



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΚΠΑ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΙ
ΑΘΗΝΩΝ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α. ΖΕΡΒΟΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ
(MINDFUL EATING) ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑΣ (MINDFULNESS)

ΑΘΗΝΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. Παχυσαρκία μια παγκόσμια επιδημία	4
1.2. Ορισμός παχυσαρκίας.....	5
1.3. Συνέπειες παχυσαρκίας	5
1.4. Παχυσαρκία στην Ελλάδα.....	8
1.5. Αίτια υπερβαρότητας και παχυσαρκίας.....	9
1.6. Η διατροφή ως συμπεριφορά.....	13
1.6.1. Συμπεριφορικό προφίλ υπερφάγων	14
1.7. Το στίγμα της παχυσαρκίας.....	17
1.8. Αντιμετώπιση προβλήματος.....	18
1.8.1.Συμπεριφορικές παρεμβάσεις	23
1.8.2. Παρεμβάσεις συνειδητότητας (MBI)	24
1.9. Από την αυτοσυμπόνια (selfcompassion) στην αυτοεκτίμηση.....	27
1.9.1. Αυτοσυμπόνια και διατροφική συμπεριφορά.....	29
1.9.2. Αυτοσυμπόνια ή αυτοκαλοσύνη(selfkindness);	29
1.9.3. Τεχνική αγάπης και καλοσύνης (LKM).....	29

2.ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. Θεωρητικό πλαίσιο.....	31
2.2. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις	32
2.3. Ανάπτυξη και υλοποίηση παρέμβασης.....	32
2.3.1. Στρατολόγηση.....	33
2.3.2. Περιεχόμενο παρέμβασης	34
2.3.3. Υλικό παρέμβασης.....	36
2.3.4. Αναλυτική δομή παρέμβασης.....	37
2.4. Μεθοδολογία.....	45
2.4.1. Μετρήσεις-Εργαλεία.....	45
2.4.2. Στατιστική ανάλυση.....	48
2.4.3. Αποτελέσματα.....	49
2.5. Αξιολόγηση παρέμβασης.....	74

2.6. Συζήτηση.....	80
2.7. Συμπεράσματα.....	85
2.8. Δυνατά σημεία και περιορισμοί.....	87

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ερωτηματολόγια.....	90
Έντυπο αξιολόγησης παρέμβασης	99
Πρόσκληση προγράμματος	101
Ενημερωτικό έντυπο.....	102
Αφίσα Δήμου Γαλατσίου.....	103
Ιστοσελίδα projectEATT*.....	104
Έντυπο με βασικές πληροφορίες	105
Έντυπο συναίνεσης.....	106
Φυλλάδιο παρέμβασης.....	108
Έντυπο(φόρμα) καταγραφής γευματικής επίγνωσης.....	109
Έντυπο(φόρμα) καταγραφής τεχνικών επίγνωσης	110
Έντυπο (φόρμα) καταγραφής συναισθημάτων.....	111
Περίληψη.....	112
Βιβλιογραφία	114
Μαρτυρίες συμμετεχόντων.....	124
Λογότυπο παρέμβασης.....	125

1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1.ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΑ

Η Διεθνή Ομάδα Δράσης(International Obesity Task Force, IOTF) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχουν διακηρύξει την παχυσαρκία, ως την επιδημία του 21 αιώνα. Η παχυσαρκία παγκοσμίως έχει διπλασιαστεί από το 1980. Το 2014 με στοιχεία του ΠΟΥ, 1,9 δισεκατομμύρια ενήλικες (39%) παγκοσμίως, ήταν υπέρβαροι. Από αυτούς τα 600 εκατομμύρια (13%) ήταν παχύσαρκοι. Επιπλέον 41 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 5 ετών, ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα το 2014 (WHO, 2016). Αυτή η επιδημία προκαλεί το παγκόσμιο ενδιαφέρον γιατί έχει επιβλαβή επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, επιβάλλει μεγάλο οικονομικό κόστος και έχει συνεχή αύξηση(Racette et al. 2003; OEDC, 2017). Είναι συνδεδεμένη με υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα, επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, ενώ ευνοεί τις επικρατούσες χρόνιες ασθένειες όπως: διαβήτη τύπου II, καρδιαγγειακά νοσήματα, μυοσκελετικές παθήσεις και ολοένα μεγαλύτερο αριθμό καρκίνων (Serra-Majem L. & Castano-Bautista I., 2013).

Τα αποτελέσματα της παγκοσμίας έρευνας, MONICA

(Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease - WHO, 2000), συμπεράναν ότι:

- ο επιπολασμός της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας αυξάνεται παγκόσμια σε ανησυχητικό βαθμό
- σε πολλές αναπτυγμένες χώρες η παχυσαρκία συνυπάρχει με την υποθρεψία. Αποτελεί μη κοινή διαπίστωση για την Αφρική και την Ασία και αναφέρεται περισσότερο σε αστικούς πληθυσμούς
- οι γυναίκες έχουν υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας σχετικά με τους άνδρες, ενώ οι άντρες, ίσως είναι περισσότερο υπέρβαροι.

Στην έρευνα MONICA συλλέχθηκαν στοιχεία από 6 περιφέρειες: Αμερική, Ασία, Νοτιοανατολική Ασία, Ευρώπη, Δυτική Μεσόγειο και Δυτική Ωκεανία.

Ειδικότερα στην Ευρώπη η παχυσαρκία είναι πιο συχνή ειδικότερα στις γυναίκες των νοτιοδυτικών χωρών. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις χώρες της Ευρώπης με βάση τα δεδομένα της MONICA κυμαίνονται από 10-20% στους άντρες και 10-25%

στις γυναίκες. Με βάση την ίδια έρευνα και παρόλο τα στοιχεία που αφορούν τα παιδιά και τους εφήβους δεν είχαν συνοχή, φάνηκε πως ο επιπολασμός της παχυσαρκίας και σ' αυτό τον ηλικιακό πληθυσμό να είναι αυξημένος. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) η παιδική υπερβαρότητα και παχυσαρκία αποτελεί το 44% (OECD, 2016). Με βάση μετρήσεις του ίδιου οργανισμού στην χώρα μας, το 2012, υπολόγισε πως το 18,5% των γυναικών και 17,7% των ανδρών, είναι παχύσαρκοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλήνιας έρευνας ΥΔΡΙΑ (2016), σε σύνολο 4011 συμμετεχόντων, επτά στους δέκα ενήλικες είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, με τους άνδρες να είναι συχνότερα υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (78%) και τις γυναίκες λίγο λιγότερο (68%). Το ποσοστό των ατόμων με κανονικό Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) μειώνεται, καθώς αυξάνεται η ηλικία.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Παχυσαρκία ορίζεται, ως το πλεόνασμα λιπώδους ιστού, στο σώμα πέρα των φυσιολογικών ορίων. Το βασικότερο κριτήριο μέτρησης της παχυσαρκίας στον πληθυσμό, είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος ισούται με το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά διά το τετράγωνο του αναστήματος σε μέτρα (kg/m^2). Ωστόσο ο ΔΜΣ, δεν δηλώνει την κατανομή του λίπους στο ανθρώπινο σώμα, γεγονός που διαφοροποιεί τον κίνδυνο υγείας, σε άτομα ή πληθυσμούς. Το κοιλιακό λίπος, αποτελεί έντονα παράγοντα κινδύνου και σχετίζεται με τις αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Στην παχυσαρκία ο $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$. Η παχυσαρκία διαχωρίζεται σε πρώτου βαθμού, $\Delta\text{Μ}\Sigma 30.0\text{-}34.9 \text{ kg/m}^2$, δευτέρου βαθμού, $\Delta\text{Μ}\Sigma 35.00\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$ και τρίτου βαθμού, $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 40.0 \text{ kg/m}^2$. Στην υπερβαρότητα ο ΔΜΣ κυμαίνεται από $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ (WHO 2000; NICE 2016).

1.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Σύμφωνα με τις εκθέσεις του Institute of Medicine (IOM, 2010), του ΠΟΥ (2000 & 2011) και την ανασκόπηση των Shaw et al. 2006, η παχυσαρκία σχετίζεται με την εμφάνιση μεγάλου αριθμού νοσημάτων όπως:

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Η παχυσαρκία προδιαθέτει το άτομο σε πολλούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνοντας την υπέρταση, αυξημένη χοληστερόλη και αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με την θνησιμότητα και την θνητότητα που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Καρκίνος

Ένα πλήθος ερευνών δηλώνει συσχέτιση της υπερβαρότητας και την επίπτωση στο καρκίνο, ιδιαίτερα των ορμονοεξαρτούμενων και αυτών, του γαστρεντερικού. Μεγαλύτερος κίνδυνος, για καρκίνο του ενδομητρίου και του καρκίνου του στήθους μετά την εμμηνόπαυση παρατηρήθηκε σε παχύσαρκες γυναίκες (Shaw et al. 2006). Ωστόσο παραμένει αδιευκρίνιστο για το αν η εμφάνιση καρκίνου στις παχύσαρκες γυναίκες, οφείλεται στο είδος της τροφής, που ευνοεί την αύξηση βάρους ή στην καθ' αυτή αύξηση του λιπώδους ιστού. Η φυσική δραστηριότητα συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση καρκίνου του εντέρου στους άντρες όπως και στις γυναίκες. Ο καρκίνος του μαστού και των γεννητικών οργάνων, εμφανίζεται σε μικρότερη συχνότητα σε γυναίκες που έκαναν αθλητισμό σε νεαρή ηλικία σε σχέση με λιγότερο δραστήριες γυναίκες.

Σακχαρώδης διαβήτης

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και του κινδύνου εμφάνισης μη ινσουλινοεξαρτούμενου διαβήτη (Shaw et al. 2006). Αυτό έχει παρατηρηθεί τόσο σε συγχρονικές, όσο και σε προοπτικές μελέτες, ενώ παρατηρείται μείωση του κινδύνου εμφάνισης με την μείωση του σωματικού βάρους. Το ιστορικό παιδικής ή εφηβικής παχυσαρκίας, η προοδευτική αύξηση βάρους μετά τα 18, το οικογενειακό ιστορικό, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η ανθυγιεινή διατροφή, αποτελούν παραμέτρους που ενισχύουν την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη.

Χολολιθίαση

Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την χολολιθίαση σε γυναίκες και άντρες και εμφανίζεται τρεις με τέσσερις φορές συχνότερα, από ότι σε πληθυσμό με φυσιολογικό βάρος.

Ενδοκρινολογικές και μεταβολικές διαταραχές που συνδέονται με την παχυσαρκία

Αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο ρόλος της ινσουλίνης καθορίζει την εναπόθεση του λιπώδους ιστού και την ενεργοποίηση της λιπόλυσης. Η ινσουλίνη εξισορροπεί τον μεταβολισμό της γλυκόζης, περισσότερο από ότι επηρεάζει τον μεταβολισμό των λιπιδίων. Η διαταραχή της μεταγευματικής απόκρισης στην ινσουλίνη, οδηγεί σε κατάσταση δυσλιπιδαιμίας. Η φυσική άσκηση βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη μέσω της μείωσης του σωματικού βάρους και της καρδιαναπνευστικής προσαρμογής.

Αναπαραγωγικό σύστημα

Ο λιπώδης ιστός επηρεάζει την συγκέντρωση των ορμονών του αναπαραγωγικού συστήματος. Η ανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και η οιστραδιόλη, αυξάνονται ενώ η γλοβουλίνη μειώνεται, προκαλώντας διαταραχή στην ωορρηξία, αύξηση των ανδρογόνων και των ορμονοσχετιζόμενων καρκινωμάτων. Μεμέτρια παχυσαρκία συνδέεται και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Μεταβολικό σύνδρομο

Τα παχύσαρκα άτομα, συχνά χαρακτηρίζονται από ένα δυσλιπιδαιμικό προφίλ που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων στο αίμα, χαμηλά επίπεδα HDL ενώ τα επίπεδα LDL (apoB- lipoprotein) είναι αυξημένα. Στον παχύσαρκο πληθυσμό το ενδοκοιλιακό λίπος είναι υψηλό και σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Οστεοαρθρίτιδα και αρθρίτιδα

Ιδιαίτερα στις γυναίκες, μετά την εμμηνόπαυση λόγω μεγάλου σωματικού φόρτου στα γόνατα και των μεταβολικών προβλημάτων που προκύπτουν λόγω της αυξημένου λίπους στο σώμα καθώς επίσης και της κατανάλωσης λιπαρών τροφών.

Αναπνευστικά προβλήματα,

όπως υπνική άπνοια όπου συμβαίνει σε περισσότερους από το 10% σε γυναίκες και άνδρες με ΔΜΣ άνω του 30, ενώ το 65-75% των ανθρώπων με αποφρακτική υπνική άπνοια, είναι παχύσαρκοι.

Ψυχολογικά προβλήματα

Παρόλο που η παχυσαρκία είναι κατάσταση του σώματος, τα κοινωνικά στερεότυπα που σχετίζονται με την αισθητική ή την εικόνα της σωματικής υγείας, δημιουργούν προβλήματα στην ψυχολογία των παχύσαρκων, όπως η κοινωνική προκατάληψη και ο διαχωρισμός. Συχνοί είναι οι χαρακτηρισμοί, ακόμα και σε μικρές ηλικίες όπως «οκνηρούς», «βρώμικους», «χαζούς» κ.α. Αντίστοιχη αντιμετώπιση μπορεί να βιώσουν τα παχύσαρκα άτομα και από επαγγελματίες υγείας, γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Ιδιαίτερα στις γυναίκες εμφανίζεται και μη ικανοποίηση σε σχέση με την εικόνα σώματος, ειδικά γυναικών, μέσου και υψηλού οικονομικού επιπέδου και μεταξύ αυτών, που έχουν υπάρξει παχύσαρκες στην παιδική τους ηλικία. Επιπλέον οι διαταραχές πρόσληψης τροφής όπως η αδηφαγική διαταραχή (επεισοδιακή υπερφαγία) είναι συχνή σε παχύσαρκα άτομα και το 30% αυτών ζητούν συχνά ιατρική βοήθεια προκειμένου να την διαχειριστούν. Οι παχύσαρκοι αδηφάγοι, έχουν χειρότερη διάθεση και πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και μεγαλύτερη πιθανότητα να βγουν από μια διαδικασία προγράμματος έλεγχου βάρους που βασίζεται σε τροποποίηση συμπεριφοράς. Επίσης οι παχύσαρκοι αδηφάγοι ανακτούν πιο γρήγορα τα χαμένα κιλά σε σχέση με τους μη παχύσαρκους αδηφάγους. Το σύνδρομο νυχτερινής υπερφαγίας χαρακτηρίζει την κατανάλωση 25% ως 50 % των συνολικών θερμίδων μετά το βραδινό γεύμα. Το φαινόμενο είναι πιο οξύ σε φαινόμενα νοσηρής παχυσαρκίας και συνδέεται άμεσα με τις διαταραχές του ύπνου/υπνική άπνοια. Ωστόσο όλες οι παραπάνω διαταραχές δεν αποδεικνύεται πως αποτελούν τον πρωταρχικό ρόλο της ανακτήσης βάρους. Οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται πολύ με τις πεποιθήσεις και τα κοινωνικά στερεότυπα. Ωστόσο όταν και εφόσον κάνουν την εμφάνισή τους, αποτελούν δύσκολες ιατρικές περιπτώσεις και δύσκολα θεραπεύονται.

Υψηλότερη θνησιμότητα, όταν υπάρχει υπερβαρότητα ή παχυσαρκία.

1.4. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τον Απρίλιο του 2011 ο ΠΟΥ εξέδωσε αναφορά σχετικά με τα χρόνια, μη μολυσματικά, νοσήματα. Κάθε χώρα παρείχε πληροφορίες σχετικά με τους αριθμούς τα ποσοστά και τις αιτίες θανάτων, από τις μη μολυσματικές ασθένειες. Σ' αυτή την έκθεση οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την θνησιμότητα είναι:

- το καθημερινό κάπνισμα
- χαμηλή φυσική δραστηριότητα
- υψηλή αρτηριακή πίεση (συστολική >14mmHg και διαστολική >90mmHg)
- υψηλό σάκχαρο αίματος (126mg/dl)
- υπερβαρότητα ($\Delta\text{ΜΣ}>25\text{kg/m}^2$) και παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ}>30\text{kg/m}^2$)
- υψηλή χοληστερόλη (190mg/dl)

Αναφορικά με τα στοιχεία στην Ελλάδα με τα στοιχεία του 2008 που αναφέρονται στον έκθεση του ΠΟΥ, 2011 το 59,7% των αντρικού πληθυσμού ήταν υπέρβαροι και 47,9 των γυναικών, ενώ το 20,4% των ανδρών ήταν παχύσαρκοι και το 19,9% των γυναικών. Με βάση την έρευνα HellasHealthVI το 2015, το ποσοστό των υπέρβαρων ενηλίκων κυμαίνεται στο 41,5% και των παχύσαρκων στο 17,4% (Φερεκύδου, 2015). Οι προβλέψεις για την παχυσαρκία στον ενήλικο πληθυσμό (άνω 20 ετών) αναμένεται το 2020 να είναι 32% για τους άνδρες και 30% για τις γυναίκες, ενώ το 2030 αναμένονται τα ποσοστά αν αυξηθούν ακόμα περισσότερο σε 44% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες (ΠΟΥ, 2013). Να σημειωθεί πως αυτή η αύξηση βασίζεται και το γεγονός, πως ένα στα δύο αγόρια ηλικίας 10-12 ετών είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο στην Ελλάδα (OECD, 2016).

1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Τα αίτια της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας, είναι πολυπαραγοντικά. Με βάση το οικολογικό μοντέλο οι καθοριστικοί παράγοντες παρουσιάζονται ως ακολούθως:

Ενδοπροσωπικοί – ατομικοί παράγοντες

-Φύλο και ηλικία: Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνεται με την ηλικία και στα δύο φύλα, ενώ οι άντρες είναι πιο παχύσαρκοι από τις γυναίκες. Το φύλο μπορεί να δημιουργήσει προδιάθεση για παχυσαρκία. Στους άντρες λόγω υψηλότερου μεταβολισμού και της άλιπης μάζας σώματος η παχυσαρκία, απαντάται σε μικρότερο ποσοστό, από τις γυναίκες. Ιδιαίτερα οι ορμονικές συνθήκες που επηρεάζουν τις γυναίκες πριν (κλιμακτήριο) και κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης έχουν επίδραση στο σωματικό βάρος (από 2-5 κιλά), το συνολικό σωματικό λίπος και στην κατανομή του σωματικού λίπους (Racetteetal. 2003). Επίσης η τεκνοποίηση επιδρά στο σωματικό βάρος. Γυναίκες που έχουν γεννήσει πολλά παιδιά, είναι συχνά παχύσαρκες. Γενικά οι γυναίκες έχουν την τάση να αυξάνουν το σύνθηδες σωματικό βάρος, με συγκεκριμένο αριθμό κιλών δύο χρόνια μετά τον τοκετό σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν τεκνοποιήσει (O'Rourke 2006).

-Η ύπαρξη παχυσαρκίας στα άτομα στην παιδική ηλικία, λόγω αυξημένου αριθμού λιποκυττάρων, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας και στην ενήλικη ζωή.

-Πολιτισμικό επίπεδο: Στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες υπάρχει αντίστροφος ανάλογη σχέση μεταξύ του πολιτισμικού επιπέδου και του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Στα παιδιά και τους εφήβους με βάση την έρευνα Enkidη υπερβαρότητα εξαρτάται ειδικά στα κορίτσια, από το πολιτισμικό επίπεδο της μητέρας (SerraMajemetal., 2001)

-Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο: Η χαμηλή κοινωνικό οικονομική κατάσταση είναι άμεσα συνδεδεμένη με αυξημένο ρίσκο τόσο στην ψυχική όσο και την σωματική υγεία. Η παχυσαρκία, ο διαβήτης τύπου II και η παχυσαρκία έχουν αντίστροφη σχέση με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού (Eversonet al. 2002; Racetteetal., 2003)

-Φυσική δραστηριότητα: Η παχυσαρκία είναι πιο συχνή σε άτομα που κάθονται περισσότερο σε σχέση με αυτούς που έχουν μια τακτική κίνηση (Racetteet. al. 2003). Λιγότερα πεζοδρόμια, μειωμένη εκπαίδευση αναφορικά με φυσική αγωγή και αύξηση των δραστηριοτήτων που συνδέεται με την καθιστική ζωή όπως είναι η περιήγηση στο διαδίκτυο, η τηλεόραση, τα videogames. Η τεχνολογία που έχει απλοποιήσει την

καθημερινότητα, αλλά παράλληλα μειώνει την φυσική δραστηριότητα(Wright&Aronne, 2012).

-Διατροφή:Υψηλός κίνδυνος παχυσαρκίας υπολογίζεται στα άτομα με χαμηλή κατανάλωση, φρούτων και λαχανικών και υψηλή πρόσληψη λιπιδίων, ειδικά κορεσμένων. Επίσης και η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με την υπερβαρότητα(Racetteetal. 2003). Συχνή κατανάλωση τροφών υψηλής θερμιδικής και χαμηλής θρεπτικής αξίας σχετίζεται με την υπερβαρότητα και την παχυσαρκία (Shawetal. 2006;Wright&Aronne, 2012)

-Διακοπή καπνίσματος:Αυξημένος ΔΜΣ παρατηρείται σε άτομα που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Έρευνες δείχνουν ότι ένας μέσος όρος αύξησης σωματικού βάρους που προκαλείται είναι 4.4 κιλά για τους άντρες και 5 κιλά για τις γυναίκες που διέκοψαν το κάπνισμα μέσα στα τελευταία 10 χρόνια.

-Ύπνος:Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως η μικρή διάρκεια ύπνου σχετίζεται με την ανάπτυξη παχυσαρκίας, τόσο στα παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή (Wright&Aronne, 2012)

-Εντερική χλωρίδα:Πρόσφατα η εντερική χλωρίδα συνδέθηκε με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας εφόσον ευνοούν τις μεταβολικές διεργασίες πέψης και απορρόφησης των φυτικών ινών και των λιπαρών οξέων καθώς επίσης επηρεάζουν την ορμονική ρύθμιση του οργανισμού και προφυλάσσουν το έντερο από φλεγμονές.

-Διατροφή και συναισθήματα:Σε μεγάλη ανασκόπηση που έγινε από τους Kaplan&Kaplan,1957, διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη αιτία στις περισσότερες περιπτώσεις παχυσαρκίας είναι η ψυχολογικά ορισμένη υπερφαγία. Εν συνεχεία στην ανασκόπηση του GanleyR., 1989, που καλύπτει 30 χρόνια βιβλιογραφίας καταδεικνύει πως ότι η κατανάλωση φαγητού για συναισθηματικούς λόγους, είναι πολύ συχνή σε παχύσαρκους που αναζητούν θεραπεία. Επίσης ο βαθμός της συναισθηματικής κατανάλωσης τροφής, σχετίζεται με το κοινωνικό επίπεδο και τον βαθμό παχυσαρκίας και είναι δύσκολο να διακριθεί μιας και εκδηλώνεται με πολλούς τρόπους. Το σωματικό βάρος των ατόμων είναι πιθανό να επηρεάζεται περισσότερο από την τάση προς το συναισθηματικό φαγητό παρά από την ανταπόκριση στα

εξωτερικά ερεθίσματα (Strienetal. 2009). Η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών οφείλεται εκτός από τα εξωτερικά ερεθίσματα και στο γεγονός ότι αποτελεί ένα τρόπο αποφυγής και διαχείρισης συναισθημάτωνόπως η βαρεμάρα, το άγχος ή απογοήτευση (Cleobury&Tapper, 2014; Byrneetal. 2003).

-Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες:Ογονότυπος επηρεάζει την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Η σύσταση του σώματος, η κατανομή του λιπώδους ιστού και ο βασικός μεταβολισμός, μπορούν να αποτελέσουν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη παχυσαρκίας (Spitzer&Rodin, 1981;Racetteetal. 2003).Έχοντας κάποιος, γονείς παχύσαρκους, αυξάνεται η πιθανότηταεμφάνισης παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. ΟΔΜΣ των γονιών όταν το παιδί είναι μέχρι και 5 ετών,μπορεί να επηρεάσει την πρόληψη της παχυσαρκίας. Τόσο ο διατροφικός περιορισμός ή ελεύθερη κατανάλωση τροφής επιδρά στην διαμόρφωση των διατροφικών προτύπων και εμπειριών στην παιδική ηλικία (Serra-MajemL. &Castano-BautistaI., 2013).

Ωστόσο η γενετική προδιάθεση δεν αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για την εκδήλωση παχυσαρκίας. Το περιβάλλον και η συμπεριφορά του ατόμου είναι αυτά που παίζουν καθοριστικό ρόλο.

-Ασθένειεςκαιφαρμακευτικήαγωγή: Κάποιες ασθένειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση βάρους ή παχυσαρκία. Φάρμακαόπωςστεροειδή (ορμόνες), αντικαταθλιπτικά, αγωγή για την υπέρταση και τον διαβήτη, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση βάρους. Επίσηςηέκθεσησεχημικέςουσίεςμπορεί να επηρεάσει το σωματικό βάρος (CentersforDiseaseControlandPrevention; Wright&Aronne, 2012).

Κοινοτικοί παράγοντες και δημόσια πολιτική

-Διατροφικό περιβάλλον:Η ευκολία, η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση στην τροφή, μέσω καταστημάτων τροφίμων ή εστιατορίων, είναι συνδεδεμένη με την παχυσαρκία σύμφωνα με την ανασκόπηση της HolsteinJ.,2008.Συσκευασμένες τροφιμα και κατεργασμένες τροφές ευνοούν την ευκολία στην κατανάλωση κακής ποιότητας τροφής, ενισχύοντας τον γρήγορο και εύκολο τρόπο ζωής (Wright&Aronne, 2012)

-Κοινωνικό δίκτυο: ΣεάρθροτουChristakisetal. 2007 και με στοιχεία της προοπτικής μελέτης FraminghamHeathStudy, έδειξε πως η πιθανότητα ενός ατόμου να γίνει παχύσαρκος αυξάνεται κατά 57% αν υπάρχει κάποιος φίλος στο περιβάλλον που να είναι παχύσαρκος. Στα ενήλικα αδέρφια αν ο ένας είναι παχύσαρκος, υπάρχει πιθανότητα 40% για παχυσαρκία στον άλλο. Αν στο ζευγάρι ο ένας σύζυγος γίνει παχύσαρκος υπάρχει πιθανότητα 37% και ο άλλος να γίνει παχύσαρκος. Άτομα του ίδιου φύλου έχουν σημαντικά μεγαλύτερη επιρροή σε σχέση με αυτά του αντιθέτου φύλου. Το φαινόμενο της διασύνδεσης φαίνεται να σχετίζεται με βιολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας και επιπλέον, η παχυσαρκία, φαίνεται να εξαπλώνεται μέσω των κοινωνικών δεσμών(Wright&Aronne, 2012).

-Περιβάλλον: λιγότεροι χώροι πρασίνου σε αστικά περιβάλλοντα μειώνουν τη δυνατότητα για άσκηση, τις μετακινήσεις με τα πόδια ή το ποδήλατο λόγω και μειωμένης ασφάλεια σε δρόμους και πεζοδρόμια (Shawetal. 2006)

-Διαφημίσεις, τάσεις: ωθούν στην κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και αναψυκτικών που είναι ιδιαίτερα υψηλής θερμιδικής αξίας (O'Rourkeetal. 2006)

-Ενδοκρινολογικοί παράγοντες και περιβαλλοντικές επιβαρύνσεις:βιομηχανικά παράγωγα όπως ταπολυχλωριωμέναδιφαινύλιαπου χρησιμοποιούνται ως διηλεκτρικά υγρά σε πυκνωτές και μετασχηματιστές καθώς σαν πρόσθετα χρωμάτων, μελανιών και πλαστικών και το διχλωροδιφαινυλτριχλωροαιθάνιο (DDT) που χρησιμοποιείται ως εντομοκτόνο σε σπίτια και καλλιέργειες. Αυτά τα χημικά παράγωγα σχετίζονται τόσο με την εμφάνιση διαφόρων τύπου καρκίνου , αλλά επιδρούν και στο ενδοκρινολογικό σύστημα και σχετίζεται με την εμφάνιση παχυσαρκίας (Wright&Aronne 2012)

-Πολιτική τιμών και φόρων στα τρόφιμα: επηρεάζουντην συμπεριφορά των καταναλωτών, συμβάλλοντας στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Wright&Aronne 2012)

1.6.Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η διατροφική συμπεριφορά μελετάται με σκοπό να κατανοήσουμε την ρύθμιση του σωματικού βάρους και να αναπτύξουμε γευματικές στρατηγικές ελέγχου που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για την απώλεια ή τουλάχιστον διατήρηση του σωματικού βάρους. Η γευματική συμπεριφορά είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη διαδικασία εμπερικλείοντας πολλούς παράγοντες. Η γνώση, η γεύση και το περιβάλλον επηρεάζουν την γευματική συμπεριφορά. Τα διάφορα γνωστικά σχήματα σε σχέση με την τροφή μπορεί να διεγείρουν και να επηρεαστούν και από ψυχολογικούς μηχανισμούς. Όλες οι έρευνες δείχνουν πως περισσότερο φαγητό καταναλώνεται όταν αυτό είναι γευστικό και έχει διαφορετική πέψη/μεταβολισμό στους υπέρβαρους απ' ό,τι στα άτομα, κανονικού βάρους. Επίσης, η στέρηση γεννά μεγαλύτερη επιθυμία, για κατανάλωση τροφής κάτι που συμβαίνει μετά από απώλεια βάρους. Το γευματικό στυλ έχει να κάνει με τις παρακάτω παραμέτρους:

- συνολικό αριθμό μπουκιάς,
- το μέγεθος της μπουκιάς
- τον αριθμό του μασήματος της κάθε μπουκιάς
- την διάρκεια του κάθε μασήματος,
- τον αριθμό μασημάτων σε όλο το γεύμα συνολικά,
- τις τυχόν χρονοκαθυστερήσεις λόγω συμπεριφοράς
- τον τρόπο διατροφής (χέρι, πιρούνι, chopsticks),
- το υπόλοιπο στο πιάτο,
- το πόσες φορές μιλά κανείς στην διάρκεια του γεύματος

(Spitzel&Rodin, 1981; Bays, 2009). Το γευματικό μοντέλο διατροφής σχετίζεται με το σωματικό βάρος, όχι όμως απόλυτα και αναλογικά.

1.6.1. ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΥΠΕΡΦΑΓΩΝ

Το σημαντικότερο αίτιο, στις περισσότερες περιπτώσεις παχυσαρκίας, είναι η υπερφαγία (Ganley, 1989). Η υπερφαγία αποτελεί μια αποδεκτή συμπεριφορά του ανθρώπου από την αρχαιότητα. Από τα ρωμαϊκά όργια, μέχρι τις εκάστοτε γιορτές, η υπερφαγία αποτελεί στοιχείο προσωπικής ευχάριστης. Ωστόσο η σύγχρονη θεώρηση της παθολογικής υπερφαγίας κυμαίνεται, από αυτή της περιορισμένης σε έκταση, στους χρόνιους διαιτώμενους, μέχρι την υπερβολική σε όγκο υπερφαγία, από αυτούς που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία. Σε πολλές περιπτώσεις, η υπερφαγία, αποτελεί

το αποτέλεσμα θερμιδικού περιορισμού , συμπεριλαμβανομένου και της δίαιτας. Οι δίαιτες πολλές φορές αποτυγχάνουν, λόγω ύπαρξης υπερφαγικών επεισοδίων. Το να κάνει κάποιος δίαιτα, είναι τόσο κοινό στην σύγχρονη κοινωνία που καταλήγει να αποτελεί κανόνα. Οι διαιτητικές συμπεριφορές είναι περισσότερες κοινές στις γυναίκες και ξεκινούν από μικρή ηλικία. Το σημαντικό τόσο για την βουλιμία, όσο και την δίαιτα , είναι πως παρόλο που τα άτομα προσπαθούν να μην τρώνε καθόλου ή να τρώνε όσο δυνατόν λιγότερο, αρκετές φορές είναι αυτές που τα υπερφαγικά επεισόδια εμποδίζουν αυτήν την προσπάθεια (Strienetal. 2008). *Παρόλο που ο αριθμός των ανθρώπων που κάνουν δίαιτα, συνεχώς αυξάνεται, το ποσοστό των παχύσαρκων συνεχώς αυξάνεται, παρόλο που η βελτίωση της εικόνας σώματος είναι το ζητούμενο.*

Ο όρος βουλιμία, αναφέρεται σ' εκείνη την διατροφική διαταραχή που έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά: α. γρήγορη κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής σε διαφορετικές στιγμές, β. αίσθηση απώλειας ελέγχου σ' αυτά τα υπερφαγικά επεισόδια γ. τακτικά τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία, προκαλούν εμετό στον εαυτό τους με σκοπό τον θερμιδικό περιορισμό, χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά, ακολουθούν αυστηρές δίαιτες ή και νηστεία προκειμένου να μην αυξηθεί το βάρος τους.

Η επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating) αναφέρεται σε εκείνη την διατροφική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα του «σπασίματος» των διαιτητικών περιορισμών, άσχετο αν αποτελεί τμήμα ενός ευρύτερου βουλιμικού μοντέλου. Το υπερφαγικό επεισόδιο συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη, θυμό και μοναξιά (Sojcheretal. 2012; Rosenbaum&White, 2015). *Οι χαρακτηριστικές συμπεριφορές και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των χρόνια διαιτώμενων, σε πολλές περιπτώσεις είναι ίδια μ' αυτά των ανθρώπων που πάσχουν από βουλιμία.* Η επεισοδιακή υπερφαγία συμβαίνει συχνά, ως μια προσπάθεια απόδρασης από την αυτογνωσία (selfawareness). Αυτό συμβαίνει γιατί οι επεισοδιακοί υπερφάγοι χαρακτηρίζονται από υψηλά standards, υψηλούς στόχους, ιδέες και προσδοκίες. Η σύγκριση του εαυτού τους σε σχέση μ' αυτά τα standards αποτελεί τμήμα της αυτογνωσίας. Όσο πιο υψηλούς στόχους έχουν τόσο μεγαλύτερη και η πιθανότητα αποτυχίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εστιάζουν περισσότερο στα λάθη, την ανεπάρκεια και τις ελλείψεις τους και να κατηγορούν συχνά τον εαυτό τους. Μ' αυτό

τον τρόπο μειώνεται η αυτοεκτίμηση τους, δημιουργώντας αρνητικά συναισθήματα, άγχους, θυμού, κατάθλιψης και βαρεμάρας. Σ' αυτή την συναισθηματική κατάσταση συμβαίνουν συνήθως τα υπερφαγικά επεισόδια, ως αποτέλεσμα ενός μηχανισμού απόδρασης (Byrne et al., 2004). Όταν είναι περιορισμένη η αυτογνωσία/αυτο-επίγνωση, υπάρχει μικρή αντίληψη των σωματικών αισθήσεων (Heatherton & Baumister, 1991; Ganley, 1989). Η επεισοδιακή υπερφαγία συμβαίνει ως ανταπόκριση και στην διαχείριση δυσάρεστων συνθηκών και καταστάσεων, ενισχύοντας όμως μ' αυτό τον τρόπο τα αρνητικά συναισθήματα, όπως την κατάθλιψη (Rosenbaum & White, 2013).

Σε περιπτώσεις θυμού αυξάνεται η παρορμητική διατροφή και τα σωματικά συμπτώματα της πείνας. Παρατηρείται γρήγορη και άτακτη κατανάλωση τροφής, χωρίς καθόλου φροντίδα, κατευθυνόμενη από τις τροφές που είναι διαθέσιμες. Το φαγητό εξυπηρετεί την ρύθμιση της συναισθηματικής κατάστασης. Ο βαθμός ανταπόκρισης σ' αυτού του είδους συναισθηματικής υπερφαγίας, εξαρτάται τόσο από τον χαρακτήρα του κάθε ανθρώπου, όσο και τις διαστάσεις του συναισθήματος. Αντίθετα, σε περιπτώσεις χαράς αυξάνεται η επιθυμία για ευχαρίστηση (ηδονή) της τροφής (Mucht & Simons, 2000). Στις περιπτώσεις της συναισθηματικής υπερφαγίας υπάρχει απουσία αντιληπτής πείνας και ως συμπεριφορά – η λήψη τροφής χωρίς πείνα – χαρακτηρίζει τα παχύσαρκα άτομα. Η λαχτάρα και η λιγούρα, παίρνει την θέση της σωματικής πείνας. Η συναισθηματική πείνα έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: α. είναι επεισοδιακή, β. συμβαίνει κρυφά, ιδιωτικά, μακριά από την οικογένεια ή τους φίλους, γ. οι τροφές που καταναλώνονται είναι υψηλές σε θερμιδική αξία και εμπεριέχουν συνήθως υδατάνθρακες, ενώ η επιλογή του είδους των τροφών, εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ανθρώπου. Η συνήθης επιλογή τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες μπορεί να οφείλετε σε ορμονική διαταραχή των επίπεδων της σεροτονίνης (Ganley, 1989; Wolever & Reardon, 2015).

Η κατάσταση της υπερφαγίας, συνοδεύεται επιπλέον με διάσπαση και θολή μνήμη. Άτομα με βουλιμία ισχυρίστηκαν κατά την υπερφαγία, να βιώνουν μία αποπροσωποποίηση και μη σύνδεση, με την πραγματικότητα, καθώς επίσης και πρόσκαιρη μείωση της αρνητικής διάθεσης και ευχαρίστηση, κατά την διάρκεια του επεισοδίου (Heatherton & Baumister, 1991).

1.7.ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Το NICE (National Institute for Health and Care Excellence) της Αγγλίας, στο νοσηρόγιο που εξέδωσε το 2014 αναφορικά με τις οδηγίες κατά τις παχυσαρκίες αναφέρει πως οι υπηρεσίες που παρέχονται και σχετίζονται με την διαχείριση βάρους θα πρέπει να συμβαίνουν με σεβασμό και μη κριτική. Το να κάνει κάποιος δίαιτα υπαγορεύεται κυρίως από τα κοινωνικά στερεότυπα, εφόσον η υπερβαρότητα δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή. Οι παχύσαρκοι θεωρούνται κοινωνικά, λιγότερο ευφυείς, δεν έχουν αυτοπειθαρχία, θέληση, είναι λιγότερο ανταγωνιστικοί, τσαπατσούληδες, τεμπέληδες, εξαρτητικοί, ότι είναι μοναχικοί, ντροπαλοί και δεν τους επιλέγουν εύκολα, για φίλους (Puhl & Heuer, 2009).

Σε έκθεση του ΟΟΣΑ 2017, επισημαίνεται, η κοινωνική ανισότητα αναφορικά με την παχυσαρκία. Οι παχύσαρκοι έχουν λιγότερες επαγγελματικές ευκαιρίες σε σχέση με του κανονικού βάρους ανθρώπους και λιγότερες ευκαιρίες επαναπρόσληψης. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση από το 2000-2008, των Puhl & Heuer (2009), καταδεικνύει ότι η προκατάληψη αναφορικά με το σωματικό βάρος δημιουργεί ανισότητα στο εργασιακό περιβάλλον, στην παροχή υγειονομικής φροντίδας, την εκπαίδευση και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η τηλεόραση μέσω των διαφημίσεων και οι κινηματογραφικές ταινίες, δημιουργούν στα στερεότυπα και διαμορφώνουν την κοινή συνείδηση αναφορικά με την παχυσαρκία. Η διαστρέβλωση ή μη επαρκή γνώση των πολυπαραγοντικών αιτιών της παχυσαρκίας από τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας αλλά και τους μη ειδικούς, ενισχύει την τελικά εσφαλμένη άποψη για την μη ικανότητα των παχύσαρκων, «απλά» να επιβληθούν στον εαυτό τους και να χάσουν βάρος.

Το κοινωνικό στίγμα είναι ορατό και ο φόβος της υπερβαρότητας είναι υπαρκτός και έντονος, κατά την έναρξη διαιτητικών συμπεριφορών και της βουλιμίας (Bresler, 1988). Επακόλουθο της, είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή αυταρέσκεια. Αντίθετα αυξάνεται η δυσφορία, το πόσο ελκυστικοί νιώθουν, και μειώνεται το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητας και η αυτοεκτίμηση. Οι γυναίκες

αντιμετωπίζουν τους εαυτούς τους ως αντικείμενα, και την σωμα τους να βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία αλλαγής (βελτίωσης). Η γυναίκες αποσυνδέονται από το σώμα τους, τις αισθήσεις και τα συναισθήματα. Το αίσθημα της ντροπής είναι υπαρκτό που με την σειρά του προοδευτικά, τις οδηγεί σε κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές και σεξουαλική δυσλειτουργία (Daubenmier, 2005).

Το στίγμα αναφορικά με το σωματικό βάρος είναι άμεσα συνδεδεμένο με υψηλό βιοχημικό στρες (αύξηση κορτιζόνης) ενισχύοντας εύλογα την κακή υγεία που σχετίζεται με τον σωματικό λίπος (Aphramor, 2015). Η βουλιμία είναι συνδεδεμένη με χρόνια άγχος, ενώ μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, δημιουργεί καταθλιπτική διάθεση και η μη αποδοχή του εαυτού (αυτοαπόρριψη). Η μη αποδοχή αποτελεί και το κατάλληλο υπόστρωμα στις μη λογικές πεποιθήσεις που έχουν τόσο όσοι έχουν βουλιμία και οι χρόνια διαιτώμενοι. Η ανάγκη να γίνουν κάποιοι άλλοι μέσω της αλλαγής στην εικόνα τους είναι πολύ έντονη. Αποδίδοντας όλα τα προβλήματα στην εικόνα τους, το αδύνατο σώμα φαντάζει γι' αυτούς να είναι η μόνη λύση (Heatherton & Baumeister, 1991; Baer et al., 2006).

Η προκατάληψη αναφορικά με το σωματικό βάρος συνδέεται και διαταραγμένη γευματική συμπεριφορά, όπως την επεισοδιακή υπερφαγία, την βουλιμία και την αποφυγή διατροφικού περιορισμού, και αποτελεί για τα άτομα με υπερβαρότητα και παχυσαρκία, ένας τρόπο διαχείρισης αυτού του στίγματος (Puhl & Heuer, 2009)

Οι επιστημονικά τεκμηριωμένες μη διαιτητικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν πως η αυτοεκτίμηση (αυταξία) σχετίζεται άμεσα με την καλή ποιότητα ζωής. Κάτω από αυτό το πρίσμα οι μη διαιτητικές πρακτικές, δεν υποστηρίζουν την μη δράση αναφορικά με το πρόβλημα. Αντιθέτως η αξιοπρέπεια, η αμοιβαιότητα και η εμπιστοσύνη που βιώνουν οι άνθρωποι όταν τους σέβονται, επηρεάζουν την αυτο-αποτελεσματικότητα αυτών των ανθρώπων (υπέρβαρων-παχύσαρκων) με αποτέλεσμα να ενισχύονται οι υγιεινές συμπεριφορές, ή η αναζήτηση τέτοιων συμπεριφορών (Aphramor, 2015).

1.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Με βάση την έκθεση του ΟΟΣΑ (OECD, 2017) για την παχυσαρκία, προβλέπεται σταθερή αύξηση αυτής μέχρι το 2030 με τους δείκτες να αυξάνονται ιδιαίτερα για την Αμερική (47%), το Μεξικό (39%) και την Αγγλία (35%). Χαρακτηριστική είναι η αυξητική τάση της παχυσαρκίας και σε χώρες όπως η Ελβετία και Κορέα που τα επίπεδα παχυσαρκίας όπου παραδοσιακά, κυμαίνονταν σε χαμηλά επίπεδα.

Σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι η επίτευξη και η διατήρηση μιας κλινικά σημαντικής απώλειας βάρους με απώτερο σκοπό την μείωση του κινδύνου των σχετιζόμενων νοσημάτων και των λειτουργικών περιορισμών. Μείωση σωματικού βάρους κατά 5% ή 10% από το αρχικό βάρος συνιστά σημαντικά όφελος για την υγεία του ατόμου. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία εξαρτάται από την διατήρηση του 10% της απώλειας για τουλάχιστον 1 χρόνο. Υπολογίζεται πως 21% των ενηλίκων που ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι είχαν επιτυχία στην διατήρηση του βάρους για τον πρώτο χρόνο, αλλά μακροπρόθεσμα, η επιτυχία μειώνεται. Ένα πλήθος θεραπευτικών σχημάτων είναι διαθέσιμα, όπως δίαιτες μειωμένης ενέργειας (θερμίδων), φυσική δραστηριότητα και άσκηση, τροποποίηση συμπεριφοράς, φαρμακευτική αγωγή και χειρουργικές επεμβάσεις. Η επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλαισίου εξαρτάται από τον βαθμό της παχυσαρκίας, από την συνοσηρότητα, τα παλαιότερα δοκιμασμένα σχήματα και τον βαθμό επιτυχίας τους καθώς επίσης και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικής ζωής του κάθε ατόμου (Racette et al. 2003). Σύμφωνα με την έκδοση του ΠΟΥ το 2000 για την πρόληψη και την διαχείριση της παχυσαρκίας, η αντιμετώπιση σε μια πολυπαραγοντική νόσο είναι εξίσου πολυδιάστατη. Είναι ξεκάθαρο πως το περιβάλλον και η κοινωνία επηρεάζουν την ενεργειακή πρόσληψη και την ενεργειακή δαπάνη και υπονομεύουν τον μηχανισμό διατήρησης σταθερού σωματικού βάρους. Η ευαισθησία και η ανταπόκριση των ατόμων σ' αυτές τις εξωγενείς πιέσεις επηρεάζονται, από γενετικούς και άλλους βιολογικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και η ορμονική κατάσταση.

Δημόσια πολιτική

-Διατροφικές ετικέτες στα τρόφιμα: Η ιδιαίτερη και χαρακτηριστική σήμανση των προϊόντων με υγιεινά χαρακτηριστικά αυξάνει την κατανάλωση αυτών των προϊόντων (OECD, 2017)

-Διαφημίσεις στα μαζικά μέσα επικοινωνίας: Η μαζικές επικοινωνιακές καμπάνιες έχουν την δυνατότητα να ενημερώνουν μαζικά πληθυσμούς και βοηθούν στην άμεση βελτίωση των διατροφικών συνηθειών του κοινού. Ωστόσο χρειάζεται να διαρκούν αρκετά προκειμένου να αλλάξουν την διατροφική συμπεριφορά (IOM, 2010; OECD, 2017)

-Νομοθεσία: Η Ιρλανδία υλοποίησε το πρόγραμμα πολιτικής για την παχυσαρκία “AHealthyWeightforIreland 2016-1015” όπου περιλαμβάνει νομοθεσία για τις ετικέτες στα τρόφιμα με τις θερμίδες των προϊόντων καθώς επίσης και ειδικό κώδικα που αφορά επικοινωνιακή στρατηγική και προώθηση της καμπάνιας (OECD, 2017)

-Οικονομική πολιτική: μέσω της επιβολής μεγαλύτερου φόρου στα τρόφιμα που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και λιπαρά (IOM, 2010)

-Χωροταξική αλλαγή: με την δημιουργία ασφαλών ποδηλατοδρόμων σε αστικές περιοχές, μονοπάτια πεζοπορίας και καλά διατηρημένα κλιμακοστάσια ως εναλλακτική στην χρήση των ασανσέρ (IOM, 1995)

-Ασφαλιστική κάλυψη (πρωτοβάθμια): δωρεάν παροχή συμβουλευτικής για διατροφή με σκοπό την πρόληψη ή την θεραπεία της παχυσαρκίας (AGDHA, 2005; IOM 2010)

Κοινοτικές παρεμβάσεις

-Τρόφιμα στα εστιατόρια. Η καταγραφή του θερμιδικού και θρεπτικού περιεχομένου στα μενού των εστιατορίων, επηρεάζει την επιλογή και την ποσότητα του γεύματος (IOM, 2010; OECD, 2017)

-Μέσα κοινωνικής δικτύωσης: Πρόσφατα έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται προγράμματα αγωγής υγείας με την χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή ειδικών εφαρμογών στα κινητά. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2014, η καμπάνια “Change4Life” μέσω της εφαρμογής “Befoodsmartapp” προσέγγισε τον πληθυσμό στόχο—γονείς μικρών παιδιών— με το 58% των ενηλίκων να επιλέγει γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά σε σύγκριση με το 26% αντίστοιχα της ομάδας ελέγχου (OECD,

2017). Το 2015 στην Ελβετία, δύο ραδιοφωνικοί σταθμοί διαφήμισαν την εβδομάδα φυσικής άσκησης “SRFbewegt”. Με την χρήση εφαρμογής στο κινητό και ιστοσελίδας περισσότεροι από 88.000 άτομα περπάτησαν περισσότερο από 1 εκατομμύριο χιλιόμετρα σε διάστημα μιας εβδομάδας (OECD, 2017)

-Αύξηση φυσικής δραστηριότητας: “Promoting Physical Activity Project” είναι η καμπάνια που ξεκίνησε η Τουρκία, παρέχοντας 275.000 ποδήλατα σε σχολεία, πανεπιστήμια και κοινότητες (OECD, 2017).

-Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία: μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων σίτισης και προσφοράς φρούτων στα σχολεία (IOM, 2010)

-Προγράμματα στο εργασιακό περιβάλλον: όπου οι ενήλικες περνούν τον περισσότερο χρόνο. Προγράμματα διατροφής, άσκησης, διακοπής καπνίσματος και μείωσης υπέρτασης εφαρμόζονται στην εργασία. Η εδραίωση διαλλείματος φυσικής άσκησης. Η συμμετοχή και παραμονή στα προγράμματα αυτά αποτελεί σημαντικό πεδίο ανάλυσης (AGDHA, 2005; IOM, 2010)

-Εκπαιδευτικά προγράμματα στοχευμένα στην κοινότητα, αναφορικά με την μείωση του σωματικού βάρους και τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς επίσης και τα οφέλη από την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (IOM, 1995)

Διαπροσωπικές παρεμβάσεις

-Προγράμματα βασισμένα στην οικογένεια: η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την διατροφική συμπεριφορά με πολλούς τρόπους όπως την προτροπή για τα γεύματα, την αγορά των τροφίμων, τις διατροφικές επιλογές.

Η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει το πλαίσιο για την πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας

Ενδο-προσωπικές/ατομικές παρεμβάσεις

-Διαιτητική αγωγή: μείωση θερμιδικής πρόσληψης και ποιοτική αλλαγή της διατροφής προαγωγή υγιεινών διατροφικών συνηθειών χαμηλή σε λιπαρά, υψηλή σε σύνθετους υδατάνθρακες, φρούτα και λαχανικά (NIH, 1998). Ωστόσο ο περιορισμός

της τροφής ως μεμονωμένη παρέμβαση δεν φαίνεται να αποτελεί ενδεδειγμένη μέθοδο (Sojcheretal. 2012)

-Φυσική δραστηριότητα: βοηθά στην μείωση του σωματικού λίπους, την καρδιοαναπνευστική ικανότητα και στην διατήρηση του σωματικού βάρους. Ήπια φυσική δραστηριότητα 30-45 λεπτά , 5 φορές την εβδομάδα ενδείκνυται (NIH,1998;WHO, 2010)

Ο συνδυασμός μειωμένης θερμιδικής πρόσληψης και φυσικής δραστηριότητας είναι αυτός που δημιουργεί τις καλύτερες προσαρμογές αναφορικά με την υπερβαρότητα.

-Συμπεριφορική αγωγή: βοηθώντας στην κινητοποίηση, ετοιμότητα και δέσμευση του «ασθενούς» στην θεραπεία απώλειας βάρους και στην διατήρηση του αποτελέσματος. Η τροποποίηση συμπεριφοράς περιλαμβάνει: α. διαδικασία αυτοπαρατήρησης με καθημερινή διατροφική καταγραφή, β.έλεγχος ερεθισμάτων μέσω της περιορισμένης έκθεσης σε συνθήκες που ευνοούν την κατανάλωση τροφής, γ. διατροφική ευελιξία και όχι απόλυτες διατροφικές επιλογές, δ.γνωσιακή ανακατασκευή: αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με την ρύθμιση του σωματικού βάρους, ε. διαπροσωπικές σχέσεις που βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες/προκλήσεις και αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης στην διαχείριση του βάρους, ζ. πρόληψη υποτροπής , μια διαδικασία με σκοπό την διατήρηση της θεραπευτικής διαδικασίας(NIH,1998; NICE 2016)

-Συνδυασμός θεραπειών: διαιτητικής θεραπείας, φυσικής δραστηριότητας, και συμπεριφορικής θεραπείας (NIH,1998; NICE 2016)

-Οι χειρουργικές επεμβάσεις συστήνονται σε περιπτώσεις με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 35$. Ωστόσο αυτές οι επεμβάσεις συχνά συνοδεύονται και από στεατορροία (λιπαρά και δύσοσμα κόπρανα), ανεπάρκειες σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, οστεοπόρωση, συνθήκες που απαιτούν την συχνή ιατρική παρακολούθηση και την χρόνια χρήση συμπληρωμάτων (NIH,1998; Racetteetal., 2003)

-Φαρμακευτική αγωγή: μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με δίαιτα και φυσική δραστηριότητα για ασθενείς με $\Delta\text{ΜΣ} > 30.0 \text{ kg/m}^2$ ή με $\Delta\text{ΜΣ} > 27.0 \text{ kg/m}^2$

όταν συνοσηρότητα ή παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενες με την παχυσαρκία (NIH, 1998)

Σκοπός όλων των παραπάνω δράσεων είναι η μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό, να βελτιωθούν οι διατροφικές συνήθειες, η άσκηση και άλλες δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία. Να αυξηθεί η γνώση, οι συμπεριφορές και η στάση αναφορικά με θέματα διατροφής και άσκησης, να μειωθούν νοσήματα που επηρεάζονται από την παχυσαρκία όπως η υπέρταση και ο διαβήτης και να τροποποιηθούν οι πολιτικές που αφορούν τις ετικέτες των τροφίμων (IOM, 1995)

1.8.1.ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Συμπεριφορές και γνωσιοσυμπεριφορικές θεραπείες απαντώνται πιο συχνά και δείχνουν να είναι περισσότερο αποτελεσματικές στην διατήρηση της απώλειας βάρους συγκριτικά με άλλες μεθόδους. Στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και της συναισθηματικής κατάστασης, με σκοπό να εξυπηρετήσουν την απώλεια βάρους , την διατήρηση της και την αύξηση της ψυχικής ευεξίας (Shawetal 2016). Τα βασικά στοιχεία αυτών των παρεμβάσεων έχουν να κάνουν με κινητοποίηση, με τεχνικές αντιμετώπισης ,με ενδυνάμωση, με στοχοθέτηση και αυτοπαρατήρηση . Οι γνωσιο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις (cognitivebehavioral) παρεμβάσεις στοχεύουνστηναυτοπαρατήρηση, στον έλεγχο του ερεθίσματος, στην επιβράβευση, στην αργή κατανάλωση τροφής, στην προετοιμασία των γευμάτων (Bresler, 1988).

Με βάση την έρευνα τωνBaranowskietal., 2003, η κοινωνική γνωστική θεωρία (SocialCognitiveTheory) αποτελεί εκείνο το μοντέλο που χρησιμοποιείται περισσότερο στον σχεδιασμό διατροφικών παρεμβάσεων και παρεμβάσεων φυσικής δραστηριότητας. Με βάση αυτή την θεωρία τα βασικά σημεία σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να υλοποιήσει συγκεκριμένες συμπεριφορές , την αυτό-αποτελεσματικότητα, δηλαδή την εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στις ικανότητές του και την πεποίθηση του, σχετικά με το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Επιπλέον ο αυτοέλεγχος αποτελεί ένα ακόμα βασικό στοιχείο αυτής της θεωρίας. Ο αυτοέλεγχοςεπιτυγχάνεται μέσω στοχοθέτησης, της επιβράβευσης και μέσω της επίλυσης προβλημάτων και δυσκολιών . Επίσης υψηλά υποσχόμενες παρεμβάσεις για

την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, είναι αυτές που σχεδιάστηκαν σύμφωνα με την θεωρία της προκαθορισμένης συμπεριφοράς (TPB) και της κοινωνικής οικολογίας (SEM) η οποία στοχεύει τόσο στα άτομα , αλλά και στην τροποποίηση του κοινωνικού πλαισίου που τα περιβάλλει. Πολλές από τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις απώλειας βάρους δεν έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την μείωση του ψυχολογικού στρες, ενώ το στρες αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην επιτυχή μακροπρόθεσμη διατήρηση της απώλειας των κιλών (Daubenmieretal., 2011).

1.8.2.ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑΣ/ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ (MBI)

Η επίγνωση/mindfulnessως τεχνική, έχει τις ρίζες της στην Ανατολική Ασία και αντικατοπτρίζει μια τεχνική διαλογισμού, αυτού της επίγνωσης.Ηλέξη “mindfulness” επιλέχθηκε ως υποκατάστατο της λέξης “meditation” (διαλογισμός) από τον Kabat-Zinn, προκειμένου να «καλύψει» τις βουδιστικές ρίζες του προγράμματος MBSRκαι να το κάνει καλύτερα αποδεκτό στους απλούς Αμερικάνους που αντιμετώπιζαν άγχος, πόνο και στρες.Οι παρεμβάσεις βασισμένες σε τεχνικές συνειδητότητας/επίγνωσης (MindfulnessBasedInterventions) αποτελούν ομαδικά προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και εκπαίδευσης δεξιοτήτων αυτοβοήθειας και αφορούν τους τομείς της συμπεριφορικής ιατρικής (behavioralmedicine) και της κλινικής ψυχολογίας. Βασικό στοιχείο των MBI είναι η χρήση απλών τεχνικών διαλογισμού, εμπνευσμένες από βουδιστικές πρακτικές. Ωστόσο οι MBI, δεν σχετίζονται με την βουδιστική παράδοση/θρησκεία (Buddhadharma) , ούτε αποτελούν μια νέα εκδοχή της βουδιστικής παράδοσης.Οι MBI έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να διαχειριστούν το στρες, τον χρόνιο σωματικό πόνο, το πένθος, πονοκεφάλους, καρκίνο, καθώς επίσης και σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Οι MBI πέρα από την εφαρμογή τους σε συγκεκριμένα θέματα, βοηθούν την γενικότερη ευζωία και συναισθηματική υγεία μια και κινητοποιούν τις εσωτερικές πηγές μάθησης, ανάπτυξης και θεραπείας (Lewis&Rozelle, 2016).

Πολλοί είναι οι τρόποι που συμπεριλαμβάνεται η τεχνική αυτή στην θεραπεία η την έρευνα, άλλα το κοινό στοιχείο στην λειτουργία της επίγνωσης/mindfulnessείναι η

εστίαση στην παρατήρηση των αισθήσεων, την παρούσα στιγμή, χωρίς αντίδραση ή κριτική στην παρατήρηση (π.χ. αποδοχή των συναισθημάτων λήψης από την προσπάθεια αλλαγής τους). Η τεχνική της επίγνωσης δεν βάζει όρια στις αισθήσεις και εξαρτάται από το κάθε άτομο ξεχωριστά το πως θα την βιώσει. Πλήθος ερευνών προτείνει, ότι η τεχνική της επίγνωσης/mindfulness, μπορεί να διδαχθεί.

Νέες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβάνουν τις τεχνικές και την προσέγγιση του mindfulness, το MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), το DBT (Dialectical behavior therapy), το MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), το ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Η εκπαίδευση στην επίγνωση (mindfulness) έχει αρχίσει να συμπεριλαμβάνεται ιδιαίτερα και σε προγράμματα απώλειας βάρους που εξυπηρετούν αλλαγές σε επίπεδο διατροφής ή φυσικής άσκησης (Olson & Emery, 2015). Ειδικά για την επεισοδιακή υπερφαγία, αναπτύχθηκε το πρόγραμμα MBEAT (Mindfulness Based Eating Awareness training).

Στην ανασκόπηση των Mantzios & Wilson, 2015, αναφορικά με την επίγνωση (mindfulness), την γευματική συμπεριφορά και την παχυσαρκία, επισημαίνεται πως «αυτόματη» (ή χωρίς προσοχή) κατανάλωση τροφής είναι αναπόφευκτη γιατί γευματίζουμε κάθε μέρα πολλές φορές την ημέρα με αποτέλεσμα να γίνεται δευτερευούσης σημασίας. Υπάρχουν τέσσερα στοιχεία αυτόματης συμπεριφοράς: α. συμβαίνει χωρίς επίγνωση, β. συμβαίνει χωρίς πρόθεση, γ. όταν ξεκινήσει, συνεχίζει χωρίς έλεγχο, δ. λειτουργεί χωρίς ιδιαίτερο κόπο.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως οι άνθρωποι καταναλώνουν τροφή επειδή είναι ώρα γεύματος και όχι επειδή ένιωσαν πείνα. Επίσης η οπτική επαφή με τη τροφή μπορεί να οδηγήσει στην κατανάλωση αυτής. Η επίγνωση (mindfulness) «σπάει» την αυτόματη συμπεριφορά, ευνοεί την καλύτερη αναγνώριση της ανάγκης για τροφή (λιγούρα) και έτσι μπορεί να επιτευχθεί καλύτερη ρύθμιση του βάρους. Επίσης η παρόρμηση, η αντίδραση χωρίς συγκεκριμένη πρόθεση, αψηφώντας τις συνέπειες μπορεί να οδηγήσει στην κατανάλωση τροφής, που συνδέεται με την υπερβαρότητα και την παχυσαρκία. Με την χρήση τεχνικών επίγνωσης (mindfulness) μειώνεται η παρορμητική συμπεριφορά και οδηγεί με την σειρά της σε μικρότερη κατανάλωση τροφής. Η αυτόματη κατανάλωση τροφής συνοδεύει και την συναισθηματική

υπερφαγία, με σκοπό την αποφυγή ή την διατήρηση αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων. Αντί για την προσπάθεια για πίεση ή αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων, το να μείνει κάποιος σε στάση παρατήρησης και όχι άμεσης συμπεριφοράς/αντίδρασης, μέσω τεχνικών επίγνωσης (mindfulness) μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα το συναισθηματικό φαγητό. Η κατανάλωση τροφής για συναισθηματικούς λόγους συνδέεται θετικά με αύξηση βάρους, άγχος και κατάθλιψη (Mantzios&Wilson, 2015; Dallanetal 2003).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που η τεχνική της επίγνωσης/mindfulness μπορεί να είναι βοηθητική στην διαχείριση βάρους. Η ικανότητα τροποποίησης των μοντέλων συμπεριφοράς είναι αναπόσπαστο κομμάτι της απώλειας βάρους και της διαδικασίας παρακολούθησης της διατροφής και των επιπέδων φυσικής άσκησης με σκοπό την μείωση θερμίδων ή την αύξηση της ενεργειακής κατανάλωσης, απαιτεί ικανότητα αυτορρύθμισης. Με υψηλή επίγνωση, το άτομο μπορεί αλλάζει την ανταπόκριση του στα κλασικά μοντέλα συμπεριφοράς του, πχ να αναγνωρίζει τις ενδείξεις πείνας ή πληρότητας και να προλάβει την υπερφαγία, λόγω αρνητικών συναισθημάτων ή κοινωνικών συνθηκών. Επιπλέον μέσω της τεχνικής της επίγνωσης/mindfulness μπορεί να ευνοήσει το άτομο να αποκτήσει βαθύτερη κατανόηση της διαδικασίας σε σχέση με τον στόχο του και να γίνει πιο ανθεκτικό και οργανωτικό σε σχέση με τις προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει σε αναφορικά με την προσπάθεια του.

Τα θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής τεχνικών επίγνωσης σε ποικίλες διατροφικές διαταραχές και σε περιπτώσεις επεισοδιακής υπερφαγίας, μέσω του προγράμματος MB EAT (Mindfulness Based Eating Awareness Training, Kristeller&Hallet, 1999) έχει παρατηρηθεί τα τελευταία 17 χρόνια. Γυναίκες με ή χωρίς κάποια διατροφική διαταραχή ωφελήθηκαν από την αυτοσυμπόνια (selfcompassion) με το να σπάσουν τον κύκλο των αρνητικών σκέψεων και της ντροπής από την αρνητική εικόνα σώματος και την εμμονή στο αδυνάτισμα (Mantzios&Wilson, 2014). Σε 13 από τις 19 συνολικά έρευνες παρατηρήθηκε σημαντική απώλεια βάρους μέσω της τεχνικής της επίγνωσης/mindfulness, παρόλο που θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τις μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών αυτών.

Στην Ελλάδα, υπάρχει μεγάλο ερευνητικό κενό στις παρεμβάσεις συνειδητότητας (MBI) (Mantzios et al. 2013) Η παρέμβαση project EATT, αποτελεί την πρώτη παρέμβαση*

στην Ελλάδα, εκπαίδευσης τεχνικών γεωματικής επίγνωσης(mindfulness) γεγονός που αύξησε τον βαθμό δυσκολίας αναφορικά με την δημιουργία έντυπου και ηχητικού εκπαιδευτικού υλικού, αλλά και τον άγνωστο βαθμό αποδοχής και εφαρμογής των καινοτόμων αυτών τεχνικών από τον ελληνικό πληθυσμό.

1.9. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ (Selfcompassion)

Η αυτοεκτίμηση επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία. Η αυτοεκτίμηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αυτοξία η οποία αποτελεί προϊόν κρίσης(αξιολόγησης) και σύγκρισης με τους άλλους. Η ικανότητα για δράσεις ή παρουσιάσεις και η αποδοχή από τους άλλους, αποτελεί δομικό στοιχείο της αυτοεκτίμησης. Το πόσο ένα άτομο εκτιμά τον εαυτό του, επηρεάζεται άμεσα, από την εικόνα που έχουν οι άλλοι γι' αυτό το άτομο. Η απουσία, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, συνδέεται με την κακή ψυχολογία, την έλλειψη κινήτρου, την κατάθλιψη, καθώς και με ιδέες αυτοκτονίας. Αντίθετα, η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με ναρκισσισμό, απορρόφηση στο εαυτό ,εγωκεντρισμό και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Προκαταλήψεις για τους άλλους, θυμός και επιθετικότητα είναι συμπεριφορές που συμβαίνουν όταν κάποιος έχει ιδιαίτερα υψηλή αυτοεκτίμηση. Για τους παραπάνω λόγους , πολλοί ψυχολόγοι έχουν προσπαθήσει να εισαγάγουνεναλλακτικές θεωρήσεις υγιούς συμπεριφοράς και σχέσης με τον εαυτό, όπως είναι ο αυτοσεβασμός, η αυτοαποτελεσματικότητα, η αληθινή αυτοεκτίμηση, ο προσωπικός χαρακτήρας και η αυτοσυμπόνια.

Ο ρόλος της αυτοσυμπόνιας έχει διερευνηθεί σε σχέση με συμπεριφορές που αφορούν την υγεία, την τροποποίηση της συμπεριφοράς , καθώς και τα οφέλη αυτής, όπως η ρύθμιση της διατροφής. Η αυτοσυμπόνια συνδέεται με την γενικότερη έννοια της συμπόνιας. Η συμπόνια είναι η κατάσταση εκείνη συναισθηματικής σύνδεσης στην δύσκολη εμπειρία των άλλων. Η δεκτικότητα σ' αυτό που συμβαίνει , η σύνδεση μ' αυτή την κατάσταση και καλοσυνάτη στάση, μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο του άλλου. Η αυτοσυμπόνια ορίζεται ως η επίγνωση του εαυτού, και η συμπεριφορά απέναντι του, με καλοσύνη ακόμα και τις δύσκολες και απαιτητικές στιγμές, με την επίγνωση πως αυτές οι στιγμές είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους. Η αυτοσυμπόνια αποτελείται από τρία αλληλοσχετιζόμενα στοιχεία: α.

την αυτοκαλοσύνη (μη επίκριση), β. την κοινή ανθρωπότητα (μη απομόνωση) και γ. την συνειδητότητα (αντί της ταυτοποίησης).

Η αυτό-συμπόνια παρόλο που έχει ως πρώτο συστατικό τον εαυτό, δεν αποτελεί μια εγωιστική συμπεριφορά. Αντιθέτως, η αυτοσυμπόνια εμπερικλείει συναισθήματα συμπόνιας και ενδιαφέροντος και για τους άλλους, τηρώντας στάση σεβασμού και συγχώρεσης. Δηλώνει το βίωμα, ως μια κοινή ανθρώπινη διαδικασία, με την παραδοχή πως οι αποτυχίες, οι δυσκολίες και οι ανεπάρκειες είναι κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Η αυτοκαλοσύνη θεωρείτε ένας θετικός τρόπος ανακούφισης, χωρίς τον φόβο της αυτοτιμωρίας, δίνοντας το περιθώριο της πιο αντικειμενικής στάσης στα πράγματα και παρέχοντας την ευκαιρία για την επανόρθωση μη λειτουργικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Η αυτοσυμπόνια είναι διαφορετική από την αυτολύπηση. Στην αυτολύπηση υπάρχει μια κατάσταση διαχωρισμού στην εμπειρία του άλλου και εστίαση στο αρνητικό γεγονός που βιώνει το άτομο, αποσυνδεδεμένο από το περιβάλλον του (εγωκεντρική στάση). Στην αυτοσυμπόνια, το άτομο είναι σε σύνδεση και αλληλεπίδραση χωρίς να διαστρεβλώνει ή να αποκόβεται από την αλήθεια και την εκάστοτε εμπειρία.

Η φροντιστική φύση της συμπόνιας, θα μπορούσε να κινητοποιήσει κάποιον, στην ανάπτυξη και την αλλαγή. Η αυτοσυμπόνια απαιτεί από το άτομο την μη υπερεκτίμηση των συναισθημάτων που συχνά προκύπτει, από εσφαλμένα νοητικά σενάρια ή από την επιρροή των τρίτων. Μέσω της αυτοσυμπόνιας δημιουργείται ένας νοητικός χώρος, ώστε με καλοσύνη το άτομο να αναγνωρίσει την ανθρώπινη διάσταση μιας εμπειρίας. Σ' αυτό τον εξισορροπητικό μηχανισμό, η συνειδητότητα παίζει σημαντικό ρόλο. Η παρατήρηση, η επίγνωση και η αποδοχή που προκύπτει μέσω της συνειδητότητας, τοποθετεί τα γεγονότα στην πραγματική τους διάσταση. Η αυτοσυμπόνια είναι συνδεδεμένη και με το κίνητρο συμπεριφοράς, εφόσον το άτομο έρχεται σε επαφή με τον πραγματικό του εαυτό και την πραγματική αυτοεκτίμηση, πέρα από εξωτερικούς στόχους και προσδοκίες, αλλά ως προϊόν μια αυθεντικής κατάστασης και αυθεντικού εαυτού. Όταν το άτομο έχει πραγματική αυτοεκτίμηση κινείται αυτόνομα και αυτοκαθοριζόμενα και κινητοποιείται από τον ίδιο τον εαυτό και όχι από εξωτερικά ερεθίσματα. Η αυτοσυμπόνια συνδέεται με περισσότερο θετική στάση, απέναντι στην αρνητική διάθεση, που συνδέεται με

κάποια δυσκολία. Έχοντας μια πιο καθαρή και αντικειμενική ματιά στα πράγματα, τα άτομα μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα το στρες, να θέσουν στόχους και να τους υλοποιήσουν και να είναι ευχαριστημένοι από τις επιλογές τους (Neff, 2003; Mantzios&Egan, 2017; Mantelou&Karakasidou, 2017).

1.9.1. ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η αυτοσυμπόνια έχει συνδεθεί με πολλούς τρόπους με την διατροφική συμπεριφορά, την τροποποίηση της συμπεριφοράς και την ρύθμιση του σωματικού βάρους. Η αυτοσυμπόνια, ενισχύει την αποτελεσματικότητα, την συνειδητότητα (mindfulness), ενώ άλλες έρευνες δηλώνουν πως συνδέεται με την γευματική επίγνωση (mindful eating) και την ενστικτώδη διατροφή (intuitive eating), αυξάνοντας την πρόθεση για υγιεινές συμπεριφορές (Mantzios&Egan, 2017). Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους η αυτοσυμπόνια βοηθά τα άτομα στην προσπάθεια μη ανάκτησης βάρους. Αρχικά, η αυτοσυμπόνια είναι άμεσα συνδεδεμένη με την επίγνωση/συνειδητότητα. Η επίγνωση συνδέεται με την αυτορρύθμιση, εφόσον για να επιτευχθεί η αυτορρύθμιση απαιτείται προσεκτική παρατήρηση της παρούσας συμπεριφοράς. Επιπλέον μέσω της αυτοσυμπόνιας ενισχύεται η αποδοχή και η ανεκτικότητα, σε καταστάσεις που πριν φάνταζαν ανυπέρβλητες. Επιπλέον η αυτοσυμπόνια βελτιώνει την διατροφική συμπεριφορά και το αίσθημα ψυχικής ευεξίας, σε άτομα που πάσχουν από αδηφαγική διαταραχή (Duarte et al., 2017). Για παράδειγμα οι διαιτώμενοι που περιορίζουν πολύ την διατροφή τους, έχουν την τάση να τρώνε περισσότερο όταν «σπάνε» την δίαιτα τους, αποτελώντας ένα τρόπο διαχείρισης της αποτυχίας να παραμείνουν στα περιοριστικά διαιτητικά πλαίσια. *Η αυτοσυμπόνια, μπορεί να δώσει ένα τέλος σ' αυτή την συμπεριφορά, βοηθώντας τους ανθρώπους να είναι πιο συμπονετικοί αναφορικά με τα συναισθήματα τους* (Mantzios et al., 2014).

1.9.2. ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ Ή ΑΥΤΟΚΑΛΟΣΥΝΗ (Selfkindness)

Η αυτοκαλοσύνη αποτελεί ένα θετικό τρόπο ανακούφισης από την συναισθηματική φόρτιση μέσω γνωστικών συμπεριφορών ή πράξεων που εμπερικλείουν φροντίδα.

Συχνά η τροφή, τόσο ποιοτικά (μη υγιεινή) όσο και ποσοτικά (μεγάλη ποσότητα) αποτελεί το στοιχείο φροντίδας απέναντι σε στρεσογόνες συνθήκες. Ωστόσο πόσο τέτοιους είδους συμπεριφορές που κάποιες φορές μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία θεωρούνται συμπεριφορές αυτοσυμπόνιας; Οι άνθρωποι δίνουν προτεραιότητα συνήθως ψυχολογική τους υγεία, παρά στην σωματική. Είναι σημαντικό να υπάρχει μια φροντίδα με ολιστικό χαρακτήρα που θα προσφέρει καλοσύνη τόσο στην ψυχή όσο και στο σώμα. Μ' αυτό τον τρόπο η αυτοκαλοσύνη μετουσιώνεται σε αυτοσυμπόνια και ευνοεί την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Mantzios&Egan, 2017).

1.9.3. ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΓΑΠΗΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΣΥΝΗΣ (Loving and Kindness Meditation – LKM)

Ο διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης, έχει σχεδιαστεί ώστε να καλλιεργεί συναισθήματα θαλπωρής και καλοσύνης, χωρίς όρους σε όλα τα όντα, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού. Στην έρευνα των Shaharetal., 2014 που έγινε σε 38 συμμετέχοντες μη υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής, αποδείχθηκε πως μετά από επτά εβδομάδες καθημερινής πρακτικής εξάσκησης τεχνικών (διαλογισμών) αγάπης και καλοσύνης, μειώθηκε η αυτοκριτική τάση και αυξήθηκε, η αυτοσυμπόνια. Μέσω αυτής της τεχνικής που βασίζεται, στην καθοδηγούμενη αναφορά ευγενικών λέξεων και θερμών αισθημάτων προς τον εαυτό και το σύνολο των ανθρώπων, φαίνεται να καθησυχάζει και να φροντίζει αυτόν που ασκεί αυτή την τεχνική, εξισορροπώντας τις αυτοκριτικές/επικριτικές σκέψεις και εκφράσεις (Shaharetal., 2014).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στην παρέμβαση «projectEATT*:γευματίζω ενσυνείδητα, επαναπροσδιορίζω την σχέση με την τροφή και το σώμα μου»οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές γευματικής επίγνωσης, που καλύπτει τους παρακάτω τομείς:

- παρατήρηση της σωματικής πείνας και στομαχικής πληρότητας, βασισμένοι στις αισθήσεις
- γευστικής ευχαρίστησης, με την συμμετοχή όλων των αισθήσεων και αργής μάσησης της τροφής
- αναγνώριση της λαχτάρας για φαγητό, από συναισθηματικούς (εσωτερικά ερεθίσματα) ή άλλους λόγους (εξωτερικά ερεθίσματα) που μπορεί να οδηγήσουν στην κατανάλωση τροφής.
- αναγνώριση των εσωτερικών σκέψεων που συνδέονται με την διατροφή (πεποιθήσεις, τύψεις, ενοχές κλπ.)
- αποδοχή και μη κριτική αισθήσεων, σκέψεων, συναισθημάτων που σχετίζονται με την γευματική συμπεριφορά
- αναγνώριση της γευματικής συμπεριφοράς και προοδευτική αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς
- στην παρέμβαση δεν προτείνεται η αποφυγή κάποιου είδους τροφής. Αντίθετα οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται στην πρακτική της απόλαυσης και της επίγνωσης των γεύσεων της τροφής και της υφής τους , ενώ το ζητούμενο είναι να μπορούν τελικά να ικανοποιηθούν και με μικρότερες ποσότητες από τις τροφές που προτιμούν π.χ. γλυκά.

(Mason et al., 2015; Alberts et al., 2012; Timmerman et al., 2011)

Παρέμβαση, σημείο αναφοράς στην βιβλιογραφία, αποτελεί το MindfulnessBasedEatingAwarenessTraining (MB-EAT, Kristelleretal., 2013)που αποτελεί εξέλιξη της πρώτης έρευνας, που χρησιμοποίησε τεχνικές επίγνωσης και εφαρμογή τους στην γευματική συμπεριφορά , των Kristeller&Hallet, 1999. Τα

τελευταία 17 χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές ακόμα αντίστοιχες έρευνες (Mantzios&Wilson, 2014). Τόσο η χρονική διάρκεια όσο και το περιεχόμενο των παρεμβάσεων είναι κυμαινόμενο και διαφορετικό. Σχετικά με το χρονικό πλαίσιο οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν από 3 ως 10 εβδομαδιαίες συναντήσεις, ενώ δύο μόνο, παρεμβάσεις αυτές των Masonetal., 2015 και των Daubenmieretal., 2016, είχαν διάρκεια πεντέμισι μηνών. Πέντε παρεμβάσεις, αυτές των Craighead&Allen, 1995; Kiddetal., 2013; Pimentaetal., 2012; Albertsetal., 2012; Smartetal., 2015, χρησιμοποιούν πλαίσιο 8 εβδομάδων, προκειμένου να υλοποιήσουν την παρέμβαση τους, με θετικά αποτελέσματα.

Βασικό εργαλείο των παρεμβάσεων που βασίζονται στο mindfulness είναι η χρήση τεχνικών επίγνωσης/διαλογισμού με σκοπό την ανάπτυξη επίγνωσης της παρούσης στιγμής και των εμπειριών των φυσικών αισθήσεων, των συναισθηματικών καταστάσεων και σκέψεων χωρίς κριτική (Milleretal., 2012). Οι πρακτικές που εφαρμόστηκαν αναφέρονται στο πλάνο της παρέμβασης και βασίζονται στο περιεχόμενο και τις πρακτικές των προγραμμάτων MB-EAT (MindfulnessBasedEatingAwarenessTraining), MBSR (MindfulnessBasedStressReduction, Kabat-Zinnetal., 1992) και MBCT (MindfulnessBasedCognitiveTherapy, Segaletal., 2002).

2.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στόχος της παρέμβασης projectEATT είναι να αποκτήσουν οι συμμετέχοντες καλύτερη γευματική επίγνωση, να σπάσουν τον φαύλο της στέρησης-υπερφαγίας-ενοχών και να δημιουργήσουν μια νέα ισορροπημένη σχέση με την τροφή, πραγματικής θρέψης και απόλαυσης.*

Σκοπός του προγράμματος/παρέμβασης είναι να διερευνηθεί αν αποκλειστικά και μόνο, με την εφαρμογή της εκπαίδευσης σε τεχνικές συνειδητότητας και γευματικής επίγνωσης, η ομάδα παρέμβασης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, θα βελτιώσει την επίδοση της σε μία σειρά ερωτηματολογίων που αξιολογούν: α. την αυτοσυμπόνια, β. το άγχος, γ. την επίγνωση προσοχής και συνείδησης, δ. την διαταραγμένη σχέση με

την τροφή και τέλος αν θα μειωθεί ο ΔΜΣ, που αξιολογεί την υπερβαρότητα και την παχυσαρκία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

2.3. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

2.3.1. ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΗΣΗ

Το πρόγραμμα, για λόγους ευκολίας, υλοποιήθηκε στον Δήμο Γαλασίου, με την συνεργασία της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του Τμήματος Προληπτικής Ιατρικής. Στα πλαίσια επικοινωνίας, με σκοπό την στρατολόγηση και επιλογή δείγματος για την έρευνα, είχε δημιουργηθεί έντυπο ενημερωτικό υλικό, ιστοσελίδα με βασικές πληροφορίες για το πρόγραμμα και δυνατότητα onlineεγγραφής καθώς επίσης και σελίδα, σε μέσω κοινωνικής δικτύωσης (Facebook).

Στο πλαίσιο κοινοποίησης του προγράμματος στους δημότες, πραγματοποιήθηκαν δύο ενημερωτικές ομιλίες, αναφορικά με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η πρώτη πραγματοποιήθηκε στις 28 Μαρτίου 2016, στα πλαίσια ημερίδας του Δήμου Γαλασίου με τίτλο «Γευματίζοντας συνειδητά: η συμπεριφορά της θρέψης» και η δεύτερη, στις 16 Μαΐου 2016, στα πλαίσια της εβδομάδας υγείας του Δήμου Γαλασίου, με τίτλο «Γευματίζω ενσυνείδητα: επαναπροσδιορίζω την σχέση με την τροφή και το σώμα μου». Βασικό κριτήριο για την δήλωση συμμετοχής και εισαγωγή στο πρόγραμμα ήταν η ηλικία ($18 <$) και η υπερβαρότητα ($\Delta\text{ΜΣ} > 25 \text{ kg/m}^2$).

Το αποτέλεσμα, της επικοινωνιακής «καμπάνιας», ήταν να δηλώσουν συμμετοχή 100 περίπου άτομα. Η επίσημη εγγραφή, στο πρόγραμμα για όλους τους ενδιαφερόμενους, έγινε με την συμμετοχή τους, στην υποχρεωτική παρουσίαση που πραγματοποιήθηκε στις 19 Οκτωβρίου 2016, στο πνευματικό κέντρο του Δημαρχείου Γαλασίου. Σ' αυτή την συνάντηση, παρουσιάστηκε βιωματικά στους ενδιαφερόμενους, μια βασική τεχνική επίγνωσης αναπνοής (taster) και επιπλέον δόθηκαν πληροφορίες για την δομή και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης ενώ τονίστηκε και η σημαντικότητα της δέσμευσή τους στην ερευνητική διαδικασία. Μετά την λήξη της εισαγωγικής ομιλίας οι ενδιαφερόμενοι υπέγραψαν την φόρμα συναίνεσης, που αποτέλεσε ουσιαστικά την επίσημη εγγραφή στο πρόγραμμα.

Υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης στην έρευνα 75 άτομα. Τα άτομα αυτά, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες : α. παρέμβασης, 47 άτομα, β. ελέγχου, 28 άτομα. Πρακτικοί λόγοι δεν κατέστησαν δυνατόν να υπάρξει τυχαιοποίηση και αριθμητική ισοδυναμία στις δύο ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης θα ακολουθούσε το πρόγραμμα των 8 εβδομάδων (συναντήσεων), ενώ η ομάδα ελέγχου θα βρισκόταν σε αναμονή χωρίς να λάβει καμία πληροφορία. Η πιθανή επιμόλυνση αναφορικά με την ομάδα ελέγχου αποφεύχθηκε α. με το γεγονός ότι το υλικό της εκπαίδευσης δίνονταν προοδευτικά, β. η ομάδα ελέγχου γνώριζε ότι θα λάμβανε και αυτή την εκπαίδευση μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, γ. με την υπενθύμιση στους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης την ανάγκη διασφάλισης της ερευνητικής διαδικασίας και της αποφυγής οποιασδήποτε διαρροής του εκπαιδευτικού υλικού, δ. φίλοι και μέλη οικογενειών συμπεριλήφθηκαν μαζί στις εκάστοτε ομάδες.

Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ζητήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες και από τις δύο ομάδες (παρέμβασης & ελέγχου) να μην ακολουθήσουν συγκριμένο διατροφικό πρόγραμμα με σκοπό την απώλεια βάρους και να μην αλλάξουν κάτι, αναφορικά με την ρουτίνα τους σε επίπεδο άσκησης (π.χ. έντονη γυμναστική, με σκοπό την απώλεια βάρους).

2.3.2. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Για τη διαμόρφωση του περιεχομένου και την ανάπτυξη του υλικού της παρέμβασης και των σχετικών με αυτή μεθοδολογικών προσεγγίσεων, ο ερευνητής, Ζερβός Κωνσταντίνος, παρακολούθησε ένα δήμερο εντατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στο MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) στις τεχνικές της οποίας, βασίζονται όλες οι παρεμβάσεις επίγνωσης/συνειδητότητας (MBI). Επιπλέον ολοκλήρωσε το 10ήμερο σεμινάριο της μεθόδου διαλογισμού Vipassana. Ο διαλογισμός επίγνωσης (mindfulness meditation), προέρχεται ουσιαστικά από την τεχνική Vipassana (Hamilton et al., 2006; Amihai & Kozhevnikov, 2015).

Ο σκελετός της παρέμβασης βασίστηκε, στο πρόγραμμα Mindfulness Based Eating Awareness Training (MB-

EAT) των Jean Kristeller και Ruth Wolever, 2010 και Kristeller et al., 2013. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί εξέλιξη της πρώτης έρευνας που υλοποίησε η Jean Kristeller το 1999, αποτελώντας και την αφετηρία, της εφαρμογής τεχνικών διαλογισμού επίγνωσης (mindfulness), στο πεδίο της διατροφικής συμπεριφοράς. Βασικοί πυλώνες του προγράμματος MB-EAT είναι:

-η καλλιέργεια της συνειδητότητας (mindfulness), με σκοπό την εστίαση στην προσοχή και στην αύξηση της επίγνωσης διατηρώντας στάση μη κριτικής και αποδοχής, μέσω της χρήσης μικρών διαλογισμών (10-20 λεπτών).

-η καλλιέργεια της γευματικής επίγνωσης (mindful eating), μέσω καθοδηγούμενων πρακτικών με σκοπό την τροποποίηση της γευματικής συμπεριφοράς. Η αναγνώριση και διαχωρισμός της σωματικής από την συναισθηματική πείνα, η ανίχνευση της όρεξης και του κορεσμού, ο τρόπος επιλογής των τροφών, οι κατανάλωση ενοχοποιημένων ή παχυντικών τροφών, αποτελούν βασικά σημεία της εκπαίδευσης

-η καλλιέργεια της συναισθηματικής ισορροπίας, με την αναγνώριση των συναισθηματικών αιτιών που οδηγούν στην κατανάλωση τροφής. Η αυστηρή αυτοκριτική που με την σειρά της οδηγεί σε υπερφαγία και αρνητικές συνέπειες. Επιπλέον ο διαταραγμένος τρόπος σκέψης οδηγεί και αυτός με την σειρά του σε διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και αρνητικά συναισθήματα. Μέσω του MB-EAT, διερευνάτε αυτός ο τρόπος σκέψης και οι συμμετέχοντες βρίσκουν εναλλακτικούς τρόπους απάντησης στις συναισθηματικές τους ανάγκες, ενώ παράλληλα ενισχύεται η στάση το να καταναλώσουν την αγαπημένη τους φροντιστική (comfort) τροφή, αλλά να την απολαύσουν πραγματικά, δυνατόν σε μικρότερη ποσότητα και καλύτερη ποιότητα

-η καλλιέργεια της αυτοαποδοχής, μέσω της αυτοσυμπόνιας και συμπεριφορών καλοσύνης. Η ανάπτυξη καλύτερης σχέσης με τον εαυτό, το φυσικό σώμα, την ταυτότητα και η τρόπος σύνδεσης/συσχέτισης με τους άλλους. Η τεχνική σάρωσης σώματος δημιουργεί την εμπειρία της σχέσης με το σώμα και κριτικής αυτού. Σε όλες τις τεχνικές-πρακτικές ενισχύεται στους συμμετέχοντες η στάση της παρατήρησης με περιέργεια και χωρίς κριτική στην ανίχνευση σκέψεων, συναισθημάτων, ή σωματικών καταστάσεων. Η αναζήτηση της εσωτερικής σοφίας, η μάθηση μέσω της παρατήρησης, η εμπιστοσύνη στην εμπειρία και τις προσωπικές πηγές εσωτερικής γνώσης, με σκοπό να δημιουργηθεί ένα μονοπάτι επιλογών σοφίας.

2.3.3. ΥΛΙΚΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Οι συμμετέχοντες λάμβαναν σε κάθε συνάντηση ηχητικά αρχεία, με ηχογραφημένες οδηγίες (καθοδηγούμενους διαλογισμούς) με τεχνικές επίγνωσης αναπνοής ή/και με βήματα ενσυνείδητης γευματικής συμπεριφοράς που θα τους καθοδήγησαν στην καθημερινή τους πρακτική (6 ημέρες την εβδομάδα) (Daubenmieretal., 2016; Daubenmieretal., 2011; Masonetal., 2015; Milleretal., 2012; Tapperetal., 2009). Τρεις μορφές διαλογισμού εφαρμόστηκαν στην παρέμβαση: γενικός (διαλογισμός επίγνωσης αναπνοής, καθοδηγούμενοι διαλογισμοί/τεχνικές επίγνωσης γευματικής συμπεριφοράς και μικροί διαλογισμοί, που χρησιμοποιήθηκαν κατά την διάρκεια της ημέρας και του γεύματος. Αυτές οι τεχνικές αναπτύσσουν μεγαλύτερη ικανότητα στην εστίαση της προσοχής με πρόθεση και συμπεριλαμβάνουν την επίγνωση χωρίς δράση του, προς παρατήρηση αντικειμένου. Η επίγνωση/διαλογισμός της αναπνοής αποτελεί βασικό «εργαλείο» της εκπαίδευσης μια και εξασκεί τους συμμετέχοντες στην παρατήρηση ενός ουδέτερου επαναλαμβανόμενο ερεθίσματος. Αντίστοιχα ακολουθώντας την ίδια φιλοσοφία στις υπόλοιπες τεχνικές, η προσοχή μετατοπίζεται, στις σκέψεις, τα συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις χωρίς καμία κριτική, αυξάνοντας την επίγνωση και μειώνοντας την αντίδραση. Η μικρή διάρκειας τεχνικές εξυπηρετούν την άμεση επίγνωση σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας. Η τεχνική σάρωσης σώματος (bodyscan) καθώς επίσης και η πρακτική αγάπης και καλοσύνης, αποτελούν εκείνο το θεραπευτικό άγγιγμα, απέναντι στην αρνητική εικόνα σώματος και στην καλλιέργεια την αποδοχής και της συγχώρεσης. (Kirtelleretal. 2013). Στους συμμετέχοντες συχνά υπήρχε η υπενθύμιση, πως η παρέμβαση προσφέρει εργαλεία, η εφαρμογή των οποίων θα αποκαλύψει, τις απαντήσεις που ο καθένας έψαχνε.

Τα ηχητικά αρχεία τεχνικών επίγνωσης ήταν τα ακόλουθα:

- Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 10 λεπτών (1η & 2η συνάντηση)
- Πρακτική επίγνωσης 20 αναπνοών (1^η-8^η συνάντηση)
- Πρακτικής επίγνωσης/ανίχνευσης πείνας-κορεσμού (2^η-8^η συνάντηση)
- Πρακτική γευστικής επίγνωσης (3^η-8^η συνάντηση)

- Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 15 λεπτών (3^η& 4^η συνάντηση)
- Πρακτικής επίγνωσης 3 λεπτών (3^η-8^η συνάντηση)
- Πρακτικής επίγνωσης 20 λεπτών (5^η& 6^η συνάντηση)
- Πρακτική αγάπης και καλοσύνης (6^η– 8η συνάντηση)
- Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 25 λεπτών (7^η& 8^η συνάντηση)

Τα παραπάνω αρχεία τα λάμβαναν οι συμμετέχοντες είτε με την μορφή ηλεκτρονικού αρχείου, μετά το πέρας της συνάντησης, μέσω email , ή και αντιγραμμένα σε cd. Κατά την δήμερη εφαρμογή των πρακτικών συνειδητότητας, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να καταγράφουν την εμπειρία τους σε αντίστοιχη φόρμα (Kristeller&Hallett, 1999, Baeret. 2006) καθώς επίσης και να τηρούν ημερολόγιο καταγραφής διατροφικής και γευματικής συμπεριφοράς (Daubenmier et al., 2011; Kristeller et al., 2010; Mantzios&Wilson, 2013; Dalen et al., 2010; Bush et al., 2013). Προκειμένου να ενισχυθεί η επίγνωση και η καταγραφή των ερεθισμάτων της όρεξης, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες φόρμες και τρόπος απόδοσης (Graighead&Allen, 1995; Craighead, 2006; Kristeller, 2015)

2.3.4. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται συγκεντρωτικά ο οδηγός της παρέμβασης, project EATT*: γευματίζω ενσυνείδητα, επαναπροσδιορίζω την σχέση με την τροφή και το σώμα μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΤΙΤΛΟΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ	ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
1. Από τον αυτόματο πιλότο στην επίγνωση Διάρκεια 2 1/2 ώρες	-Εισαγωγή στις τεχνικές επίγνωσης/διαλογισμού Επίγνωση -Προσωπικό όραμα -Καθημερινή πρακτική -Αυτορρύθμιση	«ο τροχός της ζωής» Γνωρίζοντας τις αξίες Πρακτική επίγνωσης 20 αναπνοών Πρακτική επίγνωσης αναπνοής, 10 λεπτών	2 φορές/ημέρα , για 6 ημέρες, 20 breaths medit. Πριν το γεύμα (μεσημέρι-βράδυ) Πρακτική επίγνωσης αναπνοής , 10 λεπτών , για 6 ημέρες την εβδομάδα
2. Σωματική επίγνωση & Τεχνική επίγνωσης όρεξης	-Αναγνώριση όρεξης -Σωματική σύνδεση -Εισαγωγή στην γευματική επίγνωση	-20-30 λεπτά συζήτηση -Πρακτική ανίχνευσης όρεξης -Πρακτική σάρωσης σώματος (bodyscan) -Πρακτική γευματικής επίγνωσης με την σταφίδα	-Γεύματα με χρονική απόσταση βασισμένη στο αίσθημα πείνας και κορεσμού -Πρακτική επίγνωσης αναπνοής , 10 λεπτών , για 6 ημέρες την εβδομάδα -1 snack ή γεύμα να καταναλωθεί με επίγνωση 5

Διάρκεια 2 ώρες			φορές την εβδομάδα -FNS “triggerfoods” στην επόμενη συνάντηση (να φέρουν μαζί τους
3. Taste awareness – inner gourmet – Γευματική επίγνωση Διάρκεια 2 ώρες	Εισαγωγή στα 7 είδη πείνας Εκπαίδευση στα βήματα γευματικής επίγνωσης	20 λεπτά συζήτηση εμπειρίας Πρακτική γευματικής επίγνωσης σε παχυντικές και ενοχοποιημένες τροφές	-Καταγραφή στο είδος της τροφής που υπάρχει υπερκατανάλωση -15min sitting meditation -3 mins breathing space (πρινταγείματα) -2 snack/γεύμα να καταναλωθούν με επίγνωση για 5 φορές την εβδομάδα Γευματική καταγραφή -FNS: να φέρουν μαζί τους νερό και ποπκόρν
4. Σωστή ποσότητα – right amount Διάρκεια 2 ώρες	Εκπαίδευση στην αναγνώριση κορεσμού και πληρότητας	-20 λεπτά συζήτηση εμπειρίας -Άσκηση κορεσμού πληρότητας -Άσκηση με το νερό και ποπκόρν	-Να φτάνουν την ένδειξη 7 στην κλίμακα όρεξης -15min sitting meditation για 6 φορές την εβδομάδα -3 mins breathing space (πρινταγείματα) -3 snack – γευματική επίγνωση καταγραφή για 5 φορές την εβδομάδα
5. Emotional Eating – συναισθηματική υπερφαγία Διάρκεια 2 ώρες	-Καλλιεργώντας την συναισθηματική επίγνωση Αυτόαποδοχή -Αναγνώριση συναισθηματικών αναγκών	-20 λεπτά συζήτηση εμπειρίας -Βιωματική προσέγγιση των συναισθημάτων : φόβου, θλίψης, θυμού, χαράς	-20 mins sitting meditation 6 μέρες την εβδομάδα -3 mins breathing space (πρινταγείματα) -Καταγραφή περιστατικών συναισθηματικής υπερφαγίας -3 snack/meal με τα βήματα της γευματικής επίγνωσης
6. body Love Διάρκεια 2 ώρες	Αποδοχή Δυνατότητες για ανάπτυξη και αλλαγή	-Body Scan meditation -Γράμμα ευγνωμοσύνης -Loving kindness meditation	-Εναλλακτικός τρόπος στην συναισθηματική υπερφαγία -20 min sitting meditation -3 mins breathing space (πρινταγείματα) -4 snack/meal per day mindfully
7. Η δύναμη της επιλογής Διάρκεια 2 ώρες	Καλύτερη διατροφή μέσα από το πρίσμα της επιλογής Θέτω προσωπικούς διατροφικούς στόχους	Άσκηση επιλογής μεταξύ 2 υγιεινών τροφών και μεταξύ αλμυρού-γλυκού Εστιατόριο – buffet (4) p.199	-Καλύτερη διατροφή μέσα από το πρίσμα της επιλογής/προσωπικοί στόχοι -25 min sitting meditation -3 min breathing space (πρινταγείματα) -5 snack/meal per day mindfully
8. Νέα σχέση με την τροφή Διάρκεια 2 ½ ώρες	Οδηγίες/συμβουλές συνδυάζοντας την γνώση	-20-40 λεπτά συζήτηση εμπειρίας -Ο τροχός της ζωής (αλλαγές) -Κλείσιμο εκπαίδευσης	-25 min sitting meditation -3 min breathing space (πρινταγείματα) -Όλα τα γεύματα την ημέρα με επίγνωση

Η παρέμβαση θα υλοποιήθηκε σε 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις, διάρκειας 2 ωρών η κάθε μία. Η Τετάρτη 26 Οκτωβρίου 2017, ήταν η πρώτη μέρα της εκπαίδευσης projectEATT*. Την ημέρα εκείνη συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια,

πραγματοποιήθηκαν οι σωματομετρικές μετρήσεις (βάρος σώματος και ανάστημα) και διαχωρίστηκαν οι ομάδες παρέμβασης και ελέγχου.

1^η Συνάντηση: Από τον «αυτόματο πιλότο» στην επίγνωση – 26.10.2016

Αριθμόςσυμμετεχόντων: 47

Εισαγωγή :

- Έντυπο με κανόνες καλής λειτουργίας της ομάδας
- Οριοθέτηση όσον αφορά το μοίρασμα στη ομάδα : α. είναι εθελοντικό β. εχεμύθεια (οι πληροφορίες να μην βγαίνουν εκτός ομάδας γ. καμία προσωπική τοποθέτηση στις απόψεις των μελών δ. μη κριτική ματιά στις τοποθετήσεις των μελών ε. ευγενής σιωπή καθ'όλη την διάρκεια της συνάντησης.

Κύκλος ζωής:

Οι συμμετέχοντες καλούνται να σχεδιάσουν τα κομμάτια του κύκλου της ζωής τους και να περιγράψουν το ποσοστό ενασχόλησης με την τροφή (πρακτικά και νοητικά) μέσα σε μια ημέρα. Έπειτα με την βοήθεια κατευθυνόμενου οραματισμού , οδηγούνται νοερά στο μέλλον και σ'αυτήν την νέα εκδοχή του εαυτού τους ζητούν να καταγράψουν τα νέα τους ποσοστά . Μέσω ανοιχτών διερευνητικών ερωτήσεων καλούνται να πάρουν θέση στην καθημερινότητα τους και να αναγνωρίσουν την σχέση τους με την τροφή. Καλούνται να θέσουν στόχους που θα τους βοηθήσουν να βελτιώσουν τόσο την σχέση με την τροφή και κατ'επέκταση με τον εαυτό τους. Ακολουθεί εθελοντικό μοίρασμα στην ομάδα, συμπλήρωση «πρόχειρου» ερωτηματολογίου γευματικής συμπεριφοράς (Wolever&Reardon ,2105) και η πρακτική επίγνωσης αναπνοής 10 λεπτών και 20 αναπνοών (Wolever&Reardon ,2015). Εισαγωγή στα πρώτα εργαλεία-διαλογιστικές πρακτικές, που σκοπό έχουν να αυξήσουν την συνειδητότητα μέσα στην καθημερινή ζωή. Οι πρακτικές παρουσιάζονται βιωματικά στην συνάντηση και δίνονται και τα αντίστοιχα ηχητικά αρχεία (ηχογραφημένα από τον ίδιο τον ερευνητή) στους συμμετέχοντες είτε σε cdsή είτε σε ηλεκτρονική μορφή μέσω email. Ακολουθεί το κλείσιμο της ομάδας και ο καθορισμός των στόχων της εβδομάδας.

Υλικό 1^{ης} συνάντησης :

Ηχητικά αρχεία: Τεχνική 20 αναπνοών (3 λεπτά) & επίγνωση αναπνοής 10 λεπτών

Έντυπο υλικό:

- Φόρμα καταγραφής μετά το πέρας της τεχνικής των 10 λεπτών (Segaletal., 2013)
- Στόχοι εβδομάδας / εργασία στο σπίτι

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται ερευνητικά από τους

Daubenmieretal.,2011; Kristeller&Wolever , 2010; Kristelleretal., 2013;

Wolever&Reardon, 2015.

2^η Συνάντηση: Σωματική επίγνωση & Τεχνική επίγνωσης όρεξης

Έναρξη συνάντησης: μοίρασμα στην ομάδα (εθελοντικά για τον καθένα)

(Kristeller&Hallett,1999)

Οι συμμετέχοντες καλούνται μέσω της τεχνικής σάρωσης σώματος (bodyscan) να συνδεθούν με το σώμα τους και τις αισθήσεις στο σώμα τους (KabatZinn,2013; Segaletal, 2013

Μέσω τις τεχνικής επίγνωσης όρεξης , οι συμμετέχοντες μαθαίνουν να εστιάζουν και να αναγνωρίζουν τις σωματικές αισθήσεις που συνδέονται με την όρεξη/πείνα τους.

Μέσω του διαλογισμού με την σταφίδα (raisinmeditation) δίνεται η ευκαιρία στους συμμετέχοντες να βιώσουν ένα διαφορετικό αποτύπωμα εμπειρίας , καταναλώνοντας μια μόνο σταφίδα με επίγνωση (Segaletal, 2013; KabatZinn, 2013). Υλικό 2^{ης}

συνάντησης:

-Ηχητικό αρχείο: τεχνική επίγνωσης όρεξης/πείνας (17 λεπτά) (Kristeller, 2015)

-Έντυπο υλικό:

- Φόρμα καταγραφής μετά το πέρας της τεχνικής των 10 λεπτών
- Φόρμα καταγραφής όρεξης/πείνας (Craighead, 2006)
- Φόρμα καταγραφής μετά το πέρας της τεχνικής των 10 λεπτών
- Στόχοι εβδομάδας

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από την Bays, 2009;

Daubenmieretal.,2011; Kristelleretal. 2013;Smartetal 2105; Masonetal. 2016.

3^η Συνάντηση: Γευστική επίγνωση

Έναρξη συνάντησης: μοίρασμα στην ομάδα (εθελοντικά για τον καθένα)

Οι συμμετέχοντες έχουν κληθεί να φέρουν στην συνάντηση δύο είδη τροφών: α. μια τροφή για την οποία νιώθουν ενοχές όταν την καταναλώνουν, β. μια τροφή στην όψη και την γεύση της οποίας δεν μπορούν να αντισταθούν.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να καταναλώσουν τις τροφές αυτές με συγκεκριμένη διαδικασία γευστικής επίγνωσης. Σ' αυτή τη νέα προσέγγιση κατανάλωσης τροφής, ανοίγονται νέα μονοπάτια γνώσης και συνειδητότητας. Οι έρευνες υποστηρίζουν πως η αργή και απολαυστική κατανάλωση της τροφής, αυξάνει το αίσθημα πληρότητας με αποτέλεσμα να καταναλώνονται μικρότερες ποσότητες τροφής αυξάνοντας το αίσθημα ευχαρίστησης (Areni&RussellBlack, 2016). Επιπλέον οι συμμετέχοντες μαθαίνουν τα επτά διαφορετικά είδη πείνας και πως αυτά επηρεάζουν την γευματική τους συμπεριφορά (Bays, 2009). Υλικό 3^{ης} συνάντησης:

Ηχητικό αρχείο:

- τεχνική γευστικής επίγνωσης (20 λεπτά) (Kristeller, 2015; Bays, 2009)
- τεχνική επίγνωσης 3 λεπτών (Segaletal.,2013)
- τεχνική επίγνωση αναπνοής 15 λεπτών

Έντυπο υλικό:

- Φόρμα καταγραφής γευματικής συμπεριφοράς (Craighead, 2006)
- Φόρμα καταγραφής τεχνικής επίγνωσης 15 λεπτών (Segaletal., 2013)
- Στόχοι εβδομάδας (εργασία για το σπίτι)

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από τους Bays, 2009; Kristelleretal. 2013; Masonetal. 2016; Timmermanetal. 2012.

4^η Συνάντηση: Ανίχνευση κορεσμού – «Σωστή» ποσότητα

Έναρξη συνάντησης: μοίρασμα στην ομάδα (εθελοντικά για τον καθένα)

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αναγνωρίσουν εκείνες τις σωματικές αισθήσεις που τους δίνουν την επίγνωση της στομαχικής πληρότητας. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης συνάντησης καλούνται να έχουν μαζί τους νερό και ποπκορν. Καταναλώνοντας πρώτα μεγάλη ποσότητα νερού – μέχρι να φτάσουν στην κλίμακα πείνας-πληρότητας τους αριθμούς 9-10- μέσω της τεχνικής επίγνωσης όρεξης/πείνας καλούνται να αναγνωρίσουν εκείνες τις αισθήσεις που τους βοηθούν στην αναγνώριση της πληρότητας. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται και με τα ποπκόρν, στερεή τροφή, εστιάζοντας πάλι στις διαφορετικές αισθήσεις που δίνουν την αίσθηση της στομαχικής πληρότητας. Εκτός από τα ποπκορν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί οποιαδήποτε άλλη τροφή. Ωστόσο επιλέχθηκε η συγκεκριμένη τόσο για λόγους πρακτικούς και τεχνικής ομοιομορφίας, όσο επίσης και για λόγους απενοχοποίησης. Να σημειωθεί πως ενδιάμεσα τόσο κατά την τεχνική με το νερό, όσο και με τα ποπκορν, προκλήθηκε ένα ενδιάμεσο βιωματικό χρονικό κενό με την χρήση δύο τεχνικών αυτής, των 20 αναπνοών και των 3 λεπτών, ως σημείο παύσης, παρατήρησης και αποτύπωσης τους βαθμού πληρότητας/κορεσμού κατά το μέσο της βιωματικής άσκησης.

Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται στο να ελέγχουν τον βαθμό πείνας/πληρότητας στην αρχή, στο μέσο και στο τέλος του γεύματος τους με στόχο να φροντίζουν να μην φτάνουν σε ήπιο κορεσμό στομάχου (ένδειξη κλίμακας 7) και όχι υπερκορεσμό (ένδειξη κλίμακας 10). Υλικό 4^{ης} συνάντησης:

- Φόρμα γευματικής καταγραφής (Craighead, 2006)
- Φόρμα καταγραφής τεχνικής επίγνωσης αναπνοής 15 λεπτών
- Στόχοι εβδομάδας (εργασία στο σπίτι)

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από την Kisteller, 2015 ; Kristeller et al. 2013; Mason et al. 2016; Smart et al. 2015.

5^η Συνάντηση : Συναισθηματικό φαγητό (Υπερφαγία για συναισθηματικούς λόγους)

Έναρξη συνάντησης: μοίρασμα στην ομάδα (εθελοντικά για τον καθένα)

Συμπλήρωση «πρόχειρου» ερωτηματολογίου γευματικής συμπεριφοράς.

Στη συγκεκριμένη συνεδρία οι συμμετέχοντες με καθοδηγούμενο οραματισμό καλούνται να ανακαλέσουν 4 διαφορετικά γεγονότα που τους προκαλούν το καθένα

από αυτά τα γεγονότα τέσσερα διαφορετικά συναισθήματα: θυμό, θλίψη, φόβο, χαρά. Για καθένα από αυτά τα γεγονότα καλούνται να καταγράψουν πως και σε ποια σημεία του σώματος βιώνουν σωματικά, τα συγκριμένα συναισθήματα. Μετά από κάθε ανάκληση γινόταν καταγραφή της εμπειρίας και στο τέλος εθελοντικό μοίρασμα στην ομάδα (Wolever&Reardon , 2015). Αυτή η συνάντηση είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον μιακαι αρκετοί από τους συμμετέχοντες, παρατήρησαν σωματικές αισθήσεις που μπορούσαν να συνδεθούν με κατανάλωση τροφής όπως : κενό στο στομάχι, ανάγκη για γλυκό, έντονη σιελόρροια κ.α.

Υλικό 5^η συνάντησης:

- Ηχητικό αρχείο επίγνωση αναπνοής 20 λεπτών
- Φόρμα καταγραφής επεισοδίων συναισθηματικού φαγητού (Kristeller, 2015)
- Φόρμα καταγραφής γευματικής συμπεριφοράς (Craighead, 2009)
- Φόρμα καταγραφής τεχνικής επίγνωσης αναπνοής 20 λεπτών
- Στόχοι εβδομάδας (εργασία στο σπίτι)

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από την Kristelleretal. 2013; Smartetal 2015; Wolever&Reardon,2015.

6^η Συνάντηση: BodyLove – Ησχέση με το σώμα μου

Έναρξη συνάντησης: μοίρασμα στην ομάδα (εθελοντικά για τον καθένα)
Οι συμμετέχοντες καλούνται μετά από την εφαρμογή διαλογισμού σάρωσης (bodyscan) καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν το σώμα τους και ευνοούν τόσο την σύνδεση μ' αυτό, όσο και την καλύτερη παρατήρηση σε σχέση μ' αυτό. Και αυτή η συνάντηση , σε συνέχεια της προηγούμενης που αφορούσε την συναισθηματική υπερφαγία , ήταν ιδιαίτερα συναισθηματικά φορτισμένη ως αποτέλεσμα της σύνδεσης και της επίγνωσης σκέψεων, πεποιθήσεων και πραγματικότητας σε σχέση το σώμα. Την ανάγκη για αποδοχή και φροντίδα έρχεται να επισφραγίσει η τεχνική αγάπης και καλοσύνης, που αποτελεί και το κλείσιμο της συνάντησης. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιεί νοητικές φράσεις που εστιάζουν στην επιθυμία ώστε να είναι κάποιος, χαρούμενος, υγιής, ασφαλής και να συμπεριφέρεται στον εαυτό του με καλοσύνη. Με την εφαρμογή της τεχνικής οι άνθρωποι βιώνουν στάσεις , προθέσεις και συναισθήματα αγάπης, καλοσύνης ,

συμπόνιας, πρώτα για τον εαυτό τους και έπειτα για το περιβάλλον τους (Mantzios&Wilson, 2014).

Υλικό 6^{ης} συνάντησης:

-Ηχητικό αρχείο , τεχνική αγάπης και καλοσύνης (13 λεπτά) (Wolever&Reardon , 2015)

-Φόρμα καταγραφής επεισοδίων συναισθηματικού φαγητού (Kristeller, 2015)

-Φόρμα καταγραφής γευματικής συμπεριφοράς

-Φόρμα καταγραφής τεχνικής επίγνωσης αναπνοής 20 λεπτών + τεχνικής αγάπης και καλοσύνης

-Στόχοι εβδομάδας (εργασία στο σπίτι)

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από τους Daubenmieretal.,2011; Smartetal 2015; Wolever&Reardon , 2015.

7^η συνάντηση: Η δύναμη της επιλογής

Έναρξη: μοίρασμα την ομάδα

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αναγνωρίσουν εκείνες τις λογικές διεργασίες στην επιλογή της τροφής. Σ' αυτό το τελευταίογευματικόεργαστήριο κάθε μέλος της ομάδας καλείτε να δοκιμάσει με τα βήματα της γευματικής επίγνωσης δύο ίδια τρόφιμα , «υγιεινά» π.χ. φρούτα ή κάποιες γλυκές ή αλμυρές γεύσεις λιγότερες υγιεινές. Οι συμμετέχοντες καταγράφουν σκέψεις, σωματικές αισθήσεις και το τι καθόρισε την γευματική τους εμπειρία (Kristeller , 2015). Υλικό 7^{ης} συνάντησης:

-Ηχητικό αρχείο επίγνωσης αναπνοής 25 λεπτών

-Φόρμα καταγραφής γευματικής συμπεριφοράς

-Στόχοι εβδομάδας

Το περιεχόμενο της συνάντησης υποστηρίζεται από την Kristelleretal. 2013;Kristeller, 2015.

8^η συνάντηση: Νέα σχέση με την τροφή και το σώμα – Τετάρτη 14 Δεκεμβρίου 2016

Έναρξη: μοίρασμα την ομάδα

Συμπλήρωση «πρόχειρου» ερωτηματολογίου γευματικής συμπεριφοράς (Wolever&Reardon, 2015)

Νέος κύκλος ζωής και σύγκριση μ' αυτό της πρώτης συνάντησης, παρατηρήσεις και αλλαγές (Wolever&Reardon, 2015).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να θέσουν προσωπικούς στόχους γευματικής και διατροφικής αυτοβελτίωσης (Craighead, 2006)

Απάντηση , γραπτώς στο τι κέρδισαν από την εκπαίδευση

Απαντούν γραπτώς στην δήλωση «Λέω μπράβο στον εαυτό μου γιατί ...»

Τέλος εκπαίδευσης: συμπλήρωση ερωτηματολογίων αξιολόγησης της εκπαίδευσης
Υλικό 8^η συνάντησης:

-Έντυπο απλών «οδηγιών» : περίληψη γνώσης

-Φόρμα καταγραφής γευματικής συμπεριφοράς (Craighead, 2006)

Συμπλήρωση ερωτηματολογίων και μετρήσεις. Αριθμός παρέμβασης 35 άτομα, και ομάδα ελέγχου, 22 άτομα.

2.4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.4.1.ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ/ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Διατροφική συμπεριφορά (Eating Attitudes Test-26, Garner et al. 1982)

Το EAT-26 αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο που μετρά συμπτώματα και ενδείξεις διατροφικής διαταραχής. Το EAT-26 έχει 3 υποκλίμακες: τις ερωτήσεις που αναφέρονται σε διαιτητική συμπεριφορά – παθολογική αποφυγή λιπαρών τροφών και ανησυχία για την εικόνα σώματος (ερωτήσεις 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26), στη βουλιμία και την έντονη ενασχόληση με την τροφή (ερωτήσεις 3, 4, 9, 18, 21, 25) και στον στοματικό έλεγχο, που δηλώνει τον αυτοέλεγχο και την ανταπόκριση σε εξωτερικές πιέσεις για πρόσληψη τροφής με σκοπό την αύξηση βάρους (2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Αν το συνολικό σκορ είναι υψηλότερο από 20 , τότε είναι απαραίτητη η παραπομπή σε κάποιο ειδικό μια και δηλώνει μεγάλη τάση για την εκδήλωση διατροφικής διαταραχής. Παρόλο που υπάρχει στην αγγλική έκδοση ερωτηματολόγιο γευματικής επίγνωσης για λόγους εγκυρότητας, στην

παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EAT 26, που είναι σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό και χρησιμοποιείται ευρέως στον χώρο της διατροφής για να περιγράψει την διατροφική συμπεριφορά και παρόλο που δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο διατροφικών διαταραχών (Σίμος Γ., 1999; Γονιδάκης και συνεργάτες, 2009; Smart et al., 2015; Kannett & Nisbet, 1998)

Επίγνωση (Mindful Attention and Awareness Scale, Brown & Ryan 2003):

Την αλλαγή σε επίπεδο επίγνωσης προσοχής και συνείδησης θα μετρηθεί με την έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα σταθμισμένη σε Ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios et al. (2013). Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό παρεμβάσεων (2%) στην Ελλάδα, οι θεραπευτές έχουν χρησιμοποιήσει τεχνικές επίγνωσης και συνείδησης. Η κλίμακα προσοχής και συνείδησης αποτελείται από 15 ερωτήσεις, που μετρά την τάση που μπορεί να έχει κάποιος στον να λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο» χωρίς να εστιάζει στην παρούσα εμπειρία. Οι απαντήσεις (σε κλίμακα Likert) κυμαίνονται μεταξύ του 1 (σχεδόν πάντα) και του 6 (σχεδόν ποτέ) και περιλαμβάνουν για παράδειγμα, «ξεχνώ το όνομα ενός ανθρώπου που γνωρίζω σχεδόν την ίδια στιγμή που τον γνωρίζω. Οι συγγραφείς του ερωτηματολογίου επισημαίνουν ότι άλλοι τομείς της επίγνωσης, δεν τονίζονται γιατί η προσοχή στην παρούσα στιγμή αποτελεί πηγαίο και δομικό στοιχείο της συνειδητότητας. Το ερωτηματολόγιο προσοχής και συνείδησης σχετίζεται άμεσα με τις δείκτες καλής υγείας σε επίπεδο, γνωστικό, συναισθηματικό, λειτουργικό και σωματικής υγείας (Brown & Ryan, 2003).

Αυτοσυμπόνια (Self-compassion scale, Neff, 2003)

Το ερωτηματολόγιο μετρά τα επιμέρους στοιχεία που αποτελούν την «αυτο-συμπόνια». Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις που αφορούν έξι θεματικές ενότητες (υποκλίμακες): την αυτοκαλοσύνη (ερωτήσεις: 5, 12, 19, 23, 26) την αυτοκριτική (6, 8, 11, 16, 21) την κοινή ανθρωπότητα (ερωτήσεις 3, 7, 10, 15) την απομόνωση (ερωτήσεις: 4, 13, 18, 25) την συνειδητότητα (ερωτήσεις: 9, 14, 17, 22) και τον υπερ-αυτοπροσδιορισμό (ερωτήσεις: 2, 6, 20, 24). Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε κλίμακα Likert από 1 (σχεδόν ποτέ) στο 5 (σχεδόν πάντα). Οι απαντήσεις 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25, βαθμολογούνται αρνητικά

(αντίστροφα). Προσθέτουμε τις απαντήσεις για να βρεθεί ο μέσος όρος. Η κλίμακα αυτοσυμπόνιας είναι σταθμισμένη στον Ελληνικό πληθυσμό από τους Mantziosetal., 2013.

Σωματικό βάρος:

Σύμφωνα με οδηγία του CDC 2015, ο Δείκτης Μάζας Σώματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον υπολογισμό της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας. Ο υπολογισμός του απαιτεί μόνο μετρήσεις βάρους και το αναστήματος, είναι ανέξοδος και είναι εύκολος να χρησιμοποιηθεί τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από τον γενικό πληθυσμό. Για τις μετρήσεις χρησιμοποιήθηκε επαγγελματική ζυγαριά (Seca 769) και αναστημόμετρο (Seca 220). Ο ΔΜΣ (BMI) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ανίχνευσης σωματικού λίπους αλλά δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο σε σχέση με το σωματικό λίπος (Alberts, 2012; Smartetal., 2015; Tapperetal., 2009; Kristelleretal. 2013; NICE 2016).

Άγχος (Beck Anxiety Inventory, Beck et al., 1988)

Η μέτρηση βασίζεται σε κλίμακα 21 σημείων, αυτοαναφοράς που μετρά τα σοβαρά συμπτώματα άγχους διαχωρίζοντας τα αξιόπιστα ,από αυτά της κατάθλιψη. Κάθε πρόταση αξιολογείται με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert(καθόλου =0, ήπια: Δεν με πείραξε πολύ=1 , κάπως: Ήταν πολύ δυσάρεστο, αλλά θα μπορούσα να το αντέξω=2 , πολύ: Σχεδόν δεν μπορούσα να το αντέξω=3 βαθμοί). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τα συμπτώματα άγχους κατά την τελευταία εβδομάδα, όπως μούδιασμα και φαγούρα, εφίδρωση και ο φόβος για το χειρότερο. Επτά ερωτήσεις αναφέρονται σε υποκειμενική αντίληψη άγχους και πανικού και 14 ερωτήσεις αναφέρεται σε σωματικές ενδείξεις άγχους. Ως εκ τούτου, η κλίμακα BAI λειτουργεί πιο ικανοποιητικά σε αγχώδεις διαταραχές με έντονα σωματικά συμπτώματα. Το ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό, ωστόσο από την Γιαννάκου και συνεργάτες, 2013, έχει ελεγχθεί, στον Ελληνικό πληθυσμό, η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας η οποία ήταν πολύ καλή όπως και ο συντελεστής συσχέτισης επαναληπτικών μετρήσεων ο οποίος ήταν επίσης υψηλός (Χαλικόπουλος, 2017). Το ερωτηματολόγιο BAI χρησιμοποιήθηκε στην πρώτη έρευνα εφαρμογής πρακτικών γευματικής επίγνωσης από τους Kristeller&Hallett το 1999.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές αξιοπιστίας του Cronbach για τις κλίμακες της μελέτης:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	Cronbach's α
Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης	0,91
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	0,91
Κλίμακα άγχους (BAI)	0,84
Συνολική βαθμολογία (EAT-26)	0,73

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α για όλες τις κλίμακες ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία σε όλες τις κλίμακες της μελέτης.

2.4.2.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση των ποσοστών παχυσαρκίας πριν και μετά την παρέμβαση χρησιμοποιήθηκε το McNemar test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη κλιμάκων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise)

χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις μεταβολές στις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους ($\text{standard errors} = \text{SE}$). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

2.4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 57 άτομα, τα 35 εκ των οποίων (61,4%) αποτελούν την ομάδα παρέμβασης και τα υπόλοιπα 22 (38,6%) την ομάδα ελέγχου. Στον πίνακα 3 που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχόντων ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία

		Ομάδα				P*	
		Ελέγχου (N=22)		Παρέμβασης (N=35)			
		N	%	N	%		
Φύλο	Άρρεν	3	13,6	6	17,1	1,000*	
	Θήλυ	19	86,4	29	82,9		
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		43,7 (13,6)		47,1 (10,9)			
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	8	36,4	8	22,9	0,725*	
	Έγγαμος/η	8	36,4	19	54,3		
	Διαζευγμένος/η	3	13,6	3	8,6		
	Χήρος/α	0	0,0	1	2,9		
	Ενδιασπάσει	1	4,5	2	5,7		
	Συμβίωση	2	9,1	2	5,7		
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	15	75,0	21	61,8	0,488*	
	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Οικιακά	4	20,0	7	20,6		
	Συνταξιούχοι	1	5,0	6	17,6		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απολυτήριολυκείου	9	40,9	11	31,4	0,022*	
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΙΕΚ/ ΤΕΕ)	6	27,3	1	2,9		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)	4	18,2	16	45,7		
	Μεταπτυχιακό	3	13,6	6	17,1		
	Διδακτορικό	0	0,0	1	2,9		
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	10	47,6	6	17,6	0,017	
	Μέσο	11	52,4	28	82,4		
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	12	54,5	22	62,9	0,533	
	Ναι	10	45,5	13	37,1		
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά:		Όχι	8	36,4	16	45,7	0,486

	Ναι	14	63,6	19	54,3	
Ακολουθούσατε κάποια δίαιτα αδυνατίσματος αυτήν την περίοδο;	Όχι	20	90,9	33	94,3	0,635*
	Ναι	2	9,1	2	5,7	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	5	22,7	13	37,1	0,254
	Ναι	17	77,3	22	62,9	
Σε ποια συχνότητα συμβαίνει/νουν;	1-3 φορές/εβδομάδα	12	70,6	11	50,0	0,112*
	3-5 φορές/εβδομάδα	0	0,0	5	22,7	
	καθημερινά	5	29,4	6	27,3	
Είστε κάτοικος Γαλασίου;	Όχι	14	63,6	20	57,1	0,627
	Ναι	8	36,4	15	42,9	

*Fisher's exact test/Pearson's χ^2 test

Το 86,4% των ατόμων της ομάδας ελέγχου και το 82,9% της ομάδας παρέμβασης ήταν γυναίκες. Επίσης, η μέση ηλικία των ατόμων της ομάδας ελέγχου ήταν 43,7 έτη (SD=13,6 έτη) και των ατόμων της ομάδας παρέμβασης ήταν 47,1 έτη (SD=10,9 έτη). Το 36,4% των ατόμων της ομάδας ελέγχου ήταν έγγαμοι και το ίδιο ποσοστό ήταν άγαμοι. Το ποσοστό των έγγαμων για την ομάδα παρέμβασης ήταν 54,3%. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων ήταν εργαζόμενοι με τα ποσοστά να είναι 75,0% για την ομάδα ελέγχου και 61,8% για την ομάδα παρέμβασης. Οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου ήταν κυρίως απόφοιτοι λυκείου (40,9%) και ενώ της ομάδας παρέμβασης ήταν πτυχιούχοι TEI/ AEI (45,7%). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν μέσου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και στις δύο ομάδες με τα ποσοστά να είναι 52,4% για την ομάδα ελέγχου και 82,4% για την ομάδα παρέμβασης. Επίσης, το 63,6% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 54,3% της ομάδας παρέμβασης ακολουθούσε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά. Επίσης, το 9,1% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 5,7% της ομάδας παρέμβασης ακολουθούσε κάποια δίαιτα αδυνατίσματος αυτήν την περίοδο. Το 77,3% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 62,9% της ομάδας παρέμβασης γυμναζόταν ή ακολουθούσε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά. Τέλος, το 36,4% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 42,9% της ομάδας παρέμβασης ήταν κάτοικοι του δήμου Γαλασίου. Οι δύο ομάδες βρέθηκαν να διαφέρουν μόνο ως προς το εκπαιδευτικό και το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης ήταν σημαντικά υψηλότερου εκπαιδευτικού και οικονομικού επιπέδου σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή τους βάρους και του ΔΜΣ των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

		Πριν	Μετά	Μεταβολή		
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P**	P‡
Βάρος (kg)	Ελέγχου	85 (11,56)	85,2 (11,46)	0,2 (1,83)	0,608	0,307
	Παρέμβασης	90,68 (23,58)	90,37 (24,02)	-0,31 (1,85)	0,317	
	P*	0,297	0,350			
ΔΜΣ (kg/m²)	Ελέγχου	32,3 (4,22)	32,35 (3,99)	0,05 (0,69)	0,723	0,321
	Παρέμβασης	34,28 (7,89)	34,14 (8,03)	-0,14 (0,68)	0,250	
	P*	0,285	0,336			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιο βάρος και ΔΜΣ, τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση. Το βάρος και ο ΔΜΣ των συμμετεχόντων, δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση σε καμία από τις δύο ομάδες. Όπως ήταν αναμενόμενο ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, πριν και μετά την παρέμβαση, χωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ομάδα	ΔΜΣ(kgr/m ²)				
	Πριν		Μετά		
	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P**
Ελέγχου	9 (40,9)	13 (59,1)	9 (40,9)	13 (59,1)	1,000
Παρέμβασης	12 (34,3)	23 (65,7)	12 (34,3)	23 (65,7)	1,000
P*	1,000		1,000		

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων (Pearson's χ^2 test) **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων(McNemartest)

Τα ποσοστά παχυσαρκίας ήταν παρόμοια στις 2 ομάδες τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση. Επίσης, δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά σε καμία από τις ομάδες μετά την παρέμβαση.

Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

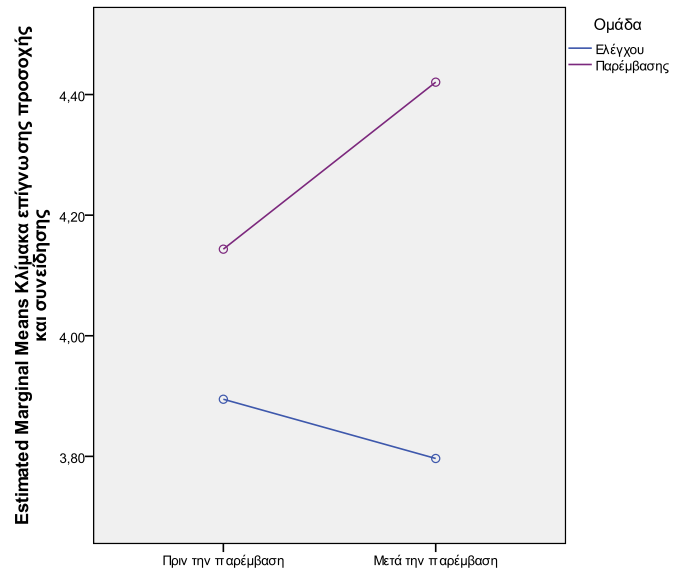
	Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης				
	Πριν	Μετά	Μεταβολή		
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P**	P‡
Ελέγχου	3,99 (0,79)	3,82 (0,62)	-0,17 (0,54)	0,455	0,034
Παρέμβασης	4,04 (0,93)	4,4 (0,7)	0,36 (0,59)	0,017	
P*	0,326	0,004			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική αύξηση της επίγνωσης προσοχής και συνείδησης. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα. Έτσι, μετά την παρέμβαση, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ομάδων, αφού στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν μεταβλήθηκε καθόλου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



Κλίμακα αυτό-συμπόνιας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοσυμπόνιας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

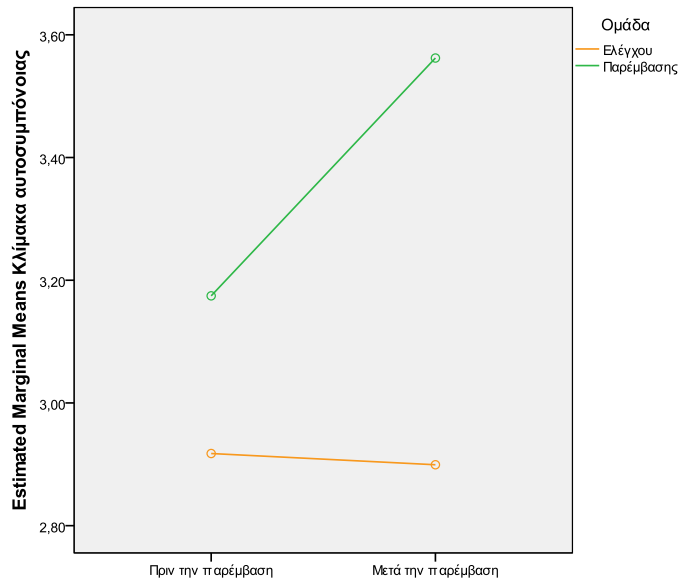
	Κλίμακα αυτο-συμπόνιας				
	Πριν	Μετά	Μεταβολή		
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P**	P‡
Ελέγχου	2,92 (0,75)	2,88 (0,75)	-0,03 (0,71)	0,888	0,024
Παρέμβασης	3,15 (0,65)	3,55 (0,61)	0,40 (0,47)	0,002	
P*	0,223	0,002			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική αύξηση της αυτοσυμπόνιας. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα. Έτσι, μετά την παρέμβαση, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ομάδων, αφού στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν μεταβλήθηκε καθόλου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοσυμπόνιας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



Κλίμακα άγχους (BAI)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα άγχους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

	Κλίμακα άγχους			P**	P‡
	Πριν	Μετά	Μεταβολή		
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
Ελέγχου	11,78 (6,82)	13,41 (9,13)	1,63 (6,98)	0,272	0,038
Παρέμβασης	11,97 (8,1)	10,35 (9,23)	-1,62 (6,63)	0,050	
p*	0,705	0,220			

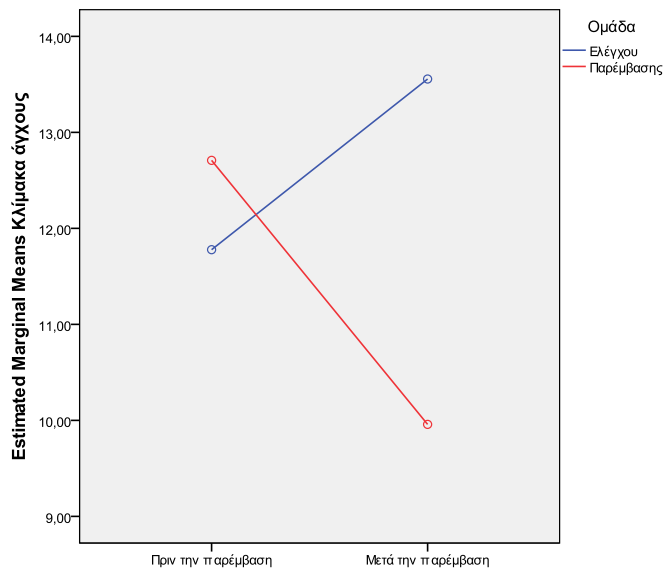
*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική μείωση του άγχους. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα. Ωστόσο, μετά την παρέμβαση, οι δύο ομάδες

είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ομάδων, αφού στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική μείωση ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν μεταβλήθηκε καθόλου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα άγχους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Κλίμακα EAT-26

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές των βαθμολογιών στις διαστάσεις των συμμετεχόντων της κλίμακας EAT-26, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

		Πριν	Μετά	Μεταβολή		
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P**	P‡
Δίαιτα	Ελέγχου	7,71 (5,55)	6,86 (5,82)	-0,86 (5,44)	0,654	0,701
	Παρέμβασης	11,11 (5,57)	9,87 (5,07)	-1,24 (6,25)	0,245	
	P*	0,041	0,071			
Βουλιμία	Ελέγχου	3 (3,52)	2,76 (2,74)	-0,24 (1,93)	0,594	0,046
	Παρέμβασης	3,83 (4,13)	1,81 (2,6)	-2,02 (3,31)	<0,001	
	P*	0,532	0,208			
Έλεγχος φαγητού	Ελέγχου	1,27 (1,61)	1,05 (1,43)	-0,23 (1,11)	0,615	<0,001
	Παρέμβασης	1,69 (2,18)	3,39 (2,45)	1,71 (2,56)	<0,001	
	P*	0,893	<0,001			
Συνολική βαθμολογία	Ελέγχου	12,05 (7,76)	10,67 (7,44)	-1,38 (6,72)	0,525	0,960
	Παρέμβασης	16,63 (8,71)	15,06 (6,55)	-1,56 (9,28)	0,384	
	P*	0,091	0,056			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, υπήρξε σημαντική διαφορά στη διάσταση «Δίαιτα» μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα παρέμβασης η βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη, υποδηλώνοντας περισσότερο «διαιτητική» συμπεριφορά, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά την παρέμβαση, ωστόσο, η βαθμολογία στην ομάδα παρέμβασης σημείωσε μια όχι σημαντική μείωση, η οποία όμως έφερε τη βαθμολογία σε παρόμοια επίπεδα με αυτά της ομάδας ελέγχου. Συνεπώς, μετά την παρέμβαση, οι δύο ομάδες ήρθαν σε παρόμοια επίπεδα.

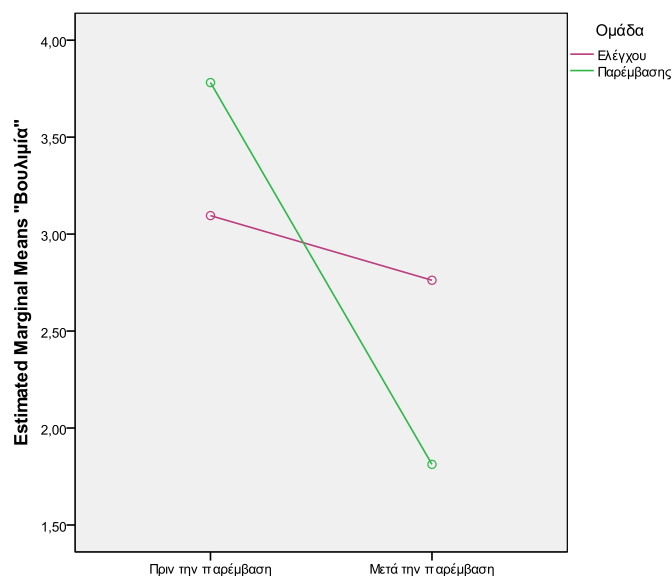
Για τη διάσταση «Βουλιμία», πριν την παρέμβαση οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά και έφτασε να διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη βαθμολογία της ομάδας ελέγχου. Ο βαθμός μεταβολής διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, καθώς στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε μείωση ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή.

Για τη διάσταση «Έλεγχος φαγητού», πριν την παρέμβαση οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά και έφτασε να διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη βαθμολογία της ομάδας ελέγχου. Ο βαθμός μεταβολής διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, καθώς στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε αύξηση ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή.

Στη συνολική βαθμολογία, τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες τιμές. Σε καμία από τις δύο ομάδες δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση. Ο βαθμός μεταβολής δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Βουλιμία», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων (πριν την παρέμβαση)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και αυτοσυμπόνιας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

		Κλίμακα αυτοσυμπόνιας
Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης	r	0,26
	P	0,083

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και αυτοσυμπόνιας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της κλίμακας άγχους με τις κλίμακες επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και αυτοσυμπόνιας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

		Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης	Κλίμακα αυτοσυμπόνιας
Κλίμακα άγχους (BAI)	r	-0,46	-0,22
	P	0,002	0,136

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας άγχους με την κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης. Οπότε, όσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερη επίγνωση προσοχής και συνείδηση είχαν. Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας άγχους με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας EAT-26 με τις κλίμακες επίγνωσης, προσοχής και συνείδησης, άγχους και αυτοσυμπόνιας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

		Δίαιτα	Βουλιμία	Έλεγχος φαγητού	Συνολική βαθμολογία
Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης	r	-0,30	-0,39	-0,05	-0,39
	P	0,035	0,005	0,731	0,005
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	r	-0,21	-0,28	-0,15	-0,30
	P	0,141	0,037	0,280	0,027
Κλίμακα άγχους (BAI)	r	0,31	0,31	0,01	0,35
	P	0,037	0,033	0,929	0,017

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας επίγνωσης, προσοχής και συνείδησης με τις διαστάσεις «Δίαιτα», «Βουλιμία» καθώς και με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας EAT. Οπότε όσο υψηλότερη επίγνωση, προσοχή και συνείδηση είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερη ήταν η «διαιτητική» τους συμπεριφορά, τόσο λιγότερα συμπτώματα βουλιμίας είχαν και τόσο λιγότερα συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης είχαν. Ομοίως, όσο περισσότερη αυτοσυμπόνια είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα συμπτώματα βουλιμίας είχαν και τόσο λιγότερα συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης είχαν. Αντίθετα, όσο περισσότερο άγχος είχαν τόσο περισσότερη ήταν η «διαιτητική» τους συμπεριφορά, τόσο περισσότερα συμπτώματα βουλιμίας είχαν και τόσο περισσότερα συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης είχαν.

Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας άγχους με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της κλίμακας άγχους με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

		Κλίμακα άγχους(μεταβολή)		P *
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άρρεν	2,33	7,66	0,010
	Θήλυ	-4,44	5,48	
Έγγαμοι/ Σε συμβίωση	Όχι	-3,22	7,26	0,524
	Ναι	-2,47	6,47	
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	-2,33	6,41	0,670
	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Οικιακά/ Συνταξιούχοι	-3,44	7,32	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απολυτήριο λυκείου /Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK/ TEE)	-4,50	4,59	0,743
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	-2,17	7,20	
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	-2,50	6,72	0,488
	Μέσο	-2,83	6,79	
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	-2,06	5,12	0,424
	Ναι	-4,13	9,22	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά:	Όχι	-2,91	5,28	0,505
	Ναι	-2,62	7,81	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	-0,73	8,28	0,725
	Ναι	-4,46	4,48	
Είστε κάτοικος Γαλατσίου;	Όχι	-1,94	7,04	0,132
	Ναι	-5,17	4,92	

*Student's t-test

Διέφερε σημαντικά η μεταβολή της κλίμακας άγχους ανάλογα με το φύλο.

Συγκεκριμένα, στους άντρες σημειώθηκε αύξηση των συμπτωμάτων άγχους, η οποία δεν ήταν σημαντική ενώ στις γυναίκες σημειώθηκε σημαντική μείωση, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα.

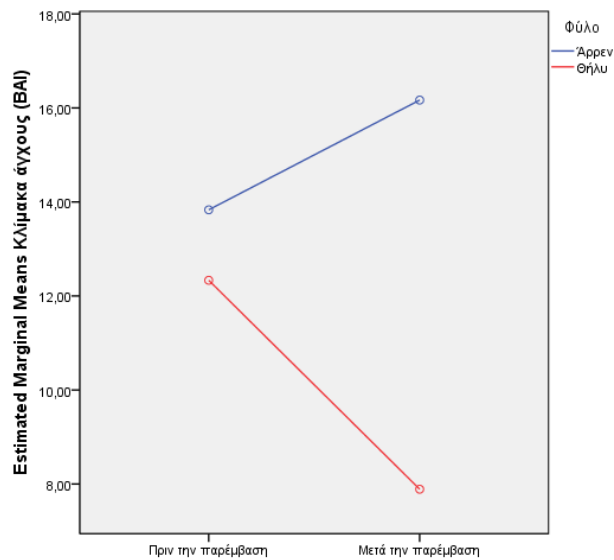
ΠΙΝΑΚΑΣ 14

	Κλίμακα άγχους (BAI)					
	Πριν		Μετά			
Φύλο	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	p**	P‡
Άρρεν	13,83	7,33	16,17	11,72	0,489	0,026
Θήλυ	11,50	8,36	8,60	7,88	0,003	
p*	0,537		0,078			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα άγχους (BAI) ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5



Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης λαμβάνοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα άγχους και ως ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο των συμμετεχόντων. Στην ανάλυση αυτή μόνο το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τις μεταβολές στην κλίμακα άγχους. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 6,78 μονάδες μεγαλύτερη μείωση σε σύγκριση με τους άντρες ($\beta = -6,78$, $SE = 2,85$, $p = 0,026$).

Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

		Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης (μεταβολή)		p*
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άρρεν	0,06	0,44	0,855
	Θήλυ	0,34	0,62	
Έγγαμοι/ Σε συμβίωση	Όχι	0,24	0,68	0,851
	Ναι	0,30	0,54	
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	0,43	0,50	0,597
	Ανεργοί/ Φοιτητές/ Οικιακά/ Συνταξιούχοι	0,04	0,70	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απολυτήριο λυκείου /Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK/ TEE)	0,25	0,78	0,744
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,29	0,53	
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	0,37	0,88	0,709
	Μέσο	0,28	0,55	
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	0,30	0,55	0,669
	Ναι	0,25	0,69	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά:	Όχι	0,25	0,58	0,308
	Ναι	0,30	0,62	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	0,18	0,61	0,746
	Ναι	0,34	0,59	
Είστε κάτοικος Γαλασίου;	Όχι	0,35	0,61	0,210
	Ναι	0,11	0,54	

*Student's t-test

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και της μεταβολής της κλίμακας άγχους.

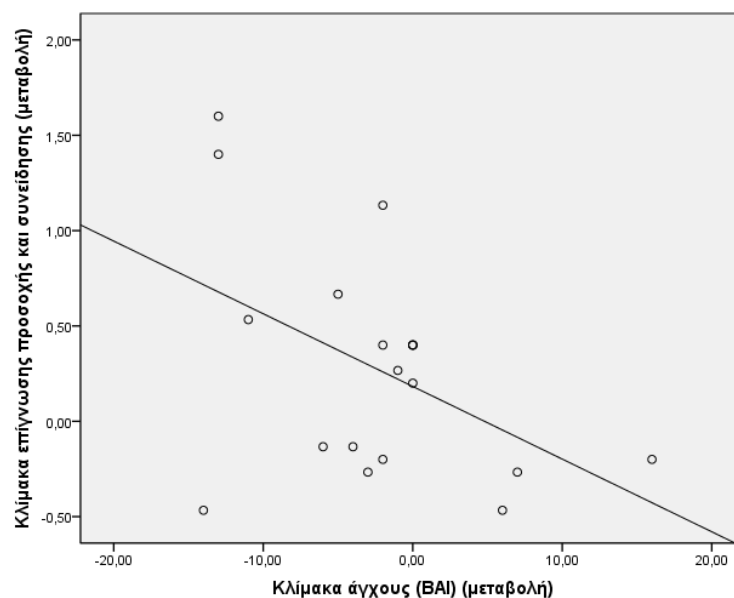
ΠΙΝΑΚΑΣ 16

		Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης (μεταβολή)
Κλίμακα άγχους (BAI) (μεταβολή)	r	-0,47
	P	0,044

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και της μεταβολής της κλίμακας άγχους. Οπότε όσο περισσότερο αυξάνονταν τα συμπτώματα άγχους τόσο μικρότερη ήταν η αύξηση επίγνωσης προσοχής και συνείδησης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και της μεταβολής της κλίμακας άγχους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6



Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία και την κλίμακα άγχους και μόνο η μεταβολή στην κλίμακα άγχους βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν ($\beta=-0,04$, $SE=0,02$, $p=0,044$).

Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

		Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (μεταβολή)		p*
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άρρεν	0,13	0,40	0,778
	Θήλυ	0,45	0,48	
Έγγαμοι/ Σε συμβίωση	Όχι	0,44	0,51	0,843
	Ναι	0,35	0,46	
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	0,33	0,46	0,372
	Ανεργοί/ Φοιτητές/ Οικιακά/ Συνταξιούχοι	0,52	0,49	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απολυτήριο λυκείου /Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK/ TEE)	0,39	0,46	0,873
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,39	0,49	
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	0,58	0,37	0,263
	Μέσο	0,33	0,49	
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	0,39	0,43	0,964
	Ναι	0,39	0,57	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά;	Όχι	0,52	0,45	0,058
	Ναι	0,29	0,48	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	0,29	0,47	0,370
	Ναι	0,45	0,48	
Είστε κάτοικος Γαλασίου;	Όχι	0,40	0,50	0,949
	Ναι	0,37	0,44	

*Student's t-test

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της κλίμακας αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

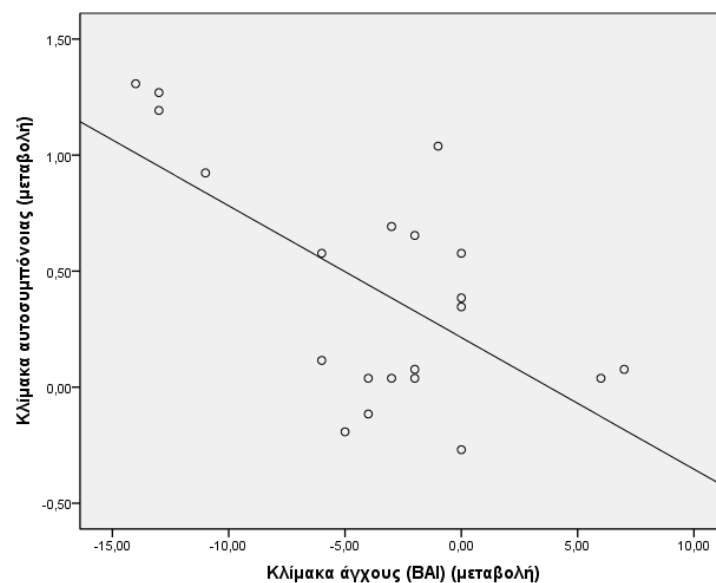
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και της μεταβολής της κλίμακας άγχους.
ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Κλίμακα άγχους (BAI) (μεταβολή)	Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (μεταβολή)	
	r	P
	-0,64	0,002

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και της μεταβολής της κλίμακας άγχους. Οπότε όσο περισσότερο αυξάνονταν τα συμπτώματα άγχους τόσο μικρότερη ήταν η αύξηση αυτοσυμπόνιας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και της μεταβολής της κλίμακας άγχους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7



Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή την κλίμακα αυτοσυμπόνιας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία και την κλίμακα άγχους και μόνο η μεταβολή στην κλίμακα άγχους βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν ($\beta = -0,06$, $SE = 0,02$, $p = 0,002$).

Συσχέτιση της μεταβολής της διάστασης «Βουλιμία» με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της διάστασης «Βουλιμίας» με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

		Βουλιμία (μεταβολή)		p*
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άρρεν	-0,50	0,84	0,330
	Θήλυ	-2,31	3,58	
Έγγαμοι/ Σεσυμβίωση	Όχι	-1,46	2,60	0,225
	Ναι	-2,32	3,74	
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	-2,00	3,80	0,785
	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Οικιακά/ Συνταξιούχοι	-2,00	2,53	
Επίπεδοεκπαίδευσης	Απολυτήριο λυκείου /Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK/ TEE)	-1,60	3,50	0,306
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	-2,14	3,28	
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	-3,50	4,04	0,717
	Μέσο	-1,76	3,07	
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	-1,35	2,50	0,434
	Ναι	-3,00	4,26	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά:	Όχι	-1,36	2,65	0,996
	Ναι	-2,44	3,75	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	-1,85	3,16	0,421
	Ναι	-2,05	3,49	
Είστε κάτοικος Γαλασίου;	Όχι	-2,00	2,94	0,968
	Ναι	-1,92	3,90	

*Student's t-test

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της διάστασης «Βουλιμία» ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Βουλιμία» με τη μεταβολή της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, τη μεταβολή της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και τη μεταβολή της κλίμακας άγχους.

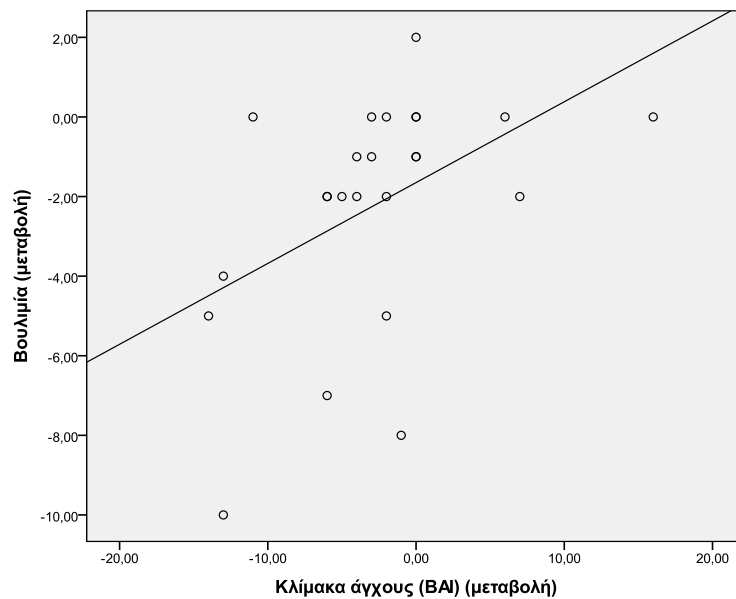
ΠΙΝΑΚΑΣ 20

		Βουλιμία (μεταβολή)
Κλίμακα άγχους (BAI) (μεταβολή)	r	0,46
	P	0,022
Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης (μεταβολή)	r	-0,51
	P	0,012
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (μεταβολή)	r	-0,55
	P	0,004

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Βουλιμία» με τη μεταβολή στην κλίμακα άγχους. Άρα, όσο αυξάνονται τα συμπτώματα άγχους τόσο μικρότερη ήταν η μείωση στα συμπτώματα βουλιμίας. Αντίθετα, σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Βουλιμία» με τις μεταβολές στις κλίμακες επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και αυτοσυμπόνιας. Οπότε, όσο αυξάνεται η επίγνωση, προσοχή και συνείδηση καθώς και η αυτο-συμπόνια τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα βουλιμίας.

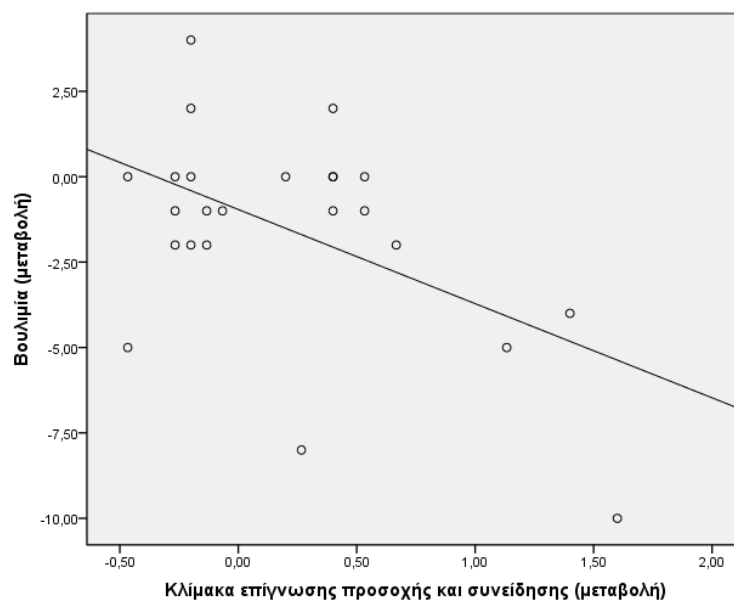
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής στη διάσταση «Βουλιμία» και της μεταβολής της κλίμακας άγχους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8



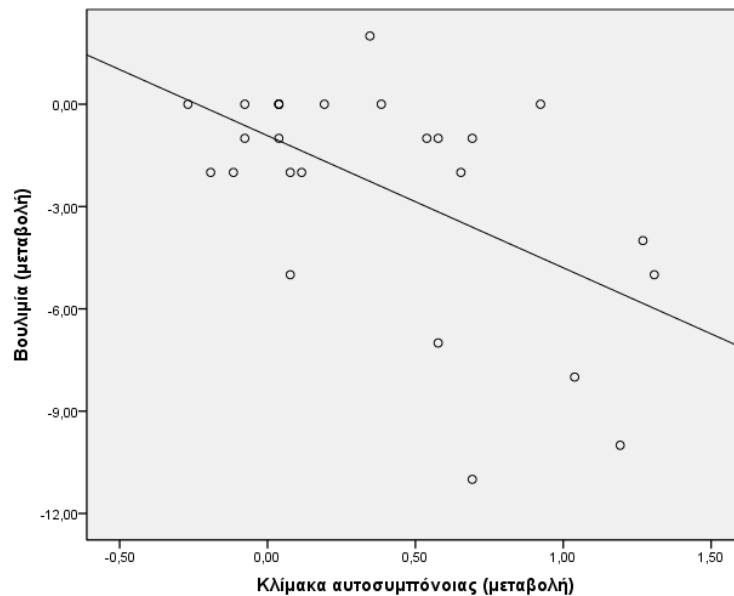
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής στη διάσταση «Βουλιμία» και της μεταβολής της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής στη διάσταση «Βουλιμία» και της μεταβολής της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10



Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης λαμβάνοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Βουλιμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία, την κλίμακα άγχους, την κλίμακα αυτοσυμπόνιας και την κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και βρέθηκε πως μόνο η μεταβολή στην κλίμακα αυτοσυμπόνιας να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν($\beta=-3,88$, $SE=1,20$, $p=0,004$).

Συσχέτιση της μεταβολής της διάστασης «Έλεγχος φαγητού» με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της διάστασης «Έλεγχος φαγητού» με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

		Έλεγχος φαγητού (μεταβολή)		p*
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άρρεν	0,50	1,87	0,100
	Θήλυ	2,41	2,59	
Έγγαμοι/ Σε συμβίωση	Όχι	1,43	2,31	0,229
	Ναι	2,53	2,70	
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	2,05	2,50	0,962
	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Οικιακά/ Συνταξιούχοι	2,00	2,90	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απολυτήριο λυκείου /Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (IEK/ TEE)	1,80	2,25	0,706
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι/ ΑΕΙ)/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	2,17	2,72	
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο	Χαμηλό	-0,33	0,52	0,011
	Μέσο	2,54	2,56	
Πάσχετε από κάποια ασθένεια η οποία επηρεάζει τις διατροφικές σας (όπως για παράδειγμα διαβήτη, θυρεοειδή, τροφικές αλλεργίες κ.λπ.);	Όχι	2,10	2,76	0,920
	Ναι	2,00	2,30	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή συστηματικά:	Όχι	1,80	2,62	0,602
	Ναι	2,28	2,56	
Γυμνάζεστε ή ακολουθείτε κάποια φυσική δραστηριότητα, συστηματικά;	Όχι	2,08	2,90	0,977
	Ναι	2,05	2,39	
Είστε κάτοικος Γαλατσίου;	Όχι	1,55	2,63	0,159
	Ναι	2,85	2,34	

*Student's t-test

Διέφερε σημαντικά η μεταβολή της διάστασης «Έλεγχος φαγητού» ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες με χαμηλό οικονομικό επίπεδο σημειώθηκε μείωση, η οποία δεν ήταν σημαντική ενώ στους συμμετέχοντες με μέσο οικονομικό επίπεδο σημειώθηκε σημαντική αύξηση, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα.

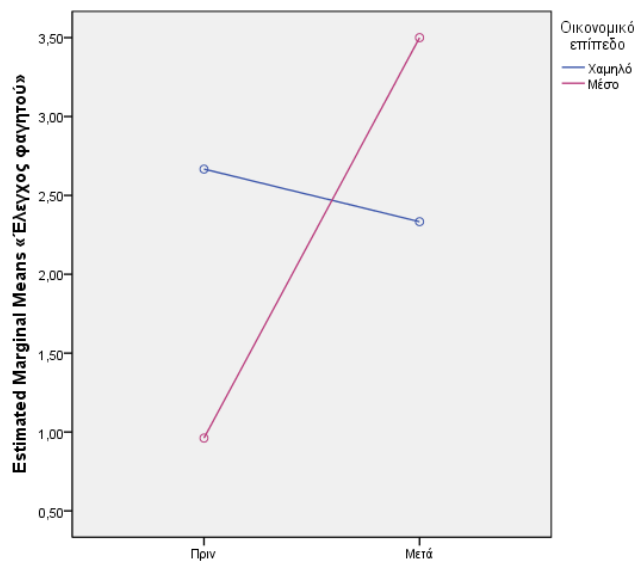
ΠΙΝΑΚΑΣ 22

Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο	Έλεγχος φαγητού					
	Πριν		Μετά			
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	P**	P‡
Χαμηλό	2,67	2,07	2,33	2,07	0,175	0,011
Μέσο	1,43	2,20	3,50	2,45	<0,001	
P*	0,216		0,290			

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Έλεγχος φαγητού» ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Έλεγχος φαγητού» με τη μεταβολή της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, τη μεταβολή της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και τη μεταβολή της κλίμακας άγχους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

		Έλεγχος φαγητού (μεταβολή)
Κλίμακα άγχους (BAI) (μεταβολή)	r	-0,10
	P	0,647
Κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης (μεταβολή)	r	0,16
	P	0,434
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (μεταβολή)	r	-0,21
	P	0,314

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Έλεγχος φαγητού» με τη μεταβολή της κλίμακας επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, τη μεταβολή της κλίμακας αυτοσυμπόνιας και τη μεταβολή της κλίμακας άγχους.

Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Έλεγχος φαγητού» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία, την κλίμακα άγχους, την κλίμακα επίγνωσης προσοχής και συνείδησης, την κλίμακα αυτοσυμπόνιας και μόνο το οικονομικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτήν. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με μέσο οικονομικό επίπεδο είχαν κατά 2,87 μονάδες μεγαλύτερη αύξηση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με χαμηλό οικονομικό επίπεδο ($\beta=2,87$, $SE=1,06$, $p=0,011$).

2.5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση της διαδικασίας από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

		N	%
Απόλαυσα το πρόγραμμα	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	1	2,9
	Αρκετά	1	2,9
	Πολύ	8	22,9
	Πάρα πολύ	25	71,4
Το πρόγραμμα μου φάνηκε χρήσιμο	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	0	0,0
	Αρκετά	0	0,0
	Πολύ	10	28,6
	Πάρα πολύ	25	71,4
Κάποιες από τις πληροφορίες που έλαβα ήταν καινούργιες για εμένα.	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	1	2,9
	Αρκετά	4	11,8
	Πολύ	10	29,4
	Πάρα πολύ	19	55,9
Η εκπαίδευση με κινητοποίησε να αλλάξω	Καθόλου	1	2,9
	Λίγο	0	0,0
	Αρκετά	4	11,8
	Πολύ	11	32,4
	Πάρα πολύ	18	52,9
Θα χρησιμοποιήσω τις πληροφορίες και τις τεχνικές που έμαθα στην εκπαίδευση	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	0	0,0
	Αρκετά	5	14,3
	Πολύ	10	28,6
	Πάρα πολύ	20	57,1
Θα συνιστούσα αυτό το πρόγραμμα και σε άλλους	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	0	0,0

Θα με ενδιέφερε να παρακολουθήσω ξανά παρόμοιο πρόγραμμα.	Αρκετά	1	2,9
	Πολύ	8	22,9
	Πάρα πολύ	26	74,3
	Καθόλου	1	2,9
	Λίγο	0	0,0
	Αρκετά	3	8,6
	Πολύ	9	25,7
	Πάρα πολύ	22	62,9

Το 71,4% των ατόμων απόλαυσαν το πρόγραμμα και το ίδιο ποσοστό το βρήκε πάρα πολύ χρήσιμο. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες κινητοποιήθηκαν πάρα πολύ να αλλάξουν λόγω της εκπαίδευσης. Το 74,3% των συμμετεχόντων θα συνιστούσαν πάρα πολύ το πρόγραμμα αυτό σε άλλους και το 62,9% ενδιαφερόταν πάρα πολύ να παρακολουθήσει ξανά παρόμοιο πρόγραμμα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση των θεματικών ενοτήτων του προγράμματος όπως έγινε από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

		N	%
Εισαγωγή – Κύκλος Ζωής	Αδιάφορη	1	2,9
	Μέτρια	1	2,9
	Καλή	2	5,9
	Αρκετά καλή	16	47,1
	Πολύ καλή	14	41,2
Επίγνωση, ανίχνευση όρεξης	Αδιάφορη	0	0,0
	Μέτρια	0	0,0
	Καλή	0	0,0
	Αρκετά καλή	11	31,4
	Πολύ καλή	24	68,6
Επίγνωση γέυσης – γευσιγνωσία	Αδιάφορη	0	0,0
	Μέτρια	0	0,0
	Καλή	5	14,3
	Αρκετά καλή	7	20,0
	Πολύ καλή	23	65,7

Επίγνωση κορεσμού	Αδιάφορη	0	0,0
	Μέτρια	0	0,0
	Καλή	4	11,8
	Αρκετά καλή	8	23,5
	Πολύ καλή	22	64,7
Συναισθηματικό φαγητό	Αδιάφορη	1	2,9
	Μέτρια	0	0,0
	Καλή	2	5,7
	Αρκετά καλή	9	25,7
	Πολύ καλή	23	65,7
Σύνδεση με το σώμα	Αδιάφορη	0	0,0
	Μέτρια	2	5,7
	Καλή	3	8,6
	Αρκετά καλή	13	37,1
	Πολύ καλή	17	48,6
Η δύναμη της επιλογής	Αδιάφορη	1	2,9
	Μέτρια	1	2,9
	Καλή	3	8,6
	Αρκετά καλή	9	25,7
	Πολύ καλή	21	60,0
Κλείσιμο – Νέα σχέση με την τροφή και το σώμα	Αδιάφορη	1	3,0
	Μέτρια	0	0,0
	Καλή	2	6,1
	Αρκετά καλή	11	33,3
	Πολύ καλή	19	57,6

Η εισαγωγή χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλή από το 88,2% των συμμετεχόντων. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την επίγνωση, ανίχνευση όρεξης, την επίγνωση γεύσης – γευσιγνωσία και την επίγνωση κορεσμού ήταν 100,0%, 85,7% και 88,2%. Ακόμα, οι ενότητες «Συναισθηματικό φαγητό», «Σύνδεση με το σώμα» και «Η δύναμη της επιλογής» χαρακτηρίστηκαν αρκετά/πολύ καλές από το 91,4%, το 85,7% και το 85,7% των συμμετεχόντων, αντίστοιχα. Τέλος, το κλείσιμο χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλό από το 90,9% των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση του υλικού της παρέμβασης, από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

		N	%
Έντυπο υλικό	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	1	3,2
	Αρκετά καλό	6	19,4
	Πολύ καλό	24	77,4
Πρακτική επίγνωσης 20 αναπνοών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	0	0,0
	Αρκετά καλό	4	11,8
	Πολύ καλό	30	88,2
Πρακτική επίγνωσης 3 λεπτών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	1	2,9
	Καλό	2	5,7
	Αρκετά καλό	6	17,1
	Πολύ καλό	26	74,3
Πρακτική ανίχνευσης όρεξης	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	3	8,6
	Αρκετά καλό	10	28,6
	Πολύ καλό	22	62,9
Πρακτική επίγνωσης γεύσης	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	2	5,7
	Αρκετά καλό	12	34,3
	Πολύ καλό	21	60,0
Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 10 λεπτών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	2	5,9
	Αρκετά καλό	9	26,5
	Πολύ καλό	23	67,6
Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 15 λεπτών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	1	2,9
	Αρκετά καλό	11	32,4
	Πολύ καλό	22	64,7
Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 20 λεπτών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	2	5,9

	Αρκετά καλό	12	35,3
	Πολύ καλό	20	58,8
Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 25 λεπτών	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	4	12,5
	Αρκετά καλό	11	34,4
	Πολύ καλό	17	53,1
Πρακτική αγάπης και ευγένειας/καλοσύνης	Αδιάφορο	0	0,0
	Μέτριο	0	0,0
	Καλό	3	8,6
	Αρκετά καλό	8	22,9
	Πολύ καλό	24	68,6

Το έντυπο υλικό χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλό από το 96,8% των συμμετεχόντων. Η πρακτική επίγνωσης 20 αναπνοών χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλή από όλους τους συμμετέχοντες και η πρακτική επίγνωσης 3 λεπτών από το 91,4% των συμμετεχόντων. Η πρακτική ανίχνευσης όρεξης χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλή από το 91,4% των συμμετεχόντων και η πρακτική επίγνωσης γεύσης από το 94,3% των συμμετεχόντων. Οι πρακτικές επίγνωσης αναπνοής 10,15,20 και 25 λεπτών χαρακτηρίστηκαν αρκετά/πολύ καλές από το 94,1%, 97,1%, 94,1% και 87,5% των συμμετεχόντων αντίστοιχα. Τέλος, η πρακτική αγάπης και ευγένειας/καλοσύνης χαρακτηρίστηκε αρκετά/πολύ καλή από το 91,4% των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι προτάσεις και τα σχόλια των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

	N	%
Πρότεινε ιδέες, παρατηρήσεις ή άλλα σχόλια σχετικά με την εκπαίδευση. Τι σου άρεσε; Τι δεν σου άρεσε; Αλλαγές που θα πρότεινες;	11	31,4
25 λεπτά επίγνωσης δύσκολο λόγω έλλειψης χρόνου και φόρτισης	1	2,9
Reunion (να ακολουθούν συναντήσεις)	1	2,9
απαιτητικό πρόγραμμα	1	2,9
γύγκα και περισσότερες ώρες εκπαίδευσης	1	2,9
ήταν όλα τέλεια	1	2,9
θα ήθελα να γνωρίζω τις θεματικές ενότητες από την αρχή , θα ήθελα να γνωρίζω πόσο χρόνο θα αφιερώνω στο πρόγραμμα	1	2,9

λίγο μεγαλύτερο σε διάρκεια / το έντυπο υλικό ήταν πολύ	1	2,9
λιγότερο άτομα και περισσότερες συνεδρίες ίσως 2 την εβδομάδα	1	2,9
λιγότερη γραφειοκρατία	1	2,9
μεγαλύτερη διάρκεια	5	14,3
μικρότερη ομάδα	3	8,6
μικρότερη ομάδα ή περισσότερη ώρα	1	2,9
μικρότερο γκρουπ, πιο άνετος χώρος (ζεστός, μαξιλάρες στο πάτωμα), περισσότερος διαλογισμός 20 λεπτά, πιο ομογενές γκρουπ σε ηλικία και βάρος	1	2,9
μικρότερο μέγεθος ομάδας 20 ατόμων	1	2,9
οι πρακτικές για λιγότερα γεύματα και μικρότερης διάρκειας	1	2,9
περιεκτικό φυλλάδιο	1	2,9
Περισσότερος χρόνος στην τελευταία συνάντηση	1	2,9
περισσότερος χρόνος για συζήτηση	1	2,9

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση του εκπαιδευτή, από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

		N	%
Αξιολόγησε τον εκπαιδευτή	Αδιάφορος	0	0,0
	Μέτριος	0	0,0
	Καλός	1	2,9
	Αρκετά καλός	2	5,9
	Πολύ καλός	31	91,2
Σχόλια αναφορικά με τον εκπαιδευτή:	υπομονετικός, επεξηγηματικός	1	2,9
	αγαπήσει αυτό που κάνει, γνωρίζει το αντικείμενο σε βάθος, μεταδοτικός, πολύ καλή οριοθέτηση στην ομάδα	1	2,9
	αμεσότητα , μεταδοτικότητα, δεν απαιτούσε, προσπαθούσε να αναπτύξει σχέση με τον καθένα	1	2,9
	άριστος, μετέδωσε την γνώση του	1	2,9
	αφοσιωμένος, έχει πολλές γνώσεις καλή επαφή με τον κόσμο ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και γι αυτό έχει καλά αποτελέσματα	1	2,9
	βοηθητικός επεξηγηματικός	1	2,9
	γαλήνιος ήρεμος δυνατός άψογος καθοδηγείς υψηλού επιπέδου	1	2,9
	εκπληκτικός, χαρισματικός, πάθος γι αυτό που κάνει, διαθέτει ευαισθησία, νοιάζεται για τους ανθρώπους που έχουν πρόβλημα παχυσαρκίας, πρόθυμος να βοηθήσει, βαθιά γνώση και αγάπη γι αυτό που κάνει	1	2,9
	εξαιρετικός	2	5,7
	εξαιρετικός αναλυτικός, υπομονετικός προσεκτικός στον τρόπο προσέγγισης	1	2,9
	επάρκεια, προσήλωση, οριοθέτηση, σεβασμό και ανεκτικότητα στις ανάγκες του καθενός εύστοχες ερωτήσεις και συνδέσεις ουδέτερη επιστημονικότητα και αμεσότητα και οικειότητα	1	2,9
	επικοινωνιακός μεταδίδει γνώσεις, εξαφανίζει αρνητικά συναισθήματα	1	2,9
	εργατικός βοηθητικός συναισθηματικός οργανωτικός	1	2,9
	ευγενής φιλότιμος με ειλικρινή διάθεση βοήθειας	1	2,9
	ευγενικός, διακριτικός, ήρεμος, γνώστης του αντικείμενου, όρεξη και μεράκι γι αυτό που κάνει	1	2,9

ευστοχος,συμπονετικος,φροντιστικος,προθυμος,ιδεαλιστης,συμπαραστατικος	1	2,9
ήρεμη δυναμική παρουσία, ανέβλυζε αγάπη, σεβασμό για τους ανθρώπους και την δουλειά του	1	2,9
ήρεμος μεταδοτικός υπομονετικός καλός ακροατής υπομονετικός άριστος δάσκαλος και οδηγός	1	2,9
καταπληκτικός στην εκπαίδευση	1	2,9
μεταδοτικός	1	2,9
μεταδοτικός, πιστικός, γνώστης της δουλειάς, επιστήμονας	1	2,9
πολύ εκπαιδευμένος μεταδοτικός αφοσιωμένος, και δυνατός σ αυτό που κάνει	1	2,9
σαφής, υπομονετικός, ισχυρή μεταδοτικότητα, αίσθηση σεβασμού	1	2,9
συνεπής, αναλυτικός, υποστηρικτικός,επεξηγηματικός, με ενσυναίσθηση και δύναμη, υπέροχος συντονιστής	1	2,9
Φιλικός, πρόθυμος	1	2,9
ωραία ομιλία, αυστηρότητα εκεί που έπρεπε, υπομονή μετάδοση θετικής ενεργείας	1	2,9

Ο εκπαιδευτής χαρακτηρίστηκε καλός, έως πολύ καλός από όλους τους συμμετέχοντες.

2.6.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρέμβαση projectEATT* επιβεβαιώθηκαν τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας ως ακολούθως:

*Επίγνωση(mindfulness): Σημαντική αύξηση της προσοχής και της συνείδησης στην ομάδα παρέμβασης – projectEATT**

Ο διατροφικός περιορισμός είναι άμεσα συνδεδεμένος με την δίαιτα η οποία καθοδηγείται από εξωτερικά ερεθίσματα και είναι συνδεδεμένη με αρνητική εικόνα σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Κατά την παρέμβαση της Alberts, 2012, παρουσιάστηκε σημαντική αύξησης της επίγνωσης και μείωση των δυσλειτουργικών σκέψεων αναφορικά με την τροφή και την εικόνα σώματος. Οι άνθρωποι τρώνε χωρίς επίγνωση ως ανταπόκριση σε εξωτερικά ερεθίσματα και χρησιμοποιούν την τροφή ως επιβράβευση προσπερνώντας τα σημάδια πείνας και πληρότητας που μπορεί να αυξηθούν από το στρες (Daubenmieretal.,2016). Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση 63 επιστημονικών άρθρων οιRobinsonetal.,2013 συμπέραναν πως ηέλλειψη προσοχής κατά τη διάρκεια του γεύματος αυξάνει την άμεση και μεγαλύτερη κατανάλωση

τροφής καθώς επίσης και την μετέπειτα γευματική συμπεριφορά. Η ανάκληση της πληρότητας που νιώθουμε στο γεύμα αποτελείπρογνωστικό παράγοντα της διατροφικής μας συμπεριφοράς και παρεμποδίζει τη διατροφική πρόσληψη.

*Σημαντική αύξηση της αυτό-συμπόνιας στην ομάδα παρέμβασης-projectEATT**

Ηεκπαίδευση στον διαλογισμό (τεχνική) αγάπης και καλοσύνης, αυξάνει τα επίπεδα αυτό-συμπόνιας. Αυτό δεν μας ξαφνιάζει, αν λάβουμε υπόψη μας την υπέρβαση του μη εγωισμού, την ανθρωπότητα, την καλοσύνη και την επίγνωση της παρούσας στιγμής μεταξύ της τεχνικής (διαλογισμού) καλοσύνης και αυτό-συμπόνιας (Mantzios&Wilson, 2014).Σε ανασκόπηση των Schaeferκαι Magnuson, 2014, 20 διαφορετικών ερευνών, βρέθηκε ότι η εικόνα σώματος, η αυτοαποδοχή και η αυτοεκτίμηση βελτιώθηκαν, ενώ παρατηρήθηκεμείωση της ενασχόλησης με το σωματικό βάρος και του αρνητικού διαλόγου αναφορικά με το σώμα και επίσης η κατάθλιψη. Κατά τους Heatherton&Baumeister, 1991, η αυτοαποδοχή μπορεί να ηρεμήσει τους υπερφάγους και να μετατοπίσει τη σκέψη και την αίσθηση της (διατροφικής) ρύθμισης από τις εξωγενείς συνθήκες, στις ενδογενείς, ενώ η υψηλή αυτοεκτίμηση, ίσως να αποτελεί τον πιο σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα στη θεραπεία της βουλιμίας

*Άγχος: Σημαντική μείωση του άγχους στην ομάδα παρέμβασης-projectEATT**

Η παχυσαρκία και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή, είναι συνδεδεμένες με κατάθλιψη, στρες και άγχος (O'Reillyetal.,2014). Με την εφαρμογή τεχνικών επίγνωσης στην έρευνα της Daubenmier, 2011, παρατηρήθηκε μείωσητης πρωινής μέτρησης κορτιζόλης ορού (CAR) που αποτελεί δείκτη στρες και είναι συνδεδεεται με την συσσώρευση κοιλιακού λίπους.Επιπλέον κατά την παρέμβαση της Alberts, 2012 παρουσιάστηκε χαρακτηριστική μείωση του άγχους στην ομάδαθεραπείας. Και στην έρευνα των Kristeller&Hallett,1999, παρατηρήθηκε μείωση του άγχους και καλύτερη ανταπόκριση στα σημάδια πληρότητας. Η επεισοδιακή υπερφαγίασυμβαίνει ως τρόπος διαχείρισης στρεσογόνων σκέψεων (γνωστικής αποφυγής), ιδιαίτερα στις γυναίκες (Rosenbaum&White, 2016).

*Διατροφική συμπεριφορά: Σημαντική μείωση της «βουλιμίας» στην ομάδα παρέμβασης, μικρή, όχι σημαντική μείωση, της διαιτητικής συμπεριφοράς και σημαντική αύξηση του «στοματικού ελέγχου» - projectEATT**

Το EAT 26, αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που σταθμίστηκε με γνώμονα ασθενείς με νευρική ανορεξία, ωστόσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε μη κλινικό πληθυσμό ως εργαλείο διερεύνησης διαταραγμένης σχέσης με την τροφή (Garneretal. 1982). Η έλλειψη σταθμισμένων εργαλείων στα Ελληνικά, που να μετρά συγκεκριμένα τη γευστική επίγνωση, όπως το MEQ (Mindful Eating Questionnaire, Framsonetal., 2009) ή αναλυτικότερα όλο το φάσμα της διατροφικής συμπεριφοράς DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, Cebollaetal., 2014), έκανε την επιλογή του EAT-26, την πιο αξιόπιστη επιλογή μέτρησης της διατροφικής συμπεριφοράς. Το EAT-26, διακρίνει την διατροφική συμπεριφορά σε 3 κατηγορίες:

α. δίαιτα (dieting): και αφορά την παθολογική αποφυγή λιπαρών τροφών και σημαντική ενασχόληση με την εικόνα σώματος. Ειδικά για στην νευρική ανορεξία, υπάρχει μια υπερβολική θεώρηση της εικόνας σώματος και μια έντονη διάθεση η σωματική εικόνα να «μικρύνει», β. βουλιμία και ενασχόληση με την τροφή (bulimia and food preoccupation) που περιγράφει αντιστοιχεί διάθεση διατροφικού περιορισμού και μη αποδοχής της σωματικής εικόνας, ωστόσο αναφέρεται σε υψηλότερο σωματικό βάρος, γ. στοματικός έλεγχος (oral control), που ουσιαστικά αναφέρεται στον αυτοέλεγχο της τροφής. Αυτή η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει άτομα με χαμηλότερο σωματικό βάρος από την κατηγορία των βουλιμικών ατόμων αλλά δεν συνοδεύεται από βουλιμία (εκκαθαριστικές συμπεριφορές) (Garneretal., 1982). Προκειμένου να γίνουν ποιοτικά καλύτερα αντιληπτές οι παραπάνω συμπεριφορές σε μη κλινικό πληθυσμό (χαρακτηρισμένο με διατροφική διαταραχή), στην συνέχεια παρατίθενται οιστατιστικά σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν (ερωτήσεις τις κλίμακας EAT-26):

Σημαντική μείωση στην συχνότητα:

«Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου» (ερ.17), που υποδηλώνει λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη αυτορρύθμιση και επίγνωση

«Έχετε επεισόδια υπερφαγίας όπου νιώθετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε» (ερ.26/βουλιμία)

«Νιώθω πολύ ένοχος /η μετά το φαγητό» (ερ.9) (και σημαντική αύξηση για την ομάδα ελέγχου), που δηλώνει απενοχοποίηση, που συντελεί στην μείωση του άγχους

Σημαντική αύξηση στη συχνότητα:

«Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια» (ερ.4) που δηλώνει συμπεριφορά γευματικής επίγνωσης

«Αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (ψωμί, πατάτες,ερ.6) που δηλώνει περιορισμό της υπερφαγίας

«Όταν τρώω τα γεύματα μου αργώ περισσότερο από τους άλλους» (ερ.14), που δηλώνει συμπεριφορά γευματικής επίγνωσης

«Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη»(ερ.15), που δηλώνει μικρότερο άγχος, μικρότερη αντίδραση στο συναισθηματικό φαγητό

«Έχω αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό» (ερ.18), που δηλώνει αυτορρύθμιση, γευματική επίγνωση

«Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου» (ερ.23), που υποδηλώνει μείωση υπερφαγίας

Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης 21 παρεμβάσεων των O'Reilly et al., 2014, που χρησιμοποίησαν τεχνικές επίγνωσης για την διαχείριση της διατροφικών συμπεριφορών παχυσαρκίας και υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα αυτών των τεχνικών στη επεισοδιακή υπερφαγία, συναισθηματική υπερφαγία και την ανταπόκριση σε εξωτερικά ερυθρήματα φαγητού. Οι τεχνικές επίγνωσης καλλιεργούν την αυτορρύθμιση, μειώνουν την έντονη λαχτάρα για φαγητό (binge eating) μέσω της επίγνωσης εκείνων των συναισθηματικών και αισθητηριακών μονοπατιών που μπορεί να είναι σημαντικά για την αλλαγή της σχέσης με την τροφή. Κατά την Alberts, 2012, παρουσιάστηκε μικρή αύξηση στον διατροφικό περιορισμό. Μείωση συναισθηματικού φαγητού και φαγητού λόγω εξωτερικών ερεθισμάτων. Σε άλλη παρέμβαση οι συμμετέχοντες παρουσίασαν βελτίωση στη διατροφική τους συμπεριφορά, μείωσαν την κατανάλωση γλυκών και αύξησαν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Salmoirago-Blotcher et al., 2013). Σε ανασκόπηση των Schaefer και Magnuson, 2014, τα αποτελέσματα από 20 διαφορετικές έρευνες έδειξαν πως η ανάπτυξη της ενστικτώδους διατροφής (intuitive eating) έχει πολλαπλά οφέλη: διατήρηση ή μείωση του ΔΜΣ, αναγνώριση

των εσωτερικών καταστάσεων όπως συναισθημάτων, πείνας κορεσμού, μείωση των συμπτωμάτων διαταραγμένη διατροφικής συμπεριφοράς όπως την «σπάσιμο» των διατροφικών κανόνων, την επεισοδιακή υπερφαγία και συμπτώματα νευρικής ανορεξίας. Επίσης τρώγοντας ενστικτωδώς παρατηρήθηκε, μείωση των λιπιδίων του αίματος και η πίεση λόγω της καλύτερης διάθεσης (ευεξίας) και της βελτίωσης των διατροφικών επιλογών – μικρότερη κατανάλωση λιπιδίων και συνολικής ενέργειας. Ακόμα και μετά από 3, 6 μήνες ως και ένα ή δύο χρόνια ,παρατηρήθηκαν να διατηρούνται αυτές οι αλλαγές. Οι πρακτικές συνειδητότητας βελτιώνουν την αυτοφροντίδα και την διάθεση για την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Aphramor , 2015). Στην έρευνα των Cleobury&Tapper, 2014, παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθυγιεινών διατροφικών επιλογών, σε υπέρβαρους και παχύσαρκους, συμβαίνει λόγω πείνας και οπτικών πειρασμών και λιγότερο λόγω συναισθηματικών αίτιων. Οι ερευνητές καταλήγουν πως αναγνωρίζοντας τους παραπάνω λόγους, είναι σημαντικό και χρήσιμο οι παρεμβάσεις με αντικείμενο την διαχείριση βάρους να στοχεύουν στην αναγνώριση και διαχείριση των ερεθισμάτων (εξωτερικά και εσωτερικά) που σχετίζονται με την τροφή και καθώς επίσης σε τεχνικές αυτοέλεγχου.

*Σωματικό βάρος: Μικρή απώλεια, όχι σημαντική διαφορά- projectEATT**

Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να μην οδηγούν άμεσα και αξιόπιστα στην μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, ωστόσο μπορεί να προλαμβάνουν την υπερφαγία και επομένως την αύξηση του σωματικού βάρους. Η παρέμβαση αποσκοπούσε στην εκπαίδευση τεχνικών επίγνωσης της σωματικής πείνας/πληρότητας και την κατάλληλη ανταπόκριση σ' αυτά τα ερεθίσματα (Alberts, 2012). Στην κλασσική μελέτη των Kristeller&Hallett, 1999 , δεν παρουσιάστηκε αλλαγή στο σωματικό βάρος των συμμετεχόντων μετά από την εφαρμογή των τεχνικών γευματικής επίγνωσης. Οι MBI είναι αποτελεσματικές σε περιπτώσεις επεισοδιακής υπερφαγίας και συναισθηματικού φαγητού. Ωστόσο δεν φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με την απώλεια σωματικού βάρους (Katterman et al. 2014).

*Σημαντικές συσχετίσεις – projectEATT**

Υψηλότερο άγχος - μικρότερη προσοχή και επίγνωση

Υψηλή επίγνωση – μείωση διαιτητικής συμπεριφοράς, λιγότερα συμπτώματα βουλιμίας και λιγότερα συμπτώματα διαταραχών πρόσληψης

Υψηλό άγχος – περισσότερη διαιτητική συμπεριφορά , συμπτώματα βουλιμίας και διαταραχών

Μείωση του άγχους στις γυναίκες

Η αύξηση του άγχους επιδρά στην αυτοσυμπόνια

Όσο αυξάνεται η βουλιμία αυξάνεται και το άγχος, μειώνεται η επίγνωση και η αυτοσυμπόνια

Ο έλεγχος και ενασχόληση με το φαγητό μειώθηκε στους συμμετέχοντες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, ενώ παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση σε αυτούς με μέσο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Για την μεν πρώτη ομάδα, η παρέμβαση λειτούργησε καταλυτικά μέσω της απενοχοποίησης τόσο των παχυντικών τροφών, αλλά και αναφορικά με την αγάπη και την αποδοχή εαυτού. Για την δεύτερη ερευνητική ομάδα, οι τεχνικές λειτούργησαν ως ένα εργαλείο αυτορρύθμισης και καλύτερης κατανόησης της διατροφικής συμπεριφοράς. Αυξήθηκε η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους αναφορικά με την διαχείριση του σωματικού τους βάρους, μέσω της καλύτερης κατανόησης των τεχνικών και του θεωρητικού πλαισίου της παρέμβασης.

Στην μετα-ανάλυση 15 ερευνών των Rogers et al., 2016, επιβεβαιώνονται τα αντίστοιχα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την παρέμβαση project EATT*.

Παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στην προβληματική διατροφική συμπεριφορά, το άγχος, την κατάθλιψη και μείωση του ΔΜΣ, η οποία διατηρήθηκε για 4-6 μήνες. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Robinson et al., 2013, η ενσυνείδητη διατροφή μπορεί να επηρεάσει την πρόσληψη της τροφής, ενώ η ενσωμάτωση τεχνικών γευματικής επίγνωσης σε παρεμβάσεις, προσφέρει μια καινούρια προσέγγιση, που αποσκοπεί στην απώλεια ή την διατήρηση του σωματικού βάρους.

2.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συνειδητότητα (mindfulness) σχετίζεται με την γνωστική λειτουργία και την εκμάθηση και αποτελεί βασικό συστατικό στην θεραπεία της παχυσαρκίας με

ολιστικό τρόπο. Μέσω των τεχνικών συνειδητότητας, τα άτομα ενισχύονται ως προς την δυνατότητα κατανόησης της εμπειρία τους και έκφρασης των συναισθημάτων τους. Μ' αυτό τον τρόπο αναγνωρίζουν καλύτερα τις πεποιθήσεις τους και ανταποκρίνονται στα συναισθήματα τους, ανάλογα με τις συνθήκες. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει πως οι προσεγγίσεις συνειδητότητας βελτιώνουν ή διατηρούν μακροπρόθεσμα υγιείς συμπεριφορές σε άτομα με διατροφικές διαταραχές και συνδέονται με την μείωση της συνολικά προσλαμβανόμενης τροφής, τις υγιεινότερες διατροφικές επιλογές και την καθυστέρηση της γευματικής διαδικασίας. Με την επίγνωση της διατροφικής συμπεριφοράς και με την κατανόηση των εμπειριών τους, τα άτομα είναι πιο εύκολο να ανταποκριθούν στις ακατάλληλες συμπεριφορές με σκοπό την διαχείριση καταστάσεων, ενώ παράλληλα τους δίνονται τα εργαλεία ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τις ανθυγιεινές πεποιθήσεις και συνήθειες (Godsey, 2013). Παρόλο που οι παρεμβάσεις συνειδητότητας για την διαχείριση της παχυσαρκίας δεν έχουν ως κυρίαρχο αποτέλεσμα την απώλεια βάρους, ωστόσο η διατήρηση του σωματικού βάρους (μη πρόσληψη) αλλά και τα σημαντικά οφέλη στη ψυχολογία, όπως την μείωση άγχους και κατάθλιψης, αύξηση αυτοεκτίμησης, καλύτερη εικόνα σώματος, τις καθιστούν σημαντικής σημασίας σε σύγκριση με τις παραδοσιακές και χαρακτηριστικές παρεμβάσεις απώλειας βάρους. Μελλοντικές μελέτες θα είναι καλό να εστιάσουν στην ενστικτώδη και «ευγενική» διατροφή, ως υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής και διατροφής που δεν θα βασίζεται στην χρόνια στέρηση και τον διατροφικό περιορισμό (nondiet approach). Τα άτομα είναι σημαντικό να επιλέγουν τροφές που θα είναι γευστικές και θα τους ευχαριστούν, σε συνάρτηση με τις σωματικές τους αισθήσεις, με γνώμονα και αξία σε επιλογές, που θα προάγουν την υγεία και τη σωματική λειτουργία (Schaefer & Magnuson, 2014).

Πολλές παρεμβάσεις που αφορούν τη δημόσια υγεία έχουν σκοπό να αυξήσουν τη γνώση που σχετίζεται με τις διαταραχές τροφής. Με την αύξηση της παχυσαρκίας των ενηλίκων και τον τριπλασιασμό της παιδικής παχυσαρκίας είναι η στιγμή για το χώρο της δημόσιας υγείας, να διερευνήσει τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων που βασίζονται πρακτικές συνειδητότητας, ειδικά όταν αυτές συνδυάζονται, με παραδοσιακές θεραπευτικές τακτικές, για την παχυσαρκία. Οι παρεμβάσεις συνειδητότητας αποτελούν μια υποσχόμενη επιλογή στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και άλλων διατροφικών διαταραχών (Godsey, 2013).

Η συνολική σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία θα πρέπει υπολογίζεται όταν αναφερόμαστε στην υγεία και όχι μόνο στο σωματικό βάρος. Οι μη διαιτητικές προσεγγίσεις δείχνουν να είναι αποτελεσματικές και με διάρκεια στην βελτίωση αυτών των σημαντικών παραμέτρων της υγείας (Schaefer&Magnuson, 2014).

2.8.ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Δυνατά σημεία:

- Η καινοτομία της έρευνας, καθώς αποτελεί την πρώτη έρευνα στην Ελλάδα που εφαρμόσε πρακτικές γευματικής επίγνωσης και τεχνικές συνειδητότητας (mindfulness meditation)
- Ικανοποιητικός αριθμός συμμετοχής. Σε ανασκόπηση των Olson&Emery, 2015 σε 19 έρευνες που χρησιμοποίησαν τεχνικές επίγνωσης για απώλεια βάρους, οι 11 από αυτές είχαν συμμετέχοντες <57 άτομα.
- Η υψηλή εγκυρότητα και η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης
- Το αποδεκτό όριο εγκατάλειψης, 25%. Παρόλο τη μεγάλη χρονική διάρκεια της παρέμβασης, του καινοτόμου περιεχομένου και της μεγάλης χρονικά καθημερινής δέσμευσης, το ποσοστό εγκατάλειψης ήταν στα όρια που ορίζει η βιβλιογραφία 10-25% (Katternanelal., 2014)
- Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα και τα οφέλη που αποκόμισαν από την εκπαίδευση όπως αυτά φαίνονται στην αξιολόγηση της διαδικασίας της παρέμβασης και από τις μαρτυρίες των συμμετεχόντων

Περιορισμοί :

- Δεν μπόρεσε να γίνει τυχαιοποίηση στο ερευνητικό δείγμα, όπως αρχικά είχε προγραμματιστεί. Στην εκπαίδευση υπήρχαν ζευγάρια, μητέρα/πατέρας και παιδί. Υπήρχε αδυναμία ξεχωριστής προσέλευσης στη εκπαίδευση αλλά και στην περίπτωση που αυτό θα ήταν εφικτό η συμμετοχή μελών της ίδιας οικογένειας σε διαφορετικές ομάδες θα εισήγαγε σφάλμα (επαφή με την

εκπαιδευτική διαδικασία)εφόσον τα μέλη της ίδιας οικογένειας που δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα θα ήταν σε αλληλεπίδραση. Επίσης υπήρχαν και άτομα, που για προσωπικούς λόγους δεν θα είχαν την δυνατότητα να παρακολουθήσουν την εκπαίδευση στο μία ή στην άλλη ομάδα, αλλά τους εξυπηρετούσε χρονικά συγκεκριμένα, μία από τις δύο ομάδες. Επιπλέον λόγω του καινοτόμου περιεχομένου της παρέμβασης και της μεγάλης χρονικής διάρκειας, η ομάδα παρέμβασης ξεκίνησε με σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων(47) έναντι της ομάδας ελέγχου (28 άτομα). Η αρχική διαφορά των 19 ατόμων στις δύο ομάδες μειώθηκε στα 13, στο τέλος της παρέμβασης. Ωστόσο αυτή η αριθμητική διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=1,000$) και δεν επηρεάζει τα ερευνητικά ευρήματα.

- Μη ακριβή συμμόρφωση των συμμετεχόντων στην εφαρμογή των πρακτικών στο σπίτι. Η συγκεκριμένη παρέμβαση βασίζεται στο βίωμα και την αυτοπαρατήρηση, μια ενεργητική διαδικασία που ίσως κούραζε τους συμμετέχοντες, ενώ χρονικά ήταν ιδιαίτερα απαιτητική. Διαρκείς συστάσεις και υπενθυμίσεις για τον λόγο που αποφάσισαν να λάβουν μέρος στην εκπαίδευση, όσο και το γεγονός ότι βρίσκονται σε μια ερευνητική διαδικασία λειτουργούσαν ενισχυτικά. Ωστόσο δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια τον βαθμό και το πλαίσιο των εφαρμογών των τεχνικών της εκπαίδευσης. Η καταγραφή των συνολικών ωρών εφαρμογής των εργαλείων, θα αποτελούσε ένα βοηθητικό υλικό, που θα μπορούσε να αξιολογήσει τον βαθμός συνεργασίας και εφαρμογής του εκπαιδευτικού υλικού
- Ο μεγάλος αριθμός της ομάδας σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χρόνο δεν έδινε την ευκαιρία για προσωπική ανταλλαγή της εμπειρίας των ατόμων, γεγονός που μπορεί να μείωνε τον βαθμό συμμετοχής και κινητοποίησης στην όλη διαδικασία γεγονός που επισημάνθηκε από κάποιους συμμετέχοντες.
- Η εκπαίδευση ήταν χρονικά απαιτητική, με αποτέλεσμα πολλές φορές να καιυπήρχε η θέληση, υπήρχε το εμπόδιο του ελεύθερου χρόνου και της απαιτούμενης ηρεμίας, για την καλύτερη εφαρμογή των πρακτικών(Smartetal.,2015)
- Αντίσταση και ματαίωση. Η γνωριμία με καινούριες τεχνικές, η αλλαγή στον τρόπο γευματικής συμπεριφοράς, η χρονικά πιεστική καθημερινότητα δημιουργούσε εκνευρισμό, δυσκολία και κάποιες φορές ματαίωση ή ανεπάρκεια. Η ανταλλαγή εμπειριών και βιωμάτων στην ομάδα εκπαίδευσης

βοηθούσε στο να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση των μελών της εκπαίδευσης, εφόσον αναγνώριζαν πως οι δυσκολίες ήταν κοινές λιγότερο ή περισσότερο σε όλους. Επιπλέον η θετική τοποθέτηση του εκπαιδευτή/ερευνητή, στην δυσκολία που υπάρχει σε μια διαδικασία αλλαγής, λειτούργησε καθησυχαστικά και κινητοποιούσε τους συμμετέχοντες στην εφαρμογή των τεχνικών και την παραμονή τους στην εκπαίδευση/παρέμβαση (Smartetal., 2105).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ερωτηματολόγια:

1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

	1=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	2=ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	3=ΣΥΧΝΑ	4=ΣΠΑΝΙΑ	5=ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	6=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ
1.Θα μπορούσα να αισθανθώ κάποιο συναίσθημα και να μην το συνειδητοποιήσω αμέσως						
2. Σπάω ή ρίχνω πράγματα λόγω απροσεξίας ή γιατί η σκέψη μου βρίσκεται κάπου αλλού						
3. Δυσκολεύομαι να εστιάσω σε αυτό που συμβαίνει στην παρούσα στιγμή						
4. Περπατώ γρήγορα για να πάω στον προορισμό μου, χωρίς να δίνω προσοχή κατά μήκος της διαδρομής						
5. Συχνά δεν παρατηρώ τα σημάδια έντασης ή κόπωσης στον εαυτό μου, έως ότου αυτά χρειαστούν πραγματικά την προσοχή μου						
6. Ξεχνώ το όνομα ενός ανθρώπου που γνωρίζω , σχεδόν την ίδια στιγμή						
7. Φαίνεται ότι λειτουργώ αυτόματα χωρίς να συνειδητοποιώ τι κάνω						
8. Βιάζομαι κατά						

την διάρκεια δραστηριοτήτων χωρίς να προσέχω πραγματικά τι κάνω						
9. Συγκεντρώνομαι τόσο στον στόχο που θέλω να επιτύχω, όπου χάνω επαφή με αυτό που κάνω την δεδομένη στιγμή για να κατορθώσω να φτάσω εκεί						
	1=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	2=ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	3=ΣΥΧΝΑ	4=ΣΠΑΝΙΑ	5=ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	6=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ
10. Κάνω δουλειές αυτόματα, χωρίς να γνωρίζω από πού ξεκίνησε αυτό που κάνω						
11. Τείνω να ακούω κάποιον με την μισή μου προσοχή, ενώ κάνω και κάτι άλλο συγχρόνως						
12. Οδηγώ σε προορισμούς αυτόματα και έπειτα αναρωτιέμαι γιατί πήγα εκεί						
13. Τείνω να ανησυχώ για το μέλλον ή το παρελθόν						
14. Παρατηρώ ότι κάνω πράγματα χωρίς να προσέχω						
15. Τσιμπάω χωρίς να αντιλαμβάνομαι ότι τρώω						

	1=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	2=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	3=ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	4=ΣΥΧΝΑ	5=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
--	------------------	--------------------	-------------	---------	-------------------

2. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟ-ΣΥΜΠΙΟΝΙΑΣ

1.Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματα μου					
2.Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά					
3.Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι					
4. Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματα μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο					
5. Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά					
6. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό , κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας					
7. Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως και εγώ					
8. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου					
9. Όταν κάτι με αναστατώνει προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματα μου					
10. Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας					
11. Δεν ανέχομαι , ούτε έχω υπομονή ,με πτυχές της προσωπικότητάς μου					

που δεν συμπαθώ					
12. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου την φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη					
	1=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	2=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	3=ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	4=ΣΥΧΝΑ	5=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
13. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα					
14. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα					
15. Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης					
16. Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δεν συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου					
17. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές					
18. Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση					
19. Είμαι καλός/η με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες					
20. Όταν κάτι με αναστατώνει με παρασύρουν τα συναισθήματά μου					
21. Μπορώ να γίνω ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι					
22. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια					

23. Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειες μου					
24. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις					
25. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου					

3. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ

Παρακάτω αναφέρονται κάποια συμπτώματα άγχους. Παρακαλώ διαβάστε τα προσεκτικά και σημειώστε τη συχνότητα με την οποία έχετε βιώσει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα μέσα στην τελευταία εβδομάδα

	Καθόλου	Με ενόχλησε λίγο	Με ενόχλησε αρκετά	Με ενόχλησε πολύ
Μούδιασμα ή τσούξιμο				
Αίσθημα ζέστης				
Τρέμουλο στα πόδια				
Ανικανότητα χαλάρωσης				
Φόβος ότι θα συμβεί το χειρότερο				
Ζαλάδες				
Ταχυκαρδίες				
Αστάθεια				
Τρομαγμένος ή φοβισμένος				
Νευρικός				
Αίσθημα ότι πνίγεσαι				
Τρέμουλο στα χέρια				
Τρεμάμενος/ασταθής				
Φόβος ότι χάνεις τον έλεγχο				
Δυσκολία στην αναπνοή				
Φόβος ότι μπορεί να πεθάνεις				
Αίσθημα τρόμου				
Δυσπεψία				
Εξασθενημένος ή τάση λιποθυμίας				

Καυτός ή κρύος ιδρώτας				
------------------------	--	--	--	--

4. EAT 26

	1=ΠΑΝΤΑ	2=ΣΥΝΗΘΩΣ	3=ΣΥΧΝΑ	4=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	5=ΣΠΑΝΙΑ
--	---------	-----------	---------	--------------------	----------

1. Τρομάζω στην ιδέα να είμαι υπέρβαρος/η					
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω					
3. Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό					
4. Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια					
5. Γνωρίζω το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνω					
6. Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες κλπ.)					
7. Νιώθω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο					
8. Προκαλώ εμετό μετά το φαγητό					
9. Νιώθω πολύ ένοχος/η μετά το φαγητό					
10. Είμαι απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η					
11. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι					
12. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η	1=ΠΑΝΤΑ _____	2=ΣΥΝΗΘΩΣ__ _____	3=ΣΥΧΝΑ_ _____	4=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ____	5=ΣΠΑΝΙΑ_ _____
13. Απασχολούμαι με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου					
14. Όταν τρώω τα γεύματά μου αργά περισσότερο από τους άλλους					
15. Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη					
16. Τρώω διαιτητικές τροφές					
17. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου					

18. Έχω αυτό-έλεγχο σχετικά με το φαγητό					
19. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω					
20. Ξοδεύω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό					
21. Νιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά					
22. Κάνω δίαιτα					
23. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου					
24. Νιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό	1=ΠΑΝΤΑ _____	2=ΣΥΝΗΘΩΣ _____	3=ΣΥΧΝΑ _____	4=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ _____	5=ΣΠΑΝΙΑ _____
25. Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά/παχυντικά φαγητά					
26. έχετε επεισόδια υπερφαγίας όπου νιώθετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;					

Παρακαλώ απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις αξιολόγησης του προγράμματος.

Παρακαλώ κυκλώστε ένα νούμερο για κάθε ερώτηση
ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

1 2 3 4 5

1.Απόλαυσα το πρόγραμμα.

1 2 3 4 5

2.Το πρόγραμμα μου φάνηκε χρήσιμο.

1 2 3 4 5

3.Κάποιες από τις πληροφορίες που έλαβα ήταν καινούργιες για εμένα.

1 2 3 4 5

4.Η εκπαίδευση με κινητοποίησε να αλλάξω

1 2 3 4 5

5. Θα χρησιμοποιήσω τις πληροφορίες και τις τεχνικές που έμαθα στην εκπαίδευση

1 2 3 4 5

6.Θα συνιστούσα αυτό το πρόγραμμα και σε άλλους

1 2 3 4 5

7.Θα με ενδιέφερε να παρακολουθήσω ξανά παρόμοιο πρόγραμμα.

1 2 3 4 5

8. Αξιολόγησε τις θεματικές ενότητες:

ΑΔΙΑΦΟΡΗ ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

1 2 3 4 5

1^η Εισαγωγή – Κύκλος Ζωής(1 2 3 4 5)

2^η Επίγνωση, ανίχνευση όρεξης (1 2 3 4 5)

3^η Επίγνωση γεύσης – γευσιγνωσία (1 2 3 4 5)

4^η Επίγνωση κορεσμού (1 2 3 4 5)

5^η Συναισθηματικό φαγητό (1 2 3 4 5)

6^η Σύνδεση με το σώμα (1 2 3 4 5)

7^η Η δύναμη της επιλογής (1 2 3 4 5)

8^η Κλείσιμο – Νέα σχέση με την τροφή και το σώμα (1 2 3 4 5)

9. Αξιολόγησε το υλικό της παρέμβασης

Α. Έντυπο υλικό

ΑΔΙΑΦΟΡΟ ΜΕΤΡΙΟ ΚΑΛΟ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΟ ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ

1 2 3 4 5

Β. Ηχητικά αρχεία

Πρακτική επίγνωσης 20 αναπνοών (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης 3 λεπτών (1 2 3 4 5)

Πρακτική ανίχνευσης όρεξης (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης γεύσης (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 10 λεπτών (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 15 λεπτών (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 20 λεπτών (1 2 3 4 5)

Πρακτική επίγνωσης αναπνοής 25 λεπτών (1 2 3 4 5)

Πρακτική αγάπης και ευγένειας/καλοσύνης (1 2 3 4 5)

10.Προτείνει ιδέες, παρατηρήσεις ή άλλα σχόλια σχετικά με την εκπαίδευση. Τι σου άρεσε; Τι δεν σου άρεσε; Αλλαγές που θα πρότεινες;

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

11. Αξιολόγησε τον εκπαιδευτή, Ζερβό Κωνσταντίνο

ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ ΜΕΤΡΙΟΣ ΚΑΛΟΣ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΟΣ ΠΟΛΥ ΚΑΛΟΣ

1 2 3 4 5

Σχόλια αναφορικά με τον εκπαιδευτή:

Πρόσκληση project EATT*

*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου

Ένα πρόγραμμα που θα αλλάξει τον τρόπο
που σκέπτεσαι, διατρέφεις, ζεις!

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όσους/ες νιώθουν
ή πιστεύουν πως:

- το σωματικό τους βάρος αποτελεί πρωταρχικό θέμα στη ζωή τους
- είναι μόνιμα εγκλωβισμένοι στον φαύλο κύκλο της δίαιτας/διατροφικού περιορισμού και της επαναπόσληψης βάρους
- το φαγητό αποτελεί στιγμιαία απόλαυση, αλλά και χρόνια τιμωρία (μέσα από τύψεις και ενοχές)
- έχουν διαταραγμένη σχέση με την τροφή
- θέλουν να απολαμβάνουν την τροφή χωρίς τύψεις και ενοχές
- το σωματικό βάρος επηρεάζει άμεσα το πώς σκέφτονται, νιώθουν, ζουν
- έχουν αρνητική εικόνα σώματος
- ζυγίζονται καθημερινά και πολλές φορές
- οι θερμίδες αποτελούν βασικό κριτήριο των διατροφικών επιλογών τους
- ξεσπούν στο φαγητό όταν είναι συναισθηματικά φορτισμένοι/ες

Το πρόγραμμα αποτελεί μια πρωτοποριακή
εκπαίδευση/παρέμβαση που εστιάζει στον άνθρωπο
και την συμπεριφορά του, με οδηγό την τροφή



Πληροφορίες:

Το πρόγραμμα προσφέρεται **ΔΩΡΕΑΝ** στους συμμετέχοντες και αποτελεί εκπαίδευση στα πλαίσια ερευνητικής διαδικασίας. Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί στο Δήμο Γαλατσίου, σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του δήμου. Απευθύνεται σε ενήλικο πληθυσμό. Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στα παρακάτω τηλέφωνα ή επικοινωνήστε μέσω mail.

Δηλώσεις συμμετοχής έως και τη Δευτέρα 17 Οκτωβρίου 2016

Τηλεφωνικά: 210 612 1961 & 693 703 8543 (κος Ζερβός Κωνσταντίνος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Έρευνας)
210 222 2011, 213 205 5376 (κα Μαύρα Χατζηδημητρίου, Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Γαλατσίου)

e-mail: info@eatt.gr (δηλώνοντας ονοματεπώνυμο και τηλέφωνο επικοινωνίας)
www.eatt.gr

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος 8 εβδομάδων
(2 μηνών) οι συμμετέχοντες θα επαναπροσδιορίσουν
τη σχέση με την τροφή και το σώμα τους και:

- θα βιώσουν την εμπειρία της τροφής μέσω των σωματικών τους αισθήσεων
- θα καταργήσουν τις διατροφικές λίστες (καλές-κακές τροφές)
- θα αναγνωρίζουν τις σωματικές ενδείξεις πείνας και πληρότητας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το γεύμα
- θα διαχωρίζουν τη σωματική από τη συναισθηματική πείνα
- θα αποδέχονται και θα αγαπούν τον εαυτό τους
- θα ανακαλύψουν τρόπους αυτοφροντίδας πέραν του φαγητού
- θα απελευθερώσουν τον εαυτό τους από τις «εσωτερικές φωνές» και την κριτική στάση ζωής
- θα αναπτύξουν μια υγιή σχέση με την τροφή, χωρίς πλαίσια, κανόνες και στερεότυπα

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ (σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή)

Τι είναι η γευματική επίγνωση (Mindful eating);

Είναι το να επιτρέπεις στον εαυτό σου να είναι παρών/ουσα στη στιγμή. Δηλαδή στη διαδικασία του γεύματος, η οποία άτυπα ξεκινά από την προετοιμασία και την παρασκευή της τροφής και ολοκληρώνεται αρκετό χρόνο μετά την κατανάλωσή της. Αυτό επιτυγχάνεται αφενός μέσω της επίγνωσης, και αφετέρου μέσω των συναισθημάτων και των σωματικών ενδείξεων. Κάθε γευματική στιγμή μπορεί να είναι μία στιγμή θρέψης, όπου σ' αυτή συμμετέχουν όλες οι αισθήσεις και υπάρχει επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων στην κάθε στιγμή, στην κάθε μπουκιά.

Ο τρόπος που σχετιζόμαστε με την τροφή δηλώνει το πώς σχετιζόμαστε με τον εαυτό μας.

Η **εκπαίδευση** στη γευματική επίγνωση (συνειδητότητα) βοηθά τους ανθρώπους στην επανασύνδεση με τη γευματική εμπειρία. Μία εμπειρία που στηρίζεται στις αισθήσεις και μας επαναφέρει στην απόλαυση και της πιο «αδιάφορης» τροφής.

Πως μπορεί η γευματική συνειδητότητα να αλλάξει ένα γεύμα;

Η παύση και η διερευνητική ματιά, βοηθούν το μυαλό να εστιάσει περισσότερο στη διαδικασία του γεύματος και στην κάθε ξεχωριστή μπουκιά. Η γευματική επίγνωση καλλιεργείται με το να εστιάζουμε στην παρούσα στιγμή, στη γευματική διαδικασία.

Η γευματική επίγνωση:

- Είναι ενισχυτική
- Θρέφει το σώμα και την ψυχή
- Γίνεται εύκολη και ευχάριστη στην καθημερινή πράξη
- Σε βοηθά να κατανοήσεις καλύτερα τις ανάγκες σου
- Σε βοηθά να αναγνωρίσεις τις σκέψεις και τα συναισθήματα που συνδέονται με την τροφή
- Σε βοηθά να έρθεις σε επαφή και να αναγνωρίσεις καλύτερα τις σωματικές ενδείξεις πείνας και κορεσμού
- Σε βοηθά να μετατοπίσεις την προσοχή σου από τα εξωτερικά ερεθίσματα στις εσωτερικές σου ανάγκες
- Σε βοηθά να επανασυνδεθείς με το σώμα σου και να αναγνωρίσεις την κρυμμένη γνώση
- Σε βοηθά να κάνεις καλύτερες διατροφικές επιλογές με γνώμονα την ουσιαστική θρέψη και απόλαυση
- Σε βοηθά στο να αγαπήσεις και να αποδεχθείς τον εαυτό σου
- Τέλος, να σπάσεις στερεότυπα συμπεριφοράς και να ανακαλύψεις νέους τρόπους φροντίδας και απόλαυσης

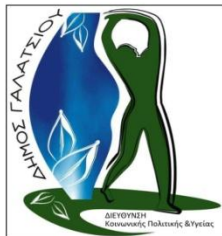
Οι αρχές της γευματικής επίγνωσης

- Μόνο εσύ γνωρίζεις τι χρειάζεται το σώμα και το μυαλό σου
- Θα χρησιμοποιείς τις σκέψεις και τα συναισθήματα ως πληροφορία και όχι ως τιμωρία
- Δεν υπάρχουν κακές τροφές
- Σημασία έχει η θρέψη και όχι οι θερμίδες
- Οι ενοχές ευνοούν την απογοήτευση και τον περιορισμό
- Η σχέση με την τροφή είναι διαρκής
- Η απόλαυση υπάρχει σε κάθε μπουκιά
- Υπάρχει ζωή πέρα από την τροφή!

Γευματίζω ενσυνείδητα σημαίνει:

- Βιώνω την εμπειρία του γεύματος και της τροφής, χωρίς κριτική
- Έχω επίγνωση της κάθε στιγμής, τόσο εσωτερικά (σκέψεις, συναισθήματα, πείνα, γεύση, πληρότητα), όσο και εξωτερικά (διατροφική αξία των τροφών)
- Εκτιμώ τη διαφορά μεταξύ σωματικής πείνας και άλλων ερεθισμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην κατανάλωση τροφής, όπως σκέψεις, συναισθήματα και κοινωνική πίεση/συνθήκες
- Επιλέγω τροφές που με θρέφουν και με ευχαριστούν
- Παρατηρώ τις γευστικές αλλαγές της τροφής, κατά τη διάρκεια της μάσησης
- Διαχωρίζω τη στομαχική πληρότητα από τον κορεσμό
- Γνωρίζω τη διατροφική αξία των τροφών και επιλέγω τις κατάλληλες, βασισμένες στις ανάγκες μου
- Δίνω έμφαση και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής μου, πέραν της διατροφής





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών



Χαροκόπειο
Πανεπιστήμιο



Το project EATT*, θα αλλάξει τον τρόπο που σκέπτεσαι, διατρέφεις, ΖΕΙΣ!

Δήλωσε συμμετοχή στη Βιωματική εκπαίδευση

project EATT*

Γευματίζω ενσυνείδητα, επαναπροσδιορίζω την σχέση με την τροφή και το σώμα μου

Εισαγωγική/ενημερωτική συνάντηση:

Τετάρτη 19 Οκτωβρίου 2016, 19:00-21:00

**Αίθουσα Θάνος Κωτσόπουλος, Δημαρχείο Γαλατσίου
(Αρχιμήδους 2 & Ιπποκράτους)**

Το project EATT είναι ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο πρόγραμμα βιωματικής εκπαίδευσης, που παρέχεται ΔΩΡΕΑΝ - στα πλαίσια ερευνητικής διπλωματικής εργασίας - και σκοπεύει στην τροποποίηση της γευματικής συμπεριφοράς. Αποτελεί μια πρωτοποριακή εκπαίδευση/παρέμβαση που εστιάζει στον άνθρωπο και την συμπεριφορά του, με οδηγό την τροφή. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τον Ζερβό Κωνσταντίνο, σε συνεργασία με την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Γαλατσίου. Το πρόγραμμα επιμελείται ερευνητικά από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.*

Δηλώσεις συμμετοχής:

**Δ/ση Κοινωνικής Πολιτικής & Υγείας Δήμου Γαλατσίου,
Γ. Βάσσου 5& Αγ. Γλυκερίας 22, τηλ. 2102222011, 2132055376
Και ηλεκτρονικά στη σελίδα: www.eatt.gr**

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ projectEATT* : www.eatt.gr

Αρχείο (E) Επεξεργασία (E) Προβολή (V) Ιστορικό (S) Σελιδοδείκτες Εργαλεία (T) Βοήθεια

(3) Konstantinos Zervos x Word to PDF - Convert your... x KZ Konstantinos Zervos - projec... x +

www.konstantinoszervos.gr/index.php/live-and-learn/project-eatt Αναζήτηση

PHILOSOPHY ▾ BESPOKE WELLNESS SERVICES ▾  TESTIMONIALS LIVE AND LEARN ▾ GET IN TOUCH

Πρόσκληση Προγράμματος

Πληροφορίες Προγράμματος

Δηλώστε συμμετοχή, στο δωρεάν προσφερόμενο πρόγραμμα, μέχρι 17.10.2016



Τι είναι η γευματική επίγνωση (Mindful eating)?

Είναι το να επιτρέπεις στον εαυτό σου να είναι παρών/ουσα, στιγμή τη στιγμή, στη διαδικασία τους γεύματος, η οποία άτυπα ξεκινά από την προετοιμασία και την παρασκευή της τροφής και ολοκληρώνεται αρκετό χρόνο, μετά την κατανάλωσης της μέσω της επίγευσης, των συναισθημάτων και των σωματικών ενδείξεων/αισθήσεων. Κάθε γευματική στιγμή, είναι μια στιγμή θρέψης, όπου σ' αυτή συμμετέχουν όλες οι αισθήσεις ενώ υπάρχει επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων στην κάθε στιγμή, στην κάθε μπουκιά.

Ο τρόπος που σχετιζόμαστε με την τροφή δηλώνει το πώς σχετιζόμαστε με τον εαυτό μας.

Start  EN 2:41 μμ 21/10/2016

Αρχείο (E) Επεξεργασία (E) Προβολή (V) Ιστορικό (S) Σελιδοδείκτες Εργαλεία (T) Βοήθεια

(5) Konstantinos Zervos x Word to PDF - Convert your... x KZ Konstantinos Zervos - projec... x +

www.konstantinoszervos.gr/index.php/live-and-learn/project-eatt Αναζήτηση

PHILOSOPHY ▾ BESPOKE WELLNESS SERVICES ▾  TESTIMONIALS LIVE AND LEARN ▾ GET IN TOUCH

Τηλεφωνικά :

- 2106121961 & 693 7038543 (Κος Ζερβός Κωνσταντίνος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Έρευνας)
- 210 2222011, 213 2055376 (Κα Μαύρα Χατζηδημητρίου, Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Γαλατσίου)

Μέσω E-mail: info@eatt.gr (δηλώνοντας ονοματεπώνυμο και τηλέφωνο επικοινωνίας)

ή στην παρακάτω φόρμα δήλωσης συμμετοχής.

Δηλώστε Συμμετοχή στο projectEATT*

Ονοματεπώνυμο *

Ηλικία *

Ύψος / Βάρος *

Τηλέφωνο *

Email *

Start  EN 2:42 μμ 21/10/2016



*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου

Βασικές πληροφορίες – project EATT*:

- Το πρόγραμμα αποτελείται από 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις
- Το πρόγραμμα απευθύνεται, μόνο, σε υπέρβαρο πληθυσμό
- Υλοποιείται σε ομαδικό πλαίσιο 25 περίπου ατόμων
- Ημέρες διεξαγωγής Τετάρτες 19:00-21:00.
- Τόπος διεξαγωγής το Πνευματικό Κέντρο Δήμου Γαλατσίου
- Έναρξη προγράμματος, Τετάρτη 26 Οκτωβρίου 2016 (1^η ομάδα)
- Το πρόγραμμα διεξάγεται στα πλαίσια διπλωματικής διατριβής
- Το πρόγραμμα προσφέρεται δωρεάν στους συμμετέχοντες
- Το πρόγραμμα υλοποιείται από τον Ζερβό Κωνσταντίνο
- Το πρόγραμμα υποστηρίζεται από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Γαλατσίου
- Το πρόγραμμα επιμελείται ερευνητικά από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρική Σχολή Αθηνών και το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Συντελεστές προγράμματος:

Επιστημονικός υπεύθυνος: Ζερβός Κωνσταντίνος

Επιβλέποντες καθηγητές: Τούντας Ιωάννης, Ιατρική Σχολή Αθηνών

Τσίτσας Γεώργιος, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Αντιδήμαρχος Κοινωνικής Πολιτικής & Υγείας, Δήμος Γαλατσίου: Ζήκου Αγγελική

Κοινωνική Υπηρεσία, Δήμου Γαλατσίου: Χατζηδημητρίου Μαύρα

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε :

- Κος Ζερβός Κωνσταντίνος: 693 7038543 & info@eatt.gr
- Κα Χατζηδημητρίου Μαύρα: 210 2222011 & ygeia@0111.syzefxis.gov.gr

www.eatt.gr

Facebook: **Project EATT**



*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ – ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τίτλος Έρευνας	project EATT*: γευματίζω ενσυνείδητα, επαναπροσδιορίζω την σχέση με την τροφή και το σώμα μου.	Τηλέφωνο	210 6121961 693 7038543
Ερευνητής	Ζερβός Κωνσταντίνος	Email:	konstantinos@eatt.gr

Προοίμιο: Έχετε δηλώσει το ενδιαφέρον σας να συμμετέχετε στο «project EATT*
γευματίζω ενσυνείδητα, επαναπροσδιορίζω τη σχέση με την τροφή και το σώμα». Παρακαλώ, πριν υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα. Μη διστάσετε να ρωτήσετε, αν χρειάζεστε κάποια περεταίρω πληροφορία ή διευκρίνιση σχετικά με το πρόγραμμα.

1. Σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας: Το πρόγραμμα αποτελεί μια παρέμβαση - εκπαίδευση με σκοπό να αυξήσει την επίγνωση σε σχέση με τη γευματική συμπεριφορά. Απευθύνεται σε υπέρβαρο πληθυσμό. Το project EATT*, αποτελεί ερευνητική διαδικασία στα πλαίσια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του τμήματος Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

2. Μορφή και στάδια της ερευνητικής διαδικασίας: Η εκπαίδευση υλοποιείται σε ομαδική μορφή και έχει βιωματικό χαρακτήρα. Η ομάδα εκπαίδευσης δεν έχει ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα και δεν υποκαθιστά καμία ιατρική πράξη. Έχει συνολική διάρκεια 8 εβδομάδες και πραγματοποιείται μία φορά την εβδομάδα, ημέρα Τετάρτη, για 2 ώρες (19:00-21:00), σε παρεχόμενο χώρο του Δήμου Γαλατσίου. Η εκπαίδευση θα υλοποιηθεί σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα θα ξεκινήσει την εκπαίδευση στις 26.10.2016 και η δεύτερη ομάδα στις 25.01.2017. Ο χωρισμός των ομάδων θα γίνει τυχαιοποιημένα. Σε περίπτωση που γνωρίζετε ή σχετίζεστε με κάποιο τρόπο, με μέλος που ανήκει στην ομάδα «σε αναμονή», παρακαλείσθε να κρατήσετε το απόρρητο της διαδικασίας μέχρι να πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση και στην 2^η ομάδα.

3. Συμμετοχή: Απαιτείται η συμμετοχή σας και στις 8 συναντήσεις, τόσο για την ολοκληρωμένη παροχή της γνώσης καθώς επίσης και για την εγκυρότητα της συμμετοχής σας στο ερευνητικό δείγμα. Η έγγραφη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα δηλώνει και την ηθική σας δέσμευση, στην ακολουθία των οδηγιών και στην εφαρμογή αυτών, όπως θα σας παρέχονται εβδομαδιαία στο τέλος της κάθε συνάντησης. Κατά τη διάρκεια της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα, απαγορεύεται να ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο περιοριστικό πρόγραμμα διατροφής (δίαιτα) και οποιαδήποτε έντονη φυσική δραστηριότητα, πέρα από τις συνιστώμενες συστάσεις. Μην ξεχνάτε πως η εκπαίδευση, αποτελεί των πρώτη πανελλαδικά έρευνα στην γευματική επίγνωση και γι' αυτό είναι σημαντικό να τηρηθούν στον καλύτερο βαθμό οι οδηγίες. Έτσι θα μειωθούν τα ερευνητικά σφάλματα και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, θα έχουν μεγαλύτερη εγκυρότητα.

4. Προσδοκώμενες ωφέλειες: Με τη συμμετοχή σας θα λάβετε δωρεάν αποτελέσματα από τις αξιολογήσεις και δωρεάν εκπαίδευση.

5. Δημοσίευση δεδομένων - αποτελεσμάτων: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Οι πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια θα δοθούν ανώνυμα, και οι απαντήσεις θα παραμείνουν στην ιδιοκτησία του ερευνητή προκειμένου να επεξεργαστούν στατιστικά.

6. Ελευθερία συναίνεσης: Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Έχετε τη δυνατότητα να αποχωρήσετε οποτεδήποτε το επιθυμήσετε και για οποιοδήποτε λόγο.

7. Πληροφορίες: Ο επιστημονικός υπεύθυνος Ζερβός Κωνσταντίνος, θα βρίσκεται στη διάθεσή σας για να λύσει τις απορίες σας σχετικά με την εκπαίδευση.

Παρακαλώ βάλτε X στις ακόλουθες προτάσεις

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το ενημερωτικό έντυπο σχετικά με την έρευνα project EATT". Είχα την δυνατότητα να σκεφτώ τις πληροφορίες, να κάνω ερωτήσεις και να ικανοποιηθώ από τις απαντήσεις. | ☐ |
| 2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω όποτε θελήσω, χωρίς να εξηγήσω τους λόγους της αποχώρησής μου. | ☐ |
| 3. Συμφωνώ στην ηχογράφηση των συναντήσεων | ☐ |
| 4. Συμφωνώ στη βιντεοσκόπηση των συναντήσεων | ☐ |
| 5. Συμφωνώ να χρησιμοποιηθούν φράσεις μου (χρησιμοποιώντας ψευδώνυμο) | ☐ |
| 6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα | ☐ |

Υπογραφή συμμετέχοντος

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο



Εθνικό και Καποδιστριακό
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

Τι είναι η γευματική επίγνωση (Mindful eating);

Είναι το να επιτρέπεις στον εαυτό σου να είναι παρών/ουσα στη στιγμή. Δηλαδή στη διαδικασία του γεύματος, η οποία άτυπα ξεκινά από την προετοιμασία και την παρασκευή της τροφής και ολοκληρώνεται αρκετό χρόνο μετά την κατανάλωσή της. Αυτό επιτυγχάνεται αφενός μέσω της επίγνωσης, και αφετέρου μέσω των συναισθημάτων και των σωματικών ενδείξεων. Κάθε γευματική στιγμή μπορεί να είναι μία στιγμή θρέψης, όπου σ' αυτή συμμετέχουν όλες οι αισθήσεις και υπάρχει επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων στην κάθε στιγμή, στην κάθε μπουκιά.

Ο τρόπος που σχετιζόμαστε με την τροφή δηλώνει το πώς σχετιζόμαστε με τον εαυτό μας.

Η **εκπαίδευση** στη γευματική επίγνωση (συνειδητότητα) βοηθά τους ανθρώπους στην επανασύνδεση με τη γευματική εμπειρία. Μία εμπειρία που στηρίζεται στις αισθήσεις και μας επαναφέρει στην απόλαυση και της πιο «αδιάφορης» τροφής.

Πως μπορεί η γευματική συνειδητότητα να αλλάξει ένα γεύμα;

Η παύση και η διερευνητική ματιά, βοηθούν το μυαλό να εστιάσει περισσότερο στη διαδικασία του γεύματος και στην κάθε ξεχωριστή μπουκιά. Η γευματική επίγνωση καλλιεργείται με το να εστιάζουμε στην παρούσα στιγμή, στη γευματική διαδικασία.

Η γευματική επίγνωση:

- Είναι ενισχυτική
- Θρέφει το σώμα και την ψυχή
- Γίνεται εύκολη και ευχάριστη στην καθημερινή πράξη
- Σε βοηθά να κατανοήσεις καλύτερα τις ανάγκες σου
- Σε βοηθά να αναγνωρίσεις τις σκέψεις και τα συναισθήματα που συνδέονται με την τροφή
- Σε βοηθά να έρθεις σε επαφή και να αναγνωρίσεις καλύτερα τις σωματικές ενδείξεις πείνας και κορεσμού
- Σε βοηθά να μετατοπίσεις την προσοχή σου από τα εξωτερικά ερεθίσματα στις εσωτερικές σου ανάγκες
- Σε βοηθά να επανασυνδεθείς με το σώμα σου και να αναγνωρίσεις την κρυμμένη γνώση
- Σε βοηθά να κάνεις καλύτερες διατροφικές επιλογές με γνώμονα την ουσιαστική θρέψη και απόλαυση
- Σε βοηθά στο να αγαπήσεις και να αποδεχθείς τον εαυτό σου
- Τέλος, να σπάσεις στερεότυπα συμπεριφοράς και να ανακαλύψεις νέους τρόπους φροντίδας και απόλαυσης



*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου

Με τη συνεργασία του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών



bespoke
konstantinos zervos
wellness services

Οι αρχές της γευματικής επίγνωσης

- Μόνο εσύ γνωρίζεις τι χρειάζεται το σώμα και το μυαλό σου
- Θα χρησιμοποιείς τις σκέψεις και τα συναισθήματα ως πληροφορία και όχι ως τιμωρία
- Δεν υπάρχουν κακές τροφές
- Σημασία έχει η θρέψη και όχι οι θερμίδες
- Οι ενοχές ευνοούν την απογοήτευση και τον περιορισμό
- Η σχέση με την τροφή είναι διαρκής
- Η απόλαυση υπάρχει σε κάθε μπουκιά
- Υπάρχει ζωή πέρα από την τροφή!

Γευματίζω ενσυνείδητα σημαίνει:

- Βιώνω την εμπειρία του γεύματος και της τροφής, χωρίς κριτική
- Έχω επίγνωση της κάθε στιγμής, τόσο εσωτερικά (σκέψεις, συναισθήματα, πείνα, γεύση, πληρότητα), όσο και εξωτερικά (διατροφική αξία των τροφών)
- Εκτιμώ τη διαφορά μεταξύ σωματικής πείνας και άλλων ερεθισμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην κατανάλωση τροφής, όπως σκέψεις, συναισθήματα και κοινωνική πίεση/συνθήκες
- Επιλέγω τροφές που με θρέφουν και με ευχαριστούν
- Παρατηρώ τις γευστικές αλλαγές της τροφής, κατά τη διάρκεια της μάσησης
- Διαχωρίζω τη στομαχική πληρότητα από τον κορεσμό
- Γνωρίζω τη διατροφική αξία των τροφών και επιλέγω τις κατάλληλες, βασισμένες στις ανάγκες μου
- Δίνω έμφαση και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής μου, πέραν της διατροφής



*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου

Μία εκπαίδευση που θα αλλάξει τον τρόπο που σκέπτεσαι, διατρέφεσαι, ζεις!
Μάθε πως η συμπεριφορά γίνεται θρέψη, **δήλωσε συμμετοχή** και κάνε την αλλαγή!

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	ΣΧΟΛΙΑ
ΠΕΜΠΤΗ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΣΑΒΒΑΤΟ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΚΥΡΙΑΚΗ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΔΕΥΤΕΡΑ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΤΡΙΤΗ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	
ΤΕΤΑΡΤΗ _____	ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ 10 ΛΕΠΤΩΝ 20 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΓΕΥΜΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΡΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Η παρακάτω φόρμα καταγραφής αποτελεί ένα ακόμα «εργαλείο» αυτοπαρατήρησης.

Μπορείς να χρησιμοποιείς αυτή την φόρμα, κάθε φορά που νιώθεις έντονα συναισθήματα και έντονη διάθεση για την κατανάλωση συγκεκριμένου είδους τροφής. Να θυμάσαι πως η συναισθηματική και η σωματική πείνα, μπορεί να συνυπάρχουν. Αυτό που θα σε κάνει να τις διακρίνεις είναι οι σωματικές σου αισθήσεις.

Παρατήρησε και τις φορές που ενώ βίωσες έντονες συναισθηματικές καταστάσεις

ΗΜΕΡΑ & ΩΡΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΙΣΘΗΣΗ/ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (1-10)	ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ (1-10) ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΦΑΓΗΤΟ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΘΗΚΕ Ή ΑΛΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

Σημειώσεις/παρατηρήσεις (γεγονότα, σκέψεις, εναλλακτικές ...):

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει διακηρύξει την παχυσαρκία ως την επιδημία του 21^{ου} αιώνα. Η παχυσαρκία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και συμβάλλει στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Το πρόβλημα του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Οι τεχνικές συνειδητότητας/*mindfulness* και η εφαρμογή αυτών και στη γευματική συμπεριφορά (*mindfuleating*) αποτελούν ένα νέο ερευνητικό πεδίο στον χώρο των παρεμβάσεων, με αντικείμενο τη διαχείριση της υπερβαρότητας και του φάσματος των διατροφικών διαταραχών. Οι τεχνικές επίγνωσης (*mindfulness*) έχουν ως στόχο την αποφυγή της αυτόματης γευματικής συμπεριφοράς και μειώνουν την παρόρμηση, που οδηγεί σε μικρότερη κατανάλωση τροφής. Η αυτόματη κατανάλωση τροφής, συνοδεύει και τη συναισθηματική υπερφαγία, ενισχύοντας την αρνητική εικόνα σώματος και τις αρνητικές σκέψεις προς τον εαυτό.

Μέθοδος: Στην παρέμβαση συμμετείχαν συνολικά 57 υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Τα 35 (61,4%) αποτελούσαν την ομάδα παρέμβασης και τα υπόλοιπα 22 (38,6%) την ομάδα ελέγχου. Το 86,4% των ατόμων της ομάδας ελέγχου και το 82,9% της ομάδας παρέμβασης ήταν γυναίκες. Επίσης, η μέση ηλικία των ατόμων της ομάδας ελέγχου ήταν 43,7 έτη (SD=13,6 έτη) και των ατόμων της ομάδας παρέμβασης ήταν 47,1 έτη (SD=10,9 έτη). Οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία. Η εκπαίδευση περιελάμβανε οκτώ εβδομαδιαίες, δίωρες συναντήσεις. Στην εξέταση μετρήθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος των συμμετεχόντων, η διατροφική συμπεριφορά, η επίγνωση προσοχής και συνείδησης, το άγχος και η αυτοσυμπόνια (*selfcompassion*). Το 59,1% των ατόμων της ομάδας ελέγχου ήταν παχύσαρκοι τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μια μικρή απώλεια σωματικού βάρους, όχι όμως στατιστικά σημαντική. Αντιθέτως, στην ομάδα παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά, η επίγνωση προσοχής και συνείδησης και η αυτοσυμπόνια, ενώ μειώθηκαν σημαντικά τα συμπτώματα άγχους και βουλιμίας, ενώ αυξήθηκε ο έλεγχος της κατανάλωσης φαγητού. Ακόμα, βρέθηκε ότι όσο περισσότερο μειώνονταν τα συμπτώματα άγχους, τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση της επίγνωσης προσοχής και συνείδησης και της αυτό-συμπόνιας. Επιπροσθέτως, όσο

μεγαλύτερη ήταν η αύξηση της αυτό-συμπόνιας, τόσο μεγαλύτερη ήταν η μείωση των συμπτωμάτων βουλιμίας.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρέμβασης είναι ενισχυτικά για τον ρόλο των εκπαιδεύσεων γευματικής επίγνωσης, στην τροποποίηση της γευματικής συμπεριφοράς και στη διαχείριση του σωματικού βάρους και της ψυχικής υγείας

SUMMARY

WHO has described obesity as global epidemic. Obesity affects people's quality of life and is highly correlated with chronic diseases. Overweight and obesity have been recognized as important public health priorities in Greece. Mindfulnessbased interventions is a growing field of research, considering weight management and eating disorders. Mindful eating can prevent or stop the automatic eating behavior and could thus affect the food quantity consumed. The automatic reaction, relates also to emotional eating, negative thoughts and negative body image.

Method: Eating attitude, mindfulness, self-compassion and anxiety were the dependent values of the intervention and they have been assessed through validated questionnaires, standardized to the Greek population. Fifty seven participants were recruited 35 (61,4%) among them consisting the intervention group and 22(38,6%) the control group. 86,4% of the intervention group and 82,9 of the control group were females. The average age was 43,7 years (SD=13,6)for the intervention group and 47,1 years (SD=10,9) for the control group. The two groups did not differ in their demographic characteristics. The intervention consisted of 8 weekly sessions with 2 hours duration each.

Results: Inthe intervention group there was a small weight loss, though not significant. Mindfulness and attention, as well as, self-compassion increased significantly and anxious symptoms decreased. In the intervention group overeating symptoms decreased and oral control has increased. In addition the attendees having lower anxiety were more mindful and had more self-compassion. Furthermore in higher levels of self-compassion, the overeating episodes were diminished.

Conclusions: The results of the intervention are promising for the effectiveness of mindful eating interventions in eating behavioral modification, towards weigh regulation and psychological health.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AalderenJoël R., Breukers Walter J., Reuzel Rob P. B., Speckens Anne E. M. (2014)The Role of the Teacher in Mindfulness-Based Approaches: A Qualitative Study. *Mindfulness*5(2),170
- Aphramor L. (2015). Mindfulness in healthy weight and diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*,19: 401–7
- Alberts H., Thewissen R., Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*,58(3), 847-851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009
- Areni, C. S., & Black, I. (2015, April 21). Consumers' Responses to Small Portions: Signaling Increases Savoring and Satiation. Retrieved April 19, 2017, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mar.20798/abstract>
- Baer R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Amsterdam: Elsevier, Academic Press.
- BaranowskiT., Cullen, K. W., Nicklas, T., Thompson D., Baranowski J. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts? *Obesity Research*,11(S10). doi:10.1038/oby.2003.222
- Bays J.C. (2009). *Mindful eating: A guide to rediscovering a healthy and joyful relationship with food*. Boston:Shambala
- Byers,T. &Sedjio, R.L.(2007). Public health response to the obesity epidemic: too soon or too late? *The Journal of Nutrition*
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and it's role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*,84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Bresler, J. (1988). Eating disorders and obesity. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*,6(1-2), 9-22. doi:10.1007/bf01061062

- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1341-1356. doi:10.1016/j.brat.2003.09.004
- Burton, P., Smit, H. J., & Lightowler, H. J. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197. doi:10.1016/j.appet.2007.01.007
- Bush H. E., Rossy L., Mintz L. B., Schopp, L. (2014). Eat for Life: A Work Site Feasibility Study of a Novel Mindfulness-Based Intuitive Eating Intervention. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 380-388. doi:10.4278/ajhp.120404-quan-186
- Γιαννακού, Μ., Ρούση, Π., Κοσμίδου Μ.Ε., Κιοσέογλου, Γρ., Αδαμοπούλου, Αρ., Γαρύφαλλος Γιώργος (2013). Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck II σε Ελληνικό πληθυσμό. *Hellinic Journal of Psychology*, (10), 120-146
- Γονιδάκης, Φ., Σιγάλα, Α., Βάρσου, Ε., Λάγιου, Α., Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2009). Μελέτη των στάσεων απέναντι στην τροφή σε τελειόφοιτες φοιτήτριες Διαιτολογίας/Διατροφής. *Ψυχιατρική*, 20:35-43
- Crane, R. S., Kuyken, W., Hastings, R. P., Rothwell, N., & Williams, J. M. (2010). Training Teachers to Deliver Mindfulness-Based Interventions: Learning from the UK Experience. *Mindfulness*, 1(2), 74-86. doi:10.1007/s12671-010-0010-9
- Craighead L. W., Allen H. N. (1995). Appetite awareness training: A cognitive behavioral intervention for binge eating. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(2), 249-270. doi:10.1016/s1077-7229(95)80013-1
- Craighead Linda (2006). The appetite awareness workbook. How to listen to your body and overcome bingeing, overeating and obsession with food. New Harbinger Publication
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine N Engl J Med*, 357(4), 370-379. doi:10.1056/nejmsa066082
- Cleobury, L., & Tapper, K. (2014). Reasons for eating ‘unhealthy’ snacks in overweight and obese males and females. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(4), 333-341. doi:10.1111/jhn.12169

- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260-264. doi:10.1016/j.ctim.2010.09.008
- Dallman, M. F., Pecoraro, N. C., & Fleur, S. E. (2005). Chronic stress and comfort foods: Self-medication and abdominal obesity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19(4), 275-280. doi:10.1016/j.bbi.2004.11.004
- Daubenmier, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29: 207–219. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00183
- Daubenmier J., Moran P. J., Kristeller J., Acree M., Bacchetti P., Kemeny, M. E., Hecht, F. M. (2016). Effects of a mindfulness-based weight loss intervention in adults with obesity: A randomized clinical trial. *Obesity*, 24(4), 794-804. doi:10.1002/oby.21396
- Daubenmier J., Kristeller J., Hecht, F. M., Maninger N., Kuwata, M., Jhaveri, Lusting R.H., Kemeny M., Karan L., Epel E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 1-13. doi:10.1155/2011/651936
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2094
- Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 891-895. doi:10.1016/s0022-3999(02)00303-3
- Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (2016). Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις και Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής.
- Φερεκίδου, Ε. (2015). Διατροφή και παχυσαρκία. *Νέα Υγεία*, 89:6
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12:871-878

- Ganley R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361. doi:10.1002/1098-108x(198905)8:33.0.co;2-c
- Godsey J., (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*. 21, pp.430-439
- Handbook of Mindfulness(2016). *Mindfulness in Behavioral Health*. doi:10.1007/978-3-319-44019-4
- Hamilton, N. A., Kitzman, H., & Guyotte, S. (2006). Enhancing Health and Emotion: Mindfulness as a Missing Link Between Cognitive Therapy and Positive Psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 123-134. doi:10.1891/088983906780639754
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108. doi:10.1037//0033-2909.110.1.86
- Hendrickson, Kelsie L., Rasmussen, Erin B. (2017). Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*, Vol 36(3), 226-235. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000440>
- Holsten J. E. (2008). Obesity and the community food environment: A systematic review. *Public Health Nutrition PHN*, 1. doi:10.1017/s1368980008002267
- Impett, E.A., Daubenmier, J.J. & Hirschman, A.L. (2006). Minding the body: Yoga, Embodiment, and Well-being. *Sexuality Research and Social Policy* 3: 39. doi:10.1525/srsp.2006.3.4.39
- Kabat-Zinn J. (2013). *Full Catastrophe Living*. Bantam Books, US
- Καπάνταης, Ε. (2004). *Η παχυσαρκία στην κλινική πράξη*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
- Katterman S.N., Kleinman B.M., Hood M.M., Nackers L.M., Joyce A., (2014). Mindfulness meditation as intervention for binge eating emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviours*. 15, pp.197-204
- Kennett J. Deborah, Nisbet Carmen (1998). The influence of body mass index and learned resourcefulness skills on body image and lifestyle practises. *Patient Education and Counseling*. 33(1): 1–12.

- Kidd L. I., Graor C. H., Murrock C. J. (2013). A Mindful Eating Group Intervention for Obese Women: A Mixed Methods Feasibility Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 211-218. doi:10.1016/j.apnu.2013.05.004
- Kristeller J. L., Hallett C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363. doi:10.1177/135910539900400305
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61. doi:10.1080/10640266.2011.533605
- Kristeller J., Wolever R. Q., Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297. doi:10.1007/s12671-012-0179-1
- Kristeller J. (2015). *The joy of half cookie*. Orion Publishing Group
- Kumanyika, K.S., Parker, L., Sim, J.L. (2010). Bridging the evidence gap in the obesity prevention: A framework to inform decision making. *Institute of Medicine*
- Lacaille, J., Ly, J., Zacchia, N., Bourkas, S., Glaser, E., & Knäuper, B. (2014). The effects of three mindfulness skills on chocolate cravings. *Appetite*, 76, 101-112. doi:10.1016/j.appet.2014.01.072
- Lewis, D. J., & Rozelle, D. (2016). Mindfulness-Based Interventions: Clinical Psychology, Buddhistharm, or Both? A Wisdom Perspective. *Mindfulness in Behavioral Health Handbook of Mindfulness*, 243-268. doi:10.1007/978-3-319-44019-4_17
- Lofgren, I. E. (2015). Mindful Eating: An emerging approach for healthy weight management. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 212-216. doi:10.1177/1559827615569684
- Macht M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71. doi:10.1006/appe.2000.0325
- Mantelou, A., Karakasidou, E. (2017) The Effectiveness of a Brief Self-Compassion Intervention Program on Self-Compassion, Positive and Negative Affect and Life Satisfaction. *Psychology*, 8, 590-610. doi: 10.4236/psych.2017.84038.
- Mantzios, M., & Egan, H. H. (2017). On the Role of Self-compassion and Self-kindness in Weight Regulation and Health Behavior Change. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.00229

- Mantzios M., Wilson J. C., Giannou, K. (2013). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*,6(1), 123-132. doi:10.1007/s12671-013-0237-3
- Mantzios, M., Wilson J. C. (2015). Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *CurrObes Rep Current Obesity Reports*,4(1), 141-146. doi:10.1007/s13679-014-0131-x
- Mantzios M., Wilson, J. C. (2014). Exploring Mindfulness and Mindfulness with Self-Compassion-Centered Interventions to Assist Weight Loss: Theoretical Considerations and Preliminary Results of a Randomized Pilot Study. *Mindfulness*,6(4), 824-835. doi:10.1007/s12671-014-0325-z
- Mantzios, M., Wilson, J. C., Linnell, M., & Morris, P. (2014). The Role of Negative Cognition, Intolerance of Uncertainty, Mindfulness, and Self-Compassion in Weight Regulation Among Male Army Recruits. *Mindfulness*,6(3), 545-552. doi:10.1007/s12671-014-0286-2
- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller J., Moran P. J., Dallman M., Lustig, R. H., Daubenmier, J. (2015). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: Data from the SHINE randomized controlled trial. *J Behav Med Journal of Behavioral Medicine*,39(2), 201-213. doi:10.1007/s10865-015-9692-8
- Miller C. K., Kristeller J. L., Headings A., Nagaraja H., & Miser, W. F. (2012). Comparative Effectiveness of a Mindful Eating Intervention to a Diabetes Self-Management Intervention among Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*,112(11), 1835-1842. doi:10.1016/j.jand.2012.07.036
- National Institutes of Health (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. No 98-4083, NIH Publication
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). Obesity in adults: prevention and lifestyle weight management programmes
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*,2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*,2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027

- NSW Centre for Overweight and Obesity, University of Sydney (2015). A literature review of the evidence for interventions to address overweight and obesity in adults and older Australians. *The Australian Government Department of health and ageing*. The National Obesity Task Force
- OECD Health Policy Overview, Health Policy in Greece, January 2016
- OECD (2014). Obesity update
- OECD (2017). Obesity update
- Olson, K. L., Emery C. F. (2015). Mindfulness and Weight Loss. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 59-67. doi:10.1097/psy.0000000000000127
- O'Reilly G. A., Cook L., Spruijt-Metz D., Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461. doi:10.1111/obr.12156
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20: 212–216. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x
- Puhl, R. M. and Heuer, C. A. (2009), The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17: 941–964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Racette S. B., Deusinger S. S., Deusinger R. H. (2003, March). Obesity: Overview of prevalence, etiology, and treatment. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 83(3), 276-288. Retrieved May 8, 2016.
- Robinson, E., Aveyard, P., Daley, A., Jolly, K., Lewis, A., Lycett, D., & Higgs, S. (2013). Eating attentively: a systematic review and meta-analysis of the effect of food intake memory and awareness on eating. *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), 728-742. doi:10.3945/ajcn.112.045245
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P., & Brennan, L. (2016). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews*, 18(1), 51-67. doi:10.1111/obr.12461
- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2016). Does cognitive avoidance mediate the relation of anxiety and binge eating? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 653-659. doi:10.1007/s40519-016-0284-6

- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887-898. doi:10.1177/1359105315580212
- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2013). The role of anxiety in binge eating behavior: a critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychology Research*, 1(2), 19. doi:10.4081/hpr.2013.e19
- Ross SE, Flynn JI, Pate RR (2016). What is really causing the obesity epidemic? A review of reviews in children and adults. *Journal of Sports Sciences*, 34(12):1148-53. doi:10.1080/02640414.2015.1093650
- Salmoirago-Blotcher, E., Hunsinger, M., Morgan, L., Fischer, D., & Carmody, J. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction and Change in Health-Related Behaviors. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 18(4), 243-247. doi:10.1177/2156587213488600
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734-760. doi:10.1016/j.jand.2013.12.024
- Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford.
- Serra-Majem L., Bautista-Castano I. (2013). Etiology of obesity: Two "key" issues and other emerging factors. *Nutrition Hospitalaria*, 28(5), 32-43.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Wahler, R. G., Winton, A. S., & Singh, J. (2008). Mindfulness Approaches in Cognitive Behavior Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(06), 659. doi:10.1017/s1352465808004827
- Smart R., Chrisum A., Robertson-Pfeffer K., Tsong Y. (2015). Women's experience with a mindful eating course on a university campus: a pilot study. *Californian Journal of Health Promotion*, 13(1), 59-65
- Sojcher, R., Fogertie, S. G., & Perlman, A. (2012). Evidence and Potential Mechanisms for Mindfulness Practices and Energy Psychology for Obesity and Binge-Eating Disorder. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(5), 271-276. doi:10.1016/j.explore.2012.06.003
- Sominsky, L., Spencer, J.S. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Frontiers in Psychology*, (5). doi:10.3389/fpsyg.2014.00434

- Spitzer L., Rodin, J. (1981). Human Eating Behavior: A Critical Review of Studies in Normal Weight and Overweight Individuals. *Appetite*,2(4), 293-329.
doi:10.1016/s0195-6663(81)80018-9
- Shahar, B., Szepeswol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., &Levit-Binnun, N. (2014). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*,22(4), 346-356. doi:10.1002/cpp.1893
- Shaw K. A., O'rourke P., Mar C. D., Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews Reviews*.
doi:10.1002/14651858.cd003818.pub2
- Strien, T. V., Herman, C. P., &Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*,52(2), 380-387. doi:10.1016/j.appet.2008.11.010
- Σίμος Γ. (1996). "Διερεύνηση των Ψυχογενών Διαταραχών στην Πρόσληψη Τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης". Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- TapperK., ShawC., IlsleyJ., Hill, A., Moore, L. (2008). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention. *Appetite*,51(3), 752. doi:10.1016/j.appet.2008.05.008
- Timmerman, G. M., & Brown, A. (2012). The Effect of a Mindful Restaurant Eating Intervention on Weight Management in Women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,44(1), 22-28. doi:10.1016/j.jneb.2011.03.143
- Torres, S. J., &Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*,23(11-12), 887-894. doi:10.1016/j.nut.2007.08.008
- WHO (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva
- WHO (2011). Noncommunicable Diseases, County Profiles
- WHO (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity Greece
- Wright, S. M., &Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Radiology*, 37(5), 730-732. doi:10.1007/s00261-012-9862-x
- Wolever R., Reardon B., (2015). The Mindful diet. How to transform your relationship with food for lasting weight loss and vibrant health.Scribner.
- Χαλικιόπουλος, Α. (2017). Άγχος και ψυχική ανθεκτικότητα στους εκπαιδευτικούς. *Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών*

Ιστοσελίδες:

- AboutAdultBMI. (2015). Retrieved August 30, 2016, from https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/
- Home. (n.d.). Retrieved March 25, 2017, from <http://eating-disorders.org.uk/>
- BodyART: FAQ. (n.d.). Retrieved March 25, 2017, from <https://www.bodyart-training.com/en/classes/faq>
- Vipassana. (n.d.). Retrieved March 25, 2017, from <https://dhamma.org/>
- UK Network for Mindfulness-Based Teacher Training Organisations. (n.d.). Retrieved April 14, 2017, from <http://mindfulnessteachersuk.org.uk/>
- H. (2015, June 04). The Influence of Buddhist Meditation Traditions on the Autonomic System and Attention. Retrieved April 14, 2017, from <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/731579/>
- Center for Mindfulness - UMass Medical School. (2014, June 24). Retrieved April 23, 2017, from <http://www.umassmed.edu/cfm/>

« ... λέγεται, ότι τα εργαλεία κάνουν τον μάστορα. Τα εργαλεία που πήρα από το σεμινάριο με έκαναν πραγματικό μαστοράκι στον τρόπο της διατροφής και της γευστικής απόλαυσης»

«Το βασικό στο οποίο με βοήθησε αυτό το πρόγραμμα, είναι στην αγάπη και την αποδοχή του εαυτού μου, είμαι στο μεταίχμιο να μην με απασχολεί το βάρος μου και να παίρνω πολύ χαρά από το σώμα μου. Οι ασκήσεις αυτοσυγκέντρωσης μου δίνουν μεγάλη χαρά και ηρεμία ... Σημαντικό στοιχείο είναι ότι μείωσα τις ποσότητες του φαγητού που καταναλώνω και αυτό συνεχίζει να βελτιώνεται ...»

«...μέσα από το πρόγραμμα έμαθα να σκέφτομαι πριν ανοίξω το στόμα μου να φάω κάτι, να εκτιμώ αν αξίζει αυτό που έχω μπροστά μου να το καταναλώσω να ελέγχω τον παρορμητικό μου χαρακτήρα και την αυτοκαταστροφική μου διάθεση, γιατί γνώρισα τον εαυτό μου και κατάλαβα ότι τον αγαπώ και θέλω να είμαι ευτυχισμένη και υγιής!»

«Έμαθα να αποδέχομαι λίγο περισσότερο εμένα, να σχετίζομαι λίγο περισσότερο με τα μηνύματα που δίνει το στομάχι μου ... μοιράστηκα κοινούς στόχους με μία ομάδα, έμαθα ότι προσπαθώντας μπορείς να εξελιχθείς και να γίνεις καλύτερη, κέρδισα αγάπη και καλοσύνη προς εμένα και την ομάδα μας»

« ... ένιωσα, αγάπησα, κατάλαβα τον εαυτό μου. Είδα τι είναι εκείνο βαθιά μέσα μου που με κρατούσε και ξεσπούσα στο σώμα μου. Είδα, ότι έχω δύναμη, όρεξη, τσαγανό, να παλέψω για εμένα , το σώμα μου, την ολότητα μου. Ήταν δύσκολο, αλλά όχι ακατόρθωτο ...Εύχομαι να είμαι ασφαλής, υγιής, ευτυχισμένη, ευγενική, αλλά και σε όλους όσους αγαπώ, και σε όλη την ομάδα που συμμετείχε σ' αυτό το project!»



*γευματίζω ενσυνείδητα,
επαναπροσδιορίζω τη σχέση
με την τροφή και το σώμα μου