

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

## Πτυχιακή εργασία

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της  
παχυσαρκίας σε εφήβους και  
ενήλικες

Βασιλική Βακιρλή  
ΑΕΜ: 20093629  
Επόπτρια: Μαρία Βαϊρλή

Θεσσαλονίκη  
6 Οκτωβρίου 2014

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ. 3
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> - Περιγραφή της παχυσαρκίας</b>	
1.1. Ορισμός και επιπολασμός παχυσαρκίας.....	σελ. 4
1.2. Επιπτώσεις της παχυσαρκίας.....	σελ. 9
1.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	σελ. 16
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> - Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας</b>	
2.1. Η εικόνα του εαυτού.....	σελ. 18
2.2. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στους ενήλικες.....	σελ. 20
2.3. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στους εφήβους.....	σελ. 26
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> - Σχετικές ερευνητικές εργασίες</b>	
3.1. Ερευνητικές εργασίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους ενήλικες.....	σελ. 32
3.2 Ερευνητικές εργασίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους εφήβους.....	σελ. 35
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> - Μεθοδολογία</b>	
4.1.Σκοπός και σχεδιασμός της έρευνας.....	σελ. 39
4.2. Ερωτηματολόγιο.....	σελ. 39
4.3. Δείγμα.....	σελ. 39
4.4. Στατιστική επεξεργασία.....	σελ. 42
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> - Αποτελέσματα.....</b>	σελ. 42
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> - Συζήτηση αποτελεσμάτων.....</b>	σελ. 53
<b>Παράρτημα - Δεδομένα Ερωτηματολογίου.....</b>	σελ. 55
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	σελ. 59

## Εισαγωγή

Πληθαίνουν, όλο και περισσότερο, τα επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι υπάρχουν προστατευτικές επιδράσεις στην υγεία από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής, που αφορούν στη διατροφή, τη φυσική κατάσταση και τη δραστηριότητα, την ενεργό κοινωνική ζωή και την αισιόδοξη διάθεση. (Στεφανάδης, 2011)

Η κακή διατροφή και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της εμφάνισης της παχυσαρκίας, καθώς και των επιπέδων των λιπιδίων και της γλυκόζης στο αίμα. Τελικά είναι υπεύθυνα για την πρόκληση χρόνιων νοσημάτων φθοράς, όπως είναι η αθηροσκλήρυνση, διάφορες μορφές καρκίνου και ο σακχαρώδης διαβήτης. (Χαραλάμπους, 2011)

Η Παχυσαρκία συνυπάρχει συχνά με καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μελέτες ενηλίκων, ενώ μεταβολικές διαταραχές μπορεί να συμμετέχουν στον παθογενετικό μηχανισμό της συσχέτισης αυτής. Ο άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (ΥΥΕ) εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης και των καταθλιπτικών διαταραχών και διαταραχές στην έκκριση της κορτιζόλης αποτελούν δυνητικούς συνδέσμους μεταξύ των δύο καταστάσεων. Στα παιδιά με παχυσαρκία, πληθώρα επιδημιολογικών μελετών αναφέρουν υψηλά επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος. (Μπαστάκη και συν.2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Περιγραφή της παχυσαρκίας

#### 1.1. Ορισμός και επιπολασμός παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία συμπεριλήφθηκε το 1948 για πρώτη φορά στη διεθνή ταξινόμηση των παθήσεων. Από τότε, έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας σε όλον τον κόσμο, επηρεάζοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες. (Kipping et al, 2008)

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η αφύσικη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους, κάτι που μπορεί να επιβαρύνει την υγεία. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι ένας απλός δείκτης του βάρους προς το ύψος, το οποίο χρησιμοποιείται για να οριστεί ο υπέρβαρος και ο παχύσαρκος ενήλικας. Ορίζεται ως το ύψος του ατόμου σε χιλιογράμματα προς το τετράγωνο του ύψους του στο τετράγωνο σε μέτρα ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Με βάση τον ορισμό που δίνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αν ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι μεγαλύτερος ή ίσος με το 25 το άτομο είναι υπέρβαρο, ενώ αν είναι άνω του 30 το άτομο είναι υπέρβαρο.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι η πιο χρήσιμη μέτρηση σε επίπεδο πληθυσμού για τους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους, καθώς είναι η ίδια και για τα δύο φύλα και για όλες τις ηλικίες των ενηλίκων. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι ο 5ος κορυφαίος κίνδυνος για πρόκληση θανάτων σε όλον τον κόσμο. Τουλάχιστον 2.8 εκατομμύρια ενήλικες χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο λόγω του υπερβολικού βάρους τους.

Η κυρίαρχη αιτία της παχυσαρκίας είναι η ενεργειακή ανισορροπία μεταξύ των θερμίδων που καταναλώνονται και αυτών που δαπανώνται. Σε όλον τον κόσμο έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αυξημένη κατανάλωση ενεργειακά πυκνών τροφίμων, τα οποία είναι πλούσια σε λίπη και αυξημένη έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, λόγω της καθιστικής φύσης πολλών μορφών εργασίας, των μεταβολών στον τρόπο μεταφοράς και στην αυξημένη αστικοποίηση. Οι μεταβολές στα μοτίβα της διαίτας και της φυσικής δραστηριότητας είναι, συχνά, το αποτέλεσμα περιβαλλοντικών και κοινωνικών αλλαγών, που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την έλλειψη υποστηρικτικών πολιτικών σε τομείς όπως η υγεία, η γεωργία, οι μεταφορές, ο αστικός σχεδιασμός, το περιβάλλον, η επεξεργασία των τροφών, το marketing και η εκπαίδευση. (WHO, 2013)

Υπάρχουν έρευνες που καταδεικνύουν ότι διαιτητικές συνήθειες της οικογένειας και η διαθεσιμότητα τροφίμων αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας της διαίτας των παιδιών. (Benton, 2004, Johannsen et al, 2006)

Άλλες έρευνες καταδεικνύουν ότι τα παιδιά εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα, αν οι γονείς τους είναι παχύσαρκοι (Krebs & Jacobson, 2003, Whitlock et al, 2005) και ότι σχετίζεται στενά με τη σύσταση της διαίτας του γονέα και του παιδιού. (Campbell et al, 2007)

Οι Fisher et al (2002) βρήκαν ότι οι θυγατέρες γονέων που κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά κατανάλωναν έτρωγαν και οι ίδιες φρούτα και λαχανικά σε μεγάλες ποσότητες. Είχαν, επίσης, μεγαλύτερη λήψη μικροσυστατικών της τροφής και χαμηλότερων λιπαρών, συγκριτικά με τις κόρες γονέων που δεν κατανάλωναν τόσο πολλά φρούτα και λαχανικά. (Fisher et al, 2002)

Οι ίδιοι ερευνητές βρήκαν ότι τα κορίτσια είχαν περισσότερες να πιούν γάλα και, επομένως, να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα ασβεστίου, αν οι μητέρες τους έπιναν γάλα συχνά. (Fisher et al, 2004)

Ένας από τους λόγους που οι άνθρωποι χάνουν τον αυτοέλεγχο τους και καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα τροφής είναι η αυξημένη ευαισθησία στις προτροπές του περιβάλλοντος. (Heatherton, 2011).

Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους δεν υφίσταται μία γενικότερη συμφωνία για τον ορισμό της παχυσαρκίας. Οι περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, χρησιμοποιούν πίνακες, στους οποίους γίνεται η καταγραφή της σχέσης του βάρους και του Δείκτη Μάζας Σώματος, ως προς την ηλικία. Αν το βάρος ή ο Δείκτης Μάζας Σώματος για την συγκεκριμένη ηλικία υπερβαίνει κάποιο ανώτατο όριο, όπως επί παραδείγματι, η 95η εκατοστιαία θέση, τότε υπάρχει υπερβάλλον σωματικό βάρος. Οι καμπύλες αυτές με τις εκατοστιαίες θέσεις είναι καταγεγραμμένες σε όλα τα βιβλιάρια υγείας των παιδιών.

Στην χώρα μας η πρώτη πανελλήνια μελέτη επιπολασμού για την παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους, ηλικίας από 2 ως 19 ετών, έγινε το 2003 από την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας που ανέρχονταν στο 10%, ενώ συνολικά αυξημένο σωματικό βάρος (παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά και έφηβοι) είχε το 20% των παιδιών. Το πρόβλημα ήταν μεγαλύτερο στα παιδιά που βρίσκονταν στην πρώτη παιδική ηλικία,

ενώ τα αγόρια εμφανίζονται πιο επιβαρυνμένα από τα κορίτσια, με τις μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στην εφηβεία. (Τζώτζας & Χαραλαμπίδης, 2005)

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις ΗΠΑ αυξήθηκε από το 15% το 1980 στο 30% το 2000 για να φθάσει τη διετία 2007-2008 στο 32,2% για τους ενήλικες άντρες και 35,5% για τις ενήλικες γυναίκες. (Flegal et al, 2002, Flegal et al, 2010)

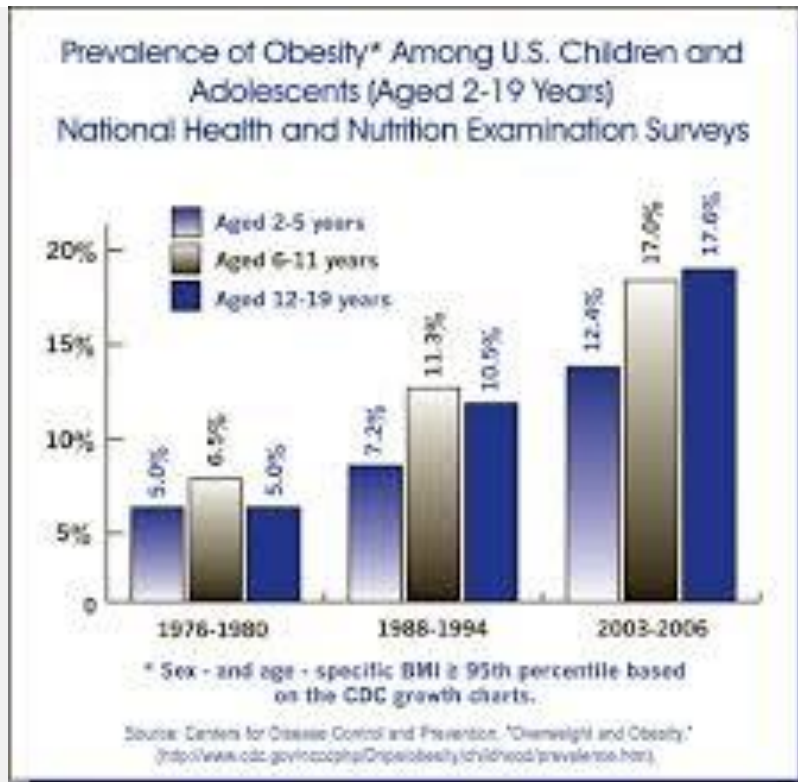
Ανάμεσα στα έτη 1999-2000 και 2001-2002 δεν υπήρχαν σημαντικές μεταβολές στους ενήλικες όσον αφορά το υπερβάλλον βάρος ή την παχυσαρκία (64,5% και 65.7%, αντιστοίχως), την παχυσαρκία (30,5% και 30,6%, αντιστοίχως) και την υπερβολική παχυσαρκία (4,7% και 5,1% αντιστοίχως). Όσον αφορά τα παιδιά ηλικίας 6 -19 ετών το ποσοστό των υπέρβαρων ή όσων κινδύνευαν να γίνουν υπέρβαρα ήταν 29.9% vs 31.5%. Συνολικά, οι ενήλικες ηλικίας τουλάχιστον 20 ετών κατά το χρονικό διάστημα 1999 -2002 το 65,1% ήταν υπέρβαροι, το 30,4% παχύσαρκοι και το 4,9% ήταν υπερβολικά παχύσαρκοι.

Τα αποτελέσματα της Διερεύνησης για την Εθνική Υγεία και Διατροφή (National Health and Nutrition Examination Survey -NHANES) που διεξήχθη στις ΗΠΑ 1999-2000 καταδεικνύουν ότι υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα μεταξύ των διαφόρων φυλετικών ομάδων όσον αφορά τον επιπολασμό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων. Ο επιπολασμός ήταν σημαντικά υψηλότερος στα αγόρια Μεξικανικής καταγωγής από ότι στα λευκά αγόρια μη Ισπανικής καταγωγής και τα παιδιά της μαύρης φυλής. Δεν υπήρχαν, όμως, σημαντικές διαφορές για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας στους ενήλικες. (Hedley et al, 2004)

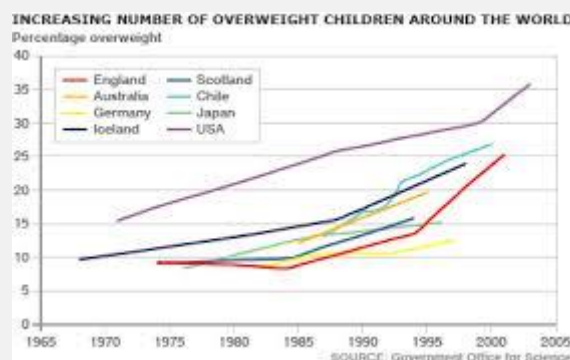
Το κύκλωμα ανταμοιβής του εγκεφάλου περιλαμβάνει το κοιλιακό ραβδωτό σώμα, την αμυγδαλή και πολλές άλλες περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται μεταξύ τους, ενώ δίκτυα που αναστέλλουν την αναζήτηση της ανταμοιβής περιλαμβάνουν περιοχές όπως ο ραχιοπλευρικός προμετωπιαίος φλοιός και ο κογχομετωπιαίος φλοιός. Απεικονιστικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από ανισορροπία αυτών των συστημάτων: το κύκλωμα ανταμοιβής είναι υπερδραστηριοποιημένο και τα ανασταλτικά δίκτυα δεν μπορούν να το θέσουν υπό τον έλεγχο τους. (Stoeckel et al, 2008, Passamonti et al., 2009, Demos et al., 2011).

Με βάση την σύγχρονη έρευνα πάνω στην κοινωνική γνωστική λειτουργία, η έκθεση σε προτροπές που διεγείρουν την όρεξη διεγείρει μια συμπεριφορά εκτός των προθέσεων ή της επίγνωσης των ατόμων. (Bargh & Morsella, 2008). Παραδείγματος χάρη, οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα στον επικληνή

πυρήνα ως απάντηση σε υψηλά θερμιδικές τροφές σε σύγκριση με γυναίκες φυσιολογικού βάρους. (Stoeckel et al., 2008).



Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε παιδιά στις ΗΠΑ κατά τα έτη 1976-1980, 1988-1994 και 2003-2006. Οι αυξητικές τάσεις είναι εμφανείς. Η έρευνες έγιναν από τα Κέντρα για τον Έλεγχο και την Πρόληψη της Παχυσαρκίας.

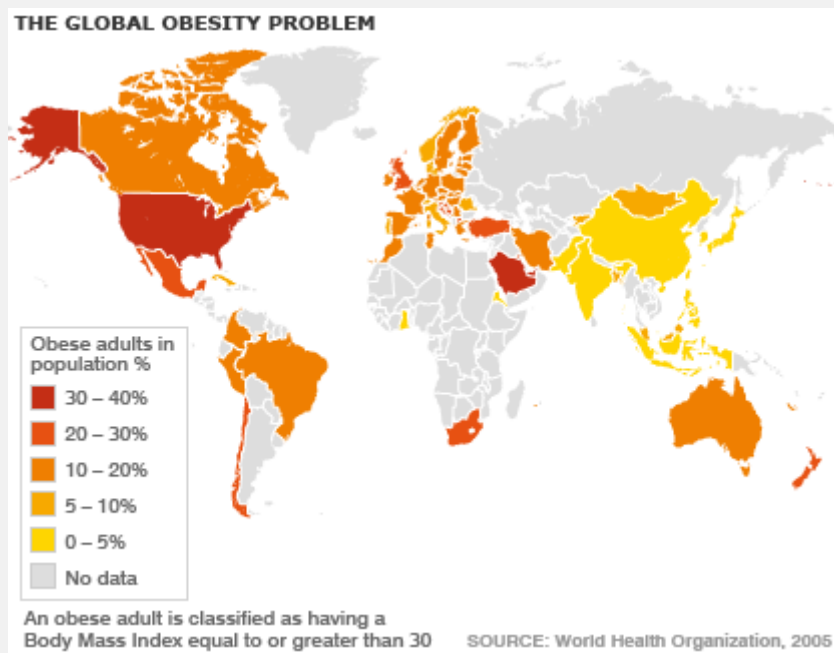


Παρόμοια αυξητικές τάσεις εμφανίζονται και σε άλλες χώρες του κόσμου, όπως η Αγγλία, η Σκωτία, η Αυστραλία, Η Γερμανία, η Χιλή, η Ιαπωνία και η Ισλανδία.

[http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7151813.stm?met\\_imp=0&m1=0.00&m2=0.00](http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7151813.stm?met_imp=0&m1=0.00&m2=0.00)

Το 2010 43 εκατομμύρια παιδιά (35 εκατομμύρια στις αναπτυσσόμενες χώρες) ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα, ενώ 92 εκατομμύρια βρισκόταν σε κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα. Ο παγκόσμιος επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ήταν από 4,2% το 1990 ανέβηκε στο 6,7% το 2010. Αυτή η τάση αναμένεται να φθάσει το 9,1%, δηλαδή 60 εκατομμύρια παιδιά, το 2010. (de Onis et al, 2010)

Όσον αφορά τους ενήλικες η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δημοσίευσε το 2005 τα ποσοστά των παχύσαρκων ενηλίκων σε διάφορες χώρες του κόσμου.



[http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7151813.stm?met\\_imp=0&m1=0.00&m2=0.00](http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7151813.stm?met_imp=0&m1=0.00&m2=0.00)

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας διενήργησε μεγάλη πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα αποσκοπώντας στην λεπτομερή καταγραφή του μεγέθους του προβλήματος. Στη μελέτη συμμετείχαν 17341 ενήλικες, ηλικίας 20-70 ετών, με το ποσοστό των παχυσάρκων ανδρών να ανέρχεται στο 26% και των γυναικών στο 18,2%. Το ποσοστό υπέρβαρων ανδρών ήταν στην ίδια μελέτη 41,1% και γυναικών



29,9%. Αν προστεθούν αυτά τα ποσοστά προκύπτουν ανησυχητικοί αριθμοί, όπως ποσοστό 67.1% για τους άνδρες και 48.1% για τις γυναίκες. Η νοσογόνος παχυσαρκία πάντως ( $\Delta\text{ΜΣ}>40 \text{ kg/m}^2$ ) υφίσταται σε μικρά ποσοστά στον ελληνικό πληθυσμό: 1.4% στους άνδρες και 1.1% στις γυναίκες.

Η ίδια επιδημιολογική μελέτη κατέγραψε τα ποσοστά της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους. Στα αγόρια ηλικίας 13-19 ετών το 29.6% ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα ενώ στα κορίτσια το ποσοστό ήταν 16.1%. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην ηλικία 7-12 ετών ήταν 22.7% (αγόρια) και 18.3% (κορίτσια) και για την ηλικία 1-6 ετών 23.1% (αγόρια) και 20.8% (κορίτσια). Τα ποσοστά αυτά είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. (Καραγιάννης, 2008)

## *1.2. Επιπτώσεις της παχυσαρκίας*

Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει επταπλάσια πιθανότητα σχηματισμού χολόλιθων σε άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 45 συγκριτικά με αυτούς που έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος κάτω του 25. Επίσης, σημαντικότερο ρόλο φαίνεται ότι διαδραματίζει η κεντρικού τύπου παχυσαρκία.

Η διαίτα φαίνεται, ότι διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο αναφορικά με την παθογένεση των χολόλιθων ή την πρόκληση προδιαθεσικών για χολόλιθους παθήσεων και καταστάσεων. Φαίνεται, επίσης, ότι υπάρχει θετικός συσχετισμός ανάμεσα στη διαίτα που χαρακτηρίζεται από υψηλή πρόσληψη θερμίδων και βασίζεται σε κορεσμένα λίπη, επεξεργασμένους υδατάνθρακες, κόκκινο κρέας και αλάτι και τον σχηματισμό χολόλιθων. Σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα, διαίτα με ακόρεστα, φυτικά λίπη, υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών, ασβεστίου και βιταμίνης C δρα προστατευτικά. Παρόμοια προστατευτική δράση έχουν η μέτρια κατανάλωση καφέ και η μικρή κατανάλωση αλκοόλ.

Η απουσία φυσικής δραστηριότητας έχει σχέση με υψηλή πιθανότητα χολολιθιασικής πάθησης, μέσω διαφόρων μηχανισμών, ένας εκ των οποίων είναι η αύξηση του σωματικού βάρους. (Αθανασόπουλος, 2013)

Ο συσχετισμός της παχυσαρκίας και της υπέρτασης έχει αναγνωριστεί ήδη από την αρχή του 20ου αιώνα, όταν μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση για πρώτη φορά σε πληθυσμός. Αυτή η σχέση ανάμεσα στο σωματικό βάρος και την αρτηριακή πίεση καταδείχθηκε στην Framingham Heart Study στη δεκαετία του 60'. Η φύση της σχέσης μεταξύ του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης παρέμενε

αδιευκρίνιστη μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 80', οπότε βασική κλινική και πληθυσμιακή έρευνα ξεκαθάρισε πολλές πλευρές αυτής σχέσης. Σήμερα είναι πλέον γνωστό ότι η παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως ένας από τις κύριες αιτίες της υψηλής πίεσης και ο συνδυασμός παχυσαρκίας και υπέρτασης αναγνωρίζεται ως εξέχουσα αιτία καρδιαγγειακού κινδύνου.

Η σχέση της ινσουλίνης με την αρτηριακή πίεση, αν και αμφισβητήθηκε στην αρχή, μπορεί να εξηγηθεί και η ινσουλίνη σήμερα αναγνωρίζεται ότι διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην παθοφυσιολογία της σχετιζόμενης με την παχυσαρκία υπέρταση. Από την στιγμή που η ινσουλίνη διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού η επαγόμενη από την ινσουλίνη διέγερση του συμπαθητικού φαίνεται παίζει ρόλο στην παθογένεση της υψηλής αρτηριακής πίεσης όταν υπάρχει κεντρική παχυσαρκία. Αυτό υποστηρίζεται από μελέτες που καταδεικνύουν ότι οι συνακόλουθες μειώσεις της αρτηριακής πίεσης και της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όταν μειώνεται η ινσουλίνη λόγω χαμηλής ενεργειακής δίαιτας στους παχύσαρκους ασθενείς. (Landsberg et al, 2013)

Η μετάβαση από την εφηβεία στην νεαρή ενήλικη ηλικία αποτελεί μία περίοδο ρίσκου απόκτησης βάρους. (The et al, 2010, McTigue et al, 2003). Επιπλέον, η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εφηβείας συνδέεται στενά με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. (The et al, 2010) Ο Δείκτης Μάζας Σώματος κατά την ενήλικη ζωή έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη και φλεγμονών. (Chobanian et al, 2003, Felber & Golay, 2002, Pearson et al, 2003)

Πριν από τρεις δεκαετίες, η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη αφορούσε αποκλειστικά τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Την σημερινή εποχή, όμως, με την επιδημία της παιδικής παχυσαρκίας, υπάρχει ραγδαία αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που ήταν παλαιότερα γνωστός ως ο διαβήτης των ενηλίκων, στην παιδική και εφηβική ηλικία. Τις περισσότερες φορές, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 σε παιδιά και εφήβους συνυπάρχει με σημαντικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως δυσλιπιδαιμία και υπέρταση.

Η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά και τους εφήβους συνιστά πολύ σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η επίπτωση και η έκταση της νέας αυτής επιδημίας θα γίνουν πλήρως κατανοητά όταν τα παιδιά αυτά, ως ενήλικες πλέον, αναπτύξουν όλο το ευρύ κλινικό φάσμα των επιπλοκών της πάθησης.

Η πρώτη δημοσίευση για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο γενικό πληθυσμό παιδικής και εφηβικής ηλικίας, πραγματοποιήθηκε το 1979 στους Pima Indians Arizona στις ΗΠΑ. Σε νέα άτομα ηλικίας 15-24 ετών βρέθηκε ότι έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη συνδυαζόμενο με παχυσαρκία. Ακολούθησαν μελέτες σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους στις ΗΠΑ οι οποίες έδειξαν ότι από τα άτομα που μελετήθηκαν, το 22,1% εμφάνιζε διαταραχή ανοχής στην από του στόματος λήψη γλυκόζης μετά από 8ωρο νηστεία, ενώ το 2,4% εμφάνισαν σακχαρώδη διαβήτη.

Στην Ευρώπη ανάλογες έρευνες έδειξαν ότι το ποσοστό του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε παχύσαρκα παιδιά κυμαίνεται από 1,5-2%.

Στην Ελλάδα, μελέτες από διάφορα Παιδοενδοκρινολογικά κέντρα, μέχρι τώρα δείχνουν λίγο μικρότερο ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 απ' αυτό των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. (Χιώτης, 2011)

Στα παχύσαρκα παιδιά και εφήβους παρατηρείται αυξημένο ποσοστό υπερινσουλιναιμίας και αντίστασης στην ινσουλίνη, καταστάσεις επιφέρουν αύξηση της εμφάνισης μεταβολικών παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης που προαναφέρθηκε, η δυσανοχή στη γλυκόζη, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, ηπατική στεάτωση, υπερανδρογοναιμία λόγω δυσλειτουργίας των ωοθηκών. (Μπουγουλιά & Ευθυμίου, 2008)

Η παχυσαρκία προκαλεί στα παιδιά και τους εφήβους και χρόνιες φλεγμονές, αυξημένη τάση σχηματισμού θρόμβων, δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως και οι προαναφερθέντες, οι οποίοι είναι γνωστοί ως σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη, έχουν βρεθεί σε παιδιά ακόμη και στην ηλικία των 5 ετών. (Young-Hyman et al, 2001).

Μεταξύ των εφήβων και των παιδιών που απεβίωσαν από τραυματικές αιτίες, η παρουσία των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου συσχετίστηκαν με ασυμπτωματική αθηροσκληρόνωση των στεφανιαίων αρτηριών, και οι αλλοιώσεις ήταν πιο έντονες στους παχύσαρκους. (Ebbeling et al, 2002).

Εκτός από την παχυσαρκία υπάρχουν πολλές και διάφορες διαταραχές, όπως οι διαταραχές των λιπιδίων και η υπερουριχαιμία που συνυπάρχουν με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αυτή η ομάδα των διαταραχών ονομάστηκε από τον Reaven σύνδρομο X. Σήμερα ονομάζεται μεταβολικό σύνδρομο ή δυσμεταβολικό σύνδρομο. Σε αυτό το σύνδρομο ιδιαίτερα σημαντική θέση έχει η κεντρική, σπλαχνική ειδικότερα, παχυσαρκία. (Σουλής και συν, 2001)

Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός του μεταβολικού συνδρόμου είναι ο ακόλουθος «πρόκειται για ένα σύμπλεγμα παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και σακχαρώδη διαβήτη, που περιλαμβάνει την κεντρική παχυσαρκία, τη δυσλιπιδαιμία (χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης και υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων), αρτηριακή υπέρταση και παθολογικό μεταβολισμό γλυκόζης»

Τα νεότερα αναθεωρημένα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου στους ενήλικες περιλαμβάνουν την συνύπαρξη τριών ή περισσότερων από τους κάτωθι παράγοντες:

1. Περίμετρος μέσης άνω των 94cm σε άνδρες και άνω 80cm σε γυναίκες
2. Τριγλυκερίδια ορού άνω των 150mg/dl
3. HDL-C κάτω από 40mg/dl σε άνδρες και 50mg/dl σε γυναίκες
4. Αρτηριακή πίεση άνω των 130/85mmHg
5. Γλυκόζη νηστείας άνω των 100mg/dl. (Νεδελκοπούλου & Τριανταφύλλου, 2009-2010)

Το σπλαχνικό λίπος δεν αποτελεί έναν αδρανή, αποθηκευτικό τόπο, αλλά, σε αντιδιαστολή προς αυτό, είναι ένα εκκριταγωγό και ενδοκρινές όργανο, το οποίο είναι ικανό να παράγει πλειάδα ουσιών, όπως ορμόνες και πεπτίδια, οι οποίες ρυθμίζουν την ενεργειακή ομοιόσταση, την έκκριση της ινσουλίνης και την πρόκληση φλεγμονής στα αγγεία και το ενδοθήλιο. (Μούσλεχ, 2008)

Ο ρόλος της φλεγμονώδους εξεργασίας έχει τεκμηριωθεί εδώ και μία δεκαετία στις θεωρίες που περιγράφουν τη διαδικασία της αθηροσκληρωτικής νόσου. Από την άποψη της Παθολογίας, όλα τα στάδια, όπως η έναρξη, η αύξηση και οι επιπλοκές της αθηρωματικής πλάκας είναι δυνατό να θεωρηθούν ως η φλεγμονώδη απάντηση στο τραύμα.

Οι κύριοι τραυματικοί παράγοντες που προάγουν την αθηρογένεση, το κάπνισμα, η υπέρταση, οι αθηρογενετικές λιποπρωτεΐνες και η υπεργλυκαιμία έχουν πλήρως τεκμηριωθεί. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου δημιουργούν μια ποικιλία δηλητηριωδών ερεθισμάτων, τα οποία προκαλούν τη διέγερση τόσο των μορίων προσκόλλησης των λευκοκυττάρων, που διευκολύνουν την προσκόλληση των μονοκυττάρων στα ενδοθηλιακά κύτταρα, όσο και χημειοτακτικών παραγόντων, που ενθαρρύνουν τη μετανάστευση των μονοκυττάρων. Η μεταμόρφωση των μονοκυττάρων σε μακροφάγα και η πρόσληψη της χοληστερόλης αποτελούν την αρχή της δημιουργίας του στρώματος του λίπους. (Pearson et al, 2003)

Ο διαλυτός δείκτης CD163 είναι ένας νέος δείκτης του ορού που είναι ειδικός για να μακροφάγα και εμφανίζεται αυξημένος στις φλεγμονώδεις καταστάσεις. Ο δείκτης αυτός είναι αυξημένος στα παχύσαρκα άτομα και συνιστά ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2. Επανέρχεται μερικώς σε φυσιολογικά επίπεδα αν χαθεί βάρος μέσω δίαιτας, αλλά όχι και μέσω της μέτριας άσκησης. (Bennetzen et al, 2013).

Τα άτομα με βαριά παχυσαρκία, με ΔΜΣ άνω του 40 kg/m<sup>2</sup> έρχονται αντιμέτωπα και με παθήσεις όπως το άσθμα και η αρθρίτιδα και μειώνεται σημαντικά η διάρκεια της ζωής τους, παρά τις προειδοποιήσεις των υγειονομικών και πολλών οργανισμών σχετικά με τους κινδύνους που αυτή κρύβει. (Mokdad et al, 2003, Fontaine et al, 2003)

Πειράματα σε πειραματόζωα υποδεικνύουν ότι υπερβολική λήψη τροφής έχει δυσμενείς επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ιδιαίτερα όσον αφορά την ευαισθησία του απέναντι στη δυσλειτουργία και την εκφύλιση. Η κεντρική παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για νευροεκφυλιστικές αγγειακές και μεταβολικές διαταραχές, όπως η μείωση των γνωστικών λειτουργιών και η άνοια, στους ανθρώπους, με μεγάλη αναλογία μέσης – γοφών. (Jagust et al, 2005)

Έχουν, επίσης, αναφερθεί εστιακές μειώσεις της φαιάς ουσίας στα παχύσαρκα άτομα, αλλά όχι και στα φυσιολογικού βάρους άτομα σε περιοχές που σχετίζονται με τη διαδικασία της ανταμοιβής (όπως το κέλυφος του φακοειδούς πυρήνα), τον έλεγχο της συμπεριφοράς (π.χ. η μέση μετωπιαία αύλακα) και τη ρύθμιση της γεύσης (π.χ. η καλυπτρική μοίρα της κάτω μετωπιαίας αύλακας) (Pannacciulli et al, 2006)

Επιπλέον, οι παχύσαρκοι (ΔΜΣ άνω του 30 kg/m<sup>2</sup>) εμφανίζουν ατροφία στο μετωπιαίο λοβό, την πρόσθια αύλακα του προσαγωγίου, τον ιππόκαμπο και τον θάλαμο, σε σύγκριση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους (ΔΜΣ 18,5-25 kg/m<sup>2</sup>) Ο μεγαλύτερος δείκτης μάζας σώματος έχει συσχετιστεί με χαμηλότερο εγκεφαλικό όγκο στα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα άτομα. Οι υπέρβαροι (ΔΜΣ: 25-30 kg/m<sup>2</sup>) εμφανίζουν ατροφία στα βασικά γάγγλια και τον ακτινωτό στέφανο. (Raji et al, 2010)

Πρόσφατα, ακόμη μία εργασία επιβεβαίωσε ότι υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στην παχυσαρκία και τη μείωση του όγκου της αμυγδαλής και του κογχομετωπιαίου φλοιού. (Cazettes et al, 2011)

Ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος έχει συσχετιστεί με την απώλεια της ακεραιότητας της λευκής ουσίας σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες. (Gustafson et al, 2004) Ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος έχει συσχετιστεί και με μειωμένη ακεραιότητα της λευκής ουσίας στη δεξιά έλικα του προσαγωγίου (Marks et al, 2011), σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε μειωμένη ακεραιότητα της λευκής ουσίας, όπως αυτή μετρήθηκε με κλασματική ανισοτροπία στο γόνυ, την ψαλίδα, το σπληνίο του μεσολοβίου. (Stanek et al, 2011)

Ενώ άλλοτε η σημασία της διατροφής στην εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας δεν λογίζονταν ως σημαντική, τα σύγχρονα δεδομένα καταδεικνύουν ότι η διατροφή μπορεί να παίζει επιβαρυντικό ή προστατευτικό ρόλο.

Υπάρχουν πολλές επιστημονικές μελέτες που καταδεικνύουν ότι μια δίαιτα με μεγάλη κατανάλωση κρέατος, αλλαντικών και γλυκών και ενεργειακά πλούσια και με υψηλά ποσοστά κορεσμένου λίπους συσχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας, εξαιτίας της δράσης που μπορεί να έχουν όλα τα προαναφερθέντα ενάντια στη μυελίνη.

Έρευνες σε πειραματόζωα έχουν συνδέσει την υψηλή κατανάλωση λίπους, με αυξημένη παραγωγή φλεγμονωδών παραγόντων και έξαρση της επίθεσης του ανοσοποιητικού συστήματος κατά του ΚΝΣ. (Παπαδά, 2013)

Το χαρακτηριστικό της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος είναι η εναπόθεση λίπους (στεάτωση) στα ηπατοκύτταρα.

Η πρώτη περιγραφή της πάθησης έγινε από τον Ludwig το 1980 και προσβάλλει σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών. Στην Ελλάδα, το ποσοστό της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 10% - 20%. Πρέπει να τονιστεί ότι στους παχύσαρκους το ποσοστό της νόσου αγγίζει το 75%, ενώ σε διαβητικούς ασθενείς κυμαίνεται μεταξύ 40% και 70%. Η νόσος συναντάται συνήθως σε άτομα ηλικίας 40–60 ετών, αν και μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία ακόμη και σε παιδιά. (Χαλέβας, 2012)

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος είναι ένα σύνδρομο με μεγάλο φάσμα κλινικών και ιστολογικών εκδηλώσεων που εμφανίζεται σε άτομα που παρουσιάζουν παράγοντες του μεταβολικού συνδρόμου. (Παπαζαφειροπούλου & Παππάς, 2008)

Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί και με ορισμένους τύπους καρκίνου, όπως ο καρκίνος του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου, όπως και του, μετά την εμμηνόπαυση, καρκίνου του μαστού (The Surgeon General, 2001), ο καρκίνος στομάχου και οισοφάγου. Η θνησιμότητα από τους καρκίνους που συνδέονται με τη

διατροφή εμφανίζει διαχρονικά στην Ελλάδα αυξητικές τάσεις. Σε αντίθεση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες η θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, κάτι που σχετίζεται με την την παραδοσιακά υψηλότερη κατανάλωση στην Ελλάδα λαχανικών, φρούτων και γενικότερα φυτικής προέλευσης τροφίμων. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008)

Η οστεαρθρίτιδα είναι σημαντικά αυξημένη στα παχύσαρκα άτομα. Η οστεαρθρίτιδα που εμφανίζεται στα γόνατα και τους αστραγάλους μπορεί να σχετίζεται με τραύμα που συνδέεται με το βαθμό του υπερβάλλοντος βάρους. Η οστεαρθρίτιδα, όμως, που εμφανίζεται και σε αρθρώσεις που δεν ανασηκώνουν βάρος υποδεικνύει ότι κάποια συστατικά του συνδρόμου των υπέρβαρων μεταβάλουν το μεταβολισμό των χόνδρων και των οστών.

Το υπερβάλλον βάρος σχετίζεται και με δερματικές αλλαγές. Οι ραβδώσεις είναι συχνές και αντανακλούν τις πιέσεις που δέχεται το δέρμα από τις λοβιακές εναποθέσεις του λίπους που επεκτείνονται. Σε πολλά παχύσαρκα άτομα αναπτύσσουν μελανίζουσα ακάνθωση με βαθιά μελάγχρωση σε πτυχές του λαιμού, των αρθρώσεων των δακτύλων και των επιφανειών των εκτεινόντων των δακτύλων, αλλά δεν σχετίζεται με αυξημένη εμφάνιση κακοήθειας. Η υπερτρίχωση στις γυναίκες μπορεί να αντανακλά την τροποποιημένη αναπαραγωγική κατάσταση αυτών. (Bray, 2003, Bray, 2004).

Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Framingham Study, οι Peeters et al. (2003) εκτίμησαν ότι οι μη καπνίστριες γυναίκες που ήταν παχύσαρκες ( $BMI >25 \text{ kg/m}^2$ ) στην ηλικία των 40 ετών έχασαν 3 χρόνια από τη ζωή τους και οι μη καπνιστές άντρες έχασαν 3.1 έτη, συγκριτικά με άντρες και γυναίκες φυσιολογικού βάρους.

Από τη στιγμή που το υπερβάλλον βάρος αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, θα ήταν λογικό να υποθέσει κανείς ότι η εκ προθέσεως απώλεια βάρους θα τον μειώσει. Δεν υπάρχει σαφής απόδειξη αυτής της πρόγνωσης, αλλά αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι η εκ προθέσεως απώλεια βάρους όντως μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας.

Η απώλεια βάρους που διατηρείται για 2 χρόνια μειώνει την αρτηριακή πίεση, βελτιώνει τα αφύσικα επίπεδα των λιπιδίων και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη. Μία παρακολούθηση γυναικών ηλικίας 40-64 ετών στη μελέτη της American Cancer Society, οι οποίες έχασαν ηθελημένα βάρος

παρουσίασαν μείωση θνησιμότητας, οποιαδήποτε αιτιολογίας, σε ποσοστό 20-25%. (Bray, 2004).

Χρησιμοποιώντας την National Health Interview Survey με περίοδο παρακολούθησης 9 ετών, η ηθελημένη απώλεια βάρους μειώνει την θνησιμότητα κατά 24%. Σε αντιδιαστολή, το αντίστοιχο ποσοστό για όσους έχασαν βάρος χωρίς να το θέλουν ανήλθε στο 31%. (Gregg et al, 2003)

Αν και τα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη της παχυσαρκίας είναι περιορισμένα, οι εμπειρίες των ατόμων που έχουν επιτυχώς διατηρήσει την απώλεια βάρους θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Πληθυσμιακές έρευνες υποδεικνύουν ότι υπάρχουν 3 παράγοντες που σχετίζονται με σημαντική απώλεια βάρους, που να μπορεί να διατηρηθεί:

- ✓ η επαρκής φυσική δραστηριότητα. Μία φυσική δραστηριότητα διάρκειας 450 λεπτών, κατά μέσο όρο, την εβδομάδα με περιόδους δραστηριότητας τουλάχιστον μέτριας έντασης, αρκετές φορές την εβδομάδα.
- ✓ αποφυγή τροφών πυκνών σε θερμίδες, οι οποίες είναι υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και απλούς υδατάνθρακες
- ✓ χρησιμοποίηση πολλαπλών στρατηγικών για να ενισχυθεί η διατήρηση της επιθυμητής φυσικής δραστηριότητας και των διαιτητικών μοτίβων. (Kottke et al, 2003)

### *1.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση*

Ο κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του παχύσαρκου ασθενή είναι η ελάττωση τόσο της θνησιμότητας, όσο και της νοσηρότητας εξαιτίας κυρίως παθήσεων του καρδιαγγειακού. Άρα, ο παχύσαρκος έχει ανάγκη από άμεση αντιμετώπιση. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αν το αρχικό βάρος μειωθεί κατά 5-10% παρατηρείται καλύτερευση του καρδιαγγειακού κινδύνου και των άλλων νοσηρών καταστάσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Από τη στιγμή που η παχυσαρκία είναι χρόνια πάθηση, η αντιμετώπιση της θα πρέπει να είναι μακροχρόνια και σφαιρική. Η συντηρητική αντιμετώπιση αποτελείται από:

- ✓ Μεταβολή των διατροφικών συνηθειών
- ✓ Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας
- ✓ Μεταβολή του τρόπου συμπεριφοράς
- ✓ Φαρμακευτική αγωγή.



Όπως είναι γνωστό η παχυσαρκία εγκαθίσταται με την πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος και από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί η αντιμετώπιση της είναι δύσκολη. Επομένως, η πρόληψη είναι η μόνη αποδεκτή οδός αντιμετώπισης και αποσκοπεί στην μη εγκατάσταση της στα άτομα με φυσιολογικό βάρος, στην αποφυγή της εξέλιξης των υπέρβαρων ατόμων σε παχύσαρκα και στην αποφυγή επανάκτησης βάρους σε άτομα που στο παρελθόν απώλεσαν βάρος. (Βλασοπούλου & Παπασταθοπούλου, 2008)

Οι μεταβολές στις διαιτητικές συνήθειες και η φυσική δραστηριότητα συνιστούν και για τα παιδιά και τους εφήβους στην πρώτη και κυρίαρχη επιλογή για την θεραπεία της παχυσαρκίας, κάτι που πρέπει να γίνεται με την ορθή καθοδήγηση των κηδεμόνων, των εκπαιδευτικών και των φορέων υγείας.

Όταν τα προαναφερθέντα μέτρα αποδειχθούν ανεπιτυχή και ιδιαίτερα όταν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπερλιπιδαιμία κα., τότε συστήνεται η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής.

Στους ενήλικες υπέρβαρους και παχύσαρκους, με ανάλογη μεταβολική εικόνα, χορηγούνται συμπληρωματικά με την κύρια θεραπεία φάρμακα όπως η ορλιστάτη, η σιμπουτραμίνη, το ριμόναμπαντ και η μετφορμίνη. Στα παιδιά και τους εφήβους έχουν εγκριθεί από τον FDA μόνο η ορλιστάτη (από ηλικίας 12 ετών) και η σιμπουτραμίνη (από ηλικίας 16 ετών). (Μπουγουλιά & Ευθυμίου, 2008)

Η χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας εξελίχθηκε τα τελευταία 30 χρόνια και διαρκώς κερδίζει έδαφος στην ιατρική κοινότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα της είναι πιο αποτελεσματικά, ταχύτερα και θετικότερα. Αφορά σε παχύσαρκους που εντοπίζονται στο στάδιο της νοσογόνου παχυσαρκίας, δηλαδή έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) άνω του  $40\text{kg/m}^2$  ή υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις άνω του  $36\text{kg/m}^2$ .

Επιπλέον, οι παχύσαρκοι αυτοί θα πρέπει να έχουν κάνει επαναλαμβανόμενες προσπάθειες να χάσουν βάρος με συντηρητικό τρόπο ανεπιτυχώς για χρονικό διάστημα που υπερβαίνει τα πέντε χρόνια και να μην πάσχουν από ορμονική πάθηση, ηπατική ανεπάρκεια και βαριά ψυχική ασθένεια. Από την άλλη μεριά, η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αντενδεικνύεται στους χρήστες τοξικών ουσιών και συστηματικούς πότες οινοπνευματωδών ποτών. (Παπακωνσταντίνου, 2008).

Οι επεμβάσεις που διενεργούνται σήμερα για να αντιμετωπιστεί η παχυσαρκία διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Σε επεμβάσεις περιοριστικού τύπου με βασικότερες την κάθετη γαστροπλαστική του στομάχου, τον ρυθμιζόμενο ελαστικό

δακτύλιο και την κάθετη σωληνωτή γαστρεκτομή. Οι επεμβάσεις αυτές αποσκοπούν στον περιορισμό της ποσότητας της τροφής που καταναλώνει ο ασθενής.

Η δεύτερη κατηγορία είναι οι επεμβάσεις δυσαπορροφητικού τύπου με βασικότερες τη γαστρική παράκαμψη και τη χολοπαγκρεατική εκτροπή. Οι επεμβάσεις αυτές είναι μεγαλύτερης διάρκειας και βαρύτερες από την προαναφερθείσα κατηγορία και αποσκοπούν εκτός από τον περιορισμό της ποσότητας των τροφών και στην δημιουργία ενός βαθμού δυσαπορρόφησης των θρεπτικών συστατικών. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι όλες αυτές οι εγχειρήσεις εμπεριέχουν ρίσκα, επιπλοκές και θνησιμότητα, απαιτείται η συνδρομή του παχύσαρκου ασθενή για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα και πρέπει σε κάθε περίπτωση να έπονται της συντηρητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και να γίνονται όταν αυτή κριθεί ανεπιτυχής, μετά από πλήρη ενημέρωση του ασθενή. (Παπακωνσταντίνου, 2008)

Η επιτυχημένη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα επιφέρει σημαντικές προόδους στην αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας, της υπέρτασης και της δυσλιπιδαιμίας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, ιδιαίτερα σε αυτούς με διαβήτη τύπου 2. (Williams et al, 2001)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας**

#### *2.1. Η εικόνα του εαυτού*

Η εφηβεία θεωρείται φάση μεταβολών που σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με τον τρόπο που ο έφηβος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους, οικογένεια, συνομηλίκους, σχολείο και τη γενικότερη κοινωνία. Πρόκειται για μία περίοδο που συνδέεται με υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, για την εκτίμηση της οποίας απαιτείται η αντικειμενική και έγκυρη συλλογή πληροφοριών από πολλές και διαφορετικές πηγές.

Η έννοια της εικόνας του εαυτού είναι πολύ σημαντική, ειδικά σε αυτήν την περίοδο της ζωής που χαρακτηρίζεται ως εξελικτική και μπορεί να επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες. Η κακή εικόνα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν συσχετιστεί με κατάθλιψη και άγχος στους εφήβους. Η εικόνα εαυτού του εφήβου επηρεάζεται από την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Οι θεωρητικοί του

κοινωνικού ελέγχου υποστηρίζουν ότι η εικόνα του εαυτού αποτελεί παράγοντα που έχει επιδράσεις στον αυτοέλεγχο. Οι άνθρωποι με αδύναμο εγώ εμφανίζονται λιγότερο ανεκτικά απέναντι στη ματαιώση και πιο παρορμητικά. Θεωρείται, επίσης, ότι η κακή εικόνα του εαυτού αποτελεί ψυχικό και κοινωνικό δείκτη δυσκολιών στο σχολείο και συμπεριφορικών προβλημάτων. (Κολαΐτης & Λιακοπούλου, 2005)

Η αυτοεκτίμηση είναι η αξιολογητική πλευρά της έννοιας του εαυτού, η οποία αντιστοιχεί στη συνολική θέαση του εαυτού ως αξιόλογου ή μη αξιόλογου. Επομένως, η αυτοεκτίμηση είναι μία θέση σχετικά με τον εαυτό και σχετίζεται με τις προσωπικές πεποιθήσεις αναφορικά με τις ικανότητες, τις δυνατότητες, τις κοινωνικές σχέσεις και τις μελλοντικές εκβάσεις. Είναι σημαντικό να διαχωριστεί ο όρος αυτοεκτίμηση από τον πιο γενικό όρο έννοια του εαυτού, γιατί οι δύο αυτοί όροι χρησιμοποιούνται εναλλάξ. Η έννοια του εαυτού αναφέρεται στο σύνολο των γνωστικών πεποιθήσεων που τα άτομα έχουν για τον εαυτό τους, είναι όλα όσα είναι γνωστά για τον εαυτό και περιλαμβάνει πράγματα, όπως το όνομα, η φυλή, οι επιθυμίες, οι αντιπάθειες, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι περιγραφές της εμφάνισης, όπως το ύψος και το βάρος.

Από την άλλη μεριά, η αυτοεκτίμηση είναι η συναισθηματική απάντηση που τα άτομα βιώνουν, όταν συλλογίζονται και αξιολογούν διάφορα πράγματα για τον εαυτό τους. Αν και η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την έννοια του εαυτού, είναι πιθανό οι άνθρωποι να πιστεύουν αντικειμενικά θετικά ορισμένα πράγματα (όπως να αναγνωρίζουν ικανότητες στην ακαδημαϊκή ζωή, τον αθλητισμό ή τις τέχνες), αλλά να συνεχίζουν να τους αρέσει, στα αλήθεια, ο εαυτός τους. (Heatherton & Wyland, 2003)

Όταν οι άνθρωποι συμπεριφέρονται με τρόπους που αυξάνουν τις πιθανότητες να απορριφθούν, βιώνουν μία πτώση της αυτοεκτίμησης τους. Έτσι, η αυτοεκτίμηση παίζει το ρόλο του οργάνου παρακολούθησης ή κοινωνικού μετρητή της κοινωνικής αποδοχής ή απόρριψης. (Heatherton & Wyland, 2003α)

Κατά τη διάρκεια της μετάβασης από την εφηβική στην ενήλικη ζωή, πολλές γυναίκες διαλέγουν τους συντρόφους της ζωής τους, οικοδομούν καριέρα και γίνονται μητέρες. Οι ρόλοι και οι ευθύνες που φέρνει η ενήλικη ζωή μπορεί να παράσχουν μία μεγάλη εμβέλεια ποιότητας πάνω στις οποίες οι γυναίκες βασίζουν την αυτοαξία τους. Με απλά λόγια, μπορεί να αλλάξουν οι προτεραιότητες, οπότε η εμφάνιση, γενικότερα, και, ειδικότερα, το να παραμείνουν αδύνατες, γίνονται λιγότερο σημαντικά για τη γυναίκα. Αν και η εμφάνιση είναι καθοριστικός

παράγοντας για προσέλκυση πιθανών συντρόφων, πριν από την πρώτη σοβαρή σχέση, παράγοντες που δεν σχετίζονται με αυτήν αποκτούν μεγαλύτερη σπουδαιότητα σε μία σοβαρή σχέση. Η καθημερινή εμπειρία καταδεικνύει ότι πολλές σχέσεις διατηρούνται παρά τη σημαντική αύξηση του βάρους ενός ή και των δύο συντρόφων. Επομένως, οι προσπάθειες ελέγχου του βάρους και οι αντιδράσεις στην απόκτηση του μπορεί να γίνουν λιγότερο ακραίες στις γυναίκες που έχουν διαλέξει σύντροφο ζωής. (Keel et al, 2007)

## *2.2. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στους ενήλικες.*

Οι Volkow & O'Brien (2007) υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία δεν είναι μόνο μία μεταβολική διαταραχή, αλλά και μία διαταραχή του μυαλού. Θεωρούν ότι μερικές μορφές παχυσαρκίας κινητοποιούνται από μία υπερβολική, παρακινούμενη ανάγκη για τροφή και υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία είναι μία εξάρτηση από τις τροφές, ανάλογη με τον εθισμό και την εξάρτηση από ουσίες. Πιστεύουν ότι η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από την παρορμητική κατανάλωση τροφής και από την ανικανότητα αποχής από αυτήν, παρά την επιθυμία που υπάρχει. (Volkow & O'Brien, 2007)

Ο συσχετισμός του σωματικού βάρους με την εκδήλωση κάποιας ψυχοπαθολογίας αποτελεί θέμα που διερευνάται. Ενώ τα πράγματα είναι πιο ξεκάθαρα όσον αφορά στο χαμηλό σωματικό βάρος σε καταστάσεις όπως η ψυχογενής ανορεξία, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η ψυχοπαθολογία του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους. (Lykouras & Michopoulos, 2011)

Παρά την αύξηση της παχυσαρκίας σε όλον τον κόσμο και την αναγνώριση της γενετικής συνεισφοράς σε αυτήν, εξακολουθούν και υπάρχουν αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στα παχύσαρκα άτομα, πιθανώς, λόγω της θεώρησης του αδύνατου σώματος ως ιδανικού. Μερικοί θεωρούν ότι η υποτίμηση και η γελοιοποίηση αυτών των ανθρώπων παραμένει η τελευταία κοινωνικά αποδεκτή μορφή προκαταλήψεων.

Η προκατάληψη απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους ξεκινά νωρίς στη ζωή τους και παραμένει ένα στίγμα που, από την εφηβεία, τους ακολουθεί και στην ενήλικη ζωή. Ακόμη και επαγγελματίες της υγείας έχουν αρνητικές απόψεις απέναντι στους παχύσαρκους. (Fabricatore & Wadden, 2003)

Υπέρβαροι ασθενείς αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις απέναντι τους από το σύστημα υγείας, αλλά και αποφυγή των ιατρών να τους παράσχουν προληπτική ιατρική φροντίδα. (Anderson & Wadden, 2004, Sabin et al, 2012) Μία μελέτη που επικεντρώθηκε στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βρήκε ότι περισσότερο από το 50% αυτών των γιατρών θεωρούσαν ότι οι παχύσαρκοι ήταν αδέξιοι, αντιαισθητικοί και δεν συμμορφώνονταν με τις οδηγίες. Περισσότερο από το 1/3 αυτών των γιατρών χαρακτήριζαν τους παχύσαρκους ασθενείς ως ανθρώπους με αδύναμο χαρακτήρα, απεριποίητους και τεμπέληδες. (Foster et al, 2003)

Σε έρευνα των στρατιωτικών οικογενειακών ιατρών διαπιστώθηκε ότι η στερεοτυπική αντίληψη τους ότι οι παχύσαρκοι ήταν τεμπέληδες αυξήθηκε κατά 145% από το 1998 ως το 2005, με τους νεώτερους ιατρούς να την ενστερνίζονται θερμότερα. (Warner et al, 2008) Έρευνα ανέφερε ότι το 53% των υπέρβαρων και παχύσαρκων γυναικών ανέφερε ότι έγιναν δέκτριες ανάρμοστων σχολίων σχετικά με το βάρος τους από τους γιατρούς τους. (Puhl & Brownell, 2006).

Οι παχύσαρκοι ασθενείς που αναφέρουν συμπεριφορές που υποδηλώνει προκατάληψη απέναντι στο βάρος τους από ιατρικό προσωπικό, αποφεύγουν την αναζήτηση προληπτικής φροντίδας υγείας για εξετάσεις ρουτίνας, όπως οι εξετάσεις για καρκίνο. (Mitchell et al, 2008)

Είναι γενικευμένη η άποψη ότι τα παχύσαρκα άτομα εκδηλώνουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά και άλλα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Όντως, έχει παρατηρηθεί αυξημένος επιπολασμός ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας σε παχύσαρκους που προσέρχονται για θεραπεία. Έρευνες στο γενικό πληθυσμό καταδεικνύουν ότι η συχνότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε παχύσαρκους διαφέρει από εκείνη σε μη παχύσαρκους.

Είναι γεγονός ότι η αρνητική εικόνα για το σώμα τραυματίζει σοβαρά τον ψυχισμό των ανθρώπων. Μεγάλες επιστημονικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν, σε γενικές γραμμές, μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση, ενώ συνδέουν άμεσα την κακή εικόνα που έχουν για το σώμα τους με το μεγάλο βάρος τους. (Κοντορίγα και συν, 2011)

Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που επηρεάζει τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τους οικείους του, επιφέροντας πολύ μεγάλο προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό βάρος. Εκτός από την κατάθλιψη έχουν αναφερθεί και άλλες σπανιότερες διαταραχές, όπως παρανοϊκός ιδεασμός, επιθετικότητα,

ψυχοσωματική συμπτωματολογία, διαπροσωπική ευαισθησία και χαμηλή ουδός απογοήτευσης. (Ντελιοπούλου, 2013-14)

Η κατάθλιψη είναι δυνατό να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των σωματικών νόσων. Οι τρεις συνηθέστερες μορφές καταθλιπτικών είναι οι ακόλουθες:

1. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο εκδηλώνεται με έναν συνδυασμό συμπτωμάτων και έχει σημαντική επίδραση στη λειτουργικότητα του πάσχοντα. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., χ.χ.) χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, σημαντική απώλεια βάρους, απύνια, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αίσθημα κόπωσης ή απώλεια της ενεργητικότητας, αισθήματα αναξιότητας ή εκτεταμένης, αδικαιολόγητης ενοχής, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης, επανειλημμένες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας. (Λαζαράτος & Αναγνωστόπουλος, 2001). Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί είτε να αποτελεί μεμονωμένη εκδήλωση της νόσου είτε να εντάσσεται σε πλαίσιο διπολικής διαταραχής (οπότε εναλλάσσεται με περιόδους ύφεσης και επεισόδια μανίας) ή υποτροπιάζουσας κατάθλιψης (οπότε και εναλλάσσεται μόνο με περιόδους ύφεσης). Για να τεθεί η διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτείται η ύπαρξη της καταθλιπτικής διάθεσης για τουλάχιστον 15 ημέρες (κατά τα διεθνή διαγνωστικά κριτήρια), μολονότι η συνήθης συνολική διάρκεια του επεισοδίου είναι μερικοί μήνες. Κατά το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο ασθενής παρουσιάζει, εκτός από την καταθλιπτική διάθεση, και άλλα συμπτώματα, όπως ανηδονία (αδυναμία βίωσης ευχαρίστησης), κοινωνική απόσυρση, έλλειψη κινήτρου και διάθεσης για οποιαδήποτε δράση, απώλεια της libido, κεφαλαλγία και άλλα σωματικά ενοχλήματα, διαταραχή της προσοχής και δυσχέρεια συγκέντρωσης, πιθανόν και ψυχωσική συμπτωματολογία (παραλήρημα αναξιότητας και ενοχής, ιδέες πτωχείας, υποχονδριακό ιδεασμό με βεβαιότητα ύπαρξης βαριάς σωματικής νόσου, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις) και αυτοκτονικό ιδεασμό, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει έως απόπειρα αυτοκαταστροφής. Οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης συνοδεύουν πολύ συχνά την κατάθλιψη περιλαμβάνονται μάλιστα και στα διεθνή κριτήρια DSM-IV-TR και ICD-10 για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού **επιασῶαι** (Δικαίος, 2005)

2. Δυσθυμία. Αποτελεί λιγότερο βαριά μορφή κατάθλιψης και έχει ηπιότερη συμπτωματολογία, αλλά πιο χρόνια πορεία. Ο ασθενής με δυσθυμική διαταραχή διατηρεί, σε γενικές γραμμές, το μεγαλύτερο μέρος της λειτουργικότητας του, αλλά υφίσταται ο κίνδυνος εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., χ.χ.).
3. Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., χ.χ.). Στην περίπτωση αυτή η κατάθλιψη μπορεί να εναλλάσσεται με μέρες ή εβδομάδες μανίας – υπερβολική έξαρση, αδικαιολόγητες μεγαλεπίβολες σκέψεις, που πολλές φορές συνοδεύονται και από ακραίες ή επικίνδυνες (ως καταστροφικές) πράξεις. Ονομάζεται διπολική διαταραχή γιατί το μανιοκαταθλιπτικό άτομο αιωρείται μεταξύ του καταθλιπτικού πόλου (κάτω) και του αντίθετου ευφορικού πόλου (πάνω), με απρόβλεπτες, ταχείες εναλλαγές. Αντίθετα, η μείζων κατάθλιψη είναι μονοπολική, γιατί δίνει έμφαση μόνο στον ένα πόλο (κάτω). (Bloomfield & McWilliams, 2004)

Έχουν αναγνωριστεί διάφοροι δυνητικοί παράγοντες που ευθύνονται για την ψυχολογική επιβάρυνση των παχύσαρκων ατόμων. Αυτοί σχετίζονται με δημογραφικούς παράγοντες, διαιτητική συμπεριφορά, κοινωνικούς / περιβαλλοντικούς παράγοντες και γνωστικούς παράγοντες. Στους δημογραφικούς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται το φύλο και η ηλικία (επηρεάζονται περισσότερο οι νέες γυναίκες), ο βαθμός της παχυσαρκίας και η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη. Όσον αφορά την διατροφική / διαιτητική συμπεριφορά, οι σημαντικές ψυχολογικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι η δίαιτα και ο περιορισμός της διατροφής, η αδηφαγική διαταραχή, ανεξέλεγκτες παρορμήσεις με επακόλουθα συναισθήματα συνεχούς πείνας.

Στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η κοινωνική πίεση για να είναι κάποιος/α αδύνατος/η, ένα μακροχρόνιο ιστορικό στιγματισμού που σχετίζεται με την παχυσαρκία, οι διακρίσεις, οι αρνητικές αντιδράσεις τόσο από την οικογένεια, όσο και από τους συνομηλικούς και οι φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις. Όλα αυτά μπορεί να επιφέρουν σε μη φυσιολογικούς γνωστικούς παράγοντες, με το 74% των παχύσαρκων ασθενών να μην είναι ικανοποιημένοι από την εικόνα του σώματος τους. (van der Merwe, 2007)

Η παχυσαρκία, σε αντίθεση με άλλες παθήσεις που έχουν στιγματιστεί, αλλά δεν είναι πάντοτε εμφανείς, δεν είναι μία κατάσταση που μπορεί να συγκαλυφτεί. Η

φυσική ορατότητα του χοντρού σώματος είναι δημόσια εμφανές σε όλους. Η σύμπραξη της βιομηχανίας απώλειας βάρους, της βιομηχανίας της μόδας, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι επαγγελματίες της υγείας, μεταξύ άλλων, ενισχύουν και εντείνουν το στίγμα της παχυσαρκίας. Υπάρχουν τρεις διακριτές κατηγορίες στίγματος που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα παχύσαρκα άτομα:

- ✓ άμεσο στίγμα, όπως να υφίστανται δημοσίως πειράγματα
- ✓ περιβαλλοντικό στίγμα, όταν δεν μπορούν να καθίσουν σε θέση αεροπλάνου ή λεωφορείου
- ✓ έμμεσο στίγμα, όπως όταν ελέγχεται διεξοδικά το καρότσι του supermarket από τους άλλους αγοραστές. (Lewis et al., 2011)

Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πολύ ευαίσθητοι, αναφορικά με τους όρους που χρησιμοποιούν για να περιγράψουν την παχυσαρκία τους. Παραδείγματος χάρη, έχει βρεθεί ότι οι πιο ανεπιθύμητες εκφράσεις είναι «πάχος», «υπερβολικό λίπος», «παχυσαρκία» και «μεγάλο μέγεθος», ενώ λέξεις όπως «βάρος», «μη υγιές σωματικό βάρος», «πρόβλημα με το βάρος» και «μη υγιές ΔΜΣ» είναι πιο αποδεκτές. (Wadden & Didie, 2003).

Ακόμη και το σωματικού βάρους του ίδιου του γιατρού μπορεί να έχει επιπτώσεις στην φροντίδα των ασθενών. Σε μία δια – τμηματική μελέτη 500 γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι γιατροί με φυσιολογικό βάρος ήταν πιο έτοιμοι να αντιμετωπίσουν και νιώθουν πιο άνετα με ζητήματα της παχυσαρκίας, συμπεριλαμβανομένων και συζητήσεων σχετικά με τη διαίτα και την άσκηση με παχύσαρκους ασθενείς. Βρέθηκε ότι οι γιατροί είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να ξεκινήσουν συζητήσεις σχετικές με το βάρος, όταν θεωρούσαν ότι οι ασθενείς τους είχαν μεγαλύτερο βάρος από το δικό τους. (Bleich et al., 2012)

Αποτελέσματα από μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση διαχρονικών μελετών δείχνουν ότι η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την παχυσαρκία είναι διπλής κατεύθυνσης, καθώς τα παχύσαρκα άτομα έχουν κατά 55% αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, συσχετισμός που είναι πιο έντονος στους Αμερικανούς σε σύγκριση με τους Ευρωπαίους, ενώ τα άτομα με κατάθλιψη έχουν κατά 58% αυξημένο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι. (Luppino et al, 2010)

Μία άλλη πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα –ανάλυση διαπίστωσε ότι υπάρχει ένας αδύναμος, αλλά θετικός συσχετισμός ανάμεσα στην παχυσαρκία και τις αγχώδεις διαταραχές. Παραμένουν, όμως, σύμφωνα με τους



συγγραφείς, ερωτηματικά σχετικά με τη βαρύτητα της παχυσαρκίας και τους υποτύπους των αγχωδών διαταραχών. (Gariery et al, 2010)

Παρόμοια είναι και τα συμπεράσματα της εργασίας των Moghimi-Dehkordi et al (2011), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι άντρες και γυναίκες εμφάνιζαν θετική συσχέτιση με συμπτωματολογία κατάθλιψης, άγχους και stress. Ο επιπολασμός της συμπτωματολογίας αυτής βρέθηκε ότι ήταν υψηλότερος στις γυναίκες.

Στους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν την σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και της παχυσαρκίας, εκτός από το στιγματισμό και ο χαμηλή αυτοεκτίμηση, που προαναφέρθηκαν, περιλαμβάνονται και ο φαύλος κύκλος της δίαιτας και της ανάκτησης του χαμένου βάρους, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, οι ορμονικές και λειτουργικές διαταραχές και η ηλικία. (Gatineau & Dent, 2011).

Οι νέες γυναίκες φαίνεται ότι κινδυνεύουν περισσότερο τόσο από την παχυσαρκία, όσο και από τις ψυχικές διαταραχές. (Ma & Xiao, 2010). Τα άτομα μεγάλης ηλικίας μπορεί, επίσης, να κινδυνεύουν περισσότερο, καθώς τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το γήρας μπορεί να επιφέρουν αύξηση του βάρους και κατάθλιψη ή άγχος. (Kivimaki et al, 2009) Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν οι Simon et al (2006) καθώς διαπίστωσαν ότι η παχυσαρκία σχετιζόταν με, περίπου, 25% αύξηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης διαταραχών της διάθεσης και αγχωδών διαταραχών.

Η κλινική συμπτωματολογία της συννοσηρότητας αγχωδών διαταραχών και κατάθλιψης, ενδέχεται να λάβει ποικίλες μορφές, καθώς μπορεί να εκδηλωθεί το πλήρες σύνδρομο της συννοσηρότητας ή να εμφανιστούν μερικά μόνο συμπτώματα από την κάθε πάθηση. Η εκδήλωση των αγχωδών διαταραχών είναι, συνήθως, πρωιμότερη. Οι επιπτώσεις αυτής της συννοσηρότητας επιφέρουν μεγαλύτερη βαρύτητα της πάθησης, μεγαλύτερη χρονιότητα, πολύ υψηλότερο βαθμό δυσλειτουργικότητας, χειρότερη ποιότητα ζωής των πασχόντων και, τέλος, υψηλότερο βαθμό αναπηρίας. (Μπαλτά & Παπαρηγόπουλος, 2010)

Από την άλλη μεριά οι άνθρωποι στις υποανάπτυκτες χώρες αξιολογούν τους υπέρβαρους ανθρώπους με πιο θετικό τρόπο και τους αδύνατους με λιγότερο θετικό, συγκριτικά με τους ανθρώπους στις Δυτικότερες κοινωνίες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι μαύροι προτιμούν, πιο πολύ από τους λευκούς, τις εύσωμες γυναίκες και οι μεγαλύτερης ηλικίας μαύρες γυναίκες, που είναι παχύσαρκες, είναι πιο ικανοποιημένες από το βάρος τους, συγκριτικά με τις λευκές γυναίκες. Επιπρόσθετα,

οι λευκές γυναίκες θεωρούν ότι οι παχύσαρκες γυναίκες δεν είναι ελκυστικές, χαρούμενες, επιτυχημένες στην εργασία τους και στις σχέσεις τους, αλλά αυτά τα αρνητικά στερεότυπα δεν υφίστανται όταν μαύρες γυναίκες αξιολογούν άλλες μαύρες γυναίκες.

Σε γενικές γραμμές, στα παχύσαρκα άτομα δεν αποδίδονται μόνο αρνητικές ιδιότητες από τους άλλους, αλλά υφίστανται και διακρίσεις στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις τους, σε εργασιακές καταστάσεις και στην εισαγωγή τους στα κολλέγια. Ενώ υπάρχουν έρευνες που καταδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα άτομα, ιδιαίτερα οι άντρες, δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στο εργασιακό τους περιβάλλον, άλλες έρευνες δείχνουν ότι οι παχύσαρκες γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα. (Schneider, 2004)

### *2.3. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στους εφήβους*

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η παιδική παχυσαρκία προκαλεί ποικίλα κλινικά προβλήματα υγείας. Την ίδια, όμως, βαρύτητα με τα σωματικά προβλήματα, έχουν και οι αρνητικές κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες της παχυσαρκίας, στις οποίες περιλαμβάνονται ότι οι παχύσαρκοι έφηβοι είναι αρεστοί σε μικρότερο βαθμό από τους συνομηλίκους τους ή απορρίπτονται από αυτούς ή γίνονται θύματα διαφόρων μορφών επιθέσεων. (Pearce et al. 2002, Jansen et al, 2004).

Η εφηβεία μπορεί να αποτελεί μια εξαιρετικά κρίσιμη περίοδο για να μελετηθούν οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στις σχέσεις με τους συνομηλίκους για τρεις λόγους. Πρώτον, οι έφηβοι εξαρτώνται πολύ από τους συνομηλίκους για κοινωνική στήριξη, ταυτότητα και αυτοεκτίμηση. Οι αρνητικές εμπειρίες από τους συνομηλίκους κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικοί δείκτες αδυναμίας κοινωνικής προσαρμογής.

Δεύτερον, οι βιολογικές αλλαγές που σχετίζονται την ανάπτυξη σε αυτήν την ηλικία, κάνουν την εικόνα του σώματος του εφήβου υψίστης σημασίας και, ενδεχομένως, να σχετίζεται πιο στενά με τις κοινωνικές εμπειρίες που αποκομίζονται από τους συνομηλίκους. Επομένως, οι έφηβοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη θυματοποίηση τους από τους συνομηλίκους, αν η σωματική τους εμφάνιση τους διαφοροποιεί από αυτούς.

Τρίτον, η ανάπτυξη των διαπροσωπικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για τις ρομαντικές σχέσεις, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, μπορεί να γίνουν σημαντικός

πρόδρομος για τη δημιουργία και τη διατήρηση ρομαντικών σχέσεων κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. (Pearce et al. 2002)

Η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται όλο και περισσότερο σε νέους ανθρώπους. Πριν από χρόνια, οι περισσότεροι άνθρωποι πίστευαν ότι η κατάθλιψη δεν εκδηλωνόταν σε άτομα παιδικής ηλικίας. Αλλά σήμερα γνωρίζουμε ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου 6 στα 100 παιδιά μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη. Η διαταραχή σηματοδοτείται από αλλαγές :

- ✓ στο συναίσθημα – το παιδί συχνά αισθάνεται θλιμμένο, κλαίει, έχει μάτια βουρκωμένα, αισθάνεται ανάξιο.
- ✓ στα κίνητρα – η απόδοσή του στο σχολείο πέφτει, δε δείχνει ενδιαφέρον για παιχνίδι.
- ✓ στη φυσική κατάσταση – παρουσιάζει αλλαγές στην όρεξη ή στον ύπνο, αισθάνεται ατονία
- ✓ στις σκέψεις – το παιδί πιστεύει ότι είναι άσχημο, ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα σωστό, ότι η ζωή και ο κόσμος είναι χωρίς ελπίδα. (Γιαννέτου, 2006)

Η Διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη) σε παιδιά και εφήβους σηματοδοτείται από υπερβολικές αλλαγές διάθεσης από εξαιρετικά χαμηλή (κατάθλιψη) ως εξαιρετικά έντονη (έξαψη ή φάσεις μανίας). Οι περίοδοι μέτριας διάθεσης εμφανίζονται σε ενδιάμεσα χρονικά διαστήματα. Κατά τη διάρκεια της μανιακής φάσης, το παιδί ή ο έφηβος μπορεί να μιλά ασταμάτητα, να χρειάζεται ελάχιστο ύπνο και να επιδεικνύει κακή κρίση. Οι διπολικές αλλαγές διάθεσης μπορεί να προκύπτουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι ενήλικες με διπολική διαταραχή, περίπου 1 στους 100, συχνά βιώνουν τα πρώτα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους. (Γιαννέτου, 2007)

Η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή και τα συμπτώματα της κατάθλιψης στους εφήβους μπορεί να τους θέσουν σε κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας αργότερα, στη ζωή τους. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την παχυσαρκία και μπορούν να προκαλέσουν ψυχιατρικές διαταραχές στα παιδιά και τους ενήλικες είναι η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσαρέσκεια για το σώμα τους, οι διατροφικές διαταραχές και τα πειράγματα για το βάρος τους. Η επίδραση της παχυσαρκίας στην ψυχική υγεία αυξάνει με την ηλικία και είναι ισχυρότερη στα κορίτσια, συγκριτικά με τα αγόρια. (Gatineau & Dent, 2011)

Έχει βρεθεί ότι η παχυσαρκία κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία έχει αρνητική επίδραση στην εικόνα και τη θεώρηση του εαυτού του νέου ανθρώπου, ενώ επηρεάζονται περισσότερο η φυσική εμφάνιση και οι αθλητικές επιδόσεις. (Cornette, 2008, Hill, 2005, Griffiths et al, 2010).

Φαίνεται ότι οι συναισθηματικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι μεγαλύτερες στα μικρά παιδιά, τα κορίτσια και τα παιδιά ή τους εφήβους που αναφέρουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του φαγητού τους. (Israel & Ivanova 2002, Morgan et al. 2002, Isnard et al. 2003).

Δεδομένα, επίσης, υποδηλώνουν ότι ο βαθμός της παχυσαρκίας στα κορίτσια είναι αντίστροφα ανάλογος με την αυτοεκτίμηση τους. (Israel & Ivanova 2002, Sands & Wardle 2003). Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με κατάθλιψη, τόσο σε παιδιά, όσο και σε εφήβους. (Sjoberg, 2005).

Η παχυσαρκία και η κατάθλιψη διαγιγνώσκονται με διαφορετικό τρόπο στα παιδιά, από ότι στους ενήλικες. Τα κριτήρια για την κατάθλιψη περιλαμβάνουν την καταθλιπτική διάθεση, την ανηδονία, την κόπωση, αισθήματα ενοχής ή ανεπάρκειας, σκέψεις για τον θάνατο, όπως και μεταβολές του ύπνου, της όρεξης ή της ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Τα προβλήματα με τον ύπνο, την όρεξη και την ψυχοκινητική δραστηριότητα μπορεί να συμβαίνουν προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, δηλαδή τα άτομα μπορεί να έχουν αϋπνία ή υπερυπνία, ανορεξία ή αυξημένη όρεξη, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή υπερδραστηριοποίηση. Υπάρχουν δύο διαφορές σχετικά με το πώς τίθεται η διάγνωση στα παιδιά και στους ενήλικες. Η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη και όχι καταθλιπτική ή ανηδονική και οι νέοι μπορεί να συναντήσουν τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση αν λόγω της μειωμένης όρεξης, αντί να χάσουν βάρος, στερηθούν ανάπτυξη. Στα μικρότερα παιδιά η διάγνωση είναι δύσκολη λόγω δυσχέρειας στην έκφραση των συμπτωμάτων εσωτερίκευσης (συναισθημάτων απελπισίας ή ενοχής). (Reeves et al, 2008)

Έχει αναφερθεί ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των πολύ παχύσαρκων παιδιών και εφήβων που αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε κλινικές δομές είναι εξαιρετικά κακή, είναι χαμηλότερη των υγείων παιδιών, ενώ είναι παρόμοια με αυτήν, όσων έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής είναι ένα ευρύτατο και με πολλές διαστάσεις οικοδόμημα και περιλαμβάνει την φυσική, συναισθηματική, κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα. (Schwimmer et al, 2003)

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη παχυσαρκίας στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα άτομα με κατάθλιψη τρώνε περισσότερο για να βρουν παρηγοριά ή για να δημιουργήσουν αντιπερισπασμό και να ξεφύγουν από τα αρνητικά συναισθήματα, ή γιατί η δυσλειτουργία της σεροτονίνης μπορεί να τους κάνει να καταναλώνουν περισσότερες, πλούσιες σε υδατάνθρακες, τροφές. (Stice et al, 2005)

Όσον αφορά την σχολική επίδοση πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι τα κορίτσια που έγιναν παχύσαρκα ανάμεσα στο νηπιαγωγείο και την τρίτη δημοτικού έχουν την τάση να έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες από τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος. Επιπρόσθετα, υπάρχουν στοιχεία που καταδεικνύουν ότι οι επιδράσεις της παχυσαρκίας στην σχολική επίδοση είναι χειρότερες για τα παιδιά που παραμένουν παχύσαρκα για πολλά χρόνια.

Μελέτες που αφορούσαν παιδιά γυμνασίου και λυκείου καταδεικνύουν ότι οι έφηβοι που βρίσκονται σε κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα είχαν χαμηλότερους βαθμούς και οι έφηβοι που ήταν στην ηλικία των 16 παχύσαρκοι δεν ολοκληρώνουν τις σχολικές σπουδές τους. Επίσης, τα παχύσαρκα κορίτσια έχουν την τάση να έχουν χαμηλές βαθμολογίες στα τεστ των μαθηματικών και της γλώσσας, σε σύγκριση με τις μη παχύσαρκες συνομήλικες τους. (The Hunt Institute, 2008)

Οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν όταν ενηλικιωθούν, σε σύγκριση με τους φυσιολογικού βάρους συνομηλικούς τους και οι παχύσαρκες έφηβοι φοιτούν λιγότερα χρόνια στο σχολείο και έχουν χαμηλότερα έσοδα ως ενήλικες. Οι παχύσαρκοι έφηβοι είναι λιγότερο πιθανό να περνούν τον χρόνο τους με φίλους, σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους. (Pearce et al. 2002)

Πρόσφατη έρευνα έχυσε φως στην πιθανή σχέση ανάμεσα στην κατάσταση του βάρους, την σωματική εμφάνιση και την θυματοποίηση μέσω του εκφοβισμού. (Brixval et al, 2012)

Υπάρχουν συγγραφείς που θεωρούν ότι η θυματοποίηση μπορεί να σχετίζεται και με την εικόνα που έχει κάποιος / κάποια για την εμφάνιση του/της. (Fox & Farrow, 2009, Thompson & Stice E, 2001).

Οι παχύσαρκοι έφηβοι βιώνουν σε μεγάλα ποσοστά τη θυματοποίηση τους από τους συνομηλικούς τους. Αυτή η θυματοποίηση μπορεί να εξηγήσει και την σχέση της παχυσαρκίας με την κατάθλιψη. Επομένως, οι παχύσαρκοι έφηβοι μπορεί να οδηγηθούν έμμεσα στην κατάθλιψη μέσω αυτής της θυματοποίησης. (Nemiary et al, 2012)

Η βία στα σχολεία και ο σχολικός εκφοβισμός των μαθητών έχει αρχίσει να συζητάται και να μελετάται και στην Ελλάδα. Θεωρείται κοινωνικό πρόβλημα, άποψη που στηρίζεται σε αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε σχολεία της χώρας.

Το φαινόμενο περιγράφεται με τους όρους: «ενδοσχολική βία», «εκφοβισμός», «θυματοποίηση». Αυτοί οι όροι περιγράφουν μία κατάσταση «κατά την οποία ασκείται εσκεμμένη, απρόκλητη, συστηματική και επαναλαμβανόμενη βία και επιθετική συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή, την καταδυνάστευση και την πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου σε μαθητές από συμμαθητές τους, εντός και εκτός σχολείου.» (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., 2008-2010)

Η διάρκεια του εκφοβισμού μπορεί να είναι σύντομη, χωρίς να αποκλείεται να διαρκέσει για ολόκληρα χρόνια και το χαρακτηριστικό του είναι η κατάχρηση εξουσίας. Ο δράστης έχει σκοπό να κάνει κακό στο παιδί-στόχο και δεν φοβάται την αντεκδίκηση γιατί στηρίζεται στην αδυναμία του παιδιού αυτού και στην αδιαφορία των υπολοίπων παιδιών ή ακόμα και στην υποστήριξή τους.

Ο εκφοβισμός μπορεί να είναι:

- ✓ σωματικού τύπου, με λακτίσματα, χτυπήματα κάθε είδους, κλείδωμα μέσα στην σχολική αίθουσα κα., καταστροφή ή φθορά στα προσωπικά αντικείμενα του θύματος.
- ✓ λεκτικού και ψυχολογικού τύπου, με ύβρεις, πειράγματα, λοιδορίες, υπονοούμενα, απειλητικά τηλεφωνήματα, σκληρά ή ρατσιστικά σχόλια, σπορά ψευδών φημών κα.
- ✓ αποκλεισμός: Προσπάθειες ώστε το παιδί-στόχος να απομονώνεται από τους συνομηλίκους του στο σχολείο, μη επιτρέποντας του να συμμετέχει σε δραστηριότητες ή αγνοώντας το.
- ✓ σεξουαλικού τύπου με χειρονομίες ή σχόλια ανάλογου περιεχομένου
- ✓ μέσω κινητού τηλεφώνου ή διαδικτύου. (Παραδεισιώτου & Τζιόγκουρος, 2008)

Η θυματοποίηση μέσω του σχολικού εκφοβισμού είναι συχνό φαινόμενο σε σχολικά περιβάλλοντα διαφόρων χωρών και, έχει συσχετιστεί, εκτός από την κατάθλιψη, με αυξημένα επίπεδα άγχους, μοναξιά, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και προβλήματα συμπεριφοράς. (Wolke et al, 2001, Hawker & Boulton, 2000).

Σε γενικές γραμμές το πραγματικό ή το υποτιθέμενο βάρος μπορεί να είναι τόσο η αιτία, όσο και η συνέπεια της θυματοποίησης. Ενώ τόσο η πραγματική

παχυσαρκία όσο και η θεώρηση του εαυτού ως παχύσαρκου είναι πιθανές αιτίες εκφοβισμού μεταξύ των εφήβων (ως μηχανισμός άμυνας), η απόκτηση υπερβάλλοντος βάρους ή η θεώρηση του εαυτού ως παχύσαρκου μπορεί να οφείλεται στον εκφοβισμό. Αυτές οι παράμετροι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όταν σχεδιάζονται παρεμβάσεις για να μειωθεί η θυματοποίηση με βάση το σωματικό βάρος ή την αρνητική εικόνα του εαυτού.

Οι τομείς παρέμβασης μπορεί να περιλαμβάνουν τον έλεγχο του βάρους μέσω δίαιτας και φυσικής δραστηριότητας, η αντιμετώπιση της εικόνας που έχει κάποιος/α για το βάρος του/της με επαρκείς ψυχοκοινωνικές και/ή πολιτιστικές παρεμβάσεις αποσκοπώντας στην καλύτερη αντιμετώπιση, από την πλευρά των εφήβων, του βάρους τους. (Wilson et al, 2013)

Αν η θυματοποίηση ενός εφήβου είναι απόρροια της παχυσαρκίας ή αν ο έφηβος κερδίζει βάρος εσκεμμένα για να αποφύγει την θυματοποίηση του, αποτελούν ερωτήματα που δεν έχουν ακόμη απαντηθεί από την διεθνή βιβλιογραφία. (Fekkes et al, 2006)

Οι Διατροφικές διαταραχές, στις οποίες ανήκουν η ψυχογενής ανορεξία (ΨΑ) και ψυχογενής βουλιμία (ΨΒ) είναι σοβαρές παθήσεις που εμφανίζονται κατά κύριο λόγο σε έφηβες και νεαρές γυναίκες (των ποσοστό των ανδρών ασθενών είναι λιγότερο από 10%) και χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής. Έτσι οι ανορεξικοί τρώνε πολύ λίγη ποσότητα τροφής, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους, ενώ οι βουλιμικοί, από την άλλη μεριά καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες σε μικρό χρονικό διάστημα και μετά προκαλούν εμετό ή εφαρμόζουν άλλες μεθόδους για να διατηρήσουν φυσιολογικό σωματικό βάρος.

Σε οικογένειες παιδιών με διατροφικές διαταραχές αναφέρονται τωρινά ή παλαιότερα προβλήματα με παχυσαρκία ή λεπτοκαμωμένα άτομα και πολλές φορές οι γονείς ή αδέρφια παιδιών που πάσχουν έκαναν δίαιτα για τον έλεγχο του βάρους τους. (Χατζηγεωργίου, 2004)

Οι έφηβοι ασθενείς με παχυσαρκία βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή, αλλά εξαιτίας του υπερβάλλοντος βάρους τους, τα συμπτώματά τους συχνά δεν αναγνωρίζονται και δεν αντιμετωπίζονται. Αν και δεν είναι ευρύτερα γνωστό οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι έφηβοι, αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων που χρειάζονται θεραπεία και διατροφικές διαταραχές.

Τα συμπτώματα αυτών των παιδιών αποδίδονται σε σπανιότερες διαταραχές. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 45% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στα Τμήματα Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας και Παιδιατρικής και Εφηβικής Ιατρικής, στο Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, ΗΠΑ, για διατροφικές διαταραχές ήταν έφηβοι με ιστορικό παχυσαρκίας. Τα παιδιά και οι έφηβοι φυσιολογικού βάρους, υπέρβαροι και παχύσαρκοι δεν εξαιρούνται από την πιθανότητα να έχουν ή να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή. Οι σωματικές επιπλοκές της ήμισιτίας και η απώλεια βάρους, που αποτελούν κόκκινες σημαίες για τα άτομα χαμηλού βάρους, συχνά διαγιγνώσκονται λανθασμένα σε αυτούς τους ασθενείς. Εξαιτίας αυτής της λανθασμένης διάγνωσης, η παραπομπή για την θεραπευτική αντιμετώπιση της διατροφικής διαταραχής καθυστερεί, μέχρι τα συμπτώματα της διαταραχής να έχουν προχωρήσει, με σοβαρές φυσιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες. (Sim et al, 2013)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Σχετικές ερευνητικές εργασίες

#### 3.1. Ερευνητικές εργασίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους ενήλικες

Οι Onyike et al (2003) χρησιμοποίησαν δεδομένα από την Αμερικάνικη Third National Health and Nutrition Examination Survey (1988–1994) για να εξετάσουν την σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη ορίστηκε με βάση κριτήρια από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για της Ψυχικές Διαταραχές (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (τρίτη έκδοση) και μετρήθηκαν με δομημένες συνεντεύξεις (Diagnostic Interview Schedule). Η παχυσαρκία ορίστηκε ως Δείκτης Μάζας Σώματος  $30\text{Kg/m}^2$  ή παραπάνω.

Οι συγγραφείς συνέκριναν τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης σε παχύσαρκα και φυσιολογικού βάρους άτομα ( $\Delta\text{ΜΣ } 18,5\text{-}24,9 \text{ Kg/m}^2$ ). Η κατάθλιψη συσχετίστηκε με την κατάθλιψη στις γυναίκες (odds ratio (OR)<sup>1</sup> = 1.82, 95% confidence interval<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Odds ratio (το στοίχημα) = λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων να συμβεί ένα ενδεχόμενο υπό μια συνθήκη Α (π.χ. έκθεση) προς τον λόγο συμπληρωματικών πιθανοτήτων να συμβεί το ίδιο ενδεχόμενο υπό μια άλλη συνθήκη Β (π.χ. μη έκθεση). (Παναγιωτάκος, 2003)

<sup>2</sup> Confidence interval = διάστημα εμπιστοσύνης. Πρόκειται για ένα εύρος τιμών γύρω από μία σημειακή εκτίμηση, το οποίο καταδεικνύει το βαθμό στατιστικής ακρίβειας της εκτίμησης, υπό την προϋπόθεση ότι η διαφορά μεταξύ της πραγματικής τιμής της σχέσης που μελετάται οφείλεται σε



(CI): 1,01, 3,3), αλλά δεν συσχετίστηκε με τους άντρες (OR = 1.73, 95% CI: 0.56, 5.37).

Όταν η παχυσαρκία διαστρωματώθηκε με βάση την βαρύτητα, παρατηρήθηκε ότι υπήρχε ετερογένεια του συσχετισμού με την κατάθλιψη. Η παχυσαρκία Τάξης 3 (βαριά παχυσαρκία,  $\Delta\text{ΜΣ} \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ ) συσχετίστηκε με κατάθλιψη στις μη προσαρμοσμένες αναλύσεις (OR = 4.98, 95% CI: 2.07, 11.99). Ο συσχετισμός παρέμενε ισχυρός και αφού τα αποτελέσματα είχαν ελεγχθεί για την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, τη δίαιτα για ιατρικούς λόγους, τη χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων, το κάπνισμα και τη χρήση οινοπνεύματος, μαριχουάνας και κοκαΐνης.

Με βάση τα αποτελέσματα τους, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παχυσαρκία συνδέεται με την κατάθλιψη, ιδίως στα άτομα με βαριά παχυσαρκία. (Onyike et al, 2003)

Οι Linde et al (2004) διερεύνησαν τη διαταραχή της υπερφαγίας, την κατάθλιψη, την αύτο - αποτελεσματικότητα και την επιτυχία στον έλεγχο του βάρους σε παχύσαρκα άτομα που αναζήτησαν θεραπεία σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα των ΗΠΑ.

Οι ερευνητές έκαναν στρωματοποιημένες με το φύλο αναλύσεις των συσχετισμών ανάμεσα στους παράγοντες που αναφέρθηκαν, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, οι οποίες συνέκριναν διαφορετικές παρεμβάσεις για την απώλεια βάρους: μία χαμηλή κόστους που βασίζονταν στο τηλέφωνο, μία που βασίζονταν στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και τις συνήθειες παρεμβάσεις για τον έλεγχο του βάρους.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 1632 παχύσαρκα άτομα (460 άντρες, 1172 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 50,7 έτη και  $\Delta\text{ΜΣ}$ , κατά μέσο όρο,  $34.2 \text{ kg/m}^2$ ).

Το ύψος και το βάρος μετρήθηκαν από το προσωπικό που οργάνωσε τη μελέτη την ημέρα που άρχισε αυτή. Το βάρος αξιολογούνταν στους 6 και τους 12 μήνες, από πληροφορίες των συμμετεχόντων. Η αυτοαναφερόμενη κατάσταση της κατάθλιψης, η διαταραχή της υπερφαγίας και η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει το βάρος του/της αξιολογήθηκαν, επίσης, όταν άρχισε η μελέτη.

---

τυχαία μεταβλητότητα. Με άλλα λόγια, όταν σε μία μελέτη υφίσταται μόνο τυχαίο σφάλμα. (Γαλάνης & Σπάρος, 2005)

Τα ποσοστά της κατάθλιψης και της πιθανής διαταραχής της υπερφαγίας ήταν υψηλά. Η αποτελεσματικότητα ελέγχου του βάρους ήταν αντίστροφα συσχετισμένη με το βάρος, τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες. Για τις γυναίκες, η κατάθλιψη ήταν συσχετισμένη με χαμηλότερη αποτελεσματικότητα ελέγχου του βάρους και μεγαλύτερο σωματικό βάρος. Οι γυναίκες που ανέφεραν κατάθλιψη ή χαμηλά επίπεδα ελέγχου του βάρους, στην αρχή, είναι μικρότερη επιτυχία στην απώλεια βάρους στους 6 και τους 12 μήνες. Η κατάθλιψη, η διαταραχή της υπερφαγίας και η ικανότητα ελέγχου του βάρους δεν είχαν σημαντικά συσχετιστεί με την επιτυχία στην απώλεια βάρους στους άντρες.

Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις εμφανίζονται πολύ συχνά και προδηλώνουν φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα, ιδίως στις παχύσαρκες γυναίκες. Καθώς οι παχύσαρκες γυναίκες με κλινική κατάθλιψη συνήθως αποκλείονται από τις μελέτες θεραπευτικής παρέμβασης, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για τον τρόπο προσέγγισης του σημείου τομής της παρεμβάσεις για την παχυσαρκία και τη διαχείριση της διάθεσης. (Linde et al, 2004)

Οι Masheb & Grilo (2006) διερεύνησαν την συναισθηματική υπερφαγία σε υπέρβαρους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας. Οι ερευνητές δημιούργησαν ένα εργαλείο το Emotional Overeating Questionnaire για να μετρήσουν την συχνότητα της υπερφαγίας, ως απάντησης σε συναισθήματα.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 220 υπέρβαρα άτομα ( $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 25$ ), τα οποία αναζήτησαν θεραπεία (48 άντρες και 172 γυναίκες). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εκτιμά την συχνότητα της υπερφαγίας ως απάντηση σε έξι συναισθήματα: το άγχος, τη λύπη, τη μοναξιά, την κούραση, το θυμό και την χαρά. Μία υποομάδα ασθενών ( $n = 83$ ) συμπλήρωσαν τη μέτρηση ξανά, περίπου μία εβδομάδα μετά. Μετρήθηκε ο  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  και οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την ψυχοπαθολογία της διατροφικής διαταραχής.

Οι ερευνητές βρήκαν σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ της συναισθηματικής υπερφαγίας και του συνολικού score του ερωτηματολογίου, όπως και ανάμεσα στην συχνότητα της διαταραχής της υπερφαγίας, τα χαρακτηριστικά της διατροφικής διαταραχής και την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τόσο οι άντρες, όσο και οι γυναίκες ανέφεραν παρόμοια συχνότητα υπερφαγίας. Δεν παρατηρήθηκε συσχετισμός του  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  με την συναισθηματική υπερφαγία. (Masheb & Grilo, 2006)

Ο σκοπός της εργασίας των Pearl et al (2013) ήταν να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στην εσωτερίκευση των σχετικών με την παχυσαρκία προκαταλήψεων, η

οποία έχει συνδεθεί με ορισμένες αρνητικές για την ψυχική υγεία συνέπειες, με την συνολικότερη ψυχική και σωματική υγεία στους παχύσαρκους ασθενείς με διαταραχή υπερφαγίας. Εξετάστηκε, επίσης, και ο ρόλος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ως δυνητικός διαμεσολαβητής αυτής της συσχέτισης.

Σε μία μελέτη επιπολασμού, 255 παχύσαρκα άτομα, τα οποία αναζήτησαν θεραπεία για την διαταραχή της υπερφαγίας συμπλήρωσαν την Weight Bias Internalization Scale, την Short-Form 36 Health Survey και το Beck Depression Inventory-II. Έγιναν αναλύσεις παλινδρόμησης για να αξιολογηθεί η σχέση ανάμεσα στα δύο πρώτα εργαλεία.

Η υψηλότερη εσωτερίκευση των προκαταλήψεων απέναντι στην παχυσαρκία σχετίστηκε με φτωχότερη, όπως δηλώθηκε από τους συμμετέχοντες, υγεία σε όλες τις κλίμακες της SF-36 και τα Beck Depression Inventory-II scores ήταν οι διαμεσολαβητές της σχέσης. Επιπλέον ανάλυση αποκάλυψε ότι τα scores της Weight Bias Internalization Scale, επίσης, δρουν διαμεσολαβητικά στη σχέση ανάμεσα στα Beck Depression Inventory-II scores και σε 3 κλίμακες της SF-36.

Τα συμπεράσματα των ερευνητών ήταν ότι η εσωτερίκευση των προκαταλήψεων απέναντι στην παχυσαρκία σχετίζεται με φτωχότερη, συνολικά, ψυχική και σωματική υγεία και ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να παίζει κάποιον ρόλο σε αυτήν την σχέση στους ασθενείς με παχυσαρκία, που αναζήτησαν θεραπεία για τη διαταραχή της υπερφαγίας. (Pearl et al, 2013)

### *3.2 Ερευνητικές εργασίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους εφήβους*

Σκοπός της εργασίας των Turer et al (2013) να εξετάσουν την παχυσαρκίας / κατάθλιψη με την υγείας, την χρήση των δομών της υγείας και τα έξοδα σε ένα δείγμα παιδιών και εφήβων ηλικίας από 10 ως 17 ετών.

Για αυτόν τον λόγο έκαναν δευτερογενή ανάλυση των δεδομένων της Medical Expenditure Panel Survey, του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ (n = 17,224). Οι μετρήσεις περιελάμβαναν την υγεία σε επίπεδα κάτω του ιδανικού (suboptimal health), συναισθηματικά προβλήματα, όπως και προβλήματα συμπεριφοράς, η χρήση των δομών υγείας και τα έξοδα από αυτήν την χρήση.

Τα αποτελέσματα τους κατέδειξαν ότι τα παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι είχαν μεγαλύτερο ρίσκο να έχουν επίπεδο υγείας κάτω από το ιδανικό (adjusted risk ratio [ARR], 1.4 και 1.7;  $P < .01$ , αντιστοίχως), χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων

(ARR, και οι δύο ομάδες 1.1;  $P = .01$ ), τα παχύσαρκα παιδιά/έφηβοι ξόδευαν λιγότερο χαρτζιλίκι (~\$100,  $P < .01$ ), εμφάνιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς (ARR, 1.2;  $P < .01$ ) και επισκέψεων σε ειδικούς (ARR, 1.1;  $P = .01$ ). Η πιο συχνή παραπομπή για τα παχύσαρκα παιδιά και εφήβους ήταν η επίσκεψη σε ψυχίατρο. Η παχυσαρκία δεν συσχετίστηκε με συνολικά έξοδα του συστήματος υγείας.

Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι απαιτείται πρόωμη παρέμβαση στα παχύσαρκα παιδιά και εφήβους, καθώς η παχυσαρκία τους επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους και προκαλεί συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. (Turer et al, 2013)

Οι Sim et al (2013) αναφέρουν την περίπτωση ενός αγοριού ηλικίας 14 ετών, το οποίο εμφανίστηκε για αξιολόγηση διατροφικής διαταραχής με 2 ετών ιστορικό σημαντικής απώλειας βάρους (39,5 Kg), η οποία αναπτύχθηκε στα πλαίσια του ιστορικού της παχυσαρκίας. Το αγόρι έφθασε τον υψηλότερο ΔΜΣ (33,6) όταν ήταν 12 ετών. Σε εκείνη την ηλικία ζύγιζε 40 Kg πιο πάνω από 50ο εκατοστημόριο για ΔΜΣ – για την ηλικία – για αγόρια. Καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης ο ΔΜΣ του ήταν πολύ πιο πάνω από αυτόν των συνομηλίκων του και φαινόταν να ανεβαίνει σταθερά από το 90ο εκατοστημόριο, στην ηλικία των 3, μέχρι πιο πάνω και από το 97ο.

Οι προσπάθειες του για να χάσει βάρος ξεκίνησαν με υγιεινή διατροφή και άσκηση, αλλά γρήγορα ανέπτυξε βαρείς περιορισμούς: ανέφερε ότι δεν κατανάλωνε παραπάνω από 600 kcal, ενώ συμμετείχε στον ανώμαλο δρόμο του σχολείου του. Απέκλεισε τα γλυκά, τα λιπαρά και τους υδατάνθρακες από τα γεύματα του και έτρωγε μόνο «φαγητά διαίτης».

Εμφάνιζε, επίσης, πολλές φυσιολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις του χαμηλού βάρους, όπως δυσκολία συγκέντρωσης, δυσάρεστη διάθεση και ευερεθιστότητα, κοινωνική απομόνωση σε υπερβολικό βαθμό, έλλειψη αντοχής στο κρύο, σημαντική κόπωση, πρήξιμο και δυσκοιλιότητα.

Όπως και πολλά άλλα άτομα με νευρική ανορεξία, δεν κατανοούσε τη σοβαρότητα του προβλήματος του. Η απώλεια βάρους του αγοριού έγινε αντιληπτή από τους γιατρούς στη διάρκεια μίας παιδιατρικής γαστρεντερολογικής εξέτασης, εξαιτίας του πρηξίματος, της δυσκοιλιότητας και του διαλείποντος μεταγευματικού θωρακικού πόνου. Τα αποτελέσματα της γαστρεντερολογικής εξέτασης, όπως και

αυτά της διερεύνησης για κοιλιοκάκη, *Giardia* και *Helicobacter pylori*, του θυρεοειδή και της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου δεν έδειξαν κάτι αξιόλογο. Το αγόρι, όμως, εμφάνισε σημαντική κολπική βραδυκαρδία και οι εργαστηριακές εξετάσεις ήταν συμβατές με την ύπαρξη σοβαρής αφυδάτωσης. Παρόλο που έχασε περισσότερο από το ήμισυ του σωματικού του βάρους, η ιατρική γνωμάτευση που ακολούθησε την αξιολόγηση έλεγε ότι «δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο που να υποδηλώνει ότι υπάρχει, αυτήν την στιγμή, κάποια τροφική διαταραχή». Με προτροπή της μητέρας του παραπέμφθηκε για εξέταση για διατροφική διαταραχή. Το βάρος αυτού του παιδιού ήταν αντικείμενο συζήτησης σε όλες τις ιατρικές επισκέψεις, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Κατά τη διάρκεια, όμως, των 13 ιατρικών επισκέψεων, όταν έχανε βάρος, δεν έγινε καμία συζήτηση σχετικά με την απώλεια των κιλών. (Sim et al, 2013)

Οι Μπαστάκη και συν. (2009) μελέτησαν πενήντα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι (20 αγόρια και 30 κορίτσια), ηλικίας 8-15 ετών, που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας της Πρώτης Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογίστηκε σε z-scores, επί των πρότυπων διαγραμμάτων ΔΜΣ του Ελληνικού πληθυσμού. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία αξιολογήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο CDI (The Children's Depression Inventory).

Μετρήθηκε η πρωινή κορτιζόλη νηστείας του ορού. Επιπλέον, μετρήθηκε πέντε φορές το 24ωρο η κορτιζόλη στο σίελο, κατά τις ώρες 8πμ, 12, 3μμ, 6μμ και 9μμ, για να μελετηθεί η κερκάδια έκκρισή της. Η κορτιζόλη στον ορό και το σίελο μετρήθηκε με ηλεκτροχημειοφωταύγεια. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το μη-παραμετρικό Spearman test.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους στο σύνολο του πληθυσμού, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ολικής βαθμολογίας CDI (total scores) και της βραδινής κορτιζόλης σιέλου (9μμ): (N=50,  $r=0.453$ ,  $p=0.001$ ). Βρέθηκε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας CDI και της κορτιζόλης σιέλου στις 6μμ (N=50,  $r=0.312$ ,  $p=0.03$ ), τις 3μμ (N=50,  $r=0.439$ ,  $p=0.002$ ) και τις 12 (N=50,  $r=0.364$ ,  $p=0.01$ ). Αντίθετα, δε βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του CDI ολικού score και της πρωινής κορτιζόλης στο σίελο ή τον ορό.

Οι απογευματινές και βραδινές τιμές κορτιζόλης σιέλου συσχετίζονται θετικά με καταθλιπτική συμπτωματολογία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά. (Μπαστάκη και συν., 2009)

Ακολούθως παρατίθενται μερικά από τα πορίσματα έρευνας που διεξήχθη από το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» το 2007, αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών ηλικίας 3-18 ετών. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 1305 νεαρά άτομα ηλικίας 3-18 ετών. Στην έρευνα απάντησαν οι υπεύθυνοι για τη διατροφή των παιδιών ηλικίας 3-12 ετών (συνήθως οι μητέρες τους), ενώ για τις ηλικίες 13-18 ετών απάντησαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες.

1. Από τα τελικά συμπεράσματα της έρευνας διαφάνηκε ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν την πραγματική εικόνα του βάρους τους. Έτσι, από τη μια μεριά οι μητέρες παιδιών ηλικίας 3-12 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι τα παιδιά τους είναι φυσιολογικού βάρους, ενώ, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυτής της ηλικίας είναι υψηλά (31%). Από την άλλη, οι έφηβοι ηλικίας 13-18 ετών θεωρούν σε αυξημένο ποσοστό ότι έχουν υπερβάλλον βάρος από το φυσιολογικό, χωρίς αυτό να ισχύει, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να υποβάλλονται σε δίαιτες χωρίς πολλές φορές να τους είναι απαραίτητο.
2. Ένα εξίσου αξιόλογο εύρημα είναι ότι περίπου οι μισοί παχύσαρκοι και υπέρβαροι δηλώνουν ικανοποιημένοι με το βάρος τους, μάλιστα 1 στους 10 πιστεύει ότι είναι πιο αδύνατος από όσο θα ήθελε. Αντιθέτως, 1 στους 10 λιποβαρείς και 2 στους 10 με φυσιολογικό βάρος θεωρούν τον εαυτό τους πιο βαρύ από όσο θα επιθυμούσαν και καταλήγουν σε δίαιτα. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Μεθοδολογία

#### 4.1. Σκοπός και σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές μπορεί να έχουν σε ένα ευκαιριακό δείγμα 38 υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων. Η έρευνα έχει σχεδιαστεί για τη συλλογή μόνο περιγραφικών δεδομένων, ώστε δεν είναι δυνατός ο έλεγχος και η διατύπωση επαγωγικών συμπερασμάτων για τη σχέση των υπό μελέτη μεταβλητών.

#### 4.2. Ερωτηματολόγιο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών. Οι 9 πρώτες ερωτήσεις αφορούν δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, τόπος κατοικίας, εργασιακή κατάσταση, και συνθήκες διαβίωσης). Οι υπόλοιπες 20 ερωτήσεις αφορούν καθημερινές συνήθειες (π.χ. *Πόσο συχνά γυμνάζεστε;*), τη διατροφική συμπεριφορά (π.χ. *Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα; Τι καταναλώνετε ενδιάμεσα των γευμάτων; Συνηθίζετε να τρώτε οικογενειακά;*) και την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων για το κατά πόσο το σωματικό τους βάρος επηρεάζει την αυτοεικόνα (π.χ. *Θεωρείτε το βάρος σας ιδανικό;*), την ψυχολογική τους διάθεση (π.χ. *Θεωρείτε ότι το βάρος επηρεάζει την ψυχολογική σας διάθεση;*) και τις σχέσεις τους (π.χ. *Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με το αντίθετο φύλο είναι περιορισμένες;*).

#### 4.3. Δείγμα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 38 άτομα, εκ των οποίων 13 (34.2%) άνδρες και 25 (65.8%) γυναίκες. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1., η μέση ηλικία τους είναι τα 28.29 έτη (*T.A.* = 14.82, εύρος: 15-59). Το μέσο βάρος τους είναι 103.32 κιλά (*T.A.* = 27.01, εύρος: 67-180), ενώ το μέσο ύψος τους είναι τα 166.68 εκατοστά (*T.A.* = 9.61,

εύρος: 150-190). Ο μέσος δείκτης σωματικής μάζας του δείγματος, όπως υπολογίστηκε με τον τύπο  $\text{kg/cm}^2$ , είναι 37.07 ( $T.A. = 8.73$ , εύρος: 27.7 - 62.3).

Πίνακας 1. Ηλικία, βάρος και ύψος του δείγματος

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Εύρος
<i>Ηλικία (έτη)</i>	28.29	14.82	15-59
<i>Βάρος (kg)</i>	103.32	27.01	67-180
<i>Ύψος (cm)</i>	166.68	9.61	150-190
<i>Δείκτης σωματικής μάζας (<math>\text{kg/cm}^2</math>)</i>	37.07	8.73	27.7 – 62.3

Από το σύνολο του δείγματος (N=38), τα 4 (10.5%) κατοικούν στην Αθήνα και τα 34 (89.5%) σε άλλες αστικές περιοχές (βλ. Πίνακας 2). Επίσης, 12 (31.5%) άτομα είναι έγγαμα, ενώ 26 (68.5%) είναι ανύπαντρα (βλ. Πίνακας 3). Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, 12 (31.5%) είναι μαθητές, 8 (21%) είναι φοιτητές ή σπουδαστές, 12 (31.5%) είναι εργαζόμενοι, 4 (10.5%) είναι άνεργοι και 2 (5.25%) ασχολούνται με οικιακά (βλ. Πίνακας 4).

Πίνακας 2. Περιοχή κατοικίας δείγματος

Πρωτεύουσα	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική
4 (10.5%)	34 (89.5%)	0	0

Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Έγγαμος	Άγαμος
12 (31.5%)	26 (68.5%)

Πίνακας 4. Επαγγελματική κατάσταση δείγματος

Μαθητής	Φοιτητής/Σπουδαστής	Εργαζόμενος	Άνεργος	Οικιακά
12 (31.5%)	8 (21%)	12 (31.5%)	4 (10.5%)	2 (5.25%)



Στον πίνακα 5 φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, 2 (5.25%) άτομα ήταν κάτοχοι ή σπούδαζαν σε μεταπτυχιακό επίπεδο, 7 (18.5%) άτομα ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ ή σπούδαζαν σε προπτυχιακό επίπεδο, 5 (13.2%) άτομα σπούδαζαν ή είχαν αποφοιτήσει από ΙΕΚ ή άλλες σχολές επαγγελματικής κατάρτισης, 15 (39.5%) άτομα ήταν μαθητές ή απόφοιτοι ενιαίου Λυκείου, 5 (13.2%) άτομα ήταν μαθητές ή απόφοιτοι τεχνικών Λυκείων, και 4 (10.5%) άτομα ήταν απόφοιτοι ή μαθητές γυμνασίου.

Πίνακας 5. Μορφωτικό επίπεδο δείγματος

<b>Διδακτορικό</b>	0
<b>Μεταπτυχιακό</b>	2 (5.25%)
<b>Σπουδές σε ΑΕΙ/ΑΤΕΙ</b>	7 (18.5%)
<b>Σπουδές σε ΙΕΚ/ Λοιπές σχολές επαγγελματικής κατάρτισης</b>	5 (13.2%)
<b>Λύκειο (ενιαίο)</b>	15 (39.5%)
<b>Λύκειο (τεχνικό)</b>	5 (13.2%)
<b>Γυμνάσιο</b>	4 (10.5%)

Τέλος, ως προς τις συνθήκες διαβίωσης, 4 (10.5%) άτομα έμεναν μόνα, 7 (18%) έμεναν με συγκάτοικο ή σύντροφο, και τα υπόλοιπα 27 (71%) με την οικογένειά τους (βλ. Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Συνθήκες διαβίωσης δείγματος

<b>Μόνος</b>	<b>Με συγκάτοικο/ σύντροφο</b>	<b>Με οικογένεια</b>
4 (10.5%)	7 (18%)	27 (71%)

#### 4.4. Στατιστική επεξεργασία

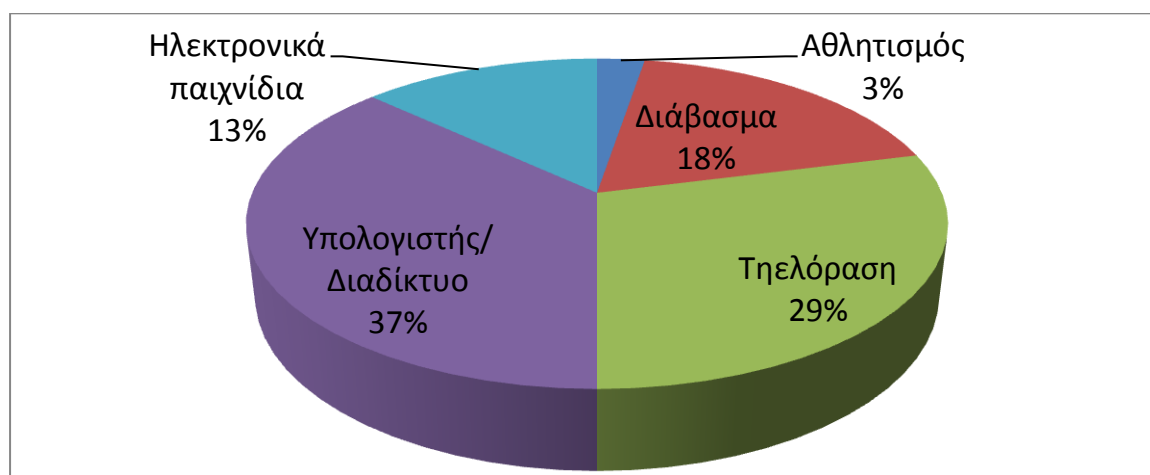
Για την επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μόνο περιγραφικές στατιστικές μέθοδοι και όχι επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε η συχνότητα με την οποία το δείγμα της έρευνας επιλέγει τις διάφορες απαντήσεις ανά ερώτηση. Οι συχνότητες αυτές παρουσιάζονται υπό μορφή διαγραμμάτων και πινάκων στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

#### Αποτελέσματα

Αμέσως παρακάτω παρουσιάζονται οι συχνότητες των απαντήσεων του δείγματος σε απόλυτους αριθμούς (n) και σε εκατοστιαία ποσοστά (%) ανά ερώτηση.

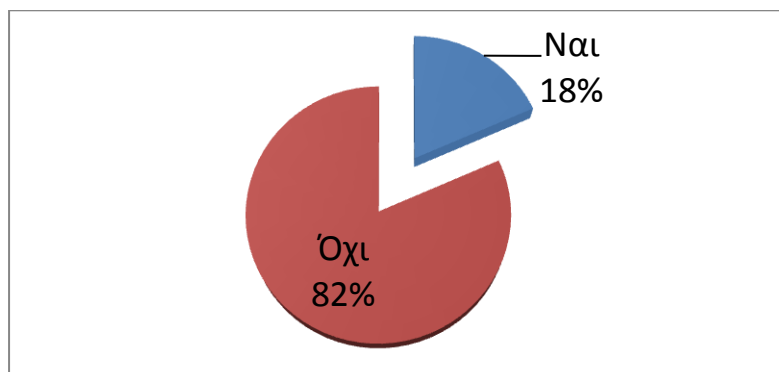
#### Ερώτηση 10: Αγαπημένη συνήθεια;



#### Ερώτηση 10. Αγαπημένη συνήθεια

Αθλητισμός/Άσκηση	1	2.6%
Διάβασμα	7	18.4%
Τηλεόραση	11	29%
Υπολογιστής/Διαδίκτυο	14	36.8%
Ηλεκτρονικά παιχνίδια	5	13.2%

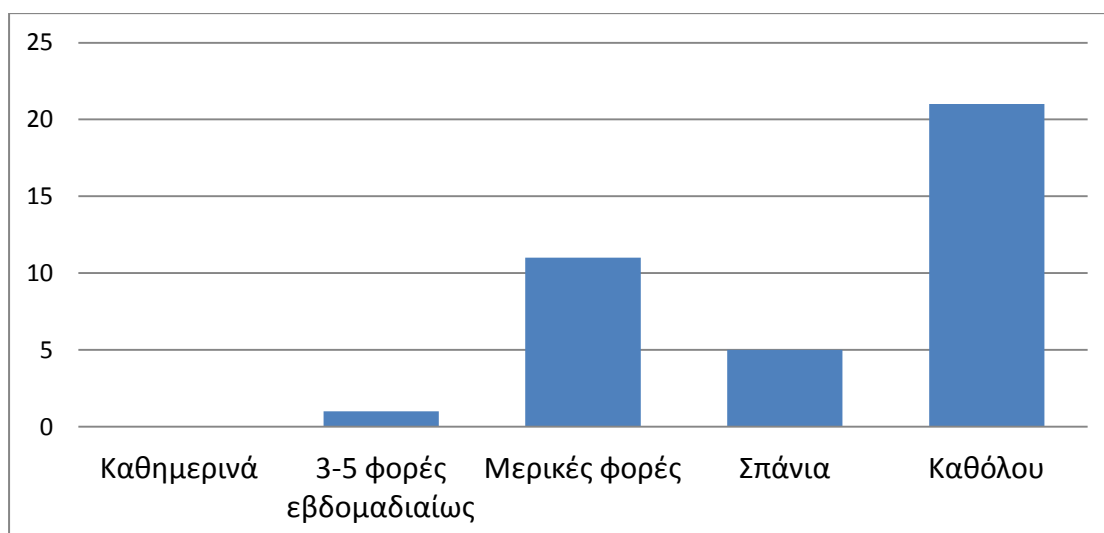
### Ερώτηση 11: Γυμνάζεστε;



### Ερώτηση 11. Γυμνάζεστε;

Ναι	7	18.4%
Όχι	31	81.6%

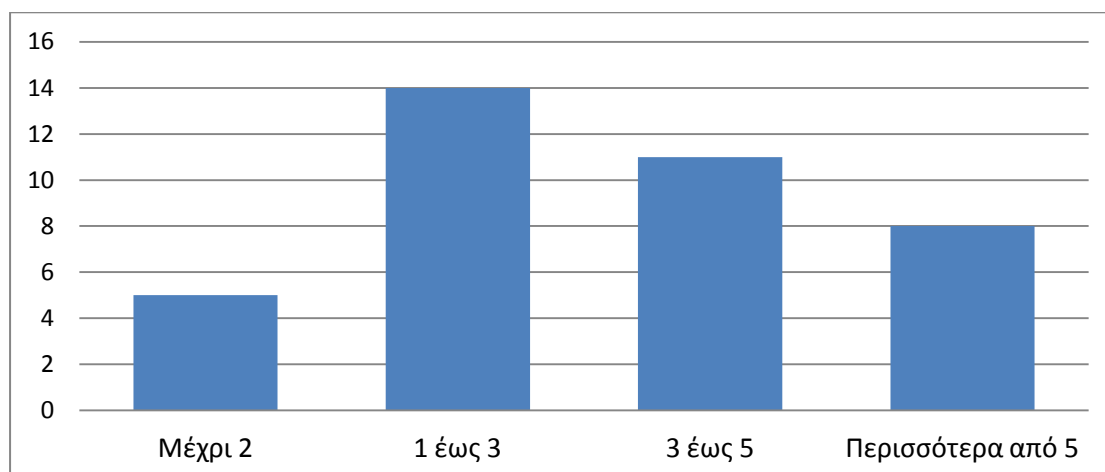
### Ερώτηση 12: Πόσο συχνά ασκείστε;



### Ερώτηση 12: Πόσο συχνά ασκείστε;

Καθημερινά	0	0%
3-5 φορές εβδομαδιαίως	1	2.6%
Μερικές φορές	11	29%
Σπάνια	5	13.2%
Καθόλου	21	55.2%

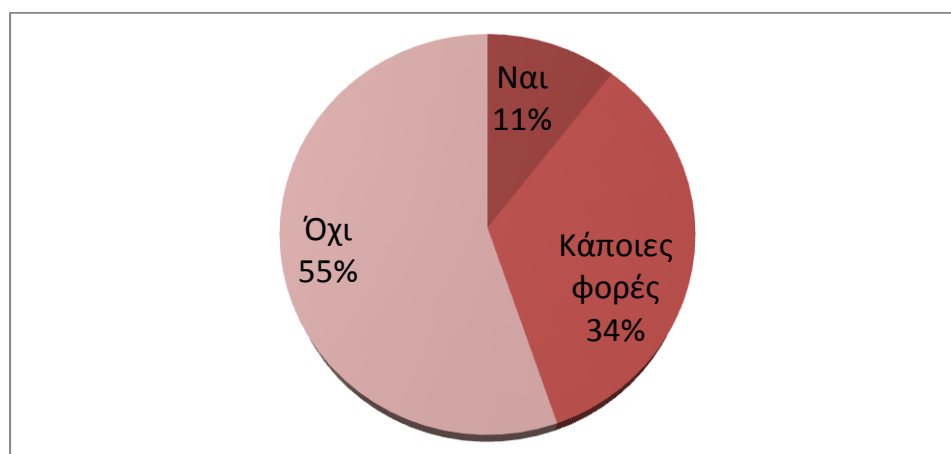
### Ερώτηση 13: Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα;



### Ερώτηση 13: Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα;

Μέχρι 2	5	13.2%
1 έως 3	14	36.8%
3 έως 5	11	29%
Περισσότερα από 5	8	21%

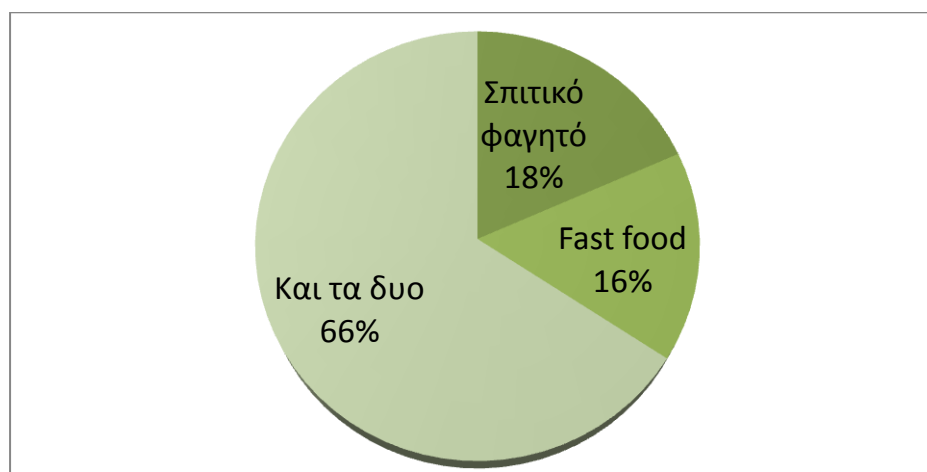
### Ερώτηση 14: Τα γεύματά σας είναι σε συγκεκριμένες ώρες;



### Ερώτηση 14: Τα γεύματα είναι σε συγκεκριμένες ώρες;

Ναι	4	10.5%
Κάποιες φορές	13	34.2%
Όχι	21	55.3%

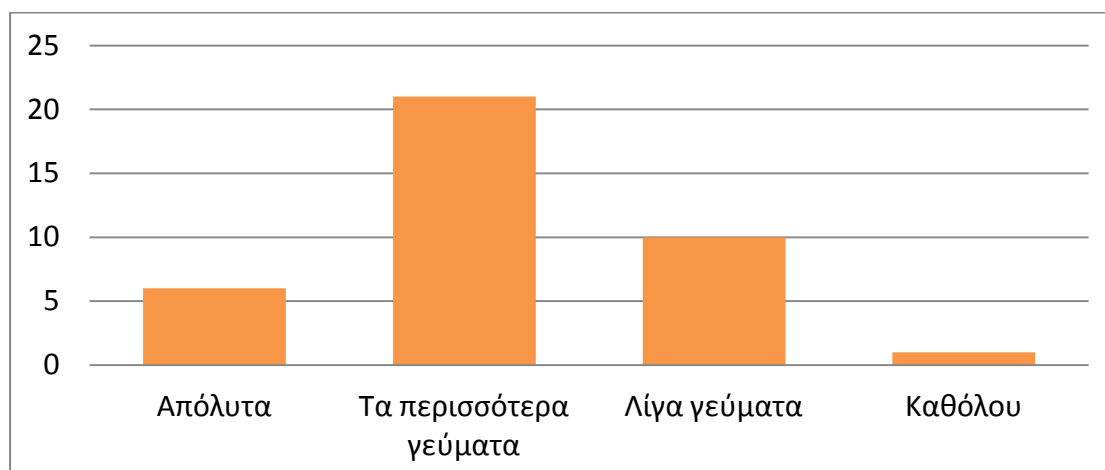
**Ερώτηση 15: Αγαπημένο είδος φαγητού;**



**Ερώτηση 15: Αγαπημένο είδος φαγητού;**

Είδος φαγητού	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Σπιτικό φαγητό	7	18.4%
Fast food	6	15.8%
Και τα δυο	25	65.8%

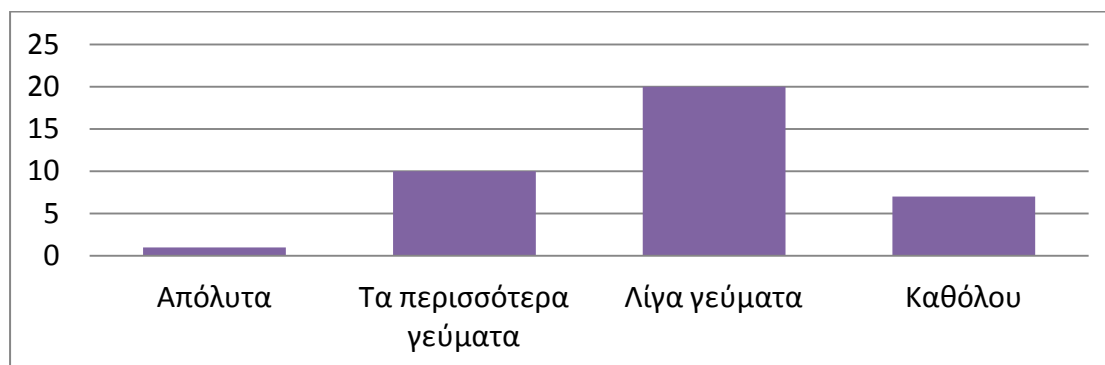
**Ερώτηση 16: Σε τι συχνότητα καταναλώνετε σπιτικό φαγητό κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;**



**Ερώτηση 16: Σε τι συχνότητα καταναλώνετε σπιτικό φαγητό κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;**

Συχνότητα	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Απόλυτα	6	15.8%
Τα περισσότερα γεύματα	21	55.3%
Λίγα γεύματα	10	26.3%
Καθόλου	1	2.6%

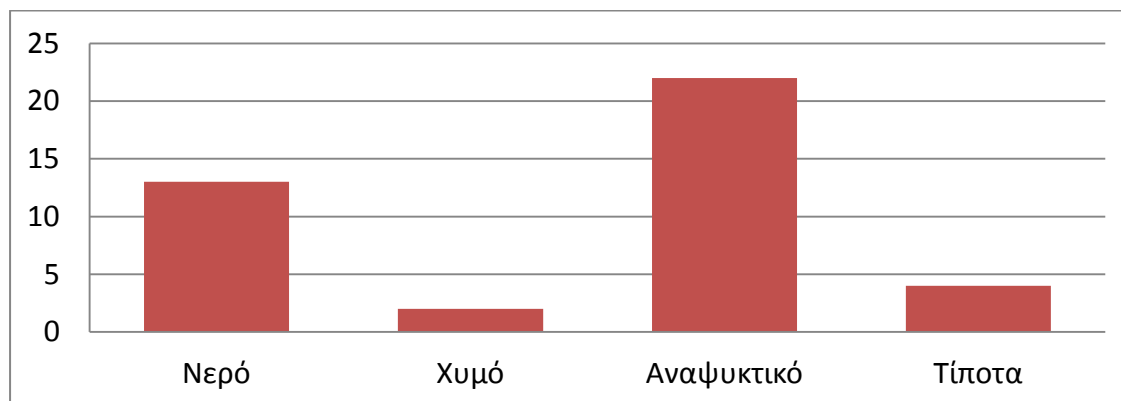
**Ερώτηση 17: Σε τι συχνότητα καταναλώνετε fast food κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;**



**Ερώτηση 17: Σε τι συχνότητα καταναλώνετε fast food κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;**

Απόλυτα	1	2.6%
Τα περισσότερα γεύματα	10	26.3%
Λίγα γεύματα	20	52.7%
Καθόλου	7	18.4%

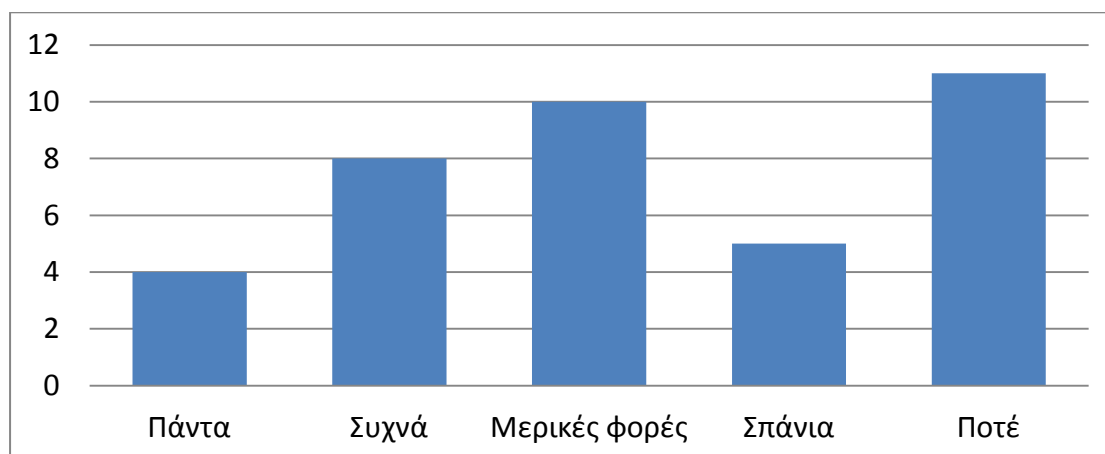
**Ερώτηση 18: Μαζί με το φαγητό καταναλώνετε:**



**Ερώτηση 18: Μαζί με το φαγητό καταναλώνετε:**

Νερό	13	34.2%
Χυμό	2	5.3%
Αναψυκτικό	22	57.9%
Τίποτα	4	10.6%

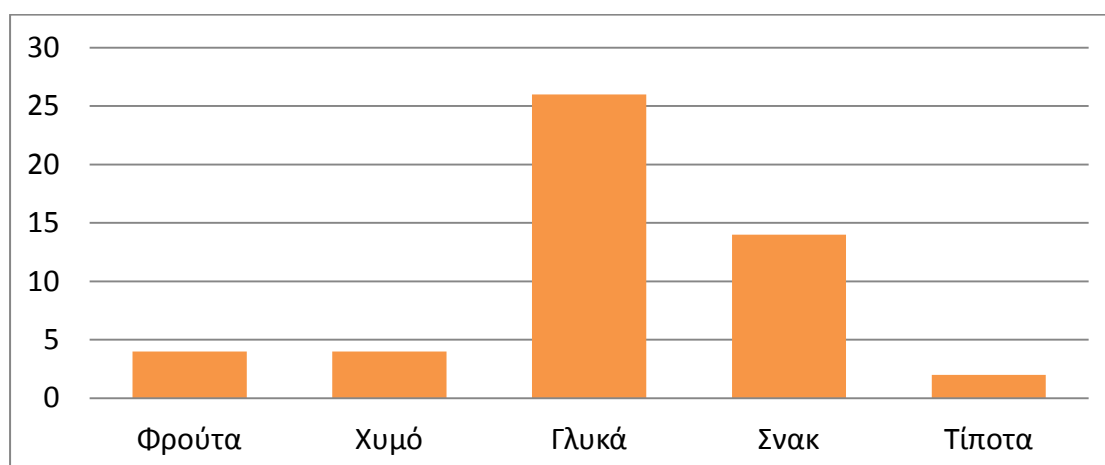
**Ερώτηση 19: Συνοδεύετε το φαγητό με σαλάτα:**



**Ερώτηση 19: Συνοδεύετε το φαγητό με σαλάτα:**

Πάντα	4	10.5%
Συχνά	8	21.1%
Μερικές φορές	10	26.3%
Σπάνια	5	13.2%
Ποτέ	11	28.9%

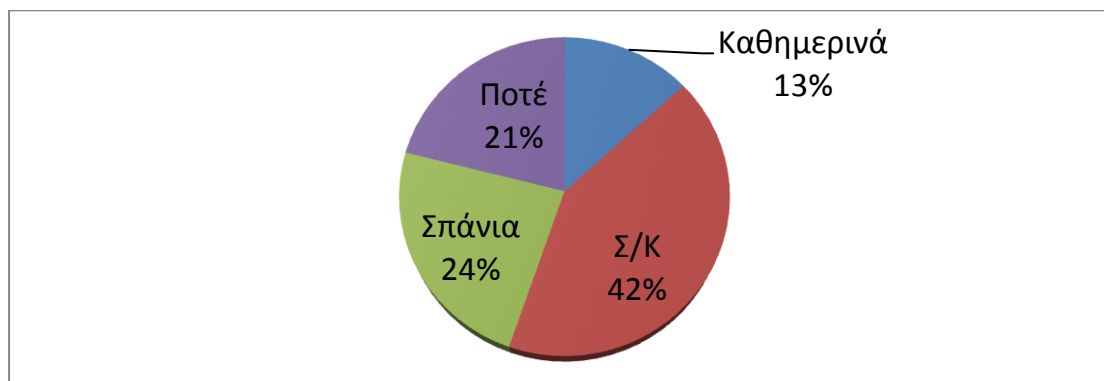
**Ερώτηση 20: Ενδιάμεσα από τα γεύματά σας τρώτε/πίνετε:**



**Ερώτηση 20: Ενδιάμεσα από τα γεύματά σας τρώτε/πίνετε:**

Φρούτα	4	10.5%
Χυμό	4	10.5%
Γλυκά	26	68.4%
Σνακ	14	36.5%
Τίποτα	2	5.3%

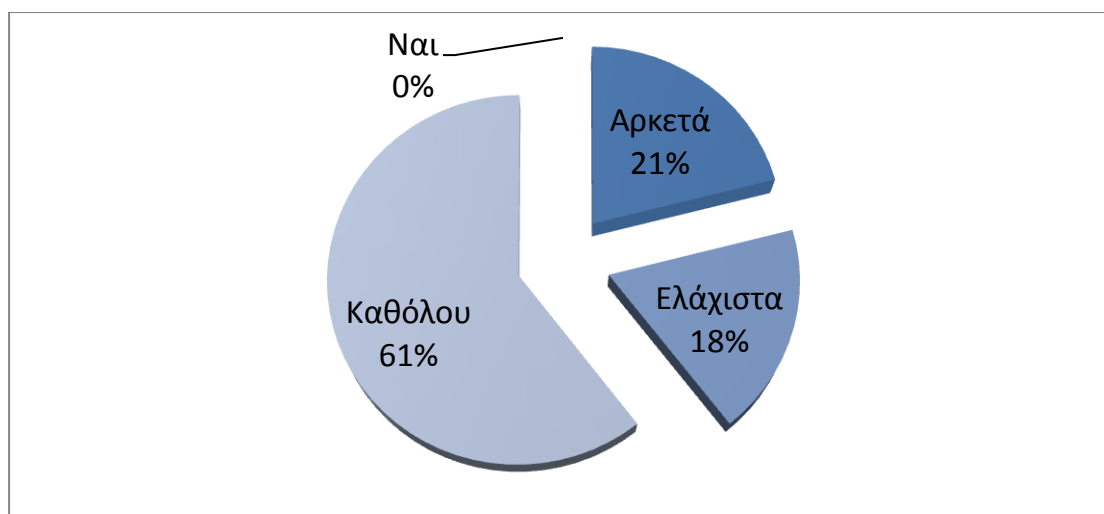
**Ερώτηση 21: Συνηθίζετε να τρώτε οικογενειακά:**



**Ερώτηση 21: Συνηθίζετε να τρώτε οικογενειακά:**

Καθημερινά	5	13.2%
Σαββατοκύριακο	16	42.1%
Σπάνια	9	23.7%
Ποτέ	8	21%

**Ερώτηση 22: Θεωρείτε το βάρος σας ιδανικό;**

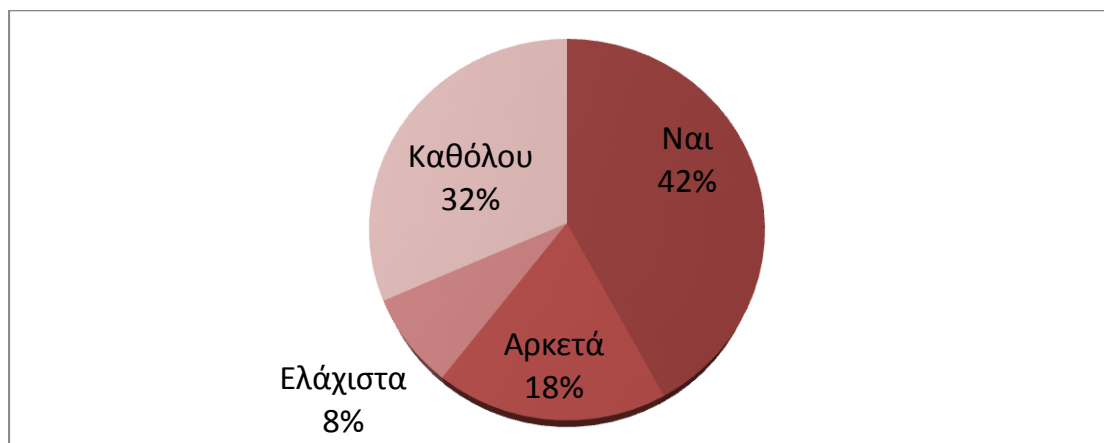


**Ερώτηση 22: Θεωρείτε το βάρος σας ιδανικό;**

Ναι	0	0
Αρκετά	8	21.1%
Ελάχιστα	7	18.4%
Καθόλου	23	60.5%



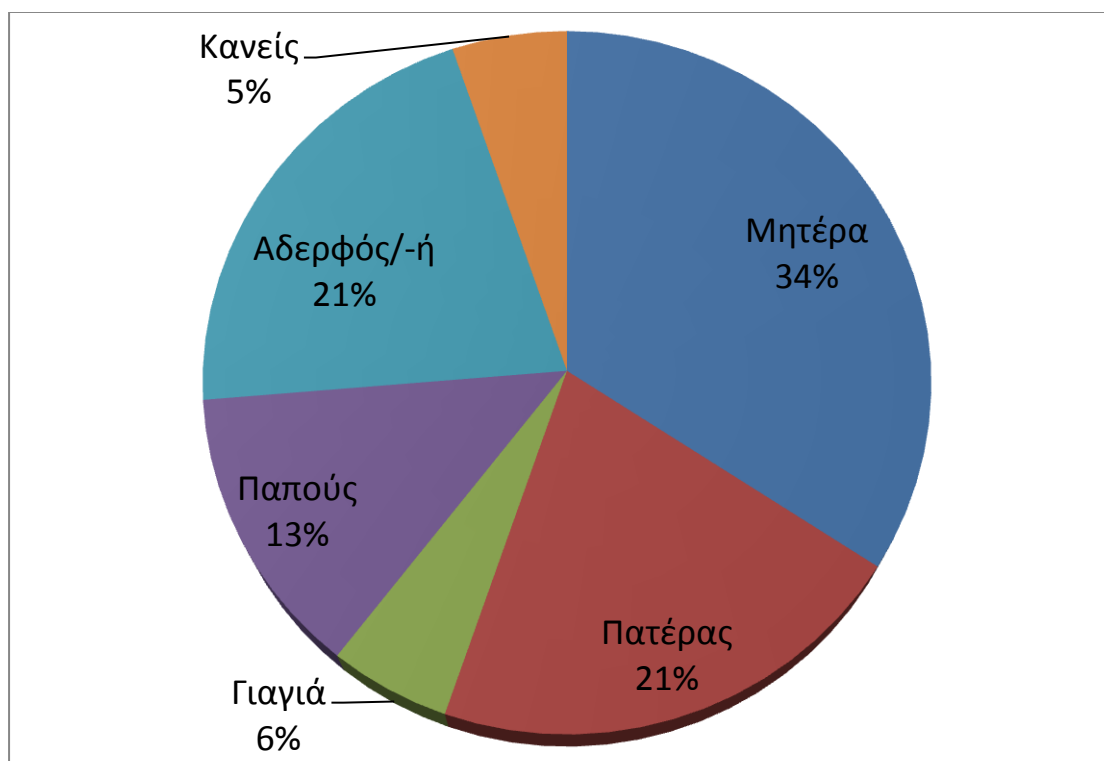
**Ερώτηση 23: Θεωρείτε ότι το βάρος επηρεάζει την ψυχολογική σας διάθεση:**



**Ερώτηση 23: Θεωρείτε ότι το βάρος σας επηρεάζει την ψυχολογική σας διάθεση:**

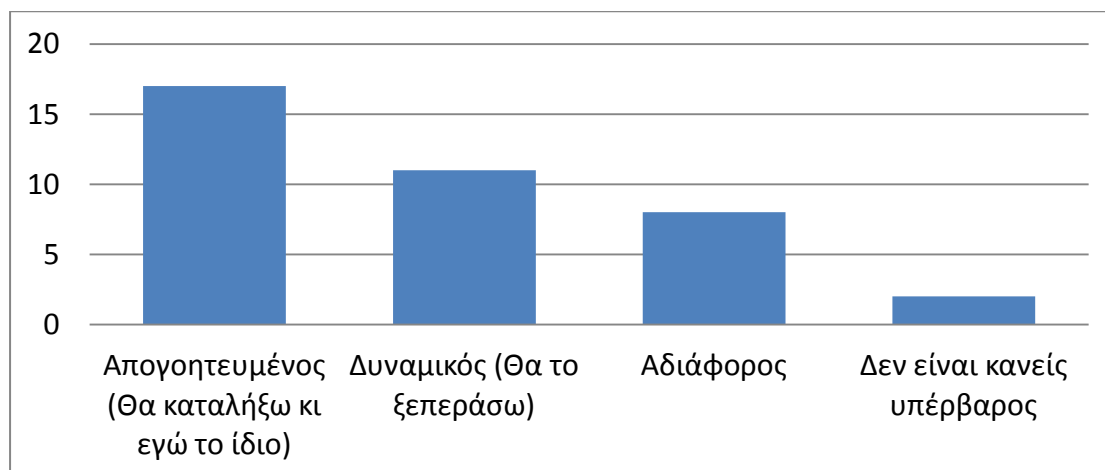
Ναι	16	42.1%
Αρκετά	7	18.4%
Ελάχιστα	3	7.9%
Καθόλου	12	31.6%

**Ερώτηση 24: Θεωρείτε κάποιο από τα παρακάτω άτομα υπέρβαρο;**



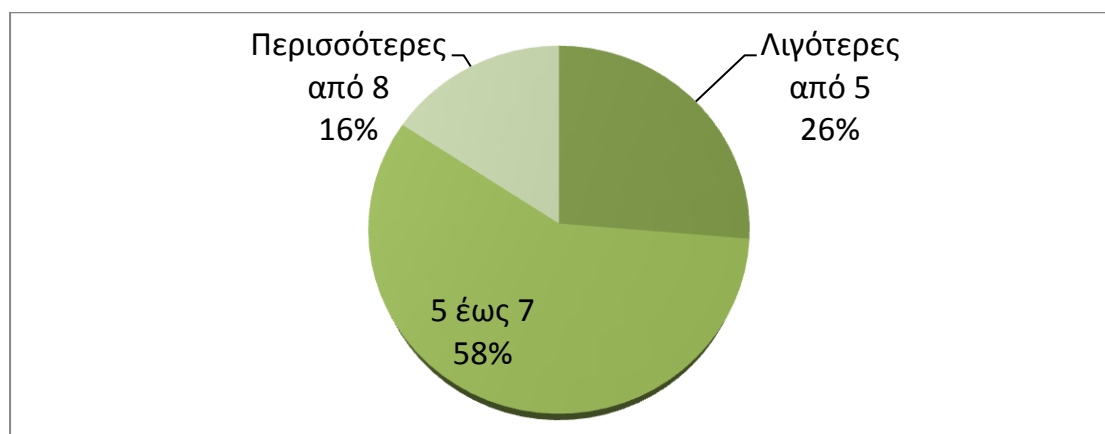
**Ερώτηση 24: Θεωρείτε κάποιο από τα παρακάτω άτομα υπέρβαρο;**

Μητέρα	13	34.1%
Πατέρας	8	21.1%
Γιαγιά	2	5.3%
Παπούς	5	13.1%
Αδερφός/-ή	8	21.1%
Κανείς	2	5.3%

**Ερώτηση 25: Αν κάποιο μέλος της οικογένειάς σας είναι υπέρβαρο, πώς νιώθετε για αυτό;****Ερώτηση 25: Αν κάποιο μέλος της οικογένειάς σας είναι υπέρβαρο, πώς νιώθετε για αυτό;**

Απογοητευμένος (Θα καταλήξω κι εγώ το ίδιο)	17	44.7%
Δυναμικός (Θα το ξεπεράσω)	11	29%
Αδιάφορος	8	21%
Δεν είναι κανείς υπέρβαρος	2	5.3%

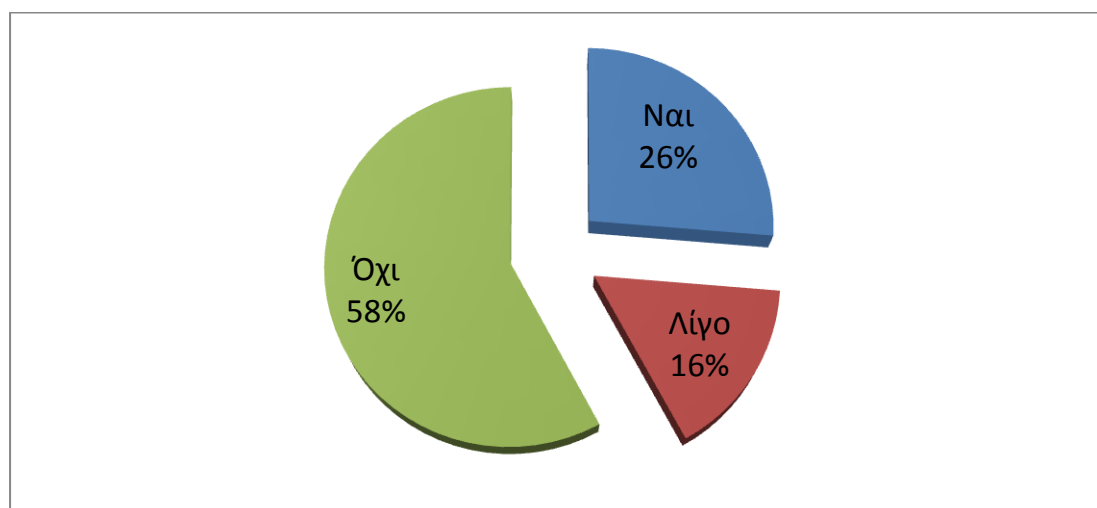
**Ερώτηση 26: Πόσες ώρες διαρκεί ο βραδινός σας ύπνος;**



**Ερώτηση 26: Πόσες ώρες διαρκεί ο βραδινός σας ύπνος;**

Λιγότερες από 5	10	26.3%
5 έως 7	22	57.9%
Περισσότερες από 8	6	15.8%

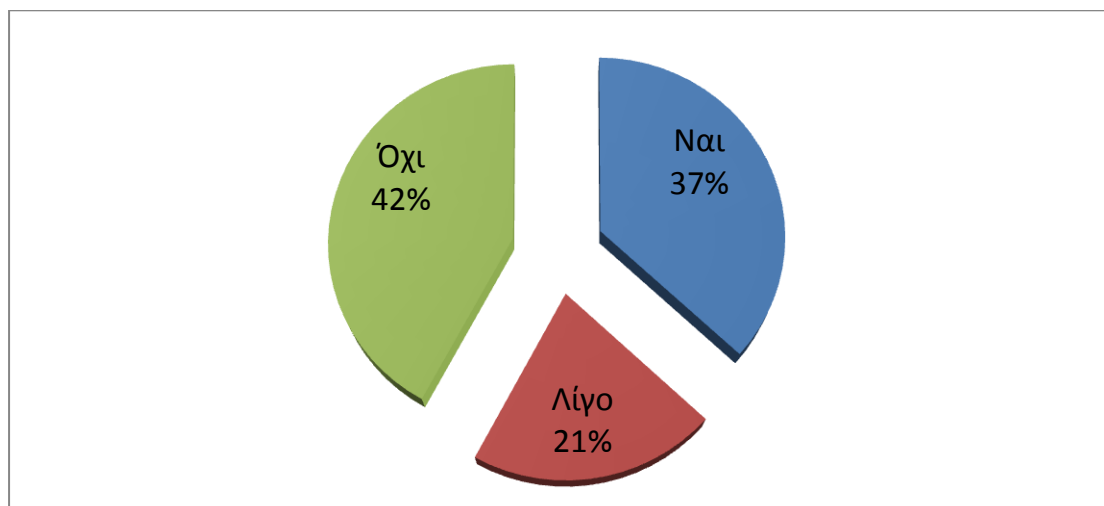
**Ερώτηση 27: Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με το αντίθετο φύλο είναι περιορισμένες;**



**Ερώτηση 27: Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με το αντίθετο φύλο είναι περιορισμένες;**

Ναι	10	26.3%
Λίγο	6	15.8%
Όχι	22	57.9%

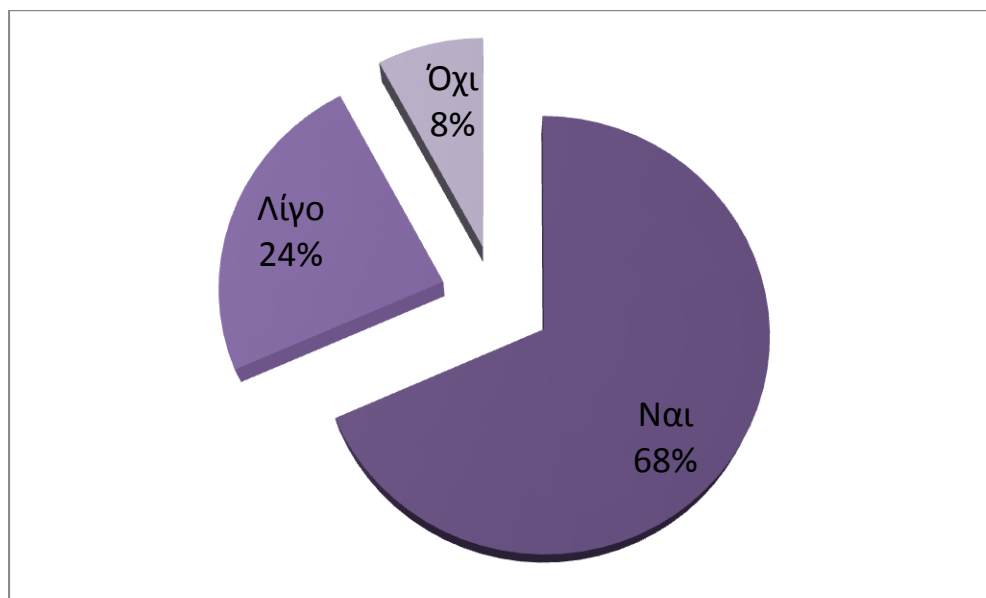
**Ερώτηση 28: Σας έχει κάνει κανείς να νιώσετε άβολα λόγω του βάρους σας;**



**Ερώτηση 28: Σας έχει κάνει κανείς να νιώσετε άβολα λόγω του βάρους σας;**

Ναι	14	36.8%
Λίγο	8	21.1%
Όχι	16	42.1%

**Ερώτηση 29: Θεωρείτε τον εαυτό σας δραστήριο;**



**Ερώτηση 29: Θεωρείτε τον εαυτό σας δραστήριο;**

Ναι	26	68.4%
Λίγο	9	23.7%
Όχι	3	7.9%

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να διερευνήσει τις διατροφικές συνήθειες και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές μπορεί να έχουν σε ένα ευκαιριακό δείγμα 38 υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας αυτής έχει κατά μέσο όρο δείκτη σωματικής μάζας 37, ώστε μπορεί να θεωρηθεί παχύσαρκο.

Ένα ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό των συμμετεχόντων αναφέρουν τον αθλητισμό ως αγαπημένη τους συνήθεια (μόλις 3%), καθώς και αρκετά χαμηλό ποσοστό των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι αθλούνται γενικά (18%). Μόλις το 3% του δείγματος αναφέρει ότι ασκείται από 3 έως 5 φορές την εβδομάδα, ενώ το 68% περίπου των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι γυμνάζονται σπάνια ή καθόλου.

Όσον αφορά τη διατροφική συμπεριφορά του δείγματος, το 50% του δείγματος αναφέρει ότι καταναλώνει 3 ή περισσότερα γεύματα την ημέρα, ενώ το υπόλοιπο 50% δηλώνει ότι καταναλώνει το πολύ 3 γεύματα την ημέρα. Ανησυχητικό είναι ωστόσο το ότι μόλις ένα 10.5% του δείγματος καταναλώνει τα γεύματά του σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας. Το 45% σχεδόν του δείγματος αναφέρει ότι τρώει μαζί με την οικογένειά του σπάνια ή καθόλου, ενώ μόνο τα σαββατοκύριακα το 42%. Μόλις το 13% του δείγματος δηλώνει ότι τρώει τακτικά μαζί με την οικογένειά του.

Όσον αφορά τις διατροφικές προτιμήσεις, βλέπουμε ότι σχεδόν τα 2/3 του δείγματος (66%) προτιμούν εξίσου το σπιτικό φαγητό και το fast food. Συνολικά, το 82% θεωρεί το fast food αγαπημένη τροφή, κάτι που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό. Σχεδόν το 29% του δείγματος δηλώνει ότι τρέφεται αποκλειστικά ή κυρίως με fast food. Θετικό είναι ωστόσο το γεγονός ότι το 71% του δείγματος δηλώνει ότι τρέφεται αποκλειστικά ή κυρίως με σπιτικό φαγητό.

Επίσης, το 58% του δείγματος αναφέρει ότι μαζί με το φαγητό καταναλώνει κάποιο αναψυκτικό. Τέλος, το 29% του δείγματος αναφέρει ότι δεν καταναλώνει ποτέ σαλάτα μαζί με το κύριο γεύμα του, ενώ το 58% του δείγματος καταναλώνει σαλάτα μαζί με το κύριο γεύμα τουλάχιστον μερικές φορές.

Τέλος, τα γλυκά και τα διάφορα σνακ φαίνεται να αποτελούν την κύρια τροφή που καταναλώνεται ενδιάμεσα από τα κύρια γεύματα της ημέρας σε ποσοστό 68% και 36% αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα φρούτα και τους χυμούς είναι αρκετά χαμηλά, 10.5% και για τα δύο.

Κανείς από τους συμμετέχοντες του δείγματος δεν θεωρεί το σωματικό του βάρος ιδανικό, ενώ το 79% δηλώνει ότι είναι καθόλου ή ελάχιστα ικανοποιημένο με το σωματικό του βάρος. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό. Επίσης, το 60% του δείγματος δηλώνει ότι το σωματικό του βάρος επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική του διάθεση, ενώ το υπόλοιπο 40% ελάχιστα ή καθόλου.

Για τους συμμετέχοντες που έχουν κάποιον συγγενή πρώτου ή δευτέρου βαθμού παχύσαρκο ή υπέρβαρο, το 45% θεωρεί πως και οι ίδιοι είναι καταδικασμένοι στην παχυσαρκία και δηλώνουν απογοητευμένοι για αυτό. Από την άλλη, ένα 50% θεωρεί πως το υπερβολικό βάρος ενός συγγενικού του προσώπου δεν αποτελεί απειλητικό παράγοντα για τους ίδιους.

Σχετικά χαμηλό ποσοστό του δείγματος (26%) θεωρεί πως το σωματικό βάρος επιδρά περιοριστικά στις σχέσεις του με το αντίθετο φύλο, αν και το ποσοστό αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί καθόλου αμελητέο. Ομοίως, ένα 37% του δείγματος δηλώνει πως νιώθει άβολα εξαιτίας του σωματικού του βάρους.

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός και το είδος των δεδομένων της παρούσης έρευνας επιτρέπει μόνο υποθέσεις σχετικά με την επίδραση του σωματικού βάρους στην ψυχολογική διάθεση των ατόμων, χωρίς να είναι δυνατόν να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα της επίδρασης αυτής ή να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα για το σύνολο του πληθυσμού των παχύσαρκων ατόμων.

Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως στο συγκεκριμένο δείγμα παχύσαρκων ατόμων πως η παχυσαρκία επιδρά αρνητικά στη σωματική αυτο-εικόνα σε μεγάλο βαθμό. Αρκετά υψηλά είναι και τα ποσοστά των ατόμων που δηλώνουν πως η παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική τους διάθεση και επιδρά αρνητικά στις σχέσεις με το αντίθετο φύλο.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε πλήρη συμφωνία με τα δεδομένα της σχετικής βιβλιογραφίας και επιβεβαιώνουν πως η παχυσαρκία αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα όχι μόνο για τη σωματική, αλλά και για την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Κρίνεται επιβεβλημένη επομένως η οργάνωση δομών ενημέρωσης, πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

### Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A/A	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	ΔΣΜ
c1	25	87	165	31,96
c2	16	72	157	29,21
c3	50	84	160	32,81
c4	43	150	160	58,59
c5	57	98	160	38,28
c6	23	98	154	41,32
c7	59	130	165	47,75
c8	34	99	175	32,33
c9	18	88	168	31,18
c10	17	80	157	32,46
c11	17	88	160	34,38
c12	21	110	180	33,95
c13	19	87	161	33,56
c14	27	85	160	33,20
c15	53	150	180	46,30
c16	25	82	165	30,12
c17	15	88	170	30,45
c18	17	99	180	30,56
c19	57	155	180	47,84
c20	35	150	160	58,59
c21	17	120	190	33,24
c22	16	85	157	34,48
c23	55	132	184	38,99
c24	54	85	160	33,20
c25	22	98	170	33,91
c26	36	85	168	30,12
c27	45	95	165	34,89
c28	17	102	180	31,48
c29	20	90	160	35,16
c30	22	130	173	43,44
c31	16	67	150	29,78
c32	20	180	170	62,28
c33	18	80	170	27,68
c34	17	90	175	29,39
c35	19	90	160	35,16
c36	17	85	165	31,22
c37	17	92	150	40,89
c38	19	140	170	48,44

<b>M.O.</b>	<b>28,29</b>	<b>103,32</b>	<b>166,68</b>	<b>37,07</b>
<b>T.A.</b>	<b>14,82</b>	<b>27,01</b>	<b>9,61</b>	<b>8,73</b>
<b>min</b>	<b>15</b>	<b>67</b>	<b>150,00</b>	<b>27,68</b>
<b>max</b>	<b>59</b>	<b>180</b>	<b>190,00</b>	<b>62,28</b>

Περιοχή κατοικίας		Οικογενειακή κατάσταση	
Πρωτεύουσα	4	Έγγαμος/-η	12
Αστική	34	Άγαμος/-η	26
Ημιαστική	0		
Αγροτική	0		
Επαγγελματική κατάσταση		Μορφωτικό επίπεδο	
Μαθητής/τρια	12	Διδακτορικό	0
Φοιτητής/Σπουδαστής	8	Μεταπτυχιακό	2
Εργαζόμενος/-η	12	Σπουδές ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	7
Άνεργος/-η	4	ΙΕΚ/Σχολές επαγ. Κατάρτισης	5
Οικιακά	2	Λύκειο (ενιαίο)	15
		Λύκειο (τεχνικό)	5
Συνθήκες διαβίωσης			
Μόνος/η	4		
Με συγκάτοικο/σύντροφο	7		
Με οικογένεια	27		

## B. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 10 - 29

<b>Ερώτηση 10. Αγαπημένη συνήθεια;</b>		
Αθλητισμός/Άσκηση	1	2.63%
Διάβασμα	7	18.42%
Τηλόραση	11	28.95%
Υπολογιστής/Διαδίκτυο	14	36.84%
Ηλεκτρονικά παιχνίδια	5	13.16%
<b>Ερώτηση 11. Γυμνάζεστε;</b>		
Ναι	7	18.42%
Όχι	31	81.58%
<b>Ερώτηση 12. Πόσο συχνά ασκείστε;</b>		
Καθημερινά	0	0
3-5 φορές εβδομαδιαίως	1	2.63%
Μερικές φορές	11	28.95%
Σπάνια	5	13.16%
Καθόλου	21	55.26%
<b>Ερώτηση 13. Πόσα γεύματα καταναλώνετε την ημέρα;</b>		
Μέχρι 2	5	13.16%
1 έως 3	14	36.84%
3 έως 5	11	28.95%
Περισσότερα από 5	8	21.05%



<b>Ερώτηση 14. Τα γεύματα είναι σε συγκεκριμένες ώρες;</b>		
Ναι	4	10.53%
Κάποιες φορές	13	34.21%
Όχι	21	55.26%
<b>Ερώτηση 15. Αγαπημένο είδος φαγητού;</b>		
Σπιτικό φαγητό	7	18.42%
Fast food	6	15.79%
Και τα δυο	25	65.79%
<b>Ερώτηση 16. Σε τι συχνότητα καταναλώνετε σπιτικό φαγητό κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;</b>		
Απόλυτα	6	15.79%
Τα περισσότερα γεύματα	21	55.26%
Λίγα γεύματα	10	26.32%
Καθόλου	1	2.63%
<b>Ερώτηση 17. Σε τι συχνότητα καταναλώνετε fast food κατά μέσο όρο στη διάρκεια της ημέρας;</b>		
Απόλυτα	1	2.63%
Τα περισσότερα γεύματα	10	26.32%
Λίγα γεύματα	20	52.63%
Καθόλου	7	18.42%
<b>Ερώτηση 18. Μαζί με το φαγητό καταναλώνετε:</b>		
Νερό	13	34.21%
Χυμό	2	5.26%
Αναψυκτικό	22	57.89%
Τίποτα	4	10.53%
<b>Ερώτηση 19. Συνοδεύετε το φαγητό με σαλάτα:</b>		
Πάντα	4	10.53%
Συχνά	8	21.05%
Μερικές φορές	10	26.32%
Σπάνια	5	13.16%
Ποτέ	11	28.95%
<b>Ερώτηση 20. Ενδιάμεσα από τα γεύματά σας τρώτε/πίνετε:</b>		
Φρούτα	4	10.53%
Χυμό	4	10.53%
Γλυκά	26	68.42%
Σνακ	14	36.54%
Τίποτα	2	5.26%
<b>Ερώτηση 21. Συνηθίζετε να τρώτε οικογενειακά:</b>		
Καθημερινά	5	13.16%
Σ/Κ	16	42.10%
Σπάνια	9	23.68%
Ποτέ	8	21.05%
<b>Ερώτηση 22. Θεωρείτε το βάρος σας ιδανικό;</b>		
Ναι	0	0
Αρκετά	8	21.05%

Ελάχιστα	7	18.42%
Καθόλου	23	60.53%
<b>Ερώτηση 23. Θεωρείτε ότι το βάρος σας επηρεάζει την ψυχολογική σας διάθεση;</b>		
Ναι	16	42.10%
Αρκετά	7	18.42%
Ελάχιστα	3	7.89%
Καθόλου	12	31.58%
<b>Ερώτηση 24. Θεωρείτε κάποιο από τα παρακάτω άτομα υπέρβαρο;</b>		
Μητέρα	13	34.21%
Πατέρας	8	21.05%
Γιαγιά	2	5.26%
Παπούς	5	13.16%
Αδερφός/-ή	8	21.05%
Κανείς	2	5.26%
<b>Ερώτηση 25. Αν κάποιο μέλος της οικογένειάς σας είναι υπέρβαρο, πώς νιώθετε για αυτό;</b>		
Απογοητευμένος (Θα καταλήξω κι εγώ το ίδιο)	17	44.74%
Δυναμικός (Θα το ξεπεράσω)	11	28.95%
Αδιάφορος	8	21.05%
Δεν είναι κανείς υπέρβαρος	2	5.26%
<b>Ερώτηση 26. Πόσες ώρες διαρκεί ο βραδινός σας ύπνος;</b>		
Λιγότερες από 5	10	26.32%
5 έως 7	22	57.89%
Περισσότερες από 8	6	15.79%
<b>Ερώτηση 27. Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με το αντίθετο φύλο είναι περιορισμένες;</b>		
Ναι	10	26.32%
Λίγο	6	15.79%
Όχι	22	57.89%
<b>Ερώτηση 28. Σας έχει κάνει κανείς να νιώσετε άβολα λόγω του βάρους σας;</b>		
Ναι	14	36.84%
Λίγο	8	21.05%
Όχι	16	42.10%
<b>Ερώτηση 29. Θεωρείτε τον εαυτό σας δραστήριο</b>		
Ναι	26	68.42%
Λίγο	9	23.68%
Όχι	3	7.89%

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική βιβλιογραφία*

- Αθανασόπουλος Ν. (2013). Χολολιθίαση. Μία νόσος αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου διατροφής. *Ευεξία & διατροφή*, 62: 6-8.
- Βλασοπούλου Β., Παπασταθοπούλου Α. (2008). Παχυσαρκία: Συντηρητική αντιμετώπιση. *Νοσοκ. Χρονικά*, 70 (Συμπλήρωμα): 282-291.
- Bloomfield ΗΗ., McWilliams Ρ. (2004). *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.
- Γαλάνης Π., Σπάρος Α. (2005). Ανάλυση δεδομένων: Μη μπαγεσιανή προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4): 377 – 391.
- Γιαννέτου, Κ. (2006). Η συμβουλευτική στην Οικογένεια και στην Εργασία. *Δίκτυο για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των γυναικών. – Έργο Άλκηστις* (3),16.
- Γιαννέτου, Κ. (2007). Η συμβουλευτική στην Οικογένεια και στην Εργασία. *Δίκτυο για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των γυναικών. – Έργο Άλκηστις*, (7): 25-27.
- Δικαίος Δ.Γ. (2005). Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη. Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 22(6):544–551.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008 – 2012. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής – Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (χ.χ.). Ενημέρωση για την κατάθλιψη. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου – Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. (2008-2010). *Ενδοσχολική βία και εκφοβισμός. Αιτίες, επιπτώσεις, αντιμετώπιση*. Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., Χολαργός.
- Καραγιάννης ΙΑ. (2008). *Παχυσαρκία. Μύθος και πραγματικότητα*. Έκδοση: Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής, Αθήνα.

- Κολαΐτης Γ. Λιακοπούλου Μ. (2005). Συναισθήματα, εικόνα του εαυτού και συμπεριφορά εφήβων σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειας. *Ψυχιατρική*, 16(4): 351 – 362.
- Κοντορίγα Α., Μούζας Ο., Γεωργούλιας ΝΠ., Ερωτοκρίτου Γ., Αγγελόπουλος Ν., Τσακαλάκη Μ. (2011). Επιδημιολογική μελέτη για κατάθλιψη σε άτομα με παχυσαρκία στην περιοχή του Δήμου Μακρακώμης. *Εγκέφαλος*, 48: 128-130.
- Λαζαράτος Ε. και Αναγνωστόπουλος Δ. Κ. (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(5), 466-474.
- Μούσλεχ Τ. (2008). Φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 21(2): 138-151.
- Μπαλτά Γ., Παπαρηγόπουλος Θ. (2010). Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Ψυχιατρική*, 21(2): 107 – 114.
- Μπαστάκη Δ., Περβανίδου Π., Παπανικολάου Κ., Λαίου Ε., Μαγιάκου Μ.Α., Κανακά-Gantenbein X., Χρούσος Γ.Π. (2009). Η απογευματινή και βραδινή κορτιζόλη σιέλου συσχετίζεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους. Πρακτικά 36ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Αλεξανδρούπολη.
- Μπουγουλιά Μ., Ευθυμίου Η. (2008). Φαρμακευτική θεραπεία της παχυσαρκίας των παιδιών και των εφήβων. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 21(1): 34-40.
- Νεδελκοπούλου Ν., Τριανταφύλλου Π. (2009-2010). Μεταβολικό σύνδρομο. Παρουσίαση Παιδιατρικών Περιστατικών, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη.
- Ντελιοπούλου Κ. (2013-14). Βελτίωση της σχετιζόμενης με την παχυσαρκία νοσηρότητας μετά από απώλεια βάρους με ενδογαστρικό ασκό. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Παπαδά Ε. (2013). Διατροφή και σκλήρυνση κατά πλάκας. *Ευεξία & Διατροφή*, 64: 24-25.
- Παναγιωτάκος ΔΒ. (2003). Μέτρα Υπολογισμού του Κινδύνου εκδήλωσης μιας κατάστασης. Ανακοίνωση στο: 1st Workshop on Evidence Based Medicine, Αθήνα.

- Παπαζαφειροπούλου ΑΚ., Παππάς ΣΙ. (2008). Μη αλκοολική λιπώδης διήθηση ήπατος: διάγνωση, παθογένεια, θεραπεία, συσχέτιση με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 21(2): 111-122.
- Παπακωνσταντίνου Α. (2008). Παχυσαρκία: Η άποψη της Χειρουργικής Θεραπείας. *Νοσοκ. Χρονικά*, 70 (Συμπλήρωμα): 292-297.
- Παραδεισιώτη Α., Τζιόγκουρος Χ. (2008). *Η εκφοβιστική συμπεριφορά μεταξύ των μαθητών στο σχολείο. Εγχειρίδιο για τους εκπαιδευτικούς*. Υπηρεσία Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού Κύπρου και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Υπουργείου Υγείας Κύπρου, Λευκωσία.
- Σουλής Κ., Φυτίλη Χ., Μανές Χ., Αλιχανίδου Ο., Παπάζογλου Ν., Πρόγια Ε., Κουκουρίκος Σ., Χολέβας Μ. (2001). Σχέση του δείκτη κωνικότητας με τον δείκτη μάζας σώματος, τον λόγο μέσης/ισχίων και τα λιπίδια στον τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 14(1): 85-92.
- Στεφανάδης Χ. (2011). Αποκαλύπτοντας τα Μυστικά της Μακροζωίας: Η Μελέτη Ικαρία. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 52: 267-268.
- Τζωτζάς Θ., Χαραλαμπίδης Β. (2005). Παιδική παχυσαρκία: ένας ενημερωτικός οδηγός για την Ελληνική οικογένεια. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, Αθήνα.
- Χαλέβας Π. (2012). Λιπώδες ήπαρ: Αποτέλεσμα του δυτικού τρόπου ζωής; *Ευεξία & Διατροφή*, 54: 24-25.
- Χαραλάμπους Α. (2011). Νέα επιδημιολογική μελέτη για τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα της παχυσαρκίας και τις διατροφικές διαταραχές στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό της Κύπρου. *Τα νέα του Συνδέσμου Διατροφολόγων Κύπρου*, 24: 7-9.
- Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση*, 8: 12-18.
- Χιώτης Δ. (2011). Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. *Ευεξία & Διατροφή*, 49: 13-15.
- Williams G., Harrold JA., Cutler DJ. (2001). Παχυσαρκία και διαβήτης: ο εγκέφαλος παίζει ρόλο. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 14(1): 19-35.

### *Ξενόγλωσση βιβλιογραφία*

- Anderson DA, Wadden TA (2004) Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obes Res*, 12: 1587–1595.
- Bargh JA, Morsella E (2008) The unconscious mind. *Perspect Psychol Sci*, 3:73–79.
- Bennetzen M., Moller HJ., Pedersen SB., Richelsen B. (2013). The Macrophage-Specific Serum Marker, Soluble CD163, Is Increased in Obesity and Reduced After Dietary-Induced Weight Loss. *Obesity*, 21(12): 2437 – 2443.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(7):858-869.
- Bleich SN., Bennett WL., Gudzone KA., Cooper LA. (2012). Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity*, Jan. 19. doi: 10.1038/oby.2011.402.
- Bray GA. (2003). *Contemporary diagnosis and management of obesity and the metabolic syndrome*. 3rd ed. Handbooks in health care, Newton, PA.
- Bray GA. (2004). Medical Consequences of Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6):2583–2589.
- Brixval CS., Rayce SLB., Rasmussen M., Holstein BE., Due P. (2012) Overweight, body image and bullying—An epidemiological study of 11- to 15-years olds. *Eur. J. Public Health*, 22:126–130.
- Campbell KJ, Crawford DA, Salmon J, Carver A, Garnett SP, Baur LA. (2007). Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviours in adolescence. *Obesity (Silver Spring)*, 15(3):719-730.
- Cazettes F, Cohen JI, Yau PL, Talbot H, Convit A. (2011). Obesity-mediated inflammation may damage the brain circuit that regulates food intake. *Brain Res*, 1373:101–109.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC., Green LA., Izzo JL., Jones DW., Materson BJ., Oparil S., Wright JT. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 289:2560–2572.
- Cornette R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3):136-41.
- Demos KE, Kelley WM, Heatherton TF (2011) Dietary restraint violations influence reward responses in nucleus accumbens and amygdala. *J Cogn Neurosci*, 23:1952–1963.

- de Onis M., Blossner M., Borghi E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92:1257–64.
- Ebbeling CB., Pawlak DB., Ludwig DS. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360: 473–82.
- Fabricatore AN., Wadden TA. (2003). Psychological Functioning of Obese Individuals. *Diabetes Spectrum*, 16(4) :245 – 252.
- Fekkes M., Pijpers FIM., Fredriks AM., Vogels T., Verloove-Vanhorick SP. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, 117:1568–1574.
- Felber J-P, Golay A. (2002). Pathways from obesity to diabetes. *Int J Obes*, 26 (Suppl 2):S39–S45.
- Fisher JO, Mitchell DC, Smicikias-Wright H, Birch LL. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc*, 102(1):58–64.
- Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Mannino ML, Birch LL. (2004). Meeting calcium recommendations during childhood reflects mother-daughter beverage choices and predicts bone mineral status. *Am J Clin Nutr*, 79(4):698- 706.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults. *JAMA*, 288:1723–1727.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. (2010). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008. *JAMA*, 303(3):235-241.
- Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. (2003). Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 289(2):187-193.
- Foster GB, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, et al. (2003) Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research* 11: 1168–1177.
- Fox CL., Farrow CV. (2009). Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *J. Adolesc*, 32:1287–1301
- Garipey G, Nitka D, Schmitz N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34:407-19.

- Gatineau M, Dent M. (2011). *Obesity and Mental Health*. National Obesity Observatory, Oxford.
- Gregg EW, Gersoff RB, Thompson TJ, Williamson DV. (2003). Intentional Weight loss and death in overweight and obese U.S., adults 35 years of age and older. *Ann Intern Med*, 138(5): 383–389.
- Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*, 5(4):282-304.
- Gustafson DR, Steen B, Skoog I. (2004). Body mass index and white matter lesions in elderly women. An 18-year longitudinal study. *Int Psychogeriatr*, 3:327–336.
- Hawker DSJ., Boulton MJ. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta - analytic review of cross - sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(4): 441–455.
- Heatherton TF., Wyland C. (2003) Assessing self-esteem. In S. Lopez and R. Snyder, (Eds). *Assessing Positive Psychology. A Handbook of Models and Measures*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Heatherton TF., Wyland C. (2003a). Why is there self-esteem? *Psychological Inquiry*, 14: 38-41.
- Heatherton TF (2011) Neuroscience of self and self-regulation. *Annu Rev Psychol*, 62:363–390.
- Hedley AA., Ogden CL., Johnson CL., Carrol MC., Curtin LR., Flegal KM. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity Among US Children, Adolescents, and Adults, 1999-2002. *JAMA*, 291(23): 2847 – 2850.
- Hill AJ. (2005). Fed up and friendless? *The psychologist*, 18(5):280-83.
- Isnard P., Michel G., Felut M., Vila G., Falissard B., Naja W., Navarro J. & Mouren-Simeoni M. (2003). Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 235– 243.
- Israel A., Ivanova M. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 424–429.
- Jagust W, Harvey D, Mungas D, Haan M. (2005). Central obesity and the aging brain. *Arch Neurol*, 10:1545–1548.



- Jansen I., Craig WM., Boyce WF., Pickett W. (2004). Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School – Aged Children. *Pediatrics*, 113: 1187-1194.
- Johannsen DL, Johannsen NM, Specker BL. (2006). Influence of parents' eating behaviours and child feeding practices on children's weight status. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3):431-439.
- Keel PK., Baxter MG., Heatherton TF., Joiner T E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116: 422-432.
- Kipping RR., Jago R., Lawlor DA. (2008). Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ*, 337:a1824.
- Kivimaki M, Batty G, Singh-Manoux A, Nabi H, Sabia S, Tabak AG, Akbaraly TN., Vahtera J., Marmot MG., Jokela M. (2009). Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *British Journal of Psychiatry*, 195(2):149-55.
- Kottke TE., Wu LA., Hoffman RS. (2003). Economic and Psychological Implications of the Obesity Epidemic. *Mayo Clin Proc.*, 78:92-94.
- Krebs NF, Jacobson MS, (2003). American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 112(2): 424-430.
- Landsberg L., Aronne LJ., Beilin LJ., Burke V., Igel LI., Lloyd-Jones D., Sowers J. (2013). Obesity-Related Hypertension: Pathogenesis, Cardiovascular Risk, and Treatment—A Position Paper of the The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *Obesity*, 21: 8-24.
- Lewis S., Thomas SL., Blood RW., Castle DJ., Hyde J., Komesaroff PA. (2011) How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 73(9) : 1349–1356.
- Linde JA., Jeffery RW., Levy RL., Sherwood NE., Utter J., Pronk NP., Boyle RG. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28: 418–425.
- Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, Zitman FG. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3):220-9.
- Lykouras L., Michopoulos J. (2011). Anxiety disorders and obesity. *Psychiatriki*, 22(4): 307-313.

- Ma J, Xiao L. (2010). Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity (Silver Spring)*, 18(2):347-53.
- Marks B., Katz L., Styner M., Smith J. (2011). Aerobic fitness and obesity: Relationship to cerebral white matter integrity in the brain of active and sedentary older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 45(15), 1208–1215.
- Masheb RM., Grillo CM. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with Binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2): 141-146.
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L., Sutton S., Bunton AJ., Lohr KN. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the US preventive services task force. *Ann Intern Med*, 139:933–949.
- Mitchell RS, Padwal RS, Chuck AW, Klarenbach SW. (2008). Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *Am J Prev Med*, 35: 127–132.
- Moghimi-Dehkordi B., Safaee A., Vahedi M., Pourhoseingholi MA., Habibi M., Pourhoseingholi A., Zali MR. (2011). Association between perceived depression, anxiety and stress with Body Mass Index: results from a community-based cross-sectional survey in Iran. *Italian Journal of Public Health*, 9(8): 128-136.
- Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH., Vinicor F., Bales VS., Marks JS. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*, 289(1):76-79.
- Morgan C., Yanovski S., Nguyen T., McDuffie J., Sebring N., Jorge M., Keil M. & Yanovski J. (2002). Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 430–441.
- Nemiary D., Shim R., Mattox G., Holden K. (2012). The relationship between obesity and depression among adolescents. *Psychiatric Annals*, 42(8): 305-308.
- Onyike CU., Crum RM., Lee HB., Lyketsos CG., Eaton WW. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am. J. Epidemiol.*, 158 (12): 1139-1147.
- Pannacciulli N, Del Parigi A, Chen K, Le DS, Reiman EM, Tataranni PA. (2006). Brain abnormalities in human obesity: a voxel-based morphometric study. *Neuroimage*, 4:1419–1425.

- Passamonti L, Rowe JB, Schwarzbauer C, Ewbank MP, von dem Hagen E, Calder AJ (2009) Personality predicts the brain's response to viewing appetizing foods: the neural basis of a risk factor for overeating. *J Neurosci*, 29:43–51.
- Pearce MJ, Boergers J, Prinstein MJ. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obes Res*, 10:386–393.
- Pearl RL., White MA., Grilo CM. (2013). Weight bias internalization, depression, and self-Reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, DOI: 10.1002/oby.20617.
- Pearson TA, Mensah GA, Alexander RW, Anderson JL., Cannon III RO., Criqui M., Fadl YY., Fortmann SP., Hong Y., Myers GL., Rifai N., Smith SC., Taubert K., Tracy RP., Vinicor F. (2003). Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: a statement for healthcare professionals from the Centers for Disease Control and Prevention and the American Heart Association. *Circulation*, 107:499–511.
- Peeters A, Barendregt JJ, Willenkens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med*, 138:24–32.
- Puhl RM, Brownell KD. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*, 14: 1802–1815.
- Raji CA, Ho AJ, Parikshak NN, Becker JT., Lopez OL., Kuller LH., Leow AD., Toga AW., Thompson PM. (2010). Brain structure and obesity. *Hum Brain Mapp*, 3:353–364.
- Reeves GM., Postolache TT., Snitker S. (2008). Childhood Obesity and Depression: Connection between these Growing Problems in Growing Children. *Int J Child Health Hum Dev*, 1(2): 103–114.
- Sabin JA, Marini M, Nosek BA (2012) Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS ONE* 7(11): e48448. doi:10.1371/journal.pone.0048448.
- Sands E., Wardle J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12 year old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 193–204.
- Schneider DJ. (2004). *The Psychology of Stereotyping*. The Guilford Press, New York.
- Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14):1813-9.
- Sim LA., Lebow J., Billings M. (2013). Eating Disorders in Adolescents With a History of Obesity. *Pediatrics*,

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/09/04/peds.2012-3940.full.pdf>

- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7):824-30.
- Sjoberg RL. (2005). Obesity, Shame, and Depression in School-Aged Children: A Population-Based Study. *Pediatrics*, 116(3):e389-e92.
- Stanek KM, Grieve SM, Brickman AM, Korgaonkar MS, Paul RH, Cohen RA, Gunstad JJ. (2011). Obesity is associated with reduced white matter integrity in otherwise healthy adults. *Obesity*, 19:500–504.
- Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*, 73(2):195-202.
- Stoeckel LE, Weller RE, Cook III EW, Twieg DB, Knowlton RC, Cox JE. (2008) Widespread reward-system activation in obese women in response to pictures of high-calorie foods. *NeuroImage*, 41:636–647.
- The Hunt Institute. (2008). Childhood Obesity and Academic Outcomes. [http://www.hunt-institute.org/elements/media/files/Hunt Obesity Memo.pdf](http://www.hunt-institute.org/elements/media/files/Hunt_Obesity_Memo.pdf)
- The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM., Gordon-Larsen P. (2010). Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. *JAMA*, 304:2042–2047.
- WHO. (2013). Obesity and overweight. Fact sheet N°311  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity 2001*. (2001). Office of the Surgeon General, Public Health Service, US Dept of Health and Human Services, Rockville, MD.
- Thompson JK., Stice E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Curr. Dir. Psychol. Sci*, 10:181–183.
- Turer CB., Lin H., Flores G. (2013). Health Status, Emotional/Behavioral Problems, Health Care Use, and Expenditures in Overweight/Obese US Children/Adolescents. *Acad Pediatr*, 13(3): 251-258.
- van der Merwe MT. (2007). Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of Obesity*, 31: S14–S18.
- Volkow ND., O'Brien CP. (2007). Issues for DSM V: should obesity be included as a brain disorder? (Editorial). *American Journal of Psychiatry*, 164(5): 708–710.

- Wadden TA., Didie E. (2003). What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obesity Research*, 11(9): 1140–1146.
- Warner CH, Warner CM, Morganson J, Appenzeller GN, Rachal J, et al. (2008) Military family physician attitudes toward treating obesity. *Military Medicine*, 173: 978–984.
- Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. (2005). Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 116(1):e125-e144.
- Wilson ML., Viswanathan B., Rousson V., Bovet P. (2013). Weight Status, Body Image and Bullying among Adolescents in the Seychelles. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5): 1763–1774.
- Wolke D, Woods S, Stanford K., Schultz H. (2001). Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. *Br J Psychol*, 92(Pt4): 673- 696.
- Young-Hyman D, Schlundt DG, Herman L, DeLuca F, Counts D. (2001). Evaluation of the insulin resistance syndrome in 5- to 10-year-old overweight/obese African-American children. *Diabetes Care*, 24: 1359–64.