

**«ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ:
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ»**

Μετέχουσες Σπουδάστριες:

Γράψα Μαρία

Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Δρ. Θεοδωράτου Μαρία

Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Πάτρα, 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ 6

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ..... 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... 9

1.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... 11

1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ..... 12

1.4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ..... 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ 14

2.2. ΤΟ «ΕΓΩ», ΤΟ «ΥΠΕΡΕΓΩ» ΚΑΙ ΤΟ «ΕΚΕΙΝΟ» 20

2.2.1. ΟΙ ΤΡΕΙΣ «ΠΡΩΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ» ΤΟΥ ΨΥΧΙΣΜΟΥ 21

2.3. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ..... 23

2.4. ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ..... 24

2.5. ΟΡΘΟΒΑΡΟΣ, ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ..... 26

2.5.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ 27

2.6. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....28

2.7. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ..... 38

2.7.1. ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ..... 39

2.7.2. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ 42

2.7.3. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ 44

2.7.4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	45
2.7.5. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.	46
2.8. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.	49
2.9. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.	53
2.9.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.	53
2.9.2. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	57
2.9.3. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.	57
2.9.4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.	59
2.10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	62
2.10.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	63
2.10.2. ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	64
2.10.3. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	65
2.11. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	65
2.11.1. ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	65
2.11.2. ΔΙΑΙΤΑ	68
2.11.3. ΔΙΑΙΤΑ ΜΕ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΕΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ (VLCD-Very low calorie diets)	69
2.11.4. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΗΣΤΕΙΑ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ (PSMF-Protein sparing modified fast)	70
2.11.5. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΙΑΙΤΕΣ	70
2.11.6. ΧΗΜΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ	71
2.11.7. ΔΙΑΙΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	71
2.11.8. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ Ή ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΑΔΥΝΑΤΙΣΟΥΝ	73

2.11.9. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	74
2.11.10. ΦΑΡΜΑΚΑ	77
2.11.11. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ – ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	80
2.11.12. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	83
2.11.13. ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	87
2.12. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	88
2.12.1. ΚΑΘΟΛΙΚΗ/ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ	89
2.12.2. ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	90
2.12.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΣΤΟΧΟ	90
2.12.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ (από την πλευρά της δημόσιας Υγείας)	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	94
------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

4.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	95
-------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	150
5.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ (ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ)	153

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 155

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ 163

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ. . . 165

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 169

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε πολύ την υπεύθυνη καθηγήτρια, Δρ. Θεοδωράτου Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε και την κατανόηση που έδειξε για την διεκπεραίωση αυτής της μελέτης.

Ακόμα, ευχαριστούμε τους εκπροσώπους: της Δημοτικής Βιβλιοθήκης Πατρών, της Βιβλιοθήκης των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, της Βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Πατρών, της Βιβλιοθήκης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών καθώς και τους εκπροσώπους της Κεντρικής Βιβλιοθήκης Αθηνών και της Βιβλιοθήκης του Παντείου Πανεπιστημίου.

Τέλος, ευχαριστούμε την οικογένειά μας για την κατανόηση και την ηθική και υλική συμπαράσταση που μας προσέφερε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι η μελέτη των αιτιών του φαινομένου της παχυσαρκίας, των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και η μελέτη των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που εμφανίζονται στο παχύσαρκο άτομο.

Συγκεντρώσαμε, λοιπόν, ελληνικό και ξενόγλωσσο βιβλιογραφικό υλικό και το επεξεργαστήκαμε προκειμένου να επιτύχουμε το στόχο μας. Επιπλέον, θεωρήσαμε σκόπιμο να πραγματοποιήσουμε έρευνα, με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων για τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τα πιθανά αίτια της παχυσαρκίας και τις μεθόδους απώλειας βάρους.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, καλύψαμε τα εξής θέματα:

- § Περιγράφουμε τις διατροφικές διαταραχές, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η παχυσαρκία. Ορίζουμε την παχυσαρκία και αναλύουμε τους τύπους της.
- § Παραθέτουμε τους τρόπους με τους οποίους, το κάθε άτομο μπορεί να υπολογίσει το ιδανικό βάρος σε συνάρτηση με το ύψος του.
Αναφέρουμε τους ορισμούς των εννοιών «Ορθόβαρος, Υπέρβαρος, Παχύσαρκος» και αναλύουμε τη διαφορά των δύο τελευταίων.
- § Παραθέτουμε μια σειρά από αίτια που ευθύνονται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Τα διαχωρίζουμε σε γενετικά, περιβαλλοντικά, ψυχολογικά και σε αυτά που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου.

§ Γίνεται μια εκτενής αναφορά στις σωματικές επιπτώσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία, καθώς αναλύουμε και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

§ Περιγράφουμε αναλυτικά τις μεθόδους αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

Τέλος, ολοκληρώνουμε την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, παραθέτοντας στοιχεία για την πρόληψη της παχυσαρκίας τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

Μετά την βιβλιογραφική μας μελέτη, παρατίθενται τα συμπεράσματα από την έρευνα που διεξήχθη σε ενήλικες στην περιοχή των Πατρών, καθώς και πίνακες που εδραιώνουν τα συμπεράσματα αυτά. Ολοκληρώνοντας, τίθενται οι προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η παχυσαρκία, σήμερα, χαρακτηρίζεται ως μια σύγχρονη ασθένεια της εποχής.

Πριν όμως εξετάσουμε το γιατί, ας κάνουμε μια ιστορική αναδρομή στο φαινόμενο της παχυσαρκίας, για να δούμε πώς και σε ποιο βαθμό εμφανίστηκε το φαινόμενο αυτό και τι μεσολάβησε στη διάρκεια των αιώνων, για να εξελιχθεί σε τέτοιο ποσοστό, στη σημερινή εποχή.

Στους Αρχαίους πολιτισμούς της Αιγύπτου, της Ασσυρίας, της Ρώμης και της Ελλάδας, αναμφισβήτητα υπήρχαν παχείς άνθρωποι. Απ' όσο, όμως, μπορούμε να κρίνουμε από τα γραπτά και τα αγάλματα εκείνης της εποχής, οι άνθρωποι αυτοί ήταν λίγοι. Ακόμα και οι Ρωμαίοι αυτοκράτορες στα γηρατειά τους, σπάνια απεικονίζονταν πολύ παχείς.

Στην Βρετανική Εθνική Πινακοθήκη, μπορούμε να δούμε λεπτούς βασιλιάδες, βασίλισσες και αυλικούς που έζησαν από το 13^ο μέχρι τα μέσα του 17^{ου} αιώνα.

Ο Κάρολος Β΄, που έζησε στα τέλη του 17^{ου} αιώνα, ήταν ο μοναδικός σ' ολόκληρη την πινακοθήκη με πραγματικά μεγάλη κοιλιά. Αμέσως μετά από αυτόν, στη βασιλεία της Άννας, σχεδόν όλοι οι λόρδοι και λαίδες, ακόμα και οι τριαντάρηδες, ήταν παχύσαρκοι.

Πριν από αυτή την εποχή, η παχυσαρκία αποτελούσε σπάνιο φαινόμενο. Ιστορικά βιβλία αναφέρουν ότι στον 17^ο αιώνα, ο βρετανικός στρατός αριθμούσε 40.000 άντρες και ήταν εντυπωσιακός στις προελάσεις του, γιατί «ούτε ένας στρατιώτης δεν ήταν παχύς». Λίγοι

συγγραφείς χρησιμοποιούσαν την λέξη παχύσαρκος πριν από το 19^ο αιώνα.

Η παχυσαρκία, σαν συνηθισμένη κατάσταση εμφανίστηκε στις Δυτικές χώρες, τους τελευταίους αιώνες. Πρόσφατα, άρχισε να εμφανίζεται στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες της Αφρικής και άλλα μέρη του Τρίτου Κόσμου.

Τη δεκαετία του 1920, γιατροί στην Ανατολική Αφρική ανέφεραν ότι σχεδόν όλοι οι Αφρικανοί ήταν λεπτοί. Ακόμα και οι στρατιώτες που σιτίζονταν με άφθονο παραδοσιακό αφρικάνικο φαγητό, σπάνια εμφάνιζαν παχυσαρκία.

Αντιθέτως, οι Αφρικανοί που ζουν σήμερα στις πόλεις δεν είναι σπάνια παχείς. Μερικοί, μάλιστα από τους υπερβολικά παχείς ηγέτες τους, έχουν γίνει γνωστοί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Μπέρκιτ, 1983).

Σήμερα, στην Ελλάδα, η παχυσαρκία τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, με το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων να αγγίζει το 27%. Τα αίτια της είναι πολλά. Στην εποχή μας, κύρια αίτια θεωρούνται το stress (άγχος) και η πολυφαγία.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της, στην υγεία, σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές, αποδεικνύεται ότι οι παχύσαρκοι παθαίνουν τέσσερις φορές συχνότερα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο, αρθροπάθειες.

Γι' αυτούς, λοιπόν, τους λόγους, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. το 1985, χαρακτήρισε την παχυσαρκία, ως αρρώστια (Ντολάτζας, χ.χ.).

1.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον Οκτώβριο του 1980 η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. καθιέρωσε την 16^η Οκτωβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα Διατροφής. Είχε ως κύριο στόχο τον περιορισμό της πείνας. Σήμερα, ωστόσο, παρατηρείται το εξής οξύμωρο: από τη μια το 1/3 του πληθυσμού της γης μαστίζεται απ' τον υποσιτισμό και τις άθλιες συνθήκες υγιεινής, ενώ από την άλλη παρατηρείται υπερβολική κατανάλωση τροφίμων, η οποία οδηγεί στο «παγκόσμιο» πια πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Ένας από τους σημαντικότερους Ολλανδούς ζωγράφους, ο Ρούμπενς, αναπαράστησε σε ζωγραφικό πίνακα τις Τρεις Χάριτες, που με τα σημερινά δεδομένα θεωρούνται παχύσαρκες. Στην εποχή του το πάχος, σημάδι καλοζωίας, θεωρείτο εμφανισιακό προσόν και συνδεόταν με τη γυναικεία ομορφιά και γονιμότητα. Σήμερα, μετά την επέλαση των λιπόσαρκων μοντέλων της δεκαετίας του '60 στις παγκόσμιες πασαρέλες, το πάχος παραπέμπει πια σε ασχήμια, πλαδαρότητα και νοσηρότητα. Οι αισθητικές μας αντιλήψεις έχουν αλλάξει ριζικά. Γιατί, όμως, τότε η παχυσαρκία συνεχίζεται να αυξάνεται, και μάλιστα ραγδαία;

Το έτοιμο φαγητό, η αποχή από τη γυμναστική και η καθιστική ζωή αποτελούν το τρίπτυχο που ευθύνεται για την έξαρση του φαινομένου. Στις δυτικές χώρες φαίνεται πως μαστίζει έως και το 1/3 του πληθυσμού. Το αυξημένο σωματικό βάρος δύναται να εξελιχθεί σε σημαντικό παράγοντα για την υγεία. Οι υπέρβαροι άνθρωποι υφίστανται έντονες διακρίσεις στο κοινωνικό τους περιβάλλον και δέχονται επιπρόσθετα μια έντονη ψυχοκοινωνική πίεση.

1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η μελέτη των αιτιών του φαινομένου της παχυσαρκίας, των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και η μελέτη των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που εμφανίζονται στο παχύσαρκο άτομο.

Επιλέξαμε το θέμα αυτό, επειδή όπως έχει γίνει αντιληπτό, το πρόβλημα της παχυσαρκίας, στην εποχή μας, αυξάνεται ολοένα και περισσότερο και ως εκ τούτου, κρίναμε σκόπιμο να διερευνήσουμε τους πολυποίκιλους παράγοντες που συνδέονται με αυτή καθώς και τις επιπτώσεις της στο άτομο.

Επειδή, το φαινόμενο της παχυσαρκίας τείνει να πάρει την μορφή επιδημίας και επειδή ως κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούμε ότι έχουμε θέση στον τομέα της πρόληψης, αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό, προκειμένου να ενημερώσουμε και να ευαισθητοποιήσουμε το ευρύ κοινό.

1.4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

Σύμφωνα με την «Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό» Παχυσαρκία, είναι η κατάσταση του ατόμου που έχει 20-30% περισσότερο βάρος από αυτό που αναλογεί στην ηλικία, το φύλο και το σωματικό του τύπο.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ:

Σύμφωνα με τον Τεγόπουλο-Φυτράκη (σελ. 1293), Ψυχοκοινωνικός, είναι ο αναφερόμενος στις αλληλεπιδράσεις των κοινωνικών παραγόντων και συνθηκών και της ατομικής συμπεριφοράς.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Σύμφωνα με τη Γκέκελ (1994), ο όρος αυτός αναφέρεται στα έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το φαγητό.

«ΠΛΗΡΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑ»:

Κατά τον Μορτόγλου (1996), χαρακτηρίζεται η δίαιτα όπου παρατηρείται έντονο αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, δηλαδή τα άτομα που κάνουν αυτή τη δίαιτα χάνουν μυϊκό ιστό.

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Σύμφωνα με το Μάνο (1997), η ψυχοδυναμική θεραπεία στην ουσία είναι ένα φάσμα θεραπειών, εν τούτοις όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που την αποτελούν βασίζονται στην υπόθεση ότι το παρόν διαμορφώνεται και κυβερνάται από το παρελθόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: την **ανορεξία**, τη **βουλιμία** και την **παχυσαρκία**. Η ανορεξία και η βουλιμία τις περισσότερες φορές εμφανίζονται στα ίδια άτομα σε διαφορετικά στάδια της ύπαρξής τους. Τα ανορεξικά άτομα γίνονται βουλιμικά και τα βουλιμικά με τη σειρά τους μπορούν να εξελιχθούν σε ανορεξικά (Γκέκελ, 1994).

Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία-anorexia nervosa) είναι η εκούσια μείωση πρόσληψης τροφής, που κάποιες φορές, μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση θανατηφόρου αδυνατίσματος (Γκέκελ, 1994). Σύμφωνα με το Μάνο (1997), η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας, στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει τη πρόσληψη τροφής, επειδή φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα ανορεξικά άτομα παρουσιάζουν φθαρμένη φυσική κατάσταση που προκαλεί κάποιες φορές οίκτο και κάποιες άλλες ακόμα και αποστροφή.

Ωστόσο, τα ανορεξικά άτομα νιώθουν περήφανα που μπορούν να κρατούν στο χέρι τους τον οργανισμό τους και τις ανάγκες του. Όμως σε ψυχικό επίπεδο, τους λείπει η αυτονομία, δεν είναι ανεξάρτητα αλλά ούτε ικανά να αποφασίσουν για τους εαυτούς τους. Επιπλέον, φοβούνται, μήπως χάσουν τον έλεγχο που απέκτησαν με τόσες προσπάθειες και κόπο. Τα ανορεξικά άτομα παλεύουν ενάντια στην όρεξή τους, ζουν μέσα στο τρόμο μήπως και παχύνουν και ενώ είναι αφύσικα αδύνατα, αυτά πιστεύουν το αντίθετο. Απορρίπτουν τα φυσιολογικά γεύματα και

τρέφονται με μικρές ποσότητες ξηρών καρπών, γαλακτοκομικών και γλυκών (Γκέκελ, 1994).

Ένα ανορεξικό άτομο παρουσιάζει τα ακόλουθα συμπτώματα:

α) αρνείται να διατηρήσει το βάρος του ίσο ή ανώτερο του ελάχιστου βάρους, β) έχει υπέρμετρο φόβο του πάχους, ακόμα και όταν το άτομο έχει βάρος ιδιαίτερα χαμηλό, γ) αρνείται όλες τις συνέπειες, οι οποίες είναι ακόλουθες του υπερβολικού αδυνατίσματος, δ) δεν έχει φυσιολογική αντίληψη της μορφής και της εικόνας του σώματός του (Freud, 2005).

Διακρίνουμε δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας:

α) Τον **περιστασιακό τύπο**: το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους, κυρίως μέσω δίαιτας, νηστείας ή εξαντλητικής εξάσκησης. Κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, σύμφωνα με το Μάνο (1997), το άτομο δεν εμπλέκεται συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης.

β) Τον **τύπο υπερφαγίας/κάθαρσης**: το άτομο τρώει ανεξέλεγκτα και για να εμποδίσει τη λήψη βάρους κρατά μια στάση εξισορρόπησης, με ηθελημένους εμετούς, υπερβολική χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια άτομα που ανήκουν σ' αυτόν τον τύπο, τα οποία δεν τρώνε ανεξέλεγκτα, αλλά επιδίδονται συχνά σε κάθαρση μετά από την κατανάλωση μικρής ποσότητας τροφής.

Η άλλη κατηγορία διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής βουλιμία. Σύμφωνα με την Γκέκελ (1994), η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από άμετρη, παθολογική και ψυχικά εξαρτημένη ανάγκη από το φαγητό και κυρίως από τροφές που είναι πλούσιες σε θερμίδες. Η βουλιμική κρίση είναι μια βίαιη και ακαταμάχητη επιθυμία που συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου και μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας. Στο τέλος κάθε βουλιμικής κρίσης τα

άτομα κάνουν εμετό, με αποτέλεσμα να διατηρούν στο περίπου το βάρος τους. Τη βουλιμία μπορούμε να τη συναντήσουμε σε ανθρώπους ανεξαρτήτου βάρους, μπορούμε να συναντήσουμε σε παχύσαρκους αλλά και σε πολύ αδύνατους.(Schmidt, Treasure, χ.χ.). Τα βουλιμικά άτομα έχουν ευερέθιστη προσωπικότητα, είναι υπερβολικά ευγενικά, χαριτωμένα και αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Τα βουλιμικά άτομα δέχονται μόνο την τέλεια εικόνα τους και αρνούνται το πραγματικό Εγώ, το οποίο δε γνωρίζουν και του οποίου τις εκδηλώσεις φοβούνται. Φοβούνται μήπως αποτύχουν, φοβούνται να πουν όχι, φοβούνται την οικειότητα, φοβούνται τους άλλους, φοβούνται τη μοναξιά, φοβούνται τη δέσμευση, φοβούνται να φάνε... (Γκέκελ, 1994).

Κατά τους Schmidt, Treasure (χ.χ.), μπορούν να θεωρηθούν αιτίες της βουλιμίας.

- Αφαιρώντας γεύματα και στερώντας τον οργανισμό από θρεπτικά συστατικά είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσει το άτομο σε ξεσπάσματα βουλιμίας. Ακόμα, η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ καταστέλλει τις αναστολές και κάνει το άτομο πιο επιρρεπή.
- Η κατάθλιψη, η ανία, το άγχος, η ένταση, η μοναξιά, η απογοήτευση μπορούν να θεωρηθούν ψυχολογικά αίτια, καθώς το άτομο για να κατευνάσει τα παραπάνω αρνητικά συναισθήματα μπορεί να έχει ξεσπάσματα βουλιμίας. Αξίζει να σημειωθεί πως ακόμα και ένα μικρό ολίστημα στη δίαιτα μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε απογοήτευση και να χάσει εντελώς τον έλεγχο.

Σύμφωνα με το Μάνο (1997), την ψυχογενή βουλιμία τη διακρίνουμε σε δύο τύπους:

α) τον τύπο κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο εμπλέκεται συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών.

β) Τον τύπο μη κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών.

Κατά τον Fairburn (1999), έχει εμφανιστεί ένας καινούργιος τύπος βουλιμίας, η διαταραχή της βουλιμίας ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας αποτελεί μια καινούργια διαγνωστική κατηγορία. Η διαταραχή αυτή μοιάζει πολύ με την ψυχογενή βουλιμία από την άποψη των χαρακτηριστικών και της συχνότητας των βουλιμικών επεισοδίων. Επειδή, όμως, στη διαταραχή της βουλιμίας, κατά κανόνα, απουσιάζουν οι επανορθωτικές συμπεριφορές, οι οποίες και μειώνουν ή αναστρέφουν τα παχυντικά αποτελέσματα των επεισοδίων βουλιμίας, τα άτομα είναι κατά κανόνα υπέρβαρα.

Η βουλιμία παρουσιάζεται με τις εξής παραλλαγές: **α)** το σύνδρομο της νυχτερινής διατροφής. Πρόκειται για μια νυχτερινή μεγάλη πείνα, μια ανάγκη να φάμε μες στη νύχτα, **β)** η πείνα για ζάχαρη δηλαδή η επιτακτική επιθυμία για μια ζαχαρώδη τροφή που καταναλώνουμε κατ' επανάληψη, εκτός των γευμάτων, **γ)** η ψευδοβουλιμία, λέγεται επίσης «διατροφικός καταναγκασμός» και εμφανίζεται ως μια επιτακτική ανάγκη να φάμε εκτός των γευμάτων, **δ)** το τσιμπολόγημα ή «διατροφικό χάος» συνίσταται σε μερική ή πλήρη εγκατάλειψη των γευμάτων παρουσία άλλων μικρότερων σε ποσότητες αλλά ιδιαίτερα πλούσια σε θερμίδες (Freud, 2005).

Η τρίτη κατηγορία διατροφικής διαταραχής είναι η παχυσαρκία που σύμφωνα με τον Μορτόγλου (1996), ορίζεται ως η περίσσεια του λίπους στο σώμα που συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Η άμετρη πείνα που είναι εξαρτημένη σε

ψυχολογικό επίπεδο, οδηγεί στην παχυσαρκία όταν η υπερβολική ποσότητα φαγητού δεν αποβάλλεται από τον οργανισμό ή αποβάλλεται πολύ σπάνια. Τα παχύσαρκα άτομα είναι πιθανόν να προκαλούν αποστροφή και απέχθεια γι' αυτό το λόγο νιώθουν έντονα την απομόνωση. Αντιμετωπίζονται ως ουδέτερες οντότητες και καταπιέζονται διαρκώς από την ιδέα ότι πρέπει να αδυνατίσουν.

Η παχυσαρκία σύμφωνα με τη Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό διακρίνεται στους ακόλουθους τύπους:

- α. Παχυσαρκία διαιτητική:** η παχυσαρκία που προκαλείται απλώς από τη συνήθεια που έχει το άτομο να τρώει πολύ και μάλιστα τροφές που είναι πλούσιες σε λίπη και υδατάνθρακες.
- β. Παχυσαρκία ενδογενής:** η παχυσαρκία που προκαλείται από κάποια οργανική ανωμαλία, π.χ. ανισορροπία στους αδένες έσω εκκρίσεων ή κακή λειτουργία του μεταβολισμού.
- γ. Παχυσαρκία εξωγενής:** η παχυσαρκία που προκαλείται από υπερβολική πρόσληψη τροφής και όχι από κάποια οργανική δυσλειτουργία.
- δ. Παχυσαρκία γενετική:** παχυσαρκία που εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες. Η σύγχρονη άποψη είναι ότι προκαλείται από υπερπληθώρα κυττάρων λίπους, η οποία είναι κληρονομική.
- ε. Παχυσαρκία υποθαλαμική:** παχυσαρκία που προκαλείται από δυσλειτουργία του υποθάλαμου, συγκεκριμένα, από βλάβη στη μεσοκοιλιακή χώρα.
- στ. Παχυσαρκία θανατηφόρα:** παχυσαρκία, κατά την οποία, το βάρος του ατόμου είναι αυξημένο κατά 50% σε σχέση με αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία, το φύλο και το σωματικό τύπο του ατόμου.

ζ. **Παχυσαρκία ωοθηκών:** παχυσαρκία, η οποία θεωρείται από ορισμένους ότι προκαλείται από ανισορροπία των ορμονών του φύλου. Η μορφή αυτής της παχυσαρκίας εντοπίζεται στις γυναίκες, οι οποίες σε μεγάλη ηλικία έχουν μεγαλύτερη τάση προς την παχυσαρκία.

Ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών υπάρχουν κοινές ρίζες που βυθίζονται από τις πρώτες φάσεις διατροφής, στην ικανοποίηση της ανάγκης θηλασμού. Κατά τη Ρενάτε Γκέκελ (1994), τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές δεν δέχθηκαν απλώς πολύ λίγα. Συχνά η τροφή, η προστασία, η αποδοχή δε δόθηκαν όταν επιζητούνταν, αλλά όταν ο ενήλικας θεωρούσε σωστό να τα παραχωρήσει. Με αποτέλεσμα, το νεογέννητο κάτω απ' αυτές τις συνθήκες να μαθαίνει να αρπάζει και να κρατάει σφιχτά αυτό που δέχεται. Δεδομένου ότι δεν κατέχει ακόμα την έννοια του χρόνου, δρα στη βάση της αρχής «ή τώρα ή ποτέ». Αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς είναι εύκολα παρατηρήσιμο στα άτομα που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές και στην ενηλικίωση: περιορισμένη ικανότητα αντοχής στις απογοητεύσεις, απληστία, λαιμαργία, τάση αγκίστρωσης στους άλλους στις φιλικές ή ερωτικές σχέσεις. Πιστεύουν πως δεν μπορούν ποτέ να πάρουν αρκετά και, κυρίως την στιγμή που το επιθυμούν.

Σύμφωνα με τους Schmidt, Treasure (χ.χ.), οι αυτοάμυνες σκέψεις είναι η ρίζα της κατάθλιψης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης που οδηγούν σε χειροτέρευση των διατροφικών προβλημάτων και που είναι σημαντικό τα άτομα να έχουν επίγνωση αυτών των σκέψεων και να τις κρίνουν.

- Η απαισιοδοξία, η έλλειψη ελπίδας και το αίσθημα του αναπόφευκτου κακού (τα πράγματα θα είναι έτσι οπουδήποτε και αν πας) και της αποτυχίας. Είναι μια στάση που παραλύει το άτομο

κυριολεκτικά, κάνοντάς το να νιώθει αδύναμο να θέσει κάποιο έλεγχο στα γεγονότα ή να αλλάξει κάποια πράγματα στη ζωή του.

- Το να στέκεται το άτομο στα αρνητικά πράγματα που συμβαίνουν στη ζωή του.
- Ενοχικές σκέψεις.
- Η προσπάθεια που κάνει το άτομο να ευχαριστεί τους άλλους, νιώθοντας μια συνεχή υποχρέωση απέναντί τους.
- Η τάση που έχει το άτομο για απόλυτο έλεγχο και ο φόβος για κάποιο επερχόμενο χάος.

2.2. ΤΟ ΕΓΩ, ΤΟ ΥΠΕΡΕΓΩ ΚΑΙ ΤΟ ΕΚΕΙΝΟ

Τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές είναι πρόσωπα που δεν αγαπούν το Εγώ τους. Το άγχος, η υποτίμηση, ο φόβος της εγκατάλειψης που νιώθουν τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, καθώς και ποικίλα συγκινησιακά τραύματα που έχουν διαταράσσουν την αναζήτηση της ευτυχίας και υπονομεύουν τις σχέσεις. Κάθε φορά που ένας κίνδυνος εμφανίζεται απειλητικός, για να αποφύγουν να τον αντιμετωπίσουν, θέτουν σε λειτουργία κάθε είδους μηχανισμού άμυνας.

Όταν ένα σύνολο από ασυνείδητες, λανθάνουσες αντιδράσεις που βρίσκονται κρυμμένες μέσα τους, αναλάβουν δράση, αρχίζουν και αλληλεπιδρούν. Βασανίζονται τότε από τους εσωτερικούς τους δαίμονες, τις απωθημένες επιθυμίες του Εκείνου που κάνουν τη συμπεριφορά διαφορούμενη και τη σχέση με τη τροφή τόσο πολύπλοκη.

2.2.1. ΟΙ ΤΡΕΙΣ «ΠΡΩΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ» ΤΟΥ ΨΥΧΙΣΜΟΥ

Ο Ζίγκμουντ Φρόιντ δομεί την συνείδηση σε τρία επίπεδα, τρεις βαθμίδες:

- Το **συνειδητό**: αυτό που αντιλαμβανόμαστε στην παρούσα κατάσταση.
- Το **προσυνειδητό** : οτιδήποτε βρίσκεται στη διάθεση της συνείδησης, με την προϋπόθεση πως το θυμόμαστε, ως πρόσφατο γεγονός.
- Το **ασυνειδητό**, που σχηματίζεται από όλες τις πρωταρχικές ενορμήσεις, τα ένστικτα, τις επιθυμίες, από οτιδήποτε είναι υπερβολικά οδυνηρό για τη συνείδηση και το έχουμε απωθήσει.

Σε αυτές τις τρεις βαθμίδες αντιστοιχούν τρεις δομές της προσωπικότητας: το *Εγώ*, το *Εκείνο* και το *Υπερεγώ*.

Το **Εγώ** δηλώνει την ψυχική προσωπικότητα στο σύνολό της. Δεν περιορίζεται μόνο στη συνειδητή της, αλλά περιέχει και μια ασυνείδητη πλευρά. Όπως η προσωπικότητα, έτσι και το «εγώ» διαμορφώνεται σταδιακά. Το παιδί που μεγαλώνει αντιλαμβάνεται βαθμιαία τον εαυτό του ως μια πραγματικότητα ξεχωριστή από τους γονείς του. Ακολουθεί τη διαδικασία ατομικοποίησής του, η οποία όμως ενδέχεται να εμποδιστεί από το «αυτό» και το «υπερεγώ». Η κύρια λειτουργία του «εγώ» είναι να διατηρεί την ισορροπία, καθώς βρίσκεται εκτεθειμένο ανάμεσα στις παρακλήσεις του «αυτό», τις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής, τις απαγορεύσεις του «υπερεγώ» και την προσδοκία για ψυχική ασφάλεια. Είναι ένα είδος διαιτητή μεταξύ του «αυτό» και του «υπερεγώ». Στη δομή του «εγώ» κυριαρχεί η αρχή της πραγματικότητας, ένα είδος ρυθμιστή, ελεγκτή της συνεχούς αναζήτησης ηδονής. (Freud, 2005).

Για παράδειγμα, η αρχή της ηδονής μπορεί να προκαλέσει ένα παχύσαρκο άτομο να πάρει και δεύτερο κομμάτι από κάποιο τυρί πλούσιο σε λιπαρά, αλλά η αρχή της πραγματικότητας θα το εμποδίσει και θα λογικευτεί, δίνοντάς του έτσι τη δυνατότητα να συγκρατηθεί.

Το **Εκείνο** είναι το ασυνείδητο μέρος της ψυχικής ζωής και περιλαμβάνει τα ένστικτα, τις πρωτόγονες ορμές και τις απωθημένες επιθυμίες. Γνωρίζουμε το Εκείνο μόνο έμμεσα με τα όνειρα, τις παραδρομές της γλώσσας και με τον ελεύθερο συνειρμό. Το Εκείνο είναι το πρωτογενές, το πρωτόγονο μέρος της ψυχικής συσκευής, δεν έχει όρια, είναι άχρονο και άλογο χωρίς συνέπεια. Κυρίαρχο κίνητρο στη περιοχή του είναι η libido (Παρασκευόπουλος, 1988). Το Εκείνο υπακούει αποκλειστικά στην αρχή της ηδονής και επιδίωξή του είναι η άμεση ικανοποίηση των ορμών. Για παράδειγμα, αν ένα παχύσαρκο άτομο θελήσει να φάει ένα κουτί γλυκά, η λογική παραγκωνίζεται και το άτομο δρα αναζητώντας τη στιγμιαία απόλαυση .

Το **Υπερεγώ** λειτουργεί ως ένα είδος λογοκρισίας. Ο τρόπος με τον οποίο σχηματίζεται το «υπερεγώ» είναι καθοριστικός για τη ζωή του ενήλικου. Όσο πιο άκαμπτο είναι, τόσο πιο τυραννικό γίνεται και τόσο περισσότερο κινδυνεύει να γίνει παθολογικό. Το «υπερεγώ» ασκεί την εξουσία του, τόσο στο συνειδητό όσο και στο ασυνείδητο επίπεδο (Freud, 2005). Για παράδειγμα, η Ν., μια παχύσαρκη γυναίκα, η οποία προσπαθεί να κάνει δίαιτα νιώθει επιτακτική, μια άμεση επιθυμία να φάει αντί για ένα κομμάτι πίτσα, πολλά περισσότερα. Η επιτακτική επιθυμία της απορρέει από το «αυτό», το οποίο δημιουργεί ένταση στον οργανισμό. Το «εγώ» της επιβάλλει να διαπραγματευτεί με το «αυτό» και της προτείνει εναλλακτικές λύσεις (να φάει ένα φρούτο ή ένα γιαουρτάκι αν εξακολουθεί να νιώθει το αίσθημα της πείνας). Αν τώρα το «υπερεγώ» λειτουργήσει κρίνοντας τη προσπάθεια της Ν. και τις

δημιουργήσει σκέψεις του τύπου «δεν πρόκειται να τα καταφέρεις ποτέ», τότε είναι πολύ πιθανόν η Ν. απογοητευμένη να υποκύψει στην επιτακτική επιθυμία της και να φάει πολύ περισσότερο. Αν, όμως, το «υπερεγώ» δημιουργήσει θετικές σκέψεις στην Ν., τότε το πιο πιθανό είναι να μην υποκύψει στον πειρασμό.

2.3. ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ

Για να χαλιναγωγήσουμε τα συναισθήματά μας, καταφεύγουμε σε μέσα προστασίας, μηχανισμούς άμυνας, οι πιο διαδεδομένοι από τους οποίους είναι:

Η απόθηση: Ορίζει μια πράξη με την οποία το άτομο απωθεί στο ασυνείδητο αναμνήσεις, που, εάν ελευθερωθούν, υπάρχει ο κίνδυνος να προκαλέσουν πόνο και δυσαρέσκεια (Freud, 2005).

Η εκλογίκευση: Το άτομο βρίσκει διάφορες λογικοφανείς δικαιολογίες για μια απρεπή συμπεριφορά, για ένα γεγονός, μια στάση που έχει σχετικά με το επιπλέον βάρος του (Παρασκευόπουλος, 1988).
Παράδειγμα: *«Είμαι παχύς γιατί και ο πατέρας μου είναι παχύς, επομένως τα επιπλέον κιλά που έχω, οφείλονται στη κληρονομικότητα».*

Η ταύτιση: Το άτομο υιοθετεί συμπεριφορές και τρόπους ζωής κάποιου ατόμου που αγαπά ή θαυμάζει (Freud, 2005).

Η άρνηση: Το άτομο δεν αποδέχεται την πραγματικότητα που του προκαλεί άγχος (Freud, 2005). Παράδειγμα: *«Δεν είμαι και πολύ παχιά...».*

Η προβολή: Το άτομο, για να αντιμετωπίσει προβλήματα, απαράδεκτες τάσεις και σκέψεις του, προβάλλει σε άλλους ιδέες και κίνητρα που έχει ο ίδιος και του δημιουργούν άγχος (Παρασκευόπουλος, 1988).

Παράδειγμα: «Το ότι είμαι παχιά, οφείλεται στον άνδρα μου που δεν προσέχει».

Η φαντασίωση: Το άτομο δραπετεύει σ' έναν κόσμο ονείρων και ιδεών, όταν τα πρακτικά προβλήματα γίνονται επώδυνα. Παράδειγμα: η Γ. συλλογίζεται τη μέρα που θα εμφανιστεί ο πρίγκιπας της «Α, όταν τον βρω, θα αδυνατίσω και θα είμαι επιτέλους ευτυχισμένη!» (Freud, 2005).

Η απομόνωση: Το άτομο έχει την επιθυμία να μείνει μόνο του γιατί με αυτό τον τρόπο νιώθει ότι προστατεύεται. Παράδειγμα: Η Τ., η οποία είναι πολύ παχιά, νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε και προτιμά να απομονώνεται (Freud, 2005).

2.4. ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Για τα παιδιά και τους εφήβους υπάρχουν καμπύλες βάρους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το ύψος, στα βιβλιάρια υγείας του παιδιού. Επιδίωξη πρέπει να είναι το βάρος να βρίσκεται σταθερά κάτω από την 95^η εκατοστιαία θέση, αλλά και πάνω από την 10^η (Μορτόγλου, 1996).

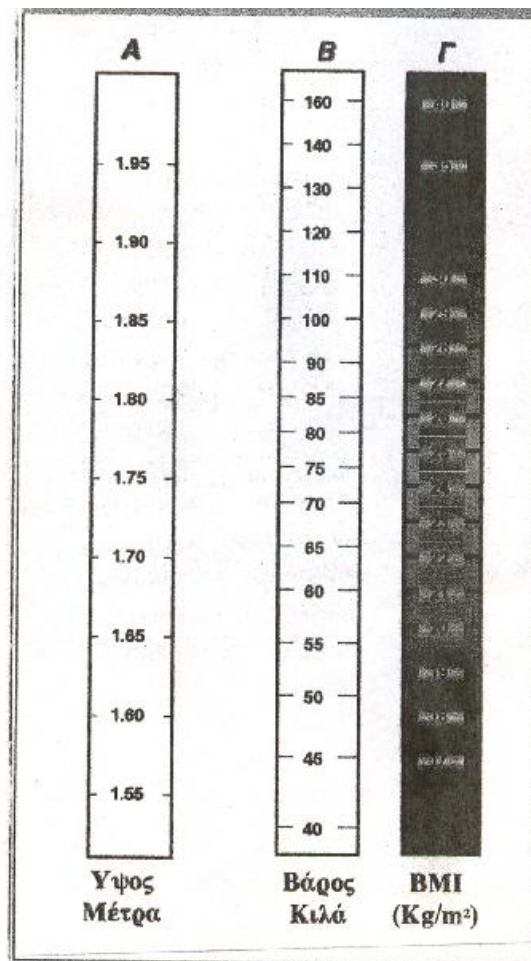
Για άτομα ηλικίας 20-65 ετών, η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει καθιερώσει ένα μέτρο που λέγεται **δείκτης μάζας σώματος** ή δείκτης Body Mass Index (**BMI**). Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται αν διαιρέσουμε το βάρος σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (κιλά/μέτρα²) (Μορτόγλου, 1996).

Σύμφωνα με τη Τερσεκίδου (1999), ο δείκτης μάζας σώματος, δηλαδή το ποσοστό του λίπους στο σώμα μας, φανερώνει εάν το άτομο είναι φυσιολογικό ή παχύσαρκο.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{\text{Υψος (m}^2\text{)}}$$

Ο πίνακας που υπάρχει μπορεί να διευκολύνει στον υπολογισμό του δείκτη μάζας του σώματός σας. Αφού ζυγιστείτε και μετρήσετε σωστά το ύψος σας, σημειώνετε με ένα X το ύψος σας στην στήλη Α και με ένα άλλο X το βάρος στη στήλη Β. Ενώνετε τα δύο X και επιμηκώνετε την γραμμή ώστε να κόψει τη στήλη Γ.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI)



Το σημείο τομής στην στήλη Γ είναι ο δικός σας δείκτης μάζας σώματος. Φυσιολογικό πλαίσιο θεωρείται να βρίσκετε κανείς μεταξύ του 20 και του 25. Σε κάθε περίπτωση, στον υπολογισμό του BMI θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το φύλο, η ηλικία και η ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου (Ellrott, Pudel, 1998).

Μία άλλη μέθοδος εκτίμησης του φυσιολογικού βάρους είναι η μέθοδος Broca.

Ιδανικό βάρος ανδρών : $[(\text{Υψος (cm)} - 100) - 10\%]$

Ιδανικό βάρος γυναικών : $[(\text{Υψος (cm)} - 100) - 15\%]$

Παράδειγμα: έστω άνδρας ύψους 180 cm. Το ιδανικό βάρος του είναι $[(180-100) - 10\%] \Rightarrow 80-8= 72 \text{ Kg}$. Ο άνδρας αυτός θεωρείται παχύσαρκος αν το πραγματικό του βάρος είναι μεγαλύτερο σε ποσοστό άνω του 10% του ιδανικού τους βάρους (Κατσίλαμπρος, 1982).

Τέλος, μια απλοϊκή μέθοδος, υπολογισμού του ιδανικού βάρους είναι η εφαρμογή των τύπων του Lorenz.

Ιδανικό βάρος γυναικών : $(\text{Υψος} - 100) - [(\text{Υψος} - 150)/2]$

Ιδανικό βάρος ανδρών : $(\text{Υψος} - 100) - [(\text{Υψος} - 150)/4]$

(Μορτόγλου, 1998).

2.5. ΟΡΘΟΒΑΡΟΣ, ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ

Ο υπολογισμός του ορθόβαρου ενήλικου ατόμου γίνεται με τον τύπο $B=Y-100$. Πρακτικά, για να βρεθεί το βάρος που πρέπει να έχει ένα άτομο αρκεί να αφαιρέσει κανείς 100 από το ύψος του, υπολογισμένο σε cm, και το υπόλοιπο που θα προκύψει, δηλώνει το κανονικό βάρος που πρέπει να έχει σε kg. Από αυτά που ήδη έχουμε προαναφέρει όποιος έχει

δείκτη μάζας σώματος που κυμαίνεται από 20 έως 25, θεωρείται ορθόβαρος (Ζαμπάκος, 1989).

Όποιος έχει δείκτη μάζας ο οποίος ξεπερνά το 25 και μπορεί να φθάσει το 29,9 θεωρείται υπέρβαρος. Όποιος έχει δείκτη μάζας σώματος από 30 έως 34,5 θεωρείται παχύσαρκος 1^ο βαθμού. Όσοι έχουν δείκτη μάζας που βρίσκεται ανάμεσα στο 35 έως 39,9 θεωρείται ότι έχουν παχυσαρκία 2^ο βαθμού. Τέλος, όσοι έχουν δείκτη μάζας σώματος πάνω από το 40 πάσχουν από νοσογόνο παχυσαρκία 3^ο βαθμού, η οποία πιστεύεται ότι είναι και ιδιαίτερα επικίνδυνη (Ellrott, Pudel, 1998).

2.5.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	BMI	Παράδειγμα: Άνδραξή γυναίκα 1,80cm
Χαμηλό ΣΒ	<20	<64,8kg
Φυσιολογικό ΣΒ	20-24,9	64,8-80,7kg
Αυξημένο ΣΒ Παχυσαρκία 1 ^ο βαθμού	25-29,9	80,8-96,9kg
Παχυσαρκία Παχυσαρκία 2 ^ο βαθμού	30-39,9	97,0-129,3kg
Νοσογόνος Παχυσαρκία Παχυσαρκία 3 ^ο βαθμού	>40	>129,3kg

Ενεργειακή ισορροπία (ισοζύγιο ενέργειας)

Σύμφωνα με τον Κατσίλαμπρο (2003), η βασική αρχή της ενεργειακής ισορροπίας βασίζεται στη παρακάτω σχέση: αλλαγές στις ενεργειακές αποθήκες= ενεργειακή πρόσληψη-ενεργειακή κατανάλωση.

Θετική ενεργειακή ισορροπία επισυμβαίνει όταν η ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση, οπότε προκαλείται αύξηση των ενεργειακών αποθεμάτων και του βάρους του σώματος. Αντίθετα, *αρνητική ενεργειακή ισορροπία* συμβαίνει όταν η πρόσληψη είναι μικρότερη από την κατανάλωση, προκαλώντας ελάττωση των ενεργειακών αποθεμάτων και απώλεια βάρους.

Υπό κανονικές συνθήκες, η ενεργειακή ισορροπία μεταβάλλεται από γεύμα σε γεύμα, από μέρα σε μέρα και από εβδομάδα σε εβδομάδα, χωρίς καμία μόνιμη αλλαγή στις αποθήκες του σώματος ή στο βάρος. Πολλαπλοί φυσιολογικοί μηχανισμοί ενεργούν σε κάθε άτομο, για να εξισορροπούν τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με την κατανάλωση και να διατηρούν το βάρος του σώματος σταθερό μακροχρόνια. Έτσι, μόνον όταν υπάρχει θετική ενεργειακή ισορροπία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, είναι πιθανό να εμφανιστεί παχυσαρκία.

2.6. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Thomas Ellrott Voluer Pudel (1998), τα αίτια του αυξημένου σωματικού βάρους, αποδίδονται εδώ και δεκαετίες στις χωρίς μέτρο διατροφικές συνήθειες των υπέρβαρων.

Γι' αυτόν τον λόγο, λοιπόν, είναι κυρίαρχη η άποψη που χαρακτηρίζει την τελευταία δεκαετία, τόσο την Ευρώπη όσο και την κοινή γνώμη, σύμφωνα με την οποία «Το σωματικό βάρος του ανθρώπου αποτελεί πάντοτε τον καθρέπτη των διατροφικών του συνηθειών».

Ο τρόπος, επίσης, ζωής, σύμφωνα με τον Ντολάτζα, συμβάλλει στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας.

Ο Έλληνας, για παράδειγμα, συνηθίζει το πρωί να μην τρώει ή να τρώει ελάχιστα. Το μεσημέρι τρώει λίγο και βιαστικά ή τρώει πολύ και αμέσως πέφτει για ύπνο, ενώ το βράδυ συνηθίζει να τρώει και να πίνει πολύ. Μάλιστα, έχει φτάσει σε τέτοιο σημείο να γίνει συνήθεια αυτός ο τρόπος ζωής, ώστε δεν υπάρχει συντροφιά να ετοιμάζεται για έξοδο, που αφού απορρίψει όλες τις άλλες λύσεις, να μην καταλήξει τελικά στην ταβέρνα, στην ψησταριά, στο ουζερί, κ.λπ. Το ίδιο συμβαίνει και όταν μαζεύονται στα σπίτια. Χωρίς το κλασικό φαγοπότι, δεν περνάει η βραδιά...

Δεν πρέπει, βέβαια, να παραγνωρίζονται και οι γενετικοί παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με τον Μορτόγλου (1996), η επίδραση της κληρονομικότητας στην εμφάνιση ή όχι της παχυσαρκίας, είναι σήμερα αναμφισβήτητη.

Μελέτες που έγιναν σε παιδιά παχύσαρκων γονέων, υιοθετημένα από άτομα με λεπτό σώμα, έδειξαν ότι όσο τα παιδιά μεγάλωναν, αποκτούσαν πιο συχνά, τα χαρακτηριστικά του σωματικού βάρους των φυσικών τους γονέων παρά των θετών. Το αντίθετο, ακριβώς παρατηρείται όταν οι φυσικοί γονείς είναι λεπτόσωμοι και οι θετοί παχύσαρκοι.

Αλλά και μελέτες που έγιναν σε δίδυμους, έδειξαν ότι: όταν οι δίδυμοι είναι ομογενείς, δηλαδή προέρχονται από ένα ωάριο και συνεπώς είναι ακριβώς ίδιοι, εφ' όσον ο ένας από τους δύο παχύνει σε

νεαρή ηλικία, θα παχύνει και ο άλλος με πιθανότητες 81%. Αντίθετα, όταν οι δίδυμοι προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και ο ένας παχύνει, τότε ο άλλος έχει πιθανότητες να παχύνει μόνο 42%.

Τέλος, ενδιαφέρον είναι ότι εάν ο ένας μονογενής δίδυμος παχύνει στην ενήλικη ζωή, ο άλλος έχει πιθανότητες να παχύνει 67% και όχι 81%, δηλαδή το διαφορετικό περιβάλλον που ζουν συνήθως, μετά την ενηλικίωση, αποτρέπει, έστω και μερικώς, την εμφάνιση ισχυρών κληρονομικών χαρακτηριστικών.

Παρά την ύπαρξη, όμως, της γενετικής προδιάθεσης, η μεταβλητότητα του σωματικού βάρους σε επίπεδο πληθυσμού καθορίζεται ως επί το πλείστον και από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Thomas Ellrott Voluer Pudel (1998), μελέτες στις οποίες εφαρμόστηκε υπερσίτιση σε τροφίμους φυλακών και οι οποίες οδήγησαν γενικά σε αύξηση του σωματικού βάρους που παρατηρηθήκαν στον πληθυσμό, κατά τον τελευταίο Παγκόσμιο Πόλεμο και μεταπολεμικά, είναι στοιχεία που δείχνουν πόσο μπορεί να μεταβληθεί ο φαινότυπος από αλλαγές του περιβάλλοντος και μόνο, χωρίς να μεταβληθεί η γονιδιακή βάση.

Σύμφωνα με τον Ζαμπάκο (1989), κατά τον Linner, άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας, είναι:

α. Μειωμένη δραστηριότητα-Αδράνεια. Η απουσία σωματικής άσκησης έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της κυκλοφορίας του αίματος και κατά συνέπεια την αύξηση του βάρους. Αντιθέτως, η αύξηση της κινητικής δραστηριότητας (περπάτημα, τρέξιμο, κ.λπ.) οδηγεί σε αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος, η οποία είναι αναγκαία για την απώλεια βάρους, καθώς τα περιττώματα πρέπει να

μεταφερθούν στα όργανα αποβολής (δέρμα, πνεύμονες, νεφροί, έντερα) (ISA ANDERSON KELSON N.D., M.B.N.O.A.).

- β. Οικογενειακή επιρροή.** Η οικογένεια είναι το σύστημα εκείνο που επιδρά περισσότερο από κάθε άλλον στο είδος των συναισθημάτων που τρέφει το άτομο για τον εαυτό του και ειδικότερα στη στάση του ατόμου σε σχέση με το βάρος του (Άσγουορθ, 1999).
- γ. Οικονομικοί παράγοντες.** Εδώ, αξίζει να αναφερθεί ότι η μεσαία και η κατώτερη κοινωνική τάξη, έχουν υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων ατόμων, συγκριτικά με την ανώτερη (Ματσανιώτης, χ.χ.).
- δ. Εκπαίδευση.** Η έλλειψη εκπαίδευσης, συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Γι' αυτό τον λόγο, κρίνεται αναγκαία η ενημέρωση των παιδιών αλλά και των ενηλίκων, έτσι ώστε να αποκτήσουν γνώση και συνείδηση γύρω απ' το θέμα της παχυσαρκίας και των βλαβερών επιπτώσεών της στον πληθυσμό. Η ενημέρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, διαλέξεων και διδακτικών συγκεντρώσεων (Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», 5^{ος} τόμος).
- ε. Ψυχολογικοί παράγοντες.** Οι ψυχολογικοί παράγοντες, που ευθύνονται για την παχυσαρκία, σύμφωνα με την «Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό», είναι: η επίμονη συναισθηματική ένταση, η χρήση τροφής ως υποκατάστατου σεξουαλικής ματαιώσης ή απογοήτευσης, η επιμονή των γονέων στο φαγητό, η χρήση φαγητού ως αμοιβής στην παιδική ηλικία, η συναισθηματική στέρηση κατά το στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και οι τάσεις φυγής από την ένταση και την αβεβαιότητα των κοινωνικών σχέσεων.

Τέλος, δύο πολύ σημαντικοί ψυχολογικοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι το **άγχος** και η **κατάθλιψη**.

Άγχος

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη.

Συνήθως, το άγχος, είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κ.τ.λ.). Υπάρχουν, λοιπόν, μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και αύξησης βάρους. Πειράματα, επίσης, που έχουν γίνει, απέδειξαν ότι κάτω από καταστάσεις άγχους, οι άνθρωποι έχουν την τάση να καταναλώνουν τροφές υψηλότερης περιεκτικότητας σε λίπος, άρα και θερμιδικής αξίας. Επίσης, η ορμόνη κορτιζόλη που κυκλοφορεί σε υψηλότερα επίπεδα σε αγχώδεις ανθρώπους, φαίνεται να ευνοεί την εναπόθεση λίπους στον οργανισμό και να εμποδίζει την καταστροφή του.

Τέλος, το άγχος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υπομονή του ανθρώπου να συνεχίσει ένα πρόγραμμα διαίτας που έχει αρχίσει και έτσι σχετίζεται με τις υποτροπές και την έλλειψη συνεργασίας (www.medlook.net).

Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων, όπως:

1. **Καταθλιπτική διάθεση:** Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κ.τ.λ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα.
2. **Ανηδονία:** Απώλεια της ευχαρίστησης (=ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό.
3. **Άγχος:** Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα, όπως ιδρώτας, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, κ.τ.λ.
4. **Διαταραχή του ύπνου:** Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή).
5. **Διαταραχή της όρεξης:** Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους-ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.
6. **Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας):** Συχνά παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή

εξάντλησης σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.

- 7. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido):** Συχνή είναι η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.
- 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση:** Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονοπλευρικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φτάσει να μοιάζει στην κατατονία.
- 9. Ψυχοκινητική διέγερση:** Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω - κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.
- 10. Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες:** Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κ.λπ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει τις συνηθισμένες ασχολίες.

- 11. Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας:** Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα-μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάστασή του.
- 12. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας:** Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί την συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.
- 13. Αισθήματα-σκέψεις ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση:** Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ότι του αναλογεί. Επίσης, το

αίσθημα αναξιοπιστίας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου.

- 14. Δυσκολία στη συγκέντρωση:** Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονιούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κ.λπ.
- 15. Ψύχωση:** Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του.

Τέλος, εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως *πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος* κ.ά.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι άλλοι **παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση του βάρους**, είναι:

§ Διακοπή του καπνίσματος

Το κάπνισμα προκαλεί αύξηση του μεταβολικού ρυθμού και τείνει να ελαττώνει την πρόσληψη τροφής σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Το κάπνισμα, συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με το βάρος του σώματος και οι καπνιστές συχνά, κερδίζουν βάρος όταν διακόπτουν αυτή τη συνήθεια. Ο Williamson, μελέτησε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα καπνιστών και μη καπνιστών στις Η.Π.Α. (1971-1984) και βρήκε ότι το μέσο βάρος σώματος που κερδίστηκε και το οποίο αποδόθηκε στη διακοπή του καπνίσματος, ήταν 2,8kg στους άνδρες και 3,8kg στις γυναίκες. Επίσης, οι βαρείς καπνιστές (περισσότερα από 15 τσιγάρα την ημέρα) και τα νεότερα άτομα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής αύξησης του βάρους (>13kg) μετά τη διακοπή του καπνίσματος (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος 2003).

§ Κατάχρηση οινοπνευματωδών

Το ανθρώπινο σώμα αδυνατεί να αποθηκεύσει το οινόπνευμα και έτσι η οξείδωση του καταναλισκόμενου οινοπνεύματος αποτελεί για τον οργανισμό προτεραιότητα σε σχέση με άλλα μακροθρεπτικά στοιχεία. Συνεπώς, η κατανάλωση οινοπνεύματος καλύπτει κάποιες από τις ενεργειακές ανάγκες του σώματος και επιτρέπει την αποθήκευση ενός μεγαλύτερου ποσοστού ενέργειας από τις άλλες τροφές, γι' αυτό και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο συσσώρευσης κοιλιακού λίπους (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

§ Φαρμακοθεραπεία

Η χρήση φαρμάκων είναι δυνατόν να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους. Οι ενήλικες από μακροχρόνια αγωγή με

κορτικοστεροειδή για ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο αύξησης του βάρους, καθ' ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου επιδεινώνουν τα αποτελέσματα της περιορισμένης σωματικής δραστηριότητας (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

§ Παθολογικές καταστάσεις

Συγκεκριμένες γενετικές ανωμαλίες, καθώς και κάποιες ενδοκρινολογικές παθήσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing και οι όγκοι του υποθαλάμου, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του βάρους. Ωστόσο, οι παθήσεις αυτές αποτελούν πολύ σπάνιες αιτίες παχυσαρκίας και ενοχοποιούνται για ένα πολύ μικρό ποσοστό παχυσαρκίας, στο γενικό πληθυσμό (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

§ Αλλαγές σε κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες

Ο γάμος, η γέννηση ενός παιδιού, μια καινούρια δουλειά, καθώς και οι κλιματικές μεταβολές, μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες αλλαγές των συνηθειών διατροφής και επακόλουθη αύξηση του βάρους (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

2.7. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι αρρώστια της εποχής μας και εμφανίζεται όχι μόνο σε άτομα εύπορων οικογενειών, όπως παλιότερα, αλλά κυρίως σε λαϊκά στρώματα, όντας έτσι μια «λαϊκή αρρώστια» με δυσάρεστες επιπτώσεις, τόσο στον κοινωνικο-οικονομικό τομέα, όσο και στα δυναμικά βιολογικά αποθέματα μιας κοινωνίας, αφού είναι γνωστό ότι ευθύνεται για πολλές εκφυλιστικές παθήσεις, όπως η αρτηριοσκλήρωση,

η υπέρταση, διάφορες καρδιοπάθειες και τέλος για τη βράχυνση της ζωής αυτών των ατόμων (Ζαμπάκος, 1989).

Το σύνολο των επιδημιολογικών και κλινικών μελετών αποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας. Η μελέτη που γίνεται στο Framingham των Η.Π.Α. απέδειξε ότι στις ηλικίες 30-42 ετών, για κάθε αύξηση βάρους κατά 0,5 κιλό, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου αυξάνει κατά 1%, ενώ στις ηλικίες 50-62 και για την ίδια αύξηση, ο σχετικός κίνδυνος γίνεται μεγαλύτερο κατά 2% (Μορτόγλου,1996).

2.7.1. ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι χρόνιας παθήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την παχυσαρκία, περιλαμβάνουν:

§ Καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD), περιλαμβάνουν τη στεφανιαία νόσο (CHD), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την περιφερική αγγειακή νόσο.

Μάλιστα, η στεφανιαία νόσος και το εγκεφαλικό επεισόδιο ευθύνονται για ένα μεγάλο ποσοστό θανάτων ανδρών και γυναικών στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, ενώ τα ποσοστά εμφάνισής τους αυξάνονται και στα αναπτυσσόμενα κράτη.

Σύμφωνα με 15ετή μελέτη παρακολούθησης 16.000 ανδρών και γυναικών στην Ανατολική Φινλανδία, υπήρξε το συμπέρασμα ότι η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για CHD-σχετιζόμενη θνησιμότητα στους άνδρες και ότι συμβάλλει στον κίνδυνο εμφάνισης CHD στις γυναίκες.

Ακολούθησαν και άλλες μελέτες, οι οποίες έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης CHD που σχετίζεται με την παχυσαρκία είναι μεγαλύτερος σε ομάδες μικρότερης ηλικίας και σε άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία, παρά σε άτομα με περίσσεια λίπους στην περιφέρεια και τα πόδια.

Τέλος, η θνησιμότητα από CHD έχει αποδειχθεί ότι αυξάνεται σε ελαφρώς υπέρβαρα άτομα, με σωματικό βάρος μόνο 10% πάνω από το μέσο όρο (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος 2003).

§ Υπέρταση

Από κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, αποδεικνύεται ότι η συχνότητα της υπέρτασης στον γενικό πληθυσμό, μεγαλώνει όσο αυξάνεται το σωματικό βάρος.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνουν, με αποτέλεσμα τα παχύσαρκα άτομα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης, απ' ό,τι τα λεπτόσωμα άτομα.

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ολόκληρες κοινότητες των Η.Π.Α., δείχνουν ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης μεταξύ των υπέρβαρων ενηλίκων είναι 2,9 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι μεταξύ των μη υπέρβαρων ατόμων. Ο κίνδυνος για άτομα ηλικίας 20-44 ετών είναι 5,6 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο των ατόμων ηλικίας 45-74 ετών, ο οποίος όμως είναι διπλάσιος από εκείνον των μη υπέρβαρων ενηλίκων (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος 2003).

Οι μηχανισμοί που προκαλούν την υπέρταση, όταν αυξάνεται το σωματικό βάρος είναι πολλοί και γνωστοί. Ο σημαντικότερος, όμως, από αυτούς είναι η υπερινσουλαμία της παχυσαρκίας.

Πάντως, το ευχάριστο μήνυμα είναι το ότι εάν ένα παχύσαρκο υπέρτασικό άτομο χάσει έστω και το μισό από το παραπάνω του

βάρος, η αρτηριακή του πίεση θα επανέλθει οπωσδήποτε σε φυσιολογικά επίπεδα (Μορτόγλου, 1996).

§ Καρκίνος

Μελέτες που έχουν γίνει, έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και ανάπτυξης καρκίνου, ιδιαίτερα των ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων και των όγκων του γαστρεντερικού συστήματος. Μεγαλύτερος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες, στον τράχηλο και στο μαστό μετά την εμμηνόπαυση, έχει παρατηρηθεί στις παχύσαρκες γυναίκες, ενώ υπάρχουν ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη μεταξύ των παχύσαρκων αντρών.

Η αυξημένη συχνότητα των τύπων αυτών καρκίνου, στα παχύσαρκα άτομα είναι μεγαλύτερη σ' αυτά με περίσσεια κοιλιακού λίπους και πιστεύεται ότι αποτελεί άμεση συνέπεια των ορμονικών αλλαγών.

Η συχνότητα του καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, όπως του παχέως εντέρου και της χοληδόχου κύστης, έχει επίσης, αναφερθεί ότι έχει θετική σχέση με το βάρος του σώματος ή την παχυσαρκία σε κάποιες αν και όχι σε όλες τις μελέτες, ενώ ο καρκίνος των νεφρών έχει βρεθεί ότι συνδέεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, ειδικά στις γυναίκες (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος 2003).

§ Σακχαρώδης διαβήτης

Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο, στην εμφάνιση διαβήτη στα ενήλικα άτομα και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, σε παιδιά. Βέβαια, δεν είναι απόλυτα σαφές, αν η παχυσαρκία μόνη της είναι δυνατόν να προκαλέσει διαβήτη σε άτομα χωρίς κληρονομική προδιάθεση. Μελέτες

που έγιναν σε δίδυμους, απέδειξαν ότι, αν ο ένας παρουσιάσει διαβήτη και ο άλλος θα εμφανίσει την νόσο, οπωσδήποτε.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η αιτιολογία του είναι κυρίως κληρονομική και έτσι υπάρχει μικρή πιθανότητα για άλλους παράγοντες, όπως η παχυσαρκία να ενοχοποιηθούν για την εμφάνισή του. Παρ' όλα αυτά, όμως, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στην έναρξη του διαβήτη, σε άτομα βέβαια με γενετική προδιάθεση στη νόσο. Αλλά και άτομα, με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό για σακχαρώδη διαβήτη, όταν αύξησαν το σωματικό τους βάρος, παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων σακχάρου και ινσουλίνης στο αίμα τους. Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η παχυσαρκία συμβάλλει στην εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη των ενηλίκων, κυρίως, όμως, σε άτομα με γενετική προδιάθεση στη νόσο (Μορτόγλου, 1996).

2.7.2. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι ορμονικές διαταραχές που παρατηρούνται σε παχύσαρκα άτομα είναι:

§ Αντίσταση στην ινσουλίνη

Η ευαισθησία στην ινσουλίνη ποικίλλει στις διάφορες ομάδες ανθρώπων, αλλά η αντίσταση στην ινσουλίνη, συχνά συνοδεύει την παχυσαρκία. Είναι ιδιαίτερα έντονη στην ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους και, καθώς η κοιλιακή λιπώδης μάζα αυξάνεται με την παχυσαρκία, παρουσιάζεται πάντα στην πολύ σοβαρή παχυσαρκία.

Σύμφωνα, με κάποιους ερευνητές, η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελεί μια προσαρμογή στην παχυσαρκία, η οποία προσπαθεί να

περιορίσει την περαιτέρω εναπόθεση λίπους. Με την αντίσταση στην ινσουλίνη ευνοείται η οξείδωση του λίπους, μάλλον παρά η αποθήκευση του και η οξείδωση της γλυκόζης. Έτσι, αν κάποιο άτομο που παίρνει βάρος συνεχίζει να τρώει τις ίδιες ποσότητες, θα φτάσει κάποια στιγμή όπου η καθαρή οξείδωση του λίπους, μέσω της αντίστασης στην ινσουλίνη, εξισώνεται με την πρόσληψη λίπους και έτσι το άτομο θα βρεθεί σε ισοζύγιο λίπους.

Ως αποτέλεσμα, λοιπόν, σε μια ομάδα ατόμων με κανονικό βάρος σώματος, αυτοί που έχουν μεγαλύτερη αντίσταση στην ινσουλίνη θα προστατεύονται από μελλοντική αύξηση του βάρους (Κατσιλάμπρος, Τσίγκος 2003).

§ Ορμόνες που επηρεάζουν την αναπαραγωγική λειτουργία

Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρούνται στην ενδοκρινολογία της αναπαραγωγής μεταξύ περίσσειας λίπους σώματος, ειδικά της κοιλιακής παχυσαρκίας και διαταραχών της ωορρηξίας, υπερανδρογοναιμίας και ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων. Μεταβολές στα επίπεδα των κυκλοφορουσών ορμονών του φύλου, φαίνεται να αποτελούν το υπόστρωμα αυτών των διαταραχών.

Η μετρίου βαθμού παχυσαρκία, επίσης, σχετίζεται συχνά με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, το οποίο αποτελεί την πλέον κοινή ενδοκρινική ανωμαλία της αναπαραγωγής.

Η παχυσαρκία συμβάλλει στην εμφάνιση των σχετικών ορμονικών διαταραχών και των διαταραχών του καταμήνιου κύκλου στις παχύσαρκες γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή και στην επιδείνωσή τους, ενώ η απώλεια βάρους, δρα γενικά ευεργετικά (Κατσιλάμπρος, Τσίγκος 2003).

§ Επινεφριδιακή λειτουργία

Στην παχυσαρκία, ο ρυθμός παραγωγής της κορτιζόλης αυξάνεται, για να αντισταθμιστεί ο αυξημένος ρυθμός μεταβολισμού της κορτιζόλης. Η κορτιζόλη αναστέλλει τις αντιλιπολυτικές δράσεις της ινσουλίνης στα ανθρώπινα λιποκύτταρα, μια επίδραση που μπορεί φυσιολογικά να είναι ιδιαίτερα έντονη στο κοιλιακό λίπος, λόγω της μεγάλης του περιεκτικότητας σε υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών. Ο μηχανισμός αυτός, πιθανώς συμβάλλει στις εκδηλώσεις της αντίστασης στην ινσουλίνη (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος 2003).

2.7.3. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

§ Δυσλιπιδαιμία

Τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται συχνά από μια δυσλιπιδαιμική κατάσταση, στην οποία τα τριγλυκερίδια του πλάσματος είναι αυξημένα, η συγκέντρωση της HDL-χοληστερίνης ελαττωμένη και τα επίπεδα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης apo B αυξημένα.

Αυτό το μεταβολικό προφίλ εμφανίζεται συχνά στα παχύσαρκα άτομα με ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους και έχει συνδεθεί σταθερά με αυξημένο κίνδυνο για CHD (στεφανιαία νόσο) (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, 2003).

§ Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο

Δεν υπάρχει διεθνής συμφωνία για τον ορισμό του συνδρόμου, αλλά μια ικανοποιητική του περιγραφή, θα πρέπει να περιλαμβάνει δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

P Δυσανοχή στη γλυκόζη

- P** Υπέρταση
- P** Υπερτριγλυκεριδαιμία και χαμηλή HDL-χοληστερίνη
- P** Αντίσταση στην ινσουλίνη
- P** Κεντρική παχυσαρκία

Επιδημιολογικές μελέτες, δείχνουν ότι το σύνδρομο αυτό, εμφανίζεται συχνά σε πολλές διαφορετικές εθνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των Καυκασίων, των Αφρικανό-Αμερικανών, των Μεξικανό-Αμερικανών, των Ασιατο-Ινδιάνων, των Κινέζων, των Πολυνησίων και των Μικρονησίων. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι παράγοντες κινδύνου που παρατηρούνται, ποικίλλουν μεταξύ αλλά και ανάμεσα στους διάφορους πληθυσμούς (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος 2003).

2.7.4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η παχυσαρκία προξενεί βλάβες στην πνευμονική δομή και λειτουργία προκαλώντας μ' αυτό τον τρόπο πνευμονικά νοσήματα. Η παχυσαρκία οδηγεί σε αύξηση της αναπνευστικής προσπάθειας κατά 30% όταν το άτομο είναι υπέρβαρο. Επίσης, ο συνολικός όγκος αίματος είναι αυξημένος αλλά η ποσότητα οξυγόνου που περιέχεται σ' αυτό είναι μειωμένη. Ωστόσο η περισσότερο επικίνδυνη επίπτωση της παχυσαρκίας από το αναπνευστικό είναι η «**αποφρακτική άπνοια του ύπνου**». Η «αποφρακτική άπνοια του ύπνου» σχετίζεται με τη παχυσαρκία και το μέγεθος του λαιμού, πιθανά ως αποτέλεσμα της στένωσης των ανώτερων αεραγωγών κατά τη κατάκλιση. Η υπνική άπνοια αποφρακτικού τύπου είναι ένα είδος παροδικής ασφυξίας κατά τη διάρκεια του ύπνου και εκδηλώνεται με έντονο ροχαλητό, διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια της νύκτας, κακή ποιότητα ύπνου, υπνηλία κατά τη διάρκεια

της ημέρας, πρωινούς πονοκεφάλους, πνευμονική υπέρταση και τελικά ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας. Η νόσος αυτή συναντάται με συχνότητα 2-8% στο γενικό πληθυσμό. Ως θεραπεία της νόσου η απώλεια βάρους.

2.7.5. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

§ Χολολιθίαση

Η χολολιθίαση είναι μια νόσος η οποία εμφανίζεται και σε παχύσαρκα άτομα, αλλά και σε άτομα που έχουν χάσει βάρος. Ωστόσο, η νόσος αυτή συναντάται και στους άνδρες και στις γυναίκες 3-4 φορές συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τα μη παχύσαρκα. Στα παχύσαρκα άτομα ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος όταν υπάρχει κοιλιακή συσσώρευση λίπους. Όσο αναφορά τα παχύσαρκα άτομα, στο σχηματισμό χολόλιθων συντελούν οι παρακάτω παράγοντες. Ο υπερκορεσμός της χολής με χοληστερίνη και η μειωμένη κινητικότητα της χοληδόχου κύστης.

§ Στειρότητα και γονιμότητα ανδρών

Η αναζήτηση των παραγόντων που προκαλούν στειρότητα έχει ως σκοπό την πρόληψη του σοβαρού αυτού προβλήματος, αλλά παράλληλα την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση στις περιπτώσεις εκείνες που αυτό είναι δυνατό. Στις γυναίκες, είναι γνωστό ότι όταν το βάρος του σώματος είναι υπερβολικό, επηρεάζεται αρνητικά η γονιμότητα. Παράλληλα, στις γυναίκες που είναι έγκυες, αλλά είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες, αυξάνονται οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη (www.medlook.net).

Τώρα, μια νέα μελέτη από γιατρούς της Ατλάντα που παρουσιάστηκε στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρίας Αναπαραγωγικής Ιατρικής, έφερε στην επιφάνεια το ρόλο που παίζει το υπερβολικό βάρος σώματος πάνω στη γονιμότητα των ανδρών.

Συγκεκριμένα, οι γιατροί εξέτασαν τη ποιότητα και ποσότητα του σπέρματος από 500 άνδρες και μελέτησαν τη σχέση που υπήρχε μεταξύ του σπέρματος του κάθε άνδρα και του σωματικού βάρους.

Οι γιατροί διαπίστωσαν ότι όσο αυξανόταν ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ανδρών, τόσο περισσότερο επηρεαζόταν αρνητικά το σπέρμα τους (www.medlook.net).

Οι ανωμαλίες στην ποσότητα και ποιότητα του σπέρματος άρχιζαν να εμφανίζονται όταν το βάρος των ανδρών ξεπερνούσε το φυσιολογικό που θα έπρεπε να ήταν, σύμφωνα με το ύψος τους.

Μάλιστα, προχώρησαν στο να διαπιστώσουν την άποψη ότι οι παχύσαρκοι άνδρες πιθανόν να έχουν προβλήματα στειρότητας λόγω χαμηλής ποιότητας και ποσότητας του σπέρματός τους. Επίσης, εξέφρασαν την άποψη ότι το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία είναι λόγοι για τους οποίους έχει παρατηρηθεί κατά τα τελευταία χρόνια μια σημαντική και συνεχόμενη αύξηση της στειρότητας στους άνδρες (www.medlook.net).

§ Παχυσαρκία και στυτική δυσλειτουργία

Είναι γνωστό, ότι οι άνδρες που έχουν κανονικό βάρος σώματος και εξασκούν το σώμα τους, διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα στύσης.

Με βάση τα δεδομένα αυτά, ερευνητές από την Ιταλία θέλησαν να εξετάσουν κατά πόσο σε παχύσαρκους άνδρες, η απώλεια βάρους και η

υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής με σωματική άσκηση θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά τις στυτικές δυσλειτουργίες (www.medlook.net).

Από το 2000 έως το 2003, οι Ιταλοί γιατροί παρακολούθησαν 110 παχύσαρκους άνδρες με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ίσο ή μεγαλύτερο από το 30. Όλοι οι άνδρες αυτοί είχαν προβλήματα στυτικής δυσλειτουργίας.

Με τυχαιοποιημένο τρόπο, οι άνδρες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Οι μισοί ακολούθησαν ένα εντατικό πρόγραμμα απώλειας βάρους με καθοδήγηση από γιατρούς που περιελάμβανε συμβουλές για τη διατροφή και αύξηση της σωματικής άσκησης. Στους υπόλοιπους άνδρες δόθηκαν μόνο γενικές συμβουλές και δεν παρασχέθηκε εξειδικευμένη εντατική ιατρική παρακολούθηση για να βοηθηθούν να χάσουν βάρος (www.medlook.net).

Κατά το τέλος των δύο ετών που διήρκησε η έρευνα, η αξιολόγηση των ανδρών έδειξε:

- α.** Οι παχύσαρκοι άνδρες που έλαβαν εξειδικευμένη εντατικά παρακολούθηση από γιατρούς, πέτυχαν σημαντική απώλεια βάρους, παρουσίασαν βελτίωση της πίεσης και των επιπέδων χοληστερόλης του αίματός τους.
- β.** Το 31% των παχύσαρκων ανδρών με στυτικές δυσλειτουργίες που ανήκαν στην ομάδα που είχε τύχει της εντατικής φροντίδας για θέματα διαίτας και σωματικής άσκησης, είχε κατά το τέλος της έρευνας μια κανονική σεξουαλική λειτουργία (www.medlook.net).

2.8. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Οι πολλές, ποικίλες και αλόγιστες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της παχυσαρκίας, μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά επιπλοκών στα διάφορα συστήματα του ανθρώπου. Επιστημονικές αναφορές δείχνουν ότι άνθρωποι με συχνές μεταβολές βάρους, λόγω δίαιτας, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να πεθάνουν από καρδιακή προσβολή. Μάλιστα, κινδυνεύουν το ίδιο με αυτούς που ήταν παχύσαρκοι. Η απώλεια βάρους ακολουθείται από σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία (Schmidt, Treasure, χ.χ.).

Καρδιά και αγγεία

- **Υπόταση:** Κατά την απώλεια βάρους η πίεση μειώνεται πάντα. Όταν υποτασικά άτομα ακολουθούν κάποια θεραπεία για την απώλεια βάρους είναι πολύ πιθανόν, η πίεση τους να μειωθεί και μάλιστα επικίνδυνα. Σ' αυτό συντελεί και η έλλειψη αλατιού που σε πολλά διαιτολόγια το αλάτι παραλείπεται.
- **Αρρυθμίες:** Όλοι οι τύποι αρρυθμίας είναι πολύ πιθανόν να παρατηρηθούν κατά την θεραπεία απώλειας βάρους.
- **Μυοκαρδιοπάθεια:** Παρατηρούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο μυοκάρδιο με εναποθέσεις Λιποφουσκίνης.
- **Άλλα:** Κολπο-κοιλιακός αποκλεισμός, Συγκοπή, Ήλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις με επιμήκυνση του διαστήματος Q-T (Μορτόγλου, 1996).

Ενδοκρινικό σύστημα

- **Αμηνόρροια** στις γυναίκες που έχουν χάσει 10% του αρχικού σωματικού βάρους τους και υπογεννητισμός στους άνδρες.
- **Μείωση των ορμονών του θυρεοειδούς**
- **Μείωση έκκρισης Αδρεναλίνης και Νορ-Αδρεναλίνης**
- **Μείωση των υποθαλαμικών εκλυτικών παραγόντων των υποφυσικών ορμονών** (Μορτόγλου, 1996).

Οστά και αρθρώσεις

- **Οστεοαρθρίτιδα και ουρική αρθρίτιδα:** Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας και ουρικής αρθρίτιδας και επιπλέον, στις παχύσαρκες μεσήλικες γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση ή μετεμμηνοπαυσιακά με πόνο στα γόνατα. Πιθανοί παράγοντες υπεύθυνοι για την συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και οστεοαρθρίτιδας περιλαμβάνουν τις μηχανικές καταπονήσεις λόγω του αυξημένου φορτίου που μεταφέρεται από τους παχύσαρκους, τις μεταβολικές αλλαγές που συνδέονται με το αυξανόμενο λίπος, καθώς και διατροφικά στοιχεία που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Ο αυξανόμενος κίνδυνος για ουρική αρθρίτιδα, που συνοδεύει την παχυσαρκία, πιθανά σχετίζεται με τη συνήθως συμπαρομαρτούσα υπερουριχαιμία, αν και η κεντρική κατανομή του λίπους μπορεί επίσης να ενοχοποιείται, ειδικά στις γυναίκες (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, 2003).
- **Καθυστέρηση ανάπτυξης:** Η ολιγοθερμιδική διαίτα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην ανάπτυξη. Για αυτό το λόγο σε αυτές τις ηλικίες είναι σημαντικό να συμβουλευόμαστε κάποιο ειδικό και έμπειρο στη θεραπεία της παχυσαρκίας (Μορτόγλου, 1996).

- **Οστεοπόρωση και οστεομαλακία :** Υπεύθυνα θεωρούνται για αυτές τις παθήσεις α) δίαιτες χωρίς τις απαραίτητες ποσότητες ασβεστίου, φωσφόρου και βιταμίνης D, β) η χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων για απώλεια βάρους προκαλεί αποβολή με τα κόπρανα των μεταλλικών αλάτων, γ) η ταυτόχρονη λήψη του ασβεστίου μαζί με άλλα μεταλλικά άλατα, εμποδίζει το ένα την απορρόφηση του άλλου γιατί δημιουργούνται μη απορροφήσιμα σύμπλοκα άλατα (Μορτόγλου, 1996).

Μυϊκό σύστημα

- **Απώλεια μυϊκού ιστού:** Παρατηρείται α) σε δίαιτες πτωχές σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, β) κατά την χορήγηση θυρεοειδών ορμονών σε μεγάλες δόσεις, γ) σε γρήγορη απώλεια βάρους και κυρίως σε άτομα που το αρχικό τους βάρος δεν είναι πολύ αυξημένο ή είναι φυσιολογικό και παρ' όλα αυτά προσπαθούν να χάσουν βάρος.
- **Κήλες και Διαφραγματοκήλη :** Συμβαίνουν όταν η απώλεια βάρους είναι γρήγορη, χωρίς παράλληλα να αυξηθεί η σωματική δραστηριότητα με την μορφή γυμναστικής (Μορτόγλου, 1996).

Δέρμα- Τριχωτό κεφαλής

- **Η τριχόπτωση,** εμφανίζεται μετά από γρήγορη απώλεια βάρους. Ωστόσο τις περισσότερες φορές τα μαλλιά ξαναβγαίνουν.
- **Η «χαλάρωση» του δέρματος** αποτελεί ένα αισθητικό αποτέλεσμα μετά από μεγάλη απώλεια βάρους. Χαλάρωση του δέρματος παρατηρείται στο λαιμό, στα μπράτσα, στο κάτω μέρος της κοιλιάς και στην εσωτερική επιφάνεια των μηρών. Για να αποφευχθεί η χαλάρωση του δέρματος όσο γίνεται περισσότερο πρέπει η απώλεια

το βάρος να είναι σταθερή και βραδεία καθώς το άτομο θα πρέπει να ασκείται συστηματικά.

- **Ραγάδες δέρματος, κοιλονυχία, γωνιακή χειλίτιδα κ.α.** παρουσιάζονται από ανεπαρκή χορήγηση σιδήρου, βιταμινών, μετάλλων και απαραίτητων λιπαρών οξέων και αμινοξέων (Μορτόγλου, 1996).

Νευρικό σύστημα

- **Μονο-και πολυνευρίτιδες:** προκαλούνται από μερική ή πλήρη έλλειψη από το διαιτολόγιο των απαραίτητων βιταμινών, κυρίως του συμπλέγματος Β και ιχνοστοιχείων. Συχνή είναι η εμφάνιση πάρεσης του περονιαίου νεύρου χωρίς να μπορεί να ερμηνευθεί σαφώς η παθογένεια της.
- **Κατάθλιψη:** παρατηρείται σε μερικά άτομα μετά από μακροχρόνια δίαιτα και κυρίως όταν στερούνται τους υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι, όσπρια, φρούτα) όπως συστήνεται στις «χημικές δίαιτες».
- **Ψυχογενής ανορεξία:** πολλά άτομα με ψυχογενή πολυφαγία παρουσιάζουν αυτόματα και χωρίς σαφή εξωτερική αιτία ψυχογενή ανορεξία. Μερικές όμως φορές, ο κακός «χειρισμός» του νεαρού συνήθως παχύσαρκου από το θεραπευτή, είναι δυνατόν να προκαλέσει ψυχογενής ανορεξία που βέβαια είναι μια νόσος πολύ πιο σοβαρή από την παχυσαρκία (Μορτόγλου, 1996).

2.9. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Όπως αποδεικνύει η μελέτη SOS, τα παχύσαρκα άτομα που συνταξιοδοτούνται για ιατρικούς λόγους, είναι πολύ περισσότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, με το ποσοστό να αγγίζει το υπερδιπλάσιο.

Οι παχύσαρκοι που έπασχαν ταυτόχρονα από χρόνιες παθήσεις ή τραύματα, π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα, καρκίνο ή κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, ταλανίζονταν από ψυχολογικά προβλήματα, πολύ χειρότερα σε σχέση μ' έναν παχύσαρκο που όμως ήταν υγιής.

Συμπερασματικά, ίσως δεν έχει εκτιμηθεί ακόμη το πραγματικό μέγεθος, τόσο το κοινωνικό όσο και το οικονομικό, των συνεπειών της παχυσαρκίας, που όμως δεν προκαλούν τον θάνατο (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Σύμφωνα με έρευνες, τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα στους παρακάτω τομείς:

2.9.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τους Suzanne Abraham και Derek Liewellyn-Jones (1984, 1987), υπάρχει σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά στο φαγητό και τη σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών που μελέτησαν. Έτσι, προχώρησαν στην αναγνώριση τεσσάρων κατηγοριών, οι οποίες είναι: α) άρνηση της σεξουαλικότητας, β) αβεβαιότητα για τη σεξουαλικότητα, γ) σεξουαλικά παθητικές και δ) σεξουαλικά δραστήριες.

- **Άρνηση της σεξουαλικότητας**

Η γυναίκα αποφεύγει την πρόκληση για τη σεξουαλικότητά της και απωθεί τα σεξουαλικά της συναισθήματα. Η στάση που έχει απέναντι στην εφηβεία, στην περίοδο, στον αυνανισμό και στη συνουσία είναι αρνητική. Η στάση αυτή, μάλιστα, μπορεί να επιδεινωθεί από την έλλειψη γνώσεων για την ανατομία των γεννητικών της οργάνων, την έμμηνη ρύση, την αντισύλληψη και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Συνήθως, αποφεύγει να διαβάσει για τη σεξουαλικότητα και έχει έμμονες ιδέες στη στάση της απέναντι στη ζωή. Δεν κοιτάζει το σώμα της στον καθρέπτη και δεν αγγίζει τα γεννητικά της όργανα. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτής της κατηγορίας, δεν έχουν σεξουαλικές εμπειρίες, δεν αυνανίζονται και δεν βγαίνουν με άντρες. Τέλος, νιώθουν αμήχανες αν μια συζήτηση αφορά το σεξ, αλλά συχνά θα ήθελαν να έχουν ένα στενό σύντροφο. Αυτές οι γυναίκες χάνουν βάρος αποκλειστικά με αυστηρή διαίτα και γυμναστική και συχνά είναι υπερβολικά αδύνατες (Suzanne Abraham και Derek Liewellyn-Jones, 1984, 1987).

- **Αβεβαιότητα για τη σεξουαλικότητα**

Αυτές οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν τη συμπεριφορά τους στο φαγητό για να καθυστερήσουν τις ερωτικές συναντήσεις ώσπου να νιώσουν πως είναι έτοιμες γι' αυτές. Η γυναίκα αυτή παρουσιάζει δυσκολία στο να δημιουργήσει μια ζεστή, ώριμη σχέση, αν και μπορεί να παντρευτεί, τείνει να είναι εξαρτημένη από το σύζυγό της. Θέλει να είναι σαν τους άλλους και έχει συγκρούσεις σε σχέση με τα σεξουαλικά της αισθήματα και τη σεξουαλική της συμπεριφορά, προσπαθώντας πάντα να είναι αυτό που θεωρεί «φυσιολογικό». Είναι δειλή και αν και μπορεί να κοιτάζει το γυμνό της σώμα στον καθρέπτη, δεν νιώθει άνετα όταν το κάνει. Θα ήθελε να μάθει για τη σεξουαλικότητα, αλλά λόγω της δειλίας

της, δεν μπορεί ν' αρχίσει μια συζήτηση. Οι γυναίκες αυτής της ομάδας, χάνουν βάρος κυρίως με δίαιτα και γυμναστική (Suzanne Abraham και Derek Liewellyn-Jones, 1984, 1987)

- **Σεξουαλικά παθητικές**

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας στην οποία περιλαμβάνονται γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, βουλιμία ή είναι παχύσαρκες, φαίνεται, επίσης να χρησιμοποιούν τη διαταραχή της διατροφής προκειμένου να αποφύγουν τις σεξουαλικές δεσμεύσεις, ώσπου να το θελήσουν. Επειδή δεν θέλουν να δεσμευτούν, διαλέγουν συντρόφους που είναι παντρεμένοι και με τους οποίους δεν είναι δυνατόν να υπάρξει ένας μακροχρόνιος δεσμός. Στη σχέση τους, προτιμούν τα χάδια, ενώ δέχονται τη συνουσία μάλλον για να τα πετύχουν, παρά επειδή απολαμβάνουν την εμπειρία (Suzanne Abraham και Derek Liewellyn-Jones, 1984, 1987).

- **Σεξουαλικά δραστήριες**

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας, είναι ανίκανες να δημιουργήσουν μια μακροχρόνια σχέση και έχουν συχνές τυχαίες σεξουαλικές συναντήσεις. Συνήθως, έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία σε μικρή ηλικία. Μιλάνε ελεύθερα για το σεξ και δεν τις ανησυχεί καθόλου να είναι γυμνές, είτε όταν είναι μόνες τους ή όταν βρίσκονται με άλλους. Έχουν την τάση να είναι εκδηλωτικές και σεξουαλικά δραστήριες αλλά κάτω από αυτό κρύβεται ένα συναίσθημα μοναξιάς (Suzanne Abraham και Derek Liewellyn-Jones, 1984, 1987).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η παχυσαρκία δεν βλάπτει μόνο τη σεξουαλική ζωή των γυναικών, αλλά και των ανδρών. Μειώνει τη

σεξουαλική ορμή, τη διάθεση για σεξ, την απόλαυση, τη συχνότητα και πολλές φορές δυσχεραίνει μηχανικά τη συνουσία.

Περίπου 1.200 παχύσαρκοι ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Ιατρικό κέντρο του Πανεπιστημίου Duke, αξιολογήθηκαν για θέματα σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους. Τα αποτελέσματά τους συγκρίθηκαν με αυτά ατόμων κανονικού βάρους και οι διαφορές είναι πράγματι συγκλονιστικές:

1. Το 66% των παχύσαρκων έχουν προβλήματα, τουλάχιστον σε ένα από τους 4 τομείς της σεξουαλικής ζωής που διερευνήθηκαν δηλαδή επιθυμίας για σεξ, συχνότητα, απόλαυση και μηχανικά προβλήματα που δυσχεραίνουν τη συνουσία. Αντίθετα, μόνο το 5% των ατόμων με κανονικό βάρος παρουσιάζουν ανάλογα προβλήματα.
2. Σε αριθμό περιπτώσεων, οι παχύσαρκοι έχουν 25 φορές περισσότερες πιθανότητες για σεξουαλικά προβλήματα σε σύγκριση με άτομα κανονικού βάρους.
3. Οι γυναίκες που ήταν παχύσαρκες είχαν περισσότερα προβλήματα από τους άντρες παχύσαρκους στη σεξουαλική τους ζωή. Η διαφορά, όμως, αυτή ήταν μικρή. Αντίθετα, η διαφορά των δυσκολιών μεταξύ παχύσαρκων γυναικών και των γυναικών με κανονικό βάρος, ήταν μεγάλη.
4. Μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων, οι οποίοι ήθελαν να χάσουν βάρος, το 50% δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε δεν έχουν όρεξη για σεξ. Στα άτομα με κανονικό βάρος, το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόλις στο 2%.
5. Στην ίδια ομάδα των παχύσαρκων που επιθυμούσαν να χάσουν βάρος, το 42% δήλωσαν ότι κάποτε ή συνήθως ή πάντοτε είχαν προβλήματα της σεξουαλικής τους λειτουργίας. Μάλιστα, ένα ποσοστό 41% δήλωσε ότι απέφευγε το σεξ. Στα άτομα με κανονικό

βάρος, τα ποσοστά αυτών με τα ίδια προβλήματα ήταν 1,8% και 2,5% αντίστοιχα (www.medlook.net).

2.9.2. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

«Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση, σε μελέτη που έγινε το 1999 για τη σχέση της με την παχυσαρκία, βρέθηκε ότι υπάρχει μέτρια σχέση, με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση να συνδέεται σε μεγαλύτερο σωματικό βάρος. Όπως ήταν αναμενόμενο, η επίδραση του βάρους στην αυτοεκτίμηση, ήταν μικρότερη σε χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου άτομα και σε άτομα που ανήκαν σε εθνικές μειονότητες. Επίσης, η επίδραση του βάρους στην αυτοεκτίμηση ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες και μεγαλύτερη στους εφήβους απ' ότι στα παιδιά. Όπως και με τη σχέση κατάθλιψης και παχυσαρκίας, έτσι και ο συνδυασμός παχυσαρκίας και αυτοεκτίμησης, εμφανίζει μεγαλύτερη συσχέτιση σε συγκεκριμένες υποομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι binge eaters και τα άτομα που αναζητούν θεραπεία. Φαίνεται, επίσης, ότι η σχέση αυτή (παχυσαρκίας και αυτοεκτίμησης) εξαρτάται από την εικόνα του σώματος» (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27-02-2007).

2.9.3. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Παλιότερα θεωρούταν ότι η άσχημη εικόνα του σώματος ήταν μια αποκλειστική συνέπεια των περιττών κιλών και της παχυσαρκίας. Περισσότερα κιλά σήμαινε και χειρότερη εικόνα για το σώμα. Για τον λόγο αυτό η άσχημη σωματική εικόνα χρησιμοποιούταν στα διάφορα

προγράμματα μείωσης βάρους ως κίνητρο για την έναρξη δίαιτας ή διατήρησής της. Μερικές φορές ευνοούταν ακόμη και η συνεχής αυτομομφή και αυτοϋποτίμηση (www.medlook.net)

Κατοπινές έρευνες, ωστόσο, έδειξαν ότι η εικόνα που έχουμε για το σώμα μας δεν είναι κατ' ανάγκην αντίστοιχη των κιλών μας. Άτομα, κοντά στο ιδανικό βάρος είχαν πολύ πιο άσχημη εικόνα για το σώμα τους, και αυτή η αντίληψη είχε σχέση με κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, αλλά και τις πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου σχετικά με το «ωραίο» σώμα. Αποτέλεσμα αυτών των ερευνών ήταν να αρχίζει να θεωρείται η άσχημη σωματική εικόνα όχι μόνο συνέπεια αλλά και μέρος του προβλήματος, υπό την έννοια ότι παγιδεύει το άτομο σε έναν φαύλο κύκλο απογοήτευσης, ο οποίος πολλές φορές δεν έχει καν σχέση με τη πραγματικότητα, αφού άτομα κοντά στο ιδανικό βάρος περιόριζαν πολύ τη ζωή τους λόγω των λανθασμένων αντιλήψεων τους. Σήμερα, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί και η αρνητική εικόνα του σώματος σαν να ήταν και η ίδια μέρος του προβλήματος (www.medlook.net).

Πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι, παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματός τους. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει τέτοια αντίληψη για τη σωματική εικόνα που το άτομο μπορεί να αηδιάζει με τον εαυτό, να τον θεωρεί αποκρουστικό και να αποφεύγει και την παραμικρή έκθεση του σώματος. Παιδιά με πρόβλημα παχυσαρκίας μπορεί να ταπεινώνονται από συμμαθητές τους ή καθηγητές τους και να γίνονται αντικείμενο χλευασμού και κοροϊδίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις αθλητικές δραστηριότητες, στις οποίες είναι αναγκαίο να αποκαλύψουν την αδυναμία τους. Κάποιοι άλλοι ενήλικες αποφεύγουν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τις αθλητικές δραστηριότητες ή ακόμη τις πιο στενές επαφές με τους ανθρώπους (συμπεριλαμβανόμενων

των ερωτικών) και έτσι συμβάλλουν ακόμη περισσότερο στη χειροτέρευση της ποιότητας ζωής τους. Το παράδοξο είναι ότι ακόμη και επαγγελματίες υγείας θεωρούν μερικές φορές τις αντιλήψεις αυτές απόλυτα ορθές, αφού και οι ίδιοι μπορεί να αηδιάζουν με την εικόνα ενός παχύσαρκου ατόμου (www.medlook.net).

Πολλά παχύσαρκα άτομα έχουν μια αλλοιωμένη εικόνα για το σώμα τους. Μπορούν να θεωρούν το σώμα τους άσχημο και να πιστεύουν ότι κάποιος δε τους θέλουν στον κοινωνικό τους περίγυρο, εξαιτίας του σώματος τους. Αυτό παρατηρείται πιο συχνά, στις νεαρές γυναίκες μέσου και ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, μεταξύ των οποίων η παχυσαρκία είναι λιγότερο διαδεδομένη, καθώς και στα άτομα εκείνα που υπήρξαν παχύσαρκα από τη παιδική τους ηλικία (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, 2003).

Η σχέση ανάμεσα στη μη ικανοποιητική εικόνα σώματος και το σωματικό υπέρβαρο είναι εξακριβωμένη. Σε μελέτη που έγινε σε άνδρες και γυναίκες που συμμετείχαν σε πρόγραμμα απώλειας βάρους βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από την εικόνα σώματος επηρεάζει τη σχέση του βαθμού παχυσαρκίας και της κατάθλιψης ή αυτοεκτίμησης. Πρέπει βεβαίως να ληφθούν υπ' όψιν και οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στο βάρος, την εικόνα σώματος και την κατάθλιψη ή την αυτοεκτίμηση (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

2.9.4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Τόσο η παχυσαρκία όσο και η κατάθλιψη παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης και συνδέονται με πολλές επιπλοκές στην υγεία, όπως υπέρταση, στεφανιαία νόσο και αυξημένη θνησιμότητα. Δεν

φαίνεται όμως, να υπάρχει απλή ή μονοδιάστατη σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές παθήσεις. Από μελέτες που έχουν γίνει δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση. Φαίνεται ότι κάποια παχύσαρκα άτομα είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης ή και το αντίστροφο: δηλαδή άτομα με κατάθλιψη είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Οι παράγοντες που επιδρούν στην αμφίδρομη αυτή σχέση μπορεί να είναι κοινωνικοί, δημογραφικοί, ψυχοκοινωνικοί και γενετικοί. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιοι από τους παράγοντες, που συνδέουν την παχυσαρκία με την κατάθλιψη, όπως η φυσιολογία και η συμπεριφορά έχουν μελετηθεί πολύ λίγο (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

Από έρευνες που έχουν γίνει, προκύπτουν περιορισμένες ενδείξεις ότι τα παχύσαρκα άτομα, σαν σύνολο εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία απ' ότι τα άτομα με φυσιολογικό σωματικό βάρος (www.medlook.net). Παρ' όλα αυτά, φαίνεται ότι υπάρχουν συγκεκριμένες υποομάδες του παχύσαρκου πληθυσμού, οι οποίες είναι πιο ευπαθείς, και αυτές είναι κυρίως:

- Οι binge eaters (δηλαδή τα άτομα με καταναγκαστική υπερφαγία). Σύμφωνα με τους Ellrott, Pudel (1998), η έννοια binge eating disorder (BED) εισήχθη πρόσφατα ως διαταραχή διατροφής στα διεθνή Διαγνωστικά Εγχειρίδια. Η έννοια αυτή περιγράφει μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις υπερφαγίας και μοιάζει στη νευρογενή βουλιμία, αλλά χωρίς να περιλαμβάνει το συμψηφισμό της διατροφικής συμπεριφοράς με τη μορφή των προκλητών εμετών.
- Τα παχύσαρκα άτομα που αναζητούν θεραπεία και
- Τα παχύσαρκα άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

Ο όρος «Jolly Fat» προέκυψε από έρευνα του 1975, στην οποία συμμετείχαν άτομα 40-65 ετών, κάτοικοι αστικών περιοχών, και στην οποία η παχυσαρκία σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους άνδρες. Σε επόμενη μελέτη το 1980, όπου μελετήθηκαν αγροτικοί πληθυσμοί, ηλικίας 17-70 ετών, βρέθηκε ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν το ίδιο χαμηλά στους άνδρες, ηλικίας 40 ετών και άνω. Η σχέση παχυσαρκίας και κατάθλιψης /άγχους μεταξύ των γυναικών ήταν πολύ λιγότερο ισχυρή. Εντοπίστηκε, δε, μόνο σε μεγάλης ηλικίας γυναίκες που ανήκαν στην εργατική τάξη και είχαν χαμηλού βαθμού άγχος και σε νεότερες γυναίκες μεσαίας τάξης, οι οποίες είχαν χαμηλού βαθμού κατάθλιψη. Παρ' όλα αυτά οι λίγες νεαρές γυναίκες με νοσογόνο παχυσαρκία ήταν πολύ αγχώδεις. Βέβαια, όλα τα παραπάνω επηρεάζονται σημαντικά από κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας φαίνεται ότι εξαρτάται όχι μόνο από το φύλο (είναι ισχυρότερη στις γυναίκες), αλλά και από το επίπεδο μόρφωσης, καθώς σε έρευνα το 1994, όπου μελετήθηκαν 2.000 άτομα, ηλικίας 18 έως 90 ετών, βρέθηκε ότι η παχυσαρκία δεν είχε άμεση επίδραση στην κατάθλιψη, σε καμία κοινωνική ομάδα, εκτός από την ομάδα ατόμων με το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Προβληματισμό δημιουργούν τα αντιφατικά αποτελέσματα μελετών που προσπαθούν να εντοπίσουν τη σχέση κατάθλιψης και παχυσαρκίας (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

Σύμφωνα, λοιπόν, με μεγάλη πληθυσμιακή μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α. και στην οποία συμμετείχαν 40.000 άτομα, τόσο ο χαμηλός όσο και ο αυξημένος ΔΜΣ στις γυναίκες συνδέεται με μείζονα κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Οι οπαδοί των ψυχοκοινωνικών αιτιολογιών που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο αυτό επισημαίνουν πως η επικρατούσα αντίληψη, που μεταδίδεται από τα μίντια, πως η ιδανική γυναίκα είναι λεπτή και όμορφη σαν μοντέλο μόδας, οδηγεί πολύ φυσικά σε χαμηλή αυτοεκτίμηση τις γυναίκες που δεν ταιριάζουν με αυτό το πρότυπο. Και τις περισσότερες φορές οδηγούνται στην κατάθλιψη (www.medlook.gr).

Σε άλλη μελέτη πληθυσμού, όμως, που έγινε στην Καλιφόρνια των Η.Π.Α., και στην οποία συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 50-89 ετών βρέθηκε ότι η κατάθλιψη στους άνδρες ήταν αντιστρόφως ανάλογη του σωματικού βάρους, ενισχύοντας έτσι τη θεωρία του «Jolly Fat» (εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 27/2/2007).

2.10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Οι άνθρωποι που πάσχουν από παχυσαρκία αντιμετωπίζουν καθημερινά την αποδοκιμασία των συνανθρώπων τους. Η σύγχρονη έμφαση στο αθλητικό, λεπτό και νεανικό σώμα έχει καθορίσει σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο τι θεωρούμε «όμορφο» και αποδεκτό, αλλά και τα μεγέθη των ρούχων, αντικειμένων κ.λπ., που είναι διαθέσιμα στην αγορά. Η παχυσαρκία δεν κρύβεται. Έτσι, οι παχύσαρκοι άνθρωποι αποτελούν μια περιθωριοποιημένη μειονότητα. Με την αύξηση του καταναλωτισμού, η εξωτερική εμφάνιση παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στη ζωή μας. Η ομορφιά -με τη συμβατική έννοια- προβάλλεται σαν μια από τις βασικές μορφές κοινωνικής ισχύος που μπορεί να έχει το άτομο. Έτσι η κοινωνική απόρριψη και η ψυχολογική πίεση που βιώνουν οι άνθρωποι που πάσχουν από παχυσαρκία συνεχώς εντείνεται (www.paxysarkia.gr).

Ο ρατσισμός εκδηλώνεται επίσης με στερεότυπες αντιλήψεις για την προσωπικότητα και τη ζωή των παχύσαρκων. Οι άνθρωποι που πάσχουν από παχυσαρκία συχνά έρχονται αντιμέτωποι με προκαταλήψεις στον επαγγελματικό και τον κοινωνικό τους χώρο και «τιμωρούνται» για την πάθηση τους (www.paxysarkia.gr).

Ωστόσο, τα παχύσαρκα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την απόρριψη και στο τομέα της προσωπικής τους ζωής. Δεν είναι λίγες οι φορές που πιθανοί σύντροφοι τους απορρίπτουν εξαιτίας των περιττών κιλών που έχουν. Τα παχύσαρκα άτομα δυσκολεύονται στην εύρεση συντρόφου εξαιτίας των ρατσιστικών διαθέσεων και των στερεότυπων αντιλήψεων που έχουν οι άλλοι για αυτούς.

2.10.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σύμφωνα με τους Κατσίλαμπρο, Τσίγκο (2003), συχνά τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν διακρίσεις. Αναλύσεις μεγάλων μελετών έδειξαν ότι, σε σύγκριση με μη παχύσαρκα άτομα, οι παχύσαρκοι είναι πιο πιθανό να τελειώσουν λιγότερα χρόνια σχολείου και έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν δεκτοί από πολύ καλά σχολεία ή να ακολουθήσουν επαγγέλματα που έχουν μεγάλη ζήτηση. Επιπλέον, στην Αγγλία και στις Η.Π.Α., οι υπέρβαρες γυναίκες αμείβονται με πολύ λιγότερα χρήματα απ' ό,τι υγιείς γυναίκες που δεν είναι υπέρβαρες ή γυναίκες με άλλα χρόνια προβλήματα υγείας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, αντιλαμβανόμαστε ότι τα παχύσαρκα άτομα, συναντούν πολλά εμπόδια στη διάρκεια της ζωής τους, από την

απόκτηση καλής εκπαίδευσης, την ανάληψη υψηλών θέσεων στην ιεραρχία κ.λπ.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ακόμα και επαγγελματίες της υγείας (συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των φοιτητών Ιατρικής, των διαιτολόγων και των νοσηλευτών) έχουν μια αρνητική στερεότυπη αντίληψη για τα παχύσαρκα άτομα, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να είναι διστακτικά στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την κατάστασή τους.

Οι ιατροί, πιθανόν, να είναι λιγότερο πρόθυμοι να ασχοληθούν με τα υπέρβαρα άτομα, επειδή πιστεύουν ότι τα άτομα αυτά έχουν ασθενή θέληση και ότι οι πιθανότητες να ωφεληθούν από τη συμβουλευτική παρέμβαση είναι μικρές. Οι Βρετανοί ιατροί Γενικής Ιατρικής, σπάνια συνταγογραφούν αντιλιπιδαιμικούς παράγοντες σε υπέρβαρα άτομα και μάλιστα δηλώνουν απερίφραστα ότι αυτό αποτελεί πολιτική τους. Αν και πολύ λίγα έχουν γίνει μέχρι σήμερα για τη βελτίωση των αντιλήψεων αυτών και του τρόπου αντιμετώπισης των παχύσαρκων από τους επαγγελματίες υγείας, οι Wiese et al βρήκαν ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση είχε ως αποτέλεσμα τη θετικότερη αντιμετώπιση των παχύσαρκων ατόμων από τους πρωτοετείς φοιτητές της Ιατρικής (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, 2003).

2.10.2. ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Παντρεμένοι και από αγροτικές περιοχές είναι οι περισσότεροι παχύσαρκοι, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από το Τμήμα Στατιστικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, για λογαριασμό της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας.

Ειδικότερα, οι Έλληνες και οι Ελληνίδες αμέσως μετά τον γάμο, παίρνουν κιλά και παραμένουν σταθεροί στο νέο τους βάρος, χωρίς να κάνουν προσπάθεια για να χάσουν τα επιπλέον κιλά (www.disabled.gr).

2.10.3. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η επίδραση της παχυσαρκίας στην αναπαραγωγική ικανότητα των γυναικών δεν πρέπει να υποεκτιμηθεί.

Πειραματικά και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν τη θετική σχέση της με διαταραχές του γεννητικού κύκλου, με την υπογονιμότητα και τη στειρότητα.

Εξαιτίας, λοιπόν, των διαταραχών αυτών, παρουσιάζεται σημαντική μείωση των γεννήσεων και συνεπώς δημογραφικό πρόβλημα (www.iatrikionline.gr).

2.11. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

2.11.1. ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Στο **παρελθόν** χρησιμοποιήθηκαν αρκετές μέθοδοι για την απώλεια βάρους. αρκετοί εφάρμοζαν τη μέθοδο της «πλήρης νηστείας» Στην αρχή τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου ήταν θεαματικά, αλλά μετά από δύο χρόνια περίπου από την αρχική απώλεια βάρους, η υποτροπή άγγιζε το 90%. Η μέθοδος αυτή χαρακτηριζόταν από έντονο

αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Η μέθοδος αυτή εγκαταλείφθηκε όταν ένας 18χρονος στη Μεγάλη Βρετανία πέθανε εξαιτίας αυτής της μεθόδου (Μορτόγλου, 1996).

Όταν έκανε την εμφάνισή της αυτή η μέθοδος, η μέθοδος της πλήρης νηστείας, εισήχθη από τους Payne και Demind μια νέα χειρουργική μέθοδος, η μέθοδος των «εντερικών αναστομώνσεων». Βάσει αυτής της μεθόδου ένωσαν χειρουργικά την αρχή με το τέλος του εντέρου, το ενδιάμεσο το αφαιρούσαν. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, οι τροφές που έτρωγε ένα παχύσαρκο άτομο να μην απορροφώνται και έτσι το άτομο αυτό αδυνατίζε. Η μέθοδος αυτή εγκαταλείφθηκε εξαιτίας των διαφόρων και σοβαρών επιπλοκών που παρουσιάζονταν στο παχύσαρκο άτομο μετά απ' αυτή την επέμβαση. Οι χειρουργικοί χειρισμοί όμως δε σταμάτησαν, αλλά αντικαταστάθηκαν από επεμβάσεις στο στομάχι (Mayson και Ito). Μια απ' αυτές τις επεμβάσεις ήταν το «ενδογαστρικό μπαλόνι» όπου το τοποθετούσαν μέσα στο στομάχι με σκοπό να μειωθεί η χωρητικότητα του και έτσι να περιορισθεί η ποσότητα της καταναλισκόμενης τροφής. Επειδή, αυτή η μέθοδος ήταν ακίνδυνη, αναίμακτη και ανώδυνη είχε ευρεία απήχηση αλλά εγκαταλείφθηκε σύντομα εξαιτίας της αναποτελεσματικότητάς της (Μορτόγλου, 1996).

Μια άλλη μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόστηκε και ευτυχώς δεν έγινε ιδιαίτερα γνωστή ήταν η «περίδεση των σιαγόνων» με σύρμα ώστε, η δυνατότητα διανοίξεως του στόματος και μάσησης να περιορίζονται τόσο πολύ που το άτομο μπορούσε να τραφεί μόνο με υδαρείς τροφές, συνήθως γάλα. Όσο αναφορά τη φαρμακευτική θεραπεία, οι αμφεταμίνες και τα παράγωγά τους είχαν ευνοϊκά αποτελέσματα μόνο όσο διαρκούσε η φαρμακευτική θεραπεία. Οι γιατροί όμως φοβήθηκαν τους κινδύνους εθισμού στις αμφεταμίνες και τα παράγωγά τους και σταμάτησαν την συνταγογραφία αυτών των σκευασμάτων.

Όσο αναφορά το **παρόν** οι αποτυχίες των τελευταίων 25 ετών μετέβαλλαν την τακτική στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Ο Μορτόγλου (1996) ισχυρίζεται ότι αυτός που πιστεύει ότι ο κύριος στόχος του θεραπευτή είναι η απώλεια βάρους, αυτός θεραπεύει τις κλίμακες της παχυσαρκίας και όχι τον παχύσαρκο ασθενή. Οι κύριοι στόχοι πρέπει να είναι:

- α. η ανακούφιση από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας
- β. η πρόληψη αύξησης του βάρους στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους ήδη υπέρβαρους
- γ. η δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για απώλεια βάρους σε τρίτη φάση (Μορτόγλου, 1996).

Οι θεραπείες της παχυσαρκίας όσο αναφορά το **μέλλον** είναι δύσκολο να καθοριστούν. Ωστόσο, κάποιες σκέψεις, κάνουν λόγο για μακροχρόνια χρήση θερμογενετικών ή και ανορεκτικών φαρμάκων που τουλάχιστον δεν έχουν αποδεδειγμένες παρενέργειες. Κάποιες άλλες κάνουν λόγο για εφαρμογή ορμονικών χειρισμών και τέλος υπάρχουν κάποιες ακραίες βλέψεις για επίδραση στο γενετικό κώδικα του ανθρώπου, ώστε να μειωθούν τα άτομα με τα γενετικά εκείνα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν τη παχυσαρκία (Μορτόγλου, 1996).

Μέθοδοι αντιμετώπισης της παχυσαρκίας ή θεραπευτικές παρεμβάσεις για την απώλεια βάρους είναι οι παρακάτω:

- Δίαιτα
- Φάρμακα
- σωματική άσκηση
- ψυχολογική υποστήριξη-ψυχοθεραπεία
- εγχείρηση.

2.11.2. ΔΙΑΙΤΑ

Η διαιτητική θεραπεία σύμφωνα με το Ζαμπάκο (1989), είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας όπου επιδιώκεται η απώλεια βάρους με τη ρύθμιση του ισοζυγίου των θερμίδων. Στις διαιτητικές θεραπείες περιλαμβάνονται όλες εκείνες που αποσκοπούν στη μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων με τις τροφές. Στις υπερενεργειακές κατατάσσονται όσες στοχεύουν στην αύξηση της κατανάλωσης των θερμίδων που προσλαμβάνονται, δηλαδή στην αύξηση της κατανάλωσης της ενέργειας. Βέβαια, υπάρχουν και οι μικτές θεραπείες. Ωστόσο, όποια διαιτητική θεραπεία και αν ακολουθήσει κάποιος ο οποίος επιθυμεί να χάσει τα περιττά του κιλά, θα πρέπει η διαιτητική θεραπεία να καλύπτει τις εξής προϋποθέσεις:

Ασφάλεια: κάποιες δίαιτες ή η λανθασμένη εφαρμογή τους μπορούν να προκαλέσουν σωρεία επιπλοκών που πολλές φορές είναι ιδιαίτερα σοβαρές.

Ταχύτητα: έχει αποδειχθεί ότι στερητικές δίαιτες με μεγάλη χρονική διάρκεια δεν είναι πάντα αποτελεσματικές.

Εξατομίκευση: το διαιτολόγιο πρέπει να είναι προσαρμοσμένο με τροφές που το άτομο προτιμά γιατί μόνο έτσι θα υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα: **Αποτελεσματικότητα**

Λογικό κόστος

Κατάλληλος συνδυασμός με τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα όπως διαβήτη, χοληστερίνη, καρδιοπάθειες, νεφρικά ή ηπατικά προβλήματα, κ.ά. (Μορτόγλου, 1996).

Η Γερμανική Εταιρία παχυσαρκίας ορίζει τρεις διαφορετικές διαιτητικές επιλογές, τη μικτή δίαιτα μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης (1000-1500 Kcal/ημερησίως), τη δίαιτα χαμηλών θερμίδων (LCD, 700-

1000 Kcal/ημερησίως) και τη δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCD, 4450- 700 Kcal/ημερησίως).

2.11.3. ΔΙΑΙΤΑ ΜΕ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΕΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ (VLCD-Very low calorie diets)

Πρόκειται για βιομηχανικά παρασκευάσματα που παρέχουν από 500-800 Kcal/ημ. και χρησιμοποιούνται, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 7 μέρες. Κατά τον Μορτόγλου (1996), οι σύγχρονες VLCD περιέχουν μεγάλο ποσοστό πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, ελάχιστο ποσοστό λίπους αλλά με όλα τα απαραίτητα λιπαρά οξέα, μικρό ποσοστό υδατανθράκων (30-45γρ.) για μείωση της οξέωσης και το σύνολο σχεδόν των βιταμινών και των μεταλλικών αλάτων για κάλυψη των απαραίτητων ημερησίων αναγκών. Η διάρκεια συνεχούς θεραπείας με αυτού του είδους τις δίαιτες δε πρέπει πρακτικά ποτέ να ξεπερνάει τις 4 εβδομάδες και πάντα θα πρέπει να συνυπάρχει κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση.

Οι δίαιτες αυτές έγιναν ιδιαίτερα γνωστές τα τελευταία χρόνια στις δυτικές χώρες για δύο κυρίως λόγους:

- α.** Την πολύ επιθετική διαφήμιση προς τους γιατρούς αλλά και το κοινό
- β.** Τη δημοσιοποίηση των συμπερασμάτων μιας συνόδου ειδικών για την παχυσαρκία υπό την αιγίδα του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, που αναγνωρίζει τη δυσμενή επίδραση του σωματικού βάρους στην νοσηρότητα και θνητότητα του ανθρώπου (Μορτόγλου, 1996).

2.11.4. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΗΣΤΕΙΑ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ (PSMF-Protein sparing modified fast)

Μερικοί ερευνητές στην προσπάθειά τους για βελτίωση των αποτελεσμάτων VLCD, χρησιμοποιούν την τροποποιημένη νηστεία εξοικονόμησης πρωτεΐνης. Στα διαιτολόγια αυτά, έχει αυξηθεί η χορηγούμενη πρωτεΐνη σε 1,5 γρ. ανά κιλό ιδανικού βάρους σώματος, ενώ είναι περιορισμένη η χορήγηση λιπών και υδατανθράκων. Το πλεονέκτημα της συγκεκριμένης διαίτας έναντι των VLCD είναι ότι παρατηρείται βελτίωση του αισθήματος της πείνας, αφού η διαίτα γίνεται με φυσικές τροφές όπως άπαχο κρέας, ψάρι κ.τ.λ. Τα αποτελέσματα των PSMF φαίνονται λίγο καλύτερα αφού δύο χρόνια μετά από το τέλος της διαίτας, το 12% διατηρεί την επιτευχθείσα απώλεια βάρους (Μορτόγλου, 1996).

2.11.5. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

Πρόκειται για υποθερμιδικές δίαιτες αποτελούμενες από συνήθειες τροφές με ποικίλη όμως ενεργειακή περιεκτικότητα (900-1800Kcal/24ωρο). Οι δίαιτες αυτές καλύπτουν τα περισσότερα κριτήρια ενός υγιούς προγράμματος απώλειας βάρους με μακροχρόνια οφέλη. Η σύσταση του διαιτολογίου περιλαμβάνει πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, φυτικές ίνες, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνονται ικανές ποσότητες νερού ημερησίως περίπου 1-2 λίτρα. Όσον αφορά το αλάτι, όχι μόνο δεν πρέπει να περιορίζεται, αλλά θα πρέπει να επιβάλλεται σε καθημερινή βάση σε συγκεκριμένες φυσιολογικές ποσότητες. Τα οينوπνευματώδη, καλό θα ήταν να αποφεύγονται ωστόσο τα αφειγήματα και τα αναψυκτικά χωρίς θερμίδες, τα οποία συνήθως περιέχουν ασπαρτάμη μπορούν να λαμβάνονται κατά βούλησιν (Μορτόγλου, 1996).

2.11.6. ΧΗΜΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Η «χημική δίαιτα» αποκλείει μια ορισμένη ομάδα τροφίμων όπως είναι οι υδατάνθρακες (φρούτα, λαχανικά, πατάτες, ψωμί, όσπρια). Αυτό που επιτυγχάνει είναι η απώλεια μυϊκού ιστού και υγρών και όχι η απώλεια λίπους. Έχει βρεθεί ότι ένα άτομο που αδυνάτισε με χημική δίαιτα κατά δέκα κιλά, έχασε μόνο ένα κιλό από το λίπος που είχε συσσωρευμένο στο σώμα του, δηλαδή είχε απώλεια του λιπώδους ιστού 10%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι μύες να συρρικνώνονται και να χάνεται μέρος από τις δυνάμεις αυτού που ακολουθεί τη συγκεκριμένη δίαιτα. Συνήθως αυτό που συμβαίνει με τις «χημικές δίαιτες» είναι ότι το άτομο πολύ εύκολα θα χάσει τα κιλά και έπειτα εξίσου εύκολα θα τα ξαναπάρει (Τερκεσίδου, 1999). Επίσης, οι «χημικές δίαιτες», εκτός από τη σωματική υγεία του ατόμου, βάζουν σε κίνδυνο και την ψυχική του ισορροπία, που κινδυνεύει πρωτίστως από τη στέρηση που υφίσταται το άτομο κατά το διάστημα που διαρκεί η δίαιτα. Συχνά, η γρήγορη επανάκτηση των «χαμένων» κιλών προκαλεί απογοήτευση. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες (στερήσης και απογοήτευσης) μπορεί να προκληθούν κρίσεις βουλιμίας, κατάθλιψης και διάφορα άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Επιπλέον, το φαινόμενο της αυξομείωσης βάρους της τάξης των δέκα με είκοσι κιλών ευνοεί την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο (Τερκεσίδου, 1999).

2.11.7. ΔΙΑΙΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ (WARD)

Πρόκειται για μια εξισορροπημένη δίαιτα με συνήθεις τροφές της οποίας το νέο στοιχείο είναι η διακύμανση της ενεργειακής περιεκτικότητας. Η μέθοδος αυτή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στο

Πανευρωπαϊκό συνέδριο παχυσαρκίας στην Ολλανδία το 1992. Είναι γνωστό ότι ο μεταβολισμός ηρεμίας (RMR) εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το σωματικό βάρος. Όσο βαρύτερο, έστω και παχύτερο, είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερο το ενεργειακό κόστος του βασικού μεταβολισμού και της σωματικής δραστηριότητας. Η απώλεια βάρους συνοδεύεται από παράλληλη μείωση της RMR αλλά και των ενεργειακών απαιτήσεων των σωματικών δραστηριοτήτων. Υπολογίζεται ότι για απώλεια βάρους κάθε κιλού, οι ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες μειώνονται κατά 25 θερμίδες. Η καινοτομία της δίαιτας WARD (weight adapted reducing diet) συνίσταται στο ότι η ενεργειακή περιεκτικότητα της δίαιτας προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του σωματικού βάρους με έναν σταθερό συντελεστή, ο οποίος κυμαίνεται από 9 έως 14, ανάλογα με πόσο στερητική δίαιτα θέλουμε να χορηγήσουμε (Μορτόγλου, 1996).

Με αυτή τη δίαιτα επιτυγχάνεται σταθερή απώλεια βάρους, αφού το αρνητικό ισοζύγιο παραμένει σταθερό και επιπλέον, ευνοείται η καλύτερη προσαρμογή στη στέρηση, αφού η συνολική ποσότητα τροφής είναι αρχικά μεγαλύτερη και μειώνεται, προοδευτικά στη συνέχεια. Η δίαιτα αυτή εφαρμόστηκε με πολύ καλά αποτελέσματα και χωρίς παρενέργειες σε μεγάλο αριθμό ατόμων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Τα αποτελέσματα της δίαιτας διαφέρουν ανάλογα με την ομάδα ηλικίας (Μορτόγλου, 1996). Το βέβαιο είναι ότι δεν υπάρχει μια δίαιτα ιδανική για όλα τα παχύσαρκα άτομα. Η δίαιτα αυτή πρέπει να είναι εξατομικευμένη, δηλαδή να βασίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ατόμου για το οποίο προορίζεται. Επιπλέον, πρέπει να παρέχει στο άτομο όλα τα θρεπτικά συστατικά που του είναι απαραίτητα καθημερινώς, και μόνο οι θερμίδες να είναι χαμηλότερες ως προς τις

ημερήσιες ανάγκες, με ιδιαίτερη έμφαση στην ελάττωση του λίπους και του λαδιού (Καφάτος, 2002).

2.11.8. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ Ή ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΑΔΥΝΑΤΙΣΘΟΥΝ

- 1.** Να συνειδητοποιούν ότι είναι ανάγκη να χάσουν βάρος για να προστατέψουν την υγεία τους, και όχι μόνο για αισθητικούς λόγους.
- 2.** Να κατανοήσουν ότι η επιτυχία της διαιτητικής αγωγής, σε μακροχρόνια βάση, προϋποθέτει αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και στο τρόπο ζωής, τις οποίες θα πρέπει να διατηρήσουν και στην υπόλοιπη ζωή τους.
- 3.** Να κάνουν τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις που θα επιτρέψουν στο γιατρό ή στο διαιτολόγο να σχεδιάσει το κατάλληλο προσωπικό τους διαιτολόγιο.
- 4.** Κατά το σχεδιασμό του διαιτολογίου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το διαιτητικό ιστορικό και οι συνήθειες του ατόμου, ώστε το τελευταίο να μπορεί να εφαρμόσει τη δίαιτα που του δίνεται.
- 5.** Κατά τη διάρκεια εφαρμογής της δίαιτας το άτομο πρέπει να παρακολουθείται τακτικά από το γιατρό του.
- 6.** Μετά τη διαιτητική αγωγή το άτομο πρέπει να συνεχίσει να διατρέφεται σωστά, ώστε να μπορέσει να διατηρήσει το φυσιολογικό βάρος του σώματός του για την υπόλοιπη ζωή του.
- 7.** Τα εν λόγω άτομα πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγουν τις συχνές αυξομειώσεις του βάρους του σώματός τους.
- 8.** Η συστηματική, καθημερινή μέτρια προς έντονη σωματική άσκηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση κάθε προσπάθειας απώλειας βάρους ή διατήρησης φυσιολογικού βάρους.

2.11.9. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Ο Ιπποκράτης πριν από εικοσιπέντε αιώνες αναγνωρίζοντας τη σημασία της γυμναστικής για την απόκτηση σωματικής ευεξίας, τονίζει ότι αυτή κυρίως προφυλάσσει και διατηρεί την καλή υγεία και γι' αυτό την ορίζει ως *«υπεναντίαν τη Ιατρική»*, καθ' όσον *«η μεν γυμναστική δεν σκοπεύει ν' αλλάξει την κατάσταση του υγιούς σώματος, αλλά να τη διατηρήσει, η δε ιατρική έχει ν' αλλάξει την κατάσταση του νοσούντος σώματος καθιστώσα αυτό υγιές»*. Στις μέρες μας, κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μυϊκή άσκηση συμβάλει σημαντικά στη θεραπεία ασθενών με χρόνια νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, των πνευμόνων, του μεταβολισμού, της ψυχικής σφαίρας κ.λπ. Επιπλέον, πιστεύεται ότι η μυϊκή δραστηριότητα βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου, την οποία ίσως και παρατείνει, καθιστά τον άνθρωπο ικανότερο να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και τον προστατεύει από ατυχήματα. Με τον όρο **φυσική δραστηριότητα** εννοούμε τη κάθε κίνηση του σώματος που είναι αποτέλεσμα μυϊκής δραστηριότητας και οδηγεί σε δαπάνη ενέργειας (Σημ. Αποστολόπουλος, 2002).

Σύμφωνα με ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α., σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα και την Υγεία, η σωματική άσκηση επηρεάζει το σωματικό βάρος και την παχυσαρκία, σε τρία επίπεδα: 1) Η σωματική δραστηριότητα επηρεάζει το βάρος και τη σύνθεση του σώματος με ευνοϊκό τρόπο, δεδομένου ότι μειώνει το σωματικό λίπος και σταθεροποιεί ή και αυξάνει τη μυϊκή μάζα. 2) Η ταχύτητα της μείωσης του σωματικού βάρους καθορίζεται από τη συχνότητα και τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας και από το κατά πόσον συνεχίζεται αυτή επί μήνες ή χρόνια. 3) Δεδομένου ότι η μείωση του σωματικού βάρους μέσω της αυξημένης σωματικής δραστηριότητας και

χωρίς ταυτόχρονα διαιτητικά μέτρα λαμβάνει χώρα σχετικά αργά, γίνεται κατανοητό ότι η αυξημένη δραστηριότητα με ταυτόχρονη δίαιτα είναι πιο αποτελεσματική στη μακροπρόθεσμη ρύθμιση του σωματικού βάρους, από ότι η δίαιτα μόνη της. Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματά της στο βάρος του σώματος, η σωματική δραστηριότητα έχει μια ευνοϊκή επίδραση στη κατανομή του λίπους (Ellrott, Pudel, 1998).

Κατά τον Μορτόγλου (1996), η φυσική δραστηριότητα έχει επίδραση στη ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής με τους εξής μηχανισμούς:

α. Μείωση της όρεξης. Από σχετικές έρευνες προκύπτει ότι η ελαφρά και μέτρια άσκηση μειώνει ή τουλάχιστον δεν αυξάνει την όρεξη, ενώ η έντονη άσκηση την αυξάνει. Η μείωση της όρεξης παρατηρείται κυρίως στους άντρες.

β. Μείωση της επιθυμίας για πρόσληψη λίπους. Είναι προφανές ότι ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης μειώνει την επιθυμία για κατανάλωση λίπους, ακόμα και στην φάση συντήρησης του σωματικού βάρους και έτσι μειώνεται η πιθανότητα υποτροπής της παχυσαρκίας.

γ. Ευνοϊκές ψυχολογικές επιδράσεις. Είναι γνωστό ότι η καλή φυσική κατάσταση είναι ανάλογη με τη ψυχική υγεία του ατόμου. Ειδικά στα παχύσαρκα άτομα, με την σωρεία των πρωτογενών και δευτερογενών ψυχικών προβλημάτων, η συστηματική αλλά μέτριας έντασης άσκησης, αυξάνει την αυτοεκτίμηση και βελτιώνει το συναίσθημα αυτάρκειας και ευεξίας. Αντίθετα, η έντονη άσκηση είναι δυνατόν να αυξήσει το stress και την γενικότερη ένταση, γι' αυτό και πρέπει να αποφεύγεται. Η φυσική άσκηση ωστόσο επιδρά και στην ποσότητα της καταναλισκομένης ενέργειας με τους εξής μηχανισμούς:

α. Ενεργειακή κατανάλωση κατά την άσκηση. Το ενεργειακό κόστος της άσκησης και γενικότερα της σωματικής δραστηριότητας είναι

χαμηλό. Παρ' όλα αυτά, αθροιστικά μέσα στο χρόνο, η μικρή επίδραση έχει ουσιαστικά οφέλη. Αν π.χ., ένας άνθρωπος μέσου σωματικού βάρους, ανέβει και κατέβει τα σκαλιά διώροφου κτιρίου μια φορά την ημέρα αντί να χρησιμοποιήσει ανελκυστήρα, θα χάσει σε ένα χρόνο 3 περίπου κιλά.

β. Ελαχιστοποίηση της απώλειας μυϊκού ιστού κατά την απώλεια βάρους. Αν και κατά την απώλεια βάρους θα υπάρξει οπωσδήποτε και απώλεια άλιπης μάζας σώματος, ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης περιορίζει την απώλεια αυτή σε ποσοστό μικρότερο του 30%. Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι η άσκηση ευνοεί την ποιοτική απώλεια βάρους και όχι την ποσοτική.

γ. Αύξηση μεταβολικής δραστηριότητας μακράν του χρόνου άσκησης. Η μείωση του σωματικού βάρους συνοδεύεται σχεδόν πάντα και από τη μείωση της ενεργειακής κατανάλωσης ηρεμίας RMR. Το φαινόμενο αυτό αποτελεί προσαρμοστικό μηχανισμό στη στέρηση, αλλά είναι και αποτέλεσμα του έντονου καταβολισμού του μυϊκού ιστού με τις αλόγιστες δίαιτες. Η συστηματική άσκηση επιφέρει βελτίωση του ανωτέρω φαινομένου, αυξάνοντας την αναλογία του μυϊκού ιστού και βελτιώνοντας την ποιότητά του (Μορτόγλου, 1996).

Σύμφωνα με το Μορτόγλου (1996), μπορεί η σωματική δραστηριότητα να έχει όλες τις παραπάνω ευεργετικές ιδιότητες, ωστόσο, απαιτείται μεγάλη προσοχή στο είδος της άσκησης και στην έντασή της, καθότι μερικά είδη ασκήσεων, όπως το ποδήλατο ή το παιχνίδι με μπάλα, όπου η ένταση των ασκήσεων δεν είναι ιδιαίτερα ήπια, διατρέχουν πολλούς κινδύνους όταν γίνονται από άτομα με ιδιαίτερα αυξημένο σωματικό βάρος. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η φυσική δραστηριότητα:

- Αποτελεί ισχυρό παράγοντα για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

- Για τους παχύσαρκους υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, όταν η φυσική δραστηριότητα συνδυάζεται με την κατάλληλη διατροφή.
- Ευνοεί την απώλεια κυρίως λιπώδους ιστού και διατηρεί υψηλά επίπεδα μεταβολικής δραστηριότητας.
- Ήπιες μορφές άσκησης, αλλά σε σταθερή και μακροχρόνια βάση, έχουν πολύ καλά αποτελέσματα και περικλείουν πολύ λιγότερους κινδύνους.

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

P ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

- § Μείωση όρεξης
- § Μείωση επιθυμίας για πρόσληψη λίπους
- § Ευνοϊκές ψυχολογικές επιδράσεις

P ΑΥΞΗΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

- § Ενεργειακή κατανάλωση κατά την άσκηση
- § Αύξηση μεταβολικής δραστηριότητας και μακράν του χρόνου άσκησης
- § Ελαχιστοποίηση της απώλειας μυϊκού ιστού κατά την απώλεια βάρους

2.11.10. ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα φάρμακα αποτελούν πολύτιμα μέσα για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ μόνα τους. Η κύρια δράση τους είναι η μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Επομένως θα πρέπει πάντα να συνδυάζονται με κάποιας μορφής δίαιτα και με θεραπεία συμπεριφοράς, ώστε να υπάρξουν μονιμότερες επιδράσεις στις διαιτητικές συνήθειες του παχύσαρκου ατόμου (Μορτόγλου, 1996).

Φάρμακα τα οποία είναι δυνατόν να μειώσουν την ποσότητα της προσλαμβανόμενης ενέργειας, είναι:

- **Σερετονινεργικά:** Ντεξφενφλουραμίνη, Φενφλουραμίνη, Φλουοξετίνη, Σιμπουτραμίνη κ.ά. Επιδρούν στην πρόσληψη ειδικότερα των υδατανθράκων και μειώνουν τον αριθμό και την ποσότητα των ενδιάμεσων γευμάτων.
- **Ναλτρεξόνη:** Ανταγωνιστής ενδογενών οπιοειδών. Μείωση επιθυμίας για πρόσληψη τροφής.
- **Χολοκυστοκινίνη:** Οκταπεπτίδιο με κεντρική και περιφερική δράση. Αυξάνει το αίσθημα κορεσμού και επιβραδύνει την κένωση του στομάχου.
- **Αναστολείς ή ανταγωνιστές ορμονών και νευρομεταβιβαστών που διεγείρουν την όρεξη** (β-Ενδορφίνη, Εγκεφαλίνη, Δινορφίνη, Νευροπεπτίδιο-Y, Πεπτίδιο YY, Γαλανίνη, GRH, MSH).
- **Διεγέρτες ή μιμητές ορμονών και νευρομεταβιβαστών που επιφέρουν κορεσμό** (Μπομπενσίνη, Νευροτενσίνη, Καλσιτονίνη, Γλυκαγόνη, Ανορεκτίνη, CRH, VPDRP).
- **Άλλα κεντρικώς δρώντα φάρμακα:** Αμφεταμίνες, Διεθυλπροπιόνη, Μαζιντόλη, Φεντερμίνη. Δρουν μέσω των αδρενεργικών υποδοχέων. Εξ αυτών, οι αμφεταμίνες και τα παράγωγά τους δεν πρέπει ποτέ πλέον να χρησιμοποιούνται, ενώ τα υπόλοιπα έχουν σχετική ένδειξη την υπερφαγική παχυσαρκία με ιστορικό σημαντικής κατάθλιψης στο παρελθόν.
- **Χλωροκιτρικό οξύ:** Μειώνει την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής και αναστέλλει την κένωση του στομάχου. (Μορτόγλου, 1996).
- **Φυτικές ίνες:** Κατά τον Αυγούστη (1988), οι φυτικές ίνες αποκαλούνται και «δαιτητικές», διασχίζουν το λεπτό έντερο και φθάνουν άπεπτες στο παχύ, διευκολύνοντας την εντερική διάβαση δημιουργώντας περιεχόμενο μαλακό και ογκώδες με αποτέλεσμα την

ταυτόχρονη καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας και τη θερμιδική απώλεια. Η διόγκωση των φυτικών ινών στο στομάχι προκαλούν το «αίσθημα πληρότητας» εξαλείφοντας το αίσθημα πείνας. Συνεπώς το υπέρβαρο άτομο μπορεί να χάσει βάρος και να διατηρήσει το κανονικό του χωρίς στερητική δίαιτα.

Απόλυτες ενδείξεις για μακροχρόνια φαρμακοθεραπεία είναι: Η νοσογόνος υποτροπιάζουσα παχυσαρκία, το σύνδρομο της αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο και η συνύπαρξη της παχυσαρκίας με νόσους (διαβήτη, κατάθλιψη, κ.ά.) προς τις οποίες το φάρμακο ασκεί παράλληλες ευνοϊκές επιδράσεις (Μορτόγλου, 1996).

Από τις παραπάνω ουσίες τα περισσότερα υποσχόμενη και περισσότερο χρησιμοποιούμενη τα τελευταία χρόνια, είναι η Ντεξφενφουραμίνη. Ο κύριος μηχανισμός δράσης της είναι η αύξηση της έκκρισης και η μείωση επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης. Επί πλέον φαίνεται ότι ασκεί άμεση επίδραση στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Η ανορεκτική της δράση είναι εντονότερη στις υδατανθρακούχες τροφές και μειώνει την επιθυμία για πρόσληψη ενδιαμέσων γευμάτων. Δυστυχώς, η δράση της είναι ασθενέστερη στην αναστολή της επιθυμίας για πρόσληψη ζάχαρης.

Η δόση είναι 30mg/ημ. και είναι αρκετά ασφαλές φάρμακο, αφού δεν προκαλεί εθισμό και ουσιαστικά στερείται παρενεργειών πλην σπανίων περιπτώσεων πνευμονικής υπέρτασης που δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί αν οφείλονται στην βαρεία παχυσαρκία ή στο φάρμακο.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν την λήψη της είναι ήπιες και τις περισσότερες φορές υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου (κόπωση, διάρροια, ξηροστομία, συχνουρία και υπνηλία). Η κύρια αντένδειξη για την χορήγησή της είναι το γλαύκωμα (Μορτόγλου, 1996).

Συμπερασματικά, αποδεδειγμένο είναι ότι οι παχύσαρκοι δύσκολα αδυνατίζουν με φαρμακευτική αγωγή και αν αυτό συμβεί εύκολα επανακτάται το χαμένο βάρος. Εξίσου δύσκολο είναι να συντηρήσουν το βάρος τους εφόσον αδυνατίσουν. Θλιβερή και ταυτόχρονα απογοητευτική είναι η διαπίστωση ότι μόνο 10-20% των ατόμων διατηρούν το βάρος τους, εφόσον αδυνατίσουν, και οι υπόλοιποι το επανακτούν ή και το ξεπερνούν. Για αυτό το λόγο απαιτείται υψηλός βαθμός ψυχολογικής προσαρμογής, σε συνάρτηση με ριζική τροποποίηση των διαιτητικών κανόνων και συνηθειών, όσο και κινητοποίηση, δραστηριοποίηση και ενεργοποίηση του ατόμου (Αυγούστη, 1988).

2.11.11. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνήθως τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων είναι πολλά. Αν και συνήθως η ψυχοπαθολογία του υπέρβαρου ατόμου δεν αποκτά κλινική υπόσταση, σχεδόν πάντα το σύνολο της συμπεριφοράς του καθορίζεται από την σωματική του κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι εάν δεν υπάρχει ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη για τροποποίηση της συνολικής συμπεριφοράς και όχι μόνο τις διαιτητικής, οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα θα έχει πολύ λίγες πιθανότητες επιτυχίας (Μορτόγλου, 1996).

Η **ψυχολογική υποστήριξη** αποτελεί το δυσκολότερο τομέα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η συνεργασία του διαιτολόγου με τον ψυχολόγο είναι απαραίτητη. Η ενεργοποίηση του παχύσαρκου ατόμου για να αντιμετωπίσει με επιτυχία το πρόβλημα του είναι μια υπόθεση που χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο του ίδιου του παχύσαρκου, όσο και του περιβάλλοντός του. Ο παχύσαρκος αποζητά κλίμα που να ευνοεί

τις προσπάθειές του, επιζητεί συλλογικότητα και συντροφικότητα (Καφάτος, 2002).

Ωστόσο και η ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Καταρχήν, *ψυχοθεραπεία* είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα, στον ψυχισμό του ασθενούς με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς του. Στη ψυχοθεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται κυρίως, οι ακόλουθες τεχνικές: η *γνωστική θεραπεία*, η *ομαδική ψυχοθεραπεία*, η *υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*, η *οικογενειακή θεραπεία*. Όλες οι παραπάνω θεραπείες αποσκοπούν στην «*τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς*» (Γιαννοπούλου, 1992).

Η **Γνωστική - Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία** στηρίζεται στις ψυχολογικές θεωρίες μάθησης, αλλά υποστηρίζει ότι δεν είναι απαραίτητη η φανερή συμπεριφορά για να μάθει κανείς κάτι. Οι σκέψεις, ο εσωτερικός μονόλογος, συνειδητός ή ασυνείδητος, επιδρά στο άτομο (Νασιάκου, Χαντζή, Φατούρου-Χαρίτου, 1999). Ένα σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας είναι η αναδιοργάνωση της σκέψης. Το άτομο που προσπαθεί να χάσει κάποιο βάρος ακολουθώντας για παράδειγμα, κάποια δίαιτα, μαθαίνει να αντικρούει απαισιόδοξες σκέψεις σχετικά με αυτήν. Για παράδειγμα, κάποιος που μπορεί να σκέφτεται «*όλοι στην οικογένειά μου έχουν πρόβλημα με το βάρος τους, άρα είναι στα γονίδια μου*» μαθαίνει να αντικρούει αυτή τη σκέψη με μια άλλη, όπως: «*το γεγονός αυτό κάνει ακόμα πιο δύσκολη την προσπάθειά μου να αδυνατίσω, αλλά όχι αδύνατη. Αν ακολουθήσω ένα πρόγραμμα, θα πετύχω*» (Καφάτος, 2002).

Η συμπεριφοριστική παρέμβαση στην παχυσαρκία στηρίζεται στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά μαθαίνεται και ενισχύεται μέσω της

κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Ωστόσο, η χρησιμοποίηση μόνο συμπεριφοριστικών πρακτικών δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική. Ο συνδυασμός συμπεριφοριστικής και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας μπορεί να επιφέρει στο παχύσαρκο άτομο τα καλύτερα επιθυμητά αποτελέσματα. Επίσης, ο συνδυασμός συμπεριφοριστικής παρέμβασης και συμμετοχής του παχύσαρκου ατόμου σε ομαδικά προγράμματα δίνουν εξίσου θετικά αποτελέσματα (Καφάτος, 2002).

Η **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία** ανήκει στην οικογένεια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Έχει ως στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ισορροπίας του ασθενή και αποφεύγει να διεισδύσει στα βαθύτερα αίτια των δυσκολιών του, προστατεύοντας τον έτσι από το άγχος που θα του προκαλούσε μια τέτοια προσπάθεια. Με αυτό τον τρόπο, πετυχαίνεται η ανακούφιση του άγχους και η αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των συνθετικών λειτουργιών του Εγώ που έχουν διαταραχθεί. Το παχύσαρκο άτομο μέσω της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας καταφέρνει να αγαπήσει το Εγώ του. Τότε το Εγώ είναι σε θέση να ελέγξει τις ορμές του Εκείνο (η ανεξέλεγκτη επιθυμία για φαγητό θεωρείτο ορμή). Ακόμα ο συνδυασμός της θεραπείας της συμπεριφοράς καθώς και της υποστηρικτικής θεραπείας βοηθά το παχύσαρκο-ασθενή να διορθώσει λαθεμένες αντιλήψεις για τα αισθήματα, τις ανάγκες του και την ικανότητα να ελέγξει τη ζωή του (Μάνου, 1997).

Επίσης, και η **Ομαδική ψυχοθεραπεία** βοηθά στη καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Κατά τον Corsini (1957), ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία, που εφαρμόζεται σε προστατευόμενες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματισθεί έτσι ώστε επιφέρει σύντομα βελτίωση στη προσωπικότητα και στη συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με

αλληλοεπιδράσεις στην ομάδα που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία, ο παχύσαρκος, βλέπει πως δεν είναι μόνος του, υπάρχουν και άλλοι παχύσαρκοι, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα και τις ίδιες δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή. Έτσι, γίνεται ανταλλαγή βιωμάτων, ο παχύσαρκος-ασθενής δέχεται παραινέσεις από τους υπόλοιπους, δημιουργεί δεσμούς με τους άλλους παχύσαρκους-ασθενείς και με αυτό τον τρόπο η ψυχοπαθολογία του αλλάζει και ταυτόχρονα γίνεται πιο δυναμικός και αποφασιστικός.

Η *οικογενειακή θεραπεία* μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του παχύσαρκου-ασθενή όσον αναφορά στην διαταραχή της πρόσληψης τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους. Συνήθως, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την ψυχοδυναμική προσέγγιση όπου εφαρμόζει τις θεωρητικές αρχές και τις θεραπευτικές τεχνικές της ψυχανάλυσης για να κατανοήσει τις αλληλεπιδράσεις και τη δομή της οικογένειας (Χαρτοκόλλης, 1986).

2.11.12. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η **χειρουργική επέμβαση** έχει εφαρμοστεί σε ορισμένα υπερβολικά παχύσαρκα άτομα (νοσηρές μορφές παχυσαρκίας) και έχει σκοπό την ελάττωση της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου ή τη σμίκρυνση του μεγέθους του στομάχου. Οι μέθοδοι όμως αυτές συνοδεύονται πολύ συχνά από σοβαρές επιπλοκές, οι οποίες είναι δυνατόν να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο (Καφάτος, 2002).

Η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας αφορά σήμερα πρακτικά μόνο τις περιοριστικές επί του στομάχου επεμβάσεις οι οποίες είναι

δυνατόν να συνδυασθούν με βαγοτομή, τεχνικές ήπιας δυσαπορρόφησης και χολο-παγκρεατικό διαχωρισμό. Οι συχνότερα σήμερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές γαστροπλαστικής είναι: η κάθετη διαμερισμοποίηση με εξωτερική υποστήριξη επί του στομάχου και η περιίδεση του στομάχου (Μορτόγλου, 1996).

Στις επεμβάσεις αυτές, η μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας οφείλεται στην πρόκληση ναυτίας, επιγαστραλγίας, φουσκωμάτων αλλά πολλές φορές και εμετών αν ο χειρουργημένος παραβεί την «δίαιτα της γαστροπλαστικής», δηλαδή μικρά γεύματα, καλή μάσηση, βραδεία κατάποση και λήψη υγρών μετά από βρώση στερεών τροφών (Μορτόγλου, 1996).

Ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι:

- α.** Νοσογόνος παχυσαρκία συνοδευόμενη από παθολογικές καταστάσεις οι οποίες έχουν βελτιωθεί με την απώλεια βάρους σε προηγούμενες προσπάθειες αλλά η παχυσαρκία έχει υποτροπιάσει και
- β.** Υπερβάλλον του φυσιολογικού βάρους τουλάχιστον κατά 45κιλά αφού είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις αυτές ο κίνδυνος επιπλοκών είναι υπερδιπλάσιος ατόμων φυσιολογικού βάρους (Μορτόγλου, 1996).

Άσχετα από την ύπαρξη ενδείξεων για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας, δεν πρέπει να προχωρήσουμε στην εφαρμογή της αν προηγουμένως δεν ελεγχθούν οι παρακάτω προϋποθέσεις, διαφορετικά η υποτροπή είναι ο κανόνας.

- 1.** Ανάλυση διαιτητικών συνηθειών. Αν ο παχύσαρκος καταναλώνει τροφές με μικρό όγκο αλλά με μεγάλη πυκνότητα σε ενέργεια, τότε η εγγείρηση θα αποτύχει αν δεν αλλάξουν οι συνήθειες αυτές.

2. Έλεγχος συνεργασιμότητας μέσω της τήρησης ή όχι των ραντεβού του, της εφαρμογής κάποιων διαιτητικών περιορισμών, προηγούμενη διακοπή καπνίσματος κ.ά.
3. Μελέτη του κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος του παχύσαρκου και των πιθανών εξωτερικών αιτιών αύξησης του σωματικού βάρους.
4. Μελέτη της ποιότητας ζωής του και των απόψεων του για την υγεία.

Τα απώτερα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας της παχυσαρκίας δεν είναι άριστα, αλλά είναι καλύτερα από αυτά της συντηρητικής. Εκείνο που είναι πολύ χειρότερο είναι η ποιότητα ζωής των χειρουργημένων. Πρέπει να γίνει αντιληπτό στους θεραπευτές ότι όσο πιο αποτελεσματική είναι κάποια χειρουργική τεχνική τόσο περισσότερες είναι και οι αναμενόμενες επιπλοκές. Συμπεραίνοντας, μπορούμε να πούμε ότι η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας έχει επιδείξει καλά αποτελέσματα σε σχέση με την συντηρητική αγωγή, αλλά με πολύ υψηλό ποσοστό επιπλοκών, νοσηρότητας και θνησιμότητας (Μορτόγλου, 1996).

Εκτός από τους παραπάνω τρόπους απώλειας βάρους υπάρχουν ορισμένοι μέθοδοι που στόχο έχουν την αλλαγή των συνθηκών φαγητού του παχύσαρκου ατόμου. Η μορφή αυτής θεραπείας αποσκοπεί στην τροποποίηση της συμπεριφοράς (behavior modification) ενός προσώπου και εφαρμόζεται από έμπειρους ιατρούς και ψυχολόγους. Η διδασκαλία γίνεται κατά ομάδες ή κατ' άτομο (Κατσίλαμπρος, 1982).

Μια βασική αρχή της θεραπείας αυτής είναι η καθημερινή συστηματική καταγραφή, απ' το ίδιο το παχύσαρκο άτομο, ορισμένων στοιχείων όπως τη ποσότητα, το είδος και το χρόνο λήψης του φαγητού, το είδος, την ένταση και τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την επιθυμία για λήψη φαγητού, όπως μια συγκίνηση. Κατ' αυτό τον τρόπο τόσο ο θεραπευτής όσο και ο

παχύσαρκος ασθενής σχηματίζουν μια ακριβή εικόνα σχετικά με τις ατομικές ιδιορρυθμίες που σχετίζονται με το φαγητό. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς εκπλήσσονται όταν συνειδητοποιούν τις μεγάλες ποσότητες τροφής που καταναλώνουν. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα γεγονότα που προηγούνται πριν την επιθυμία για φαγητό. Έτσι δίνεται η δυνατότητα να περιορίσει κανείς το φαγητό τροποποιώντας τα γεγονότα αυτά. Επίσης δημιουργούνται συνθήκες που ελαττώνουν τον περιορισμό (απομάκρυνση γλυκισμάτων από το σπίτι, ενθάρρυνση του μαγειρέματος αντί των έτοιμων φαγητών απ' έξω). Μετά από μελέτη ιδιαίτερων για κάθε άτομο συνθηκών, που συνδυάζονται με αυξημένη λήψη φαγητού, συνιστάται η αποφυγή ή τροποποίηση των περιβαλλοντικών αυτών παραγόντων. Ορισμένοι παχύσαρκοι τρώνε ανεξέλεγκτα παρακολουθώντας τηλεόραση. Είναι δυνατόν, με το να κάθεται κάποιος λιγότερο στη τηλεόραση, να μετριάσει και την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει. Σ' ό,τι αφορά τη μυϊκή άσκηση ενθαρρύνεται η αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα στο πλαίσιο της καθημερινής εργασίας του ατόμου (χρησιμοποίηση σκάλας αντί ανελκυστήρα) (Κατσίλαμπρος, 1982).

Ωστόσο, υπάρχει μια μερίδα ατόμων, τα οποία δυσανασχετούν με την ιδέα της συστηματικής καταγραφής των ειδών και των ποσοτήτων που καταναλώνουν γιατί θεωρούν ότι μ' αυτό τον τρόπο θα αυξηθεί το συναίσθημα της ενοχής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνει κατανοητό στο τι ακριβώς εξυπηρετεί η συστηματική καταγραφή. Η συστηματική καταγραφή βοηθά το άτομο να καταλάβει τις διαφορετικές όψεις της διατροφικής του συμπεριφοράς και το βοηθά να αναζητήσει λύσεις, αφού με τη καταγραφή έχει προσδιορίσει τους λόγους που το κάνουν να τρώει υπερβολικά (Freud, 2005).

2.11.13. ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- **Διαιτητικά μέτρα** [μικτή διαίτα μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης (1000-1500 Kcal/ημερησίως), διαίτα χαμηλών θερμίδων LCD, (700-1000 Kcal/ημερησίως) και διαίτα πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCD, 450-700 Kcal/ημερησίως)]
- **Θεραπεία της συμπεριφοράς και ψυχοθεραπεία** (ενίσχυση των κινήτρων, πρόληψη επιπλοκών, καθορισμός θεραπευτικών στόχων, ελαστικός έλεγχος της συμπεριφοράς, κατανάλωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες για τη μείωση του αισθήματος της πείνας)
- **Κινησιοθεραπεία** (αθλήματα αντοχής και δύναμης, εξάσκηση μεγάλων μυϊκών ομάδων και ενίσχυση των αρθρώσεων, βελτίωση της συμμόρφωσης μέσω ομαδικής άθλησης)
- **Φάρμακα** (ανορεξιογόνες ουσίες που δρουν κεντρικά, απελευθερώνοντας και αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, και ουσίες που δρουν τοπικά στο έντερο, αναστέλλοντας τη δραστηριότητα της παγκρεατικής λιπάσης, ώστε να μειώνεται η απορρόφηση του λίπους της τροφής.
- **Χειρουργική θεραπεία** (κάθετη γαστροπλαστική κατά Mason, γαστροπλαστική με ταινία σιλικόνης κατά Kuzmak)

2.12. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Όπως είδαμε, οι συνήθειες διατροφής και σωματικής δραστηριότητας, θεωρούνται ως οι κύριοι παράγοντες που ευθύνονται για την υπερβολική αύξηση του βάρους.

Είναι, λοιπόν, πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε ότι εάν οι παράγοντες αυτοί διορθωθούν, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη της παχυσαρκίας.

Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, θα πρέπει, λοιπόν, να επικεντρωθεί σε:

- α.** Στοιχεία του κοινωνικού, πολιτισμικού, πολιτικού, φυσικού και δομικού περιβάλλοντος, τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο του βάρους στην κοινότητα ή στον πληθυσμό, γενικά.
- β.** Διαδικασίες και προγράμματα που θα ασχοληθούν με τα άτομα και τις ομάδες που διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και σύνοδες παθολογικές καταστάσεις.
- γ.** Πρωτόκολλα αντιμετώπισης των ατόμων που πάσχουν ήδη από παχυσαρκία (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Ωστόσο, οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, θα πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά, έτσι ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών που σχετίζονται με τον υπερβολικό φόβο προς το πάχος, όπως για παράδειγμα, η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Επίσης, θα πρέπει να αποθαρρύνονται και άλλες επικίνδυνες συνήθειες για την υγεία, όπως π.χ. το κάπνισμα, που μπορεί να υιοθετήσουν κάποιοι, με την σκέψη ότι θα εμποδίσει την αύξηση του βάρους (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Πριν δούμε, όμως, τα τρία επίπεδα των μέτρων πρόληψης, αξίζει να αναφέρουμε ότι μέχρι πρόσφατα, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, θεωρούνταν ως δύο διαφορετικές διαδικασίες, με την πρώτη

να έχει ως στόχο την πρόληψη της αύξησης του βάρους και την δεύτερη να ασχολείται με την απώλεια βάρους. Η αντιμετώπιση θεωρείτο ότι αποτελεί ευθύνη του κλινικού ιατρού, ενώ η πρόληψη ενέπιπτε στις αρμοδιότητες του τομέα της προαγωγής της υγείας ή των οργανισμών δημόσιας υγείας. Σήμερα, όμως, είναι σαφές ότι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα μακροπρόθεσμων στρατηγικών, όπως είναι η πρόληψη της αύξησης βάρους, η διατήρηση του βάρους, η αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων που οφείλονται στην παχυσαρκία και η απώλεια βάρους (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003). Όσον αφορά, τώρα, τα **τρία επίπεδα πρόληψης**, αυτά καθορίζονται ως εξής:

2.12.1. ΚΑΘΟΛΙΚΗ/ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τα προγράμματα αυτά, απευθύνονται στον πληθυσμό ή στην κοινότητα ως σύνολο, ανεξάρτητα από το εκάστοτε επίπεδο κινδύνου αυτών. Έχουν ως στόχο, την σταθεροποίηση του επιπέδου της παχυσαρκίας στον πληθυσμό, την ελάττωση του ποσοστού εμφάνισης νέων περιπτώσεων και την μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Όμως, ο πιο σημαντικός στόχος, στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος υπερβολικού βάρους, είναι η ελάττωση του μέσου βάρους του πληθυσμού. Άλλοι στόχοι της καθολικής πρόληψης, περιλαμβάνουν τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το βάρος, την γενική βελτίωση της διατροφής και την μείωση του επιπέδου του κινδύνου ενός πληθυσμού για εμφάνιση παχυσαρκίας. Βέβαια, μια τέτοια μαζική προσέγγιση στον έλεγχο και την πρόληψη νοσημάτων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής δεν είναι πάντα η κατάλληλη και έχει υποστεί κριτική γιατί απαιτεί όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από αν είναι υψηλού ή χαμηλού κινδύνου, να κάνουν τις ίδιες αλλαγές. Στην πρόληψη, όμως της παχυσαρκίας, οι μαζικές προσεγγίσεις μπορούν να αποτελέσουν τις

περισσότερο αποτελεσματικές, σε σχέση με το κόστος τους, μεθόδους πρόληψης (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

2.12.2. ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε υποομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας. Οι υποομάδες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται από γενετικούς, βιολογικούς ή άλλους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να είναι περιορισμένος χρονικά, όπως σε συγκεκριμένες ευάλωτες περιόδους της ζωής, ή μπορεί να αποτελεί ένα πρόβλημα εφ' όρου ζωής, όπως για παράδειγμα, μια γενετική προδιάθεση στην αύξηση του βάρους. Προγράμματα επιλεκτικής πρόληψης, μπορεί να ξεκινήσουν από τα σχολεία, τα Πανεπιστήμια, τους χώρους εργασίας, τα κοινοτικά κέντρα, τα εμπορικά κέντρα και τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή μέσω οποιουδήποτε κατάλληλου φορέα, ο οποίος έχει πρόσβαση σε τέτοιες ομάδες. Στόχος τους, είναι να βελτιώσουν τη γνώση και τις ικανότητες των ομάδων αυτών, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τους παράγοντες εκείνους που τους έχουν καταστήσει άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση παχυσαρκίας (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

2.12.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΣΤΟΧΟ

Απευθύνεται σε άτομα που είναι ήδη υπέρβαρα και σε εκείνα που δεν είναι ακόμα παχύσαρκα, αλλά στα οποία έχουν αναγνωριστεί βιολογικοί δείκτες, ευοδωτικοί στην εναπόθεση λίπους. Τα άτομα αυτά είναι υψηλού κινδύνου και αν αποτύχει η παρέμβαση, σ' αυτό το στάδιο, πολλά από αυτά θα γίνουν παχύσαρκα και θα υποστούν τις δυσάρεστες για την υγεία τους, επιπτώσεις, στο μέλλον. Κύριοι στόχοι, της πρόληψης αυτής, είναι η πρόληψη περαιτέρω αύξησης του βάρους και η ελάττωση

του αριθμού των ατόμων που εμφανίζουν νοσηρές καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με την παχυσαρκία. Οι ασθενείς που περιλαμβάνονται στα προληπτικά αυτά προγράμματα, θα πρέπει να έχουν ήδη κάποια προβλήματα που σχετίζονται με το βάρος και χρειάζονται ατομική ή σε επίπεδο μικρών ομάδων, προληπτική παρέμβαση. Ένα παράδειγμα, πρόληψης με συγκεκριμένο στόχο είναι η πρόληψη της μετατροπής των υπέρβαρων παιδιών σε παχύσαρκους ενήλικες (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

2.12.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Από την πλευρά της δημόσιας Υγείας

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας, γι' αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι κατάλληλες στρατηγικές δημόσιας υγείας για την καταπολέμησή της θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των γνώσεων του πληθυσμού γύρω απ' αυτήν και την αντιμετώπισή της, καθώς και στη μείωση της έκθεσης της κοινότητας σε περιβάλλον που ευνοεί την ανάπτυξη της παχυσαρκίας.

Οι δύο προτεραιότητες των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας στην πρόληψη της ανάπτυξης της παχυσαρκίας, θα πρέπει να είναι η αύξηση των επιπέδων της σωματικής δραστηριότητας και η βελτίωση της ποιότητας της διατροφής που προσφέρεται στην κοινότητα (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Όσον αφορά, την **αύξηση της σωματικής δραστηριότητας**, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

§ Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε επίπεδο κοινότητας έχει πολλά οφέλη για την υγεία του πληθυσμού, πέρα από την πρόληψη της παχυσαρκίας, όπως είναι για παράδειγμα, η ελάττωση του κινδύνου για ορισμένες μορφές καρκίνου.

- § Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην προαγωγή σχετικά χαμηλής έντασης και μεγάλης διάρκειας φυσικής δραστηριότητας, η οποία μπορεί να ενταχθεί στην καθημερινότητα με ένα βολικό τρόπο. Παραδείγματα τέτοιου τύπου, αποτελούν ο περίπατος με τον σκύλο, η κηπουρική, ο χορός, η ποδηλασία, οι δουλειές του σπιτιού και η κολύμβηση. Η προτίμηση της βάδισης από την μεταφορά με αυτοκίνητο και η επιλογή εκτέλεσης κάποιων εργασιών από την όρθια και όχι από την καθιστική θέση βοηθούν στην αύξηση της καθημερινής δραστηριότητας.
- § Η γυμναστική θα πρέπει να ενθαρρύνεται, χωρίς όμως να παρουσιάζεται ως υπερβολική σωματική προσπάθεια σε συνδυασμό με διάφορες βαρετές επαναλήψεις.
- § Η δραστηριότητα θα πρέπει να είναι ευχάριστη, έτσι ώστε να ενθαρρύνεται η συμμετοχή και να αποθαρρύνεται η καθιστική ζωή.
- § Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα σωματικά δραστήρια παιδιά παραμένουν δραστήρια και κατά την ενήλικη ζωή τους. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται τα νεαρά άτομα να συμμετέχουν σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Όσον αφορά την **ποιότητα διατροφής**, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- § Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα, που σχετίζεται με την σίτιση των βρεφών και των μικρών παιδιών, είναι να εξασφαλιστεί η πρόσληψη αρκετής ποσότητας ενέργειας. Η ενεργειακή συγκέντρωση των παραδοσιακών φαγητών εμπλουτίζεται συνήθως με την προσθήκη φυτικών ελαίων και τα παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών θα πρέπει να αποκλείονται από οποιοδήποτε παρέμβαση, η οποία σχεδιάζεται για την ελάττωση, σε εθνικό επίπεδο, της πρόσληψης λίπους στις βιομηχανικές χώρες.

- § Είναι επίσης, πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η αναλογία θρεπτικών συστατικών/ενέργειας της δίαιτας είναι η κατάλληλη, ειδικά σε παιδιά που μπορεί να βρίσκονται σε κίνδυνο έλλειψης ιχνοστοιχείων.
- § Είναι ασυνήθιστο να παρουσιαστεί ενεργειακή έλλειψη σε ενήλικες απλά και μόνο γιατί η ποσότητα της τροφής τους είναι τέτοια, ώστε να αδυνατούν να καταναλώσουν αρκετή από αυτή. Ένα ακόμα πιο σοβαρό πρόβλημα είναι η υπερκατανάλωση ενεργειακά πλούσιων τροφών με πολλά λιπαρά και κατεργασμένα προϊόντα και φτωχών σε φυτικές ίνες, που προάγουν την υπερκατανάλωσή τους και την αύξηση του βάρους, ειδικά όταν τα καταναλώνουν μη δραστήρια σχετικά άτομα.

Χρειάζεται, λοιπόν, προσοχή όταν εξετάζονται η ενεργειακή συγκέντρωση και η αναλογία θρεπτικών συστατικών/ενέργειας. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η ηλικία της ομάδας προς την οποία απευθύνονται οι στρατηγικές αλλά και τα συστατικά της διατροφής που είναι διαθέσιμα σε αυτήν (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

Για να επιτευχθούν, όμως, οι στόχοι αυτοί, χρειάζεται να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες, ώστε να αλλάξουν τα αστικά σχέδια, οι συγκοινωνιακές ρυθμίσεις, οι νόμοι και οι κανονισμοί, καθώς και τα προγράμματα σπουδών στα σχολεία, έτσι ώστε να δοθούν τα απαραίτητα οικονομικά κίνητρα, να εδραιωθούν standards για τους προμηθευτές, να υποστηριχθεί η υγεία και η μόρφωση και να προωθηθεί η παρασκευή φαγητού από τις οικογένειες.

Θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη δημόσια υγεία των αναπτυσσόμενων και πρόσφατα βιομηχανοποιημένων χωρών, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης σε όλους τους τομείς της κοινωνίας και ειδικά ανάμεσα στους συνήθως παραμελημένους πληθυσμούς των ιθαγενών ή των αυτοχθόνων κατοίκων (Τσίγκος, Κατσίλαμπρος, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός έρευνας

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των κατοίκων της Πάτρας: α) για τις διατροφικές τους συνήθειες, β) για τα αίτια της παχυσαρκίας και γ) για τις κοινωνικές, ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.

Δειγματοληψία

Το δείγμα αποτελούνταν από 100 κατοίκους της Πάτρας και ήταν τυχαίο. Η διαδικασία της δειγματοληψίας έγινε με τον εξής τρόπο, ο οποίος είχε καθορισθεί από την αρχή της μελέτης: επιλέχθηκαν τρεις πλατείες της Πάτρας και ανά τρία άτομα που περνούσαν από ένα συγκεκριμένο σημείο, δινόταν το ερωτηματολόγιο.

Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιείχε ανοιχτές και επί το πλείστον κλειστές ερωτήσεις και οι βασικοί άξονες ήταν:

- § Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- § Γνώσεις για τις διατροφικές συνήθειες
- § Γνώσεις για τα αίτια της παχυσαρκίας
- § Γνώσεις για τις επιπτώσεις της στο άτομο

Τρόπος ανάλυσης πληροφοριών

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, καταμετρήθηκαν και η επεξεργασία τους έγινε μέσω Η/Υ (Microsoft Excel). Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν παρουσιάζονται με τη μορφή γραφημάτων στο Παράρτημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

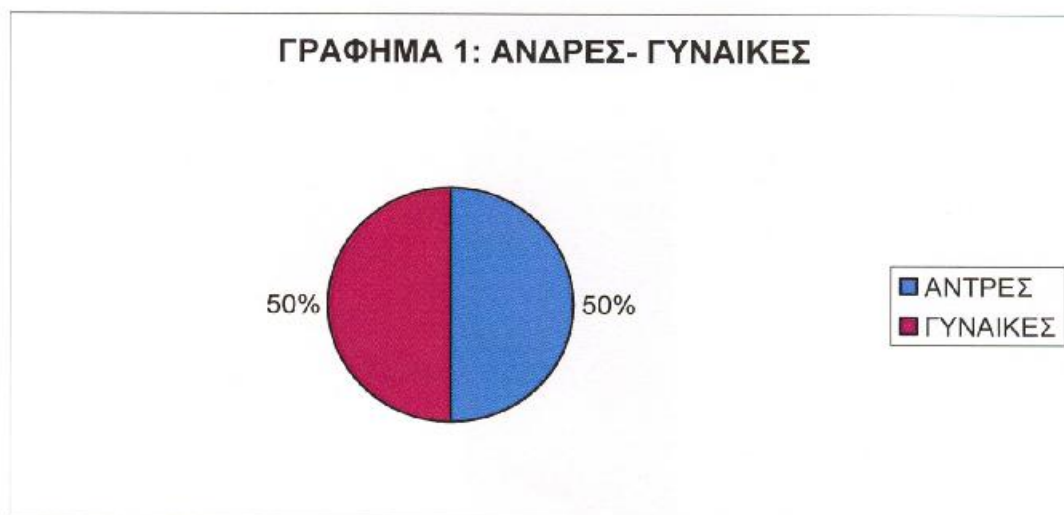
4.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το 50% είναι **άντρες** και το 50% είναι **γυναίκες**.

Πίνακας 1

ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
50%	50%



ΣΧΟΛΙΑ:

Από το γράφημα 1 διαπιστώνουμε πως το δείγμα μας είναι ακριβώς μοιρασμένο ως προς το φύλο.

Στην ερώτηση όσον αφορά την **ηλικία** των ερωτηθέντων παρατηρούμε από το γράφημα 2 τα πιο κάτω:



ΣΧΟΛΙΑ:

Από το δεύτερο γράφημα παρατηρούμε ότι το 43% του δείγματος είναι 18-29 ετών, το 25% 30-39, το 19% 40-49 ετών, ένα 8% είναι 50-59 και το 5% του δείγματος είναι πάνω από 60.

Στον παρακάτω πίνακα 2, παρατίθεται το **μορφωτικό επίπεδο του δείγματος** με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 2

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αγράμματος	3,1%
Απόφοιτος Δημοτικού	16,5%
Απόφοιτος Γυμνασίου	15,5%
Απόφοιτος Λυκείου	27,8%
Τεχνολογική Εκπαίδευση	13,4%
Ανώτερη Εκπαίδευση	15,5%
Ανώτατη Εκπαίδευση	8,2%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



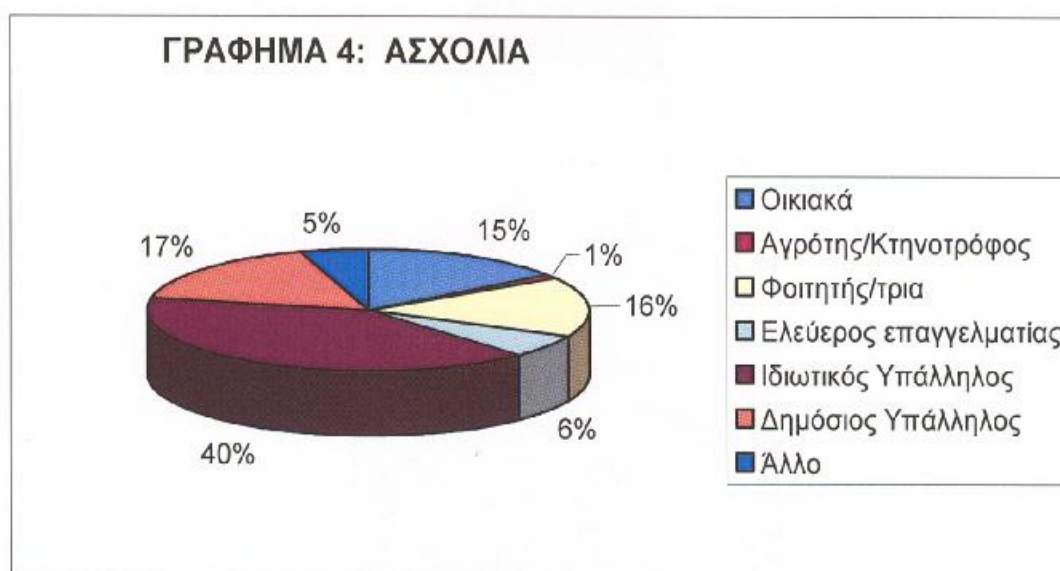
ΣΧΟΛΙΑ:

Όπως βλέπουμε στο γράφημα, το 29% του δείγματος είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 15% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 13% είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 15% έχουν ανώτερη μόρφωση, το 8% ανώτατη, το 17% είναι απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ ένα 3% είναι αγράμματοι.

Η επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων φαίνεται στον πίνακα 3, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται να είναι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 40%.

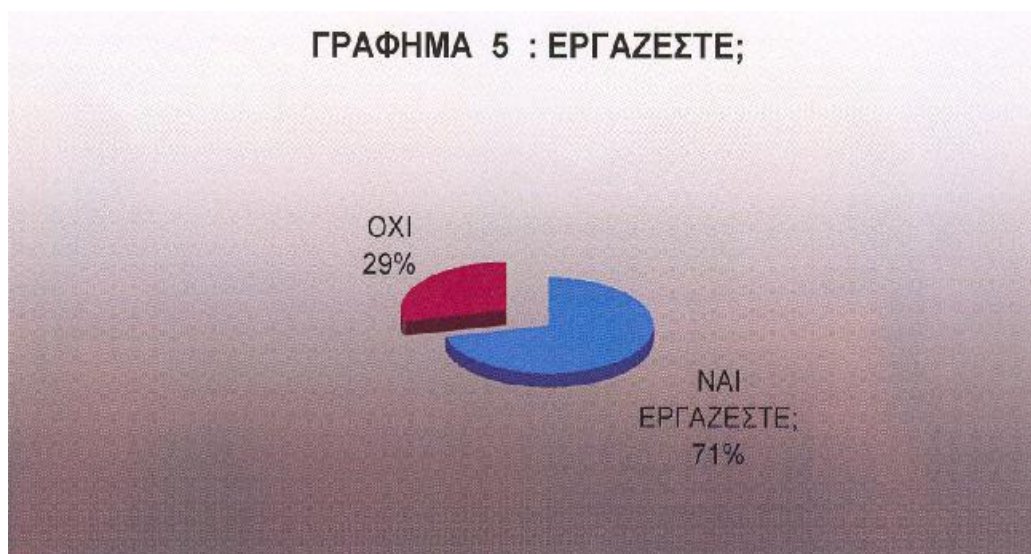
Πίνακας 3

ΑΣΧΟΛΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Οικιακά	15%
Αγρότης/Κτηνοτρόφος	1%
Φοιτητής/τρια	16%
Ελεύθερος επαγγελματίας	6%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	40%
Δημόσιος Υπάλληλος	17%
Άλλο	5%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



ΣΧΟΛΙΑ:

Από το γράφημα 4 διαπιστώνουμε ότι ως προς το επάγγελμα, το 40% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 17% δημόσιοι υπάλληλοι, το 16% φοιτητές, το 6% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 5% ασχολείται με οικιακά, 1% είναι αγρότες, ενώ ένα ποσοστό 5% δηλώνει πως έχει κάποια άλλη ασχολία.



ΣΧΟΛΙΑ:

Από το γράφημα 5 βλέπουμε πως το 71% του δείγματος εργάζεται, ενώ το 29% όχι.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Στην ερώτηση «πώς χαρακτηρίζεται τον εαυτό σας ανάλογα με το βάρος σας» το 45% είναι κανονικοί. Στον πίνακα 4 αναφέρονται και τα υπόλοιπα ποσοστά.

Πίνακας 4

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Παχύσαρκος	13%
Υπέρβαρος	31%
Κανονικός	45%
Αδύνατος	10%
Πολύ αδύνατος	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Από το γράφημα 6 βλέπουμε πως το 45% του δείγματος είναι κανονικοί, το 31% υπέρβαροι, το 13% παχύσαρκοι, το 10% αδύνατοι και 1% πολύ αδύνατοι.

Όσον αφορά για το αν υπάρχει στην οικογένεια παχύσαρκο μέλος, το 31% απάντησε ναι και το 69% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Από το γράφημα 7 βλέπουμε πως ποσοστό 69% του δείγματος δεν προέρχεται από οικογένεια που υπάρχει παχύσαρκο μέλος, ενώ ποσοστό 31% ναι.

Επίσης στην ερώτηση «πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως» βλέπουμε ότι κατά την διάρκεια της ημέρας το 48% καταναλώνει μόνο δύο γεύματα. Στον πίνακα 5 αναφέρονται αναλυτικά τα ποσοστά.

Πίνακας 5

Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;

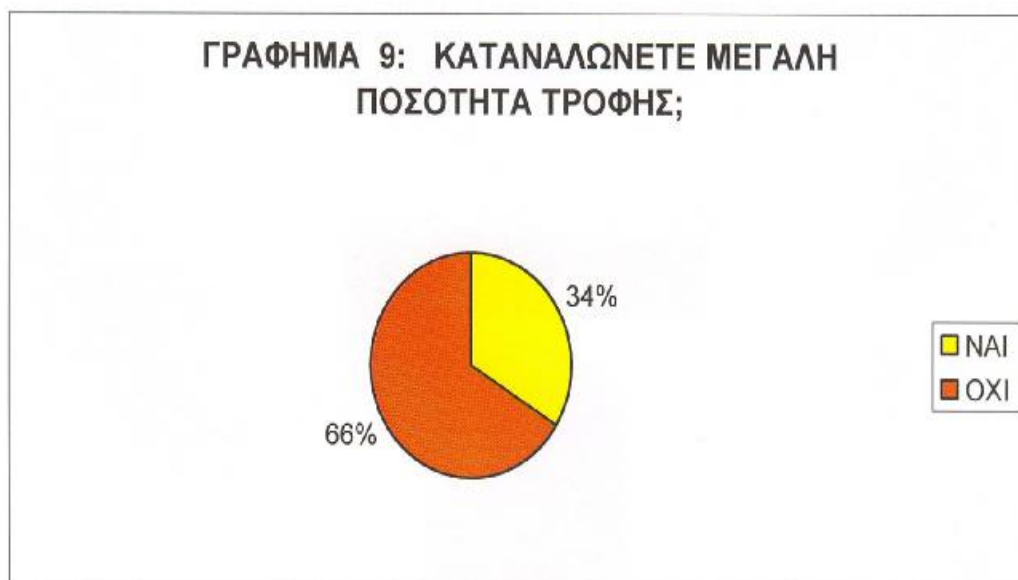
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1	7%
2	48%
3	25%
4	15%
5	5%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



ΣΧΟΛΙΑ:

Στο γράφημα 8, βλέπουμε πως το 48% γευματίζει δύο φορές τη μέρα, το 25% τρεις φορές, το 15% τέσσερις το 5% πέντε φορές, ενώ ένα 7% μόνο μία.

Στο αν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής σε κάθε γεύμα το 34% απάντησε ναι και το 66% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΑ:

Στο γράφημα 9 ποσοστό 66% του δείγματος, δηλώνει πως δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού, ενώ ποσοστό 34% πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού.

Στον πίνακα 6 παρατηρείται ότι στην ερώτηση «**ποιες τροφές μαγειρεύετε στο σπίτι**», το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (76%) μαγειρεύει κρέας, ενώ το μικρότερο ποσοστό φαγητού που μαγειρεύουν είναι το ψάρι, μόλις με 28%.

Πίνακας 6
Ποιες τροφές μαγειρεύετε στο σπίτι;

Κρέας	76%
Ψάρι	28%
Λαχανικά	43%
Όσπρια	45%
Ζυμαρικά	41%
Όλα	8%



ΣΧΟΛΙΑ:

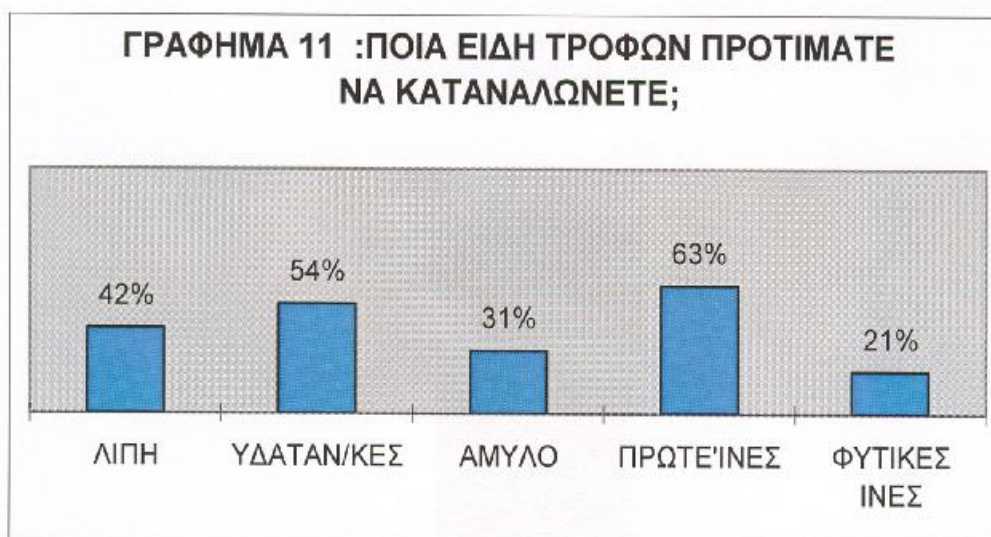
Στο γράφημα 10, φαίνεται πως το κρέας είναι πρώτο σε προτίμηση με ποσοστό 76%, ακολουθούν τα όσπρια με 45%, τα λαχανικά με 43%, τα ζυμαρικά με 41% και τέλος το ψάρι με 28%, ενώ ένα ποσοστό 8% του δείγματος, δηλώνει πως μαγειρεύει συχνά από όλα.

Στην ερώτηση «ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε» στον πίνακα 7 φαίνεται ότι υπάρχει μια ισορροπία, με τις πρωτεΐνες να έχουν τη μεγαλύτερη προτίμηση με ποσοστό 63%, πράγμα που επιβεβαιώνει την υψηλή κατανάλωση κρέατος, ενώ μετά ακολουθούν οι υδατάνθρακες με 54%, τα λίπη με 42%, το άμυλο με 31% και τέλος με 21% οι φυτικές ίνες.

Πίνακας 7

Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε;

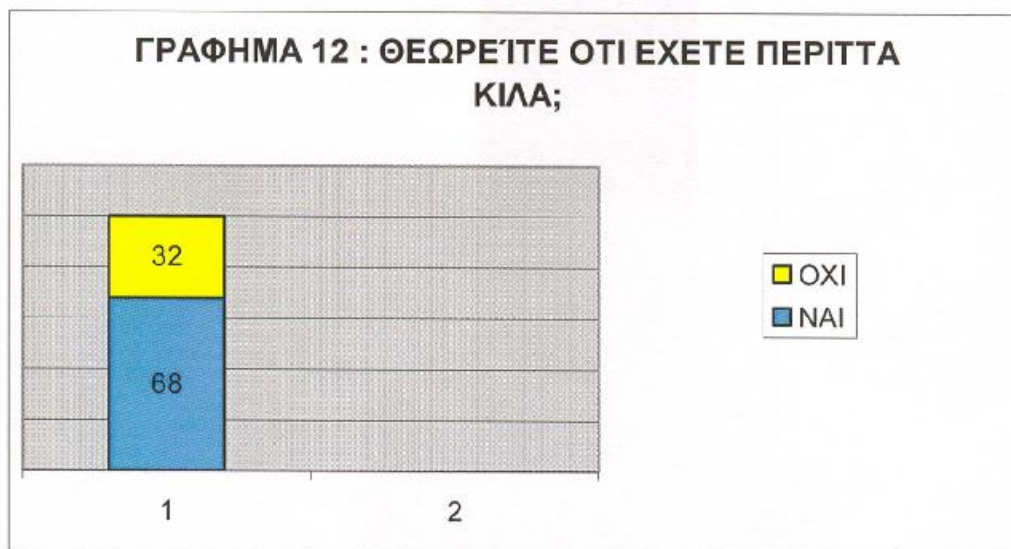
Λίπη	42%
Υδατάνθρακες	54%
Άμυλο	31%
Πρωτεΐνες	63%
Φυτικές ίνες	21%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 11 βλέπουμε πως το 63% προτιμά να καταναλώνει πρωτεΐνες, το 54% υδατάνθρακες, το 42% λίπη, το 31% άμυλο και το 21% φυτικές ίνες.

Το 68% των ερωτηθέντων απαντάει ναι στην ερώτηση «**θεωρείτε ότι έχετε περιττά κιλά**» και το 32% απαντάει όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο παραπάνω γράφημα το 68% έχει απαντήσει πως έχει περιττά κιλά, ενώ το 32% απαντά πως δεν έχει.

Οι ερωτηθέντες που έχουν απαντήσει ναι, στον πίνακα 8 φαίνεται σε ποιο στάδιο της ζωής τους τα αποκτήσανε, με το 50% να τα έχει αποκτήσει ως ενήλικας.

Πίνακας 8

Σε ποιο στάδιο της ζωής σας αποκτήσατε τα περιττά κιλά;

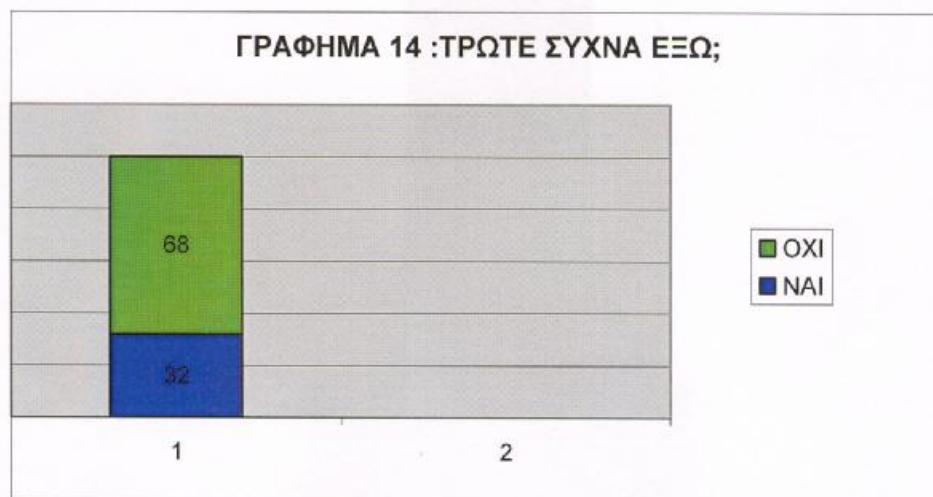
	ΠΟΣΟΣΤΑ
Παιδική ηλικία	26,5%
Εφηβεία	23,5%
Ενήλικας	50,0%



ΣΧΟΛΙΑ:

Στο γράφημα 13 βλέπουμε πως το 50% των ερωτηθέντων απέκτησε τα περιττά κιλά ως ενήλικες, το 26% στη παιδική ηλικία και το 24% στην εφηβεία.

Στην ερώτηση «τρώτε συχνά έξω (σουζερί, εστιατόριο, ψησταριά, ταβέρνα, fast food)», το 32% απάντησε ναι και το 68% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 14 το 68% δηλώνει πως δεν τρώει συχνά έξω, ενώ το 32% απάντησε θετικά.

Στο ίδιο ποσοστό περίπου είναι και η ερώτηση «αν παραγγέλνετε συχνά, από έξω» στην οποία το 35% απάντησε ναι και το 65% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 15 βλέπουμε πως το 65% του δείγματος δεν παραγγέλνει συχνά από έξω, ενώ το 35% παραγγέλνει συχνά.

Στο ερώτημα «αν καταναλώνουν συχνά αλκοόλ» μόνο το 21% απάντησε ναι και το 79% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Όπως βλέπουμε στο γράφημα 16, το 79% δηλώνει πως δεν καταναλώνει συχνά αλκοόλ, ενώ το 21% καταναλώνει συχνά.

Επίσης στην ερώτηση «αν στο πρόγραμμά σας περιλαμβάνετε φυσική δραστηριότητα» το 37% απάντησε ναι και το 63% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Το γράφημα 17 μας δείχνει πως το 63% του δείγματος δεν περιλαμβάνει φυσική δραστηριότητα στο πρόγραμμά του, ενώ το 37% την περιλαμβάνει.

Στον πίνακα 9 θα δούμε ποιο συναίσθημα, συνήθως τους οδηγεί στο να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής, με αυτό της ανίας να επικρατεί με ποσοστό 36,8%, ενώ το αμέσως επόμενο είναι η ένταση με ποσοστό 21,4%, ενώ η κατάθλιψη εμφανίζει ποσοστό μόλις 6,8%.

Πίνακας 9

Ποιο συναίσθημα σας οδηγεί να καταναλώνετε μεγάλη ποσότητα τροφής;

	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ανία	36,8%
Μελαγχολία	11,1%
Ένταση	21,4%
Άγχος	14,5%
Κατάθλιψη	6,8%
Άλλο	9,4%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Το 37% του δείγματος, όπως φαίνεται στο παραπάνω γράφημα, δηλώνει πως οδηγείται σε μεγάλη ποσότητα φαγητού, λόγω ανίας, το 21% λόγω συναισθηματικής έντασης, το 15% λόγω άγχους, το 11% λόγω μελαγχολίας, το 7% λόγω καταθλιπτικής διάθεσης, ενώ ένα 9% δηλώνει κάποιο άλλο συναίσθημα.

Επίσης στους πίνακες 10 και 11 θα δούμε με τι είδους φυσική δραστηριότητα ασχολούνται και πόσο χρόνο την εβδομάδα, αφιερώνουν για της δραστηριότητές τους.

Πίνακας 10

Με τι είδους φυσική δραστηριότητα ασχολείστε;

	ΠΟΣΟΣΤΑ
Περπάτημα	43,9%
Τρέξιμο	14,0%
Σπορ	5,3%
Όργανα γυμναστικής	21,1%
Χορός	15,8%
ΣΥΝΟΛΟ	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 19 βλέπουμε πως το 44% αυτών που έχουν κάποια φυσική δραστηριότητα αυτή είναι το περπάτημα, το 16% ασχολείται με χορό, το 14% με τρέξιμο, το 21 % με όργανα γυμναστικής και το 5% με κάποιο σπορ.

Πίνακας 11

Πόσες φορές την εβδομάδα αφιερώνετε για τις δραστηριότητές σας;

	ΠΟΣΟΣΤΑ
Καθημερινά	34%
Τρεις φορές	32%
Δύο φορές	12%
Μία φορά	8%
Κάτι άλλο	14%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Βλέπουμε πως περίπου οι μισοί (43,9%) προτιμούν το περπάτημα ως δραστηριότητα, ενώ μόλις ένα 5,3% ασχολείται με κάποιο άθλημα. Επίσης από αυτούς που ασχολούνται με κάποια δραστηριότητα, το 68% δραστηριοποιείται τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα, με το 34% να είναι καθημερινά.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 20, βλέπουμε πως το 34% αυτών που ασκούνται το κάνουν καθημερινά, το 32% τρεις φορές την εβδομάδα, το 12% δύο φορές, το 8% μία, ενώ το 14% δηλώνει κάτι άλλο.

Στην ερώτηση αν έχουν προσπαθήσει ποτέ να αυξήσουν το βάρος τους μόνο το 7% έχει απαντήσει ναι και το 83% έχει απαντήσει όχι.

Αντίθετα στην ερώτηση αν έχουν προσπαθήσει ποτέ να **χάσουν βάρος** το 80% έχει απαντήσει ναι και το 20% έχει απαντήσει όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 21, το 80% του δείγματος έχει προσπαθήσει να χάσει βάρος, ενώ το 20% όχι.

Στον πίνακα 12 βλέπουμε με ποιο τρόπο έχουν προσπαθήσει να χάσουν βάρος.

Πίνακας 12
Έχετε προσπαθήσει να χάσετε βάρος;

Δίαιτα/Διατροφή	96%
Φυσική δραστηριότητα	33%
Ινστιτούτο αδυνατίσματος	15%
Φάρμακα	6%
Ψυχολογική υποστήριξη	0%
Ψυχοθεραπεία	0%
Χειρουργική επέμβαση	0%

Από το πίνακα 12 βλέπουμε πως η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 96% προσπάθησαν να χάσουν βάρος με κάποια δίαιτα, ενώ κανείς δε στράφηκε σε κάποιον ειδικό για το θέμα αυτό, καθώς κανείς δε ζήτησε ψυχολογική υποστήριξη, ούτε στράφηκε στη ψυχοθεραπεία, ούτε αναζήτησε λύση μέσω χειρουργικής επέμβασης.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε πως το 64% προσπάθησε να χάσει βάρος με δίαιτα, το 24% με κάποια φυσική δραστηριότητα, το 8% απευθύνθηκε σε ινστιτούτο αδυνατίσματος και το 4% έκανε χρήση φαρμάκων. Δεν υπήρξαν απαντήσεις για την ψυχολογική υποστήριξη, τη ψυχοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση.

Στην ερώτηση αν καταφέρατε να φτάσετε στο ιδανικό σας βάρος, το 48% απάντησε θετικά, ενώ το 52% όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 23, το 52% του δείγματος δηλώνει πως δεν έφτασε στο επιθυμητό βάρος, ενώ το 48% τα κατάφερε.

Στο ερώτημα για ποιο λόγο δεν τα κατάφεραν, απάντησαν:

Πίνακας 13

Για ποιο λόγο δεν καταφέρατε να χάσετε βάρος;

Κούραση	44%
Απογοήτευση	44%
Απουσία οικογενειακής υποστήριξης	6%
Απουσία υποστήριξης από ειδικό	6%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

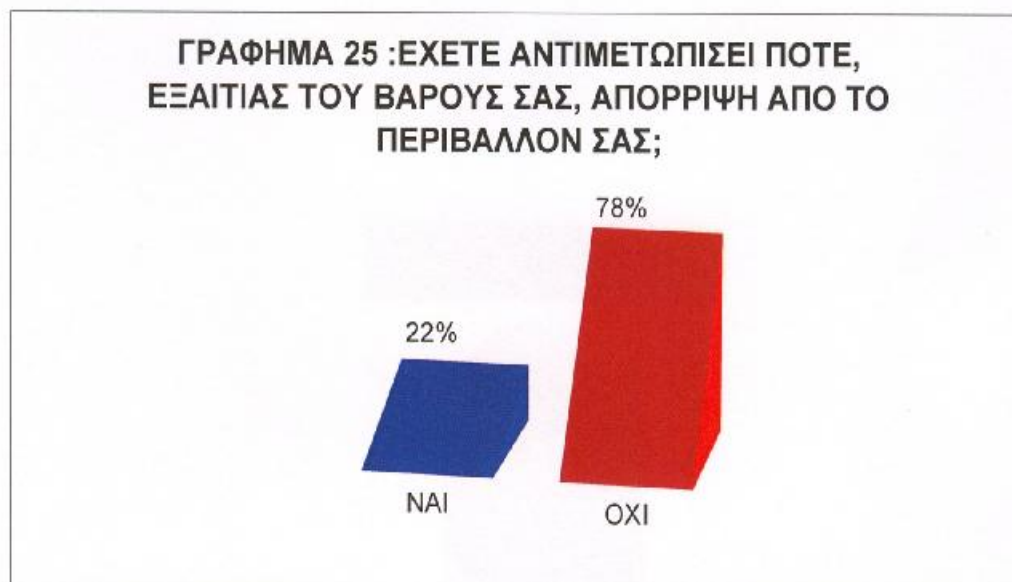
Από τον πίνακα 13, βλέπουμε πως η κούραση (44%) και η απογοήτευση (44%) είναι οι κυρίαρχοι λόγοι που δεν κατάφεραν να φθάσουν στο ιδανικό βάρος.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 24 βλέπουμε πως το 44% δεν κατάφερε να φτάσει στο επιθυμητό βάρος λόγω κούρασης, επίσης 44% λόγω απογοήτευσης, ενώ από 6% είναι η απουσία οικογενειακής υποστήριξης και η απουσία στήριξης από κάποιον ειδικό.

Υπάρχουν κάποιοι που εξαιτίας του βάρους τους έχουν αντιμετωπίσει **απόρριψη** από το περιβάλλον τους. Το 22% έχει αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα, ενώ το 78% όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 25, βλέπουμε πως το 78% των ερωτηθέντων δηλώνει πως δεν έχει αντιμετωπίσει απόρριψη, ενώ ένα 22% έχει.

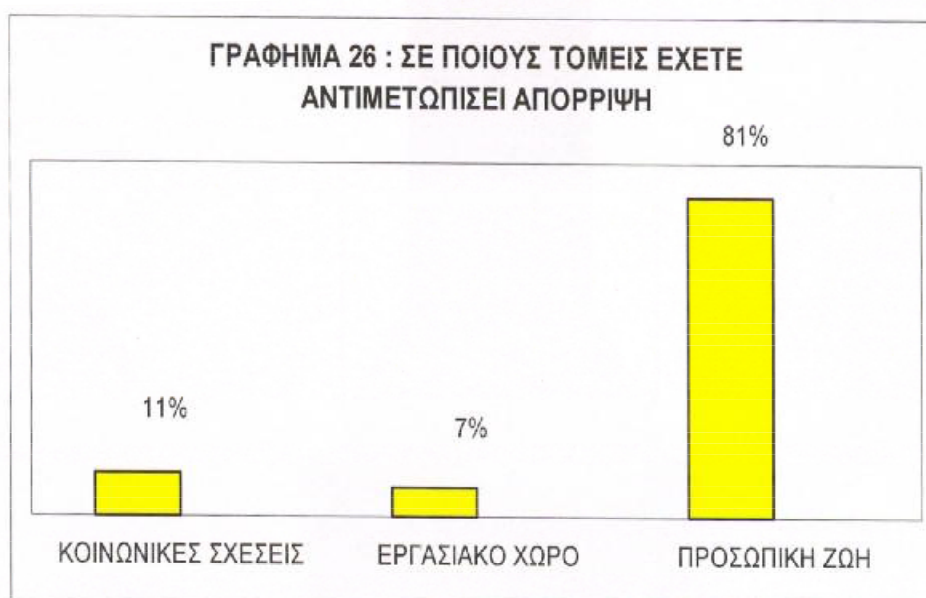
Στον πίνακα 14 θα δούμε σε ποιους τομείς αντιμετώπισαν απόρριψη.

Πίνακας 14

Σε ποιους τομείς αντιμετωπίσατε απόρριψη;

	ΠΟΣΟΣΤΑ
Κοινωνικές σχέσεις	11%
Εργασιακό χώρο	7%
Προσωπική ζωή	81%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

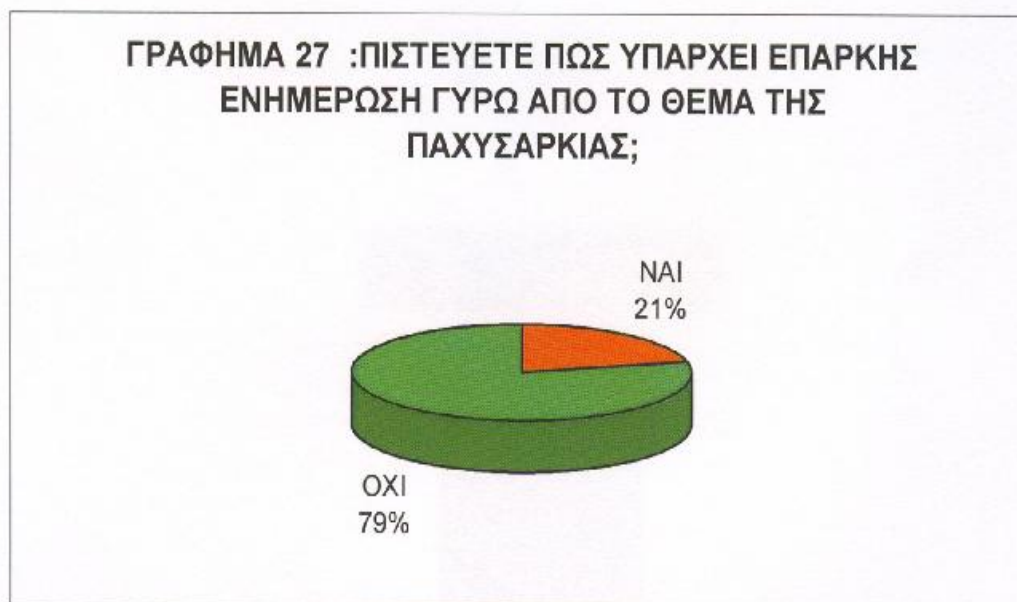
Το μεγαλύτερο ποσοστό (81%), αντιμετώπισε την απόρριψη στη προσωπική του ζωή.



ΣΧΟΛΙΟ:

Όπως φαίνεται στο γράφημα 26, το 81% αυτών που αντιμετώπισαν απόρριψη ήταν στη προσωπική τους ζωή, το 11% στις κοινωνικές σχέσεις τους και το 7% στον εργασιακό του χώρο.

Στην ερώτηση «αν η ενημέρωση γύρω απ' το θέμα της παχυσαρκίας είναι επαρκής», το 21% απάντησε ναι και το 79% απάντησε όχι.



ΣΧΟΛΙΟ:

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 79%, δε θεωρεί την ενημέρωση επαρκή, όπως φαίνεται στο παραπάνω γράφημα, ενώ το 21% πιστεύει πως είναι.

Στον πίνακα 15 θα δούμε με ποιους τρόπους πιστεύουν πως θα είναι ολοκληρωμένη η ενημέρωση.

Πίνακας 15

Μάθημα σε σχολείο	24%
Προβολή στα Μ.Μ.Ε.	9%
Διαλέξεις	6%
Όλα τα παραπάνω	61%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Το 61% θεωρεί πως όλες οι προτεινόμενες λύσεις πρέπει να ενεργοποιηθούν ώστε να υπάρξει σωστή ενημέρωση για το θέμα της παχυσαρκίας, ενώ ένα 24% θεωρεί πως με μάθημα στο σχολείο καλύπτεται το θέμα.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο γράφημα 28, βλέπουμε πως το 24% θεωρεί πως πρέπει να μπει μάθημα στο σχολείο, το 9% πως θα βελτιωθεί ο τομέας της ενημέρωσης μέσω των ΜΜΕ, το 6% με διαλέξεις γύρω από το θέμα της παχυσαρκίας και το 61% με όλα τα παραπάνω.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα παρακάτω:

§ Σε σχέση με το φύλο

Στον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι οι άντρες είναι υπέρβαροι με ποσοστό 36%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό είναι 26% σε αντίθεση με τους αδύνατους/ πολύ αδύνατους όπου οι γυναίκες υπερτερούν με 18%, ενώ οι άντρες είναι μόλις το 4% στην ίδια κατηγορία.

Επίσης στους υπέρβαρους παρατηρείται μια διαφορά με το 36% των ανδρών να δηλώνουν υπέρβαροι σε σχέση με το 26% των γυναικών. Όσο αφορά τους κανονικούς παρατηρείται ισορροπία με το 48% και το 42% των αντρών και των γυναικών αντίστοιχα.

Πίνακας 16

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΣΤΕ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Παχύσαρκος	12%	14%
Υπέρβαρος	36%	26%
Κανονικός	48%	42%
Αδύνατος	3%	18%
Πολύ αδύνατος	1%	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%

Στην ερώτηση «αν προέρχεστε από οικογένεια με παχύσαρκο μέλος» βλέπουμε στον πίνακα 17 ότι στους άνδρες ένα ποσοστό 31% απαντάει ναι και ένα 69% απαντάει όχι. Ωστόσο στις γυναίκες απαντάει όχι λίγο μεγαλύτερο ποσοστό, το 72% ενώ το 28% απαντά όχι.

Πίνακας 17

Προέρχεστε από οικογένεια με παχύσαρκο μέλος;

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ναι	31%	28%
Όχι	69%	72%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε πως το 31% των αντρών προέρχεται από οικογένεια με παχύσαρκο μέλος, ενώ το 69% όχι. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις γυναίκες είναι ελαφρώς διαφοροποιημένα με το 28% να έχει απαντήσει θετικά και το 72% αρνητικά.

Επίσης σε σχέση με το φύλο στη ερώτηση αν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής την ημέρα, έχουμε τους άνδρες να απαντούν οι μισοί ναι και οι άλλοι μισοί όχι. Ενώ οι γυναίκες μόνο το 18% απάντησε ναι και το 82% απάντησε ότι δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα την ημέρα.

Στην ερώτηση σε ποιο στάδιο της ζωής τους απέκτησαν τα περιττά κιλά» βλέπουμε στον πίνακα 18 ότι ένα μεγάλο ποσοστό στις γυναίκες (35%) τα κιλά τα απέκτησαν στην παιδική τους ηλικία, το 24% στην εφηβεία και το 59% ως ενήλικας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών έχουν αποκτήσει τα περιττά κιλά ως ενήλικες (41%), το 35% στην παιδική ηλικία και το 24% στην εφηβεία.

Πίνακας 18

Σε ποιο στάδιο της ζωής σας αποκτήσατε τα περιττά κιλά;

	ΠΟΣΟΣΤΑ	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Παιδική ηλικία	17,6	35,3
Εφηβεία	23,5	23,5
Ως ενήλικας	58,8	41,2



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 2^ο γράφημα είναι εμφανής η διαφορά των απαντήσεων μεταξύ αντρών και γυναικών, με τους άντρες να έχουν αποκτήσει τα περιττά τους κιλά με ποσοστό 58,8% ως ενήλικες, το 23,5% στην εφηβεία και το 17,6% στην παιδική ηλικία. Αντίθετα, στις γυναίκες το ποσοστό που απέκτησε τα περιττά του κιλά ως ενήλικας, είναι 41,2%, στην εφηβεία 23,5% και στην παιδική ηλικία 35,3%.

Όσον αφορά για το πόσο συχνά τρώνε έξω διαπιστώνεται ότι και στις γυναίκες και στους άνδρες υπάρχει μια ισορροπία, το 32% των ανδρών τρώει συχνά έξω ενώ το 68% όχι. Στις γυναίκες το 28% τρώει συχνά έξω ενώ το 72% όχι.

Στον πίνακα 19 θα δούμε ότι υπάρχει μια διαφορά σε σχέση με το φύλο στην ερώτηση αν παραγγέλνουν συχνά από έξω, γιατί οι άνδρες έχουν το 42% που παραγγέλνει από έξω, ενώ στις γυναίκες μόνο το 28%.

Πίνακας 19

Παραγγέλνετε συχνά φαγητό από έξω;

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ναι	42%	28%
Όχι	58%	72%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



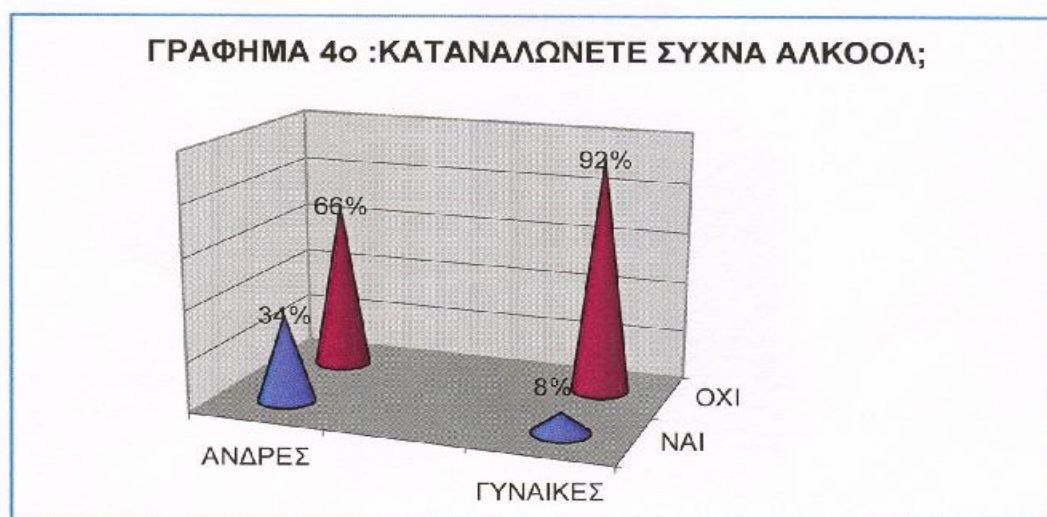
ΣΧΟΛΙΟ:

Από το 3^ο γράφημα φαίνεται πως το 58% των αντρών δεν παραγγέλνει φαγητό ενώ το 42% παραγγέλνει. Στις γυναίκες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μόλις 28% για αυτές που παραγγέλνουν και 72% που δεν παραγγέλνουν.

Στον πίνακα 20 θα δούμε μια μεγάλη διαφορά σε σχέση με το φύλο όσον αφορά για το αν καταναλώνουν συχνά αλκοόλ. Οι γυναίκες το 92% έχει απαντήσει ότι δεν καταναλώνει αλκοόλ, και μόνο το 8% καταναλώνει συχνά, ενώ στους άνδρες το 34% έχει απαντήσει ότι καταναλώνει συχνά αλκοόλ και το 66% όχι.

Πίνακας 20
Καταναλώνετε συχνά αλκοόλ;

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ναι	34%	8%
Όχι	66%	92%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 4^ο γράφημα βλέπουμε πως το 34% καταναλώνει συχνά αλκοόλ, ενώ το 66% όχι. Στις γυναίκες το όχι είναι συντριπτικό με ποσοστό 92%, και μόλις το 8% καταναλώνει συχνά.

Στην ερώτηση για το αν στο πρόγραμμά σας περιλαμβάνεται φυσική δραστηριότητα, βλέπουμε ότι το 46% των αντρών απαντάει θετικά και το 54% απαντάει αρνητικά.

Αντίθετα στις γυναίκες, μόλις το 28% απαντάει θετικά ότι έχουν συμπεριλάβει στο πρόγραμμά τους μια δραστηριότητα, ενώ το 72% απαντάει αρνητικά.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο παραπάνω ραβδόγραμμα το 54% απαντά πως δεν ασκείται ενώ το 46% απάντησε θετικά. Στις γυναίκες το ποσοστό που δεν έχει φυσική δραστηριότητα, ανεβαίνει στο 72%, και μόλις το 28% έχει.

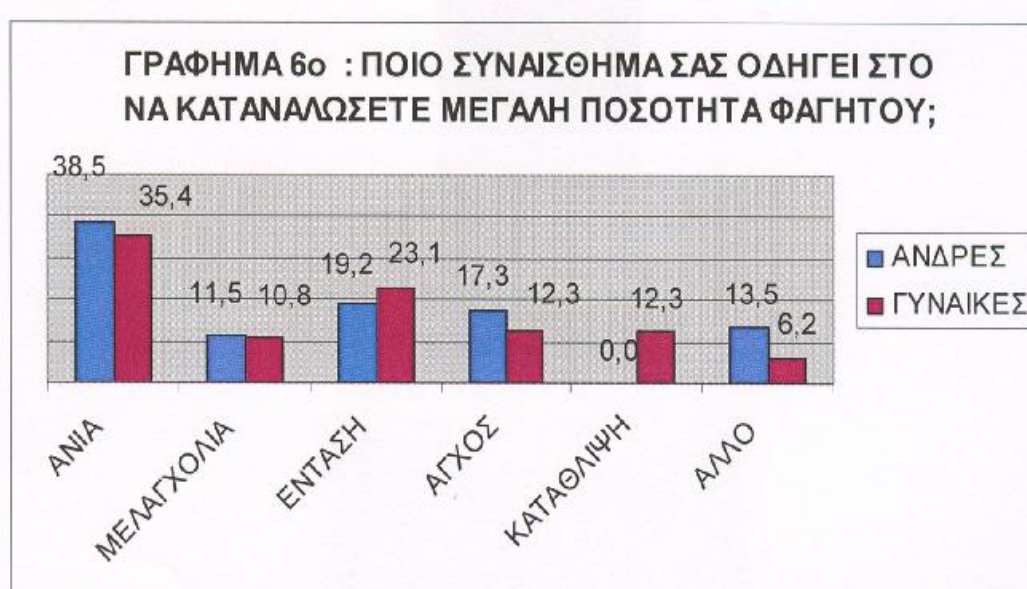
Πίνακας 21

Ποιο συναίσθημα σας οδηγεί στη μεγάλη κατανάλωση τροφής;

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ανία	38,5	35,4
Μελαγχολία	11,5	10,8
Ένταση	19,2	23,1
Άγχος	17,3	12,3
Κατάθλιψη	0,0	12,3
Άλλο	13,5	6,2
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%

Στον πίνακα 21, το μεγαλύτερο ποσοστό και στα δύο φύλα δηλώνει πως το συναίσθημα που τους οδηγεί σε μεγάλη κατανάλωση φαγητού είναι η ανία με ποσοστά 38,5% για τους άντρες και με 35,4% για τις γυναίκες. Ωστόσο, το ενδιαφέρον εδώ είναι πως το 12,3% των γυναικών τρώει πολύ, λόγω κατάθλιψης, συναίσθημα το οποίο δεν εμφανίζει ποσοστό στους άντρες.

Στα υπόλοιπα συναισθήματα έχουμε ισορροπία με την ένταση να έχει 19% στους άντρες και 23,1% στις γυναίκες, το άγχος με 17% και 12% αντίστοιχα, η μελαγχολία με 11,5% και 11%, ενώ το 13,5% των αντρών και το 6% των γυναικών δηλώνουν πως τρώνε πολύ για κάποιον άλλο λόγο.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 6^ο γράφημα βλέπουμε πως το κυρίαρχο συναίσθημα και για τα δύο φύλα που τους οδηγεί σε μεγάλη κατανάλωση φαγητού, είναι η ανία, με ποσοστά 38,5% οι άντρες και 35,4% οι γυναίκες.

Το 11,5% των αντρών και το 10,8 % των γυναικών, δηλώνουν ότι τους οδηγεί η μελαγχολία, το 19,2% των αντρών και το 23,1 % των γυναικών η ένταση, το 17,3% για τους άντρες και το 12,3 % για τις γυναίκες λόγω άγχους, το 12,3 % των γυναικών δηλώνει κατάθλιψη, συναίσθημα το οποίο δεν εμφανίζει ποσοστό στους άντρες, ενώ το 13,5% των αντρών και το 6,2% των γυναικών δηλώνουν κάποιο άλλο συναίσθημα.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 7^ο γράφημα το 78% των αντρών απαντά πως έχει προσπαθήσει να χάσει βάρος, και το 22% πως δεν έχει. στις γυναίκες το 82% απάντησε θετικά και το 18% αρνητικά.

§ Σε σχέση με το βάρος των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι:

(Στους παρακάτω πίνακες στην κατηγορία του «αδύνατου» συμπεριλαμβάνεται και αυτή του «πολύ αδύνατου» μια και στο δείγμα ήταν μόλις ένα άτομο).

Στον πίνακα 22 θα παρατηρήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό που τρώει έξω είναι οι αδύνατοι /πολύ αδύνατοι με 50%. Από τους παχύσαρκους τρώει συχνά έξω το 38% και το 62% δεν τρώει συχνά έξω, όπως σχεδόν ίσα ποσοστά εμφανίζονται και στους υπέρβαρους με 39% ναι και 61% όχι. Στους κανονικούς έχουμε το μικρότερο ποσοστό καταφατικής απάντησης με 20%, ενώ το 80% δηλώνει όχι.

Πίνακας 22

ΒΑΡΟΣ	ΤΡΩΤΕ ΣΥΧΝΑ ΕΞΩ;		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παχύσαρκος	38%	62%	100%
Υπέρβαρος	39%	61%	100%
Κανονικός	20%	80%	100%
Αδύνατος	50%	50%	100%

Σε αυτούς που παραγγέλνουν φαγητό από έξω βλέπουμε τους παχύσαρκους να καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό με 54%, σε αντίθεση με τους αδύνατους και τους πολύ αδύνατους που καταλαμβάνουν μόνο το 30% των ερωτηθέντων. Εκεί που υπάρχει μια

ισορροπία είναι στους κανονικούς και τους υπέρβαρους. Στον πίνακα 23 θα δούμε αναλυτικά τα ποσοστά.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 1^ο γράφημα βλέπουμε πως το 38% των παχύσαρκων, το 39% των υπέρβαρων, το 20% των κανονικών και το 50% των αδύνατων τρώει συχνά έξω.

Τα αντίστοιχα ποσοστά αυτών που απάντησαν αρνητικά είναι, 62% για τους παχύσαρκους το 61% των υπέρβαρων, το 80% των κανονικών και το 50% των αδύνατων.

Πίνακας 23

ΒΑΡΟΣ	ΠΑΡΑΓΓΕΛΝΕΤΕ ΑΠΟ ΕΞΩ ΦΑΓΗΤΟ;		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παχύσαρκος	54%	46%	100%
Υπέρβαρος	39%	61%	100%
Κανονικός	33%	67%	100%
Αδύνατος	30%	70%	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 2^ο γράφημα βλέπουμε πως το 54% των παχύσαρκων παραγγέλνει συχνά από έξω φαγητό ενώ το 46% όχι. Στους υπέρβαρους το 39% παραγγέλνει συχνά και το 61% όχι. Στους κανονικούς το 33% παραγγέλνει συχνά, ενώ το 67% όχι. Τέλος, στους αδύνατους αυτοί που παραγγέλνουν συχνά είναι το 30% και το 70% δεν παραγγέλνουν συχνά.

Στο ερώτημα αν στο πρόγραμμά τους περιλαμβάνουν και κάποια φυσική δραστηριότητα απάντησαν όπως βλέπουμε στον πίνακα 24:

Πίνακας 24

Περιλαμβάνετε στο πρόγραμμά σας κάποια φυσική δραστηριότητα;

ΒΑΡΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Παχύσαρκος	23%	77%	100%
Υπέρβαρος	32%	68%	100%
Κανονικός	58%	42%	100%
Αδύνατος	64%	36%	100%

Βλέπουμε πως καθώς το βάρος του δείγματος μειώνεται, η φυσική άσκηση αυξάνεται. Έτσι οι παχύσαρκοι δραστηριοποιούνται κατά μόλις 23%, οι υπέρβαροι κατά 32%, οι κανονικοί κατά 58%, ενώ οι αδύνατοι /πολύ αδύνατοι ξεπερνούν κατά πολύ τους μισούς με ποσοστό 64%.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 4^ο γράφημα βλέπουμε το 23% των παχύσαρκων περιλαμβάνει στο πρόγραμμά του φυσική δραστηριότητα, ενώ το 77% όχι. Το 32% των υπέρβαρων περιλαμβάνει, ενώ το 68% όχι.

Για του κανονικούς και τους αδύνατους τα ποσοστά είναι 58% και 64% αυτών που απάντησαν θετικά και 42% και 36% οι αρνητικές απαντήσεις αντίστοιχα.

Στο ερώτημα αν καταναλώνετε συχνά αλκοόλ, σύμφωνα με το γράφημα που ακολουθεί, διαπιστώνουμε:



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 3^ο γράφημα βλέπουμε τα ποσοστά αυτών που καταναλώνουν συχνά αλκοόλ με το να είναι 8% των παχύσαρκων το 19% των υπέρβαρων, το 23% των κανονικών και το 41% των αδύνατων.

Οι αρνητικές απαντήσεις είναι αντίστοιχα το 92% των παχύσαρκων, το 81% των υπέρβαρων, το 77% των κανονικών και το 59% των αδύνατων.

Στο ερώτημα αν έχετε προσπαθήσει να χάσετε βάρος, όλοι οι παχύσαρκοι (100%) απάντησαν ναι, όπως επίσης το 93% των υπέρβαρων και το 73% των κανονικών. Αυτό που παρουσιάζει ενδιαφέρον, είναι πως το 55% των αδύνατων απάντησε καταφατικά. Οι απαντήσεις παρατίθενται αναλυτικά στον πίνακα 25.

Πίνακας 25

Έχετε προσπαθήσει να χάσετε βάρος;

ΒΑΡΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Παχύσαρκος	100%	0%	100%
Υπέρβαρος	93%	7%	100%
Κανονικός	73%	27%	100%
Αδύνατος	55%	45%	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 7^ο γράφημα βλέπουμε πως το σύνολο των παχύσαρκων, έχει προσπαθήσει να χάσει βάρος, το 97% των υπέρβαρων το ίδιο και επίσης το 72% των κανονικών και το 55% των αδύνατων.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για αυτούς που δεν έχουν προσπαθήσει να χάσουν βάρος είναι 3% των υπέρβαρων, το 28% των κανονικών και το 45% των αδύνατων.

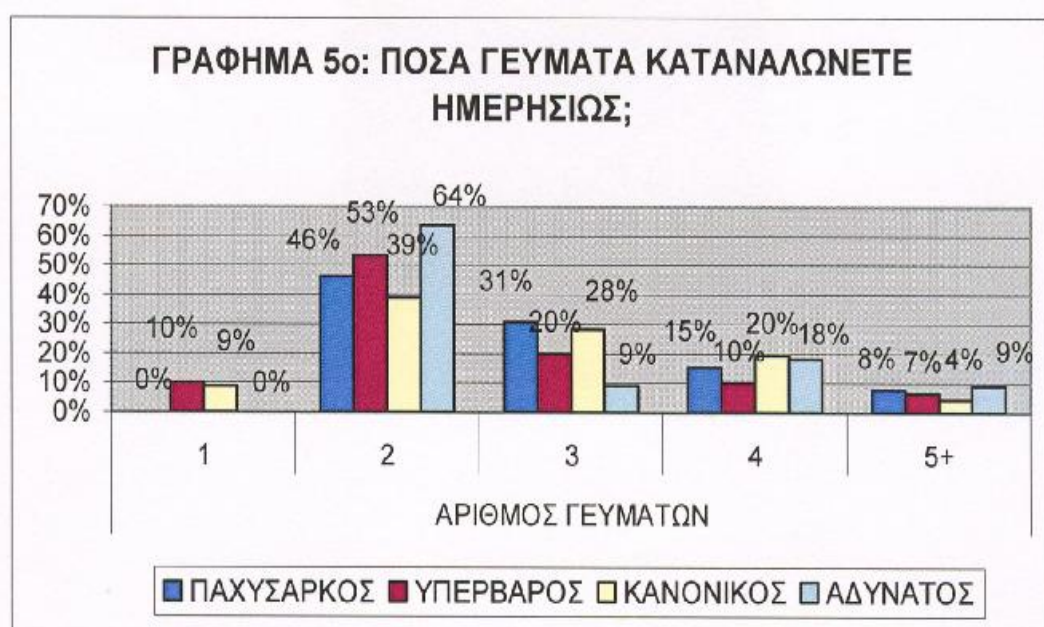
Στο ερώτημα αν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής, οι απαντήσεις ήταν σε πλήρη ισορροπία για τους κανονικούς και τους υπέρβαρους, με το 33% να απαντούν ναι και 67% όχι, όλοι οι αδύνατοι /πολύ αδύνατοι να δηλώνουν πως δεν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα (ποσοστό 100%), ενώ το 58% των παχύσαρκων απαντά καταφατικά, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 42% που δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού.

Πίνακας 26

Καταναλώνετε μεγάλη ποσότητα τροφής;

ΒΑΡΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Παχύσαρκος	58%	42%	100%
Υπέρβαρος	33%	67%	100%
Κανονικός	33%	67%	100%
Αδύνατος	0%	100%	100%

Στο ερώτημα πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως, απάντησαν όπως δείχνουμε στο γράφημα που ακολουθεί:



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 5^ο γράφημα φαίνεται πως το 10% των υπέρβαρων τρώει μια φορά τη μέρα, το 53% δύο, το 20% τρεις το 10% τέσσερις και το 7% από πέντε και πάνω. Το 46% των παχύσαρκων τρώει δύο φορές τη μέρα, το 31% τρεις το 15%, το 8% πέντε και πάνω, ενώ κανείς δεν τρώει μόνο μια φορά τη μέρα. Για τους κανονικούς έχουμε το 9% να τρώει μια φορά, το 39% δύο, το 28% τρεις φορές, το 20% τέσσερις και το 4% πέντε και πάνω. Τέλος, το 64% των αδύνατων τρώνε δύο γεύματα τη μέρα, το 9% τρεις, το 18% τέσσερις, το 9% πέντε και πάνω, ενώ κανείς δεν τρώει μόνο μια φορά τη μέρα.

Στο ερώτημα, αν έχουν αντιμετωπίσει ποτέ απόρριψη, λόγω του βάρους τους, οι παχύσαρκοι είναι σχεδόν μοιρασμένοι με το 54% να έχει αντιμετωπίσει και το 46% όχι, το 33% των υπέρβαρων επίσης έχει

αντιμετωπίσει το πρόβλημα, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 67% που απάντησε αρνητικά.

Οι αδύνατοι/πολύ αδύνατοι έχουν αντιμετωπίσει και αυτοί το πρόβλημα σε ποσοστό 27%, ενώ το 73% δεν έχει αντιμετωπίσει απόρριψη, ενώ μόλις το 7% αυτών που χαρακτηρίζονται κανονικοί δηλώνουν πως έχουν νιώσει απόρριψη λόγω του βάρους τους και το 93% δηλώνει πως δεν έχει νιώσει.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο συγκριτικό αυτό γράφημα φαίνεται πως το 54% των παχύσαρκων έχουν αντιμετωπίσει απόρριψη λόγω του βάρους τους, ενώ το 46% όχι. Για τους υπέρβαρους το 33% έχει αντιμετωπίσει απόρριψη λόγω του βάρους του και το 67% όχι. Στους κανονικούς εμφανίζεται μόλις το 7% να έχει αντιμετωπίσει απόρριψη λόγω του βάρους του και το 93% όχι. Τέλος το 27% των αδύνατων έχει αντιμετωπίσει απόρριψη λόγω του βάρους του, ενώ το 73% όχι.

§ Σε σχέση με την ηλικία

Ο πίνακας 27, μας δείχνει τη κατανομή του βάρους, σε σχέση με την ηλικία του δείγματός μας. Έτσι βλέπουμε πως μόλις το 2% στις μικρές ηλικίες είναι παχύσαρκο σε αντίθεση με τις υπόλοιπες όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των παχύσαρκων εμφανίζεται στις ηλικίες των 40 με 49 και είναι 28%.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ το μεγάλο ποσοστό (63%) όπου είναι υπέρβαροι οι ερωτηθέντες από 50 έως 59 ετών, καθώς και ότι αυτοί μαζί με τους ερωτηθέντες ηλικίας από 60 και πάνω, δεν δηλώνει κανείς αδύνατος.

Πίνακας 27

ΒΑΡΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ				
	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
Παχύσαρκος	2%	19%	28%	13%	20%
Υπέρβαρος	26%	27%	33%	63%	40%
Κανονικός	55%	38%	39%	25%	40%
Αδύνατος/ Πολύ αδύνατος	17%	15%	0%	0%	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%	100%	100%



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 1^ο γράφημα βλέπουμε πως στις ηλικίες 18-29 το 2% είναι παχύσαρκοι, το 26% υπέρβαροι, το 55% κανονικοί και το 17% αδύνατοι. Στις ηλικίες 30-39 το 19% είναι παχύσαρκοι, το 27% υπέρβαροι, το 38% κανονικοί και το 15% αδύνατοι.

Στις ηλικίες 40 - 49 το 28% είναι παχύσαρκοι, το 33% υπέρβαροι, το 39% κανονικοί και το 0% αδύνατοι. Στις ηλικίες 50-59 το 13% είναι παχύσαρκοι, το 63% υπέρβαροι, το 25% κανονικοί και το 0% αδύνατοι. Τέλος, στις ηλικίες από 60 και πάνω το 20% είναι παχύσαρκοι, το 40% υπέρβαροι, το 40% κανονικοί και το 0% αδύνατοι.

Στον πίνακα 28 στην ερώτηση «αν τρώτε μεγάλη ποσότητα φαγητού», έχουμε:

Πίνακας 28

ΗΛΙΚΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
18-29	33%	67%	100%
30-39	35%	65%	100%
40-49	44%	56%	100%
50-59	38%	63%	100%
60+	20%	80%	100%

Βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό σε όλες τις ηλικίες δηλώνει πως δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού, με αυτούς πάνω από τα 60 να εμφανίζουν το μεγαλύτερο (80%), ενώ οι ερωτηθέντες από 40 έως 49 εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό με 44% όπου καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 2^ο γράφημα βλέπουμε πως στις ηλικίες από 18-29 ετών, το 67% δηλώνει πως δεν τρώει μεγάλη ποσότητα τροφής, ενώ το 33% δηλώνει πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα.

Στις ηλικίες από 18-29 ετών, το 65% απαντά αρνητικά στο παραπάνω ερώτημα και το 35% θετικά. Για αυτούς που είναι από 30 έως 39 ετών το 65% δηλώνει πως δεν τρώει μεγάλη ποσότητα τροφής, ενώ το 35% δηλώνει πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα.

Για αυτούς που είναι από 40 έως 49 ετών το 56% απαντά αρνητικά και το 44% δηλώνει πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα.

Από 50 έως 59 ετών το 63% δηλώνει πως δεν τρώει μεγάλη ποσότητα τροφής, ενώ το 37% δηλώνει πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα.

Τέλος, από αυτούς που είναι από 60 και πάνω, το 80% απαντά αρνητικά και μόλις το 20% δηλώνει πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού.

Στο ερώτημα «αν έχουν κάποια φυσική δραστηριότητα», οι απαντήσεις ήταν σε σχέση με την ηλικία του δείγματος:

Πίνακας 29

ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
18-29	52%	48%	100%
30-39	31%	69%	100%
40-49	44%	56%	100%
50-59	13%	88%	100%
60+	40%	60%	100%

Βλέπουμε πως στις μικρές ηλικίες έχουν δραστηριότητα πάνω από τους μισούς με ποσοστό 52%, ενώ λίγο λιγότεροι από τους μισούς με ποσοστό 48% δεν ασκούνται με οποιοδήποτε τρόπο. Επίσης στις ηλικίες από 50 έως 59 εμφανίζεται το μικρότερο ποσοστό, μόλις 13%, αυτών που ασκούνται, ενώ το 88% δηλώνει όχι. Από 40 έως 49 τα αντίστοιχα ποσοστά του ναι και του όχι είναι 44% και 56%, ενώ από 60 και πάνω είναι 40% και 60% αντίστοιχα.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στο 3^ο γράφημα βλέπουμε πως στις ηλικίες από 18-29 ετών το 52% περιλαμβάνει στο πρόγραμμά του φυσική δραστηριότητα, ενώ το 48% όχι.

Στις ηλικίες από 30-39 ετών το 31% περιλαμβάνει στο πρόγραμμά του φυσική δραστηριότητα, ενώ το 69% δεν ασκείται. Από 40-49 ετών, το 44% απαντά θετικά και το 56% αρνητικά.

Από 50-59 ετών, μόνο το 13% των ερωτηθέντων απάντησε πως ασκείτε ενώ το 88% δεν περιλαμβάνει στο πρόγραμμά του φυσική δραστηριότητα. Τέλος, από αυτούς που είναι από 60 και πάνω, το 40%

περιλαμβάνει στο πρόγραμμά του φυσική δραστηριότητα και το 60% όχι.

Στον πίνακα 30 παρατίθενται τα ποσοστά του δείγματος όσο αφορά το ερώτημα «**ποιο είναι το συναίσθημα που σας οδηγεί στο να καταναλώσετε μεγάλη ποσότητα τροφής**», σε σχέση με την ηλικία:

Πίνακας 30

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ					
	ΑΝΙΑ	ΜΕΛΑΓ- ΧΟΛΙΑ	ΕΝΤΑ- ΣΗ	ΑΓΧΟΣ	ΚΑΤΑ- ΘΛΙΨΗ	ΑΛΛΟ
18-29	42%	17%	13%	13%	12%	2%
30-39	30%	7%	41%	7%	4%	11%
40-49	32%	0%	32%	32%	5%	0%
50-59	63%	13%	13%	13%	0%	0%
60+	50%	25%	0%	25%	0%	0%

Στις ηλικίες από 18 έως 29 καθώς και σε αυτές των 50-59 και 60 και πάνω το κυρίαρχο συναίσθημα είναι η ανία, με ποσοστά 42%, 63% και 50% αντίστοιχα.

Στις ηλικίες από 18 έως 29 το επόμενο συναίσθημα είναι η μελαγχολία με 17%, ενώ ένταση, άγχος και καταθλιπτική διάθεση μοιράζονται τις απαντήσεις με 13%, 13% και 12% αντίστοιχα.

Ακριβώς μοιρασμένες είναι και οι απαντήσεις στις ηλικίες 50 έως 59 για μελαγχολία, ένταση και άγχος με 13%, ενώ δεν υπάρχει απάντηση για κατάθλιψη. Για τους ερωτηθέντες που είναι πάνω από 60, οι υπόλοιποι είναι μοιρασμένοι σε μελαγχολία και άγχος από 25%.

Στους ερωτηθέντες από 30 έως 39 το συναίσθημα που οδηγεί τη πλειοψηφία με 41% στο να καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής είναι η συναισθηματική ένταση (εκνευρισμός, σύγχυση). Ακολουθεί η ανία με 30% ενώ μελαγχολία, άγχος και κατάθλιψη ακολουθούν με ποσοστά 7%, 7% και 4% αντίστοιχα, ενώ και ένα υπολογίσιμο 11% δηλώνει ότι κάτι άλλο τους οδηγεί σε μεγάλη κατανάλωση τροφής.

Τέλος, στις ηλικίες από 40 έως 49 τα συναισθήματα ανία, ένταση και άγχος έχουν απαντηθεί ακριβώς από τον ίδιο αριθμό των ερωτηθέντων με ποσοστό 32%, ένα 5% δηλώνει την κατάθλιψη ως κύρια αιτία που τους οδηγεί στην υπερβολική κατανάλωση τροφής, ενώ δεν υπάρχει κάποιο άλλο συναίσθημα ως απάντηση.



ΣΧΟΛΙΟ:

Στις ηλικίες από 18-29 ετών το 42% οδηγείται στην μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης φαγητού από ανία, το 17% από μελαγχολία, το 13% από ένταση, επίσης ένα 13% από άγχος, ένα 12% από κατάθλιψη και το 2% από κάποιο άλλο συναίσθημα. Στις ηλικίες από 30-39 ετών το 30% οδηγείται στην μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης φαγητού από ανία,

το 7% από μελαγχολία, το 41% από ένταση, ένα 7% από άγχος, ένα 4% από κατάθλιψη και το 11% από κάποιο άλλο συναίσθημα.

Στις ηλικίες από 40-49 ετών το 32% οδηγείται στην μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης φαγητού από ανία, κανείς από μελαγχολία, το 32% από ένταση, επίσης το 32% από άγχος, ένα 5% από κατάθλιψη και κανείς δε δήλωσε πως καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού από κάποιο άλλο συναίσθημα. Στις ηλικίες από 50-59 ετών το 63% καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού από ανία, το 13% από μελαγχολία, το 13% από ένταση, και πάλι ένα 13% από άγχος, ενώ κανείς από κατάθλιψη ή από κάποιο άλλο συναίσθημα.

Στο ερώτημα «**με ποιον τρόπο προσπαθήσατε να χάσετε βάρος**» οι απαντήσεις ανάλογα με την ηλικία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 31

ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΙΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ	ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
18-29	91%	49%	11%	6%
30-39	100%	40%	15%	5%
40-49	100%	7%	29%	14%
50-59	100%	0%	17%	0%
60+	100%	0%	0%	0%

Καταρχάς, σχεδόν όλοι, εκτός από ένα 9% από 18 έως 29 ετών, έχουν προσπαθήσει να χάσουν βάρος είτε αποκλειστικά μέσω δίαιτας είτε και μέσω αυτής, συνεπικουρούμενης και από κάποια άλλη μέθοδο. Επίσης να τονιστεί, ότι ενώ υπήρχαν οι επιλογές της ψυχοθεραπείας, της

ψυχολογικής υποστήριξης και της χειρουργικής επέμβασης, δεν απαντήθηκαν από κανέναν, ανεξαρτήτου ηλικίας.

Σχεδόν οι μισοί με ποσοστό 49% των ηλικιών 18 - 29 έχει προσπαθήσει με φυσική άσκηση, το οποίο πέφτει στο 40% για τις ηλικίες 30 - 39 και μειώνεται δραματικά στο 7% για τα άτομα από 40 έως 49. Στην ηλικία από 50 ετών και πάνω, δεν ασκείται κανείς, στη προσπάθειά του να χάσει βάρος.

Η επίσκεψη σε ινστιτούτο αδυνατίσματος εμφανίζει υπολογίσιμα ποσοστά με το 29% από τα άτομα ηλικιών 40 - 49 να δείχνει μια αρκετά υψηλή προτίμηση, και μετά 17% για τις ηλικίες 50 - 59, 15% για αυτές των 30 - 39 και 11 % για τα άτομα των 18 - 29, ενώ οι ερωτηθέντες που είναι πάνω από 60 δεν έχουν επισκεφθεί κάποιο ινστιτούτο. Η χρήση φαρμάκων εμφανίζει υψηλό ποσοστό και πάλι στις ηλικίες των 40 - 49 ετών που είναι της τάξης του 14%, ένα 6% έχει κάνει χρήση φαρμάκων από 18 έως 29 ετών και το ίδιο το 5% αυτών από 30 έως 39 ετών. Οι άλλες ηλικίες δεν έχουν κάνει χρήση φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα προηγούμενα αποτελέσματα και την επεξεργασία τους μπορούμε να συμπεράνουμε στηριζόμενοι στο δείγμα μας και στην ειλικρίνεια των απαντήσεών τους ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας καταρχήν, είναι υπαρκτό στη περιοχή των Πατρών. Το ποσοστό των παχύσαρκων είναι 13% ένα ποσοστό αρκετά μεγάλο, αν λάβουμε υπόψη μας ότι το δείγμα μας ήταν τυχαίο. Ενώ και οι υπέρβαροι είναι αρκετοί αφού το ποσοστό τους αγγίζει το 31%.

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας οφείλεται κατά κύριο λόγο στη διατροφή των Πατρινών και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, ειδικά στις ηλικίες πάνω από τα τριάντα, όπου και το πρόβλημα είναι εντονότερο. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία τους, το 66% του συνολικού πληθυσμού δηλώνει πως δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής, ιδιαίτερα οι γυναίκες. Συγκεκριμένα το 82% των ερωτηθέντων γυναικών δηλώνει ότι δεν καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής. Η λεγόμενη «μεσογειακή διατροφή», έχει εγκαταλειφθεί και το κρέας είναι η κυρίαρχη τροφή των Πατρινών πλέον, αφού το 76% δηλώνει ότι το κρέας αποτελεί τη τροφή που μαγειρεύουν πιο συχνά στο σπίτι.

Οι άνδρες ωστόσο φαίνεται να έχουν μια διαφορά σε σχέση με τις γυναίκες ως προς τις αιτίες της παχυσαρκίας. Στους άνδρες, λοιπόν, φαίνεται να ευθύνεται η μεγάλη κατανάλωση φαγητού πρωτίστως, αφού ο μισός πληθυσμός από το συνολικό πληθυσμό των ανδρών απαντά θετικά ότι καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής σε κάθε γεύμα. Καθώς

και η σχετικά αυξημένη κατανάλωση φαγητού από μαγαζιά, το 42% των ανδρών δηλώνει ότι παραγγέλνει συχνά φαγητό απ' έξω. Ενώ στις γυναίκες η παντελής έλλειψη άσκησης φαίνεται να είναι η κύρια αιτία αύξησης βάρους αφού μόλις το 28% των ερωτηθέντων γυναικών απαντά θετικά ότι έχουν συμπεριλάβει στο πρόγραμμα τους τη φυσική δραστηριότητα.

Το 100% των ερωτηθέντων παχύσαρκων δηλώνει ότι έχει προσπαθήσει να χάσει βάρος καθώς και το 93% των υπέρβαρων. Αξίζει να σημειωθεί πως και το 73% των κανονικών δήλωσε πως έχει προσπαθήσει να χάσει βάρος, καθώς και το 55% των αδύνατων. Οι περισσότεροι έχουν προσπαθήσει να χάσουν βάρος κάποια περίοδο της ζωής τους και αρκετοί τα κατάφεραν με τη συντριπτική πλειοψηφία να προσπαθεί με δίαιτα, συγκεκριμένα το 96% του συνολικού πληθυσμού. Εδώ είναι εμφανής η έλλειψη κάποιου ειδικού για το θέμα, καθώς κανείς από τους ερωτηθέντες δε ζήτησε ψυχολογική υποστήριξη, πράγμα που οδηγεί στην κούραση και στην απογοήτευση, με αποτέλεσμα την εγκατάλειψη της προσπάθειας. Συγκεκριμένα το 44% δηλώνουν ότι σταμάτησαν τις προσπάθειες για απώλεια βάρους επειδή κουράστηκαν και πάλι το ίδιο υψηλό ποσοστό, δηλαδή το 44%, σταμάτησαν τις προσπάθειες επειδή απογοητεύτηκαν.

Από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι Πατρινοί δεν έχουν επίγνωση των επιπτώσεων της παχυσαρκίας πάνω τους, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με προχειρότητα, όπως δείχνουν τα ποσοστά με τους τρόπους που προσπαθούν να χάσουν βάρος. Πρέπει επίσης να τονίσουμε πως ακόμα και αυτοί που κάποια στιγμή της ζωής τους κατάφεραν να φθάσουν στο επιθυμητό βάρος, δε το διατήρησαν και εδώ μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το πρόβλημα της ενημέρωσης που οι Πατρινοί αναδεικνύουν, είναι σίγουρα σοβαρό.

Πράγματι, όσο αφορά την ενημέρωση των Πατρινών για το θέμα της παχυσαρκίας, η συντριπτική πλειοψηφία, το 79%, θεωρεί πως δεν είναι επαρκής. Πιστεύουν ότι απαιτείται να γίνει μια συντονισμένη προσπάθεια, από το σχολείο με την ένταξη στο πρόγραμμα μαθήματος σωστής και ισορροπημένης διατροφής, κατά κύριο λόγο, με την ανάδειξη του προβλήματος από τα ΜΜΕ και τέλος, με διαλέξεις από ειδικούς, όπου θα μπορούν να ενημερωθούν πιο εξειδικευμένα και έγκυρα.

Όσο αφορά, το πρόβλημα της απόρριψης εξαιτίας του βάρους τους, το 54% των παχύσαρκων και το 33% των υπέρβαρων το έχουν αντιμετωπίσει. Το συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 81% δηλώνει ότι έχει αντιμετωπίσει την απόρριψη στην προσωπική του ζωή. Ενώ στον εργασιακό χώρο, μόλις το 7% έχει αντιμετωπίσει το πρόβλημα της απόρριψης. Και στον ευρύτερο κοινωνικό, ελάχιστοι το αντιμετώπισαν, πράγμα που σημαίνει πως η κοινωνία της Πάτρας δεν έχει αρνητική στάση απέναντί τους.

Γενικά, μπορούμε να συμπεράνουμε πως στην Πάτρα, υπάρχει σχετικό πρόβλημα παχυσαρκίας, σίγουρα οι περισσότεροι είναι πάνω από το κανονικό βάρος τους, οι Πατρινοί δεν τρέφονται σωστά και δεν ασκούνται σωματικά. Ωστόσο στις μικρότερες ηλικίες παρατηρείται μια πολύ μικρή μερίδα να είναι παχύσαρκοι, το 2% και ένα αρκετό μεγάλο ποσοστό να ασκείται. Από την ηλικία των 18 έως 39 το 33% έχει εντάξει τη σωματική δραστηριότητα στο πρόγραμμά του. Αυτό το γεγονός μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως στο μέλλον και με τη σωστή ενημέρωση, τα πράγματα πάνω σε αυτό το θέμα θα είναι σαφώς καλύτερα. Επίσης, οι Πατρινοί δεν αντιμετωπίζουν, σε γενικές γραμμές, τους παχύσαρκους ρατσιστικά, πράγμα θετικό.

5.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ (ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ)

Στηριζόμενοι στο δείγμα μας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας στη περιοχή των Πατρών είναι υπαρκτό, με το ποσοστό των υπέρβαρων να αγγίζει το 31% και των παχύσαρκων 13% του πληθυσμού που μελετήσαμε. Επίσης, διαπιστώσαμε ότι οι Πατρινοί, κατά κύριο λόγο, δεν έχουν σωστές διατροφικές συνήθειες και στερούνται φυσικής δραστηριότητας, ειδικά στις ηλικίες πάνω από τα 30, όπου και το πρόβλημα είναι πιο έντονο.

Βάσει των αποτελεσμάτων αυτών προτείνεται:

Γενική και συνεχής ενημέρωση από:

- α) Επαγγελματίες υγείας στα σχολεία και στη κοινότητα,
- β) Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ)
ώστε να ενημερωθούν οι πολίτες, ευελπιστώντας να αλλάξει η νοοτροπία όσο αναφορά τις διατροφικές τους συνήθειες.

Ειδικότερα η ενημέρωση των πολιτών μπορεί να γίνει με:

1. Έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου (π.χ. φυλλάδια).
2. Σεμινάρια κατ' αρχήν για την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.
3. Ημερίδες για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη παχυσαρκία και τις επιπτώσεις της στο άτομο.
4. Ένταξη στα σχολεία μαθήματος σωστής και ισορροπημένης διατροφής.
5. Προβολή μηνυμάτων από τα Μ.Μ.Ε., τα οποία θα προωθούν **«τη μεσογειακή διατροφή»**.

Θεωρούμε την ενημέρωση των πολιτών πρώτιστη ανάγκη για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στο πρόγραμμά τους, με σκοπό τη μείωση του φαινομένου της παχυσαρκίας και των επιπτώσεών της στο άτομο.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

Κύριε/Κυρία,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο έρευνας, η οποία διεξάγεται στα πλαίσια της Πτυχιακής Εργασίας με θέμα: **«Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στον ενήλικα: Έρευνα στην περιοχή των Πατρών».**

Στοχεύει στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τις διατροφικές συνήθειες, τα πιθανά αίτια της παχυσαρκίας και τις μεθόδους απώλειας βάρους.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία που θα δώσετε, θα παραμείνουν απόρρητα.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

Οι σπουδάστριες,

Γράψα Μαρία

Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε την απάντησή σας με ένα X

1. Είστε:

α) Άνδρας £ β) Γυναίκα £

2. Πόσο ετών είστε;

α) 18-29 £

β) 30-39 £

γ) 40-49 £

δ) 50-59 £

ε) 60 και άνω £

3. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

α) Αγράμματος/η £

β) Απόφοιτος/η Δημοτικού £

γ) Απόφοιτος/η Γυμνασίου £

δ) Απόφοιτος/η Λυκείου £

ε) Τεχνική Εκπαίδευση £

στ) Ανώτερη Εκπαίδευση £

ζ) Ανώτατη Εκπαίδευση £

4. Με τι ασχολείστε;

α) Οικιακά £

β) Αγρότης/Κτηνοτρόφος £

γ) Φοιτητής/Φοιτήτρια £

δ) Ελεύθερος επαγγελματίας £

ε) Ιδιωτικός υπάλληλος £

στ) Δημόσιος υπάλληλος £

ζ) Κάτι άλλο (αναφέρετε συγκεκριμένα)

5. Εργάζεστε;

Ναι £ Όχι £

II. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Είστε

α) Παχύσαρκος/η £

β) Υπέρβαρος/η £

γ) Κανονικός/ή £

δ) Αδύνατος/η £

ε) Πολύ αδύνατος/η £

(Αν θέλετε, σημειώστε το ακριβές σας βάρος: Kg.)

2. Ποιο είναι το ύψος σας;

Αναφέρατε συγκεκριμένα cm.

3. Προέρχεστε από οικογένεια στην οποία υπάρχει κάποιο παχύσαρκο μέλος;

Ναι £ Όχι £

4. Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;

α) 1 γεύμα £

β) 2 γεύματα £

γ) 3 γεύματα £

δ) 4 γεύματα £

ε) 5 γεύματα £

στ) περισσότερα γεύματα £ (αναφέρετε πόσα)

5. Καταναλώνετε μεγάλη ποσότητα τροφής σε κάθε γεύμα;

Ναι £ Όχι £

6. Ποιες τροφές μαγειρεύετε στο σπίτι, ως επί το πλείστον;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

α) Κρέας £

β) Ψάρι £

γ) Λαχανικά £

δ) Όσπρια £

ε) Ζυμαρικά £

7. Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε; (Μπορείτε να

επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

α) Πλούσιες σε λίπη £

β) Πλούσιες σε υδατάνθρακες £

γ) Πλούσιες σε άμυλο £

δ) Πλούσιες σε πρωτεΐνες £

ε) Πλούσιες σε φυτικές ίνες £

8. Θεωρείτε ότι έχετε περιττά κιλά;

Ναι £ Όχι £

9. Αν ναι, σε ποιο στάδιο της ζωής σας τα αποκτήσατε;

α) Κατά το στάδιο της παιδικής ηλικίας £

β) Κατά το στάδιο της εφηβείας £

γ) Κατά το στάδιο της ενήλικης ζωής £

10. Τρώτε συχνά έξω (ουζερί, εστιατόριο, ψησταριά, ταβέρνα, fast food);

Ναι £ Όχι £

11. Παραγγέλνετε συχνά φαγητό, από έξω;

Ναι £ Όχι £

12. Καταναλώνετε συχνά αλκοόλ;

Ναι £ Όχι £

13. Στο πρόγραμμά σας περιλαμβάνεται φυσική δραστηριότητα;

Ναι £ Όχι £

14. Ποιο είναι το συναίσθημα, που συνήθως σας οδηγεί στο να καταναλώσετε μεγάλη ποσότητα τροφής;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

α) Ανία £

β) Μελαγχολία £

γ) Συναισθηματική ένταση £

δ) Άγχος £

ε) Καταθλιπτική διάθεση £

15. Με τι είδους, φυσική δραστηριότητα, ασχολείστε;

α) Περπάτημα £

β) Τρέξιμο £

γ) Συμμετοχή σε σπορ £

δ) Ενασχόληση με όργανα γυμναστικής £

ε) Χορός £

στ) Καμία £

16. Πόσες φορές την εβδομάδα, αφιερώνετε χρόνο για κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες;

α) Καθημερινά £

β) 3 φορές την εβδομάδα £

- γ) 2 φορές την εβδομάδα £
- δ) 1 φορά την εβδομάδα £
- ε) Κάτι άλλο £ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

17. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να αυξήσετε το βάρος σας (σε περίπτωση που τα κιλά σας είναι κάτω του φυσιολογικού);

Ναι £ Όχι £

18. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να χάσετε βάρος;

Ναι £ Όχι £

19. Αν ναι, με ποιο τρόπο;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- α) Δίαιτα - Διατροφή £
- β) Φυσική δραστηριότητα £
- γ) Εγγραφή σε ινστιτούτο αδυνατίσματος £
- δ) Ψυχολογική υποστήριξη £
- ε) Χρήση φαρμάκων £
- στ) Ατομική - Ομαδική Ψυχοθεραπεία £
- ζ) Χειρουργική επέμβαση £

20. Καταφέρατε να φτάσετε στο ιδανικό σας βάρος;

Ναι £ Όχι £

21. Αν όχι, για ποιο λόγο δε τα καταφέρατε;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- α) Αίσθημα κούρασης £
- β) Αίσθημα απογοήτευσης £
- γ) Απουσία υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον £
- δ) Απουσία ψυχολογικής υποστήριξης από κάποιον ειδικό £

22. Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ, εξαιτίας του βάρους σας, απόρριψη από το περιβάλλον σας;

Ναι Όχι

23. Αν ναι, σε ποιους τομείς;

α) Στις κοινωνικές σας σχέσεις

β) Στον εργασιακό σας χώρο

γ) Στην προσωπική σας ζωή

24. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση, γύρω απ' το θέμα της παχυσαρκίας, σήμερα, είναι επαρκής;

Ναι Όχι

25. Αν όχι, με ποιους τρόπους, θα θεωρούσατε ολοκληρωμένη την ενημέρωση;

α) Εισαγωγή συγκεκριμένου μαθήματος για τη διατροφή στα σχολεία

β) Περισσότερη προβολή από τα Μ.Μ.Ε.

γ) Πραγματοποίηση διαλέξεων και διδακτικών συγκεντρώσεων

δ) Όλα τα παραπάνω

- Σημειώστε κάποια προσωπικά σας σχόλια.

.....
.....
.....
.....



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

§ Το χοιρινό κρέας, εφόσον είναι χωρίς λίπος, είναι παχυντικό;

Το χοιρινό κρέας πρέπει να αποφεύγεται απ' όσους κάνουν δίαιτα, διότι περιέχει λίπος, το οποίο δεν είναι ορατό (κρυφό λίπος). Καλύτερα να προτιμούν το μοσχάρι, το κοτόπουλο, το συκώτι. Αντίθετα, πρέπει να αποφεύγονται το πρόβειο και το βοδινό κρέας (Τερκεσίδου, 2002).

§ Όταν ακολουθούμε μια δίαιτα, απαγορεύεται να τρώμε ψωμί ή μακαρόνια;

Όχι, ακόμη και όταν ακολουθούμε δίαιτα επιτρέπεται να τρώμε έως τρεις λεπτές φέτες ψωμί ολικής αλέσεως την ημέρα. Όσον αφορά στα μακαρόνια επιτρέπεται η κατανάλωση αυτής της τροφής (πιάτο φρούτου) με λίγη κόκκινη σάλτσα. Σημαντικό ρόλο παίζουν αυτά τα οποία συμπληρώνον συνήθως τα μακαρόνια, όπως βούτυρο, το τυρί, το ζαμπόν. Αυτά πρέπει να αποφεύγουμε (Τερκεσίδου, 2002).

§ Το αλάτι παχαίνει;

Όχι, το αλάτι, όπως και οι βιταμίνες δεν περιέχουν θερμίδες. Είναι όμως προτιμότερο να μειωθεί για διάφορους λόγους υγείας (υπέρταση, οστεοπόρωση, κατακράτηση υγρών κ.ά.) (Τερκεσίδου, 2002).

§ Μερικά άτομα γεννιούνται για να γίνουν παχύσαρκα;

Η παχυσαρκία δεν κληρονομείται. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το βάρος των υιοθετημένων παιδιών μοιάζει με το βάρος των φυσικών γονιών και όχι με το βάρος εκείνων οι οποίοι τα μεγάλωσαν.

Μερικά άτομα, ωστόσο, παρουσιάζουν προδιάθεση για παχυσαρκία (Τερκεσίδου, 2002).

§ Όταν κάνουμε δίαιτα είναι σωστό να κάνουμε και γυμναστική;

Επιβάλλεται να κάνουμε γυμναστική παράλληλα με τη δίαιτα, διότι με τη γυμναστική, εκτός των άλλων, αυξάνουμε το μυϊκό μας ιστό. Έτσι, κάνοντας δίαιτα, χάνουμε περισσότερο λίπος και λιγότερο μυϊκό ιστό (Τερκεσίδου, 2002).

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ
ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
(1-3 κιλά την εβδομάδα)**

ΔΕΥΤΕΡΑ	
Πρωί:	1 ποτήρι γάλα άπαχο με 2 κουταλιές δημητριακά (χωρίς ζάχαρη).
Ενδιάμεσα:	1 μήλο ή 1 ροδάκινο.
Γεύμα:	1 μπιφτέκι μέτριο από μοσχαρίσιο κρέας άπαχο, με λίγο τριμμένο κολοκύθι, λίγο καρότο ή ντομάτα. Σαλάτα ντομάτα και αγγούρι, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα μαύρο ψωμί.
Απόγευμα:	1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά ή 1 αχλάδι.
Δείπνο:	Τονοσαλάτα. Ένα πιάτο μαρούλι, με ένα μικρό κουτί τόνο σε νερό (ή σε λάδι στραγγισμένο), λίγο κρεμμύδι ψιλοκομμένο, με ένα κουταλάκι ελαιόλαδο και μία φέτα ψωμί του τοστ σίκαλης.

ΤΡΙΤΗ	
Πρωί:	1 ποτήρι χυμό πορτοκαλιού με μία φέτα ψωμί του τοστ σίκαλης και ένα κουταλάκι του γλυκού βούτυρο φρέσκο ή μαργαρίνη.
Ενδιάμεσα:	1 αχλάδι ή 3 βερίκοκα.
Γεύμα:	1 ψάρι μέτριο, ψητό ή βραστό, με ένα κολοκυθάκι, ένα καρότο, ένα κρεμμύδι, λίγο σέλινο, ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί πιτυρούχο.
Απόγευμα:	1 μήλο ή 5 φράουλες ή 1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά.
Δείπνο:	2 φέτες ζαμπόν γαλοπούλας άπαχο και σαλάτα μαρούλι ή ντομάτα και αγγούρι, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί του τοστ ολικής αλέσεως.

ΤΕΤΑΡΤΗ	
Πρωί:	1 ποτήρι γάλα άπαχο με 2 κουταλιές μπραν.
Ενδιάμεσα:	1 πορτοκάλι ή 2 ακτινίδια.
Γεύμα:	1 φλιτζάνι φακές, με λίγη ντομάτα, και σαλάτα ντομάτα με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί του τοστ σίκαλης.
Απόγευμα:	1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά ή 1 μήλο.
Δείπνο:	1 πατάτα (με τη φλούδα), βραστή ή ψητή, με ένα κουταλάκι μαργαρίνη ή βούτυρο φρέσκο και σαλάτα ντομάτα ή μαρούλι και αγγούρι, με ένα κουταλάκι λάδι και 3 ελιές ξιδάτες.

ΠΕΜΠΤΗ	
Πρωί:	1 γιαούρτι άπαχο με 2 κουταλιές μούσλι.
Ενδιάμεσα:	1 μήλο ή 10 κεράσια.
Γεύμα:	1 φλιτζάνι φασολάκια φρέσκα ή αρακά, με λίγη ντομάτα και ένα κουταλάκι λάδι (το ρίχνετε στο τέλος του φαγητού). Σαλάτα ντομάτα, με μία φέτα ψωμί του τοστ σίκαλης.
Απόγευμα:	3 δαμάσκηνα αποξηραμένα ή 1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά.
Δείπνο:	2 φέτες ζαμπόν άπαχο, σαλάτα μαρούλι και αγγούρι, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί μαύρο.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	
Πρωί:	1 ποτήρι γάλα άπαχο με 2 κουταλιές δημητριακά (χωρίς ζάχαρη).
Ενδιάμεσα:	1 αχλάδι ή 1 ροδάκινο.
Γεύμα:	Συκώτι ψητό (μία λεπτή φέτα) ή μία μικρή μπριζόλα μοσχαρίσια άπαχη, ψητή, και σαλάτα μαρούλι και αγγούρι με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί ολικής αλέσεως.
Απόγευμα:	1 γιαούρτι άπαχο ή 1 μήλο.
Δείπνο:	Ομελέτα με 2 αυγά (1 κρόκο και 2 ασπράδια), ντομάτα και ¼ πιπεριά πράσινη. Σαλάτα ντομάτα και αγγούρι ή κουνουπίδι, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί του τοστ σίκαλης.

ΣΑΒΒΑΤΟ	
Πρωί:	1 ποτήρι χυμό πορτοκαλιού και μία φέτα ψωμί μαύρο ψημένο, με ένα κουταλάκι του γλυκού βούτυρο φρέσκο ή μαργαρίνη.
Ενδιάμεσα:	1 μικρή μπανάνα ή 10 ρώγες σταφύλι.
Γεύμα:	Τυρί ανθότυρο (ένα κομμάτι σαν δύο κουτιά σπέρτα) και σαλάτα ντομάτα και αγγούρι ή μπρόκολο, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί ολικής αλέσεως.
Απόγευμα:	1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά ή 1 μήλο ή 1 ροδάκινο.
Δείπνο:	Στήθος κοτόπουλο ψητό (μία μερίδα μέτρια χωρίς την πέτσα) και σαλάτα με 3 κολοκυθάκια βραστά, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί σίκαλης.

ΚΥΡΙΑΚΗ	
Πρωί:	1 ποτήρι γάλα άπαχο με 2 κουταλιές δημητριακά (χωρίς ζάχαρη).
Ενδιάμεσα:	5 φράουλες ή 1 μήλο.
Γεύμα:	1 ψάρι ψητό, μέτριο, και ένα φλιτζάνι χόρτα, με ένα κουταλάκι λάδι και μία φέτα ψωμί του τοστ ολικής αλέσεως.
Απόγευμα:	1 αχλάδι ή 1 φέτα πεπόνι ή 1 γιαούρτι έως 2% λιπαρά.
Δείπνο:	1 κουτί τόνο σε νερό (ή σε λάδι στραγγισμένο) και σαλάτα ντομάτα και αγγούρι, με ένα κουταλάκι λάδι και 2 φρυγανιές ολικής αλέσεως.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Abraham S., Liewellyn-Jones D., «Η αλήθεια για τις διατροφικές διαταραχές», Εκδόσεις Χατζηνικολή, 1984.
2. Άσγουορθ Σ., «Ξεχάστε το βάρος σας», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1999.
3. Αυγουστή Ι., «Παχυσαρκία και διατροφή», Αθήνα, 1988.
4. Γιαννοπούλου Α., «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 1992.
5. Γκέκελ Ρ., «Γυναίκες που τρώνε πολύ», Εκδόσεις Οδυσσέας, 1994.
6. Darmaud C., «Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ», Εκδότης Ζαχαρόπουλος Ι., Αθήνα, 1964.
7. Εγκυκλοπαίδεια «ΥΓΕΙΑ», «Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας», 5^{ος} τόμος.
8. Ελληνικό Λεξικό, «Τεγόπουλος Φυτράκης», Εκδόσεις ΑΡΜΟΝΙΑ.
9. Ellrott T., Pudel V., «Θεραπεία της παχυσαρκίας», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, 1998.
10. Ζαμπάκος Γ., «Παχυσαρκία» Ένα αίνιγμα με πολλές λύσεις, Αθήνα, 2003.
11. Ζαφείρης Α., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ., «Οικογενειακή Θεραπεία», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
12. Κατσίλαμπρος Ν., «Η θεραπεία της παχυσαρκίας», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 1982.
13. Κατσίλαμπρος Ι., Τσίγκος Κ., «Παχυσαρκία» Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2003.

14. Καφάτος Α., «Παχυσαρκία» Πρόληψη και Αντιμετώπιση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
15. Kelso Α., «Γυναικείες αδιαθεσίες και παθήσεις», Εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ, Αθήνα, 1979.
16. Μακάρενς Ρ., «Αδυνατίστε τρώγοντας», Εκδόσεις Φυτράκης, Αθήνα, 1975.
17. Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., «Συμβουλευτική Ψυχολογία», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
18. Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1997.
19. Ματσανιώτης Ν., «Εμείς και το παιδί», Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.
20. Μορτόγλου Α., «Παχυσαρκία» Ένας πρακτικός, ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους, Εκδόσεις: Advange publishing, Αθήνα, 1996.
21. Μπάρλου - Πανοπούλου Ε., «Εγχειρίδιο Φυσικοθεραπείας», Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα, 1987.
22. Μπέρκιτ Ν., «Οι φυτικές ίνες», Η βάση της υγιεινής διατροφής, Εκδόσεις Ψυχογιός Αθ., Αθήνα, 1983.
23. Νασιάκου Μ., Χαντζή Α., Φατούρου - Χαρίτου Μ., «Εισαγωγή στην Ψυχολογία», Αθήνα, 2005.
24. Ντολάτζας Θ., «Ο γιατρός συμβουλεύει...» Προληπτική Ιατρική, Τόμος 4^{ος}, Εκδόσεις ΛΙΓΚΑΣ BOOKS.
25. Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, Τόμος 7^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα (σελ. 621-623).
26. Παρασκευόπουλος Ι., «Κλινική Ψυχολογία», Αθήνα, 1988.
27. Παρασκευόπουλος Ι., «Εξελικτική Ψυχολογία», Τόμος 1^{ος}, Αθήνα, 1985.
28. Schmidt U., Treasure J., «Getting better bit(e) by bit(e)».

29. Τερκεσίδου Λ., «Επιτέλους, βρήκα τη δίαιτά μου», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999.
30. Τούτουζας Π., «Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 1987.
31. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., «Προληπτική Ιατρική», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα, 1986.
32. Fairbum C., «Βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1999.
33. Freud M., «Αδυνάτισε! Βρες τον εαυτό σου», Εκδόσεις Κριτική, 2005.
34. Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στη Ψυχιατρική», Εκδόσεις ΘΕΜΕΛΙΟ, Πάτρα, 1986.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Κακλαμάνος Ι., «Η ψυχοπαθολογία της παχυσαρκίας», Υγεία και Διατροφή (Ελευθεροτυπία), 27 Φεβρουαρίου 2007.
2. Αξιωπούλου Μ., «Υπολόγισέ το... Έχετε κομπιουτεράκι; Έχουμε τον τρόπο, ώστε να μάθετε τα πάντα για τον οργανισμό σας», ACTIVE, Δεκέμβριος 2003, Τεύχος 76.

INTERNET

1. Obesity Treatment Corporation (O.T.C.) «Κοινωνικός ρατσισμός» - www.paxysarkia.gr (πρόσβαση: Μάρτιος 2007).
2. «Στεριότητα και γονιμότητα ανδρών: Σχέση με το υπερβολικό βάρος σώματος και παχυσαρκία» (12-09-2006) - www.medlook.net (πρόσβαση: Μάρτιος 2007).
3. «Ο έγγαμος βίος ενισχύει την τάση για παχυσαρκία στην Ελλάδα» (Απρίλιος 2004) - www.disabled.gr (πρόσβαση: Μάρτιος 2007).

4. «Υπογεννητικότητα και παχυσαρκία» - www.iatrikionline.gr
(πρόσβαση: Μάρτιος 2007).

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Αποστολόπουλος Απ., από το μάθημα «Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι», Πάτρα, 2002.
2. Δετοράκης Ι., από το μάθημα «Ολιστική Προσέγγιση».