



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ: ΕΡΙΕΤΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΕΠΩΝΥΜΟ: ΑΡΝΑΟΥΤΑΚΗ (Α.Μ.: 20190749)

**ΤΙΤΛΟΣ: «Γνώσεις και στάσεις των μαθητών
δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τις
διατροφικές διαταραχές»**

Μέλη επιτροπής:

Ι. Γιαννοπούλου: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Επιβλέπουσα

Ι. Μιχόπουλος: Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Μέλος

Β. Ευσταθίου: Ψυχολόγος, Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας, Μέλος

ΠΡΟΛΟΓΟΣ/ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, που αποτελεί για μένα ένα ταξίδι στο δρόμο που μου άνοιξε το «θέλω» και το «μπορώ», όταν επιλέχθηκα ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας», στάθηκαν δίπλα μου με τον τρόπο τους πολλά άτομα τα οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Ευχαριστώ τα μέγιστα την καθηγήτρια και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου Κα Γιαννοπούλου για τη δαπάνη χρόνου και την συστηματική καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη συγγραφή, την επεξεργασία των δεδομένων και τη στατιστική ανάλυσή τους.

Ευχαριστώ επίσης την κα Ευσταθίου για την ιδιαίτερη συμβολή της στο κομμάτι των αποτελεσμάτων που μου προσέφερε.

Ευχαριστώ τους διευθυντές των σχολείων στα οποία εργάστηκα οι οποίοι με υποστήριξαν θερμά στο κομμάτι της διεξαγωγής της έρευνας καθώς και τους μαθητές/μαθήτριες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν.

Ευχαριστώ τον διευθυντή σπουδών του μεταπτυχιακού Κο Γουρνέλλη για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω στο μεταπτυχιακό και κατά συνέπεια να ολοκληρώσω την συγκεκριμένη έρευνα.

Τέλος, άλλης φύσεως ευχαριστίες, απευθύνω στην οικογένειά μου για τη συμπαράστασή τους σε όλο το διάστημα διεξαγωγής και συγγραφής αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ), όπως είναι η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ), η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ), καθώς και η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΕΥ), αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεών τους στη σωματική και ψυχική υγεία.

Σκοπός: Η συγκεκριμένη μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις γνώσεις, αντιλήψεις και στάσεις των εφήβων απέναντι στα άτομα με ΔΠΤ καθώς και τις ανησυχίες τους σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες και με την εικόνα σώματός τους και πώς αυτές επιδρούν στην αναζήτηση βοήθειας καθώς μέχρι σήμερα δεν έχουν διερευνηθεί στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 104 έφηβοι ηλικίας από 15-18 ετών, εκ των οποίων το 58,7% ήταν κορίτσια και το 41,3% ήταν αγόρια. Οι συμμετέχοντες αρχικά διάβασαν μία από τις πέντε βινιέτες (χορηγήθηκαν τυχαία) που περιέγραφε περίπτωση έφηβου ατόμου (χωρίς να προσδιορίζεται το φύλο του) με συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας (ΨΑ) ή ψυχογενούς βουλιμίας (ΨΒ) ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (ΔΕΥ) ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔΤ1) ή κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις των εφήβων για τις ΔΠΤ διερευνήθηκαν μέσω μιας προσαρμοσμένης έκδοσης 12 λημμάτων του Ερωτηματολογίου Αντίληψης της Ασθένειας (Illness Perception Questionnaire). Επιπλέον, χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες η Κλίμακα Στάσεων Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26) μέσω της οποίας διερευνήθηκε η ικανοποίησή τους από το σώμα και την εξωτερική τους εμφάνιση καθώς και η συχνότητα δέσμευσής τους σε προσπάθειες ρύθμισης του βάρους τους και διατήρησης της σιλουέτας τους. Τέλος, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με τις προσωπικές τους εμπειρίες (έμμεσες ή άμεσες) με ΔΠΤ, τις δικές τους ανησυχίες για το φαγητό και την εικόνα του σώματος καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν (ή όχι) αυτές τις ανησυχίες προκειμένου να αποσαφηνιστούν τα πρότυπα αναζήτησης βοήθειας.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά στα ευρήματα, παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα της ΨΑ και ΨΒ αναγνωρίστηκαν δύο φορές συχνότερα από την κατάθλιψη και σχεδόν τρεις φορές συχνότερα από τον ΣΔΤ1. Στις περιπτώσεις της ΨΑ, ΔΕΥ και κατάθλιψης οι συμμετέχοντες αντιστόιχσαν το πρόσωπο της βινιέτας κυρίως με κορίτσι εκτός του ΣΔΤ1. Όσον αφορά τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με ΔΠΤ,

συνολικά παρατηρήθηκε ότι δεν είναι ούτε θετικές αλλά ούτε και αρνητικές, αλλά χαρακτηρίζονται από ουδετερότητα. Συγκεκριμένα, οι μαθητές ήταν μάλλον ουδέτεροι στο να αποκτήσουν σχέσεις με άτομα με διατροφικές διαταραχές, αλλά περισσότερο αρνητικοί όταν αυτές οι σχέσεις χαρακτηρίζονταν ως πιο στενές(π.χ. συγκατοίκηση). Υψηλές βαθμολογίες συμμετεχόντων στο EAT-26(EAT>20) φάνηκε να συσχετίζονται θετικά με τη δυσαρέσκεια από το σώμα τους και την ανησυχία για τις διατροφικές τους συνήθειες. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες φάνηκε να προτιμούν πρωτίστως να απευθύνονται σε γονείς και φίλους για να μοιραστούν το πρόβλημά τους. Τέλος, ως μέσο προτίμησης για να έρθουν σε επαφή οι συμμετέχοντες με κάποιον επαγγελματία υγείας αναδείχθηκε η τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης, ενώ μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων θα επέλεγε την δια ζώσης επαφή.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να μπορεί να αναγνωρίζει τις διατροφικές διαταραχές, χωρίς όμως να μπορεί να δώσει μια ακριβή ορολογία για αυτές, παρά μόνο μια περιγραφική προσέγγιση. Οι προκαταλήψεις των εφήβων για τα άτομα με ΔΠΤ φαίνεται πλέον να έχουν μειωθεί καθώς οι στάσεις τους απέναντί τους χαρακτηρίζονται κυρίως από ουδετερότητα. Ωστόσο, το κοινωνικό στίγμα λειτουργεί ως εμπόδιο αποδοχής του προβλήματος και αναζήτησης επαγγελματικής βοήθειας.

Η ικανοποίηση που αντλούν οι έφηβοι από την εικόνα που έχουν για το σώμα τους έχει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές τους συνήθειες και ανησυχίες καθώς και στην επικινδυνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν μελλοντικά οι σωστές παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των εφήβων τόσο απέναντι στο κομμάτι της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών για ενίσχυση της αναγνώρισής τους, όσο και στο κομμάτι της ευαισθητοποίησής τους απέναντι στα άτομα που τις βιώνουν, στοχεύοντας σε μια πλήρη άρση των στιγματιστικών στάσεων.

Λέξεις κλειδιά: έφηβοι, διατροφικές διαταραχές, αναγνώριση διατροφικών διαταραχών, στάσεις, στίγμα

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating Disorders (EDs), such as anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED) represent a major public health problem due to serious health consequences.

OBJECTIVES: The objective of the study was to assess adolescents' knowledge of EDs and their attitudes towards individuals with EDs, eating and body image concerns among adolescents and how these impact help-seeking behaviours, which have not been investigated thoroughly so far in Greece.

METHODS: The sample comprised 104 upper secondary school students (58.7% girls, 41.3% boys), aged 15-18 years old. Participants were randomly assigned to read one of five gender neutral vignettes depicting a 15-year-old adolescent presenting with symptoms consistent with AN, BN, BED, depression or Type 1 diabetes (T1D) and were asked to answer multiple choice questions regarding their ED knowledge, feelings about interacting with the target character, perceived personality characteristics and the gender of the target character. Attitudes were explored using an adapted version of the Illness Perception Questionnaire. Furthermore, participants were asked to complete the Eating Attitudes Test (Eat-26) and provide information about their level of body satisfaction and the perceived importance of their appearance, and the frequency with which they engaged in efforts to regulate their body weight or size. Finally, participants were asked about their personal experiences (indirect or direct) with EDs, their own eating and body image concerns, and how they addressed (if at all) these concerns in order to elucidate their help-seeking behaviour patterns.

RESULTS: The symptoms of AN and BN were recognised twice as frequently as of depression and three times as frequently as of T1D. The individual in the AN, BED and depression vignette were mostly interpreted as describing females. Adolescents' attitudes towards young people with EDs were identified as neutral, i.e. neither favourable or unfavourable, with the exception when it comes to forming close relationships. ED disorder risk (Eat-26 ≥ 20) was associated with increased body dissatisfaction and concerns about their eating habits. Participants' preferred pathways

of help-seeking for eating concerns revolved mainly around parents and friends, and telephone helpline rather than face-to face contact with mental health professionals.

CONCLUSIONS According to these results, the majority of adolescents are able to identify eating disorders, however, they are not familiar with eating disorders' terminology. As a consequence, they are used to describe rather than name them exactly. Stigmatizing attitudes concerning adolescents with eating disorders seem to have been reduced in great measure as adolescents result to be neutral than negative towards them. However, due to social stigma adolescents tend to avoid help seeking for eating disorders. It is a fact that body satisfaction reflects to their eating habits and concerns and is related when it is low with a high risk of appearing eating disorders.

It is important to carry out in the future proper interventions for the promotion of mental health wellbeing of young adolescents in order to reenforce their acknowledgement about EDS and enhance their awareness towards adolescents with EDS reducing in total the pre-existing stigma.

Key words: adolescents, eating disorders, mental health literacy, attitudes, stigma

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ/ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ(ABSTRACT).....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΜΕΘΟΔΟΣ.....	16
Συμμετέχοντες.....	16
Διαδικασία.....	16
Συλλογή δεδομένων/Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	17
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	19
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	20
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	40
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή μαθητών σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι ήταν με το σώμα τους.....	21
Πίνακας 2: Κατανομή μαθητών σχετικά με τη σημασία που είχε για εκείνους η εμφάνισή τους.....	21
Πίνακας 3: Σε ποιον θα μιλούσες αν σε ανησυχούσαν οι διατροφικές σου συνήθειες;.....	24
Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία αιτιότητας του προβλήματος.....	31
Πίνακας 5: Βαθμολογία των υποκλιμάκων σχετικά με τις αιτίες που οφείλονται σε παράγοντες άγχους και στις αιτίες που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες.....	32
Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία αρνητικών χαρακτηριστικών.....	35
Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία θετικών χαρακτηριστικών.....	36

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<i>Γράφημα 1. Μέση τιμή συμμετοχής σε άσκηση για ρύθμιση του σωματικού βάρους/σχήματος σώματος ανάλογα το φύλο.....</i>	<i>23</i>
<i>Γράφημα 2. Απαντήσεις στην ερώτηση «Αν κάτι θα σε εμπόδιζε να ζητήσεις βοήθεια από κάποιον, αυτό θα ήταν...».....</i>	<i>26</i>
<i>Γράφημα 3. Ποσοστά των εφήβων που αναγνώρισαν το πρόβλημα της εκάστοτε βινιέτας.....</i>	<i>28</i>
<i>Γράφημα 4. Απαντήσεις των εφήβων ως προς το ποιο κατάλληλο πρόσωπο που επέλεξαν για να απευθυνθεί για βοήθεια ο/η έφηβος της βινιέτας για την αντιμετώπιση του προβλήματός του/της.....</i>	<i>29</i>
<i>Γράφημα 5. Επιλογή των εφήβων ως προς το είδος της παρέμβασης που θεωρούν την πιο κατάλληλη για το πρόβλημα της βινιέτας.....</i>	<i>30</i>
<i>Γράφημα 6. Διάμεσες τιμές υποκλιμάκων ερωτηματολογίου αντίληψης για την ασθένεια ανά περιεχόμενο βινιέτας.....</i>	<i>34</i>
<i>Γράφημα 7. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιο είναι κατά τη γνώμη σας το φύλο του/της εφήβου που απεικονίζεται στη βινιέτα που διαβάσατε;».....</i>	<i>37</i>
<i>Γράφημα 8. Θηκόγραμμα που απεικονίζει τις διάμεσες τιμές αναφορικά με τις στάσεις των εφήβων απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ.....</i>	<i>38</i>
<i>Γράφημα 9. Θηκόγραμμα που απεικονίζει τις διάμεσες τιμές αναφορικά με τις αντιλήψεις των εφήβων σε σχέση με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής.....</i>	<i>39</i>

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΨΑ= Ψυχογενής Ανορεξία

ΨΒ= Ψυχογενής Βουλιμία

ΔΕΥ= Διαταραχή, Επεισοδιακής Υπερφαγίας

ΣΔΤ1= Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

ΔΠΤ=Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ), όπως είναι η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ), η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ), καθώς και η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΕΥ), αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεών τους στη σωματική και ψυχική υγεία (Mitchell & Crow, 2006).

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίπτωση των ΔΠΤ είναι μεγαλύτερη σε εφήβους και στα νεαρά ενήλικα άτομα, με το 40% των περιπτώσεων να αφορούν άτομα ηλικίας 14-19 ετών (Smink et al., 2012; Micali et al., 2013). Το 0,5-1% του γενικού πληθυσμού πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, αν και η ασθένεια επηρεάζει κυρίως έφηβες και νεαρές γυναίκες (Cost et al., 2020). Να σημειωθεί ότι στον πληθυσμό των εφήβων κοριτσιών που ασχολούνται με το μόντελιγκ ή τον χορό το ποσοστό ανέρχεται στο 5-7%, ενώ στα κορίτσια που ασχολούνται με τον αθλητισμό και στα οποία το βάρος κατέχει καθοριστικό ρόλο το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 6 με 8% (Χατζηγεωργίου, 2004). Ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν την αυξημένη επίπτωση φαινομένου και σε αγόρια (Strother et al., 2012).

Η ΨΑ εμφανίζει την μεγαλύτερη θνητότητα σε άτομα κάτω των 25 ετών, ιδιαίτερα σε κορίτσια (Cost et al., 2020). Το 10-20% του συνόλου των ατόμων που νοσούν από αυτή δεν επιβιώνουν (Ονησιφόρου, 2015). Περίπου το 20% των θανάτων σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία είναι αποτέλεσμα αυτοκτονίας, καθώς οι ασθενείς έχουν 10 φορές αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με εφήβους χωρίς ανορεξία (Cost et al., 2020).

Όσον αφορά την ΨΒ, παρουσιάζεται περίπου στο 10% των εφήβων και νεαρών ενήλικων ατόμων. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια έχουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΨΒ συγκριτικά με τα αγόρια (Ονησιφόρου, 2007). Επιπροσθέτως, η βουλιμία απαντάται συχνότερα από την ανορεξία σε μη κλινικούς πληθυσμούς, στις ενήλικες γυναίκες και στους εφήβους (Παπαγεωργίου, 2005).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι μια σειρά μελετών τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, έδειξαν ότι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης των ΔΠΤ ιδιαίτερα σε εφήβους είναι οι γνώσεις, οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις αυτών απέναντί τους (Burns & Rapee, 2006). Συγκεκριμένα, η έννοια του αλφαριθμητισμού στην ψυχική υγεία -ή όπως χρησιμοποιείται σε σχετικές έρευνες του εξωτερικού ο όρος «mental health literacy»- αφορά τις γνώσεις

που διαθέτουν οι έφηβοι στο να αναγνωρίζουν είτε στον εαυτό τους είτε στους άλλους ότι πρόκειται για ΔΠΤ (Burns & Rapee, 2006). Η έννοια του αλφαριθμητισμού («mental health literacy») χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τους Jorm et al. (1997). Είναι σημαντικό ωστόσο να επισημανθούν οι διαφορές ανάμεσα στους όρους «γνώση» (knowledge), «αντίληψη» (perception), «στάση» (attitude) και «πεποίθηση» (belief) καθώς πολλές φορές αλληλεπικαλύπτονται.

Συγκεκριμένα, η «γνώση» αναφέρεται σε ένα ευρύ δίκτυο εννοιών, εικόνων και νοητικών ικανοτήτων που έχουν τα ανθρώπινα όντα. Οι «πεποιθήσεις» και οι «αντιλήψεις» θεωρούνται μέρος της γνώσης. Οι «πεποιθήσεις» είναι αναμφισβήτητες προσωπικές αλήθειες που τις έχει ο κάθε άνθρωπος και μπορεί να προέρχονται από την εμπειρία ή την φαντασία με ισχυρό συναισθηματικό και αξιολογικό χαρακτήρα. Θέτουν ότι κάτι είναι σωστό ή εσφαλμένο και έτσι αποκτούν και έναν προθετικό χαρακτήρα. Οι «αντιλήψεις» είναι γνωστικές κατασκευές που ίσως μπορούν να αντιμετωπιστούν ως τα οργανωμένα πλαίσια που χαρακτηρίζουν τις έννοιες (Ponte, 1994). Οι «στάσεις» (attitudes) από την άλλη πλευρά, προέρχονται από το λατινικό *aptus*, που σημαίνει «ικανός και έτοιμος για δράση». Αποτελούν μια σχετικά μόνιμη οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και τάσεων συμπεριφοράς απέναντι σε κοινωνικά σημαντικά αντικείμενα, ομάδες, γεγονότα και σύμβολα, μια γενική αίσθηση ή αξιολόγηση-θετική ή αρνητική-για κάποιο άτομο, αντικείμενο ή ζήτημα (Hogg & Vaughan, 2010).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί, ότι μέχρι σήμερα δεν έχουν διερευνηθεί επιστημονικά εκτενώς οι γνώσεις και οι στάσεις των εφήβων και νεαρών ενηλίκων απέναντι στις ΔΠΤ. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντική παράλειψη, καθώς στις νεαρές ηλικίες υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης ΔΠΤ.

Έτσι λοιπόν, με τον όρο γνώση, θα διερευνηθεί ουσιαστικά το τι γνωρίζουν οι έφηβοι σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Στη συγκεκριμένη πιλοτική μελέτη, προκειμένου να διερευνηθούν οι γνώσεις των συμμετεχόντων για τις ΔΠΤ χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της χρήσης βινιετών μέσω περιγραφής περιπτώσεων ατόμων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι βινιέτες ορίζονται ως οι «ατελείς μικρές ιστορίες που είναι γραμμένες για να αντανakλούν με ένα λιγότερο πολύπλοκο τρόπο, καταστάσεις της πραγματικής ζωής προκειμένου να ενθαρρύνουν συζητήσεις και πιθανές λύσεις σε προβλήματα όπου πολλαπλές λύσεις είναι πιθανές» (Jeffries & Maeder, 2009). Το κύριο πλεονέκτημα της συγκεκριμένης τεχνικής είναι ότι αποτελεί ελκυστικό μέσο για την διερεύνηση αντιλήψεων των συμμετεχόντων σχετικά με την

ερμηνεία διαφορετικών ψυχολογικών προβλημάτων, όπως και στη συγκεκριμένη έρευνα. Παράλληλα, βοηθούν τον ερευνητή στο να διαμορφώνει μια πλήρη εικόνα των δεδομένων του μέσα από διαφορετικές περιπτώσεις (Erfanian et al., 2020). Εν κατακλείδι, οι βινιέτες-σκιαγραφήσεις ως εργαλείο συλλογής δεδομένων ενδείκνυται για τη διερεύνηση ζητημάτων για τα οποία οι άνθρωποι δεν μιλούν εύκολα και μπορούν να φέρουν στο φως δεδομένα για τους αξιακούς προσανατολισμούς των ατόμων, τις πεποιθήσεις και τις νόρμες συμπεριφοράς (Barter&Renold, 2000).

Με τον όρο πεποίθηση θα διερευνηθούν οι βαθύτερες προσωπικές τους αλήθειες και αντιλήψεις σχετικά με αυτές, οι οποίες και έχουν διαμορφωθεί από τις εμπειρίες και τα βιώματά τους έως τώρα, ενώ με τον όρο στάση θα διερευνηθεί η συμπεριφορά τους, η θέση δηλαδή που παίρνουν απέναντι σε αυτές και κατ' επέκταση στα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ (Hogg & Vaughan, 2010).

Φαίνεται ότι οι στάσεις των συνομηλίκων μπορούν να επηρεάσουν το κατά πόσο τα νεαρά άτομα με ΔΠΤ θα προβούν στην αναζήτηση βοήθειας (Booth et al., 2004). Περιορισμένος αριθμός μελετών που έχει διερευνήσει τις γνώσεις των εφήβων σχετικά με τις ΔΠΤ και τις στάσεις τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από αυτές κατέδειξαν χαμηλά επίπεδα γνώσεων, αρνητικές προκαταλήψεις και στάσεις απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ και ιδιαίτερα απέναντι σε διαταραχές που σχετίζονται με υπερφαγικά επεισόδια (Rousseau et al., 2012; O'Connor et al., 2016).

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις στάσεις των ατόμων απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ παρουσιάζει ενδιαφέρον. Πρώτον, φαίνεται ότι το στίγμα στις ΔΠΤ είναι υψηλότερο από ότι στη σχιζοφρένεια, αλλά και από ότι στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Roehrig&McLean, 2010). Συγκριτικά με άλλες σωματικές παθήσεις και ψυχικές διαταραχές, τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ θεωρούνται υπεύθυνα για τις δυσκολίες τους (O'Connor et al., 2016), τους αποδίδονται περισσότερα αρνητικά γνωρίσματα προσωπικότητας (Crisafulli et al., 2008) και αντιμετωπίζονται ως λιγότερο ευχάριστα στην κοινωνική διάδραση (Hackler et al., 2010). Το ίδιο το στίγμα φαίνεται να αυξάνει τόσο τη διάρκεια όσο και τη βαρύτητα αυτών των διαταραχών. Υπάρχουν λοιπόν αρκετές αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα αυτά ως αποτέλεσμα των αρνητικών στάσεων απέναντί τους. Καταρχάς, οι στάσεις αυτές μπορούν να εσωτερικευθούν από τα άτομα με ΔΠΤ, γεγονός που εξηγεί και το χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησής τους (Maier et al., 2014). Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι το κοινωνικό στίγμα λειτουργεί ως «εμπόδιο» τόσο ως προς την αποδοχή του προβλήματος όσο και ως προς την ανάγκη αναζήτησης βοήθειας/θεραπείας για την

αντιμετώπισή του (Ali et al., 2017; Hackler et al., 2010). Όπως προαναφέρθηκε, το στίγμα αυξάνει τόσο τη διάρκεια όσο και τη βαρύτητα των ΔΠΤ. Παράλληλα, οδηγεί τα άτομα με ΔΠΤ στην κοινωνική απομόνωση, η οποία με τη σειρά της προκαλεί καταθλιπτικό συναίσθημα και περιορίζει τις ευκαιρίες τους για αναζήτηση βοήθειας. Το ζήτημα λοιπόν αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα νεαρά άτομα που συνήθως μπορεί να διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια, παρασυρόμενα από τον φόβο της επίκρισης από τον περίγυρό τους (Booth et al., 2004).

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ινδία σε μαθητές Λυκείου από διαφορετικά σχολεία και με δείγμα που αποτελούνταν αποκλειστικά από κορίτσια, βρέθηκε ότι αφενός υπήρχε πολύ περιορισμένη γνώση για τις διατροφικές διαταραχές και αφετέρου τα κορίτσια που είχαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΔΠΤ (με βάση τα αποτελέσματα ψυχομετρικών εργαλείων) φάνηκαν να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συμπτώματά τους, γεγονός που λειτουργούσε ως εμπόδιο στο να αναζητήσουν στη συνέχεια και την κατάλληλη επαγγελματική βοήθεια (Byrne et al., 2015). Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι υπήρχε άμεση συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των γονέων ενός εφήβου και του βαθμού αναγνώρισης που είχε απέναντι στις διατροφικές διαταραχές, καθώς παιδιά από οικογένειες στις οποίες τουλάχιστον ο ένας γονέας είχε ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, έδειξαν να τις αναγνωρίζουν καλύτερα (Tanaya et al., 2020).

Μια άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε με δείγμα εφήβων από σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ιταλία, έδειξε επίσης πολύ χαμηλά επίπεδα αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών από τους μαθητές, με μόνο το 22,8% να αναγνωρίζει τον ακριβή ορισμό των διαταραχών της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. Παράλληλα, έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων διαδραμάτιζε καθοριστικό ρόλο, καθώς έφηβοι με τουλάχιστον έναν γονέα να έχει ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν καλύτερη αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών (Napolitano et al., 2019).

Μια εστιασμένη ανασκόπηση που διεξήχθη στην Ευρώπη και Νότια Αμερική έδειξε μικρά ποσοστά αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών («mental health literacy») τόσο από κορίτσια όσο και από τα αγόρια, αναδεικνύοντας την ανάγκη για ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας και ψυχοεκπαίδευση των εφήβων για τέτοιου είδους θέματα (Bullivant et al., 2019).

Επομένως και σύμφωνα με τα παραπάνω, η έγκαιρη ανίχνευση, ψυχοεκπαίδευση και θεραπευτική παρέμβαση στις διατροφικές διαταραχές καθώς και η συστηματική

παροχή φροντίδας σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες που πάσχουν από ΔΠΤ αποτελούν το κλειδί για την καλύτερη κλινική πορεία στο χρόνο και έκβαση (Demmler et al., 2020).

Από την ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τους εφήβους στην Ελλάδα που να διασαφηνίζουν τις γνώσεις για τις ΔΠΤ ή τη στάση των νέων απέναντι σε άτομα με διατροφικές διαταραχές και τα εμπόδια αναζήτησης βοήθειας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι:

Πρώτον, να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος και των διατροφικών ανησυχιών στους εφήβους, ηλικίας 15-18 χρονών.

Δεύτερον, να διερευνήσει τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας από τους εφήβους στην περίπτωση που ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες.

Τρίτον, να διερευνήσει τις γνώσεις (αλφαριθμητισμός) των εφήβων για τις διατροφικές διαταραχές και τη στάση τους απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ .

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Στη μελέτη συμμετείχαν 104 μαθητές (43 αγόρια, 61 κορίτσια), ηλικίας 15-18 ετών (Μ.Ο. =15,6 έτη, ΤΑ=1,1 έτη) που φοιτούσαν σε τέσσερα διαφορετικά σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή του Πειραιά.

Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, το σκεπτικό της και τη διαδικασία με την οποία θα συλλέγονταν τα δεδομένα, καθώς και για τις προϋποθέσεις που θα διασφάλιζαν την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία της εθελοντικής συμμετοχής τους. Πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη, καθώς και τα έντυπα γονικής συναίνεσης στάλθηκαν στους γονείς και κηδεμόνες των μαθητών μέσω της Διεύθυνσης των σχολείων. Συμμετείχαν μόνο οι μαθητές εκείνοι, των οποίων οι γονείς/κηδεμόνες είχαν δώσει συγκατάθεση για συμμετοχή του παιδιού τους στην έρευνα. Στο έντυπο συγκατάθεσης στο οποίο και ζητήθηκε η υπογραφή τους υπήρχε αναλυτική ενημέρωση για τα στοιχεία των ερευνητών, τους σκοπούς της έρευνας, τη διαδικασία, τα τυχόν οφέλη και τους κινδύνους, τα δικαιώματα των συμμετεχόντων και το απόρρητο.

Αναφορικά με το απόρρητο, ο κάθε συμμετέχων ή η κάθε συμμετέχουσα αντιστοιχούσε σε έναν κωδικό, ο οποίος συμπληρωνόταν από την ερευνήτρια κατά την παράδοση του ερωτηματολογίου στην άνω δεξιά άκρη του. Ακόμα, όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και φυλάσσονταν σε χώρο που πρόσβαση είχε μόνο η ερευνητική ομάδα. Οι μαθητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στην τάξη, παρουσία της ερευνήτριας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στον χώρο όπου διανεμήθηκαν με την παρουσία της ερευνήτριας. Ο χρόνος συμπλήρωσής τους ήταν κατά προσέγγιση μια διδακτική ώρα(περίπου 40 λεπτά).

Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε από τον Μάιο του 2021 έως τον Ιούνιο του 2021.

Συλλογή δεδομένων/Ψυχομετρικά εργαλεία

Ακολουθώντας τη μεθοδολογία προηγούμενων ερευνών (Mond & Hay, 2008; Roehrig & McClean, 2010; Stewart et al., 2006; McNicholas et al., 2018) χρησιμοποιήθηκε η τεχνική χρήσης βινιετών. Οι συμμετέχοντες αρχικά διάβασαν μία από τις πέντε βινιέτες (χορηγήθηκαν τυχαία) που περιγράφει περίπτωση έφηβου (χωρίς να προσδιορίζεται το φύλο) που παρουσιάζει συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας ή ψυχογενούς βουλιμίας ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή κατάθλιψης. Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν είχαν την ακόλουθη δομή.

- Αρχικά, ζητήθηκε η άποψή τους σχετικά με το ποιο είναι το πρόβλημα που παρουσιάζει το άτομο της βινιέτας. Οι έφηβοι κλήθηκαν να καταχωρίσουν την απάντησή τους σε ελεύθερο κείμενο (free-response box).
- Στους συμμετέχοντες δόθηκε μια λίστα με άτομα (π.χ. παιδίατρος, σύμβουλος, μέλος της οικογένειας) και παρεμβάσεις (π.χ. συμβουλευτική, εισαγωγή στο νοσοκομείο, πρόγραμμα διατροφής και άσκησης) και τους ζητήθηκε να επιλέξουν ένα από κάθε λίστα που, κατά τη γνώμη τους, θα ήταν πιο βοηθητικό για τον/την έφηβο της βινιέτας.
- Στους συμμετέχοντες δόθηκε μια προσαρμοσμένη έκδοση 12 λημμάτων του Ερωτηματολογίου Αντίληψης της Ασθένειας (Illness Perception Questionnaire). Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αυτό βασίζεται στο μοντέλο αυτορρύθμισης του Leventhal (Leventhal et al., 1997) και στοχεύει στο να κατανοήσουμε τις αντιλήψεις κάποιου γύρω από την ασθένεια, στη συγκεκριμένη περίπτωση τις αντιλήψεις των εφήβων απέναντι στις διατροφικές διαταραχές. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν την αντίληψή τους απέναντι στη διαταραχή που περιγράφεται στη βινιέτα χρησιμοποιώντας μια προσαρμοσμένη έκδοση 12 λημμάτων του Ερωτηματολογίου Αντίληψης για την Ασθένεια. Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες που αξιολογούν τις αντιλήψεις σχετικά με τη χρονιότητα μιας ασθένειας (likely timeline of an illness), τον βαθμό του προσωπικού ελέγχου που έχει ένα άτομο πάνω στην ασθένειά του (personal control an individual has over the illness) και την

αποτελεσματικότητα της θεραπείας (efficacy of treatment). Πρόκειται για ένα έγκυρο εργαλείο με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (Cronbach's alpha 0,91).

- Επιπλέον, χορηγήθηκε η Κλίμακα Στάσεων Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26). Το EAT-26 αποτελείται από 26 ερωτήσεις με 6 πιθανές απαντήσεις. Η βαθμολογία κάθε ερώτησης κυμαίνεται από 0 έως 3 (3=πάντα, 2=συχνά, 1=συνήθως, 0=μερικές φορές, σπάνια, ποτέ), με συνέπεια η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου να κυμαίνεται από 0–78. Η αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου στα ελληνικά έχει γίνει από τον Σίμο και συν. (1996). Στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 20 θεωρείται ότι είναι ενδεικτική υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής. Παρόλο που το ερωτηματολόγιο EAT-26 δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, έχει βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων διαταραχής πρόσληψης τροφής.
- Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε 5βαθμη κλίμακα Likert (από το 0=«διαφωνώ έντονα» έως το 5=«συμφωνώ απόλυτα») με μια σειρά πιθανών αιτιών του προβλήματος του εφήβου της βινιέτας. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε δυο παράγοντες και αφού αθροίστηκαν οι τιμές ανά παράγοντα διαιρέθηκαν με το πλήθος τους. Έτσι, προέκυψαν οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων σχετικά με τις αιτίες που οφείλονται σε παράγοντες άγχους και στις αιτίες που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες ως προς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι που διάβασαν οι μαθητές.
- Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν τον/την έφηβο της βινιέτας σε μια σειρά από 10 χαρακτηριστικά προσωπικότητας (5βαθμη κλίμακα Likert (από το 0=«διαφωνώ έντονα» έως το 5=«συμφωνώ απόλυτα»)
- Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν αν πίστευαν ότι το άτομο της βινιέτας ήταν κορίτσι, ή αγόρι, ή άλλο φύλο.
- Αφού οι συμμετέχοντες απαντήσαν σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν το πρόσωπο της βινιέτας, κλήθηκαν στη συνέχεια να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης τους για την εικόνα του σώματός τους (body image satisfaction) και την αντιληπτή σημασία της εμφάνισής τους

(κλίμακες 5 σημείων). Επίσης, ρωτήθηκαν σχετικά με τη συχνότητα με την οποία συμμετείχαν σε προσπάθειες μείωσης του σωματικού τους βάρους ή αύξησης της μυϊκής μάζας τους. Στη συνέχεια, τους τέθηκε μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με την προσωπική τους εμπειρία με ΔΠΤ.

- Για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των εφήβων σχετικά με το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει τις ΔΠΤ, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε πέντε ερωτήσεις σχετικά με την έκταση της κοινωνικής περιθωριοποίησης που βιώνουν τα άτομα με ΔΠΤ και πέντε ερωτήσεις σχετικά με τις στερεότυπες/στιγματιστικές πεποιθήσεις που επικρατούν για άτομα με ΔΠΤ.
- Τέλος, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας στην περίπτωση που ανησυχούσαν για τις διατροφικές τους συνήθειες, και τι παράγοντες θα τους απέτρεπαν να ζητήσουν βοήθεια εάν ανέπτυσσαν ανησυχίες σχετικά με αυτές.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών ενώ η διάμεσος και το ενδοτεταρτημορικό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Έγινε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών με το κριτήριο Kolmogorov – Smirnov. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των παραγόντων που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's α . Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος *Student's t-test*. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για την σύγκριση δυο ποιοτικών μεταβλητών μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε ο χ^2 έλεγχος. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Kendall (τ) καθώς προσεγγίζει καλύτερα την κανονική κατανομή. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Διατροφικές ανησυχίες και επίπεδο ικανοποίησης των εφήβων με την εικόνα του σώματός τους

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 104 μαθητές Γυμνάσιου και Λυκείου μέσης ηλικίας 15,6 έτη (ΤΑ = 1,1 έτη) εκ των οποίων το 58,7% των μαθητών (n=61 μαθητές) ήταν κορίτσια και το 41,3% (n=43 μαθητές) ήταν αγόρια. Στο 25% των μαθητών (n=26 μαθητές) δόθηκε η βινιέτα με συμπτώματα κατάθλιψης και στο 22,1% (n=23 μαθητές) δόθηκε βινιέτα με συμπτώματα ΨΒ. Ακόμα, σε 18 μαθητές (17,3%) δόθηκε βινιέτα με συμπτώματα ΨΑ και σε αντίστοιχο αριθμό με συμπτώματα ΔΕΥ. Τέλος, στους υπόλοιπους μαθητές (n=19 μαθητές), δηλαδή στο 18,3% δόθηκε περιεχόμενο βινιέτας με συμπτώματα ΣΔΤ1. Το 55,8% (n=58 μαθητές) ήταν μαθητές Γ' Γυμνασίου, το 26% (n=27 μαθητές) Β' Λυκείου, 13 μαθητές (12,5%) φοιτούσαν στην Α' Λυκείου και οι υπόλοιποι 6 μαθητές ήταν μαθητές Γ' Λυκείου.

1.1. Προσωπική (άμεση) και από το περιβάλλον (έμμεση) εμπειρία ΔΠΤ

Από τους 101 συμμετέχοντες οι 7 (6,7%) δήλωσαν ότι είχαν διαγνωστεί με ΔΠΤ (1 κορίτσι με ΨΑ, 2 κορίτσια με ΔΕΥ, 1 αγόρι με ΔΕΥ, 3 κορίτσια με άλλη). Εξ' αυτών το 85,7% έλαβε βαθμολογία ≥ 20 στο ΕΑΤ26. Από τους 7 μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν διαγνωστεί με ΔΠΤ, οι 5 δεν είχαν λάβει καμία θεραπεία, 1 έλαβε θεραπεία στο παρελθόν, ενώ 1 επισκέφτηκε ιατρό για το πρόβλημά του.

Από τους 101 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση εάν γνωρίζουν κάποιον με διατροφική διαταραχή, το 61,4% (n = 62) απάντησε καταφατικά: έξι ανέφεραν ότι οι ίδιοι είχαν διαγνωστεί με ΔΠΤ, 23 ανέφεραν μέλος της στενής οικογένειάς τους, 21 κοντινό φίλο, 3 μέλος της ευρύτερης οικογένειάς του και 9 γνωστό.

1.2. Ικανοποίηση από την εικόνα σώματος και εμφάνισής τους

Ζητήθηκε από τους εφήβους να βαθμολογήσουν σε 5βαθμη κλίμακα Likert τον βαθμό ικανοποίησής τους από την εικόνα του σώματός τους (Μ.Ο. = 2,59, Τ.Α. = 1,12) και τη σημαντικότητα της εμφάνισης (Μ.Ο. = 3,74, Τ.Α. = 0,88). Το 16,6% των ερωτηθέντων δήλωσαν «πολύ ικανοποιημένοι» και το 26,5% «ικανοποιημένοι» με την εικόνα του σώματός τους. Μόνο 7,8% δήλωσε ότι η εμφάνιση είναι είτε «εντελώς ασήμαντη» είτε «ασήμαντη» γι' αυτούς. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1 και στον πίνακα 2.

Πίνακας 1: Κατανομή (Απόλυτες και σχετικές συχνότητες) μαθητών σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι ήταν με το σώμα τους

		N	%
Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι με το σώμα σου;	Πολύ ικανοποιημένος/η	20	16,6
	Ικανοποιημένος/η	27	26,5
	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσανεστημένος/η	36	35,3
	Δυσανεστημένος/η	13	12,7
	Πολύ δυσανεστημένος/η	6	5,9

Πίνακας 2: Κατανομή μαθητών σχετικά με τη σημασία που είχε για εκείνους η εμφάνισή τους

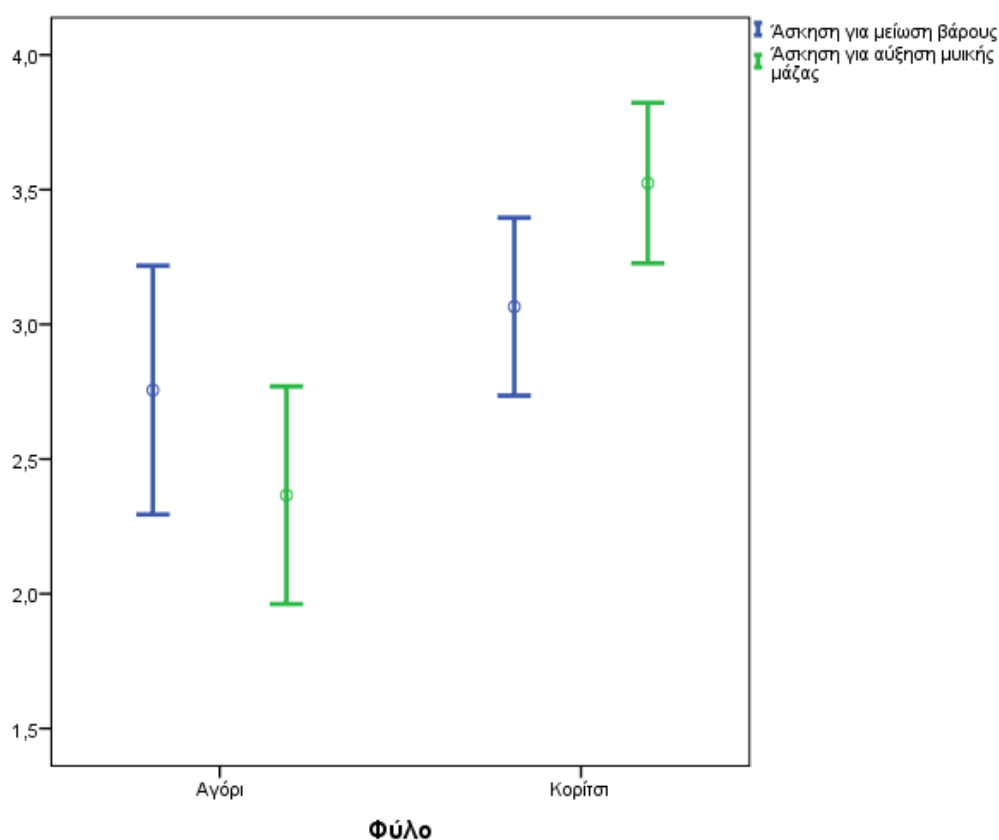
		N	%
Παρακαλώ βαθμολόγησε τη σημασία που έχει για εσένα η εμφάνισή σου.	Εντελώς ασήμαντη	3	2,9
	Μη σημαντική	5	4,9
	Ούτε σημαντική ούτε ασήμαντη	23	22,5
	Σημαντική	56	54,9
	Πολύ σημαντική	15	14,7

Δεν βρέθηκε σημαντική επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος, $t(100) = -1,85$, $p = ,068$, αλλά ούτε όσον αφορά τη σημασία που δίνουν στην εμφάνισή τους, $t(100) = -0,26$, $p = ,794$.

Από τους 103 μαθητές που συμπλήρωσαν το EAT-26, το 23,3% (n=24, 8 αγόρια (7,8%) και 16 κορίτσια (15,5%)) είχαν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής (EAT26 \geq 20). Η δοκιμασία συσχέτισης Kendall's tau-b για ποσοτικές και κατηγορικές μεταβλητές έδειξε ότι η βαθμολογία του EAT-26 συσχετιζόταν θετικά με τη δυσαρέσκεια από το σώμα (Kendall' s tau-b=0,16, p=,038) καθώς και με την ανησυχία γύρω από τις διατροφικές συνήθειες (Kendall' stau-b=0,21, p=,032). Ωστόσο, το 40% των μαθητών που είχαν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση ΔΠΤ (EAT26 \geq 20) είχε επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή/ και ψυχολόγο) για θέματα σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες ή διατροφική διαταραχή. Παρομοίως, το 37% των μαθητών που δηλώσαν ότι ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες είχε επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας.

1.3. Ρύθμιση του βάρους

Σε 6βαθμη κλίμακα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν τη συχνότητα με την οποία γυμνάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να: (α) μειώσουν το βάρος τους, και (β) να αυξήσουν την μυϊκή τους μάζα. Οι μέσες τιμές στις δύο αυτές δραστηριότητες παρουσιάζονται ανά φύλο στο Γράφημα 1. Τα αγόρια ανέφεραν μεγαλύτερη συμμετοχή στην άσκηση για να αυξήσουν την μυϊκή τους μάζα, $t(100)=4,58, p<,001$, αλλά δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στη συμμετοχή τους στη σωματικά άσκηση προκειμένου να μειώσουν το βάρος τους.



Γράφημα 1. Μέση τιμή συμμετοχής σε άσκηση για ρύθμιση του σωματικού βάρους/σχήματος σώματος ανάλογα το φύλο.

1.4 Ανησυχία για τις διατροφικές συνήθειες και την αποκάλυψή τους

Από τους 103 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση εάν ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες, το 44,6% ($n=47$, 13 αγόρια, 33 κορίτσια) απάντησε καταφατικά, από τους οποίους οι περισσότεροι ($n=36$) συζήτησαν τις ανησυχίες τους με κάποιον - γονείς ($n = 12$) ή φίλο ($n = 13$) - ή με διατροφολόγο ή ψυχολόγο ($n = 6$). Από τους 3 που απάντησαν ότι δεν είχαν μοιραστεί τις ανησυχίες τους με κάποιον, ένας έδωσε ως εξήγηση ότι πεινάει, ένας γιατί δεν ανησυχεί υπερβολικά, μία γιατί θέλει να δώσει λύση μόνη της στο πρόβλημά της και ένας απάντησε ότι ο φόβος για το πώς θα τον κρίνουν ή θα του φερθούν οι άλλοι θα τον απέτρεπε να επικοινωνήσει τις ανησυχίες του.

2. Συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας για ανησυχίες σχετικά με διατροφικές συνήθειες ή πιθανότητα διατροφικής διαταραχής.

2.1 Οι προτιμήσεις των εφήβων για αναζήτηση βοήθειας

Από τους 99 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση «Σε ποιον θα μιλούσες αν ανησυχούσες για τις διατροφικές σου συνήθειες», οι μισοί (49,5%, $n=49$) θα μοιράζονταν τις ανησυχίες τους με τους γονείς τους, το ένα τρίτο περίπου (32,3%, $n=32$) με τον «κολλητό» τους και μόνο ένα μικρό ποσοστό με ψυχολόγο (7,1%, $n=7$), παιδοψυχίατρο (3%, $n=3$) ή εκπαιδευτικό (1%, $n=1$). Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3.

Πίνακας 3 : Σε ποιον θα μιλούσες αν σε ανησυχούσαν οι διατροφικές σου συνήθειες

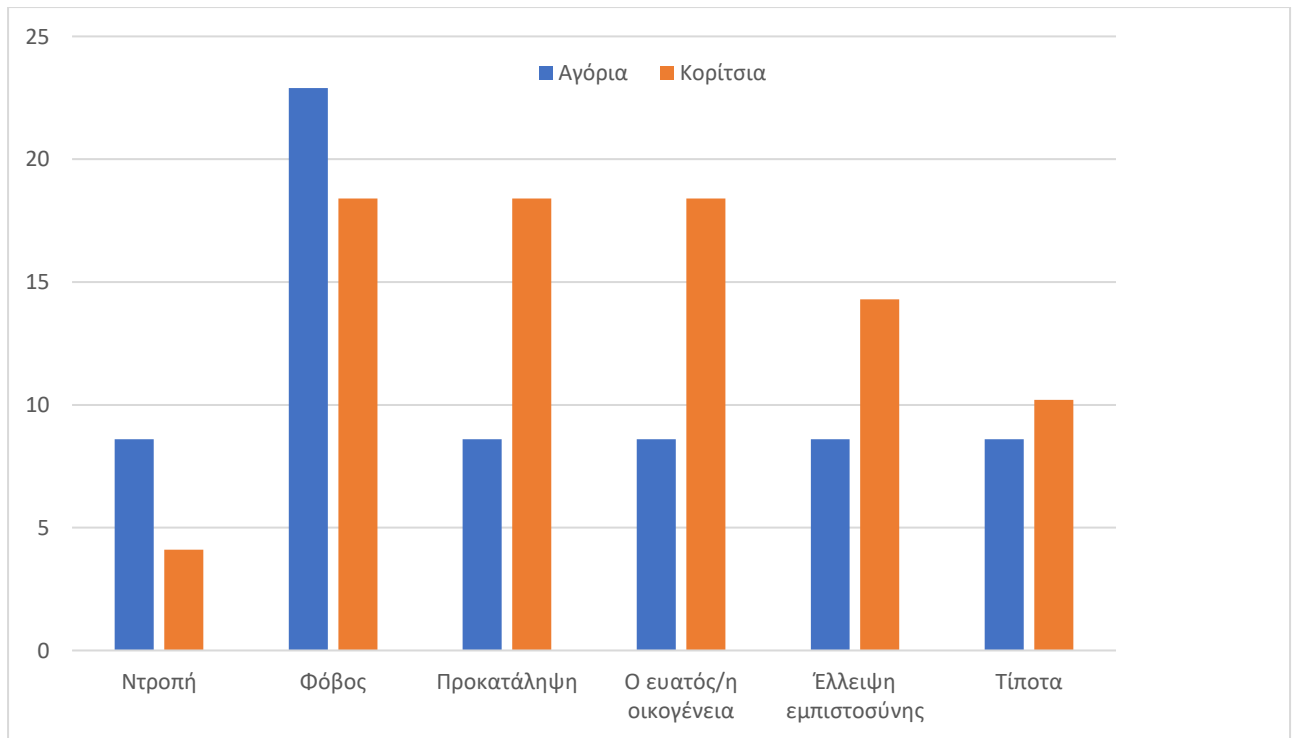
	N	%	
Σε ποιον θα μιλούσες αν σε ανησυχούσαν οι διατροφικές σου συνήθειες;	Στον κολλητό μου	32	32,3
	Στους γονείς μου	49	49,5
	Στον ψυχολόγο	7	7,1
	Ψυχίατρο ή Παιδοψυχίατρο	3	3,0
	Εκπαιδευτικό που εμπιστεύομαι	1	1,0
	Άλλον	7	7,1

Από τους 95 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση «Με ποιον τρόπο θα επέλεγες να αποκτήσεις πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας», το 65,3% (n=62) ανέφερε την τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης, το 26,9% (n=28) το διαδίκτυο/το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο/τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ενώ μόνο το 5,3%(n=5) ανέφερε ότι θα επιχειρούσε διαζώσης συνάντηση με ειδικό ψυχικής υγείας πηγαίνοντας στην υπηρεσία.

2.2 Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας

Από τους 84 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με το τι θα τους εμπόδιζε να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον στην περίπτωση που είχαν ανησυχία για τις διατροφικές τους συνήθειες/ΔΠΤ, οι 17 (20,2%) ανέφεραν την ντροπή, 16 (19%) τον φόβο ότι θα κριθούν, 12 (14,3%) την προκατάληψη 12 (14,3%) τον εαυτό τους (προσωπικότητα) ή η οικογένειά τους, 10 (11,9%) ανέφεραν την έλλειψη εμπιστοσύνης και 5 (4,8%) το αίσθημα ανασφάλειας. Δέκα μαθητές (9,5%) ανέφεραν ότι τίποτα δεν θα τους απέτρεπε από την αναζήτηση βοήθειας.

Από την επισκόπηση του Γραφήματος 2 διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι τα αγόρια ανέφεραν την έλλειψη εμπιστοσύνης, την προκατάληψη και τον εαυτό τους/την οικογένεια ως εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας, ενώ τα αγόρια ανέφεραν την ντροπή και τον φόβο ότι θα κριθούν ως παράγοντες που θα τους απέτρεπαν από την αναζήτηση βοήθειας. Ωστόσο, οι άνω διαφορές μεταξύ κοριτσιών και αγοριών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, όπως διαπιστώθηκε από τον έλεγχο με τη δοκιμασία χ^2 .



Γράφημα 2. Απαντήσεις στην ερώτηση «*Αν κάτι θα σε εμπόδιζε να ζητήσεις βοήθεια από κάποιον, αυτό θα ήταν...*»

3 Γνώσεις (αλφαριθμητισμός) των εφήβων για τις διατροφικές διαταραχές και η στάση τους απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ .

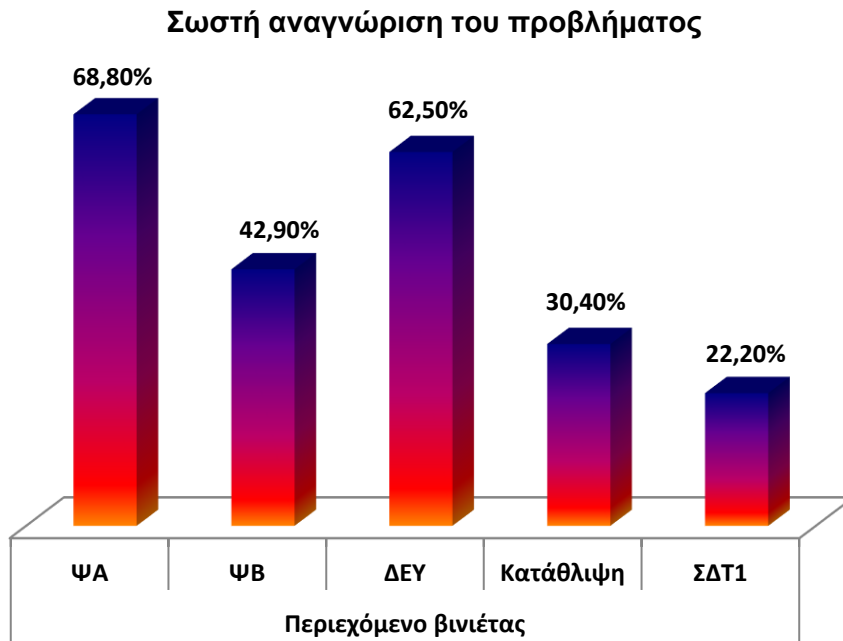
3.1. Αναγνώριση της διαταραχής του/της εφήβου της βινιέτας (Ορισμός του προβλήματος)

Μετά την ανάγνωση της βινιέτας ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να διευκρινίσουν ποιο πίστευαν ότι ήταν το κύριο πρόβλημα του/της εφήβου της βινιέτας.

Αρχικά, να σημειωθεί ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αναγνώριση του προβλήματος που παρουσίαζε ο/η έφηβος της βινιέτας κατηγοριοποιήθηκαν με τιμές 0 και 1 (0=δεν αναγνώρισε το πρόβλημα, 1=αναγνώρισε το πρόβλημα).

Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των απαντήσεων στις βινιέτες ΔΠΤ δεν περιείχε διαγνωστική ετικέτα, αλλά αντίθετα περιστρέφονταν γύρω από τον χαρακτηρισμό των ψυχολογικών, συμπεριφορικών ή κοινωνικών προβλημάτων του ατόμου της βινιέτας, ως κριτήριο ορθής αναγνώρισης της διαταραχής χρησιμοποιήθηκε η περιγραφή που έδωσαν οι συμμετέχοντες.

Στο Γράφημα 3 απεικονίζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε βινιέτα που κατηγοριοποίησε σωστά την περιγραφόμενη διαταραχή. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο ποσοστό ορθής αναγνώρισης του προβλήματος του ατόμου της εκάστοτε βινιέτας, [$\chi^2 (4) = 11,410, p=,022, N=104$]. Από την επισκόπηση του Γραφήματος 3 διαπιστώνεται ότι τα συμπτώματα της ΨΑ και ΨΒ αναγνωρίστηκαν δύο φορές συχνότερα από την κατάθλιψη και σχεδόν τρεις φορές συχνότερα από τον ΣΔΤ1.

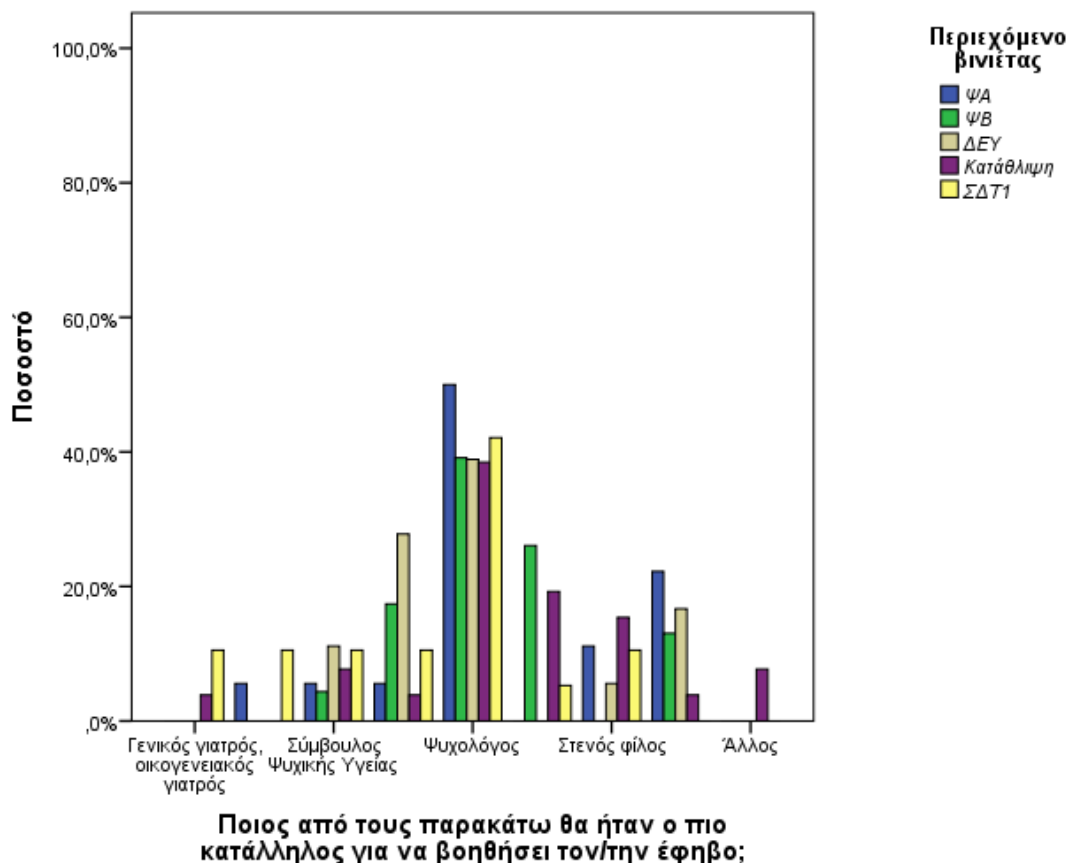


Γράφημα 3: Ποσοστά των εφήβων που αναγνώρισαν το πρόβλημα της εκάστοτε βινιέτας

ΨΑ= Ψυχογενής Ανορεξία, ΨΒ= Ψυχογενής Βουλιμία, ΔΕΥ= Διαταραχή, Επεισοδιακής Υπερφαγίας, ΣΔΤ1= Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

3.2. Συνιστώμενη βοήθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος που παρουσιάζει ο/η έφηβος της βινιέτας

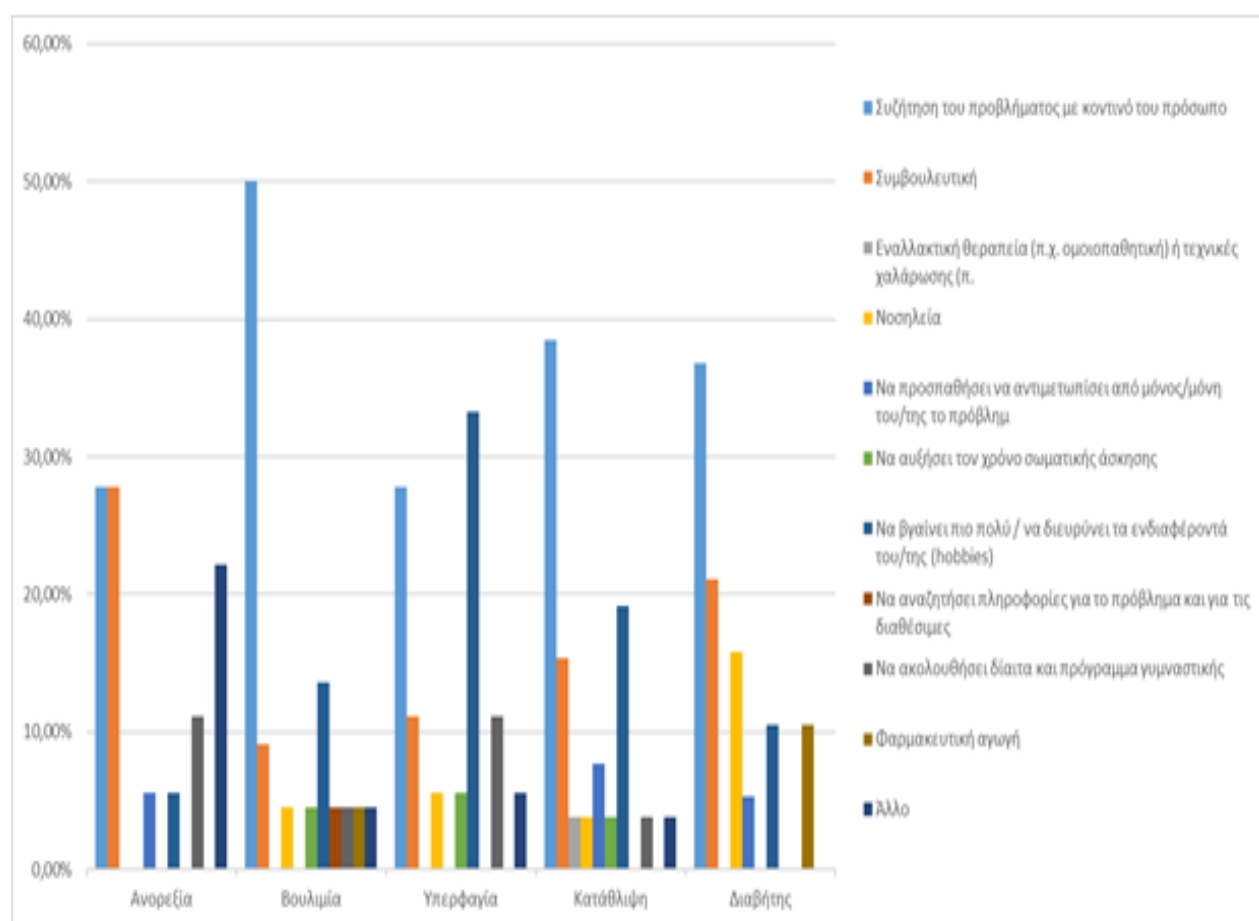
Το Γράφημα 4 απεικονίζει το ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε βινιέτα που θα συνιστούσε στον έφηβο/η να ζητήσει βοήθεια από μια σειρά προσώπων. Οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι όλες οι περιπτώσεις θα επωφεληθούν κυρίως από τη βοήθεια ενός ψυχολόγου.



Γράφημα 4. Απαντήσεις των εφήβων ως προς το ποιο κατάλληλο πρόσωπο που επέλεξαν για να απευθυνθεί για βοήθεια ο/η έφηβος της βινιέτας για την αντιμετώπιση του προβλήματός του/της.

ΨΑ= Ψυχογενής Ανορεξία, ΨΒ= Ψυχογενής Βουλιμία, ΔΕΥ= Διαταραχή, Επεισοδιακής Υπερφαγίας, ΣΔΤ1= Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

Ζητήθηκε επίσης από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν το είδος της παρέμβασης που κατά τη γνώμη τους θα πρόσφερε μεγαλύτερη βοήθεια στον/στην έφηβο/η της βινιέτας. Το Γράφημα 5 παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε αυτό το ερώτημα. Η συζήτηση του προβλήματος με κοντινό πρόσωπο και η λήψη συμβουλευτικής θεωρήθηκαν οι καλύτερες επιλογές. Η φαρμακευτική αγωγή ή η εισαγωγή στο νοσοκομείο σπάνια προτάθηκαν στη ΨΒ και στη ΔΕΥ και καθόλου στη ΨΑ. Η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα θεωρήθηκε λιγότερο καλή επιλογή στην περίπτωση μόνο της ΨΒ, ενώ ένα πρόγραμμα διατροφής και άσκησης θεωρήθηκε καλή επιλογή στην περίπτωση της ΨΑ (περίπου 20%). Η εναλλακτική θεραπεία (π.χ. ομοιοπαθητική) ή τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. yoga) θεωρήθηκαν από λίγους έφηβους καλή επιλογή μόνο στην περίπτωση της κατάθλιψης.



Γράφημα 5. Επιλογή των εφήβων ως προς το είδος της παρέμβασης που θεωρούν την πιο κατάλληλη για το πρόβλημα της βινιέτας.

3.3. Αιτία του προβλήματος (Κατανόηση του προβλήματος)

Παρατηρώντας στον Πίνακα 4 την Μ.Τ βαθμολογίας στα επιμέρους λήμματα φαίνεται οι έφηβοι να αποδίδουν το πρόβλημα του/της εφήβου της βινιέτας κυρίως σε στρες/ανησυχία, σωματική/ψυχική εξουθένωση και συναισθηματική κατάσταση. Ακολουθούν οι διατροφικές συνήθειες, η στάση για τη ζωή, τα οικογενειακά προβλήματα, και η ίδια η προσωπικότητά του. Σαν λιγότερο πιθανές αιτίες του προβλήματος οι έφηβοι θεώρησαν την κληρονομικότητα, την κακή τύχη καθώς και την ελλιπή ιατρική φροντίδα στο παρελθόν.

Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία αιτιότητας του προβλήματος

	Μέση τιμή (ΤΑ)
Στρες ή ανησυχία	4,0 (0,7)
Κληρονομικότητα (γονίδια)	2,6 (1,0)
Δίαιτα ή διατροφικές συνήθειες	3,6 (0,9)
Τυχαίο γεγονός ή κακή τύχη (π.χ. μάτι)	1,9 (1,1)
Ελλιπής ιατρική φροντίδα στο παρελθόν	2,8 (1,0)
Δική του/της υπαιτιότητα	3,2 (1,0)
Στάση για τη ζωή (π.χ. σκέφτεται αρνητικά για τη ζωή)	3,7 (1,0)
Οικογενειακά προβλήματα	3,7 (0,9)
Εξουθένωση (σωματική/ψυχική)	3,8 (0,8)
Συναισθηματική κατάσταση (π.χ. αίσθημα μοναξιάς, θλίψη, άγχος, αίσθημα κενού)	4,2 (0,9)
Η προσωπικότητά του/της	3,2 (1,0)

Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε δύο παράγοντες και αφού αθροίστηκαν οι τιμές ανά παράγοντα διαιρεθήκαν με το πλήθος τους. Έτσι, προέκυψαν οι Μ.Τ. των υποκλιμάκων σχετικά με τις αιτίες που αποδίδονται σε ατομικούς παράγοντες (στάση για τη ζωή, προσωπικότητα, δική του υπαιτιότητα, διατροφικές συνήθειες) και σε ψυχολογικούς παράγοντες (συναισθηματική εξουθένωση, άγχος, συναισθηματική κατάσταση, στρες λόγω οικογενειακών προβλημάτων).

Στον πίνακα 5 δίνονται οι βαθμολογίες των παραγόντων. Υψηλότερη τιμή σε κάθε παράγοντα υποδεικνύει μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας σε κάθε περίπτωση από την πλευρά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 5: Βαθμολογία των υποκλιμάκων σχετικά με τις αιτίες που οφείλονται σε παράγοντες άγχους και στις αιτίες που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες

	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach alpha
Αιτιώδης απόδοση σε ψυχολογικούς παράγοντες	3,9 (0,6)	4 (3,5 – 4,4)	0,781
Αιτιώδης απόδοση σε ατομικούς παράγοντες	2,4 (0,6)	2,3 (2 – 2,7)	0,742

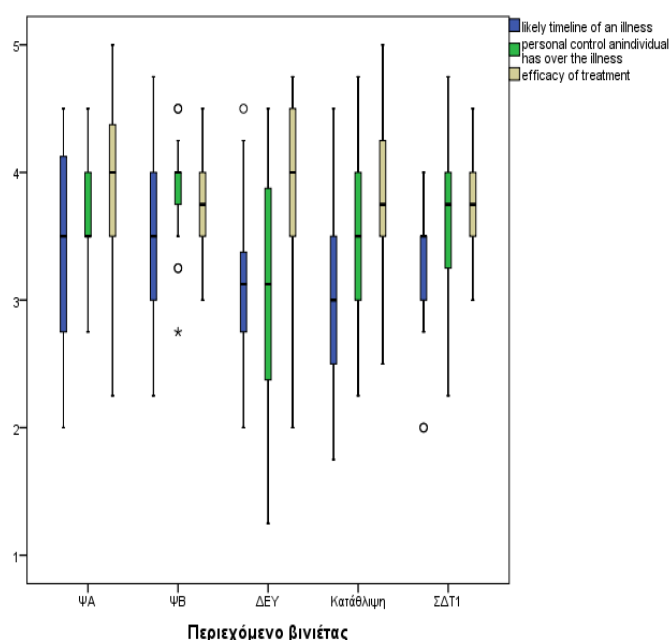
Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης ANOVA έδειξαν συνολικά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των βινιετών στη Μ.Τ. της βαθμολογίας στην αιτιώδη απόδοση τους προβλήματος σε ατομικούς παράγοντες (στάση για τη ζωή, προσωπικότητα, δική του υπαιτιότητα, διατροφικές συνήθειες), $F(4, 102) = 3,647, p = ,008$. Οι συγκρίσεις των Μ.Τ. ανά ζεύγη (post-hoc tests) με το κριτήριο Bonferroni έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας της ΨΑ και ΣΔΤ1 και της ΨΒ και ΣΔΤ1, με τις δύο ΔΠΤ να λαμβάνουν υψηλότερες βαθμολογίες από ότι ο ΣΔΤ1. Οι τρεις βινιέτες ΔΠΤ δεν διέφεραν μεταξύ τους όσον αφορά την απόδοση σε ψυχολογικούς παράγοντες (συναισθηματική εξουθένωση, άγχος, συναισθηματική κατάσταση, στρες λόγω οικογενειακών προβλημάτων), $F(4, 102) = 0,373, p = ,825$.

3.4. Αντιλήψεις και στάσεις εφήβων απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ

3.4.1. Ερωτηματολόγιο αντίληψης για την ασθένεια (Illness perceptions)

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τη στάση τους απέναντι στη διαταραχή που περιγράφεται στη βινιέτα χρησιμοποιώντας μια προσαρμοσμένη έκδοση 12 λημμάτων του Ερωτηματολογίου Αντίληψης για την Ασθένεια. Όπως έχει αναφερθεί στη μέθοδο, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις υποκλίμακες που αξιολογούν τις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρονιότητα μιας ασθένειας (likely time line of an illness), τον βαθμό του προσωπικού ελέγχου που έχει ένα άτομο πάνω στην ασθένειά του (personal control an individual has over the illness) και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (efficacy of treatment). Οι δείκτες εσωτερικής συνάφειας Cronbach alpha στο παρόν δείγμα ήταν 0,76 για την υποκλίμακα που αξιολογεί τις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρονιότητα μιας ασθένειας, 0,75 για την υποκλίμακα που αξιολογεί τον βαθμό του προσωπικού ελέγχου που έχει ένα άτομο πάνω στην ασθένειά του και 0,71 για την υποκλίμακα που αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (efficacy of treatment).

Οι διάμεσες τιμές των υποκλιμάκων ανάλογα με το περιεχόμενο της βινιέτας παρουσιάζονται στο γράφημα 6. Ειδικότερα γίνεται φανερό ότι η βαθμολογία της υποκλίμακας σχετικά με τη χρονιότητα μιας ασθένειας έχει μεγαλύτερες τιμές όταν το περιεχόμενο της βινιέτας ήταν ΨΑ και ΨΒ, ενώ όταν το περιεχόμενο αφορά ΔΕΥ η υποκλίμακα σχετικά με το βαθμό του προσωπικού ελέγχου που έχει ένα άτομο πάνω στην ασθένειά του λαμβάνει μεγαλύτερες τιμές, ωστόσο και στις δυο αυτές περιπτώσεις οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Επιπλέον, μεγαλύτερη βαθμολογία για την υποκλίμακα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας παρατηρήθηκε σε περιεχόμενα βινιέτας ΔΕΥ χωρίς όμως η διαφορά της με τις υπόλοιπες να είναι στατιστικά σημαντική. Το κυκλάκι που παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα φανερώνει την ύπαρξη ακραίας τιμής (outliers) ενώ το αστεράκι δηλώνει την ύπαρξη υπερβολικά ακραίας τιμής (extreme outliers).



Γράφημα 6. Διάμεσες τιμές υποκλιμάκων ερωτηματολογίου αντίληψης για την ασθένεια ανά περιεχόμενο βινιέτας

ΨΑ= Ψυχογενής Ανορεξία, ΨΒ= Ψυχογενής Βουλιμία, ΔΕΥ= Διαταραχή, Επεισοδιακής Υπερφαγίας, ΣΔΤ1= Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

3.4.2. Συναισθήματα σχετικά με την αλληλεπίδραση με τον/την έφηβο της βινιέτας

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν την πιθανότητα που η αλληλεπίδραση με το άτομο της βινιέτας θα τους προκαλούσε μια σειρά από δέκα συναισθήματα, εκ των οποίων τα 5 ήταν αρνητικά και τα 5 θετικά. Τα αρνητικά και θετικά στοιχεία συνδυάστηκαν για να δημιουργήσουν δύο κλίμακες. Ο δείκτης Cronbach alpha για την κλίμακα θετικών συναισθημάτων ήταν 0,710 και για την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων ήταν 0,404.

Οι βινιέτες δεν διέφεραν στην πιθανότητα να προκαλέσουν θετικά ($F [4,104] = 0,299$, $p=,883$) ή αρνητικά συναισθήματα ($F [4,104] = 1,443$, $p=,232$).

3.4.3. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ζητήθηκε από τους εφήβους να χαρακτηρίσουν τα άτομα που απεικονίζονταν στο παράδειγμα της βινιέτας που διάβασαν, εκ των οποίων τα 6 χαρακτηριστικά είχαν θετικό πρόσημο και τα άλλα 4 αρνητικό. Τα αρνητικά και θετικά χαρακτηριστικά συνδυάστηκαν για να δημιουργηθούν δύο κλίμακες. Εξαίρεση σε αυτό τον συνδυασμό αποτέλεσε το θετικό χαρακτηριστικό «Συναισθηματικός» καθώς ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha γινόταν μικρότερος ($\alpha=0,512$) σε περίπτωση που συμπεριλαμβανόταν στην κλίμακα των θετικών χαρακτηριστικών. Ο δείκτης Cronbach alpha για την κλίμακα θετικών χαρακτηριστικών ήταν 0,573 και για την κλίμακα των αρνητικών χαρακτηριστικών ήταν 0,504. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών παρουσιάζονται στους πίνακες 6 και 7 που ακολουθούν.

Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία αρνητικών χαρακτηριστικών

	Μέση τιμή (TA)
Αναίσθητος/η	1,9 (0,9)
Παράξενος/η, Αλλόκοτος/η	2,1 (1,0)
Ανασφαλής	4,2 (0,9)
Ψυχρός/ή	2,3 (1,0)

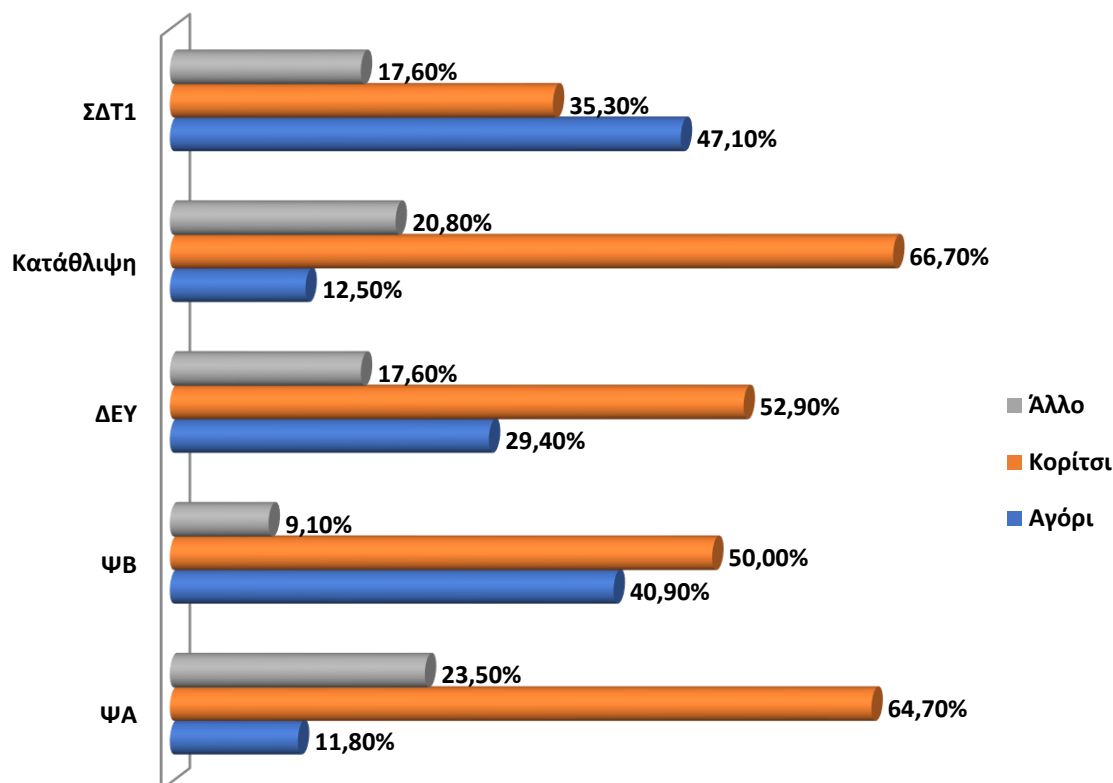
Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία θετικών χαρακτηριστικών

	Μέση τιμή (ΤΑ)
Δυνατός/ή	3,0 (1,1)
Κοινωνικός/ή	2,6 (0,9)
Ευγενής	3,4 (0,8)
Έξυπνος/η	3,2 (0,7)
Ανοιχτός/ή	2,2 (1,0)

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 η μεγαλύτερη μέση τιμή των αρνητικών χαρακτηριστικών βρέθηκε στο χαρακτηριστικό «Ανασφαλής» ενώ σύμφωνα με τον πίνακα 6 η μεγαλύτερη μέση τιμή των θετικών χαρακτηριστικών παρατηρήθηκε στο χαρακτηριστικό «Ευγενής».

3.4.4. Αντιληπτό φύλο του εφήβου της βινιέτας

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν ποιο ήταν κατά τη γνώμη τους το φύλο του εφήβου της βινιέτας. Στο γράφημα 7, απεικονίζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων για κάθε βινιέτα που υπέθεσε ότι το άτομο της βινιέτας ήταν κορίτσι, αγόρι ή άλλο φύλο. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το φύλο που υπέθεσαν για το άτομο της βινιέτας δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά, $\chi^2(7) = 10,832$, $p = ,211$, $n = 96$. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι, από τους συμμετέχοντες που διάβασαν βινιέτα με περιεχόμενο κατάθλιψης το 66,7% θεώρησαν ότι επρόκειτο για κορίτσι και το 47,1% που διάβασε βινιέτα με περιεχόμενο ΣΔΤ1 είχε την άποψη ότι το φύλο του εφήβου που απεικονιζόταν ήταν αγόρι. Αναλυτικότερα, στη βινιέτα με περιεχόμενο ΔΕΥ το 52,9% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι το άτομο της βινιέτας ήταν κορίτσι και το 40,9% θεώρησε ότι ήταν αγόρι στη βινιέτα με περιεχόμενο ΨΒ. Τέλος, στη βινιέτα με περιεχόμενο ΨΑ το 64,7% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι το πρόσωπο της βινιέτας ήταν κορίτσι.



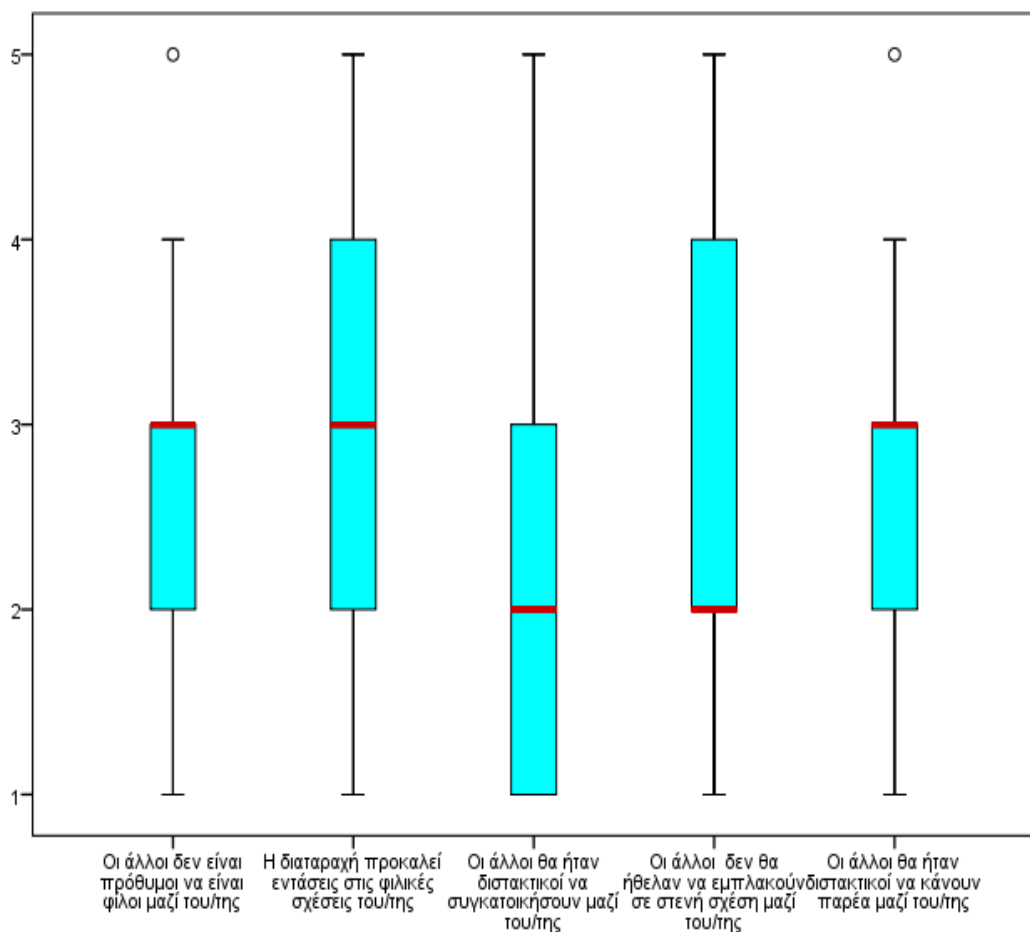
Γράφημα 7. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιο είναι κατά τη γνώμη σας το φύλο του/της εφήβου που απεικονίζεται στη βινιέτα που διαβάσατε;»

ΨΑ= Ψυχογενής Ανορεξία, ΨΒ= Ψυχογενής Βουλιμία, ΔΕΥ= Διαταραχή, Επεισοδιακής Υπερφαγίας, ΣΔΤ1= Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

3.4.5. Κοινωνική περιθωριοποίηση

Στους συμμετέχοντες παρουσιάστηκε ένας κατάλογος πέντε περιπτώσεων κοινωνικής περιθωριοποίησης που βιώνουν άτομα με διατροφικές διαταραχές και τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν σε 5βαθμη κλίμακα (από 1=ποτέ έως 5=πάντα) πόσο συχνά πιστεύουν ότι συμβαίνουν αυτά. Το Γράφημα 8 δείχνει ότι οι διάμεσες βαθμολογίες στα τρία από τα πέντε λήμματα συγκεντρώνονται γύρω από το μέσο της κλίμακας («μερικές φορές»), ενώ στα λήμματα «Οι άλλοι θα ήταν διστακτικοί να συγκατοικήσουν μαζί του/της» και «Οι άλλοι δεν θα ήθελαν να εμπλακούν σε στενή σχέση μαζί του/της» το 50% των εφήβων απάντησε ότι αυτά συμβαίνουν σπάνια ή ποτέ. Συνολικά, οι συμμετέχοντες απάντησαν ουδέτερα σχετικά με την έκταση της κοινωνικής περιθωριοποίησης που συναντούν τα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές

γραμμές, οι μαθητές ήταν μάλλον ουδέτεροι στο να αποκτήσουν σχέσεις με άτομα με διατροφικές διαταραχές, αλλά περισσότερο αρνητικοί όταν αυτές οι σχέσεις χαρακτηρίζονταν ως πιο στενές (π.χ. συγκατοίκηση).

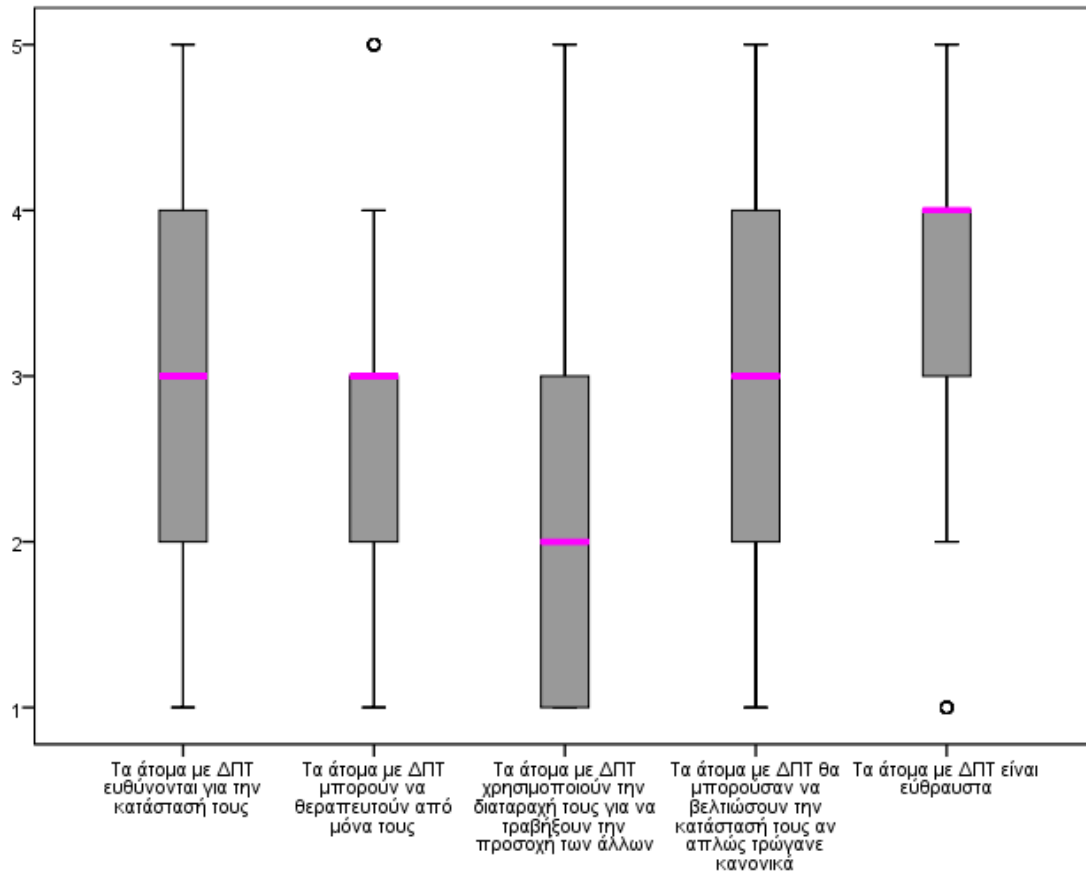


Γράφημα 8: Θηκόγραμμα που απεικονίζει τις διάμεσες τιμές αναφορικά με τις στάσεις των εφήβων απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ

3.4.6. Στιγματιστικές πεποιθήσεις

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν τον βαθμό συμφωνίας τους με πέντε δηλώσεις που αντιπροσωπεύουν στερεοτυπικές/στιγματιστικές πεποιθήσεις για τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ σε 5βαθμη κλίμακα Likert από 1= διαφωνώ απόλυτα έως 5=συμφωνώ απόλυτα). Το γράφημα 9 δείχνει τις διάμεσες τιμές των απαντήσεων στα επιμέρους λήμματα. Οι διάμεσες βαθμολογίες στα 3 από τα 5 λήμματα συγκεντρώνονται γύρω από το μέσο της κλίμακας («Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ»). Περίπου το 50% των εφήβων διαφωνούσε με το λήμμα «Τα άτομα με ΔΠΤ χρησιμοποιούν την διαταραχή τους για να τραβήξουν την προσοχή των άλλων», ενώ περίπου το 50% συμφωνούσε με το λήμμα «Τα άτομα με ΔΠΤ είναι εύθραυστα».

Συνολικά, οι συμμετέχοντες απάντησαν μάλλον ουδέτερα σχετικά με τις στερεοτυπικές/στιγματιστικές πεποιθήσεις για τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ.



Γράφημα 9: Θηκόγραμμα που απεικονίζει τις διάμεσες τιμές αναφορικά με τις αντιλήψεις των εφήβων σε σχέση με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα ήταν μια προσπάθεια διερεύνησης των γνώσεων των εφήβων για τις ΔΠΤ, των αντιλήψεων και στάσεων τους απέναντι σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Στόχος της μελέτης είναι πρώτον, να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος και των διατροφικών ανησυχιών στους εφήβους, ηλικίας 15-18 χρονών. Δεύτερον, να διερευνήσει τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας από τους εφήβους στην περίπτωση που ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες. Τρίτον, να διερευνήσει τις γνώσεις (αλφαριθμητισμός) των εφήβων για τις διατροφικές διαταραχές και τη στάση τους απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ.

Γνώσεις (αλφαριθμητισμός) των εφήβων για τις διατροφικές διαταραχές και η στάση τους απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τα ευρήματα, παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα της ΨΑ και ΨΒ αναγνωρίστηκαν δύο φορές συχνότερα από την κατάθλιψη και σχεδόν τρεις φορές συχνότερα από τον ΣΔΤ1. Πρόκειται για ένα εύρημα που έρχεται σε αντιπαράθεση με τα περιορισμένα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, η οποία υποστηρίζει ότι υπάρχει πολύ χαμηλό επίπεδο γνώσεων στους εφήβους όσον αφορά τις ΔΠΤ ((Napolitano et al., 2019). Ενδεικτικά και σύμφωνα με την βιβλιογραφία, σε δείγμα 420 εφήβων ηλικίας 14-18 ετών σε ευρωπαϊκή χώρα και συγκεκριμένα της Ιταλίας μόνο το 22.8% φάνηκε να αναγνωρίζει σωστά την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. Αναφορικά με τα ευρήματα της έρευνάς μου και το κομμάτι των γνώσεων, αξίζει να επισημανθεί ότι οι συμμετέχοντες φάνηκε να αντιλαμβάνονται το πρόβλημα του προσώπου της βινιέτας όταν αναφέρεται σε ΔΠΤ, ωστόσο λόγω έλλειψης ιατρικών γνώσεων δυσκολεύονταν να δώσουν μια συγκεκριμένη ορολογία, για αυτό και έτειναν να το προσεγγίζουν περιγραφικά.

Ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με ΔΠΤ δεν είναι ούτε θετικές ούτε αρνητικές, αλλά χαρακτηρίζονται από ουδετερότητα. Πρόκειται για ένα ακόμα εύρημα που έρχεται σε αντιπαράθεση με τα περιορισμένα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, η οποία υποστηρίζει ότι κυριαρχούν καθαρά αρνητικές στάσεις και στιγματιστικές πεποιθήσεις απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ (Rousseau et al., 2012; O'Connor et al., 2016).

Συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας για ανησυχίες σχετικά με διατροφικές συνήθειες ή πιθανότητα διατροφικής διαταραχής.

Ένα ακόμα αξιοσημείωτο εύρημα από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ότι από τους 103 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση εάν ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες, το 44,6% (n=47, 13 αγόρια, 33 κορίτσια) έδωσε καταφατική απάντηση, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό. Οι μαθητές φάνηκαν να προτιμούν να απευθύνονται σε γονείς και φίλους πρωτίστως για να μοιραστούν το πρόβλημά τους, έχοντας την πεποίθηση ότι θα τους βοηθήσουν καλύτερα και πιο αποτελεσματικά, σε αντίθεση με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας που αναδεικνύουν κυρίως την προτίμηση για επαφή με ψυχολόγο ή επαγγελματία ψυχικής υγείας (McNicholas et al., 2018).

Επιπλέον, αναδεικνύεται από τα ευρήματα ότι οι συμμετέχοντες προτιμούν να έρθουν σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας μέσω τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης, ενώ μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων θα επέλεγε την δια ζώσης επαφή. Ένα εύρημα που συμφωνεί με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, η οποία υποστηρίζει την δυσκολία αναζήτησης δια ζώσης επαγγελματικής βοήθειας σε τέτοιου είδους περιπτώσεις λόγω στίγματος και προκαταλήψεων από τον κοινωνικό περίγυρο (Ali et al., 2017; Hackler et al., 2010). Τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας συμπληρώνουν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καθώς έδειξαν ότι μόνο το 40% των μαθητών που είχαν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση ΔΠΤ ($EAT26 \geq 20$) είχε επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή/ και ψυχολόγο) για θέματα σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες ή διατροφική διαταραχή. Παρομοίως, μόνο το 37% των μαθητών που δηλώσαν ότι ανησυχούν για τις διατροφικές τους συνήθειες είχε επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας.

Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας

Ως εμπόδια αναζήτησης βοήθειας τα κορίτσια ανέδειξαν κυρίως την προκατάληψη ενώ τα αγόρια το αίσθημα της ντροπής και του φόβου ότι θα κριθούν σε περίπτωση που γίνει γνωστή η κίνησή τους. Ένα εύρημα που συμπληρώνει τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, η οποία υποστηρίζει ότι το κοινωνικό στίγμα λειτουργεί ως «εμπόδιο» τόσο ως προς την αποδοχή του προβλήματος όσο και ως προς την ανάγκη αναζήτησης βοήθειας/θεραπείας για την αντιμετώπιση του διατροφικού προβλήματος

(Ali et al., 2017; Hackler et al., 2010). Τα βιβλιογραφικά δεδομένα συμπληρώνουν ότι ως επιπρόσθετο εμπόδιο στην αναζήτηση βοήθειας λειτουργεί η αποτυχία αναγνώρισης της σοβαρότητας της ασθένειας, τα πρακτικά εμπόδια όπως για παράδειγμα το κόστος της θεραπείας, η έλλειψη ενθάρρυνσης από άλλους για αναζήτηση βοήθειας καθώς και το χαμηλό κίνητρο για αλλαγή(Booth et al., 2004). Έτσι, το στίγμα αυξάνει τόσο τη διάρκεια όσο και τη βαρύτητα των ΔΠΤ. Το ζήτημα λοιπόν αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα νεαρά άτομα που συνήθως μπορεί να διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια, παρασυρόμενα από τον φόβο της προκατάληψης και της επίκρισης από τον περίγυρό τους.

Αιτία του προβλήματος (Κατανόηση του προβλήματος)

Αξιοσημείωτο από τα ευρήματα είναι ότι οι έφηβοι έτειναν να αποδίδουν το πρόβλημα του/της εφήβου της βινιέτας κυρίως σε στρες/ανησυχία, σωματική/ψυχική εξουθένωση και σε συναισθηματική κατάσταση. Ακολουθούν σαν αιτίες οι διατροφικές συνήθειες, η στάση για τη ζωή, τα οικογενειακά προβλήματα, και η ίδια η προσωπικότητά τους. Σαν λιγότερο πιθανές αιτίες του προβλήματος οι έφηβοι θεώρησαν την κληρονομικότητα, την κακή τύχη καθώς και την ελλιπή ιατρική φροντίδα στο παρελθόν. Ένα επίκαιρο εύρημα που συμφωνεί με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας τα οποία υποστηρίζουν συσχετίσεις των ΔΠΤ με αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη(Cost et al., 2020).Πέρα από αυτά, η βιβλιογραφία συμπληρώνει ότι υπάρχουν συσχετίσεις των ΔΠΤ με εφήβους που αντλούν μειωμένη ικανοποίηση από το σώμα τους καθώς και με εφήβους που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση για τον εαυτό τους (Suarez-Albor et al., 2022).

Αντιληπτό φύλο του εφήβου της βινιέτας

Ένα ακόμα εύρημα που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το φύλο που υπέθεσαν για το άτομο της βινιέτας δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι στην περίπτωση της ΨΑ και κατάθλιψης, τα 2/3 περίπου των μαθητών απάντησαν ότι επρόκειτο για κορίτσι, στην περίπτωση της ΔΕΥ το 52,9% των μαθητών απάντησε επίσης ότι επρόκειτο για

κορίτσι και το 50% των μαθητών αντίστοιχα στη βινιέτα με περιεχόμενο ΨΒ. Παρατηρείται λοιπόν από τα παραπάνω ποσοστά ότι σε όλες τις περιπτώσεις οι συμμετέχοντες αντιστοίχησαν το πρόσωπο της βινιέτας με κορίτσι εκτός του ΣΔΤ1, καταλήγοντας με αυτό το εύρημα στο ότι οι μαθητές αντιλαμβάνονται ότι οι διατροφικές διαταραχές αφορούν κυρίως κορίτσια. Ένα εύρημα το οποίο συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι η πλειονότητα των ατόμων με ΔΠΤ είναι κορίτσια (Χατζηγεωργίου, 2004).

Διατροφικές ανησυχίες και επίπεδο ικανοποίησης των εφήβων με την εικόνα του σώματός τους

Ένα εύρημα που αξίζει να επισημανθεί είναι ότι από τους 103 μαθητές που συμπλήρωσαν το EAT-26, το 23,3% (8 αγόρια και 16 κορίτσια) φάνηκε να έχει υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής ($EAT26 \geq 20$). Υψηλότερες βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο EAT-26 συσχετιζόνταν θετικά με τη δυσαρέσκεια από το σώμα και την ανησυχία για τις διατροφικές τους συνήθειες, γεγονός που δείχνει ότι η ικανοποίηση που αντλούν οι έφηβοι από την εικόνα που έχουν για το σώμα τους έχει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές τους συνήθειες και ανησυχίες.

Ορισμένοι συμμετέχοντες του δείγματος φαίνεται να παρουσιάζουν διαταραγμένες σκέψεις και στάσεις γύρω από την πρόσληψη τροφής, όπως αυτό αξιολογήθηκε από το EAT26, ευρήματα που συμφωνούν με παλαιότερα του Σίμου (1996) και της Yannakouliia (2004). Στην έρευνα του Σίμου(1993) το ποσοστό ήταν 24,8%, ενώ στην πιο πρόσφατη έρευνα της Yannakouliia(2004) το ποσοστό ήταν 20,3%. Αξιοσημείωτη παρατήρηση από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ότι από τους 101 μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση εάν γνωρίζουν κάποιον με διατροφική διαταραχή, το 61,4% ($n = 62$) έδωσε καταφατική απάντηση, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό.

Περιορισμοί της έρευνας/Πρακτική εφαρμογή

Σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας, σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί ότι η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τη μέθοδο δειγματοληψίας ευκολίας / διαθεσιμότητας, καθώς το δείγμα αντλήθηκε από σχολεία στα οποία είχε πρόσβαση η ερευνήτρια με αποτέλεσμα αυτό να μην είναι αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού των μαθητών και κατά συνέπεια τη μείωση της εξωτερικής εγκυρότητας της μελέτης. Ωστόσο, δεδομένου ότι η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη που διεξάγεται σε δείγμα Ελλήνων εφήβων και έρχεται να καλύψει το κενό μελετώντας τις γνώσεις και στάσεις τους απέναντι σε ένα τόσο ιδιαίτερα επίκαιρο και σημαντικό ζήτημα όπως οι ΔΠΤ μέσω της χρήσης της τεχνικής βινιέτας, τα ευρήματά της αποκτούν ενδιαφέρον και θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν μέσα από τη συνέχισή της και συνδυασμό ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας.

Αναφορικά με την πρακτική εφαρμογή της έρευνας, καθώς οι διατροφικές διαταραχές βρίσκονται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια λόγω των σοβαρών σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεών τους, αλλά και εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας και νοσηρότητας που επιφέρουν, έρχεται και καθίσταται απαραίτητη η αγωγή και η προαγωγή της ψυχικής υγείας των εφήβων. Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να επισημανθεί και η συνεχής ανάγκη ευαισθητοποίησης των εφήβων σε τέτοιου είδους ζητήματα, προκειμένου να υπάρξει μελλοντικά απόλυτη άρση των προκαταλήψεων και στιγματιστικών πεποιθήσεών τους απέναντι σε άτομα με ΔΠΤ οι οποίες και λειτουργούν στα άτομα που τις βιώνουν ως εμπόδιο αναζήτησης θεραπείας και επαγγελματικής βοήθειας.

Η δημιουργία εθνικής γραμμής υποστήριξης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής θα ήταν ένα σημαντικό εργαλείο τόσο πρόληψης όσο και διευκόλυνσης των εφήβων για άμεση πρόσβαση σε κάποιον επαγγελματία υγείας που ασχολείται με ΔΠΤ, εφόσον τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν την προτίμησή τους σε γραμμές τηλεφωνικής υποστήριξης ως μέσο για αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Τέλος, καλό είναι οι έφηβοι να συμμετέχουν σε προγράμματα που να τους επιτρέπουν να κατανοούν πώς λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας και να παίζουν και οι ίδιοι ρόλο στην ανάπτυξη και παρακολούθηση τέτοιων υπηρεσιών. Η εμπλοκή των εφήβων στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών δεν είναι πάντα εύκολη, αλλά όταν επιτευχθεί, τα ανταποδοτικά οφέλη, ίσως, να είναι ικανοποιητικά.

Συμπεράσματα

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να μπορεί να αναγνωρίζει τις διατροφικές διαταραχές, χωρίς όμως να μπορεί να δώσει μια ακριβή ορολογία για αυτές, παρά μόνο μια περιγραφική προσέγγιση. Οι προκαταλήψεις των εφήβων για τα άτομα με ΔΠΤ φαίνεται πλέον να έχουν μειωθεί καθώς οι στάσεις τους απέναντί τους χαρακτηρίζονται κυρίως από ουδετερότητα. Ωστόσο, το κοινωνικό στίγμα λειτουργεί ως εμπόδιο αποδοχής του προβλήματος και αναζήτησης επαγγελματικής βοήθειας.

Η ικανοποίηση που αντλούν οι έφηβοι από την εικόνα που έχουν για το σώμα τους έχει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές τους συνήθειες και ανησυχίες καθώς και στην επικινδυνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν μελλοντικά οι σωστές παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των εφήβων τόσο απέναντι στο κομμάτι της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών για ενίσχυση της αναγνώρισής τους, όσο και στο κομμάτι της ευαισθητοποίησής τους απέναντι στα άτομα που τις βιώνουν, στοχεύοντας σε μια πλήρη άρση των στιγματιστικών στάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. doi:10.1002/eat.22598

Barter,C.&Renold,E.(2000).’’I wanna tell you a story’’:Exploring the application of vignettes in quantitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*,3(4):307-323. Doi:10.1080/13645570050178594.

Bloor,M.&Wood,F.(2006).Keywords in quantitative methods:A vocabulary of research concepts. London:Sage.

Booth, M. L., Bernard, D., Quine, S., Kang, M. S., Usherwood, T., Alperstein, G., & Bennett, D. L. (2004). Access to health care among Australian young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 97-103.

Bullivant,B.,Rhydderch,S.,Griffiths,S.,Mitchison,D.,Mond,J.M.(2020).Eating disorders “mental health literacy”:a scoping review. *Journal of Mental Health*,29(3),336-349. DOI:10.1080/09638237.2020.1713996.

Burns,J.R.,&Rapee,R.M.(2006). Adolescent mental health literacy: Young people’s knowledge of eating disorders and help seeking. *Journal of Adolescence*,29,225-239. DOI:10.1016/j.adolescence.2005.05.004.

Byrne,S., Swords,L.,& Nixon,E.(2015). Mental Health Literacy and Help-Giving Responses in Irish Adolescents. *Journal of Adolescent Research*,30(4), 477-500. DOI: 101177/0743558415569731.

Coleman, J.C.(2013). *Ψυχολογία Εφηβικής Ηλικίας*.(Μ. Κουλεντιανού, Μτφρ.) Στο Η.Γ. Μπεζεβέγκης(Επιμ.).Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Cost J., Krantz M.J., Mehler P.S. (2020). *Medical complications of anorexia nervosa* *Cleveland Clinic Journal of Medicine* June 2020, 87 (6) 361-366; DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19084>

Crisafulli, M. A., Von Holle, A., & Bulik, C. M. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: The impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 333–339. doi:10.1002/eat.20507

Croyle, R. T., Brager, S. D. (1993) *Illness cognition. International review of Health Psychology*. New York: Wiley: 29-49.

Davey, G. C. L. & Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Psychology-Psychotherapy*, 16(4), 268-275. <https://doi.org/10.1002/cpp.623>

Demmler, J. C., Brophy, S. T., Marchand, A., John, A., Tan, J. O. A. (2020). Shining the light on eating disorders, incidence, prognosis and profiling of patients in primary and secondary care: national data linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 105-112. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.153>

Erfanian F., Latifnejad Roudsari R., Heydari A., Noghani Dokht Bahmani M. A. (2020). Narrative on Using Vignettes: Its Advantages and Drawbacks. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(2), 2134-2145. DOI: 10.22038/jmrh.2020.41650.1472

Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C., Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 67-74. [https://DOI.org/10.1002/1098-108X\(199407\)](https://DOI.org/10.1002/1098-108X(199407))

Garner, D., Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, London, The Guilford Press.

Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Bohr, Y., & Garfinkel P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Hackler, A. H., Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2010). Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: The role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 424-431.

Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J. C. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381 <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

Hautala,L.,Junnila,J.,Helenius,H.,Vaananen,A.M.,Liuksila,P.R.,Raiha,H.,Valimaki,M.,Saarijarvi,S.(2008). Adolescents with fluctuating symptoms of eating disorders: a 1-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*,62(6),674-680.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04697.x>

Hogg, M.A.& Vaughan, G.M(2010). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Επιμέλεια: Αλεξάνδρα Χαντζή. Εκδόσεις: Gutenberg

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.

Hughes,R.& Huby,M.(2004).The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work &Social Sciences Review*,11(1):36-51.

Jeffries,C.,& Maeder,D.W.(2009).The effect of Scaffolded Vignette Instruction on Student Mastery of Subject Matter. *The Teacher Educator*,44(1):21-39.

Jorm,A.F., Korten,A.F., Jacomb,P.A., Christensen,H., Rodgers,B.,& Pollitt,P.(1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,32(3),143-148. DOI:10.1007/BF00794613

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller,L.,Robitaille,C.(1997).*Illnessrepresentations:Theoretical Foundations:Perceptions of health and illness: Current research and applications*,pp.19-45.Amsterdam:Harwood Academic Publishers.

Maier, A., Ernst, J.-P., Mueller, S., Gross, D., Zepf, F. D., Herpertz Dahlmann, B., & Hagenah, U. (2014). Self-perceived stigmatization in female patients with anorexia nervosa—results from an explorative retrospective pilot study of adolescents. *Psychopathology*, 47(2), 127–132. Doi:10.1159/000350505

McNicholas, F., O'Connor,C., McNamara,N.,O'Hara,L.(2018). Eating disorder services for young people in Ireland: perspectives of service providers, service users and the general adolescent population. *Irish Journal of Psychological Medicine*,(35),301–309. Doi:10.1017/ipm.2015.66

McVey, Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., Abdolell, M. (2002). Risk and Protective factors Associated with Disordered Eating during Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 22(1), 75-95. DOI.org/10.177/0272431602022001004.

Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646.

Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 438–443. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>

Napolitano, F., Bencivenga, F., Pompili, E., Angelillo, I. F. (2019). Assessment of Knowledge, Attitudes, and Behaviors toward Eating Disorders among Adolescents in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8).

DOI: 10.3390/ijerph16081448.

O'Connor, C., McNamara, N., O'Hara, L., & McNicholas, F. (2016). Eating disorder literacy and stigmatising attitudes towards anorexia, bulimia and binge eating disorder among adolescents. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 125-140. DOI: 10.1080/21662630.2015.1129635

Ονησιφόρου, Μ. (2007). *Ο ψυχοπαθολογικός εαυτός*. Λευκωσία: Μάριος Ονησιφόρου

Παπαγεωργίου, Β. (2005). *Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University studio press.

Ponte, J. P. (1994). Mathematics teachers' professional knowledge (plenary conference). In J. P. Ponte & J. F. Matos (Orgs.), *Proceedings of the XVIII International Conference for the Psychology of Mathematics Education (PME) (Vol. I, pp. 195-210)*, Lisbon, Portugal.

Roehrig, J. P., & McLean, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 671-674.

Rousseau, A., Callahan, S., & Chabrol, H. (2012). Representations and beliefs about eating disorders in a sample of French adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 247-251.

Σίμος, Γ. (1996). Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Strother,E., Lemberg,R., Stanford,SC., and Turbeville,D.(2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated and misunderstood. *Eating Disorders*,20,5,346-355.

Suarez-Albor, C.L., Galletta,M., Gomez-Bustamante,E.M.(2022).Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *National Library of Medicine*,93(3). DOI:10.23750/abm.v93i3.13140.

Tanaya,K.,Pahraj,M.,Sahu,S.,Jana,A.,Dey,B.,Ghatak,A(2020).Adolescent’s Perception on anorexia nervosa:A descriptive study. *European Journal of Molecular &Clinical Medicine*,10(7),3834-3840.

Τσιάντης, Γ. και Ξυπολυτά Ζαχαριάδη, Α.(2001). *Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*. Αθήνα: Καστανιώτης

Waller,G., Cordery,H., Corstorphine E., Hinrichen H., Lawson R., Mountford V., Rusell K.(2011). *Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής*: University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Χατζηγεωργίου, Χ.(2004).*Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία: Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων*. Παιδιατρική Ενημέρωση

