

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: “ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ
ΕΡΑΣΙΤΕΧΝΩΝ ΧΟΡΕΥΤΡΙΩΝ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥ ΜΠΑΛΕΤΟΥ”**

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ ANNA 4023
ΓΚΑΛΟΥΔΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ 4042
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Ιούλιος 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή μας κ. Σταύρο Καλογιάννη, για τη συνεχή βοήθεια και καθοδήγησή του στην ολοκλήρωση της. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις χορεύτριες, επαγγελματίες και ερασιτέχνες για την συμμετοχή τους στην έρευνα και την άψογη συνεργασία τους και τέλος την οικογένεια μας για την στήριξή που μας παρείχαν καθόλη την πορεία μας.

Περίληψη

Ο χορός αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο το οποίο μεταλλάσσεται διαρκώς με την πάροδο των χρόνων. Το σώμα των χορευτών αποτελεί το εργαλείο πάνω στο οποίο οι χορευτές «χτίζουν» τις χορευτικές τους δεξιότητες και εξελίσσονται καλλιτεχνικά και ατομικά. Έτσι, καλλιεργείται η τάση στους χορευτές να αρέσκονται σημαντικά στο εργαλείο αυτό που ονομάζεται «σώμα» και να θεωρούν πως υγιή, ωραία και αποδεκτά στην κλειστή κοινωνική ομάδα του χορού είναι μόνο τα αδύνατα σώματα. Αυτό έχει σαν συνέπεια πολλές φορές να καταφεύγουν σε εξαντλητικές προπονήσεις και σε μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές και τεχνικές διατήρησης της σωματικής τους μάζας σε χαμηλά επίπεδα, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στην υγεία τους. Το παραπάνω φαινόμενο στις γυναίκες χορεύτριες και ειδικότερα στο μπαλέτο εμφανίζεται ακόμα πιο έντονο, με τις διατροφικές διαταραχές να προκαλούν επιπρόσθετα προβλήματα τόσο γυναικολογικής, όσο και σωματικής φύσεως, σηματοδοτώντας το φαινόμενο της γυναικείας αθλητικής τριάδας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες γυναικών που ασχολούνται με τον χορό. Σε αυτά τα πλαίσια ερωτήθηκαν 108 χορεύτριες μπαλέτου με χρήση δομημένων δημοσιευμένων ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα εμφανίζουν φυσιολογικά επίπεδα σωματικής μάζας, υψηλή μεταβολή βάρους σε χρονικό φάσμα ενός έτους, σημάδια ύπαρξης διατροφικών διαταραχών και αθλητικής τριάδας σε μέρος του δείγματος, μεγάλα επίπεδα καταχρήσεων (αλκοόλ, κάπνισμα), απαιτητικό ημερήσιο προπονητικό πρόγραμμα, υψηλά ποσοστά αναγνώρισης θρεπτικής διατροφικής ανεπάρκειας, ύπαρξη διαστρεβλωμένης εικόνας, κακής αντίληψης ή ελλιπούς γνώσης ως προς το πως πρέπει να είναι μια καλή διατροφή, ανεπαρκή συμμόρφωση του δείγματος στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής και χαμηλά επίπεδα διατροφικής ανησυχίας. Αναφορικά με το δείγμα της έρευνας, ιδιαίτερη ανάγκη εντοπίστηκε στην πρόσληψη πλούσιων ενεργειακά τροφών (ειδικότερα στις επιβαρυμένες προπονητικά ημέρες), στην εξισορρόπηση του σωματικού του βάρους, στην αναθεώρηση των διατροφικών του συμπεριφορών και στην καλλιέργεια μιας νέας πιο υγιεινής διατροφικής κουλτούρας με επίκεντρο την προάσπιση του οργανισμού και του σώματος. Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση για ανάγκη διατροφικής ενημέρωσης και παρέμβασης σε επαγγελματίες και ερασιτέχνες χορευτές.

Abstract

Dance is a complex phenomenon that is constantly evolving over the years. The body of the dancers is the tool on which the dancers "build" their dancing skills and evolve artistically and individually. Thus, the tendency is cultivated in the dancers to really like this tool called "body" and to consider that only the weak bodies are healthy, beautiful and acceptable in the closed social group of the dance. As a result, they often resort to exhausting workouts and abnormal eating behaviors and techniques to maintain their body mass at low levels, causing serious health problems. The above phenomenon in female dancers and especially in ballet appears even more intense, with eating disorders causing additional problems of both gynecological and physical nature, signaling the phenomenon of the female athletic trinity. The purpose of this study is to investigate the dietary habits of women engaged in dance. In those frames 108 female ballet dancers were asked using structured published questionnaires. The results are normal body mass levels, high weight change over a period of one year, signs of eating disorders and sports trinity in part of the sample, high levels of abuse (alcohol, smoking), demanding daily training program, high recognition rates nutritional deficiency, distorted image, misunderstanding or lack of knowledge as to how it should be one good nutrition, insufficient compliance of the sample with its standards Mediterranean diet and low levels of nutritional anxiety. Regarding the research sample, a special need was identified in intake of energy rich foods (especially those high in fat training days), in balancing his body weight, in reviewing his eating habits and cultivating a new healthier eating culture with a focus on advocacy of the body and the body. The research findings confirm the initial case for the need of nutrition information and intervention in professional and amateur dancers.

Table of Contents

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3	
ABSTRACT	3	
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	7	Αλλαγή κωδικού πεδίου
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	11	Αλλαγή κωδικού πεδίου
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.1 ΧΟΡΟΣ	14	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.1.1 Ο χορός ως μέσο έκφρασης	14	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.1.2 Ο χορός ως τύπος άσκησης	15	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.1.3 Οι θετικές επιπτώσεις του χορού	17	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.1.4 Γυναικεία αθλητική τριάδα	21	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ	23	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.2.1 Δείκτης μάζας σώματος	23	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.2.2 Διατροφικές διαταραχές	27	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.2.3 Εξέταση διατροφικής κατανάλωσης – Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	33	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.2.4 Μεσογειακή διατροφή	37	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.3 ΧΟΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	45	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.3.1 Χορευτές και σώμα	45	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.3.2 Διατροφική συμπεριφορά χορευτών	47	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.3.3 Διατροφικές διαταραχές χορευτών	51	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.3.4 Επιπλοκές διατροφικής συμπεριφοράς χορευτών	52	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.4 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	54	Αλλαγή κωδικού πεδίου
1.5 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	55	Αλλαγή κωδικού πεδίου
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	57	
2.1 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	57	Αλλαγή κωδικού πεδίου
2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	58	Αλλαγή κωδικού πεδίου
2.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ, ΔΕΙΓΜΑ	59	Αλλαγή κωδικού πεδίου
2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	60	Αλλαγή κωδικού πεδίου
2.5 ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ – ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ	61	Αλλαγή κωδικού πεδίου
2.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	62	Αλλαγή κωδικού πεδίου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	63
3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	63
3.2 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	116
3.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	141
3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	151
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	161
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	174

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Ευρετήριο Πινάκων

	Σελίδα
Πίνακας 1: Έρευνες θετικής επίδρασης του χορού στην ζωή των ανθρώπων	18
Πίνακας 2: Κλίμακα ταξινόμησης Δείκτη Μάζας Σώματος	25
Πίνακας 3: Καθορισμός συμπτωμάτων ψυχογενούς βουλιμίας	29
Πίνακας 4: Καθορισμός σοβαρότητας κατάστασης της ψυχογενούς ανορεξίας	31
Πίνακας 5: Καθορισμός σοβαρότητας συμπτωμάτων επεισοδιακής υπερφαγίας	33
Πίνακας 6: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας « περιορισμός / restraint»	36
Πίνακας 7: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία διατροφής / eating concern»	36
Πίνακας 8: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία σχήματος / shape concern»	37
Πίνακας 9: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία βάρους / weight concern»	37
Πίνακας 10: Ερωτηματολόγιο Μεσογειακής διατροφής	43
Πίνακας 11: Gantt Chart διαδικασιών ανά βήμα εκτέλεσης	60
Πίνακας 12: Δείκτης Cronbach's Alpha	63
Πίνακας 13: Ηλικιακή ομάδα	64
Πίνακας 14: Δείκτης μάζας σώματος	65
Πίνακας 15: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος	66
Πίνακας 16: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος με διαχωρισμό νορμοβαρών	67
Πίνακας 17: Ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;	69
Πίνακας 18: Ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;	70
Πίνακας 19: Διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους	71
Πίνακας 20: Ομαδοποίηση διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους	71

Πίνακας 21: Δείκτης μάζας σώματος μικρότερου βάρους	72
Πίνακας 22: Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους	73
Πίνακας 23: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)	74
Πίνακας 24: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους), μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών	76
Πίνακας 25: Ομαδοποίηση διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)	77
Πίνακας 26: Συγκεντρωτική απεικόνιση μεταβολής βάρους, σε συνάρτηση με το δείκτη μάζας σώματος	79
Πίνακας 27: Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνου ρύση σας;	80
Πίνακας 28: Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;	81
Πίνακας 29: Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;	82
Πίνακας 30: Πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας;	83
Πίνακας 31: Πόσο συχνά τρώτε έξω;	84
Πίνακας 32: Καταναλώνετε συχνά μπύρα;	85
Πίνακας 33: Καταναλώνετε συχνά κρασί;	86
Πίνακας 34: Καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ούισκι, τζιν κλπ.;	88
Πίνακας 35: Καταναλώνετε συχνά γενικά κάποιο αλκοόλ;	89
Πίνακας 36: Καπνίζετε;	89
Πίνακας 37: Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	90
Πίνακας 38: Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;	91
Πίνακας 39: Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;	92
Πίνακας 40: Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό;	93
Πίνακας 41: Ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο;	94
Πίνακας 42: Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο διαίτας	95
Πίνακας 43: Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν τη δίαιτα (σε μήνες);	96
Πίνακας 44: Για ποιον λόγο ακολουθείτε δίαιτα;	97
Πίνακας 45: Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα που ακολουθείτε;	98
Πίνακας 46: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι Mediterranean diet	100
Πίνακας 47: Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);	101

Πίνακας 48: Mediterranean diet score	104
Πίνακας 49: Χαρακτηρισμός Mediterranean diet score δείγματος	105
Πίνακας 50: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι περιορισμού – restraint	106
Πίνακας 51: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας διατροφής – eating concern	108
Πίνακας 52: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern	109
Πίνακας 53: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern	110
Πίνακας 54: Περιορισμός – restraint	112
Πίνακας 55: Ανησυχία διατροφής – eating concern	112
Πίνακας 56: Ανησυχία σχήματος - shape concern	113
Πίνακας 57: Ανησυχία βάρους – Weight concern	114
Πίνακας 58: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι παραγόντων ανησυχίας	115
Πίνακας 59: Συνολική ανησυχία – Total concern	116
Πίνακας 60: Συσχέτιση της ηλικίας με το Mediterranean diet score	118
Πίνακας 61: Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score	118
Πίνακας 62: Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας	121
Πίνακας 63: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας	123
Πίνακας 64: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με τις κατηγορίες του score συνολικής ανησυχίας	124
Πίνακας 65: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με την διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους	124
Πίνακας 66: Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το Mediterranean diet score	125
Πίνακας 67: Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το score της Ανησυχίας βάρους	126
Πίνακας 68: Συσχέτιση των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με το δείκτη μάζας σώματος	127
Πίνακας 69: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης	127

με το χορό

Πίνακας 70: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;» 130

Πίνακας 71: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);» 132

Πίνακας 72: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;» 134

Πίνακας 73: Συσχέτιση του βάρους, με το score της συνολικής ανησυχίας 135

Πίνακας 74: Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;» 139

Πίνακας 75 Συσχέτιση των κατηγοριών του score συνολικής ανησυχίας μεταξύ τους 141

Πίνακας 76: Σύγκριση παρούσας έρευνας με παλαιότερες αντίστοιχες ερευνες EDE-Q 155

Ευρετήριο Διαγραμμάτων

	Σελίδα
Διάγραμμα 1: Ηλικιακή ομάδα	65
Διάγραμμα 2: Δείκτης μάζας σώματος	66
Διάγραμμα 3: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος	67
Διάγραμμα 4: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος με διαχωρισμό νορμοβαρών	68
Διάγραμμα 5: Ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;	69
Διάγραμμα 6: Ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;	70
Διάγραμμα 7: Διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους	71
Διάγραμμα 8: Ομαδοποίηση διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους	72
Διάγραμμα 9: Δείκτης μάζας σώματος μικρότερου βάρους	73
Διάγραμμα 10: Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους	74
Διάγραμμα 11: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)	75
Διάγραμμα 12: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους), μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών	77
Διάγραμμα 13: Ομαδοποίηση διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)	78
Διάγραμμα 14: Συγκεντρωτική απεικόνιση μεταβολής βάρους, σε συνάρτηση δείκτη μάζας σώματος	79
Διάγραμμα 15: Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνου ρύση σας;	80
Διάγραμμα 16: Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;	81
Διάγραμμα 17: Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;	83
Διάγραμμα 18: Πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας;	84
Διάγραμμα 19: Πόσο συχνά τρώτε έξω;	85
Διάγραμμα 20: Καταναλώνετε συχνά μπύρα;	86

Διάγραμμα 21: Καταναλώνετε συχνά κρασί;	87
Διάγραμμα 22: Καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ.;	88
Διάγραμμα 23: Καταναλώνετε συχνά γενικά κάποιο αλκοόλ;	89
Διάγραμμα 24: Καπνίζετε;	90
Διάγραμμα 25: Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	91
Διάγραμμα 26: Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;	92
Διάγραμμα 27: Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;	93
Διάγραμμα 28: Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό;	94
Διάγραμμα 29: Ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο;	95
Διάγραμμα 30: Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο δίαιτας	96
Διάγραμμα 31: Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν τη δίαιτα (σε μήνες);	97
Διάγραμμα 32: Για ποιον λόγο ακολουθείτε δίαιτα;	98
Διάγραμμα 33: Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα που ακολουθείτε;	99
Διάγραμμα 34: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι Mediterranean diet	101
Διάγραμμα 35: Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);	102
Διάγραμμα 36: Mediterranean diet score	104
Διάγραμμα 37: Χαρακτηρισμός Mediterranean diet score δείγματος	105
Διάγραμμα 38: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι περιορισμού – restraint	107
Διάγραμμα 39: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας διατροφής – eating concern	108
Διάγραμμα 40: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern	110
Διάγραμμα 41 Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern	111
Διάγραμμα 42: Περιορισμός – restraint	112
Διάγραμμα 43: Ανησυχία διατροφής – eating concern	113
Διάγραμμα 44: Ανησυχία σχήματος - shape concern	114
Διάγραμμα 45: Ανησυχία βάρους – Weight concern	115
Διάγραμμα 46: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι παραγόντων ανησυχίας	116
Διάγραμμα 47: Συνολική ανησυχία – Total concern	117

Διάγραμμα 48: Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score	120
Διάγραμμα 49: Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας	122
Διάγραμμα 50: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό	129
Διάγραμμα 51: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;»	131
Διάγραμμα 52: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως αν συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);»	133
Διάγραμμα 53: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;»	135
Διάγραμμα 54: Συσχέτιση του βάρους, με το score της συνολικής ανησυχίας	138
Διάγραμμα 55: Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνου ρύση σας;»	140

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Χορός

1.1.1 Ο χορός ως μέσο έκφρασης

Ο χορός αναμφίβολα αποτελεί ένα διαχρονικό μέσο εκφραστικότητας, αυτογνωσίας και συμμετοχικότητας. Οι άνθρωποι κατά το πέρασμα των αιώνων χρησιμοποιούν τον χορό για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τις ιδέες τους και να επικοινωνήσουν τις γνώσεις τους σε πλαίσιο κοινωνικής αλληλεπίδρασης και αποδοχής.

Ανθρωπολογικά, ο χορός θεωρείται το αρχαιότερο είδος τέχνης με την πρώτη εμφάνισή του να εντοπίζεται από τους πρώτους ανθρώπινους πολιτισμούς (Meyer-Dietrich, 2009). Αρχικά ο χορός και για πολλούς αιώνες συμμετείχε ως τελετουργική διαδικασία σε πολλούς πολιτισμούς, ενώ ο σκοπός του μεταλλασσόταν ανά εποχή και πολιτισμό. Αρκετοί ήταν εκείνοι οι πολιτισμοί που χρησιμοποιούσαν τον χορό ως μέθοδο θεραπείας των ασθενών από ασθένειες ανίατες της εποχής, ενώ άλλοι πολιτισμοί εκδήλωναν τις θρησκευτικές τους ανάγκες μέσω του χορού με μορφή τελετουργικής επικοινωνίας. Αντίστοιχα, στην Ευρώπη κατά την εποχή του Μεσαίωνα, οι άνθρωποι προσπαθώντας να θεραπευτούν από ασθένειες κατέφευγαν στο χορό, ενώ στην Αμερική οι γηγενείς πληθυσμοί χρησιμοποιούσαν το χορό για την επικοινωνία τους με τη φύση και τους δικούς τους θεούς. Σύμφωνα με τους Dils & Albright (2001), ο χορός κατά την εποχή του Μεσαίωνα στην Ευρώπη λάμβανε την μορφή «μανίας», καθώς αρκετοί άνθρωποι βρήκαν θάνατο λόγω συνεχούς κόπωσης και εξάντλησης από το χορό.

Μια σημαντική ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει το χορό αποτελεί η δυνατότητα εκδήλωσης συναισθημάτων, έκφρασης ιδεών και επικοινωνίας. Από τα αρχικά στάδια που ο χορός λάμβανε μια πιο δομημένη μορφή, εμφανίζεται ο χορός σε αφηγήσεις τόσο για μύθους και κατορθώματα ηρώων, όσο και για ιστορικά γεγονότα. Επίσης, ο χορός αποτέλεσε μέσο έκφραση ερωτικής επιθυμίας ή ερωτικών συναισθημάτων, ενώ σύμφωνα με τον Adshead-Lansdale & Layson (2006), με την είσοδο της γραπτής γλώσσας στις κοινωνίες, οι ιστορίες και τα έθιμα των λαών άρχισαν να μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά μέσω του χορού.

Η πρώτη είσοδος του χορού στις τέχνες ως ένα εκφραστικό σύστημα εμφανίστηκε στην αρχαία Ελλάδα. Εκεί, ο χορός ήρθε σε συνδυασμό με την ποίηση και το θέατρο, εκφράζοντας πάθη, ηθικότητα και δράσεις, ενώ η συμπεριφορική στάση των χορευτών, ταυτίστηκε με το «κάλλος» (Dils & Albright, 2001).

Η Αναγέννηση αποτέλεσε μια περίοδος σταθμός για το χορό, καθώς κατά τα μέσα του 16^{ου} αιώνα, στη Γαλλία, ο χορός αναπτύχθηκε στις τάξεις των ευγενών, λαμβάνοντας μια πιο εκλεπτυσμένη μορφή, υψηλής καλλιτεχνίας, ενώ λίγους αιώνες αργότερα ο χορός εισέρχεται στο Παρίσι και στα βασιλικά ανάκτορα των Βερσαλλιών. Έτσι, ο χορός επεκτάθηκε από χώρα σε χώρα, καλύπτοντας ολόκληρη την Ευρώπη, ενώ άρχισαν να εισέρχονται αυτόνομες καλλιτεχνικές παραστάσεις, καθώς και νέου τύπου χοροί, όπως είναι το μπαλέτο το οποίο επικεντρώθηκε στην έκφραση πιο πολλών συναισθημάτων, την καλλιέργεια της φαντασίας στο χορό, της χορευτικής πειθαρχίας και της πνευματικής ανάτασης. Η αντίληψη ότι ο χορός αποτελεί τέχνη δεν άρχισε να επικρατήσει, γεγονός που σύμφωνα με τους Dils & Albright (2001), οδήγησε στην ένδυση των χορευτών με ειδικές στολές και στο σχηματισμό πιο απελευθερωτικών χορογραφιών.

Όπως επισημαίνουν οι Dils & Albright (2001), στα τέλη του 19^{ου} αιώνα τα μπαλέτα άρχισαν να λαμβάνουν μια πιο πρωτοποριακή και δομημένη μορφή, ενώ άρχισε να καλλιεργείται η «μπαλετική κουλτούρα», ιδίως στη Ρωσία, γεγονός που αποδόμησε τα μέχρι τότε πρότυπα του κλασικού χορού και έφερε επανάσταση στις φόρμες του περιεχομένου του.

1.1.2 Ο χορός ως τύπος άσκησης

Ο χορός και ειδικότερα το μπαλέτο, αποτελεί μια ενεργητική δραστηριότητα αεροβικής φύσεως, η οποία δαπανά ενέργεια περίπου 200kcal την ώρα, γεγονός που συνεπάγεται το χαμηλό ρυθμό απώλειας βάρους, καθώς και την αδυναμία διατήρησης της σωματικής διάστασης αποκλειστικά και μόνο από αυτό (Dotti et al, 2002). Το παραπάνω αποτελεί και τον κινητήριο μοχλό μείωσης των θερμιδικών προσλήψεων των χορευτών, αφού από μόνη της η δραστηριότητα αυτή δεν αντισταθμίζει υψηλές θερμιδικές προσλήψεις. Μολονότι οι εντάσεις κατά τη διαδικασία του χορού μπορούν

να υπερβούν τις 9 MET's (Stracciolini et al, 2017), παρά ταύτα η πλειοψηφία της ημερήσιας έντασης υπολείπεται των τριών μονάδων MET's, καθώς κατά τη δραστηριότητα του χορού πραγματοποιούνται πολλά διαλλείματα και μειώνεται ο ρυθμός ενεργειακής κατανάλωσης (Wyon et al, 2014).

Ο όρος MET χρησιμοποιείται για να ορίσουμε τον ρυθμό μεταβολισμού και ενέργειας που δαπανάται ανά μονάδα χρόνου, σε αναλογία με τον ρυθμό ανάπαυσης. Για παράδειγμα, όταν μια δραστηριότητα λαμβάνει τιμή MET 5, σημαίνει ότι η δραστηριότητα αυτή ασκεί πέντε φορές την ενέργεια που θα ασκούσε αν κάποιος έμενε ακίνητος (web - healthline). Ένας γρήγορος περίπατος καταναλώνει περίπου 4 MET's την ώρα, ενώ το σχοινάκι, το οποίο χαρακτηρίζεται από την έντονη ενεργειακή δραστηριότητά του, έχει τιμή 12,3 MET's (web - healthline).

Έτσι, ο χορός μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια δραστηριότητα ήπιας προς υψηλής έντασης, διακοπτόμενης φύσεως, μολονότι τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος του χορού, το επίπεδο του ατόμου και τη συχνότητα που το κάθε άτομο χορεύει. Άλλωστε, η καθημερινότητα ενός χορευτή και η συχνότητα ενασχόλησης του με το χορό δεν μπορεί εύκολα να προσδιοριστεί, αν και τις περισσότερες φορές περιλαμβάνει πρόβες, εξάσκηση σε χορογραφίες, εξάσκηση σε τεχνική και συμμετοχή σε παραστάσεις. Αυτός είναι και ο λόγος που οι επαγγελματίες χορευτές συγκαταλέγονται στην ίδια κατηγορία με τους επαγγελματίες αθλητές (Sundgot-Borge et al, 2003).

Η διαφοροποίηση του χορού από τα υπόλοιπα αθλήματα έγκειται στην αντιμετώπιση των ατόμων που συμμετέχουν με υψηλότερο ποσοστό λίπους, καθώς στο χορό πολλές φορές το υψηλότερο ποσοστό λίπους δεν επηρεάζει αρνητικά την απόδοση του χορευτή. Το παραπάνω συμβαίνει για τον λόγο του ότι ο επαγγελματικός χορός αναγνωρίζεται μεν σαν ένα διαφορετικό κομμάτι του επαγγελματικού αθλητισμού, αλλά αποτελεί παράλληλα και μια μορφή τέχνης, η οποία απαιτεί ταυτόχρονα με την τεχνική εκτέλεση και εκφραστικότητα, αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται ευκολότερα, σύμφωνα με τους Brown et al (2017), από άτομα με υψηλότερα ποσοστά λίπους.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το χορό σαν μια μορφή άσκησης ήπιας προς υψηλής ενεργειακής κατανάλωσης, η οποία είναι

αναποτελεσματική στην απώλεια βάρους, ενώ παράλληλα εμφανίζει αισθητική αποδοχή υψηλότερων ποσοστών σωματικού λίπους. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η αύξηση των ωρών εξάσκησης των χορευτών είναι δύσκολο να επιτευχθεί, λόγω του φορτωμένου προγράμματός τους, η συνήθης διαφυγή των χορευτών αποτελεί ο περιορισμός της τροφής και των θερμιδικών προσλήψεων, έτσι ώστε να διατηρήσουν το βάρος και το λίπος του σώματός τους, σε χαμηλά επίπεδα (Sousa et al, 2013).

1.1.3 Οι θετικές επιπτώσεις του χορού

Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας άνθρωπος μέσω του χορού, σύμφωνα με τον Alpert (2011), είναι πολλαπλά και προκαλούν ευεργετικά αποτελέσματα. Τα πεδία που συνεισφέρει ο χορός στην ανάπτυξη του ανθρώπου είναι τόσο σωματικής φύσεως, όσο και πνευματικής.

Πολλοί ερευνητές της παγκόσμιας βιβλιογραφίας έχουν ασχοληθεί με την συνεισφορά του χορού στην υγεία του ανθρώπου και την βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης. Η αεροβική γυμναστική επιδρά θετικά στην ενίσχυση της καρδιακής και πνευμονικής λειτουργίας, ενώ συμβάλει θετικά στην ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης και γενικότερα της συνολικής υγείας ατόμων, πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Mersy, 1991). Σύμφωνα με τους Noreau et al (1995), ο χορός επιδρά θετικά στην ενίσχυση της μυϊκής και σωματικής αντοχής, καθώς και στην αντιμετώπιση του άγχους, της σωματικής και πνευματικής κόπωσης, των καταληκτικών τάσεων, αλλά και των εντάσεων.

Αντίστοιχα αποτελέσματα στην θετική επίπτωση του χορού στην υγεία των ατόμων παρουσίασαν οι Kiere et al (2012), στην έρευνα τους αναφορικά με τους Ευρωπαϊκούς χορούς ballroom, γνωστοί από την προέλευσή τους από την παρουσία τους σε αριστοκρατικές σάλες της κεντρικής Ευρώπης κατά τον 19^ο αιώνα. Οι Kiere et al (2012), εντοπίζουν θετική επίδραση του χορού στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της συναισθηματικής ανισορροπίας, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης θηλυκότητας των γυναικών με καρκίνο του μαστού, βελτίωση στις παρενέργειες που εκδηλώνουν οι νευροεκφυλιστικές διαταραχές, όπως η νόσος του

Πάρκινσον, ενώ εντοπίζουν ισχυρή συμβολή του χορού στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες καρδιακές δυσλειτουργίες και διαβήτη.

Μια ακόμη θετική επίδραση του χορού στην ζωή των ατόμων που ασχολούνται με αυτόν εντοπίζουν οι Martin et al (2016), οι οποίοι εστίασαν στην διερεύνηση της επίδρασης του χορού, ως μέσω κινητικής θεραπείας, στην προσβολή και τα ψυχωτικά συμπτώματα ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια νευροψυχιατρική νόσο, η οποία ανήκει στην κατηγορία των ψυχώσεων, ενώ χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην αντίληψη της πραγματικότητας και υψηλά επίπεδα μανιακής μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης (Gottesman & Shields, 1982). Σύμφωνα με τους Lee et al (2015) ο χορός μείωσε αισθητά τα επίπεδα κατάθλιψης και τις κρίσεις σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα, όπως επισημαίνουν οι Adam et al (2016), αύξησε σημαντικά το συναίσθημα της χαράς στο σύνολο του δείγματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των Koch et al (2014), με μέγεθος δείγματος 1.078 ατόμων, ο χορός επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων, στην καλή διάθεσή τους, στην εικόνα του σώματος τους, στην μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, στη διαπροσωπική επάρκεια, καθώς και στην σωματική υγεία.

Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα των Koch et al (2014), έρχονται να επαληθεύσουν προγενέστερες έρευνες, οι οποίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Έρευνες θετικής επίδρασης του χορού στην ζωή των ανθρώπων

Παράγοντας	Έρευνες
Ποιότητα ζωής	<ul style="list-style-type: none">• Meekums et al(2012)• Hackney & Earhart (2009)• Eyigor et al(2009)• Hokkanen et al (2008)• Bräuninger (2006)• Röhrich & Priebe (2006)• Sandel et al (2005)

	<ul style="list-style-type: none"> • Hartshorn et al (2002) • Noreau et al (1995) • Osgood et al (1990)
Καλή διάθεση	<ul style="list-style-type: none"> • Fuchs & Koch (2014) • Meekums et al (2012) • Dibbell-Hope (2000) • Koch et al (2007) • Bräuninger (2006) • Goodill (2005) • Noreau et al (1995)
Εικόνα σώματος	<ul style="list-style-type: none"> • Fuchs & Koch (2014) • Meekums et al (2012) • Goldov (2011) • Sandel et al (2005) • Goodill (2005) • Dibbell-Hope (2000)
Υγεία σώματος και οργανισμού	<ul style="list-style-type: none"> • Fuchs & Koch (2014) • Meekums et al (2012) • Karkou (2009) • Hilf (2009) • Bräuninger (2006) • Haboush et al (2006) • Röhrich & Priebe (2006) • Jeong et al (2005) • Hartshorn et al (2002) • Dibbell-Hope (2000)

Κατάθλιψη	<ul style="list-style-type: none"> • Akandere & Demir (2011) • Hilf (2009) • Koch et al (2007) • Bräuninger (2006) • Haboush et al (2006) • Horwitz et al (2006) • Goodill (2005) • Jeong et al (2005) • Dibbell-Hope (2000) • Noreau et al (1995)
Άγχος	<ul style="list-style-type: none"> • Bräuninger (2006) • Jeong et al (2005) • Dibbell-Hope (2000) • Erwin-Grabner (1999) • Noreau et al (1995)
Διαπροσωπική σχέση και κοινωνική αποδοχή	<ul style="list-style-type: none"> • Hokkanen et al (2008) • Koch et al (2007) • Bräuninger (2006) • Jeong et al (2005) • Hartshorn et al (2002) • Dibbell-Hope (2000)

Πηγή: Koch et al, (2014)

Σημαντικά αποτελέσματα αναφορικά με την συμβολή του χορού στα παχύσαρκα άτομα, παρουσίασαν οι Wagener et al (2012), με μέγεθος δείγματος 40 παχύσαρκων εφήβων και σκοπό της έρευνας τη δραστηριοποίηση των συμμετεχόντων απέναντι σε μορφές άσκησης, όπως είναι ο χορός. Σύμφωνα με τους Wagener et al (2012), οι έφηβοι αύξησαν τη φυσική δραστηριότητά τους, την αυτοπεποίθησή τους, ενώ βελτίωσαν τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Μια ακόμη ιδιαίτερα θετική επίδραση, αυτή τη φορά σε άτομα τρίτης ηλικίας, παρουσίασαν οι Hui et al (2009), οι οποίοι μελέτησαν τις επιπτώσεις του χορού στην κατάσταση της υγείας 111 ηλικιωμένων για δώδεκα εβδομάδες. Πιο συγκεκριμένα, τα

αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση στο βηματισμό των ηλικιωμένων ατόμων, ενίσχυση στην ευελιξία του κορμιού τους, ενδυνάμωση των κάτω άκρων, καθώς και βελτίωση της ισορροπίας τους.

Σύμφωνα με τους Lakes et al (2016), ο χορός στα παιδιά αναπτύσσει την αυτογνωσία τους, ενισχύει την εκδήλωση των συναισθημάτων τους μέσω κινήσεων, αυξάνει την μιμητική κίνησή τους, ενώ παράλληλα αυξάνει και την αυτοαντίληψη τους.

Οι Scharoun et al (2014), επισημαίνουν την σημαντικότητα του χορού ως μορφή θεραπείας στα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού ή/και αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, ενισχύοντας σε αυτά τις μαθησιακές τους επιδόσεις, την αντιληπτική τους ικανότητα, την επικοινωνία με τα υπόλοιπα παιδιά, καθώς και τον συντονισμό κινήσεων.

Τέλος, ο χορός, όπως καταλήγουν οι Marich & Howell (2015), βελτιώνει την αυτογνωσία και την δημοτικότητα των ατόμων, ενώ τους χαρίζει συναισθηματική σταθερότητα, ψυχολογική ισορροπία και σωματική ευεξία.

1.1.4 Γυναικεία αθλητική τριάδα

Η γυναικεία αθλητική τριάδα (female athlete triad) αποτελεί ένα σύνδρομο που έρχονται αντιμέτωπες οι γυναίκες που ασχολούνται με τον αθλητισμό και το χορό (Hoch et al, 2011), ο οποίος περιλαμβάνει την συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών, την αμηνόρροια και την οστεοπόρωση, στοιχείων άμεσα συσχετισμένων το ένα με το άλλο (Manore et al, 2007). Το Σχήμα 1 παρουσιάζει τις δομές που συναποτελούν την γυναικεία αθλητική τριάδα (Eagle et al, 2013).



Σχήμα 1: Γυναικεία αθλητική τριάδα

Πολλοί είναι οι διεθνείς ερευνητές που εστίασαν στην γυναικεία αθλητική τριάδα και στο πως αθλήτριες, σε ατομικά κυρίως αθλήματα (όπως είναι η ενόργανη γυμναστική, η συγχρονισμένη κολύμβηση, το καλλιτεχνικό πατινάζ, ο χορός κλπ.), στην προσπάθειά τους να επιτύχουν χαμηλά επίπεδα σωματικού βάρους, πραγματοποιούν διατροφικές ακρότητες, εφαρμόζοντας εξαντλητικές δίαιτες, συνδυάζοντας υπέρμετρη άσκηση (Manore et al, 2007). Οι παραπάνω λόγοι οδηγούν σε χαμηλή πρόσληψη ενέργειας η οποία διατίθεται στα κύτταρα στην θερμορύθμιση, στην ανάπτυξη και στην αναπαραγωγή. Έτσι, μοιραία οδηγείται ο οργανισμός στην αμηνόρροια και απώλεια οστικής μάζας, με συνέπεια να εισέρχεται στην οστεοπόρωση. Η αθλητική τριάδα, σύμφωνα με τους De Souza et al (2014), μπορεί να προκληθεί είτε ακούσια, είτε εκούσια ή ψυχοπαθολογικά.

Η πηγή του προβλήματος της αθλητικής τριάδας αποτελεί η διαταραγμένη διατροφή, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που αθλήτριες χρησιμοποιούν τεχνικές όπως είναι η λήψη καθαρτικών ή διουρητικών χαπιών, η αυτό-πρόκληση εμετού και η πρόσληψη μειωμένης ποσότητας τροφής, σε συνδυασμό με αρκετά σκληρή προπόνηση (Hobart & Smucker, 2000).

Ως αμηνόρροια χαρακτηρίζεται η περίοδος διακοπής, απουσίας ή παύσης της έμμηνου ρύσης των γυναικών, με διάρκεια από 3 έως 6 μήνες. Σύμφωνα με έρευνες,

περίπου το 5% του γυναικείου αθλητισμού πάσχει από αμηνόρροια (web – mednutrition). Βασικός παράγοντας πρόκλησης αμηνόρροιας στις αθλήτριες αποτελεί το χαμηλό επίπεδο σωματικού λίπους, το χαμηλό σωματικό βάρος, η κατανάλωση ενέργειας, τα υψηλά επίπεδα άγχους, καθώς και ορμονικές διαταραχές (STAND, 2007). Η αμηνόρροια που οφείλεται σε χαμηλή επάρκεια διαθέσιμης ενέργειας χαρακτηρίζεται ως υποθαλαμική αμηνόρροια, η οποία σύμφωνα με τους Manore et al (2007), οφείλεται στην λειτουργική καταστολή των ωοθηκών, λόγω της μη φυσιολογικής έκκρισης της ωχρινότροπου ορμόνης.

Τα παραπάνω προβλήματα έχουν ως αποτέλεσμα να προκληθεί οστεοπόρωση ή οστεοπενία σε νεαρή ηλικία (Yeager et al, 1993), αφού υπάρχει χαμηλή πρόσληψη συστατικών θρεπτικών για τον οργανισμό, ανεπάρκεια ασβεστίου και βιταμινών (Manore et al, 2009), ενώ παράλληλα μειώνεται η παραγωγή οιστρογόνων, τα οποία σχετίζονται με την χαμηλή οστική πυκνότητα μάζας (web – iator).

Έτσι, είναι εξαιρετικά υψηλές οι πιθανότητες να προκληθούν σοβαρές επιπτώσεις στο σκελετικό σύστημα των αθλητριών που βρίσκονται στην αθλητική τριάδα, με αποτέλεσμα να προκαλούνται συχνά κατάγματα και τραυματισμοί κατά τη διάρκεια προπονήσεων (Manore et al, 2007).

1.2 Διατροφή

1.2.1 Δείκτης μάζας σώματος

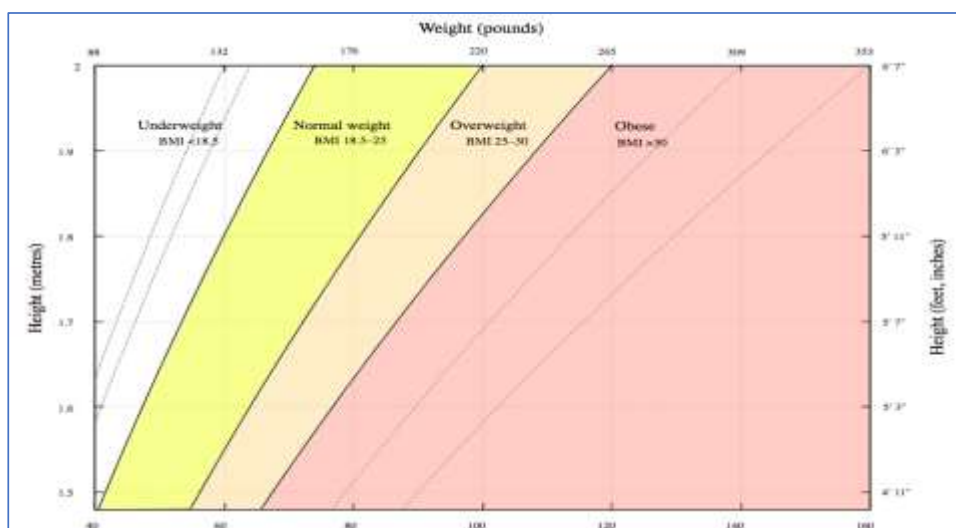
Ο Δείκτης Μάζας Σώματος – ΔΜΣ (Body Mass Index – BMI) αποτελεί μια αξιόπιστη και παγκόσμια αποδεκτή ιατρική ένδειξη υπολογισμού του σωματικού λίπους των ατόμων, προσδιορίζοντας τον βαθμό παχυσαρκίας τους. Ο λόγος που ο δείκτης μάζας σώματος είναι ευρέως διαδεδομένος σαν εργαλείο διάγνωσης, έγκειται στην λειτουργικότητά του και στην ευκολία υπολογισμού του, εντοπίζοντας πιθανά προβλήματα στην υγεία ενός ατόμου, τα οποία συσχετίζονται με το βάρος του (Prentice & Jebb, 2001).

Ο Βέλγος στατιστικός και κοινωνιολόγος Lambert Adolphe Jacques Quetelet, το 1984 ήταν ο ιδρυτής της κλίμακας του δείκτη μάζας σώματος, ο οποίος αρχικά είχε πάρει το όνομα του και ήταν γνωστός ως «Δείκτης Quetelet» (Sorkin, 2014).

Ο μαθηματικός τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος είναι (Ogden, 2004):

$$\Delta M\Sigma = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{\text{Υψος}^2 \text{ (m)}}$$

Η Εικόνα 1 παρουσιάζει τον δείκτη μάζας σώματος σε συνάρτηση με την μάζα του σώματος και του ύψους. Πιο συγκεκριμένα οι διακεκομμένες γραμμές εντός των κύριων κατηγοριών, αντιπροσωπεύουν τις υποκατηγορίες τους.



Εικόνα 1: Δείκτης μάζας σώματος σε συνάρτηση με το ύψος (web – calculator)

Τα αποτελέσματα του δείκτη μάζας σώματος χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση ενός ατόμου, σύμφωνα με τις διαβάθμισης που έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization – WHO). Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τις διαβαθμίσεις της κλίμακας των τιμών του δείκτη μάζας σώματος. Πιο συγκεκριμένα, η κατηγορία του ελλιποβαρή (underweight) χαρακτηρίζει τον δείκτη μάζας σώματος κάτω από 18,4 μονάδες, εμφανίζοντας αυξημένες πιθανότητες υψηλών κινδύνων στην υγεία των ατόμων που βρίσκονται σε αυτή την κατηγορία. Η κατηγορία του νορμοβαρή (φυσιολογικών τιμών – normal weight) χαρακτηρίζει τον δείκτη μάζας σώματος πάνω από 18,5 μονάδες και κάτω από 24,99, ενώ του

υπέρβαρου (pre obesity) χαρακτηρίζει τον δείκτη μάζας σώματος πάνω από 25 μονάδες έως 29,99. Οι κατηγορίες του νορμοβαρή και του υπέρβαρου εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά κινδύνων στην υγεία των ατόμων που βρίσκονται στις κατηγορίες αυτές. Επίσης, η παχυσαρκία (obesity) χαρακτηρίζει τον δείκτη μάζας σώματος πάνω από 30 μονάδες και κάτω από 49,99, εμφανίζοντας αυξημένες πιθανότητες υψηλών κινδύνων στην υγεία των ατόμων που βρίσκονται σε αυτή την κατηγορία, ενώ η υπερνοσογόνος (κακοήθης) παχυσαρκία (super obesity) χαρακτηρίζει τον δείκτη μάζας σώματος πάνω από 50 μονάδες και εμφανίζει εξαιρετικά υψηλούς κινδύνους στην υγεία των ατόμων που βρίσκονται σε αυτή την κατηγορία.

Πίνακας 2: Κλίμακα ταξινόμησης Δείκτη Μάζας Σώματος

	Κατηγορία ταξινόμησης	Υποκατηγορία	Μονάδες Δείκτη Μάζας Σώματος	Κίνδυνος
A.	Ελλιποβαρής – Underweight		<18,4	Υψηλός
		Πρώτου βαθμού	<16	
		Δευτέρου βαθμού	16 – 16,99	
		Τρίτου βαθμού	17 – 18,49	
B.	Φυσιολογικός - Νορμοβαρής – Normal weight		18,5 – 24,99	Χαμηλός
Γ.	Υπέρβαρος – Pre obesity		25 – 29,99	Μέτριος
Δ.	Παχυσαρκία – Obesity		30 – 49,99	Υψηλός
		Πρώτου βαθμού	30 – 34,9	
		Δευτέρου βαθμού	35 – 39,9	
		Τρίτου βαθμού	≥ 40	
E.	Υπερνοσογόνος (κακοήθης) παχυσαρκία – Super obesity		≥ 50	Εξαιρετικά υψηλός

Web – euro.who

Σύμφωνα με τους Jaimes & Rocco (2014), έχουν εντοπιστεί μια σειρά από παθήσεις οι οποίες συνδέονται έντονα με την παχυσαρκία. Οι σημαντικότερες παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι οι παρακάτω (Jaimes & Rocco, 2014):

- Διαβήτης τύπου 2
- Σύνδρομο άπνοιας ύπνου
- Νόσος χοληδόχου κύστης
- Οστεοαρθρίτιδα
- Δυσλιπιδαιμία
- Χρόνια πνευμονοπάθεια
- Υπέρταση
- Άσθμα
- Στεφανιαία νόσος
- Αρτηριοσκλήρωση
- Εγκεφαλικό
- Θρομβοφλεβίτιδα
- Πνευμονική εμβολή
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Αμηνόρροια
- Κατάθλιψη
- Επισκληρίδια λιπομάτωση
- Πολλές μορφές καρκίνου συμπεριλαμβανομένων του ενδομητρίου, του παχέος εντέρου και του μαστού

Τέλος, σύμφωνα με τους Stokes & Preston (2015), μεταξύ των ατόμων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, τα υψηλά επίπεδα βάρους και παχυσαρκίας αυξάνουν τα ποσοστά θνησιμότητάς κατά 51%, συγκριτικά με τα άτομα που είναι σε φυσιολογικά επίπεδα βάρους. Στο ίδιο μήκος κύματος, οι Flegal et al (2018), μετά από εκτενή έρευνα, συμπεραίνουν ότι οι ελλιποβαρείς και οι παχύσαρκοι, ειδικότερα εκείνοι που βρίσκονται στο δεύτερο και τρίτο βαθμό παχυσαρκίας, εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα θνησιμότητας, συγκριτικά με τα άτομα της φυσιολογικής κατηγορίας και τους υπέρβαρους. Μολονότι τα δημόσια συστήματα υγείας και ιατρικής περίθαλψης βελτιώνουν με την πάροδο του χρόνου την αποτελεσματικότητα

των λειτουργιών τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, παρά ταύτα τα ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιακή νόσο στα παχύσαρκα και ελλιποβαρεί άτομα είναι υψηλά (Flegal et al, 2018).

1.2.2 Διατροφικές διαταραχές

Ως διατροφικές διαταραχές ορίζονται οι επίμονες μορφές διαταραχών συμπεριφοράς λήψης τροφών ή/και ελέγχου του βάρους, επιδεινώνοντας με εμφανή τρόπο την σωματική υγεία ενός ατόμου, με ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του, δίχως να αποτελούν αποτέλεσμα κάποιων ιατρικών παθήσεων ή κάποιων άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (Thompson, 2001).

Οι βασικότερες διαταραχές διατροφικής φύσεως πρόσληψης τροφής, σύμφωνα με τους Le et al (2017), είναι η «ψυχογενή βουλιμία», η «ψυχογενή ανορεξία» και η «επεισοδιακή υπερφαγία». Κύριο χαρακτηριστικό των παραπάνω ασθενειών, όπως επισημαίνουν οι Pallister & Waller (2008), αποτελούν οι δυσλειτουργικές σκέψεις που διακατέχουν οι ασθενείς, αναφορικά με την κατανάλωση τροφών, καθώς και η εκδήλωση συναισθημάτων όπως είναι ο φόβος, το άγχος, ο θυμός, οι ενοχές κλπ.

Οι Le et al (2017), τονίζουν την σοβαρότητα των παραπάνω ασθενειών, καθώς και την ανησυχητική αυξητική τάση τους, ειδικότερα κατά την τελευταία δεκαετία, με τα ποσοστά της ψυχογενούς βουλιμίας να βρίσκονται στο 0,81%, της ψυχογενούς ανορεξίας στο 0,21% και της επεισοδιακής υπερφαγίας στο 2,22%. Οι διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται πιο συχνά στις γυναίκες, ειδικότερα κατά την εφηβική περίοδο (Thompson, 2004), δεν παρουσιάζουν διακρίσεις ως προς την εθνικότητα και την κοινωνική θέση, ενώ συχνά εντοπίζονται σε άτομα που ασχολούνται συχνά με την εικόνα του σώματός τους, όπως είναι τα μοντέλα, οι αθλητές και οι χορευτές (Byrne, 2002).

Η νόσος που εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των παραπάνω, αποτελεί η ψυχογενής ανορεξία, η οποία προκαλεί πολλές φορές, σοβαρές σωματικές επιπλοκές, δύσκολα αντιστρέψιμες (Le et al, 2017).

1.2.2.1 Ψυχογενής βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί μια διατροφική διαταραχή με έντονα χαρακτηριστικά επαναλαμβανόμενων επεισοδίων υπερφαγίας (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με την εικόνα του σώματός τους, διαμορφώνοντας με αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή τους, ενώ χρησιμοποιούν συχνά ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές περιορισμού της πρόσληψης βάρους, όπως είναι η πρόκληση εμετού, η ακατάλληλη χρήση διουρητικών, καθαρτικών, υπακτικών και άλλων φαρμακευτικών ουσιών, η έντονη άσκηση κλπ. (Richards et al, 2007).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενής βουλιμίας, σύμφωνα με το DSM IV (2013), είναι τα παρακάτω (Sperry, 2013):

1. Τα επεισόδια υπερφαγίας υψηλής συχνότητας χαρακτηρίζονται από μεγάλα διαστήματα απώλειας ελέγχου και αυτοπεριορισμού και κατανάλωσης ποσότητας τροφής, σαφώς μεγαλύτερης από την μέση ποσότητα κατανάλωσης, κατά τα ίδια χρονικά διαστήματα και υπό τις ίδιες συνθήκες.
2. Ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές αποφυγής πρόσληψης βάρους, όπως είναι χρήση διουρητικών, καθαρτικών, υπακτικών και άλλων φαρμακευτικών ουσιών, η έντονη άσκηση κλπ.
3. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά υπερβαίνουν την συχνότητα της μιας φοράς ανά εβδομάδα, σε βάθος διάρκειας τριών μηνών.
4. Αδικοιολόγητη επιρροή του τρόπου αυτοεκτίμησης, από το σωματικό βάρος και τις σωματικές διαστάσεις
5. Η ψυχογενής βουλιμία δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τα διαστήματα ύπαρξης άλλων ψυχογενών ασθενειών, όπως η ψυχογενής ανορεξία

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων ψυχογενούς βουλιμίας, όπως καθορίστηκαν από τους Harrington et al (2015). Πιο συγκεκριμένα, η αυξητική τάση της συχνότητας του μέσου όρου των επεισοδίων και των ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα, συνεπάγεται και υψηλότερης σοβαρότητας μορφή ψυχογενούς βουλιμίας, ξεκινώντας από την ήπια μορφή (από 1 έως 3 επεισόδια και ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές την εβδομάδα) και καταλήγοντας στην πολύ σοβαρή μορφή (από 14 επεισόδια και ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές την εβδομάδα και πάνω).

Πίνακας 3: Καθορισμός συμπτωμάτων ψυχογενούς βουλιμίας

Συχνότητα μέσου όρου επεισοδίων ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα	Χαρακτηρισμός κατάστασης ψυχογενούς βουλιμίας
Από 1 έως 3	Ήπιας μορφής
Από 4 έως 7	Μέτριας μορφής
Από 8 έως 13	Σοβαρής μορφής
Από 14 και πάνω	Πολύ σοβαρής μορφής

Πηγή: Harrington et al (2015)

Τα άτομα που ταλαιπωρούνται από επεισόδια βουλιμικής φύσεως πολλές φορές είναι δύσκολο να αναγνωριστούν από το οικείο περιβάλλον τους, καθώς το σωματικό τους βάρος μπορεί να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα, ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζουν ιατρικές επιπλοκές, όπως είναι η αμηνόρροια ή η ψυχογενή ανορεξία, έτσι ώστε να έρθουν σε θέση να επισκεφτούν κάποιον ειδικό. Επίσης, σύμφωνα με τους Grabhorn et al (2006), τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα της βουλιμίας παρουσιάζουν συναισθήματα ντροπής, ως προς τα επεισόδια υπερφαγίας και τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές τους, γεγονός που τους αποτρέπει στο να μοιραστούν το πρόβλημα τους σε συγγενείς και φίλους. Έτσι, τα συμπτώματα των ατόμων με βουλιμία μπορεί να παρουσιάζονται από τρία μέχρι έξι χρόνια, προτού να απευθυνθούν για κάποια βοήθεια (Kruger, 2008).

Τέλος, αρκετοί είναι οι ειδικοί που συνδέουν την διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας με την κατάθλιψη και το άγχος, ενεργοποιώντας βαθύτερες ανησυχίες του ατόμου που σχετίζονται με την κοινωνική του εικόνα και το βάρος του (Kruger, 2008).

1.2.2.2 Ψυχογενής ανορεξία

Η ψυχογενής ή νευρική ανορεξία είναι μια ιδιαίτερα σοβαρή ψυχιατρική νόσος, η οποία έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την αδυναμία διατήρησης ενός υγιούς και φυσιολογικού επιπέδου βάρους. Σύμφωνα με την Bruch (1974), τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία εμφανίζουν άρνηση ως προς τη διατήρηση του σωματικού τους βάρους υψηλότερα από τις ελάχιστες τιμές του φυσιολογικού βάρους σε σχέση με το ύψος και την ηλικία τους, ενώ παράλληλα ανησυχούν διαρκώς για ενδεχόμενη αύξησή του.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενής ή νευρικής ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM IV (2013), είναι τα παρακάτω (Sperry, 2013):

1. Περιορισμένη ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με τις απαιτήσεις του οργανισμού, που έχει ως αποτέλεσμα εξαιρετικά χαμηλό σωματικό βάρος, σε χαμηλότερα επίπεδα από τις ελάχιστες φυσιολογικές τιμές βάρους, σε συνάρτηση με την ηλικία, το φύλο και τις αναπτυξιακές και σωματικές απαιτήσεις του ατόμου.
2. Διαρκή ανησυχία και εμμονική συμπεριφορά για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους, καθώς και επίμονες συμπεριφορές παρέμβασης στην οποιαδήποτε αύξηση του, ακόμη και αν αυτή βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.
3. Εξαιρετικά υψηλή επίδραση του σωματικού βάρους στον αυτοσεβασμό του ατόμου και αδυναμία αποδοχής της σοβαρότητας των επιπτώσεων του χαμηλού σωματικού βάρους στην υγεία του.

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τον καθορισμό της σοβαρότητας της κατάστασης των μορφών της ψυχογενούς ανορεξίας, υπολογιζόμενη ως προς τα επίπεδα των τιμών του δείκτη μάζας σώματος. Πιο συγκεκριμένα, η ήπιας σοβαρότητας μορφή ψυχογενούς ανορεξίας βρίσκεται στα επίπεδα του δείκτη μάζας σώματος πάνω από 17 μονάδες, η

μέτριας σοβαρότητας μορφή βρίσκεται στα επίπεδα από 16 έως 16,99 μονάδες, η σοβαρής μορφής κατηγορία βρίσκεται στα επίπεδα από 15 έως 15,99 μονάδες, ενώ η ακραίας μορφής κατηγορία ψυχογενούς ανορεξίας βρίσκεται στα επίπεδα δείκτη μάζας σώματος κάτω από 15 μονάδες (American Psychiatric Association, 2013).

Πίνακας 4: Καθορισμός σοβαρότητας κατάστασης της ψυχογενούς ανορεξίας

Επίπεδα δείκτη μάζας σώματος	Χαρακτηρισμός σοβαρότητας κατάστασης ψυχογενούς ανορεξίας
Μεγαλύτερος από 17 μονάδες	Ήπιας μορφής
Από 16 έως 16,99 μονάδες	Μέτριας μορφής
Από 15 έως 15,99 μονάδες	Σοβαρής μορφής
Μικρότερος από 15 μονάδες	Ακραίας μορφής

Πηγή: American Psychiatric Association, 2013

Συχνά συναντάται η ψυχογενής ανορεξία παράλληλα με την ύπαρξη κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής, την ύπαρξη κατάθλιψης και υψηλών επιπέδων άγχους. Επιπρόσθετα, τα άτομα που νοσούν στην ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν αυτοκτονικές συμπεριφορές και τάσεις αυτοτραυματισμού (Stein et al, 2003).

Σοβαρή ανησυχία γεννάται στις τάξεις των επιστημόνων το γεγονός ότι στην σύγχρονη εποχή τα πρότυπα των νέων, τόσο μέσα στο διαδίκτυο και στα κοινωνικά δίκτυα, όσο και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό στην εξωτερική εμφάνιση. Έτσι, καλλιεργείται η τάση δημιουργίας και διατήρησης ενός λεπτού σώματος, πολλές φορές με υπερβολικές δίαιτες και έντονη δραστηριότητα, ώστε να αναπτυχθεί η αίσθηση της κοινωνικής αποδοχής (Via et al, 2015).

1.2.2.3 Επεισοδιακή υπερφαγία

Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγία αποτελεί μια συνθήκη σύμφωνα με την οποία ένα άτομο καταναλώνει ποσότητες φαγητού σε μια χρονική στιγμή, κατά πολύ υψηλότερες από εκείνες που θα κατανάλωνε το μέσο άτομο ίδιας ηλικίας, ίδιου φύλου και ίδιων συνθηκών, κατά την ίδια χρονική στιγμή. Η συχνότητα των

επεισοδίων υπερφαγίας είναι επαναλαμβανόμενη, ενώ τα άτομα που νοσούν εκδηλώνουν αδυναμία διατήρησης του ελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής. Παρά ταύτα, τα άτομα με επεισόδια υπερφαγίας δεν πραγματοποιούν αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως στην ψυχογενή βουλιμία και στην ψυχογενή ανορεξία (Nangle et al, 1994).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενής ή νευρικής ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM IV (2013), είναι τα παρακάτω (Sperry, 2013):

- 1) Επαναλαμβανόμενη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας, όπου ένα άτομο καταναλώνει ποσότητες φαγητού σε μια χρονική στιγμή, κατά πολύ υψηλότερες από εκείνες που θα καταλάωνε το μέσο άτομο ίδιας ηλικίας, ίδιου φύλου και ίδιων συνθηκών, κατά την ίδια χρονική στιγμή, βιώνοντας παράλληλα αδυναμία ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.
- 2) Στα επεισόδια πρέπει να πραγματοποιούνται τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω συνθήκες:
 - a) Εξαιρετικά υψηλή ταχύτητα κατανάλωσης τροφής
 - b) Διακοπή της κατανάλωσης τροφής μέχρι την εμφάνιση δυσάρεστου αισθήματος
 - c) Υψηλή κατανάλωση τροφής δίχως την αίσθηση πραγματικής πείνας
 - d) Κατανάλωση τροφής χωρίς παρέα, καθώς το άτομο νιώθει το αίσθημα της ντροπής για τις ποσότητες που καταναλώνει
 - e) Υψηλή αίσθηση ενοχής μετά από το επεισόδιο, καθώς και αηδία με τον εαυτό του
- 3) Υψηλή αίσθηση δυσφορίας ως προς το υπερφαγικό επεισόδιο που βίωσε
- 4) Η συχνότητα παρουσίασης των επεισοδίων είναι το λιγότερο μια φορά την εβδομάδα και σε βάθος χρόνου τριών τουλάχιστον εβδομάδων
- 5) Τα υπερφαγικά επεισόδια δεν σχετίζονται με άλλες διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία και δεν πραγματοποιούνται αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τον καθορισμό της σοβαρότητας των συμπτωμάτων επεισοδιακής υπερφαγίας, όπως αυτά καθορίζονται με βάση την συχνότητα των επεισοδίων ενός ατόμου μέσα σε μια εβδομάδα. Πιο συγκεκριμένα, η ήπια μορφή επεισοδιακή υπερφαγία παρουσιάζει από 1 έως 3 επεισόδια μέσα σε μια εβδομάδα, η μέτρια μορφή από 4 έως 7, η σοβαρή μορφή από 8 έως 13 και η ακραία μορφή επεισοδιακής υπερφαγίας παρουσιάζει συχνότητα επεισοδίων από 14 και πάνω.

Πίνακας 5: Καθορισμός σοβαρότητας συμπτωμάτων επεισοδιακής υπερφαγίας

Συχνότητα επεισοδίων ανά εβδομάδα	Χαρακτηρισμός κατάστασης ψυχογενούς βουλιμίας
Από 1 έως 3	Ήπιας μορφής
Από 4 έως 7	Μέτριας μορφής
Από 8 έως 13	Σοβαρής μορφής
Από 14 και πάνω	Ακραίας μορφής

Πηγή: American Psychiatric Association (2013)

1.2.3 Εξέταση διατροφικής κατανάλωσης – Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Το Ερωτηματολόγιο Εξετάσεων Διατροφικής Διαταραχής (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών που προέρχεται από το Eating Disorder Examination (EDE) Interview, των Cooper & Fairburn (1987) και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση των βασικών στάσεων και συμπεριφεριακών χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών (Eating Disorders - ED) (Fairburn & Beglin, 1994). Το EDE-Q αποτελεί μια δημοφιλή εναλλακτική λύση του EDE, λόγω των χαμηλών πόρων που απαιτούνται για έρευνες μεγάλου μεγέθους δείγματος.

Σύμφωνα με τους Binford et al (2005), πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του EDE-Q και του EDE, αποκαλύπτοντας υψηλή σύγκλιση των δύο ερευνών, παρόλο που κατά τη διερεύνηση της υπερβολικής

αντικειμενικής κατανάλωσης, στο EDE-Q, τα ποσοστά του δείγματος τείνουν να εμφανίζονται υψηλότερα, συγκριτικά με του EDE (Luce & Crowther, 1999)

Το ερωτηματολόγιο EDE-Q έχει ερευνηθεί εκτενώς και θεωρείται αξιόπιστο αναφορικά με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες (Luce et al, 2008). Ωστόσο, το EDE-Q έχει και αρκετά μειονεκτήματα, συμπεριλαμβανομένης της εκτεταμένης εκπαίδευσης που απαιτείται από τους ερευνητές και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη ανάλυσή του (Wilfley et al, 1997). Επίσης, οι φυσιολογικές τιμές για την ερμηνεία της βαθμολογίας του EDE-Q για τα έφηβα κορίτσια και τις γυναίκες είναι διαθέσιμες, ενώ για τους άνδρες όχι (Luce et al, 2008). Στο παραπάνω έρχονται να συμπληρώσουν οι Striegel et al (2003), όπου δηλώνουν ότι οι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών από τις γυναίκες, όπως η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία, ενώ η διαφορά των ανδρικών ποσοστών υψηλής διατροφικής διαταραχής, συγκριτικά με των γυναικείων είναι μικρή.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω πολιτισμικών διαφορών, οι βαθμολογίες του EDE-Q και οι φυσιολογικές τιμές μπορεί να διαφέρουν μεταξύ χωρών (Welch et al, 2011).

Το ερωτηματολόγιο EDE και πιο ειδικότερα η έκδοση EDE-Q δημιουργεί δύο διαφορετικούς τύπους δεδομένων. Αρχικά παρέχει στον ερευνητή δεδομένα συχνότητας, αναλύοντας βασικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές ως προς τον αριθμό των επεισοδίων της κάθε συμπεριφοράς, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις τον αριθμό των ημερών που εμφανίζεται η συμπεριφορά αυτή. Στη συνέχεια, μέσω του ερωτηματολογίου EDE-Q παρέχονται βαθμολογίες υπό-κλίμακας, αντικατοπτρίζοντας τη σοβαρότητα των πτυχών της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών.

Οι κατηγορίες υπό-κλίμακας λαμβάνουν τους διακριτούς τίτλους:

- Διατήρηση – περιορισμός / Restraint
- Ανησυχία διατροφής / Eating concern
- Ανησυχία σχήματος / Shape concern

- Ανησυχία βάρους / Weight concern

Οι παραπάνω κατηγορίες υπό-κλίμακας διερευνώνται δια μέσου αντιπροσωπευτικών ερωτήσεων που σχετίζονται με την κάθε υποκατηγορία. Συνολικά, το EDE-Q είναι ένα ερωτηματολόγιο 28 στοιχείων αυτό-αναφοράς. Διατηρεί τη μορφή του EDE, συμπεριλαμβανομένων των τεσσάρων υποκατηγοριών και του συγκεντρωτικού σκορ. Αφορά επίσης συμπεριφορές σε χρονικό διάστημα 28 ημερών και διατηρεί το σύστημα βαθμολόγησης από 0 έως 6 (7^α κλίμακας), σύμφωνα με την οποία το «0» αντιπροσωπεύει την μηδενική συχνότητα (καθόλου), το «1» αντιπροσωπεύει την συχνότητα από 1 έως 5 ημέρες, το «2» αντιπροσωπεύει την συχνότητα από 6 έως 12 ημέρες, το «3» αντιπροσωπεύει την συχνότητα από 13 έως 15 ημέρες, το «4» αντιπροσωπεύει την συχνότητα από 16 έως 22 ημέρες, το «5» αντιπροσωπεύει την συχνότητα από 23 έως 27 ημέρες και το «6» αντιπροσωπεύει την συχνότητα κάθε μέρας. Οι Πίνακες 6, 7, 8 και 9 παρουσιάζουν τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου EDE-Q, καθώς και το είδος των ερωτήσεων που μελετούν το αντικείμενο της κάθε υποκατηγορίας, σε διάστημα συχνότητας τεσσάρων εβδομάδων (Luce et al, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο Πίνακας 6 παρουσιάζει το αντικείμενο των ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «περιορισμός/restraint». Τα αντικείμενα των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «περιορισμός/restraint» εστιάζουν στην συχνότητα αποφυγής φαγητού, την συχνότητα αποφυγή συγκεκριμένων τροφών, την συχνότητα παρακολούθηση κάποιων διαιτητικών κανόνων, καθώς και την συχνότητα παραμονής του δείγματος με άδειο στομάχι, έτσι ώστε να διατηρηθεί στα ίδια επίπεδα.

Πίνακας 6: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «περιορισμός / restraint»

A/A	Αντικείμενο ερωτήσεων
1	Περιορισμός φαγητού – Restraint over eating
2	Αποφυγή φαγητού – Restraint over eating
3	Αποφυγή τροφίμων – Avoidance of eating
4	Διαιτητικοί κανόνες – Dietary rules
5	Άδειο στομάχι – Empty stomach

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει το αντικείμενο των ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία διατροφής (eating concern)». Τα αντικείμενα των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «ανησυχία διατροφής» εστιάζουν στην συχνότητα ενασχόλησης με το φαγητό, τη διατροφή και τις θερμίδες, την συχνότητα αίσθησης φόβου απώλειας ελέγχου στο φαγητό, την συχνότητα κρυφής κατανάλωσης τροφής, καθώς και την συχνότητα αίσθησης ενοχής για το φαγητό.

Πίνακας 7: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία διατροφής / eating concern»

A/A	Αντικείμενο ερωτήσεων
1	Ενασχόληση με το φαγητό, τη διατροφή και τις θερμίδες – Preoccupation with food, eating or calories
2	Φόβος απώλειας ελέγχου του φαγητού – Fear of losing control over eating
3	Κατανάλωση τροφής στα κρυφά – Eating in secret
4	Κοινωνική διατροφή- Social eating
5	Ενοχή για το φαγητό – Guilt about eating

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει το αντικείμενο των ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία σχήματος (shape concern)». Τα αντικείμενα των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «ανησυχία σχήματος» εστιάζουν στην συχνότητα ενασχόλησης με το βάρος ή το σχήμα, την συχνότητα επιθυμίας διατήρησης επίπεδου στομαχιού, την συχνότητα αίσθησης φόβου αναφορικά σε ενδεχόμενη αύξηση βάρους, την συχνότητα αίσθησης δυσαρέσκειας αναφορικά με το σχήμα του σώματος, την συχνότητα αίσθησης δυσφορίας προβολής σώματος, την συχνότητα αποφυγής έκθεσης σώματος, καθώς και την συχνότητα αίσθησης λίπους.

Πίνακας 8: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία σχήματος / shape concern»

A/A	Αντικείμενο ερωτήσεων
1	Επίπεδο στομάχι – Flat stomach
2	Ενασχόληση με το σχήμα ή το βάρος – Preoccupation with shape or

	weight
3	Σημασία του σχήματος – Importance of shape
4	Φόβος αύξησης βάρους – Fear of weight gain
5	Δυσαρέσκεια αναφορικά με το σχήμα – Dissatisfaction with shape
6	Δυσφορία προβολής σώματος – Discomfort seeing body
7	Αποφυγή έκθεσης – Avoidance of exposure
8	Συναισθήματα λίπους – Feelings of fatness

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει το αντικείμενο των ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία βάρους (weight concern)». Τα αντικείμενα των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «ανησυχία βάρους» εστιάζουν στην συχνότητα αντίδρασης σε καθορισμένη ζύγιση, την συχνότητα ενασχόλησης με το σχήμα ή το βάρος, την συχνότητα αισθήματος δυσαρέσκειας αναφορικά με το βάρος, καθώς και την συχνότητα επιθυμίας απώλειας βάρους.

Πίνακας 9: Αντικείμενο ερωτήσεων για τη διερεύνηση της υποκατηγορίας «ανησυχία βάρους / weight concern»

A/A	Αντικείμενο ερωτήσεων
1	Σημασία του βάρους – Importance of weight
2	Αντίδραση σε καθορισμένη ζύγιση – Reaction of prescribed weighing
3	Ενασχόληση με το σχήμα ή το βάρος – Preoccupation with shape or weight
4	Δυσαρέσκεια με το βάρος – Dissatisfaction with weight
5	Επιθυμία απώλειας βάρους – Desire to lose weight

Για να αποκτηθεί μια *συνολική – συγκεντρωτική βαθμολογία (total score ή total concern)*, αθροίζονται τα score του δείγματος από τις τέσσερις παραπάνω υποκατηγορίες και το σύνολο που προκύπτει διαιρείται με τον αριθμό των υποκατηγοριών.

1.2.4 Μεσογειακή διατροφή

1.2.4.1 Εισαγωγή στην Μεσογειακή διατροφή

Η Μεσογειακή διατροφή διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Αμερικανό φυσιολόγο Ancel Keys στη διάσημη μελέτη του των «επτά χωρών», στα τέλη της δεκαετίας του 1950 (Keys et al, 1984).

Ο Keys (1980) και οι Kromhout et al (1989), διαπίστωσαν ότι οι κάτοικοι της Κρήτης παρουσίαζαν μια διαχρονική τάση χαμηλών ποσοστών στην στεφανιαία νόσο από τους συμμετέχοντες από άλλες χώρες, γεγονός που αποδίδεται στην διατροφική τους παράδοση, η οποία περιλαμβάνει χαμηλές ποσότητες κορεσμένων λιπαρών, ενώ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από λαχανικά, δημητριακά και όσπρια (Sarrì et al, 2004).

Έκτοτε, παρουσιάζονται όλο και περισσότερα στοιχεία αναφορικά με τις ευεργετικές ιδιότητες που προσφέρει η Μεσογειακή διατροφή σε μεγάλο αριθμό χρόνιων ασθενειών, γεγονός που την συγκαταλέγει σε ένα από τα πιο υγιεινά μοντέλα διατροφής παγκοσμίως (Salas-Salvadó et al, 2018).

Το πρότυπο διατροφής της Μεσογειακής διατροφής είναι πλούσιο σε φυτικές τροφές, σε λαχανικά, φρούτα, δημητριακά, όσπρια, ελιές, ξηρούς καρπούς, υψηλή κατανάλωση ψαριών, ενώ μέτρια χαρακτηρίζεται η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, κόκκινου κρέατος και πουλερικών. Αναφορικά με το αλκοόλ, σύμφωνα με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής πρέπει να καταναλώνεται σε μέτριες ποσότητες, ενώ η βασική πηγή λίπους για αυτού του είδους τη διατροφή αποτελεί το ελαιόλαδο (Estruch et al, 2013).

Μολονότι αποκαλείται «Μεσογειακή» διατροφή, μεταξύ των χωρών που βρίσκονται στην μεσόγειο υπάρχουν αρκετές διαφορές αναφορικά με τις θρεπτικές πτυχές που λαμβάνουν. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα υπάρχει υψηλή κατανάλωση λαχανικών και φρούτων, στην Ισπανία εντοπίζεται υψηλή κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, στην Γαλλία υπάρχει υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και δημητριακών, ενώ στην Ιταλία καταναλώνονται τα ζυμαρικά σε μεγάλες ποσότητες. Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και σε ακόμη μικρότερη κλίμακα, μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της ίδιας χώρας, με χαρακτηριστικό παράδειγμα η καταναλωτική τάση των περιοχών της βορείου Ελλάδας να καταναλώνουν υψηλές ποσότητες κρέατος, ενώ αντίθετα της νοτίου Ελλάδας να καταναλώνουν υψηλές ποσότητες λαχανικών (Τυροβολάς et al, 2010).

Το ελαιόλαδο αποτελεί τον πυρήνα της Μεσογειακής διατροφής, λόγω κυρίως των χαμηλών κορεσμένων λιπαρών και της χοληστερόλης, των χαμηλών κορεσμένων λιπαρών οξέων και της υψηλής περιεκτικότητάς του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και ειδικότερα του ελαϊκού οξέος (Carluccio et al, 2003). Επίσης, το ελαιόλαδο λόγω των πολλαπλών συνθέσεών του, του προσδίδουν ιδιαίτερα γαστρονομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η γεύση και η οσμή, γεγονός που διευκολύνει με τη χρήση του, την κατανάλωση τροφών με υψηλά επίπεδα υδατανθράκων και χαμηλά επίπεδα γλυκαιμικού δείκτη, όπως είναι τα λαχανικά, τα όσπρια και τα δημητριακά. Έτσι, το ελαιόλαδο λαμβάνει πολλαπλό χαρακτήρα στην Μεσογειακή διατροφή, αφού λειτουργεί τόσο ως πηγή λίπους, όσο και ως ένας υγιεινό γαστρονομικό συστατικό, καθώς πολλές είναι οι τροφές που σε συνδυασμό με το ελαιόλαδο προάγουν τόσο την υγεία, ενώ παράλληλα αναβαθμίζονται γευστικά (Bendini et al, 2007).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τους Papadaki et al (2007), παρατηρείται να αλλάζει το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής υιοθετώντας ένα πιο «δυτικό» πρότυπο, ειδικότερα στους νέους και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ωστόσο, πολλές είναι εκείνες οι περιοχές που η διατηρούν την Μεσογειακή διατροφή ως το κύριο διατροφικό μοντέλο.

Οι Pérez-López et al (2009), με την έρευνα τους εντοπίζουν ισχυρή συμβολή της Μεσογειακής διατροφής στην αύξηση της διάρκειας ζωής των ατόμων, ενώ και τα δύο φύλα με υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής ενός ποσοστού της τάξης του 10 – 20%, μειώνουν τις πιθανότητες ύπαρξης καρδιοπάθειας, καρκίνου, καθώς και πολλών άλλων ασθενειών. Επίσης, η Μεσογειακή διατροφή, σύμφωνα με τους Pérez-López et al (2009), μειώνει σημαντικά την αρτηριακή πίεση, την πιθανότητα εμφράγματος, την περιφερική αρτηριακή νόσο, ενώ αποτελεί σημαντικό «όπλο» κατά της παχυσαρκίας και νευροεκφυλιστικών ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία, όπως είναι η γεροντική άνοια, η νόσος Αλτσχάιμερ και η νόσος Πάρκινσον.

1.2.4.2 Πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή πυραμίδα διατροφής αναπτύχθηκε αρχικά τη δεκαετία του 1993 ως μέρος της συνεργασίας μεταξύ της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ (Harvard School of Public Health), του Oldways Preservation and Exchange Trust, ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού του οποίου η αποστολή είναι να εμπνεύσει την καλή υγεία μέσω πολιτιστικών παραδόσεων τροφίμων και του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (European Office of the World Health Organization) (web – oldwayspt). Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την Μεσογειακή διατροφή αποτυπώθηκαν σε μορφή πυραμίδας από τον Willett et al (1995), συγκεντρώνοντας διατροφικές συνήθειες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την καλή υγεία των ατόμων (web – hsph.harvard).

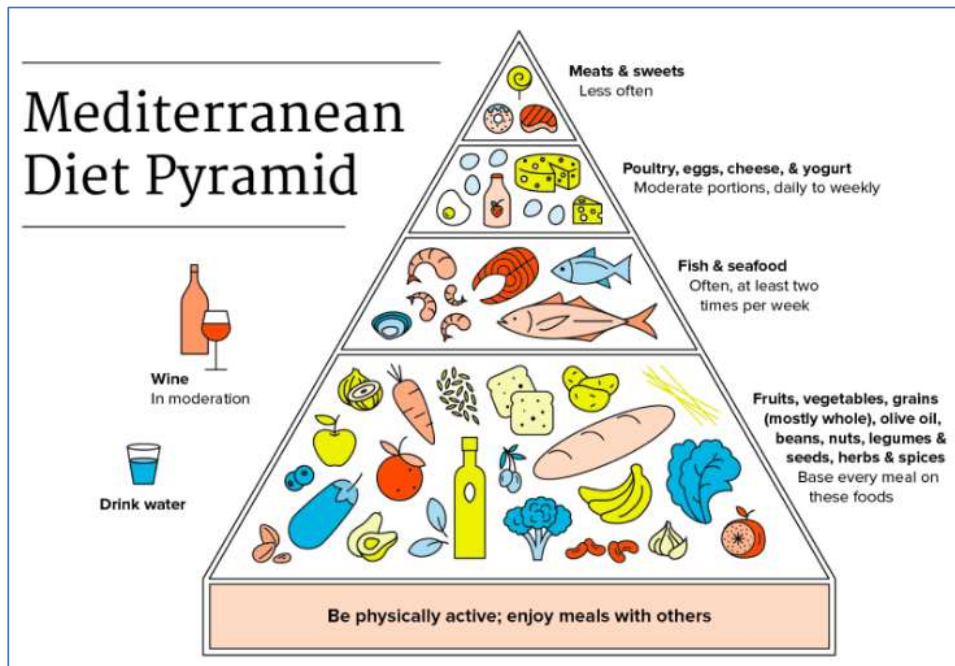
Βασικός πυρήνας της δημιουργίας της διατροφικής πυραμίδας αποτέλεσε η έρευνα του Keys, που προαναφέρθηκε, αναφορικά με τα πρότυπα διατροφής της Κρήτης και την μακροζωία των κατοίκων του νησιού (De Lorgeril & Salen, 2007). Προφανώς και συντέλεσαν και άλλοι παράγοντες, πέραν της διατροφής, για να επιτευχθεί το «Κρητικό φαινόμενο», ο σημαντικότερος, εκ των υπολοίπων παραγόντων, να αποτελεί η χειρωνακτική εργασία των κατοίκων του νησιού, η οποία αύξανε την σωματική άσκηση των ατόμων, ενώ παράλληλα μείωνε τα ποσοστά παχυσαρκίας στους κατοίκους.

Την βάση της πυραμίδας της Μεσογειακής διατροφής, η οποία περιλαμβάνει τις τροφές που συνιστώνται για καθημερινή κατανάλωση, αποτελούν τα πιο κοινά στοιχεία των μεσογειακών γευμάτων, όπως είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά (κυρίως ολόκληρα), το ελαιόλαδο, τα φασόλια, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, οι σπόροι, τα βότανα και τα μπαχαρικά (Bach-Faig et al, 2011).

Τα ψάρια, τα θαλασσιά, τα πουλερικά και οι πατάτες είναι στοιχεία που καταναλώνονται σε μέτρια ποσότητα, περίπου δύο φορές την εβδομάδα. Το ίδιο και τρόφιμα όπως τα πουλερικά, τα αυγά, το τυρί και το γιαούρτι που συνιστώνται να καταναλώνονται σε πιο μέτριες ποσότητες. Τέλος, τα γλυκά και το κόκκινο κρέας βρίσκονται στην κορυφή της Μεσογειακής διατροφικής πυραμίδας, με την χαμηλότερη συνιστάμενη καταναλωτική συχνότητα και σε μικρές ποσότητες. Επίσης, παράλληλα με την διατροφική Μεσογειακή πυραμίδα, συνιστάται η κατανάλωση κόκκινου κρασιού σε μέτρια συχνότητα, η συνεχής και σε μεγάλες ποσότητες

κατανάλωση νερού, καθώς επίσης και η συστηματική φυσική άσκηση (Bach-Faig et al, 2011).

Η Εικόνα 2 παρουσιάζει την Μεσογειακή διατροφική πυραμίδα, σε συνάρτηση με τα προϊόντα και την συχνότητα που αυτά συνιστώνται να καταναλώνονται.



Εικόνα 2: Μεσογειακή διατροφική πυραμίδα (web – americastestkitchen)

Ιδιαίτερη σημασία στην διατροφική πυραμίδα αποτελεί ο παράγοντας της αναλογικότητας, ο οποίος έγκειται στην σωστή ποσότητα τροφών και στοιχείων που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην καθημερινή διατροφική συνήθεια, η ποικιλία ως προς την κατανάλωση πολλών διαφορετικών τροφών, καθώς και η μετριοπάθεια ως προς την κατανάλωση τροφών όπως είναι το κόκκινο κρέας και τα γλυκά (Bach-Faig et al, 2011).

1.2.4.3 Ερωτηματολόγιο Μεσογειακής διατροφής – Mediterranean Diet Questionnaire

Το ερωτηματολόγιο ανάλυσης του επιπέδου της Μεσογειακής διατροφής αποτελείται από δέκα ερωτήσεις ελέγχου συχνότητας κατανάλωσης τροφών που σχετίζονται με

την Μεσογειακή διατροφή, με σύστημα βαθμολόγησης από το 0 έως και το 5 (6^α κλίμακας) τύπου likert.

Σύμφωνα με την 6^α κλίμακα βαθμολόγησης το 0 εμφανίζει την χαμηλότερη βαθμίδα συχνότητας και το 5 την υψηλότερη, ενώ ο τύπος των βαθμίδων κωδικοποιείται ως προς το σύστημα βαθμολόγησης της κάθε ερώτησης, καθώς κάποιες ερωτήσεις λαμβάνουν διαφορετικό σύστημα βαθμολόγησης από τις υπόλοιπες. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που αφορούν τα τρόφιμα τα οποία θεωρούνται «κοντά» στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής (φρούτα, λαχανικά, δημητριακά, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρια και πατάτες), λαμβάνουν θετική βαθμολόγηση ως προς την συχνότητα κατανάλωσής τους, ενώ αντίθετα, τα τρόφιμα που θεωρούνται «μακριά» από τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής (κόκκινο κρέας, πουλερικά, γλυκά, γαλακτοκομικά προϊόντα) λαμβάνουν αντίστροφη (αρνητική) κλίμακα βαθμολόγησης (με 5 βαθμούς να λαμβάνει η πολύ χαμηλή κατανάλωση και 0 βαθμούς η καθημερινή κατανάλωση τους) (Panagiotako et al, 2009).

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τις ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο Μεσογειακής διατροφής, καθώς και τον χαρακτηρισμό τους, ως προς την υψηλή συχνότητα τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που ανήκουν στην θετική κλίμακα συχνότητας, βαθμολογούνται με $\min = 0$ και $\max = 5$, ενώ αντίθετα οι ερωτήσεις που ανήκουν στην αρνητική κλίμακα συχνότητας, βαθμολογούνται με $\min = 5$ και $\max = 0$.

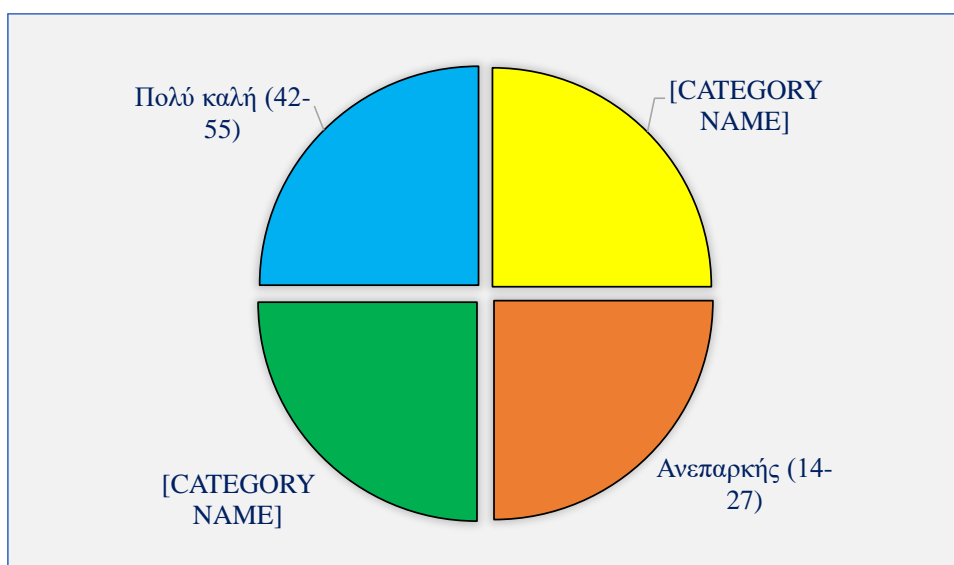
Πίνακας 10: Ερωτηματολόγιο Μεσογειακής διατροφής

A/A	Ερωτήσεις: « Πόσο συχνά καταναλώνεται...»	Βαθμολόγηση ως προς την υψηλή συχνότητα
1	Μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης);	Θετική
2	Πατάτες;	Θετική
3	Λαχανικά;	Θετική
4	Φρούτα;	Θετική
5	Όσπρια;	Θετική
6	Ψάρια;	Θετική

7	Πουλερικά και λευκά κρέατα;	Αρνητική
8	Γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα);	Αρνητική
9	Ελαιόλαδο;	Θετική
10	Αλκοολούχα ποτά (ml/ημέρα);	Αρνητική

Πηγή: Panagiotakos et al (2009)

Η αξιολόγηση του score βαθμολόγησης της Μεσογειακής διατροφής διαχωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες αξιολόγησης, όπως φαίνεται στην Εικόνα 2.



Σχήμα 2: Αξιολόγηση βαθμολογίας ερωτηματολογίου Μεσογειακής διατροφής

Η πρώτη κατηγορία αξιολόγησης της Μεσογειακής διατροφής αφορά τα άτομα που λαμβάνουν score από 0 έως 13, ενώ η αξιολόγηση τους χαρακτηρίζεται ως «καθόλου καλή συμμόρφωση με την ελληνική Μεσογειακή διατροφή». Αναλυτικότερα, τα άτομα που βρίσκονται στην πρώτη κατηγορία αξιολόγησης εκτίθενται σε προ-οξειδωτικούς παράγοντες φθοράς, κάτι που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του οργανισμού τους (Panagiotakos et al, 2006). Σύμφωνα με τους Panagiotakos et al (2009), τα άτομα που βρίσκονται στην πρώτη κατηγορία αξιολόγησης θα πρέπει να ενισχύσουν ποιοτικά τη διατροφή τους, να καταναλώσουν ποσότητες τροφών υψηλής βιολογικής αξίας και μάλιστα όσο πιο σύντομα γίνεται.

Η δεύτερη κατηγορία αξιολόγησης της Μεσογειακής διατροφής αφορά τα άτομα που λαμβάνουν score από 14 έως 27, ενώ η αξιολόγηση τους χαρακτηρίζεται ως «ανεπαρκής συμμόρφωση με την ελληνική Μεσογειακή διατροφή». Αναλυτικότερα, τα άτομα που βρίσκονται στην δεύτερη κατηγορία αξιολόγησης θα πρέπει να εντείνουν την προσπάθεια τους ώστε να ενισχύσουν ποιοτικά τη διατροφή τους, σύμφωνα με τον μεσογειακό μοντέλο διατροφής, ενώ όσο οι διατροφικές τους συνήθειες παραμένουν στα ίδια επίπεδα, τόσο οι προ-οξειδωτικοί παράγοντες φθοράς θα απειλούν την υγεία τους (Psaltopoulou et al, 2011). Σύμφωνα με τους Esposito et al (2013), τα άτομα που βρίσκονται στην δεύτερη κατηγορία αξιολόγησης θα πρέπει να αυξήσουν την κατανάλωση τροφών που βρίσκονται στα χαμηλά επίπεδα της Μεσογειακής πυραμίδας διατροφής, να λαμβάνουν πιο υγιεινά σνακ με θρεπτικά συστατικά και παράλληλα να αποφύγουν ανθυγιεινά τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, αλάτι και ζάχαρη.

Η τρίτη κατηγορία αξιολόγησης της Μεσογειακής διατροφής αφορά τα άτομα που λαμβάνουν score από 28 έως 41, ενώ η αξιολόγηση τους χαρακτηρίζεται ως «καλή συμμόρφωση με την ελληνική Μεσογειακή διατροφή». Αναλυτικότερα, τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη κατηγορία αξιολόγησης θα πρέπει να εφαρμόσουν συστηματικά τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, κάτι που θα προφυλάξει τον οργανισμό τους από απειλητικούς κινδύνους (Panagiotakos et al, 2007).

Τέλος, η τέταρτη κατηγορία αξιολόγησης της Μεσογειακής διατροφής αφορά τα άτομα που λαμβάνουν score από 42 έως 44, ενώ η αξιολόγηση τους χαρακτηρίζεται ως «πολύ καλή συμμόρφωση με την ελληνική Μεσογειακή διατροφή». Αναλυτικότερα, τα άτομα που βρίσκονται στην τέταρτη κατηγορία αξιολόγησης θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν από τους Panagiotakos et al (2009), ως διατροφικό πρότυπο, ενώ ο οργανισμός των ατόμων αυτών προστατεύεται σημαντικά από διάφορους παράγοντες φθοράς, καθώς και από σοβαρές χρόνιες εκφυλιστικές νόσους.

1.3 Χορός και διατροφή

1.3.1 Χορευτές και σώμα

Οι χορευτές και γενικότερα όσοι ασχολούνται με το χορό αφιερώνουν πολλές ώρες σε καθημερινή σωματική άσκηση, θυσιάζοντας πολλές φορές την κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (Dickstein, 2009). Πολύ συχνά οι χορευτές αισθάνονται ότι έχουν πολλά κιλά παραπάνω από το φυσιολογικό, παρότι το σωματικό τους βάρος είναι στα φυσιολογικά επίπεδα, πολλές φορές και πιο κάτω από αυτά, γεγονός που τους παρακινεί να καταφεύγουν σε μη φυσιολογικές πρακτικές απώλειας βάρους (Slade, 1988).

Η εικόνα του σώματος έχει οριστεί από τους Brodie & Slade (1988), ως η εικόνα που έχουμε στο μυαλό μας για το μέγεθος, το σχήμα και τη μορφή του σώματός μας, σε συνδυασμό με τα συναισθήματα που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του σώματός μας.

Η πέμπτη έκδοση του American Psychiatric Association (2013), επισημαίνει το γεγονός ότι η διαταραχή της εικόνας του σώματος αποτελεί το βασικότερο χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτή η παρατήρηση επιβεβαιώθηκε αργότερα και επεκτάθηκε σε άλλες διατροφικές διαταραχές, που αποτελούν πλέον ένα σχετικό κριτήριο για τη διάγνωσή τους (Edition, 2013).

Μεταξύ των παραγόντων που ωθούν στην αύξηση των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, όπως είναι το πατινάζ (Dasil, 2008), η γυμναστική (Francisco et al, 2012), ο στίβος (Hulley, Currie, Njenga & Hill, 2007) και το μπαλέτο [(Ravaldi et al, 2003) / (Ringham et al, 2006) / (Toro et al, 2009) / (Peric et al, 2016) / (Bar et al, 2017) / (Johnson, 2018) / (Simas et al, 2019) / (Wright & Colin, 2020)].

Η έρευνα του Meermann (1983), ενισχύει την άποψη περί διαταραχής στην εικόνα του σώματος τόσο των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα της ψυχογενούς ανορεξίας, όσο και σε αθλητές και χορευτές. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα του Meermann (1983), περιλάμβανε τρία επίπεδα ανάλυσης των χορευτών, των αθλητών

και των ανορεξικών ασθενών, ενώ ως κύριο συμπέρασμα προκύπτει η διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σώμα τους και η αίσθηση ότι μοιάζουν να έχουν πιο πολλά κιλά από αυτά που πραγματικά έχουν.

Οι χορεύτριες σύμφωνα με τους Ravaldi et al (2003), αισθάνονται ότι το σώμα τους είναι μια μηχανή συνεχούς καύσης, η οποία απαιτεί την απαραίτητη ενδυνάμωση και φροντίδα. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των γυναικών χορευτών μπαλέτου, για τους Ravaldi et al (2003), αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία τους αισθάνεται πως θα έπρεπε να είναι πιο αδύνατες και καλλίγραμμες. Παράλληλα εντοπίζεται συχνή αναφορά των χορευτών στη διατροφή τους, ενώ το σώμα τους αποτελεί το κύριο αντικείμενο στις περισσότερες συζητήσεις τους.

Παρότι οι αριθμοί έδειχναν αντίθετα αποτελέσματα, οι χορεύτριες μπαλέτου αισθάνονταν ότι είναι υπέρβαρες, διαθέτοντας εσφαλμένη αντίληψη της εικόνας και της διάπλασης τους σώματός τους. Η διαταραγμένη αντίληψη των χορευτριών για το σώμα τους πηγάζει από την ανάγκη τους να έχουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του σώματός τους, κυρίως κατά τη διαδικασία του χορού, ενώ προκαλεί σημαντικές διατροφικές διαταραχές στην προσπάθειά τους να περιορίσουν την πρόσληψη βάρους (Toro et al, 2009).

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στην έρευνα των Dantas et al (2018), οι οποίοι εντοπίζουν υψηλή διαταραχή στην εικόνα του σώματος των χορευτών μπαλέτου, σε σύγκριση με άτομα που δεν ασχολούνται με το χορό, ενώ μάλιστα το 47,1% των χορευτών μπαλέτου θα χαρακτήριζαν τον εαυτό τους ως υπέρβαρες ή και παχύσαρκες, παρόλο που βρίσκονταν στα επίπεδα των λιποβαρών ατόμων.

Άλλη μια έρευνα που σχετίζεται με την διαταραγμένη εικόνα που έχουν οι γυναίκες που ασχολούνται με το μπαλέτο, ως προς την εικόνα που έχει το σώμα τους παρουσιάστηκε από τον Pickard (2013). Στην έρευνα του Pickard (2013), ζητήθηκε από τις χορεύτριες μπαλέτου να επιλέξουν με ποια φιγούρα από τις προτεινόμενες, με την οποία ταυτίζονται πιο πολύ σωματικά, με τα αποτελέσματα να δείχνουν τις χορεύτριες μπαλέτου να επιλέγουν τις φιγούρες οι οποίες αντιπροσώπευαν τα υψηλότερα ποσοστά λίπους, παρόλο που οι ίδιες βρίσκονταν σε φυσιολογικά επίπεδα σωματικού βάρους.

Σωματική δυσαρέσκεια και εξαιρετικά απαιτητικά πρότυπα εικόνας σώματος εντοπίζουν στις χορεύτριες μπαλέτου με τις έρευνες τους οι Nerini (2015), Da Silva et al (2015) και Dantas et al (2018), ενώ οι Langdon & Petracca (2010), όπου εντοπίζουν σημαντική επιρροή στην σωματική εικόνα των χορευτών μπαλέτου, η συνεχής συναναστροφή με άλλους χορευτές, καθώς, όπως δηλώνουν, πραγματοποιούνται συγκρίσεις. Έτσι, οι χορευτές τείνουν να χαρακτηρίζουν πιο θετικά την εικόνα του σώματος τους όταν δεν περιτριγυρίζονται από άλλους χορευτές, καθώς η κοινωνική σύγκριση δεν βρίσκεται σε ακραία επίπεδα (Bettle et al, 2001).

1.3.2 Διατροφική συμπεριφορά χορευτών

Οι χορευτές δεν χαρακτηρίζονται για την ισορροπημένη διατροφική τους συμπεριφορά, καθώς δίνουν μεγάλο βάρος στην σωματική τους εμφάνιση, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι εμφανίζουν διαταραγμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας. Βασική διαφορά των χορευτών με τη δομή των ψυχογενών ασθενειών, όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία, αποτελεί το κίνητρο που προκαλεί την αντίδραση της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, οι χορευτές έχουν ως κίνητρο την επίτευξη ενός θετικού αποτελέσματος, ενώ αντίθετα η ανορεξία και η βουλιμία έχουν ως κίνητρο την αποφυγή της αποτυχίας. Με αυτόν το διαχωρισμό είναι εύκολο κάποιος να αντιληφθεί ότι οι χορευτές επικεντρώνονται στην επίτευξη των στόχων τους, δίχως να παράγεται ο φόβος της αποτυχίας, ενώ στην ψυχογενή βουλιμία και στην ψυχογενή ανορεξία ο φόβος των ατόμων για την αποτυχία ή αλλιώς την αποφυγή της αποτυχίας είναι το βασικό χαρακτηριστικό τους (Dotti et al, 2002).

Σύμφωνα με την έρευνα των Wyon et al (2014), ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος για τις γυναίκες που χορεύουν μπαλέτο είναι από 17,5 έως 21,7 μονάδες, ενώ οι χορεύτριες με δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο του 23 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως υπέρβαρο για αυτή την κοινωνική ομάδα.

Επίσης, οι γυναίκες που χορεύουν κλασικό χορό σύμφωνα με τους Wyon et al (2014), εμφανίζουν σωματικό βάρος από 10% έως 12% μικρότερο από το ιδανικό βάρος σώματος. Οι Glace et al (2006), επισημαίνουν το γεγονός ότι οι γυναίκες που ασχολούνται επαγγελματικά με το χορό, καθώς και οι μαθήτριες που ασχολούνται σε καθημερινή βάση, καταναλώνουν από 70% έως 80% λιγότερο αριθμό θερμίδων από τον συνιστάμενο.

Όπως παρουσιάζεται στην έρευνα των Brown et al (2017), οι οποίοι μελέτησαν την διατροφική συμπεριφορά και την καθημερινή άσκηση μαθητριών επαγγελματικού επιπέδου, ως προς την προσβαλλόμενη ενέργεια και ενεργειακή δαπάνη, οι μέσες τιμές ενεργειακής πρόσληψης εμφανίζονται πιο χαμηλές από τις μέσες τιμές ενεργειακής δαπάνης με έλλειμμα 356kcal/ημέρα. Οι χορεύτριες, καθώς και οι γυναίκες που ασχολούνται με τον αθλητισμό συνιστάται να διατηρούν ενεργειακή διαθεσιμότητα τουλάχιστον 30kcal/ημέρα, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος διαταραχής του ενεργειακού ισοζυγίου, τιμή που δεν επιτυγχάνεται, σύμφωνα με τους Brown et al (2017), οι οποίοι εντοπίζουν την ενεργειακή διαθεσιμότητα στα 26kcal/ημέρα.

Επίσης, σύμφωνα με τους Brown et al (2017), η πρόσληψη λίπους για τις χορεύτριες επαγγελματικού επιπέδου ξεπερνά το 30% του προτεινόμενου ορίου και βρίσκεται στο 34%, ενώ τα σαββατοκύριακα αγγίζει το 36% με τυπική απόκλιση 6%.

Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, οι χορεύτριες εμφανίζουν υψηλότερη κατανάλωση από τα προτεινόμενα εβδομαδιαία όρια, γεγονός που προκαλεί ανησυχία ως προς την αποκατάσταση του γλυκογόνου και την επιδείνωση της απώλειας λειτουργικότητας των μυών. Η χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ θα προσέφερε στις χορεύτριες αποφυγή παρεμβολών κατά τη διαδικασία αποκατάστασης (Brown et al, 2017).

Το ενεργειακό ισοζύγιο των γυναικών που ασχολούνται σοβαρά με το χορό παρότι εμφανίζεται ελλειμματικό κατά τις ημέρες που χορεύουν, τα σαββατοκύριακα παρουσιάζεται σημαντική βελτίωση των τιμών του. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες χορεύτριες παρουσιάζουν μετατόπιση του ενεργειακού τους ισοζυγίου από ελλειμματικό σε πλεονασματικό κατά το σαββατοκύριακο, ενισχύοντας τις

διατροφικές τους συνήθειες, ενώ αντίθετα τις ημέρες που οι προπονήσεις είναι εντατικές, οι χορεύτριες εμφανίζουν χαμηλή πρόσληψη ενέργειας και μακροθρεπτικών συστατικών, αναλογικά με τις απαιτήσεις της προπόνησής τους (Brown et al, 2017).

Η αστάθεια στην διατροφική συμπεριφορά των γυναικών που ασχολείται με τον χορό μπορεί να προκαλείται από την υψηλή συχνότητα ύπαρξης διατροφικών προβλημάτων κατά την παρελθοντική διάρκεια, καθώς δεν ήταν λίγες οι χορεύτριες που δήλωσαν ότι αντιμετώπιζαν διατροφικά προβλήματα στο κοντινό παρελθόν τους (Brown et al, 2017). Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι οι γυναίκες που ασχολούνται με το χορό καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού κατά τις ημέρες που δεν έχουν προπόνηση, μπορεί να αποτελεί το αίτιο της αδυναμίας τους να χάσουν κιλά (Brown et al, 2017).

Σύμφωνα με τους Yannakouli et al (2002), οι γυναίκες που ασχολούνται με το χορό και ειδικότερα με το μπαλέτο, προκειμένου να διατηρήσουν την εικόνα τους αρεστή, ως προς τα κοινωνικό-χορευτικά πρότυπα, προσφεύγουν σε μη φυσιολογικές ενέργειες απώλειας – διατήρησης βάρους, όπως είναι ο περιορισμός στην διατροφή και η υπερβολική άσκηση, ενώ πολλές φορές λαμβάνουν και διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές όπως η επεισοδιακή υπερφαγία και η πρόκληση εμετού.

Ακόμη, οι χορεύτριες μπαλέτου διατυπώνουν την άποψη ότι η διατροφή τους κυμαίνεται στα φυσιολογικά πρότυπα, μια άποψη η οποία διαστρεβλώνεται από τις «μπαλετικές» αξίες. Άλλωστε οι θερμίδες που καταναλώνουν οι χορεύτριες μπαλέτου, για τους Benn & Walters (2001), είναι από 600 έως 900, ενώ κάποιες φορές καταναλώνουν αρκετά λιγότερες. Μολονότι οι γυναίκες που ασχολούνται με το μπαλέτο μπορεί να φαίνονται τις περισσότερες φορές υγιείς εξωτερικά, καθώς εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα λίπους, παρά ταύτα υπάρχει μεγάλο ενδεχόμενο να εμφανίζουν έλλειψη χρήσιμων θρεπτικών συστατικών και υποσιτισμό.

Τα παραπάνω υπερτονίζουν την χαρακτηριστική άρνηση των γυναικών που ασχολούνται με το μπαλέτο στο να αποδεχτούν την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής, καθώς και τις συνέπειες και τους μελλοντικούς κινδύνους των πράξεων τους, ενώ ταυτόχρονα αγνοούν τις συμβουλές ειδικών ως προς την προάσπιση της υγείας του

οργανισμού τους, καταφεύγοντας σε μη φυσιολογικές ενέργειες, παρόμοιες με εκείνες που πραγματοποιούν αθλητές σε επίπεδο πρωταθλητισμού, για να ενισχύσουν την απόδοσή τους.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα των Bettle et al (2001), οι νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με το μπαλέτο εμφανίζουν πιο υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών από τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες. Επίσης, σύμφωνα με τους Bettle et al (2001), οι νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με το μπαλέτο εμφανίζουν υψηλή αντιληπτική ικανότητα στον εντοπισμό τροφών υψηλών σε ποσοστά λίπους, με αποτέλεσμα να απορρίπτονται οι τροφές αυτές από τις διατροφικές τους συνήθειες.

Σύμφωνα με τον Lee (2020), απαιτείται σωστή διατροφική συμπεριφορά και όχι απλά επαρκής ενεργειακή πρόσληψη για να επιτευχθεί η βέλτιστη απόδοση στο χορό. Ωστόσο, οι έρευνες που εστιάζουν στην σωστή διατροφική συμπεριφορά των χορευτών είναι εξαιρετικά λίγες, γεγονός που αναγκάζει την μελέτη άλλων σωματικών δραστηριοτήτων με παρόμοιους κινδύνους ενεργειακής ανισορροπίας και συναφών διαταραχών. Οι χορευτές για τον Lee (2020), πρέπει να καταναλώνουν το λιγότερο 30kcal/kg χωρίς λιπαρά ανά ημέρα, από 3 έως 5g υδατάνθρακες, από 1,2 έως 1,7g πρωτεΐνη και από 20 έως 35% ενέργεια από λίπος. Τα μικροθρεπτικά συστατικά που αγγίζουν τα όρια της ανησυχίας για τους χορευτές είναι ο σίδηρος, το ασβέστιο και η βιταμίνη D.

Κατά τη διάρκεια της προπόνησης, οι χορευτές πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην πρόσληψη υγρών και υδατανθράκων προκειμένου να διατηρήσουν τη βέλτιστη επιδόσεις κινητικών δεξιοτήτων, ενώ κατά την επαγγελματική προετοιμασία, οι χορευτές θα πρέπει να λαμβάνουν επαρκή διατροφικές συμπεριφορές (Lee, 2020).

Ιδιαίτερα χρήσιμη, επίσης, χαρακτηρίζεται η προσφυγή των επαγγελματιών χορού σε ειδικούς διατροφολόγους, ειδικότερα σε είδη χορού όπως το μπαλέτο, που κρίνεται σημαντική η διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους και επιπέδου λίπους, έτσι ώστε να επιτευχθεί η ομαλή διατροφική συμπεριφορά και η αποφυγή προβλημάτων υγείας (Lee, 2020).

1.3.3 Διατροφικές διαταραχές χορευτών

Η ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών στους χορευτές μπορεί να προκαλείται από την φύση του χαρακτήρα τους. Πιο αναλυτικά, οι χορευτές χαρακτηρίζονται συχνά από τάσεις επιδειξίας, συναισθηματικής αστάθειας, δραματικότητας και έλλειψης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Επίσης, εμφανίζουν χαρακτηριστικά ναρκισσισμού, με κύριο αντικείμενο το σώμα τους, καθώς και εμμονικές συμπεριφορές ως προς την τελετουργία και τελειομανία. Πολλές φορές η επίτευξη ενός υπερβατικού στόχου μπορεί να τους απομακρύνει από απολαύσεις και προσωπική ζωή και να τους πιάσει, με κύριο εργαλείο το σώμα τους, σε εντατικές προπονήσεις και περιορισμούς της σωματικής τους μάζας. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, για τους Bardone-Cone et al (2007), μπορούν να προκαλέσουν διατροφικές διαταραχές.

Επίσης, η ίδια η φύση του χορού και ειδικότερα του μπαλέτου, το οποίο χαρακτηρίζεται από σώματα με χαμηλό σωματικό βάρος, μπορεί να προκαλέσει ακραίες συμπεριφορές ως προς την διατροφική συνήθεια των χορευτών, που σε συνδυασμό με την εξαντλητική άσκηση του σώματος, να τους διαταράξει σημαντικά την διατροφική τους συμπεριφορά (Ravaldi et al, 2003).

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός της έντονης συναισθηματικής πίεσης σε επίπεδο ανταγωνισμού που μπορεί να βιώσει ένας χορευτής, ειδικότερα όταν συμμετέχει σε ένα σύνολο χορευτών, αναπτύσσοντας την αίσθηση της ανικανότητας και ζήλιας, κάτι που μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες να εκδηλώσουν διαταραχές στη διατροφή τους.

Οι Smolak et al (2000), εντοπίζουν υψηλή συχνότητα καλλιέργειας διατροφικών διαταραχών σε κορίτσια τα οποία ξεκινούν την έντονη ενασχόληση τους με το χορό από μικρή ηλικία.

Γενικότερα, οι χορευτές εμφανίζουν μια χαρακτηριστική τάση προς την τακτική αυξομείωση του σωματικού τους βάρους, ειδικότερα όταν ο ρυθμός των προπονήσεων εναλλάσσεται, καθώς και όταν μεσολαβεί ένα ισχυρό τραυματικό γεγονός, το οποίο μπορεί να είναι τόσο σωματικό (ένας σοβαρός τραυματισμός), όσο και συναισθηματικό (απώλεια κοντινού προσώπου) (Bettl et al, 2001).

Επιπρόσθετα, οι υψηλές προσωπικές φιλοδοξίες και απαιτήσεις που συχνά συναντώνται στις χορεύτριες μπαλέτου, σχετίζονται άμεσα με τη διατροφική συμπεριφορά τους, καθώς καλλιεργούν μια έντονη ανησυχία ως προς το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, γεγονός που μπορεί να τις προκαλέσει διατροφικές διαταραχές (Robbeson et al, 2015).

Τέλος, σύμφωνα με τους Arcelus et al (2013), οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται έντονα με συγκεκριμένους παράγοντες προσωπικότητας, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η τελειομανία (Penniment & Egan, 2012) και ο έντονος ανταγωνισμός (Giordano, 2010). Επίσης, τα υψηλά επίπεδα τελειομανίας και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαρακτηριστικά που εντοπίζονται συχνά στους χορευτές, αποτελούν ευρήματα τα οποία συνδέονται στενά με διατροφικές διαταραχές (Stoeber, 2014). Οι Ringham et al (2006), επισημαίνουν ότι από το σύνολο των χορευτών, το 83% αναφέρει κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής, ενώ στον αντίποδα υπάρχουν και ερευνητές όπως οι Toro et al (2009), οι οποίοι δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χορευτών και των διατροφικών διαταραχών.

1.3.4 Επιπλοκές διατροφικής συμπεριφοράς χορευτών

Οι δίαιτες που είναι χαμηλές σε θερμίδες μπορεί να προσφέρουν στους χορευτές πιο αδύνατο σώμα, αλλά παράλληλα μπορεί να τους δημιουργήσουν έντονα και γρήγορα σημάδια κόπωσης, καθώς και κινδύνους για συνεχούς τραυματισμούς (Dotti et al, 2002).

Η αθλητική τριάδα, η οποία αναλύθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στην υγεία των χορευτών, όπως απώλεια οστικής μάζας, αμηνόρροια και χαμηλά επίπεδα διαθέσιμης ενέργειας (Doyle-Lucas et al, 2010).

Πολύ συχνά οι χορευτές εμφανίζουν μυοσκελετικούς τραυματισμούς, καθώς σύμφωνα με τους Thomas et al (2011), περίπου το 80% των χορευτριών μπαλέτου εμφανίζουν ιατρικό ιστορικό συχνό από μυοσκελετικούς τραυματισμούς. Οι

τραυματισμοί αυτοί εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες, σε νεαρής ηλικίας άτομα, σε γυναίκες που πάσχουν από αμηνόρροια, καθώς και σε χορευτές – χορεύτριες που προπονούνται πάνω από πέντε ώρες την ημέρα. Επίσης, μυοσκελετικούς τραυματισμούς μπορούν να προκαλέσουν και διάφοροι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες, καθώς και με κοινωνικές τάσεις. Πιο συγκεκριμένα τα υψηλά επίπεδα άγχους,

Ακόμη, σύμφωνα με τους Thomas et al (2011), σε μία έρευνα με μέγεθος δείγματος 239 έφηβους χορευτές, οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια προπονήσεων στο χορό, συνδέονται στατιστικά με την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, ο τραυματισμός που εμφανιζόταν πιο συχνά ανάμεσα στους χορευτές είναι στον αστράγαλο του ποδιού, ενώ στατιστικά σημαντική εμφανίζεται η ύπαρξη του εμετού στην εμφάνιση των τραυματισμών, οι οποίοι μάλιστα διαρκούσαν περίπου 23% πιο πολύ σε διάρκεια, από τους χορευτές που δεν είχαν ιστορικό με εμετούς.

Οι Thomas et al (2011), αναφέρουν επίσης, το φαύλο κύκλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτών. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Thomas et al (2011), οι χορευτές που εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές είναι πιο επιρρεπείς σε τραυματισμούς, γεγονός που έχει ως συνέπεια την μεγάλη τους αποχή από τις προπονήσεις. Η αποχή τους αυτή, οδηγεί τους χορευτές σε ακραίες, πολλές φορές, μορφές διατροφικής συμπεριφοράς, εφαρμόζοντας ακραίες πρακτικές για τον περιορισμό της αύξησης σωματικού βάρους. Έτσι, με το φαύλο κύκλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτών, οι χορευτές επιβαρύνουν εκ νέου τον οργανισμό τους και την υγεία του σώματός τους, μετατρέποντας τους σε ακόμη πιο επιρρεπείς σε τραυματισμούς (Thomas et al, 2011).

Τέλος, μια συχνή επιπλοκή στην υγεία των χορευτών που σχετίζεται με διατροφικές διαταραχές αποτελεί η αμηνόρροια, στα πλαίσια της γυναικείας αθλητικής τριάδας, η καθυστέρηση στην εμμηναρχή, με μέσο όρο καθυστέρησης +2 χρόνια, καθώς και γενικότερα διαταραχές που συσχετίζονται με την έμμηνη ρύση των γυναικών (Doyle-Lucas et al, 2010).

1.4 Σκοπός έρευνας

Για την αποτελεσματικότερη διερεύνηση των διατροφικών συμπεριφορών των χορευτριών μπαλέτου στη χώρα μας, κρίθηκε αναγκαία η διενέργεια έρευνας. Έτσι, οι ερευνήτριες θα είναι σε θέση να συλλέξουν σημαντικές πληροφορίες, αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες χορευτριών που ασχολούνται με το μπαλέτο, καθώς και να συγκεντρώσουν χρήσιμα συμπεράσματα.

Οι σκοποί διενέργειας της έρευνας, ως προς το είδος των δεδομένων που θα συλλεχθούν, αποτελούνται από τρία επίπεδα.

Το πρώτο επίπεδο αποσκοπεί στη συλλογή δεδομένων και πληροφοριών αναφορικά με τη σωματοδομή των χορευτριών μπαλέτου, με τη διατροφική συμπεριφορά τους, με το βαθμό ενασχόλησής τους με το χορό, καθώς και με τη συχνότητα συνηθειών όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο ύπνος. Με αυτό τον τρόπο οι ερευνήτριες θα είναι σε θέση να «γνωρίσουν» του δείγμα τους και να μπορέσουν να αφουγκραστούν χρήσιμες, για την έρευνα τους, συμπεριφορές και καταστάσεις.

Το δεύτερο επίπεδο εστιάζει στην διερεύνηση του βαθμού συμμόρφωσης της διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτριών μπαλέτου, σύμφωνα με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής. Έτσι, οι ερευνήτριες θα μπορέσουν να αντιληφθούν σε μεγάλο βαθμό το κατά πόσο οι χορεύτριες μπαλέτου ακολουθούν μια πιο υγιή διατροφική συμπεριφορά, ενώ παράλληλα θα μπορέσουν αν συλλέξουν χρήσιμα δεδομένα αναφορικά με το κατά πόσο οι νέες γενιές ακολουθούν τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής ή αν επιταχύνεται η στροφή προς μια πιο «δυτική» διατροφική συμπεριφορά. Το δεύτερο επίπεδο μελετάται από το Mediterranean Diet Questionnaire.

Τέλος, το τρίτο επίπεδο επικεντρώνεται στη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με το βαθμό της ανησυχίας των χορευτριών μπαλέτου. Η ανησυχία μελετάται από το ερωτηματολόγιο EDE-Q, το οποίο είναι σε θέση να εμφανίσει την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών στο δείγμα, καθώς και την ύπαρξη υψηλής συχνότητας ανησυχίας στις τάξεις του. Σημαντική χαρακτηρίζεται η δυνατότητα σύγκρισης του EDE-Q με παλαιότερες έρευνες άλλων ερευνητών, παρέχοντας τη δυνατότητα στις

ερευνήτριες να εκτιμήσουν το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα αποτελεσματικότερα.

Η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας αποτελεί μια εξαιρετικά χρήσιμη διαδικασία, η οποία συγκεντρώνει και επικαιροποιεί στοιχεία και πληροφορίες ως προς τις διατροφικές συμπεριφορές των χορευτριών μπαλέτου στη χώρα μας, εν έτη 2020, επαληθεύει τις βιβλιογραφικές αναφορές, καθώς επίσης παρουσιάζει τις πιο πρόσφατες διατροφικές τάσεις.

Μολονότι η παγκόσμια βιβλιογραφία αναλύει σε μεγάλο βαθμό τις διατροφικές συμπεριφορές των χορευτριών μπαλέτου, παρά ταύτα σημαντικό είναι να εντοπιστεί ο βαθμός διατροφικής ανησυχίας των χορευτριών στη χώρα μας, ο βαθμός συμμόρφωσής τους με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, καθώς και το αν αυτά τα δύο συνδέονται μεταξύ τους.

1.5 Σημαντικότητα έρευνας

Η ανάλυση και διερεύνηση της διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτριών μπαλέτου, συμβάλλει σημαντικά στην ενημέρωση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, εμπλουτίζοντάς την με νέες πληροφορίες, τάσεις, αντιλήψεις και μεθόδους.

Οι νέες αυτές πληροφορίες τις περισσότερες φορές αποτελούν πηγή έμπνευσης άλλων επιστημόνων για να ασχοληθούν με το θέμα και να τοποθετήσουν και εκείνοι με την σειρά τους ένα λιθαράκι, συμπληρώνοντας το «πάζλ» της ολοκληρωτικής επιστημονικής ανάλυσης του θέματος.

Άρα, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς την σημαντικότητα πραγματοποίησης έγκυρων και αξιόπιστων ερευνών, οι οποίες έχουν αντίκτυπο τόσο επιστημονικό, όσο και κοινωνικό.

Έτσι, με την παρούσα πτυχιακή εργασία θα αναλυθεί ένα σημαντικό κομμάτι, πάνω στο οποίο θα μπορέσουν να επικεντρωθούν περισσότεροι ερευνητές και να αποκτήσουμε όλοι περισσότερες γνώσεις για τον τρόπο δράσης μας.

Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία

2.1 Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο των ερωτηματολογίων.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα απευθύνεται σε ένα ιδιαίτερα στοχευμένο δείγμα ατόμων, το οποίο αποτελείται από γυναίκες που χορεύουν μπαλέτο.

Για την διεκπεραίωση της έρευνας με αποτελεσματικότητα, αμεσότητα και αξιοπιστία, κρίθηκε σκόπιμο το μέσο συλλογής των δεδομένων να είναι τα ερωτηματολόγια έντυπης μορφής. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι είναι σημαντικό να συλλεχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερος όγκος πληροφοριών, υπό το πρίσμα της ελευθερίας έκφρασης και επικοινωνίας των απόψεων του δείγματος, που παρέχει το ερευνητικό εργαλείο των ανώνυμων ερωτηματολογίων (Codó et al, 2008), ειδικότερα σε ένα ευαίσθητο θέμα, όπως είναι αυτό της εικόνας του σώματος και της διατροφικής συμπεριφοράς χορευτών. Με αυτό τον τρόπο θα αποφευχθούν οποιαδήποτε προβλήματα θα μπορούσαν να προκύψουν από διαφορετικού τύπου μέσα συλλογής δεδομένων.

Επιπρόσθετα, για τις ανάγκες της διεξαγωγής της παρούσας έρευνας συστάθηκε ένα νέο ερωτηματολόγιο από τις ίδιες τις ερευνήτριες, αποτελούμενο από τρία μέρη:

- Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 18 ερωτήσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών του δείγματος, αποτελούμενο από ερωτήσεις τόσο κλειστού τύπου (φύλο, συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, διερεύνηση σχέσης δείγματος με χορό κλπ.), όσο και ανοικτού τύπου (ύψος, βάρος, έτος γέννησης, κλπ.).
- Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από το Mediterranean diet Questionnaire, με τις 10 ερωτήσεις που ελέγχουν τη συχνότητα κατανάλωσης τροφών που βρίσκονται στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής με τη βοήθεια 6/βαθμιας κλίμακας (internal scale) τύπου Likert (Joshi et al, 2015).

- Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από το EDE-Questionnaire, με 27 ερωτήσεις που ελέγχουν την συχνότητα διατροφικής ανησυχίας του δείγματος, με τη βοήθεια της 7/βαθμιας κλίμακας (internal scale) τύπου Likert.

2.2 Διαδικασία εκτέλεσης έρευνας

Οι διαδικασίες σύμφωνα με τις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα περιλαμβάνουν 4 βήματα (Πίνακας 11):

- Το πρώτο βήμα αποτελεί τη δημιουργία του ερωτηματολογίου, σε συνεργασία με τον επιβλέπων καθηγητή κ. Σταύρο Καλογιάννη.
- Το δεύτερο βήμα περιλαμβάνει την πιλοτική χορήγηση των ερωτηματολογίων σε πέντε άτομα από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ερευνητριών, με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του ερωτηματολογίου, τον εντοπισμό της ύπαρξης στρεβλώσεων, καθώς και του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων, αναφορικά με τον τρόπο διατύπωσής τους. Έτσι, το δεύτερο βήμα συμβάλλει με ουσιαστικό τρόπο στον έλεγχο φόρτισης του ερωτηματολογίου. *(Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν εντοπίστηκε κάποιο πρόβλημα κατά τη πιλοτική χορήγηση του ερωτηματολογίου).*
- Το τρίτο βήμα περιλαμβάνει το κύριο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας, σύμφωνα με το οποίο το ερωτηματολόγιο τυπώθηκε σε αντίτυπα και διαμοιράστηκε σε χορεύτριες μπαλέτου για να συμπληρωθεί. Αναλυτικότερα, το τρίτο στάδιο και η διαδικασία διαμοιρασμού των ερωτηματολογίων διήρκεσε 24 ημέρες και πιο συγκεκριμένα, ξεκίνησε τη Δευτέρα 17 Φεβρουαρίου και ολοκληρώθηκε την Τετάρτη 11 Μαρτίου. Οι σχολές χορού στις οποίες διαμοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια είναι έξι σε αριθμό, εκ των οποίων οι τέσσερις χαρακτηρίζονται ως ερασιτεχνικές σχολές χορού, ενώ οι δύο ως επαγγελματικές σχολές. Επίσης, κάποιοι συμμετέχοντες στην έρευνα προέρχονταν από το οικείο περιβάλλον των ερευνητριών.
- Το τέταρτο βήμα περιλαμβάνει την συγκέντρωση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, την καταμέτρηση και αρίθμηση τους.

Πίνακας 11: Gantt Chart διαδικασιών ανά βήμα εκτέλεσης

Διαδικασίες	Πρώτο βήμα	Δεύτερο βήμα	Τρίτο βήμα			Τέταρτο βήμα
Δημιουργία ερωτηματολογίου						
Πιλοτική χορήγηση ερωτηματολογίου						
Έλεγχος πιλοτικής χορήγησης						
Επίσκεψη σε σχολές χορού και διαμοιρασμός ερωτηματολογίων χορεύτριες μπαλέτου						
Συγκέντρωση και καταμέτρηση ερωτηματολογίων						

2.3 Πληθυσμός, δείγμα

Η έρευνα που θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αποτελείται από μέγεθος δείγματος 108 ατόμων, όλες γυναίκες - χορεύτριες μπαλέτου. Επίσης, σύσσωμο το δείγμα κατοικεί στην γεωγραφική περιφέρεια της κεντρικής Μακεδονίας και πιο συγκεκριμένα στην πόλη της Θεσσαλονίκης, ενώ ηλικιακά βρίσκεται άνω των 18 ετών.

Με αυτό τον τρόπο οι ερευνήτριες θα είναι σε θέση να συλλέξουν χρήσιμα δεδομένα, τα οποία θα συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτελεσματικότερη διερεύνηση της διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτριών μπαλέτου.

Μολονότι το μέγεθος του δείγματος είναι αρκετά μεγάλο για την παραγωγή συμπερασμάτων, παρά ταύτα δεν παρέχει τη δυνατότητα στις ερευνήτριες για την παραγωγή γενικεύσεων.

2.4 Στατιστικές τεχνικές ανάλυσης της έρευνας

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας αρχικά χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την περιγραφική στατιστική ανάλυση, ενώ το δεύτερο τη συγκριτική στατιστική ανάλυση.

Πιο συγκεκριμένα, στην περιγραφική στατιστική ανάλυση για την ανάλυση των ερωτήσεων κλειστού τύπου χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και διαγράμματα συχνοτήτων, ποσοστών, έγκυρων ποσοστών και αθροιστικών ποσοστών, ενώ για την ανάλυση των ερωτήσεων ανοικτού τύπου χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και διαγράμματα ελάχιστης τιμής, μέγιστης τιμής, μέσου όρου και τυπικής απόκλισης.

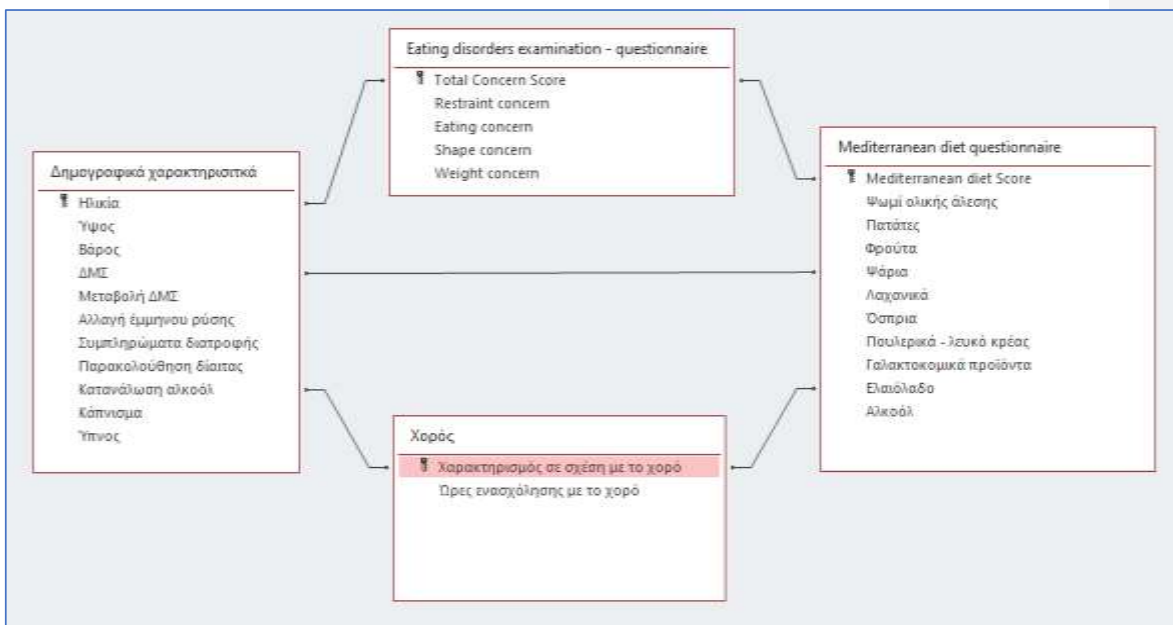
Ακόμη, για τον εντοπισμό του Mediterranean diet Score δημιουργήθηκε η ομώνυμη μεταβλητή, η οποία συγκεντρώνει τον υπολογισμό του της συμβατότητας του δείγματος με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, όπως αυτή υπολογίζεται στο Mediterranean Diet Questionnaire.

Η ίδια περίπου διαδικασία πραγματοποιήθηκε για τον εντοπισμό των κατηγοριών ανησυχίας (ανησυχία περιορισμού, ανησυχία διατροφής, ανησυχία σχήματος, ανησυχία βάρους) και της συνολικής ανησυχίας, με τη δημιουργία των αντίστοιχων μεταβλητών, οι οποίοι συγκεντρώνουν τους υπολογισμούς της κάθε ανησυχίας, όπως αυτή υπολογίζεται στο Eating Disorder Examination - Questionnaire.

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τον εντοπισμό της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των κατηγοριών της έρευνας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Chi Square (X^2) για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ δύο ποιοτικών ερωτήσεων (ερωτήσεις κλειστού τύπου), ο έλεγχος Pearson (Pearson correlation coefficient) για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ δύο ποσοτικών ερωτήσεων (ερωτήσεις ανοικτού τύπου) και η ανάλυση διακύμανσης ANOVA για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας ποιοτικής ερώτησης.

Τέλος, το Σχήμα 3 παρουσιάζει τις σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών που ερευνήθηκαν αναφορικά με την ύπαρξη συσχετίσεων. Πιο συγκεκριμένα, οι συσχετίσεις που ερευνήθηκαν είναι οι παρακάτω:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά με χορό
- Δημογραφικά χαρακτηριστικά με Mediterranean diet
- Δημογραφικά χαρακτηριστικά με Eating disorders examination
- Χορό με Mediterranean diet
- Χορό με Eating disorders examination
- Mediterranean diet με Eating disorders examination



Σχήμα 3: Οι σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών που ερευνήθηκαν αναφορικά με την ύπαρξη συσχετίσεων

Η διαδικασία ελέγχου που πραγματοποιήθηκε, σε επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε 0.05, ως εξής:

- H_0 = Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.
- H_1 = Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.

2.5 Έλεγχος εγκυρότητας – αξιοπιστίας

Η εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας ελέγχθηκε από τον δείκτη Cronbach's Alpha. Πιο συγκεκριμένα, ο Πίνακας 12 παρουσιάζει το score του δείκτη Cronbach's Alpha για το Mediterranean diet questionnaire, το οποίο είναι 0,603 ή αλλιώς 60,3%, ενώ το score του δείκτη για το Eating disorders examination questionnaire είναι 0,864 ή αλλιώς 86,4%, γεγονός που τονίζει την ισχυρή εσωτερική συνέπεια στο ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 12: Δείκτης Cronbach's Alpha

A/A		Ερωτηματολόγιο	Cronbach's Alpha	Αριθμός αντικειμένων
1	Συνολικό	Mediterranean diet	0,603	10
2	Συνολικό	Eating disorders examination	0,864	27
	A	Περιορισμός - Restraint	0.816	5
	B	Ανησυχία διατροφής – Eating concern	0.777	5
	Γ	Ανησυχία σχήματος -Shape concern	0.849	7
	Δ	Ανησυχία βάρους – Weight concern	0.727	4

2.6 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνει δύο σημαντικούς περιορισμούς.

Ο πρώτος βασικός περιορισμός που εντοπίζεται στην έρευνα αποτελεί η έλλειψη δειγματοληπτικού πλαισίου, ενώ ο δεύτερος αποτελεί στο μέγεθος του δείγματος, καθώς, παρόλο που 108 άτομα αποτελούν έναν αρκετά σημαντικό αριθμό για παραγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, παρά ταύτα δεν παρέχει το δικαίωμα στις ερευνήτριες για παραγωγή γενικεύσεων.

Πέρα, όμως, από τους παραπάνω περιορισμούς, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμβάλλει καθοριστικά στην αποτελεσματική διερεύνηση της διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτριών μπαλέτου στη χώρα μας.

Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα έρευνας – συζήτηση

3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

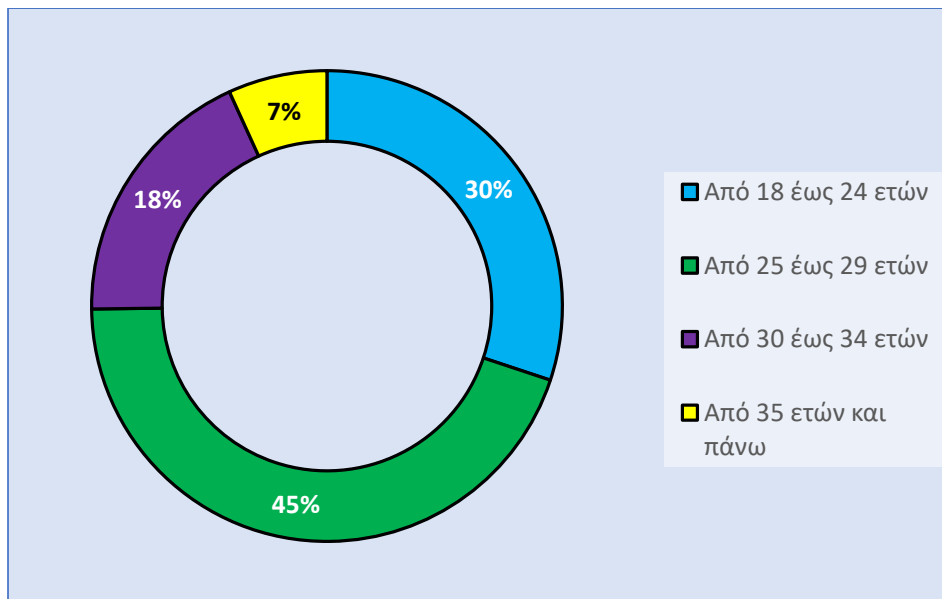
A. Δημογραφικές ερωτήσεις

1. Ηλικιακή ομάδα

Ο Πίνακας 13 και το Διάγραμμα 1 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ηλικιακή ομάδα που ανήκει το δείγμα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, το 44,7% των ερωτηθέντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 25 έως 29 ετών, ενώ το 30,1% από 18 έως 24 ετών. Επίσης, αναφορικά με την ηλικία του δείγματος, η ελάχιστη τιμή ηλικίας του δείγματος είναι 20 ετών, η μέγιστη 63 ετών και ο μέσος όρος στα 27,23 έτη.

Πίνακας 13: Ηλικιακή ομάδα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Από 18 έως 24 ετών	31	28.7	30.1	30.1
Από 25 έως 29 ετών	46	42.6	44.7	74.8
Από 30 έως 34 ετών	19	17.6	18.4	93.2
Από 35 ετών και πάνω	7	6.5	6.8	100.0
Σύνολο	103	95.4	100.0	
Missing System	5	4.6		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 1: Ηλικιακή ομάδα

2. Δείκτης μάζας σώματος

Ο Πίνακας 14 και το Διάγραμμα 2 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) του δείγματος είναι 16,9 μονάδες, η μέγιστη 35,16 μονάδες και ο μέσος όρος στα 21,816 μονάδες.

Πίνακας 14: Δείκτης μάζας σώματος

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	106	16,90	35,16	21,8163	3,15342



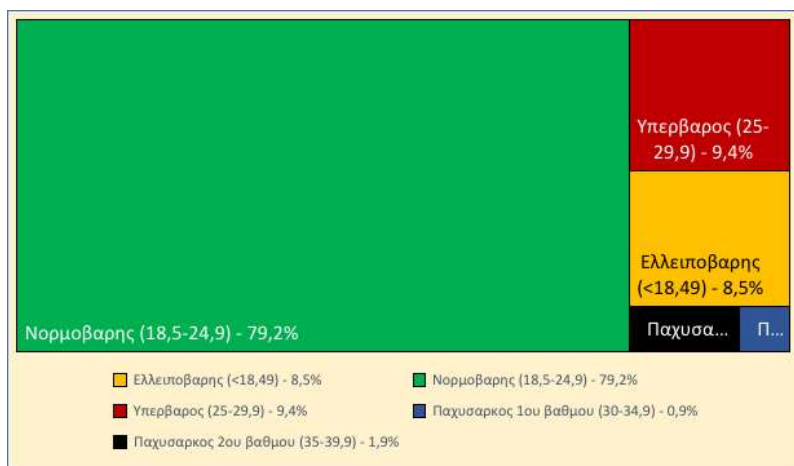
Διάγραμμα 2: Δείκτης μάζας σώματος

3. Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος

Ο Πίνακας 15 και το Διάγραμμα 3 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με το χαρακτηρισμό του δείκτη μάζας σώματος του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 79,2% των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία του νορμοβαρή (από 18,5 έως 24,9 μονάδες), ενώ το 9,4% του υπέρβαρου (από 25 έως 29,9 μονάδες).

Πίνακας 15: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ελλειποβαρής (<18,49)	9	8.3	8.5	8.5
Νορμοβαρής (18,5-24,9)	84	77.8	79.2	87.7
Υπέρβαρος (25-29,9)	10	9.3	9.4	97.2
Παχύσαρκος 1ου βαθμού (30-34,9)	1	.9	.9	98.1
Παχύσαρκος 2ου βαθμού (35-39,9)	2	1.9	1.9	100.0
Σύνολο	106	98.1	100.0	
Missing System	2	1.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 3: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος

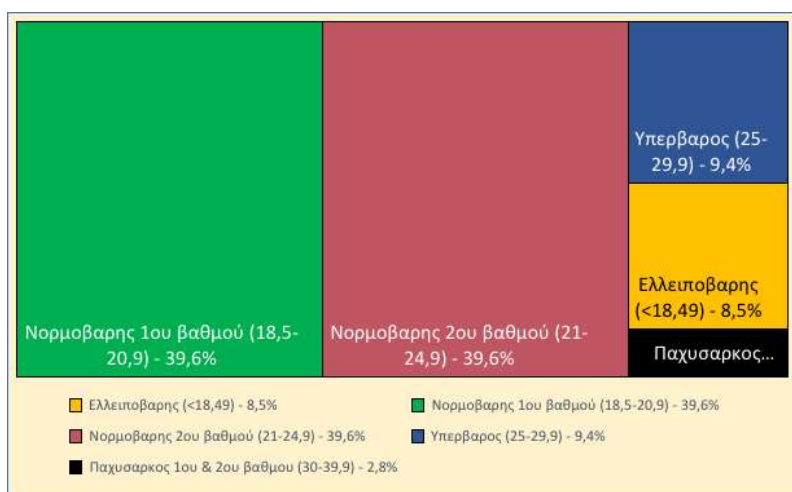
4. Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος με διαχωρισμό νορμοβαρών

Ο Πίνακας 16 και το Διάγραμμα 4 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με το χαρακτηρισμό του δείκτη μάζας σώματος του δείγματος, με διαχωρισμό της κατηγορίας νορμοβαρών σε 1^ο και 2^ο βαθμού. Πιο συγκεκριμένα, από 39,6% των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία των νορμοβαρών 1^ο και 2^ο βαθμού, ενώ το 9,4% στην κατηγορία των υπέρβαρων.

Πίνακας 16: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος με διαχωρισμό νορμοβαρών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ελλειποβαρής (<18,49)	9	8.3	8.5	8.5
Νορμοβαρής 1ου βαθμού (18,5-20,9)	42	38.9	39.6	48.1
Νορμοβαρής 2ου βαθμού (21-24,9)	42	38.9	39.6	87.7

Υπέρβαρος (25-29,9)	10	9.3	9.4	97.2
Παχύσαρκος 1ου βαθμού (30-34,9)	1	.9	.9	98.1
Παχύσαρκος 2ου βαθμού (35-39,9)	2	1.9	1.9	100.0
Σύνολο	106	98.1	100.0	
Missing System	2	1.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 4: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος με διαχωρισμό νορμοβαρών

5. Ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

Ο Πίνακας 17 και το Διάγραμμα 5 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με την ερώτηση «ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή μικρότερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι 43 κιλά, η μέγιστη 100 κιλά και ο μέσος όρος στα 58,019 κιλά.

Πίνακας 17: Ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	107	43.00	100.00	58.0187	8.81356



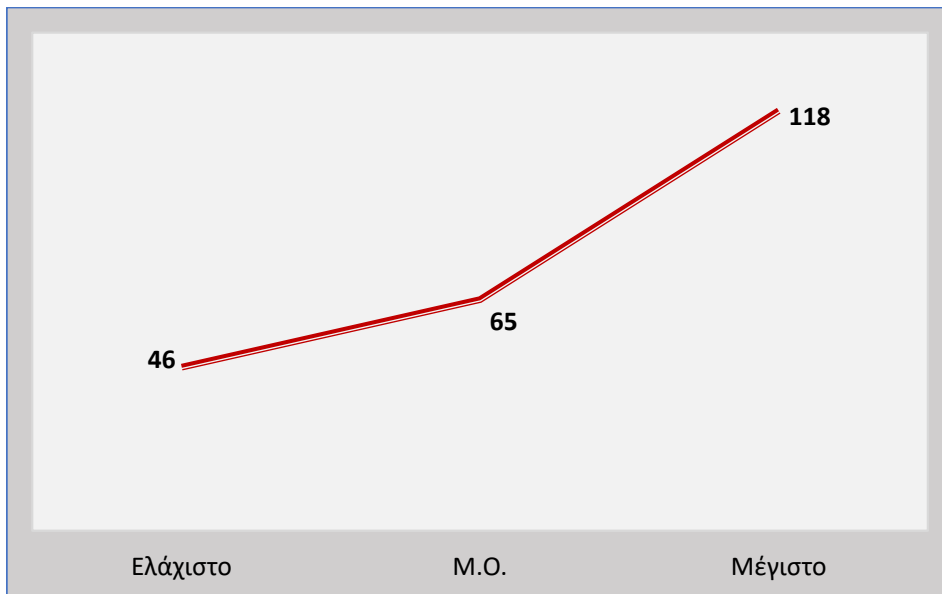
Διάγραμμα 5: Ποιο είναι το μικρότερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

6. Ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

Ο Πίνακας 18 και το Διάγραμμα 6 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με την ερώτηση «ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή μεγαλύτερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι 46 κιλά, η μέγιστη 118 κιλά και ο μέσος όρος στα 65 κιλά.

Πίνακας 18: Ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	106	46.00	118.00	65.0000	11.03328



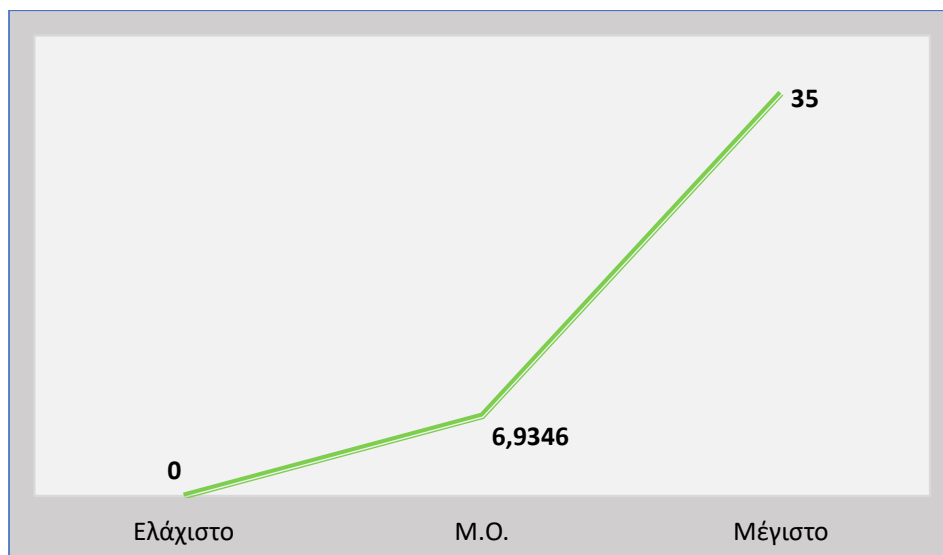
Διάγραμμα 6: Ποιο είναι το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά;

7. Διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

Ο Πίνακας 19 και το Διάγραμμα 7 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τη διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι μηδέν κιλά (καμία αλλαγή στα κιλά), η μέγιστη 35 κιλά και ο μέσος όρος στα 6,935 κιλά.

Πίνακας 19: Διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	107	.00	35.00	6.9346	5.05119



Διάγραμμα 7: Διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

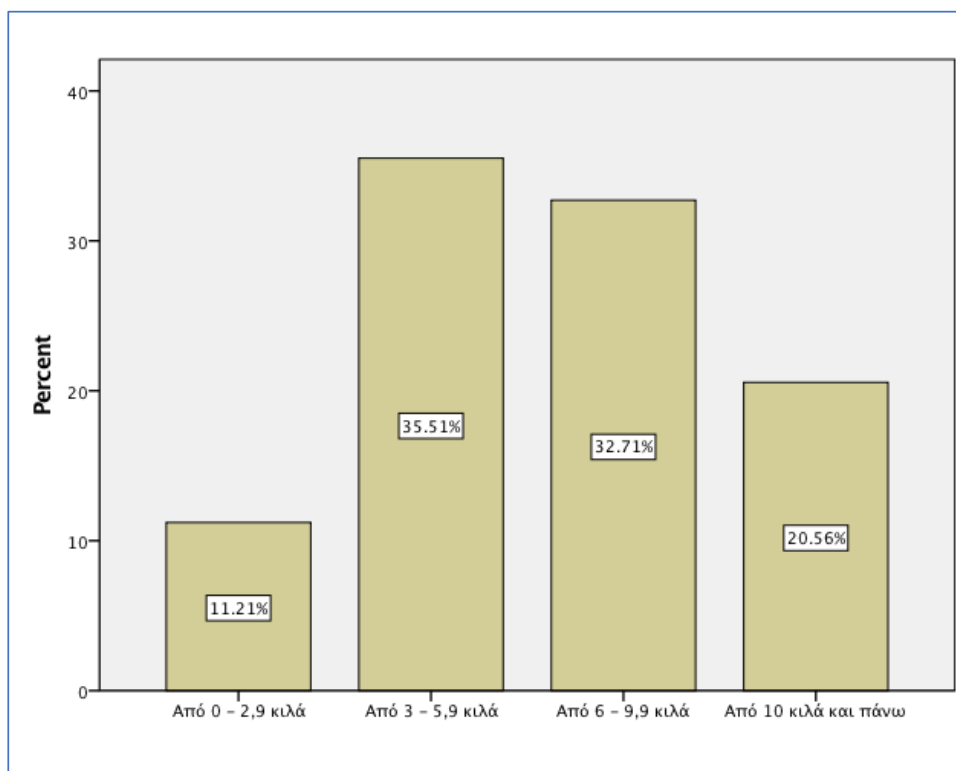
8. Ομαδοποίηση διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

Ο Πίνακας 20 και το Διάγραμμα 8 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ομαδοποίηση της διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 35,5% των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους από 3 έως 5,9 κιλά, ενώ το 32,7% στην κατηγορία από 6 έως 9,9 κιλά.

Πίνακας 20: Ομαδοποίηση διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Από 0 - 2,9 κιλά	12	11.1	11.2	11.2
Από 3 - 5,9 κιλά	38	35.2	35.5	46.7
Από 6 - 9,9 κιλά	35	32.4	32.7	79.4

Από 10 κιλά και πάνω	22	20.4	20.6	100.0
Σύνολο	107	99.1	100.0	
Missing System	1	.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 8: Ομαδοποίηση διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

9. Δείκτης μάζας σώματος μικρότερου βάρους

Ο Πίνακας 21 και το Διάγραμμα 9 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος μικρότερου βάρους του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή δείκτη μάζας σώματος μικρότερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι 15,79 μονάδες, η μέγιστη 35,01 μονάδες και ο μέσος όρος στις 20,49 μονάδες.

Πίνακας 21: Δείκτης μάζας σώματος μικρότερου βάρους

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
	107	15,79	35,01	20,4900	2,71589
N	107				



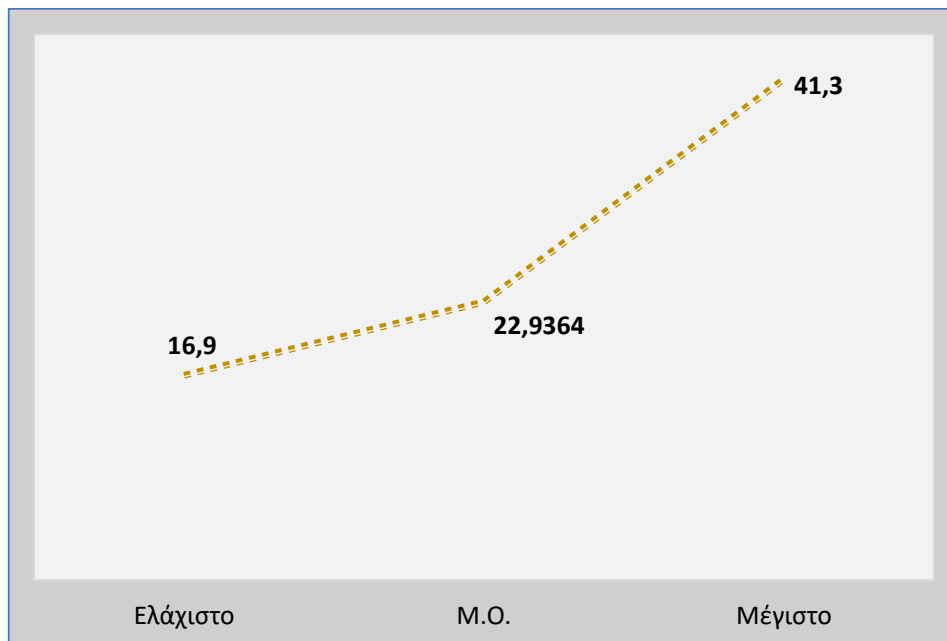
Διάγραμμα 9: Δείκτης μάζας σώματος μικρότερου βάρους

10. Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους

Ο Πίνακας 22 και το Διάγραμμα 10 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι 16,9 μονάδες, η μέγιστη 41,3 μονάδες και ο μέσος όρος στις 22,936 μονάδες.

Πίνακας 22: Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
	107	16,90	41,30	22,9364	3,50534
N	107				



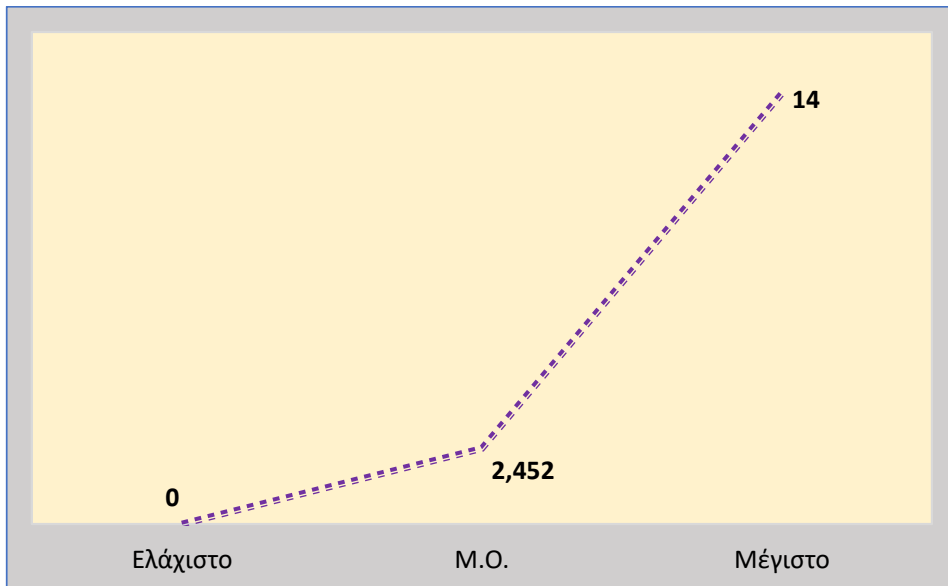
Διάγραμμα 10: Δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερου βάρους

11. Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

Ο Πίνακας 23 και το Διάγραμμα 11 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τη διαφορά δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή διαφοράς δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά είναι μηδέν μονάδες (καμία αλλαγή στο δείκτη μάζα σώματος), η μέγιστη 14 μονάδες και ο μέσος όρος στις 2,452 μονάδες.

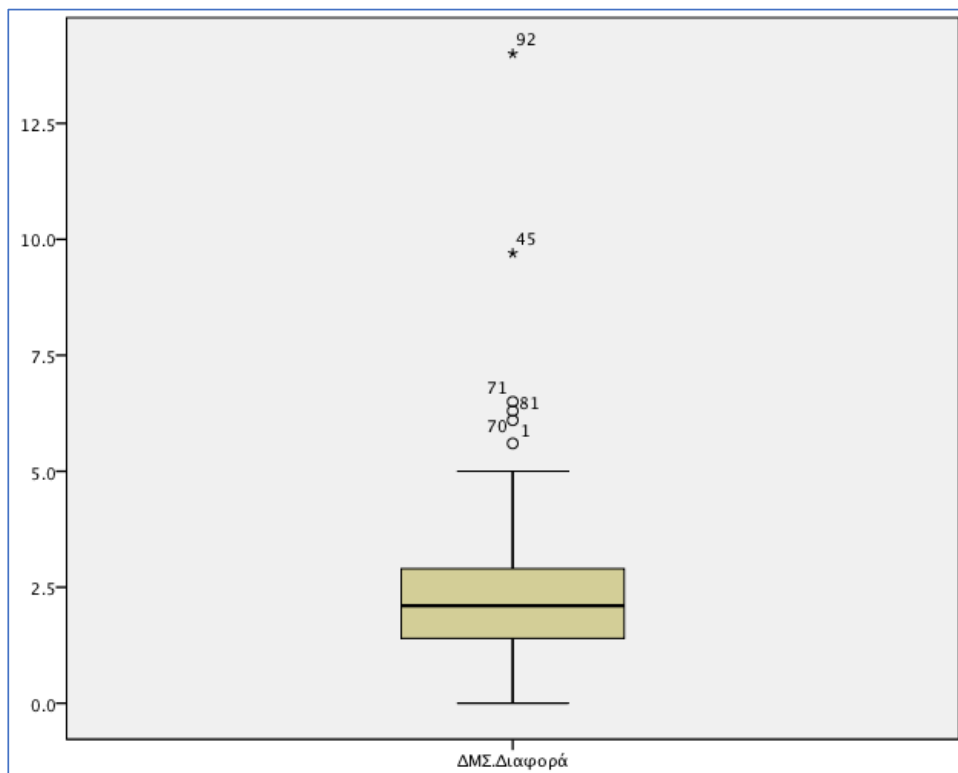
Πίνακας 23: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	107	,0	14,0	2,452	1,8430



Διάγραμμα 11: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

Επιπλέον, η διαφορά των δεικτών μάζας σώματος ελέγχθηκε ως προς τον εντοπισμό των ακραίων τιμών. Ο όρος ακραία τιμή αναφέρεται στην αντιφατική φύση των παρατηρήσεων εκείνων, σε σχέση με τις υπόλοιπες τιμές παρατηρήσεων του συνόλου των δεδομένων. Σκοπός του εντοπισμού των ακραίων τιμών είναι αφενός ο επανέλεγχος της ορθής πληκτρολόγησης των δεδομένων της συγκεκριμένης παρατήρησης και αφετέρου η διερεύνηση εντοπισμού επιπλέον σημαντικών πληροφοριών. Παράλληλα, στο Θηκόγραμμα 1, πραγματοποιείται η παρουσίαση του 5% των ακραίων τιμών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι τα άτομα που αντιπροσωπεύονται από την κωδικοποίηση των αριθμών 92, 45, 71, 81, 70 και 1 βρίσκονται στο 5% των ακραίων τιμών του δείγματος με τις μέσες τιμές διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους) να είναι μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές του υπόλοιπου δείγματος.



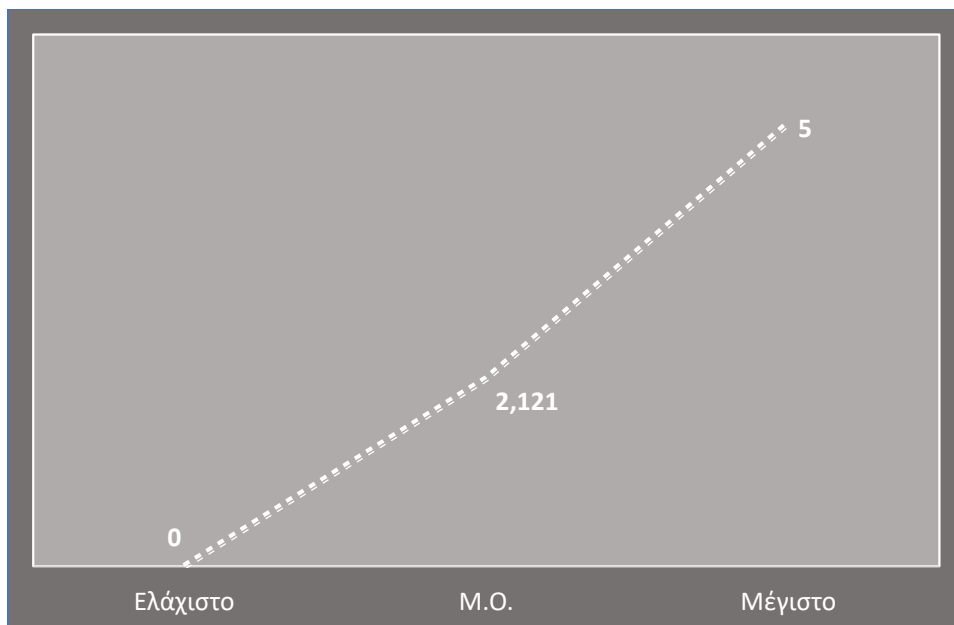
Θηκόγραμμα 1: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος – 5% των ακραίων τιμών

Ο Πίνακας 24 και το Διάγραμμα 12 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τη διαφορά δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους του δείγματος, μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή διαφοράς δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους που έφτασε το δείγμα την προηγούμενη χρονιά, μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών είναι μηδέν μονάδες (καμία αλλαγή στο δείκτη μάζα σώματος), η μέγιστη 5 μονάδες και ο μέσος όρος στις 2,121 μονάδες.

Πίνακας 24: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους), μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
	101	,0	5,0	2,121	1,0423

N	101				
---	-----	--	--	--	--



Διάγραμμα 12: Διαφορά δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους), μετά από αφαίρεση του 5% των ακραίων τιμών

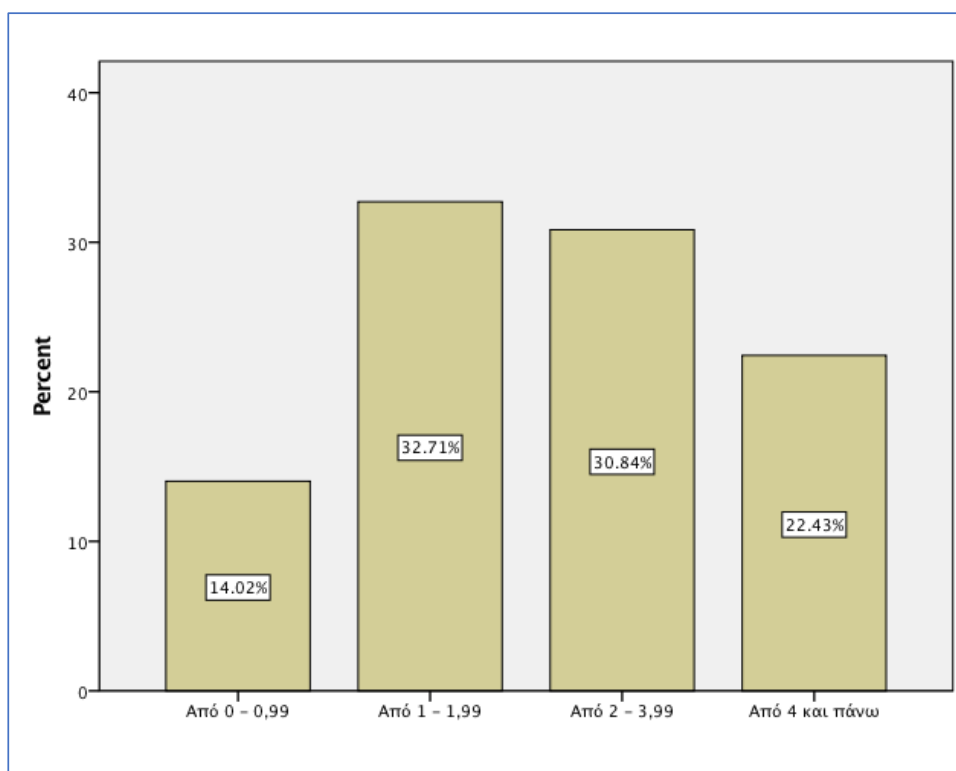
12. Ομαδοποίηση διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

Ο Πίνακας 25 και το Διάγραμμα 13 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ομαδοποίηση της διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου δείκτη μάζας σώματος του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 32,7% των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία διαφοράς μεγαλύτερου και μικρότερου δείκτη μάζας σώματος από 1 έως 1,99 μονάδες, ενώ το 30,8% στην κατηγορία από 2 έως 3,99 μονάδες.

Πίνακας 25: Ομαδοποίηση διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Από 0 - 0,99	15	13.9	14.0	14.0

Από 1 - 1,99	35	32.4	32.7	46.7
Από 2 - 3,99	33	30.6	30.8	77.6
Από 4 και πάνω	24	22.2	22.4	100.0
Σύνολο	107	99.1	100.0	
Missing System	1	.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 13: Ομαδοποίηση διαφοράς δεικτών μάζας σώματος (μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους)

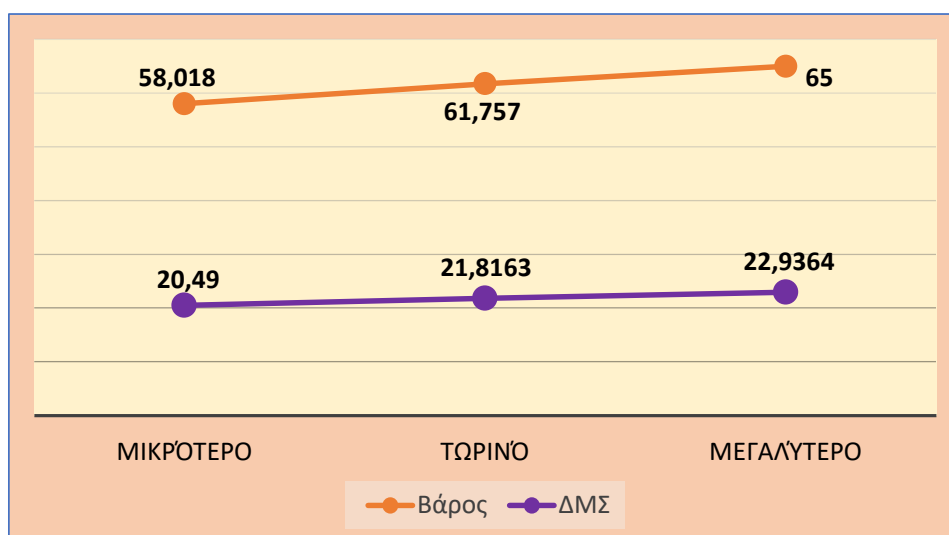
13. Συγκεντρωτική απεικόνιση μεταβολής βάρους, σε συνάρτηση με το δείκτη μάζας σώματος

Ο Πίνακας 26 και το Διάγραμμα 14 παρουσιάζουν τις ελάχιστες τιμές βάρους, τις μέγιστες τιμές βάρους, τους μέσους όρους βάρους και δεικτών μάζας σώματος καθώς και του μέσου χαρακτηρισμού του δείκτη. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή βάρους του δείγματος είναι 43 κιλά, η μέγιστη τιμή τα 118 κιλά, η μέση τιμή βάρους

κυμάνθηκε από 58,02 έως 65 κιλά, οι μέσες τιμές δεικτών μάζας σώματος κυμάνθηκαν από 20,49 έως 22,94 μονάδες, ενώ ο μέσος χαρακτηρισμός του δείκτη μάζας σώματος κυμάνθηκε από νορμοβαρή 1^{ου} βαθμού έως νορμοβαρή 2^{ου} βαθμού. Τέλος, κατά τη διάρκεια της έρευνας η ελάχιστη τιμή βάρους που υπήρξε το δείγμα τα τελευταία δύο χρόνια είναι 45 κιλά, η μέγιστη 100, ο μέσος Μ.Ο. βάρους 61,76 κιλά και ο μέσος Μ.Ο. δείκτη μάζας σώματος 21,82 μονάδες.

Πίνακας 26: Συγκεντρωτική απεικόνιση μεταβολής βάρους, σε συνάρτηση με το δείκτη μάζας σώματος

Βάρος	Μέση ελάχιστη τιμή βάρους	Μέση μέγιστη τιμή βάρους	Μέσος Μ.Ο. βάρους	Μέσος Μ.Ο. Δ.Μ.Σ.	Χαρακτηρισμός
Τωρινό	45	100	61,757	21,8163	Νορμοβαρής 2 ^{ου} βαθμού (21-24,9)
Μικρότερο	43	100	58,018	20,4900	Νορμοβαρής 1 ^{ου} βαθμού (18,5-20,9)
Μεγαλύτερο	46	118	65	22,9364	Νορμοβαρής 2 ^{ου} βαθμού (21-24,9)



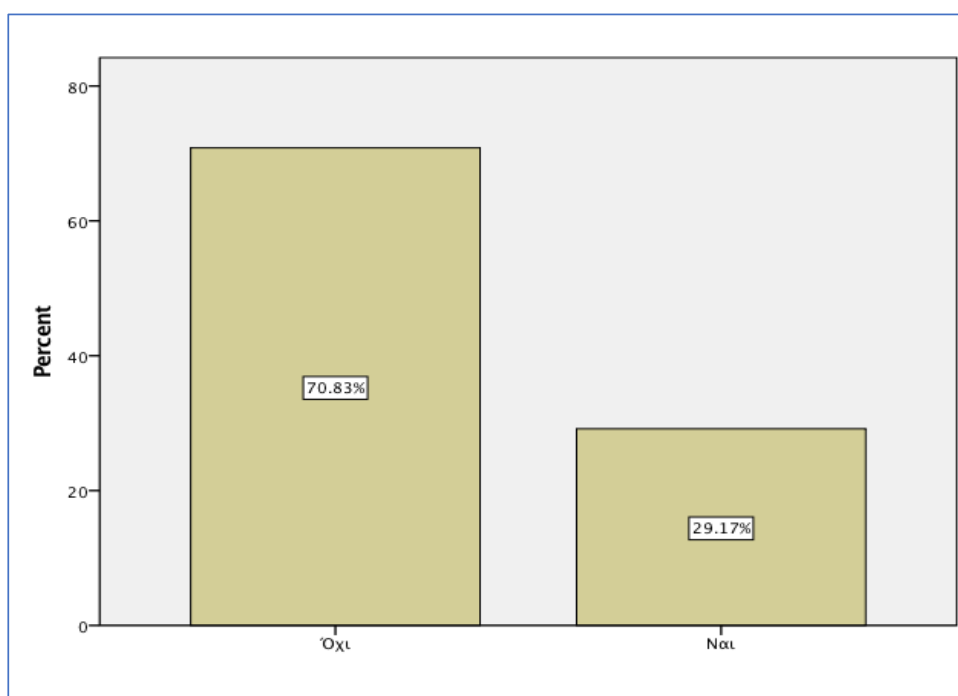
Διάγραμμα 14: Συγκεντρωτική απεικόνιση μεταβολής βάρους, σε συνάρτηση δείκτη μάζας σώματος

14. Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;

Ο Πίνακας 27 και το Διάγραμμα 15 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 70,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση του, ενώ το 29,2% ότι έχει παρατηρήσει.

Πίνακας 27: Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	68	63.0	70.8	70.8
Ναι	28	25.9	29.2	100.0
Σύνολο	96	88.9	100.0	
Missing System	12	11.1		
Σύνολο	108	100.0		



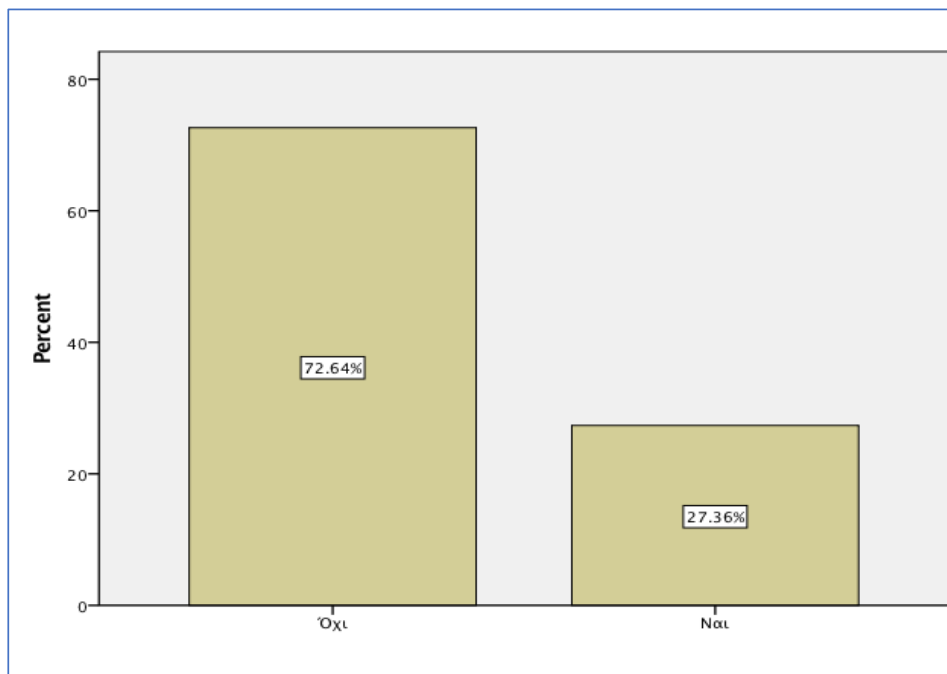
Διάγραμμα 15: Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;

15. Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;

Ο Πίνακας 28 και το Διάγραμμα 16 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 72,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν λαμβάνει κάποιο συμπλήρωμα διατροφής, ενώ το 27,4% ότι λαμβάνει.

Πίνακας 28: Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	77	71.3	72.6	72.6
Ναι	29	26.9	27.4	100.0
Σύνολο	106	98.1	100.0	
Missing System	2	1.9		
Σύνολο	108	100.0		



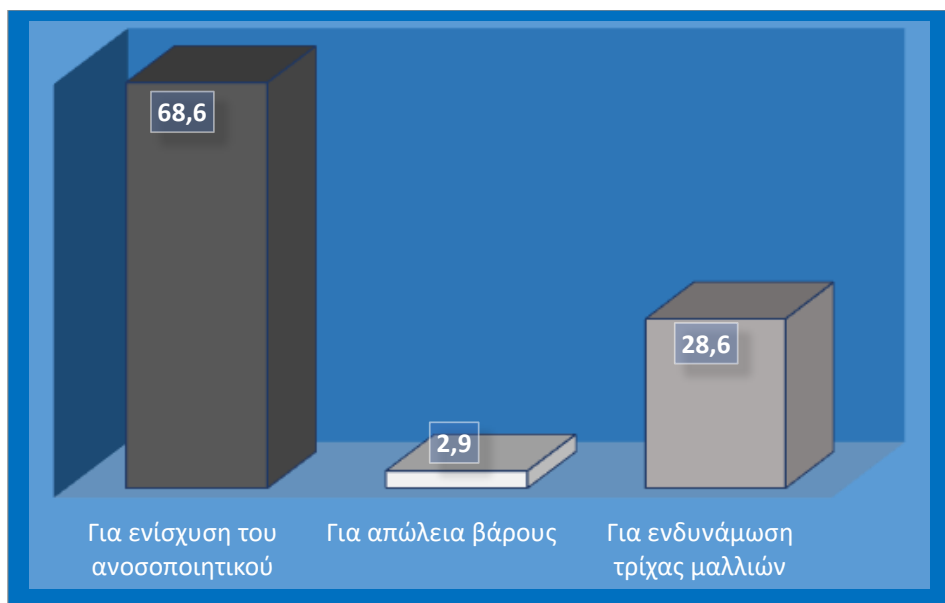
Διάγραμμα 16: Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;

16. Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;

Ο Πίνακας 29 και το Διάγραμμα 17 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;» του δείγματος (απαντήθηκε κυρίως από το δείγμα που δήλωσε ότι λαμβάνει κάποιο συμπλήρωμα διατροφής). Πιο συγκεκριμένα, το 68,6% (N=24) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι αποφάσισε να πάρει συμπληρώματα διατροφής για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματός, ενώ το 28,6% (N=10) για την ενδυνάμωση της τρίχας των μαλλιών του.

Πίνακας 29: Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Για ενίσχυση του ανοσοποιητικού	24	22.2	68.6	68.6
Για απώλεια βάρους	1	.9	2.9	71.4
Για ενδυνάμωση τρίχας μαλλιών	10	9.3	28.6	100.0
Σύνολο	35	32.4	100.0	
Missing System	73	67.6		
Σύνολο	108	100.0		



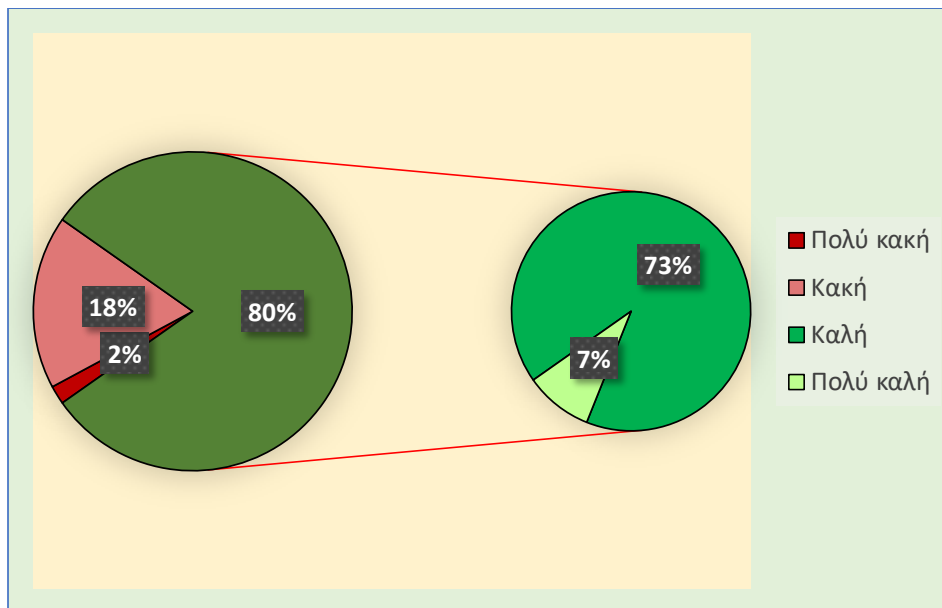
Διάγραμμα 17: Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπληρώματα διατροφής;

17. Πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας;

Ο Πίνακας 30 και το Διάγραμμα 18 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 73,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα χαρακτήριζε τη διατροφή του ως καλή, ενώ το 17,6% ως κακή.

Πίνακας 30: Πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πολύ κακή	2	1.9	1.9	1.9
Κακή	19	17.6	17.6	19.4
Καλή	79	73.1	73.1	92.6
Πολύ καλή	8	7.4	7.4	100.0
Σύνολο	108	100.0	100.0	



Διάγραμμα 18: Πως θα περιγράφατε τη διατροφή σας;

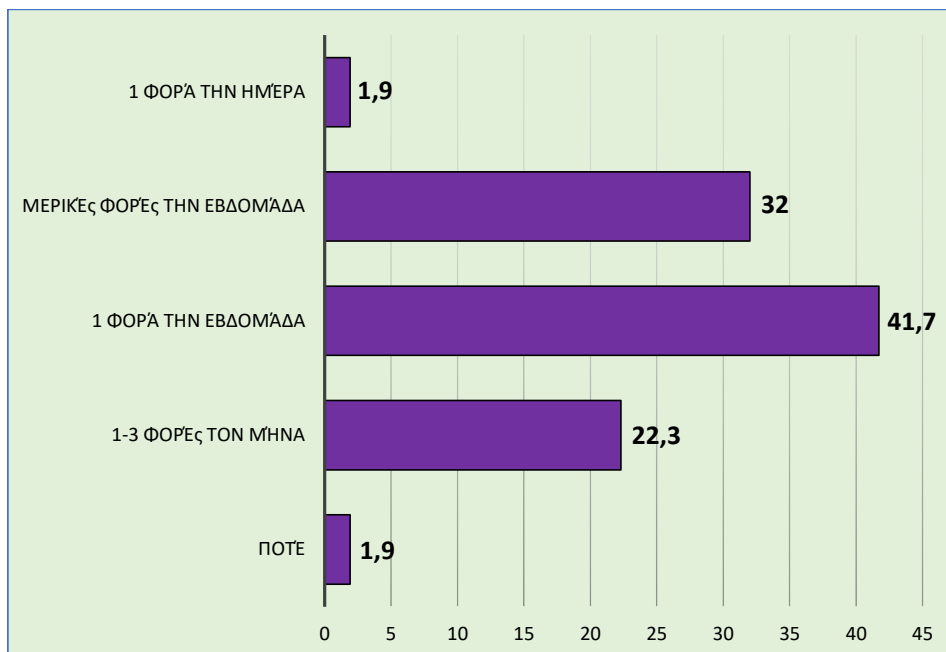
18. Πόσο συχνά τρώτε έξω;

Ο Πίνακας 31 και το Διάγραμμα 19 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «πόσο συχνά τρώτε έξω;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 41,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τρώει έξω μία φορά την εβδομάδα, ενώ το 32% ότι τρώει έξω μερικές φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 31: Πόσο συχνά τρώτε έξω;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	2	1.9	1.9	1.9
1-3 φορές τον μήνα	23	21.3	22.3	24.3
1 φορά την εβδομάδα	43	39.8	41.7	66.0
Μερικές φορές την εβδομάδα	33	30.6	32.0	98.1
1 φορά την ημέρα	2	1.9	1.9	100.0
Σύνολο	103	95.4	100.0	

Missing System	5	4.6	
Σύνολο	108	100.0	



Διάγραμμα 19: Πόσο συχνά τρώτε έξω;

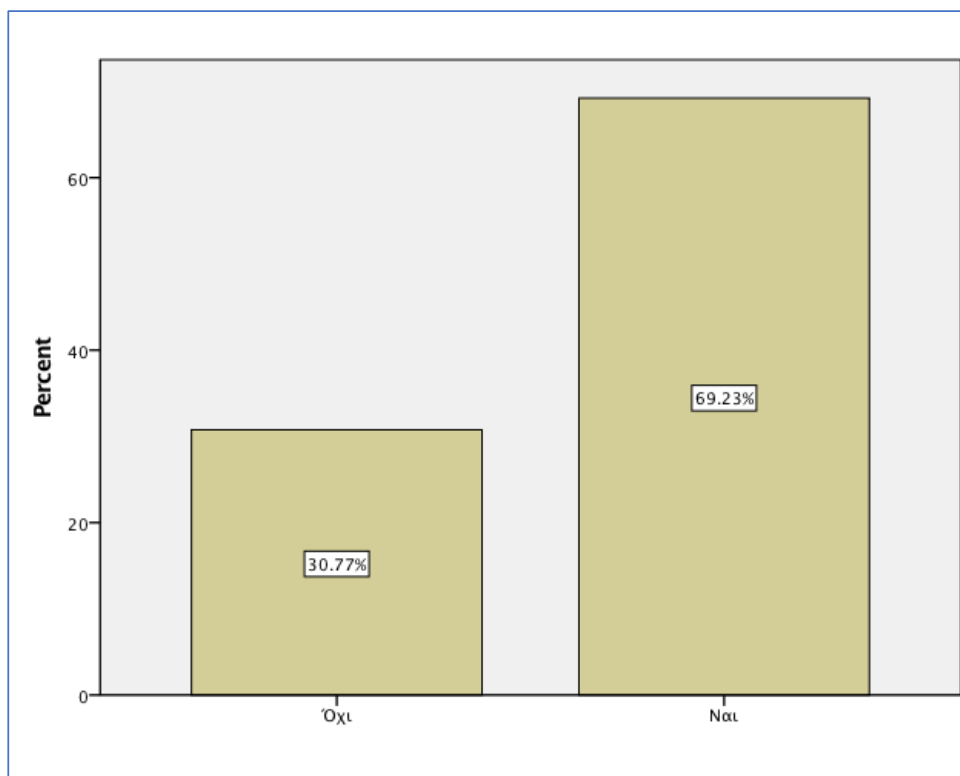
19. Καταναλώνετε συχνά μπύρα;

Ο Πίνακας 32 και το Διάγραμμα 20 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «καταναλώνετε συχνά μπύρα;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 69,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά μπύρα, ενώ το 30,8% ότι δεν καταναλώνει συχνά.

Πίνακας 32: Καταναλώνετε συχνά μπύρα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	29.6	30.8	30.8
Ναι	72	66.7	69.2	100.0
Σύνολο	104	96.3	100.0	

Missing System	4	3.7	
Σύνολο	108	100.0	



Διάγραμμα 20: Καταναλώνετε συχνά μπύρα;

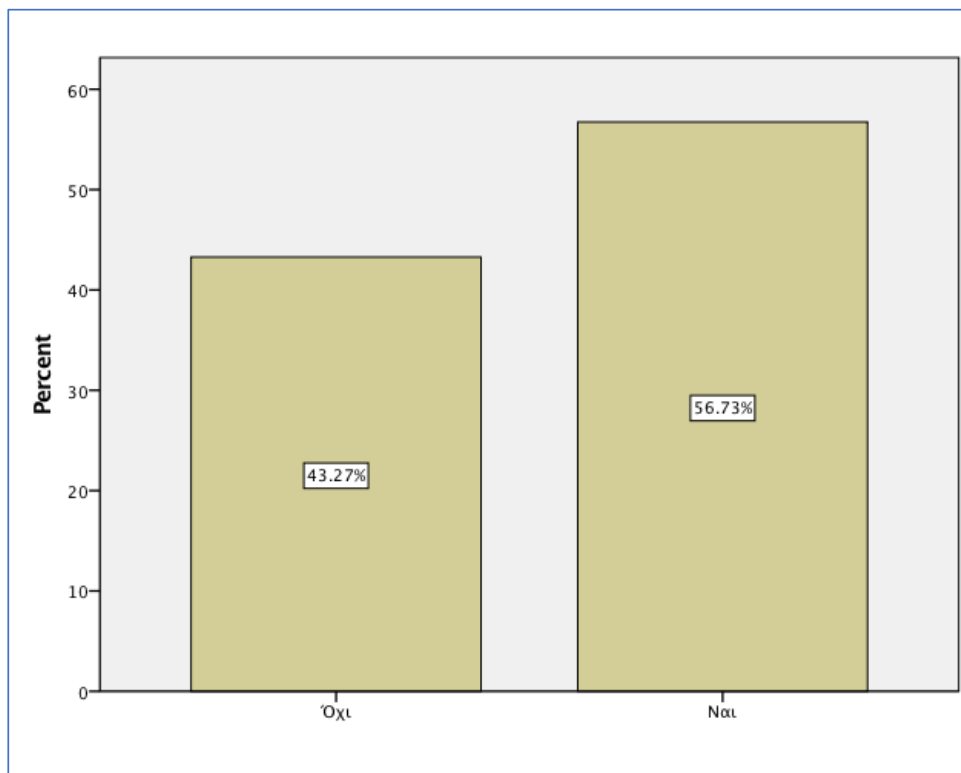
20. Καταναλώνετε συχνά κρασί;

Ο Πίνακας 33 και το Διάγραμμα 21 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «καταναλώνετε συχνά κρασί;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 56,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά κρασί, ενώ το 43,3% ότι δεν καταναλώνει συχνά.

Πίνακας 33: Καταναλώνετε συχνά κρασί;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	45	41.7	43.3	43.3

Ναι	59	54.6	56.7	100.0
Σύνολο	104	96.3	100.0	
Missing System	4	3.7		
Σύνολο	108	100.0		



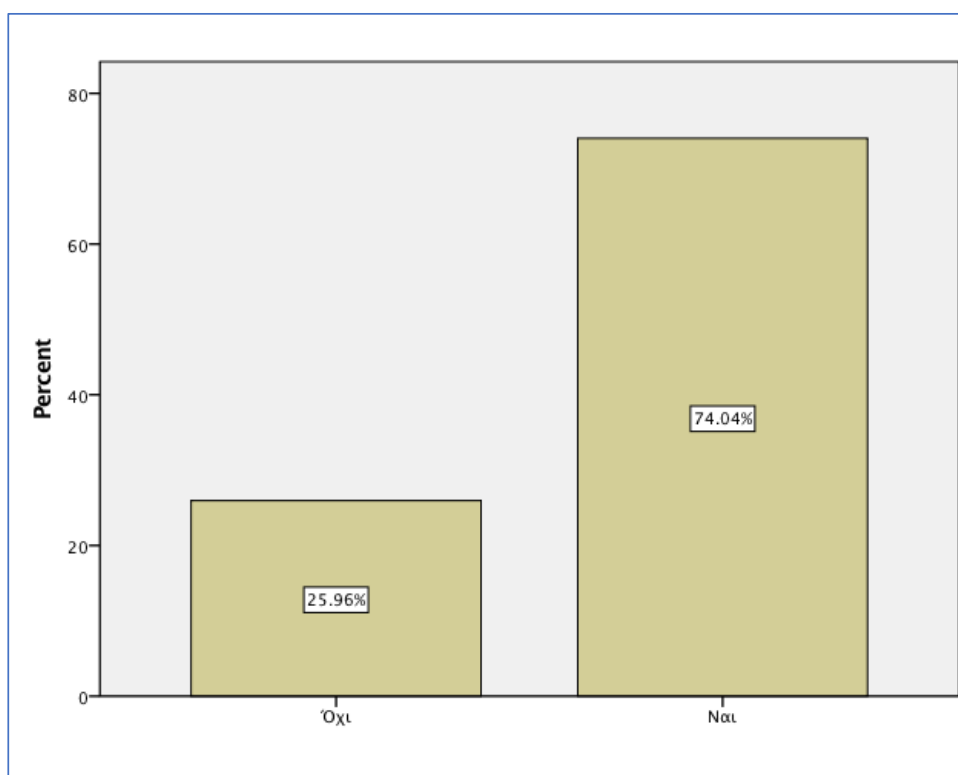
Διάγραμμα 21: Καταναλώνετε συχνά κρασί;

21. Καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ.;

Ο Πίνακας 34 και το Διάγραμμα 22 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ.» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 74% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ., ενώ το 26% ότι δεν καταναλώνει συχνά.

Πίνακας 34: Καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ.;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	27	25.0	26.0	26.0
Ναι	77	71.3	74.0	100.0
Σύνολο	104	96.3	100.0	
Missing System	4	3.7		
Σύνολο	108	100.0		



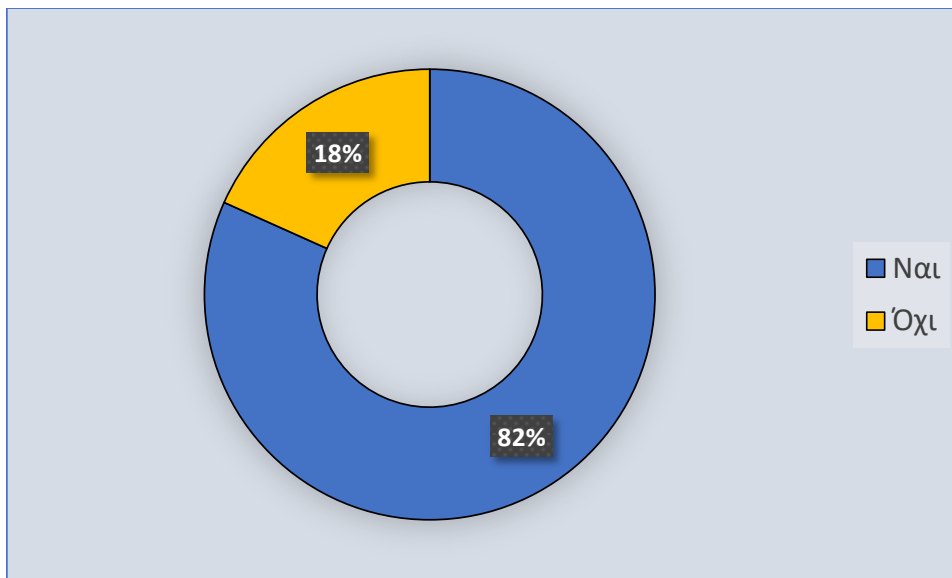
Διάγραμμα 22: Καταναλώνετε συχνά ποτά όπως βότκα, ούισκι, τζιν κλπ.;

22. Καταναλώνετε συχνά γενικά κάποιο αλκοόλ;

Ο Πίνακας 35 και το Διάγραμμα 23 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «καταναλώνετε συχνά κάποιο αλκοόλ.» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 81,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά κάποιο αλκοόλ, ενώ το 18,3% ότι δεν καταναλώνει συχνά.

Πίνακας 35: Καταναλώνετε συχνά γενικά κάποιο αλκοόλ;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	19	17.6	18.3	18.3
Ναι	85	78.7	81.7	100.0
Σύνολο	104	96.3	100.0	
Missing System	4	3.7		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 23: Καταναλώνετε συχνά γενικά κάποιο αλκοόλ;

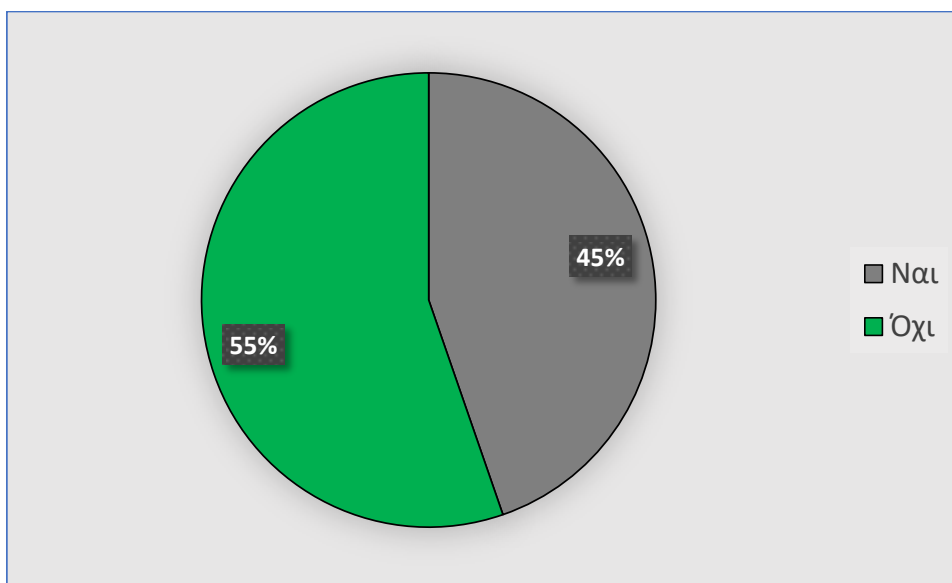
23. Καπνίζετε;

Ο Πίνακας 36 και το Διάγραμμα 24 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με το αν καπνίζει το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, το 55,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν καπνίζει, ενώ το 44,7% ότι καπνίζει.

Πίνακας 36: Καπνίζετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό

Όχι	57	52.8	55.3	55.3
Ναι	46	42.6	44.7	100.0
Σύνολο	103	95.4	100.0	
Missing System	5	4.6		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 24: Καπνίζετε;

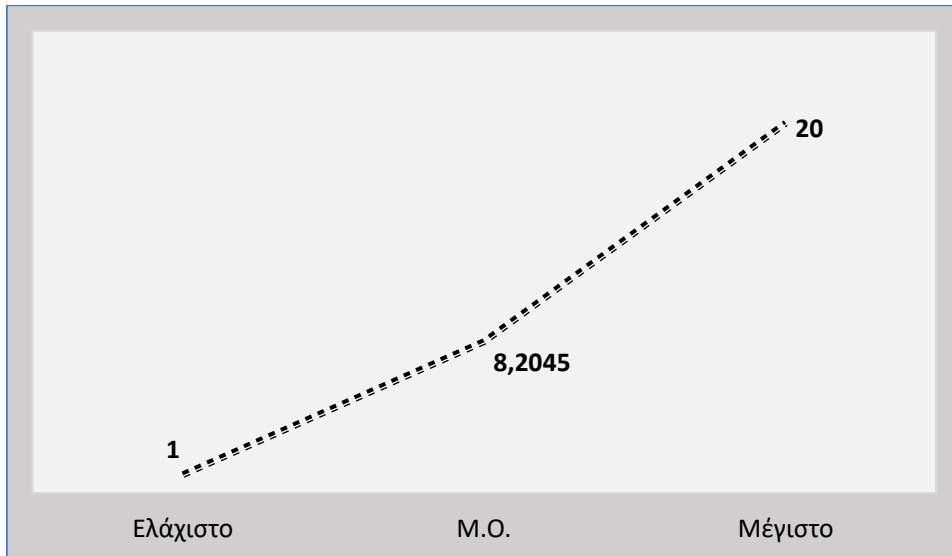
24. Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

Ο Πίνακας 37 και το Διάγραμμα 25 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τον αριθμό των ημερήσιων τσιγάρων που καπνίζει το δείγμα (απαντήσεις που δόθηκαν αποκλειστικά από τους ερωτώμενους που δήλωσαν καπνιστές). Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή ημερήσιων τσιγάρων που καπνίζει το δείγμα είναι 1 τσιγάρο, η μέγιστη τιμή 20 τσιγάρα και ο μέσος όρος στα 8,205 τσιγάρα.

Πίνακας 37: Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
--	---	----------	---------	------	-----------------

	44	1.00	20.00	8.2045	5.04205
N	44				



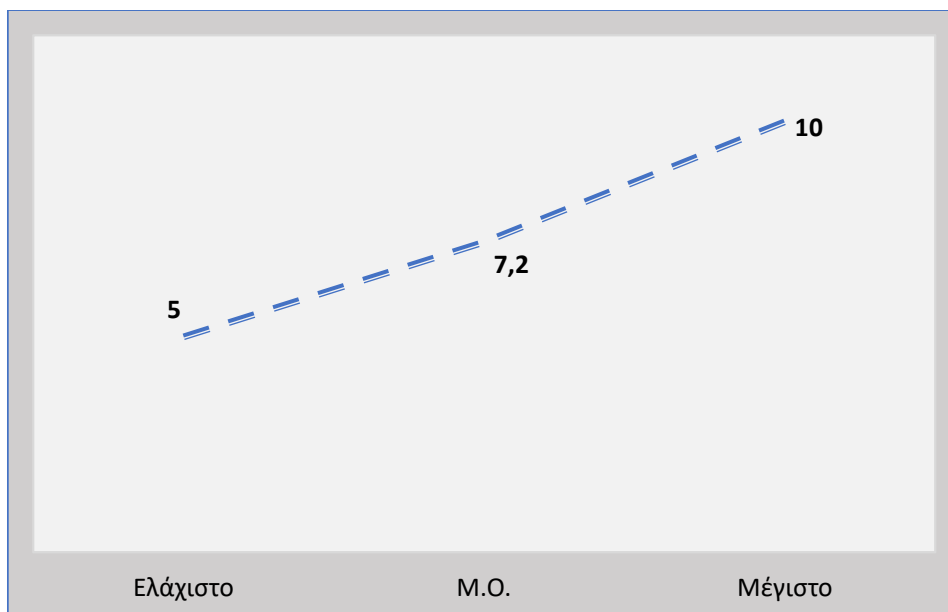
Διάγραμμα 25: Αν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

25. Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;

Ο Πίνακας 38 και το Διάγραμμα 26 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τον αριθμό των ωρών που κοιμάται το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή ωρών που κοιμάται το δείγμα είναι 5 ώρες, η μέγιστη τιμή 10 ώρες και ο μέσος όρος στις 7,2 ώρες.

Πίνακας 38: Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπική Απόκλιση
N	100	5.00	10.00	7.2000	1.13707
	100				



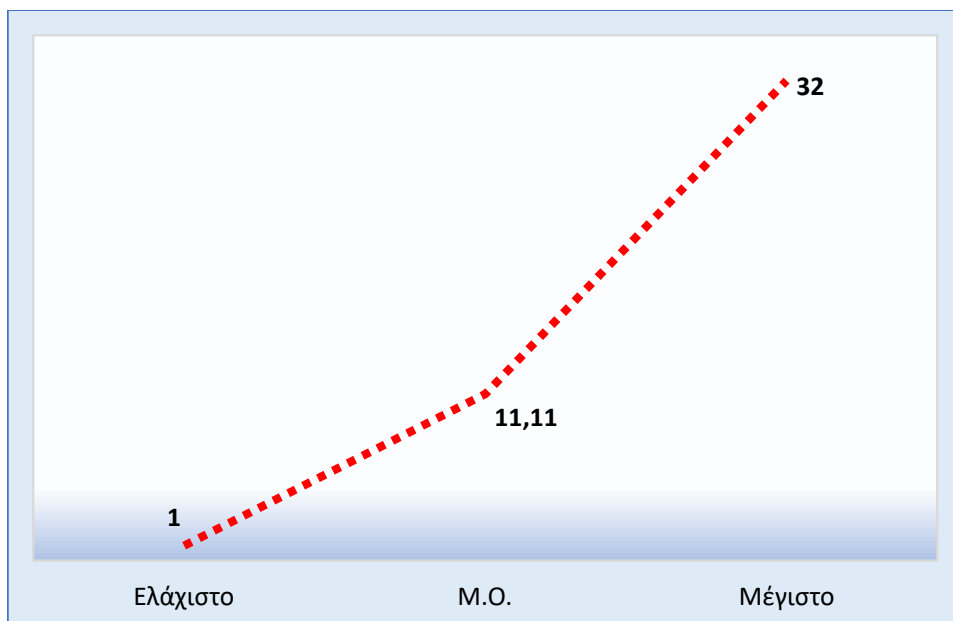
Διάγραμμα 26: Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;

26. Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;

Ο Πίνακας 39 και το Διάγραμμα 27 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τον αριθμό των ωρών που ασχολείται με το χορό το δείγμα την εβδομάδα. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή ωρών που ασχολείται με το χορό το δείγμα την εβδομάδα είναι 1 ώρα, η μέγιστη τιμή 32 ώρες και ο μέσος όρος στις 11,111 ώρες.

Πίνακας 39: Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπική Απόκλιση
N	99	1.00	32.00	11.1111	7.44351



Διάγραμμα 27: Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;

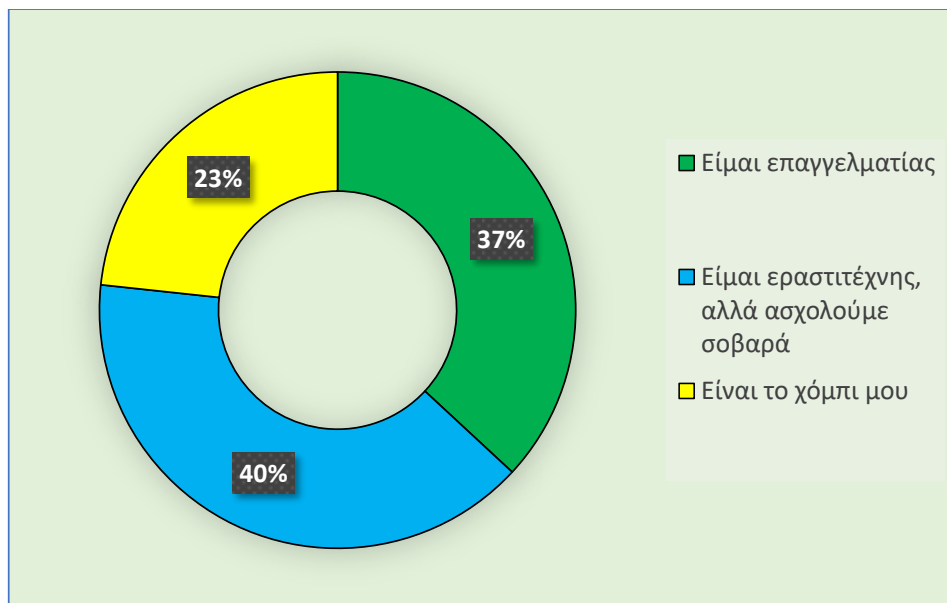
27. Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό;

Ο Πίνακας 40 και το Διάγραμμα 28 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 39,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είναι ερασιτέχνης, αλλά ασχολείται σοβαρά με το χορό, ενώ το 36,9% ότι είναι επαγγελματίας.

Πίνακας 40: Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Είμαι επαγγελματίας	38	35.2	36.9	36.9
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμε σοβαρά	41	38.0	39.8	76.7
Είναι το χόμπι μου	24	22.2	23.3	100.0
Σύνολο	103	95.4	100.0	
Missing System	5	4.6		

Σύνολο	108	100.0		
--------	-----	-------	--	--



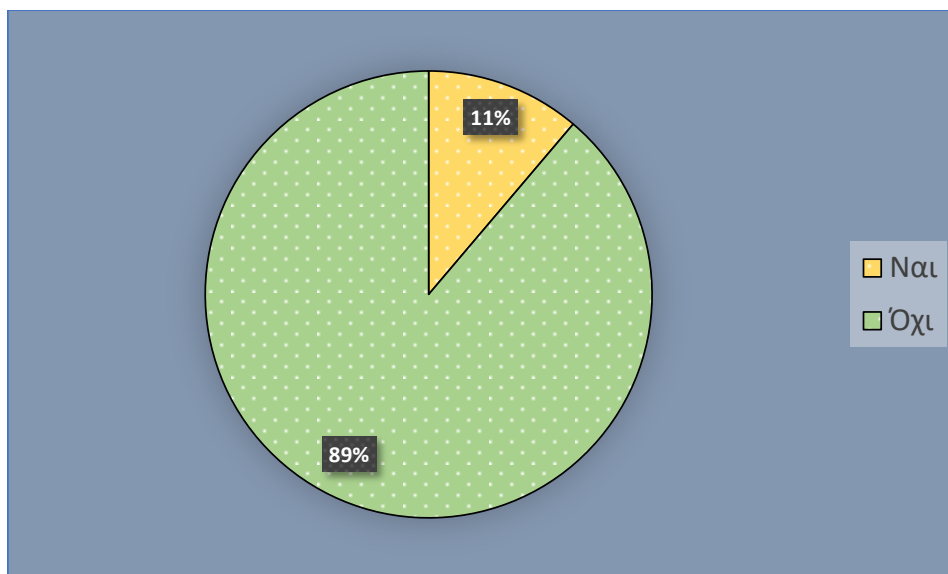
Διάγραμμα 28: Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό;

28. Ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο;

Ο Πίνακας 41 και το Διάγραμμα 29 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 88,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ακολουθεί κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο, ενώ το 11,2% ότι ακολουθεί.

Πίνακας 41: Ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	95	88.0	88.8	88.8
Ναι	12	11.1	11.2	100.0
Σύνολο	107	99.1	100.0	
Missing System	1	.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 29: Ακολουθείτε κάποια διαίτα την τρέχουσα περίοδο;

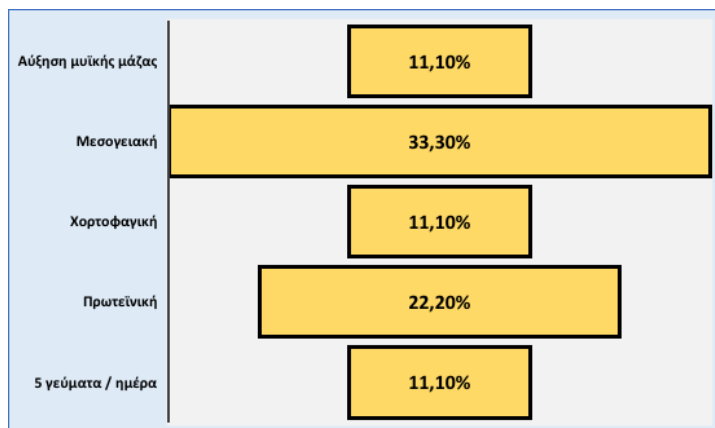
29. Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο διαίτας

Ο Πίνακας 42 και το Διάγραμμα 30 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με τον τύπο διαίτας που ακολουθεί το δείγμα (απαντήθηκε αποκλειστικά από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ακολουθούν κάποια διαίτα την τρέχουσα περίοδο). Πιο συγκεκριμένα, το 33,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ακολουθεί τον τύπο της Μεσογειακής διαίτας, ενώ το 22,2% ότι ακολουθεί τον τύπο πρωτεϊνικής διαίτας.

Πίνακας 42: Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο διαίτας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αύξηση μυϊκής μάζας	1	.9	11.1	11.1
Μεσογειακή	3	2.8	33.3	44.4
Χορτοφαγική	1	.9	11.1	55.6
Πρωτεϊνική	2	1.9	22.2	77.8
5 γεύματα / ημέρα	1	.9	11.1	88.9
Θερμιδική	1	.9	11.1	100.0

Σύνολο	9	8.3	100.0
Missing System	99	91.7	
Σύνολο	108	100.0	



Διάγραμμα 30: Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο δίαιτας

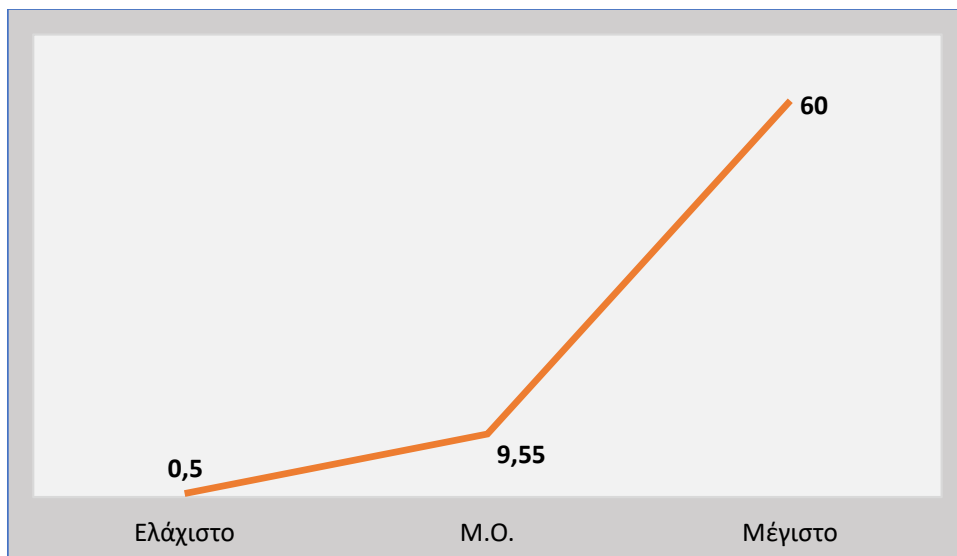
30. Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν τη δίαιτα (σε μήνες);

Ο Πίνακας 43 και το Διάγραμμα 31 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με τον αριθμό των μηνών που ακολουθεί δίαιτα το δείγμα (απάντηση που δόθηκε αποκλειστικά από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα τη δεδομένη χρονική στιγμή). Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του αριθμού των μηνών του δείγματος που ακολουθεί δίαιτα είναι μισός μήνας, η μέγιστη τιμή 60 μήνες και ο μέσος όρος στους 9,55 μήνες.

Πίνακας 43: Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν τη δίαιτα (σε μήνες);

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
	11	0.5	60	9.55	17.201

N	11			
---	----	--	--	--



Διάγραμμα 31: Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν τη δίαιτα (σε μήνες);

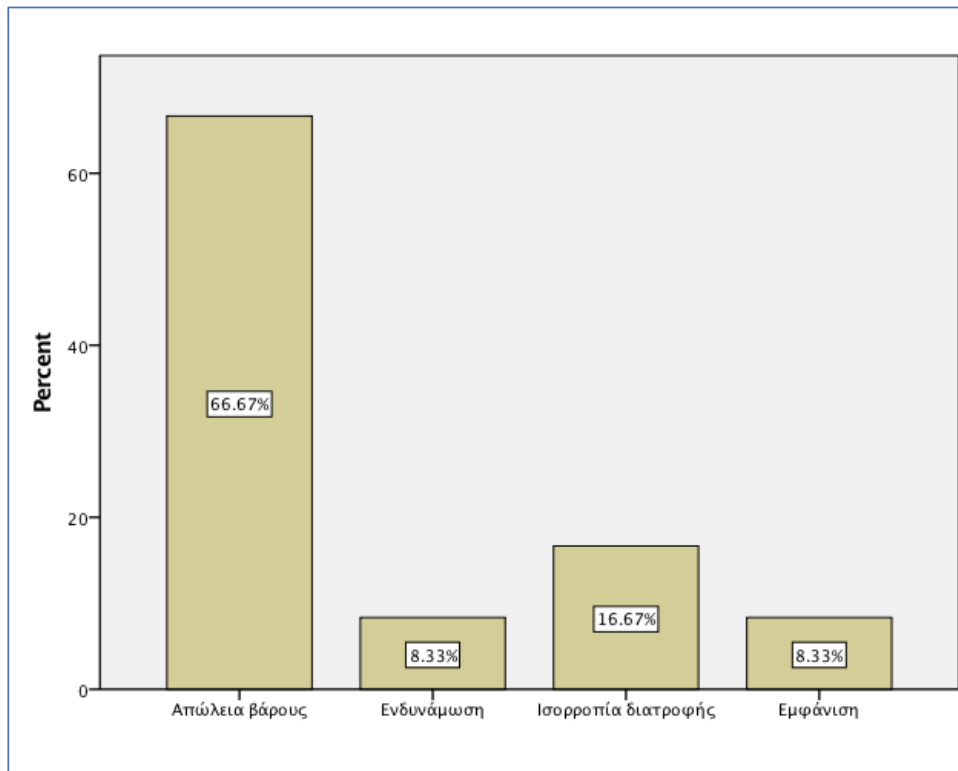
31. Για ποιον λόγο ακολουθείτε δίαιτα;

Ο Πίνακας 44 και το Διάγραμμα 32 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με τον λόγο που ακολουθεί δίαιτα το δείγμα (απαντήθηκε αποκλειστικά από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ακολουθούν κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο). Πιο συγκεκριμένα, το 66,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ακολουθεί δίαιτα για απώλεια βάρους, ενώ το 16,7% ότι ακολουθεί για ισορροπία διατροφής.

Πίνακας 44: Για ποιον λόγο ακολουθείτε δίαιτα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απώλεια βάρους	8	7.4	66.7	66.7
Ενδυνάμωση	1	.9	8.3	75.0
Ισορροπία διατροφής	2	1.9	16.7	91.7
Εμφάνιση	1	.9	8.3	100.0
Σύνολο	12	11.1	100.0	
Missing System	96	88.9		

Σύνολο	108	100.0		
--------	-----	-------	--	--



Διάγραμμα 32: Για ποιον λόγο ακολουθείτε διαίτα;

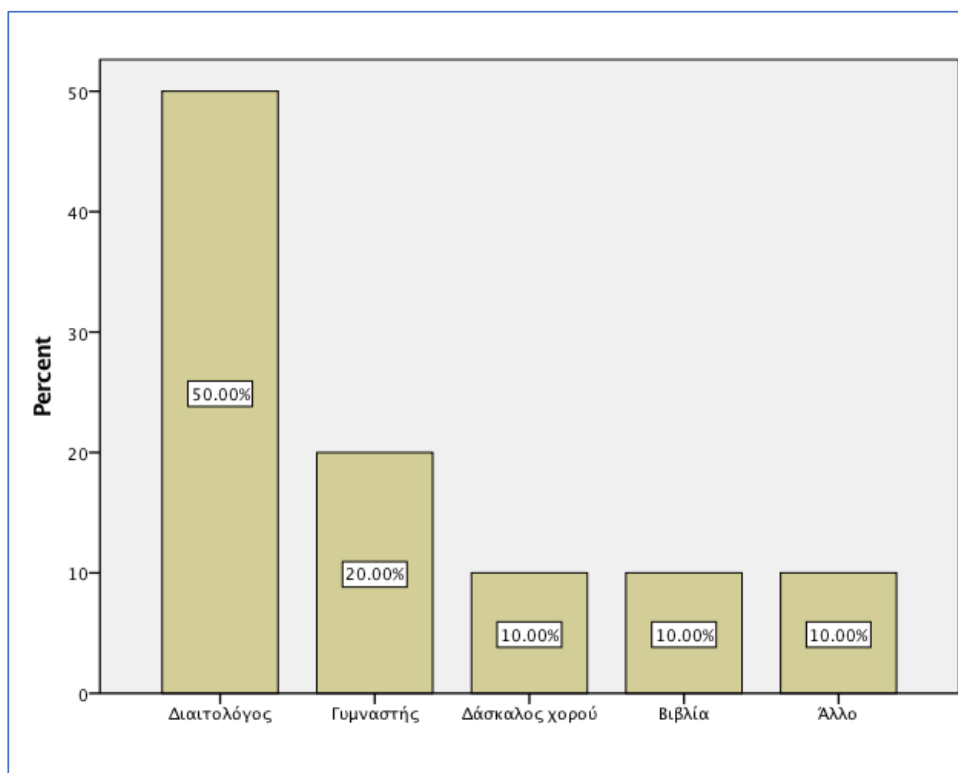
32. Ποιος σας σύστησε τη διαίτα που ακολουθείτε;

Ο Πίνακας 45 και το Διάγραμμα 33 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση «ποιος σας σύστησε τη διαίτα που ακολουθείτε;» του δείγματος (απαντήθηκε αποκλειστικά από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ακολουθούν κάποια διαίτα την τρέχουσα περίοδο). Πιο συγκεκριμένα, το 50% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τη διαίτα που ακολουθεί διαίτα του την σύστησε διαιτολόγος, ενώ το 20% ότι του την σύστησε γυμναστής.

Πίνακας 45: Ποιος σας σύστησε τη διαίτα που ακολουθείτε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό

Διαιτολόγος	5	4.6	50.0	50.0
Γυμναστής	2	1.9	20.0	70.0
Δάσκαλος χορού	1	.9	10.0	80.0
Βιβλία	1	.9	10.0	90.0
Άλλο	1	.9	10.0	100.0
Σύνολο	10	9.3	100.0	
Missing System	98	90.7		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 33: Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα που ακολουθείτε;

B. Mediterranean diet

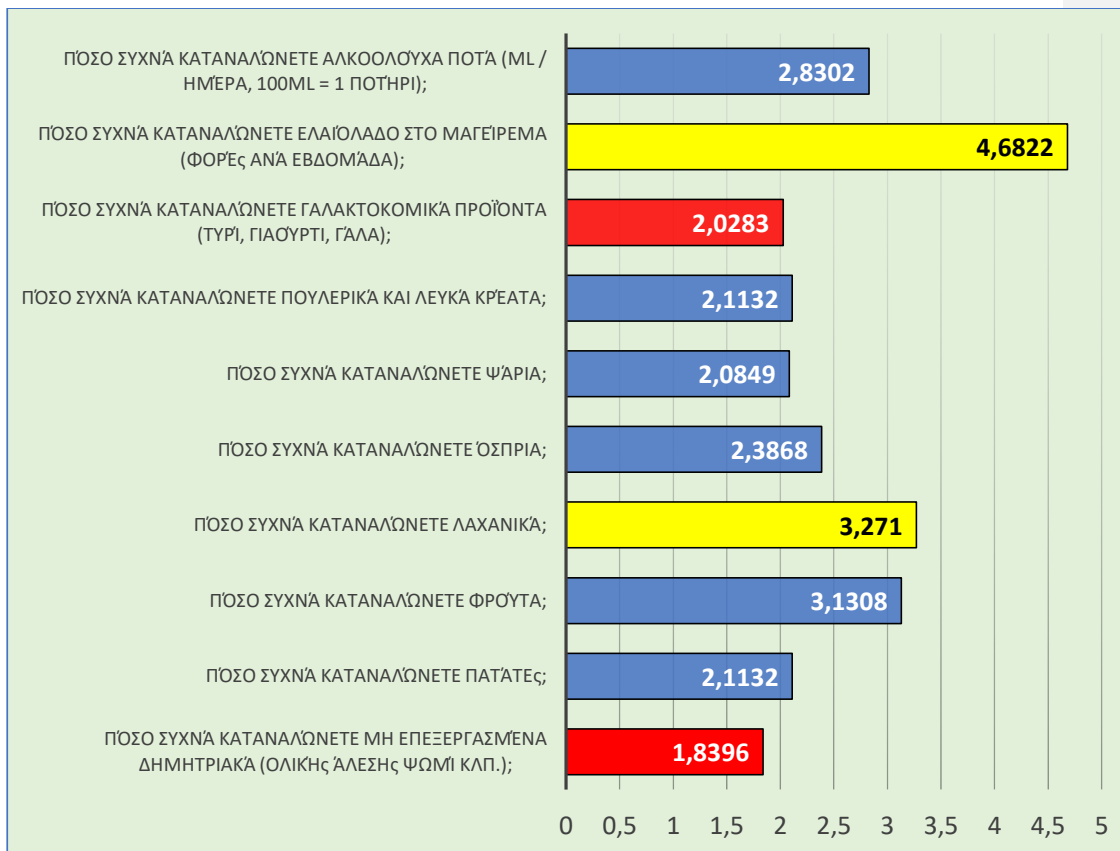
1. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι Mediterranean diet

Ο Πίνακας 46 και το Διάγραμμα 34 παρουσιάζουν τους συγκεντρωτικούς μέσους όρους συχνότητας των ερωτήσεων που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο

«Mediterranean diet». Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου «Mediterranean diet» που εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι το «πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα)» και το «πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά» με μέσο όρο συχνότητας 4,6822 και 3,2710 αντίστοιχα (όπου min = 0 και max = 5), ενώ οι ερωτήσεις που εμφανίζουν χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι το «πόσο συχνά καταναλώνετε μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης ψωμί κλπ.)» και το «πόσο συχνά καταναλώνετε γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα)» με μέσο όρο συχνότητας 1,8396 και 2,0283 αντίστοιχα (όπου min = 0 και max = 5).

Πίνακας 46: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι Mediterranean diet

A/A	Ερώτηση	Μέσος όρος απαντήσεων (όπου, min = 0 / max = 5)	Τυπική απόκλιση	Χαρακτηρισμός υψηλής συχνότητας
1	Πόσο συχνά καταναλώνετε μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης ψωμί κλπ.);	1,8396	0,98693	Θετικός
2	Πόσο συχνά καταναλώνετε πατάτες;	2,1132	0,63727	Θετικός
3	Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα;	3,1308	1,08231	Θετικός
4	Πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά;	3,2710	1,01470	Θετικός
5	Πόσο συχνά καταναλώνετε όσπρια;	2,3868	0,91100	Θετικός
6	Πόσο συχνά καταναλώνετε ψάρια;	2,0849	0,95736	Θετικός
7	Πόσο συχνά καταναλώνετε πουλερικά και λευκά κρέατα;	2,1132	1,14908	Αρνητικός
8	Πόσο συχνά καταναλώνετε γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα);	2,0283	1,17480	Αρνητικός
9	Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);	4,6822	0,73457	Θετικός
10	Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά (ml / ημέρα, 100ml = 1 ποτήρι);	2,8302	2,01174	Αρνητικός



Διάγραμμα 34: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι Mediterranean diet

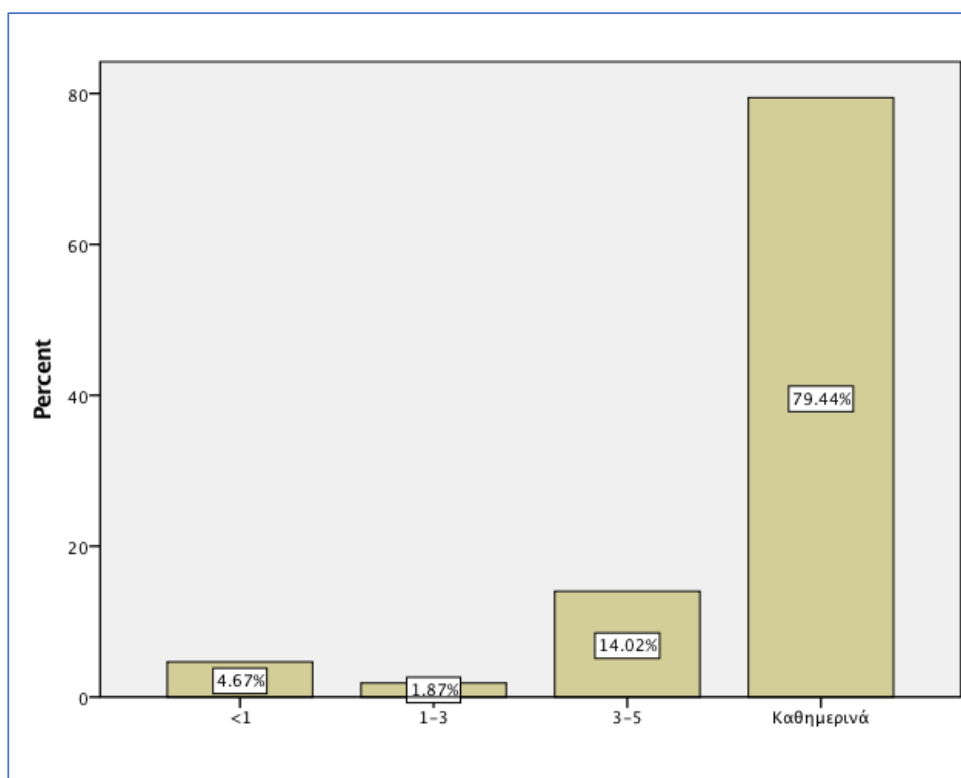
2. Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);

Ο Πίνακας 47 και το Διάγραμμα 35 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με την ερώτηση του ερωτηματολογίου Mediterranean diet «πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα;» του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 79,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει ελαιόλαδο στο μαγείρεμα καθημερινά, ενώ το 14% ότι καταναλώνει από 3 έως 5 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 47: Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<1	5	4.6	4.7	4.7

1-3	2	1.9	1.9	6.5
3-5	15	13.9	14.0	20.6
Καθημερινά	85	78.7	79.4	100.0
Σύνολο	107	99.1	100.0	
Missing System	1	.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 35: Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);

Επιπλέον, από τον παρακάτω Πίνακα Statistics παρατηρείται ότι η διάμεσος (median) > M.O., άρα έχουμε αρνητική ασυμμετρία με τις παρατηρήσεις να είναι μαζεμένες στα δεξιά της κατανομής. Επίσης, ο συντελεστής μεταβλητότητας ($CV = \frac{std. Deviation}{M.O.} * 100$) είναι 15,69% > 10%, άρα το δείγμα δεν είναι ομοιογενές. Ο συντελεστής ασυμμετρίας (Skewness) φανερώνει την αρνητική ασυμμετρία, ενώ ο

συντελεστής κυρτότητας (Kurtosis) φανερώνει μια λεπτόκυρτη κατανομή. Τέλος, το εσωτερικό μισό βρίσκεται στην απάντηση πέντε.

Statistics		
N	Έγκυρο	107
	Missing	1
M.O.		4.6822
Median		5.0000
Mode		5.00
Τυπική Απόκλιση		.73457
Variance		.540
Skewness		-2.621
Std. Error of Skewness		.234
Kurtosis		6.478
Std. Error of Kurtosis		.463
Range		3.00
Ελάχιστο		2.00
Μέγιστο		5.00
Ποσοστά	25	5.0000
	50	5.0000
	75	5.0000

3. Mediterranean diet score

Ο Πίνακας 48 και το Διάγραμμα 36 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά με το Mediterranean diet score του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του Mediterranean diet score του δείγματος είναι 16 μονάδες, η μέγιστη τιμή 41 μονάδες και ο μέσος όρος στις 23,626 μονάδες.

Πίνακας 48: Mediterranean diet score

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική απόκλιση
N	107	16.00	41.00	23.6262	3.91784



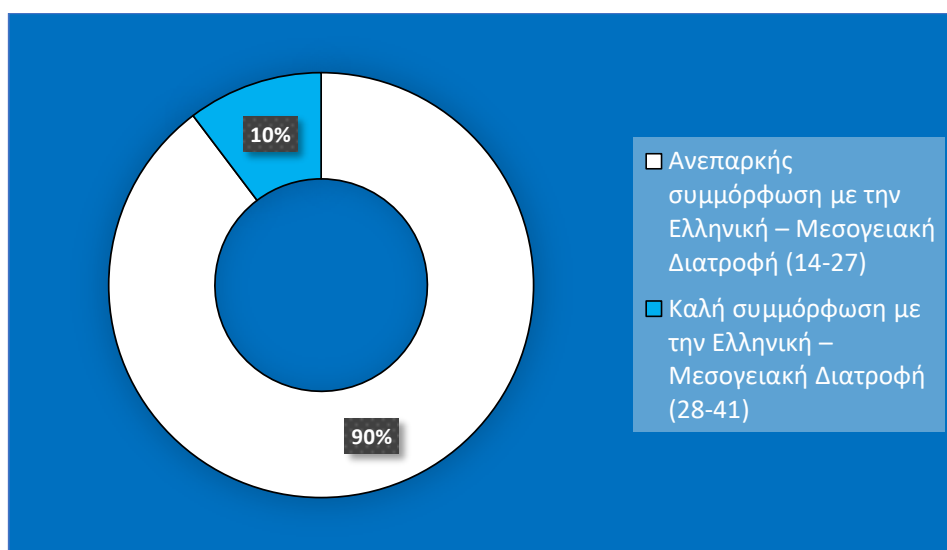
Διάγραμμα 36: Mediterranean diet score

4. Χαρακτηρισμός Mediterranean diet score δείγματος

Ο Πίνακας 49 και το Διάγραμμα 37 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με τον χαρακτηρισμό του Mediterranean diet score του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 89,7% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζονται ως προς το Mediterranean diet score ως «ανεπαρκής συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή διατροφή (από 14 έως 27 μονάδες), ενώ το 10,3% ως «καλή συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή διατροφή (από 28 έως 41 μονάδες).

Πίνακας 49: Χαρακτηρισμός Mediterranean diet score δείγματος

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ανεπαρκής συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή Διατροφή (14-27)	96	88.9	89.7	89.7
Καλή συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή Διατροφή (28-41)	11	10.2	10.3	100.0
Σύνολο	107	99.1	100.0	
Missing System	1	.9		
Σύνολο	108	100.0		



Διάγραμμα 37: Χαρακτηρισμός Mediterranean diet score δείγματος

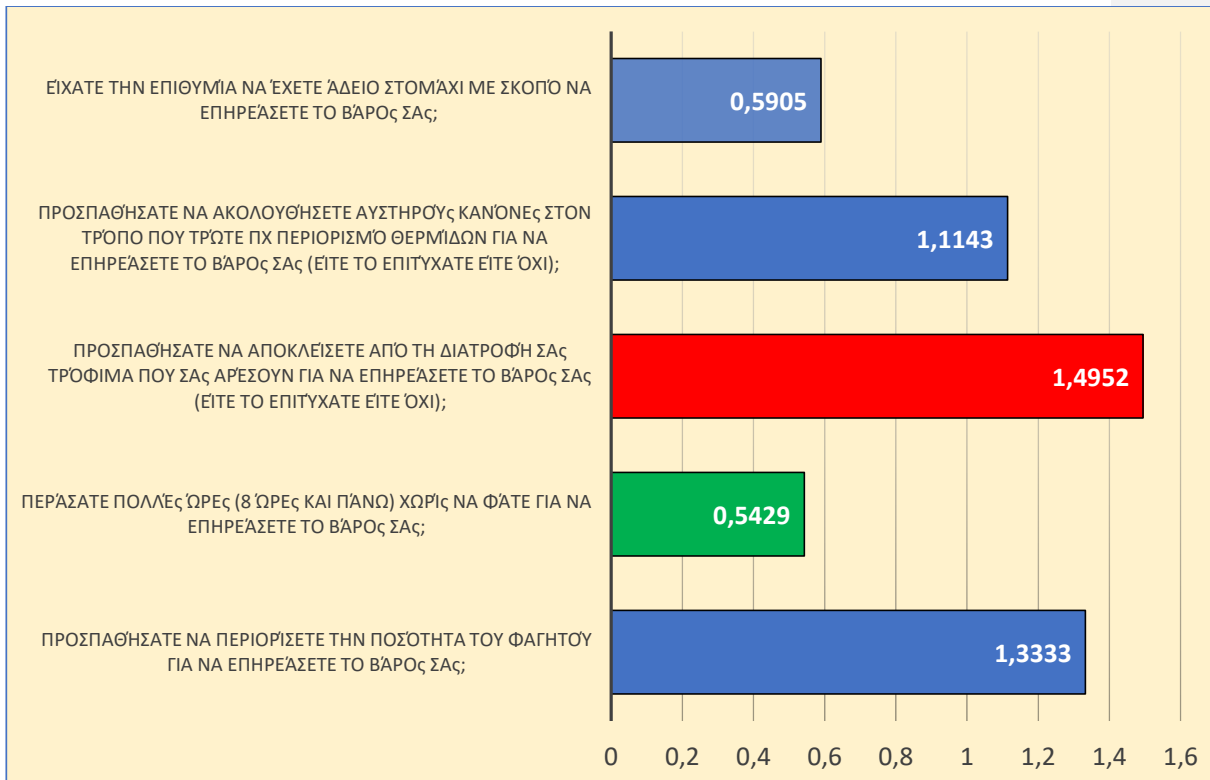
Γ.1 Eating Disorders Examination - Questionnaire

1. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι περιορισμού – restraint

Ο Πίνακας 50 και το Διάγραμμα 38 παρουσιάζουν τους μέσους όρους των απαντήσεων που σχετίζονται με την κατηγορία “περιορισμός” – restraint του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση που εμφανίζει χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας στην κατηγορία περιορισμού είναι η «περάσατε πολλές ώρες (8 ώρες και πάνω) χωρίς να φάτε για να επηρεάσετε το βάρος σας;» με μέσο όρο συχνότητας 0,5429, ενώ η ερώτηση που εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι η «προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας τρόφιμα που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το επιτύχατε είτε όχι);» με μέσο όρο συχνότητας 1,4952 (όπου, min = 0 και max = 6).

Πίνακας 50: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι περιορισμού – restraint

A/A	Ερώτηση	Μέσος όρος απαντήσεων (όπου, min = 0 / max = 6)	Τυπική απόκλιση
1	Προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα του φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;	1,3333	1,70783
2	Περάσατε πολλές ώρες (8 ώρες και πάνω) χωρίς να φάτε για να επηρεάσετε το βάρος σας;	0,5429	1,18507
3	Προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας τρόφιμα που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το επιτύχατε είτε όχι);	1,4952	1,83515
4	Προσπαθήσατε να ακολουθήσετε αυστηρούς κανόνες στον τρόπο που τρώτε πχ περιορισμό θερμίδων για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το επιτύχατε είτε όχι);	1,1143	1,68885
5	Είχατε την επιθυμία να έχετε άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσετε το βάρος σας;	0,5905	1,04417



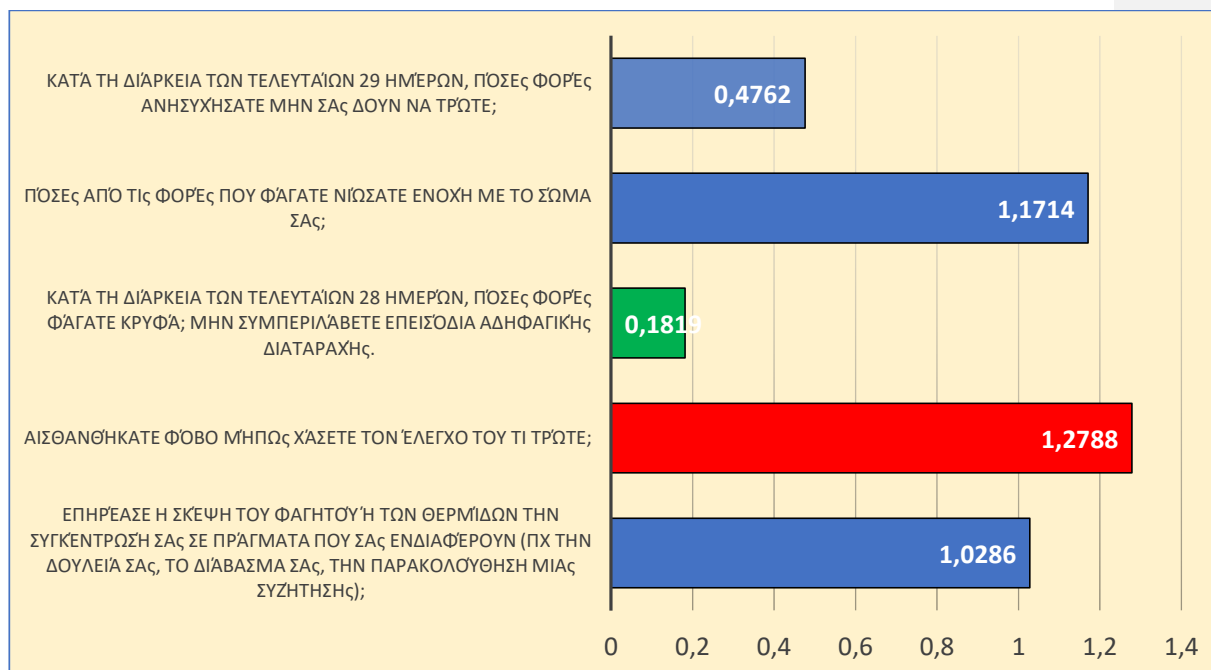
Διάγραμμα 38: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι περιορισμού – restraint

2. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας διατροφής – eating concern

Ο Πίνακας 51 και το Διάγραμμα 39 παρουσιάζουν τους μέσους όρους των απαντήσεων που σχετίζονται με την κατηγορία ανησυχία διατροφής – eating concern του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση που εμφανίζει χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας στην κατηγορία ανησυχίας διατροφής είναι η «κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές φάγατε κρυφά; Μην συμπεριλάβετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής» με μέσο όρο συχνότητας 0,1819, ενώ η ερώτηση που εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι η «αισθανθήκατε φόβο μήπως χάσετε τον έλεγχο του τι τρώτε;» με μέσο όρο συχνότητας 1,2788 (όπου, min = 0 και max = 6).

Πίνακας 51: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας διατροφής – eating concern

A/A	Ερώτηση	Μέσος όρος απαντήσεων (όπου, min = 0 / max = 6)	Τυπική απόκλιση
1	Επηρέασε η σκέψη του φαγητού ή των θερμίδων την συγκέντρωσή σας σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (πχ την δουλειά σας, το διάβασμα σας, την παρακολούθηση μιας συζήτησης);	1,0286	1,60202
2	Αισθανθήκατε φόβο μήπως χάσετε τον έλεγχο του τι τρώτε;	1,2788	1,68060
3	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές φάγατε κρυφά; Μην συμπεριλάβετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής.	0,1819	0,49577
4	Πόσες από τις φορές που φάγατε νιώσατε ενοχή με το σώμα σας;	1,1714	1,54084
5	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 29 ημερών, πόσες φορές ανησυχήσατε μην σας δουν να τρώτε;	0,4762	1,16103



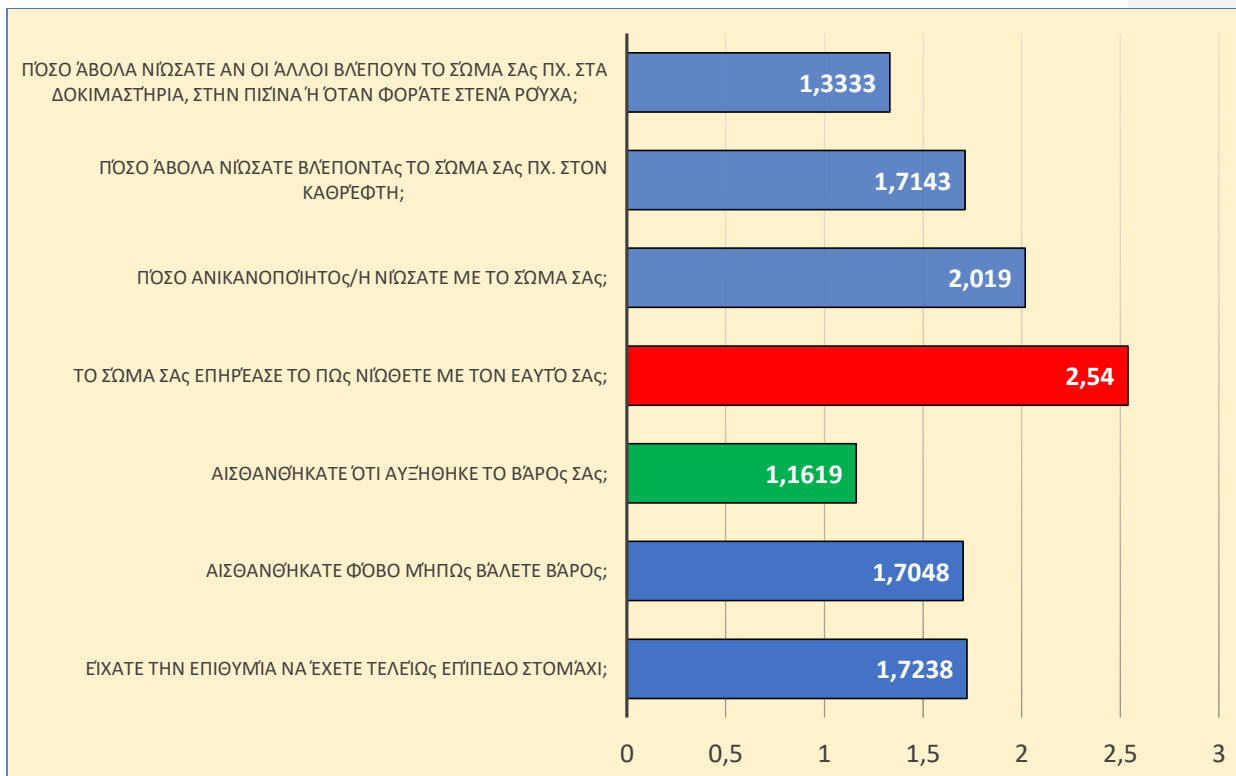
Διάγραμμα 39: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας διατροφής – eating concern

3. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern

Ο Πίνακας 52 και το Διάγραμμα 40 παρουσιάζουν τους μέσους όρους των απαντήσεων που σχετίζονται με την κατηγορία ανησυχία σχήματος – shape concern του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση που εμφανίζει χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας στην κατηγορία ανησυχίας σχήματος είναι η «αισθανθήκατε ότι αυξήθηκε το βάρος σας;» με μέσο όρο συχνότητας 1,1619, ενώ η ερώτηση που εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι η «το σώμα σας επηρέασε το πως νιώθετε με τον εαυτό σας;» με μέσο όρο συχνότητας 2,5400 (όπου, min = 0 και max = 6).

Πίνακας 52: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern

A/A	Ερώτηση	Μέσος όρος απαντήσεων (όπου, min = 0 / max = 6)	Τυπική απόκλιση
1	Είχατε την επιθυμία να έχετε τελείως επίπεδο στομάχι;	1,7238	2,20356
2	Αισθανθήκατε φόβο μήπως βάλετε βάρος;	1,7048	1,98999
3	Αισθανθήκατε ότι αυξήθηκε το βάρος σας;	1,1619	1,60002
4	Το σώμα σας επηρέασε το πως νιώθετε με τον εαυτό σας;	2,5400	2,00716
5	Πόσο ανικανοποίητος/η νιώσατε με το σώμα σας;	2,0190	1,82915
6	Πόσο άβολα νιώσατε βλέποντας το σώμα σας πχ. στον καθρέφτη;	1,7143	1,67398
7	Πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ. στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;	1,3333	1,63299



Διάγραμμα 40: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern

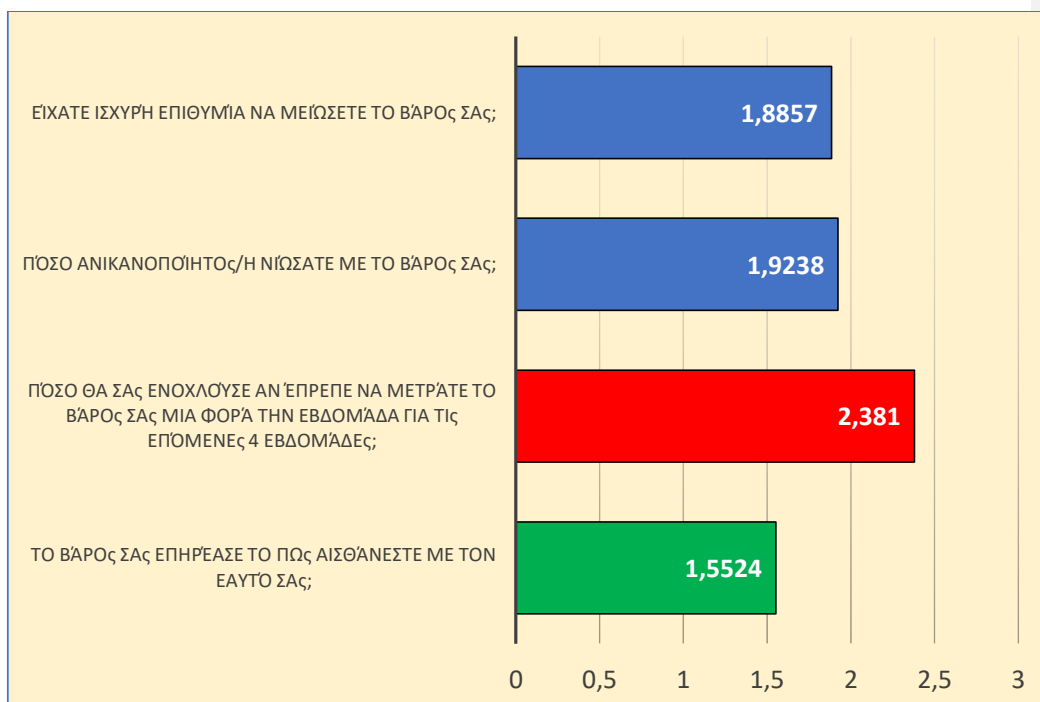
4. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας βάρους – weight concern

Ο Πίνακας 53 και το Διάγραμμα 41 παρουσιάζουν τους μέσους όρους των απαντήσεων που σχετίζονται με την κατηγορία ανησυχία βάρους – weight concern του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση που εμφανίζει χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας στην κατηγορία ανησυχίας βάρους είναι η «το βάρος σας επηρέασε το πως αισθάνεστε με τον εαυτό σας;» με μέσο όρο συχνότητας 1,5524, ενώ η ερώτηση που εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι η «πόσο θα σας ενοχλούσε αν έπρεπε να μετράτε το βάρος σας μια φορά την εβδομάδα για τις επόμενες 4 εβδομάδες;» με μέσο όρο συχνότητας 2,3810 (όπου, min = 0 και max = 6).

Πίνακας 53: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern

A/A	Ερώτηση	Μέσος όρος απαντήσεων (όπου, min = 0 / max = 6)	Τυπική απόκλιση

1	Το βάρος σας επηρέασε το πως αισθάνεστε με τον εαυτό σας;	1,5524	1,97085
2	Πόσο θα σας ενοχλούσε αν έπρεπε να μετράτε το βάρος σας μια φορά την εβδομάδα για τις επόμενες 4 εβδομάδες;	2,3810	2,00183
3	Πόσο ανικανοποίητος/η νιώσατε με το βάρος σας;	1,9238	2,09255
4	Είχατε ισχυρή επιθυμία να μειώσετε το βάρος σας;	1,8857	1,81508



Διάγραμμα 41 Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι ανησυχίας σχήματος - shape concern

Γ.2 Score eating questionnaire

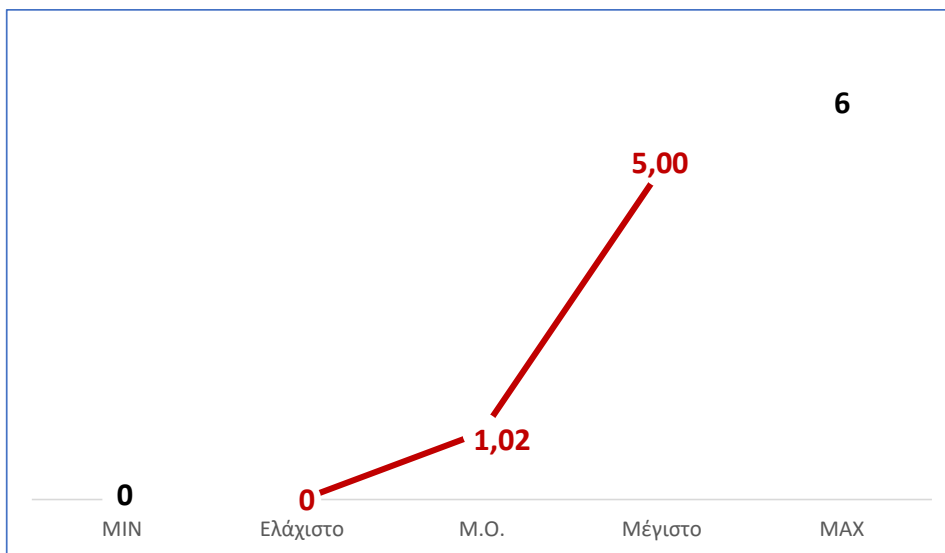
5. Περιορισμός – restraint

Ο Πίνακας 54 και το Διάγραμμα 42 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά το score διατήρησης (restrain) του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του score διατήρησης

(restrain) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 5 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,015 μονάδες (όπου min = 0 και max = 6).

Πίνακας 54: Περιορισμός – restraint

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	105	.00	5.00	1.0152	1.15781
	105				



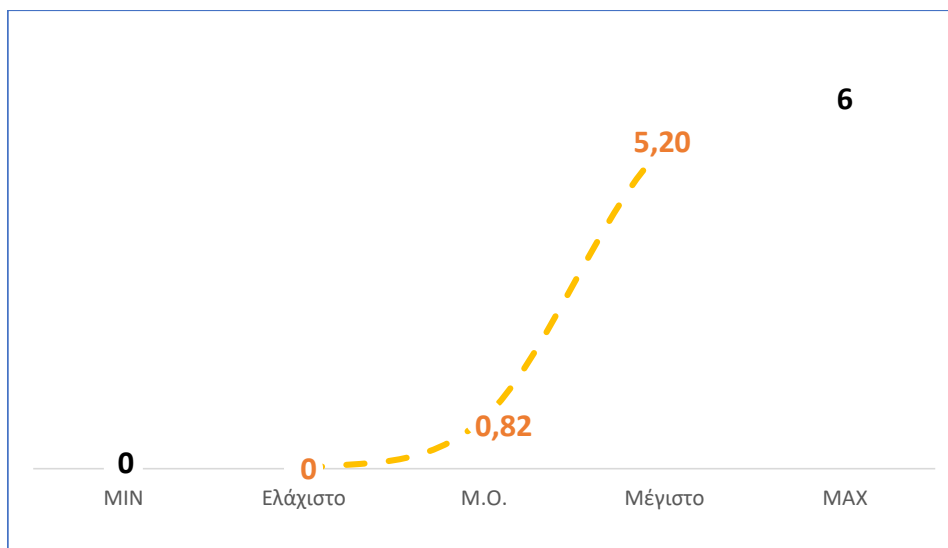
Διάγραμμα 42: Περιορισμός – restraint

6. Ανησυχία διατροφής – eating concern

Ο Πίνακας 55 και το Διάγραμμα 43 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά το score ανησυχίας διατροφής (eating concern) του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του score ανησυχίας διατροφής (eating concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 5,2 μονάδες και ο μέσος όρος στις 0,825 μονάδες (όπου min = 0 και max = 6).

Πίνακας 55: Ανησυχία διατροφής – eating concern

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	105	.00	5.20	.8248	1.02044
	105				



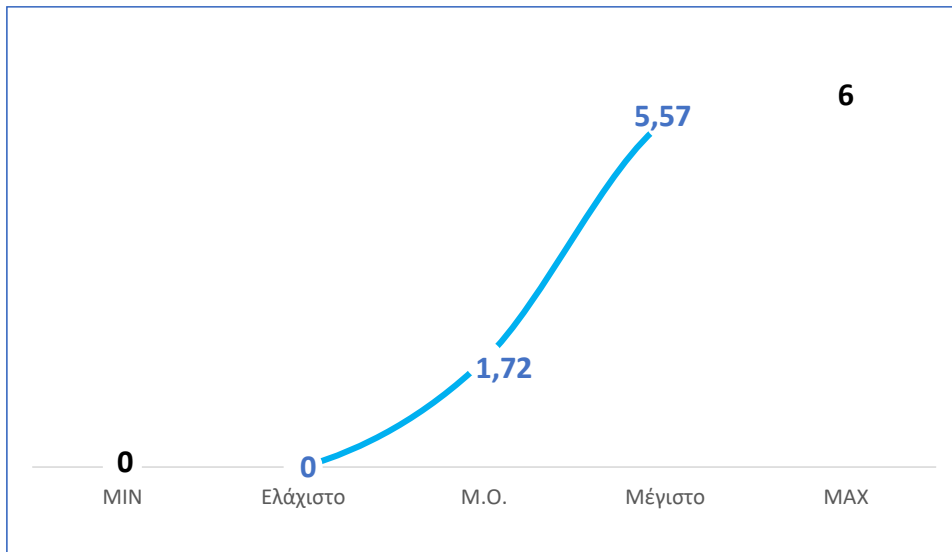
Διάγραμμα 43: Ανησυχία διατροφής – eating concern

7. Ανησυχία σχήματος - shape concern

Ο Πίνακας 56 και το Διάγραμμα 44 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά το score ανησυχίας σχήματος (shape concern) του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του score ανησυχίας σχήματος (shape concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 5,57 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,725 μονάδες (όπου min = 0 και max = 6).

Πίνακας 56: Ανησυχία σχήματος - shape concern

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
N	105	.00	5.57	1.7249	1.32262
	105				



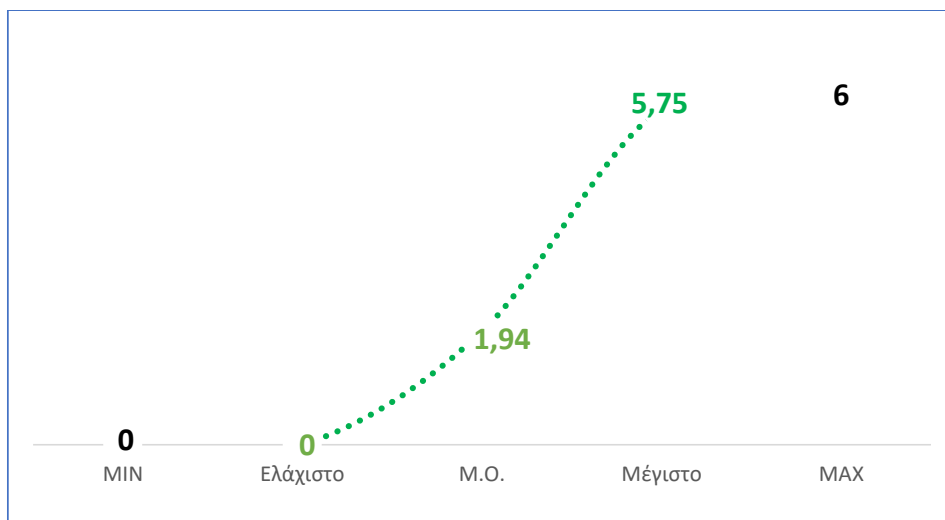
Διάγραμμα 44: Ανησυχία σχήματος - shape concern

8. Ανησυχία βάρους – Weight concern

Ο Πίνακας 57 και το Διάγραμμα 45 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά το score ανησυχίας βάρους (weight concern) του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του score ανησυχίας βάρους (weight concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 5,75 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,936 μονάδες (όπου min = 0 και max = 6).

Πίνακας 57: Ανησυχία βάρους – Weight concern

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τυπική Απόκλιση
N	105	.00	5.75	1.9357	1.46310



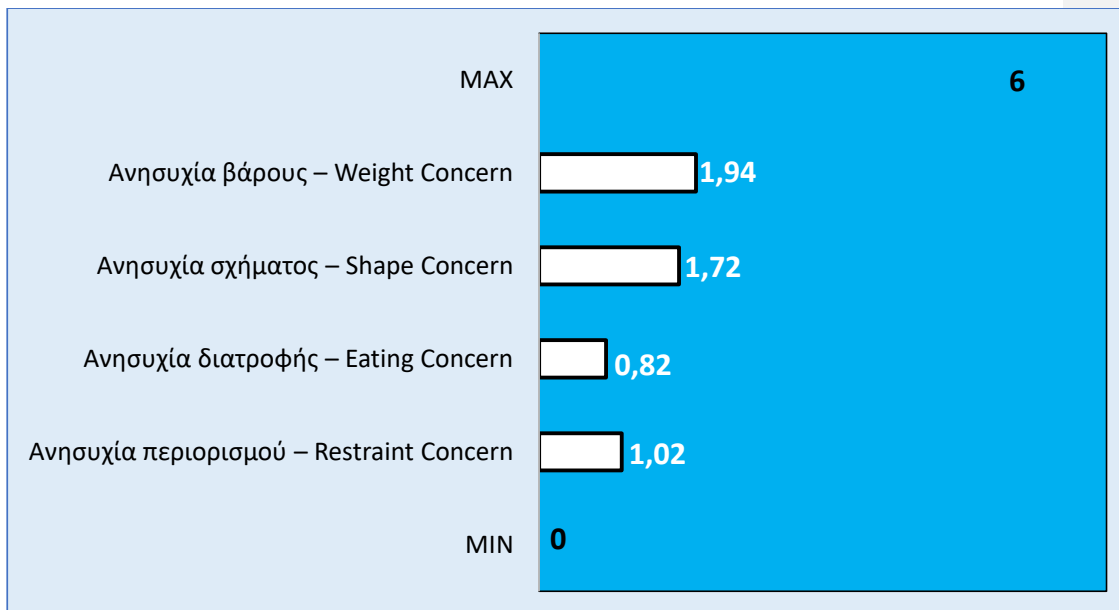
Διάγραμμα 45: Ανησυχία βάρους – Weight concern

9. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι παραγόντων ανησυχίας

Ο Πίνακας 58 και το Διάγραμμα 46 παρουσιάζουν τους συγκεντρωτικούς μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις όλων των κατηγοριών που σχηματίζουν την συνολική ανησυχία – total concern του ερωτηματολογίου «Eating Disorder Examination questionnaire (EDE-Q 6.0)». Πιο συγκεκριμένα, η κατηγορία που εμφανίζει υψηλότερο μέσο όρο ανησυχίας στο δείγμα είναι η ανησυχία του «βάρους – weight concern», με μέσο όρο ανησυχίας 1,9357 (όπου, $\min = 0 / \max = 6$), ενώ η κατηγορία που εμφανίζει το χαμηλότερο μέσο όρο ανησυχίας στο δείγμα είναι η ανησυχία της «διατροφής – eating concern», με μέσο όρο ανησυχίας 0,8248 (όπου, $\min = 0 / \max = 6$).

Πίνακας 58: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι παραγόντων ανησυχίας

A/A	Ανησυχία	N	M.O.	Τυπική απόκλιση
1	Περιορισμού – Restraint Concern	105	1.0152	1.15781
2	Διατροφής – Eating Concern	105	0.8248	1.02044
3	Σχήματος – Shape Concern	105	1.7249	1.32262
4	Βάρους – Weight Concern	105	1.9357	1.46310



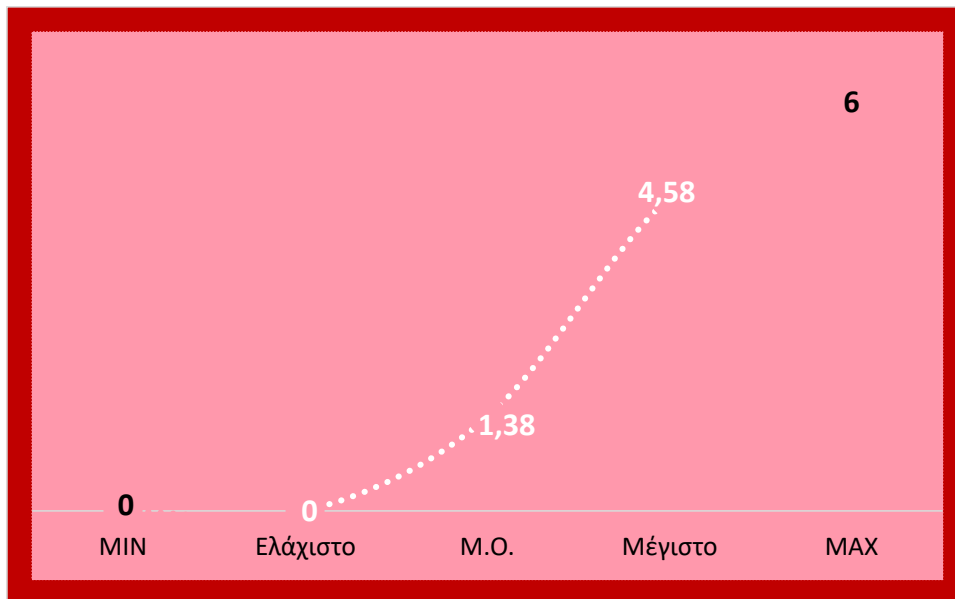
Διάγραμμα 46: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι παραγόντων ανησυχίας

10. Συνολική ανησυχία – Total concern

Ο Πίνακας 59 και το Διάγραμμα 47 παρουσιάζουν την ελάχιστη τιμή, την μέγιστη τιμή, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση αναφορικά το score της συνολικής ανησυχίας (total concern) του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η ελάχιστη τιμή του score συνολικής ανησυχίας (total concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 4,58 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,375 μονάδες (όπου min = 0 και max = 6).

Πίνακας 59: Συνολική ανησυχία – Total concern

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Concern	105	0.00	4.58	1.3752	1.08666
N	105				



Διάγραμμα 47: Συνολική ανησυχία – Total concern

3.2 Συγκριτική στατιστική ανάλυση

Στην συγκριτική στατιστική θα αναλυθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, ως προς το βαθμό συσχετίσεων, με σκοπό τον εντοπισμό των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων του δείγματος.

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι θα παρουσιαστούν μόνο οι συσχετίσεις που εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές με βάση το παραπάνω επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

A. Ηλικία

- Συσχέτιση της ηλικίας με το Mediterranean diet score

Ο Πίνακας 60 παρουσιάζει την συσχέτιση της ηλικίας του δείγματος με το Mediterranean diet score. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων της ηλικίας, με

εκείνες του μέσου βαθμού Mediterranean diet ($r = 0,366$, $p = 0.00$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 60: Συσχέτιση της ηλικίας με το Mediterranean diet score

		Ηλικία	Mediterranean diet score
Ηλικία	Pearson Correlation	1	.366**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	103	102
Mediterranean diet score	Pearson Correlation	.366**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	102	107

B. Ηλικιακή ομάδα

- Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score

Ο Πίνακας 61 και το Διάγραμμα 48 παρουσιάζουν την συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας, με το Mediterranean diet score. Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος του Mediterranean diet score, στις ηλικιακές ομάδες από 18 έως 24 ετών είναι 22.700, από 25 έως 29 ετών είναι 23.5870, από 30 έως 34 ετών είναι 23.9474 και από 35 ετών και πάνω είναι 28.2857. Συνεπώς, παρατηρείται ότι όσο μεγαλώνει η ηλικιακή ομάδα του δείγματος, τόσο αυξάνεται και η μέση τιμή του Mediterranean diet score.

Πίνακας 61: Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score

N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum

					Lower Bound	Upper Bound		
Από 18 έως 24 ετών	30	22.7000	3.36462	.61429	21.4436	23.9564	17.00	31.00
Από 25 έως 29 ετών	46	23.5870	3.33051	.49106	22.5979	24.5760	16.00	32.00
Από 30 έως 34 ετών	19	23.9474	3.18806	.73139	22.4108	25.4840	17.00	29.00
Από 35 ετών και πάνω	7	28.2857	7.34199	2.7750 1	21.4955	35.0759	21.00	41.00
Total	102	23.7157	3.87011	.38320	22.9555	24.4758	16.00	41.00

Επίσης, όπως φαίνεται από την ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων της ηλικιακής ομάδας, με εκείνες του Mediterranean diet score ($F(3,98) = 4.382, p = 0,006 < 0.05$).

ANOVA

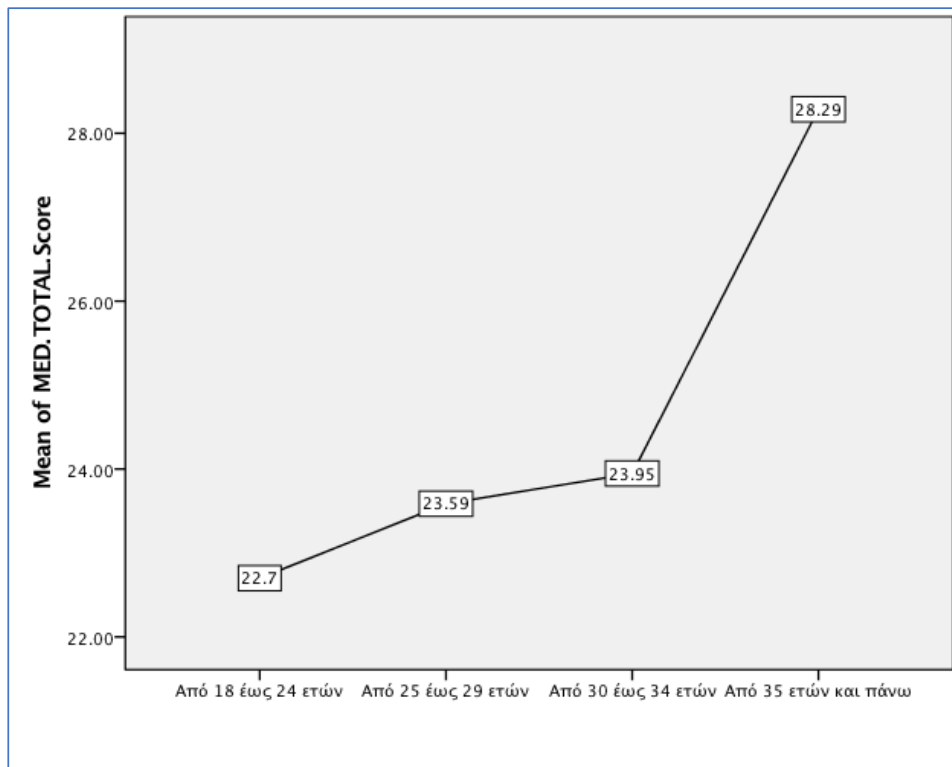
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	178.927	3	59.642	4.382	.006
Within Groups	1333.828	98	13.610		
Total	1512.755	101			

Επιπρόσθετα, το στατιστικό τεστ Scheffe δείχνει πως υπάρχουν δυο διαφορετικές ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις ηλικίες από 18 έως 34 ετών και η δεύτερη αυτούς που είναι από 35 ετών και πάνω.

Από την εξέταση των μέσω τιμών συνεπάγεται επίσης το γεγονός ότι η πρώτη ομάδα έχει χαμηλότερο Mediterranean diet score και γενικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα του δείγματος, τόσο αυξάνεται και το Mediterranean diet score.

Scheffe

Group.AGE	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Από 18 έως 24 ετών	30	22.7000	
Από 25 έως 29 ετών	46	23.5870	
Από 30 έως 34 ετών	19	23.9474	
Από 35 ετών και πάνω	7		28.2857
Sig.		.822	1.000



Διάγραμμα 48: Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score

Γ. Δείκτης μάζας σώματος

- Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας

Ο Πίνακας 62 και το Διάγραμμα 49 παρουσιάζουν την συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος, με το score συνολικής ανησυχίας. Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος του score συνολικής ανησυχίας, στην κατηγορία του δείγματος με δείκτη μάζας σώματος στα πλαίσια του «ελλειποβαρή» (<18,49) είναι 0.4670, στην κατηγορία «νορμοβαρή 1^ο βαθμού» (18,5 - 20,9) είναι 1.1528, στην κατηγορία του «νορμοβαρή 2^ο βαθμού» (21 – 24,9) είναι 1.4619, στην κατηγορία του «υπέρβαρου» (25 - 29,9) είναι 2.2041, στην κατηγορία του «παχύσαρκου 1^ο βαθμού» (30 – 34,9) είναι 2.6300 και στην κατηγορία του «παχύσαρκου 2^ο βαθμού» (35 – 39,9) είναι 2.6050. Συνεπώς παρατηρούμε ότι όσο υψηλότερη κατηγορία δείκτη μάζας σώματος βρίσκεται το δείγμα, τόσο μεγαλύτερη μέση τιμή score συνολικής ανησυχίας παρουσιάζει.

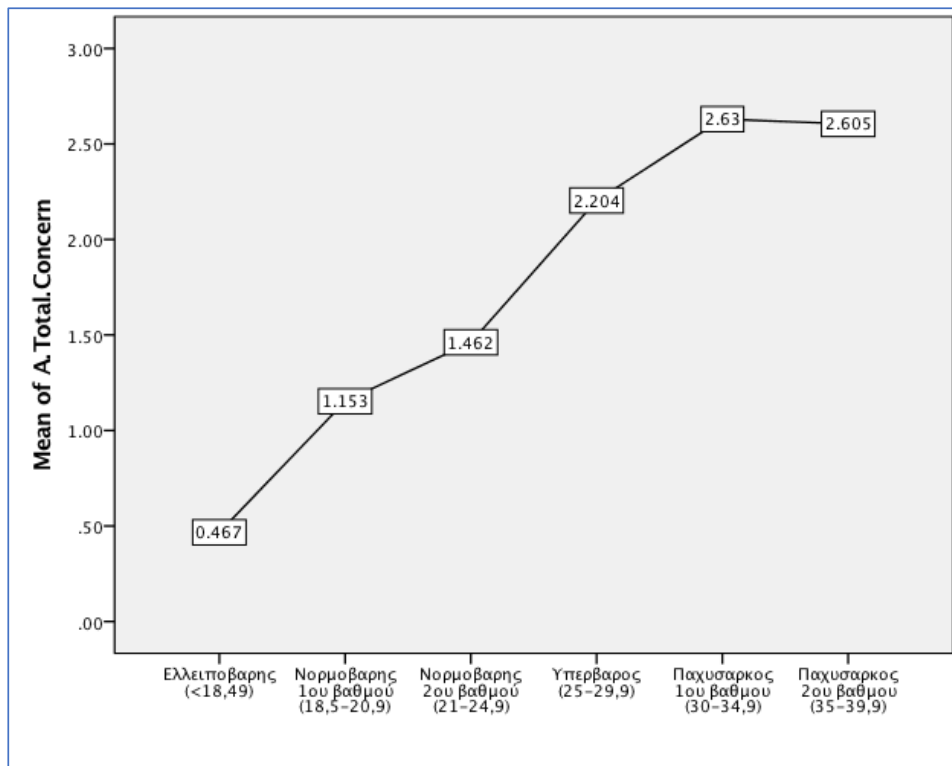
Πίνακας 62: Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Ελλειποβαρής (<18,49)	8	.4670	.27596	.09757	.00	.80
Νορμοβαρής 1ου βαθμού (18,5-20,9)	40	1.1528	1.00857	.15947	.00	4.28
Νορμοβαρής 2ου βαθμού (21-24,9)	42	1.4619	1.05629	.16299	.00	4.58
Υπέρβαρος (25-29,9)	10	2.2041	1.32295	.41835	.38	4.23
Παχύσαρκος 1ου βαθμού (30-34,9)	1	2.6300	.	.	2.63	2.63
Παχύσαρκος 2ου βαθμού (35-39,9)	2	2.6050	.72832	.51500	2.09	3.12
Total	103	1.3702	1.09630	.10802	.00	4.58

Επίσης, όπως φαίνεται από την ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του δείκτη μάζας σώματος, με εκείνες του score συνολικής ανησυχίας ($F(5,97) = 3.864, p = 0,003 < 0.05$).

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20.360	5	4.072	3.864	.003
Within Groups	102.232	97	1.054		
Total	122.592	102			



Διάγραμμα 49: Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας

Επιπρόσθετα, ο Πίνακας 63 παρουσιάζει την συσχέτιση των τιμών του δείκτη μάζας σώματος με το συνολικό score ανησυχίας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το

παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του δείκτη μάζας σώματος, με εκείνες του μέσου βαθμού ανησυχίας ($r = 0,390$, $p = 0.00$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 63: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας

		ΔΜΣ	Συνολική ανησυχία
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	.390**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	106	103
Συνολική ανησυχία	Pearson Correlation	.390**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	103	105

Παρακάτω εμβαθύνουμε ακόμη πιο πολύ στο συνολικό score ανησυχίας, σε συνάρτηση με τον δείκτη μάζας σώματος. Αναλυτικότερα, ο Πίνακας 64 παρουσιάζει την συσχέτιση των τιμών του δείκτη μάζας σώματος με τα score περιορισμού, ανησυχίας φαγητού, ανησυχίας σχήματος, ανησυχίας βάρους και συνολικής ανησυχίας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του δείκτη μάζας σώματος, με όλες τις κατηγορίες ανησυχίας, με σειρά δυναμικότητας, από την κατηγορία που προκαλεί ισχυρότερη επίδραση σε εκείνη που προκαλεί πιο ασθενή επίδραση:

- Ανησυχία βάρους (0.397)
- Ανησυχία σχήματος (0.346)
- Περιορισμός (0.323)
- Ανησυχία φαγητού (0.282)

Με άλλα λόγια η αύξηση της κάθε μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 64: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με τις κατηγορίες του score συνολικής ανησυχίας

		ΔΜΣ	Διατήρηση	Ανησυχία φαγητού	Ανησυχία σχήματος	Ανησυχία βάρους	Συνολική ανησυχία
Δείκτης μάζας σώματος	Pearson Correlation	1	.323**	.282**	.346**	.397**	.390**
	Sig. (1-tailed)		.000	.002	.000	.000	.000
	N	106	103	103	103	103	103

- Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με την διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

Ο Πίνακας 65 παρουσιάζει την συσχέτιση των τιμών του δείκτη μάζας σώματος με τη διαφορά της μεταβολής μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους εντός ενός έτους. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του δείκτη μάζας σώματος, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,500$, $p = 0,00$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και μεσαίας δυναμικότητας (ούτε ασθενή, ούτε ισχυρή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί μεσαίας δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 65: Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με την διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

		ΔΜΣ	Διαφορά Βάρους
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	.500**
	Sig. (2-tailed)		.000

	N	106	105
Διαφορά	Pearson	.500**	1
	Correlation		
Βάρους	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	105	107

Δ. Μεταβολή μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους

- Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το Mediterranean diet score

Ο Πίνακας 66 παρουσιάζει την συσχέτιση της διαφοράς της μεταβολής μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους εντός ενός έτους του δείγματος, με το Mediterranean diet score. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του Mediterranean diet score, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,216$, $p = 0.026$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 66: Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το Mediterranean diet score

		Μεταβολή βάρους	Mediterranean diet score
Μεταβολή βάρους	Pearson Correlation	1	.216*
	Sig. (2-tailed)		.026
	N	107	106
Mediterranean diet score	Pearson Correlation	.216*	1
	Sig. (2-tailed)	.026	
	N	106	107

- Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το score της Ανησυχίας βάρους

Ο Πίνακας 67 παρουσιάζει την συσχέτιση της διαφοράς της μεταβολής μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους εντός ενός έτους του δείγματος, με το score Ανησυχίας βάρους. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του score Ανησυχίας βάρους, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,246$, $p = 0.012$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 67: Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το score της Ανησυχίας βάρους

		Διαφορά Βάρους	Ανησυχία βάρους
Διαφορά Βάρους	Pearson Correlation	1	.246*
	Sig. (2-tailed)		.012
	N	107	104
Ανησυχία βάρους	Pearson Correlation	.246*	1
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	104	105

ΣΤ. Ώρες ενασχόλησης με χορό

- Συσχέτιση των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με το δείκτη μάζας σώματος

Ο Πίνακας 68 παρουσιάζει την συσχέτιση των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με το δείκτη μάζας σώματος. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με εκείνες του μέσου δείκτη μάζας σώματος, ($r = -0,221$, p

= 0.028), η οποία χαρακτηρίζεται αρνητική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας μείωση και στην άλλη.

Πίνακας 68: Συσχέτιση των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με το δείκτη μάζας σώματος

		Ώρες ενασχόλησης με το χορό	Δείκτης μάζας σώματος
Ώρες ενασχόλησης με το χορό	Pearson Correlation	1	-.221*
	Sig. (2-tailed)		.028
	N	99	98
Δείκτης μάζας σώματος	Pearson Correlation	-.221*	1
	Sig. (2-tailed)	.028	
	N	98	106

Z. Σχέση με το χορό

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό την εβδομάδα

Ο Πίνακας 69 και το Διάγραμμα 50 παρουσιάζουν την συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό την εβδομάδα. Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος ωρών ενασχόλησης με το χορό, στους επαγγελματίες είναι 16.7222, στους ερασιτέχνες που ασχολούνται σοβαρά είναι 9.3000 και σε εκείνους που χορεύουν από χόμπι είναι 5.4783.

Πίνακας 69: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum

Είμαι επαγγελματίας	36	16.7222	8.01289	1.33548	1.00	32.00
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμε σοβαρά	40	9.3000	4.96759	.78544	2.00	24.00
Είναι το χόμπι μου	23	5.4783	3.20326	.66793	2.00	15.00
Total	99	11.1111	7.44351	.74810	1.00	32.00

Επίσης, όπως φαίνεται από την ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων της σχέσης με το χορό, με εκείνες των ωρών ενασχόλησης με το χορό ($F(2,96) = 27.867, p = 0,000 < 0.05$).

ANOVA

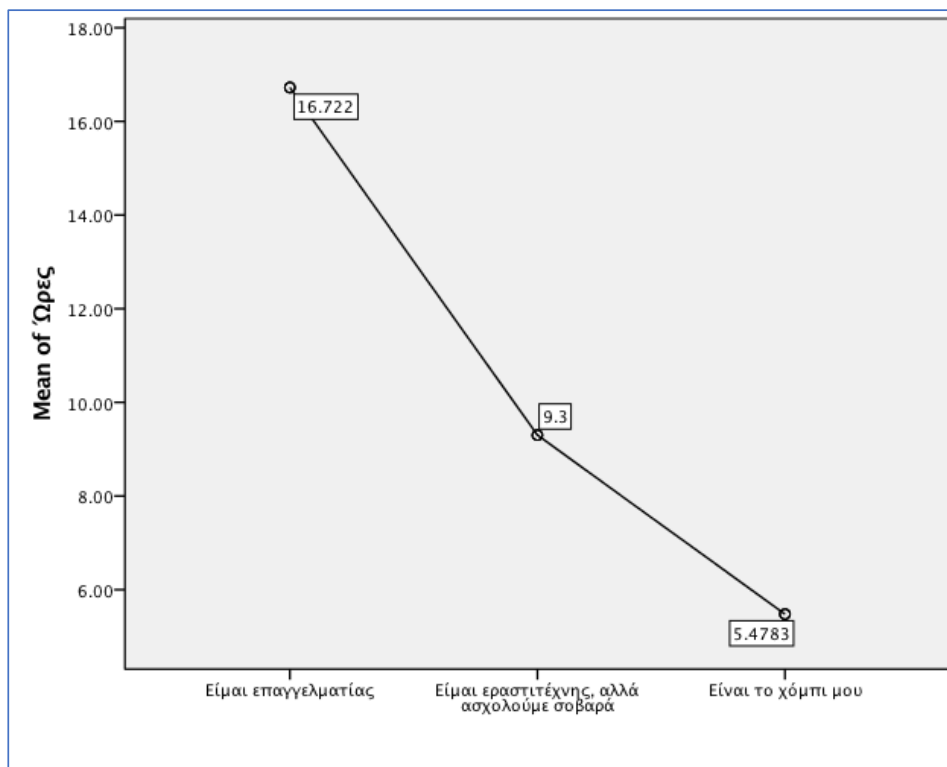
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1994.416	2	997.208	27.867	.000
Within Groups	3435.361	96	35.785		
Total	5429.778	98			

Επιπρόσθετα, το στατιστικό τεστ Turkey HSD δείχνει πως υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες, όπως είναι δομημένες και κατηγοριοποιημένες εξ' αρχής. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ο χορός αποτελεί το χόμπι τους, η δεύτερη εκείνους που είναι ερασιτέχνες, αλλά ασχολούνται σοβαρά με το χορό και η τρίτη εκείνους που είναι επαγγελματίες.

Από την εξέταση των μέσω τιμών συνεπάγεται επίσης το γεγονός ότι η πρώτη ομάδα παρουσιάζει λιγότερες ώρες ενασχόλησης με το χορό και γενικότερα, όσο αυξάνεται η ενασχόληση με το χορό, τόσο αυξάνονται και οι ώρες που αφιερώνει κάποιος σε αυτόν.

Tukey HSD

	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
Είναι το χόμπι μου	23	5.4783		
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμε σοβαρά	40		9.3000	
Είμαι επαγγελματίας	36			16.7222
Sig.		1.000	1.000	1.000



Διάγραμμα 50: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;»

Ο Πίνακας 70 και το Διάγραμμα 51 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά αναφορικά με την συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;». Αναλυτικότερα, όσο πιο επαγγελματική εμφανίζεται η ενασχόληση με το χορό, τόσο μικρότερη εμφανίζεται η συχνότητα στην ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας».

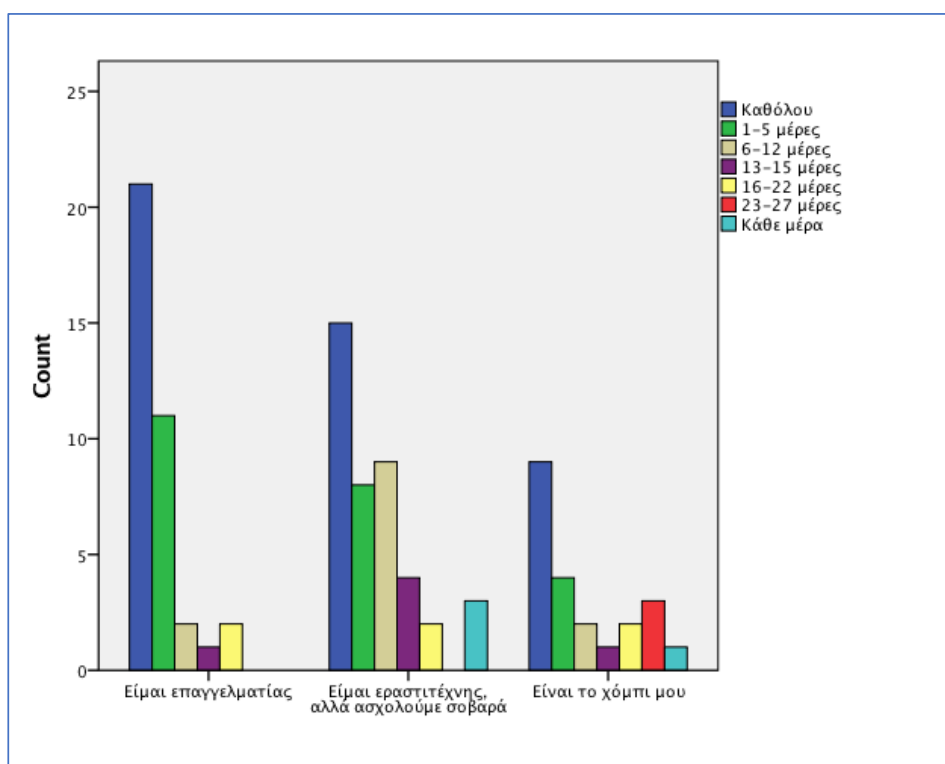
Πίνακας 70: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;»

	EATING.1							Total
	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα	
Είμαι επαγγελματίας	21 56.8%	11 29.7%	2 5.4%	1 2.7%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	37 100.0%
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμαι σοβαρά	15 36.6%	8 19.5%	9 22.0%	4 9.8%	2 4.9%	0 0.0%	3 7.3%	41 100.0%
Είναι το χόμπι μου	9 40.9%	4 18.2%	2 9.1%	1 4.5%	2 9.1%	3 13.6%	1 4.5%	22 100.0%
Total	45 45.0%	23 23.0%	13 13.0%	6 6.0%	6 6.0%	3 3.0%	4 4.0%	100 100.0%

Επίσης, από το στατιστικό τεστ Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;» ($X^2 = 22.889$, $p = 0,029$)

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.889 ^a	12	.029
Likelihood Ratio	22.565	12	.032
Linear-by-Linear Association	7.119	1	.008
N of Valid Cases	100		



Διάγραμμα 51: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;»

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);»

Ο Πίνακας 71 και το Διάγραμμα 52 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά αναφορικά με την συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως αν συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);».

Αναλυτικότερα, παρατηρείται ότι από τους επαγγελματίες χορευτές το 13,5% δήλωσε ότι έφαγε κρυφά από 6 έως 12 ημέρες σε διάστημα ενός μήνα (δίχως να συμπεριλαμβάνονται επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής), από τους ερασιτέχνες που ασχολούνται σοβαρά με το χορό το 12,2% έφαγε κρυφά από 1 έως 5 ημέρες, ενώ από τους ερωτώμενους που χορεύουν ως χόμπι το 13,6% έφαγε κρυφά από 1 έως 5 ημέρες.

Πίνακας 71: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);»

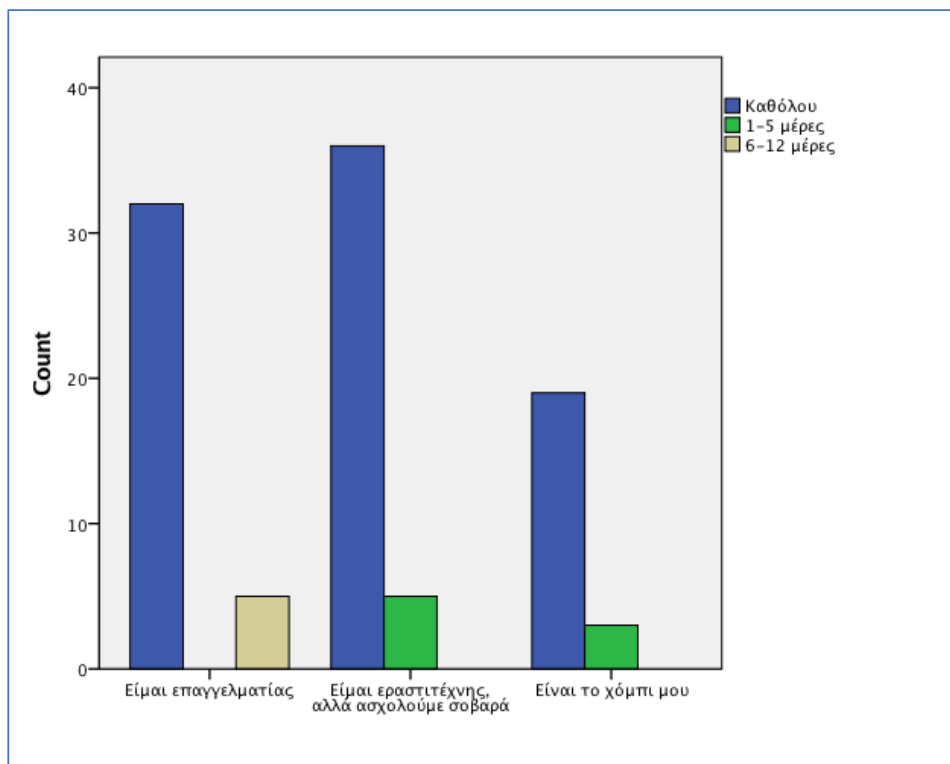
	EATING.18			Total
	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	
Είμαι επαγγελματίας	32 86.5%	0 0.0%	5 13.5%	37 100.0%
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμαι σοβαρά	36 87.8%	5 12.2%	0 0.0%	41 100.0%
Είναι το χόμπι μου	19 86.4%	3 13.6%	0 0.0%	22 100.0%
Total	87 87.0%	8 8.0%	5 5.0%	100 100.0%

Επίσης, από το στατιστικό τεστ Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);» ($X^2 = 13.254$, $p = 0,010$)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.254 ^a	4	.010

Likelihood Ratio	17.363	4	.002
Linear-by-Linear Association	1.303	1	.254
N of Valid Cases	100		



Διάγραμμα 52: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αθηφαγικής διαταραχής);»

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;»

Ο Πίνακας 72 και το Διάγραμμα 53 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά αναφορικά με την συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;». Αναλυτικότερα, παρατηρείται ότι όσο πιο υψηλή

παρουσιάζεται η ενασχόληση με το χορό, τόσο μικρότερη εμφανίζεται η συχνότητα που νιώθει άβολα αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα τους (πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράνε στενά ρούχα).

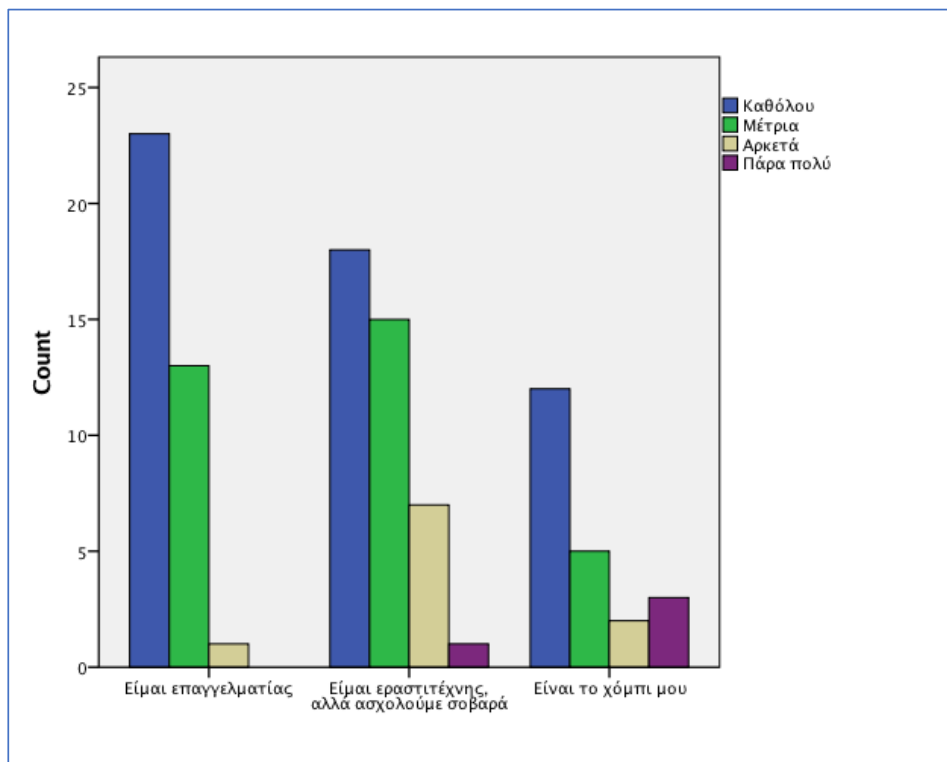
Πίνακας 72: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;»

	EATING.27				Total
	Καθόλου	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ	
Είμαι επαγγελματίας	23 62.2%	13 35.1%	1 2.7%	0 0.0%	37 100.0%
Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμαι σοβαρά	18 43.9%	15 36.6%	7 17.1%	1 2.4%	41 100.0%
Είναι το χόμπι μου	12 54.5%	5 22.7%	2 9.1%	3 13.6%	22 100.0%
Total	53 53.0%	33 33.0%	10 10.0%	4 4.0%	100 100.0%

Επίσης, από το στατιστικό τεστ Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;» ($X^2 = 13.027, p = 0,043$)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.027 ^a	6	.043
Likelihood Ratio	13.100	6	.041
Linear-by-Linear Association	4.249	1	.039
N of Valid Cases	100		



Διάγραμμα 53: Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;»

Η. Βάρος

- Συσχέτιση του βάρους, με το score της συνολικής ανησυχίας

Ο Πίνακας 73 παρουσιάζει την συσχέτιση του βάρους, με το συνολικό score ανησυχίας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του βάρους, με εκείνες του μέσου score της συνολικής ανησυχίας, ($r = 0,259$, $p = 0.008$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Πίνακας 73: Συσχέτιση του βάρους, με το score της συνολικής ανησυχίας

		Βάρος	Συνολική ανησυχία
Βάρος	Pearson Correlation	1	.259**
	Sig. (2-tailed)		.008
	N	106	103
Συνολική ανησυχία	Pearson Correlation	.259**	1
	Sig. (2-tailed)	.008	
	N	103	105

Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι δεν υπάρχει παλινδρόμηση απορρίπτεται, καθώς:

$$F = \frac{MS \text{ regression}}{MS \text{ residual}} = 7.265, p < 0,05$$

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	8.227	1	8.227	7.265	.008 ^b
Residual	114.365	101	1.132		
Total	122.592	102			

Επιπρόσθετα, προκύπτει ότι το βάρος εξηγεί το 6,7% της μεταβλητότητας της συνολικής ανησυχίας (Πίνακας Model Summary, $R^2 = SS_{\text{regression}} / SS_{\text{total}} = 0,067$).

Model Summary

Mo del	R	R Squar e	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Chang e	df1	df2	Sig. F Change
1	.259 ^a	.067	.058	1.06411	.067	7.265	1	101	.008

Σύμφωνα με την ευθεία παλινδρόμησης που προκύπτει παρακάτω, η σχέση της συνολικής ανησυχίας με το βάρος προκύπτει από την σχέση: $Y = -0,47 + 0,03 * X$, όπου:

Y = Συνολική ανησυχία

X = Βάρος

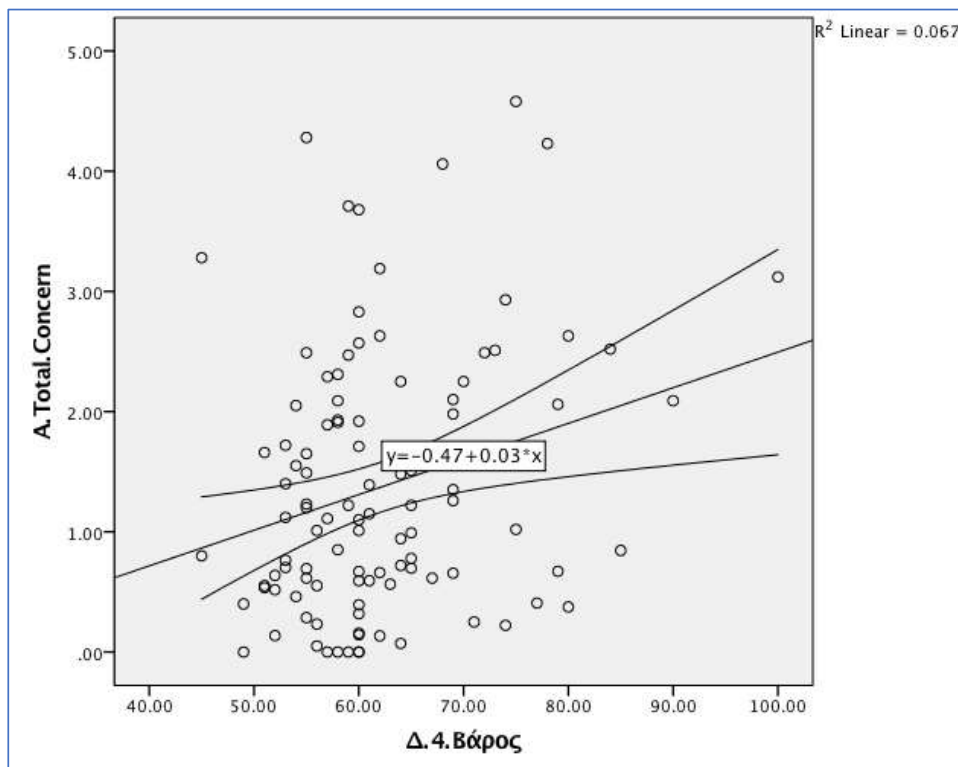
Υποθέτοντας ότι:

- X = 60 → Τότε, Y = 1,33
- X = 70 → Τότε, Y = 1,63
- X = 80 → Τότε, Y = 1,93

Συνεπώς μπορούμε να διατυπώσουμε ότι κάθε αύξηση δέκα κιλών στο δείγμα, προκαλεί αύξηση 0,30 μονάδες στην συνολική ανησυχία.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-.468	.690		-.679	.499
Δ.4.Βάρος	.030	.011	.259	2.695	.008



Διάγραμμα 54: Συσχέτιση του βάρους, με το score της συνολικής ανησυχίας

Θ. Διαφορά δείκτη μάζας σώματος

- Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;»

Ο Πίνακας 74 και το Διάγραμμα 55 παρουσιάζουν την συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος (μεταξύ χαμηλότερης και υψηλότερης τιμής που έφτασε το δείγμα μέσα στο τελευταίο χρόνο), με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;». Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος του δείγματος που έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση του, εμφανίζει διαφορά δείκτη μάζας σώματος (μεταξύ χαμηλότερης και υψηλότερης τιμής που έφτασε το δείγμα μέσα στο τελευταίο χρόνο) 3,011 μονάδες, ενώ ο μέσος όρος του δείγματος που δεν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή, εμφανίζει διαφορά δείκτη μάζας σώματος 2,181 μονάδες (- 0,83 μονάδες).

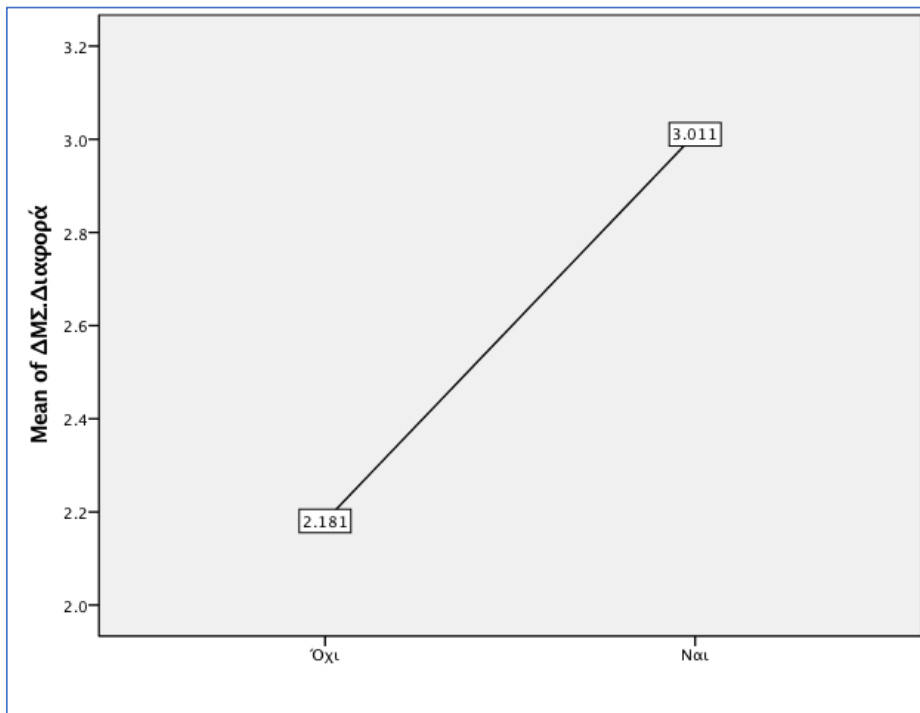
Πίνακας 74: Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;»

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Όχι	67		
Ναι	28	3,011	2,6610	,5029	1,979	4,043	,0	14,0
Total	95	2,425	1,8650	,1913	2,045	2,805	,0	14,0

Επίσης, όπως φαίνεται από την ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;» ($F(1,93) = 4.039$, $p = 0,047 < 0.05$).

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	13.608	1	13.608	4.039	.047
Within Groups	313.332	93	3.369		
Total	326.939	94			



Διάγραμμα 55: Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;»

I. Total score ανησυχία

- Συσχέτιση των κατηγοριών του score συνολικής ανησυχίας μεταξύ τους

Ο Πίνακας 75 παρουσιάζει την συσχέτιση του βάρους, όλων των κατηγοριών ανησυχίας μεταξύ τους.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ όλων των κλάσεων των κατηγοριών ανησυχίας μεταξύ τους και πιο συγκεκριμένα:

Περιορισμός

- Συσχέτιση του περιορισμού με την ανησυχία φαγητού: Θετική συσχέτιση μεσαίας δυναμικότητας ($r = 0,540$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί μεσαίας δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

- Συσχέτιση του περιορισμού με την ανησυχία σχήματος: Θετική συσχέτιση υψηλής δυναμικότητας ($r = 0,712$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί υψηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.
- Συσχέτιση του περιορισμού με την ανησυχία βάρους: Θετική συσχέτιση μεσαίας δυναμικότητας ($r = 0,584$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί μεσαίας δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Ανησυχία φαγητού

- Συσχέτιση της ανησυχίας φαγητού με την ανησυχία σχήματος: Θετική συσχέτιση υψηλής δυναμικότητας ($r = 0,703$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί υψηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.
- Συσχέτιση της ανησυχίας φαγητού με την ανησυχία βάρους: Θετική συσχέτιση υψηλής δυναμικότητας ($r = 0,709$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί υψηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Ανησυχία σχήματος

- Συσχέτιση της ανησυχίας σχήματος με την ανησυχία βάρους: Θετική συσχέτιση πολύ υψηλής δυναμικότητας ($r = 0,818$, $p = 0.000$), δηλαδή η αύξηση της μιας κατηγορίας προκαλεί πολύ υψηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι η κατηγορία της ανησυχίας σχήματος παρουσιάζει την πιο ισχυρή συσχέτιση με το score συνολικής ανησυχίας (0,934), μετά ακολουθεί η ανησυχία βάρους (0,908), η ανησυχία φαγητού (0,831) και τέλος ο περιορισμός (0,807).

Πίνακας 75 Συσχέτιση των κατηγοριών του score συνολικής ανησυχίας μεταξύ τους

	Περιορισμός	Ανησυχία φαγητού	Ανησυχία σχήματος	Ανησυχία βάρους	Συνολική ανησυχία
Pearson Correlation	1	.540**	.712**	.584**	.807**
Sig. (1-tailed)		.000	.000	.000	.000
N	105	105	105	105	105

Ανησυχία φαγητού	Pearson Correlation	.540**	1	.703**	.709**	.831**
	Sig. (1-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	105	105	105	105	105
Ανησυχία σχήματος	Pearson Correlation	.712**	.703**	1	.818**	.934**
	Sig. (1-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	105	105	105	105	105
Ανησυχία βάρους	Pearson Correlation	.584**	.709**	.818**	1	.908**
	Sig. (1-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	105	105	105	105	105
Συνολική ανησυχία	Pearson Correlation	.807**	.831**	.934**	.908**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	105	105	105	105	105

3.3 Συμπεράσματα έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελείται από 108 χορεύτριες μπαλέτου, με μέσο όρο ηλικίας τα 27,23 έτη και το 44,7% να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 25 έως 29 ετών. Ο μέσος όρος ύψους του δείγματος είναι 1,68m, ο μέσος όρος βάρους 61,75kg και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος 21,816, με το 79,2% να ανήκει στη κατηγορία του νορμοβαρή (18,5 – 24,9). Το μέσο μικρότερο βάρος που έφτασε το δείγμα τη προηγούμενη χρονιά είναι 58,02kg (-3,73kg), το μέσο μεγαλύτερο βάρος που έφτασε είναι 65kg (+3,25kg), η μέση διαφορά μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους που έφτασε το δείγμα μέσα σε ένα χρόνο είναι 6,93kg, ενώ η μέση διαφορά των χαμηλότερων και των υψηλότερων δεικτών μάζας σώματος που έφτασε το δείγμα είναι 2,121 μονάδες.

Επίσης, το 70,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνου ρύση του, το 72,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν λαμβάνει κάποιο

συμπλήρωμα διατροφής, ενώ το 68,6% (N=24) των ερωτηθέντων που λαμβάνει δήλωσε ότι αποφάσισε να πάρει συμπληρώματα διατροφής για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματός. Ακόμη, το 73,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα χαρακτήριζε τη διατροφή του ως καλή, το 41,7% ότι τρώει έξω μία φορά την εβδομάδα, το 81,7% ότι καταναλώνει συχνά κάποιο αλκοόλ, το 55,3% ότι δεν καπνίζει, ενώ για το 44,7% ο μέσος όρος τσιγάρων που καπνίζει είναι 8,2 τσιγάρα την ημέρα.

Ο μέσος όρος ύπνου του δείγματος είναι 7,2 ώρες την ημέρα, η μέση διάρκεια ενασχόλησης με το χορό είναι 11 ώρες την ημέρα, ενώ το 39,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είναι ερασιτέχνης, αλλά ασχολείται σοβαρά με το χορό και το 36,9% ότι είναι επαγγελματίας χορεύτρια μπαλέτου.

Αναφορικά με το αν το δείγμα ακολουθεί κάποια δίαιτα, το 88,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ακολουθεί κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο, ενώ από αυτούς που ακολουθούν το 33,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ακολουθεί τον τύπο της Μεσογειακής διαίτας, το 50% του την σύστησε διαιτολόγος, το μέσο διάστημα που παρακολουθεί τη δίαιτα το δείγμα είναι 9,55 μήνες και το 66,7% να δηλώνει ότι την ακολουθεί για απώλεια βάρους.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο που εξετάζει τη συμμόρφωση του δείγματος στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου «Mediterranean diet» που εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι το «πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα)» και το «πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά» με μέσο όρο συχνότητας 4,6822 και 3,2710 αντίστοιχα (όπου $\min = 0$ και $\max = 5$), ενώ οι ερωτήσεις που εμφανίζουν χαμηλότερο μέσο όρο συχνότητας είναι το «πόσο συχνά καταναλώνετε μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης ψωμί κλπ.)» και το «πόσο συχνά καταναλώνετε γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα)» με μέσο όρο συχνότητας 1,8396 και 2,0283 αντίστοιχα (όπου $\min = 0$ και $\max = 5$).

Πιο συγκεκριμένα:

- Το 42,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης ψωμί κλπ.) από 1 έως 6 μερίδες την εβδομάδα

- Το 71,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει πατάτες από 7 έως 12 μερίδες την εβδομάδα
- Από 30,8% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι καταναλώνουν φρούτα από 5 έως 8 και από 16 έως 21 μερίδες την εβδομάδα
- Το 32,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει λαχανικά από 13 έως 18 μερίδες την εβδομάδα
- Το 41,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει όσπρια από 3 έως 4 μερίδες την εβδομάδα
- Το 47,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει ψάρια 2 μερίδες την εβδομάδα
- Το 37,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει πουλερικά και λευκά κρέατα 4 με 5 μερίδες την εβδομάδα
- Το 43,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα) 11 με 15 μερίδες την εβδομάδα
- Το 79,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει ελαιόλαδο στο μαγείρεμα καθημερινά
- Το 45,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά 300ml την ημέρα (όπου, 100ml = 1 ποτήρι)

Επίσης, η ελάχιστη τιμή του Mediterranean diet score του δείγματος είναι 16 μονάδες, η μέγιστη τιμή 41 μονάδες και ο μέσος όρος στις 23,626 μονάδες, με το 89,7% των ερωτηθέντων να χαρακτηρίζεται ως προς το Mediterranean diet score ως «ανεπαρκής συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή διατροφή (από 14 έως 27 μονάδες), ενώ το 10,3% ως «καλή συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή διατροφή (από 28 έως 41 μονάδες).

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο διερεύνησης διατροφικών διαταραχών (EDE-Q) κατά τις τελευταίες 28 ημέρες έχουμε, τον μέσο όρο των φορών που καταναλώνει το δείγμα ποσότητα φαγητού που θεωρείται ασυνήθιστα μεγάλη 3,895 φορές, τον αριθμό των φορών που ένοιωσε ότι έχασε τον έλεγχο 2,485 φορές, τον αριθμό των φορών που εκδήλωσε περιστατικά υπερφαγίας 2,767 φορές, ενώ μόλις 0,57 και 0, 019 φορές το δείγμα χρησιμοποίησε τον εμετό και πήρε διουρητικά αντίστοιχα, για να ελέγξει το βάρος του. Η ελάχιστη τιμή των φορών που ασκήθηκε υπερβολικά το

δείγμα για να ελέγξει το βάρος του και τις θερμίδες που καίει στις τελευταίες 28 ημέρες είναι καμία φορά, η μέγιστη τιμή 30 φορές και ο μέσος όρος στις 2,394 φορές.

Εμβαθύνοντας στο ερωτηματολόγιο διερεύνησης διατροφικών διαταραχών, έχουμε:

Περιορισμός - Restraint

- Το 44,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν προσπάθησε καθόλου να περιορίσει την ποσότητα του φαγητού για να επηρεάσει το βάρος του
- Το 73,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν πέρασε πολλές ώρες (8 ώρες και πάνω) χωρίς να φάει για να επηρεάσει το βάρος του
- Το 41,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν προσπάθησε καθόλου να αποκλείσει από τη διατροφή του τρόφιμα που του αρέσουν για να επηρεάσει το βάρος του (είτε το πέτυχε είτε όχι)
- Το 53,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν προσπάθησε καθόλου να ακολουθήσει αυστηρούς κανόνες στον τρόπο που τρώει, όπως στον περιορισμό θερμίδων για να επηρεάσει το βάρος του (είτε το πέτυχε είτε όχι)
- Το 68,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν είχε καθόλου την επιθυμία να έχει άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσει το βάρος του

Ανησυχία διατροφής - Eating concern

- Το 56,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν επηρέασε καθόλου η σκέψη του φαγητού ή των θερμίδων την συγκέντρωσή του σε πράγματα που τον ενδιαφέρουν (πχ την δουλειά, το διάβασμα, την παρακολούθηση μιας συζήτησης)
- Το 41,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν αισθάνθηκε καθόλου φόβο μήπως χάσει τον έλεγχο του τι τρώει
- Το 86,7% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν έφαγε καθόλου κρυφά (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής)
- Το 41,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα καμία φορά από αυτές που έφαγε δεν ένιωσε ενοχή με το σώμα του
- Το 82,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα καμία φορά δεν ανησύχησε μην τον δουν να τρώει

Ανησυχία σχήματος – Shape concern

- Το 42,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν είχε καθόλου την επιθυμία να έχει τελείως επίπεδο στομάχι
- Το 33,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν αισθάνθηκε καθόλου το φόβο μήπως βάλει βάρος, ενώ το 32,4% ότι το αισθάνθηκε από 1 έως 5 μέρες
- Το 43,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν αισθάνθηκε καθόλου ότι αυξήθηκε το βάρος του, ενώ το 32,4% ότι το αισθάνθηκε από 1 έως 5 μέρες
- Το 41% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα το σώμα του επηρέασε μέτρια το πως νιώθει με τον εαυτό του
- Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα νιώθει μέτρια ανικανοποίητος/η με το σώμα του
- Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν νιώθει καθόλου άβολα βλέποντας το σώμα του (πχ. στον καθρέφτη)
- Το 51,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν νιώθει καθόλου άβολα αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα του (πχ. στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράει στενά ρούχα)

Ανησυχία βάρους – Weight concern

- Το 43,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν επηρέασε καθόλου το βάρος του το πως αισθάνεται με τον εαυτό του
- Το 37,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα θα τον ενοχλούσε μέτρια αν έπρεπε να μετράει το βάρος του μια φορά την εβδομάδα
- Το 47,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα δεν νιώθει καθόλου ανικανοποίητος/η με το βάρος του
- Το 38,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα είχε μέτρια επιθυμία να μειώσει το βάρος του

Η κατηγορία που εμφανίζει υψηλότερο μέσο όρο ανησυχίας στο δείγμα είναι η ανησυχία του «βάρους – weight concern», με μέσο όρο ανησυχίας 1,9357 (όπου, $\min = 0 / \max = 6$), ενώ η κατηγορία που εμφανίζει το χαμηλότερο μέσο όρο ανησυχίας

στο δείγμα είναι η ανησυχία της «διατροφής – eating concern», με μέσο όρο ανησυχίας 0,8248 (όπου, $\min = 0 / \max = 6$).

Επίσης, η ελάχιστη τιμή του score συνολικής ανησυχίας (total concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 4,58 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,375 μονάδες (όπου $\min = 0$ και $\max = 6$).

Αναφορικά με τη συγκριτική στατιστική ανάλυση, αξίζει να τονίσουμε ότι ελέγχθηκαν σχεδόν όλες οι συσχετίσεις και παρουσιάζονται μόνο εκείνες που εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές, με επίπεδο σημαντικότητας το 0,05.

A. Ηλικία

- Συσχέτιση της ηλικίας με το Mediterranean diet score

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων της ηλικίας, με εκείνες του μέσου βαθμού Mediterranean diet ($r = 0,366$, $p = 0,00$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

B. Ηλικιακή ομάδα

- Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το Mediterranean diet score

Ο μέσος όρος του Mediterranean diet score, στις ηλικιακές ομάδες από 18 έως 24 ετών είναι 22.700, από 25 έως 29 ετών είναι 23.5870, από 30 έως 34 ετών είναι 23.9474 και από 35 ετών και πάνω είναι 28.2857. Συνεπώς, παρατηρείται ότι όσο μεγαλώνει η ηλικιακή ομάδα του δείγματος, τόσο αυξάνεται και η μέση τιμή του Mediterranean diet score. Επιπρόσθετα, το στατιστικό τεστ Scheffe δείχνει πως υπάρχουν δυο διαφορετικές ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις ηλικίες από 18 έως 34 ετών και η δεύτερη αυτούς που είναι από 35 ετών και πάνω. Από την εξέταση των μέσω τιμών συνεπάγεται επίσης το γεγονός ότι η πρώτη ομάδα έχει χαμηλότερο

Mediterranean diet score και γενικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα του δείγματος, τόσο αυξάνεται και το Mediterranean diet score και άρα και η συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή.

Γ. Δείκτης μάζας σώματος

- Συσχέτιση των κατηγοριών του δείκτη μάζας σώματος με το score συνολικής ανησυχίας

Ο μέσος όρος του score συνολικής ανησυχίας, στην κατηγορία του δείγματος με δείκτη μάζας σώματος στα πλαίσια του «ελλειποβαρή» (<18,49) είναι 0.4670, στην κατηγορία «νορμοβαρή 1^{ου} βαθμού» (18,5 - 20,9) είναι 1.1528, στην κατηγορία του «νορμοβαρή 2^{ου} βαθμού» (21 - 24,9) είναι 1.4619, στην κατηγορία του «υπέρβαρου» (25 - 29,9) είναι 2.2041, στην κατηγορία του «παχύσαρκου 1^{ου} βαθμού» (30 - 34,9) είναι 2.6300 και στην κατηγορία του «παχύσαρκου 2^{ου} βαθμού» (35 - 39,9) είναι 2.6050. Συνεπώς παρατηρούμε ότι όσο υψηλότερη κατηγορία δείκτη μάζας σώματος βρίσκεται το δείγμα, τόσο μεγαλύτερη μέση τιμή score συνολικής ανησυχίας παρουσιάζει.

- Συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με την διαφορά μεγαλύτερου και μικρότερου βάρους

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του δείκτη μάζας σώματος, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,500$, $p = 0.00$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και μεσαίας δυναμικότητας (ούτε ασθενή, ούτε ισχυρή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί μεσαίας δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Δ. Μεταβολή μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους

- Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το Mediterranean diet score

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του Mediterranean diet score, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,216$, $p = 0.026$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενής επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

- Συσχέτιση της μεταβολής μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους, με το score της Ανησυχίας βάρους

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του score Ανησυχίας βάρους, με εκείνες της μέσης διαφοράς μεταβολής βάρους, μεγαλύτερου και μικρότερου, ($r = 0,246$, $p = 0.012$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Ε. Ωρες ενασχόλησης με χορό

- Συσχέτιση των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με το δείκτη μάζας σώματος

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων των ωρών ενασχόλησης με το χορό, με εκείνες του μέσου δείκτη μάζας σώματος, ($r = -0,221$, $p = 0.028$), η οποία χαρακτηρίζεται αρνητική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας μείωση και στην άλλη.

ΣΤ. Σχέση με το χορό

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με τις ώρες ενασχόλησης με το χορό την εβδομάδα

Ο μέσος όρος ωρών ενασχόλησης με το χορό, στους επαγγελματίες είναι 16.7222, στους ερασιτέχνες που ασχολούνται σοβαρά είναι 9.3000 και σε εκείνους που χορεύουν από χόμπι είναι 5.4783. Επιπρόσθετα, το στατιστικό τεστ Turkey HSD δείχνει πως υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες, όπως είναι δομημένες και κατηγοριοποιημένες εξ' αρχής. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ο χορός αποτελεί το χόμπι τους, η δεύτερη εκείνους που είναι ερασιτέχνες, αλλά ασχολούνται σοβαρά με το χορό και η τρίτη εκείνους που είναι επαγγελματίες. Από την εξέταση των μέσω τιμών συνεπάγεται επίσης το γεγονός ότι η πρώτη ομάδα παρουσιάζει λιγότερες ώρες ενασχόλησης με το χορό και γενικότερα, όσο αυξάνεται η ενασχόληση με το χορό, τόσο αυξάνονται και οι ώρες που αφιερώνει κάποιος σε αυτόν.

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;»

Από τον στατιστικό έλεγχο Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;» ($X^2 = 22.889$, $p = 0,029$). Επίσης, όσο πιο επαγγελματική είναι η ενασχόληση με το χορό, τόσο μικρότερη εμφανίζεται η συχνότητα στην ερώτηση «προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας».

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής);»

Παρατηρείται ότι από τους επαγγελματίες χορευτές το 13,5% δήλωσε ότι έφαγε κρυφά από 6 έως 12 ημέρες σε διάστημα ενός μήνα (δίχως να συμπεριλαμβάνονται επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής), από τους ερασιτέχνες που ασχολούνται σοβαρά με το χορό το 12,2% έφαγε κρυφά από 1 έως 5 ημέρες, ενώ από τους ερωτώμενους που χορεύουν ως χόμπι το 13,6% έφαγε κρυφά από 1 έως 5 ημέρες. Από τον

στατιστικό έλεγχο Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «πόσες φορές φάγατε κρυφά (δίχως να συμπεριλαμβάνονται πεισώδια αθηφαγικής διαταραχής);» ($X^2 = 13.254$, $p = 0,010$).

- Συσχέτιση της σχέσης με το χορό, με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;»

Παρατηρείται ότι όσο πιο υψηλή παρουσιάζεται η ενασχόληση με το χορό, τόσο μικρότερη εμφανίζεται η συχνότητα που νιώθει άβολα αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα τους (πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράνε στενά ρούχα). Επίσης, από τον στατιστικό έλεγχο Chi-Square προκύπτει πως η σχέση με το χορό σχετίζεται στατιστικά με την ερώτηση «πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;» ($X^2 = 13.027$, $p = 0,043$).

Z. Βάρος

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των κλάσεων του βάρους, με εκείνες του μέσου score της συνολικής ανησυχίας, ($r = 0,259$, $p = 0.008$), η οποία χαρακτηρίζεται θετική και χαμηλής δυναμικότητας (ασθενή επίδραση). Με άλλα λόγια η αύξηση της μιας μεταβλητής προκαλεί χαμηλής δυναμικότητας αύξηση και στην άλλη.

Σύμφωνα με την ευθεία παλινδρόμησης που προκύπτει παρακάτω, η σχέση της συνολικής ανησυχίας με το βάρος προκύπτει από την σχέση: $Y = -0,47 + 0,03 * X$, όπου:

Y = Συνολική ανησυχία

X = Βάρος

Μπορούμε να διατυπώσουμε ότι κάθε αύξηση δέκα κιλών στο δείγμα, προκαλεί αύξηση 0,30 μονάδες στην συνολική ανησυχία

H. Διαφορά δείκτη μάζας σώματος

- Συσχέτιση της διαφοράς του δείκτη μάζας σώματος, με την ερώτηση «έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση σας;»

Ο μέσος όρος του δείγματος που έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση του, εμφανίζει διαφορά δείκτη μάζας σώματος (μεταξύ χαμηλότερης και υψηλότερης τιμής που έφτασε το δείγμα μέσα στο τελευταίο χρόνο) 3,011 μονάδες, ενώ ο μέσος όρος του δείγματος που δεν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή, εμφανίζει διαφορά δείκτη μάζας σώματος 2,181 μονάδες (- 0,83 μονάδες).

Θ. Total score Ανησυχίας

- Συσχέτιση των κατηγοριών του score συνολικής ανησυχίας μεταξύ τους

Σύμφωνα με το παραμετρικό μοντέλο Pearson Correlation παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ όλων των κλάσεων των κατηγοριών ανησυχίας μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι η κατηγορία της ανησυχίας σχήματος παρουσιάζει την πιο ισχυρή συσχέτιση με το score συνολικής ανησυχίας (0,934), μετά ακολουθεί η ανησυχία βάρους (0,908), η ανησυχία φαγητού (0,831) και τέλος ο περιορισμός(0,807).

3.4 Συζήτηση

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελείται από 108 χορεύτριες μπαλέτου, με μέσο όρο ηλικίας τα 27,23 έτη και το 44,7% να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 25 έως 29 ετών. Ο μέσος όρος ύψους του δείγματος είναι 1,68m, ο μέσος όρος βάρους 61,75kg και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος 21,816, με το 79,2% να ανήκει στη κατηγορία του νορμοβαρή (18,5 – 24,9). Το μέσο μικρότερο βάρος που έφτασε το δείγμα τη προηγούμενη χρονιά είναι 58,02kg (-3,73kg), το μέσο μεγαλύτερο βάρος που έφτασε είναι 65kg (+3,25kg), η μέση διαφορά μικρότερου και μεγαλύτερου βάρους που έφτασε το δείγμα μέσα σε ένα χρόνο είναι 6,93kg, ενώ η μέση διαφορά των χαμηλότερων και των υψηλότερων δεικτών μάζας σώματος που έφτασε το δείγμα είναι 2,121 μονάδες.

Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ως άτομα που ο μέσος όρος τους βρίσκεται στις φυσιολογικές τιμές σωματικού βάρους και δείκτη μάζας σώματος, με υψηλή αστάθεια και μεταβολή βάρους μέσα στα χρονικά πλαίσια του ενός έτους. Η υψηλή χρονική ανισορροπία του βάρους του δείγματος σε τόσο χαμηλό χρονικό φάσμα (ένα έτος), παρουσιάζει δείγματα υποβόσκουσας διατροφικής διαταραχής, χαμηλών επιπέδων.

Επίσης, 28 από τα 108 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνο ρύση του, καλλιεργώντας μια ανησυχητική στάση στις ερευνήτριες, αναφορικά με την υγεία των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς το ποσοστό είναι αρκετά πιο υψηλό, σε σχέση με άλλες έρευνες (Łagowska, Karczuk & Jeszka, 2014). Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να προκληθεί από κακή διατροφική συμπεριφορά και να χαρακτηριστεί ως σημάδι ύπαρξης συμπτωμάτων αθλητικής τριάδας.

Το 73,1% του δείγματος χαρακτηρίζει τη διατροφή του ως καλή, γεγονός το οποίο αν συνδεθεί με την ανεπαρκή συμμόρφωση του μέσου όρου του δείγματος στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής (μιας διατροφής η οποία χαρακτηρίζεται από τις πιο υγιεινές στον κόσμο) παρουσιάζει την ύπαρξη διαστρεβλωμένης εικόνας, κακής αντίληψης ή ελλιπής γνώσης ως προς το πως πρέπει να είναι μια καλή διατροφή σε ένα άτομο.

Επιπρόσθετα, το 27,4% του δείγματος λαμβάνει κάποιο συμπλήρωμα διατροφής, γεγονός που συνεπάγεται αναγνώριση θρεπτικής διατροφικής ανεπάρκειας, ως προς την πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων χρήσιμα για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού και την υγεία του ανθρώπου, κάτι που με τη σειρά του συνεπάγεται αναγνωρισμένα προβλήματα στη διατροφική συμπεριφορά, μέρους του δείγματος. Στο παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και ο κύριος λόγος λήψης των συμπληρωμάτων διατροφής από το δείγμα, ο οποίος είναι η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματός του, κάτι που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ανησυχία αναφορικά με την υγεία του δείγματος, σχετιζόμενη με την ανεπαρκή κατανάλωση σημαντικών για την υγεία του οργανισμού τροφών.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός που το 19,4% του δείγματος (N=21) δήλωσε ότι η διατροφή του είναι από κακή έως πολύ κακή, το οποίο δεν σχετίζεται στατιστικά με το 27,4% που αναφερθήκαμε παραπάνω, το οποίο αναγνωρίζει την ανεπαρκή πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων από τη διατροφή του. Έτσι, ίσως το ποσοστό που δεν διατρέφεται καλά ή επαρκώς και το αντιλαμβάνεται να είναι αρκετά υψηλότερο.

Επίσης, για την αποτελεσματικότερη αντίληψη της συμπεριφοράς του δείγματος είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (81,7%) δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά αλκοόλ, ενώ περίπου ένας στους δύο (55,3%) καπνίζει, με περίπου 8 τσιγάρα κατά μέσο όρο την ημέρα. Άρα παρά το γεγονός ότι ο χορός αναγνωρίζεται ως μια μορφή επαγγελματικού αθλητισμού, παρά ταύτα η συμπεριφορά των χορευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζουν μέτρια πως υψηλά επίπεδα καταχρήσεων.

Το 39,8% και το 36,9% του δείγματος δήλωσαν ότι είναι ερασιτέχνης, αλλά ασχολείται σοβαρά με το χορό και επαγγελματίας χορεύτρια μπαλέτου αντίστοιχα, ενώ η μέση εβδομαδιαία διάρκεια ενασχόλησης με το χορό είναι 11 ώρες / εβδομάδα. Λαμβάνοντας υπόψη το ότι οι σχολές μπαλέτου στις οποίες απευθύνθηκαν οι ερευνήτριες για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας είναι κλειστές τα σαββατοκύριακα, οι ώρες ενασχόλησης με το χορό του δείγματος την ημέρα κατά μέσο όρο είναι 2,2 ώρες. Επίσης, θα πρέπει να συνυπολογιστεί το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές οι χορευτές συγκεντρώνουν σε δυο και τρεις ημέρες τα μαθήματα χορού τους, κάτι που συνεπάγεται ότι ενδεχομένως κάποιες μέρες μπορεί να είναι «ελεύθερες» ως προς την ενασχόληση του δείγματος με το χορό, ενώ κάποιες άλλες να υπερβαίνουν τις 2,2 ώρες ανά ημέρα. Το παραπάνω συμπέρασμα συνεπάγεται το υψηλά επιβαρυσμένο προπονητικό πρόγραμμα του δείγματος σε ημερήσια διάταξη, γεγονός που απαιτεί εναρμόνηση με την ανάλογη διατροφική συμπεριφορά, έτσι ώστε να επιτευχθεί ομαλότητα στο σώμα και τον οργανισμό του δείγματος.

Ως αναφορά το αν ακολουθεί κάποια δίαιτα το δείγμα, το 88,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ακολουθεί κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο, ενώ από αυτούς που ακολουθούν το 33,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ακολουθεί τον τύπο της

μεσογειακής δίαιτας, το 50% του την σύστησε διαιτολόγος, το μέσο διάστημα που παρακολουθεί τη δίαιτα το δείγμα είναι 9,55 μήνες και το 66,7% να δηλώνει ότι την ακολουθεί για απώλεια βάρους.

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο της Μεσογειακής διατροφής, στα θετικά του δείγματος συγκαταλέγεται η υψηλή κατανάλωση λαχανικών και ελαιόλαδου, καθώς και η χαμηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ στα αρνητικά συγκαταλέγεται η χαμηλή κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, όπως είναι το ψωμί ολικής άλεσης. Επίσης, ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 90% του δείγματος εμφανίζει ανεπαρκή συμμόρφωση με την Ελληνική – Μεσογειακή διατροφή (από 14 έως 27 μονάδες), με μέσο όρο συμμόρφωσης 23,626 μονάδες [(Panagiotakos, Pitsavos & Stefanadis, 2006), (Panagiotakos, Pitsavos, Arvaniti & Stefanadis, 2007), (Panagiotakos, Kalogeropoulos, Pitsavos, Roussinou, Palliou, Chrysohoou & Stefanadis, 2009)].

Σχετικά με την ενίσχυση της θέσης του δείγματος ως προς τη συμμόρφωσή του στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, οι ερευνήτριες θα μπορούσαν να προτείνουν την αύξηση της συχνότητας κατανάλωσης μη επεξεργασμένων δημητριακών (ολικής άλεσης ψωμί κλπ.), πατάτας και ψαριών, ενώ παράλληλα θα πρέπει να μειωθεί η συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Με αυτό τον τρόπο το δείγμα της έρευνας θα συμμορφωθεί επαρκώς με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, με αντίκτυπο τη δημιουργία μιας πιο υγιεινής διατροφικής βάσης.

Τέλος, αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της διερεύνησης διατροφικών διαταραχών, η έρευνα παρουσιάζει εξαιρετικά χρήσιμα συμπεράσματα, σχετικά με τις διατροφικές συμπεριφορές των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ο Πίνακας 76 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διερεύνησης διατροφικών διαταραχών της παρούσας έρευνας, συγκριτικά με άλλες τρεις έρευνες γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι ο μέσος όρος διατροφικής διαταραχής της παρούσας έρευνας είναι 1.3752, αρκετά πιο μικρός των Frainburn & Beglin (1994) - 1.404, των Mond, Hay, Rodgers & Owen (2006) – 1.59 και των Luce, Crowther & Pole (2008) – 1.74.

Πίνακας 76: Σύγκριση παρούσας έρευνας με παλαιότερες αντίστοιχες ερευνες EDE-Q

A/A	Ανησυχία	Παρούσα έρευνα	Fairburn and Beglin (1994)	Mond, Hay, Rodgers & Owen (2006)	Luce, Crowther & Pole (2008)
1	Περιορισμός – RC	1.0152	1.251	1.29	1.62
2	Διατροφής – EC	0.8248	0.624	1.41	1.11
3	Σχήματος – SC	1.7249	2.149	2.29	2.27
4	Βάρους – WC	1.9357	1.587	1.89	1.97
5	Συνολική ανησυχία – TC	1.3752	1.404	1.59	1.74

Επίσης, άλλες έρευνες που έχουν συμπεριλάβει το ερωτηματολόγιο εξέτασης διατροφικών διαταραχών EDE – Q, σε χορεύτριες μπαλέτου εμφανίζουν ποικίλα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα των Ravaldi, Vannacci, Zucchi, Mannucci, Cabras, Boldrini & Ricca (2003), στην Ιταλία, με μέγεθος δείγματος 113 χορεύτριες μπαλέτου και μέσο όρο ηλικίας 16,2 ετών, εμφανίζει συνολικό score ανησυχίας 1.6. Οι Penniment & Egan (2012), στην Αυστραλία, με μέγεθος δείγματος 142 χορεύτριες μπαλέτου και μέσο όρο ηλικίας τα 22,3 έτη, εμφανίζουν συνολικό score ανησυχίας 1.85 μονάδες, ενώ οι Francisco, Narciso & Alarcão (2012), στην Πορτογαλία, με μέγεθος δείγματος 13 κορίτσια που ασχολούνται με το μπαλέτο, με μέσο όρο ηλικίας τα 15 έτη, εμφανίζουν συνολικό score ανησυχίας 0,46 μονάδες. Άλλη έρευνα των Francisco, Narciso & Alarcão (2012), στην Πορτογαλία, με μέγεθος δείγματος 53 χορεύτριες μπαλέτου και με μέσο όρο ηλικίας 14,6 έτη, εμφανίζουν συνολικό score ανησυχίας 1.54 μονάδες.

Εμβαθύνοντας στο ερωτηματολόγιο διερεύνησης διατροφικών διαταραχών, οι προτάσεις που εμφανίζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο ανησυχίας στο δείγμα, ανά κατηγορία είναι (όπου, min = 0 / max = 6):

- Διατήρηση – Restrain: Προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας τρόφιμα που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το πετύχατε είτε όχι); (M.O. = 1,4952)
- Ανησυχία διατροφής - Eating concern: Αισθανθήκατε φόβο μήπως χάσετε τον έλεγχο του τι τρώτε; (M.O. = 1,2788)
- Ανησυχία σχήματος – Shape concern: Το σώμα σας επηρέασε το πως νιώθετε με τον εαυτό σας; (M.O. = 2,5400)
- Ανησυχία βάρους – Weight concern: Πόσο θα σας ενοχλούσε αν έπρεπε να μετράτε το βάρος σας μια φορά την εβδομάδα για τις επόμενες 4 εβδομάδες; (M.O. = 2,3810)

Η κατηγορία που εμφανίζει υψηλότερο συγκεντρωτικό μέσο όρο ανησυχίας στο δείγμα είναι η ανησυχία του «βάρους – weight concern», με μέσο όρο ανησυχίας 1,9357, ενώ η κατηγορία που εμφανίζει το χαμηλότερο μέσο όρο ανησυχίας είναι η ανησυχία της «διατροφής – eating concern», με μέσο όρο ανησυχίας 0,8248 (όπου, $\min = 0 / \max = 6$).

Επιπρόσθετα, η ελάχιστη τιμή του score συνολικής ανησυχίας (total concern) του δείγματος είναι μηδέν μονάδες, η μέγιστη τιμή 4,58 μονάδες και ο μέσος όρος στις 1,375 μονάδες (όπου $\min = 0$ και $\max = 6$).

Γενικότερα, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας, εμφανίζει αισθητά πιο χαμηλό score συνολικής ανησυχίας, στο ερωτηματολόγιο διατροφικής διαταραχής, γεγονός ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για την υγεία των χορευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Αναφορικά με την συγκριτική στατιστική ανάλυση παρατηρούμε ότι η ηλικία του δείγματος παίζει σημαντικό ρόλο στη διατροφική του συμπεριφορά και στη συμμόρφωσή του με τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής, ενώ ο δείκτης μάζας σώματος και το βάρος επηρεάζουν αισθητά την συνολική ανησυχία του δείγματος, γεγονός που έχει σαν συνέπεια την αύξηση της μεταβολής του βάρους του (υψηλές αυξομειώσεις βάρους μέσα σε ένα έτος).

Επίσης, οι υψηλές αυξομειώσεις του βάρους του δείγματος αυξάνουν το συνολικό score της διατροφικής ανησυχίας τους, ενώ σχετίζονται στατιστικά με την παρατήρηση του δείγματος μεταβολών στην έμμηνο ρύση του.

Τέλος, οι ώρες ενασχόλησης με το χορό μειώνουν ελαφρώς το δείκτη μάζας σώματος του δείγματος, αυξάνουν τη σχέση του δείγματος με το χορό, μειώνουν την επιθυμία του δείγματος να περιορίσει την ποσότητα φαγητού για να επηρεάσει το βάρος του, ενώ παράλληλα ενισχύουν την εκτίμηση του δείγματος στο σώμα του, γεγονός που κάνει το δείγμα να νοιώθει λιγότερο άβολα όταν οι άλλοι βλέπουν το σώμα του.

Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα

Ο χορός είναι ένα φαινόμενο το οποίο αποτελείται από ένα συνδυασμό τέχνης και αθλητισμού. Οι άνθρωποι εδώ και χιλιάδες χρόνια έχουν μάθει να εκφράζονται μέσα από το χορό, να δοξάζουν τα θεία και να επικοινωνούν μεταξύ τους. Η συμβολή του χορού στη ζωή του ανθρώπου είναι πολυδιάστατη, ενώ συχνά χαρακτηρίζεται ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της υγείας των ατόμων, της διάθεσής τους, ως μέσο αντιμετώπισης της κατάθλιψης και του άγχους, καθώς και ως μοχλός ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων συμβάλλοντας στην κοινωνική αποδοχή.

Το γεγονός ότι ο χορός αποτελεί μια ήπιας μορφής σωματική άσκηση, έχει ως αποτέλεσμα οι ποσότητες ενέργειας που δαπανά να μην είναι ιδιαίτερα υψηλές, χαρακτηριστικό που συνεπάγεται το χαμηλό ρυθμό απώλειας βάρους και την αδυναμία διατήρησης της σωματικής διάστασης του ατόμου. Έτσι, συχνά οι χορευτές για να διατηρήσουν το σωματικό τους βάρος και σχήμα σε χαμηλά επίπεδα καταφεύγουν σε μη φυσιολογικές πρακτικές απώλειας – περιορισμού βάρους.

Η γυναικεία αθλητική τριάδα συναντάται συχνά στο χώρο των χορευτών και ειδικότερα στις χορεύτριες μπαλέτου, ως αποτέλεσμα των διατροφικών διαταραχών τους, ενώ δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στον οργανισμό των χορευτριών, όπως επίσης αυξάνει την συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών τραυματισμών.

Διαταραχές όπως ψυχογενή βουλιμία, ψυχογενή ανορεξία και επεισοδιακή υπερφαγία συναντώνται συχνά σε χορεύτριες μπαλέτου, λόγω της φύσης του χορού και της ιδιοσυγκρασίας των χορευτριών μπαλέτου, η οποία χαρακτηρίζεται από τελειομανία, εμμονική συμπεριφορά, υψηλά επίπεδα ανταγωνισμού, έντονο ναρκισσισμό, καθώς και διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματός τους.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας συγκεντρώνει χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με τις διατροφικές συμπεριφορές χορευτριών μπαλέτου στη χώρα μας. Σε ένα γενικό πλαίσιο θα μπορούσαμε να πούμε ότι το δείγμα της έρευνας έχει φυσιολογικές τιμές δείκτη μάζας σώματος, με υψηλό μέσο όρο αυξομείωσης κιλών μέσα σε διάστημα ενός έτους, γεγονός που σε συνδυασμό με την έντονη παρατήρηση μέρους του δείγματος, αλλαγών στην έμμηνο ρύση του, δημιουργεί έντονη ανησυχία στις ερευνήτριες για ενδεχόμενη ύπαρξη υποβόσκουσας διατροφικής διαταραχής χαμηλού επιπέδου. Επίσης, εντοπίζεται διαστρεβλωμένη εικόνα, κακή αντίληψη ή ελλιπής γνώση ως προς το πώς πρέπει να είναι μια καλή διατροφή, ενώ περίπου το 1/3 του δείγματος (27,4%) αναγνωρίζει την ύπαρξη θρεπτικής διατροφικής ανεπάρκειας στη διατροφή του, προσφεύγοντας σε συμπληρώματα διατροφής για την αντιστάθμισή της. Επιπρόσθετα, στο δείγμα της έρευνας εμφανίζονται υψηλά επίπεδα καταχρήσεων (συχνή κατανάλωση αλκοόλ, πάνω από ένας στους δύο καπνίζει), ενώ το προπονητικό πρόγραμμα του δείγματος σε ημερήσια διάταξη είναι αρκετά επιβαρυνμένο, γεγονός που υπερτονίζει την ανησυχία των ερευνητριών για την ομαλή οργανική λειτουργία του δείγματος.

Αναφορικά με τα πρότυπα Μεσογειακής Διατροφής, το δείγμα της έρευνας εμφανίζει ανεπαρκή συμμόρφωση, με μόλις το 10,3% να εμφανίζει καλή συμμόρφωση, αποτέλεσμα της χαμηλής συχνότητας κατανάλωσης του δείγματος μη επεξεργασμένων δημητριακών, πατάτας και ψαριών, σε συνδυασμό με την υψηλή συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών.

Τέλος, σχετικά με τις διατροφικές ανησυχίες, το δείγμα της έρευνας εμφανίζει χαμηλότερες τιμές ανησυχίας διατήρησης και ανησυχίας σχήματος σώματος και υψηλότερες τιμές ανησυχίας διατροφής και ανησυχίας βάρους από τις μέσες τιμές των Fairburn & Beglin (1994), ενώ η μέση τιμή ανησυχίας εμφανίζεται χαμηλότερη (1,38 έναντι 1,404 των Fairburn & Beglin).

Σε ένα γενικό πλαίσιο δράσης ως προς την αντιμετώπιση των ενδεχόμενων κινδύνων, οι ερευνήτριες θα πρότειναν στις χορεύτριες μπαλέτου που συμμετείχαν στην έρευνα να δώσουν μεγαλύτερο βάρος στη διατροφική τους συμπεριφορά και να συμμορφωθούν επαρκώς με τα πρότυπα της Μεσογειακής. Πιο συγκεκριμένα θα ήταν ωφέλιμο να αυξήσει το δείγμα την συχνότητα κατανάλωσης μη επεξεργασμένων δημητριακών (ολικής άλεσης), πατάτας και ψαριών, να μειώσει την κατανάλωση ουσιών επιβλαβών για την υγεία όπως είναι το αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς και να προσλαμβάνει πιο πλούσιες ενεργειακά τροφές, ειδικότερα τις ημέρες που το πρόγραμμά του είναι πολύ επιβαρυνμένο. Επίσης, σημαντικό είναι το δείγμα να παρακολουθεί σχολαστικά την έμμηνο ρύση του και εάν παρατηρεί σημαντικές μεταβολές στον κύκλο της, να ενημερώνει άμεσα το γυναικολόγο του. Ειδικότερα στα άτομα που δήλωσαν υψηλή μεταβολή βάρους σε χρονικό πλαίσιο ενός έτους, θα ήταν χρήσιμο να βρίσκονται σε επαφή με ειδικούς διατροφολόγους, έτσι ώστε να επέλθει ολαμότητα σωματικά και οργανικά. Αξίζει, ακόμη να τονιστεί ότι τα συμπληρώματα διατροφής δεν μπορούν να αντικαταστήσουν μια ισορροπημένη διατροφική συμπεριφορά, άρα τα άτομα που τα λαμβάνουν ίσως θα έπρεπε να αναθεωρήσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Τέλος, απαραίτητο τόσο για το δείγμα όσο και γενικότερα για την κοινωνία μας είναι να αναπτυχθεί μια πιο υγιεινή διατροφική κουλτούρα, με πυρήνα της κουλτούρας αυτής την επαρκή ενημέρωση σε θέματα διατροφής, οργανισμού, προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από κακή διατροφική συμπεριφορά κλπ.

Η διενέργεια ερευνών αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική διαδικασία για να μπορέσει να αναπτυχθεί η επιστήμη της διατροφολογίας, γεγονός που συνεπάγεται την ανάγκη περαιτέρω ενασχόλησης τόσο της παγκόσμιας, όσο και της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας με το θέμα της διερεύνησης της διατροφικής συμπεριφοράς των χορευτριών μπαλέτου. Με αυτό τον τρόπο η επιστήμη θα εμπλουτιστεί με γνώσεις - πληροφορίες και παράλληλα θα είναι σε θέση να παρέμβει έγκαιρα, με τα αποτελέσματά της να είναι ελπιδοφόρα.

Βιβλιογραφία

- Adam, D., Ramli, A., & Shahar, S. (2016). Effectiveness of a combined dance and relaxation intervention on reducing anxiety and depression and improving quality of life among the cognitively impaired elderly. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 16(1), e47.
- Adshead-Lansdale, J., & Layson, J. (Eds.). (2006). *Dance history: An introduction*. Routledge.
- Akandere, M., & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Collegium antropologicum*, 35(3), 651-656.
- Alpert, P. T. (2011). The health benefits of dance. *Home Health Care Management & Practice*, 23(2), 155-157.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167.
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... & Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public health nutrition*, 14(12A), 2274-2284.
- Bar, R. J., Cassin, S. E., & Dionne, M. M. (2017). The long-term impact of an eating disorder prevention program for professional ballet school students: A 15-year follow-up study. *Eating disorders*, 25(5), 375-387.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384-405.
- Bendini, A., Cerretani, L., Carrasco-Pancorbo, A., Gómez-Caravaca, A. M., Segura-Carretero, A., Fernández-Gutiérrez, A., & Lercker, G. (2007). Phenolic molecules in virgin olive oils: a survey of their sensory properties, health effects, antioxidant activity and analytical methods. An overview of the last decade Alessandra. *Molecules*, 12(8), 1679-1719.

- Benn, T., & Walters, D. (2001). Between Scylla and Charybdis. Nutritional education versus body culture and the ballet aesthetic: The effects on the lives of female dancers. *Research in Dance Education*, 2(2), 139-154.
- Bettle, N., Bettle, O., Neumärker, U., & Neumärker, K. J. (2001). Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. *Perceptual and Motor Skills*, 93(1), 297-309.
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 44-49.
- Bräuninger, I. (2006). *Tanztherapie: Verbesserung der Lebensqualität und Stressbewältigung* (Vol. 21). BoD–Books on Demand.
- Brodie, D. A., & Slade, P. D. (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. *Psychological Medicine*, 18(3), 623-631.
- Brown, M. A., Howatson, G., Quin, E., Redding, E., & Stevenson, E. J. (2017). Energy intake and energy expenditure of pre-professional female contemporary dancers. *PloS one*, 12(2).
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Routledge & Kegan Paul..
- Byrne, S. M. (2002). Sport, occupation, and eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 256-259.
- Carluccio, M. A., Siculella, L., Ancora, M. A., Massaro, M., Scoditti, E., Storelli, C., ... & De Caterina, R. (2003). Olive oil and red wine antioxidant polyphenols inhibit endothelial activation: antiatherogenic properties of Mediterranean diet phytochemicals. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 23(4), 622-629.
- Codó, E., Dans, L., & Wei, M. M. (2008). Interviews and questionnaires. *The Blackwell guide to research methods in bilingualism and multilingualism*, 158-176.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 6(1), 1-8.
- Da Silva, C. L., De Oliveira, E. P., De Sousa, M. V., & Pimentel, G. D. (2015). Body dissatisfaction and the wish for different silhouette is associated with higher adiposity and fat intake in female ballet dancers than male. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 56(1-2), 141-148.

- Dantas, A. G., Alonso, D. A., Sánchez-Miguel, P. A., & del Río Sánchez, C. (2018). Factors dancers associate with their body dissatisfaction. *Body image*, 25, 40-47.
- De Lorgeril, M., & Salen, P. (2007). Modified Cretan Mediterranean diet in the prevention of coronary heart disease and cancer: an update. In *More on Mediterranean Diets* (Vol. 97, pp. 1-32). Karger Publishers.
- De Souza, M. J., Nattiv, A., Joy, E., Misra, M., Williams, N. I., Mallinson, R. J., ... & Panel, E. (2014). 2014 Female Athlete Triad Coalition Consensus Statement on treatment and return to play of the female athlete triad: 1st International Conference held in San Francisco, California, May 2012 and 2nd International Conference held in Indianapolis, Indiana, May 2013. *Br J Sports Med*, 48(4), 289-289.
- Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 51-68.
- Dickstein, M. (2009). *Dancing in the dark: A cultural history of the Great Depression*. WW Norton & Company.
- Dils, A., & Albright, A. C. (Eds.). (2001). *Moving history/dancing cultures: A dance history reader*. Wesleyan University Press.
- Dosil, J. (2008). *Eating disorders in athletes*. John Wiley & Sons
- Dotti, A., Fioravanti, M., Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating behavior of ballet dancers. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(1), 60-67.
- Dotti, A., Fioravanti, M., Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating behavior of ballet dancers. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(1), 60-67.
- Doyle-Lucas, A. F., Akers, J. D., & Davy, B. M. (2010). Energetic efficiency, menstrual irregularity, and bone mineral density in elite professional female ballet dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 14(4), 146-154.
- Eagle, S. R., Lohman, C., & Jarman, N. (2013). Enhancing knowledge of nutrition and prevention in medical professionals and coaches; the key to defeating the Female Athlete Triad. *Journal of Athletic Medicine*, 1(1), 23-36.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc.*
- Erwin-Grabner, T. (1999). Effectiveness of dance/movement therapy on reducing test anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 21(1), 19-34.

- Esposito, K., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., & Giugliano, D. (2013). Mediterranean diet and metabolic syndrome: an updated systematic review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 14(3), 255-263.
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Lamuela-Raventos, R. M. (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290.
- Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B., Ibisoglu, U., & Cakir, S. (2009). A randomized controlled trial of Turkish folklore dance on the physical performance, balance, depression and quality of life in older women. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(1), 84-88
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2018). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity: An evaluation of potential bias.
- Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). Aesthetic sports as high-risk contexts for eating disorders—Young elite dancers and gymnasts perspectives. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 265-274.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). Specific predictors of disordered eating among elite and non-elite gymnast and ballet dancers. *International journal of sport psychology*, 43, 479-502.
- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in psychology*, 5, 508.
- Giordano, S. (2010). *Exercise and eating disorders: An ethical and legal analysis*. Routledge.
- Glace, B., Kremenec, I., & Liederbach, M. (2006). Energy conservation in amenorrhoeic ballet dancers. *Medical Problems of Performing Artists*, 21(3), 97-105.
- Goldov, N. B. (2011). *The Effects of Individualized Brief Medical Dance/Movement Therapy on Body Image in Women with Breast Cancer* (Doctoral dissertation, Argosy University/Seattle).
- Gottesman, I. I., & Shields, J. (1982). *Schizophrenia*. CUP Archive.

- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(1), 12-19.
- Haboush, A., Floyd, M., Caron, J., LaSota, M., & Alvarez, K. (2006). Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in psychotherapy*, 33(2), 89-97.
- Hackney, M. E., & Earhart, G. M. (2009). Health-related quality of life and alternative forms of exercise in Parkinson disease. *Parkinsonism & related disorders*, 15(9), 644-648.
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-52.
- Hartshorn, K., Delage, J., Field, T., & Olds, L. (2002). Senior citizens benefit from movement therapy. *Journal of bodywork and movement therapies*, 6(1), 55-58.
- Hilf, Z. (2009). Wirksamkeit von Tanztherapie bei Somatoformer Störung. *Unpublished Diplomarbeit, Technische Universität München, München*.
- Hobart, J. A., & Smucker, D. R. (2000). The female athlete triad. *American family physician*, 61(11), 3357-3364.
- Hoch, A. Z., Papanek, P., Szabo, A., Widlansky, M. E., Schimke, J. E., & Gutterman, D. D. (2011). Association between the female athlete triad and endothelial dysfunction in dancers. *Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 21(2), 119.
- Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A. M., Härkönen, B., Viramo, P., & Winblad, I. (2008). Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 771-772.
- Horwitz, E. B., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The arts in psychotherapy*, 33(1), 11-25.
- Hui, E., Chui, B. T. K., & Woo, J. (2009). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), e45-e50.

- Hulley, A., Currie, A., Njenga, F., & Hill, A. (2007). Eating disorders in elite female distance runners: Effects of nationality and running environment. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 521-533.
- Jaimes, R., & Rocco, A. G. (2014). Multiple epidural steroid injections and body mass index linked with occurrence of epidural lipomatosis: a case series. *BMC anesthesiology*, 14(1), 70.
- Jeong, Y. J., Hong, S. C., Lee, M. S., Park, M. C., Kim, Y. K., & Suh, C. M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International journal of neuroscience*, 115(12), 1711-1720.
- Johnson, H. A. (2018). *Dancing to Death: Why are Eating Concerns Endemic Among Female Ballet Dancers? A Textual Analysis of Published Memoirs*. Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies.
- Karkou, V. (2009). Arts Therapies: Hitting the HEAT Targets; A Report of the Scottish Arts Therapies Forum (SATF)(with contributions from Scottish Representatives of Arts Therapies, Chairs of the Arts Therapies Councils and the Workforce Planning Team.
- Keys, A. (1980). Wine, garlic, and CHD in seven countries. *Lancet*.
- Keys, A., Menott, A., Karvonen, M. J., Aravanjs, C., Blackburn, H., Buzina, R., ... & Kromhout, D. (2017). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, 185(11), 1130-1142.
- Kiepe, M. S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: a systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404-411.
- Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 340-349.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64.
- Kromhout, D., Keys, A., Aravanis, C., Buzina, R., Fidanza, F., Giampaoli, S., ... & Pekkarinen, M. (1989). Food consumption patterns in the 1960s in seven countries. *The American journal of clinical nutrition*, 49(5), 889-894.

- Kruger, D. (2008). Bulimia nervosa: Easy to hide but essential to recognize. *Journal of the American Academy of PAs*, 21(1), 48-52.
- Łagowska, K., Kapczuk, K., & Jeszka, J. (2014). Nine-month nutritional intervention improves restoration of menses in young female athletes and ballet dancers. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 11(1), 52.
- Lakes, K. D., Marvin, S., Rowley, J., San Nicolas, M., Arastoo, S., Viray, L., ... & Jurnak, F. (2016). Dancer perceptions of the cognitive, social, emotional, and physical benefits of modern styles of partnered dancing. *Complementary therapies in medicine*, 26, 117-122.
- Langdon, S. W., & Petracca, G. (2010). Tiny dancer: Body image and dancer identity in female modern dancers. *Body Image*, 7(4), 360-363.
- Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46-58.
- Lee, H. J., Jang, S. H., Lee, S. Y., & Hwang, K. S. (2015). Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 64-68.
- Lee, S. H. (2020). *Perspectives in Performing Arts Medicine Practice: A Multidisciplinary Approach*. Springer.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the eating disorder examination—Self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 349-351.
- Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 273-276.
- Manore, M. M., Kam, L. C., & Loucks, A. B. (2007). The female athlete triad: components, nutrition issues, and health consequences. *Journal of sports sciences*, 25(S1), S61-S71.
- Marich, J., & Howell, T. (2015). Dancing mindfulness: A phenomenological investigation of the emerging practice. *Explore*, 11(5), 346-356.
- Martin, L. A., Koch, S. C., Hirjak, D., & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in

schizophrenia—A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 7, 483.

- Meekums, B., Vaverniece, I., Majore-Dusele, I., & Rasnacs, O. (2012). Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 126-133.
- Mersy, D. J. (1991). Health benefits of aerobic exercise. *Postgraduate medicine*, 90(1), 103-112.
- Meyer-Dietrich, E. (2009). Dance. Available at: <https://escholarship.org/content/qt5142h0db/qt5142h0db.pdf>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 53-62.
- Nangle, D. W., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., & Engler, L. B. (1994). Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: Psychometric analysis of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 16(2), 147-157.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. British Psychological Society (UK).
- Nerini, A. (2015). Media influence and body dissatisfaction in preadolescent ballet dancers and non-physically active girls. *Psychology of Sport and Exercise*, 20, 76-83.
- Neumärker, K. J., Bettle, N., Neumärker, U., & Bettle, O. (2000). Age-and gender-related psychological characteristics of adolescent ballet dancers. *Psychopathology*, 33(3), 137-142.
- Noreau, L., Martineau, H., Roy, L., & Belzile, M. (1995). Effects of a modified dance-based exercise on cardiorespiratory fitness, psychological state and health status of persons with rheumatoid arthritis. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 74(1), 19-27.
- Ogden, C. L. (2004). *Mean body weight, height, and body mass index: United States 1960-2002* (No. 347). Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

- Osgood, N. J., Meyers, B. S., & Orchowsky, S. (1990). The impact of creative dance and movement training on the life satisfaction of older adults: An exploratory study. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 255-265.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical psychology review*, 28(3), 366-386.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2006). Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 16(8), 559-568.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Arvaniti, F., & Stefanadis, C. (2007). Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Preventive medicine*, 44(4), 335-340.
- Panagiotakos, D., Kalogeropoulos, N., Pitsavos, C., Roussinou, G., Palliou, K., Chrysohoou, C., & Stefanadis, C. (2009). Validation of the MedDietScore via the determination of plasma fatty acids. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 60(sup5), 168-180.
- Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J. A., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169-176.
- Penniment, K. J., & Egan, S. J. (2012). Perfectionism and learning experiences in dance class as risk factors for eating disorders in dancers. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 13-22.
- Pérez-López, F. R., Chedraui, P., Haya, J., & Cuadros, J. L. (2009). Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. *Maturitas*, 64(2), 67-79.
- Peric, M., Zenic, N., Sekulic, D., Kondric, M., & Zaletel, P. (2016). Disordered eating, amenorrhea, and substance use and misuse among professional ballet dancers: Preliminary analysis. *Med Pr*, 67(1), 21-27.
- Pickard, A. (2013). Ballet body belief: perceptions of an ideal ballet body from young ballet dancers. *Research in Dance Education*, 14(1), 3-19.
- Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (2001). Beyond body mass index. *Obesity reviews*, 2(3), 141-147.

- Psaltopoulou, T., Kosti, R. I., Haidopoulos, D., Dimopoulos, M., & Panagiotakos, D. B. (2011). Olive oil intake is inversely related to cancer prevalence: a systematic review and a meta-analysis of 13800 patients and 23340 controls in 19 observational studies. *Lipids in health and disease*, 10(1), 127.
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., ... & Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36(5), 247-254.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. American Psychological Association.
- Ringham, R., Klump, K., Kaye, W., Stone, D., Libman, S., Stowe, S., & Marcus, M. (2006). Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 503-508.
- Robbeson, J. G., Kruger, H. S., & Wright, H. H. (2015). Disordered eating behavior, body image, and energy status of female student dancers. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 25(4), 344-352.
- Röhricht, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 36(5), 669-678.
- Salas-Salvadó, J., Becerra-Tomás, N., García-Gavilán, J. F., Bulló, M., & Barrubés, L. (2018). Mediterranean diet and cardiovascular disease prevention: what do we know?. *Progress in cardiovascular diseases*, 61(1), 62-67.
- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 28(4), 301-309.
- Sarri, K. O., Linardakis, M. K., Bervanaki, F. N., Tzanakis, N. E., & Kafatos, A. G. (2004). Greek Orthodox fasting rituals: a hidden characteristic of the Mediterranean diet of Crete. *British Journal of Nutrition*, 92(2), 277-284.
- Scharoun, S. M., Reinders, N. J., Bryden, P. J., & Fletcher, P. C. (2014). Dance/movement therapy as an intervention for children with autism spectrum disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 36(2), 209-228.
- Simas, J. P. N., Macara, A., & Melo, S. I. L. (2019). Eating disorders and associated factors in professional classical ballet dancers in Brazil. *Mundo saúde (Impr.)*, 472-493.

- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 153(S2), 20-22.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 27(4), 371-380.
- Sorkin, J. D. (2014). BMI, age, and mortality: the slaying of a beautiful hypothesis by an ugly fact.
- Sousa, M., Carvalho, P., Moreira, P., & Teixeira, V. H. (2013). Nutrition and nutritional issues for dancers. *Med Probl Perform Art*, 28(3), 119-23.
- Sperry, L. (2013). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders*. Routledge.
- STAND, P. (2007). The female athlete triad. *Med. Sci. Sports Exerc*, 39(10), 1867-82.
- Stein, D., Orbach, I., Shani-Sela, M., Har-Even, D., Yaruslasky, A., Roth, D., ... & Apter, A. (2003). Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(1), 16-25.
- Stoeber, J. (2014). Perfectionism in sport and dance: A double-edged sword. *International Journal of Sport Psychology*, 45(4), 385-394.
- Stokes, A., & Preston, S. H. (2015). Smoking and reverse causation create an obesity paradox in cardiovascular disease. *Obesity*, 23(12), 2485-2490.
- Stracciolini, A., Quinn, B. J., Geminiani, E., Kinney, S., McCrystal, T., Owen, M., ... & Stein, C. J. (2017). Body mass index and menstrual patterns in dancers. *Clinical pediatrics*, 56(1), 49-54.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19-S29.
- Sundgot-Borgen, J., Skårderud, F., & Rodgers, S. (2003). Athletes and dancers. *Handbook of eating disorders*, 2.
- Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2011). Disordered eating and injuries among adolescent ballet dancers. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(3), e216-e222.
- Thompson, J. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. vii-505). American Psychological Association.
- Thompson, J. (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. John Wiley & Sons Inc.

- Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puértolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: Problems and risk factors. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(1), 40-49.
- Via, E., Soriano-Mas, C., Sánchez, I., Forcano, L., Harrison, B. J., Davey, C. G., ... & Cardoner, N. (2015). Abnormal social reward responses in anorexia nervosa: an fMRI study. *PloS one*, 10(7).
- Wagener, T. L., Fedele, D. A., Mignogna, M. R., Hester, C. N., & Gillaspay, S. R. (2012). Psychological effects of dance-based group exergaming in obese adolescents. *Pediatric obesity*, 7(5), e68-e74.
- Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: general population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour research and therapy*, 49(2), 85-91.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report?. *Behaviour Research and Therapy*, 35(12), 1151-1159.
- Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American journal of clinical nutrition*, 61(6), 1402S-1406S.
- Wright, L., & Colin, C. (2020). The Role of Nutrition in Injury Prevention Among Ballet Dancers. In *Perspectives in Performing Arts Medicine Practice* (pp. 311-319). Springer, Cham.
- Wyon, M. A., Hutchings, K. M., Wells, A., & Nevill, A. M. (2014). Body mass index, nutritional knowledge, and eating behaviors in elite student and professional ballet dancers. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 24(5), 390-396.
- Yannakoulia, M., Sitara, M., & Matalas, A. L. (2002). Reported eating behavior and attitudes improvement after a nutrition intervention program in a group of young female dancers. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, 12(1), 24-32.
- Yeager, K. K., Agostini, R., Nattiv, A., & Drinkwater, B. (1993). The female athlete triad: disordered eating, amenorrhea, osteoporosis. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.

- Τυροβολάς, Σ., Μορένα, Μ., Χριστόπουλος, Η., Μπουντζιούκα, Β., Γκότσης, Ε., Πούνης, Γ., ... & Πολυχρονόπουλος, Ε. (2010). Γεωγραφική μεταβλητότητα παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και των διατροφικών συνηθειών ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών απο επιλεγμένα νησιά της Μεσογείου: Μελέτη MEDIS= Geographical variability of CVD risk factors and Mediterranean islands: The MEDIS study. *Πανελλήνια και Διεθνή Γεωγραφικά Συνέδρια, Συλλογή Πρακτικών*, 809-815.

Ηλεκτρονικές πηγές

- <https://www.healthline.com/health/what-are-mets#definition>
- <https://www.iator.gr/2019/04/10/gynaikeia-athlitiki-triada/>
- <https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/fitness/1950-gynaikeia-athlitiki-triada-female-athlete-triad-kai-athlitiki-aminorroia>
- <https://www.calculator.net/bmi-calculator.html>
- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- <https://www.americastestkitchen.com/articles/509-the-mediterranean-diet-food-pyramid-infographic>
- <https://oldwayspt.org/traditional-diets/mediterranean-diet>
- <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-weight/diet-reviews/mediterranean-diet/>

Παράρτημα

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σας παραθέτουμε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής σας με σκοπό να συλλέξουμε κάποια προσωπικά στοιχεία. Αν νιώθετε ότι κάποιες ερωτήσεις είναι πολύ προσωπικές, μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε. Ωστόσο, θα σας ήμασταν ευγνώμονες για κάθε ειλικρινή απάντηση που θα μας δώσετε. Σε αυτό το σημείο παρακαλείστε να δώσετε μία απάντηση σε κάθε ερώτηση.

1) Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;
2) Φύλο: i) Γυναίκα ii) Άνδρας
3) Ποιο είναι το ύψος σας;.....cm
4) Ποιο είναι το τωρινό σας βάρος;.....kg
5) Ποιο είναι το μικρότερο και ποιο το μεγαλύτερο βάρος που φτάσατε την προηγούμενη χρονιά; Μικρότερο:.....kg Μεγαλύτερο:.....kg
6) Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην έμμηνου ρύση σας; i) Όχι ii) Ναι
7) Λαμβάνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής; i) Όχι ii) Ναι
8) Για ποιο λόγο αποφασίσατε να πάρετε συμπλήρωμα διατροφής; i) Για ενίσχυση του ανοσοποιητικού ii) Για απώλεια βάρους iii) Άλλο
9) Πως θα περιγράφατε την διατροφή σας; i) Πολύ κακή ii) Κακή iii) Καλή iv) Πολύ καλή
10) Ακολουθείτε κάποια δίαιτα την τρέχουσα περίοδο; i) Όχι ii) Ναι, κατόπιν συμβουλής του θεράποντος ιατρού μου για λόγους υγείας. iii) Ναι, ήταν προσωπική μου απόφαση.
<i>Ερωτήσεις για όσους ακολουθούν κάποια δίαιτα</i>
11) Παρακαλώ συμπληρώστε τον τύπο διαίτας:.....
12) Για πόσο καιρό ακολουθείτε αυτήν την δίαιτα; Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό των:.....εβδομάδων,.....μηνών,.....ετών.
13) Πόσο συχνά τρώτε έξω; i) Ποτέ ii) 1-3 φορές τον μήνα iii) 1 φορά την εβδομάδα iv) Μερικές φορές την εβδομάδα v) 1 φορά την ημέρα vi) Μερικές φορές την ημέρα
14) Τι είδους αλκοόλ καταναλώνετε συνήθως; i) Μπύρα ii) Κρασί iii) Ποτά όπως βότκα, ουίσκι, τζιν κλπ iv) Δεν καταναλώνω αλκοόλ
15) Καπνίζετε; i) Όχι ii) Ναι Πόσα.....
16) Πόσες ώρες κοιμάστε φυσιολογικά;
17) Πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολείστε με το χορό;.....
18) Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας σε σχέση με το χορό; i) Είμαι επαγγελματίας ii) Είμαι ερασιτέχνης, αλλά ασχολούμαι σοβαρά iii) Είναι το χόμπι μου

MEDITERRANEAN DIET SCORE

Πόσο συχνά καταναλώνετε μη-επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής άλεσης ψωμί, κλπ);

Ποτέ	1 - 6 μερίδες	7 - 12 μερίδες	13 - 18 μερίδες	19 - 31 μερίδες	>32 μερίδες	7 - 12 μερίδες
------	------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε πατάτες;

Ποτέ	1 - 6 μερίδες	7 - 12 μερίδες	13 - 18 μερίδες	19 - 31 μερίδες	>32 μερίδες	7 - 12 μερίδες
------	------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα;

Ποτέ	1 - 4 μερίδες	5 - 8 μερίδες	9 - 15 μερίδες	16 - 21 μερίδες	>22 μερίδες	5 - 8 μερίδες
------	------------------	------------------	-------------------	--------------------	-------------	------------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά;

Ποτέ	1 - 6 μερίδες	7 - 12 μερίδες	13 - 18 μερίδες	19 - 31 μερίδες	>32 μερίδες	7 - 12 μερίδες
------	------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε όσπρια;

<1 μερίδες	1 - 2 μερίδες	3 - 4 μερίδες	5 - 6 μερίδες	>6 μερίδες
------------	---------------	---------------	---------------	------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε ψάρια;

0 μερίδες	1 μερίδες	2 μερίδες	3 μερίδες	4 μερίδες	5 μερίδες
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Πόσο συχνά καταναλώνετε πουλερικά και λευκά κρέατα;

<3 μερίδες	4-5 μερίδες	5-6 μερίδες	7-8 μερίδες	9-10 μερίδες	>10 μερίδες
------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα);

<10 μερίδες	11-15 μερίδες	16-20 μερίδες	21-28 μερίδες	29-30 μερίδες	>30 μερίδες
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	-------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα (φορές ανά εβδομάδα);

Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Καθημερινά
------	--------	----	-----	-----	------------

Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά (ml / ημέρα, 100ml=1 ποτήρι);

<300	300	400	500	600	>700	ή 0
------	-----	-----	-----	-----	------	-----

EATING QUESTIONNAIRE

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες 4 εβδομάδες (28 μέρες) μόνο. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά και απαντήστε όλες τις ερωτήσεις. Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε ερώτηση κυκλώνοντας την απάντηση ή συμπληρώνοντας το κενό.

Στις τελευταίες 28 μέρες....								
1	Προσπαθήσατε να περιορίσετε την ποσότητα του φαγητού για να επηρεάσετε το βάρος σας;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
2	Περάσατε πολλές ώρες	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα

	(8 ώρες και παραπάνω) χωρίς να φάτε για να επηρεάσετε το βάρος σας;							
3	Προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας τρόφιμα που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το επιτύχατε είτε όχι);	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
4	Προσπαθήσατε να ακολουθήσετε αυστηρούς κανόνες στον τρόπο που τρώτε πχ περιορισμό θερμίδων για να επηρεάσετε το βάρος σας (είτε το επιτύχατε είτε όχι);	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
5	Είχατε την επιθυμία να έχετε άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσετε το βάρος σας;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
6	Είχατε την επιθυμία να έχετε τελείως επίπεδο στομάχι;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
7	Επηρεάσε η σκέψη του φαγητού ή των θερμίδων την συγκέντρωσή σας σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (πχ την δουλειά σας);	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα

	το διάβασμα σας, την παρακολούθηση μιας συζήτησης);							
8	Αισθανθήκατε φόβο μήπως χάσετε τον έλεγχο του τι τρώτε;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
9	Αισθανθήκατε φόβο μήπως βάλετε βάρος;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
10	Αισθανθήκατε ότι αυξήθηκε το βάρος σας;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
11	Είχατε ισχυρή επιθυμία να μειώσετε το βάρος σας;	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
12	Στις τελευταίες 28 μέρες, <u>πόσες φορές</u> καταναλώσατε ποσότητα φαγητού που θεωρείται ασυνήθιστα μεγάλη;							
13	Πόσες από αυτές τις φορές αισθανθήκατε ότι χάσατε τον έλεγχο πάνω στο φαγητό;							
14	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, σε πόσες μέρες εκδηλώθηκαν περιστατικά υπερφαγίας;							
15	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές χρησιμοποιήσατε τον έμετο για ελέγξετε το βάρος σας;							
16	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές πήρατε διουρητικά για να ελέγξετε το βάρος σας;							
17	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές ασκηθήκατε υπερβολικά με κίνητρο να ελέγξετε το βάρος σας και τις θερμίδες που καίτε;							
18	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές φάγατε κρυφά; Μην συμπεριλάβετε επεισόδια αδηφαγικής διαταραχής.	Καθόλου	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
19	Πόσες από τις φορές φάγατε νιώσατε ενσώμα σας;	Καμία φορά	Κάποιες φορές	Λιγότερο από τις μισές	Τις μισές φορές	Περισσότερο από τις μισές	Τις περισσότερες φορές	Κάθε φορά
20	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες φορές ανησυχίσατε μην σας δουν να τρώτε;	Καθόλου	Ελαφρώς		Μέτρια		Πολύ	
21	Το βάρος σας επηρέασε το πως αισθάνεστε με τον εαυτό σας;	Καθόλου	Ελαφρώς		Μέτρια		Πολύ	
22	Το σώμα σας επηρέασε το πώς	Καθόλου	Ελαφρώς		Μέτρια		Πολύ	

	νιώθετε με τον εαυτό σας;				
23	Πόσο θα σας ενοχλούσε αν έπρεπε να μετράτε το βάρος σας μια φορά την εβδομάδα για τις επόμενες 4 εβδομάδες;	Καθόλου	Ελαφρώς	Μέτρια	Πολύ
24	Πόσο ανικανοποίητος/ η νιώσατε με το βάρος σας;	Καθόλου	Ελαφρώς	Μέτρια	Πολύ
25	Πόσο ανικανοποίητος/ η νιώσατε με το σώμα σας;	Καθόλου	Ελαφρώς	Μέτρια	Πολύ
26	Πόσο άβολα νιώσατε βλέποντας το σώμα σας πχ στον καθρέφτη;	Καθόλου	Ελαφρώς	Μέτρια	Πολύ
27	Πόσο άβολα νιώσατε αν οι άλλοι βλέπουν το σώμα σας πχ στα δοκιμαστήρια, στην πισίνα ή όταν φοράτε στενά ρούχα;	Καθόλου	Ελαφρώς	Μέτρια	Πολύ