

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ



Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΕΠΗΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΤΕΓΟΥ ΣΤΕΡΓΙΑΝΗ



ΠΑΤΡΑ 2004

**«Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ»**

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>	<u>ΣΕΛ</u>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
<u>1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u>	
«ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»	
Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
Β. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	9
Γ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ(ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ)ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	11
<u>2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u>	
«ΠΩΣ ΟΔΗΓΟΥΜΑΣΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»	
Α. ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	13
Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ(ΑΙΤΙΕΣ):	
• ΤΙ ΜΑΣ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΠΑΧΑΙΝΟΥΜΕ	16
• ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ ΤΟ ΠΑΧΟΣ	18
• ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	20
Γ. ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	26
<u>3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u>	
«ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»	
Α. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ	28
Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΒΑΣΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ.	29
Γ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	31
Δ. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	34
Ε. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	36
<u>4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u>	
«Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»	
Α. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ(ΟΡΙΣΜΟΣ)	37
Β. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	40
Γ. Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	43
Δ. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	45
Ε. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ	48

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»**

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ 49

B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ:

- ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 52
- ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ 53
- ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ 54

Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ 55

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**«ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»**

A. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ 56

- ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΔΙΑΙΤΑ 58
- ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ 60
- ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΑ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ 62
- ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ 63
- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ 65
- ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ 66
- ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ 67
- ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 68

B. ΜΥΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΧΑΙΝΟΥΜΕ 69

Γ. ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ 70

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 71

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

Η παραγνωρισμένη αρρώστια. Η άχαρη όψη του σώματος που λέγεται ευτροφία ή παχυσαρκία, παρουσιάζεται σε τρεις μορφές: Η πρώτη μπορεί να είναι επίληψη, η δεύτερη κωμική και η τρίτη αξιολάτρευτη.

Η ταξινόμηση αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί ποτέ η παχυσαρκία δεν είναι ζηλευτή. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι καταντούν κωμικοί και είναι όλοι για λύπηση.

L. Williams

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία είναι σήμερα η συχνότερη μεταβολική νόσος. Έχει τις περισσότερες και βαρύτερες επιπλοκές. Μειώνει τα χρόνια της ζωής μας και στην κυριολεξία καταστρέφει την ποιότητά της. Ο μεγάλος αριθμός παχύσαρκων ατόμων στην χώρα μας, την κάνουν ένα από τα κύρια κοινωνικά προβλήματα.

Η παχυσαρκία είναι η αρρώστια της εποχής μας και εμφανίζεται όχι μόνο σε άτομα εύπορων οικογενειών, όπως παλιότερα, αλλά κυρίως σε λαϊκά στρώματα με δυσάρεστες επιπτώσεις, τόσο στον κοινωνικο-οικονομικό τομέα, όσο και στα δυναμικά βιολογικά αποθέματα μιας κοινωνίας αφού είναι γνωστό ότι ευθύνεται για πολλές παθήσεις όπως η υπέρταση, διάφορες καρδιοπάθειες και τέλος για την βράχυνση της ζωής αυτών των ατόμων.

Με δύο λόγια η παχυσαρκία είναι ύπουλος εχθρός για την αισθητική του σώματος και σοβαρή απειλή για την υγεία. Και ενώ σε προϊστορικές εποχές η παχυσαρκία μπορεί να έπαιζε το ρόλο μιας αποθήκης λίπους και να εξασφάλιζε την επιβίωση σε περιόδους λιμού, το μόνο που εξασφαλίζει σήμερα είναι η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης του ατόμου.

Με βάση όλα τα παραπάνω, η πτυχιακή που ακολουθεί είναι χωρισμένη σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται εκτενέστερα ο όρος «παχυσαρκία» καθώς και η ιστορική της αναδρομή για να φτάσουμε στο σήμερα που θεωρείται μία απειλή για την ζωή του ανθρώπου. Επίσης, αναλύεται η κλινική εικόνα της παχυσαρκίας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις ποικίλες μορφές παχυσαρκίας που υπάρχουν καθώς και στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της παχυσαρκίας, δηλαδή γίνεται αναφορά στο τι μας κάνει να παχαίνουμε, στο πώς δημιουργείται το πάχος και στους παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση του σωματικού βάρους.

Το τρίτο κεφάλαιο μιλάει για το ιδανικό βάρος σε σχέση με την παχυσαρκία και για την σημασία που έχει η κατανομή του σωματικού λίπους αλλά και για τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον βασικό μεταβολισμό και να οδηγηθεί το άτομο στην παχυσαρκία. Ακολουθούν στο τρίτο κεφάλαιο πίνακες με το κανονικό βάρος, το ιδανικό βάρος αλλά και το πώς υπολογίζεται το ιδανικό βάρος.

Στην συνέχεια ακολουθεί το τέταρτο κεφάλαιο όπου γίνεται λόγος γενικά για την εφηβεία(ορισμός, αναπτυξιακά χαρακτηριστικά), την εφηβική διατροφή και παχυσαρκία και για την διατροφή των ενηλίκων.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της εφηβικής παχυσαρκίας ακολουθούν στο πέμπτο κεφάλαιο, το οποίο χωρίζεται σε δύο υποκεφάλαια. Το ένα αναφέρεται γενικά στις κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιλάει για τις πιο

κύριες και πιο επικίνδυνες για την υγεία του εφήβου που είναι η κατάθλιψη, η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία. Το σημαντικότερο κομμάτι αυτού του κεφαλαίου είναι ο ρόλος που παίζει ο κοινωνικός λειτουργός απέναντι σ' αυτήν την κατάσταση και πως πρέπει ένας επαγγελματίας να την αντιμετωπίζει.

Τελειώνοντας την πτυχιακή, σκόπιμο ήταν να γίνει λόγος για τους τρόπους αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, όπως είναι η γυμναστική, η χρήση φαρμάκων, τα ινσιτιούτα αδυνατίσματος, η ψυχοθεραπεία, και άλλα πολλά τα οποία αναλύονται στις σελίδες της εργασίας. Τέλος, ακολουθούν ορισμένες συμβουλές όπως κάποια μυστικά για να μην παχαίνουμε και τα οφέλη που προέρχονται από την μείωση του σωματικού βάρους.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»

A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ¹

Η εμφάνιση της παχυσαρκίας και της ιατρικής αντιμετώπισής της στην ιστορία της ανθρωπότητας χρονολογείται πολλές χιλιάδες χρόνια πριν. Παρ' όλα αυτά, σήμερα, στην πατρίδα του Ιπποκράτη δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος.

Μπορεί η παχυσαρκία να έχει λάβει μορφή επιδημίας στις μέρες μας και να θεωρείται παγκοσμίως νόσος της σύγχρονης εποχής και απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, παρ' όλα αυτά η παρουσία της ήταν εντονότατη από αρχαιοτάτων χρόνων. Από την παλαιολιθική εποχή ακόμη (23.000-25.000 χρόνια πριν), υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η παχυσαρκία ήταν παρούσα. Μεγάλος αριθμός ειδωλίων, που βρέθηκαν σε όλη την Ευρώπη και απεικονίζουν γυναικείες θεότητες, έχουν σαφή μορφή, δηλαδή παρουσιάζουν παχυσαρκία και έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς.

Στην νεολιθική εποχή (8.000-5.500 π.Χ) αλλά και αργότερα μέχρι την εποχή του Χαλκού (μέχρι το 3.000 π.Χ), βρίσκουμε πολλές Μητέρες-Θεές με την ίδια μορφή (μεγάλο, χαλαρό στήθος και μεγάλη περιφέρεια). Τα περισσότερα ευρήματα προέρχονται από την περιοχή της Ανατολίας και χρονολογούνται γύρω στο 5.000-6.000 π.Χ.

Προχωρώντας προς το σήμερα (2.900-1.500 π.Χ), παρόμοιες μορφές υπάρχουν σε αγαλματίδια στη Μεσοποταμία αλλά και σε μούμιες Φαραώ και σε τοιχογραφίες τάφων στην Αίγυπτο. Άλλες αναφορές, που δείχνουν ότι η παχυσαρκία αποτελούσε ιατρικό πρόβλημα ακόμα και στο μακρινό παρελθόν, υπάρχουν στην κινέζικη, τη θιβητιανή και την ινδική ιατρική, αλλά και στην ιατρική των Μάγια και των Αζτέκων.

Φτάνοντας στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, στα γραπτά του υποστηρίζει ότι ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συνηθισμένος στα παχύσαρκα άτομα απ' ό,τι στα αδύνατα. Από τότε λοιπόν, οι μεγαλοφυείς στοχαστές στην αρχαία Ελλάδα προειδοποιούσαν τον κόσμο για τους κινδύνους της παχυσαρκίας.

Επίσης, ο Γαληνός, σημαντικός γιατρός των ρωμαϊκών χρόνων, είχε κατατάξει την παχυσαρκία σε δύο κατηγορίες: μέτρια (moderate) και υπερβολική (immoderate), όπου την πρώτη την θεωρούσε φυσιολογική και την δεύτερη νοσογόνο.

Όταν, όμως, ο μεγάλος ελληνορωμαϊκός πολιτισμός κατέρρευσε και οι βάρβαροι κυριάρχησαν στην Ευρώπη, το ενδιαφέρον για την παχυσαρκία χάθηκε, όπως φαίνεται, στον αγώνα για την επιβίωση από τις άθλιες συνθήκες που επικρατούσαν τότε και, μόλις στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, οι Άγγλοι γιατροί άρχισαν να χρησιμοποιούν την επιστημονική τους γνώση και περιέργεια για την επανεξέταση των αιτιών της παχυσαρκίας. Επιπλέον, στην Βρετανική Εθνική Πινακοθήκη μπορεί κάποιος να δει τον Κάρολο Β΄ που έζησε στα τέλη του 17^{ου} αιώνα και ήταν ο μόνος σ' ολόκληρη την πινακοθήκη με πραγματικά μεγάλη κοιλιά. Αμέσως μετά απ' αυτόν, στη βασιλεία της Άννας, σχεδόν όλοι οι λόρδοι και οι λαίδες ήταν παχύσαρκοι.

Πρωτοπόρος της σωστής ερμηνείας της παχυσαρκίας είναι ο Δρ Φράνσις Χαίαρ, που το 1905 κυκλοφόρησε ένα δίτομο βιβλίο με τίτλο «Η τροφή ως παράγοντας νόησης». Άρα, από την καμπή του αιώνα μερικοί φημισμένοι γιατροί είχαν την υπόνοια ότι η παχυσαρκία δεν ήταν απλώς ένα αποτέλεσμα πολυφαγίας και εξάσκησης στον περιορισμό των θερμίδων, αλλά κάτι πιο πολύπλοκο που σχετιζόταν περισσότερο με το είδος παρά με την ποσότητα της τροφής.

Η παχυσαρκία, όμως, σαν μία συνηθισμένη πλέον κατάσταση εμφανίστηκε στις Δυτικές χώρες τους τελευταίους αιώνες και πρόσφατα άρχισε να εμφανίζεται και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες της Αφρικής και σε άλλα μέρη του λεγόμενου Τρίτου Κόσμου. Οι Αφρικανοί γνώριζαν, ωστόσο, στο παρελθόν πώς να παχαίνουν ένα άτομο. Τη δεκαετία του 1920, παρ' όλο που δεν αγόραζαν ζάχαρη από τα μαγαζιά, τα κορίτσια πάχαιναν για να εξασφαλίσουν καλή τιμή στο γάμο τους. Κορίτσια ορισμένων φυλών προτρέπονταν να πίνουν άφθονο γάλα και κρέμα(ουσίες παχυντικές με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες)με αποτέλεσμα να γίνονται παχύσαρκα.

Τέλος, η παχυσαρκία αναγνωρίστηκε επίσημα ως νόσος το 1948, όταν ιδρύθηκε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη συμπεριέλαβε στην Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων(International Classification of Diseases) και στην αναφορά της για την παχυσαρκία επισημαίνει μεταξύ άλλων τα εξής:

- Παίρνει διαστάσεις επιδημίας σε όλο τον κόσμο
- Οδηγεί σε άλλες ασθένειες με αυξημένο ιατρικό και κοινωνικό κόστος
- Τα βασικά αίτια είναι η καθιστική ζωή και η πλούσια σε λιπαρά και θερμίδες διατροφή
- Είναι δυνατό να προληφθεί με την αλλαγή στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες
- Τα υπέρβαρα άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα πρέπει να έχουν ιατρική παρακολούθηση.

- Η πρόληψη δεν είναι προσωπικό θέμα αλλά χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές.
- Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να είναι μακροχρόνια με στόχους μέτριας απώλειας βάρους .
- Υπάρχει άμεση ανάγκη για εκπαίδευση της ιατρικής κοινότητας.

¹Μπέργκιτ Ντένις, σελ. 93-94, Αθήνα 1983
Περιοδικό «Ε Ιατρικά», σελ. 14-16, Τεύχος 99, 27/01/2004
Ζαμπάκος Ιωάννης, Αθήνα 1989
www.eiep.gr

B. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ²

Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα διατροφικά προβλήματα για τις προηγμένες κοινωνίες. Πολλοί παράγοντες φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται και πολλοί τύποι θεραπείας έχουν δοκιμασθεί συχνά με απογοητευτικά αποτελέσματα. Είναι ένα πρόβλημα πολύπλευρο και μία πρόκληση για τον γιατρό ή τη διαιτολόγο. Το σημερινό βάρος του σημερινού ανθρώπου είναι κατά μέσο όρο 4 κιλά περισσότερο από αυτό που ήταν πριν 10 χρόνια. Κάθε δεκαετία μετά την ηλικία των 25 χάνουμε 3-5 % της μυϊκής μας μάζας και βάζουμε ταυτόχρονα 3% και περισσότερο λίπος τη φορά.

Για να γίνει, όμως, περισσότερο κατανοητό τι είναι η παχυσαρκία ακολουθούν οι παρακάτω ορισμοί:

Σύμφωνα με τον κ. Κατσιλάμπρο Νικ. «Παχυσαρκία είναι μία κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα. Όταν το σωματικό βάρος ξεπερνά το 10% του ιδανικού τότε το άτομο είναι υπέρβαρο ενώ όταν ξεπεράσει το 20-25% τότε είναι παχύσαρκο»

(Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Η θεραπεία της παχυσαρκίας, επιστ. έκδοση Γρηγόρης Παρισσιανός, Αθήνα 1982)

Κατά την κα Παπαηλιού Α. «Η παχυσαρκία είναι μία παθολογική κατάσταση κακού μεταβολισμού όλων των κύριων θρεπτικών συστατικών και οφείλεται σε κακοσιτισμό, στην όψη του υπερσιτισμού, που δεν βαρύνεται μόνο με όγκο τροφής αλλά και δυσανάλογες για τις οργανικές ανάγκες και την βιολογική ικανότητα μεταβολισμού, τιμές θρεπτικού υλικού»

(Παπαηλιού Ασπασία, Η διατροφή των ασθενών(ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ), εκδ. Φελέκη 1979)

Οι Abraham and Llewellyn-Jones υποστηρίζουν ότι «Η παχυσαρκία εμφανίζεται όταν σ' ένα χρονικό διάστημα η καθαρή πρόσληψη ενέργειας ξεπερνάει την καθαρή ενέργεια που ξοδεύεται. Ο όρος καθαρή πρόσληψη ενέργειας είναι απαραίτητος, γιατί έχει παρατηρηθεί, ότι όταν ένα άτομο αυξάνει την ποσότητα ενέργειας που παίρνει αυξάνει και την αποβολή ενέργειας και η περίσσεια ενέργεια που είναι διαθέσιμη για αποθήκευση στον οργανισμό είναι λιγότερη από το 100% εκείνης που πήρε»

(Suzanne Abraham and Derek Llewellyn-Jones, Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής, εκδ. Χατζηνικολή, 1990, κεφ.9, σελ.142)

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο *«Η παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές της διατροφής και δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή, εκτός αν ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της, οπότε συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την σωματική κατάσταση»*(Ν. Μάνου, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988, κεφ.2, σελ.266)

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς μπορεί κάποιος να βγάλει έναν γενικότερο ορισμό και να πει ότι η παχυσαρκία θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό, δηλαδή κάτω από το δέρμα και γύρω από τα σπλάχνα, και συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα πάσχοντα άτομα. Συχνά συνδέεται αλλά δεν είναι συνώνυμη με την κατάσταση του αυξημένου σωματικού βάρους που παρατηρείται στους αθλητές ή στα άτομα με αυξημένη φυσική δραστηριότητα ή σε ασθενείς με παθολογική κατακράτηση υγρών. Τις περισσότερες φορές όμως, η παθολογική αύξηση του βάρους οφείλεται στην παχυσαρκία, ενώ και ένα άτομο με φαινομενικά φυσιολογικό βάρος είναι δυνατό να είναι παχύσαρκο.

Παχύσαρκο θεωρείται ένα παιδί, όταν το βάρος του σώματός του ξεπερνά κατά 20% το μέσο βάρος σώματος παιδιών του ίδιου φύλου, της ίδιας φυλής, της ίδιας ηλικίας και του ίδιου ύψους. Οριακά επίπεδα ποσοστού λίπους είναι πάνω από 25% για τον άνδρα και 32% για την γυναίκα. Σήμερα, το ποσοστό αυτό έχει μικρότερη διαγνωστική αξία, γιατί η διάγνωση της πραγματικής παχυσαρκίας έχει σχέση περισσότερο με την ποσότητα του λίπους του σώματος παρά με το σωματικό βάρος του ατόμου.

²Ζαμπάκος Ιωάννης, Αθήνα 1989

Κάσιμος Δ. Χρίστος, σελ. 247, Θεσσαλονίκη Οκτώβριος 1983

Παπαηλιού Ασπασία, 1979

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 521, Αθήνα 1982

Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Dr. Stephen Carroll, Αθήνα 1993

Περιοδικό «Ε Ιατρικά», σελ. 14, Τεύχος 99, 27/01/2004

Γ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ(ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ)ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ³

Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα για όλες τις ηλικίες, αλλά αντιπροσωπεύει μάλλον ένα σοβαρό πρόβλημα της εφηβείας. Ένας απλός, αλλά αντικειμενικός, τρόπος για την εκτίμηση της παχυσαρκίας είναι απαραίτητος στην καθημερινή ιατρική. Η σωματική διάπλαση του ατόμου είναι αρκετή, πολλές φορές, να βοηθήσει στη διάγνωση της παχυσαρκίας σε εξαιρετικά παχύσαρκα άτομα.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα της παχυσαρκίας είναι οι παρακάτω:

- **ΗΛΙΚΙΑ:** Η παχυσαρκία χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη μέση ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, παρατηρείται μία προοδευτική αύξηση της συχνότητας της στην παιδική και στην εφηβική ηλικία ως αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας ή και του υπερσιτισμού(συνηθέστερα). Κατά την εφηβική ηλικία το σωματικό λίπος αντιπροσωπεύει το 15%-20% του σωματικού βάρους.
- **ΦΥΛΟ:** Με την πάροδο της ηλικίας η αναλογία του σωματικού λίπους αυξάνει τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αλλά η αύξηση του λίπους είναι προφανώς μεγαλύτερη και συχνότερη στις γυναίκες μετά από την κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία θηλασμού και στην έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής κατά την εγκυμοσύνη.
- **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ:** Επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα παιδιά από την υψηλότερη οικονομικο-κοινωνική τάξη είναι πιο ψηλά και παχύσαρκα από εκείνα της χαμηλότερης τάξης. Κατά την εφηβεία όμως υπάρχει κάποια αντίστροφη σχέση ιδιαίτερα στη γυναίκα. Η προερχόμενη από τη χαμηλή οικονομικο-κοινωνική τάξη, σε αντίθεση με εκείνη της μέσης ή της υψηλότερης τάξης, γίνεται παχύτερη και παραμένει έτσι σχεδόν για το υπόλοιπο της ζωής της. Επίσης, το 33% των ατόμων με χαμηλή μόρφωση εμφανίζει υπερβολικό βάρος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μορφωμένων φθάνει μόνο το 7%.

Επιπλέον, η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας. Οι ωραίες γυναικείες καμπύλες και οι ανατομικές αναγλυφές χάνονται, η κοιλιά γεμίζει λίπος και προεξέχει ενώ τα λεπτά χαρακτηριστικά απαλείφονται.

Η αύξηση του βάρους παρεμποδίζει τις δραστηριότητες των ατόμων και πολλές φορές εξουδετερώνει ωραίες, ίσως, πρωτοβουλίες του. Αδρανοποιεί το σώμα και αναγκάζει το άτομο να μετακινεί και να μεταφέρει το βάρος του από τόπο σε τόπο με μεγαλύτερη δυσκολία. Τελικά οι δραστηριότητες ενός τέτοιου ατόμου περιορίζονται στις

βασικές μετακινήσεις του, ως το τραπέζι του φαγητού και ως το κρεβάτι του ύπνου και στις αναγκαίες κινήσεις για την στοιχειώδη επιτέλεση των λειτουργιών της εργασίας του και όλα αυτά με περισσότερο κόπο. Μία τέτοια κατάσταση υποβαθμίζει τη λειτουργικότητα του σώματος και υπονομεύει την ψυχική υγεία του ατόμου. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, από τον οποίο δεν μπορεί να βγει το άτομο χωρίς βοήθεια. Τέλος, το δέρμα του παχύσαρκου τείνει να γίνει πιο παχύ από το φυσιολογικό και η υπερτρίχωση δεν είναι σπάνια.

³Βαλμάς Σταμάτης, Αθήνα 1985

Ιωάννου Ν. Αυγουστής, σελ. 32, Αθήνα 1988)

Παπαηλιού Ασπασία, 1979

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 241-242, Αθήνα 1982

Τουρκαντώνης Αχιλλέας, Θεσσαλονίκη 1979

Περιοδικό «Διατροφή και Υγεία», Τεύχος 6, Οκτώβριος 1997

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΠΩΣ ΟΔΗΓΟΥΜΑΣΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»

A. ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ¹

Η παχυσαρκία είναι πάντα αποτέλεσμα θετικού θερμιδικού ισοζυγίου. Θα πρέπει, όμως, τις πιο πολλές φορές να συνδυαστούν περισσότεροι από έναν παράγοντες για την εμφάνιση αλλά και διαίωνισή της. Για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφορες μορφές. Οι μορφές της παχυσαρκίας είναι οι παρακάτω:

1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ

Δεν υπάρχουν κάποια άλλα νοσήματα που να προδιαθέτουν στην αύξηση του σωματικού βάρους. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές έχουν βρεθεί πάρα πολλές διαφορές μεταξύ υπέρβαρων και αδύνατων ατόμων, κυρίως όσον αφορά την λειτουργία ενός εγκεφαλικού σχηματισμού, του υποθαλάμου, που ρυθμίζει την όρεξη και τον κορεσμό. Στις πρωτοπαθείς μορφές περιλαμβάνονται και τα άτομα με μειωμένη γενετήσια λειτουργία καθώς και οι γυναίκες που παχαίνουν κατά την εμμηνόπαυση.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ

Αποτελέσματα άλλων νόσων, συνήθως ενδοκρινικών και κληρονομικών. Στη δευτεροπαθή μορφή περιλαμβάνονται περιπτώσεις με μειωμένη δραστηριότητα του νευρικού συστήματος που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των καύσεων και επομένως την αύξηση του σωματικού βάρους.

3. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Πρόκειται για άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένες καύσεις σε σχέση με αυτές που θα έπρεπε να έχουν, αναλογικά πάντα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, το σωματικό ύψος και το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας.

4. ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Είναι οι περιπτώσεις εκείνες που κάποιες μη ομαλές συνθήκες του περιβάλλοντος ή και κάποιες ψυχολογικές αποκλίσεις κάνουν το άτομο να μην μπορεί να ελέγχει στο τι τρώει και πόσο τρώει.

5. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Είναι το σύνολο των περιπτώσεων με μειωμένες καύσεις ή με παθολογικά αυξημένη επιθυμία για λήψη τροφής ή με αδυναμία εμφάνισης κορεσμού της πείνας μετά την λήψη φυσιολογικών ποσοτήτων τροφής.

6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Είναι σήμερα γνωστό ότι τα άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαρεία

παχυσαρκία, αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή, είναι συχνά υπέρβαρα.

7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δε είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του. Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές.

8. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΤΩΝ ΚΑΥΣΕΩΝ

Οι ασθενείς δεν καίνε αυτά που τρώνε αλλά τα εναποθηκεύουν. Είναι μαλθακοί, άτοννοι, νωθροί και αδρανείς. Γρήγορα κουράζονται, γιατί ο οργανισμός τους δεν αποδίδει αρκετή ενέργεια. Για να προμηθευτούν θερμίδες αυξάνουν το ποσό της τροφής, αλλά επειδή η ικανότητα τους να ξοδέψουν ενέργεια είναι ελαττωμένη παχαίνουν, ακόμα περισσότερο.

Γενικά, ο μεταβολισμός των ανθρώπων αυτών είναι χαμηλός.

9. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΥΣΗ ΤΩΝ ΛΙΠΩΝ

Ο οργανισμός καίει έντονα τους υδατάνθρακες αλλά δεν μπορεί να κάψει τα λίπη και έτσι συσσωρεύονται στο δέρμα. Ο βασικός μεταβολισμός είναι χαμηλός. Οι ασθενείς αυτοί αγαπούν τα αμυλώδη και τα γλυκά, όχι από λαιμαργία αλλά σαν τη μόνη διαθέσιμη πηγή ενέργειας.

10. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ

Αυτή δεν οφείλεται σε γενική διαταραχή του μεταβολισμού αλλά είναι μία πάθηση που συχνά οφείλεται σε μία τοπική διαταραχή του νευροφυτικού συστήματος. Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν βασικό μεταβολισμό φυσιολογικό. Το βασικό στοιχείο της θεραπείας τους είναι η φυσιοθεραπεία.

11. ΥΠΟΘΑΛΑΜΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Στον υποθάλαμο βρίσκονται τα κέντρα πείνας και όρεξης, καθώς και το κέντρο του κορεσμού. Αν και συμβαίνει πολύ σπάνια, βλάβη του τελευταίου κέντρου προκαλεί την εμφάνιση παθολογικής μορφής παχυσαρκίας.

12. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία συχνά συνοδεύει σύνδρομα όπως ο υποθυρεοειδισμός, αλλά δεν αποτελεί πρωτεύοντα χαρακτήρα του συνδρόμου αυτού. Γενικά αυτός ο τύπος της παχυσαρκίας είναι σπάνιος.

13. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΣ Η ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η απόδειξη της κληρονομικής φύσης της οικογενούς παχυσαρκίας στον άνθρωπο είναι πολύ δύσκολη. Έχει αποδειχτεί όμως, ότι η παχυσαρκία έχει χαρακτήρα οικογενή. Οι Seltzer και Mayer (1964) υποστηρίζουν ότι ένα παιδί έχει πιθανότητες 10% να γίνει παχύσαρκο, αν οι γονείς του

έχουν φυσιολογικό βάρος, 50% πιθανότητες αν ο ένας από τους γονείς είναι παχύσαρκος και 80% αν και οι δύο είναι παχύσαρκοι. Συχνά, πιστεύεται ότι τα παιδιά παχύσαρκων γονιών γίνονται προοδευτικά παχύσαρκα, γιατί καταναλώνουν τις ίδιες τροφές και είναι εκτεθειμένα στις ίδιες διατροφικές συνήθειες με τους γονείς τους, αλλά είναι πολύ πιθανόν να υπάρχει και κάποια κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας τους.

14. ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τελευταία μορφή παχυσαρκίας είναι ο γενετικός τύπος. Στα πειραματόζωα ο ρόλος των γενετικών παραγόντων είναι σαφής. Το σύνδρομο της κληρονομικής υπεργλυκαιμίας των παχύσαρκων ποντικών είναι ένα παράδειγμα μεταβολικής παχυσαρκίας. Παρόμοια, όμως, σύνδρομα παρατηρήθηκαν πολύ σπάνια στον άνθρωπο.

⁴Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 9, 12-13, Αθήνα 1996

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 522-524, Αθήνα 1982

Συγγράματα διαιτολόγων: «Υγεία και Διατροφή», Αθήνα 1988

Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΒΙ.ΤΙ ΜΑΣ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΠΑΧΑΙΝΟΥΜΕ⁵

Η παχυσαρκία αρχίζει συνηθέστατα από την παιδική ηλικία και λιγότερο συχνά στην περίοδο της ανάπτυξης. Η τάση να γίνει υπέρβαρο αυξάνεται όσο πιο νωρίς αρχίζει. Σαφής τάση ανάκαμψης εμφανίζεται στην Τρίτη ηλικία. Επομένως σαν «κρίσιμη περίοδος» που προϋποθέτει αποταμίευση λίπους είναι το πρώτο έτος ζωής, όσο και η αρχή της εφηβείας.

Οι άνθρωποι μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται από τον οργανισμό τους η κατανάλωση περισσότερης τροφής από όση απαιτεί η ημερήσια ενεργειακή δαπάνη.

Σήμερα, γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για το τι μας κάνει να παχαίνουμε και γιατί. Πολλά ήταν γνωστά από χρόνια, αλλά, επειδή δεν ταίριαζαν με τρέχουσες θεωρίες περί παχυσαρκίας, έχουν αγνοηθεί.

Τα δέκα τελευταία χρόνια, όμως, η ατομική έρευνα πρόσφερε στους φυσιολόγους τεράστια βοήθεια για την εξακρίβωση των βιοχημικών αντιδράσεων που συμβαίνουν στο σώμα. Ραδιενεργά ισότοπα χρησιμοποιήθηκαν ως «ιχνηθέτες» χημικών ουσιών, ώστε να καταστεί δυνατή η παρακολούθηση της πορείας των ουσιών αυτών μέσα στο σώμα. Με το μέσο αυτό αποσαφηνίστηκαν λεπτομέρειες του μεταβολισμού των λιπών και των υδατανθράκων, που προηγουμένως τις θεωρούσαν ανεξήγητες, και, υπό το πρίσμα των νέων αυτών γνώσεων, δόθηκαν, στα παλιά πειραματικά δεδομένα, νέες ερμηνείες, έτσι ώστε από ένα σύνολο φαινομενικών γεγονότων για την παχυσαρκία να σχηματιστεί μία λογική εικόνα.

Το πρώτο πράγμα, που πρέπει να καταλάβουμε, είναι ότι οι υδατάνθρακες (άμυλο και σάκχαρο) και μόνο οι υδατάνθρακες κάνουν τον άνθρωπο να παχαίνει.

Όταν το άτομο με το σταθερό βάρος αναγκάζεται να τρώει πολύ άμυλο και σάκχαρο, ο οργανισμός του επιστρατεύει αυτόματα τις καύσεις του, επιταχύνοντας έτσι το μεταβολισμό του, ώστε να καταναλωθούν οι επί πλέον θερμίδες. Τίποτα δεν απομένει για να αποταμιευτεί σαν λίπος και το βάρος του παραμένει αμετάβλητο. Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί, που το επιτρέπουν αυτό στον οργανισμό τους, λειτουργούν με αξιοπαρατήρητη ακρίβεια.

Όταν ένα άτομο που παχαίνει εύκολα, όπως ήταν, λόγου χάρη, ο Κινέζος πρόεδρος Μάο, τρώει πολύ ψωμί, ζάχαρη ή κέικ, η εικόνα είναι διαφορετική: Υπάρχουν ενδείξεις, ότι το άτομο αυτό είναι λιγότερο δραστήριο, γενικά, από τα ισχνά αδέρφια του και ότι οι καύσεις στον

οργανισμό του, γίνονται, τον περισσότερο καιρό, με βραδύτερο ρυθμό. Ακόμη και το στοιχειώδες ποσό των θερμίδων, αν το πάρει υπό την μορφή υδατανθράκων, τείνει να αποταμιευτεί υπό μορφή λίπους και όχι να χρησιμοποιηθεί από τον οργανισμό του για παραγωγή ενέργειας. Και αν καταναλώσει υπερβολική ποσότητα αμύλου και σακχάρου, αυτό επιβραδύνει ακόμη περισσότερο το μεταβολισμό του, με αποτέλεσμα να κερδίζει εύκολα βάρος.

Γιατί, όμως, ο οργανισμός του δεν καταφέρνει να καίει την επιπλέον τροφή; Η απάντηση είναι ο πραγματικός λόγος της παχυσαρκίας του: Γιατί έχει μειωμένη ικανότητα καύσεως των υδατανθράκων.

⁵Ιωάννου Ν. Αυγουστής, σελ. 34-35, Αθήνα 1988
Makarnes Richard, σελ. 18-20, Αθήνα 1975

B2. ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ ΤΟ ΠΑΧΟΣ⁶

Για να περιορίσει ένα άτομο τα κιλά του πρέπει πρώτα να κατανοήσει την διαδικασία με την οποία δημιουργήθηκαν και πολλαπλασιάστηκαν. Οι αποφασιστικές ηλικίες για την δημιουργία της παχυσαρκίας ή για τη δημιουργία της προδιάθεσης για παχυσαρκία είναι τέσσερις, όπως αναφέρει ο διαιτολόγος-διατροφολόγος Γεώργιος Κ. Παπανικολάου στο βιβλίο του «Σωστή διατροφή και σωστό αδυνάτισμα». Οι περίοδοι είναι:

1. Από την γέννηση του ατόμου μέχρι και το τέλος του δεύτερου έτους
2. Από την αρχή του τρίτου μέχρι και το τέλος του όγδοου έτους
3. Από την αρχή του ένατου μέχρι και το τέλος του δωδέκατου έτους(αρχή της εφηβείας)
4. Από την αρχή του δέκατου τρίτου μέχρι το τέλος της εφηβείας.

Επίσης, υπεύθυνη για την εμφάνιση, επιδείνωση και διαίωνιση της παχυσαρκίας είναι και η υπερφαγία. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η αρχική βλάβη(ή δυσλειτουργία) αναφέρεται στους μηχανισμούς πρόσληψης τροφής, ενώ οι μεταβολικές διαταραχές που παρατηρούνται εκ των υστέρων, οφείλονται στην ήδη εγκατεστημένη αύξηση του λίπους. Η σίτιση του ανθρώπου γίνεται κατά ώσεις που ονομάζονται «γεύματα». Επομένως, η ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής εξαρτάται από τον αριθμό, το μέγεθος και την ενεργειακή περιεκτικότητα των γευμάτων. Το γεύμα, λοιπόν, αποτελεί τη βασική μονάδα της διαιτητικής συμπεριφοράς του ανθρώπου.

Επιπλέον, το πάχος δημιουργείται από τις θερμίδες που βρίσκονται μέσα στις τροφές που λαμβάνουμε. Ο οργανισμός μας χρειάζεται κάθε μέρα θερμίδες τις οποίες ξοδεύει με τις διάφορες εργασίες που κάνουμε. Ανάλογα με την εργασία που κάνει ο καθένας, χρειάζεται αντίστοιχα και την ανάλογη ποσότητα θερμίδων.

1. Ένας που δεν εργάζεται, χρειάζεται περίπου 1700 θερμίδες την ημέρα.
2. Ένας που εργάζεται σε γραφείο χρειάζεται περίπου 2200 θερμίδες.
3. Ένας που εργάζεται πιο σκληρά θέλει 3000 θερμίδες.
4. Και εκείνος που εργάζεται πολύ σκληρά θέλει 3500 θερμίδες την ημέρα.

Όταν λοιπόν κάποιος τρώει πολύ και μάλιστα τροφές που περιέχουν πολλές θερμίδες, παίρνει περισσότερες από ό,τι χρειάζεται ο οργανισμός του για την καθημερινή κατανάλωση. Το περίσσειμα μετατρέπεται σε λιπώδη κύτταρα τα οποία αποθηκεύονται στην τράπεζα του σώματός του.

Όταν ο οργανισμός χρειαστεί πρόσθετη ενέργεια, λαμβάνει από τις αποθήκες. Αλλά εάν συνεχώς αποθηκεύει περισσότερες θερμίδες από εκείνες που χρειάζεται, τότε δημιουργείται το πάχος.

Η παχυσαρκία είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα πολυφαγίας, που οφείλεται σε διαταραχή των κέντρων του υποθαλάμου (κορεσμού και πείνας), τα οποία ρυθμίζουν την πρόσληψη τροφής. Στα παχύσαρκα άτομα φαίνεται ότι η κατανάλωση και η αποβολή των θερμίδων είναι μειωμένη. Αυτό οφείλεται κυρίως στις λιγότερες μικρές και γενικές κινήσεις, από τις οποίες εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό η κατανάλωση των θερμίδων. Η παχυσαρκία υποβοηθείται από τον τρόπο διατροφής και διαβίωσης των ατόμων. Οι συνήθειες διατροφής στην κοινωνία και στην οικογένεια συμβάλλουν σημαντικά στην εγκατάσταση και την εξέλιξη της παχυσαρκίας. Πολλά άτομα συνηθίζουν από μικρή ηλικία να τρώνε πολύ και τους είναι δύσκολο ν' αποβάλλουν αργότερα τη συνήθεια αυτή.

Επίσης, τον κώδωνα του κινδύνου για την παχυσαρκία κρούουν Αμερικανοί επιστήμονες. Προσοχή στο έτοιμο και γρήγορο φαγητό, που μαζί με την τηλεόραση αποτελούν αιτίες της αύξησης των κρουσμάτων παχυσαρκίας, επισημαίνει μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1998 στην «Αμερικάνικη Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας». Ο συντάκτης της μελέτης τόνισε ότι οι γυναίκες πάχαιναν εξαιτίας της σύνθεσης των γευμάτων τους και του συνεχούς καθίσματος στην τηλεόραση. Ο αυξημένος χρόνος που περνάει κανείς μπροστά στην τηλεόραση είναι άμεσα συνδεδεμένος με την παχυσαρκία: Για κάθε ώρα που βλέπει ένα άτομο τηλεόραση αυξάνεται το ποσοστό σωματικού λίπους κατά 2% και η εμφάνιση παχυσαρκίας σε εφήβους είναι διπλάσια όταν βλέπουν τηλεόραση πάνω από 5 ώρες από αυτούς που βλέπουν λιγότερο από μισή ώρα την ημέρα. Ακόμη η αυξημένη τηλεθέαση μειώνει το βασικό μεταβολισμό και ευνοεί την κατανάλωση τροφών υψηλές σε λίπος.

Άρα, η εύκολη λύση του έτοιμου φαγητού, όπως πατάτες τηγανιτές, σάντουιτς που καταναλώνονται ευκολότερα και η παθητική ψυχαγωγία με την τηλεόραση, αποτελούν καταλυτικούς παράγοντες για την παχυσαρκία.

⁶ Κάσιμος Δ. Χρίστος, σελ. 248-249, Θεσσαλονίκη 1983

Πετσίνης Ιωάν. Κωνσταντίνος, σελ. 66, Αθήνα 1978

Περιοδικό «SUPER KATEPINA», τεύχος 282, σελ 78, Μάρτιος 2004

Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

«ΤΑ ΝΕΑ», σελ. Ν51, 28-02-1998

Β3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ¹

Η εξήγηση για την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι ότι μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες ή στη συμπεριφορά τους στο φαγητό. Τα παχύσαρκα άτομα δεν συνειδητοποιούν την ποσότητα του φαγητού που τρώνε με αποτέλεσμα την αυξημένη πρόσληψη θερμίδων σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού. Συνηθίζουν να τρώνε ανάμεσα στα γεύματα, σοκολάτες, κέικ, αναψυκτικά και να κάνουν επιδρομές στα ψυγεία γιατί γι' αυτούς το φαγητό είναι απόλαυση. Οι αιτίες που οδηγούν στο περιττό βάρος είναι πολλές και άλλοτε σχετίζονται με συνήθειες που μπορεί το άτομο να ελέγξει και άλλοτε όχι. Συνήθως η νεανική παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού διαφόρων αιτιών. Πιο συγκεκριμένα, όμως, οι παράγοντες που οφείλονται για την αύξηση του σωματικού βάρους είναι οι παρακάτω:

1. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι μεγάλης σημασίας για την πρόκληση της παχυσαρκίας όπως είναι οι γεννητικές ανωμαλίες (γονέων και προγόνων). Είναι, όμως, δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τους γεννητικούς από τους παράγοντες περιβάλλοντος, γιατί άλλο τόσο οι συνθήκες της διατροφής της οικογένειας, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, το συγκινησιακό περιβάλλον και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την συχνότητα της οικογενειακής παχυσαρκίας.

Τα παιδιά από φυσιολογικούς μη παχύσαρκους γονείς έχουν μόνο 10% πιθανότητες να γίνουν κι αυτά παχύσαρκα. Όμως, τα παιδιά που έχουν υπέρβαρους γονείς ή αδέρφια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν κι αυτά υπέρβαρα. Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς που και οι δύο είναι παχύσαρκοι, έχουν πιθανότητα 80% να έχουν παχύσαρκα παιδιά. Όταν μόνο ένας από τους δύο γονείς είναι παχύσαρκος, η πιθανότητα μειώνεται στο 40%. Τα παραπάνω δεν σημαίνουν ότι θα συμβεί το ίδιο με όλα τα παιδιά της οικογένειας, αλλά η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο (περίπου 30%) για την εκδήλωση παχυσαρκίας.

Κλασσικές θεωρούνται οι παρατηρήσεις που έγιναν σε υιοθετημένα παιδιά. Οι μελέτες αυτές βρίσκουν ότι τα υιοθετημένα παιδιά αυξάνουν βάρος όπως ακριβώς και τα άλλα, γενετικά άσχετα, αδέρφια τους και από αυτό συμπεραίνουν ότι το περιβάλλον είναι εξίσου σπουδαίο όσο και η κληρονομικότητα.

Πρόσφατες μελέτες σε άτομα αδύνατα και παχύσαρκα δείχνουν ότι οι παχύσαρκοι ξοδεύουν λιγότερη ενέργεια μετά το γεύμα τους.

Ένα άλλο στοιχείο που ενισχύει τη κληρονομική προδιάθεση για εμφάνιση παχυσαρκίας είναι και η αύξηση του ποσοστού παχύσαρκων ατόμων σε όλες τις φυλές και τα έθνη. Αυτό έχει την παρακάτω εξήγηση:

Σε περιόδους έλλειψης τροφίμων, τα άτομα που παρουσίαζαν λίγες καύσεις, δηλ. μικρές ανάγκες σε τροφή, επέζησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από άτομα που είχαν πολλές καύσεις. Αυτοί επομένως μετέφεραν και τα κληρονομικά αυτά χαρακτηριστικά, δηλαδή των μειωμένων αναγκών σε τροφή, και στους απογόνους τους.

Κατά πόσο η κληρονομικότητα δρα ως υπερφαγία ή ως ελάττωση των καύσεων δεν έχει ξεκαθαριστεί. Από έρευνες που έγιναν στο βασικό μεταβολισμό βρέθηκε ότι αυτός επηρεάζεται από την οικογένεια του ατόμου μόνο κατά 11%. Οι καύσεις επηρεάζονται περισσότερο από το «άπαχο» σωματικό βάρος, το φύλο και την ηλικία.

Σαν συμπέρασμα, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η κληρονομικότητα παίζει αναμφισβήτητο ρόλο, όμως, δεν έχει ξεκαθαριστεί αν επιδρά στην όρεξη, στις καύσεις ή και στα δύο.

Όσον αφορά το περιβάλλον θα πρέπει να σημειωθεί ότι λέγοντας «περιβάλλον» εννοούμε τον τρόπο ζωής του ατόμου, τις διαιτητικές του συνήθειες, την γενική και επαγγελματική σωματική δραστηριότητα και το επίπεδο άσκησης του. Τα κύρια σημεία της έννοιας «περιβάλλον» είναι:

A) Διαιτητικές συνήθειες: Είναι βέβαιο σήμερα ότι τα παχύσαρκα άτομα ή τρώνε περισσότερο από το φυσιολογικό για τα προσωπικά τους δεδομένα και το υποεκτιμούν ή τρώνε, αναλογικά με τα λεπτόσωμα άτομα, μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών ουσιών, έστω και με φυσιολογικές συνολικά ποσότητες τροφής. Κι αυτή όμως η εσωτερική επιθυμία για μεγαλύτερες ποσότητες τροφής ή και για περισσότερες λιπαρές ουσίες, φαίνεται ότι οφείλεται σε μεταβολές του οργανισμού των παχύσαρκων ατόμων σε επίπεδο ορμονών.

B) Σωματική δραστηριότητα: Σήμερα έχει μειωθεί κατά πολύ η σωματική δραστηριότητα, όχι μόνο σε επίπεδο άσκησης αλλά και σε επίπεδο επαγγελματικής ενασχόλησης. Η ελάττωση αυτή του βαθμού σωματικής άσκησης έχει πολλαπλές επιπτώσεις στο ενεργειακό ισοζύγιο του οργανισμού.

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι κοινωνικοί, οικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στο ζήτημα της παχυσαρκίας. Αυτό μπορούμε να το διαπιστώσουμε καλύτερα αν δούμε το παράδειγμα μιας μελέτης από Αμερικάνους ερευνητές οι οποίοι απομόνωσαν από το συνηθισμένο περιβάλλον τους μία ομάδα αδύνατων και μία ομάδα παχύσαρκων ατόμων.

Έτσι τα αδύνατα άτομα, αν και σε διαφορετικές από τις συνήθειές τους τρέφονταν βάσει της αίσθησης της στομαχικής πείνας δεν έχασαν βάρος ενώ οι παχύσαρκοι, στερούμενοι από τα συνηθισμένα ερεθίσματά τους, δεν κατάφεραν πια να τραφούν σύμφωνα με τα φυσιολογικά

γαστρικά μηνύματα και επομένως αδυνάτισαν σημαντικά αν και είχαν στη διάθεσή τους όσες τροφές ήθελαν. Από αυτή την μελέτη γίνεται φανερό ότι παράγοντες ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παχυσαρκία του ατόμου και πιο συγκεκριμένα οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οικονομικοί, η φυλή, η θρησκεία, η μόρφωση.

Η εφηβική παχυσαρκία έχει σχετιστεί με πολλούς κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες όπως :

Α)Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο: Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι πολύ συχνότερη σε ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η κακή προσωπική ενημέρωση σε θέματα διατροφής και προληπτικής ιατρικής τους κάνει περισσότερο ευάλωτους σε νοσήματα όπως η παχυσαρκία.

Β)Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο: Στις ανεπτυγμένες χώρες η παχυσαρκία είναι συχνότερη σε άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ενώ στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες είναι συχνότερη σε άτομα υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, αφού άλλωστε αυτοί ``έχουν και μπορούν και τρώνε``. Η πορεία του φαινομένου μπορεί να έχει τις εξής κατευθύνσεις:

- Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ευνοεί την εμφάνιση παχυσαρκίας
- Η ύπαρξη παχυσαρκίας έχει ως αποτέλεσμα την καθήλωση του ατόμου στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα
- Η παχυσαρκία και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο μπορεί να έχουν μερικά κοινά γενεσιουργά αίτια

Πράγματι κατανοείται εύκολα πως ο τρόπος ζωής που έχει επιβάλλει σήμερα ο εκβιομηχανισμένος πολιτισμός μας, τα μηνύματα που δεχόμαστε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης(M.M.E), η έλλειψη αθλητικής δραστηριότητας και άλλα, όλα αυτά οδηγούν σε μία βαθμιαία ανισότητα ενέργειας που διευκολύνει τη δημιουργία και τη συνέχιση του υπερβολικού βάρους.

Εκτός από τα κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία που αναφέρθηκαν, υπάρχουν και παράγοντες ψυχολογικοί που επιδρούν σημαντικά στην παχυσαρκία.

Για να δούμε τους ψυχολογικούς λόγους θα πρέπει να πούμε πρώτα ότι τα ενοχλήματα στην συγκινησιακή σφαίρα είναι αρκετά συχνά στον παχύσαρκο και καλύπτουν όλο το φάσμα των πιο συχνών νευρολογικών εικόνων και το νευρωσικό σύνδρομο του φόβου, της έμμονης ιδέας, στη μελαγχολία βαθμού και έντασης.

Το κοινό σημείο σ' αυτές τις ψυχοσυγκινησιακές καταστάσεις είναι η αναγνώριση στη διατροφή ενός μηχανισμού άμυνας, που είναι στόχος ευκολόπιαστος και που παρουσιάζεται σαν τρόπος φυγής για το άτομο. Είναι επομένως φανερό ότι ο περιορισμός στη διαίτα και μόνο δεν παρουσιάζει, παρά μία τάση εξάλειψης ενός συμπτώματος της νόσου,

χωρίς να ενεργεί στην ψυχοσωματική κατάσταση του παχύσαρκου. Οι ψυχολογικοί λόγοι, που στρέφουν το άτομο προς το φαγητό είναι πολλοί και διάφοροι. Πολλοί παχύσαρκοι έφηβοι αναφέρουν ότι τρώνε υπερβολικά όταν είναι εκνευρισμένοι, ανήσυχοι. Άλλοι τρώνε ακατάστατα, όχι μόνο όγκο τροφής αλλά και γεύματα περιέργης και ανορθόδοξης διαιτητικής σύνθεσης, ακόμη άλλα αίτια της παρεκτροπής είναι έντονες βίαιες και ισχυρά καταπιεστικές ψυχικές καταστάσεις.

Δεν παχαίνει κάποιος μόνο από ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπάρχουν και άλλες αρκετές αιτίες όπως μεταβολικές και ορμονικές.

3. ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ Η ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όλες οι μεταβολικές διεργασίες του λίπους στον άνθρωπο, αυτές δηλαδή που ελέγχουν τόσο την αποθήκευση, όσο και την κινητοποίηση και χρησιμοποίησή του, θεωρούνται βασικές αντιδράσεις και ο μεταβολισμός αυτός γίνεται χωρίς ορμονική επίδραση.

Στα παχύσαρκα άτομα υπάρχει υπερβολική έκκριση ινσουλίνης. Η ινσουλίνη αρχίζει να ενεργεί, όταν εμφανίζονται στον πεπτικό σωλήνα υδατάνθρακες με τη μορφή της γλυκόζης. Αυτή η γλυκόζη που προορίζεται για παραγωγή ενέργειας, παρεμποδίζει την κατανάλωση των αποθεμάτων λίπους. Η ινσουλίνη είναι αντιλιπολυτική. Δυστυχώς οι παχύσαρκοι χρειάζονται περισσότερη ινσουλίνη, για να κάψουν την ίδια ποσότητα σακχάρου, από ότι οι μη παχύσαρκοι, γεγονός που χαρακτηρίζεται ως αντίσταση στην ινσουλίνη.

Μεταξύ των αιτιών που θεωρούνται υπεύθυνα για την εμφάνιση, επιδείνωση και διαίωνιση της παχυσαρκίας είναι και η υπερφαγία, η τακτική κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού. Η υπερφαγία προκαλεί παχυσαρκία σε όλες τις ηλικίες. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η αρχική βλάβη(ή δυσλειτουργία) αναφέρεται στους μηχανισμούς πρόσληψης τροφής. Επομένως, η ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής εξαρτάται από τον αριθμό, το μέγεθος και την ενεργειακή περιεκτικότητα των γευμάτων. Το γεύμα λοιπόν, αποτελεί τη βασική μονάδα της διαιτητικής συμπεριφοράς του ανθρώπου. Ιδιαίτερα επικίνδυνη είναι κατά την βρεφική ηλικία και στην προκειμένη περίπτωση είναι βασικό να εξεταστεί γιατί το παιδί τρώει περισσότερο. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στη μητέρα γιατί η τελευταία νομίζει ότι το παιδί είναι πολύ αδύνατο, ή γιατί το μωρό γεννήθηκε πρόωρα, ή έπασχε από συχνές αρρώστιες με αποτέλεσμα να φροντίζει να δίνει πάντοτε πλούσια σε θερμίδες φαγητά. Έχει αποδειχτεί ότι όταν σε ένα μωρό αρχίζει η διατροφή με κρέμες και διάφορα άλλα φαγητά πριν από την ηλικία των τριών ή τεσσάρων μηνών, τότε τα μωρά αυτά καταλήγουν να γίνονται χοντρά παιδιά και στη συνέχεια χοντροί έφηβοι και χοντροί ενήλικες.

Υπάρχουν, επίσης και άλλοι παράγοντες για την εμφάνιση της παχυσαρκίας όχι τόσο σημαντικοί όσο οι παραπάνω και ακολουθούν παρακάτω:

- **Δίαιτα πλούσια σε λίπη:** Όταν ο άνθρωπος καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες λιπαρών τροφών, δεν παχαίνει μόνο γιατί παίρνει πολλές θερμίδες αλλά και γιατί μειώνονται από το λίπος και οι καύσεις του.
- **Νηστεία:** Πολλά άτομα, κυρίως νέες γυναίκες, στην προσπάθειά τους να μην παχύνουν, καταναλώνουν μακροχρόνια πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού. Έτσι, μόλις, αρχίσουν να τρώνε, έστω και κανονικά, το σωματικό τους βάρος αυξάνει πολύ πιο εύκολα από αυτό που θα δικαιολογούσε η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν.
- **Θερμοκρασία του περιβάλλοντος:** Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο άνθρωπος πεινάει περισσότερο όταν κάνει κρύο, ενώ του κόβεται η όρεξη σε υψηλές θερμοκρασίες του περιβάλλοντος. Στα θερμά κλίματα ή τις θερμές εποχές του χρόνου, οι ανάγκες σε θερμίδες είναι μειωμένες. Αυτός βέβαια είναι ένας πολύ καλός μηχανισμός της φύσης για να αποφευχθεί η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και επομένως η θερμοπληξία αλλά υπάρχει ευκολότερη αύξηση του σωματικού βάρους.
- **Χρόνια νοσήματα:** Πολλά χρόνια νοσήματα (καρδιακά, αναπνευστικά, ψυχικά, κ.α) ευνοούν την προοδευτική αύξηση του σωματικού βάρους, κυρίως λόγω αλλαγής του τρόπου ζωής αλλά και συχνά λόγω της χρήσης φαρμάκων που μειώνουν τη μεταβολική δραστηριότητα ή δημιουργούν πολυφαγία.
- **Μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών:** Τα οينوπνευματώδη έχουν πολλές θερμίδες. Εκτός από αυτό, τα οينوπνευματώδη όχι μόνο δεν μας χορταίνουν αλλά πολλές φορές δρουν και σαν ορεκτικά. Προσοχή, όχι από 1-2 ποτά την ημέρα.
- **Διακοπή καπνίσματος:** Το κάπνισμα αυξάνει ελαφρά τις καύσεις. Η διακοπή του καπνίσματος, έστω κι αν δεν φάει κανείς περισσότερο, θα του αυξήσει το βάρος κατά 3-5 κιλά. Πάντως, είναι εγκληματικό να συνεχίσει κανείς το κάπνισμα ή να αρχίσει να καπνίζει για να μην παχύνει.
- **Εγκυμοσύνες και γέννες:** Υπολογίζεται ότι ο μέσος όρος αύξησης του σωματικού βάρους μετά από κάθε γέννα είναι μισό κιλό. Το πρόβλημα όμως είναι στις γυναίκες που ήταν υπέρβαρες πριν μείνουν έγκυος. Σε αυτές η αύξηση του βάρους είναι 4-10 κιλά μετά από κάθε παιδί.

- **Εμμηνόπαυση:** Η αύξηση του βάρους κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο και δεν οφείλεται σε μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας αλλά στην λαιμαργία που δημιουργεί η μείωση των γεννητικών οργάνων.
- **Μακροχρόνια ακινητοποίηση:** Τέλος, είναι η μακροχρόνια ακινητοποίηση και αναφέρεται σε μεγάλο αριθμό ατόμων που παίρνουν βάρος λόγω κάποιου κατάγματος, εγκεφαλικού επεισοδίου, κ.α λόγω του ότι μένουν ακίνητοι για μεγάλο χρονικό διάστημα.

⁷ Ζαμπάκος Ιωάννης, σελ. 24-25, Αθήνα 1989

Μανωλίδης Ευστράτιος, Αθήνα 1987

Μερίκας Εμμ. Γεώργιος, Αθήνα 1976

Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 9-12/85-86, Αθήνα 1996

Μόρτογλου Τάσος και Κατερίνα Αθήνα 2001

Παλλίδης Σίμος, σελ. 147-148, Θεσσαλονίκη 1987

Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, τόμος 4, σελ. 48, Αθήνα

Ripauct Christine, Αθήνα 1971

Περιοδικό «SALVE», τεύχος 7, σελ. 53, Φεβρουάριος 2004

Περιοδικό «SUPER KATEPINA», τεύχος 282, σελ. 77, Μάρτιος 2004

Γ. ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ⁸

Στην σημερινή εποχή έχουν έντεχνα περάσει στον κόσμο ιδέες που η μοναδική τους σκοπιμότητα είναι ο κακώς εννοούμενος επαγγελματισμός. Ένας μεγάλος αριθμός “μαγικών” διαιτολογίων που υπόσχονται γρήγορη και μόνιμη απαλλαγή από τα περιττά κιλά, έχει συσσωρευτεί τα τελευταία 20 χρόνια. Ίσως, το μόνο εντυπωσιακό στις δίαιτες αυτές είναι τα ονόματά τους, οι παράδοξοι συνδυασμοί που προτείνουν, η ακόμα πιο παράδοξη αλληλουχία των τροφών που συστήνουν ή ακόμα και η «μονοφαγία».

Στην συνέχεια ακολουθούν ορισμένες αλήθειες ή και μύθοι σχετικά με το πώς δημιουργείται η παχυσαρκία:

1. Πολλοί άνθρωποι αποδίδουν την ευκολία με την οποία αυξάνει το σωματικό τους βάρος σε προϋπάρχουσα ή πρόσφατα εγκατεστημένη **δυσκοιλιότητα**. Αυτό είναι απόλυτα αναληθές. Τα υπολείμματα των τροφών που καταλήγουν στο παχύ έντερο δεν έχουν καμία θρεπτική αξία κι έτσι όσο χρόνο κι αν μείνουν μέσα σ’ αυτό δεν πρόκειται να προσφέρουν περισσότερη ενέργεια στον οργανισμό και μέσω αυτής να αυξηθεί το βάρος.

2. Ένας ακόμα μύθος σχετικά με την αιτία που εμφανίζεται η παχυσαρκία είναι η **κατακράτηση υγρών**. Χρησιμοποιείται κυρίως ως έκφραση από τον γυναικείο πληθυσμό αλλά και από τους “πάσχοντες” για να δικαιολογήσουν την αύξηση του βάρους τους χωρίς να τρώνε πολύ. Η αλήθεια είναι ότι γίνονται κάποιες μεταβολές στο ισοζύγιο υγρών ανάλογα με την φάση του κύκλου της περιόδου αλλά οι μεταβολές αυτές δεν έχουν ποτέ αθροιστικό χαρακτήρα αλλά καθαρά κυκλικό κι έτσι δεν δικαιολογούν ποτέ προοδευτικά αυξανόμενη μεταβολή του σωματικού βάρους

3. Ένας ακόμα μύθος είναι η έκφραση που χρησιμοποιούμε όλοι μας και είναι «**δεν τρώω πολύ και παχαίνω**». Θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν όλοι ότι οι ατομικές διαφορές που μας ξεχωρίζουν από τους υπόλοιπους ισχύουν πολύ περισσότερο στα θέματα διατροφής. Αυτό σημαίνει ότι το πολύ φαγητό για τον ένα είναι κανονικό ή και λίγο για τον άλλο, και αντίστροφα. Η ποσότητα τροφής, λοιπόν, που είναι η πρόβλεψη για κάποιο άτομο είναι αυτή που διατηρεί το βάρος του σε κανονικά επίπεδα.

4. Το **αν μπορεί να αλλάξει ο μεταβολισμός** ενός ατόμου είναι μία κλασική ερώτηση με έντονη επιθυμία σχεδόν από το σύνολο των παχύσαρκων ατόμων. Ο μεταβολισμός δεν αλλάζει, εκτός από λίγες περιπτώσεις που υπάρχει κάποια ενδοκρινική νόσο. Μετά την οποιαδήποτε απώλεια βάρους, ο μεταβολισμός του ατόμου είναι πολύ μικρότερος από την αρχή. Αυτό σημαίνει ότι εάν το άτομο μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους δεν μειώσει την ποσότητα της

προσλαμβανόμενης τροφής, η υποτροπή της παχυσαρκίας είναι ο κανόνας.

5. Όσον αφορά τις **χημικές δίαιτες** πρόκειται για έναν παραπλανητικό όρο. Όλες οι τροφές είναι χημικές ουσίες κι επομένως όλες οι δίαιτες είναι χημικές. Στην πράξη, όμως, χημικές δίαιτες είναι αυτές που περιέχουν ελάχιστους ή και καθόλου υδατάνθρακες(πατάτες, μακαρόνια, ψωμί, όσπρια, φρούτα, κ.α) με αποτέλεσμα την δημιουργία κέτωσης κι έτσι προκαλείται στον οργανισμό αφυδάτωση. Γι' αυτό η απώλεια βάρους με τις δίαιτες αυτές δεν είναι λίπος. Αυτός είναι κι ένας λόγος επανάκτησης του βάρους μετά την διακοπή της δίαιτας.

6. Τέλος, τα τελευταία χρόνια, μία πολύ δημοφιλής μέθοδος απώλειας βάρους είναι ο **συνδυασμός των τροφών**, συστήνεται δηλαδή να μην καταναλώνει κανείς κατά την διάρκεια του ίδιου γεύματος πρωτεΐνες μαζί με υδατάνθρακες ή λίπος. Η αλήθεια είναι ότι αν κάποιος εφαρμόσει κάτι ανάλογο σε μακροχρόνια βάση, θα χάσει βάρος. Η απώλεια όμως αυτή οφείλεται όχι σε κάποιο μεταβολικό ή χημικό μηχανισμό αλλά στο ότι λόγω της μονοτονίας του γεύματος, η προσλαμβανόμενη ποσότητα τροφής θα είναι μικρότερη κι έτσι η απώλεια βάρους θα προκύψει από το αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο.

⁸ Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 15-19, Αθήνα 1996

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»

Α. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ⁹

Παχυσαρκία, όπως και η λέξη υπονοεί, σημαίνει αύξηση του σωματικού λίπους. Το βάρος του σώματος του ανθρώπου, για όλες τις ηλικίες παρουσιάζει μία φυσιολογική διακύμανση μεταξύ μιας μέγιστης και μίας ελάχιστης τιμής, που αποτελεί και το μέσο όρο. Το βάρος αυτό είναι γενετικά προγραμματισμένο. Το νεογνό γεννιέται περίπου 2,5kg, το παιδί ζυγίζει περίπου 20kg, ο έφηβος 35kg και ο ενήλικας περίπου 70kg. Εφόσον το βάρος του σώματος βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο, το άτομο θεωρείται ορθόβαρο. Σε περιπτώσεις αποκλίσεων από το μέσο όρο, το άτομο θεωρείται ανάλογα είτε λιπόβαρο είτε υπέρβαρο. Επειδή όμως ο προσδιορισμός του σωματικού λίπους δεν είναι εύκολος στην καθημερινή πράξη, για τον καθορισμό της παχυσαρκίας οι επιστήμονες χρησιμοποιούν το σωματικό βάρος σε σχέση με το ύψος.

Παχύσαρκο, λοιπόν, θεωρείται ένα άτομο όταν έχει Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο του 30 (Δείκτης μάζας σώματος = Βάρος σε κιλά / (ύψος σε μέτρα²). Άτομα με δείκτη μάζας σώματος 25-30 θεωρούνται απλώς υπέρβαρα, ενώ φυσιολογικά είναι αυτά με δείκτη μάζας σώματος 20-25. Το πόσο βαρύς είναι ο σκελετός του ατόμου δεν παίζει κανένα ρόλο στον καθορισμό του φυσιολογικού ή και παθολογικού βάρους. Φυσιολογικό ποσό σωματικού λίπους είναι:

➤ Για άνδρες:

- 20-30 ετών: 10-15% του συνολικού σωματικού βάρους
- 31-40 ετών: 12-16% του συνολικού σωματικού βάρους
- 41-50 ετών: 14-18% του συνολικού σωματικού βάρους
- >50 ετών: 15-20% του συνολικού σωματικού βάρους

➤ Για γυναίκες:

- 20-30 ετών: 18-22% του συνολικού σωματικού βάρους
- 31-40 ετών: 20-24% του συνολικού σωματικού βάρους
- 41-50 ετών: 21-25% του συνολικού σωματικού βάρους
- >50 ετών: 22-26% του συνολικού σωματικού βάρους

Για παιδιά κι εφήβους δεν έχει μεγάλη σημασία ο ακριβής καθορισμός του φυσιολογικού σωματικού λίπους αφού ως αναπτυσσόμενοι οργανισμοί έχουν μία διαρκή μεταβολή της υψής των ιστών. Πάντως, τα παιδιά κι έφηβοι είναι γενικά περισσότερο λιπώδη από τους ενήλικες.

⁹ Ζαμπάκος Γιάννης, σελ. 13, Αθήνα 1989

Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 1, Αθήνα 1996

Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΒΑΣΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ¹⁰

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός εξαρτάται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες(30-40%), από το φύλο, το βάρος, το ύψος, την ηλικία, τη σύσταση του σώματος, τη λειτουργία του υποθαλάμου, του ενδοκρινικού συστήματος, την πιθανή πρόσληψη θερμίδων, τις διατροφικές συνήθειες, το επίπεδο ανάπτυξης των παιδιών και γενικότερα την κινητική δραστηριότητα, κ.α. Στην συνέχεια ακολουθούν αναλυτικότερα κάποιοι από τους παραπάνω παράγοντες.

Α) Η ηλικία

Ο βασικός μεταβολισμός είναι υψηλότερος κατά την διάρκεια του πρώτου και δεύτερου έτους της ηλικίας. Αργότερα μειώνεται για να αυξηθεί πάλι κατά την διάρκεια της εφηβείας. Ο βασικός μεταβολισμός μειώνεται περίπου 10% για κάθε 10ετία κατά την ενηλικίωση κι αυτό μάλλον οφείλεται στον μειωμένο μυϊκό τόνο και στην ελλιπή φυσική δραστηριότητα.

Β) Η επιφάνεια σώματος

Τα μικρόσωμα άτομα του κάθε φύλου τείνουν να έχουν υψηλότερο βασικό μεταβολισμό για κάθε μονάδα επιφάνειας του σώματος από εκείνη των μεγάλωσωμων.

Γ) Το φύλο

Οι γυναίκες γενικά έχουν βασικό μεταβολισμό 5-10% χαμηλότερο από τους άνδρες του ίδιου βάρους και ύψους. Αυτό οφείλεται στην αυξημένη περιεκτικότητα του γυναικείου σώματος σε λίπος.

Δ) Η σύνθεση του σώματος

Επειδή ο μυϊκός ιστός είναι μεταβολικά πιο δραστήριος από τον λιπώδη, οι αθλητές εμφανίζουν τουλάχιστον 5% υψηλότερο βασικό μεταβολισμό από τα αντίστοιχα άτομα της κατηγορίας τους λόγω της αυξημένης μυϊκής μάζας τους. Κατά τον Garrow(1978) ο βασικός μεταβολισμός καθορίζεται σχεδόν αποκλειστικά από τον μυϊκό ιστό

Ε) Οι ενδοκρινικοί αδένες

Οι ορμόνες που εκκρίνονται από τους ενδοκρινικούς αδένες αποτελούν τους πρωταρχικούς ρυθμιστές του μεταβολισμού του ατόμου και ιδιαίτερα αυτές του θυρεοειδούς αδένου. Στην πράξη η μέτρηση του βασικού μεταβολισμού αποτελεί μία από τις διαγνωστικές μεθόδους της λειτουργικής κατάστασης του αδένου αυτού.

ΣΤ) Η διατροφική κατάσταση

Οι καταστάσεις υποσιτισμού ή νηστείας συνοδεύονται από μείωση του βασικού μεταβολισμού. Η ελάττωση αυτή του βασικού μεταβολισμού θεωρείται ως προσπάθεια του οργανισμού για να προφυλαχθεί από ενδεχόμενη και υπερβολική απώλεια ενέργειας.

Z) Ο ύπνος

Τις πρώτες ώρες του ύπνου ο μεταβολισμός υπολογίζεται ελαφρά υψηλότερος από τον βασικό μεταβολισμό του ατόμου. Αργότερα, ο μεταβολισμός μειώνεται ύστερα από την πτώση της θερμοκρασίας του σώματος. Επομένως, σε όλη την διάρκεια του ύπνου ο μεταβολισμός του ατόμου είναι ίσος ή ελαφρά χαμηλότερος από τον βασικό μεταβολισμό του ατόμου.

H) Η παχυσαρκία

Φαίνεται να έχει μικρή επίδραση στο βασικό μεταβολισμό αν και οι περισσότεροι δέχονται ότι παρατηρείται μία σχετική διακύμανση του βασικού μεταβολισμού σε μέτριες παχυσαρκίες, με κάποια τάση για μείωση, ενώ παθολογικά παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν αυξημένο βασικό μεταβολισμό. Άλλοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν όταν μετρηθούν μεγάλη απόκλιση από τον υπολογισμό του βασικού μεταβολικού ρυθμού. Ένα παχύσαρκο άτομο έχει θεωρητικά υψηλότερο βασικό ρυθμό μεταβολισμού σε σχέση με ένα άτομο φυσιολογικού βάρους. Έχει βρεθεί ότι ο μυϊκός ιστός στα παχύσαρκα άτομα δεν είναι ενεργειακά δραστήριος όσο και στα φυσιολογικά άτομα και παρουσιάζει μικρότερη κατανάλωση ενέργειας. Τέλος, άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι τα άτομα της ίδιας κατηγορίας (φύλο, ηλικία, βάρος) πιθανόν αν εμφανίζουν διαφορά στον βασικό μεταβολισμό τους μεγαλύτερη από 30% μεταξύ τους.

Θ) Η πνευματική εργασία

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι κατά την διάρκεια της μελέτης καταναλώνονται λίγες θερμίδες επιπλέον αλλά οι περισσότεροι από τους ερευνητές πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καμιά απώλεια.

I) Η συναισθηματική κατάσταση

Η θερμιδική απώλεια αυξάνει κατά την διάρκεια κάποιας έντονης συναισθηματικής διέγερσης λόγω αύξησης της μεταβολικής δραστηριότητας του ατόμου από την μυϊκή ένταση και τις ανήσυχες κινήσεις του σώματος του. Γενικά, όμως, η απώλεια αυτή θεωρείται περιορισμένη λόγω του παροδικού χαρακτήρα των κρίσεων.

¹⁰ Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 36-38, Αθήνα 1982

Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Γ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ¹¹

Σύμφωνα με τον Richard Macarnes(1975) οι παρατιθέμενοι αριθμοί αναστήματος και βάρους στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται μόνο κατά προσέγγιση βάσει στατιστικών πληροφοριών. Η διαίρεση των πινάκων σε τρεις στήλες, ανάλογα με τον σωματικό τύπο, έγινε για να βοηθηθούν όσοι θέλουν ν' αδυνατίσουν, στο να διαλέξουν το κατάλληλο για την διάπλασή τους βάρος που θα επιδιώξουν. Ο πίνακας είναι χωρισμένος σε τρεις βασικούς σωματικούς τύπους:

Οι εξωμορφικοί τύποι, οι οποίοι είναι βασικά ψηλοί και λεπτοί, με ασθενικούς μυς, μακριά ράχη και λεπτά και μακριά χέρια και πόδια. Συνήθως δεν παχαίνουν και είναι ο τύπος του ατόμου με το σταθερό βάρος. Συχνά έχουν βάρος μικρότερο από το φυσιολογικό.

Οι μεσομορφικοί τύποι που έχουν πλατείς ώμους και στενούς γοφούς. Έχουν την τάση να γίνονται καλοί αθλητές κι όταν σταματούν αποταμιεύουν άφθονο λίπος.

Οι ενδομορφικοί τύποι είναι συνήθως κοντοί, έχουν μεγάλες σωματικές κοιλότητες(θώρακα και κοιλιά), κοντά μπράτσα και γάμπες, παχουλά χέρια και μικρά πόδια. Αποτελούν τον τύπο του ατόμου που παχαίνει εύκολα. Στις επόμενες σελίδες ακολουθούν διάφοροι πίνακες με φυσιολογικό βάρος για άνδρες και γυναίκες(ενήλικες και έφηβοι).

¹¹ Καντζαπασάκη-Μανδελενάκη, Αθήνα 1985
Macarnes Richard, σελ. 195-197, Αθήνα 1975

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΒΑΡΗ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ¹¹

Βάρος σε κιλά, ανάλογα με την σωματική διάπλαση

<u>Ανάστημα σε μέτρα</u> (χωρίς παπούτσια)	<u>ΤΥΠΟΙ</u>	<u>ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ</u>	<u>ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ</u>
	<u>Ασθενικός</u> (Εξωμορφικός)	<u>Αθλητικός</u> (Μεσομορφικός)	<u>Πυκνικός</u> (Ενδομορφικός)
1,58	52-56	56-60	59-64
1,60	53-58	57-61	60-65
1,62	55-59	58-63	62-67
1,65	57-61	60-65	63-69
1,67	58-63	62-66	65-71
1,70	60-64	63-68	67-73
1,73	61-66	65-69	69-75
1,75	63-68	67-72	71-77
1,77	65-70	69-74	73-79
1,80	67-72	71-76	74-81
1,83	68-74	73-78	76-83
1,86	71-76	75-80	78-86
1,88	73-79	77-83	81-88
1,91	76-81	79-85	85-91

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΒΑΡΗ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ¹¹

Βάρος σε κιλά, ανάλογα με την σωματική διάπλαση

<u>Ανάστημα σε μέτρα</u> (χωρίς παπούτσια)	<u>ΤΥΠΟΙ</u>	<u>ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ</u>	<u>ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ</u>
	<u>Ασθενικός</u> (Εξωμορφικός)	<u>Αθλητικός</u> (Μεσομορφικός)	<u>Πυκνικός</u> (Ενδομορφικός)
1,50	47-50	49-53	53-57
1,52	48-51	50-54	54-58
1,54	49-52	51-55	55-59
1,57	50-53	53-55	56-60
1,60	51-55	54-58	57-63
1,62	52-56	56-59	59-64
1,65	54-58	57-60	60-65
1,67	55-59	58-63	63-67
1,70	57-61	60-65	64-69
1,72	58-63	62-66	65-71
1,75	60-64	63-68	67-73
1,77	61-66	65-70	68-75

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΒΑΡΗ ΓΙΑ ΑΓΟΡΙΑ¹¹

Έτος 10	1,39 25-32	1,43 27-36	1,47 30-40	1,51 32-44	1,56 36-49	1,59 40-52	1,62 45-55
Έτος 11	1,44 28-37	1,48 30-41	1,52 32-45	1,56 35-49	1,61 39-54	1,64 45-57	1,67 50-60
Έτος 12	1,49 30-42	1,54 32-47	1,57 35-50	1,61 38-54	1,66 43-59	1,71 49-64	1,75 56-68
Έτος 13	1,54 32-47	1,58 35-51	1,61 38-54	1,67 42-60	1,74 48-65	1,79 55-67	1,83 62-69
Έτος 14	1,58 36-51	1,64 39-57	1,69 43-62	1,76 48-69	1,82 55-67	1,86 62-70	1,91 68-71
Έτος 15	1,64 41-57	1,70 45-63	1,75 49-68	1,81 54-65	1,87 61-71	1,91 66-72	1,96 73-80
Έτος 16	1,69 46-62	1,76 50-63	1,80 53-64	1,86 58-70	1,91 65-75	1,94 71-79	2,01 77-85
Έτος 17	1,72 50-65	1,79 53-64	1,83 56-67	1,88 61-70	1,92 68-78	1,96 74-82	2,02 79-87
Έτος 18	1,72 51-65	1,80 54-68	1,88 57-70	1,88 63-72	1,93 70-80	1,97 76-84	2,03 81-90

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΒΑΡΗ ΓΙΑ ΚΟΡΙΤΣΙΑ¹¹

Έτος 10	1,38 24-28	1,42 25-34	1,45 28-35	1,50 31-40	1,54 35-44	1,58 40-48	1,61 46-51
Έτος 11	1,43 26-33	1,48 28-38	1,51 31-41	1,56 35-46	1,61 40-51	1,66 44-56	1,51 60-70
Έτος 12	1,49 28-39	1,54 31-44	1,57 35-47	1,64 35-54	1,69 44-59	1,73 50-60	1,78 57-62
Έτος 13	1,55 32-45	1,61 36-51	1,65 40-55	1,69 45-59	1,74 50-60	1,78 56-64	1,82 64-66
Έτος 14	1,60 37-50	1,65 41-55	1,69 45-59	1,72 49-62	1,77 54-64	1,80 60-68	1,84 68-70
Έτος 15	1,62 40-52	1,68 44-58	1,70 47-60	1,74 51-64	1,78 56-66	1,82 62-70	1,85 70-72
Έτος 16	1,63 41-53	1,69 45-59	1,71 49-61	1,75 53-65	1,79 57-69	1,82 64-70	1,86 71-74
Έτος 17	1,63 42-53	1,69 46-59	1,72 50-62	1,75 54-65	1,79 58-69	1,83 65-70	1,86 72-74
Έτος 18	1,63 42-53	1,69 46-59	1,72 50-60	1,75 54-63	1,79 59-67	1,83 65-89	1,86 71-72

Δ. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ¹²

Όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι υψηλότερη από την κατανάλωση έχουμε θετικό ισοζύγιο ενέργειας. Η περισσευούμενη αυτή ενέργεια αποθηκεύεται στον οργανισμό με την μορφή λίπους. Για να υπάρξει μείωση του σωματικού λίπους πρέπει πρώτα απ' όλα να υπάρξει αρνητικό ισοζύγιο, δηλαδή η κατανάλωση ενέργειας να ξεπερνά την πρόσληψη. Το ιδανικό αρνητικό ισοζύγιο(κατανάλωση ενέργειας-πρόσληψη ενέργειας) θεωρητικά δεν πρέπει να ξεπερνά τις 500 θερμίδες ημερησίως. Ακόμη και σε εξαιρετικές περιπτώσεις και με παρακολούθηση γιατρού δεν πρέπει να ξεπερνά τις 800 θερμίδες ημερησίως. Η ημερήσια θερμιδική πρόσληψη δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να είναι κάτω από το βασικό μεταβολισμό. Έτσι για παράδειγμα μία γυναίκα που η ημερήσια ενεργειακή της κατανάλωση έχει υπολογιστεί ότι είναι 1600 θερμίδες και ο βασικός μεταβολισμός της 1300 θερμίδες δεν μπορεί να έχει αρνητικό ισοζύγιο πάνω από 300 θερμίδες γιατί αλλιώς δεν θα καλύπτονται οι βασικές λειτουργίες του οργανισμού.

Αυτό έχει σαν συνέπεια τα τελευταία χρόνια, ο πληθυσμός στις δυτικού τύπου κοινωνίες, όπως είναι και η Ελλάδα, να βομβαρδίζεται ανελέητα από πλήθος διαιτητικών οδηγιών για ιδανικό σώμα και υγεία. Το αποτέλεσμα είναι ένας στους τρεις ανθρώπους να κάνει δίαιτα ή να σταμάτησε μόλις την δίαιτα ή σκέπτεται να αρχίσει κάποια δίαιτα. Οι άνθρωποι αυτοί χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από πραγματικά παχύσαρκα άτομα. Αυτά τα άτομα κυκλοφορούν μόνιμα με κάποιο βιβλίο για δίαιτα προσπαθώντας να χάσουν το επιπλέον τους βάρους, στοχεύοντας όμως τις περισσότερες φορές σε εξωπραγματικούς στόχους. Συχνά επιτυγχάνουν ικανή απώλεια βάρους αλλά στη συνέχεια το ανακτούν με αποτέλεσμα το βάρος που παίρνουν να είναι μεγαλύτερο από αυτό που χάνουν.
- Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν άτομα με φυσιολογικό βάρος αλλά που προσπαθούν να χάσουν κάποια κιλά για ασήμαντους λόγους
- Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν άτομα με χαμηλότερο του φυσιολογικού σωματικό βάρος και βρίσκονται μόνιμα σε μία δίαιτα προσπαθώντας να μην έχουν καθόλου λίπος. Η κατηγορία αυτή είναι και η πιο επικίνδυνη αφού ο φόβος της παχυσαρκίας μπορεί να οδηγήσει στην ψυχογενή ανορεξία.

Όλα τα προηγούμενα σκοπεύουν στο να αποτρέψουν την εμφάνιση υστερικών εκδηλώσεων για την επίτευξη του ιδανικού βάρους, γιατί ιδανικό βάρος δεν υπάρχει αλλά υπάρχουν πλαίσια φυσιολογικού βάρους. Ποια είναι τα πλαίσια του φυσιολογικού βάρους;

- Για τα παιδιά και τους εφήβους υπάρχουν καμπύλες βάρους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το ύψος, στα βιβλιάρια υγείας του παιδιού.
- Για άτομα ηλικίας 20-65 ετών, η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει καθιερώσει ένα μέτρο που λέγεται «Δείκτης μάζας σώματος». Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται αν διαιρέσουμε το βάρος σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα(κιλά/μέτρα²). Φυσιολογικό πλαίσιο θεωρείται ο δείκτης μάζας σώματος του ατόμου να βρίσκεται μεταξύ του 20 και 25.

Νεαρά άτομα και γυναίκες χωρίς παιδιά είναι καλό να βρίσκονται στα χαμηλά φυσιολογικά όρια, δηλαδή μεταξύ του 20 και 22, ενώ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δεν έχουν κανένα πρόβλημα, αν έχουν δείκτη μάζας σώματος έστω και 25.

Δείκτης μάζας σώματος μεταξύ 25 και 27 είναι η γκριζα ζώνη. Μπορεί και να είναι φυσιολογικός για πολλά άτομα και κυρίως για άνδρες. Σπάνια συνοδεύεται από προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία.

Δείκτης μάζας σώματος πάνω από 27 συνοδεύεται από αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης υπέρτασης, διαβήτη, αλλά και κακής ψυχολογίας αφού συχνά τα άτομα αυτά έχουν χαμηλή εκτίμηση στον εαυτό τους. Εξαιρέση στον κανόνα αποτελούν αυτοί που σε κάποια φάση της ζωής του είχαν πολύ αυξημένο βάρος, δηλαδή δείκτη μάζας σώματος πάνω από 37.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι και τα άτομα με δείκτη μάζας σώματος μικρότερο του 20 αντιμετωπίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Συχνά είναι και στην ομάδα αυτή η υπέρταση, οι καρδιακές αρρυθμίες, η κατάθλιψη, η αναιμία και επίμονες διάρροιες.

¹² Ιωάννου Ν. Αυγουστής, σελ. 32, Αθήνα 1988

Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 28-29. Αθήνα 1996

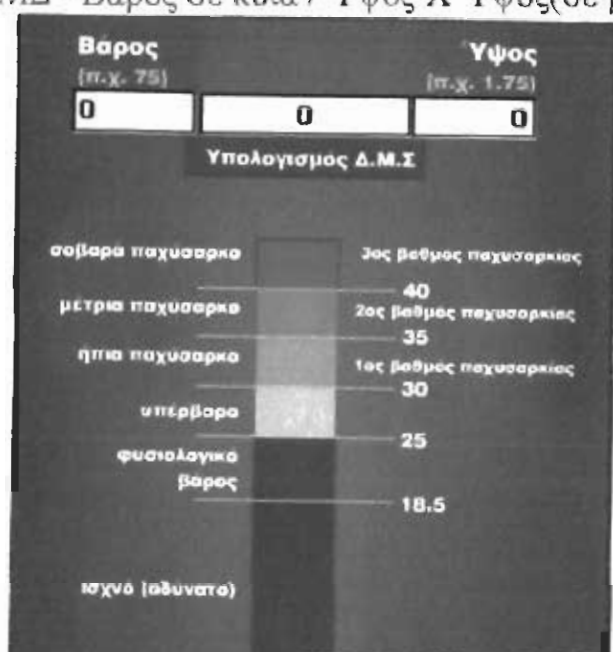
Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

«ΤΑ ΝΕΑ», σελ. Ν13, 22-07-2003

Ε. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΒΑΡΟΥΣ¹³

Ο ορισμός της παχυσαρκίας και γενικότερα η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους γίνεται παγκοσμίως μέσω ενός δείκτη που εκφράζει το σωματικό βάρος σε συσχέτιση με το ύψος του σώματος. Ο δείκτης αυτός αναφέρεται ως Δείκτης Μάζας Σώματος(ΔΜΣ), και υπολογίζεται ως εξής:

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος σε κιλά} / \text{Ύψος} \times \text{Ύψος (σε μέτρα)}$$



Κατηγοριοποίηση Σωματικού Βάρους σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Το άτομο είναι	ΔΜΣ	Κίνδυνος συν-νοσηρότητας
Αδύνατο(ισχνό)	Κάτω από 18,5	Χαμηλός(αλλά αυξημένος κίνδυνος άλλων κλινικών προβλημάτων)
“Φυσιολογικού” σωματικού βάρους	18,5-24,9	Μέσος
Υπέρβαρο	25-24,9	Αυξημένος
Ήπια παχύσαρκο	30-34,9	Πολύ αυξημένος
Μέτρια παχύσαρκο	35-39,9	Σοβαρός
Σοβαρά παχύσαρκο	>=40	Πολύ σοβαρός

Εάν, υπολογίζοντας κάποιο άτομο το δικό του Δείκτη Μάζας Σώματος και βρει ότι είναι μεγαλύτερος του 25, καλό θα ήταν να συμβουλευτεί γιατρό.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»

Α. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ & ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ¹⁴

Η εφηβική ηλικία θεωρείται πολύ συχνά ως μεταβατική, δύσκολη, κρίσιμη περίοδος, γι' αυτό το λόγο οι ενήλικες έχουν την τάση να θεωρούν ότι οι έφηβοι ανήκουν σ' ένα διαφορετικό είδος ανθρώπου. Αυτό συμβαίνει γιατί δίνουν έμφαση στις διαφορές και στις ασυνέχειες ανάμεσα στα παιδιά και στους εφήβους, ξεχνώντας τις σημαντικές ομοιότητες που υπάρχουν ανάμεσα στους εφήβους και στους ενήλικες.

Όλοι αυτοί οι χαρακτηρισμοί υποδηλώνουν πόσο περίπλοκη είναι η διαδικασία περάσματος από την παιδική στην ώριμη ηλικία, μια διαδικασία που φέρνει μαζί της πολλές σωματικές, συναισθηματικές, νοητικές, κοινωνικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου που την βιώνει. Για να γίνει, όμως, περισσότερο κατανοητό τι είναι εφηβεία ακολουθούν ορισμένοι ορισμοί:

Κατά τον Παρασκευόπουλο Ιωάννη «Η εφηβική ηλικία είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την διαχείριση.»

(Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος, Εξελικτική ψυχολογία, τόμος 4, σελ. 11, Αθήνα 1985)

Σύμφωνα με τον Martin Herbert «Η εφηβεία είναι μία ξεχωριστή αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων τόσο στις νοητικές ικανότητες των εφήβων όσο και στην σεξουαλικότητά τους. Ανάμεσα στην ανάπτυξη, που έχει συντελεστεί στο παρελθόν, και στην ανάπτυξη, που θα λάβει χώρα στο μέλλον, υπάρχουν πολλοί συνδετικοί κρίκοι. Σε μεγάλο βαθμό, η εφηβεία είναι απλώς ένας δρόμος που ενώνει την παιδική ηλικία με την ζωή του ενήλικου και όπου οδεύοντας ο έφηβος θα προσλάβει τελικά, παρά τις λοξοδρομήσεις και τα αδιέξοδα, μια γνώριμη, αναγνωρίσιμη μορφή»

(Martin Herbert, Εφαρμοσμένη ψυχολογία 3/ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, β' έκδοση, μτφ. Α. Καλαντσή-Αζίζι, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994)

Ο Φρανσουά Ντολτό υποστηρίζει *«Η εφηβεία, ἡ αρρώστια της νιότης»* όπως συχνά την αποκαλούν, είναι η περίοδος της μεταβίβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία, έχει κέντρο της τη ἡβη, τα όριά της όμως δεν είναι τόσο σαφή. Η εφηβεία περιγράφεται συχνά σαν μία δεύτερη γέννηση, που γίνεται προοδευτικά. Ο έφηβος αφήνει πίσω σιγά σιγά την οικογενειακή προστασία και μεταλλάσσεται σε ενήλικας.» (Φρανσουά Ντολτό, Έφηβοι, εκδ. Πατάκη, Αθήνα 1995)

Ο Μάνος Κώστας υποστηρίζει *«Η εφηβεία, όπως και η παιδική ηλικία, είναι περίοδος ανάπτυξης με την διαφορά πως τώρα το άτομο τείνει προς την ολοκλήρωση. Στις πρωτόγονες φυλές η εφηβεία συμπίπτει με την ἡβη. Η σεξουαλική ωρίμανση σημαίνει πέρασμα του ατόμου στην κοινωνία των ωρίμων με ανάληψη όλων των υπευθυνοτήτων. Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες η κυρίως εφηβεία αρχίζει μετά την ἡβη και διαρκεί τόσο χρόνο όσο χρειάζεται για την συνολική ανάπτυξη του ατόμου, δηλαδή την σωματική, πνευματική, κοινωνική και συναισθηματική.»* (Μάνος Κώστας, Ψυχολογία του εφήβου με εισαγωγή στην ψυχολογία του παιδιού/εξελικτική ψυχολογία, σελ. 96, εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα 1986)

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς σε σχέση με την εφηβεία μπορεί κάποιος να δημιουργήσει έναν καινούργιο ορισμό και να πει ότι τελικά ο όρος «εφηβεία» δεν είναι απλά μία μεταβατική περίοδος μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής, αλλά ουσιαστικά αποτελεί μια ξεχωριστή εξελικτική φάση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ψυχικές διεργασίες και αναπτυξιακούς στόχους. Αναφέρεται, επίσης, στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ονομάζουμε ἡβη. Κατά την εφηβεία επιτελείται μία σειρά έντονων και ραγδαίων αλλαγών στο σωματικό, συναισθηματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα που δημιουργούν συναισθήματα αναστάτωσης, ρευστότητας, αμφιταλάντευσης και ενδυνάμωσης των συγκρούσεων σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Με άλλα λόγια η εφηβεία έχει την αρχή της στη βιολογία και το τέλος της στον πολιτισμό, στο σημείο, δηλαδή, εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αναπτύξει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς.

Εφόσον διευκρινίσαμε παραπάνω τι είναι εφηβεία, στην συνέχεια θα ασχοληθούμε με την χρονολογική οριοθέτηση της εφηβείας, ένα κομμάτι αρκετά σημαντικό.

Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων, έναρξη και λήξη, της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Ως αφετηρία της περιόδου λαμβάνεται το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή και ως τέλος το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο θεωρείται έτοιμο να αναλάβει το ρόλο του ενήλικου.

Χρονολογικά η εφηβική ηλικία καλύπτει το χρονικό φάσμα από τον 12^ο ή 13^ο χρόνο της ηλικίας μέχρι τις αρχές των 20 χρόνων, με πλατιές πάντα διακυμάνσεις μεμονωμένες και φυλετικές. Μία ακριβής, όμως, χρονική οριοθέτηση της εφηβικής ηλικίας είναι συνάρτηση όχι μόνο βιολογικών αλλά και καθορισμένων κοινωνικών δεδομένων. Η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις:

- Στην κυρίως εφηβεία, από το 11^ο έως το 16^ο έτος περίπου, όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο
- Δεύτερον, στην εφηβική νεότητα, από το 16^ο ως το 20^ο έτος περίπου, όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων.

Άρα, από τα παραπάνω, βγαίνει το συμπέρασμα ότι παρά το μεταβατικό της χαρακτήρα, η εφηβική ηλικία αποτελεί μία ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο, με ειδικά αναπτυξιακά γνωρίσματα και ειδικούς αναπτυξιακούς στόχους(θα αναλυθούν παρακάτω) που την διαφοροποιούν από τις άλλες εξελικτικές περιόδους.

¹⁴ Παλλίδης Σίμος, σελ. 167, Αθήνα 1987
 Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, σελ. 13-16, Αθήνα 1985
 Martin Herbert, σελ. 21-23, Αθήνα 1996
 Depesse M., Αθήνα 1959
 «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 9-2-2002

B. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ¹⁵

Η εφηβεία συνοδεύεται από σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν στο βιοσωματικό, νοητικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα.

Στον **βιοσωματικό τομέα**, οι μεταλλάξεις της ήβης είναι τόσο απότομες και καθολικές που δίνουν την εντύπωση ότι η εφηβεία είναι όπως την αποκαλεί ο J. J. Rousseau «δεύτερη γέννηση». Αν και ο χαρακτηρισμός θεωρείται σήμερα υπερβολικός, εντούτοις είναι αναμφισβήτητο ότι η εφηβεία είναι το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός μετά την γέννηση. Στην φάση αυτή συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος: ύψος, βάρος, αναλογίες, περίγραμμα, θέση και λειτουργία οργάνων και οργανικών συστημάτων, με κορυφαία βιοσωματική μεταβολή την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας.

Κατά τον Κ. Μάνο (1986) περίοδος γρήγορης σωματικής ανάπτυξης είναι η προεφηβική ηλικία και η αμέσως μετά την ήβη. Η σωματική ανάπτυξη της περιόδου αυτής προχωρεί παράλληλα με την εμφάνιση και την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών της ήβης που αρχίζουν το 10^ο-11^ο έτος στα κορίτσια και το 12^ο-13^ο έτος στα αγόρια.

Η εφηβεία θεωρείται περίοδος καλής σωματικής υγείας όμως ο έφηβος είναι επιρρεπής στα ατυχήματα. Τα 2/3 των θανάτων στην εφηβεία είναι βίαιοι θάνατοι (ιδίως με δίκυκλα), ανθρωποκτονίες, αυτοκτονίες. Στις ηλικίες 14-19 ετών το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων διπλασιάζεται.

Τέλος, εμφανής είναι η ενασχόληση του εφήβου με το σώμα και το υπερβολικό ενδιαφέρον για την αισθητική του εμφάνιση. Σύμφωνα με την Νασιάκου (1985) οι αλλαγές του σώματος και οι τροποποιήσεις της εικόνας του εαυτού του, προκαλούν μία διαταραχή στην σεξουαλικότητα και τον συναισθηματισμό του εφήβου.

Όσον αφορά τον **νοητικό τομέα**, η Όλγα Μαράτου-Πανοπούλου (1985) αναφέρει ότι σύμφωνα με τον Piaget, το παιδί στα 12 χρόνια του, μπαίνει στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο της γνωστικής εξέλιξης, το στάδιο των τυπικών νοητικών διεργασιών.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) ο έφηβος μπορεί να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται όχι μόνο ότι υπάρχει ή ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον ή που είναι ακόμα αντίθετο προς την πραγματικότητα. Εξοπλισμένος, λοιπόν, ο έφηβος με την αφαιρετική σκέψη μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα εναλλακτικές λύσεις, να προτείνει θεωρητικά πρότυπα για την επίλυση των κοινωνικών και ατομικών μας προβλημάτων, να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι νέες αυτές γνωστικές ικανότητες του εφήβου οδηγούν στην αμφισβήτηση και στη κρίση της εφηβικής πρωτοτυπίας, όπως την αποκαλεί ο Debesse.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό στο **συναισθηματικό τομέα** είναι η μεγάλη συναισθηματική αστάθεια και ένταση στη ζωή του εφήβου. Ο G. Stanley Hall, περιγράφει την εφηβεία ως περίοδο εσωτερικού αναβρασμού και θυμικής αναστάτωσης. Η συναισθηματική ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις, όπως μεταξύ υπερδιέγερσης και λήθαργου, πάθους και αδιαφορίας, χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας, κ.α. Ο νεαρός έφηβος, σύμφωνα με τον Μάνο Κ., περνά μία περίοδο αμφιβολιών στο πώς να συμπεριφερθεί για να είναι η συμπεριφορά ανάλογη της ηλικίας. Έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα και ανησυχίες γύρω από την σωματική του εμφάνιση, την έλλειψη συντονισμού των κινήσεων που έχει σαν αποτέλεσμα μία προσωρινή αδεξιότητα στις κινήσεις του. Πρέπει να αποφασίσει για τα μελλοντικά του σχέδια όσον αφορά την πανεπιστημιακή εκπαίδευση, την επιλογή επαγγέλματος, συντρόφου, την απόκτηση οικονομικής ανεξαρτησίας. Τέλος, όταν αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με επιτυχία νιώθει ασφάλεια κι εμπιστοσύνη στον εαυτό του, ενώ όταν αποτυγχάνει νιώθει ανεπαρκής και κατακλύζεται από συναισθήματα κατωτερότητας.

Στον **κοινωνικό τομέα** η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους και για συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομηλίκων φθάνει στο αποκορύφωμά της. Ο έφηβος νιώθει έντονη την επιθυμία να κόψει τον ψυχολογικό «ομφάλιο λώρο» και να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένεια. Η έντονη αυτή τάση του εφήβου για αυτονομία και αυτοδιαχείριση γίνεται αιτία προστριβών μεταξύ γονέων και παιδιών. Παράλληλα η επιθυμία του για κοινωνική αποδοχή οδηγεί στην διερεύνηση των σχέσεων προς το άλλο φύλο και προς τους συνομηλίκους του. Η προσπάθειά του να ενταχθεί σε μία νεανική ομάδα φιλίας μπορεί να τον οδηγήσει στην τυφλή συμμόρφωση και υποταγή του. Στα τελευταία στάδια της εφηβείας κυριαρχεί το ζωνρό ενδιαφέρον προς το άλλο φύλο γεγονός που πυροδοτείται από τον έρωτα και την ερωτική επιθυμία για σεξουαλική ολοκλήρωση.

Οι αναπτυξιακοί στόχοι τους οποίους πρέπει να επιδιώξει ο έφηβος και να κατακτήσει, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Να αποδεχτεί τη νέα μορφή που παίρνει τελικά το σώμα του και να χρησιμοποιεί τις νέες σωματικές και ψυχοκινητικές του δυνατότητες αποτελεσματικά.
2. Να διαμορφώσει μία ώριμη ετερόφυλη σχέση και να αποδεχθεί τον κοινωνικό ρόλο του φύλου του
3. Να εξασφαλίσει μία βέβαιη προοπτική για οικονομική ανεξαρτησία με την εκλογή του επαγγέλματος και την συστηματική προετοιμασία για την άσκηση αυτού του επαγγέλματος.

4. Να αποκτήσει συναισθηματική αυτονομία από τους γονείς κι άλλους ενήλικους.
5. Να διαμορφώσει νέες σχέσεις αμοιβαιότητας με τους συνομηλίκους του και των δύο φύλων
6. Να διαμορφώσει ένα αξιολογικό σύστημα, μία φιλοσοφία της ζωής.
7. Να αποκτήσει συνειδητές αξίες και να αποκτήσει κατά τον Erikson ταυτότητα του Εγώ

Οι στόχοι αυτοί θα επιτευχθούν στα τελευταία στάδια της εφηβείας, τότε που οι έφηβοι είναι πιο ανεξάρτητοι, έχουν πιο ξεκάθαρες ιδέες κι ενεργούν υπεύθυνα. Το μόνο που χρειάζονται είναι η ενθάρρυνση από τους γονείς και τους ενήλικους.

¹⁵ Μάνος Κώστας, Αθήνα 1986
Μαράτου-Πανοπούλου Όλγα, Αθήνα 1974
Νασιάκου Μαρία, Αθήνα 1985
Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, σελ. 16-20, Αθήνα 1985
Depesse M., Αθήνα 1957
G. Stanley Hall, Νέα Υόρκη 1904

Γ. Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ¹⁶

Το φαινόμενο των υπέρβαρων παιδιών στην Ελλάδα αποτελεί μία θλιβερή πραγματικότητα. Τα Ελληνόπουλα σε σύγκριση με τα συνομήλικά τους στην Ευρώπη είναι τα πιο παχύσαρκα. Σύμφωνα με έρευνες ένα παιδί καταναλώνει 1000 θερμίδες περίπου παραπάνω από το φυσιολογικό. Αυτό μεταφράζεται σε 3440 θερμίδες ως μέση τιμή.

Ένα συναφές πρόβλημα που απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση είναι η εφηβική παχυσαρκία, η παρουσία δηλαδή μεγάλης ποσότητας περιττού λίπους στο σώμα. Κάποια τάση για αύξηση του λίπους αρχίζει να εμφανίζεται κατά το προεφηβικό στάδιο, οπότε παρατηρείται μία εναπόθεση επιπλέον λίπους ως προπαρασκευή για το επερχόμενο αυξητικό τίναγμα της εφηβείας. Η παρουσία νέων ορμονών και η αύξηση της όρεξης ωθούν τον προέφηβο να τρώει αδιακρίτως μεγάλες ποσότητες φαγητού. Το 50% των παιδιών στην ηλικία αυτή, δηλαδή 10 ως 12 ετών, έχουν περιττό λίπος, το οποίο όμως εξαφανίζεται μετά την εμφάνιση της ήβης. Η τάση όμως αυτή του προέφηβου για συσσώρευση περιττού λίπους, αν συνδυαστεί με πλούσιο και ασύμμετρο διαιτολόγιο, μπορεί να δημιουργήσει προδιάθεση για μόνιμη παχυσαρκία. Δεν έχει γίνει, όμως, πιο συγκεκριμένα κατανοητό γιατί μερικά παιδιά γίνονται παχύσαρκα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Είναι πιθανόν ότι επιδρούν αρκετοί παράγοντες, όπως κληρονομική προδιάθεση, πολιτισμικές στάσεις σχετικά με το τάισμα των παιδιών, την συμπεριφορά της οικογένειας στο φαγητό, κ.α. Τα παιδιά με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση είναι συνήθως υψηλότερα και παχύτερα. Κατά την εφηβεία όμως υπάρχει κάποια αντιστροφή. Τα άτομα που προέρχονται από χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ιδιαίτερα οι γυναίκες, συχνά είναι παχύτερες από αυτές των υψηλών τάξεων και εξακολουθεί να είναι έτσι για το υπόλοιπο της ζωής τους.

Κάποιο ρόλο προδιαθεσικό έχει κυρίως και η κληρονομικότητα. Τα παιδιά που έχουν παχύσαρκους γονείς έχουν την τάση να γίνονται περισσότερο παχύσαρκα από αυτά που οι γονείς τους είναι λεπτοί.

Από όλα τα παραπάνω μπορεί κάποιος να καταλάβει ότι ένα υπέρβαρο παιδί μεταφράζεται σε έναν υπέρβαρο ενήλικα με αποτέλεσμα αυτός να είναι προβληματικός και ευπαθής.

Η παχυσαρκία δεν αποτελεί από μόνη της μία σοβαρή παθολογική κατάσταση. Ακολουθείται από μία πληθώρα καρδιακών και κυκλοφορικών νόσων. Δυσκινησία, εύκολη κόπωση, αδυναμία για αυτοεξυπηρέτηση είναι κάποιοι από τους λόγους που περιθωριοποιούν τα παχύσαρκα άτομα.

Συνήθως, τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα της ζωής και της κατάστασής τους με το φαγητό, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να καθορίζεται από ειδικούς γιατρούς και να έχει ως γνώμονα την σκέψη ότι η δραστική μείωση της θερμιδικής πρόσληψης είναι δυνατό να συνοδεύεται από απότομες αλλαγές στο διαιτολόγιο. Θα πρέπει η δίαιτα να είναι ισορροπημένη και τα άτομα της εφηβικής ηλικίας να αυξήσουν την σωματική τους δραστηριότητα.

¹⁶ Βρανάς Ρούσος και Αγγελική Σουλιώτη, σελ. 54-55, Αθήνα 1977
Κάσσιμος Χ, Κάσσιμος Δ, Αθήνα 1991
Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, σελ. 48, Αθήνα 1985
Abraham Suzanne and Lliwellyn-Zones Derek, σελ. 151-152, Αθήνα 1990

Δ. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ¹⁷

Η εφηβική ηλικία είναι κατανοητό πως αποτελεί την πιο κρίσιμη ηλικία του ανθρώπου. Σ' αυτή συντελούνται οι κυριότερες ορμονικές και οργανικές αλλαγές. Το παιδί αναπτύσσεται ραγδαία και πορεύεται προς την ενηλικίωση του. Έτσι, έχουν ανάγκη βελτιωμένης τροφής ποιοτικά και ποσοτικά. Οι διατροφικές απαιτήσεις κατά την εφηβεία είναι ιδιαίτερα αυξημένες γιατί από τη μία υπάρχει κάποια επιτάχυνση της αύξησης και από την άλλη αύξηση της φυσικής δραστηριότητας των εφήβων. Η αρχή της εφηβείας χαρακτηρίζεται, και για τα αγόρια και για τα κορίτσια, από αύξηση της όρεξης γιατί στην ηλικία αυτή η ανάπτυξη του σώματος γίνεται με ταχύτερο ρυθμό. Την φυσική όμως έντονη αυτή διάθεση για φαγητό δεν πρέπει να την αντιμετωπίσει κάποιος σαν ευκαιρία για να φάει το παιδί όσο θέλει αφού βρίσκεται στην ανάπτυξη. Από την μεγάλη όρεξη, οι έφηβοι δοκιμάζουν καινούργιες τροφές και παράλληλα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από τις ήδη γνωστές γι' αυτούς. Η τροφή τους πρέπει να αποτελείται από φυτικά και ζωικά προϊόντα ενώ είναι απαραίτητη η περιορισμένη χρήση ζωικού λίπους και γλυκισμάτων. Κάθε προσφορά τροφής πέρα από αυτά τα μέτρα, εκτός από την καθημερινή δυστυχία την οποία θα επιβάλλουμε σαν αποτέλεσμα στον παχύσαρκο έφηβο, θα έχει σαν αποτέλεσμα να κάνουμε την παχυσαρκία μία παθολογική πλέον κατάσταση. Η διαίτα τους πρέπει να είναι πλούσια σε ασβέστιο, φώσφορο, βιταμίνες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, ενώ πρέπει να περιέχει τον απαραίτητο αριθμό θερμίδων. Επειδή, στην περίοδο αυτή αναπτύσσονται τα οστά και οι μύες του σώματος, ιδιαίτερα στα αγόρια, πρέπει να χορηγούνται τροφές με υψηλή βιολογική αξία που να περιέχουν πρωτεΐνες και ασβέστιο, βασικά γάλα και τυρί. Θα πρέπει να καταλάβουν οι έφηβοι την αξία του γάλακτος για να μην το αντικαθιστούν με τσάι, καφέ ή μπύρα, επειδή μιμούνται συνήθειες φαγητού των φίλων τους ή άλλων προσώπων.

Κατά την εφηβεία παρατηρείται συχνά και το φαινόμενο του υποσιτισμού, κυρίως στις κοπέλες που προσέχουν ιδιαίτερα την σιλουέτα τους και δεν παίρνουν την αναγκαία ποσότητα τροφής από φόβο μην παχύνουν. Τα κορίτσια αυτά παρουσιάζουν έντονη διάθεση να χάσουν βάρος αν αυτό υπερβαίνει το κανονικό τους. Συχνά όμως το κάνουν με λάθος τρόπο στερώνοντας από τον οργανισμό τους θρεπτικές ουσίες. Για το λόγο αυτό μπορούν να διατηρούνται λεπτές κανονίζοντας την ποσότητα της τροφής τους, συγχρόνως όμως θα πρέπει να τρώνε απ' όλα, δηλαδή να έχουν μία ισορροπημένη διατροφή για να μην θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους και ακόμα την και την ίδια τους τη ζωή. Σοβαρό λόγο ισορροπημένης διατροφής αποτελεί και η εγκυμοσύνη που μπορεί να έρθει. Η γέννηση ενός υγιούς, φυσιολογικού παιδιού, έχει σχέση με την σωστή διατροφή της γυναίκας κατά την νεανική της ζωή πριν την

εγκυμοσύνη, όσο και κατά την εγκυμοσύνη. Αυτή η προσθήκη κάποιων παραπανίσιων κιλών ειδικά στα κορίτσια συμβαίνει γιατί η μεταβολή των ορμονών προκαλεί συνήθως αυξημένη όρεξη. Τέλος, για να κατανοήσουμε τη σημασία της διατροφής σ' αυτήν την ηλικία αρκεί να αναλογιστεί κάποιος ότι ο άνθρωπος αποκτά σε αυτό το διάστημα το 15-25% του ύψους που έχει ως ενήλικος και το 42-51% της οστικής του μάζας.

Μελέτες που έγιναν σε εφήβους δείχνουν ότι στην πλειοψηφία τους δεν τρέφονται σωστά. Αποδείχτηκε πως παίρνουν περισσότερες θερμίδες και πρωτεΐνες απ' ότι πραγματικά χρειάζονται. Έτσι βλέπουμε παιδιά που είναι κανονικά σε βάρος ή και παχύσαρκα να υποφέρουν από αναιμία. Οι συνθήκες ζωής μέσα στις οποίες περιλαμβάνονται το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία, η παράλογη χρήση των φυσικών πόρων διαμορφώνουν τον τρόπο διατροφής σ' όλες τις ηλικίες και στην εφηβική. Αν προσπαθούσε κάποιος να διαπιστώσει τα αίτια του κακού τρόπου διατροφής των εφήβων, θα εντόπιζε τα εξής:

A) ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Πρώτος ενοχοποιητικός παράγοντας είναι το γρήγορο φαγητό μέσω των fast food τα οποία περιέχουν τροφές αμφίβολης ποιότητας, έπονται τα διάφορα γλυκίσματα όπως μπισκότα, κρουασάν, γαριδάκια, κ.α, που παρέχουν στον οργανισμό πολλές θερμίδες επειδή είναι πλούσια σε ζάχαρη, λιπαρά και αλάτι και φτωχά έως ελλιπή σε θρεπτικά συστατικά. Πολύ συχνά μάλιστα αντικαθιστούν και κύρια γεύματα. Ακόμη οι δίαιτες αδυνατίσματος που ακολουθούνται όλο και πιο συχνά από τους εφήβους, ιδιαίτερα τα κορίτσια, γίνονται αιτία για κακή ανάπτυξη και δυστροφία. Αυτές οι δίαιτες έχουν το μειονέκτημα ότι λόγω της απουσίας των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται ο οργανισμός να χάνουν πολύ γρήγορα κιλά αλλά στη συνέχεια να παίρνουν τα διπλάσια από όσα έχουν χάσει. Απ' όσα αναφέρθηκαν αξίζει να εστιάσουμε την προσοχή μας στο έτοιμο φαγητό που προέρχεται από τα fast food.

B) ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ FAST FOOD

Τα καταστήματα γρήγορης κατανάλωσης φαγητού εμφανίστηκαν στην Αμερική μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο. Αρχικά κάλυπταν τις ανάγκες περαστικών ταξιδιωτών που έπαιρναν το φαγητό τους στο αυτοκίνητο.

Από τότε εξελίχτηκαν τόσο ώστε σήμερα να καλύπτει τις ανάγκες ενός ευρύτερου κοινού που θέλει να καταναλώσει τροφή γρήγορα και φθηνά. Μάλιστα δόθηκε τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη βάση στη διακόσμησή τους ώστε να αποτελούν πόλο έλξης για άτομα νεαρής ηλικίας, συγκεκριμένα γυμνασιακής και λυκειακής.

Συγκεκριμένα για τα άτομα αυτής της ηλικίας θα λέγαμε ότι τα fast food είναι τόσο δημοφιλή που αποτελούν τρόπο ζωής. Ο όρος έτοιμη

τροφή φέρνει στο μυαλό μας μιας κακής ποιότητας φαγητό κι αυτό δικαιολογείται απόλυτα. Τα χάμπουργκερ, οι τυρόπιτες, τα σάντουιτς για να είναι κατάλληλες προς κατανάλωση πρέπει να είναι υγιεινές, καλά συντηρημένες, να περιέχουν όλες τις θρεπτικές ουσίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ότι όσο περισσότερο οι έφηβοι καταναλώνουν τέτοιες τροφές τόσο πιο συχνά οδηγούνται στην παχυσαρκία και αυτό οδηγεί σε άλλα προβλήματα υγείας αλλά και στο ότι θα συνεχίσουν να είναι παχύσαρκοι και στην ενήλικη ζωή τους.

Η επιμονή της σύγχρονης διαιτολογίας στην σχολαστικά προσεγμένη διατροφή της εφηβικής ηλικίας αποτελεί σήμερα τη μεγάλη ελπίδα για υγιείς ψυχοσωματικά ανθρώπους. Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια ηλικίας 12-14 χρονών χρειάζονται κατά μέσο όρο 2600 θερμίδες ημερησίως και από 15-20 χρονών 2400 θερμίδες. Τα αγόρια των παραπάνω ηλικιών έχουν ανάγκη από 3100 και 3500 θερμίδες αντίστοιχα.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να αναφερθούν τα αποτελέσματα της καλής θρέψης στους εφήβους, τα οποία είναι:

- Έφηβος αδύνατος προς το ισχνό
- Μυϊκό σύστημα στεγνό, καλοδιαμορφωμένο, ανεπτυγμένο, εύκαμπτο, ευλύγιστο, ανθεκτικό
- Σκελετός ευλύγιστος και σταθερός
- Πέλμα λεπτό, γερό κι ευλύγιστο
- Βάδισμα ανάλαφρο, σταθερό, ρυθμικό και αντοχή στη βάδιση
- Νευρικό σύστημα καλογυμνασμένο, δυνατό κι ελεγχόμενο
- Διάθεση για δράση, αντίδραση, κίνηση, ενεργητικότητα, δραστηριότητα και κόπο
- Τέλος, τάση προς επίδοση(μαθήματα, αθλητισμός) με διαρκή βελτίωση και ανάληψη ευθυνών

¹⁷ Γαλανός Σ. Δ., Αθήνα 1962

Γραβάνη Ζ., Αθήνα 1990

Νικητάκη Λ., εφημερίδα «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», 25/2/1996

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 238-241, Αθήνα 1982

Πλέσσας Στ., Αθήνα 1992

Ripauct Christine, Αθήνα 1971

Περιοδικό «ΕΥ ΖΕΙΝ», τεύχος 15, Ιούνιος 1997

Ε. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ¹⁸

Αυτή είναι η κατ' εξοχήν παραγωγική ηλικία του ατόμου. Πολλά άτομα κατά την ηλικία αυτή, έχουν καλή υγεία αλλά όχι καλές διατροφικές συνήθειες, που είναι δυνατόν να οδηγήσουν αργότερα σε προβληματική υγεία. Το κάπνισμα, το άγχος, η περιορισμένη σωματική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης και δίαιτες πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, χοληστερόλη, ζάχαρη, αλάτι και φτωχή σε φυτικές ίνες προδιαθέτουν μία σειρά από σοβαρές ασθένειες ή παθολογικές καταστάσεις όπως η παχυσαρκία. Το 1/3 των υπέρβαρων της ώριμης ηλικίας προέρχεται από παχουλά παιδιά. Η ηλικία αυτή αποτελεί χρονικά την τελευταία ευκαιρία του ατόμου για την διατροφική και την ιατρική του μόρφωση.

Σ' αυτήν την ηλικία, ο άνδρας και η γυναίκα διαφέρουν ως προς την διατροφή. Οι ανάγκες της γυναίκας είναι αυξημένες σε σίδηρο λόγω του κύκλου της και είναι μικρότερες από εκείνες του άνδρα τόσο σε πρωτεΐνες και βιταμίνες.

Ο άνδρας έχει πιο ανεπτυγμένο μυϊκό σύστημα. Έτσι για το ίδιο βάρος με μία γυναίκα, έχει βασικό μεταβολισμό 10% υψηλότερο που τον καλύπτει με περισσότερη τροφή.

Η γυναίκα χρειάζεται λιγότερη πρόσληψη ενέργειας γιατί ο οργανισμός της δουλεύει σε χαμηλότερες στροφές αλλά με πιο παρατεταμένη παροχή έργου. Μεγάλη σημασία έχει η κληρονομική καταβολή και η καλή διατροφή ώστε κάποιος να ζήσει για πολλά χρόνια.

Πιστεύεται ότι με μια καλή και σωστή διατροφή καθυστερείται το γήρας και τα γνωρίσματα του αλλά γι' αυτό χρειάζεται να υπάρχει από πολύ νωρίς η κατάλληλη φροντίδα για το σώμα. Ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε από τα 47 χρόνια που ήταν το 1900 σε 77 το 1974. Αυτό έγινε κατορθωτό με την καλή διατροφή, την τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά την προγενετική περίοδο, την παιδική και την μέση ηλικία αλλά και τον αποτελεσματικό έλεγχο των μολύνσεων και των μεταδοτικών νοσημάτων.

Επειδή υπάρχουν πολλοί λόγοι που κάνουν τα άτομα να τρώνε πολύ ή λίγο θα πρέπει να ελέγχεται το βάρος του σώματος και να εξετάζονται οι αποκλίσεις του 10% με 15% πάνω ή κάτω από το φυσιολογικό.

Τέλος, η ισορροπημένη διατροφή εξασφαλίζει τις αναγκαίες ημερήσιες ποσότητες από βιταμίνες, άλατα, πρωτεΐνες κι άλλες θρεπτικές ουσίες και δεν χρειάζεται πρόσθετη λήψη τους.

¹⁸ Ναζεμή Βοβ-Γεωργίου Νότα, Αθήνα 1983

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 281-282, Αθήνα 1982

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»

Κατά την εφηβεία η πολυφαγία παίρνει διάφορες μορφές. Έτσι, π.χ μερικοί έφηβοι έχουν το «σύνδρομο του βραδινού φαγητού». Οι έφηβοι αυτοί συνήθως λόγω έντονης ψυχικής έντασης, έχουν αϋπνία και άλλες διαταραχές του ύπνου. Τα πρωινά λοιπόν νιώθουν κόπωση και ανορεξία. Έτσι, όλη την απαιτούμενη ποσότητα φαγητού την παίρνουν το βράδυ. Άλλοι έφηβοι δείχνουν βουλιμία και τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού, κυρίως λόγω του ότι νιώθουν άγχος. Δηλαδή τρώνε όταν νιώθουν αμηχανία και ανία κι όχι όταν πεινάνε. Μετά όμως από κάθε τέτοια ενέργειά τους συνήθως νιώθουν ενοχή κι αρχίζουν την αυτοκριτική. Υπάρχει δηλαδή ένας φαύλος κύκλος άγχους και πολυφαγίας: Το άγχος οδηγεί στην πολυφαγία και η πολυφαγία προκαλεί το άγχος, το οποίο πάλι οδηγεί στην πολυφαγία.

Μπορεί, λοιπόν, να πει κανείς πως πολλά παχύσαρκα άτομα έχουν υποσυνείδητα κίνητρα να μην ομολογούν στον εαυτό τους ότι είναι χοντροί.

Η παχυσαρκία επικαλύπτεται συχνά από την ανάγκη του ατόμου να νιώθει πως αγαπιέται και καθώς το φαΐ και ο έρωτας είναι δύο από τα κύρια ενδιαφέροντα του ανθρώπου, από την στιγμή που γεννιόμαστε ως την στιγμή που πεθαίνουμε, δεν είναι περίεργο το ότι μερικοί άνθρωποι ανακατώνουν τις δύο αυτές ανάγκες.

Επομένως, το βασικό ψυχολογικό κίνητρο που ωθεί το άτομο να τρώει άπληστα τις πάντοτε πρόχειρες αμυλούχες και σακχαρούχες τροφές κι έτσι να παχαίνει είναι ένα συναίσθημα πως δεν μας αγαπούν αρκετά.

Στην συνέχεια ακολουθούν πιο αναλυτικά οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία των εφήβων.

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ¹⁹

Οι κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα είναι ίσως πολύ περισσότερο σοβαρές από τις άλλες φυσικές επιπτώσεις.

Εάν κάποιος είναι παχύσαρκος τότε είναι δεδομένο ότι είναι καταδικασμένος να αποτύχει τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή. Αυτό τουλάχιστον υποστηρίζουν πολλοί ειδικοί. Σε μία εποχή όπου ο ρατσισμός, ο σεξισμός και η προκατάληψη κατά των ηλικιωμένων έχουν γίνει ταμπού, οι παχύσαρκοι μοιάζει να είναι τα τελευταία θύματα «επιτρεπτών» διακρίσεων. Ωστόσο, η αποστροφή για το υπερβάλλον βάρος δεν είναι σύγχρονο φαινόμενο.

Σήμερα πάντως, η προκατάληψη ενάντια στο πάχος είναι απόλυτη. Όπως μαρτυρούν τα κορμιά αναρίθμητων ηθοποιών και μοντέλων, η απίσχανση έχει γίνει το απόλυτο σύμβολο της επιτυχίας. Όσο πιο διάσημος γίνεται κανείς τόσο πιο αδύνατος πρέπει να φαίνεται.

Επίσης, άλλη μορφή ισχύει στις δευτεροπαθείς κοινωνικές επιρροές και επιδράσεις: Ο παχύσαρκος διέπεται από δυσκολία προσαρμογής στο περιβάλλον, απομονώνεται κοινωνικά διακατεχόμενος από συναίσθημα μειονεξίας, αισθάνεται ενοχή, ντροπή, στέρηση. Επιπλέον, παρουσιάζει διαταραχές συμπεριφοράς, τον διέπει βραδυψυχισμός και κλείνεται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό του, βάζοντας φραγμούς στους γύρω του.

Χρειάζεται λίγη προσοχή στο χοντρό παιδάκι που αποφεύγει το παιχνίδι, δυσκολεύεται να κινηθεί, λαχανιάζει εύκολα, διστάζει να προβάλλει τον εαυτό του κοντά στα συνομήλικα ευκίνητα παιδιά και προσέχει να μην γίνει στόχος ειρωνείας γι' αυτή του την ιδιομορφία. Επίσης, τα παιδιά αυτά γίνονται σε μικρότερο βαθμό αποδεκτά από μικρούς και μεγάλους, παχείς και αδύνατους, γιατί θεωρούν αυτά τα ίδια υπεύθυνα για την κατάστασή τους. Τα παχιά παιδιά παρότι δεν έχουν χαμηλό διανοητικό πηλίκο μειονεκτούν σε ίσες ευκαιρίες σπουδών και ιδιαίτερα οι γυναίκες, όπου ασκείται ρατσιστική αντιμετώπιση, τόσο στα σχολεία όσο και στην ανεύρεση εργασίας. Η μεγαλύτερη ανεργία παρατηρείται στα παχύσαρκα άτομα. Σύμφωνα με τον δρ Άντριου Χιλ, οι παχύσαρκοι σπάνια αποκτούν πρόσβαση σε δουλειές που «φαίνονται», διότι το φαίνεσθαι είναι πλέον πιο σημαντικό από το είναι και γι' αυτό οι αδύνατες γυναίκες ανεβαίνουν οικονομικά ενώ παχιές κατεβαίνουν.

Ο έφηβος με τις ανησυχίες του για κατάκτηση και προσέγγιση προς το άλλο φύλο, υστερεί στην σύσφιγξη διαπροσωπικών σχέσεων, αποφεύγει κάθε δεσμό, αμφιβάλλει για τις ικανότητές του, νιώθει άσχημα για το σώμα του, δεν βρίσκει ρούχα που να του αρέσουν στο νούμερό του και γενικά απογοητεύονται εύκολα. Αυτά έχουν ως συνέπεια να

περιορίζεται στον εαυτό του σφραγίζοντας μέσα του κάθε επιθυμία εξωτερίκευσης.

Με την διαταραχή αυτή στην συμπεριφορά ριζώνει ο φαύλος κύκλος μέσα στον οποίο το παιδί προσπαθεί να ολοκληρώσει την προσωπικότητά του, αυτοτραυματίζεται, υποδουλώνεται στην εσωστρέφεια και η φυγή στην πολυφαγία το απομακρύνει από κάθε κοινωνική επαφή.

¹⁹ Ζαμπάκος Ιωάννης, σελ. 25, Αθήνα 1989

Ιωάννου Ν. Αυγουστής, σελ. 59-60, Αθήνα 1988

Macarnes Richard, σελ. 136-138, Αθήνα 1975

Περιοδικό «SUPER KATEPINA», σελ. 79, τεύχος 282, Μάρτιος 2004

«ΤΑ ΝΕΑ», σελ. R23, 10-3-2001

Β. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Εκτός από τις κοινωνικές επιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που κατέχουν ένα σημαντικό μέρος στην δημιουργία της παχυσαρκίας. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που θα αναλυθούν παρακάτω και είναι οι πιο σημαντικές είναι η κατάθλιψη, η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία.

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ²⁰

Η κατάθλιψη είναι μία συναισθηματική διαταραχή που εμφανίζεται σε ένα όχι αμελητέο ποσοστό των ατόμων της κοινωνίας μας. Παρ' όλα αυτά συνδέεται με την εικόνα ενός παιδιού ή ενός εφήβου. Οι εκδηλώσεις μιας καταθλιπτικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές από τις γνωστές εκδηλώσεις της κατάθλιψης σε ενήλικους.

Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης και παχυσαρκίας, έχει αυξηθεί ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια. Έχει παρατηρηθεί, ότι συχνά παχυσαρκία και κατάθλιψη συνυπάρχουν, δεν έχει αποδειχθεί όμως, αν υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ τους. Παράγοντες όπως η σοβαρότητα της κατάθλιψης, ο βαθμός της παχυσαρκίας, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία καθορίζουν κάτω από ποιες συνθήκες εμφανίζονται κατάθλιψη και παχυσαρκία. Τα μέσα, όπως οι διατροφικές συνήθειες και ο βαθμός δραστηριότητας, άγχος και διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθορίζουν γιατί και πως προκύπτουν παχυσαρκία και κατάθλιψη.

Σε δείγμα εφήβων που εξετάστηκαν, η κατάθλιψη συνδεόταν με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος στην ενήλικη ζωή σε σύγκριση με εφήβους που δεν είχαν εμφανίσει ποτέ κατάθλιψη.

Στις γυναίκες, η παχυσαρκία σχετίζεται με σοβαρή κατάθλιψη και η σχέση αυτή είναι εντονότερη σε δείγμα υψηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης. Αντίθετα στους άνδρες, η παχυσαρκία και η εμφάνιση κατάθλιψης είναι αντιστρόφως ανάλογες και δεν υπάρχει συσχέτιση με κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Τέλος, παρατηρήθηκε ότι η γενετική προδιάθεση για παχυσαρκία ή κατάθλιψη ενισχύεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αρνητικές εμπειρίες κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ευνοούν την εμφάνιση παχυσαρκίας αλλά και κατάθλιψης και, συμπερασματικά, την συνύπαρξή τους.

²⁰ Herbert Martin, σελ. 90-91, Αθήνα 1994

www.eiep.gr

www.enet.gr

2. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ²¹

Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία (anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτό-επιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο περιορίζει μόνο του την τροφή του γιατί φοβάται έντονα την πρόσληψη βάρους. Η νόσος εμφανίζεται επίσης κατά την εφηβεία. Πολλοί ισχυρίζονται πως η έντονη κατάθλιψη είναι το βασικό πρόβλημα στην ανορεξία.

Τα ανορεκτικά άτομα είναι σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες (95%). Υπολογίζεται ότι 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει την διαταραχή.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της νόσου είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος μήπως παχύνει. Το πρόβλημα της νευρογενούς ανορεξίας βρίσκεται βασικά σε μία λάθος εικόνα που έχει το άτομο για το μέγεθος και το σχήμα του σώματός του, και το πρόβλημα αυτό γίνεται πιο έντονο εξαιτίας της τάσης που επικρατεί στην κοινωνία να ταυτίζει την ελκυστικότητα με μία λεπτή παρά καμπυλόγραμμη σιλουέτα. Πιστεύοντας πως είναι υπέρβαροι, οι ανορεξικοί λιμοκτονούν στην κυριολεξία. Ακόμη και όταν έχουν γίνει σκελετοί, νομίζουν πως είναι παχείς.

Τέλος, η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άνδρες δεκαπέντε φορές λιγότερο συχνά από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι περισσότεροι άνδρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με την γυμναστική και περνούν ατέλειωτες ώρες κάθε μέρα κάνοντας τζόγκινγκ και άλλες ασκήσεις. Έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες.

²¹ Παλλίδης Σίμμος, σελ. 144-148, Θεσσαλονίκη 1987
 Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 241-243, Αθήνα 1982
 Baldwin Dorothy, σελ. 78, Αθήνα 1996
 Herbert Martin, σελ. 103-106, Αθήνα 1994

3. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ²²

Σε αντίθεση με την νευρογενή ανορεξία το άτομο που πάσχει από νευρογενή βουλιμία χαρακτηρίζεται από υπερφαγία. Η τάση αυτή εκδηλώνεται σε πολύ συχνά χρονικά διαστήματα κατά την διάρκεια της ημέρας κατά τα οποία το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να σταματήσει να τρώει. Έτσι, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής πολλές φορές την ημέρα. Και η βουλιμία όπως και η ανορεξία παρουσιάζεται συχνά στην εφηβεία και την νεαρή ενήλικη ζωή, ενώ οι ασθενείς είναι και πάλι στο μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες.

Η νευρογενής βουλιμία συναντάται ως επί το πλείστον σε νεαρές ενήλικες γυναίκες που είχαν θεραπευτεί στο παρελθόν για νευρογενή ανορεξία. Συχνά υπάρχει μία εναλλαγή περιόδων βουλιμίας και περιόδων δίαιτας ή φυσιολογικής διατροφής.

Τα βουλιμικά άτομα ενδιαφέρονται για το βάρος τους για αυτό προσπαθούν επανειλημμένα να ακολουθήσουν μία δίαιτα, νηστεία ή άσκηση. Το βάρος τους μπορεί να είναι μεγαλύτερο ή μικρότερο ή φυσιολογικό. Όπως τα ανορεκτικά έτσι και τα βουλιμικά άτομα καταφεύγουν συχνά στον προκλητό εμετό, την χρήση διουρητικών και καθαρτικών.

²² Ρούσσοσ Ντέμης και Σκαβίνσκα Βερονίκ, σελ. 154-155, Αθήνα 1985
Abraham Suzanne and Derek Llewellyn-Jones, σελ. 29-31, Αθήνα 1990
Apfeldorfer Gerard, σελ. 40-47, Αθήνα 1997

Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ²³

Αναμφισβήτητα η παχυσαρκία είναι ένα πρόβλημα που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και απαιτεί πολύ σοβαρή αντιμετώπιση.

Είναι γεγονός ότι σήμερα είμαστε όλοι σε θέση να έχουμε κάποια άποψη σχετικά με την παχυσαρκία. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτό το πρόβλημα είναι πολύ σημαντικός. Είναι το πρόσωπο που, με τις γνώσεις που διαθέτει, είναι σε θέση να ενημερώσει, να διαφωτίσει και να ευαισθητοποιήσει.

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται ως εξής με τέτοιες περιπτώσεις:

- Συνέντευξη με τον πελάτη-ασθενή και λήψη πλήρους κοινωνικού, οικογενειακού και ιατρικού ιστορικού
- Συνεργασία με την οικογένεια του πελάτη. Η συνεργασία αυτή είναι απαραίτητη. Αυτά τα άτομα έχουν ανάγκη από την συναισθηματική στήριξη της οικογένειάς τους και είναι καθοριστικής σημασίας
- Η επίσκεψη στο χώρο που ζει ο ασθενής-πελάτης είναι σημαντική γιατί μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να πάρει πολλά στοιχεία
- Στην συνεργασία του ο κοινωνικός λειτουργός με τον πελάτη-ασθενή δεν εστιάζεται στο πρόβλημα αυτό καθ' αυτό. Τα άτομα αυτά είναι ανασφαλή, εξαρτημένα συναισθηματικά γι' αυτό χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη. Ο κοινωνικός λειτουργός σε κάθε συνάντηση με τον πελάτη θέτει στόχους
- Βασικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να ωθεί διαρκώς αυτά τα άτομα σε νέες εμπειρίες και δραστηριότητες
- Τέτοιες θεραπείες είναι συνήθως μακροχρόνιες και πρέπει να ξεκινήσουν από την στιγμή που θα εντοπισθεί το πρόβλημα μέχρι την πλήρη αποκατάστασή της ασθένειας και πως ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι ανά πάσα στιγμή έτοιμος και διαθέσιμος να στηρίζει τον πελάτη του σε μία ενδεχόμενη κρίση.
- Χωρίς να διακοπεί η συνεργασία με την οικογένεια(ΚΕΟ) ή με τον πελάτη(ΚΕΑ), ιδιαίτερα βοηθητική είναι η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας.

²³ Τουρκαντώνης Αχιλλέας, Θεσσαλονίκη 1979
Επιστημονικό περιοδικό Κοινωνικής Εργασίας, τεύχος 33, Αθήνα 1994
www.eiep.gr

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»

Α. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ²⁴

Οι άνθρωποι γίνονται παχείς γιατί παίρνουν με την τροφή ενέργεια περισσότερη από εκείνη που ξοδεύουν. Όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν πλέον ότι τα άτομα που γυμνάζονται ή και ακολουθούν γενικά ένα πιο δραστήριο τρόπο ζωής έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα και κινδυνεύουν σε μικρότερο βαθμό από διάφορα προβλήματα υγείας. Σε έρευνες που έγιναν φάνηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν κατανάλωναν περισσότερη τροφή αλλά αντίθετα είχαν χαμηλή ενεργειακή κατανάλωση από τα αντίστοιχα σε ηλικία αλλά φυσιολογικό σωματικό λίπος. Έτσι, η θεραπεία θα μπορούσε να φανεί πολύ απλή: λιγότερο φαΐ και περισσότερη άσκηση. Όμως, είναι άλλο τόσο άνετο να γίνεσαι παχύς και να παραμένεις παχύς. Δεν υπάρχει κανένας μαγικός τρόπος που να εξαφανίζει το πάχος σε μία νύχτα. Όσο πιο παχύς είναι κάποιος, τόσο περισσότερος χρόνος του χρειάζεται για να χάσει το περιττό βάρος. Το κλειδί της επιτυχίας είναι μία κανονική τροφή με λίγες θερμίδες.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας είναι δύσκολη και πολλές φορές αδύνατη. Αυτή βασίζεται στην ελάττωση των θερμίδων που προσλαμβάνονται και την αύξηση των κινήσεων. Η ελάττωση της τροφής γίνεται βαθμιαία. Όμως, για την θεραπεία της παχυσαρκίας είναι αναγκαίο πριν εξακριβώσουμε το βαθμό και το είδος της παχυσαρκίας, να μελετήσουμε την ψυχοσύνθεση του ατόμου, τις συνήθειές του, το μεταβολισμό του και τα ενδοκρινικά χαρακτηριστικά.

Αυτά τα προβλήματα αντιμετωπίζονται με χειρουργικές επεμβάσεις από ειδικευμένους γιατρούς, με εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και με μικροβιολογικές εξετάσεις. Ακόμη, για να εφαρμοστεί ικανοποιητικά μία θεραπεία θα πρέπει η σχέση του άρρωστου με τον γιατρό να είναι καθοριστικής σημασίας. Ο παχύσαρκος είναι άτομο ευαίσθητο και εμπιστεύεται την συμπεριφορά του γιατρού στην κάθε λεπτομέρειά της.

Τέλος, πριν αναλύσουμε την κάθε μέθοδο θεραπείας της παχυσαρκίας, χρειάζεται να επισημάνουμε ότι μία προσπάθεια αντιμετώπισης του περιττού σωματικού λίπους έχει τους εξής στόχους:

- Να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει αν είναι εφικτό τις αιτίες της κατάστασης
- Να αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την παχυσαρκία και είναι σε εξέλιξη ή και έχουν την τάση να επιδεινωθούν
- Να αντιμετωπίσει την κατάσταση της παχυσαρκίας(γενικά και ειδικά μέτρα, φαρμακευτικά και μη μέτρα, χειρουργική)
- Πρόληψη και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται κατά το αδυνάτισμα.
- Ψυχολογική υποστήριξη και αγωγή συμπεριφοράς για την διατήρηση ενός τρόπου ζωής ικανού να διατηρήσει το αποτέλεσμα .

Για την θεραπεία της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι απώλειας βάρους, μερικοί από αυτούς αναλύονται παρακάτω:

²⁴ Βρανάς Ρούσσοσ/ Σουλιώτη Αγγελική, σελ. 56-57, Αθήνα 1977
Κάσιμος Δ. Χρίστος, σελ. 251-253, Θεσσαλονίκη 1985
Τριχοπούλου Αντ/ Τριχόπουλος Δημ, Αθήνα 1986
Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

1) ΔΙΑΤΡΟΦΗ- ΔΙΑΙΤΑ²⁵

Η διαίτα είναι ο πλέον σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αλλά, η διαίτα που θα οδηγήσει σε απώλεια βάρους, δεν είναι τόσο απλή ιστορία όσο πιστεύεται ή όσο λανσάρεται. Θα πρέπει να είναι αποτελεσματική, δηλαδή να οδηγεί σε ικανή απώλεια βάρους, να παρέχει ασφάλεια ώστε να μην προκαλεί παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες, να τροποποιεί την διατροφική συμπεριφορά του ατόμου που την εφαρμόζει και να του μαθαίνει σωστές και φυσιολογικές διαιτητικές συνήθειες, να βοηθάει στην ρύθμιση τυχόν συνυπαρχουσών παθήσεων, π.χ να βοηθάει στην μείωση της χοληστερίνης.

Πριν ο γιατρός συστήσει μία συγκεκριμένη διαίτα σ' ένα παχύσαρκο ασθενή πρέπει να λάβει υπόψιν του:

- Το φύλο
- Την ηλικία
- Το είδος της εργασίας
- Τις παλιές διαιτητικές συνήθειες του ατόμου
- Την ψυχοσύνθεσή του
- Την τυχόν συνύπαρξη ορισμένων γενικών νοσημάτων

Στην συνέχεια, θα πρέπει να υπολογιστούν οι θερμίδες που θα τρώει το άτομο την ημέρα, η κατανομή των πρωτεϊνών, του λίπους και των υδατανθράκων στα γεύματα και βέβαια θα πρέπει να καλύπτονται οι ημερήσιες ανάγκες του ατόμου σε βιταμίνες, μεταλλικά άλατα και ιχνοστοιχεία. Βέβαια, κατά την διάρκεια της προσπάθειας και μετά την επίτευξη του στόχου, όλα τα παραπάνω θα πρέπει να επαναπροσδιορίζονται.

Υπάρχουν διαθέσιμες αρκετές δίαιτες που δίνουν επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών, μετάλλων και βιταμινών. Πολλές δίαιτες είναι μονότονες και είναι πιθανό να εγκαταλειφθούν ή είναι υπερβολικά περίπλοκες για να ακολουθηθούν για μεγάλο διάστημα. Οι περισσότερες παχύσαρκες γυναίκες δεν μπορούν να τηρήσουν την αυστηρή διαίτα όσο χρόνο χρειάζεται για να χάσουν μία σημαντική ποσότητα βάρους. Η πείρα έχει δείξει ότι η απώλεια βάρους τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες έχει κρίσιμη σημασία. Υπάρχουν διάφορα είδη δίαιτας, τα οποία είναι:

1. Διαιτητική ή συντηρητική θεραπεία χαρακτηρίζεται εκείνη η θεραπεία όπου η απώλεια του βάρους επιδιώκεται με μη χειρουργικούς τρόπους και ξεκινά πάντα με ρύθμιση των ισοζυγίων των θερμίδων. Υπάρχει μία μεγάλη ποικιλία τέτοιων θεραπειών που μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται όλες εκείνες που αποσκοπούν στην μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων με τις τροφές, οι λεγόμενες **διαιτητικές**, ενώ στη δεύτερη κατηγορία εκείνες που στοχεύουν στην αύξηση της κατανάλωσης των θερμίδων που προσλαμβάνονται, δηλαδή στην αύξηση

της κατανάλωσης της ενέργειας και με την έννοια αυτή μπορούμε να τις ονομάσουμε **υπερενεργειακές**.

2.Οι υποθερμιδικές δίαιτες, η οποία είναι μία μέθοδο σχετικά ασφαλή και ανέξοδη και μάλιστα αν προσεχθεί η σύνταξη του διαιτολογίου, είναι απίθανο να δημιουργήσει σοβαρές διατροφικές ανεπάρκειες. Δεν υπάρχει δίαιτα η οποία αυξάνει το μεταβολισμό εκτός από τη θερμιδική της περιεκτικότητα, δηλαδή να έχει μία αυξημένη θερμογενετική επίδραση. Μία δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες μειώνει την πρόσληψη θερμίδων αλλά γενικά αυτή η επίδραση είναι μικρή κι αφορά όλα τα διατροφικά στοιχεία της δίαιτας. Επομένως, το πρόβλημα είναι να βρεθεί κατάλληλη υποθερμιδική δίαιτα. Πάντοτε σχεδόν θεωρείται απαραίτητο να καθορίζεται η θερμιδική απώλεια του ατόμου ή τουλάχιστον, με λεπτομερές διαιτολογικό ιστορικό, να υπολογίζεται η προηγούμενη πρόσληψη για να δίνεται ένα διαιτολόγιο με αξιόπιστο έλλειμμα, δηλαδή να δημιουργείται ένα αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο που τα αποτελέσματά του να είναι προϋπολογισμένα.

²⁵ Καντζαπασάκη-Μανδελενάκη, Αθήνα 1985

Μανωλίδης Ευστράτιος, Αθήνα 1987

Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 536, Αθήνα 1982

Abraham Suzanne and Llewellyn-Zones Derek, σελ. 163-164, Αθήνα 1990

www.eiep.gr

2) ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ²⁶

Η γυμναστική είναι χρήσιμη τόσο για το αδυνάτισμα όσο και για την διατήρηση της φόρμας του ατόμου. Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας είτε με την μορφή περπατήματος είτε με την μορφή κάποιας οργανωμένης γυμναστικής ή ακόμα περισσότερο της ενασχόλησης με κάποιο σπορ, σίγουρα βοηθάει. Βέβαια ανάλογα με τον βαθμό της παχυσαρκίας και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, είναι δυνατόν να συστήνεται, να επιτρέπεται ή και να απαγορεύεται ακόμη κάποιο είδος σωματικής άσκησης.

Σχεδόν, όμως, όλοι οι γιατροί συμβουλεύουν τα παχύσαρκα άτομα να ασκούνται περισσότερο ταυτόχρονα με την πρόσληψη κάποιου βαθμού υποθερμιδικής διαίτας. Εκτός βέβαια απ' το ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σωματικές ασκήσεις προφυλάσσουν από την θρόμβωση των στεφανιαίων, είναι βέβαιο ότι έχουν γενικότερες ευνοϊκές επιπτώσεις, μεταβολικές, ψυχολογικές και φυσιολογικές. Η αυξημένη σωματική δραστηριότητα καίει περισσότερες θερμίδες, άρα αυξάνει την απώλεια λίπους και μάλιστα χωρίς να μειώνεται ο μυϊκός ιστός. Όταν γίνεται σε σταθερή βάση μειώνει την όρεξη και τη λήψη λιπαρών τροφών, αυξάνει το ενεργειακό έξοδο του οργανισμού τόσο σε ηρεμία όσο και μετά την λήψη της τροφής, βελτιώνει κατά πολύ την ψυχολογική διάθεση και τέλος βελτιώνει τυχόν συνυπάρχουσες μεταβολικές διαταραχές, δηλαδή ρυθμίζει την υπέρταση, μειώνει την αυξημένη χοληστερίνη και βελτιώνει τις τιμές σακχάρου στους διαβητικούς.

Βέβαια η άσκηση από μόνη της δεν προκαλεί δραματική μείωση του σωματικού λίπους και απαιτείται προσπάθεια μεγάλης διάρκειας και με αρκετή ένταση για να υπάρξουν αποτελέσματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν είναι πάντοτε εφικτό να ακολουθήσει ένα παχύσαρκο άτομο ένα έντονο πρόγραμμα άσκησης κι έρευνες που έχουν δείξει αποτελέσματα μείωσης σωματικού λίπους μόνο με άσκηση στηρίζονται σε προγράμματα πολύ μεγάλης έντασης που είναι ανεφάρμοστα στο ευρύτερο κοινό. Τα προγράμματα άσκησης δεν έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα σε γυναίκες όσο σε άντρες. Τέλος, η άσκηση θεωρείται ιδανικός τρόπος απώλειας σωματικού λίπους όταν ο στόχος είναι σχετικά χαμηλός, ενώ σε περιπτώσεις σοβαρής παχυσαρκίας χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή αν μπορεί κανείς να συμμετέχει σε πρόγραμμα άσκησης και σε τι είδους πρόγραμμα είναι ασφαλές. Σε τέτοιες περιπτώσεις άσκηση μπορεί να θεωρείται η στοιχειώδης κινητοποίηση του ατόμου και γίνεται περισσότερο με τη μορφή κινησιοθεραπείας και πάντα με την επίβλεψη γιατρού.

Εκτός, από την διαίτα και την φυσική εξάσκηση, ο αθλητισμός έχει αξία στην θεραπεία του παχύσαρκου ασθενή γιατί αυξάνει την μείωση των θερμίδων. Μία μικρή φυσική άθληση μπορεί να θεωρηθεί αρκετή για να διατηρηθεί μία καλή φυσική απόδοση. Συνίσταται στον ασθενή να

ακολουθεί καθημερινά κι όχι λιγότερο από 5 ημέρες την εβδομάδα, μία από τις ακόλουθες δραστηριότητες, που εξισώνονται μεταξύ τους, επειδή αποτελούν την ίδια οντότητα εργασίας:

- Διαδρομή 5 χλμ με κανονικό βάδην σε χρόνο 35-40 λεπτών
- Διαδρομή 10 χλμ με τρέξιμο σε 15 λεπτά
- Κολύμπι απόστασης 800 μέτρων

Το κυριότερο εμπόδιο στην καθημερινή πράξη είναι ότι συχνά οι ασθενείς εγκαταλείπουν το πρόγραμμα φυσικής άσκησης. Γι' αυτό έχει σημασία η συνεχής ενθάρρυνση του παχύσαρκου να ασχολείται με σπορ τακτικά και προγραμματισμένα αλλά και να αυξάνουν την φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ζωή. Σαν παράδειγμα αναφέρονται παρακάτω μερικές συστάσεις στο παχύσαρκο άτομο:

- Να μην χάνει ευκαιρία να περπατά
- Να προτιμά τη σκάλα από τον ανελκυστήρα
- Αν θέλει μπορεί να σημειώνει κάθε μέρα το είδος και την διάρκεια της φυσικής άσκησης
- Να κάνει συχνά οικογενειακές εκδρομές ή περιπάτους
- Να καλεί τους φίλους για σπορ

²⁶ Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 541, Αθήνα 1982

Ρούσσοσ Ντέμης/Σκαβίνσκα Βερονίκ, σελ. 156-157, Αθήνα 1985

Σημειώσεις καθηγητών του τμήματος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Hofman Marshall, Αθήνα 1985

www.eiep.gr

3) ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΑ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ²⁷

Στην σημερινή εποχή έχει εμφανιστεί μία καινούργια μέθοδος αδυνατίσματος, τα ινστιτούτα αδυνατίσματος, τα οποία έχουν όλο και περισσότερους «θαυμαστές». Η παραμονή ενός παχύσαρκου ατόμου σε ειδικές κλινικές αδυνατίσματος μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη αρκεί να γνωρίζει τι τον περιμένει. Είναι μάταιο να ελπίζει το άτομο ότι θα αδυνατίσει χωρίς θυσίες και προσπάθεια και ότι βγαίνοντας από την κλινική θα μπορεί να συνεχίσει όλες τις παλιές του συνήθειες. Αν το παχύσαρκο άτομο αντέχει οικονομικά είναι πολύ καλή ιδέα να συνδυάσει το τερπνόν μετά του ωφελίμου πηγαίνοντας για λίγες μέρες να ξεκουραστεί και να αδυνατίσει σ' ένα από αυτά τα πολυτελή ξενοδοχεία ή τις «φάρμες ομορφιάς» που βρίσκονται συνήθως σε ευχάριστο περιβάλλον και προσφέρουν ιατρική παρακολούθηση, συμβουλές διαιτολόγων, θεραπείες, μασάζ και άσκηση και όπου θα αρχίσει μία δίαιτα και θα μπει σ' έναν ρυθμό μίας νέας πειθαρχημένης ζωής.

Αντίθετα, οι κλινικές αδυνατίσματος που προσφέρουν νοσοκομειακού τύπου περίθαλψη χρησιμοποιώντας φάρμακα, υποθεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις και οι οποίες καταργούν κάθε φυσική διατροφή είναι συχνά πρωτοβουλίες τσαρλατάνων των οποίων οι θεραπείες μπορούν να αποβούν επικίνδυνες, άχρηστες και καταστροφικές. Για άλλη μια φορά, όμως, πρέπει να ειπωθεί ότι για να πετύχει μία δίαιτα πρέπει να το θέλει το ίδιο άτομο.

²⁷ Μόρτογλου Αναστάσιος, Αθήνα 1996

Ρούσσος Ντέμης/Σκαβίνσκα Βερονίκ, Αθήνα 1985

4)ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ²⁸

Η παχυσαρκία είναι η συχνότερη νόσος του δυτικού πολιτισμού, αλλά συγχρόνως και από τις λίγες παθήσεις που για την αντιμετώπισή της υπάρχουν τόσο λίγα φάρμακα. Τα προηγούμενα φάρμακα που κατά καιρούς χρησιμοποιήθηκαν, είχαν αρκετές παρενέργειες, με αποτέλεσμα αλλά από αυτά να μην τα συνταγογραφούσαν οι γιατροί και άλλα υποχρεώθηκαν σε απόσυρση.

Γενικά, η μεμονωμένη χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της παχυσαρκίας έχει αποδειχθεί ανεπιτυχής. Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι τα εξής:

A. Τα ανορεξιογόνα ή ανορεκτικά φάρμακα

Είναι αμφεταμίνες ή συγγενείς ενώσεις οι οποίες χορηγούνται συχνά στα αρχικά στάδια του περιορισμού της διαίτας. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την πείνα, αλλά η δραστηκότητά τους μειώνεται με το χρόνο. Για μακροχρόνια χρήση, έστω και ταυτόχρονα με υποθερμιδικές δίαιτες, τα ανορεξιογόνα φάρμακα είναι ακατάλληλα αλλά συχνά συστήνονται για περιορισμένο χρόνο και προτιμότερο με ενδιάμεσες διακοπές.

B. Τα θερμογόνα ή θερμογενετικά φάρμακα

Η θυροξίνη όταν χορηγείται σε μεγάλες δόσεις μειώνει το σωματικό βάρος. Η δράση αυτών των φαρμάκων θεωρείται παροδική και η απώλεια αφορά κυρίως τον μυϊκό ιστό και λιγότερο τον λιπώδη. Υπάρχουν αρκετές και σοβαρές παρενέργειες κατά την χρήση των φαρμάκων αυτών στη θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως νευρική κούραση, αϋπνία, ταχυκαρδία, κ.α.

Γ. Τα διουρητικά φάρμακα

Τα φάρμακα αυτά κακώς χρησιμοποιούνται για την πρόκληση απώλειας βάρους. Ένα άτομο που βρίσκεται υπό την επίδραση διουρητικών αισθάνεται συνεχώς έντονη δίψα και αποκτά και πάλι το βάρος που έχασε με μερικά ποτήρια νερό. Κι αυτό γιατί το βάρος που έχασε δεν ήταν λίπος αλλά νερό.

Σήμερα, κυκλοφορεί στην χώρα μας για τη θεραπεία της παχυσαρκίας μόνο ένα φάρμακο εγκεκριμένο από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων που περιέχει την δραστική ουσία με το όνομα ορλιστάτη. Επειδή η δράση του φαρμάκου αυτού περιορίζεται μόνο στο περιεχόμενο του εντέρου, δεν εμφανίζει παρενέργειες. Γενικά, η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί συμπληρωματική θεραπεία της παχυσαρκίας και όχι κύρια. Είναι δραστική μόνο όσο διάστημα εφαρμόζεται, πρέπει να χορηγείται μόνο κάτω από ιατρική παρακολούθηση και συνεχίζεται όσο είναι αποτελεσματική και ασφαλής.

Με φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθηθεί κάποιος παχύσαρκος, δηλαδή με ΔΜΣ πάνω από 30, ο οποίος έχει προσπαθήσει κατ' επανάληψη στο παρελθόν να χάσει βάρος με διαίτα και άσκηση χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Επίσης, κάθε υπέρβαρος, δηλαδή με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 25, που πάσχει όμως από νόσους που σχετίζονται με το αυξημένο του βάρος και ο οποίος έχει ανεπιτυχώς προσπαθήσει στο παρελθόν πολλές φορές με δίαιτα και άσκηση. Τέλος, θεωρείται πλέον κακή ιατρική πράξη η χορήγηση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας όλων των παραπάνω φαρμάκων.

²⁸ Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 538-539, Αθήνα 1982
Ρούσσος Ντέμης, σελ. 141-142, Αθήνα 1985
Macarnes Richard, Αθήνα 1975
www.eier.gr

5) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ²⁹

Σε παθολογικά παχύσαρκα άτομα με υπερβολική όρεξη και με σοβαρά προβλήματα υγείας η διαιτητική θεραπεία συνήθως αποτυγχάνει. Στα άτομα αυτά συχνά οι γιατροί συστήνουν χειρουργική επέμβαση.

Ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι:

- Νοσογόνος παχυσαρκία (ΒΜΙ > 40) συνοδευόμενη από παθολογικές καταστάσεις οι οποίες έχουν βελτιωθεί με την απώλεια βάρους σε προηγούμενες προσπάθειες αλλά η παχυσαρκία έχει υποτροπιάσει και
- Υπερβάλλον του φυσιολογικού βάρους τουλάχιστον κατά 45 κιλά αφού είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις αυτές ο κίνδυνος επιπλοκών είναι υπερδιπλάσιος από τα άτομα με φυσιολογικό βάρος

Γενικά, η χειρουργική θεραπεία σε παρόμοιες περιπτώσεις θεωρείται από πολλούς ως σκληρό θεραπευτικό μέτρο. Παρ' όλα αυτά, όταν η παχυσαρκία προκαλεί κινδύνους για την ζωή του ατόμου είναι πια θέμα αξιολόγησης δύο κινδύνων, της παχυσαρκίας και της χειρουργικής επέμβασης. Θα πρέπει βέβαια οι ασθενείς μετά την επέμβαση να παρακολουθούνται συστηματικά για το υπόλοιπο της ζωής τους γιατί απειλούνται από σοβαρές διατροφικές ανεπάρκειες.

Συμπερασματικά, όμως, μπορούμε να πούμε ότι η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας έχει να επιδείξει καλά αποτελέσματα σε σχέση με την συντηρητικά αγωγή αλλά με πολύ υψηλό ποσοστό επιπλοκών, νοσηρότητας και θνησιμότητας.

²⁹ Μόρτογλου Αναστάσιος, σελ. 58-59, Αθήνα 1996
 Παπανικολάου Γεώργιος, σελ. 542, Αθήνα 1982
 Bruker M.O, Αθήνα 1977

6) ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ³⁰

Στην αρχή της θεραπείας, χρήσιμο είναι να ανατρέξουμε σε ορισμένα θέματα που συζητούνται με προσοχή και επαναληπτικό έλεγχο.

Με αυτόν τον τρόπο θα έχουμε αποτελέσματα ενθαρρυντικά, που θα αναζωογονήσουν ψυχικά τον ασθενή. Θα το αποδείξει στον εαυτό του όταν βρεθεί μόνος του μπροστά στην δίαιτα.

Η θεραπεία έχει αντικειμενικά επιτυχία, δυστυχώς όμως αυτό συμβαίνει σπανίως. Ο παχύσαρκος, εάν γίνει καλή αγωγή και με σημαντική προσωπική προσπάθεια, καταφέρνει να ξαναποκτήσει τα φυσιολογικά όρια και πολλές φορές να γίνει αδύνατος. Εάν όμως αφεθεί στη μοίρα του σιγά-σιγά αλλά με βεβαιότητα θα ξαναρχίσει να αισθάνεται τις ίδιες δικαιολογίες του περιβάλλοντος του, μεταβολικές και ψυχολογικές, που θα τον οδηγήσουν και πάλι στην παχυσαρκία. Εάν ο αυτοέλεγχος έτσι βαθμιαία εκφυλιστεί, θα επανέλθουν οι παλιές λανθασμένες συνήθειες, που θα επαναφέρουν το άτομο στο σημείο που άρχισε, σπαταλώντας πολλές φορές προσπάθειες χρόνων.

Το κεντρικό πρόβλημα και το αληθινά ουσιαστικό που παραμένει είναι εκείνο της πρόληψης της παχυσαρκίας. Μία γενική προσπάθεια, κοινωνική, οικονομική, πολιτική στο θέμα της διαπαιδαγώγησης της διατροφής είναι η μοναδική και πραγματικά εναλλακτική λύση σχετικά με αυτό το σοβαρό και συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα, που τείνει να λάβει τεράστιες κοινωνικές προεκτάσεις.

³⁰ Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Αθήνα 1982

7) ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ³¹

Η μέθοδος αυτή που χρησιμοποιείται ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες συνίσταται στην κατά περιόδους οργάνωση συγκεντρώσεων ατόμων που επιθυμούν να αδυνατίσουν. Στις συναντήσεις αυτές το κάθε άτομο αναφέρει τις εμπειρίες και τις εντυπώσεις του, κάνει τον απολογισμό της προόδου ή της αποτυχίας του. Με τη συζήτηση κάθε μεμονωμένη περίπτωση γίνεται μάθημα και δίνει κουράγιο στους άλλους. Παρούσες βρίσκονται διαιτολόγοι που εξηγούν τις μεθόδους, καταρτίζουν τα προγράμματα και τα μενού. Κάθε άτομο ενθαρρύνεται να κρατά λεπτομερή κατάλογο του τι τρώει κάθε μέρα και να μιλά χωρίς ντροπή και ψέματα. Με τη μέθοδο αυτή έχει αδυνατίσει επιτυχώς πολύς κόσμος, πράγμα που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητά της.

Συμπερασματικά, τα πλεονεκτήματα των ομάδων αυτοβοήθειας είναι τα εξής:

1. Οι επικεφαλές των ομάδων μπορούν να χρησιμεύσουν σαν πρότυπο για τα μέλη της ομάδας σχετικά με την αύξηση ή μείωση του βάρους
2. Ο ασθενής μπαίνει και βγαίνει από την ομάδα ανάλογα με αυτό που επιθυμεί ο ίδιος
3. Η ομάδα ασκεί μία δυναμική επίδραση και βοηθά τον ασθενή να αντισταθεί στις ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις που ενθαρρύνουν την υποτροπή
4. Ο ασθενής νιώθει πως έχει πετύχει κάποια αλλαγή με δικές του προσπάθειες
5. Δεν νιώθει στην ομάδα σαν ασθενής με αρρώστια
6. Τα προγράμματα αυτοβοήθειας στοιχίζουν λιγότερο
7. Οι ομάδες αυτές διαθέτουν άτομα που είναι διατεθειμένα να βοηθήσουν τον ασθενή οποιαδήποτε στιγμή αντιμετωπίζει κρίση.

³¹ Ρούσσοσ Ντέμης, σελ. 153, Αθήνα 1985

Abraham Suzanne and Llewellyn-Zones Derek, σελ. 62-64, Αθήνα 1990

8) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ³²

Τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων, πρωτογενή ή δευτερογενή, είναι πολλά. Αν και στην ψυχοθεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές (ομαδική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ύπνωση, ψυχανάλυση), εν τούτοις το κύριο βάρος σε ερευνητικό και θεραπευτικό επίπεδο έχει η τροποποίηση της συμπεριφοράς

Η θεραπεία αυτή έχει δύο σκέλη:

- A. Έχει ως σκοπό να αλλάξει τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την παχυσαρκία που το καταπιέζουν και
- B. Να τροποποιήσει την συμπεριφορά του σχετικά με την διαιτητικές του συνήθειες.

Τα δύο αυτά σκέλη είναι αλληλοσυγκρουόμενα και η καλύτερη αντιμετώπιση εξαρτάται από την αναγνώριση από μέρος του ατόμου της ανικανότητας που προκαλεί η παχυσαρκία και την πιθανότητα που θα έχει η αναγκαία μείωση του βάρους στην αποκατάσταση της ανικανότητας αυτής.

Μερικές φορές η ομαδική θεραπεία έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τελευταία, στην θεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται η θεραπεία με βελονισμό ή με πειθώ κατά την διάρκεια του υπνωτισμού. Τα αποτελέσματα των μεθόδων αυτών κυμαίνονται από φτωχά μέχρι απογοητευτικά.

³²Μόρτογλου Αναστάσιος, Αθήνα 1996
Παπανικολάου Γεώργιος, Αθήνα 1982

B. ΜΥΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΧΑΙΝΟΥΜΕ³³

Τα παχύσαρκα άτομα που δεν επιθυμούν να ακολουθήσουν μία δίαιτα για πολλούς λόγους καταφεύγουν σε άλλα μέσα όπως είναι διάφορα ανορεξιογόνα φάρμακα. Η δίαιτα όμως προτιμάται και συνίσταται σε όλες τις περιπτώσεις. Όταν ένα παχύσαρκο άτομο αποφασίζει να κάνει δίαιτα πρέπει να υιοθετήσει κάποιες αλλαγές ώστε να χάσει κιλά και να μην ξαναπάρει βάρος. Αυτές μπορεί να είναι:

1. Το άτομο πρέπει να πάρει απόφαση ότι το πραγματικό αίτιο της παχυσαρκίας είναι οι κακές διατροφικές συνήθειες και πρέπει να απευθυνθεί σ' έναν ειδικό.
2. Να μην στερεί από τον εαυτό του την απόλαυση της γεύσης. Να μην κάνει αυστηρή δίαιτα αλλά να υιοθετήσει μία μεσογειακή διατροφή χαμηλών λιπαρών
3. Να μην ξεχνάει το πρωινό. Πρέπει να λαμβάνει καθημερινά 3 ισορροπημένα γεύματα: πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό.
4. Να μην τσιμπολογά ανάμεσα στα γεύματα. Μπορεί να καθιερώσει 2 ενδιάμεσα σνακ(δεκατιανό και απογευματινό) με φρούτα, ωμά λαχανικά ή σκέτες φρυγανιές
5. Να φροντίσει η διατροφή του να είναι ισορροπημένη, σύμφωνα με τις αρχές της «διατροφικής πυραμίδας». Σύμφωνα μ' αυτήν, η βάση της διατροφής πρέπει να είναι τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα και το ψάρι. Το κρέας και τα γαλακτοκομικά σε μικρές ποσότητες, ενώ τα πολλά λιπαρά και η ζάχαρη πρέπει να καταναλώνονται αραιά
6. Όσο περισσότερες φυτικές ίνες περιέχει η διατροφή του ατόμου, τόσο πιο χορτάτο θα νιώθει και τόσο πιο εύκολα θα φτάσει στο στόχο του
7. Πρέπει να προσπαθήσει να τρώει τα γεύματα του την ίδια ώρα περίπου κάθε μέρα. Αυτό έχει το ψυχολογικό αποτέλεσμα ότι βοηθάει το άτομο να ελέγχει την πεινά του σε άλλες ώρες εκτός από τις ώρες των γευμάτων
8. Πριν αρχίσει να τρώει, πρέπει να αποφασίσει πόσο από κάθε φαγητό θα βάλει στο πιάτο του και να μην προσθέσει άλλο
9. Μόλις νιώσει χορτάτος να σταματήσει να τρώει και να σηκωθεί από το τραπέζι
10. Ένα τελευταίο μυστικό είναι η σωματική άσκηση. Το παχύσαρκο άτομο μπορεί να κάνει γυμναστική κατά την διάρκεια της δίαιτας αν του αρέσει. Αν δεν του αρέσει καλύτερα να μην κάνει γιατί στο τέλος της γυμναστικής θα αντισταθμίσει την προσπάθειά του τρώγοντας υπερβολικά.

³³Περιοδικό «SUPER KATEPINA», σελ. 80, τεύχος 282, Μάρτιος 2004
Περιοδικό «SALVE», σελ. 54, τεύχος 7, Φεβρουάριος 2004

Γ. ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ³⁴

Στην ερώτηση το αν υπάρχουν οφέλη από την απώλεια βάρους είναι σίγουρα ναι. Σε μελέτες χιλιάδων παχύσαρκων που έχασαν βάρος και διατήρησαν έστω και μέρος αυτής της απώλειας, αυξήθηκε το προσδόκιμο της επιβίωσης, δηλαδή έζησαν περισσότερα χρόνια από αυτούς που δεν έχασαν βάρος και μάλιστα έζησαν και καλύτερα χρόνια αφού βελτιώθηκαν όλες οι ασθένειες που προέρχονται ή σχετίζονται με το αυξημένο βάρος. Η απώλεια βάρους συνοδεύεται από χαμηλότερες τιμές χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων, με μείωση της αρτηριακής πίεσης και πολλών άλλων βιοχημικών παραμέτρων του αίματος.

Τα ψυχολογικά οφέλη είναι λιγότερο σαφή. Καθώς προχωρεί η απώλεια βάρους, οι ασθενείς βλέπουν πιο ευνοϊκά το σώμα τους και αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σχετικά με την προσωπικότητα τους. Οι περισσότερες γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους σαν περισσότερο θηλυκό κι ελκυστικό σεξουαλικά. Έχουν λιγότερες μεταβολές στη διάθεση τους και νιώθουν πιο σίγουρες, εκδηλωτικές και άνετες. Γίνονται πιο κοινωνικές, ασχολούνται λιγότερο με το βάρος τους και είναι λιγότερο πιθανό να τρώνε περισσότερο απ' όσο σκόπευαν στα γεύματα ή μεταξύ των γευμάτων.

³⁴ Abraham Suzanne and Llewellyn-Jones Derek, κεφ. 9, σελ. 196-197, Αθήνα 1990
www.eiep.gr

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση τα παραπάνω κεφάλαια και όσα ειπώθηκαν για την παχυσαρκία τα συμπεράσματα που μπορεί κάποιος να βγάλει είναι τα ακόλουθα:

- Ένα μεγάλο ποσοστό υπέρβαρων ατόμων εμφανίζει μειωμένες καύσεις, με αποτέλεσμα την ευκολότερη αύξηση του σωματικού του βάρους. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό δυσάρεστο μεν σε περιόδους αφθονίας αλλά πολύ ωφέλιμο σε περιόδους στέρησης.
- Ο παχύσαρκος είναι η ιδανική μηχανή αφού με μικρότερη κατανάλωση ενέργειας έχει άριστη απόδοση
- Τα δεινά της παχυσαρκίας αρχίζουν από την στιγμή που η υπέρμετρη πρόσληψη τροφής σε σχέση με την κατανάλωση αποθηκεύεται στον οργανισμό με μορφή λίπους.
- Αυτό που θα πρέπει να προσπαθήσει κάποιος είναι να μάθει ποια είναι η ποσότητα και η ποιότητα της τροφής που ταιριάζει στο μεταβολισμό του. Ο μεταβολισμός δεν αλλάζει, εκτός βέβαια από τις λίγες εκείνες περιπτώσεις που υπάρχει κάποια ενδοκρινική νόσος.
- Τα υπέρβαρα άτομα δεν τρώνε πάντα περισσότερο φαγητό αλλά καταναλώνουν αναλογικά περισσότερο λίπος.
- Τέλος, το υπέρβαρο άτομο θα πρέπει να αποφύγει όσο το δυνατόν περισσότερο την κατανάλωση τροφίμων που είναι πυκνά σε ενέργεια, δηλαδή έχουν πολλές θερμίδες σε μικρό βάρος και όγκο. Όχι μόνο δεν χορταίνει το άτομο αλλά αυξάνει κατά πολύ το σωματικό λίπος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham Suzanne and Llewellyn-Zones Derek. «Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής», μτφ.Ελένη Ταμβάκη, σελ. 62-64, 142, 151-152, 156-157, 163-164, 196-197, εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1990
2. Apfeldorfer Gerard. «Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία», μτφ.Παυλή Βιδάλη, σελ. 40-47, εκδόσεις Π. Τραυλός-Ε. Κωσταράκη, Αθήνα 1997
3. Baldwin Dorothy. «Οδηγός Αγωγής Υγείας», μτφ.Dr Βάσω Μαργαριτίδου και Dr Βάσω Λειβαδίτη, σελ. 78, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
4. Βαλμάς Σταμάτης, «Κυνηγώντας την υγεία», εκδόσεις Copyright, Αθήνα 1985
5. Βρανάς Ρούσσος, Σουλιώτη Αγγελική και Πετρονιώτης Γ. «Οδηγός Υγείας», σελ. 54-57, εκδόσεις Ψιχαλού, Αθήνα 1977
- Bruket M.O, «Υγεία και σωστή Διατροφή», εκδόσεις Νότος ΕΠΕ, Αθήνα 1977
6. Γαλανός Σ.Δ., «Για να τρώμε σωστά-Υγιεινή Διατροφή», εκδόσεις Γιάννης Β. Δασδένης, έκδοση 1^η, Αθήνα 1962
7. Γραβάνη Ζ, «Διατροφή παιδιού και εφήβου», σελ. 69-83, «Σύγχρονη Εκπαίδευση», τεύχος 80, Ιανουάριος-Φεβρουάριος, Αθήνα 1990
8. Depesse M, «Η ψυχολογία του παιδιού», μτφ. Ξηροτύρη, εκδόσεις Κένταυρος, Αθήνα 1957
9. Depesse M, «Η εφηβεία», μτφ. Κούλα, εκδόσεις ΧΕΕΛ, Αθήνα 1995
10. Dolto Francoise, «Έφηβοι», εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1995
11. Ζαμπάκος Γιάννης. «Παχυσαρκία:Ένα αίνιγμα με πολλές λύσεις», σελ. 13, 24-25, εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1989
12. Hall G. Stanley, «Adolescence», εκδόσεις Appleton, Ν. Υόρκη 1904
13. Herbert Martin. «Εφαρμοσμένη ψυχολογία 3:Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας», β' έκδοση, μτφ.Α.Καλαντζή-Αζίζι, σελ. 21-23, 90-91, 103-106, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
14. Ιωάννου Ν. Αυγουστής. «Παχυσαρκία και Διατροφή:Διαβήτης, μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές(μελέτη)», σελ.32, 34-35, 59-60, Αθήνα 1988
15. Καντζαπασάκη-Μανδελενάκη, «Ειδικές Δίαιτες», Αθήνα 1985
16. Κάσιμος Δ. Χρίστος. «Πρακτική Παιδιατρική:Ανάπτυξη, Γενετική, Μεταβολισμός, Διατροφή», σελ. 247-249, 251-253, εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη Οκτώβριος 1983
17. Κατσιλάμπρος Νικόλαος, «Η θεραπεία της παχυσαρκίας», επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης Παρισσιανός, Αθήνα 1982
18. Μακάρνες Ρίτσαρντ. «Χρυσή Κουζίνα:Μεγάλη εγκυκλοπαίδεια της Διαιτητικής και της διατροφής.Τόμος:Αδυνατίστε τρώγοντας», μτφ.Χριστόδουλος Κ. Φυτράκης, σελ. 18-20, 29-31, 136-138, 195-197, εκδόσεις Φυτράκης, Αθήνα 1975

19. Μάνος Κώστας, «Ψυχολογία του εφήβου με εισαγωγή στην ψυχολογία του παιδιού:εξελικτική ψυχολογία», σελ. 96, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1986
20. Μάνος Νίκος, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», σελ. 266, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988
21. Μανωλίδης Ευστράτιος, «Φυσικό Υγιεινό αδυνάτισμα», εκδόσεις Μανωλίδης, Αθήνα 1987
22. Μαράτου-Πανοπούλου Όλγα, «Γνωστικές λειτουργίες στην εφηβεία», εκδόσεις Βιβλιοπωλείο της Εστίας, Αθήνα 1985
23. Marshall Hofman, «Αθλιατρική», επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1985
24. Μέρικας Εμμ. Γεώργιος, «Εσωτερική παθολογία», α' τόμος, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1976
25. Μόρτογλου Αναστάσιος. «Παχυσαρκία:Ένας πρακτικός, ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους», σελ. 1, 9-13, 15-19, 28-29, 58-59, 85-86, εκδόσεις Advance Publishing, Αθήνα 1996
26. Μόρτογλου Τάσος και Μόρτογλου Κατερίνα, «Διατροφή από το σήμερα για το αύριο», εκδόσεις Γιαλελή
27. Μπέργκιτ Ντένις. «Υγεία και Ζωή:Οι Φυτικές Ίνες, η βάση της υγιεινής διατροφής», μτφ.Ελένη Τζελέπογλου, σελ. 93-94, εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1983
28. Ναζεμή Βοβ-Γεωργίου Νότα, «Διατροφή για υγεία και ζωντάνια», έκδοση 1^η, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1983
29. Νασιάκου Μαρία, «Κοινωνικός καθορισμός της εφηβείας», εκδόσεις βιβλιοπωλείο της Εστίας, Αθήνα 1985
30. Νικητάκη Λ, «Το φαστ-φουντ διδάσκεται στα σχολεία», εφημερίδα ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ, 25/2/1996
31. Παλλίδης Σίμμος. «Το Φυσιολογικό Παιδί:Η φροντίδα και τα προβλήματά του»,β' έκδοση, σελ. 147-148, 167, εκδόσεις Αιβαζής-Ζουμπούλης, Θεσσαλονίκη 1987
32. Παπαηλιού Ασπασία, «Η διατροφή των ασθενών(ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ)», εκδόσεις Φελέκη, 1979
33. Παπανικολάου Γεώργιος. «Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία: Δίαιτες για όλες τις παθήσεις», σελ. 36-38, 238-243, 281-282, 521-524, 536, 538-539, 541-542, εκδόσεις Foto Libri, Αθήνα 1982
34. Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, «Εξελικτική ψυχολογία», τόμος δ, σελ 11, 13-20, 48, Αθήνα 1985
35. Πετσίνης Ιωαν. Κωνσταντίνος. «Πώς να κόψεις το τσιγάρο», β' έκδοση, σελ. 66, εκδόσεις Οργανισμός Εκλεκτών Εκδόσεων, Αθήνα 1978
36. Ripauct Christine, «Η σύγχρονη διατροφή των παιδιών σας», μτφ. Αγνή Σωτηρακοπούλου-Σχοινά, έκδοση 1^η, εκδόσεις Δίπτυχοι, Αθήνα 1971

37. Σκαβίνσκα Βερονίκ και Ρούσσοσ Ντέμησ. «Αδυνατίστε και Παραμείνετε Αδύνατοι», μτφ.Λάνα Χόρσ, σελ. 141-142, 153-155, εκδόσεισ Ε.Α.Κ ΕΠΕ, Αθήνα 1985
38. Stephen Carroll, «Ζωή και Υγεία», εκδόσεισ Κεντηκελένη/Ακμή, Αθήνα 1993
39. Τουρκαντώνησ Αχιλλέασ, «Η παχυσαρκία σαν ιατροκοινωνικό πρόβλημα», εκδόσεισ ΒΗΤΑ, Θεσσαλονίκη 1979
40. Τριχοπούλου Αντωνία-Τριχόπουλοσ Δημήτριοσ, «Προληπτική ιατρική», έκδοση 1^η, επισημονικέσ εκδόσεισ Παρισιανού, Αθήνα 1986
41. Συγγράματα διαιτολόγων, «Υγεία και Διατροφή», τόμοσ β, εκδόσεισ Μανιατέα, Αθήνα 1988
42. Επισημονικό περιοδικό Κοινωνικήσ Εργαρίασ, έτοσ 9^ο, τεύχοσ 33, σελ. 8-9, Αθήνα 1994
43. Περιοδικό «ΕΥ ΖΕΙΝ», τεύχοσ 15, Ιούνιοσ 1997
44. Περιοδικό «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ», τεύχοσ 6, Οκτώβριοσ 1997
45. «ΤΑ ΝΕΑ», σελ. Ν51/28-2-1998, R23/10-3-2001, Ν13/22-7-2003
46. «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 9-2-2002, 2-9-2003
47. Ε ΙΑΤΡΙΚΑ, εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», τεύχοσ 99, Ιωάννησ Η. Κακλαμάνοσ, 27 Ιανουαρίου 2004, σελ.13-16
48. Περιοδικό «SUPER ΚΑΤΕΡΙΝΑ», τεύχοσ 282, Ν.Σοφιανού, Μάρτιοσ 2004, σελ.75-82
49. Περιοδικό «SALVE», τεύχοσ 7, Έλσα Συμεωνίδου, Φεβρουάριοσ 2004, σελ. 53-56.
50. Σημειώσεισ καθηγητών του τμήματοσ Φυσικήσ Αγωγήσ και Αθλητισμού του Πανεπισημίου Θεσσαλονίκησ.
51. www.eiep.gr