



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, Ε.Κ.Π.Α. ΣΕ  
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ Α.Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**Δ Ι Π Λ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α  
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ ΠΗΝΕΛΟΠΗ**

**Στίγμα & στάσεις απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς από τους  
επαγγελματίες υγείας**

**ΑΘΗΝΑ, 2019**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – Στίγμα Παχυσαρκίας

#### Κεφάλαιο 1

1.1 Καθορισμός Βασικών Εννοιών	8
1.2 Στίγμα της παχυσαρκίας	
1.2.1 Στίγμα της παχυσαρκίας – θεωρία απόδοσης	10
1.2.1 Το στίγμα της παχυσαρκίας ως τρόπος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας	12
1.3 Τα Διεθνή & Ευρωπαϊκά Δεδομένα για το στίγμα βάρους	13
1.3.1 Τα Ελληνικά Δεδομένα για το στίγμα βάρους	15
1.4.1 Το στίγμα της παχυσαρκίας & τα αποτελέσματά του στην φροντίδα υγείας	16
1.4.2 Το στίγμα της παχυσαρκίας στον εργασιακό χώρο	17
1.4.3 Το στίγμα της παχυσαρκίας στην εκπαίδευση	19
1.4.4 Το στίγμα της παχυσαρκίας στις διαπροσωπικές σχέσεις	20
1.4.5 Το στίγμα της παχυσαρκίας στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης	21
1.5 Μέτρηση του στίγματος βάρους	24
1.5.1 Παρεμβάσεις καταπολέμησης του στίγματος βάρους στην υγειονομική περίθαλψη	25

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – Περιγραφή, Στατιστική Ανάλυση &  
Αποτελέσματα Έρευνας**

**Κεφάλαιο 2**

<b>2.1 Σκοπός της εργασίας</b>	<b>27</b>
<b>2.1.1 Ερευνητικά ερωτήματα &amp; Υποθέσεις</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Μέθοδος δειγματοληψίας</b>	<b>29</b>
<b>2.2.1 Εργαλεία Μέτρησης</b>	<b>30</b>
<b>2.2.2 Δεοντολογία</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Στατιστική Ανάλυση</b>	<b>32</b>

**BAOP, ATOP, FAT PHOBIA, NEW  
ATTITUDES SCALE : αξιοπιστία,  
βαθμός, διαφοροποίηση βάση  
δημογραφικών , συσχετίσεις  
μεταβλητών, factor analysis**

<b>2.4. Αποτελέσματα</b>	<b>73</b>
<b>2.4.1 Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>73</b>
<b>2.4.2 Συσχετίσεις μεταξύ ερωτηματολογίων</b>	<b>80</b>
<b>2.4.3 Σύγκριση τιμών των ίδιων ερωτηματολογίων σε άλλες μελέτες</b>	<b>82</b>
<b>2.5 Συζήτηση - Συμπεράσματα</b>	<b>83</b>
<b>2.6 Περιορισμοί Έρευνας</b>	<b>84</b>
<b>2.7 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα</b>	<b>85</b>

**Βιβλιογραφικές Αναφορές** **87**

**Παράρτημα 1: Φόρμα συγκατάθεσης** **92**

**Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο  
Έρευνας** **93**

## **Ευχαριστίες**

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, με στήριξαν άτομα καθένα από τα οποία συνέβαλε με το δικό του μοναδικό τρόπο στην ολοκλήρωση της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ χρωστάω στους γονείς μου, Μαρία και Γιώργο, καθώς και στον θείο μου Γιώργο, για την στήριξη που μου προσέφεραν, την υπομονή και την πίστη που μου έδειξαν μέχρι να ολοκληρωθεί η διπλωματική μου εργασία.

## Περίληψη

**Πλαίσιο :** Οι αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις απέναντι στα παχύσαρκα άτομα κυριαρχούν στην υγειονομική περίθαλψη και σχετίζονται με δυσμενή σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα υγείας. Τις περισσότερες φορές, το στίγμα βάρους προκαλεί χειρότερα αποτελέσματα από την ίδια την παχυσαρκία. Συχνά, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν αναγνωρίζουν τη δική τους στάση έναντι των παχύσαρκων.

**Σκοπός :** Η έρευνα αυτή μελετάει τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς.

**Υλικό & μέθοδος:** Ζητήθηκε από 100 επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν σε 4 ερωτηματολόγια τα οποία έχουν σχεδιαστεί για την μέτρηση των στάσεων και των πεποιθήσεων απέναντι στα παχύσαρκα άτομα.

**Αποτελέσματα:** Φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ελαφρώς προκατειλημμένοι απέναντι τους παχύσαρκους ασθενείς. Επίσης, φαίνεται πως υπάρχει μία ελαφριά φοβία προς τους παχύσαρκους καθώς επίσης οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως προσδίδουν συγκεκριμένους χαρακτηρισμούς προς τους παχύσαρκους όπως ‘κακοφτιαγμένο σώμα’ και ‘αδρανής’.

**Συμπεράσματα:** Μελέτες παρέμβασης για την αξιολόγηση της πρόληψης συμπεριφορών στιγματισμού από τους επαγγελματίες υγείας προς τους παχύσαρκους ασθενείς συνιστάται ιδιαίτερα.

## **Abstract**

**Background :** Negative attitudes & beliefs towards people with obesity are common in healthcare and is associated with adverse physical and psychological health outcomes. Most of the times, weight stigma causes worse results than obesity itself. Health care providers are unaware of the of their own attitudes toward the obese.

**Purpose:** This research examines health care provider's attitudes and beliefs towards obese patients.

**Materials & methods:** 100 health care providers were asked to respond to 4 questionnaires which are designed to measure attitudes & beliefs about obese people.

**Results:** It appears that healthcare professionals are slightly biased towards obese patients. It also seems that there is a slight phobia towards obese as well as health professionals appear to attribute certain characteristics to obese people such as 'malformed body' and 'inactive'.

**Conclusion** Intervention studies to assess the prevention of developing anti-fat attitudes among health care professionals is highly recommended.

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ η παχυσαρκία παγκοσμίως έχει σχεδόν τριπλασιαστεί από το 1975 έως και σήμερα. Το 2016, πάνω από 1,9 δισεκατομμύρια ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω, ήταν υπέρβαροι. Από αυτά τα 650 εκατομμύρια ήταν παχύσαρκοι.(WHO,2018). Η παχυσαρκία αυξάνεται τάχιστα τις τελευταίες δεκαετίες και οι προβλέψεις δείχνουν ότι η τάση αυτή θα συνεχιστεί (OECD, 2017) και θα επηρεάσει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, φυλής, εισοδήματος ή εκπαίδευσης, αν και σε διαφορετικό βαθμό (Sassi, 2010).

Καθώς τα ποσοστά παχυσαρκίας συνεχίζουν να αυξάνονται, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυξήσει τις προσπάθειές τους για να ενθαρρύνουν την απώλεια βάρους σε ασθενείς που θεωρούνται υπέρβαροι, με σκοπό τη μείωση των βλαβών που σχετίζονται με την παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, του εγκεφαλικού επεισοδίου και του διαβήτη (CDC, 2008). Ωστόσο, τα νέα στοιχεία δείχνουν ότι αυτές οι προσπάθειες μπορούν επίσης να προκαλέσουν βλάβη προωθώντας το στίγμα βάρους, το οποίο έχει οριστεί ως οι 'αρνητικές στάσεις και οι πεποιθήσεις απέναντι στους ανθρώπους με υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία, οι οποίες εκδηλώνονται με στερεότυπα ή / και προκαταλήψεις προς τα άτομα αυτά' (Andreyeva, Puhl & Brownell, 2008). Ορισμένα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο αντίκτυπος του στίγματος βάρους είναι πιο επιβλαβής από την ίδια την παχυσαρκία, για αυτό και στη συγκεκριμένη εργασία το επίκεντρο είναι το στίγμα του βάρους το οποίο έχει δυστυχώς ελάχιστα μελετηθεί. Το στίγμα του βάρους συχνά εξαπλώνεται και γίνεται ανεκτό στην κοινωνία λόγω των πεποιθήσεων ότι το στίγμα και η ντροπή θα παρακινήσουν τους ανθρώπους να χάσουν βάρος. Ωστόσο, το στίγμα αντί να κινητοποιήσει για μια θετική αλλαγή, συμβάλλει στην υπερβολική κατανάλωση, την κοινωνική απομόνωση, την αποφυγή χρήσης των υπηρεσιών υγείας, την μειωμένη σωματική δραστηριότητα και το αυξημένο βάρος, που επιδεινώνουν την παχυσαρκία και δημιουργούν πρόσθετους φραγμούς στην αλλαγή της υγιούς συμπεριφοράς (Pont, 2007).

Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου ο παχύσαρκος ασθενής βιώνει το στίγμα το οποίο με τη σειρά του τον ωθεί στην υπερκατανάλωση τροφής και στην διατήρηση ή και αύξηση της παχυσαρκίας του. Η αναδρομική έρευνα των Quick VM, McWilliams R, Byrd-Bredbenner C με νεαρές ενήλικες κατέδειξε ότι όσοι είχαν υποστεί πειράγματα για το βάρος τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι πιο πιθανό να προβαίνουν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής από ότι οι συνομήλικοί τους που δεν είχαν υποστεί πειράγματα, και όσο η ποικιλία των προσβολών με βάση το βάρος αυξάνεται στην παιδική ηλικία τόσο πιο διαταραγμένα μοτίβα κατανάλωσης υιοθετούνται και αυξάνεται το βάρος και στην ενηλικίωση (Quick VM et al, 2013).

Είναι λοιπόν φανερό πως το στίγμα βάρους αποτελεί μείζονα πρόβλημα της δημόσιας υγείας με αναρίθμητες συνέπειες. Με βάση λοιπόν τα τρέχοντα ευρήματα, το στίγμα βάρους δεν είναι ένα ευεργετικό εργαλείο δημόσιας υγείας για τη μείωση της παχυσαρκίας. Αντίθετα, ο στιγματισμός των παχύσαρκων ατόμων απειλεί την υγεία, δημιουργεί ανισότητες υγείας και παρεμβαίνει στις προσπάθειες αποτελεσματικής παρέμβασης στην παχυσαρκία. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν το στίγμα βάρους τόσο ως θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης όσο και ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία (Rebecca M. Puhl., 2010).

## ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παραθέσουμε τους βασικούς ορισμούς των διάφορων εννοιών που σχετίζονται με το στίγμα του βάρους, προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται.

Οι ορισμοί των βασικών αυτών εννοιών είναι:

- 1) Στάση
- 2) Υπερβολικό βάρος & παχυσαρκία
- 3) BMI/ΔΜΣ
- 4) SPSS
- 5) ATOP
- 6) BAOP
- 7) NEW ATTITUDES SCALE
- 8) FAT PHOBIA SCALE

1)Στάση: Θέση ενός ατόμου. Τρόπος ή ενέργειες προς ένα αντικείμενο ή πρόσωπο (New Webster's Dictionary, 1976).

1α) Η στάση απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους: Η συναισθηματική συνιστώσα προς το σχήμα του σώματος των παχύσαρκων ανθρώπων (Allison, 1995).

2) Υπερβολικό βάρος & παχυσαρκία: Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι δύο ετικέτες για ένα εύρος βάρους που είναι μεγαλύτερο από ό, τι θεωρείται γενικά υγιές για ένα δεδομένο ύψος. Οι όροι δείχνουν επίσης το εύρος του βάρους που έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ορισμένων ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας. Συμπεριφορικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν εάν ένα άτομο είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο.

Για τους ενήλικες, το εύρος του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας καθορίζεται χρησιμοποιώντας το βάρος και το ύψος για τον υπολογισμό ενός αριθμού που ονομάζεται δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) (CDC,2018).

3) ΔΜΣ: Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι μία γενική ιατρική ένδειξη για τον υπολογισμό του βαθμού παχυσαρκίας ενός ατόμου με βάση το ύψος και το βάρος αυτού και ισχύει και για ενήλικες άνδρες και για γυναίκες. Το άτομο είναι:

(BMI Κατηγορίες)

- Ελλιποβαρές = <18,5 BMI
- Κανονικό βάρος = 18,5-24,9 BMI
- Υπερβολικό βάρος = 25-29,9 BMI
- Παχύσαρκο = ΔΜΣ 30 ή μεγαλύτερο (Εθνικό Ινστιτούτο πνεύμονα και αίματος, 2009).

4) SPSS: Στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες. Ένα στατιστικό πακέτο από την SPSS, Inc., Chicago ([www.spss.com](http://www.spss.com)) που τρέχει σε προσωπικούς υπολογιστές, και χρησιμοποιείται εκτενώς στην έρευνα μάρκετινγκ. Παρέχει πάνω από 50 στατιστικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης παλινδρόμησης, συσχέτισης και ανάλυσης της διακύμανσης (SPSS, 2009).



- 5) ATOP: Attitudes Toward Obese People questionnaire: Ερωτηματολόγιο για την στάση απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους (Allison, Basile, & Yunker, 1991).
- 6) BAOP: Beliefs About Obese People questionnaire : Ερωτηματολόγιο για τις πεποιθήσεις απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους (Allison, Basile, & Yunker, et al.,1991).
- 7) NEW ATTITUDES SCALE: Νέο εργαλείο έρευνας το οποίο μετρά την νοοτροπία και τις πεποιθήσεις των φοιτητών ως προς τους παχύσαρκους ασθενείς (Ip EH, Marshall S, Vitolins M, et al., 2013).
- 8) FAT PHOBIA SCALE: Η κλίμακα Fat Fobia ανήκει στα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα όργανα για τη μέτρηση της αρνητικής στάσης απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους λόγω των καλών ψυχομετρικών του ιδιοτήτων ( Bacon JG.2001)
- 9) DALY: Disability-Adjusted Life Year, Ένα DALY μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χαμένο έτος της "υγιούς" ζωής. Το άθροισμα αυτών των DALY σε ολόκληρο τον πληθυσμό ή το βάρος της νόσου μπορεί να θεωρηθεί ως μέτρηση του χάσματος μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης της υγείας και μιας ιδανικής κατάστασης υγείας όπου ολόκληρος ο πληθυσμός ζει σε μια προχωρημένη ηλικία, χωρίς ασθένειες και αναπηρίες (WHO).

## Στίγμα της παχυσαρκίας

### Θεωρία της απόδοσης

Οι όροι «μεροληψία βάρους», «στίγμα βάρους» και «στίγμα της παχυσαρκίας» έχουν χρησιμοποιηθεί για να αναφερθούν σε αρνητικές συμπεριφορές και διακρίσεις έναντι ατόμων με βάση το σωματικό τους βάρος. Η μεροληψία του βάρους μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα στο οικολογικό σύστημα, ακολουθώντας το πλαίσιο που αναπτύχθηκε από τους Cook και τους συνεργάτες του (Cook JE,2014) διαιρώντας την σε τρεις συνιστώσες: στην δομική, στην διαπροσωπική και στην ενδοπροσωπική. Η πρώτη συνιστώσα επικεντρώνεται στις κοινωνικές δυνάμεις και θεσμούς, συμπεριλαμβανομένων των απεικονίσεων των ατόμων με παχυσαρκία στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και της διαφοροποιημένης πρόσβασης σε αγαθά, υπηρεσίες και ευκαιρίες με βάση το βάρος τους.

Για παράδειγμα, μελέτες έχουν αναφέρει αρνητικές συνέπειες της μεροληψίας του βάρους στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η προκατάληψη του βάρους ως προς την διαπροσωπική συνιστώσα αναφέρεται σε προκαταλήψεις και διακρίσεις που συμβαίνουν μέσα σε μια δυαδική ή σε μικρές ομάδες αλληλεπίδρασης, ενώ η ενδοπροσωπική (π.χ., εσωτερικοποιημένο στίγμα βάρους) προκατάληψη βάρους αναφέρεται στην αποδοχή των στερεοτύπων για τον εαυτό τους (Jones CP, 2000), (Rensen C,2010). Σύμφωνα με τη θεωρία απόδοσης αιτιών του Haider οι άνθρωποι τείνουν να αποδίδουν ένα συγκεκριμένο αίτιο για μία συγκεκριμένη παρατηρήσιμη συμπεριφορά ώστε να την κατανοήσουν καλύτερα, να προβλέψουν αν θα επαναληφθεί και να την ελέγξουν. Χωρίζοντας τα είδη απόδοσης σε δύο κατηγορίες: εσωτερική (προσωπικότητα, ικανότητες) και εξωτερική απόδοση (εξωτερικές πιέσεις, τύχη, περιβάλλον) παρατηρείται πως οι άνθρωποι έχουν την τάση να αποδίδουν μία συμπεριφορά στα εσωτερικά αίτια και να συνδέουν την πράξη με τον αυτουργό του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υποτιμώνται οι άλλοι παράγοντες και να 'στοχοποιείται' το ίδιο το πρόσωπο. Ο Crandall και οι συνεργάτες του πρότειναν ότι το στίγμα της παχυσαρκίας προκύπτει από μια κοινωνική ιδεολογία που χρησιμοποιεί αρνητικές αποδόσεις για να εξηγηθούν τα αρνητικά αποτελέσματα στην ζωή. Υποστηρίζουν ότι οι παραδοσιακές συντηρητικές αξίες της αυτοδιάθεσης και του ατομικισμού παρέχουν τη βάση για συμπεριφορές στιγματισμού, όπου οι άνθρωποι παίρνουν αυτό που τους αξίζει και είναι υπεύθυνοι για τη ζωή τους. Αυτή η ιδέα δίνει έμφαση στον εσωτερικό έλεγχο και την αυτοπειθαρχία. Η κατάσταση ζωής ενός άλλου προσώπου, συμπεριλαμβανομένου του βάρους του, κατηγορείται για εσωτερικές, ελεγχόμενες αιτίες (R. M. Puhl and K. D. Brownell,2003).

Έτσι, η θεωρία της απόδοσης (attribution theory) υποδηλώνει ότι η ισχυρή πεποίθηση ότι η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα έλλειψης προσωπικού ελέγχου (δηλ. Είναι δυναμικά ελεγχόμενη) οδηγεί στην προκατάληψη (B. Feldman, David & Crandall, Chris, 2007). Οι κοινές κοινωνικές υποθέσεις σχετικά με την παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης ότι τα παχύσαρκα άτομα ευθύνονται για το βάρος τους, συμβάλλουν στο να παραβλέπεται το στίγμα βάρους και της επίδρασής του στη συναισθηματική και σωματική υγεία. Η εξέταση αυτών των παραδοχών υπό το πρίσμα των σημερινών επιστημονικών στοιχείων αποκαλύπτει ότι το στίγμα της παχυσαρκίας δημιουργεί σημαντικά εμπόδια στις προσπάθειες αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και πρέπει να έχει θέση στην ατζέντα της δημόσιας υγείας. Η κοινωνία συχνά θεωρεί τα παχύσαρκα άτομα όχι ως αθώα θύματα, αλλά ως αρχιτέκτονες της δικής τους κακής υγείας, υπεύθυνοι προσωπικά για τα προβλήματα βάρους τους λόγω της τεμπελιάς και της υπερκατανάλωσης τροφής. Αυτές οι κοινές υποθέσεις αποτελούν τη βάση για το στίγμα βάρους, μια προκατάληψη που συχνά περνιέται ως αποδεκτή και αναγκαία.

Πάνω από 2 δεκαετίες πριν οι Weiner και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν πρώτα τη σχέση μεταξύ της προσωπικής ευθύνης και των στιγματιστικών συνθηκών και διαπίστωσαν ότι οι συνθήκες χαμηλής προσωπικής ευθύνης (όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ) βαθμολογήθηκαν υψηλά στην κλίμακα προτίμησης και προκάλεσαν την ευσπλαχνία και τις καλύτερες προθέσεις για βοήθεια από τους άλλους. Ωστόσο, άτομα που βίωναν στίγμα λόγω της παχυσαρκίας/τοξικομανίας βαθμολογήθηκαν χαμηλά στην κλίμακα προτίμησης και προκάλεσαν έντονο θυμό και οίκτο και σημείωσαν χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα πρόθεσης για βοήθεια (Weiner B.,1988).

Τα ευρήματα αυτά έρχονται να συμπληρώσουν τα αποτελέσματα της συστηματικής αξιολόγησης της βιβλιογραφίας σχετικά με τη στάση των διαιτολόγων και διατροφολόγων απέναντι στην παχυσαρκία που έγινε το 2015 και δείχνει πως οι αιτίες της παχυσαρκίας σύμφωνα με τις πεποιθήσεις τους οφείλονται σε εσωτερικούς παράγοντες και όχι στη γενετική ή τη βιολογία. Οι ασθενείς που θεωρήθηκαν περισσότερο θετικοί για παράδειγμα (επειδή κατηγορούν τους εαυτούς τους για την αποτυχημένη συμπεριφορά απώλειας βάρους) τους δόθηκε περισσότερος χρόνος με τον διαιτολόγο τους σε σύγκριση με τους άλλους ασθενείς που θεωρήθηκαν περισσότερο αρνητικοί (Jung, F. U.et al, 2015).

## Το στίγμα της παχυσαρκίας ως τρόπος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, ο επιπολασμός των διακρίσεων λόγω βάρους αυξήθηκε κατά 66% την τελευταία δεκαετία και είναι πλέον συγκρίσιμος με τα ποσοστά επικράτησης φυλετικών διακρίσεων στην Αμερική (Puhl et al,2008). Με βάση τα τρέχοντα ευρήματα, το στίγμα βάρους δεν είναι ένα ευεργετικό εργαλείο δημόσιας υγείας για τη μείωση της παχυσαρκίας. Αντίθετα, ο στιγματισμός των παχύσαρκων ατόμων απειλεί την υγεία, δημιουργεί ανισότητες υγείας και παρεμποδίζει αποτελεσματικές προσπάθειες παρέμβασης στην παχυσαρκία. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν ότι ο στιγματισμός πρέπει να αποτελεί θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά και προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία (Puhl et al,2010). Παρά τις αρκετές δεκαετίες που η βιβλιογραφία καταγράφει το στίγμα του βάρους ως επιτακτικό κοινωνικό πρόβλημα (Puhl et al,2001),αυτή η μορφή στίγματος σπανίως αμφισβητείται και οι επιπτώσεις της στη δημόσια υγεία έχουν αγνοηθεί.

Αντ 'αυτού, οι επικρατούσες κοινωνικές εξουσίες κατηγορούν τους παχύσαρκους για το υπερβολικό βάρος τους, με κοινές αντιλήψεις ότι ο στιγματισμός του βάρους είναι δικαιολογημένος (και ίσως αναγκαίος) επειδή τα παχύσαρκα άτομα είναι προσωπικά υπεύθυνα για το βάρος τους και ότι το στίγμα μπορεί να χρησιμεύσει ως χρήσιμο εργαλείο να παρακινήσει τους παχύσαρκους να υιοθετήσουν πιο υγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής. Το στίγμα της παχυσαρκίας δεν αντιμετωπίστηκε ως αποδεκτός λόγος ανησυχίας που απαιτεί την προσοχή εκείνων που εργάζονται για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και σπάνια συζητείται στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας (MacLean L et al, 2009). Στην πραγματικότητα, το στίγμα βάρους έχει προταθεί από μερικούς ως μια μέθοδος για τον έλεγχο της παχυσαρκίας (Crister G., 2004). Το στίγμα βάρους όχι μόνο θεωρείται ωφέλιμο κίνητρο για την απώλεια βάρους αλλά θεωρείται επίσης ότι η κατάσταση της παχυσαρκίας βρίσκεται υπό προσωπικό έλεγχο ,υπονοώντας ότι η κοινωνική επιρροή του στίγματος του βάρους θα είναι αρκετή για να προκαλέσει αλλαγή. Σε μια μελέτη που εξέταζε τις στάσεις έναντι 66 διαφορετικών ασθενειών και συνθηκών υγείας (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας), ο αποδιδόμενος βαθμός προσωπικής ευθύνης για τη νόσο προέβλεπε κοινωνική απόσταση και απόρριψη από τους συμμετέχοντες. Η άποψη ότι η παχυσαρκία αποτελεί ζήτημα προσωπικής ευθύνης είναι το επικρατέστερο μήνυμα στα μέσα ενημέρωσης. Η κάλυψη ειδήσεων των προσωπικών αιτιών και λύσεων στην παχυσαρκία ξεπερνά σημαντικά τις άλλες κοινωνικές αποδόσεις ευθύνης. Τα μέσα ψυχαγωγίας επικοινωνούν επίσης μηνύματα κατά του λίπους και ενισχύουν τις αντιλήψεις ότι το σωματικό βάρος βρίσκεται μέσα στον προσωπικό έλεγχο (Puhl et al,2010).

Η ιδέα ότι το στίγμα μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο κοινωνικού ελέγχου για την αποθάρρυνση των ανθυγιεινών συμπεριφορών και τη βελτίωση της υγείας των στιγματισμένων ατόμων βασίζεται στη θεωρία ότι τα άτομα θα ενεργήσουν για να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους για να μην αποκλίνουν από τα κοινωνικά πρότυπα και να αποφύγουν τον στιγματισμό (Stuber J,2008) Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία ένδειξη που να τεκμηριώνει αυτή τη σχέση με την παχυσαρκία. Πρώτον, αν το στίγμα βάρους προωθούσε τις πιο υγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής και την απώλεια βάρους, τότε η τεκμηρίωση του αυξημένου στιγματισμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες θα πρέπει να συνοδεύεται από μείωση των ποσοστών παχυσαρκίας και όχι ανησυχητική αύξηση. Σε μια πρόσφατη μελέτη που εξετάζει ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα από περισσότερους από 2.000 Αμερικανούς διαπιστώθηκε ότι καθώς τα ποσοστά παχυσαρκίας συνέχισαν να ανεβαίνουν, οι διακρίσεις λόγω βάρους αυξήθηκαν επίσης κατά 66% τα τελευταία 10 χρόνια, ακόμη και μετά τον έλεγχο για μια σειρά μεταβλητών συμπεριλαμβανομένου του BMI. Όχι μόνο υπάρχουν περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι, άλλα είναι όλο και περισσότεροι οι παχύσαρκοι που αναφέρουν διακρίσεις λόγω του βάρους τους (Puhl et al,2010).

## Διεθνή & Ευρωπαϊκά δεδομένα για το στίγμα βάρους

Με βάση μελέτες που διεξάγονται στον παγκόσμιο βορρά, είναι καλά τεκμηριωμένο ότι όσοι αισθάνονται στιγματισμένοι λόγω του υπερβολικού βάρους / παχυσαρκίας μπορούν να υποφέρουν από υπερβολικές συναισθηματικές δυσχέρειες, να υπόκεινται σε (συχνά νομικές και κοινωνικά αποδεκτές) διακρίσεις και να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά διατροφής και άσκησης. Αυτά οδηγούν σε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της περαιτέρω αύξησης βάρους. Μέχρι σήμερα, το στίγμα που σχετίζεται με το βάρος έχει τεκμηριωθεί ως ένα πρόβλημα ιδιαίτερα για τις υψηλότερες εισοδηματικές, εκβιομηχανισμένες κοινωνίες όπως η Αμερική, η Αυστραλία και η Δυτική Ευρώπη (Brewis et al., 2018).

Σύμφωνα με το CDC, πάνω από το 50% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών είναι παχύσαρκοι. Το ποσοστό των ενηλίκων ηλικίας 20 ετών και άνω με παχυσαρκία είναι 39,8% (2015-2016) ενώ το ποσοστό των υπέρβαρων ενηλίκων ηλικίας 20 ετών, συμπεριλαμβανομένων των παχύσαρκων είναι 71,6% (2015-2016) (CDC, Health, United States, 2017). Παρόλο που ένας από τους εθνικούς στόχους υγείας για το 2010 είναι η μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας σε ενήλικες σε λιγότερο από 15%, τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατάσταση επιδεινώνεται αντί να βελτιώνεται (CDC, 2008). Οι πολίτες των Ηνωμένων Πολιτειών όχι μόνο απέτυχαν να χάσουν βάρος, αλλά βρέθηκε ότι αυξάνεται το μέγεθος τους κάθε χρόνο. Οι παχύσαρκοι διαπιστώνουν ότι οι άνθρωποι δεν τους θέλουν γύρω τους - ούτε στις σχολικές τάξεις, ούτε ως εργαζόμενοι ούτε ακόμα και ως διδάσκοντες (Biskupic, 2007). Το Σύνταγμα των Ηνωμένων Πολιτειών προσπαθεί με θάρρος να προστατεύσει τους Αμερικανούς από τις διακρίσεις και να διασφαλίσει ότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται εξίσου. Ωστόσο, οι παχύσαρκοι πολίτες εξακολουθούν να υφίστανται διακρίσεις σε καθημερινή βάση στο σχολείο, στην εργασία και στο παιχνίδι, με ελάχιστη ή μη νόμιμη προσφυγή.

Για το πρόγραμμα American Healthy People (2010), μεταξύ άλλων προγραμμάτων, η επιτυχής μείωση της παχυσαρκίας απαιτεί αλλαγή στις κοινωνικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις. Ένα από τα πρώτα και πιο χρήσιμα μέρη για κοινωνικές αλλαγές είναι στην υγειονομική περίθαλψη οι εργαζόμενοι και οι εκπαιδευτές τους. Αυτές οι δύο επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες χρησιμεύουν για τη συλλογή πολύτιμων πληροφοριών, καθοδήγηση και υποστήριξη για τους παχύσαρκους, έχουν αποδειχθεί ότι είναι οι δύο βασικές ομάδες διατήρησης της διάκρισης απέναντι στους παχύσαρκους (Puhl & Brownell, 2001). Ωστόσο, πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και οι εκπαιδευτές τους δεν γνωρίζουν τη στάση και τις πεποιθήσεις τους απέναντι στους παχύσαρκους. Δεν αντιλαμβάνονται τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν σε όσους αναζητούν τη βοήθειά τους. Η συνειδητοποίηση των στάσεων και των πεποιθήσεων σχετικά με τους παχύσαρκους ανθρώπους είναι το πρώτο βήμα προς την αλλαγή της αρνητικής συμπεριφοράς προς τους παχύσαρκους ασθενείς και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αλλαγές στις προσωπικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις των συμμετεχόντων.

## Διεθνή & Ευρωπαϊκά δεδομένα για το στίγμα βάρους

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2012) ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ευρώπη αυξάνεται σε πολλές χώρες και ακόμη ταχύτερα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές πληθυσμιακές ομάδες. Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί βασικό στρατηγικό στόχο για την υγεία το 2020 στο ευρωπαϊκό πλαίσιο πολιτικής για την υγεία και την ευημερία που εγκρίθηκαν από τα 53 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας αφού τα στατιστικά είναι ανησυχητικά: Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία ευθύνονται για το 9-12% των θανάτων στα παλαιότερα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και για το 16-20% των θανάτων στα 12 κράτη μέλη που προσχώρησαν στην ΕΕ το 2004 και το 2007. Ομοίως, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι υπεύθυνο για το 10% της συνολικής επιβάρυνσης της νόσου (απολεσθέντα έτη ζωής ανάλογα με αναπηρία (DALY) στις χώρες της Δυτικής και της Κεντρικής Ευρώπης. Ευρωπαϊκές χώρες με υψηλότερη εισοδηματική ανισότητα έχουν υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας, ειδικά στα παιδιά. Υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ειδικά για τις γυναίκες. Εξάλλου, η παχυσαρκία στις γυναίκες, ιδίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συμβάλλει στον κίνδυνο για την υγεία των παιδιών τους και αυτό ενισχύει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας από γενιά σε γενιά (WHO,2014). Η παχυσαρκία μπορεί να έχει αρνητικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, εκτός από τα φτωχότερα αποτελέσματα υγείας. Οι ανισότητες στην επικράτηση της παχυσαρκίας σημαίνει ότι αυτές οι συνέπειες θα επηρεάσουν δυσανάλογα τις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτές οι συνέπειες μπορεί να περιλαμβάνουν την επιδείνωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Υπάρχει συνδυασμός των διαφορετικών μορφών αποκλεισμού και διακρίσεων (π.χ. ρατσισμός, διακρίσεις λόγω φύλου και στιγματισμός) για τα άτομα με παχυσαρκία. Τα παχύσαρκα παιδιά είναι περισσότερο πιθανόν να είναι θύματα εκφοβισμού στο σχολείο. Οι παχύσαρκες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να ανελιχθούν κοινωνικά και πιο πιθανό να είναι άνεργες. Έχουν αναφερθεί δυσμενείς διακρίσεις λόγω βάρους τόσο στο πλαίσιο της εργασίας όσο και στο γάμο, με τις οικονομικές ανισότητες να αυξάνονται ακόμη περισσότερο. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι άνθρωποι των εθνοτικών μειονοτήτων βιώνουν τον στιγματισμό που σχετίζεται με την παχυσαρκία. Έτσι, το στίγμα της παχυσαρκίας συμβάλλει στη μείωση των κοινωνικών και οικονομικών συμμετοχών και έτσι τα παχύσαρκα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να είναι σε θέση να συμβάλλουν στη βελτίωση της οικονομίας, ιδίως σε περιόδους λιτότητας (WHO,2014).

Το πως ο στιγματισμός λόγω βάρους δημιουργεί ανισότητες φαίνεται και στο χαρακτηριστικό παράδειγμα της Γαλλίας όπου οι παχύσαρκοι που επιθυμούσαν να βάλουν υποθήκη το σπίτι τους ή να πάρουν δάνειο έπρεπε συχνά να πληρώνουν περισσότερα ασφάλιστρα επειδή διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής υγείας. Η ανισότητα αυτή που δείχνει πως οι Γάλλοι βλέπουν τους παχύσαρκους, άλλαξε πολύ πρόσφατα, μόλις το 2006, με μια συμφωνία που παρέχει νέες εγγυήσεις (όσον αφορά την πληροφόρηση, εμπιστευτικότητα, χρηματοδότηση πρόσθετων ασφαλιστρών, κάλυψη του κινδύνου αναπηρίας κ.ο.κ.), καθιστώντας ευκολότερο για τους παχύσαρκους ανθρώπους να λαμβάνουν ασφάλεια και πίστωση (WHO,2014)

Μία άλλη μελέτη, στο Ηνωμένο Βασίλειο αποκαλύπτει πως οι σπουδαστές που εκπαιδεύονται για να γίνουν νοσηλευτές, γιατροί, διατροφολόγοι και διαιτολόγοι είχαν κατά μέσο όρο αρνητικές στάσεις απέναντι στους παχύσαρκους. Αυτές οι αρνητικές συμπεριφορές μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για τους παχύσαρκους ασθενείς όταν θα δουλεύουν πλέον ως επαγγελματίες. (Swift et al., 2012).

## Τα ελληνικά δεδομένα για το στίγμα βάρους

Οι διακρατικές συγκρίσιμες εκτιμήσεις από το 2008 δείχνουν ότι το 53,7% του ενήλικου πληθυσμού ( $\geq 20$  ετών) στην Ελλάδα ήταν υπέρβαρο και το 20,1% ήταν παχύσαρκοι. Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους ήταν υψηλότερος στους άνδρες (59,7%) από ότι στις γυναίκες (47,9%). Το ποσοστό ανδρών και γυναικών που ήταν παχύσαρκοι ήταν 20,4% και 19,9% αντίστοιχα. Οι προβλέψεις για την επικράτηση της παχυσαρκίας (2010-2030) προβλέπουν ότι το 2020 το 32% των ανδρών και το 30% των γυναικών θα είναι παχύσαρκοι. Μέχρι το 2030, το μοντέλο προβλέπει ότι το 44% των ανδρών και το 40% των γυναικών θα είναι παχύσαρκοι (WHO,2013). Ως προς την παιδική παχυσαρκία, η οποία στην συγκεκριμένη μελέτη μας αφορά μιας και ο στιγματισμός ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια ζωής (τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά είναι ευάλωτα στο στίγμα του βάρους από άλλες πηγές, εκτός από εκείνη των συνομηλίκων. Οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς, ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας (Neumark et al.,2002) έχει αναφερθεί ότι στιγματίζουν τα παχύσαρκα παιδιά), υπάρχει έλλειψη εθνικών δεδομένων σχετικά με την επιδημιολογία της παιδικής παχυσαρκίας. Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία είναι σπάνια και περιορίζονται κυρίως σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Μια πρόσφατη επισκόπηση της επιδημιολογίας και των προδιαθεσικών παραγόντων της παχυσαρκίας στην Ελλάδα έδειξε μια τάση αύξησης του βάρους στα παιδιά κατά τα τελευταία 30 χρόνια (Roditis et al.,2009). Αυτό είναι ανησυχητικό αφού η παιδική παχυσαρκία είναι ο κυρίαρχος προγνωστικός παράγοντας της παχυσαρκίας και της σχετικής νοσηρότητας κατά την ενηλικίωση (Field et al.,2005). Οι ελάχιστες μελέτες στην Ελλάδα έχουν αποκαλύψει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων μεταξύ των Ελλήνων παιδιών (Tokmakidis et al., 2006). Στην πραγματικότητα, η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη (Lissau et al., 2004).

Μία μόνο μελέτη έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα για το στίγμα της παχυσαρκίας στα παιδιά από την Maria Koroni και τους συνεργάτες της σε δείγμα από συνολικά 1861 Έλληνες μαθητές που συλλέχθηκαν από 45 σχολεία της Κεντρικής Ελλάδας και αντιπροσωπεύουν μια μεικτή κοινωνικοοικονομική τάξη. Βρέθηκε ότι τα παιδιά κατέταξαν το σχήμα των «παχύσαρκων παιδιών» στις τελευταίες προτιμήσεις τους, δείχνοντας ότι τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά στιγματίζουν ιδιαίτερα όσο και τα λεπτότερα παιδιά. Τα ευρήματά αποκάλυψαν ότι οι μαθητές δημοτικού στην Ελλάδα είναι έντονα προκατειλημμένοι έναντι των παχύσαρκων συμμαθητών τους και ότι σημαντικές διακρίσεις λόγω βάρους εμφανίζονται σαφώς μεταξύ νεαρών Ελλήνων μαθητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτως σωματικού βάρους, τείνουν να έχουν αρνητική στάση απέναντι στα παχύσαρκα παιδιά. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει στίγμα βάρους μεταξύ των παχύσαρκων καθώς και μεταξύ των φυσιολογικών και των λιπόβαρων παιδιών. Το παρόν εύρημα παρουσιάζει παράλληλες αναφορές προηγούμενων μελετών, οι οποίες αποκάλυψαν ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, σε μια σειρά ηλικιών, είναι εξίσου πιθανό να υποστηρίξουν αρνητικές στάσεις απέναντι στην παχυσαρκία όπως τα άτομα με φυσιολογικό βάρος (Koroni et al.,2009). Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι το στίγμα βάρους είναι σύμφυτο στα παιδιά από την ηλικία των 10-11 ετών.

Ομοίως, μια σειρά ερευνητικών μελετών αναφέρουν ότι ο στιγματισμός βάρους ξεκινά από μικρή ηλικία και ότι τα στιγματισμένα άτομα είναι ευάλωτα σε σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Puhl & Brownell, 2003).

## **Το στίγμα της παχυσαρκίας & τα αποτελέσματά του στην φροντίδα υγείας**

Το στίγμα του βάρους, τα στερεότυπα και η υποτίμηση με βάση το υπερβολικό σωματικό βάρος είναι ένα επικρατέστερο και ολέθριο πρόβλημα (Puhl et al., 2015). Ο Himmelstein (2018), ύστερη από μια μεγάλη και διαφοροποιημένη ανασκόπηση βιβλιογραφίας, συνδέει το στίγμα του βάρους με μια σειρά από άσχημες συνθήκες υγιεινής, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας, αύξηση βάρους, αποφυγή της σωματικής δραστηριότητας, καρδιακές παθήσεις και στρες.

Για παράδειγμα, οι ενήλικες που αντιμετωπίζουν σοβαρό στίγμα παρουσιάζουν χειρότερη υποκειμενική υγεία που χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου, αυξημένο βάρος με την πάροδο του χρόνου (Jackson et al., 2014) και αυξημένη δυσκολία στη διατήρηση του χαμένου βάρους σε σύγκριση με τους ενήλικες που δεν παρουσιάζουν στίγμα βάρους (Puhl et al 2017), ακόμα και μετά τη μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Το στίγμα της παχυσαρκίας μπορεί να επιδεινώσει την αύξηση του σωματικού βάρους επειδή σχετίζεται αιτιωδώς με υπερφαγία και αυξημένη θερμιδική κατανάλωση. Σχετίζεται επίσης με την αντιδραστικότητα της κορτιζόλης (Himmelstein et al., 2015), η οποία συνδέεται με την κοιλιακή λιπαρότητα (Incollingo Rodriguez et al., 2015). Περαιτέρω, το στίγμα βάρους συνδέεται με μειωμένη διατροφική αυτο-αποτελεσματικότητα μεταξύ των υπέρβαρων γυναικών και την υπερκατανάλωση. Το στίγμα του βάρους συνδέεται σταθερά με τους φτωχούς δείκτες ψυχολογικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η διατροφική ψυχοπαθολογία και η δυσαρέσκεια του σώματος ανεξάρτητα από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλες μορφές στίγματος. Μία από τις πρώτες μελέτες που εξετάζουν την αντιμετώπιση του στίγματος βάρους διαπίστωσε ότι το 79% των ατόμων ανέφερε ότι αντιμετωπίζουν καταστάσεις στιγματισμού με κατανάλωση περισσότερων τροφών (Puhl & Brownell, 2006). Σε αμφότερα τα κλινικά και μη κλινικά δείγματα, οι ενήλικες που βιώνουν στιγματισμό τρώνε λαίμαργα συχνότερα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για δυσπροσαρμοστικές διατροφικές συνήθειες και συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με κάποια διατροφική διαταραχή.

Σε μια μελέτη με περισσότερες από 2400 υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες που ανήκαν σε οργανισμό υποστήριξης απώλειας βάρους, το 79% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε το στίγμα βάρους σε πολλές κοινωνικές περιπτώσεις καταναλώνοντας περισσότερα τρόφιμα και το 75% ανέφερε ότι διαχειριζόταν το στίγμα έχοντας άρνηση για διατροφή. Παρόμοια έρευνα κατέδειξε ότι οι υπέρβαρες και οι παχύσαρκες γυναίκες που εσωτερικεύαν το στίγμα ανέφεραν πιο συχνή λαιμαργία και άρνηση διατροφής σε σύγκριση με τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους ενήλικες που δεν εσωτερικοποιούσαν το στιγματισμό. Η έρευνα δείχνει επίσης ότι οι ενήλικες που παρουσιάζουν στίγμα βάρους είναι πιο πιθανό να αποφύγουν την άσκηση, ακόμα και μετά από έλεγχο για BMI.



## **Το στίγμα της παχυσαρκίας στον εργασιακό χώρο**

Το στίγμα του βάρους, τα στερεότυπα και η υποτίμηση με βάση το υπερβολικό σωματικό βάρος είναι ένα επικρατέστερο και ολέθριο πρόβλημα (Puhl et al., 2015)). Παρά τις δεκαετίες έρευνας που τεκμηριώνουν την ύπαρξη του στίγματος και των διακρίσεων κατά των ατόμων με παχυσαρκία, το στίγμα βάρους σπάνια λαμβάνεται υπόψη στις προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας. Τα τελευταία χρόνια έχει τεκμηριωθεί πως το στίγμα του βάρους είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στα αρνητικά αποτελέσματα της υγείας και στις συμπεριφορές που μπορούν να προωθήσουν και να επιδεινώσουν την παχυσαρκία. Η προκατάληψη λόγω βάρους που γεννιέται από τα στερεότυπα μεταφράζεται σε ανισότητες στον χώρο εργασίας, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα καθώς και στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

Τα πιο συνήθη στερεότυπα είναι ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα είναι τεμπέληδες, είναι λιγότερο ικανά, δεν έχουν αυτοέλεγχο και αυτοσυγκράτηση, καθώς επίσης και ότι δεν έχουν κίνητρο για αλλαγή (Puhl et al., 2003). Αυτά τα στερεότυπα είναι διαδεδομένα και σπανίως αμφισβητούνται στη δυτική κοινωνία, αφήνοντας τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα εύλωτα στην κοινωνική αδικία, την άδικη μεταχείριση και την εξασθενημένη ποιότητα ζωής, ως αποτέλεσμα του στιγματισμού. Πολύ συχνά ο στιγματισμός συναντάται στον χώρο εργασίας. Στην ανασκόπηση του 2001, οι Puhl και Brownell και κατέδειξαν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν στερεότυπες συμπεριφορές από τους εργοδότες και μειονεκτήματα όσον αφορά την πρόσληψη, τους μισθούς, τις προαγωγές και τον τερματισμό της απασχόλησης λόγω του βάρους τους (Puhl et al., 2001). Σε μία μελέτη με υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες (N = 2.249), το 25% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αντιμετωπίζουν διακρίσεις στην εργασία τους λόγω του βάρους τους. Επιπλέον, το 54% δήλωσε στίγμα βάρους από συναδέλφους και το 43% ανέφερε ότι έζησε το στίγμα του βάρους από τους εργοδότες ή τους επιβλέποντες (Puhl et al., 2006). Μια άλλη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες (N = 2.290) διαπίστωσε ότι μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν διακρίσεις λόγω βάρους στην απασχόληση σχεδόν το 60% είχαν βιώσει αυτή την κακομεταχείριση κατά μέσο όρο τέσσερις φορές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η κακομεταχείριση μεταφράζεται σε μη πρόσληψη, μη λήψη προαγωγής και αθέμιτη απόλυση χωρίς δικαιολογία (Puhl et al., 2008). Μέχρι σήμερα, οι περισσότερες μελέτες αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων ότι το βάρος ήταν ο αποφασιστικός παράγοντας για τον τερματισμό της απασχόλησης. Μια άλλη μελέτη που αναλύει τα στοιχεία της Εθνικής Ανασκόπησης για την ανάπτυξη της μέσης ζωής στις Ηνωμένες Πολιτείες (N = 3.437) διαπίστωσε ότι το 26% των παχύσαρκων ατόμων και το 31% των πολύ παχύσαρκων ατόμων ανέφεραν διακρίσεις στο χώρο εργασίας, οι οποίες αποδόθηκαν στο βάρος και την εμφάνισή τους. Επιπλέον, τα πολύ παχύσαρκα άτομα που εργάζονται σε επαγγελματικές θέσεις εργασίας είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους μη παχύσαρκους επαγγελματίες να αναφέρουν δυσμενείς διακρίσεις στην απασχόληση (Carr D et al., 2005). Φαίνεται επίσης πως το στίγμα επηρεάζει ακόμα αρνητικά τους μισθούς.

Σε μία μελέτη (N = 12.686), αποδείχθηκε μισθολογική ανισότητα για τους παχύσαρκους εργαζομένους, ακόμη και μετά τον έλεγχο για τις κοινωνικοοικονομικές και οικογενειακές μεταβλητές και τους περιορισμούς υγείας. Για τους παχύσαρκους άνδρες, η μισθολογική ανισότητα ανάμεσα σε παχύσαρκους και μη κυμάνθηκε από 0,7 έως 3,4%. Για τις παχύσαρκες γυναίκες, η μισθολογική ανισότητα ήταν μεγαλύτερη και κυμαινόταν από 2,3 έως 6,1% (Baum CL et al., 2004). Σε μια μελέτη που εξέταζε ενήλικες που ζούσαν σε χώρες που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (N = 17.767 γυναίκες και 34.679 άντρες), παρατηρήθηκε αύξηση κατά 10% του μέσου ΔΜΣ με μείωση του ωριαίου μισθού των ανδρών κατά 1,9% και των γυναικών κατά 3,3%. Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπου οι πολίτες φέρονται να ενδιαφέρονται περισσότερο

για την αύξηση βάρους, το αποτέλεσμα ήταν πολύ μεγαλύτερο (Brunello G et al., 2007). Η προκατάληψη βάρους μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εξήγηση των μελετών που καταδεικνύουν χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης για τα παχύσαρκα άτομα. Για παράδειγμα, ο Klarenbach(2006) και οι συνεργάτες του ανέλυσαν δεδομένα από την Καναδική Κοινοτική Έρευνα για την Υγεία, μια δημοτική έρευνα πληθυσμού πάνω από 73.500 ατόμων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η παχυσαρκία συνδέεται με τη μείωση της συμμετοχής του εργατικού δυναμικού, ανεξάρτητα από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Ένα ακόμη παράδειγμα στιγματοποίησης στον χώρο εργασίας: ορισμένες εταιρείες χρεώνουν τους υπέρβαρους εργαζόμενους μέχρι να πληρούν τα πρότυπα για το βάρος, τη χοληστερόλη και την αρτηριακή πίεση. Η έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι το 17% των ερωτηθέντων εργοδοτών έχουν ή είχαν σχέδια να αρχίσουν να επιβάλλουν και αυτοί τέτοιες κυρώσεις (Hewitt, 2010). Αυτά τα πειραματικά ευρήματα καταδεικνύουν σαφώς ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα βρίσκονται σε μειονεκτική θέση στις αλληλεπιδράσεις στο χώρο εργασίας, στις αξιολογήσεις και στις απολαβές ως αποτέλεσμα των αρνητικών στερεοτύπων με βάση το βάρος. Η έρευνα μέχρι σήμερα υποδηλώνει ότι τα πιο συνηθισμένα στερεότυπα για τους παχύσαρκους εργαζομένους περιλαμβάνουν τις απόψεις ότι είναι λιγότερο ευσυνείδητοι, λιγότερο ευχάριστοι, λιγότερο συναισθηματικά σταθεροί και λιγότερο εξωστρεφείς, σε σχέση με τα μη υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα (Polinko NK et al.,2001).

## Το στίγμα της παχυσαρκίας στην εκπαίδευση

Τα στοιχεία της έρευνας από τον Puhl και τους συνεργάτες του (2001) φαίνεται να αποδεικνύουν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές αντιμετωπίζουν τον στιγματισμό λόγω βάρους σε εκπαιδευτικά περιβάλλοντα από εκπαιδευτικούς, συνομηλίκους ακόμη και από τους ίδιους τους γονείς τους. Τα υπέρβαρα παιδιά είναι ο εύκολος στόχος για αστεία ως προς το βάρος τους και συχνά είναι θύματα εκφοβισμού. Οι μαθητές που είναι παχύσαρκοι υφίστανται διακρίσεις από την πρώτη ημέρα που εισέρχονται στο σχολείο. Η μελέτη του Robinson (2006) διαπίστωσε ότι όσοι ήταν θυματοποιημένοι λόγω του βάρους τους ήταν πιο παθητικοί, ήσυχοι, ευαίσθητοι και υπέφεραν από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτοί οι μαθητές δεν επιλέγονται εύκολα για να εκπροσωπήσουν την τάξη σε δραστηριότητες, δεν επιλέγονται για να είναι σε ομάδες μελέτης ή σε ομάδες φυσικής αγωγής και δεν "ταιριάζουν" με τις δημοφιλείς κλίκες. Ένας αντιληπτός φόβος απαξίωσης επίσης βρέθηκε ότι είναι υψηλότερος στα υπέρβαρα παιδιά, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη δυσαρέσκεια του σώματος και ψυχολογική δυσφορία. Το ίδιο ισχύει και στο πανεπιστήμιο με άλλη μορφή, έχοντας χαμηλότερους βαθμούς και λιγότερες πιθανότητες για να κερδίσουν μια υποτροφία.

Οι παχύσαρκοι φοιτητές βιώνουν απόρριψη από τους συνομηλίκους τους συχνότερα, αποθάρρυνση και μερικές φορές βία "(Puhl et al., 2001). Μια μελέτη του 2006 με περισσότερους από 700.000 Σουηδούς άνδρες διαπίστωσε ότι εκείνοι που ήταν παχύσαρκοι στην ηλικία των 18 ετών είχαν λιγότερες πιθανότητες να περάσουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση από ότι οι συγγενείς τους με κανονικό βάρος, και καμία άλλη διαφορά σε νοημοσύνη και γονική κοινωνικοοικονομική θέση (Karnehed N, et al 2006). Οι παχύσαρκοι φοιτητές, και ιδιαίτερα τα παχύσαρκα κορίτσια, ήταν λιγότερο πιθανό από τους μη παχύσαρκους φοιτητές να γίνουν αποδεκτοί από τα πιο ανταγωνιστικά κολέγια, ακόμη και αν οι βαθμοί των κοριτσιών, οι τυποποιημένες βαθμολογίες δοκιμών και άλλες μεταβλητές ήταν ίδιες, σύμφωνα με τους Kersh και Morone (2002). Τα ευρήματα δείχνουν επίσης μείωση της οικονομικής υποστήριξης και χαμηλότερους βαθμούς για τους παχύσαρκους φοιτητές σε αντίθεση με τους λεπτούς μαθητές (Puhl et al., 2001). Το ερωτηματολόγιο του National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) έδειξε ότι το 20% των ανδρών και το 26% των γυναικών ερωτηθέντων αντιμετώπισαν πειράγματα και αστεία στο κολέγιο λόγω του βάρους τους. Το 14% των ανδρών και το 21% των γυναικών έλαβαν αρνητικά ψευδώνυμα και πάνω από το 8% των ανδρών και το 3% των γυναικών έλαβαν απειλές βίας εξαιτίας του βάρους τους (Report on Size Discrimination, 2008). Η έρευνα συνεχίζει να υποδεικνύει ότι οι παχύσαρκοι φοιτητές αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στο εκπαιδευτικό επίτευγμα καθ'όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους σταδιοδρομίας.

Ωστόσο, ο τομέας αυτός της έρευνας παραμένει δυσνόητος και χρειάζεται πρόσθετη εργασία για να εκτιμηθεί η φύση και η επικράτηση της μεροληψίας βάρους μεταξύ των εκπαιδευτικών και η επίδρασή της στο εκπαιδευτικό επίτευγμα των παχύσαρκων φοιτητών. Είναι επίσης σημαντικό να προσδιοριστεί η σχετική συμβολή της μεροληψίας βάρους σε σύγκριση με άλλους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και εκπαιδευτικής επιτυχίας.

## Το στίγμα της παχυσαρκίας στις διαπροσωπικές σχέσεις

Τα παχύσαρκα άτομα φαίνεται πολύ συχνά πως αντιμετωπίζουν το στίγμα στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτό το θέμα έχει λάβει μικρή προσοχή στο παρελθόν, αλλά πρόσφατες μελέτες εστιάζουν όλο και πιο πολύ στην καταγραφή της μεροληψίας του βάρους από τους ερωτικούς συντρόφους, μέλη της οικογένειας και φίλους, ειδικά προς τις παχύσαρκες γυναίκες. Το στίγμα του σωματικού βάρους μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στις προοπτικές για ραντεβού των παχύσαρκων γυναικών. Οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να θέλουν να βγουν ραντεβού με παχύτερες γυναίκες, και οι παχύτερες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν την ευκαιρία να έρθουν σε σεξουαλική επαφή ή άλλες σεξουαλικές δραστηριότητες (Smith.,2007).

Τα παχύσαρκα άτομα μπορεί επίσης να παρουσιάσουν στίγμα βάρους από τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες (N = 2.449) εξιστορούσαν τις πιο συνηθισμένες διαπροσωπικές πηγές στίγματος βάρους στη ζωή τους (Puhl et al.,2006). Οι συμμετέχοντες έλαβαν μια λίστα με 22 διαφορετικά άτομα και ρωτήθηκαν πόσο συχνά το κάθε άτομο είχε στιγματίσει λόγω του βάρους του. Τα μέλη της οικογένειας ήταν η πιο συχνή πηγή στίγματος βάρους, που αναφέρθηκε από το 72% των συμμετεχόντων. Όταν οι ερωτηθέντες ερωτήθηκαν σχετικά με τις εμπειρίες του στιγματισμού λόγω βάρους από συγκεκριμένα μέλη της οικογένειας, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν στιγματιστεί από τις μητέρες (53%), τους πατέρες (44%), τις αδελφές (37%), τους αδελφούς (36%) και τις κόρες τους (18%).

Επειδή οι επικριτικές στάσεις απέναντι στους υπέρβαρους ανθρώπους είναι τόσο διαδεδομένες, μερικοί εσωτερικοποιούν τα αρνητικά κοινωνικά μηνύματα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τους παχύσαρκους ανθρώπους -ή ακόμα και σε άτομα με μέτριο βάρος που αισθάνονται παχύσαρκοι- να θέσουν περιορισμούς σε σημαντικές πτυχές της ζωής τους, όπως η μετάβαση στο σχολείο, η αλλαγή θέσεων εργασίας, η αγορά μοντέρνων ρούχων, η απόλαυση μιας σεξουαλικής σχέσης. Αυτός ο περιορισμός των δραστηριοτήτων συνδέεται επίσης με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

## Το στίγμα της παχυσαρκίας στην υγειονομική περίθαλψη

Θα θεωρούσε κανείς πως στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης τα στερεότυπα κατά των παχύσαρκων ασθενών θα είναι περιορισμένα έως ανύπαρκτα μιας και οι επαγγελματίες υγείας πρώτον, έρχονται πιο συχνά σε επαφή με παχύσαρκα άτομα από ότι οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας, και δεύτερον έχουν εκπαιδευτεί και καταρτιστεί πάνω στα αίτια της παχυσαρκίας κάτι που θεωρητικά σημαίνει πως θα έχουν καταρρίψει κάθε στερεότυπο και αρνητική στάση. Παραδόξως, μία από τις μεγαλύτερες πηγές στίγματος που σχετίζεται με το βάρος μπορεί να παρατηρηθεί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Mold et al., 2013).

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι ψυχολόγοι έδειξαν γενική προκατάληψη για την παχυσαρκία, υποστηρίζοντας ότι ο λόγος για το υπερβολικό βάρος οφείλεται σε προσωπική κακή συμπεριφορά (Foster et al.,2003). Από την πλευρά των ασθενών, οι γιατροί βρέθηκαν να είναι η συχνότερη πηγή στίγματος για τις γυναίκες και η δεύτερη συχνότερη πηγή στίγματος για τους άνδρες (Puhl et al.,2006). Η μελέτη αυτή αναφέρει επίσης ότι το 37% των ασθενών βίωσε μεροληψία κατά του βάρους τους από διαιτολόγους και διατροφολόγους. Ακόμη και αν αυτό είναι μικρότερο σε σχέση με την προκατάληψη βάρους από τους γιατρούς (69%), επιβεβαιώνει ότι υπάρχει στίγμα βάρους μεταξύ αυτής της ομάδας και δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας εκφράζουν το στίγμα βάρους προς τους ασθενείς με παχυσαρκία και οι ασθενείς με παχυσαρκία συχνά αισθάνονται στιγματισμένοι στις μονάδες περίθαλψης (Phelan et al.,2015). Ορισμένες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι πάνω από τα δύο τρίτα υπέρβαρων ή παχύσαρκων γυναικών αναφέρουν στίγμα από τους γιατρούς (Puhl et al.,2008). Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών, των διαιτολόγων, των ψυχολόγων και των ασκούμενων ιατρών, αυτοανέφεραν διάκριση και προκατάληψη προς τους ασθενείς με παχυσαρκία (Puhl et al.,2009).Ο Reto (2003) εντόπισε ότι οι μεταπτυχιακοί φοιτητές της νοσηλευτικής, οι οποίοι φρόντιζαν παχύσαρκους ασθενείς, αποκρούστηκαν από αυτούς και οι προπτυχιακοί φοιτητές προτιμούσαν να μην αγγίζουν παχύσαρκους ασθενείς. Ένα άλλο αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου του Reto ήταν ότι οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές έδειχναν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς από ότι οι νεότεροι νοσηλευτές . Το φάσμα των αρνητικών πεποιθήσεων και στάσεων απέναντι στην παχυσαρκία και τους παχύσαρκους ασθενείς καταγράφηκε και σε μια μελέτη του Brown και των συνεργατών του (2007) όπου βρέθηκε ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς αξιολογήθηκαν πιο αρνητικά από τους ασθενείς με φυσιολογικό βάρος ενώ βρέθηκαν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι γιατροί ήταν μεροληπτικοί απέναντι στις παχύσαρκες γυναίκες ασθενείς. Σε άλλη μελέτη, το 35% έως 48% των νοσοκόμων δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν άβολα όταν φρόντιζαν παχύσαρκους ασθενείς. Το 31% έως 42% δήλωσε ότι προτιμούν να μην φροντίζουν καθόλου τους παχύσαρκους ασθενείς.

Ακόμη και όταν οι ασθενείς αναφέρουν ικανοποίηση με το ιατρικό προσωπικό, ο εξοπλισμός και οι εγκαταστάσεις είναι συχνά ανεπαρκείς, συμβάλλοντας στις αρνητικές εμπειρίες (Kaminsky et al.,2002). Παρατηρείται λοιπόν πως αυτοί οι επαγγελματίες, των οποίων η εμπειρογνομosύνη θα μπορούσε να βοηθήσει τους παχύσαρκους στις προσπάθειες μείωσης του βάρους τους , συχνά καταλήγει στο να συμβάλλουν στις ανθυγιεινές συμπεριφορές των παχύσαρκων ατόμων και στη μειωμένη ποιότητα ζωής, ωθώντας τους μακριά από την προσπάθεια. Πιο συγκεκριμένα, ο στιγματισμός του βάρους στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει σε εξασθενημένα αποτελέσματα για τους ασθενείς με παχυσαρκία. Ορισμένες μελέτες έχουν συνδέσει έναν υψηλό ΔΜΣ με την αποφυγή υπηρεσιών πρόληψης της υγειονομικής περίθαλψης ή την ακύρωση ραντεβού λόγω ανησυχιών για το βάρος τους (72Jung et al.,2015). Στην έρευνα των Aramburu,

Dgury, και Louis (2002) διαπίστωσαν ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς αποφεύγουν την επίσκεψη στον γιατρό διότι δεν θέλουν να τους ζυγίσει ή διότι γνωρίζουν ότι έχουν πάρει βάρος από την τελευταία φορά που επισκέφτηκαν τον γιατρό και ξέρουν πως ο γιατρός θα τους πει "να χάσουν βάρος". Ειδικά οι γυναίκες φαινόταν να είναι επιρρεπείς σε αυτό το είδος της αποφυγής της θεραπείας λόγω ανησυχιών ότι είναι στιγματισμένες λόγω του βάρους τους. Η καθυστέρηση των απαραίτητων εξετάσεων πρόληψης και θεραπείας μπορεί να συμβάλει στην αρνητική εξέλιξη της υγείας που παρατηρείται σε άτομα με παχυσαρκία (Jung et al.,2015). Υπάρχουν πρόσθετα εμπειρικά στοιχεία ότι η μεροληψία που σχετίζεται με το βάρος μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπεία που επιδιώκεται από την άποψη της μείωσης του βάρους (Ciao et al., 2012). Οι ασθενείς που περιμένουν τον στιγματισμό από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να καθυστερήσουν ή ακόμα και να ακυρώσουν τις προσπάθειες να ζητήσουν βοήθεια για τη μείωση του βάρους. Συνολικά, αυτές οι αρνητικές συνέπειες μπορεί να εξηγήσουν γιατί ο στιγματισμός που σχετίζεται με το βάρος καθιστά ακόμη πιο δύσκολο για τους θιγόμενους να μειώσουν το βάρος και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Οι παχύσαρκοι ασθενείς επίσης δείχνουν ότι αισθάνονται ότι οι γιατροί δεν τους σέβονται, αντιλαμβάνονται ότι δεν θα ληφθούν σοβαρά υπόψη λόγω του βάρους, αναφέρουν ότι οι γιατροί θεωρούν πως το υπερβολικό βάρος των ασθενών ευθύνεται για το σύνολο των ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και είναι απρόθυμοι να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με το βάρος τους με τους παρόχους.

Στην έρευνα της Amy (2006) και των συνεργατών της όπου εξέτασαν 498 υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες (με ασφάλιση υγείας και υψηλή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη) σχετικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στις συνήθεις γυναικολογικές εξετάσεις καρκίνου βρέθηκε ότι για τις γυναίκες με τα υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας, το 68% ανέφερε ότι καθυστέρησαν να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη εξαιτίας του βάρους τους , και το 83% ανέφερε ότι το βάρος τους αποτελούσε εμπόδιο στη λήψη της κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης. Όταν ερωτήθηκαν ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι λόγοι καθυστέρησης της περίθαλψης, οι γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν η χωρίς σεβασμό μεταχείριση και αρνητική συμπεριφορά από τους παρόχους, η αμηχανία τους στο να ζυγιστούν, οι ανεπιθύμητες συμβουλές για να χάσουν βάρος και επίσης ανέφεραν ότι οι ρόμπες, οι πίνακες εξέτασης και γενικά ο ιατρικός εξοπλισμός ήταν πολύ μικρός για το σωματικό τους μέγεθος για να είναι λειτουργικός.

Επιπλέον οι ασθενείς νιώθουν πως οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ενσυναίσθηση. Σε μια έρευνα με παχύσαρκους ασθενείς του Wadden (2000), σχεδόν τα δύο τρίτα απάντησαν ότι «οι περισσότεροι γιατροί δεν καταλαβαίνουν πόσο δύσκολο είναι να είσαι υπέρβαρος». Εάν οι ασθενείς δεν αισθάνονται άνετα στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, δεν φαντάζει περίεργο αν αποφεύγουν τη φροντίδα. Δύο συγχρονικές μελέτες παρατήρησης κατέδειξαν μειωμένη πιθανότητα οι παχύσαρκες γυναίκες να μεταβούν σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας, αφού έγινε έλεγχος για την επίδραση άλλων φραγμών στην υγειονομική φροντίδα. Ο Fontaine (1998) και οι συνεργάτες του εξέτασε περίπου 7000 γυναίκες και διαπίστωσε ότι οι παχύσαρκες γυναίκες είχαν λιγότερες πιθανότητες από ότι οι γυναίκες με κανονικό βάρος να λάβουν προληπτικές υπηρεσίες (δηλ. κλινικές εξετάσεις στήθους, γυναικολογικές εξετάσεις και τεστ Παπανικολάου), αλλά είχαν μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων σε γενικό ιατρό. Σε παρόμοια μελέτη, οι Wee και οι συνεργάτες (2000) εξέτασε τη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και του προληπτικού ελέγχου με το τεστ Παπ και την μαστογραφία και διαπίστωσε ότι οι υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό από τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος να υποβληθούν σε εξέταση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.

Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της έμμεσης προκατάληψης έναντι των παχύσαρκων ατόμων ήταν η νεότερη ηλικία. Αυτό το εύρημα ισχύει όταν ελέγχονται για το φύλο και τον

ΔΜΣ. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει μια επίδραση της κοορτής, καθώς οι κοινωνικές πιέσεις του να είναι κανείς λεπτός έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Εναλλακτικά, η μικρότερη μεροληψία κατά των παχύσαρκων στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να αντανάκλα την ωριμότητα και την εμπειρία ζωής με ανθρώπους όλων των μεγεθών. Όλα αυτά τα ευρήματα (Puhl et al.,2010 ) δείχνουν ότι οι εμπειρίες υγειονομικής περίθαλψης δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των παχύσαρκων ατόμων.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης βρέθηκε ότι περνούν λιγότερο χρόνο με τους παχύσαρκους ασθενείς και υπάρχουν ενδείξεις διακρίσεων όσον αφορά τις επιλογές θεραπείας και την πρόσβαση στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής ιατρικής. Σε μια μελέτη με 400 γιατρούς (Korn,2010), ένας στους τρεις κατέταξε την παχυσαρκία ως μια κατάσταση στην οποία ανταποκρίνονται αρνητικά. Το ταξινόμησαν μόνο πίσω από την τοξικομανία, τον αλκοολισμό και την ψυχική ασθένεια. Συσχετίζουν την παχυσαρκία με τη μη συμμόρφωση, την εχθρότητα, την ανειλικρίνεια και την κακή υγιεινή. Οι μελέτες αυτοαξιολόγησης δείχνουν ότι οι γιατροί συχνά βλέπουν τους παχύσαρκους ασθενείς αρνητικά και διατηρούν τα στερεότυπα όπως ότι είναι τεμπέληδες, χωρίς αυτοέλεγχο, μη συμμορφούμενοι, αδιάφοροι, αδύναμοι, παραπλανητικοί και ανέντιμοι .Οι ψυχολόγοι αποδίδουν περισσότερη παθολογία, πιο αρνητικά και σοβαρά συμπτώματα και χειρότερη πρόγνωση σε παχύσαρκους ασθενείς σε σύγκριση με ασθενείς που παρουσιάζουν πανομοιότυπα ψυχολογικά προφίλ. Ορισμένες μελέτες αποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε κατάλληλες για την ηλικία τους προληπτικές εξετάσεις καρκίνου (Puhl et al.,2010). Τα χαμηλότερα ποσοστά προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης υφίστανται ακόμη και μετά τον έλεγχο για παράγοντες που συνδέονται συνήθως με τη μειωμένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η χαμηλότερη εκπαίδευση, τα χαμηλότερα εισοδήματα, η έλλειψη ασφάλισης υγείας και τα εμπόδια ασθένειας. Για παράδειγμα οι γιατροί είναι πιο απρόθυμοι να προβούν σε προληπτικές εξετάσεις υγείας, όπως πυελικές εξετάσεις, προβολές καρκίνου και μαστογραφίες, για ασθενείς με παχυσαρκία . Οι αρνητικές συμπεριφορές μπορούν επίσης να επηρεάσουν τα μηνύματα γύρω από την παχυσαρκία και την προθυμία των ασθενών να ασχοληθούν με την διαχείριση του βάρους τους. (Mold et al., 2013). Οι ασθενείς, ωστόσο, συχνά δεν επιθυμούν να θέσουν το ζήτημα του σωματικού βάρους (M. Tham et al.,2008) και τα στοιχεία δείχνουν ότι συνήθως δεν γίνεται διάγνωση της παχυσαρκίας από τους επαγγελματίες υγείας (J. Ma et al.,2009) ούτε συζητείται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ένας από τους λόγους για την απροθυμία των επαγγελματιών υγείας είναι η ανησυχία τους σχετικά με τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών (76L.M. Hansson et al,2011). Τέλος , οι ερευνητές ανακάλυψαν 3 τύπους διάκρισης συμπεριφοράς (behavioral discrimination): την βασική αποφυγή (π.χ. συντομότερες συνεδριάσεις), την επαγγελματική αποφυγή (π.χ. λιγότερη προσπάθεια) και την αποφυγή διαπροσωπικών σχέσεων (π.χ. αρνητικός τόνος ή γλώσσα).

## Μέτρηση του στίγματος του βάρους

Οι περισσότερες έρευνες για τον στιγματισμό βασίζονται σε ερωτηματολόγια που απαιτούν από τα άτομα να αναφέρουν προσωπικές πεποιθήσεις ή να αποδίδουν χαρακτηριστικά και ιδιότητες σε παχύσαρκους ανθρώπους. Αυτά μετρώνται γενικά χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, όπως η Στατιστική Καταγραφή Στιγματισμού Stigmatizing Situations Inventory (SSI) και η κλίμακα Weight Bias Internalization Scale (WBIS) ή διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένων ποιοτικών/ποσοτικών συνεντεύξεων και ερευνών. Αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες, αλλά υπόκεινται σε μεροληπτική απάντηση λόγω του ότι οι ερωτώμενοι δίνουν μια "κοινωνικά αποδεκτή απάντηση" (social desirability bias). Ένα μέτρο που έχει σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιήσει τη μεροληψία της απόκρισης είναι το Implicit Associations Test (IAT), ένα χρονομετρημένο μέτρο αυτόματων συσχετίσεων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, το IAT σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις συσχετίσεις που υπάρχουν πέραν της συνειδητής αξιολόγησης. Το IAT είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο που αποσκοπεί στην εκτίμηση των σιωπηρών/έμμεσων στάσεων. Η πειραματική έρευνα έχει διαπιστώσει ότι οι βαθμολογίες IAT μπορούν να προβλέψουν την προκατειλημμένη συμπεριφορά των ομάδων-στόχων. Οι άνθρωποι γενικά βρίσκουν πολύ πιο εύκολο να κατηγοριοποιήσουν τις λέξεις γρήγορα όταν η αντιστοίχιση των κατηγοριών ταιριάζει με τη στάση τους (δηλαδή, τα λουλούδια συνδυάζονται με τα καλά και τα έντομα με τα κακά) από ότι όταν υπάρχει αναντιστοιχία (δηλαδή τα 'λουλούδια' είναι ζευγαρωμένα με 'κακά' ενώ τα 'έντομα' έχει συνδυαστεί με 'καλό'). Όταν η εργασία είναι ευκολότερη, οι άνθρωποι είναι σε θέση να προχωρούν στη λίστα σε 20 δευτερόλεπτα και να κατηγοριοποιούν σωστά περισσότερες λέξεις, με αποτέλεσμα υψηλότερο σκορ. Σε αυτήν την περίπτωση, οι άνθρωποι αναμενόταν να ταξινομήσουν περισσότερες λέξεις όταν οι υπέρβαροι έπρεπε να αντιστοιχηθούν με αρνητικά χαρακτηριστικά (π.χ. αργοί, τεμπέληδες, υποτονικοί) και οι λεπτοί να συνδυαστούν με θετικά χαρακτηριστικά (π.χ. αποφασιστικοί, με κίνητρα, προθυμία).



## Παρεμβάσεις καταπολέμησης του στίγματος του βάρους στην υγειονομική περίθαλψη

Παρά τις σαφείς ενδείξεις συμπεριφορών στιγματισμού και τις πιθανές αρνητικές συνέπειες που συνεπάγεται στις εμπειρίες των ασθενών, υπάρχει έλλειψη αξιολογούμενων παρεμβάσεων κατάρτισης για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Γενικά, δύο τύποι παρέμβασης έχουν αξιολογηθεί, αλλά οι μελέτες έχουν περιοριστεί κυρίως στους μαθητές του σχολείου και του πανεπιστημίου. Οι αξιολογούμενες παρεμβάσεις χρησιμοποιούν εκπαιδευτικά μέσα, όπως ιστορίες ή ταινίες, είτε για να αλλάξουν τις πεποιθήσεις σχετικά με τη δυνατότητα ελέγχου του βάρους είτε για να προκαλέσουν την ενσυναίσθηση για τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία. Η αποτελεσματικότητα των επιμέρους παρεμβάσεων δεν είναι ενθαρρυντική μέχρι στιγμής. Ο Swift και οι συνεργάτες του σε μια μικρή πιλοτική μελέτη ανέφεραν ότι οι εκπαιδευτικές ταινίες ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των ρητών στάσεων κατά του βάρους και των πεποιθήσεων σχετικά με τη δυνατότητα ελέγχου της παχυσαρκίας που μετρήθηκε σε έξι εβδομάδες. Η παρέμβαση απέτυχε να τροποποιήσει τις σιωπηρές αντι-λιπαρές συμπεριφορές. Μια άλλη παρέμβαση με βάση την εκπαίδευση που δίνει πληροφορίες για την αιτιότητα της παχυσαρκίας (ότι δηλαδή η παχυσαρκία οφείλεται σε παράγοντες όπως: περιβάλλον, γενετική, ορμόνες και δεν είναι αποτέλεσμα μη θέλησης του υποκειμένου) έδειξε επίσης μικτά αποτελέσματα (O'Brien, 2010).

Το 2010, οι Danielsdottir και Cíao (2010) δημοσίευσαν μία επισκόπηση των μελετών που σχεδιάστηκαν για την μείωση της προκατάληψης έναντι των παχύσαρκων ατόμων και την αρνητική στάση και συμπεριφορά έναντι αυτών. Η έρευνα τους χρησιμοποίησε τέσσερις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων έρευνας και αναγνώρισε 16 δημοσιευμένα έργα τα οποία διέφεραν στη θεωρητική και μεθοδολογική τους προσέγγιση καθώς και στην επιλογή των αποτελεσμάτων τους. Οι μελέτες επίσης διέφεραν ως προς την επιλογή της παρέμβασης με ορισμένες να στοχεύουν στις γνώσεις και τις πεποιθήσεις σχετικά με τις αιτίες και τον έλεγχο του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας, ενώ άλλες παρεμβάσεις επιχειρούσαν να προκαλέσουν ενσυναίσθηση, αποδοχή και θετική επίδραση προς τους παχύσαρκους και μερικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν μηχανισμούς κοινωνικής επιρροής για την προώθηση αλλαγή στάσης. Γενικά, οι Danielsdottir et al (2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πολλές από τις μελέτες που εντοπίστηκαν ήταν ελαττωματικές στις μεθόδους τους εξαιτίας της απουσίας ενός πειραματικού σχεδιασμού ή / και μιας ομάδας ελέγχου. Επίσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ενώ οι παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για να αλλάξουν τις πεποιθήσεις σχετικά με τα αίτια της παχυσαρκίας, αυτό είχε μικρή ή καθόλου επίδραση στις συμπεριφορές έναντι της παχυσαρκίας. Ομοίως, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ενώ προκαλούν ενσυναίσθηση, αποδοχή και συμπάθεια, αυτό δεν είχε και πάλι κανένα αποτέλεσμα στις επόμενες αντι-λιπαρές συμπεριφορές.

Τέλος, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ενώ αμφισβητούν τους κοινωνικές νόρμες η επιρροή εμφανίστηκε πιο αποτελεσματική από τις άλλες δύο στρατηγικές στη μείωση των αντι-λιπαρών συμπεριφορών αυτό μπορεί να οφείλεται σε κοινωνικά επιθυμητά αποτελέσματα και την απροθυμία να εκφράσουν αυτές τις απόψεις μετά την παρέμβαση και όχι ως αλλαγή των απόψεων. Το θετικό τους συμπέρασμα, ωστόσο, ήταν ένας συνδυασμός παρέμβασης που καταφέρνει την αλλαγή στις πεποιθήσεις για τις αιτίες της παχυσαρκίας μαζί με την υποκίνηση της ενσυναίσθησης και τη σωστή χρήση των κοινωνικών κανόνων.

Από την επανεξέταση αυτή έχουν δημοσιευθεί αρκετά περισσότερα άρθρα που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αλλαγή της μεροληψίας βάρους. Για παράδειγμα, οι Swift et al (2013) χρησιμοποίησαν μια ταινία για την αλλαγή των πεποιθήσεων ως προς την παχυσαρκία τόσο για τις ρητές όσο και τις σιωπηρές αντι-λιπαρές αντιλήψεις μεταξύ των ασκούμενων ιατρών και των διαιτολόγων. Χρησιμοποιήθηκαν δύο ταινίες 17 λεπτών που περιείχαν πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία του στίγματος βάρους και των πολυπαραγοντικών αιτιών της παχυσαρκίας πέρα από την υπερκατανάλωση τροφής και την σωματική δραστηριότητα και μετρήθηκαν τόσο σιωπηρές όσο και ρητές αντιλήψεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε σύγκριση με ένα φιλμ ελέγχου, το φιλμ στίγματος βάρους είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των ρητών στάσεων αλλά όχι των σιωπηρών αντιλήψεων. Ομοίως, οι Roustichi et al (2013) αξιολόγησαν την επίδραση της ίδιας ταινίας στις πεποιθήσεις των φοιτητών ιατρικής και ανέφερε βελτιώσεις στις σαφείς στάσεις και μια στροφή των φοιτητών προς την αποδοχή της σημασίας των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων έναντι του προσωπικού ελέγχου. Οι έμμεσες συμπεριφορές δεν αξιολογήθηκαν.

Κατά συνέπεια, τα δεδομένα δείχνουν πως η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αλλαγή της μεροληψίας βάρους είναι μικτή, η παρέμβαση χρησιμοποιώντας μια σειρά από διαφορετικές στρατηγικές, ίσως όλες που περιλαμβάνονται σε μια ταινία, μπορεί να είναι η πιο αποτελεσματική, αλλά ότι οι σιωπηρές συμπεριφορές είναι πολύ πιο δύσκολο να μεταβληθούν από αυτές που είναι σαφείς.

## Σκοπός της εργασίας

Το στίγμα και οι διακρίσεις σε βάρος παχύσαρκων ατόμων είναι διαδεδομένο πρόβλημα που υπονομεύει τη δημόσια υγεία και συνεπάγεται πολυάριθμες συνέπειες για την ψυχολογική και σωματική υγεία των παχύσαρκων. Μια σειρά ερευνών διαπίστωσε ότι το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντική πηγή στίγματος του βάρους, η οποία υπονομεύει την ευκαιρία των παχύσαρκων ασθενών να λάβουν αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη. Τόσο η αυτοαξιολόγηση όσο και η πειραματική έρευνα καταδεικνύουν αρνητικά στερεότυπα και στάσεις απέναντι σε παχύσαρκους ασθενείς από διάφορους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματίες γυμναστικής, με κυρίαρχες απόψεις ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς είναι τεμπέληδες, στερούνται αυτοπειθαρχίας, είναι ανέντιμοι, ακατανόητοι, ενοχλητικοί και μη συμμορφούμενοι με τη θεραπεία ( Puhl et al., 2009). Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να εξετάσουμε τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας στον ελλαδικό χώρο. Τα τρία βασικά ερωτήματα της έρευνας είναι:

1. Θεωρούν οι επαγγελματίες υγείας ότι η παχυσαρκία είναι κάτω από τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου;
  2. Πόσο προκατειλημμένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους παχύσαρκους;
  3. Επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας θετικές συμπεριφορές έναντι των παχύσαρκων ασθενών;
- Αναλυτικά όλα τα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις περιγράφονται στο επόμενο κεφάλαιο.

## Ερευνητικά ερωτήματα & υποθέσεις

1. Είναι η παχυσαρκία κάτω από τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Η παχυσαρκία δεν είναι κάτω από τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου.
2. Πόσο προκατειλημμένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους παχύσαρκους
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι προκατειλημμένοι απέναντι στους παχύσαρκους.
3. Επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας θετικές συμπεριφορές έναντι των παχύσαρκων ατόμων;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Η συνολική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δεν εξαρτάται από το αν κάποιος είναι παχύσαρκος.
4. Ποια είναι τα κύρια αίτια της παχυσαρκίας σύμφωνα με τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Δεν υπάρχει κάποιο αίτιο παχυσαρκίας που είναι πιο σημαντικό από τα υπόλοιπα που παραθέτει το ΒΑΟΡ.
5. Ποιο δημογραφικοί/κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα αίτια της παχυσαρκίας;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Οι δημογραφικοί/κοινωνικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα αίτια της παχυσαρκίας.
6. Ποιες είναι οι κύριες απόψεις και τα βασικά στερεότυπα που συνοδεύουν τους παχύσαρκους σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Δεν υπάρχει κάποιο βασικό στερεότυπο που συνοδεύει τους παχύσαρκους, από αυτά που παραθέτει το ΑΤΟΡ.
7. Πόσο θετική είναι η συνολική συμπεριφορά των ανθρώπων έναντι των παχύσαρκων ατόμων;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Η συνολική συμπεριφορά των ανθρώπων δεν εξαρτάται από το αν κάποιος είναι παχύσαρκος.
8. Ποια είναι οι κύριοι χαρακτηρισμοί που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν παχύσαρκους ή υπέρβαρους ανθρώπους;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που περιγράφουν παχύσαρκους ή υπέρβαρους.
9. Επηρεάζουν οι δημογραφικοί/κοινωνικοί παράγοντες τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Οι δημογραφικοί/κοινωνικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας προς τους παχύσαρκους.
10. Ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες που συνοψίζουν τα αίτια, τις απόψεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας για τη παχυσαρκία;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Δεν υπάρχουν κύριοι παράγοντες που συνοψίζουν τα αίτια, τις απόψεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας για τη παχυσαρκία.
11. Συνδέονται και αν ναι, πώς οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τα αίτια της παχυσαρκίας με τις συμπεριφορές τους;
  - a. **Μηδενική Υπόθεση:** Οι απόψεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας δεν συνδέονται.

## Μέθοδος δειγματοληψίας

Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 100 επαγγελματίες υγείας (N= 100) διαφορετικών φύλων, ηλικιών και ειδικοτήτων που διαμένουν και εργάζονται σε διαφορετικές πόλεις της Ελλάδας και συμπλήρωσαν εθελοντικά το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο (docs.google.com).

Το ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμο σε ομάδες του facebook που αποτελούνται από επαγγελματίες υγείας (π.χ: ομάδα facebook: [ΑΝΑΓΝΩΣΤΗΡΙΟ Ιατρικής - Γουδί \(Παπουλάκειο Αναγνωστήριο Ιατρικής\)](#)).

Επίσης, δόθηκε και σε συγκεκριμένα άτομα – φίλους οι οποίοι είναι κυρίως νοσηλευτές και ιατροί.

Ζητήθηκε να συμπληρώσουν ηλεκτρονικά το ερωτηματολόγιο ενώ στην αρχική σελίδα δίνονταν οδηγίες και πληροφορίες σχετικά με τον χρόνο που θα διαρκέσει ( 10 λεπτά). Στις πληροφορίες εξηγήσαμε πως δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις παρά μόνο απόψεις.

Σε 3 περιπτώσεις το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε έντυπη μορφή διότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν πρόσβαση στο ίντερνετ και έπειτα οι απαντήσεις ψηφιοποιήθηκαν από εμάς.

## Εργαλεία μέτρησης

Για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής μελέτης επιλέχθηκε ως μέθοδος συλλογής δεδομένων η ποιοτική μέθοδος. Το είδος των ερωτήσεων ήταν Ερωτήσεις γνώμων ή προθέσεων και ο τύπος ερωτήσεων ήταν κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο μας αποτελούνταν από 4 σταθμισμένα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί στο εξωτερικό για να μετρήσουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές απέναντι στους παχύσαρκους, ενώ το τελευταίο μετρά τις στάσεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, και τα οποία επιλέχθηκαν διότι έχουν μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Επειδή τα πρωτότυπα ερωτηματολόγια ήταν στην αγγλική γλώσσα έπρεπε να μεταφραστούν και να προσαρμοστούν στις δικές μας ανάγκες. Δώσαμε το ερωτηματολόγιο σε καθηγήτρια αγγλικών η οποία το μετέφρασε στα ελληνικά.

Πιο συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μας ήταν τα εξής:

**Anti-fat attitudes.** Το Attitudes Toward Obese People Scale (ATOP) είναι μια κλίμακα βαθμολόγησης Likert των 20 ερωτήσεων που μετρά τις στερεότυπες αντιλήψεις για τους παχύσαρκους ανθρώπους. Κάθε ερώτηση ζητά από τους ερωτώμενους να αναφέρουν την έκταση της συμφωνίας ή της διαφωνίας (+3 έως -3) σε μια συγκεκριμένη δήλωση, όπως "Οι παχύσαρκοι εργαζόμενοι δεν μπορούν να είναι τόσο επιτυχημένοι όσο άλλοι εργαζόμενοι". Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 120, όπου τα υψηλότερα αποτελέσματα αντανακλούν τη θετική στάση απέναντι στους παχύσαρκους ανθρώπους.

**Beliefs about the causes of obesity.** Το Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP)) είναι μια κλίμακα βαθμολόγησης Likert των 8 ερωτήσεων, η οποία αξιολογεί τις πεποιθήσεις σχετικά με τις αιτίες της παχυσαρκίας. Κάθε ερώτηση ζητά από τα άτομα να υποδείξουν την έκταση της συμφωνίας ή της διαφωνίας (+3 έως -3) σε μια συγκεκριμένη δήλωση σχετικά με τις αιτίες της παχυσαρκίας, όπως η "Η παχυσαρκία προκαλείται πραγματικά από την έλλειψη βούλησης". Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 48, όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν τις πεποιθήσεις ότι η παχυσαρκία δεν είναι ελεγχόμενη.

**Fat Phobia.** Η κλίμακα F (Σύντομη έκδοση της κλίμακας Fat Fobia) με 14 ερωτήσεις μετρά το βαθμό στον οποίο τα άτομα συσχετίζουν τα στερεοτυπικά χαρακτηριστικά με το βάρος (οι αποκρίσεις κυμαίνονται από 0-5 όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές της αντίληψης ότι τα χαρακτηριστικά συνδέονται με την ύπαρξη λίπους).

**Anti-fat Attitudes of medical personnel.** Η New Attitudes Scale είναι μια κλίμακα βαθμολόγησης Likert με 31 ερωτήσεις η οποία μετρά τη στάση του ιατρικού προσωπικού απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς. Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 5 σημείων για κάθε ένα στοιχείο: -2 (διαφωνώ έντονα), -1, 0, 1 ή 2 (συμφωνώ έντονα). Τα αντικείμενα ταξινομήθηκαν από 201 κριτές εμπειρογνομόνων χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Thurstone που κυμαίνεται από 1 (δυσμενή) έως 11 (ευνοϊκή), με αποτέλεσμα το βάρος των στοιχείων (μέσος βαθμός των δικαστών μείον 6). Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές δηλώσεις στάσης που θεωρούνται ουδέτερες, όπως «οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ άσκησης και καρκίνου», έλαβαν ένα ακατέργαστο διάμεσο σκορ 6. Έτσι, τα ουδέτερα στοιχεία έλαβαν βάρος 0 και στη συνέχεια δεν επηρέασαν τη βαθμολόγηση στη νέα κλίμακα κλίσεων. Άλλα στοιχεία έλαβαν αποφασιστικά θετικές ή αρνητικές αξιολογήσεις. Για παράδειγμα, "νιώθω λίγο αηδιασμένος όταν θεραπεύω έναν ασθενή που είναι παχύσαρκος" έλαβε μια μέση ακατέργαστη βαθμολογία 1 (βάρος -5). Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από -118 έως +118, όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν θετικές στάσεις όσον αφορά τη φροντίδα παχύσαρκων ασθενών.

## Δεοντολογία

Κατά τη διεξαγωγή όλων των σταδίων της παρούσας ερευνητικής μελέτης τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας σύμφωνα με τον APA (2010).

Αρχικά, πριν ξεκινήσει το ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την φόρμα συγκατάθεσης στην οποία καλούσαμε τους επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν εθελοντικά στο ερωτηματολόγιο. Εξηγήσαμε πως δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, παρά μόνο απόψεις. Ενημερώσαμε επίσης πως το ερωτηματολόγιο μας εξασφαλίζει την ανωνυμία τους. Στη συνέχεια ενημερώσαμε τον σκοπό της διεξαγωγής αυτής της μελέτης και ευχαριστήσαμε για τον χρόνο τους και την πολύτιμη βοήθειά τους.

## Στατιστική Ανάλυση

Η εσωτερική συνέπεια μεταξύ των παρατηρήσεων αξιολογήθηκε με βάση το Cronbach's alpha. Ο έλεγχος κανονικότητας στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t (Student's t-test), ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (one-way ANOVA). Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε Kruskal Wallis Test στην περίπτωση μεταβλητών με μικρούς πληθυσμούς ( $N < 25$ ).

Για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, και για τις συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman Rho.

Οι κεντρικές συνιστώσες των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με χρήση ανάλυσης παραγόντων (factor analysis), χρησιμοποιώντας την τεχνική της Ανάλυσης Κύριων Συνιστωσών (Principal Component Analysis) και της περιστροφής Varimax.

Σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με  $p < 0.05$ .

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows.

## Στατιστική ανάλυση - αποτελέσματα

### 1 ΒΑΟΡ

#### 1.1 Αξιοπιστία

Στην ανάλυση εσωτερικής συνέπειας που πραγματοποιήθηκε στις τιμές των 8 μεταβλητών του ερωτηματολογίου ΒΑΟΡ, η τιμή του Cronbach's alpha υπολογίστηκε στο 0.817, γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία.

Στη βιβλιογραφία για το ερωτηματολόγιο ΒΑΟΡ συναντούμε τιμές του συντελεστή alpha που κυμαίνονται μεταξύ 0.65 και 0.82. (30, 32: 10.325@)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.817	8

Όλες οι μεταβλητές, πλην μίας, συνέβαλαν θετικά στη συνέπεια, με εξαίρεση την 7<sup>η</sup>, «Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.», της οποίας η αφαίρεση από το ερωτηματολόγιο θα αύξανε την τιμή του alpha σε  $\alpha = 0.837$ .

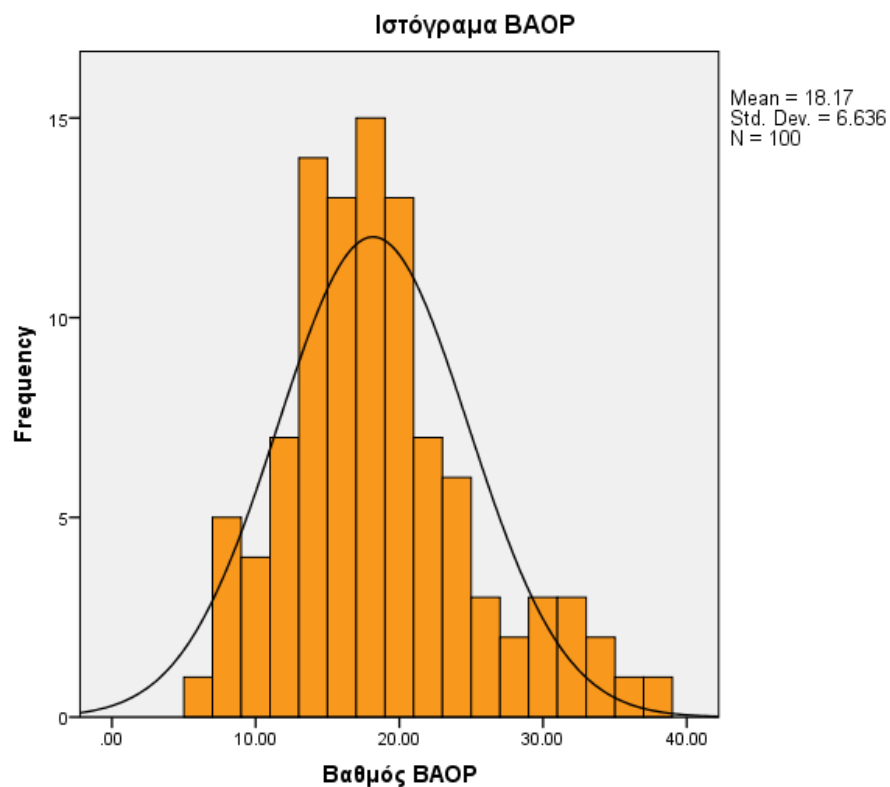
#### Στατιστικά Αντικειμένου - Συνόλου

	Μέση τιμή κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Μέση διακύμανση κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Συσχέτιση αντικειμένου - συνόλου	Συντελεστής πολλαπλής συσχέτισης R2	Cronbach Alpha εάν αφαιρεθεί
Η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής.	30.01	35.727	.512	.322	.800
Σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής.	29.46	38.817	.402	.277	.813
Η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής.	29.24	34.891	.700	.574	.777
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά.	29.72	35.557	.548	.448	.794



Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.	29.76	33.841	.604	.526	.786
Η πλειοψηφία των παχύσαρκων ανθρώπων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους.	29.16	32.823	.791	.678	.761
Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.	30.68	38.684	.258	.130	.837
Οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι	29.62	32.723	.562	.335	.794

## 1.2 Βαθμός ΒΑΟΡ



	Διαφωνώ	Συμφωνώ
Η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής.	25	75
Σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής.	13	87
Η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής.	15	85
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά.	23	77
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.	28	72
Η πλειοψηφία των παχύσαρκων ανθρώπων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους.	12	88
Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.	55	45
Οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι	25	75

### 1.3 Διαφοροποίηση βάση Δημογραφικών

Προκειμένου να εξετάσουμε εάν τα δημογραφικά στοιχεία διαφοροποιούν το Βαθμό ΒΑΟΡ, διενεργούμε Independent Samples t-test για τα δημογραφικά με δύο γκρουπ και one way ANOVA για τα υπόλοιπα.

Για αρκετά μεγάλο πληθυσμό ( $N > 25$ ) μπορούμε να τρέξουμε απευθείας t-test ή ANOVA χωρίς έλεγχο της κανονικότητας βάση του Central Limit Theorem. Ωστόσο για μικρότερο είναι αναγκαίο να εξετάσουμε τη κανονικότητα των παρατηρήσεων μας. Για αυτό το λόγο διενεργούμε έλεγχο κανονικότητας με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ.

- *Hazewinkel, Michiel, ed. (2001) [1994], "Central limit theorem", Encyclopedia of Mathematics, Springer Science+Business Media B.V. / Kluwer Academic Publishers, ISBN 978-1-55608-010-4*

Στον παρακάτω πίνακα σκιαγραφούμε με τους πολύ μικρούς πληθυσμούς που πρέπει να εξετάσουμε.

### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	.120	15	.200*	.952	15	.550
	Γυναίκα	.144	85	.000	.953	85	.003
<b>Ηλικία</b>	<b>18 – 24</b>	<b>.201</b>	<b>16</b>	<b>.082</b>	<b>.842</b>	<b>16</b>	<b>.010</b>
	25 – 34	.137	52	.016	.945	52	.018
	35 – 44	.083	26	.200*	.980	26	.863
	45 και πάνω	.261	6	.200*	.918	6	.488
<b>Εκπαίδευση</b>	Σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ	.137	45	.035	.938	45	.018
	Μεταπτυχιακές σπουδές	.138	54	.012	.963	54	.094
<b>Εργασία</b>	Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	.137	85	.000	.949	85	.002
	Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	.152	9	.200*	.952	9	.714
	Δεν εργάζομαι	.229	6	.200*	.808	6	.069
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	.179	13	.200*	.924	13	.284
	Νοσηλεύτης	.157	73	.000	.935	73	.001
	Φυσικοθεραπευτής	.241	3	.	.974	3	.688
	Διατροφολόγος / Διαιτολόγος	.126	6	.200*	.989	6	.986
	Άλλο	.184	5	.200*	.978	5	.921
<b>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</b>	Όχι	.152	54	.003	.947	54	.019
	Ναι	.105	46	.200*	.975	46	.408
<b>Είναι ή υπήρξε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο</b>	Όχι	.101	34	.200*	.971	34	.478
	Ναι	.147	66	.001	.949	66	.009

Για όλους ικανοποιείται η Null hypothesis με  $p > 0.05$ , με εξαίρεση του πληθυσμού Ηλικίας 18-24. Συνεπώς μπορούμε να τρέξουμε t-test ή ANOVA ανάλογα για όλα τα δημογραφικά μας, ενώ για την Ηλικία θα τρέξουμε επιπλέον και Kruskal Wallis Test.

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
<b>Φύλο</b>	Equal variances assumed	.003	.960	-.697	98	.488
	Equal variances not assumed			-.692	19.183	.497
<b>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</b>	Equal variances assumed	1.719	.193	2.053	98	.043
	Equal variances not assumed			2.090	97.588	.039
<b>Είναι ή υπήρξε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο</b>	Equal variances assumed	3.290	.073	2.281	98	.025
	Equal variances not assumed			2.106	54.128	.040

#### One Way ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ηλικία</b>	Between Groups	239.257	3	79.752	1.858	.142
	Within Groups	4120.853	96	42.926		
	Total	4360.110	99			
<b>Εκπαίδευση</b>	Between Groups	1.440	2	.720	.016	.984
	Within Groups	4358.670	97	44.935		
	Total	4360.110	99			
<b>Εργασία</b>	Between Groups	66.043	2	33.021	.746	.477
	Within Groups	4294.067	97	44.269		
	Total	4360.110	99			
<b>Επάγγελμα</b>	Between Groups	212.829	4	53.207	1.219	.308
	Within Groups	4147.281	95	43.656		
	Total	4360.110	99			

## Kruskal Wallis Test

	N	Mean Rank	Statistics	
18 – 24	16	62.22	Kruskal Wallis Test	4.947
25 – 34	52	46.86	df	3
35 – 44	26	53.58	Asymp. Sig.	<b>0.176</b>
45 και πάνω	6	37.50		
Total	100			

Σε όλες τις περιπτώσεις πλην των 2 τελευταίων ερωτημάτων παρατηρούμε  $p > 0.05$  - ικανοποιείται η null hypothesis - και συνεπώς οι πληθυσμοί που ανήκουν σε διαφορετικό Φύλο, Ηλικία, Εκπαίδευση, Εργασία ή Επάγγελμα, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό του ΒΑΟΡ.

Αντίθετα, για τα 2 τελευταία ερωτήματα παραθέτουμε και τα αναλυτικά στατιστικά.

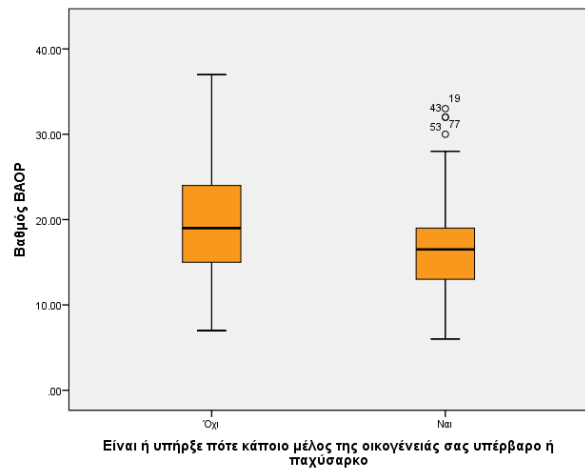
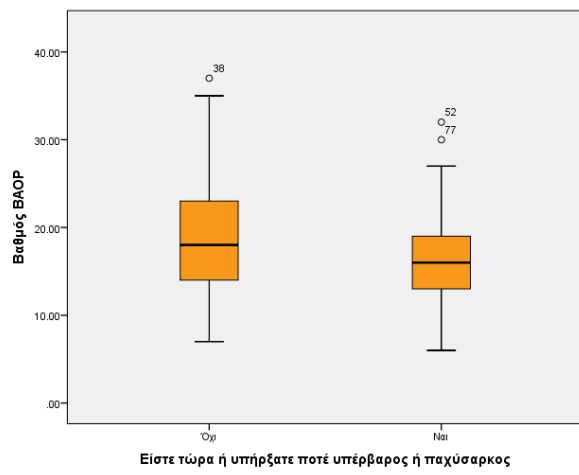
## Group Statistics for Βαθμός ΒΑΟΡ

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος	Όχι	54	19.4074	7.15995	.97435
	Ναι	46	16.7174	5.70249	.84079
Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο	Όχι	34	20.2353	7.56411	1.29723
	Ναι	66	17.1061	5.88643	.72457

Παρατηρούμε λοιπόν πως όσοι δήλωσαν πως είναι ή υπήρξαν παχύσαρκοι ή υπέρβαροι σημείωσαν μικρότερο Βαθμό ΒΑΟΡ (Μ.Ο. 16.7) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο. 19.4),  $t(98) = 2.053$ ,  $p = 0.043$ .

Ομοίως, όσοι δήλωσαν πως κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είναι ή υπήρξε παχύσαρκο ή υπέρβαρο, σημείωσαν μικρότερο Βαθμό ΒΑΟΡ (Μ.Ο. 17.1) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο. 20.2),  $t(98) = 2.281$ ,  $p = 0.025$ .

Να υπενθυμίσουμε πως χαμηλότερες τιμές του Βαθμού ΒΑΟΡ, υποδεικνύουν ισχυρότερη πεποίθηση πως η παχυσαρκία είναι υπό τον έλεγχο του παχύσαρκου ανθρώπου.



## 1.4 Συσχέτιση μεταβλητών - Spearman rho

### Συσχέτιση Spearman rho

	Η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής.	Σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής.	Η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής.	Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά.	Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.	Η πλειοψηφία των παχύσαρκων ανθρώπων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους.	Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.	Οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι
Η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής.		r = 0.271 p = 0.006	r = 0.274 p = 0.006	r = 0.225 p = 0.024	r = 0.302 p = 0.002	r = 0.284 p = 0.004	r = 0.145 p = 0.150	r = 0.324 p = 0.001
Σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής.			r = 0.082 p = 0.418	r = 0.135 p = 0.182	r = 0.030 p = 0.766	r = 0.112 p = 0.269	r = 0.125 p = 0.217	r = 0.190 p = 0.059
Η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής.				r = 0.484 p < 0.001	r = 0.575 p < 0.001	r = 0.515 p < 0.001	r = 0.125 p = 0.217	r = 0.379 p < 0.001
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά.					r = 0.461 p < 0.001	r = 0.559 p < 0.001	r = 0.017 p = 0.865	r = 0.366 p < 0.001
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.						r = 0.639 p < 0.001	r = 0.219 p = 0.029	r = 0.352 p < 0.001
Η πλειοψηφία των παχύσαρκων ανθρώπων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους.							r = 0.254 p = 0.011	r = 0.458 p < 0.001
Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.								r = 0.158 p = 0.117
Οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι								

#### Επεξήγηση τιμών συσχέτισης:

- $r > 0.50$  υποδεικνύουν δυνατή συσχέτιση
- $r \sim 0.30$  υποδεικνύουν μέτρια συσχέτιση
- $r < 0.20$  υποδεικνύουν αδύναμη συσχέτιση

## 1.5 Factor Analysis

Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές του ερωτηματολογίου καθώς και νέους παράγοντες με τους οποίους μπορούμε να επεξηγήσουμε τα αποτελέσματα.

Η ποιότητα των δεδομένων για τη ανάλυση παραγόντων ελέγχθηκε με τους δείκτες Keiser-Meyer-Olkin όπου αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος, και Bartlett's Test of Sphericity όπου αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων.

Δείκτης	Αποδεκτή τιμή	Τιμή δείγματος
Keiser-Meyer-Olkin	> 0.50	0.844
Bartlett's Test of Sphericity	$p < 0.05$	$p < 0.001$

Η ανάλυση παραγόντων έγινε με τη τεχνική Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis) και εξήγαγε 2 συνιστώσες όπως απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Ανάλυση Παραγόντων για το ΒΑΟΡ

Συνιστώσα 1 (Ατομική Συμπεριφορά)	Βάρος	Συνιστώσα 2 (Βιολογικοί – Ψυχολογικοί παράγοντες)	Βάρος
Τρώνε περισσότερο (BA5)	0.817	Βιολογική διαταραχή (BA2)	-0.842
Κακές διατροφικές συνήθειες (BA6)	0.811	Αντιστάθμισμα για έλλειψη αγάπης ή προσοχής (BA1)	0.758
Δεν ασκούνται αρκετά (BA4)	0.801	Εθισμένοι στο φαγητό (BA8)	0.519
Υπερκαταναλώνουν τροφή (BA3)	0.770	Κακές διατροφικές συνήθειες (BA6)	0.404
Εθισμένοι στο φαγητό (BA8)	0.453		

Η πρώτη συνιστώσα είναι υπεύθυνη για το 47.89% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Ατομική Συμπεριφορά», ενώ η δεύτερη για το 12.97% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Βιολογικοί – Ψυχολογικοί παράγοντες» σύμφωνα πάντα με τους παράγοντες που περιλαμβάνουν. Οι δύο συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 60.85% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου ΒΑΟΡ.

Συνολική Διακύμανση

	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1 - Ισάξια Προσωπικότητα	3.831	47.884	47.884
2 - Κοινωνικά υγιείς	1.037	12.966	60.850



## 2 ΑΤΟΡ

### 2.1 Αξιοπιστία

Στην ανάλυση εσωτερικής συνέπειας που πραγματοποιήθηκε στις τιμές των 20 μεταβλητών του ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ, η τιμή του Cronbach's alpha υπολογίστηκε στο 0.769, γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία.

Στη βιβλιογραφία για το ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ συναντούμε τιμές του συντελεστή alpha που κυμαίνονται μεταξύ 0.7 και 0.82.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.769	20

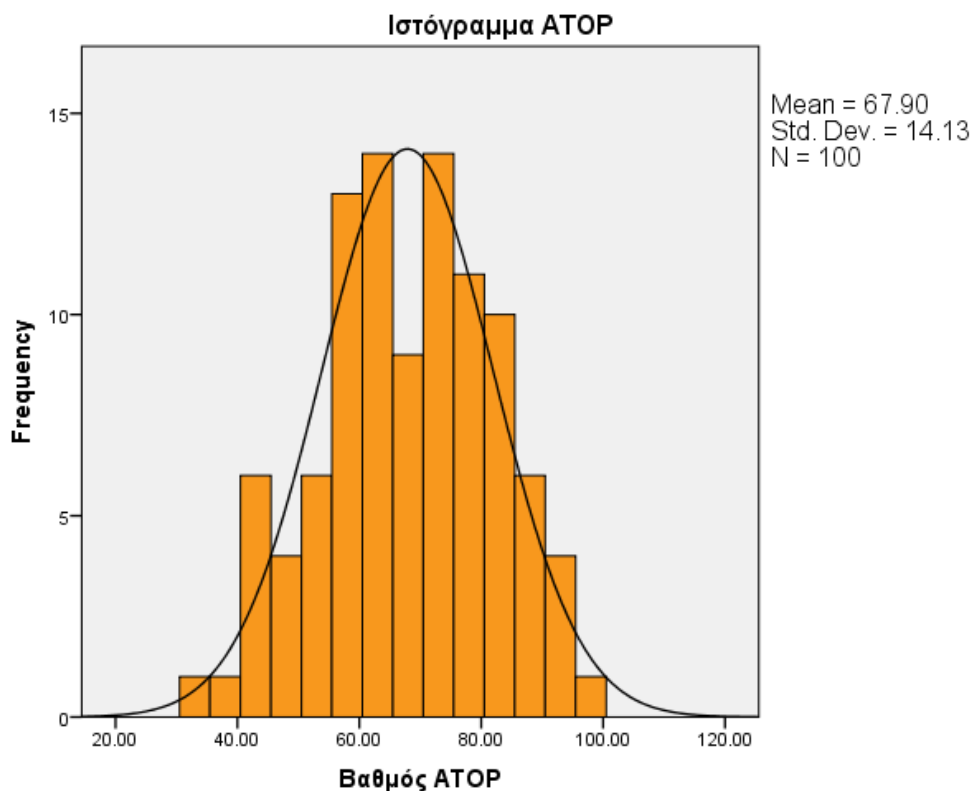
Όλες οι μεταβλητές, πλην μίας, συνέβαλαν θετικά στη συνέπεια, με εξαίρεση τις ερωτήσεις 7 «Οι παχύσαρκοι είναι συνήθως κοινωνικοί.» και 13 «Πολύ λίγοι παχύσαρκοι άνθρωποι ντρέπονται για το βάρος τους.», των οποίων η αφαίρεση από το ερωτηματολόγιο θα αύξανε την τιμή του alpha σε  $\alpha = 0.783$  και  $\alpha = 0.776$  αντίστοιχα.

#### Στατιστικά Αντικειμένου – Συνόλου

	Μέση τιμή κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Μέση διακύμανση κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Συσχέτιση αντικειμένου - συνόλου	Συντελεστής πολλαπλής συσχέτισης	Cronbach a. αν αφαιρεθεί
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου ευτυχείς με τους μη παχύσαρκους.	7.61	178.745	.404	.454	.754
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι αισθάνονται ότι δεν είναι τόσο καλοί όσο οι άλλοι άνθρωποι.	7.74	179.184	.400	.494	.754
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο ανασφαλείς από άλλους ανθρώπους.	8.78	177.971	.478	.602	.750
Οι παχύσαρκοι εργαζόμενοι δεν μπορούν να είναι τόσο επιτυχημένοι όσο άλλοι εργαζόμενοι.	6.82	182.493	.282	.443	.763
Οι περισσότεροι μη-παχύσαρκοι άνθρωποι δεν θα ήθελαν να παντρευτούν κάποιον που να είναι παχύσαρκος.	7.88	170.935	.562	.495	.742
Οι υπερβολικά παχύσαρκοι άνθρωποι είναι συνήθως ανοικοκύρευτοι.	6.35	181.482	.342	.342	.758
Οι παχύσαρκοι είναι συνήθως κοινωνικοί.	7.47	200.151	-.064	.426	.783
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν είναι	8.45	188.836	.228	.278	.765

δυσαρεστημένοι από τον εαυτό τους.					
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν εξίσου αυτοπεποίθηση με τους άλλους ανθρώπους.	8.25	178.937	.403	.578	.754
Οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με παχύσαρκους ανθρώπους.	6.70	183.869	.286	.386	.762
Οι παχύσαρκοι είναι συχνά λιγότερο επιθετικοί από ότι οι μη παχύσαρκοι άνθρωποι.	6.76	189.437	.186	.435	.769
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν διαφορετικές προσωπικότητες από τους ανθρώπους που δεν είναι παχύσαρκοι.	6.32	179.351	.466	.498	.751
Πολύ λίγοι παχύσαρκοι άνθρωποι ντρέπονται για το βάρος τους.	8.70	193.505	.077	.251	.776
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι ζηλεύουν τους ανθρώπους με κανονικό βάρος.	8.27	180.058	.346	.352	.758
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο συναισθηματικοί από τους μη-παχύσαρκους.	7.19	183.529	.287	.505	.762
Οι παχύσαρκοι δεν πρέπει να περιμένουν να ζουν μια κανονική ζωή.	5.91	182.164	.390	.377	.756
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου υγιείς με τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.	9.37	188.256	.192	.381	.769
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου σεξουαλικά ελκυστικοί με τους μη παχύσαρκους.	8.64	178.152	.386	.471	.755
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι τείνουν να έχουν οικογενειακά προβλήματα.	6.58	174.387	.540	.469	.745
Ένα από τα χειρότερα πράγματα που θα μπορούσε να συμβεί σε ένα άτομο θα ήταν γι 'αυτόν να γίνει παχύσαρκος.	6.31	176.438	.412	.389	.753

## 2.2 Βαθμός ΑΤΟΡ



	Διαφωνώ	Συμφωνώ
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου ευτυχείς με τους μη παχύσαρκους.	42	58
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι αισθάνονται ότι δεν είναι τόσο καλοί όσο οι άλλοι άνθρωποι.	51	49
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο ανασφαλείς από άλλους ανθρώπους.	29	71
Οι παχύσαρκοι εργαζόμενοι δεν μπορούν να είναι τόσο επιτυχημένοι όσο άλλοι εργαζόμενοι.	70	30
Οι περισσότεροι μη-παχύσαρκοι άνθρωποι δεν θα ήθελαν να παντρευτούν κάποιον που να είναι παχύσαρκος.	53	47
Οι υπερβολικά παχύσαρκοι άνθρωποι είναι συνήθως ανοικοκύρευτοι.	82	18
Οι παχύσαρκοι είναι συνήθως κοινωνικοί.	35	65
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν είναι δυσαρεστημένοι από τον εαυτό τους.	67	33
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν εξίσου αυτοπεποίθηση με τους άλλους ανθρώπους.	57	43
Οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με παχύσαρκους ανθρώπους.	76	24
Οι παχύσαρκοι είναι συχνά λιγότερο επιθετικοί από ότι οι μη παχύσαρκοι άνθρωποι.	75	25
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν διαφορετικές προσωπικότητες από τους ανθρώπους που δεν είναι παχύσαρκοι.	83	17
Πολύ λίγοι παχύσαρκοι άνθρωποι ντρέπονται για το βάρος τους.	71	29

Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι ζηλεύουν τους ανθρώπους με κανονικό βάρος.	44	56
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο συναισθηματικοί από τους μη-παχύσαρκους.	67	33
Οι παχύσαρκοι δεν πρέπει να περιμένουν να ζουν μια κανονική ζωή.	91	9
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου υγιείς με τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.	85	15
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου σεξουαλικά ελκυστικοί με τους μη παχύσαρκους.	69	31
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι τείνουν να έχουν οικογενειακά προβλήματα.	82	18
Ένα από τα χειρότερα πράγματα που θα μπορούσε να συμβεί σε ένα άτομο θα ήταν γι' αυτόν να γίνει παχύσαρκος.	81	19

### 2.3 Διαφοροποίηση βάση Δημογραφικών

Προκειμένου να εξετάσουμε εάν τα δημογραφικά στοιχεία διαφοροποιούν το Βαθμό ΑΤΟΡ, διενεργούμε Independent Samples t-test για τα δημογραφικά με δύο γκρουπ και one way ANOVA για τα υπόλοιπα.

Για αρκετά μεγάλο πληθυσμό ( $N > 25$ ) μπορούμε να τρέξουμε απευθείας t-test ή ANOVA χωρίς έλεγχο της κανονικότητας βάση του Central Limit Theorem. Ωστόσο για μικρότερο είναι αναγκαίο να εξετάσουμε τη κανονικότητα των παρατηρήσεων μας. Για αυτό το λόγο διενεργούμε έλεγχο κανονικότητας με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ.

- *Hazewinkel, Michiel, ed. (2001) [1994], "Central limit theorem", Encyclopedia of Mathematics, Springer Science+Business Media B.V. / Kluwer Academic Publishers, ISBN 978-1-55608-010-4*

Στον παρακάτω πίνακα σκιαγραφούμε με τους πολύ μικρούς πληθυσμούς που πρέπει να εξετάσουμε.

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	.144	15	.200*	.949	15	.512
	Γυναίκα	.062	85	.200*	.989	85	.674
<b>Ηλικία</b>	18 – 24	.133	16	.200*	.964	16	.730
	25 – 34	.075	52	.200*	.979	52	.494
	35 – 44	.134	26	.200*	.976	26	.788
	45 και πάνω	.209	6	.200*	.870	6	.227

<b>Εκπαίδευση</b>	Σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ	.117	45	.145	.973	45	.376
	Μεταπτυχιακές σπουδές	.056	54	.200*	.990	54	.927
<b>Εργασία</b>	Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	.055	85	.200*	.988	85	.595
	Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	.167	9	.200*	.966	9	.855
	Δεν εργάζομαι	.167	6	.200*	.972	6	.908
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	.100	13	.200*	.974	13	.941
	Νοσηλεύτης	.049	73	.200*	.988	73	.697
	Φυσικοθεραπευτής	.194	3	.	.996	3	.886
	Διατροφολόγος / Διαιτολόγος	.209	6	.200*	.933	6	.602
	Άλλο	.284	5	.200*	.853	5	.204
<b>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</b>	Όχι	.074	54	.200*	.985	54	.730
	Ναι	.083	46	.200*	.978	46	.535
<b>Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο</b>	Όχι	.113	34	.200*	.983	34	.862
	Ναι	.073	66	.200*	.984	66	.569

Για όλους ικανοποιείται η Null hypothesis με  $p > 0.05$ , συνεπώς μπορούμε να τρέξουμε t-test και one way ANOVA.

		Independent Samples Test				
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
<b>Φύλο</b>	Equal variances assumed	.880	.351	-.981	98	.329
	Equal variances not assumed			-.901	18.090	.380
<b>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</b>	Equal variances assumed	.359	.551	-1.538	98	.127
	Equal variances not assumed			-1.550	97.494	.124

<b>Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο</b>	Equal variances assumed	.108	.743	-.425	98	.671
	Equal variances not assumed			-.432	69.707	.667

One Way ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ηλικία</b>	Between Groups	388.325	3	129.442	.641	.590
	Within Groups	19378.675	96	201.861		
	Total	19767.000	99			
<b>Εκπαίδευση</b>	Between Groups	613.885	2	306.943	1.554	.217
	Within Groups	19153.115	97	197.455		
	Total	19767.000	99			
<b>Εργασία</b>	Between Groups	143.047	2	71.524	.354	.703
	Within Groups	19623.953	97	202.309		
	Total	19767.000	99			
<b>Επάγγελμα</b>	Between Groups	312.635	4	78.159	.382	.821
	Within Groups	19454.365	95	204.783		
	Total	19767.000	99			

Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρούμε  $p > 0.05$  - ικανοποιείται η null hypothesis - και συνεπώς κανένας από τους πληθυσμούς με βάση τα δημογραφικά δεν φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό του ΑΤΟΡ.

## 2.4 Συσχέτιση μεταβλητών - Spearman rho

Συσχέτιση Spearman rho

	ATOP1	ATOP2	ATOP3	ATOP4	ATOP5	ATOP6	ATOP7	ATOP8	ATOP9	ATOP10	ATOP11	ATOP12	ATOP13	ATOP14	ATOP15	ATOP16	ATOP17	ATOP18	ATOP19	ATOP20	
ATOP1		r= 0.233 p=0.020	r= 0.137 p=0.173	r= 0.048 p=0.638	r= 0.294 p=0.003	r= 0.155 p=0.123	r= 0.269 p=0.007	r= 0.206 p=0.040	r= 0.54 p<0.001	r= 0.084 p=0.407	r=-0.082 p=0.415	r= 0.083 p=0.410	r= 0.289 p=0.004	r= 0.003 p=0.978	r=-0.041 p=0.686	r= 0.208 p=0.038	r= 0.324 p=0.001	r= 0.328 p=0.001	r= 0.249 p=0.013	r= 0.26 p=0.00	
ATOP2			r= 0.546 p<0.001	r= 0.133 p=0.188	r= 0.281 p=0.005	r= 0.127 p=0.209	r=-0.043 p=0.673	r= 0.148 p=0.141	r= 0.277 p=0.005	r= 0.089 p=0.377	r= 0.141 p=0.162	r= 0.2 p=0.046	r=-0.021 p=0.836	r= 0.138 p=0.172	r= 0.314 p=0.001	r= 0.387 p<0.001	r= 0.122 p=0.227	r= 0.107 p=0.288	r= 0.274 p=0.006	r= 0.04 p=0.68	
ATOP3				r= 0.191 p=0.056	r= 0.451 p<0.001	r= 0.178 p=0.077	r=-0.068 p=0.504	r= 0.205 p=0.041	r= 0.367 p<0.001	r=-0.033 p=0.741	r= 0.043 p=0.671	r=-0.003 p=0.976	r= 0.234 p=0.019	r= 0.358 p<0.001	r= 0.228 p=0.023	r= 0.224 p=0.025	r= 0.185 p=0.065	r= 0.266 p=0.007	r= 0.358 p<0.001	r= 0.06 p=0.50	
ATOP4					r= 0.293 p=0.003	r= 0.335 p=0.001	r=-0.089 p=0.379	r=-0.100 p=0.321	r=-0.040 p=0.694	r= 0.173 p=0.085	r= 0.25 p=0.012	r= 0.462 p<0.001	r=-0.091 p=0.366	r=-0.030 p=0.764	r=-0.001 p=0.995	r= 0.306 p=0.002	r= 0.135 p=0.182	r= 0.040 p=0.690	r= 0.120 p=0.234	r= 0.29 p=0.00	
ATOP5						r= 0.341 p=0.001	r=-0.094 p=0.351	r= 0.091 p=0.368	r= 0.262 p=0.008	r= 0.231 p=0.021	r= 0.108 p=0.286	r= 0.331 p=0.001	r= 0.116 p=0.250	r= 0.281 p=0.005	r= 0.169 p=0.094	r= 0.155 p=0.124	r= 0.166 p=0.100	r= 0.355 p<0.001	r= 0.462 p<0.001	r= 0.33 p<0.00	
ATOP6							r=-0.085 p=0.401	r=-0.088 p=0.386	r= 0.112 p=0.266	r= 0.234 p=0.019	r= 0.126 p=0.213	r= 0.289 p=0.004	r= 0.005 p=0.959	r= 0.120 p=0.232	r= 0.106 p=0.293	r= 0.463 p<0.001	r= 0.038 p=0.709	r= 0.152 p=0.132	r= 0.295 p=0.003	r= 0.36 p<0.00	
ATOP7								r= 0.090 p=0.374	r= 0.332 p=0.001	r=-0.033 p=0.742	r=-0.291 p=0.003	r=-0.057 p=0.573	r= 0.107 p=0.289	r=-0.088 p=0.381	r=-0.401 p<0.001	r=-0.051 p=0.613	r= 0.241 p=0.016	r= 0.180 p=0.072	r=-0.137 p=0.173	r=-0.00 p=0.96	
ATOP8									r= 0.427 p<0.001	r= 0.073 p=0.469	r= 0.043 p=0.669	r= 0.052 p=0.611	r= 0.24 p=0.016	r= 0.241 p=0.016	r= 0.185 p=0.066	r= 0.106 p=0.295	r=-0.023 p=0.822	r= 0.115 p=0.255	r= 0.127 p=0.209	r= 0.10 p=0.30	
ATOP9										r=-0.106 p=0.292	r=-0.116 p=0.249	r=-0.014 p=0.888	r= 0.348 p<0.001	r= 0.164 p=0.103	r=-0.016 p=0.875	r= 0.160 p=0.112	r= 0.264 p=0.008	r= 0.408 p<0.001	r= 0.214 p=0.032	r= 0.19 p=0.05	
ATOP10											r= 0.414 p<0.001	r= 0.485 p<0.001	r=-0.098 p=0.331	r= 0.173 p=0.086	r= 0.227 p=0.023	r= 0.273 p=0.006	r=-0.093 p=0.355	r= 0.000 p=0.999	r= 0.475 p<0.001	r= 0.31 p=0.00	
ATOP11												r= 0.473 p<0.001	r=-0.158 p=0.116	r= 0.177 p=0.078	r= 0.515 p<0.001	r= 0.214 p=0.032	r=-0.045 p=0.653	r=-0.042 p=0.680	r= 0.25 p=0.012	r= 0.14 p=0.15	
ATOP12													r=-0.057 p=0.573	r= 0.100 p=0.324	r= 0.274 p=0.006	r= 0.455 p<0.001	r=-0.046 p=0.649	r= 0.080 p=0.429	r= 0.431 p<0.001	r= 0.34 p<0.00	
ATOP13														r= 0.147 p=0.144	r=-0.117 p=0.248	r=-0.077 p=0.446	r= 0.132 p=0.189	r= 0.125 p=0.215	r= 0.061 p=0.549	r= 0.06 p=0.50	
ATOP14															r= 0.298 p=0.003	r= 0.119 p=0.240	r=-0.045 p=0.658	r= 0.098 p=0.331	r= 0.294 p=0.003	r= 0.29 p=0.00	
ATOP15																r= 0.342 p<0.001	r=-0.058 p=0.563	r=-0.037 p=0.717	r= 0.326 p=0.001	r= 0.10 p=0.29	
ATOP16																	r= 0.031 p=0.769	r= 0.138 p=0.171	r= 0.432 p<0.001	r= 0.36 p<0.00	
ATOP17																			r= 0.58 p<0.001	r= 0.053 p=0.598	r= 0.12 p=0.23
ATOP18																				r= 0.186 p=0.064	r= 0.28 p=0.00
ATOP19																					r= 0.39 p<0.00
ATOP20																					

Επεξήγηση τιμών συσχέτισης:

- $r > 0.50$  υποδεικνύουν δυνατή συσχέτιση
- $r \sim 0.30$  υποδεικνύουν μέτρια συσχέτιση
- $r < 0.20$  υποδεικνύουν αδύναμη συσχέτιση

## 2.5 Factor Analysis

Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές του ερωτηματολογίου καθώς και νέους παράγοντες με τους οποίους μπορούμε να επεξηγήσουμε τα αποτελέσματα.

Η ποιότητα των δεδομένων για τη ανάλυση παραγόντων ελέγχθηκε με τους δείκτες Keiser-Meyer-Olkin όπου αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος, και Bartlett's Test of Sphericity όπου αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων.

Δείκτης	Αποδεκτή τιμή	Τιμή δείγματος
Keiser-Meyer-Olkin	$> 0.50$	0.672
Bartlett's Test of Sphericity	$p < 0.05$	$p < 0.001$



Η ανάλυση παραγόντων έγινε με τη τεχνική Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis) και εξήγαγε 6 συνιστώσες όπως απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Ανάλυση Παραγόντων για το ΑΤΟΡ

<b>Συνιστώσα 1</b> <i>(Ισάξια Προσωπικότητα)</i>	<b>Βάρος</b>	<b>Συνιστώσα 2</b> <i>(Κοινωνικά υγιείς)</i>	<b>Βάρος</b>	<b>Συνιστώσα 3</b> <i>(Φυσιολογική ζωή)</i>	<b>Βάρος</b>	<b>Συνιστώσα 4</b> <i>(Στιγματισμός)</i>	<b>Βάρος</b>	<b>Συνιστώσα 5</b> <i>(Υγεία και Σεξ)</i>	<b>Βάρος</b>	<b>Συνιστώσα 6</b> <i>(Αυτοεκτίμηση)</i>	<b>Βάρος</b>
Όχι πιο συναισθηματικοί (AT15)	0.786	Αυτοπεποίθηση (AT9)	0.726	Επιτυχημένοι (AT4)	0.785	Όχι το χειρότερο πράγμα (AT20)	0.720	Εξίσου Υγιής (AT17)	0.839	Μη ανασφαλείς (AT3)	0.807
Επιθετικοί (AT11)	0.723	Ευτυχής (AT1)	0.677	Παρόμοιες προσωπικότητες (AT12)	0.600	Δεν ζηλεύουν το κανονικό βάρος (AT14)	0.651	Σεξουαλικά ελκυστικοί (AT18)	0.768	Εξίσου καλοί (AT2)	0.615
Άνετοι (AT10)	0.487	Ικανοποιημένοι (AT8)	0.607	Ζουν κανονική ζωή (AT16)	0.586	Νοικοκύρηδες (AT6)	0.537			Άνετοι (AT10)	-0.443
Παρόμοιες προσωπικότητες (AT12)	0.504	Κοινωνικοί (AT7)	0.555	Νοικοκύρηδες (AT6)	0.504	Παντρειά με παχύσαρκο (AT5)	0.507				
Χωρίς οικογενειακά προβλήματα (AT19)	0.420	Χωρίς ντροπή για το βάρος (AT13)	0.478			Χωρίς οικογενειακά προβλήματα (AT19)	0.478				

Οι έξι συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 62.39% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ, ενώ αναλυτικά η συνεισφορά τους στην συνολική διακύμανση παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

#### Συνολική Διακύμανση

	<i>Initial Eigenvalues</i>		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1 - Ισάζια Προσωπικότητα	4.202	21.009	21.009
2 - Κοινωνικά υγιείς	2.702	13.511	34.520
3 - Φυσιολογική ζωή	1.755	8.775	43.295
4 - Στιγματισμός	1.446	7.230	50.525
5 - Υγεία και Σεξ	1.273	6.364	56.889
6 - Αυτοεκτίμηση	1.100	5.498	62.387

### 3 Fat Phobia

#### 3.1 Αξιοπιστία

Στην ανάλυση εσωτερικής συνέπειας που πραγματοποιήθηκε στις τιμές των 14 μεταβλητών του ερωτηματολογίου Fat Phobia, η τιμή του Cronbach's alpha υπολογίστηκε στο 0.867, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Στη βιβλιογραφία για το ερωτηματολόγιο FF συναντούμε τιμές του συντελεστή alpha που κυμαίνονται μεταξύ 0.7 και 0.82.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.867	14

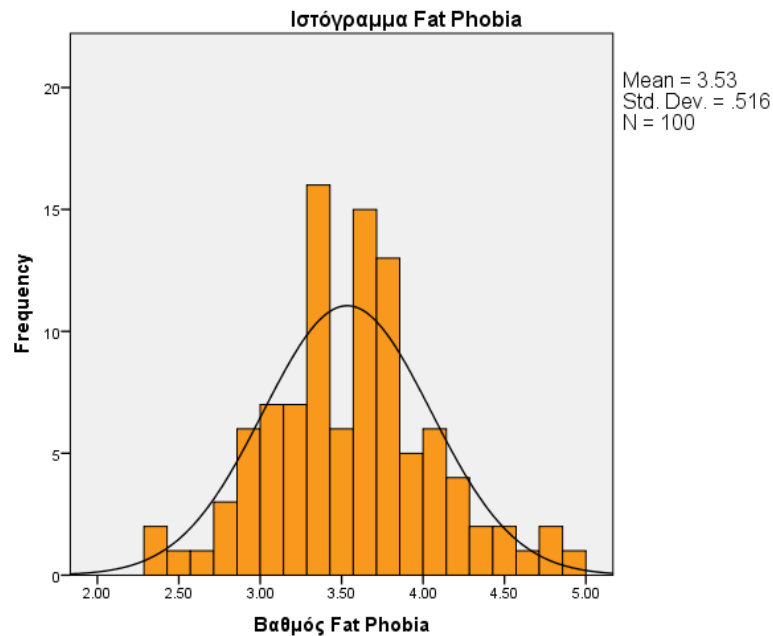
Όλες οι μεταβλητές, όπως βλέπουμε και στον παρακάτω πίνακα, συνέβαλαν θετικά στη συνέπεια.

#### Στατιστικά Αντικειμένου – Συνόλου

	Μέση τιμή κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Μέση διακύμανση κλίμακας εάν αφαιρεθεί	Συσχέτιση αντικειμένου - συνόλου	Συντελεστής πολλαπλής συσχέτισης R2	Cronbach Alpha εάν αφαιρεθεί
Τεμπέλης - Εργατικός	46.60	46.141	.526	.539	.858
Δεν έχει θέληση - Έχει θέληση	46.15	45.220	.487	.514	.860
Ελκυστικός - Απωθητικός	46.26	45.103	.501	.344	.859
Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο	45.70	45.263	.557	.477	.856
Γρήγορος - Αργός	45.75	44.250	.630	.617	.852
Έχει αντοχή - Χωρίς αντοχή	45.76	43.800	.555	.661	.856
Δραστήριος - Αδρανής	46.12	42.551	.682	.636	.848
Αδύναμος - Δυνατός	46.50	46.657	.406	.398	.864
Μαλθακός - Συγκρατημένος	46.34	46.469	.557	.445	.857
Μισεί το φαγητό - Αγαπά το φαγητό	45.26	47.204	.406	.499	.863
Κακοφτιαγμένο σώμα - Καλοφτιαγμένο σώμα	45.51	45.788	.457	.347	.861

Τρώει ελάχιστα - Τρώει υπερβολικά	45.38	46.703	.499	.565	.859
Ανασφαλής - Με αυτοπεποίθηση	46.02	45.353	.530	.704	.857
Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Υψηλή αυτοεκτίμηση	45.89	45.008	.538	.725	.857

### 3.2 Βαθμός Fat Phobia



	←	Ουδέτερο	→
Τεμπέλης - Εργατικός	17	57	26
Δεν έχει θέληση - Έχει θέληση	43	41	16
Ελκυστικός - Απωθητικός	18	45	37
Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο	5	26	69
Γρήγορος - Αργός	6	32	62
Έχει αντοχή - Χωρίς αντοχή	8	28	64
Δραστήριος - Αδρανής	18	36	46
Αδύναμος - Δυνατός	22	52	26
Μαλθακός - Συγκρατημένος	22	67	11
Μισεί το φαγητό - Αγαπά το φαγητό	1	15	84
Κακοφτιαγμένο σώμα - Καλοφτιαγμένο σώμα	75	20	5
Τρώει ελάχιστα - Τρώει υπερβολικά	1	15	84
Ανασφαλής - Με αυτοπεποίθηση	44	47	9
Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Υψηλή αυτοεκτίμηση	52	40	8

### 3.3 Διαφοροποίηση βάση Δημογραφικών

Προκειμένου να εξετάσουμε εάν τα δημογραφικά στοιχεία διαφοροποιούν το Βαθμό Fat Phobia, διενεργούμε Independent Samples t-test για τα δημογραφικά με δύο γκρουπ και one way ANOVA για τα υπόλοιπα.

Για αρκετά μεγάλο πληθυσμό (N>25) μπορούμε να τρέξουμε απευθείας t-test ή ANOVA χωρίς έλεγχο της κανονικότητας βάση του Central Limit Theorem. Ωστόσο για μικρότερο είναι αναγκαίο να εξετάσουμε τη κανονικότητα των παρατηρήσεων μας. Για αυτό το λόγο διενεργούμε έλεγχο κανονικότητας με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ.

- *Hazewinkel, Michiel, ed. (2001) [1994], "Central limit theorem", Encyclopedia of Mathematics, Springer Science+Business Media B.V. / Kluwer Academic Publishers, ISBN 978-1-55608-010-4*

Στον παρακάτω πίνακα σκιαγραφούμε με τους πολύ μικρούς πληθυσμούς που πρέπει να εξετάσουμε.

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	.163	15	.200*	.909	15	.133
	Γυναίκα	.080	85	.200*	.985	85	.438
<b>Ηλικία</b>	18 – 24	.115	16	.200*	.974	16	.902
	25 – 34	.083	52	.200*	.983	52	.679
	35 – 44	.185	26	.022	.908	26	.023
	45 και πάνω	.222	6	.200*	.903	6	.392
<b>Εκπαίδευση</b>	Σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ	.075	45	.200*	.988	45	.905
	Μεταπτυχιακές σπουδές	.113	54	.080	.966	54	.135
<b>Εργασία</b>	Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	.095	85	.055	.981	85	.249
	Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	.214	9	.200*	.921	9	.403
	Δεν εργάζομαι	.176	6	.200*	.956	6	.787
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	.172	13	.200*	.926	13	.302

	Νοσηλεύτης	.076	73	.200*	.985	73	.520
	Φυσικοθεραπευτής	.328	3	.	.871	3	.298
	Διατροφολόγος / Διαιτολόγος	.308	6	.079	.884	6	.287
	Άλλο	.201	5	.200*	.922	5	.543
Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος	Όχι	.083	54	.200*	.987	54	.822
	Ναι	.087	46	.200*	.972	46	.332
Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο	Όχι	.084	34	.200*	.982	34	.830
	Ναι	.106	66	.062	.969	66	.096

Για όλους ικανοποιείται η Null hypothesis με  $p > 0.05$ , συνεπώς μπορούμε να τρέξουμε t-test και one way ANOVA.

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
<b>Φύλο</b>	Equal variances assumed	3.525	.063	.069	98	.945
	Equal variances not assumed			.057	16.868	.955
<b>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</b>	Equal variances assumed	.831	.364	1.918	98	.058
	Equal variances not assumed			1.945	97.972	.055
<b>Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο</b>	Equal variances assumed	.669	.415	1.311	98	.193
	Equal variances not assumed			1.271	61.379	.208

#### One Way ANOVA

Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
----------------	----	-------------	---	------

<b>Ηλικία</b>	Between Groups	1.556	3	.519	2.011	.118
	Within Groups	24.765	96	.258		
	Total	26.321	99			
<b>Εκπαίδευση</b>	Between Groups	.365	2	.183	.682	.508
	Within Groups	25.956	97	.268		
	Total	26.321	99			
<b>Εργασία</b>	Between Groups	.363	2	.182	.678	.510
	Within Groups	25.958	97	.268		
	Total	26.321	99			
<b>Επάγγελμα</b>	Between Groups	.556	4	.139	.512	.727
	Within Groups	25.766	95	.271		
	Total	26.321	99			

Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρούμε  $p > 0.05$  - ικανοποιείται η null hypothesis - και συνεπώς κανένας από τους πληθυσμούς με βάση τα δημογραφικά δεν φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό του Fat Phobia.



### 3.4 Συσχέτιση μεταβλητών - Spearman rho

Συσχέτιση Spearman rho

	Τεμπέλης - Εργατικός	Δεν έχει θέληση - Έχει θέληση	Ελκυστικός - Απωθητικός	Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο	Γρήγορος - Αργός	Έχει αντοχή - Χωρίς αντοχή	Δραστήριος - Αδρανής	Αδύναμος - Δυνατός	Μαλθακός - Συγκρατημένος	Μισεί το φαγητό - Αγαπά το φαγητό	Κακοφτιαγμένο σώμα - Καλοφτιαγμένο σώμα	Τρώει ελάχιστα - Τρώει υπερβολικά	Ανασφαλής - Με αυτοπεποίθηση	Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Υψηλή αυτοεκτίμηση
Τεμπέλης - Εργατικός		r=0.568 p<0.001	r= 0.294 p=0.003	r= 0.129 p=0.201	r= 0.413 p<0.001	r=0.305 p=0.002	r= 0.499 p<0.001	r= 0.354 p<0.001	r= 0.351 p<0.001	r=0.203 p=0.042	r= 0.257 p=0.010	r= 0.292 p=0.003	r= 0.235 p=0.018	r= 0.301 p=0.002
Δεν έχει θέληση - Έχει θέληση			r= 0.345 p<0.001	r= 0.368 p<0.001	r= 0.319 p=0.001	r= 0.257 p=0.007	r= 0.395 p<0.001	r= 0.196 p=0.051	r= 0.207 p=0.039	r= 0.345 p<0.001	r= 0.315 p=0.001	r= 0.439 p<0.001	r= 0.321 p=0.001	r= 0.237 p=0.018
Ελκυστικός - Απωθητικός				r= 0.305 p=0.002	r= 0.407 p<0.001	r= 0.489 p<0.001	r= 0.395 p<0.001	r= 0.201 p=0.045	r= 0.294 p=0.003	r= 0.246 p=0.014	r= 0.308 p=0.002	r= 0.363 p<0.001	r= 0.194 p=0.054	r= 0.274 p=0.006
Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο					r= 0.295 p=0.003	r= 0.307 p=0.002	r= 0.380 p<0.001	r= 0.104 p=0.302	r= 0.268 p=0.007	r= 0.318 p=0.001	r= 0.422 p<0.001	r= 0.406 p<0.001	r= 0.411 p<0.001	r= 0.473 p<0.001
Γρήγορος - Αργός						r= 0.750 p<0.001	r= 0.641 p<0.001	r= 0.284 p=0.004	r= 0.344 p<0.001	r= 0.259 p=0.009	r= 0.310 p=0.002	r= 0.253 p=0.011	r= 0.291 p=0.003	r= 0.339 p=0.001
Έχει αντοχή - Χωρίς αντοχή							r= 0.636 p<0.001	r= 0.295 p=0.003	r= 0.250 p=0.012	r= 0.217 p=0.030	r= 0.265 p=0.008	r= 0.240 p=0.016	r= 0.283 p=0.004	r= 0.269 p=0.007
Δραστήριος - Αδρανής								r= 0.281 p=0.005	r= 0.403 p<0.001	r= 0.303 p=0.002	r= 0.269 p=0.007	r= 0.345 p<0.001	r= 0.293 p=0.003	r= 0.378 p<0.001
Αδύναμος - Δυνατός									r= 0.501 p<0.001	r= 0.031 p=0.756	r= 0.289 p=0.037	r= 0.080 p=0.431	r= 0.394 p<0.001	r= 0.379 p<0.001
Μαλθακός - Συγκρατημένος										r= 0.205 p=0.041	r= 0.368 p<0.001	r= 0.173 p=0.084	r= 0.337 p=0.001	r= 0.367 p<0.001
Μισεί το φαγητό - Αγαπά το φαγητό											r= 0.338 p=0.001	r= 0.626 p<0.001	r= 0.140 p=0.163	r= 0.129 p=0.199
Κακοφτιαγμένο σώμα - Καλοφτιαγμένο σώμα												r= 0.356 p<0.001	r= 0.140 p=0.001	r= 0.129 p<0.001
Τρώει ελάχιστα - Τρώει υπερβολικά													r= 0.167 p=0.098	r= 0.250 p=0.012
Ανασφαλής - Με αυτοπεποίθηση														r= 0.763 p<0.001
Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Υψηλή αυτοεκτίμηση														

Επεξήγηση τιμών συσχέτισης:

- $r > 0.50$  υποδεικνύουν δυνατή συσχέτιση
- $r \sim 0.30$  υποδεικνύουν μέτρια συσχέτιση
- $r < 0.20$  υποδεικνύουν αδύναμη συσχέτιση

### 3.5 Factor Analysis

Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές του ερωτηματολογίου καθώς και νέους παράγοντες με τους οποίους μπορούμε να επεξηγήσουμε τα αποτελέσματα.

Η ποιότητα των δεδομένων για τη ανάλυση παραγόντων ελέγχθηκε με τους δείκτες Keiser-Meyer-Olkin όπου αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος, και Bartlett's Test of Sphericity όπου αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων.

Δείκτης	Αποδεκτή τιμή	Τιμή δείγματος
Keiser-Meyer-Olkin	> 0.50	0.777
Bartlett's Test of Sphericity	$p < 0.05$	$p < 0.001$

Η ανάλυση παραγόντων έγινε με τη τεχνική Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis) και εξήγαγε 4 συνιστώσες όπως απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Ανάλυση Παραγόντων για το Fat Phobia

Συνιστώσα 1		Συνιστώσα 2		Συνιστώσα 3		Συνιστώσα 4	
(Χωρίς αυτοεκτίμηση)	Βάρος	(Σωματική Διάπλαση)	Βάρος	(Διατροφικές Συνήθειες)	Βάρος	(Χωρίς Θέληση)	Βάρος
Χαμηλή αυτοεκτίμηση - Υψηλή αυτοεκτίμηση (FP14)	0.881	Έχει αντοχή - Χωρίς αντοχή (FP6)	0.908	Τρώει ελάχιστα - Τρώει υπερβολικά (FP12)	0.841	Τεμπέλης - Εργατικός (FP1)	0.831
Ανασφαλής - Με αυτοπεποίθηση (FP13)	0.845	Γρήγορος - Αργός (FP5)	0.833	Μισεί το φαγητό - Αγαπά το φαγητό (FP10)	0.831	Δεν έχει θέληση - Έχει θέληση (FP2)	0.763
Κακοφτιαγμένο σώμα - Καλοφτιαγμένο σώμα (FP11)	0.658	Δραστήριος - Αδρανής (FP7)	0.761	Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο (FP4)	0.547		
Μαλθακός - Συγκρατημένος (FP9)	0.585	Ελκυστικός - Απωθητικός (FP3)	0.530				
Αδύναμος - Δυνατός (FP6)	0.545						
Με αυτοέλεγχο - Χωρίς αυτοέλεγχο (FP4)							

Οι τέσσερις συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 67.78% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου Fat Phobia, ενώ αναλυτικά η συνεισφορά τους στην συνολική διακύμανση παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Συνολική Διακύμανση

	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
<b>1 - Χωρίς αυτοεκτίμηση</b>	5.200	37.142	37.142
<b>2 - Σωματική Διάπλαση</b>	1.857	13.261	50.403
<b>3 - Διατροφικές Συνήθειες</b>	1.316	9.400	59.804
<b>4 - Χωρίς Θέληση</b>	1.119	7.992	67.796

## 4 New Attitudes Scale

### 4.1 Αξιοπιστία

Στην ανάλυση εσωτερικής συνέπειας που πραγματοποιήθηκε στις τιμές των 31 μεταβλητών του ερωτηματολογίου New Attitudes Scale πριν την εφαρμογή των προτεινόμενων βαρών, η τιμή του Cronbach's alpha υπολογίστηκε στο 0.814, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Στη βιβλιογραφία για το ερωτηματολόγιο NAS συναντούμε τιμές του συντελεστή alpha που κυμαίνονται μεταξύ 0.63 και 0.89.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
<b>.814</b>	<b>31</b>

Όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, έξι (6) μεταβλητές συνέβαλαν αρνητικά (έστω και οριακά) στη συνέπεια της ανάλυσης, οι οποίες και σκιαγραφούνται.

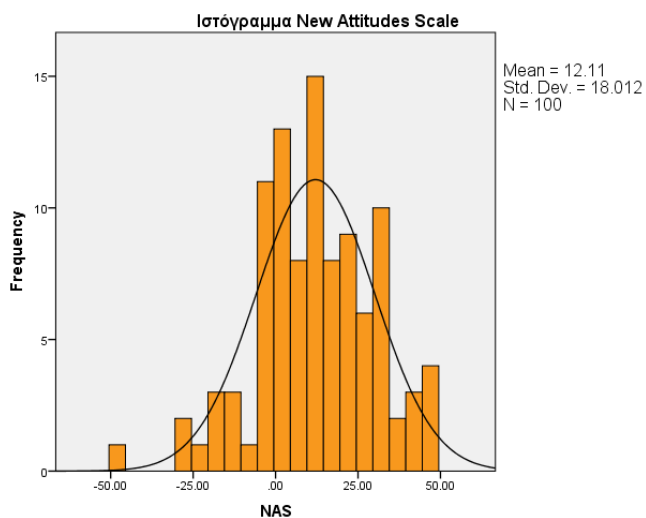
#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Δεν υπάρχει δικαιολογία για τον ασθενή να είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος.	.28	134.992	.195	.410	.814
Συνήθως είναι αρκετό να δοθεί στον ασθενή μία σύντομη και σαφής συμβουλή για την διαχείριση του βάρους του.	.37	132.296	.273	.440	.811
Οι άνθρωποι μπορούν να έχουν μια υγιεινή διατροφή εάν αποφασίσουν να το κάνουν.	-1.46	134.008	.213	.260	.814
Η συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή δεν αποφέρει αλλαγή συμπεριφοράς.	-.08	137.670	.044	.374	.822
Πιστεύω ότι εάν ακολουθώ μια υγιεινή διατροφή, καθίσταμαι ένα αποτελεσματικό πρότυπο.	-1.03	129.565	.499	.587	.803
Μου προσφέρει ικανοποίηση όταν μιλάω σε κάποιον για την διατροφή.	-.66	127.782	.497	.658	.802
Έχω μια προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την διατροφή.	-.50	127.768	.513	.707	.802
Οι ασθενείς κατανοούν τη σύνδεση μεταξύ της διατροφής και του καρκίνου.	-.10	128.515	.476	.632	.803

Η κουλτούρα του φαγητού στην Ευρώπη συμβάλλει στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.	-1.10	129.020	.432	.525	.805
Οι ασθενείς είναι πιθανό να ακολουθήσουν ένα συμφωνηθέν πλάνο ώστε να αυξήσουν το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας.	-.85	130.593	.409	.538	.806
Ακόμα κι αν τους συμβουλευώ, οι ασθενείς θα συνεχίσουν τις κακές συνήθειες τους όσον αφορά στην έλλειψη σωματικής άσκησης.	-.60	137.859	.073	.466	.818
Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την σωματική άσκηση.	-.79	126.854	.519	.675	.801
Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα τείνουν να τεμπελιάζουν όταν πρέπει να γυμναστούν.	-.94	131.916	.352	.538	.808
Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ σωματικής άσκησης και καρκίνου	-.23	128.320	.518	.648	.802
Οι ασθενείς κατανοούν ότι η έλλειψη άσκησης μπορεί να είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.	-.78	128.699	.471	.587	.803
Πιστεύω ότι οι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν τα κιλά που καταφέρνουν να χάσουν.	-.48	136.434	.141	.542	.816
Νομίζω ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν κίνητρο να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους.	-.77	132.825	.319	.538	.809
Αισθάνομαι αποτελεσματικός στο να βοηθώ τους υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς να διαχειρίζονται το βάρος τους.	-.61	127.190	.547	.662	.801
Πιστεύω ότι οι περισσότεροι ασθενείς μου θα ακολουθήσουν μέχρι τέλους ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους.	-.07	131.985	.417	.533	.807
Αισθάνομαι σιγουριά όταν αντιμετωπίζω υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς.	-.34	134.691	.283	.376	.811
Νομίζω ότι η θεραπεία υπέρβαρων / παχύσαρκων ασθενών δεν αξίζει τον κόπο.	.92	136.781	.119	.499	.816
Η συμβουλευτική για τη διαχείριση βάρους χρειάζεται πάρα πολύ χρόνο.	-1.27	133.876	.230	.474	.813
Νιώθω λίγη αποστροφή όταν θεραπεύω έναν ασθενή που είναι παχύσαρκος.	.87	133.508	.293	.501	.810
Εάν ένας ασθενής είναι υπέρβαρος / παχύσαρκος, νιώθω άβολα να συζητάμε για το βάρος του.	.13	134.700	.181	.369	.815
Το άτομο και όχι το βάρος του είναι το επίκεντρο της συμβουλευτικής διαχείρισης βάρους.	-1.54	141.867	-.105	.399	.826

Οι ασθενείς γνωρίζουν τους κινδύνους για την υγεία τους που σχετίζονται με το βάρος τους.	- .70	133.000	.262	.611	.812
Οι ασθενείς παίρνουν το βάρος τους σοβαρά.	- .28	133.436	.336	.579	.809
Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ βάρους και καρκίνου	- .13	130.518	.456	.693	.805
Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευτώ τους ασθενείς σχετικά με τη διαχείριση του βάρους.	- .62	129.147	.459	.704	.804
Τα υπέρβαρα / παχύσαρκα άτομα στερούνται θέλησης	- .45	134.775	.176	.573	.815
Οι ασθενείς θεωρούν ότι το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.	- .89	129.392	.457	.673	.804

## 4.2 Βαθμός New Attitudes Scale



	Διαφωνώ	Ουδέτερο	Συμφωνώ
Δεν υπάρχει δικαιολογία για τον ασθενή να είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος.	68	10	22
Συνήθως είναι αρκετό να δοθεί στον ασθενή μία σύντομη και σαφής συμβουλή για την διαχείριση του βάρους του.	74	13	13
Οι άνθρωποι μπορούν να έχουν μια υγιεινή διατροφή εάν αποφασίσουν να το κάνουν.	14	74	12
Η συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή δεν αποφέρει αλλαγή συμπεριφοράς.	53	25	22
Πιστεύω ότι εάν ακολουθώ μια υγιεινή διατροφή, καθίσταμαι ένα αποτελεσματικό πρότυπο.	12	55	33
Μου προσφέρει ικανοποίηση όταν μιλάω σε κάποιον για την διατροφή.	21	35	44
Έχω μια προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την διατροφή.	27	30	43
Οι ασθενείς κατανοούν τη σύνδεση μεταξύ της διατροφής και του καρκίνου.	48	19	33
Η κουλτούρα του φαγητού στην Ευρώπη συμβάλλει στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.	16	60	24
Οι ασθενείς είναι πιθανό να ακολουθήσουν ένα συμφωνηθέν πλάνο ώστε να αυξήσουν το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας.	19	47	34
Ακόμα κι αν τους συμβουλευώ, οι ασθενείς θα συνεχίσουν τις κακές συνήθειες τους όσον αφορά στην έλλειψη σωματικής άσκησης.	21	32	47
Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την σωματική άσκηση.	20	43	37
Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα τείνουν να τεμπελιάζουν όταν πρέπει να γυμναστούν.	16	52	32

Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ σωματικής άσκησης και καρκίνου	40	20	40
Οι ασθενείς κατανοούν ότι η έλλειψη άσκησης μπορεί να είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.	26	54	20
Πιστεύω ότι οι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν τα κιλά που καταφέρνουν να χάσουν.	28	30	42
Νομίζω ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν κίνητρο να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους.	21	42	37
Αισθάνομαι αποτελεσματικός στο να βοηθώ τους υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς να διαχειρίζονται το βάρος τους.	23	33	44
Πιστεύω ότι οι περισσότεροι ασθενείς μου θα ακολουθήσουν μέχρι τέλους ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους.	44	11	45
Αισθάνομαι σιγουριά όταν αντιμετωπίζω υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς.	27	16	57
Νομίζω ότι η θεραπεία υπέρβαρων / παχύσαρκων ασθενών δεν αξίζει τον κόπο.	84	7	9
Η συμβουλευτική για τη διαχείριση βάρους χρειάζεται πάρα πολύ χρόνο.	10	67	23
Νιώθω λίγη αποστροφή όταν θεραπεύω έναν ασθενή που είναι παχύσαρκος.	84	3	13
Εάν ένας ασθενής είναι υπέρβαρος / παχύσαρκος, νιώθω άβολα να συζητάμε για το βάρος του.	59	18	23
Το άτομο και όχι το βάρος του είναι το επίκεντρο της συμβουλευτικής διαχείρισης βάρους.	8	77	15
Οι ασθενείς γνωρίζουν τους κινδύνους για την υγεία τους που σχετίζονται με το βάρος τους.	26	46	28
Οι ασθενείς παίρνουν το βάρος τους σοβαρά.	33	15	52
Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ βάρους και καρκίνου	41	14	45
Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με τη διαχείριση του βάρους.	25	33	42
Τα υπέρβαρα / παχύσαρκα άτομα στερούνται θέλησης	37	31	32
Οι ασθενείς θεωρούν ότι το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.	20	49	31



### 4.3 Διαφοροποίηση βάση Δημογραφικών

Προκειμένου να εξετάσουμε εάν τα δημογραφικά στοιχεία διαφοροποιούν το Βαθμό Fat Phobia, διενεργούμε Independent Samples t-test για τα δημογραφικά με δύο γκρουπ και one-way ANOVA για τα υπόλοιπα.

Για αρκετά μεγάλο πληθυσμό ( $N > 25$ ) μπορούμε να τρέξουμε απευθείας t-test ή ANOVA χωρίς έλεγχο της κανονικότητας βάση του Central Limit Theorem. Ωστόσο για μικρότερο είναι αναγκαίο να εξετάσουμε τη κανονικότητα των παρατηρήσεων μας. Για αυτό το λόγο διενεργούμε έλεγχο κανονικότητας με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ.

- *Hazewinkel, Michiel, ed. (2001) [1994], "Central limit theorem", Encyclopedia of Mathematics, Springer Science+Business Media B.V. / Kluwer Academic Publishers, ISBN 978-1-55608-010-4*

Στον παρακάτω πίνακα σκιαγραφούμε με τους πολύ μικρούς πληθυσμούς που πρέπει να εξετάσουμε.

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	.134	15	.200*	.936	15	.340
	Γυναίκα	.096	85	.051	.975	85	.104
<b>Ηλικία</b>	18 – 24	.192	16	.117	.932	16	.263
	25 – 34	.088	52	.200*	.983	52	.641
	<b>35 – 44</b>	<b>.178</b>	<b>26</b>	<b>.033</b>	<b>.884</b>	<b>26</b>	<b>.007</b>
	45 και πάνω	.221	6	.200*	.898	6	.362
<b>Εκπαίδευση</b>	Σπουδές AEI/TEI	.093	45	.200*	.971	45	.325
	Μεταπτυχιακές σπουδές	.114	54	.076	.967	54	.139
<b>Εργασία</b>	Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	.084	85	.200*	.976	85	.115
	Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	.142	9	.200*	.973	9	.920
	Δεν εργάζομαι	.237	6	.200*	.849	6	.153
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	.104	13	.200*	.975	13	.945

	Νοσηλεύτης	.101	73	.064	.960	73	.021
Φυσικοθεραπευτής		.219	3	.	.987	3	.780
Διατροφολόγος / Διαιτολόγος		.239	6	.200*	.948	6	.721
Άλλο		.276	5	.200*	.885	5	.331
Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος	Όχι	.115	54	.073	.972	54	.246
	Ναι	.126	46	.065	.973	46	.371
Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο	Όχι	.089	34	.200*	.978	34	.719
	Ναι	.078	66	.200*	.974	66	.181

Για όλους ικανοποιείται η Null hypothesis με  $p > 0.05$ , συνεπώς μπορούμε να τρέξουμε t-test και one way ANOVA.

4Για όλους ικανοποιείται η Null hypothesis με  $p > 0.05$ , με εξαίρεση του πληθυσμού Ηλικίας 35-24 και των Νοσηλευτών. Ωστόσο και στις δύο περιπτώσεις ο πληθυσμός είναι άνω των 25 ( $N > 25$ ) και άρα μπορούμε να τρέξουμε t-test ή ANOVA ανάλογα.

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
<b>Φύλο</b>	Equal variances assumed	1.133	.290	1.814	98	.073
	Equal variances not assumed			1.614	17.722	.124
Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος	Equal variances assumed	.584	.447	-1.570	98	.120
	Equal variances not assumed			-1.598	97.698	.113
Είναι ή υπήρξε πότε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο	Equal variances assumed	.613	.436	-.863	98	.390
	Equal variances not assumed			-.886	71.684	.379

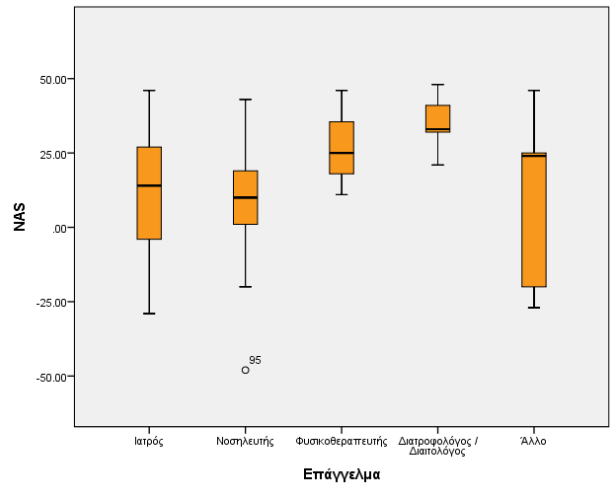
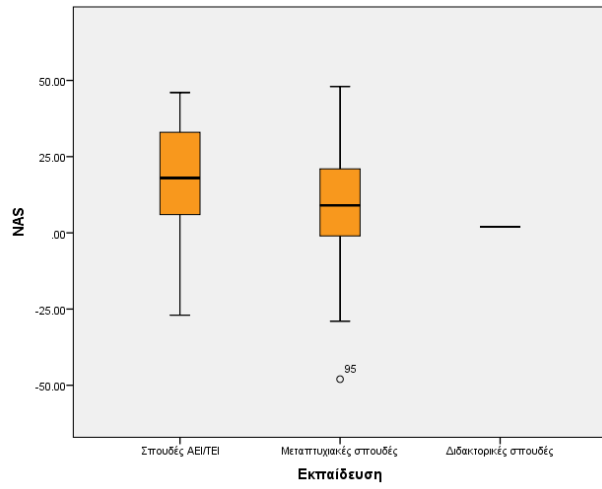
### One Way ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ηλικία</b>	Between Groups	2012.213	3	670.738	2.139	.100
	Within Groups	30107.577	96	313.621		
	Total	32119.790	99			
<b>Εκπαίδευση</b>	Between Groups	2266.957	2	1133.478	3.683	.029
	Within Groups	29852.833	97	307.761		
	Total	32119.790	99			
<b>Εργασία</b>	Between Groups	721.129	2	360.564	1.114	.332
	Within Groups	31398.661	97	323.698		
	Total	32119.790	99			
<b>Επάγγελμα</b>	Between Groups	4109.930	4	1027.483	3.485	.011
	Within Groups	28009.860	95	294.841		
	Total	32119.790	99			

Παρατηρούμε λοιπόν πως όσοι έχουν σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ σημείωσαν μεγαλύτερο Βαθμό New Attitudes Scale (Μ.Ο. 17.33) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο. 7.94),  $F(2,97)=3.683$ ,  $p = 0.029$ .

Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Επαγγελμάτων στο βαθμό του New Attitudes Scale, όπως προκύπτει από το one-way ANOVA ( $F(4,95) = 3.485$ ,  $p = .011$ ). Το τεστ Tukey υποδεικνύει πως ότι ο βαθμός NAS είναι σημαντικά μεγαλύτερος για αυτούς που δήλωσαν επάγγελμα Διατροφολόγου/Διαιτολόγου (Μ.Ο. 34.67), σε σχέση με τους Ιατρούς (Μ.Ο. 10.30,  $p = .039$ ) και τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. 10,12,  $p = .010$ ).

Να υπενθυμίσουμε πως υψηλότερες τιμές του Βαθμού New Attitudes Scale, υποδεικνύουν θετικότερες συμπεριφορές προς τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους.



#### 4.4 Συσχέτιση μεταβλητών - Spearman rho

Συσχέτιση Spearman rho

	NAS2	NAS3	NAS4	NAS5	NAS6	NAS7	NAS9	NAS10	NAS11	NAS12	NAS13	NAS16	NAS17	NAS18	NAS19	NAS20	NAS21	NAS22	NAS23	NAS24	NAS25	NAS27	NAS29	NAS30
NAS1	r=-0.274 P=0.006	R=0.143 P=0.156	r=-0.079 P=0.437	r=0.159 P=0.114	r=-0.114 P=0.257	r=-0.164 P=0.104	r=0.039 P=0.701	r=-0.002 P=0.984	r=-0.002 P=0.986	r=0.044 P=0.661	r=0.225 P=0.025	r=0.087 P=0.39	r=0.006 P=0.95	r=-0.099 p=0.328	r=-0.053 p=0.599	r=-0.021 p=0.832	r=0.08 p=0.43	r=0.146 p=0.146	r=0.032 p=0.754	r=0.158 p=0.116	r=0.015 p=0.136	r=0 p=0.997	r=0.099 p=0.328	r=0.375 p<0.001
NAS2		r=-0.138 P=0.171	r=-0.149 P=0.14	r=-0.194 P=0.053	r=0.148 P=0.143	r=0.071 P=0.483	r=-0.002 P=0.982	r=0.181 P=0.071	r=0.156 P=0.121	r=0.068 P=0.502	r=-0.084 P=0.405	r=-0.023 P=0.821	r=0.079 P=0.437	r=0.128 p=0.205	r=0.095 p=0.346	r=0.119 p=0.239	r=-0.002 p=0.984	r=0.022 p=0.824	r=-0.042 p=0.679	r=-0.081 p=0.425	r=-0.064 p=0.525	r=-0.007 p=0.948	r=0.093 p=0.357	r=-0.163 p=0.106
NAS3			r=-0.022 P=0.826	r=-0.194 P=0.053	r=-0.07 P=0.487	r=-0.062 P=0.538	r=-0.017 P=0.865	r=-0.191 P=0.057	r=0.061 P=0.547	r=-0.144 P=0.153	r=-0.181 P=0.071	r=-0.081 P=0.425	r=-0.054 P=0.591	r=-0.14 p=0.165	r=-0.084 p=0.406	r=-0.055 p=0.586	r=-0.092 p=0.363	r=0.112 p=0.268	r=-0.133 p=0.186	r=-0.103 p=0.309	r=-0.113 p=0.265	r=0.126 p=0.213	r=-0.12 p=0.233	r=0.241 p=0.016
NAS4				r=0.087 P=0.389	r=-0.181 P=0.072	r=0.006 P=0.956	r=-0.126 P=0.213	r=-0.212 P=0.034	r=-0.179 P=0.075	r=-0.034 P=0.734	r=-0.087 P=0.391	r=-0.183 P=0.068	r=0.001 P=0.992	r=-0.074 p=0.462	r=-0.002 p=0.982	r=0.003 p=0.977	r=-0.209 p=0.037	r=0.045 p=0.656	r=-0.099 p=0.327	r=-0.139 p=0.167	r=-0.292 p=0.003	r=0.134 p=0.184	r=-0.126 p=0.212	r=-0.065 p=0.522
NAS5					r=-0.468 p>0.001	r=-0.420 P<0.001	r=0.330 P=0.001	r=-0.396 p<0.001	r=0.019 P=0.854	r=-0.424 p<0.001	r=0.236 P=0.018	r=0.023 P=0.822	r=-0.266 p=0.007	r=-0.374 p<0.001	r=-0.123 p=0.222	r=-0.213 p=0.034	r=0.048 p=0.637	r=-0.12 p=0.235	r=0.077 p=0.447	r=0.078 p=0.441	r=-0.072 p=0.477	r=-0.077 p=0.447	r=-0.266 p=0.007	r=0.176 p=0.079
NAS6						r=0.618 P<0.001	r=0.347 p<0.001	r=0.330 P=0.001	r=-0.18 P=0.072	r=0.570 p<0.001	r=-0.168 P=0.094	r=0.166 P=0.098	r=0.199 p=0.047	r=0.361 p<0.001	r=0.366 p<0.001	r=0.177 p=0.078	r=0.07 p=0.487	r=-0.084 p=0.406	r=-0.142 p=0.158	r=-0.005 p=0.961	r=0.112 p=0.266	r=0.06 p=0.552	r=0.534 p<0.001	r=-0.131 p=0.758
NAS7							r=0.225 P=0.019	r=0.234 P=0.019	r=-0.027 P=0.793	r=0.612 p<0.001	r=-0.203 P=0.042	r=0.056 P=0.579	r=0.250 p=0.012	r=0.365 p<0.001	r=0.391 p<0.001	r=0.287 p=0.004	r=-0.007 p=0.948	r=0.002 p=0.982	r=-0.136 p=0.176	r=-0.063 p=0.534	r=-0.113 p=0.264	r=0.132 p=0.192	r=-0.583 p<0.001	r=-0.004 p=0.972
NAS9								r=0.348 p<0.001	r=-0.1 P=0.324	r=0.312 P=0.002	r=-0.289 P=0.004	r=0.165 P=0.1	r=0.147 p=0.144	r=0.277 p=0.005	r=0.114 p=0.257	r=0.278 p=0.005	r=0.127 p=0.209	r=-0.362 p<0.001	r=-0.062 p=0.543	r=-0.171 p=0.089	r=0.081 p=0.423	r=-0.187 p=0.062	r=0.306 p=0.002	r=-0.052 p=0.608
NAS10									r=0.126 P=0.212	r=0.335 p<0.001	r=-0.219 P=0.029	r=0.141 P=0.037	r=0.308 p=0.161	r=0.341 p=0.002	r=0.168 p=0.001	r=0.128 p=0.094	r=-0.039 p=0.205	r=0.019 p=0.701	r=-0.084 p=0.854	r=0.089 p=0.43	r=0.08 p=0.428	r=0.058 p=0.564	r=0.16 p=0.112	r=0.075 p=0.457
NAS11										r=-0.157 P=0.119	r=0.152 P=0.131	r=0.258 P=0.01	r=0.041 p=0.687	r=-0.095 p=0.345	r=-0.032 p=0.751	r=0.096 p=0.344	r=0.230 p=0.021	r=0.103 p=0.309	r=0.142 p=0.158	r=0.064 p=0.529	r=0.042 p=0.681	r=0.086 p=0.396	r=-0.09 p=0.375	r=0.144 p=0.153
NAS12											r=-0.281 P=0.005	r=0.164 p=0.164	r=0.356 p<0.001	r=0.423 p<0.001	r=0.361 p<0.001	r=0.128 p=0.205	r=0.026 p=0.796	r=-0.084 p=0.403	r=-0.102 p=0.314	r=0.075 p=0.458	r=-0.006 p=0.95	r=0.024 p=0.816	r=0.528 p<0.001	r=-0.056 p=0.579
NAS13												r=0.057 P=0.576	r=-0.003 p=0.974	r=-0.139 p=0.169	r=-0.098 p=0.334	r=-0.109 p=0.279	r=-0.015 p=0.881	r=0.293 p=0.003	r=0.162 p=0.107	r=0.088 p=0.382	r=0.165 p=0.1	r=0.048 p=0.637	r=-0.124 p=0.217	r=0.430 p<0.001
NAS16													r=0.440 p<0.001	r=0.389 p<0.001	r=0.322 p=0.001	r=0.094 p=0.35	r=0.189 p=0.059	r=0.032 p=0.749	r=-0.1 p=0.322	r=0.17 p=0.092	r=0.025 p=0.803	r=0.271 p=0.021	r=0.172 p=0.087	
NAS17														r=0.373 p<0.001	r=0.227 p=0.195	r=0.099 p=0.136	r=0.094 p=0.119	r=0.032 p=0.097	r=0.094 p=0.084	r=0.032 p=0.334	r=0.021 p=0.334	r=0.021 p=0.334	r=0.021 p=0.334	r=0.142 p=0.142
NAS18															r=0.547 p<0.001	r=0.252 p=0.023	r=-0.12 p=0.177	r=-0.101 p=0.239	r=-0.11 p=0.695	r=0.087 p=0.337	r=0.044 p=0.404	r=0.503 p=0.001	r=-0.146 p=0.158	
NAS19																r=0.19 p=0.059	r=-0.025 p=0.802	r=0.075 p=0.456	r=-0.082 p=0.418	r=0.132 p=0.189	r=-0.015 p=0.885	r=0.188 p=0.061	r=0.371 p<0.001	
NAS20																	r=0.137 p=0.174	r=-0.152 p=0.174	r=0.089 p=0.378	r=-0.11 p=0.274	r=0.001 p=0.993	r=0.182 p=0.073	r=-0.008 p=0.94	
NAS21																		r=-0.171 p=0.089	r=-0.396 p<0.001	r=0.05 p=0.621	r=0.337 p=0.001	r=-0.11 p=0.276	r=0.006 p=0.952	
NAS22																			r=-0.139 p=0.167	r=-0.057 p=0.574	r=-0.157 p=0.119	r=-0.103 p=0.367	r=0.091 p=0.209	
NAS23																				r=0.313 p=0.002	r=0.260 p=0.009	r=-0.129 p=0.201	r=0.156 p=0.122	r=0.166 p=0.098
NAS24																				r=0.084 p=0.406	r=-0.163 p=0.105	r=0.041 p=0.683	r=0.111 p=0.272	
NAS25																					r=-0.209 p=0.037	r=0.002 p=0.985	r=-0.065 p=0.521	
NAS27																						r=0.055 p=0.59	r=0.176 p=0.079	
NAS29																							r=-0.081 p=0.425	
NAS30																								

Επεξήγηση τιμών συσχέτισης:

- $r > 0.50$  υποδεικνύουν δυνατή συσχέτιση
- $r \sim 0.30$  υποδεικνύουν μέτρια συσχέτιση
- $r < 0.20$  υποδεικνύουν αδύναμη συσχέτιση

#### 4.5 Factor Analysis

Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές του ερωτηματολογίου καθώς και νέους παράγοντες με τους οποίους μπορούμε να επεξηγήσουμε τα αποτελέσματα.

Η ποιότητα των δεδομένων για τη ανάλυση παραγόντων ελέγχθηκε με τους δείκτες Keiser-Meyer-Olkin όπου αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος, και Bartlett's Test of Sphericity όπου αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων.

Δείκτης	Αποδεκτή τιμή	Τιμή δείγματος
Keiser-Meyer-Olkin	$> 0.50$	0.672
Bartlett's Test of Sphericity	$p < 0.05$	$p < 0.001$

Η ανάλυση παραγόντων έγινε με τη τεχνική Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis) και εξήγαγε 4 συνιστώσες όπως απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Ανάλυση Παραγόντων για το New Attitudes Scale

Συνιστώσα 1 (Παροχή Συμβουλών προς ασθενείς)	Βάρος	Συνιστώσα 2 (Πίστη στους ασθενείς)	Βάρος	Συνιστώσα 3 (Έχουν Ικανότητα αλλαγής)	Βάρος	Συνιστώσα 4 (Απαξίωση ασθενών)	Βάρος	Συνιστώσα 5 (Συνειδητοποίηση ασθενών)	Βάρος	Συνιστώσα 6 (Ανθρώπινη συμπεριφορά)	Βάρος	Συνιστώσα 7 (Άχαρη αντιμετώπιση ασθενών)	Βάρος
Συζητήσεις διατροφής (NAS6)	0.824	Μη Στέρηση θέλησης (NAS30)	0.789	Διατήρηση χαμένων κιλών (NAS16)	0.799	Αγνόηση συμβουλών άσκησης (NAS11)	0.748	Χρειάζεται πολύ χρόνο (NAS22)	-0.810	Το άτομο στο κέντρο των συμβουλών (NAS25)	0.731	Άβολη συζήτηση βάρους (NAS24)	0.819
Συμβουλές διατροφής (NAS7)	0.821	Καμία δικαιολογία (NAS1)	0.689	Παροχή Αποτελεσματικής βοήθεια (NAS18)	0.599	Αποστροφή προς παχύσαρκους (NAS23)	0.545	Κουλτούρα φαγητού (NAS9)	0.605	Αλλαγή συμπεριφοράς (NAS4)	-0.684	Αποστροφή προς παχύσαρκους (NAS23)	0.436
Συμβουλές άσκησης (NAS12)	0.760	Θέληση για υγιεινή διατροφή (NAS3)	0.558	Τήρηση προγράμματος διαίτας (NAS19)	0.575	Δεν αξίζει η θεραπεία (NAS21)	0.516	Σοβαρή αντιμετώπιση βάρους (NAS27)	0.444				
Συμβουλές διαχείρισης βάρους (NAS29)	0.699	Μη Τεμπέλιασμα στην άσκηση (NAS13)	0.541	Κίνητρο αλλαγής τρόπου ζωής (NAS17)	0.568	Αρκεί μια συμβουλή (NAS2)	0.433						
Πρότυπο διατροφής (NAS5)	-0.638	Αρκεί μια συμβουλή (NAS2)	-0.512										
Αποτελεσματική βοήθεια (NAS18)	0.431												

Οι τέσσερις συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 67.78% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου Fat Phobia, ενώ αναλυτικά η συνεισφορά τους στην συνολική διακύμανση παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1 - Παροχή Συμβουλών προς ασθενείς	4.909	19.634	19.634
2 - Πίστη στους ασθενείς	2.572	10.289	29.924
3 - Έχουν Ικανότητα αλλαγής	2.084	8.336	38.260
4 - Απαξίωση ασθενών	1.664	6.658	44.918
5- Συνειδητοποίηση ασθενών	1.479	5.916	50.833
6 - Ανθρώπινη συμπεριφορά	1.255	5.019	55.852
7 - Άχαρη αντιμετώπιση ασθενών	1.146	4.583	60.436

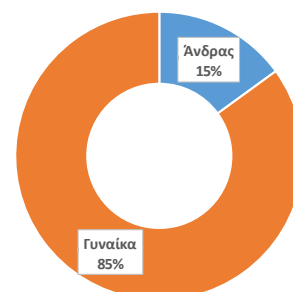


## Αποτελέσματα

### Δημογραφικά στοιχεία

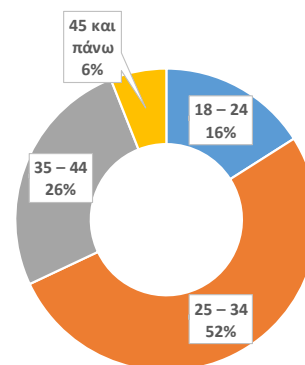
#### Φύλο

	Frequency	Valid Percent
Άνδρας	15	15.0
Γυναίκα	85	85.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



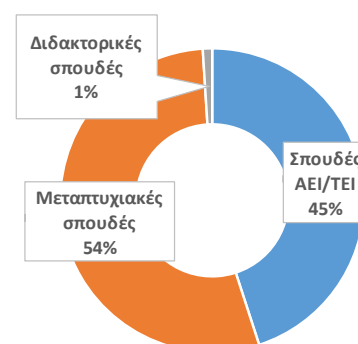
#### Ηλικία

	Frequency	Valid Percent
18 – 24	16	16.0
5	52	52.0
26.0	26	26.0
45 και πάνω	6	6.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



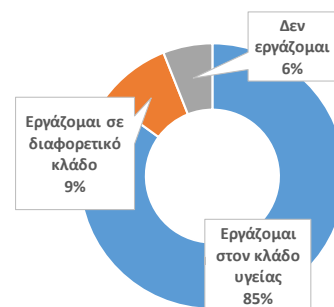
#### Εκπαίδευση

	Frequency	Valid Percent
Σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ	45	45.0
Μεταπτυχιακές σπουδές	54	54.0
Διδακτορικές σπουδές	1	1.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



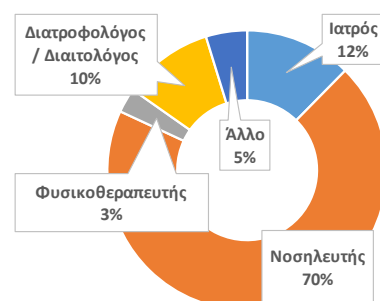
### Εργασία

	Frequency	Valid Percent	
Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	85	85.0	
Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	9	9.0	
Δεν εργάζομαι	6	6.0	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	



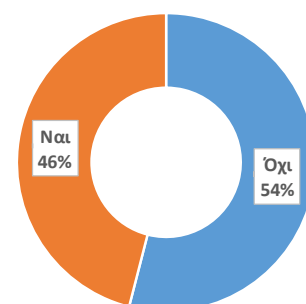
### Επάγγελμα

	Frequency	Valid Percent
Ιατρός	13	13.0
Νοσηλεύτης	73	73.0
Φυσικοθεραπευτής	3	3.0
Διατροφολόγος / Διαιτολόγος	6	6.0
Άλλο	5	5.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος

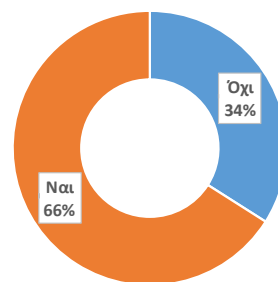
	Frequency	Valid Percent
Όχι	54	54.0
Ναι	46	46.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



Είναι ή υπήρξε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο

	Frequency	Valid Percent
Όχι	34	34.0

Ναι	66	66.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>



Ενδιαφέρον παρατηρούμε στη συσχέτιση των δύο τελευταίων μεταβλητών, αναφορικά με το εάν αυτοί, ή κάποιο μέλος της οικογένειας τους είναι ή υπήρξαν παχύσαρκοι ή υπέρβαροι.

Συγκεκριμένα, ενώ το ποσοστό των υπέρβαρων ή παχύσαρκων ερωτηθέντων μεταξύ κοντά στο 50%, οι ερωτηθέντες που δήλωσαν πως κάποιο μέλος της οικογένειας τους είναι ή ήταν υπέρβαρο ή παχύσαρκο, κατά 87% είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και αυτοί.

Είναι ή υπήρξε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο

		<b>Όχι</b>	<b>Ναι</b>	<b>Total</b>
<i>Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος</i>	<b>Όχι</b>	28	26	54
	<b>Ναι</b>	6	40	46
	<b>Total</b>	34	66	100

Μετά την στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου, μπορούμε να εξετάσουμε αναλυτικά ένα ένα τα αποτελέσματα των μηδενικών μας υποθέσεων. Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα μας ήταν ‘Είναι η παχυσαρκία κάτω από τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου;’. Η μηδενική μας υπόθεση ήταν ότι η παχυσαρκία δεν είναι κάτω από τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου. Χαμηλότερες τιμές του Βαθμού ΒΑΟΡ, υποδεικνύουν ισχυρότερη πεποίθηση πως η παχυσαρκία είναι υπό τον έλεγχο του παχύσαρκου ανθρώπου. Το εύρος τιμών του ΒΑΟΡ είναι [0, 48]. Η τιμή που υπολογίσαμε ήταν 18.17. Άρα οι επαγγελματίες θεωρούν πως η παχυσαρκία είναι σχετικά υπό τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου. Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα από το ΒΑΟΡ ερωτηματολόγιο ήταν ‘Ποιά είναι τα κύρια αίτια της παχυσαρκίας σύμφωνα με τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας;’. Η μηδενική μας υπόθεση ήταν πως δεν υπάρχει κάποιο αίτιο παχυσαρκίας που είναι πιο σημαντικό από τα υπόλοιπα που παραθέτει το ΒΑΟΡ. Φαίνεται πως όλα τα αίτια είναι σημαντικά, με εξαίρεση το «Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.» που δεν είναι σημαντικό. Συγκεκριμένα, και για τα δύο ερωτήματα παρατηρούμε πως το 75% του δείγματος μας θεωρεί πως η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής. Το 85% συμφωνεί με την πρόταση ότι η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής. Το 77% συμφωνεί με την πρόταση ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά. Το 72% θεωρεί πως οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ενώ το 88% θεωρεί πως η πλειοψηφία των παχύσαρκων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ( 75%) θεωρούν πως οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι. Τέλος, οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν πως σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής. Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα μας ήταν ‘ Ποιοί δημογραφικοί / κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα αίτια της παχυσαρκίας;’’. Τα αποτελέσματα μας ήταν ότι Τα δημογραφικά δεν επηρεάζουν τις απόψεις, ωστόσο τα κοινωνικά/βιολογικά (Είστε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας παχύσαρκος) επηρεάζουν. Παρατηρούμε λοιπόν πως όσοι δήλωσαν πως είναι ή υπήρξαν παχύσαρκοι ή υπέρβαροι σημείωσαν μικρότερο Βαθμό ΒΑΟΡ (Μ.Ο. 16.7) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο. 19.4),  $t(98) = 2.053$ ,  $p = 0.043$ . Ομοίως, όσοι δήλωσαν πως κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είναι ή υπήρξε παχύσαρκο ή υπέρβαρο, σημείωσαν μικρότερο Βαθμό ΒΑΟΡ (Μ.Ο. 17.1) σε σχέση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο. 20.2),  $t(98) = 2.281$ ,  $p = 0.025$ . Να υπενθυμίσουμε πως χαμηλότερες τιμές του Βαθμού ΒΑΟΡ, υποδεικνύουν ισχυρότερη πεποίθηση πως η παχυσαρκία είναι υπό τον έλεγχο του παχύσαρκου ανθρώπου.

Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές του ερωτηματολογίου καθώς και νέους παράγοντες με τους οποίους μπορούμε να επεξηγήσουμε τα αποτελέσματα. Η πρώτη συνιστώσα είναι υπεύθυνη για το 47.89% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Ατομική Συμπεριφορά», ενώ η δεύτερη για το 12.97% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Βιολογικοί – Ψυχολογικοί παράγοντες» σύμφωνα πάντα με τους παράγοντες που περιλαμβάνουν. Οι δύο συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 60.85% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου ΒΑΟΡ.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που απαντάται από το ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ είναι ‘ Ποιες είναι οι κύριες απόψεις και τα βασικά στερεότυπα που συνοδεύουν τους παχύσαρκους σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας; Η μηδενική μας υπόθεση ήταν ότι ‘Δεν υπάρχει κάποιο βασικό στερεότυπο που συνοδεύει τους παχύσαρκους, από αυτά που παραθέτει το ΑΤΟΡ’. Το αποτέλεσμα ήταν ότι υπάρχουν διαφορές στα στερεότυπα. Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που απαντάται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ‘Πόσο θετική είναι η συνολική συμπεριφορά

των ανθρώπων έναντι των παχύσαρκων ατόμων;’ Ενώ η μηδενική μας υπόθεση είναι ότι ‘Η συνολική συμπεριφορά των ανθρώπων δεν εξαρτάται από το αν κάποιος είναι παχύσαρκος’. Υψηλές τιμές του Βαθμού ΑΤΟΡ, υποδεικνύουν πιο θετική συμπεριφορά στους παχύσαρκους. Το εύρος τιμών του ΑΤΟΡ είναι [0, 120]. Η τιμή που υπολογίσαμε ήταν 67.90. Άρα η συμπεριφορά φαίνεται να μην εξαρτάται από το αν κάποιος είναι υπέρβαρος. (Βαθμός ΑΤΟΡ στη Παρ. 5.2). Φαίνεται λοιπόν πως οι επαγγελματίες υγείας που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μας είναι προκατειλημμένοι έναντι των παχύσαρκων ατόμων στις συγκεκριμένες περιπτώσεις: οι περισσότεροι ερωτηθέντες ( 71%) θεωρούν πως οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο ανασφαλείς από άλλους ανθρώπους. Το 76% θεωρεί πως οι περισσότεροι παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι από τον εαυτό τους ενώ επίσης θεωρούν πως οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με παχύσαρκους ανθρώπους (76%) και αυτό δείχνει ίσως πως και οι ίδιοι αισθάνονται άβολα. Το 71% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η πλειονότητα των παχύσαρκων ανθρώπων ντρέπονται για το βάρος τους και ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν είναι εξίσου σεξουαλικά ελκυστικοί με τους μη παχύσαρκους ανθρώπους. Ένα άλλο στερεότυπο το οποίο φαίνεται να υπάρχει στους επαγγελματίες είναι η άποψη ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν μπορεί να είναι εξίσου υγιείς με τους μη παχύσαρκους. Σε πολλές απαντήσεις φαίνεται πως δεν είναι προκατειλημμένοι έναντι των παχύσαρκων. Για παράδειγμα, το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί πως οι παχύσαρκοι εργαζόμενοι μπορούν να είναι τόσο επιτυχημένοι όσο οι άλλοι εργαζόμενοι. Ένα άλλο θετικό αποτέλεσμα της έρευνας μας είναι ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων ( 82%) διαφωνούν με την άποψη ότι οι υπερβολικά παχύσαρκοι άνθρωποι είναι συνήθως ανοικοκύρευτοι. Επίσης το 65% θεωρεί ότι οι παχύσαρκοι είναι συνήθως κοινωνικοί. Το 83% διαφωνεί με την άποψη ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν διαφορετικές προσωπικότητες από τους ανθρώπους που δεν είναι παχύσαρκοι. Το πιο ελπιδοφόρο αποτέλεσμα ήταν ότι σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες ( 91%) θεωρούν πως οι παχύσαρκοι πρέπει να περιμένουν να ζουν μία κανονική ζωή. Ένα ακόμη ελπιδοφόρο αποτέλεσμα ήταν ότι το 82% διαφωνεί με την πρόταση ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι τείνουν να έχουν οικογενειακά προβλήματα. Ένα επίσης θετικό αποτέλεσμα της μελέτης μας είναι πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που πήραν μέρος (81%) απάντησαν αρνητικά στην πρόταση ‘ ένα από τα χειρότερα πράγματα που θα μπορούσε να συμβεί σε ένα άτομο θα ήταν για αυτόν να γίνει παχύσαρκος’. Στη μελέτη μας υπήρξαν ερωτήσεις όπου οι μισοί συμφωνούσαν ενώ οι άλλοι μισοί διαφωνούσαν και άρα δεν μπορούμε να βγάλουμε ένα ασφαλές συμπέρασμα. Οι προτάσεις αυτές ήταν : ‘ οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου ευτυχείς με τους μη παχύσαρκους’, ‘ οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι αισθάνονται ότι δεν είναι τόσο καλοί όσο οι άλλοι άνθρωποι’, ‘οι περισσότεροι μη παχύσαρκοι άνθρωποι δεν θα ήθελαν να παντρευτούν κάποιον που να είναι παχύσαρκος’, ‘ οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν εξίσου αυτοπεποίθηση με τους άλλους ανθρώπους’ και ‘οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι ζηλεύουν τους ανθρώπους με κανονικό βάρος’.

Στους ερωτηθέντες επαγγελματίες υγείας δώσαμε επίσης το ερωτηματολόγιο Fat Phobia Scale ώστε να μάθουμε ποιοι είναι οι κύριοι χαρακτηρισμοί που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν παχύσαρκους ή υπέρβαρους ανθρώπους καθώς επίσης να μάθουμε πόσο προκατειλημμένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας απέναντι τους. Η μηδενική μας υπόθεση για το πρώτο ερώτημα ήταν ότι ‘δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που περιγράφουν παχύσαρκους ή υπέρβαρους. Το αποτέλεσμα ήταν ότι υπάρχουν χαρακτηρισμοί προς τους παχύσαρκους ( εφόσον υπάρχουν κάποια επίθετα που συγκεντρώνουν πολλές θετικές ή αρνητικές απόψεις σημαίνει πως υπάρχουν συγκεκριμένοι χαρακτηρισμοί). Η μηδενική υπόθεση για το δεύτερο ερώτημα μας ήταν ότι ‘ οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι προκατειλημμένοι απέναντι στους παχύσαρκους. Χαμηλές τιμές Fat Phobia υπονοούν μικρότερη φοβία ή προκατάληψη. Το εύρος τιμών του Fat Phobia είναι [1, 5]. Η τιμή που υπολογίσαμε ήταν 3.53. Άρα φαίνεται πως υπάρχει μια ελαφριά

φοβία/προκατάληψη προς τους παχύσαρκους. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν πως τα παχύσαρκα άτομα δεν έχουν θέληση και αυτοέλεγχο, είναι αργοί, χωρίς αντοχή και αδρανείς. Επίσης θεωρούν πως αγαπούν το φαγητό και τρώνε υπερβολικά. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί πως τα παχύσαρκα άτομα έχουν κακοφτιαγμένο σώμα, ενώ το 37% τους βρίσκει απωθητικούς. Επιπλέον οι μισοί σχεδόν θεωρούν πως τα παχύσαρκα άτομα έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση ενώ οι άλλοι μισοί απάντησαν ουδέτερα. Τα πιο θετικά αποτελέσματα που δείχνουν μια μέτρια ‘ φοβία βάρους’ ήταν στα εξής: Οι μισοί και παραπάνω ερωτηθέντες δεν θεωρούν τα παχύσαρκα άτομα ούτε τεμπέληδες ούτε εργατικούς, ενώ το 26% θεωρεί πως είναι εργατικοί. Ουδέτερες απαντήσεις που δεν μπορούμε να συμπεράνουμε πως υπάρχει ή ότι δεν υπάρχει προκατάληψη ισχύει για τα χαρακτηριστικά: αδύναμος – δυνατός και μαλθακός – συγκρατημένος.

Δώσαμε και ένα ακόμη ερωτηματολόγιο το οποίο είναι ειδικά σχεδιασμένο για επαγγελματίες υγείας και απαντάει στην ερώτηση αν επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας θετικές συμπεριφορές έναντι των παχύσαρκων ατόμων. Η μηδενική μας υπόθεση είναι ότι η συνολική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δεν εξαρτάται από το αν κάποιος είναι παχύσαρκος. Υψηλότερες τιμές του Βαθμού New Attitudes Scale, υποδεικνύουν θετικότερες συμπεριφορές προς τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους. Το εύρος τιμών του NAS είναι [-118, 118]. Η τιμή που υπολογίσαμε ήταν 12.11. Άρα φαίνεται πως υπάρχει μια ελαφριά θετική συμπεριφορά προς τους παχύσαρκους. Η συντριπτική πλειοψηφία διαφώνησε με την πρόταση ‘ δεν υπάρχει δικαιολογία για τον ασθενή να είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος’, ενώ πάλι οι περισσότεροι θεωρούν πως συνήθως δεν είναι αρκετό να δοθεί στον ασθενή μία σύντομη και σαφής συμβουλή για τη διαχείριση του βάρους του. Θεωρούν όμως πως η συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή αποφέρει αλλαγή συμπεριφοράς. Οι μισοί ερωτηθέντες θεωρούν πως ακόμα κι αν συμβουλευθούν τους ασθενείς τους, αυτοί θα συνεχίσουν τις κακές συνήθειες τους συνήθειες όσο αφορά την έλλειψη σωματικής άσκησης. Οι απαντήσεις αυτές ίσως δείχνουν πως οι επαγγελματίες αισθάνονται ματαιότητα, ότι δηλαδή δεν είναι στο χέρι τους να αλλάξει το πρόβλημα της παχυσαρκίας. Αυτό ίσως να εξηγείται και στο επόμενο συμπέρασμα που βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν έντονη προσωπική επιθυμία να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με την σωματική άσκηση. Τα ίδια περίπου αποτελέσματα βρέθηκαν σε αντίστοιχη ερώτηση όπου και πάλι οι ερωτηθέντες απάντησαν πως δεν έχουν έντονη προσωπική επιθυμία να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με τη διαχείριση του βάρους τους. Ένα θετικό αποτέλεσμα όμως του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν πως η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε πως δε νιώθει αποστροφή όταν θεραπεύει έναν ασθενή που είναι παχύσαρκος. Τέλος το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μας δίνει κάποια ενδιαφέροντα στατιστικά στοιχεία βάση των δημογραφικών. Παρατηρούμε λοιπόν πως όσοι έχουν σπουδές ΑΕΙ/ΤΕΙ σημείωσαν μεγαλύτερο Βαθμό New Attitudes Scale (M.O. 17.33) σε σχέση με τους υπόλοιπους (M.O. 7.94),  $F(2,97)=3.683$ ,  $p = 0.029$ . Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των Επαγγελμάτων στο βαθμό του New Attitudes Scale, όπως προκύπτει από το one-way ANOVA ( $F(4,95) = 3.485$ ,  $p = .011$ ). Το τεστ Tukey υποδεικνύει πως ότι ο βαθμός NAS είναι σημαντικά μεγαλύτερος για αυτούς που δήλωσαν επάγγελμα Διατροφολόγου/Διαιτολόγου (M.O. 34.67), σε σχέση με τους Ιατρούς (M.O. 10.30,  $p = .039$ ) και τους Νοσηλευτές (M.O. 10,12,  $p = .010$ ). Να υπενθυμίσουμε πως υψηλότερες τιμές του Βαθμού New Attitudes Scale, υποδεικνύουν θετικότερες συμπεριφορές προς τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους. Άρα, στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρατηρούνται διαφορές στις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τις σπουδές και το επάγγελμα τους.

Θέλαμε επίσης να μάθουμε ποιοί είναι οι κύριοι παράγοντες που συνοψίζουν τα αίτια, τις απόψεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας. Πραγματοποιήσαμε την ανάλυση παραγόντων

και βρήκαμε ότι υπάρχουν κύριοι παράγοντες. Για το ερωτηματολόγιο BAOP, πρώτη συνιστώσα είναι υπεύθυνη για το 47.89% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Ατομική Συμπεριφορά», ενώ η δεύτερη για το 12.97% της συνολικής διακύμανσης και την ονομάσαμε «Βιολογικοί – Ψυχολογικοί παράγοντες» σύμφωνα πάντα με τους παράγοντες που περιλαμβάνουν. Οι δύο συνιστώσες συνολικά αντικατοπτρίζουν το 60.85% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου BAOP.

Αντίστοιχα, στο ερωτηματολόγιο ATOP βρήκαμε 6 συνιστώσες συνολικά που αντικατοπτρίζουν το 62.39% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου ATOP. Οι συνιστώσες είναι οι εξής: 'Ισάξια Προσωπικότητα', 'κοινωνικά υγιείς,' φυσιολογική ζωή', 'στιγματισμός', 'υγεία & σεξ' και 'αυτοεκτίμηση'.

Στο Fat Phobia βρήκαμε τέσσερις συνιστώσες συνολικά που αντικατοπτρίζουν το 67.78% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου Fat Phobia και αυτές είναι: 'Χωρίς αυτοεκτίμηση', 'Σωματική Διάπλαση', 'Διατροφικές Συνήθειες' και 'Χωρίς Θέληση'.

Στο NAS ερωτηματολόγιο βρήκαμε τέσσερις συνιστώσες συνολικά που αντικατοπτρίζουν το 67.78% του συνολικού βαθμού του ερωτηματολογίου NAS και αυτές είναι: 'παροχή συμβουλών προς ασθενείς', 'πίστη στους ασθενείς', 'έχουν ικανότητα αλλαγής' και 'απαξίωση ασθενών'.

Θέλαμε επίσης να μάθουμε αν συνδέονται και αν ναι, πώς οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τα αίτια της παχυσαρκίας με τις συμπεριφορές τους. Βρήκαμε ότι υπάρχουν σχετικά ασθενείς συσχετίσεις μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών για τα αίτια της παχυσαρκίας και της συμπεριφοράς τους προς τους παχύσαρκους. Παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων ATOP και Fat Phobia ( $r = -.381$ ,  $n = 100$ ,  $p < .001$ ). Η σχέση αυτή είναι αναμενόμενη δεδομένου πως χαμηλές τιμές Fat Phobia υπονοούν μικρότερη φοβία και συνεπώς πιο θετικές συμπεριφορές (ATOP) προς τους παχύσαρκους ή υπέρβαρους. Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική σχετικά ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων Fat Phobia και New Attitudes Scale ( $r = -.236$ ,  $n = 100$ ,  $p = .021$ ). Ομοίως λοιπόν, μικρότερη φοβία ευνοεί θετικότερες συμπεριφορές (New Attitudes Scales) προς υπέρβαρους ή παχύσαρκους. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχετικά ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων BAOP και New Attitudes Scale ( $r = .236$ ,  $n = 100$ ,  $p = .018$ ). Υψηλές τιμές BAOP υποστηρίζουν πεποιθήσεις πως η παχυσαρκία δεν είναι υπό τον έλεγχο του ασθενή, και άρα οι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται θετικότερα προς αυτούς. Σε κάθε περίπτωση οι τιμές Pearson είναι σχετικά χαμηλές, γεγονός που υποδεικνύει πως τα ερωτηματολόγια απαντούν σε διαφορετικό πεδίο.

## Συσχετίσεις μεταξύ ερωτηματολογίων

Πραγματοποιήσαμε ανάλυση συσχετίσεων Spearman μεταξύ των 4 ερωτηματολογίων προκειμένου να βρούμε τις μεταξύ τους συσχετίσεις σχετικά με τις απόψεις, συμπεριφορές και πεποιθήσεις των ερωτηθέντων.

Συσχετίσεις Ερωτηματολογίων

		<i>Beliefs about Obese Patients</i>	<i>Attitudes about Obese Patients</i>	<i>Fat Phobia</i>	<i>New Attitudes Scale</i>
Beliefs about Obese Patients	Pearson Correlation	1	.181	-.121	.236*
	Sig. (2-tailed)		.071	.232	.018
Attitudes about Obese Patients	Pearson Correlation	.181	1	-.381**	.194
	Sig. (2-tailed)	.071		.000	.053
Fat Phobia	Pearson Correlation	-.121	-.381**	1	-.231*
	Sig. (2-tailed)	.232	.000		.021
New Attitudes Scale	Pearson Correlation	.236*	.194	-.231*	1
	Sig. (2-tailed)	.018	.053	.021	

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

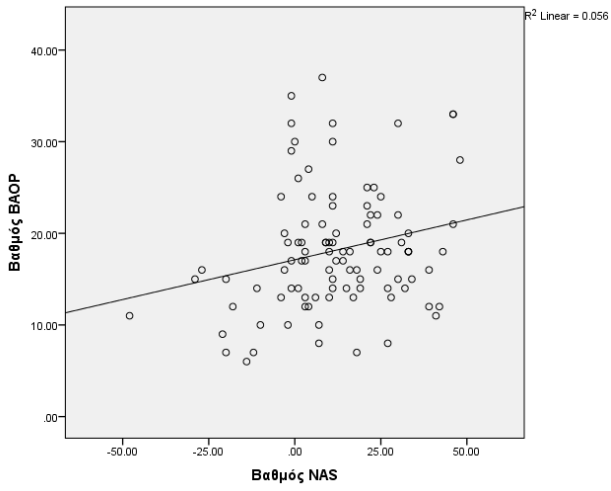
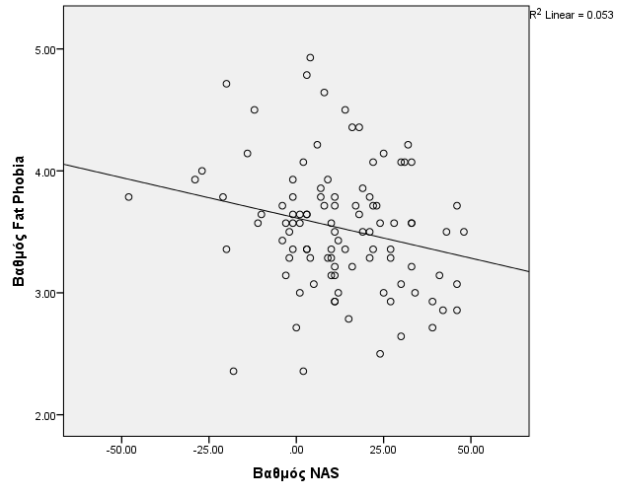
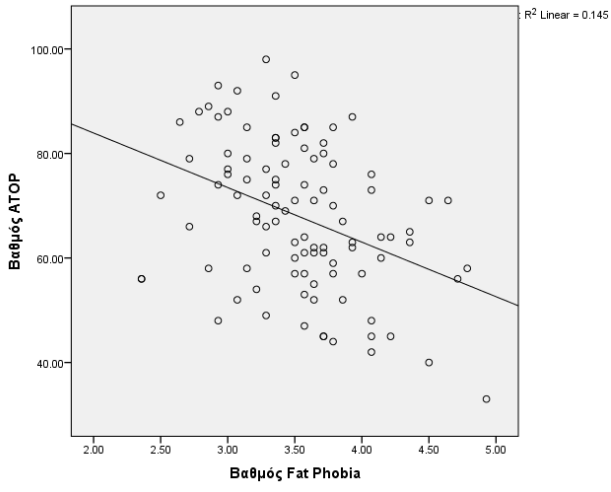
Παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων ATOP και Fat Phobia ( $r = -.381$ ,  $n = 100$ ,  $p < .001$ ). Η σχέση αυτή είναι αναμενόμενη δεδομένου πως χαμηλές τιμές Fat Phobia υπονοούν μικρότερη φοβία και συνεπώς πιο θετικές συμπεριφορές (ATOP) προς τους παχύσαρκους ή υπέρβαρους.

Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική σχετικά ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων Fat Phobia και New Attitudes Scale ( $r = -.236$ ,  $n = 100$ ,  $p = .021$ ). Ομοίως λοιπόν, μικρότερη φοβία ευνοεί θετικότερες συμπεριφορές (New Attitudes Scales) προς υπέρβαρους ή παχύσαρκους.

Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχετικά ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων BAOP και New Attitudes Scale ( $r = .236$ ,  $n = 100$ ,  $p = .018$ ). Υψηλές τιμές BAOP υποστηρίζουν πεποιθήσεις πως η παχυσαρκία δεν είναι υπό τον έλεγχο του ασθενή, και άρα οι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται θετικότερα προς αυτούς.

Σε κάθε περίπτωση οι τιμές Pearson είναι σχετικά χαμηλές, γεγονός που υποδεικνύει πως τα ερωτηματολόγια απαντούν σε διαφορετικό πεδίο, όπως φαίνεται και στα scatterplot.





## Σύγκριση τιμών των ίδιων ερωτηματολογίων σε άλλες μελέτες

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι τιμές των δικών μας ερωτηματολογίων καθώς και οι τιμές των ίδιων ερωτηματολογίων σε 4 άλλες μελέτες.

	<b>BAOP</b>	<b>ATOP</b>	<b>Fat Phobia</b>	<b>NAS</b>
<b>Η δική μας μελέτη</b>	18.17	67.90	3.53	12.11
<b>Counter-conditioning as an intervention to modify anti-fat attitudes</b>	12.75	59.32	3.99	
<b>Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size</b>	16.1-18	67.1		
<b>Attitudes toward obesity in obese persons: A matched comparison of obese women with and without binge eating</b>	16.64-18.18	60		
<b>Measuring Medical Student Attitudes and Beliefs Regarding Obese Patients</b>	17.44			24.4

Τα δικά μας συμπεράσματα δεν απείχαν σημαντικά από τα αποτελέσματα των ίδιων ερωτηματολογίων σε άλλες χώρες. Για παράδειγμα, ο Puhl και οι συνεργάτες του, διερεύνησαν τη στάση, ανάμεσα σε ένα δείγμα ευκολίας 182 μαθητών διαιτολογίας από 14 σχολεία στις ΗΠΑ χρησιμοποιώντας τη κλίμακα Fat Phobia και βρήκαν μέτρια τιμή φοβίας βάρους(3.7). Χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα στο Μεξικό, ανάμεσα σε 528 πρωτοετείς έως σπουδαστές στο πέμπτο έτος στο τμήμα ψυχολογίας και φοιτητές ιατρικής διαπιστώθηκε μέτρια τιμή φοβίας βάρους (3.4). Στη δική μας έρευνα, βρήκαμε και εμείς μέτρια τιμή φοβίας βάρους ήτοι 3.53.

## Συζήτηση - Συμπεράσματα

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει αν υπάρχει στίγμα και προκατάληψη από τους επαγγελματίες υγείας προς τους παχύσαρκους ασθενείς και να βρούμε παράγοντες προκειμένου να ανακαλύψουμε νέες υποκείμενες δομές.

Στο πρώτο ερωτηματολόγιο (BAOP) φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως η παχυσαρκία είναι σχετικά υπό τον έλεγχο του παχύσαρκου ατόμου. Αυτό σημαίνει πως εν μέρει αποδίδουν στα ίδια τα παχύσαρκα άτομα ευθύνες για την κατάσταση τους χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους γενετικούς παράγοντες, τα υποθαλμικά αίτια, τα ενδοκρινικά αίτια κτλ. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία λοιπόν, η ισχυρή πεποίθηση ότι η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα έλλειψης προσωπικού ελέγχου (δηλ. Είναι δυναμικά ελεγχόμενη) οδηγεί σε προκατάληψη (Crandall & Reser, 2005). Φαίνεται άρα εδώ στα δικά μας αποτελέσματα πως υπάρχει μία μέτρια προκατάληψη.

Ένα αποτέλεσμα που μας έκανε εντύπωση στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο όταν εξετάσαμε τα δημογραφικά στοιχεία ήταν ότι: όσοι δήλωσαν πως είναι ή υπήρξαν παχύσαρκοι ή υπέρβαροι σημείωσαν μικρότερο βαθμό BAOP ( M.O. 16.7) σε σχέση με τους υπόλοιπους ( M.O. 19.4). Ομοίως, όσοι δήλωσαν πως κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είναι ή υπήρξε παχύσαρκο ή υπέρβαρο, σημείωσαν μικρότερο βαθμό BAOP ( M.O. 17.1) σε σχέση με τους υπόλοιπους ( M.O. 20,2). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με ό,τι έχουμε διαβάσει στη βιβλιογραφία όπου προβλέπεται μικρότερη προκατάληψη ,όταν ο αυτοαναφερόμενος ΔΜΣ είναι υψηλότερος (Schwartz et al., 2003). Μια υπόθεση για την διαφορά αυτή μπορεί να θεωρηθεί ο ο αυτοαναφερόμενος ΔΜΣ ο οποίος είναι προβληματικός. Παρόλο που οι νέοι, ιδιαίτερα εκείνοι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, είναι γενικά αρκετά ικανοί να αναφέρουν το ύψος και το βάρος τους με καλή ακρίβεια, χρησιμοποιώντας αυτοαναφερόμενες τιμές για τον προσδιορισμό του ΔΜΣ μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας και υπερεκτίμηση του χαμηλού βάρους (De Vriendt et al., 2009).

Στο ΑΤΟΡ ερωτηματολόγιο βρήκαμε πως η συμπεριφορά φαίνεται να μην εξαρτάται από το αν κάποιος είναι υπέρβαρος. Ενώ στο ερωτηματολόγιο NAS βρήκαμε πως φαίνεται να υπάρχει μια ελαφριά θετική συμπεριφορά προς τους παχύσαρκους. Οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως θεωρούν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με παχύσαρκους ανθρώπους. Επίσης φαίνεται να διαφωνούν στο ότι ένα από τα χειρότερα πράγματα που θα μπορούσε να συμβεί σε ένα άτομο θα ήταν για αυτόν να γίνει παχύσαρκος.

Στα αποτελέσματά μας φαίνεται επίσης πως υπάρχει μία ελαφριά φοβία προς τους παχύσαρκους (fat phobia scale) καθώς επίσης και χαρακτηρισμοί που προσδίδουν στους παχύσαρκους όπως 'κακοφτιαγμένο σώμα' και 'αδρανής'.

Επειδή αυτά τα εργαλεία θέτουν άμεσες ερωτήσεις σχετικά με τη στάση απέναντι στα παχύσαρκα άτομα, ίσως είναι καλύτερο να μην επικεντρωθούμε στις πραγματικές απαντήσεις των ερωτήσεων μας γιατί οι στόχοι αυτών των εργαλείων είναι να δημιουργήσουν συζήτηση και συνειδητοποίηση σχετικά με τις πεποιθήσεις και τα στερεότυπα που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη μεροληψία ή τις προκαταλήψεις προς τους ασθενείς.

## Περιορισμοί της έρευνας

Όπως είναι φυσικό, υπήρχαν αρκετοί περιορισμοί στη μελέτη αυτή. Αρχικά, η μελέτη αντιμετώπισε τον περιορισμό ενός μικρού δείγματος. Ένα μεγαλύτερο μέγεθος του δείγματος μπορεί να είχε επιτρέψει ισχυρότερες συνδέσεις ή αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ της βιωσιμότητας και των παραγόντων που θα προέκυπταν. Πιο συγκεκριμένα:

1) Χαρακτηριστικά Δείγματος: Στη έρευνα πήραν μέρος 100 συμμετέχοντες διαφορετικών φύλων, ηλικιών, ειδικοτήτων που διαμένουν και εργάζονται σε διαφορετικές πόλεις. Ωστόσο το συγκεκριμένο δείγμα δεν επιλέχτηκε με τυχαία δειγματοληψία, αλλά με δειγματοληψία σκοπιμότητας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα επιλέχτηκαν με βάση κάποιων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών τους (π.χ. διαθεσιμότητα, διαθέσιμος χρόνος κτλ.). Πέραν αυτού, ο αριθμός των ανδρών είναι σαφώς μικρότερος των γυναικών, γεγονός που ενδεχομένως μειώνει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (παρόλο που δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων).

2) Έλλειψη πληθώρας προηγούμενων ερευνών στην ελληνική βιβλιογραφία. Δεν έχουμε στοιχεία για το στίγμα βάρους από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να βασιστούμε πάνω σε αυτά.

3) Γεωγραφικός προσδιορισμός: Το δείγμα μας ήταν εξολοκλήρου από την Ελλάδα και συνεπώς οποιαδήποτε σύγκριση με άλλες έρευνες θα πρέπει να συμπεριλάβει υπόψη της και τυχόν κοινωνικές διαφορές.

4) Γλώσσα: Τα ερωτηματολόγια αναπτύχθηκαν στην Αγγλική γλώσσα και μεταφράστηκαν στα Ελληνικά. Παρόλη τη προσεκτική μετάφραση, πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφοροι περιορισμοί της γλώσσας και πιθανή απώλεια νοήματος κατά τη σύγκριση με τη βιβλιογραφία.

5) Μέθοδοι συλλογής υλικού: επιλέξαμε τα ερωτηματολόγια στα οποία όμως ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τις ερωτήσεις, ενώ υποχρεώνει τον ερωτηθέντα να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο.

6) Πιλοτική έρευνα: στη συγκεκριμένη μελέτη δεν υπήρχε ο απαραίτητος χρόνος ώστε πριν δοθεί το ερωτηματολόγιο, να δοθεί πρώτα πιλοτικά σε οικεία πρόσωπα ώστε να μας πουν αν βρήκαν κάτι μη σαφές στις ερωτήσεις.

7) social desirability bias: Οι πληροφορίες που συλλέγουμε από το ερωτηματολόγιο είναι χρήσιμες, αλλά υπόκεινται σε μεροληπτική απάντηση λόγω του ότι οι ερωτηθέντες ίσως να δίνουν μια "κοινωνικά αποδεκτή απάντηση" (social desirability bias). Δεν υπάρχουν δείκτες εγκυρότητας στην κλίμακα για τον έλεγχο των κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. Η έρευνα στην κοινωνική ψυχολογία υποδηλώνει ότι όταν οι προκαταλήψεις αξιολογούνται με προφανείς μεθόδους, οι άνθρωποι μπορούν να κρύψουν την πραγματική τους στάση, αλλά όταν η κοινωνική επιθυμία καταλογίζεται με τη χρησιμοποίηση πιο λεπτών και έμμεσων τεχνικών, επανεμφανίζεται η προκατάληψη. Ένα μέτρο που έχει σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιήσει τη μεροληψία της απόκρισης είναι το Implicit Associations Test (IAT), ένα χρονομετρημένο μέτρο αυτόματων συσχετίσεων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, το IAT σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις συσχετίσεις που υπάρχουν πέραν της συνειδητής αξιολόγησης. Το IAT είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο που αποσκοπεί στην εκτίμηση των σιωπηρών/έμμεσων στάσεων το οποίο εμείς δεν μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε για πρακτικούς λόγους.

## Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Θεωρούμε πως όσο σημαντική είναι η καταπολέμηση της παχυσαρκίας, άλλο τόσο σημαντική είναι η καταπολέμηση του στίγματος αφού και τα δύο επηρεάζουν το ίδιο ,ή και περισσότερο ο στιγματισμός, την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η δικιά μας μελέτη ήταν μια πρώτη προσπάθεια να εντοπίσουμε ποιες είναι οι πεποιθήσεις και τα στερεότυπα των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς. Θεωρούμε πως πρέπει να γίνουν μελέτες σε συνεργασία με ερευνητές και εμπειρογνώμονες για τον εντοπισμό και την επικύρωση προσεγγίσεων για τη μείωση του στιγματισμού της παχυσαρκίας στην υγειονομική περίθαλψη. Η ανταλλαγή γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών σε εθνικό και τοπικό επίπεδο και η ιεράρχηση προτεραιοτήτων δηλαδή η διερεύνηση τρόπων αύξησης του προβληματισμού σχετικά με την προκατάληψη βάρους και το στίγμα της παχυσαρκίας στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να αυξηθεί ώστε να μειωθεί ο στιγματισμός.

Στη χώρα μας δεν έχουν γίνει παρεμβάσεις ώστε να δούμε τι δουλεύει και τι όχι. Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για παρεμβάσεις στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών.

Η απόδοση της παχυσαρκίας σε εσωτερικές αιτίες εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πηγή στιγματισμού και διάκρισης των παχύσαρκων ατόμων, η οποία αποτελεί ένα ιδανικό σημείο εκκίνησης για προσεγγίσεις παρέμβασης: Η εισαγωγή μιας πολυδιάστατης αντίληψης της αιτιολογίας της παχυσαρκίας στο κοινό θα πρέπει να συμβάλει στη μείωση του στιγματισμού. Μια τέτοια ιδέα προτείνεται από την Sharma & Padwal. Οι συγγραφείς δηλώνουν ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένδειξη υποκείμενων (υποβόσκουσες αιτίες) αιτιών που οδηγούν σε θετική ισορροπία πρόσληψης ενέργειας. Θα πρέπει δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας μετά την παρέμβαση να βρίσκουν βάσιμο το συμπέρασμα του Cohen (2008), ότι δηλαδή " μια πιο ακριβής σύλληψη της ιδέας της παχυσαρκίας είναι ότι οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στις δυνάμεις του περιβάλλοντος τους, κι όχι ότι έχουν έλλειψη θέλησης και αυτοελέγχου ".

Είναι επίσης σημαντικό να δώσουν ιδιαίτερη σημασία οι ερευνητές και να γνωστοποιήσουν πως υπάρχουν έρευνες που τεκμηριώνουν πως ένα σημαντικό ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων είναι μεταβολικά υγιείς και απ'την άλλη υπάρχουν άτομα μη υπέρβαρα και παχύσαρκα που εμφανίζουν παράγοντες μεταβολικού και καρδιαγγειακού κινδύνου. Αν και το υπερβολικό βάρος μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στον κίνδυνο ασθενειών, η διακύμανση των δεικτών υγείας που παρατηρούνται σε άτομα με παρόμοια σωματική μάζα υποδηλώνει ότι χρειάζεται προσοχή στις γενικεύσεις που γίνονται σχετικά με το μέγεθος του σώματος και τις συμπεριφορές της υγείας, οι οποίες μπορούν περαιτέρω να συμβάλλουν στο στίγμα και τα παραπλανητικά στερεότυπα. Για τα άτομα που δεν παρουσιάζουν παράγοντες μεταβολικού κινδύνου, η απώλεια βάρους μπορεί να μην είναι σημαντική για τη βελτίωση της υγείας. Η αναγνώριση ότι υπάρχουν παχύσαρκα άτομα που είναι μεταβολικά υγιή και άτομα μη υπέρβαρα που είναι μεταβολικά ασθενείς προκαλεί αμφισβήτηση των στερεοτύπων και ενισχύει την ετερογενή φύση της παχυσαρκίας (Karelis et al., 2004).

Στις επόμενες μελέτες θα ήταν χρήσιμο να χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια που μετρούν τις σιωπηρές στάσεις ώστε να μην υπάρχουν ' κοινωνικά αποδεκτές ' απαντήσεις οι οποίες αλλοιώνουν την πραγματική εικόνα. Οι περισσότερες έρευνες για τον στιγματισμό βασίζονται σε ερωτηματολόγια που απαιτούν από τα άτομα να αναφέρουν προσωπικές πεποιθήσεις ή να αποδίδουν χαρακτηριστικά και ιδιότητες σε παχύσαρκους ανθρώπους. Αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες, αλλά υπόκεινται σε μεροληπτική απάντηση λόγω της 'κοινωνικής επιθυμίας'.

Ένα μέτρο που έχει σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιήσει τη μεροληψία της απόκρισης είναι το Implicit Associations Test (IAT), ένα χρονομετρημένο μέτρο αυτόματων συσχετίσεων μιας δομής στόχου με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, το IAT σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις συσχετίσεις που υπάρχουν πέραν της συνειδητής αξιολόγησης. Είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο που αποσκοπεί στην εκτίμηση των σιωπηρών/έμμεσων στάσεων βάζοντας τους συμμετέχοντες να ζευγαρώνουν επίθετα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η πειραματική έρευνα έχει διαπιστώσει ότι οι βαθμολογίες IAT μπορούν να προβλέψουν την προκατειλημμένη συμπεριφορά των ομάδων-στόχων. Οι άνθρωποι γενικά βρίσκουν πολύ πιο εύκολο να κατηγοριοποιήσουν τις λέξεις γρήγορα όταν η αντιστοίχιση των κατηγοριών ταιριάζει με τη στάση τους (δηλαδή, τα 'λουλούδια' συνδυάζονται με τα 'καλά' και τα 'έντομα' με τα 'κακά') από ότι όταν υπάρχει αναντιστοιχία (δηλαδή τα 'λουλούδια' να αντιστοιχίζονται με τα 'κακά' και τα 'έντομα' με τα 'καλά'). Όταν η εργασία είναι ευκολότερη, οι άνθρωποι είναι σε θέση να προχωρούν στη λίστα σε 20 δευτερόλεπτα και να κατηγοριοποιούν σωστά περισσότερες λέξεις, με αποτέλεσμα υψηλότερο σκορ. Σε αυτήν την περίπτωση, οι άνθρωποι αναμένεται να ταξινομήσουν περισσότερες λέξεις όταν οι υπέρβαροι πρέπει να αντιστοιχηθούν με αρνητικά χαρακτηριστικά (π.χ. αργοί, τεμπέληδες, υποτονικοί) και οι λεπτοί να συνδυαστούν με θετικά χαρακτηριστικά (π.χ. αποφασιστικοί, με κίνητρα, προθυμία).

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- 1) Allison, D. B.(1995). Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems. Measures, theory, and research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 2) Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)* 2006;30(1):147–155
- 3) Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity* 2008;16(5):1129–34.
- 4) Aramburu, C., Drury, A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American*.
- 5) B. Feldman, David & Crandall, Chris. (2007). Dimensions of Mental Illness Stigma: What About Mental Illness Causes Social Rejection?. *Journal of Social and Clinical Psychology - J SOC CLIN PSYCHOL*. 26. 137-154. 10.1521/jscp.2007.26.2.137.
- 6) Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001 Feb;25(2):252-7.
- 7) Baum CL, Ford WF. The wage effects of obesity: a longitudinal study. *Health Econ* 2004; 13: 885–899.
- 8) Biskupic, J. (2007). Disability claims related to obesity could rise. *USA Today*. Retrieved April 18,2009  
*BMC Fam Pract*, 12 (2011), p. 7
- 9) Brewis, A., SturtzSreetharan, C., & Wutich, A. (2018). Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Globalization and health*, 14(1), 20. doi:10.1186/s12992-018-0337-x
- 10) Brown, I., & Thompson, J.(2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5). 535-543.
- 11) Brunello G, D'Hombres B. Does body weight affect wages? Evidence from Europe. *Econ Hum Biol* 2007; 5: 1–19
- 12) Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 244–259
- 13) CDC. Obesity and overweight. Retrieved April 2, 2008, from <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/>.
- 14) Centers for Disease Control and Prevention. Adult Obesity Facts. <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>. Updated August 13, 2018. Accessed October 23, 2018.
- 15) Ciao AC, Latner JD, Durso LE. Treatment seeking and barriers to weight loss treatments of different intensity levels among obese and overweight individuals. *Eat Weight Disord* 2012; 17(1):e9–16.
- 16) Cohen DA. Obesity and the built environment: changes in environmental cues cause energy imbalances. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(suppl 7):S137–S142 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 17) Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JTA. Intervening within and across levels: a multilevel approach to stigma and public health. *Soc Sci Med*. 2014;103:101–109. [PubMed] [Google Scholar]

- 18) Crister G. *Fat Land: How Americans Became the Fattest People in the World* New York, NY: Houghton Mifflin; 2004 [Google Scholar]
- 19) De Vriendt, T. et al. Chronic stress and obesity in adolescents: Scientific evidence and methodological issues for epidemiological research, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2009.02.009>
- 20) Field AE, Cook NR, Gillman MW. Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. *Obes Res.* 2005;13:163–169.
- 21) Fontaine, K. R., Faith, M. S., Allison, D. B., Cheskin, L. J. (1998) Body weight and health care among women in the general population. *Arch Fam Med* 7: 381–384
- 22) Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes. Res.* 2003; 11(10):1168–77.
- 23) Healthy People 2010. Leading health indicators. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved March 31, 2009
- 24) Hewitt Associates. Hewitt Survey Shows Growing Interest Among U.S. Employers to Penalize Workers for Unhealthy Behaviors . Enhanced Online News. March 17, 2010. From <http://eon.businesswire.com/news/eon/20100317005918/en>. Retrieved August 24th, 2011.
- 25) Higginbottom, G. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, 12(1), 7-19.
- 26) Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, 37(2), 139-147.
- 27) [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)
- 28) Ip, E. H., Marshall, S., Vitolins, M., Crandall, S. J., Davis, S., Miller, D., ... Spangler, J. (2013). Measuring medical student attitudes and beliefs regarding patients who are obese. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(2), 282–289. doi:10.1097/ACM.0b013e31827c028d
- 29) J. Ma, L. Xiao, R.S. Stafford Adult obesity and office-based quality of care in the U.S.
- 30) Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health.* 2000;90:1212–1215. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 31) Jung, F. U., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PloS one*, 10(10), e0140276. doi:10.1371/journal.pone.0140276
- 32) Kaminsky, J., Gadaleta, D. (2002) A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg* 12: 14–18
- 33) Karelis AD, St-Pierre DH, Conus F, Rabasa-Lhoret R, Poelhman ET. Metabolic and body composition factors in subgroups of obesity: what do we know? *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89(6):2569–2575 [PubMed] [Google Scholar]
- 34) Karnehed N, Rasmussen F, Hemmingsson T, Tynelius P. Obesity and attained education: cohort study of more than 700,000 Swedish men. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 1421–1428.
- 35) Kersh, R., & Morone, J. (2002). The politics of obesity: Seven steps to government action. *Health Affairs*, 21(6), 142-153.
- 36) Klarenbach S, Padwal R, Chuck A, Jacobs P. Population-based analysis of obesity and workforce participation. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 920–927.



- 37) Korn, J. (2010) Too Fat. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*, 17. 209-256; Puhl RM
- 38) L.M. Hansson, F. Rasmussen, G.I. Ahlstrom General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care
- 39) Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B. E., & Hediger, M. L. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158, 27–33. Maddox, G. L., Back, K. W., & Liederman, V. R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 287–298.
- 40) M. Tham, D. Young The role of the General Practitioner in weight management in primary care – a cross sectional study in General Practice *BMC Fam Pract*, 9 (2008), p. 66
- 41) MacLean L, Edwards N, Garrad M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma, and public health planning. *Health Promot Int* 2009;24(1):88–93 [PubMed] [Google Scholar]
- 42) Maria Koroni, Fotini Garagouni-Areou, Christina J. Roussi-Vergou, Maria Zafiropoulou, Stylianos M. Piperakis. The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. February 2009
- 43) Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expect* 2013;
- 44) Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 131–264.
- 45) New Webster's Dictionary. (1976). Chicago, IL: Consolidated Book Publishers. Obesity by the numbers. Retrieved April 2, 2008  
Obesity, 17 (2009), pp. 1077-1085
- 46) O'Brien KS, Puhl R, Latner JD, et al. Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized control trial. *Obesity*. 2010
- 47) Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319 326
- 48) Polinko NK, Popovich PM. Evil thoughts but angelic actions: responses to overweight job applicants. *J Appl Soc Psychol* 2001; 31: 905–924.
- 49) Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 2001;9(12):788–805 [PubMed] [Google Scholar]
- 50) Puhl RM, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: conceptual review and analysis. *Eat Behav* 2003; 4: 53–78.
- 51) Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213–227.
- 52) Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 1802–1815.
- 53) Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring)* 2007
- 54) Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res*. 2008;23(2):347–358

- 55) Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32: 992–1000
- 56) Puhl RM, Heuer CA The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*.2009;17(5):941–964
- 57) Puhl RM, Heuer CA. Weight bias: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(5):941–964
- 58) Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health, 100(6)*, 1019–1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491
- 59) Puhl, R. & Suh, Y. *Curr Obes Rep* (2015) 4: 182. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- 60) Quick, V. M., McWilliams, R., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Fatty, fatty, two-by-four: weight-teasing history and disturbed eating in young adult women. *American journal of public health, 103(3)*, 508–515. doi:10.2105/AJPH.2012.300898
- 61) Rensen C, Bandyopadhyay S, Gopal PK, Van Brakel WH. Measuring leprosy-related stigma—a pilot study to validate a toolkit of instruments. *Disabil Rehabil*2010;33:711-719.
- 62) Reto, C. (2003). Psychological aspects of delivering nursing care to the bariatric patient. *Critical Care Nursing Quarterly, 26(2)*, 139-149.
- 63) Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of School Nursing, 22(4)*, 201-206.
- 64) Roditis ML, Parlapani ES, Tzotzas T, Hassapidou M, Krassas GE. Epidemiology and Predisposing Factors of Obesity in Greece: From the Second World War Until Today. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2009;22:389–405
- 65) Rudd\_Policy\_Brief\_Weight\_Bias(2012)
- 66) Sassi,2010
- 67) Smith CA, Schmoll K, Konik J, Oberlander S. Carrying weight for the world: influence of weight descriptors on judgments of large-sized women. *J Appl Soc Psychol* 2007; 37: 989–1006
- 68) Stephen J. Pont, Rebecca Puhl, Stephen R. Cook, Wendelin Slusser, SECTION ON OBESITY, THE OBESITY SOCIETY *Pediatrics* Dec 2017, 140 (6) e20173034; DOI: 10.1542/peds.2017-3034
- 69) Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 2008;67(3):351–357 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 70) Swift, J.A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R.M. & Glazebrook, C ( 2012) Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet.* **26**, 395–402 doi: 10.1111/jhn.12019
- 71) Tokmakidis, S. P., Kasambalis, A., & Christodoulos, A. D. (2006). Fitness levels of Greek primary schoolchildren in relationship to overweight and obesity. *European Journal of Pediatrics, 165*, 867–874
- 72) Wadden, T. A., Anderson, D. A., Foster, G. D., Bennett, A., Steinberg, C., Sarwer, D. B. (2000) Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Arch Fam Med* 9: 854–860.
- 73) Wee, C. C., McCarthy, E. P., Davis, R. B., Phillips, R. S. (2000) Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Ann Intern Med* 132: 697–704

- 74) Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol* 1988;55(5):738–748 [PubMed] [Google Scholar]
- 75) OECD, Health at a Glance 2017 <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>
- 76) WHO Global Health Observatory Data Repository [online database]
- 77) WHO,2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

## Ερωτηματολόγιο έρευνας

### ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αν είστε επαγγελματίας υγείας, σας προσκαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο μας!

Η μελέτη αυτή διεξάγεται για να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους παχύσαρκους ασθενείς.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις - μόνο απόψεις.

Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας Γιαννοπούλου Εμμανουέλας – Πηνελόπης

ΠΜΣ Προαγωγή και Αγωγή Υγείας

Ιατρική Σχολή Αθηνών

[emma\\_pinel@yahoo.gr](mailto:emma_pinel@yahoo.gr)

## Ερωτηματολόγιο

[Σημειώστε Χ ή γράψτε την απάντηση σας στο ανάλογο τετράγωνο]

### 1. Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	
Άλλο:	

### 2. Ηλικία:

18-24	
25-34	
35-44+	
45 και πάνω	

### 3. Εκπαίδευση:

Προπτυχιακές σπουδές	
Μεταπτυχιακές σπουδές	
Διδακτορικές σπουδές	

### 4. Εργασία:

Εργάζομαι στον κλάδο υγείας	
Εργάζομαι σε διαφορετικό κλάδο	
Δεν εργάζομαι	

### 5. Επάγγελμα

Ιατρός	
Νοσηλεύτης	
Φυσικοθεραπευτής	
Διατροφολόγος/ Διαιτολόγος	
Άλλο:	

### 6. Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ υπέρβαρος ή παχύσαρκος;

Ναι	
Όχι	

### 7. Είναι ή υπήρξε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειά σας υπέρβαρο ή παχύσαρκο;

Ναι	
Όχι	

**8. Οι απόψεις σας για τα αίτια της παχυσαρκίας - Διαλέξτε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε περισσότερο βάζοντας x στο αντίστοιχο κουτί:**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
Η παχυσαρκία συνήθως εμφανίζεται όταν το φαγητό χρησιμοποιείται ως αντιστάθμισμα για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής.						
Σε πολλές περιπτώσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής διαταραχής.						
Η παχυσαρκία συνήθως προκαλείται από υπερκατανάλωση τροφής.						
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι προκαλούν το πρόβλημά τους με το να μην ασκούνται αρκετά.						
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.						
Η πλειοψηφία των παχύσαρκων ανθρώπων έχουν κακές διατροφικές συνήθειες που οδηγούν στην παχυσαρκία τους.						
Η παχυσαρκία σπάνια προκαλείται από την έλλειψη θέλησης.						
Οι άνθρωποι μπορούν να είναι εθισμένοι στο φαγητό, όπως άλλοι είναι εθισμένοι στα ναρκωτικά, και αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γίνονται παχύσαρκοι.						

**9. Οι απόψεις σας σχετικά με τα παχύσαρκα άτομα. Διαλέξτε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε περισσότερο βάζοντας x στο αντίστοιχο κουτί:**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου ευτυχείς με τους μη παχύσαρκους.						
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι αισθάνονται ότι δεν είναι τόσο καλοί όσο οι άλλοι άνθρωποι.						
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο ανασφαλείς από άλλους ανθρώπους.						
Οι παχύσαρκοι εργαζόμενοι δεν μπορούν να είναι τόσο επιτυχημένοι όσο άλλοι εργαζόμενοι.						
Οι περισσότεροι μη-παχύσαρκοι άνθρωποι δεν θα ήθελαν να παντρευτούν κάποιον που να είναι παχύσαρκος.						
Οι υπερβολικά παχύσαρκοι άνθρωποι είναι συνήθως ανοικοκύρευτοι.						
Οι παχύσαρκοι είναι συνήθως κοινωνικοί.						

Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν είναι δυσαρεστημένοι από τον εαυτό τους.							
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν εξίσου αυτοπεποίθηση με τους άλλους ανθρώπους.							
Οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με παχύσαρκους ανθρώπους.							
Οι παχύσαρκοι είναι συχνά λιγότερο επιθετικοί από ότι οι μη παχύσαρκοι άνθρωποι.							
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν διαφορετικές προσωπικότητες από τους ανθρώπους που δεν είναι παχύσαρκοι.							
Πολύ λίγοι παχύσαρκοι άνθρωποι ντρέπονται για το βάρος τους.							
Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι ζηλεύουν τους ανθρώπους με κανονικό βάρος.							
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι πιο συναισθηματικοί από τους μη-παχύσαρκους.							
Οι παχύσαρκοι δεν πρέπει να περιμένουν να ζουν μια κανονική ζωή.							
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου υγιείς με τους μη παχύσαρκους ανθρώπους.							
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι είναι εξίσου σεξουαλικά ελκυστικοί με τους μη παχύσαρκους.							
Οι παχύσαρκοι άνθρωποι τείνουν να έχουν οικογενειακά προβλήματα.							
Ένα από τα χειρότερα πράγματα που θα μπορούσε να συμβεί σε ένα άτομο θα ήταν γι' αυτόν να γίνει παχύσαρκος.							

**10 .Πεποιθήσεις για τα παχύσαρκα άτομα. Για κάθε ζεύγος επιθέτων, παρακαλώ κυκλώστε στο νούμερο που βλέπετε στο επίθετο που αισθάνεστε ότι περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις σας:**

1.	Τεμπέλης	1	2	3	4	5	Εργατικός
2.	Δεν έχει θέληση	1	2	3	4	5	Έχει θέληση
3.	Ελκυστικός	1	2	3	4	5	Αποθητικός
4.	Με αυτοέλεγχο	1	2	3	4	5	Χωρίς αυτοέλεγχο
5.	Γρήγορος	1	2	3	4	5	Αργός
6.	Έχει αντοχή	1	2	3	4	5	Χωρίς αντοχή
7.	Δραστήριος	1	2	3	4	5	Αδρανής

8.	Αδύναμος	1	2	3	4	5	Δυνατός
9.	Μαλθακός	1	2	3	4	5	Συγκρατημένος
10.	Μισεί το φαγητό	1	2	3	4	5	Αγαπά το φαγητό
11.	Κακοφτιαγμένο σώμα	1	2	3	4	5	Καλοφτιαγμένο σώμα
12.	Τρώει ελάχιστα	1	2	3	4	5	Τρώει υπερβολικά
13.	Ανασφαλής	1	2	3	4	5	Με αυτοπεποίθηση
14.	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	1	2	3	4	5	Υψηλή αυτοεκτίμηση

**11. Οι στάσεις σας σχετικά με τα παχύσαρκα άτομα - Διαλέξτε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε ή διαφωνείτε.**

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1.	Δεν υπάρχει δικαιολογία για τον ασθενή να είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος.					
2.	Συνήθως είναι αρκετό να δοθεί στον ασθενή μία σύντομη και σαφής συμβουλή για την διαχείριση του βάρους του.					
3.	Οι άνθρωποι μπορούν να έχουν μια υγιεινή διατροφή εάν αποφασίσουν να το κάνουν.					
4.	Η συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή δεν αποφέρει αλλαγή συμπεριφοράς.					
5.	Πιστεύω ότι εάν ακολουθώ μια υγιεινή διατροφή, καθίσταμαι ένα αποτελεσματικό πρότυπο.					
6.	Μου προσφέρει ικανοποίηση όταν μιλάω σε κάποιον για την διατροφή.					
7.	Έχω μια προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την διατροφή.					
8.	Οι ασθενείς κατανοούν τη σύνδεση μεταξύ της διατροφής και του καρκίνου.					
9.	Η κουλτούρα του φαγητού στην Ευρώπη συμβάλλει στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.					



10	Οι ασθενείς είναι πιθανό να ακολουθήσουν ένα συμφωνηθέν πλάνο ώστε να αυξήσουν το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας.					
11	Ακόμα κι αν τους συμβουλευώ, οι ασθενείς θα συνεχίσουν τις κακές συνήθειες τους όσον αφορά στην έλλειψη σωματικής άσκησης.					
12	Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευώ τους ασθενείς σχετικά με την σωματική άσκηση.					
13	Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα τείνουν να τεμπελιάζουν όταν πρέπει να γυμναστούν.					
14	Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ σωματικής άσκησης και καρκίνου.					
15	Οι ασθενείς κατανοούν ότι η έλλειψη άσκησης μπορεί να είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.					
16	Πιστεύω ότι οι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν τα κιλά που καταφέρνουν να χάσουν.					
17	Νομίζω ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν κίνητρο να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους.					
18	Αισθάνομαι αποτελεσματικός στο να βοηθώ τους υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς να διαχειρίζονται το βάρος τους.					
19	Πιστεύω ότι οι περισσότεροι ασθενείς μου θα ακολουθήσουν μέχρι τέλους ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους.					
20	Αισθάνομαι σιγουριά όταν αντιμετωπίζω υπέρβαρους / παχύσαρκους ασθενείς.					
21	Νομίζω ότι η θεραπεία υπέρβαρων / παχύσαρκων ασθενών δεν αξίζει τον κόπο.					
22	Η συμβουλευτική για τη διαχείριση βάρους χρειάζεται πάρα πολύ χρόνο.					
23	Νιώθω λίγη αποστροφή όταν θεραπεύω έναν ασθενή που είναι παχύσαρκος.					
24	Εάν ένας ασθενής είναι υπέρβαρος / παχύσαρκος, νιώθω άβολα να συζητάμε για το βάρος του.					
25	Το άτομο και όχι το βάρος του είναι το επίκεντρο της συμβουλευτικής διαχείρισης βάρους.					
26	Οι ασθενείς γνωρίζουν τους κινδύνους για την υγεία τους που σχετίζονται με το βάρος τους.					

<b>27</b>	Οι ασθενείς παίρνουν το βάρος τους σοβαρά.					
<b>28</b>	Οι ασθενείς κατανοούν τη σχέση μεταξύ βάρους και καρκίνου					
<b>29</b>	Έχω προσωπική επιθυμία να συμβουλευτώ τους ασθενείς σχετικά με τη διαχείριση του βάρους.					
<b>30</b>	Τα υπέρβαρα / παχύσαρκα άτομα στερούνται θέλησης.					
<b>31</b>	Οι ασθενείς θεωρούν ότι το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία είναι σοβαρός κίνδυνος για την υγεία.					