



Πτυχιακή Εργασία

Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας
στην αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη
της εικόνας του σώματος
των ενηλίκων



ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΕΛΕΝΗ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΚΑΡΑΤΣΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2014

**Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην
αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη της εικόνας
του σώματος των ενηλίκων**

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.)

Τμήμα Αισθητικής & Κοσμετολογίας

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2014

*Στους γονείς μας
για τη διαρκή ενθάρρυνση
και υποστήριξή τους.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	7
Abstract	8
Πρόλογος	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

<i>Γενικά στοιχεία για την παχυσαρκία</i>	10
1.1 Ιστορία παχυσαρκίας	10
1.2 Η σημασία της παχυσαρκίας ως παγκόσμιο φαινόμενο	13
1.3 Η επιδημιολογία της παχυσαρκίας	14
1.4 Σύσταση σώματος	16
1.4.1 Λιπώδης μάζα	16
1.4.2 Μυϊκός ιστός	17
1.4.3 Οστίτης ιστός	17
1.4.4 Προβλήματα στη σύσταση του σώματος σχετικά με το Ολικό Σωματικό Λίπος	18
1.4.5 Αξιολόγηση σύστασης σώματος	18
1.5 Σωματότυποι	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

<i>Παχυσαρκία</i>	24
2.1 Ορισμός παχυσαρκίας	24
2.2 Αίτια παχυσαρκίας	25
2.3 Βαθμοί παχυσαρκίας	27
2.4 Παράγοντες παιδικής παχυσαρκίας	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

<i>Διατροφή και παχυσαρκία</i>	31
3.1 Διατροφική συμπεριφορά παχύσαρκου	31
3.2 Χρήσιμα λιπαρά οξέα	31
3.3 Αντιμετώπιση παχυσαρκίας με διατροφή	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

<i>Άσκηση και παχυσαρκία</i>	35
4.1 Ο ρόλος της άσκησης στη μείωση του βάρους.....	35
4.2 Κίνδυνοι άσκησης παχύσαρκου ατόμου	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

<i>Επιπτώσεις παχυσαρκίας στην υγεία</i>	38
5.1 Καρδιοαγγειακά προβλήματα	39
5.2 Αναπνευστικά προβλήματα	39
5.3 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	39
5.4 Χολολιθίαση.....	40
5.5 Καρκίνος.....	41
5.6 Γυναικολογικές διαταραχές.....	42
5.7 Υπέρταση	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

<i>Ψυχολογικές επιπτώσεις παχυσαρκίας – ψυχολογία παχύσαρκου</i>	43
6.1 Η επίδραση του ψυχολογικού παράγοντα στην παχυσαρκία.....	43
6.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας	45
6.3 Η ψυχολογική προσέγγιση στη θεραπεία της παχυσαρκίας	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

<i>Θεραπεία της παχυσαρκίας</i>	48
7.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	48

7.1.1 Αντιμετώπιση με διατροφή	48
7.1.2 Αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή.....	48
7.1.3 Αντιμετώπιση με σωματική άσκηση.....	50
7.1.4 Αντιμετώπιση με χειρουργική επέμβαση	50
7.2 ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	54
7.2.1 Μέσα παραγωγής θερμότητας.....	54
7.2.2 Μάλαξη.....	55
7.2.3 Ηλεκτρικά μηχανήματα και Ρεύματα	56
7.2.4 Καλλυντικά.....	58
7.3 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	59
7.3.1 Βελονισμός	59
7.3.2 Υπνοθεραπεία	60
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο</u>	
<i>Ανάλυση ερευνητικού μέρους</i>	<i>61</i>
8.1 Ερωτηματολόγιο.....	61
8.2 Δείγμα έρευνας.....	74
8.3 Αποτελέσματα – Ερμηνεία έρευνας.....	75
8.4 Συμπεράσματα έρευνας	144
Επίλογος	146
Βιβλιογραφία	147

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό κομμάτι ενώ το δεύτερο το ερευνητικό κομμάτι. Αναλυτικότερα στο πρώτο μέρος λαμβάνει χώρα μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με το θέμα της παχυσαρκίας και των ψυχολογικών επιπτώσεων που αυτή επιφέρει στο παχύσαρκο άτομο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν την αρνητικότερη εικόνα σώματος, ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες αλλά και ένας σημαντικός αριθμός γυναικών με φυσιολογικό βάρος έδειχναν να μην είναι ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματος τους, παρουσιάζοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη συσχέτιση με κατάθλιψη λόγω της κακής αυτοεικόνας. Επιπρόσθετα, σημαντικό συμπέρασμα αποτελεί το γεγονός ότι άτομα παχύσαρκα με επαρκή μόρφωση φαίνεται να γνωρίζουν πως το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία και να προσπαθούν να το ελέγξουν, κάτι που δεν συμβαίνει με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που δείχνουν να μην προβληματίζονται και πολύ.

Συμπερασματικά, δεδομένου των αποτελεσμάτων της εργασίας και την επιδημιολογικής διάστασης που έχει πάρει η παχυσαρκία τα τελευταία χρόνια, απαιτείται ιδιαίτερη σημασία στον ψυχολογικό παράγοντα στα παχύσαρκα άτομα, με ευαισθητοποίηση των σχετικών φορέων αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας.

Λέξεις Κλειδιά: Παχυσαρκία, Ψυχολογικές επιπτώσεις παχυσαρκίας, Ψυχολογία του παχύσαρκου ατόμου.

Abstract

This study consists of two parts: the first part is the theoretical part and the second the research part. In the first part takes place a literature review in relation to the issue of obesity and its psychological effects. According to the survey results obese individuals exhibit a more negative body image, while obese women but also a significant number of women with normal weight seemed to be dissatisfied with their body image, have low self-esteem and show strong correlation with depression because of poor self-image. Additionally, important conclusion of the research is that obese people with sufficient education seem to know that the above weight is not good for their health and they are trying to control it. On the other hand older people with lower educational level do not seem to worry so much for their health.

In conclusion, given the results of this thesis and the epidemiological dimension of obesity in recent years, it is required to be given special attention to psychological factor in obese people, with awareness of relevant stakeholders and the whole of society.

Keywords: Obesity, obesity Psychological effects, Psychology of the obese person.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παχυσαρκία στις μέρες μας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα παγκοσμίως, το οποίο τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις. Η παχυσαρκία συσχετίζεται με πολλά προβλήματα υγείας όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, ενδοκρινολογικά προβλήματα (διαβήτη τύπου II), μυοσκελετικά προβλήματα, καρκίνο, μείωση της γονιμότητας αλλά και μείωση του προσδόκιμου ζωής. Πέρα από τα συνοδά αυτά νοσήματα το παχύσαρκο άτομα υποφέρει από πολλά ψυχολογικά προβλήματα, με συνηθέστερη την κατάθλιψη, αλλά και πολλά κοινωνικά προβλήματα που μειώνουν την ποιότητα της ζωής του.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα στις μέρες μας, το οποίο απαιτεί αρχικά την πρέπουσα σημασία και έρευνα και έπειτα την ανάλογη αντιμετώπιση.

Για όλους τους παραπάνω λόγους επιλέξαμε να ασχοληθούμε με το θέμα της παχυσαρκίας με επικέντρωση στις ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη της εικόνας του παχύσαρκου ενήλικου ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Γενικά στοιχεία για την παχυσαρκία

1.1 Ιστορία της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία στο πέρασμα της ιστορίας μπορεί να γίνει εμφανής από διάφορα αγαλματίδια και τοιχογραφίες που έχουν διασωθεί από διάφορους αρχαίους πολιτισμούς. Αναλυτικότερα, έχουν βρεθεί ειδώλια της παλαιολιθικής εποχής σε όλη την Ευρώπη, που απεικονίζουν γυναικείες θεότητες, οι οποίες βάση των σημερινών προτύπων, παρουσιάζουν σπλαχνική παχυσαρκία, έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς. Οι μορφές αυτές, ήταν σύμβολα γονιμότητας και αφθονίας για τους αρχαίους πολιτισμούς. Αργότερα, κατά τη νεολιθική εποχή και την εποχή του Χαλκού, συναντώνται οι ίδιες περίπου παχύσαρκες μορφές, με στεατοπυγική μορφή, μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς (Κακλαμάνος, 2000).



Εικόνα 1. Ειδώλια από την παλαιολιθική εποχή στην Ευρώπη, με στεατοπυγική μορφή

Κατά τα χρόνια της ακμής του αρχαίου Ελληνικού πολιτισμού, ο Ιπποκράτης και οι μετέπειτα συνάδελφοί του, θεωρούσαν την παχυσαρκία ως νόσο και προσπαθούσαν να την θεραπεύσουν με διάφορες μεθόδους σχετικά κοινές με τις σημερινές. Αναλυτικότερα, σε γραπτά του Ιπποκράτη σχετικά με την παχυσαρκία αναφέρεται ότι στα παχύσαρκα άτομα ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συχνός σε σχέση με τα μη παχύσαρκα και ότι η παχυσαρκία μειώνει τη γονιμότητα στις γυναίκες.

Αργότερα, ο Γαληνός κατατάσσει την παχυσαρκία σε μέτρια (που θεωρείται φυσιολογική) και υπερβολική (που θεωρείται νοσογόνος).

Στην Αράβικη ιατρική, ο Αβικέννας έγραψε τον «Κανόνα της Ιατρικής», στον οποίο και ασχολήθηκε εκτεταμένα με την παχυσαρκία και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Αναλυτικότερα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προτείνει την ταχεία κάθοδο της τροφής από το στομάχι στο έντερο έτσι ώστε να εμποδίζεται η απορρόφηση από το μεσεντέριο, έντονη άσκηση, μπάνιο πριν το φαγητό και κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής φτωχής σε θρεπτική αξία (Κακλαμάνος, 2000).



Εικόνα 2. Ο Πέρσης ιατρός Αβικέννας.

Κατά τον 17^ο αιώνα, η αντίληψη μιας κοινωνίας για την παχυσαρκία επηρεαζόταν κυρίως από οικονομικούς, κοινωνικούς και άλλους πολιτισμικούς παράγοντες και πολλές φορές το πάχος αποτελούσε σύμβολο κάποιας υψηλής κοινωνικής θέσης (Κατσίκης κ.α., 2009).



Εικόνα 3. "The Tuscan General" από τον Alessandro del Borro, (17^{ος} αιώνας).

Το 1825 ο Jean Anthelme Brillat-Savarin (δικαστής, πολιτικός και συγγραφέας της εποχής), αναφέρει ότι ως βασικές αιτίες της παχυσαρκίας θεωρούνταν η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες. Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προτείνει σύνεση στη διατροφή, μέτρο στον ύπνο και τακτική άσκηση. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικός σταθμός στην ιστορία της παχυσαρκίας αποτελεί το έτος 1948, όπου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναγνώρισε επίσημα την παχυσαρκία ως νόσο στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων (Κακλαμάνος, 2000).

1.2 Η σημασία της παχυσαρκίας ως παγκόσμιο φαινόμενο

Με την ολοένα και αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης, η παχυσαρκία έφτασε σήμερα να αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν και μειώνει σημαντικά την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής (Steinbeck, 2007).

Τα τελευταία χρόνια το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στο θέμα της παχυσαρκίας και ιδιαίτερα στους προδιαθεσικούς παράγοντες, στα σχετιζόμενα νοσήματα και στην αντιμετώπισή της. Το έντονο αυτό ενδιαφέρον προήλθε μετά τη διαπίστωση ότι η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ραγδαία τόσο στις ανεπτυγμένες χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες. Με άλλα λόγια ένα μεγάλο μέρος της ανθρωπότητας, το οποίο υπολογίζεται στο 5-10% του παγκόσμιου πληθυσμού (δηλαδή περίπου 300.000.000 άνθρωποι) σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάσχει από παχυσαρκία (Μπαλαμώτη, 2012).

Τα νούμερα αυτά αποκτούν περισσότερο ανησυχητική διάσταση, εάν ληφθούν υπόψη και τα ποσοστά παιδική παχυσαρκίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, παγκοσμίως, περίπου 22 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών είναι υπέρβαρα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται, ότι σήμερα το 15,5% των εφήβων (12-19 ετών) και το 15,3% των παιδιών (6-12 ετών) πάσχουν από παχυσαρκία. Στην Ευρώπη, επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν, ότι περίπου το 20% των παιδιών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (Mabry et al., 2005).

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας είναι οι εξής (Κατσίκης κ.συν. 2009):

- η ηλικία (αύξηση ποσοστού παχυσαρκίας σε ηλικία πάνω από τα 65 έτη)
- το φύλο (συχνότερη στις γυναίκες)
- η φυλή (πιο συχνή στις μαύρες Αμερικανίδες)
- η κοινωνική τάξη (συχνότερη στις χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τάξεις του αναπτυσσόμενου κόσμου)

- και οι διατροφικές συνήθειες.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία και τα χρόνια νοσήματα που προκαλεί, πέρα από το κοινωνικό κόστος και την υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτή, δημιουργεί και ένα σημαντικό οικονομικό κόστος για τη Δημόσια Υγεία. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η παχυσαρκία και οι σχετικές με αυτήν ασθένειες, απορροφούν το 2-8% των δαπανών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Mabry et al., 2005).

Στην παράγραφο που ακολουθεί αναλύονται τα στατιστικά δεδομένα για την εξάπλωση της παχυσαρκίας σε όλο τον κόσμο, έτσι ώστε να γίνει σαφές το μέγεθος της εξάπλωσης της νόσου της παχυσαρκίας σε όλο τον κόσμο.

1.3 Η επιδημιολογία της παχυσαρκίας

Μια από τις χώρες με πρωτιά στο θέμα της παχυσαρκίας είναι η Αμερική. Σε έρευνα του NHANES (National Health and Nutrition Examination Surveys), βρέθηκαν 28,8 εκατομμύρια παχύσαρκοι Αμερικάνοι από το 1971 έως το 1974, 34 εκατομμύρια παχύσαρκοι από το 1974 έως το 1980 και 58 εκατομμύρια παχύσαρκοι από το 1988 έως το 1991. Σήμερα, τα νούμερα έχουν εκτοξευτεί, με περίπου έναν στους δύο Αμερικάνους να πάσχουν από παχυσαρκία. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σήμερα, 199.000.000 ενήλικοι είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, δηλαδή το 64,5% του πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσθετου παχυσαρκίας (Kuczmarski, 1994).

Δυστυχώς και στην Ευρώπη τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με την παχυσαρκία είναι απογοητευτικά. Αναλυτικότερα μεγάλη αύξηση της παχυσαρκίας παρατηρείται στην Αγγλία κατά τη διάρκεια των ετών 1980 με 1995 (από 8% πηγή

στο 16%) και στην υπόλοιπη Ευρώπη τα ποσοστά κυμαίνονται σε 20-25% στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και 15-20% στη Δυτική Ευρώπη (Μπαλαμώτη, 2012).

Όσον αφορά στη χώρα μας κι εκεί τα στατιστικά δεδομένα είναι αποθαρρυντικά και δείχνουν ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας κατά τα τελευταία χρόνια. Αναλυτικότερα, στην Ελλάδα σήμερα 26% των ανδρών και 18,2 των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Σχετικά με τα παιδιά, το ποσοστό αγγίζει το 8,5% σε ηλικίες 7-12 ετών και το 6% κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Μπαλαμώτη, 2012).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας, επί 28.000 ατόμων (Πρότυπο Βαριατρικό Κέντρο, 2014):

- 30% των Ελληνίδων είναι παχύσαρκες (1^η θέση στην Ευρώπη)
- 30% των Ελλήνων ανδρών είναι παχύσαρκοι (2^η θέση στην Ευρώπη)
- 26% των αγοριών ηλικίας 6-17 είναι υπέρβαρα
- 19% των κοριτσιών ηλικίας 6-17 είναι υπέρβαρα
- Η Ελλάδα έχει την πρωτιά στην παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη.
- Τέλος, η Κρήτη αποτελεί την περιφέρεια της Ευρώπης με το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας.

Συνοψίζοντας, η Ελλάδα έχει ποσοστό παχυσαρκίας 21,9%, το οποίο είναι ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά παγκοσμίως. Σε πρόσφατη επιδημιολογική, πανελλαδική μελέτη βρέθηκε ότι το συνολικό ποσοστό παχυσαρκίας στους ενήλικες ήταν 22,5% ενώ τα ποσοστά υπέρβαρων ατόμων ήταν 41,1% και 29,9% στους άνδρες και στις γυναίκες, αντίστοιχα (Karantais et al., 2006).

Όλα τα παραπάνω νούμερα καταστούν σαφές ότι η παχυσαρκία έχει πάρει επιδημιολογικές διαστάσεις, τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως και συνεπώς απαιτούνται οργανωμένες κινήσεις αντιμετώπισης του φαινομένου, μέσω πρόληψης και ενημέρωσης.

1.4 Σύσταση σώματος

Η σύσταση του σώματος αποτελεί τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό του μυϊκού ιστού, του λιπώδους ιστού και του οστίτη ιστού (Μαραγκοπούλου, 2009). Οι ιστοί του σώματος επιτελούν σημαντικές λειτουργίες για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η ικανότητα των ιστών αυτών εξαρτάται τόσο από την ποσοτική όσο και από την ποιοτική τους σύσταση (Lee & Gallager, 2008).

1.4.1 Λιπώδης μάζα

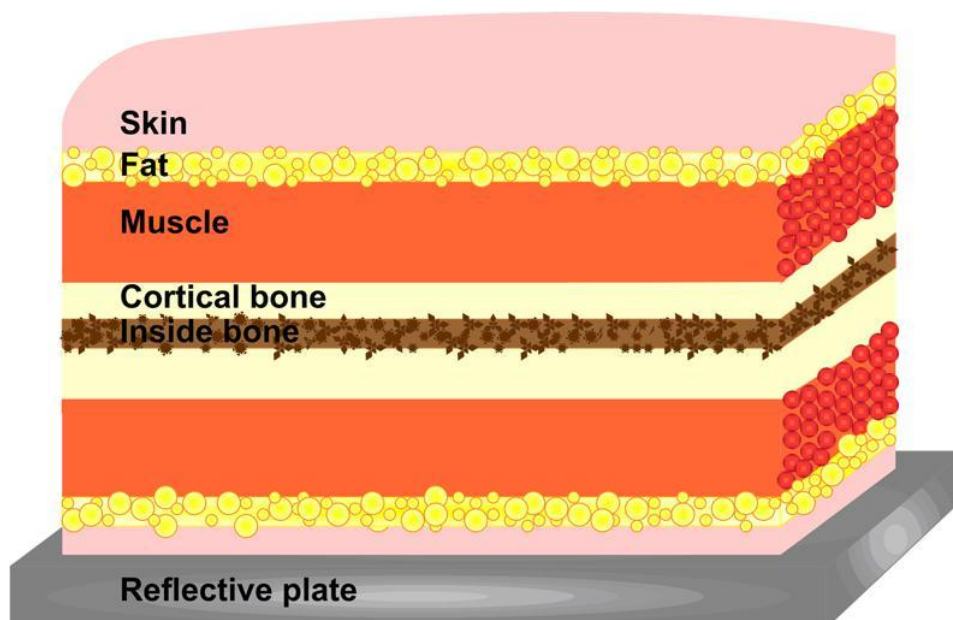
Η λιπώδης μάζα του σώματος περιλαμβάνει το αποθηκευτικό και το θεμελιώδες λίπος. Το πρώτο παρέχει θερμική μόνωση, μηχανική προστασία και ενεργειακό απόθεμα, ενώ το δεύτερο αποτελεί ποσοστό του σωματικού λίπους που είναι αναγκαίο για τη λειτουργία του εγκεφάλου, του μυελού των οστών, του νευρικού ιστού και των κυτταρικών μεμβρανών (Norgan, 1997).

1.4.2 Μυϊκός ιστός

Ο μυϊκός ιστός αποτελεί τον μεγαλύτερο σε μάζα ιστό του ανθρώπινου σώματος και αποτελεί περίπου το 45% του βάρους των ανδρών και το 36% του βάρους των γυναικών. Με βάση τη δομή των μυών υπάρχουν ο σκελετικός, ο λείος και ο καρδιακός μυς (Vander, Luciano, & Τσακόπουλος, 2001).

1.4.3 Οστίτης ιστός

Ο ιστός αυτός, αποτελεί τον στερεότερο τύπο συνδετικού ιστού του ανθρώπινου σώματος. Στους άνδρες τα οστά αποτελούν περίπου το 15% του σωματικού βάρους, ενώ στις γυναίκες το 12% του σωματικού τους βάρους και η σύστασή τους είναι κατά 70% μεταλλικά άλατα, 22% πρωτεΐνη και 8% νερό (Green & Kleeman, 1991).



Εικόνα 4. Τα επίπεδα των βιολογικών ιστών

1.4.4 Προβλήματα στη σύσταση του σώματος σχετικά με το Ολικό Σωματικό Λίπος

Τόσο το ιδιαίτερα υψηλό όσο και το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό λίπους στο σώμα, μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου. Το ελάχιστο ποσοστό σωματικού λίπους για τους άνδρες θεωρείται το 12-15% και για τις γυναίκες το 20-25% (Mahan, Escott-Stumb & Krause, 2000). Από την άλλη πλευρά το αυξημένο σωματικό λίπος στο σώμα ενός ανθρώπου, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία και ευεξία του και να σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες για πρόωρο θάνατο ή για χρόνια νοσήματα (π.χ σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος κ.α.) (Lean, 2000).

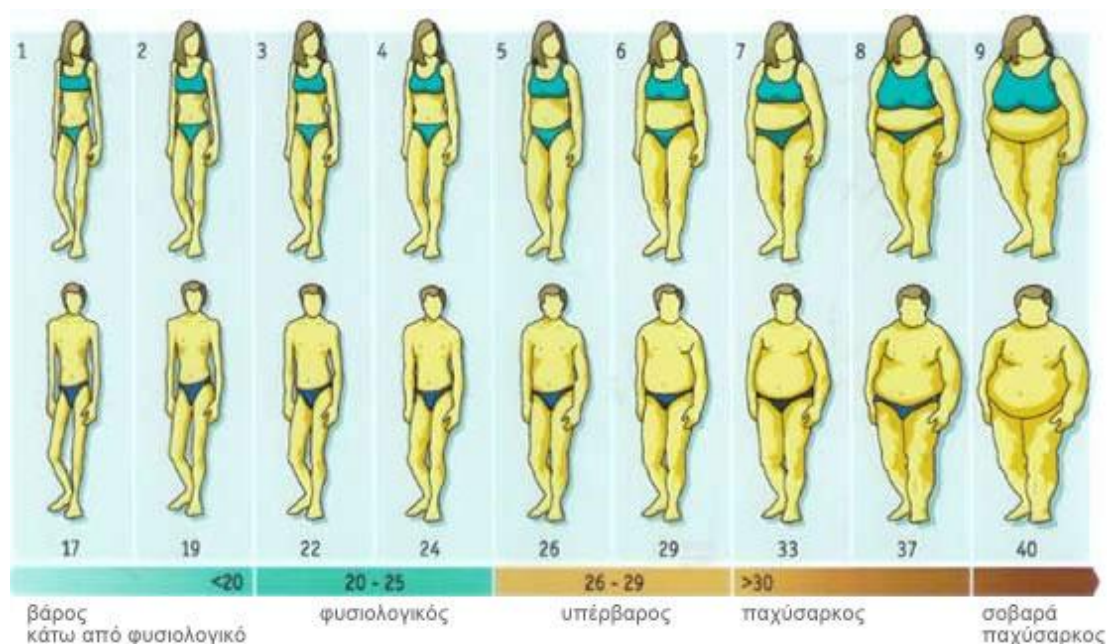
Αναλυτικότερα, ο αυξημένος κίνδυνος για την υγεία του ανθρώπου σχετίζονται όχι μόνο με το συνολικό ποσοστό του λίπους αλλά και με την κατανομή του στο σώμα. Η πρώτη περίπτωση κατανομής του λίπους στο σώμα, ονομάζεται ανδροειδής τύπος ή κεντρική παχυσαρκία και χαρακτηρίζεται από συσσώρευση ενδοκοιλιακού λίπους, ενώ η δεύτερη περίπτωση είναι ο γυναικοειδής τύπος και χαρακτηρίζεται από συσσώρευση λίπους στην περιοχή των γλουτών και των μηρών. Η κεντρική παχυσαρκία, η οποία είναι συχνότερη στους άνδρες θεωρείται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (St Jeor, 1993).

1.4.5 Αξιολόγηση σύστασης σώματος

Σήμερα, με την αλματώδη πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αξιολόγησης της σύστασης του ανθρώπινου σώματος, βασικότερες από τις οποίες είναι οι εξής:

- **Υδροπυκνομετρία:** η μέθοδος απαιτεί τη βύθιση του ατόμου σε μια ειδική δεξαμενή και κρατάει την αναπνοή του για αρκετά δευτερόλεπτα, μέχρι να ολοκληρωθεί η υποβρύχια ζύγιση (Μανιός, 2006).
- **Αεριοπυκνομετρία:** η μέθοδος βασίζεται στην εφαρμογή του νόμου των αερίων και το υπό ζύγιση άτομο κάθεται στο κάθισμα πρόσθιου θαλάμου, ενώ ο οπίσθιος αποτελεί το θάλαμο αναφοράς. Η αεριοπυκνομετρία είναι πιο γρήγορη, αλλά και πιο ανώδυνη από την υδροπυκνομετρία, ενώ και οι δύο αυτές μέθοδοι είναι αρκετά ακριβές. (Μανιός, 2006).
- **Απορροφησιομετρία Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας:** η μέθοδος βασίζεται στην εξασθένηση των ακτίνων Χ που εισάγονται στους ιστούς του σώματος. Το κυριότερο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι η ακρίβεια και η ευκολία, ενώ το μεγαλύτερο μειονέκτημα το υψηλό της κόστος (Jebb, 1997).
- **Αξονική τομογραφία:** είναι και αυτή μια μέθοδος που βασίζεται στις ακτίνες Χ και στην αρχή εξασθένησής τους όταν εισέρχονται από το ανθρώπινο σώμα. Η μέθοδος δίνει ακριβείς πληροφορίες για το ποσοστό λίπους αλλά και την κατανομή του στο σώμα με υποδόριο και σπλαχνικό, καθώς και για την οστική μάζα (Goodpaster et al., 2000).
- **Μαγνητική τομογραφία:** η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αρχή ότι οι ατομικοί πυρήνες συμπεριφέρονται σαν μαγνήτες, όταν ασκείται στο σώμα ένα εξωτερικό μαγνητικό πεδίο (Goodpaster et al., 2000).
- **Ολική Ηλεκτρική Αγωγιμότητα (TOBEC):** η μέθοδος αυτή βασίζεται στη μεταβολή της ηλεκτρικής αγωγιμότητας όταν ένα άτομο τοποθετείται σε ένα ηλεκτρομαγνητικό πεδίο (Van Loan et al., 1987).
- **Βιοηλεκτρική εμπέδηση (BIA):** βασίζεται και αυτή στη μεταβολή της ηλεκτρικής αγωγιμότητας και η μέτρηση γίνεται στα άκρα του σώματος. Η μέθοδος αυτή είναι γρήγορη, ασφαλής, ανώδυνη, οικονομική και παρέχει πληροφορίες τόσο για την λιπή μάζα του σώματος όσο και για το ολικό νερό σώματος. Η συσκευή είναι φορητή, αλλά οι μετρήσεις θα πρέπει να γίνονται σε συγκεκριμένες συνθήκες, με ειδικές εξισώσεις για τον εκάστοτε πληθυσμό (Bolanowski & Nilsson, 2001).

- **Υπέρηχοι:** η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως για τον υπολογισμό της λιπώδους μάζας σώματος και της οστικής μάζας σώματος (Kanis et al., 1999).
- **Μέθοδος ενεργοποίησης νετρονίων:** η μέθοδος αυτή επιτρέπει την ανάλυση του ανθρώπινου οργανισμού στο ατομικό επίπεδο (Turner, 2002).
- **Μέτρηση ολικού 40Κ:** η συγκέντρωση του Κ στην αλιπή μάζα είναι σταθερή και συνεπώς η μέτρηση του ολικού καλίου θεωρείται δείκτης της αλιπής μάζας στους υγιείς ανθρώπους (Wielopolski et al., 2003).
- **Ανθρωπομετρία:** αποτελεί μια ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδο εκτίμησης της σύστασης του σώματος, μέσω μετρήσεων του βάρους, του ύψους, των περιφερειών και των δερματικών πτυχών. Οι μετρήσεις αυτές δεν είναι πάρα πολύ ακριβείς, όσο κάποιες από τις προαναφερθείσες, αλλά είναι εύκολες, γρήγορες, αξιόπιστες και με πολύ μικρό κόστος. Αρχικά περιλαμβάνει το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος είναι το βάρος σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα.



Εικόνα 5. Δείκτης Μάζας Σώματος και αντίστοιχη εμφάνιση σε άντρες και γυναίκες.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η ταξινόμηση των ενηλίκων με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος.

Πίνακας 1. Ταξινόμηση ενηλίκων με βάση το BMI (WHO 1995 στο Παπαβραμίδης, 2002)

Ταξινόμηση	ΔΜΣ Kg/m²	Κοινή Ονομασία
Λεπτοί ή ελλειποβαρείς	<18,5	Λεπτοί, Λιανοί, Αδύνατοι
Φυσιολογικού Βάρους	18,5-24,9	Φυσιολογικοί, Κανονικοί
Προπαχύσαρκοι	25-29,9	Παχουλοί
Παχύσαρκοι κατηγορίας I (ήπια παχυσαρκία)	30-34,9	Παχιοί, Χοντρούληδες, Εύσωμοι
Παχύσαρκοι κατηγορίας II (μέτρια παχυσαρκία)	35-39,9	Χοντροί
Παχύσαρκοι κατηγορίας III (βαριά ή νοσογόνος παχυσαρκία)	40-52,9	Πολύ Χοντροί
Υπερνοσογόνος παχυσαρκία	>53	Πολύ χοντροί, Πάρα Πολύ Χοντροί.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε εγκύους και άτομα που επιδίδονται σε ανάπτυξη του μυϊκού τους συστήματος (Κατσίκης κ.συν. 2009). Επιπρόσθετα, οι μετρήσεις των περιφερειών (π.χ μέση, γλουτοί κ.α.) αποτελούν μια ακόμα αξιόπιστη μέτρηση, που μπορεί να δώσει χρήσιμα στοιχεία για την κατανομή του λίπους στο σώμα. Τέλος, η μέτρηση των δερματικών πτυχών, βασίζεται στη μέτρηση του υποδόριου λίπους και στην άποψη ότι το υποδόριο λίπος είναι αντιπροσωπευτικό του ολικού σωματικού λίπους ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την πληθυσμιακή ομάδα (Μαραγκοπούλου, 2009).



Εικόνα 6. Μέτρηση υποδόριου λίπους.

1.5 Σωματότυποι

Οι σωματικοί τύποι είναι:

- 1. Ενδομορφικός:** Χαρακτηρίζεται από στρόγγυλο κεφάλι, φαρδείς γοφούς και ώμους και είναι φαρδύτερος από μπροστά προς τα πίσω παρά από την μια άκρη στην άλλη. Αυξημένο ποσοστό λίπους στο σώμα και κυρίως στο πάνω μέρος. Δεν εννοείται σε αθλήματα που απαιτούν ευλυγισία και ταχύτητα, γενικώς έχουν μεγάλη αναπνευστική ικανότητα και διαπρέπουν σε αθλήματα όπως η κωπηλασία. Συσσωρεύουν κυρίως λίπος στην περιοχή της κοιλιάς και τους γοφούς και γενικά έχουν πλαδαρό σώμα.
- 2. Μεσομορφικός:** Χαρακτηρίζεται από τετράγωνο κεφάλι και συμμετρικό σώμα. Το πρόσωπο του έχει συνήθως έντονες γωνίες. Έχει μυώδη άκρα και στενούς γοφούς. Είναι στενότερος από μπροστά προς τα πίσω παρά από άκρη σε άκρη. Είναι αθλητικός τύπος με αναπτυγμένο σκελετό και μύες. Η αύξηση αλλά και η απώλεια του βάρους του είναι εύκολη.
- 3. Εκτομορφικός:** Μακρόστενο κεφάλι, στενοί ώμοι και γοφοί, στενό στήθος και μέση, αδύνατο μυϊκό σύστημα και λεπτά και μακριά άκρα. Παίρνει πολύ δύσκολα λίπος αλλά και βάρος και ακόμη δυσκολότερα μυς. Ψηλόλιγνοι και συνήθως όχι κατάλληλοι για αγωνίσματα δύναμης, είναι ιδανικοί για δρομείς μεγάλων αποστάσεων και γυμναστική.



Εικόνα 7. Σωματικοί τύποι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Παχυσαρκία

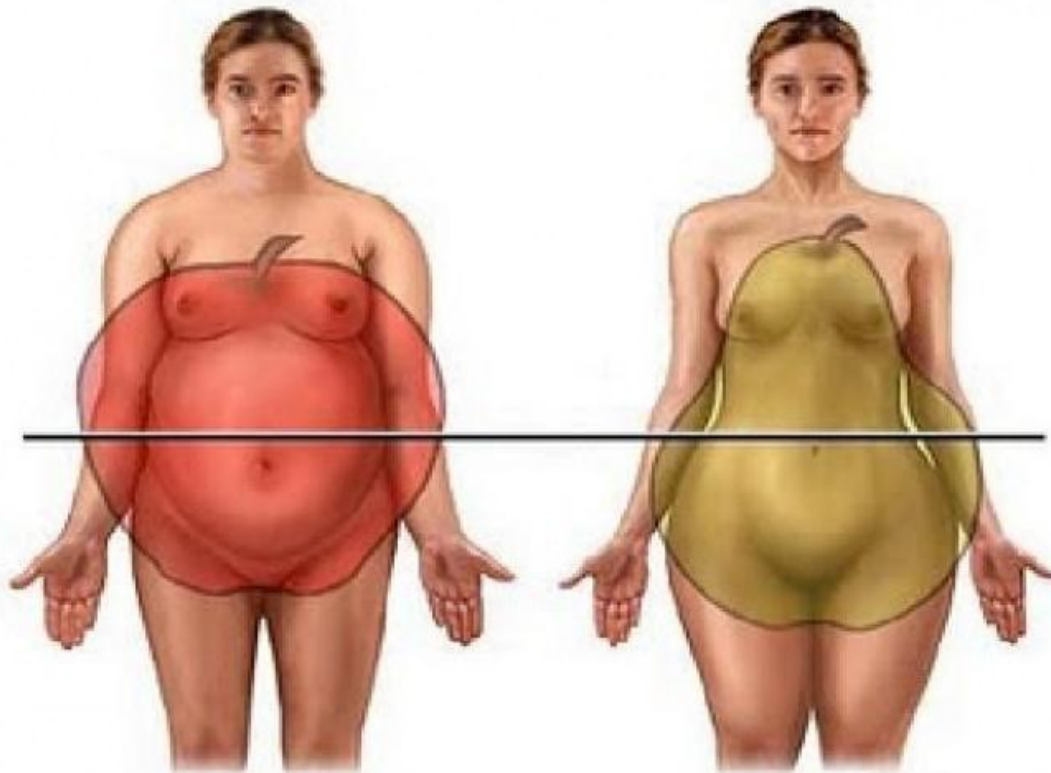
2.1 Ορισμός παχυσαρκίας

Το ενεργειακό ισοζύγιο του οργανισμού αποτελεί το ισοζύγιο μεταξύ της ενέργειας που προσλαμβάνεται και της ενέργειας που καταναλώνεται. Όταν η πρόσληψη υπερβαίνει την κατανάλωση τότε επέρχεται αύξηση του βάρους του οργανισμού και εμφάνιση του φαινομένου της παχυσαρκίας, ενώ κατά την ασιτία επέρχεται αρνητικό ισοζύγιο και χάσιμο βάρους (Gibney, Vorster, & Kok, 2007). Στην παχυσαρκία στο σώμα του ανθρώπου υπάρχει ένα μεγάλο μέρος λίπους (μη φυσιολογικό) (National Institute of Health, 1998) και για να γίνει αυτό θα πρέπει η λήψη ενέργειας να υπερβαίνει τη δαπάνη ενέργειας για παρατεταμένη χρονική περίοδο (Leibel et al., 1995). Με άλλα λόγια «η παχυσαρκία είναι το τελικό αποτέλεσμα του θετικού ενεργειακού ισοζυγίου ή αλλιώς η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση» (Gibney et al., 2007, σελ.57).

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι παχυσαρκίας (Κατσίκης κ.συν., 2009):

- Η κεντρική (σπλαχνική) παχυσαρκία, με αυξημένη κατανομή λίπους στο άνω τμήμα του σώματος
- Και η περιφερική παχυσαρκία, με εναπόθεση λίπους στους μηρούς και στους γλουτούς ή τον συνδυασμό των δύο

Από τις δύο αυτές μορφές, η κεντρική παχυσαρκία αποτελεί τη νοσογόνο παχυσαρκία, μια και έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Κατσίκης κ.συν., 2009).



Εικόνα 8. Παχυσαρκία σχήμα μήλου (κεντρικού τύπου) και σε σχήμα αχλάδι (περιφερειακού τύπου).

2.2 Αίτια παχυσαρκίας

Τα αίτια της παχυσαρκίας αποτελούν ένα δυσεπίλυτο θέμα, μέσα στο οποίο εμπλέκονται πολλοί και διάφορες παράγοντες, όπως βιολογικοί, πολιτισμικοί κ.α. (Gibney et al., 2007), διότι αποτελεί Αναλυτικότερα, η μια πολυγονιδιακή διαταραχή, η οποία σε συνδυασμό με μη γενετικούς παράγοντες προκαλεί την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι οι εξής (Καπάντας, 2004):

- αφθονία των επιλογών για τροφή

- διατροφή πλούσια σε λίπος
- μειωμένη άσκηση και φυσική δραστηριότητα του σύγχρονου ανθρώπου
- και διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με διάφορες έρευνες υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση της παχυσαρκίας (Maes, Neale, & Eaves, 1987; Μόρτογλου, 1996). Από την άλλη πλευρά πολλές άλλες έρευνες αποδεικνύουν ότι διάφοροι μη γενετικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με τη θρέψη του (Hill, Catenacci, & Wyatt, 2006). Αυτό ενισχύεται και από την έξαρση της παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με το νέο τρόπο διαβίωσης με μειωμένη φυσική δραστηριότητα και κακές διατροφικές συνήθειες (Loos & Bouchard, 2003).

Πέρα από τους κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση της παχυσαρκίας παίζουν και οι ψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνεται καταφεύγει στο ψυγείο, κάτι που σημαίνει ότι σήμερα το φαγητό για πολλούς ανθρώπους λειτουργεί ως ηρεμιστικό σε έντονα αρνητικά συναισθήματα, όπως το στρες (Καρπουχτσής, 2014).

Τέλος, άλλες πιθανές αιτίες της παχυσαρκίας, είναι κάποιες ασθένειες, όπως ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, η κατάθλιψη και ορισμένα νευρολογικά προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής ή στην αύξηση βάρους. Επίσης, τα φάρμακα όπως τα στεροειδή και μερικά αντικαταθλιπτικά χάπια μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους (Καρπουχτσής, 2014).



Εικόνα 9. Κατανάλωση τροφής λόγω στρες

2.3 Βαθμοί παχυσαρκίας

Όπως προαναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος που έχει ένα άτομο, μπορεί να οριστεί σε ποιά βαθμίδα παχυσαρκίας ανήκει:

- λιποβαρής ($\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$)
- φυσιολογικός ($\Delta\text{Μ}\Sigma 18,5-25$)
- Υπέρβαρος ($\Delta\text{Μ}\Sigma 25-30$)
- Παχύσαρκος α΄ βαθμού ($\Delta\text{Μ}\Sigma 30-35$)
- παχύσαρκος β΄ βαθμού ($\Delta\text{Μ}\Sigma 35-40$)
- και νοσηρά παχύσαρκος ($\Delta\text{Μ}\Sigma > 40$).

Αναλυτικότερα, οι λιποβαρείς έχουν χαμηλότερο βάρος του φυσιολογικού, ενώ τα φυσιολογικά άτομα έχουν το κατάλληλο βάρος για το δεδομένο ύψος τους. Οι υπέρβαροι έχουν μια απόκλιση από το φυσιολογικό βάρος, αλλά δεν διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία τους λόγω του βάρους τους. Στην παχυσαρκία α΄ και β΄ βαθμού το βάρος του ατόμου είναι πολύ παραπάνω από το φυσιολογικό και η υγεία του απειλείται (π.χ. υπέρταση, διαβήτης, κ.α.). Τέλος, κατά το στάδιο της νοσηρής παχυσαρκίας, το άτομο καλό θα είναι να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση και να γίνει άμεση προσπάθεια απώλεια βάρους, έτσι ώστε να μειωθεί ο έντονος κίνδυνος για την υγεία του.



Εικόνα 10. Κατηγορίες παχυσαρκίας (φυσιολογικός, υπέρβαρος, παχύσαρκος α΄βαθμού, β΄βαθμού και με νοσηρή παχυσαρκία).

2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας

Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες της παιδικής παχυσαρκίας, είναι πολλοί και αποτελεί σύνθετη διεργασία η ανεύρεσή τους. Μια από αυτές, που αφορά σε μικρό ποσοστό (1-2% του συνόλου), έχει να κάνει με τα γενετικά σύνδρομα. Υπάρχουν 30 γενετικά σύνδρομα, τα οποία έχουν ως κλινικό σύμπτωμα την παιδική παχυσαρκία, όπως και κάποιες ενδοκρινολογικές διαταραχές. Πέρα από τις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν και κάποιες άλλες καταστάσεις που ενθαρρύνουν την πρόσληψη βάρους, όπως τα παιδιά με σωματική ανικανότητα, τα παιδιά με αγωγή για επιληψία κ.α. (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004).



Εικόνα 11. Παιδική παχυσαρκία, κακές διατροφικές συνήθειες και καθιστική ζωή.

Επιπρόσθετα, πολλές μελέτες συνδέουν τις συνήθειες της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη με την παιδική παχυσαρκία. Ο διαβήτης της μητέρας, καθώς και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας (Srinivasan, Frontini, & Berenson, 2003; Power & Jefferis, 2002).

Επίσης, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να παίζει καίριο ρόλο στην εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα, οι έρευνες δείχνουν πως ο θηλασμός έχει προστατευτική δράση για την εμφάνιση παχυσαρκίας στο παιδί (Amstrong & Reilly, 2002).

Από την άλλη πλευρά, πέρα από τους γεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες, υπάρχουν και κάποιοι περιβαλλοντικοί – κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εξάπλωση της παιδικής παχυσαρκίας. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι εξής (Davison & Birch, 2001):

- η διαιτητική πρόσληψη
- ο καθιστικός τρόπος ζωής
- η μειωμένη φυσική δραστηριότητα
- οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής των γονιών
- το σχολείο
- η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων
- ο ελεύθερος χρόνος
- και η πρόσβαση σε χώρους φυσικής δραστηριότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Διατροφή και παχυσαρκία

3.1 Διατροφική συμπεριφορά παχύσαρκου

Η διατροφική συμπεριφορά των παχύσαρκων ατόμων διαφέρει από αυτήν του γενικού πληθυσμού. Όπως προαναφέρθηκε και στον ορισμό της παχυσαρκίας, ο παχύσαρκος προσλαμβάνει από το φαγητό περισσότερη ενέργεια από αυτή που καταναλώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται για την παρορμητική λήψη φαγητού με τη μορφή διαταραχής υπερφαγίας ή και με τη μορφή του τσιμπολογήματος και πολύ συχνά επιλέγουν τροφές πλούσιες σε λιπαρά και ανθυγιεινές (Βρυώνης, 2014). Το ψυχολογικό φορτίο των παχύσαρκων ατόμων είναι μεγάλο και πολλές φορές η μειωμένη αυτοπεποίθηση και το αίσθημα αναξιοσύνης που τα διακατέχει, οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο περισσότερου φαγητού (Βρυώνης, 2014).

3.2 Χρήσιμα λιπαρά οξέα

Πολύ συχνά ακούγεται ότι «τα λίπη βλάπτουν την υγεία του ανθρώπου». Σήμερα όμως η επιστήμη λέει ότι τα λίπη αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά που πρέπει να προσλαμβάνει κανείς για την καλή υγεία του οργανισμού του. Οι δύο παραπάνω αντικρουόμενες απόψεις εξηγούνται με την κατηγοριοποίηση των λιπών.

Αναλυτικότερα, το λίπος παρέχει ενέργεια, συμβάλλει στην ανάπτυξη των κυτταρικών μεμβρανών, διατηρεί τη θερμοκρασία σταθερή, βοηθά στην απορρόφηση κάποιων θρεπτικών στοιχείων και συμμετέχει στην παραγωγή ορμονών. Γίνεται φανερό από τα παραπάνω ότι ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται λίπος. Το καίριο ερώτημα είναι σε ποια ποιότητα και ποσότητα χρειάζεται το λίπος;

Τα λιπαρά ανάλογα με την σύνθεσή τους, διακρίνονται σε:

- κορεσμένα και trans - λιπαρά οξέα («κακά» λιπαρά)
- και σε μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα («καλά» λιπαρά).

Τα κορεσμένα λίπη βρίσκονται κυρίως σε τροφές ζωικής προέλευσης όπως στο βούτυρο, το τυρί, το κρέας, και πρέπει να αποφεύγονται, γιατί αυξάνουν τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και την LDL «κακή» χοληστερόλη και ευνοούν τον σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας στις αρτηρίες. Το ίδιο περίπου συμβαίνει και με τα trans λιπαρά που υπάρχουν κυρίως σε μπισκότα, γλυκά, πατατάκια, κ.ά. Τα trans λιπαρά οξέα αυξάνουν την ολική χοληστερόλη του αίματος και τα τριγλυκερίδια και μειώνουν την «καλή» χοληστερόλη (HDL), αυξάνοντας και πάλι τον κίνδυνο καρδιαγγειακών προβλημάτων. Αντίθετα, τα μονοακόρεστα και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Συγκεκριμένα, τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα υπάρχουν κυρίως στο ελαιόλαδο, το αβοκάντο, στις ελιές και στους ξηρούς καρπούς, ενώ τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα περιλαμβάνουν τα ω-3 λιπαρά οξέα (περιέχονται στο σολομό, στο σκουμπρί, στη σαρδέλα, στο γαύρο, στα καρύδια, στη σόγια και στο λιναρόσπορο) και τα ω-6 λιπαρά οξέα (περιέχονται στο ηλιέλαιο, στο σογιέλαιο, στο καλαμποκέλαιο και τις μαργαρίνες που φτιάχνονται από τα αντίστοιχα έλαια και επίσης στα καρύδια και στο σουσάμι). Οι σύγχρονες οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας συστήνουν η συνολική ημερήσια πρόσληψη λίπους στη διατροφή μας να μην ξεπερνάει το 30-35% των συνολικών θερμίδων που προσλαμβάνουμε ημερησίως, εκ των οποίων το 15-25% να είναι μονοακόρεστα

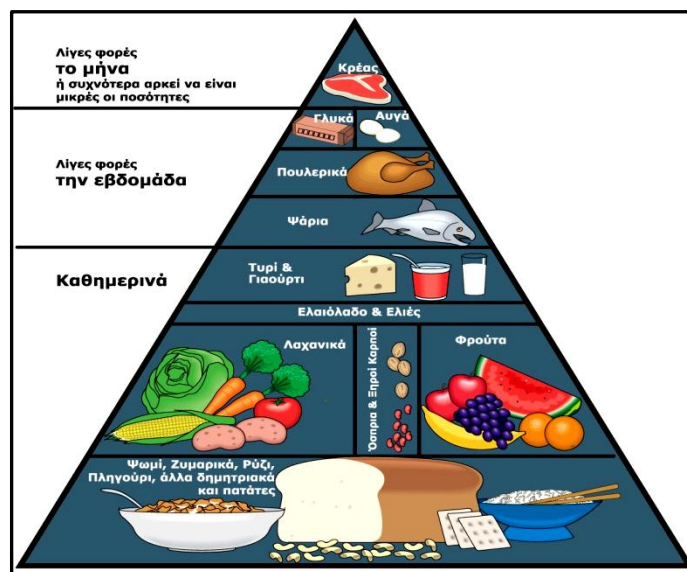
λιπαρά, 10% από πολυακόρεστα λιπαρά και λιγότερο από 10% κορεσμένα λιπαρά (Αποστολοπούλου, 2014).

3.3 Αντιμετώπιση παχυσαρκίας με διατροφή

Η σωστή διατροφή - δίαιτα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, διότι τα παχύσαρκα άτομα θεωρούν ότι είναι πιο εύκολο να μειώσουν την τροφή που προσλαμβάνουν παρά να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα και άσκηση (Wadden, 2006). Επίσης, ο διατροφικός – θερμιδικός περιορισμός με συγκεκριμένο διαιτολόγιο αποτελεί την πιο συνηθισμένη και ενδεικνυόμενη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η σωστή διατροφή – δίαιτα, δεν στοχεύει μόνο στην απώλεια του βάρους που απαιτείται για να έρθει το άτομο σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά και στην εκπαίδευση του ατόμου σχετικά με τις διατροφικές του συνήθειες, έτσι ώστε το άτομο να υιοθετήσει έναν υγιεινότερο τρόπο διατροφής (Anderson, Konz & Jenkins, 2000). Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί πάρα πολλά διαιτητικά σχήματα. Το παχύσαρκο άτομο θα πρέπει να επιλέξει μια ισορροπημένη δίαιτα, με επίκεντρο τις εξατομικευμένες ανάγκες του και να την εφαρμόσει σε βάθος χρόνου με συνέπεια, έτσι ώστε να δει το αναμενόμενο αποτέλεσμα (Σαββίδου, 2007). Αναλυτικότερα υπάρχουν οι τυποποιημένες δίαιτες, οι οποίες βρίσκουν εφαρμογή σε προγράμματα LCD (Low Calorie Diet=700-1000 kcal/ημέρα) και VLCD (Very Low Calorie Diet=450-800 kcal / ημέρα) και περιλαμβάνουν γέυματα σε μορφή milkshake, τα οποία έχουν προκαθορισμένη σύσταση σε λευκώματα, υδατάνθρακες, λιπαρά οξέα, ανόργανα συστατικά, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Λόγω του χαμηλού θερμιδικού τους φορτίου οι δίαιτες αυτές πρέπει να εφαρμόζονται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, για περιορισμένο χρονικό διάστημα και με την επίβλεψη επιστημονική θεραπευτικής ομάδας. Επιπρόσθετα, υπάρχουν οι εξατομικευμένες υποθερμικές δίαιτες, στόχος των οποίων αυτών είναι να δημιουργήσουν ένα ενεργειακό έλλειμμα, ώστε να συμβάλλουν στη σταδιακή, αλλά και πιο σταθερή απώλεια σωματικού βάρους-λίπους, που μπορεί να διατηρηθεί για μεγαλύτερο χρονικό

διάστημα. Είναι η πιο ενδεδειγμένη μέθοδος απώλειας βάρους μέσω διαιτητικής παρέμβασης, η οποία παρουσιάζει τις λιγότερες επιπλοκές. Στην ουσία οι εξατομικευμένες υποθερμικές δίαιτες είναι προγράμματα διατροφής που μοιάζουν με τη φυσιολογική δίαιτα των ασθενών, τα οποία για να είναι αποτελεσματικά απαιτούν την πιστή τήρηση τους, αλλά και το συνδυασμό τους με αντίστοιχη διαφοροποίηση και προσαρμογή συμπεριφοράς και κινησιοθεραπεία.

Άλλες δίαιτες είναι οι δίαιτες με πολύ χαμηλές θερμίδες, οι οποίες είναι πλούσιες σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, χαμηλή σε λίπος και λιγότερες από 800 Kcal/ημέρα. Πρέπει να δίνονται κάτω από ιατρική παρακολούθηση και για χρονικό διάστημα μέχρι 4 εβδομάδων, σε άτομα με μεγάλου βαθμού παχυσαρκία (BMI>30) (Berkowitz, 2000). Ακόμη υπάρχουν οι δίαιτες χαμηλές σε λιπαρά και πλούσιες σε υδατάνθρακες, οι οποίες περιλαμβάνουν προϊόντα είτε τελείως άπαχα, είτε χαμηλά σε λίπος και είναι πλούσιες σε τροφές-πηγές υδατανθράκων όπως είναι τα δημητριακά, το ρύζι, τα ζυμαρικά, τα λαχανικά και το ψωμί. Τέλος, υπάρχουν και οι δίαιτες ειδικής σύστασης, οι οποίες είναι συνήθως ακραίες και υπόσχονται ταχύτερη απώλεια βάρους. Οι πιο συνηθισμένες από αυτές είναι πλούσιες σε πρωτεΐνη και βασίζονται στην αύξηση της πρωτεϊνικής πρόσληψης και στον ταυτόχρονο περιορισμό των υδατανθράκων (Astrup, Meinert Larsen, & Harper, 2004).



Εικόνα 12. Πυραμίδα ισορροπημένης διατροφής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Άσκηση και παχυσαρκία

4.1 Ο ρόλος της άσκησης στη μείωση του βάρους

Η αυξημένη φυσική δραστηριότητα αποτελεί ένα μεγάλο εφόδιο για την υγεία του ανθρώπου, καθώς μπορεί να προκαλέσει τα εξής (Mannix et al., 1999):

- Μείωση των παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο
- Βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας
- Βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας
- Διατήρηση του μεταβολισμού
- Βελτίωση του μυϊκού ιστού
- Αύξηση της κινητικής απόδοσης
- Μείωση της οστεοπόρωσης
- Μείωση εμφάνισης ορισμένων μορφών καρκίνου
- Βελτίωση της ψυχικής, πνευματικής υγείας και ευεξίας του ατόμου
- και Μείωση εμφάνισης παχυσαρκίας και των συνοδών της νοσημάτων

Η άσκηση αποτελεί την καταλληλότερη μη φαρμακευτική παρέμβαση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, διότι οδηγεί σε αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο και αρνητικό ισοζύγιο λίπους, αυξάνοντας την ενεργειακή δαπάνη και την οξείδωση του λίπους. Για τους παραπάνω λόγους υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και στους δείκτες παχυσαρκίας (Hill & Commerford, 1996).

Τέλος, η έλλειψη της άσκησης πιθανότατα συμβάλλει στην αύξηση της τροφικής πρόσληψης, διότι η τροφή πολλές φορές, σύμφωνα με τους ειδικούς, καλύπτει όχι μόνο βιολογικές αλλά και ψυχικές ανάγκες. Όπως προαναφέρθηκε η φυσική δραστηριότητα παρέχει ψυχική ισορροπία και καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες αυτές, προκαλώντας την έκκριση των ενδογενών οπιοειδών που προσφέρουν αίσθημα ευφορίας και ψυχικής ανάτασης (Γεωργιάγης, 2001).

4.2 Κίνδυνοι άσκησης παχύσαρκου ατόμου

Έγινε σαφές από τα παραπάνω ότι η άσκηση βοηθάει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Παρόλα αυτά απαιτείται επιστημονική κατάρτιση και εξατομίκευση στη δημιουργία ενός προγράμματος άσκησης ενός παχύσαρκου ατόμου, αλλά και σοβαρότητα και ευθύνη κατά την εφαρμογή του, έτσι ώστε να αποφευχθούν κίνδυνοι για την υγεία του ατόμου και πιθανοί τραυματισμοί.

Οι βασικές οδηγίες για τη βελτίωση της αερόβιας ικανότητας σε παχύσαρκα άτομα είναι οι εξής (Jacisic et al., 2012):

- Συχνότητα άσκησης: 5 φορές /εβδομάδα
- Ένταση άσκησης: 60-85% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας
- Διάρκεια άσκησης: 45-60 λεπτά της ώρας/ημέρα.
- Μέθοδος άσκησης: Συνεχόμενη ή Διαλλειματική με περιόδους που μπορούν να γίνουν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Προπονητικό περιεχόμενο: Περπάτημα, άσκηση σε ελλειπτικό μηχάνημα, ποδηλασία, κολύμβηση κ.α. και γενικότερα άσκηση χωρίς έντονους κραδασμούς και χωρίς μεταφορά βάρους.
- Προοδευτική αύξηση της επιβάρυνσης: αύξηση της συχνότητας άσκησης από 3 αρχικά σε 5 φορές την εβδομάδα, αύξηση της διάρκειας από 45 σε

60 λεπτά και αύξηση της έντασης από 60% σε 85% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην ένταση της άσκησης ειδικά στα αρχικά στάδια και στην αποφυγή κραδασμών ή πτώσεων που μπορεί να στοιχίσουν στην υγεία του ασκούμενου. Τέλος, μεγάλης σημασίας θεωρείται η «εξατομίκευση» της άσκησης, ανάλογα με τα εκάστοτε χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με τους Davison et al (2002), θα πρέπει για την επιλογή του κατάλληλου προγράμματος άσκησης να λαμβάνονται υπόψη οι βιολογικές διαφορές του κάθε ατόμου.



Εικόνα 13. Άσκηση ο καλύτερος σύμμαχος στη θεραπεία της παχυσαρκίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία

Υπάρχουν πολλές ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Βάση ερευνών οι συνηθέστερες αυτών είναι οι εξής (Καραγιάννης, Γιαννακούλια, & Συντώσης, 2007):

- Αντοχή στην ινσουλίνη
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II
- Υπέρταση
- Δυσλιπιδαιμία
- Αθηροσκλήρωση
- Διαταραχές ύπνου
- Ορισμένοι τύποι καρκίνου
- Οστεοαρθρίτιδα

Λυπηρή επιστημονική διαπίστωση αποτελεί ότι το παθολογικά υπέρβαρο άτομα μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης περίπου 6 χρόνια, κατά μέσο όρο, στα ενήλικα άτομα. (Berg, Berg, & Frey, 2008).

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικότερα τα κυριότερα προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την παχυσαρκία.

5.1 Καρδιοαγγειακά προβλήματα

Μια βασική επίπτωση της παχυσαρκίας στην υγεία είναι τα καρδιο-αγγειακά προβλήματα. Σύμφωνα με τον Μόρτογλου (1996), η ιατρική επιστήμη έχει αποδείξει ότι η παχυσαρκία συνδέεται με τη στεφανιαία νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια, τις θρομβώσεις, την υπέρταση και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Dwyer et al. (1998) η παχυσαρκία συνοδεύεται με μεγαλύτερη τιμή συστολικής πίεσης και ολικής χοληστερόλης και μικρότερη τιμή HDL χοληστερόλης, ενώ σύμφωνα με τους Temelkova-Kurstschiev et al (1998) συσχετίζεται με την έκταση των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων.

5.2 Αναπνευστικά προβλήματα

Μια ακόμη αρνητική επίπτωση της παχυσαρκίας στην υγεία αποτελούν τα αναπνευστικά προβλήματα. Η συσσώρευση λίπους δυσκολεύει την αναπνοή του παχύσαρκου ατόμου και διαταράσσει την οξυγόνωση, με αποτέλεσμα την αναπνευστική ανεπάρκεια (Kopelman, 1992).

Αναλυτικότερα, στα παχύσαρκα άτομα μπορεί να εμφανιστεί το Σύνδρομο Υποαερισμού των Παχύσαρκων (ΣΥΠ) και το Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας (ΣΥΑ) (Παπαβραμίδης, 2002).

5.3 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια πάθηση, που χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης και των υπόλοιπων πηγών ενέργειας. Συγκεκριμένα ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη και μειωμένη έκκριση ινσουλίνης. Η παχυσαρκία

αποτελεί έναν από τους αιτιολογικούς παράγοντες ινσουλινοαντίστασης και η πλειοψηφία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι παχύσαρκοι (American Diabetes Association, 2006).

Τα βασικά συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι ιδιαίτερα εμφανή και ποικίλουν (αίσθημα κακουχίας, κνησμός γεννητικών οργάνων, πολυδιψία, πολυουρία κ.α.). Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι οι εξής (American Diabetes Association, 2006):

- Έλλειψη άσκησης και μειωμένη φυσική δραστηριότητα
- Οικογενειακό ιστορικό- κληρονομικότητα
- Υπέρταση
- Ιστορικό πολυκυστικών ωοθηκών
- Ιστορικό αγγειακής νόσου

Τέλος, η πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, αυξάνεται με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος. Συγκεκριμένα, τα άτομα με δείκτη μάζας σώματος >35 έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατά 20%. Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι ο σακχαρώδους διαβήτη τύπου II εκδηλώνεται μόνο εάν υπάρχει η κατάλληλη γενετική προδιάθεση, αλλά η παχυσαρκία αποτελεί το καταλληλότερο περιβάλλον για την εκδήλωση μιας υποκείμενης γενετικής τάσης για σακχαρώδη διαβήτη (Klein, Sheard, & Pi-Sunyer, 2004).

5.4 Χολολιθίαση

Η χολολιθίαση αποτελεί την παρουσία χολόλιθων στις χοληφόρους οδούς και ειδικά στην χοληδόχο κύστη. Οι λίθοι αυτοί σχηματίζονται όταν διαταραχθεί η σχέση χοληστερίνης-χολικών αλάτων. Αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι εξής (Ντολατζάς, 1990):

- Διαιτητικοί παράγοντες

- Στάση στα χοληφόρα
- Λοιμώξεις χοληφόρων
- Κληρονομικότητα
- Ξένα σώματα (ράμματα, σωλήνες Kehr)
- Διάφοροι νόσοι (διαβήτης 30%, κίρρωση 12%).

5.5 Καρκίνος

Έχει πλέον συσχετιστεί επιστημονικά η διατροφή και συγκεκριμένα το ποσοστό λίπους της τροφής με την εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου (Μόρτογλου, 1996; Albanes, 1987). Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία έχει συσχετιστεί με κάποιες μορφές καρκίνου. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία θεωρείται υπεύθυνη για 20% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες και 14% στους άντρες. Τέτοιες μορφές καρκίνου είναι οι εξής (Freedland et al., 2008; Μόρτογλου, 1996; Leitzmann et al., 2009; Barbusch & Swanson, 1996):

- Καρκίνος του οισοφάγου
- Καρκίνος του ορθού
- Καρκίνος της χοληδόχου κύστης
- Καρκίνος στο πάγκρεας
- Καρκίνος στα νεφρά
- Αιματολογικοί καρκίνοι
- Προστάτης
- Καρκίνος στο παχύ έντερο
- Καρκίνου του μαστού
- Καρκίνος των ωοθηκών
- Καρκίνος του ενδομητρίου

5.6 Γυναικολογικές διαταραχές

Η παχυσαρκία σχετίζεται με πολλές ορμονικές διαταραχές. Κάποιες από τις επιπτώσεις της στις γυναίκες είναι η μείωση της γονιμότητας, διαταραχές της περιόδου και εμφάνιση του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών (Μόρτογλου, 1996). Ειδικότερα η παχυσαρκία και η αντίσταση στην ινσουλίνη εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών. Σύμφωνα με τον Πανοτόπουλο (2009) το 70% των γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες, ενώ το 75% πληρούν τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου.

5.7 Υπέρταση

Η υπέρταση είναι μια ακόμη πάθηση που σχετίζεται με την παχυσαρκία. Σύμφωνα με τον Xavier Pi-Sunyer (2002), η αύξηση του βάρους κατά 10kg επιφέρει αύξηση της συστολικής πίεσης κατά 3 mmHg και της διαστολικής κατά 3 mmHg. Αιτία για την αύξηση αυτή είναι πιθανώς η υπερινσουλιαιμία και η αντίσταση στην ινσουλίνη. Η ινσουλίνη συγκεκριμένα αυξάνει τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και την νεφρική επαναρρόφηση νατρίου, ενώ φαίνεται να επηρεάζει και το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης. Από την άλλη πλευρά η απώλεια βάρους έχει συσχετισθεί με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Συγκεκριμένα για κάθε κιλό βάρους που χάνεται ελαττώνεται τόσο η συστολική όσο και διαστολική αρτηριακή πίεση κατά 0,45 mm Hg (Reisin et al., 1983).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ψυχολογικές επιπτώσεις παχυσαρκίας

6.1 Η επίδραση του ψυχολογικού παράγοντα στην παχυσαρκία

Όπως έγινε σαφές και σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, η παχυσαρκία δεν αποτελεί αποκλειστικά πρόβλημα σωματικής υγείας. Όπως αναφέρει ο Αριστοτέλης η ψυχή του ανθρώπου αποτυπώνεται στο σώμα του. Από την άλλη πλευρά στο Χριστιανισμό, διδάσκεται ότι το σώμα είναι ο ναός της ψυχής. Η επιστήμη της ψυχολογίας, θεωρεί ότι στα πρώτα στάδια της ζωής ενός ανθρώπου η ευχαρίστηση είναι συνδεδεμένη με τον κορεσμό της πείνας. Όμως δεν «πιπιλάνε» όλα τα παιδιά με την ίδια ένταση. Σύμφωνα με το Freud «σε κάποια άτομα η αισθαντικότητα της ζώνης των χειλιών είναι πιο ανεπτυγμένη και εάν επιμείνει το ενήλικο πλέον άτομο μπορεί να έχει κλίση στο ποτό ή το κάπνισμα, ενώ εάν απωθηθεί μπορεί να προκαλέσει διατροφικές διαταραχές στο ενήλικο πλέον άτομο (π.χ ανορεξία ή παχυσαρκία) (Megamed, 2013).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους ειδικούς της σύγχρονης ψυχολογίας η συμπεριφορά των παχύσαρκων παιδιών, πολλές φορές φανερώνει την υπερεξάρτηση από τους γονείς και κυρίως τη μητέρα ή την ύπαρξη αδύναμου πατέρα χωρίς φιλοδοξίες. Από την άλλη το σύνηθες προφίλ των μητέρων παχύσαρκων παιδιών είναι η κυρίαρχη μορφή μάνας, που προσπαθεί να δημιουργήσει μια εύκολη ζωή στο παιδί της, με αφθονία σε όλους τους τομείς. Αυτή η έκφραση αγάπης και αφοσίωσης πολλές φορές κρύβει την υποκείμενη ανασφάλεια, την κτητικότητα και πολλές φορές μέχρι και την επιθετικότητα της

μητέρας στο παιδί. Με τον τρόπο αυτό νιώθει ότι κρατάει το παιδί σε στενή επαφή μαζί της, ανατρέφοντας το να αναζητά τη διαρκή προσοχή της και έτσι εμποδίζοντας το να αναπτύξει την προσωπική του ανεξαρτησία.

Επιπρόσθετα, από επιστημονικές μελέτες έχει βρεθεί ότι στην οικογένεια παχύσαρκων παιδιών υπάρχουν παράγοντες που προκαλούν επιβράδυνση της προσωπικής ανάπτυξης του παιδιού και οδηγούν στην υπερφαγία και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Με την υπερφαγία ουσιαστικά το παιδί βρίσκει διέξοδο έκφρασης των συναισθημάτων του και αντιμετωπίζει έτσι ψυχοτραυματικές εμπειρίες, αποτυχίες και απογοητεύσεις (Megamed, 2013).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω η υπερφαγία μπορεί να σημαίνει τα ακόλουθα (Megamed, 2013):

- Ανασφάλεια, άγχος, ένταση, ανησυχία, αναποφασιστικότητα
- Προσπάθεια ικανοποίησης, ευχαρίστησης
- Φυγή από την άδεια ζωή
- Απαλλαγή από σύγχυση ή απογοήτευση
- Έκφραση επιθετικότητας
- Προσπάθεια ελάττωσης του αισθήματος κατωτερότητας
- Διαμαρτυρία
- Προσέλκυση της προσοχής και της φροντίδας
- Αποφυγή συναγωνισμού στη ζωή
- Υποκατάστατο της αγάπης
- Προσπάθεια αντιμετώπισης κατάθλιψης

6.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας

Συνήθως η παχυσαρκία συνδέεται με καταθλιπτικά συναισθήματα, στα οποία το άτομο βιώνει ένα αδιέξοδο. Το αδιέξοδο αυτό μεταφράζεται στον εξής φαύλο κύκλο: τρώω – παίρνω στιγμιαία ευχαρίστηση – παχαίνω – στεναχωριέμαι από την εικόνα του σώματός μου – αναζητώ ανακούφιση – ξεσπώ στο φαγητό – στιγμιαία ευχαρίστηση. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι με το φαγητό ο παχύσαρκος προσπαθεί να καλύψει συναισθηματικά κενά αποζητώντας τη στιγμιαία ανακούφιση (Γιομπαζολιά & Παπαγεωργίου, 2014).



Εικόνα 14. Εικόνα της έκφρασης συναισθημάτων παχύσαρκου παιδιού

Αναλυτικότερα, η παχυσαρκία επιβαρύνει την ψυχοσύνθεση του ενήλικα, ο οποίος πολλές φορές βιώνει και κοινωνικό στιγματισμό λόγω του βάρους του. Έτσι, συνηθίζεται τα παχύσαρκα άτομα να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και

αυτοσεβασμό και πολύ αρνητικότερη εικόνα για τον εαυτό τους σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους. Επιπρόσθετα, πολλές φορές συναντάται σε παχύσαρκους ενήλικες κατάθλιψη και έντονο άγχος, μειωμένη δραστηριότητα και συνεχές αίσθημα ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Πολλές φορές το αίσθημα της δυσχέρειας ή της ντροπής περιορίζει την κοινωνικότητά των παχύσαρκων ενηλίκων και κατευθύνει την ψυχολογία τους προς καταθλιπτικά επεισόδια. Επίσης, αποτελεί συχνό φαινόμενο τα παχύσαρκα άτομα να στερούνται ισχυρής θέλησης και δύναμης, κάτι που μπορεί να οφείλεται στο αίσθημα του κοινωνικού στιγματισμού. Τέλος, τα παχύσαρκα άτομα βιώνουν κυρίως αρνητικά συναισθήματα για την αυτοεικόνα τους, τα οποία συνοδεύονται και ενισχύονται από αποτυχημένες δίαιτες και απογοητεύσεις που πολύ εύκολα πληγώνουν την αυτοεκτίμησή τους. Συχνά συναισθήματα σε έναν παχύσαρκο ενήλικα είναι τα εξής (Garaulet & Perez, 2009):

- Άγχος
- Νευρικότητα
- Απογοήτευση
- Απόρριψη
- Αίσθημα αποτυχίας
- Στεναχώρια
- Ανία
- Θυμός
- Οργή

Συνήθως, τα παραπάνω συναισθήματα εκφράζονται στο «συναισθηματικό φαγητό», κάτι που όπως ειπώθηκε και προηγουμένως οδηγεί σε φαύλο κύκλο. Πολλές φορές κάποιες κοινωνικές επιπτώσεις όπως περιορισμός της κινητικότητας, δυσκολία εύρεσης εργασίας και απομόνωση, δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την ψυχολογία του παχύσαρκου ατόμου και το εγκλωβίζουν σε αδιέξοδο (Garaulet & Perez, 2009).

6.3 Η ψυχολογική προσέγγιση στη θεραπεία της παχυσαρκίας

Θα ήταν ιδιαίτερα εύκολο αν αρκούσε τα παχύσαρκα άτομα να ακολουθήσουν απλά μια δίαιτα σε συνδυασμό με σωματική άσκηση. Όμως λόγω και της ψυχολογικής φύσης του προβλήματος αυτό συνήθως δεν είναι αρκετό. Πέρα από τη δίαιτα και τη σωματική δραστηριότητα, τα παχύσαρκα άτομα θα πρέπει να ανακαλύψουν και να θεραπεύσουν το ψυχικό πρόβλημα και τα βαθύτερα αίτια της υπερφαγίας. Για να είναι λοιπόν αποτελεσματική η θεραπεία της παχυσαρκίας και ειδικότερα της χρόνιας και νοσηρής παχυσαρκίας, απαιτείται σωστός συνδυασμός διατροφής, άσκησης και ψυχοθεραπείας (Γιομπαζολιά & Παπαγεωργίου, 2014).

Η ψυχολογική ενδυνάμωση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Με την αναλυτική ψυχολογική προσέγγιση της ομάδας ή την ατομική ψυχολογική ενδυνάμωση το παχύσαρκο άτομα μπορεί να βελτιώσει την συναισθηματική του ευεξία και τελικά να χάσει βάρος (Megamed, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Θεραπεία της παχυσαρκίας

7.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση παχυσαρκίας

7.1.1 Αντιμετώπιση με διατροφή

Η σωστή διατροφή αποτελεί το σημαντικότερο εργαλείο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Ο σημαντικότερος παράγοντας για μια δίαιτα αποτελεί το θερμιδικό περιεχόμενο. Οι διάφορες δίαιτες ανάλογα με το θερμιδικό τους περιεχόμενο κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες (Κακλαμάνου, 2010):

- δίαιτες πολύ χαμηλών θερμίδων (<800Kcal/ημέρα)
- δίαιτες χαμηλών θερμίδων (800-1500Kcal/ημέρα)
- υποθερμιδικές ισορροπημένες δίαιτες θερμίδων (>1500Kcal/ημέρα με ισορροπία μακροθρεπτικών στοιχείων).

7.1.2 Αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή

Οι κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι οι εξής (Μουσλέχ, 2008):

Ανορεξιογόνα

- Κατεχολαμινεργικά: φαιντερμίνη, διεθλοπροπιόν, μαζιντόλη
- Σεροτονινεργικά: φαινφλουραμίνη, D- φαινφλουραμίνη, φλουοξετίνη
- Αναστολείς κανναβινοειδών: ριμονάμπατ, ταρανάμπατ
- Σιμπουτραμίνη
- Λεπτίνη και διάφορα νευροπεπτίδια

Αναστολείς εντερικής απορρόφησης

- Ορλιστάτη

Θερμογενετικά φάρμακα

- Θυροειδικές ορμόνες
- Εφεδρίνη
- Καφείνη
- GH
- Β3- αδρενεργικοί αγωνιστές

Παρόλη την πρόοδο της επιστήμης και την αποκωδικοποίηση των μηχανισμών ελέγχου της όρεξης, λίγες φαρμακευτικές ουσίες έχουν λάβει ένδειξη για τη ρύθμιση του σωματικού βάρους. Με αυτές συνήθως μειώνεται το βάρος κατά 5-10%, η οποία μειώνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ενός παχύσαρκου ατόμου.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία ως πολυπαραγοντική νόσος, απαιτεί συνδυαστική θεραπεία και για το λόγο αυτό απαιτούνται ασφαλή φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία πρέπει να υποβοηθούν το κατάλληλο διατροφικό πρόγραμμα και την άσκηση του ατόμου που θέλει να μειώσει το βάρος του. Συμπερασματικά, μέχρι σήμερα όλα τα υπάρχοντα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν ανεκτό προφίλ ασφαλείας, αν και πολλά από αυτά εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες (Μουσλέχ, 2008).

7.1.3 Αντιμετώπιση με σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση, όπως προαναφέρθηκε αποτελεί ένα σπουδαίο εργαλείο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, διότι βελτιώνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του παχύσαρκου ατόμου, αλλά και αυξάνει την κατανάλωση θερμίδων στο ενεργειακό ισοζύγιο. Αναλυτικότερα τα βασικά πλεονεκτήματα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με άσκησης είναι τα εξής (Wayne State University Physician Group, 2011):

- Κατανάλωση θερμίδων
- Διατήρηση του μυϊκού ιστού
- Αύξηση του μεταβολισμού
- Βελτίωση της κυκλοφορίας
- Βελτίωση της λειτουργίας της καρδιάς και των πνευμόνων
- Μείωση του άγχους
- Βελτίωση της εικόνας του σώματος
- Αίσθημα ευεξίας
- Βελτίωση του ύπνου

7.1.4 Αντιμετώπιση με χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις όπου ο δείκτης μάζας σώματος είναι μεγαλύτερος από 40Kg/m^2 (νοσηρή παχυσαρκία) και τα άτομα αυτά ενώ προσπάθησαν και με άλλους τρόπους δεν κατάφεραν να λύσουν το πρόβλημά τους σε μόνιμη βάση. Επίσης, η χειρουργική αντιμετώπιση αντενδείκνυται σε άτομα με ψυχιατρικά νοσήματα, παιδιά και ηλικιωμένους. Οι βασικότερες χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι οι εξής (Κακλαμάνου, 2010):

- παράκαμψη στομάχου (γαστρική παράκαμψη ή γαστρικό bypass)
- επεμβάσεις περιοριστικού τύπου (κάθετη γαστροπλαστική ή γαστρικός δακτύλιος)
- χολοπαγκρεατική απόκλιση
- και δωδεκαδακτυλική αλλαγή πορείας.

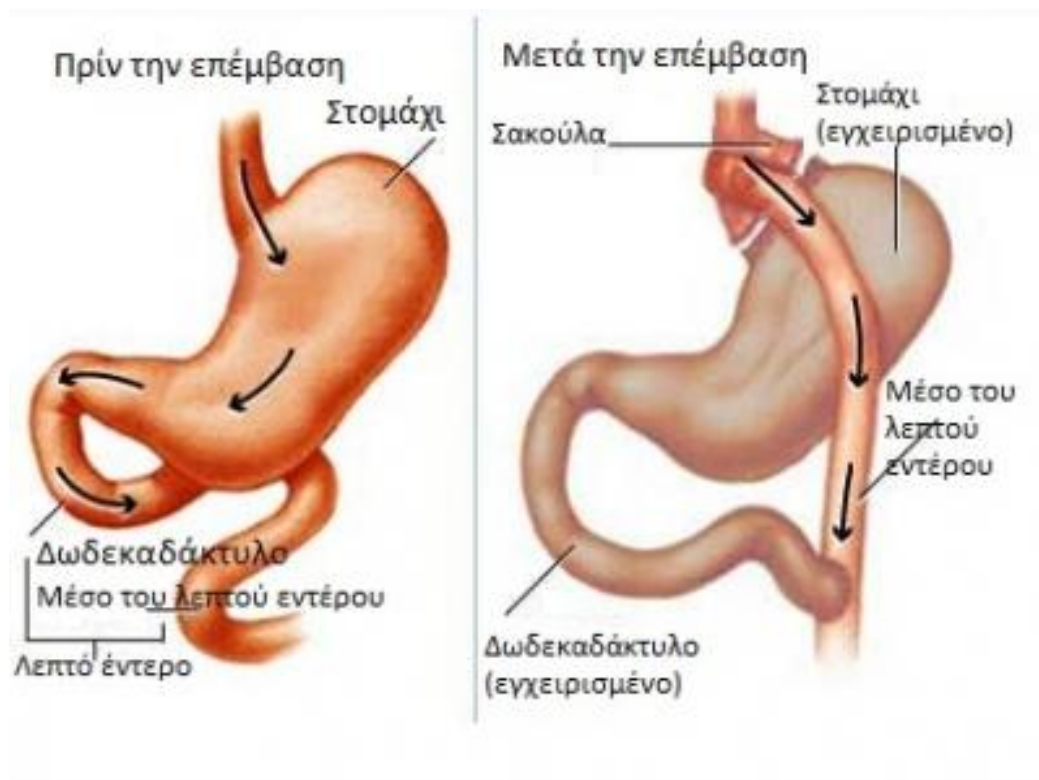
Αναλυτικότερα, κατά τη παράκαμψη στομάχου, το τμήμα του στομάχου που δέχεται τις τροφές περιορίζεται σε ένα θάλαμο που δημιουργείται με συρραφή στο ανώτερο τμήμα του στομάχου. Ο θάλαμος ενώνεται με το λεπτό έντερο. Η μέση απώλεια βάρους με την επέμβαση αυτή είναι 60%-70% του περισσού βάρους σε διάρκεια δέκα ετών. Πιθανές επιπλοκές της επέμβασης αυτής είναι οι εξής (Ζουριδάκης, 2013):

- διάσπαση στη γραμμή συρραφής που σχηματίζει το κεντρικό θύλακο (0,5-9%)
- διαφυγή από την αναστόμωση (0,5-4%)
- μακροχρόνια ανεπάρκεια στοιχείων (B12, Φυλλικό, Σίδηρος) έως 73%
- αναστομωτικό έλκος (4,5-16%)
- στένωση στην αναστόμωση (5-7%)
- αιμορραγία (2%)
- εντερική απόφραξη και σύνδρομο dumping (Ζάλη, εφίδρωση, αίσθημα παλμών κολικοί και διάρροια) όταν λαμβάνεται ζάχαρη (71%).

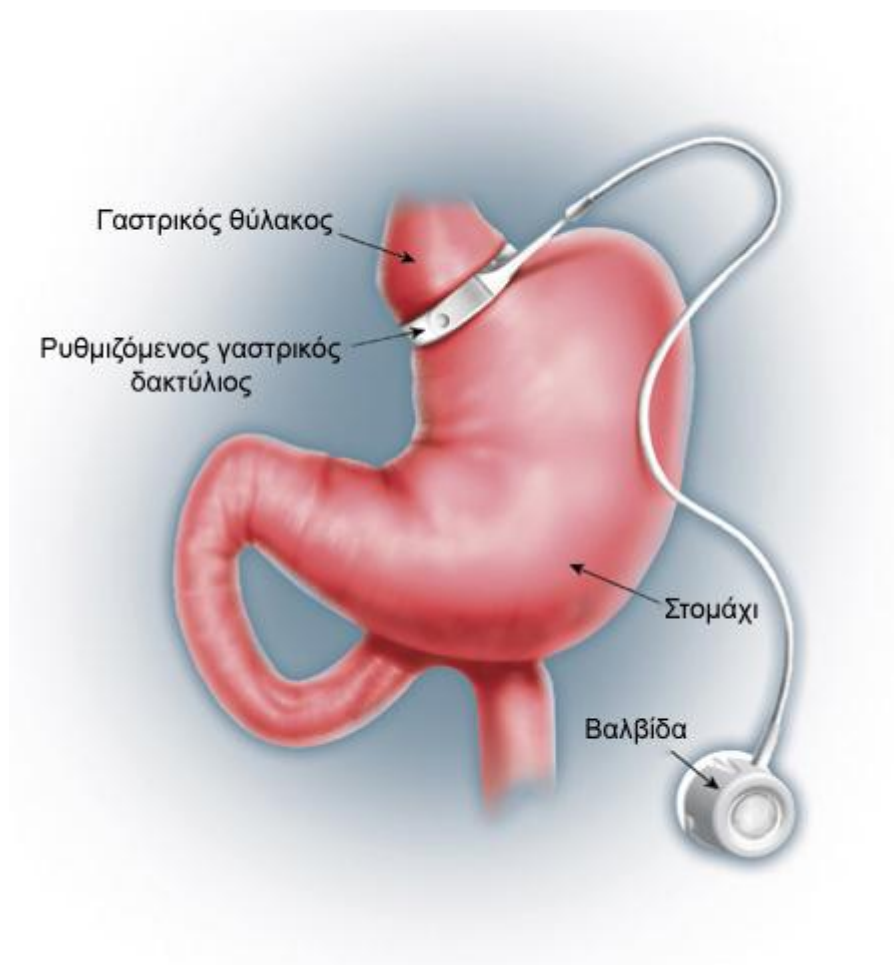
Από την άλλη πλευρά στην περίπτωση του γαστρικού δακτυλίου, τοποθετείται ένας δακτύλιος που περισφίγγει το ανώτερο μέρος του στομαχιού και έτσι δημιουργεί ένα «μικρό στομάχι», το οποίο δημιουργεί γρήγορα το αίσθημα κορεσμού από τροφές. Με τον τρόπο αυτό το παχύσαρκο άτομο προσλαμβάνει λιγότερες θερμίδες και έτσι χάνει βάρος. Οι επιπλοκές δεν είναι πολλές, αλλά η μέθοδος δεν είναι κατάλληλη σε άτομα που θέλουν να χάσουν υπερβολικά πολλά

κιά, ανθρώπους που καταναλώνουν πολλά γλυκά, βουλιμικούς και άτομα που δεν μπορούν να ακολουθήσουν διαιτητικές οδηγίες (Παππής, 2006).

Στις παρακάτω εικόνες, φαίνονται οι επεμβάσεις αυτές.



Εικόνα 15. Γαστρική παράκαμψη – Γαστρικό By Pass



Εικόνα 16. Γαστρικός δακτύλιος

Τέλος, μια ακόμη κατηγορία χειρουργικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί η λιπεκτομή – λιποαναρρόφηση – λιποπλαστική. Μια τέτοια επέμβαση θα πρέπει πάντα να γίνεται σε κλινική μετά από τον ανάλογο προεγχειρητικό έλεγχο και με εφαρμογή τοπικής ή γενικής αναισθησίας (Γιακουμέττης, Μπουλουγούρης, & Παλμός, 2002).

7.2 Αισθητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Στο υποκεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται κάποιοι τρόποι αισθητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι τα μέσα παραγωγής θερμότητας, η μάλαξη, τα ηλεκτρικά μηχανήματα, τα ρεύματα και τα διάφορα αδυνατιστικά καλλυντικά σκευάσματα

7.2.1 Μέσα παραγωγής θερμότητας

Η αρχή λειτουργίας των μέσων παραγωγής θερμότητας στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, είναι το ότι όταν το σώμα θερμαίνεται η λειτουργία της καρδιάς αυξάνεται, οι ιδρωτοποιοί αδένες δραστηριοποιούνται και τα τριχοειδή αγγεία διαστέλλονται, με σκοπό να αποβάλουν την αυξημένη εσωτερική θερμοκρασία (Σαββίδου, 2007).

Οι βασικότερες μέθοδοι εφαρμογής θερμότητας για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι οι εξής (Δερβίσογλου, 2003):

- Σάουνα
- Ατμόλουτρα
- Υδρομασάζ
- Θάλαμος υπερβαρικού οξυγόνου
- Θερμαινόμενες κουβέρτες
- Παραφινόλουτρο
- Αυτόθερμαινόμενη λάσπη
- Φόρμες αδυνατίσματος ή διάφορα περιτυλίγματα



Εικόνα 17. Σάουνα

7.2.2 Μάλαξη

Οι μαλάξεις χωρίζονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες (Μεγακλή, 2007):

- Απισχαντική μάλαξη
- Μάλαξη κυτταρίτιδας
- Λεμφική μάλαξη
- και Ηρεμιστική μάλαξη.

Η μέθοδος που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις περιττών κιλών είναι η απισχαντική μάλαξη. Κατά την απισχαντική μάλαξη οι κινήσεις είναι συνεχείς, ρυθμικές και γρήγορες, έτσι ώστε να αυξάνεται ο μεταβολισμός. Από την άλλη πλευρά, στο μασάζ κυτταρίτιδας γίνονται συνδυαστικές κινήσεις απισχαντιστικής και ηρεμιστικής μάλαξης, μέτριου ρυθμού και μέτριας έντασης. Επίσης, κατά το λεμφικό μασάζ οι κινήσεις είναι σταθερές, ρυθμικές με ανάτριψη και πίεση στα ειδικά σημεία της λέμφου, με σκοπό την επιτάχυνση της λεμφικής ροής. Τέλος, η

ηρεμιστική μάλαξη τελείται με συνεχείς, αργές και ήπιες κινήσεις που στοχεύουν στη χαλάρωση και την ηρεμία του ατόμου (Μεγακλή, 2007).

Τα πλεονεκτήματα των μαλάξεων σε ένα παχύσαρκο άτομο είναι τα εξής (Μεγακλή, 2007):

- βελτιώνεται η κυκλοφορία
- βελτιώνεται ο μεταβολισμός
- βελτιώνεται η λειτουργία των λεμφικών αγγείων και η κίνηση της λέμφου
- βελτιώνεται το πεπτικό σύστημα

Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι η μάλαξη ως θεραπευτικό μέσο την παχυσαρκίας δεν μπορεί από μόνη της να επιφέρει άμεσο αποτέλεσμα στα λιποκύτταρα. Εάν όμως οι μαλάξεις συνδυαστούν με την κατάλληλη διαίτα, τότε καθίσταται πολύ χρήσιμο εργαλείο στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αλλά και την ανακούφιση του παχύσαρκου ή υπέρβαρου ατόμου (Σαββίδου, 2007).

Οι αντενδείξεις της μάλαξης είναι οι εξής (Hollis, 2002):

- περιπτώσεις με πυρετό
- περιπτώσεις αρτηριοσκλήρυνσης
- σε άτομα με λοιμώδη νοσήματα
- σε άτομα με αιμοφιλία

7.2.3 Ηλεκτρικά μηχανήματα και Ρεύματα

Όπως είναι γνωστό η αισθητική αποτελεί ένα κλάδο με συνεχή εξέλιξη. Ειδικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες η εξέλιξη αυτή είναι ραγδαία, λόγω της εισαγωγής των σύγχρονων ηλεκτροθεραπευτικών μέσων στην καθημερινή αισθητική πράξη.

Αρχικά τα μικρορεύματα (ρεύματα χαμηλής συχνότητας) διεγείρουν την αιματική και λεμφική κυκλοφορία και αποκαθιστούν τον τόνο των μυών.

Από την άλλη πλευρά η ηλεκτροθεραπεία με συνεχές (γαλβανικό) ρεύμα, χρησιμοποιεί ρεύμα έντασης 0,3 mA με 0,8mA. Η θεραπεία αυτή πετυχαίνει αγγειοδιαστολή και υπεραιμία στην περιοχή που εφαρμόζεται, με αποτέλεσμα τη σύσφιξη των ιστών, την αύξηση της αιματικής ροής και την απομάκρυνση των λιπών.

Όσον αφορά στο εναλλασσόμενο ρεύμα, το οποίο διακρίνεται σε ημιτονοειδές, τετραγωνικό και φαραδικό (και ανάλογα τον αριθμό των φάσεων σε μονοφασικό, διφασικό και πολυφασικό), βοηθά στην ταχύτερη αποσυμφόρηση από τοξικά μεταβολικά προϊόντα της περιοχής που εφαρμόζεται (Αρχοντάκης, 2004).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται κατά την εφαρμογή ρευμάτων για αισθητική χρήση, έτσι ώστε η συσκευή να είναι καλά γειωμένη και τα ηλεκτρόδια και καλώδια να είναι καινούργια και λειτουργικά. Η πρίζα και τα βύσματα της συσκευής θα πρέπει να έχουν σταθερή επαφή και η αυξομείωση της έντασης θα πρέπει να γίνεται ομαλά και σταδιακά, έτσι ώστε να μη διαταράσσεται ο πελάτης. Τέλος, σε περίπτωση αμυχής ή δερματικού ερεθισμού αποφεύγεται η χρήση ρεύματος (Δερβίσογλου, 2002).

Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι τα εξής:

- μηχανήματα εφίδρωσης
- θερμαινόμενες κουβέρτες
- συσκευή ιοντοφόρησης
- συσκευή υπερήχων
- μηχανήματα αναρρόφησης
- συσκευή συμπίεσης αποσυμπίεσης
- μηχανήματα μυοπαθητικής γυμναστικής
- μηχανήματα Laser

- και μηχανήματα μεσοθεραπείας

7.2.4 Καλλυντικά

Στις περιπτώσεις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, χρησιμοποιούνται διάφορα καλλυντικά σκευάσματα, σε διάφορες μορφές (κρέμα, ζελέ, λάδι, φύκια κ.α.) (Βιβιλάκη κ.α., 2002). Τα αιθέρια έλαια που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι κυρίως τα εξής (Δερβίσογλου, 2003):

- Δενδρολίβανο: Αντισηπτικές, καθαρτικές και διεγερτικές ιδιότητες.
- Φασκόμηλο: Αντισηπτικές, ηπατικές, διεγερτικές και χωνευτικές ιδιότητες.
- Ιβίσκος: Με τη δράση των όξινων χυμών του, κινητοποιεί το λίπος.
- Κέδρος: Εφιδρωτικές, διουρητικές και αποτοξινωτικές ιδιότητες.
- Κισσός: Καθαρτικές, χαλαρωτικές και τονωτικές ιδιότητες.
- Κυταρίσσι; Αγγειοσυσταλτικές, στυπτικές, τονωτικές, συσφικτικές ιδιότητες.
- Λεμόνι: Τονωτικές ιδιότητες και θεραπευτικές ιδιότητες για τους κισσούς.
- Λουίζα: Τονωτικές, διεγερτικές, καθαρτικές και λιποδιαλυτικές ιδιότητες.
- Μάραθος: Διουρητικές και αποτοξινωτικές ιδιότητες.
- Μέντα: Ιδανικό για την καταπολέμηση της κυταρίτιδας.
- Σημύδα: Διεγερτικές και διουρητικές ιδιότητες.
- και Φυτολάκκα: Καθαρτικές, καθαριστικές και απισχαντικές ιδιότητες.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν κάποια αιθέρια έλαια που ελέγχουν την αίσθηση της πληρότητας και του κορεσμού μέσω του υποθαλάμου του εγκεφάλου. Τα έλαια που καταστέλλουν το αίσθημα της πείνας είναι τα εξής (Hirsch, 1997):

- ρίγανη
- λεμόνι

- κανέλα
- μάραθος
- γκρέιπ – φρούτ
- πορτοκάλι
- μαύρο πιπέρι
- μέντα
- δενδρολίβανο
- και φασκόμηλο.

Πέρα από τα αιθέρια έλαια, τα φύκια αποτελούν ένα ιδιαίτερα χρήσιμο σκεύασμα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με αναπλαστικές, ενυδατικές, απισχαντικές, συσφικτικές και αποτοξινωτικές ιδιότητες (Δερβίσογλου, 2003).

Τέλος, υπάρχουν διάφορες θερμαντικές ή μη κρέμες, οι οποίες προκαλούν υπεραιμία ή διευκολύνουν τη μάλαξη και εισχωρούν στο δέρμα. Βασικά ενεργά συστατικά των κρεμών αυτών για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι οι λιπολυτικές ενώσεις, όπως καφεΐνη ή θεοφυλλίνη, καθώς και συσφικτικά συστατικά (Βιβιλάκη κ.α., 2002).

7.3 Εναλλακτικές Μέθοδοι

7.3.1 Βελονισμός

Τα σημεία του βελονισμού για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι το αυτί για τον περιορισμό της όρεξης, η κοιλιακή χώρα για τον καλύτερο μεταβολισμό, σημεία στα άνω και κάτω άκρα για την γενική τόνωση του νευροφυτικού συστήματος και ειδικά επιλεγμένα σημεία με βάση τον εκάστοτε περίπτωση.



Εικόνα 18. Βελονισμός για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Κατά τη θεραπεία με βελονισμό προτιμάται ατομικό διαιτολόγιο, το οποίο διαμορφώνει ο ιατρός λαμβάνοντας υπόψη τον θεραπευόμενο. Γενικότερα, ολόκληρη η θεραπεία του βελονισμού για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προσαρμόζεται στις προσωπικές ανάγκες του εκάστοτε ατόμου. Η μέση συχνότητα συνεδριών είναι 10 έως 15 φορές και ο μέσος ρυθμός απώλειας βάρους είναι 4-5 κιλά (Παρούση, 2009).

7.3.2 Υπνοθεραπεία

Η υπνοθεραπεία αποτελεί ακόμα μια εναλλακτική μέθοδο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Κατά τη θεραπεία αυτή ο θεραπευτής προσπαθεί να οδηγήσει τον ασθενή στην χαλάρωση και έπειτα να τον βοηθήσει να αποκτήσει αυτοέλεγχο στο σώμα του και τη ζωή του. Η επιτυχία της μεθόδου στηρίζεται στις δυνάμεις του ασυνείδητου, οι οποίες και βοηθούν στη θεραπευτική αλλαγή (www.phychoevexia.weebly.com).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ανάλυση ερευνητικού μέρους

8.1 Ερωτηματολόγιο

Στα πλαίσια μιας πανεπιστημιακής έρευνας, που μελετά διάφορους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την ψυχολογική μας διάθεση και την εικόνα του εαυτού μας, διαμορφώσαμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Σας καλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και να απαντήσετε αυτό που αντιπροσωπεύει την προσωπική σας θέση σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Σημειώστε αυθόρμητα αυτό που νιώθετε ή αυτό που σας συμβαίνει σε καθετί που σας ζητάμε. Όλες οι απαντήσεις σας θα κρατηθούν εμπιστευτικές καθώς την έρευνα δεν ενδιαφέρει η περίπτωση ενός επώνυμου ατόμου, αλλά οι απαντήσεις του ανώνυμου συνόλου. Βεβαιωθείτε τέλος, ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις προτάσεις και μην ξεχνάτε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

Φύλο: Άνδρας _____ Γυναίκα _____

Ηλικία: _____

Βάρος: _____

Ύψος: _____

Μορφωτικό επίπεδο: Σημειώστε με ένα Χ

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος ΑΕΙ

Απόφοιτος ΤΕΙ

Άλλο: _____

Επάγγελμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος _____ Άγαμος _____

Τόπος Διαμονής: _____

Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1991)

1) Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και σημειώστε με ένα Χ στο κατάλληλο χώρο την θέση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο πάνω στην κλίμακα.

ΣΑ= Συμφωνώ Απόλυτα

Σ= Συμφωνώ

Δ= Διαφωνώ

ΔΑ= Διαφωνώ Απόλυτα

ΣΑ Σ Δ ΔΑ

Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η με τον
εαυτό μου

Κατά περιόδους, σκέφτομαι ότι δεν
είμαι καλός/η σε τίποτα

Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές
Ικανότητες

Είμαι ικανός/η να κάνω το ίδιο καλά
κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι
άλλοι άνθρωποι

Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά
πράγματα στη ζωή μου

Νιώθω άχρηστος/η ορισμένες φορές

Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο,
τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους
άλλους ανθρώπους

Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον
εαυτό μου

Εν γένει, έχω την τάση να αισθάνομαι
αποτυχημένος/η

Έχω μια θετική στάση απέναντι στον
εαυτό μου

Κλίμακα σταθερότητας εαυτού Rosenberg (1991)

2) Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και βάλτε ένα Χ δίπλα στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

1. Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια πράγματα είναι ικανοί ενώ σε κάποια άλλα είναι λιγότερο ικανοί. Εσείς νιώθετε ότι στα περισσότερα πράγματα που κάνετε είστε:

Ικανός/η _____ Ανίκανος/η _____ Μέτριος/ια _____

2. Έχετε νιώσει ποτέ ανίκανος/η;

Ναι _____ Όχι _____

3. Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι είστε αρκετά καλός/η σε κάποια πράγματα;

Ναι _____ Όχι _____

4. Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν είστε ικανός/η σε τίποτα;

Ναι _____ Όχι _____

5. Η άποψη για τον εαυτό σας τείνει ν' αλλάζει:

Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Ποτέ

6. Η άποψη για τον εαυτό σας αλλάζει από τη μία μέρα στην άλλη:

Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Ποτέ

7. Νομίζετε ότι η ιδέα που έχετε γενικά για τον εαυτό σας αλλάζει γρήγορα;

Ναι _____ Όχι _____

8. Κάποιες μέρες έχετε θετική γνώμη για τον εαυτό σας ενώ κάποιες άλλες αρνητική;

Ναι _____ Όχι _____

9. Θεωρείτε ότι τίποτα ή σχεδόν τίποτα δεν μπορεί ν' αλλάξει την άποψη που έχετε τώρα για τον εαυτό σας;

Ναι _____ Όχι _____

10. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε σίγουρος/η ότι γνωρίζετε πραγματικά τον εαυτό σας;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

Κλίμακα κατάθλιψης του Rosenberg (1991)

11. «Γενικά είμαι ένα ευτυχισμένο άτομο.» Σε ποιο βαθμό σας αντιπροσωπεύει η παραπάνω πρόταση;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

11. Νιώθετε ότι διασκεδάζετε πολύ στη ζωή σας;

Ναι _____ Όχι _____

12. Γενικά είστε χαρούμενο άτομο;

Ναι _____ Όχι _____

13. Σήμερα, αισθάνεστε χαρούμενος/η;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

14. «Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι από μένα» Νιώθετε ότι σας συμβαίνει;

Ναι _____ Όχι _____

15. Θα θέλατε να είστε τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται οι περισσότεροι άνθρωποι;

Ναι _____ Όχι _____

16. Θα λέγατε ότι το περισσότερο καιρό νιώθετε χαρούμενος/η;

Ναι _____ Όχι _____

Κλίμακα αυτοπεποίθησης του Rosenberg (1991)

17. Σκεφτείτε ότι σας ζητούν να μιλήσετε και να πείτε ορισμένα πράγματα για τον εαυτό σας μπροστά σε κάποια άλλα άτομα προκειμένου να σας γνωρίσουν.

Αυτό:(Σημειώστε με ένα X)

Θα σας άρεσε _____

Δε θα σας άρεσε _____

Δε θα σας πείραζε _____

18. Αν έπρεπε να δώσετε μια δημόσια ομιλία, σε ποιο βαθμό θα νιώθατε αγχωμένος/η;

Πολύ Λίγο Καθόλου

19. Όταν μιλάτε μπροστά σε άλλα άτομα, κατά πόσο σκέφτεστε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι;

Πολύ Λίγο Καθόλου

20. Υποθέστε ότι έχετε πάει σε ένα πάρτυ και δεν έχετε φορέσει τα κατάλληλα ρούχα. Αυτό, θα σας ενοχλούσε;

Πολύ Λίγο Καθόλου

21. Αν υποθέσουμε ότι πηγαίνατε σε ένα πάρτυ όπου δεν γνωρίζατε τα περισσότερα άτομα. Θα αναρωτιόσασταν για το τι σκέφτονται για εσάς;
Ναι _____ Όχι _____

22. Γίνεστε νευρικός/ή όταν κάποιος σας παρακολουθεί ενόσω εργάζεστε;
Ναι _____ Όχι _____

23. «Όταν είμαι με κόσμο, αγχώνομαι γιατί ανησυχώ για το πόσο με συμπαθούν.».
Σας συμβαίνει κάτι τέτοιο:
Συχνά Μερικές φορές Ποτέ

24. Θα λέγατε ότι ο περίγυρός σας, σας θεωρεί ένα άτομο:
Υπέροχο
Αρκετά συμπαθητικό
Λίγο συμπαθητικό
Όχι και τόσο συμπαθητικό

25. Κατά πόσο πιστεύετε ότι σας συμπαθούν οι άνδρες;
Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

26. Κατά πόσο θεωρείτε ότι σας συμπαθούν οι γυναίκες;
Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

27. Ας υποθέσουμε ότι ένα κοντινό σας πρόσωπο θέλει να πει σε κάποιον τα πάντα σχετικά με εσάς. Δώστε μερικά επίθετα που να περιγράφουν τι τύπος ανθρώπου είστε.

Ερωτηματολόγιο του Coopersmith, Τάνος Χ. (1985)

3) Στην παρακάτω κλίμακα σημειώστε με ένα Χ το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο ανάλογα με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Πάρα πολύ ή πάντοτε πολύ ή συχνά λίγο ή μερικές φορές ελάχιστα ή καθόλου καθόλου ή ποτέ

Επιθυμώ να ήμουν κάποιος άλλος

Θα ήθελα να αλλάξω αρκετά πράγματα από τον εαυτό μου, αν μπορούσα

Μπορώ να παίρνω αποφάσεις χωρίς Δυσκολία

Εκνευρίζομαι εύκολα στο σπίτι

Δυσκολεύομαι να συνηθίσω κάτι Καινούργιο

Υποχωρώ εύκολα

Είναι δύσκολο να συμπεριφέρομαι όπως νιώθω

Νομίζω πως σαν άτομο δεν αξίζω και πολλά πράγματα

Εάν έχω κάτι να πω, το λέγω χωρίς Δισταγμό

Νομίζω ότι δεν έχω πολλές πνευματικές Ικανότητες

Οι περισσότεροι άνθρωποι αρέσουν στους άλλους περισσότερο απ' όσο εγώ

Αντιμετωπίζω με ηρεμία τους άλλους και τις διάφορες καταστάσεις(δεν εκνευρίζομαι δηλαδή εύκολα)

Στενοχωριέμαι, όταν νιώθω ότι εξαρτώμαι από τους άλλους

Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης (BWISE), Williamson DA et al (2000)

4) Σημειώστε με ένα X το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο για κάθε πρόταση στην κλίμακα που ακολουθεί.

ποτέ - μερικές φορές- πάντοτε

Είμαι απογοητευμένος/η με
το βάρος μου

Νιώθω δραστήριος/ια και
ενεργητικός/η

Βγαίνω συχνά έξω για
Διασκέδαση

Δεν μπορώ να ελέγξω την
πείνα μου

Δεν μου αρέσει η εμφάνισή μου

Είμαι αμήχανος/η στην παρέα
λόγω του βάρους μου

Σκέφτομαι το σώμα μου και την
εμφάνισή μου κατά τη διάρκεια
της ημέρας

Αποφεύγω φίλους και συγγενείς
επειδή δεν έχω ωραίο σώμα

Γνωρίζω γιατί παίρνω βάρος και
γνωρίζω πως μπορώ να χάσω
Βάρος

Έχω την άποψη ότι το παραπάνω
βάρος δεν είναι καλό για την υγεία

Προσπαθώ να ελέγγω το βάρος μου

Γενικά, αισθάνομαι καλά με τον
εαυτό μου

Διαπολιτισμικό ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για ενήλικες, Αργυρακούλη Ε. (2000)

5) Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις με τον εξής τρόπο: Αν η ερώτηση περιγράφει πως αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα Χ στη στήλη «Ναι». Αν η ερώτηση δεν περιγράφει πως αισθάνεστε συνήθως, σημειώστε ένα Χ στη στήλη «Όχι». Παρακαλώ σημειώστε μόνο στη μία στήλη, Ναι ή Όχι για καθεμία από τις 27 ερωτήσεις.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

1. Έχεις λίγους μόνο φίλους;
2. Συμπαθείς όλους όσους ξέρεις;
3. Περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο μόνος σου/μόνη σου;
4. Σου αρέσει που είσαι άνδρας;/Σου αρέσει που είσαι γυναίκα;
5. Συνήθως πετυχαίνεις, όταν αναλαμβάνεις ένα σημαντικό έργο ή σημαντικές υποχρεώσεις;
6. Πήρες ποτέ κάτι που δεν σου ανήκε;
7. Αισθάνεσαι τόσο σπουδαίος όσο οι περισσότεροι άνθρωποι;
8. Λές πάντα την αλήθεια;
9. Είσαι εμφανίσιμος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
10. Σε αντιπαθούν πολύ;
11. Νιώθεις συχνά υπερένταση ή άγχος;
12. Σου λείπει η αυτοπεποίθηση;
13. Κουτσομπολεύεις μερικές φορές;
14. Είσαι δυνατός και υγιής όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι;
15. Δυσκολεύεσαι να εκφράσεις τις απόψεις ή τα συναισθήματά σου;
16. Θυμώνεις ποτέ;
17. Ντρέπεσαι συχνά για τον εαυτό σου;
18. Διακατέχεσαι συχνά από άσχημα συναισθήματα;
19. Είσαι ποτέ ντροπαλός/ή;
20. Αισθάνεσαι ότι είσαι αποτυχημένος/η;
21. Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;
22. Σου είναι δύσκολο να κάνεις γνωριμίες με καινούργια πρόσωπα;
23. Λες ποτέ ψέματα;
24. Οι περισσότεροι άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου;
25. Είσαι πιο ευαίσθητος/η από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι;
26. Αισθάνεσαι ποτέ λυπημένος/η;

27. Σου λείπει η πρωτοβουλία;

**Κλίμακα μέτρησης της εικόνας του εαυτού, Χάιντς Ε. (1995)
Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΕΙΜΑΙ**

Έξυπνος
Κουτός

Μη δημιουργικός
δημιουργικός

Άσχημος
όμορφος

Αποτυχημένος
πετυχημένος

Ανίκανος να κάνω - ικανός να κάνω
οτιδήποτε

Οτιδήποτε

Εχθρικός, κρύος
φιλικός – ζεστός

Απομονωμένος
κοινωνικός

Κακή σχέση με το - καλή σχέση με το άλλο φύλο
άλλο φύλο

Κοινωνικά ικανός
κοινωνικά ανίκανος

Ενδιαφέρομαι για - αδιαφορώ για τους άλλους
τους άλλους

χαρούμενος άνετος
σφιγμένος

Χωρίς
αυτοπεποίθηση - με
Αυτοπεποίθηση

Δραστήριος
παθητικός

Ικανός να χειρίζομαι - ανίκανος να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα
προσωπικά προβλήματα

Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ

Όμορφος
Άσχημος

Άνετος
Σφιγμένος

Ανίκανος Να - Ικανός Να Χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα

Χειρίζομαι
Προσωπικά προβλήματα

Κοινωνικά αδέξιος
Κοινωνικά ικανός

Με αυτοπεποίθηση
Χωρίς αυτοπεποίθηση

δημιουργικός
Μη δημιουργικός

πετυχημένος
Αποτυχημένος

Εχθρικός, κρύος
Φιλικός, ζεστός

έξυπνος
Κουτός

Καλή σχέση με το άλλο φύλο – κακή σχέση με το άλλο φύλο

Ικανός να κάνω οτιδήποτε – ανίκανος να κάνω οτιδήποτε

Χαρούμενος – λυπημένος

Απομονωμένος – κοινωνικός

Δραστήριος – παθητικός

Ενδιαφέρομαι για τους άλλους – αδιαφορώ για τους άλλους

Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΜΕ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ ΑΛΛΟΙ

Όμορφος
άσχημος

άνετος
σφιγμένος

ανίκανος να χειρίζομαι προσωπικά προβλήματα – ανίκανος να τα χειρίζομαι

Κοινωνικά αδέξιος
Κοινωνικά ικανός

Με αυτοπεποίθηση
Χωρίς αυτοπεποίθηση

δημιουργικός
Μη δημιουργικός

πετυχημένος
Αποτυχημένος

Εχθρικός, κρύος
Φιλικός, ζεστός

έξυπνος
Κουτός

Καλή σχέση με το
άλλο φύλο – κακή σχέση με το άλλο φύλο

ικανός να κάνω
Οτιδήποτε – ανίκανος να κάνω οτιδήποτε

χαρούμενος
λυπημένος

απομονωμένος
Κοινωνικός

δραστήριος
παθητικός

Ενδιαφέρομαι για τους
Άλλους – αδιαφορώ για τους άλλους

8.2 Δείγμα Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 200 άτομα ενήλικες εκ των οποίων οι (102) ήταν γυναίκες και οι (98) άνδρες. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 18-62 ετών, όπου τα 94 άτομα ήταν ηλικίας από 18-25 , τα 54 ηλικίας από 26-35 , τα 30 από 36-45 και τα υπόλοιπα 22 άτομα από 46-62 ετών.

Με βάση το βάρος και το ύψος των ατόμων υπολογίσαμε των ΔΜΣ τους καταλήγοντας πως το 51% των συμμετεχόντων ήταν άτομα φυσιολογικού βάρους με ΔΜΣ 18,5-24,9 , το 26% χαρακτηρίστηκαν παχύσαρκοι α' βαθμού με ΔΜΣ 30-35, το 20% των ατόμων παχύσαρκοι β' βαθμού με ΔΜΣ 35-40 και ένα μικρό ποσοστό ενηλίκων 3% χαρακτηρίστηκαν νοσηρά παχύσαρκοι με ΔΜΣ >40 .

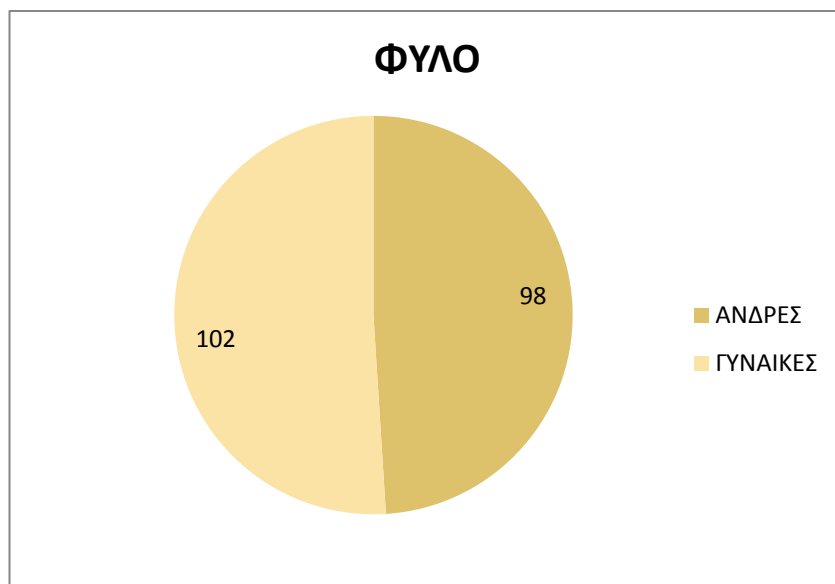
Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων αντιστοιχούσε σε απόφοιτους δημοτικού (8) άτομα, απόφοιτους γυμνασίου (10 άτομα), απόφοιτους λυκείου (72) άτομα, απόφοιτους ΑΕΙ (45) άτομα, απόφοιτους ΤΕΙ (57) άτομα και απόφοιτους ΕΠΑΛ (8 άτομα) .

Από τους συμμετέχοντες 36 άτομα ήταν άνεργοι, 102 φοιτητές/τριες, 32 δημόσιοι υπάλληλοι και 30 ελεύθεροι επαγγελματίες. Επίσης άγαμοι ήταν 140 άτομα και έγγαμοι 60 άτομα. Τέλος 130 άτομα ήταν κάτοικοι Καρδίτσας, 40 άτομα κάτοικοι Θεσσαλονίκης και τα υπόλοιπα 30 άτομα κάτοικοι Αθηνών.

8.3 Αποτελέσματα – Ερμηνεία Έρευνας

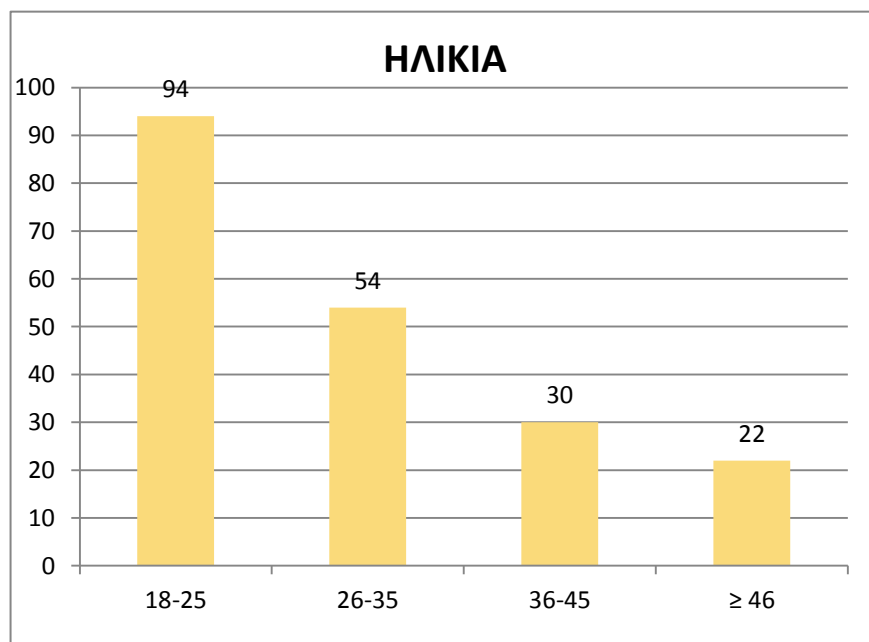
ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΕΣ **98**
ΓΥΝΑΙΚΕΣ **102**



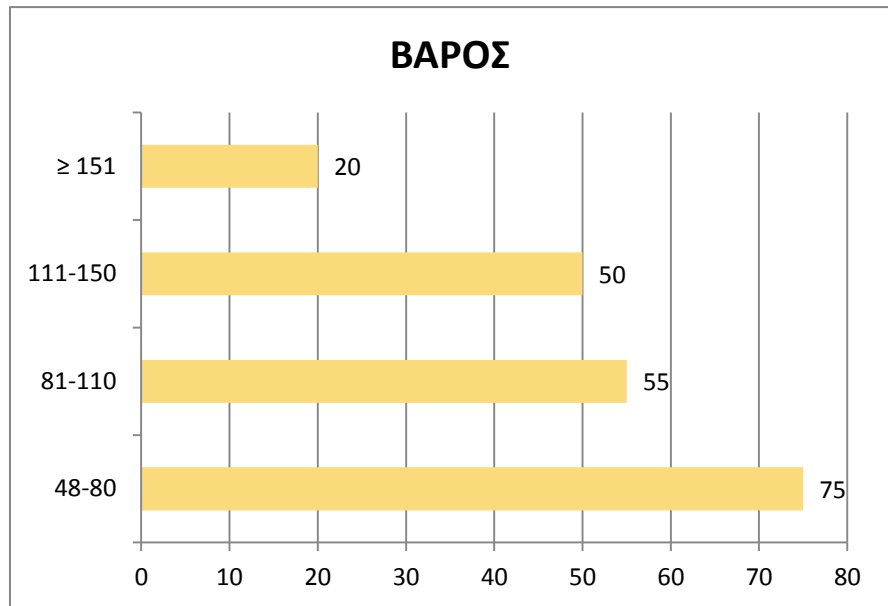
ΗΛΙΚΙΑ:

18-25 **94**
26-35 **54**
36-45 **30**
≥ 46 **22**

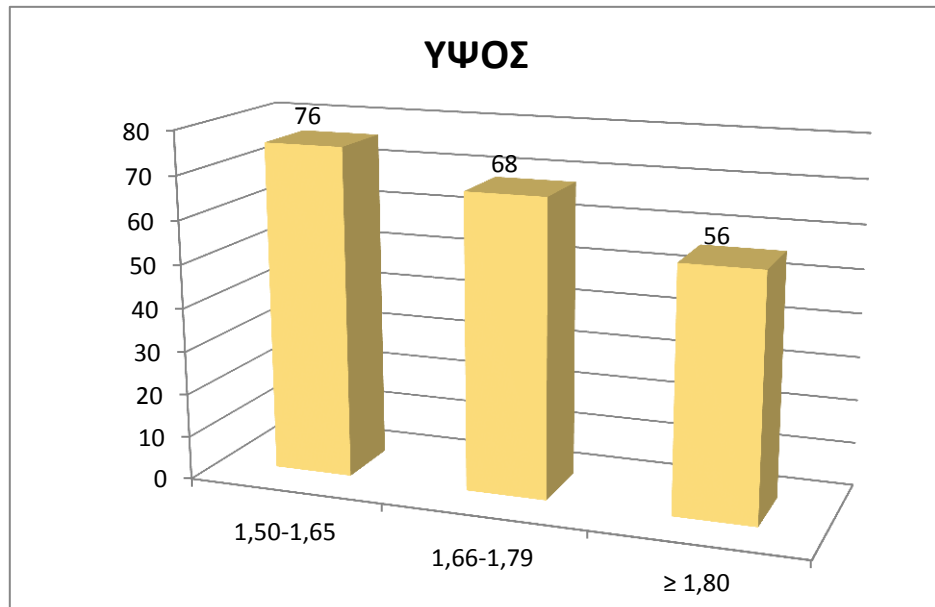


ΒΑΡΟΣ:

48-80	75
81-110	55
111-150	50
≥ 151	20

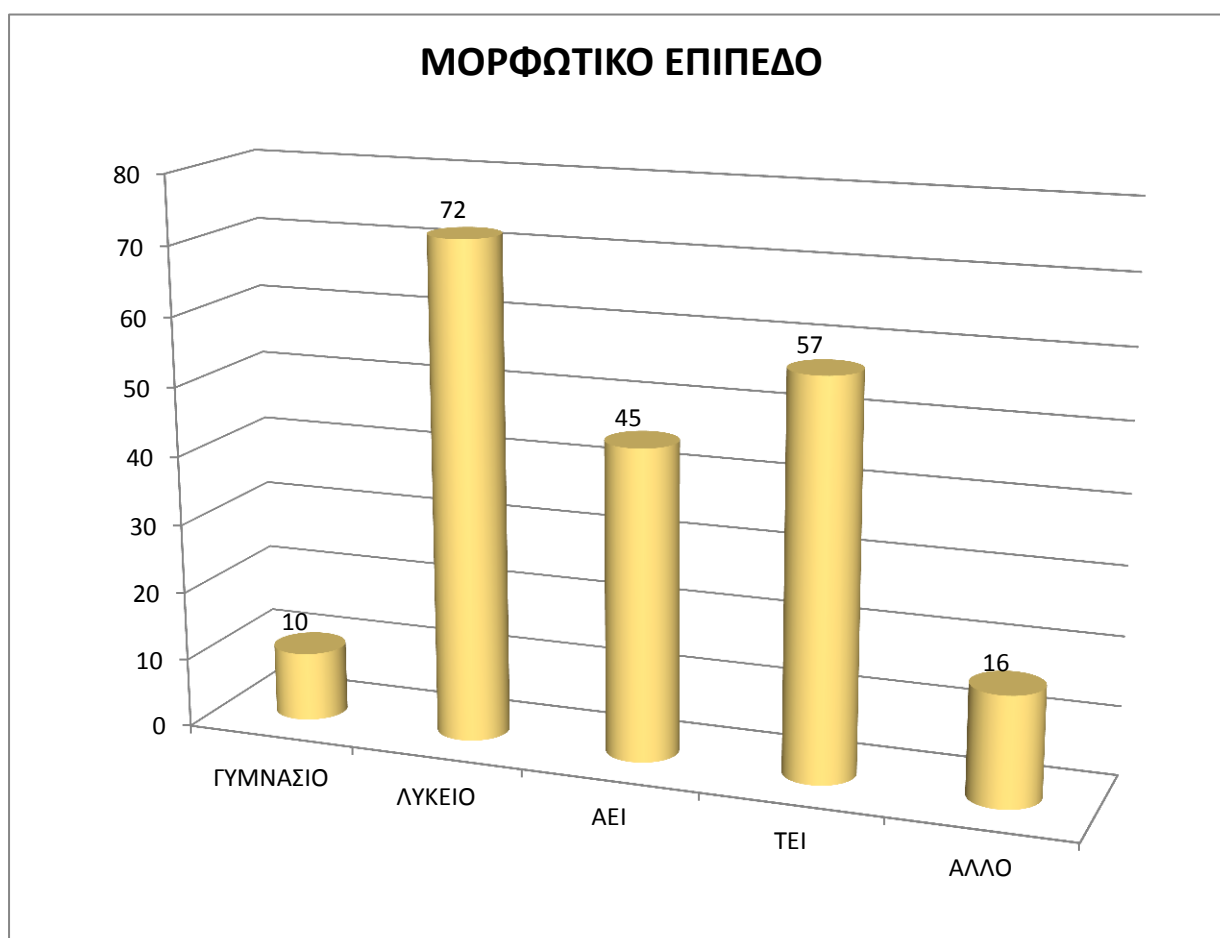


ΥΨΟΣ:



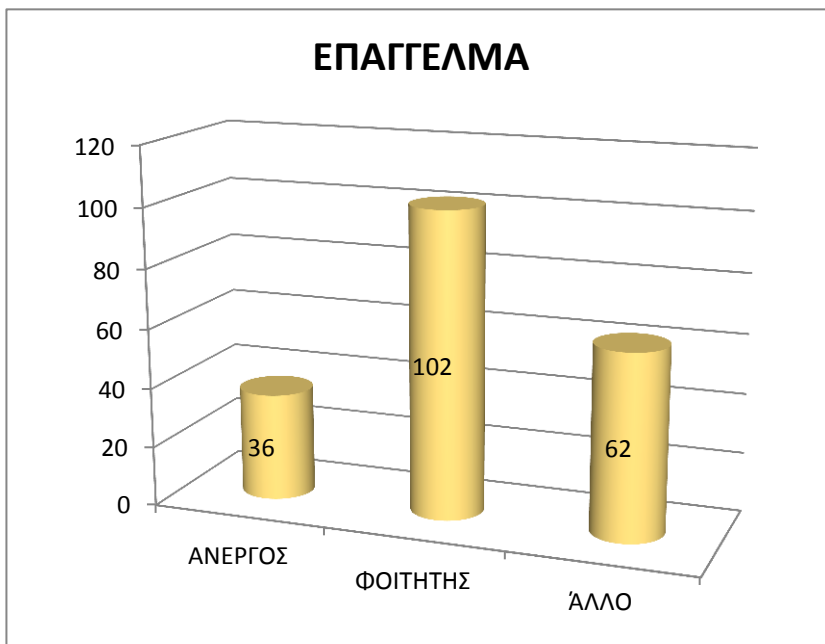
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10
ΛΥΚΕΙΟ	72
ΑΕΙ	45
ΤΕΙ	57
ΑΛΛΟ	16



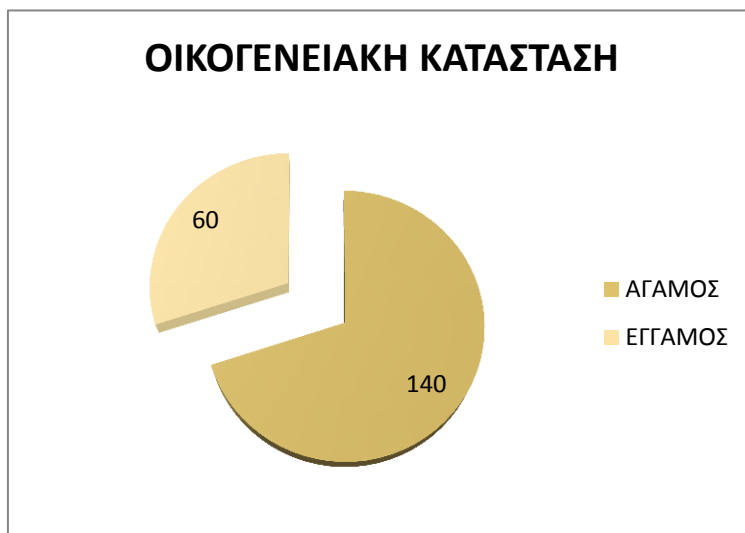
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΑΝΕΡΓΟΣ	36
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	102
ΆΛΛΟ	62



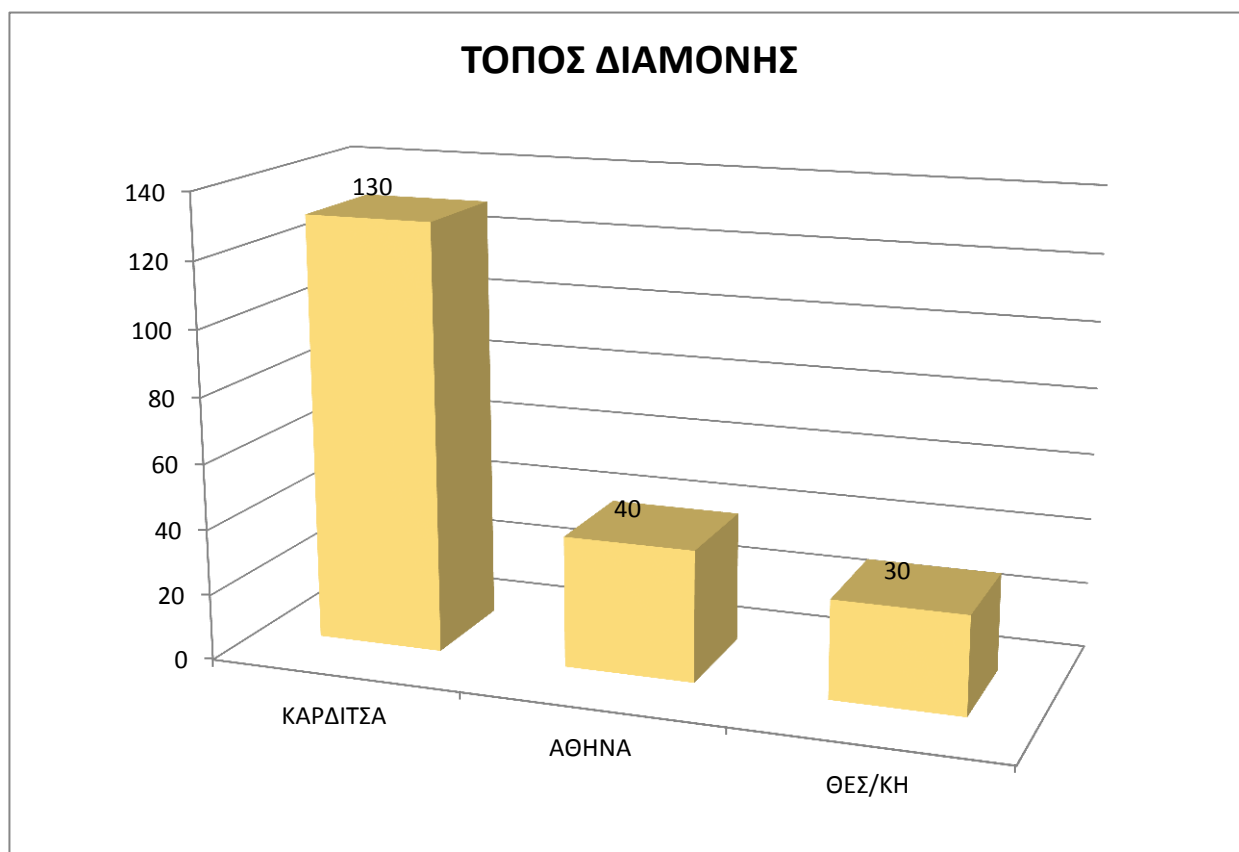
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ	140
ΕΓΓΑΜΟΣ	60



ΤΟΠΟΣ
ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

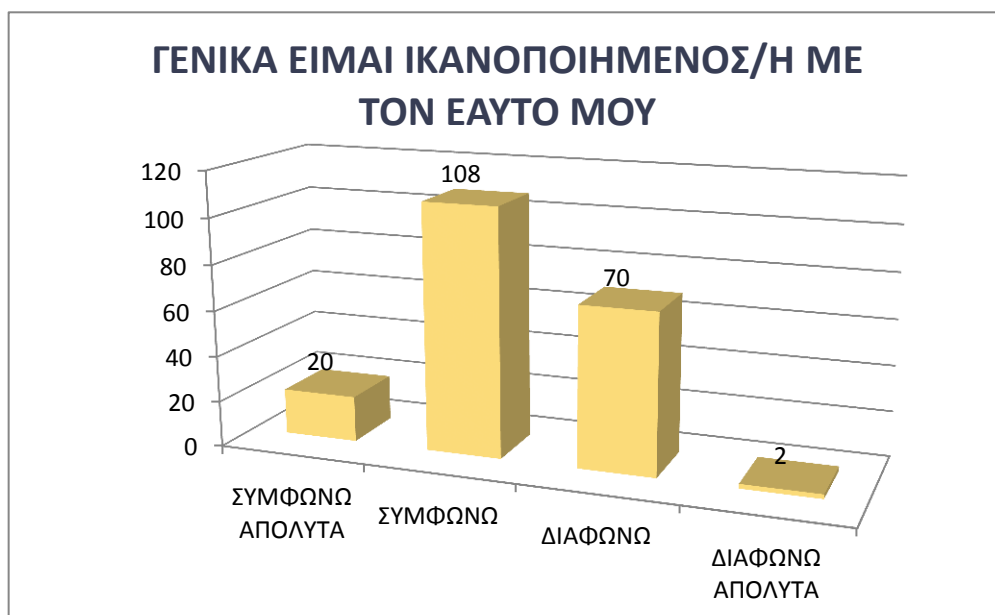
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	130
ΑΘΗΝΑ	40
ΘΕΣΣ/ΚΗ	30



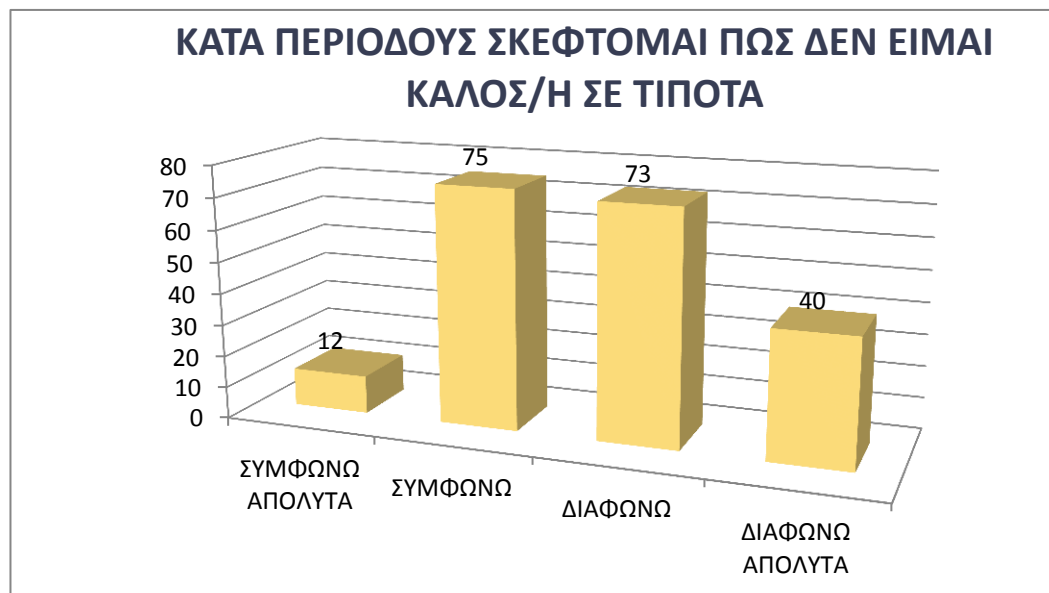
Όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες στο ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης άτομα με φυσιολογικό βάρος απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους και γενικώς έχουν μια θετική στάση απέναντι σε αυτούς σε αντίθεση με παχύσαρκα άτομα τα οποία είναι λιγότερο ικανοποιημένα, αισθάνονται άχρηστοι, πιστεύουν πως δεν έχουν καταφέρει πολλά πράγματα στη ζωή τους και έχοντας μια αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό τους . Βέβαια υπήρξε και ένας αριθμός ατόμων με κανονικό βάρος κυρίως γυναίκες , με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης δηλώνοντας πως μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου.

Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg

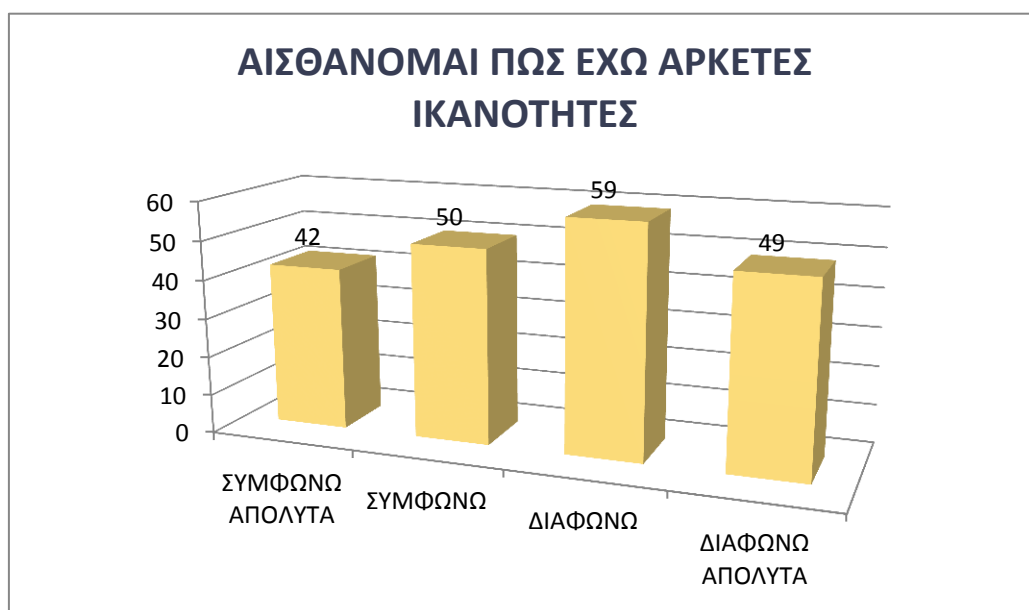
ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΜΑΙ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΜΕ ΤΟΝ
ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ:



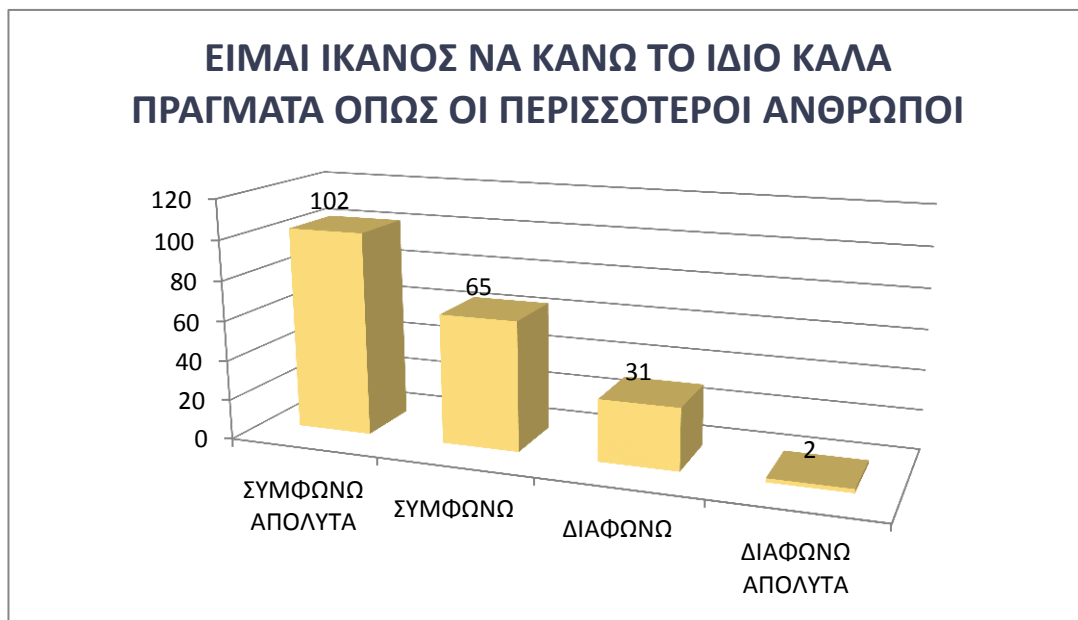
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ ΠΩΣ ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΚΑΛΟΣ/Η ΣΕ ΤΙΠΟΤΑ:



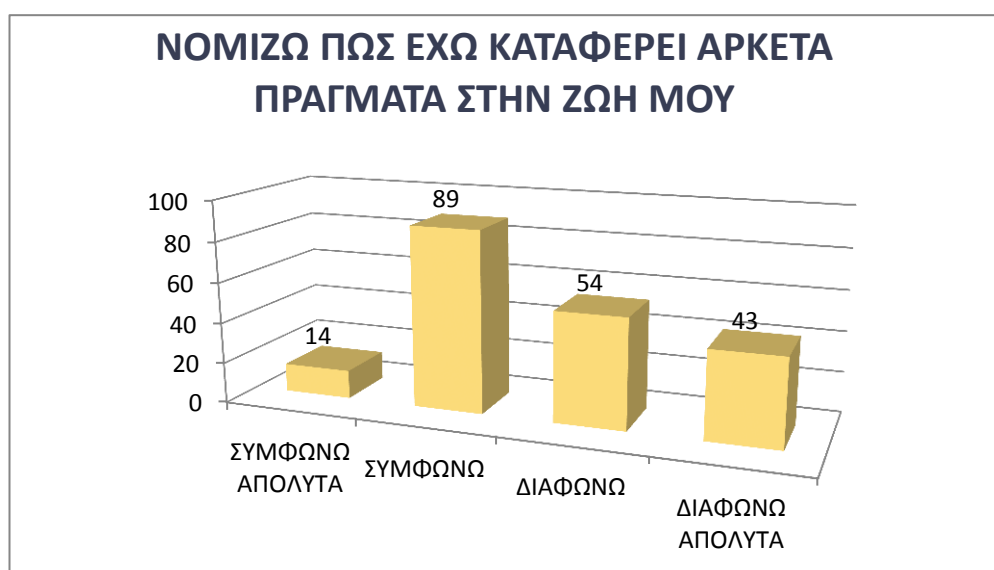
ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΠΩΣ ΕΧΩ ΑΡΚΕΤΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ:



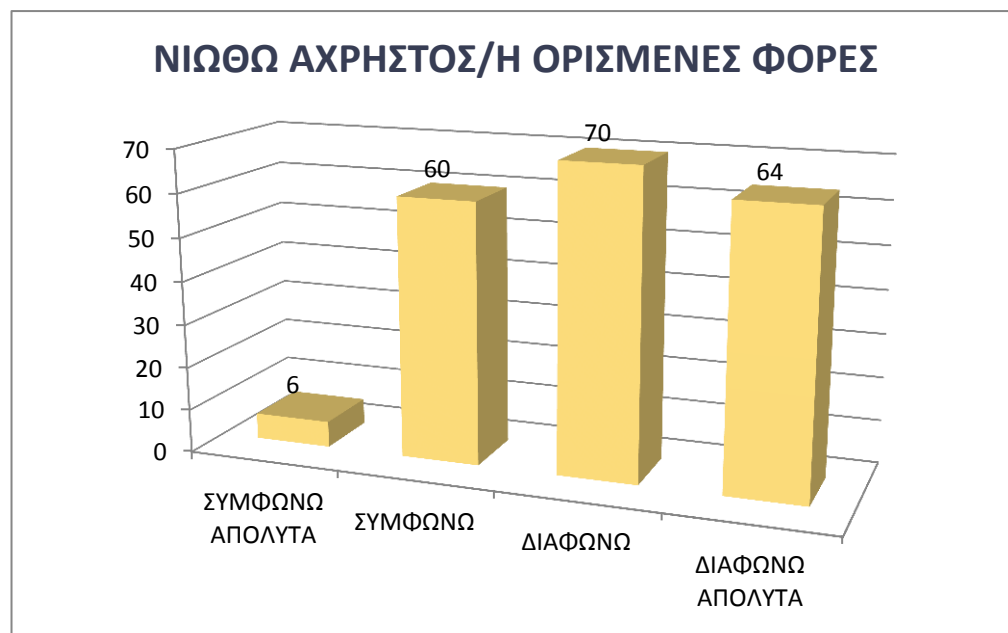
ΕΙΜΑΙ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΚΑΝΩ ΤΟ ΙΔΙΟ
ΚΑΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΟΠΩΣ ΟΙ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ:



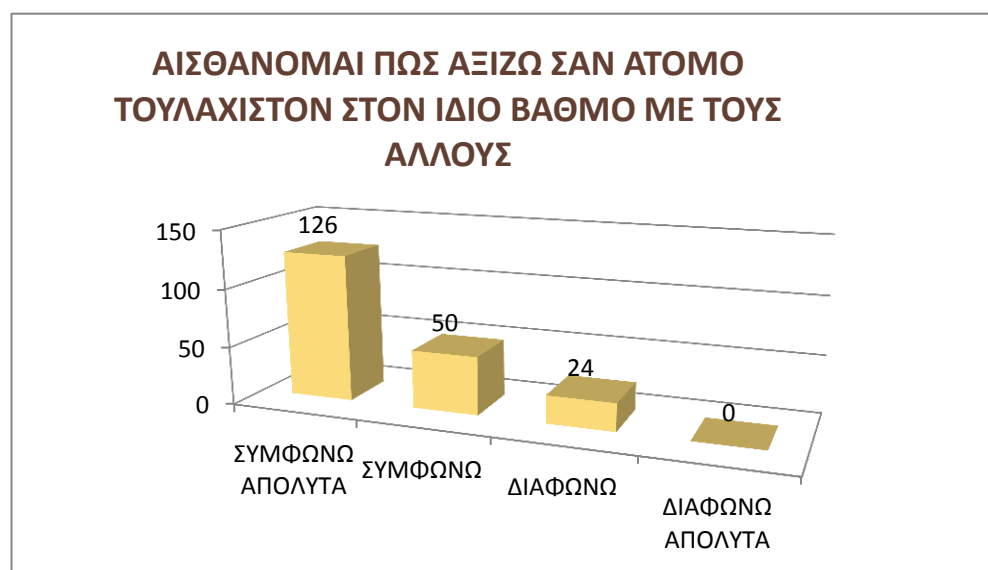
ΝΟΜΙΖΩ ΠΩΣ ΕΧΩ
ΚΑΤΑΦΕΡΕΙ ΑΡΚΕΤΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΜΟΥ:



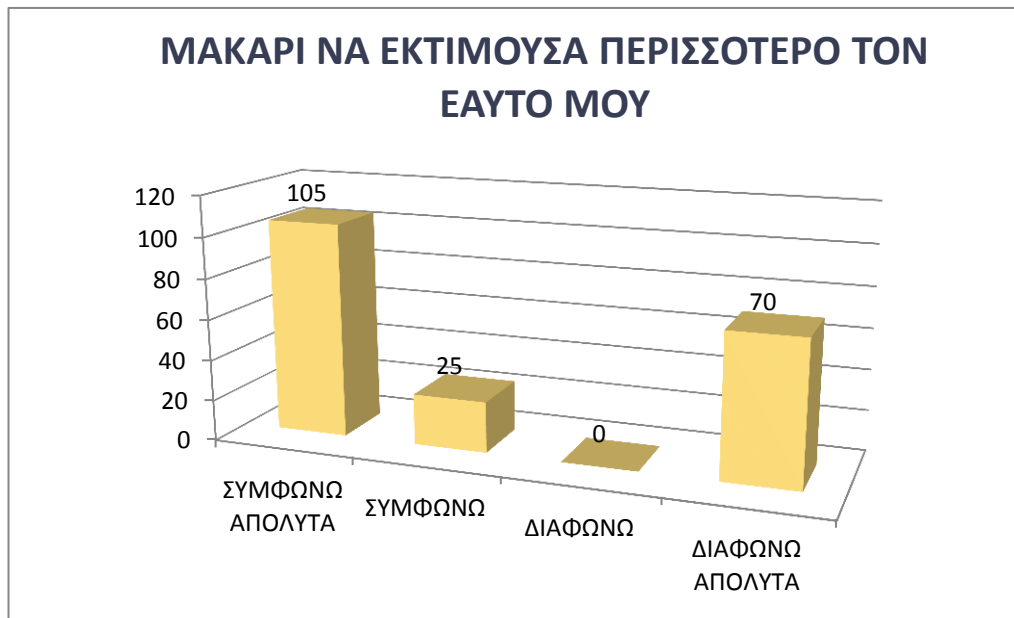
ΝΙΩΘΩ ΑΧΡΗΣΤΟΣ/Η ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΦΟΡΕΣ:



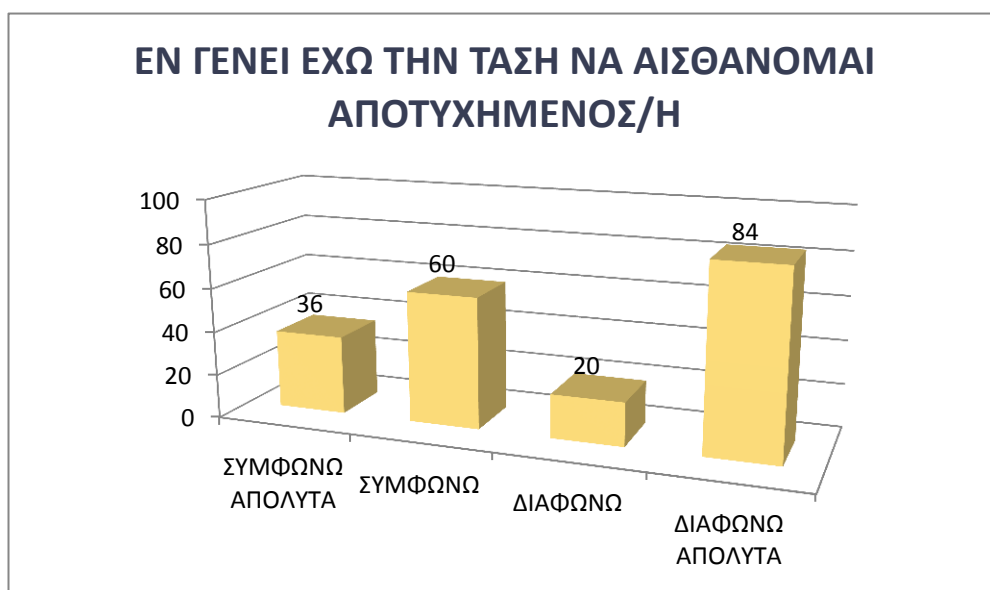
ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΠΩΣ ΑΞΙΖΩ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΒΑΘΜΟ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ:



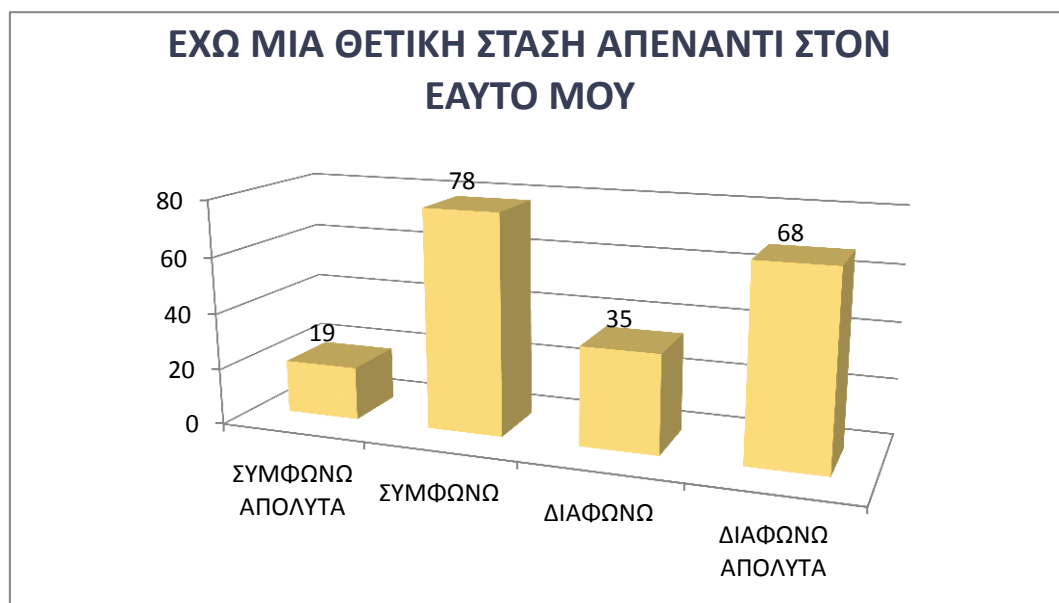
ΜΑΚΑΡΙ ΝΑ ΕΚΤΙΜΟΥΣΑ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ
ΜΟΥ:



ΕΝ ΓΕΝΕΙ ΕΧΩ ΤΗΝ ΤΑΣΗ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟΣ/Η:



**ΕΧΩ ΜΙΑ ΘΕΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ:**



Όσον αφορά την κλίμακα σταθερότητας εαυτού παρατηρούμε πως τόσο η άποψη των παχύσαρκων ατόμων όσο και αυτών με φυσιολογικό βάρος είναι περίπου παρόμοια δηλώνοντας αρκετά άτομα (118) παχύσαρκα και μη πως νιώθουν μετρίως ικανοί στα περισσότερα πράγματα που κάνουν και η άποψη για τον εαυτό τους τείνει να αλλάζει συχνά. Εξαίρεση παρουσίασαν αρκετοί παχύσαρκοι άνδρες μέσης ηλικίας, απαντώντας πως γνωρίζουν πραγματικά τον εαυτό τους και η άποψη για αυτών δεν αλλάζει .

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη τα περισσότερα άτομα με κανονικό βάρος είπαν πως γενικώς είναι ευτυχισμένα άτομα διασκεδάζοντας πολύ στην ζωή τους σε σύγκριση με τα παχύσαρκα άτομα που νιώθουν λιγότερο ευτυχισμένα , χωρίς να διασκεδάζουν και θα ήθελαν να είναι τόσο ευτυχισμένοι όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι .

Στην κλίμακα αυτοπεποίθησης βλέπουμε πως τόσο τα παχύσαρκα όσο και τα άτομα με κανονικό βάρος είπαν πως θα αισθανόταν άβολα αν έπρεπε να μιλήσουν μπροστά σε κόσμο όπως επίσης πως γίνονται νευρικοί όταν κάποιος τους επιβλέπει ενώ εργάζονται .Στη συνέχεια οι παχύσαρκες κυρίως γυναίκες δήλωσαν πως πιστεύουν πως οι άνδρες αλλά και οι γυναίκες δεν της συμπαθούν ,όπως επίσης στα ίδια περίπου πλαίσια κυμάνθηκαν και οι παχύσαρκοι άνδρες πιστεύοντας όμως πως δεν τους συμπαθούν οι γυναίκες μόνο .

Όσο αφορά την εικόνα του σώματος τα παχύσαρκα άτομα ήταν αυτά που δήλωσαν απογοητευμένα με το βάρος τους όπως και το 20% των ατόμων με φυσιολογικό βάρος (ποσοστό γυναικών), στο μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων δεν αρέσει η εμφάνιση του , νιώθουν αμήχανα στην παρέα λόγω του βάρους τους και αυτοί ήταν που σε ποσοστό 100% είπαν πως αποφεύγουν φίλους και συγγενείς λόγω του βάρους τους .Τέλος στο σύνολο τους τα παχύσαρκα άτομα θεωρούν πως το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία. Γενικώς τα παχύσαρκα άτομα έχουν αρνητική εικόνα σώματος σε αντίθεση με αυτά με φυσιολογικό βάρος. Επίσης οι γυναίκες φαίνεται να σκέφτονται περισσότερο το σώμα τους έχοντας χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους άνδρες.

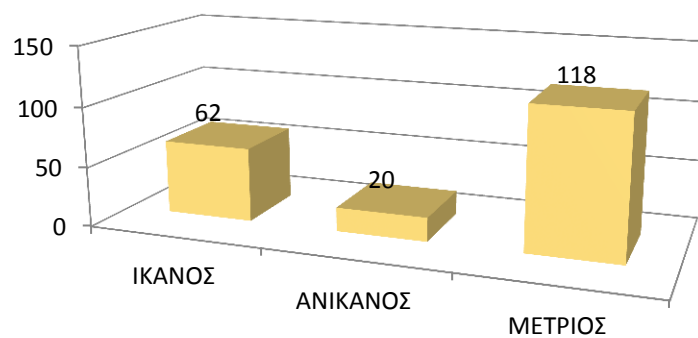
Τελειώνοντας με το διαπολιτισμικό ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης το 80% των παχύσαρκων δεν έχουν πολλούς φίλους ,δεν αισθάνονται σπουδαίοι όπως και εμφανίσιμοι ,νιώθουν πως τους αντιπαθούν πολύ ,δυσκολεύονται να εκφράσουν τις απόψεις τους , τώρα όλοι οι παχύσαρκοι όπως και μικρό ποσοστό αυτών με φυσιολογικό βάρος(10%) ήταν αυτοί που είπαν πως νιώθουν συχνά άγχος ,θυμώνουν πάντα ,είναι ντροπαλοί ,τους είναι δύσκολο να κάνουν γνωριμίες και είναι πιο ευαίσθητοι από τους περισσότερους ανθρώπους .Τέλος όλες οι παχύσαρκες γυναίκες δήλωσαν πως δεν τους αρέσει που είναι γυναίκες ,σε αντίθεση με τους άνδρες παχύσαρκους.

Κλίμακα σταθερότητας εαυτού Rosenberg (1991)

ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ
ΙΚΑΝΟΙ ΕΝΩ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ
ΑΛΛΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ
ΙΚΑΝΟΙ.ΕΞΕΙΣ ΝΙΩΘΕΤΕ
ΠΩΣ ΣΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ
ΕΙΣΤΕ;

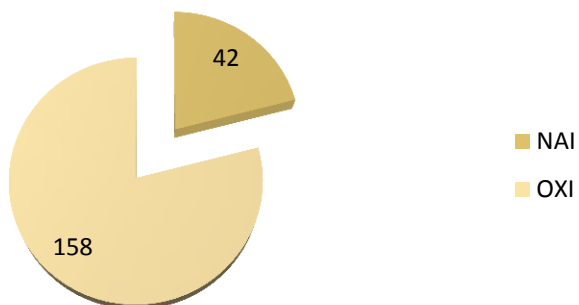
ΙΚΑΝΟΣ	62
ΑΝΙΚΑΝΟΣ	20
ΜΕΤΡΙΟΣ	118

**ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ
ΙΚΑΝΟΙ ΕΝΩ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΙΚΑΝΟΙ. ΕΞΕΙΣ
ΝΙΩΘΕΤΕ ΠΩΣ ΣΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ,
ΕΙΣΤΕ;**



ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ
ΑΝΙΚΑΝΟΣ/Η;

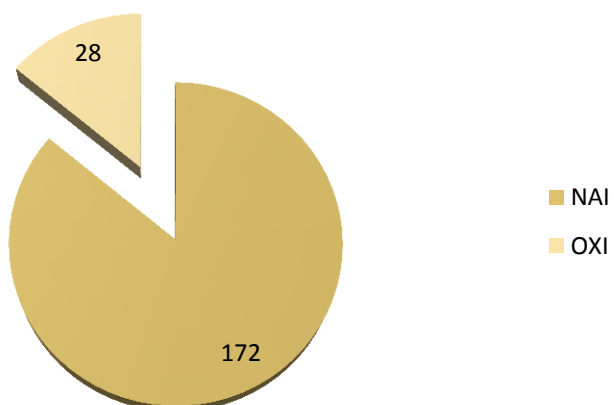
ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ ΑΝΙΚΑΝΟΣ/Η;



NAI	42
OXI	158

ΕΧΕΤΕ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΠΟΤΕ ΠΩΣ ΕΙΣΤΕ ΑΡΚΕΤΑ
ΚΑΛΟΣ/Η ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ;

ΕΧΕΤΕ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΠΟΤΕ ΠΩΣ ΕΙΣΤΕ ΑΡΚΕΤΑ
ΚΑΛΟΣ/Η ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ;

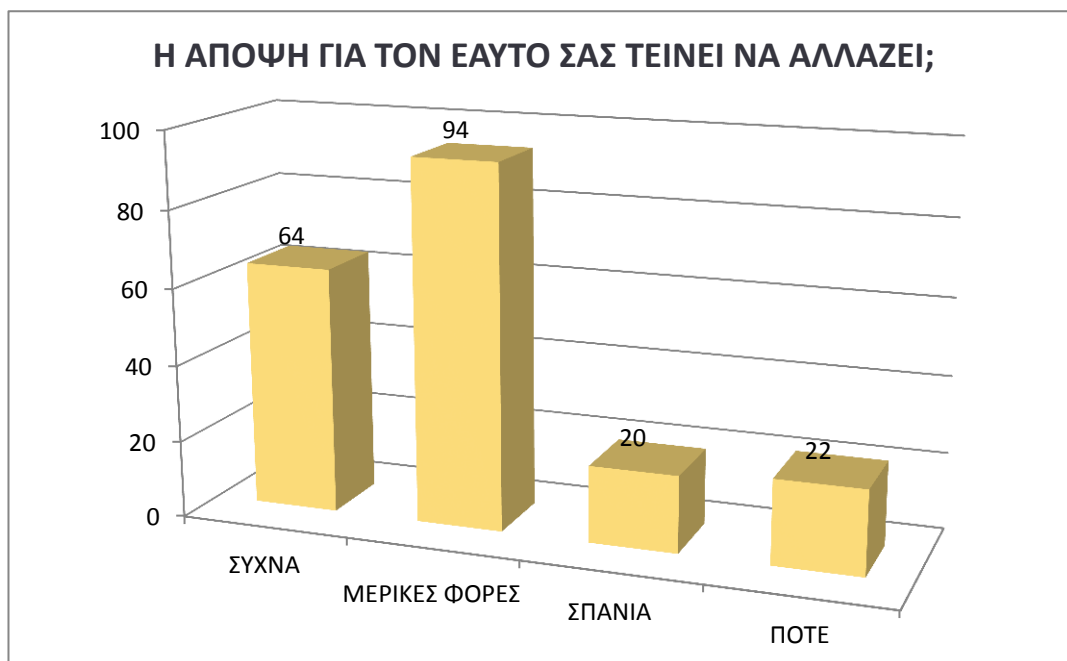


**ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ ΟΤΙ
ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ/Η ΣΕ
ΤΙΠΟΤΑ;**



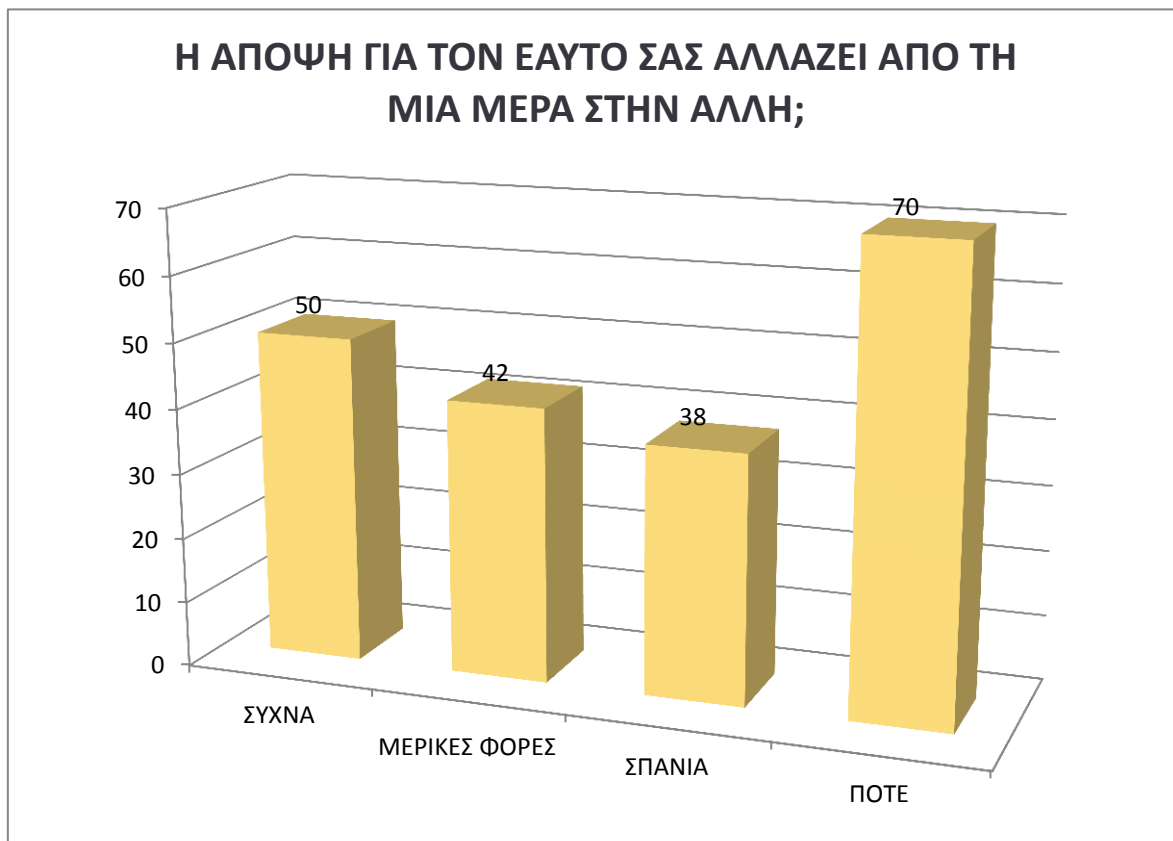
**NAI 89
OXI 111**

Η ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΤΕΙΝΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ:



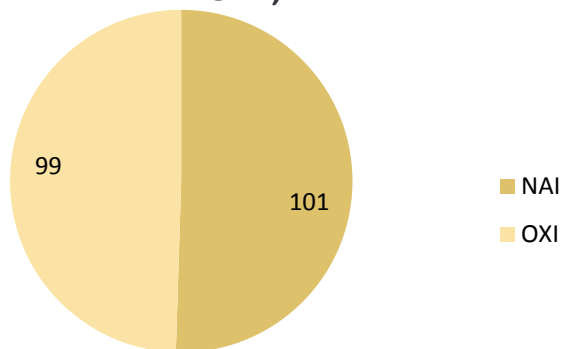
Η ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΑΛΛΑΖΕΙ ΑΠΟ
ΤΗ ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΣΤΗΝ
ΑΛΛΗ;

ΣΥΧΝΑ	50
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	42
ΣΠΑΝΙΑ	38
ΠΟΤΕ	70



ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ Η ΙΔΕΑ
ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ
ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ
ΑΛΛΑΖΕΙ ΓΡΗΓΟΡΑ;

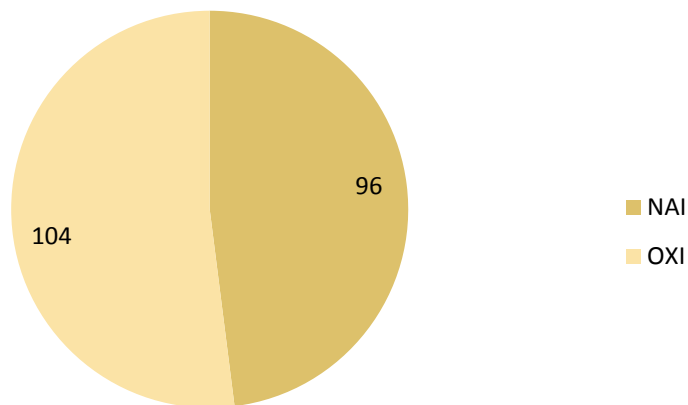
**ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ Η ΙΔΕΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΑΛΛΑΖΕΙ
ΓΡΗΓΟΡΑ;**



ΝΑΙ	101
ΟΧΙ	99

ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ ΕΧΕΤΕ ΘΕΤΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΟΙΕΣ
ΑΛΛΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ;

**ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ ΕΧΕΤΕ ΘΕΤΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΛΛΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ;**



ΝΑΙ	96
ΟΧΙ	104

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΙΠΟΤΑ Η ΣΧΕΔΟΝ ΤΙΠΟΤΑ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;



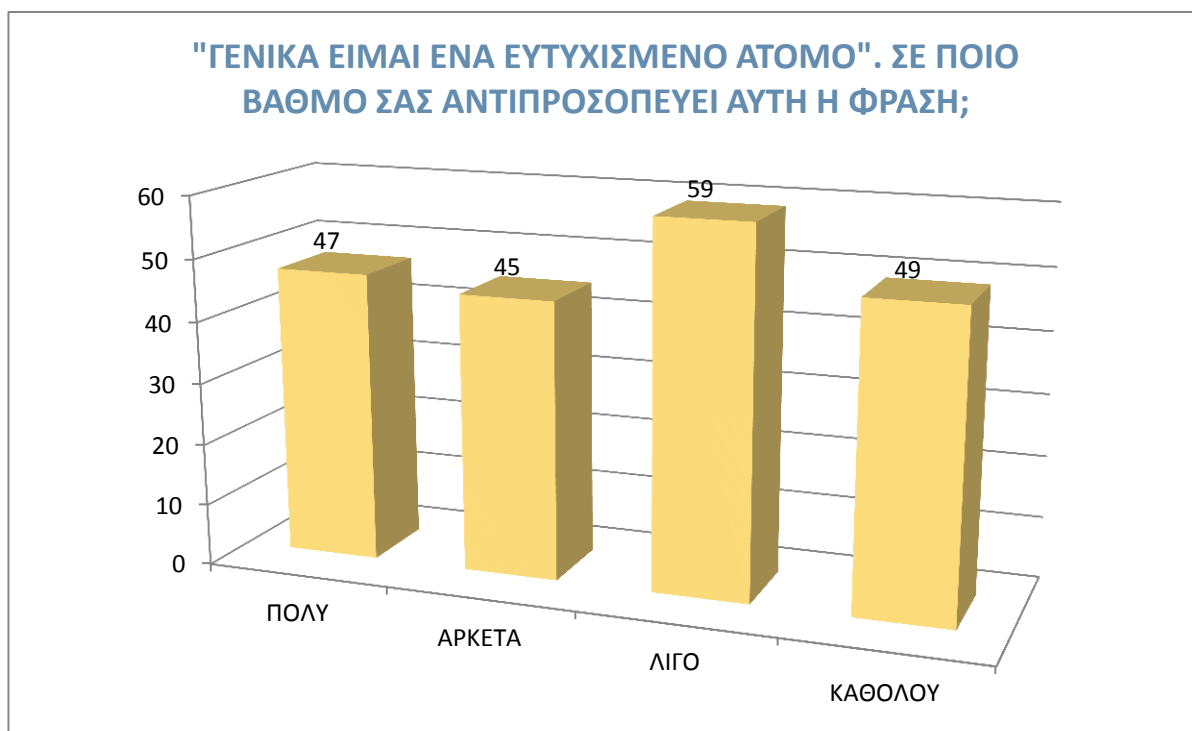
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η ΟΤΙ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;



Κλίμακα κατάθλιψης του Rosenberg (1991)

**"ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΜΑΙ ΕΝΑ
ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ".
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΣΑΣ
ΑΝΤΙΠΡΟΣΟΠΕΥΕΙ ΑΥΤΗ
Η ΦΡΑΣΗ;**

ΠΟΛΥ	47
ΑΡΚΕΤΑ	45
ΛΙΓΟ	59
ΚΑΘΟΛΟΥ	49

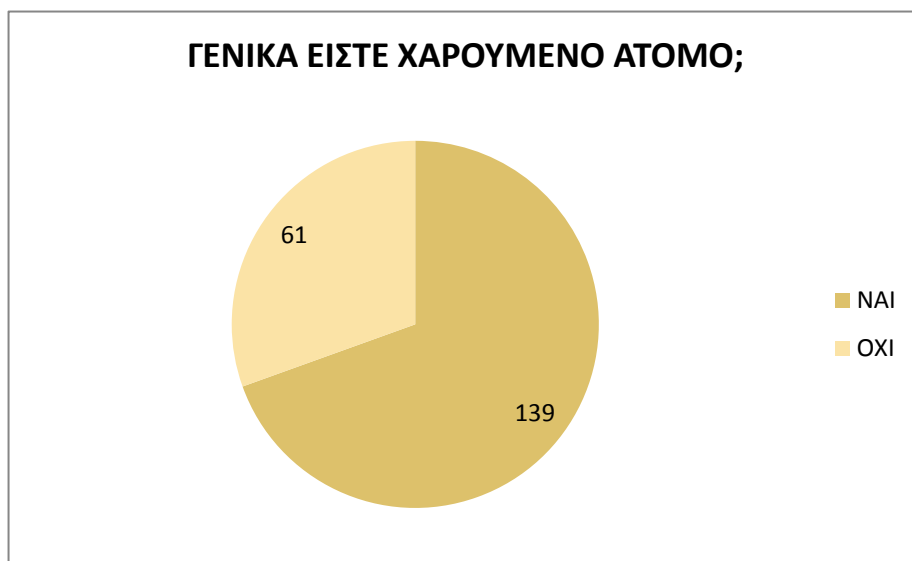


**ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ
ΔΙΑΣΚΕΔΑΖΕΤΕ ΠΟΛΥ
ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΣΑΣ;**

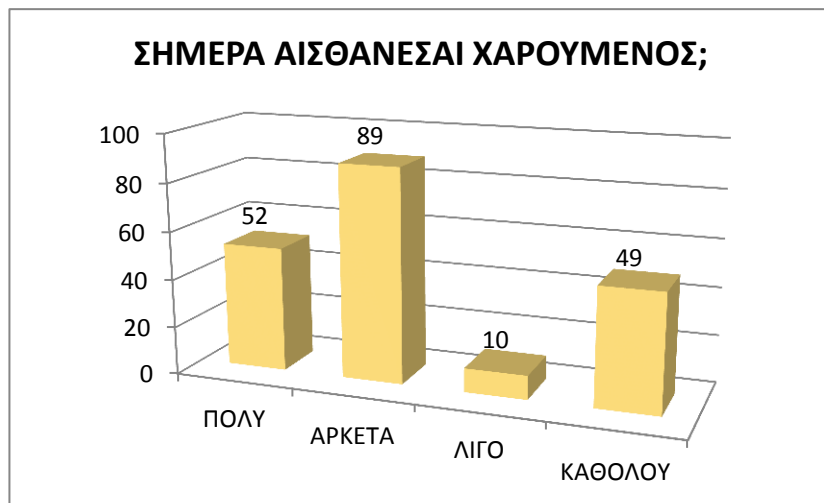


Απάντηση	Αριθμός Απαντήσεων
ΝΑΙ	119
ΟΧΙ	81

ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΣΤΕ ΧΑΡΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ;

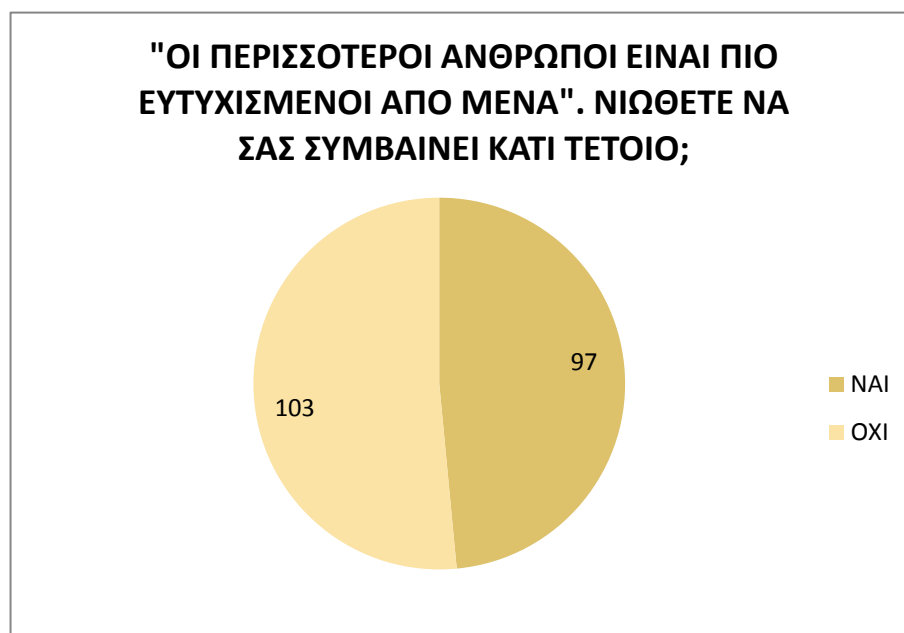


**ΣΗΜΕΡΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ
ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ;**



ΠΟΛΥ	52
ΑΡΚΕΤΑ	89
ΛΙΓΟ	10
ΚΑΘΟΛΟΥ	49

**"ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΜΕΝΑ".
ΝΙΩΘΕΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΚΑΤΙ ΤΕΤΟΙΟ;**



**ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ
ΤΟΣΟ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ
ΟΣΟ ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ
ΑΝΘΡΩΠΟΙ;**



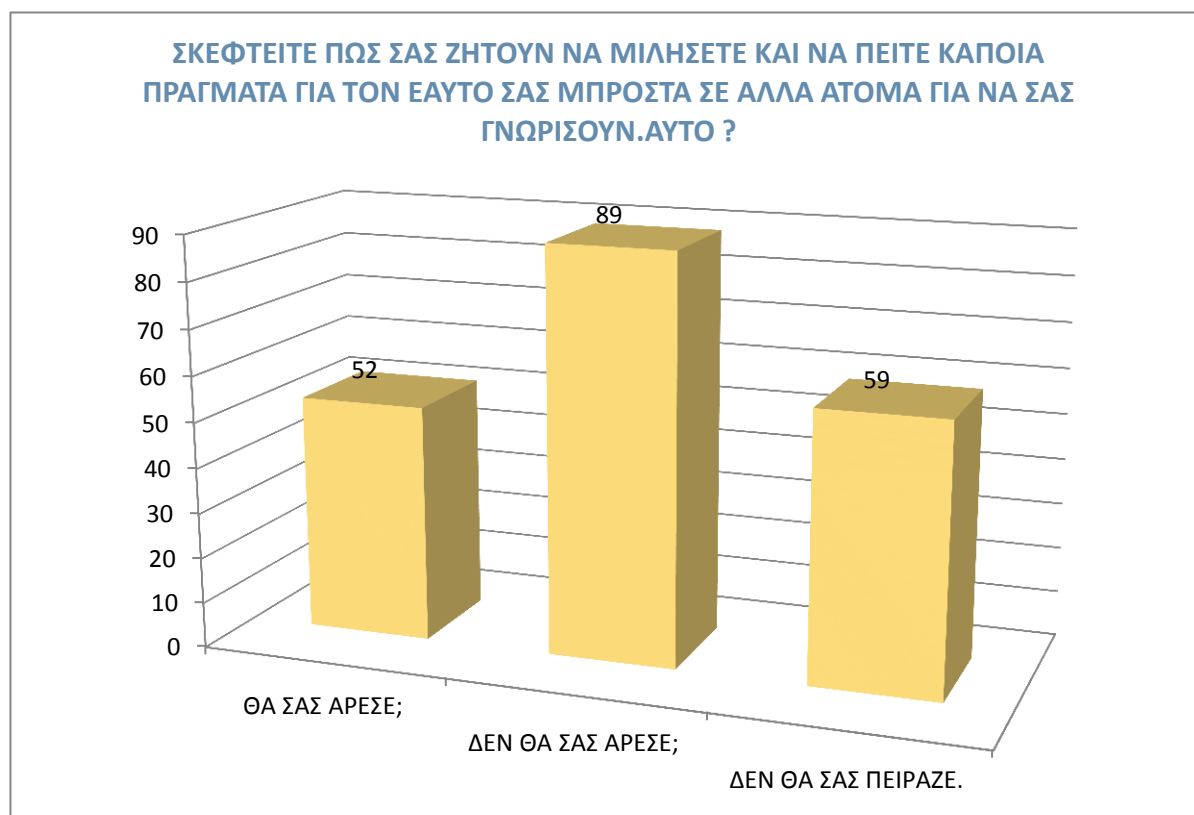
ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΠΩΣ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ ΝΙΩΘΕΤΕ ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ/Η;



Κλίμακα αυτοπεποίθησης του Rosenberg

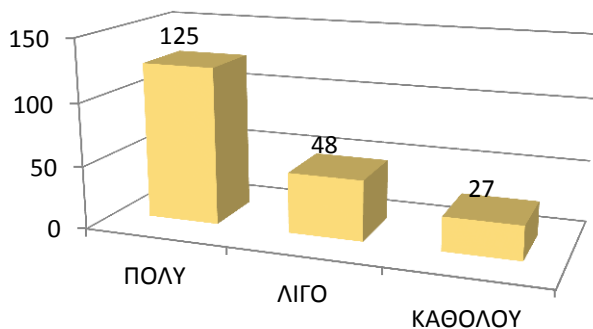
ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΠΩΣ ΣΑΣ
ΖΗΤΟΥΝ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ
ΚΑΙ ΝΑ ΠΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΕ
ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΓΙΑ ΝΑ ΣΑΣ
ΓΝΩΡΙΣΟΥΝ.ΑΥΤΟ?

ΘΑ ΣΑΣ ΑΡΕΣΕ;	52
ΔΕΝ ΘΑ ΣΑΣ ΑΡΕΣΕ;	89
ΔΕΝ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΞΕ.	59



**ΑΝ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ
ΜΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΜΙΛΙΑ,
ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΑ
ΝΙΩΘΑΤΕ
ΑΓΧΩΜΕΝΟΣ/Η;**

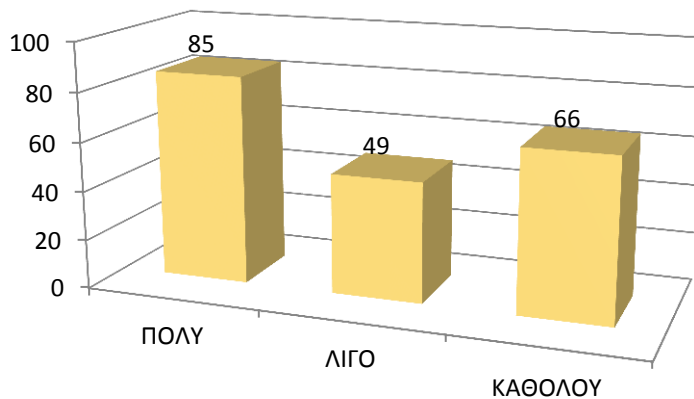
**ΑΝ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΜΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ
ΟΜΙΛΙΑ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΑ ΝΙΩΘΑΤΕ
ΑΓΧΩΜΕΝΟΣ/Η;**



ΠΟΛΥ	125
ΛΙΓΟ	48
ΚΑΘΟΛΟΥ	27

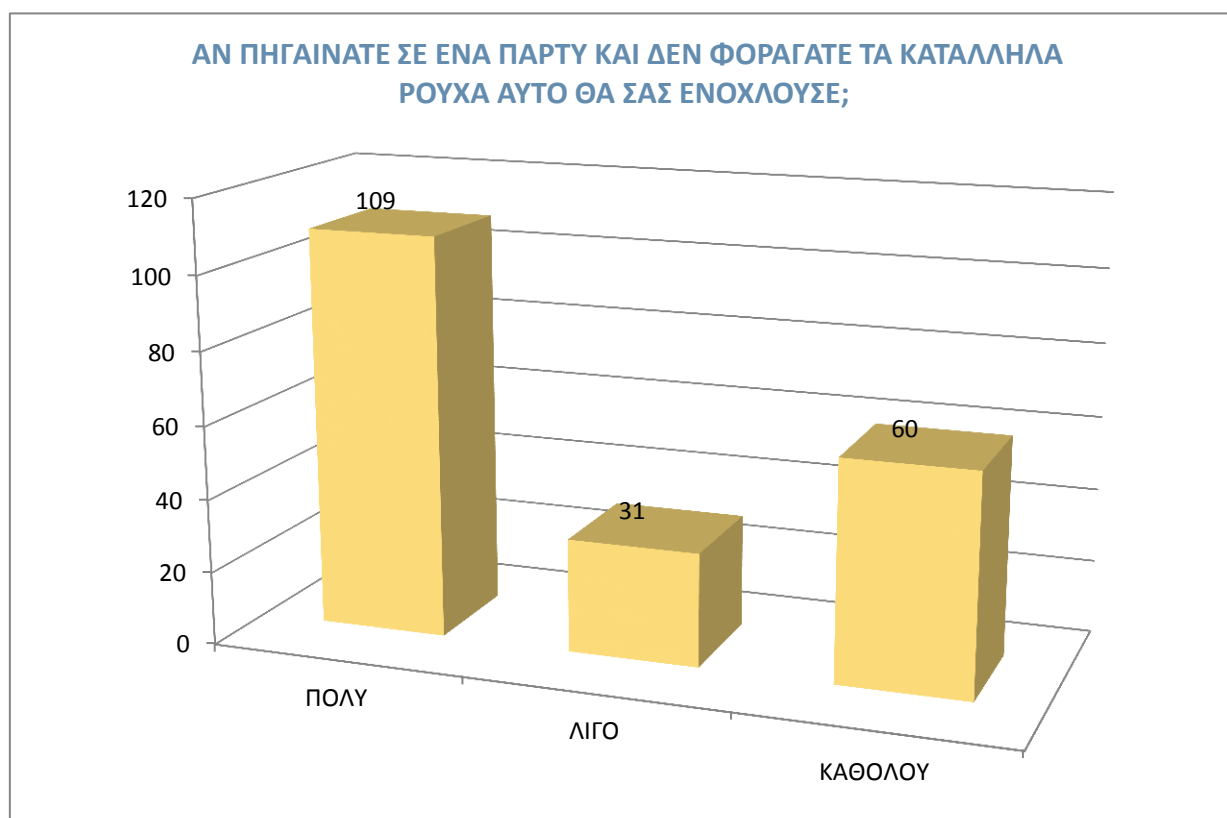
**ΟΤΑΝ ΜΙΛΑΤΕ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΕ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΠΩΣ
ΣΑΣ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ ΑΛΛΟΙ;**

**ΟΤΑΝ ΜΙΛΑΤΕ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΕ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΑ
ΠΟΣΟ ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΠΩΣ ΣΑΣ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ ΑΛΛΟΙ;**



ΑΝ ΠΗΓΑΙΝΑΤΕ ΣΕ ΕΝΑ
ΠΑΡΤΥ ΚΑΙ ΔΕΝ
ΦΟΡΑΓΑΤΕ ΤΑ
ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΡΟΥΧΑ
ΑΥΤΟ ΘΑ ΣΑΣ
ΕΝΟΧΛΟΥΣΕ;

ΠΟΛΥ	109
ΛΙΓΟ	31
ΚΑΘΟΛΟΥ	60



**ΑΝ ΠΗΓΑΙΝΑΤΕ ΣΕ ΕΝΑ
ΠΑΡΤΥ ΚΑΙ ΔΕΝ
ΓΝΩΡΙΖΑΤΕ ΤΑ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ,
ΘΑ ΑΝΑΡΩΤΙΟΣΑΣΤΑΝ
ΤΙ ΣΚΕΦΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΣΑΣ;**



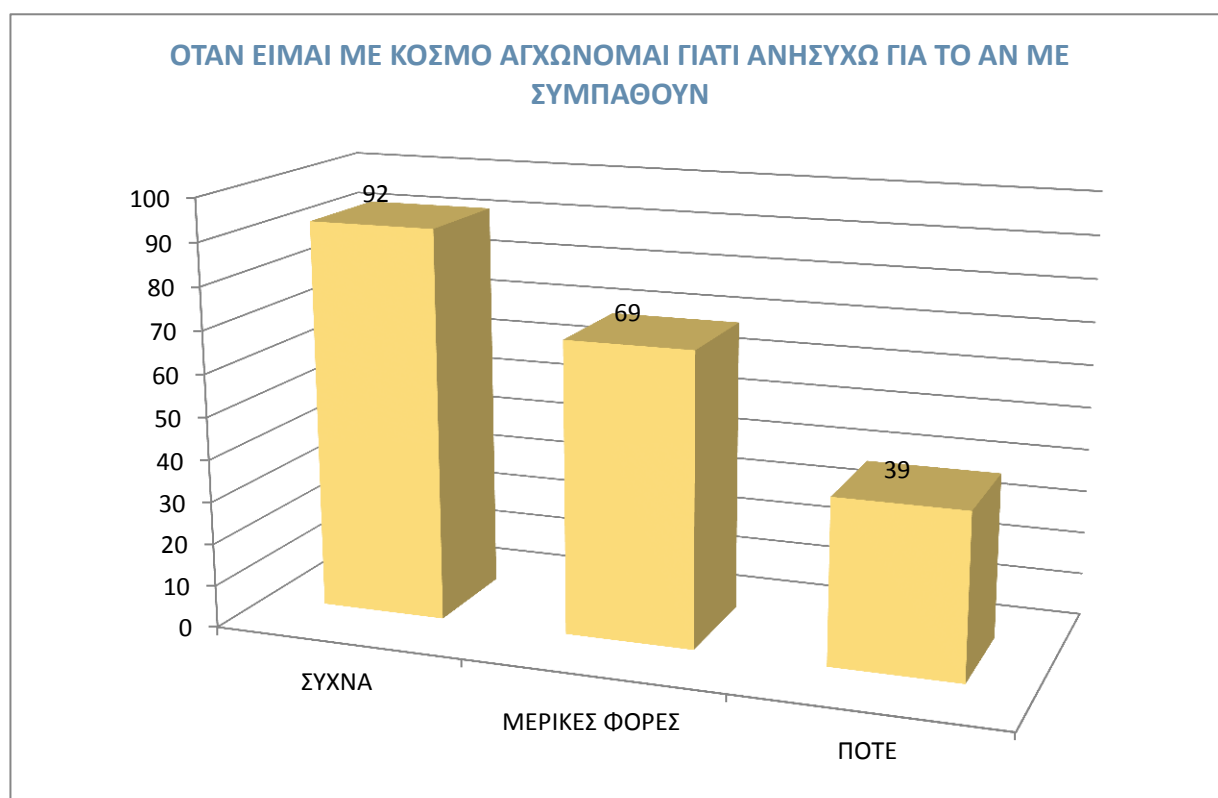
ΝΑΙ 152
ΟΧΙ 48

ΓΙΝΕΣΤΕ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΟΤΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΕΝΩ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;



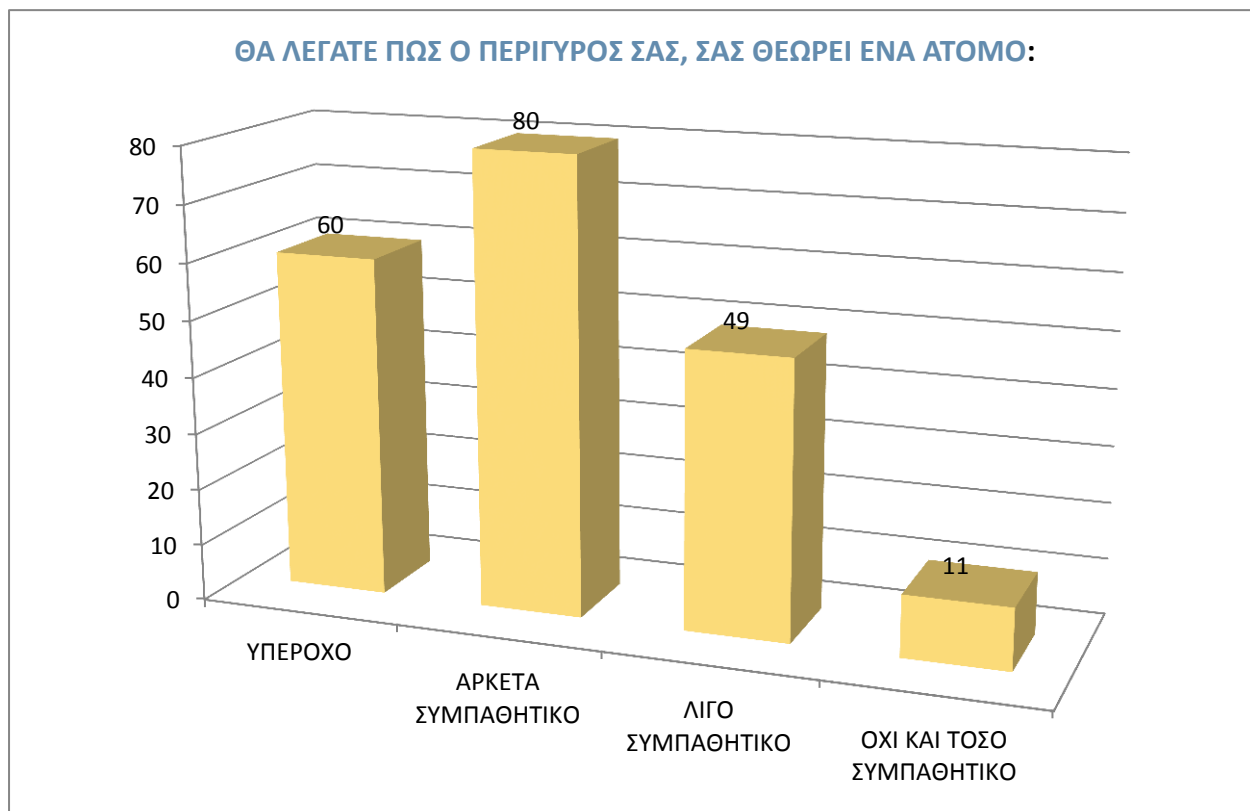
ΟΤΑΝ ΕΙΜΑΙ ΜΕ ΚΟΣΜΟ
ΑΓΧΩΝΟΜΑΙ ΓΙΑΤΙ
ΑΝΗΣΥΧΩ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΜΕ
ΣΥΜΠΑΘΟΥΝ?

ΣΥΧΝΑ	92
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	69
ΠΟΤΕ	39



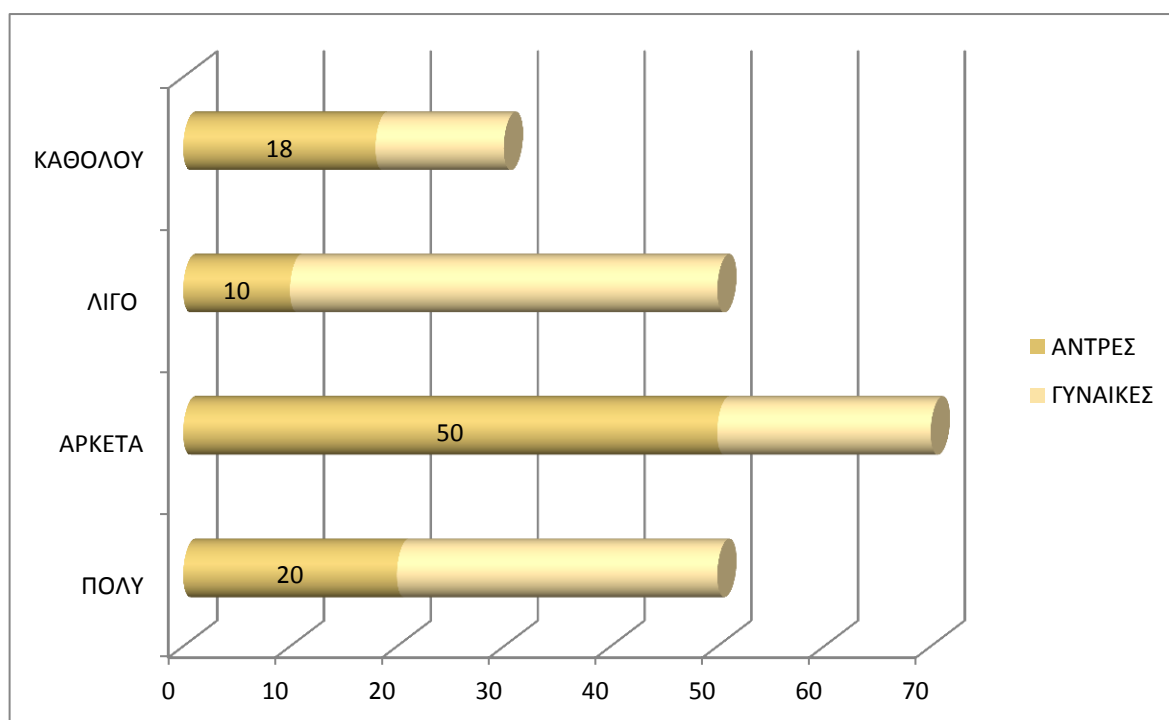
**ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΠΩΣ Ο
ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ ΣΑΣ, ΣΑΣ
ΘΕΩΡΕΙ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ:**

ΥΠΕΡΟΧΟ	60
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ	80
ΛΙΓΟ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ	49
ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ	11



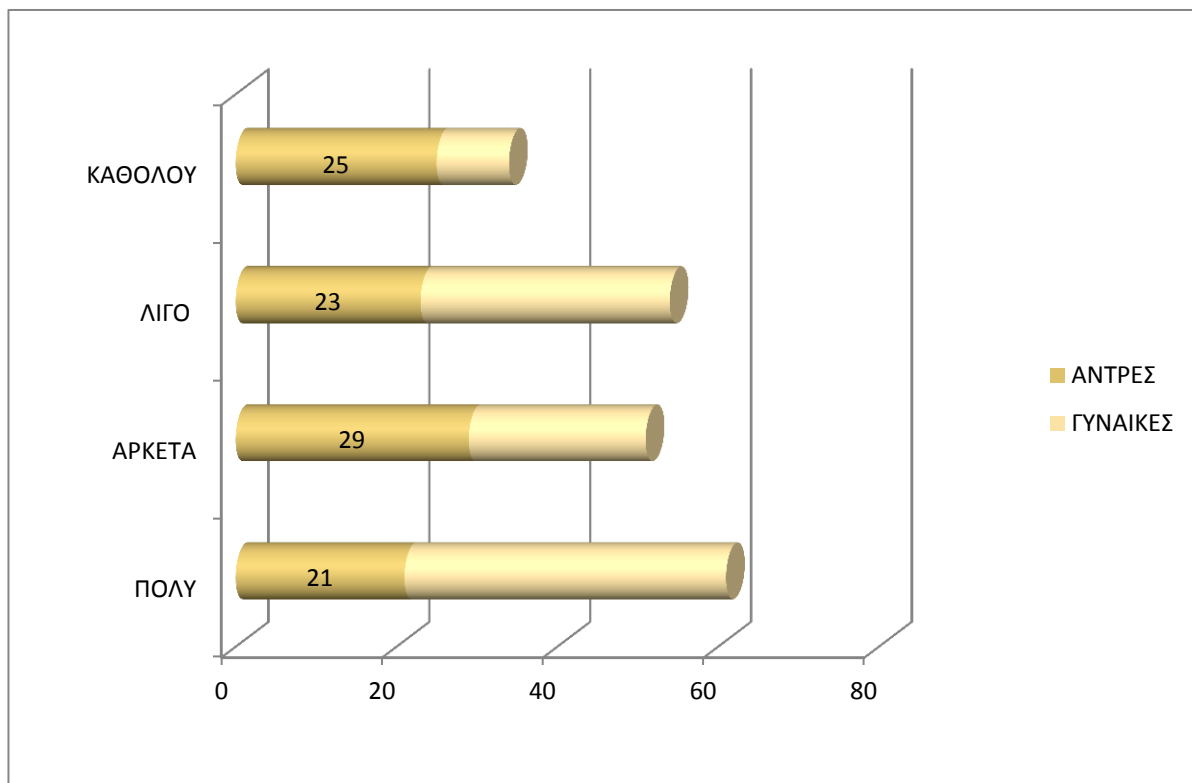
ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΣΥΜΠΑΘΟΥΝ ΟΙ
ΑΝΤΡΕΣ;

	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΠΟΛΥ	20	30
ΑΡΚΕΤΑ	50	20
ΛΙΓΟ	10	40
ΚΑΘΟΛΟΥ	18	12



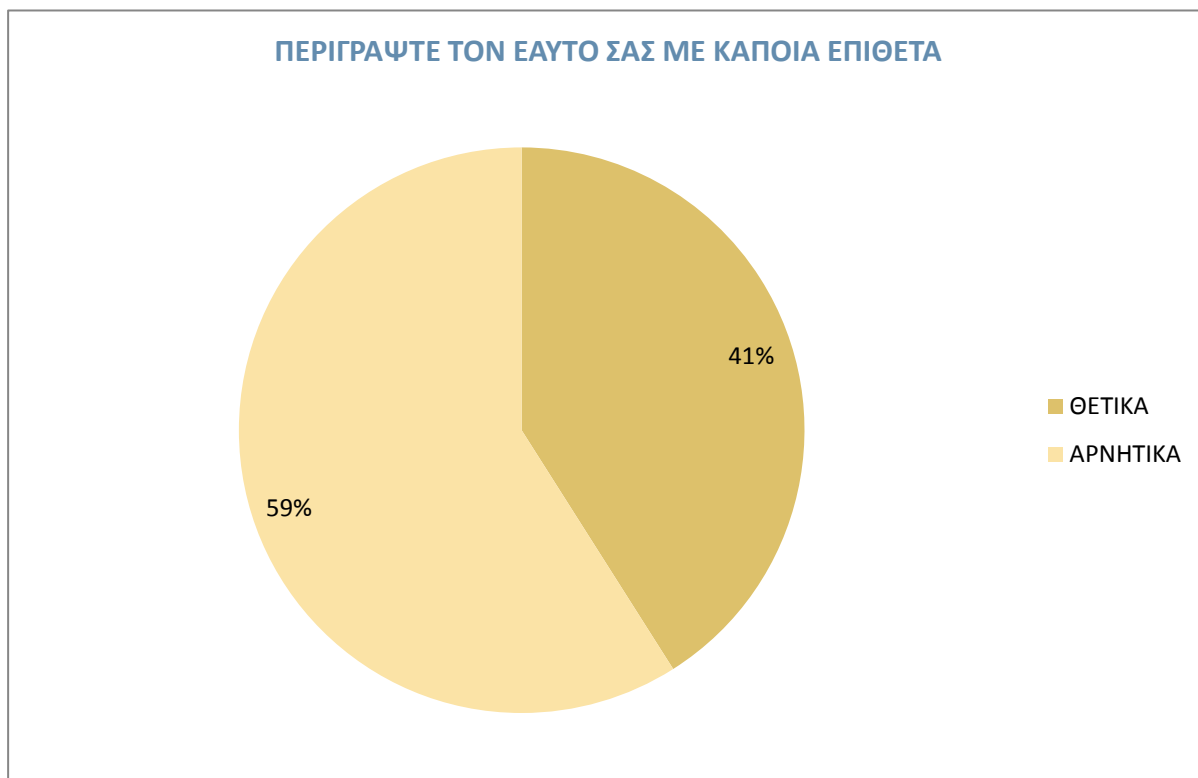
ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΣΑΣ ΣΥΜΠΑΘΟΥΝ ΟΙ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ;

	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΠΟΛΥ	21	40
ΑΡΚΕΤΑ	29	22
ΛΙΓΟ	23	31
ΚΑΘΟΛΟΥ	25	9



**ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΜΕ ΚΑΠΟΙΑ
ΕΠΙΘΕΤΑ**

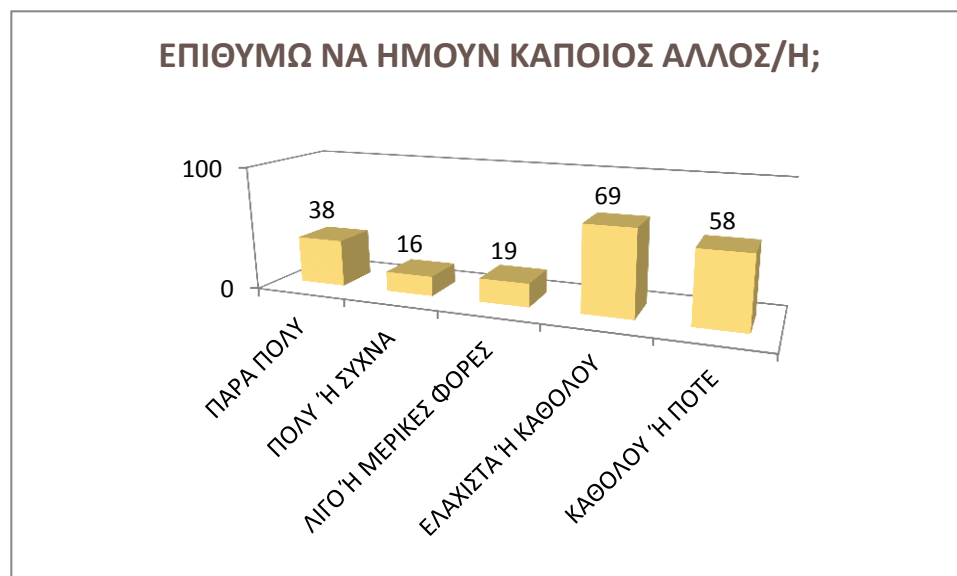
ΘΕΤΙΚΑ	41%
ΑΡΝΗΤΙΚΑ	59%



Ερωτηματολόγιο του Coopersmith, Τάνος Χ. (1985)

ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΗΜΟΥΝ ΚΑΠΟΙΟΣ

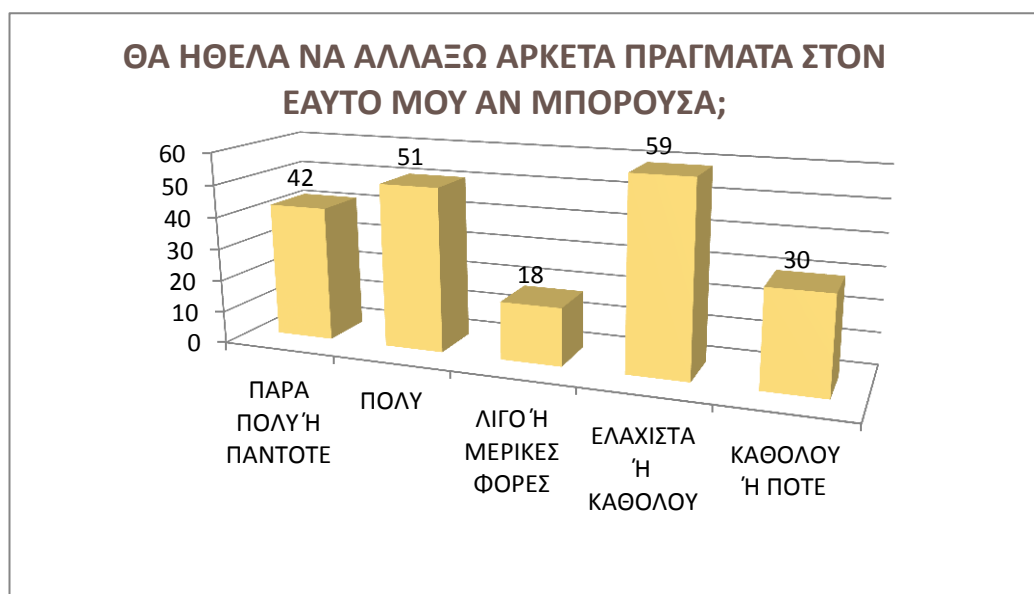
ΑΛΛΟΣ/Η;



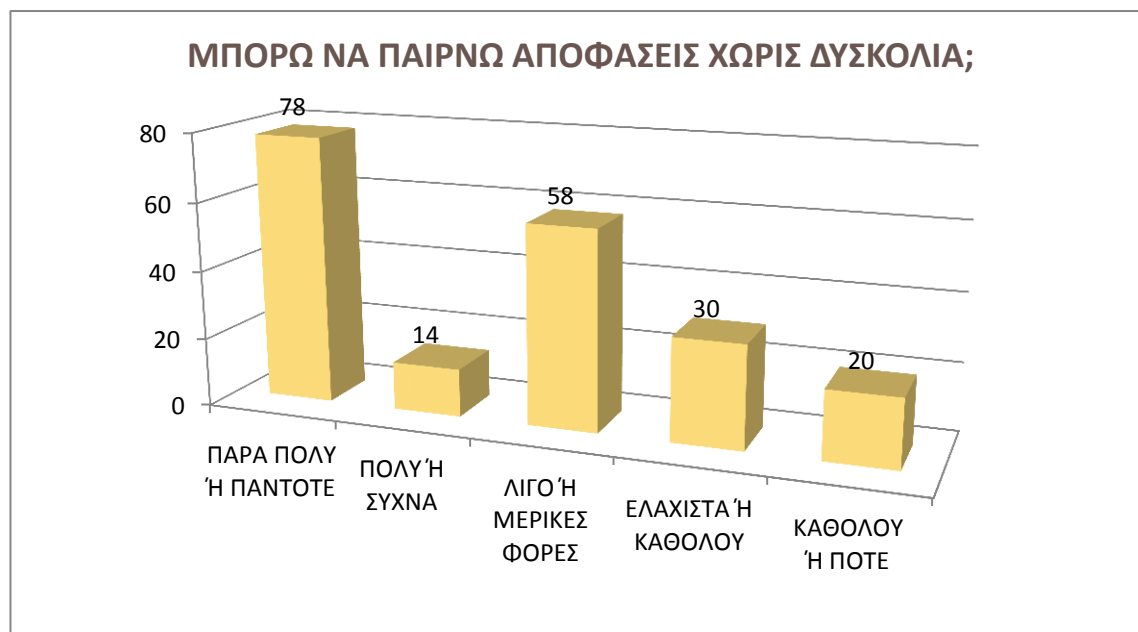
ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΑΛΛΑΞΩ

ΑΡΚΕΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΤΟΝ

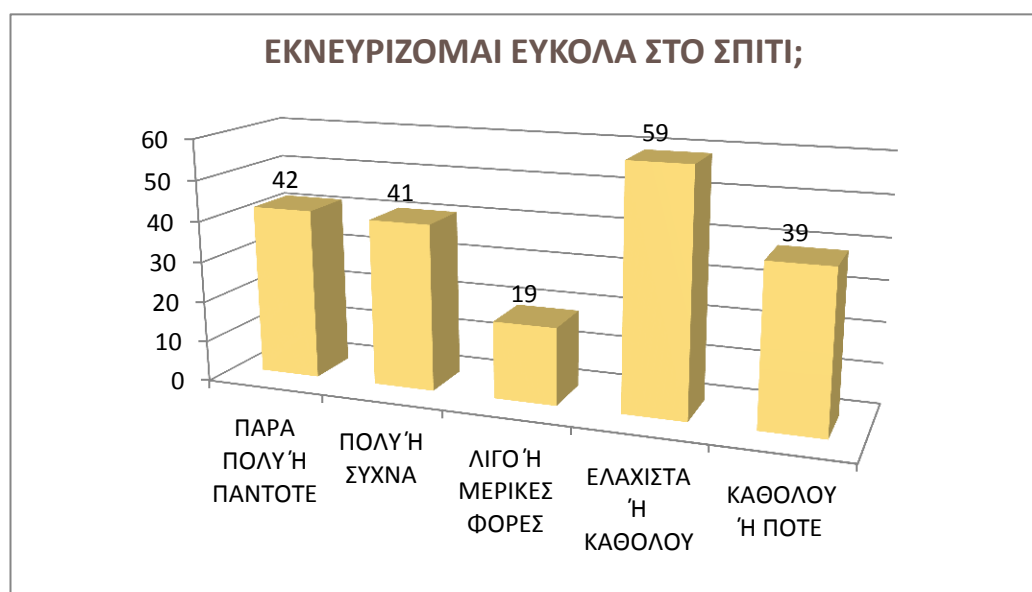
ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑ;



**ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΑΙΡΝΩ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ
ΧΩΡΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑ;**

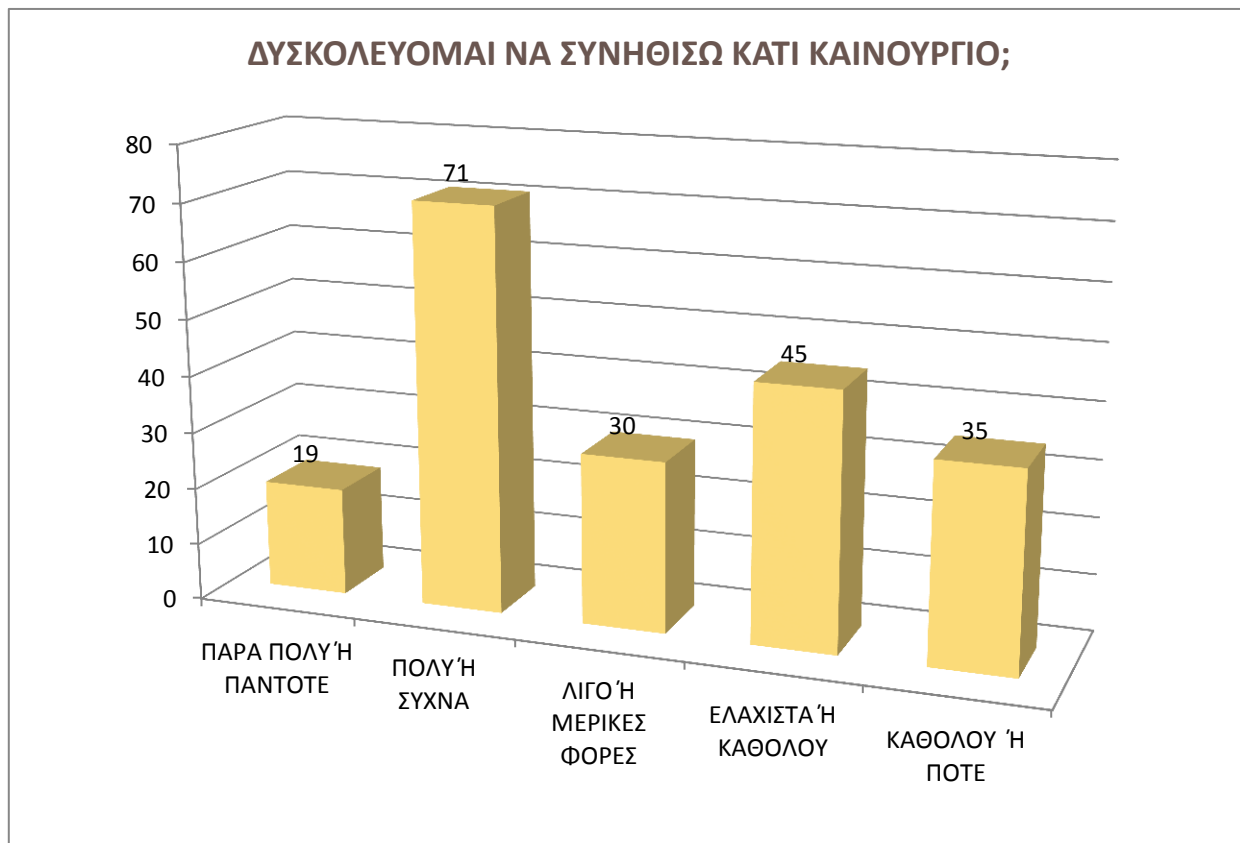


ΕΚΝΕΥΡΙΖΟΜΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ;

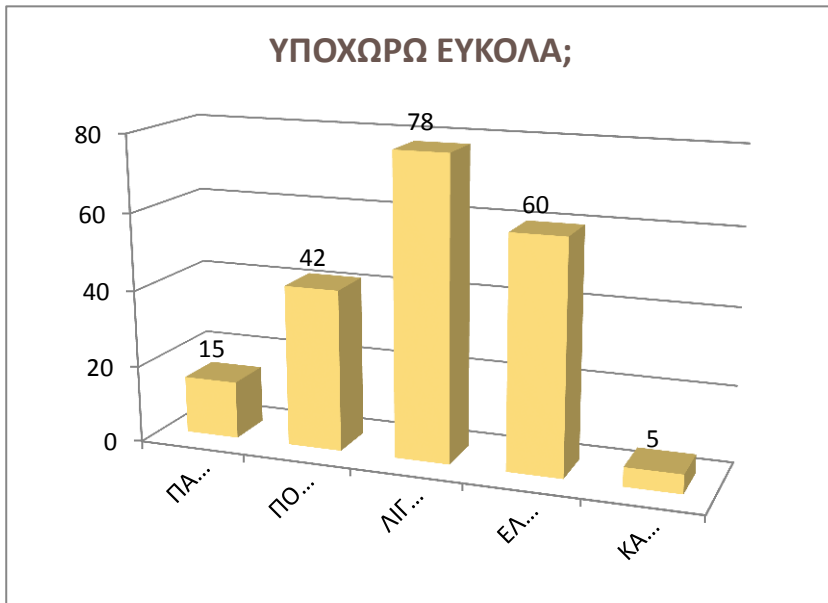


**ΔΥΣΚΟΛΕΥΟΜΑΙ ΝΑ ΣΥΝΗΘΙΣΩ ΚΑΤΙ
ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟ;**

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥΉ ΠΑΝΤΟΤΕ	19
ΠΟΛΥΉ ΣΥΧΝΑ	71
ΛΙΓΟΉ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	30
ΕΛΑΧΙΣΤΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	45
ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΠΟΤΕ	35

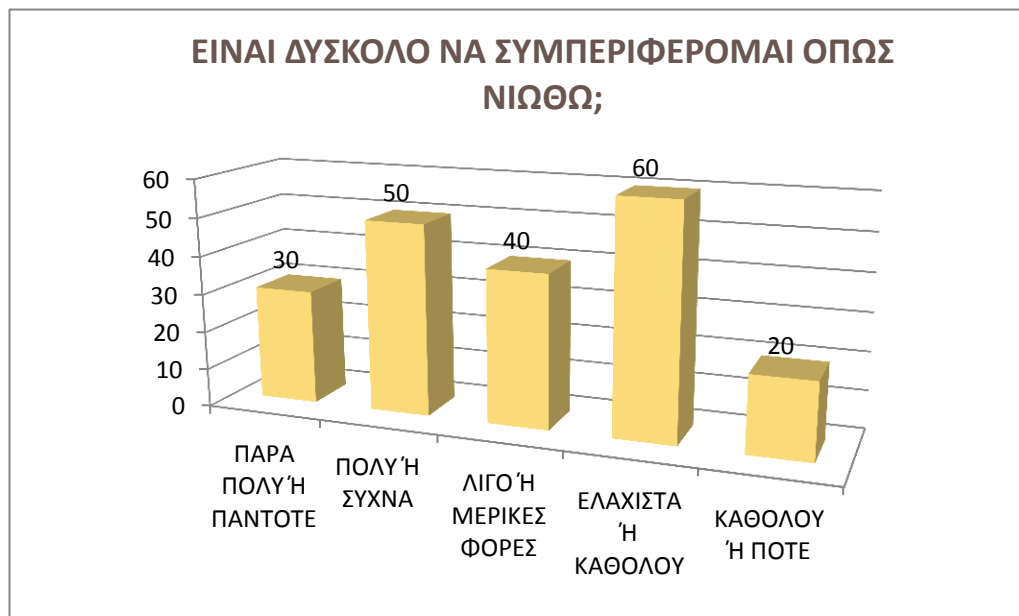


ΥΠΟΧΩΡΩ
ΕΥΚΟΛΑ;



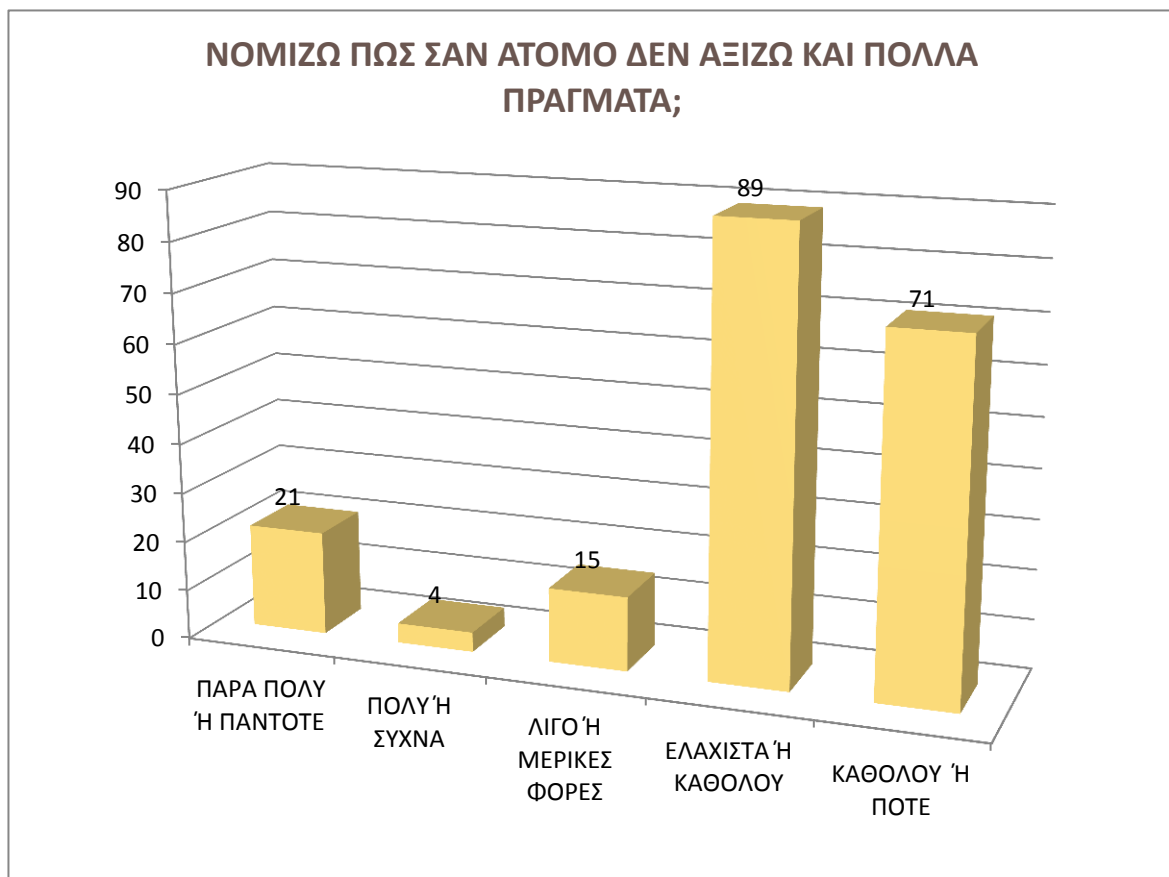
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥΉ ΠΑΝΤΟΤΕ	15
ΠΟΛΥΉ ΣΥΧΝΑ	42
ΛΙΓΟΉ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	78
ΕΛΑΧΙΣΤΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	60
ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΠΟΤΕ	5

ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΟΜΑΙ ΟΠΩΣ ΝΙΩΘΩ;



ΝΟΜΙΖΩ ΠΩΣ ΣΑΝ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ
ΑΞΙΖΩ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ;

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ Ή ΠΑΝΤΟΤΕ	21
ΠΟΛΥ Ή ΣΥΧΝΑ	4
ΛΙΓΟ Ή ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	15
ΕΛΑΧΙΣΤΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	89
ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΠΟΤΕ	71



ΕΑΝ ΕΧΩ ΚΑΤΙ ΝΑ ΠΩ, ΤΟ ΛΕΩ ΧΩΡΙΣ ΔΙΣΤΑΓΜΟ;

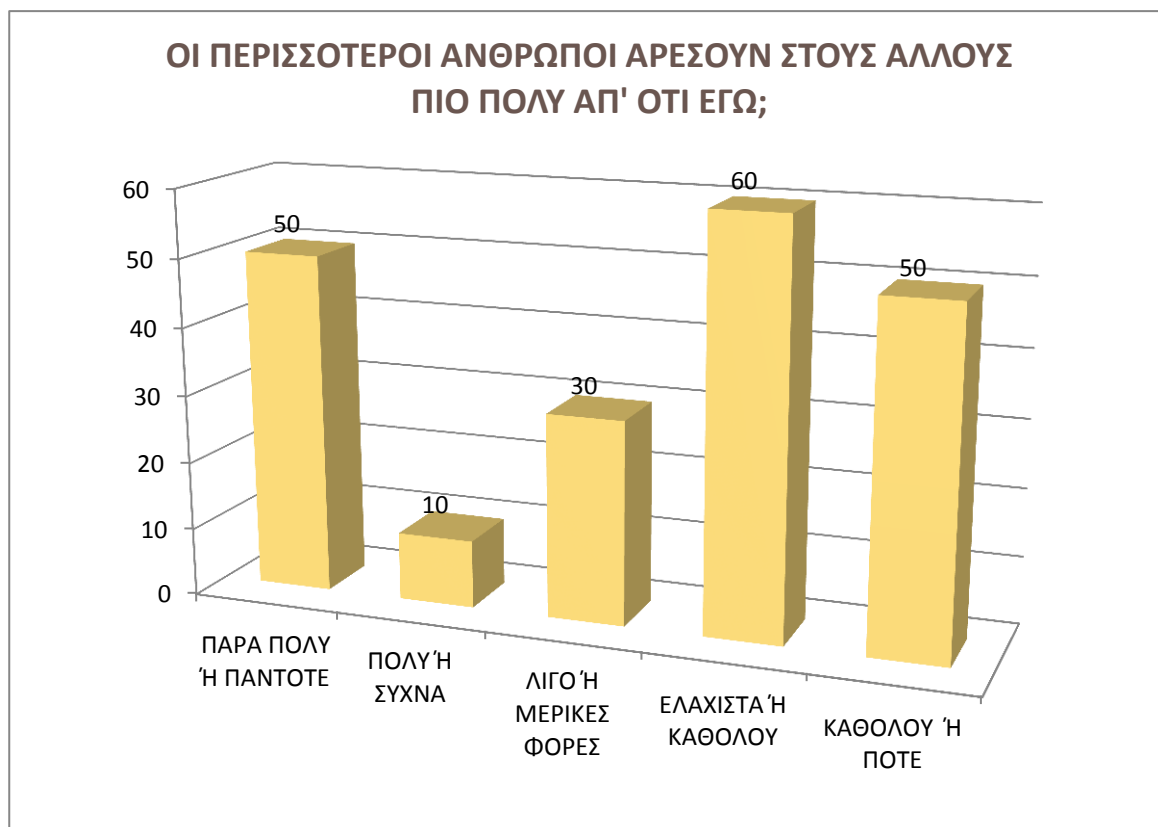


ΝΟΜΙΖΩ ΠΩΣ ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ;

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ Ή ΠΑΝΤΟΤΕ	31
ΠΟΛΥ Ή ΣΥΧΝΑ	14
ΛΙΓΟ Ή ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	42
ΕΛΑΧΙΣΤΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	74
ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΠΟΤΕ	39

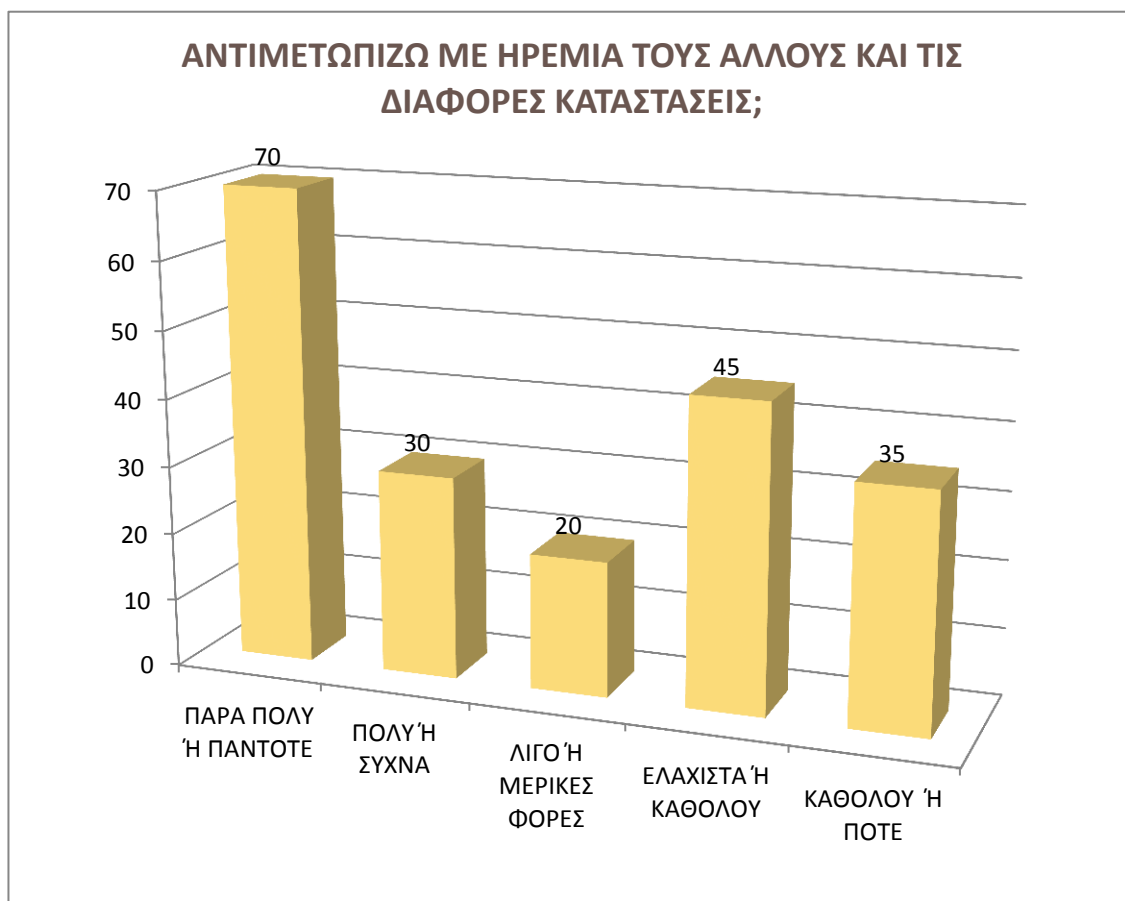


ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΑΡΕΣΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΑΠ' ΟΤΙ ΕΓΩ;

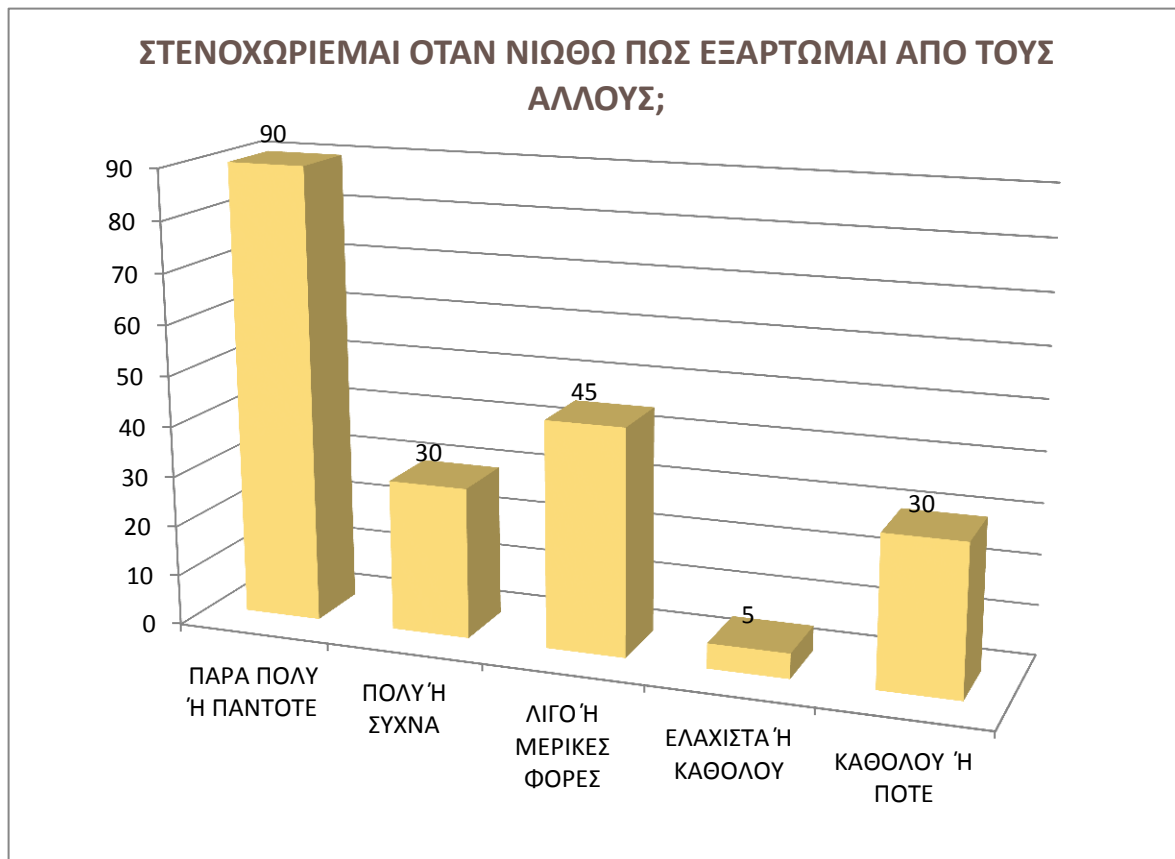


ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΜΕ ΗΡΕΜΙΑ ΤΟΥΣ
ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ;

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ Ή ΠΑΝΤΟΤΕ	70
ΠΟΛΥ Ή ΣΥΧΝΑ	30
ΛΙΓΟ Ή ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	20
ΕΛΑΧΙΣΤΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	45
ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΠΟΤΕ	35



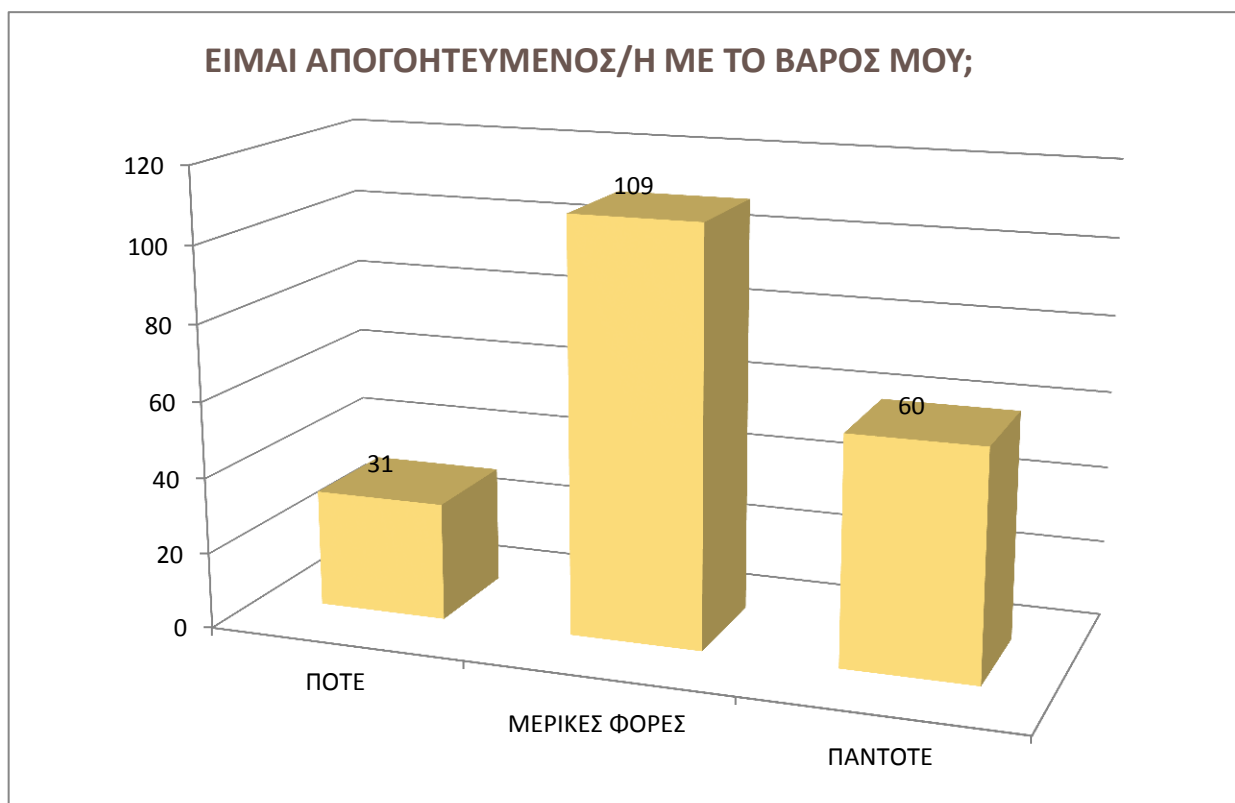
ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΕΜΑΙ ΟΤΑΝ ΝΙΩΘΩ ΠΩΣ ΕΞΑΡΤΩΜΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ;



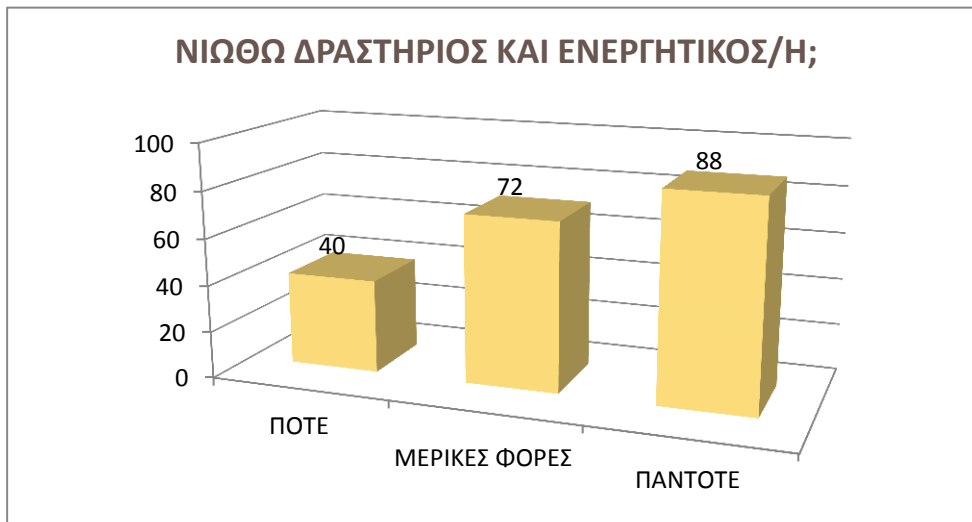
**Ερωτηματολόγιο βάρους σώματος, εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης (BWISE),
Williamson DA et al (2000)**

**ΕΙΜΑΙ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ/Η ΜΕ
ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΜΟΥ;**

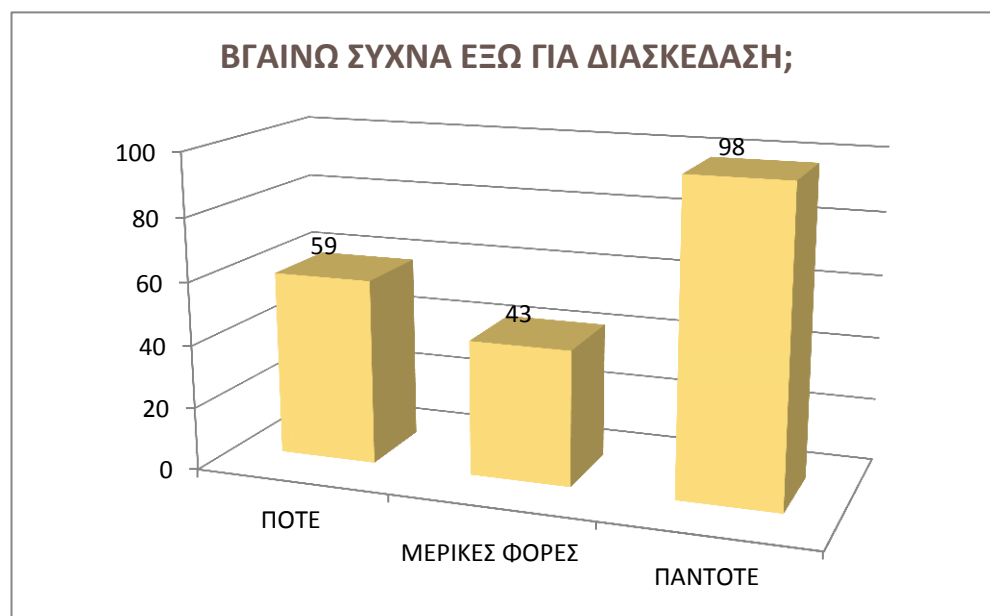
ΠΟΤΕ	31
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	109
ΠΑΝΤΟΤΕ	60



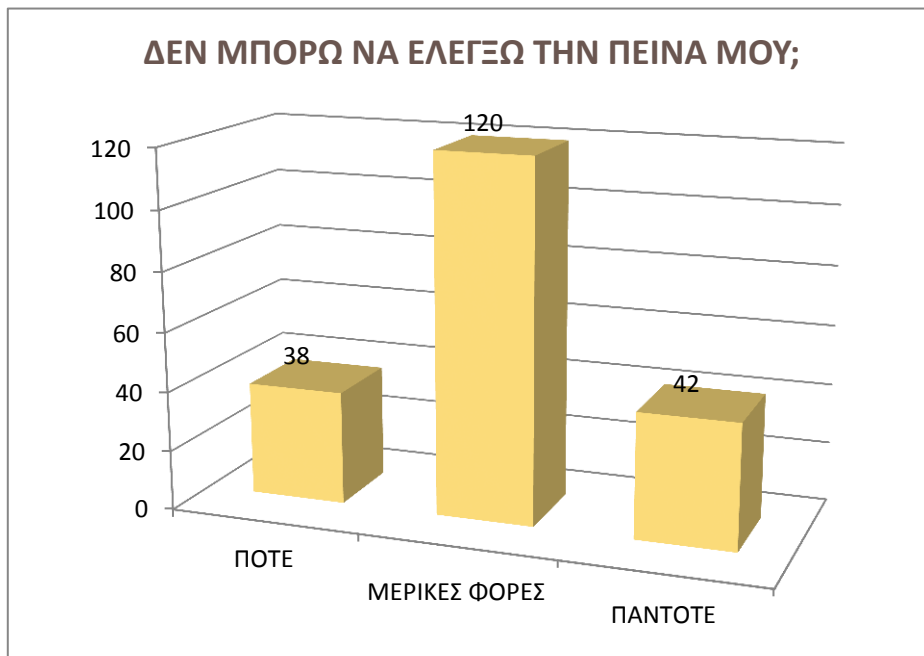
**ΝΙΩΘΩ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΣ ΚΑΙ
ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΣ/Η;**



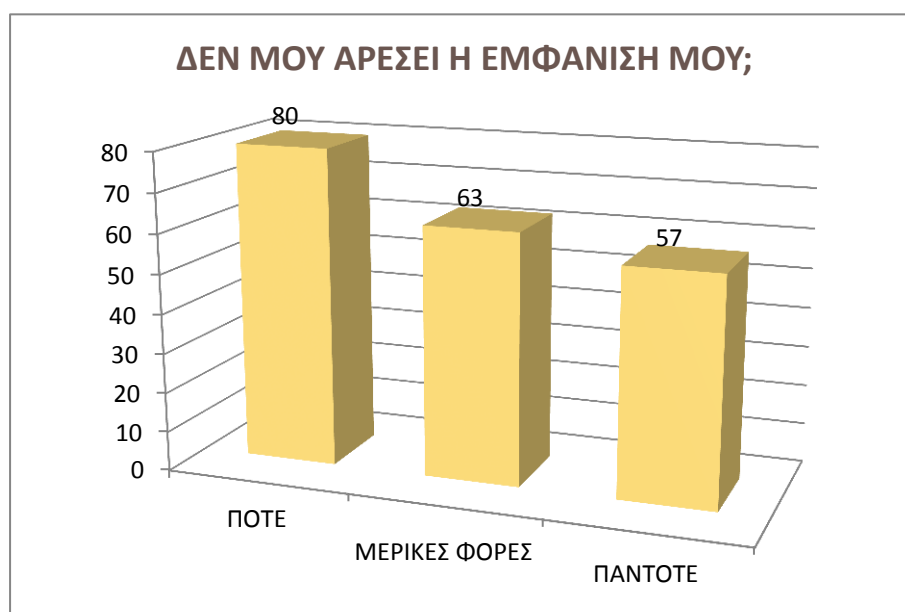
ΒΓΑΙΝΩ ΣΥΧΝΑ ΕΞΩ ΓΙΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ;



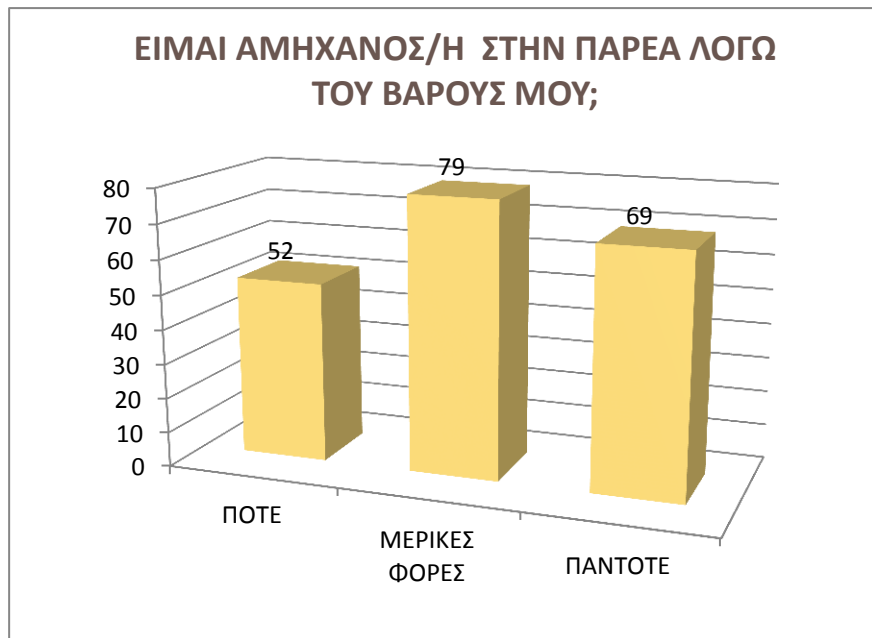
ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΛΕΓΞΩ ΤΗΝ ΠΕΙΝΑ ΜΟΥ;



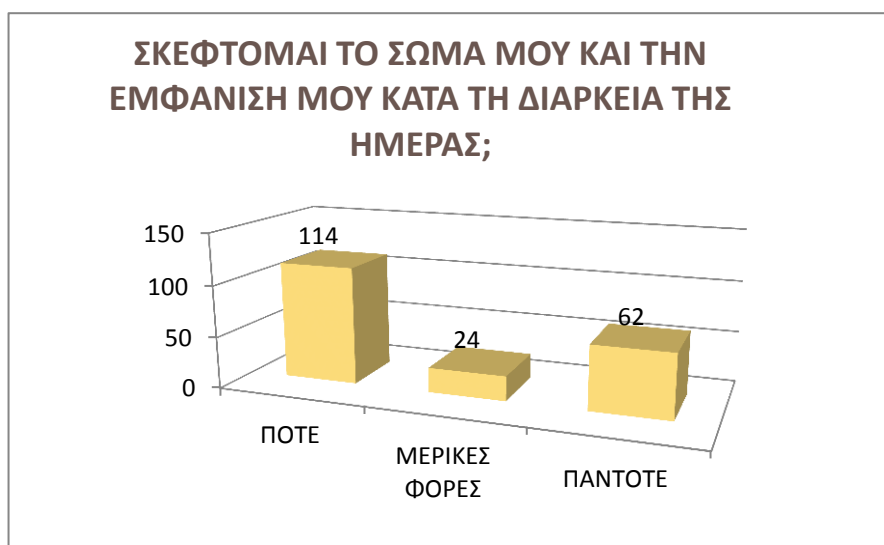
ΔΕΝ ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ;



ΕΙΜΑΙ ΑΜΗΧΑΝΟΣ/Η ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΑ
ΛΟΓΩ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΜΟΥ;

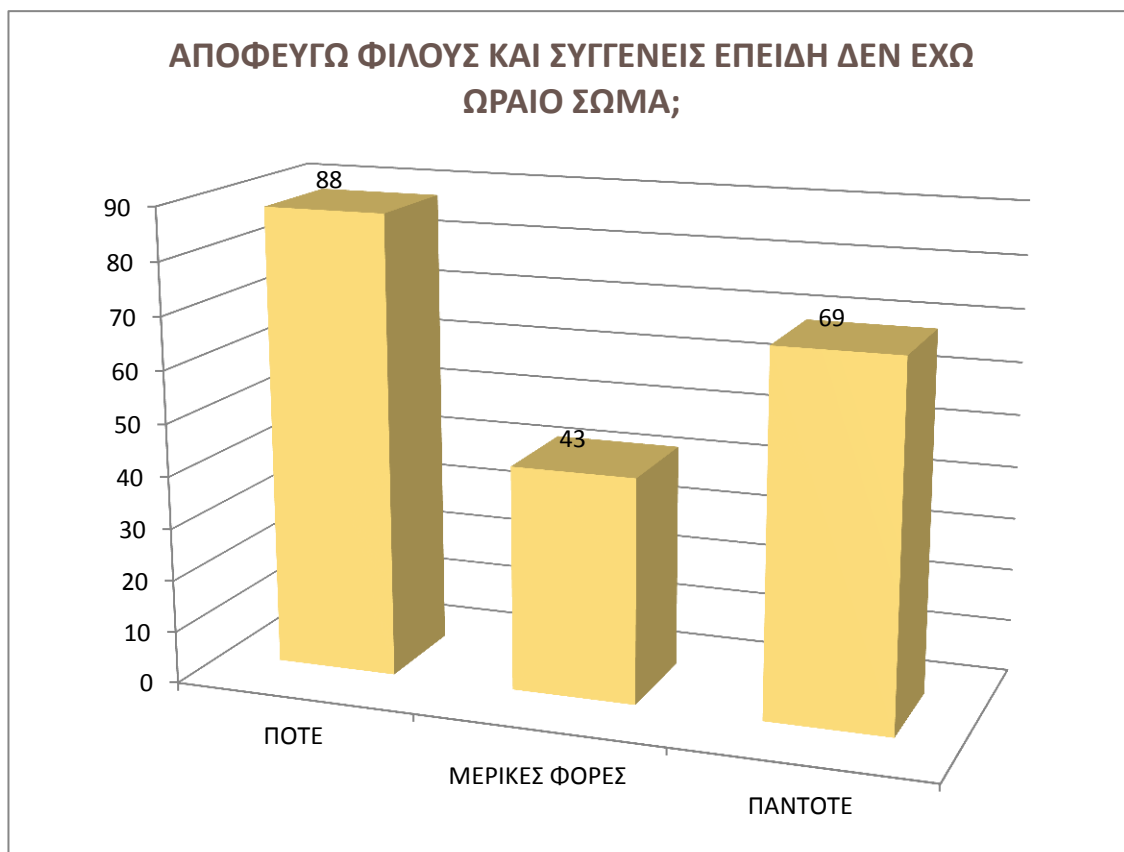


ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΥ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΗΜΕΡΑΣ;

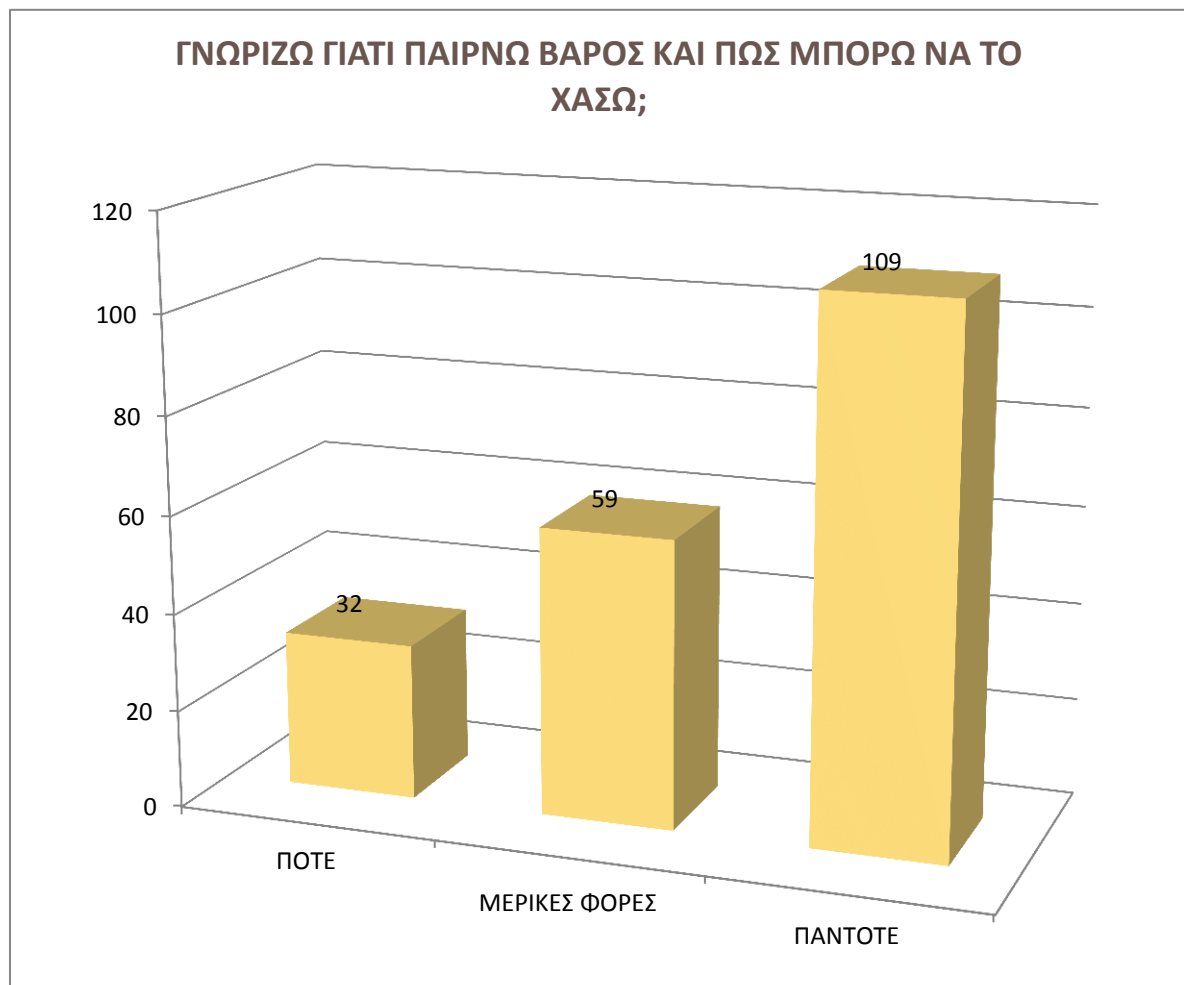


**ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΦΙΛΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ
ΕΠΕΙΔΗ ΔΕΝ ΕΧΩ ΩΡΑΙΟ ΣΩΜΑ;**

ΠΟΤΕ	88
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	43
ΠΑΝΤΟΤΕ	69



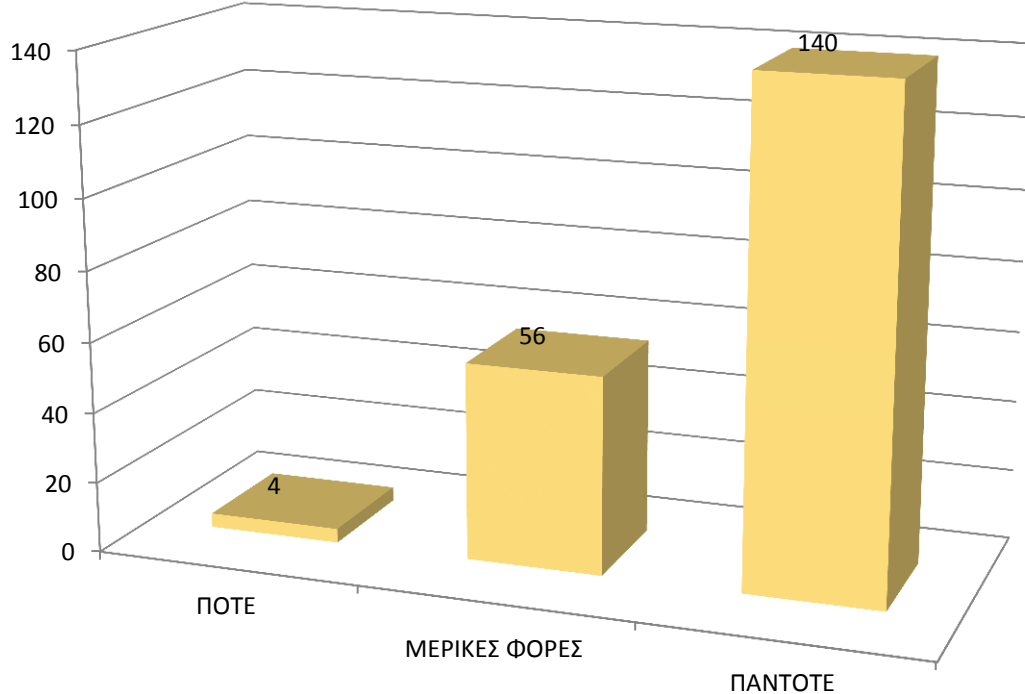
ΓΝΩΡΙΖΩ ΓΙΑΤΙ ΠΑΙΡΝΩ
ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ
ΤΟ ΧΑΣΩ;



**ΕΧΩ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΠΩΣ ΤΟ
ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΒΑΡΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ;**

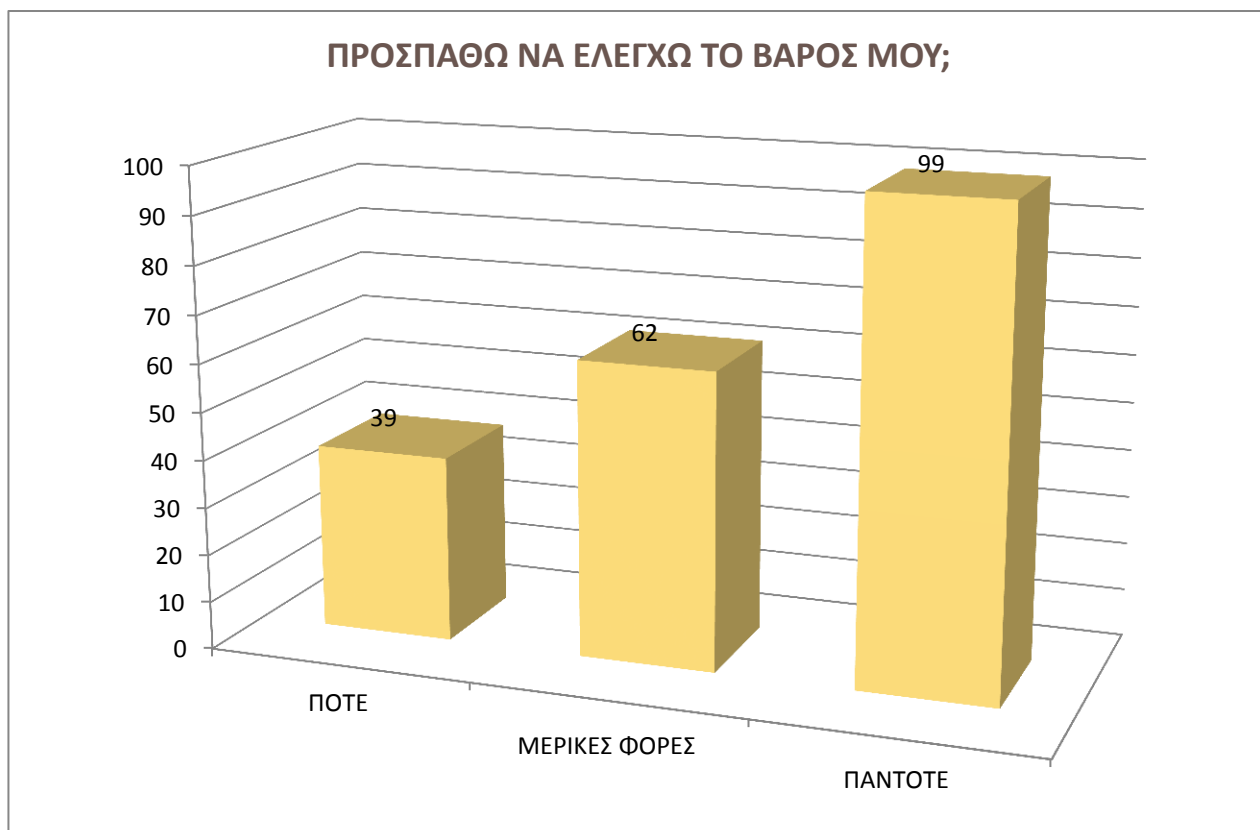
ΠΟΤΕ	4
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	56
ΠΑΝΤΟΤΕ	140

**ΕΧΩ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΠΩΣ ΤΟ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΒΑΡΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ;**



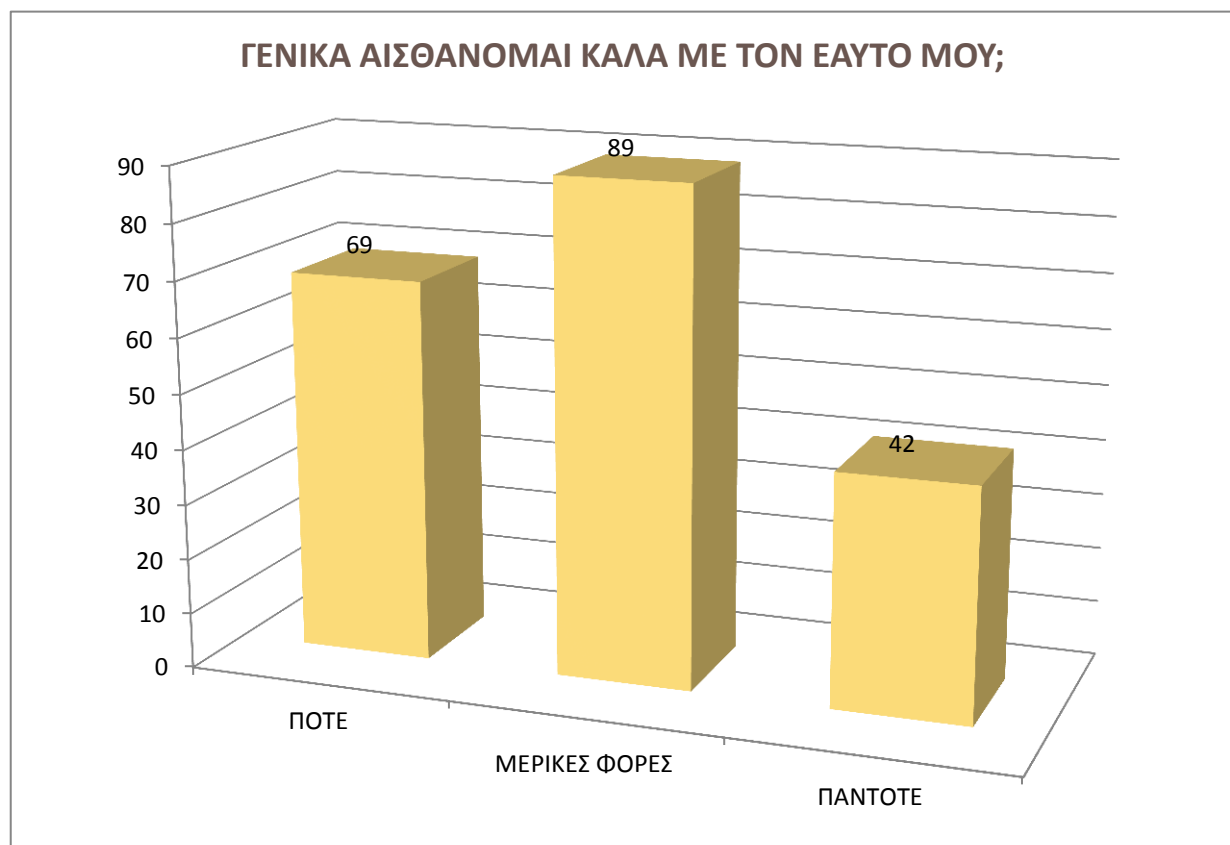
ΠΡΟΣΠΑΘΩ ΝΑ ΕΛΕΓΧΩ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΜΟΥ;

ΠΟΤΕ	39
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	62
ΠΑΝΤΟΤΕ	99



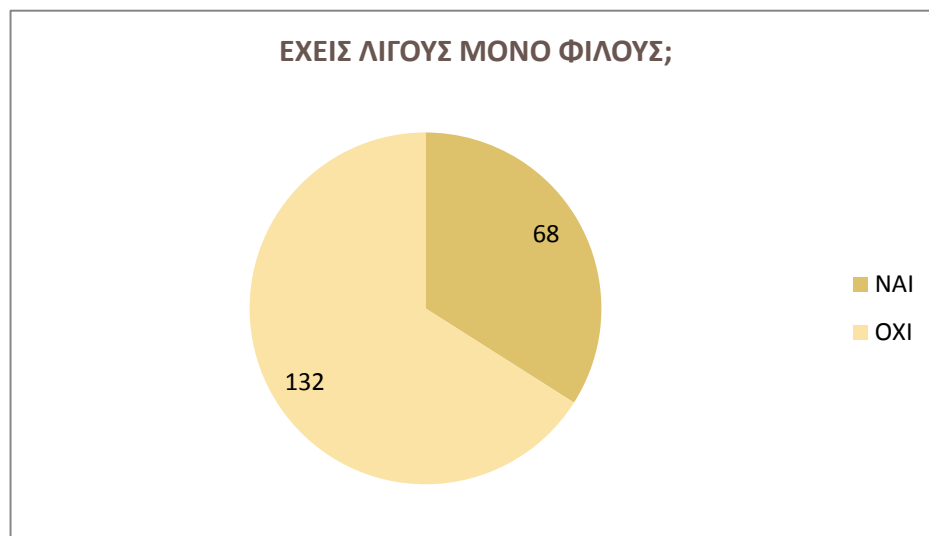
**ΓΕΝΙΚΑ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΚΑΛΑ ΜΕ ΤΟΝ
ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ;**

ΠΟΤΕ	69
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	89
ΠΑΝΤΟΤΕ	42



Διαπολιτισμικό ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για ενήλικες, Αργυρακούλη
Ε. (2000)

ΕΧΕΙΣ ΛΙΓΟΥΣ ΜΟΝΟ ΦΙΛΟΥΣ;



ΣΥΜΠΑΘΕΙΣ ΟΛΟΥΣ ΟΣΟΥΣ ΞΕΡΕΙΣ;



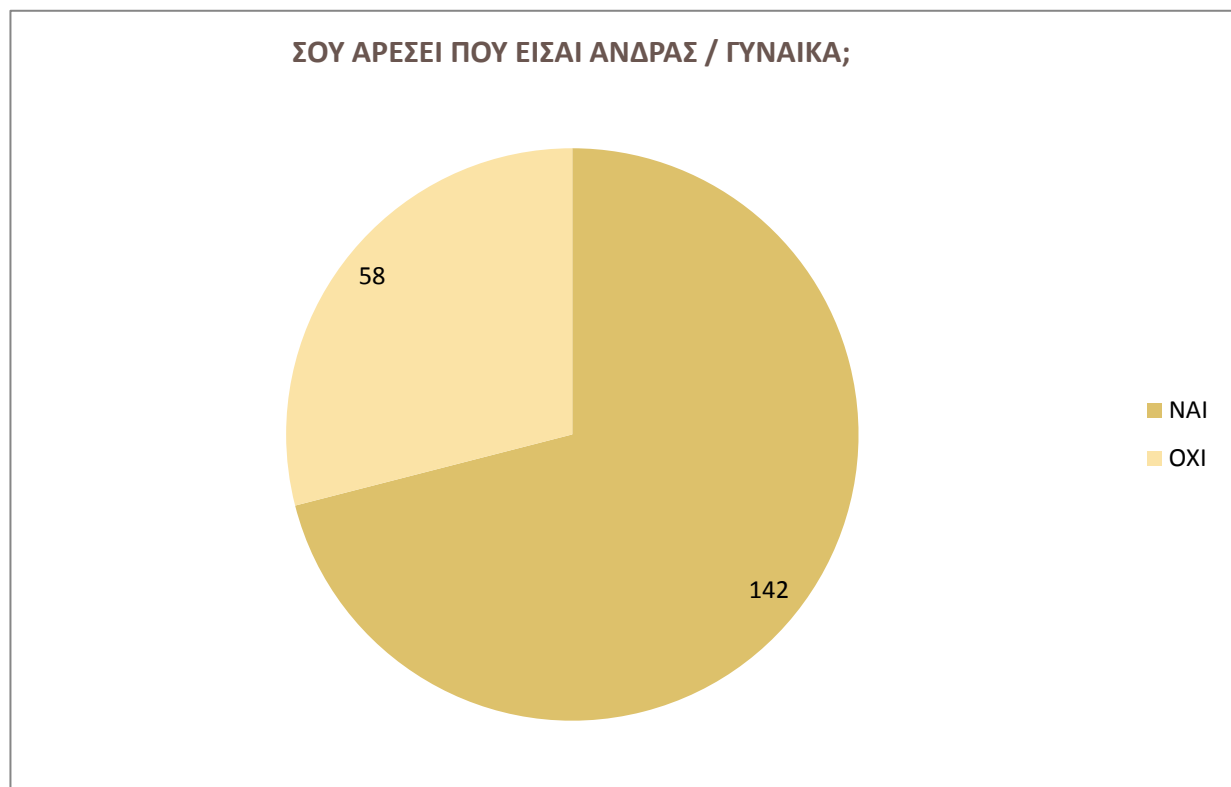
ΠΕΡΝΑΣ ΤΟΝ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ
ΧΡΟΝΟ
ΜΟΝΟΣ/ΜΟΝΗ
ΣΟΥ;

ΝΑΙ	69
ΟΧΙ	131



**ΣΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΥ
ΕΙΣΑΙ ΑΝΔΡΑΣ /
ΓΥΝΑΙΚΑ;**

ΝΑΙ	142
ΟΧΙ	58



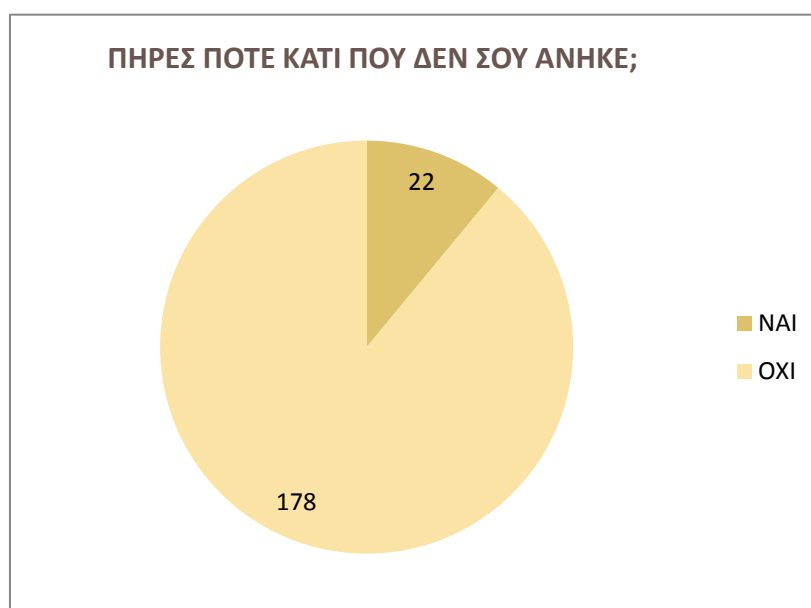
**ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΕΤΥΧΑΙΝΕΙΣ ΟΤΑΝ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙΣ ΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΡΓΟ
Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ;**

ΝΑΙ 102
ΟΧΙ 98



ΠΗΡΕΣ ΠΟΤΕ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΟΥ ΑΝΗΚΕ?

ΝΑΙ 22
ΟΧΙ 178

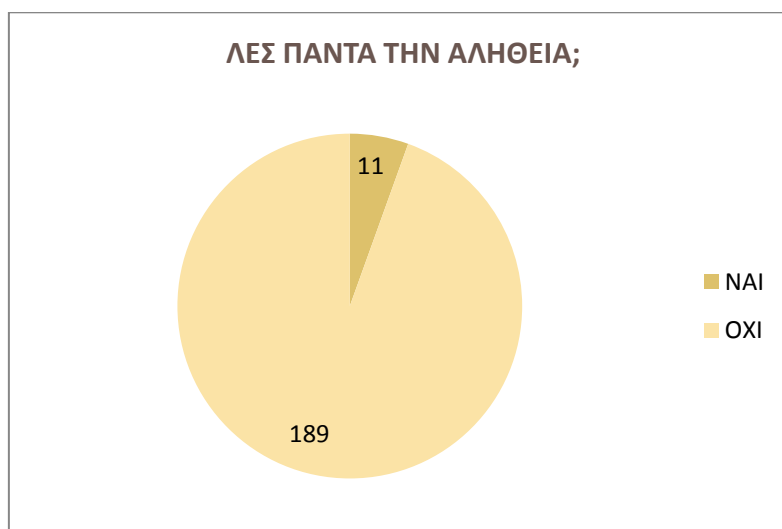


ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΟΥΔΑΙΟΣ ΟΣΟ ΟΙ ΠΙΟ ΠΟΛΛΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ;

ΝΑΙ 168
ΟΧΙ 32



ΛΕΣ ΠΑΝΤΑ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ;

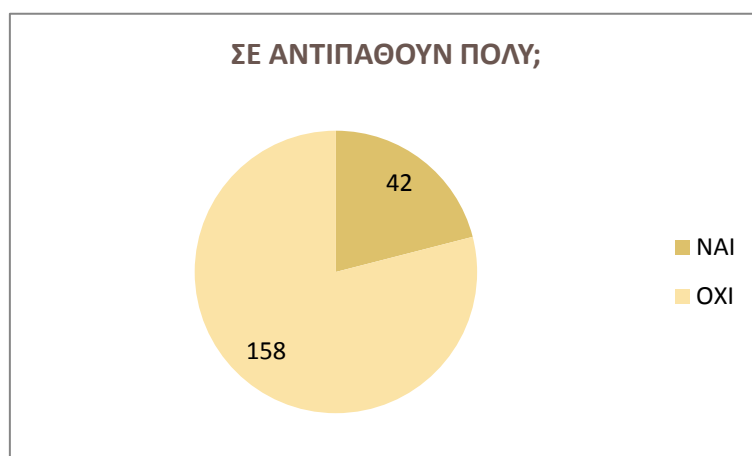


**ΕΙΣΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΙΜΟΣ ΟΣΟ ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ
ΑΝΘΡΩΠΟΙ;**

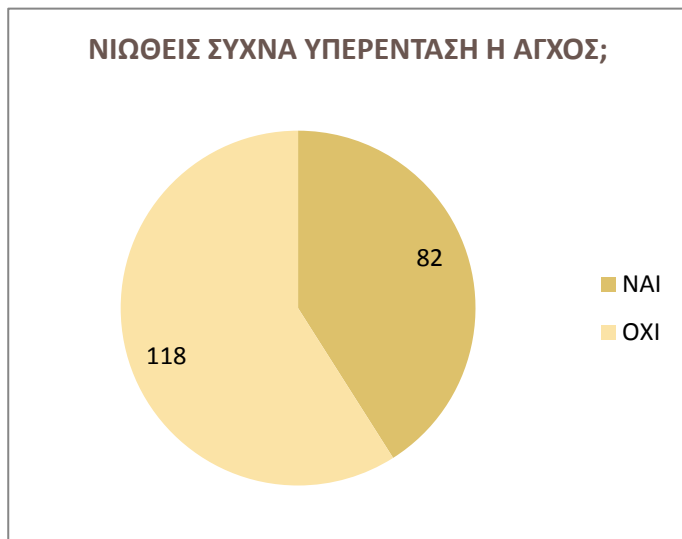


ΝΑΙ	119
ΟΧΙ	81

ΣΕ ΑΝΤΙΠΑΘΟΥΝ ΠΟΛΥ;



ΝΙΩΘΕΙΣ ΣΥΧΝΑ ΥΠΕΡΕΝΤΑΣΗ Η ΑΓΧΟΣ;



ΝΑΙ
ΟΧΙ

82
118

ΣΟΥ ΛΕΙΠΕΙ Η ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΩΣΗ;



ΝΑΙ
ΟΧΙ

**ΚΟΥΤΣΟΜΠΟΛΕΥΕΙΣ ΜΕΡΙΚΕΣ
ΦΟΡΕΣ;**



ΕΙΣΑΙ ΔΥΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΙΗΣ ΟΣΟ ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ;



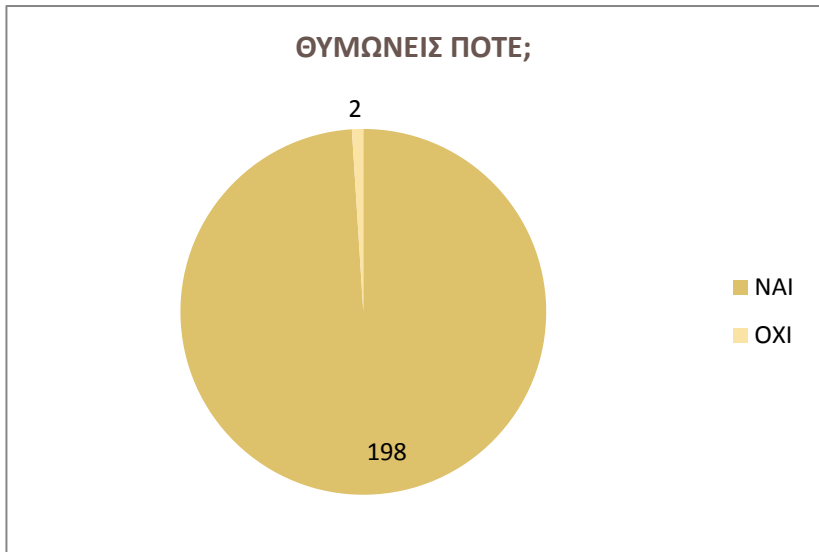
ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΣΑΙ ΝΑ ΕΚΦΡΑΣΕΙΣ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ Ή ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΟΥ;

**ΝΑΙ
ΟΧΙ**

**92
108**

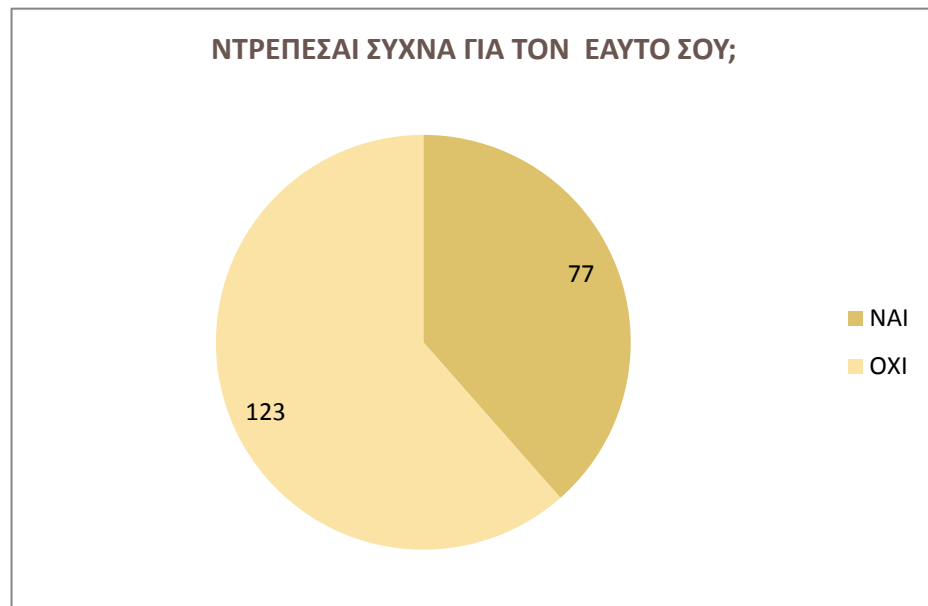


ΘΥΜΩΝΕΙΣ ΠΟΤΕ;

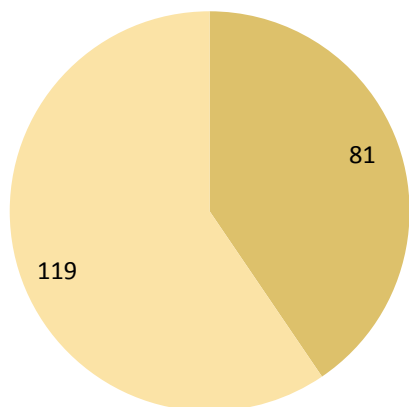


ΝΑΙ 198
ΟΧΙ 2

ΝΤΡΕΠΕΣΑΙ ΣΥΧΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ;



**ΔΙΑΚΑΤΕΧΕΣΑΙ ΣΥΧΝΑ ΑΠΟ ΑΣΧΗΜΑ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ;**

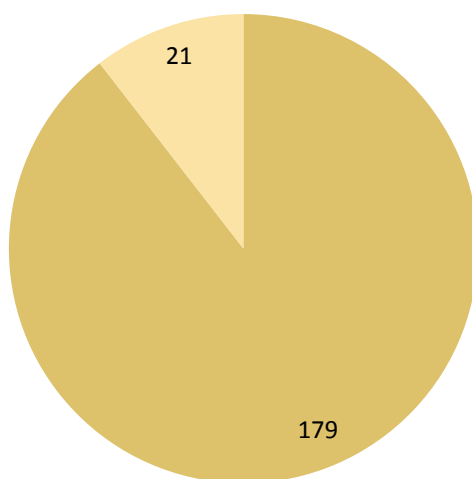


■ NAI
■ OXI

NAI 81
OXI 119

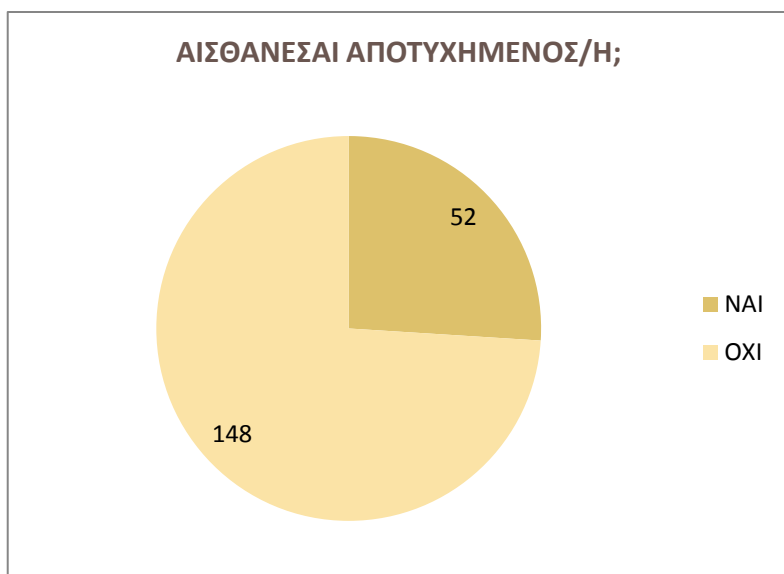
ΕΙΣΑΙ ΠΟΤΕ ΝΤΡΟΠΑΛΟΣ/Η;

ΕΙΣΑΙ ΠΟΤΕ ΝΤΡΟΠΑΛΟΣ/Η;



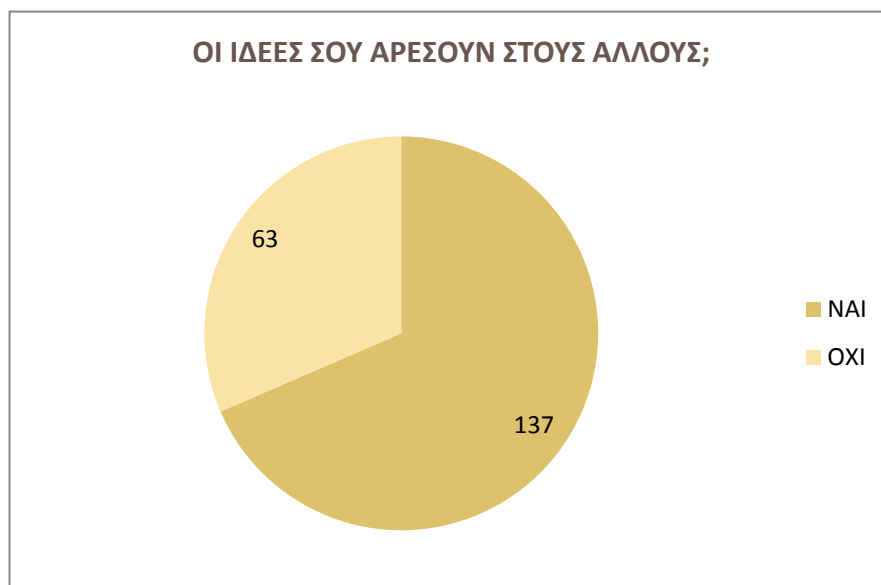
■ NAI
■ OXI

ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ
ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΟΣ/Η;



ΝΑΙ	52
ΟΧΙ	148

ΟΙ ΙΔΕΕΣ ΣΟΥ ΑΡΕΣΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ;

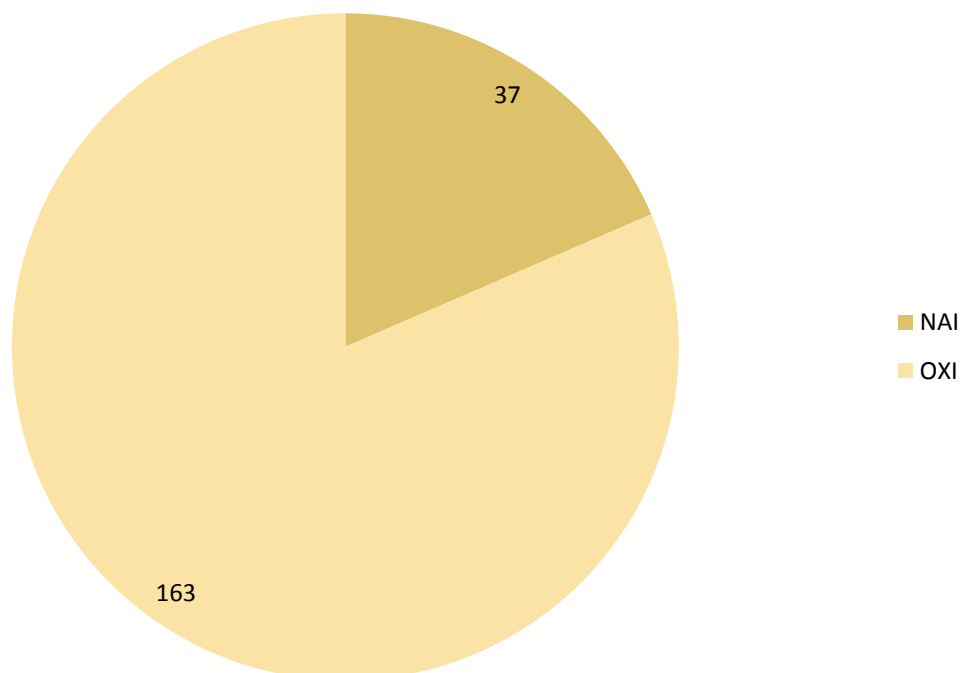


ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΚΑΝΕΙΣ ΓΝΩΡΙΜΙΕΣ ΜΕ ΝΕΑ ΠΡΟΣΩΠΑ;

ΝΑΙ
ΟΧΙ

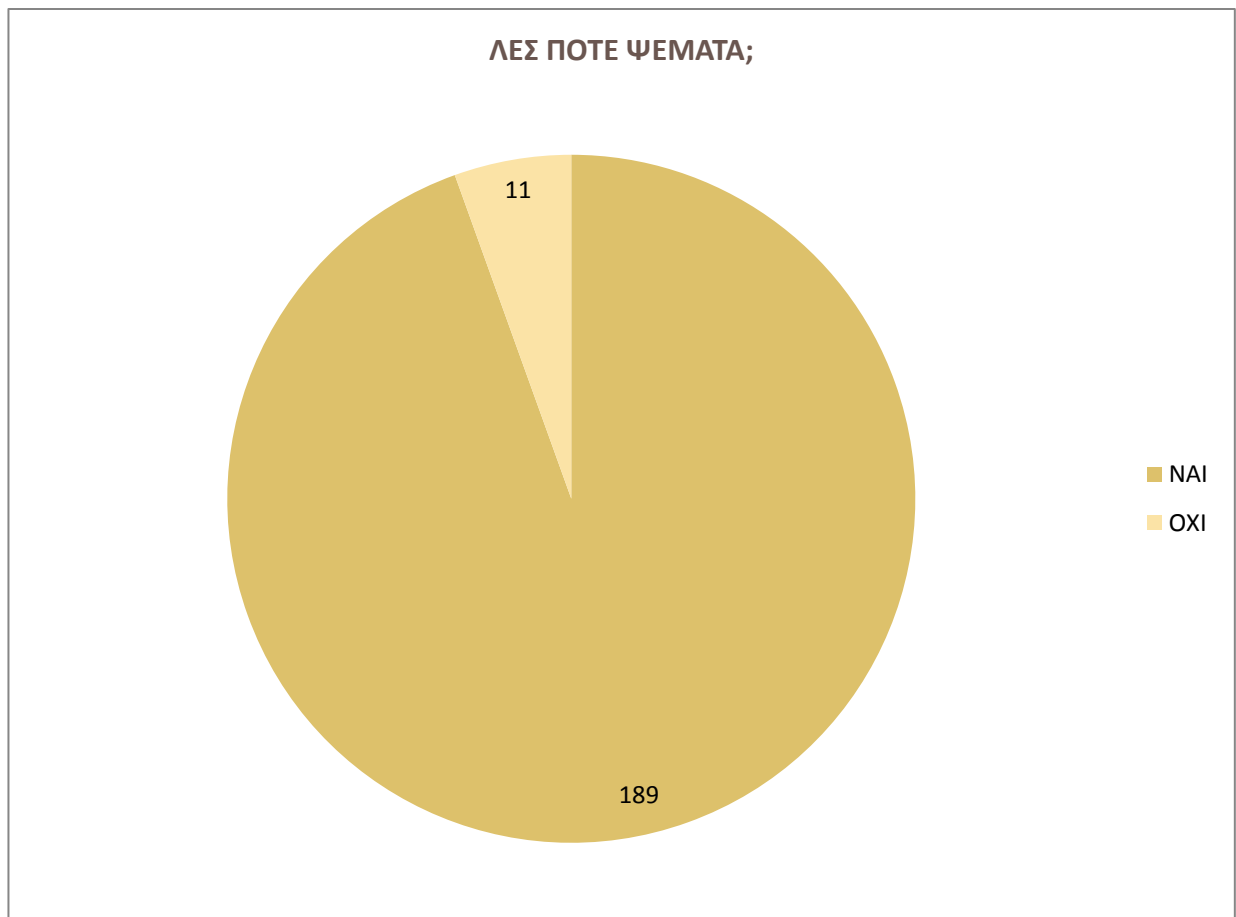
37
163

ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΚΑΝΕΙΣ ΓΝΩΡΙΜΙΕΣ ΜΕ ΝΕΑ ΠΡΟΣΩΠΑ;



**ΛΕΣ ΠΟΤΕ
ΨΕΜΑΤΑ;**

ΝΑΙ	189
ΟΧΙ	11



ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΕΒΟΝΤΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΟΥ;



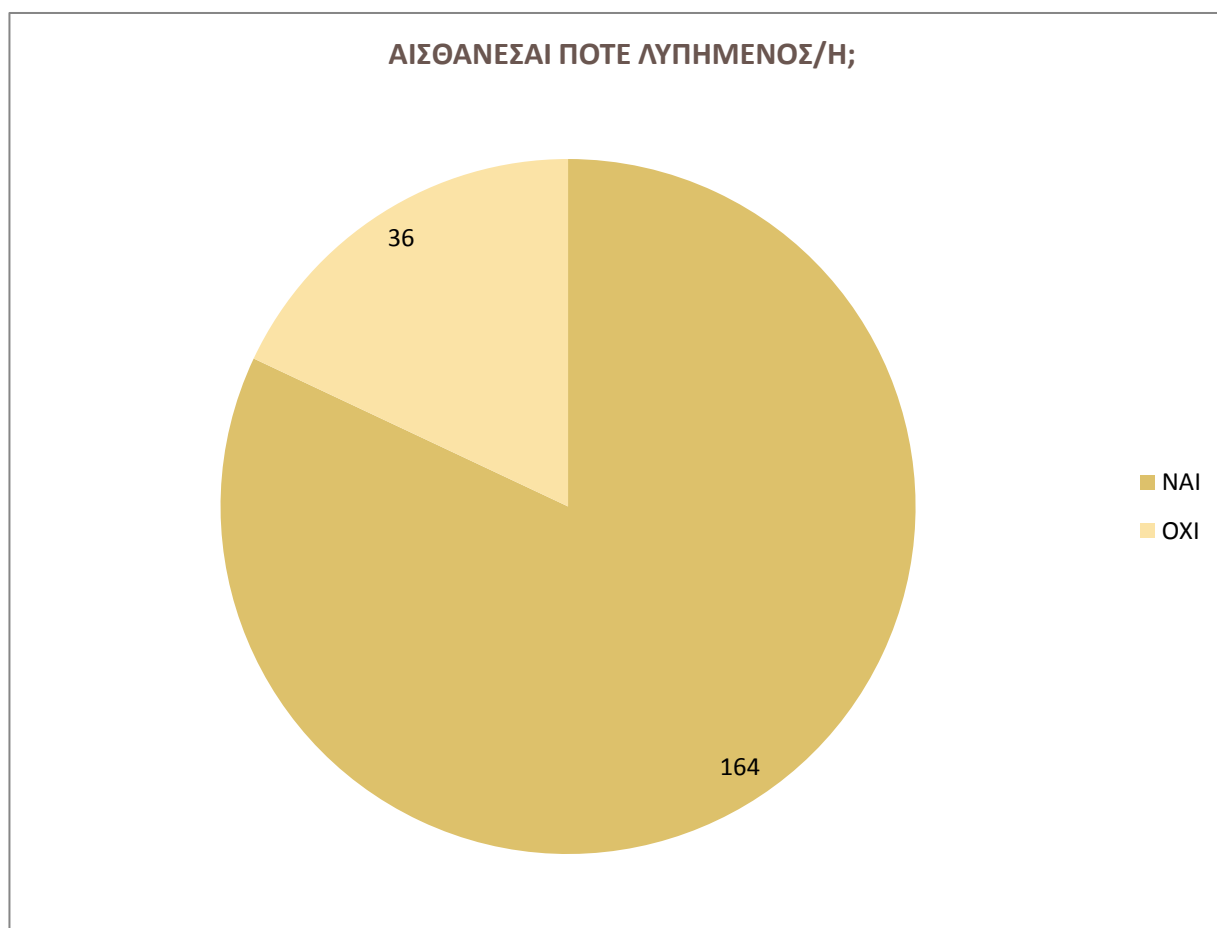
ΝΑΙ	153
ΟΧΙ	47

ΕΙΣΑΙ ΠΙΟ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ/Η ΑΠΟ ΟΣΟ ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ;



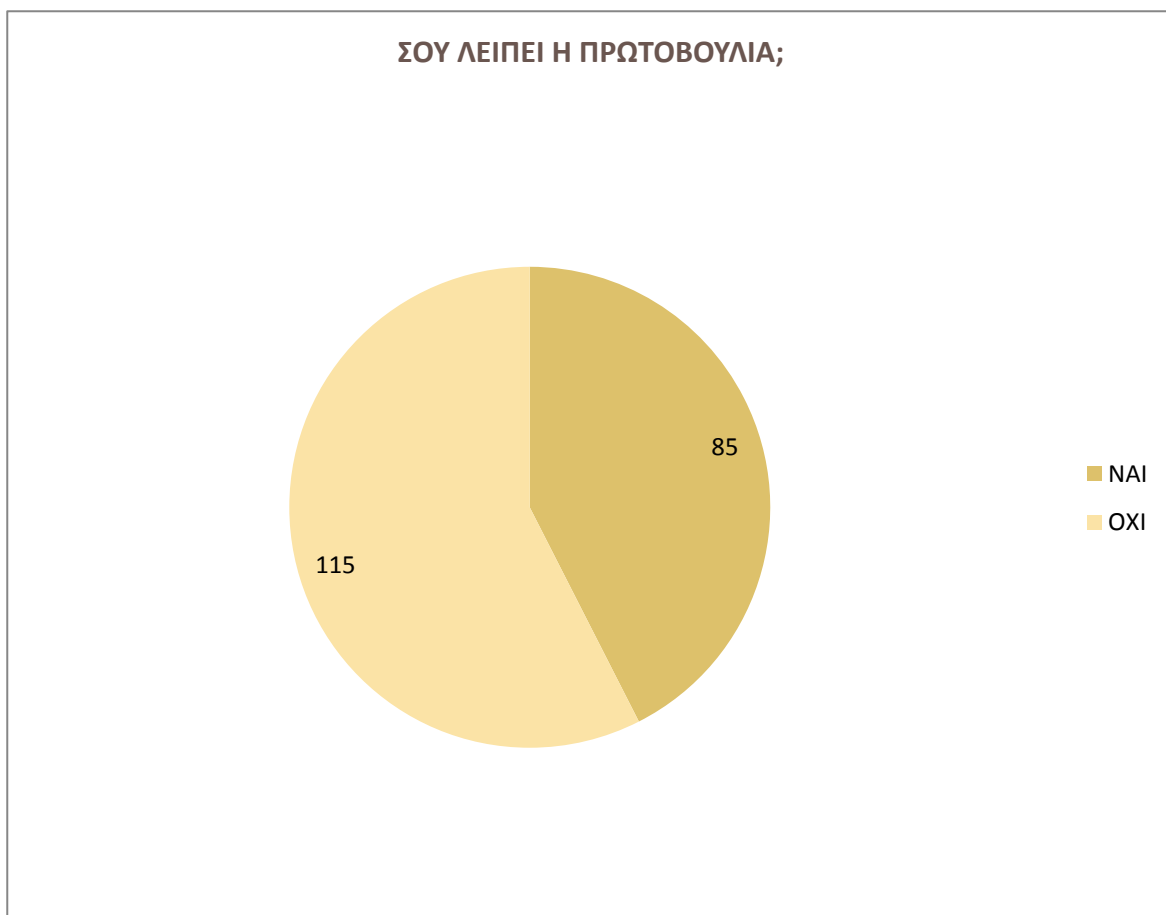
**ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΠΟΤΕ
ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ/Η;**

ΝΑΙ	164
ΟΧΙ	36



**ΣΟΥ ΛΕΙΠΕΙ Η
ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ;**

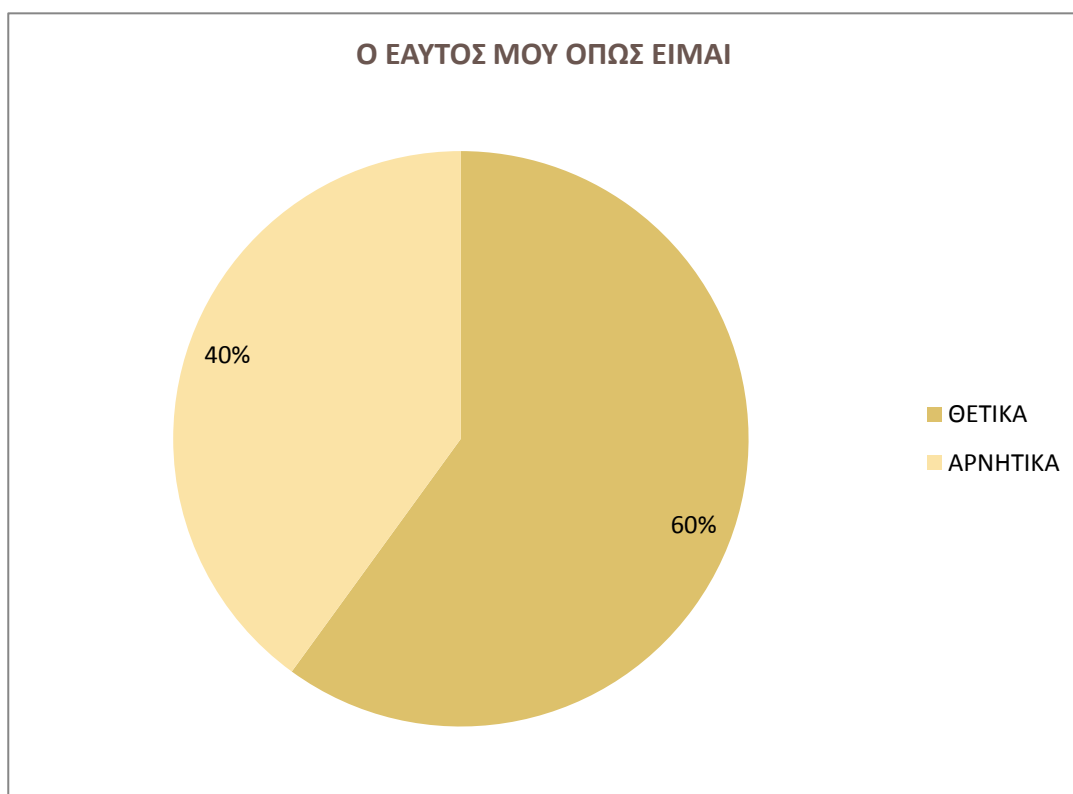
ΝΑΙ	85
ΟΧΙ	115



Κλίμακα μέτρησης της εικόνας του εαυτού, Χάιντς Ε. (1995)

**Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ
ΕΙΜΑΙ**

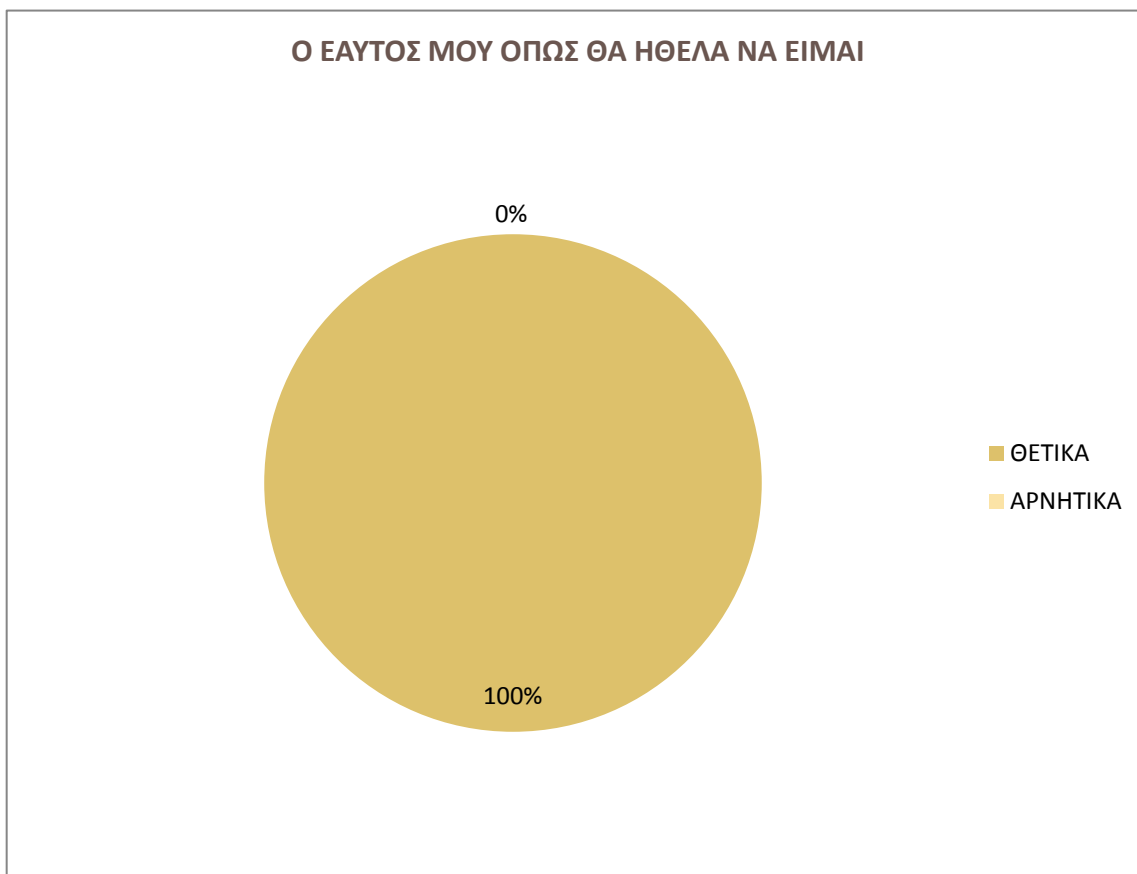
ΘΕΤΙΚΑ	60%
ΑΡΝΗΤΙΚΑ	40%



**Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ
ΝΑ ΕΙΜΑΙ**

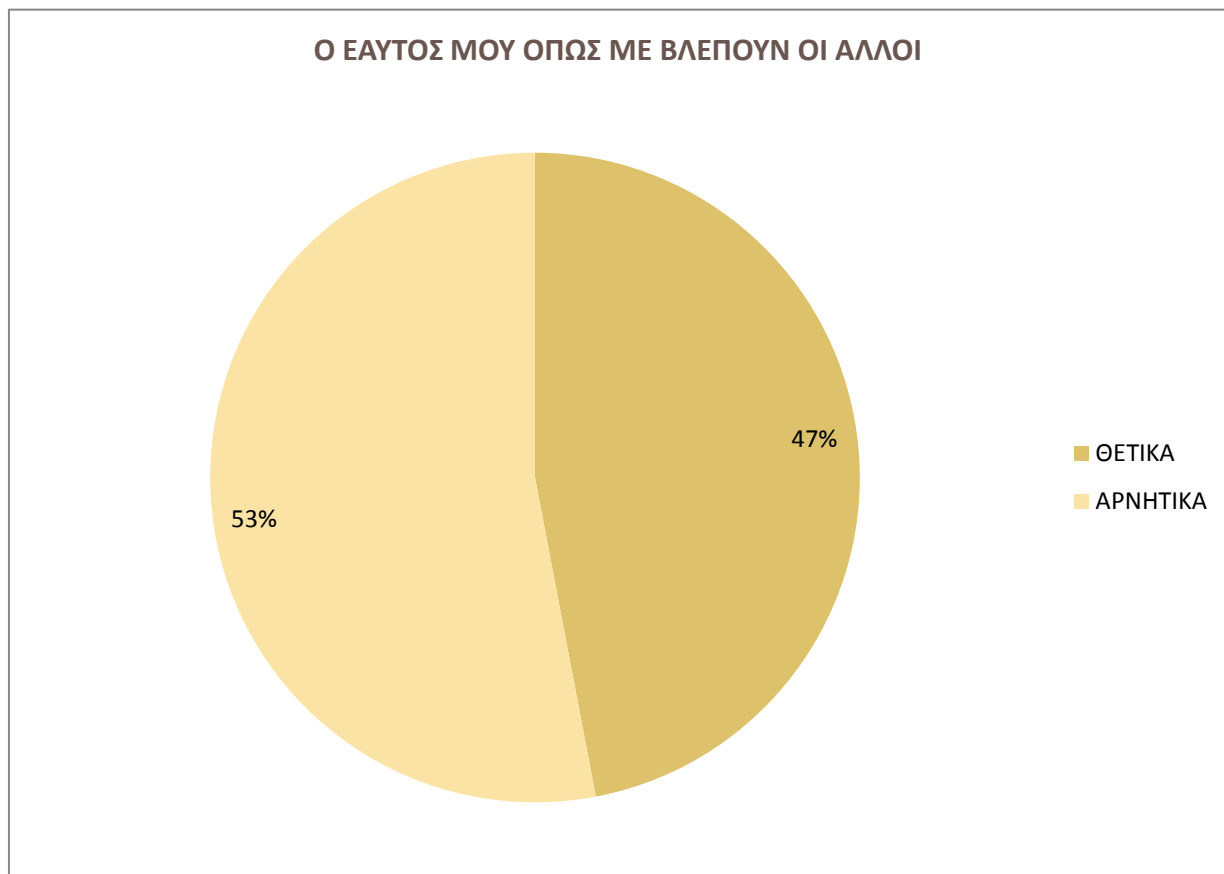
**ΘΕΤΙΚΑ
ΑΡΝΗΤΙΚΑ**

**100%
0%**



**Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ ΟΠΩΣ ΜΕ ΒΛΕΠΟΥΝ ΟΙ
ΑΛΛΟΙ**

ΘΕΤΙΚΑ	47%
ΑΡΝΗΤΙΚΑ	53%



8.4 Συμπεράσματα Έρευνας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν την αρνητικότερη εικόνα σώματος σε αντίθεση με αυτά με φυσιολογικό βάρος. Όσο αφορά την χώρα μας έχουμε ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια με το 26% των ανδρών να είναι παχύσαρκοι και το 18,2% των γυναικών.

Παρατηρήσαμε πως οι παχύσαρκες γυναίκες αλλά και ένας σημαντικός αριθμός γυναικών με φυσιολογικό βάρος έδειχναν να μην είναι ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματος τους, παρουσιάζοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση σε αντίθεση με τους άνδρες, και αυτό γιατί τα ιδανικά της γυναικείας ομορφιάς διαφέρουν και αλλάζουν σύμφωνα με τα αισθητικά στερεότυπα που επικρατούν και είναι μεγάλο το ποσοστό των γυναικών το οποίο προσπαθεί να διαμορφώσει το σωματότυπο του σύμφωνα με αυτά τα ιδανικά. Οι ιδιαίτερη σημασία που δίνουν οι γυναίκες για το βάρος και την εξωτερική εικόνα τους επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία τους προκαλώντας τους δυσαρέσκεια για την εμφάνιση τους λόγω της εξιδανίκευσης του λεπτού σώματος , για αυτό ακόμα και γυναίκες με κανονικό βάρος θέλουν να χάνουν βάρος και είναι συνεχώς φοβισμένες μη πάρουν κιλά , κάτι που τις κάνει να αισθάνονται παχιές. Επίσης όλες οι παχύσαρκες γυναίκες έδειχναν να μην τους αρέσει που είναι γυναίκες και ήταν αυτές που έδειχναν να πιστεύουν πως οι άνδρες δεν τις συμπαθούν , παρατηρώντας έτσι πως στις γυναίκες οι παχυσαρκία σχετίζεται με σοβαρή κατάθλιψη εν αντίθεση με τους άνδρες .Έρευνες έχουν δείξει πως τα παχύσαρκα άτομα και ιδίως οι άνδρες δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στον εργασιακό χώρο τους κάτι που δεν συμβαίνει και με τις γυναίκες αυξάνοντας έτσι το αίσθημα κοινωνικού αποκλεισμού προς αυτές αλλά και της κατάθλιψης.

Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης και παχυσαρκίας έχει αυξηθεί ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια ,έχοντας παρατηρηθεί πως συχνά κατάθλιψη και παχυσαρκία συνυπάρχουν .Τα περιττά κιλά πολλές φορές είναι πλήγμα για την ψυχή του ανθρώπου ,κάτι το οποίο φάνηκε και από την έρευνα μας το παχύσαρκο

άτομο νιώθει ενοχικά, απογοήτευση, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και συναισθήματα του και συχνά ντρέπεται για τον εαυτό του για αυτό και βρίσκει καταφύγιο στο φαγητό διατηρώντας την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση που δεν πρόκειται να προδοθεί ,αφού ο στιγματισμός του τόσο από το κοινωνικό αλλά και το στενό συγγενικό περιβάλλον του από όσο αποδείχτηκε είναι μεγάλος ενισχύοντας έτσι την αρνητική εικόνα που έχει για αυτών .

Η ίδια η κοινωνία πολλές φορές κάνει διακρίσεις εναντίον των υπέρβαρων ατόμων για αυτό και οι παχύσαρκοι συναντούν περισσότερα εμπόδια στην εξέλιξη τους σε σύγκριση με αυτούς με κανονικό βάρος .

Κάτι άλλο το οποίο καταλήξαμε είναι πως το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία των ατόμων σχετίζεται σημαντικά με το πώς η παχυσαρκία επηρεάζει την ψυχολογία τους αλλά και το πώς αντιλαμβάνονται αυτοί το πρόβλημα αυτό ,καθώς άτομα παχύσαρκα με επαρκή μόρφωση σε μικρή και μεγάλη ηλικία φαίνεται να γνωρίζουν πως το παραπάνω βάρος δεν είναι καλό για την υγεία και να προσπαθούν να ελέγξουν αυτό κάτι που δεν συμβαίνει με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δείχνοντας να μην προβληματίζονται και πολύ.

Συνοψίζοντας βλέπουμε πως η ψυχολογία παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και αυτή είναι σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση του αυξημένου βάρους. Δυστυχώς αυστηρές δίαιτες επιφορτίζουν περισσότερο την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου προκαλώντας του αίσθημα θυμού και αυτοκαταστροφής . Έτσι όσοι είναι διαθετημένοι να ξεκινήσουν μια τέτοια δίαιτα απώλειας βάρους θα πρέπει να είναι αποφασισμένοι για τις αλλαγές που θα πραγματοποιήσουν στην ζωή τους και να διακατέχονται από ψυχική ηρεμία.

Επίλογος

Από όλη αυτή τη συγγραφική μας προσπάθεια, έγινε σαφές ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα του σύγχρονου ανθρώπου που υποβαθμίζει την υγεία του αλλά και την ποιότητα ζωής του.

Η ψυχολογική διάσταση της παχυσαρκίας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση του προβλήματος και για το λόγο αυτό οι προσεγγίσεις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι πολυπαραγοντικές και να περιλαμβάνουν ψυχολογική στήριξη από ειδικό ψυχολόγο ατομικά ή σε ομάδες.

Η κακή ψυχολογία που δημιουργεί η παχυσαρκία πολλές φορές ωθεί το παχύσαρκο άτομο σε ένα φαύλο κύκλο υπερφαγίας. Για να σπάσει ο κύκλος αυτός το παχύσαρκο άτομο καλό είναι να δεχτεί επιστημονική και υπεύθυνη βοήθεια, από ομάδα ειδικών επιστημόνων, όπως διατροφολόγων, γυμναστών, ιατρών, ψυχολόγων και αισθητικών.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αποστολοπούλου, Κ. (2014). Ποια είναι τα χρήσιμα διαιτητικά λίπη; Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.kastoria.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=9994&Itemid=371 [5/12/2014].

Αρχοντάκης, Σ. (2004), Νέα και Όμορφη για πάντα, όλα τα μυστικά για τέλειο σώμα και πρόσωπο. Αθήνα: Αδελφοί Βλάση.

Βιβιλάκη, Ε., Παρασύρη, Ο., & Σκιάδα, Ε. (2002). *Αισθητική Σώματος II*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

Βρυώνης, Μ. (2014). Η παχυσαρκία προκαλεί άγχος; Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.boro.gr/14136/i-pachusarkia-prokalei-agchos> [14/12/2014].

Γεωργιάδης Π. (2001). Ο ρόλος της σωματικής δραστηριότητας. Εντατική εκπαίδευση στην ενδοκρινολογία, 4ος κύκλος, Παχυσαρκία. Αθήνα: Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία, Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων.

Γιακουμέτης, Α., Μπουλουγούρης, Π., & Παλμός, Π. (2002). *Στοιχεία Αισθητικής Χειρουργικής*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

Γιομπαζολιά, Τ., & Παπαγεωργίου, Ε. (2014). Παχυσαρκία και Ψυχολογικοί Παράγοντες, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.dia->

logos.gr/Themata/Paxusarkia-kai-PSuxologikoi-Paragontes/?docid=182

[11/1/2015].

Δερβίσογλου, Κ. (2003). *Ηλεκτροθεραπεία – αισθητική Σώματος III*, Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας.

Ζουριδάκης, Π.Ι. (2013). Χειρουργική παχυσαρκίας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.i-](http://www.i-zouridakis.gr/)

[zouridakis.gr/%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-](http://www.i-zouridakis.gr/%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%BA%CE%B1%CE%BC%CF%88%CE%B7-%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF-pass-p-297.html)

[%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%BA%CE%B1%CE%BC%CF%88%CE%B7-](http://www.i-zouridakis.gr/%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF-pass-p-297.html)

[%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF-pass-p-297.html](http://www.i-zouridakis.gr/%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF-pass-p-297.html) [10/1/2015].

Κακλαμάνος, Η.Ι. (2000). Η Ιστορία της παχυσαρκίας: από τον Ιπποκράτη στην Ορλιστάτη. Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eiep.gr/c02.asp?id=44> [10/12/2014].

Κακλαμάνου, Α. (2010). *Συμπεριφορική Θεραπεία Παχυσαρκίας*, Μεταπτυχιακή Διατριβή. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Καρπουχτσής, Σ. (2014). Παχυσαρκία: αίτια και διαφορετικοί παράγοντες. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.epilysi.com/articles/item/18-post18> [12/12/2014].

Κατσίκης, Η., Φλωράκης, Δ., Καρκανάκη, Α., Πιούκα, Α., Χατζηδημητρίου, Δ., & Πανίδης, Δ. (2009). Παχυσαρκία II: Επιδημιολογία, οικονομικό κόστος, κλινική αξιολόγηση του παχύσαρκου ασθενή, *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 21(4): 332-340.

Καπάντασης, Ε. (2004). *Η παχυσαρκία στην κλινική πράξη*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Καραγιάννης, Δ., Γιαννακούλια, Μ., & Συντώσης, Λ. (2007). Παχυσαρκία, στο Ζαμπέλας, Α.(επιμ.). *Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή με στοιχεία παθολογίας*, (σελ. 521-558). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ. (2006). *Διατροφική αξιολόγηση*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.

Μαραγκοπούλου, Κ. (2009). Έλεγχος εγκυρότητας εξίσωσης προσδιορισμού σύστασης σώματος βάση ανθρωπομετρικών δεικτών σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πτυχιακή Μελέτη στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφολογίας.

Μεγακλή, Κ.Θ. (2007). *Αισθητική Σώματος I*, Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας.

Megamed. (2013). Η ψυχολογία της παχυσαρκίας. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.megamed.gr/%CE%B7-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%83->

[%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%B1%CF%83/](#) [5/1/2015].

Μορτογλου, Α. (1996). *Παχυσαρκία: ένας πρακτικός ενημερωτικός & θεραπευτικός οδηγός για όλους*, Αθήνα: Advanced Publishing.

Μουσιλέχ, Τ. (2008). Φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, *Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά*, 21(2): 138-151.

Μπαλαμώτη, Δ.Χ. (2012). Οι διαστάσεις της παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.dietnet.gr> [8/12/2014].

Ντολατζάς, Θ. (1990). *Συνοπτική Χειρουργική*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Πανοτόπουλος, Γ. (2009). Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/yegeia/gynaikologia/article/7982/paxysarkia-kai-syndromo-polykystikwn-wothikwn.html> [5/1/2015].

Παπαβραμίδης, Σ. (2002). *Παχυσαρκία: Θεωρία και Πράξη*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης.

Παππής, Χ. (2006). Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/yegeia/xeiroyrgiki/article/936/xeiroyrgiki-antimetwpsi-tis-paxysarkias.html> [10/1/2015].

Παρούση, Α. (2009). Παχυσαρκία και βελονισμός, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/ygeia/enallaktikes-therapeies/article/7358/paxysarkia-kai-velonismos.html> [10/1/2015].

Πρότυπο Βαριατρικό Κέντρο, (2014). Η παχυσαρκία σήμερα, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.obesity-surgery.gr/> [10/12/2014].

Σαββίδου, Α. (2007). *Παχυσαρκία – Κυτταρίτιδα – Μάλαξη*, Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα.

Ξενόγλωσση

Albanes D. (1987). Caloric intake, body weight, and cancer: a review. *Nutr Cancer*, 9:199-217.

American Diabetes Association (2006). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 29 (suppl 1).

Amstrong, J., & Reilly, J.J. (2002). Child information team, Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity, *Lancet*, 359: 2003-2004.

Anderson, J.W., Konz, E.C., Jenkins. D.J.A. (2000). Health advantages and disadvantages of weight-reducing diets: a computer analysis and critical review. *J Am Coll Nutr*, 19: 57-90.

Astrup, A., Meinert Larsen, T., Harper, A. (2004). Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *Lancet*. 364(9437): 897-9.

Berkowitz, V.J. (2000). A view on high-protein, low-carb diets. *J Am Diet Assoc*. 100 (11):1300, 1302-3.

Berg, A., Berg, A.D., & Frey, I. (2008). Exercise based lifestyle intervention in obese adults, *Dtsch Arztebl Int*, 105(11): 197-203.

Bolanowski, M., & Nilsson, B.E. (2001). Assessment of human body composition using dual energy X-ray absorptiometry and bioelectrical impedance analysis. *Med Sci Monit*, 7(5): 1029-1033.

Davison, K.K., & Birch, L.L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendation of future research, *Obes Rev*, 2: 159-171.

Davison, K.K., Ford, E.S., Cogswell, M.E., & Dietz, W.H. (2002). Percentage of body fat and body mass index are associated with mobility limitations in people aged 70 and older from NHANES III. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1802–1809.

Dwyer, J.T., Stone, E.J., Yang, M., Feldman, H., Webber, L.S., Must, A., Perry, C.L., Nader, P.L., Parcel, G.S. (1998). Predictors of overweight and overfatness in a multiethnic pediatric population. *Am J Clin Nutr*, 67: 602-610.

Freedland, S.J., Wen, J., Wuerstle, M., Shah, A., Lai, D., Moalej, B., Atala, C., & Aronson, W.J. (2008). Obesity is a significant risk factor for prostate cancer at the time of biopsy, *Urology*. 72:1102-1105.

Garaulet, M., Perez de Heredia, F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): New directions for clinical practice. *Nutr. Hosp.* (24) 6.

Gibney, J.M., Vorster, H.H., & Kok, J.F. (2007). *Εισαγωγή στη Διατροφή του Ανθρώπου*, Μεταφρ. Κωνσταντινίδου Μαρία, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού.

Goodpaster, B.H. et al. (2000). Skeletal muscle attenuation determined by computed tomography is associated with skeletal muscle lipid content. *J Appl Physiol.* 89(1): 104-110.

Green, J., & Kleeman, C.R. (1991). Role of bone in regulation of systemic acid base balance, *Kidney Int*, 39(1): 9-26.

Hill, J.O., Commerford, R. (1996). Physical Activity, Fat Balance, Energy Balance. *International Journal of Sport Nutrition*, 6: 80-92.

Hill, J., Catenacci, V., & Wyatt, H. (2006). Obesity: etiology. In: Shil, M. (edit.). *Modern nutrition in health and disease*, (p. 1013-1028). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hirsch, A. (1997). *Dr Hirsch's Guide to Scantational Weight Loss*. Element Books.

Hollis, M. (2002). *Massage for therapists*, Μεταφρ. Κομνιανού, Λαμπρινή Δ.Λιουδάκη, Γεωργία Α., Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου, Α.Ε.

Jakicic, M.J. (2012). The effect of physical activity on body weight, *Obesity*, 17(3): 34-38.

Jebb, S.A. (1997). Measurement of soft tissue composition by dual energy X-ray absorptiometry. *Br J Nutr.* 77(2): 151-163.

Kanis, J.A. et al. (1999). Clinical assessment of bone mass, quality, and architecture, *Osteoporos Int*, 9(2): 24-28.

Kapantais, E., Tzotzas, T., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., Kaklamanou, M., Lanaras, L., & Kaklamanos, I. (2006). First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults, *Ann Nutr Metab*, 50:330-338.

Klein, S., Sheard, N., & Pi-Sunyer, X. (2004). Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type II diabetes: rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association for the study of obesity, and the American Society for clinical nutrition, *Am J Clin Nutr*, 80: 257- 263.

Kopelman, P.G. (1992). Sleep apnea and hypoventilation in obesity. *Inter J Obes Relat Metab Disord*, 16(2): 37-42.

Kuczmarski, R., Flegal, K., Campbell, S., & Flegal, K. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*, 272:205-211.

Lean, M.E. (2000). Pathophysiology of obesity, *Proc Nutr Soc*, 59(3): 331-336.

Lee, S.Y., & Gallagher, D. (2008). Assessment methods in human body composition, *Curr Opin Clin Nutr Metlab Care*, 11(5): 566-572.

Leibel, R.L., Rosenbaum, M., Hirsch, J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *New England Journal of Medicine*. 332: 621-628.

Leitzmann, M.F., Koebnick, C., Danforth, K.N., Brinton, L.A., Moore, S.C., Hollenbeck, A.R., Schatzkin, A., & Lacey, J.V. (2009). Jr. Body mass index and risk of ovarian cancer. *Cancer*, 115:812-822.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health, *Obes Rev*, 5(1): 5-104.

Loos, R.J., & Bouchard, C. (2003). Obesity: is it a genetic disorder?, *Jour Inter Med*, 254: 401-425.

Mabry, I.R, Clark, S.J., Kemper, A., Fraser, K., Kileny, S., Cabana, M.B. (2005). Variation in establishing a diagnosis of obesity in children. *Clin Pediatr* 44(3): 221-7.

Maes, H.H., Neale, M.C., & Eaves, I.J. (1987). Genetics and environmental factors in relative body weight and human adisposity, *Behav Genet*, 27: 325-335.

Maham, L.K., Escott-Stumb, S., & Krause, M.V. (2000). *Krause's food, nutrition & diet therapy*, London: W.B. Saunders.

Mannix, E.T., Dempsey, J.M., Engel, R.J., Schneider, B., Busk, M.E. (1999). The role of physical activity, Exercise, and nutrition in the treatment of obesity. In Goldstein DJ, Stunkard AJ, eds. *The Management of Eating Disorders and Obesity*, New Jersey: Humana Press. p. 155-172.

National Institute of Health (1998). *Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*.

Norgan, N.G. (1997). The beneficial effects of body fat and adipose tissue in humans, *Int J Obes Relat Metab Disors*, 21(9): 738-746.

Power, C., & Jefferis, B.J. (2002). Fetal environmental and subsequent obesity: a study of maternal smoking, *Int J Epidemiol*, 31: 413-419.

Reisin, E., Frohlich, E.D., Messerli, F.H. et al. (1983). Cardiovascular changes after weight reduction in obesity hypertension. *Ann Intern Med*, 98: 315-319.

Srinivasan, S.R., Frontini, M.G., Berenson, B.S. (2003). Longitudinal changes in risk variables of insulin resistance syndrome from childhood to young adulthood in offspring of parents with type 2 diabetes, *Metabolism*, 52: 443-450.

St Jear, S.T. (1993). The role of weight management in the health of women, *J Am Diet Assoc*, 93(9): 1007-1012.

Steinbeck, K. (2007). Adolescent overweight and obesity-how best to manage in the general practice setting. *Aust Fam Physician*. 36(8): 606-12.

Temelkova-Kurktschiev, T., Koehler, C., Schaper, F., Henkel, E., Hahnefeld, A., Fuecker, K., et al. (1998). Relationship between fasting plasma glucose, atherosclerosis risk factors and carotid intima media thickness in non-diabetic individuals. *Diabetologia*, 41: 706-12.

Turner, C.A. (2000). Biomechanics of bones: determinants of skeletal fragility and bone quality, *Osteoporos Int*, 13(2): 97-104.

Vander, A., Luciano, D., & Τσακόπουλος, Μ. (2001). Φυσιολογία του ανθρώπου, 8th eds, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Van Loan, M.D. et al. (1987). TOBEC methodology for body composition assesement: a cross validation study. *Am J Nutr Clin*, 46(1): 9-12.

Wadden, T.A., West, D., & Delahanty, L. (2006). The look ahead study: a description of the lifestyle intervention and the evidence supporting it. *Obesity*, 14(5): 737-752.

Wayne State University Physician Group. (2011). The role of exercise in treating obesity, Available at: <http://www.wsupgdocs.org/family-medicine/WayneStateContentPage.aspx?nd=1571> [5/1/2015].

Wielopolski, L. et al. (2003). Some aspects of measuring levels of potassium in the brain, *Acta Diabetol*, 40(1): 73-75.

Xavier Pi-Sunyer (2002). Medical complications of obesity in adults, 2nd edition, In: Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (eds.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. (p.467-472).London: The Guilford Press.

Πηγές από το Διαδίκτυο

<http://thematadiatrofis.blogspot.gr/p/blog-page.html>

[http://psychoevexia.weebly.com/kappalambdaiotanuiotakappa942-
upsilonpinuomicronthetaepsilonrhoalphapiepsilon943alpha-
psiupsilonchiomicronthetaepsilonrhoalphapiepsilon943alpha.html](http://psychoevexia.weebly.com/kappalambdaiotanuiotakappa942-
upsilonpinuomicronthetaepsilonrhoalphapiepsilon943alpha-
psiupsilonchiomicronthetaepsilonrhoalphapiepsilon943alpha.html)