson et al., 2005).

Ως προς τις περιοχές και σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες των ερασιτεχνών αθλούμενων, από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι στο Δημοτικό Διαμέρισμα Καλαμαριάς καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα υδατανθρακούχα τρόφιμα, όπως ψωμί και πατάτες αλλά και γαλακτοκομικά και ψάρια. Το γεγονός αυτό δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό μιας και είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι η πρόσληψη υδατάνθρακα είναι συνδεδεμένη με τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Park, Lee & Park, 2010). Στο 2ο και 3ο Δημοτικό Διαμέρισμα αλλά και στον Δήμο Σταυρούπολης καταναλώνουν περισσότερα φρούτα, λαχανικά και όσπρια καθώς και κόκκινο και λευκό κρέας. Φαίνεται λοιπόν πως στις περιοχές που βρίσκονται στην Δυτική Θεσσαλονίκη οι αθλούμενοι καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά αλλά και πρωτεϊνούχες τροφές.

Γενικότερα η διατροφή των συμμετεχόντων είχε αρκετά στοιχεία από τη Μεσογειακή. Η διατροφή αυτή συνδέεται με προϊόντα και κατηγορίες προϊόντων όπως το ελαιόλαδο, τα φρούτα, τα λαχανικά και το ψάρι (Simini, 2000; Trichopoulou et al., 2003). Ωστόσο, φαίνεται πως τα φρούτα δεν κατέχουν δεσπόζουσα θέση στη διατροφή των συμμετεχόντων αλλά αυτό είναι κάτι που έχει παρατηρηθεί και σε άλλες έρευνες που συνδέουν την ενηλικίωση με τις μειωμένες ποσότητες κατανάλωσης φρούτων (Steptoe et al., 2002). Παρόλα αυτά το ελαιόλαδο είναι παρών στη διατροφή όπως και τα λαχανικά και για το λόγο αυτό η διατροφή των συμμετεχόντων μπορεί να χαρακτηριστεί σε ορισμένα της χαρακτηριστικά ως μεσογειακή.

Σχετικά με το πρωινό και την κατανάλωση του γεύματος αυτού, προέκυψε πως το δείγμα είναι συνεπές στην κατανάλωσή του και δεν παραλείπει το γεύμα αυτό. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που σημειώνουν ότι οι ενήλικες είναι πιο πιθανό να παραλείψουν το πρωινό γεύμα και ειδικά στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (Huang et al., 1994; Samuelson, 2000; Shiraki & Iwasaki 1986). Επίσης, το εύρημα της μη παράλειψης του πρωινού γεύματος έρχεται ξανά σε αντίθεση με άλλες έρευνες που αναφέρουν ότι πολλές φορές τα ενήλικα άτομα μπορούν να παρεκκλίνουν από υγιείς διατροφικές συνήθειες και να μην υιοθετούν διατροφικές συνήθειες που συνδέονται με την καλή υγεία και εικόνα σώματος (Amiraiian & Sobal, 2009; Neison et al., 2009).

Στις έρευνες των Amiraiian & Sobal (2009) και Neison et al. (2009) υποστηρίχθηκε πως οι ενήλικες είναι αρκετά ευάλωτοι κατά την επιλογή επιβλαβών διατροφικών συνηθειών, με αποτέλεσμα να αποκλίνουν από τις βέλτιστες διαθέσιμες διατροφικές επιλογές. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, υποστηρίζει την παράληψη του πρωινού γεύματος από την πλειοψηφία των ενηλίκων, ιδιαίτερα όταν εκείνοι βρίσκονται σε νεαρή ηλικία (Huang et al., 1994; Samuelson, 2000; Shiraki & Iwasaki 1986). Το παραπάνω συμπέρασμα, συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διότι μόλις το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων απαντά πως καταναλώνει καθημερινά πρωινό.

Η κατανάλωση του πρωινού στο δείγμα και η υψηλή συχνότητα κατανάλωσής του είναι ενθαρρυντικό εύρημα. Αυτό γιατί το πρωινό μπορεί να δώσει στα άτομα δύναμη για να ξεκινήσουν τη μέρα τους, να σταθεροποιήσει την ενέργεια του οργανισμού γεγονός που θα βελτιώσει την καθημερινή απόδοση και τη συγκέντρωση, θα μειώσει την αίσθηση κόπωσης και θα βοηθήσει στην βέλτιστη πνευματική λειτουργία (Ozdogan et al., 2010).

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες του δείγματος προκύπτει πως το δείγμα δεν καταναλώνει ποτέ ορατό λίπος. Η χρήση αντικολητικών σκευών γίνεται συχνά για την πλειοψηφία στο δείγμα και στην ίδια συχνότητα γίνεται και η χρήση αλατιού για την πλειοψηφία του δείγματος. Επίσης, το δείγμα τρώει ψητό φαγητό 1-3 φορές την εβδομάδα τηγανιτό φαγητό έως 1 φορά την εβδομάδα. Ακόμα, το δείγμα παραγγέλνει απ' έξω 1-3 φορές την εβδομάδα και καταναλώνει μερικές φορές βιολογικά προϊόντα ή προϊόντα σόγιας.

Αξίζει να σημειωθεί πως αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στις ερωτήσεις κατανάλωσης λίπους ή πέτσας, ψητού φαγητού και χρήσης αλατιού στο μαγείρεμα. Μάλιστα, και στις 3 περιπτώσεις οι άνδρες καταναλώνουν συχνότερα ψητό φαγητό από τις γυναίκες, καταναλώνουν συχνότερα ορατό λίπος ή πέτσα και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά αντικολητικά σκεύη στο μαγείρεμα. Ωστόσο, ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, στις κατηγορίες ΔΜΣ και στις διαφορετικές περιοχές δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Βέβαια, το ότι η ηλικία δεν εξαρτήθηκε από τη συχνότητα κατανάλωσης φαγητού απ' έξω είναι ενθαρρυντικό και έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα ερευνών που συνδέουν τις νεαρότερες ηλικίες με μεγαλύτερες ποσότητες κατανάλωσης φαγητού απ' έξω (Perusse-Lachance et al., 2010).

Ωστόσο, οι διατροφικές συνήθειες σχετικά με την κατανάλωση λίπους ή πέτσας, ψητού φαγητού και χρήσης αλατιού στο μαγείρεμα και η επιρροή που εμφανίζεται από το φύλο έρχονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι όντως το φύλο μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου (Liebman et al., 2001).

Το επόμενο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τους τρόπους με τους οποίους οι ερασιτέχνες αθλούμενοι στις περιοχές του 2ου και 3ου Δημοτικού Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης, στον δήμο Καλαμαριάς και το Δημοτικό Διαμέρισμα Σταυρούπολης λαμβάνουν την τροφή τους καθώς και την αντίληψή τους σχετικά με την πείνα και την αυτοσυγκράτηση.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των αθλούμενων φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ακολουθούν σωστές διατροφικές συνήθειες καταναλώνοντας 5 γεύματα την ημέρα, 3 από τα οποία είναι τα κυρίως γεύματα. Το πρωινό είναι ένα γεύμα που καταναλώνεται μερικές φορές από τους αθλούμενους του 2ου κι 3ου Δημοτικού Διαμερίσματος Θεσσαλονίκης καθώς και του Δημοτικού Διαμερίσματος Σταυρούπολης. Είναι ένα γεύμα βασικό και απαραίτητο για να δώσει στον οργανισμό ενέργεια και απαραίτητα συστατικά αλλά και να δημιουργήσει τον κορεσμό, κάτι που θα εξισορροπήσει τα ακόλουθα γεύματα μέσα στην

ημέρα και θα γίνει πιο εύκολη και η απώλεια θερμίδων όπου αυτό είναι το επιθυμητό (Szajewska & Ruszczyński, 2010; Clayton, Barutcu, Machin, Stensel, & James, 2015). Για αυτούς τους λόγους είναι καλό να ακολουθηθεί το παράδειγμα που έδωσαν οι αθλούμενοι του δήμου Καλαμαριάς με τις απαντήσεις τους, την κατανάλωση δηλαδή του πρωινού καθημερινά.

Σχετικά με τον τρόπο που καταναλώνουν ο φαγητό υπάρχουν κάποιες καλές συνήθειες, όπως η χρήση αντικολητικών σκευών κατά το μαγείρεμα, η απομάκρυνση του ορατού λίπους από το κρέας και ο περιορισμός των παραγγελιών γρήγορου φαγητού στο σπίτι. Υπάρχουν όμως και κάποιες όχι τόσο καλές διατροφικές συνήθειες, όπως η κατανάλωση τηγανιτού φαγητού, ειδικότερα στο δημοτικό διαμέρισμα Σταυρούπολης που είχε μεγάλα ποσοστά στην κατανάλωση τηγανητών αλλά και στην προσθήκη αλατιού μετά το μαγείρεμα, μια συνήθεια που μπορεί δυνητικά να προκαλέσει προβλήματα στην αρτηριακή πίεση και ότι άλλα προβλήματα αυτά αποφέρουν (Rossi, 2019).

Στα ερωτήματα που αφορούν την πείνα και την αυτοσυγκράτηση οι απαντήσεις ήταν ποικίλες ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κι την ψυχοσύνθεση του κάθε αθλούμενου. Πάντως τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα δεν επηρεάζονται από το αίσθημα πείνας, τη θέαση ενός ελκυστικού τροφίμου ή την κατανάλωση ενός ελκυστικού τροφίμου από κάποιον άλλον, όσον αφορά την αυτοσυγκράτησή τους. Αντίθετα, οι αθλούμενοι απαντούν πως αποφεύγουν να αποθηκεύουν και να καταναλώνουν τρόφιμα που θεωρούν δελεαστικά και επιλέγουν να ρυθμίζουν συνειδητά το είδος και την ποσότητα των τροφών που καταναλώνουν, επιδιώκοντας τον έλεγχο του βάρους τους αλλά και την υιοθέτηση καλών διατροφικών συνηθειών. Οι συμπεριφορές αυτές είναι συνδεδεμένες με πολλούς αθλούμενους στον κόσμο και οδηγούν σε καλής ποιότητας ζωή (Birkenhead & Slater, 2015).

Αναφορικά με την φυσικά δραστηριότητα των αθλούμενων δόθηκαν διαφορετικές απαντήσεις με κοινό παρανομαστή όμως, το γεγονός ότι όλοι πραγματοποιούν φυσική δραστηριότητα κατά μέσο όρο 3,5 φορές την εβδομάδα και κοιμούνται κατά μέσο όρο 7,5-8 ώρες ημερησίως. Το είδος της γυμναστικής που φαίνεται να προτιμάται είναι η αερόβια άσκηση και τα αμέσως επικρατέστερα είδη μετά την αεροβική είναι σχετικά νέα είδη άσκησης που τα τελευταία χρόνια εδραιώθηκαν και όλο και περισσότεροι αθλητές τείνουν προς αυτά τα είδη άσκησης. ΣυΤο crossfit και η calisthenics είναι είδη που συνδυάζουν την αερόβια και αναερόβια άσκηση αλλά και την άρση βαρών (το crossfit). Αξίζει αν σημειωθεί βέβαια πως έρευνες δείχνουν πως τα λεπτά άσκησης την εβδομάδα δεν είναι αρκετά για να

καλύψουν την καθιστική ζωή που χαρακτηρίζει τους περισσότερους σήμερα (Moreno et al., 2008).

Πιο συγκεκριμένα, στο 2ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης οι αθλούμενοι πραγματοποιούν άσκηση κατά μέσο όρο 66 λεπτά την εβδομάδα και δείχνουν να προτιμούν την αερόβια άσκηση. Στο 3ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης πραγματοποιούν άσκηση 92 λεπτά την εβδομάδα κατά μέσο όρο και προτιμούν εκτός από την αεροβική και τον διάδρομο αλλά και τα cossfit-calisthenics. Στον Δήμο Καλαμαριάς τα άτομα ασκούνται κατά μέσο όρο 73 λεπτά εβδομαδιαία κάνοντας αεροβική άσκηση αλλά και γυμναστήριο και crossit-calisthenics. Τέλος, στο Δημοτικό Διαμέρισμα Σταυρούπολης η φυσική δραστηριότητα είναι κατά μέσο όρο 69 λεπτά την εβδομάδα και οι αθλούμενοι προτιμούν την αεροβική άσκηση, τα βάρη και τα crossfit-calisthenics. Τα ευρήματα αυτά είναι κατά κύριο λόγο κοντά στα 60 λεπτά άσκησης ανά εβδομάδα με εξαίρεση το 3^ο Δημοτικό Διαμέρισμα Θεσσαλονίκης. Έτσι, με βάση τα ευρήματα των Moreno και συν. (2008), οι αθλούμενοι πρέπει να αυξήσουν τα λεπτά άσκησης ανά εβδομάδα.

Συμπεράσματα

Το δείγμα δεν παρουσιάζει υψηλή πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Ανησυχία εμφάνισαν οι συμμετέχοντες, βέβαια, για την απώλεια θερμίδων κατά την άσκηση, για το λίπος στο σώμα και την άσκηση αυτοελέγχου σχετικά με το φαγητό. Επιπλέον, αποδείχθηκε πως κατά τους 6 τελευταίους μήνες, οι συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν στοιχεία που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, υπάρχει μια τάση οι διατροφικές διαταραχές να σχετίζονται περισσότερο με τις γυναίκες παρά με τους άνδρες.

Επίσης, αποδείχθηκε οι υπέρβαροι συμμετέχοντες δεν είναι ευαισθητοποιημένοι για την εικόνα του σώματός τους, Ωστόσο, το δείγμα δήλωσε πως έχει σκοπό να μειώσει τις ποσότητες των δελεαστικών τροφίμων στη διατροφή του αλλά και να ξεκινήσει προσπάθειες για μια περισσότερο υγιεινή διατροφή.

Ακόμα, για τους υπέρβαρους είναι πιο συχνά δύσκολο να αντιστέκονται στα «δελεαστικά τρόφιμα» σε σχέση με τους νορμοβαρείς οι οποίοι αποφεύγουν να αποθηκεύουν δελεαστικά τρόφιμα.

Διατροφικά το δείγμα καταναλώνει λίγα φρούτα, λίγα όσπρια, αλλά συχνά λάδι. Στο Δημοτικό Διαμέρισμα Καλαμαριάς βέβαια, καταναλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα υδατανθρακούχα τρόφιμα, όπως ψωμί και πατάτες αλλά και γαλακτοκομικά και ψάρια.

Τέλος, το δείγμα ασκείται 3-4 φορές τη βδομάδα και προτιμά να γυμνάζεται με αεροβική, calisthenics ή crossfit.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες αναφορές

Agras, W. S. (Ed.). (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*, 17, 133-137.

American Psychological Association. (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition: DSM IV TR* (A. P. Association Ed. reprint, revised ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, J.L., Henriksen, B.S., Gibbs, R.A., Hrycyna, C.A. (2005). The isoprenoid substrate specificity of isoprenylcysteine carboxylmethyltransferase: development of novel inhibitors. *J Biol Chem*, 280(33), 29-61.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D., ... & Wolfe, B. E. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1237-1239.

Babbie E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Bieling, P.J., Israeli, A.L., & Antony, M.M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.

Birkenhead, K. L., & Slater, G. (2015). A review of factors influencing athletes' food choices. *Sports medicine*, 45(11), 1511-1522.

Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 38*(2), 143-146.

Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science, 13*(5), 499-508.

Calogero, R., & Pedrotty, K. (2007). Daily practices for mindful exercise. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health* (pp. 141-160). Springer, New York, NY.

Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Gerber, R. A., Leidy, N. K., Sexton, C. C., Lowe, M. R., & Karlsson, J. (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: Results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity, 33*(6), 611-620.

Carraça, E. V., Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2011). Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*(1), 75.

Carter, J.C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine, 34*, 671-679.

Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention*. (pp. 39 - 47). New York, NY: The Guilford Press.

Chalmers, D. J. (2002). Injury prevention in sport: not yet part of the game? *Injury Prevention, 8*(4), 22-25.

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1342-1346.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry, 186*(2), 132-135.

Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia

nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 340-349.

Davis, C. (1997). Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 168-175.

Davis, C. (2000). Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 278-289.

Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P., & Woodside, D.B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60, 192-197.

Davis, C., Katzman, D.K., & Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa - A psychobehavioral spiral of pathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 336-342.

Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E. & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.

Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E., Dionne, M., Brewer, H., & Neitzert, C., & Ratusny, D. (1995). Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 967-976.

Dropkin, M. (1999). Body image and quality of life head and neck cancer. *Cancer Practice*, 7(6), 309-313.

Dunkley, D.M., Blankstein, K.R., Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shaffran et al. (2002, 2003) and Hewit et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 63-84.

Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707.

Eldredge, K.L. and Agras, W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1),73-82.

Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 462-470.

Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified”(NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 691-701.

Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 701-708.

Fingeret, M. C., Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., & Weber, R. (2011). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psycho-oncology*. doi: 10.1002/pon.1990

Finley (2010). Skating femininity: Gender maneuvering in women’s roller derby. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39 (4), 359-387.

Fisher, S., & Cleveland, S. (1968). *Body image and personality* (2 ed.). New York, NY: Dover Publications.

Flett, G.L., & Hewitt, P.L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 14-18.

Focht, B. C., & Hausenblas, H. A. (2004). Perceived evaluative threat and state anxiety during exercise in women with social physique anxiety. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16(4), 361-368.

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body image*, 7(3), 205-212.

Frost, R.O., Marten, P.A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

Glazer, J. L. (2008). Eating disorders among male athletes. *Current sports medicine reports*, 7(6), 332-337.

Goldner, E.M., Srikameswaran, S., Schroeder, M.L., Livesley, W.J., Birmingham, C.L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85, 151-159.

Gough, B. (2007). 'Real men don't diet': An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social science & medicine*, 64(2), 326-337.

Greenleaf, C., Petrie, T. A., Carter, J., & Reel, J. J. (2009). Female collegiate athletes: Prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors. *Journal of American College Health*, 57(5), 489-496.

Hall, H.K., Kerr, A.W., Kozub, S.A., & Finnie, S.B. (2007). Motivational antecedents of obligatory exercise: The influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 297-316.

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berretini, W.H., & Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.

Halmi, K.A. (2005). Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13, 85-92.

Hay, P. J., Touyz, S., & Sud, R. (2012). Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(12), 1136-1144.

Hickson, M., & Frost, G. (2004). An investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clinical Nutrition*, 23(2), 213-221.

Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body image*, 11(2), 101-108.

House, J., Schmidt, U., Craig, M., Landau, S., Simic, M., Nicholls, D., ... & Eisler, I. (2012). Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with

anorexia nervosa and related eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 949-956.

Hrabosky, J. I. (2011). Body Image and Binge-eating Disorder. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention*. (pp. 296-304). New York, NY: The Guilford Press.

Huang, Y.L., Song, W.O., Schemmel, R.A., & Hoerr, S.M. (1994). What do college students eat? Food selection and meal pattern. *Nutritional Research*, 14(8), 1143-1153.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.

Hunt, J. S., & Rothman, A. J. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48(3), 289-300.

Iannotti, R. J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B., & Borraccino, A. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *International journal of public health*, 54(2), 191-198.

Kaplan E., Sadock B. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Keamey-Cooke, A., & Steichen-Asch, P. (2014). Men, body image, and eating disorders. In *Males with eating disorders* (pp. 62-82). Routledge.

Kilpatrick, M., Hebert, E., & Bartholomew, J. (2005). College students' motivation for physical activity: differentiating men's and women's motives for sport participation and exercise. *Journal of American college health*, 54(2), 87-94.

Kiziltan G. & Karabudak E. (2008). Risk of abnormal eating attitudes among Turkish dietetic students. *Adolescence*, 43(171), 681-690.

Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & behavior*, 81(2), 359-374.

Kliemann, N., Beeken, R. J., Wardle, J., & Johnson, F. (2016). Development and validation of the self-regulation of eating behaviour questionnaire for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 87.

Kong, P., & Harris, L. M. (2015). The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *The Journal of psychology, 149*(2), 141-160.

La Torre, G., Masala, D., De Vito, E., Langiano, E., Capelli, G., & Ricciardi, W. (2006). Extra-curricular physical activity and socioeconomic status in Italian adolescents. *BMC public health, 6*(1), 22.

Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Taylor & Francis.

LePage, M. L., & Crowther, J. H. (2010). The effects of exercise on body satisfaction and affect. *Body image, 7*(2), 124-130.

Levine, Elie, Degutis, Linda, Pruzinsky, Thomas, Shin, Joseph, & Persing, John A. (2005). Quality of life and facial trauma. *Annals of Plastic Surgery, 54*(5), 502- 510. doi: 10.1097/01.sap.0000155282.48465.94

Liebman, M., Cameron, B.A., Carson, D.K., Brown, D.M., & Meyer, S.S. (2001). Dietary fat reduction behaviors in college students: relationship to dieting status, gender and key psychosocial variables. *Appetite, 36*,51-56.

Lipsey, Z., Barton, S.B., Hulley, A., & Hill, A.J. (2006). After a workout...” Beliefs about exercise, eating and appearance in female exercisers with and without eating disorder features. *Psychology of Sport and Exercise, 7*, 425-436

Lohr, S. L. (2019). *Sampling: Design and Analysis: Design and Analysis*. Chapman and Hall/CRC.

Long, C.G., & Hollin, C.R. (1995). Assessment and management of eating disordered patients who overexercise: A four-year follow-up of six single case studies. *Journal of Mental Health, 4*, 309-317.

Madden, S., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M., Lock, J., Le Grange, D., ... & Touyz, S. (2015). A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychological medicine, 45*(2), 415-427.

Mond, J. M. & Calogero, R.M. (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and healthy women. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 49*, 227-234.

Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J. (2004). Relationships between exercise behaviour, eating disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise excessive? *European Eating Disorders Review*, 12, 265-272.

Mond, J.M., Myers, T.C., Crosby, R., Hay, P., & Mitchell, J. (2008). Excessive exercise and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *European Eating Disorders Review*, 16, 215-221.

Moreno, L. A., Gonzalez-Gross, M., Kersting, M., Molnar, D., De Henauw, S., Beghin, L., ... & Ortega, F. B. (2008). Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public health nutrition*, 11(3), 288-299.

Murnen, S. K. (2011). Gender and Body Images. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention*. (pp. 173 - 179). New York, NY: The Guilford Press.

National Cancer Institute. (2019). Food Frequency Questionnaire at a Glance.

Ozdogan, Y., Ozcelik, A.O., & Surucuoglu, M.S. (2010). The breakfast habits of female university students. *Pakistan Journal of Nutrition*, 9, 882-886.

Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10-17.

Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Papandreou, M., Spyropoulos, P., Georgakopoulos, D., Kalfakakou V. & Evangelou, A. (2009). Reliability measures of the short International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Greek young adults. *Hellenic J Cardiol*, 50(4), 283-294.

Park, S. H., Lee, K. S., & Park, H. Y. (2010). Dietary carbohydrate intake is associated with cardiovascular disease risk in Korean: analysis of the third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES III). *International journal of cardiology*, 139(3), 234-240.

Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189-193.

Perusse-Lachance, E., Tremblay, A., & Drapeau, V. (2010). Lifestyle factors and other health measures in a Canadian university community. *App. Physiol. Nutr. Metab*, 35,498-506.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1451-1458.

Proctor, M.H., Moore, L.L., Gao, D., Cupples, L.A., Bradlee, M.L., Hood, M.Y., & Ellison, R.C. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham children's study. *International Journal of Obesity*, 27(7), 827-833.

Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*, 22(8), 1872-1879. doi: 10.1002/pon.3230

Retrieved September 24, 2019, from <https://dietassessmentprimer.cancer.gov/profiles/questionnaire/index.html>

Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240-1253.

Rossi, M. (2019). *Eat Yourself Healthy: An easy-to-digest guide to health and happiness from the inside out*. London, England: Penguin UK.

Rumsey, N. & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83-97. doi: 10.1016/s1740-1445(03)00005-6

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 9(3):429-48.

Samadzadeh, M., Abbasi, M., & Shahbazzadegan, B. (2011). Comparison of sensation seeking and self-esteem with mental health in professional and amateur athletes, and non-athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 1942-1950.

Samuelson, G. (2000). Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe. An overview of current studies in the Nordic Countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(1), 21-28.

Schwartz, N.B., & Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43 – 56.

Selwyn Delinsky, S. (2011). Body Image and Anorexia Nervosa. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention*. (pp. 279-287). New York, NY: The Guilford Press.

Serpell, L., Waller, G., Fearon, P., & Meyer, C. (2009). The roles of persistence and perseveration in psychopathology. *Behaviour Therapy*, 40, 260-271.

Sertoz, O. O., Doganavsargil, O., & Elbi, H. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(4), 508-515. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01994.x

Shiraki, M., & Iwasaki, N. (1986). Effect of a habit of skipping meals on dietary life of college students. *Japanese Journal of Nutrition*, 44, 257-265.

Simini, B. (2000). Serge Renaud: from French paradox to Cretan miracle. *The Lancet*, 355(9197),48.

Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.

Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J., & Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8), 1335-1346.

Step toe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R and Sanderman R (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prevention Medicine*, 35, 97-104.

Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, 20(5), 346-355.

Stuhldreher, N., Konnopka, A., Wild, B., Herzog, W., Zipfel, S., Löwe, B., & König, H. H. (2012). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 476-491.

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine*, *14*(1), 25-32.

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *20*, 112-121.

Swanson, SA., Crow, SJ., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, KR. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, *68*: 714-723.

Tantleff-Dunn, S., & Lindner, D. M. (2011). Body Image and Social Functioning. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 263-270). New York, NY: The Guilford Press.

Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B., & Herpertz, S. (2015). Eating disorders and their putative risk factors among female German professional athletes. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 269-276.

Thien, V., Thomas, A., Markin, D., & Birmingham, C.L. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 101-106.

Thompson, J. K. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(5), 181 - 183.

Tiggemann, M. (2011). Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 12 - 19). New York, NY: The Guildford Press.

Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *18*(1), 108-118.

Touyz, Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., ... & Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 43(12), 2501-2511.

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early intervention in psychiatry*, 9(3), 173-184.

Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C. and Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608.

Tyson, P., Wilson, K., Crone, D., Brailsford, R., & Laws, K. (2010). Physical activity and mental health in a student population. *Journal of mental health*, 19(6), 492-499.

Ünal, B. (2018). *Body Image Perception in Amateur Athletes* (Μεταπτυχιακή εργασία, TED University, Ankara, Turkey). Ανάκτηση από <http://hdl.handle.net/20.500.12485/484>.

Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5(2), 133-140.

Wardle, J., Waller, J., & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive behaviors*, 27(4), 561-573.

Weiten, W., Dunn, D. S., & Yost Hammer, E. (2012). *Psychology Applied to Modern Life: Adjustment in the 21st Century, Tenth Edition* (10 ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

White, C. A. (2000). Body Image Dimensions and Cancer: A Heuristic Cognitive Behavioural Model. *Psychooncology*, 9, 183-192.

WHO. (1996). *Constitution of the World Health Organization - Basic Documents, fifty-fourth edition* Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 290-299.

World Health Organization (WHO). (2008). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Ανάκτηση από http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Wyatt, L.M. (1997). *Obsessive-Compulsiveness and Disordered Eating in Obligatory and Non-Obligatory Exercisers*. (PhD ed.). Los Angeles: California School of Professional Psychology.

Yannakouli, M., Matalas, A.L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M., & Klimis – Zacaw, D. (2004). Disordered eating attitudes an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating Weight Disorders*, 9, 126 – 133.

Zipfel, S., Mack, I., Baur, L. A., Hebebrand, J., Touyz, S., Herzog, W., ... & Russell, J. (2013). Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 1(1), 37.

Ελληνόγλωσσες αναφορές

Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). *Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Κωνσταντακόπουλος, Γ., Γεραρχάκη, Μ. (2015). *Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, στο Υλοποίηση Δράσεων Ευαισθητοποίησης και Ενημέρωσης του Πληθυσμού και Διεξαγωγή Πανελλαδικής Μελέτης-Έρευνας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*. Αθήνα.

Σακώλη, Ι. Ζ. (2006). *Διερεύνηση προδιάθεσης ανάπτυξης διαταραχών πρόσληψης τροφής σε άτομα ηλικίας 14-22 ετών στις περιοχές Δράμα και Τρίκαλα* (Πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης).

Σπανουδάκη, Ε., & Χριστουλάκη, Γ. (2018). *Συσχέτιση μεσογειακού τρόπου ζωής και διατροφικής συμπεριφοράς σε νέους ενήλικες που αθλούνται, ηλικίας 18-35 ετών*(Master's thesis, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης).

Συμεωνάκη, Μ. (2015). *Στατιστική για όλους με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα: Εκδόσεις Σοφία.

Τσιπλητάρης, Α. Φ., & Μπάμπαλης, Θ. Κ., (2011). *Δέκα παραδείγματα μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας: από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Διάδραση.

Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Εκδόσεις Κριτική.