



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΧΑΤΖΗΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ (Α.Μ 4576),
ΡΑΛΛΗ ΕΙΡΗΝΗ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ (Α.Μ 4552)



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας για την πολύτιμη καθοδήγησή του. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους συμφοιτητές μας, τους φίλους μας, την οικογένειά μας και όλους όσους μας στήριξαν και βοήθησαν στην συγκέντρωση των στοιχείων του ερωτηματολογίου της έρευνας μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνά την αλληλεπίδραση των παραγόντων της ενσυνείδητης διατροφής και του άγχους. Ως ενσυνείδητη διατροφή ορίζεται η επίγνωση του παρόντος για την απόλαυση της στιγμής του γεύματος, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή τόσο στις σωματικές όσο και τις συναισθηματικές αισθήσεις. Το άγχος αποτελεί την απόκριση των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού σε μία δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου σε έναν κίνδυνο.

Δεδομένου ότι, υπάρχουν λίγα δημοσιευμένα δεδομένα που διερευνούν την ενσυνείδητη διατροφική προσέγγιση σε σύγκριση με το άγχος στον γενικό πληθυσμό χωρίς την εμπλοκή άλλων μεταβλητών, εμβαθύναμε στη μελέτη των τριών κυριότερων παραγόντων του ΔΜΣ, του φύλου και της ηλικίας που τους επηρεάζουν. Ως πρωτεύουσα ερευνητική υπόθεση τέθηκε η ύπαρξη αλληλεπίδρασης μεταξύ άγχους και ενσυνείδητης διατροφής και ως επιμέρους ερευνητικοί στόχοι τέθηκαν οι αλληλεπιδράσεις των τριών μεταβλητών ξεχωριστά για κάθε ένα παράγοντα.

Η συλλογή των αποτελεσμάτων του δείγματος έγινε από 410 συμμετέχοντες με εύρος τριών ηλικιακών ομάδων, με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου, του οποίου η σύνθεση βασίζεται σε δύο δημοσιευμένα ερωτηματολόγια: της ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) και του άγχους (Stress Questionnaire). Μετά την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψε η ύπαρξη μέτριας συσχέτισης μεταξύ των δύο κύριων ερευνητικών αξόνων, όπου όσο αυξάνεται το άγχος μειώνεται η ενσυνείδητη διατροφή.

Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ασθενή συσχέτιση μεταξύ άγχους - ΔΜΣ (λιποβαρή), άγχους (μέτρια αγχώδη, αγχώδη) - φύλο και άγχους - ηλικία (>30 ετών). Αντίθετα, οι κατηγορίες συσχετίσεων μεταξύ ενσυνείδητης διατροφής – ΔΜΣ, ενσυνείδητης διατροφής – φύλο και ενσυνείδητης διατροφής – ηλικία, δεν εμφάνισαν καταληκτικά αποτελέσματα. Η καλύτερη κατανόηση της ενσυνείδητης πρακτικής αλλά και της συσχέτισής της με το άγχος, θα μπορούσε να συντελέσει στην αξιολόγηση των διαιτούμενων και να συνεισφέρει σε θεραπευτικές διαιτολογικές παρεμβάσεις.

Λέξεις - κλειδιά: Ενσυνείδητη διατροφή, Άγχος, Δείκτης Μάζας Σώματος, Φύλο, Ηλικία

INTERACTION OF STRESS AND CONSCIOUS NUTRITION

ABSTRACT

The present thesis investigates the interaction of factors of mindful eating and stress. Mindful eating is defined as paying attention to food on purpose, moment by moment, without judgment and focuses in individuals' sensual and physical awareness of the food. Stress is the response of the human body systems to an unpleasant emotional state that includes feelings of fear in a danger.

Given that there is little published data investigating mindful eating compared to stress in the general population without the involvement of other variables, we delved into the study of the three main factors of BMI, gender and age that affect them. The main research hypothesis was the existence of an interaction between stress and conscious diet and the sub-objectives of the research were the interactions of the three variables separately for each factor.

The sample consists of 410 participants divided in three age groups, presented with a questionnaire, which is comprised on two individual published questionnaires: Conscious Nutrition (MET) and Stress Questionnaire. The statistical analysis of the results exhibited a moderate correlation between the two main factors under investigation, in particular that as stress increases, the mindful diet decreases.

Our results indicate a weak correlation between stress - BMI (underweight), stress (moderate anxiety, stress) - sex and stress - age (> 30 years). In contrast, the categories of correlations between conscious eating - BMI, conscious eating - sex and conscious eating - age, did not show conclusive results. A better understanding of mindful eating and its association with stress, could contribute to the evaluation of dieters and contribute to therapeutic dietary interventions.

Keywords: Mindful eating, stress, BMI, gender, age

Περιεχόμενα

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.1	Ενσυνείδητη Διατροφή	9
1.1.1	Ενσυνειδητότητα.....	9
1.1.2	Θεραπείες που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα	10
1.1.3	Ορισμός Ενσυνείδητης Διατροφής.....	11
1.1.4	Στόχοι Ενσυνείδητης Διατροφής.....	12
1.1.5	Θετικές επιδράσεις Ενσυνείδητης Διατροφής.....	13
1.2	Συσχετίσεις παραγόντων με την ενσυνείδητη Διατροφή	14
1.2.1	Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με τον ΔΜΣ	14
1.2.2	Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με το φύλο	17
1.2.3	Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με την ηλικία.....	19
1.2.4	Επίδραση ενσυνείδητης διατροφής στο άγχος.....	19
1.3	Πρακτικές ενσυνείδητης διατροφής	20
1.3.1	Τρόποι εξάσκησης ενσυνείδητης διατροφής.....	20
1.3.2	Εφαρμογές ενσυνείδητης διατροφής (Mindful eating apps).....	24
1.4	Σύγκριση διαισθητικής και ενσυνείδητης διατροφής.....	25
1.4.1	Ορισμός Διαισθητικής διατροφής.....	25
1.4.2	Χαρακτηριστικά Διαισθητικής διατροφής	25
1.4.3	Θετικές επιδράσεις Διαισθητικής διατροφής	26
1.4.4	Σύγκριση Διαισθητικής-Ενσυνείδητης διατροφής.....	26
1.5	Άγχος	28
1.5.1	Ορισμός Άγχους.....	28
1.5.2	Παθοφυσιολογία άγχους	28
1.5.3	Αίτια άγχους	29
1.5.4	Παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος	30
1.5.5	Συμπτώματα άγχους.....	31
1.6	Διακρίσεις άγχους	32
1.6.1	Τύποι άγχους	32
1.6.2	Διαφορές μεταξύ άγχους και φόβου	33
1.6.3	Διαφορές μεταξύ άγχους και στρες	34
1.6.4	Αγχώδεις διαταραχές	34
1.6.5	Αντιμετώπιση άγχους.....	37
1.7	Συσχετίσεις παραγόντων με το άγχος.....	40

1.7.1	Συσχέτιση άγχους με τον ΔΜΣ	40
1.7.2	Συσχέτιση άγχους με την ηλικία.....	42
1.7.3	Συσχέτιση άγχους με το φύλο.....	44
1.7.4	Επίδραση άγχους στην διατροφή	45
1.8	Σκοπός	47
2.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	48
2.1	Μέθοδοι	48
2.2	Δείγμα.....	48
2.3	Εργαλείο μέτρησης - ερωτηματολόγιο	48
2.4	Διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.....	49
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	50
3.1	Περιγραφική στατιστική.....	50
3.1.1	Δείκτης Μάζας Σώματος.....	50
3.1.2	Φύλο.....	51
3.1.3	Ηλικία	51
3.1.4	Ενσυνείδητη διατροφή.....	52
3.1.5	Άγχος.....	52
3.2	Συσχετίσεις παραγόντων ΔΜΣ, ηλικίας και φύλου με την Ενσυνείδητη Διατροφή.....	53
3.2.1	Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) – Ενσυνείδητη Διατροφή	53
3.2.2	Φύλο - Ενσυνείδητη Διατροφή	56
3.2.3	Ηλικία – Ενσυνείδητη Διατροφή	59
3.3	Συσχετίσεις παραγόντων ΔΜΣ, ηλικίας και φύλου με το Άγχος.....	63
3.3.1	Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) - Άγχος	63
3.3.2	Φύλο – Άγχος.....	67
3.3.3	Ηλικία – Άγχος	70
3.4	Συσχετίσεις Άγχους και Ενσυνείδητης Διατροφής.....	74
3.5	Συνοψίζοντας	77
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	78
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	87
6.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
7.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	93
7.1.1	Ενότητα ατομικών χαρακτηριστικών:	93
7.1.2	Ενότητα δοκιμασίας άγχους:.....	93
7.1.3	Ενότητα δοκιμασίας ενσυνείδητης διατροφής:.....	94

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΑ

ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
BMI	Body Mass Index
CEBT	Cognitive and Emotional Behavioral Treatment
DBT	Dialectical behavior therapy
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction program
MB-EAT-A	Mindfulness-Based Eating Awareness Training
MEQ	Mindful Eating Questionnaire
mHealth	mobile Health

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γνωρίζοντας τους γρήγορους και πιεστικούς ρυθμούς της τεχνολογικής εξέλιξης και βιομηχανοποίησης, που διανύει ολόκληρη η παγκόσμια κοινότητα, φαίνεται επιτακτική η ανάγκη της διερεύνησης του αντίκτυπου αυτής της κατάστασης στον τρόπο ζωής και συγκεκριμένα, όντας εκκολλαπτόμενοι διατροφολόγοι, στο αντικείμενο της διατροφής. Ο επιπολασμός του άγχους από τις σύγχρονες και στρεσογόνες συνθήκες ζωής αντανακλάται στην υγεία των ανθρώπων αφού από τον 20ο αιώνα έχει σημαντικές επιπτώσεις και πλέον χαρακτηρίζεται ως μια παθολογική διαταραχή (Croca, 2015). Ανά το έτος, μάλιστα, οι αγχώδεις διαταραχές κυμαίνονται περίπου από 21% έως 28,8% στον γενικό πληθυσμό.

Ταυτόχρονα, μελετώντας τον τρόπο διατροφής παρατηρήθηκε αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου εξ αιτίας του καθημερινού άγχους και των εξωτερικών πιέσεων. Ήδη από το 2016, το 39% των ενηλίκων, παγκοσμίως, ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Fuentes Artiles et al., 2014). Επίσης, η απόκριση του βιολογικού στρες του σώματος έχει συσχετιστεί με αυξημένα συναισθήματα πείνας, στρέψη σε τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα λιπαρών και σακχάρων και απόθεση κοιλιακού λίπους (Katterman et al., 2014). Έχοντας αυτό το έναυσμα θεωρήσαμε ενδιαφέρον να μελετήσουμε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού την επίδραση που ενδεχομένως έχει το άγχος στον ενσυνείδητο τρόπο διατροφής.

Ταυτόχρονα, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι ο διαλογισμός συνειδητοποίησης και οι πρακτικές εξάσκησης της ενσυνειδητότητας μειώνουν αποτελεσματικά την υπερβολική κατανάλωση, τη συναισθηματική διατροφή και βελτιώνουν μερικώς το άγχος (Goyal, et al., 2014). Με αφορμή αυτό θεωρήσαμε ενδιαφέρον να εξετάσουμε την προσέγγιση της ενσυνείδητης διατροφής ως μια δυνητικά χρήσιμη παρέμβαση για την αντιμετώπιση του άγχους αλλά και την μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους που στην πλειονότητα των κλασικών διαιτών είναι δύσκολο να διατηρηθεί.

Στην πράξη, με στόχο τη διερεύνηση όλων αυτών και την αξιολόγηση των συμπεριφορών των ατόμων σε σχέση με το άγχος και την ενσυνείδητη διατροφή, ακολούθησε ο σχεδιασμός και η πραγματοποίηση μελέτης με διαδικτυακό ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Αποφασίσαμε να εξετάσουμε την αλληλεπίδραση των δύο αυτών παραγόντων μέσω εύστοχων ερωτήσεων και συνάμα στοχεύσαμε στην λήψη αποτελεσμάτων μίας θετικής ή όχι επίδρασης με την βοήθεια την στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων του δείγματος.

1.1 Ενσυνείδητη Διατροφή

1.1.1 Ενσυνειδητότητα

Η έννοια της ενσυνειδητότητας προέρχεται από βουδιστικές και ανατολικές στοχαστικές πνευματικές παραδόσεις που περιλαμβάνουν τον διαλογισμό. Η πρακτική του διαλογισμού χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος για τη μείωση του πόνου και την ανάπτυξη θετικών χαρακτηριστικών όπως της ευαισθητοποίησης, της διορατικότητας, της σοφίας, της συμπόνιας και του αυτοέλεγχου. Οι Δυτικοί επαγγελματίες υγείας πλέον, στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τα οφέλη αυτών έχουν σχεδιάσει τεχνικές με βάση τον παραδοσιακό ενσυνείδητο διαλογισμό και ταυτόχρονα ανεξάρτητες από τις πνευματικές και τις βουδιστικές πεποιθήσεις (Moor et al., 2013). Η ενσυνειδητότητα, γενικότερα, αναφέρεται σε μια κατάσταση αυξημένης συνειδητοποίησης του ατόμου, με έναν μη κριτικό τρόπο του εαυτού του, συμπεριλαμβάνοντας τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις αισθήσεις του (Warren, Smith & Ashwell, 2017). Ο όρος αυτός ορίζεται από τον Jon Kabat-Zinn ως «προσοχή με έναν συγκεκριμένο τρόπο, επίτηδες, επί του παρόντος, και μη επικριτικά» (Hendrickson & Rasmussen, 2017). Ενώ έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή γλώσσα, το νόημα είναι πιο βαθύ από το πώς το χρησιμοποιούμε, αφού προτρέπει τη συνειδητή επίγνωση του οτιδήποτε μπορεί να βρίσκεται στο επίκεντρο την παρούσα στιγμή.

1.1.2 Θεραπείες που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα περιλαμβάνουν θεραπείες για τη μείωση του στρες, τη γνωστική θεραπεία, τη θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς, την αποδοχή και την θεραπεία δέσμευσης, την κατάθλιψη, το άγχος, τις διατροφικές διαταραχές, τον χρόνιο πόνο, την ενίσχυση των σχέσεων, τις διαταραχές της προσωπικότητας αλλά ακόμα και παρεμβάσεις για καρκινοπαθείς (Brown & Ryan, 2003). Παρακάτω περιγράφονται και πιο αναλυτικά λεπτομέρειες για αυτές τις παρεμβάσεις.

Οι θεραπείες που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα λειτουργούν για την οικοδόμηση μιας τρέχουσας εστιασμένης κατάστασης προσοχής η οποία δίνει περισσότερο έμφαση στην παρατήρηση και την εμπειρία, παρά στην αξιολόγηση και αλλαγή εμπειριών όπως σκέψεις, αισθήσεις, συναισθήματα ή παρορμήσεις. Αυτές οι παρεμβάσεις συμπεριλαμβανομένων της Θεραπείας Διαλεκτικής Συμπεριφοράς (DBT), της Αποδοχής και Θεραπείας δέσμευσης (ACT) και της μείωσης του στρες που βασίζεται στη συνείδηση (MBSR) χρησιμοποιούν πρακτικές ενσυνειδητότητας για την δημιουργία επίγνωσης, αποδοχής και ανοχής στη δυσφορία (Godfrey et al., 2015).

Ο Jon Kabat Zinn, μάλιστα, ως ένας από τους σύγχρονους πρωτοπόρους της ενσυνειδητότητας, ανέπτυξε το πρόγραμμα Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) στο Πανεπιστήμιο της Ιατρικής Σχολής της Μασαχουσέτης. Παραδοσιακό MBSR περιλαμβάνει συνεδρίες θεραπείας 8 εβδομάδων που περιλαμβάνουν Hatha Yoga, διαλογισμό στο περπάτημα και καθιστικό διαλογισμό, σαρώσεις σώματος και εργασίες στο σπίτι μέσω των αυτοαναστολών σε συνδυασμό με ομαδικές συνεδρίες. Μάλιστα, το πρόγραμμα μείωσης του στρες που βασίζεται στη συνείδηση (MBSR) χρησιμοποιείται στη γενική ιατρική διεθνώς, ιδιαίτερα στη διαχείριση της κατάθλιψης (Kabat-Zinn, & Hanh, 2009). Το MBCT είναι παρόμοιο με το MBSR με την προσθήκη γνωστικής θεραπείας, τα οποία μέσω του διαλογισμού ενσυνειδητότητας, έχουν αποδειχθεί ότι έχουν θετικά οφέλη τόσο στη μείωση του στρες και του άγχους όσο και στη βελτίωση της συνολικής ευημερίας (Huberty et al., 2019). Παρουσιάζει, επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον το πρόγραμμα ενσυνειδητότητας (MB-EAT) που βασίζεται στην διατροφική

ευαισθητοποίηση και έχει αναφερθεί ως μέσο αντιμετώπισης της πρώιμης έναρξης της παχυσαρκίας σε νέους με υψηλό κίνδυνο (Barnes, & Kristeller, 2016).

Γενικότερα, οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα φαίνεται να έχουν αποτελεσματική επίδραση και να είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για τη θεραπεία της αδηφαγικής διαταραχής (Godfrey et al., 2015). Πρόσφατες κριτικές έχουν εξετάσει στοιχεία σχετικά με την επίδραση της ενσυνειδητότητας στη διαχείριση του πόνου, της κατάθλιψης και της ψυχολογικής ευεξίας (Warren, Smith & Ashwell, 2017). Η πρακτική της ενσυνειδητότητας, επίσης μπορεί να αναπτύξει δεξιότητες απαραίτητες για τη διαχείριση ασθένειας, προβλημάτων ύπνου. Επιπλέον, αποτελεί μέρος ενός μη συμβατικού συστήματος ιατρικής περίθαλψης (CAM) αφού προσεγγίζει με διαφορετικές πρακτικές (γιόγκα, διαλογισμός και εκπαίδευση ευαισθητοποίησης) επιτρέποντας την αποστασιοποίηση του εαυτού από την ερμηνεία συνηθισμένων προτύπων σκέψεων και συμπεριφορών. Μάλιστα, εμπίπτει σε μια σειρά συναισθηματικών μοντέλων, συμπεριλαμβανομένης της Γνωστικής Συναισθηματικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CEBT), η οποία επιτρέπει σε άτομα με διατροφικές διαταραχές να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν τις πεποιθήσεις τους κατανοώντας τα συναισθήματά τους. Έχει γίνει, με αυτόν τον τρόπο, το επίκεντρο μιας προσέγγισης στο φαγητό που πληροί τα απαραίτητα κριτήρια για την αλλαγή της συνολικής προσέγγισης του φαγητού, ενθαρρύνοντας την απόκτηση επίγνωσης των εμπειριών του γεύματος. Αυτή η προσέγγιση είναι η Ενσυνείδητη Διατροφή και αποτελεί το αντικείμενο της παρούσης εργασίας.

1.1.3 Ορισμός Ενσυνείδητης Διατροφής

Το ενσυνείδητο φαγητό ή αλλιώς "Mindful Eating" αποτελεί καίριο θέμα εφόσον τα τρόφιμα και ο τρόπος διατροφής αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής κάθε ανθρώπου. Πιο αναλυτικά, η ενσυνείδητη διατροφή είναι απόρροια της ενσυνειδητότητας, αφού συνίσταται στη λήψη συνειδητών επιλογών φαγητού, την ανάπτυξη συνειδητοποίησης μεταξύ της σωματικής και ψυχολογικής ένδειξης πείνας και κορεσμού και την υγιεινή διατροφή ως απάντηση σε αυτές τις ενδείξεις. Από εμπειρογνώμονες έχει περιγραφεί ως "η ολοκληρωτική προσοχή στην παρούσα

εμπειρία την παρούσα στιγμή”, αλλά και ως “επίγνωση του παρόντος τη στιγμή που κάποιος τρώει”, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο που επιδρά το φαγητό στις αισθήσεις (Warren, Smith & Ashwell , 2017). Το ενσυνείδητο φαγητό μπορεί να περιλαμβάνει ακόμα και την παρατήρηση του περιβάλλοντος του γεύματος, συμπεριλαμβανομένης της τραπεζαρίας, της τοποθέτησης μαχαιροπίρουνων αλλά και την κίνηση των χεριών. Επιπλέον, δύναται να περιλαμβάνει τη δοκιμή διαφορετικών φαγητών και τροφίμων, όπως επίσης την διάκριση μεταξύ διαφορετικών υφών και γεύσεων με κλειστά μάτια, γεγονός που ενισχύει την ευαισθησία και την συνειδητή εμπειρία της διατροφής (Lyzwinski et al., 2019). Κατά κύριο λόγο όμως, περιλαμβάνει μια αυξημένη ευαισθητοποίηση των σωματικών αισθήσεων ενός ατόμου ως απόκριση στην όραση, τη γεύση και τον ήχο του φαγητού κατά την διάρκεια του γεύματος.

Η ενσυνείδητη κατανάλωση απαιτεί προσαρμογή και στις 5 αισθήσεις, ώστε να μην διευκολύνεται η περιπλάνηση των σκέψεων μακριά από το φαγητό. Αποτελεί, ουσιαστικά, έναν τύπο διατροφικού διαλογισμού. Με αυτόν τον τρόπο δίνοντας βάση στις σιαλικές, οσφρητικές και οπτικές αποκρίσεις το άτομο παύει να τρώει όταν αισθάνεται γεμάτο (Lyzwinski et al., 2019). Η ενσυνείδητη διατροφή απαιτεί δέσμευση για αλλαγή συμπεριφοράς παρόμοια με αυτήν που απαιτείται για οποιαδήποτε σχέδιο διατροφής. Ταυτόχρονα όμως δεν συνίσταται από κανόνες, διότι προτρέπει την ελευθερία της δημιουργίας ατομικής εμπειρίας.

1.1.4 Στόχοι Ενσυνείδητης Διατροφής

Η Ενσυνείδητη Διατροφή αποτελεί ένα είδος διατροφικής προσέγγισης που δεν έχει καμία σχέση με τις θερμίδες, τους υδατάνθρακες, το λίπος ή τις πρωτεΐνες. Ο σκοπός της δεν είναι η απώλεια βάρους, αν και είναι πολύ πιθανό τα άτομα που υιοθετούν αυτό το στυλ διατροφής να χάσουν βάρος και να το κρατήσουν μακριά. Η πρόθεση είναι, όπως αναφέραμε και πριν, να ενθαρρυνθεί η πλήρης παρουσία του ατόμου κατά την εμπειρία φαγητού και η απόλαυση της στιγμής του γεύματος. Στοχεύει, παραπάνω, στο να σχηματίσει το άτομο τις δικές του εμπειρίες και να είναι παρόν κατά την διάρκεια της διαδικασίας της κατανάλωσης, αφού ο καθένας έχει διαφορετική εμπειρία ακόμα και με το ίδιο φαγητό κάθε φορά. Οι περισσότερες δίαιτες

τείνουν να επικεντρώνονται στους κανόνες της διατροφής (π.χ. τί να τρώτε, πόσο να τρώτε και τί να μην τρώτε) και στα επιτυχή ή όχι αποτελέσματα όσον αφορά κατά κύριο λόγο το βάρος. Η αλλαγή συμπεριφοράς, που υπόκειται το άτομο εξ αιτίας του καθημερινού άγχους και των εξωτερικών πιέσεων, στην πλειονότητα των κλασικών διαιτών είναι δύσκολο να διατηρηθεί. Εδώ έρχεται η προσέγγιση της ενσυνείδητης διατροφής να φέρει πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, αφού είναι μια συμπεριφορά προσανατολισμένη στη διαδικασία, παρά μια συμπεριφορά που βασίζεται στο αποτέλεσμα.

Πιο συγκεκριμένα, βασίζεται στην εμπειρία του ατόμου την στιγμή της κατανάλωσης του φαγητού και δεν ασχολείται με τον περιορισμό της πρόσληψης. Η εμπειρία αυτή ξεκινά με την πρώτη σκέψη για το φαγητό και διαρκεί έως ότου το άτομο καταπιεί μετά το τελικό δάγκωμα. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο που τρώει, ελέγχει και επιλέγει τι και πόσο να καταναλώσει. Έτσι, λόγω της ενσυνείδητης προσέγγισής του ως προς το φαγητό, οι επιλογές του συχνά τον οδηγούν να τρώει λιγότερο και επιπρόσθετα να επιλέγει τρόφιμα που ανταποκρίνονται στα επιθυμητά οφέλη για την υγεία του (Nelson, 2017). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Κρίστερ και Ρουθ, παρότι η ενσυνείδητη κατανάλωση δεν απαιτεί θερμιδικό περιορισμό, απαιτεί μια γενικότερη γνώση σχετικά με το τι θεωρείται υγιεινή τροφή και τι πρέπει να επιδιώκει κανείς για να ανταποκριθεί σε αυτή (Lyzwinski et al., 2019).

1.1.5 Θετικές επιδράσεις Ενσυνείδητης Διατροφής

Από μελέτες φαίνεται πως η ενσυνείδητη κατανάλωση μειώνει την υπερκατανάλωση τροφής μέσω της αναγνώρισης των συναισθηματικών ή εξωτερικών παραγόντων για το φαγητό. Αυτές οι τεχνικές ευαισθητοποίησης αποδεικνύονται χρήσιμες για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών και συγχρόνως συμβάλλουν στις προσπάθειες διαχείρισης βάρους (Anderson et al., 2016). Συγκεκριμένα, μια έρευνα δείχνει ότι η ενσυνείδητη διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην αδηφαγική διαταραχή με τον περιορισμό της υπερβολικής κατανάλωσης θερμίδων. Σε μία άλλη μελέτη, μάλιστα, έχει αναφερθεί σημαντική μείωση στο μέγεθος των μερίδων και μια πιο υγιεινή επιλογή

σνακ σε φοιτητές πανεπιστημίου μετά από μερικές σύντομες οδηγίες ενσυνειδητότητας.

Επιπροσθέτως, το ενσυνείδητο φαγητό έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τις διατροφικές διαταραχές και τις διαταραχές της διάθεσης που παρατηρούνται σε φοιτητές πανεπιστημίου κλάδων που σχετίζονται με την υγεία. Φαίνεται, λοιπόν, ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η επίγνωση και η συνειδητοποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς, ειδικά για αυτή την ομάδα υψηλού κινδύνου για διατροφικές διαταραχές. Έχει, επίσης, αποδειχθεί ότι οι αυτές οι διατροφικές πρακτικές μπορεί να είναι επωφελείς και για τη θεραπεία και άλλων διατροφικών διαταραχών εκτός της αδηφαγικής διαταραχής, όπως της νευρικής βουλιμίας και του σύνδρομου Prader – Willi (Giannopoulou, Kotoroulela-Nikolaidi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

Επιπλέον, το πρόγραμμα ενσυνειδητότητας που βασίζεται στην διατροφή, συμπεριλαμβανομένης της πρακτικής διαλογισμού και των δεξιοτήτων ενσυνείδητης διατροφής, μειώνει την καταναγκαστική διατροφή σε παχύσαρκα άτομα και επίσης εξασθενεί την κατάθλιψη, αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση. Ενθαρρύνει, επίσης, την πίστη στο άτομο και τις αποφάσεις του εκτιμώντας το φαγητό χωρίς περιορισμούς. Παράλληλα, υποστηρίζει την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποδοχής. Για αυτό τον λόγο, δίνεται η ελευθερία να παρατηρηθούν οι διαφορετικές πτυχές της αισθητηριακής ατομικής εμπειρίας τη στιγμή του φαγητού, αναλόγως με την εστίαση του καθενός και να επιτευχθεί η πλήρης επίγνωση του φαγητού την στιγμή που τρώει (Giannopoulou, Kotoroulela-Nikolaidi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

1.2 Συσχετίσεις παραγόντων με την ενσυνείδητη Διατροφή

1.2.1 Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με τον ΔΜΣ

Ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών, μυοσκελετικών παθήσεων, διαβήτη, ακόμα και ορισμένων καρκίνων. Πλέον η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας που όλο και αυξάνεται, με αποτέλεσμα να χρήζει έγκαιρης επέμβασης και

αντιμετώπισης (Fuentes Artiles et al., 2019). Μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετά εάν η ενσυνείδητη διατροφή μπορεί να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διαχείριση του βάρους. Οι ομάδες ελέγχου περιλαμβάνουν ένα πρόγραμμα χωρίς δίαιτα και ένα πρόγραμμα δίαιτας όσο παρόμοιο με την παρέμβαση είναι εφικτό, αλλά δίχως το στοιχείο της ενσυνειδητότητας.

Τα αποτελέσματα, σχετικά με το βάρος, αρχικά, δείχνουν πως η ενσυνείδητη παρέμβαση προκαλεί σημαντικά ισχυρότερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με καμία παρέμβαση διατροφής ($P = 0,005$). Από την άλλη όσον αφορά τα αποτελέσματα σχετικά με τον ΔΜΣ, δεν εντοπίστηκε σημαντική μείωση, η ετερογένεια δεν ήταν στατιστικά σημαντική και κανένας παράγοντας που δοκιμάστηκε δεν ήταν σημαντικός (όλα τα P τιμές $> 0,05$). Δεδομένου, όμως, ότι οι μελέτες που περιλαμβάνονται σε αυτήν τη μετα-ανάλυση καλύπτουν μέγιστη περίοδο 1 έτους, είναι επιτακτική η περαιτέρω διερεύνηση των θετικών επιδράσεων της ενσυνείδητης διατροφής για τη διατήρηση του βάρους και σίγουρα η εξακρίβωση της συσχέτισης της με τον ΔΜΣ.

Σε μια άλλη έρευνα όπου το δείγμα ήταν γενικά αντιπροσωπευτικό του κολεγιακού πληθυσμού των ΗΠΑ συμμετείχαν άνδρες και προπτυχιακές γυναίκες ($N = 125$, εύρος = 18–24 έτη) από ένα μεγάλο βορειοανατολικό πανεπιστήμιο που ανέφεραν τον ΔΜΣ τους και συμπλήρωσαν τα EDDS, IES, MEQ και TFEQ-υποκατηγορία αυτοσυγκράτησης ως μέτρα κάθε δομής που σχετίζεται με τη διατροφή. Μετά από νηστεία 4 ωρών, ολοκλήρωσαν ένα γεύμα δοκιμής γεύσης (σάλτσα ζυμαρικών και ντομάτας) εργαστηριακά και στη συνέχεια απάντησαν μια φόρμα βαθμολογίας πείνας ώστε να επαληθεύσουν την αρχική πείνα (Anderson et al., 2016).

Το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) που συμπλήρωσαν, μετρά το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής συνειδητοποίησης και αποδοχής κατά την διάρκεια του φαγητού (Με ερωτήσεις του τύπου «Γεύομαι κάθε μπουκιά του φαγητού που τρώω»). Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται από 1 (ποτέ / σπάνια) έως 4 (συνήθως / πάντα) έδειξαν ότι έχουν αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με τον ΔΜΣ. Οι βαθμολογίες διαισθητικού φαγητού έδειξαν μια σημαντική θετική σχέση με την ποσότητα ζυμαρικών που καταναλώνονται μετά από νηστεία 4 ωρών και ήταν η μόνη κατασκευή που συσχετίστηκε σημαντικά με την κατανάλωση γεύματος σε

αντίθεση με την ενσυνείδητη κατανάλωση που δεν συσχετίστηκε με κανένα αποτέλεσμα.

Μετά από έρευνα των απαντήσεων του ερωτηματολογίου ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) εμφανίστηκαν στοιχεία που δείχνουν αντιθέσεις μεταξύ των μέσων όρων του σκορ ενσυνείδητης διατροφής ανά κατηγορία ΔΜΣ, με αντιστοιχία ΔΜΣ:25, 25 έως 30 και 30, σε 3.02, 2.77 και 2.54 των μέσων MEQ. Υπάρχει λοιπόν μία μείωση του σκορ ενσυνείδητης διατροφής με την αύξηση του ΔΜΣ. Ωστόσο, σε άτομα που ασχολούνται με την πρακτική της γιόγκα ο υψηλότερος ΔΜΣ σχετίζεται με χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις υποκατηγορίες MEQ. Αυτό αποδεικνύει πως η γιόγκα σαν μέσο ενσωμάτωσης του ενσυνείδητου τρόπου ζωής και διατροφής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη μακροχρόνια συντήρηση βάρους. Μεταξύ των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των κατηγοριών ΔΜΣ στον παράγοντα της συναισθηματικής ανταπόκρισης. Και αντίστοιχα στις κατηγορίες ΔΜΣ:25, 25 έως 30 και 30 οι μέσες βαθμολογίες κλίμακας συναισθηματικής απόκρισης ήταν 3,21, 2,83 και 2,50. (Framson et al., 2009).

Σε μια άλλη μελέτη, διερευνήθηκε σε φοιτητές πανεπιστημίου (N = 261) η σχέση της συνειδητότητας, του ενσυνείδητου φαγητού και της αυτοσυμπόνιας με το τρέχον βάρος και την ανεξέλεγκτη και επαναλαμβανόμενη κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο η ενσυνείδητη διατροφή σχετίζεται αρνητικά με το τρέχον βάρος. Επίσης επισημάνθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ ΔΜΣ και ενσυνείδητης διατροφής ($p < 0.001$) και μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ ΔΜΣ και επαναλαμβανόμενης κατανάλωσης μικρών ποσοτήτων τροφίμων ($p < 0.001$). Παρόλα αυτά, απαιτούνται περαιτέρω εξηγήσεις εφόσον υπάρχουν ανησυχίες που σχετίζονται με το δείγμα αφού ο μέσος ΔΜΣ ήταν εντός του φυσιολογικού εύρους. Επίσης το γεγονός ότι η ανεξέλεγκτη και επαναλαμβανόμενη κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφίμων σχετίζεται με το άγχος και / ή την κατάθλιψη, μπορεί να αποτέλεσε στοιχείο που προέβλεψε το αποτέλεσμα (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain & Keyte 2018).

Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ενσυνείδητης διατροφής, διατροφικής διαταραχής και διάθεσης σε συνολικά 221

φοιτητές πανεπιστημίου σε κλάδους που σχετίζονται με την υγεία, αποδείχθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του ενσυνείδητου φαγητού και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε νεαρούς ενήλικες. Παρόλο που δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά στοιχεία για νεαρούς ενήλικες και φοιτητές πανεπιστημίου, μελέτες περιγράφουν ότι η ενσυνειδητότητα στο φαγητό έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη διατροφική διαταραχή αλλά και χαμηλότερο ΔΜΣ (Giannopoulou, Kotourolea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

Μια άλλη μελέτη εξέτασε τις σχέσεις της ενσυνείδητης διατροφής με τον ΔΜΣ και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας μεταξύ φοιτητές σε ένα τετραετές πανεπιστήμιο. Αυτή έδειξε μια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της συνολικής βαθμολογίας ενσυνείδητης διατροφής. Αυτό σημαίνει ότι όσο μικρότερος ήταν ο ΔΜΣ τόσο μεγαλύτερες ήταν οι συνολικές βαθμολογίες ενσυνείδητης διατροφής. Με τη σειρά τους, οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερη βαθμολογία ενσυνείδητης διατροφής είχαν χαμηλότερες τιμές ΔΜΣ. Ταυτόχρονα, όσο ο ΔΜΣ αυξανόταν, τόσο η βαθμολογία της αναστολής και της συναισθηματικής υποκατηγορίας μειωνόταν. Επίσης, από μία άλλη έρευνα βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά η ενσυνείδητη διατροφή με το ΔΜΣ μεταξύ των συμμετεχόντων σε γυμναστήριο, προπαρασκευαστικό σχολείο, εταιρεία λογισμικού και μη κερδοσκοπική εταιρεία (Giannopoulou, Kotourolea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

1.2.2 Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με το φύλο

Μία μελέτη διερεύνησε κατά πόσο μπορεί να διαφέρει η διατροφική συμπεριφορά και η ενσυνειδητότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι οι 7 εβδομάδες εκπαίδευσης στην ενσυνείδητη διατροφή ωφέλησαν και τα δύο φύλα αλλά με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα, οι άνδρες μαθητές συνειδητοποίησαν σε μεγαλύτερο βαθμό την δυσφορία τους, ενώ οι γυναίκες μαθήτριες έμαθαν να την διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain & Keyte 2018).

Άλλες μελέτες ανέφεραν μεγαλύτερη επιθυμία των γυναικών για κατανάλωση τροφίμων (ειδικά των πλούσιων ενεργειακά και εύγευστων τροφίμων), όπως και

υψηλότερη συναισθηματική διατροφή και περιορισμένη διατροφή σε σύγκριση με τους άνδρες. Ακόμη, τα θηλυκά έχουν διαφορετική λογική και οπτική από τα αρσενικά για το φαγητό. Από την πλευρά του θηλυκού γένους η διατροφή επηρεάζεται από σκέψεις, συναισθήματα και κοινωνικούς λόγους ενώ για τα αρσενικά υπερτερούν οι περιβαλλοντικοί λόγοι, οι σωματικές αισθήσεις και η πείνα (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain & Keyte 2018).

Επιπλέον, στο ερωτηματολόγιο ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) μιας μελέτης, οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στη συνολική βαθμολογία MEQ και σε όλες τις MEQ υποκλίμακες σε σύγκριση με τους άνδρες. Η βαθμολογία της κλίμακας συναισθηματικής απόκρισης αποτέλεσε την εξαίρεση, αφού ήταν αυτή που έδειξε διαφορά στον παράγοντα του φύλου με σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία στις γυναίκες από τους άνδρες (3,26 έναντι 3,01) και ($p < 0,05$).

Επομένως, μόνο σε αυτή την κατηγορία τα θηλυκά βρέθηκαν να είναι λιγότερο ενσυνείδητα σε σύγκριση με τα αρσενικά. Η συναισθηματική απόκριση του ερωτηματολογίου εμπεριέχει ερωτήσεις του τύπου: «Όταν είμαι λυπημένος τρώω για να νιώθω καλύτερα/Όταν νιώθω άγχος στη δουλειά, θα πάω να βρω κάτι να φάω». Το χαμηλότερο επίπεδο ενσυνειδητότητας στη συναισθηματική υποκλίμακα που βρίσκεται στις γυναίκες, θα μπορούσε να δώσει μια εξήγηση για τις υψηλότερες βαθμολογίες στην αδηφαγική διαταραχή που παρατηρείται στη γυναικεία ομάδα, αφού η συναισθηματική διατροφή είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας της αδηφαγικής διαταραχής στις γυναίκες.

Ταυτόχρονα, μια έρευνα αναφέρει πως οι γυναίκες φοιτήτριες σε σύγκριση με τους άνδρες είναι πιο ενσυνείδητες στις περισσότερες πτυχές της διατροφής, λόγω του υψηλότερου επιπέδου συνειδητοποίησης, εκπαίδευσης και γνώσης στη διατροφή και τη διαίτα που παρατηρείται σε ενήλικες γυναίκες (Giannopoulou, Kotroulea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

Πάραυτα απαιτείται περαιτέρω έρευνα και σε μεγαλύτερο και πιο διαφορετικό πληθυσμό με σκοπό να υπάρξουν ευρήματα που θα περιλαμβάνουν στο δείγμα τους μεγαλύτερο αριθμό ανδρικού πληθυσμού από ότι οι ήδη υπάρχουσες μελέτες αλλά και

για να αποδειχθεί πως αυτά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι προγνωστικά της ενσυνείδητης διατροφής.(Framson et al., 2009).

1.2.3 Συσχέτιση ενσυνείδητης διατροφής με την ηλικία

Στο άρθρο όπου οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως γυναίκες (81%) και λευκές (90%), και είχαν εύρος ηλικίας από 18 έως 80 ετών συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) που περιλάμβανε τους εξής παράγοντες φύλο, φυλή, ηλικία, εκπαίδευση και ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μόνο η ηλικία και ο ΔΜΣ συσχετίστηκαν σημαντικά με τη βαθμολογία MEQ. Μάλιστα οι συμμετέχοντες ηλικίας 30 ετών είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ενσυνείδητης διατροφής από αυτούς που ήταν μεγαλύτεροι. Επίσης, η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις υποκατηγορίες MEQ εκτός από τον παράγοντα «απόσπαση» του ερωτηματολογίου (Framson et al., 2009).

Σε μία άλλη μελέτη όπου οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ένα σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ενσυνείδητη διατροφή, παρουσίασαν πιο αυτοδύναμες επιλογές για φαγητό. Ωστόσο, ο αυτοέλεγχος και η παρορμητικότητα στις επιλογές φαγητού φάνηκαν να είναι παρόμοιες σε όλες τις ηλικίες, τουλάχιστον μεταξύ νεότερων εφήβων και φοιτητών ηλικίας κολεγίου. Ίσως μία έρευνα με ευρύτερο φάσμα ηλικιών θα έδινε ένα πιο σίγουρο συμπέρασμα. Επιπλέον, η μελλοντική διερεύνηση, όσον αφορά τις διαδικασίες μείωσης των παρορμητικών επιλογών των τροφίμων στους εφήβους που ακολουθούν συνεδρίες ενσυνείδητης διατροφής, θα ήταν αποτελεσματικότερη αν χρησιμοποιούσε ένα μέτρο εφηβείας (Hendrickson & Rasmussen, 2017).

1.2.4 Επίδραση ενσυνείδητης διατροφής στο άγχος

Η εκπαίδευση στην ενσυνείδητη διατροφή και η καλλιέργεια της επίγνωση της παρούσας στιγμής χωρίς κρίση, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει ορισμένες συμπεριφορές υγείας, την συναισθηματική αντιδραστικότητα και μειώνει το στρες. Το πρόγραμμα μείωσης του άγχους βάσει της ενσυνειδητότητας (MBSR) είναι ένα πρόγραμμα

διάρκειας 8 εβδομάδων που προσφέρεται σε περισσότερους από 500 ιστότοπους στις ΗΠΑ. Μάλιστα, φαίνεται να υπάρχει μια σημαντική μείωση στα αποτελέσματα της συναισθηματικής διατροφής μετά το μάθημα MBSR ($p < 0,001$). Εάν αυτή η εκπαίδευση είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση της συναισθηματικής διατροφής, το MBSR θα μπορούσε πολύ εύκολα να αποτελεί μια στρατηγική χαμηλού κόστους για την αντιμετώπιση του άγχους και της συναισθηματικής διατροφής, και ενδεχομένως τη διατήρηση της απώλειας βάρους (Levoy et al., 2017).

Αρκετές μελέτες, επίσης, που περιλάμβαναν θεραπείες που βασίζονταν στην ενσυνειδητότητα με στόχο την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών απέδειξαν αύξηση των επιπέδων ενσυνειδητότητας και μείωση της κατάθλιψης, όπως επίσης του άγχους και της συναισθηματικής δυσφορίας (Moore et al., 2013).

1.3 Πρακτικές ενσυνείδητης διατροφής

1.3.1 Τρόποι εξάσκησης ενσυνείδητης διατροφής

ΑΣΚΗΣΗ 1^H :

- **Παρατήρηση συναισθημάτων:** Πριν φτάσετε σε κάτι αυτόματα, σταματήστε ώστε να παρατηρήσετε τι συναίσθημα σας διακατέχει (άγχος, θυμός, βαρεμάρα, λύπη, μοναξιά) για να αντιληφθείτε τι χρειάζεστε στην πραγματικότητα για να σας γεμίσει. Νιώθετε όντως πεινασμένοι ή είστε τελικά «πεινασμένοι σωματικά»;
- **Ενέργεια με βάση το συμπέρασμα της παρατήρησης:** Εάν η επιθυμία δεν αφορά την πείνα τότε ενεργήστε ανάλογα ώστε να καλύψετε αυτό που χρειάζεστε. Αν τελικά η κατάλληλη ενέργεια είναι το φαγητό τότε συνεχίστε.
- **Κατανάλωση τροφής συνειδητά και σκόπιμα:** Καταναλώστε μακριά από περισπασμούς και δώστε προσοχή στο φαγητό και μόνο.
- **Σκέψη και εκτίμηση της διαδικασίας παραγωγής:** Αναλογιστείτε τι χρειάστηκε για να έρθει αυτό το φαγητό στο πιάτο σας (τον ήλιο, το χώμα, τα μεταφορικά) και από ποιο μέρος του κόσμου προήλθε.

- **Εστίαση στις αισθήσεις και εκτίμηση του κορεσμού:** Γευτείτε κάθε δάγκωμα και μετά από κάθε μπουκιά, εκτιμήστε πώς αισθάνεστε εσωτερικά και αν χρειάζεστε άλλο. Αν νιώθετε το αίσθημα του κορεσμού, τότε ίσως ήρθε η στιγμή να σταματήσετε την διαδικασία κατανάλωσης (Nelson, 2017).

Άσκηση 2^η:

«Εμπειρία της σταφίδας»: Αποτελεί έναν τρόπο διαλογισμού και ενσυνείδητης εμπειρίας υπό την καθοδήγηση του. Η εμπειρία της σταφίδας μπορεί να γίνει ακόμα και από άτομα που δεν τους αρέσουν οι σταφίδες. Αυτό γιατί έχει περισσότερο χαρακτήρα διαλογισμού και εκτίμησης της συνειδητής εμπειρίας του φαγητού. Παρακάτω περιγράφονται τα βήματα αυτής της διαδικασίας.

Αρχικά παίρνετε μια σταφίδα και την τοποθετείτε μπροστά σας. Φαντάζεστε πως μόλις βρεθήκατε στην Γη οπότε όλα είναι καινούρια για εσάς, δεν έχετε βιώσει εμπειρίες, δεν έχετε κάποιο φόβο ή προσδοκία. Στη συνέχεια, παίρνετε μερικές βαθιές αναπνοές. Αφού χαλαρώσετε, κοιτάζετε τη σταφίδα και την σηκώνετε ώστε να νιώσετε το βάρος της. Προσπαθήστε να την εξετάσετε και να περιεργαστείτε όλα τα μέρη της σαν να βλέπετε πρώτη φορά κάτι τέτοιο. Μυρίστε την και παρατηρήστε πώς αντιδράτε. Μετά κυλήστε την σταφίδα μέσα στα δάχτυλά σας παρατηρώντας την κολλώδη υφή της. Τοποθετήστε τη σταφίδα ανάμεσα στα χείλη σας αλλά κρατήστε την για λίγο ώστε να παρατηρήσετε τα συναισθήματα της αίσθησης της. Έπειτα αφήστε την να κυλήσει πίσω στο στόμα σας, χωρίς όμως να την μασήσετε απλώς για να νιώσετε την πρώτη αίσθηση της γεύσης της. Πώς νιώθετε; Γίνεται έκκριση σιέλου; Όταν είστε έτοιμοι δαγκώστε την, αλλά μόνο μια φορά και παρατηρήστε τι νιώθετε. Στη συνέχεια, ξεκινήστε να μασάτε αργά, νιώθοντας κάθε μικρό δάγκωμα και έως ότου υγροποιηθεί εντελώς η σταφίδα μην την καταπιείτε. Μετά την κατάποση, κλείστε τα μάτια σας, αισθανθείτε και αναπνεύστε για λίγα λεπτά έτσι ώστε να παρατηρήσετε το αποτέλεσμα αυτής της απλής «εμπειρίας της σταφίδας» (Nelson, 2017).

ΑΣΚΗΣΗ 3^Η :

- **Παραμερισμός της κρίσης :** Η πρώτη πρόκληση για την προσέγγιση την ενσυνείδητης διατροφής είναι η συνειδητοποίηση των κρίσεων και ο παραμερισμός της εμπειρίας σας για το φαγητό.
- **Υπομονή:** Απαιτείται αρκετός χρόνος ώστε να αποκτήσετε επίγνωση της στιγμής και να τρώτε ενσυνείδητα. Στη θέση της συνηθισμένης μεθόδου κατανάλωσης τοποθετείτε την πλήρη εμπειρία του φαγητού επιβραδύνοντας την διαδικασία δραματικά.
- **Προσέγγιση αρχαρίου:** Πλησιάστε την εμπειρία σας όπως θα έκανε κάποιος που δεν την έχει βιώσει, ένας αρχάριος (λαμβάνοντας μια γεύση, κοιτάζοντας, νιώθοντας, μυρίζοντας, ακούγοντας).
- **Αυτοπεποίθηση:** Κατακτώντας την πλήρη επίγνωση της δική σας εμπειρίας αναπτύσσετε περισσότερη αυτοπεποίθηση. Εξερευνήστε την ατομική εμπειρία σας με την παρατήρηση, την εκτίμηση των αισθήσεων και των απαντήσεών σας στα διαφορετικά τρόφιμα. Με αυτόν τον τρόπο θα αποδεχτείτε την μοναδικότητα του εαυτού σας και θα τον εμπιστευτείτε.
- **Μη καταβολή προσπάθειας:** Επειδή δεν υπάρχει προσδοκία για κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν απαιτείται και προσπάθεια για να συμβεί κάτι. Έτσι μπορείτε να εκτιμήσετε πλήρως την εμπειρία και να απολαύσετε την στιγμή που τρώτε.
- **Αποδοχή:** Αυτή, σε συνεργασία με την προθυμία να παρατηρήσετε τι συμβαίνει βρίσκεται στον πυρήνα της διαδικασίας συνειδητοποίησης. Συγκεκριμένα, αφορά την αποδοχή οποιωνδήποτε συναισθημάτων και κρίσεων εμφανίζονται την παρούσα στιγμή του φαγητού. Αυτό μπορεί να σημαίνει αποδοχή είτε θετικών είτε δυσάρεστων πραγμάτων (π.χ εκπληκτική γεύση σταφίδας ή δυσάρεστη γεύση σταφίδας).
- **Απελευθέρωση:** Περιλαμβάνει την παραίτηση σας από προσδοκίες και την απελευθέρωση από δυσάρεσκες του παρελθόντος (π.χ όταν αναγκαστήκατε ως παιδί να φάτε σταφίδες ενώ θέλατε πραγματικά ένα κομμάτι σοκολάτας). Αυτό σας επιτρέπει να γνωρίσετε νέες εμπειρίες του παρόντος χωρίς κρίση βάσει προηγούμενων εμπειριών (Nelson, 2017).

ΆΣΚΗΣΗ 4^Η:

«Τακτική πρακτική ενσυνειδητότητας»: Περιλαμβάνει την προγραμματισμένη και συνεπή ενσυνείδητη δραστηριότητα ως μέρος της ρουτίνας ζωής και δέσμευση για τακτική πρακτική εκ προθέσεως. Μερικές τεχνικές και παραδείγματα επισημαίνονται παρακάτω.

- **Καθημερινός διαλογισμός ενσυνειδητότητας,** μια μορφή καθημένου διαλογισμού που χρησιμοποιεί την επίγνωση κάθε στιγμής
- **Γιόγκα**
- **Ενσυνείδητο περπάτημα** καθημερινά
- **Ενσυνείδητο φαγητό** αρκετές φορές την εβδομάδα
- **Ρύθμιση διαλογισμού σώματος** μέσω των σωματικών αισθήσεων κατά την διάρκεια διαλογισμού
- **Παρατήρηση της αναπνοή σας κατά τη διάρκεια της ημέρας** και ανά περιόδους με σκοπό την ανάπτυξη της επίγνωσης του εαυτού σας στην κανονική σας ρουτίνα

Η χρήση οποιασδήποτε από τις παραπάνω πρακτικές συντελεί στην ανάπτυξη μιας περισσότερο ενσυνείδητης προσέγγισης της ζωής, διατηρώντας παράλληλα ένα αίσθημα ηρεμίας. Η γενικότερη βάση και νοοτροπία με την οποία θα βοηθούσε να ξεκινήσει το ταξίδι αυτών των πρακτικών είναι η πρόθεση. Δηλαδή, θα ήταν καλό να απαντήσετε σε ορισμένα εσωτερικά ερωτήματα που θα βάλετε στον εαυτό σας για να εκτιμήσετε τον στόχο και τις σκέψεις σας. (π.χ Ποιος είναι ο σκοπός της πρακτικής αυτής και τι εκτιμάω; Πώς μπορεί η πλήρη επίγνωση της στιγμής να εξυπηρετήσει τη ζωή μου; Τι θα με βοηθήσει να ζήσω πληρέστερα;). Προσπαθήστε να μην αναλώνετε μονάχα στον στόχο με αποτέλεσμα να ξεχνάτε την πρόθεσή σας, αλλά να συμμετέχετε ενεργά στη ζωή σας και να είστε παρόντες σε κάθε εμπειρία, σε κάθε στιγμή (Nelson, 2017).

1.3.2 Εφαρμογές ενσυνείδητης διατροφής (*Mindful eating apps*)

Ένα νέο και εξελισσόμενο βολικό μέσο για την επίτευξη των παρεμβάσεων την ενσυνείδητης διατροφής παρέχεται μέσω της κινητής υγείας (mHealth). Το mHealth εξυπηρετεί τα άτομα αφού διευκολύνει την προσβασιμότητα σε πληροφορίες και εφαρμογές υγείας χρησιμοποιώντας κινητά τηλέφωνα, εφαρμογές, μηνύματα κειμένου και iPads ή άλλα tablet. Στόχος των εφαρμογών της ενσυνείδητης διατροφής είναι να διδάσκουν πώς να τρέφεται κανείς ενσυνείδητα και να αποφεύγει την υπερβολική κατανάλωση φαγητού. Οι περισσότερες εφαρμογές αυτού του τύπου αποτελούνται από κλίμακες βαθμολογίας πείνας, ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης πείνας ή πληρότητας, χρονόμετρα κατανάλωσης τροφής και εστίασης στην αργή κατανάλωση. Μερικές επίσης ήταν ημερολόγια καταγραφής φαγητού, κάρτες με αποφθέγματα ή μενού ενσυνείδητης διατροφής και κάποιες βασίστηκαν εξ ολοκλήρου στο ακουστικό τρόπο διδασίας του ενσυνείδητου φαγητού (Lyzwinski et al., 2019).

Οι εφαρμογές ενσυνείδητης διατροφής είναι αναγκαίο να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την ενσωμάτωση της ενσυνείδητης διατροφής στον τρόπο ζωής. Μερικά από αυτά είναι η επιβράδυνση του φαγητού, η καταγραφή του χρόνου κατανάλωσης φαγητού, η επίγνωση του γεύματος, η χρήση των 5 αισθήσεων κατά το φαγητό, η επίγνωση της εσωτερικής σωματικής πείνας ή της πείνας λόγω εξωτερικών παραγόντων, ο έλεγχος της υπερβολικής και συναισθηματικής διατροφής, η επίγνωση του κορεσμού και τέλος η επίγνωση ενός ισορροπημένου γεύματος. Ωστόσο, λίγες στην πραγματικότητα εφαρμογές καταφέρνουν ταυτόχρονα να συμπεριλαμβάνουν τα παραπάνω στοιχεία, να προσεγγίζουν με κεντρικό άξονα την ενσυνείδητη διατροφή και να είναι αποτελεσματικές. Οι μελλοντικές εφαρμογές απαιτούν εκτίμηση και βελτίωση με την ανάπτυξη διαφόρων πρακτικών ενσυνείδητης διατροφής (Lyzwinski et al., 2019).

Ταυτόχρονα με τις εφαρμογές ενσυνείδητης διατροφής, συμπεριλαμβάνοντας και τις παρεμβάσεις MBEAT, εξελίσσονται οι εφαρμογές ενσυνειδητότητας με κορυφαίες σύμφωνα με το Apple iTunes, δηλαδή μια τρέχουσα αναζήτηση από τον Απρίλιο του 2019, οι παρακάτω: Calm (η οποία ονομάστηκε "εφαρμογή 2017 της χρονιάς" από την Apple, # 2 Health Εφαρμογή & Fitness), ακολουθούμενη από την Aura

(# 6 Health Εφαρμογή & Fitness) και Headspace (# 9 Health & Εφαρμογή γυμναστικής). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στο Google Play Store, με τις κορυφαίες εφαρμογές ενσυνειδητότητας Headspace (# 6 εφαρμογή Υγείας και φυσικής κατάστασης), ακολουθείται από την Calm (# 8 εφαρμογή Υγείας και φυσικής κατάστασης) και Deep Calm (# 44 εφαρμογή Υγείας και φυσικής κατάστασης). Παρόλο που αυξάνεται η δημοτικότητα των εφαρμογών ενσυνειδητότητας, μόνο μερικές μελέτες έχουν εξετάσει τη σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα αυτών των εφαρμογών με γνώμονα τη μείωση του άγχους στους φοιτητές (Huberty et al., 2019).

1.4 Σύγκριση διαισθητικής και ενσυνείδητης διατροφής

1.4.1 Ορισμός Διαισθητικής διατροφής

Η διαισθητική διατροφή η οποία αναφέρεται και ως «κανονική διατροφή» ή «Προσαρμοστική διατροφή» ερευνάται από τους κλινικούς ιατρούς ως μια προσέγγιση στη διαχείριση βάρους. Ορίστηκε αρχικά από δύο εγγεγραμμένους διαιτολόγους των ΗΠΑ το 1995 οι οποίοι περιέγραψαν δέκα πτυχές της διαισθητικής διατροφής, συμπεριλαμβανομένης της απόρριψης των «δαιτών» και της αποθάρρυνσης της επισήμανσης των τροφίμων ως «κακών». Βασίζεται στα έμφυτα σήματα πείνας και κορεσμού, μια αρχή που αντιδιαστέλλεται τόσο με τις διαφημίσεις τροφίμων που ενθαρρύνουν το φαγητό, ανεξάρτητα από την πείνα, όσο και με δίαιτες που προωθούν την κατανάλωση συνταγογραφούμενων τροφίμων σε καθορισμένες ποσότητες (Van Dyke & Drinkwater, 2014).

1.4.2 Χαρακτηριστικά Διαισθητικής διατροφής

Τα κύρια χαρακτηριστικά του διαισθητικού τρόπου διατροφής είναι:

- Άνευ όρων άδεια κατανάλωσης φαγητού όταν υπάρχει το αίσθημα της πείνας
- Το φαγητό αντικατοπτρίζει την τάση ικανοποίησης της σωματικής πείνας και όχι των συναισθημάτων

- Τα εσωτερικά στοιχεία πείνας και κορεσμού αποτελούν ενδείξεις την ποσότητας της τροφής που χρειάζεται να καταναλωθεί
- Επίγνωση του τρόπου με τον οποίο το σώμα ανταποκρίνεται σε ορισμένα τρόφιμα (Body-Food Choice Congruence) και επιλογή τροφίμων που ικανοποιούν τόσο τις φυσικές όσο και τις αισθητηριακές ανάγκες.
- Γεύση, κεντρικό συστατικό της επιλογής των τροφίμων.

1.4.3 Θετικές επιδράσεις Διαισθητικής διατροφής

Από κλινικές μελέτες, συμπεραίνουμε ότι η εφαρμογή της διαισθητικής διατροφής δεν οδηγεί σε σημαντική απώλεια βάρους, αλλά μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση του βάρους. Επίσης μειώνει την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή (π.χ. παχυσαρκία) και συγχρόνως μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραγμένης κατανάλωσης, υποστηρίζοντας πολλές προσαρμοστικές στρατηγικές (π.χ. αύξηση της ευαισθησίας κατά την αποδοχή). Πρόσφατα στοιχεία, επίσης, δείχνουν ότι το διαισθητικό φαγητό έχει σχετικά μακροχρόνια επίδραση στη βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας σε σύγκριση με συμβατικές παρεμβάσεις απώλειας βάρους. Ωστόσο, ακόμα, δεν είναι σαφές εάν οδηγεί σε άλλους βελτιωμένους δείκτες σωματικής υγείας εκτός από το βάρος και φαίνεται ότι δεν σχετίζεται με αυξήσεις στη σωματική δραστηριότητα (Van & Drinkwater, 2014).

1.4.4 Σύγκριση Διαισθητικής-Ενσυνείδητης διατροφής

Η διαισθητική διατροφή (Intuitive eating) είναι συχνά ένας διακριτικός, αλλά συμπληρωματικός όρος της ενσυνείδητης διατροφής και χρησιμοποιείται εναλλακτικά αυτής. Τόσο η διαισθητική διατροφή όσο και η ενσυνείδητη επικεντρώνονται στην εσωτερική εστίαση με διαφορά ότι το διαισθητικό φαγητό δεν περιλαμβάνει διαλογισμό. Μάλιστα, η διαισθητική διατροφή ορίζεται ως «η δυναμική διαδικασία που ενσωματώνει τον συντονισμό του νου, του σώματος και της τροφής» με αποτέλεσμα η ρύθμιση της πρόσληψης τροφής να βασίζεται, όπως και στην ενσυνείδητη διατροφή, στα στοιχεία πείνας και κορεσμού (Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Σύμφωνα, επίσης, με μια παλαιότερη προσέγγιση κοντά στα τέλη της δεκαετίας του 1990, που αναφέρεται για πρώτη φορά σε ένα περιοδικό ο όρος διαισθητικό φαγητό, υποστηρίζεται η έννοια της αυτοπαρακολούθησης και της «σοφίας του σώματος», η οποία σχετίζεται στενά με το ενσυνείδητο φαγητό. Τονίζεται, μάλιστα η ικανότητα του ανθρώπινου σώματος, ειδικά μετά από μια περίοδο προπόνησης, να γνωρίζει εγγενώς την ποσότητα και τύπος τροφής που είναι αναγκαία για τη διατήρηση τόσο της διατροφικής υγείας αλλά και του κατάλληλου σωματικού βάρους. Και οι δύο αυτές διατροφικές πρακτικές συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αντιληπτικής ευαισθητοποίησης και απομακρύνουν διαταραγμένες ή συναισθηματικές διατροφικές συμπεριφορές (Fuentes Artiles et al., 2019).

1.5 Άγχος

1.5.1 Ορισμός Άγχους

Ως άγχος ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου και τρόμου στον κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, & Ζυγά, 2013). Ο Φρόντντ όρισε το αντικειμενικό άγχος σαν μια έκφραση ενός ενστίκτου για την αυτοσυντήρηση του ατόμου σε διάφορους εξωτερικούς κινδύνους. Τον εξωτερικό κίνδυνο ο κάθε άνθρωπος τον αντιλαμβάνεται διαφορετικά και εξαρτάται από το επίπεδο γνώσεων και το αίσθημα υπεροχής που έχει.

Από τον 20^ο αιώνα το άγχος χαρακτηρίζεται ως μια παθολογική διαταραχή που έχει σημαντικές συνέπειες στην καθημερινότητα των ατόμων (Crocq, 2015). Το άγχος αποτελεί μια φυσική άμυνα του οργανισμού απέναντι σε κάποιο φανταστικό ή πραγματικό κίνδυνο. Κατά την κατάσταση αυτή το σώμα απελευθερώνει ορμόνες για να προετοιμάσει τον οργανισμό να αποφύγει ή να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο, μια απόκριση γνωστή ως μηχανισμός «πάλης ή φυγής». Συγκεκριμένα, το σώμα παράγει σημαντικές ποσότητες χημικών ουσιών όπως η κορτιζόλη, η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη (Βάθης Α, 2017).

1.5.2 Παθοφυσιολογία άγχους

Έχει παρατηρηθεί από χρόνιες επιστημονικές μελέτες ότι οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες που δέχονται οι άνθρωποι μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση σωματικών ασθενειών όπως καρδιαγγειακές παθήσεις και παχυσαρκία καθώς και ψυχικών ασθενειών όπως κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, ο εγκέφαλος καταλαμβάνει το βασικό όργανο απόκρισης του άγχους καθώς καθορίζει τις φυσιολογικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις που μπορεί να είναι είτε προσαρμοστικές δομικά και λειτουργικά από εμπειρίες είτε καταστροφικές χωρίς να αποτελούν πάντα πρόβλημα εκτός και αν είναι

μακράς διάρκειας και μπορούν να αναστραφούν με συμπεριφορική ή φαρμακευτική θεραπεία.

Το άγχος αποτελεί μια αλληλένδετη επικοινωνία μεταξύ εγκεφάλου και των καρδιαγγειακών, ανοσοποιητικών και διαφόρων άλλων συστημάτων μέσω νευρικών και ενδοκρινικών μηχανισμών. Επίσης, ο ιππόκαμπος στον εγκέφαλο ήταν η πρώτη περιοχή του εγκεφάλου, εκτός από τον υποθάλαμο, που αναγνωρίστηκε ως στόχος γλυκοκορτικοειδών. Όσον αφορά τις ορμόνες που σχετίζονται με το άγχος, συμβάλλουν στην προστασία του σώματος και προάγουν είτε την προσαρμογή σε αυτό, είτε έχουν αρνητικά αποτελέσματα καθ' όλη την διάρκεια ζωής. Τα γεγονότα της πρώιμης ζωής ενός ατόμου μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που ανταποκρίνεται ο εγκέφαλος στο άγχος σε όλη την ζωή του ως ενήλικας και την γήρανση του, καθώς αυξάνεται η ευαισθησία του σε ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη και κατάθλιψη το οποίο συμβαίνει επειδή όλα τα συστήματα του οργανισμού είναι αλληλένδετα μεταξύ τους (McEwen, 2007).

1.5.3 Αίτια άγχους

Το άγχος είναι μια φυσιολογική κατάσταση της καθημερινής μας ζωής και προκύπτει κάθε φορά που το σώμα και το μυαλό ενός ατόμου αντιμετωπίζει απαιτήσεις οι οποίες υπερβαίνουν την ικανότητα τους να ανταποκριθούν. Τα αίτια άγχους οφείλονται συχνά σε διάφορες καταστάσεις για τις οποίες το άτομο θα επισκεφτεί τον ειδικό και μπορεί να σχετίζονται με το συναίσθημα, τη σκέψη, τις σωματικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά. Το συναίσθημα του άγχους μπορεί να αναφερθεί από το άτομο άμεσα ή έμμεσα με αναφορά σε άλλα συναισθήματα όπως ανησυχία ή σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία ή δύσπνοια ή μπορεί να παρατηρηθεί από τον γιατρό αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα. Για την διάγνωση του άγχους θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η πιθανότητα τα συμπτώματα άγχους να αποτελούν εκδήλωση μιας άλλης κλινικής κατάστασης. Οι κύριες αιτίες που το προκαλούν είναι:

1. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες οι οποίες χωρίζονται σε 3 κατηγορίες:
 - 1.1. Ψυχοδυναμικές θεωρίες όπου σύμφωνα με αυτές το άγχος ανάγεται σε πρόβλημα επιτυχούς ή ανεπιτυχούς παρέμβασης των αμυντικών μηχανισμών του Εγώ σε καταστάσεις κινδύνου. Στην εκδήλωση αυτών των καταστάσεων οδηγούν μηχανισμοί ταύτισης, απώθησης και μετάθεσης του άγχους.
 - 1.2. Συμπεριφορολογία και θεωρίες της μάθησης. Η κύρια ουσία των θεωριών της μάθησης όπως η εξοικείωση και η μάθηση μέσω διαδικασιών δοκιμής και λάθους συμβάλλουν στην διαίωνιση του άγχους καθώς και στη θεραπεία του. Συγκεκριμένα, το άγχος εγκαθίσταται είτε με κλασική οροεξαρτημένη μάθηση είτε με συντελεστική οροεξαρτημένη μάθηση είτε με κοινωνική μάθηση. Στην πρώτη κατηγορία ένα ουδέτερο ερέθισμα συνδέεται επανειλημμένα με ένα ανεξάρτητο ερέθισμα που εκλύει αυτόματα μια απάντηση από τον οργανισμό, έως ότου το ουδέτερο ερέθισμα φτάσει να προκαλεί αυτή την απάντηση από μόνο του. Στην δεύτερη κατηγορία αν μια τυχαία συμπεριφορά ανταμείβεται τείνει να αυξάνεται η συχνότητα της ενώ αντίθετα αν τιμωρείται ή δεν ενισχύεται μειώνεται η συχνότητα της. Τέλος, όσον αφορά την κοινωνική μάθηση το άτομο μπορεί να επηρεαστεί από άλλες συμπεριφορές ή συναισθηματικές αντιδράσεις άλλων ατόμων χωρίς να έχει άμεση τραυματική εμπειρία ο ίδιος.
 - 1.3. Γνωσιακές θεωρίες. Σύμφωνα με αυτές οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου για τον «κίνδυνο» που αντιμετωπίζει σε φοβογόνες καταστάσεις συμβάλλει στην διαίωνιση του άγχους
2. Βιολογικές θεωρήσεις. Έχει βρεθεί ότι η κληρονομικότητα είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό στην εκδήλωση του άγχους ειδικότερα όταν το άγχος εμφανίζεται σε πρώιμη ηλικία (Μασδράκης, Ζέρβας & Λιάππας, 2013).

1.5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος είναι τόσο ατομικοί όσο και οργανωτικοί. Αυτοί είναι:

1. Οι δημογραφικοί παράγοντες και η ηλικία. Συγκεκριμένα έχει παρατηρηθεί ότι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν μικρότερο άγχος από τους νεότερους. Επίσης όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα τόσο μεγαλύτερο έχω έχουν τα άτομα.
2. Η εκπαίδευση, η οποία λειτουργεί ως μεσολαβητής και είτε αυξάνει είτε μειώνει το άγχος ανάλογα με την οπτική του κάθε ατόμου. Συνήθως η υψηλότερη εκπαίδευση μπορεί να καταπολεμήσει το άγχος όμως η υψηλότερη θέση εργασίας αυξάνει το άγχος.
3. Η εμπειρία στη δουλειά. Ένα άτομο με μικρότερη εμπειρία στη δουλειά του αντιμετωπίζει μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με ένα άτομο με χρόνια εμπειρία.
4. Είδος της οικογένειας. Η συνηθισμένη πυρηνική οικογένεια δημιουργεί περισσότερο άγχος σε σχέση από μία μεγαλύτερη οικογένεια. Αυτό συμβαίνει επειδή στη μεγαλύτερη οικογένεια τα μέλη υποστηρίζουν το ένα το άλλο και συμβάλλουν στο να ελαττώνονται οι στρεσογόνες καταστάσεις.
5. Οι οργανωτικοί παράγοντες και το άγχος εργασίας. Οι σημαντικοί παράγοντες, που προκαλούν άγχος στην εργασία, είναι το πολυάσχολο πρόγραμμα εργασίας ιδιαίτερα με περίεργες ώρες εργασίας, η κακή αλληλεπίδραση διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων που βρίσκονται στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον (Elahi & Aroorva, 2012).

1.5.5 Συμπτώματα άγχους

Όταν ένα άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους είναι πιθανό να εκδηλώσει συμπτώματα είτε ψυχολογικά είτε σωματικά. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η έκφραση του άγχους μπορεί να πραγματοποιηθεί με πολλούς τρόπους. Συγκεκριμένα, στα ψυχολογικά συμπτώματα ανήκουν: η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. Επίσης, στα σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα "κόμπου στο λαιμό", ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, ο τρόμος, η αδυναμία, η ζάλη, οι

εφιδρώσεις, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία τάσης (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια & Ζυγά, 2013).

1.6 Διακρίσεις άγχους

1.6.1 Τύποι άγχους

Έχουμε 3 είδη άγχους που διαφέρουν μεταξύ τους από τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, την διάρκεια και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Συγκεκριμένα έχουμε:

- Το οξύ άγχος είναι το πιο συχνό και με την μικρότερη διάρκεια που εκδηλώνεται από αντιδραστικές σκέψεις για μια κατάσταση ή ένα γεγονός που συνέβη πρόσφατα ή για επερχόμενες καταστάσεις ή γεγονότα που μπορεί να συμβούν στο κοντινό μέλλον. Για παράδειγμα ένα άτομο μπορεί να νιώσει οξύ άγχος για μια προθεσμία στη δουλειά όπου δημιουργείται το άγχος με την σκέψη του ατόμου. Συνήθη συμπτώματα αυτού του άγχους μπορεί να επηρεάσουν το σώμα, τον εγκέφαλο και τα συναισθήματα.
- Το επεισοδικό οξύ άγχος το οποίο συμβαίνει όταν τα άτομα βιώνουν συχνά οξύ άγχος ή ζουν με το φόβο του άγχους. Τα άτομα αυτά βρίσκονται μόνιμα σε εγρήγορση ή αισθάνονται πιεσμένοι και αναλαμβάνουν πολλές υποχρεώσεις που συνήθως δε μπορούν να μείνουν οργανωμένοι επειδή βρίσκονται συνέχεια σε μια στρεσαρισμένη κατάσταση. Άτομα που αντιμετωπίζουν επεισοδικό οξύ άγχος είναι υπερβολικά ανταγωνιστικά με έντονη ανασφάλεια για την απόδοση τους ή άτομα που είναι αγχώδη από την φύση τους και βλέπουν αρνητικά σχεδόν κάθε κατάσταση. Μερικά από τα συνήθη συμπτώματα αυτής της κατάστασης είναι η νευρικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και προβλήματα υγείας όπως στους μύες, στο γαστρεντερικό, στο ανοσοποιητικό και γενικότερα στην υγεία των ατόμων.
- Το χρόνιο άγχος που είναι ο πιο επιβλαβής τύπος επειδή μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμα προβλήματα στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Παραδείγματα μακροχρόνιου άγχους είναι η ανεργία, το κακό εργασιακό

περιβάλλον και η εξάρτηση από ουσίες. Συνήθως το χρόνιο άγχος εμφανίζεται όταν ένα άτομο αισθάνεται απελπισία και δε βρίσκει διέξοδο από όσα του προκαλούν άγχος καταφεύγοντας στις λάθος λύσεις και μπορεί να προκληθεί από τραυματικές εμπειρίες στην παιδική του ηλικία είτε αργότερα. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ένα άτομο ζει με χρόνιο άγχος, η συμπεριφορά του, οι πράξεις του και οι συναισθηματικές αντιδράσεις του γίνονται συνήθεια επειδή το άτομο είναι συνεχώς επιρρεπής στις επιβλαβείς επιδράσεις του άγχους στο σώμα και στο μυαλό του. Τα άτομα αυτά έχουν αρκετά συμπτώματα από τα παραπάνω που έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες κατηγορίες με την διαφορά ότι στην συγκεκριμένη περίπτωση το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε αυτοκτονίες, βίαιες πράξεις, ανθρωποκτονίες, καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο (Βάθης Α, 2017b).

1.6.2 Διαφορές μεταξύ άγχους και φόβου

Όσον αφορά ο φόβος είναι ένα είδος έμμονων ιδεών ενώ το άγχος είναι ένα συναίσθημα. Όσον αφορά τον φόβο είναι μια πρόβλεψη ότι υπάρχει πιθανότητα να προκύψει κάτι ανεπιθύμητο. Συγκεκριμένα, μπορεί να θεωρηθεί ως προδιάθεση για ένα συγκεκριμένο σύνολο συνθηκών που το αντιλαμβάνεται το άτομο ως απειλή. Έχει παρατηρηθεί ότι και στο άγχος και στον φόβο, τα άτομα δε φοβούνται την κατάσταση καθ' αυτή που προκαλεί τον φόβο αλλά τις πιθανές συνέπειες της έκθεσης σε αυτή την κατάσταση. Όταν ενεργοποιείται ένας φόβος, προκύπτει μια γενική κατάσταση άγχους, εκτός εάν το άτομο μπορεί να αλλάξει την κατάσταση για να αλλάξει το συναίσθημα επικείμενου κινδύνου (διαφυγή ή φαντασίωση). Ένας φόβος μπορεί να ονομαστεί «αντικειμενικός» ή «ρεαλιστικός» εάν υπάρχει ρεαλιστικός κίνδυνος σύμφωνα με έναν αντικειμενικό παρατηρητή. Αντίθετα ο φόβος χαρακτηρίζεται λογικός ή παράλογος ανάλογα με το αν βασίζεται σε λογικές ή παράλογες υποθέσεις.

Από την άλλη, το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση. Συγκεκριμένα, το άτομο εκδηλώνει άγχος όταν εκτίθεται σε μια κατάσταση. Στη νεύρωση του άγχους υπάρχει ένα υπόβαθρο μεταξύ της έκθεσης σε φοβισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα που δε παρατηρείται στον φόβο. Παρόλα αυτά, και τα δύο

αντικατοπτρίζουν το θέμα του «κινδύνου» και αντιπροσωπεύουν μια μη ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασης που σχετίζονται με το άγχος. Από αυτή την άποψη, ο φόβος και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν συνέχεια μιας χρόνιας ερμηνείας καταστάσεων που χαρακτηρίζεται ως «κίνδυνος». Συνεπώς το άγχος είναι μια συναισθηματική κατάσταση ενώ ο φόβος είναι μια γνωστική κατάσταση (Beckand & Rush, 1985).

1.6.3 Διαφορές μεταξύ άγχους και στρες

Το άγχος και το στρες, αν και φαίνονται ίδια έχει παρατηρηθεί ότι παρουσιάζουν κάποιες διαφορές. Συγκεκριμένα, αν και τα δύο αποτελούν συναισθηματικές απαντήσεις, το στρες προκαλείται συνήθως από εξωτερικούς παράγοντες που μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι, όπως μια προθεσμία εργασίας ή μακροπρόθεσμοι όπως μια χρόνια ασθένεια. Τα άτομα που βρίσκονται υπό στρες, αντιμετωπίζουν ψυχικά και σωματικά συμπτώματα όπως θυμό, κόπωση, μυϊκό πόνο, πεπτικά προβλήματα και δυσκολία στον ύπνο. Από την άλλη πλευρά, το άγχος χαρακτηρίζεται από επίμονες και υπερβολικές ανησυχίες που υπάρχουν ακόμα και όταν δεν υπάρχουν στρεσογόνοι παράγοντες. Παρόλα αυτά και το άγχος οδηγεί σε παρόμοια συμπτώματα με το στρες δηλαδή αϋπνία, δυσκολία συγκέντρωσης, κόπωση, μυϊκό πόνο και ευερεθιστότητα.

Έχει παρατηρηθεί ότι και το άγχος και το στρες έχει παρόμοιους τρόπους αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, μπορεί να περιοριστεί με φυσική δραστηριότητα, σωστή διατροφή και καλό ύπνο. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει περίπτωση το άγχος ή το στρες να μην ανταποκρίνονται σε αυτές τις τεχνικές ή να φτάσουν στο σημείο που να επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του ατόμου. Σε μια τέτοια περίπτωση καλό θα ήταν το άτομο να συμβουλευτεί έναν ψυχολόγο που θα μπορεί να καταλάβει αν έχει κάποια αγχώδη διαταραχή (Alvord & Halfond, 2020).

1.6.4 Αγχώδεις διαταραχές

Οι διάφορες διαταραχές του άγχους οφείλονται σε ψυχοκοινωνικές θεωρίες όπως ο συμπεριφορισμός και οι γνωσιακές θεωρίες που διατύπωσαν μοντέλα για την αιτιοπαθογένεια του άγχους και για τους μηχανισμούς που συμβάλλουν σε μία

επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση. Επίσης, οφείλονται σε βιολογικές θεωρήσεις δηλαδή κληρονομικούς παράγοντες όπως η κρίση πανικού, η κοινωνική φοβία και διάφορες φοβικές διαταραχές.

1.6.4.1 Κατηγορίες των αγχωδών διαταραχών

Στις κατηγορίες των αγχωδών διαταραχών ανήκουν:

- Η διαταραχή πανικού και αγοραφοβία. Συγκεκριμένα η κρίση πανικού δηλαδή μια αιφνίδια και επαναλαμβανόμενη κρίση είναι μια κατάσταση έντονου άγχους, δυσφορίας και τρόμου και εκδηλώνεται με ψυχολογικά συμπτώματα (αίσθημα απώλειας ελέγχου του νου) και σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, εφίδρωση και δυσκολία στην αναπνοή). Όσον αφορά την αγοραφοβία δηλαδή η φοβία να μείνει το άτομο μόνο του σε χώρους όπου η διαφυγή θα ήταν δύσκολη σε μια κρίση συχνά είναι αλληλένδετο με την διαταραχή πανικού.
- Η διαταραχή γενικευμένου άγχους που χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος που επιμένει σε βάθος χρόνου και δε περιορίζεται σε συγκεκριμένες μόνο καταστάσεις. Σε αυτή την κατάσταση το άτομο έχει συχνά ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση, διαταραχές στον ύπνο και αδυναμία χαλάρωσης.
- Η διαταραχή κοινωνικού άγχους που χαρακτηρίζεται όταν το άτομο βιώνει έντονο και επίμονο φόβο για μια κατάσταση που πρέπει να επιτελέσει μπροστά σε άλλους ανθρώπους είτε άγνωστους είτε πρόκειται να του υποβάλλουν εξονυχιστικό έλεγχο είτε αντιπροσωπεύουν την εξουσία. Συνήθως τα άτομα αυτά γνωρίζουν ότι το άγχος τους είναι υπερβολικό αλλά παρ' όλα αυτά αδυνατεί να το ελέγξει, συνεπώς είτε αποφεύγει τέτοιου είδους καταστάσεις είτε τις υπομένει με αντίκτυπο της μειωμένης λειτουργικότητας του σε σημαντικούς τομείς της ζωής του.
- Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες δηλαδή σκέψεις, εικόνες που οδηγούν σε καταναγκασμούς όπως για παράδειγμα το άτομο να αμφιβάλλει ότι έχει σβήσει το μάτι της κουζίνας (ιδεοληψία) και να ελέγχει τον διακόπτη πολλές φορές και για διάστημα από λίγα λεπτά έως πολλές ώρες με τελετουργικό τρόπο (καταναγκασμός).

- Η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία που χαρακτηρίζεται όταν το άτομο εμπλέκεται ή είναι παρόν, ή έχει πληροφορηθεί για ένα εξαιρετικής έντασης στρεσογόνο γεγονός όπως ένα θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, ένας βιασμός, μια συμμετοχή σε ένοπλη ληστεία ή ένας σεισμός. Το άτομο αντιδρά σε αυτή την εμπειρία με φόβο, αίσθημα αβοηθητότητας ή ψυχικό τρόμο και παρουσιάζει επανειλημμένα έντονες αναβιώσεις του γεγονότος είτε σε εγρήγορση είτε σε εφιαλτικά όνειρα.
- Οι ειδικές φοβίες που χαρακτηρίζονται από επίμονους και αδικαιολόγητους φόβους για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση δημιουργεί οξεία και σοβαρή αντίδραση άγχους. Σε αυτή την κατάσταση τα άτομα συνήθως προσαρμόζουν τον τρόπο ζωής τους έτσι ώστε να ελαχιστοποιούν ή να αποφεύγουν την επαφή με το φοβογόνο ερέθισμα. Τέτοιες φοβίες είναι με κάποιο είδος ζώου, με τύπο φυσικού περιβάλλοντος όπως ύψη και νερό, με τύπο αίματος ή τραύματος ή ένεσης, με τύπο καταστάσεων όπως αεροπλάνα ή κλειστά μέρη ή άλλο τύπο όπως φόβος για μετάδοση μιας ασθένειας (Μασδράκης, Ζέρβας & Λιάππας, 2013).

1.6.4.2 Επιδημιολογικά στοιχεία για τις αγχώδεις διαταραχές

Στο γενικό πληθυσμό, οι αγχώδεις διαταραχές ανά έτος αποτελούν περίπου το 15%, ενώ γενικά κυμαίνεται περίπου από 21% έως 28,8%. Ελάχιστοι από τους ασθενείς με αγχώδη διαταραχή αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Επίσης το άγχος σε σχέση με την διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη είναι σχετικά πιο ήπιο. Έχει παρατηρηθεί ότι στο άγχος η αναλογία γυναικών: ανδρών είναι περίπου διπλάσια με τις γυναίκες να εμφανίζουν συχνότερα άγχος. Όσον αφορά άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες δηλαδή σκέψεις, εικόνες που οδηγούν σε καταναγκασμούς αποτελεί μικρότερο ποσοστό σε σχέση με άτομα με αγχώδη και κυμαίνεται περίπου σε 0,7% - 0,8% ανά έτος.

Η ειδική φοβία που χαρακτηρίζεται από αδικαιολόγητους φόβους για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη αγχώδη διαταραχή στον γενικό πληθυσμό και αποτελεί το 7,6% ανά έτος ενώ γενικά κυμαίνεται

περίπου στο 13,2%. Η διαταραχή πανικού δηλαδή μια επαναλαμβανόμενη κρίση σε κατάσταση έντονου άγχους συναντάται σε ποσοστό 1,5% - 5% γενικά στον πληθυσμό και 1% - 2% περίπου ανά έτος. Η διαταραχή κοινωνικού άγχους που χαρακτηρίζεται όταν το άτομο βιώνει έντονο φόβο για μια κατάσταση κυμαίνεται σε ποσοστό 3% - 13% και παρατηρείται πιο αυξημένη στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, αλλά οι άνδρες είναι αυτοί που συχνότερα αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Συνήθως η ηλικία εμφάνισης του τοποθετείται στην εφηβεία αλλά υπάρχει σημαντική διακύμανση από 5-35 ετών.

Όσον αφορά την διαταραχή γενικευμένου άγχους, που χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος σε βάθος χρόνου, κυμαίνεται γενικά περίπου 5% - 6%, ενώ ανά έτος αποτελεί το 1,5% - 3%. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρατηρείται συχνότερα σε ενήλικες από 55 έως 85 ετών. Τέλος, η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία δηλαδή όταν το άτομο βιώνει ένα εξαιρετικής έντασης στρεσογόνο γεγονός, κυμαίνεται μεταξύ 5% -7,5% με μικρή υπεροχή στις γυναίκες. Ιστορικά το βασικό ψυχοτραυματικό γεγονός για έναν άνδρα είναι η εμπειρία της μάχης, ενώ για μια γυναίκα είναι η κακοποίηση ή ο βιασμός (Μασδράκης, Ζέρβας & Λιάππας, 2013).

1.6.5 Αντιμετώπιση άγχους

1.6.5.1 Τρόποι διαχείρισης άγχους

Υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι και θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του άγχους. Συγκεκριμένα οι τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα άγχους είναι οι εξής:

- Ο προσανατολισμός σε θετικές πτυχές της ζωής. Όσον αφορά το άγχος επικεντρώνεται σε όλες τις αρνητικές καταστάσεις στη ζωή ενός ανθρώπου με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην είναι ικανοί να τις διαχειριστούν. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε ένα καταστροφικό τρόπο σκέψης και να επιδεινώσει το άγχος και άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας. Έτσι για μείωση και αποφυγή αυτού του αρνητικού τρόπου σκέψης, η σκέψη σε θετικές πτυχές της ζωής θα έχει το καλύτερο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα όταν σε

ένα άτομο τα πράγματα στη ζωή του δεν πηγαίνουν και τόσο καλά, με το να δώσει λίγο χρόνο στον εαυτό του θα βελτιωθεί σίγουρα η κατάσταση του.

- Το ημερολόγιο άγχους. Με αυτό τον τρόπο το άτομο όταν βρίσκεται σε κατάσταση άγχους καταγράφει τους λόγους που τον οδήγησαν σε αυτή την κατάσταση, τις σκέψεις του και τους φόβους που βίωσε εκείνη την στιγμή καθώς και τα συναισθήματα του. Έχει παρατηρηθεί ότι μόνο αυτό μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειώσει τα επίπεδα άγχους.
- Η αλλαγή στον αρνητικό τρόπο σκέψης. Συγκεκριμένα, αν το άτομο φοβάται τις αρνητικές σκέψεις τότε αυτός ο φόβος τον κατακλύζει καθημερινά. Για αυτό τον λόγο καλό είναι όταν το άτομο νιώθει φόβο ή ανησυχία, να προσπαθήσει να δει τα πράγματα από την θετική τους μεριά. Για παράδειγμα, αν κάποιος φοβάται τα αεροπλάνα και μόνο στη σκέψη αισθάνεται ναυτία, ταχυκαρδία και εφίδρωση, θα μπορούσε να επικεντρωθεί στα θετικά του ταξιδιού όπως να σκέφτεται τι έχει σχεδιάσει να κάνει όταν φτάσει στον προορισμό του.
- Η δημιουργία μιας ρουτίνας. Η ρουτίνα θα μπορούσε να βοηθήσει έτσι ώστε το άτομο να διαχειριστεί τις δραστηριότητες της καθημερινότητας και να ελαχιστοποιήσει την έκθεση σε ξαφνικές αιτίες άγχους. Η καθιέρωση μιας ρουτίνας επίσης βοηθά στο να πετύχει το άτομο τους στόχους που έχει βάλει για την ημέρα του, πράγμα που βοηθά στη μείωση του άγχους καθώς δεν θα αφήσει ανολοκλήρωτες εργασίες. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να επικεντρωθεί στο πρόγραμμά του και στα θετικά κομμάτια της ημέρας χωρίς να ανησυχεί για το τι θα φέρει η κάθε μέρα.
- Η υιοθέτηση των τεχνικών χαλάρωσης. Συγκεκριμένα, οι τεχνικές χαλάρωσης διαφέρουν από άτομο σε άτομο και εξυπηρετούν στο να ηρεμήσουν με διάφορες δραστηριότητες. Τέτοιες δραστηριότητες είναι η γιόγκα ή ο διαλογισμός που βοηθούν στη χαλάρωση και η μουσική και το διάβασμα που βοηθούν το μυαλό να ηρεμήσει.
- Η άσκηση. Συμβάλλει στο να δημιουργήσει έναν πιο υγιή τρόπο ζωής. Υπάρχουν πολλές μορφές άσκησης που θα κρατήσουν τη σωματική και ψυχική σας ενέργεια μακριά από τον αρνητικό τρόπο σκέψης και η ενέργεια αυτή θα διοχετεύεται σε θετικά πράγματα μειώνοντας το άγχος.

- Η εξάσκηση στην αποδοχή. Καθημερινά, υπάρχουν πράγματα που οδηγούν τους ανθρώπους να χάνουν από τον έλεγχο με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε έντονο άγχος. Είναι πολύ σημαντικό, οι άνθρωποι να καταφέρουν να ξεφεύγουν από τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους που συνδέονται με το άγνωστο, και να κατανοήσουν ότι όσο και να ασχοληθούν με αυτά δε μπορούν να αλλάξουν. Συνεπώς το άτομο πρέπει να αναγνωρίσει κάποιες καταστάσεις ή ανησυχίες που του προκαλούν έντονο άγχος και είτε να τα μειώσει αν αυτό είναι εφικτό είτε να τα αποδεχτεί και να συνεχίσει την ζωή του (Βάθης, 2017α).

1.6.5.2 Τρόποι θεραπείας άγχους

Τα συμπτώματα άγχους ιδιαίτερα σε άτομα με ήπια άγχος με πρόσφατη έναρξη σε αυτό οδηγούν σε μικρή έκπτωση στη λειτουργικότητα τους, αλλά συχνά βελτιώνονται χωρίς θεραπεία. Ωστόσο σε χρόνιες αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζεται σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας τους, επιβάλλεται η θεραπεία. Συγκεκριμένα, η θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους περιλαμβάνει φαρμακευτικές θεραπείες και ψυχοθεραπείες κυρίως συμπεριφορικού και γνωσιακού τύπου (Μασδράκης, Ζέρβας & Λιάππας, 2013). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όποια αντιμετώπιση και αν ακολουθήσει το άτομο βραχυπρόθεσμα θα έχει παρόμοια αποτελέσματα:

1. Φαρμακευτικές θεραπείες
 - 1.1. Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (πρώτη επιλογή για αντιμετώπιση άγχους)
 - 1.2. Αντικαταθλιπτικά
 - 1.3. Βενζοδιαζεπίνες (για διαταραχές πανικού)
 - 1.4. Άλλα φάρμακα (όπως αντιψυχωσικά για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή)
2. Ψυχοθεραπείες
 - 2.1. Θεραπεία έκθεσης. Κατά την διάρκεια αυτής της θεραπείας το άτομο εισέρχεται και παραμένει σε μια φοβογόνο κατάσταση για ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα παρά το άγχος που αισθάνεται. Η θεραπεία αυτή δεν οδηγεί στην

εξάλειψη των μαθημένων αντιδράσεων του φόβου αλλά στην εκμάθηση καινούργιων και πιο λειτουργικών αντιδράσεων.

2.2. Θεραπεία ενδοδεκτικής έκθεσης. Η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε για την διαταραχή πανικού και αποτελεί μια σειρά τεχνικών για την παραγωγή σωματικών αισθήσεων παρόμοιων με αυτές μιας προσβολής πανικού. Αποτέλεσμα αυτής είναι το άτομο να εξοικειωθεί σε έντονα σωματικά ενοχλήματα μιας προσβολής πανικού.

2.3. Γνωσιακή θεραπεία η οποία βοηθά το άτομο να εντοπίσει τις καταστάσεις που σχετίζονται με το άγχος και τον φόβο.

2.4. Άλλες γνωσιακές – συμπεριφορικές θεραπείες

2.4.1. Εκπαίδευση στην αναπνοή

2.4.2. Εκπαίδευση στη χαλάρωση δηλαδή τεχνικές για τον έλεγχο της μυϊκής τάσης που συνοδεύει το έντονο άγχος και τις κρίσεις πανικού

1.7 Συσχετίσεις παραγόντων με το άγχος

1.7.1 Συσχέτιση άγχους με τον ΔΜΣ

Η παχυσαρκία είναι μια παγκόσμια επιδημία που προκαλείται από την ανισόρροπη πρόσληψη ενέργειας, η οποία υπερβαίνει τις ενεργειακές δαπάνες για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι αιτίες της παχυσαρκίας μπορούν να αποδοθούν σε φυσιολογικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Ένα παχύσαρκο άτομο χαρακτηρίζεται συχνά από υπερβολικό άγχος, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση που τον οδηγούν συχνά στην πρόσληψη φαγητού, μια συνήθεια η οποία ξεκινάει από λανθασμένες διατροφικές συμπεριφορές από την βρεφική και πρώιμη ηλικία του ατόμου. Συνήθως, οι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε καταναγκαστικά όταν αισθάνονται αγχωμένοι ως απάντηση σε αυτή την συναισθηματική τους κατάσταση, γνωρίζοντας πως δε θα ελαττώσουν το άγχος με αυτό τον τρόπο. Έχει βρεθεί ότι η αυξημένη πρόσληψη τροφής στα παχύσαρκα άτομα έχει αυξηθεί με το χρόνο άγχος. Στη συνέχεια η παχυσαρκία σχετίζεται με διάφορες νόσους όπως η στεφανιαία νόσος, διαβήτη τύπου 2, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και συσσώρευση λίπους στην κοιλιακή περιοχή. Με την αύξηση του άγχους έχουμε αύξηση ορμόνης της κορτιζόλης, η οποία είναι υψηλότερη

σε παχύσαρκους άνδρες και γυναίκες (Slochower, Kaplan & Mann, 1981). Οι Slochower, Kaplan & Mann (1981) έκαναν μια έρευνα μεταξύ παχύσαρκων και μη παχύσαρκων γυναικών, φοιτήτριες κατά την περίοδο των εξετάσεων και 3 εβδομάδες αργότερα, σχετικά με τα επίπεδα άγχους και την θετική σχέση τους με το φαγητό. Το αποτέλεσμα έδειξαν ότι οι παχύσαρκοι φοιτητές έτρωγαν τουλάχιστον 2 φορές περισσότερο κατά την διάρκεια των εξετάσεων. Επιπλέον υπήρχε μια σημαντική σχέση και των παχύσαρκων με αυξημένο άγχος και την απώλεια ελέγχου στο φαγητό κατά την διάρκεια των εξετάσεων, το οποίο συνέβη και όταν υπήρχε χαμηλότερο επίπεδα άγχους. Παρόλα αυτά είχαμε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φαγητού των γυναικών με φυσιολογικό βάρος και του άγχους.

Από μια μελέτη στην Φιλανδία δεν βρέθηκε ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του Δείκτη Μάζας Σώματος, παρόλο που το αυξημένο φαγητό σε μια αγχωτική κατάσταση συσχετίστηκε με την παχυσαρκία (Kouvonen, Kivimäki, Cox, Cox, & Vahtera, 2005).

Το ψυχοκοινωνικό άγχος σχετίζεται με την υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνο. Το άγχος μπορεί να συμβάλλει σε διατροφικές αλλαγές που οδηγούν σε αλλαγή βάρους με αποτέλεσμα την αλλαγή του Δείκτη Μάζας Σώματος, είτε μεγαλύτερη, είτε μικρότερη (Block, He, Zaslavsky, Ding, & Ayanian, 2009). Οι Block, He, Zaslavsky, Ding, & Ayanian (2009) έκαναν μια έρευνα σε ενήλικες όπου αξιολόγησαν το άγχος που σχετίζεται με δουλειά, προσωπικές σχέσεις, περιορισμούς ζωής και οικονομικά προβλήματα με την αλλαγή του σωματικού βάρους. Το αυξημένο άγχος ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε ψυχοκοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες συνδέθηκε με αυξημένο Δείκτης Μάζας Σώματος τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Σε άνδρες με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, η αύξηση βάρους συσχετίστηκε με αυξανόμενα επίπεδα ψυχοκοινωνικού στρες που σχετίζονται με απαιτήσεις που σχετίζονται με την εργασία, την έλλειψη διακριτικής ικανότητας, και την δυσκολία στην πληρωμή λογαριασμών. Όσον αφορά στις γυναίκες με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, η αύξηση βάρους συσχετίστηκε με απαιτήσεις που σχετίζονται με την εργασία, με διάφορους περιορισμούς που αντιλαμβάνονται στη ζωή, με την οικογένεια και με την δυσκολία στην πληρωμή λογαριασμών. Επίσης φάνηκε ότι η μείωση του ψυχοκοινωνικού άγχους μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της προσθήκης του βάρους.

1.7.2 Συσχέτιση άγχους με την ηλικία

Άγχος σε μαθητές σχολείου- πανεπιστημίου

Η περίοδος της καθυστερημένης εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης αποτελεί για τα περισσότερα άτομα την πρώτη στιγμή απόκτησης άγχους. Συγκεκριμένα οι μαθητές μπορεί να βιώσουν επεισόδια άγχους εξαιτίας της αλλαγής στις ρυθμίσεις διαβίωσης, της κακής διαχείρισης του χρόνου, της διατήρησης της αυτοεκτίμησης, και της απόκτησης νέων φίλων. Τα άτομα αυτά πολλές φορές συσχετίζουν τα συναισθήματα του άγχους τους με την αντιμετώπιση της ακαμψίας της ακαδημαϊκής κοινότητας, των προβλημάτων στο σπίτι, τη διατήρηση στενών προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων και την επίτευξη αυτό-πραγματοποίησης στην προσωπική τους ζωή.

Σε μια έρευνα που έγινε σε 225 μαθητές σχολείου (78 αγόρια και 147 κορίτσια), ηλικίας 15-17 ετών κατά την διάρκεια σχολικών εξετάσεων, βρέθηκε ότι η συνολική πρόσληψη ενέργειας εκείνων των ημερών σε σχέση με τις υπόλοιπες μέρες που δεν υπήρχε άγχος ήταν αρκετά αυξημένη (Michaud et al., 1990).

Άγχος στους ενήλικες

Το άγχος προωθεί ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, μειωμένη άσκηση, κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα τα οποία σχετίζονται με καρδιαγγειακές παθήσεις και διάφορα είδη καρκίνου. Παρόλα αυτά η χρόνια σωματική άσκηση μειώνει το άγχος σε σχέση με την καθιστική ζωή. Το άγχος θεωρείται ως ένας παράγοντας που μπορεί να διαταράξει τη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και συνήθως αναλύεται σε σχέση με τις ατομικές διαφορές στο βάρος του κάθε ατόμου.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 95 ενήλικα άτομα από τα οποία τα 90 (58 γυναίκες και 32 άνδρες) παρακολούθησαν τουλάχιστον δύο συνεδρίες αξιολόγησης και 71 (44 γυναίκες και 27 άνδρες) ολοκλήρωσαν και τις τέσσερις συνεδρίες. Τα αποτελέσματα αυτής έδειξαν μέτρια αύξηση στην κατανάλωση ενέργειας, λίπους και ζάχαρης σε περιπτώσεις που είχαν τα άτομα υψηλό άγχος. Αυτό υποδηλώνει ότι, εάν το εργασιακό

άγχος είναι παρατεταμένο ή συχνό, θα μπορούσαν να προκύψουν δυσμενείς διατροφικές αλλαγές, αυξάνοντας την πιθανότητα αύξησης του βάρους (Wardle, Steptoe, Oliver, & Lipsey, 2000).

Άγχος στην τρίτη ηλικία

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα στην Τρίτη ηλικία, με τα ποσοστά επικράτησης να κυμαίνονται μεταξύ 6% έως 10%. Μέχρι αρκετά πρόσφατα η έννοια του άγχους σε αυτή την ηλικία δεν είχε πιστοποιηθεί επιστημονικά, το οποίο δικαιολογείται ότι οι διαταραχές άγχους δε συγκαταλέγονται στην ψυχική υγεία. Για αυτό τον λόγο οι ερευνητές και οι γιατροί πίστευαν ότι τα άτομα δεν είχαν άγχος σε αυτή την ηλικία. Παρ' όλα αυτά στην σημερινή εποχή διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές άγχους στο τέλος της ζωής του ανθρώπου υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό. Όσον αφορά άλλους τύπους διαταραχών άγχους όπως η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι εξίσου διαδεδομένες σε ηλικιωμένους καθώς και στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων ηλικίας κάτω των 65 ετών. Ειδικές φοβίες όπως η κοινωνική φοβία φαίνεται να είναι λιγότερο διαδεδομένη στους ηλικιωμένους. Το άγχος σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας σε ηλικιωμένους, είναι η πιο διαδομένη σε χρόνια αρρώστους, και έχει αποδειχθεί ως προγνωστικό στα καρδιακά επεισόδια όπως το μυοκαρδιακό έμφραγμα. Αν και έχουμε υψηλό επιπολασμό άγχους στο τέλος της ζωής ενός ατόμου, έχει πιστοποιηθεί μια μικρή μειονότητα ηλικιωμένων με διαταραχές άγχους. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στο γεγονός ότι οι διαταραχές άγχους δεν αναγνωρίζονται εύκολα σε αυτή την ηλικία, όπως:

1. Η έλλειψη βοήθειας για αντιμετώπιση άγχους από ειδικούς. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι διαταραχές άγχους ξεκινάνε από την ηλικία των 21 ετών και οι ηλικιωμένοι συνηθίζουν με την ιδέα σαν να είναι κάτι φυσιολογικό. Επίσης, οι αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του έχουν ανακαλυφθεί τα τελευταία 20-30 χρόνια, με συνέπεια αρκετοί ηλικιωμένοι να μη είναι πλήρως ενημερωμένοι για την ύπαρξη αυτών.

2. Πολλοί αποφεύγουν διάφορες δραστηριότητες που κάνουν οι ενήλικες όπως σωματική άσκηση και οι αγορές αναθέτοντας τα σε άτομα που τους προσέχουν, αποφεύγοντας έτσι το άγχος.
3. Το άγχος εντοπίζεται στην υγειονομική περίθαλψη και όχι στον ανήσυχο ηλικιωμένο. Οι ερευνητές συνέδεσαν ότι η συμπεριφορά άγχους και αποφυγής στο τέλος της ζωής ερμηνεύεται ως «κανονικό» ή «ρεαλιστικό» και ως εκ τούτου θεωρείται μη θεραπεύσιμο. Για παράδειγμα, όταν σε ένα ηλικιωμένο άτομο η κινητικότητα επηρεάζεται από αρθρίτιδα ή άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία έχει καθοριστικό ρόλο στην αιτιολογία ή στην επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους. Επειδή η ιατρική συν-νοσηρότητα είναι περισσότερο συνηθισμένο στα τέλη της ζωής των ανθρώπων, ο γιατρός τείνει να αναθέσει ένα υψηλή προτεραιότητα στην κατάλληλη διάγνωση πιθανών σωματικών διαταραχών ξεχνώντας την διαγνωστική έρευνα άγχους.
4. Όταν συναναστρέφονται οι ενήλικες με ένα μεγαλύτερο άτομο που έχει αυξημένη πιθανότητα να νοσήσει σοβαρά, αποκτούν δικούς τους φόβους για το τι μπορεί να συμβεί όταν γερνάνε, το οποίο εμποδίζει την σωστή εκτίμηση ιδεοληπτικών αντιλήψεων όπως τα συμπτώματα αγχώδης διαταραχής.
5. Το άγχος στα τέλη της ζωής των ανθρώπων μπορεί να διαφέρει από το άγχος κατά την πρώιμη ενηλικίωση. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι μπορεί να φοβούνται διαφορετικά ερεθίσματα ή καταστάσεις από τους νεότερους. Για παράδειγμα, παλαιότερα οι ηλικιωμένοι μπορεί να παρουσίαζαν αγοραφοβική συμπεριφορά η οποία καθοδηγείται από τον φόβο της πτώσης εντός ή εκτός σπιτιού, για να μη χτυπήσουν, ο φόβος κάποιας εγκληματικής ενέργειας εναντίων τους (Schuurmans & van Balkom, 2011).

1.7.3 Συσχέτιση άγχους με το φύλο

Σε μια μελέτη διατομής στην Φιλανδία με συμμετέχοντες 37161 γυναίκες και 8649 άνδρες δεν βρέθηκε ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του Δείκτη Μάζας Σώματος. Συγκεκριμένα, το αυξημένο φαγητό σε μια αγχωτική κατάσταση συσχετίστηκε με την παχυσαρκία αλλά μόνο στις γυναίκες και όχι στους άνδρες. Αυτό μπορεί να συνέβη επειδή μπορεί να υπάρχει διαφορετική απόκριση για το κάθε φύλο, και ενώ η

γυναίκα το αντιμετωπίζει με φαγητό, ο άνδρας μπορεί να το αντιμετωπίζει με άλλες στοματικές συμπεριφορές όπως κατανάλωση αλκοόλ ή καπνίσματος (Kounonen, Kivimäki, Cox, Cox & Vahtera, 2005).

Οι Block, He, Zaslavsky, Ding, & Ayanian (2009) έκαναν μια έρευνα σε ενήλικες όπου αξιολόγησαν το άγχος που σχετίζεται με τη δουλειά, τις προσωπικές σχέσεις, τους περιορισμούς ζωής και τα οικονομικά προβλήματα με την αλλαγή του σωματικού βάρους. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερο άγχος από ότι οι άνδρες.

Μια άλλη έρευνα με 1200 μαθητές-φοιτητές από 23 πανεπιστήμια (756 γυναίκες και 423 άνδρες) όπου παρατηρήθηκε ότι τα ποσοστά άγχους στις γυναίκες ήταν υψηλότερα από τους άνδρες. Συγκεκριμένα φάνηκε ότι το περισσότερο άγχος οφειλόταν σε ακαδημαϊκούς παράγοντες όπως διαδικασία εξέτασης εξαιτίας της επίτευξης υψηλού βαθμού και της ανταγωνιστικότητας και ακαδημαϊκό φόρτο εργασίας. Επίσης παρουσίασαν συμπτώματα άγχους για οικονομικές πιέσεις που μπορεί να δεχόντουσαν καθώς και για την δυσκολία ένταξης στην νέα κοινότητα (Bush, Thompson, & Van Tubergen, 1985).

1.7.4 Επίδραση άγχους στην διατροφή

Διάφορες μελέτες έχουν παρουσιάσει την συσχέτιση της διατροφικής συμπεριφοράς με το άγχος σε άτομα με υγιές σωματικό βάρος, όπου το 70% των ερωτηθέντων ανέφερε αύξηση της πρόσληψης της τροφής όταν αντιμετώπιζαν άγχος, ενώ το 30% ανέφερε μείωση της τροφής στην αύξηση άγχους. Οι διαφορετικές αυτές καταστάσεις πιθανόν εξηγούνται από πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις των φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών όπως η ρύθμιση συναισθημάτων οι οποίες είναι επηρεασμένες από την συσχέτιση άγχους και διατροφικών συμπεριφορών. Επίσης το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές των συγκεντρώσεων στις ορμόνες της κορτιζόλης, ινσουλίνης, γκρελίνης και λεπτίνης που σχετίζονται άμεσα με την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου (Herhaus, Ullmann, Chrousos & Petrowski 2020).

Το άγχος χαρακτηρίζεται ως «γενικευμένη, μη ειδική απόκριση του σώματος σε διάφορες καταστάσεις που το κατακλύζουν, με σκοπό την διατήρηση της ομοιόστασης». Το άγχος είναι ικανό να αλλάξει τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων. Εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν την όρεξη και κατά συνέπεια την ποσότητα και τους τύπους των τροφίμων που καταναλώνει ένα άτομο. Οι εσωτερικοί παράγοντες που διεγείρουν την πρόσληψη τροφής είναι το νευροπεπτίδιο-Υ, ενώ η λεπτίνη μειώνει την όρεξη. Όσον αφορά εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την όρεξη είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα τροφίμων, κοινωνικοί παράγοντες όπως η επιρροή από άλλους και η γευστικότητα των τροφίμων. Η μειωμένη ή αυξημένη πρόσληψη τροφής ως απάντηση στο άγχος σχετίζεται με την σοβαρότητα του άγχους.

Στην περίπτωση του οξύ άγχους όπως όταν απειλείται η σωματική ασφάλεια του ατόμου που το βιώνει παρατηρείται καταστολή της όρεξης εξαιτίας των ορμονών (νοραδρεναλίνη και κορτικοτροπίνη). Αντίθετα, σε περιπτώσεις χρόνιου άγχους όπως πιέσεις από τον εργασιακό τομέα συνήθως δεν παρατηρείται αποστροφή από το φαγητό αλλά το άτομο το επιζητά για να ηρεμήσει. Άτομα με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν τροποποιητικές συμπεριφορές όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα, την κατανάλωση και το φαγητό. Σε αυξημένα επίπεδα άγχους έχει παρατηρηθεί αύξηση αρτηριακής πίεσης, αύξηση καρδιακού ρυθμού και ελαττωμένη παροχή αίματος σε κάποια όργανα όπως τα νεφρά.

Σε μια μελέτη που έλαβαν μέρος 158 άνδρες και γυναίκες, οι 84 από αυτούς αντιμετώπιζαν καθημερινά άγχος. Τα αγχώδη άτομα από αυτούς ανέφεραν ότι ως αποτέλεσμα του άγχους τους την πρόσληψη ή μείωση φαγητού με κυριότερο το πρώτο. Σε μια έρευνα που έλαβε χώρα στην Αμερική με 12110 άτομα, σχολιάστηκε η επίδραση του άγχους με την πρόσληψη λίπους και ζάχαρης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα σε αυξημένο αντιληπτό άγχος λόγω μεγαλύτερου φόρτου εργασίας κατανάλωναν υψηλότερα ποσοστά λίπους σε σχέση με περιόδους μειωμένου φόρτου εργασίας και μειωμένου αντιληπτού άγχους. Επίσης βρέθηκε ότι τα ποσοστά παχυσαρκίας ήταν μεγαλύτερα σε Αφροαμερικάνους από ότι Ευρωπαίους Αμερικάνους. Οι Αφροαμερικάνοι φάνηκε να επιζητούν πιο συχνά γλυκές γεύσεις, το οποίο

συμβάλλει στην αύξηση παχυσαρκίας, και να έχουν υψηλότερο άγχος σε σχέση με τους Ευρωπαίους Αμερικάνους (Torres & Nowson, 2007).

1.8 Σκοπός

Τα καίρια αναπάντητα ερωτήματα που αναδύθηκαν ύστερα από την έρευνα της βιβλιογραφίας σχετικά με την ενσυνείδητη διατροφή και το άγχος, έθεσαν τον τελικό στόχο της εργασίας. Συγκεκριμένα, ο κεντρικός σκοπός είναι η συσχέτιση των δύο κύριων αυτών παραγόντων μεταξύ τους και η εξαγωγή ενός συμπεράσματος για το αν τελικά, υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του άγχους και της ενσυνείδητης διατροφής. Ξεκινώντας, τίθεται ως αρχική υπόθεση πως υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των δύο και εξετάζεται εάν η υπόθεση είναι αποδεκτή. Πιο αναλυτικά, η παρούσα εργασία που εκπονείται στα πλαίσια της πτυχιακής, διερευνά αν τα ατομικά χαρακτηριστικά του ΔΜΣ, του φύλου και της ηλικίας επιδρούν στην ενσυνείδητη διατροφή αλλά και στο άγχος. Ο επιμέρους ερευνητικός στόχος, λοιπόν, της συγκεκριμένης έρευνας είναι η απάντηση στο ερώτημα αν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των τριών ατομικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων του άγχους και της ενσυνείδητης διατροφής ξεχωριστά. Με την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνάς μας, μάλιστα, διευκολύνεται ο δρόμος για την απάντηση στην κύρια υπόθεση της ύπαρξης συνάφειας μεταξύ του άγχους και της ενσυνείδητης διατροφής. Τα βασικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν μετά την λήψη του δείγματος στην στατιστική ανάλυση είναι τα εξής: υπόθεση ανεξαρτησίας του ΔΜΣ και της ενσυνείδητης διατροφής, υπόθεση ανεξαρτησίας του φύλου και της ενσυνείδητης διατροφής, υπόθεση ανεξαρτησίας της ηλικίας και της ενσυνείδητης διατροφής, υπόθεση ανεξαρτησίας του ΔΜΣ και του άγχους, υπόθεση ανεξαρτησίας του φύλου και του άγχους, υπόθεση ανεξαρτησίας της ηλικίας και του άγχους. Τέλος, συγκρίνοντας τα ευρήματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση, αλλά και αυτά της βιβλιογραφίας, εξάγεται το συμπέρασμα εάν μπορεί να αναχθεί το δείγμα ως αντιπροσωπευτικό του ευρύ πληθυσμού. Με αυτόν τον τρόπο θα διαλευκανθεί αν επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση που έχει τεθεί.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Μέθοδοι

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια ποσοτική ανάλυση η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας με σκοπό τη συγκέντρωση δεδομένων από τον γενικό πληθυσμό καθώς και τη στατιστική επεξεργασία τους. Η μελέτη βασίζεται σε ερωτηματολόγιο, η σύνθεση του οποίου συντελέστηκε υπό τον άξονα δύο ήδη υπάρχοντων και δημοσιευμένων ερωτηματολογίων, ενώ προστέθηκαν κάποιες ερωτήσεις που δημιουργήθηκαν μετά από μελέτη με στόχο την κατανόηση του παλμού της επικαιρότητας σχετικά με το αντικείμενο έρευνας. Για τη θεωρητική προσέγγιση του αντικειμένου, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση και συγκεντρώθηκαν πληροφορίες από ανάλογες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

2.2 Δείγμα

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία με σκοπό τη λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος και συνεπώς τη γενίκευση προς τον πληθυσμό. Σε αυτό το σημείο, θα ήταν καλό να αναφερθεί πως συλλέχθηκαν 410 απαντήσεις χωρίς να υπάρξει, μάλιστα, ιδιαίτερη δυσκολία στη συλλογή του δείγματος, μιας και οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν πρόθυμοι να απαντήσουν. Επίσης, 133 άτομα από το δείγμα απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν επιθυμούν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα των ερωτήσεων τους στο προσωπικό ηλεκτρονικό ταχυδρομείο τους (email) .

2.3 Εργαλείο μέτρησης - ερωτηματολόγιο

Το όργανο μελέτης με σκοπό τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων συνιστά ένα ανώνυμο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 37 ερωτήσεις που διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, εφόσον μελετά την αλληλεπίδραση του άγχους και της ενσυνείδητης διατροφής. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν τα ατομικά χαρακτηριστικά,

μερικές ερωτήσεις αφορούν την δοκιμασία των επιπέδων άγχους και μερικές των επιπέδων ενσυνείδητης διατροφής. Επίσης, κάποιες άλλες δημιουργήθηκαν με σκοπό την μελέτη του αντίκτυπου της παγκόσμιας πανδημίας λόγω την επικαιρότητας των γεγονότων του ιού SARS-COVID-2019 στους δύο κεντρικούς παράγοντες.

2.4 Διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων

Αρχικά, για τον σχεδιασμό και την διάταξη των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου επιλέχθηκαν οι φόρμες της Google (<https://docs.google.com>). Αφού ολοκληρώθηκε, το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου των σπουδαστών, αλλά και μέσω κοινών φοιτητικών ομάδων του τμήματος και εφαρμογής αποστολής προσωπικών μηνυμάτων στα κοινωνικά δίκτυα. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις όσον αφορά την δοκιμασία των επιπέδων άγχους βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο άγχους του International Stress Management Association UK – 2013. Συγχρόνως, όσον αφορά την δοκιμασία επιπέδων ενσυνείδητης διατροφής, οι ερωτήσεις βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο ενσυνείδητης διατροφής (MEQ) του FirstLine Therapy Healthy Transformation™ Weight Loss Program, το οποίο μάλιστα μελετήθηκε από την έρευνα Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire.

Ο προσδιορισμός σημαντικών πηγών του βιβλιογραφικού μέρους της παρούσας εργασίας έγινε με αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες από το διαδίκτυο αλλά και από επιστημονικά περιοδικά με κυριότερα τα: PubMed και Scopus. Μετά τη συλλογή των δεδομένων, διαμορφώθηκε η βάση δεδομένων στο Excel και στην συνέχεια ακολούθησε το πιο σημαντικό κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης στο spss και της περιγραφικής στατιστικής. Ακολουθήθηκε αυτή η διαδικασία και το μεθοδολογικό πλαίσιο με στόχο την λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος, την έγκυρη ανάλυση αλλά και την αποτελεσματική εξαγωγή και παρουσίαση των δεδομένων.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται παράθεση των στατιστικών αναλύσεων και των αποτελεσμάτων των δεδομένων του ερωτηματολογίου, ύστερα από ομαδοποίηση και επεξεργασία στο excel και έπειτα από στατιστική ανάλυση στο spss.

3.1 Περιγραφική στατιστική

Στους πίνακες 3.1, 3.2 και 3.3 παρουσιάζονται η απόλυτη και η σχετική συχνότητα για κάθε κατηγορία του Δείκτη Μάζας σώματος, του φύλου και της ηλικίας αντίστοιχα, στοιχεία που συλλέξαμε από τα 410 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν. Στην στήλη «Frequency» παρουσιάζεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων του δείγματος που ανήκουν σε κάθε κατηγορία της μεταβλητής, ο αριθμός των ελλειπουσών τιμών (των ατόμων για τα οποία δεν υπάρχει καταχωρημένη τιμή για την συγκεκριμένη μεταβλητή), το σύνολο των ατόμων συμπεριλαμβανομένων των ελλειπουσών τιμών και το σύνολο των ατόμων εκτός αυτών με ελλείπουσα τιμή για την συγκεκριμένη μεταβλητή. Στην στήλη «Percent» των πινάκων, παρουσιάζονται οι σχετικές συχνότητες (%) για κάθε κατηγορία της μεταβλητής και για τις ελλείπουσες τιμές, ξεχωριστά, ενώ στην στήλη «Valid percent» παρουσιάζεται το ποσοστό μόνο μεταξύ των έγκυρων τιμών δηλαδή μεταξύ των ατόμων που έχουν καταχωρημένη τιμή στην συγκεκριμένη μεταβλητή.

3.1.1 Δείκτης Μάζας Σώματος

Πίνακας 3.1: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον ΔΜΣ

		ΔΜΣ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιποβαρής	17	4.1	4.1	4.1
	Παχύσαρκος	23	5.6	5.6	9.8
	Υπέρβαρος	100	24.4	24.4	34.1
	Φυσιολογικός	270	65.9	65.9	100.0
	Total	410	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 3.1 διαπιστώνουμε ότι το 4.1% των ατόμων της μελέτης είναι λιποβαρής, το 5.6% των ατόμων είναι παχύσαρκοι, το 24.4% των ατόμων είναι υπέρβαροι και το υπόλοιπο 65.9% των ατόμων είναι φυσιολογικοί.

3.1.2 Φύλο

Πίνακας 3.2: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για το φύλο

		Φύλο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	138	33.7	33.7	33.7
	Γυναίκα	272	66.3	66.3	100.0
	Total	410	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 3.2 διαπιστώνουμε ότι το 33.7% των ατόμων της μελέτης είναι άνδρες, ενώ το υπόλοιπο 66.3% είναι γυναίκες.

3.1.3 Ηλικία

Πίνακας 3.3: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την ηλικία

		Ηλικία			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεύτερη Ομάδα	149	36.3	36.3	36.3
	Πρώτη Ομάδα	157	38.3	38.3	74.6
	Τρίτη Ομάδα	104	25.4	25.4	100.0
	Total	410	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 3.3 διαπιστώνουμε ότι το 36.3% των ατόμων της μελέτης είναι ηλικίας έως 22 ετών, το 38.3% των ατόμων είναι ηλικίας 23-29 ετών και το υπόλοιπο 25.4% είναι ηλικίας πάνω από 30 ετών.

3.1.4 Ενσυνείδητη διατροφή

Πίνακας 3.4: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την Ενσυνείδητη διατροφή

		Mindful			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindful	315	76.8	76.8	76.8
	Μη Mindful	95	23.2	23.2	100.0
	Total	410	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 3.4 διαπιστώνουμε ότι το 76.8% των ατόμων της μελέτης επιδεικνύουν την ενσυνείδητη διατροφή και το υπόλοιπο 23.2% δεν την επιδεικνύουν.

3.1.5 Άγχος

Πίνακας 3.5: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για το Άγχος

		Άγχος			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγχώδης	152	37.1	37.1	37.1
	Ήρεμος	35	8.5	8.5	45.6
	Μέτρια Αγχώδης	223	54.4	54.4	100.0
	Total	410	100.0	100.0	

Από τον πίνακα 3.5 διαπιστώνουμε ότι το 37.1% των ατόμων της μελέτης είναι αγχώδη, το 8.5% είναι ήρεμοι και το υπόλοιπο 54.4% είναι μέτρια αγχώδη.

3.2 Συσχετίσεις παραγόντων ΔΜΣ, ηλικίας και φύλου με την Ενσυνείδητη Διατροφή

3.2.1 Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) – Ενσυνείδητη Διατροφή

Πίνακας 3.6: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στον ΔΜΣ και την Ενσυνείδητη Διατροφή. Πίνακας Συνάφειας.

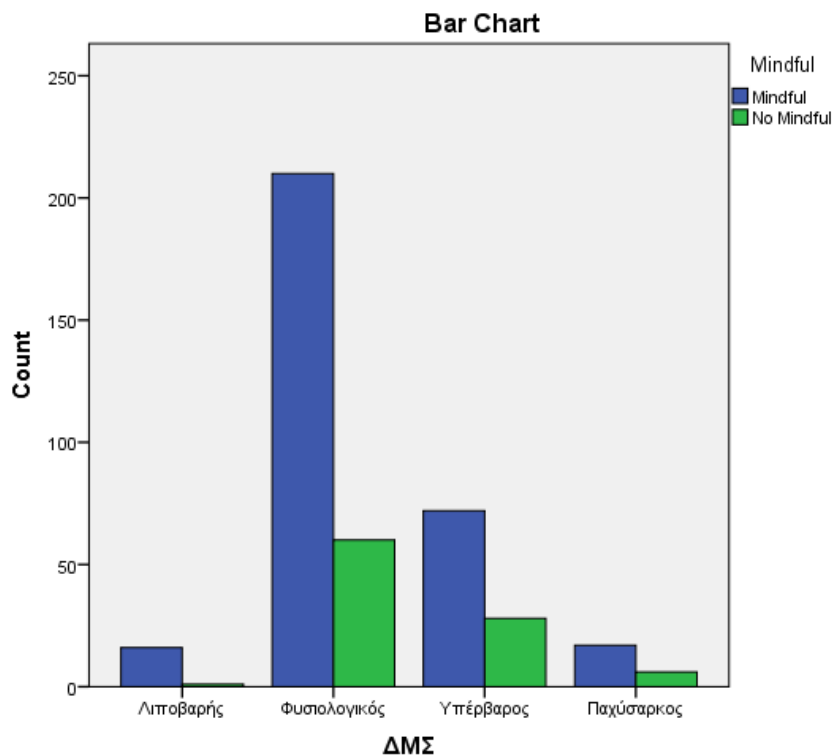
			Mindful		Total
			Mindful	No Mindful	
ΔΜΣ	Λιποβαρής	Count	16	1	17
		Expected Count	13.1	3.9	17.0
		% within ΔΜΣ	94.1%	5.9%	100.0%
		% within Mindful	5.1%	1.1%	4.1%
		% of Total	3.9%	0.2%	4.1%
		Adjusted Residual	1.7	-1.7	
	Φυσιολογικός	Count	210	60	270
		Expected Count	207.4	62.6	270.0
		% within ΔΜΣ	77.8%	22.2%	100.0%
		% within Mindful	66.7%	63.2%	65.9%
		% of Total	51.2%	14.6%	65.9%
		Adjusted Residual	.6	-.6	
	Υπέρβαρος	Count	72	28	100
		Expected Count	76.8	23.2	100.0
		% within ΔΜΣ	72.0%	28.0%	100.0%
		% within Mindful	22.9%	29.5%	24.4%
		% of Total	17.6%	6.8%	24.4%
		Adjusted Residual	-1.3	1.3	
Παχύσαρκος	Count	17	6	23	
	Expected Count	17.7	5.3	23.0	
	% within ΔΜΣ	73.9%	26.1%	100.0%	
	% within Mindful	5.4%	6.3%	5.6%	
	% of Total	4.1%	1.5%	5.6%	
	Adjusted Residual	-.3	.3		
Total	Count	315	95	410	
	Expected Count	315.0	95.0	410.0	
	% within ΔΜΣ	76.8%	23.2%	100.0%	
	% within Mindful	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	76.8%	23.2%	100.0%	

Από τον πίνακα 3.6 παρατηρείται ότι και στις τέσσερις κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), δηλαδή του λιποβαρή, φυσιολογικού, υπέρβαρου, παχύσαρκου οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count). Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test. **Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές ΔΜΣ και ενσυνείδητη διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης.**

Στην πρώτη κατηγορία παρατηρείται ότι το 94.1% επί του συνόλου των λιποβαρών ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 5.9% των λιποβαρών δεν την ακολουθούν. Στην δεύτερη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 77.8% επί του συνόλου των φυσιολογικών ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 22.2% των φυσιολογικών ατόμων δεν την ακολουθούν. Στην τρίτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 72% επί του συνόλου των υπέρβαρων ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 28% των υπέρβαρων δεν την ακολουθούν. Στην τέταρτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 73.9% επί του συνόλου των παχύσαρκων ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 26.1% των παχύσαρκων ατόμων δεν την ακολουθούν.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που επιδεικνύουν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 5.1% ανήκει στους λιποβαρείς, το 66.7% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 22.9% ανήκει στους υπέρβαρους και το 5.4% ανήκει στους παχύσαρκους. Από το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 1.1% ανήκει στους λιποβαρείς, το 63.2% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 29.5% ανήκει στους υπέρβαρους και το 6.3% ανήκει στους παχύσαρκους.

Στην εικόνα 3.1 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική κατηγορία ΔΜΣ, τόσο για τα άτομα που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, όσο και γι' αυτά που δεν την ακολουθούν.



Εικόνα 3.1: Ραβδόγραμμα συσχέτισης ΔΜΣ και Ενσυνείδητης Διατροφής

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος και της Ενσυνείδητης διατροφής.

Πίνακας 3.7: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ ΔΜΣ και της Ενσυνείδητης Διατροφής χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.411 ^a	3	.220
Likelihood Ratio	5.251	3	.154
Linear-by-Linear Association	2.761	1	.097
N of Valid Cases	410		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.94.

Ο πίνακας 3.7 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει μια ποσότητα δειγμάτων (12.5% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες

του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.220 μεγαλύτερη από 0.05. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του ΔΜΣ και της Ενσυνείδητης Διατροφής, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές ΔΜΣ και Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.

3.2.2 Φύλο - Ενσυνείδητη Διατροφή

Πίνακας 3.8: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο και την Ενσυνείδητη Διατροφή. Πίνακας Συνάφειας.

Φύλο * Mindful Crosstabulation

			Mindful		Total
			Mindful	No Mindful	
Φύλο	Άνδρας	Count	103	35	138
		Expected Count	106.0	32.0	138.0
		% within Φύλο	74.6%	25.4%	100.0%
		% within Mindful	32.7%	36.8%	33.7%
		% of Total	25.1%	8.5%	33.7%
		Adjusted Residual	-.7	.7	
Γυναίκα	Γυναίκα	Count	212	60	272
		Expected Count	209.0	63.0	272.0
		% within Φύλο	77.9%	22.1%	100.0%
		% within Mindful	67.3%	63.2%	66.3%
		% of Total	51.7%	14.6%	66.3%
		Adjusted Residual	.7	-.7	
Total	Total	Count	315	95	410
		Expected Count	315.0	95.0	410.0
		% within Φύλο	76.8%	23.2%	100.0%
		% within Mindful	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	76.8%	23.2%	100.0%

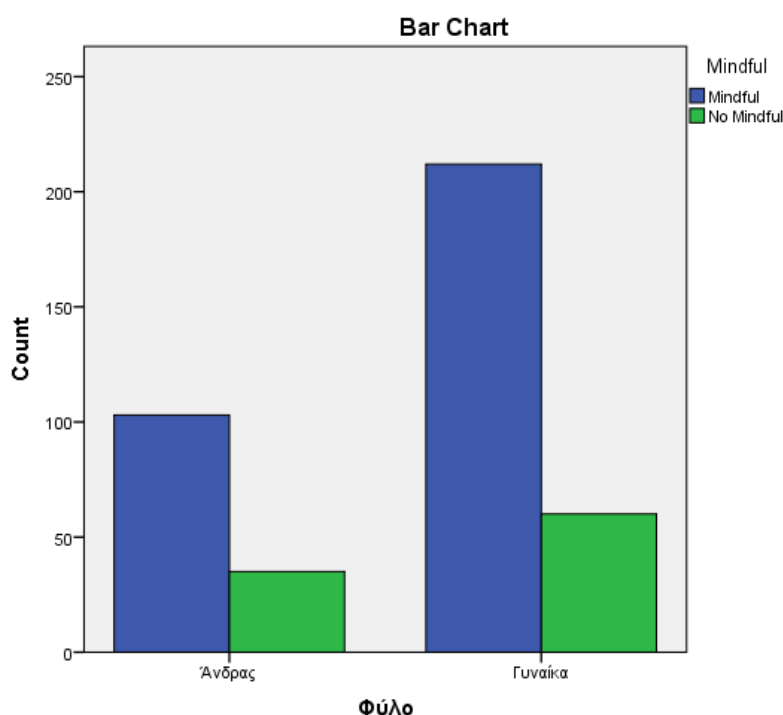
Από τον πίνακα 3.8 παρατηρείται ότι και στις δύο κατηγορίες του Φύλου (Άνδρας & Γυναίκα), οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count). Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που

εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test. **Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές Φύλου και Ενσυνείδητης διατροφής είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης.**

Στην πρώτη κατηγορία παρατηρείται ότι το 74.6% επί του συνόλου των ανδρών ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 25.4% των ανδρών δεν την ακολουθούν. Στην δεύτερη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 77.9% επί του συνόλου των γυναικών ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 22.1% των γυναικών δεν την ακολουθούν.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 32.7% είναι άνδρες, ενώ το 67.3% είναι γυναίκες. Από το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 36.8% είναι άνδρες, ενώ το 63.2% είναι γυναίκες.

Στην εικόνα 3.2 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική κατηγορία φύλου, τόσο για τα άτομα που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, όσο και γι' αυτά που δεν την ακολουθούν.



Εικόνα 3.2: Ραβδόγραμμα συσχέτισης φύλου και Ενσυνείδητης Διατροφής

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Φύλου και της Ενσυνείδητης διατροφής.

Πίνακας 3.9: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ Φύλου και Ενσυνείδητης Διατροφής, χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests					
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.561 ^a	1	.454		
Continuity Correction ^b	.391	1	.532		
Likelihood Ratio	.556	1	.456		
Fisher's Exact Test				.460	.265
Linear-by-Linear Association	.560	1	.454		
N of Valid Cases	410				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31.98.

b. Computed only for a 2x2 table

Ο πίνακας 3.9 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι δεν υπάρχει καμία ποσότητα δειγμάτων (0% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.454 μεγαλύτερη από 0.05. **Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του Φύλου και της Ενσυνείδητης Διατροφής, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές Φύλο και Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.**

3.2.3 Ηλικία – Ενσυνείδητη Διατροφή

Πίνακας 3.10: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την Ενσυνείδητη Διατροφή. Πίνακας Συνάφειας.

			Mindful		Total
			Mindful	No Mindful	
Ηλικία	Πρώτη Ομάδα	Count	124	33	157
		Expected Count	120.6	36.4	157.0
		% within Ηλικία	79.0%	21.0%	100.0%
		% within Mindful	39.4%	34.7%	38.3%
		% of Total	30.2%	8.0%	38.3%
		Adjusted Residual	.8	-.8	
Δεύτερη Ομάδα	Δεύτερη Ομάδα	Count	114	35	149
		Expected Count	114.5	34.5	149.0
		% within Ηλικία	76.5%	23.5%	100.0%
		% within Mindful	36.2%	36.8%	36.3%
		% of Total	27.8%	8.5%	36.3%
		Adjusted Residual	-.1	.1	
Τρίτη Ομάδα	Τρίτη Ομάδα	Count	77	27	104
		Expected Count	79.9	24.1	104.0
		% within Ηλικία	74.0%	26.0%	100.0%
		% within Mindful	24.4%	28.4%	25.4%
		% of Total	18.8%	6.6%	25.4%
		Adjusted Residual	-.8	.8	
Total	Total	Count	315	95	410
		Expected Count	315.0	95.0	410.0
		% within Ηλικία	76.8%	23.2%	100.0%
		% within Mindful	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	76.8%	23.2%	100.0%

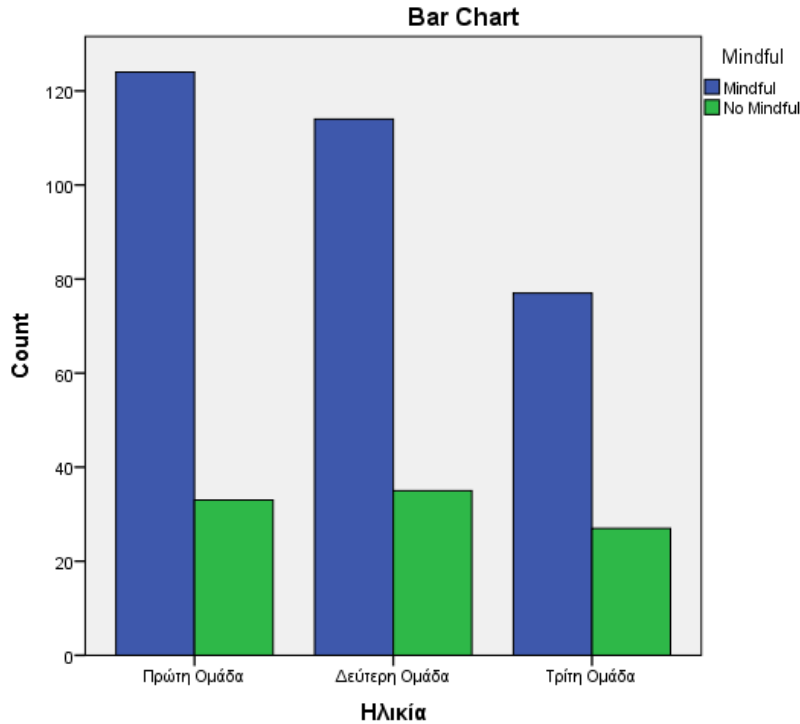
Από τον πίνακα 3.10 παρατηρείται ότι και στις τρεις Ηλικιακές κατηγορίες (0-22, 23-30 και >30), οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count). Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test. Αυτό σημαίνει ότι οι

μεταβλητές Ηλικία και Ενσυνείδητη διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης.

Στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22) παρατηρείται ότι το 79% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία, ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το υπόλοιπο 21% δεν την ακολουθεί. Στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) παρατηρείται ότι το 76.5% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία, ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το υπόλοιπο 23.5% δεν την ακολουθεί. Στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30) παρατηρείται ότι το 74% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία, ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το υπόλοιπο 26% δεν την ακολουθεί.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 39.4% ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22), το 36.2% ανήκει στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) και το 24.4% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30). Από το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 34.7% ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22), το 36.8% ανήκει στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) και το 28.4% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30).

Στην εικόνα 3.3 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική ηλικιακή κατηγορία, τόσο για τα άτομα που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, όσο και γι' αυτά που δεν την ακολουθούν.



Εικόνα 3.3: Ραβδόγραμμα συσχέτισης Ηλικίας και Ενσυνείδητης Διατροφής

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Ηλικιακής κατηγορίας και της Ενσυνείδητης διατροφής.

Πίνακας 3.11: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ Ηλικίας και Ενσυνείδητης Διατροφής, χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.872 ^a	2	.647
Likelihood Ratio	.869	2	.648
Linear-by-Linear Association	.870	1	.351
N of Valid Cases	410		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.10.

Ο πίνακας 3.11 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι δεν υπάρχει καμία ποσότητα δειγμάτων (0% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.647 μεγαλύτερη

από 0.05. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του Ηλικίας και της Ενσυνείδητης Διατροφής, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές Ηλικία και Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.

Συγκεντρωτικά παρατηρείται ότι ανεξαρτήτου ΔΜΣ, Φύλου και Ηλικιακής κατηγορίας το 76.8% των ατόμων του δείγματος ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή και μόνο το 23.2% δεν ακολουθεί ενσυνείδητη διατροφή.

3.3 Συσχετίσεις παραγόντων ΔΜΣ, ηλικίας και φύλου με το Άγχος

3.3.1 Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) - Άγχος

Πίνακας 3.12: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στον ΔΜΣ και το Άγχος. Πίνακας Συνάφειας.

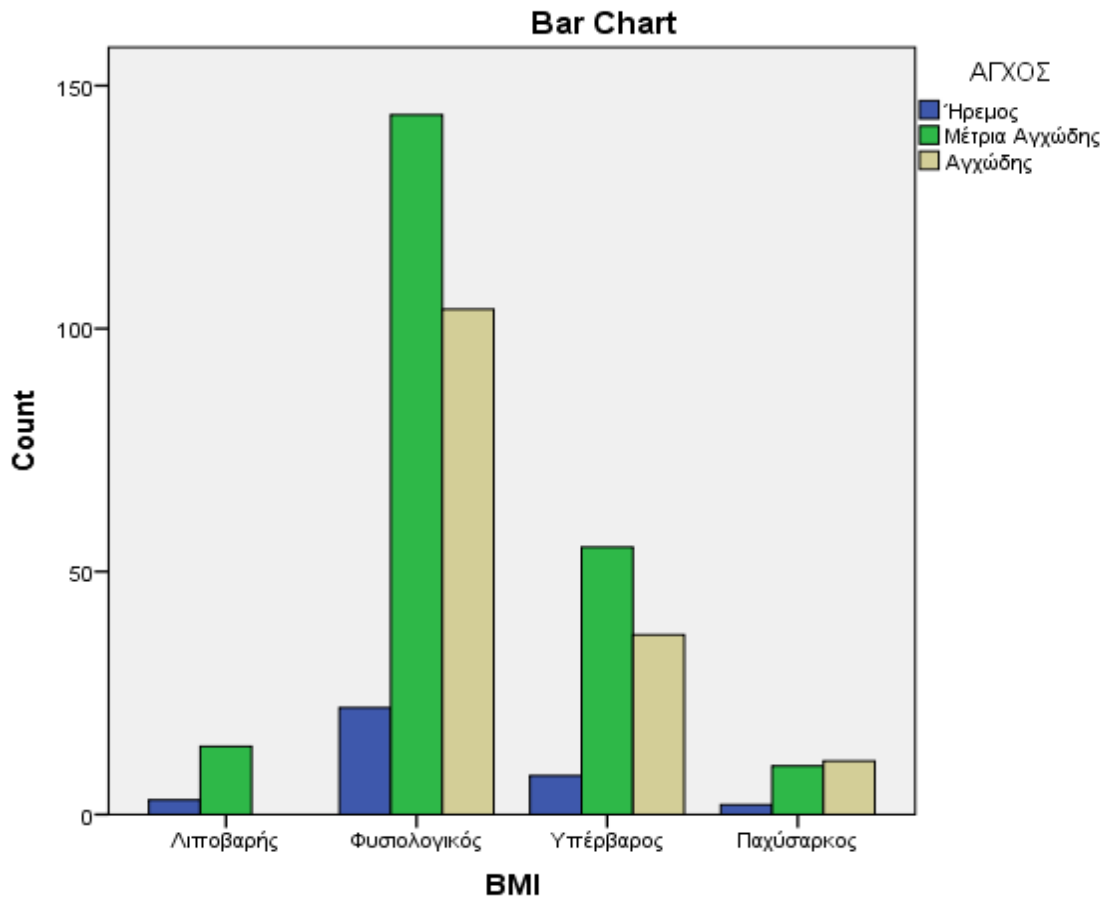
			ΑΓΧΟΣ			Total
			Ήρεμος	Μέτρια Αγχώδης	Αγχώδης	
ΔΜΣ	Λιποβαρής	Count	3	14	0	17
		Expected Count	1.5	9.2	6.3	17.0
		% within BMI	17.6%	82.4%	0.0%	100.0%
		% within ΑΓΧΟΣ	8.6%	6.3%	0.0%	4.1%
		% of Total	0.7%	3.4%	0.0%	4.1%
		Adjusted Residual	1.4	2.4	-3.2	
Φυσιολογικός	Φυσιολογικός	Count	22	144	104	270
		Expected Count	23.0	146.9	100.1	270.0
		% within BMI	8.1%	53.3%	38.5%	100.0%
		% within ΑΓΧΟΣ	62.9%	64.6%	68.4%	65.9%
		% of Total	5.4%	35.1%	25.4%	65.9%
		Adjusted Residual	-4	-6	.8	
Υπέρβαρος	Υπέρβαρος	Count	8	55	37	100
		Expected Count	8.5	54.4	37.1	100.0
		% within BMI	8.0%	55.0%	37.0%	100.0%
		% within ΑΓΧΟΣ	22.9%	24.7%	24.3%	24.4%
		% of Total	2.0%	13.4%	9.0%	24.4%
		Adjusted Residual	-2	.1	.0	
Παχύσαρκος	Παχύσαρκος	Count	2	10	11	23
		Expected Count	2.0	12.5	8.5	23.0
		% within BMI	8.7%	43.5%	47.8%	100.0%
		% within ΑΓΧΟΣ	5.7%	4.5%	7.2%	5.6%
		% of Total	0.5%	2.4%	2.7%	5.6%
		Adjusted Residual	.0	-1.1	1.1	
Total	Total	Count	35	223	152	410
		Expected Count	35.0	223.0	152.0	410.0
		% within BMI	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%
		% within ΑΓΧΟΣ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%
		Adjusted Residual				

Από τον πίνακα 3.12 παρατηρείται ότι **στις τρεις από τις τέσσερις κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και συγκεκριμένα του φυσιολογικού, υπέρβαρου και παχύσαρκου, καθώς και στην κατηγορία Λιποβαρής & Ήρεμος, οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count)**. Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test, μόνο όμως για τις προαναφερόμενες κατηγορίες. **Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές ΔΜΣ (κατηγορίες φυσιολογικού, υπέρβαρου και παχύσαρκου) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης. Αντίθετα στην κατηγορία του Λιποβαρή, φαίνεται ότι υπάρχει εξάρτηση με το Άγχος.**

Στην πρώτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 17.6% επί του συνόλου των λιποβαρών ατόμων είναι ήρεμοι και το 82.4% των λιποβαρών ατόμων είναι μέτρια αγχώδεις. Στην δεύτερη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 8.1% επί του συνόλου των φυσιολογικών ατόμων είναι ήρεμοι, το 53.3% των φυσιολογικών ατόμων είναι μέτρια αγχώδεις, ενώ το υπόλοιπο 38.5% είναι αγχώδεις. Στην τρίτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 8% επί του συνόλου των υπέρβαρων ατόμων είναι ήρεμοι, το 55% των υπέρβαρων ατόμων είναι μέτρια αγχώδεις, ενώ το υπόλοιπο 37% είναι αγχώδεις. Στην τέταρτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 8.7% επί του συνόλου των παχύσαρκων ατόμων είναι ήρεμοι, το 43.5% των παχύσαρκων ατόμων είναι μέτρια αγχώδεις, ενώ το υπόλοιπο 47.8% είναι αγχώδεις.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι ήρεμοι παρατηρείται ότι το 8.6% ανήκει στους λιποβαρείς, το 62.9% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 22.9% ανήκει στους υπέρβαρους και το 5.7% ανήκει στους παχύσαρκους. Από το σύνολο των ατόμων που είναι μέτρια αγχώδεις παρατηρείται ότι 6.3% ανήκει στους λιποβαρείς, το 64.6% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 24.7% ανήκει στους υπέρβαρους και το 4.5% ανήκει στους παχύσαρκους. Τέλος από το σύνολο των ατόμων που είναι αγχώδεις παρατηρείται ότι το 68.4% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 24.3% ανήκει στους υπέρβαρους και το 7.2% ανήκει στους παχύσαρκους.

Στην εικόνα 3.4 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική κατηγορία ΔΜΣ, για τα άτομα που είναι ήρεμοι, μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις.



Εικόνα 3.4: Ραβδόγραμμα συσχέτισης ΔΜΣ και άγχους

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος και του Άγχους.

Πίνακας 3.13: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ ΔΜΣ και του Άγχους χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.917 ^a	6	.064
Likelihood Ratio	17.467	6	.008
Linear-by-Linear Association	2.750	1	.097
N of Valid Cases	410		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.45.

Ο πίνακας 3.13 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει μια ποσότητα δειγμάτων (16.7% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.064 μεγαλύτερη από 0.05. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του ΔΜΣ και του Άγχους, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές ΔΜΣ (κατηγορίες φυσιολογικού, υπέρβαρου και παχύσαρκου) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Στην συνέχεια θα εξεταστεί ο βαθμός εξάρτησης των μεταβλητών ΔΜΣ (κατηγορία Λιποβαρής) και Άγχος.

Πίνακας 3.14: Δείκτες Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient που αξιολογούν τον βαθμό συσχέτισης ΔΜΣ και Άγχους

Symmetric Measures		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.170	.064
	Cramer's V	.121	.064
	Contingency Coefficient	.168	.064
N of Valid Cases		410	

Από τον πίνακα 3.14 αξιολογείται ο βαθμός συσχέτισης (μικρός, μέτριος, μεγάλος). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, παρατηρείται από την τιμή του δείκτη Cramer's V = 0.121, ότι υπάρχει ασθενή συσχέτιση (0.1<V<0.2) μεταξύ των μεταβλητών του ΔΜΣ (κατηγορία Λιποβαρής) και του Άγχους.

3.3.2 Φύλο – Άγχος

Πίνακας 3.15: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στο Φύλο και το Άγχος. Πίνακας Συνάφειας.

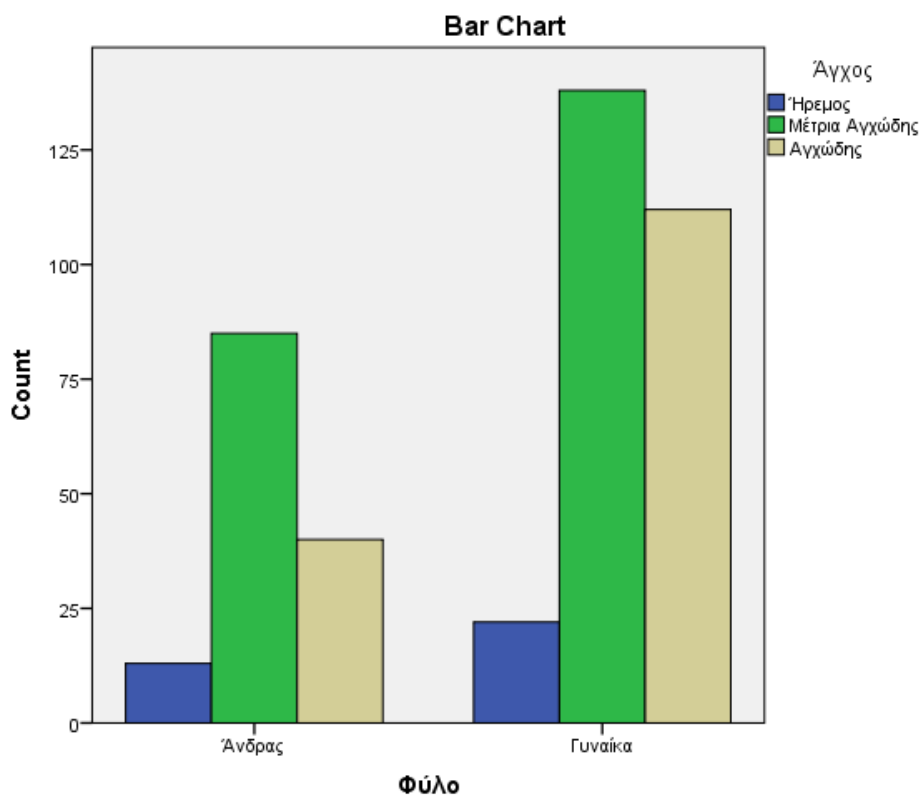
			Άγχος			Total
			Ήρεμος	Μέτρια Αγχώδης	Αγχώδης	
Φύλο	Ανδρας	Count	13	85	40	138
		Expected Count	11.8	75.1	51.2	138.0
		% within Φύλο	9.4%	61.6%	29.0%	100.0%
		% within Άγχος	37.1%	38.1%	26.3%	33.7%
		% of Total	3.2%	20.7%	9.8%	33.7%
		Adjusted Residual	.5	2.1	-2.4	
Φύλο	Γυναίκα	Count	22	138	112	272
		Expected Count	23.2	147.9	100.8	272.0
		% within Φύλο	8.1%	50.7%	41.2%	100.0%
		% within Άγχος	62.9%	61.9%	73.7%	66.3%
		% of Total	5.4%	33.7%	27.3%	66.3%
		Adjusted Residual	-.5	-2.1	2.4	
Total		Count	35	223	152	410
		Expected Count	35.0	223.0	152.0	410.0
		% within Φύλο	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%
		% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%

Από τον πίνακα 3.15 παρατηρείται ότι στις δύο κατηγορίες του Φύλου (Ανδρας & Γυναίκα), οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count), μόνο για τα ήρεμα άτομα του δείγματος. Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές Φύλου και Άγχους (κατηγορία Ήρεμος) είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης. Αντίθετα στην μεταβλητή Άγχος (κατηγορίες μέτρια αγχώδης και αγχώδης), φαίνεται ότι υπάρχει εξάρτηση με το Φύλο.

Στην πρώτη κατηγορία παρατηρείται ότι το 9.4% επί του συνόλου των ανδρών είναι ήρεμοι, το 61.6% των ανδρών είναι μέτρια αγχώδεις και το 29% των ανδρών είναι αγχώδεις. Στην δεύτερη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 8.1% επί του συνόλου των γυναικών είναι ήρεμες, το 50.7% των γυναικών είναι μέτρια αγχώδεις και το 41.2% των γυναικών είναι αγχώδεις.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι ήρεμοι παρατηρείται ότι το 37.1% είναι άνδρες, ενώ το 62.9% είναι γυναίκες. Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι μέτρια αγχώδεις παρατηρείται ότι το 38.1% είναι άνδρες, ενώ το 61.9% είναι γυναίκες. Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι αγχώδεις παρατηρείται ότι το 26.3% είναι άνδρες, ενώ το 73.7% είναι γυναίκες.

Στην εικόνα 3.5 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική κατηγορία φύλου, για τα άτομα που είναι ήρεμοι, μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις.



Εικόνα 3.5: Ραβδόγραμμα συσχέτισης φύλου και άγχους

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Φύλου και του Άγχους.

Πίνακας 3.16: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ Φύλου και του άγχους, χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.845 ^a	2	.054
Likelihood Ratio	5.959	2	.051
Linear-by-Linear Association	4.458	1	.035
N of Valid Cases	410		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.78.

Ο πίνακας 3.16 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι δεν υπάρχει καμία ποσότητα δειγμάτων (0% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.054 μεγαλύτερη από 0.05. **Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του Φύλου και του Άγχους, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές Φύλο και Άγχος (κατηγορία Ήρεμος) είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.** Στην συνέχεια θα εξεταστεί ο βαθμός εξάρτησης των μεταβλητών Φύλο και Άγχος (κατηγορία μέτρια αγχώδης και αγχώδης).

Πίνακας 3.17: Δείκτες Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient που αξιολογούν τον βαθμό συσχέτισης τού Φύλου και του Άγχους

Symmetric Measures			Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi		.119	.054
	Cramer's V		.119	.054
	Contingency Coefficient		.119	.054
N of Valid Cases			410	

Από τον πίνακα 3.17 αξιολογείται ο βαθμός συσχέτισης (μικρή, μέτρια, μεγάλη). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, παρατηρείται από την τιμή του δείκτη Cramer's V = 0.119, ότι **υπάρχει ασθενή συσχέτιση (0.1<V<0.2)**

μεταξύ των μεταβλητών του Φύλου και της μεταβλητής Άγχους (κατηγορίες μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις).

3.3.3 Ηλικία – Άγχος

Πίνακας 3.18: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και το Άγχος. Πίνακας Συνάφειας.

			Άγχος			Total
			Ήρεμος	Μέτρια Αγχώδης	Αγχώδης	
Ηλικία	Πρώτη Ομάδα	Count	14	89	54	157
		Expected Count	13.4	85.4	58.2	157.0
		% within Ηλικία	8.9%	56.7%	34.4%	100.0%
		% within Άγχος	40.0%	39.9%	35.5%	38.3%
		% of Total	3.4%	21.7%	13.2%	38.3%
		Adjusted Residual	.2	.7	-.9	
	Δεύτερη Ομάδα	Count	8	88	53	149
		Expected Count	12.7	81.0	55.2	149.0
		% within Ηλικία	5.4%	59.1%	35.6%	100.0%
		% within Άγχος	22.9%	39.5%	34.9%	36.3%
		% of Total	2.0%	21.5%	12.9%	36.3%
		Adjusted Residual	-1.7	1.4	-.5	
	Τρίτη Ομάδα	Count	13	46	45	104
		Expected Count	8.9	56.6	38.6	104.0
		% within Ηλικία	12.5%	44.2%	43.3%	100.0%
		% within Άγχος	37.1%	20.6%	29.6%	25.4%
		% of Total	3.2%	11.2%	11.0%	25.4%
		Adjusted Residual	1.7	-2.4	1.5	
Tota	Count	35	223	152	410	
	Expected Count	35.0	223.0	152.0	410.0	
	% within Ηλικία	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%	
	% within Άγχος	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	8.5%	54.4%	37.1%	100.0%	

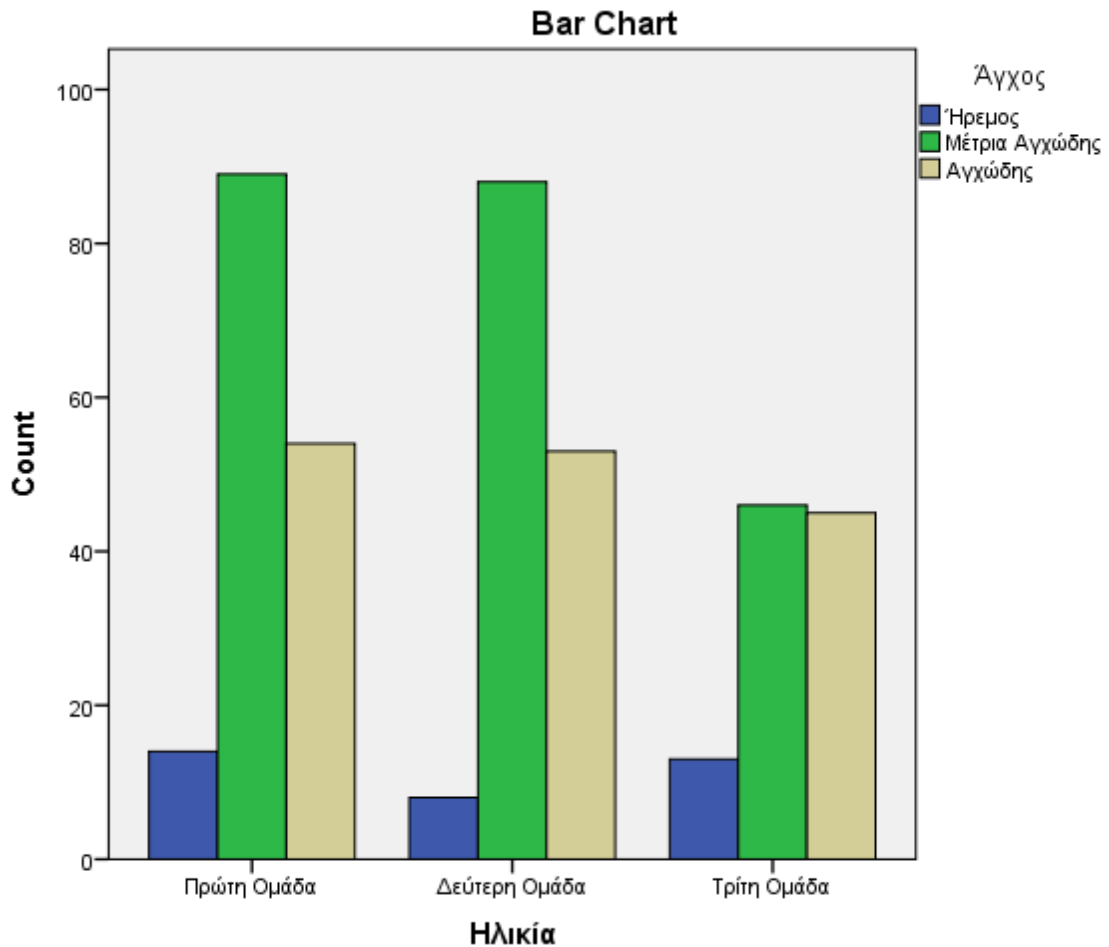
Από τον πίνακα 3.18 παρατηρείται ότι και στις δύο Ηλικιακές κατηγορίες (0-22, 23-30), οι αναμενόμενες τιμές (expected count), είναι αρκετά κοντά με τις παρατηρούμενες τιμές (count). Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον

συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μικρότερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία Pearson's Chi-Square Test. Ειδικότερα στην 3^η ηλικιακή κατηγορία (>30) εμφανίζεται αρκετά μεγάλη απόκλιση μεταξύ των παρατηρούμενων και αναμενόμενων τιμών. **Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές Ηλικιακές κατηγορίες (0-22, 23-30) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, δηλαδή η κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης. Αντίθετα για την Ηλικιακή κατηγορία(>30), φαίνεται ότι υπάρχει εξάρτηση με το Άγχος.**

Στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22) παρατηρείται ότι το 8.9% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία είναι ήρεμοι, το 56.7% είναι μέτρια αγχώδεις και το υπόλοιπο 34.4% είναι αγχώδεις. Στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) παρατηρείται ότι το 5.4% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία είναι ήρεμοι, το 59.1% είναι μέτρια αγχώδεις και το υπόλοιπο 35.6% είναι αγχώδεις. Στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30) παρατηρείται ότι το 12.5% επί του συνόλου των ατόμων που ανήκουν στην εν λόγω κατηγορία είναι ήρεμοι, το 44.2% είναι μέτρια αγχώδεις και το υπόλοιπο 43.3% είναι αγχώδεις.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι ήρεμοι παρατηρείται ότι το 40% ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22), το 22.9% ανήκει στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) και το 37.1% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30). Από το σύνολο των ατόμων που είναι μέτρια αγχώδεις παρατηρείται ότι το 39.9% ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22), το 39.5% ανήκει στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) και το 20.6% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30). Τέλος, από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι αγχώδεις παρατηρείται ότι το 35.5% ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (0-22), το 34.9% ανήκει στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (23-30) και το 29.6% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (>30).

Στην εικόνα 3.6 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική ηλικιακή κατηγορία, για τα άτομα που είναι ήρεμοι, μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις.



Εικόνα 3.6: Ραβδόγραμμα συσχέτισης ηλικίας και άγχους

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Ηλικιακής κατηγορίας και του Άγχους.

Πίνακας 3.19: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ Ηλικίας και Άγχους, χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.887 ^a	4	.096
Likelihood Ratio	7.983	4	.092
Linear-by-Linear Association	.532	1	.466
N of Valid Cases	410		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.88.

Ο πίνακας 3.19 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι δεν υπάρχει

καμία ποσότητα δειγμάτων (0% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.096 μεγαλύτερη από 0.05. **Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του Ηλικίας και του Άγχους, δε μπορεί να απορριφθεί και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές Ηλικία (0-22, 23-30) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.** Στην συνέχεια θα εξεταστεί ο βαθμός εξάρτησης των μεταβλητών Ηλικία (>30) και Άγχους.

Πίνακας 3.20: Δείκτες Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient που αξιολογούν τον βαθμό συσχέτισης της Ηλικίας και του Άγχους

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.139	.096
	Cramer's V	.098	.096
	Contingency Coefficient	.137	.096
N of Valid Cases		410	

Από τον πίνακα 3.20 αξιολογείται ο βαθμός συσχέτισης (μικρή, μέτρια, μεγάλη). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, παρατηρείται από την τιμή του δείκτη Cramer's V = 0.098, ότι **υπάρχει ασθενή συσχέτιση (V<0.2) μεταξύ των μεταβλητών της Ηλικίας (>30) και του Άγχους.**

Συγκεντρωτικά παρατηρείται ότι ανεξαρτήτου ΔΜΣ, Φύλου και Ηλικιακής κατηγορίας μόνο το 8.5% των ατόμων του δείγματος είναι ήρεμοι, το 54.4% είναι μέτρια αγχώδεις και το 37.1% είναι αγχώδεις.

3.4 Συσχετίσεις Άγχους και Ενσυνείδητης Διατροφής

Πίνακας 3.21: Αποτελέσματα της ανάλυσης χ^2 για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στο Άγχος και την Ενσυνείδητη Διατροφή. Πίνακας Συνάφειας.

Άγχος * Mindful Crosstabulation

			Mindful		Total
			Mindful	No mindful	
Άγχος	Ήρεμος	Count	32	3	35
		Expected Count	26.9	8.1	35.0
		% within Άγχος	91.4%	8.6%	100.0%
		% within Mindful	10.2%	3.2%	8.5%
		% of Total	7.8%	0.7%	8.5%
		Adjusted Residual	2.1	-2.1	
Μέτρια Αγχώδης		Count	185	38	223
		Expected Count	171.3	51.7	223.0
		% within Άγχος	83.0%	17.0%	100.0%
		% within Mindful	58.7%	40.0%	54.4%
		% of Total	45.1%	9.3%	54.4%
		Adjusted Residual	3.2	-3.2	
Αγχώδης		Count	98	54	152
		Expected Count	116.8	35.2	152.0
		% within Άγχος	64.5%	35.5%	100.0%
		% within Mindful	31.1%	56.8%	37.1%
		% of Total	23.9%	13.2%	37.1%
		Adjusted Residual	-4.6	4.6	
Total		Count	315	95	410
		Expected Count	315.0	95.0	410.0
		% within Άγχος	76.8%	23.2%	100.0%
		% within Mindful	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	76.8%	23.2%	100.0%

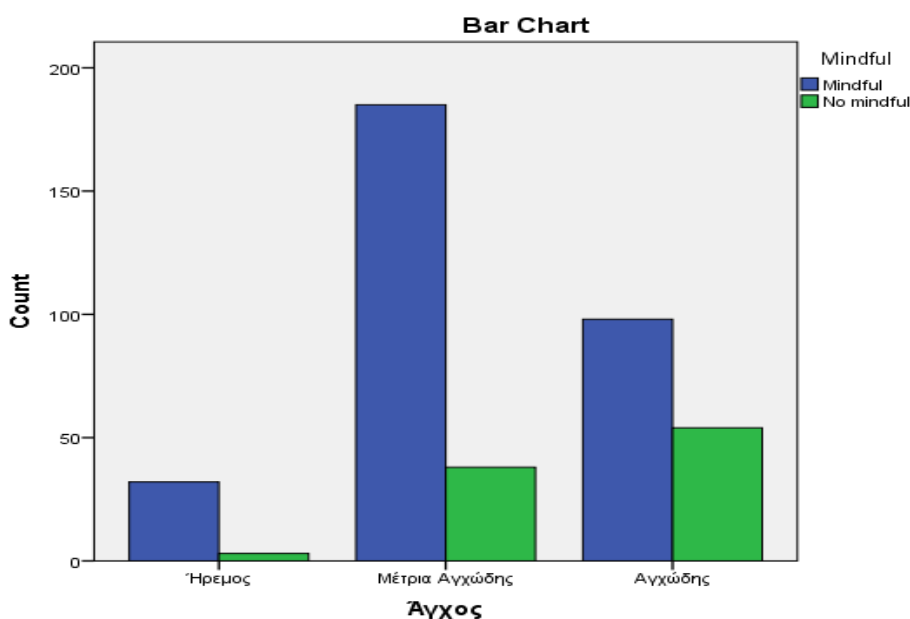
Από τον πίνακα 3.21 παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση **μεταξύ των αναμενόμενων τιμών (expected count) και των παρατηρούμενων τιμών (count)**. Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από τον συντελεστή διορθωμένων τυποποιημένων υπολοίπων (adjusted residual), που εκφράζει τις αντίστοιχες τιμές της διαφοράς αναμενόμενων και παρατηρούμενων τιμών, οι οποίες παρατηρούνται ότι είναι μεγαλύτερες κατά απόλυτο από την τιμή 1.96, όπως περιγράφεται στην θεωρία

Pearson's Chi-Square Test. Αυτό υποδεικνύει ότι οι μεταβλητές Άγχος και Ενσυνείδητη Διατροφή δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και ως εκ' τούτου υπάρχει συσχέτιση.

Στην πρώτη κατηγορία παρατηρείται ότι το 91.4% επί του συνόλου των ήρεμων ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 8.6% των ήρεμων ατόμων δεν την ακολουθούν. Στην δεύτερη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 83.0% επί του συνόλου των μέτρια αγχώδη ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 17.0% των μέτρια αγχώδη ατόμων δεν την ακολουθούν. Στην τρίτη κατηγορία, παρατηρείται ότι το 64.5% επί του συνόλου των αγχώδη ατόμων ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, ενώ το 35.5% των αγχώδη ατόμων δεν την ακολουθούν.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 10.2% ανήκει στους ήρεμους, το 58.7% ανήκει στους μέτρια αγχώδεις και το 31.1% ανήκει στους αγχώδεις. Από το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 3.2% ανήκει στους ήρεμους, το 40.0% ανήκει στους μέτρια αγχώδεις και το 56.8% ανήκει στους αγχώδεις.

Στην εικόνα 3.7 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των 410 δειγμάτων ανά διαφορετική κατηγορία Άγχους, τόσο για τα άτομα που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή, όσο και γι' αυτά που δεν την ακολουθούν.



Εικόνα 3.7: Ραβδόγραμμα συσχέτισης Ενσυνείδητης Διατροφής και άγχους

Ακολούθως εξετάζεται εάν τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αξιόπιστα και εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Άγχους και της Ενσυνείδητης διατροφής.

Πίνακας 3.22: Αποτελέσματα από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ της Ενσυνείδητης Διατροφής και του άγχους, χρησιμοποιώντας το κριτήριο χ^2

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.933 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	22.010	2	.000
Linear-by-Linear Association	20.820	1	.000
N of Valid Cases	410		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.11.

Ο πίνακας 3.22 Chi-Square Tests προσδιορίζει το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Από την σχετική υποσημείωση του πίνακα, προκύπτει ότι δεν υπάρχει καμία ποσότητα δειγμάτων (0% των συνολικών) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5. Επειδή το ποσοστό είναι μικρότερο από το 20%, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test, ο έλεγχος χ^2 είναι αξιόπιστος. Επομένως μπορεί να ληφθεί υπόψη ο συντελεστής Pearson Chi-Square, ο οποίος έχει τιμή 0.00 μικρότερη από 0.05. **Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υπόθεση ανεξαρτησίας του άγχους και της Ενσυνείδητης Διατροφής, απορρίπτεται και επομένως επιβεβαιώνεται ότι οι μεταβλητές Άγχος και Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους εξαρτημένες.** Στην συνέχεια θα εξεταστεί ο βαθμός εξάρτησης των μεταβλητών Άγχος και Ενσυνείδητη Διατροφή.

Πίνακας 3.23: Δείκτες Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient που αξιολογούν τον βαθμό συσχέτισης του Άγχους και της Ενσυνείδητης Διατροφής

Symmetric Measures			Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi		.231	.000
	Cramer's V		.231	.000
	Contingency Coefficient		.225	.000
N of Valid Cases			410	

Από τον πίνακα 3.23 αξιολογείται ο βαθμός συσχέτισης (μικρός, μέτριος, μεγάλος). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την θεωρία Pearson's Chi-Square Test,

παρατηρείται από την τιμή του δείκτη Cramer's $V = 0.231$, ότι **υπάρχει μέτρια συσχέτιση ($0.2 < V < 0.4$)** μεταξύ των μεταβλητών Άγχος και Ενσυνείδητη Διατροφή.

3.5 Συνοψίζοντας

Ύστερα από μελέτη των στατιστικών αναλύσεων του δείγματος του ερωτηματολογίου, έγινε η εξαγωγή των εξής αποτελεσμάτων:

- Οι μεταβλητές ΔΜΣ και ενσυνείδητη διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Οι μεταβλητές Φύλου και Ενσυνείδητη διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Οι μεταβλητές Ηλικία και Ενσυνείδητη διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Ανεξαρτήτου ΔΜΣ, Φύλου και Ηλικιακής κατηγορίας το 76.8% των ατόμων του δείγματος ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή και μόνο το 23.2% δεν ακολουθεί ενσυνείδητη διατροφή
- Οι μεταβλητές ΔΜΣ (κατηγορίες φυσιολογικού, υπέρβαρου και παχύσαρκου) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Υπάρχει ασθενή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών του ΔΜΣ (κατηγορία Λιποβαρής) και του Άγχους
- Οι μεταβλητές Φύλου και Άγχους (κατηγορία Ήρεμος) είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Υπάρχει ασθενή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών του Φύλου και της μεταβλητής Άγχους (κατηγορίες μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις)
- Οι μεταβλητές Ηλικιακές κατηγορίες (0-22, 23-30) και Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες
- Υπάρχει ασθενή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της Ηλικίας (>30) και του Άγχους
- Ανεξαρτήτου ΔΜΣ, Φύλου και Ηλικιακής κατηγορίας μόνο το 8.5% των ατόμων του δείγματος είναι ήρεμοι, το 54.4% είναι μέτρια αγχώδεις και το 37.1% είναι αγχώδεις
- Οι μεταβλητές Άγχος και Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους εξαρτημένες, εμφανίζοντας μια μέτρια συσχέτιση

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Δείκτης μάζας σώματος – Ενσυνείδητη Διατροφή

Αρχικά, μέσα από την στατιστική ανάλυση αποδείχθηκε ότι από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 5.1% ανήκει στους λιποβαρείς, το 66.7% ανήκει στους φυσιολογικούς, το 22.9% ανήκει στους υπέρβαρους και το 5.4% ανήκει στους παχύσαρκους, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή είναι φυσιολογικού βάρους άτομα. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία.

Πιο αναλυτικά, έρευνα που διεξήχθη σε 221 φοιτητές Πανεπιστημίου σε κλάδους που σχετίζονται με την υγεία, αποδείχθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του ενσυνείδητου φαγητού και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε νεαρούς ενήλικες (Giannopoulou, Kotoroulea-Nikolaidi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

Επίσης σε μια άλλη μελέτη που διερευνήθηκε σε φοιτητές πανεπιστημίου (N = 261), επισημάνθηκε ομοίως ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του ενσυνείδητου φαγητού και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση, αφού στο δείγμα αυτής της έρευνας ο ΔΜΣ είχε στενό φάσμα με αποτέλεσμα να μην είναι ασφαλής η εξαγωγή συμπεράσματος για τον ευρύ φοιτητικό πληθυσμό (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain & Keyte 2018).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση που περιλαμβάνει μελέτες με μέγιστη περίοδο 1 έτους σχετικά με το αν η ενσυνείδητη διατροφή μπορεί να είναι αποτελεσματική για τη διαχείριση του βάρους, δεν εντοπίστηκε σημαντική μείωση του ΔΜΣ με την παρέμβαση (Fuentes Artiles et al., 2019).

Σε μία άλλη έρευνα, οι βαθμολογίες των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου (MEQ), το οποίο πολλές έρευνες χρησιμοποίησαν ως μέσο αυτο-αναφοράς για την ενσυνείδητη διατροφή, δείχνουν αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με τον ΔΜΣ (Anderson et al., 2016).

Σε ένα άλλο άρθρο που είχε ως κεντρικό στόχο την ανάπτυξη και επικύρωση του ερωτηματολογίου παρατηρείται μία μείωση των μέσων όρων του σκορ ενσυνείδητης διατροφής (3.02, 2.77 και 2.54), καθώς προχωράμε σε υψηλότερη κατηγορία ΔΜΣ. Ιδιαίτερη μείωση των μέσων όρων εντοπίζεται στην κατηγορία ερωτήσεων της συναισθηματικής απόκρισης ανά κατηγορία ΔΜΣ με την εξής αντιστοιχία: 3.21 για την κατηγορία των φυσιολογικών, 2.83 των υπέρβαρων και 2.50 των παχύσαρκων (Framson et al., 2019).

Τέλος, σε μία άλλη έρευνα, οι συμμετέχοντες της, οι οποίοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία ενσυνείδητης διατροφής, βρίσκονταν σε χαμηλότερη κατηγορία ΔΜΣ. Ταυτόχρονα, όσο ο ΔΜΣ αυξανόταν, τόσο η βαθμολογία της υποκατηγορίας της αναστολής και της συναισθηματικής απόκρισης του MEQ μειωνόταν (Moore et al., 2013).

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα επιστημονικών άρθρων και σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, προκύπτει ότι τα άτομα με υψηλό ΔΜΣ δεν επιδεικνύουν ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, απαιτείται παραπάνω διερεύνηση, λόγω περιορισμών που παρουσιάστηκαν σε ορισμένες έρευνες, όπως το εύρος του ΔΜΣ αλλά και της χρονικής διάρκειας της παρέμβασης.

Φύλο – Ενσυνείδητη Διατροφή

Σύμφωνα με τα ευρήματά που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση, από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι μόνο το 32.7% είναι άνδρες, ενώ το 67.3% είναι γυναίκες, παρουσιάζοντας μια σαφή υπεροχή του γυναικείου φύλου στην ενσυνείδητη διατροφή. Από σχετική βιβλιογραφική έρευνα παρουσιάζονται πολλές μελέτες που δείχνουν πως το γυναικείο φύλο ακολουθεί σε μεγαλύτερο βαθμό ενσυνείδητες διατροφικές πρακτικές σε σύγκριση με το ανδρικό. Ωστόσο, ενώ τα περισσότερα από αυτά περιέγραφαν πως το γυναικείο φύλο είχε την τάση να προσαρμόζεται αποτελεσματικότερα σε αυτή την διατροφική προσέγγιση, κάποια έδειξαν ότι και τα δύο φύλα επωφελούνταν από διατροφικές παρεμβάσεις που στηρίζονταν στην ενσυνείδητη διατροφή (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain & Keyte 2018).

Επίσης, ένα άλλο άρθρο αναφέρει πως οι φοιτήτριες θηλυκού γένους είναι πιο ενσυνείδητες στις περισσότερες πτυχές της διατροφής. Αυτό δικαιολογείται εφόσον υπάρχουν αποτελέσματα ερευνών που αποδεικνύουν ότι οι ενήλικες γυναίκες έχουν υψηλότερο επίπεδο συνειδητοποίησης, εκπαίδευσης και γνώσης στη διατροφή και τη δίαιτα σε σύγκριση με τους άνδρες (Giannopoulou, Kotourolea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn & Patel, 2020). Όμως, το συμπέρασμα αυτό έρχεται να αντικρούσει τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που επισήμαναν ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερη συναισθηματική και περιοριστική διατροφή σε σύγκριση με τους άνδρες, τα οποία δεν συμβαδίζουν με την ενσυνείδητη διατροφική προσέγγιση.

Επιπλέον, υπάρχουν αποτελέσματα με την βοήθεια του ερωτηματολογίου MEQ, που υποστηρίζουν το μεγαλύτερο επίπεδο ενσυνείδητης διατροφής για το γυναικείο φύλο σε σύγκριση με το ανδρικό, αφού οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στη συνολική βαθμολογία MEQ (Framson et al., 2019). Παρόλα αυτά, η μόνη που έδειξε διαφορά στον παράγοντα του φύλου ήταν η βαθμολογία της κλίμακας συναισθηματικής απόκρισης του MEQ, με σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία 3.01 στις γυναίκες έναντι 3.26 στους άνδρες (Giannopoulou, Kotourolea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn & Patel, 2020).

Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των παραπάνω και των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης, δηλαδή ότι οι γυναίκες επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά εν συγκρίσει με τους άντρες. Είναι σαφές όμως πως απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να αποδειχθεί ότι το φύλο αποτελεί ένα παράγοντα που επιδρά στην ενσυνείδητη διατροφή. Θα ήταν καλό να υπάρξουν μελλοντικές μελέτες που θα περιλαμβάνουν στο δείγμα τους υψηλότερο αριθμό ανδρικού πληθυσμού από ότι οι ήδη υπάρχουσες και συνάμα μεγαλύτερο πληθυσμό με σκοπό να αποδειχθεί πως αυτά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι προγνωστικά της ενσυνείδητης διατροφής.

Ηλικία – Ενσυνείδητη Διατροφή

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το δείγμα της στατιστικής ανάλυσης δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένο σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες και σε συνδυασμό της

υπάρχουσας βιβλιογραφίας, όπου δεν έγινε δυνατή η συλλογή αρκετών άρθρων που να διερευνούν τη σχέση που μπορεί να συνδέει την ηλικία με την ενσυνείδητη διατροφή, προκύπτει ότι η εξαγωγή σαφών αποτελεσμάτων είναι περιορισμένη.

Σε ένα άρθρο, όπου οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ενσυνείδητης διατροφής (MEQ), αποδείχθηκε πως η ηλικία είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία. Μάλιστα, το δείγμα είχε εύρος ηλικίας από 18 έως 80 ετών και κατά μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούταν από γυναίκες λευκής φυλής. Τα αποτελέσματα, συγκεκριμένα, έδειξαν πως οι συμμετέχοντες ηλικίας 30 ετών είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ενσυνείδητης διατροφής, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις υποκατηγορίες MEQ, εκτός από την υποκατηγορία απόσπασης προσοχής του ερωτηματολογίου (Framson et al., 2019). Εξάγεται, λοιπόν, το συμπέρασμα από τη συγκεκριμένη έρευνα πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η ενσυνειδητότητα, και ότι δηλαδή αυτοί οι δύο παράγοντες συνδέονται με μία ανάλογη σχέση.

Σε μία άλλη μελέτη όπου έφηβοι και φοιτητές ηλικίας κολεγίου ολοκλήρωσαν ένα σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ενσυνείδητη διατροφή, ο αυτοέλεγχος και η παρορμητικότητα στις επιλογές φαγητού φάνηκαν να είναι παρόμοιες σε αυτές τις ηλικίες (Hendrickson & Rasmussen, 2017).

Με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, προκύπτει το συμπέρασμα πως όσο προχωράμε σε μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία, μειώνεται το ποσοστό ενσυνείδητης διατροφής. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή ομάδα δηλαδή ηλικίας (0 - 22) και ακολουθούν Ενσυνείδητη Διατροφή αποτελούν το 39.4% των ερωτηθέντων. Επίσης οι άνθρωποι που ανήκουν στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα δηλαδή (23 – 30) και ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή αποτελούν το 36.2% του συνόλου. Ενώ, τέλος οι άνθρωποι που ανήκουν στην τρίτη ηλικιακή ομάδα δηλαδή ηλικίας (>30) και ακολουθούν Ενσυνείδητη Διατροφή αποτελούν το 24.4% των ερωτηθέντων. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των ερευνών που καταγράφηκαν.

Από την σύνοψη όλων των παραπάνω και της στατιστικής ανάλυσης προκύπτει το συμπέρασμα πως είναι επιτακτική η περισσότερη έρευνα σε ευρύτερο

φάσμα ηλικιών, ώστε να δοθεί ένα πιο ασφαλές συμπέρασμα. Επίσης σημειώνεται ότι ο διαχωρισμός των ηλικιακών ομάδων της στατιστικής ανάλυσης, δεν μπορεί να έρθει σε απόλυτη σύγκριση με τον διαχωρισμό της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και για αυτόν τον λόγο είναι ανακριβές να εξαχθεί ένα τελικό συμπέρασμα σχετικά με το αν υπάρχει συμφωνία ή όχι με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας.

Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) - Άγχος

Σύμφωνα με την εξαγωγή των αποτελεσμάτων από την στατιστική ανάλυση του δείγματος, φαίνεται ότι ειδικά η κατηγορία των παχύσαρκων ατόμων, εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό (47.8%) ατόμων που έχουν υψηλό άγχος, εν συγκρίσει με τις άλλες κατηγορίες των λιποβαρών, των φυσιολογικών και των υπέρβαρων ατόμων. Ύστερα, από μελέτη σχετικών επιστημονικών άρθρων και την σύγκριση με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, προέκυψε το συμπέρασμα, πως υπάρχει συμφωνία αυτών. Συγκεκριμένα, η βιβλιογραφία περιγράφει πως η αύξηση του άγχους οδηγεί και σε αύξηση του ΔΜΣ.

Η θετική αυτή συσχέτιση αντικατοπτρίζεται στο αποτέλεσμα μια έρευνας μεταξύ παχύσαρκων και μη παχύσαρκων φοιτητριών, όπου κατά την διάρκεια των εξετάσεων έτρωγαν τουλάχιστον 2 φορές περισσότερο και χωρίς έλεγχο (Slochower, Karlan & Mann, 1981). Επιπλέον, εντοπίστηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων και του αυξημένου άγχους, τόσο κατά την διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων, όσο και όταν υπήρχαν λιγότερο αγχωτικές συνθήκες. Συνάμα, σε μια έρευνα που έγινε σε 225 μαθητές σχολείου κατά την διάρκεια σχολικών εξετάσεων, βρέθηκε ότι η συνολική πρόσληψη ενέργειας εκείνων των ημερών σε σχέση με τις υπόλοιπες μέρες που δεν υπήρχε άγχος ήταν αρκετά αυξημένη (Michaud, Kahn, Musse, Burlet, Nicolas & Mejean, 1990). Ωστόσο, σε μια μελέτη διατομής στην Φιλανδία σε γυναίκες και άνδρες εργαζόμενους δεν βρέθηκε ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του Δείκτη Μάζας Σώματος (Kouvonen, Kivimäki, Cox, Cox & Vahtera, 2005).

Τέλος, το αυξημένο άγχος που έχει ως αιτία ψυχοκοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες συνδέθηκε με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος τόσο σε άνδρες όσο και

σε γυναίκες. Συνήθως, οι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε καταναγκαστικά όταν αισθάνονται αγχωμένοι ως απάντηση σε αυτή την συναισθηματική τους κατάσταση, γνωρίζοντας πως δε θα ελαττώσουν το άγχος με αυτό τον τρόπο. Όλα αυτά σε συνδυασμό με το γεγονός ότι συνήθως ένα παχύσαρκο άτομο χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση που τον οδηγούν συχνά στην πρόσληψη φαγητού, δείχνουν τον φαύλο κύκλο που συνδέει το άγχος και την προσθήκη βάρους.

Συμπερασματικά, αποδείχθηκε από την στατιστική ανάλυση και υποστηρίζεται και από την πλειονότητα της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας, ότι η αύξηση του άγχους οδηγεί και σε αύξηση του ΔΜΣ, τονίζοντας την αλληλεπίδραση και την αμφίδρομη σχέση του άγχους με τον αυξημένο ΔΜΣ.

Φύλο – Άγχος

Σύμφωνα με την εξαγωγή των αποτελεσμάτων από στατιστική ανάλυση, υπάρχει ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και του άγχους (κατηγορίες μέτρια αγχώδεις και αγχώδεις). Η διερεύνηση διαφόρων επιστημονικών άρθρων με στόχο την εύρεση κάποιας σχέσης μεταξύ αυτών των παραγόντων είχε περιορισμένα ευρήματα και τα περισσότερα ήταν συνδεδεμένα και με άλλους παράγοντες, όπως με τον ΔΜΣ ή την ηλικία. Λόγω αυτού του περιορισμού, δεν μπορούν να εξαχθούν σίγουρα συμπεράσματα για το αν συμφωνούν τα αποτελέσματά από την στατιστική ανάλυση του δείγματος με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ωστόσο, από μία μελέτη η οποία ερευνά την επίδραση του ΔΜΣ στο άγχος, εντόπισε πως το αυξημένο φαγητό σε μια αγχωτική κατάσταση συσχετίστηκε με την παχυσαρκία αλλά μόνο στις γυναίκες και όχι στους άνδρες (Kouvonen, Kivimäki, Cox, Cox & Vahtera, 2005). Με αυτόν τον έμμεσο τρόπο προέκυψε το συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση του φύλου με το άγχος και μάλιστα ότι υπάρχει εντονότερο άγχος στο θηλυκό γένος. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την στατιστική ανάλυση όπου παρουσιάζεται ότι από το σύνολο των ατόμων του δείγματος που είναι αγχώδεις παρατηρείται ότι μόνο 26.3% είναι άνδρες, ενώ το 73.7% είναι γυναίκες.

Ταυτόχρονα, από μία άλλη έρευνα που έγινε σε ενήλικες ώστε να αξιολογηθεί το άγχος που σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως η εργασία, οι προσωπικές

σχέσεις, οι περιορισμοί της ζωής και τα οικονομικά προβλήματα σε σύγκριση με την αλλαγή του σωματικού βάρους, προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερο άγχος από ότι οι άνδρες (Block, He, Zaslavsky, Ding, & Ayanian, 2009). Τέλος, παρατηρείται το ίδιο ακριβώς αποτέλεσμα και από μια έρευνα με 1200 μαθητές-φοιτητές από 23 πανεπιστήμια εκ των οποίων 756 ήταν γυναίκες και 423 ήταν άνδρες.

Συμπερασματικά, παρόλο που δεν υπάρχουν μελέτες που να ερευνούν αποκλειστικά την σχέση των δύο παραγόντων του φύλου και του άγχους, από την ανάλυση της βιβλιογραφίας και την στατιστική ανάλυση του δείγματος, προέκυψε το ίδιο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια τάση το γυναικείο φύλο να είναι πιο αγχώδες.

Ηλικία – Άγχος

Μετά από την διερεύνηση των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης προέκυψε το συμπέρασμα ότι υπάρχει ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της ηλικίας (>30) και του άγχους, το οποίο φαίνεται ότι συμφωνεί με τα ευρήματα της σχετικής βιβλιογραφίας. Παρόλο που εντοπίστηκαν ορισμένες έρευνες με συμμετέχοντες διαφόρων ηλικιών, ότι ορισμένες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν αύξηση άγχους, καμία δεν περιέγραψε σημαντική αύξηση όσο αυξάνεται η ηλικία. Αν και διαπιστώνεται υψηλός επιπολασμός άγχους προς το τέλος της ζωής ενός ατόμου, οι περισσότερες έρευνες περιέγραψαν αυξημένο άγχος, είτε σε νεαρή, είτε σε ενήλικη, είτε σε υπερήλικη ζωή. Ο παράγοντας του άγχους φαίνεται, δηλαδή, να επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες οι οποίοι σε κάθε ηλικία διαφέρουν.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως τόσο οι μαθητές σχολείου όσο και πανεπιστημίου βιώνουν επεισόδια άγχους εξαιτίας της μεταβατικής ηλικίας που βρίσκονται αλλά και της αυξημένης επιρροής που δέχονται από τον περίγυρο. Μία στρεσογόνα κατάσταση όπως αυτή των εξετάσεων είναι κύριος παράγοντας για την αύξηση του άγχους ατόμων τέτοιας ηλικίας, η οποία από μελέτες φαίνεται να οδηγεί στην αύξηση της πρόσληψης ενέργειας. Αυτός ο συνδυασμός των παραγόντων περιγράφεται και σε ενήλικες, αφού τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν μέτρια αύξηση στην κατανάλωση ενέργειας, λίπους και ζάχαρης σε περιπτώσεις υψηλού

άγχους. Συνήθως, για τους ενήλικες το δυσμενές εργασιακό περιβάλλον προκαλεί αύξηση του άγχους και διατροφικές αλλαγές που προκαλούν αύξηση του βάρους (Wardle, Steptoe, Oliver & Lipsey, 2000). Φαίνεται, λοιπόν, πως αρκετές έρευνες εξετάζουν την αλληλεπίδραση της ηλικίας με το άγχος συνδυάζοντας όμως και άλλες μεταβλητές όπως αυτή του φύλου ή του ΔΜΣ.

Όσον αφορά το άγχος για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, παρόλο που μέχρι πρόσφατα δεν είχε πιστοποιηθεί επιστημονικά, φαίνεται πως σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας. Αν και διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές άγχους στο τέλος της ζωής του ανθρώπου υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό, έχει πιστοποιηθεί μια μικρή μειονότητα ηλικιωμένων να πάσχουν, διότι οι διαταραχές άγχους δεν αναγνωρίζονται εύκολα σε αυτή την ηλικία. Τέλος, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι εξίσου διαδεδομένες σε ηλικιωμένους καθώς και στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων ηλικίας κάτω των 65 ετών.

Συμπερασματικά, δεν προέκυψε ένα βέβαιο συμπέρασμα με την σύγκριση της παρούσας βιβλιογραφίας και των αποτελεσμάτων από την στατιστική ανάλυση, επειδή τα ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα των ατόμων με άγχος είναι περίπου ισοκατανεμημένα. Ως εκ' τούτου είναι σημαντική η μελλοντική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των παραγόντων της ηλικίας και του άγχους, δίχως την ανάμειξη και άλλων μεταβλητών και αξιοποιώντας μεγαλύτερο αριθμό δειγμάτων, ώστε να υπάρχει ηλικιακή ομοιομορφία.

Άγχος – Ενσυνείδητη Διατροφή

Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την στατιστική ανάλυση, όσον αφορά την σχέση του άγχους και της ενσυνείδητης διατροφής, δείχνουν ότι υπάρχει μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους. Από την σύγκριση με τα ευρήματα σχετικών επιστημονικών άρθρων, προέκυψε το συμπέρασμα ότι υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία. Η συσχέτιση και η ύπαρξη αλληλεπίδρασης αυτών των δύο παραγόντων, αποτελεί τον κεντρικό στόχο και το αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Σε αυτό το σημείο, θα ακολουθήσει η σύνοψη των αποτελεσμάτων διαφόρων άρθρων και η σύγκριση τους με τα αποτελέσματά της στατιστικής ανάλυσης.

Μία διερευνητική μελέτη για την συναισθηματική διατροφή του προγράμματος ενσυνειδητότητας βασισμένης στη μείωση του στρες (MBSR) απέδειξε ότι η εκπαίδευση στην ενσυνείδητη διατροφή μπορεί να μειώσει το στρες (Levoy, Lazaridou, Brewer & Fulwiler, 2017). Αυτό σημαίνει ότι ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας, όπως το MBSR θα μπορούσε να επιδράσει στη μείωση του άγχους.

Μια άλλη έρευνα επισημαίνει πως το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές των συγκεντρώσεων ορισμένων ορμονών που επηρεάζουν άμεσα την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Ταυτόχρονα διάφορες μελέτες έχουν παρουσιάσει την επίδραση του άγχους στην μείωση ή την αύξηση της τροφής, χωρίς όμως να αποκλείουν την εμπλοκή ψυχολογικών μηχανισμών όπως τη ρύθμιση συναισθημάτων σε αγχώδεις συνθήκες. Μάλιστα, η μειωμένη ή αυξημένη πρόσληψη τροφής ως απάντηση στο άγχος, φαίνεται να σχετίζεται με την σοβαρότητα του άγχους. Όταν το άτομο βιώνει οξύ άγχος παρατηρείται καταστολή της όρεξης, ενώ σε περιπτώσεις χρόνιου άγχους, το άτομο επιζητά το φαγητό για να ηρεμήσει (Herhaus, Ullmann, Chrousos & Petrowski, 2020).

Επίσης, τα αγχώδη άτομα φαίνεται να καταφεύγουν στην πρόσληψη φαγητού ως αποτέλεσμα του άγχους τους, με την πρόσληψη λίπους και ζάχαρης να υπερτερεί σαν συμπεριφορά (Torres & Nowson, 2007).

Όλα τα παραπάνω κάνουν προφανές ότι η αύξηση του άγχους οδηγεί τα άτομα σε διατροφικές πρακτικές που δεν συνάδουν με την ενσυνείδητη προσέγγιση. Αυτό αποτυπώνεται και από την στατιστική ανάλυση από την οποία προκύπτει ότι από το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν ενσυνείδητη διατροφή παρατηρείται ότι το 3.2% ανήκει στους ήρεμους, το 40.0% ανήκει στους μέτρια αγχώδεις και το 56.8% ανήκει στους αγχώδεις. **Επομένως, μπορεί να εξαχθεί ένα γενικότερο συμπέρασμα τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όσο και από την στατιστική ανάλυση, που αφορά την ύπαρξη μιας αντιστρόφους ανάλογης σχέσης μεταξύ του Άγχους και της Ενσυνείδητης Διατροφής.** Ωστόσο, δεν μπορεί να θεωρηθεί όμως, πως αυτό το συμπέρασμα είναι ασφαλές, αφού τίθεται το ζήτημα ότι οι περισσότερες μελέτες περιγράφουν αποτελέσματα που αφορούν το άγχος και την διατροφή σε γενικότερο πλαίσιο και όχι συγκεκριμένα για τον κλάδο της ενσυνείδητης διατροφής.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεδομένου ότι οι σύγχρονες διαιτητικές συνήθειες και μέθοδοι έχουν συσχετιστεί με διαταραγμένη διατροφή, κίνδυνο για την υγεία και ψυχολογική δυσφορία, η επιδίωξη μιας πιο ηθικής και αποτελεσματικής προσέγγισης στη διατροφική συμπεριφορά θα ήταν καλό να είναι η προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας. Η ενσυνείδητη διατροφή στοχεύει στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών ανεξάρτητα από την απώλεια βάρους. Έχοντας ως οδηγό ότι αυτό που διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στη βελτίωση της υγείας είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς και όχι η απώλεια βάρους αυτή καθ' αυτή, η διαδικασία του φαγητού και η έννοια της δίαιτας διαφοροποιούνται.

Αυτή η καινοτόμα παρέμβαση διατροφής μπορεί να προσφέρει μια πιο ρεαλιστική μακροχρόνια βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και της γενικής ευεξίας, ανεξάρτητα από την απώλεια βάρους, και έτσι την καθιστά πιο ελπιδοφόρα από τις συμβατικές θεραπείες. Ως εκκολλαπτόμενοι διατροφολόγοι θεωρήσαμε σημαντική την έρευνα της ενσυνείδητης διατροφικής προσέγγισης για την εξέλιξη του αντικειμένου της επιστήμης μας και πολύ ενδιαφέρουσα αφού εμβαθύνει στον πνευματικό και ψυχολογικό παράγοντα της διαδικασίας της κατανάλωσης. Μάλιστα, αυτό υπήρξε και το κίνητρο για την διερεύνηση του αντικειμένου της ενσυνείδητης διατροφής σε σχέση με το άγχος, το οποίο εμπίπτει σε καίριους τομείς της ζωής ενός ατόμου, όπως αυτούς των καθημερινών συνθηκών και της ψυχολογίας.

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε να επιβεβαιώνεται η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του Άγχους και της Ενσυνείδητης Διατροφής, η οποία διευρύνθηκε μέσα από την στατιστική ανάλυση του δείγματος και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Επιπλέον, τέθηκαν επιμέρους ερευνητικοί στόχοι με σκοπό την διερεύνηση των τριών κύριων μεταβλητών (ΔΜΣ, φύλο, ηλικία) που επηρεάζουν κατά κύριο λόγο και τους δύο παράγοντες που εξετάζονται. Από αυτές τις επιμέρους υποθέσεις εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι μεταβλητές Άγχος-Ενσυνείδητη Διατροφή εμφανίζουν μια μέτρια συσχέτιση, , κάτι που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση και έρχεται σε συμφωνία με την

βιβλιογραφία η οποία υποστηρίζει την αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ των προαναφερόμενων μεταβλητών.

- Οι μεταβλητές ΔΜΣ-Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Ωστόσο, τα ποσοστά έδειξαν την τάση των ατόμων των κατηγοριών «λιποβαρείς» και «παχύσαρκοι» να μην επιδεικνύουν ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά. Μάλιστα, για την κατηγορία «παχύσαρκοι» το συμπέρασμα έρχεται σε συμφωνία και με την βιβλιογραφία. Αυτό σημαίνει πως η πρακτική του ενσυνείδητου τρόπου διατροφής, μπορεί να είναι ένα εργαλείο για τον διαιτολόγο όσο και για τον διαιτούμενο για διευκόλυνση της απώλειας βάρους.
- Οι μεταβλητές Φύλο-Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Ωστόσο, τα ποσοστά έδειξαν την τάση οι γυναίκες να επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ενσυνείδητη διατροφική συμπεριφορά εν συγκρίσει με τους άντρες, το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία.
- Οι μεταβλητές Ηλικία-Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες.
- Οι μεταβλητές ΔΜΣ-Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες εκτός από την κατηγορία του «Λιποβαρή» όπου εντοπίσαμε ασθενή συσχέτιση.
- Οι μεταβλητές Φύλο-Άγχος είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες εκτός από τις υποκατηγορίες «μέτρια αγχώδης» και «αγχώδης» όπου εντοπίσαμε ασθενή συσχέτιση.
- Οι μεταβλητές Ηλικία-Ενσυνείδητη Διατροφή είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες εκτός από την «3^η ηλικιακή κατηγορία ατόμων >30» όπου εντοπίσαμε ασθενή συσχέτιση.

Συνοψίζοντας, θα ήταν προτιμότερο για ασφαλέστερα συμπεράσματα, η λήψη δείγματος με μεγαλύτερο φάσμα ηλικιών, ΔΜΣ, διαφορετικότητας, ανδρικού και γυναικείου πληθυσμού άρα και χαρακτηριστικών, με σκοπό να θεωρηθεί το αποτέλεσμα έγκυρο και ασφαλές για τον ευρύ πληθυσμό. Επίσης, είναι αναγκαία η μελλοντική έρευνα για την ενσυνείδητη διατροφική προσέγγιση και πώς αυτή επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει τον παράγοντα του άγχους. Προκύπτουν, βέβαια, κάποιοι περιορισμοί και για τα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν, λόγω του μικρού δείγματος των 410 απαντήσεων του ερωτηματολογίου. Ταυτόχρονα, η πιθανή εμπλοκή της υποκειμενικής άποψης των ατόμων για το αν ακολουθούν ενσυνείδητες

διατροφικές πρακτικές μαζί με τυχόν υπερεκτιμήσεις ή υποτιμήσεις των ατόμων σχετικά με τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο, θέτουν επιπλέον ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Μασδράκης Β., Ζέρβας Ι.Μ & Λιάππας, Ι. Α. (2013). Σύγχρονη ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 373-392.
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(1), 21-27.

Ξένα βιβλιογραφία

- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S., & Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 83-90.
- Barnes, V. A., & Kristeller, J. L. (2016). Impact of mindfulness-based eating awareness on diet and exercise habits in adolescents. *International journal of complementary & alternative medicine*, 3(2).
- Beckand, A. T., & Rush, A. J. (1985). A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 349-365
- Block, J. P., He, Y., Zaslavsky, A. M., Ding, L., & Ayanian, J. Z. (2009). Psychosocial stress and change in weight among US adults. *American journal of epidemiology*, 170(2), 181-192.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Bush, H. S., Thompson, M., & Van Tubergen, N. (1985). Personal assessment of stress factors for college students. *Journal of school health*, 55(9), 370-375.
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319.
- Elahi, Y. A., & Apoorva, M. (2012). A detail study on length of service and role stress of banking sector in Lucknow region. *Research Journal of Management Sciences*, ISSN, 2319, 1171.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American dietetic Association*, 109(8), 1439-1444.
- Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 20(11), 1619-1627.

- Giannopoulou, I., Kotopoulea-Nikolaidi, M., Daskou, S., Martyn, K., & Patel, A. (2020). Mindfulness in eating is inversely related to binge eating and mood disturbances in university students in health-related disciplines. *Nutrients*, *12*(2), 396.
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, *38*(2), 348-362.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, *174*(3), 357-368.
- Hendrickson, K. L., & Rasmussen, E. B. (2017). Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*, *36*(3), 226.
- Herhaus, B., Ullmann, E., Chrousos, G., & Petrowski, K. (2020). High/low cortisol reactivity and food intake in people with obesity and healthy weight. *Translational psychiatry*, *10*(1), 1-8.
- Huberty, J., Green, J., Glissmann, C., Larkey, L., Puzia, M., & Lee, C. (2019). Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “calm” to reduce stress among college students: Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, *7*(6), e14273.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, *15*(2), 197-204.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S. J., Cox, T., & Vahtera, J. (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic medicine*, *67*(4), 577-583.
- Levoy, E., Lazaridou, A., Brewer, J., & Fulwiler, C. (2017). An exploratory study of Mindfulness Based Stress Reduction for emotional eating. *Appetite*, *109*, 124-130.
- Lyzwinski, L. N., Edirippulige, S., Caffery, L., & Bambling, M. (2019). Mindful eating mobile health apps: review and appraisal. *JMIR mental health*, *6*(8), e12820
- Lyzwinski, L. N., Caffery, L., Bambling, M., & Edirippulige, S. (2019). The mindfulness app trial for weight, weight-related behaviors, and stress in university students: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, *7*(4), e12210.
- Mantzios, M., Egan, H., Bahia, H., Hussain, M., & Keyte, R. (2018). How does grazing relate to body mass index, self-compassion, mindfulness and mindful eating in a student population?. *Health Psychology Open*, *5*(1), 2055102918762701.

- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.
- Michaud, C. L., Kahn, J. P., Musse, N., Burlet, C., Nicolas, J. P., & Mejean, L. (1990). Relationships between a critical life event and eating behaviour in high-school students. *Stress Medicine*, 6(1), 57-64.
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, 4(3), 269-274.
- Nelson, J. B. (2017). Mindful eating: the art of presence while you eat. *Diabetes Spectrum*, 30(3), 171-174.
- Schuurmans, J., & van Balkom, A. (2011). Late-life anxiety disorders: a review. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 267-273.
- Slochower, J., Kaplan, S. P., & Mann, L. (1981). The effects of life stress and weight on mood and eating. *Appetite*, 2(2), 115-125.
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894.
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*, 17(8), 1757-1766.
- Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G., & Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of psychosomatic research*, 48(2), 195-202.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272-283.

Ιστοσελίδες

Ελληνική βιβλιογραφία

- Βάθης Α. (2017)α. Διαχείριση Άγχους. Ανακτήθηκε από <https://www.therapia.gr/diaxeirisi-agxous/>
- Βάθης Α. (2017)β. Τύποι άγχους. Ανακτήθηκε από <https://www.therapia.gr/typoi-agxous/>

Ξένα βιβλιογραφία

- Alvord M. & Halfond R. (2020). What's the difference between stress and anxiety? Ανακτήθηκε από <https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference>

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παρακάτω, παρατίθενται παραπάνω λεπτομέρειες για την δομή και τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις επιμέρους ενότητες των ατομικών στοιχείων τους, των επιπέδων άγχους και των επιπέδων ενσυνείδητης διατροφής, περιλαμβάνοντας στις τελευταίες δοκιμασίες από δύο ερωτήσεις σχετικά με την περίοδο της καραντίνας. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις των εννοιών είναι οι εξής:

7.1.1 *Ενότητα ατομικών χαρακτηριστικών:*

1. Ποια είναι η ηλικία σας;
2. Πώς θα προσδιορίζατε το φύλο σας;
3. Ποιο είναι το βάρος σας; (σε κιλά, ακέραιος αριθμός)
4. Ποιο είναι το ύψος σας; (σε εκατοστά, π.χ 170 cm)
5. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Οι ερωτήσεις της δοκιμασίας αυτής απαντήθηκαν με απαντήσεις σύντομης απάντησης ή πολλαπλής επιλογής

7.1.2 *Ενότητα δοκιμασίας άγχους:*

1. Δεν υπάρχουν αρκετές ώρες την ημέρα για να κάνω όλα τα πράγματα που πρέπει να κάνω.
2. Υποτιμώ πόσο χρόνο χρειάζεται για να κάνω πράγματα.
3. Νιώθω ότι δεν έχω χρόνο για πολλά ενδιαφέροντα / χόμπι εκτός εργασίας.
4. Αρνούμαι ή αγνοώ προβλήματα με την ελπίδα ότι θα εξαφανιστούν.
5. Η αυτοπεποίθησή μου / η αυτοεκτίμησή μου είναι χαμηλότερη από ό,τι θα ήθελα να είναι.
6. Βρίσκω τον εαυτό μου να σκέφτομαι προβλήματα ακόμη και όταν έπρεπε να χαλαρώσω.
7. Νιώθω κουρασμένος ακόμα και όταν ξυπνάω μετά από επαρκή ύπνο.
8. Έχω την τάση να τρώω, να μιλάω, να περπατάω και να οδηγώ γρήγορα.
9. Νιώθω ανήσυχος όταν πρέπει να περιμένω σε κάποια ουρά (π.χ τράπεζα).

10. Αν κάτι ή κάποιος με ενοχλεί πραγματικά, θα συγκρατήσω τον θυμό και τα συναισθήματά μου.
11. Βιώνω αλλαγές στη διάθεση, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, η συγκέντρωση και η μνήμη μου είναι μειωμένη.
12. Πιστεύω ότι υπάρχουν πάρα πολλές προθεσμίες στη δουλειά / ζωή μου που είναι δύσκολο να τηρηθούν.
13. Έχω συχνά ένοχα συναισθήματα αν χαλαρώσω και δεν κάνω τίποτα.
14. Κατά την περίοδο της καραντίνας ένιωθα έντονα και μη διαχειρίσιμα συναισθήματα άγχους και αβεβαιότητας.
15. Η καραντίνα ήταν περίοδος ηρεμίας, διαύγειας και περισυλλογής.

Οι ερωτήσεις της δοκιμασίας αυτής απαντήθηκαν με τις παρακάτω επιλογές:

ΝΑΙ ή ΌΧΙ (όπου το ΝΑΙ βαθμολογείται με 1).

Σκορ Απαντήσεων της δοκιμασίας :

2 βαθμοί ή λιγότερο: Είναι λιγότερο πιθανό να υποφέρετε από ασθένεια που σχετίζεται με το άγχος.

3 - 7 βαθμοί: Είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσετε κακή υγεία που σχετίζεται με το άγχος είτε ψυχική, σωματική είτε και τα δύο.

8 βαθμοί ή περισσότεροι: Είστε πιο επιρρεπείς στο άγχος που σημαίνει ότι έχετε περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσετε το άγχος και ασθένεια.

7.1.3 Ενότητα δοκιμασίας ενσυνείδητης διατροφής:

1. Όταν τρώω ένα ευχάριστο γεύμα παρατηρώ ότι με χαλαρώνει.
2. Τρώω τόσο γρήγορα που δεν δοκιμάζω αυτό που τρώω.
3. Αναγνωρίζω πότε οι διαφημίσεις τροφίμων με κάνουν να θέλω να φάω.
4. Όταν περισσεύει κάποιο φαγητό που μου αρέσει παίρνω και δεύτερη μερίδα ακόμα και αν νιώθω γεμάτος.
5. Οι σκέψεις μου τείνουν να περιπλανιούνται ενώ τρώω και δεν είμαι συγκεντρωμένος στο φαγητό μου.

6. Όταν τρώω ένα από τα αγαπημένα μου τρόφιμα, δεν αναγνωρίζω πότε/αν έχω φάει αρκετά.
7. Εάν δεν κοστίζει πολύ περισσότερο, παίρνω το μεγαλύτερο μέγεθος φαγητού ή ποτού ανεξάρτητα από το πόσο πεινασμένος νιώθω.
8. Παρατηρώ ότι όταν πηγαίνω σε κινηματογράφο με κάνει να θέλω να φάω καραμέλες ή ποπ κορν.
9. Όταν νιώθω αγχωμένος αναζητώ απεγνωσμένα φαγητό.
10. Όταν είμαι στεναχωρημένος τρώω για να αισθανθώ καλύτερα.
11. Γευματίζω χωρίς να παρατηρώ τι τρώω.(π.χ μπροστά σε οθόνη υπολογιστή ή τηλεόρασης)
12. Πριν φάω παρατηρώ τα χρώματα και τις μυρωδιές του φαγητού.
13. Γεύομαι κάθε μπουκιά του φαγητού μου.
14. Γνωρίζω ότι υπάρχουν στιγμές που τρώω ενώ δεν είμαι πεινασμένος.
15. Κατά την περίοδο της καραντίνας κατανάλωσα φαγητό επειδή ένιωθα πλήξη.
16. Κατά την περίοδο της καραντίνας απόλαυσα το φαγητό μου.

Οι Κατηγορίες των ερωτήσεων ήταν:

- Επίγνωση το πως έχει γεύση ή μυρίζει το φαγητό:1, 12,13
- Εστίαση σε άλλα πράγματα κατά την διάρκεια του φαγητού : 2,5
- Κατανάλωση φαγητού ακόμα και όταν νιώθεις γεμάτος : 4,6,7
- Συναισθηματική Απάντηση —φαγητό σε απάντηση στη θλίψη ή στο άγχος: 9,10,11
- Εξωτερικά στοιχεία -φαγητό σε απάντηση στο περιβάλλον, ενδείξεις, όπως διαφήμιση: 3,8,14
- Συναισθήματα προς το φαγητό κατά την περίοδο της καραντίνας:- 15, 16

Οι ερωτήσεις της δοκιμασίας αυτής απαντήθηκαν με τις παρακάτω επιλογές:

- Ποτέ / Σπάνια :4 βαθμοί
- Μερικές φορές: 3 πόντοι.

- Συχνά: 2 βαθμοί.
- Πάντα: 1 βαθμοί

Σκορ Απαντήσεων της δοκιμασίας :

Οι Υψηλότερες βαθμολογίες στο παραπάνω ερωτηματολόγιο διατροφής συνολικά - και σε καθεμία από τις κατηγορίες σχετίζεται με χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), που υποδηλώνει ότι η ενσυνείδητη κατανάλωση μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη μακροχρόνια διατήρηση του βάρους.