

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ - ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ:
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΤΡΙΕΣ
ΠΟΥ ΔΟΥΛΕΥΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ >>

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
ΜΑΤΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΗΣ
Κος ΓΟΝΙΔΑΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ

9/10/2020

Αφιερώνεται στη μνήμη του νονού μου Αντώνη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέπων καθηγητή Κο Γονιδάκη Φραγκίσκο, για την ειλικρινή υποστήριξη και τη πολύτιμη καθοδήγησή του.

Εκ βαθέων ευχαριστίες στην οικογένεια μου για τη στήριξη που μου παρέχουν και που στέκονται στυλοβάτες σε κάθε γεγονός της ζωής μου. Φυσικά, δε θα μπορούσα να παραλείψω να απευθύνω τις ευχαριστίες μου, στους φίλους και τους ανθρώπους που μου στάθηκαν στο δύσκολο αυτό διάστημα της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συναισθηματική κατανάλωση φαγητού (emotional eating).....	13
1.1 Συναισθηματική κατανάλωση φαγητού.....	13
1.2 Αρνητικά συναισθήματα και συναισθηματική κατανάλωση φαγητού: Άγχος, κατάθλιψη, παχυσαρκία.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Άγχος, εξάντληση και αντιμετώπιση	20
2.1 Αγχώδης διαταραχή.....	20
2.2 Η εξέλιξη του όρου και της ιστορίας.....	22
2.4 Αιτίες που προκαλούν άγχος.....	24
2.5 Συνέπειες και συμπτώματα του άγχους	24
2.6 Εργασιακό άγχος	25
2.6.1 Παράγοντες που δημιουργούν εργασιακό στρες	25
2.6.2 Εργασιακό άγχος και φύλο.....	26
2.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους.....	27
2.7.1 Ψυχοθεραπεία	27
2.7.2 Φαρμακοθεραπεία.....	27
2.7.3 Εναλλακτική ιατρική - Συμπληρωματικές θεραπείες	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Παράγοντες άγχους και στρατηγικές αντιμετώπισης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομείο (ψυχιατρικό)	30
3.1 Υπερφόρτωση εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού	31

3.2 Αμοιβές και εργασία σε βάρδια.....	31
3.3 Συσχέτιση του άγχους των νοσηλευτών με την συναισθηματική κατανάλωση φαγητού.....	32
3.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση της συναισθηματική διατροφής	34
3.4.1 Αντιμετώπιση της συναισθηματική διατροφή με θεραπεία συμπεριφορικής γνωσιακής	34
3.4.2 Φαρμακευτική αγωγή στη Συναισθηματική Διατροφή	35
3.4.3 Αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής με σωστή διατροφή	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Μεθοδολογία	37
4.1 Σκοπός.....	37
4.2 Δείγμα	37
4.3 Μέθοδος.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα.....	40
5.1 Περιγραφική Στατιστική.....	40
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	40
5.1.2 Αισθήματα άγχους και κατάθλιψης	49
5.1.3 Σχέση και συμπεριφορά προς το φαγητό	51
5.2 Ερωτήματα	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Συμπεράσματα	61
6.1. Συζήτηση.....	61
6.2. Περιορισμοί-Προτάσεις	64
6.3. Τελικό Συμπέρασμα.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 Φύλο.....	40
Γράφημα 2 Ηλικία.....	41
Γράφημα 3 Βάρος	42
Γράφημα 4 Ύψος	43
Γράφημα 5 Δείκτης Μάζας σώματος.....	44
Γράφημα 6 Οικογενειακή κατάσταση.....	44
Γράφημα 7 Τίτλος σπουδών	45
Γράφημα 8 Μεταπτυχιακό.....	46
Γράφημα 9 Διδακτορικό.....	47
Γράφημα 10 Φορέας απασχόλησης	48
Γράφημα 11 Χρόνια προϋπηρεσίας στο αντικείμενο	49
Γράφημα 12 Άγχος.....	50
Γράφημα 13 Κατάθλιψη.....	51
Γράφημα 14 Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής	53
Γράφημα 15 Συναισθηματική πρόσληψη τροφής.....	55
Γράφημα 16 Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες.....	56

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Γενική εικόνα των χαρακτηριστικών του ερωτηματολογίου.....	16
Πίνακας 2	Κύριες ομοιότητες και διαφορές των δύο καταστάσεων άγχους.....	20
Πίνακας 3	Ταξινόμηση και αντίκτυπος του άγχους στην υγεία	21
Πίνακας 4	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Φύλο	40
Πίνακας 5	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Ηλικία	41
Πίνακας 6	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Βάρος.....	42
Πίνακας 7	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Ύψος.....	42
Πίνακας 8	Δείκτης Μάζας σώματος.....	43
Πίνακας 9	Οικογενειακή κατάσταση	44
Πίνακας 10	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Τίτλος σπουδών.....	45
Πίνακας 11	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Μεταπτυχιακό	45
Πίνακας 12	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Διδακτορικό	46
Πίνακας 13	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Φορέας απασχόλησης.....	47
Πίνακας 14	Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Χρόνια προϋπηρεσίας στο αντικείμενο.....	48
Πίνακας 15	Άγχος	50
Πίνακας 16	Κατάθλιψη	51
Πίνακας 17	Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής.....	52
Πίνακας 18	Συναισθηματική πρόσληψη τροφής	54
Πίνακας 19	Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες	56
Πίνακας 20	Έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's Alpha.....	57
Πίνακας 21	Έλεγχοι κανονικότητας για τις 5 μεταβλητές score	58
Πίνακας 22	Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των 5 διαστάσεων	58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος είναι μία ψυχική διαταραχή που επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου. Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν σε ένα άτομο την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής μπορεί να είναι βιολογικά, γενετικά ή και ψυχολογικά. Το άγχος συσχετίζεται με τις διαταραχές που συνδέονται με τη σωστή διατροφή και αναφέρονται συχνά ως συναισθηματική διατροφή. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη μελέτη της ψυχολογικής εξάρτησης από το φαγητό και συγκεκριμένα στον τρόπο με τον οποίο η τροφή χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για την κάλυψη ψυχολογικών αναγκών. Η μελέτη επικεντρώνεται στη διερεύνηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και τη συσχέτιση αυτής με το άγχος, σε νοσηλευτές-τριες που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η εργασία με βάρδιες προκαλεί άγχος, διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, διακόπτει και μεταβάλλει την τακτικότητα και τη συχνότητα της κατανάλωσης φαγητού. Οι νοσηλευτές –τριες καταφεύγουν σε μη υγιεινά γεύματα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα με σκοπό πολλές φορές να αντιμετωπίσουν το εργασιακό άγχος που βιώνουν. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ των καθηκόντων βάρδιας και της μη φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς που αφορούν τους νοσηλευτές –τριες νοσοκομείων και ειδικότερα ψυχιατρικών κλινικών.

Συγκεκριμένα το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 129 εργαζόμενους (νοσηλευτές και νοσηλεύτριες), από το ΨΝΑ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) και από ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην Αθήνα . Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, από 31 έως 40 ετών, με βάρος έως 60 κιλά και ύψος από 1.61 έως 1.70 μέτρα. Επιπλέον, οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι, απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, δεν κατείχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο και εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα με προϋπηρεσία 11 με 15 ετών. Πραγματοποιήθηκε χρήση του ερωτηματολογίου DEBQ για να διερευνηθεί η ψυχολογική εξάρτηση από το φαγητό και η συσχέτιση αυτής με το άγχος και του ερωτηματολογίου HADS για τον εντοπισμό καταστάσεων κατάθλιψης και άγχους στο πλαίσιο των νοσοκομείων, μια εβδομάδα πριν από την προγραμματισμένη εξέταση.

Αναφορικά με τα αισθήματα άγχους που βιώνουν, οι ερωτηθέντες ενδιαφέρονταν περισσότερο για την εμφάνιση τους και βρίσκονταν αντιμέτωποι λιγότερο με ξαφνικά αισθήματα πανικού. Ως προς τα αισθήματα κατάθλιψης που βιώνουν, πιο συχνά αισθάνονταν ευδιάθετοι και σπανιότερα τρόμο. Ακόμη, οι ερωτηθέντες ήταν πιο

θετικοί ως προς το εάν έχουν πάρει βάρος, εάν τρώνε λιγότερο από ότι συνήθως και λιγότερο θετικοί ως προς το ότι συχνά αρνούνται φαγητό γιατί ανησυχούν για το βάρος τους και ότι τρώνε συνειδητά τρόφιμα για αδυνάτισμα. Τα συναισθήματα που τους οδηγούν στην κατανάλωση τροφής, συνδέονται κυρίως με το γεγονός ότι δεν έχουν κάτι να κάνουν, και ότι καταναλώνουν περισσότερο φαγητό όταν αυτό τους ευχαριστεί στη γεύση και όχι επειδή παρασύρονται από τους γύρω τους όταν τρώνε. Αποδείχθηκε ότι το αυξημένο άγχος σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, αυξημένη συχνότητα συναισθηματικής απόκρισης μέσω φαγητού και μεγαλύτερη επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες όσον αφορά την κατανάλωση τροφής. Επίσης, από τη μελέτη έγινε σαφές ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου ή του τομέα απασχόλησης με το άγχος ή τη συναισθηματική κατανάλωση τροφής.

Λέξεις-Κλειδιά: συναισθηματική διατροφή, άγχος, αγχώδης διαταραχή, ψυχολογική διαταραχή, νοσηλευτές-τριες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία

ABSTRACT

Stress is a mental disorder that affects significantly a person's daily life. The main factors that lead a person to experience anxiety disorder can be biological, genetic or even psychological. Stress is associated with eating disorders and is often referred to as emotional eating. The present study aims to evaluate the psychological dependence of food and specifically on the way in which food is used as a substitute to face up psychological needs. The study focuses on the investigation of the specific behavior of emotional eating and its association with stress among nurses working in psychiatric hospitals.

Shift work is stressful, disrupts family life, interrupts and alters the regularity and frequency of food consumption. Nurses consume unhealthy meals that have high fat and sugar content in order to cope with their work stress. Few studies have examined the correlation between shift duties and abnormal eating behaviors among nurses working in hospitals, and in particular in psychiatric clinics.

Specifically, the sample of the present research consisted of 129 employees (nurses) from the PSNA (Psychiatric Hospital of Attica) and private psychiatric clinics in Athens. The majority of the sample were women, aged 31 to 40 years, weighing up to 60 kg and heightening from 1.61 to 1.70 meters. In addition, most of the participants were married, technologically educated, did not hold a master's or doctoral degree and worked in the private sector between 11-15 years. The DEBQ questionnaire was used to investigate the psychological dependence on food and its correlation with stress and the HADS questionnaire to identify depression and anxiety in hospitals a week before the scheduled examination.

As for the feelings of anxiety, the participants were more interested in their appearance and were less likely to experience sudden feelings of panic. As for the feelings of depression, they felt most often cheerful and less often horrible. Furthermore, the participants were more positive about whether they have gained weight, if they eat less than usual and less positive about the fact that they often refuse food consumption because they are worried about their weight and that they consciously eat specific food to lose weight. The emotions that lead them to consume food are mainly related to the fact that they have nothing to do, and that they consume more food when it pleases them in taste and not because they are seduced by those around them when they eat. Increased stress has been shown to be associated with

increased levels of depression, increased frequency of emotional eating and greater influence from external factors on food consumption. The study also found that there was no statistically significant association between sex or employment with stress or emotional eating.

Keywords: Emotional Eating, Stress, Anxiety Disorder, Psychological Disorders, Nurses in Psychiatric Hospitals

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού, αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο έχει μελετηθεί βιβλιογραφικά ευρέως τα τελευταία χρόνια, από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, καταγράφεται η στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ πρόσληψης τροφής και συναισθηματικής διέγερσης, καθώς η κατανάλωση φαγητού προκύπτει ως αντίδραση του ατόμου στη συναισθηματική πίεση και δυσφορία που βιώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα ^[1].

Το άτομο εξαιτίας αυτής της μεταβλητότητας των συναισθημάτων του, οδηγείται σε αλλαγές της καθημερινής του ζωής, κάτι το οποίο επηρεάζει και τις διατροφικές του συνήθειες ^[2]. Έχει, μάλιστα αποδειχτεί, ότι όσοι για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτίθενται σε καταστάσεις οι οποίες είναι συναισθηματικά ψυχοφθόρες, τείνουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα με το σωματικό τους βάρος και να οδηγούνται στην παχυσαρκία ^[3].

Κατά γενική ομολογία εξάλλου, το φαγητό ως υποκατάστατο της συναισθηματικής φόρτισης, ανακουφίζει σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό τον ψυχισμό του ατόμου ^[4], καθώς το βοηθά να αποσπάσει την προσοχή του από την συνθήκη, η οποία του προκαλεί συναισθηματική αναστάτωση ^[5]. Η αύξηση του βαθμού ψυχοπιεστικών καταστάσεων και επομένως αρνητικών συναισθημάτων, συνεπάγεται στις πλείστες των περιπτώσεων, αναλογική αύξηση της κατανάλωσης τροφής, η οποία είναι δύσκολο να ελεγχθεί, τόσο από άνδρες όσο και από γυναίκες ^[3].

Το άγχος, μια απόλυτα φυσιολογική συνθήκη, η οποία δημιουργείται όταν το άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με κάποια κατάσταση την οποία δεν μπορεί να ελέγξει πλήρως και τη θεωρεί εν δυνάμει απειλητική ^[6], αποτελεί πόλο έλξης αρνητικών συναισθημάτων. Ασυναίσθητα, με σκοπό την άμεση αντιμετώπιση της δυσφορίας, το άτομο αισθάνεται την ανάγκη κατανάλωσης τροφής, ώστε να επανέλθει στην συναισθηματική του γαλήνη ^[7], μια γαλήνη η οποία προσφέρεται από το φαγητό ^[8] και ιδιαίτερα από το φαγητό υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ^[9].

Οι νοσηλευτές υπάγονται σε ένα επαγγελματικό πεδίο με πολυπαραγοντικές υποχρεώσεις, τις οποίες πολλές φορές δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν, λόγω της έλλειψης προσωπικού και του αυξημένου φόρτου εργασίας ^[10], γεγονός το οποίο μπορεί να τους δημιουργήσει άγχος και μια αίσθηση υπερβολικής πίεσης ^[11]. Ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές, είναι περισσότερο ευάλωτο στην ανάπτυξη άγχους, αλλά και άλλων ψυχοσωματικών

εκδηλώσεων σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατων ερευνών ^[12].

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των γυναικών νοσηλευτικού προσωπικού της Νότιας Κορέας, φάνηκε ότι οι δραστηριότητες του συγκεκριμένου επαγγέλματος και το επακόλουθο άγχος στην εκπλήρωση αυτών, είναι χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού - στη συγκεκριμένη περίπτωση κατά τη διάρκεια της νύχτας ^[13].

Ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 662 νοσηλευτές, εργαζόμενους σε νοσοκομεία που δέχονται οξεία περιστατικά, έδειξε ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι έκαναν περισσότερες βάρδιες ανά μήνα, παρουσίαζαν πιο συχνά μη φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις, ανάμεσα σε αυτές και η κατανάλωση φαγητού οφειλόμενη στο άγχος και τον μεγάλο όγκο υποχρεώσεων ^[14].

Κατανοούμε έτσι, ότι η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού (emotional eating), αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο χρήζει επιστημονικής διερεύνησης, καθώς αποδεικνύεται ότι η συμπεριφορά αυτή τείνει να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου ^[1], όσο μάλιστα αυξάνεται και το αίσθημα εργασιακού άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού ^[15].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συναισθηματική κατανάλωση φαγητού (emotional eating)

1.1 Συναισθηματική κατανάλωση φαγητού

Η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού ορίζεται ως η «τάση της υπερκατανάλωσης φαγητού ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος ή η ευερεθιστότητα»^[16]. Πρόκειται για μια διατροφική συμπεριφορά που αποτελεί σημαντική ανησυχία για την παγκόσμια κοινότητα. Έχει αναφερθεί ότι το 60% ή και περισσότερο των ατόμων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι παρουσιάζουν αυτή τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού^[17]. Τα άτομα αυτά καταναλώνουν κυρίως τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, σάκχαρα και υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο^[18]. Αυτές οι διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με το αυξημένο σωματικό τους βάρος τοποθετούν τα άτομα αυτά σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη και καρδιακών παθήσεων^[19]. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν συναισθηματική κατανάλωση φαγητού έχουν μικρότερα ποσοστά επιτυχίας για την απώλεια του βάρους τους, σε σύγκριση με εκείνο το τμήμα του πληθυσμού που δεν αντιμετωπίζει αυτή τη διατροφική συμπεριφορά^[20]. Η μελέτη της συναισθηματικής διατροφής είναι σημαντική, λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στο σωματικό βάρος και τη συνολική υγεία του ανθρώπου.

Πολλές μελέτες έχουν σκιαγραφήσει τις θεωρητικές προοπτικές σχετικά με τη συναισθηματική διατροφή, έχουν εξετάσει τον επιπολασμό της συναισθηματικής διατροφής σε μια ποικιλία δειγμάτων^[21], έχουν επανεξετάσει έρευνες χρησιμοποιώντας μια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση/παρέμβαση για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής^[22], και έχουν εξηγήσει τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού και του σωματικού βάρους και αξιολογήσει τις μεθόδους θεραπείας για αυτό το τμήμα του πληθυσμού^[17].

Οι μελέτες σε εργαστηριακό περιβάλλον έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ συναισθημάτων και διατροφικής συμπεριφοράς, προκαλώντας αρνητικά συναισθήματα και μετρώντας την επακόλουθη κατανάλωση τροφίμων^[23]. Αυτές οι μελέτες έχουν γίνει σε πληθυσμούς φοιτητών με κανονικό βάρος^[24]. Από τις εργαστηριακές μελέτες πρόκλησης αρνητικού συναισθήματος που έχουν διεξαχθεί σε άτομα που είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα, έχουν επικεντρωθεί στην επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating) και όχι στη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού^[25]. Μία

πρόσφατη μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι η επαγωγή μιας αρνητικής κατάστασης αυξάνει την κατανάλωση φαγητού και στα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας ^[26].

Η κατανάλωση φαγητού ως απάντηση στα θετικά συναισθήματα δεν θα επανεξεταστεί επειδή υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόκειται για μια διαφορετική απόκριση συμπεριφοράς από την κατανάλωση φαγητού ως απάντηση στα αρνητικά συναισθήματα. Για παράδειγμα, η κατανάλωση φαγητού ως απάντηση στα θετικά συναισθήματα έχει αποδειχθεί ότι έχει αρνητική συσχέτιση με την κατανάλωσή του, ως απάντηση στα αρνητικά συναισθήματα ^[27]. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η κατανάλωση του φαγητού ως απάντηση στα θετικά συναισθήματα σχετίζεται με το υπερβολικό σωματικό βάρος ή την παχυσαρκία ^[27], ενώ η κατανάλωση ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα σχετίζεται αρνητικά με τις διαταραχές σωματικού βάρους ^{[28][29]}. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι η κατανάλωση φαγητού ως απάντηση σε θετικά συναισθήματα συνδέεται με την συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικές καταστάσεις. Επειδή τα τρόφιμα καταναλώνονται σε κοινωνικά πλαίσια, όπως οι εορτασμοί, είναι δύσκολο να καθοριστεί εάν η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού συμβαίνει πραγματικά ως απάντηση στα εσωτερικά θετικά συναισθήματα ή αν η αυξημένη κατανάλωση αποδίδεται περισσότερο στο εξωτερικό κοινωνικό πλαίσιο.

Η κατανάλωση φαγητού ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα μπορεί να είναι προβληματική, όπως φαίνεται από μελέτες που έχουν συσχετίσει τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού με το δείκτη μάζας σώματος (BMI) ^[30], με την αύξηση σωματικού βάρους ^[29], με την παρεμβολή στην απώλεια βάρους ^[31], με την επεισοδιακή υπερφαγία ^[32] και με την κατάθλιψη ^[33]. Επιπρόσθετα, η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού μπορεί να έχει καταστροφικές άμεσες συνέπειες, για παράδειγμα μπορεί να οδηγεί σε συναισθήματα ενοχής. Αν και η έννοια της συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μπορεί να ακούγεται ξεκάθαρη, δεν είναι ωστόσο τόσο απλή.

Προκειμένου να μελετηθεί η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού, οι ερευνητές πρέπει να είναι σε θέση να την προσδιορίσουν. Για το σκοπό αυτό, έχουν σχεδιαστεί αρκετά ερωτηματολόγια αυτοελέγχου σχετικά με τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού. Το πρώτο από αυτά, το ολλανδικό ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς κατανάλωσης (Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ ^[34]), αναπτύχθηκε το 1986. Ωστόσο, ενσωματώθηκε σε μια μελέτη σχετικά με τη συσχέτιση των

συναισθημάτων με την κατανάλωση ενδιάμεσων γευμάτων (σνακ) 13 χρόνια αργότερα ^[35]. Έκτοτε παρατηρήθηκε μία σταθερή αύξηση των μελετών σχετικά με την συναισθηματική κατανάλωση φαγητού, με τη συντριπτική πλειονότητα αυτών να εντοπίζονται από το 2010 και μετά. Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον προσδιορισμό της συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού έχει οδηγήσει την επιστημονική κοινότητα να αναπτύξει διάφορα ερωτηματολόγια σχετικά με το θέμα αυτό, όπως η ανάπτυξη της κλίμακας συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού (Emotional Eating Scale - EES ^[36]), της εκτεταμένη έκδοσης αυτής της κλίμακας (EES-II ^[37]), της αναθεωρημένης έκδοσης του ερωτηματολογίου τριών διατροφικών παραγόντων – R18 (Three Factor Eating Questionnaire - TFEQ-R18 ^[38]), του ερωτηματολογίου συναισθηματικής όρεξης (Emotional Appetite Questionnaire - EMAQ ^[39]) και του ερωτηματολογίου της συναισθηματικής υπερκατανάλωσης (Emotional Overeating Questionnaire - EOQ ^[40]).

Όλα αυτά τα ερωτηματολόγια είναι παρόμοια ως προς το σχεδιασμό. Αποτελούνται από μια σειρά ερωτήσεων ή δηλώσεων σχετικά με την επιθυμία ή τη συχνότητα πρόσληψης φαγητού ως απάντηση σε αρνητικά και μερικές φορές θετικά συναισθήματα, τα οποία αντιστοιχίζονται στην κλίμακα Likert όπου οι τιμές της κλίμακας μπορεί να κυμαίνονται από το «καθόλου» μέχρι το «πάρα πολύ» για να καταγράψουν το βαθμό συμφωνίας. Τυπικές ερωτήσεις συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μπορεί να είναι: "Νιώθετε την επιθυμία να φάτε όταν αισθάνεστε κατάθλιψη ή αποθάρρυνση;" και "Αισθάνεστε την επιθυμία να φάτε όταν νιώθετε μοναξιά;" Η παραδοχή όλων των ερωτηματολογίων είναι ότι τα υψηλότερα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν μια ισχυρότερη τάση να (υπερ)καταναλώνει κάποιο άτομο φαγητό όταν βιώνει (αρνητικά) συναισθήματα. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει μια γενική εικόνα των χαρακτηριστικών του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1 Γενική εικόνα των χαρακτηριστικών του ερωτηματολογίου

Ερωτηματολόγιο	Είδος συναισθημάτων	Ενδεικτική ερώτηση	Κλίμακα Likert
DEBQ-Συναισθηματική κατανάλωση φαγητού	Αρνητικά	‘Έχετε την επιθυμία να φάτε όταν νιώθετε κατάθλιψη ή αποθάρρυνση;’	1 (ποτέ) έως 5 (πολύ συχνά)
EES	Αρνητικά	‘Παρακαλείσθε να αναφέρετε το βαθμό στον οποίο τα παρακάτω συναισθήματα σας κάνουν να νιώσετε μια ανάγκη για να φάτε σημειώνοντας το κατάλληλο κουτί.’ Ακολουθείται από 25 συναισθήματα, όπως ‘ανεπαρκής’	1 (καθόλου επιθυμία για φαγητό) έως 5 (επιτακτική ανάγκη για φαγητό)
EES-II	Αρνητικά Θετικά	‘Παρακαλούμε να αναφέρετε το βαθμό στον οποίο τα παρακάτω συναισθήματα σας κάνουν να νιώσετε μια ανάγκη για να φάτε σημειώνοντας το κατάλληλο κουτί.’ Ακολουθείται από 25 συναισθήματα, όπως ‘θυμωμένος’ ή ‘ενθουσιώδης’	1 (καθόλου επιθυμία για φαγητό) έως 5 (επιτακτική ανάγκη για φαγητό)
TFEQ-R18-Υποκατηγορία συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού	Αρνητικά	‘Όταν αισθάνομαι άγχος, βρίσκω τον εαυτό μου να τρώει’	1 (σίγουρα ψευδής) έως 4 (σίγουρα αληθής)
EMAQ	Αρνητικά Θετικά	‘Σε σύγκριση με το συνηθισμένο, τρώτε’ Ακολουθείται από 14 συναισθήματα και 8 καταστάσεις, όπως ‘όταν νιώθετε αυτοπεποίθηση’ ή ‘μετά από μία έντονη διαφωνία’.	1 (άχρηστο) έως 9 (πολύ περισσότερο)
EOQ	Αρνητικά Θετικά	‘Σε πόσες ημέρες από τις τελευταίες 28 ημέρες έχετε φάει μια μη κανονική ποσότητα φαγητού, δεδομένων των περιστάσεων, σε απάντηση στα συναισθήματα ...’ Ακολουθείται από 6 συναισθήματα, όπως ‘ευτυχία’ ή ‘θλίψη’	

1.2 Αρνητικά συναισθήματα και συναισθηματική κατανάλωση φαγητού: Άγχος, κατάθλιψη, παχυσαρκία

Το άγχος ή τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να υπονομεύσουν τον αυτοέλεγχο ατόμων σε σχέση με τον περιορισμό της πρόσληψης φαγητού. Το σώμα δεν μπορεί να διακρίνει τον οικειοθελή αυτοπεριορισμό της κατανάλωσης των τροφίμων από την πραγματική έλλειψή τους και ενεργεί σαν να είναι σε κατάσταση λιμοκτονίας: ο ρυθμός μεταβολισμού επιβραδύνεται (αναβολισμός) και η πείνα και η όρεξη αυξάνονται. Πράγματι, έχει αποδειχθεί ότι υπό συνθήκες άγχους ή αρνητικών συναισθημάτων, τα άτομα καταναλώνουν υψηλότερα επίπεδα φαγητού σε σύγκριση με όσα δεν νιώθουν αυτά τα συναισθήματα ^[41].

Το άγχος έχει άμεσες και έμμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι επηρεάζει άμεσα τις διαδικασίες που οδηγούν σε δυσμενείς επιδράσεις στις καρδιαγγειακές λειτουργίες, κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα και επιδράσεις σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες, μερικές από τις οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου ^[9]. Το άγχος προκαλεί έμμεσα αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία καθώς επηρεάζει ορισμένες συμπεριφορές, όπως η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού ^[2]. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους αυξάνουν την κατανάλωση φαγητού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία και σε όλα τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με αυτή.

Το άγχος συσχετίζεται επίσης με το είδος των τροφίμων που επιλέγουν οι άνθρωποι να καταναλώσουν. Μελέτες σχετικά με τα τρόφιμα που οι άνθρωποι καταναλώνουν όταν βιώνουν καταστάσεις άγχους, έχουν δείξει ότι επιλέγονται περισσότερο θερμιδογόνα γλυκά και ενδιάμεσα γεύματα (σνακ) με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Οι Oliver και Wardle ^[42] διαπίστωσαν ότι τα άτομα που βιώνουν άγχος, ιδιαίτερα οι γυναίκες, επιλέγουν να καταναλώνουν περισσότερα σνακ, όπως γλυκά (συχνά σοκολάτα) και έχουν μειωμένη επιθυμία για την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Οι Wardle et al. ^[43] διαπίστωσαν ότι τυπικά περισσότερο οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες επιλέγουν να καταναλώνουν φρούτα και τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητας σε διαιτητικές ίνες, καθώς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για την υγεία τους που τις αναγκάζουν να ελέγχουν ή να περιορίζουν την κατανάλωση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα. Αυτός ο αυτοέλεγχος φαίνεται να μειώνεται υπό συνθήκες άγχους (αποθάρρυνσης), οδηγώντας τους να καταναλώνουν τρόφιμα που συνήθως αποφεύγουν.

Γυναίκες που βιώνουν συναισθηματική κατανάλωση φαγητού βρέθηκε ότι

καταναλώνουν αυξημένες ποσότητες τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και σάκχαρα ^[44]. Οι Epel et al. ^[45] επίσης διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν υψηλά επίπεδα κορτιζόλης ως απόκριση του άγχους κατανάλωσαν περισσότερα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά σε σχέση με τις γυναίκες που δεν βίωναν καταστάσεις άγχους.

Συναισθηματική κατανάλωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της κακής διανοητικής συνειδητοποίησης, μιας σύγχυσης εσωτερικών καταστάσεων πείνας και κορεσμού και φυσιολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με συναισθήματα αλεξιθυμίας ή κακών στρατηγικών ρύθμισης των συναισθημάτων. Επιπλέον, η συναισθηματική κατανάλωση έχει επίσης συσχετιστεί με μια αντίστροφη απόκριση στρες του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (YYE) ^[46].

Πράγματι, η μη συνειδητοποίηση της συμπεριφοράς αυτής και ο υψηλός βαθμός αλεξιθυμίας συνδέονταν θετικά με την συναισθηματική διατροφή ^[47]. Η αλεξιθυμία συνδέεται με τη συσχέτιση μεταξύ άγχους και πρόσληψης φαγητού. Έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες με υψηλό βαθμό αλεξιθυμίας καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού ως απόκριση στο άγχος ^[48]. Οι κακές στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων, όπως η καταστολή των συναισθημάτων ή οι ακατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισής τους, αποδείχτηκε επίσης ότι σχετίζονται θετικά με τη συναισθηματική κατανάλωση.

Επιπλέον στη μελέτη των Michopoulos et al. ^[49], τόσο η κατάθλιψη όσο και η συναισθηματική δυσλειτουργία, ενήργησε ως μεσολαβητής μεταξύ των ψυχικών τραυμάτων της παιδικής ηλικίας ή της συναισθηματικής κακοποίησης με τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού. Ένας πιθανός υποκείμενος μηχανισμός αυτού του τύπου συναισθηματικής διατροφής, μπορεί να είναι η αντίστροφη αντίδραση στρες του άξονα YYE ως πιθανή έκβαση του χρόνιου στρες κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής των ατόμων. Ο άξονας YYE ανταποκρίνεται στο άγχος με υπο-ενεργοποίησή του και προκαλεί συμπτώματα όπως αυξημένη όρεξη και αύξηση του σωματικού βάρους αντί να αντιδράσει με υπερ-ενεργοποίηση του και απώλεια της όρεξης ^[41].

Οι άσχημες εμπειρίες που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε πρώιμο στάδιο της ζωής του-όπως η σχέση γονέα-παιδιού- έδειξαν σε ορισμένες μελέτες ότι έχουν μακροχρόνιες επιδράσεις στα νευρολογικά συστήματα που ανταποκρίνονται στο άγχος. Οι Tomiyama et al. ^[50] διαπίστωσαν ότι γυναίκες που έπασχαν από χρόνιο άγχος είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της συναισθηματικής

κατανάλωσης φαγητού, σε σχέση με τις γυναίκες που δε βίωναν χρόνιες καταστάσεις άγχους. Επιπλέον, η μελέτη των Van Strien et al. ^[51] επιβεβαίωσε ότι τα άτομα καταναλώνουν υψηλές ποσότητες φαγητού ως απόκριση σε καταστάσεις άγχους που βιώνουν, ακολουθώντας το πρωτόκολλο πρόκλησης οξέος στρες με το στρες της αναμονής του Trier Social Stress Test (TSST) (Trier Social Stress Test). Επίσης, σε μία άλλη μελέτη ^[52], υπήρξαν ενδείξεις ότι μια απόκριση άγχους του άξονα ΥΥΕ οδήγησε σε αυξημένη πρόσληψη φαγητού από τους συμμετέχοντες.

Το αίσθημα της κατάθλιψης συσχετίζεται τυπικά με την απώλεια της όρεξης και την επακόλουθη απώλεια του σωματικού βάρους. Υπάρχει, ωστόσο, ένας υπότυπος κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα της αυξημένης όρεξης και της επακόλουθης αύξησης του σωματικού βάρους (DSM-5, American Psychiatric Association). Η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού θεωρείται δείκτης αυτού του υπότυπου κατάθλιψης, επειδή μοιράζεται με αυτόν τον υπότυπο το κύριο χαρακτηριστικό της αυξημένης όρεξης ως απόκριση στη δυσφορία (κατάθλιψη). Στη μετα-ανάλυση των Luppino et al. ^[53], διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την επακόλουθη αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία και προέκυψε το ερώτημα εάν η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού είναι ο σύνδεσμος μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας ή της αύξησης του σωματικού βάρους.

Σε διάφορες μελέτες, η συναισθηματική κατανάλωση φαγητού έδειξε πράγματι ότι ενεργεί ως μεσολαβητής μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες που διαπίστωσαν αυτά τα αποτελέσματα πραγματοποιήθηκαν σε χώρες που βρίσκονται στα βόρεια γεωγραφικά πλάτη, όπου η κατάθλιψη είναι πιο συχνή. Εξαιρέσεις είναι η μελέτη σε γυναίκες από τους Clum et al. ^[54] και η μελέτη στην Ισπανία από τους Van Strien et al. ^[55], οι οποίες είχαν υποστεί αγχωτικά συμβάντα ζωής.

Η κατάθλιψη και η παχυσαρκία έχουν σοβαρές ιατρικές συνέπειες και υψηλό κόστος για την κοινωνία. Το εύρημα ότι η συναισθηματική κατανάλωση είναι ένας μεσολαβητής μεταξύ των δύο, υποδηλώνει ότι η μείωση της συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μπορεί να αποτελέσει σημαντικό στόχο της θεραπείας τόσο για την παχυσαρκία όσο και για την κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Άγχος, εξάντληση και αντιμετώπιση

2.1 Αγχώδης διαταραχή

Ο όρος αγχώδης διαταραχή περιλαμβάνει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που προετοιμάζουν τον οργανισμό να αντιμετωπίσει το ερέθισμα ή τον παράγοντα που προκαλεί στο άτομο αυτή τη διαταραχή. Οι επιβλαβείς επιδράσεις του άγχους έχουν παρατηρηθεί από τον Selye, ο οποίος προσέγγισε και περιέγραψε επιστημονικά τις αγχώδεις διαταραχές για πρώτη φορά. Τα τραυματικά γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν έντονο άγχος σε ένα άτομο ως απόκριση του οργανισμού σε αυτά, ενώ οι καθημερινές συνήθειες όπως η εργασία, οι οικονομικές ή ακαδημαϊκές υποχρεώσεις μπορούν να προκαλέσουν ήπιες αποκρίσεις του άγχους για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Και στις δύο περιπτώσεις, οι αποκρίσεις του οργανισμού στο άγχος μπορούν να μεταβληθούν προκαλώντας επιβλαβείς επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου ^[56]. Παρόλο που σήμερα η έννοια του άγχους έχει χρησιμοποιηθεί και συζητηθεί εκτενώς, πρέπει να αναφερθούν τουλάχιστον δύο διαφορετικές καταστάσεις του άγχους: η μία αφορά το οργανικό και η άλλη το ψυχολογικό άγχος. Ο Πίνακας 2 δείχνει τις κύριες ομοιότητες και διαφορές αυτών των δύο καταστάσεων.

Πίνακας 2 Κύριες ομοιότητες και διαφορές των δύο καταστάσεων άγχους

Καταστάσεις	Διαφορές	Ομοιότητες
Οργανικό άγχος	Το άγχος αποτελεί μία ανεξέλεγκτη απόκριση από τον οργανισμό που μπορεί να είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη	Ο οργανισμός αντιλαμβάνεται το άγχος ως μία διαδικασία προσαρμογής και αναπτύσσει ικανότητες για την αντιμετώπισή του
Ψυχολογικό άγχος	Το άγχος θεωρείται μια διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ περιβάλλοντος και ατόμου που δίνει έμφαση στο γνωστικό μέρος και στην απόκριση του οργανισμού στο ερέθισμα, όχι μόνο από φυσιολογικές αντιδράσεις	

Μία άλλη οπτική γωνία, περιγράφει ότι το άγχος συμβαίνει λόγω των απαιτήσεων που υπερβαίνουν τα ατομικά προσόντα/δυνατότητες, επηρεάζοντας την προσαρμοστική, γνωστική και συναισθηματική ικανότητα του ατόμου. Από αυτήν την άποψη, το ψυχολογικό άγχος περιλαμβάνει τρεις τύπους γνωστικών σταδίων. Στο πρώτο στάδιο, το άτομο απορρίπτει ή αναγνωρίζει τις απειλητικές, ευεργετικές ή ασήμαντες καταστάσεις που βασίζονται σε προσωπικές πεποιθήσεις, αυτο-αποτελεσματικότητα, στόχους και παράγοντες κατάστασης. Στο δεύτερο στάδιο, το άτομο εκτιμά τις δυνατότητές του για την αντιμετώπιση του άγχους, συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων για την αλλαγή της κατάστασης ή τη μείωση του αντίκτυπου. Στο τελευταίο στάδιο, το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει την κατάσταση που του προκάλεσε την αγχώδη διαταραχή. Δηλαδή, υπάρχει μία επανεκτίμηση της κατάστασης που αρχικά θεωρήθηκε απειλητική και ερμηνεύεται εκ νέου ως καλοήθης ^[57]. Ο Πίνακας 3 περιγράφει την ταξινόμηση και τον αντίκτυπο του άγχους στην υγεία.

Πίνακας 3 Ταξινόμηση και αντίκτυπος του άγχους στην υγεία

Τύπος άγχους	Περιγραφή	Αντίκτυπος στην υγεία	Παράδειγμα
Οξύ	Εμφανίζεται σε καθημερινή βάση, έχει μικρή διάρκεια και δεν έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Αυτός ο τύπος άγχους βοηθά το άτομο να αναπτύξει ικανότητες αντιμετώπισης	Συναισθηματική αγωνία; προβλήματα μυών, στομάχου και εντέρου και παροδική υπερδιέγερση	Απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου
Επεισοδιακό	Αυτός ο τύπος άγχους είναι έντονος και επαναλαμβανόμενος χωρίς να είναι χρόνιος	Παρατεταμένη διέγερση, σοβαροί και επίμονοι πονοκέφαλοι, ημικρανίες, υπέρταση, πόνος	Άτομα με προσωπικότητα τύπου Α (DSM-V) και άτομα που αναπτύσσονται σε εχθρικό περιβάλλον

		στο στήθος και καρδιακές παθήσεις	
Χρόνιο	Έντονο, επαναλαμβανόμενο και εξαντλητικό και οδηγεί στην ανάπτυξη ασθενειών	Βία, νευρικές βλάβες, καρδιακές προσβολές, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνος, ακόμη και αυτοκτονία	Τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια

Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι σε θέση να επιβιώσει σε ένα περιβάλλον, δεδομένου ότι διατηρεί την ισορροπία ή την ομοιόσταση, η οποία δέχεται διαρκώς ερεθίσματα από ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες, που ονομάζονται επίσης παράγοντες άγχους. Τα γεγονότα που ένα άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητικά ή επικίνδυνα, μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες άγχους ^[11].

Πρόκειται για μία διαταραχή που αναγνωρίζεται ολοένα από την κοινωνία και για αυτό το λόγο αυτό, πραγματοποιείται αρκετή σχετική έρευνα προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες στην ανθρώπινη υγεία ^[58].

2.2 Η εξέλιξη του όρου και της ιστορίας

Είναι γνωστό ότι οι πρώτες μελέτες για το άγχος (στον τομέα της υγείας) πραγματοποιήθηκαν γύρω στο 1930. Αυτό αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας από ερευνητές στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι υπήρχε μία ανησυχία σχετικά με τις συνέπειές του στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου ^[11]. Η λέξη στρες (άγχος) προέρχεται από τα λατινικά και σημαίνει πιο κοντά. Ωστόσο, αυτός ο όρος μόνο από τον XVIII αιώνα άρχισε να χρησιμοποιείται για να εκφράσει την πλήξη, τα βάσανα και τις εκτεταμένες συνέπειες μιας δύσκολης ζωής ^[59]. Μερικοί συγγραφείς περιγράφουν το άγχος ως «σύνδρομο γενικής προσαρμογής» και το διαιρούν σε 3 φάσεις: φάση συναγερμού, φάση αντίστασης και φάση εξάντλησης ^[60]. Το άγχος είναι επομένως μια φυσιολογική απόκριση και είναι το αποτέλεσμα της δράσης ενός παράγοντα που μπορεί να είναι σωματικός, κοινωνικός ή ακόμη και ψυχολογικός, και ονομάζεται παράγοντας άγχους ^[59]. Ωστόσο, και μέσω αυτού του συνδρόμου γενικής προσαρμογής, ο ανθρώπινος οργανισμός τείνει να επαναφέρει ξανά την ομοιόσταση που χάθηκε. Άλλοι συγγραφείς ορίζουν το άγχος, ως αντίδραση του οργανισμού σε

πιθανές αλλοιώσεις (ψυχοφυσιολογικές διαταραχές), οι οποίες συμβαίνουν όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με καταστάσεις όπως η αρνητικότητα, η σύγχυση, η διέγερση ή ακόμη και η έντονη χαρά. Συνάγεται επομένως ότι υπάρχουν πολλές αναφορές σχετικά με τον όρο αυτό, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εύρεση ενός ενιαίου ορισμού. Ωστόσο, η τρέχουσα εκτίμηση είναι αυτή που θεωρεί το άγχος ως κατάσταση που προκύπτει από τις μεταβάσεις της αλληλεπίδρασης ατόμου/περιβάλλοντος ^[61].

2.3 Φάσεις άγχους

Το άγχος, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, μπορεί να υποδιαιρεθεί σε τρεις φάσεις: την προειδοποίηση (συναγερμός), την αντίσταση και την εξάντληση. Όσον αφορά το στάδιο του συναγερμού, αυτό συμβαίνει όταν το άτομο είναι η πηγή του στρες και, ως εκ τούτου, ανισορροπεί (εσωτερικά) και εμφανίζει συμπτώματα όπως υπερβολική εφίδρωση, ταχυκαρδία, και υπέρταση. Η κύρια λειτουργία αυτής της φάσης είναι να συγκεντρώσει όλα τα χαρακτηριστικά του σώματος, ώστε τελικά να είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει τον παράγοντα του άγχους. Εάν το άγχος που βιώνει ένα άτομο είναι εξαιρετικά έντονο, μπορεί να προκαλέσει και το θάνατό του ^[60]. Η φάση της αντίστασης, χαρακτηρίζεται ως μια προσπάθεια αποκατάστασης της ανισορροπίας που υπέστη το ανθρώπινο σώμα στην αρχική φάση. Σε αυτή τη φάση μπορεί να προκύψουν υπερβολική κόπωση, προβλήματα μνήμης ή ακόμη και διαταραχές συνείδησης, λόγω της κατανάλωσης του οργανισμού μεγάλων ποσών ενέργειας. Ο παράγοντας του άγχους παραμένει ενεργός, ωστόσο, δεν είναι πλέον αρκετά ισχυρός ώστε να μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του ατόμου. Σε αυτό το στάδιο, ο οργανισμός θα προσπαθήσει να προσαρμοστεί σε αυτό που προκάλεσε το άγχος και τα χαρακτηριστικά σημάδια της πρώτης φάσης θα μειωθούν ή θα εξαλειφθούν ^[11]. Εάν το σώμα δεν είναι σε θέση να αποκαταστήσει μια ισορροπία, αυτή η διαδικασία μπορεί να συνεχίσει να εξελίσσεται φτάνοντας στην τρίτη φάση, τη φάση της εξάντλησης. Ο παράγοντας του άγχους αποδυναμώνει σταδιακά το ανοσοποιητικό σύστημα και εξαντλεί τα αποθέματα ενέργειας. Τα συμπτώματα της φάσης του συναγερμού επανέρχονται, αλλά τώρα είναι μη αναστρέψιμα και το άτομο θα παρουσιάσει υψηλό βαθμό σωματικής βλάβης και μπορεί αυτή η κατάσταση να κορυφωθεί με θάνατο ^[60].

2.4 Αιτίες που προκαλούν άγχος

Οι παράγοντες του άγχους ποικίλλουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, καθώς ένα άτομο μπορεί να βρεθεί σε κατάσταση άγχους οποιαδήποτε στιγμή. Διάφορες καταστάσεις όπως περιβαλλοντικές, ψυχολογικές (αυτοεκτίμηση ή κατάθλιψη), κοινωνιολογικές (θάνατοι ή ανεργία) και ακόμα φυσιολογικές αποτελούν παράγοντες άγχους. Οι πηγές του άγχους θεωρούνται γεγονότα που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση, να διεγείρουν το άτομο ή να το τρομοκρατήσουν. Αυτά είναι ερεθίσματα που μπορεί να είναι εσωτερικά και εξωτερικά για το άτομο ^[62]. Τα εσωτερικά ερεθίσματα είναι όλοι εκείνοι οι παράγοντες που αποτελούν μέρος του «εσωτερικού» του ατόμου, του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο, τις πεποιθήσεις του, τις αξίες τους, τα τρωτά σημεία, το άγχος κα. Τα εξωτερικά ερεθίσματα σχετίζονται με γεγονότα στη ζωή του ατόμου, όπως ο θάνατος, η ασθένεια, η επαγγελματική πρόοδος, η ανεργία και τα προβλήματα στο χώρο εργασίας ^[62].

2.5 Συνέπειες και συμπτώματα του άγχους

Τα υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη σωματική και συναισθηματική ευημερία των ατόμων. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής, οικογένειας και υγείας. Μερικά από τα συμπτώματα του άγχους είναι εύκολα αντιληπτά όπως η επιταχυνόμενη αναπνοή, η εφίδρωση της παλάμης, η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος και η υπερβολική γαστρική οξύτητα. Ωστόσο, άλλα συμπτώματα δεν αναγνωρίζονται τόσο εύκολα, όπως η δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και το ενδιαφέρον για διάφορες δραστηριότητες. Στο συναισθηματικό επίπεδο, το άγχος μπορεί να προκαλέσει απάθεια, αποθάρρυνση, και ευερεθιστότητα. Εκτός από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, το άγχος προέρχεται από ορισμένες παθολογικές καταστάσεις όπως η αρτηριακή υπέρταση, η υποχώρηση των ούλων, η ψωρίαση, ο λύκος, η παχυσαρκία, ο καρκίνος, η κατάθλιψη, τα ψυχωτικά επεισόδια, ο πανικός κα. ^[62]. Όσον αφορά τις συνέπειες, σε κοινωνικό επίπεδο μεταφράζεται με απομόνωση από την ανθρώπινη επαφή και διαπροσωπικές συγκρούσεις. Σε επαγγελματικό επίπεδο το άγχος αντικατοπτρίζεται με μείωση της παραγωγικότητας και χαμηλή απόδοση ^[11]. Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πόνοι στο στομάχι και στο στήθος, πονοκέφαλος, ναυτία και κόπωση, φαίνεται να είναι πιο κοινά από τα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, άγχος και

ερεθισμός^[63].

2.6 Εργασιακό άγχος

Το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες/εργαζόμενοι εξαιτίας της εργασίας τους, χαρακτηρίζεται ως εργασιακό άγχος και έχει αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική και διανοητική ευεξία τους. Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το εργασιακό άγχος εμφανίζεται όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι οι δυνατότητές/ικανότητές τους είναι πολύ χαμηλές για να αντιμετωπίσουν πιθανές απαιτήσεις της αντίστοιχης εργασιακής δραστηριότητας. Το εργασιακό άγχος, θεωρείται επίσης μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση^[62] και αποτελεί προϊόν της σχέσης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Προκαλείται από ένα σύνολο παραγόντων που προκύπτουν εντός του πεδίου εργασίας και που μπορούν να ερμηνευτούν ως απειλή για την ακεραιότητα του ατόμου^[64].

2.6.1 Παράγοντες που δημιουργούν εργασιακό στρες

Η έννοια του εργασιακού άγχους είναι πολύπλοκη, δεδομένου ότι ο όρος αυτός καλύπτει συγκεκριμένους παράγοντες της εργασιακής δραστηριότητας, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο^[61]. Το άγχος στην εργασία μπορεί να συσχετιστεί με παράγοντες όπως το περιβάλλον εργασίας, το πλεόνασμα ή η έλλειψη αυτού και η συσχέτιση οικογένειας/εργασίας^[59]. Όσον αφορά τη φύση των αιτιών του εργασιακού άγχους, αυτές μπορεί να είναι ενδογενείς αιτίες στην εργασία, ο ρόλος του ατόμου σε αυτή, η εξέλιξη της σταδιοδρομίας του, η δομή και το εργασιακό κλίμα. Στην πρώτη περίπτωση (εγγενείς αιτίες) υπάρχουν δύο ομάδες παραγόντων: οι φυσικές συνθήκες εργασίας (θόρυβος, θερμοκρασία, αερισμός και φωτισμός), που σχετίζονται με το περιβάλλον^[60] και οι απαιτήσεις της εργασίας (εργασία με βάρδιες, νυχτερινή εργασία, υπερφόρτωση εργασίας, έκθεση σε κινδύνους και μονοτονία στην εργασία)^[61]. Η υπερφόρτωση της εργασίας προκύπτει, όταν οι απαιτήσεις που ορίζονται στον εργαζόμενο είναι τόσο πολλές, που αρχίζει να αισθάνεται ανίκανος να ανταποκριθεί σε όλες με αποτελεσματικότητα. Όσον αφορά τη δομή της οργάνωσης της εργασίας, υπάρχουν σημαντικές αιτίες άγχους: η ασάφεια των ρόλων, οι συγκρούσεις και ο βαθμός ευθύνης. Οι συγκρούσεις αναφέρονται κυρίως σε καταστάσεις στις οποίες ο εργαζόμενος πιστεύει ότι αυτό που του ζητήθηκε ή δεν αντιστοιχεί στον ορισμό των καθηκόντων του ή διαφέρει από τις

πεποιθήσεις και τις αξίες του ^[11]. Η ασάφεια των ρόλων από την άλλη πλευρά, σχετίζεται με την έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τον ρόλο του ατόμου στην εργασία και την έκταση των ευθυνών τους ^[59]. Η εξέλιξη της σταδιοδρομίας, η ανεπαρκής προώθηση, η ανασφάλεια ή ο φόβος της απώλειας της εργασίας είναι συχνά αιτίες εργασιακού άγχους. Τέλος, πτυχές όπως η απουσία του αισθήματος ένταξης στον οργανισμό/εταιρεία, οι πολιτικές του οργανισμού/εταιρείας και η αποφυγή της λήψης αποφάσεων αντικατοπτρίζουν το εργασιακό κλίμα. Εκτός από αυτές τις αιτίες, υπάρχουν άλλες που σχετίζονται με εξωγενείς παράγοντες, όπως για παράδειγμα: οικογενειακές κρίσεις, υπαρξιακή κρίση, κοινωνικές συγκρούσεις και οικονομικές δυσκολίες ^[61]. Δηλαδή, το εργασιακό άγχος δεν πρέπει να αξιολογείται μεμονωμένα από τους παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή του ατόμου, αλλά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πτυχές που έχουν ήδη αναφερθεί.

2.6.2 Εργασιακό άγχος και φύλο

Το εργασιακό άγχος απασχολεί τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες, ωστόσο ορισμένες μελέτες προσπάθησαν να εξακριβώσουν εάν οι παράγοντες ενεργοποίησης του άγχους επηρεάζουν παρόμοια τους άνδρες και τις γυναίκες. Οι άνδρες αποκρίνονται με περισσότερη ενέργεια στους παράγοντες άγχους από τις γυναίκες ^[11]. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη τάση να παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της αγχώδους διαταραχής που βιώνουν.

Το φύλο φαίνεται ότι μπορεί να καθορίσει την απόκριση σε μία αγχώδη διαταραχή και κατά συνέπεια, να προσδιορίσει την επίδραση αυτής της απόκρισης στην υγεία του ατόμου. Οι ρόλοι που διαδραματίζουν τα διαφορετικά φύλα έχουν μεγάλη επίδραση στην πρόκληση παραγόντων άγχους. Οι γυναίκες, κατά γενικό κανόνα, έχουν έναν ρόλο πιο εξαντλητικό σε οικογενειακό επίπεδο, επειδή παίζουν διαφορετικούς ρόλους που συνεπάγονται μεγάλη ευθύνη, όπως: φροντίδα με το σπίτι και τα παιδιά, παράλληλα με την εργασία ^[65]. Οι γυναίκες που επικεντρώνουν τη ζωή τους στην εργασία αποκτούν ένα αίσθημα ενοχής απέναντι στην οικογένειά τους. Η σύνδεση μεταξύ της χρήσης της στρατηγικής κοινωνικής υποστήριξης και της γυναίκας που διαδραματίζει διαφορετικούς ρόλους υποδηλώνει ότι υπάρχει μια επίδραση του πολιτισμού που ευνοεί τη γυναίκα να έχει μεγαλύτερη ευκολία στην αντιμετώπιση των ταλαιπωριών και να μιλήσει για τα συναισθήματά της. Έτσι, η

γυναίκα παρουσιάζει μεγαλύτερη ετοιμότητα να μοιραστεί εμπειρίες που στοχεύουν στην επίτευξη κοινωνικής υποστήριξης μπροστά στα προβλήματα που προκύπτουν.

2.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους

2.7.1 Ψυχοθεραπεία

Η πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους είναι με τη μέθοδο της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, η οποία βασίζεται στον εντοπισμό των δυσπροσαρμοστικών αυτόματων συμπεριφορών και σκέψεων και έπειτα με τη βοήθεια ειδικών θεραπευτικών ασκήσεων το πρόβλημα τείνει να αντιμετωπιστεί. Οι περισσότερες διαταραχές άγχους αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με αυτό τον τρόπο. Η θεραπεία αυτή αντιμετωπίζει κάποια μειονεκτήματα, που συνδέονται με την ικανότητα του θεραπευτή αλλά και με την επιθυμία του θεραπευόμενου να συνεργαστεί. Η μέθοδος της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας λειτουργεί συνεργετικά με τη θεραπεία που προτείνουν οι γιατροί. Υπάρχουν ειδικά πρωτόκολλα και σε ηλεκτρονική μορφή για την καθοδήγηση του, προκειμένου να παρακολουθεί ο ίδιος την εξέλιξη της θεραπείας του και να ελαττώνονται οι επισκέψεις του στον ειδικό θεραπευτή. Παρόλα αυτά, μεμονωμένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός των θεραπειών αυτών δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα ^[66].

2.7.2 Φαρμακοθεραπεία

Η αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών με τη χρήση φαρμάκων αποτελεί έναν ακόμα τρόπο αντιμετώπισής τους. Υπάρχουν δύο κατηγορίες φαρμάκων: τα φάρμακα με σκοπό την πρόληψη της αγχώδους διαταραχής, τα οποία λαμβάνονται από το άτομο ώστε να εμποδίσει την εμφάνιση κάποιας μελλοντικής κρίσης άγχους. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων δεν θεωρείται αποτελεσματική στην άμεση αντιμετώπιση της κρίσης άγχους. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει φάρμακα που αντιμετωπίζουν την οξεία φάση των συμπτωμάτων του άγχους και δεν προλαμβάνουν κάποιο μελλοντικό επεισόδιο.

Τα φάρμακα αυτών των δύο κατηγοριών που αναφέρθηκαν αντιμετωπίζουν εξίσου αποτελεσματικά την κάθε κατάσταση άγχους είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα. Πρόκειται για τον αναστολέα επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), και τον αναστολέα επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης (SNRI). Τα δύο

αυτά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν εμφανίζουν αντιχολινεργικές παρενέργειες και τοξικότητα σε περίπτωση υπερκατανάλωσής τους. Γι' αυτό το λόγο, η αυξημένη ανεκτικότητα του οργανισμού σε αυτά τα φάρμακα, συνεπάγεται με τη μειωμένη αποτελεσματικότητά τους.

Ένα ακόμα αντικαταθλιπτικό φάρμακο είναι αυτό με τη δραστική ουσία μιρταζαπίνη, το οποίο μπορεί να χορηγηθεί ως μονοθεραπεία και συνδυαστικά με το SSRIs για την καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η φαρμακευτική θεραπεία συνήθως προτείνεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (συνήθως 4 έως 8 εβδομάδες), γεγονός που δυσχεραίνει την αντιμετώπιση του προβλήματος, το οποίο τυπικά απαιτεί υψηλότερες δόσεις και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Μία άλλη κατηγορία φαρμάκων είναι τα αγχολυτικά φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων άγχους. Δεν καταστέλλουν τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής και γι' αυτό το λόγο συνήθως λαμβάνονται για προληπτικούς λόγους με σκοπό την αποφυγή κάποιου μελλοντικού επεισοδίου άγχους. Τα αγχολυτικά φάρμακα διακρίνονται επίσης σε δύο κατηγορίες: τις βενζοδιαζεπίνες και τις μη βενζοδιαζεπίνες. Οι βενζοδιαζεπίνες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα επιλογών που σχετίζονται με το χρόνο ημιζωής, τη δράση, καθώς και με την παρουσία ενεργούς μεταβολής. Ωστόσο, ο βραχύς χρόνος ημιζωής τους συντελεί συχνά στην ανάκαμψη των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος. Οι βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης (πχ. κλοναζεπάμη) χορηγούνται σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε περιπτώσεις που το άτομο αντιμετωπίζει οξεία αγχώδη διαταραχή.

Γενικότερα, η θεραπεία του άγχους με χρήση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται για περιορισμένο χρονικό διάστημα και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα άγχους θα πρέπει να προτείνονται άλλες θεραπευτικές μορφές, καθώς οι βενζοδιαζεπίνες δημιουργούν την αίσθηση της εξάρτησης σε όλους σχεδόν τους ασθενείς. Η μείωση της δοσολογίας των φαρμάκων πρέπει να γίνει με σταδιακό τρόπο, διότι μία απότομη διακοπή τους μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως αίσθημα στέρησης, ανάκαμψη άγχους και σπανιότερα σε επιληπτικές κρίσεις, κόμα και θάνατο.

Η θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες δεν ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Εναλλακτικά προτείνονται ως αγχολυτικά φάρμακα η αντιχολινεργική υδροξυζίνη, οι β-αναστολείς προπρανολόλης, και η γκαμπαπεντίνη^[66].

2.7.3 Εναλλακτική ιατρική - Συμπληρωματικές θεραπείες

Οι ασκήσεις αναπνοής, η χαλάρωση των μυών και οι τεχνικές διαλογισμού αποτελούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της αγχώδους διαταραχής. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί η συσχέτιση του βοτάνου του βαλσαμόχορτου με την καλύτερη δράση της σεροτονίνης. Η χορήγησή του πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού, καθώς το βότανο αυτό είναι δυνητικά τοξικό ^[66].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Παράγοντες άγχους και στρατηγικές αντιμετώπισης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομείο (ψυχιατρικό)

Οι κύριες πηγές άγχους στους νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομείο περιλαμβάνουν την υπερφόρτωση εργασίας, τα ζητήματα ηγεσίας/διαχείρισης, τις επαγγελματικές συγκρούσεις και τις συναισθηματικές απαιτήσεις που συνδέονται λόγω της φροντίδας που προσφέρουν. Οι άπειροι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με παρόμοιους παράγοντες άγχους, ωστόσο παρουσιάζουν και χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στις κλινικές τους δεξιότητες ως επιπλέον παράγοντας άγχους^[67].

Οι Hillhouse και Adler (1997)^[68] προτείνουν ότι το εργασιακό περιβάλλον και η υπερφόρτωση εργασίας είναι σημαντικοί παράγοντες για την αξιολόγηση του άγχους στους νοσηλευτές παρά οι διαφορές στις απαιτήσεις πρακτικής που είναι σημαντικές για την αξιολόγηση των πηγών άγχους για τις νοσοκόμες. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι τα συνολικά αναφερόμενα επίπεδα άγχους μπορεί να είναι παρόμοια μεταξύ των νοσηλευτών, η κατάταξή τους ποικίλλει ανάλογα με την ειδικότητα. Οι Tyler και Ellison (1994)^[69] διαπίστωσαν ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν στην περίθαλψη των ασθενών που βρίσκονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε μονάδα ογκολογίας, κατατάσσουν την αντιμετώπιση του 'θανάτου' ως κύριο παράγοντα άγχους σε σχέση με εκείνους που εργάζονται στη χειρουργική περίθαλψη, οι οποίοι ταξινόμησαν υψηλότερα την υπερφόρτωση εργασίας. Οι Stordeur et al. (2001)^[70] προσπάθησαν να ταξινομήσουν τους παράγοντες άγχους των νοσηλευτών κατά σειρά σοβαρότητας των επιπτώσεων ως εξής:

- υπερφόρτωση εργασίας,
- σύγκρουση/διαφωνία με άλλους νοσηλευτές/γιατρούς,
- έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τα καθήκοντα/τους στόχους,
- άσκηση πίεσης από τον προϊστάμενο των νοσηλευτών που παρακολουθεί στενά την απόδοση του προσωπικού, προκειμένου να εντοπίσει λάθη και να λάβει διορθωτικά μέτρα.

Οι Healy και McKay (2000)^[71] διαπίστωσαν επίσης ότι η υπερφόρτωση των νοσηλευτών συσχετίστηκε σημαντικά με τη διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Οι ενδοεπαγγελματικές συγκρούσεις και κυρίως οι διαφωνίες μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική πηγή άγχους για τους νοσηλευτές. Η έρευνα «Working well» για το Royal College of Nursing διαπίστωσε ότι το 30% των νοσηλευτών με μακροχρόνια αναρρωτική άδεια, ανέφερε

παρενόχληση και εκφοβισμό που προκύπτει εξαιτίας των φυλετικών και ηλικιακών διακρίσεων, της σεξουαλικότητας ή των προσωπικών συγκρούσεων ως την κύρια αιτία της απουσίας τους από την εργασία τους ^[15]. Το άγχος στο χώρο εργασίας έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στο σημερινό νοσηλευτικό δυναμικό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ορισμένες μελέτες αναγνώρισαν ότι η έλλειψη ανταμοιβής και η εργασία με βάρδιες αποτελούν επίσης σημαντικές πηγές άγχους ^[72].

3.1 Υπερφόρτωση εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού

Προκειμένου να μειωθεί η υπερφόρτωση της εργασίας των επαγγελματιών υγείας πρέπει να διασφαλιστεί ότι τα επίπεδα στελέχωσης του εργασιακού περιβάλλοντος είναι επαρκή, συμπεριλαμβανομένου και του διοικητικού προσωπικού που θα μπορούσε να μειώσει τη γραφειοκρατική επιβάρυνση των νοσηλευτών ^[73]. Εξαιτίας της παγκόσμιας οικονομικής κατάστασης των χωρών, ο αριθμός των εργαζομένων στις μονάδες υγείας στις περισσότερες χώρες παραμένει ανεπαρκής, και έτσι οι προσπάθειες πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού, ίσως πρέπει να βρίσκονται στα βραχυπρόθεσμα μέτρα, που θα επιφέρουν μικρή σημαντική βελτίωση στο άγχος των νοσηλευτών λόγω της υπερφόρτωσης της εργασίας.

3.2 Αμοιβές και εργασία σε βάρδιες

Τα θέματα που σχετίζονται με τις αμοιβές και την εργασία σε βάρδιες φαίνεται να αποτελούν σημαντικές πηγές δυσφορίας για τους νοσηλευτές. Η έλλειψη ανταμοιβής είναι μια αυξανόμενη πηγή απογοήτευσης και άγχους. Παραμένει μια διαφορά στις αμοιβές για τους νέους νοσηλευτές, σε σύγκριση με εκείνη που αφορά τις αμοιβές για τους αστυνομικούς και τους δασκάλους, που αποτελούν δύο επαγγελματικές ομάδες που παραδοσιακά συγκρίνονται με τους νοσηλευτές. Οι Deeming και Harrison (2002) ^[74] προτείνουν ότι η βελτίωση της αμοιβής είναι η μόνη μακροπρόθεσμη απόκριση στην αντιμετώπιση των δυσκολιών και της αίσθησης του άγχους για τους νοσηλευτές.

Η εργασία με βάρδιες-ιδίως οι νυχτερινές βάρδιες- αυξάνει τις αμοιβές, αλλά μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην προσωπική και κοινωνική ζωή. Η παρατεταμένη εργασία βάρδιας, ειδικά η νυχτερινή εργασία, έχει επίσης κίνδυνο για την υγεία των νοσηλευτών και συνδέονται με συμπτώματα ήπιας ή μέτριας δυσφορίας. Η μακροχρόνια νυχτερινή εργασία έχει συνδεθεί ακόμη και με αύξηση του κινδύνου

καρδιαγγειακών παθήσεων ^[15]. Πρέπει να εφαρμόζεται δίκαιη κατανομή των προγραμμάτων βάρδιας και ευελιξία για τη μείωση των κοινωνικών και προσωπικών επιπτώσεων της εργασίας με βάρδιες. Μία πιθανή αιτία για την εργασία σε βάρδιες ως πηγή δυσφορίας, είναι ότι οι ελλείψεις προσωπικού καθιστούν δυσκολότερο για τους νοσηλευτές να επιλέξουν πότε θα εργαστούν.

3.3 Συσχέτιση του άγχους των νοσηλευτών με την συναισθηματική κατανάλωση φαγητού

Έχει αποδειχτεί ότι ένα υψηλό ποσοστό νοσηλευτών που εργάζονται σε μεγάλα νοσοκομεία, όπως ψυχιατρικές κλινικές, έχει εμφανίσει ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι η εργασία με βάρδιες συσχετίζεται με τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού.

Τα καθήκοντα της εργασίας με βάρδιας θα μπορούσαν να διαταράζουν το κανονικό ημερήσιο πρότυπο της κοινωνικής ζωής, να διαταράζουν τον κιρκάδιο ρυθμό και να ασκήσουν πιέσεις στους νοσηλευτές που εργάζονται με βάρδιες ^[14]. Οι Persson και Martensson (2006)^[75] υιοθέτησαν μια προσέγγιση κρίσιμων συμβάντων για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών των νοσηλευτών και ανέφεραν ότι ήταν ιδιαίτερα επιρρεπείς σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού. Έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές μπορούν να επιλέξουν συγκεκριμένους τύπους τροφίμων για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με εντερικές διαταραχές που παρατηρούνται κατά τη νυχτερινή βάρδια. Μια άλλη απόκριση της μη φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών, είναι η επιλογή της πρόσληψης τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα, κρίνοντας ότι με αυτή τη συμπεριφορά μπορεί να ξεπεραστεί η κόπωση και η πίεση που νιώθουν κατά τη διάρκεια των καθηκόντων της βάρδιας. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται και από τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών στο Ηνωμένο Βασίλειο ^[76], τα οποία έδειξαν ότι οι νοσηλευτές επέλεξαν να καταναλώσουν περισσότερο τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα και λιπαρά καθώς και γρήγορα σνακ κατά τη διάρκεια της νυχτερινής εργασίας για να τους κρατήσουν σε εγρήγορση ώστε να ανταπεξέλθουν στην υπερφόρτωση της εργασίας και στις συνεχόμενες βάρδιες. Επίσης έχει αποδειχθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες, όπου οι διατροφικές τους συνήθειες διαταράσσονται και της εμφάνισης πεπτικών ελκών και γαστρεντερίτιδα.

Στη μελέτη των Wong et al 2010^[14], συσχετίστηκε η εργασία των νοσηλευτών σε βάρδιες με τις διατροφικές διαταραχές. Οι περισσότεροι νοσηλευτές της μελέτης ήταν γυναίκες και αποδείχθηκε ότι η εργασία σε βάρδιες, επηρέασε ιδιαίτερα τις νοσηλεύτριες με παιδιά που πρέπει να φροντίσουν τις οικογένειές τους. Η υψηλή συχνότητα της εργασίας με βάρδιες, θα μπορούσε ενδεχομένως να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική τους ζωή και την ισορροπία. Οι χρονικοί περιορισμοί που υπάρχουν σε ορισμένες εργασίες βάρδιας και η διαθεσιμότητα των τροφίμων, επηρεάζουν επίσης αρνητικά τον τύπο και τη συχνότητα των γευμάτων στους νοσηλευτές που δουλεύουν σε μεγάλα νοσοκομεία σε βάρδιες. Οι περιορισμένες επιλογές φαγητού κατά τη διάρκεια των βάρδιων, το απρόβλεπτο εργασιακό περιβάλλον, η εξάντληση και το άγχος θα μπορούσαν όλα να συμβάλουν στη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού που βιώνουν οι νοσηλευτές. Ως αποτέλεσμα, τα μεταποιημένα τρόφιμα και σνακ με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα και λιπαρά, αποτελούν κύρια επιλογή των νοσηλευτών ως βραδινό σνακ, παρά τη χαμηλή διατροφική τους αξία. Επομένως δημιουργούνται ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπο της εργασίας σε βάρδιες στη διατροφική συμπεριφορά των νοσηλευτών. Οι Berger και Hobbs (2006)^[77] πρότειναν, ότι μέσω της τροποποίησης των εξωτερικών παραγόντων, οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας με βάρδιες που βιώνουν οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να μειωθούν. Κάποιες τροποποιήσεις αφορούν την παροχή υγιεινών επιλογών σνακ από τα νοσοκομεία και την ύπαρξη μηχανημάτων και ψυγείων που θα διαθέτουν φρέσκα τρόφιμα και πιο υγιεινές επιλογές φαγητού. Επιπλέον, τα νοσοκομεία μπορούν να συνεργαστούν με εταιρείες τροφίμων και να ξεκινήσουν προγράμματα προώθησης υγιεινών τροφίμων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Θα μπορούσαν να οργανωθούν σεμινάρια και προγράμματα για την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των νοσοκομείων, που μοιράζονται επιτυχημένες στρατηγικές για τη βελτίωση της υγιεινής διατροφής μεταξύ των εργαζομένων με βάρδιες. Η ύπαρξη συμβουλευτικών υπηρεσιών θα μπορούσε επίσης να παρέχεται τακτικά σε υπέρβαρους νοσηλευτές ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν τη συναισθηματική κατανάλωση φαγητού.

Οι στρατηγικές προώθησης και ενίσχυσης της υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, θα πρέπει να εφαρμοστούν για το νοσηλευτικό προσωπικό των μεγάλων νοσοκομείων συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών κλινικών για να διασφαλίσουν τις βέλτιστες διατροφικές συνήθειες τους.

3.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση της συναισθηματική διατροφής

Η συναισθηματική διαταραχή είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αρκετά δύσκολο να αντιμετωπιστεί με κάποια θεραπεία, καθώς πρόκειται για μία σοβαρή διαταραχή και στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δε μπορούν να αποδεχτούν ότι αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Ένας τρόπος αντιμετώπισης είναι η θεραπεία οικογένειας και η ψυχοθεραπεία, που βασίζονται στην αρχή της συμπεριφορικής γνωσιακής θεραπείας και έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου οι ασθενείς να καταπολεμήσουν τα συναισθήματά τους όπως η κατάθλιψη και το άγχος, που τους οδηγούν στην συναισθηματική διατροφή. Εξίσου σημαντικό είναι και η επίσκεψη σε διατροφολόγο για το σωστό έλεγχο και προγραμματισμό της διατροφής των ασθενών.

3.4.1 Αντιμετώπιση της συναισθηματική διατροφή με θεραπεία συμπεριφορικής γνωσιακής

Μία μορφή ψυχοθεραπείας που έχει ως στόχο την καλύτερη διάθεση των ανθρώπων, είναι η συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία. Έχει χαρακτηριστεί ως συμπεριφορική καθώς στοχεύει στη διερεύνηση του τρόπου που οι σκέψεις τους άτομο επιδρούν στη συμπεριφορά και στα συναισθήματά του και ως γνωσιακή καθώς βασίζεται στη διερεύνηση του τρόπου σκέψης του ατόμου σχετικά με τον εαυτό του, την κοινωνία, και το μέλλον. Ο διάλογος και οι τεχνικές κατά τη διάρκεια της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να βοηθήσει το άτομο να τροποποιήσει τη σκέψη και τη συμπεριφορά του, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην καθημερινότητά του.

Οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν ένα άτομο στην αντιμετώπιση της διαταραχής της συναισθηματικής διατροφής, είναι το άγχος και η κατάθλιψη, τα οποία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με τη θεραπεία της γνωσιακής συμπεριφορικής. Η εφαρμογή της θεραπείας της γνωσιακής συμπεριφορικής, βασίζεται στη γνώση του ολοκληρωμένου ιστορικού του ασθενή και στον εντοπισμό των τομέων που εντοπίζονται οι δυσκολίες από το θεράποντα ιατρό. Ο ιατρός κρίνει κατά πόσο η θεραπεία αυτή είναι κατάλληλη για το συγκεκριμένο ασθενή και στη συνέχεια επιμερίζονται τα προβλήματα στην κατάσταση, στα οργανικά συμπτώματα, στα συναισθήματα, στις σκέψεις και στην αντίδραση, ώστε να αναγνωριστεί η μεταξύ

τους συσχέτιση και αλληλεπίδραση.

Οι Turner et al. 2015^[78] αξιολόγησαν την εφαρμογή της θεραπείας της γνωσιακής συμπεριφορικής σε 94 άτομα που αντιμετώπιζαν συναισθηματική διατροφή, στο πρώτο στάδιο της θεραπείας (αρχή), στη μέση της θεραπείας (έκτη θεραπεία) και στο τέλος αυτής. Παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη συναισθηματική διατροφή ακόμα και από το πρώτο στάδιο της θεραπείας, γεγονός που υποδεικνύει το θετικό αντίκτυπο της θεραπείας της γνωσιακής συμπεριφορικής στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής καθώς και άλλων διατροφικών διαταραχών.

Η συναισθηματική διατροφή συσχετίζεται με τη δυσκολία του ατόμου να διαχειριστεί μία υγιεινή συμπεριφορά, τόσο του φαγητού όσο και του βάρους του. Οι μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της κατάλληλης θεραπείας για τη συναισθηματική διατροφή δεν έχουν ξεκάθαρο στόχο, καθώς η αξιολόγηση μπορεί να στηρίζεται στη συνολική μείωση της αγχώδους διαταραχής ή στη μεταβολή των συναισθηματικών σκέψεων και συμπεριφορών που συνδέονται με την κατανάλωση του φαγητού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της θεραπείας της γνωσιακής συμπεριφορικής σε άτομα που είναι επιρρεπή ή αντιμετωπίζουν συναισθηματική διατροφή, έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία αυτή μειώνει το άγχος και τη διατροφή εξαιτίας αυτής της κατάστασης και τα αποτελέσματα είναι ξεκάθαρα μετά από θεραπεία 6 εβδομάδων ^[79].

3.4.2 Φαρμακευτική αγωγή στη Συναισθηματική Διατροφή

Η αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής με φαρμακευτικά μέσα είναι ένας άλλος τρόπος διαχείρισης αυτής της διαταραχής. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ρυθμίζουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις περιορίζοντας τα συμπτώματα της συναισθηματικής διατροφής.

Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη και τον έλεγχο της διατροφής από διατροφολόγο. Τα φάρμακα χορηγούνται σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων, ψυχαναγκαστικής ή καταναγκαστικής διαταραχής, και σε άτομα, τα οποία έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοθεραπείας.

Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών (ιμιπραμίνη, τραζοδόνη, δεσιπραμίνη,

φλουοξετίνη) που έχουν χορηγηθεί για τη θεραπεία διαταραχών που σχετίζονται με τη διατροφή, είναι παρόμοιες με εκείνες που χορηγούνται σε καταστάσεις κατάθλιψης (60 mg/ημέρα) ^[80].

3.4.3 Αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής με σωστή διατροφή

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της συναισθηματικής διατροφής με τη βοήθεια ενός διατροφολόγου μπορεί να βοηθήσει, καθώς ο ασθενής μαθαίνει και εκπαιδεύεται να τρέφεται σωστά ^[81]. Μέσω της διατροφικής αντιμετώπισης της διαταραχής, ο ασθενής υιοθετεί τις αρχές για μία σωστή, ισορροπημένη και ολοκληρωμένη διατροφή (κατανάλωση ολοκληρωμένων γευμάτων, αποφυγή τσιμπολογήματος, κατανάλωση φαγητού σε τακτικές ώρες μέσα στη μέρα, περιορισμός τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα και λιπαρά) και κατανοεί τις έννοιες της υποθρεψίας και της υπερφαγίας. Επιπλέον, ο ασθενής κατανοεί τις καταστροφικές συνέπειες της κατανάλωσης των μη υγιεινών τροφίμων για την υγεία του, λαμβάνοντας ισορροπημένα γεύματα σε τακτικές ώρες. Η ένταξη της σωματικής άσκησης στην καθημερινότητά του, ενισχύει την αντιμετώπιση της διαταραχής της συναισθηματικής διατροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός

Η παρούσα διπλωματική εργασία, αποσκοπεί στη μελέτη της ψυχολογικής εξάρτησης από το φαγητό και συγκεκριμένα στον τρόπο με τον οποίο η τροφή χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για την κάλυψη ψυχολογικών αναγκών. Η μελέτη επικεντρώνεται στην άντληση πρόσφατων στοιχείων για τη διερεύνηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και τη συσχέτιση αυτής με το άγχος, σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Οι ειδικότεροι στόχοι της μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

- Διεξοδική διερεύνηση αυτής της συμπεριφοράς, με σκοπό τη μελέτη ύπαρξης συσχέτισης της εξάρτησης από το φαγητό με το άγχος, σε νοσηλεύτριες και νοσηλεύτριες ψυχιατρικών νοσοκομείων.
- Συγκριτική ανάλυση της πιθανής συσχέτισης άγχους-συμπεριφοράς εξάρτησης από το φαγητό, μεταξύ των δύο φύλων.
- Συγκριτική ανάλυση της πιθανής συσχέτισης άγχους-συμπεριφοράς εξάρτησης από το φαγητό, μεταξύ εργαζόμενων σε δημόσια και σε ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται υπό το πρίσμα της τροφής.

4.2 Δείγμα

Τα στοιχεία τα οποία θα μελετηθούν και θα αξιολογηθούν, θα συλλεχθούν από άτομα τα οποία εργάζονται ως νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Συγκεκριμένα το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 129 εργαζόμενους (νοσηλεύτριες και νοσηλεύτριες), από το ΨΝΑ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) και από διάφορες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές της Αθήνας.

4.3 Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε η χρήση του ερωτηματολογίου DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire^[34]), το οποίο αποτελείται από 33 ερωτήσεις με σκοπό να διερευνηθεί η ψυχολογική εξάρτηση από το φαγητό και η συσχέτιση αυτής με το άγχος. Το

Ολλανδικό αυτό ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς, εξετάζει την πρόσληψη τροφής υπό το πρίσμα τριών μεταβλητών: της συγκρατημένης, της συναισθηματικής και της οφειλόμενης σε εξωτερικούς παράγοντες κατανάλωσης τροφής. Η συναισθηματική κατανάλωση τροφής προκύπτει είτε ως απάντηση σε διάχυτα συναισθήματα, είτε ως αντίδραση σε συγκεκριμένα συναισθήματα που παρουσιάζονται μέσα στο ερωτηματολόγιο ^[34]. Η αξιολόγηση των απαντήσεων γίνεται μέσω μιας 5βάθμιας κλίμακας που κυμαίνεται από 1 (ποτέ) έως 5 (πολύ συχνά), με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποστηρίζουν την εκάστοτε διατροφική συμπεριφορά. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε κλινικά, όσο και μη κλινικά δείγματα σε ενήλικες και παιδιά, όντας ένα αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο ^[82].

Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HADS (Construction of the Hospital Anxiety And Depression Scale) ^[83], ένα ερωτηματολόγιο για τον εντοπισμό καταστάσεων κατάθλιψης και άγχους στο πλαίσιο των νοσοκομείων, μια εβδομάδα πριν από την προγραμματισμένη εξέταση. Το ερωτηματολόγιο HADS έχει αναγνωριστεί ως ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης ^[84] και έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες. Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα^[85], έχει επιδείξει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα και έχει χρησιμοποιηθεί σε διαφορές μελέτες στο γενικό πληθυσμό. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, 7 που εξετάζουν την υποκλίμακα της κατάθλιψης (HADS Depression) και αντίστοιχα 7 που εξετάζουν την υποκλίμακα του άγχους (HADS Anxiety). Στην υποκλίμακα του άγχους γίνεται εστίαση σε χαρακτηριστικά τα οποία προσδιορίζουν την ύπαρξη γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και αυτή θα είναι που χρησιμοποιηθεί για την έρευνα, ενώ στην υποκλίμακα της κατάθλιψης μελετάται κατά κύριο λόγο η ανηδονία. Η αξιολόγηση των απαντήσεων γίνεται μέσω μιας 3βάθμιας κλίμακας που κυμαίνεται από 0 έως 3. Η συνολική εκτίμηση επιτυγχάνεται μέσω της άθροισης των ερωτήσεων των δυο υποκλιμάκων ξεχωριστά. Το ερωτηματολόγιο βρέθηκε ότι έχει τη δυνατότητα παροχής αξιόπιστων ευρημάτων σχετικά με την εκτίμηση της σοβαρότητας ή της ενδεχόμενης ύπαρξης διαταραχής άγχους ή κατάθλιψης σε άτομα τόσο με ψυχιατρικά όσο και με σωματικά συμπτώματα ^[86], όχι μόνο στο νοσοκομειακό πλαίσιο για το οποίο αρχικά σχεδιάστηκε, αλλά και στον γενικό πληθυσμό ^[87].

Τέλος δόθηκε ένα κοινωνικο-δημογραφικό ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια. Περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, το φορέα

απασχόλησης, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Κατά τη διάρκεια συλλογής και αξιολόγησης των ερευνητικών δεδομένων διασφαλίστηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μελέτης^[88] σε συνδυασμό με την τήρηση της ηθικής και της δεοντολογίας καθώς και με τις απαραίτητες άδειες που απαιτούνταν.

Πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, αποσαφηνίστηκε ο στόχος της παρούσας μελέτης, την μέθοδο που θα ακολουθήσει και την δυνατότητα του συμμετέχοντα να αποχωρίσει όποτε ο ίδιος το επιθυμεί από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα-όλα τα στοιχεία παρέμειναν απολύτως εμπιστευτικά και χρησιμοποιήθηκαν από την ερευνήτρια για τη στατιστική ανάλυση. Μετά το τέλος της συλλογής των στοιχείων τα ερωτηματολόγια καταστράφηκαν.

Τέλος, δόθηκε έντυπο συγκατάθεσης από το συμμετέχοντα, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η σύμφωνη γνώμη αυτού, για χρήση των στοιχείων τα οποία συμπλήρωσε στα ερωτηματολόγια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική Στατιστική

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η ψυχολογική εξάρτηση των ερωτηθέντων από το φαγητό. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 3 ενοτήτων που απαρτίζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, τα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν, αλλά και τη σχέση τους με το φαγητό.

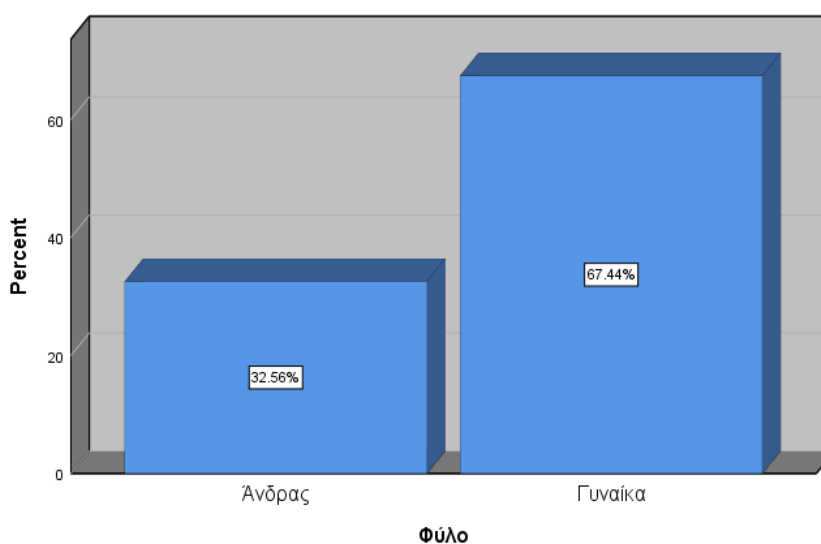
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Στον Πίνακα 4 και το Γράφημα 1, παρατηρούμε πως το 67.4% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες, ενώ το 32.6% καταλαμβάνουν οι άνδρες.

Πίνακας 4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Φύλο

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Άνδρας	42	32.6
Γυναίκα	87	67.4
Σύνολο	129	100.0

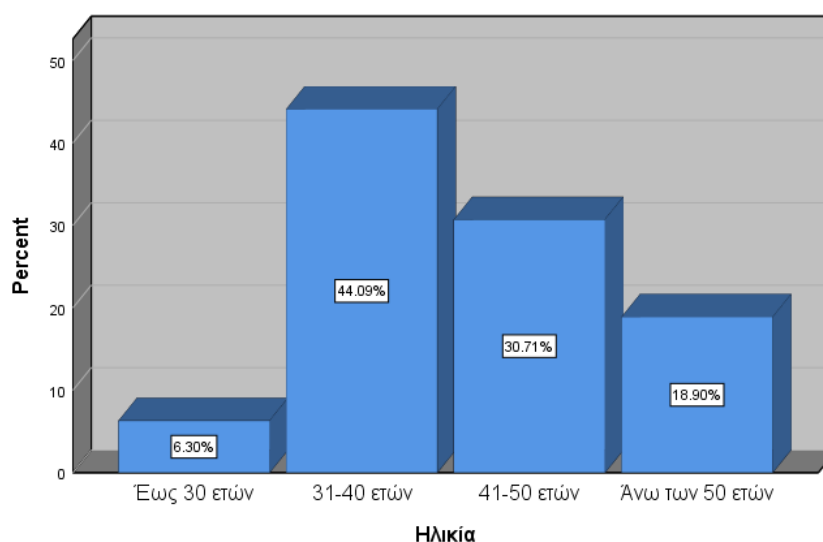


Γράφημα 1 Φύλο

Στον Πίνακα 5 και στο Γράφημα 2, παρατίθεται η ηλικία των ερωτηθέντων. Το 44.1% του δείγματος αποτελείται από ερωτηθέντες από 31 έως 40 ετών, το 30.7% ανήκει σε όσους είναι από 41 έως 50 ετών, ενώ όσοι είναι άνω των 50 ετών ή έως 30 ετών καταλαμβάνουν το 18.9% και το 6.3% αντίστοιχα.

Πίνακας 5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Ηλικία

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Έως 30 ετών	8	6.3
31-40 ετών	56	44.1
41-50 ετών	39	30.7
Άνω των 50 ετών	24	18.9
Σύνολο	127	100.0

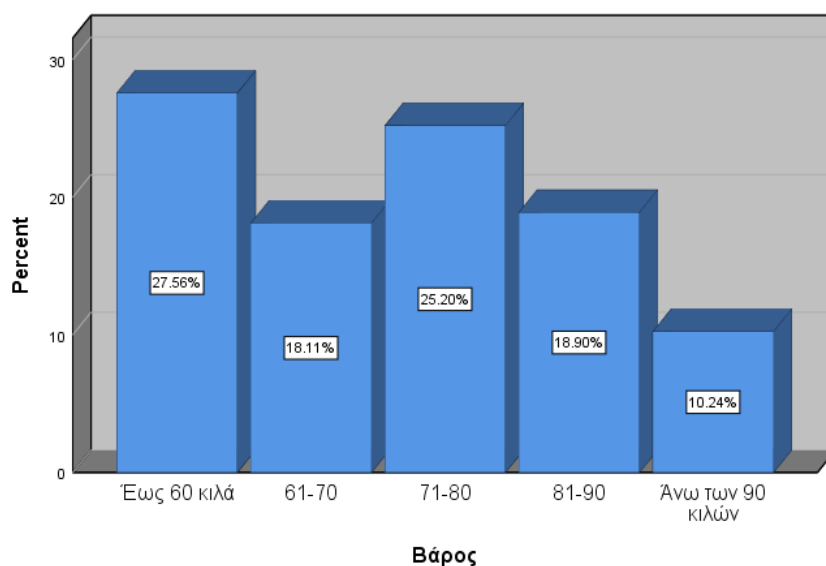


Γράφημα 2 Ηλικία

Στον Πίνακα 6 και στο Γράφημα 3, παρουσιάζεται το βάρος των ερωτηθέντων. Αναλυτικότερα, το 27.6% είναι έως 60 κιλά, το 25.2% καταλαμβάνουν οι ερωτηθέντες που είναι από 71 έως 80 κιλά, ενώ το 18.9% απαρτίζεται από ερωτηθέντες από 81 έως 90 κιλά. Ακόμη, το 18.1% του δείγματος είναι από 61 έως 70 κιλά, ενώ πάνω από 90 κιλά είναι μόλις το 10.2%.

Πίνακας 6 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Βάρος

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Έως 60 κιλά	35	27.6
61-70	23	18.1
71-80	32	25.2
81-90	24	18.9
Άνω των 90 κιλών	13	10.2
Σύνολο	127	100.0



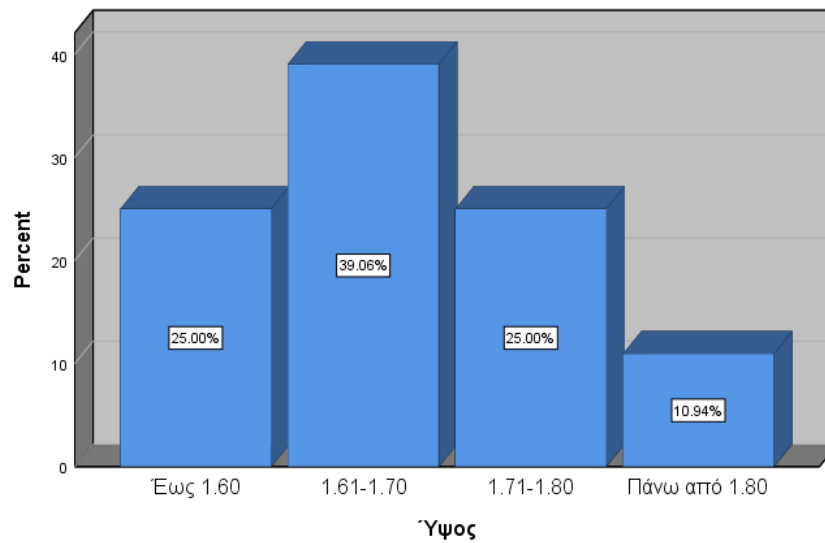
Γράφημα 3 Βάρος

Στον Πίνακα 7 και στο Γράφημα 4, παρατίθεται το ύψος των ερωτηθέντων. Το 39.1% αυτών είναι από 1.61 έως 1.70 μέτρα, όσοι είναι έως 1.60 ή από 1.71 έως 1.80 μέτρα καταλαμβάνουν από 25% έκαστος. Τέλος, το 10.9% αγγίζουν οι ερωτηθέντες με ύψος άνω των 1.80 μέτρων.

Πίνακας 7 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Ύψος

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Έως 1.60	32	25.0
1.61-1.70	50	39.1
1.71-1.80	32	25.0
Πάνω από 1.80	14	10.9

Σύνολο	128	100.0
--------	-----	-------

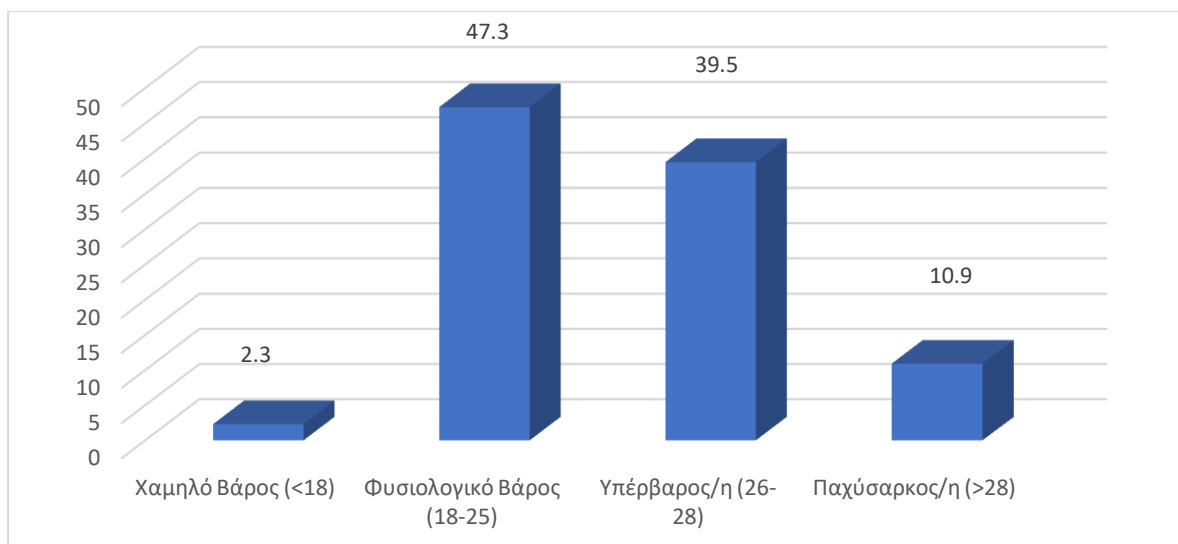


Γράφημα 4 Ύψος

Στον Πίνακα 8 και στο Γράφημα 5 παρουσιάζεται η κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων βάσει του δείκτη μάζας σώματος (BMI). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, σε ποσοστό 47.3% έχουν φυσιολογικό βάρος, ενώ ακολουθούν οι υπέρβαροι με 39.5%, οι παχύσαρκοι με 10.9% και τέλος όσοι έχουν επικίνδυνα χαμηλό βάρος με 2.3%.

Πίνακας 8 Δείκτης Μάζας σώματος

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Χαμηλό Βάρος (<18)	3	2,3
Φυσιολογικό Βάρος (18-25)	61	47,3
Υπέρβαρος/η (26-28)	51	39,5
Παχύσαρκος/η (>28)	14	10,9
Σύνολο	129	100,0

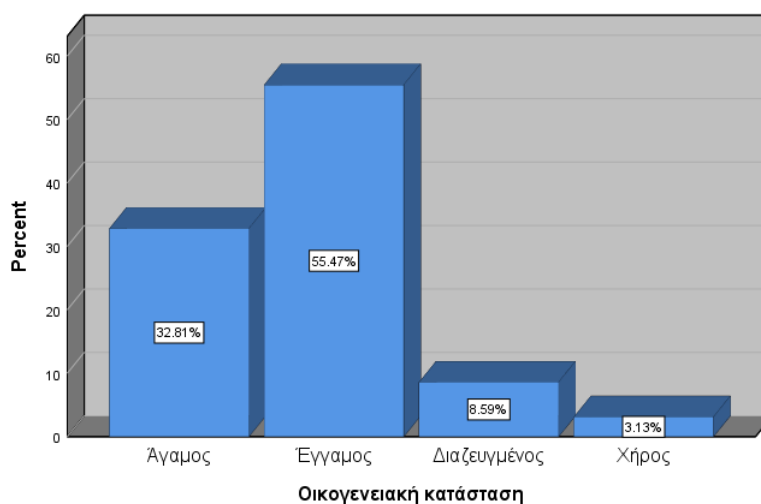


Γράφημα 5 Δείκτης Μάζας σώματος

Στον Πίνακα 9 και το Γράφημα 6, παρατηρούμε πως το 55.5% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, το 32.8% καταλαμβάνουν οι άγαμοι, ενώ οι διαζευγμένοι και οι χήροι αντιπροσωπεύουν το 8.6% και το 3.1% αντίστοιχα.

Πίνακας 9 Οικογενειακή κατάσταση

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Άγαμος	42	32.8
Έγγαμος	71	55.5
Διαζευγμένος	11	8.6
Χήρος	4	3.1
Σύνολο	128	100.0

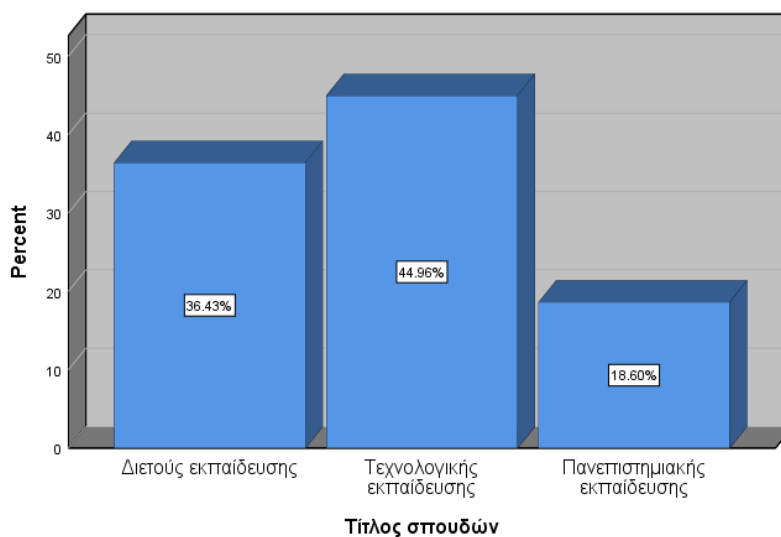


Γράφημα 6 Οικογενειακή κατάσταση

Συνεχίζοντας με τον τίτλο σπουδών των ερωτηθέντων, βλέπουμε πως το 45% είναι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι διευτούς εκπαίδευσης αγγίζουν το 36.4% και το υπόλοιπο 18.6% καταλαμβάνουν οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Τα παραπάνω, παρουσιάζονται μέσω του Πίνακα 10 και του Γραφήματος 7.

Πίνακας 10 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Τίτλος σπουδών

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Διευτούς εκπαίδευσης	47	36.4
Τεχνολογικής εκπαίδευσης	58	45.0
Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	24	18.6
Σύνολο	129	100.0

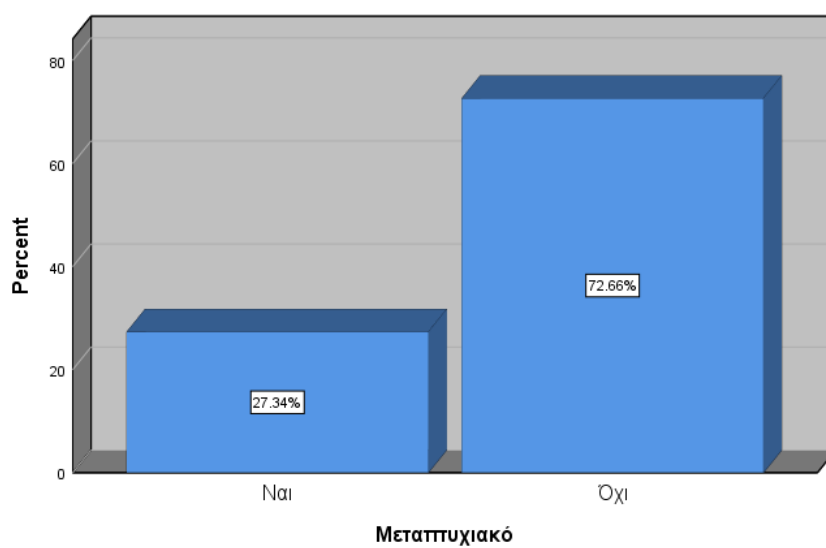


Γράφημα 7 Τίτλος σπουδών

Στον Πίνακα 11 και στο Γράφημα 8, είναι εμφανές πως το 72.7% των ερωτηθέντων δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 27.3% του δείγματος που αποτελείται από κατόχους μεταπτυχιακού.

Πίνακας 11 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Μεταπτυχιακό

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Ναι	35	27.3
Όχι	93	72.7
Σύνολο	128	100.0

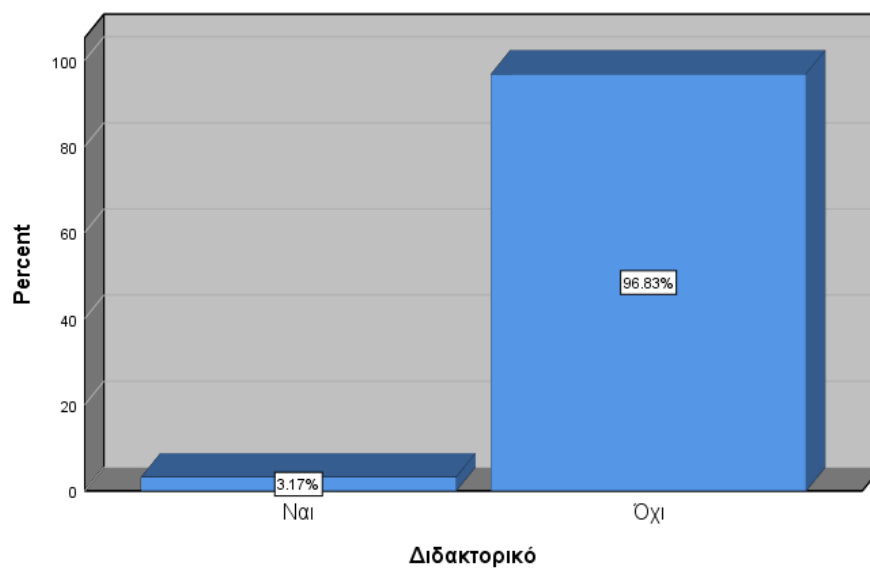


Γράφημα 8 Μεταπτυχιακό

Στον Πίνακα 12 και στο Γράφημα 9, παρουσιάζεται το εάν οι ερωτηθέντες έχουν διδακτορικό τίτλο. Το 96.8% απάντησε αρνητικά, ενώ μόλις το 3.2% του δείγματος φαίνεται να αποτελείται από διδάκτορες.

Πίνακας 12 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Διδακτορικό

Ναι	4	3.2
Όχι	122	96.8
Σύνολο	126	100.0

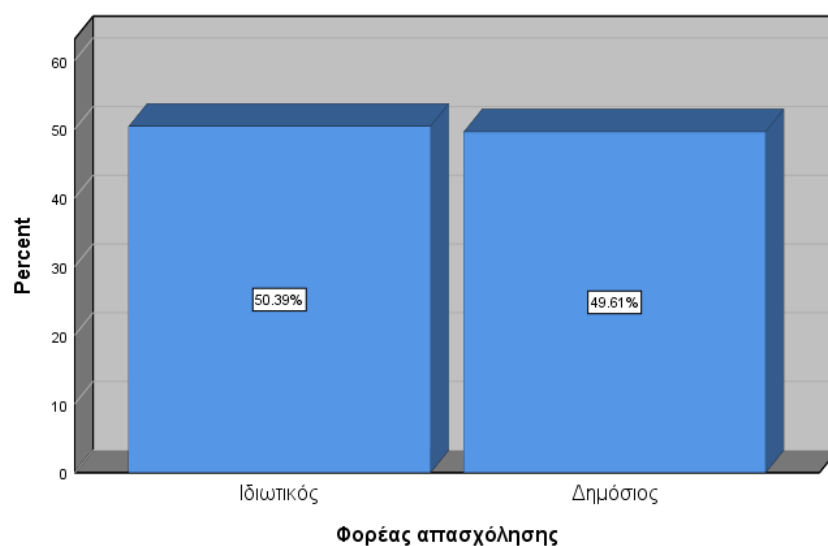


Γράφημα 9 Διδακτορικό

Στον Πίνακα 13 και στο Γράφημα 10, παρατίθεται ο φορέας απασχόλησης των ερωτηθέντων. Φαίνεται πως το δείγμα σχεδόν ισομοιράζεται, καθώς όσοι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα αγγίζουν το 50.4%, ενώ οι εργαζόμενοι του δημοσίου καταλαμβάνουν το 49.6%.

Πίνακας 13 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Φορέας απασχόλησης

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Ιδιωτικός	64	50.4
Δημόσιος	63	49.6
Σύνολο	127	100.0

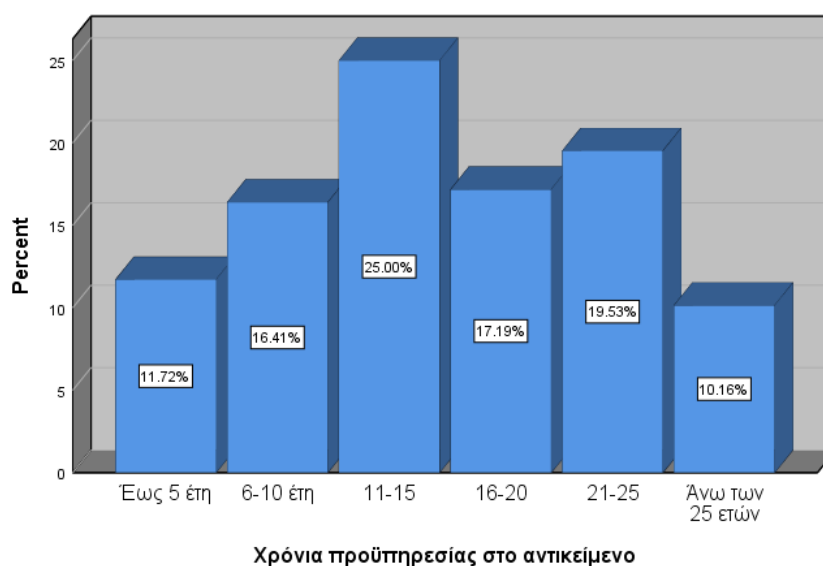


Γράφημα 10 Φορέας απασχόλησης

Στον Πίνακα 14 και στο Γράφημα 11, παρατίθενται τα έτη προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων πάνω στο αντικείμενο τους. Το 25% των ερωτηθέντων εργάζονται στο αντικείμενο τους από 11 έως 15 έτη, όσοι εργάζονται από 21 έως 25 έτη καταλαμβάνουν το 19.5%, ενώ το 17.2% ανήκει σε όσους δηλώνουν προϋπηρεσία 16 με 20 ετών. Ακόμη, όσοι εργάζονται στο αντικείμενο 6 με 10 έτη καταλαμβάνουν το 16.4%, οι ερωτηθέντες με προϋπηρεσία έως 5 έτη αγγίζουν το 11.7% και το υπόλοιπο 10.2% δηλώνει προϋπηρεσία άνω των 25 ετών.

Πίνακας 14 Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Χρόνια προϋπηρεσίας στο αντικείμενο

Κατηγορία	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
Έως 5 έτη	15	11.7
6-10 έτη	21	16.4
11-15	32	25.0
16-20	22	17.2
21-25	25	19.5
Άνω των 25 ετών	13	10.2
Σύνολο	128	100.0



Γράφημα 11 Χρόνια προϋπηρεσίας στο αντικείμενο

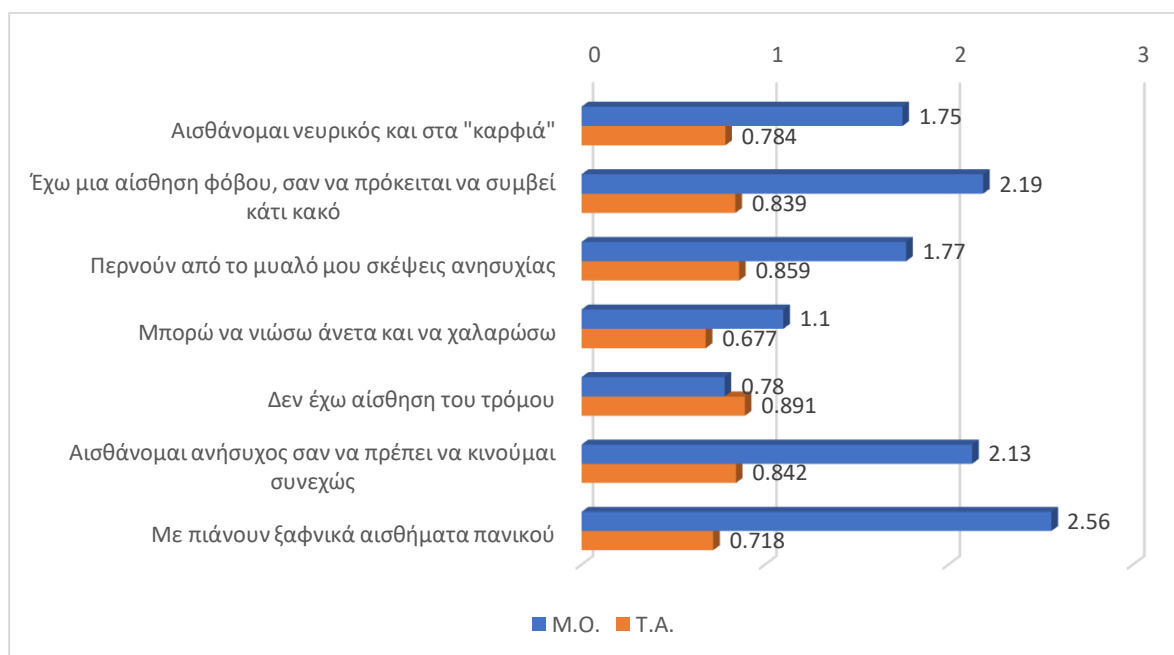
5.1.2 Αισθήματα άγχους και κατάθλιψης

Στη δεύτερη ενότητα, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τα αισθήματα κατάθλιψης και άγχους των ερωτηθέντων. Οι απαντήσεις, δέχονται τιμές από το 0 έως το 3 (0-Πολύ, 1-Μέτρια, 2-Λίγο, 3-Καθόλου), με την αύξηση του μέσου όρου να ταυτίζεται με τη μείωση της συμφωνίας των ερωτηθέντων ως προς το ότι βίωσαν το εκάστοτε συναίσθημα ή κατάσταση. Σε αυτό το σημείο, να τονίσουμε πως οι απαντήσεις των ερωτήσεων ομαδοποιήθηκαν ώστε να παρουσιαστούν με ποιοτικότερο τρόπο.

Στον Πίνακα 15 και το Γράφημα 12, παρουσιάζονται τα συναισθήματα κατάθλιψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες. Ανάμεσα στις απαντήσεις «Λίγο» και «Καθόλου», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται οι ερωτηθέντες ως προς το ότι τους πιάνουν ξαφνικά αισθήματα πανικού (2.56), ωστόσο σε μικρό βαθμό βιώνουν μια αίσθηση φόβου (2.19), αισθάνονται ανησυχία (2.13), περνούν από το μυαλό τους σκέψεις ανησυχίας (1.77) και αισθάνονται νευρικοί (1.75). Επιπλέον, μέτρια οι ερωτηθέντες μπορούν να νιώσουν άνετα και να χαλαρώσουν (1.10) και δεν έχουν αίσθηση του τρόμου (0.78).

Πίνακας 15 Άγχος

	M.O.	T.A.
Αισθάνομαι νευρικός και στα "καρφιά"	1.75	0.784
Έχω μια αίσθηση φόβου, σαν να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό	2.19	0.839
Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις ανησυχίας	1.77	0.859
Μπορώ να νιώσω άνετα και να χαλαρώσω	1.10	0.677
Δεν έχω αίσθηση του τρόμου	0.78	0.891
Αισθάνομαι ανήσυχος σαν να πρέπει να κινούμαι συνεχώς	2.13	0.842
Με πιάνουν ξαφνικά αισθήματα πανικού	2.56	0.718

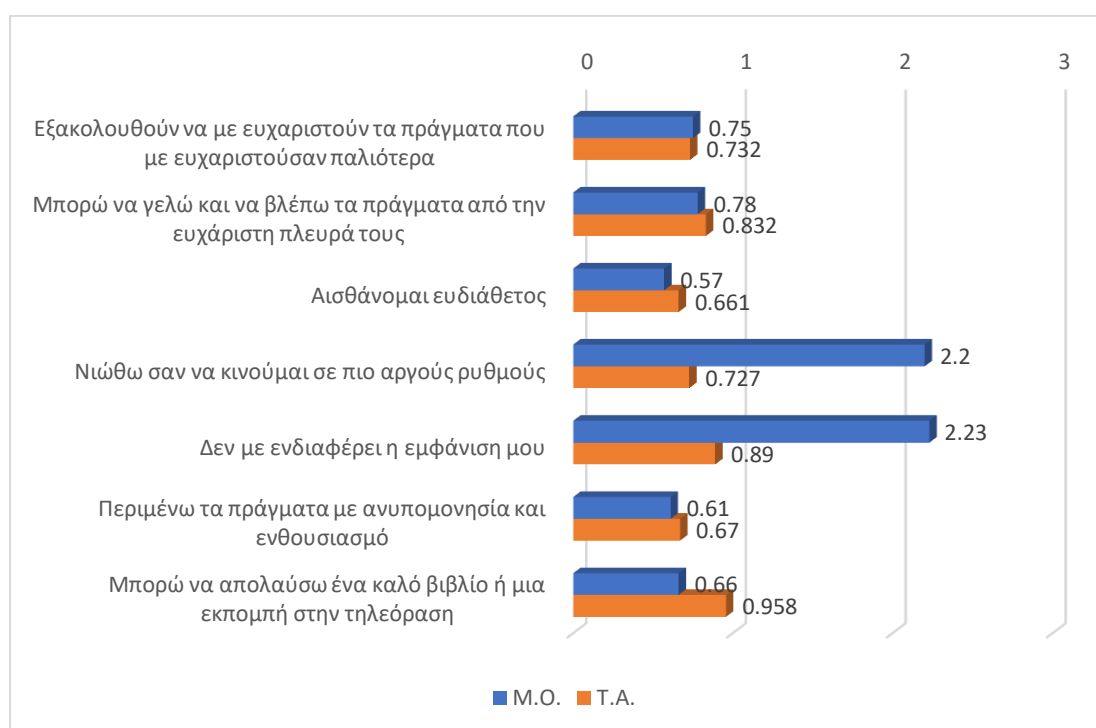


Γράφημα 12 Άγχος

Στον Πίνακα 16 και στο Γράφημα 13, παρατίθενται οι δηλώσεις που σχετίζονται με το συναίσθημα της κατάθλιψης, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι ερωτηθέντες. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι λίγο δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους (2.23) και έχουν την αίσθηση ότι κινούνται με αργούς ρυθμούς (2.20). Ακόμη, σε μέτριο βαθμό μπορούν να γελούν και να βλέπουν τα πράγματα από την ευχάριστη πλευρά τους (0.78) και εξακολουθούν να τους ευχαριστούν τα πράγματα που τους ευχαριστούσαν παλιότερα (0.75). Τέλος, ανάμεσα στις απαντήσεις «Πολύ» και «Μέτρια», με τάση προς το δεύτερο, κατατάσσονται ως προς το ότι απολαμβάνουν ένα καλό βιβλίο ή μια εκπομπή (0.66), περιμένουν τα πράγματα με ανυπομονησία και ενθουσιασμό (0.61) και πως αισθάνονται ευδιάθετοι (0.57).

Πίνακας 16 Κατάθλιψη

	M.O.	T.A.
Εξακολουθούν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν παλιότερα	0.75	0.732
Μπορώ να γελώ και να βλέπω τα πράγματα από την ευχάριστη πλευρά τους	0.78	0.832
Αισθάνομαι ευδιάθετος	0.57	0.661
Νιώθω σαν να κινούμαι σε πιο αργούς ρυθμούς	2.20	0.727
Δεν με ενδιαφέρει η εμφάνιση μου	2.23	0.89
Περιμένω τα πράγματα με ανυπομονησία και ενθουσιασμό	0.61	0.67
Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο ή μια εκπομπή στην τηλεόραση	0.66	0.958



Γράφημα 13 Κατάθλιψη

5.1.3 Σχέση και συμπεριφορά προς το φαγητό

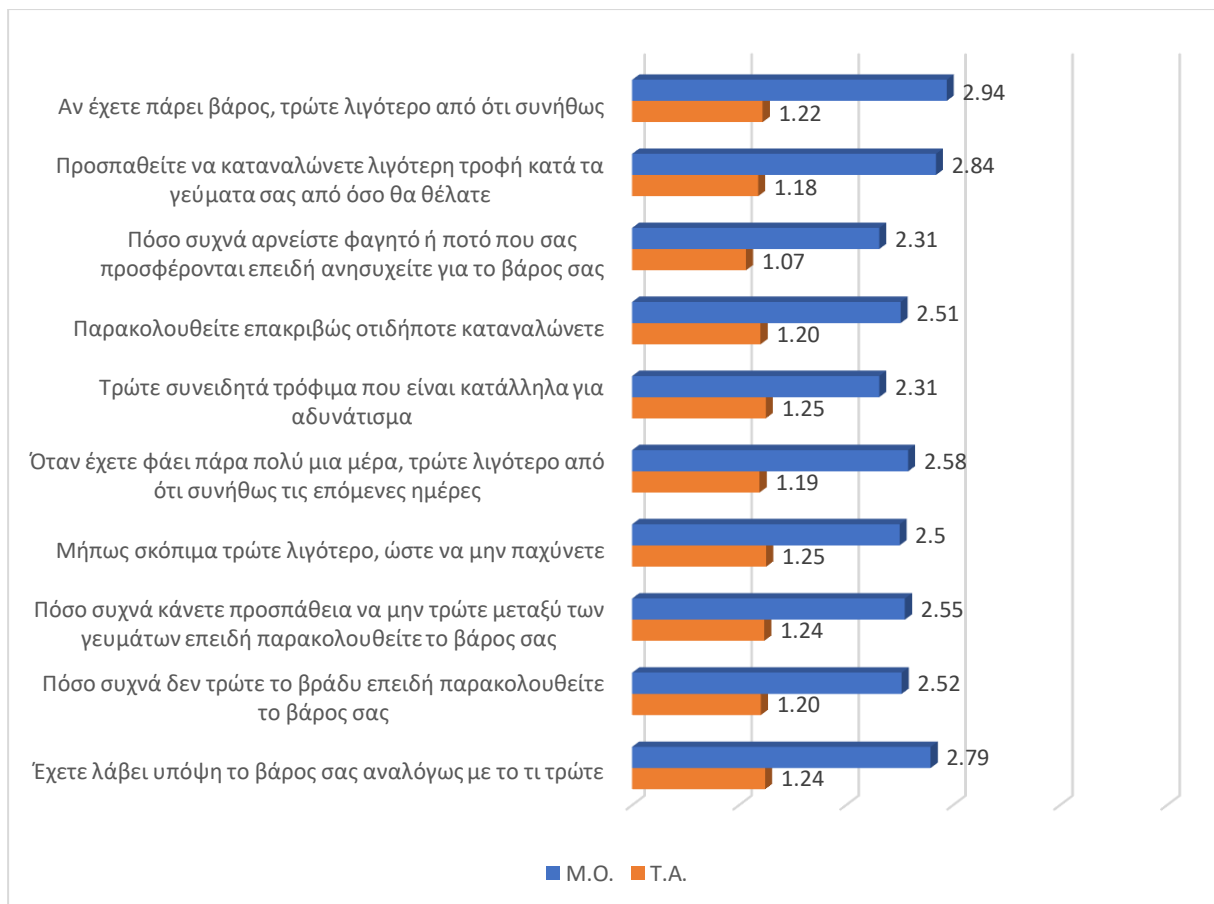
Στην τελευταία ενότητα της περιγραφικής στατιστικής, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τη σχέση και τη συμπεριφορά των ερωτηθέντων προς το φαγητό. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 5 (1-Ποτέ, 2-Σπάνια, 3-Μερικές φορές, 4-Συχνά, 5-Πολύ συχνά), με την αύξηση του μέσου όρου να ταυτίζεται με την αύξηση της συχνότητας με την οποία οι ερωτηθέντες αντιδρούν με τον εκάστοτε τρόπο ως προς το φαγητό.

Στον Πίνακα 17 και το Γράφημα 14, παρατίθενται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με το συνειδητό έλεγχο του βάρους και της κατανάλωσης τροφής των ερωτηθέντων. Οι ερωτηθέντες μερικές φορές τρώνε λιγότερο από ότι συνήθως εάν έχουν πάρει βάρος

(2.94), προσπαθούν να καταναλώνουν λιγότερη τροφή κατά το γεύματα από όση θα ήθελαν (2.84) και έχουν λάβει υπόψη το βάρος τους ανάλογα με το τι τρώνε (2.79). Ωστόσο, ανάμεσα στις απαντήσεις «Σπάνια» και «Μερικές φορές», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται όσον αφορά το ότι όταν έχουν φάει πάρα πολύ μια μέρα, τρώνε λιγότερο τις επόμενες (2.58), πως συχνά κάνουν προσπάθεια να μην τρώνε μεταξύ των γευμάτων (2.55), ότι δεν τρώνε το βράδυ επειδή παρακολουθούν το βάρος τους (2.52), πως παρακολουθούν επακριβώς ότι καταναλώνουν (2.51) και πως σκόπιμα τρώνε λιγότερο, για να μην παχύνουν (2.50). Τέλος, στην ίδια κλίμακα, αλλά τείνοντας προς την απάντηση «Σπάνια», κατατάσσονται ως προς το ότι συχνά αρνούνται φαγητό γιατί ανησυχούν για το βάρος τους (2.31) και πως τρώνε συνειδητά τρόφιμα για αδυνάτισμα (2.31).

Πίνακας 17 Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής

	M.O.	T.A.
Αν έχετε πάρει βάρος, τρώτε λιγότερο από ότι συνήθως	2.94	1.220
Προσπαθείτε να καταναλώνετε λιγότερη τροφή κατά τα γεύματα σας από όσο θα θέλατε	2.84	1.178
Πόσο συχνά αρνείστε φαγητό ή ποτό που σας προσφέρονται επειδή ανησυχείτε για το βάρος σας	2.31	1.065
Παρακολουθείτε επακριβώς οτιδήποτε καταναλώνετε	2.51	1.201
Τρώτε συνειδητά τρόφιμα που είναι κατάλληλα για αδυνάτισμα	2.31	1.250
Όταν έχετε φάει πάρα πολύ μια μέρα, τρώτε λιγότερο από ότι συνήθως τις επόμενες ημέρες	2.58	1.192
Μήπως σκόπιμα τρώτε λιγότερο, ώστε να μην παχύνετε	2.50	1.253
Πόσο συχνά κάνετε προσπάθεια να μην τρώτε μεταξύ των γευμάτων επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας	2.55	1.235
Πόσο συχνά δεν τρώτε το βράδυ επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας	2.52	1.204
Έχετε λάβει υπόψη το βάρος σας αναλόγως με το τι τρώτε	2.79	1.243

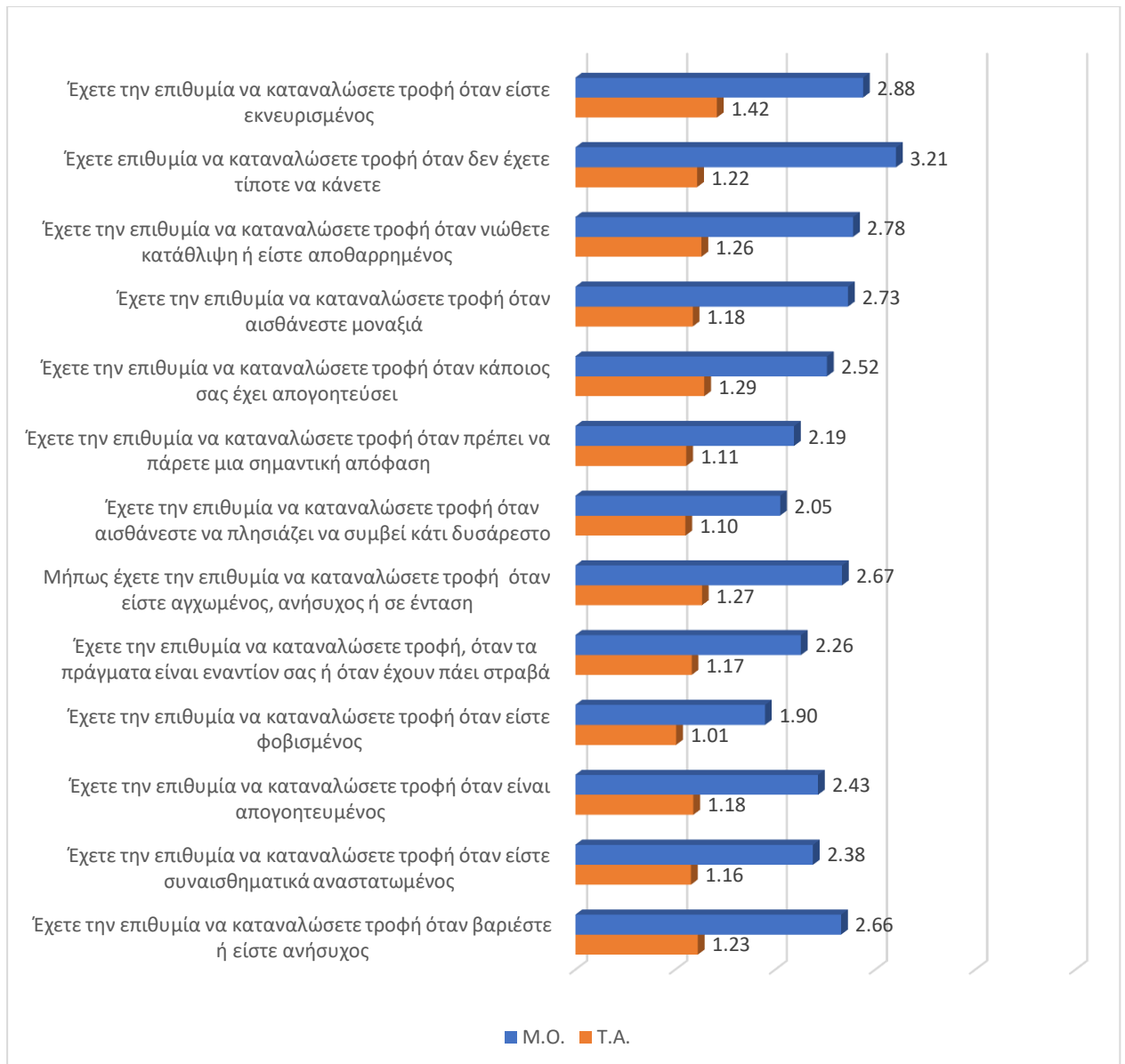


Γράφημα 14 Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής

Στον Πίνακα 18 και στο Γράφημα 15, παρουσιάζονται τα συναισθήματα που οδηγούν τους ερωτηθέντες στην κατανάλωση τροφής. Μερικές φορές οι ερωτηθέντες καταναλώνουν φαγητό όταν δεν έχουν κάτι να κάνουν (3.21), είναι εκνευρισμένοι (2.88) ή αισθάνονται κατάθλιψη ή αποθαρρημένοι (2.78). Επιπλέον, ανάμεσα στις απαντήσεις «Σπάνια» και «Μερικές φορές», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται όσον αφορά την κατανάλωση τροφής λόγω μοναξιάς (2.73), άγχους και έντασης (2.67), επειδή αισθάνονται ότι βαριούνται (2.66) ή λόγω απογοήτευσης (2.52). Στην ίδια κλίμακα, αλλά τείνοντας προς την απάντηση «Σπάνια», κατατάσσουν τη λήψη τροφής λόγω απογοήτευσης (2.43), επειδή είναι συναισθηματικά αναστατωμένοι (2.38) και επειδή τα πράγματα έχουν πάει στραβά (2.26). Τέλος, σπάνια οι ερωτηθέντες καταναλώνουν φαγητό όταν πρέπει να πάρουν μια σημαντική απόφαση (2.19), όταν αισθάνονται πως πλησιάζει κάτι δυσάρεστο (2.05) και όταν είναι φοβισμένοι (1.90).

Πίνακας 18 Συναισθηματική πρόσληψη τροφής

	M.O.	T.A.
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε εκνευρισμένος	2.88	1.418
Έχετε επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν δεν έχετε τίποτε να κάνετε	3.21	1.219
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν νιώθετε κατάθλιψη ή είστε αποθαρρημένος	2.78	1.261
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε μοναξιά	2.73	1.175
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν κάποιος σας έχει απογοητεύσει	2.52	1.292
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν πρέπει να πάρετε μια σημαντική απόφαση	2.19	1.111
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε να πλησιάζει να συμβεί κάτι δυσάρεστο	2.05	1.103
Μήπως έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε αγχωμένος, ανήσυχος ή σε ένταση	2.67	1.268
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν τα πράγματα είναι εναντίον σας ή όταν έχουν πάει στραβά	2.26	1.165
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε φοβισμένος	1.90	1.010
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είναι απογοητευμένος	2.43	1.182
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε συναισθηματικά αναστατωμένος	2.38	1.157
Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν βαριέστε ή είστε ανήσυχος	2.66	1.226



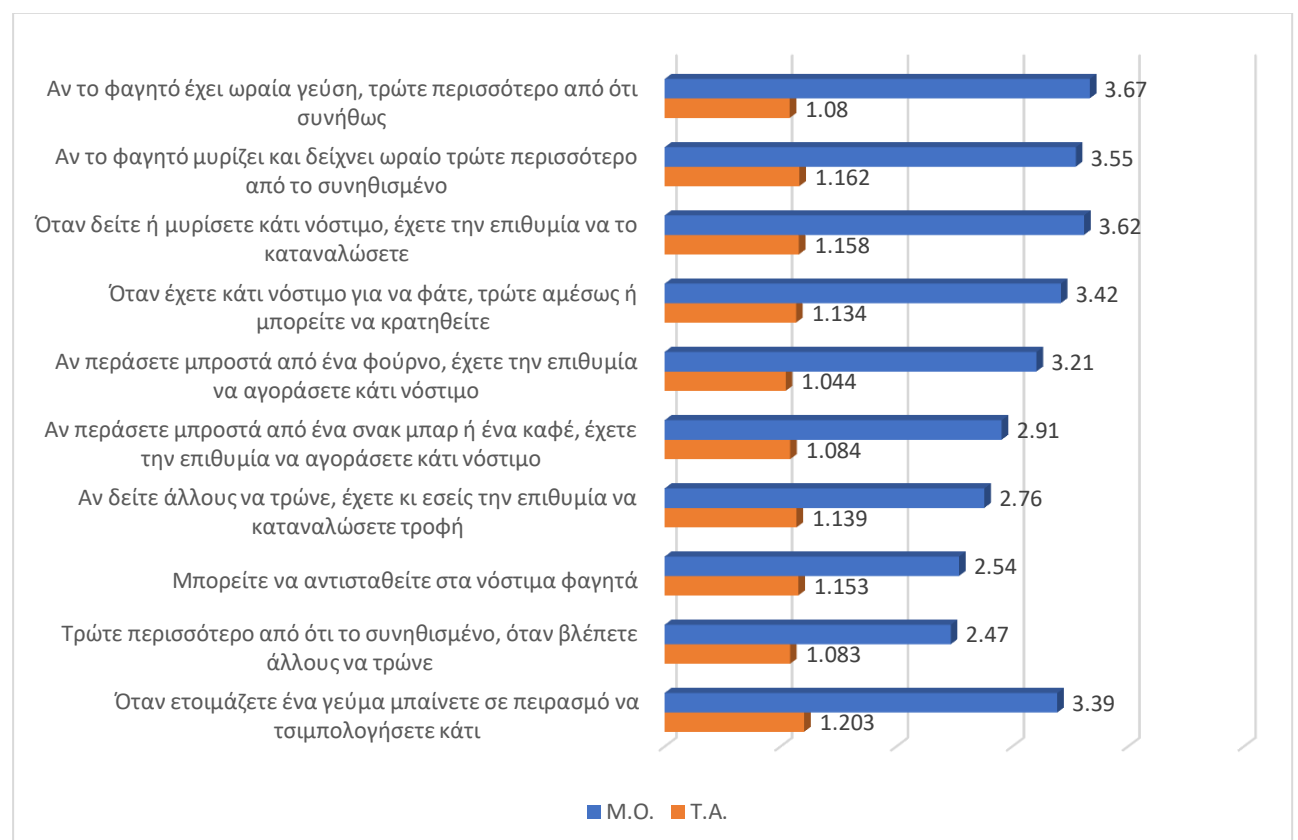
Γράφημα 15 Συναισθηματική πρόσληψη τροφής

Στον Πίνακα 19 και στο Γράφημα 16, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την εγκράτεια των ερωτηθέντων ως προς το φαγητό τους. Μεταξύ των απαντήσεων «Μερικές φορές» και «Συχνά», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται οι ερωτηθέντες ως προς το ότι αν το φαγητό έχει ωραία γεύση τρώνε περισσότερο (3.67), πως όταν δουν ή μυρίσουν κάτι νόστιμο θέλουν να το καταναλώσουν (3.62) και πως αν το φαγητό μυρίζει και δείχνει ωραία, τρώνε περισσότερο (3.55). Επιπλέον, στην ίδια κλίμακα, αλλά με τάση προς την απάντηση «Μερικές φορές», βρίσκονται οι ερωτηθέντες όσον αφορά το ότι όταν έχουν κάτι νόστιμο να φάνε δεν μπορούν να κρατηθούν (3.42) και ότι όταν ετοιμάζουν ένα γεύμα, μπαίνουν σε πειρασμό να τσιμπολογήσουν κάτι (3.39). Ακόμη, οι ερωτηθέντες μερικές φορές έχουν την

επιθυμία να αγοράσουν κάτι νόστιμο εάν περάσουν μπροστά από έναν φούρνο (3.21) ή ένα καφέ (2.91) και μερικές φορές έχουν την επιθυμία να καταναλώσουν τροφή εάν δουν άλλους να τρώνε (2.76). Τέλος, ανάμεσα στις απαντήσεις «Σπάνια» και «Μερικές φορές», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται οι ερωτηθέντες ως προς το ότι μπορούν να αντισταθούν στα νόστιμα φαγητά (2.54), ενώ με τάση προς το δεύτερο βρίσκονται ως προς το ότι τρώνε περισσότερο από το συνηθισμένο, όταν βλέπουν τους άλλους να τρώνε (2.47).

Πίνακας 19 Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες

	M.O.	T.A.
Αν το φαγητό έχει ωραία γεύση, τρώτε περισσότερο από ότι συνήθως	3.67	1.080
Αν το φαγητό μυρίζει και δείχνει ωραίο τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο	3.55	1.162
Όταν δείτε ή μυρίσετε κάτι νόστιμο, έχετε την επιθυμία να το καταναλώσετε	3.62	1.158
Όταν έχετε κάτι νόστιμο για να φάτε, τρώτε αμέσως ή μπορείτε να κρατηθείτε	3.42	1.134
Αν περάσετε μπροστά από ένα φούρνο, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο	3.21	1.044
Αν περάσετε μπροστά από ένα σνακ μπαρ ή ένα καφέ, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο	2.91	1.084
Αν δείτε άλλους να τρώνε, έχετε κι εσείς την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή	2.76	1.139
Μπορείτε να αντισταθείτε στα νόστιμα φαγητά	2.54	1.153
Τρώτε περισσότερο από ότι το συνηθισμένο, όταν βλέπετε άλλους να τρώνε	2.47	1.083
Όταν ετοιμάζετε ένα γεύμα μπαίνετε σε πειρασμό να τσιμπολογήσετε κάτι	3.39	1.203



Γράφημα 16 Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες

5.2 Ερωτήματα

Στην ενότητα αυτή, έγινε προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, τα οποία διατυπώνονται ως εξής:

- Υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης, του παθολογικού άγχους και της κατανάλωσης τροφής;
- Υπάρχει διαφορά μεταξύ του βαθμού συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ των δύο φύλων;
- Υπάρχει διαφορά μεταξύ του βαθμού συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ εργαζομένων σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία;

Με σκοπό να απαντηθούν τα παραπάνω ερωτήματα, πραγματοποιήθηκαν κάποιες διαδικαστικές ενέργειες. Αρχικά, ελέγχθηκε η εσωτερική συνοχή (αξιοπιστία) των ερωτηματολογίων και συγκεκριμένα των υποκλιμάκων τους μέσω του στατιστικού δείκτη Cronbach's Alpha, αφού έγιναν οι κατάλληλες αντιστροφές ερωτήσεων ώστε να ακολουθούν όλες την ίδια φορά και να διατηρηθεί η νοηματική συνοχή. Για όλες τις ομάδες βρέθηκε πως η εσωτερική συνοχή του Cronbach's Alpha είναι από οριακά αποδεκτή (0.610) έως εξαιρετική (0.953). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 20 όλες οι ομάδες εκτός της κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS είχαν Cronbach's Alpha άνω του 0.8.

Πίνακας 20 Έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's Alpha

Ομάδες Ερωτήσεων	Cronbach's Alpha	Αριθμός ερωτήσεων
HADS-Άγχος	0.809	7
HADS-Κατάθλιψη	0.610	7
DEBQ-Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής	0.911	10
DEBQ-Συναισθηματική πρόσληψη τροφής	0.953	13
DEBQ-Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες	0.887	10

Βάσει των παραπάνω Cronbach's Alpha, είναι δυνατή η κατασκευή μεταβλητών score που αντιπροσωπεύουν τις 5 διαστάσεις που μετρήθηκαν, καθώς η νέα μεταβλητή αποθηκεύει αξιόπιστα την πληροφορία από τις ερωτήσεις που την παράγουν. Τα score κατασκευάστηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε η αύξηση τις τιμές των μεταβλητών σκορ να ταυτίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης περιοριστικής συμπεριφοράς απέναντι στο φαγητό καθώς και συναισθηματικής απόκριση μέσω φαγητού, και μεγαλύτερη επιρροή

εξωτερικών παραγόντων στο άτομο όσον αφορά το φαγητό. Στον Πίνακα 21 παρακάτω παρουσιάζονται οι έλεγχοι κανονικότητας για τις νέες μεταβλητές, όπου κατά πλειοψηφία φαίνεται πως δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή (λαμβάνοντας υπόψη και τους 2 ελέγχους K-Smirnov και S-Wilk).

Πίνακας 21 Έλεγχοι κανονικότητας για τις 5 μεταβλητές score

Έλεγχοι Κανονικότητας	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Άγχος	0.102	127	0.002	0.960	127	0.001
Κατάθλιψη	0.078	127	0.053	0.967	127	0.004
Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής	0.059	127	0,200*	0.979	127	0.042
Συναισθηματική πρόσληψη τροφής	0.076	127	0.066	0.972	127	0.009
Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες	0.058	127	0,200*	0.990	127	0.457
*. This is a lower bound of the true significance.						

Τα ερευνητικά ερωτήματα απαντήθηκαν με χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman, καθώς τα σκορ κατά πλειοψηφία δεν προσεγγίζουν ικανοποιητικά την κανονική κατανομή, όπως φάνηκε παραπάνω.

1^ο ερευνητικό ερώτημα

«Υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης, του παθολογικού άγχους και της κατανάλωσης τροφής;»

Για την απάντηση του 1^{ου} ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχετίσεων με τα κριτήρια Pearson και Spearman για παραμετρικούς και μη παραμετρικούς ελέγχους αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται στον Πίνακα 22. Από τους συνολικά 10 ελέγχους βρέθηκαν 7 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που αναλύονται παρακάτω.

Πίνακας 22 Συσχετίσεις μεταξύ των 5 διαστάσεων (Spearman, Pearson)

	Άγχος	Κατάθλιψη	Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής	Συναισθηματική πρόσληψη τροφής	Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες
Άγχος	1				
Κατάθλιψη	0,598**	1			
Συγκρατημένη πρόσληψη τροφής	-0.007	0.008	1		
Συναισθηματική πρόσληψη τροφής	0,432**	0,319**	0.093	1	
Πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες	0,372**	0,212*	-0,206*	0,555**	1

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του άγχους με την κατάθλιψη (Spearman, $r = +0.598$, $p < 0.001$), τη συναισθηματική πρόσληψη τροφής (Spearman, $r = +0.432$, $p < 0.001$) και την πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες (Spearman, $r = +0.372$, $p < 0.001$). Οι παραπάνω συσχετίσεις έχουν θετικό πρόσημο υποδεικνύοντας ότι αύξηση του άγχους σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, αυξημένη συχνότητα συναισθηματικής απόκρισης μέσω φαγητού και μεγαλύτερη αδυναμία σε εξωτερικούς παράγοντες όσον αφορά το φαγητό.

Παράλληλα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με τη συναισθηματική πρόσληψη τροφής (Pearson, $r = +0.319$, $p < 0.001$) και τη πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες (Pearson, $r = +0.212$, $p = 0.017$). Οι παραπάνω συσχετίσεις έχουν θετικό πρόσημο, επομένως η αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα συναισθηματικής απόκρισης μέσω φαγητού και μεγαλύτερη αδυναμία σε εξωτερικούς παράγοντες.

Τέλος η πρόσληψη τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες συσχετίστηκε αρνητικά με την συγκρατημένη πρόσληψη τροφής ($r = -0.206$, $p = 0.020$) και θετικά με την συναισθηματική πρόσληψη τροφής ($r = 0.555$, $p < 0.01$). Οι συσχετίσεις αυτές υποδηλώνουν ότι τα άτομα με μεγαλύτερη αδυναμία να αντισταθούν στην πρόσληψη τροφής από επιρροές του εξωτερικού περιβάλλοντος ακολουθούν λιγότερο τις διατροφικές συνήθειες που δημιουργούν ένα πλαίσιο εγκράτειας στην πρόσληψη τροφής και έχουν μεγαλύτερη επιθυμία για τροφή, λόγω συναισθηματικών παραγόντων.

2^ο ερευνητικό ερώτημα

«Υπάρχει διαφορά μεταξύ του βαθμού συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ των δύο φύλων;»

Για το δείγμα των ανδρών, η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού δεν βρέθηκε σημαντική (Spearman, $r = +0.235$, $p = 0.135$). Αντίθετο αποτέλεσμα βρέθηκε για το δείγμα των γυναικών όπου η συσχέτιση είναι σημαντική (Spearman, $r = +0.495$, $p < 0.001$) και ισχυρότερη από την συσχέτιση για όλο το δείγμα, συνεπώς η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού είναι ισχυρότερη για το γυναικείο φύλο.

3^ο ερευνητικό ερώτημα

«Υπάρχει διαφορά μεταξύ του βαθμού συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ εργαζομένων σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία;»

Για όσους εργάζονται σε ιδιωτικό τομέα, η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού είναι στατιστικά σημαντική (Spearman, $r = +0.324$, $p = 0.009$). Ομοίως, για όσους εργάζονται στο δημόσιο η προαναφερθείσα συσχέτιση είναι σημαντική (Spearman, $r = +0.523$, $p < 0.001$). Συγκρίνοντας τις δύο συσχετίσεις φαίνεται πως η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού είναι ισχυρότερη για τους εργαζομένους που απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Συμπεράσματα

6.1. Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 129 άτομα συνολικά, που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούταν από γυναίκες και άτομα 31 έως 50 ετών. Οι μισοί συμμετέχοντες χαρακτηρίστηκαν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Επιπλέον, λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία απόφοιτοι τεχνολογικής ή διетуός εκπαίδευσης, χωρίς μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Το δείγμα ήταν ισόποσα χωρισμένο σε άτομα που εργάζονται στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα. Η πλειοψηφία ανέφερε εργασιακή εμπειρία από 11 έως 25 έτη.

Στο 1^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε η σχέση των 5 παραγόντων της έρευνας δηλαδή του άγχους, της κατάθλιψης, της συγκρατημένης πρόσληψης τροφής, της συναισθηματικής πρόσληψη τροφής και της πρόσληψης τροφής οφειλόμενη σε εξωτερικούς παράγοντες.

Φαίνεται πως αυξημένα επίπεδα άγχους σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, αυξημένη συχνότητα επιθυμίας για πρόσληψη τροφής λόγω συναισθηματικών παραγόντων και μεγαλύτερη επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες όσον αφορά την κατανάλωση τροφής.

Το άγχος είναι μια πρόκληση για τη φυσική ομοιόσταση ενός οργανισμού και με τη σειρά του, ο οργανισμός μπορεί να αντιδράσει στο στρες παράγοντας μια φυσιολογική απόκριση για να ανακτήσει την ισορροπία που χάθηκε από την επίδραση του στρες. Μια τέτοια ομοιόσταση που διαταράσσεται είναι αυτή της συμπεριφοράς σίτισης. Οι φυσιολογικές πτυχές των διατροφικών συμπεριφορών έχουν μελετηθεί εδώ και πολύ καιρό και οι πληροφορίες προέρχονται συχνά από ζωικά μοντέλα. Ωστόσο, τα πειραματικά αποτελέσματα ήταν ασυνεπή. Τα ζώα που τρέφονταν με μια ήπια διατροφή, έδωσαν στοιχεία τόσο για την υπερφαγία που προκαλείται από το οξύ άγχος όσο και για την υποφαγία. Στους ανθρώπους, παρατηρούνται παρόμοια διαφορές στην απόκριση πρόσληψης τροφής - περίπου 40% αυξάνουν και 40% μειώνουν την πρόσληψη θερμίδων όταν αγχώνονται, ενώ περίπου το 20% των ανθρώπων δεν αλλάζουν συμπεριφορές διατροφής κατά τη διάρκεια αγχωτικών περιόδων. Αυτά τα ποικίλα αποτελέσματα μπορεί να σχετίζονται με τον συγκεκριμένο τύπο του στρεσογόνου χειρισμού, τη διάρκεια της πρόκλησης του

στρες και τις μεταβολές στα επίπεδα κορεσμού και πείνας στην αρχή της μελέτης. Για παράδειγμα, οι ήπιοι στρεσογόνοι παράγοντες θα μπορούσαν να προκαλέσουν υπερφαγία, ενώ ένας πιο σοβαρός στρεσογόνος παράγοντας, υποφαγία. Ωστόσο, άλλες ατομικές και εξωτερικές διαφορές απαιτούν εξέταση^[89].

Ακόμη, όσο αυξάνεται το επίπεδο κατάθλιψης των ερωτηθέντων, τόσο πιο πολύ επηρεάζεται η πρόσληψη τροφής από τα συναισθήματα τους και από εξωτερικούς παράγοντες.

Τα ευρήματα από μελέτες που έχουν εξετάσει την επίδραση της κατάθλιψης στην ποιότητα της διατροφής είναι διφορούμενες, με κάποιες να δείχνουν ότι δεν υπάρχει αντίκτυπος από την κατάθλιψη στα διατροφικά πρότυπα και άλλες που δείχνουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τα διατροφικά πρότυπα. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της διατροφής δεν είναι καλά κατανοητοί. Μία μελέτη που εξέτασε συναισθηματικές διατροφικές συμπεριφορές σε άνδρες και γυναίκες με και χωρίς κατάθλιψη διαπίστωσε ότι, όταν εκτέθηκαν σε στρες, εκείνοι με κατάθλιψη είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κακές διατροφικές επιλογές, επιλέγοντας να τρώνε ενεργειακά αυξημένα τρόφιμα τύπου σνακ^[90].

Ακόμη τα άτομα με μεγαλύτερη αδυναμία να αντισταθούν στην πρόσληψη τροφής από επιρροές του εξωτερικού περιβάλλοντος, ακολουθούν λιγότερο τις διατροφικές συνήθειες που δημιουργούν ένα πλαίσιο εγκράτειας στην πρόσληψη τροφής και έχουν μεγαλύτερη επιθυμία για τροφή λόγω συναισθηματικών παραγόντων.

Το μέγεθος του πακέτου, το σχήμα του πιάτου, ο φωτισμός, η κοινωνικοποίηση και η ποικιλία είναι μόνο μερικοί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον όγκο κατανάλωσης των τροφίμων, περισσότερο από όσα συνειδητοποιούν οι περισσότεροι. Παρόλο που τέτοιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνονται άσχετοι, επηρεάζουν γενικά τον όγκο κατανάλωσης αναστέλλοντας την παρακολούθηση της κατανάλωσης και προτείνοντας εναλλακτικούς κανόνες κατανάλωσης. Αυτό για τους ερευνητές σημαίνει, ότι συγκεκριμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο άτομα με συγκεκριμένες δυνατότητες αυτοσυγκράτησης, οδηγώντας σε υπερκατανάλωση τροφής^[91].

Στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε αν υπάρχει διαφορά μεταξύ του βαθμού

συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ των δύο φύλων. Αναδείχτηκε πως η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού είναι ισχυρότερη για το γυναικείο φύλο. Δηλαδή στις γυναίκες αυξημένα επίπεδα άγχους συνδέθηκαν με αυξημένη επιθυμία για τροφή λόγω συναισθηματικών παραγόντων κάτι που δεν παρατηρήθηκε στους άντρες. Η διαφορά πιθανόν να οφείλεται στην ισχυρότερη ψυχολογία των αντρών ή σε διαφορετικές διεξόδους που οι ίδιοι πιθανόν να ακολουθούν για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα άγχους.

Σε έρευνα του 2019, οι ερευνητές αναφέρουν ότι κατά τη σύγκριση γυναικών και ανδρών συμμετεχόντων για την αντίληψη «το φαγητό με βοηθά να αντεπεξέλθω στο άγχος», το 8,7% των γυναικών και το 6,4% των ανδρών «συμφωνούν απόλυτα», ενώ το 39,7% των γυναικών και το 29,6% των ανδρών δηλώνουν ότι «συμφωνούν». Μεγαλύτερες διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ γυναικών και ανδρών ερωτηθέντων κατά την ανάλυση των αντιλήψεων «το φαγητό χρησιμεύει ως συναισθηματική παρηγοριά» και «περισσότερη λαχτάρα για γλυκά όταν νιώθω κατάθλιψη», με το «συμφωνώ απόλυτα» να δείχνει το 9,2% και το 13,2% των γυναικών και το 4,8% και 5,6 % των ανδρών, αντίστοιχα. Όπως αναφέρει η συγκεκριμένη έρευνα, υπήρξαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ του στρες, των μηχανισμών αντιμετώπισης και του τρόπου ζωής. Οι σχέσεις μεταξύ του εργασιακού άγχους και της κακής προσαρμογής ή των ανθυγιεινών συμπεριφορών αντιμετώπισης καταδείχθηκαν σαφέστερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε σχέση με την συμπεριφορά υπερβολικής κατανάλωσης (φαγητό, τσιγάρα και αλκοόλ) και την άρνηση του αισθήματος άγχους. Οι άνδρες ανέφεραν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του εργασιακού άγχους, της κατάστασης κατανάλωσης αλκοόλ και των ανθυγιεινών τρόπων διατροφής. Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες γνωρίζουν περισσότερο και προσέχουν τα συναισθήματά τους και είναι πιθανότερο να αναλάβουν συντονισμένες προσπάθειες για την αλλαγή τους, συσχετίζοντας την συναισθηματική τους κατάσταση με την κατανάλωση τροφής^[92].

Στο 3^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε η διαφορά μεταξύ του βαθμού συσχέτισης άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού μεταξύ εργαζομένων σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αναδείχτηκε πως τόσο για τους εργαζόμενους σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία όσο και για τους εργαζόμενους σε ιδιωτικά, αυξημένα επίπεδα άγχους συνδέθηκαν με αυξημένα επίπεδα επιθυμίας για πρόσληψη

τροφής λόγω συναισθηματικών παραγόντων. Ωστόσο, η σχέση αυτή ήταν ισχυρότερη για όσους εργάζονται στον δημόσιο τομέα. Η πιο ισχυρή σχέση στον δημόσιο τομέα πιθανόν να οφείλεται στον μεγαλύτερο όγκο δουλειάς καθώς υπάρχει αυξημένη αναλογία κρεβατιών ανά νοσηλευτή στα δημόσια νοσοκομεία, αυξημένες εφημερίες και μεγαλύτερη συχνότητα των επειγόντων περιστατικών που πρέπει να διαχειριστούν.

Σε έρευνα των Sarafis et al (2016)^[93], για το εργασιακό άγχος που παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία στην Ελλάδα, το ολικό άγχος συσχετίστηκε με τις τέσσερις διαστάσεις της συμπεριφοράς φροντίδας. Τα προβλήματα με τους συναδέλφους και οι συγκρούσεις με τους γιατρούς μπορεί να οδηγήσουν τους νοσηλευτές να ξοδέψουν πολλή ενέργεια αντιμετωπίζοντας τις δυσκολίες που προέκυψαν από αυτές τις πτυχές. Τα προβλήματα με τους επόπτες ήταν ένας επίσης σημαντικός παράγοντας στρες. Αυτό μπορεί να αποδοθεί τόσο στην έλλειψη καλά εκπαιδευμένων εποπτών όσο και στην υπάρχουσα κουλτούρα «σύγκρουσης με την εξουσία» στην Ελλάδα. Μεταξύ των νοσηλευτών, εκείνοι που εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα είχαν καλύτερη ψυχική υγεία, η οποία μπορεί, αφενός, να αποδοθεί στην καλύτερη οργάνωση ιδιωτικών μονάδων ή στο μικρότερο εύρος καθηκόντων.

6.2. Περιορισμοί-Προτάσεις

Περιορισμό της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες, άτομα ηλικίας 31-50 ετών, απόφοιτους τεχνολογικής ή διετούς εκπαίδευσης, χωρίς μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο με μεγάλη εργασιακή εμπειρία από 11 έως 25 έτη. Επιπλέον περιορισμό αποτελεί το μέγεθος του δείγματος το οποίο αν και δεν ήταν μικρό, δεν πάρθηκε σύμφωνα με το μέγεθος του πληθυσμού αλλά τυχαία. Ακόμη, τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα μόνο για την περιοχή της Αθήνας καθώς το δείγμα πάρθηκε μόνο από την συγκεκριμένη πόλη. Τέλος, παρουσιάστηκε μέτρια αξιοπιστία στην κλίμακα της κατάθλιψης.

Προτείνεται μελλοντική Πανελλαδική έρευνα με μέγεθος του δείγματος το οποίο θα προκύπτει από το μέγεθος του πληθυσμού^[94]. Η μέθοδος δειγματοληψίας προτείνεται να είναι η στρωματοποιημένη έτσι ώστε το δείγμα να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Τέλος, προτείνεται αλλαγή του εργαλείου που αναφέρεται στην κατάθλιψη προκειμένου να υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha \geq 0,7$).

6.3. Τελικό Συμπέρασμα

Μελετήθηκε δείγμα 129 ατόμων, που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, το οποίο αποτελούταν στην πλειοψηφία του από γυναίκες, άτομα ηλικίας 31-50 ετών, απόφοιτοι τεχνολογικής ή διετούς εκπαίδευσης, χωρίς μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο με μεγάλη εργασιακή εμπειρία από 11 έως 25 έτη. Το άγχος συνδέθηκε με την κατάθλιψη ενώ και οι 2 αυτοί παράγοντες με επιθυμία για πρόσληψη τροφής λόγω συναισθηματικών παραγόντων καθώς και με μεγαλύτερη ευαλωτότητα από εξωτερικούς παράγοντες όσον αφορά την κατανάλωση τροφής. Η ευαλωτότητα από εξωτερικούς παράγοντες συνδέθηκε με μη τήρηση διατροφικών συνηθειών εγκράτειας και με μεγαλύτερη επιθυμία για τροφή λόγω συναισθηματικών παραγόντων. Η συσχέτιση άγχους-συναισθηματικής κατανάλωσης φαγητού ήταν ισχυρότερη για το γυναικείο φύλο και για όσους εργάζονται στον δημόσιο τομέα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spoor STP, Bekker MHJ, Van Strien T, van Heck GL. Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*. 2007;48(3):368–76.
2. Greeno C, Wing R. Stress-induced eating. *Psychol Bull*. 1994;115:445–64.
3. van Strien T, Ouwens MA. Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eat Behav*. 2003;3(4):329–40.
4. Telch CF. Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1997;22(1):77–81.
5. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull*. 1991;110(1):86–108.
6. Beck AT, Davis DD, Freeman A. (2017). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Artmed Ed. 2017;
7. Liu C, Xie B, Chou CP, Koprowski C, Zhou D, Palmer P, et al. Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China seven cities. *Physiol Behav*. 2007;92(4):748–54.
8. Wansink B, Cheney MM, Chan N. Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiol Behav*. 2003;79(4–5):739–47.
9. Zellner DA, Loaiza S, Gonzalez Z, Pita J, Morales J, Pecora D, et al. Food selection changes under stress. *Physiol Behav*. 2006;87(4):789–93.
10. Chan ZCY, Tam WS, Lung MKY, Wong WY, Chau CW. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Manag*. 2013;21(4):605–13.
11. da Costa B, Pinto ICJF. Stress , Burnout and Coping in Health Professionals : A Literature Review Abstract Stress. *J Psychol Brain Stud*. 2017;1(1:4):1–8.
12. Gunasekara I, Pentland T, Rodgers T, Patterson S. What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):101–9.
13. Kim OS, Kim MS, Lee JE, Jung H. Night-eating syndrome and the severity of self-reported depressive symptoms from the Korea Nurses' Health Study: analysis of propensity score matching and ordinal regression. *Public Health [Internet]*. 2016;141:80–7. Available from:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.08.018>
14. Wong H, Wong MCS, Wong SYS, Lee A. The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010;47(8):1021–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.001>
 15. McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633–42.
 16. Van Strien T, Van De Laar FA, Van Leeuwe JFJ, Lucassen PLBJ, Van Den Hoogen HJM, Rutten GEHM, et al. The Dieting dilemma in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: Does dietary restraint predict weight gain 4 years after diagnosis? *Heal Psychol*. 2007;26(1):105–12.
 17. Frayn M, Knäuper B. Emotional Eating and Weight in Adults: a Review. *Curr Psychol*. 2018;37(4):924–33.
 18. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. 2005;6(1):67–85.
 19. Wang H, Shara N, Calhoun D, Umans J, Lee E, Howard B. Incidence rates and predictors of diabetes in those with prediabetes: the Strong Heart Study. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2010;26:378–85. Available from: <http://libweb.anglia.ac.uk/>
 20. López-Guimerà G, Dashti HS, Smith CE, Sánchez-Carracedo D, Ordovas JM, Garaulet M. CLOCK 3111 T/C SNP interacts with emotional eating behavior for weight-loss in a mediterranean population. *PLoS One*. 2014;9(6):20–3.
 21. Gibson EL. The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behav Pharmacol*. 2012;23:442–460.
 22. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav* [Internet]. 2014;15(2):197–204. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
 23. Werthmann J, Renner F, Roefs A, Huibers MJH, Plumanns L, Krott N, et al. Looking at food in sad mood: Do attention biases lead emotional eaters into overeating after a negative MI? *Eat Behav*. 2014;15:230–236.
 24. Van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy.

- Appetite [Internet]. 2013;66:20–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
25. Laessle RG, Schulz S. Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2009;42(6):505–10.
 26. Cardi V, Leppanen J, Treasure J. The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2015;57:299–309. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.08.011>
 27. van Strien T, Donker MH, Ouwens MA. Is desire to eat in response to positive emotions an “obese” eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Appetite* [Internet]. 2016;100:225–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.035>
 28. Delahanty LM, Peyrot M, Shrader PJ, Williamson DA, Meigs JB, Nathan DM. Pretreatment, psychological, and behavioral predictors of weight outcomes among lifestyle intervention participants in the diabetes prevention program (DPP). *Diabetes Care*. 2013;36(1):34–40.
 29. Koenders PG, Van Strien T. Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *J Occup Environ Med*. 2011;53(11):1287–93.
 30. Péneau S, Ménard E, Méjean C, Bellisle F, Hercberg S. Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *Am J Clin Nutr*. 2013;97(6):1307–13.
 31. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *Int J Eat Disord*. 2009;42(2):109–17.
 32. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009;53(3):418–21.
 33. Konttinen H, Silventoinen K, Sarlio-Lähteenkorva S, Männistö S, Haukkala A. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(5):1031–9.

34. van Strien T, Frijters J, Bergers G, Defares P. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295–315.
35. Conner M, Fitter M, Fletcher W. Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between-meal snacking. *Psychol Heal*. 1999;14(1):51–63.
36. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The Emotional Eating Scale: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *Int J Eat Disord* [Internet]. 1995;18(1):79–90. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=20be3c74-a4db-4470-b9aa-07e165b191a2%40sessionmgr4006>
37. Kenardy J, Butler A, Carter C, Moor S. Eating, mood, and gender in a noneating disorder population. *Eat Behav*. 2003;4(2):149–58.
38. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes*. 2000;24(12):1715–25.
39. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2020 Apr 11];3(4):341–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015302001009>
40. Masheb RM, Grilo CM. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2006;39(2):141–6.
41. van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep*. 2018;18(35):1–8.
42. Oliver G, Wardle J. Perceived effects of stress on food choice. *Physiol Behav*. 1999;66(3):511–5.
43. Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F. Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting. *Ann Behav Med*. 2004;27(2):107–16.
44. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosom Med*. 2000;62(6):853–65.
45. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior.

- Psychoneuroendocrinology. 2001;26(1):37–49.
46. Dallman MF. Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends Endocrinol Metab* [Internet]. 2010;21(3):159–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tem.2009.10.004>
 47. Van Strien T Van, Engels RCME, Leeuwe J Van, Snoek HM. The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*. 2005;45(3):205–13.
 48. van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav*. 2007;8(2):251–7.
 49. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Kessler K, Bradley B. The mediating role of emotional dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*. 2015;91:129–136.
 50. Tomiyama AJ, Dallman MF, Epel ES. Comfort food is comforting to those most stressed: Evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2011;36(10):1513–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.04.005>
 51. Van Strien T, Roelofs K, De Weerth C. Cortisol reactivity and distress-induced emotional eating. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2013;38(5):677–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.08.008>
 52. Wingenfeld K, Kuehl LK, Boeker A, Schultebrasucks K, Ritter K, Hellmann-Regen J, et al. Stress reactivity and its effects on subsequent food intake in depressed and healthy women with and without adverse childhood experiences. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2017;80:122–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.03.014>
 53. Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. CRP, IL-6 and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;150(3):736–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.004>
 54. Clum GA, Rice JC, Broussard M, Johnson CC, Webber LS. Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *J Behav Med*. 2014;37(4):577–86.
 55. van Strien T, Winkens L, Broman H, Toft M, Pedersen S, Brouwer I, et al. The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index

- in Denmark and Spain. *Appetite*. 2016;105:500–508.
56. Pulido-Criollo F, Cueto-Escobedo J, Guillén-Ruiz G. Stress in Nursing University Students and Mental Health. In: *Health and Academic Achievement*. InTech Open; 2018. p. 33–44.
 57. Campos C, Sloan A. Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory supportive design. 2015. 41:125–34.
 58. Pocinho M, Capelo M. Vulnerability to stress, coping strategies and self-efficiency among Portuguese teachers. *Educ Pesqui*. 2009;35:351–67.
 59. Benjamin S. *The stress*. France: Ground Editora; 1990.
 60. Jerrold S. *Administration of stress*. 6Th edtn. Manole, Romania; 2002.
 61. Hespanhol A, Porto S. Occupational stress. Revised portugues of psychosomatic. 2005;55:156–62.
 62. Malagris L, Fiorito A. Stress level evaluation of technicians from the health area. *Stud Psychol*. 2015;23:391–8.
 63. McIntyre M, McIntire S. Stress responses and coping resources in nurses. *Psych Anal*. 1999;3:513–27.
 64. Leandro R, Rui G, Maria S. Occupational stress in health professionals: a comparative study. 2010;7:1494–508.
 65. Gomes A. Occupational stress in health professionals: A comparative study between physicians and nurses. *Stud Psycho*. 2009;14:239–48.
 66. Combs H, Markman J. Anxiety Disorders in Primary Care. *Med Clin North Am*. 2014;98:1007–23.
 67. Brown H, Edelmann R. Project 2000: A study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *J Adv Nurs*. 2000;31(4):857–64.
 68. Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: result of cluster analysis. *Soc Sci Med*. 1997;45:1781–1788.
 69. Tyler PA, Ellison RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(3):469–76.
 70. Stordeur S, D'Hoore C, Vandenberghe W. Leadership, organisational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs*. 2001;35:533–542.
 71. Healy C, McKay MF. Nursing stress: the effect of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs*. 2000;31:681–688.

72. McGowan B. Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*. 15, 8, 33-38. 2015;(1993).
73. Finlayson B, Dixon J, Meadows S, Blair G. Mind the gap: The policy response to the NHS nursing shortage. *Br Med J*. 2002;325(7363):541-4.
74. Deeming C, Harrison T. The long view. *Nurs Stand*. 2002;16:12-3.
75. Persson M, Mårtensson J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. *J Nurs Manag*. 2006;14(5):414-23.
76. Lancaster J, Pickles D, Dobson K. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. *Nurs Stand*. 2001;15(36):33-6.
77. Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clin J Oncol Nurs*. 2006;10(4):465-71.
78. Turner H, Bryant-Waugh R, Marshall E. The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive behavioural therapy for eating disorders. *Behav Res Ther*. 2015;73:165-9.
79. Corsica J, Hood MM, Katterman S, Kleinman B, Ivan I. Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: A comparative pilot study. *Eat Behav* [Internet]. 2014;15(4):694-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.002>
80. Garfinkel P, Walsh TB. Drug Treatment. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of Treatment for Eat Dis*. The Guilford Press; 1997. p. 372-80.
81. Hsu LKG. *Eating Disorders*. The Guilford Press; 1990.
82. van Strien T, Oosterveld P. The Children's DEBQ for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating in 7- to 12-Year-Old Children. *Int J Eat Disord*. 2008;41:72-81.
83. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
84. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52:69-77.
85. Μιχόπουλος Ι, Καλκαβούρα Χ, Μιχαλοπούλου Π, Φινέτη Κ, Καλέμη Γ, Ψαρρά, et al. Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*. 2007;18(3):5-12.
86. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and CATEGO

- program. Cambridge University Press. 2011.
87. Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD, Husain A, Sipple MA. The clinical anxiety scale: an instrument derived from the Hamilton anxiety scale. *Br J Psychiatry*. 1982;141(5):518–23.
 88. Bird M, Hammersley M, Gomm R, Woods P. Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη. Εγχειρίδιο Μελέτης,(μετάφραση Φράγκου Ε.), Πάτρα: Ανοικτό Ελληνικό Πανεπιστήμιο. 1999.
 89. Yau YHC, Potenza MN. Stress and Eating Behaviors. *Minerva Endocrinol*. 2013;38(3):255–67.
 90. Errisuriz VL, Delfausse L, Villatoro AP, McDaniel MD, Esparza L, Parra-Medina L. Depression and Physical Activity Affect Diet Quality of Foreign-born Latina Women Living on the U.S.-Mexico Border. *Nutrients*. 2019;11(6):1254.
 91. Wansink B. Environmental Factors that Increase the Food Intake and Consumption Volume of Unknowing Consumers. *Annu Rev Nutr*. 2004;24(1):455–79.
 92. Bartkiene E, Steibliene V, Adomaitiene V, Al. E. Factors Affecting Consumer Food Preferences: Food Taste and Depression-Based Evoked Emotional Expressions with the Use of Face Reading Technology. *Biomed Res Int*. 2019;
 93. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Al. E. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nurs*. 2016;15.
 94. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London. 2013.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DEBQ

The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior

Παρακάτω παρουσιάζονται διάφορες καταστάσεις, τις οποίες είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή, συνοδευόμενες από διάφορες συνηθισμένες αντιδράσεις σε αυτές τις καταστάσεις. Καθώς διαβάζετε τις ερωτήσεις, προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας σε αυτή τη κατάσταση. Μετά δηλώστε ποιά από τις εναλλακτικές επιλογές σας εκφράζει περισσότερο. Παρακαλούμε αξιολογήστε όλες τις απαντήσεις ώστε να επιλέξετε την περισσότερο αντιπροσωπευτική για εσάς κυκλώνοντάς τη.

1. Αν έχετε πάρει βάρος, τρώτε λιγότερο από ό, τι συνήθως;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

2. Προσπαθείτε να καταναλώνετε λιγότερη τροφή κατά τα γεύματα σας από όσο θα θέλατε;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

3. Πόσο συχνά αρνείστε φαγητό ή ποτό που σας προσφέρονται επειδή ανησυχείτε για το βάρος σας;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

4. Παρακολουθείτε επακριβώς οτιδήποτε καταναλώνετε;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

5. Τρώτε συνειδητά τρόφιμα που είναι κατάλληλα για αδυνάτισμα;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

6. Όταν έχετε φάει πάρα πολύ μια μέρα, τρώτε λιγότερο απ' ό,τι συνήθως τις επόμενες ημέρες;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

7. Μήπως σκόπιμα τρώτε λιγότερο, ώστε να μην παχύνετε;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

8. Πόσο συχνά κάνετε προσπάθεια να μην τρώτε μεταξύ των γευμάτων επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

9. Πόσο συχνά δεν τρώτε το βράδυ επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

10. Έχετε λάβει υπόψη το βάρος σας αναλόγως με το τι τρώτε;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

11. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε εκνευρισμένος/η;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

12. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν δεν έχετε τίποτε να κάνετε?

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

13. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν νιώθετε κατάθλιψη ή είστε αποθαρρυνμένος/η?

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

14. Έχετε την επιθυμία να καταναλώστε τροφή όταν αισθάνεστε μοναξιά;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

15. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν κάποιος σας έχει απογοητεύσει;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

16. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν πρέπει να πάρετε μια σημαντική απόφαση;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

17. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε να πλησιάζει να συμβεί κάτι δυσάρεστο;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

18. Μήπως έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε αγχωμένος/η, ανήσυχος/η ή σε ένταση;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

19. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν τα πράγματα είναι εναντίον σας ή όταν έχουν πάει στραβά;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

20. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε φοβισμένος/η ;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

21. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε απογοητευμένος/η;

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

22. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε συναισθηματικά αναστατωμένος; *

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

23. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν βαριέστε ή είστε ανήσυχος/η?
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
24. Αν το φαγητό έχει ωραία γεύση, τρώτε περισσότερο απ' ό τι συνήθως;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
25. Αν το φαγητό μυρίζει και δείχνει ωραίο τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο ;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
26. Όταν δείτε ή μυρίσετε κάτι νόστιμο, έχετε την επιθυμία να το καταναλώσετε;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
27. Όταν έχετε κάτι νόστιμο για να φάτε, τρώτε αμέσως ή μπορείτε να κρατηθείτε?
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
28. Αν περάσετε μπροστά από ένα φούρνο, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
29. Αν περάσετε μπροστά από ένα σνακ μπαρ ή ένα καφέ, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
30. Αν δείτε άλλους να τρώνε, έχετε κι εσείς την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
31. Μπορείτε να αντισταθείτε στα νόστιμα φαγητά;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
32. Τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο, όταν βλέπετε άλλους να τρώνε;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
33. Όταν ετοιμάζετε ένα γεύμα μπαίνετε σε πειρασμό να τσιμπολογήσετε κάτι;
Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ HADS

Οι παρακάτω ερωτήσεις θα μάς βοηθήσουν ακόμη περισσότερο να καταλάβουμε πώς νιώθετε. Για κάθε πρόταση υπάρχει και μία απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στο πώς νιώθετε την τελευταία εβδομάδα.

1. Αισθάνομαι νευρικός και «στα καρφιά».
 - Τις περισσότερες φορές
 - Πολλές φορές
 - Μερικές φορές
 - Ποτέ
2. Εξακολουθούν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν παλιότερα.
 - Ακριβώς το ίδιο
 - Όχι τόσο πολύ
 - Μόνο λίγο
 - Σχεδόν καθόλου
3. Έχω μια αίσθηση φόβου, σαν να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό.
 - Πολύ έντονα και για κάτι πολύ κακό
 - Πολύ έντονα, αλλά για κάτι όχι τόσο κακό
 - Λίγο, αλλά δε με ανησυχεί
 - Καθόλου
4. Μπορώ να γελώ και να βλέπω τα πράγματα από την ευχάριστη πλευρά τους.
 - Όσο μπορούσα πάντοτε
 - Τώρα όχι τόσο πολύ όπως παλιά
 - Πολύ περισσότερο τώρα από ότι παλιότερα
 - Καθόλου
5. Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις ανησυχίας.
 - Πάρα πολύ συχνά
 - Συχνά
 - Καμιά φορά, αλλά όχι πολύ συχνά
 - Σπάνια

6. Αισθάνομαι ευδιάθετος.
- Καθόλου
 - Σπάνια
 - Μερικές φορές
 - Τις περισσότερες φορές
7. Μπορώ να νιώσω άνετα και να χαλαρώσω.
- Οποσδήποτε
 - Συνήθως
 - Όχι συχνά
 - Καθόλου
8. Νιώθω σαν να κινούμαι σε πιο αργούς ρυθμούς.
- Σχεδόν πάντα
 - Πολύ συχνά
 - Μερικές φορές
 - Καθόλου
9. Έχω μια αίσθηση τρόμου, σαν να έχω ένα σφίξιμο στο στομάχι μου.
- Καθόλου
 - Καμιά φορά
 - Αρκετά συχνά
 - Πολύ συχνά
10. Δεν με ενδιαφέρει η εμφάνισή μου.
- Καθόλου
 - Δεν δίνω τόση σημασία όσο πρέπει
 - Ίσως δίνω λιγότερη σημασία απ ότι παλιότερα
 - Δίνω τόση σημασία όση έδινα πάντα
11. Αισθάνομαι ανήσυχος, σαν να πρέπει να κινούμαι συνεχώς.
- Πάρα πολύ, πράγματι
 - Αρκετά

- Όχι τόσο πολύ
- Καθόλου

12. Περιμένω τα πράγματα με ανυπομονησία και ενθουσιασμό.

- Όσο και παλαιότερα
- Οπωσδήποτε λιγότερο απ' ό,τι παλιότερα
- Σχεδόν καθόλου –καμία σχέση με παλιότερα

13. Με πιάνουν ξαφνικά αισθήματα πανικού.

- Πολύ συχνά πράγματι
- Αρκετά συχνά
- Όχι τόσο πολύ
- Πολύ σπάνια

14. Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο ή μια εκπομπή στην τηλεόραση.

- Συχνά
- Μερικές φορές
- Όχι συχνά
- Πολύ σπάνια

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

-ΦΥΛΟ:

- ΑΝΤΡΑΣ
- ΓΥΝΑΙΚΑ

-ΗΛΙΚΙΑ :

-ΒΑΡΟΣ(εάν δε γνωρίζετε, κατά προσέγγιση):

-ΥΨΟΣ:

-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- ΑΓΑΜΟΣ-Η
- ΕΓΓΑΜΟΣ-Η/ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ
- ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ-Η
- ΧΗΡΟΣ-Α

-ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ:

- ΔΙΕΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

-ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

-ΦΟΡΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

- ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ
- ΔΗΜΟΣΙΟΣ

-ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ: