



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

*Η Επίδραση του Σωματικού Βάρους στην Ποιότητα Ζωής*

Δημητρούλη Αγγελική

Επιβλέπων Καθηγητής  
Κωνσταντίνου Κωνσταντίνος

Ιούνιος, 2016

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Η Επίδραση του Σωματικού Βάρους στην Ποιότητα Ζωής*

Δημητρούλη Αγγελική

Επιβλέπων Καθηγητής  
Κωνσταντίνου Κωνσταντίνος

Ιούνιος, 2016

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	10
Abstract.....	11
Εισαγωγή.....	12
<b>Κεφάλαιο 1. Σωματικό Βάρος και Διατροφικές Διαταραχές .....</b>	<b>14</b>
1.1 Εισαγωγή.....	14
1.2 Ψυχογενής Ανορεξία και Σωματικό Βάρος.....	14
1.2.1 Κλινική Εικόνα.....	16
1.3 Ψυχογενής Βουλιμία και Σωματικό Βάρος.....	18
1.4 Αδηφαγική Διαταραχή ή Επεισοδιακή Υπερφαγία και Σωματικό Βάρος.....	19
1.5 Άτυπες Μορφές Διατροφικών Διαταραχών και Σωματικό Βάρος.....	19
1.6 Παχυσαρκία και Σωματικό Βάρος.....	20
1.6.1 Κλινική Εικόνα.....	23
1.6.2 Διάγνωση.....	24
1.6.3 Νοσήματα Σχετιζόμενα με την παχυσαρκία.....	25
1.7 Μεθοδολογία και Αποτελέσματα Μελετών.....	28
1.8 Συμπεράσματα.....	29
<b>Κεφάλαιο 2. Αίτια Μεταβολής του Σωματικού Βάρους.....</b>	<b>30</b>
2.1 Εισαγωγή.....	30
2.2 Γενετικοί - Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	30
2.2.1 Γενετικοί Παράγοντες.....	30
2.2.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	31
2.3 Βιομηχανικοί Μηχανισμοί.....	32
2.4 Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες.....	33
2.5 Πιθανά Αίτια της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	34
2.6 Πιθανά Αίτια της Ψυχογενούς Βουλιμίας.....	35
2.7 Αίτια της Αδηφαγικής Διαταραχής ή Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....	36
2.8 Συμπεράσματα.....	37
<b>Κεφάλαιο 3. Τομείς Επίδρασης των Μεταβολών του Σωματικού Βάρους .....</b>	<b>38</b>
3.1 Εισαγωγή.....	38
3.2 Φυσική Δραστηριότητα.....	38
3.2.1 Μεσογειακή διατροφή.....	42
3.3 Αυτοεκτίμηση.....	44
3.4 Κοινωνική Αποδοχή.....	46
3.4.1 Αρνητικές Προκαταλήψεις και Στερεότυπα.....	47
3.5 Εργασιακές Σχέσεις.....	48
3.6 Συμπεράσματα.....	49
<b>Κεφάλαιο 4. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....</b>	<b>50</b>
4.1 Εισαγωγή.....	50
4.2 Έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής HRQOL.....	50
4.3 Η σημασία της παρακολούθησης της HRQOL.....	51
4.4 Η ευρύτερη Έννοια της σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	52
4.5 Μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής.....	54
4.6 Μετρηση της Σχετιζόμενης με το βάρος Ποιότητας Ζωής.....	62
4.7 Ανασκόπηση μελετών επίδρασης του βάρους στην σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	63
4.8 Συμπεράσματα.....	64

<b>Κεφάλαιο 5 Συζήτηση.....</b>	<b>65</b>
5.1 Παράγοντες που συμβάλλουν στις διατροφικές διαταραχές.....	65
5.1.1 Παράγοντες Κινδύνου.....	65
5.1.2 Συσχετισμοί που οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές.....	66
5.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στις διαταραχές του Βάρους.....	67
5.2.1 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες .....	67
5.2.2 Γονίδια & Οικογενειακό Ιστορικό.....	67
5.2.3 Παράγοντες υγείας & Φάρμακα.....	68
5.2.4 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	68
5.3 Συνέπειες στην σχιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής.....	69
<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>71</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>72</b>

## **Προλογικό Σημείωμα**

Η παρούσα εργασία αποτελεί τη διατριβή στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στη Σχολή Οικονομικών Σπουδών & Διοίκησης, στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο της Κύπρου.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διατριβή, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους, οι οποίοι έπαιξαν σημαντικό ρόλο τόσο στην πραγματοποίηση της διατριβής μου όσο και στην γνώση που αποκόμισα μέσα από το συγκεκριμένο κύκλο σπουδών.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διατριβής, Καθηγητή Κωνσταντίνο Κωνσταντίνου για την πολύτιμη καθοδήγησή του, την εμπιστοσύνη και κατανόηση που μου έδειξε σε μία δύσκολη περίοδο της ζωής μου.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής Διατριβής για την συνεισφορά τους στην όλη προσπάθειά μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να απευθύνω στην Παπαγιαννίδου Ελένη, η οποία ήταν φωτεινός αρωγός στην προσπάθειά μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Χρήστος και Ρεγγίνα, την αδελφή μου Κωνσταντίνα και την οικογένειά της (Κωνσταντίνο και τον ανιψιό μου Χρήστο) και τον σύζυγό μου Κωνσταντίνο που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

*Θα ήθελα να αφιερώσω την μεταπτυχιακή μου διατριβή στην αγαπημένη μου θεία Αναστασία της οποίας οι πολύτιμες συμβουλές με βοηθούν να αντιμετωπίζω τις όποιες δυσκολίες και αγωνίες προκύπτουν.*

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά για την αξιολόγηση ποικίλων καταστάσεων και νοσήματων. Τα εργαλεία και τα ερωτηματολόγια που έχουν αναπτυχθεί είναι πολλά και το κάθε ένα από αυτά εξειδικεύεται ανάλογα με το τι θέλει να αξιολογήσει.

Οι διατροφικές διαταραχές της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και της αδηφαγικής διαταραχής προκαλούν σοβαρές διαταραχές στην διατροφική συμπεριφορά και την ρύθμιση του βάρους. Συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα ανεπιθύμητων ψυχολογικών, σωματικών και κοινωνικών συνεπειών. Η έντονη ανησυχία για το σωματικό βάρος ή η αλόγιστη προσπάθεια διαχείρισης του βάρους ή της πρόσληψης τροφής μπορούν, επίσης, να χαρακτηριστούν ως διατροφικές διαταραχές.

Η επίδραση των μεταβολών του σωματικού βάρους επηρεάζει τομείς που αφορούν στην ποιότητα ζωής του ατόμου όπως στην φυσική δραστηριότητα, στην αυτοεκτίμηση, στην κοινωνική αποδοχή και στις εργασιακές σχέσεις.

Προκειμένου να μελετηθούν και να μετρηθούν οι παράμετροι που επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία και πιο συγκεκριμένα με το σωματικό βάρος ποιότητα ζωής έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία – ερωτηματολόγια αξιολογώντας την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής. Οι τομείς αυτοί είναι η ψυχική υγεία, η σωματική υγεία, η εργασιακή υγεία, η σεξουαλική υγεία και η κοινωνική αποδοχή.

Συγκεκριμένα για το σωματικό βάρος, η ερευνητική ομάδα της Kolotkin ανέπτυξε ένα μακροσκελές όσο και ένα πιο πρακτικό και πιο σύντομο αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα.

# Abstract

The recent years the health-related quality of life has been used more and more in studies assessing different health problems. The tools and the questionnaires that have been developed are plenty and its one of these has been specific to the health problem that they assess.

Nutrition habits of anorexia, bulimia and binge eating disorder cause significant disorders to eating habits and weight regulation. They are connected with a broad spectrum of adverse psychological, physical and social consequences. People with nutrition disorders can start eating small or large quantities of food and they lose control. The intense worry about body weight or the thoughtless attempt to control weight or consume food can also be characterized as nutrition disorders.

The effect of changes in body weight arise issues relating to the person's quality of life such as physical activity, self-esteem, social acceptance and labor relations. To study and measure parameters affecting health-related, and more specifically body weight and quality of life there has been a development on various tools - questionnaires which can show assessments in the impact on quality of life.

Moreover the Kolotkin research team developed both a long and a brief one valid questionnaire to measure and assess the quality of life for overweight or obese people. It examines five areas which are the psychological health, the physical health, the work-health, the sexual health and the social distress.

# Εισαγωγή

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία έχει στόχο να διερευνήσει πως το σωματικό βάρος μπορεί να επιδράσει σε κάποιες πτυχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του ατόμου που σχετίζεται με την υγεία. Υπάρχει η προκατάληψη ότι μόνο το αυξημένο σωματικό βάρος ασκεί αρνητική επίδραση στη ζωή του ατόμου και για αυτό το λόγο στην συγκεκριμένη εργασία το ερώτημα τέθηκε ως εξής και όχι μόνο κοιτάζοντας τον αντίκτυπο της παχυσαρκίας στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Είναι γεγονός πως η πλειοψηφία των μελετών χρησιμοποιώντας εξειδικευμένα εργαλεία / ερωτηματολόγια δίνουν έμφαση τόσο στο πως η αύξηση του βάρους μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής. Επίσης τα ίδια ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες παρεμβάσης απώλειας βάρους έτσι ώστε και να αξιολογηθεί κατά πόσο και σε ποιες πτυχές η απώλεια βάρους οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ή όχι.

Υπάρχουν ενδείξεις πως και το χαμηλό βάρος κάτω του φυσιολογικού θα μπορούσε να έχει επίδραση στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του ατόμου. Εξάλλου όλες οι μελέτες που ασχολούνται με την μέτρηση των παραμέτρων που αφορούν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποσκοπούν στον μελλοντικό σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και πολιτικές υγείας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τα επιστημονικά δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με την επίδραση σωματικού βάρους στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια γενική αναφορά στο σωματικό βάρος και τις διατροφικές διαταραχές. Παρουσιάζονται οι διάφορες μορφές διατροφικών διαταραχών, καθώς επίσης και η κλινική εικόνα αυτών. Επίσης, γίνεται παρουσίαση της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων διαφόρων μελετών.



Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα αίτια μεταβολής του σωματικού βάρους. Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες της μεταβολής του σωματικού βάρους, καθώς επίσης και οι βιομηχανικοί μηχανισμοί. Επιπλέον, περιγράφονται οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη μεταβολή σώματος. Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στα πιθανά αίτια των διατροφικών διαταραχών που παρουσιάζονται στην εργασία.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διάφοροι τομείς επίδρασης των μεταβολών του σωματικού βάρους. Αναλυτικότερα, γίνεται παρουσίαση της φυσικής δραστηριότητας, της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής αποδοχής και των εργασιακών σχέσεων των ατόμων που πάσχουν από κάποιο είδος διατροφικής διαταραχής.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται τι είναι σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Αφού γίνει αναφορά στην έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, παρουσιάζονται διάφορα εργαλεία μέτρησης αυτής. Επίσης, αναφέρονται πιο εξειδικευμένα αξιόπιστα ερωτηματολόγια που αξιολογούν την επίδραση του βάρους στην ποιότητα της ζωής. Τέλος, γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση μελετών σχετικά με την επίδραση του σωματικού βάρους – αυξημένου ή χαμηλού – στην ποιότητα της ζωής.

# **Κεφάλαιο 1. Σωματικό Βάρος και Διατροφικές Διαταραχές**

## **1.1 Εισαγωγή**

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η βουλιμία, η ανορεξία και η αδηφανική διαταραχή αποτελούν ψυχογενής ασθένειες, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται στις μικρές ηλικίες. Σύμφωνα με αυτές, τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες προσπαθούν να ελαττώσουν το βάρος τους παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος από τα άτομα αυτά δεν είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα ή καταλαμβάνονται από επεισόδια υπερφαγίας. Τα νοσήματα που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές είναι ο διαβήτης τύπου 2, η αθηροσκλήρωση κα.

## **1.2 Ψυχογενής Ανορεξία και Σωματικό Βάρος**

Ο Άγγλος γιατρός William Gull αναγνώρισε ως ειδική νόσο την νευρική ανορεξία το 1873, και στη συνέχεια ο Charles Laseque περιέγραψε τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν σε αυτή (Αγκριθάρακη και συν., 2008).

Και οι δύο επιστήμονες παρατήρησαν ότι η νευρική ανορεξία είχε συχνότερη παρουσία στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Το αποτέλεσμα αυτό οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η εκδήλωση της διαταραχής σχετίζεται στην ελλιπή οικογενειακή στήριξη, η οποία παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις εύπορες οικογένειες. Τα κορίτσια, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια, κατά την εφηβεία εκδηλώνουν την διαταραχή λόγω της απόρριψης που βιώνουν από την οικογένειά τους.

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία φοβούνται συνεχώς ότι θα παχύνουν, και προσπαθούν να χάσουν βάρος με κάθε τρόπο-στην πραγματικότητα λιμοκτονώντας. Η διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους κάνει αυτά τα άτομα να νομίζουν ότι είναι υπέρβαρα, παρά το γεγονός ότι η ένδειξη στη ζυγαριά τους τα διαψεύδει. Αν και ζυγίζουν συνήθως 85%, ή και λιγότερο, από το αναμενόμενο βάρος - για το ύψος και την ηλικία τους-και παράλληλα, ο καταμήνιος κύκλος τους τaráσσεται εξαιτίας της έλλειψης λίπους στο σώμα τους, τα ανορεκτικά άτομα αρνούνται ότι ζυγίζουν λιγότερο από το κανονικό και κάνουν τα πάντα προκειμένου να συνεχίσουν να χάνουν βάρος: από τη δραστική μείωση της καθημερινής λήψης τροφής μέχρι τη χρήση υπακτικών φαρμάκων για να διώξουν τις ανεπιθύμητες θερμίδες. Περίπου το 5-10% των ατόμων που υποφέρουν από νευρική ανορεξία πεθαίνει τελικά από την πείνα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους θανάτους είναι ξαφνικοί και οφείλονται σε καρδιακή αρρυθμία, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς πέφτουν σε κώμα εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού σακχάρου στο αίμα τους (Χατζηγεωργίου, 2004).

Τα ανορεκτικά άτομα, ζητούν ιατρική συμβουλή με την παρότρυνση συνήθως της οικογενείας τους. Η πρόοδος της νόσου ποικίλλει και είναι ανάλογη της προσπάθειας που θα καταβληθεί για την άμεση ανάκτηση του βάρους και πορεία ανάκαμψης χωρίς υποτροπές.. Μελέτες αναφέρουν ότι το 1/3 των ασθενών θεραπεύεται, το 1/3 βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του και στο υπόλοιπο 1/3 η διαταραχή παραμένει χρόνια (Neumarker, 1998).

Γενικά, η πρόγνωση της πορείας της ασθένειας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Κατά τη διάρκεια της νόσου, εμφανίζεται κατάθλιψη, συχνόι εμετοί και η υπερβολική απώλεια βάρους είναι αρνητικό σημείο για την θεραπεία (Golberg, 1995). Για την θετική έκβαση της θεραπείας σημαντικό στοιχείο είναι η μείωση του στρες, η ψυχολογική υποστήριξη από τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, και η σωστά δομημένη προσωπικότητα του ασθενούς (Abraham, Llewellyn, 1987). Η θνητότητα των νοσηλευόμενων ασθενών είναι περίπου 10%, είτε λόγω απώλειας υπερβολικού βάρους είτε λόγω εξάντλησης από την αστία ή και αυτοκτονία (Palmer, 2003).

### 1.2.1 Κλινική Εικόνα

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία, συνήθως είναι καταθλιπτικά, ευερέθιστα και αδυνατίζουν συνεχώς. Δεν τρώνε σε τακτά χρονικά διαστήματα, είναι ανήσυχα, αθλούνται συνεχώς και έχουν εμμονή με τα κιλά τους. Επακόλουθο όλων αυτών των συμπτωμάτων είναι στα κορίτσια να σταματάει η περίοδός τους. Σε λίγες εβδομάδες είναι δυνατόν να απολέσουν από 15-20% του βάρους που είχαν αρχικά.

Επίσης, παρουσιάζουν πολλές ψυχαναγκαστικές διαταραχές, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, τελειομανία και άγχος. Δεν ενδιαφέρονται καθόλου για τη σεξουαλικότητα, υπερεκτιμούν την πνευματικότητα και απαξιούν για τα υλικά αγαθά. Εκτός από τις διαταραχές ως προς την τροφή, είναι δυνατόν να παρουσιάζουν και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως τάσεις αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμού και χρήση ουσιών. Οι αυτοκαταστροφικές αυτές συμπεριφορές θεωρούνται από το άτομο σαν αυτοτιμωρία, λόγω του ότι δεν μπορεί να επιτύχει το σκοπό της τελειομανίας ή επειδή θέλει να ξεφύγει από την άσχημη αυτοεκτίμηση που έχει η προσωπικότητά του. Τα συναισθήματα αυτά οδηγούν σε προβλήματα υγείας, το δέρμα γίνεται ξηρό και άχρωμο, τα μαλλιά αδυνατίζουν, τα νύχια σπάνε, τα δόντια πέφτουν και συνήθως παρουσιάζουν υποθερμία και βραδυκαρδία.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρογενή ανορεξία σύμφωνα με το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV, 1994) συνοψίζονται ως εξής:

- “άρνηση διατήρησης του βάρους του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος (π.χ., απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση ενός βάρους σώματος μικρότερου του 85% του αναμενόμενου, ή αδυναμία να πάρει το βάρος που αναμένεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος μικρότερο από το 85% του αναμενόμενου),
- έντονος φόβος του ατόμου ότι θα πάρει βάρος ή θα παχύνει, ακόμα και όταν το άτομο είναι ελλιποβαρές,

- διαταραχή του τρόπου που βιώνεται το βάρος του σώματος, το μέγεθος ή το σχήμα και
- αμηνόρροια στις γυναίκες (απουσία τουλάχιστον τριών καταμήνιων κύκλων).”

Τα κριτήρια του DSM-IV (1994) τυποποιούν προηγούμενες αλληλοκαλυπτόμενες προτάσεις για τους υποτύπους της νευρογενούς ανορεξίας στον περιοριστικό τύπο και το βουλιμικό/καθαρτικό τύπο με βάση την παρουσία ή όχι βουλιμικών επεισοδίων και/ή της χρήσης καθαρτικών (π.χ., εκούσια πρόκληση εμετού ή κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι ασθενείς μετακινούνται μεταξύ των δύο υποτύπων με τη χρονιότητα να τους οδηγεί προς συνάθροιση στο δεύτερο υποτύπο.

Τα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκαλέσει στο σώμα του ανορεξικού ατόμου η ασθένεια είναι:

- Κακή κυκλοφορία
- Χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Εύθραυστα οστά
- Απώλεια περιόδου
- Τριχόπτωση
- Λιποθυμία και ζάλη
- Βλάβη των νεφρών
- Χαμηλή θερμοκρασία σώματος

### 1.3 Ψυχογενής Βουλιμία και Σωματικό Βάρος

Η βουλιμία είναι επεισοδιακή, ανεξέλεγκτη πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής. Αποτελεί κυρίως διαταραχή των νεαρών γυναικών της μεσαίας και ανώτερης κοινωνικής τάξης. Ο κορεσμός ακολουθείται συνήθως από έμετο, λήψη καθαρτικών ή διουρητικών και συνοδεύεται συχνά από αισθήματα ενοχής. Ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης, μπορεί να εμφανιστούν ιατρικές επιπλοκές, όπως δυσπεπτικά ενοχλήματα, παγκρεατίτιδα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, κ.α.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το ICD-10, η ψυχογενής βουλιμία είναι “σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και από υπερβολική υπεραπασχόληση με τον έλεγχο του βάρους και του σχήματος του σώματος. Κατά τα επεισόδια της υπερφαγίας υπάρχει η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και ο ασθενής καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού σε τακτά χρονικά διαστήματα”.

Οι γυναίκες καταλαμβάνουν το 90% των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Κυρίως παρατηρείται κατά την εφηβική ηλικία και διαρκεί χρόνια ή με εναλλάξ διαστήματα υγιούς και επαρκούς διατροφής. Ο επιπολασμός της διαταραχής στο γυναικείο φύλο και στα άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία κυμαίνεται από 1-3% και στους άνδρες το 1/10 αυτών. Η ηλικία των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία είναι κατά μέσο όρο 24 χρονών. Η δυσλειτουργία αρχίζει στα 16 έως 18 χρόνια, όπου οι έφηβοι κάνουν εξαντλητικές δίαιτες για την απώλεια βάρους. Στην επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας από τους άνδρες δεν υπάρχουν πολλές έρευνες καθώς μεγαλύτερο βάρος έχει δοθεί στις γυναίκες όπου τα ποσοστά είναι μεγάλα. Υποστηρίζεται ότι η αναλογία είναι 10 γυναίκες και 1 άνδρας (Γεωργιτισσοπούλου, Παπατάτσιου, 2003).

## **1.4 Αδηφαγική Διαταραχή ή Επεισοδιακή Υπερφαγία και Σωματικό Βάρος**

Η αδηφαγική διαταραχή στις μέρες μας αυξάνεται αναλογικά με τον δείκτη μάζας σώματος, τις ψυχολογικές διαταραχές, την ψυχοπαθολογική προσωπικότητα και την μειωμένη ποιότητα ζωής (Picot, Lilenfeld, 2003; Kolotkin et al., 2004). Είναι μία κατάσταση όπου ένα άτομο έχει επαναληπτικά επεισόδια υπερφαγίας ή αδηφαγίας χωρίς όμως ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά. Η αδηφαγική διαταραχή έχει αναγνωριστεί ως μία διαγνωστική οντότητα και περιλαμβάνεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV, 2000). Ένα αδηφαγικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από:

- Η κατανάλωση φαγητού , σε ένα χρονικό διάστημα (π.χ., εντός δύο ωρών), με ποσότητες τροφίμων που είναι μεγαλύτερες από ότι τρώνε οι περισσότεροι άνθρωποι σε παρόμοιες συνθήκες,
- Αίσθηση έλλειψης ελέγχου κατανάλωσης τροφής (π.χ. συναίσθημα ότι δεν μπορεί να σταματήσει κανείς να τρώει ή να ελέγξει το τι και πόσο τρώει).

Από υπερφαγία βρέθηκε ότι πάσχει το 7,5% έως 30% των παχύσαρκων ατόμων που ζητούν θεραπεία (Rica et al., 2000) σε έρευνες που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, με χαμηλότερο επιπολασμό να κυμαίνεται από 1,0% -4,6% (Grucza et al., 2007).

## **1.5 Άτυπες Μορφές Διατροφικών Διαταραχών και Σωματικό Βάρος**

Για τις διαταραχές Νευρογενούς βουλιμίας και Νευρογενούς Ανορεξίας χρησιμοποιείται ο όρος «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» με την αιτιολογία ότι οι «άτυπες» διαταραχές είναι περισσότερες από τις «τυπικές». Ως «άτυπη» διαταραχή θεωρείται η συχνή ενασχόληση με το βάρος του σώματος, η προσπάθεια διατήρησης

του βάρους κάτω από το φυσιολογικό, το οποίο ορίζεται με συνδυασμό της ηλικίας, του ύψους και του φύλου, και οι συχνές δίαιτες, ενέργειες που δεν έχουν όμως προκαλέσει κάποια συμπτώματα και επομένως δεν μπορούν να χαρακτηριστούν κριτήρια για την παρουσία Νευρογενούς Ανορεξίας (Kay et al., 2000).

Επίσης, σημαντικός παράγοντας «άτυπης» διατροφικής διαταραχής είναι η παρουσία υπερφαγικών επεισοδίων τα οποία οδηγούν το άτομο στην πρόκληση εμέτου με συχνότητα δύο φορές την εβδομάδα ή λιγότερο με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατόν να οριστεί η ενέργεια αυτή ως Νευρογενής Βουλιμία.

Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν και αυτά παράδειγμα «άτυπης» διατροφικής διαταραχής καθώς αφού δεν οδηγούν στην Νευρογενή Ανορεξία. Τα επεισόδια αυτά συναντώνται συχνά σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία για την απώλεια βάρους.

## **1.6 Παχυσαρκία**

Παχυσαρκία είναι η ύπαρξη υπερβολικού λίπους στο σώμα. Μερικές φορές, ένα άτομο μπορεί να είναι υπέρβαρο - να ζυγίζει, δηλαδή, περισσότερο από αυτό που θεωρείται ιδανικό βάρος για το ύψος και την ηλικία του-όχι όμως παχύσαρκο. Αυτό συμβαίνει όταν το βάρος των οστών και των μυών είναι πολύ μεγάλο. Αλλά κατά κανόνα, ένα άτομο που ζυγίζει περισσότερο από το κανονικό έχει την τάση να γίνει παχύσαρκο.

Πολλά άτομα βρίσκονται μόνιμως σε «δίαιτα», αλλά έχει αποδειχτεί ότι οι περισσότερες προσπάθειες για την ελάττωση του βάρους με τυχαιές δίαιτες αποτυγχάνουν. Διακρίνουμε (Σαρίδη, Ντόκου, 2010):

- διάχυτες παχυσαρκίες συχνά ιδιοσυστασιακού χαρακτήρα, οι οποίες εμφανίζονται στην παιδική ή την εφηβική ηλικία,



- γυναικοειδείς παχυσαρκίες, συχνότερες στις γυναίκες, οι οποίες αφορούν κυρίως στο κάτω μέρος του σώματος (ισχία και γλουτούς),
- ανδροειδείς παχυσαρκίες, συχνότερες στους άνδρες, όπου το πλεονάζον λίπος αθροίζεται στον λαιμό, στους ώμους και στο επιγάστριο.

Η μικροσκοπική εξέταση του λιπώδους ιστού επιτρέπει την διάκριση υπερτροφικών παχυσαρκιών (αύξηση του όγκου των λιποκυττάρων) και υπερπλαστικών παχυσαρκιών (αύξηση τού αριθμού των λιποκυττάρων). Ο τελευταίος τύπος συναντάται στις παχυσαρκίες της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Οι μικτές μορφές έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Το 30% των περιπτώσεων της παχυσαρκίας, εμφανίζεται στην παιδική ή την εφηβική ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται κατά 80% για οικογενή παχυσαρκία από την πλευρά του ενός ή και των δύο γονέων, ενώ υφίσταται στο 25% και οικογενής διαβήτης. Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας είναι λίγο μεγαλύτερη στα κορίτσια από όσο είναι στα αγόρια. Αρχίζει δε πρώιμα: ανάμεσά τους, 2 παιδιά στα 3 είναι παχύσαρκα πριν από την ηλικία των πέντε ετών. Πολύ σπάνια πρόκειται για ενδοκρινικό σύνδρομο, το λεγόμενο λιπογεννητικό σύνδρομο, το οποίο οφείλεται σε οργανική βλάβη. Συχνά όμως ανακαλύπτονται διαταραχές της γλυκορρυθμίσεως, αύξηση της εκκρίσεως ινσουλίνης και κορτιζόνης και ελάτπωση της εκκρίσεως αυξητικής ορμόνης, αν και τα παχύσαρκα παιδιά αυξάνονται ταχύτερα από τα παιδιά φυσιολογικού βάρους.

Παχυσαρκία εμφανίζεται συχνά ύστερα από χειρουργική επέμβαση σε ένα λεμφοειδές όργανο (αδενοειδείς εκβλαστήσεις, αμυγδαλές, σκωληκοειδής) (8%), αλλαγή της διατροφής (30%), ψυχολογικό σοκ (33%), εγκυμοσύνη (45%). Οι ενδοκρινικές παχυσαρκίες αποτελούν εξαίρεση, ανερχόμενες περίπου σε 1%, πρόκειται δε ουσιαστικά για ινσουλινοεκκριτικό όγκο του παγκρέατος. Μερικές φορές ενοχοποιείται, στις ανδροειδείς παχυσαρκίες, υπερλειτουργία της φλοιώδους ουσίας των επινεφριδίων. Η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα διαγνωστικά, που λύνονται με ορμονικό προσδιορισμό. Η εμμηνόπαυση και η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων μπορούν να παίξουν κάποιον επιβαρυντικό ρόλο, όταν η

παχυσαρκία είναι ήδη εγκατεστημένη. Συχνά εκλυτικό ρόλο παίζουν η διακοπή των σπορ και του καπνίσματος. Τέλος, μερικά φάρμακα, όπως η κορτιζόνη, η ισονιαζίδη, τα αντικαταθλιπτικά, μπορούν να προκαλέσουν αύξηση τού βάρους, είτε απευθείας είτε ανοίγοντας την όρεξη (Γονιδάκης, Χαρίλα, 2011).

Η παχυσαρκία συνοδεύεται από επιπλοκές διαφόρων τύπων: μεταβολικές, αρτηριακές, αναπνευστικές, οστεοαρθρικές, φλεβικές και χειρουργικές. Οι ανωμαλίες της ανοχής των υδατανθράκων είναι συχνές, αλλά υποχωρούν με την απώλεια βάρους. Η παρατεταμένη έκκριση παγκρεατικού υγρού είναι δυνατό να οδηγήσει σε διαβήτη. Ο ένας στους πέντε παχύσαρκους γίνεται διαβητικός. Οι λιπιδικές ανωμαλίες είναι συχνές, ιδίως η υπερτριγλυκεριδαιμία. Στους ασθενείς αυτούς είναι συχνές οι κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας, παγκρεατίτιδας και χολολιθιάσεως.

Οι αρτηριακές επιπλοκές βαρύνουν κυρίως τις ανδροειδής παχυσαρκίες. Η αρτηριακή υπέρταση είναι συχνότερη από όσο είναι σε άτομο φυσιολογικού βάρους. Αλλά η υπέρταση αυτή, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου (διαβήτη, υπερτριγλυκεριδαιμία) ευνοεί την εμφάνιση καρδιακής ή στεφανιαίας ανεπάρκειας. Τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια δεν είναι σπάνια. Περίσσεια βάρους, ανερχόμενη σε 20 χιλιόγραμμα, πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο αρτηριακών επιπλοκών επί 24 (Πανίδης και συν., 2009).

Ο παχύσαρκος υποφέρει από μείωση της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων του και πτώση του κορεσμού του αίματος με οξυγόνο. Αυτό τον κάνει ευπαθή σε επεισόδια βρογχίτιδας. Ως ακραία περίπτωση μπορεί να παρατηρηθεί το καρδιοπνευμονικό σύνδρομο των παχυσάρκων, με κύρια εκδήλωση την ακατάσχετη υπνηλία.

Η παχυσαρκία επιτείνει τις εκφυλιστικές παθήσεις των ισχίων και των γονάτων. Αύξηση του βάρους κατά ένα χιλιόγραμμο, τετραπλασιάζει την πίεση που ασκείται στις αρθρώσεις αυτές κατά την βάρδιση.

Οι επιπλοκές από τις φλέβες είναι συχνότερες στις γυναικοειδείς παχυσαρκίες, ιδίως με την εμμηνόπαυση. Οι φλεβικές αυτές διαταραχές συνδυάζουν βαλβιδική

ανεπάρκεια των φλεβών και δυσχέρεια στην επάνοδο του φλεβικού αίματος, με αποτέλεσμα μεγάλη συχνότητα μετεγχειρητικών θρομβώσεων και άτονων ελκών της κνήμης. Γενικά η παχυσαρκία αυξάνει τον εγχειρητικό κίνδυνο.

### **1.6.1 Κλινική Εικόνα**

Η παχυσαρκία ορίζεται καλύτερα μέσω δεικτών συσσώρευσης του σωματικού λίπους, μέσω της κατανομής του σωματικού λίπους και μέσω τροποποιήσεων των κινδύνων για την υγεία. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI: body mass index) αποτελεί σήμερα τον πλέον κοινά αποδεκτό και ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη για την παχυσαρκία. Με βάση τον δείκτη αυτόν ταξινομείται το βάρος σε σχέση με το τετράγωνο του ύψους. Έτσι, ο δείκτης μάζας σώματος υπολογίζεται ως το βάρος σε κιλά διαιρούμενο δια το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα και εκφράζεται σε kg/m<sup>2</sup>. Η παχυσαρκία στους ενήλικες ορίζεται ως BMI πάνω από 30,0 kg/m<sup>2</sup>, ενώ το φυσιολογικό εύρος του BMI στους ενήλικες είναι 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>. Όταν ο BMI είναι μεταξύ 25-30 kg/m<sup>2</sup> το άτομο θεωρείται υπέρβαρο. Στα παιδιά είναι δυσκολότερο να ταξινομηθεί η παχυσαρκία μέσω του BMI καθώς το ύψος ποικίλει ανάλογα με την ηλικία λόγω της διαδικασίας της ανάπτυξης. Έτσι, στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι προσαρμοσμένες για την ηλικία καμπύλες του BMI (Τζαβάρας, 2008).

Ένα από τα βασικά μειονεκτήματα της χρήσης του BMI για την κατάταξη της παχυσαρκίας είναι το γεγονός ότι ο δείκτης αυτός δεν διακρίνεται μεταξύ αυξημένου ποσοστού μυϊκού ιστού ή λιπώδους ιστού σε ένα σώμα. Έτσι, αν και ο BMI σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη λιπώδη μάζα του σώματος, για μια δεδομένη τιμή του BMI σε έναν πληθυσμό, οι διαφορές στο ποσοστό της λιπώδους μάζας είναι πολύ μεγάλες. Ένα κλασικό παράδειγμα λανθασμένης ταξινόμησης που μπορεί να προκύψει κάνοντας χρήση του BMI είναι όταν αναφέρεται κανείς σε έναν μεγάλου βάρους ποδοσφαιριστή ή μπόντυ-μπίλτερ, με μεγάλη μυϊκή μάζα, ο οποίος πιθανόν να έχει BMI πάνω από 30 kg/m<sup>2</sup>, ο οποίος όμως δεν είναι παχύσαρκος καθώς το υψηλό για το ύψος του σωματικό βάρος οφείλεται στην αυξημένη FFM. Δεδομένου ότι οι κίνδυνοι για την υγεία λόγω της παχυσαρκίας σχετίζονται με την κατανομή του λίπους στο σώμα,

ιδιαίτερα μάλιστα με τη συσσώρευση ενδοκοιλιακού λίπους, στον ορισμό της παχυσαρκίας είναι χρήσιμοι και ορισμένοι άλλοι ανθρωπομετρικοί δείκτες. Παραδοσιακά έχει χρησιμοποιηθεί ο λόγος της περιμέτρου της μέσης προς την περίμετρο των ισχίων σαν δείκτης κατανομής του λίπους στο ανώτερο ή στο κατώτερο τμήμα του κορμού.

### 1.6.2 Διάγνωση

Η διάγνωση είναι απλή και επικεντρώνεται συνήθως στον έλεγχο του βάρους ανάλογα με το ύψος του ατόμου. Ένα άτομο ονομάζεται παχύσαρκο όταν το βάρος του είναι μεγαλύτερο από το 20% του μέσου βάρους σώματος ατόμων που βρίσκονται στην ίδια ηλικία, έχουν το ίδιο φύλο και το ίδιο ύψος. Η διάγνωση της ασθένειας γίνεται επίσης, και με την μέτρηση του πάχους του δέρματος με την χρήση του παχύμετρου, σε ορισμένα σημεία όπως στους βραχίονες (Κάσιμος, Κάσιμος, 1991).

Υπάρχουν δύο τύποι παχυσαρκίας ανάλογα με την ηλικία στην οποία εμφανίζεται:

- Η εμφανιζόμενη σε παιδική ή εφηβική ηλικία και
- Η εμφανιζόμενη σε ώριμη ηλικία.

Οι δυο αυτοί τύποι διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως στον αριθμό των κυττάρων του λιπώδους ιστού. Η εμφανιζόμενη σε παιδική ή εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό λιποκυττάρων. Δηλαδή στις ηλικίες αυτές που παρατηρείται γενικά αύξηση του αριθμού των κυττάρων σε πολλούς ιστούς, η αποθήκευση του λίπους γίνεται με αύξηση του μεγέθους αλλά και του αριθμού των λιποκυττάρων (υπερτροφική και υπερπλαστική παχυσαρκία). Η μορφή αυτή αντιμετωπίζεται πολύ δύσκολα και συχνά συνοδεύει τον άνθρωπο σε όλη τη ζωή του, αφού το μόνο που θα μπορέσει πιθανόν να μειώσει στην ενήλικη ζωή του είναι το μέγεθος αλλά όχι ο αριθμός των λιποκυττάρων.

Η παχυσαρκία που πρωτοεμφανίζεται σε ενήλικα άτομα συνοδεύεται από αύξηση του μεγέθους αλλά όχι του αριθμού των λιποκυττάρων (υπερτροφική παχυσαρκία). Ο τύπος αυτός της παχυσαρκίας αντιμετωπίζεται ευκολότερα.

Στους ενήλικες το κανονικό βάρος του σώματος σύμφωνα με τον δείκτη Broca μετράται με το ύψος του σώματος σε εκατοστά πλην εκατό ελαπτωμένο κατά 10%. Σημαντικός δείκτης μέτρησης της παχυσαρκίας είναι η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης η οποία για το ανδρικό φύλο είναι πάνω από 102 εκατοστά και για το γυναικείο φύλο πάνω από 88 εκατοστά. Οι άνθρωποι που αθλούνται θεωρούνται υπέρβαροι και όχι παχύσαρκοι, ενώ τα άτομα που κάνουν καθιστική ζωή είναι παχύσαρκα και όχι υπέρβαρα.

Κατά καιρούς έχουν υπάρξει διάφοροι τρόποι μέτρησης της παχυσαρκίας όπως με μαγνητική τομογραφία ή αξονική με πίνακες όπου αναφέρονταν το κανονικό βάρος ανάλογα με το ύψος, με την μέθοδο της αραίωσης ισοτόπων κ.α (Καραγιαννόπουλος, 1999). Στη σύγχρονη εποχή ο καλύτερος τρόπος μέτρησης του βάρους είναι ο έλεγχος του Δείκτη Μάζας Σώματος

### **1.6.3 Νοσήματα Σχετιζόμενα με την Παχυσαρκία**

Βασικές απαιτήσεις της υγείας, σύμφωνα με πλήθος επιστημονικών δεδομένων, είναι η σωστή διατροφή, η επαρκής κίνηση και άσκηση του σώματος η ψυχολογική γαλήνη και ισορροπία και η επαρκής ανάπαυση και ο ύπνος. Κάθε λογικός και ενήμερος άνθρωπος έχει μια αίσθηση ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ αυτού που βάζουμε στο σώμα του και των επιπτώσεων που η τροφή και η διατροφή έχει πάνω υγεία και την ευεξία (Webster-Gandy, 2000).

Δυστυχώς στις μέρες μας, όταν συζητούν οι άνθρωποι και οι γιατροί για θέματα τροφής και διατροφής, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται βασικά σε διατροφικές ελλείψεις. Επομένως, όταν ζητάτε τη γνώμη ενός γιατρού ή ενός διαιτολόγου σε θέματα διατροφής θα σας μιλήσει για μια πιθανή έλλειψη βιταμινών και θα σας συστήσει να

τρώτε άφθονο άπαχο κρέας, άφθονο ψάρι, κοτόπουλο και άφθονο γάλα και γαλακτοκομικά γενικά.

Τα πράγματα βέβαια δεν είναι τόσο απλά. Από παλιά είναι γνωστό ότι υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις ασθένειας που σχετίζονται με ελλείψεις σημαντικών θρεπτικών στοιχείων, όπως είναι οι βιταμίνες και τα μέταλλα. Ενδέχεται λοιπόν να συνδέονται πολλές αρρώστιες με κάποιες ελλείψεις σε βιταμίνες και μέταλλα, αλλά οι πιο σοβαρές και σημαντικές αιτίες για την ανάπτυξη των χρόνιων εκφυλιστικών παθήσεων του καιρού μας και του τόπου μας είναι οι διατροφικές υπερβολές. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις διατροφικές υπερβολές σε τρεις κατηγορίες (Adamo, 2000):

- Η πρώτη είναι η υπερβολική κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης.
- Η δεύτερη είναι η υπερβολική κατανάλωση κορεσμένων λιπών.
- Η τρίτη είναι η υπερβολική κατανάλωση ραφιναρισμένης ζάχαρης και ραφιναρισμένων γενικά υδατανθράκων (άσπρο ψωμί, γυαλισμένο ρύζι, άσπρα ζυμαρικά, γλυκίσματα, μαρμελάδες, σοκολάτες, μπισκότα, κρουασάν, ντόνατς, κέικ κ.λπ.).

Όταν ερευνούμε την πλειονότητα των χρόνιων ασθενειών στις δυτικές κοινωνίες, είτε είναι οι καρδιοπάθειες, η οστεοπόρωση, τα αρθρικά, είτε η παχυσαρκία κ.λπ., υπάρχουν πλήθος στοιχείων και ερευνών που συσχετίζουν τις τρεις αυτές υπερβολές στην κατανάλωση τροφών με τα κύρια προβλήματα υγείας της εποχής μας, χωρίς φυσικά να αγνοείται η συμβολή και άλλων παραγόντων στην ανάπτυξη των κυρίων χρόνιων ασθενειών, όπως το κάπνισμα, τα οιοπνευματώδη, οι καφέδες, το έντονο άγχος, η έλλειψη επαρκούς κίνησης και επαρκούς ύπνου, η μόλυνση περιβάλλοντος, τα φυτοφάρμακα, οι ακτινοβολίες κ.λπ. Ένας από τους κύριους λόγους αρρώστιας είναι ότι αυτές οι διατροφικές υπερβολές αποτελούνται από ουσίες και τροφικά στοιχεία που δημιουργούν υπερβολική οξύτητα, όξινα προϊόντα και φλεγμονή στο ανθρώπινο σώμα. Τα δομικά υλικά της πρωτεΐνης είναι αμινοξέα. Η λέξη κλειδί εδώ είναι το οξύ (οξέα). Τα δομικά υλικά του λίπους είναι τα λιπαρά οξέα -πάλι η λέξη κλειδί είναι το οξύ (οξέα). Και

τα προϊόντα διάσπασης της ραφιναρισμένης ζάχαρης υφίστανται ζύμωση και δημιουργούν προϊόντα φθοράς. Αυτή η υπερβολική οξύτητα που κατακλύζει τον οργανισμό εξαιτίας της μεγάλης κατανάλωσης πρωτεϊνών, κορεσμένων λιπών, τρανσρών, ραφιναρισμένων υδατανθράκων και ζάχαρης, με την πάροδο του χρόνου μπορεί να φθάσει σε τόσο υψηλά επίπεδα που να δημιουργήσει φλεγμονή σε ιστούς και κύτταρα του ανθρώπινου σώματος. Ακόμη και σοβαρές αρρώστιες, όπως είναι η καρδιοπάθεια, πιστεύεται τώρα ότι ξεκινούν ως φλεγμονές (Γαλανός, 2001).

Οι κυριότερες ασθένειες που οφείλονται στις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι (Παππά, 2008):

- Αθηροσκλήρωση. Η αθηροσκλήρωση είναι μία διαταραχή του τοιχώματος των αιμοφόρων αγγείων που χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό πλακών στην εσωτερική επιφάνειά του. Ο σχηματισμός των πλακών προκαλεί μείωση της ροής του αίματος μέσω των αγγείων αυτών και κακή αιμάτωση ή μη αιμάτωση τμημάτων του καρδιακού μυός, του εγκεφάλου ή άλλων σημαντικών οργάνων του σώματος. Η καρδιακή ισχαιμία είναι η κύρια αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες.
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Η χρόνια υπογλυκαιμία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 προκύπτει ως αποτέλεσμα διαφορετικών και προοδευτικά εξελισσόμενων παθογενετικών μηχανισμών που προκαλούν:
  - Διαταραχές στην ικανότητα των β-κυττάρων του παγκρέατος να εκκρίνουν ινσουλίνη.
  - Διαταραχές στην ικανότητα της ινσουλίνης να αναστέλλει την ηπατική παραγωγή γλυκόζης από τους περιφερικούς ιστούς
- Υπελιπιδαιμία. Οι τιμές της ολικής χοληστερόλης στο αίμα, στα άτομα που είναι παχύσαρκα είναι αυξημένες λόγω της αυξημένης σε λίπη και υδατάνθρακες διατροφής. Οι καρδιοπάθειες στις περιπτώσεις αυτές αποτελούν τον κύριο λόγο θανάτου διεθνώς με πολύ μεγάλο αριθμό θανάτων κάθε έτος.

- Καρκίνος. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αποτελεί αιτία παχυσαρκίας σε πολλές περιπτώσεις. Στις γυναίκες παρουσιάζεται στον τράχηλο, τον μαστό και την μήτρα, ενώ στους άνδρες, στο παχύ έντερο, στον ορθό και τον προστάτη.

## 1.7 Μεθοδολογία και Αποτελέσματα Μελετών

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλημία αναγνωρίζονται ως διαγνωστικές οντότητες από το DSM-IV (1994). Η τέταρτη έκδοση αυτού, αναγνωρίζει επίσης, ως μια τρίτη κατηγορία διατροφικής διαταραχής την επεισοδιακή υπερφαγία. Ο επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας έχει διερευνηθεί κυρίως στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική, σε δείγματα νεαρών γυναικών, όπου η μέση επικράτηση που παρατηρήθηκε ήταν 0,3% (Hoek, van Hoeken, 2003). Σύμφωνα με έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες η επικράτηση των διαταραχών μεταξύ των ενηλίκων γυναικών αναφέρονται μεταξύ του 5-6% (Walters, Kendler, 1995), ενώ η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας στους ενήλικους άνδρες κυμαίνεται στο 1% (Garfinkel et al., 1996). Ο επιπολασμός της ψυχογενούς βουλημίας σε έρευνα που έγινε στον Καναδά σε ενήλικες γυναίκες υπολογίστηκε στο 1,1% - 2,8% (Garfinkel et al., 1995). Η επικράτηση της βουλημίας στους άνδρες σε Καναδική μελέτη υπολογίστηκε στο 0,1%, ενώ στην Αυστρία το ποσοστό κυμαίνονται στο 5% (Kinzl et al., 1999). Για την περίπτωση της υπερφαγίας βάσει δυο ερευνών που έγιναν με τηλεφωνική συνέντευξη σε ενήλικες της Αυστρίας εκτιμάται ότι ο επιπολασμός μεταξύ των γυναικών έφτανε έως το ποσοστό του 3,3% (Kinzl et al., 1999) και 0,8% στους άνδρες (Kinzl et al., 1999). Η υπερφαγία ερευνήθηκε και από άλλους ερευνητές με τη χρήση ερωτηματολογίου χωρίς προσωπική συνέντευξη (Streigel-Moore, Franko, 2003; Favaro et al., 2004).

Οι ψυχογενής ανορεξία και βουλημία αποτελούν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες παρουσιάζονται με μεγάλη συχνότητα στις νεαρές ηλικίας κυρίως των κοριτσιών. Σύμφωνα με τις έρευνες των Navia et al. (2003) και Bellisle et al. (1995), η προσπάθεια ελάττωσης του βάρους είναι συχνό φαινόμενο, παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος από τα άτομα αυτά δεν είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα.



Από έρευνα των Tamim et al (2006), το 6,1% των εφήβων εφαρμόζουν για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, επικίνδυνες πρακτικές, γεγονός που προκύπτει σε μεγαλύτερο βαθμό και στην παρούσα έρευνα, σύμφωνα με την οποία το 30, 20% των εφήβων καταφεύγουν στη μέθοδο του εμετού για τον περιορισμό των θερμίδων. Επίσης, μια άλλη μέθοδος που ακολουθούν σε αρκετά μεγάλο βαθμό είναι η χρήση διουρητικών ή διαιτητικών χαπιών για έλεγχο του βάρους τους. Έρευνες των Prouty et al. (2002) και των Makino et al (2006), έδειξαν ότι οι έφηβοι σε μικρό ποσοστό διακατέχονται από διαταραγμένες στάσεις πρόσληψης τροφής.

Μια άλλη έρευνα πάνω στο θέμα αυτό είναι της Ψαροπούλου (2011), σύμφωνα με την οποία οι έφηβες ασχολούνται πολύ με τη δίαιτά τους, καθώς είναι δυσαρεστημένες με την εικόνα του σώματός τους. Παρουσιάζουν διαταραγμένες σκέψεις και στάσεις γύρω από την πρόσληψη τροφής, έχουν τάση για δίαιτα θέλοντας να ελέγξουν το βάρος τους και να αποκτήσουν αδύνατο σώμα.

Τέλος, ο Hoek (1991) σε έρευνά του σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Ολλανδικού πληθυσμού έδειξε ότι κατά την περίοδο 1985-1989 η ψυχογενής ανορεξία παρέμενε σταθερή. Από τις παραπάνω έρευνες προκύπτει ότι ο ετήσιος ρυθμός αύξησης της ασθένειας κατά μέσο όρο στο γυναικείο φύλο ήταν 5,3%.

## **1.8 Συμπεράσματα**

Η όψη του σώματος αποτελεί για τις νεαρές ηλικίες σημαντικό παράγοντα της κοινωνικοποίησης με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε ακραίες λύσεις απόκτησης ενός σώματος λεπτού, και να οδηγούνται σε ψυχογενείς καταστάσεις οι οποίες τις περισσότερες φορές επιφέρουν στο άτομο σημαντικές ασθένειες ή ακόμα και τον θάνατο.

# **Κεφάλαιο 2. Αίτια Μεταβολής του Σωματικού Βάρους**

## **2.1 Εισαγωγή**

Τα αίτια μεταβολής του σωματικού βάρους είναι σύμφωνα με τους ερευνητές οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι κληρονομικότητα, οι περιβαλλοντικές συνθήκες, και οι βιοχημικοί μηχανισμοί. Τέλος, σημαντικός, επίσης, παράγοντας στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών αποτελούν οι κοινωνικές αντιλήψεις οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την άποψη για την εξωτερική εμφάνιση που πρέπει να έχει ένα άτομο.

## **2.2 Γενετικοί - Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

### **2.2.1 Γενετικοί Παράγοντες**

Από παλιά μελετάται η πιθανή κληρονομική βάση κάποιων περιπτώσεων παχυσαρκίας. Στις μελέτες αυτές οδήγησε η παρατήρηση ότι συχνά η παχυσαρκία είναι «οικογενειακό φαινόμενο». Βέβαια αυτό μπορεί να αποδοθεί και στις κοινές για την οικογένεια διατροφικές συνήθειες.

Πολλά είναι τα γονίδια που φαίνεται να εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Το γονίδιο *ob*, που κωδικοποιεί την ορμόνη των λιποκυττάρων λεπτίνη είναι γνωστό από τις αρχές της δεκαετίας του '70. Η λεπτίνη, στα μέσα του 1990, διαπιστώθηκε ότι λαμβάνει μέρος σε ένα λιποστατικό μηχανισμό, και έδωσε πολλές ελπίδες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τα αποθέματα λίπους

του σώματος, δηλαδή, μεταφέρονται ως πληροφορίες στον εγκέφαλο. Η όρεξη τροποποιείται σύμφωνα με αυτές τις πληροφορίες αλλά και η ποσότητα της θερμότητας που αποδίδεται στο περιβάλλον από τον οργανισμό και επομένως και η ενέργεια που καταναλώνεται. Η επίδραση της λεπτίνης, όμως, παρόλο που σε πειράματα που πραγματοποιήθηκαν στα ζώα ήταν επιτυχής στην ρύθμιση του βάρους, στους παχύσαρκους ανθρώπους δεν είχε τα ίδια αποτελέσματα, καθώς ο μηχανισμός ρύθμισης παρουσιάζει μεγαλύτερη πολυπλοκότητα. Τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία για παράδειγμα., ενώ από τα λιποκύτταρά τους εκκρίνουν λεπτίνη, ο εγκέφαλος δεν λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες για την αύξηση της θερμογένεσης και τον περιορισμό της όρεξης. Το φαινόμενο αυτό, θυμίζει την αντίσταση του οργανισμού στη δράση της ινσουλίνης, που είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (NIDDM). Παρόλο που τα αποτελέσματα από την λεπτίνη απογοήτευσαν τους ερευνητές, σήμερα οι μελέτες με την συγκεκριμένη ορμόνη συνεχίζονται αφού έχει βρεθεί ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον οργανισμό του ανθρώπου. Έτσι δεν έχουν εγκαταλειφθεί οι προσπάθειες ένταξής της σε θεραπευτικά σχήματα για την παχυσαρκία αλλά και για άλλες παθολογικές καταστάσεις (Μαύρη-Βαβαγιάννη και συν., 2004).

Τα τελευταία χρόνια αποδίδεται μεγάλη σημασία, στα γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για την παχυσαρκία και κυρίως σε αυτά που κωδικοποιούν τις αποσυζευκτικές πρωτεΐνες των μιτοχονδρίων (UCP Uncoupling Proteins). Με την βοήθεια των συγκεκριμένων πρωτεϊνών η καύση των τροφών αποδεδεσμεύεται από το σχηματισμό του ATP, και ακολούθως ελευθερώνεται η ενέργεια που παράγεται από την καύση με τη μορφή θερμότητας. Με την λειτουργία αυτή το BMR αυξάνεται. Κατανοείται ότι όσο οι πρωτεΐνες είναι πιο δραστικές, τόσο μικρότερη ποσότητα λίπους αποθηκεύεται. Στα παχύσαρκα άτομα έχει αποδειχτεί ότι οι πρωτεΐνες αυτές δεν είναι πολύ δραστικές ή είναι πολύ αργές.

### **2.2.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, τα τελευταία χρόνια, συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της παχυσαρκίας. Ο «γρήγορος τρόπος διατροφής», οι μεγάλες μερίδες,

και η περιεκτικότητα σε λίπος αποτελούν στοιχεία που συμβάλουν στην αύξηση της παχυσαρκίας. Στους παράγοντες αυτούς πρέπει να προστεθεί και η έλλειψη άσκησης λόγω επιπρόσθετων εργασιακών περιβλημάτων και του τρόπου ζωής στις πόλεις (Μαύρη-Βαβαγιάννη και συν., 2004).

## 2.3 Βιομηχανικοί Μηχανισμοί

### Δυσλειτουργία του υποθαλάμου

Η λήψη τροφής ρυθμίζεται από δύο κέντρα του υποθαλάμου, το κέντρο θρέψης και το κέντρο κόρου. Στον υποθάλαμο επίσης βρίσκεται και το κέντρο θερμογένεσης. Η διέγερση του κέντρου αυτού έχει ως αποτέλεσμα τη μέσω συμπαθητικού νευρικού συστήματος διέγερση μεταβολικών πορειών που προκαλούν την ελευθέρωση της ενέργειας της τροφής με τη μορφή θερμότητας και όχι την αποθήκευσή της με τη μορφή του λίπους. Στον άνθρωπο υπεύθυνος για τη θερμογένεση είναι κυρίως ο μυϊκός ιστός. Στα φυσιολογικά άτομα υπάρχει καλή λειτουργία και συνεργασία των υποθαλαμικών κέντρων με αποτέλεσμα όχι μόνο η λήψη τροφής να είναι ανάλογη των αναγκών, αλλά και η αυξημένη λήψη τροφής να διεγείρει το κέντρο θερμογένεσης και αντίστροφα. Κάποιες όμως υποθαλαμικές βλάβες μπορούν να προκαλέσουν διατάραξη του ενεργειακού ισοζυγίου και μέσω αυτής μεταβολή του σωματικού βάρους (Γιασπάλα, Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, 2007).

### Ενδοκρινολογικοί παράγοντες

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς αυξάνουν ή μειώνουν το ρυθμό βασικού μεταβολισμού (BMR). Ο υποθυρεοειδισμός επομένως έχει σαν αποτέλεσμα μείωση του BMR και αύξηση της ενέργειας που περισσεύει και αποθηκεύεται με τη μορφή του λίπους, ενώ ο υπερθυρεοειδισμός έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του BMR. Το 5-10% των παχύσαρκων ατόμων πάσχουν από υποθυρεοειδισμό (Bouchard, Perusse, 1993).

## 2.4 Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες

Πολλοί κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες υπάρχουν που επηρεάζουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα στις οικογένειες, που οι γονείς δείχνουν την δυσαρέσκεια τους για την κατασκευή του σώματός τους και κάνουν συνεχώς δίαιτα, παρατηρείται ότι και τα παιδιά αποκτούν παρόμοιες στάσεις και συμπεριφορές (Keery et al., 2006). Πειράγματα εκ μέρους των γονέων και αρνητικά σχόλια για το σχήμα του σώματος, ή η άσκηση πίεσης για μείωση του βάρους και η ενθάρρυνση για διατροφή έχουν επίσης, συσχετιστεί με τη δυσαρέσκεια του σώματος, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, και στα δύο φύλα (Polivy, Herman, 2002). Επιπλέον, οι γονείς που ασκούν υψηλά επίπεδα γονικού ελέγχου με επικριτικά σχόλια, εχθρότητα, ή συναισθηματική αρνητική επιβάρυνση μπορεί να προκαλέσουν στο παιδί ψυχολογικά προβλήματα και να τα οδηγήσει στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Kluck, 2008).

Σημαντικός, επίσης, παράγοντας στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών αποτελούν οι αντιλήψεις για συμμόρφωση με τα πολιτιστικά ιδεώδη του κράτους, ειδικά μεταξύ των εφήβων (Wertheim et al., 1997). Κυρίως τα κορίτσια αποκτούν στάσεις και συμπεριφορές από τους συνομηλίκους τους, οι οποίες αναφέρονται στη σημασία του να είναι κανείς λεπτός και να κάνει δίαιτα. Μεγάλη επιρροή στα κορίτσια ασκεί η εικόνα του σώματος που προωθείται από τα σύγχρονα μοντέλα τα οποία συνήθως είναι λεπτά και ακολουθούν τρόπο διατροφής πολύ περιορισμένο. Ομοίως, οι σύζυγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών μέσω αρνητικών σχολίων για την εμφάνιση και την παρότρυνση στο άλλο φύλο να χάσει βάρος. Τα αρνητικά αυτά σχόλια μπορεί να οδηγήσουν σε δυσαρέσκεια για το σώμα, διατροφικές διαταραχές και αρνητικά συναισθήματα μεταξύ των ανδρών και των γυναικών (Weller, Dziegielewska, 2004).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι διατροφικές διαταραχές μεταξύ των αθλητών είναι πολύ συνηθισμένες, καθώς καταβάλλεται προσπάθεια όχι μόνο να βρίσκονται σε φόρμα, αλλά για να είναι ισχυρότεροι και ως εκ τούτου καλύτεροι (Woods, 2004). Η διατροφική διαταραχή παρατηρείται ακόμα και σε ορισμένα αθλήματα ανταγωνισμού τα

οποία επικεντρώνονται στην λιπαρότητα, όπως η γυμναστική. Οι αθλητές που πιστεύουν ότι το λιτό σώμα, θα αυξήσει τις επιδόσεις τους είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε διαταραγμένη διατροφή (Krentz, Warschburger, 2013). Αυτή η άποψη μερικές φορές ενθαρρύνεται ή ενισχύεται από τους προπονητές και τους εκπαιδευτές, ωθώντας τους αθλητές στην ανάπτυξη προβληματικών συνηθειών διατροφής (Thompson, Sjeran, 2014).

Τέλος, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν, επίσης, επιρροή, αν και συχνά αμφιλεγόμενη, στην ανάπτυξη των διατροφικών συμπεριφορών, λόγω της συνεχούς επίδειξης του ιδανικού σώματος.

## **2.5 Πιθανά Αίτια της Ψυχογενούς Ανορεξίας**

Η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη και εμφανίζεται 10-20 φορές περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες (Berkman et al., 2006). Σύμφωνα με μελέτες, τα ανορεξικά άτομα προέρχονται από οικογένειες που έχουν χάσει ένα μέλος της οικογενείας τους (Krahn, 1991). Άλλες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το 1/3 των ανορεκτικών ασθενών είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και παρατηρείται ότι έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα άτομα που είναι θύτες σεξουαλικής παρενόχλησης, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ντροπής και μια αρνητική στάση προς το σώμα τους και το αντίθετο φύλο (Steiner, Lock, 1998). Τα κοινωνικά πρότυπα και η έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, επηρεάζουν κυρίως τους νέους, και αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές.

Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας είναι πολλά και έχουν αναπτυχθεί για αυτό το φαινόμενο πολλές θεωρίες από τους επιστήμονες. Υποστηρίζεται ότι η διαταραχή οφείλεται σε βιολογικούς, κοινωνικο-πολιτιστικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι τα αίτια της νευρικής ανορεξίας είναι μόνο ψυχικά ή ότι δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία σχετικά με την ακριβή παθογένεση που επάγει τη διαταραχή.

Όλοι, όμως οι επιστήμονες συμφωνούν στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια και ειδικότερα η μητέρα η οποία θεωρείται ότι είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της διαταραχής στα παιδιά και κυρίως στα έφηβα κορίτσια (Izydorczyk, Czekaj, 2006).

Σύμφωνα με Bruch (1982) οι ψυχικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής είναι:

- Η εφηβική κρίση κατά την οποία ο νέος βιώνει νέες εμπειρίες.
- Η ανατροφή ενός παιδιού που συνήθως θεωρείται ότι είναι μόνο φαινομενικά σωστή. Συνήθως κατά την ανατροφή του παιδιού παρατηρούνται συμπεριφορές όπως έλλειψη αναγνώρισης ή προσπάθεια βελτίωσης των ικανοτήτων του ατόμου.
- Η ψυχολογική πίεση για την διατήρηση του σωστού βάρους του σώματος.

## **2.6 Πιθανά Αίτια της Ψυχογενούς Βουλιμίας**

Η κοινωνική πίεση αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα ανάπτυξης της βουλιμίας σε σχέση με την ανορεξία. Η διερεύνηση της αιτίας της βουλιμίας δεν είναι τόσο απλή όσο της ανορεξίας. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ως αιτία της βουλιμίας τους γενετικούς παράγοντες ενώ άλλες ορίζουν ως αιτία την ισχυρή επίδραση του περιβάλλοντος. Παρά τα αντικρουόμενα στοιχεία, είναι ως επί το πλείστον αποδεκτό ότι η βουλιμία έχει μια ισχυρότερη περιβαλλοντική επίδραση από την ανορεξία.

Η αιτία της βουλιμίας είναι άγνωστη. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι μπορεί να προκληθεί από έναν συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο Bruch (1973, όπως αναφέρει ο Μωρόγιαννης, 2000) αναφέρει ότι τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αισθάνονται ανέκτα να διαφοροποιήσουν το συναίσθημα της πείνας από την ικανοποίηση. Αντ' αυτού, παρερμηνεύουν τα διάφορα αισθήματα δυσαρέσκειας με την πείνα.

Σύμφωνα με τον Bruch, αυτό μπορεί να οφείλεται σε ελαττωματικές διαδικασίες μάθησης στην παιδική ηλικία, όταν οι γονείς κάθε φορά που το παιδί ήταν δυσαρεστημένο του έδιναν να φάει. Κατά την άποψη του Bruch, αυτοί οι γονείς δίδαξαν στα παιδιά τους ότι το φαγητό ήταν μια σωστή απάντηση στα διάφορα αισθήματα δυσαρέσκειας.

Οι Johnson και Connors (1987, όπως αναφέρουν οι Γεωργιτισσοπούλου και Παπατάτσιου, 2003) εντοπίζουν το πρόβλημα του βουλιμικού ατόμου στην προσωπικότητα και την διατύπωση των εσωτερικών συναισθημάτων, ιδιαίτερα στην χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με τις υψηλές προσδοκίες. Ο Sohlberg (1987, όπως αναφέρουν οι Γεωργιτισσοπούλου και Παπατάτσιου, 2003) αναφέρει ότι οι βουλιμικοί έχουν ασθενέστερη προσωπικότητα.

Ο Björnell (1985) αναφέρει ότι τα βουλημικά άτομα έχουν υψηλότερο από το μέσο όρο του πληθυσμού άγχος, αισθάνονται μονοτονία αποφεύγουν την κοινωνικοποίηση, και δεν έχουν μεγάλη μυική αντοχή.

## **2.7 Αίτια της Αδηφαγικής Διαταραχής ή Επεισοδιακής Υπερφαγίας**

Η πλειοψηφία των μελετών έχουν μετρήσει την πρόσληψη τροφής ακολουθώντας εργαστηριακούς στρεσογόνους παράγοντες, χωρίς όμως την μέτρηση των βιολογικών συσχετισμών. Πολλοί έχουν αποτύχει να διερευνήσουν τις διαφορές σε



όλα τα επίπεδα κατανάλωσης τροφής, αλλά έχουν διερευνήσει τις διαφορές στα μακροθρεπτικά συστατικά.

Για παράδειγμα, οι Levine και Marcus (1997) δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ των γυναικών με βουλιμικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες ελέγχου μετά από μία καθημερινή διαπρωσωπική ομιλία.

Ωστόσο, τόσο οι βουλιμικές γυναίκες όσο και οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου, αύξησαν την κατανάλωση υδατανθράκων μετά από το στρες σε σύγκριση με την μέτρηση χωρίς στρες. Ο Lattimore παρατήρησε αυξημένη κατανάλωση παγωτού μετά την παρακολούθηση ενός έργου αγωνίας, σε σύγκριση με την ομάδα του ελέγχου (Lattimore, 2001). Αλλά η κατανάλωση δεν διέφερε μεταξύ των ατόμων με αδηφαγική διαταραχή με κανονικό βάρος και εκείνων χωρίς αδηφαγική διαταραχή.

## **2.8 Συμπεράσματα**

Τα αίτια των διατροφικών διαταραχών, σύμφωνα με τους ερευνητές, αποδίδονται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η βιομηχανία τροφίμων, η διαθεσιμότητα τροφών πλούσιων σε θερμίδες, η διαφήμιση των τροφίμων, η καθιστική ζωή, το άγχος κ.α. , οδηγούν τους ανθρώπους στην παχυσαρκία και τις διατροφικές διαταραχές ,η θεραπεία των οποίων είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί την παρουσία ψυχολόγου και θεραπευτή.

## **Κεφάλαιο 3. Τομείς Επίδρασης των Μεταβολών του Σωματικού Βάρους**

### **3.1 Εισαγωγή**

Η ανθρώπινη ιδιότητα προσδίδεται από την προσωπική αντίληψη που έχει ο άνθρωπος για τον εαυτό του. Από τα έμβια όντα, μόνο ο άνθρωπος, μπορεί να διαμορφώσει την εικόνα του σώματος και της προσωπικότητας του. Το σώμα του ανθρώπου με την κινητική δραστηριότητα μπορεί να διατηρηθεί υγιές. Επίσης, σημαντικό παράγοντα αποτελεί και η αυτοεκτίμηση, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος μπορεί να διαμορφώσει την προσωπική του αντίληψη χωρίς να επηρεάζεται από στερεότυπα και προκαταλήψεις.

### **3.2 Φυσική Δραστηριότητα**

Όλα τα άτομα είτε είναι παιδιά είτε ενήλικες χρειάζονται την άσκηση στη ζωή τους - κι αυτό γιατί γενικά η γυμναστική προσδίδει ευλυγισία, τονώνει τους μυς, δυναμώνει την καρδιά και τους πνεύμονες (αεροβική) και τους κάνει δυνατότερους. Αυτό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να ξημεροβραδιάζονται στο γυμναστήριο (Ζιώγου, 2013).

Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα να ασχολούνται με δραστηριότητες που κάνουν τα σώματά τους να κινούνται. Δεν είναι ανάγκη να γραφτεί κάποιος σε ομάδες (εκτός κι αν ενδιαφέρεται για κάτι συγκεκριμένο το ίδιο το άτομο). Όλα τα άτομα δραστηριοποιούνται με οποιαδήποτε σωματική κίνηση, ακόμη και μέσα από τις αγγαρείες του σπιτιού. Δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς όμως ότι κάθε ηλικία θα πρέπει να συμβαδίζει με την ανάλογη δραστηριότητα του.

Τα άτομα με προβλήματα υγείας χρειάζεται από όλη την κοινωνία, ειδική μεταχείριση και προσοχή. Τα προβλήματα υγείας διακρίνονται στα ακόλουθα είδη: σωματικά, κινητικά και πνευματικά. Κρίνεται απαραίτητο να γίνει αντιληπτό από όλο τον κόσμο, ότι τα άτομα με προβλήματα υγείας άσχετα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν μπορούν να ζήσουν μια ζωή με ποιότητα και υγεία (Κοκαρίδας, 2003).

Για την ένταξη ενός ατόμου σε ομάδες άσκησης προϋπόθεση είναι η διαμόρφωση ενός κατάλληλου κλίματος ώστε όλοι να ασκηθούν κατάλληλα χωρίς προβλήματα. Επίσης θα πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι άσχετα με το πρόβλημα τους τα άτομα αυτά μπορούν να αθληθούν και να παίξουν όπως όλοι. Τα οφέλη της άθλησης είναι τα εξής (Χατζηγεωργιάδης, 2004):

- Η άσκηση μειώνει το άγχος. Τα άτομα εκτίθενται σε μια σειρά «στρεσογόνων καταστάσεων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συμπεριφορά τους και η φυσική και πνευματική υγεία.
- Η τακτική άσκηση βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου. Πολλά άτομα δεν νιώθουν κουρασμένα προς το τέλος της ημέρας με αποτέλεσμα να αργούν να κοιμηθούν.
- Η άσκηση έχει επίσης συνδεθεί με την αυτοεκτίμηση και την πνευματική συμπεριφορά.

Τα οφέλη της κίνησης δεν αφορούν μόνο τα κινητικά τους προβλήματα, αλλά προκαλούν σημαντικά οφέλη και στο συναισθηματικό τους κόσμο. Οι διάφορες κινητικές δραστηριότητες βοηθούν τα άτομα στην απόκτηση γνώσεων, και στην ανάπτυξη στρατηγικών για την απόκτηση σύνθετων δραστηριοτήτων. Η επιβράβευση της κάθε προσπάθειας του ατόμου, δημιουργεί συναισθηματικά οφέλη αφού πιστεύουν ότι με κάθε επιτυχία τους καταξιώνονται στα μάτια των ανθρώπων του περιγύρου τους και της οικογένειάς τους (Γεροδήμος, 2013).

Η άθληση πέρα από τα οφέλη που προσφέρει στα άτομα με κώφωση, τύφλωση και αναπηρίες, τα οποία είναι η ανάπτυξη φυσικών και κινητικών δραστηριοτήτων, η βελτίωση στην αυτοεξυπηρέτηση, η ελάτπωση των συμπτωμάτων της αναπηρίας,

βοηθούν το άτομο στην ισότιμη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και στην κοινωνικοποίησή του. Με την συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα αυξάνεται η αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση τους κυρίως αν οι δραστηριότητες αυτές οδηγούν στην εκπλήρωση των στόχων, με αποτέλεσμα να μαθαίνουν να διαχειρίζονται το άγχος τους, το οποίο πολλές φορές προέρχεται από το αίσθημα της μειονεκτικότητας, αφού βλέπουν ότι γίνονται αποδεκτοί από όλους και με την δραστηριότητα βελτιώνεται η κατάστασής τους.

Στην σημερινή εποχή ο αθλητισμός αποτελεί ευγενή άμιλλα, και βοηθάει τον άνθρωπο να ξεπερνάει τις δυσκολίες του, να ηρεμεί και να προσπαθεί να ξεπεράσει τον εαυτό του. Η συμμετοχή στον αθλητισμό και στις διάφορες φυσικές δραστηριότητες είναι σημείο απόδειξης της ποιότητας ζωής μιας κοινωνίας και έκφραση πολιτισμού.

Ο αθλητισμός αποτελεί τη μόνη υγιή διέξοδο του ανθρώπου από την ρουτίνα της καθημερινότητας, αφού είναι ο πλέον αυθεντικός τρόπος εξωτερίκευσης κάθε είδους συναισθήματος. Εξασφαλίζει σωματική υγεία, διαύγεια και καθαρότητα του νου, ενίσχυση των πνευματικών του δυνάμεων. Επιτρέπει έτσι, να καλλιεργηθούν εσωτερικές δυνάμεις, όπως το θάρρος, η αποφασιστικότητα, η αισιοδοξία, η θέληση, η υπομονή, η επιμονή, η ψυχική αντοχή. Συντελεί στην καταπολέμηση του υπέρμετρου εγωισμού και οδηγεί στην αυτογνωσία, την εσωτερική προσέγγιση του ίδιου του εαυτού. Έτσι, ο άνθρωπος φτάνει από το υγιές πνεύμα στον υγιή νου, γεγονός που του εξασφαλίζει μια ισορροπία ανάμεσα στις δύο του υποστάσεις, τη σωματική και την πνευματική.

Επιπλέον, ο αθλητισμός δίνει στο άτομο τη δυνατότητα της αυτοέκφρασης, τον γεμίζει με τη χαρά της δημιουργίας, συναίσθημα που έχει εκλείψει ακόμη και από την εργασία, λόγω της βίαιης παραβίασης της ανθρώπινης προσωπικότητας από τον τεχνικό μηχανισμό. Τον γεμίζει παράλληλα όμως και με ευθύνη που πηγάζει από την υποχρέωση που νιώθει απέναντι στα άλλα άτομα, τον εαυτό του, καθώς επίσης και όλους αυτούς που τον γνωρίζουν και τον βοηθούν. Τέλος, τον οδηγεί στη συνειδητοποίηση των ορίων της ψυχής και του σώματος, γεγονός που τον απελευθερώνει και τον αποδεσμεύει από τυχόν ψευδαισθήσεις ή φοβίες.

Τα οφέλη της παρακολούθησης συγκεκριμένου προγράμματος, ύστερα βέβαια και από συνεννόηση με τον προσωπικό γιατρό, είναι τα ακόλουθα (Γεροδήμος, 2013):

- Η άσκηση δυναμώνει το καρδιαγγειακό σύστημα και αυξάνει την καρδιακή μάζα. Αυτό το τελευταίο μειώνει τον κίνδυνο της καρδιοπάθειας. Η άσκηση βοηθάει στην αύξηση της ταχύτητας του ρυθμού του μεταβολισμού - πόσο γρήγορα καίει ο οργανισμός μας τις θερμίδες. Η άσκηση μπορεί να κάψει πολλές θερμίδες ώστε να μειωθεί το σωματικό λίπος και οι υπέρβαροι να αρχίσουν να χάνουν κιλά. Είναι φανερό ότι ο αριθμός απώλειας των κιλών εξαρτάται από το επίπεδο και το είδος της δραστηριότητας.
- Η άσκηση κάνει καλό στον εγκέφαλο. Με τον τρόπο αυτό η εγκεφαλική ευελιξία αυξάνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επίσης, με την πραγματοποίηση κινητικής δραστηριότητας αυξάνεται στο αίμα του εγκεφάλου η οξυγόνωση, με θετικά αποτελέσματα στις πνευματικές ικανότητες, την συγκέντρωση και την αντανάκλαση. Τα παχύσαρκα άτομα συχνά διακατέχονται από ατονία και είναι ληθαργικά, χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος, με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση.
- Η τακτική άσκηση δημιουργεί μυϊκή δύναμη με καλύτερα αποτελέσματα στην αεροβική, θετική σκέψη απέναντι στους άλλους, πράγματα που κάνουν τα άτομα να νιώθουν καλύτερα απέναντι στους άλλους.
- Η άσκηση χρησιμοποιεί την αδρεναλίνη η οποία ευθύνεται για το άγχος. Επίσης δημιουργεί τις ενδορφίνες, τις ορμόνες που μας φτιάχνουν την καλή διάθεση και μας δίνουν κίνητρα και αντοχή να ξεπεράσουμε τις διάφορες παθήσεις.
- Η άσκηση βοηθάει πολύ στην αύξηση της ευαισθητοποίησης της ινσουλίνης και στην ανθεκτικότητα κατά του διαβήτη.
- Η άσκηση μειώνει το βάρος με αποτέλεσμα πολλές λειτουργίες του οργανισμού να βρίσκονται υπό έλεγχο και θεραπεύει πολλά συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία προέρχονται λόγω παχυσαρκίας.

Τα άτομα, πρέπει να βάλουν στο πρόγραμμά τους την άσκηση, η οποία θα είναι ανάλογη με την αντοχή και το επιτρεπτό όριο που μπορεί να ακολουθήσει ο καθένας. Μπορεί να περιλαμβάνει σωματικές δραστηριότητες όπως περπάτημα, ασχολία με την κηπουρική με διάρκεια γύρω στα 30 λεπτά. Παρόλο που στην αρχή φαίνεται δύσκολο να ακολουθηθεί ένα πρόγραμμα γυμναστικής στην συνέχεια όταν αποκτήσει κανείς τον ρυθμό του τα συμπτώματα βελτιώνονται. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι πριν την αρχή οποιασδήποτε δραστηριότητας πρέπει να αναφερθούν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασκούμενος. Η άσκηση εξατομικεύεται και τίθεται στόχος για τον καθένα χωριστά.

### **3.2.1 Μεσογειακή διατροφή**

Δεν υπάρχει, αναμφίβολα, τίποτα πιο σημαντικό για να επιτύχουμε καλή υγεία μακροζωία από το να τρώμε σωστά. Κι όταν λέμε «σωστή διατροφή», εννοούμε ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο φυσικών τροφών, πλούσιο σε φρέσκα φρούτα με μια ποικιλία φρέσκων λαχανικών και σαλατικών που περιέχουν πληθώρα βιταμινών, μετάλλων, αντιοξειδωτικών και πολυάριθμων φυτοχημικών ενώσεων. Τα φρούτα και τα λαχανικά θα συνοδεύονται στη διατροφή μας με κάποια πλήρη δημητριακά, με όσπρια, με λίγους ωμούς ξηρούς καρπούς και με ελάχιστα ζωικά. Θα ήταν βέβαια λίαν ευεργετικό για την υγεία εάν καταναλώναμε κατά κανόνα βιολογικά προϊόντα, που είναι απαλλαγμένα από φυτοφάρμακα, ορμόνες, αντιβιοτικά και άλλες τοξικές ουσίες. Τα λαχανικά, τα φρούτα και τα δημητριακά είναι τροφές φτωχές σε λίπος και νάτριο, δεν περιέχουν χοληστερίνη και προσσθέτουν λίγες θερμίδες (Ευθυμιάδης, 2005).

Ο ευκολότερος και πιο ανώδυνος τρόπος να επιτύχουμε τον περιορισμό των θερμίδων, βελτιώνοντας παράλληλα τη διατροφή μας, είναι (Adamo, 2000):

- Η δραστική μείωση των ζωικών τροφών (κρέας, αυγά, τυριά κ.λπ.), που είναι πλούσιες σε λίπη, χοληστερίνη, πρωτεΐνη, θερμίδες και συμβάλλουν στην αύξηση της ομοκυστεΐνης.

- Η εγκατάλειψη όλων των ραφινρισμένων και επεξεργασμένων τροφών, όπως το άσπρο ψωμί, τα λευκά ζυμαρικά, το γυαλισμένο ρύζι, τα επεξεργασμένα δημητριακά, τα γλυκίσματα, τα ζαχαρωτά, οι σοκολάτες, τα παγωτά, τα κρουασάν, τα μπισκότα, το επεξεργασμένο βιομηχανικά μέλι κ.λπ.
- Η μείωση του ελαιόλαδου (το έξτρα παρθένο ελαιόλαδο ψυχράς έκθλιψης είναι το καλύτερο λάδι, αλλά κι αυτό πρέπει να λαμβάνεται με φειδώ) και η εγκατάλειψη των σπορέλαιων, των μαργαρινών και μιας ειδικής κατηγορίας λαδιών που λέγονται τρανς λιπαρά, με τα οποία ψήνονται όλες οι ανθυγιεινές τροφές, οι λεγόμενες σκουπιδοτροφές.
- Τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί, όταν είναι σωστά προετοιμασμένα και μαγειρεμένα (όσα δεν τρώγονται ωμά) σας προσφέρουν τον όγκο που χρειάζεστε, τις ίνες και όλα τα θρεπτικά στοιχεία που έχει ανάγκη ο οργανισμός σας για καλή θρέψη και καλή υγεία.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι με κάθε μαγειρεμένη τροφή (καλύτερα ατμόβραστη ή ψητή με ωμό λάδι) πρέπει να λαμβάνεται μία ωμή, πλούσια ποικιλία σαλατικών. Σε κάθε γεύμα, φυσικά, εκτός από το πρωινό, θα υπάρχει με τα διάφορα λαχανικά και σαλατικά και μία συμπυκνωμένη τροφή (λ.χ. όσπρια ή πατάτες ή γλυκοπατάτες ή μπιζέλια ή καλαμπόκι ή σκούρο αγυάλιστο ρύζι ή πλήρη δημητριακά ή κολοκύθα σκληρή κίτρινη και μαύρο ψωμί ολικής άλεσης).

Θα πρέπει να αποφεύγουμε όσο είναι δυνατόν την πολυφαγία και τη λαιμαργία και να μην τρώμε εάν δεν είμαστε στοιχειωδώς ήρεμοι, ξεκούραστοι, πεινασμένοι και χαλαροί. Να φροντίζουμε, κατά την ώρα του φαγητού, να επικρατεί ευχάριστη ατμόσφαιρα και όχι αντιδικίες, μαλώματα, εκνευρισμοί, δυσάρεστα νέα και έντονοι θόρυβοι.

### 3.3 Αυτοεκτίμηση

Η έννοια του εαυτού είναι μία ευρεία και πολυδιάστατη κατασκευή που περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο συστατικά: την αυτοεκτίμηση και την αυτοεπίγνωση. Η αυτοεκτίμηση συνιστά την αξιολόγηση ή την εκτίμηση της προσωπικής αξίας, και μαζί και των στάσεων, των συναισθημάτων και των αντιλήψεων –αισθήσεων. Σε αντίθεση η αυτοεπίγνωση σχετίζεται με την αντίληψη και την κατανόηση των εσωτερικών διεργασιών που καθοδηγούν την εμπειρία. Οι Vitousek και Ewald (1993) οργάνωσαν τα χαρακτηριστικά των ελλειμμάτων της εικόνας του εαυτού στη νευρογενή ανορεξία σε τρεις μεγάλες ομάδες μεταβλητών: Ο ανάξιος εαυτός χαρακτηρίζεται από:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- Αίσθηση αβοήθητου,
- Μία φτωχή ανεπτυγμένη αίσθηση ταυτότητας
- Μία στάση αναζήτησης εξωτερικής επιβεβαίωσης,
- Εξαιρετική ευαισθησία στην κριτική και
- Συγκρούσεις σχετικά με την αυτονομία/εξάρτηση.

Η δεύτερη ομάδα, ο τελειοποιήσιμος εαυτός, περιλαμβάνει:

- Την τελειοπάθεια,
- Το αίσθημα μεγαλείου,
- Τον ασκητισμό.

Η Τρίτη ομάδα, ο κουρασμένος εαυτός χαρακτηρίζεται από:



- Την προτίμηση για την απλότητα,
- Μια προτίμηση για τη βεβαιότητα,
- Μία τάση απόσυρσης από σύνθετες ή έντονες κοινωνικές καταστάσεις.

Είναι γενικά αναγνωρισμένο ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, συχνά προηγείται της εμφάνισης των συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η υπερηφάνια και η επίτευξη του ελέγχου του σωματικού βάρους μοιάζει να ανακουφίζει προσωρινά αυτή την ασθένεια. Η αποκατάσταση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, ιδιαίτερα εάν αυτή είναι διάχυτη ή μακροχρόνια είναι ένας δύσκολος στόχος. Σε κάποιο σημείο της θεραπείας οι ασθενείς συνήθως αποκαλύπτουν ότι δεν αισθάνονται άξιοι ή ότι δεν έχουν προσωπική αξία. Η παραδοχή αυτή μπορεί να αναδηθεί κατά τη συζήτηση της δίαιτας και του ελέγχου του σωματικού βάρους ως δηλωτική κατασκευών, όπως η ικανότητα, ο έλεγχος, και η ελκυστικότητα και η αυτοπειθαρχία, οι οποίες με τη σειρά τους αντανακλούν την αξία του εαυτού. Μπορεί να εκφράζεται με αόριστους όρους, όπως ένα γενικό αίσθημα αναποτελεσματικότητας, ανημπόριας ή έλλειψης εσωτερικής κατεύθυνσης (Παππάς, 2008).

Είναι χρήσιμο ο θεραπευτής να βοηθήσει τον ασθενή να αποστάξει τις αόριστες παραδοχές για την αξία του εαυτού του σε μια ξεκάθαρη και απλή δήλωση, όπως “δεν αισθάνομαι ότι είμαι ένα άτομο με αξία”. Εφόσον, ο ασθενής εκφράσει την άποψη ότι έχει χαμηλή προσωπική αξία, είναι χρήσιμο να γίνει μια περισσότερο γενική συζήτηση, σχετικά με τη βάση της προσωπικής αξίας, και στη συνέχεια να εφαρμοστεί αυτή η καινούργια γνώση σε συγκεκριμένες και σημαντικές παρελθούσες καταστάσεις. Για τους περισσότερους ασθενείς, το σωματικό βάρος ή το σχήμα έχουν γίνει το κυρίαρχο μέτρο για την εκτίμηση της αξίας τους.

### 3.4 Κοινωνική Αποδοχή

Κάθε κοινωνική ομάδα δημιουργεί μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και τα μέλη της. Δε δημιουργεί όμως πάντα θετική εικόνα για τις άλλες κοινωνικές ομάδες. Οι εικόνες που έχει μια κοινωνική ομάδα για τις άλλες πολλές φορές δεν προέρχονται από την εμπειρία των μελών της κατόπιν επαφής με τα μέλη των άλλων ομάδων. Πρόκειται για προκατασκευασμένες ιδέες και κρίσεις που δεν επαληθεύονται από την καθημερινή πρακτική και προδιαθέτουν τα μέλη μιας ομάδας θετικά ή αρνητικά, τις προκαταλήψεις. Η επίδραση των αρνητικών προκαταλήψεων μπορεί να οδηγήσει τις κοινωνικές ομάδες σε αδικαιολόγητη σύγκρουση, γιατί καμία προκατάληψη δεν απεικονίζει με ακρίβεια την κοινωνική πραγματικότητα (Wetherell, 2004).

Συχνά οι προκαταλήψεις, προκειμένου να έχουν μεγαλύτερη απήχηση, δημιουργούν κοινωνικές ιδεολογίες με τις οποίες εξαπλώνονται. Έτσι τα υποτιθέμενα βιολογικά και πολιτισμικά μειονεκτήματα κάποιων ατόμων ή ομάδων υπερτονίζονται και θεωρούνται δεδομένα. Πολλές φορές, μάλιστα, συνοδεύονται και από θεωρίες που αυτοαποκαλούνται επιστημονικές, αλλά στην ουσία είναι φήμες ή προπαγάνδα. Οι προκαταλήψεις είναι γνώμες και στάσεις των μελών μιας ομάδας που προσανατολίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου προς ορισμένη κατεύθυνση, γιατί συνδυάζουν πεπιοθήσεις και συναισθήματα. Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα δημιουργούν πολλές φορές αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ των μελών της ομάδας, δηλαδή οδηγούν σε διακρίσεις, οι οποίες είναι: “αδικαιολόγητες, επιβλαβείς, ή αρνητικές πράξεις, σε βάρος των μελών μιας ομάδας, πράξεις που προκαλούνται απλά από τη συμμετοχή τους σε αυτή την ομάδα”. Ο Bond ερεύνησε το φαινόμενο της σκόπιμης διάκρισης των μελών μια μειονεκτικής ομάδας (Κοκκινάκη, 2005).

Οι συμπεριφορές των ατόμων που αφομοιώνουν τις προκαταλήψεις και εκφράζονται με αρνητικό τρόπο προς άλλα άτομα ονομάζονται διακρίσεις. Παράδειγμα διαμόρφωσης τέτοιας συμπεριφοράς: α) έχω την πεποίθηση ότι τα άτομα της Χ ομάδας είναι λιγότερο έξυπνα από τα άλλα, β) αισθάνομαι επιφυλακτικός απέναντι στις δυνατότητές τους, γ) δεν τα προσλαμβάνω ποτέ στην επιχείρησή μου.

Επίσης, τα στερεότυπα αποτελούν εικόνες προκατασκευασμένες τις οποίες τα άτομα έχουν στο μυαλό τους. Είναι σχήματα γενικευμένα που έχουν σκοπό να συμπυκνώσουν την γνώμη που τα άτομα πιστεύουν ότι έχουν για μεγάλες και μικρές κοινωνικές ομάδες. Τα αρνητικά στερεότυπα αποδίδουν με απλουστευτικό τρόπο σε όλα τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας κάποια αρνητικά χαρακτηριστικά μόνο και μόνο επειδή είναι μέλη της. Ενεργοποιούνται με τρόπο μηχανικό και ανορθολογικό και εμποδίζουν τη λειτουργία της κρίσης πριν τη δράση των ατόμων απέναντι στα άλλα άτομα (Συνοδινού και συν., 2007).

Δύο από τα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται στη βάση προκαταλήψεων και στερεοτύπων είναι ο ρατσισμός και ο σεξισμός.

### **3.4.1 Αρνητικές Προκαταλήψεις και Στερεότυπα**

Ο όρος προκατάληψη αναφέρεται στις στάσεις (θετικές ή αρνητικές) των μελών μιας κοινωνικής ομάδας, οι οποίες προσανατολίζουν τις συμπεριφορές τους σε ορισμένη κατεύθυνση έναντι των άλλων κοινωνικών ομάδων. Όμως οι προκαταλήψεις δεν ταυτίζονται απαραίτητα με τις διακρίσεις σε βάρος κάποιων ατόμων ή και ομάδων (Wetherell, 2004).

Οι διακρίσεις είναι συγκεκριμένες αρνητικές συμπεριφορές σε βάρος των μελών μιας ομάδας, που εκπορεύονται από αρνητικές προκαταλήψεις και στάσεις. Για παράδειγμα, όταν τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας υποτιμούν και αντιπαθούν άτομα ή μέλη άλλων κοινωνικών ομάδων, επειδή έχουν κάποιο διαφορετικό χαρακτηριστικό, για παράδειγμα διαφορετικό σωματότυπο, τότε αναφερόμαστε σε αρνητικές προκαταλήψεις που συχνά οδηγούν και σε αρνητικές συμπεριφορές απέναντί τους, οι οποίες παίρνουν τη μορφή της άνισης μεταχείρισης, της καταπίεσης ή του αποκλεισμού. Με άλλα λόγια, οι προκατειλημμένοι άνθρωποι έχουν μια προκατασκευασμένη στάση για τα μέλη μιας ομάδας και προσανατολίζονται συμπεριφορικά με βάση αυτή τη στάση. Οι αρνητικά προκατειλημμένοι άνθρωποι εκδηλώνουν συμπεριφορικά την (προκατασκευασμένη) αρνητική στάση που έχουν με

διάφορες μορφές εχθρότητας και με διακρίσεις έναντι των μελών μιας ομάδας (Λάγιος, 2008).

Σε κάθε περίπτωση βέβαια οι προκατασκευασμένες αυτές αξιολογήσεις και στάσεις είναι αθεμελίωτες εμπειρικά, παρόλο που συχνά επιδιώκεται να ενισχύονται από κοινωνικές ιδεολογίες και θεωρίες. Προαναφέρθηκε ότι οι προκαταλήψεις συχνά μετασχηματίζονται σε στερεοτυπικές πεποιθήσεις. Αναπόφευκτα λοιπόν χρειάζεται να αποσαφηνιστεί ο όρος στερεότυπα.

Τα στερεότυπα αποτελούν γενικευμένες αντιλήψεις για μια κοινωνική ομάδα ή κατηγορία, για ένα λαό. Τα στερεότυπα χαρακτηρίζουν με απλό τρόπο τα μέλη των ομάδων και ξεκινούν αυθόρμητα δημιουργώντας προβλήματα στην ορθή κρίση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να καθορίζουν τον τρόπο που δρα και σκέφτεται ένας άνθρωπος απέναντι στους άλλους.

### **3.5 Εργασιακές Σχέσεις**

Το θέμα των διακρίσεων στην αγορά εργασίας υπήρξε ένα θέμα συζήτησης μεταξύ των οικονομολόγων. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να προκύπτει περισσότερο στην αγορά εργασίας. Ανάμεσα στα θέματα που ξεχωρίζουν, όταν αναφέρεται το πρόβλημα των διακρίσεων είναι εκείνα που συνδέονται με τη φυλή και το φύλο των ατόμων. Ωστόσο, θέματα που σχετίζονται με την προσωπική εμφάνιση έγιναν ένα σημαντικό θέμα εστίασης μελέτης μεταξύ των οικονομολόγων. Οι έρευνες αυτές φαίνεται να δείχνουν ότι το φαινόμενο των διακρίσεων δεν περιορίζεται μόνο στη φυλή ή το φύλο, αλλά διευρύνει και περιλαμβάνει άτομα του ίδιου φύλου και φυλής, οι οποίοι διαφέρουν μόνο ως προς τη σωματική τους εμφάνιση (Loureiro et al., 2011).

Στην αγορά εργασίας κυκλοφορούν πολλές οδηγίες για τις προκαταλήψεις σχετικά με τα στοιχεία των υποψηφίων εργαζομένων σε μια επιχείρηση. Οι μάντατζερς της διαχείρισης ανθρωπίνου δυναμικού κατά την διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού και κατά την φάση της επιλογής επηρεάζονται από τις οδηγίες αυτές. Κατά την συνέντευξη υποψηφίων για εργασία πολύ συχνά λαμβάνονται υπόψη (Ταλιαδώρου, 2007):

- Η πρώτη εντύπωση η οποία αναφέρεται στην θετική ή αρνητική εντύπωση που δημιουργείται από την παρουσία ενός ατόμου κατά την συνέντευξη. Για παράδειγμα, μια παρουσία ατόμου με ευγενική μορφή, παραπέμπει σε ένα καλοσυνάτο και ευγενικό άνθρωπο.
- Η εξωτερική εμφάνιση και κυρίως η επίδραση της εύρωστης σωματικής εμφάνισης στην εύρεση εργασίας.

### **3.6 Συμπεράσματα**

Η άσκηση, η αυτογνωσία και η σωστή διατροφή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την διαμόρφωση ενός υγιούς σώματος. Ο κάθε άνθρωπος έχει την δική του προσωπικότητα την οποία πρέπει να διατηρεί χωρίς να επηρεάζεται από στερεότυπες αντιλήψεις. Επίσης, σημαντικό στοιχείο είναι ότι πρέπει οι αρνητικές αντιλήψεις για την εμφάνιση να εκλείψουν από τις εργασιακές σχέσεις όπου τα εκπαιδευτικά προσόντα και η προσωπικότητα πρέπει να αποτελούν τα πρωταρχικά στοιχεία.

# **Κεφάλαιο 4. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

## **4.1 Εισαγωγή**

Η ποιότητα και η υγεία αποτελούν σε συνδυασμό ένα κοινωνικό φαινόμενο που για να λειτουργήσει σωστά λαμβάνονται υπόψη τόσο οι ατομικές όσο και οι καθολικές ανάγκες του κοινωνικού ατόμου καθώς και η ικανοποίησή των αναγκών αυτών.

Η ποιότητα ζωής και η υγεία δεν προσδιορίζονται αποκλειστικά από την ευημερία και τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, αλλά εξαρτώνται και από την ευεξία και ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συσχετιστούν με την υγεία είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση και η αυτογνωσία, η ηθική κα (Σούλης, 1999).

## **4.2 Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL)**

Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) και οι καθοριστικοί παράγοντες της έχουν εξελιχθεί από τη δεκαετία του 1980 για να συμπεριλάβει τις πτυχές της συνολικής ποιότητας της ζωής που μπορεί να αποδειχθεί σαφώς ότι επηρεάζουν την υγεία, είτε τη σωματική ή ψυχική. (Centers for Disease Control and Prevention, 2000.)

- Σε ατομικό επίπεδο, η HRQOL περιλαμβάνει τις αντιλήψεις για τη σωματική και ψυχική υγεία (π.χ., το επίπεδο της ενέργειας, διάθεση) και

τους συσχετισμούς τους συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων για την υγεία, τη λειτουργικότητα, την κοινωνική στήριξη και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

- Σε κοινοτικό επίπεδο, η HRQOL περιλαμβάνει τις συνθήκες, τις πολιτικές και τις πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις της υγείας ενός πληθυσμού και τη λειτουργικότητα του.
- Με βάση την επιστημονική βιβλιογραφία για τη δημόσια υγεία, έχει οριστεί ως HRQOL «η αντιλαμβανόμενη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου ή ομάδας με την πάροδο του χρόνου.»

Η HRQOL επιτρέπει στους φορείς της υγείας να μπορούν να προσδιορίζουν ευρύτερους τομείς για την πολιτική δημόσιας υγείας σε συνεργασία με ένα ευρύτερο κύκλο των ειδικών της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των οργανισμών, κοινωνικών υπηρεσιών, της κοινότητας και επιχειρηματικών ομάδων (Kindig et al., 2010).

Οι ερωτήσεις HRQOL αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της επιτήρησης της δημόσιας υγείας και γενικά θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες των αναγκών και των αποτελεσμάτων παρέμβασης. Οι μετρήσεις της HRQOL καθιστούν δυνατό να αποδειχθεί επιστημονικά η επίδραση της υγείας στην ποιότητα της ζωής.

### **4.3 Η σημαντικότητα της παρακολούθησης της HRQOL**

Αρκετές αλλαγές στις πολιτικές δημόσιας υγείας υπογραμμίζουν την ανάγκη για τη μέτρηση της HRQOL για να συμπληρώσουν τους παραδοσιακούς δείκτες δημόσιας υγείας, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες όπως «*Healthy People 2000, 2010, and 2020*» εντόπισαν ότι οι βελτιώσεις στην ποιότητα της ζωής αποτελούν κεντρικό στόχο της δημόσιας υγείας.

- Η HRQOL σχετίζεται τόσο με χρόνιες ασθένειες (όπως διαβήτης, καρκίνος μαστού, αρθρίτιδα, υπέρταση) όσο και με παράγοντες κινδύνου (δείκτης μάζας σώματος, σωματική αδράνεια, και κάπνισμα) (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).
- Η μέτρηση της HRQOL μπορεί να βοηθήσει στο να προσδιοριστεί το φορτίο ίασιμων ασθενειών, τραυματισμών και αναπηριών, ενώ μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες που σχετίζονται με την HRQOL και τους παράγοντες κινδύνου.

Η ανάλυση των δεδομένων επιτήρησης της HRQOL μπορεί να εντοπίσει υποομάδες με σχετικά κακή αντίληψη για την υγεία και να βοηθήσει στην καθοδήγηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της κατάστασης υγείας και να αποτρέψει πιο σοβαρές συνέπειες. Η ερμηνεία και η δημοσίευση των στοιχείων αυτών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των αναγκών για πολιτικές για την υγεία, να βοηθήσει στην κατανομή των πόρων, να καθοδηγεί στην ανάπτυξη στρατηγικών σχεδίων.

#### **4.4 Η ευρύτερη έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής**

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία δεν προσδιορίζεται αποκλειστικά από την ευημερία και τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, αλλά εξαρτάται επιπλέον από την ευεξία και την ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου. Άλλοι παράγοντες της ποιότητας σχετιζόμενης με τη υγεία είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση η αυτογνωσία, η ηθική κ.α. (Σούλης, 1999).

Η υγεία αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα ευεξίας, και βοηθάει μια χώρα, κατά μεγάλο ποσοστό στην καλύτερευση του επιπέδου της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης της καθώς και στην γενικότερη προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία



ενός ατόμου είναι πολλοί (Θεοδώρου και συν., 1997). Σημαντικότεροι θεωρούνται: οι κλιματικές συνθήκες, το εισόδημα, ο τρόπος ζωής, η εκπαίδευση, η διατροφή, οι συνθήκες εργασίας, η ιατροφαρμακευτική παροχή και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου.

Το εισόδημα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες καθώς υπάρχει άμεση συσχέτιση με αυτόν και όλες τις μεταβλητές. Ως παράδειγμα μπορεί να δοθεί οι μεγάλες αποκλίσεις που διαπιστώνονται στη βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις υψηλές και χαμηλές κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες. Ένας από τους πιο δυσμενείς παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ανισότητα ανάμεσα στον θάνατο και την αρρώστια είναι οι συνθήκες εργασίας.

Η διατροφή που στη σημερινή εποχή όπου οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες δεν συναντώνται σε πολλά άτομα, και ο συνδυασμός με την καθιστική ζωή αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα ευθύνονται για πολλά τροχαία, και ατυχήματα που συμβαίνουν καθημερινά καθώς και για την εμφάνιση καρκίνου και καρδιοπάθειας.

Η αλόγιστη κατανάλωση πολλών φαρμάκων προκαλεί επίσης, στον χρήστη παρενέργειες. Έκθεση του ΠΟΥ αναφέρει ότι οι δαπάνες για την αντιμετώπιση των παρενεργειών από αλόγιστη χρήση φαρμάκων είναι πολύ μεγάλη. Παρόλο που τα φάρμακα που επισήμως είναι τα βασικά και αναγκαία είναι περίπου 200 τουλάχιστον στην Ελλάδα, κυκλοφορούν γύρω στα 8.000 (Αντωνοπούλου, 1987).

Συμπερασματικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία είναι:

- Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

- Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ..
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

## 4.5 Μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής

Η έννοια της ποιότητας της ζωής εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων οι οποίοι αρκετά συχνά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, η πιο βασική διάκριση είναι μεταξύ των υποκειμενικών και των αντικειμενικών δεικτών. Η υποκειμενική διάσταση των δεικτών αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται, στις

διαπροσωπικές σχέσεις τους που περιλαμβάνουν διαπροσωπικές και ενδοατομικές διαφορές, τα ατομικά σχέδια, τις γενετικές προδιαθέσεις και την δυναμική των συμπεριφορών και των δραστηριοτήτων των ατόμων και των διακριτών προσωπικοτήτων.

Αντίθετα η αντικειμενική διάσταση συνδέεται με την ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την συνεχιζόμενη απόκτηση υλικών αγαθών, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και κυρίως την σωματική ευημερία και ευεξία. Σε αυτή μπορούν επίσης να ανήκουν οι κοινωνικές διαστάσεις, η εθνική και κοινωνική ταυτότητα των συμμετεχόντων, τα συλλογικά και ατομικά δικαιώματα, η υγειονομική κατάσταση και οι πιθανές δυνατότητες συνεχιζόμενης βελτίωσης του επιπέδου διαβίωσης.

Παράλληλα στο κλάδος της υγείας που από πολλούς επηρεάζει πιο καθοριστικά την ποιότητα της ζωής των ατόμων, η κατάσταση υγείας μπορεί να αξιολογείται από το άτομο σύμφωνα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια που νοιώθει για την ζωή σύμφωνα με τους εκάστοτε στόχους και προοπτικές που έχει θέσει και διατυπώσει την δεδομένη χρονική στιγμή.

Μια από τις περισσότερο ουσιαστικές προσεγγίσεις και αναφορές είναι αυτή των Hancock et al (1999), οι οποίες ορίζουν ότι η καλή λειτουργία μιας κοινότητας θεωρείται υπεύθυνη για την ευημερία των κατοίκων της περιοχής, και είναι ανάλογη από την ομαδική και ατομική συνοχή, την υγεία, την συμμετοχή των πολιτών στα πολιτιστικά και τα κοινά, και το επίπεδο πολιτικοποίησης. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται κυρίως από την ευημερία, την ομαδική συνοχή και κυρίως από την διατήρηση της ευημερίας. Οι προσδοκίες από την ποιότητα ζωής, παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των αντιλήψεων των ανθρώπων, όπως επίσης και οι οικογενειακές σχέσεις, η προσωπικότητα, τα οποία θεωρούνται σαν κύρια μέτρα αναφοράς για σύγκριση του κάθε πληθυσμού.

Τα εργαλεία μέτρησης και τα διάφορα συστήματα τα οποία χρησιμοποιούνται ανάλογα με τους στόχους μέτρησης της ποιότητας ζωής τα τελευταία χρόνια είναι:

## Κλίμακα SF-36

Η μέτρηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων μιας συγκεκριμένης περιοχής η οποία χρησιμοποιείται τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται με την κλίμακα SF-36. Η ανταποκρισιμότητα του πληθυσμού στη συγκεκριμένη κλίμακα μέτρησης είναι μεγάλη (ποσοστό 70-90%), καθώς και η αξιοπιστία (validity), και η εγκυρότητα (reliability) της. Το κυριότερο πλεονέκτημα του εργαλείου SF-36 είναι ότι μπορεί ταυτόχρονα να καταγράψει την πνευματική και φυσική κατάσταση του ατόμου αλλά και την υποκειμενική αξιολόγηση που επιτυγχάνει.

## E 15-D

Τα εργαλεία μέτρησης EQ-5D και 15-D παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες όμως το 15-D εφαρμόστηκε πρώτο ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας, σε σχέση με το EQ-5D αφού έκανε την εμφάνισή του το 1980, ενώ το EQ-5D πρωτοεμφανίστηκε μια δεκαετία αργότερα. Ο Harry Sintonen στην αρχή πρότεινε ένα εργαλείο ερωτηματολόγιο που περιείχε δώδεκα διαστάσεις. Αργότερα από τον ίδιο και τους συνεργάτες του οι διαστάσεις έγιναν δεκαπέντε. Οι πρώτες δοκιμαστικές εφαρμογές έγιναν το 1988 με την χρήση των 15 διαστάσεων. Η τελική μορφή του 15-D πάρθηκε το 1992, η οποία εφαρμόζεται και σήμερα σε αρκετές έρευνες σε κλινικές δοκιμασίες και σε φυσιολογικό πληθυσμό (Υφαντόπουλος, 2001; Fryback et al., 2010).

## EuroQoL (European quality of life scale)

Στην Αγγλία το 1987 συναντήθηκαν ομάδες επιστημόνων από πέντε ευρωπαϊκές χώρες για την δημιουργία ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Αφού εφαρμόστηκαν πολλές πειραματικές έρευνες, και κλινικές μελέτες προέκυψε το επιστημονικό εργαλείο που πήρε το όνομα EuroQoL (European quality of life). Ο καθηγητής Alan Williams ο οποίος επανειλημμένα στις συναντήσεις επεσήμανε την αναγκαιότητα μέτρησης των υγειονομικών αναγκών και την εξέλιξη της υγείας με την χρησιμοποίηση ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών δεικτών ήταν ο εμπνευστής του εργαλείου EuroQoL (European quality of life). Το εργαλείο αυτό μέτρησης αποτελεί είναι αυτοσυμπληρούμενο και περιλαμβάνει δύο μέρη: στο πρώτο

συμπληρώνονται τα χαρακτηριστικά υγείας του ανθρώπου και στο δεύτερο μέρος με την μορφή ενός θερμομέτρου εμφανίζεται μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100=άριστη νοητή υγεία. Οι ενδιάμεσες καταστάσεις της υγείας δηλώνονται με ενδιάμεσες τιμές. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στην εκτίμηση που έχει ο ασθενής για την υγεία του (Υφαντόπουλος, 2001; Olson et al., 2011).

### Εργαλεία γενικής χρήσης

Τα εργαλεία γενικής χρήσης μετρούν την ποιότητα της ζωής και το επίπεδο του γενικού πληθυσμού καθώς και των διάφορων κοινωνικών, πολιτιστικών και οικονομικών ομάδων (Υφαντόπουλος, 2008).

### Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών

Η χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου ποιότητας ζωής γίνεται σε πληθυσμούς που πάσχουν από συγκεκριμένες αρρώστιες και συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και σε ορισμένα προβλήματα υγείας αλλά και σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα, που παρουσιάζονται μετά από την εμφάνιση της νόσου στον ασθενή.

### WhoQol-100

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημιούργησε το συγκεκριμένο εργαλείο για την μέτρηση σε διάφορους πολιτισμούς της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο προτιμάται από πολλές χώρες για τις συγκεκριμένες έρευνες (Τζινιέρη-Κοκκώση, 2003; Coccosis et al., 2009).

### WhoQol-Bref

Είναι εύχρηστο, αποτελείται από είκοσι έξι ερωτήσεις και αποτελεί σύντομη μορφή του WhoQol-100 (Xia et al., 2012).

(QALYs) (quality adjusted life years)

Τα τελευταία χρόνια κρίνεται σκόπιμη η μέτρηση της κατάστασης της υγείας των ανθρώπων, με διεπιστημονικές προσεγγίσεις, λόγω της κοινωνικής φυσικής και ψυχολογικής διάστασης της υγείας. Οι μέθοδοι αυτές συνδυάζουν την κλινική απόφαση (clinical decision making) κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας ή κινδύνου (uncertainty or risk) με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Τα ποιοτικά χρόνια επιβίωσης αντικατοπτρίζουν τον συνδυασμό των μεθόδων αυτών. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί από τον συνυπολογισμό και την ποσοτική έκφραση των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχικών παραμέτρων που στις πιο πολλές περιπτώσεις δεν είναι δυνατή (Lubetkin, Jia, 2006).

Ο δείκτης που όπως αναφέρθηκε είναι μια παράμετρος, στην ουσία είναι ένα κλάσμα που αποτελείται από τρεις συνιστώσες:

- έναν αριθμητή που είναι ο αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που μας ενδιαφέρουν ως περιστατικά (π.χ. θάνατοι, κρούσματα νόσων, γεννήσεις, είσοδοι σε νοσοκομεία κ.α.)
- έναν παρανομαστή που είναι ο συνολικός αριθμός ατόμων του πληθυσμού που μελετάται (του πληθυσμού σε κίνδυνο-population risk) ή αλλιώς πληθυσμού αναφοράς (reference population) και
- μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, κατά την οποία συνέβησαν τα γεγονότα.

Οι δείκτες θνησιμότητας διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (Τριχόπουλος, 2002), στους αδρούς δείκτες, στους ειδικούς δείκτες και στους αναλογικούς δείκτες. Οι αδροί δείκτες δηλώνουν ότι ο δείκτης αφορά το σύνολο του πληθυσμού μιας γεωγραφικής περιοχής (MacMahon et al., 1996).

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky (The Karnofsky Performance Index - KPI)

Η σωματική λειτουργία αποτελεί το στοιχείο επικέντρωσης του Δείκτη Λειτουργικότητας Karnofsky. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100 έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Ο γιατρός θέτει την βαθμολογία, όπου σύμφωνα με αυτή το 100% αντιστοιχεί στην χωρίς περιορισμούς σωματική λειτουργία ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας ασθένειας και το 0% το θάνατο (Abbemethy et al., 2005; Shuette et al., 2012).

#### Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status) παρουσιάζει ομοιότητες με τον Δείκτη Karnofski. Σε κλίμακα με πέντε βαθμούς, από το 0 έως το 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας, όπου στην βαθμίδα 0 κατατάσσονται όλοι οι ασθενείς που μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται χωρίς περιορισμούς ενώ στην βαθμίδα 4 ο ασθενής δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να κάνει τις απαραίτητες για αυτόν δραστηριότητες (Shuette et al., 2012).

#### Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The Psychological Adjustment to Illness Scale)

Ο Morrow και οι συνεργάτες του το 1978 κατασκεύασαν την Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 45 ερωτήσεις και περιλαμβάνουν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής: α) φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας), β) επαγγελματικο-εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στην εργασία), γ) οικιακό περιβάλλον (η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία), δ) σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας), ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την αρρώστια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος), στ) κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του

ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες) και ζ) ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψηκ.ά.) (Latal et al., 2009).

Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)

Στην αρχή ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living) δημιουργήθηκε για να μετρά τον βαθμό λειτουργίας των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Οι απαντήσεις δίνονται από τους νοσηλευτές με την χρήση έξι ερωτήσεων οι οποίες αναφέρονται στην δυνατότητα των ηλικιωμένων για αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα. Η βαθμολογία εξαρτάται από την εξάρτηση των ατόμων για την καθημερινή τους φροντίδα. Οι ερωτήσεις δίνονται με διαβάθμιση δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται έγκυρος για την κατηγορία αυτή των ηλικιωμένων (Υφαντόπουλος, 2008).

Μέτρηση επιπέδου υγείας του πληθυσμού-Ολικό φορτίο νοσηρότητας

Μια ολική προσέγγιση στο πρόβλημα της υγείας μπορεί να πάρει την μορφή του ολικού φορτίου νοσηρότητας. Το φορτίο αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει αφενός μεν τα χρόνια ζωής που χάνονται από τις διάφορες νόσους, αφετέρου δε το φορτίο που προκύπτει από το να ζει κανείς σε μια κατάσταση μη ιδανικής υγείας. Το πρώτο ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί τότε είναι αν μας ενδιαφέρει να εστιάσουμε στις διαταραχές της ανικανότητας ή τα μειονεκτήματα για την εκτίμηση του χαμένου χρόνου λόγω μη ιδανικής υγείας.

Οι δείκτες νοσηρότητας από την άλλη είναι κυρίως δύο ειδών ανάλογα με το εάν εκφράζουν την συχνότητα μιας καταστάσεως σε μια ορισμένη χρονική στιγμή ή περίοδο (δείκτες επιπολασμού) ή τη συχνότητα επελεύσεως ενός γεγονότος σε μια χρονική περίοδο ορισμένης διάρκειας (επιπτώσεως) (Beaglehole et al., 2005). Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι περισσότερο εύκολο να καταμετρηθεί. Ορισμένοι απλοί δείκτες ζήτησης είναι οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, οι νοσηλείες, οι μέρες νοσηλείας, η



κάλυψη νοσηλευτικών κλινών οι επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία, ο αριθμός συγκεκριμένων επεμβάσεων ή εφαρμογών κάποιας τεχνολογίας.

Ένας από τους πλέον χρησιμοποιούμενους στις μέρες μας δείκτες είναι ο δείκτης DALY's ο οποίος συνδυάζει τα χαμένα χρόνια από ένα πρόωρο θάνατο λόγω νόσου καθώς και τα χρόνια με ανικανότητα. Ένα DALY θεωρείται ένας χρόνος χαμένης υγιούς ζωής και η υπολογιζόμενη ποσότητα ασθένειας είναι η διαφορά μεταξύ της υγείας του υπό έλεγχο πληθυσμού και αυτού ενός προτύπου με προσδόκιμο επιβίωσης 80 χρόνια για τους άνδρες και τα 82,5 χρόνια για τις γυναίκες.

Τα έτη που ζει κάποιος χωρίς ιδανική υγεία μπορούν να μεταφραστούν σε ισοδύναμα των απολεσθέντων ετών με στάθμιση του προσδόκιμου επιβίωσης με βάρος D, που είναι ιδιαίτερο για κάθε ανικανότητα. Το βάρος D παίρνει τιμές από 0 (πλήρης υγείας έως και 1 (θάνατος). Το ολικό φορτίο νοσηρότητας τότε μπορεί να εκφραστεί ως το άθροισμα των χαμένων ετών λόγω πρόωρου θανάτου (χαμένα έτη ζωής-YLL) και των χαμένων ετών λόγω πρόωρου θανάτου και ανικανότητας (YLD). Έτσι έχουμε τον συνυπολογισμό των ετών ζωής με συνεκτίμηση της ανικανότητας (DALY's) (Barendregt et al., 1996; Ιωαννίδης, 2007):
$$DALY's = YLL + YLD$$

#### Ερωτηματολόγιο McGill για την αξιολόγηση του πόνου

Το Ερωτηματολόγιο McGill για την αξιολόγηση του πόνου είναι από τα πιο δοκιμασμένα κλινικά εργαλεία και χρησιμοποιείται μεταφρασμένο διεθνώς από τους ερευνητές σε πολλές γλώσσες. Μια μετάφραση η οποία είναι ακριβής των όρων του Αγγλικού ερωτηματολογίου όπου περιγράφεται ο πόνος και μια η οποία είναι προσαρμοσμένη στους περιγραφικούς όρους της κάθε χώρας που το χρησιμοποιεί μεταφρασμένο στην εγχώρια γλώσσα. Στην περίπτωση αυτή παρατηρούνται αρκετές αποκλίσεις μεταξύ του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου της κάθε χώρας και του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου.

## 4.6 Μέτρηση της Σχετιζόμενης με το Βάρος Ποιότητας Ζωής

### **Impact of Weight on Quality Of Life (IWQOL)**

Όσον αφορά την επίδραση του σωματικού βάρους στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής το 1995 αναπτύχθηκε από την ερευνητική ομάδα της Kolotkin ένα εργαλείο αξιολόγησης πιο εξειδικευμένο. Το εργαλείο αυτό αξιολογεί τις επιδράσεις του βάρους σε ποικίλες πτυχές της ζωής. Η ομάδα αυτή το 1995 για πρώτη φορά εξέτασε την επίδραση του βάρους στην ποιότητα της ζωής άμεσα. (Kolotkin et al., 1995).

Ο αντίκτυπος του βάρους στην ποιότητα ζωής σύμφωνα με το IWQOL προκύπτει από μια 74-σημείων αυτο-έκθεση, η οποία πρώτον αξιολογεί την επίδραση του βάρους στην ποιότητα ζωής σε οκτώ βασικούς τομείς και δεύτερον ως μέτρο έκβασης της θεραπείας και / ή ως εργαλείο αξιολόγησης για τους φορείς χάραξης πολιτικής της υγείας. Η μελέτη διερεύνησε την εγκυρότητα του συγκεκριμένου και παρείχε επιπλέον πληροφορίες σχετικά με την εσωτερική συνοχή, τα αποτελέσματα θεραπείας, και τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η συνολική βαθμολογία του IWQOL συσχετίστηκε ιδιαίτερα με άλλα μέτρα της συνολικής ποιότητας της ζωής. Το IWQOL, έχει αποδείξει την κλινική και ερευνητική του χρησιμότητα σε κλινικές δοκιμές φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας και χειρουργικών θεραπειών για ασθενείς με παχυσαρκία. (Kolotkin et al., 1997).

### **Impact of Weight on Quality Of Life Lite (IWQOL-Lite)**

Παρόλο που το IWQOL έδειξε αξιόλογες ψυχομετρικές παραμέτρους λόγω έκτασης του (74 παράμετροι) το καθιστά όχι ιδιαίτερα εύχρηστο ως ένα μέτρο αξιολόγησης κλινικών ερευνών. Κατά συνέπεια, το 2001 η ίδια ομάδα ανέπτυξε μια πιο σύντομη έκδοση 31-σημείων το IWQOL (IWQOL-Lite). Έδωσαν έμφαση σε πέντε κλίμακες (σωματική λειτουργία, αυτοεκτίμηση, σεξουαλική ζωή, κοινωνικής αποδοχής και εργασίας). Το IWQOL-Lite φαίνεται να είναι ένα ψυχομετρικά και κλινικά ευαίσθητο σύντομο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής σε παχύσαρκα άτομα. (Kolotkin, 2001).

## **4.7 Ανασκόπηση μελετών επίδρασης βάρους στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής**

Μελέτες έχουν δείξει ότι το σωματικό βάρος επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μελέτη κοόρτης η οποία έγινε σε 52,682 γυναίκες στην Αμερική ηλικίας 46-71 ετών διαπίστωσε ότι η αύξηση του βάρους μέσα σε μια περίοδο 4 ετών συσχετίστηκε με χειρότερα σκορ στην σχετιζόμενη με τη σωματική λειτουργία αξιολόγηση ποιότητας της ζωής. Η απώλεια βάρους στις υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες φάνηκε πως βελτίωσε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του σωματικού βάρους και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Επιπλέον, αποδुकνύει ότι η αποφυγή της αύξησης του βάρους σε όλα τις γυναίκες ανεξαρτήτα από το προϋπάρχον βάρος (αυξημένο ή φυσιολογικό) καθώς και η απώλεια βάρους στις υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες βελτιώνει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (An Pan et al., 2014).

Μία μελέτη η οποία διεξήχθη στην Καταλονία στην Ισπανία το 2006 ανέλυσε τη σχέση μεταξύ υπερβολικού βάρους με ποικίλες πτυχές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε άτομα από 16 ετών και άνω. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο. Ακόμα και κατόπιν διόρθωσης παραγόντων όπως κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, το αυξημένο βάρος έδειξε να ασκεί σημαντικά αρνητική επίδραση στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα η μεγαλύτερη αρνητική επίδραση του αυξημένου βάρους φάνηκε να επιδρά στην κινητικότητα και στην δυσφορία/πόνος. Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορές μεταξύ διαφορετικού φύλου και διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες και τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα είναι πιθανότερο να εμφανίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του αυξημένου βάρους (Moreno & Lacruz, 2013).

Σύμφωνα με μελέτη η οποία διεξήχθη σε νεαρούς Ελβετούς το 2013 το ενδιαφέρον ήταν πως ενώ η παχυσαρκία συσχετίστηκε με μειωμένο σκορ στην ποιότητα ζωής στην σωματική κατάσταση, το χαμηλό σωματικό βάρος

συσχετίστηκε με με μειωμένη πνευματική κατάσταση. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης συνηγορούν στο ότι θα πρέπει να σχεδιαστούν προγράμματα δημόσιας υγείας τα οποία να δίνουν έμφαση στο υγιές βάρος και όχι μόνο στην απώλεια βάρους (Dey M et al., 2013).

Μελέτη του 2011 σε Ιάπωνες έδειξε ότι το αυξημένο βάρος συσχετίζεται με χαμηλότερο σκορ στην σωματική κατάσταση αλλά δεν συσχετίζεται με μειωμένη πνευματική κατάσταση (Takahashi Y et al., 2011).

Μελέτη παρέμβασης σε δείγμα 188 παχύσαρκων άτομα με  $\Delta\text{ΜΣ} \geq 32$  μετά από 6 μήνες αξιολόγησε την επίδραση της απώλειας βάρους στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής χρησιμοποιώντας το EuroQol (EQ-5D) και το VAS. Η απώλεια βάρους μετά από 6 μήνες συσχετίστηκε με βελτίωση στα σκορ στην ποιότητα ζωής. (Rothberg 2014).

## **4.8 Συμπεράσματα**

Από τα παραπάνω προκύπτει πως υπάρχουν πολλές μέθοδοι μετρήσεων για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Ωστόσο, για την αξιολόγηση της επίδρασης του σωματικού βάρους έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα εργαλεία. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες φαίνεται πως η αύξηση του βάρους συσχετίζεται με μειωμένα σκορ στην σωματική κατάσταση. Το εντυπωσιακό είναι πως κάποιες μελέτες δείχνουν ότι το αυξημένο βάρος δεν συσχετίζεται με μειωμένη πνευματική κατάσταση.

## Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

### 5.1 Παράγοντες που συμβάλλουν στις διατροφικές διαταραχές.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σύνθετες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν από ένα ευρύ φάσμα αιτιών. Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν τόσο παράγοντες κινδύνου όσο και συσχετισμούς (Jacobi et al., 2004).

#### 5.1.1 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου προϋπάρχουν της εμφάνισης των διατροφικών παθολογιών και προβλέπουν την εμφάνιση των κλινικά σημαντικών διατροφικών διαταραχών. Οι παράγοντες κινδύνου δεν προκαλούν απαραίτητα τις διατροφικές διαταραχές αλλά μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου μπορούν να προβλέψουν την έναρξη οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής ενώ άλλοι μπορούν να προβλέψουν την έναρξη συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής.

**Παράγοντες κινδύνου για διατροφική διαταραχή γενικά:** Δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος, εσωτερίκευση αδύνατου σώματος, επαναλαμβανόμενες δίαιτες, έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης.

*Παράγοντες κινδύνου που έχουν βρεθεί σε μελέτες:* Χαμηλή αυτό-εκτίμηση, δυσκολία αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, χωρισμός γονέων, κατανάλωση φαγητού χωρίς παρέα, ανάγνωση περιοδικών μόδας, κοινωνική πίεση για λεπτό σώμα, παιδική παχυσαρκία, κοινωνικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, αρνητικά σχόλια σχετικά με το φαγητό, ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών.

**Παράγοντες κινδύνου για Νευρική Ανορεξία:** Κάτω του φυσιολογικού βάρους, ΔΜΣ και ποσοστού σωματικού λίπους.

*Παράγοντες κινδύνου που έχουν βρεθεί σε μελέτες:* Συγκρούσεις στην παιδική ηλικία για το φαγητό, πρόωρη γέννηση, χαμηλό βάρος γέννησης, τελειομανία.

**Παράγοντες κινδύνου για Νευρική Βουλιμία:** Εξιδανίκευση του λεπτού σώματος, κοινωνική πίεση για λεπτό σώμα, δυσαρέσκεια σωματικής εικόνας, δίαιτες αδυνατίσματος / αφαγία.

*Παράγοντες κινδύνου που έχουν βρεθεί σε μελέτες:* Αναποτελεσματικότητα (συναισθήματα ανεπάρκειας), χρήση αλκοόλ, ψυχιατρικά συμπτώματα, η κατανάλωση πολύ μικρής ποσότητας κατά την παιδική ηλικία, πρώιμη εφηβεία.

**Παράγοντες κινδύνου για Υπερφαγικά Επεισόδια:** Κοινωνική πίεση για λεπτό σώμα.

### **5.1.2 Συσχετισμοί που μπορεί να οδηγήσουν σε διατροφικές διαταραχές**

Ορισμένοι παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με την ανάπτυξη μια διατροφικής διαταραχής. Παρόλο που αυτοί οι παράγοντες δεν προβλέπουν μπορεί να συμβάλλουν στην έναρξη μιας προβληματικής διατροφικής συμπεριφοράς (Stice 2016).

**Βιολογικοί:** Μελέτες υποδεικνύουν πιθανά βιοχημικά αίτια πίσω από τις διατροφικές διαταραχές. Σε πολλά άτομα με διατροφικές διαταραχές συγκεκριμένες χημικές ουσίες στον εγκέφαλο οι οποίες ελέγχουν την πείνα, την όρεξη και την πέψη έχει βρεθεί πως βρίσκονται σε ανισορροπία. Επίσης, οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να υπάρχουν σε πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας. Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει γενετικό υπόβαθρο στις διατροφικές διαταραχές.

**Ψυχολογικοί:** Χαμηλή αυτοπεποίθηση, συναισθήματα ανεπάρκειας ή έλλειψη ελέγχου στη ζωή, κατάθλιψη, κρίσεις πανικού, συναισθήματα θυμού, στρες ή μοναχικότητα.

**Κοινωνικοί:** Κοινωνίες που εκθειάζουν το λεπτό σώμα ή το μυώδες και δίνουν πολύ μεγάλη αξία στο τέλειο σώμα, τα στερεότυπα της ομορφιάς (Jacobi & Fittig, 2010).

**Διαπροσωπικοί:** Προβληματικές προσωπικές σχέσεις, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων, ιστορικό ψυχολογικής, σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.

## **5.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στις διαταραχές του βάρους**

### **5.2.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Το σύγχρονο περιβάλλον συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη ή μη υγιεινού τρόπου διατροφής και ζωής. Πιο συγκεκριμένα ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να ενθαρρύνουν την αύξηση του βάρους είναι οι εξής:

- Εργασιακά ωράρια και καθιστική ζωή.
- Αύξηση του μεγέθους των μερίδων και η αύξηση της προσθήκης ζάχαρης σε πολλά τρόφιμα.
- Μειωμένη πρόσβαση σε θρεπτικά πυκνά τρόφιμα και αυξημένη πρόσβαση σε θερμιδογόνα χαμηλής θρεπτική αξίας τρόφιμα.
- Μάρκετινγκ και διαφήμιση επεξεργασμένων τροφίμων.

### **5.2.2 Γονίδια και Οικογενειακό Ιστορικό**

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα γονίδια ασκούν ισχυρή επίδραση στο βάρος ενός ατόμου. Η παχυσαρκία τείνει να υπάρχει στα περισσότερα μέλη μιας οικογένειας. Οι πιθανότητες για παχυσαρκία αυξάνονται όταν ο ένας ή και οι δύο γονείς είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Τα γονίδια φαίνεται πως επηρεάζουν την ποσότητα του λίπους που αποθηκεύεται στο σώμα. Επιπλέον οι οικογένειες μοιράζονται τις ίδιες διατροφικές και τρόπου ζωής συνήθειες (σωματική δραστηριότητα) μεταξύ τους.

### **5.2.3 Παράγοντες υγείας και κάποια φάρμακα**

Φαίνεται πως ορισμένες καταστάσεις υγείας συμβάλλουν στην αύξηση ή την μείωση του βάρους όπως ορμονικά προβλήματα. Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων είναι ο υποθυρεοειδισμός ή υπερθυρεοειδισμός, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η ινσουλινοαντίσταση, η αντίσταση στη λεπτίνη, τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης.

Ορισμένα φάρμακα πιθανά να οδηγούν σε αύξηση ή μείωση του βάρους.

### **5.2.4 Ψυχολογικοί παράγοντες**

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση ή στην μείωση του βάρους γιατί επιδρά στην αύξηση ή στην μείωση του συναισθηματικού φαγητού και συσχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές που αναλύθηκαν παραπάνω.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται πως ο συνδυασμός γονιδίων και περιβάλλοντος συμβάλει στο σωματικό βάρος.

Στο αριστερό τμήμα του σχήματος παρουσιάζεται το «παραδοσιακό» περιβάλλον στο οποίο τα τρόφιμα ήταν σπάνια και η ενεργειακή δαπάνη ήταν υψηλή, λόγω σωματικής δραστηριότητας. Ένα τέτοιο περιβάλλον οδηγεί σε «λεπτογενείς» συμπεριφορές στις οποίες η διακύμανση του ΔΜΣ θα εξαρτηθεί από τη γενετική προδιάθεση για αύξηση του βάρους.

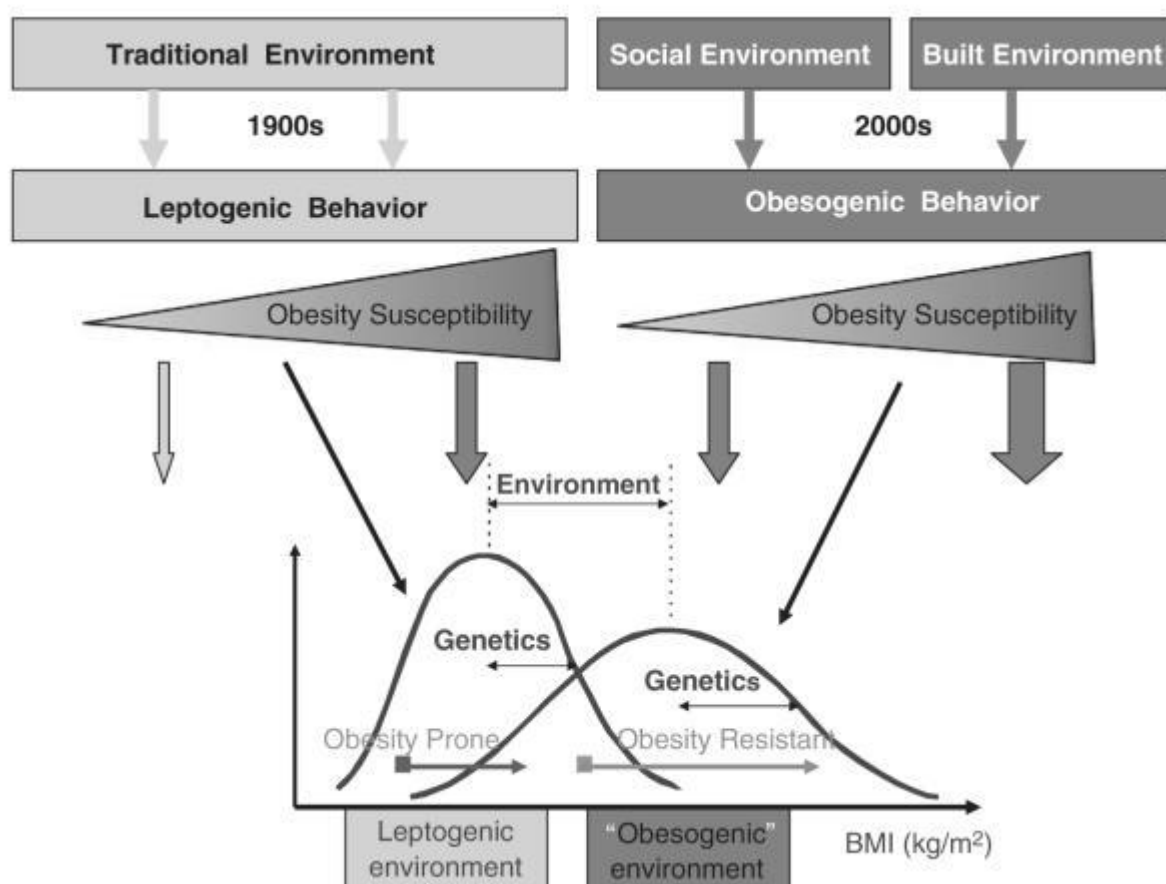
Στο δεξί μέρος του σχήματος, στο πιο σύγχρονο «περιβάλλον» οδηγεί σε παχυσαρκογενείς συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από την αφθονία φθηνών υψηλής θερμιδικής αξίας τροφίμων και μικρή ανάγκη για σωματική



δραστηριότητα. Ομοίως, η μεταβλητότητα στο βάρος του σώματος θα εξαρτηθεί επίσης από τη γενετική προδιάθεση.

### Εικόνα 1. Η επίδραση των γονιδίων και του περιβάλλοντος στο βάρος.

Πηγή: Galgani and Ravussin 2008.



### 5.3 Συνέπειες στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Τα τελευταία χρόνια το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί και στη διερεύνηση της επίδρασης των διατροφικών διαταραχών στην ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η αντίληψη ενός ατόμου της θέσης του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και το σύστημα αξιών στο οποίο ζουν σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQOL Group. 1995). Αποτελεί μια πολυδιάστατη δομή που περιλαμβάνει το πώς το άτομο

αντιλαμβάνεται διάφορες πτυχές της ζωής του όπως σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και συναισθηματικές (The WHOQOL Group. 1995). Οι συνέπειες των διατροφικών διαταραχών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς τομείς στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής αυτών των ατόμων (Engel et al., 2009; Jenkins et al., 2011).

Οι συνέπειες του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας είναι τα χαμηλά επίπεδα της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας, ιδίως όσον αφορά τη σωματική ευεξία. Στις περισσότερες μελέτες αναφέρονται μειωμένη συναισθηματική ευεξία. Από τις μελέτες προκύπτει πως τα παχύσαρκα άτομα βιώνουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής τους, οι οποίες επηρεάζουν την σωματική κατάσταση υγείας ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της παχυσαρκίας.

**Εικόνα 2. Ένα Μοντέλο σχέσης σωματικού βάρους και ποιότητας ζωής.**



## Συμπεράσματα

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά για την αξιολόγηση σε διάφορες καταστάσεις και νοσήματα. Τα εργαλεία και τα ερωτηματολόγια που έχουν αναπτυχθεί είναι πολλά και το κάθε ένα από αυτά είναι εξειδικευμένο ανάλογα με το τι θέλει να αξιολογήσει.

Για την μελέτη τόσο του σωματικού βάρους όσο και των διατροφικών διαταραχών έχουν αναπτυχθεί πιο εξειδικευμένα εργαλεία. Συγκεκριμένα για το βάρος η ερευνητική ομάδα της Kolotkη ανέπτυξε τόσο ένα μακροσκελές όσο και ένα πιο πρακτικό και πιο σύντομο αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα. Το σύντομο ερωτηματολόγιο φαίνεται πιο εύχρηστο και περιλαμβάνει πέντε τομείς. Οι τομείς αυτοί είναι η ψυχική υγεία, η σωματική υγεία, η εργασιακή υγεία, η σεξουαλική υγεία και η κοινωνική αποδοχή.

Σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε άτομα με διατροφικές διαταραχές καταλήγουν στο συμπέρασμα πως βιώνουν σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με ψυχοκοινωνικές και συνασθηματικές διαταραχές. Άτομα με αυξημένο βάρος ή παχυσαρκία παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής στους τομείς της σωματικής υγείας αλλά όχι στην πνευματική υγεία. Το ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από κάποιες έρευνες ήταν ότι νεαρά άτομα με κάτω του φυσιολογικού βάρους αντιμετώπισαν μειωμένη ποιότητα ζωής στον πνευματικό τομέα.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως απαιτείται περαιτέρω ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης θα μπορούσαν να αποτελέσουν την βάση πάνω στην οποία να στηριχθούν α) μία διδακτορική διατριβή και β) μελλοντικές δράσεις και ο σχεδιασμός προγραμμάτων πρόληψης και βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής που αφορά το υγιές βάρος σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο.

# Βιβλιογραφία

## Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγκριθαρακή, Μ., Κοντογιαννάκη, Μ. & Κυριακάκη, Κ. (2008). ατροφία Εφήβων - Νευρική Ανορεξία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτική.

Αντωνοπούλου, Λ. (1987). Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυσσόμενου Κόσμου. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα.

Γαλανός, Δ. (2001). Η Διατροφή μας Σήμερα. Αθήνα: Δημόπουλος.

Γεροδήμος, Β. (2013). Η Άσκηση ως Μέσο Πρόληψης και Αποκατάστασης Χρόνιων Παθήσεων. Τρίκαλα: ΤΕΦΑΑ-ΠΘ.

Γεωργιτισοπούλου, Ε. & Παπατάσιου, Β. (2003). Η Διερεύνηση του Φαινομένου της Ψυχογενούς Βουλιμίας. ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα, Ν. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Προσέγγιση. Αθήνα: Πεδίο.

Ευθυμιάδης, Τ. (2005). Μέγας Οδηγός Διατροφής και Θεραπείας. Σωστή Διατροφή για τη Διατήρηση της Υγείας και τη Ριζική Θεραπεία των Διαταραχών της. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Ζιώγου, Θ. (2013). Η Συμβολή της Άσκησης στην Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Ιδίων συγγραφέων.

Ιωαννίδης, Ι. (2007). *Κλινική Επιδημιολογία*. Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων.

Καραγιαννόπουλος, Σ. (1999). *Νικήστε το Πάχος*. Αθήνα: Επιφάνεια.

Κάσιμος, Χ. & Κάσιμος, Δ. (1991). *Διατροφή - Υγιεινή Ανάπτυξη και Διαβίωση του Ανθρώπου*. Αθήνα: Χριστάκη.

Κοκαρίδας, Δ. (2003). *Η κολύμβηση για άτομα με ειδικές ανάγκες*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.

Κοκκινάκη, Φ. (2005). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Λάγιος, Β. (2008). Το κοινωνικό στίγμα σε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες. Μια ερευνητική προσέγγιση της συνειδησης του κοινωνικού στίγματος σε αλλοδαπούς μαθητές της Ε' και Στ' Δημοτικού. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.

Μαύρη-Βαβαγιάννη, Μ., Καραλιώτα, Σ. & Γκουντοπούλου, Α. (2004). Παχυσαρκία... Μια Ιστορία σε Συνέχεια.. *Ευεξία*, 5.

Μωρόγιαννης, Φ. (2000). Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία. Επιδημιολογική Έρευνα σε Μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική.

Παππά, Β. (2008). Στατιστική και μη Παραμετρική Ανάλυση Δεδομένων με Σκοπό την Ανίχνευση Επιδράσεων Γενετικών και Δημογραφικών Παραγόντων στον Δείκτη Μάζας Σώματος. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Πανεπιστήμιο Πατρών. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Βιοϊατρική Τεχνολογία.

Πανίδης, Δ., Κασίκης, Η. & Φλωράκης, Δ. (2009). Παχυσαρκία (Αίτια, Διαγνωστική Προσέγγιση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση). Θεσσαλονίκη: Πανόδετο.

Πασπάλα, Ι. & Τσιλιγκίρογλου–Φαχαντίδου, Α. (2007). Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της παχυσαρκίας των ενηλίκων. Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Σαρίδη, Μ. & Ντόκου, Μ. (2010). Παχυσαρκία: Μια Πολυπαραγοντική Νόσος. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2.

Σούλης, Σ. (1999). Οικονομία και Ανθρώπινη Ανάπτυξη. Η θέση της Ελλάδας στην παγκόσμια πραγματικότητα. Αθήνα

Συνοδινού, Κ., Ποταμιανός, Γ. & Σαμαρτζή, Σ. (2007). Σύνδρομο Down και Οικογένεια στην Ελλάδα. Η παροχή κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές του (Μια διεπιστημονική προσέγγιση). Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.

Ταλιαδώρου, Α. (2007). Αναγωγή στερεοτύπων - προκαταλήψεων στη συνέντευξη επιλογής προσωπικού. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Οργανωτικής και Οικονομικής Ψυχολογίας.

Τζαβάρας, Δ. (2008). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Αθήνα: Mediforce.

Τζιγιέρη - Κοκκώση, Μ. (2003). *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Τριχόπουλος, Δ. (2002). *Γενική και κλινική επιδημιολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Υφαντόπουλος, Γ. (2001) Αξιολογήση και μέτρηση της ζωής στην Ελλάδα με την μέθοδο EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18.

Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ποιότητας και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25.

Χατζηγεωργίου, Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των Τελευταίων Επιστημονικών Δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση*, 8.

Χατζηγεωργιάδης, Α. (2004). Ψυχολογική Προετοιμασία στην Κολύμβηση. Οδηγός για Προπονητές και Αθλητές. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.

Ψαροπούλου, Σ. (2011). Διερεύνηση των Στάσεων και των Συμπεριφορών Εφήβων Ελληνικών Μαθητριών στη Πρόσληψη Τροφής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Ειδική Αγωγή.

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

Abernethy, A., Jame - Shelby, T., Fazekas, B., Woods, D. & Currow, D. (2005). The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice. *BMC Palliative Care*, 4.

Abraham, S. (1987). *Llewellyn-Jones D. Eating disorders and disordered eating*. Australia: Ashwood House.

Adamo, P. (2000). *Τρώτε Σωστά*. Αθήνα: Διόπτρα.

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

An Pan, Ichiro Kawachi, Nan Luo, JoAnn E. Manson, Walter C. Willett, Frank B. Hu, and Olivia I. Okereke. 2014. *Changes in Body Weight and Health-Related Quality of Life: 2 Cohorts of US Women*. *Am J Epidemiol.*;180(3):254–262

Andaleeb, S.S., (1998). Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11(6-7), p. 181-187.

Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A et al. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19.

Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A. et al. (2006). Management of eating disorders. *Evid Rep Technol Assess*, 135: 1-166.

Bohinc M. Innovative, (1998), Management in Professional Healthcare. *Journal of Healthcare*.

Bouchard, C. & Perusse, L. (1993). Genetics of Obesity. *Annu Rev Nutr*, 13:337-54.

Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *Am J Psychiatry*, 139: 1531-1538.

Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Georgia. <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

Cho, W.H., Lee, H., Kim, C., Lee, S. & Choi, K-S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A South Korean study. *Health Services Research*, Vol. 39(1).

Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I.A., Christodoulou, G.N. & Papadimitriou, G.N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals Gen Psychiatry*, 8.

Dey M, Gmel G and Mohler-Kuo M. (2013) *Body mass index and health-related quality of life among young Swiss men*. *BMC Public Health*, 13:1028.

Donabedian, A. (1996). *Assessment and measurement of quality assurance in healthcare*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*.

Donabedian, A. (1986). The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc*.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*, Michigan: Health Administration Press, Anne Arbor.



DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P (2004): The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*, 65.

Fryback, D., Palta, M., Cherepanov, D., Bolt, D. & Kim, J.S. (2010). Comparison of five health related quality of life indexes using item response theory analysis., *Med Decis Making*, 30.

Fulkerson, J.A., McGuire, M.T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A. & Perry, C.L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *Int J Obes.*, 26:1579–87.

Galgani J and Ravussin E (2008). *Energy Metabolism, fuel selection and body weight regulation*. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Dec; 32(Suppl 7): S109–S119.

Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, C., Spegg, D., Goldbloom, D. & Kennedy, S. (1996). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *Br J Psychiatry*, 168.

Golberg, R. (1995). Practical guide to the care of the psychiatric patient. *Mosby, USA*, 15, 5: 221-225.

Grucza, R.A., Przybeck, T.R. & Cloninger, C.R. (2007). Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample. *Compr Psychiatry*, 48(Suppl 2):124–131.

Ehigie, B.O. & McAndrew, E.B., (2005). Innovation, diffusion and adoption of total quality management. *Management Decision*, Vol. 43(6), p. 925-940.

Engel SG, Adair CE, Las Hayas C, Abraham S. (2009). Health-related quality of life and eating disorders: a review and update. *Int J Eat Disord*. 42: 179-187

Hancock, T., Labonte, R. & Edwards, R. (1999). *Indicators tat count! - Measuring population health at the community level*. Ottawa: Health Canada.

Hoek, H.W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 34.

Huq, Z. (1996). A TQM evaluation framework for hospitals: observations from a study. *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 13(6), p. 59-76.

Huq, Z. (2005). Managing change: a barrier to TQM implementation in service industries. *Managing Service Quality*, Vol. 15(5), p. 452-469.

Izydorczyk, B. & Czekaj, B. (2006). Review of certain conceptions on eating disorders. Suggestions on psychotherapy for women with anorexia and bulimia nervosa (the authors' own experience). *Psychiatr Pol*, 40(1): 65-74.

Jacobi C & Fittig E. (2010). Psychosocial risk factors for eating disorders. In Agras W.S. (Ed.) *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Oxford University Press:N.Y

Jacobi C., Hayward C., de Zwaan M., Kraemer H., & Argas W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 1, 19-65

Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. (2011). Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 31: 113-121.

Keery, H., Eisenberg, M., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: the role of perception. *J Psychosom Res.*, 61:105.

Kersnik J., (1998), Improving the Quality of Patient Care, *Med. Journal*.

Kindig DA, Booske BC, Remington PL. (2010). Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis* ;7(4). [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10\\_0019.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0019.htm).

Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *Eat Weight Disord*, 4.

Klemenc D., (1999), Improving Quality and Measuring Satisfaction as an Element of Quality in Organising Clinical Treatment of the Patient in the Outpatients' Portorož: Wing of Ljubljana Medical Centre. *Proceedings and posters: 2nd Congress of Nursing*.

Kluck, A.S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav.*, 9:471–83

Kolotkin RL., Head S., Hamilton M, Tse CK. (1995). Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res*. Jan 3(1):49-56.

Kolotkin RL, Head S, Brookhart A. (1997). Construct validity of the Impact of weight on Quality of Life Questionnaire. *Obes Res*. Sep5 (5): 434-41

Kolotkin RL<sup>1</sup>, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S.(2001). The relationship between health related quality of life and weight loss. *Obes Res*. Sep. 9 (9): 564-71

Kolotkin, R.L., Westman, E.C., Ostbye, T., Crosby, R.D., Eisenson, H.J. & Binks, M. (2004). Does Binge Eating Disorder Impact Weight-Related Quality of Life. *Obes Res*, 12(6):999–1005.

Krahn, D.D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *J Subs Abuse*, 3(2): 239-253.

Krentz, E.M. & Warschburger. P.A. (2013). longitudinal investigation of sports-related risk factors for disordered eating in aesthetic sports. *Scand J Med Sci Sports.*, 23:303–10.

Latal, B., Helfricht, S., Fisher, J., Bauersfeld, U. & Landolt, M. (2009). Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. *BMC Pediatrics*, 9.

Lattimore, P. J. (2001). Stress-induced eating: an alternative method for inducing ego-threatening stress. *Appetite*, 36, 187–188.

Levine, M., & Marcus, M. (1997). Eating behavior following stress in women with and without bulimic symptoms. *Annals of Behaviour Medicine*, 19, 132–138.

Loureiro, P., Sachside, A. & Cardoso, M.J. (2011). Links Between Physical Appearance and Wage Discrimination: Further Evidence. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 2(1), 249-260.

Lubetkin, E. & Jia, H. (2006). Health-Related Quality of Life, Quality-Adjusted Life Years, and Quality-Adjusted Life Expectancy in New York City from 1995 to 2006. *Journal of Urban Health*, 86.

Makino M, Hashizume M, Yasushi M et al. Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 9.

McMahon, N.C., Drinkhill, M.D. & Hainsworth, R. (1996). Reflex vascular responses from aortic arch, carotid sinus and coronary baroreceptors in the anaesthetized dog. *Experimental Physiology*, 81.

Mohanty, R.P., & Behera, A.K., (1996). TQM in the service sector. *Work Study*, Vol. 45(3), p. 13-17.

Moore, B., & Brown, A., (2006). The application of TQM: organic or mechanistic. *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 23(7), p. 721-742.

Moreno & Lacruz, (2013). *Body weight and health-related quality of life in Catalonia, Spain*, *Eur J Health Econ*. Feb;14(1): 95-105).

Navia B, Ortega RM, Requejo AM et al. Influence of the desire to lose weight on food habits, and knowledge of the characteristics of a balanced diet, in a group of Madrid university students. *Eur J Clin Nutr*, 57.

Neumärker, K.J. (1998). Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *Intern J Eat Disord*, 21(3): 205 – 212.

Oliver, R.L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. In: Swartz T.A., Bowen P.E. & Brown S.W. (eds). *Advances in Services Marketing and Management. Vol 2*. JAI Press, Greenwich, CT.

Olsson, N., Runnamo, R. & Engfeldt, P. (2011). Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9.

Øvretveit, J., (2001). Japanese healthcare quality improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14(4), p. 164-167.

Palmer, R. (2003). Death in anorexia nervosa. *The Lancet*, 361(9368): 1490-1490.

Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*.

Picot, A.K. & Lilienfeld, L.R.R. (2003). The Relationship Among Binge Severity, Personality Psychopathology and Body Mass Index. *Int J Eat Disord*, 34: 98–107.

Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*, 53:187–214.

Prouty, A.M., Protinsky, H.O. & Canady, D. (2002). College women: eating behaviors and help-seeking preferences. *Adolescence*, 37.

Rad, A.M.M., (2005). A survey of total quality management in Iran Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services*, Vol. 18(3), p. 12-34.

Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Bernardo, M.D., Zucchi, T., Cabras, P.L. & Rotella, C.M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41: 111–115

Ritonja, S. (1998). Permanent Quality Assurance - the Basic Principles of Total Quality Management in Healthcare, Organisation.

Rothberg AE, McEwen LN, Kraftson AT, Neshewat GM, Fowler CE, Burant CF, Herman WH (2014). *The impact of weight loss on health-related quality-of-life: implications for cost-effectiveness analyses*. Qual Life Res. May;23(4):1371-6.

Schuette, W., Techs, H., Buttner, H., Krause, T., Soldatenkova, V. & Stoffregen, C. (2012). Second-line Treatment of Stage III/IV Non-Small-Cell Lung Cancer (NSCLC) with pemetrexed in routine clinical practice: Evaluation of performance status and health-related quality of life. *BMC Cancer*, 12.

Sekavčnik, T. (1997). *Developing Standards and Criteria for Quality Nursing*. Ljubljana: Chamber of Nursing of Slovenia.

Streigel-Moore, R.H. & Franko, D.L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eating Disord*, 34.

Steffen, G., (1988). Quality medical care: a definition. *J Am Med Assoc*.

Steiner, H. & Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(4): 352-9.

Stice E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annual Review of Clinical Psychology*.

Tamim H, Tamim R, Almawi W et al. (2006). Risky weight control among university students. *Int J Eat Disord*, 39.

Takahashi Y, Sakai M, Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S, Nakayama T, Fukuhara S, Fukui T, Shimbo T. (2011) *The relation between self-reported body weight and health-related quality of life: a cross-sectional study in Japan*. *J Public Health (Oxf)*. Dec;33(4):518-26.

Taylor A, Hudson K, Keeling A., (1991), Quality nursing care: the consumers perspective, *J Nurs Qual Assur*.

The WHOQOL Group: The world health organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organisation. *Soc Sci Med*. 1995, 10: 1403-1409

Thompson, R.A. & Sherman, R. (2014). Reflections on athletes and eating disorders. *Psychol Sport Exerc.*, 15:729 –34.

Vitousek, K.B. & Ewald, L.S. (1993). Self-Representation in Eating Disorders: A Cognitive Perspective. In: Z. Segal & S. Blatt (eds). *The Self in Emotional Disorders: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*. New York: Guilford.

Vouzas, F., & Psychogios, A.G., (2007). Assessing managers' awareness of TQM. *The TQM Magazine*, Vol. 19(1), p. 62-75.

Walsh, A., Hughes, H., & Maddox, D.P., (2002), "Total quality management continuous improvement: is the philosophy a reality?". *Journal of European Industrial Training*, Vol. 26(6), p. 299-307.

Walters EE, Kendler KS (1995): Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry*, 152.

Ware, J. E., Jr. Snyder, M.K., Wright, W.R. & Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*.

Webster-Gandy, J. (2000). *Μάθετε για τα Τρόφιμα και τη Διατροφή*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Weller, J.E. & Dziegielewska, S.F. (2004). The relationship between romantic partner support styles and body image disturbance. *J Hum Behav Soc Environ.*, 10:71–92

Wertheim, E.H., Paxton, S.J., Schutz, H.K. & Muir, S.L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *J Psychosom Res.*, 42:345–55.

Westphal, J.D., Gulati, R., & Shortell, S.M., (1997). Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 42, p. 366–394.

Wetherell, M. (2004). *Ταυτότητες, Ομάδες και Κοινωνικά Ζητήματα*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Woods, S. (2004). Untreated recovery from eating disorders. *Adolescence*, 39:361–71.

Xia, P., Li, N., Hau, K., Liu, C. & Lu, Y. (2012). Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC Medical Research Methodology*, 12.

Yang, C.C., (2003). The establishment of a TQM system for the health care industry. *The TQM Magazine*, Vol. 15(2), p. 93-98.