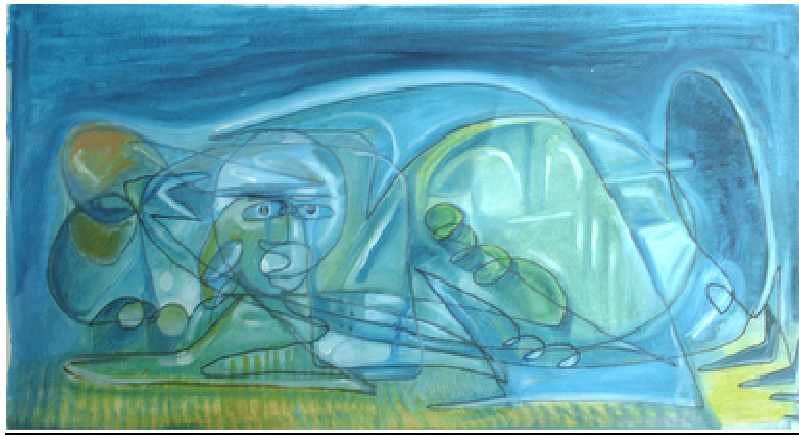


ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ- ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ



Φοιτήτρια: ΧΑΛΗΛΟΓΛΟΥ ΑίΣΕ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΜΕΓΑΚΛΗ ΘΕΟΓΝΩΣΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2010

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη με τίτλο «ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ» έρχεται να ολοκληρώσει την φοίτηση μου στο τμήμα Αισθητικής-Κοσμητολογίας του Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης.

Κατά την διάρκεια της πτυχιακής μου μελέτης με βοήθησαν άνθρωποι τους οποίους οφείλω να ευχαριστήσω. Πρώτα από όλους θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ.Μεγακλή Θεογνωσία, με την οποία είχα την τιμή να συνεργαστώ. Χωρίς την καθοδήγηση της, τις συμβουλές της και τις διορθώσεις της θα ήταν αδύνατη η συγγραφή και ολοκλήρωση της εργασίας αυτής και για αυτό της οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Ξεχωριστές ευχαριστίες θέλω να εκφράσω και στον φίλο μου Ταχίρογλου Ερκάν ο οποίος με βοήθησε σε όλη την διάρκεια της εργασίας μου και στάθηκε κοντά μου.

Κλείνοντας θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου Τζεμήλ, Μουσκιάν και Σερτάν Χαλήλογλου που με στήριξαν σε όλη την διάρκεια των σπούδων μου που σταθήκαν κοντά μου και μοιραστήκαν το άγχος, αγωνία και την χαρά μου. Τους ευχαριστώ θερμά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>Page</u>
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	11
2.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	12
2.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	14
2.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	17
3. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	28
3.1 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ..	30
3.2 ΙΔΑΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ.....	31
3.3 ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	32
3.4 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ	32
3.5 ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ	34
3.6 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	35
3.7 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	37
3.7.1 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	38
3.7.2 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	38
3.7.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	41
3.8 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	43
3.9 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	49
4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα ζωής, λόγω της πολυπλοκότητας, αποτελεί μια έννοια που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Από τους πιο βασικούς παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι η υγεία και γενικά η καλή σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση.

Ένα από τα ζητήματα που απασχολεί ιδιαίτερα σήμερα τις έφηβες και νέες κοπέλες είναι η εικόνα του σώματός τους, μια εικόνα που επηρεάζει τα συναισθήματά τους, τη συμπεριφορά τους και την ψυχική τους υγεία. Η μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος, δεν θα πρέπει να αποτρέπει ένα άτομο από την καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Απεναντίας η διατήρηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας σε ικανοποιητικά επίπεδα επιβάλλεται για τη βελτίωση της σωματικής εικόνας καθώς και για τη διαφύλαξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η άσκηση μπορεί και πρέπει, να αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής ενός ατόμου, αφού συμβάλλει σημαντικά στη θετική άποψη που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του και κατ' επέκταση στην ψυχική του υγεία. Η παχυσαρκία που οφείλεται στην υποκινητικότητα και στην έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, αποτελεί πλέον μια επιδημία του σύγχρονου κόσμου και αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Έτσι, λοιπόν, η οποιαδήποτε αθλητική δραστηριότητα στις αναπτυξιακές ηλικίες, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού σωματικού λίπους. Άτομα που ασχολούνται με

διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, όπως κολύμβηση, αγωνιστική γυμναστική, κλασικό αθλητισμό, ποδόσφαιρο και πάλη διαπιστώθηκε πως έχουν καλύτερη εικόνα σώματος απ'ότι τους μη αθλούμενους.

Η υγεία είναι ένα βασικό συνθετικό στη λεγόμενη ποιότητα ζωής και εξαρτάται από τη φυσική δραστηριότητα και τη σωστή διατροφή. Η σύγχρονη φυσική αγωγή θα πρέπει να ενισχύσει τα παιδιά και τους εφήβους ώστε να υιοθετήσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες, θετικές στάσεις προς την άσκηση και να συμμετέχουν καθημερινά σε σωματικές δραστηριότητες, με στόχο την μείωση του φαινομένου της παχυσαρκίας, αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, με συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί πλέον ένα σοβαρό και επίκαιρο θέμα αφού αποτελεί το ζητούμενο για όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου οικογενειακή κατάσταση, επαγγέλματος ή εισοδήματος. Η έννοια της ποιότητας ζωής περιέχει ποικίλες διαστάσεις και για αυτό το λόγο μόνο ένα πολύ μικρό μέρος της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει ένα πλήρη εννοιολογικό ορισμό της ποιότητας ζωής. Γενικά, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο όρο που χρησιμοποιείται ευρέως. Είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από όλα τα άτομα αλλά μόνο από λίγα μπορεί να ερμηνευθεί. Είναι ένας υποκειμενικός όρος και μπορεί να κατανοηθεί από την οπτική γωνία του κάθε ατόμου. Λόγω της πολυπλοκότητας του όρου, έγιναν και γίνονται προσπάθειες υπολογισμού και μέτρησης της ποιότητας ζωής. Για αυτό το λόγο, δημιουργήθηκαν διάφορα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Έτσι έχουμε εργαλεία γενικής χρήσης και εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών. Ορισμένα από τα εργαλεία αυτά, έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και χρησιμοποιούνται ευρέως σε πολλές χώρες. Η ποιότητα ζωής, λόγω της πολυπλοκότητας, αποτελεί μια έννοια που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Από τους πιο βασικούς παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι η υγεία και γενικά η καλή σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση.

Βασικό στοιχείο του τρόπου ζωής είναι η διατροφή των ατόμων η οποία επηρεάζει την υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση την

ποιότητα ζωής τους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω της μεγάλης αφθονίας τροφών παρατηρείται υπερκατανάλωση τροφίμων. Αυτό οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο αφού πολλές ασθένειες που είναι βασικές αιτίες θανάτων, οφείλονται σε κακή διατροφή.

Η συνεχής αυξημένη κατανάλωση τροφίμων έχει οδηγήσει τον πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο σε μια συνεχή αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας σε όλο τον κόσμο. Δυστυχώς, η παχυσαρκία θεωρείται η πανδημία του 21ου αιώνα και αποτελεί μια πάθηση με σοβαρές επιπτώσεις στα άτομα και με επακόλουθο την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Εκτός όμως από την πανδημία της παχυσαρκίας που απειλεί το σύγχρονο άνθρωπο, μια άλλη επιδημία απειλεί την ανθρώπινη υγεία, η επιδημία της υποκινητικότητας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής οδηγεί σε μια αχρηστία του σώματος αφού λόγω των σημαντικών τεχνολογικών επιτευγμάτων η φυσική δραστηριότητα έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό. Αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας αλλά και πολλές ασθένειες σχετίζονται με τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Τα πλεονεκτήματα της άσκησης είναι πάρα πολλά τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία του ατόμου.

Ένα από τα ζητήματα που απασχολεί ιδιαίτερα σήμερα τις έφηβες και νέες κοπέλες είναι η εικόνα του σώματός τους, μια εικόνα που επηρεάζει τα συναισθήματά τους, τη συμπεριφορά τους και την ψυχική τους υγεία. Η διατήρηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας σε ικανοποιητικά επίπεδα επιβάλλεται για τη βελτίωση της σωματικής εικόνας καθώς και για τη διαφύλαξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Εν κατακλείδι, η ποιότητα ζωής αποτελεί ζητούμενο για κάθε άνθρωπο. Είναι μια έννοια πολύπλοκη και πολυσύνθετη που πολλοί παράγοντες την καθορίζουν. Για τον κάθε άνθρωπο η ποιότητα ζωής αποτελεί κάτι καθαρά υποκειμενικό. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής των ατόμων επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Η διατροφή του ανθρώπου, η υπέρμετρη κατανάλωση τροφής, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, η εικόνα σώματος ατόμου αποτελούν στοιχεία του σύγχρονου τρόπου ζωής που επιδρούν στην ποιότητα ζωής.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο όρος ποιότητα ζωής άρχισε να γίνεται γνωστός με τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όταν υπήρξε η ανάγκη να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι η «καλή ζωή» εξαρτάται όχι μόνο από υλικά αγαθά αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η απασχόληση, η κατοικία, το περιβάλλον και η υγεία (Holmes, 2005). Η έννοια της ποιότητας ζωής παρουσιάστηκε στην βιβλιογραφία των Οικονομικών της Υγείας στις αρχές τις δεκαετίας του 1980. Παρόλα αυτά ο όρος αυτός έχει τις ρίζες του από το 1958 μετά από ένα ορισμό της υγείας που πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Σήμερα, ο όρος αυτός έχει γίνει πολύ γνωστός και χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα. Είναι μια φράση με μεγάλη δύναμη που χρησιμοποιείται όχι μόνο στην καθημερινότητα αλλά και στα πλαίσια ερευνητικών μελετών διαφόρων τομέων όπως της κοινωνιολογίας, της ιατρικής, της ψυχολογίας, των οικονομικών, της φιλοσοφίας και άλλων πολλών επιστημονικών πεδίων (Farquhar, 1995).

Μέσα από διάφορες έρευνες που έγιναν σχετικά με την ποιότητα ζωή όπως του Farquhar (1995), των Felce και Perry (1995) και της Holmes (2005), έγινε προσπάθεια να δοθεί ένας ορισμός για την ποιότητα ζωής και να καταγραφούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Διάφορα εργαλεία βοήθησαν στις έρευνες αυτές. Μέσα από το κεφάλαιο αυτό γίνεται καταγραφή των διαφόρων ορισμών της ποιότητας ζωής, των παραγόντων της ποιότητας ζωής καθώς και των εργαλείων που βοηθούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

2.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος με ευρύ περιεχόμενο, ο οποίος περιέχει ποικίλες διαστάσεις όπως ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές. Για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής έχουν αναπτυχθεί ποικίλα θεωρητικά μοντέλα και απόψεις από διάφορους ερευνητές . Ένας πλήρης ορισμός της ποιότητας ζωής πρέπει να περιλαμβάνει όρους σαφής, ξεκάθαρους, διεθνώς αναγνωρισμένους και αποδεκτούς. Παρόλα αυτά μόνο ένα 15% της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει ένα πλήρη εννοιολογικό ορισμό της ποιότητας ζωής (Holmes, 2005).

Η μη ύπαρξη ενός πλήρους ορισμού για την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους ερευνητές του θέματος οφείλεται στο γεγονός ότι ο όρος «ποιότητα ζωής» σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Γενικά ο όρος «ποιότητα ζωής» εωρείται ο πιο πολυδιάστατος όρος που χρησιμοποιείται ευρέως και υπάρχουν ποικίλοι ορισμοί (Farquhar, 1995).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής ορίζεται ως « Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (WHOQOL, 1993) (Stenner, Cooper, & Skevington, 2003).

Ο Farquhar (1995) κατατάσσει τους ορισμούς της ποιότητας ζωής σε 3 μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους γενικούς ή περιεκτικούς ορισμούς, που ερμηνεύουν την ποιότητα ζωής σαν ο βαθμός ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας που νιώθει το άτομο για τις διάφορες πλευρές της ζωής του. Είναι ο

βαθμός ευχαρίστησης και ικανοποίησης που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη ύπαρξη. Αποτελεί την αξιολόγηση των εμπειριών του κάθε ατόμου και περιλαμβάνει τις συνθήκες και τις εμπειρίες ζωής (Farquhar, 1995). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει έννοιες ή διαστάσεις ή συγκεκριμένα χαρακτηριστικά απαραίτητα για τον υπολογισμό της ποιότητας ζωής. Στην κατηγορία αυτή η έννοια της ποιότητα ζωής διακρίνεται σε 4 διαστάσεις: στη γενική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου, στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, στην ικανοποίηση από την ζωή και στον αυτοσεβασμό. Τέλος, η τρίτη κατηγορία αφορά ορισμούς που εστιάζουν σε έννοιες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής. Ένας μικροοικονομικός ορισμός της ποιότητας ζωής αφορά την ικανοποίηση που νιώθει το άτομο από την κατανάλωση αγαθών αγορά και δημόσιων αγαθών, από τον ελεύθερο χρόνο καθώς και από άλλα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που ζει (Farquhar, 1995).

Έκτος από την πιο πάνω διάκριση των ορισμών της ποιότητας ζωής, ο Felce και Perry (1995) διακρίνουν τους ορισμούς της ποιότητας ζωής με τον εξής τρόπο:

- α)** ορισμοί που αφορούν της ποιότητα των συνθηκών ζωής ενός ατόμου
- β)** ορισμοί που αφορούν την ικανοποίηση από τις συνθήκες ζωής και
- γ)** ορισμοί που αφορούν ένα συνδυασμό της ικανοποίησης και των συνθηκών ζωής.

Γενικά, ορίζουν την ποιότητα ζωής ως το σύνολο μιας σειράς αντικειμενικά μετρήσιμων όρων ζωής που βιώνονται από ένα άτομο. Αυτοί περιλάβουν τη φυσική υγεία, προσωπικές περιστάσεις (πλούτος, συνθήκες διαβίωσης, κ.λπ.), κοινωνικές

σχέσεις, λειτουργικές δραστηριότητες και αναζητήσεις, και ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιρροές (Felce & Perry, 1995).

Συμπερασματικά, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυσύνθετη με ποικίλες ερμηνείες. Είναι ένας όρος που όλοι τον χρησιμοποιούν αλλά λίγοι μπορούν να ερμηνεύσουν. Είναι έννοια υποκειμενική και μπορεί να γίνει κατανοητή από την οπτική γωνία του κάθε ατόμου. Γενικά είναι μια ευρεία κυμαινόμενη έννοια που επηρεάζεται με έναν σύνθετο τρόπο από τη φυσική υγεία του προσώπου, από την ψυχολογική κατάσταση, από το επίπεδο ανεξαρτησίας, από τις κοινωνικές σχέσεις και από τις σχέσεις τους με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του περιβάλλοντος διαβίωσης. Αντιπροσωπεύει τις θετικές και αρνητικές απόψεις της ζωής και είναι πολυδιάστατη (Holmes, 2005).

2.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Το 1970 ξεκίνησαν οι πρώτες προσπάθειες για τον υπολογισμό και την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Από τότε άρχισε μια συνεχής προσπάθεια δημιουργίας διαφορετικών μεθόδων που μετρούσαν την ποιότητα ζωής. Τα εργαλεία που δημιουργήθηκαν διακρίνονται σε δύο κατηγορίες (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001):

- Εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments ή general tools). Τα εργαλεία αυτά δημιουργήθηκαν για να μετρούν την ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού καθώς και των διάφορων κοινωνικό-οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων. Τα εργαλεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες καταστάσεις.

- Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments). Τα εργαλεία αυτά αφορούν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε πληθυσμό με συγκεκριμένες ασθένειες και συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Τα εργαλεία αυτά αφορούν ειδικές περιπτώσεις και επικεντρώνονται σε προβλήματα υγείας αλλά και άλλα προβλήματα όπως ψυχολογικά, κοινωνικά που προκαλούν συγκεκριμένες ασθένειες στα άτομα.

Ορισμένα από τα πολλά εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι τα εξής:

1. WhoQol-100: Εργαλείο που δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με σκοπό τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε διάφορους πολιτισμούς. Τα διάφορα θέματα που συνθέτουν την ποιότητα ζωής συνιστούν το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου αυτού. Το εργαλείο αυτό έχει μεταφραστεί σε 50 γλώσσες και χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες χώρες (Skevington, O'Connell, & WhoQol, 2004).
2. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire- GHQ): Κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις. Στην απλή έκδοση, οι 28 ερωτήσεις αφορούν στην κατάθλιψη, στο άγχος, στην κοινωνική λειτουργία και στα σωματικά συμπτώματα. Χρησιμοποιείται τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική και ψυχική υγεία, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

3. EurQoI (EQ-15D): Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής το οποίο εξετάζει 15 διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές είναι η κινητικότητα, η όραση, η ακοή, η αναπνοή, ο ύπνος, το φαγητό, η ομιλία, η αφόδευση, οι συνήθειες δραστηριότητες, οι νοητικές λειτουργίες, η δυσφορία, η κατάθλιψη, το ψυχολογικό stress, η ζωτικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε σε πολλές χώρες και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο ιδιαίτερα σε κλινικές έρευνες (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).
4. EuroQoI (EQ-5D): Μικρή έκδοση του ερωτηματολογίου EQ- 15D, το οποίο αυτό περιέχει 5 διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Εξετάζει την κινητικότητα, την αυτοφροντίδα, τις καθημερινές δραστηριότητες, τον πόνο/ κακουχία και το άγχος/ κατάθλιψη. Αποτελεί ένα πολύ εύχρηστο εργαλείο. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε σε διάφορες χώρες, εφαρμόζεται σε πολλές ηλικιακές ομάδες και είναι διαθέσιμο από το 1990 (Sintonen, 2001).
5. Short form 36 (SF-36): Ερωτηματολόγιο με 36 ερωτήσεις που αφορούν 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Εξετάζει τη φυσική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, τη διανοητική υγεία καθώς και την φυσική και συναισθηματική κατάσταση. Αποτελεί ένα αξιόπιστο και γρήγορο εργαλείο και διακρίνεται από εγκυρότητα και ευαισθησία (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001) (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).
6. Short form 12 (SF-12): Αποτελεί σύντομη έκδοχή του Sf-36. Περιλαμβάνει μόνο 12 ερωτήσεις και είναι ένας συνδυασμός δύο διαστάσεων της ποιότητας ζωής: της φυσικής υγείας και

της διανοητικής υγείας (Kontodimopoulos, Pappa, & Nikas, 2007).

7. Nottingham Health Profile (NHP): Σκοπεύει στη σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της υγείας, μέσα από έξι διαστάσεις (ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και φυσική κινητικότητα) και επτά πεδία επιδόσεων που επηρεάζονται από την υγεία (φροντίδα οικίας, εργασία, κοινωνική, οικιακή και σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και αναψυχή). Οι απαντήσεις είναι θετικές ή αρνητικές και η βαθμολόγηση γίνεται με ειδικούς συντελεστές βαρύτητας με τους οποίους πολλαπλασιάζονται οι επιμέρους απαντήσεις. Η υψηλή βαθμολογία υπονοεί την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων. Το όργανο διαθέτει καλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευαισθησία και χρησιμοποιείται ευρέως παρά το γεγονός ότι διερευνά μόνο τις αρνητικές πλευρές της υγείας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).
8. Sickness Impact: Μεγάλο και πολύ χρονοβόρο ερωτηματολόγιο αφού περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις χωρισμένες σε 12 κατηγορίες και αφορούν την ανεξαρτησία, τη φυσική δραστηριότητα και τις ψυχολογικές διακυμάνσεις (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

2.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη θεματική σύνθεση παραγόντων. Είναι μια έννοια αλληλένδετη με την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου και για αυτό το λόγο πρέπει να επιδιώκεται η συνεχής αναβάθμιση της. Για να επιτευχθεί αυτό

πρέπει να καθοριστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με την έρευνα, οι Felce & Perry (1995) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά τις αδυναμία ερευνητών να δώσουν ένα ολοκληρωμένο ορισμό για την ποιότητα ζωής, υπάρχει μια κοινή άποψη ότι η ποιότητα ζωής αποτελείται από 5 κύριες διαστάσεις:

1. Φυσική ευημερία η οποία περιλαμβάνει τις έννοιες της υγείας, της ικανότητας, της κινητικότητας και της προσωπικής ασφάλειας.
2. Υλική ευημερία η οποία περιλαμβάνει το εισόδημα, την ποιότητα κατοικίας, την ποιότητα του περιβάλλοντος διαβίωσης, την ιδιοκτησία, την ύπαρξη ιδιωτικού χώρου, τη γειτονία, τη μεταφορά, το γεύμα / φαγητό, την ασφάλεια και τη σταθερότητα.
3. Κοινωνική ευημερία η οποία περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες αφορούν τους συγγενείς, την οικογενειακή ζωή και τους φίλους καθώς και την κοινοτική συμμετοχή η οποία αφορά τις δραστηριότητες, την αποδοχή και την υποστήριξη.
4. Συναισθηματική ευημερία η οποία περιλαμβάνει θετικές επιδράσεις, την εκτίμηση, την ικανοποίηση, την εκπλήρωση, τον αυτοσεβασμό, και την πίστη.
5. Ανάπτυξη και δραστηριότητα η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα, την ανεξαρτησία, το επάγγελμα, τις δραστηριότητες του σπιτιού, τα ενδιαφέροντα, την εκπαίδευση, την παραγωγικότητα και τις επιλογές.

Εκτός από τις πιο πάνω 5 διαστάσεις που διακρίνεται η ποιότητα ζωής, μελέτη της Cramer, Torgersen and Kringlen (2004) αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής αποτελείται από 7

πτυχές και μια γενική ενότητα. Η υποκειμενική ευημερία η οποία αφορά το πόσο ευτυχισμένη είναι η ζωή των ατόμων κατά τη γνώμη τους, πόσο ευτυχισμένα νιώθουν τα ίδια τα άτομα αλλά και κατά πόσο θα επιθυμούσαν έναν άλλο τρόπο ζωής. Η αυτόπραγματοποίηση η οποία αφορά το κατά πόσο τα άτομα νιώθουν αυτοπραγματοποίηση στην εργασία τους, στις προσωπικές τους σχέσεις, με τους φίλους τους, στα ενδιαφέροντα που έχουν, στο σεξ, στην υγεία τους και μέσα στην οικογένεια τους. Η επαφή με τους φίλους η οποία αφορά το κατά πόσο τα άτομα είναι ικανοποιημένα από τον αριθμό φίλων που έχουν, την επαφή που έχουν με τους φίλους τους αλλά και η ποιότητα της επαφής που έχουν. Η υποστήριξη σε περίπτωση αρρώστιας η οποία αφορά την γνώμη των ατόμων στο κατά πόσο πιστεύουν ότι θα έχουν βοήθεια και υποστήριξη σε περίπτωση ασθένειας. Τα αρνητικά γεγονότα ζωής τα οποία αφορούν το κατά πόσο τα άτομα έχουν βιώσει τον τελευταίο χρόνο κάποιο αρνητικό γεγονός όπως χωρισμός, έκτρωση, ασθένεια ή θάνατος μέσα στην οικογένεια, ατύχημα, επίθεση, προβλήματα με τον νόμο, οικονομικά προβλήματα και άλλα. Οι οικογενειακές σχέσεις οι οποίες αφορούν το κατά πόσο το άτομο έχει επαφή με την οικογένεια του. Η ποιότητα γειτονίας η οποία αφορά το κατά πόσο το άτομο του αρέσει η γειτονία που διαμένει ή αν θα θέλει να διαμένει κάπου άλλου, η ποιότητα και η ποσότητα των γειτόνων που έχει και αν υπάρχει αλληλοβοήθεια μεταξύ των γειτόνων.

Η σφαιρική ποιότητα ζωής στην οποία περιλαμβάνονται οι 7 πιο πάνω πτυχές και δίνουν μια σφαιρική συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου.

Στην έρευνα αναφέρεται ότι ο παράγοντας της ευημερίας και της αυτοπραγματοποίησης έχουν υψηλή συσχέτιση. Το εισόδημα και η εκπαίδευση έχουν υψηλή συσχέτιση με την αυτοπραγματοποίηση, η ηλικία έχει αντίστροφη σχέση με τους παράγοντες ποιότητας ζωής ενώ η υγεία έχει υψηλή συσχέτιση με την ευημερία (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2004).

Ένας ακόμη καθορισμός των παραγόντων που αποτελούν την ποιότητα ζωής αναφέρεται στην έρευνα των Poortinga, Steg & Vlek (2004) αλλά και στην έρευνα των Steg & Gifford (2005). Μέσα από τις έρευνες αυτές έχουν καθοριστεί 22 πτυχές που αποτελούν την ποιότητα ζωής και οι οποίες είναι:

1. Υγεία. Να έχει ο άνθρωπος καλή υγεία αλλά και να έχει πρόσβαση σε επαρκή φροντίδα της υγείας.
2. Σύντροφος και οικογένεια. Να έχει ο άνθρωπος μια καλή σχέση, μια σταθερή οικογενειακή ζωή και να υπάρχουν καλές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.
3. Κοινωνική Δικαιοσύνη. Να έχει ο κάθε άνθρωπος ίσες ευκαιρίες, πιθανότητες και δικαιώματα και να αντιμετωπίζεται ο κάθε ένας με δίκαιο τρόπο.
4. Ελευθερία. Να είναι ο κάθε άνθρωπος ελεύθερος στο να παίρνει αποφάσεις για τον εαυτό του.
5. Ασφάλεια. Να νιώθει το κάθε άτομο ασφάλεια σπίτι του αλλά και έξω από το σπίτι και να είναι προστατευόμενο από την εγκληματικότητα.
6. Εκπαίδευση. Κάθε άτομο να έχει ίσες ευκαιρίες στην εκπαίδευση και στην ανάπτυξη των γνώσεων του.
7. Ταυτότητα/ Αυτοεκτίμηση. Κάθε άτομο να έχει αυτοεκτίμηση
8. Ιδιωτική Ζωή. Να έχει ο καθένας τον ιδιωτικό του χώρο να κάνει ελεύθερα αυτό που θέλει.

9. Ποιότητα Περιβάλλοντος. Κάθε άνθρωπος να έχει πρόσβαση σε καθαρό αέρα, νερό και έδαφος.
10. Κοινωνικές σχέσεις. Να μπορεί ο κάθε άνθρωπος να έχει καλές σχέσεις με τους φίλους, τους συναδέλφους και τους γείτονες τους.
11. Εργασία. Να μπορεί ο άνθρωπος να έχει ή να βρει μια εργασία που να τον ευχαριστεί όσο το δυνατόν περισσότερο.
12. Προστασία. Να έχει προστασία και φροντίδα από τους γύρω του.
13. Φύση/ Βιοπικιοιλότητα. Να μπορεί ο άνθρωπος να απολαμβάνει φυσικά τοπία, πάρκα, δάση και να προστατεύει τα ζώα και τα φυτά.
14. Ελεύθερος χρόνος. Να έχει το κάθε άτομο αρκετό χρόνο ελεύθερο και να μπορεί να τον ξοδέψει ικανοποιητικά.
15. Χρήματα/ Εισόδημα. Να έχει αρκετό εισόδημα για να αγοράσει και να κάνει πράγματα που τον ευχαριστούν.
16. Άνεση. Να έχει μια άνετη και εύκολη καθημερινή ζωή.
17. Αισθητική ομορφιά. Να μπορεί να απολαμβάνει την ομορφιά της φύσης και του πολιτισμού.
18. Αλλαγή/ Ποικιλία. Να έχει μια ποικίλη ζωή και να βιώνει διάφορα γεγονότα.
19. Πρόκληση/ Ενθουσιασμός. Να έχει προκλήσεις και να βιώνει ευχάριστα και ενθουσιώδη γεγονότα.
20. Θέση/ Αναγνώριση. Να εκτιμάται και να γίνεται σεβαστός από άλλα άτομα.
21. Πνευματικότητα/ Θρησκεία. Να μπορεί να ζει μια ζωή με που να δίνει έμφαση στην πνευματικότητα και να ακολουθεί τα δικά του θρησκευτικά πιστεύω.

22. Υλική ομορφιά. Να έχει στην κατοχή του ωραία αντικείμενα που θα διακοσμούν το σπίτι του.

Οι πιο πάνω παράγοντες της ποιότητας ζωής έχουν καταγραφεί με βάση την κατάταξη τους από τον πιο σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής μέχρι τον λιγότερο σημαντικό. Έτσι, παράγοντες όπως η υγεία, ο σύντροφος/ οικογένεια, η κοινωνική δικαιοσύνη, η ελευθερία και η ασφάλεια θεωρούνται πολύ πιο καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής. Αντίθετα, η υλική ομορφιά, η πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα, η θέση/ αναγνώριση και η πρόκληση/ ενθουσιασμός θεωρούνται λιγότερο σημαντικοί παράγοντες (Steg & Gifford, 2005).

Τέλος, εκτός από τους τρεις πιο πάνω καθορισμούς των διαστάσεων της ποιότητας ζωής που προέκυψαν από τις πιο πάνω διάφορες έρευνες, μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι 7 ενότητες με 29 επιμέρους θέματα συνθέτουν την έννοια της ποιότητας ζωής και επιδρούν σε αυτήν. Οι ενότητες και τα θέματα αυτά αποτελούν ένα πολιτισμικά έγκυρο πλαίσιο ορισμού της έννοιας ποιότητα ζωής. Με βάση αυτό το πλαίσιο μπορούν να πραγματοποιηθούν συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου .

Οι ενότητες με τα επιμέρους θέματα τους είναι :

Η σωματική:

1. Πόννοι και σωματικά ενοχλήματα: Το θέμα αυτό ασχολείται με το κατά πόσο το άτομο ταλαιπωρείται από διάφορα σωματικά ενοχλήματα και σε ποιό βαθμό αντιμετωπίζεται ο πόνος.
2. Ενεργητικότητα και κόπωση: Το θέμα αυτό ασχολείται με τον βαθμό ενεργητικότητας που έχει ένα άτομο, τον

ενθουσιασμό και την αντοχή που χρειάζεται για να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της καθημερινής ζωής.

3. Διατροφή: Το θέμα αυτό αναφέρεται στο κατά πόσο η διαθεσιμότητα τροφής, καθώς και θέματα ή προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.
4. Ύπνος και ανάπαυση: Το θέμα αυτό εξετάζει κατά πόσο ο ύπνος, η ανάπαυση αλλά και τα διάφορα προβλήματα του τομέα αυτού επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

Η ψυχολογική:

1. Θετικά συναισθήματα: Το θέμα αυτό αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο βιώνει θετικά συναισθήματα όπως ικανοποίηση, πληρότητα, ισορροπία, γαλήνη, ευτυχία, αισιοδοξία, χαρά.
2. Σκέψη, μάθηση, μνήμη, συγκέντρωση: Το θέμα αυτό εξετάζει την ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται, να μαθαίνει, να θυμάται, να συγκεντρώνεται καθώς και να παίρνει αποφάσεις.
3. Αυτοεκτίμηση: Το θέμα αυτό αφορά τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο για τον εαυτό του καθώς και το κατά πόσο νιώθει ότι έχει αξία ως άτομο.
4. Σωματική εικόνα και εμφάνιση: Το θέμα αυτό περιλαμβάνει τη γνώμη που έχει το άτομο για το σώμα του, δηλαδή κατά πόσο κρίνει την εμφάνιση του θετικά ή αρνητικά.
5. Αρνητικά συναισθήματα: Το θέμα αυτό αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα δηλαδή αποθάρρυνση, ενοχή, θλίψη, απελπισία, άγχος κ.α. (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

Το επίπεδο ανεξαρτησίας:

1. Κινητικότητα: Το θέμα αυτό ασχολείται με την ικανότητα που έχει το άτομο να μετακινείται από ένα μέρος στο άλλο, να πηγαίνει στον προορισμό του χωρίς να χρειάζεται βοήθεια. Η εξάρτηση από άλλον για να μετακινηθείς επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου.
2. Δραστηριότητες καθημερινής ζωής: Το θέμα αυτό πραγματεύεται το κατά πόσο το άτομο μπορεί να εκπληρώσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο βαθμός εξάρτησης από άλλους για εκπλήρωση των καθημερινών δραστηριοτήτων επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου.
3. Εξάρτηση από φάρμακα ή θεραπείες: Στο θέμα αυτό εξετάζεται κατά πόσο το άτομο εξαρτάται από φάρμακα ή εναλλακτικές θεραπείες ώστε να ενισχύεται η σωματική και ψυχολογική του ευεξία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα φάρμακα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου ενώ σε άλλες είναι δυνατό να αναβαθμίζουν την ποιότητα ζωής.
4. Ικανότητα για εργασία: Το θέμα αυτό ασχολείται με το κατά πόσο το άτομο είναι ικανό να εργάζεται άσχετα με το είδος της εργασίας.
5. Ικανοποίηση από την εργασία: Με το θέμα αυτό εξετάζεται κατά πόσο το είδος της εργασίας ενός ατόμου ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες του (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

Κοινωνικές Σχέσεις:

1. Προσωπικές Σχέσεις: Το θέμα αυτό πραγματεύεται με το βαθμό συντροφικότητας, αγάπης, υποστήριξης που νιώθει ένα άτομο στα πλαίσια των διαπροσωπικών του σχέσεων.
2. Υποστήριξη από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον: Στο θέμα αυτό εξετάζεται σε ποιό βαθμό το άτομο αισθάνεται ότι έχει την αφοσίωση την εκτίμηση και την βοήθεια από την οικογένεια και τους φίλους του.
3. Σεξουαλική Δραστηριότητα: Στο θέμα αυτό αναφέρεται η ανάγκη και η επιθυμία που έχει το άτομο για την ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων, στο κατά πόσο εκφράζει τις σεξουαλικές του επιθυμίες και στην απόλαυση που αντλεί από τον τομέα αυτό.
4. Κοινωνική Ζωή: Το θέμα αυτό πραγματεύεται με την ικανότητα και επιθυμία του ατόμου για συμμετοχή του σε κοινωνικές διαδικασίες και εκδηλώσεις έτσι ώστε να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις και να έχει επικοινωνία και κοινωνικούς ρόλους.
5. Οικογενειακή Ζωή: Στο θέμα αυτό εξετάζεται το κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ότι έχει ένα θετικό ρόλο στο πλαίσιο της οικογένειας στην οποία ανήκει και αν νιώθει ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από την οικογενειακή ατμόσφαιρα. Θεωρείται ότι το σταθερό και ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει στην ποιότητα ζωής των μελών της οικογένειας (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

Περιβάλλον:

1. Ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και αίσθημα ασφάλειας. Στο θέμα αυτό εξετάζεται το αίσθημα ασφάλειας από κινδύνους που νιώθει ένα άτομο. Επίσης το θέμα αυτό ασχολείται με το κατά πόσο ένα άτομο αισθάνεται ότι στο περιβάλλον που ζει νιώθει προστασία και υπάρχει ασφάλεια αφού αυτό το αίσθημα επηρεάζει την ποιότητα ζωής.
2. Περιβάλλον κατοικίας: Το θέμα αυτό αναφέρεται στο χώρο που ζει ένα άτομο, δηλαδή εκεί όπου κατοικεί και διατηρεί τα υπάρχοντα του και στο κατά πόσο ο χώρος αυτός επηρεάζει την ποιότητα ζωής του. Η καταλληλότητα του σπιτιού κρίνεται σύμφωνα με το κατά πόσο το σπίτι αποτελεί ένα άνετο και ασφαλές μέρος για το άτομο. Άλλοι παράγοντες είναι η έκταση του χώρου κατοικίας, ο αριθμός των ατόμων, καθαριότητα, οι βασικές παροχές και η ποιότητα κατασκευής του σπιτιού. Ακόμη η ποιότητα του χώρου γύρω από την κατοικία θεωρείται ότι επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής.
3. Οικονομικοί Πόροι: Το θέμα αυτό εξετάζει το κατά πόσο οι οικονομικοί πόροι ή άλλοι ανταλλάξιμοι πόροι που διαθέτει ένα άτομο του καλύπτουν τις ανάγκες του και του εξασφαλίζουν ένα άνετο τρόπο ζωής.
4. Διαθεσιμότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας: Το θέμα αυτό αναφέρεται στη γνώμη του ατόμου για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας που είναι διαθέσιμες στην περιοχή όπου κατοικεί καθώς και για την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από τις υπηρεσίες αυτές.

5. Δυνατότητες απόκτησης πληροφοριών και νέων δεξιοτήτων: Το θέμα αυτό ασχολείται με την επιθυμία και τη δυνατότητα του ατόμου στο να αναπτύσσει νέες δεξιότητες και να αποκτά καινούριες γνώσεις.
6. Δυνατότητες και συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ελεύθερος χρόνος: Το θέμα αυτό διερευνά σε ποιό βαθμό το άτομο έχει τις ευκαιρίες, την ικανότητα και τη διάθεση να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή να χαλαρώνει.
7. Φυσικό Περιβάλλον: Το θέμα αυτό εξετάζει τη γνώμη του ατόμου σχετικά με το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Συγκεκριμένα το θέμα αναφέρεται στο θόρυβο, στη ρύπανση, το κλίμα και την γενική αισθητική του χώρου, προβλήματα του φυσικού περιβάλλοντος που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου.
8. Μέσα μεταφοράς: Το θέμα εξετάζει το κατά πόσο τα διαθέσιμα μεταφορικά μέσα είναι επαρκή για το άτομο για την επίτευξη των καθημερινών του δραστηριοτήτων (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

Τέλος, η Πνευματικότητα, Θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις: Το θέμα αυτό εξετάζει κατά πόσο οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα «πιστεύω» του ατόμου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του.

Η Ποιότητα Ζωής και Υγεία είναι ένα θέμα που εξετάζει γενικά στο πώς το άτομο αξιολογεί την ποιότητα ζωής του στο σύνολο της καθώς και τη γενική κατάσταση της υγείας του, δηλαδή το «ευ ζην» σφαιρικά (Τζινιέρη, Τριανταφύλλου, & Αντωνοπούλου, 2003).

3. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η εικόνα του σώματος είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου, καθώς και στα βιώματα και στη συμπεριφορά του προς το σώμα του, και ιδιαίτερα προς τη φυσική του εμφάνιση (Cash & Pruzinsky, 2002). Η εικόνα σώματος ή σωματική εικόνα εκφράζει την «οπτική ιδέα που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του» (Darten, 1972). Το ανθρώπινο σώμα, σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή Lacan, συγκροτείται από ένα εξωτερικό και ένα εσωτερικό περιεχόμενο. Ο Lacan έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη λειτουργία του σταδίου του καθρέφτη ως συστατική δομή της συγκρότησης της εικόνας του σώματος από το ίδιο το άτομο. Στο στάδιο του καθρέφτη, η επαφή του υποκειμένου με την εικόνα του, εδραιώνει την ιδιαιτερότητα του ίδιου του σώματος. Συχνά το χάσμα ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για εμάς και στα συναισθήματα που έχουμε εμείς για τον εαυτό μας μπορεί να οδηγήσει, όπως συμβαίνει στην ψύχωση, στην άρνηση να προβληθούμε στον καθρέφτη (Glynos & Stavrakakis, 2002).

Η εικόνα σώματος έχει τέσσερις διαστάσεις (Burns, 1982):

1. τη ρεαλιστική διάσταση, η οποία είναι αυτό που βλέπει κάποιος στον καθρέφτη, «τι θεωρώ πως είμαι σωματικά ανάλογα με αυτό που βλέπω».

2. την ψυχολογική διάσταση, δηλαδή πώς αισθάνεται κάποιος πως είναι το σώμα του. Αφορά στην υποκειμενική αίσθηση του σώματος από το ίδιο το άτομο.
3. την κοινωνική διάσταση, η οποία σχετίζεται με το πώς θεωρούμε πως οι άλλοι αντιλαμβάνονται την σωματική μας εικόνα, «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι με βλέπουν», «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να είμαι».
4. την ιδανική διάσταση, η οποία αφορά στο πώς θα θέλαμε η σωματική μας εικόνα να είναι, ανεξάρτητα με το εάν αυτό ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Η εικόνα σώματος είναι η «ασαφής νοερή απεικόνιση του σχήματος, της μορφής και του μεγέθους του σώματος», η οποία επηρεάζεται από διάφορους ιστορικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους ανεξάρτητους παράγοντες (Slade, 1994). Επίσης, ο Burns (1979), αναφέρει πως τα ιδανικά σωματικά πρότυπα αλλάζουν από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό (Burns, 1979). Έτσι, ο πολιτισμός οδηγεί σε συγκεκριμένα σωματικά πρότυπα, τα οποία επηρεάζουν κατ'επέκταση το βαθμό σωματικής ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα για το σώμα τους. Επιπρόσθετα, ένας, σημαντικός, καθοριστικός παράγοντας φαίνεται να είναι το φύλο, καθώς βρέθηκε σε έρευνα που έγινε σε 22 χώρες, ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη εικόνα για το σώμα τους, ακόμα και αν τα κιλά τους είναι φυσιολογικά σε σχέση με τους άντρες, οι οποίοι νιώθουν καλά με την εικόνα τους, ακόμα και αν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας (Wardle, Haaseand, & Steptoe, 2006).

3.1 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η αρνητική εικόνα του σώματος μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία. Οι νεαρές γυναίκες και ειδικά τα κορίτσια στην εφηβεία, που βιώνουν ραγδαίες αλλαγές στο σώμα τους, διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, όπως κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές (Giudice, 2006). Η εσωτερίκευση του λεπτού ιδανικού σώματος συνδέεται με διαταραχές στην εικόνα του σώματος – δυσαρέσκεια για την εξωτερική εμφάνιση (Low, Charanasomboon, Brown, Hiltunen, & Long, 2003), και ως εκτούτου κίνδυνο για την εμφάνιση των προαναφερόμενων ψυχολογικών διαταραχών. Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτερος όταν η απόσταση του ιδανικού σώματος από το πραγματικό είναι μεγάλη.

Στην έρευνα του Low και των συνεργατών του φάνηκε ότι οι υπέρβαρες γυναίκες εσωτερίκευαν περισσότερο το πρότυπο του ιδανικού σώματος λόγω της αρνητικής εικόνας σώματος που είχαν. Το ίδιο συνέβη με κορίτσια που είχαν υπερβολικό βάρος καθώς επίσης και με αυτά που είχαν κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα. Η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος μπορεί να εστιάζεται σε συγκεκριμένα σημεία.

Η κλίμακα της σωματικής κάθεξης (Secord & Jourard, 1953) εξετάζει πώς αισθάνεται κάποιος για κάθε ένα από 40 μέρη ή άλλα στοιχεία του σώματος. Οι Russell και Cox (Russell & Cox, 2003), χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα απέδειξαν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη μη ικανοποίηση για το σώμα τους, σχετικά με το βάρος τους, το ισχίο, το μηρό, τους γλουτούς, και το λίπος του σώματος τους. Σε αντίστοιχη έρευνα οι Stewart, Benson, Michanikou, Tsiota και Narli (2003) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες επιθυμούν μικρότερες αναλογίες στα σημεία του στήθους, των γλουτών, των χεριών και της γάμπας των ποδιών τους (Stewart, Benson, Michanikou, Tsiota, & Narli, 2003).

3.2 ΙΔΑΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ

Τα ιδανικά της γυναικείας ομορφιάς διαφέρουν και αλλάζουν σύμφωνα με τα αισθητικά στερεότυπα που επικρατούν σε κάθε εποχή και είναι μεγάλο το ποσοστό των γυναικών το οποίο προσπαθεί να διαμορφώσει το σωματότυπό του σύμφωνα μ' αυτά τα ιδανικά (Mazur, 1986). Ο κοινωνικά αποδεκτός ιδεώδης σωματότυπος για τη γυναίκα του τέλους του 20ου και του 21ου αιώνα, θεωρείται το αδυνατισμένο, αλλά μη ρεαλιστικό σώμα, το οποίο είναι μάλλον απρόσιτο για την πλειονότητα του γυναικείου πληθυσμού (Hargreaves & Tiggemann, 2004). Οι περισσότερες γυναίκες θέλουν να χάνουν βάρος και είναι συνεχώς φοβισμένες να μην πάρουν κιλά, κάτι που θα τις κάνει να αισθάνονται παχιές (Abraham, 2003). Παρ' όλα αυτά σήμερα, η μέση καθημερινή γυναίκα γίνεται όλο και παχύτερη, γεγονός που αποδεικνύει το χάσμα που υπάρχει μεταξύ της πραγματικότητας και του ιδανικού σώματος που προβάλλεται δημόσια (Services, 2000).

Το λεπτό σώμα αποτελεί σε παγκόσμια κλίμακα την ιδανική εικόνα σώματος. Η ιδιαίτερη σημασία που δίνουν οι νέες γυναίκες για το βάρος του σώματος τους, επηρεάζει σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης τους για την εικόνα του σώματος τους, και η εξιδανίκευση του λεπτού σώματος αυξάνει γενικότερα τη δυσαρέσκεια για το σώμα τους (Forbes, Doroszewicz, Card, & Curtis, 2004).

3.3 ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος με μεγάλες αλλαγές στο σώμα και ειδικά στα κορίτσια, η φυσιολογική ωρίμανση που συμβαίνει στο σώμα τους, τα ωθούν να αισθάνονται άβολα με τις αλλαγές που παρατηρούν και βιώνουν (Child study, 2002). Οι αλλαγές αυτές οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα όσον αφορά την εικόνα του σώματος, ειδικά όταν συνδυάζονται με τα εξιδανικευμένα πρότυπα γυναικείου σώματος και ομορφιάς που επιβάλλουν συγκεκριμένα κοινωνικά στερεότυπα και οι εικόνες που προβάλλουν τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η αρνητική εικόνα σώματος, πέρα από τις σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες που προαναφέρθηκαν, μπορεί να οδηγήσει και σε ακραίες συμπεριφορές όπως εξαντλητικές δίαιτες και έναρξη του καπνίσματος ως στρατηγική για την απώλεια βάρους .

3.4 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Θετική επίδραση στην εικόνα του σώματος φαίνεται να έχει η άσκηση. Έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ικανοποίησης σώματος (Robinson, 2003). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι αθλητές έχουν

θετικότερη εικόνα για το σώμα τους έναντι των μη αθλητών (Hausenblas & Fallon, 2006). Αλλά και στον γενικό πληθυσμό, η άσκηση βοηθάει να περιοριστεί η αρνητική εικόνα που έχει κάποιος για το σώμα του και όπως αποδείχτηκε σε γυναίκες ασκούμενες να βελτιώσει τη σωματική τους κάθεξη (Russell & Cox, 2003).

Η έρευνα των (Hausenblas & Fallon, 2006) έδειξε ότι, τα άτομα που ασκούνται έχουν περισσότερο θετική εικόνα σώματος σε σύγκριση με τα άτομα που δεν ασκούνται, ότι οι ασκούμενοι από την στιγμή που ξεκινούν να ασχολούνται με άσκηση τότε αναφέρουν καλύτερη εικόνα σώματος απ' αυτή που είχαν πριν την έναρξη της ενασχόλησής τους με την άσκηση και τέλος ότι οι ασκούμενοι όσο περισσότερο γυμνάζονται, ακολουθώντας το πρόγραμμα άσκησης, τόσο περισσότερο βελτιώνουν και την εικόνα του σώματος τους. Η θετική σχέση άσκησης και εικόνας σώματος που εντοπίζεται σε αρκετές έρευνες, αποδίδεται στο γεγονός, ότι τα άτομα από την ενασχόλησή τους με την άσκηση αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως αδύνατο και γυμνασμένο κι επομένως είναι ικανοποιημένα μ' αυτό .

Παρόλα όμως τα θετικά της συμμετοχής στη φυσική δραστηριότητα, πολλά άτομα στον ανεπτυγμένο κόσμο δεν αθλούνται. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής κάνει τους ανθρώπους να κινούνται όλο και πιο λίγο, περιορίζοντας τις βασικές τους κινητικές δραστηριότητες, τη συμμετοχή σε φυσική άσκηση και σε ψυχαγωγικές αθλητικές δραστηριότητες, που είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής.

3.5 ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Η ανθρώπινη κοινωνία έχει αλλάξει δραματικά τους τελευταίους αιώνες. Αυτή η διαδικασία του εκσυγχρονισμού είχε βαθιές επιπτώσεις στις ζωές των ατόμων αφού σήμερα ζούμε μια διαφορετική ζωή από αυτή που ζούσαν οι πρόγονοι μας (Venhoven, 2005). Μετά το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου και ως τις αρχές της δεκαετίας του 1970 παρατηρήθηκε μια συνεχής οικονομική μεγέθυνση η οποία διαδραματίστηκε σε ένα κλίμα ευφορίας σε συνδυασμό με τη ραγδαία εξελισσόμενη τεχνολογία. Η ταχύρρυθμη αυτή ανάπτυξη, παρά τις θετικές επιπτώσεις που είχε, προκάλεσε ανυπολόγιστες καταστροφές στο οικοσύστημα, σπατάλη των εξαντλήσιμων φυσικών πόρων καθώς και μια γενική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Σήμερα, στις ανεπτυγμένες χώρες όπου η οικονομική μεγέθυνση έχει αλλάξει κατά πολύ τον τρόπο ζωής του πληθυσμού, τα άτομα δίνουν έμφαση στην ποιότητα ζωής τους και αυτό δείχνει ότι οι άνθρωποι επιζητούν να απολαμβάνουν καλύτερη ζωή σε ένα καλύτερο περιβάλλον. Έτσι, προσπαθούν να αναζητήσουν ένα τρόπο ζωής χωρίς άγχος και κινδύνους, με πολύ ελεύθερο χρόνο ενώ δίνουν μεγάλη σημασία ο τρόπος ζωής τους να μην προκαλεί προβλήματα στην υγεία τους (Μάλλιαρης, 2001).

Σύμφωνα με τον (Venhoven, 2005), η ποιότητα ζωής σε μια κοινωνία μπορεί να μετρηθεί με το κατά πόσο πολύ ζούνε αλλά και πόσο ευτυχισμένα είναι τα άτομα. Μέσα από την έρευνα του προσπάθησε να δει κατά πόσο ο σύγχρονος τρόπος ζωής κάνει τη ζωή των ατόμων καλύτερη ή χειρότερη. Κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι η κοινωνική εξέλιξη είχε διαφορετικές επιδράσεις στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής.

Η υγεία , θεωρείται καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Σε έρευνα των De Hollander & Staatsen (2003) αναφέρεται ότι η υγεία των ανθρώπων σήμερα απειλείται από τον τρόπο ζωής τους αφού οι ετήσιοι θάνατοι και οι χρόνιες ασθένειες σχετίζονται άμεσα με τους παράγοντες του σύγχρονου τρόπου ζωής. Το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η καθιστική ζωή θεωρούνται οι βασικότερες αιτίες θανάτων και ασθενειών.

Στις ενότητες που ακολουθούν θα αναλυθούν βασικοί παράγοντες του τρόπου ζωής όπως η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, η υποκινητικότητα, άσκηση, το άγχος και ο ελεύθερος χρόνος που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων (De Hollander & Staatsen, 2003).

3.6 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η υγιεινή διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το επίπεδο της υγείας και ποιότητας ζωής των ατόμων.

Η τροφή σύμφωνα με τον ορισμό, παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία του ανθρώπου. Προσφέρει θρεπτικά συστατικά για τον οργανισμό καθώς και ενέργεια που είναι απαραίτητη για τις δραστηριότητες του ανθρώπου. Γενικά το φαγητό είναι άκρως απαραίτητο για τις φυσιολογικές λειτουργίες και την ευημερία του ατόμου αλλά το τι τρώμε, το πότε τρώμε και το πώς τρώμε συνεισφέρουν στην κοινωνική, πολιτιστική και ψυχολογική ποιότητα ζωής του ατόμου. Επιπλέον, έρευνα των (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001), αναφέρει ότι το φαγητό και η διατροφή είναι απαραίτητα συστατικά της «καλής ζωής». Το φαγητό

αποτελεί ευχαρίστηση τόσο της ψυχολογίας όσο και των αισθήσεων του κάθε ατόμου. Το φαγητό παρέχει στο άτομο το αίσθημα της ασφάλειας και της ανεξαρτησίας ενώ τρώγοντας με άλλους αυξάνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Γενικά, οι θετικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις που επιφέρει το φαγητό είναι σημαντικές πτυχές της ζωής των ατόμων, και αποτελούν ισχυρή συνεισφορά στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

Έρευνα των Hickson & Frost (2004), επισήμανε ότι η διατροφική κατάσταση δεν επηρεάζει σε τόσο βαθμό άμεσα την ποιότητα ζωής, αλλά έμμεσα αφού προκαλεί επιπτώσεις στις φυσικές λειτουργίες του ατόμου που είναι παράγοντας για καλή ποιότητα ζωής (Hickson & Frost, 2004). Η έρευνα των (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001) αναφέρει ότι η κακή διατροφή προκαλεί φυσικές, διανοητικές αλλά και κοινωνικές ανικανότητες στα άτομα.

Έτσι, ενώ η τροφή αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τη ζωή του ατόμου, η διαθεσιμότητα της και γενικά η διατροφική κατάσταση επηρεάζεται από παράγοντες όπως οι πολιτικές, οι οικονομικές και οι πολιτιστικές εξελίξεις, από την τεχνολογική πρόοδο και κυρίως από την παγκοσμιοποίηση που υπάρχει σήμερα. Λόγω αυτής της αλλαγής που υφίσταται ο πολιτισμός μας, διακρίνουμε δύο διαφορετικούς κόσμους σχετικά με την διατροφή με μεγάλο χάσμα μεταξύ τους. Από την μια είναι ο κόσμος των αναπτυγμένων χωρών όπου επικρατεί πληθώρα τροφής και υπερκατανάλωση. Στις περιοχές αυτές του πλανήτη όπου υπάρχει αφθονία τροφίμων υπάρχει το πρόβλημα του υπερσιτισμού και εκεί αναπτύσσεται «πανδημία παχυσαρκίας». Από την άλλη πλευρά, έχουμε τον κόσμο των αναπτυσσόμενων

χωρών όπου επικρατούν τραγικές συνθήκες διατροφής. Οι άνθρωποι υποσιτίζονται και διατρέφονται κακώς ενώ οι τροφικές ανεπάρκειες ευθύνονται για εκατομμύρια πρόωρους θανάτους (Prevention, 2004).

3.7 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Πάνω από το 30% των ενηλίκων ατόμων στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα, είναι σήμερα παχύσαρκα, με αποτέλεσμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) να έχει ανακηρύξει την παχυσαρκία ως παγκόσμια επιδημία. Εξαιρετικά ανησυχητική είναι εξ' άλλου η εκρηκτική αύξηση της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Το σωματικό βάρος ελέγχεται μέσα σε ένα στενό πλαίσιο για το κάθε άτομο, το επίπεδο του οποίου προσδιορίζεται από ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι προφανές ότι με δεδομένο το γενετικό υπόβαθρο ενός ατόμου, σημαντικότερο ρόλο για την ανάπτυξη παχυσαρκίας παίζει και το περιβάλλον. Η ραγδαία αύξηση στην επίπτωση της παχυσαρκίας στις αναπτυσσόμενες χώρες την τελευταία εικοσαετία αναμφισβήτητα οφείλεται σε μεταβολές του περιβάλλοντος και όχι σε γενετικές αλλαγές, οι οποίες απαιτούν συνήθως εκατομμύρια χρόνια. Σε πολλές κοινωνίες σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη παχυσαρκίας έχει διαδραματίσει η αυξημένη πρόσληψη τροφής, και μάλιστα η αύξηση της κατανάλωσης των λιπαρών. Φαίνεται όμως ότι στις πιο αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη παχυσαρκίας παίζει και η μεγάλη μείωση στην καθημερινή σωματική δραστηριότητα και στην κατανάλωση ενέργειας που επιβάλλει ο σύγχρονος και αυτοματοποιημένος τρόπος ζωής.

3.7.1 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η διαπίστωση της παχυσαρκίας βασίζεται συνήθως στη συσχέτιση βάρους και ύψους του ατόμου. Για αυτό το λόγο, για τον καθορισμό της παχυσαρκίας και του αυξημένου βάρους έχει δημιουργηθεί ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass index- BMI), ο οποίος αποτελεί μια καλή προσέγγιση του σωματικού λίπους με βάση το ύψος και το βάρος ενός ατόμου. Ο δείκτης μάζας σώματος εκφράζει το πηλίκιο βάρους (σε κιλά) προς ύψους (σε μέτρα) στο τετράγωνο (βάρος / ύψος) (Who, 2003). Ο δείκτης μάζας σώματος εκφράζει το πηλίκιο βάρους (σε κιλά) προς ύψους (σε μέτρα) στο τετράγωνο (βάρος / ύψος). με το δείκτη μάζας σώματος. Η παχυσαρκία αλλά και το υπερβολικό βάρος αυξάνουν τον κίνδυνο νοσηρότητας από άλλες ασθένειες όπως διαβήτη τύπου 2, υπέρταση και καρδιαγγειακά νοσήματα και κατά συνέπεια αυξάνουν τον κίνδυνο θνησιμότητας.

Έτσι, στα άτομα με υπερβολικό βάρος υπάρχει αυξανόμενος κίνδυνος νοσηρότητας ενώ στα παχύσαρκα άτομα υπάρχει από υψηλός έως εξαιρετικά υψηλός κίνδυνος νοσηρότητας (Aronne, 2002). Όπως έλεγε και ο Ιπποκράτης «Οι παχέες σφόδρα ταχυθάνατοι γίνονται» δηλαδή «Το πάχος μικραίνει την ζωή».

3.7.2 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η φυσική δραστηριότητα επηρεάζει θετικά τη φυσική και τη ψυχολογική υγεία και είναι σημαντική για όλα τα στάδια της ζωής του ατόμου, από την παιδική ηλικία, μέχρι τα βαθιά γεράματα. Καθορίζει το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής των νέων

ατόμων, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παίρνουν μέρος σε κανονική φυσική δραστηριότητα έχουν πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία (Hagger, Chatzisarantis, Biddle, & Orbell, 2001). Η κανονική φυσική δραστηριότητα έχει πολλά οφέλη, στα οποία περιλαμβάνεται η καρδιοαναπνευστική αντοχή, η αύξηση της δύναμης και η βελτίωση της εικόνας του σώματος. Συνδέεται επίσης θετικά στους εφήβους με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες.

Η υποκινητικότητα, που αποτελεί μια σύγχρονη επιδημία του ανεπτυγμένου κόσμου . Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας σε παιδιά και εφήβους είναι ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα, αφού χρόνιες ασθένειες των ενηλίκων όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης τύπου 2, παχυσαρκία και υποκινητικότητα, δρομολογούνται κατά την παιδική ηλικία (Τζέτζης, Κακαμούκας, Γούδας, & Τσορμπατζούδης, 2005). Ιδιαίτερο πρόβλημα, λόγω υποκινητικότητας και λόγω κακών διατροφικών συνηθειών, αποτελεί η παχυσαρκία, που ξεκινά από την παιδική ηλικία.

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας συμβάλλει στην ανάπτυξη ή διατήρηση της παχυσαρκίας (Weinsier, Hunter, Heini, Goran, & Sell, 1998). Ωστόσο, ενώ κάποιες έρευνες ενδυναμώνουν αυτή την αντίληψη (Ward, Trost, Felton, Saundres, & Parsons, 1997), άλλες δεν βρίσκουν καμία συσχέτιση (Ribeiro, Guerra, Pinto, Oliveira, Duarte, & Mota, 2003).

Οι Rowlands, Ingledew και Eston (2000) σε πρόσφατη μετα-ανάλυση τους σε σύνολο 50 ερευνών που μελετούν τη σχέση παχυσαρκίας και φυσικής δραστηριότητας, διαπίστωσαν πως το 78% των ερευνών παρουσίασε αρνητική συσχέτιση, το 18% καθόλου συσχέτιση και το 4% θετική συσχέτιση. Επισημαίνουν

την εξάρτηση του μεγέθους της σχέσης από τη μέθοδο μέτρησης και συστήνουν άμεσες μεθόδους μέτρησης όπως η παρατήρηση και οι αισθητήρες κίνησης (Rowlands, Ingledew, & Eston, 2000). Η εξάπλωση της παχυσαρκίας των παιδιών και εφήβων στις ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται με επικίνδυνο ρυθμό.

Σύμφωνα με έρευνες του National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) σε δύο μετρήσεις της παχυσαρκίας στις Η.Π.Α (1976-1980, 1988-1991), παρατηρήθηκε αύξηση σε παιδιά και εφήβους από 6 σε 10.7% και από 4.8 σε 10.7% αντίστοιχα (Troiano & Flegal, 1998).

Παρόμοιες αυξητικές τάσεις έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες (Tremblay & Wilms, 2000). Στην Ελλάδα δεδομένα από 4 επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η γενίκευση στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά ανέρχεται σε ποσοστό 22.2% και 4.1% αντίστοιχα και έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα στα αγόρια (Krassas, Tzotzas, Tsametis, & Konstantinidis, 2001).

Βασικό σημείο λοιπόν για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και ο καλύτερος τρόπος επίτευξης ενός καλού τρόπου ζωής είναι η συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα και άσκηση.

Άσκηση είναι οποιοδήποτε είδος μυϊκής προσπάθειας προσχεδιασμένης έντασης, διάρκειας και συχνότητας, που εντάσσεται σε ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της ευρωστίας, της υγείας και της σωματικής απόδοσης. Η άσκηση διακρίνεται από τη φυσική δραστηριότητα, η οποία ορίζεται ως η οποιαδήποτε μορφή μυϊκής προσπάθειας που αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πάνω από το επίπεδο της σωματικής ηρεμίας .

Μέσα από έρευνες έχει αποδειχθεί ότι η άσκηση επιβραδύνει την απώλεια της οστικής μάζας, μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος, και βελτιώνεται η γενική ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αφού αυξάνεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση των ατόμων (Μαριδάκη, 2004). Επιπλέον, η συχνή φυσική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνων, βελτιώνει τον μεταβολισμό του ατόμου και μειώνει το σωματικό λίπος. Σημαντικά είναι τα πλεονεκτήματα της άσκησης στη διάθεση των ατόμων αφού 2 μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ανησυχίας και του άγχους (Who, 2003).

Η άσκηση πρέπει να γίνει τρόπος ζωής και έτσι θα οδηγήσει τα άτομα σε μακροβιότητα, καλύτερη εμφάνιση και καλύτερη υγεία. Είναι καλό η άσκηση να γίνεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου αλλά ποτέ δεν είναι αργά αφού σε οποιαδήποτε ηλικία το άτομο αν ασκείται μπορεί να επωφεληθεί από την άσκηση (Rose, 1974).

3.7.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Τα περιττά κιλά και η παχυσαρκία είναι πολλές φορές πλήγμα για την ψυχή του ανθρώπου. Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του. Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η πολυφαγία χρησιμοποιείται ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό, εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτόν καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την

ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του.

Πολλές επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση. Η αρνητική εικόνα που έχουν οι παχύσαρκοι για το σώμα τους, τους προκαλεί κατάθλιψη και δυστυχώς αρκετοί έχουν και τάσεις αυτοκτονίας. Βέβαια, το αν θα αναπτύξει κάποιος κατάθλιψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το μορφωτικό του επίπεδο και από άλλους παράγοντες, αλλά τα περιττά κιλά ενισχύουν την προδιάθεση. Οι επιπτώσεις στον οργανισμό και στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου είναι σαφείς και το άτομο δεν μπορεί παρά να τις βιώνει και μάλιστα τραυματικά. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματος τους. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει τέτοια αντίληψη για τη σωματική εικόνα που το άτομο μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του αποκρουστικό και να αποφεύγει και την παραμικρή έκθεση του σώματός του. Ένα παχύσαρκο άτομο νιώθει μειονεκτικά δίπλα σε κάποιον αδύνατο.

Δεν είναι τυχαίο που τα παχύσαρκα άτομα απέχουν από αθλητικές δραστηριότητες ή αποφεύγουν την παραλία το καλοκαίρι. Μια αρνητική εικόνα για το σώμα έχει ως συνέπεια και την αποφυγή της ερωτικής ζωής. Πολλοί άνθρωποι νιώθουν τόσο άσχημα όταν εκθέτουν το σώμα τους που χάνουν κάθε ενδιαφέρον γι' αυτό καταπιέζοντας τα θέλω και τα συναισθήματά τους.

Η ίδια η κοινωνία πολλές φορές κάνει διακρίσεις εναντίον των υπέρβαρων ατόμων, είναι σαφές από τις διάφορες έρευνες ότι σε

γενικές γραμμές οι παχύσαρκοι συναντούν πολύ περισσότερα εμπόδια στην εξέλιξή τους απ' ό, τι οι μη παχύσαρκοι. Η ψυχολογία αυτή συμβάλλει αρνητικά στην προσπάθεια των ατόμων να χάσουν βάρος, όμως και εκείνοι που πραγματικά έχουν την πρόθεση να χάσουν βάρος, πολλές φορές δεν βρίσκουν το κουράγιο, διότι απογοητεύονται από το τι έχει συμβεί στο παρελθόν ή απλά δεν γνωρίζουν πώς να το κάνουν. Αυτό έχει ως συνέπεια να δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο αποτυχιών που ρίχνει ακόμη πιο πολύ την ήδη χαμηλή αυτοεκτίμηση (<http://www.stress.gr>).

3.8 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Ορισμένα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες είναι:

1. Παράγοντας εμμονής με τον έλεγχο του σωματικού βάρους (ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εικόνας του σώματος): Όταν λέμε εικόνα σώματος εννοούμε την ιδέα που έχει το εκάστοτε άτομο για την σωματική του εμφάνιση και συγκεκριμένα για το βάρος του, για μέγεθος, για το σχήμα του και γενικά την εικόνα που έχει ο κάθε άνθρωπος για την εξωτερική του εμφάνιση. Το ερωτηματολόγιο «Αξιολόγησης της εικόνας σώματος, MBSRQ» (Cash F. T., 2002) είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο υπολογισμού των στάσεων και συμπεριφορών που εμφανίζουν οι άνθρωποι για την προσωπική εκτίμηση της εικόνας του σώματος τους περιλαμβάνοντας ακόμη προτάσεις που αφορούν στη σωματική εμφάνιση, στις προσπάθειες για υγιεινή διατροφή αλλά και σε συμπεριφορές που αντιστοιχούν στην φροντίδα της υγείας. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση

του είναι μεταξύ 10-20 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο «Αξιολόγησης της εικόνας σώματος, MBSRQ» αποτελείται από 69 προτάσεις-συμπεριφορές όπου η κάθε μια βαθμολογείται από μια κλίμακα που εκτείνεται από το 1 «διαφωνώ πολύ» έως το 5 «συμφωνώ πολύ» και εκτιμά διαφορετικούς παράγοντες όπως: παράγοντας ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος (Body-Areas Satisfaction Scale, BASS), παράγοντας εμμονής με τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Overweight Preoccupation Scale, OPS) και την εκτίμηση του σωματικού μας βάρους (Self-Classified Weight Scale, SCWS). Με τη συμπλήρωση των προτάσεων που αφορούν την κλίμακα ικανοποίησης από τις επιμέρους περιοχές του σώματος (BASS) μπορούμε να υπολογίσουμε την ικανοποίηση που προκύπτει για τα χαρακτηριστικά του σώματος μας, οι προτάσεις που σχετίζονται με την εμμονή με τον έλεγχο του βάρους (OPS) συνδέονται με τον υπέρμετρο φόβο αύξησης του σωματικού βάρους, με την ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος, με τον περιορισμό κατανάλωσης τροφίμων ενώ οι προτάσεις που αφορούν την εκτίμηση του σωματικού βάρους (SCWS) εμπλέκονται με την προσωπική αποτίμηση του βάρους που εκτείνεται από το υπερβολικά ελλιποβαρές μέχρι το υπερβολικά υπέρβαρο.

2. Συνήθειες άσκησης: Το ερωτηματολόγιο Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο (Godin & Shephard, 1985), με το οποίο καταγράφονται οι συνήθειες άσκησης σε μία εβδομάδα. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό και περιγράφεται πιο αναλυτικά σε σχετικές έρευνες (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Με αυτό το

ερωτηματολόγιο καταγράφεται πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα συμμετείχαν οι εξεταζόμενοι σε έντονη, μέτρια ή ήπια άσκηση κατά τη διάρκεια των καθημερινών τους δραστηριοτήτων ή στα πλαίσια της αναψυχής. Υπολογίστηκε ο Συνολικός Δείκτης Άσκησης και χρησιμοποιήθηκε σαν μεταβλητή για τη στατιστική ανάλυση.

3. Διεθνούς Ερωτηματολογίου για τη Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ), το οποίο έχει βρεθεί κατάλληλο για πληθυσμιακές προσεγγίσεις των αυτοδηλούμενων επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Οι δραστηριότητες που συνδέονται με την καρδιοαναπνευστική λειτουργία περιγράφονται με το συνολικό όρο «αερόβιες», ενώ αυτές συμβαίνουν εξαιτίας έκκεντρης ή σύγκεντρης συστολής, ως ασκήσεις αντιστάσεων, βάρη. Η βασική πρωτοτυπία του IPAQ έγκειται στο γεγονός ότι συνυπολογίζει τόσο τη δραστηριότητα που επιτελείται κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων (εργασία, δουλειές στο σπίτι κ.ά.) όσο και τη δραστηριότητα, η οποία επιτελείται κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου για λόγους αναψυχής (π.χ. συμμετοχή σε άθλημα). Η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε περιείχε 7 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο καταγράφει πληροφορίες για το πόσες από τις τελευταίες 7 ημέρες και πόσος χρόνος σε min δαπανήθηκε σε περπάτημα, δραστηριότητες έντονης έντασης (π.χ. άρση βαρών, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή έντονη ποδηλασία) και μέτριας έντασης (π.χ. μεταφορά ελαφρού φορτίου, ποδηλασία σε μέτρια ένταση ή διπλό τένις), για περισσότερο από 10 min τη φορά, καθώς και σε καθιστικές

δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, το διάβασμα ή οι εργασίες γραφείου.

4. Αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας. Η αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας για τις 7 τελευταίες ημέρες. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι σχεδιασμένο για χρήση από ενήλικες ηλικίας 15-69 ετών (Craig, Marshall, Sjostrom, Bauman, Booth, & Ainsworth, 2003) και περιλαμβάνει πέντε μέρη. Στα τέσσερα πρώτα καταγράφεται η συχνότητα (ώρες / ημέρα και ημέρες/εβδομάδα) και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας (έντονη και μέτριας έντασης) που σχετίζεται με την εργασία, με την μετακίνηση, με την εργασία στο σπίτι και τη φροντίδα της οικογένειας και με την αναψυχή και την άσκηση. Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος καταγράφεται ο χρόνος που αφιερώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες. Το ερωτηματολόγιο παρέχει τη δυνατότητα κατηγοριοποίησης των συμμετεχόντων σε τρία επίπεδα φυσικής δραστηριότητας: στο επίπεδο της ικανοποιητικής δραστηριότητας, στο επίπεδο ελάχιστης δραστηριότητας και στο επίπεδο αδράνειας. Για τις ανάγκες της έρευνας πραγματοποιήθηκε μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα ακολουθώντας τη διαδικασία της διπλής μετάφρασης από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές σε κάθε φάση (ελληνικά – αγγλικά – ελληνικά) και στη συνέχεια η τελική διαμόρφωση τους ελέγχθηκε από ομάδα δίγλωσσων ατόμων. Τέλος πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα για την κατανόηση και την καταλληλότητα της χρήσης τους σε ελληνικό πληθυσμό. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου

βρέθηκε υψηλή καθώς ελέγχθηκε στη χώρα μας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε διάστημα μίας εβδομάδας σε 20 άνδρες και 20 γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών ενώ η αντίστοιχη τιμή που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι 80, ενώ ικανοποιητική είναι και η εγκυρότητα του (Craig, Marshall, Sjostrom, Bauman, Booth, & Ainsworth, 2003).

5. Σωματική Κάθεξη: Η κλίμακα Σωματικής Κάθεξης του Tucker (Tucker, 1981), η οποία αποτελείται από 38 θέματα, έχει γίνει προσαρμογή της στην ελληνική γλώσσα και ελέγχθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της στον ελληνικό, (Θεοδωράκης, Δογάνης, & Μπαγιάτης, 1990). Από τα θέματα της, τα 23 αναφέρονται σε μέρη του σώματος όπως είναι το πρόσωπο, τα χέρια, τα πόδια, κ.τ.λ., και τα 15 αναφέρονται σε λειτουργίες του οργανισμού όπως είναι η δύναμη, η αντοχή, η υγεία κ.λ.π. Οι εξεταζόμενοι καλούνταν σε κάθε ένα από αυτά τα θέματα να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησης που ένοιωθαν για κάθε μέρος του σώματος και τη λειτουργία του οργανισμού. Κάθε μία από τις απαντήσεις βαθμολογήθηκε από 5 (Αισθάνομαι πολύ καλά), μέχρι 1 (Αισθάνομαι πολύ άσχημα). Τέλος, το άθροισμα όλων των βαθμολογιών αποτέλεσε το συνολικό βαθμό σωματικής ικανοποίησης, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση.
6. Εικόνα Σώματος: Η κλίμακα εικόνας του σώματος, η οποία εξετάζει μέσα από σκίτσα το βαθμό ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους και έχει χρησιμο ποιηθεί ξανά στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης, 1999). Η κλίμακα αποτελείται από 7

διαφορετικά σκίτσα που απεικονίζουν γυναικείο σώμα ίδιου ύψους, αλλά σε 7 διαβαθμίσεις από πολύ αδύνατο μέχρι πολύ παχύ. Κάθε άτομο καλούνταν να απαντήσει α) ποιο σώμα - σκίτσο θεωρεί ότι αντιπροσωπεύει το σώμα της και β) ποιο σκίτσο νομίζει ότι αντιπροσωπεύει το ιδανικό σώμα και γ) ποιο σκίτσο αντιπροσωπεύει το σώμα που θα ήθελε να έχει. Τα άτομα που ταύτισαν τον τύπο του σώματός τους με τον σωματότυπο που θα ήθελαν να έχουν, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Ικανοποιημένα, στα άτομα που ο τύπος του σώματος που θεωρούσαν ότι έχουν απείχε μόνο 1 μονάδα από τον επιθυμητό τύπο σώματος, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα, ενώ τα άτομα που θεωρούσαν ότι το σώμα τους απείχε 2 μονάδες ή περισσότερο από το επιθυμητό, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Μη Ικανοποιημένα.

7. Υπολογισμός του Δείκτη Μάζας Σώματος: Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε από τον τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{μάζα σώματος (kg)} / \text{ύψος (m}^2\text{)}$. Η προσωπική αναφορά σε ύψος και βάρος γενικά γίνεται δεκτή σαν αποτελεσματική και αξιόπιστη και αποτελεί μια εναλλακτική συμβολική λογική για την απευθείας μέτρηση σε επιδημιολογικές μελέτες. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος επίσης χρησιμοποιείται από πολλούς ερευνητές και ειδικούς πάνω σε θέματα υγείας. Οι πιο πολλές μελέτες που έχουν γίνει για να συνδυάσουν την παχυσαρκία με ηχητικές επιδράσεις για την υγεία, στηρίζονται στη μέτρηση του βάρους του σώματος σε σχέση με το ύψος (Healthy, 2010).

8. Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοαντίληψης. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί για την

αξιολόγηση της σωματικής αυτοαντίληψης είναι το Self-Perception Profile for Children της Harter το οποίο είναι κατάλληλο για μαθητές προεφηβικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας 8-14 ετών (Harter, 1985). Αποτελείται από πέντε επιμέρους κλίμακες, με πέντε ερωτήσεις για κάθε κλίμακα, και αποτυπώνει τις αυτοαντιλήψεις των εφήβων σε ισάριθμους τομείς της ζωής τους: α) σχολική ικανότητα, β) σχέσεις με τους συνομηλίκους, γ) αθλητική ικανότητα, δ) φυσική εμφάνιση και ε) διαγωγή-συμπεριφορά. (Harter, 1985).

3.9 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Εικόνα σώματος-Παχυσαρκία

Η αρνητική εικόνα του σώματος μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία. Οι νεαρές γυναίκες και ειδικά τα κορίτσια στην εφηβεία, που βιώνουν ραγδαίες αλλαγές στο σώμα τους, διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, όπως κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές (Giudice, 2006).

Σύμφωνα με την έρευνα του (Μπενέτου, Κωφού, Ζήση, & Θεοδώρακης, 2008) είχε βρεθεί πως τα κορίτσια 15-25 ετών με μικρότερο δείκτη μάζας σώματος ήταν περισσότερο ικανοποιημένα από την εικόνα σώματός τους.

Εντούτοις, σε άλλη έρευνα, φάνηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην αυτοεκτίμηση μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων παιδιών στην ηλικία των 10 ετών, αν και στην ηλικία των 14 ετών τα παχύσαρκα κορίτσια παρουσίασαν

μειωμένη αυτοεκτίμηση και συμπτώματα κατάθλιψης και μοναχικότητας (Strauss, 2000).

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε έρευνα σε Πανεπιστήμιο της Minnesota όπου βρέθηκε πως τα παχύσαρκα παιδιά τα οποία σχολιάζονταν από τους συμμαθητές τους ήταν πιο πιθανό να έχουν κακή εικόνα σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και συμπτώματα κατάθλιψης. Σημαντικό είναι το γεγονός πως το 26% αυτών ανέφερε ότι είχε σκεφτεί την αυτοκτονία, ενώ το 9% αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει (Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003).

Οι Fairburn και Harrison (2003) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παιδική παχυσαρκία είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε μεγαλύτερη ηλικία (Fairburn & Harrison, 2003).

Σε έρευνα που έγινε σε αθλητές και μη-αθλητές, προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου του Surrey Roehampton, φάνηκε ότι το 15% των συμμετεχόντων ήταν δυσαρεστημένοι από την εικόνα του σώματός τους κατά την παιδική ηλικία, ενώ κατά τη διάρκεια της εφηβείας το 30%. Ακόμη, απαντήσεις ενδεικτικές διατροφικών διαταραχών έδωσαν το 25% των ατόμων. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αθλητών και των μη-αθλητών του δείγματος (Bullock & Παυλίδου, 2002).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 11.500 παιδιά το 1990 στην Αμερική έδειξε ότι το 34% των κοριτσιών και το 15% των αγοριών θεωρούν ότι έχουν παραπανίσιο λίπος, ενώ το 77% των κοριτσιών εξέφρασαν την επιθυμία τους να χάσουν βάρος, παρά το γεγονός ότι το 25% αυτών θεωρούν ότι έχουν φυσιολογικό βάρος (American & American, 1991).

Επίσης, έρευνα σε κορίτσια 17-22 ετών έδειξε πως τα συμπτώματα κατάθλιψης και οι διαταραχές στη διατροφή σχετίζονται με αρνητική εικόνα σώματος (Koenig & Wasserman, 1995).

Υποκινητικότητα – Φυσική δραστηριότητα

Έχει παρατηρηθεί ότι η φυσική δραστηριότητα μειώνεται δραματικά με την αύξηση της ηλικίας και κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Η μελέτη των Bidle και Armstrong (1992), έφερε στο φως σημαντικά στοιχεία σχετικά με το προφίλ της φυσικής κατάστασης και της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών, που οδηγούν σε απογοητευτικά συμπεράσματα. Περίπου το 40% των παιδιών ηλικίας 5 - 8 ετών παρουσιάζουν χαρακτηριστικά – παράγοντες αυξημένου κινδύνου καρδιοπαθειών, όπως παχυσαρκία, υπέρταση και υψηλή ολική χοληστερίνη. Τα παιδιά σε σύγκριση με τα αντίστοιχα της δεκαετίας του '60, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους, γίνονται υπέρβαρα και παχύσαρκα με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε μείωση της φυσικής ευρωστίας. Η μυϊκή δύναμη και η αντοχή των παιδιών εμφανίζεται μειωμένη και τέλος περίπου το 32% παιδιών της σχολικής ηλικίας παρακολουθούν περισσότερο από 6 ώρες ημερησίως τηλεόραση, ένα επιπλέον επιβαρυντικό στοιχείο που καταδεικνύει τον καθιστικό τρόπο ζωής, που διάγουν τα παιδιά.

Η συμμετοχή των εφήβων κοριτσιών σε φυσικές δραστηριότητες ήταν πολύ μικρότερη από εκείνη των έφηβων αγοριών. Στο δημοτικό και στο γυμνάσιο των ΗΠΑ, η εγγραφή και συμμετοχή των μαθητών σε καθημερινά μαθήματα αθλητικών δραστηριοτήτων από 42% που ήταν το 1991 μειώθηκε στο 25% το 1995. Μόνο το 19% του συνόλου των μαθητών είναι φυσικά

δραστήριο για 20 λεπτά ή περισσότερο καθημερινά στα σχολικά μαθήματα φυσικής αγωγής κατά τη διάρκεια μιας σχολικής εβδομάδας (A Report of, 1996).

Η καθιστική ζωή ή η έλλειψη φυσικής άσκησης αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης ή υπερλιπιδαιμίας και βρίσκεται μέσα στις 10 πρώτες αιτίες θανάτου (Αντωνακούδης & Αντωνακούδης, 2003). Η κλινική εξέταση δείχνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών σήμερα δεν έχουν προβλήματα υγείας, όμως οι βιοχημικές αναλύσεις, η εξέταση του διαιτολογίου των παιδιών και η εξέταση της φυσικής κατάστασης εμφανίζουν ανησυχητική συσχέτιση, όσον αφορά την υγεία τους και την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακά, καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, κ.α) κατά την ενήλικη ζωή τους. Σήμερα τα παιδιά όχι μόνο γυμνάζονται λιγότερο, αλλά έχουν και λιγότερες καθημερινές μικροδραστηριότητες (π.χ., περπάτημα, κυνηγητό κ.α.). Στην αύξηση αυτής της υποκινητικότητας συμβάλλουν η τηλεόραση, τα βιντεοπαιχνίδια, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές ενώ αρκετές μελέτες έχουν δείξει άμεση σχέση μεταξύ ωρών τηλεθέασης και παιδικής παχυσαρκίας.

Ειδικότερα, σε μια μακροχρόνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία σε δείγμα 1000 παιδιών, οι ερευνητές μελέτησαν παιδιά που γεννήθηκαν τα έτη 1972-1973, από την ηλικία των 5 μέχρι τα 26 τους χρόνια. Περίπου κάθε 2 χρόνια συζητούσαν με τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά για τις ώρες που παρακολουθούσαν καθημερινά τηλεόραση και τα εξέταζαν για να εξακριβώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Η μελέτη έδειξε ότι το 17% των παιδιών ήταν παχύσαρκα, το 16% κάπνιζαν και το 15% είχαν ψηλή χοληστερόλη ενώ το 15% αυτών

που δεν ασκούσαν τακτικά, οφειλόταν στο ότι τα άτομα αυτά παρακολουθούσαν περισσότερες από 2 ώρες τηλεόραση την ημέρα.

Επίσης, από τη μελέτη στην παιδική και εφηβική ηλικία 5-15 ετών φάνηκε γραμμική αύξηση των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης που συνοδευόταν από υψηλές τιμές δείκτη μάζα σώματος, χαμηλής καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης (Hancox, Milne, & Poulton, 2004).

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και έρευνα των Ludwig & Gortmaker (2004), για τη σημασία της παρακολούθησης πολλών ωρών τηλεόρασης. Ειδικότερα, σε δείγμα 2.547 παιδιών ηλικίας 5-17 ετών τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα παιδιά που παρακολουθούσαν 2-5 ώρες τηλεόρασης καθημερινά είχαν 5πλασιο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα, 2πλασιο κίνδυνο να έχουν αυξημένη χοληστερόλη και 3πλασιο κίνδυνο αυξημένης αρτηριακής πίεσης (Ludwig & Gortmaker, 2004).

Επιδημιολογική μελέτη στον Καναδά σε δείγμα 7.217 παιδιών ηλικίας 7-11 ετών συμπέρανε πως ο οργανωμένος αθλητισμός και το παιχνίδι συνέβαλαν στην ελάττωση του υπερβάλλοντος βάρους (κατά 10-24%), της παχυσαρκίας (κατά 23-43%), ενώ η παρακολούθηση της τηλεόρασης και η χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών συνέβαλε στην αύξηση του κίνδυνου από 17 ως 44% να γίνει κάποιος υπέρβαρος και από 10 ως 61% τον κίνδυνο παχυσαρκίας (Trembay & Willms, 2005).

Σε μελέτη διάρκειας 2 ετών που πραγματοποίησαν οι Epstein και συνεργάτες του, (1996) σε δείγμα ενενήντα οικογενειών με παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 8-12 ετών τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είχε αρνητική συσχέτιση με

την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Συγκεκριμένα, ο ΔΜΣ μειώθηκε όταν τα παιδιά ακολούθησαν οργανωμένο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας (Epstein, Paluch, Coleman, Vito, & Anderson, 1996).

Άλλη επιδημιολογική μελέτη στη νότια Καρολίνα των ΗΠΑ επεσήμανε πως τα παχύσαρκα παιδιά δαπανούσαν λιγότερο χρόνο σε μέτρια και έντονη σωματική δραστηριότητα από τα μη παχύσαρκα (Trost, Kerr, Ward, & Pate, 2001).

Επίσης, άλλη μελέτη διάρκειας 6 ετών (1988-1994) σε δείγμα 4.063 παιδιών ηλικίας 8-16 ετών στις ΗΠΑ, διαπίστωσε πως το 80% των παιδιών συμμετείχαν 3 φορές την εβδομάδα σε έντονες φυσικές δραστηριότητες και το 20% συμμετείχε 2 φορές. Επιπλέον, το 20% των παιδιών συμμετείχε 2 φορές την εβδομάδα σε μέτριου τύπου άσκηση (κορίτσια 26%, αγόρια 17%). Συνολικά, το 26% των παιδιών παρακολουθούσε 4 ή περισσότερες ώρες τηλεόρασης την ημέρα ενώ το 67% παρακολουθούσε 2 τουλάχιστον ώρες. Τα αγόρια και τα κορίτσια που παρακολούθησαν πάνω από 4 ώρες τηλεόρασης εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό λιπώδους ιστού και παράλληλα είχαν υψηλότερο ΔΜΣ (Andersen, Carlos, Crespo, Susan, & Bartlett, 1998).

Οι Hernandez και συνεργάτες του (1999), στην πόλη του Μεξικού μελέτησαν 712 παιδιά ηλικίας 9-16 ετών και βρήκαν ότι το 24% των παιδιών ήταν παχύσαρκα, ο μέσος όρος παρακολούθησης της τηλεόρασης ήταν $4,1 \pm 2,2$ ώρες την ημέρα (από αυτές οι $2,4 \pm 1,5$ ώρες την ημέρα ήταν παρακολούθηση τηλεόρασης, $1,7 \pm 1,5$ ώρες την ημέρα βίντεο ή ηλεκτρονικά παιχνίδια). Επιπλέον, η ανωτέρω μελέτη έδειξε πως ο κίνδυνος παχυσαρκίας μειώθηκε κατά 10% για κάθε ώρα ανά ημέρα

ενασχόλησης με αθλητικές δραστηριότητες μέτριας-έντονης σωματικής δραστηριότητας, ενώ ο κίνδυνος παχυσαρκίας αυξανόταν κατά 12% για κάθε επιπλέον ώρα ανά ημέρα παρακολούθησης της τηλεόρασης (Hernandez, Gortmaker, Colditz, Peterson, Laird, & Para-Cabrera, 1999).

Ενδιαφέρουσα ήταν, επίσης, η διαπίστωση των Johnson και συνεργάτων του (2000), ότι η μειωμένη ενεργειακή δαπάνη και τα χαμηλά επίπεδα αερόβιας ικανότητας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αυξημένου κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας και διαπιστώθηκε αρνητική σχέση μεταξύ της αερόβιας ικανότητας και της παχυσαρκίας. Ειδικότερα, σε δείγμα 125 παιδιών (89 κορίτσια και 36 αγόρια) με κάθε αύξηση 0.1 L/minute της αερόβιας ικανότητας υπήρξε μείωση 0.081 κιλά λιπώδους μάζας ανά κιλό σωματικού βάρους (Johnson, Figueroa-Colon, Herd, Fields, & Sun, 2000).

Από την έρευνα των Strauss και των συνεργάτων του (2001), διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά στις ΗΠΑ δαπανούν το 75% του ελεύθερου χρόνου τους χωρίς καμία φυσική δραστηριότητα και μόνο 12 λεπτά την ημέρα αφιερώνουν σε έντονου τύπου φυσική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 92 παιδιών ηλικίας 10-16 ετών διαπιστώθηκε σημαντικά χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας ιδιαίτερα στα κορίτσια. Τα κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας δαπάνησαν περίπου 35% περισσότερο χρόνο σε δραστηριότητες χαμηλής και έντονης ενεργειακής δαπάνης από τις έφηβες. Ειδικότερα, το 75,5% της ημέρας το διάγουν καθιστικά, με έναν μέσο όρο 5,2 ώρες την ημέρα στην παρακολούθηση της τηλεόρασης και στην ενασχόλησή τους με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Επιπλέον, η τηλεόραση προκαλεί και αυξημένη κατανάλωση σνακ με υψηλή θερμιδική περιεκτικότητα.

Αντίθετα, μόνο 1,4% του ελεύθερου χρόνου στη διάρκεια της ημέρας (12,6 λεπτά) δαπανήθηκε σε έντονη φυσική δραστηριότητα (Strauss, Rodzilsky, Burack, & Colin, 2001).

Η αθλητική δραστηριότητα συμβάλλει σημαντικά στη ρύθμιση του σωματικού βάρους, το οποίο αποτελεί ετερογενή μάζα που συνίσταται από την άλιπη μάζα και το σωματικό λίπος. Οποιαδήποτε αθλητική δραστηριότητα στις αναπτυξιακές ηλικίες, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού σωματικού λίπους και την αύξηση της άλιπης μάζας (Douda, Tokmakidis, & Tsigilis, 1997).

Νεαροί αθλητές που ασχολούνται με διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, όπως κολύμβηση, αγωνιστική γυμναστική, κλασικό αθλητισμό, ποδόσφαιρο και πάλη διαπιστώθηκε πως έχουν μικρότερα ποσοστά σωματικού λίπους (4-15%) από ότι οι μη αθλούμενοι συνομήλικοι τους (Malina & Bouchard, 1991).

Αποτελέσματα άλλων ερευνών που σχετίζονται με την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας και άσκησης στη διαμόρφωση των διαμέτρων του σώματος έδειξαν ότι η συμβολή τους είναι σημαντική. Συγκεκριμένα σε έρευνες που εξέτασαν την επίδραση του κλασικού αθλητισμού και της ενόργανης γυμναστικής στη διαμόρφωση των μορφολογικών χαρακτηριστικών διαπιστώθηκε ότι τα παραπάνω αθλήματα επέδρασαν θετικά στην ανάπτυξη των διαμέτρων του σώματος (Pienaar & van Der, 1988).

Η συστηματική προπόνηση της κολύμβησης προάγει τη σωματική αύξηση και στις τρεις διαστάσεις των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών δηλαδή στην επιμήκη, εγκάρσια και περιμετρική (Νικολόπουλος, 1990).

Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε και η έρευνα του (Malina, 1994), όπου διαπίστωσε πως η συστηματική προπόνηση της κολύμβησης συνέβαλε στην αύξηση των μερών του σώματος και πιο συγκεκριμένα στην ανάπτυξη της απόστασης της ωμικής ζώνης.

Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (Pitsavos, Panagiotakos, Stefanidis, & Chrysohoou, 2003) είναι μια έρευνα που αφορά στην υγεία και τη διατροφή του γενικού πληθυσμού και διεξήχθη στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής (περιλαμβάνει 78% αστικές περιοχές και 22% αγροτικές). Το δείγμα ήταν τυχαίο και βασίστηκε στην κατανομή ανά πόλη, φύλο και ηλικία της προαναφερθείσας περιοχής. Ο σχεδιασμός της έρευνας περιελάμβανε τη συμμετοχή μόνο ενός μέλους ανά οικογένεια. Από τους συμμετέχοντες στις αερόβιες δραστηριότητες, 480 (31,7%) άνδρες και 502 (32,9%) γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν ως επαρκώς ενεργοί, ενώ 100 (6,6%) άνδρες και 93 (6,1%) γυναίκες ως υψηλά δραστήριοι. Ενενήντα (5,9%) άνδρες και 49 (3,2%) γυναίκες δήλωσαν συνδυασμένη άσκηση (αερόβιες δραστηριότητες και άσκηση με βάρη). Σύμφωνα με την κατάταξη ανά ηλικιακή ομάδα, οι συμμετέχοντες στη συνδυασμένη άσκηση ήταν <45 ετών, ενώ για τους ασκούμενους με αερόβια άσκηση υπήρχε ισορροπία ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Σύμφωνα με μελέτη της Μεγακλή Θ. (2008) σε έρευνα 80 γυναικών, όπου μελετήθηκε η επίδραση της αερόβιας άσκησης και της εφηβικής παρέμβασης στην σωματική κάθεξη και την αυτοεκτίμηση, δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Αλλά, μικρές διαφορές, ανάμεσα στους μέσους όρους των ομάδων αξιολογημένα πριν το πρόγραμμα άσκησης και αισθητικής

αγωγής, μετά την παρέμβαση και στην επαναμέτρηση (Μεγακλή, 2008).

Οι Fox και Corbin (1989), αναγνώρισαν 4 υποπεριοχές της σωματικής αυτοαντίληψης σε μαθητές κολεγίου. Συγκεκριμένα αναγνώρισαν την ικανότητα στα σπορ, τη φυσική κατάσταση, την ελκυστικότητα του σώματος και τη φυσική δύναμη (Fox & Cobin, 1989).

Υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την επίδραση της αυτοαντίληψης σε συμπεριφορές σχετικές με την υγεία σε παιδιά και εφήβους (Biddle, Page, Ashford, Jennings, Brooke, & Fox, 1993) και βρέθηκε ότι η σωματική αυτοαντίληψη σχετίζεται με τη φυσική δραστηριότητα και τη φυσική κατάσταση.

Ο Whitehead (1995) βρήκε ότι οι αυτοαντιλήψεις της ελκυστικότητας του σώματος, της αθλητικής ικανότητας, της φυσικής κατάστασης και γενικότερα της αυτοαξίας του φυσικού εαυτού, σχετίζονται με δείκτες αναερόβιους, αερόβιους και μυϊκής δύναμης σε μαθητές Α΄ και Β΄ Γυμνασίου (Whitehead, 1995).

Οι Crocker, Eklund και Kowalski (2000), αξιολόγησαν τη σχέση της φυσικής αυτοαντίληψης με τη φυσική δραστηριότητα και φάνηκε ότι όλοι οι παράγοντες της φυσικής αυτοαντίληψης συσχετίζονταν θετικά με τη φυσική δραστηριότητα τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια (Crocker, Eklund, & Kowalski, 2000).

Επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας

Ένα ιδιαίτερο σημαντικό πρόβλημα για την υγεία στην παιδική ηλικία αποτελεί η εμφάνιση της παχυσαρκίας, η οποία συνδέεται ευθέως ανάλογα με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους εξελίσσεται ραγδαία σε παγκόσμια επιδημία με τεράστιες

προεκτάσεις στη δημόσια υγεία καθώς τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται υπέρβαροι ενήλικες.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τα ποσοστά της παιδικής παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί μεταξύ του 10% και 40% στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Το πλέον ανησυχητικό, πάντως, είναι ότι σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, το έτος 2030 το 100% των παιδιών στις ΗΠΑ θα είναι παχύσαρκα (Troiano & Flegal, 1998).

Στην Ελλάδα, επίσης, διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων, ιδιαίτερα νεαρής ηλικίας. Σε ελληνικό μαθητικό πληθυσμό μετρήθηκε ο ΔΜΣ σε 1046 μαθητές 6 ετών, σε 579 μαθητές 9 ετών και σε 831 μαθητές 12 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό ποσοστό παχύσαρκων και υπέρβαρων μαθητών. Το 50% περίπου των παιδιών στην ηλικία των 6 και των 12 ετών ήταν παχύσαρκα. Αυτό συνδέθηκε με το γεγονός ότι η παχυσαρκία ξεκινά από την παιδική ηλικία και συνδέεται με την εφηβική παχυσαρκία και την παχυσαρκία στους ενήλικες (Mamalakis, Kafatos, Manios, Anagnostopoulou, & Apostolaki, 2000).

Σύμφωνα με μελέτη της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σχετικά με την πληθυσμιακή ανάλυση των καμπύλων αύξησης Ελλήνων παιδιών και εφήβων, η 95η εκατοστιαία θέση έχει αυξηθεί την τελευταία 20ετία κατά 15 κιλά στα αγόρια και 7 κιλά στα κορίτσια ηλικίας 8-15 ετών. Συγκεκριμένα, τα παιδιά ήταν παχύτερα κατά 3 και 2 κιλά από τα αντίστοιχα παιδιά των Ηνωμένων Πολιτειών που ήταν μέχρι τώρα τα παχύτερα παιδιά στον κόσμο. Το εύρημα αυτό οδηγεί στη διαπίστωση ότι τα Ελληνόπουλα έχουν τα πρωτεία παγκοσμίως

στην παιδική παχυσαρκία (Χιώτης, Τσίφτης, Χατζησυμεών, Μανιάτη-Χρηστίδη, Κρίκος, & Δάκου-Βουτετάκη, 2003).

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, διεξήγαγε πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη με σκοπό τον υπολογισμό της συχνότητας εμφάνισης παχυσαρκίας και σωματικού υπέρβαρου σε παιδιά και εφήβους στην ελληνική επικράτεια. Στην έρευνα πήραν μέρος 18.045 παιδιά και έφηβοι (8.552 αγόρια και 9.493 κορίτσια) ηλικίας 2 έως 19 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην ηλικία των 2 έως 6 ετών, 6,9% των αγοριών ήταν υπέρβαρα και 11,2% παχύσαρκα, ενώ 4,9% των κοριτσιών βρέθηκαν υπέρβαρα και 11,4% παχύσαρκα. Στην ηλικία των 7 έως 12 ετών 12,7% των αγοριών ήταν υπέρβαρα και 10% παχύσαρκα και 11,1% των κοριτσιών βρέθηκαν υπέρβαρα και 7,2% παχύσαρκα. Τέλος, στην ηλικία των 13 έως 19 ετών, 20,7% των αγοριών ήταν υπέρβαρα και 8,9% παχύσαρκα και 12,5% και 3,6% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα, αντίστοιχα. Το συμπέρασμα από την παραπάνω μελέτη ήταν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα εντοπίζεται στις ηλικίες από 2 έως 6 ετών (Ελληνική Ιατρική, 2005).

Μετά από έρευνα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 10.000 παιδιά και εφήβους, στην Αττική διαπιστώθηκε πως ο μέσος δεκαοκτάχρονος Έλληνας και Ελληνίδα είναι 74 και 58 Kg, αντίστοιχα, δηλ. παχύτεροι κατά 3 και 2 Kg από τα αντίστοιχα Αμερικανόπαιδα. Αυτό φαίνεται από τον ΔΜΣ που είναι 24,3 και 22,2Kg/m² στους Έλληνες και Ελληνίδες, αντίστοιχα και 22 και 21 Kg/m² στα παιδιά των ΗΠΑ, αντίστοιχα. Υπενθυμίζουμε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν τα πρωτεία στην παχυσαρκία παιδιών και ενηλίκων στον κόσμο, με ποσοστά που

είναι διπλάσια από τα δυτικοευρωπαϊκά. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνία μας έχει ξεπεράσει τις Ηνωμένες Πολιτείες στην παιδική παχυσαρκία (<http://www.nut.gr>).

Επιπλέον, άλλη έρευνα στον Νομό Αττικής σε δείγμα 211 παιδιών δημοτικού σχολείου ανέφερε ότι το 65,4% είχε φυσιολογικό ΔΜΣ, το 16,6% ήταν υπέρβαρα και το 18% παχύσαρκα (Χριστοδούλος, Κάμτσιος, & Πέγιος, 2003).

Αργότερα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία της Ανατολικής Αττικής, μετρήθηκε ο ΔΜΣ 1778 μαθητών (878 κορίτσια, $8,1 \pm 0,4$ ετών και 900 αγόρια, $8,2 \pm 0,5$ ετών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 67,3% των παιδιών είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ, το 21% ήταν υπέρβαρα και το 11,8% παχύσαρκα (Χριστοδούλος, Κάμτσιος, & Πέγιος, 2003). Σε μια διαφορετική μέτρηση, στο πλαίσιο του προγράμματος ανίχνευσης ταλέντων, μετρήθηκε ο ΔΜΣ 4.475 μαθητών/τριών δευτέρας τάξης δημοτικού σχολείου (2.262 αγόρια και 2.213 κορίτσια) και βρέθηκε ότι το 65% των μαθητών είχε φυσιολογικό ΔΜΣ, το 25% ήταν υπέρβαροι και το 10% παχύσαρκοι (Χριστόδουλος, Κάμτσιος, & Πολυκράτης, 2005).

Σύμφωνα, με των Μαυροβουνιώτη & Αργυριάδου, (2005), σε δείγμα 290 παιδιών ηλικίας 8 ετών στην σε σχολεία του Ν. Κατερίνης, διαπιστώθηκε ότι το 73% των αγοριών και των κοριτσιών είχαν φυσιολογικό βάρος και το 27% ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα κορίτσια, το 18,8% ήταν υπέρβαρα και το 8,7% ήταν παχύσαρκα. Αναφορικά με τα αγόρια, το 18,4% ήταν υπέρβαρα και το 8,6% ήταν παχύσαρκα (Μαυροβουνιώτης & Αργυριάδου, 2005). Σε έρευνα των Αρσενόπουλου και συνεργάτων, (2007) σε 271 μαθητές Δημοτικού σχολείου Ν. Θεσσαλονίκης 6-12 ετών διαπιστώθηκε

ότι, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια όλων των τάξεων ήταν υπέρβαρα σε ποσοστό 23-55% καθώς και παχύσαρκα σε ποσοστό από 2,6 - 30,8 %.

Μία πρόσφατη έρευνα, του Μαλκογεώργου και συνεργατών του (2007), σε 290 μαθητές και μαθήτριες ηλικίας 15,16 και 17 ετών, αναφέρεται πως τα αγόρια είχαν υψηλότερους μέσους όρους του ΔΜΣ από τα κορίτσια και υψηλότερα ποσοστά κεντρικής παχυσαρκίας εμφάνισαν τα παιδιά που διέμεναν στην πόλη (8,24% αγόρια και 10,26% κορίτσια) έναντι των παιδιών της επαρχίας (7,14% αγόρια, 1,76% κορίτσια)(Μαλκογεώργος, Μαυροβουνιώτης, & Αργυριάδου, 2007).

Σε άλλη έρευνα των Πατσίκα και συνεργατών του, (2007) σε 57 νήπια και προνήπια (37 αγόρια και 20 κορίτσια) διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό, 20% του συνόλου των παιδιών του δείγματος ήταν υπέρβαρα ή και παχύσαρκα. Ειδικότερα, τα κορίτσια εμφάνιζαν σε ποσοστό 30% αυξημένο βαθμό κεντρικής παχυσαρκίας(Πατσίκα, Μαυροβουνιώτης, Αργυριάδου, & Πίκουλα, 2007).

Μία επιδημιολογική έρευνα επιβεβαιώνει ότι η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία τείνει να συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Ειδικότερα, σε δείγμα 2610 παιδιών ηλικίας 2-17 ετών (που παρακολουθήθηκαν στην ηλικία των 18-37 ετών) διαπιστώθηκε πως τα παιδιά ηλικίας 2-5 ετών με ΔΜΣ 95ο εκατοστημόριο είχαν 4πλάσιο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, ενώ τα παιδιά με ΔΜΣ<50ο εκατοστημόριο είχαν μόνο 15% πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι ως ενήλικες (Freedman, Khan, Serdula, Dietz, Srinivasan, & Berenson, 2005).

Ο Guo και οι συνεργάτες του (2002), ύστερα από την έρευνα που πραγματοποίησαν συμπέραναν, ότι η παχυσαρκία κατά την

ηλικία των 35 ετών μπορεί να προβλεφθεί από τον ΔΜΣ κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η μελέτη απέδειξε πως το 50% και το 67% των αγοριών και κοριτσιών, αντίστοιχα, ηλικίας πάνω από 13 ετών, το 33% και το 50% ηλικίας 8-13 ετών, το 20% και το 33% των αγοριών και κοριτσιών, αντίστοιχα, κάτω των 8 ετών που βρίσκονται πάνω από την 95η εκατοστιαία θέση σύμφωνα με τον ΔΜΣ για την ηλικία, ήταν παχύσαρκα στην ηλικία των 35 ετών (Guo, William, Chumlea, & Roche, 2002).

Σε διαχρονική μελέτη στην Σουηδία αναφορικά με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας στην ίδια ηλικία των παιδιών που γεννήθηκαν το 1947 και των παιδιών που γεννήθηκαν το 1990 βρέθηκε διπλασιασμός των υπέρβαρων και τετραπλασιασμός των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 10 ετών σε διάστημα 16 ετών (Maril, Bondestam, Bergstrom, Ehnberg, Hollsing, & Allbertsson-Wikland, 2004).

Σε μελέτη επιπολασμού της παχυσαρκίας στην Ισπανία βρέθηκε σε δείγμα 2320 εφήβων ότι το 25,7% των αγοριών ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα κορίτσια ήταν 19,1%. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο ρυθμός αύξησης της παχυσαρκίας ήταν από 0,88%-2,33% ανά έτος για τα αγόρια και 0,5%-1,82% ανά έτος για τα κορίτσια (Moreno, Mesana, Fleta, Ruiz, Gonzalez-Gross, & Sarria, 2005).

4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας λίγο προς το τέλος της εργασίας μου, μετά από κάποιες έρευνες που πραγματοποιήσαν μερικοί από τους παραπάνω συγγραφείς διαπιστώθηκε πως, η ποιότητα ζωής, αποτελεί μια έννοια που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Από τους πιο βασικούς παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι η υγεία και γενικά η καλή σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση.

Βασικό στοιχείο του τρόπου ζωής είναι η διατροφή των ατόμων η οποία επηρεάζει την υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους. Η συνεχής αυξημένη κατανάλωση τροφίμων έχει οδηγήσει τον πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο σε μια συνεχή αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας σε όλο τον κόσμο. Η σωστή και υγιεινή διατροφή λοιπόν, δίνει μία λύση στο πρόβλημα αυτό.

Δυστυχώς, η παχυσαρκία θεωρείται η πανδημία του 21ου αιώνα και αποτελεί μια πάθηση με σοβαρές επιπτώσεις στα άτομα και με επακόλουθο την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Εκτός όμως από την πανδημία της παχυσαρκίας που απειλεί το σύγχρονο άνθρωπο, μια άλλη επιδημία απειλεί την ανθρώπινη υγεία, η επιδημία της υποκινητικότητας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής οδηγεί σε μια αχρηστία του σώματος αφού λόγω των σημαντικών τεχνολογικών επιτευγμάτων η φυσική δραστηριότητα έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό.

Τα πλεονεκτήματα της άσκησης είναι πάρα πολλά τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία του ατόμου.

Μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί πως, αθλητικές δραστηριότητες, όπως κολύμβηση, αγωνιστική γυμναστική, κλασικό αθλητισμό, ποδόσφαιρο και πάλη βοηθούν στη μείωση του φαινομένου της παχυσαρκίας και στην βελτίωση της εικόνας σώματος.

Έτσι, λοιπόν, η καθημερινή άσκηση και σωματική δραστηριότητα πρέπει να γίνει κομμάτι της ζωής μας με στόχο την μείωση του φαινομένου της παχυσαρκίας, αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, με συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ανάκτηση από <http://www.nut.gr>

Ανάκτηση από <http://www.stress.gr>

Abraham, S. F. (2003). Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: Doctors' dilemmas. *The medical journal of Australia*. (178) , 607-611.

Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *The Journal of Gerontology* , 56A , 54-64.

American, M. A., & American, D. A. (1991). Targets for Adolescent Health. *Adolescent Nutrition and Physical Fitness* . Chicago.

Andersen, R. E., Carlos, J., Crespo, H., Susan, J., & Bartlett, B. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA* (279), 12-19.

Aronne, J. L. (2002). Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obesity Research* , 10 (2) , 105-115.

Biddle, S., Page, E., Ashford, B., Jennings, D., Brooke, J. R., & Fox, K. (1993). Assessment of children's physical self-perceptions. *International Journal of Adolescence and Youth* (4) , 93-109.

Bullock, C., & Παυλίδου, Γ. (2002). Σωματική εικόνα και διατροφικές διαταραχές μεταξύ αθλητών και μη-αθλητών φοιτητών Πανεπιστημίου.

Burns, R. B. (1982). Self-concept development and education. London: Holt, Rinehart and Winston.

Burns, R. B. (1979). The self concept: Theory, measurement, development and behaviour. London: Longman.

Cash, F. T. (2002). Body Image Assessments: MBSRQ. *Body images research consulting*. <http://www.body-images.com/assessments/mbsrq.html> .

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.

Child study, C. (2002). Adolescence and body image. What's typical and what's not. *Child Study Center Letter* (6(4)) .

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. E., & Ainsworth, B. E. (2003). International physical activity questionnaire 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sport and Exercise* (35) , 1381 -1395.

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2004). Quality of life in a city: The effect of population density. *Social Indicators Research* (69) , 103-116.

Crocker, P. E., Eklund, R., & Kowalski, K. C. (2000). Children's physical activity and psychophysical. *Journal of Sports Sciences* (18) , 383-394.

Darten, E. (1972). A comparison of body image and self-concept variables among various sport groups. *Research Quarterly* (43) , 7-15.

De Hollander, M. A., & Staatsen, M. B. (2003). Health, environment and quality of life: an epidemiological perspective in urban development. *Landscape and Urban Planning* (65) , 53-62.

Douda, H., Tokmakidis, S., & Tsigilis, N. (1997). The effect of training during growth on Rhythmic Sports Gymnasts development. *The Third Annual Congress of the European College of Sport Science* , 676. Manchester.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* (157) , 733-738.

Epstein, L. H., Paluch, R. A., Coleman, K. J., Vito, J. D., & Anderson, K. (1996). Determinants of physical activity in obese children assessed by accelerometer and self report. *Medicine and Science* , 9 (28) , 1157-1164.

Ελληνική Ιατρική, Ε. Π. (2005). www.hmao.gr .

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* (361) , 407-416.

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life. *Journal of Advanced Nursing* (22) , 502-508.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of Life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities* , 16 , 1, 51-74.

Forbes, G. B., Doroszewicz, K., Card, K., & Curtis, L. (2004). Association of the thin body ideal, ambivalent sexism, and self-esteem with body acceptance and the preferred body size of

college women in Poland and the United States. *Sex Roles* 50 (5-6) , 331-345.

Fox, K. R., & Cobin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology* (11) , 408-430.

Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2005). The Relation of Childhood BMI to Adult Adiposity:The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* (115) , 22-27.

Giudice, J. (2006). Body image concerns of the adolescent female and impact on self-esteem and life satisfaction. *Dissertation Abstracts International* (67(2-B)) , 1181.

Glynos, J., & Stavrakakis, Y. (2002). Lacan and Science. London-New York: Karnac Books.

Godin, G., & Shephard, R. (1985). A simple method to assess exercise behaviour in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences* (10) , 141-146.

Guo, S. S., William, W. W., Chumlea, C., & Roche, A. F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition* (76) , 653-65.

Hagger, M., Chatzisarantis, N., Biddle, S., & Orbell, S. (2001). Antecedents of children's physical intentions and behavior. *Psychology and Health* (16) , 391-407.

Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health:a longitudinal birth cohort study. *The Lancet* (364) , 257-262.

Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image:"comparing" boys and girls. *Body Image* (1) , 351-361.

Harter, S. (1985). Manual for the self-perception profile for children. *Denver, CO: University of Denver Press* .

Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image. *Psychology and Health* (21(1)) , 33-47.

Healthy, P. (2010). Leading Health Indicators. <http://www.health.gov/healthypeople> .

Hernandez, B., Gortmaker, S. L., Colditz, G. A., Peterson, K. E., Laird, N. M., & Para-Cabrera, S. (1999). Association of obesity with physical activity,television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *Int J Obesity* (23) , 845-854.

Hickson, M., & Frost, G. (2004). An investigation into the relationship between quality of life, nutritional status and physical function. *Clinical Nutrition* (23) , 213-221.

Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life-reality or impossible dream? *International Journal of Nursing Studies* (42) , 493-501.

Johnson, M. S., Figueroa-Colon, M., Herd, S. L., Fields, D. A., & Sun, M. (2000). Aerobic fitness, not energy expenditure, influences subsequent increase in adiposity in black and white children. *Pediatrics* (50-57) , 106.

Koenig, L., & Wasserman, E. (1995). Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems. *Sex Roles* (32) , 225-249.

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., & Nikas, D. (2007). Validity of SF-12 scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes* (5) .

Krassas, G. E., Tzotzas, T., Tsametis, C., & Konstantinidis, T. (2001). Determinants of body mass index in Greek children and adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* , 5 (14) , 1327-33.

Lloyd, M. K., & Auld, J. C. (2002). The role of leisure in determining quality of life: issues of content and measurement. *Social Indicators Research* (57) , 43-71.

Low, K. G., Charanasomboon, S., Brown, C., Hiltunen, G., & Long, K. (2003). Internalization of the thin ideal, weight and body image concerns. *Social Behavior and Personality: An International Journal* (31(1)) , 81-89.

Luwig, D. S., & Gortmaker, S. L. (2004). Programming obesity in childhood. *The Lancet* (364) , 226-227.

Malina, R. M. (1994). Physical activity and training: effects on stature and the adolescent growth spurt. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, (26) , 759-766.

Malina, R. M., & Bouchard, C. (1991). Growth maturation and physical activity. *Champaign, IL: Human Kinetics* .

Mamalakis, G., Kafatos, A., Manios, Y., Anagnostopoulou, T., & Apostolaki, I. (2000). Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity* (24) , 765-771.

Maril, S., Bondestam, M., Bergstrom, R., Ehnberg, S., Hollsing, A., & Allbertsson-Wikland, K. (2004). Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatrica* (93) , 1588-95.

Mazur, A. (1986). U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. *The Journal of Sex Research* (22) , 281-303.

Μεγακλή, Θ. (2008). Η επίδραση της άσκησης και της εφηβικής παρέμβασης στην αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση σώματος γυναικών. Μεταπτυχιακή διατριβή, Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σέρρες.

Moreno, L. A., Mesana, M. I., Fleta, J., Ruiz, J. R., Gonzalez-Gross, M., & Sarria, A. (2005). Overweight, obesity and body fat composition in Spanish Adolescents. *Ann Nutr Meta* (49) , 71-76.

Pienaar, ,. A., & van Der, W. (1988). The influence of participation in a gymnastics program on selected anthropometrical variables of six to nine-year old girls. *Journal for Research in Sport Physical Education and Recreation* (11) , 39-47.

Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Stefanidis, C., & Chrysohoou, C. (2003). Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health* , 3 (32) , 1-9.

Prevention, C. F. (2004). Physical activity and good nutrition: essential elements to prevent chronic diseases and obesity.

Ribeiro, J., Guerra, S., Pinto, A., Oliveira, J., Duarte, J., & Mota, J. (2003). Overweight and obesity in children and adolescents relationship with blood pressure, and physical activity. *Annual Hunman Biology* , 2 (30) , 203-213.

Robinson, R. T. (2003). Clothing behavior, body cathexis and appearance management of women enrolled in a commercial weight loss program. *Institutional Review Board* (1-232) .

Rose, B. J. (1974). The shorter workweek and leisure time,. *Omega, The Int. Jl of Mgmt Sci.* , 2 (2) , 197-208.

Rowlands, A. V., Ingledew, D. K., & Eston, R. G. (2000). The effect of type of physical activity measure on the relationship between body fatness and habitual physical activity in children. *Annual Human Biology* , 5 (27) , 479-497.

Russell, W. D., & Cox, R. H. (2003). Social physique anxiety, body dissatisfaction, and self esteem in college females of differing exercise frequency, perceived weight discrepancy, and race. *Journal of Sport Behavior* (26) , 56-62.

Secord, F. P., & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body cathexis. Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology* (17(5)) , 343-347.

Services, U. D. (2000). United States Department of Health & Human Services.

- Sintonen, H. (2001). Comparing properties of the 15D and EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archive of Hellenic Medicine* (18(2)), 156-160.
- Skevington, S., O'Connell, K., & WhoQol, G. (2004). Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WhoQol-100. *Quality of Life Research* (13), 23-34.
- Slade, P. D. (1994). What is body image. *Behaviour Research and Therapy*, 5 (32), 497-502.
- Steg, L., & Gifford, R. (2005). Sustainable transportation and quality of life. *Journal of Transport Geography* (13), 59-69.
- Stenner, P., Cooper, D., & Skevington, M. S. (2003). Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science & Medicine* (57), 2161-2172.
- Stewart, A. D., Benson, P. J., Michanikou, E. G., Tsiota, D. G., & Narli, M. K. (2003). Body image perception, satisfaction and somatotype in male and female athletes and non-athletes: Results using a novel morphing technique. *Journal of Sports Sciences*, 21(10), 815-823. , 10 (21), 815-823.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Journal of Pediatrics*, 1 (105), 15-25.
- Strauss, R. S., Rodzilsky, D., Burack, G., & Colin, M. (2001). Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Arch Pediatr Adolesc Med* (155), 897-902.
- Trembay, M. S., & Wilms, J. D. (2005). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity. *International Journal of Obesity* (27), 1100-1105.
- Tremblay, M. S., & Wilms, D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, 11 (163), 1429-1433.
- Troiano, R. P., & Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: description, epidemiology and demographics. *Pediatrics*, 101, 497-504.
- Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., & Pate, R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *Int J Obes Relat Metab Disord* (25), 822-829.
- Tucker, L. A. (1981). Internal structure, factor satisfaction, and reliability of the body cathexis scale. *Perceptual and Motor Skills* (53), 891-896.
- Τζέτζης, Γ., Κακαμούκας, Β., Γούδας, Μ., & Τσορμπατζούδης, Χ. (2005). Σύγκριση της φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής

- αυτοαντίληψης παχύσαρκων παιδιών. *Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό* (3(1)), 29-39.
- Venhoven, R. (2005). Is life getting Better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10 (4), 330-343.
- Ward, D. S., Trost, S. G., Felton, G., Saundres, R., & Parsons, M. A. (1997). Physical activity and physical fitness in African-American girls with and without obesity. *Obesity Research*, 6 (5), 572-577.
- Wardle, J., Haaseand, A. M., & Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *International Journal of Obesity* (30), 644-651.
- Weinsier, R. L., Hunter, G. R., Heini, A. F., Goran, M. I., & Sell, S. M. (1998). The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. *American Journal of Medicine*, 2 (105), 145-150.
- Whitehead, J. R. (1995). A study of children's physical self-perceptions using an adapted physical Self-Perception Profile Questionnaire. *Pediatric Exercise Science* (7), 132-151.
- Who. (2003). Obesity and Overweight. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*.
- WHOQOL, G. (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a Quality of Life assessment instrument. *Quality of Life Research* (2), 153-159.
- Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* (18(3)), 218-229.
- A Report of, S. G. (1996). Φυσική δραστηριότητα και υγεία: Μια σύνοψη. *Κινησιολογία* (2), 125-128.
- Αντωνακούδης, Γ., & Αντωνακούδης, Χ. (2003). Η αντιαθροματική δράση της άσκησης. *Ιπποκρέτεια*, 1 (7), 3-11.
- Θεοδωράκης, Γ. (1999). Σωματική εικόνα, σωματική κάθελξη και ψυχική υγεία. *Αθλητική Απόδοξη και Υγεία* (1), 91-110.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (3), 239-248.
- Θεοδωράκης, Γ., Δογάνης, Γ., & Μπαγιάτης, Κ. (1990). Αξιολόγηση της Σωματικής Κάθελξης γυναικών που συμμετέχουν σε προγράμματα αθλητισμού για αναψυχή. *Ψυχολογικά Θέματα* (3), 49-63.
- Μαλκογεώργος, Α., Μαυροβουνιώτης, Φ., & Αργυριάδου, Ε. (2007). Το φαινόμενο παχυσαρκίας σε μαθητές Β/θμιας

Εκπαίδευσης. 1 Πανελλήνιο Συνέδριο <<Σύγχρονος τρόπος ζωής και πρόληψη παθήσεων>> .

Μάλλιαρης, Π. (2001). Εισαγωγή στο Μαρκετινγκ. Γ΄ έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

Μαριδάκη, Μ. (2004). Άσκηση για καλύτερη ποιότητα ζωής. *Ένθετο εφημερίδας Έθνος* , 7-22. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μαυροβουνιώτης, Φ., & Αργυριάδου, Ε. (2005). Η διερεύνηση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 8 ετών. *Φυσική Αγωγή-Αθλητισμός-Υγεία (18-19)* , 175-187.

Μπενέτου, Α., Κωφού, Γ., Ζήση, Β., & Θεοδώρακης, Γ. (2008). Η σχέση του σωματικού βάρους, του βαθμού ενασχόλησης με την άσκηση και της σωματικής κάθαρσης, με την εικόνα σώματος σε κορίτσια ηλικίας 15-25 ετών. *Αναζητήσεις στη Φυσική και τον Αθλητισμό* , 1 (6) , 47-5.

Νικολόπουλος, Γ. (1990). Σωματική αύξηση και βιολογική ωρίμανση, νεαρών προπονούμενων κολυμβητών. *Αδημοσίευτη Διδακτορική διατριβή* . Αθήνα.

Πατσικά, Γ., Μαυροβουνιώτης, Φ., Αργυριάδου, Ε., & Πίκουλα, Ι. (2007). Η διερεύνηση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας σε νήπια και πρόνηπια . 3 *Forum για την φυσική αγωγή* . Κομοτηνή.

Τζινιέρη, Κ. Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Αντωνοπούλου, Β. (2003). Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής. *Ερωτηματολόγιο WhoQol-100* . Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Χιώτης, Δ., Τσίφτης, Γ., Χατζησυμεών, Μ., Μανιάτη-Χρηστίδη, Μ., Κρίκος, Ξ., & Δάκου-Βουτετάκη, Α. (2003). Ανάστημα και σωματικό βάρος ελληνοπαίδων ηλικίας 0-18 ετών: σύγκριση με δεδομένα μελέτης 1978-1970. *Ενδοκρινολογική Μονάδα Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών* .

Χριστοδούλος, Α., Κάμτσιος, Σ., & Πέγιος, Χ. (2003). Κινητική ανάπτυξη και παχυσαρκία σε παιδιά του δημοτικού σχολείου. *Πρακτικά 4 Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας Αθλητικής Επιστήμης* .

Χριστόδουλος, Α., Κάμτσιος, Σ., & Πολυκράτης, Μ. (2005). Σύγκριση επιδόσεων 8-χρονών αγοριών και κοριτσιών σε επιλεγμένες παραμέτρους της φυσικής κατάστασης. *Πρακτικά του 13 Συνεδρίου Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού* .

